|  |
| --- |
| IU |
| Gesundheitsökonomie |
| DLMIHMHE01 |

# 

# Lektion 1 – Die Besonderheiten des Gesundheitsmarktes

**Lernziele**

Nach der Bearbeitung dieser Lektion werden Sie in der Lage sein, ...

... das Bedürfnis nach Gesundheit und die Nachfrage nach Gesundheitsversorgung zu verstehen.

... die Beiträge zur Gesundheitsversorgung zu analysieren.

... die Ressourcen des Gesundheitswesens zu bestimmen.

... die für den Gesundheitsmarkt typischen Formen des Marktversagens zu beschreiben.

# 1. Die Besonderheiten des Gesundheitsmarktes

## Einführung

Der Gesundheitsmarkt weist gewisse Merkmale auf, die ihn vom vollkommenen Markt unterscheiden. Demgemäß werden in dieser Lektion Wirtschaftskonzepte erörtert. Dabei wird zunächst die für die Gesundheit und Gesundheitswirtschaft relevante Produktionsfunktion erklärt. Danach werden die Begriffe Angebot und Nachfrage insbesondere in Bezug auf den Gesundheitsmarkt beleuchtet. Die Analyse dieser Begriffe erfolgt aus der Perspektive einzelner Personen und der Gesellschaft als Ganzes.

Im Anschluss wird das Konzept des Marktversagens ausführlich untersucht und anhand verschiedener Beispiele aus unterschiedlichen Ländern und mithilfe aussagekräftiger Fakten erklärt. Der Schwerpunkt dieser Lektion liegt auf der Art und Weise, wie staatlich regulierte Gesundheitsmärkte ihre Effizienz steigern können.

## Nachfrage und Bedürfnisse

Die Nachfrage nach Gesundheitsversorgung resultiert aus dem grundlegenden menschlichen Bedürfnis danach, gesund zu sein. In diesem Abschnitt wird erläutert, warum es das Bedürfnis nach Gesundheit überhaupt gibt und wie daraus der Bedarf an Gesundheitsversorgung entsteht. Außerdem wird erörtert, was dies für einzelne Personen und die gesamte Gesellschaft bedeutet. Das ökonomische Konzept der Nachfrage soll vor allem in Bezug auf das Gesundheitswesen erklärt werden.

### Gesundheit und gesundheitliche Bedürfnisse

Gesundheit ist laut Definition der WHO „ein Zustand des vollständigen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Fehlen von Krankheit und Gebrechen“ (WHO, o. D., S. 1). Diese weit gefasste Definition beinhaltet verschiedene Merkmale, die in ihrer Gesamtheit den Zustand vollständiger Gesundheit bilden. Dabei sei angemerkt, dass sich dies nicht ausschließlich auf die Gesundheitsversorgung bezieht. Entsprechend der Bedürfnispyramide nach Maslow (1943) ist Gesundheit für die Menschen von fundamentaler Bedeutung und zählt deshalb zu den Grundbedürfnissen. Diese bilden die Basis für übergeordnete Bedürfnisse, wie z. B. psychologische Bedürfnisse und den Wunsch nach Selbstverwirklichung.

Die Herstellung von Gesundheit sowohl auf individueller als auch auf gesellschaftlicher Ebene stellt ein wesentliches Anliegen von Gesundheitsdienstleistenden und -ökonom:innen dar. Um den Gesundheitszustand zu ermitteln, benötigen sie aussagekräftige und messbare Verfahren. Die Methoden sollten auch einen Vergleich zwischen Einzelpersonen und der Bevölkerung ermöglichen und im Allgemeinen darauf hinweisen, wenn eine Intervention zur Verbesserung der Gesundheit erforderlich ist. Im Lauf der Geschichte sind verschiedenste gesundheitsbezogene Kennzahlen entwickelt worden, die durch die jeweiligen wirtschaftlichen, medizinischen und technologischen Fortschritte und eine gesteigerte Lebensqualität beeinflusst wurden. Eine empirische Kennzahl, die eine hohe Aussagekraft für die Gesellschaft besitzt, ist die **Sterberate** (bzw. Letalitätsrate), die in England und Wales bereits seit 1841 systematisch ermittelt wird (Folland et al., 2017). Da die Sterberate als Kennzahl seit langer Zeit verfügbar ist, wird sie als sehr zuverlässig und genau eingestuft. Für Forschende ist sie ein wichtiger Indikator, um beispielsweise die Wirkung von gesundheitsrelevanten Interventionen zu evaluieren.

**Sterberate**

Sie beschreibt die Anzahl der an einer Krankheit in einem bestimmten Zeitraum verstorbenen Personen bezogen auf die Gesamtbevölkerung.

Obwohl die Sterberate eine wichtige Kennzahl ist, sollten auch andere Messgrößen herangezogen werden, um Gesundheit in ihrer vollen Bandbreite messen zu können. Ein Gesundheitsindikator, der noch nicht lange Anwendung findet, ist die Morbidität. Morbidität bedeutet, dass ein Mensch aufgrund einer Krankheit Symptome aufweist und krankhaft erscheint. Dieser Indikator ist außerdem Teil eines weiter gefassten, komplexeren Begriffs: der Lebensqualität. Es wurden einige Anstrengungen unternommen, um die gesundheitsbezogene Lebensqualität (eng. Health-Related Quality of Life, HRQoL) zu messen. Hierzu zählt etwa die Entwicklung generischer (z. B. die EQ-5D- und SF-36-Fragebögen) und krankheitsbezogener Instrumente (z. B. der QLQ-C30-Fragebogen der EORTC, einer gemeinnützigen Organisation für Studien zur Krebstherapie, Pequeno et al., 2020).

#### Die Gesundheitsproduktion: Das Individuum als Produzent seiner Gesundheit

Bei der Produktionsfunktion wird der Output den Inputs gegenübergestellt. Zwei verschiedene Arten von Inputfaktoren generieren auf verschiedenen Ebenen einen gesundheitsrelevanten Output: Durch Individuen realisierte Inputfaktoren und Inputfaktoren, die durch die Gesellschaft umgesetzt werden. Erstere werden in diesem Abschnitt erörtert, Letztere werden im nächsten Abschnitt diskutiert.

Für Individuen liegen die Vorteile eines optimalen Gesundheitszustandes auf der Hand. Zu diesen Vorteilen zählen:

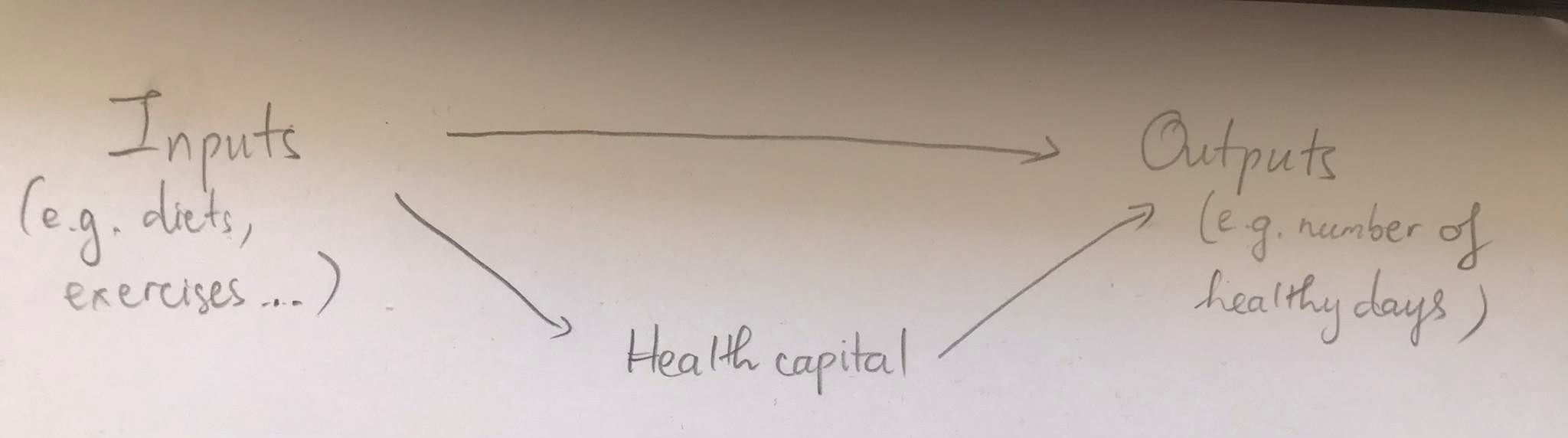
* Wir fühlen uns besser, wenn wir gesund sind.
* Uns steht mehr Zeit zum Arbeiten zur Verfügung, wenn weniger Zeit für Krankentage vergeudet wird.
* Wir sind bei der Arbeit produktiver, wenn wir gesund sind.
* Wir leben möglicherweise länger, wenn wir einen gesunden Lebensstil verfolgen.

Für Einzelpersonen ist es daher vorteilhaft, in die Gesundheit zu investieren. Das ökonomische Konzept der Gesundheitsinvestition wurde durch die einflussreiche Arbeit von Michael Grossman (1972) weiterentwickelt. Er bediente sich der Humankapitaltheorie, um zu erklären, wie die Variablen Alter, Bildung, Gesundheitszustand und Einkommen die Gesundheit von Individuen beeinflussen. Grossman (1972) beschreibt, wie sich die Nachfrage im Gesundheitswesen von anderen Nachfrageformen unterscheidet und greift hierfür auf folgende Aussagen zurück:

* Gesundheit ist das, was Konsumierende wollen. Um Gesundheit zu produzieren, sind Inputs in das Gesundheitswesen erforderlich.
* Individuen investieren Zeit in gesundheitsfördernde Maßnahmen und erwerben medizinische Inputs, um ihren Gesundheitszustand zu verbessern. Gesundheit selbst lässt sich nicht direkt kaufen.
* Gesundheit verliert nicht sofort an Wert; sie hat kein bestimmtes Ablaufdatum. Gesundheit kann als Kapitalgut betrachtet werden.
* Gesundheit kann sowohl als Investitionsgut als auch Konsumgut betrachtet werden. Die Menschen investieren in ihre Gesundheit, um die Anzahl der Tage zu erhöhen, an denen sie arbeitsfähig sind und ein zusätzliches Einkommen erwirtschaften können. Gesundheitsinvestitionen führen außerdem dazu, dass sich Menschen wohler fühlen.

Im Folgenden werden Investitionen in das Gesundheitskapital als ökonomisches Konzept näher erläutert, um herauszufinden, wie und ab wann solche Investitionen dazu beitragen, den Gesundheitszustand eines Individuums zu verbessern. Zum besseren Verständnis werden die Investitionen in das Gesundheitskapital in der unteren Abbildung vereinfacht dargestellt. Der generierte Output wird in Tagen angegeben, an denen eine Person gesund ist. Die von Natur aus mögliche Anzahl an Tagen, die in Gesundheit verbracht werden können, beträgt pro Jahr 365. Dies ist gleichzeitig der höchstmögliche Output einer Person, der pro Jahr durch Investitionen in die Gesundheit erzielt werden kann.

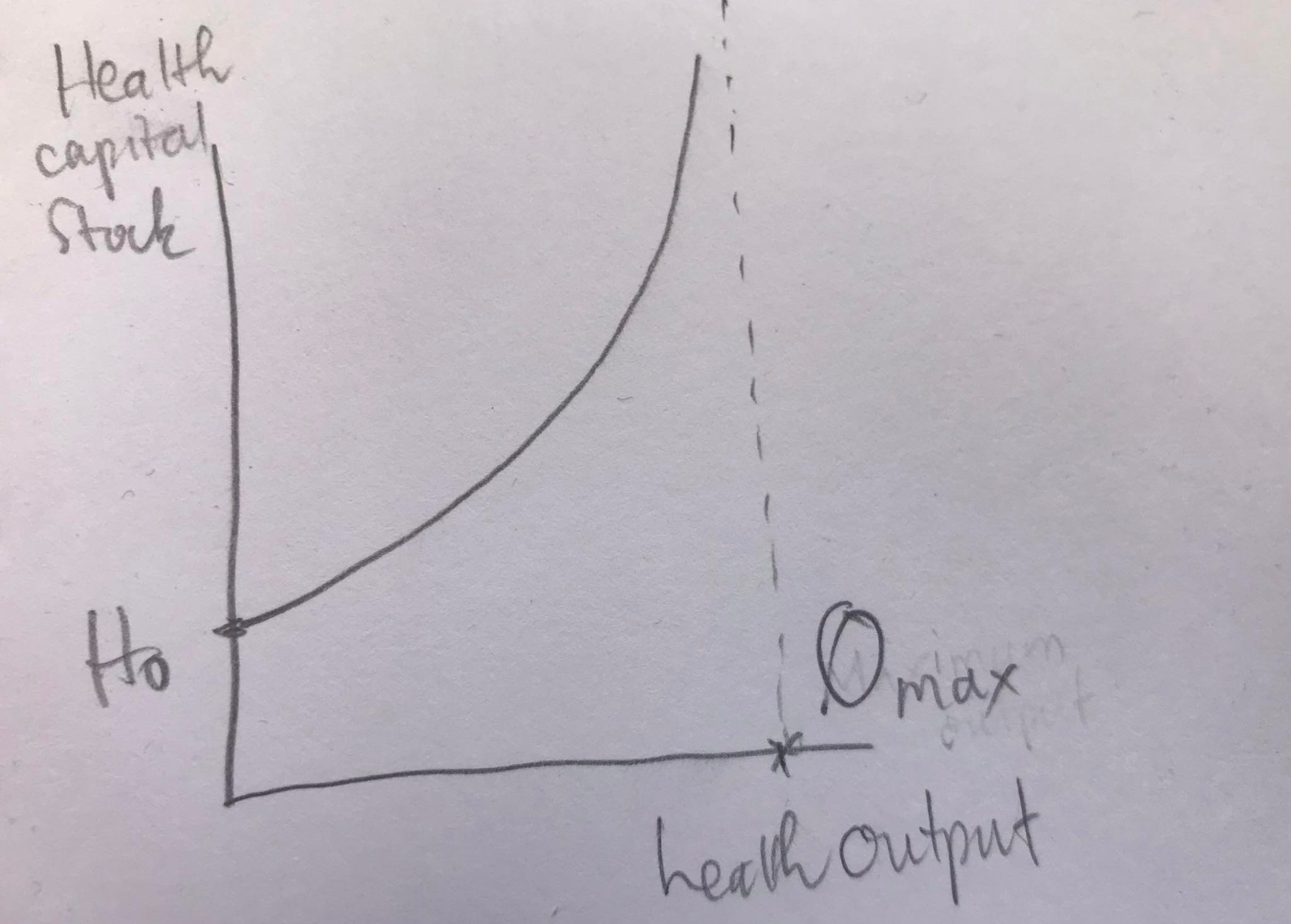
Investitionen in das Gesundheitskapital



Quelle: Duy Pham (2022).

Die Abbildung unten stellt den Zusammenhang zwischen Gesundheitskapital und Output als Diagramm dar. Die Kurve des Diagramms zeigt, wie der Grenznutzen des Outputs abnimmt, wenn die Anzahl der Inputfaktoren erhöht wird. Dieses Modell wird als Gesetz des abnehmenden Grenznutzens bezeichnet (Folland et al., 2017). Wie die Abbildung zeigt, steht für das Minimum an Gesundheitskapital, dessen Investition ein positives Ergebnis, jedoch keinen Output (z. B. keine in Gesundheit verbrachten Tage) erzielt. Das bedeutet, dass der Output erst generiert wird, nachdem eine Mindestinvestition in die Gesundheit getätigt wurde. stellt den in Bezug auf die Gesundheit größtmöglichen Output dar, den ein Individuum erreichen kann. Beispielsweise beträgt die maximale Anzahl der in Gesundheit verbrachten Tage für eine Person 365 Tage pro Jahr.

Der Zusammenhang zwischen Gesundheitskapital und gesundheitsrelevantem Output



Quelle: Duy Pham (2022).

Wenn H für das Gesundheitskapital steht, kann ein Individuum H erreichen, indem es Zeit in Gesundheitsmaßnahmen investiert oder Geld für die medizinische Versorgung aufwendet. Als Kapitalgut verliert die Gesundheit im Laufe der Zeit an Wert und wird mit der Abschreibungsrate abgeschrieben. Die Funktion des Gesundheitskapitals zu einem bestimmten Zeitpunkt wird folgendermaßen dargestellt:

Wenn der Zeitpunkt heute ist, dann ist gestern . Gemäß dieser Funktion ist das heutige Gesundheitskapital von drei Dingen abhängig:

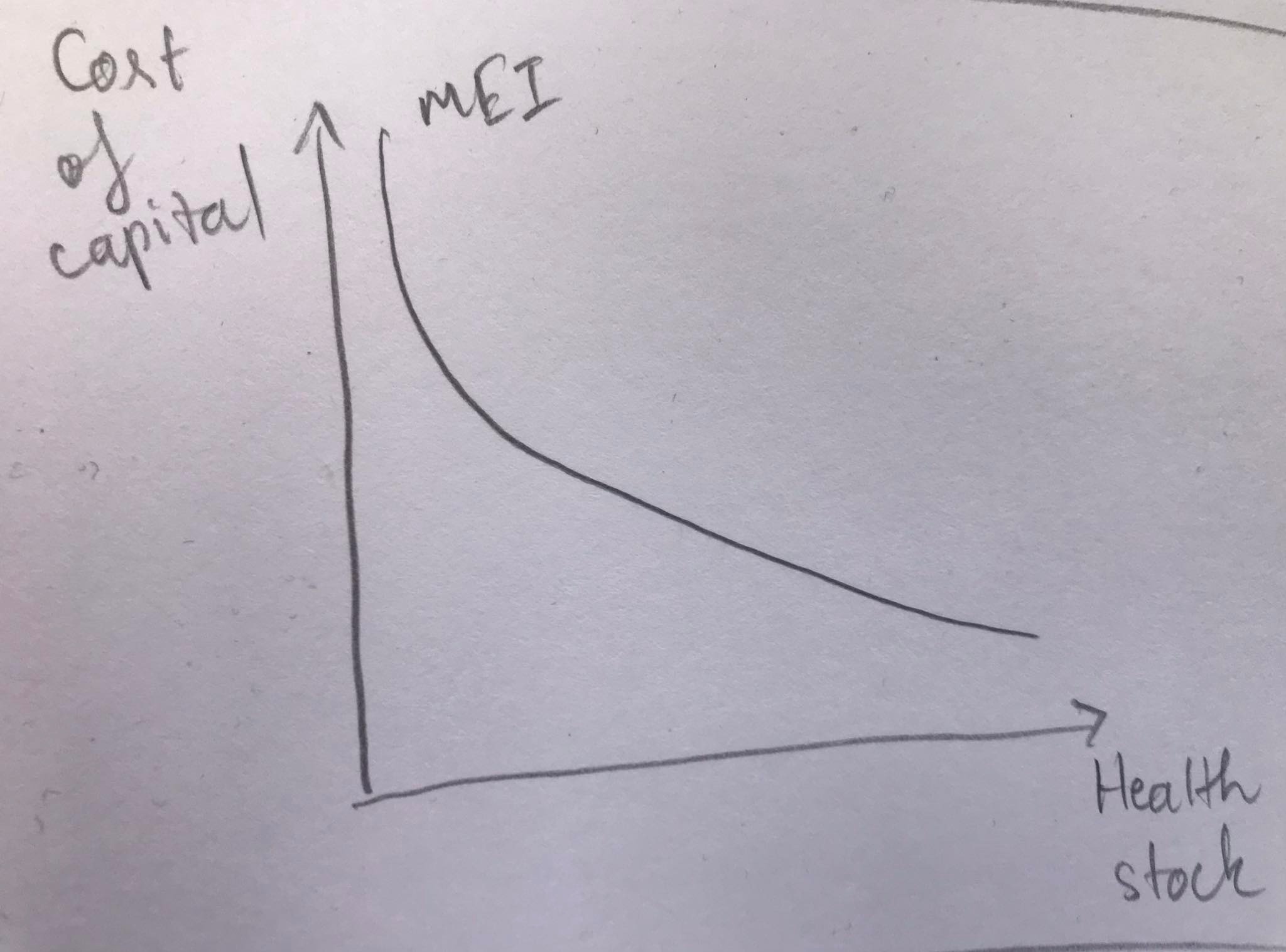
1. dem Gesundheitskapital von gestern (die Abschreibung wird berücksichtigt)
2. der Zeit, die heute in Gesundheitsmaßnahmen investiert wird
3. der medizinischen Versorgung, die heute in Anspruch genommen wird

**Rendite**

Die Rendite wird in Prozent ausgedrückt und bezieht sich auf den Nettogewinn oder -verlust, der durch die Investition in eine Kapitalanlage erwirtschaftet wird.

Die Menge der investierten Mittel spiegelt sich in der Rendite wider. Diese wird in Prozent angegeben und ist der Nettogewinn bzw. -verlust, der durch die Investition in eine Kapitalanlage erwirtschaftet wird (Folland et al., 2017). Wie bei allen Kapitalgütern sinkt die Rendite einer Gesundheitsinvestition, wenn die Investitionen in das Gesundheitskapital zunehmen. Wie im Diagramm unten dargestellt, ergibt sich daraus eine abfallende Kurve – die Grenzleistungsfähigkeit des Gesundheitskapitals (eng. Marginal Efficiency of Investment, MEI) im Verhältnis zu den Kapitalnutzungskosten.

Kapitalnutzungskosten versus Gesundheitskapital



Quelle: Duy Pham (2022), nach Folland et al. (2017).

Die Frage, wie Alter, Lohn, Bildungsniveau und Unsicherheit das Gesundheitskapital beeinflussen (basierend auf dem Grossman-Modell), wurde von vielen Forschenden im Bereich der Gesundheitsökonomie in entsprechender Fachliteratur im Detail erörtert (Folland et al., 2017).

#### Die Gesundheitsproduktion: Die Gesellschaft als Produzentin der Gesundheit

Aus einer gesellschaftlichen Perspektive liegt der Fokus auf der Gesundheit der Bevölkerung. Es gilt daher, das ganze System im Blick zu haben, um herauszufinden, was dem Gesundheitszustand der gesamten Bevölkerung dienlich ist. Hierzu gibt es zwei wichtige Faktoren, die genauer untersucht werden sollten: der Gesundheitszustand einer vorab festgelegten Gruppe (Population) und die Verteilung dieses Zustandes innerhalb dieser Population.

Es gibt viele Determinanten, die die Gesundheit einer Population beeinflussen. Kindig et al. (2008) teilen diese in fünf Hauptgruppen ein:

1. Gesundheitsversorgung (medizinische Versorgung)
2. Verhalten der Individuen
3. Soziales Umfeld
4. Physische Umwelt
5. Erbanlagen

Die medizinische Versorgung leistet keinen maßgeblichen Beitrag zum Gesundheitszustand einer Population. Wenn jedoch der Staat im Rahmen der medizinischen Versorgung gesundheitsfördernde Maßnahmen ergreift, kann dieser Beitrag eine höhere Wirkkraft entfalten. Das soziale Umfeld ist eine besonders wichtige Einflussgröße: Durch Verbesserungen in diesem Bereich hat die Sterberate ein historisches Rekordtief erreicht, was vor allem am gestiegenen Nahrungsangebot liegt, das aus der landwirtschaftlichen und industriellen Revolution resultierte (Folland et al., 2017). Das heißt aber nicht, dass die Bedeutung der Gesundheitsversorgung irrelevant ist.

### Der Beitrag der Gesundheitsversorgung

Dieser Abschnitt beschäftigt sich damit, wie das Gesundheitswesen die Gesundheit der Menschen fördert. Zunächst wird das Grenzprodukt der Gesundheitsversorgung beleuchtet. Dieses Grenzprodukt nimmt Bezug darauf, wie sich der Gesundheitszustand verbessert, wenn die Gesundheitsversorgung um eine Einheit vergrößert wird. Danach wird der Zusammenhang zwischen Ausgaben im Gesundheitswesen und Lebenserwartung erörtert.

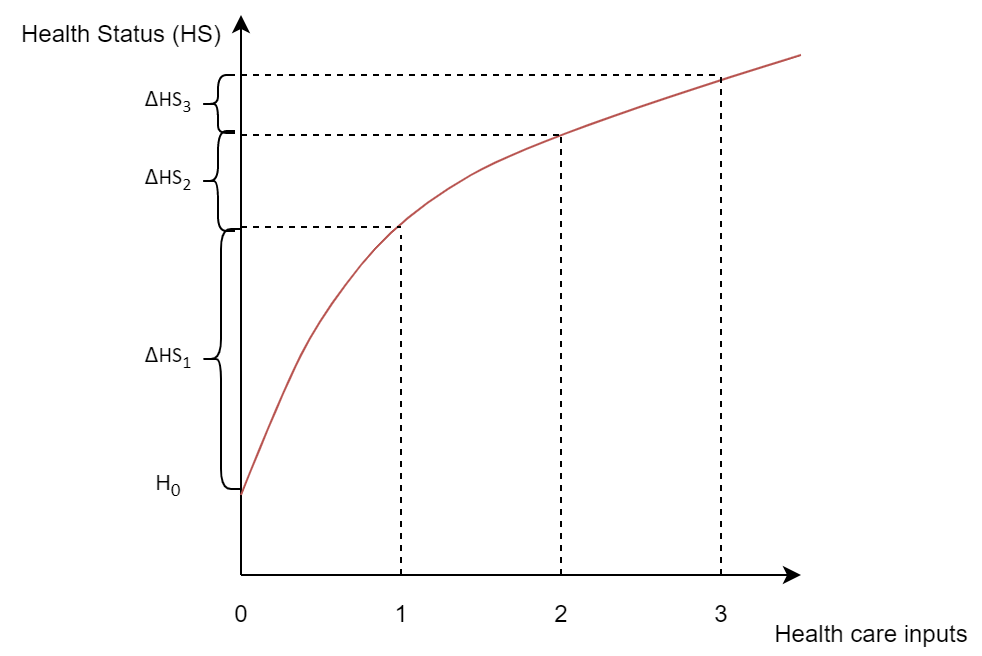
#### Das Grenzprodukt der Gesundheitsversorgung

Die untere Abbildung veranschaulicht die Produktionsfunktion, mit der die Gesundheit einer Population angegeben wird. Die Inputs der Gesundheitsversorgung (HC) werden vereinfacht als numerische Einheiten auf der horizontalen Achse abgebildet. Der Output stellt auf der vertikalen Achse den Gesundheitszustand (HS) der Bevölkerung dar. In der Praxis kann sich HS zum Beispiel auf Sterberaten, die Anzahl von gesund verbrachten Tagen oder Morbidität (zeigt Tage an, an denen Menschen arbeitsunfähig waren) beziehen. Aus der Abbildung lässt sich schließen, dass sich der Gesundheitszustand (HS) verbessert, je mehr Input durch die Gesundheitsversorgung (HC) erfolgt. Diese Kurve weist eine große Ähnlichkeit mit der oben angeführten Abbildung auf, die die in Gesundheit verbrachten Tage abbildet, die ein Individuum erreichen kann. Der einzige Unterschied zur oberen Abbildung ist, dass Punkt auf der Grundlinie den Gesundheitszustand einer Population anzeigt, ohne dass Interventionen durch das Gesundheitswesen berücksichtigt werden.

Das Grenzprodukt der Inputs durch das Gesundheitswesen wird berechnet als Verbesserung des Gesundheitszustands (HS), die sich aus einer zusätzlichen Einheit HC ergibt, während andere Inputs konstant bleiben. Im unten abgebildeten Diagramm steht ΔHS1 für das Grenzprodukt, das durch Hinzufügen einer Einheit HC entsteht. ΔHS2 ist das Grenzprodukt, dass durch Hinzufügen einer zweiten solchen Einheit entsteht, und ΔHS3 ist folglich das Grenzprodukt, das durch Hinzufügen einer dritten solchen Einheit hervorgeht. Die Bogenform der Kurve zeigt an, dass der Wert der Grenzprodukte langsamer zunimmt, je mehr HC-Einheiten hinzugefügt werden. Das heißt die Kurve flacht von ΔHS1 bis ΔHS3 ab ((ΔHS1 > ΔHS2 > ΔHS3, etc.).

Das Konzept des Grenzprodukts spielt in den Wirtschaftswissenschaften eine wichtige Rolle und ist bei der Prioritätensetzung von gesundheitsbezogenen Interventionen sehr nützlich. Wird das Grenzprodukt solcher Interventionen auf die Gesundheit einer Population bezogen und gemeinsam mit den Kosten evaluiert, können einfacher informierte Entscheidungen getroffen werden.

Gesundheitsproduktion

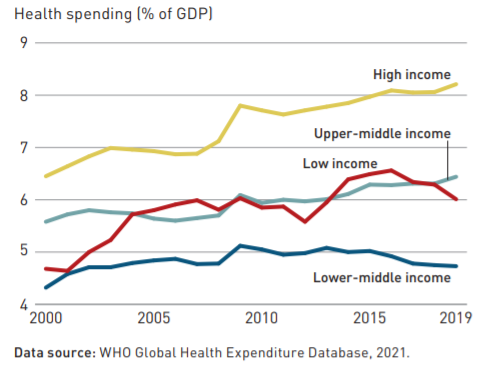


Quelle: Duy Pham (2022).

#### Ausgaben im Gesundheitswesen im Vergleich zur Lebenserwartung

Ein kürzlich veröffentlichter Bericht der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2021) zeigt, dass die Ausgaben im Gesundheitswesen im Jahr 2019 zwischen durchschnittlich 4,9 Prozent des Bruttoinlandsprodukts (BIP) in Ländern mit mittlerem und niedrigem Einkommensniveau und 8,2 Prozent in einkommensstarken Ländern schwankten (siehe Abbildung unten). Wird der absolute Betrag dieser Ausgaben herangezogen, vergrößert sich diese Kluft sogar noch weiter. Demnach wendeten Länder mit hohem Einkommensniveau 80-mal mehr Geld für gesundheitliche Maßnahmen auf als Niedriglohnländer (WHO, 2021).

Ausgaben im Gesundheitswesen weltweit

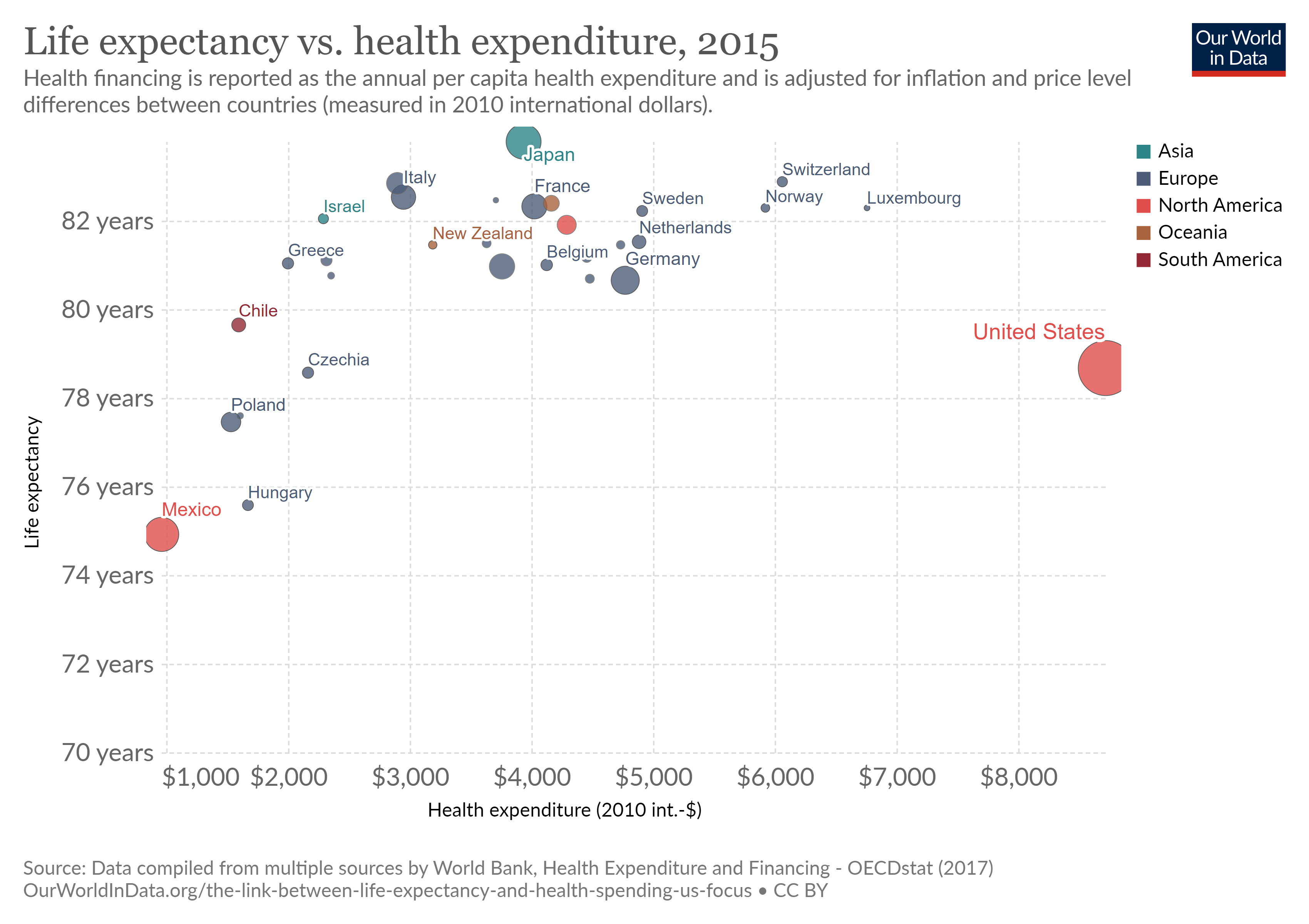


Quelle: Weltgesundheitsorganisation (2021). CC BY-NC-SA 3.0.

In der unteren Abbildung wird der Zusammenhang zwischen Ausgaben im Gesundheitswesen und der Lebenserwartung veranschaulicht. Konkret bezieht sich die Abbildung auf die Mitgliedsländer der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD, Stand: Jahr 2015) (Our World in Data, 2017). Generell führen höhere Ausgaben im Gesundheitswesen zu einer höheren Lebenserwartung. Es gibt jedoch einige Ausnahmen wie etwa die USA und Japan. Denn obwohl in Japan weniger Geld für Gesundheitsleistungen aufgewendet wird als in den USA, ist die Lebenserwartung der Japaner:innen höher. Hierfür gibt es drei wesentliche Gründe:

1. Es gibt viele mitwirkende Faktoren, die die Lebenserwartung beeinflussen und nicht im Bereich der Gesundheit angesiedelt sind, wie z. B. der Lebensstil und das Umfeld.
2. Die Lebenserwartung ist nur eine von vielen Kennzahlen im Gesundheitsbereich; eine höhere Lebenserwartung bedeutet nicht, dass der Gesundheitszustand der Bevölkerung besser ist.
3. Diese zwei Länder verfügen über sehr unterschiedliche Gesundheitssysteme und Kostenträgermodelle.

Die Lebenserwartung im Vergleich zu den Ausgaben im Gesundheitswesen (Stand: Jahr 2015)



Quelle: Our World in Data (2017). CC BY 4.0.

### Die verschiedenen Ebenen im Gesundheitswesen

Im Gesundheitswesen gibt es unterschiedliche Arten der Versorgung wie z. B. die Präventivmedizin, die Kurativmedizin und die Palliativmedizin. Sie dienen dem Zweck, den Gesundheitszustand der Bevölkerung aufrechtzuerhalten und zu verbessern. Dementsprechend lässt sich die Gesundheitsversorgung, beginnend bei präventiven Maßnahmen bis hin zur Palliativversorgung am Lebensende, in verschiedene Ebenen unterteilen.

Zunächst bedarf es allerdings einer Erklärung, wie sich die Ebenen der Präventivmedizin von den Versorgungsebenen des Gesundheitswesens unterscheiden. Der Begriff der Prävention wird meist dem Bereich der öffentlichen Gesundheit eingeordnet, wobei dem Schutz der Bevölkerung vor Risikofaktoren einer Krankheit eine hohe Priorität eingeräumt wird. Es gibt drei Ebenen der Prävention: Primärprävention, Sekundärprävention und Tertiärprävention (WHO, o. D.). Primärprävention bezieht sich auf Interventionen, die den Gesundheitszustand einer Bevölkerung insgesamt verbessern sollen, wie beispielsweise Impfungen oder gesundheitsfördernde Maßnahmen (z. B. Vorschriften für Alkohol- und Tabakkonsum). Die Sekundärprävention zielt darauf ab, Krankheiten in einem frühen Stadium zu erkennen, um eine bestmögliche Behandlung zu gewährleisten. Dies geschieht zum Beispiel im Zuge von Vorsorgeuntersuchungsangeboten. In der Tertiärprävention kommt dem Krankheitsmanagement eine besondere Bedeutung zu. Beim Krankheitsmanagement steht die ideale Versorgung der Patient:innen im Mittelpunkt, die diese vor Komplikationen, Morbidität und Tod schützen soll.

Die Versorgungsebenen des Gesundheitswesens beziehen sich üblicherweise auf die Bereitstellung von Gesundheitsleistungen. Es gibt vier solche Ebenen: Primärversorgung, Sekundärversorgung, Tertiärversorgung und Quartärversorgung. Die Primärversorgung nimmt Bezug auf die erste ärztliche Konsultation, die in der Regel von Allgemeinmediziner:innen durchgeführt wird. Patient:innen, die akut erkrankt sind oder sich eine Verletzung zugezogen haben, werden im Rahmen der Sekundärversorgung kurzfristig behandelt. Dies geschieht meist, aber nicht immer, in der Notaufnahme eines Krankenhauses oder auf der Intensivstation. Auch Entbindungen und Angebote der bildgebenden Diagnostik, bei denen medizinisches Fachpersonal anwesend ist, fallen in den Bereich der Sekundärversorgung. Die Tertiärversorgung umfasst langfristige Behandlungen, die oft eine stationäre Behandlung der Patient:innen durch medizinisches Fachpersonal erforderlich machen. In der Regel ist hierfür eine ärztliche Überweisung von Mediziner:innen notwendig, die im Bereich der Primär- oder Sekundärversorgung tätig sind. Krebstherapien, Operationen und Palliativpflege fallen unter anderem in den Bereich der Tertiärversorgung. Die letzte Versorgungsebene des Gesundheitswesens, die Quartärversorgung, wird im Allgemeinen als Erweiterung der Tertiärversorgung verstanden. Hier liegt der Fokus auf kaum angewandter Diagnostik und seltenen Erkrankungen.

### Die Nachfrage nach Gesundheitsversorgung

Die Nachfrage nach Gesundheitsversorgung beruht auf dem Bedürfnis, gesund zu sein. Dieser Abschnitt beschäftigt sich mit dem Begriff der Nachfrage im wirtschaftlichen Sinn und geht näher auf die Ähnlichkeiten und Unterschiede ein, die die Nachfrage nach Gesundheitsversorgung und die Nachfrage nach anderen Gütern aufweisen.

#### Der Begriff der Nachfrage in den Wirtschaftswissenschaften

Der Begriff der Nachfrage bezieht sich auf den Wunsch einzelner Personen, mit dem Ziel der Bedürfnisbefriedigung ein bestimmtes Gut zu konsumieren. Personen treffen Entscheidungen basierend auf dem Wissen, welche Güter sie benötigen, welche Menge sie konsumieren möchten und welche Güter zu welchem Preis erhältlich sind.

Vier wesentliche Faktoren beeinflussen die Nachfrage nach einem bestimmten Gut und die von den Konsumierenden getroffenen Entscheidungen: (1) der Preis des Guts, (2) der Preis und die Verfügbarkeit von alternativen Gütern, (3) der Preis und die Verfügbarkeit von Komplementärgütern und (4) das Einkommen der Konsumierenden.

Abhängig von dem jeweiligen Gut gibt es weitere Faktoren, die Einfluss auf die Entscheidungen der Konsumierenden nehmen können. So steuern Modetrends etwa die Entscheidungen der Konsumierenden beim Kleiderkauf, und persönliche Ernährungsgewohnheiten bestimmen, ob die Konsumierenden eher zu gesunden oder ungesunden Lebensmitteln greifen. Auch die Markenwirkung ist ein nicht unerheblicher Faktor, der insbesondere bei hochwertigen Produkten zum Tragen kommt.

### Das Prinzip der Elastizität

Elastizität ist ein Maß, das angibt, inwieweit sich Veränderungen der Einflussfaktoren, wie z. B. Preis, Einkommen oder die Verfügbarkeit alternativer Güter, auf die Nachfrage auswirken. Die wohl bekannteste und zweckdienlichste Form der Elastizität ist die **Preiselastiziät**. Sie zeigt, wie Preisänderungen die Nachfrage nach einem bestimmten Gut beeinflussen. Diese Kennzahl spiegelt außerdem wider, wie unabkömmlich ein Gut ist; manche Güter sind derart lebensnotwendig, dass die Konsumierenden sie zu praktisch jedem Preis kaufen würden. Die Preiselastizität wird in der Regel folgendermaßen berechnet

**Preiselastizität**

Diese Kennzahl gibt an, wie die Nachfrage durch Preisänderungen beeinflusst wird.

Weitere Beispiel für Elastizität sind die Kreuzpreiselastizität und die Einkommenselastizität. Erstere zeigt, inwieweit die Nachfrage nach einem Gut vom Preis eines in Beziehung stehenden Guts (z. B. Substitutions- oder Komplementärgut) abhängig ist. Letztere gibt an, wie Veränderungen in der Höhe des Einkommens die Nachfrage beeinflussen. Diese Begriffe werden von McPake et al. ausführlich beschrieben (2020, 13─24).

#### Was die Nachfrage nach Gesundheitsversorgung so außergewöhnlich macht

Die oben beschriebenen Fachausdrücke und Konzepte aus dem Bereich der Wirtschaftswissenschaften finden bis zu einem gewissen Grad auch im Gesundheitsmarkt Anwendung. Allerdings weist der Gesundheitsmarkt einige besondere Merkmale auf.

Zunächst lässt sich feststellen, dass im Gesundheitswesen die Konsumierenden in vielen Fällen nicht entscheiden, welche Gesundheitsleistung sie in Anspruch nehmen. Meist befolgen die Patient:innen den Rat der Mediziner:innen bzw. beziehen deren Meinung in ihre Entscheidungen ein. Da die Gesundheitspflege hohen Anforderungen genügen muss, sind Personen mit umfangreichem medizinischem Wissen (z. B. Mediziner:innen) am besten in der Lage, Krankheiten zu behandeln. Dies wird als Informationsasymmetrie im Gesundheitsmarkt bezeichnet. Zudem ist die Entscheidungsfindung für Patient:innen ein kompliziertes Unterfangen, da das Ergebnis einer Behandlung oftmals schwer vorherzusehen ist. Um eine solch schwierige Entscheidung zu treffen, sind diese auf die Empfehlungen der Mediziner:innen angewiesen.

Zweitens ist die Nachfrage nicht ausschließlich von den Vorlieben der Konsumierenden abhängig, sondern auch von deren Fähigkeit, für ein Gut zu bezahlen. Im Gesundheitswesen erfolgt die Zahlung von Gesundheitsleistungen nicht direkt durch die Konsumierenden (d. h. die Patient:innen), sondern durch den Staat bzw. Sozialversicherungsträger oder private Krankenversicherungen. Im Vergleich zu anderen Gütern kann sich dieser Umstand bei medizinischen Leistungen nachteilig auf die Preiselastizität auswirken (z. B. durch staatliche Preisregulierung) und die Nachfrage nach Gesundheitsversorgung maßgeblich beeinflussen.

Die Unsicherheit darüber, welche gesundheitlichen Beschwerden auftreten könnten, ist ein weiterer wichtiger Faktor, der medizinische Leistungen von anderen Gütern unterscheidet. So kann sich eine Person heute gesund fühlen, und dennoch weiß sie nicht, ob sie morgen gesund oder krank sein wird. In bestimmten Bevölkerungsgruppen ist diese Unsicherheit stärker ausgeprägt. Hierzu zählen etwa Senior:innen und Menschen, bei denen zusammen mit einer Grunderkrankung eine oder mehrere weitere Krankheiten vorliegen (Komorbidität). Wie im oben angeführten Abschnitt bereits erwähnt, entsteht dadurch der Bedarf an Krankenversicherungen.

Anders als bei anderen Gütern und Dienstleistungen, die wir kurzfristig in Anspruch nehmen (z. B. Verzehr von Nahrungsmitteln, Autokauf), handelt es sich bei der Gesundheitsversorgung eher um eine langfristige Investition, im Zuge derer kurzzeitige Schmerzen oder Unannehmlichkeiten in Kauf genommen werden müssen. Sind die Konsumierenden nicht bereit, kurzfristige Beschwerden in Anspruch zu nehmen, um langfristig einen besseren Gesundheitszustand zu erreichen, kann dies zu einer geschwächten Nachfrage nach Gesundheitsversorgung führen.

### Fragen zur Selbstkontrolle

1. Bitte erklären Sie anhand eines Beispiels, wie sich die Nachfrage nach Gesundheitsversorgung von der Nachfrage nach anderen Konsumgütern gemäß dem Grossman-Modell unterscheidet.

*Die Konsumierenden wünschen sich, gesund zu sein; um Gesundheit herzustellen, sind Inputs durch das Gesundheitswesen notwendig.*

*Die Konsumierenden können Gesundheit nicht direkt kaufen. Sie stellen Gesundheit her, indem sie Zeit in gesundheitsfördernde Maßnahmen investieren und medizinische Inputs erwerben.*

*Gesundheit verliert nicht sofort an Wert, sie hat kein bestimmtes Ablaufdatum. Gesundheit kann als Kapitalgut betrachtet werden.*

*Gesundheit kann sowohl als Investitionsgut als auch Konsumgut betrachtet werden. Menschen investieren in ihre Gesundheit, um die Anzahl der Tage zu erhöhen, an denen sie arbeitsfähig sind und ein zusätzliches Einkommen erwirtschaften können. Gesundheitsinvestitionen führen außerdem dazu, dass sich Menschen wohler fühlen.*

1. Bitte definieren Sie den Begriff Preiselastizität.

*Preiselastizität gibt an, wie die Nachfrage durch Preisänderungen beeinflusst wird.*

1. Bitte vervollständigen Sie den folgenden Satz.

*Elastizität* ist ein Maß, das angibt, inwieweit sich Veränderungen der Einflussfaktoren, wie z. B. *Preise*, *Einkommen* oder der Preis und die Verfügbarkeit von alternativen Gütern, auf die Nachfrage auswirken.

## 1.2 Angebot: Ressourcen, Produktion und Kosten

Bisher wurden die unterschiedlichen Aspekte der Nachfrage im Gesundheitswesen beleuchtet. Dieser Abschnitt beschäftigt sich nun mit der Angebotsseite. Zunächst werden die verschiedenen Ressourcen im Gesundheitswesen behandelt. Unter anderem werden dabei die finanziellen, menschlichen und strukturellen Ressourcen beschrieben. Im Anschluss werden die Gesundheitsproduktion und die damit verbundenen Kosten bezogen auf einen kurz- und langfristigen Zeitraum dargestellt.

### Die Ressourcen des Gesundheitswesens

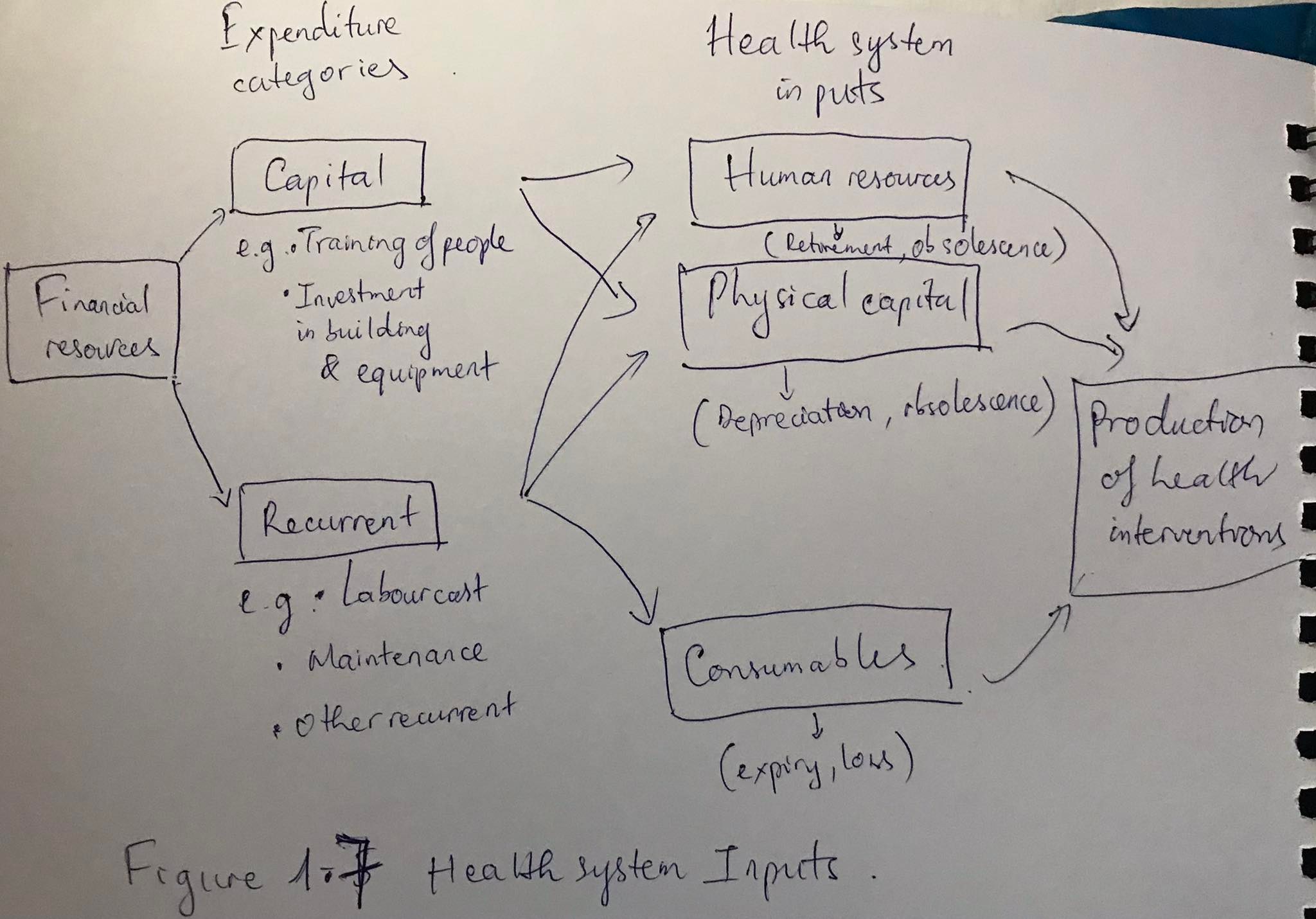
Um Gesundheitsdienste bereitstellen zu können, sind viele Inputs erforderlich. Diese müssen in einem ausgewogenen Verhältnis vorhanden sein, um eine effiziente Gesundheitsversorgung sicherstellen zu können. Beispielsweise sind Mediziner:innen ohne geeignete medizinische Gerätschaften nicht in der Lage, ihre Arbeit ordnungsgemäß zu verrichten. Aus diesem Grund sollten Krankenhäuser nicht ausschließlich in Humanressourcen investieren, sondern ebenso in medizinische Geräte und in die Erhaltung der bereits vorhandenen Infrastruktur. Dieser Ressourcenausgleich sollte über längere Zeiträume und geografische Grenzen hinweg stattfinden (Hernández et al., 2006). In der Praxis korrespondieren die Investitionen meist nicht mit den laufenden Ausgaben und den verschiedenen Inputfaktoren – ein Umstand, der eine optimale Gesundheitsversorgung erschwert. Um diese Schieflage für die Zukunft zu korrigieren, müssen neue Investitionen gründlich durchdacht und bestehende Inputs regelmäßig neu bewertet werden. Es müssen klare rechtliche Vorgaben und Anreize geschaffen werden, damit Konsumierende und Leistungserbringende entsprechend den gesundheitlichen Bedürfnissen und den vorhandenen Erwartungen eine optimale medizinische Versorgung in Anspruch nehmen bzw. bereitstellen können. Abhängig vom Umfeld gestaltet sich der Ressourcenmix im Gesundheitswesen unterschiedlich und wird durch die verfügbaren Ressourcen und die Investitionen in die Gesundheitsversorgung bestimmt.

#### Die verschiedenen Arten von Ressourcen

Wie werden Finanzmittel zugeteilt, um Inputs für das Gesundheitswesen zu erzeugen? Ähnlich wie in anderen Branchen sind Investitionsentscheidungen im Gesundheitswesen in der Regel nicht rückgängig zu machen. Beträchtliche Geldsummen werden in verschiedenste Standorte und Maßnahmen investiert und es ist schwierig, wenn nicht sogar unmöglich, eine solche bereits ergriffene Maßnahme zu verändern oder gar abzubrechen. Da die finanziellen Ressourcen im Gesundheitswesen knapp sind, ist vor ihrer Zuteilung eine kritische Evaluierung notwendig.

Das Gesundheitswesen ist ein komplexes System, das über verschiedene Arten von Ressourcen verfügt. Investitionen erfolgen nach den Top-Down-Prinzip. Die finanziellen Ressourcen im Gesundheitswesen werden in zwei Kategorien unterteilt: Investitionsausgaben und wiederkehrende Aufwendungen (siehe Abbildung unten). Zu den Investitionsausgaben zählen unter anderem Investitionen in Gebäude und Geräte (z. B. Arztpraxen und andere Gesundheitseinrichtungen) und die Ausbildung von medizinischem Personal. Wird die Aufgabe der Regierung im Gesundheitswesen thematisiert, denken viele automatisch nur an den Zuständigkeitsbereich des Gesundheitsministeriums. In der Praxis hat das Gesundheitsministerium auf bestimmte gesundheitsbezogene Investitionsentscheidungen jedoch keinen Einfluss. Dadurch wird die Aufrechterhaltung eines ausgewogenen Verhältnisses der Inputs zusätzlich erschwert. So fällt etwa die Ausbildung von medizinischem Personal (z. B. Mediziner:innen und Pflegekräfte) häufig in den Zuständigkeitsbereich des Bildungsministeriums und eher selten in den Kompetenzbereich des Gesundheitsministeriums. Auch aus privater Hand getätigte Investitionen in die Infrastruktur, wie z. B. Privatkrankenhäuser, können dieses Gleichgewicht stören. Für die im Gesundheitswesen erforderlichen Maßnahmen sind außerdem wiederkehrende Aufwendungen notwendig. Hierzu zählen Personalkosten, Wartungskosten und andere Aufwendungen, wie z. B. die Herstellungskosten von Arzneimittel.

Inputs im Gesundheitswesen



Quelle: Duy Pham (2022).

Die Abbildung oberhalb veranschaulicht die vielen finanziellen Ressourcen, die für die drei wichtigsten Inputfaktoren aufgewendet werden müssen: Humankapital (bzw. Humanressourcen), Realkapital und Verbrauchsgüter. Diese Inputfaktoren nehmen direkt Einfluss auf Gesundheitsmaßnahmen, die auf verschiedenen Ebenen der medizinischen Vorsorge und Behandlung ergriffen werden. Die drei Inputfaktoren sind untrennbar miteinander verbunden. Der Einsatz von genügend Wissen, Kompetenz und Personal ist zwecklos, wenn nicht ausreichend Räumlichkeiten, Diagnosegeräte und Arzneimittel vorhanden sind. Daher ist ein ausgewogenes Verhältnis dieser Ressourcen unabdingbar und muss den Umständen gerecht werden. Wie diese Inputfaktoren zusammenwirken, wird im folgenden Abschnitt erklärt. Ebenso werden Beispiele angeführt, die zeigen, wie sich diese in verschiedenen Umfeldern derzeit zusammensetzen.

#### Ausgewogener Ressourcenmix Beispiele aus der Praxis

Zu den wichtigsten Inputs im Gesundheitswesen zählen die Humanressourcen. Sie umfassen Arbeitskräfte, die inner- und außerhalb von Krankenhäusern tätig sind und medizinische Maßnahmen für Individuen und die gesamte Gesellschaft umsetzen. Das erfolgreiche Funktionieren eines Gesundheitssystems ist maßgeblich vom Wissen, den Fähigkeiten und der Motivation dieser Gesundheitsdienstleistenden abhängig. Die wiederkehrenden Ausgaben für die Humanressourcen sind außerdem oft der größte Einzelposten bei den wiederkehrenden Aufwendungen im Gesundheitsbudget. Wie die Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Jahr 2006 berichtete, belaufen sich die Aufwendungen für die Humanressourcen weltweit auf knapp die Hälfte (49,4 Prozent) der Gesamtausgaben im Gesundheitswesen (Hernández et al., 2006). Allerdings kann das medizinische Fachpersonal ohne Vorhandensein der anderen Inputfaktoren seine Dienstleistungen nicht vollumfänglich bereitstellen. Diese werden als Realkapital (z. B. Gerätschaften und Krankenhäuser) und Verbrauchsgüter (z. B. Arzneimittel und Dienstleistungen) bezeichnet und spielen bei der Produktivitätssteigerung der Humanressourcen eine wesentliche Rolle.

Das Gesundheitswesen ist eine arbeitsintensive Branche. Damit es reibungslos funktioniert, ist erfahrendes Fachpersonal unerlässlich. Damit das medizinische Fachpersonal im Krankenhaus arbeiten kann, muss auch genügend Verwaltungspersonal vorhanden sein, das sich um das Gebäude kümmert, und es muss ein Gleichgewicht zwischen dem medizinischen Personal und den materiellen Ressourcen hergestellt werden. Auch wäre es eine Geldverschwendung, Mediziner:innen für einfach auszuführende Aufgaben einzustellen. Der Nutzen einer zusätzlichen Input-Einheit (hier bezogen auf das Gesundheitswesen) nimmt tendenziell ab, je mehr Wert durch weitere Input-Einheiten hinzugefügt wird. Dieses Phänomen wird in den Wirtschaftswissenschaften als Gesetz des abnehmenden Grenznutzens (oder erstes Gossensches Gesetz) bezeichnet. Wenn es zum Beispiel zu wenig Mediziner:innen gibt, wird die Gesundheitsversorgung durch die Einstellung eines weiteren Mediziners verbessert. Gibt es aber bereits zu viele Mediziner:innen, würde die Einstellung eines weiteren Mediziners die Ausgaben erhöhen, aber die medizinische Versorgung kaum verbessern. Beim ersten Gossenschen Gesetz verhält es sich ähnlich wie bei der aus der Wirtschaftslehre bekannten Angebotskurve. Kaitelidou et al. (2012) stellten fest, dass die Humanressourcen geografisch höchst ungleich verteilt sind, auch wenn es ein Überangebot an Mediziner:innen gibt. Zudem sind nicht ausreichend Allgemeinmediziner:innen vorhanden, während in manchen Fachbereichen (z. B. Kardiologie) ein Überangebot herrscht.

Zu den schwerwiegendsten Problemen, mit denen medizinisches Fachpersonal in Entwicklungsländern zu kämpfen hat, zählen niedrige Gehälter und fehlende Anreizsysteme. Darüber hinaus stellen prekäre Arbeitsbedingungen, die von Arbeitseinsätzen in Kriegsgebieten über mangelnde Infrastruktur bis hin zu Engpässen bei Medikamenten und Verbrauchsgütern reichen, eine große Herausforderung dar (Willcox et al., 2015). In bestimmten Ländern machen die meisten durch die öffentliche Hand bestellten Mediziner:innen Visiten bei privatversicherten Patient:innen, um ihr Gehalt aufzubessern. So wird zum Beispiel das vietnamesische Gesundheitssystem zunehmend durch Schwarzgeldzahlungen (auch als Dankeszahlungen bezeichnet) korrumpiert (Vian et al., 2012).

Eine weitere Schieflage zwischen Humankapital und Realkapital entsteht, weil Mediziner:innen, Pflegekräfte und andere Angestellte im Gesundheitswesen bei der Arbeitsplatzwahl nicht ausschließlich durch die bestehenden Arbeitsbedingungen, Gehälter und die Krankenhausverwaltung motiviert werden. Ebenso beziehen sie Prognosen über zukünftige Entwicklungen in ihre Entscheidung ein, die sie aufgrund von eigenen Erfahrungen, Informationen aus dem Kollegenkreis und sich abzeichnenden Trends aufstellen. Wenn qualifiziertes Personal der Auffassung ist, dass sich Vergütung, Anreize und Arbeitsbedingungen in Zukunft verschlechtern werden, wird sich das in ihrer Arbeitsplatzwahl und Motivation widerspiegeln.

Um die angeführten Probleme in Angriff zu nehmen, muss zunächst ein nachhaltiges Gleichgewicht zwischen den verschiedenen Ressourcen, die oftmals von den Umständen abhängig sind, geschaffen werden. Hierfür wurden drei Strategien getestet, die mal mehr mal weniger erfolgreich waren (WHO, 2000):

1. Die Leistungsfähigkeit der verfügbaren Arbeitskräfte steigern, indem die geografische Verteilung des Personals stärker berücksichtigt wird
2. Wann immer es möglich ist, Arbeitskräfte einsetzen, die über mehrere Qualifikationen verfügen
3. Sicherstellen, dass die Begabungen der Arbeitskräfte so gut wie möglich ihrem Tätigkeitsbereich entsprechen

Diese Strategien finden in verschiedenen Ländern auf unterschiedliche Weise Anwendung und haben teilweise gute Ergebnisse erzielt. So bieten Kanada und die skandinavischen Länder zahlreiche Anreize für medizinisches Fachpersonal, damit sich dieses in den nördlichen Gebieten ansiedelt. Damit soll die in der Gesundheitsversorgung bestehende Kluft zwischen Stadt und Land verringert werden (WHO, 2000). Anderen Länder wie Saudi-Arabien, dem Inselstaat Fidschi und dem Oman ist es gelungen, medizinisches Fachpersonal aus dem Ausland zu rekrutieren und dadurch den Anteil der Mediziner:innen im Verhältnis zur Bevölkerung zu erhöhen (WHO, 2000).

Zum Teil nahm medizinisches Fachpersonal zusätzliche Ausbildungsangebote in Anspruch, um den Bedarf zu decken. So wurden beispielsweise in Ungarn und Jamaika staatliche Ausbildungsstätten eingerichtet. Dort können Interessierte, die im Gesundheitswesen tätig sind, Fähigkeiten auf den Gebieten Epidemiologie, Statistik und Verwaltung erwerben, um ihr Wissen auf verschiedensten Ebenen zu erweitern (WHO, 2000). Zudem hat die Mobilität im Zuge der Globalisierung zugenommen und es besteht die Möglichkeit, im Ausland zu studieren. Dies weckt jedoch Befürchtungen, dass hochqualifizierte Arbeitskräfte abwandern könnten. Insbesondere Menschen aus Niedriglohnländern könnten demgemäß in einkommensstarke Länder einwandern. Tatsächlich kommt es häufig vor, dass zukünftige medizinische Fachkräfte zum Studieren in Industrieländer gehen und nach Beendigung ihres Studiums dortbleiben.

### Gesundheitsproduktion und Kosten

Im Gesundheitswesen gibt es verschiedenste Tätigkeiten. Manche erfordern hochqualifizierte Arbeitskräfte, ausgereifte Technologien und kostspielige Verbrauchsgüter. Bei anderen Tätigkeiten sind Mitgefühl und Verständnis gefragt. Einige Aufgaben werden mithilfe von Maschinen ausgeführt, während bei anderen handwerkliches Geschick notwendig ist. Manchmal ist Teamwork unerlässlich, in anderen Situationen müssen Fachleute allein ans Werk. Die Tätigkeiten sind in unterschiedliche Rahmenbedingungen eingebettet und manchmal wird eine einzige Maßnahme ergriffen, die Teil eines größeren Pakets geplanter Maßnahmen ist. Verständlicherweise widerstrebt es dem medizinischen Fachpersonal, dass ihr Arbeitsbereich ausschließlich als Industrie betrachtet wird, vor allem dann, wenn für die optimale Bereitstellung von Gesundheitsdiensten nicht nur technisches Know-how, sondern auch Empathie gefragt ist. Trotzdem können die im Gesundheitswesen beschäftigten Arbeitskräfte in Bezug auf Produkt- und Dienstleistungsentwicklung viel von anderen Branchen lernen.

In den folgenden Abschnitten liegt der Fokus auf der Gesundheitsproduktion und den damit verbundenen Kosten. Das ökonomische Konzept der Produktionsfunktion wird noch einmal erörtert und die Leistungen im Gesundheitswesen näher beleuchtet. Unterschiedliche ökonomische Ansätze in Bezug auf die Effizienz werden ebenfalls erklärt und veranschaulicht.

#### Input und Substitution

Die Produktionsfunktion ist eine mathematische Formel, die den Zusammenhang zwischen Einsatzmengen (Input) und Ausbringungsmengen (Output) darstellt. Anders ausgedrückt ist die Produktion die Transformation bzw. Aufbereitung von Einsatzmengen, damit diese so gut wie möglich der Nachfrage entsprechen können (Marshall, 1920). Die Inputfaktoren der Gesundheitsversorgung (auch Ressourcen genannt) wurden bereits ausführlich beschrieben und in drei Kategorien unterteilt: Humanressourcen, Realkapital und Verbrauchsgüter. Demgemäß stellt sich die Produktionsfunktion der Gesundheitsversorgung (Q) folgendermaßen dar:

H steht für Humanressourcen, P für Realkapital und C für Verbrauchsgüter.

**Substitution**

Substitution beschreibt die austauschbare Menge an Inputfaktoren, mit denen derselbe Output erzeugt werden kann.

Aus wirtschaftswissenschaftlicher Perspektive wird **Substitution** als austauschbare Menge an Inputfaktoren beschrieben, mit denen derselbe Output erzeugt werden kann. In der Gesundheitsversorgung lässt sich beispielsweise derselbe Output generieren, wenn entweder die Zahl der medizinischen Geräte (eine sehr kapitalintensive Option) oder die Zahl der medizinischen Fachkräfte (eine arbeitsintensivere Option) erhöht wird. So können etwa Personen mit viel Erfahrung eingestellt werden. Genauso gut ist es möglich, kaum geschulte Mitarbeitende zu beschäftigen, die von ausgebildeten Fachkräften begleitet werden, oder Personal einzustellen, das sich streng an Protokolle hält. Im folgenden Abschnitt wird die Substitution vereinfacht beschrieben, indem nur zwei Inputfaktoren berücksichtigt werden: Humankapital (H) und Realkapital (P): .

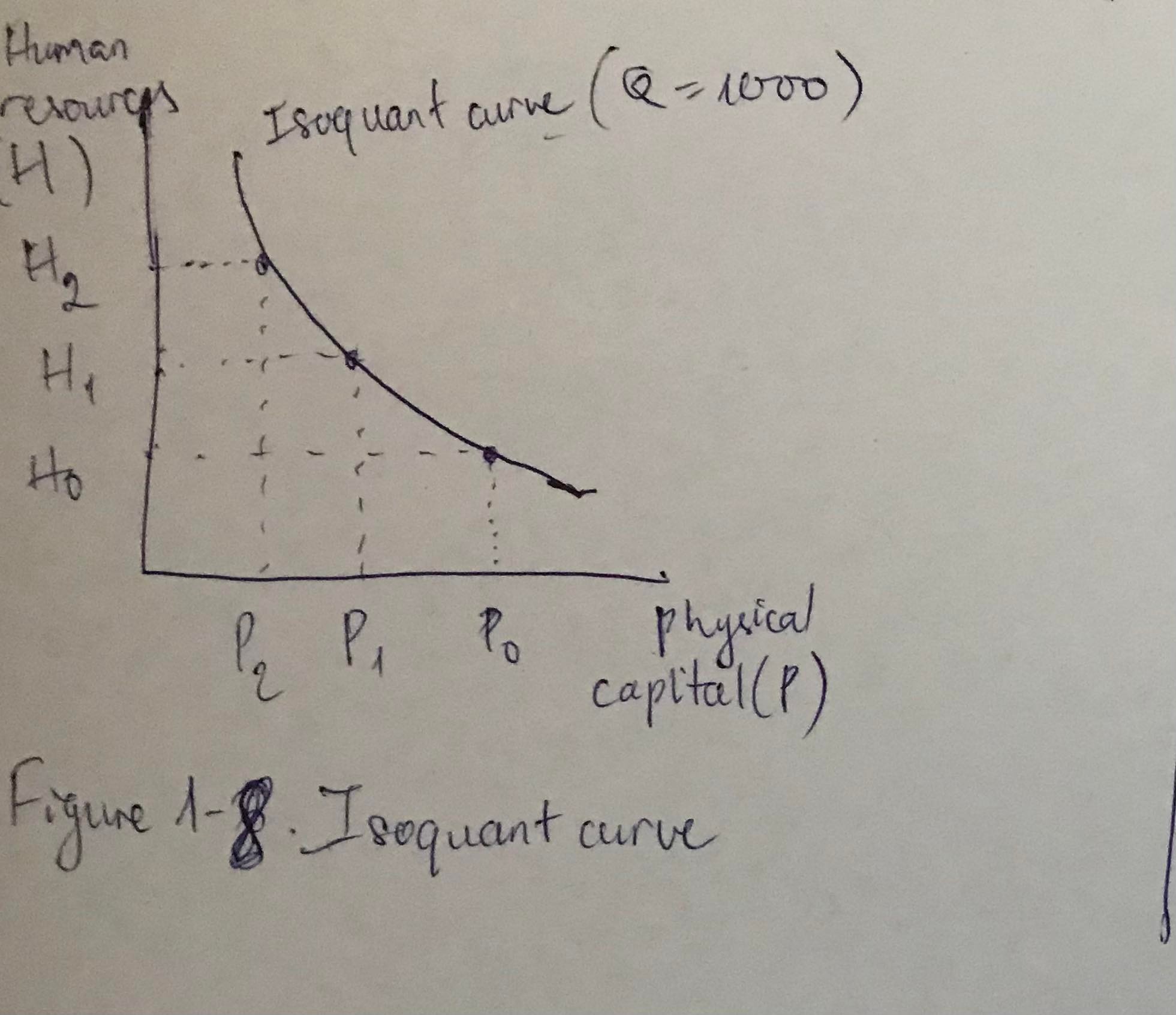
Für ein besseres Verständnis wird die Substitution anhand eines Brustkrebs-Früherkennungsprogrammes erklärt, an dem 1.000 Frauen teilnehmen und das zwei Inputfaktoren benötigt: das Realkapital (P) in Form von Mammografie-Einheiten

**Isoquante**

Bezeichnet eine Kurve, die anhand von Punkten verläuft. An diesen Punkten wird bei Änderung der Menge von zwei oder mehreren Inputfaktoren der gleiche Output erzeugt.

(z. B. Röntgengeräte) und Humanressourcen (H) (z. B. Kliniker:innen). Eine **Isoquante** (bezieht sich auf die „gleiche Ausbringungsmenge“) stellt alle Inputfaktorkombinationen aus H und P dar, die denselben Output erzeugen. Die unten abgebildete Isoquante stellt das Mammografie-Ergebnis von 1.000 Frauen dar. Die horizontale Achse bildet die Zahl der Mammografie-Einheiten (P) ab, die vertikale Achse die Zahl der beteiligten Kliniker:innen (H). Der Output, der durch Zusammenwirken von Mammografie-Einheiten und Kliniker:innen für 1.000 Frauen erzeugt wird, wird in Form von Punkten auf der Isoquantenkurve dargestellt. Die nach rechts abfallende Neigung der Isoquante zeigt, dass ein Inputfaktor, der in seiner Menge reduziert wird, durch Steigerung des anderen Inputfaktors ersetzt werden muss. Die abgerundete Form der Isoquante lässt sich auf die Grenzproduktivität der Inputfaktoren zurückführen. Wird eine große Menge eines Inputfaktors in Anspruch genommen, sind die übrigen Inputfaktoren weniger ertragfähig. Es gilt außerdem zu beachten, dass die Isoquante weder die horizontale noch die vertikale Achse schneidet. Das bedeutet, dass ein einziger Inputfaktor hier nicht in der Lage ist, den gewünschten Output zu generieren. Es lässt sich leicht nachvollziehen, dass die Mammografie-Ergebnisse wertlos sind, wenn es trotz Hunderter Röntgengeräte keine Kliniker:innen gibt, die die Ergebnisse auswerten können. Umgekehrt kann eine große Anzahl an Kliniker:innen ohne Röntgengeräte keine Mammografie durchführen.

Isoquantenkurve



Quelle: Duy Pham (2022).

Das oben anführte Beispiel beschreibt auf einfache Weise anhand des Isoquanten, wie durch die Substitution unterschiedlicher Inputfaktoren der gleiche Output generiert werden kann. Woraus ergibt sich nun der hohe Stellenwert der Isoquantenkurve? Zunächst ist die Isoquantenkurve wichtig, weil es für Krankheiten verschiedene Behandlungsmöglichkeiten gibt und die Gesundheit auf unterschiedliche Weise verbessert werden kann. Im Vergleich zu anderen Branchen, sind die austauschbaren Inputfaktoren in der Gesundheitsversorgung zwar meist begrenzt, dennoch kann zwischen verschiedenen Technologien bzw. verschiedenen Kombinationen von Inputfaktoren gewählt werden. Darüber hinaus können mithilfe der Isoquantenkurve zwei Effizienzkonzepte ermittelt werden. Diese sind für den Entscheidungsfindungsprozess im Gesundheitswesen von grundlegender Bedeutung.

#### Technische Effizienz

Technische Effizienz bedeutet, dass eine Inputfaktorkombination ausgewählt wird, die den Punkten auf der Isoquante entspricht. Das heißt, es werden keine Inputfaktoren verschwendet. Alle Punkte auf der Isoquante zeigen, dass die Kombination der Inputfaktoren technisch effizient ist. Wenn ein Punkt weiter nach oben rechts verschoben würde, wären mehr Inputfaktorkombinationen erforderlich als nötig, um die gleiche Ausbringungsmenge zu erzeugen. Dadurch könnte der Arbeits- und/oder Kapitaleinsatz bei gleichbleibendem Output gesenkt werden.

Dies ist allerdings angesichts der Komplexität und Kombinationsmöglichkeiten von gesundheitsbezogenen Inputfaktoren und Outputs leichter gesagt als getan. Bisher lag der Schwerpunkt hauptsächlich auf der Komplexität, mit denen die Inputfaktoren der Gesundheitsversorgung und deren mögliche Kombinationsmöglichkeiten verbunden sind. Doch auch der Output und dessen Definition kann Probleme nach sich ziehen. Anhand des oben beschriebenen Beispiels (Brustkrebs-Früherkennungsprogramm) wird deutlich, dass der Output auf unterschiedliche Weise definiert werden kann: Er kann als Zahl der an der Mammografie teilnehmenden Frauen oder als Zahl der an Brustkrebs erkrankten Frauen festgelegt werden. Sogar die Zahl der Frauen, deren Tod oder Aktivitätseinschränkung verhindert wurde, kann als Outputfaktor betrachtet werden. Die Auswahl der Outputfaktoren hat einen direkten Einfluss auf die Effizienz des Früherkennungsprogramms. Wenn als Outputfaktor ausschließlich die Zahl der untersuchten Frauen herangezogen wird, kann möglicherweise nicht evaluiert werden, ob das Programm die gewünschten Resultate für die Gesundheit der Bevölkerung bringt. Dieses Problem tritt bei der Bewertung von Gesundheitsmaßnahmen relativ häufig auf, da nicht der Gesundheitszustand als Ganzes, sondern dazwischenliegende Output- oder Prozessfaktoren abgegrenzt bewertet werden.

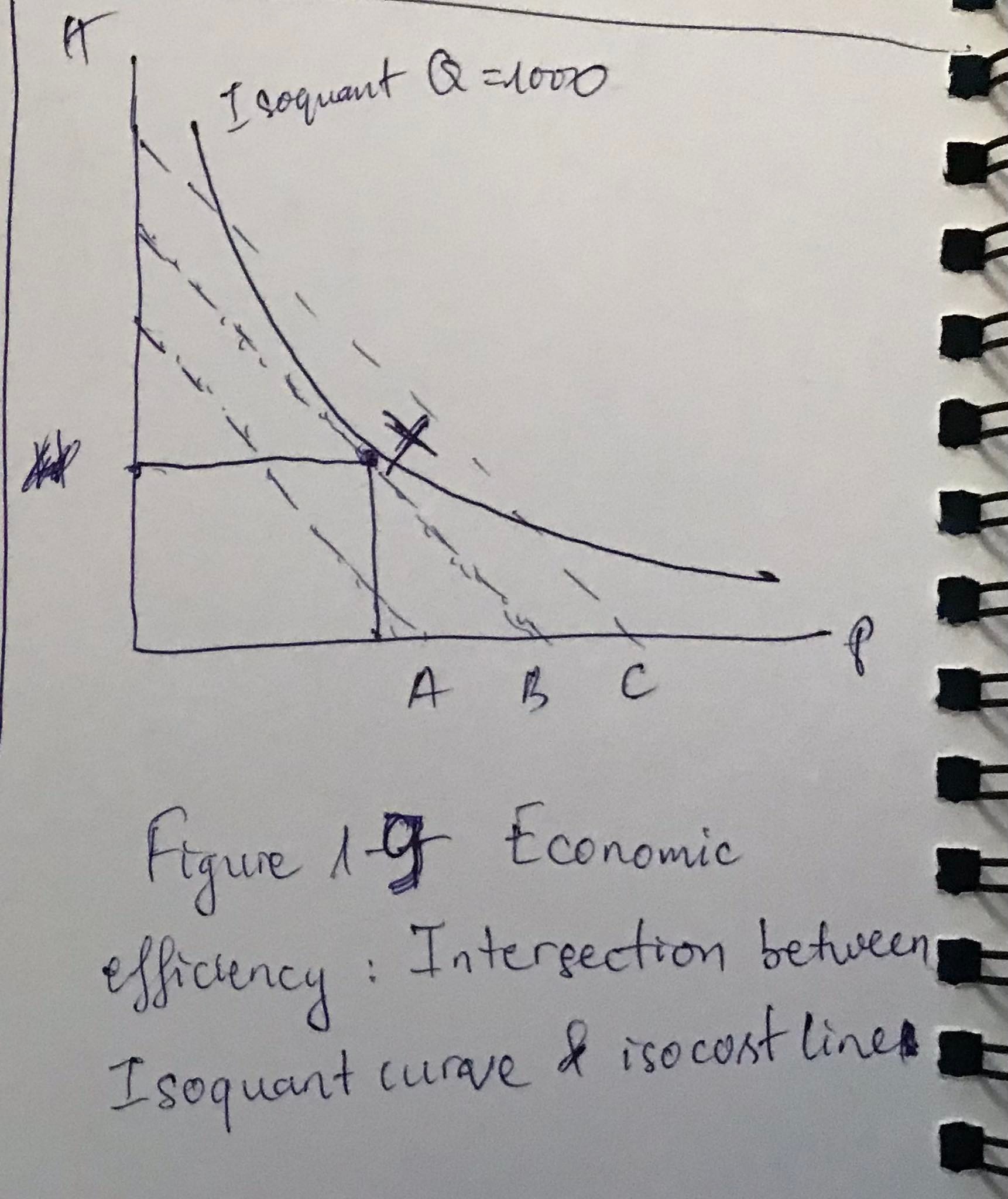
**Isokostengerade**

Die Punkte auf der Isokostengerade zeigen alle Produktionsfaktor-kombinationen an, die zu gleich hohen Kosten führen.

#### Ökonomische Effizienz

Neben der technischen Effizienz der Produktion ist es wichtig, die Produktionskosten einer Leistung zu senken. Um eine Leistung sowohl technisch, d. h. als Kombination von Produktionselementen, als auch in Bezug auf die Kosten effizient bereitstellen zu können, ist ein weiteres Instrument erforderlich. Dieses Instrument, die **Isokostengerade**, wird in das Diagramm der Isoquante integriert, um die ökonomische Effizienz (bzw. Kosteneffizienz) der Produktion zu analysieren. Die Abbildung unten bezieht sich wieder auf das Brustkrebs-Früherkennungsprogramm und bildet sowohl die Isoquante als auch die Isokostengerade ab. Das Ziel der ökonomischen Effizienz ist es, die Produktionsmenge (und -qualität) einer Leistung so kostengünstig wie möglich bereitzustellen. Ist im Beispiel des Brustkrebs-Früherkennungsprogramms bekannt, welches Gehalt die Kliniker:innen beziehen und wie hoch die Kosten für die Röntgengeräten zur Durchführung der Mammografien sind (die Abschreibungskosten werden vorerst außer Acht gelassen), kann für jedes beliebige Budget eine Isokostengerade erstellt werden (die Budgeterhöhung ist an den Linien A, B und C abzulesen). Die Budget-Linie A zeigt, dass nicht genügend finanzielle Mittel für die Durchführung von 1.000 Mammografien verfügbar sind, während das Budget für Linie C sehr großzügig bemessen wurde. Die Budget-Linie B zeigt, dass das Budget für die benötigte Ausbringungsmenge (1.000) ausreichend veranschlagt wurde. Die Stelle, an der die Budget-Linie die Isoquante berührt, ist der ökonomisch bzw. in Bezug auf die Kosten effizienteste Punkt der Produktionsmenge (und/oder -qualität) eines bestimmten Outputs.

Ökonomische Effizienz: Schnittpunkt von Isoquante und Isokostengerade



Quelle: Duy Pham (2022).

In diesem Beispiel spiegelt Punkt X die optimale Anzahl an Kliniker:innen und Röntgengeräten wider, um 1.000 Mammografien so kostengünstig wie möglich durchführen zu können.

Es gilt zu beachten, dass die Aussage „größtmögliche Menge zu möglichst niedrigen Kosten“ in diesem Zusammenhang nicht korrekt ist. Entweder wird bei gegebenem Budget der Output maximiert, oder es wird versucht, bei gegebenem Output die Kosten zu minimieren. Beides wird als ökonomische Effizienz bezeichnet.

**Opportunitätskosten**

Hierbei handelt es sich um den Wert der besten alternativen Verwendung einer Ressource.

#### Die Kostenfunktion der Gesundheitsversorgung

Die Opportunitätskosten, die den Wert der besten alternativen Verwendung einer Ressource beschreiben, sind ein grundlegendes Konstrukt der Wirtschaftswissenschaften. Doch der Begriff umfasst weit mehr, als es auf den ersten Blick scheint. Um die Opportunitätskosten richtig einzuschätzen, müssen die damit verbundenen Probleme thematisiert und in Angriff genommen werden. Hierzu zählen unter anderem Faktoren, die auf den Preis der Inputfaktoren Einfluss nehmen, mögliche Alternativen sowie die Ermittlung der besten alternativen Nutzung einer Ressource.

Im folgenden Abschnitt werden hauptsächlich die finanziellen Aspekte der Kosten oder der Geldwert für die Produktion erläutert. Faktoren und Analysen werden beleuchtet, die auf wirtschaftlichen Prinzipien beruhen und an den Gesundheitsmarkt angepasst wurden.

#### Größen- und Verbundvorteile

Durch Integration einer Isokostengerade in ein Isoquantendiagramm können die Inputfaktoren einer medizinischen Maßnahme und die damit verbundenen Kosten analysiert werden. Eine zusätzliche Analyse des Kostenverlaufs ist unbedingt erforderlich, um zu ermitteln, wie medizinische Leistungen so kosteneffizient wie möglich bereitgestellt werden können. Eine wichtige Frage, die es bei der Bereitstellung von Gesundheitsdiensten zu beantworten gilt, ist die nach dem Vorhandensein von Größenvorteilen (d. h. sinken die für einen bereitgestellten Dienst relevanten Stückkosten, wenn die Produktionsmenge zunimmt?) Sind diese vorhanden, ist es wirtschaftlich vorteilhafter, eine geringere Anzahl an großen Krankenhäusern zu bewirtschaften.

Ein ähnliches Konzept ist das der Verbundvorteile. Dieses ist vor allem für Firmen von Bedeutung, die mehrere Produkte herstellen. Zu diesen zählen auch Unternehmen, die im Gesundheitswesen tätig sind. Verbundvorteile entstehen, wenn zwei oder mehrere unterschiedliche Güter oder Dienstleistungen gemeinsam kostengünstiger produziert werden können, als wenn sie unabhängig voneinander hergestellt würden.

Kurz- und langfristige Kostenfunktion

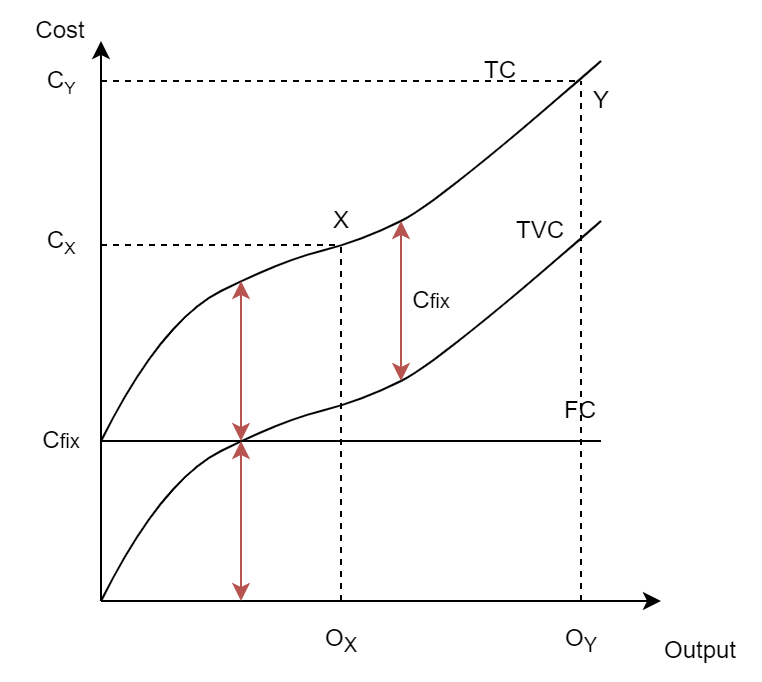
**Kostenfunktion**

Die Kostenfunktion stellt einen Zusammenhang zwischen dem Output (der Produktionsmenge) und den dafür anfallenden Kosten her.

Größen- und Verbundvorteile im Gesundheitswesen sind immer wieder Gegenstand von Diskussionen unter Forschenden. Da das Gesundheitswesen ein unvollkommener Markt und stark durch das Umfeld geprägt ist, können die Behauptungen der Forschenden auf einen Ort zutreffen, auf andere Orte jedoch nicht. Die **Kostenfunktionen** bezogen auf die Gesundheitsversorgung in einem bestimmten Umfeld ermöglichen ein besseres Verständnis.

Bei der Kostenanalyse sollte berücksichtigt werden, dass es eine kurzfristige und eine langfristige Kostenfunktion gibt: Die kurzfristige Kostenfunktion bezieht sich auf den Zeitraum, in dem eine Produktionseinheit der Gesundheitsversorgung (z. B. ein Krankenhaus) den Fixkosten, d. h. konstant bleibenden Inputfaktoren, Rechnung tragen muss. So könnte die kurzfristige Kostenfunktion etwa für die Fixkosten der Krankenhausbetten herangezogen werden. Die langfristige Kostenfunktion findet wiederum Einsatz, wenn die Fixkosten des Krankenhauses abgedeckt sind und die Ausgaben sich ausschließlich aufgrund von gestiegenen Produktionsmengen erhöhen (Folland et al., 2017). Im nächsten Abschnitt wird die kurzfristige Kostenfunktion behandelt.

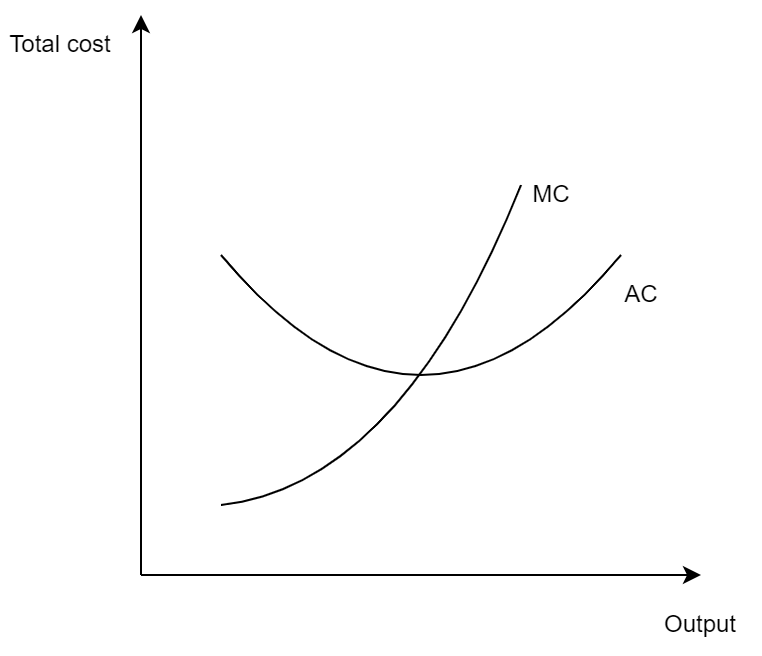
Kurzfristige Gesamtkostenkurven



Quelle: Duy Pham (2022).

Die Abbildung oberhalb veranschaulicht die kurzfristige Gesamtkostenkurve. Die Gesamtkosten stellen die Summe aus fixen (FC) und variablen Kosten (TVC) dar. Mithilfe der Kostenkurve können die Durchschnittskosten berechnet werden. Mit abnehmendem Output (von 0 bis OX) sinken die Durchschnittskosten. Mit zunehmendem Output (von OX bis OY) steigen sie. Von den Gesamtkosten lassen sich auch die Grenzkosten ableiten. Die Grenzkosten sind diejenigen Kosten, die durch die Produktion einer zusätzlichen Einheit Output anfallen (McPake et al., 2020). Die Abbildung unten zeigt die Durchschnittskostenkurve (AC) und die Grenzkostenkurve (MC) . Am niedrigsten Punkt der Durchschnittskostenkurve überschneidet sich diese logischerweise mit der Grenzkostenkurve. Wenn die Durchschnittskosten einer Dienstleistung sinken, bleiben die Kosten einer zusätzlichen Einheit (die Grenzkosten) unter den Durchschnittskosten. Wenn aber die Durchschnittskosten einer Dienstleistung ansteigen, erhöhen sich die Ausgaben, die durch Hinzufügen einer zusätzlichen Einheit entstehen. Aus diesem Grund schneiden sich die zwei Kurven am Minimum der Durchschnittskostenkurve. Die nicht linearen Kostenkurven in dieser Abbildung deuten auf „Erträge eines Inputfaktors“ und weniger auf „Skalenerträge“ hin, da sie die schwankenden Kosten widerspiegeln, die durch Anpassung einer Produktionseinheit (bzw. eines Inputfaktors) entstehen, während der andere Inputfaktor gleichbleibt (McPake et al., 2020).

Grenzkosten- und Durchschnittskostenkurven



Quelle: Duy Pham (2022).

### Fragen zur Selbstkontrolle

1. Welche der folgenden Auswahlmöglichkeiten bezeichnet eine Kurve, die anhand von Punkten verläuft, an denen bei Änderung der Menge von zwei oder mehreren Inputfaktoren der gleiche Output erzeugt wird?

* Isokostenkurve
* Isoquantengerade
* *Isoquante*
* Isokostengerade

1. Bitte zählen Sie die drei wichtigsten Inputfaktoren im Gesundheitswesen auf und nennen Sie jeweils 2 bis 3 Beispiele.

*Humanressourcen (z. B. Mediziner:innen, Pflegekräfte und Gesundheitsarbeitende in der Grundversorgung)*

*Realkapital (z. B. Krankenhäuser, Gesundheitsämter und Gemeinschaftspraxen)*

*Verbrauchsgüter (z. B. Arzneimittel, medizinische Geräte und Nahrungsergänzungsmittel)*

1. Bitte unterscheiden Sie zwischen technischer und ökonomischer Effizienz.

*Technische Effizienz bedeutet, dass eine Kombination an Inputfaktoren ausgewählt wird, die an den Punkten der Isoquante verlaufen. Das bedeutet, es werden keine Inputfaktoren verschwendet.*

*Ökonomische Effizienz entsteht durch Zusammenwirken von technischer Effizienz und Kosteneffizienz. Das bedeutet, es werden keine Inputfaktoren verschwendet, während die Produktionskosten auf ein Minimum gesenkt werden.*

## 1.3 Informationsasymmetrie und Vertretungsverhältnis

Im vollkommenen Markt erhalten die Kunden und Kundinnen ausreichend Informationen über Kosten, Mengen und die für die Produktionsfunktion relevanten Einsatz- und Ausbringungsmengen. Wirtschaftswissenschaftler:innen haben untersucht, wie Menschen Entscheidungen treffen, wenn sie als Kunden und Kundinnen in einem vollkommenen Markt über umfassende Informationen verfügen (Folland et al., 2017). Da es sich beim Gesundheitsmarkt um einen unvollkommenen Markt handelt, sind solche Untersuchungen hier nicht möglich. Für ein besseres Verständnis der Gesundheitsökonomie müssen die Folgen untersucht werden, die sich durch die zahlreichen Schwierigkeiten bei der Informationsbereitstellung in den Gesundheitsmärkten ergeben.

Aufgrund der Informationsasymmetrie und dem Wissensvorsprung, den der Agent (Auftragnehmer) gegenüber dem Prinzipal (Auftraggeber) hat, herrscht in vielen Gesundheitsmärkten (z. B. den Versicherungsmärkten) eine große Unsicherheit. Beispielsweise entscheiden sich Patient:innen, die voraussichtlich überdurchschnittlich oft eine Versicherungsleistung in Anspruch nehmen müssen, aufgrund der Informationsasymmetrie für eine bestimmte Krankenversicherung. Die meisten Fachleute im Gesundheitsbereich sind der Meinung, dass zukünftige Leistungsempfangende ihren Gesundheitszustand und Behandlungsbedarf besser einschätzen können als ihre Versicherung (Folland et al., 2017). Patient:innen sind oft überversichert, weil sie durch reduzierte Versicherungsprämien für Hochrisikopatient:innen bzw. höhere Leistungen für Patient:innen mit geringem Krankheitsrisiko angeworben werden. Die Ressourcenallokation im Krankenversicherungsmarkt ist nicht optimal, weil gesunde Versicherte die Leistungen für die krankheitsanfälligen Versicherten zahlen. **Adverse Selektion** wird definiert als „ein Phänomen, demzufolge Patient:innen eine Versicherungsleistung aufgrund der vorherrschenden Informationsasymmetrie überdurchschnittlich oft in Anspruch nehmen“ (Folland et al., 2017, S. 196).

**Adverse Selektion**

Bei der adversen Selektion (auch Negativauslese genannt) entscheiden sich Patient:innen für eine Versicherung, deren Dienste sie voraussichtlich überdurchschnittlich oft in Anspruch nehmen werden.

Im folgenden Abschnitt wird die Informationsasymmetrie im Gesundheitswesen erörtert und in drei Kategorien (vom Individuum bis zur Gesellschaft als Ganzes) unterteilt. Zunächst wird die adverse Selektion in Bezug auf den Versicherungsmarkt thematisiert. Danach werden Vertretungsverhältnisse erörtert. In diesem Zusammenhang wird die Beziehung zwischen einzelnen Personen (Arzt-Patient-Beziehung) und die Gesellschaft als Ganzes (Sozialfürsorge) beleuchtet. Abschließend werden die Auswirkungen der Informationsasymmetrie auf die Preise und Qualität der Gesundheitsversorgung untersucht und veranschaulicht.

### Krankenversicherung: Adverse Selektion

Eine Informationsasymmetrie entsteht, wenn potenzielle Kunden und Kundinnen einer Versicherung ihre zukünftigen Gesundheitsausgaben besser abschätzen können als die Versicherung selbst (Folland et al., 2017). Ein Beispiel: Ein potenzieller Kunde einer Versicherung weiß genau, wie viel Geld er in Zukunft für seine Gesundheit (d. h. die Versicherungsprämie) ausgeben wird. Die Versicherung weiß hingegen nur, wie viel Geld alle zukünftigen Versicherten gemeinsam aufwenden werden. An dieser Stelle muss zwischen Informationsasymmetrie und unvollkommenen Informationen unterschieden werden. Der Terminus unvollkommene Informationen wird als Oberbegriff gebraucht, der die **Informationsasymmetrie** einschließt. Letztere bezieht sich auf die ungleiche Verteilung von Wissen zwischen zwei Gruppen. Der Begriff der unvollkommenen Informationen schließt aber auch unvollständige Informationen ein. In diesem Fall haben beide Gruppen nur begrenztes Wissen zur Verfügung. Auf den Krankenversicherungsmarkt trifft dies jedoch nicht zu. Das Phänomen der adversen Selektion würde nicht auftreten, wenn die Versicherungen ihre Gesundheitsausgaben gleichermaßen im Voraus kalkulieren könnten wie die Patient:innen selbst.

**Informations-asymmetrie**

Bezieht sich auf die ungleiche Verteilung von Wissen zwischen zwei Gruppen (z. B. Krankenversicherung und die versicherten Personen).

Wie wirkt sich die adverse Selektion auf die Wirtschaftlichkeit einer Krankenversicherung aus? Häufig können Menschen nicht genau kalkulieren, wie viel Geld sie aufgrund von unerwarteten Gesundheitsproblemen in Zukunft benötigen werden. Die vordringliche Aufgabe einer Versicherung ist es, dieses Risiko abzusichern. Wenn Personen mit geringem Krankheitsrisiko von einer Versicherung genauso behandelt werden wie Hochrisikopersonen und folglich dieselbe Versicherungsprämie zahlen, bedeutet das, dass Erstere höhere Prämien zahlen und Gefahr laufen, unterversichert zu sein – ein Umstand, der auf die meisten Versicherungspolicen zutrifft. Dass die Versicherungsprämie nicht auf ihre Risikostufe abgestimmt werden kann, ist der Gesundheit dieser Personen abträglich. Die Versicherungsprämie von Hochrisikogruppen wird niedriger bemessen, weshalb bei diesen Gruppen eine Überversicherung vorliegt. Hier werden Risiken abgedeckt, gegen die sich diese Personen normalerweise nicht versichert hätten. Dieses Konzept ist unwirtschaftlich. Personen mit geringem Krankheitsrisiko zahlen für die Gesundheit von Hochrisikogruppen. Das ist nicht nur ineffizient, sondern hat auch Auswirkungen auf die Einnahmen der Versicherung.

### Vertretungsverhältnis und Sozialfürsorge

Ein Vertretungsverhältnis liegt dann vor, wenn eine Person – im Gesundheitswesen sind dies für gewöhnlich die Patient:innen – ihre Entscheidungsgewalt auf eine andere Person (Agent) überträgt. Die Person, die sich in ärztlicher Behandlung befindet (der Prinzipal) gibt also ihre Entscheidungsgewalt an den:die Mediziner:in ab, die üblicherweise auch die angeordnete Therapie bereitstellt (Folland et al., 2017). Diese Übertragung der Handlungsmacht beruht vorwiegend auf dem Verständnis der Patient:innen, dass Mediziner:innen über die nötige Ausbildung und Erfahrung verfügen, um die für ihr gesundheitliches Problem richtigen Entscheidungen zu treffen. Die Übertragung der Verantwortung an kompetente Agenten – die Mediziner:innen – ist somit die wirksamste Strategie, um dem fehlenden Wissen der Patient:innen entgegenzuwirken. Dies zeigt, wie eng verwoben die Informationsasymmetrie und das Vertretungsverhältnis sind.

#### Die Arzt-Patient-Beziehung

Mediziner:innen haben unterschiedliche Vorstellungen über die Erwartungen der Patient:innen: Manche sind der Meinung, dass es ihnen obliegt, den Patient:innen eine medizinische Behandlung zu verordnen. Andere argumentieren, dass sie lediglich dafür verantwortlich sind, Patient:innen Informationen zur Verfügung zu stellen, damit diese selbst Entscheidungen treffen können. Das Vertretungsverhältnis bringt im Grunde keine Probleme mit sich, da der Nutzen für den Agenten (Mediziner:in) identisch mit dem Nutzen des Prinzipals (Patient:in) ist: Der oder die Patient:in soll von der medizinischen Behandlung maximal profitieren. Die besonderen Merkmale der Gesundheitsfürsorge können diesen Prozess jedoch erschweren. Das folgende Beispiel macht dies deutlich: Ein Arzt verordnet einer Patientin eine Behandlung. Diese leidet daraufhin unter Nebenwirkungen, was einen Abbruch der Behandlung zur Folge hat und dazu führt, dass die langfristigen Auswirkungen auf die Gesundheit nicht untersucht werden können. Dies zeigt, dass Mediziner:innen aufgrund der Informationsasymmetrie nicht immer in der Lage sind, ihren Patient:innen als perfekte Agenten zu dienen.

Um die richtige Entscheidung zu treffen, sollte die Patientin jedoch umgekehrt auch dem Arzt alle den Gesundheitszustand betreffenden Informationen zuteilwerden lassen. In der Folge wird von der Patientin erwartet, dass sie die entsprechende Entscheidung des Arztes befolgt. In vielen Fällen können Patient:innen ihr gesundheitliches Problem allerdings nicht umfassend beschreiben. Deswegen müssen sich Mediziner:innen für die Entscheidungsfindung auf andere diagnostische Verfahren stützen. Doch selbst wenn das gesundheitliche Problem richtig diagnostiziert wurde, bleibt die Wahl der Behandlung problembehaftet.

#### Sozialfürsorge

Aus Diskussionen über die Arzt-Patient-Beziehung geht hervor, dass Mediziner:innen, die ihren Patient:innen ein breites Behandlungsspektrum entsprechend deren Wünschen anbieten, die perfekten Agenten sind. Dies steht im Einklang mit der ärztlichen Berufsordnung, weil das Hauptaugenmerk auf der Gesundheit der Patient:innen liegt – ein Umstand, der positiv zu bewerten ist. Wenn Probleme auftreten, konzentriert sich der perfekte Agent weniger auf die eigenen Wünsche, sondern die der Patient:innen. Die Wünsche der Patient:innen können allerdings von denen der Gesellschaft abweichen. Dies wirft die Frage auf, wen die Mediziner:innen letztlich repräsentieren: die Patient:innen, eine Gruppe von Patient:innen, die Kostenträger der Gesundheitsversorgung oder die gesamte Gesellschaft? So wie alle anderen Menschen können es Mediziner:innen nicht allen gleichzeitig recht machen. Deshalb zeigt sich der perfekte Agent in den Antworten auf diese Fragen.

Manche behaupten, dass Mediziner:innen, die weniger nicht gesundheitsfördernde Behandlungen anbieten, als ihre Patient:innen wünschen, ausgezeichnete Agenten sind (Olsen, 2017). Das Gesundheitsbudget wird entlastet, indem unnötige Behandlungen begrenzt werden. Dadurch können Mediziner:innen mehr Patient:innen behandeln. Bei diesem Ansatz wird davon ausgegangen, dass die Bereitschaft der Gesellschaft zur Quersubventionierung der Gesundheitsversorgung davon abhängig ist, ob diese zur Verbesserung der Gesundheit beiträgt.

### Wie sich die Informationsasymmetrie auf die Preise auswirkt

Eine Studie, die sich mit den Auswirkungen der Verbraucherbildung und dem Konkurrenzkampf in der medizinische Grundversorgung befasst (Pauly & Satterthwaite, 1981), brachte Ergebnisse hervor, die zeigen, dass die Grundversorgung ein Gut mit hohem Ansehen ist und dass ein Zuwachs an Mediziner:innen in diesem Bereich höhere Preise für medizinische Leistungen nach sich ziehen würde. Diese unerwartete Schlussfolgerung ist wohlbegründet: Es kann als gegeben angenommen werden, dass sich eine durchschnittliche konsumierende Person (Patient:in) bei anderen Konsumierenden über deren Erfahrungen mit Leistungserbringenden (Mediziner:in) informiert. Wenn nun also die Zahl der Mediziner:innen zunimmt, nimmt die durchschnittliche Zahl der Bekannten, die einen Leistungserbringenden aufsuchen, ab. Gleichzeitig wird dadurch auch die der Öffentlichkeit zur Verfügung stehende Informationsmenge reduziert. Die Fähigkeit der Konsumierenden, auf Preise und andere leistungsbezogene Aspekte zu reagieren, wird durch ihr Wissen – bzw. die vorhandenen Informationen – über die verfügbaren Optionen bestimmt. Unzureichendes Wissen führt zu einer schwächeren Preiselastizität der Nachfrage und folglich zu einem Anstieg des Gleichgewichtspreises. In der Wirtschaftslehre kann ein Mangel an Informationen einem Unternehmen mehr Marktmacht verleihen.

Allerdings haben unzureichende Preisinformationen auf die Errichtung eines Monopols nicht übermäßig viel Einfluss. Tatsächlich ist es so, dass Konsumierende kein vollumfängliches Preiswissen benötigen, um ein Produkt zu einem moderaten und wettbewerbsfähigen Preis zu erwerben. Die meisten Konsumierenden haben in Bezug auf die von ihnen gekauften Produkte und Dienstleistungen kein umfassendes Preiswissen (sie kennen die Preise der Konkurrenz nicht). Trotzdem nimmt der Wettbewerb zwischen den Produzierenden Einfluss auf die Preisgestaltung. So sind die Preisunterschiede bei ähnlichen Produkten, die in einem Lebensmittelgeschäft erworben werden können, beispielsweise nicht beträchtlich. Die Preise weichen aufgrund des Markenwerts, der Produktqualität oder sogar der Verpackungsgestaltung nur leicht voneinander ab. Tatsächlich verfügen die Konsumierenden in Bezug auf den Preis sehr vieler Produkte nicht über alle Informationen. Dies lässt erkennen, dass unzureichendes Preiswissen keinen großen Einfluss auf die Preisgestaltung hat. Im Gesundheitswesen werden medizinische Maßnahmen jedoch durch die Krankenversicherung finanziert und unterliegen deshalb noch weiteren Variablen. Während die Patient:innen im Laufe der Zeit in Bezug auf Preishöhe und Preisunterschiede von medizinischen Leistungen möglicherweise desensibilisiert werden, haben Kostenträger, wie z. B. Krankenversicherungen, die Preisüberwachung in ihren Aufgabenbereich integriert (Folland et al., 2017). Die tatsächlich erstatteten Kosten liegen aufgrund von selektivem Kontrahieren und anderen Honorarvereinbarungen häufig unter den Preisen der Leistungserbringenden. Dies trifft vor allem auf das öffentlich finanzierte Krankenversicherungssystem zu.

### Fragen zur Selbstkontrolle

1. Die ungleiche Verteilung von Wissen zwischen zwei Gruppen wird bezeichnet als ...

* ... adverse Selektion
* *... Informationsasymmetrie*
* ... unvollkommene Information.

1. Bitte beenden Sie den folgenden Satz.

Bei der *adversen Selektion* werden Verträge mit einer Versicherung von Personen abgeschlossen, die deren Dienste *voraussichtlich* überdurchschnittlich oft in Anspruch nehmen werden.

1. Bitte beenden Sie den folgenden Satz:

Laut Pauly und Satterthwaite (1981) ist die medizinische Grundversorgung ein *Gut mit hohem Ansehen*, und ein Zuwachs an Mediziner:innen in diesem Bereich würde zu höheren Preisen führen.

## 1.4. Externe Effekte

Im Gesundheitswesen stellen externe Effekte, die auch als Externalitäten bezeichnet werden, eine Form des Marktversagens dar, dem Rechnung getragen werden muss. Es gilt zu beachten, dass Marktversagen nicht zwangsläufig negativ behaftet ist. Ein Beispiel hierfür sind positive Externalitäten. Das Konzept der externen Effekte muss von einem gesellschaftlichen Standpunkt aus betrachtet werden, dem das Zusammenwirken von Menschen und Organisationen zugrunde liegt. Das bedeutet, dass die Handlungen einer Person Auswirkungen auf das Verhalten anderer Personen einer Gemeinschaft haben. Im folgenden Abschnitt wird zunächst das Konzept der externen Effekte grundlegend erörtert. Im Anschluss werden die verschiedenen Externalitäten des Gesundheitswesens beleuchtet.

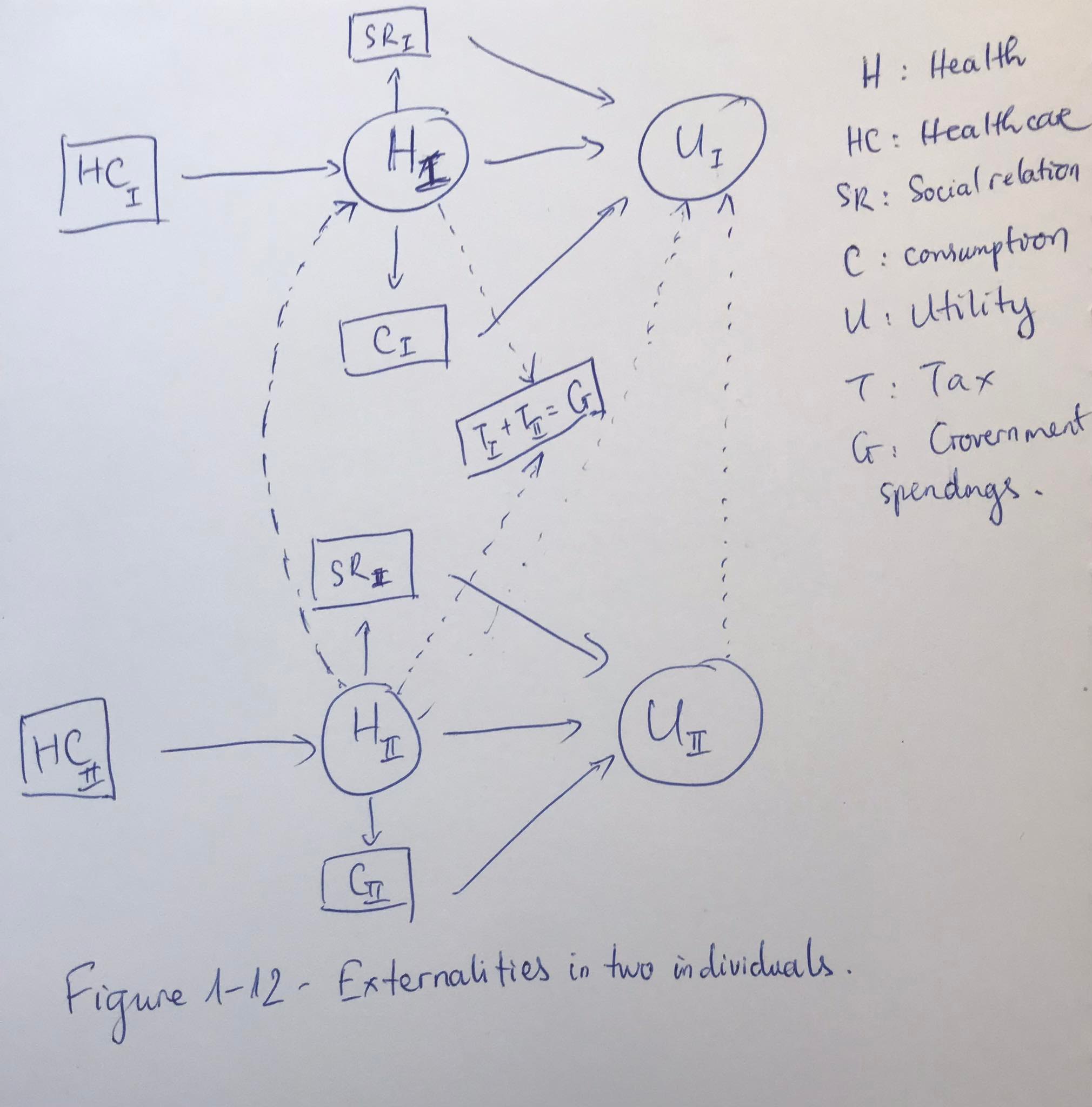
### Externe Effekte im Gesundheitswesen

Externe Effekte bezeichnen Kosten oder Nutzen, die bei der Produktion eines Guts entstehen, für die der Produzierende aber keine Ausgaben tätigt. Es gibt positive und negative externe Effekte, die im Zuge der Produktion oder der Verwendung eines Produkts bzw. der Inanspruchnahme einer Leistung entstehen können. Diese positiven bzw. negativen Effekte können auf persönlicher (sie betreffen ein Individuum oder eine Organisation) oder gesellschaftlicher Ebene (betrifft die gesamte Gemeinschaft) stattfinden.

Ein Modell, das die verschiedenen Formen der zwischenmenschlichen Interaktion abbildet, zeigt vier verschiedene Möglichkeiten auf, wie die Inanspruchnahme der medizinischen Versorgung durch eine Person nicht nur den eigenen Gesundheitszustand verbessert, sondern auch einer weiteren Person zugutekommt (Olsen, 2017). Die Abbildung unten veranschaulicht die externen Effekte der Gesundheitsversorgung. Der Nutzen, den Individuum I durch die eigene Inanspruchnahme der medizinischen Versorgung und indirekt durch den Gesundheitszustand von Individuum II (entsteht durch die Inanspruchnahme der medizinischen Versorgung von Individuum II) generiert, wird mit der folgenden erweiterten Nutzenfunktion berechnet:

Diese Funktion kann folgendermaßen erklärt werden: Der für Individuum I generierte Nutzen hängt nicht nur von dessen eigenen sozialen Beziehungen (SR), Konsum (C) und Gesundheitszustand (H) ab, sondern auch von vier losen Verknüpfungen, die es mit Individuum II verbinden: i) Ansteckungsgefahr HI (HII), ii) wirtschaftlicher Beitrag von Individuum II, G (HII), iii) paternalistischer Altruismus (Sorge um die Gesundheit) HII, allgemeiner Altruismus (Sorge um das allgemeine Wohlbefinden) UII (Olsen, 2017).

Externe Effekte zwischen zwei Individuen



Quelle: Duy Pham (2022), nach Olsen (2017).

### Positive Externalitäten

Positive Externalitäten haben die wohl größten Auswirkungen auf die Gesundheitsmärkte. Die beiden wichtigsten externen Effekte sind die Herdenimmunität und die Sorge um die Mitmenschen. Sie werden im Folgenden näher erläutert.

#### Herdenimmunität

Positive Externalitäten entstehen bei der Vorbeugung und Behandlung von verschiedensten Infektionskrankheiten. Ist die Durchimpfungsrate der Bevölkerung hoch bzw. hat sich ein Großteil der Menschen mit einem Virus infiziert, so sinkt das Risiko, dass sich die übrigen nicht geimpften Personen anstecken. Dies ist die Definition der Herdenimmunität. Im Fall der COVID-19-Pandemie (Coronavirus) gab die Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2020) die Empfehlung ab, dass die Herdenimmunität durch die COVID-19-Impfung herbeigeführt werden sollte und nicht, indem die Menschen dem krankheitsverursachenden Virus ausgesetzt würden. Um für COVID-19 die Herdenimmunität zu erreichen, ist eine hohe Impfquote unerlässlich. Dadurch wird die Menge des Virus reduziert, die in der Bevölkerung zirkulieren kann. Die Herdenimmunität ist aus verschiedenen Gründen sinnvoll, so soll sie vulnerable Personen, die für eine Impfung nicht in Frage kommen (z. B. weil die Impfung aufgrund gesundheitlicher Probleme Nebenwirkungen oder Allergien hervorrufen könnte) vor der Krankheit schützen. Wie hoch der Anteil der Geimpften in der Bevölkerung im Fall von COVID-19 sein muss, um die Herdenimmunität zu erreichen, kann derzeit noch nicht mit Sicherheit gesagt werden. Es gibt vermutlich einen Grund, warum das Virus ständig neue Varianten hervorbringt, die sich hinsichtlich der Ansteckungsrate und Schwere der Krankheit voneinander unterscheiden.

#### Die Sorge um die Mitmenschen

Die Sorge um die Mitmenschen ist die zweite positive Externalität, die in der Gesundheitsversorgung von Bedeutung sein kann. Allem Anschein nach sorgen sich die Menschen weit mehr darum, ob ihre Mitmenschen Zugang zur Gesundheitsversorgung haben, als darum, ob sie sich ein teures Auto oder häufige Restaurantbesuche leisten können. Die oben abgebildete Darstellung, die die externen Effekte zweier Individuen veranschaulicht, lässt klar erkennen, dass der Nutzen und die Gesundheit einer Person von Mitmenschen in ihrem Umfeld profitieren, die in guter gesundheitlicher Verfassung sind.

### Negative Externalitäten

Eine bekannte negative Externalität im Gesundheitsmarkt ist die Umweltverschmutzung. Diese entsteht häufig (aber nicht immer) im verarbeitenden Gewerbe. So werden beispielsweise Farbstoffe von einem Farbstoffproduzenten, wie etwa einem Bekleidungshersteller, in Flüssen entsorgt. Dadurch entsteht ein finanzieller Aufwand. Die Wasserindustrie muss zusätzliche Filterverfahren einführen, damit das Wasser für den menschlichen Konsum geeignet bleibt. Die Zerstörung des Fließgewässers als Ökosystem hat außerdem zur Folge, dass der Fischbestand abnimmt. In diesem Beispiel muss der Bekleidungshersteller jedoch nicht automatisch die zusätzlichen Kosten tragen. Die Grenzkostenkurve des Herstellers bleibt unverändert und die durch die Verschmutzung entstehenden Kosten fließen nicht in die Preisgestaltung bzw. den Kaufvertrag ein, der zwischen dem Bekleidungshersteller und seiner Kundschaft gilt (Folland et al., 2017).

Auch und insbesondere im Gesundheitsbereich gibt es eine Reihe an negativen Externalitäten, die Beachtung verdienen. So können zum Beispiel Personen, die rauchen, die Gesundheit anderer durch Passivrauchen beeinträchtigen. Ein weiteres Beispiel wäre eine mit COVID-19 infizierte Person, die andere Menschen ansteckt.

### Fragen zur Selbstkontrolle

1. Wie wird Herdenimmunität durch die WHO (o. D.) definiert?

*Die Herdenimmunität ist der indirekte Schutz vor einer Infektionskrankheit, der in einer Population aufgrund einer Impfung oder einer durchgemachten Infektion entsteht.*

1. Welche der folgenden Auswahlmöglichkeiten stellt eine positive Externalität dar?

* Passivrauchen
* Umweltverschmutzung
* Krankheitsübertragung
* *Sorge um die Mitmenschen*

## 1.5. Marktversagen und die Folgen

Der vollkommene Markt ist ein wichtiges Konzept der Wirtschaftslehre. Dieses Konzept sollte aber vorwiegend als analytisches Instrument dienen, da es insbesondere in Bezug auf den Gesundheitsmarkt nicht unbedingt die Realität widerspiegelt. Es gilt zu beachten, dass Abweichungen vom vollkommenen Markt nicht zwangsläufig negativ zu bewerten sind. Ein Paradebeispiel hierfür sind positive Externalitäten. Abweichende Marktergebnisse zeigen lediglich auf, dass keine optimale Ressourcenallokation erzielt werden kann, wenn Preis, Produktion und die Marktkräfte von Angebot und Nachfrage durch den Markt bestimmt werden. Eine optimale Ressourcenallokation ist aber auch in naher Zukunft noch nicht absehbar. Sobald eine Abweichung vom vollkommenen Markt festgestellt wird, müssen die negativen Folgen mithilfe einer Strategie abgefedert werden, die die Marktkräfte ins Gleichgewicht bringen (Folland et al., 2017). Da der Staat den Gesundheitsmarkt steuert und diesem misstrauisch gegenübersteht, trägt dieser wohl einen Teil der Schuld, wenn eine optimale Ressourcenallokation nicht möglich ist.

Bisher wurden die zentralen Ursachen des Marktversagens, wie z. B. die Informationsasymmetrie und externe Effekte, erörtert. Im Gesundheitsmarkt treten allerdings weitere Formen des Marktversagens in Erscheinung. Hierzu zählen öffentliche Güter (Kollektivgüter) und Monopole (und Oligopole). Im folgenden Abschnitt werden diese Begriffe kurz erläutert und Beispiele dazu angeführt.

### Öffentliche Güter

Wenn eine Person einen Apfel isst, kann keine andere Person diese Frucht verspeisen. Es besteht also eine Rivalität im Konsum. Will diese Person den Apfel verkaufen, wird sie sich für jemanden entscheiden, der bereit ist, den geforderten Preis zu bezahlen. Sie wird den Apfel nicht an Personen verkaufen, die den Preis unterbieten möchten. Äpfel erfüllen das Kriterium der Ausschließbarkeit. Sie sind ein Paradebeispiel für ein Gut der Privatwirtschaft. Öffentliche Güter zeichnen sich hingegen durch das Fehlen von Rivalität und Nichtausschließbarkeit aus.

Nicht-Rivalität im Konsum liegt vor, wenn eine Person ein Produkt konsumiert und dieses oder ein ähnliches Produkt ebenso von einer anderen Person konsumiert werden kann (Olsen, 2017). Ungewöhnlich scheint in diesem Zusammenhang das Beispiel einer Theatervorstellung. Sobald eine Person eine Eintrittskarte erworben hat, können entsprechend den verfügbaren Sitzplätzen weitere Eintrittskarten verkauft werden. Eine Theatervorstellung gilt jedoch nicht als öffentliches Gut, es sei denn, alle interessierten Personen können der Vorstellung kostenlos beiwohnen. Nicht-Ausschließbarkeit beschreibt den Umstand, dass der Konsum eines Guts nicht auf zahlende Personen beschränkt ist. So ist es unmöglich, Personen die Nutzung einer Straße zu verbieten, sobald diese gereinigt wurde. Bei Gütern, die das Ausschlussprinzip nicht erfüllen, liegt fast immer eine Nicht-Rivalität im Konsum vor (trifft auf das Beispiel der Straßennutzung nicht zu). Nicht rivale Güter erfüllen hingegen fast immer das Kriterium der Ausschließbarkeit.

Dienstleistungen im Bereich der Umwelthygiene und Informationskampagnen zu Gesundheitsfragen werden im Gesundheitswesen den öffentlichen Gütern zugeordnet (Folland et al., 2017).

### Monopol und Oligopol

In vielen Bereichen des Gesundheitswesens existieren natürliche Monopole, die sich durch eine geringe Anzahl an Leistungserbringenden auszeichnen. Ein Monopol ist das Gegenteil des vollkommenen Marktes. Im vollkommenen Markt stehen viele kleinere Marktteilnehmenden zueinander in Konkurrenz, d. h. auch kleine Unternehmen haben die Möglichkeit, auf dem Markt zu bestehen (Folland et al., 2017). Im Gesundheitsmarkt gibt es mehrere Faktoren, die Monopole begünstigen. Da die Gründung einer Firma mit hohen Fixkosten verbunden ist, können nur solche Unternehmen erfolgreich sein, die über die Kapitalmärkte beträchtliche finanzielle Mittel sicherstellen können. Für Markteinsteiger stellen getätigte Investitionen, die nicht von einem Markt in einen anderen Markt übertragen werden können, eine sehr unattraktive Kapitalanlage dar. Diese Investitionen werden als Sunk Costs (irreversible Kosten) bezeichnet, weil bei einem Scheitern der Unternehmung des neuen Marktteilnehmenden der Großteil des investierten Geldes nicht wieder eingebracht werden kann (insbesondere, wenn der ausbleibende Erfolg darauf hindeutet, dass das Expansionspotenzial des Marktes begrenzt ist). Dies trifft vor allem auf Dienstleistungen der hochkomplexen Apparatemedizin zu. So ist zum Beispiel fortschrittliche Medizintechnik, wie Röntgen- oder Ultraschallgeräte für die Krebsdiagnose, mit eine hohen Kapitalaufwand verbunden (Olsen, 2017). Vielfach wird die Behauptung aufgestellt, dass diese Einschränkung die Bereitstellung von Gesundheitsdiensten in den Krankenhäusern allgemein beeinträchtigt. Lediglich in sehr großen Märkten (z. B. Ballungsräumen) ist es möglich, dass eine größere Anzahl an Krankenhäusern zueinander im Wettbewerb steht. Obgleich das marktbeherrschende Unternehmen seine Produkte bzw. Dienstleistungen zu hohen Preisen anbietet und folglich hohe Gewinne verzeichnet, kann es die Preise jederzeit für einen ausreichend langen Zeitraum senken, um neue Mitbewerbende aus dem Markt zu drängen. Dadurch wird neuen Unternehmen der Markteintritt verwehrt. Neue Mitbewerbende können nur in den Markt eintreten, wenn sie dieselben Voraussetzungen in Bezug auf ihre Funktionstüchtigkeit und Größe mitbringen wie das bereits bestehende Unternehmen. Auch die hohen Fixkosten für neue Marktteilnehmenden schützen bestehende Unternehmen vor neuer Konkurrenz.

### Fragen zur Selbstkontrolle

1. Bitte nennen Sie die zwei wichtigsten Merkmale öffentlicher Güter.

*Nicht-Rivalität und Nicht-Ausschließbarkeit*

1. Bitte vervollständigen Sie den folgenden Satz.

In vielen Bereichen des Gesundheitswesens gibt es natürliche *Monopole*, die sich durch eine *geringe Anzahl* an Leistungserbringenden auszeichnen.

Zusammenfassung

Die Nachfrage nach Gesundheitsversorgung liegt in dem grundlegenden menschlichen Bedürfnis begründet, gesund sein zu wollen. Es gibt unterschiedliche Kennzahlen, anhand derer Gesundheit vermessen werden kann. Allerdings gibt es keine Kennzahl, die für sich allein alle Aspekte der menschlichen Gesundheit abdecken kann. Ein Grund hierfür sind die zahlreichen Inputfaktoren, die Einfluss auf den Gesundheitszustand (Output) nehmen. Die Gesundheitsversorgung ist nur einer der vielen Faktoren. Die Bedeutung der Gesundheitsversorgung sollte aber nicht unterschätzt werden, da diese im Laufe der Geschichte wertvolle Beiträge für die menschliche Gesundheit geleistet hat. So ist ihr z. B. die gestiegene Lebenserwartung geschuldet.

Zwar ist das Gesundheitswesen ein Markt mit besonderen Merkmalen, doch finden auch hier wichtige ökonomische Konzepte, wie die Marktkräfte von Angebot und Nachfrage, Anwendung. Neben diesen ökonomischen Konzepten ist es sinnvoll den vom Umfeld abhängigen Gesundheitsmarkt auf Unterschiede zum vollkommenen Markt zu untersuchen, um Ersteren aus verschiedenen Blickwinkeln zu beleuchten. Um optimal zu funktionieren, muss die Gesundheitsversorgung auch in Bezug auf ihre Effizienz (optimale Ressourcenallokation) thematisiert werden. In diesem Kapitel wurden noch weitere ökonomische Konzepte erörtert, darunter die Größen- und Verbundvorteile. Auch die kurz- und langfristige Kostenfunktion wurde in diesem Zusammenhang analysiert.

Es gibt einige Formen des Marktversagens, die den Gesundheitsmarkt von einem vollkommenen Markt unterscheiden. Hierzu zählen die Informationsasymmetrie, externe Effekte, öffentliche Güter und Monopole/Oligopole. Diese Formen des Marktversagens sind eng miteinander verwoben und beeinträchtigen die Effizienz der Gesundheitsversorgung, wenn sie gemeinsam in Erscheinung treten. Aufbauend auf einem Verständnis darüber können staatliche Maßnahmen konzipiert werden. Diese Maßnahmen können das Marktversagen verhindern und Gesundheitssysteme den Rahmenbedingungen entsprechend anpassen.

# Lektion 2 – Staatliche Interventionen im Gesundheitsmarkt

**Lernziele**

Nach der Bearbeitung dieser Lektion werden Sie in der Lage sein, ...

... die Gründe für staatliche Interventionen im Gesundheitswesen zu erklären.

... unterschiedliche Formen staatlicher Interventionen zu erkennen.

... anhand von Beispielen aus der Praxis staatliche Interventionen in China und Indien zu analysieren.

... Gründe für Wettbewerbsstrategien und ihre Anwendung anhand eines Beispiels aus den Niederlanden zu beurteilen.

# 2. Staatliche Interventionen im Gesundheitsmarkt

## Einführung

Marktversagen wird als ökonomische Begründung herangezogen, um staatliche Regulierungsmaßnahmen zu rechtfertigen. Es hat sich wiederholt gezeigt, dass vollkommene Märkte langfristig eine optimale Ressourcenallokation gewährleisten. Kann diese Ressourcenallokation nicht erzielt werden, muss ein Marktversagen vorliegen. Um ein solches Marktversagen zu beheben, erlassen Regierungen Gesetze, die die Unzulänglichkeiten des bestehenden Marktes ausgleichen und die gesamte Wirtschaft ankurbeln sollen. Angesichts der starken Verbreitung des Marktversagens, überrascht es nicht, dass die Gesundheitsmärkte rund um den Globus einer strengen Regulierung durch den Staat unterliegen.

Staatliche Interventionen dienen nicht ausschließlich der Behebung des Marktversagens, sondern sollen auch Gerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung fördern. Es gilt zu beachten, dass Ungerechtigkeit und Ineffizienz im Gesundheitsmarkt bei der Einführung neuer Maßnahmen nicht immer klar unterschieden werden können. In der Regel werden gewisse Personengruppen durch eine ungerechte Ressourcenallokation in der Gesundheitsversorgung tangiert, weil der Markt ineffizient ist. In dieser Lektion werden die wirtschaftlichen Gründe für staatliche Interventionen im Gesundheitswesen erörtert, die die unterschiedlichen Formen des Marktversagens beheben sollen. Danach werden verschiedene Formen und Strategien staatlicher Interventionen anhand von Beispielen aus der Praxis erläutert, um das Thema aus internationaler Perspektive zu beleuchten.

## Wirtschaftliche Gründe für staatliche Interventionen

In diesem Abschnitt werden die Gründe für staatliche Interventionen im Gesundheitsmarkt behandelt. Es ist die Aufgabe des Staats, ein mögliches Marktversagen zu korrigieren und für Gleichberechtigung im Gesundheitswesen zu sorgen. In Ländern, die eine hohe Armutsquote aufweisen, sind staatliche Interventionen unbedingt notwendig. Dadurch kann die Quote gesenkt und die Gesundheitsversorgung für wirtschaftlich schwache Bevölkerungsschichten sichergestellt werden. In dieser Lektion wird auch die Rolle des Staats in Bezug auf die Beseitigung von Marktfehlern beleuchtet. Die unterschiedlichen Formen des Marktversagens, wie z. B. Monopole/Oligopole, öffentliche Güter, externe Effekte und die Informationsasymmetrie, werden ausführlich beschrieben. Abschließend werden weitere Gründe für staatliche Eingriffe angeführt.

### Die Rolle des Staates bei der Armutsbekämpfung

Die Armutsbekämpfung ist ein ausschlaggebender Grund, warum es zu staatlichen Eingriffen im Gesundheitswesen kommt. Für eine wirksame Armutsbekämpfung sind zwei Maßnahmen erforderlich: (1) das Arbeitskräftepotenzial muss ausgeschöpft werden und (2) der Gesundheitszustand der Bevölkerung muss durch Zugang zu Bildung, gesunder Ernährung und Gesundheitsversorgung optimiert werden. Es gilt zu beachten, dass Investitionen in die Gesundheit der armen Bevölkerungsschichten einen positiven Einfluss auf deren Bildungsniveau und Einkommen haben. Solche Investitionen fördern also z. B. nicht nur die unmittelbare Schmerzlinderung, sondern können den Menschen helfen, der Armut zu entfliehen. In den meisten Kulturkreisen ist die einkommensschwache Bevölkerung im Hinblick auf Bildung und Gesundheitsversorgung auf die Unterstützung der Politik angewiesen. Investitionen in die Gesundheit armer Menschen werden als politisch vertretbare Strategie erachtet, mit der Armut kosteneffizient beseitigt werden kann.

Die Gesundheitsversorgung liegt für viele wirtschaftlich schwache Menschen außerhalb ihrer finanziellen Möglichkeiten. Würde der Staat diesen Menschen mit einem kleinen finanziellen Beitrag unter die Arme greifen, würde dies zu einer minimal verstärkten Nachfrage nach medizinischen Leistungen führen. Wäre die Gesundheitsversorgung kostenlos oder sehr preiswert verfügbar, würde die arme Bevölkerung diese jedoch sehr viel öfter in Anspruch nehmen. Dies ist darauf zurückzuführen, dass einkommensschwache Menschen eine hohe Preissensibilität und im Vergleich zum Rest einer Gesellschaft eine höhere Krankheitslast aufweisen (Weltbank, 1993). Demgemäß müssten medizinische Leistungen, die durch die öffentliche Hand finanziert werden, möglicherweise einem strengen Kriterienkatalog entsprechend ausgewählt werden, damit einkommensschwache Patient:innen in den Genuss einer kostenlosen bzw. preiswerten Behandlung kommen. Kostenlose Gesundheitsleistungen werden üblicherweise abhängig vom Standort oder ihrer Qualität rationiert. Aus diesem Grund können arme Bevölkerungsschichten häufig nicht ausreichend von diesen allgemeinen Maßnahmen profitieren. Sie verfügen aber eventuell über eine bessere politische Rückendeckung und können die Anforderungen des Versicherungsmarktes besser stemmen. Die in einem bestimmten Gebiet verzeichnete Armutsinzidenz und das Zahlungsvermögen der dort ansässigen Bevölkerung sind ausschlaggebend dafür, wer eine kostenlose bzw. preiswerte Gesundheitsversorgung erhält. Gestiegene Ausgaben im Gesundheitswesen führen nicht automatisch zu einer besseren Gesundheitsversorgung der armen Bevölkerung. Noch wichtiger sind die Maßnahmen, die der Staat ergreifen muss, um wirklich bedürftige Menschen zu unterstützen. Das Hauptaugenmerk liegt daher auf Ländern mit sehr hoher Armutsinzidenz, da diese nicht über die notwendigen Mittel verfügen, um der gesamten Bevölkerung eine kostenlose Gesundheitsversorgung anzubieten.

### Korrektur des Marktversagens durch staatliche Eingriffe

Der folgende Abschnitt beschäftigt sich mit staatlichen Interventionen, die bei einem Marktversagen im Gesundheitswesen zur Anwendung kommen. Es werden alle Formen des Marktversagens erläutert, darunter Marktmonopole und -oligopole, öffentliche Güter, externe Effekte und die Informationsasymmetrie. Weitere Gründe für ein mögliches Marktversagen werden ebenfalls angeführt.

#### Monopole und Oligopole

Ein Monopol ist eine typische Form des Marktversagens im Gesundheitswesen. Im Vergleich zum vollkommenen Markt, in dem Jungunternehmen der Markteintritt erleichtert wird, um den Wettbewerb zu steigern, weist der Gesundheitsmarkt Merkmale auf, die diesem Phänomen entgegenstehen (Folland et al., 2017). Da die Gründung einer Firma mit hohen Fixkosten verbunden ist, können nur solche Unternehmen erfolgreich sein, die über die Kapitalmärkte beträchtliche finanzielle Mittel für ein unternehmerisches Vorhaben sicherstellen können, die das Projekt in Gang bringen. Dies schränkt den Wettbewerb im Gesundheitsmarkt ein. Wenn Monopolisten ihre marktbeherrschende Stellung nicht angemessen regulieren (dies ist in der Regel der Fall), wirkt sich dies negativ auf die Ressourcenallokation aus.

Der Begriff „Monopolmacht“ bezieht sich besonders im Gesundheitsmarkt nicht immer auf ein einziges marktbeherrschendes Unternehmen. Er beschreibt zudem eine Situation, in der einige wenige Anbietende auf dem Markt konkurrieren (Oligopol). Dies trifft vor allem auf die Pharmaindustrie zu, die von einigen wenigen Konzernen dominiert wird, die große Marktanteile besitzen. Der Patentschutz fördert die marktbeherrschende Stellung der Pharmaunternehmen zusätzlich. Da die Medikamentenforschung und Arzneimittelproduktion sehr kostenintensiv sind, können auf diesem Gebiet nur besonders umsatzstarke Großfirmen investieren. Die Monopolmacht kommt auch im Bereich der Krankenhausleistungen zum Tragen und zwar in Regionen, in denen nur wenige Einrichtungen angesiedelt sind. Auch im Krankenversicherungsmarkt, der durch staatliche Einrichtungen gesteuert wird, haben sich Monopole herausgebildet. Sogar in Märkten mit vielen Leistungserbringenden (z. B. Mediziner:innen und Zahnmediziner:innen) können Monopole entstehen. Manche Berufe sind aufgrund fehlender Zulassungen und anderer Vorschriften gar vom Markteintritt ausgeschlossen. An all diesen Beispielen zeigt sich deutlich, dass die Monopolmacht eine Form des Marktversagens darstellt, die in vielen Bereichen des Gesundheitswesens in Erscheinung tritt.

Eine marktbeherrschende Stellung ist mit zahlreichen Problemen verbunden. Zunächst kann der Staat Markteintrittsbeschränkungen auferlegen. Beispiele hierfür sind die Approbationsordnung und der Patentschutz. Eine berufliche Zulassung soll die minimalen Anforderungen an die Qualität der Berufsausübung sicherstellen. Patentrechte sollen neue Projekte im Bereich der Forschung und Produktion von Arzneimitteln fördern. Problematisch ist außerdem, dass Monopole in gewissen Situationen nicht vermeidbar sind. So kann beispielsweise in kleinen Märkten (z. B. in ländlichen Gebieten) eine Monopolmacht entstehen, weil aufgrund der geringen Nachfrage nach medizinischen Leistungen nur ein Krankenhaus benötigt wird. Sinkt die Nachfrage weiter, kann dieses Krankenhaus möglicherweise nicht mehr ordnungsgemäß betrieben werden, es sei denn, der Staat gewährt Subventionen oder das Krankenhaus senkt die Kosten. Darüber hinaus können Fehlentscheidungen der Regierung zur Reduzierung der Monopolmacht in einigen Fällen dazu führen, dass sich die Situation weiter verschlimmert. Insbesondere Vorschriften, die die öffentliche Bereitstellung von Gesundheitsleistungen und Preisdeckelungen betreffen, können aufgrund mangelnder Praktikabilität nicht umgesetzt werden (Folland et al., 2017).

Grundsätzlich kommt der Rolle des Staats bei der Zerschlagung eines Monopols (bzw. Oligopols) eine hohe Bedeutung zu. Deren Umsetzung kann sich jedoch sehr schwierig gestalten.

#### Öffentliche Güter und externe Effekte

Öffentliche Güter zeichnen sich durch das Fehlen von Rivalität und das Prinzip der Nicht-Ausschließbarkeit aus. Das bedeutet, dass öffentliche Güter oder Dienstleistungen von einer Person in Anspruch genommen werden können, ohne dass andere Personen auf den Konsum desselben Guts bzw. den daraus entstehenden Nutzen verzichten müssen. Dies nimmt jedoch Einfluss auf die Zahlungsbereitschaft der einzelnen Personen. Solange eine Person für das Gut bezahlt, können andere davon profitieren. Wer ist also bereit, für die Güter anderer Personen zu bezahlen? So werden etwa Interventionen der Primärprävention, wie z. B. Aufklärungskampagnen im Radio und die Vektorkontrolle zur Bekämpfung von Krankheitsüberträgern, als öffentliche Güter betrachtet, die nur der Staat bereitstellen kann. Ein weiteres öffentliches Gut sind neueste wissenschaftliche Erkenntnisse, die die Fortschritte in der Medizin im 21. Jahrhundert maßgeblich beeinflusst haben. Weitere Entwicklungen auf diesem Gebiet sind zumindest teilweise von der Unterstützung des Staats abhängig. Damit ein öffentliches Gut optimal bereitgestellt und die richtigen Interventionsmaßnahmen getroffen werden können, muss eine umfassende wirtschaftliche Untersuchung in Form einer Kosten-Effektivität-Analyse durchgeführt werden. Die Kosten sind ein Teil der Analyse. Mit den Kosten allein lässt sich allerdings noch nicht der Wert eines Nutzens bestimmen. Dies gilt vor allem für öffentliche Güter, da deren Nutzen für die gesamte Gesellschaft relevant ist. Nichtregierungsorganisationen (NGOs) können hierfür Empfehlungen abgeben, doch vom Staat vorgegebene Bewertungsrichtlinien sind unerlässlich.

Externe Effekte bezeichnen Kosten oder Nutzen, die bei der Produktion eines Guts entstehen, für die der Produzierende aber keine Ausgaben tätigt. Wenn der Produzierende diese Form des Marktversagens nicht erkennt, kann dies zu einem Angebots- oder Nachfrageüberhang führen. Dies hat zur Folge, dass die Preise nicht den tatsächlichen Wert der Produkte und Dienstleistungen widerspiegeln. Aus gesamtgesellschaftlicher Perspektive können solche durch externe Effekte entstandenen Preisverzerrung vermieden werden, wenn der soziale Nutzen (bzw. Verlust) den sozialen Grenzkosten entspricht. So gesehen ist der soziale Grenznutzen (bzw. die sozialen Grenzkosten) der private Grenznutzen (bzw. die privaten Grenzkosten) abzüglich (oder zuzüglich) externer Effekte. Wird ein an Tuberkulose leidender Mensch geheilt, kann er keine anderen Menschen mehr anstecken. Allerdings ist sein Wunsch nach Heilung nicht durch die Gefahr motiviert, die Tuberkulose für andere Menschen darstellt. Wird einer solchen Externalität nicht Rechnung getragen, wird die Behandlung für Privatpatient:innen überteuert und unzureichend angeboten werden.

Positive Externalitäten sind nicht dasselbe wie persönliche Vorteile. Subventionen im Gesundheitsbereich werden unter anderem durch den verbesserten Gesundheitszustand der Begünstigten und deren gesteigerte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit legitimiert, von der die gesamte Gesellschaft profitiert. Trotzdem ziehen aber vorwiegend Einzelpersonen einen Nutzen aus diesen Subventionen. Daher ist ihre gesteigerte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit nicht als Externalität des Gesundheitswesens zu betrachtet.

#### Informationsasymmetrie

Konsument:innen, die sich einem größeren Krankheitsrisiko ausgesetzt sehen, schließen augenscheinlich eher eine Zusatzversicherung ab und nehmen deren Leistungen aus demselben Grund auch eher in Anspruch. Deshalb haben Versicherungen ein Interesse daran, Hochrisikopatient:innen zu identifizieren und vom Versicherungsschutz auszuschließen oder als Gegenleistung für das erhöhte Risiko höhere Prämien zu verlangen. Doch auch wenn relevante Informationen über Patient:innen eingeholt und Versicherungsbeiträge dementsprechend erhöht werden, wird dies aufgrund der Unvorhersehbarkeit gesundheitlicher Beschwerden kaum die tatsächlich notwendigen Gesundheitsmaßnahmen widerspiegeln.

Der Gesundheitszustand ist ein unkalkulierbares Risiko. Zwar sind Versicherungen meist in der Lage, das Risiko für eine bestimmte Krankheit vor Festlegen der Versicherungsprämie zu kalkulieren, doch aufgrund unerwarteter Ereignisse (z. B. einer Pandemie) kann die Entschädigungssumme übermäßig hoch ausfallen. Erschwerend kommt hinzu, dass versicherte Personen in der Regel mehr Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen, als sie eigentlich bedürfen. Dies führt zu einem Überkonsum. Ein solcher Überkonsum entsteht, weil Personen die Kosten einer medizinischen Behandlung niedriger einstufen, wenn diese von einer Versicherung getragen werden. Die Absicherung gegen potenzielle Krankheiten hat nicht nur einen Überkonsum von Gesundheitsleistungen zur Folge. Ebenso können bei versicherten Personen gesundheitliche Probleme auftreten, weil sie ihre Gesundheit vernachlässigen. Bei diesem als „Moral Hazard“ (dt. moralisches Risiko) bezeichneten Phänomen übernehmen Personen nicht die volle Verantwortung für ihr Handeln, sondern geben diese an andere (die Versicherung) ab. Das moralische Risiko entsteht durch Ambiguität und das Unvermögen der Versicherungen, die Versicherten vollständig zu überwachen.

Die in den Versicherungsmärkten auftretenden Probleme haben unmittelbare Auswirkungen auf die Gesundheitsmärkte. Der Überkonsum kommt auch dort zum Tragen und kann die Kapazitäten des Gesundheitswesens erschöpfen. Da Gesundheitsrisiken und der Preis für ein Lebewesen kaum kalkulierbar sind, ist das rechte Maß bei den Gesundheits- und Krankenversicherungsausgaben nicht zu ermitteln. All diese Schwierigkeiten sind auf die Informationsasymmetrie in der Gesundheitsversorgung zurückzuführen.

Um dieser entgegenzuwirken, kann der Staat zwei verschiedene Aufgaben übernehmen. Er kann bereits bestehende Informationen entweder direkt oder indirekt mithilfe der Privatwirtschaft in der Bevölkerung verbreiten. Außerdem sollten staatliche Akteure durch aktives Engagement in der wissenschaftlichen Forschung (direkt oder indirekt durch die Finanzierung von Forschungstätigkeiten in der Privatwirtschaft) einen Wissenspool erstellen.

**Meritorische Güter**

Diese Güter haben einen Nutzen für eine Person unabhängig davon, ob diese den Wunsch hegt, diese Güter zu konsumieren.

### Weitere Gründe für eine staatliche Intervention

Es gibt viele weitere Gründe, die für staatliche Interventionen sprechen. Regierungen ergreifen wirtschaftspolitische Maßnahmen und spielen deshalb für die Stabilität der Gesundheitswirtschaft eine wichtige Rolle (Folland et al., 2017). Diese Maßnahmen können öffentliche Fördermittel, Steuervorschriften und sogar Zinssätze betreffen und wirken sich maßgeblich auf Gesundheitsprogramme aus.

Der Staat greift auch in das Marktgeschehen ein, um den Konsum hochwertiger Güter zu forcieren. Diese sogenannten **meritorischen Güter** haben einen Nutzen für eine Person unabhängig davon, ob diese den Wunsch hegt, diese Güter zu konsumieren. In diesem Fall greift der Staat vorbeugend in das Marktgeschehen ein, um ungesunde Verhaltensweisen z. B. durch Vorschriften in Bezug auf Alkohol, Rauchen und illegale Drogen zu reduzieren sind mit dem Konzept von meritorischen Gütern verbunden.

Regierungen können den Markt zusätzlich stabilisieren, indem sie Informationen zu Kosten und Wirksamkeit von medizinischen Behandlungen veröffentlichen und Vorschriften zur Qualität der Gesundheitsversorgung überprüfen. Nicht kosteneffiziente Behandlungen müssen von unerlässlichen Therapien unterschieden werden. Diese Unterscheidung nimmt Einfluss auf die Versicherungspläne der Privat- und Sozialversicherungen und die Entscheidungen der betroffenen Personen (z. B. Mediziner:innen und Patient:innen) Die durch den Staat bereitgestellten Informationen zur Kosteneffizienz verschiedener Behandlungen sind ebenfalls nicht unerheblich, da sie Versicherungen und Gesundheitsdienstleistende bei der Preisgestaltung und damit der Kundengewinnung unterstützen. Es gibt keine Faustregel, die besagt, inwieweit der Staat auf das Gesundheitswesen Einfluss nehmen oder dieses finanzieren soll. So sind bevölkerungsreiche und verarmte Gebiete für die Finanzierung lebenswichtiger Gesundheitsdienste auf staatliche Interventionen angewiesen, da die Privatwirtschaft diese Last nicht stemmen kann. Um solche Dienste auch in Entwicklungsländern anbieten zu können, nutzen Regierungen die Möglichkeit, NGOs zu subventionieren. In den meisten Fällen sollen staatliche Eingriffe jedoch den Wettbewerb fördern. Ein Wettbewerb kann sich zwischen Organisationen der Gemein- und Privatwirtschaft entfalten. Er kann aber auch innerhalb der Privatwirtschaft und sogar zwischen gemeinnützigen und gewinnorientierten Unternehmen stattfinden. Der Wettbewerb bringt Vorteile für die Konsumierenden mit sich: Die Qualität der Produkte und Dienstleistungen verbessert sich und die Preise werden aufgrund der erhöhten Effizienz in der Produktion gesenkt. In einem wettbewerbsorientierten Markt können vom Staat bereitgestellte Leistungen zu Qualitätssteigerungen und Preissenkungen führen. Öffentliche Dienste, die in nicht wettbewerbsfähigen Märkten angeboten werden, zeichnen sich hingegen häufig durch eine unwirtschaftliche Bereitstellung und schlechte Qualität aus.

### Fragen zur Selbstkontrolle

1. Bitte nennen Sie zwei typische Formen des Marktversagens im Gesundheitswesen, die eine staatliche Intervention erforderlich machen.

*Monopole/Oligopole, öffentliche Güter, externe Effekte und Informationsasymmetrie*

1. Bitte vervollständigen Sie den folgenden Satz.

*Meritorische Güter* haben einen Nutzen für eine Person unabhängig davon, ob diese den Wunsch hegt, diese Güter zu konsumieren.

1. Welche der folgenden Auswahlmöglichkeiten ist kein Grund für eine staatliche Intervention im Gesundheitswesen?

* *Den Gesundheitsmarkt in einen vollkommenen Markt zu verwandeln*
* Armutsbekämpfung
* Korrektur eines Marktversagens
* Stabilisierung der Gesundheitswirtschaft

## 2.2 Instrumente staatlicher Interventionen

Es gibt unterschiedliche Instrumente für staatliche Interventionen im Gesundheitsmarkt. Vorschriften können erlassen werden, um eine gerechte Ressourcenallokation zu gewährleisten. Steuern werden gemeinsam mit oder anstelle von Sozialversicherungsbeiträgen erhoben. Als letztes Thema wird in diesem Abschnitt die öffentliche Leistungserbringung im Gesundheitswesen behandelt.

### Vorschriften

Regierungen nehmen Einfluss auf die Ressourcenallokation, indem sie Vorschriften und Gesetze ausarbeiten. Dies kann so weit gehen, dass bestimmte Güter oder Tätigkeiten ausdrücklich verboten werden. Ein Beispiel hierfür ist die Herstellung und der Konsum von Drogen. In der Regel legen politische Entscheidungstragende jedoch lediglich die Art und Weise fest, wie Produkte und Dienstleistungen produziert bzw. konsumiert werden dürfen. Politische Entscheidungstragende lösen Probleme bevorzugt mithilfe von Rechtsvorschriften, da diese nicht mit nennenswerten Staatsausgaben verbunden sind. Für andere Akteure stellen die Folgen von Rechtsvorschriften aber eine große finanzielle Belastung dar.

Laut Allsop und Mulcahy (1997) erfüllen Vorschriften hauptsächlich die folgenden Aufgaben im Gesundheitswesen:

1. Reglementieren, wie Firmen in den Markt eintreten und diesen verlassen

können

2. Den Wettbewerb im Markt reglementieren

3. Die Marktorganisation reglementieren

4. Regulierung der Kostenerstattung und Vergütung von

Gesundheitsleistungen

5. Qualitätskontrollen und Vorgabe von Normen

6. Gewährleistung von Sicherheitsstandards

Bezogen auf die verschiedenen Formen der Korrektur des Marktversagens lässt sich feststellen, dass die ersten drei Aufgaben bei der Zerschlagung von Monopolen im Gesundheitswesen dienlich sind. Sie korrigieren insbesondere die Schwächen von monopolistischen Marktstrukturen. Als vierte Aufgabe kann eine Strategie zur reglementierten Kostenerstattung unterschiedliche Formen des Marktversagens korrigieren. Sie kann Gesundheitsdienstleistenden Anreize bieten, indem bestimmte erwünschte Tätigkeiten belohnt werden. Ebenso kann die Monopolmacht genutzt werden, um Gehälter und Ausgaben im Gesundheitswesen niedrig zu halten. Durch Qualitätskontrollen, Vorgabe von Normen und die Gewährleistung von Sicherheitsstandards können schließlich die Folgen der Informationsasymmetrie abgeschwächt werden.

Ein weiterer Ansatz beschäftigt sich mit den drei Fragen, was reglementiert wird, wen dies betrifft und wie die Reglementierung abläuft (Kumaranayake et al., 2000). Demgemäß weist der Autor auf unterschiedliche Variablen hin, die bei der Gesetzgebung im Gesundheitswesen von Bedeutung sind. Diese Variablen umfassen den Markteintritt, die Qualität, die Menge, den Preis, die Ressourcenallokation und Wettbewerbspraktiken. Die Variable der Menge ist nicht unerheblich und sollte genau untersucht werden. Möglicherweise findet sie bereits Anwendung unter Punkt drei (die Marktorganisation reglementieren) im oben beschriebenen Modell nach Allsop und Mulcahy (1997). Rechtsvorschriften, die die Menge betreffen, können unterschiedliche Bereiche umfassen. Sie können sich z. B. auf die Menge medizinischer Geräte oder Gesundheitseinrichtungen beziehen. Dadurch lassen sich die Inputfaktoren für ein bestimmtes Erfordernis festzulegen. Durch die Reglementierung von Gesundheitseinrichtungen kann außerdem die Ressourcenallokation in der Gesundheitsversorgung verbessert werden. Beispielsweise muss die Anzahl an Arztpraxen in Gebieten mit geringer Bevölkerungsdichte rechtlich beschränkt werden. Andernfalls könnte ein Angebotsüberhang entstehen. In Ballungsräumen sind wiederum Vorschriften notwendig, die die Anzahl der Gesundheitsdienstleistenden erhöhen. Dies führt nicht nur zu einer besseren Ressourcenallokation, sondern würde zudem die Monopolmacht schwächen. Dieser Ansatz wird in der Fachliteratur von McPake et al. (2020) ausführlich erläutert.

### Steuern und Sozialversicherungsbeiträge

Das Gesundheitswesen wird durch unterschiedliche Einnahmequellen finanziert. Diese umfassen die finanzielle Selbstbeteiligung der Versicherten (Zuzahlungen und freiwillige Versicherungsprämien) und Mittel der öffentlichen Hand, wie z. B. Steuern und Sozialversicherungsabgaben. Wie bereits erwähnt, lässt keine Gesellschaft zu, dass das Gesundheitswesen unreglementiert von den Marktkräften gesteuert wird (wobei einzuräumen ist, dass manche Bestandteile des Systems mehr oder weniger dem Gesetz von Angebot und Nachfrage folgen). Die Gründe hierfür wurden im Abschnitt über das auf Monopolen/Oligopolen basierende Marktversagen im Gesundheitsmarkt erklärt. Politische Entscheidungstragende können aufgrund der vom Staat bereitgestellten Mittel direkt Einfluss auf die Finanzierung des Gesundheitswesens und die Verteilung der Gelder im System nehmen.

Die für Gesundheitsdienste bestimmten Steuereinnahmen geben der Regierung die Möglichkeit, die Höhe der finanziellen Mittel für das Gesundheitswesen festzulegen und diese Ressourcen den politischen Zielen entsprechend zuzuweisen. Folgenden Aufgaben wird in diesem Zusammenhang unter anderem Priorität eingeräumt: Allokation der Ressourcen abhängig vom Bedarf, gleichmäßige Verteilung der finanziellen Last auf die Gesellschaft und Erreichen eines angemessenen Niveaus für vorbeugende Gesundheitsmaßnahmen. Wird die Gesundheitsversorgung jedoch zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme durch die Patient:innen finanziert (d. h. durch den Markt), hat der Staat keine direkte Kontrolle über die finanziellen Mittel, die vielleicht – aber nicht zwangsläufig – entsprechend den politischen Zielen verteilt werden. Dieser Kontrollverlust ist der Grund, warum sich die meisten Gesundheitssysteme durch Steuereinnahmen, Sozialversicherungsbeiträge und andere vorgeschriebene Abgaben finanzieren. Allerdings sind diese finanziellen Mittel stets von den Rahmenbedingungen und deren Verfügbarkeit abhängig.

Bis in die späten 1980er Jahre konnten Gesundheitssysteme entsprechend einer vorherrschenden Geldquelle kategorisiert werden. In den letzten Jahren haben sich die Geldquellen allerdings zunehmend diversifiziert (McPake et al., 2020). Systeme, die seit jeher durch Sozialversicherungsabgaben finanziert werden, werden nun zu einem erheblichen Teil auch durch Steuereinnahmen gestützt. In den USA verhält es sich ähnlich. Dort ist das Gesundheitswesen, das sich durch eine große Zahl an Versicherten auszeichnet, privatisiert, wird aber größtenteils durch öffentliche Abgaben und private Versicherungsbeiträge finanziert (z. B. für die Finanzierung der amerikanischen Gesundheitsprogramme Medicaid und Medicare; McPake et al., 2020).

Da sich die Finanzierung von Gesundheitssystemen zunehmend schwierig gestaltet, ist es sinnvoll, die Möglichkeiten und Grenzen bestimmter Finanzierungsmodelle zu untersuchen. Es gilt zu beachten, dass die Finanzierung des Gesundheitswesens letztendlich durch die einzelnen Mitglieder der Gesellschaft erfolgt. Unabhängig davon, wie die finanziellen Mittel beschafft werden (z. B. durch Steuereinnahmen oder Zuzahlungen zu Versicherungsleistungen), müssen die Individuen die finanzielle Last schultern. Es gelten jedoch Regeln, die festlegen, wer, wieviel, wann und für welche Leistung zahlen muss. Diese Regeln werden je nach Finanzierungsstruktur angewendet und können die Funktionsweise und die Effizienz eines Gesundheitssystems beeinflussen.

#### Der Unterschied zwischen Steuern und Sozialversicherung

Steuereinnahmen und Sozialversicherungsbeiträge weisen viele Ähnlichkeiten auf. Bemerkenswert sind jedoch vor allem die Unterschiede. Die Unterschiede zwischen diesen Formen der Umlagefinanzierung betreffen weniger ihre typischen Merkmale, sondern die praktische Anwendung der Finanzierungsmodelle. Es gilt zu beachten, dass die für diese Finanzierungsmodelle verwendete Sprache möglicherweise irreführend ist. So wird der Begriff „Versicherung“ manchmal herangezogen, wenn die Finanzierung von Gesundheitsdiensten durch Steuereinnahmen erfolgt. Dies trifft z. B. auf das Gesundheitssystem des Vereinigten Königreichs, den National Health Service (NHS), zu.

**Steuereinnahmen** stammen aus unterschiedlichen Quellen. Diese Einnahmen werden vom Staat aggregiert und mithilfe eines Finanzierungsverfahrens an die verschiedenen Branchen, z. B. das Gesundheitswesen, verteilt. Die **Sozialversicherungsbeiträge** der Arbeitnehmenden sind Teil des Bruttobezugs und werden in der Regel von den Arbeitnehmenden selbst und den Arbeitgebenden bezahlt. Die Versicherung für Arbeitslose, Rentner:innen und familienversicherte Personen wird auf unterschiedliche Weise sichergestellt (z. B. durch staatliche Beiträge; McPake, 2020). Die Einnahmen aus den Sozialversicherungsbeiträgen können von einer Versicherungsgesellschaft oder einer Versicherungsgruppe (gesetzliche oder private Krankenversicherung) in Anspruch genommen werden. Die Sozialversicherung trägt die Kosten für die Gesundheitsleistungen ihrer Mitglieder.

**Steuereinnahmen**

Zu den Steuern zählen direkte Steuern (z. B. Einkommenssteuer), indirekte Steuern (z. B. Verbrauchsteuer) und andere Staatseinnahmen (z. B. durch Lizenzen) (McPake, 2020).

### Öffentliche Leistungserbringung

Der Staat stellt eine große Bandbreite an Gütern und Dienstleistungen zur Verfügung. Hierzu zählen etwa Bildung, öffentliche Straßen, Wasser und Kanalisation, Feuerwehr und Polizeischutz. Viele dieser Güter werden aber nicht als rein öffentliche Güter betrachtet. Rein öffentliche Güter zeichnen sich durch das Fehlen von Rivalität und das Prinzip der Nicht-Ausschließbarkeit aus. Auch die Güter der öffentlichen Gesundheitsversorgung sind größtenteils keine rein öffentlichen Güter. Ein Beispiel hierfür sind kostenlose Impfangebote. Obwohl kostenlose Impfungen positive Externalitäten mit sich bringen, verfügen sie über die Eigenschaft der Ausschließbarkeit, und aufgrund der begrenzten Verfügbarkeit liegt Rivalität im Konsum vor. Ein weiteres bekanntes Beispiel für ein öffentliches Gut ist die Landesverteidigung.

**Sozialversicherungsbeiträge**

Die Sozialversicherungsbeiträge der Arbeitnehmenden sind Teil des Bruttobezugs und werden in der Regel von den Arbeitnehmenden selbst und den Arbeitgebenden bezahlt.

Da aufgrund begrenzter Ressourcen nicht jedes Mitglied einer Gemeinschaft alle Angebote nutzen kann, muss sich jede Gesellschaft die Frage stellen, was, wie und für wen in welchem Ausmaß bereitgestellt werden soll. Zunächst gilt es zu beantworten, welche Gesundheitsleistungen vom Staat zur Verfügung gestellt werden sollen? Abhängig von der Wirtschaftsform und der politischen Agenda können vom Staat unterschiedliche Gesundheitsdienste angeboten werden. Diese reichen von kostenlosen Impfungen gegen Infektionskrankheiten bis hin zur Kostenerstattung für die Behandlung von seltenen Krankheiten. Die Frage nach dem „Was“ bezieht sich auf die Qualität und Menge dieser Gesundheitsleistungen. Auch der Frage, wie diese Leistungen bereitgestellt werden sollen, muss Rechnung getragen werden. Sie können entweder über Steuereinnahmen finanziert werden. Der Staat kann die Verantwortung aber auch über einen Vertrag an die Privatwirtschaft abgeben. Es stellt sich also die Frage, ob medizinische Leistungen vorwiegend durch Steuereinnahmen und/oder Sozialversicherungsbeiträge finanziert werden (allgemeiner Versicherungsschutz) oder die Konsumenten selbst die Kosten tragen sollen (Privatwirtschaft). Auch eine Kombination aus beiden Möglichkeiten ist denkbar (und findet in den meisten Fällen Anwendung). Schließlich stellt sich noch die nicht unerhebliche Frage, für wen diese Leistungen zur Verfügung gestellt werden. Hier spielt das Prinzip der Umverteilung von Gesundheitsleistungen eine Rolle. Diese Umverteilung ist aus Gründen der Gleichbehandlung, Fairness und Gerechtigkeit notwendig.

### Fragen zur Selbstkontrolle

1. Welche sechs Aufgaben erfüllen Vorschriften laut Allsop und Mulcahy (1997) hauptsächlich im Gesundheitswesen?

*Reglementieren, wie Firmen in den Markt eintreten oder diesen verlassen können; den Wettbewerb im Markt reglementieren; die Marktorganisation reglementieren; Regulierung der Kostenerstattung und Vergütung von Gesundheitsleistungen, Qualitätskontrollen und Vorgabe von Normen; Gewährleistung von Sicherheitsstandards*

1. Bitte vervollständigen Sie den folgenden Satz.

Zu den *Steuern* zählen direkte Steuern (z. B. Einkommenssteuer), indirekte Steuern (z. B. Verbrauchsteuer) und andere Staatseinnahmen (z. B. durch Lizenzen).

1. Bitte vervollständigen Sie den folgenden Satz.

Impfungen werden nicht als öffentliches Gut eingestuft, weil das Prinzip der *Rivalität* und *Ausschließbarkeit* gegeben ist.

## 2.3 Staatliche Eingriffe im Gesundheitswesen

In allen Ländern der Welt ist der Staat für die Bereitstellung einiger lebenswichtiger Gesundheitsdienste verantwortlich. Ein Beispiel hierfür sind Impfangebote. Diese werden vom Staat und privaten Geldgebenden mit beträchtlichen finanziellen Mitteln unterstützt. Obwohl auch ihre Wirksamkeit durch empirische Erkenntnisse untermauert wird, gehören sie dennoch zu den Maßnahmen, die oft ihr Ziel verfehlen. Darüber hinaus gibt es immer noch viele Bereiche, die vom Gesundheitswesen vernachlässigt werden. Außerdem hat sich das öffentliche Gesundheitswesen aufgrund fehlender Ressourcen als ineffizient erwiesen.

In Bezug auf Krankenhausdienstleistungen versagen die meisten Regierungen, weil sie alle Dienste für alle Personen bereitstellen möchten, ohne die medizinischen Behandlungen entsprechend ihrem Stellenwert für die Gesundheit und die Patient:innen gemäß der Schwere ihrer Erkrankung zu priorisieren. Bestimmte Gesundheitsleistungen, die durch die öffentliche Hand bereitgestellt werden, sind ineffizient. Dabei ist es unerheblich, welche Arzneimittel oder Therapien verschrieben werden – die Kosteneffizienz ist schlicht nicht gegeben. Die weit verbreitete und anhaltende Kritik an diesem unwirtschaftlichen Modell zeigt, dass hier nur eine grundlegende Reformierung des Gesundheitswesens Abhilfe schaffen kann. Die finanziellen Mittel des Staats, die bisher in medizinische Behandlungen geflossen sind, müssen beispielsweise eingesetzt werden, um den Wettbewerb zwischen Gesundheitsdienstleistenden zu fördern. Damit diese Reformen Früchte tragen, muss klar zwischen notwendigen und unnötigen Ausgaben unterschieden werden. Zudem müssen die Regierungen ihre Aufgabe wahrnehmen und bei der Bereitstellung von Gesundheitsdiensten ein gutes Preis-Leistungs-Verhältnis gewährleisten. Es gibt keine vergleichbare Strategie, die alternativ für die Reglementierung der staatlichen Ausgaben angewendet werden könnte. Auch bei der Regulierung von Märkten, in denen kommerzielle Dienstleistungen (z. B. Versicherungen) angeboten werden, schneiden die meisten Regierungen schlecht ab. Die große Zahl an Privatversicherungen, die stark im Steigen begriffen ist, ist ein weiteres Problem, auf das Regierungen nicht vorbereitet sind. Eine Regulierung in diesem Bereich findet bisher so gut wie nicht statt.

Im Folgenden werden staatliche Eingriffe im Gesundheitswesen anhand von zwei Beispielen aus der Praxis erörtert. Schauplatz sind die bevölkerungsreichen Länder China und Indien. Die Angaben stammen aus der 2008 durchgeführten Studie von Bloom et al.

### China: Der Übergang vom ländlichen Gesundheitswesen zur Marktwirtschaft

Im chinesischen Gesundheitswesen verfügt die Regierung (die Kommunistische Partei) immer noch über viele Befugnisse aus alten Tagen (Bloom et al., 2008). Die Preisgestaltung ist ein Beispiel hierfür. So werden etwa die Kosten für ärztliche Beratungen und Krankenhausaufenthalte niedrig gehalten. Gleichzeitig können Krankenhäuser auf dem Verkauf von Rezepten und den Kosten für Labortests Gewinne erzielen. Aus diesem Grund werden vermehrt medizinische Untersuchungen durchgeführt und Medikamente verschrieben. In der Folge steigen die Kosten für alle beteiligten Akteure. Das Vertrauen der Patient:innen in das Gesundheitssystem ist dementsprechend niedrig (Bloom et al., 2008). Dies führte dazu, dass Personen, die in der Landwirtschaft tätig sind, auf den Abschluss einer freiwilligen Krankenversicherung verzichteten. Zudem lehnte das Landwirtschaftsministerium die Einführung einer obligatorischen Krankenversicherung für die Bevölkerung im ländlichen Raum ab. Zeitungen haben nicht nur das eigennützige Verhalten des medizinischen Fachpersonals thematisiert, sondern auch das Thema der physischen Gewalt, der sich diese Berufsgruppen ausgesetzt sehen (Du, 2000).

Im Zuge der chinesischen Kulturrevolution wurde die Macht der Ärzteschaft in den 1970er Jahren im ländlichen Raum geschwächt, was dazu führte, dass die für das Gesundheitswesen notwendigen Regulierungsmechanismen in ländlichen Gebieten nicht mehr durch geeignetes Personal sichergestellt werden konnten. Am Land begannen deshalb viele Laien als „Barfußärzte“ in Gesundheitszentren zu arbeiten (Bloom et al., 2008).

#### Neue Rechtsvorschriften

Im Rahmen der Marktwirtschaftsreform erließ die chinesische Regierung in den späten 1990er Jahren neue Vorschriften, die dem Gesundheitsmarkt in China gerecht werden sollten (Fang, 2008). Zunächst kam der Antikorruptionsabteilung der Kommunistischen Partei die Aufgabe zuteil, die Ursachen für die Bestechlichkeit des medizinischen Fachpersonal aus der Welt zu schaffen. Konkret ging es dabei um Schwarzgeldzahlungen von Patient:innen und Bestechungsgelder von Pharmakonzernen. Die Gesundheitsreform sollte auch die Qualität von Erstbehandlungen verbessern und neue Krankenversicherungssysteme für den ländlichen Raum schaffen (Bloom et al., 2008) Im Folgenden werden die Leistungserbringenden im Bereich der Erstbehandlungen näher beschrieben.

#### Die Umbildung der „Barfußärzte“

In den 1960er und frühen 1970er Jahren wurden im ländlichen China sogenannte „Barfußärzte“ ausgebildet. Diese arbeiteten in den Gesundheitseinrichtungen in den Gemeinden und führten im Rahmen der Grundversorgung medizinische Erstbehandlungen durch. Im Zuge der Marktreform der 1990er Jahre gingen diese schlecht ausgebildeten Fachkräfte entweder in Rente oder nahmen eine zusätzliche Ausbildung in Anspruch, um in Bezug auf die angebotenen Dienste ein Mindestmaß an Qualität gewährleisten zu können. Vorgaben für die Zulassung wurden ausgearbeitet. Diese umfassten Prüfungen, die einmal pro Jahr in den meisten chinesischen Provinzen abgehalten wurden. „Barfußärzte“, die die Prüfung nicht bestanden, durften die Tätigkeit nicht mehr länger ausüben (Bloom et al., 2008). Diese regelmäßigen Prüfungen hatten zur Folge, dass die Qualität der Gesundheitsversorgung in den Gemeinden deutlich erhöht wurde. Die meisten Arztpraxen, die von nicht zugelassenen Mediziner:innen betrieben wurden, wurden schrittweise aufgelassen oder an zugelassene Mediziner:innen übergeben. Die Vorschriften der Regierungen machten außerdem Sitzungen in den ländlichen Gesundheitseinrichtungen erforderlich. Im Zuge dieser Besprechungen sollte die Qualität der medizinischen Versorgung und die Leistung der Mediziner:innen überprüft werden. In der Praxis fanden die Besprechungen jedoch aufgrund der begrenzten Ressourcen nicht ordnungsgemäß statt (Bloom et al., 2008).

#### Die Ausbildung der Dorfmediziner:innen

Die Ausbildung der Dorfmediziner:innen wurde ebenfalls reformiert. In vielen Bezirken Chinas wurden Ausbildungsprogramme angeboten, die zwei bis drei Jahre in Anspruch nahmen und Dorfmediziner:innen auf ihren Beruf vorbereiteten (Bloom et al., 2008). Aufgrund der Abgeschiedenheit der Dörfer waren es meist junge Absolventen und Absolventinnen (insbesondere Ehepaare), die sich für die Arbeit in den Dorfpraxen entschieden.

Im weiteren Verlauf wollte die Regierung die Kompetenzen der Dorfmediziner:innen erweitern und diese in öffentliche Gesundheitsmaßnahmen einbeziehen (Bloom et al., 2008). So wurden manche Dorfmediziner:innen aufgefordert, bei Patient:innen mit Bluthochdruck Nachuntersuchungen durchzuführen, um Risiken und den medizinischen Versorgungsbedarf abzuklären.

#### Krankenversicherung

Seit 2003 hat die chinesische Regierung benachteiligte Gemeinden weitreichend mit finanziellen Mitteln ausgestattet, um den Zugang zur Gesundheitsversorgung zu verbessern (Bloom et al., 2008). Das Besondere dabei ist, dass sich diese Transferzahlungen bisher vorwiegend nach bedarfsorientierten Vereinbarungen richten, die die Regierung mit den betreffenden Gesundheitseinrichtungen abgeschlossen hat, und nicht nach im Etat festgesetzten Subventionen. Das Hauptaugenmerk der Regierung liegt dabei auf den Maßnahmen, die ergriffen werden müssen, um die Einrichtungen des Gesundheitswesens gegenüber der Öffentlichkeit stärker in die Pflicht zu nehmen. Die wohl bedeutendste dieser Maßnahmen ist das New Cooperative Medical Scheme (NCMS), die größte freiwillige Krankenversicherung auf Bezirksebene (Bloom et al., 2008).

Darüber hinaus wurde das Ministerium für zivile Angelegenheiten beauftragt, eine Sicherheitsnetz für stark verarmte Gebiete aufzubauen (Bloom et al., 2008). Der Staat übernimmt außerdem häufig für bedürftige Familien die Versicherungsprämien des NCMS und einen Teil der Zuzahlungen. Im Jahr 2003 kündigte die chinesische Regierung Pläne zur Ausweitung des NCMS an (Bloom et al., 2008) Es wurden Programme ins Leben gerufen, die die Verteilung der öffentlichen Ausgaben für medizinische Behandlungen erleichtern sollten. Solange die Kommunalverwaltungen und die Regierung dieselben Ziele verfolgen, erhalten ärmere Bezirke einen vorab festgelegten Geldbetrag von Letzterer (Bloom et al., 2008). Die Haushalte müssen ebenso in den Topf der Krankenversicherung einzahlen. Zu Beginn übernahm die Versicherung nur einen geringen Prozentsatz der Kosten für stationäre Behandlungen. Die neuen Programme, die eine bescheidene Anzahl an Versuchsprojekten umfassten, entwickelten sich sukzessive. Bald beschleunigte die Regierung die Umsetzung dieser Programme, sodass heute Programme für medizinische Behandlungen in den meisten Bezirken Anwendung finden. Gleichzeitig vervierfachte die Zentralregierung ihren finanziellen Beitrag zum chinesischen Äquivalent zur Sozialhilfe von zehn auf vierzig Yuan pro Einwohner (Bloom et al., 2008).

Die Wirksamkeit dieses Beitrags wird von mehreren Faktoren beeinflusst. Vieles hängt zum Beispiel davon ab, wie gut die zuständigen Personen die dafür notwendigen Rechtsvorschriften umsetzen können, inwieweit die Bediensteten in den Kommunalverwaltungen einbezogen werden und in welchem Umfang den Interessen der armen Bevölkerung und anderen Begünstigten Rechnung getragen wird (Bloom et al., 2008).

### Indien: Das Wachstum der Privatwirtschaft ohne gesetzliche Reglementierung

Laut der National Sample Survey Organization (2006) werden die stationären und ambulanten Kapazitäten in Indien derzeit von privaten Gesundheitsdienstleistenden rasch vergrößert. Im Jahr 2004 entfielen 58 Prozent der Krankenhausaufenthalte im ländlichen Raum auf private Einrichtungen, in den Ballungszentren waren es 62 Prozent (NSSO, 2004). Private Gesundheitseinrichtungen sind zunehmend in der ambulanten Versorgung vorherrschend. Rund 80 Prozent der medizinischen Behandlungen in diesen Einrichtungen werden in der Regel von medizinischen Laien durchgeführt (Bloom et al., 2008).

#### Leistungserbringende im Bereich der Erstbehandlung

Der Bereich der Erstbehandlungen ist in Indien nicht klar geregelt. Mehrere Institutionen nehmen auf diesem Gebiet Aufgaben wahr. Zu diesen Institutionen zählen (1) der Medical Council of India (MCI), (2) die Gesundheitsministerien der einzelnen Bundesstaaten und (3) einige Ärzteverbände (z. B. die Indian Medical Association oder das Indian System of Medicines; Bloom et al., 2008). Der MCI ist für die Einhaltung der Vorgaben für das Medizinstudium und andere Ausbildungen im Gesundheitswesen verantwortlich. Auch die berufliche Weiterbildung und die Ausarbeitung des Verhaltenskodex für das medizinische Fachpersonals sowie die Zulassung für Heilberufe fallen in seinen Aufgabenbereich. Andere Institutionen spielen im Gesundheitswesen auf Bundes- oder bundesstaatlicher Ebene eine Rolle. Allerdings kann keine von ihnen das ordnungspolitische Kernproblem Indiens allein erfolgreich lösen (Bloom et al., 2008).

Aufgrund fehlender Rechtsvorschriften für das Gesundheitswesen ist die Qualität der medizinischen Versorgung im Rahmen der Erstbehandlungen zu einem wesentlichen Anliegen geworden. Die fehlende Reglementierung führte zu einem Anstieg privater Gesundheitsdienstleistender in der stationären Versorgung. In den Ballungsräumen hatte dies eine Proliferation gleichartiger medizinischer Einrichtungen zur Folge. Qualitätsunterschiede bei den Gesundheitsleistungen, nicht zugelassene medizinische Fachkräfte und Korruption stellen ebenfalls Probleme dar (Radwan, 2005). Diese Probleme kommen vorwiegend in der ambulanten Versorgung zum Tragen. Selbst die Behandlung leichter Erkrankungen ist aufgrund fehlender Zulassungen und Wissenslücken eine heikle Angelegenheit. Erschwerend kommt hinzu, dass sich viele Patient:innen der fehlenden Befähigungsnachweise ihrer medizinischen Ansprechpersonen nicht bewusst sind (Mukherjee et al., 2007).

Augenscheinlich existieren auch keine entsprechenden Rechtsvorschriften, die die Qualität privater Gesundheitseinrichtungen regeln. Der MCI stellt zwar einen Verhaltenskodex für das medizinische Fachpersonal zur Verfügung. Ein Fehlverhalten wird jedoch nicht geahndet. Auch wenn Patient:innen gerechtfertigte Beschwerden vorbringen, sind dem MCI die Hände gebunden (Bloom et al., 2008). Verbände für nicht zugelassene Gesundheitsdienstleistende haben sich andererseits als ineffiziente Selbstregulierungsorganisationen erwiesen. Patient:innen bzw. Konsumierende können sich lediglich auf das indische Konsumentenschutzgesetz (Consumer Protection Act, COPRA) berufen, um ihre Rechte in gewissen Fällen durchzusetzen (Verma, 2002). Dieses Gesetz wurde 1986 verabschiedet und definiert ärztliche Kunstfehler als Straftat. Dadurch sollen die Rechte und Interessen von Patient:innen (bzw. von Konsumierenden im Allgemeinen) gewahrt werden (Verma, 2002).

#### Ungleichbehandlung bei den Kosten für Gesundheitsleistungen

Die derzeit gültigen Rechtsvorschriften ermöglichen keine gerechte Bepreisung der Gesundheitsleistungen.   
Dies führt dazu, dass der Preis für ein und dieselbe Leistung unterschiedlich hoch ausfallen kann, z. B. bei einem Kaiserschnitt, der zwischen 3.000 und 50.000 Rupien kostet (Lal, 2005). In Indien existieren keine Vorschriften, einen angemessenen Preis für eine Gesundheitsleistung gewährleisten würden. Wirtschaftsforschende bewerten dies als ungerecht und unwirtschaftlich.

Gerechtigkeit bezieht sich in diesem Zusammenhang auf den Zugang zur Gesundheitsversorgung und deren Qualität für alle Mitglieder einer Gesellschaft, unabhängig vom sozioökonomischen Status. Fakten legen nahe, dass die Kosten für qualitativ hochwertige Behandlungen, die im Rahmen einer Erstbehandlung von privaten Gesundheitsdienstleistenden angeboten werden, oft unerschwinglich hoch sind. Aufgrund dessen sehen sich wirtschaftlich schlechter gestellte Konsumierende gezwungen, ambulante Versorgungsleistungen von nicht kompetenten Leistungserbringenden und stationäre Behandlungen in unterfinanzierten öffentlichen Krankenhäusern in Anspruch zu nehmen (Bloom et al., 2008). Viele Menschen, die unter der Armutsgrenze leben (rund 44 Prozent) sehen sich gezwungen, Privatkrankenhäuser aufzusuchen, da öffentliche Krankenhäuser an vielen Orten nicht in der Lage sind, die Mindestanforderungen zu erfüllen. Ihr Aufenthalt dort hat für sie eine wesentliche finanzielle Last zur Folge (NSSO, 2004).

Bisher hat der Staat kaum Anstrengungen unternommen, um die Gleichbehandlung in der Gesundheitsversorgung sicherzustellen. Im Sinne der Gleichbehandlung sollten die Regierungen der einzelnen Bundesstaaten entsprechende Strategien entwickeln und die Gesundheitsversorgung der wirtschaftlich schwachen und vulnerablen Bevölkerungsgruppen finanziell fördern.

#### Krankenversicherung

Ein weiteres wichtiges Anliegen ist die Regulierung der Versicherungswirtschaft, da die Mehrheit der indischen Bevölkerung im Krankheitsfall finanziell nicht abgesichert ist. Das Krankenversicherungssystem in Indien setzt sich aus Pflichtversicherungen und freiwilligen Versicherungen zusammen, die die gesetzliche Krankenversicherung, Privatversicherungen und gemeindebasierte Versicherungspläne umfassen. Da nur rund drei bis fünf Prozent der Bevölkerung versichert sind, ist der Versicherungsmarkt in Indien immer noch klein (Bloom et al., 2008).

Die Öffnung des indischen Versicherungsmarkts erfolgte im Jahr 1999. Damals wurde die Versicherungsaufsichtsbehörde Insurance Regulatory and Development Authority (IRDA) gegründet, die es privaten Unternehmen ermöglichte, Versicherungen anzubieten (Bloom et al., 2008). Vor Gründung der IRDA war der Staat für die Finanzierung der gesamten Gesundheitsversorgung verantwortlich. Das für die Gründung der IRDA entsprechende Gesetz enthält keine Angaben über Krankenversicherungen, aber sie werden in den Vorschriften für Nichtlebensversicherungen erwähnt. Es deutet vieles darauf hin, dass Politiker:innen die Veränderungen im Gesundheitswesen und deren Folgen für die Patient:innen nicht verstehen (Bloom et al., 2008).

### Fragen zur Selbstkontrolle

1. Wann wurde die Marktwirtschaftsreform in China eingeleitet?

*in den späten 1990er Jahren*

1. Bitte erläutern Sie, wie die chinesische Regierung die Qualität von Gesundheitsdiensten, die durch Dorfmediziner:innen bereitgestellt werden, verbessern will. Führen Sie zwei Beispiele an.

*Die meisten chinesischen Provinzen haben ein Zulassungsverfahren eingeführt, im Zuge dessen die Dorfmediziner:innen einmal pro Jahr eine Prüfung ablegen müssen. Dorfmediziner:innen, die die Prüfung nicht bestehen, verlieren ihre Zulassung. Gesundheitsbehörden vor Ort unternehmen Anstrengungen, um Arztpraxen zu schließen, die von nicht zugelassenem medizinischem Personal betrieben werden. Medizinisches Fachpersonal aus Gesundheitseinrichtungen hält regelmäßig Treffen mit Dorfmediziner:innen ab, und zugelassene Mediziner:innen aus diesen Gesundheitseinrichtungen können Dorfmediziner:innen aufsuchen, um ihre Arbeit zu überprüfen.*

1. Welche Behörde öffnete den indischen Versicherungsmarkt für private Unternehmen? In welchem Jahr geschah dies?

*die Versicherungsaufsichtsbehörde Insurance Regulatory and Development Authority (IRDA); im Jahr 1999*

## 2.4 Staatsversagen

Für Wirtschaftsforschende mögen staatliche Eingriffe in manchen Fällen sinnvoll erscheinen. Ein Staatsversagen kann jedoch aufgrund bestimmter Rahmenbedingungen nicht ausgeschlossen werden.

Zunächst wird möglicherweise die Wirkung einer politischen Maßnahme überschätzt. Regierungen können die Resonanz privater Akteure nur bis zu einem bestimmten Grad beeinflussen und sie können das gewünschte Ergebnis torpedieren. Zum Beispiel werden in Kanada die Honorare für Mediziner:innen seit 1971 in Absprache mit den Provinzregierungen festgelegt, und die Preise für Gesundheitsleistungen entsprechen jetzt dem allgemeinen Preisniveau (Weltbank, 1993). Infolgedessen stieg die Zahl der durch Mediziner:innen durchgeführten Behandlungen an. Vor allem zwischen 1971 und 1975, als die Inflation anzog, versuchte die Ärzteschaft damit ihr Einkommen zu sichern (Weltbank, 1993). Dieses Phänomen konnte schwerpunktmäßig in Gebieten beobachtet werden, in denen die Ärztehonorare einen besonders hohen Rückgang verzeichnet hatten. Dies hatte zur Folge, dass die Einsparungen bei den Staatsausgaben wesentlich geringer ausfielen als erwartet.

Zu einem Staatsversagen kann es auch kommen, weil eine Regierung nicht über das nötige Know-how verfügt, um politische Maßnahmen zu realisieren. Tatsächlich werden Regierungsmitglieder oft nicht nur des Amtsmissbrauchs bezichtigt, sondern auch für ihre Unfähigkeit zur Rechenschaft gezogen (Weltbank, 1993). Das Problem der fehlenden Kompetenz wird am Beispiel von zwei öffentlichen Krankenhäusern deutlich. Die durch Spenden finanzierten Einrichtungen werden in zwei lateinamerikanischen Ländern betrieben und verfügen jeweils über 500 bis 600 Betten. Das erste Krankenhaus war schlichtweg zu groß, um ordnungsgemäß verwaltet und betrieben zu werden. Die maximale Auslastung betrug deshalb nur 60 Prozent. Die Bausubstanz des zweiten Krankenhauses war derart schlecht gebaut, dass nur ein Drittel der ursprünglich erwarteten Patient:innen aufgenommen werden konnte (Weltbank, 1993).

Ein Staatsversagen kann auch auftreten, weil im Gesundheitswesen besondere Interessen eine Rolle spielen. Diese Interessen treten inner- und außerhalb des Gesundheitsmarktes in Erscheinung (Weltbank, 1993). Regierungen behindern eine vernünftige Politikgestaltung, indem sie Fördergelder für die Ausbildung von überflüssigem medizinischen Fachpersonal bereitstellen, die Kosten für nicht notwendige und wenig effiziente Behandlungen wohlhabender Patient:innen übernehmen und das Überleben von lokalen Unternehmen sichern. Wenn die Leidtragenden einer staatlichen Maßnahme nicht von dieser überzeugt werden können – auch wenn die Gesellschaft als Ganzes davon profitieren würde – wird dies als Staatsversagen bezeichnet (Weltbank, 1993)

Dies wirft die entscheidende Frage auf, wie im Gesundheitsmarkt Entscheidungen getroffen werden sollen. Es scheint, dass die meisten staatlichen Maßnahmen im Gesundheitswesen nicht zielgerichtet sind. Die Ursache dafür liegt in dem Wunsch begründet, möglichst vielen Menschen den Zugang zur Gesundheitsversorgung zu ermöglichen. Dadurch entstehen aber Probleme bei der Finanzierung des Gesundheitssystems. Aufgrund der begrenzten finanziellen Mittel müssen Regierungen in Bezug auf die von ihnen finanzierten Leistungen Prioritäten setzen. Es wäre wichtig, Gesundheitsökonom:innen in den Entscheidungsfindungsprozess einzubinden, da diese die Regierung bei der Entwicklung geeigneter Strategien unterstützen könnten. Außerdem sollten die politisch Verantwortlichen bei der Entscheidungsfindung dem Verhalten von Versicherern, Gesundheitsdienstleistenden und Patient:innen Rechnung tragen. Bevor eine Entscheidung gefällt wird, sollten zudem die Vor- und Nachteile von alternativen Maßnahmen beleuchtet werden. Zum Beispiel sollte die Regierung (als Versicherung) die Höhe der finanziellen Mittel für die Sozialversicherung bestimmen, und sie sollte festlegen, inwieweit private Versicherungen im Markt agieren dürfen. Dies wirft die Frage auf, wie sich private Unternehmen trotz der im Gesundheitsmarkt geschaffenen wettbewerbsfördernden Anreize regulieren lassen. Vielfach muss die Regierung einen Kompromiss zwischen dem gesamtgesellschaftlichen Nutzen und den Vorteilen für die einzelnen Mitglieder der Gesellschaft finden. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass dies kein einfaches Unterfangen ist. Auch wenn politische Maßnahmen sinnvoll erscheinen, besteht stets das Risiko eines Marktversagens. Da jedes Gesundheitswesen einzigartig ist, gilt zu beachten, dass staatliche Eingriffe entsprechend angepasst werden müssen.

### Fragen zur Selbstkontrolle

1. Bitte nennen Sie zwei Gründe, die die Weltbank (1993) für ein Staatsversagen im Gesundheitswesen angeführt hat.

*Regierungen überschätzen möglicherweise die Wirkung von staatlichen Maßnahmen. Regierung verfügen möglicherweise nicht über das nötige Know-how, um politische Maßnahmen zu realisieren. Die Interessen der Regierungen am Gesundheitswesen beschränken sich nicht ausschließlich auf die Optimierung der Gesundheitsversorgung (z. B. Wähler zufriedenstellen).*

## 2.5 Wettbewerbsstrategien

Angesichts des Marktversagens im Gesundheitswesen wurden in vielen Ländern Anreize geschaffen, die den Wettbewerb entfalten und eine bessere Ressourcenallokation ermöglichen sollen. Gefördert werden soll der Wettbewerb zwischen Gesundheitsdienstleistenden, privaten und öffentlichen Gesundheitseinrichtungen und Krankenversicherungen. In diesem Abschnitt wird zunächst das Grundprinzip des wirtschaftlichen Wettbewerbs, insbesondere in Bezug auf den Gesundheitsmarkt, erörtert. Ein Beispiel aus der Praxis wird angeführt. Dieses beschäftigt sich mit der Gesundheitsreform in den Niederlanden, im Zuge derer reglementierte Wettbewerbsstrategien Anwendung fanden.

### Das Grundprinzip des Wettbewerbs

In einer Branche stehen Unternehmen zueinander im Wettbewerb, weil sie ihren Gewinn maximieren möchten. Ein vollkommener Markt reguliert sich von selbst. Der Wettbewerb zwischen den Unternehmen stellt also die optimale Ressourcenallokation sicher. Um im Wettbewerb erfolgreich zu sein, muss sich ein Unternehmen einen Wettbewerbsvorteil verschaffen und diesen auch behaupten. Ein Wettbewerbsvorteil erlaubt es einem Unternehmen, sich von der Konkurrenz abzusetzen und höhere Gewinne zu erzielen. Dies erfolgt entweder durch (1) eine Senkung der Produktionskosten oder (2) durch eine Produktdiversifikation am Markt.

Kann ein Unternehmen zu günstigeren Kosten als die Konkurrenz produzieren, kann es höhere Gewinne erwirtschaften. Diese Gewinnzuwächse lassen sich auf zwei Strategien zurückführen:

* 1. Bei geringeren Produktionskosten als die der Konkurrenz wird dieselbe Menge des Produkts (Absatz) hergestellt.
  2. Der Absatz wird gesteigert, indem der Marktpreis des Produkts gesenkt wird. Mit dieser Strategie kann ein Unternehmen zum Marktführer avancieren.

Bekannte Strategien zur Senkung der Produktionskosten sind unter anderem die Massenproduktion und der Einsatz neuer Technologien.

Um sich von der Konkurrenz abzuheben, hat ein Unternehmen außerdem die Möglichkeit, ein Produkt mit Alleinstellungsmerkmalen herzustellen. Dadurch kann es den Preis selbst bestimmen. Es kann einen höheren Preis als die Konkurrenz ansetzen, aber dieselbe Menge verkaufen oder einen ähnlichen Preis verlangen und dank der Alleinstellungsmerkmale trotzdem einen höheren Absatz als der Mitbewerb erzielen. Der Gewinn wird in jedem Fall gesteigert.

In einer wettbewerbsintensiven Branche kann ein Unternehmen einen Wettbewerbsvorteil erlangen, der sich direkt aus dessen Geschäftstätigkeit ergibt (proaktive Wettbewerbsstrategie). Der Vorteil kann aber ebenso das Ergebnis einer Reaktion auf veränderte äußere Umstände sein (reaktive Wettbewerbsstrategie). Die Konkurrenz reagiert auf einen Wettbewerbsvorteil, indem sie versucht, diesen auszugleichen oder zu eliminieren. Folglich kann die Konkurrenz den Wettbewerbsvorteil imitieren oder eine Strategie entwickeln, die einen völlig neuen Wettbewerbsvorteil hervorbringt.

Um dies zu verhindern, muss ein Unternehmen im Rahmen seiner Wettbewerbsstrategie ein Konzept zum Schutz des Wettbewerbsvorteils erarbeiten. Außerdem ist es von entscheidender Bedeutung, den erzielten Wettbewerbsvorteil aufrechtzuerhalten. Je länger ein Wettbewerbsvorteil besteht, desto länger kann ein Unternehmen daraus Gewinne erzielen. Hat ein Unternehmen erstmal einen Wettbewerbsvorsprung gewonnen, kann es Einfluss auf die Zeit nehmen, die die Konkurrenz für die Erarbeitung eines eigenen Wettbewerbsvorteils benötigt. Das vorrangige Ziel ist es, den Wettbewerbsvorsprung zu behaupten. An einem Beispiel aus der Automobilbranche wird dies deutlich. Hier kann sich ein Unternehmen durch die Produktion und den Einsatz von Elektroautos auf dem Weltmarkt einen Wettbewerbsvorteil verschaffen und diesen auch ausbauen. Zwar hat das Unternehmen das Elektroauto bzw. Elektroautos der Oberklasse nicht erfunden. Dennoch kann es aufgrund seines erfolgreichen Geschäftsmodells, das auf dem Elektroauto als Statussymbol basiert, einen Wettbewerbsvorteil erzielen (Zucchi, 2021). Da Ladestationen das größte Hindernis für den breiten Einsatz von Elektroautos darstellen, kann der Automobilhersteller den Vorteil aufrechterhalten, indem er ein Netz aus Ladestationen errichtet.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass bei der Entwicklung einer Wettbewerbsstrategie zwei Fragen beantwortet werden müssen: Wie wird ein Wettbewerbsvorteil erzielt und wie lässt sich dieser behaupten? Um einen Wettbewerbsvorteil zu erzielen, muss ein Unternehmen zunächst die vorhandenen Ressourcen ausschöpfen. Diese Ressourcen können Humanressourcen, finanzielle Mittel, Einrichtungen oder den jeweiligen Branchenverband umfassen.

#### Wettbewerb im Gesundheitswesen

Im Gesundheitswesen tritt der Wettbewerb in der Preisgestaltung, der Qualität medizinischer Behandlungen, den neuen Technologien oder im Zusammenspiel von zwei oder mehrerer dieser Faktoren in Erscheinung. Ähnlich wie in anderen Märkten soll der Wettbewerb im Gesundheitswesen die Kosten für Gesundheitsdienste senken und die Ressourcenallokation verbessern. Die Endkundinnen und -kunden (d. h. die Patient:innen) würden infolgedessen von einem niedrigeren Preis profitieren.

Unterschiedliche Charakteristika, die zu dieser Win-win-Situation im Gesundheitswesen beitragen, werden von Porter und Teisberg (2004) erläutert. Diese Charakteristika unterscheiden sich abhängig von den Versorgungsebenen und den Stufen der Prävention und betreffen folglich die Krankheitsprävention, die Diagnosestellung, aber auch die Primär- und Tertiärversorgung. Obwohl dieser Win-win-Wettbewerb verschiedene potenzielle Vorteile bietet, ist die Realisierung aufgrund komplizierter Rahmenbedingungen schwierig.

Rivers und Glover (2008) nennen drei wichtige Akteure, die im Gesundheitswesen am Wettbewerb beteiligt sind:

1. Individuen, die Gesundheitsdienste anbieten
2. Organisationen, die Gesundheitsdienste anbieten
3. Organisationen, die Geldmittel und Versicherungen im Rahmen der Gesundsheitsversorgung anbieten

Der Wettbewerb kann zwischen dem medizinischem Fachpersonal (z. B. Mediziner:innen) stattfinden. Dieses bietet den Patient:innen medizinische Dienste an und wird durch direkte Bezahlung oder von Krankenversicherungen (Kostenerstattung) entschädigt (River & Glover, 2008). Mediziner:innen können sich unterschiedlicher Wettbewerbsstrategien bedienen. Beispielsweise können sie ihr Hauptaugenmerk auf eine patientenzentrierte Behandlung und eine hohe Qualität ihrer Leistungen setzen. Dies stärkt die Beziehung zu den Patient:innen, die wiederum Empfehlungen aussprechen werden. Mediziner:innen können auch um einen Platz auf der Rangliste einer Preferred Provider Organisation (Zusammenschluss unabhängiger Mediziner:innen und Krankenhäuser, PPO) konkurrieren, um mehr Patient:innen zu gewinnen. Als weitere Strategie eignet sich eine Marktanalyse, die die Nachfrage in einem bestimmten Gebiet einschätzen soll. Ziel einer solchen Analyse ist es, ein Leistungsangebot bereitzustellen, das auf dieses Gebiet zugeschnitten ist.

Des Weiteren konkurrieren Organisationen, die am Gesundheitsmarkt Dienstleistungen anbieten (z. B. Arztpraxen und Krankenhäuser) (Rivers & Glover, 2008). Üblicherweise stehen Krankenhäuser zueinander im Wettbewerb, um die bestqualifizierten Mediziner:innen, eine hohe Zahl an Behandlungsfällen und Verträge mit den besten Krankenversicherungen zu akquirieren. Der Wettbewerb um die Mediziner:innen fand vorwiegend in der Vergangenheit statt, als diese mit fortschrittlicher Technologie, einem angenehmen Arbeitsumfeld und einem attraktiven Weiterbildungsangebot angeworben wurden. Eine erfolgreiche Gesundheitseinrichtung entwickelte damals zeitgerecht eine ausgeklügelte Strategie der Personalbeschaffung, indem sie der Altersstruktur der zukünftigen Mitarbeitenden Rechnung trug. Mit dem Aufkommen der Gesundheitsbildung verlor der Wettbewerb um die Mediziner:innen an Fahrt (zumindest in Ländern mit Angebotsüberhang). Mittlerweile konkurrieren Krankenhäuser vorwiegend um Patient:innen, indem sie die Qualität der Gesundheitsdienste steigern und deren Preis senken (Rivers & Glover, 2008). Dies sind nur einige Beispiele für Wettbewerbsstrategien. Die am besten geeignete Strategie ist von den Rahmenbedingungen und dem jeweiligen Gesundheitssystem abhängig.

Schließlich findet der Wettbewerb auch zwischen Organisationen statt, die Geldmittel und Versicherungen im Rahmen der Gesundheitsversorgung anbieten (z. B. Health Managment Organizations [eine private Sonderform eines bestimmten Krankenversicherungs- und Versorgungsmodells, die sich seit etwa 1910 in den USA entwickelt hat, HMO], Preferred Provider Organizations [PPO] und verschiedene Versicherungsgesellschaften; River & Glover, 2008). In öffentlich finanzierten Gesundheitssystemen ist dieser Wettbewerb weniger stark ausgeprägt, da der Staat die Monopolmacht besitzt bzw. einige wenige vorherrschende Versicherungsgesellschaften ein Oligopol ausüben. Wegen der zwischen Versicherten und Versicherung bestehenden Informationsasymmetrie, wissen die Versicherten wahrscheinlich genau, welchen Versicherungsvertrag sie abschließen möchten. Unternehmen, die am Versicherungsmarkt in Wettbewerb treten, sollten daher vor der Entwicklung einer Wettbewerbsstrategie Kriterien wie Marktzugang, Preise, Vorteile und Qualität der von der Konkurrenz angebotenen Leistungen evaluieren. Es gilt jedoch zu beachten, dass Patient:innen in Bezug auf die versicherten Leistungen und aufgrund der großen Auswahl an Versicherungsplänen Entscheidungsschwierigkeiten haben (Rivers & Glover, 2008).

### Aus der Praxis: Regulierter Wettbewerb in den Niederlanden

Nach Ende des Zweiten Weltkriegs entstand in den Niederlanden ein gemischtes Gesundheitssystem, in dem private Gesundheitsdienstleistende und staatlich finanzierte Einrichtungen Aufgaben wahrnahmen, deren Kosten durch verschiedenste Krankenversicherungen abgedeckt wurden (Harrison, 2004). Das Solidaritätsprinzip wurde von allen politischen Parteien angenommen. Dementsprechend sollte allen Menschen unabhängig von ihrer finanziellen Situation der gleiche Zugang zur Gesundheitsversorgung gewährt werden. Obwohl diese kostendämpfende Gesundheitspolitik in gewisser Weise als Erfolg für das Gesundheitswesen gewertet wurde, stiegen die Gesundheitsausgaben in den frühen 1980er Jahren aufgrund der Rezession deutlich an (OECD, 2001). Infolgedessen kam es zu einer verstärkten Einflussnahme der Politik auf Versicherungsleistungen und auch die Ausgaben der Gesundheitsdienstleistenden wurden stärker kontrolliert. In den späten 1980er Jahren wurden Stimmen laut, die für eine Einschränkung der Macht plädierten, die der Staat und Konzerne in Bezug auf die Finanzierung des Gesundheitswesens ausübten. Diese Forderungen, die auch die Beibehaltung des Solidaritätsprinzips umfassten, wurden von großen staatlichen Akteuren und öffentlichen Gesundheitsbeamten unterstützt (Harrison, 2004). In der Folge autorisierte die Regierung den regulierten Wettbewerb, der seit den späten 1980er Jahren zwischen Krankenversicherungen und zwischen Gesundheitsdienstleistenden stattfinden durfte (Harrison, 2004). Im folgenden Abschnitt wird der Reformprozess in den Niederlanden erörtert, im Zuge dessen der regulierte Wettbewerb eingeleitet wurde.

#### Hintergrund: Vor Regulierung des Wettbewerbs

Nach Ende des Zweiten Weltkriegs erfuhr die Wettbewerbspolitik und die entsprechende Gesetzgebung in den Niederlanden tiefgreifende Veränderungen. Obwohl im Jahr 1958 neue Wettbewerbsgesetze verabschiedet wurden, wurden die Niederlanden immer öfter als Land wahrgenommen, das Kartelle duldete. Dies lässt sich darauf zurückführen, dass der Staat das Verbot von Preis- und Anbieterabsprachen sowie Gebietskartellen nicht wirksam durchsetzen konnte. Gemäß einem Bericht aus dem Jahr 1992 wurden fast 40 Prozent der von der Europäischen Kommission eingeleiteten Kartellverfahren gegen die Niederlanden angestrengt (de Jong, 1992).

Die von der Regierung aufgezeichneten Kartellverstöße wurden unter Verschluss gehalten. Sie umfassten mehr als 245 Gebietskartelle und beinahe 270 Preiskartelle. Außerdem förderten die Aufzeichnungen fast 50 Exklusivvertriebe (Alleinvertrieb) und mehr als 200 Vertriebskartelle zu Tage (OECD, 1993).

Der Konkurrenzdruck wurde insbesondere in Branchen als gering eingestuft, die vor dem ausländischen Mitbewerb geschützt waren. Dies liegt darin begründet, dass Vorschriften nicht wirksam umgesetzt, Kartelle gebildet und die Investitionskosten durch gesetzliche Vorschriften und die Privatwirtschaft reguliert wurden. Die Europäische Kommission hat indes mehrere Verfahren gegen marktweite Preiskartelle und Exklusivvertriebe eingeleitet, die den Wettbewerb unter niederländischen Unternehmen erschweren (OECD, 1999). Die verschärften Kontrollmaßnahmen ließen die Gesundheitsausgaben in die Höhe schnellen. Im Zeitraum zwischen 1972 und 1982 wurden sie durchschnittlich um 17 Prozent erhöht (Harrison, 1995).

In den frühen 1980er Jahren konnte die Politik mithilfe staatlicher Maßnahmen bei den Gesundheitsausgaben einen beträchtlichen Einfluss geltend machen (OECD, 2001). In der Folge verringerte sich der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt (BIP) deutlich. Obgleich die neuen Vorschriften in den Krankenhäusern weniger zum Tragen kamen als in andere Einrichtungen des Gesundheitssystems, gelang es den allgemeinen Krankenhäusern in diesem Zeitraum die ambulante Versorgung zu verbessern sowie die Ausgaben für die stationäre Versorgung und die Dauer der Krankenhausaufenthalte zu kürzen (OECD, 2001). Harrison (2004) führt drei Hauptgründe für diese Entwicklungen in den Krankenhäusern an: (1) von der Regierung auferlegte Budgetobergrenzen für Krankenhäuser, (2) neue Technologien, die eine weniger invasive Diagnostik und Chirurgie ermöglichten sowie (3) Vorschriften und finanzielle Anreize zur Förderung von Krankenhausfusionen und reduzierter Bettenkapazitäten in allgemeinen Krankenhäusern (Langzeitpflegeeinrichtungen wurden nicht berücksichtigt). Den Ausgaben für das medizinische Fachpersonal wurde im Rahmen dieser staatlichen Maßnahmen allerdings nicht Rechnung getragen. Da die Fachärzteschaft von den Versicherungen nach Einzelleistung vergütet wurde, wurde ihr Leistungsangebot im Budget für die Krankenhäuser nicht berücksichtigt und die Budgetobergrenzen fanden dementsprechend keine Anwendung (Harrison, 2004).

Trotz der staatlichen Maßnahmen zur Kostenkontrolle trieben die vermehrt zum Einsatz kommenden Behandlungen durch die Fachärzteschaft die Auslagen für Krankenhäuser und die Gesundheitsausgaben insgesamt in die Höhe (Harrison, 2004). Die über mehrere Jahre hinweg wiederkehrenden hohen Gesundheitsausgaben wurden von den damaligen politischen Entscheidungstragenden und Wirtschaftsforschenden als Kehrseite der Regulierungsmaßnahmen betrachtet. Dieses Thema und die ständigen Konflikte zwischen der Regierung und den Gesundheitsdienstleistenden (z. B. Fachärzteschaft) hatten Unmutsbekundungen zur Folge, die sich gegen bestehende Vorschriften richteten (Harrison, 2004).

#### Vorschlag für einen regulierten Wettbewerb

Da die bestehenden staatlichen Maßnahmen im Gesundheitswesen viel Unzufriedenheit hervorriefen, stieß das Dekker-Komitee in den späten 1980er Jahren eine Reform des Versicherungssystems an, das den Wettbewerb zwischen gesetzlichen Krankenversicherungen fördern sollte (van de Ven, 1997). Diese Reform beruhte auf der in den späten 1970er und frühen 1980er Jahren vorherrschenden politischen Weltanschauung, die nach einem politischen Machtwechsel Kritik am Sozialsystem in den Niederlanden hervorgebracht hatte (Harrison, 2004). Obgleich Europa den größten wirtschaftlichen Abschwung seit Ende des Zweiten Weltkriegs verzeichnete, wurde damals die Reform des Gesundheitswesens weitgehend befürwortet. Es wurde angenommen, dass die staatlichen Gesundheitsausgaben durch Förderung des Wettbewerbs im Gesundheitswesen erheblich reduziert werden können. Die Privatwirtschaft könnte zudem die Wirtschaft erneut ankurbeln und die internationale Wettbewerbsfähigkeit stärken (Visser, 1990). Das regierende Mitte-rechts-Bündnis, verschiedene Wirtschaftsforschende, das Beratungskomitee für Industriepolitik (eng. Advisory Commission on Industrial Policy) und Ärzteverbände vertraten diese Ansicht (Harrison, 2004). In der Folge wurden staatliche Dienstleistungen im großen Stil privatisiert. Mitglieder der Opposition (Sozialdemokraten) machten sich ebenfalls für einen „neuen Realismus“ in Bereichen wie Sozialleistungen und Lohnpolitik stark. So erklärte sich der niederländische Gewerkschaftsbund 1983 bereit, auf die Lohnindexierung zu verzichten, wenn die Arbeitgeberseite im Gegenzug Arbeitsplätze schaffen würde. Der 1994 ins Amt gewählte Ministerpräsident Wim Kok führte den Gewerkschaftsbund in dieser Angelegenheit an (Harrison, 2004).

Das Dekker-Komitee nahm an, dass der Wettbewerb zwischen Versicherungen und zwischen Gesundheitsdienstleistenden sowohl den Patient:innen als auch den Leistungserbringenden als starker Anreiz dienen würde, um die verfügbaren Ressourcen effizient zu nutzen, die Krankenhausversorgung durch eine kostengünstigere ambulante Versorgung bzw. eine durch soziale Einrichtungen angebotene häusliche Pflege zu ersetzen und die Koordination der Gesundheitsversorgung zu verbessern (Harrison, 2004). Ein wettbewerbsorientierter Ansatz sollte auch das Angebot für die Patient:innen erweitern und medizinische Behandlungen ermöglichen, die auf die Bedürfnisse der Patient:innen zugeschnitten würden. Um ein einheitliches und gerechtes Behandlungsangebot zu gewährleisten und sicherzustellen, das die Gesundheitsdienstleistenden (insbesondere die Mediziner:innen) die Verantwortung für die Qualität ihrer Behandlungen übernehmen würden, waren allerdings gesetzliche Vorschriften notwendig (van de Ven, 1987).

Demgemäß schlug das Dekker-Komitee vor, ein einziges Pflichtversicherungssystem einzuführen. Dieses System würde 85 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben und Sozialleistungen abdecken sowie die folgenden Finanzierungsstrategien umfassen (Ministry of Welfare, Health, and Cultural Affairs, 1988):

1. Die Sozialfürsorge würde vom Staat finanziert werden (betraf z. B. die

Pflege alter Menschen und die Betreuung von Personen mit Behinderung).

1. Die Langzeitpflege würde entsprechend dem Gesetz über die Pflege- und

Langzeitversicherung (eng. Exceptional Medical Expenses Act, AWBZ) von der Pflichtversicherung übernommen. Hierzu zählten unter anderem Angebote von Pflegeheimen und die Betreuung behinderter oder psychisch kranker Menschen.

3. Eine Krankenkasse würde für Arbeitnehmende mit niedrigem Einkommen

(ab einer bestimmten Einkommensgrenze) verpflichtend eingeführt.

1. Beamte und weitere Angestellte im öffentlichen Dienst würden versichert

werden.

1. Selbstständige und andere Personen, die eine bestimmte Einkommensgrenze überschritten, könnten optional eine private Krankenversicherung abschließen.

Sowohl die gesetzlichen Krankenkassen als auch die gewinnorientierten Versicherungen wurden verpflichtet, im Rahmen der neuen Rechtsvorschriften elementare Leistungen des gesetzlichen Versicherungsschutzes anzubieten. Darüber hinaus konnten im Rahmen beider Versicherungsmodelle Zusatzversicherungen angeboten werden, z. B. für zahnärztliche Behandlungen, Leistungen von Augenoptiker:innen und nicht verschreibungspflichtige Medikamente (Harrison, 2004).

Die neuen Vorschriften stärkten den Wettbewerb zwischen den Versicherungen, was sich auf die Qualität und Preise der medizinischen Leistungen positiv auswirkte. Patient:innen können seither die für sie am besten geeignete Versicherung auswählen. Der entstandene Wettbewerb fördert die Ressourcenallokation und Innovationskraft im Gesundheitsmarkt (Ministry of Welfare, Health, and Cultural Affairs, 1988). Die vom Dekker-Komitee eingebrachten Gesetzesvorschläge wurden schließlich von der niederländischen Regierung angenommen und 1988 vom Parlament verabschiedet (Ministry of Welfare, Health, and Cultural Affairs, 1988). Im Zuge der Parlamentswahl im Jahr 1989 brachte die Koalition aus Sozialdemokraten und Christdemokraten die Reformen weiter voran (Harrison, 2004). Die Regierung bediente sich ähnlicher Strategien wie die des Dekker-Komitees, legte das Hauptaugenmerk jedoch auf die Pflichtversicherung. So wurde etwa die Pflege- und Langzeitversicherung (AWBZ) eingeführt. Mit einem Anteil von 96 Prozent an den Gesamtausgaben übertrifft ihr Versicherungsschutz sogar die Empfehlungen des Dekker-Komitees (Harrison, 2004).

Die Fachliteratur von Harrison (2004) enthält weitere interessante Lektüren zu den Gesundheitsmärkten anderer Länder (z. B. Schweden und das Vereinigte Königreich).

### Fragen zur Selbstkontrolle

1. Warum ist ein Wettbewerbsvorteil generell positiv zu bewerten?

*Ein Wettbewerbsvorteil steigert den Gewinn eines Unternehmens.*

1. Bitte führen Sie zwei Komponenten an, die eine Wettbewerbsstrategie auszeichnen.

*Erlangen eines Wettbewerbsvorteils*

*Behaupten eines Wettbewerbsvorteils*

1. Bitte vervollständigen Sie den folgenden Satz.

Das in den Niederlanden gegründete Dekker-Komitee schlug vor, ein einziges Pflichtversicherungssystem einzuführen, das *85 Prozent* der gesamten Gesundheitsausgaben und Sozialleistungen abdecken würde. In der Folge wurde die Pflege- und Langzeitversicherung (AWBZ) eingeführt. Mit einem Anteil von *96 Prozent* an den Gesamtausgaben übertrifft ihr Versicherungsschutz sogar die Empfehlungen des Dekker-Komitees.

Zusammenfassung

Zwei vorrangige wirtschaftliche Gründe für staatliche Interventionen im Gesundheitswesen sind die Armutsbekämpfung und die Korrektur verschiedener Formen des Marktversagens. Wenn Rechtsvorschriften die Auswirkungen eines Marktversagens wirksam abfedern können, wird die Ressourcenallokation davon profitieren. Da Formen des Marktversagens in Gesundheitsmärkten auf der ganzen Welt vorkommen, versucht jedes Land mithilfe eigener Vorschriften das Problem aus der Welt zu schaffen. Diese Vorschriften sind sehr spezifisch und vom Umfeld abhängig.

Regierungen nehmen verschiedenste Eingriffe im Gesundheitsmarkt vor. Ihnen obliegt die wichtige Aufgabe, den Markteintritt und -austritt zu reglementieren, Wettbewerbspraktiken und Vergütungssysteme zu kontrollieren, die Marktorganisation zu regulieren, Qualitätsstandards festzulegen und die Sicherheit der Patient:innen zu gewährleisten. Zudem ist der Staat für die Finanzierung der Gesundheitsversorgung zuständig. Dies geschieht durch die Erhebung von Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen. Politische Entscheidungstragende können aufgrund der vom Staat bereitgestellten Mittel direkt Einfluss auf die Finanzierung des Gesundheitswesens und die Verteilung der Gelder im System nehmen. Der Staat kann außerdem öffentliche Gesundheitsdienste bereitstellen. Im Rahmen der öffentlichen Gesundheitsversorgung gilt es aufgrund der begrenzten Ressourcen vor allem folgende Frage zu beantworten: Was soll wie und für wen bereitgestellt werden?

Anhand von zwei Beispielen aus der Praxis wurden staatliche Eingriffe im Gesundheitswesen erörtert. Schauplatz dieser Beispiele waren die bevölkerungsreichsten Länder der Welt: China und Indien. Jeder Staat verfügt über eigene Strategien, um ein mögliches Marktversagen im Gesundheitswesen zu korrigieren. Oft sind staatliche Eingriffe jedoch zum Scheitern verurteilt, insbesondere weil Regierungen alle Gesundheitsdienste für alle Personen bereitstellen möchten, ohne die medizinischen Behandlungen entsprechend ihrem Stellenwert für die Gesundheit und die Patient:innen gemäß der Schwere der Erkrankung zu priorisieren.

Der Wettbewerb im Gesundheitsmarkt ist wichtig, weil er Anreize schafft, um die Ressourcenallokation zu optimieren. Die Niederlande diente als Beispiel für ein Land, in dem ein von der Regierung regulierter Wettbewerb im Gesundheitswesen herrscht.

# Lektion 3 – Gleichbehandlung und Gerechtigkeit

**Lernziele**

Nach der Bearbeitung dieser Lektion werden Sie in der Lage sein, ...

... den Begriff gesundheitliche Chancengleichheit zu verstehen.

... unterschiedliche Theorien der Verteilungsgerechtigkeit zu analysieren.

… die sozialen Determinanten der Gesundheit zu beschreiben.

... das Prinzip der gesundheitlichen Chancengleichheit auf politische Maßnahmen anzuwenden.

# 3. Gleichbehandlung und Gerechtigkeit

## Einführung

Das Gesundheitssystem ist komplex und weist möglicherweise Formen des Marktversagens auf, die einer Korrektur durch den Staat bedürfen. Die Verteilung von Gesundheitsleistungen zählt zu den wichtigsten Aufgaben, die eine Regierung in Bezug auf das Gesundheitswesen wahrnehmen sollte. Diese Lektion beschäftigt sich schwerpunktmäßig mit der Verteilung von Gesundheitsleistungen und ihren theoretischen und philosophischen Grundlagen. Im ersten Abschnitt (Verteilungspräferenzen) werden die Gründe für eine Umverteilung in der Gesundheitsversorgung erörtert und die Begriffe gesamtgesellschaftliche Wohlfahrt und Extrawelfarismus erklärt. Im Anschluss wird der Begriff gesundheitliche Chancengleichheit in Abgrenzung zum Konzept der Gleichbehandlung erläutert. Ebenso wird die gesundheitliche Chancengleichheit thematisiert werden.

Der Zusammenhang zwischen Chancengleichheit, Gerechtigkeit und Fairness wird beleuchtet, und das Prinzip der Verteilungsgerechtigkeit wird mit dem Konzept der gesundheitlichen Chancengleichheit in Zusammenhang gebracht. Einflussreiche Theorien der Verteilungsgerechtigkeit, wie der Utilitarismus, der Liberalismus und der Egalitarismus, werden erörtert. Kritik an diesen Theorien und neue Entwicklungen werden ebenso zur Sprache gebracht. Darüber hinaus behandelt diese Lektion den Befähigungsansatz des indischen Ökonomen Amartya Sen.

Auch die sozialen Determinanten der Gesundheit werden erläutert. Anhand eines Beispiels aus Dänemark wird die Bedeutung dieses Konzepts veranschaulicht. Diese Lektion wird mit politischen Lehren abschließen, die aus theoretischen und philosophischen Grundlagen gezogen wurden. Das Hauptaugenmerk liegt dabei auf den Empfehlungen von Whitehead (1992) und dem von Solar und Irwin (2010) vorgeschlagenen Rahmenkonzept, demzufolge Ungleichheiten mithilfe der sozialen Determinanten der Gesundheit aus der Welt geschafft werden können.

## 3.1 Verteilungspräferenzen

So wie das Gesundheitswesen ein komplexes System ist, handelt es sich auch bei der Verteilung von Gesundheitsleistungen um ein schwieriges Unterfangen. In diesem Abschnitt wird das Thema der Verteilungspräferenzen behandelt. Zunächst werden die politischen Ideologien thematisiert, die der Umverteilung von Leistungen zugrunde liegen. Im Anschluss werden externe Effekte als Grund für die Umverteilung angeführt und erklärt. Unterschiedliche Theorien, die die Grundlage für die Verteilung bilden, werden erläutert. In diesem Zusammenhang werden die Pareto-Effizienz sowie die Begriffe Welfarismus und Extrawelfarismus näher beleuchtet. Diese grundlegenden Konzepte der Gesundheitsökonomie sind vor allem für die gesundheitsökonomische Bewertung von Bedeutung.

### Die Lehre der Umverteilung

Woher stammt das Bedürfnis nach Umverteilung? Ein Erklärungsansatz geht davon aus, dass die wirtschaftlich schwache Bevölkerung die Mehrheit der Gesellschaft bildet. Infolgedessen sehen sich die Besserverdienenden durch politische Prozesse gezwungen, ihren Reichtum mit der einkommensschwachen Bevölkerungsschicht zu teilen. Andere sehen in der Umverteilung eine Art Versicherung für die Regierungspartei, die die Wahrscheinlichkeit einer Revolution schmälert. Demgemäß wirkt die Umverteilung wie ein Bestechungsgeschenk, dass der Arbeiterschicht Vorteile wie Mindestlohn, Rentenleistungen und Zugang zu Bildung und Gesundheitsversorgung beschert (Olsen, 2017). Diese Erklärungsmodelle scheinen zynisch angesichts der Tatsache, dass die Umverteilung das Ergebnis einer korrigierten Schieflage zwischen wirtschaftlich schwachen und starken Gesellschaftsgruppen ist: Entweder bedienen sich die Armen am Wohlstand der Reichen oder die Reichen bieten den Armen das Nötigste, um diese im Gegenzug auszubeuten. Diese beiden Erklärungsansätze lassen Menschen außer Acht, die sich wirklich um andere kümmern möchten.

Die dritte These, die noch eingehend behandelt wird, beruht demgemäß auf der Annahme, dass sich die Mitglieder einer Gesellschaft tatsächlich umeinander sorgen. Basiert die Umverteilung zwischen Reich und Arm auf Freiwilligkeit kann dies durch Nächstenliebe begründet und mithilfe der Nutzenfunktionen erklärt werden (Olsen, 2017). Angenommen die Umverteilung findet in einer Volkswirtschaft statt, die aus einer reichen Person (R) und einer armen Person (A) besteht. Eine auf Freiwilligkeit basierende Umverteilung ist solange möglich bis der Grenznutzengewinn von R, der durch das höhere Einkommen von A entsteht, dem Grenznutzenverlust von R, der durch den eigenen Einkommensverlust entsteht, gleichkommt (Olsen, 2017).

Allerdings ist eine auf Freiwilligkeit beruhende Umverteilung nicht optimal. Wird dieses Modell der gegenseitigen Abhängigkeit auf die gesamte Gesellschaft übertragen, kann das zu einem Free-Rider-Verhalten (Trittbrettfahrerverhalten) führen. So kann eine Gruppe reicher Menschen wirtschaftlich schwache Menschen unterstützen, während eine Person der reichen Gruppe (Beobachter) erst einmal abwartet und beobachtet, wie sich die Situation entwickelt. Wenn viele der reichen Personen einen erheblichen Beitrag leisten, wäre der Grenznutzen, der durch den Beitrag einer zusätzlichen Person (Beobachter) entsteht, verschwindend gering. Würde sich der Beobachter allerdings dazu entscheiden, überhaupt keinen Beitrag zu leisten, würde er zu einem Trittbrettfahrer werden.

Um dieses Trittbrettfahrerverhalten zu verhindern, könnten sich die Reichen im Rahmen von Wahlen für eine verbindliche Umverteilung der Steuermittel entscheiden. Dies dient als Erklärungsversuch, warum sich reiche Menschen für einen „freiwilligen Zwang“ entscheiden und politische Parteien wählen, deren Steuerpolitik den eigenen Konsum einschränkt. Sinn ergibt das aber nur, wenn eine Person einerseits als Bürger:in und andererseits als Konsument:in betrachtet wird (Olsen, 2017).

### Externe Effekte als Grund für die Umverteilung

Externe Effekte bezeichnen Kosten oder Nutzen, die durch das Handeln einer Person entstehen und auf andere Personen Einfluss nehmen, die diese Kosten bzw. Nutzen nicht angestrebt haben. Es gibt positive und negative externe Effekte, die im Zuge der Produktion oder der Verwendung eines Produkts bzw. der Inanspruchnahme einer Leistung entstehen können. Diese positiven bzw. negativen Effekte können auf persönlicher (sie betreffen ein Individuum oder eine Organisation) oder gesellschaftlicher Ebene (sie betreffen die gesamte Gemeinschaft) stattfinden. Ein bekanntes Beispiel für einen externen Effekt im Gesundheitswesen ist die Herdenimmunität, die aufgrund von Impfungen gegen Infektionskrankheiten erreicht wird. Personen, die das Angebot nicht in Anspruch genommen haben (in diesem Fall ist dies die ungeimpfte Bevölkerung) sind trotzdem einem geringeren Risiko der Ansteckung ausgesetzt, da die immunisierten Personen die Krankheit seltener übertragen. Herdenimmunität wird je nach Verlauf einer Krankheit durch einen gewissen Prozentsatz immunisierter Personen in einer Gesellschaft erreicht. Die ist ein Beispiel für eine positive Externalität, die durch Konsum entsteht.

Eine positive Externalität gilt im Gesundheitsmarkt jedoch auch als eine Form des Marktversagens, die die Gesundheitsproduktion beeinträchtigt. In einem vollkommenen Markt konsumieren die Menschen ein Gut, bis der Gleichgewichtspreis (Marktgleichgewicht) erreicht ist, d. h., wenn sich Grenznutzen und Grenzkosten bei überschneiden. Die Abbildung unten zeigt die effiziente Konsummenge, mit der eine Person bei ohne externe Effekte den höchstmöglichen Output erreicht.

Wenn positive Externalitäten auftreten, wird dadurch auch ein positiver Grenznutzen (MEB) in Erscheinung treten. Folglich wird der soziale Grenznutzen (MSB) durch Hinzufügen der externen Effekte (MEB) und des privaten Grenznutzens (MPB) des Einzelnen berechnet werden. Die Abbildung unten veranschaulicht dieses Konzept. Was den MSB betrifft, wird der optimale Output aus gesellschaftlicher Sicht bei Punkt erreicht. Dieser Punkt liegt höher als der höchstmögliche Output für den Einzelnen . An diesem Punkt ist auch ein höherer Preis zu erkennen. Deshalb kann eine Subventionierung der Impfstoffe (oder jede andere Maßnahme zur Verstärkung positiver Externalitäten) aus Gründen der Effizienz gerechtfertigt sein. Die Höhe der Subventionen, die den Preis von auf senken, ist in der Darstellung unten abgebildet. Der soziale Nutzen kann ab einer bestimmten Menge entstehen. Aus diesem Grund beginnt die MEB-Linie bei einer größeren Menge als die MPB-Linie. Ähnlich verhält es sich mit der MSB-Linie, die den addierten Nutzen der externen Effekte (MEB) und des privaten Grenznutzens (MEB) abbildet. Wenn negative Externalitäten auftreten, kann der daraus entstehende Grenznutzenverlust höher sein als der Grenznutzen selbst und in der Folge zu einem geringeren Output führen.

Ressourcenallokation in der Gesellschaft bei Vorhandensein einer positiven Externalität

Shape

Description automatically generated

Quelle: Duy Pham (2022).

Wie bereits erwähnt, ist die Immunisierung aufgrund der entstehenden positiven Externalitäten ein Grund, warum das Gesundheitswesen subventioniert werden soll. Wenn der Gesundheitsmarkt in seiner ganzen Bandbreite betrachtet wird und Bestandteile wie das Sozialversicherungssystem einbezogen werden, müssen weitere externe Effekte wie die „altruistische Externalität“ (Pauly, 1971) bzw. die „karitative Externalität“ berücksichtigt werden (Folland et al., 2017). Dementsprechend ist die Bereitschaft der einkommensstarken Gesellschaftsmitglieder, die medizinische Grundversorgung für die armen Menschen zu finanzieren, auf Nächstenliebe zurückzuführen, und zwar immer dann, wenn gütige Menschen der Ansicht sind, dass eine gesellschaftliche Gruppe medizinisch unzureichend versorgt ist. Solche großzügigen Gesten, die auf dem Prinzip der Nächstenliebe beruhen, sind wahrscheinlich in den meisten Gesellschaften anzutreffen.

Die MEB-Linie in der Abbildung oberhalb veranschaulicht diesen externen Effekt. Das effiziente Produktionsniveau ist höher als der Output des vollkommenen Marktes . Unter gewissen Umständen lässt sich dadurch ein politisches Handeln rechtfertigen, z. B. die Einführung eines Sozialversicherungssystems oder eine gesetzlich angeordnete Umverteilung im Gesundheitswesen.

### Die Pareto-Effizienz

Die **Pareto-Effizienz** besagt, dass der Wohlstand einer Gesellschaft nur dann eindeutig zunimmt, wenn der Wohlstand eines beliebigen Gesellschaftsmitglieds wächst, während kein anderes Mitglied einen Wohlstandsverlust verzeichnen muss. Ein Zustand ist dann pareto-optimal, wenn es nicht möglich ist, den Wohlstand eines Individuums zu erhöhen, ohne gleichzeitig den eines anderen Individuums zu verringern.

**Pareto-Effizienz**

Eine gesellschaftliche Situation, in der es nicht möglich ist, den Nutzen für ein Individuum zu steigern, ohne den Nutzen eines anderen Individuums zu schmälern.

Das Edgeworth-Diagramm ist ein grafisches Hilfsmittel, mit dem die Pareto-Effizienz genauer untersucht werden kann. Angenommen zwei Personen, A und B, sind allein auf einer Insel gefangen. Dort stehen nur zwei Güter zur Verfügung, die für das Überleben der zwei Personen unerlässlich sind: Nahrung und Trinkwasser. Damit sie auf der Insel bis zu ihrer Rettung so lange wie möglich überleben können, müssen sie die Güter untereinander aufteilen. Dadurch können sie ihren Nutzen (die Ressourcenallokation) maximieren und eine gerechte Aufteilung (Fairness) sicherstellen. Im Edgeworth-Diagramm kann lediglich die effiziente Ressourcenallokation, jedoch nicht die Fairness, veranschaulicht werden.

**Indifferenzkurve**

Die Punkte auf der Indifferenzkurve stellen eine Güterkombination dar, die den Konsumierenden den gleichen Nutzen bringen.

In der unteren Abbildung wird die Menge an Nahrungsmitteln, die am Markt verfügbar sind, auf der vertikalen Achse dargestellt. Die Menge an Wasser wird auf der horizontalen Achse angezeigt. Punkt A unten links veranschaulicht, dass Person A weder Nahrungsmittel noch Trinkwasser besitzt, während Person B beides konsumiert. Punkt B oben rechts kehrt die Situation ins Gegenteil um: Person A besitzt alle Güter der kleinen Volkswirtschaft, Person B kann nichts konsumieren. Die **Indifferenzkurven** A1, A2 und A3 stellen die Präferenzen (Nutzen) von Person A in Bezug auf Nahrung und Wasser für ein bestimmtes Nutzenniveau dar, wobei der Nutzen der Kurve A3 größer ist als der Nutzen der Kurve A1. Die Indifferenzkurven B1, B2 und B3 zeigen die individuellen Präferenzen von Person B an. Hier ist der Nutzen der Kurve B3 größer als der Nutzen der Kurve B1. Bei näherer Betrachtung der drei Zuteilungsszenarien (Punkte U1, U2, and U3) schneidet Person A bei Punkt U3 auf der Indifferenzkurve A3 Person B, während Person B am gleichen Punkt auf der Indifferenzkurve B1 Person A schneidet. Dies entspricht nicht der Pareto-Effizienz, da Person A oder Person B ihren Nutzen steigern können, ohne dass der jeweils anderen Person ein Nachteil entstehen würde. An Punkt U\*3 auf der Indifferenzkurve B\*1 wird diese Aussage veranschaulicht. In diesem Fall bleibt der Nutzen von Person A am Punkt U\*3 auf der Kurve A3 gleich, während sich der Nutzen von Person B von Kurve B1 auf Kurve B\*1verbessert hat. Deshalb bringt die Zuteilung der Güter an Punkt U\*3 den besseren Gesamtnutzen für beide Personen. Punkt U\*3 und Punkt U1 (können auf ähnliche Weise erklärt werden) stellen eine pareto-effiziente Verteilung der verfügbaren Güter dar. Allerdings gilt es zu beachten, dass die Pareto-Effizienz nicht die faire Verteilung von Gütern gewährleistet. Würden beide Personen dieselben Merkmale aufweisen, würde sich eine faire Verteilung ungefähr in der Mitte des Diagramms manifestieren, z. B. bei Punkt U2. Es werden immer wieder kontroverse Debatten zur fairen Verteilung geführt, und obgleich sie vielleicht nicht der Pareto-Effizienz entspricht, kann eine Verteilung manchmal durchaus fair sein.

Das Edgeworth-Diagramm für eine Volkswirtschaft bestehend aus zwei Personen und zwei Gütern

Diagram

Description automatically generated

Quelle: Duy Pham (2022).

### Welfarismus versus Extrawelfarismus

Die Theorien des Welfarismus (Wohlfahrtstheorie) und des Extrawelfarismus haben in der Gesundheitsökonomie einen hohen Stellenwert. Zwar wird über deren Definition seit langer Zeit diskutiert, doch in der entsprechenden Fachliteratur findet sich noch keine klare Unterscheidung der beiden Konzepte (Coast, 2017). Im folgenden Abschnitt werden die beiden Theorien basierend auf bestehenden Publikationen und ihrer Bedeutung für die Gesundheitsökonomie erörtert. Anhand einflussreicher Forschungsergebnisse auf diesem Gebiet werden diese beiden Konzepte mit wirtschaftlichen Prinzipien wie der Pareto-Effizienz in Zusammenhang gebracht. Im Zuge dieser Erläuterungen werden auch die wichtigsten Unterschiede zwischen den beiden Theorien und ihre Anwendung analysiert.

#### Wohlfahrtstheorie und Wohlfahrtökonomik

Laut Sen (1977) kann die Wohlfahrtsökonomik in zwei Richtungen unterteilt werden: die klassische und die neoklassische Wohlfahrtsökonomik. Die „klassische“ Wohlfahrtsökonomik wird auch als traditionelle Wohlfahrtstheorie (Welfarismus) bezeichnet. Der englische Philosoph Jeremy Bentham bezog sich im späten 18. Jahrhundert unter dem Begriff Utilitarismus das erste Mal auf dieses Teilgebiet der Mikroökonomie. Frühe Erklärungsansätze des Utilitarismus beschrieben den Begriff als „größtmögliches Glück der größtmöglichen Zahl“, d. h. die Summe der Nutzen für jede einzelne Person, und somit das Gemeinwohl, ist das Ziel einer Gesellschaft. Dementsprechend kann der größtmögliche Nutzen entstehen, wenn diese Summe am höchsten ist und somit das Gemeinwohl seine stärkste Ausprägung erreicht. Das klassische Verständnis der Wohlfahrtstheorie wurde weiterentwickelt und brachte die neoklassische Wohlfahrtsökonomik hervor, die wiederum in zwei Richtungen unterteilt wurde (Brouwer et al., 2008). Die paretianische Richtung ist eine Weiterführung der klassischen Wohlfahrtsökonomik und berücksichtigt soziale Wechselbeziehungen, indem das Prinzip der Pareto-Effizienz zur Herleitung des Wohlfahrtsoptimums einbezogen wird. Die zweite Richtung bezieht sich auf die von Bergson entwickelte und von Samuel aufgegriffene Wohlfahrtsfunktion, bei der Präferenzordnungen und die gesellschaftliche Wohlfahrtsgrenze eine Rolle spielen, die jedoch der Pareto-Effizienz nicht gerecht wird. Außerdem gibt es Wirtschaftsforschende, die in Bezug auf die Wohlfahrtsökonomik nicht ausschließlich Nutzenvorstellungen berücksichtigen (z. B. der Befähigungsansatz nach Sen) und solche, die den Merkmalen der Erzeugenden und Empfangenden eines Nutzens Rechnung tragen (Brouwer et al., 2008).

Nach Sen (1993) und Hurley (1998) kann die Wohlfahrtstheorie eng ausgelegt werden. Demnach kann das Wohlfahrtsoptimum nicht größer sein als der von Einzelpersonen erreichte Nutzen. Diese enge Definition geht auf den vierten Lehrsatz des vorherrschenden Modells der Wohlfahrtsökonomik zurück, das auf strengen Grundsätzen beruht (Hurley, 2000). Das Modell umfasst vier Lehrsätze:

1. Individuen maximieren ihr Wohlergehen, indem sie eine bevorzugte Option wählen und sich gleichzeitig gegen die vorhandenen Alternativen entscheiden (das Nutzenprinzip).
2. Nur die einzelnen Personen sind in der Lage, zu beurteilen, was für sie den größten Nutzen bringt und inwieweit dies ihrem Wohlergehen dienlich ist (persönliche Souveränität).
3. Verhaltensweisen und Handlungen erzeugen gemeinsam einen Nutzen und nicht jede Verhaltensweise oder Handlung für sich allein (Konsequentialismus).
4. Das Gemeinwohl in einer beliebigen Situation wird einzig vom Nutzen, den Einzelpersonen in dieser Situation erreichen, bestimmt (Welfarismus).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass bei der Wohlfahrtsökonomik die individuelle Nutzenmaximierung im Vordergrund steht. Dies kann die Wohlfahrtskriterien drastisch einschränken, insbesondere wenn der Nutzenvergleich zwischen Personen nicht durchführbar ist (Brouwer et al., 2008). Im Folgenden wird der Extrawelfarismus beschrieben. Dieser Ansatz berücksichtigt neben dem individuellen Nutzen auch noch andere Faktoren.

#### Extrawelfarismus

Der extrawelfaristische Ansatz ist kein neues Konzept, er ist geschichtlich tief verankert. Der Begriff „meritorisches Gut“ stammt aus dem Bereich der öffentlichen Finanzwirtschaft und ist ein Beispiel für ein Konzept, auf das der extrawelfaristische Ansatz zurückgeht. Musgrave (1959) prägte den Begriff und beschrieb ihn als Gut, dessen Nachfrage durch staatliche Eingriffe gesteigert, jedoch nicht als rein öffentliches Gut definiert werden sollte. Welche Güter das Prädikat „meritorisch“ (verdienstvoll) beanspruchen dürfen, ist nicht klar festgelegt. Ebenso ist nicht eindeutig geklärt, wie sich ein meritorisches Gut von Gütern unterscheidet, durch deren Konsum in der Gesellschaft externe Effekte entstehen (Culyer, 1971). Der Extrawelfarismus hat seinen Ursprung außerdem in den sogenannten „Grundgütern“ (Tobin, 1970) bzw. „Primärgütern“ (Rawls, 1971), die innerhalb einer Gesellschaft gerecht verteilt werden sollten. Hierzu zählen unter anderem auch Güter aus dem Bereich der Gesundheitsversorgung. Sen (1980) vertritt in einer seiner einflussreichen Arbeiten die Auffassung, dass die den Welfarismus auszeichnende individuelle Nutzenmaximierung dem Wohlergehen der Gesellschaft durch eine enge Auslegung nicht gerecht wird und die unterschiedlichen Gruppen einer Gesellschaft Berücksichtigung finden müssen.

Aufbauend auf den Ursprüngen des Extrawelfarismus beschreibt Culyer (1991) dieses Konzept als wichtige „Lektion über ‚zusätzliche‘ Quellen der Wohlfahrt [...] die Charaktereigenschaften von Personen, die nicht auf deren materiellem Reichtum beruhen [...]. Der extrawelfaristische Ansatz umfasst daher mehr als die traditionelle Wohlfahrt: Er schließt das individuelle Wohlbefinden nicht aus, das aufgrund sozialstaatlicher Entscheidungen entsteht, sondern ergänzt dieses mit weiteren Aspekten der Individuen“ (S. 67).

Beim Konzept des Extrawelfarismus soll der individuelle Nutzen nicht außer Acht gelassen werden, aber auch nicht als dessen einziges Ziel angesehen werden. Darin besteht der Hauptunterschied zwischen Welfarismus und Extrawelfarismus. Was ist also neben dem individuellen Nutzen noch zu berücksichtigen?

Anders als beim Welfarismus beschränkt sich der Extrawelfarismus nicht ausschließlich auf den Nutzen einzelner Personen. Weitere Umstände, denen der Extrawelfarismus Rechnung trägt, sind z. B. Fähigkeiten, die Qualität des Nutzens, Fragen der Gerechtigkeit und andere Merkmale (Brouwer et al., 2008). Viele Gesundheitsökonom:innen sind der Ansicht, dass die Gesundheit der gesamten Bevölkerung als Gut von hohem Wert behandelt werden und das Augenmerk nicht ausschließlich auf den Nutzen von Gesundheitsleistungen für einzelne Personen gerichtet werden sollte. Gesundheit zählt zu den höchsten Gütern des Menschen. Deshalb ist ihr unabhängig von anderen Faktoren ein hoher Wert zuzuschreiben.

Im Rahmen der Wohlfahrtsökonomik mag ein interpersoneller Nutzenvergleich in manchen Fällen nicht als sinnvoll erscheinen. So kann es beispielsweise vorkommen, dass eine optimistisch eingestellte Person ihren Nutzen höher einschätzt als eine pessimistisch eingestellte Person, auch wenn sich Erstere in einer schlechteren gesundheitlichen Verfassung befindet als Letztere. Wird beim politischen Entscheidungsfindungsprozess der extrawelfaristische Ansatz herangezogen, findet ein direkter Vergleich des Gesundheitszustandes von Individuen statt. Auch wenn ein Nutzenvergleich zwischen einer gesunden und einer kranken Person nicht möglich ist, ist es offensichtlich, dass sich die kranke Person in einer schlechteren gesundheitlichen Verfassung befindet (Brouwer et al., 2008). Mithilfe quantitativer Forschungsmethoden, obgleich sie möglicherweise mangelhaft sind, können Vergleiche zwischen Individuen angestellt werden. Außerdem können Gesundheitsprogramme damit getestet und überwacht bzw. Missverhältnisse in der Gesundheitsversorgung beseitigt werden. Die in der Gesundheitsökonomie verwendete Kennzahl, die derzeit viel Beachtung findet, ist das qualitätsadjustierte Lebensjahr (eng. Quality-Adjusted Life Year, QALY). Dieses Messinstrument ist Gegenstand vieler Diskussionen, wird jedoch in diesem Abschnitt nicht weiter erörtert. Es gilt aber zu beachten, dass der extrawelfaristische Ansatz das Fundament für diesen Maßstab gelegt hat.

### Fragen zur Selbstkontrolle

1. Bitte vervollständigen Sie den folgenden Satz.

Die *Pareto-Effizienz* bezieht sich auf eine gesellschaftliche Situation, in der es nicht möglich ist, den Nutzen für ein Individuum zu steigern, ohne den Nutzen eines anderen Individuums zu schmälern.

1. Bitte geben Sie eine Definition für die Indifferenzkurve an.

*Die Punkte auf der Indifferenzkurve stellen eine Güterkombination dar, die den Konsumierenden den gleichen Nutzen bringen.*

1. Bitte zählen Sie die vier Lehrsätze des vorherrschenden Modells der Wohlfahrtsökonomik nach Hurley (2000) auf.

*Individuen maximieren ihr Wohlergehen, indem sie eine bevorzugte Option wählen und sich gleichzeitig gegen die vorhandenen Alternativen entscheiden (das Nutzenprinzip); nur die einzelnen Personen sind in der Lage, zu beurteilen, was für sie den größten Nutzen bringt und inwieweit dies ihrem Wohlergehen dienlich ist (persönliche Souveränität); Verhaltensweisen und Handlungen erzeugen gemeinsam einen Nutzen und nicht jede Verhaltensweise oder Handlung für sich alleine (Konsequentialismus); das Gemeinwohl in einer beliebigen Situation wird allein an dem von einer Einzelperson in dieser Situation erreichtem Nutzen gemessen (Welfarismus).*

## 3.2 Gesundheitliche Chancengleichheit

Der Begriff „gesundheitliche Chancengleichheit“ ist in aller Munde und wird insbesondere im Zusammenhang mit der „universellen sozialen Absicherung im Krankheitsfall“ (UHC) gebraucht – ein Ziel, das die Vereinten Nationen (UN) formuliert haben. Im folgenden Abschnitt wird dieses Konzept eingehend erläutert, und es wird erörtert, inwiefern es sich von anderen Begriffen wie z. B. dem der Gleichbehandlung unterscheidet. Im Anschluss werden die Determinanten gesundheitlicher Ungleichheit erklärt, bevor die Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für den Begriff gesundheitliche Chancengleichheit dargelegt wird. Danach wird der Begriff in verschiedene Kategorien unterteilt und diskutiert. Der Abschnitt endet mit einer Einführung in das Thema Chancengleichheit im Gesundheitswesen.

### Gleichheit von Gesundheitschancen und ihre Bedeutung

Gleichbehandlung und gleiche Chancen sind nicht dasselbe. Die Abbildung unten veranschaulicht den Unterschied zwischen diesen beiden Konzepten.

Gleichbehandlung und Chancengleichheit

A picture containing text

Description automatically generated

Quelle: Maguire (2016) CC BY-SA 4.0.

Auf dem linken Bild sind Menschen zu sehen, die alle die gleiche Menge eines Guts erhalten haben (hier eine Holzkiste). Die beiden größeren Personen können das Baseball-Spiel verfolgen. Die kleinste Person ist dazu nicht in der Lage. Dies verdeutlicht das Konzept der Gleichbehandlung: ein Gut wird zu gleichen Teilen unter den Anspruchsberechtigten aufgeteilt. Im anderen Bild wird das Konzept der Chancengleichheit veranschaulicht. Die Güter werden entsprechend dem Bedarf verteilt. Nun können alle Personen unabhängig von ihrer Körpergröße das Spiel verfolgen.

Ebenso unterscheidet sich der Begriff Ungleichbehandlung vom Konzept der Ungerechtigkeit. Ungleichbehandlung wird in der Regel als Sammelbegriff verwendet, der das Konzept der Ungerechtigkeit einschließt. Im Gesundheitswesen muss Ungleichbehandlung nicht unbedingt ungerecht sein. Laut Evans et al. (1994) und Olsen (2012) gibt es in Bezug auf die Gesundheit der Bevölkerung drei Bestimmungsgrößen, die eine Ungleichbehandlung zwischen den Gesellschaftsmitgliedern zur Folge haben können. Die erste Bestimmungsgröße sind Erbkrankheiten, die genetisch bedingt sind. Auch das soziale und physische Umfeld kann als Bestimmungsgröße zu Ungleichheiten bei der Gesundheitsversorgung führen. Schließlich kann das gesundheitsfördernde bzw. -schädigende Verhalten von Personen Ungleichbehandlungen nach sich ziehen. Bis zu einem gewissen Grad können die beiden letzten Bestimmungsgrößen vermieden werden. Diese vermeidbaren, unnötigen Ungleichbehandlungen würden daher eher als ungerecht eingestuft werden.

Whitehead (1992, S. 432) unterteilt die Bestimmungsgrößen für die Ungleichbehandlung in der Gesundheitsversorgung in sieben weitere Kategorien:

1. Biologische (bzw. erblich bedingte) Unterschiede

2. Gesundheitsschädigendes Verhalten, das bewusst herbeigeführt wird, z. B. gefährliche Sport- und Freizeitaktivitäten

3. Ein zeitlich begrenzter Gesundheitsvorteil, der sich ergibt, wenn frühzeitig gesundheitsfördernde Maßnahmen von einer Gruppe ergriffen werden (bis andere Gruppen in der Lage sind, aufzuholen)

4. Gesundheitsschädigendes Verhalten, dass auf erheblichen Einschränkungen in der Lebensweise basiert

5. Stressige und/oder ungesunde Lebens- und Arbeitssituationen, denen Personen ausgesetzt sind

6. Unzureichender Zugang zur medizinischen Grundversorgung und anderen öffentlichen Dienstleistungen

7. „Natürliche Selektion oder gesundheitsbedingte soziale Mobilität, d. h., dass Menschen aufgrund von Erkrankungen in die unteren Schichten der Gesellschaft rutschen“

Whitehead (1992) betont, dass die ersten drei Kategorien in der Fachliteratur üblicherweise nicht als Ungerechtigkeiten eingestuft werden. Ein Beispiel, das auf Punkt 1 (biologische Unterschiede) Bezug nimmt, wäre, dass Frauen aufgrund ihres Geschlechts an Gebärmutterhals- und Eierstockkrebs erkranken können, während Prostatakrebs nur bei Männern auftritt. Diese unvermeidbare Tatsache sollte nicht als Ungerechtigkeit bewertet werden. Unter Punkt 2 fallen Verhaltensweisen, die sich durch ein hohes Maß an Entscheidungsfreiheit auszeichnen (z. B. in Bezug auf die Sportart). Dies kann zwar die Verletzungsgefahr erhöhen, beruht jedoch auf einer freiwilligen Entscheidung. Ein Paradebeispiel für Punkt 3 sind Impfangebote. Wenn für eine bestimmte Bevölkerungsgruppe nicht genügend Impfdosen zur Verfügung stehen, profitieren manche Personen, bevor andere das Impfangebot in Anspruch nehmen können. Auch in diesem Fall handelt es sich um eine persönliche Entscheidung, da eine Person durch die Inanspruchnahme des Impfangebots alle damit verbundenen Risiken in Kauf nimmt.

Die übrigen Bestimmungsgrößen (Punkt 4 bis 7) sind vermeidbar und manchmal gleichzeitig bis zu einem gewissen Grad unfair und ungerecht. Inwieweit eine gesundheitsschädigende Aktivität als ungerecht eingestuft wird, wird durch die Intensität bestimmt, mit der eine Person diese Aktivität betreibt, oder dadurch, ob die Aktivität außerhalb ihrer Kontrolle liegt. Zum Beispiel verfügen Menschen über eine reduzierte Auswahl an gesunden Nahrungsmitteln, wenn sie in einem Gebiet wohnen, indem gesunde Nahrungsmittel nur begrenzt vorhanden bzw. die gesunden Auswahlmöglichkeiten teuer und für sie unerschwinglich sind. Ein anderes Beispiel zeigt, dass Menschen aufgrund einer Behinderung mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen leben müssen, die ihre Erwerbschancen verringern. Dies kann wiederum ihren Gesundheitszustand verschlimmern und zu einem Teufelskreis führen.

#### Ein Versuch, gesundheitliche Chancengleichheit zu definieren

Zunächst gilt es, zu klären, was Ungerechtigkeit ist? Ungleichbehandlung wird zur Ungerechtigkeit, wenn die folgenden vier Adjektive bei der Beschreibung eines Umstands zutreffend sind: unnötig, vermeidbar, unfair und ungerecht (Whitehead, 1992).

Inwiefern etwas als unfair oder ungerecht eingestuft wird, hängt ebenso von der Situation und der Epoche ab, in der eine solche Ungerechtigkeit empfunden wird. Ob und inwieweit die Betroffenen in dieser Situation über Wahlfreiheit verfügen, ist bei der Beurteilung von entscheidender Bedeutung. Dementsprechend liefert Whitehead (1992) eine Arbeitsdefinition für den Begriff „Gesundheitliche Chancengleichheit“: Jeder und jede sollte über die gleichen Möglichkeiten verfügen, das eigene gesundheitliche Potenzial voll auszuschöpfen, und niemandem sollte dadurch ein Nachteil entstehen.

**Vertikale Gerechtigkeit**

Ressourcen sollten entsprechend der jeweiligen Bedürfnisse zugeteilt werden.

Im Einklang mit dieser Definition kann laut der Weltgesundheitsorganisation (o. D.) gesundheitliche Chancengleichheit erzielt werden, „wenn alle Menschen in der Lage sind, ihr gesundheitliches Potenzial voll auszuschöpfen und einen Zustand des optimalen Wohlbefindens zu erreichen“ (Abschn. 1).

### Vertikale und horizontale Gerechtigkeit

In Bezug auf die Chancengleichheit existieren zwei Konzepte, die politische Entscheidungen maßgeblich beeinflussen: die vertikale und die horizontale Ausrichtung der Gerechtigkeit, die auf den griechischen Philosophen Aristoteles zurückgeht. **Horizontale Gerechtigkeit** bedeutet, dass die Zuteilung von Ressourcen entsprechend dem Gleichbehandlungsprinzips erfolgt. Dieses Konstrukt kommt bei der „universellen sozialen Absicherung im Krankheitsfall“ (eng. Universal Health Coverage, UHC) zur Anwendung. Im Rahmen dieser Absicherung erhalten alle Menschen Zugang zu grundlegenden Gesundheitsleistungen. Bezogen auf die Gesundheitsversorgung bedeutet horizontale Gerechtigkeit, dass Menschen, die die gleichen gesundheitlichen Probleme aufweisen, die gleiche dafür vorgesehene Behandlung in Anspruch nehmen dürfen. Demgegenüber steht die **vertikale Gerechtigkeit**. Bei diesem Konzept sollten die Ressourcen entsprechend dem jeweiligen gesundheitlichen Bedürfnis zugeteilt werden. Die Herausforderung bei diesem Konzept besteht darin, die Ressourcen abhängig vom jeweiligen Bedürfnis im richtigen Ausmaß zuzuteilen. In Bezug auf die Gesundheitsversorgung heißt das, dass Menschen entsprechend ihrem gesundheitlichen Bedürfnis Gesundheitsleistungen in unterschiedlich hohem Ausmaß in Anspruch nehmen. Dieses Konzept findet beispielsweise bei Gesundheitsmaßnahmen Anwendung, die darauf abzielen, die im Gesundheitswesen bestehende Kluft zwischen Arm und Reich zu verringern. Die vertikale Gerechtigkeit umfasst noch weitere Bereiche, z. B. die Besteuerung und Sozialversicherungsabgaben. So sollten die Beiträge von Personen (oder Haushalten) auf ihr Zahlungsvermögen abgestimmt werden.

**Horizontale Gerechtigkeit**

Die Zuteilung von Ressourcen erfolgt entsprechend dem Gleichbehandlungs-prinzip.

Die beiden Gerechtigkeitskonzepte werden auch bei der Einkommenssteuer angewendet. In diesem Zusammenhang bedeutet horizontale Gerechtigkeit, dass Personen, die gleich viel verdienen, denselben Einkommensteuerbetrag abführen müssen. Vertikale Gerechtigkeit würde implizieren, dass Besserverdienende höhere Einkommenssteuerbeträge bezahlen müssen. Üblicherweise werden die Einkommensspannen, für die ein bestimmter Steuersatz gilt, durch den Staat festgelegt. Dieses Thema wird in diesem Skript nicht näher erläutert, es wurde lediglich erwähnt, um die Gerechtigkeitskonzepte besser zu verstehen.

### Chancengleichheit im Gesundheitswesen

Bevor das Thema Chancengleichheit im Gesundheitswesen erörtert wird, gilt zu beachten, dass es neben der Gesundheitsversorgung eine Reihe an Faktoren gibt, die den Gesundheitszustand in Bezug auf seine Unterschiede zwischen Bevölkerungsgruppen bzw. verschiedenen Bevölkerungen beeinflussen. Um die Chancengleichheit im Gesundheitswesen umzusetzen, müssen spezielle Programme eingebunden werden, die auf verschiedene gesundheitsbezogene Aspekte, darunter die Gesundheitsversorgung, abzielen.

Whitehead (1992) betont, dass bei einer auf alle Bevölkerungsgruppen zugeschnittenen Gesundheitsversorgung der Schwerpunkt auf dem Zugang, der Qualität und der Akzeptierbarkeit liegen muss. Whitehead stellt außerdem drei Thesen auf, die die Chancengleichheit im Gesundheitswesen auszeichnen:

1. Personen mit denselben Bedürfnissen werden in Bezug auf den Zugang zur Gesundheitsversorgung gleichbehandelt
2. Personen mit denselben Bedürfnissen werden in Bezug auf die Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung gleichbehandelt
3. Alle Personen werden in Bezug auf die Qualität der Gesundheitsversorgung gleichbehandelt

#### Personen mit denselben Bedürfnissen werden in Bezug auf den Zugang zur Gesundheitsversorgung gleichbehandelt

Diese Aussage spiegelt die horizontale Gerechtigkeit wider. Um einen solchen Zugang zur Gesundheitsversorgung sicherzustellen, sollten Gesundheitsleistungen entsprechend dem Bedarf in geografischen Gebieten gerecht verteilt werden. Gleichzeitig sollten Barrieren, die den Zugang zur Gesundheitsversorgung behindern, abgeschafft werden. Gesundheitliche Chancengleichheit ist nicht praktizierbar, wenn die Ressourcen und Einrichtungen des Gesundheitswesens ungerecht verteilt sind. Eine solche Situation tritt üblicherweise im ländlichen Raum auf, wo das Angebot der Nachfrage nicht gerecht wird. Die Zugangsbarrieren können unter anderem finanzieller, organisatorischer, politischer und kultureller Natur sein. Ein Beispiel für eine finanzielle Barriere sind Transportmöglichkeiten. Diese sind für wirtschaftlich schwache Patient:innen aufgrund ihres geringen Einkommens kaum leistbar, aber für die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen unerlässlich. Eingeschränkte Öffnungszeiten eines Krankenhauses oder zeitlich beschränkte Sprechstunden von Arztpraxen sind Beispiele für organisatorische Barrieren. Auch kann es vorkommen, dass Immigrant:innen aufgrund von Vorschriften keinen Zugang zu Gesundheitsleistungen haben, deren Kosten durch Krankenversicherungen getragen werden. Dies schränkt ihren Zugang zur Gesundheitsversorgung ein. Darüber hinaus kann Immigrant:innen und anderen Minderheiten aufgrund von Sprachbarrieren der Zugang zur Gesundheitsversorgung erschwert werden.

#### Personen mit denselben Bedürfnissen werden in Bezug auf die Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung gleichbehandelt

Die zweite These für die Chancengleichheit im Gesundheitswesen bezieht sich auf die Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung. Inanspruchnahme ist nicht dasselbe wie der Zugang zur Gesundheitsversorgung. Am Beispiel eines Massenimpfprogramms wird dies deutlich. Alle Menschen, die die Impfung benötigen, erhalten Zugang zum Impfangebot, doch das bedeutet nicht, dass all diese Menschen die Impfung auch in Anspruch nehmen. Unterschiede bei der Inanspruchnahme entstehen in diesem Fall, weil das Impfangebot auf Freiwilligkeit beruht und Menschen aus persönlichen oder religiösen Gründen die Impfung möglicherweise ablehnen. Dies ist allerdings nicht als Ungerechtigkeit zu werten. Die Inanspruchnahme wäre dann ungerecht, wenn Gesundheitsleistungen nicht im selben Maße von benachteiligten Gruppen mit gesundheitlichen Problemen beansprucht werden dürfen (Whitehead, 1992). Im Fall des Massenimpfprogramms wäre es ungerecht, wenn die Verteilung der Impfdosen auf positiver Diskriminierung basieren würde.

#### Alle Personen werden in Bezug auf die Qualität der Gesundheitsversorgung gleichbehandelt

Um die Qualität der Gesundheitsversorgung zu gewährleisten, ist es in vielen Gemeinschaften unerlässlich, dass alle Menschen über ein faires System und basierend auf ihren gesundheitlichen Bedürfnissen (nicht auf ihrem Status) Zugang zur Gesundheitsversorgung erhalten. Dies ist besonders in Zeiten von Ressourcenknappheit und Budgetkürzungen unabdingbar. In einem solchen Umfeld wäre es ungerecht, wenn beispielsweise bestimmte Gruppen aufgrund ihrer Hautfarbe oder ethnischen Zugehörigkeit eine medizinische Behandlung erhalten würden. Hyldgård et al. (2021) stellen in Bezug auf die Qualität einen Vergleich zwischen einkommensbezogener und bildungsbezogener Ungleichbehandlung im Gesundheitswesen an. Sie kommen zu dem Schluss, dass in Dänemark das Einkommen der Patient:innen mehr Einfluss auf die Qualität der Gesundheitsversorgung nimmt als deren Bildungsniveau. Die Gesundheitsversorgung betreffende Qualitätsunterschiede treten auch bei einem Ländervergleich in Erscheinung. So wurden die Länder Dänemark, Schweden, Ungarn und Lettland in dieser Abfolge verglichen und es hat sich gezeigt, dass sich die Sterberate von Menschen, die innerhalb von 30 Tagen nach Krankenhauseinweisung einen Herzinfarkt erlitten, verdoppelte (OECD, 2014). Aus demselben Bericht geht hervor, dass auch die Überlebensrate für verschiedene Krebsarten in europäischen Ländern stark schwankt. Es müssen deshalb Anstrengungen unternommen werden, um die gleiche Qualität für alle Patient:innen sicherzustellen. Diese Bemühungen müssen in alle Ebenen der Prävention, medizinische Untersuchungen, Krebstherapien und die Behandlung anderer schwerer Erkrankungen einfließen.

### Fragen zur Selbstkontrolle

1. Bitte nennen Sie eine Bestimmungsgröße für die Ungleichbehandlung in der Gesundheitsversorgung, die jedoch nicht als Ungerechtigkeit gewertet wird.

*natürliche bzw. biologische Unterschiede; gesundheitsschädigendes Verhalten, das bewusst herbeigeführt wird, z. B. gefährliche Sport- und Freizeitaktivitäten; zeitlich begrenzter Gesundheitsvorteil, der sich ergibt, wenn frühzeitig gesundheitsfördernde Maßnahmen von einer Gruppe ergriffen werden (solange andere Gruppen in der Lage sind, recht bald aufzuholen)*

1. Bitte geben Sie die von Whitehead (1992) festgelegte Definition für den Begriff „Gesundheitliche Chancengleichheit“ an.

*Gesundheitliche Chancengleichheit bedeutet, dass jeder und jede über die gleichen Möglichkeiten verfügen sollte, das eigene gesundheitliche Potenzial voll auszuschöpfen bzw. dass niemand daran gehindert werden sollte, falls es sich vermeiden lässt.*

1. Bitte unterscheiden Sie zwischen horizontaler und vertikaler Gerechtigkeit.

*Horizontale Gerechtigkeit bedeutet, dass die Zuteilung von Ressourcen entsprechend dem Gleichbehandlungsprinzips erfolgt; vertikale Gerechtigkeit bedeutet, dass Ressourcen entsprechend dem jeweiligen Bedürfnis zugeteilt werden.*

## 3.3 Theorien der Verteilungsgerechtigkeit

Chancengleichheit, Fairness und Gerechtigkeit sind drei ähnliche Konzepte. Tatsächlich sind sie in ihrer Bedeutung eng miteinander verwoben. Um ein besseres Verständnis des Konzepts der gesundheitlichen Chancengleichheit zu entwickeln, wird diese Lektion die philosophischen Theorien der Verteilungsgerechtigkeit eingehend behandeln. Obgleich diese Theorien auch in anderen Bereichen Anwendung finden, haben sie eine besonders hohe Relevanz für die Verteilung im Gesundheitswesen. Zu Beginn dieser Lektion wird daher der Zusammenhang zwischen Chancengleichheit, Fairness und Gerechtigkeit erörtert. Im Anschluss werden bekannte Theorien der Verteilungsgerechtigkeit thematisiert. Ebenso finden kritische Aspekte dieser Theorien Einzug in diese Lektion.

### Der Zusammenhang zwischen Chancengleichheit, Fairness und Gerechtigkeit

Vielfach werden die Begriffe Chancengleichheit und Fairness synonym verwendet. Im Glossar der amerikanischen Nationalbibliothek für Medizin (eng. National Library of Medicine, NLM, 2020) wird Chancengleichheit beispielsweise als „das Ausmaß [definiert], demzufolge eine bestimmte Verteilung als gerecht eingestuft wird“. Gesundheitliche Chancengleichheit steht oft eng mit einer fairen Verteilung der Gesundheitsversorgung in Verbindung. Fairness bezieht sich im Allgemeinen auf etwas, das instinktiv als richtig, gerecht und akzeptabel empfunden wird (Olsen, 2012).

Fairness ist ein weit gefasster Begriff, der in vielen verschiedenen Bereichen des täglichen Lebens verwendet wird. Gerechtigkeit ist hingegen ein eher philosophischer Begriff, der vorwiegend im akademischen Bereich der Rechts- und Politikwissenschaften Anwendung findet. Rawl (1958) beschreibt „Justice as Fairness“ (dt. Gerechtigkeit gleich Fairness) anhand von zwei Prinzipien:

1. Das Freiheitsprinzip. Jedermann hat gleiches Recht auf das umfangreichste Gesamtsystem gleicher Grundfreiheiten.
2. Das Differenzprinzip. Ungleichheit ist nur dann zulässig, wenn alle einen Vorteil daraus ziehen können.

Das Freiheitsprinzip bezieht sich auf die Verfahrensgerechtigkeit, während das Differenzprinzip die Verteilungsgerechtigkeit zum Gegenstand hat und dem Maximin-Prinzip entspricht (Olsen, 2012). Auf dem Gebiet der Gesundheitsökonomie sind insbesondere die Theorien der Verteilungsgerechtigkeit von Bedeutung.

### Theorien der Verteilungsgerechtigkeit

#### Utilitarismus

Der Utilitarismus bzw. Utilismus hat seinen Ursprung in den Arbeiten von Jeremy Bentham. Er formulierte die Prämisse, dass Menschen Schmerz vermeiden und Freude bzw. Lust empfinden möchten und dementsprechend ihr Verhalten ausrichten. Basierend auf dem erzielten Nutzen (oder Glück) kann so zwischen Personen bewertet und verglichen werden. Vertreter:innen des Utilitarismus sind der Meinung, dass die soziale Wohlfahrt ihr Optimum erreicht, wenn alle Mitglieder einer Gesellschaft in ihrer Summe das höchste Glück (kollektiver Nutzen) erreichen. Die Summe des Nutzens wird beim klassischen Utilitarismus nicht berücksichtigt. Dadurch entsteht eine Situation, in der eine geringe Zunahme der Gesamtsumme des Nutzens in einer Gesellschaft positiv zu bewerten wäre, selbst wenn anderen Personen dadurch ein Nachteil entstünde. John Stuart Mill entwickelte diese Theorie weiter. Er bezog die verschiedenen Ebenen von Lust und Schmerz in seine Erwägungen ein und maß neben dem kollektiven Glück ebenso dem Glück des Individuums einen Wert bei. Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass die utilitaristische Anschauung immer noch auf der subjektiven Beurteilung des eigenen Nutzens beruht.

Bezogen auf die Gesundheitsversorgung ist der optimale Gesundheitszustand eine vereinfachte und abgeänderte Form des Utilitarismus. Anders als bei der ursprünglichen Theorie, bei der die Nutzenmaximierung (das höchste Glück) im Vordergrund steht, liegt der Schwerpunkt hier auf der Optimierung der Gesundheit. Dank der vielen akzeptierten Methoden, die heute zur Verfügung stehen, scheint es einfacher, den Gesundheitszustand zu bemessen als das vage Konzept des Nutzens. Darüber hinaus könnte der Gesundheitszustand mehrerer Personen verglichen werden, wenn dieser auf einer begrenzten Skala (z. B. von 0 bis 10) abgebildet wird. Eine Verbesserung des Gesundheitszustands könnte als sozialer Wert betrachtet werden und unabhängig von den Merkmalen der Patient:innen für Vergleiche zwischen Personen herangezogen werden.

Der klassische Utilitarismus wurde aufgrund des vermess- und vergleichbaren Nutzenprinzips kritisiert. Er entbehre einer wissenschaftlichen Grundlage, weil die von einer Person empfundene Freude nicht mit der Freude einer anderen Person addiert werden kann. Obwohl dem Glück des Individuums später Rechnung getragen wurde, stellt sich die Frage, worauf sich der Nutzen des Individuums genau bezieht.

Robert Nozick (1974) brachte einen weiteren Kritikpunkt vor. Konkret stellte er die Frage in den Raum, ob es in der Gesellschaft möglicherweise bösartige Menschen gibt. Folgendes Szenario ist in diesem Zusammenhang denkbar: Eine Person amüsiert sich über das Leid, das eine Personengruppe in der Gesellschaft widerfährt, sei es, weil sie intolerant oder böswillig ist. Wird die Niedertracht einer solchen Person beim utilitaristischen Ansatz auch berücksichtigt?

#### Liberalismus

Besonders kennzeichnend für den klassischen Liberalismus ist die individuelle Freiheit. Aus diesem Grund messen liberal eingestellte Menschen dem Recht auf Privateigentum und persönliche Freiheit einen hohen Wert bei. Das heißt, es steht den Menschen frei, eine Wirtschaftstätigkeit aufzunehmen und die für sie und ihre Familien besten Optionen zu wählen. Allerdings können manche Ressourcen nicht vollständig als Privateigentum behandelt werden. So stellt z. B. van der Vossen (2019) fest, dass Personen über Zugriffs- bzw. Nutzungsrechte verfügen müssen, wenn sie Rohstoffe und Artefakte benötigen, die von politischen Akteuren (z. B. Regierung) verwendet werden. In diesem Fall sind das Eigentumsrecht und die Inbesitznahme Einschränkungen unterworfen. Laut van der Vossen lässt sich die Meinung, inwieweit Rohstoffe in Besitz genommen werden können, auf einer Skala darstellen, die das gesamte liberale Spektrum von rechts nach links abbildet. Bei einer Bewegung von rechts nach links auf der Skala erhöht sich die beibehaltene Chancengleichheit. Deshalb weist der Linksliberalismus ähnliche Merkmale wie der Egalitarismus auf.

Obgleich sich das Leitziel des Liberalismus auf die Rechte und Freiheiten der Individuen bezieht, kann der Staat bis zu einem gewissen Grad Macht in der Gesellschaft ausüben. Friedrich Hayek (1960) meinte, es sei gerechtfertigt, dass die Bürger:innen für den öffentlichen Polizeidienst bezahlen. Robert Nozick (1974) stellte später die Behauptung auf, dass die Kompetenzen des Staates auf einige wenige Schutzaufgaben beschränkt werden sollten. In diesen Verantwortungsbereich würde der Schutz vor Gewalt, Diebstahl, Betrug und die Durchsetzung von Verträgen fallen. Laut dem Autor würden die individuellen Rechte verletzt werden, wenn der Staat diesen Verantwortungsbereich erweitern würde. Er ist außerdem der Auffassung, dass soziale Maßnahmen, die im Bereich der Gesundheitsversorgung angesiedelt sind, nicht durch den Staat finanziert werden sollten (Folland et al., 2017).

Die Kritik am Liberalismus bezieht sich auf den Freiheitszwang, der dieser Ideologie anhaftet. Häufig kann die Freiheit teilweise aufgegeben werden, um eine Effizienzsteigerung zu erzielen. Pauly (1978) ist beispielsweise der Meinung, dass es kosteneffizienter wäre, eine gefährliche Droge einfach zu verbieten, anstatt viel Geld in Aufklärungskampagnen zu investieren.

#### Egalitarismus und die Theorie der Gerechtigkeit nach John Rawls

Gemäß dem strikten Egalitarismus ist es gerecht, wenn ein bestimmtes Gut zu gleichen Teilen unter allen Menschen aufgeteilt wird (Folland et al., 2017). Sollen zum Beispiel vier Bonbons unter zwei Kindern aufgeteilt werden, erhält jedes Kind zwei Bonbons (Verteilungsgerechtigkeit). Auch wenn fünf Bonbons zur Verfügung stünden und ein Kind folglich drei Bonbons bekommen könnte (wenn die Bonbons nicht halbiert werden können), würden Verfechter des „strikten“ Egalitarismus jedem Kind zwei Bonbons geben. Diese Form der Verteilung erhöht den Nutzen des zweiten Kindes, ohne den Nutzen des ersten Kindes zu verringern. Dieses einfache Beispiel spiegelt die von Rawls (1971) eingeführte Maximin-Regel (bzw. das Differenzprinzip) wider. Dieser Regel zufolge müssen „soziale und wirtschaftliche Ungleichheiten so beschaffen sein, dass sie sowohl (a) den am wenigsten Begünstigten die bestmöglichen Aussichten bringen [...], und (b) allen gemäß fairer Chancengleichheit offenstehen“ (S. 65).

Rawls (1971) bezog sich mit seiner Regel insbesondere auf Güter, die er als soziale Primärgüter bezeichnete. Hierzu zählen unter anderem: „(1) Grundrechte wie geistige Freiheit, (2) freie Wahl eines Berufes, (3) Befugnisse von Ämtern und Verantwortungspositionen, (4) Einkommen und Vermögen und (5) soziale Grundlagen der Selbstachtung“ (S. 65). Allerdings erwähnt Rawls nur am Rande wie diese Güter gewichtet werden sollen. Dementsprechend gibt es keine Vorgaben, wie die sozialen Primärgüter nach Priorität geordnet bzw. gegeneinander abgewogen werden sollen. Die Maximin-Regel bezieht sich hauptsächlich auf die von Rawl konzipierten sozialen Primärgüter und weniger auf Gesundheit bzw. deren Nutzen. Wird Gesundheit jedoch als messbares Gut betrachtet, kann die Regel angewendet werden. Wenn zwei Menschen an derselben Krankheit leiden, die Behandlungsmöglichkeiten aber nur für eine Person ausreichen, ist es nach der Rawls'schen Theorie der Gerechtigkeit besser, eine Person zu heilen, als weiterhin zwei kranke Personen zu haben. In diesem Beispiel wird nicht angegeben, welche der zwei Personen die medizinische Behandlung erhält. Dies kann dazu führen, das eine Person benachteiligt wird. Kann jedoch festgestellt werden, welcher Person durch die Krankheit die größten Nachteile erwachsen, dann sollte diese Information herangezogen werden, um diese Person gemäß der Gerechtigkeitstheorie nach Rawl zu behandeln.

Gemäß der Rawls‘schen Gerechtigkeitstheorie basiert die Ressourcenallokation, z. B. eine medizinische Behandlung, auf der Schwere der Erkrankung. An diesem Ansatz wurde Kritik laut, weil die Gesundheit der restlichen Gesellschaft zugunsten der Heilung eines Individuums riskiert wird. So beschreibt Arrow (1973) z. B. die Situation einer Patientin, die aufgrund ihrer Erkrankung eine kostspielige Behandlung erhält. Dank dieser Behandlung kann sie zwar mehr schlecht als recht am Leben gehalten werden, doch der Gesundheitszustand ist immer noch kläglich und die wirtschaftliche Situation der restlichen Bevölkerung verschlechtert sich. Allgemein lässt sich festhalten, dass Maßnahmen vorsichtig abgewogen und Prioritäten entsprechend den Umständen und den verfügbaren Ressourcen gesetzt werden müssen.

#### Menschliches Wohlergehen und der Befähigungsansatz

Der Wohlfahrtsökonom Amartya Sen erhielt 1998 den Nobelpreis für seine ausgezeichnete Arbeit auf dem Gebiet der Sozialwahltheorie. Wie bei vielen anderen objektiven Gerechtigkeitstheorien, die einer strengen Prüfung standhalten, besagt die Sozialwahltheorie, dass es verschiedene gegensätzliche Grundsätze gibt, die in unsere Urteile über alternative Gesellschaftsordnungen einfließen. Allen oder den meisten dieser gegensätzlichen Grundsätze kann, auch wenn es unmöglich erscheint, durch das Einbeziehen zusätzlicher Informationen gleichzeitig entsprochen werden. Diese Informationen beziehen sich auf zwischenmenschliche Vergleiche über das Wohlbefinden und persönliche Vorteile. Die Gerechtigkeitstheorie nach Rawl bezeichnete Sen (2009) als transzendentalen Ansatz und erwähnt diesbezüglich zwei Probleme:

1. Probleme bei der Herstellung einer Einigung über ein transzendentales Gerechtigkeitskonzepts
2. Die Suche nach einem transzendentalen Gerechtigkeitskonzept an sich ist unnötig.

Sen (2009) erklärt, dass es mithilfe der bestehenden Gerechtigkeitstheorien, wie den zwei Gerechtigkeitsprinzipien nach Rawl, schwierig wäre, Gerechtigkeit in einer Gesellschaft zu bestimmen. Vielmehr plädiert er für einen „vergleichenden Ansatz“. Demnach basiert der Wunsch nach Gerechtigkeit in einer bestimmten Gesellschaft auf den realisierbaren Möglichkeiten, die eine Skala zulässt.

Der zweite Teil dieses Ansatzes ist „realisierungsfokussiert“. Das bedeutet, dass in Abgrenzung zur Konstruktion perfekter Institutionen und Regeln realisierbare Ansätze zur Förderung von Gerechtigkeit in den Gesellschaften entwickelt werden sollten. Sen (2009) unterscheidet zwischen diesem „realisierungsfokussiertem“ und einem „vereinbarungsfokussiertem“ Ansatz. Der vereinbarungsfokussierte Ansatz bezieht sich auf Vereinbarungen von Organisationen, Vorschriften oder Verhaltensregeln, die die Auffassung von Gerechtigkeit, die in einer Gesellschaft vorherrschend ist, widerspiegeln. Es stellt sich die Frage, ob diese Organisationen Gerechtigkeit walten lassen oder nicht. Sen erklärt, dass Gerechtigkeit nicht von Entscheidungstragenden hergestellt werden soll. Vielmehr sollte der Begriff und dessen Auffassung in Bezug auf die konkrete Gesellschaft interpretiert werden, und es muss untersucht werden, wie Menschen mit den vorgegebenen Regeln und Vorschriften zurechtkommen. Sen (2009) betont die hohe Bedeutung des realisierungsfokussierten Ansatzes (umfasst die Begriffe realisierte Zustände und Tätigkeiten [eng. functioning] und Fähigkeiten [eng. capability]) und räumt dem Prinzip des Nutzens und Glücks (siehe Utilitarismus) keinen großen Stellenwert ein.

Gore (1997) kritisiert den Befähigungsansatz nach Sen, weil der Mensch als Individuum im Mittelpunkt steht. Er vertritt die Meinung, dass die gesellschaftlichen Vereinbarungen von Sen nur als Determinante herangezogen werden, um deren Auswirkung auf das Wohlbefinden und die Freiheit der Individuen zu beurteilen. Dadurch würde die Zahl der Güter eingeschränkt, deren Wert nicht auf ein Individuum übertragbar ist. Dabei kann es sich beispielsweise um soziale Normen, eine gemeinsame Sprache oder die Traditionen einer bestimmten Gesellschaft handeln. Sens Ansatz wurde außerdem kritisiert, weil er den Externalitäten der individuellen Freiheit nicht Rechnung trägt und das Konzept der individuellen Freiheit nicht klar präzisiert wird (Nussbaum, 2003). Der Befähigungsansatz wurde für verschiedene Arbeiten verwendet, in denen er ganz unterschiedlich ausgelegt wurde. Ein Beispiel hierfür ist die Liste der menschlichen Grundfähigkeiten nach Nussbaum (2011). Diese Grundfähigkeiten basieren auf dem Prinzip der Menschenwürde, das nicht mit dem Freiheitsverständnis von Sen im Einklang ist.

### Fragen zur Selbstkontrolle

1. Bitte führen Sie eine Theorie der Verteilungsgerechtigkeit an.

*Utilitarismus, Liberalismus und Egalitarismus*

1. Bitte nennen und definieren Sie eine der beiden Gerechtigkeitsprinzipien aus Rawls (1971) „Justice as Fairness“ (dt. Gerechtigkeit gleich Fairness).

*Freiheitsprinzip: Alle haben das gleiche Recht auf das umfangreichste Gesamtsystem gleicher Grundfreiheiten; Differenzprinzip: Ungleichheit ist nur dann zulässig, wenn alle einen Vorteil daraus ziehen.*

## 3.4 Exogene Determinanten der Gesundheit

Der Gesundheitszustand wird durch unterschiedliche Faktoren beeinflusst. Hierzu zählen etwa biologische Faktoren, individuelle Entscheidungen und die Umgebung, in der eine Person lebt. In diesem Abschnitt liegt der Fokus auf den sozialen Determinanten der Gesundheit. Diese Faktoren werden eingehend in Bezug auf ihre Eignung untersucht, die gesundheitliche Chancengleichheit zu verbessern. Zudem wird ein Rahmenkonzept erörtert, dass Gesundheitseinrichtungen helfen soll, die sozialen Determinanten der Gesundheit zu identifizieren und zu relativieren. Ein Beispiel aus der Praxis mit Schauplatz Dänemark wird angeführt. Es legt dar, wie die Bedingungen der ersten Lebensjahre auf den Gesundheitszustand in späteren Jahren Einfluss nehmen.

### Soziale Determinanten der Gesundheit

Die von der WHO eingerichtete Kommission zu den sozialen Determinanten der Gesundheit (Commission on Social Determinants of Health [CSDH], 2008, S. 9) definiert die sozialen Determinanten der Gesundheit als „den schlechten Gesundheitszustand der armen Bevölkerungsschichten, das gesundheitsbedingte soziale Gefälle innerhalb von Ländern und die auffallende Schieflage bei der gesundheitlichen Chancengleichheit [...] verursacht durch die ungleiche Verteilung von Macht, Geld, Gütern und Dienstleistungen auf globaler und nationaler Ebene und die daraus entstehende Ungerechtigkeit im [...] Leben der Menschen“ (S. 9). Diese Umstände sollten im Rahmen der gesundheitlichen Chancengleichheit berücksichtigt werden, da die Determinanten größtenteils vermieden und bis zu einem gewissen Grad zum Positiven verändert werden können. Die Kommission zu den Sozialen Determinanten der Gesundheit (CSDH) wurde 2005 ins Leben gerufen um die sozialen Faktoren anzugehen, die weltweit diese Ungerechtigkeiten in der Gesundheitsversorgung verursachen. Ihr Vorsitzender Prof. Michael Marmot hat auf diesem Gebiet wertvolle Beiträge geleistet, um die gesundheitliche Chancengleichheit zu fördern.

Die CSDH entwarf 2010 ein Rahmenkonzept (siehe Abbildung unten), um die sozialen Determinanten der Gesundheit in unterschiedliche Ebenen einzuteilen und herauszufinden, wie diese mit politischen Maßnahmen in Angriff genommen werden können (Weltgesundheitsorganisation, 2010). Dieses Rahmenkonzept besteht aus zwei Ebenen mit sozialen Determinanten: die strukturellen und die intermediären Determinanten. Beide haben Auswirkungen auf die gesundheitliche Chancengleichheit und das Wohlergehen der Menschen. Die strukturellen Gesundheitsdeterminanten umfassen die in einem bestimmten Umfeld vorherrschenden sozioökonomischen und politischen Strukturen, die in unterschiedlichste Kategorien unterteilt sind. Diese Strukturen beziehen sich auf den sozioökonomischen Status, die Gesellschaftsschicht, das Bildungsniveau, den Beruf und das Einkommen (siehe Abbildung unten). Aus den strukturellen Determinanten bilden sich die intermediären Determinanten heraus. Zu diesen zählen:

* materieller Wohlstand (Lebens- und Arbeitsbedingungen, Verfügbarkeit von Nahrungsmitteln usw.)
* psychosoziale Faktoren (Unterstützung durch die Gesellschaft, gesellschaftliche Stigmatisierung usw.)
* Verhalten (Rauchen, Alkoholkonsum usw.)
* biologische Faktoren (Erbanlagen usw.)

Dieser Überblick veranschaulicht, wie die sozialen Faktoren die gesundheitliche Chancengleichheit und das Wohlergehen der Individuen beeinflussen. Interessanterweise können die sozialen Faktoren auf die biologischen Faktoren einwirken, obwohl Letztere als unvermeidbar gelten und deshalb in Bezug auf die gesundheitliche Chancengleichheit nicht berücksichtigt werden. Obgleich dies größtenteils zutrifft, sind manche biologische Faktoren tatsächlich vermeidbar, z. B. solche die durch Luftverschmutzung und Strahlenkrankheit verursacht werden.

Das Rahmenkonzept der Kommission zu den sozialen Determinanten der Gesundheit (CSDH)

Diagram

Description automatically generated with medium confidence

Quelle: Solar & Irwin (2010). CC BY 2.0.

Die CSDG schlägt außerdem drei Instrumente für politische Maßnahmen vor: „(1) gezielte Programme für benachteiligte Bevölkerungsgruppen; (2) die im Gesundheitswesen prävalente Kluft zwischen ärmeren und wohlhabenden Gruppen überbrücken und (3) das soziale Gefälle in der Gesundheitsversorgung innerhalb der gesamten Bevölkerung vermindern“ (Weltgesundheitsorganisation, 2010, S. 7). Diese drei Instrumente stehen in enger Korrelation zu den bereits erörterten Theorien der Verteilungsgerechtigkeit. Die beiden ersten Instrumente beziehen sich vorwiegend auf das zweite Gerechtigkeitsprinzip nach Rawl (Differenzprinzip), das der Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit dient. Das dritte Instrument nimmt vor allem Bezug auf den Befähigungsansatz nach Sen, der sich mit den realisierten Zuständen und Tätigkeiten einer Gesellschaft (eng. Functioning) und der Befriedigung menschlicher Bedürfnisse befasst. Laut der Weltgesundheitsorganisation (2010) bedarf es in allen Gesellschaftsschichten situationsbezogener und bereichsübergreifender politischer Maßnahmen, um die Ungleichheiten im Gesundheitswesen zu verringern.

### Aus der Praxis: Ein Beispiel aus Dänemark – Wie die Sterberate durch die Bedingungen der ersten Lebensjahre beeinflusst wird

In diesem Abschnitt wird ein Beispiel aus Dänemark erörtert, das von van den Berg et al. (2009) erarbeitet wurde. Berg et al. erklären, dass viele Determinanten der Gesundheit, die die ersten Lebensjahre eines Menschen prägen, Einfluss auf die Mortalität in einer späteren Lebensphase nehmen. Die dafür erhobenen Daten stammen aus unterschiedlichen Quellen wie z. B. dem dänischen Zwillingsregister (Danish Twin Registry, DTR), makroökonomischen Datenauslesungen, demografischen Kennzahlen und meteorologischen Aufzeichnungen (van den Berg et al., 2009). Die Studie zeigt, dass die Geburtsmethode erhebliche Auswirkungen auf die Lebenserwartung der dänischen Bevölkerung hat. Im Rahmen der Studie wurden ebenso konjunkturelle Schwankungen (die Autoren und Autorinnen beziehen sich hier auf den Konjunkturzyklus) thematisiert. Diese verschlechtern die sozioökonomischen Verhältnisse von Menschen nachhaltig und verkürzen die Lebenserwartung der vulnerabelsten Gruppen. Der Konjunkturzyklus wirkt sich auf mindestens vier Bereiche von Menschen in den ersten Lebensjahren aus. Diese Bereiche umfassen die Ernährung, Belastung durch Krankheiten, Lebensumstände und Stress (van den Berg et al., 2009). Diese Erkenntnis spiegelt sich auch im Rahmenkonzept der sozialen Determinanten der Gesundheit wider und belegt, dass situative Faktoren die Gesundheit und das Wohlergehen der Individuen maßgeblich beeinflussen.

Fragen zur Selbstkontrolle

1. Bitte nennen Sie die zwei Ebenen der sozialen Determinanten, aus denen das Rahmenkonzept der Kommission zu den sozialen Determinanten der Gesundheit (CSDH) besteht.

*Strukturelle und intermediäre Determinanten*

1. Bitte nennen Sie eines der drei Instrumente für politisches Handeln, die die Weltgesundheitsorganisation (2010) vorschlug, um die Auswirkungen der sozialen Determinanten der Gesundheit zu verringern.

*gezielte Programme für benachteiligte Bevölkerungsgruppen; die im Gesundheitswesen prävalente Kluft zwischen ärmeren und wohlhabenden Gruppen überbrücken; das soziale Gefälle in der Gesundheitsversorgung innerhalb der gesamten Bevölkerung vermindern*

## 3.5 Politische Maßnahmen

Von politischen Ideologien über philosophische Anschauungen bis hin zu Chancengleichheit und Gerechtigkeitstheorien wurden in dieser Lektion bisher unterschiedliche Konzepte für die gerechte Verteilung von Gesundheitsleistungen erörtert. Nun stellt sich die Frage, wie diese Konzepte durch politische Maßnahmen im Gesundheitswesen Eingang finden können. Vor diesem Hintergrund wird sich dieser Abschnitt mit den klassischen sieben Handlungsprinzipien für die gesundheitliche Chancengleichheit der WHO (vorgestellt von Whitehead, 1992) befassen. Im Anschluss wird ein konkretes Modell vorgestellt, das die WHO (2010) für Maßnahmen im Rahmen der sozialen Determinanten der Gesundheit entworfen hat. Der Zusammenhang zwischen diesen Handlungsprinzipien und deren Ursprung, der auf die Theorien der Verteilungsgerechtigkeit zurückgeht, werden beleuchtet.

### Die sieben Handlungsprinzipien – Whitehead (1992)

Whitehead (1992) hat mit ihren Arbeiten einen besonders wichtigen Beitrag für die gesundheitliche Chancengleichheit und die Gleichbehandlung im Gesundheitswesen geleistet. Im Zuge dieser Arbeiten entwickelte die Autorin sieben Handlungsprinzipien für die gesundheitliche Chancengleichheit (Whitehead, 1992, S. 8 – 14).

1. „Politische Maßnahmen sollten auf die Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen abzielen.“

Whitehead (1992) ist der Meinung, dass die Ursachen für die fehlende Chancengleichheit bekämpft werden müssen. Ein Paradebeispiel für diese Ursachen sind die Lebens- und Arbeitsbedingungen der Menschen. Sie stellt die Behauptung auf, dass die Ursachenbekämpfung zielführender sei als die Bereitstellung der Tertiärversorgung für Krankheiten, die auf diese Ursachen zurückgeführt werden können. Das medizinische Fachpersonal des öffentlichen Gesundheitswesens wird diese Behauptung wahrscheinlich erhärten.

Viele Maßnahmen im Gesundheitsbereich, von denen die gesamte Bevölkerung profitiert, haben gemäß dem Gesetz des abnehmenden Grenznutzens vor allem Vorteile für die vulnerabelsten Bevölkerungsgruppen. Solche Maßnahmen könnten auch die Kluft zwischen Arm und Reich verkleinern.

1. „Politische Maßnahmen, die im Rahmen der gesundheitlichen Chancengleichheit ergriffen werden, sollten einen gesünderen Lebensstil fördern.“

Auch das zweite Handlungsprinzip bezieht sich auf das öffentliche Gesundheitswesen. Es zielt darauf ab, dass staatliche Behörden auf nationaler und regionaler Ebene der Gesellschaft gesunde Optionen anbieten bzw. verhindern sollen, dass Menschen ungesunde Optionen in Anspruch nehmen müssen.

1. „Politische Maßnahmen, die auf die gesundheitliche Chancengleichheit abzielen, bedürfen ernsthafter Bemühungen, Macht und Entscheidungsgewalt zu dezentralisieren sowie Menschen zu ermutigen, sich an jeder Phase des Politikgestaltungsprozesses zu beteiligen.“

Wenn die Menschen in den Politikgestaltungsprozess einbezogen werden, können sie ihre Meinung kundtun und ihre Bedürfnisse kommunizieren. Dieses Handlungsprinzip beruht auf dem „realisierungsfokussierten Ansatz“ und nicht auf dem „transzendentalen Gerechtigkeitskonzept“, demzufolge Entscheidungen ausschließlich von einer Gruppe von Institutionen getroffen werden. Sen (2009) hat in seiner Arbeit Kritik daran geübt.

1. „Auswirkungen auf die Gesundheit beurteilen und sektorübergreifende Maßnahmen treffen.“

Gesundheitsbezogene Ungleichheiten entstehen nicht nur im Gesundheitswesen, sondern können ebenso in allen anderen Sektoren einer jeden Volkswirtschaft verwurzelt sein. Whitehead (1992) unterstreicht die hohe Bedeutung der sektorübergreifenden Zusammenarbeit. Dies helfe zu beurteilen, wie Maßnahmen, die in verschiedenen Sektoren geplant werden, die Gesundheit der Bevölkerung, insbesondere die der vulnerabelsten Gruppen, beeinflussen können. Darüber hinaus müssen gesundheitspolitische Maßnahmen auf andere Bereiche der Gesellschaft zugeschnitten sein.

1. „Verantwortungsbewusstsein auf internationaler Ebene.“

Politische Entscheidungen eines Landes können in anderen Ländern zum Tragen kommen. Anhand eines Beispiels wird dies deutlich. In einem Wirtschaftsraum, der aus mehreren Ländern besteht, werden bestimmte Länder subventioniert, damit sie gesundheitsfördernde Agrargüter erzeugen. Diese Erzeugnisse optimieren in der Folge das Nahrungsangebot in anderen Ländern des Wirtschaftsraums. In manchen Bereichen kann es daher notwendig sein, politische Maßnahmen in ein internationales Rahmenwerk einzubetten.

1. „Gesundheitliche Chancengleichheit basiert auf dem Grundsatz, dass der Zugang zu einer hochwertigen Gesundheitsversorgung für alle gesichert sein muss.“

Die gesundheitliche Chancengleichheit betrifft den Zugang, die Inanspruchnahme und die Qualität der Gesundheitsversorgung. Politische Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit können Folgendes umfassen: eine bedarfsgerechte Ressourcenallokation, eine gerechte geografische Verteilung von Gesundheitseinrichtungen, Qualitätskontrollen von Gesundheitsdiensten und eine Untersuchung, die die Gründe für eine geringe Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten zu Tage fördert (Whitehead, 1992).

1. „Die gesundheitliche Chancengleichheit betreffende Maßnahmen sollten auf verwertbaren Forschungsergebnissen, Kontrollen und Evaluierungen basieren.“

Das letzte Handlungsprinzip bezieht sich auf die evidenzbasierte Politikgestaltung. Um geeignete politische Maßnahmen ergreifen zu können, müssen die tatsächlichen Probleme, die in einer Gesellschaft bestehen, erforscht werden. Außerdem sollten die Kontrolle und Evaluierung von politischen Maßnahmen vor (durch Studien) und nach deren Umsetzung erfolgen.

Bezugnehmend auf diese sieben Handlungsprinzipien betont Whitehead (1992), dass die Probleme der fehlenden Chancengleichheit im Gesundheitswesen nicht durch eine einzige Organisation oder einen Sektor gelöst werden können. Vielmehr bedarf es einer sektorübergreifenden, wenn nicht sogar einer internationalen Zusammenarbeit. Bei genauerer Betrachtung lässt sich feststellen, dass viele dieser Prinzipien Ähnlichkeiten mit den Theorien der Verteilungsgerechtigkeit (z. B. dem Differenzprinzip nach Rawl und dem Befähigungsansatz nach Sen) aufweisen.

### Rahmenkonzept für Maßnahmen im Rahmen der sozialen Determinanten der Gesundheit

Dank der Bemühungen der Kommission zu den Sozialen Determinanten der Gesundheit (CSDH) wurde ein Rahmenkonzept (siehe Abbildung unten) geschaffen, dem sich Analyst:innen und politische Entscheidungstragende bedienen können. Mithilfe dieses Konzepts kann die Politik gestaltet und Maßnahmen getroffen werden, deren Schwerpunkt unter anderem auf den strukturellen, intermediären und individuellen Determinanten der Gesundheit liegt (Weltgesundheitsorganisation, 2010).

Rahmenwerk für die Abschaffung von Ungleichheiten, die auf den sozialen Determinanten der Gesundheit basieren

Diagram

Description automatically generated

Quelle: Solar & Irwin (2010). CC BY 2.0.

Dieses Rahmenwerk umfasst drei wichtige Strategien zur Beseitigung von Ungleichheiten, die auf den sozialen Determinanten der Gesundheit beruhen: (1) situationsspezifische Strategien, (2) sektorübergreifende Maßnahmen und (3) Beteiligung und Stärkung der Gesellschaft. Die Autoren unterstreichen die Bedeutung der sektorübergreifenden Maßnahmen und erklären, dass sich das Hauptaugenmerk bei politischen Maßnahmen nicht ausschließlich auf die intermediären Determinanten der Gesundheit richten sollte, sondern ebenso auf die strukturellen Determinanten. Diese Schwerpunktsetzung ist einer effizienten Politikgestaltung besonders förderlich, wenn zudem die Beteiligung der Gesellschaft gestärkt wird. Darüber hinaus müssen diese politischen Maßnahmen im Laufe der Zeit weiterverfolgt und evaluiert werden. Dadurch lässt sich sicherstellen, dass die für eine bestimmte Gesellschaft relevanten sozialen Determinanten berücksichtigt werden. Wissenschaftliche Erkenntnisse aus verschiedenen Ländern können für die Implementierung politischer Maßnahmen in anderen soziokulturellen Umfeldern herangezogen werden. Allerdings sollten im Vorfeld die Folgen einer solchen Implementierung evaluiert werden. Ausführliche Informationen zum Thema hält die Weltgesundheitsorganisation (2010, S. 50 – 65) bereit.

Fragen zur Selbstkontrolle

1. Bitte nennen Sie drei von der Weltgesundheitsorganisation (2010) vorgeschlagene Strategien für politische Maßnahmen, mit denen Ungleichheiten beseitigt werden können, die auf den sozialen Determinanten der Gesundheit beruhen.

*situationsspezifische Strategien, sektorübergreifende Maßnahmen sowie die Beteiligung und Stärkung der Gesellschaft*

Zusammenfassung

Jedes Gesundheitssystem der Welt zielt darauf ab, gesundheitliche Chancengleichheit zu fördern und im Rahmen der Gesundheitsversorgung Gerechtigkeit walten zu lassen. Allerdings werden diese Begriffe unterschiedlich interpretiert und aus verschiedenen Blickwinkeln betrachtet. Um Chancengleichheit und Gerechtigkeit richtig zu deuten, müssen die zugrunde liegenden Philosophien eingehend untersucht werden.

Zunächst muss ein Verständnis für die Gründe der Umverteilung im Gesundheitswesen entwickelt werden. Dieses Verständnis beruht auf der politischen Ideologie der Großzügigkeit (bzw. Nächstenliebe) und positiven Externalitäten. Darauf aufbauend wurden auf dem Gebiet der Wirtschaftswissenschaften die Theorien des Welfarismus und des Extrawelfarismus entwickelt und in die Gesundheitsökonomie aufgenommen. Diese seit langer Zeit bestehenden Konzepte wurden immer wieder kritisiert und haben Einfluss auf die Methoden der ökonomischen Bewertung im Gesundheitswesen genommen.

Der Welfarismus und der Extrawelfarismus stehen in engem Zusammenhang mit der philosophischen Theorie der Verteilungsgerechtigkeit, die in der Politik und auch im Gesundheitswesen Anwendung findet. Einflussreiche Theorien der Verteilungsgerechtigkeit sind unter anderem der Utilitarismus, Egalitarismus, die Maximin-Regel und der realisierungsfokussierte Ansatz (bzw. Befähigungsansatz).

Basierend auf diesen Theorien können vermeidbare Determinanten der Gesundheit (z. B. die von der WHO vorgeschlagenen sozialen Determinanten der Gesundheit) identifiziert und folglich Ungleichheiten im Gesundheitswesen beseitigt werden. Unter Berücksichtigung all dieser Konzepte ist es möglich, geeignete politische Maßnahmen zu ergreifen, die der gesundheitlichen Chancengleichheit dienlich sind.

# Lektion 4 – Bereitstellung von Gesundheitsleistungen

**Lernziele**

Nach der Bearbeitung dieser Lektion werden Sie in der Lage sein, ...

... die Aufgaben der Mediziner:innen in der Gesundheitsversorgung zu beschreiben.

... die Vergütungssysteme der Primär- und Sekundärversorgung zu analysieren.

... das Konzept der angebotsinduzierten Nachfrage zu erklären.

... die ökonomischen Aspekte der Krankenhauspflege zu verstehen.

# 4. Bereitstellung von Gesundheitsleistungen

## Einführung

Die Bereitstellung von Gesundheitsleistungen ist für ein funktionierendes Gesundheitswesen von entscheidender Bedeutung. Die Gesundheitsversorgung bezieht sich auf Dienstleistungen, die die Prävention, Diagnose und medizinische Behandlung umfassen. Ziel ist es, die Gesundheit der Menschen zu erhalten und zu fördern. Auch der Patientenfluss muss optimiert werden, damit eine optimale Ressourcenallokation gewährleistet werden kann. Hauptakteure in der Gesundheitsversorgung sind die Mediziner:innen. Sie dienen nicht nur als Arbeitskräfte, sondern auch als Entscheidungstragende. In dieser Lektion wird die Gesundheitsversorgung (z. B. Diagnose und medizinische Behandlung) in zwei Ebenen unterteilt: die Primärversorgung (bzw. Grundversorgung) und die Sekundärversorgung. Staatliche Gesundheitsmaßnahmen werden in dieser Lektion nicht behandelt. Die Primärversorgung bezieht sich auf Leistungen von Mediziner:innen der Grundversorgung (d. h. Allgemeinmediziner:innen). Die Sekundärversorgung betrifft Behandlungen in Krankenhäusern. Natürlich existieren noch weitere Ebenen der Gesundheitsversorgung. Die in dieser Lektion erörterten Ebenen sind jedoch das Herzstück eines jeden Gesundheitssystems.

In dieser Lektion liegt das Hauptaugenmerk zunächst auf den Mediziner:innen und den von ihnen bereitgestellten Leistungen. Im Anschluss werden die durch Mediziner:innen gesteuerte angebotsinduzierte Nachfrage und ihre Ursachen erläutert. Schließlich richtet sich der Fokus auf die in den Krankenhäusern stattfindende Sekundärversorgung. In diesem Zusammenhang werden auch die wirtschaftlichen Aspekte der Krankenhausverwaltung analysiert.

## 4.1 Mediziner:innen als Bezugsquellen medizinischer Dienste

Mediziner:innen zählen zu den wichtigsten Humanressourcen im Gesundheitswesen. In vielen Situationen dienen sie nicht nur als Gesundheitsdienstleistende, sondern auch als Entscheidungstragende. Bevor sie praktizieren dürfen, müssen Mediziner:innen ein anspruchsvolles Studium und eine praktische Ausbildung absolvieren. In diesem Abschnitt werden zunächst der Arztberuf und die hohe Bedeutung der Mediziner:innen im Gesundheitsmarkt beleuchtet. Im Anschluss wird das Verhalten von Mediziner:innen anhand eines Bewertungsmodells untersucht. Aufbauend darauf wird erörtert, wie Mediziner:innen der Primärversorgung vergütet werden. Übliche Vergütungsschemata wie die Einzelleistungsvergütung, die Kopfpauschale, das Gehalt und die leistungsbezogene Vergütung werden anhand von Beispielen aus der Praxis erklärt.

### Die Mediziner:innen – essenzielle Arbeitskräfte und Entscheidungstragende im Gesundheitswesen

Das Gesundheitswesen ist eine arbeitsintensive Branche. Damit es reibungslos funktioniert, ist erfahrendes Fachpersonal unerlässlich. Damit das medizinische Fachpersonal im Krankenhaus effizient seine Arbeit verrichten kann, muss auch genügend Verwaltungspersonal vorhanden sein, das sich um die Einrichtung kümmert. Zudem muss ein Gleichgewicht zwischen dem medizinischen Personal und den materiellen Ressourcen hergestellt werden. Die Inputfaktoren im Gesundheitswesen können in drei Gruppen unterteilt werden: Humanressourcen, Realkapital und Verbrauchsgüter. Als Schlüsselfiguren zählen die Mediziner:innen zu einem der wichtigsten Inputfaktoren des Gesundheitswesens – den Humanressourcen. Natürlich gibt es im Gesundheitswesen auch Fachkräfte, die keine medizinischen Behandlungen anbieten und für das System wichtig sind. Doch die Mediziner:innen sind das Fundament dieser Branche. In vielen Gesellschaften genießt der Arztberuf von allen Erwerbstätigkeiten das höchste Ansehen. Die Gründe hierfür sind das enorme Arbeitspensum und die langfristige Investition (in Bildung und praktische Ausbildung), die angehende Mediziner:innen tätigen, um die Gesundheit der Gesellschaft zu verbessern. Im Gesundheitsmarkt haben die Entscheidungen von Mediziner:innen auch Auswirkungen auf andere Inputfaktoren wie z. B. Verbrauchsgüter (d. h. Medikamente) und die Kosten der Gesundheitsversorgung. Ebenso begünstigt die Informationsasymmetrie den Einfluss der Mediziner:innen auf Entscheidungsprozesse (Folland et al., 2017).

Von der Grundversorgung (als erste Ansprechpersonen für Patient:innen) bis zur Quartärversorgung (wo spezielles fachliches Know-how für die Behandlung seltener Krankheiten gefragt ist) arbeiten Mediziner:innen auf allen Ebenen der Gesundheitsversorgung. Im Rahmen einer Facharztausbildung können sich Mediziner:innen spezialisieren. Die Facharztrichtungen umfassen z. B. Zahnmedizin, Augenheilkunde und Chirurgie. Für Letztere sind erhebliche Investitionen erforderlich. Unabhängig von der eingeschlagenen Fachrichtung sollten Mediziner:innen einige ethische Grundsätze befolgen. Die vier wichtigsten Grundsätze des ethischen Handelns in der Medizin sind wie folgt (Gillon, 1994; Taylor, 2013):

1. Selbstbestimmungsrecht der Patient:innen
2. Patientenwohl
3. Prinzip der Schadensvermeidung
4. Soziale Gerechtigkeit

Die genannten Grundsätze werden in dieser Lektion nicht weiter erörtert.

### Ein Bewertungsmodell für die Tätigkeit von Mediziner:innen

Da sich der Gesundheitsmarkt von anderen Märkten unterscheidet und Gesundheitsdienstleistende gewisse ethische Grundsätze befolgen sollen, liegt das Hauptaugenmerk im Gesundheitswesen nicht auf der Gewinnmaximierung. Aus diesem Grund haben McGuire und Pauly (1991) ein Bewertungsmodell entwickelt, dass auf der Nutzenmaximierung und nicht auf der Gewinnmaximierung basiert und dem Verhalten von Mediziner:innen Rechnung trägt. Gemäß diesem Modell wird der Nutzen der Mediziner:innen in drei Determinanten unterteilt: (1) die Nettoeinnahmen , (2) Freizeit und (3) Nachfrageanreize . Während die ersten beiden Determinanten positive Auswirkungen auf den Nutzen der Mediziner:innen haben, ist die dritte Determinante negativ behaftet. Damit dieses Modell Wirkung zeigt, sind einige Grundannahmen zu beachten (McGuire & Pauly, 1991). Zunächst wird davon ausgegangen, dass jede:r Mediziner:in über eine bestimmte Anzahl an Patient:innen verfügt, die für die erbrachten Gesundheitsleistungen einen vorher festgelegten Betrag aus eigener Tasche bezahlen. Dadurch wird für jede bereitgestellte Leistung ein Fixpreis festgelegt. Es wird außerdem davon ausgegangen, dass die Mediziner:innen eigenständig die Nachfrage durch Änderungen der Leistungsmenge anregen können. Dadurch sind sie in der Lage, ihren Verdienst zu erhöhen. Basierend auf dem Bewertungsmodell ergibt sich für Mediziner:innen folgende Nutzenfunktion:

In dieser Funktion finden sich drei unabhängig Variablen, die auf den Nutzen Einfluss nehmen. Die Mediziner:innen müssen zwischen jedem Variablenpaar abwägen, um den für sie optimalen Nutzen zu erzielen. Es gibt drei Variablenpaare zu berücksichtigen:

1. Nettoeinnahmen und Freizeit
2. Freizeit und Nachfrageanreize
3. Nettoeinnahmen und Nachfrageanreize

Mediziner:innen können ihren gewünschten Nutzen erreichen, indem sie zwischen Nettoeinnahmen und Freizeit abwägen. Diese Variablen stehen in negativer Korrelation zueinander. Das bedeutet, dass Mediziner:innen auf einen Teil ihrer Freizeit verzichten müssen, wenn sie ihre Nettoeinnahmen steigern möchten. Die beiden anderen Variablenpaare stehen in positiver Korrelation zueinander. Dementsprechend führt die Erhöhung einer Variable zur Erhöhung der anderen und der Nutzen für die Mediziner:innen bleibt erhalten. In diesem Modell sind Nachfrageanreize negativ behaftet, denn zusätzliche Anreize verringern den Nutzen der Mediziner:innen. Um den entgangenen Nutzen zu kompensieren, kann eine andere Variable wie z. B. die Nettoeinnahmen und die Freizeit (L) gesteigert werden. Abhängig von den Präferenzen der einzelnen Mediziner:innen sind diese Variablen unterschiedlich stark ausgeprägt (McGuire & Pauly, 1991).

Da die Nettoeinnahmen eine Variable des Bewertungsmodells darstellen, lässt sich folgern, dass Mediziner:innen auch gewinnorientiert agieren. Aus diesem Grund können Mediziner:innen ihren Patient:innen nicht als perfekte Agenten dienen. Die Gewinnanreize sind jedoch auch vom Kostenerstattungsmodell abhängig.

### Die Vergütung der Mediziner:innen in der Primärversorgung

Im Folgenden werden die Vergütungsmodelle für Mediziner:innen der Primärversorgung beleuchtet. Diese fungieren als erste Anlaufstelle für Patient:innen, die eine medizinische Behandlung benötigen. Andere Versorgungsebenen, in denen beispielsweise Krankenhäuser eine Rolle spielen, zeichnen sich durch komplexere Vergütungsmodelle aus. Dieser Abschnitt beschäftigt sich mit Primärversorgungseinheiten (PVE), die sich aus einer kleinen Gruppe von Mediziner:innen (d. h. Allgemeinmediziner:innen) zusammensetzen und eine medizinische Grundversorgung anbieten. Aus Gründen der Kohärenz wird in diesem Abschnitt durchwegs der Begriff Mediziner:innen der Primärversorgung verwendet. Die verschiedenen Gesundheitssysteme rund um den Globus zeichnen sich durch unterschiedliche Vergütungsmodelle mit unterschiedlichen Zahlungsmethoden aus. Die drei klassischen Vergütungsmodelle werden im Folgenden erörtert. Diese sind: die Einzelleistungsvergütung, die Kopfpauschale und das Gehalt. Außerdem werden einige Beispiele für die leistungsbezogene Vergütung angeführt. Jedes Vergütungsmodell wird anhand von Beispielen aus der Praxis beschrieben.

#### Einzelleistungsvergütung

Der Begriff **„Einzelleistungsvergütung“** bezieht sich auf eine Vergütungsform, bei der einzelne ärztliche Leistungen (z. B. erbracht von Mediziner:innen der Primärversorgung) honoriert werden. Die Einzelleistungsvergütung erfüllt zwei Funktionen: Sie deckt die für die medizinische Behandlung anfallenden Kosten und dient den Mediziner:innen (den Agenten) als finanzieller Anreiz, um mehr von der Kundschaft (der Prinzipal) gewünschte Leistungen auszuführen. Um der zweiten Funktion gerecht zu werden, müssen die von der Kundschaft gewünschten Leistungen pro Arbeitseinheit mit einem höheren Satz vergütet werden. Die Einzelleistungsvergütung wird als das komplizierteste Vergütungsmodell (Olsen, 2017) betrachtet, da die Leistungen als einzelne Posten auf der Rechnung aufgeführt werden müssen und es eine große Bandbreite an verschiedenen Leistungen gibt. Die auf diesem Modell basierende Kostenerstattung erfolgt je nach Kontext auf unterschiedliche Weise. Das Arzthonorar kann direkt von den Patient:innen (d. h. die Rechnung wird aus eigener Tasche beglichen) oder durch Dritte (entweder eine Krankenversicherung oder die öffentliche Hand) beglichen werden. Rafiei et al. (2022) erklären, dass die Einzelleistungsvergütung in den meisten Ländern der Welt Anwendung findet. Der Anteil an der Gesamtvergütung der Mediziner:innen ist jedoch von Land zu Land und sogar innerhalb einzelner Länder unterschiedlich hoch. So beläuft sich dieser Anteil bei Mediziner:innen der Primärversorgung in Dänemark auf 30 Prozent, während er in Australien ganze 95 Prozent beträgt. In Kanada ist dieser Anteil sogar innerhalb der Primärversorgung unterschiedlich hoch und reicht von 45 bis 85 Prozent der Gesamtvergütung (Rafiei et al., 2022). Rafiei et al. (2022) merken an, dass die Bezahlung von ärztlichen Untersuchungen, Sprechstunden und Impfungen in den meisten Ländern der Welt durch die Einzelleistungsvergütung erfolgt.

**Einzelleistungs-vergütung**

Bei diesem Vergütungsmodell werden einzelne ärztliche Leistungen honoriert.

Da jede ärztliche Leistung einzeln honoriert wird, bietet die Einzelleistungsvergütung einen starken Anreiz für Mediziner:innen, den Patient:innen eine angemessene Behandlung teil werden zu lassen. Allerdings kann dies auch zu einer Ausweitung von Leistungen durch die Mediziner:innen führen. Bei diesem Phänomen, das allgemein als angebotsinduzierte Nachfrage bezeichnet wird, werden Patient:innen aufgrund des Profitstrebens der Mediziner:innen unnötigen Behandlungen unterzogen. Die Einzelleistungsvergütung spornt Mediziner:innen der Primärversorgung an, die Zahl und Qualität der von ihnen bereitgestellten Leistungen zu steigern. Dies hat zur Folge, dass auf anderen Versorgungsebenen weniger Patient:innen behandelt werden müssen und diese einem geringeren Druck ausgesetzt sind. Allerdings ist die Einzelleistungsvergütung in ihrer Umsetzung sehr komplex und daher für Gesundheitsdienstleistende und staatliche Behörden mit einem hohen administrativen Aufwand verbunden.

#### Kopfpauschale

Die **Kopfpauschale** bezieht sich auf eine Form der Honorierung ärztlicher Leistungen, im Zuge derer Mediziner:innen für alle versicherten Patient:innen eine Prämie erhält. Das bedeutet, dass die Höhe des Einkommens auf der Zahl der eingetragenen Patient:innen basiert. Von der Kopfpauschale profitieren Mediziner:innen, die langfristige Beziehungen zu ihren Patient:innen pflegen und hochwertige Leistungen anbieten, um das Vertrauen der Patient:innen zu gewinnen. In der Praxis kann jedoch die zulässige Zahl der Patient:innen pro Mediziner:in durch Vorschriften reguliert werden. Da heißt, Mediziner:innen müssen eine minimale bzw. höchst zulässige Zahl an Patient:innen eintragen (Olsen, 2017).

**Kopfpauschale**

Mediziner:innen erhalten einen vorab festgelegten Geldbetrag für alle eingetragenen Patient:innen.

Dieses Vergütungsmodell schafft einige unerwünschte Anreize für Mediziner:innen. So kann die Kopfpauschale Mediziner:innen der Primärversorgung dazu verleiten, Patient:innen ohne Grund an Spezialist:innen zu überweisen. Dadurch agieren die Mediziner:innen der Primärversorgung als „Trittbrettfahrende“, die ohne Einkommensverlust ihre Kosten reduzieren können (Olsen, 2017). Doch die Mediziner:innen müssen Vorsicht walten lassen. Denn Patient:innen, die mit ihren Diensten nicht zufrieden sind, könnten zu anderen Mediziner:innen der Primärversorgung wechseln. Unnötige Überweisungen an die Fachärzteschaft können außerdem zu einer Überlastung anderer Versorgungsebenen führen. Des Weiteren kann die Kopfpauschale Mediziner:innen aus Gründen der Patientenbindung dazu anspornen, von Patient:innen gewünschte, aber unnötige Krankschreibungen zu veranlassen. Im Allgemeinen verleiht die Kopfpauschale den Patient:innen mehr Macht, weil sie frei wählen können, bei wem sie sich eintragen bzw. von wem sie sich behandeln lassen.

Generell schafft die Kopfpauschale aber Anreize für Kostensenkungen und hat deshalb manchmal eine Untertherapie zur Folge. Wenn es die Situation zulässt, kann die Kopfpauschale Mediziner:innen dazu motivieren, Patient:innen mit geringem Krankheitsrisiko den Hochrisikogruppen vorzuziehen – ein Phänomen, dass als „Rosinenpicken“ (eng. Cream Skimming) bezeichnet wird. Dieses Verhalten senkt die Kosten der Mediziner:innen und steigert den Gewinn. Um diesen unerwünschten Anreiz zu vermeiden, wird in vielen Ländern bei der Kopfpauschale für Hochrisikogruppen ein Anpassungsfaktor berücksichtigt (Rafiei et al., 2022). In der Türkei gibt es beispielsweise eine altersangepasste Kopfpauschale, d. h. der Anpassungsfaktor der Kopfpauschale wird für Kinder unter vier Jahren (1,6), Menschen über 65 Jahre (1,6), Schwangere (3) und Strafgefangene (2,25) höher bemessen. Für die restliche Bevölkerung beträgt der Anpassungsfaktor 0,79 (Rafiei et al., 2022).

Ungeachtet der negativen Folgen bringt die Kopfpauschale auch Vorteile mit sich. Da dieses Form der Vergütung auf der Zahl der registrierten Patient:innen und nicht auf den erbrachten Leistungen basiert, sehen sich die Mediziner:innen der Primärversorgung veranlasst, ihre Kosten zu senken. Dies führt in der Folge zu einer Vermeidung unnötiger medizinischer Behandlungen. Die Kopfpauschale fördert auch die Patientenbindung (die Ärzteschaft pflegt langfristige Beziehungen zu den Patient:innen). Dadurch kann der therapeutische Fortschritt der Patient:innen besser nachverfolgt werden.

In den meisten Gesundheitssystemen, in denen die Kopfpauschale Anwendung findet, ist sie jedoch nur einer der Bestandteile des Gesamtvergütungsmodells der Mediziner:innen der Primärversorgung.

#### Gehalt

**Gehalt**

Diese Form der Vergütung erfolgt unabhängig von der Zahl der medizinischen Leistungen und Patient:innen.

Das **Gehalt** der Mediziner:innen basiert auf der Zeit – normalerweise pro Monat berechnet – die für medizinische Dienste aufgewendet wird, und nicht auf der Zahl der Leistungen oder behandelter Patient:innen. Dieses Vergütungsmodell soll den Mediziner:innen finanzielle Sicherheit bieten und für Patient:innen den Zugang zur Gesundheitsversorgung verbessern. Aus diesen Gründen ist das Gehalt in vielen Ländern wie Schweden, Thailand und dem Iran das bevorzugte Vergütungsmodell in der Gemeinwirtschaft. Rudmik et al. (2014) erklären, dass dieses Vergütungsmodell Anreize schafft, um die Menge medizinischer Leistungen zu reduzieren. Das Modell eignet sich besonders gut, um Mediziner:innen für unterversorgte Regionen mit geringer Bevölkerungsdichte anzuwerben. Allerdings kann das Gehaltsmodell besonders in unterfinanzierten Gesundheitssystemen falsche Anreize setzen. Ein zu niedrig angesetztes Gehalt kann Mediziner:innen veranlassen, Schwarzgeldzahlungen von den Patient:innen zu verlangen. Dies kommt vor allem in Entwicklungsländern häufig vor (Pekerti et al., 2017). Weil die Entlohnung nicht auf der Zahl der erbrachten Leistungen erfolgt, kann das Gehaltsmodell ähnlich wie die Kopfpauschale für Mediziner:innen der Primärversorgung Anreize schaffen, Patient:innen an die Fachärzteschaft zu überweisen. Dieses Modell hat darüber hinaus oftmals zur Folge, dass Patient:innen Beschwerden gegen missgestimmte Mediziner:innen vorbringen (Dan & Savi, 2015). Außerdem kann sich das gehaltsbezogene Vergütungsmodell negativ auf die Qualität der medizinischen Behandlung und die Zufriedenheit der Patient:innen auswirken. Ebenso kann die Patientenbindung darunter leiden.

#### Leistungsbezogene Vergütung

**Leistungsbezogene Vergütung**

Im Zuge dieses Vergütungsmodells werden Mediziner:innen belohnt, die vorab festgelegte Ziele in Bezug auf die Qualität und Effizienz ihrer Gesundheitsdienste erreichen.

Neben den drei klassischen Vergütungsmodellen für Mediziner:innen der Primärversorgung wird im Folgenden die **leistungsbezogene Vergütung** genauer untersucht. Die leistungsbezogene Vergütung findet erst seit wenigen Jahren verstärkt Anwendung. Sie soll die Qualität von Gesundheitsleistungen und die Effizienz der Gesundheitsversorgung optimieren (Rudmik et al., 2014). Dieses Vergütungsmodell belohnt Mediziner:innen, die vorab festgelegte Ziele in Bezug auf die Qualität und Effizienz ihrer Leistungen erreichen (Mathes et al., 2019). Obgleich es schlagkräftige Argumente für die Einführung der leistungsbezogenen Vergütung gibt, stellt die Schaffung eines geeigneten Rahmenwerks, das die Leistungsbereitschaft der Mediziner:innen fördern soll, eine Herausforderung dar (Rudmik et al., 2014). Ist der Staat beispielsweise nicht in der Lage, die leistungsbezogene Vergütung auf alle Gesundheitsdienste anzuwenden, wird sich dieses Vergütungsmodell auf einige wenige Dienste beschränken. Dementsprechend werden Mediziner:innen ausschließlich solche Dienste anbieten, die durch dieses Vergütungsmodell erstattet werden. Es könnte außerdem vorkommen, dass Patient:innen einer bestimmten Behandlung, die sie eigentlich nicht benötigen, aufgrund des leistungsbezogenen Vergütungsmodells trotzdem unterzogen werden (Rudmik et al., 2014).

Rafiei et al. (2022) beschreiben die Ziele der in vielen Ländern bereits eingeführten leistungsbezogenen Vergütung. Hierzu zählt die Verbesserung der Präventionsmedizin, der Ressourcenallokation, der Disease-Management-Programme für chronische Krankheiten und der Patientenzufriedenheit. Rafiei et al. erwähnen außerdem, dass die leistungsbezogene Vergütung in vielen Ländern einen bestimmten Prozentsatz des Einkommens der Mediziner:innen der Primärversorgung ausmacht, so z. B. im Iran (50 bis 70 Prozent des Einkommens von Mediziner:innen auf dem Land), in der Türkei (20 Prozent) und in den Niederlanden (zehn Prozent).

#### Gleichzeitige Anwendung unterschiedlicher Vergütungsmodelle

Wie bereits erörtert, weist jedes Vergütungsmodell Vor- und Nachteile auf. Abhängig von den jeweiligen Rahmenbedingungen entwickelt jedes Land ein geeignetes Vergütungsmodell für Mediziner:innen der Primärversorgung. Um die Vorteile der einzelnen Modelle besser zu nutzen und die Nachteile zu minimieren, kommen in den meisten Ländern mindestens zwei verschiedene Vergütungsmodelle zur Anwendung (Ma & McGuire, 1997). Wranik und Durier-Copp (2010) verweisen auf drei häufig angewandte Modellkombinationen:

1. Durch gemeinsame Anwendung der Einzelleistungsvergütung und Kopfpauschale erhalten die Mediziner:innen einen kleinen Betrag für die Anzahl der Patient:innen und werden trotzdem gemäß der einzelnen Leistungen entlohnt.
2. Das Kopfpauschalensystem kann auch zum Teil durch die Einzelleistungsvergütung ergänzt werden, indem Mediziner:innen für vorab festgelegte Leistungen bezahlt werden und Einzelleistungen, die nicht registriert wurden, in Rechnung gestellt werden können.
3. Das gehaltsbasierte Vergütungssystem kann mit der Einzelleistungsvergütung kombiniert werden. Folglich erhalten die Mediziner:innen ein fixes Gehalt und können ein zusätzliches Einkommen erwirtschaften, indem sie einen bestimmten Prozentsatz der in Rechnung gestellten Leistungen erhalten.

Es gilt zu beachten, dass es kein Vergütungsmodell gibt, dass auf alle Mediziner:innen der Primärversorgung zugeschnitten ist. Die landesspezifischen Rahmenbedingungen bestimmen die Voraussetzungen für das jeweilige Modell. Aus diesem Grund verfügen viele Länder über unterschiedliche Vergütungsmodellkombinationen. Rafiei et al. (2002) beschreiben in ihren Arbeiten einige Vergütungsmodelle für Mediziner:innen der Primärversorgung.

Die Tabelle unten fasst die wichtigsten Merkmale der drei klassischen Vergütungsmodelle für Mediziner:innen der Primärversorgung und mögliche Maßnahmen zur Reduktion negativer Auswirkungen zusammen.

Vergütungsmodelle für Mediziner:innen der Primärversorgung

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Positive Auswirkungen | Negative Auswirkungen | Mögliche Maßnahmen zur Reduktion negativer Auswirkungen |
| Gehalt | Kein Anreiz:  - den Zugang zur Gesundheitsversorgung oder die Behandlung zu verweigern  - für überflüssige medizinische Behandlungsmaßnahmen (Übertherapie)  Einfache Verwaltung | Kein Anreiz:  - die gewünschte Leistung zu erbringen  - nach Qualität und Patientenzufriedenheit zu streben  - Patientenbindung zu erzielen  Anreize:  - Schwarzgeldzahlungen zu fordern  - für unnötige Überweisungen an höhere Versorgungsebenen (z. B. Fachärzteschaft) | Nicht-monetäre Anreize  Leistungsbezogene Sondervergütung  Inspektionen  Qualitätskontrollen |
| Kopfpauschale | Starke Anreize:  - für Kostensenkungen  - Übertherapie und unnötige Behandlungen zu vermeiden  - die gesamte Gesundheitsversorgung effizienter zu gestalten (Schwerpunktsetzung auf der Prävention)  - für Patientenbindung | Anreize für  - „Rosinenpicken“ (gesündere Patient:innen werden bevorzugt in das Patientenregister aufgenommen)  - Untertherapie  - für unnötige Überweisungen an höhere Versorgungsebenen | Freie Arztwahl  Förderung des Wettbewerbs  Qualitätskontrollen und Inspektionen |
| Einzelleistungsvergütung | Starke Anreize  - die Produktivität und Qualität zu erhöhen  - den Patient:innen eine angemessene Behandlung anzubieten  - Patient:innen nicht abzulehnen | Starke Anreize  - Steigerungen der Produktionskosten zu begünstigen  - einen Nachfrageüberhang hervorzurufen und Übertherapie zu fördern  Hohe Verwaltungskosten für Gesundheitsdienstleistende und den Staat | Mehr Kontrolle und Inspektionen  Einführung von Kostenbeteiligung und Zuzahlungen  Einführung eines Preisdeckels für die Vergütung |

Quelle: Duy Pham (2022).

### Fragen zur Selbstkontrolle

1. Bitte nennen Sie mindestens zwei Vergütungsmodelle für Mediziner:innen der Primärversorgung.

*Gehalt, Kopfpauschale, Einzelleistungsvergütung und leistungsbezogene Vergütung*

1. Bitte nennen Sie die drei unabhängigen Variablen der Nutzenfunktion für Mediziner:innen entsprechend dem Bewertungsmodell nach McGuire und Pauly (1991).

*Nettoeinnahmen, Freizeit und Nachfrageanreize*

1. Bitte nennen Sie eine negative Auswirkung des gehaltsbasierten Vergütungsmodells.

*Kein Anreiz, die gewünschte Leistung zu erbringen; kein Anreiz, für Kostensenkungen die Leistungen einzuschränken; kein Anreiz, nach Qualität und Patientenzufriedenheit zu streben; kein Anreiz, Patientenbindung zu erzielen.*

## 4.2. Angebotsinduzierte Nachfrage

Das Verhalten der Mediziner:innen nimmt maßgeblich Einfluss auf die Effizienz der Gesundheitsversorgung. In den meisten Fällen sind die Mediziner:innen die Entscheidungstragenden. Deshalb wirkt sich ihr Verhalten auf den Gesundheitszustand der Patient:innen aus. In diesem Abschnitt wird die Beziehung zwischen Patient:innen und Mediziner:innen gemäß der Prinzipal-Agent-Theorie dargestellt. Die Charakteristika der als Agenten agierenden Mediziner:innen werden beleuchtet. Im Anschluss richtet sich das Augenmerk auf die angebotsinduzierte Nachfrage – ein Phänomen, das im Gesundheitsmarkt häufig auftritt. Am Ende dieses Abschnitts wird die angebotsinduzierte Nachfrage anhand von Beispielen aus Australien und Vietnam unter die Lupe genommen. Im Zuge dieser praktischen Beispiele werden auch einige Kritikpunkte angeführt.

### Perfekte und nicht perfekte Agenten

Wenn eine Fachkraft in einem bestimmten Bereich über mehr Wissen verfügt als die zu beratende Kundschaft, entsteht eine Beziehung zwischen Agent und Prinzipal. Eine solche Beziehung kommt z. B. im Rechtswesen, in Handwerksberufen und in der Gesundheitsversorgung zum Tragen. In der Gesundheitsversorgung übernehmen die Patient:innen die Rolle der Prinzipale und die Mediziner:innen die Funktion der Agenten.

Was sind nun die Merkmale eines perfekten Agenten der Gesundheitsversorgung?

#### Was ist ein perfekter Agent?

Als perfekter Agent wird gemeinhin jemanden bezeichnet, der entsprechend den Wünschen des Prinzipals Entscheidungen trifft, wenn beide über denselben Informationsstand verfügen (Folland et al., 2017). Aus der Sicht der Patient:innen müssen Mediziner:innen, die perfekte Agenten sein wollen, gewisse Ziele verfolgen: (1) optimaler Gesundheitszustand der Patient:innen, (2) größtmöglicher Nutzen für die Patient:innen, bzw. aus gesellschaftlicher Sicht: (3) optimaler Gesundheitszustand und größtmöglicher Nutzen für die gesamte Bevölkerung (McPake et al., 2020).

Für die Umsetzung des ersten Ziels – den Gesundheitszustand der Patient:innen zu optimieren – müssen Mediziner:innen ethische Grundsätze verinnerlicht haben. Dieses Ziel steht jedoch auch in engem Zusammenhang mit dem medizinischen Paternalismus. Das heißt, dass die Entscheidungsfreiheit der Patient:innen durch die Bevormundung der Mediziner:innen eingeschränkt wird. Beispielsweise kann es vorkommen, dass Mediziner:innen ihre Patient:innen vehement dazu drängen, mit dem Rauchen oder übermäßigen Trinken von Alkohol aufzuhören, anstatt diese über die Gefahren dieser ungesunden Gewohnheiten aufzuklären.

Das zweite Ziel – der größtmögliche Nutzen für die Patient:innen – könnte implizieren, dass die Hauptaufgabe der Mediziner:innen darin besteht, den Patient:innen im Rahmen des Möglichen ausreichend Informationen zur Verfügung zu stellen, damit diese selbst informierte Entscheidungen treffen können. Dieses Konzept findet bereits Anwendung. Allerdings birgt es die Gefahr, dass Patient:innen falsche Entscheidungen fällen, weil die Mediziner:innen ungeeignete Informationen bereitstellen oder die Patientinnen diese falsch interpretieren.

Das dritte Ziel ist die Optimierung des Gesundheitszustands und der größtmögliche Nutzen für die gesamte Bevölkerung. Hier liegt das Hauptaugenmerk nicht auf den einzelnen Patient:innen. Vielmehr wird die Gesellschaft als Ganzes beleuchtet. Für Mediziner:innen wirft dies die Frage auf, ob manche Patient:innen vernachlässigt werden, weil einzelne Patient:innen ihre gesamte Aufmerksamkeit in Anspruch nehmen (McPake et al., 2020). Dieses Problem betrifft weniger Mediziner:innen in privaten Gesundheitseinrichtungen, da dort der Fokus sowieso auf den einzelnen Patient:innen liegt. Es tritt jedoch in öffentlichen Einrichtungen in Erscheinung, wenn Mediziner:innen in einem Angestelltenverhältnis arbeiten und als Agenten der gesamten Gesellschaft, aber auch der einzelnen Patient:innen agieren. Vor allem wenn Mediziner:innen an Budgetobergrenzen gebunden sind, kann der gesamtgesellschaftliche Nutzen durch ihre Entscheidungen gemindert werden.

Allgemein lässt sich festhalten, dass die Ziele der perfekten Agenten in der Gesundheitsversorgung nicht klar präzisiert sind. Die Aufgabe der Agenten (Mediziner:innen) muss von Fall zu Fall angepasst werden, damit diese geeignete Maßnahmen ergreifen können.

#### Wie können Mediziner:innen zu perfekten Agenten werden?

Es gilt zu beachten, dass Mediziner:innen Entscheidungen gemäß ihrer wissenschaftlichen Erkenntnisse treffen, es sei denn, sie werden durch reines Profitstreben gelenkt (McPake et al., 2020). Die Patient:innen gehen davon aus, dass ihnen die Mediziner:innen die bestmögliche evidenzbasierte Behandlung anraten werden. Allerdings ist die Wissenschaft einem ständigen Wandel unterworfen und Mediziner:innen sind auch nur Menschen. Deshalb kommt es vielfach vor, dass die wissenschaftlichen Erkenntnisse der Ärzteschaft nicht mehr dem aktuellen Stand der Wissenschaft entsprechen. Diese bedeutet nicht, dass der ärztliche Rat zum Nachteil der Patient:innen wäre, doch es gibt möglicherweise bereits bessere Behandlungsmethoden. Erschwerend kommt hinzu, dass die klinische Forschung aufgrund verschiedener Studiendesigns unterschiedliche Ergebnisse hervorbringt, was Mediziner:innen vor Entscheidungsschwierigkeiten stellen kann.

Obgleich die klinische Forschung manchmal unzuverlässig sein kann, hat diese aber kaum bis gar keine Auswirkungen auf die medizinische Behandlung durch die Ärzteschaft. Trifft ein:e Mediziner:in eine falsche Entscheidung, ist das nicht zwangsläufig auf unzuverlässige Forschungsergebnisse zurückzuführen. Wenn dies passiert, sollten weitere Gründe (z. B. Profitstreben) untersucht werden, die eine:n Mediziner:in zu dieser Entscheidung veranlasst haben könnten. Diese Gründe können die Ursache sein, warum Mediziner:innen zu nicht perfekten Agenten werden. Einer dieser Gründe, der Mediziner:innen davon abhält, den Patient:innen als perfekte Agenten zu dienen, ist die „angebotsinduzierte Nachfrage“, die unten näher untersucht wird.

### Angebotsinduzierte Nachfrage

Die angebotsinduzierte Nachfrage bezieht sich im Gesundheitswesen auf Mediziner:innen, die nicht als perfekte Agenten agieren. Die Auffassung, wie sich ein perfekter Agent verhalten soll, nimmt großen Einfluss darauf, was als unangemessene Entscheidung gilt. So kann z. B. ein Arzt seiner Patientin anraten, häufiger Vorsorgeuntersuchungsangebote in Anspruch zu nehmen. Wenn die Motivation des Arztes darin besteht, eine Krankheit im frühen Stadium zu diagnostizieren, um den Behandlungserfolg zu steigern, würde dies dem Nutzen bzw. Gesundheitszustand der Patientin langfristig zugutekommen. Diese Motivation entspricht nicht dem Konzept der angebotsinduzierten Nachfrage. Ein klarer Fall von angebotsinduzierter Nachfrage liegt dann vor, wenn der Arzt nach Einzelleistung vergütet wird und seine Motivation darin besteht, durch übermäßige und unnötige Vorsorgeuntersuchungen mehr Geld zu verdienen.

Das oben angeführte Beispiel legt unmissverständlich dar, wie schwierig es ist, Fälle von angebotsinduzierter Nachfrage zu identifizieren. Seyedin et al. (2021) unterteilen alle Akteure, die durch die angebotsinduzierte Nachfrage tangiert werden können, in vier Gruppen ein: Empfangende von Gesundheitsleistungen, Gesundheitsdienstleistende, Versicherungen und das Gesundheitswesen.

Um Fälle von angebotsinduzierter Nachfrage und die Betroffenen ordnungsgemäß zu ermitteln, wurden verschiedene ökonomische Ansätze entwickelt. Ein klassischer Ansatz ist der von Sloan und Feldman (1978) vorgeschlagene „Honorartest“. Im Zuge dieses Tests werden Fälle von angebotsinduzierter Nachfrage identifiziert, indem das Arztangebot erweitert und gleichzeitig die Marktentwicklung beobachtet wird. Der Honorartest wurde von Folland et al. (2017) anhand des Modells der angebotsinduzierten Nachfrage veranschaulicht und erläutert. In einem konventionellen Markt führt eine Steigerung des Angebots zu niedrigeren Preisen und/oder größeren Mengen. Wird dieses Konzept auf den Gesundheitsmarkt übertragen, würden mehr Mediziner:innen zu niedrigeren Arzthonoraren und/oder mehr Arztbesuchen führen (McPake et al., 2020). Werden Mediziner:innen zu einer Steigerung der Nachfrage motiviert, verändert sich die Nachfragekurve und das Missverhältnis zwischen niedrigen Honoraren und der großen Anzahl an Arztbesuchen wird korrigiert. Die Abbildung unten veranschaulicht, wie sich die Arzthonorare und Zahl der Arztbesuche sowohl in einem konventionellen Markt (es gibt nur eine Nachfragekurve ) als auch in einem Markt mit angebotsinduzierter Nachfrage ( und ) ändern.

Honorartest der Anreize

Chart, radar chart

Description automatically generated

Quelle: Duy Pham (2022).

Wenn sich in einem konventionellen Markt die Angebotskurve () nach rechts verschiebt (), was einer Zunahme des Angebots an Mediziner:innen entspricht, treffen sich die Nachfrage- und die Angebotskurve am Punkt *X* bzw. . Wie das Diagramm zeigt, führt dies zu niedrigeren Arzthonoraren ( und einer höheren Zahl an Arztbesuchen . Besteht für die Mediziner:innen jedoch ein Grund, die Nachfrage zu steigern, wird sich die Nachfragekurve nach rechts verschieben . Dadurch verändert sich das Gleichgewicht der Punkte und . Bei Punkt und Punkt ist das Arzthonorar gleich hoch. Das bedeutet, die Mediziner:innen haben eine Nachfragesteigerung herbeigeführt, damit die Höhe ihres Honorars gleichbleibt. Negativ zu bewerten ist Punkt , der darauf hindeutet, dass das Arzthonorar höher ist, als es bei Punkt sein sollte. Um zu prüfen, ob für Mediziner:innen ein Anreiz für die angebotsinduzierte Nachfrage besteht, schlagen Sloan und Feldman (1978) vor, die Zahl der Mediziner:innen (das Angebot) zu erhöhen. Wenn das Arzthonorar in der Folge nicht sinkt, muss die Möglichkeit einer von Mediziner:innen herbeigeführte Nachfragesteigerung in Betracht gezogen werden. Dieses Modell weist einige Mängel auf. Zunächst kann eine leichte Nachfragesteigerung, bei der die Nachfragekurve zwischen und liegen würde, nicht ermittelt werden, da in diesem Fall das Honorar sinken würde. Außerdem sind die Nachfrage- und Angebotskurve in diesem Diagramm vereinfacht dargestellt und an einen vollkommenen Markt angepasst. Der Gesundheitsmarkt ist jedoch aufgrund der Gefahr eines Marktversagens weitaus komplexer.

Es wurden noch weitere Versuche zur Ermittlung der angebotsinduzierten Nachfrage durchgeführt. Dieser werden in der Fachliteratur von McPake et al., (2020, S. 52 – 53) erläutert. Die Autor:innen und andere Forschende auf diesem Gebiet erklären, dass die Methoden zur Ermittlung der angebotsinduzierten Nachfrage im Gesundheitsmarkt noch nicht klar festgelegt sind.

### Beispiele aus der Praxis: angebotsinduzierte Nachfrage in Australien und Vietnam

Wie bereits erwähnt, ist es schwer festzustellen, ob Mediziner:innen im Gesundheitsmarkt Einfluss auf die Nachfrage nehmen. Anhand von zwei Beispielen aus der Praxis wird im Folgenden erklärt, wie sich eine angebotsinduzierte Nachfrage identifizieren und beseitigen lässt. Schauplätze sind die Länder Australien und Vietnam.

Peacock und Richardson (2007) haben aus einem Angebot-Nachfrage-Modell Gleichungen abgeleitet, mit denen sich Fälle von angebotsinduzierter Nachfrage unter australischen Mediziner:innen erkennen lassen. Die Autoren beschäftigen sich zudem erneut mit Kritik, die an Querschnittstudien zur Ermittlung der angebotsinduzierten Nachfrage geübt wurde. Peacock und Richardson (2007) weisen darauf hin, dass viele Querschnittstudien zur angebotsinduzierten Nachfrage aufgrund falscher Angaben zum Marktgleichgewicht gescheitert sind. Eine mögliche angebotsinduzierte Nachfrage im Gesundheitsmarkt könne ermittelt werden, wenn Angebot und Nachfrage in der Gleichung hinreichend abgebildet würden. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass die Auswirkungen der angebotsinduzierten Nachfrage bei zunehmender Zahl an Mediziner:innen stärker in Erscheinung treten, da die durchschnittliche Preiselastizität der Nachfrage deutlich zunimmt (von 0,22 auf 0,46).

In einer Studie über Vietnam vergleichen die Autoren Menge und Qualität ärztlicher Rezepte, die Patient:innen mit ähnlichem Krankheitsbild von privaten Mediziner:innen und Mediziner:innen des öffentlichen Gesundheitswesens verschrieben bekamen (Nguyen, 2011). Die Ergebnisse zeigen, dass die privaten Mediziner:innen den Patient:innen mehr Medikamente verschrieben als ihre Pendants im öffentlichen Gesundheitswesen. Darüber hinaus verordneten die privaten Mediziner:innen ihren Patient:innen weitaus mehr Injektionen. Zwar wird die Art der injizierten Medikamente nicht genau angegeben, doch die Autoren erklären, dass dieses Arzneimittel verschrieben wurde, um das Vertrauen der Patient:innen zu gewinnen (Nguyen, 2011). Die Studie zeigt außerdem auf, dass Maßnahmen zur patientenorientierten Gesundheitsbildung Fälle von angebotsinduzierter Nachfrage verhindern können. Das Ausmaß der angebotsinduzierten Nachfrage zeigt sich in dieser Studie an der Diskrepanz bei verschreibungspflichtigen Medikamenten, die von privaten bzw. öffentlichen Gesundheitsdienstleistenden verordnet wurden. Um belegen zu können, dass die Ursache von unnötig verschriebenen Rezepten eine durch Mediziner:innen herbeigeführte gesteigerte Nachfrage ist, sind jedoch weitere Untersuchungen erforderlich. Hierfür müssten möglicherweise die privaten und öffentlichen Gesundheitsdienstleistenden in Bezug auf die Qualität der verschriebenen Medikamente verglichen werden und die Erfahrungen der Patient:innen, deren Gesundheitszustand usw. untersucht werden.

### Fragen zur Selbstkontrolle

1. Bitte nennen Sie ein Ziel, dass Mediziner:innen laut McPake et al. (2020) verfolgen müssen, wenn sie ihren Patient:innen als perfekte Agenten dienen möchten.

*optimaler Gesundheitszustand der Patient:innen, größtmöglicher Nutzen für die Patient:innen, und optimaler Gesundheitszustand und größtmöglicher Nutzen für die gesamte Bevölkerung*

1. Bitte vervollständigen Sie den folgenden Satz.

Die *angebotsinduzierte Nachfrage* bezieht sich auf Mediziner:innen, die nicht als perfekte Agenten agieren.

## 4.3 Wirtschaftliche Aspekte der Krankenhauspflege

Es gibt keine einheitliche Definition für den Begriff Krankenhaus, die international akzeptiert ist. In der Regel wird der Begriff als soziale und medizinische Einrichtung definiert, die für Bedürftige Gesundheitsdienstleistungen anbietet (sowohl vorbeugende Maßnahmen als auch kurative Medizin) und eine Ausbildungsstätte für Gesundheitsdienstleistende und Forschende auf dem Gebiet der Biosoziologie darstellt (Weltgesundheitsorganisation, 1963). Dieser Abschnitt beschäftigt sich mit den ökonomischen Aspekten von Krankenhäusern, d. h. diese werden als wirtschaftliche Einheiten untersucht. Die Vergütungsmodelle der Krankenhäuser werden ebenso erörtert wie deren Einnahmenquellen. Außerdem werden zusätzliche Einnahmequellen beleuchtet, wie z. B. Geldmittel von Privatpersonen, Wohltätigkeitsorganisationen und Kooperationen. Abschließend werden die Ausgaben eines Krankenhauses in Kategorien unterteilt, wobei der Schwerpunkt auf der Verteilung der Einnahmen liegt.

### Das Krankenhaus als wirtschaftliche Einheit

Krankenhäuser sind wirtschaftliche Einheiten, die über verschiedene Inputfaktoren verfügen, die umgewandelt (verarbeitet) werden, um einen Output zu generieren. Gleichzeitig umfassen sie Feedback-Systeme, mit denen die Leistung der Einrichtung und die Zielvorgaben bewertet werden. Diesen Instrumenten muss bei der Bewertung der ökonomischen Effizienz eines Krankenhauses Rechnung getragen werden. Ebenso können vorgelagerte rechtliche Rahmenbedingungen und Regelwerke des Gesundheitssystems auf das wirtschaftliche Überleben eines Krankenhauses Einfluss nehmen. Im Folgenden wird erläutert, welchen Zweck Krankenhäuser erfüllen, und es wird untersucht, wie die Aktivitäten in den Krankenhäusern aus wirtschaftlicher Perspektive gesteuert werden.

#### Welchen Zweck Krankenhäuser aus wirtschaftlicher Sicht erfüllen

Krankenhäuser dienen als soziale Einrichtungen, die für die medizinische Versorgung unabdingbar sind. Für ein Krankenhaus, das in einem bestimmten geografischen Gebiet angesiedelt wird, sind Arbeitskräfte notwendig. Das Krankenhaus verfolgt außerdem bestimmte Ziele und wird durch Vorschriften und Grundsätze gesteuert, damit es verwaltet werden kann, die Zusammenarbeit gelingt und die anvisierten Ziele umgesetzt werden können (Chletsos & Saiti, 2019). Für das Erreichen dieser Ziele sind nicht nur Humanressourcen und Realkapital erforderlich. Diese sind auch mit einem Verwaltungsaufwand verbunden, d. h. eine effiziente Ressourcenallokation muss sichergestellt werden, damit die bestmöglichen Ergebnisse zu möglichst geringen Kosten erzielt werden können. Tatsächlich ist das wirtschaftliche Überleben eines Krankenhauses hochgradig von kompetentem Verwaltungspersonal und erfolgreichen Kostendämpfungsmaßnahmen abhängig. Das ist leichter gesagt als getan, denn die Verwaltung der Krankenhausdienste und die Kostenkontrolle sind eine komplizierte Angelegenheit. Ein Krankenhaus, das erfolgreich wirtschaften will, muss ständig durch die Krankenhausleitung kontrolliert und der Nachfrage des Gesundheitsmarktes gerecht werden. Für einen kosteneffizienten Betrieb muss es außerdem über sichere Einnahmequellen verfügen und in der Lage sein, qualitativ hochwertige Dienstleistungen anzubieten. Auf diesen Kriterien sollte das Hauptaugenmerk der Krankenhäuser liegen (Chletsos & Saiti, 2019). Wie stark diese Kriterien ausgeprägt sind, ist allerdings von einigen Faktoren abhängig, z. B. der Art der medizinischen Einrichtung und deren Trägerschaft (Eigentümerstruktur) sowie den allgemeinen Merkmalen des konkreten Gesundheitssystems bzw. der Versicherungslandschaft.

Beispielsweise ist es möglich, dass ein Krankenhaus aus wirtschaftlichen Gründen mit einem anderen fusioniert. Dennoch muss eine solche Fusion den für das Gesundheitssystem geltenden Vorschriften und rechtlichen Rahmenbedingungen entsprechen. Das oberste Entscheidungsgremium (d. h. das Gesundheitsministerium) legt meist auf Grundlage der Trägerschaft fest, welche Krankenhäuser fusionieren dürfen. Dementsprechend schließt sich ein Krankenhaus, das keine Gewinne erwirtschaftet, eher mit einem gemeinnützigen Krankenhaus zusammen als mit einer rentablen Einrichtung. Tatsächlich kommt es vor, dass nicht rentable Krankenhäuser versuchen, ihre wirtschaftliche Situation vor Vollziehung der Fusion zu verbessern. In Abhängigkeit von der Struktur des Gesundheitssystems führt dies überdurchschnittlich oft dazu, dass die Kostenlast auf Privatpatient:innen (Selbstzahlende) abgewälzt wird (Chletsos & Saiti, 2019).

Auch das Wesen des Gesundheitssystems kann Einfluss auf die Krankenhäuser und ihre Schwerpunktsetzung nehmen. Einnahmequellen und die durch die Verwaltung auferlegten Kostendämpfungsmaßnahmen sind wichtige Aspekte des Gesundheitswesens, die den Betrieb eines Krankenhauses erheblich beeinflussen. Chletsos und Saiti (2019) erklären, dass die Kultur eines Gesundheitssystems sowohl den Zugang zum System als auch die Trägerschaft eines Krankenhauses (z. B. gemeinnützig, gewinnorientiert oder öffentlich) beeinflussen kann.

Der Zweck eines als wirtschaftliche Einheit fungierenden Krankenhauses besteht in den meisten Fällen darin, durch optimalen Ressourceneinsatz das bestmögliche Ergebnis für die Patient:innen zu erzielen. Verschiedenste Akteure müssen Anstrengungen unternehmen, um diesem Zweck zu dienen. Diese Akteure sind in der obersten Führungsebene der Gesundheitspolitik, den Verwaltungsebenen und als Gesundheitsdienstleistende tätig.

#### Aktivitäten in den Krankenhäusern und ihre Determinanten

Die Ziele eines Krankenhauses werden durch die darin stattfindenden Aktivitäten umgesetzt. Diese Aktivitäten werden durch die Determinanten des Krankenhauses bestimmt. Im Folgenden werden die Determinanten eines Krankenhauses in verschiedene Ebenen unterteilt und erörtert: Verwaltung eines Krankenhauses, der Gesundheitsmarkt und behördliche Vorschriften.

Die im Krankenhaus ablaufenden Aktivitäten können zunächst durch organisatorische Maßnahmen bzw. den Verwaltungsapparat beeinflusst werden. Die organisatorischen Determinanten umfassen die Trägerschaft, die Größe des Krankenhauses, die Arbeitskräfte, den Status als Lehrkrankenhaus und die stationäre und ambulante Versorgung (Chletsos & Saiti, 2019). Bezogen auf die Trägerschaft sind Privatkrankenhäuser eher dazu geneigt, sich zu Gruppen oder Ketten zusammenzuschließen, um die Wettbewerbsfähigkeit der einzelnen Krankenhäuser zu stärken. Durch eine solche Kooperation kann das Leistungsspektrum erweitert werden, wodurch öffentliche Krankenhäuser aufgrund ihres eingeschränkten Angebots das Nachsehen haben. Häufig arbeiten öffentliche Krankenhäuser mit Universitäten zusammen, d. h. sie dienen als Lehrkrankenhäuser und führen Forschungstätigkeiten zu speziellen Leistungen durch (Chletsos & Saiti, 2019).

Die Größe eines Krankenhauses hat ebenso Auswirkungen auf das angebotene Leistungsspektrum. Die Geldmittel, die für die Behandlung von akuten und weniger akuten Erkrankungen bzw. für die Pflege von Patient:innen mit chronischen Leiden bereitgestellt werden, sind hochgradig von der Größe des relevanten Krankenhauses abhängig (Al-Amin et al., 2018; Bai & Anderson, 2016). Bei der Ausarbeitung einer Strategie für die Langzeitpflege eines Krankenhauses spielen daher die Anzahl der Krankenbetten und eine Analyse des Krankenversicherungsschutzes eine tragende Rolle. Das heißt nichts anderes, als dass größere Krankenhäuser für die Pflege von Langzeitpatient:innen besser ausgestattet sind. Chletsos und Saiti (2019) betonen jedoch, dass die Krankenhausverwaltung in Bezug auf die Gesundheitsversorgung und deren Finanzierung eine zentrale Funktion einnimmt. Demgemäß könne sich eine Misswirtschaft in diesem Bereich negativ auf den Gewinn eines Krankenhauses auswirken. Der Verwaltungsapparat nimmt also Einfluss auf die Aktivitäten eines Krankenhauses. Dessen Entscheidungen betreffen unterschiedliche Themen, wie z. B. das Leistungsspektrum, die Anzahl der Arbeitskräfte, den Verschuldungsgrad und die Investitionen in Technologien und Infrastruktur (Chletsos & Saiti, 2019).

Die Aktivitäten in den Krankenhäusern werden auch durch die Rahmenbedingungen des Gesundheitsmarktes bestimmt. Diese Rahmenbedingungen können das Umfeld betreffen, in dem ein Krankenhaus angesiedelt ist. Die Aktivitäten in einem städtischen Krankenhaus können sich von denen einer Einrichtung am Land unterscheiden. Da es im ländlichen Raum weniger Krankenhäuser gibt, ist deren Monopolmacht stärker ausgeprägt. Dies nimmt Einfluss auf die Aktivitäten in den Einrichtungen. Weiter Unterscheidungsmerkmale betreffen etwa die Personalkosten, die Anzahl der Mediziner:innen in dem entsprechenden Gebiet, den sozioökonomischen Status der Patient:innen und die Wettbewerbsintensität (Chletsos & Saiti, 2019). All diese Merkmale formen den Gesundheitsmarkt in dem Gebiet, wo die Krankenhäuser angesiedelt sind, und beeinflussen daher die darin stattfindenden Aktivitäten. Beispielsweise müssen Krankenhäuser, die in einem wettbewerbsintensiven Markt agieren, Wege für ihr Fortbestehen finden, indem sie z. B. kosteneffiziente Leistungen anbieten oder einen Wettbewerbsvorteil erlangen. Dies ist vor allem in Gebieten wie Stadtregionen der Fall, in denen Menschen mit hohem sozioökonomischen Status leben und abgesehen vom Staat auch private Geldgebende finanzielle Mittel bereitstellen (Chletsos & Saiti, 2019). Die Finanzierung des Gesundheitssystems wird durch die in einem Land geltenden Vorschriften geregelt. Zudem gibt es in den meisten Ländern bereits bestehende Vergütungsmodelle, mit denen zusätzliche Gesundheitsleistungen abgegolten werden (z. B. die Einzelleistungsvergütung und die leistungsbezogene Vergütung). Allgemein lässt sich festhalten, dass Krankenhäuser in wohlhabenden Gebieten aufgrund zusätzlicher Geldquellen ein größeres Interesse daran haben, die Menge der bereitgestellten Gesundheitsleistungen zu erhöhen und deren Qualität zu verbessern. Champagne et al. (1993) erklären, dass viele Einrichtungen im städtischen Raum als Lehrkrankenhäuser mit Universitäten zusammenarbeiten, um ihre Einnahmen zu erhöhen. Zudem argumentieren Swanson-Kazley und Ozcan (2007), dass Krankenhäuser durch zusätzliche Geldquellen innovative Medizintechnik anschaffen können, um ihr Leistungsangebot zu verbessern.

Die Aktivitäten der Krankenhäuser werden auch durch die für das Gesundheitswesen geltende Gesetzgebung gesteuert. Änderungen an den Vorschriften bzw. Reformen können sich positiv oder negativ auf die Finanzlage der Krankenhäuser auswirken (Chletsos & Saiti, 2019). Es gibt drei verschiedene Arten der staatlichen Regulierung: (1) Investitionskontrolle, (2) Auslastungskontrolle und (3) Vergütungskontrolle (Gruca & Nath, 1994, S. 346). Die Investitionskontrolle betrifft laut den Autoren Vorschriften, die Krankenhausaktivitäten betreffende Investitionen einschränken (oder fördern). Hierzu zählen etwa Investitionen in neue Medizintechnik und medizinische Leistungen, aber auch in neue Privatkrankenhäuser (bzw. öffentliche Einrichtungen). Die Auslastungskontrolle bezieht sich auf Vorschriften, die die Menge und Qualität der durch Mediziner:innen angeratenen Gesundheitsleistungen bzw. die Länge des Krankenhausaufenthaltes regeln (Gruca & Nath, 1994). Diese Form der Kontrolle kommt eher in öffentlichen Krankenhäusern zum Tragen als in Privateinrichtungen, da Erstere stärker auf öffentliche Gelder angewiesen sind (Chletsos & Saiti, 2019). Die Vergütungskontrolle umfasst Vorschriften, die die Krankenhauskosten der Patient:innen und die Vergütungskontrolle regeln (Gruca & Nath, 1994). Die für Krankenhäuser geltende Vergütungskontrolle wird im nächsten Abschnitt ausführlich erläutert. Es gilt zu beachten, dass die Kontrollmechanismen nicht nur auf öffentliche Krankenhäuser anwendbar sind, sondern nach Chletsos and Saiti (2019) auch für Privatkrankenhäuser gelten, wenn Leistungen durch Dritte bezahlt werden.

### Krankenhausfinanzierung

Die Einnahmen der Krankenhäuser stammen aus unterschiedlichen Geldquellen, wie z. B. dem Staatshaushalt (Steuern), Sozialversicherungsbeiträgen und Geldmitteln der Privatwirtschaft (Privatversicherungen bzw. Zuzahlungen). Im folgenden Abschnitt werden die Vergütungsmodelle sowie ihre Vor- und Nachteile beschrieben. Im Anschluss werden die Geldquellen für die Krankenhausfinanzierung erörtert.

#### Vergütungsmodelle der Krankenhäuser

Die Vergütungsschemata für Mediziner:innen der Primärversorgung, die im vorangegangenen Abschnitt erläutert wurden, und die Vergütungsmodelle der Krankenhäuser weisen Parallelen auf. Da Krankenhäuser jedoch weitaus komplexere Organisationen sind, sind auch Unterschiede auszumachen. Laut Jegers et al. (2002) lassen sich die Vergütungsmodelle in zwei Kategorien unterteilen: retrospektive vs. prospektive Vergütung, und festes Budget vs. flexibles Budget. Die prospektive Vergütung bezieht sich auf Kosten, deren Höhe nicht an die in Krankenhäusern ausgeführten Tätigkeiten geknüpft ist. Die retrospektive Vergütung bezieht sich hingegen auf Kosten, die durch solche Tätigkeiten entstanden sind und im Nachhinein erstattet werden. Das feste Budget orientiert sich nicht an der Zahl der erbrachten Leistungen, während das flexible Budget auf genau dieser Zahl basiert. Wenn nun diese zwei Kategorien kombiniert werden, bilden sich drei mögliche Vergütungsmodelle heraus, die in der folgenden Tabelle abgebildet werden. Es gilt zu beachten, dass eine Kombination aus retrospektiver Vergütung und festem Budget in der Praxis nicht umsetzbar ist (Olsen, 2017).

Tabelle: Vergütungsmodelle von Krankenhäusern

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Festes Budget | Flexibles Budget |
| Retrospektive Vergütung | Nicht möglich | *Einzelleistungsvergütung* |
| Prospektive Vergütung | *Globalbudget* | *Fallpauschale* |

Quelle: Duy Pham (2022), nach Olsen (2017).

Das Globalbudget ist die Kombination aus prospektiver Vergütung und festem Budget. Das bedeutet, dass Krankenhäuser vom Staat ein festes Budget erhalten, das sich in der Regel nach den Ausgaben des vorangegangenen Jahres und der Finanzplanung für das nächste Jahr richtet. Dieses Vergütungsmodell zielt darauf ab, Budgetbeschränkungen für zahlende Dritte (bezieht sich auf die Steuereinnahmen des Staats) zu lockern, indem das finanzielle Risiko auf die Anbietenden (d. h. Krankenhäuser) abgewälzt wird (Olsen, 2017). Dieses Modell kann jedoch Probleme bereiten, z. B. wenn ein Krankenhaus zu viele Patient:innen aufnimmt oder übermäßig viele Leistungen erbringt. Am Ende kann dies dazu führen, dass die Bilanz einen Fehlbetrag ausweist. Wird hingegen die Zahl der Patient:innen bzw. Leistungen beschränkt, beispielsweise durch längere Wartezeiten, drückt sich das wiederum in einer wachsenden Unzufriedenheit der Patient:innen aus. Am Ende des Geschäftsjahres kommt es üblicherweise zu Schuldzuweisungen zwischen Leistungserbringenden und Kostentragenden: Die Krankenhäuser werfen der Regierung vor, nicht genügend finanzielle Mittel bereitgestellt zu haben, und die Regierung sieht die Schuld bei den Krankenhäusern, die mit den bereitgestellten Mitteln nicht effizient gewirtschaftet hätten (Olsen, 2017). Häufig werden „überschaubare“ zusätzliche Gelder als Lösung für das Problem bereitgestellt, damit die Krankenhäuser die entstandenen Mehrkosten decken können. Diese Maßnahme kann die Krankenhäuser allerdings dazu veranlassen, weniger kosteneffizient zu arbeiten (Olsen, 2017).

Die Fallpauschale ist die Kombination aus prospektiver Vergütung und flexiblem Budget. Dieses Abrechnungsverfahren beruht in der Regel auf dem Ressourcenverbrauch, der abhängig vom Krankheitsfall und den damit verbundenen Parametern (z. B. Diagnose, Behandlungsverfahren und Alter) einheitlich sein soll (Olsen 2017). Die von verschiedenen Krankenhäusern erhobenen Daten werden herangezogen und klassifiziert, um den korrekten Vergütungsbetrag zu berechnen. Ein solches Patientenklassifikationssystem, das häufig Anwendung findet, sind die Diagnosebezogenen Fallgruppen (Diagnosis Related Groups, DRG). Hier basiert der Vergütungsbetrag auf der Diagnose und der empfohlenen Behandlung. Diese Vergütungsmodell erlaubt es den Krankenhäusern, ihre Behandlungsempfehlungen in gewissen Fällen abzuändern, um die Ressourcenallokation zu optimieren (Olsen, 2017). Olsen (2017) führt in Bezug auf das DRG-System drei Charakteristika an:

1. Es handelt sich um ein Klassifikationssystem, bei dem Krankheitsfälle auf Basis ihrer Diagnose eingeteilt werden, und Evidenz aus dem Ressourcenverbrauch und fallspezifischen Parametern gewonnen wird.
2. Die Kosten basieren auf dem nationalen Durchschnitt.
3. Im Rahmen dieses Vergütungsmodells werden Patienten in eine diagnosebezogene Fallgruppe eingeteilt und es werden die durchschnittlichen Kosten dieser Gruppe vergütet.

Die Kehrseite dieses Modells ist der Anreiz, Patient:innen aufgrund ihres Krankheitsrisikos auszuwählen. Der Trend geht in den Krankenhäusern dahin, Patient:innen mit leichten Symptomen in bestimmte Fallgruppen einzuteilen und kompliziertere Krankheitsfälle aus Kostengründen abzulehnen. Darüber hinaus wird in manchen Fällen eine unnötige Behandlung angeraten, damit die Patient:innen einer Fallgruppe zugeteilt werden können, die an einen höheren Vergütungssatz geknüpft ist.

Die Einzelleistungsvergütung ist die Kombination aus retrospektiver Vergütung und flexiblem Budget. Die Einzelleistungsvergütung wird auch als Tagespauschale bzw. tagesbezogener Pflegesatz bezeichnet und fand früher in vielen Situationen als Vergütungsmodell Anwendung (Olsen, 2017). Bei diesem Modell werden die Rechnungen für jede:n Patient:in einzeln gesammelt und erstattet. Einsatz findet dieses Konzept insbesondere, wenn die Vergütung durch Dritte der Privatwirtschaft (d. h. private Krankenversicherungen) und nicht durch die Steuereinnahmen des Staats erfolgt. Der retrospektive Charakter dieses Vergütungsmodells bietet für Krankenhäuser einen Anreiz, die Zahl diagnostischer Tests zu erhöhen und die Dauer der Krankenhausaufenthalte zu verlängern. Da die Krankenhäuser bei diesem Modell kein finanzielles Risiko tragen, werden möglicherweise Ressourcen verschwendet.

Die Beschreibungen der drei wichtigsten Vergütungsmodelle zeigt, dass jedes Modell Vor- und Nachteile bietet. Um dem entgegenzuwirken, können verschiedenen Modelle kombiniert werden. Als mögliche Lösung empfiehlt Olsen (2017), das auf Makroebene relevante feste Globalbudget mit der auf Mikroebene relevanten Einzelleistungsvergütung/Fallpauschale zu kombinieren. Demgemäß kann das gesamte Gesundheitsbudget von der Regierung eines Landes veranschlagt und an die Regionen und Bezirke verteilt werden. Mit diesem Budget können die subnationalen Verwaltungseinheiten zusätzlich zum bereits vorhandenen festen Budget passende Einzelleistungsvergütungs- bzw. Fallpauschalenmodelle entwickeln. Das kombinierte Vergütungsmodell ist bei den Kostentragenden (in diesem Fall die Regierung) beliebter als bei den Leistungstragenden (d. h. Krankenhäuser). Tatsächlich nehmen alle Beschlüsse der Regierung zwangsläufig Einfluss auf die Entscheidungstragenden der subnationalen Verwaltungseinheiten.

#### Einnahmequellen der Krankenhäuser

Bisher wurden die Vergütungsmodelle der Krankenhäuser thematisiert. Nun stellt sich die Frage, woher die finanziellen Mittel eigentlich stammen? Im Abschnitt oben wurde die staatliche Finanzierung über Steuereinnahmen als Beispiel für die Vergütung angeführt. Allerdings verfügen Krankenhäuser über weitere Einnahmequellen. Hierzu zählen etwa die gesetzlichen Versicherungen und Zahlungen aus privater Hand. Die gesetzliche Sozialversicherung ist praktisch ein öffentlicher Fonds, in den sowohl Arbeitgebende als auch Arbeitnehmende einzahlen. Obwohl die Sozialversicherungsbeiträge klar von den Steuereinnahmen abzugrenzen sind, werden sie, wie im Abschnitt oben erläutert, auf ähnliche Weise für die Vergütung im Gesundheitswesen herangezogen. In vielen Fällen werden die Kosten für in Privatkrankenhäusern erbrachte Gesundheitsdienste zum Teil durch Sozialversicherungsbeiträge abgegolten. Der Rest wird aus privater Hand bezahlt (Olsen, 2017). Private Zahlungen umfassen Zahlungen von selbst gewählten privaten Krankenversicherungen und Zuzahlungen der Patient:innen. Private Krankenversicherungen übernehmen Kosten für zusätzliche Gesundheitsdienste, die nicht durch die gesetzliche Krankenversicherung abgedeckt sind. Die Beiträge für private Krankenversicherungen werden von Privatpersonen oder Arbeitgebenden bezahlt, um durch Krankheiten verursachte finanzielle Notlagen zu vermeiden. Abhängig vom Gesundheitssystem müssen Patient:innen eventuell Zuzahlungen leisten, d. h. die für Gesundheitsdienste anfallenden Kosten werden mit dem eigenen Einkommen abgegolten.

Eine weitere mögliche Einnahmequelle für Krankenhäuser kann sich durch Kooperationen ergeben. Beispielsweise kann ein Krankenhaus in Zusammenarbeit mit einer Universität Mediziner:innen ausbilden und dadurch zusätzliche Einnahmen erwirtschaften. Auch Wohltätigkeitsorganisationen können Geld stiften. Jedoch sollte diese Art der Finanzierung ausschließlich den Patient:innen, nicht dem Krankenhaus, zugutekommen.

### Krankenhauskosten

Nach den Einnahmen wird nun auf die Ausgaben eingegangen. Dieser Abschnitt beschreibt, wie Krankenhäuser ihre Einnahmen für den Betrieb nutzen, um schließlich den für ihre Patient:innen bestmöglichen Output (Gesundheitszustand) zu erzeugen. Die Gesamtkosten eines Krankenhauses werden in Fixkosten und variable Kosten unterteilt. Fixkosten sind Betriebskosten, die nicht von der Zahl der erbrachten Leistungen oder aufgenommen Patient:innen abhängen (z. B. Kosten für Infrastruktur und Instandhaltung). Die variablen Kosten entsprechen dem Verhältnis der erbrachten Gesundheitsdienste und der behandelten Patient:innen (z. B. Kosten für Personal und Arzneimittel). Im Folgenden werden die Gesamtkosten in drei Kategorien unterteilt: Personalkosten, Kosten für Arzneimittel und medizinische Leistungen, und Kosten für nicht-medizinische Leistungen.

#### Personalkosten

Da das Gesundheitswesen ein arbeitsintensiver Sektor ist, machen die Personalkosten den größten Anteil an den Gesamtkosten eines Krankenhauses aus (Chletsos & Saiti, 2019). Die Anzahl der Arbeitskräfte wird durch die Größe des Krankenhauses oder die Anzahl der vorhandenen Patientenbetten bestimmt. Obgleich das medizinische Personal, d. h. Mediziner:innen, Pflegekräfte und Hebammen, die Stammbelegschaft eines Krankenhauses bilden, muss auch dem nicht-medizinischen Personal Rechnung getragen werden. Zu Letzterem zählen Mitarbeitende in der Verwaltung, Reinigung und IT. Um die „universelle soziale Absicherung im Krankheitsfall“ erfolgreich umzusetzen, empfiehlt die Weltgesundheitsorganisation (WHO) den Krankenhäusern pro 1.000 Patient:innen 4,45 medizinische Fachkräfte anzustellen (Scheffler et al., 2016).

#### Kosten für Arzneimittel und medizinische Leistungen

Kosten für Arzneimittel und medizinische Leistungen machen einen erheblichen Teil der Gesamtkosten eines Krankenhauses aus. Die Höhe dieser Kosten hängt maßgeblich von der stationären Versorgung, die die Patient:innen erhalten, und von der Dauer des Krankenhausaufenthalts ab (Chletsos & Saiti, 2019). Die Preisbildung von Arzneimitteln liegt in der Regel außerhalb der Kontrolle der Krankenhäuser. Allerdings können Krankenhäuser frei entscheiden, welche Arzneimittel sie kaufen, wenn unterschiedliche Unternehmen ähnliche Produkte anbieten. Je stärker der Wettbewerb in einem Markt ausgeprägt ist, desto mehr Auswahlmöglichkeiten stehen den Krankenhäusern zur Verfügung. Tatsächlich können insbesondere Privatkrankenhäuser durch den Verkauf verschreibungspflichtiger Medikamente Gewinne erzielen, vorausgesetzt, dass es die für das Gesundheitswesen relevanten Vorschriften zulassen.

#### Kosten für nicht-medizinische Leistungen

Kosten für nicht-medizinische Leistungen entstehen durch die in Krankenhäusern ausgeführten Tätigkeiten. Krankenhäuser müssen für die Errichtung des Gebäudes, die Instandhaltung der Infrastruktur, die Gerätschaften und sogar für Werbung aufkommen. Für den Bau eines neuen Krankenhauses, insbesondere privater Einrichtungen, müssen erhebliche Investitionen getätigt werden. Krankenhäuser berechnen die Kosten, indem sie die Kosten für medizinische Leistungen mit den Fixkosten und den Instandhaltungskosten addieren. Daraus lässt sich folgern, dass Privatkrankenhäuser für ähnliche Gesundheitsleistungen höhere Preise ansetzen als öffentliche Einrichtungen. Diese Diskrepanz bei den Kosten kann jedoch durch andere Aspekte ausgeglichen werden, z. B. durch kürzere Wartezeiten und eine höhere Qualität der medizinischen Behandlung.

### Fragen zur Selbstkontrolle

1. Bitte beschreiben Sie welchen Zweck ein Krankenhaus als wirtschaftliche Einheit erfüllt.

*Der Zweck eines Krankenhauses, das als wirtschaftliche Einheit fungiert, besteht darin, durch optimalen Ressourceneinsatz das bestmögliche Ergebnis für die Patient:innen zu erzielen.*

1. Bitte nennen Sie die zwei Kategorien, in die Vergütungsmodelle von Krankenhäusern laut Jegers et al. (2002) unterteilt werden.

*retrospektive vs. prospektive Vergütung; festes Budget vs. flexibles Budget*

1. Bitte nennen Sie die drei Kategorien, in die sich die Gesamtkosten eines Krankenhauses unterteilen lassen.

*Personalkosten, Kosten für Arzneimittel und medizinische Leistungen, und Kosten für nicht-medizinische Leistungen*

Zusammenfassung

In dieser Lektion wurden zwei Ebenen der Gesundheitsversorgung behandelt: die Primär- und die Sekundärversorgung. Es wurden Mediziner:innen beschrieben, die im Bereich der Primärversorgung arbeiten. Bei der Sekundärversorgung lag der Schwerpunkt auf den Krankenhäusern. Es gilt zu beachten, dass Mediziner:innen auf allen Ebenen der Gesundheitsversorgung eine gewichtige Rolle spielen. Aus diesem Grund nimmt ihr Verhalten maßgeblich Einfluss auf die Effizienz des Gesundheitswesens. Das Gesundheitswesen ist ein Markt mit besonderen Merkmalen, die sich von denen eines vollkommenen Markts unterscheiden. Dementsprechend findet das Prinzip der Gewinnmaximierung in der Gesundheitsversorgung kaum Anwendung. Das Verhalten der Mediziner:innen kann mithilfe des Bewertungsmodells nach McGuire und Pauly (1991), das auf der Nutzenmaximierung basiert, besser erklärt werden. Dieses Modell beschreibt die Nutzenfunktion für Mediziner:innen anhand von drei Variablen: Nettoeinnahmen, Freizeit und Nachfrageanreize.

Die Mediziner:innen müssen zwischen diesen Variablen abwägen, um den für sie optimalen Nutzen zu erzielen. Infolgedessen können manchmal Fälle von angebotsinduzierter Nachfrage auftreten. Dieses Phänomen lässt sich in der Praxis schwer erkennen, aber es wurden bereits viele Ansätze entwickelt, um dies zu ändern. Zunächst muss jedoch das Prinzip der angebotsinduzierten Nachfrage vollumfänglich verstanden werden. Im angeführten Beispiel aus Vietnam war dies offensichtlich nicht der Fall.

In Bezug auf die bestehenden Vergütungsmodelle weisen die Primär- und Sekundärversorgung (d. h. Mediziner:innen der Primärversorgung und Krankenhäuser) einige Ähnlichkeiten auf. Jedes Vergütungsmodell bietet Vor- und Nachteile. Aus diesem Grund werden oftmals verschiedene Modell miteinander kombiniert. Bis heute gibt es keine Vergütungsmodell, dass nachweislich auf alle Situationen zugeschnitten ist. Jede Situation verlangt ein individuelles Modell, das auf Überzeugungen und Erfahrungen beruht.

# Lektion 5 – Ökonomische Bewertung und Schwerpunktsetzung

**Lernziele**

Nach der Bearbeitung dieser Lektion werden Sie in der Lage sein, ...

... den Zweck der ökonomischen Bewertung zu verstehen.

... zu beschreiben, wie ein Nutzen gemessen werden kann.

... die Kosten für Gesundheitsmaßnahmen in Kategorien zu unterteilen.

... die ökonomische Bewertung bei der Entscheidungsfindung zu berücksichtigen.

# 5. Ökonomische Bewertung und Schwerpunktsetzung

## Einführung

Wie in anderen Bereichen der Wirtschaftswissenschaften dreht sich auch in der Gesundheitsökonomie alles um die Ressourcenknappheit. Der Entscheidungsfindungsprozess in der Gesundheitspolitik und Gesundheitsversorgung wird durch die gesundheitsökonomische Analyse gestützt. Therapieergebnisse sind häufig Gegenstand dieser Analyse. Die gesundheitsökonomische Bewertung beschäftigt sich mit Kosten und Nutzen (bzw. Effekten) von Gesundheitsmaßnahmen. Gesundheitsökonomische Bewertungen werden durchgeführt, um herauszufinden, welche Maßnahmen zu möglichst niedrigen Kosten die besten Ergebnisse für die Gesundheit der Gesellschaft bringen. Die Ergebnisse von ökonomischen Bewertungen können für die Schwerpunktsetzung herangezogen werden. Dadurch lässt sich feststellen, welche Maßnahmen unter Berücksichtigung der Ressourcenknappheit die größte Wirkkraft entfalten.

In dieser Lektion werden zunächst die zwei Determinanten der ökonomischen Bewertung – Nutzen und Kosten – erörtert. Auch Möglichkeiten, diese zu vermessen, werden beleuchtet. Es gibt zwei verschiedene Arten von Nutzen: der gesundheitsrelevante Nutzen und der Konsumnutzen. Beide Formen werden ausführlich beschrieben. Auch die Kosten werden erläutert. Je nach Sichtweise können diese unterschiedlich vermessen werden. Ebenso wird in dieser Lektion die auf diesem Gebiet verfügbare Evidenz untersucht, um darzulegen, wie Kosten und Nutzen in verschiedenen Situationen und Ländern gemessen werden.

Verschiedene Arten der ökonomischen Bewertung werden ausführlich anhand ihrer Merkmale und Anwendungsbereiche analysiert. Am Anschluss werden Kritikpunkte an den Messinstrumenten der ökonomischen Bewertung genauer beleuchtet und die Begriffe qualitätsadjustiertes Lebensjahr (QALY) und Kosteneffektivitätsschwelle bzw. maximale Zahlungsbereitschaft werden erklärt. Dies soll Forschenden im Bereich der Gesundheitsökonomie helfen, einen kompakten Überblick zu erhalten und die für eine bestimmte Situation am besten geeignete Methode der ökonomischen Bewertung auszuwählen.

Schließlich wird kurz thematisiert, wie ökonomische Bewertungen in die Politikgestaltung Einzug finden. Untersucht wird auch die Diskrepanz zwischen Theorie und Praxis, indem die Anwendung der ökonomischen Bewertung in der Implementierungswissenschaft genau erläutert wird. Dieser Abschnitt soll außerdem das Bewusstsein für den hohen Stellenwert der Forschung und informierter Entscheidungsfindungsprozesse schärfen, denen bei der Durchführung von Forschungsarbeiten Rechnung getragen werden muss. Am Ende dieser Lektion wird das öffentliche Gesundheitswesen in den USA anhand von Anwendungsbeispielen der ökonomischen Bewertung analysiert.

## 5.1 Nutzen und die Vermessung des gesundheitsbezogenen Nutzens

Im Zuge ökonomischer Bewertungen kann ein Nutzen auf unterschiedliche Weise gemessen werden. Die auf dem Gebiet der Gesundheitsökonomie verfügbare Fachliteratur konzentriert sich auf die Vermessung des Nutzens gesundheitsbezogener Maßnahmen. Danach richten sich auch die meisten Vorgaben für die Bewertung von Gesundheitstechnologie (ISPOR, 2022). Vermehrt wird in der Literatur aber auch die Vermessung des Konsumnutzens im Gesundheitswesen diskutiert. Ein Beispiel hierfür ist die Bewertung der **Zahlungsbereitschaft** (eng. Willingness to Pay, WTP). In diesem Abschnitt werden zunächst die für den gesundheitsbezogenen Nutzen relevanten Messinstrumente erörtert, die in der ökonomischen Bewertung Anwendung finden. Hierzu zählen Therapieergebnisse, die Lebensqualität und Instrumente der multiattributen Nutzentheorie (eng. Multi-Attributable Utility Instruments, MAUIs). Im Anschluss wird die Quantifizierung des Konsumnutzens erläutert. Das Hauptaugenmerk richtet sich dabei auf die Vermessung der Zahlungsbereitschaft und die entsprechenden Anwendungsbereiche.

**Zahlungsbereitschaft** Damit ist der Höchstpreis gemeint, den Konsumierende je Produkteinheit bereit sind zu zahlen (Varian, 1992).

### Die Quantifizierung des gesundheitsbezogenen Nutzens

Der Nutzen für die Gesundheit kann anhand unterschiedlicher Erhebungsmethoden (Beobachtungs- und Versuchsdaten) nachgewiesen werden. Als Teil der ökonomischen Bewertung liegt der Fokus im Folgenden auf der Vermessung des gesundheitsbezogenen Nutzens. Diese Vermessung bzw. Quantifizierung erfolgt anhand von Parametern wie Therapieergebnissen, der Lebensqualität (eng. Quality of Life, QoL) und den Instrumenten der multiattributen Nutzentheorie (MAUIs), die in diesem Abschnitt ausführlich erörtert werden.

#### Therapieergebnisse

Ein Therapieergebnis richtet sich nach dem Ziel, das durch eine gesundheitsbezogene Maßnahme erreicht werden soll. Bei schweren Erkrankungen, wie Krebs im fortgeschrittenen Stadium oder einer Dialyse, ist das oberste Ziel die Verlängerung des Lebens. Aus diesem Grund wird die Zahl der gewonnenen Lebensjahre bei gewissen ökonomischen Bewertungsmodellen als Parameter des gesundheitsbezogenen Nutzens herangezogen (Drummond et al., 2015). Tengs und Wallace (2000) weisen darauf hin, dass bis zu 90 Prozent der Patient:innen, deren Leben durch Gesundheitsmaßnahmen verlängert wurde, dies einer Krebstherapie zu verdanken haben. Drummond et al. (2015) meinen allerdings, dass die durch medizinische Behandlungen gewonnenen Jahre entsprechend der daraus resultierenden Lebensqualität angepasst werden sollten. Der Begriff Lebensqualität, der in dieser Lektion noch ausführlich erörtert wird, mag zu Überlegungen anregen, ob das Leben unter jedweder Bedingung besser ist als der Tod. Zwar kann es Patient:innen geben, die schlimme Lebensbedingungen dem Tod vorziehen. Dennoch hat diese Ansicht aus ethischen Gründen unter Forschenden viele Diskussionen ausgelöst. Dies soll verdeutlichen, dass die gewonnenen Lebensjahre möglicherweise keinen idealen Maßstab für den Nutzen darstellen, der im Rahmen einer gesundheitsökonomischen Bewertung berechnet wird. Tatsächlich wird für die in Europa geltenden Vorgaben zur Bewertung von Gesundheitstechnologien das qualitätsadjustierte Lebensjahr (QALY) herangezogen (European Network for Health Technology Assessment, 2015).

Der Parameter der gewonnen Lebensjahre ist möglicherweise auch in Bezug auf bestimmte Krankheitsbilder oder sogar die einzelnen Krankheitsstadien überflüssig. Beispielsweise wird das gewonnene Lebensjahr eines Krebspatienten anders gewertet als das eines Patienten, der an Diabetes leidet. Ebenso kann ein gewonnenes Lebensjahr eines Krebspatienten in einem fortgeschrittenen Stadium anders gewichtet werden als das eines Patienten in einem frühen Stadium. Für den Entscheidungsfindungsprozess in der Gesundheitsversorgung, bei dem es Budgetobergrenzen zu beachten gilt, ist ein Maßstab erforderlich, mit dem sowohl zwischen Krankheitsbildern als auch verschiedenen Krankheitsstadien verglichen werden kann. Die gewonnenen Lebensjahre sind dafür nicht unbedingt geeignet.

Erschwerend kommt hinzu, dass manche Therapieergebnisse nicht die patientenrelevanten Endpunkte sind. Als Endpunkt wird der Überlebensstatus eines Individuums bezeichnet. Es könnte theoretisch möglich sein, Aufzeichnungen zu einer Gruppe von Patient:innen zu führen, die bald sterben werden. Die Gesundheitsmaßnahmen für Patient:innen, die an chronischen Krankheiten leiden und einer längeren Lebenserwartung entgegensehen, können aber möglicherweise bis zu ihrem Tod nicht vollständig verfolgt werden. Aus diesem Grund finden in vielen Studien intermediäre Endpunkte Anwendung. Beispiele hierfür sind Änderungen des Stoffwechsels, Blutdruckschwankungen und das Fortschreiten in Richtung eines primären Endpunkts (Drummond et al., 2015). Intermediäre Endpunkte können eine Vorhersage späterer klinischer Ergebnisse (primärer Endpunkt) ermöglichen. Allerdings kann eine solche Vorhersage schwerwiegende Fehler aufweisen.

Auch bei der ökonomischen Bewertung von vorbeugenden Maßnahmen und Diagnoseverfahren ist die Anwendung von intermediären Endpunkten problembehaftet. Beispielsweise können durch neu eingeführte Früherkennungsuntersuchungen bestimmte Krankheiten in einem frühen Stadium diagnostiziert werden. Viele Menschen mögen dies als wirksame und folglich kosteneffiziente Maßnahme erachten. Doch das ist nicht unbedingt der Fall. Dass Krankheiten vermehrt frühzeitig diagnostiziert werden, ist zwar als positiv zu bewerten. Allerdings sollten die Vorteile dieser Maßnahme in einem größeren Zusammenhang betrachtet werden. Das bedeutet, dass die Kosten und Nutzen berücksichtigt werden müssen, die langfristig mit der medizinischen Behandlung der Patient:innen einhergehen. Im Anschluss sollte ein Vergleich mit möglichen Alternativen angestellt werden, z. B. kann festgestellt werden, ob sich eine Maßnahme zur Früherkennung von Krankheiten lohnt, indem eine Situation simuliert wird, in der diese Maßnahme nicht zur Anwendung kommt. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass bei der Anwendung von Therapieergebnissen als Maßstab des Nutzens in der ökonomischen Bewertung Vorsicht geboten ist.

#### Lebensqualität als Messinstrument

Der Begriff „Lebensqualität“ wurde ursprünglich in den USA geprägt. Er beschreibt die Auswirkungen von materiellen Gütern (z. B. ein Haus, Auto und andere Dinge) auf das Wohlbefinden der Menschen. Später wurde das Konzept der Lebensqualität durch andere Bereiche, wie Gesundheit, Bildung und soziale Sicherheit, erweitert (Carr et al., 1996). In der Gesundheitsforschung wird der Parameter der Lebensqualität immer öfter als Ergänzung zu den Therapieergebnissen herangezogen. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität (eng. Health-Related Quality of Life, HRQoL) wird durch patientenberichtete Outcomes (Patient-Reported Outcome, PRO) gemessen und fördert andere Aspekte als bloß das Therapieergebnis zu Tage. Valderas und Alonso (2008) entwickelten aus mehreren Ansätzen ein Modell für den Behandlungserfolg, das einzelne Aspekte der Morbidität aufzeigt, die die HRQoL beeinflussen. Zu diesen Aspekten zählen: „Symptome, Funktionsfähigkeit und die subjektive Wahrnehmung der eigenen Gesundheit“ (Valderas & Alonso, 2008, S. 1129). All diese Aspekte stehen mit den persönlichen und umweltbezogenen Rahmenbedingungen einer Person in Wechselbeziehung (Valderas & Alonso, 2008). HRQoL-Verfahren werden in zwei Kategorien unterteilt: generische (krankheitsübergreifende) und krankheitsspezifische Verfahren.

Generische HRQoL-Verfahren beziehen sich nicht auf eine bestimmte Krankheit, sondern eignen sich zum Einsatz in der Allgemeinbevölkerung und können auf jeden Gesundheitszustand angewendet werden. Diese generischen Messinstrumente können wiederum in zwei Gruppen unterteilt werden: Gesundheitsprofile und präferenzbasierte Ansätze. Gesundheitsprofile zeigen unterschiedlichste Werte auf. Sie finden in verschiedenen Bereichen der HRQoL Anwendung. Ein bekanntes Messinstrument, mit dem Gesundheitsprofile erfasst werden, ist der *Fragebogen zum Gesundheitszustand SF-36*. Dieser deckt acht Bereiche der HRQoL ab (Coons et al., 2000). Gesundheitsprofile zeichnen sich dadurch aus, dass einzelne Bereiche der HRQoL getrennt untersucht werden können. Das vereinfacht den Vergleich von Behandlungsergebnissen in einem bestimmten Bereich. Präferenzbasierte Messinstrumente bringen nur einen Wert, den Gesundheitsindex, hervor. Dieser bildet Ergebnisse auf einer Skala von 0 (Tod) bis 1 (idealer Gesundheitszustand) ab. Der Gesundheitsindex zeigt den subjektiv wahrgenommenen Gesundheitszustand einer Person an, den diese zum Zeitpunkt der Beantwortung der Fragen selbst wahrgenommen hat. Mithilfe vieler dieser präferenzbasierten Messinstrumente kann der Nutzen gemessen werden. Weitverbreitete Instrumente der präferenzbasierten Lebensqualitätsmessung sind der EQ-5D-Fragebogen (EuroQol), die Quality of Well-Being Skala (QWB) und der Health Utility Index (HUI).

Krankheitsspezifische Messinstrumente beziehen sich auf eine bestimmte Krankheit oder eine Gruppe von Erkrankungen. Ein Beispiel hierfür ist der QLQ-C30 Fragebogen der European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC), der die Lebensqualität onkologischer Patient:innen beurteilt. Dieses Messinstrument ist besonders für die Bewertung der Wirksamkeit einer krankheitsspezifischen Behandlung hilfreich. In Bezug auf die ökonomische Bewertung ist es jedoch Einschränkungen unterworfen, weil es nicht für einen Vergleich verschiedener Krankheiten und den entsprechenden Behandlungsmöglichkeiten herangezogen werden kann (Drummond et al., 2015). Es werden Anstrengungen unternommen, einen Algorithmus zu entwickeln, der einen solchen Vergleich durch einen zusammenfassenden Wert ermöglicht. So wurde beispielsweise der QLU-C10D-Fragebogen von der Quality of Life Group der EORTC entwickelt, um aus dem QLQ-C30-Fragebogen einen Nutzen für Krebspatient:innen abzuleiten.

Die bisher erwähnten Messinstrumente werden für die Bewertung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (HRQoL) verwendet. In der klinischen Forschung wird die HRQoL meist als Synonym für Lebensqualität benutzt. Dementsprechend werden die meisten Messinstrumente für die HRQoL entwickelt. Allerdings gibt es neben der Gesundheit wahrscheinlich noch andere Faktoren (z. B. soziale und wirtschaftliche Kriterien), die Einfluss auf die Lebensqualität einer Person nehmen. Angenommen jemand hat ein Kind, das an Krebs erkrankt ist. Dieser Umstand beeinträchtigt das psychische Wohlbefinden dieser Person und wirkt sich daher nachteilig auf deren Lebensqualität aus. Ein anderes denkbares Szenario beschreibt zwei Krebspatienten, von denen einer mehr unter der Krankheit leidet als der andere, weil er nicht in der Lage ist, die mit der Behandlung verbundenen hohen Kosten zu tragen. Dadurch vergrößern sich wiederum die Existenzsorgen dieses Patienten. Solche Szenarien und die damit einhergehenden Probleme, wie z. B. die finanzielle Last und ihre Folgen für Patient:innen und deren Familien, finden auch unter Forschenden Beachtung (Altice et al. 2017; Carrera et al. 2018; Newton et al., 2020).

#### Generische Messinstrumente des gesundheitsbezogenen Nutzens

Bisher wurden die gewonnen Lebensjahre und die Lebensqualität als Ergebnis einer Therapie- oder Präventionsmaßnahme erläutert. Um den Nutzen für die Gesundheit bzw. den gesundheitsbezogenen Nutzen zu ermitteln, müssen sowohl die gewonnenen Lebensjahre als auch die Lebensqualität mithilfe eines Maßstabs erfasst werden. Für diesen Zweck wurden generische Messinstrumente entwickelt. Diese Messinstrumente werden vorwiegend in der ökonomischen Bewertung eingesetzt, um den Nutzen verschiedener Gesundheitsmaßnahmen zu vergleichen. Im Folgenden werden die zwei am häufigsten angewendeten generischen Messinstrumente bzw. Maßeinheiten der ökonomischen Bewertung erörtert: das qualitätsadjustierte Lebensjahr (eng. Quality-Adjusted Life Year, QALY) und das behinderungsbereinigte Lebensjahr (eng. Disability-Adjusted Life Year, DALY).

Die erste Studie, in der das QALY Erwähnung fand, wurde 1968 durchgeführt. In dieser Studie wurden Nierentransplantationen mit Dialysebehandlungen anhand von erhöhter Lebensqualität (geringere Morbidität) und gewonnenen Lebensjahren (reduzierte Letalität) verglichen (Klarman et al., 1968). Das QALY als Maßeinheit gab es damals noch nicht, es wurde lediglich kurz thematisiert. Seither fanden die Vorteile dieses ökonomischen Bewertungskonzepts immer mehr Anerkennung und seitens der Forschung wurden viele Anstrengungen zur Quantifizierung des QALY unternommen. Das QALY wird anhand des Gesundheitszustands gemessen und spiegelt die mit diesem Gesundheitszustand verknüpfte Lebensqualität (HRQoL) wider (Drummond et al., 2015). Die Abbildung unten zeigt, wie durch die Kennzahl QALY Ergebnisse von Gesundheitsmaßnahmen quantifiziert werden können.

Das QALY bezogen auf eine:n Patient:in mit und ohne medizinische Behandlung

Chart, histogram, waterfall chart

Description automatically generatedQuelle: Duy Pham (2022).

Das QALY wird im Zuge von Längsschnittstudien untersucht. Gegenstand der Untersuchungen sind die im Laufe der Zeit auftretenden Veränderungen und die positiven Auswirkungen einer neuen Behandlung. Der orange (verlorene QALYs) und der graue Bereich (QALY ohne Behandlung) in der Abbildung oben ist die Summe der QALYs, die eine Person ohne medizinische Behandlung erreicht. Der gesamte farbige Bereich zeigt, dass eine neue Behandlung in Anspruch genommen wird. Häufig leiden Patient:innen im frühen Stadium ihrer Erkrankung an Nebenwirkungen. Dies kann zu einer niedrigeren Gewichtung des QALY oder sogar zu einem Verlust an QALYs führen. Im weiteren Verlauf nehmen die QALYs jedoch zu. Dies erhöht die Lebenserwartung der Patient:innen, was anhand der Verlaufskontrolle, die in zusätzlichen Jahren bis zum Tod der Patient:innen ausgedrückt und auf der horizontalen Achse der Abbildung veranschaulicht wird. Demgemäß sollten die zu Lebzeit gewonnenen QALYs durch Abzug der verlorenen QALYs berechnet werden. Diese Abbildung kann im Zuge einer Einschätzung der bis zum Tod andauernden Verlaufskontrolle für einen Vergleich von zwei oder mehr Gesundheitsmaßnahmen herangezogen werden, um Veränderungen der QALYs (gewonnene oder verlorene Jahre) auszumachen. Die QALYs im Diagramm werden auf einer Intervallskala von 0 (= Tod) bis 1 (= idealer Gesundheitszustand) abgebildet, die häufig als Maßstab dient. Angaben von Personen deuten jedoch darauf hin, dass es Krankheiten bzw. Gesundheitszustände gibt, die schlimmer sind als der Tod. Dadurch ergibt sich auf der Skala ein Wert unter 0. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass das QALY-Konzept auf den Patientenpräferenzen beruht.

Das behinderungsbereinigte Lebensjahr (DALY) wurde für die Bewertung der globalen Krankheitslast (eng. Global Burden of Disease) konzipiert und zum ersten Mal in einer Studie von Murray und Lopez (1997) erwähnt. Im Prinzip weist dieses Messinstrument Ähnlichkeiten zum QALY auf, unterschiedet sich aber in einigen Punkten grundlegend von dem im Jahr 1996 erarbeiteten Konzept:

* Die für das DALY berechnete Lebenserwartung ist gleichbleibend und orientiert sich an der Lebenserwartung von japanischen Frauen, da diese die höchste Lebenserwartung der Welt aufweisen. Hier unterscheidet sich das Messinstrument von der fallbezogenen Lebenserwartung des QALY, die auf Messdaten von Längsschnittstudien zu bestimmten Krankheiten beruht. Für das DALY muss also keine Zeit für Verlaufskontrollen zur Feststellung der Lebenserwartung aufgewendet werden. Allerdings sind die Ergebnisse möglicherweise nicht sehr aussagekräftig.
* Wie ein DALY in Bezug auf den Grad der gesundheitlichen Beeinträchtigung gewichtet wird, wurde in Genf im August 1995 durch Abwägungen und Bewertungen eines Gremiums bestehend aus Fachleuten des Gesundheitswesens festgelegt (Murray & Lopez, 1997). Patientenpräferenzen finden bei diesem Messinstrument keine Anwendung. Wie Arnesen und Kapiriri (2004) in ihrer Fachliteratur beschreiben, löste dieser Umstand heftige Debatten aus.
* Obgleich für das DALY dieselbe Messlatte von 0 bis 1 wie für das QALY herangezogen wird, um den Tod bzw. idealen Gesundheitszustand abzubilden, handelt es sich hierbei weniger um eine Intervallskala, sondern um eine nicht-metrische Skala, die nur sieben Werte für eine Krankheit erfasst.
* Ursprünglich wurde für das DALY das Alter der Patient:innen berücksichtigt, wobei höhere Altersklassen stärker gewichtet wurden als niedrige. Diese Gewichtung des Alters könne sich laut Murray und Lopez (2013) negativ auf die Gleichbehandlung der Patient:innen auswirken. Aus diesem Grund wurde bei der 2010 veröffentlichten Studie zur Bewertung der globalen Krankheitslast das Alterskriterium aus ethischen Gründen außer Acht gelassen.

Dieses Messinstruments dient hauptsächlich der Einschätzung der Krankheitslast. Obwohl das Instrument vielfach kritisiert wurde, wird es immer noch vor allem von internationalen Organisationen (z. B. der Weltgesundheitsorganisation, WHO) eingesetzt, um den gesundheitsbezogenen Nutzen (bzw. Verlust) einer medizinischen Maßnahme zu bewerten.

#### Präferenzerhebungen

Der Begriff „Präferenz“ wird üblicherweise als Synonym für „Wert“ und „Nutzen“ verwendet; Drummond et al. (2015) meinen allerdings, dass es sich hierbei um einen Sammelbegriff handelt, der zwei weitere Konzepte umfasst. Dementsprechend bezieht sich der Begriff „Präferenz“ in diesem Skript allgemein auf Erhebungsmethoden. Laut Drummond et al. (2015) sind die drei am häufigsten angewandten Verfahren für die Erhebung von individuellen Patientenpräferenzen Bewertungsskalen (und deren verschiedene Varianten), Standard Gamble (SG) und Time Trade-off (TTO).

Bewertungsskalen eignen sich besonders gut, um Präferenzen zu messen. Dabei handelt es sich für gewöhnlich um Skalen, die von 0 bis 100 reichen. Bewertungsskalen können auch in eine kleine Zahl an Kategorien (ca. 10) unterteilt werden. Diese werden als kategoriale bzw. nicht-metrische Skalen bezeichnet. Eine weitere Version der Bewertungsskala ist die visuelle Analogskala (VAS). Dabei wird ein meist waagerechter Balken oder eine Gerade (in der Regel 10 Zentimeter) mit zwei Endpunkten vorgegeben, die dazwischen keine Abstufungen bzw. Nummern aufweist. Die VAS kommt beispielsweise bei dem von EuroQoL entwickelten EQ-5D-Fragebogen zur Anwendung. Präferenzen können zwar mithilfe einer Bewertungsskala schnell und ausreichend bemessen werden, doch sie bergen auch das Risiko, dass Ergebnisse verzerrt werden. In der Fachsprache wird dies Bias genannt. Ein möglicher Bias, der in der Fachliteratur von Bleichrodt und Johannesson (1997) und Torrance et al. (2001) Erwähnung findet, ist der End-Of-Scale Bias. Hier werden die Punkte am Ende einer Skala von den Testpersonen, die ihren Gesundheitszustand beschreiben, oft vermieden. Drummond et al. (2015) nennen zwei Ansätze, die das Risiko eines solchen Bias begrenzen können. Ein Ansatz besteht darin, mithilfe einer Bewertungsskala Werte über den Gesundheitszustand von Patient:innen zu erfassen und diese Werte in der Folge auf Verfahren umzulegen, bei der die Patient:innen vor eine Wahl gestellt werden (z. B. SG oder TTO). Allerdings wäre es besser, von Anfang an ein solches Verfahren anzuwenden. Beim zweiten Ansatz kommt eine Kombination von Erhebungsmethoden zum Einsatz, wobei die Bewertungsskala einen guten Ausgangspunkt darstellt. Ziel dieses Ansatzes ist es, die Testpersonen vor Anwendung weiterer Methoden mit den Präferenzen vertraut zu machen.

Standard Gamble (SG) ist eine Methode der Präferenzerhebung, bei der die Testpersonen zwischen Alternativen auswählen müssen. Mit dieser Methode können sowohl die Präferenzen von Patient:innen mit chronischen als auch vorübergehenden Gesundheitsbeschwerden gemessen werden. Bei chronischen Krankheiten ist die SG-Methode nur anwendbar, wenn dieser Krankheitszustand dem Tod vorgezogen wird. Wird der Zustand schlimmer als der Tod empfunden, ist diese Methode nicht geeignet. Testpersonen, die an chronischen Krankheiten leiden, werden vor die folgende Wahl gestellt:

1. Eine Behandlung mit zwei möglichen Ergebnissen: die Wahrscheinlichkeit , für die restliche Lebenszeit völlig gesund zu sein, oder die Wahrscheinlichkeit , sofort zu sterben.
2. Die chronische Krankheit bis zum Tod ertragen.

Bei dieser Methode wird die Wahrscheinlichkeit so lange angepasst, bis der Indifferenzpunkt der zwei Alternativen erreicht ist, also wenn der Präferenzwert gleich ist. Da auf einer Skala von 0 bis 1 abgebildet wird, kann davon ausgegangen werden, dass der ideale Gesundheitszustand den Wert 1 darstellt und der Tod den Wert 0. SG kann auch für die Präferenzerhebung von vorübergehenden Gesundheitsbeschwerden herangezogen werden (Drummond et al., 2015).

Time Trade-off (TTO) ist eine weitere Methode, die auf der Auswahl von Alternativen basiert und für die Erhebung von Patientenpräferenzen eingesetzt wird. Hier wird nicht wie bei der SG-Methode mit der Wahrscheinlichkeit, dass der Tod eintritt, spekuliert, sondern Lebenszeit wird gegen einen besseren Gesundheitszustand eingetauscht. Patient:innen, die an einer chronischen Krankheit leiden, diesen Zustand aber dem Tod vorziehen, werden vor folgende Wahl gestellt:

1. Die chronische Krankheit für die restliche Lebenszeit ertragen und dann sterben
2. Für kürzere Lebenszeit gesund zu sein und dann sterben

wird so lange variiert, bis die Testpersonen die beiden Alternativen als gleichwertig (indifferent) empfindet. Der Präferenzwert an diesem Punkt wird mit berechnet. Bei dieser Methode kommt auch die Skala von 0 (Tod) bis 1 (idealer Gesundheitszustand) zur Anwendung. Die TTO-Methode kann auch für die Präferenzerhebung von vorübergehenden Gesundheitsbeschwerden herangezogen werden. Dies wird in der Fachliteratur von Drummond et al. (2015) ausführlich erklärt.

Die drei am häufigsten angewandten Methoden der Präferenzerhebung wurden nun kurz und knapp erklärt. Die Anwendung dieser Methoden ist jedoch weitaus komplexer und erfordert viel mehr Zeit, als es zunächst den Anschein hat. Alternativ dazu werden für die Erhebung des Patientenpräferenzen immer häufiger multiattribute Systeme zur Klassifizierung des Gesundheitszustands verwendet (Drummond et al., 2015). Diese Systeme werden auch als Instrumente der multiattributen Nutzentheorie (MAUIs) bezeichnet, die für jeden auf verschiedenen Attributen basierenden Gesundheitszustand einen Nutzwert ableiten. Bekannte Beispiele solcher Instrumente sind der EQ-5D-Fragebogen, der SF-36-Fragebogen zum Gesundheitszustand und der Health Utility Index (HUI). Die Entwicklung und der Vergleich solcher Instrumente sowie die entsprechenden Bewertungsmethoden werden in dieser Lektion nicht thematisiert. Eingehend behandelt wird dieses Thema aber in der Fachliteratur von Richardson et al. (2014, 2016).

### Die Quantifizierung des Konsumnutzens der Gesundheit

In den meisten vom Staat bereitgestellten Richtlinien zur ökonomischen Bewertung wird das QALY als bevorzugtes Instrument für die Quantifizierung von Therapieergebnissen empfohlen (ISPOR, 2022). Allerdings ist ein zunehmendes Interesse an alternativen Instrumenten, die den Nutzen für die Gesundheit messen, zu beobachten. Ein Beispiel hierfür ist die Zahlungsbereitschaft (eng. Willingness to Pay, WTP) (Drummond et al., 2015). Schwedische Richtlinien legen nahe, dass die Zahlungsbereitschaft unter bestimmten Umständen als bevorzugtes Messinstrument verwendet werden kann (ISPOR, 2022). Der Grund für den Einsatz dieses Messinstruments ist laut Drummond et al. (2015, S. 181 – 182) auf unterschiedlich ausgelegte Forschungsergebnisse zurückzuführen. Verfechter der Wohlfahrtsökonomik befürworten beispielsweise oft die Zahlungsbereitschaft als Messinstrument. Der vorrangige Zweck dieses Messinstruments ist es, dem gesundheitsbezogenen Nutzen einen monetären Wert beizumessen. Dadurch kann ein Vergleich mit anderen Investitionen außerhalb des Gesundheitssektors angestellt werden.

Im Folgenden werden mögliche Methoden erläutert, mit denen der monetäre Wert des Nutzens von Gesundheitsmaßnahmen bestimmt werden kann. Der Schwerpunkt liegt dabei auf den im Rahmen einer ökonomischen Bewertung beobachteten Präferenzen zur Zahlungsbereitschaft.

#### Der monetäre Wert von Therapieergebnissen und die Zahlungsbereitschaft

Üblicherweise werden „Kosten-Nutzen-Analysen“ durchgeführt, um einem Therapieergebnis einen monetären Wert zuzuschreiben. Dies geschieht im Rahmen von gesundheitsökonomischen Bewertungen, die sich von Evaluierungen unterscheiden, bei denen der gesundheitsbezogene Nutzen anhand natürlicher Parameter gemessen wird (Sculpher & Claxton, 2012). Allgemein gibt es drei Ansätze für die monetäre Bewertung von Therapieergebnissen: (1) die Zahlungsbereitschaft basierend auf den Präferenzen der Befragten, (2) der Humankapitalansatz und (3) die Theorie der offenbarten Präferenzen. In den folgenden Abschnitten richtet sich das Hauptaugenmerk auf die Zahlungsbereitschaft (Drummond et al., 2015).

Die Zahlungsbereitschaft gibt den monetären Betrag an, den Menschen für einen gesundheitsbezogenen Nutzen bereit sind zu zahlen. Dieser Wert kann dann mit anderen Wirtschaftsgütern, die aufgrund von vorgegebenen Budgetobergrenzen in Frage kommen, verglichen werden. In der Gesundheitsforschung gibt es zwei vorrangige Methoden, die für die Analyse der Zahlungsbereitschaft eingesetzt werden: der kontingente Bewertungsansatz (eng. Contingent Valuation) und Discrete-Choice-Experimente (Carson, 2012; Ryan et al., 2001; Steigenberger et al., 2022). Drummond et al. (2015) zeigen unterschiedliche Möglichkeiten zur Vermessung der Zahlungsbereitschaft auf. Sie nennen die eingeschränkte Perspektive, bei der nur gesundheitsbezogene Nutzen berücksichtigt werden, die keinen monetären Wert am Markt besitzen (z. B. der Wert eines veränderten Gesundheitszustandes). Bei der umfassenden Perspektive wird nicht nur dem gesundheitsbezogenen Nutzen, sondern auch anderen Faktoren Rechnung getragen, wie z. B. den zukünftigen Kosten für medizinische Maßnahmen, die vermieden werden konnten, oder die erhöhte Produktivität einer Person, die aufgrund einer Gesundheitsmaßnahme einen besseren Gesundheitszustand verzeichnet. Die umfassende Perspektive kann bei einer ökonomischen Bewertung des Gesundheitsmarktes aus Sicht der Gesellschaft Anwendung finden. Steigenberger et al. (2022) weisen darauf hin, dass die Zahlungsbereitschaft der Befragten vom sozioökonomischen Status, dem wahrgenommenen Nutzen, den möglichen Risiken und Zugriffsbeschränkungen in Verbindung mit einer Maßnahme usw. abhängt.

Die Zahlungsbereitschaft ist im Bereich der Gesundheitsforschung Gegenstand hitziger Diskussionen. Es gibt Forschende, die die Zahlungsbereitschaft als Messinstrument dem QALY vorziehen, weil sie nicht nur den gesundheitsbezogenen Nutzen, sondern auch nicht gesundheitsrelevante Vorteile und gesellschaftliche Präferenzen berücksichtigt (O‘Brien & Viramontes, 1994; Olsen & Smith, 2001). Olsen und Smith (2001) bringen zwei weitere Argumente zugunsten der Zahlungsbereitschaft vor: Die Zahlungsbereitschaft hat ihren Ursprung in der Wohlfahrtsökonomik, was ihr theoretische Legitimation verleiht. Außerdem kann durch die Zahlungsbereitschaft die Ressourcenallokation optimiert werden (Olsen & Smith, 2001). Die Autoren betonen jedoch, dass die theoretische Legitimation der Zahlungsbereitschaft in empirischen Studien zu diesem Ansatz nicht genügend Beachtung gefunden hat.

Auch wurde der Ansatz wiederholt kritisiert. So weist etwa Cookson (2003) darauf hin, dass die Testpersonen bei der Befragung zur Zahlungsbereitschaft dem gesundheitsbezogenen Nutzen quantitativ nicht zur Genüge Rechnung tragen. Das bedeutet, dass auch wenn der Wert des Nutzens stark schwankt, die Zahlungsbereitschaft der Testpersonen ziemlich konstant bleibt. Zudem ist es möglich, dass bei einem Vergleich von Gesundheitsmaßnahmen der monetäre Wert eines gesundheitsbezogenen Nutzens verzerrt wird, wenn die Zahlungsbereitschaft als Messinstrument dient (Cookson, 2003). Das heißt, der durch die Zahlungsbereitschaft hervorgegangene Wert wird zu hoch bemessen. Zusammenfassend ist zu vermerken, dass die Ansätze für die Bewertung der Zahlungsbereitschaft weiterentwickelt und validiert werden müssen, damit sie für gesundheitsökonomische Bewertungen verlässliche Ergebnisse liefern können (d. h. für die Kosten-Nutzwert-Analyse; Drummond et al., 2015; Olsen & Smith, 2001).

### Fragen zur Selbstkontrolle

1. Welches ist das am häufigsten verwendete Messinstrument für den gesundheitsbezogenen Nutzen?

*qualitätsadjustiertes Lebensjahr (QALY)*

1. Bitte nennen Sie die drei auf häufigsten eingesetzten Methoden der Präferenzerhebung.

*Bewertungsskala, Standard Gamble und Time Trade-off*

1. Bitte führen Sie die Definition für die Zahlungsbereitschaft an.

*Die Zahlungsbereitschaft bezieht sich auf den Höchstpreis, den Konsumierende je Produkteinheit bereit sind zu zahlen.*

## 5.2 Kosten des Gesundheitswesens

Die Kostenanalyse ist als Teil der gesundheitsökonomischen Bewertung unverzichtbar. Obgleich die Kosten einer Gesundheitsmaßnahme abhängig von den Rahmenbedingungen schwanken können, gibt es einige allgemeine Richtlinien, die einen Kostenvergleich zwischen verschiedenen Maßnahmen ermöglichen. Dieser Abschnitt behandelt zunächst den Kostenbegriff der Wirtschaftslehre. Außerdem wird erklärt, warum die Opportunitätskosten in der ökonomischen Bewertung dem Marktpreis vorzuziehen sind. Im Anschluss werden die Kosten aus unterschiedlichen Perspektiven untersucht und in verschiedene Kategorien unterteilt.

### Opportunitätskosten oder Marktpreis?

Opportunitätskosten beschreiben in den Wirtschaftswissenschaften den entgangenen Nutzen beziehungsweise den entgangenen Ertrag einer Handlungsalternative, auf den zugunsten der durchgeführten Alternative verzichtet wird. Dieses Konzept findet auch im Gesundheitswesen Anwendung, das als unvollkommener Markt gilt und sich durch einen ausgeprägten Wettbewerb auszeichnet. In einem vollkommenen Markt entspricht der Marktpreis in etwa den Opportunitätskosten. Wenn es jedoch zu einem Marktversagen kommt, spiegelt der Marktpreis die Opportunitätskosten nicht vollständig wider. Aus diesem Grund sind Preisanpassungen nötig, bei denen sowohl die anfallenden expliziten (tatsächlichen Kosten) als auch die impliziten Kosten (Inputkosten, die keine Geldauszahlung verursachen) berücksichtigt werden. Dies bedeutet nicht, dass der Marktpreis außer Acht gelassen werden kann. Tatsächlich werden für viele Studien immer noch bestehende Marktpreise herangezogen, wenn diese verfügbar sind und die Berücksichtigung andere Kosten nicht schlüssig begründet werden kann. Beispielsweise könnten für die Budgetveranschlagung die Kosten einer Gesundheitsmaßnahme allein über den Marktpreis ermittelt werden. Sollen hingegen die für eine Gesellschaft anfallenden Kosten analysiert werden, müssen neben dem Marktpreis noch weitere Kosten berücksichtigt werden. Drummond et al. (2015) sind der Meinung, dass bei einer Kostenanpassung die Gesellschaft überzeugt sein muss, dass (1) es ohne Anpassung zu erheblichen Verzerrungen des Marktpreises kommen würde und (2) die Anpassungen transparent und objektiv vorgenommen werden.

### Kostenperspektiven

Bei der ökonomischen Bewertung ist es wichtig, vor der Kostenkalkulation die jeweils angewandte Perspektive zu identifizieren, da die einbezogenen Kosten abhängig von der jeweiligen Perspektive (z. B. Patient:innen, Gesellschaft) variieren. So sind beispielsweise die Reisekosten, die den Patient:innen und dem behandelnden Fachpersonal entstehen, für die Patient:innen und die Gesellschaft von Bedeutung. Für die Kostenträger sind sie jedoch irrelevant. Für wen die Kosten von Bedeutung sind, muss vor jeder Kostenanalyse ermittelt werden. Damit die richtige Kostenperspektive eruiert werden kann, müssen ausreichend Daten, Ressourcen und Zeit für die Durchführung einer solchen Studie vorhanden sein (Drummond et al., 2015). Die Kostenrelevanz kann sich auf Kostenträger (bzw. das Gesundheitswesen), die Gesellschaft, Arbeitgebende, Patient:innen und ihre Familienangehörigen beziehen. In ökonomischen Bewertungen sind vor allem die Perspektive der Kostentragenden (bzw. das Gesundheitswesen) und der Gesellschaft von Bedeutung. In den meisten Vorgaben zur Bewertung von Gesundheitstechnologien wird die für ökonomische Bewertungen empfohlene Kostenperspektive angegeben (ISPOR, 2022). Im folgenden Abschnitt werden die Kosten entsprechend ihrer Relevanz in Kategorien unterteilt. Dabei wird sowohl die engere Perspektive der Kostentragenden (bzw. des Gesundheitswesens) als auch die weitergefasste Perspektive der Gesellschaft als Ganzes berücksichtigt.

### Kostenkategorien

Es gibt verschiedene Möglichkeiten, Kosten zu klassifizieren. In beinahe allen landesspezifischen Vorgaben zur Bewertung von Gesundheitstechnologien wird bei der ökonomischen Bewertung zwischen direkten und indirekten Kosten unterschieden (ISPOR, 2022). Es wurden bereits Anstrengungen unternommen, diese Kostenkategorien zu definieren. Einflussreiche Arbeit hat in diesem Zusammenhang die erste und zweite Diskussionsrunde über die Kosteneffektivität im Gesundheitswesen und der Medizin (auch als „Washington Panel for Cost-Effectiveness in Health and Medicine“ bezeichnet) geleistet. Die daraus hervorgegangenen Empfehlungen finden in zahlreichen Studien Anwendung, die im Rahmen von ökonomischen Bewertungen durchgeführt werden (Sanders et al., 2016; Weinstein et al., 1996).

Die erste Diskussionsrunde zeigte auf, dass in der Fachliteratur die Kosten in der Regel in direkte und indirekte Kosten aufgeteilt werden. Kosten, die direkt an die Bereitstellung einer untersuchten Gesundheitsmaßnahme geknüpft sind, werden als direkte Kosten bezeichnet (Weinstein et al., 1996). Zu den indirekten Kosten gibt es unterschiedliche Angaben in der Fachliteratur. Manche verstehen darunter den Produktivitätsverlust bzw. -gewinn, der durch Krankheit oder Letalität entsteht. Für andere ist der Eigenwert der Gesundheit (d. h. die intangiblen Kosten einer Krankheit) Teil der indirekten Kosten. Die Fachleute der Diskussionsrunde einigten sich darauf, den Begriff „direkte Kosten“ beizubehalten, aber die „indirekten Kosten“ in „Produktivitätskosten“ umzubenennen, um die Verwirrung, die der Begriff „Eigenwert“ der Gesundheit hervorgerufen hat, auszumerzen (Weinstein et al., 1996). Darüber hinaus erklärten die Fachleute, dass der Eigenwert der Gesundheit bei der Kostenanalyse außer Acht gelassen werden sollte, da er bereits im multidimensionalen Konstrukt der gesundheitsbezogenen Lebensqualität Berücksichtigung findet.

Nach einem Jahrzehnt kam die Diskussionsrunde ein zweites Mal zusammen (Sanders et al., 2016), um weitere Empfehlungen auszuarbeiten. Diese fanden in den letzten Jahren in Studien Einzug, die im Rahmen von ökonomischen Bewertungen durchgeführt wurden. Demgemäß werden Kosten folgendermaßen klassifiziert: (1) Kosten, die in den Bereich des „offiziellen Gesundheitswesens“ fallen und (2) Kosten, die außerhalb des Gesundheitswesens anfallen (also im „inoffiziellen Gesundheitswesen“). Diese Kostenkategorien werden nun ausführlich erklärt und die zweite Diskussionsrunde wird im Folgenden als „die Diskussionsrunde“ bezeichnet.

#### Kosten im Bereich des „offiziellen Gesundheitswesens“

Die Kosten des offiziellen Gesundheitswesens beziehen sich unter anderem auf den Konsum von Gütern und Dienstleistungen, die zu den für die Gesundheitsversorgung notwendigen Inputfaktoren zählen (Sanders et al., 2016). Im Fall eines chirurgischen Eingriffes umfassen diese offiziellen Kosten die Kosten für den eigentlichen Eingriff, d. h. für medizinische Ausrüstung, Arzneimittel und das Gehalt der Chirurg:innen, sowie die Kosten für eventuelle Komplikationen. Die an der Diskussionsrunde beteiligten Fachleute führten einige Beispiele für Kosten an, die im offiziellen Gesundheitswesen entstehen. Sie nannten etwa Kosten für Arzneimittel, medizinische Gerätschaften, den Zeitaufwand und die Dienste der Mediziner:innen sowie die ambulante und stationäre Versorgung (Sanders et al., 2016).

Diese Kostenkategorisierung zeigt, welche Kosten für die Kostentragenden (bzw. das Gesundheitswesen) relevant sind, sie spiegelt also deren Perspektive wider, und findet insbesondere in vielen landesspezifischen Vorgaben zur Bewertung von Gesundheitstechnologien Anwendung (ISPOR, 2022). Dies ist ebenfalls ein Vorteil der aktuellen Empfehlungen, die die Diskussionsrunde zur Kostenanalyse abgegeben hat.

Es gibt zwei Modelle, mit denen sich die Kosten des offiziellen Gesundheitswesens erfassen lassen: der Micro-Costing-Ansatz und der Gross-Costing-Ansatz. Beim Micro-Costing-Ansatz werden in der Regel Primärdaten der einzelnen Patient:innen herangezogen, um den Ressourcenbedarf für eine bestimmte Behandlung zu bestimmen. Für den Gross-Costing-Ansatz werden meist elektronische Daten (bzw. Daten über die Kostenerstattung) verwendet. Der Fokus liegt hier weniger auf den einzelnen Patient:innen, sondern auf den Kosten, die für die Leistungserbringenden relevant sind. Weitere Informationen zu diesen Ansätzen sind in der Fachliteratur von Heslin et al. (2018) und Sanders et al. (2016) aufgeführt.

#### Kosten außerhalb des „offiziellen Gesundheitswesens“

Es gilt zu beachten, dass im Rahmen von Gesundheitsmaßnahmen Kosten anfallen, die nicht dem offiziellen Gesundheitswesen zuzuordnen sind. Diese Kosten sind für die Gesellschaft von Relevanz, jedoch nicht für die Kostentragenden (Sanders et al., 2016). Die Fachleute der Diskussionsrunde haben diese Kosten in drei Unterkategorien unterteilt: (1) Zeitkosten, (2) Produktivitätskosten und (3) Kosten aus anderen Sektoren.

Die Zeitkosten beziehen sich auf die Zeit, die Patient:innen für eine Gesundheitsmaßnahme aufwenden müssen. Hierzu zählen z. B. Behandlungszeiten, die Zeit für die Anreise und Wartezeiten. Die Zeit, die ungelernte Pflegekräfte (z. B. Familienmitglieder) aufwenden müssen, sollte ebenso dieser Unterkategorie zugeordnet werden. Die Fachleute der Diskussionsrunde empfahlen, für die Erfassung der Zeitkosten das Nettoeinkommen zuzüglich Nebenleistungen zu berücksichtigen (Sanders et al., 2016). Dies entspricht dem Humankapitalansatz, der im nächsten Absatz erläutert wird. Die Fachleute sprachen außerdem Empfehlungen für Sensitivitätsanalysen aus, um alternative Methoden zur Erfassung von Zeitkosten zu testen.

Die Produktivitätskosten spiegeln den „Produktionswert von Zeit“ in einer Gesellschaft wider (Sanders et al., 2016). Die Fachleute der Diskussionsrunde wiesen darauf hin, dass das Messinstrument QALY der Produktivität von Individuen nicht Rechnung trägt. Zwei Modelle, die für die Erfassung der Produktivitätskosten angewendet werden können, sind der Humankapital- und der Friktionskostenansatz. Gemäß dem Humankapitalansatz ist die Zeit, in der eine Person aufgrund von medizinischen Behandlungen auf dem Arbeitsmarkt kein Einkommen erwirtschaften kann, als verlorene Zeit zu werten. Beim Friktionskostenansatz liegt der Fokus auf der Perspektive der Arbeitgebenden. Dementsprechend ist hier der Zeitraum ausschlaggebend, der benötigt wird, um eine aufgrund von Krankheit nicht besetzte Arbeitsstelle neu zu vergeben (Koopmanschap et al., 1995; van den Hout, 2010). Es gilt zu beachten, dass die verlorenen Arbeitsstunden und die oben beschriebenen Zeitkosten nicht doppelt berechnet werden. Laut den Fachleuten der Diskussionsrunde weist der Friktionskostenansatz einen Nachteil auf: Der Ansatz beruhe auf der Annahme, dass die Arbeitskraft, die die krankheitsbedingt offene Stelle besetzt, vor Arbeitsantritt völlig unproduktiv war – was nicht unbedingt der Fall sein muss (Sanders et al., 2016). Aus diesem Grund sprachen sich die Fachleute der Diskussionsrunde für den Humankapitalansatz aus, mit dem sowohl die Produktivitäts- als auch die Zeitkosten erfasst werden können.

Im Rahmen bestimmter Gesundheitsprogramme muss möglicherweise auch Kosten aus anderen Sektoren Rechnung getragen werden. Dies betrifft insbesondere Maßnahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit, im Zuge derer die Kosten (oder Einsparungen) außerhalb des Gesundheitssektors anfallen können. Beispiele zu diesen Kosten werden in der Zusatzlektüre zu diesem Studienskript ausführlich erörtert (Sanders et al., 2016).

#### Weitere Kostenkategorien

Im Zuge der Diskussionsrunde wurden drei weitere Kostenkategorien genannt: zukünftige Kosten, Friktionskosten und Kosten für Transferleistungen (Sanders et al., 2016). In diesem Studienskript werden lediglich die zukünftigen Kosten beschrieben.

Eine medizinische Behandlung kann die Produktivität eines Patienten mindern. Nach Ende der Behandlung kann dieser aber wieder seiner Arbeit nachgehen, d. h. seine Produktivität nimmt wieder zu. Dieser Produktivitätszuwachs dient als Beispiel für zukünftige Kosten (bzw. Erträge). Darüber hinaus kann die medizinische Behandlung die Lebenszeit des Patienten verlängern. Diese gewonnenen Lebensjahre haben zusätzliche Konsumausgaben zur Folge – ein weiteres Beispiel für zukünftige Kosten. In der ersten Diskussionsrunde im Jahr 1996 waren die Fachleute der Ansicht, dass den zukünftigen Kosten durch das QALY bereits Rechnung getragen würde und sie bei der Kostenanalyse außer Acht gelassen werden sollten, um Fehler bei der Berechnung zu vermeiden (Weinstein et al., 1996). Im Zuge der zweiten Diskussionsrunde erkannten die Fachleute aber, dass die zukünftigen Kosten separat erfasst werden müssen (Sanders et al., 2016). Demgemäß sollte der Nettoressourcenverbrauch folgendermaßen berechnet werden:

[*(Kosten des Gesundheitssektors + Konsumausgaben außerhalb des Gesundheitssektors) – Produktivität]*

Die empfohlenen Kostenkategorien, die in die Kostenanalyse einfließen sollten, wurden von den Fachleuten der Diskussionsrunde angepasst und sind in der Abbildung unten dargestellt (Sanders et al., 2016).

Empfohlene Kostenkategorien aus zwei Perspektiven

A picture containing graphical user interface

Description automatically generated

Quelle: Duy Pham (2022), nach Sanders et al. (2016).

Es gilt zu beachten, dass die oben dargestellte Klassifizierung auf einer einzigen Empfehlung basiert (Sanders et al., 2016), es aber mehrere Möglichkeiten gibt, im Rahmen einer ökonomischen Bewertung Kosten in Kategorien zu unterteilen. Diese Empfehlung wurde im Zuge der zweiten Diskussionsrunde ausgesprochen und fand noch nicht so häufig Anwendung wie die Empfehlung, die aus der ersten Diskussionsrunde im Jahr 1996 hervorgegangen war. Die aktuellen Vorgaben zur Bewertung von Gesundheitstechnologien basieren in vielen Ländern immer noch auf den Empfehlungen der ersten Diskussionsrunde (d. h. es wird zwischen direkten und indirekten Kosten unterschieden; ISPOR, 2022; Weinstein et al., 1996). Die umfassende Arbeit, die die Fachleute der zweiten Diskussionsrunde leisteten, sollte jedoch Anerkennung finden, damit die erarbeiteten Konzepte in Zukunft einheitlich in ökonomischen Bewertungen Einzug finden.

### Fragen zur Selbstkontrolle

1. Bitte nennen Sie die beiden Kostenperspektiven, die im Zuge ökonomischer Bewertungen am häufigsten herangezogen werden.

*Perspektive der Kostentragenden (bzw. des Gesundheitswesens) und die Perspektive der Gesellschaft*

1. Bitte nennen Sie die zwei Kategorien, in die Vergütungsmodelle laut Jegers et al. (2002) unterteilt werden.

*retrospektive vs. prospektive Vergütung; festes Budget vs. flexibles Budget*

1. Bitte führen Sie die von Sanders et al. (2016) empfohlene Funktion für die Berechnung des Nettoressourcenverbrauchs an.

*(Kosten des Gesundheitssektors + Konsumausgaben außerhalb des Gesundheitssektors) - Produktivität*

## 5.3 Methoden der ökonomischen Bewertung

Der Zweck einer gesundheitsökonomischen Bewertung besteht darin, aus den verfügbaren Alternativen die kosteneffektivste Option zu ermitteln, um die politischen Entscheidungstragenden im Gesundheitswesen mit den erforderlichen Informationen auszustatten. Der Begriff Gesundheitsökonomie umfasst zwei Bereiche: „Gesundheit“ und „Ökonomie“. Der Begriff Ökonomie bezieht sich im Grunde auf das Prinzip der Gewinnmaximierung. Das heißt, Unternehmen streben nach dem größtmöglichen Gewinn, indem sie die Produktionskosten so effizient wie möglich senken und/oder mehr Output generieren. Der zweite Bereich der Gesundheitsökonomie bezieht sich auf den Begriff Gesundheit. Diesem Konzept muss neben der Kosteneffizienz der Gesundheitsproduktion in der Gesundheitsökonomie Rechnung getragen werden. Deshalb wird in gesundheitsökonomischen Bewertungen der Begriff „Kosteneffektivität“ verwendet, damit nicht nur die Kosten, sondern auch der Nutzen von Gesundheitsmaßnahmen Berücksichtigung findet. Bei der Kostenminimierungsanalyse werden zwei oder mehr Alternativen mit gleicher Wirksamkeit verglichen. Allerdings bezieht sich diese Form der Analyse ausschließlich auf die Kosten. Aus diesem Grund wird sie nicht als vollständige ökonomische Bewertung betrachtet und hierfür auch nicht mehr empfohlen (Drummond et al., 2015). Tatsächlich kann anstatt der Kostenminimierungsanalyse jede Alternative für sich analysiert und verglichen werden. In jüngster Zeit werden im Rahmen von gesundheitsökonomischen Bewertungen vorwiegend Kosten-Effektivitäts-Analysen vorgenommen. Bei solchen Analysen wird der Nutzen in gesundheitsbezogenen Einheiten gemessen, z. B. in gewonnenen Lebensjahren, verhinderten Krankheitsfällen oder QALYs (Sanders et al., 2016). Die Kosten-Nutzwert-Analyse stellt einen Spezialfall der Kosten-Effektivitäts-Analyse dar. Hier werden als Nutzenparameter präferenzbasierte Messinstrumente verwendet, wie z. B. das QALY und das DALY (Drummond et al., 2015). Eine ökonomische Bewertungsmethode, bei der dem gesundheitsbezogenen Nutzen ein monetärer Wert zugeschrieben wird, wird als Kosten-Nutzen-Analyse bezeichnet.

Anhand der Klassifizierung von Drummond et al. (2015) werden im Folgenden die drei wichtigsten Methoden einer vollständigen gesundheitsökonomischen Bewertung erörtert: Kosten-Effektivitäts-Analyse, Kosten-Nutzwert-Analyse und Kosten-Nutzen-Analyse.

### Kosten-Effektivitäts-Analyse

Drummond et al. (2015) legen den Begriff Kosten-Effektivitäts-Analyse eng aus und beziehen sich damit auf Studien, in denen der gesundheitsbezogene Nutzen geringer gewichtet wird als eine eindimensionale klinische Größe, also ein Therapieergebnis, das sich durch die Einführung einer neuen Präventionsmaßnahme oder medizinischen Behandlung ergibt. Ein solches Therapieergebnis können z. B. verhinderte Krankheitsfälle, ohne Beeinträchtigung verbrachte Tage und gewonnen Lebensjahre sein. Die Bewertungsmethode wird in der Regel gemeinsam mit klinischen Studien, bei denen Therapieergebnisse untersucht werden, angewendet. Das zu untersuchende Therapieergebnis muss jedoch abhängig von der Art und dem Zweck einer Gesundheitsmaßnahme sorgfältig ausgewählt werden (Drummond et al., 2015).

Kosten-Effektivitäts-Analysen finden in der aktuellen Fachliteratur weniger oft Erwähnung als in der Vergangenheit. Dies lässt sich möglicherweise darauf zurückführen, dass in vielen Richtlinien für Bewertungsmethoden das QALY als Instrument für die Quantifizierung des gesundheitsbezogenen Nutzens empfohlen wird (Weinstein et al., 1996; Sanders et al., 2016; ISPOR, 2022).

### Kosten-Nutzwert-Analyse

Eine andere Methode der ökonomischen Bewertung, bei der generische Messinstrumente Einsatz finden, ist die Kosten-Nutzwert-Analyse. Manche Forschende sehen darin eine besondere Form der Kosten-Effektivitäts-Analyse. Die zwei am häufigsten eingesetzten Messinstrumente der Kosten-Nutzwert-Analyse sind das QALY und das DALY. Da in vielen landesspezifischen Vorgaben das QALY als Messinstrument für den gesundheitsbezogenen Nutzen empfohlen wird (ISPOR, 2022), ist die Kosten-Nutzwert-Analyse in der Fachliteratur zur am häufigsten erwähnten Bewertungsmethode avanciert.

### Kosten-Nutzen-Analyse

Die Kosten-Nutzen-Analyse unterscheidet sich von anderen Bewertungsmethoden, weil dem gesundheitsbezogenen Nutzen bei diesem Verfahren ein monetärer Wert zugeschrieben wird. Der Vorteil dieser Methode besteht darin, dass damit Gesundheitsmaßnahmen in einem größeren Zusammenhang verglichen werden können und nicht nur das Therapieergebnis berücksichtigt wird. Diese Methode wird bereits seit langer Zeit für ökonomische Bewertungen in anderen Bereichen, wie z. B. im Verkehrssektor oder Umweltschutz, eingesetzt (Drummond et al., 2015). Bezogen auf das Gesundheitswesen muss für die Durchführung dieser Analyse der gesundheitsbezogene Nutzen als monetärer Wert dargestellt werden. Dies wirft viele Fragen auf. Ein bekanntes Beispiel für ein Messinstrument, das im Rahmen einer Kosten-Nutzen-Analyse Anwendung findet, ist die Zahlungsbereitschaft. Obwohl in jüngster Zeit vermehrt Literatur zu diesem Thema veröffentlicht wird, ist die darin beschriebenen Methodik häufig noch mangelhaft (Olsen & Smith, 2001).

### Fragen zur Selbstkontrolle

1. Bitte nennen Sie die drei von Drummond et al. (2015) beschriebenen Methoden der vollständigen ökonomischen Bewertung.

*Kosten-Effektivitäts-Analyse, Kosten-Nutzwert-Analyse und Kosten-Nutzen-Analyse*

## 5.4 QALYs und die maximale Zahlungsbereitschaft

Das qualitätsadjustierte Lebensjahr (QALY) ist mittlerweile das am häufigsten eingesetzte Instrument, dass in der gesundheitsökonomischen Bewertung für die Quantifizierung des Therapieergebnisses verwendet wird und in Vorgaben zur Bewertung von Gesundheitstechnologien Erwähnung findet. Wie bereits angedeutet, findet das QALY in der Kosten-Nutzwert-Analyse Anwendung.

Das Messinstrument, das üblicherweise für den Vergleich der Kosteneffektivität von alternativen Gesundheitsmaßnahmen eingesetzt wird, ist das inkrementelle Kosten-Effektivitäts-Verhältnis, d. h. die Beziehung zwischen inkrementellen Kosten und inkrementellem Nutzen bei alternativen Gesundheitsmaßnahmen. Die Einheit dieses Messinstruments sind die Kosten pro gewonnenem QALY (oder Lebensjahr) oder ganz allgemein die Kosten pro Einheit/Therapieergebnis, die sich durch einen Vergleich mit einer neuen Gesundheitsmaßnahme ergeben. Die maximale Zahlungsbereitschaft wird herangezogen, um das Kosten-Effektivitäts-Verhältnis von verschiedenen Gesundheitsmaßnahmen zu vergleichen, und dient Politiker:innen als Entscheidungsgrundlage.

An diesen Instrumenten wurde jedoch Kritik geübt. Im Folgenden werden deren Anwendungsgrenzen erörtert.

### QALY und Chancengleichheit

Obwohl das QALY häufig als Messinstrument für die Quantifizierung von Therapieergebnissen Einsatz findet und in vielen landesspezifischen Vorgaben (ISPOR, 2022) empfohlen wird, wird es immer noch aus Gründen der fehlenden Chancengleichheit bei der Entscheidungsfindung kritisiert.

Bei der Kosten-Effektivitäts-Analyse werden die Kosten dem Nutzen gegenübergestellt. Das QALY, das als Messinstrument für Therapieergebnisse dient, wird für die Berechnung des inkrementellen Kosten-Effektivitäts-Verhältnis als Nenner herangezogen. Das inkrementelle Kosten-Effektivitäts-Verhältnis spiegelt aber nicht den Umfang und die Verteilung der gewonnenen QALYs wider und kann folglich bei der Schwerpunktsetzung in der Gesundheitspolitik falsch ausgelegt werden. Anhand zweier Szenarien wird dies deutlich: (1) inkrementelles Kosten-Effektivitäts-Verhältnis von 1 Million € (Kosten) und 10 QALYs und (2) inkrementelles Kosten-Effektivitäts-Verhältnis von 10.000 € (Kosten) und 0,1 QALYs; in beiden Fällen ergibt sich ein inkrementelles Kosten-Effektivitäts-Verhältnis von 100.000 €/gewonnenem QALY. Allerdings sind der Kostenumfang und die gewonnenen QALYs unterschiedlich hoch bemessen. Wird das Budget in diesem Fall bewilligt (> 1 Million €), wird die Entscheidung in der Regel zugunsten der Alternative mit der höheren Anzahl an QALYs ausfallen (erstes Szenario). Auch die Verteilung der gewonnenen QALYs spielt eine Rolle. Im ersten Szenario ist es besser die zehn gewonnenen QALYs gerecht auf vier Personen zu verteilen, als die zehn gewonnenen QALYs einer Person zuzuschreiben. Olsen (2017) verweist allerdings auf den enormen Nutzen für die Gesundheit, den eine Person (z. B. erhält eine Person zwei QALYs) erzielen kann und vergleicht diesen großen Nutzen mit dem geringen Nutzen, der mehreren Personen entsteht (z. B. jede Person erzielt ein QALY, das einem Monat entspricht).

Zudem werden beim QALY bestimmte Faktoren (z. B. die Schwere der Erkrankung) nicht berücksichtigt, die dazu führen könnten, dass einer Person im Hinblick auf die medizinische Behandlung Priorität eingeräumt wird. Der Schweregrad einer Erkrankung wird in der vorhandenen Fachliteratur als sozialer Wert beschrieben, d. h. der Nutzen für die Gesundheit wird für Menschen mit schwerem Krankheitsverlauf zwei- bis zehnmal höher bewertet (Dolan et al., 2005; Ubel et al., 1998). Diesem Umstand wird in einigen Ländern, wie z. B. Schweden, Norwegen und Australien, bei der Ressourcenallokation im Gesundheitswesen Rechnung getragen (Stafinski et al., 2011).

Problematisch ist auch, dass dem Alter bei der Quantifizierung des Therapieergebnisses über das QALY keine Bedeutung beigemessen wird. Alan Williams (1997) brachte diesbezüglich das Argument der „fairen Lebenszeit“ (eng. Fair Innings) vor. Es besagt, dass das Alter der Patient:innen bei der Prioritätensetzung in der Gesundheitsversorgung Berücksichtigung finden muss. Er ist der Meinung, dass „das Ableben im Alter von 25 anders gewichtet werden sollte als eine Person, die im Alter von 85 Jahren stirbt“ (Williams, 1997, S. 119). Demgemäß sollten jüngere Menschen, die noch weniger faire Lebenszeit in Gesundheit verbracht haben, mehr Anspruch aus Gesundheit haben als ältere Menschen, die bereits ein langes Leben in gutem Gesundheitszustand zubringen durften. Folgendes Beispiel veranschaulicht dieses Konzept: Zwei Personen, 25 und 85 Jahre alt, leiden an derselben Krankheit und weisen dasselbe Sterberisiko auf. Aufgrund der begrenzten Ressourcen kann jedoch nur eine Person behandelt werden. Nach dem Argument der fairen Lebenszeit würde die jüngere Person die Behandlung bekommen und gleichzeitig die Möglichkeit erhalten, wieder gesund zu werden, da sie noch nicht so lange am Leben ist wie die ältere Person. Das Alterskriterium wurde bereits im Zuge einiger gesundheitsökonomischer Bewertungen thematisiert, insbesondere bei Ansätzen, die der Lebenszeit und Altersklassen Rechnung tragen. Williams (1997) bringt einen weiteren Faktor zur Sprache, nämlich die Gesellschaftsschicht (bzw. den sozioökonomischen Status), die bei der Prioritätensetzung in der Gesundheitsversorgung Beachtung finden sollte.

**Maximale Zahlungsbereitschaft**

Sie gibt an, wie viel Entscheidungstragende maximal bereit sind, pro gewonnener gesundheitlicher Nutzeneinheit (d. h. gewonnenem QALY oder Lebensjahr) zu zahlen (Drummond et al., 2015; Olsen, 2017).

### Maximale Zahlungsbereitschaft

Mithilfe der Kosteneffektivitätsschwelle oder **maximalen Zahlungsbereitschaft** wird die Kosteneffektivität von Gesundheitsmaßnahmen verglichen. Dies erlaubt es den Entscheidungstragenden, festzulegen, welche Gesundheitsmaßnahmen mit dem begrenzten Gesundheitsbudget finanziert werden (Bertram et al., 2016). In den entsprechenden Richtlinien mancher Länder werden explizit Werte für die maximale Zahlungsbereitschaft genannt. So hat etwa das britische Institut für klinische Leistung (UK National Institute for Health and Care Excellence, NICE Claxton et al., 2015) einen solchen Wert veröffentlicht. Wird dieser Wert jedoch nicht explizit in gesundheitspolitischen Dokumenten veröffentlicht, ist es möglich, sich auf vorangegangene Entscheidungen der zuständigen Behörden zu beziehen und herauszufinden, wie hoch die Zahlungsbereitschaft pro gewonnener Nutzeneinheit bei ähnlichen Gesundheitsmaßnahmen war. Da das Gesundheitsbudget von vielen Faktoren abhängt, ist auch die maximale Zahlungsbereitschaft (d. h. die Kosteneffektivitätsschwelle) für eine Nutzeneinheit Schwankungen unterworfen.

Ausgehend von der maximalen Zahlungsbereitschaft kann der monetäre Nettonutzen mithilfe der Formel berechnet werden. stellt hier die maximale Zahlungsbereitschaft dar, ist der inkrementelle Nutzen (gesundheitsbezogener Nutzen) und sind die inkrementellen Kosten. Der monetäre Nettonutzen kann herangezogen werden, um eine Rangliste mit den kosteneffektivsten Gesundheitsmaßnahmen zu erstellen.

Allerdings ist die Berechnung der maximalen Zahlungsbereitschaft kein einfaches Unterfangen und hat im Bereich der gesundheitsökonomischen Bewertung viele Debatten ausgelöst. Im Folgenden werden die vielfach befolgten Empfehlungen erläutert, die die WHO im Rahmen des Projekts „Choosing Interventions that are Cost-Effective“ (WHO-CHOICE-Projekt) herausgegeben hat. Diese Empfehlungen geben vor, wie die maximale Zahlungsbereitschaft anhand des Bruttoinlandsprodukts (BIP; Hutubessy et al., 2003) geschätzt werden kann, und umfassen diesen Ansatz betreffende Kritikpunkte, die hinreichend belegt wurden.

#### Empfehlungen des WHO-CHOICE-Projekts für die maximale Zahlungsbereitschaft

Im Jahr 2001 hat die „Commission on Macroeconomics and Health“ der WHO die maximale Zahlungsbereitschaft basierend auf dem BIP pro Kopf definiert. Später wurde die maximale Zahlungsbereitschaft im Rahmen des WHO-CHOICE-Projekts als Kosten pro vermiedenem DALY festgelegt, wenn sie dreimal so hoch wie das Pro-Kopf-Einkommen ist. Entsprechend wären Gesundheitsmaßnahmen, deren Kosten unter dieser Schwelle (maximaler Zahlungsbereitschaft) liegen, als kosteneffektiv zu betrachten. Obgleich diese Empfehlungen in der Fachliteratur (Bertram et al., 2016) als das übliche Maß für die maximale Zahlungsbereitschaft herangezogen werden, wurde auch Kritik daran geäußert.

Tatsächlich empfehlen manche Länder, die sich der maximalen Zahlungsbereitschaft als ökonomische Größe bedienen, sich bei der Berechnung nicht am BIP pro Kopf zu orientieren. Beispielsweise nimmt das britische Institut für klinische Leistung (NICE) den sachdienlichsten „zentralen“ Wert von 12,936 £ für die maximale Zahlungsbereitschaft an, der weit unter dem britischen BIP pro Kopf liegt (Claxton et al., 2015). Auch in Thailand beträgt die maximale Zahlungsbereitschaft für ein gewonnenes QALY lediglich 0,8 % des Pro-Kopf-BIP (Thavorncharoensap et al., 2013). Darüber hinaus ist die mithilfe des DALY durchgeführte Vermessung des gesundheitsbezogenen Nutzens Einschränkungen unterworfen. Aus diesem Grund werden in vielen Ländern die gewonnenen QALYs zur Berechnung der maximalen Zahlungsbereitschaft verwendet.

Die im Rahmen des WHO-CHOICE-Projekts empfohlene Berechnung der maximalen Zahlungsbereitschaft wird außerdem kritisiert, weil die Umsetzung von untersuchten Gesundheitsmaßnahmen teuer ist und eine Belastung für das Budget darstellen würde (Bertram et al., 2016). An einem Beispiel aus Peru wird dies deutlich. Obgleich der für die Brustkrebsbehandlung eingesetzte Antikörper Trastuzumab entsprechend den Empfehlungen des WHO-CHOICE-Projekts kosteneffektiv wäre, würde diese Gesundheitsmaßnahme das in dem Land für Brustkrebs vorgesehene Budget sprengen (Bertram et al., 2016).

Weitere Informationen zu den für die maximale Zahlungsbereitschaft abgegebenen Empfehlung des WHO-CHOICE-Projekts und deren Einschränkungen sind in den Arbeiten von Marseille et al. zu finden.

### Fragen zur Selbstkontrolle

1. Wie lautet die Empfehlung des WHO-CHOICE-Projekts für die maximale Zahlungsbereitschaft?

*Die maximale Zahlungsbereitschaft wird als Kosten pro vermiedenem DALY berechnet, wenn sie dreimal so hoch wie das Pro-Kopf-Einkommen ist.*

1. Bitte ergänzen Sie den folgenden Satz mit dem korrekten Begriff.

*Das Argument der „fairen Lebenszeit“ (eng. Fair Innings) besagt, dass das Alter der Patient:innen bei der Prioritätensetzung in der Gesundheitsversorgung Berücksichtigung finden muss.*

## 5.5 Ökonomische Bewertungen und Politikgestaltung

Der vorrangige Zweck von ökonomischen Bewertungen ist es, evidenzbasierte Informationen zu Kosten und Nutzen von Gesundheitsmaßnahmen zu erhalten, die in der Folge den politischen Entscheidungsfindungsprozess und die Ressourcenallokation im Gesundheitswesen optimieren sollen. Ökonomische Bewertungen dienen der Informationsbereitstellung von Entscheidungstragenden und finden meist vor der Politikimplementierung statt. Manchmal werden diese Bewertungen aber auch während oder nach der Implementierung einer politischen Maßnahme vorgenommen. Entsprechend spielt die ökonomische Bewertung nicht nur bei der Informationsbereitstellung eine Rolle, sondern auch bei der Kontrolle und Evaluierung einer Gesundheitsmaßnahme. In der klinischen Forschung sind randomisierte-kontrollierte Studien (RCT) die verlässlichste Methode für die Vermessung von Therapieergebnissen. Allerdings sind hierfür viele Verlaufskontrollen erforderlich. Manchmal müssen Gesundheitsmaßnahmen schnell umgesetzt werden. Bei Infektionskrankheiten (z. B. COVID-19) kann es z. B. angebracht sein, Entscheidungen über Maßnahmen zu treffen, bevor die entsprechenden klinischen Studien abgeschlossen wurden.

In diesem Abschnitt wird die Bedeutung von ökonomischen Bewertungen in der Implementierungswissenschaft beleuchtet. Vor allem die Einbeziehung dieser Bewertungen in Implementierungsstrategien und den Entscheidungsfindungsprozess wird eingehend erörtert. Im Anschluss wird die Anwendung der ökonomischen Bewertung bei Maßnahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit in den USA thematisiert.

### Ökonomische Bewertung in der Implementierungswissenschaft

Der wirtschaftliche Aspekt von Implementierungsstrategien wird von den Akteuren im Gesundheitswesen ganz unterschiedlich bewertet, vor alle in geografischen Gebieten, wo der Forschungsbereich der Gesundheitsökonomie noch keine Bekanntheit erlangt hat. Beispielsweise gibt es Mediziner:innen, die den Kosten medizinischer Behandlungen keine große Bedeutung beimessen, sondern sich auf ihre ethischen Verpflichtungen berufen und die Meinung vertreten, dass das Therapieergebnis als einziger Maßstab für die Entscheidungsfindung im Gesundheitswesen dienen sollte. Diese Einstellung hat in der medizinischen Versorgung auf jeden Fall einen hohen Stellenwert, doch die benötigten Ressourcen (die finanziellen Mittel) sollten nicht vernachlässigt werden. So gesehen sollten politische Entscheidungstragende Informationen von Fachleuten aus verschiedensten Disziplinen einholen, um vor ihren Entscheidungen verschiedene Meinungen zum relevanten Thema kennenzulernen.

In den letzten Jahrzehnten wurden erhebliche Anstrengungen unternommen, um ökonomische Bewertungen in gesundheitsrelevante Entscheidungen einzubeziehen. Daraus hervorgegangen sind Vorgaben zur Bewertung von Gesundheitstechnologien, die in einigen Ländern Anwendung finden (ISPOR, 2022). Es gibt jedoch viele Länder, die solche Leitlinien noch nicht entwickelt haben. Dies erschwert die Suche nach geeigneten Methoden der ökonomischen Bewertung, die den Entscheidungsfindungsprozess unterstützen könnten. Doch nur wenn in Bezug auf diese Methoden eine Einigung erzielt wird, können Gesundheitsmaßnahmen konsequent verglichen und priorisiert werden. Der folgende Abschnitt behandelt die erheblichen Vorteile, die die Methoden der ökonomischen Bewertung für Implementierungsstrategien darstellen.

#### Daten zum Therapieergebnis sind nur begrenzt verfügbar

Eine ökonomische Bewertung hat eine größere Aussagekraft, wenn nur begrenzt Daten zum Therapieergebnis verfügbar sind und die entsprechende Entscheidung relativ schnell getroffen werden muss. Die randomisierte-kontrollierte Studie ist in der klinischen Forschung das nachgewiesen beste Studiendesign zur Bewertung des Therapieergebnisses. Allerdings ist sie mit einem hohen Zeit- und Kostenaufwand verbunden. In den meisten landesspezifischen Vorgaben zur Bewertung von Gesundheitstechnologien werden für die Messung der therapeutischen Wirksamkeit von Gesundheitsmaßnahmen randomisierte-kontrollierte Studien und systematische Übersichtsarbeiten dringend empfohlen (ISPOR, 2022). Sind Daten zum Therapieergebnis aber nur begrenzt verfügbar und muss umgehend eine Entscheidung getroffen werden, können alternative Datenquellen, wie z. B. riesige Datenbanken mit Beobachtungsstudien, herangezogen werden. Allerdings sollten diese Daten aufgrund von möglichen Verzerrungen (Bias) sorgsam gehandhabt werden (Franklin et al., 2017; Rovithis, 2013). Im Laufe der Jahre hat sich die Ökonometrie als Teilgebiet der Wirtschaftswissenschaften stark herausgebildet. Aus diesem Grund wurden zahlreiche Methoden entwickelt, um dem Selektionsbias entgegenzuwirken, der im Zuge von Beobachtungsstudien auftreten kann. Beispiele für solche Methoden sind eine zufällige (randomisierte) und verdeckte Zuteilung der Testpersonen zu den Gruppen, die Regressionsanalyse, der Instrumentalvariablenansatz und das Propensity Score Matching (paarweise Zuordnung auf Basis von Neigungsscores). Es gilt zu beachten, dass bei der Anwendung ökonometrischer Methoden eine mögliche Verzerrung vollständig erfasst werden muss. Dem wird in der Fachliteratur zur ökonomischen Bewertung nicht Rechnung getragen (Rovithis, 2013).

#### Mixed-Methods-Ansatz

Um die Kosteneffektivität einer Gesundheitsmaßnahme zu evaluieren, werden ökonomische Bewertungen häufig mithilfe quantitativer Daten durchgeführt. Dies kann möglicherweise zu Verzerrungen führen. Um diesem Problem zu begegnen, werden auf dem Gebiet der Implementierungswissenschaft die quantitativen Daten mit qualitativen Forschungsergebnissen ergänzt (O‘Leary et al., 2022). Mithilfe qualitativer Forschungsmethoden können die relevanten Akteure einer Gesundheitsmaßnahme z. B. befragt und in Fokusgruppen interviewt werden. Dadurch können ihre Ansichten und Beiträge im Zuge einer allgemeinen ökonomischen Bewertung erfasst werden. Im Rahmen von medizinischen Behandlungen fallen für Patient:innen eventuell zusätzliche Kosten an. Um Kosten und Nutzen einer Gesundheitsmaßnahme kontextspezifisch zu bewerten, sollte das Gesundheitssystem in seiner Gesamtheit untersucht werden.

#### Die Anwendung des entscheidungsanalytischen Modells

Neben dem oben erwähnten Mixed-Methods-Ansatz können Daten aus qualitativen Studien auch für die entscheidungsanalytische Modellierung in der ökonomischen Bewertung und die entsprechende Sensitivitätsanalyse eingesetzt werden (O‘Leary et al., 2022). So kann eine umfassende Modellsimulation einen situationsabhängigen Output generieren, der als Grundlage für die Entscheidungsfindung und Implementierungsstrategien dient. Außerdem können zusätzliche Analysen durchgeführt werden, um durch den Vergleich von Untergruppen einer Grundgesamtheit (Population) Gleichbehandlungsprobleme transparent zu machen. Dies wird als verteilungsbasierte Kosten-Effektivitäts-Analyse bezeichnet (O‘Leary et al., 2022).

Mittels Sensitivitätsanalysen kann erfasst werden, wie sich Unsicherheiten und Risiken auf gesundheitsökonomische Zielgrößen auswirken. Diese Analyse verfolgt zwei wichtige Ziele: Zunächst zeigt sie auf, welchen Stellenwert eine Einflussgröße in einer Analyse hat. Zudem kann mithilfe der Sensitivitätsanalyse evaluiert werden, wie sich die Ergebnisse bei Anpassung der Einflussgrößen und einiger Voraussetzungen verändern. Demgemäß zielt das entscheidungsanalytische Modell darauf ab, situationsbedingte Einflussgrößen und den generierten Output widerzuspiegeln, die für den Entscheidungsfindungsprozess benötigt werden.

### USA: Anwendung der ökonomischen Bewertung im Bereich der öffentlichen Gesundheit

Knappe Ressourcen sind auch im Bereich der öffentlichen Gesundheit ein Thema. Epidemiologische Daten dienen in der Regel als empirische Belege für Probleme, die die öffentliche Gesundheit betreffen. Die Epidemiologie ist ein wissenschaftlicher Zweig, dessen Aufgabe darin besteht, Informationen zu Krankheiten zu liefen und diese unter Kontrolle zu bekommen. Dies geschieht, indem Risikofaktoren, die Inzidenz und die Verbreitung der Krankheit untersucht werden. Epidemiologische Daten fördern aber lediglich die Auswirkungen von Gesundheitsmaßnahmen zu Tage und zeigen auf, welche Maßnahmen für die Gesundheit der Bevölkerung in Bezug auf die Wirksamkeit den größten Nutzen bringen. Entscheidungstragende müssen jedoch auch den Kosten von Gesundheitsmaßnahmen Rechnung tragen, da die vorhandenen Ressourcen begrenzt sind. Hierfür ist es zielführend, die epidemiologischen Daten mit ökonomischen Bewertungen zu ergänzen. Dadurch kann evaluiert werden, welche Gesundheitsmaßnahme sowohl in Bezug auf die Kosten als auch die Wirksamkeit den größten Nutzen bringt. Dementsprechend dienlich sind ökonomische Bewertungen für den Entscheidungsfindungsprozess, im Zuge dessen die öffentliche Gesundheit betreffende Maßnahmen nach Priorität geordnet werden müssen (Rabarison et al., 2015).

Wie ein Beispiel aus den USA anschaulich zeigt, haben ökonomische Bewertungen von Maßnahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit nicht nur für die Epidemiologie einen hohen Stellenwert, sondern sind auch für den gesundheitspolitischen Entscheidungsfindungsprozess von zunehmender Bedeutung. Das Committee for the Study of the Future of Public Health des amerikanischen Medizininstituts sah in Bezug auf solche Bewertungen dringenden Handlungsbedarf. Die Handlungsschritte sollten Folgendes umfassen (Rabarison et al., 2015, S. 3):

* Alle staatlichen Gesundheitsbehörden sollten mithilfe eines Diagramms den durch eine Gesundheitsmaßnahme generierten Output und das Therapieergebnis abbilden, damit die finanziellen Mittel entsprechend priorisiert werden könnten.
* Ein spezielles Forschungsinstitut sollte eingerichtet werden, um die Wirksamkeit von Maßnahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit zu beurteilen.
* Die Schlüsselkomponenten der öffentlichen Gesundheitsversorgung sollten systematisch erfasst und vermessen werden, indem Daten zu relevanten Parametern, einschließlich den Kosten für die Durchführung von Gesundheitsprogrammen, erhoben würden.
* Die Methoden von Kosten- und Effektivätsanalysen sollten weiterentwickelt und validiert werden, damit sie für den Vergleich von alternativen Strategien herangezogen werden könnten.

Ausgehend von diesen Empfehlungen wurden in den USA Anstrengungen unternommen, um die Anwendung von ökonomischen Bewertungen im Bereich der öffentlichen Gesundheit zu optimieren. So wurden beispielsweise zwei Forschungsnetzwerke gegründet: das Prevention Research Center Program der US-Seuchenschutzbehörde und das Public Health-Practice Based Research Network. Diese Netzwerke tragen den Kosten und der Qualität von Maßnahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit, aber auch Gleichbehandlungsfragen gebührend Rechnung (Rabarison et al., 2015).

### Fragen zur Selbstkontrolle

1. Worin besteht der Hauptzweck von Sensitivitätsanalysen?

*Sie dienen der Erfassung von Unsicherheiten und Risiken*

1. Bitte vervollständigen Sie den folgenden Satz.

*Mithilfe qualitativer Forschungsmethoden können die relevanten Akteure einer Gesundheitsmaßnahme z. B. befragt und in Fokusgruppen interviewt werden. Dadurch können ihre Ansichten und Beiträge im Zuge einer allgemeinen ökonomischen Bewertung erfasst werden.*

Zusammenfassung

Ökonomische Bewertungen sind wichtige Instrumente, die der Entscheidungsfindung im Gesundheitswesen dienen. Je verlässlicher die Bewertungsmethode ist, desto gesicherter sind die gewonnenen Erkenntnisse. Um geeignete ökonomische Bewertungen zu entwickeln, müssen die Methoden und Messinstrumente verstanden werden. Bei der ökonomischen Bewertung richtet sich das Hauptaugenmerk auf zwei wichtige Kriterien: Kosten und Nutzen (oder Effekte). Der Zweck von solchen Bewertungen besteht also darin, festzustellen, welche Gesundheitsmaßnahmen bei möglichst geringen Kosten das beste Therapieergebnis hervorbringen.

Die Rahmenbedingungen bestimmen die für die Bewertung von Kosten und Nutzen verwendeten Messinstrumente. Allerdings haben einige Länder in ihren Vorgaben zur Bewertung von Gesundheitstechnologien diesbezüglich Standardempfehlungen abgegeben (ISPOR, 2022). In den meisten Vorgaben wird empfohlen, die Kosten aus der Perspektive der Kostentragenden (bzw. des Gesundheitswesens) und der Gesellschaft zu analysieren. Das am häufigsten verwendete Messinstrument für den gesundheitsbezogenen Nutzen ist das QALY.

Es finden unterschiedliche Methoden der ökonomischen Bewertung Anwendung. Diese reichen von Kostenanalysen bis hin zu umfassenden ökonomischen Bewertungen, wie z. B. die Kosten-Effektivitäts-Analyse, die Kosten-Nutzwert-Analyse und die Kosten-Nutzen-Analyse. Die für diese Methoden eingesetzten Maßeinheiten sind vor allem bezogen auf die Nutzenbewertung (Therapieergebnis) unterschiedlich. In der Forschung wurde nicht nur über die Aussagekraft dieser ökonomischen Bewertungsmethoden diskutiert, auch das QALY und die maximale Zahlungsbereitschaft waren Gegenstand von Debatten. Zwar ist die Kosten-Nutzwert-Analyse für die Bewertung der maximalen Zahlungsbereitschaft noch immer das am häufigsten eingesetzte Messinstrument, doch eine zunehmende Zahl an Forschenden bedient sich hierfür mittlerweile der Kosten-Nutzen-Analyse.

Zwischen Forschung und Politik gilt es eine Kluft zu überwinden, d. h. die Forschenden müssen Wege finden, um politischen Entscheidungstragende effizient mit wissenschaftlichen Erkenntnissen auszustatten. Hierfür könnten situationsspezifische Modelle herangezogen werden, die mit Sensitivitätsanalysen für die Erfassung von Unsicherheiten und Risiken ergänzt werden.

# Lektion 6 – Gesundheitsökonometrie

**Lernziele**

Nach der Bearbeitung dieser Lektion werden Sie in der Lage sein, ...

... den Begriff angewandte Gesundheitsökonometrie zu interpretieren.

... häufig eingesetzte Datenquellen der Gesundheitsökonometrie zu erkennen.

... Datenquellen und Studiendesigns einen passenden Stellenwert beizumessen.

... Methoden der Ursachenanalyse zu beschreiben.

# 6. Gesundheitsökonometrie

## Einführung

Die Wirksamkeit einer Gesundheitsmaßnahme wird anhand von Veränderungen am gewünschten Ergebnis (klinischen Endpunkten) gemessen. Um herauszufinden, ob diese Veränderungen der Gesundheitsmaßnahme zuzuschreiben sind, müssen statistische und/oder mathematische Analysen durchgeführt werden. Dadurch lässt sich aufdecken, ob die Gesundheitsmaßnahme die Ursache für den erzielten Endpunkt ist (Wirkungszusammenhang). Abhängig vom Untersuchungsgegenstand wird die Methodenlehre unterschiedlich bezeichnet. Beispiele für solche Bezeichnungen sind Ökonometrie und Psychometrie. Die Ökonometrie ist ein Teilgebiet der Wirtschaftswissenschaften, das sich statistischer und mathematischer Verfahren bedient, um volkswirtschaftliche Zusammenhänge zu untersuchen. Die Gesundheitsökonometrie ist ein Teilbereich der Ökonometrie, dessen zentrale Aufgabe die Erforschung von gesundheitsökonomischen Zusammenhängen (z. B. Krankenversicherung und Therapieergebnis) und Gesundheitsmaßnahmen ist.

Diese Lektion bietet eine Einführung in die angewandte Gesundheitsökonometrie und beschäftigt sich mit häufig eingesetzten ökonometrischen Instrumenten, mit denen der Kausalzusammenhang von Gesundheitsmaßnahmen und Therapieergebnissen belegt werden kann. Zunächst wird der Einsatz wissenschaftlicher Daten in der Gesundheitsversorgung und Gesundheitsökonomie beleuchtet. Wichtige Datenquellen, die auf dem Gebiet der Gesundheitsökonomie Anwendung finden, werden erwähnt. Im Anschluss werden verschiedene Arten ökonometrischer Modelle beschrieben und es wird erläutert, wie diese in Bezug auf verschiedene Typen von Daten angewendet werden.

Im zweiten Abschnitt liegt der Schwerpunkt auf den Methoden der Ursachenanalyse. Studiendesigns, mit denen Kausalzusammenhänge erforscht werden können (z. B. randomisierte-kontrollierte Studien (RCT) und quasi-experimentelle Studien), werden ausführlich erklärt. Bei quasi-experimentellen Studien werden spezielle Methoden angewendet, um einen Kausalzusammenhang herzustellen. Diese Methoden werden eingehend erörtert.

## 6.1 Einführung in die angewandte Gesundheitsökonometrie

Allgemein lässt sich sagen, dass die Ökonometrie drei Fachgebiete umfasst (Wirtschaftswissenschaften, Statistik und Mathematik), mit denen wirtschaftliche Probleme erforscht und verwertbare Evidenz gewonnen werden können (Fisher, 1941; Tintner, 1953). Die angewandte Gesundheitsökonometrie kann als Teilgebiet der Ökonometrie verstanden werden, das statistische und mathematische Methoden zur Bewertung von ökonomischen Fragestellungen im Gesundheitswesen nutzt. Um ein ökonometrisches Modell für die Bewertung von Gesundheitsmaßnahmen zu entwickeln, müssen aussagekräftige Daten verfügbar sein. In diesem Abschnitt wird erörtert, welche Rolle Daten in der Wissenschaft spielen. Auch die Datentypen, die in der angewandten Gesundheitsökonometrie Verwendung finden, sowie daraus hervorgehende Schlussfolgerungen werden thematisiert. Im Anschluss werden ökonometrische Modelle, wie z. B. die lineare und nicht lineare Regression, ausführlich beschrieben. Abschließen werden die Anwendungsbereiche der Ökonometrie im Gesundheitswesen beleuchtet.

### Der Einsatz wissenschaftlicher Daten im Gesundheitswesen und der Gesundheitsökonomie

Data Science oder Datenwissenschaft kann vereinfacht als Extraktion von Wissen aus Datenmengen (strukturierte oder unstrukturierte Daten) verstanden werden. Das extrahierte Wissen wird dann herangezogen, um Phänomene aus unterschiedlichen Interessensgebieten zu erklären. Hayashi (1998, S. 40 – 45) definiert Datenwissenschaft als interdisziplinäre Wissenschaft, die „Statistik, Datenanalyse, Informatik und die entsprechenden Methoden“ vereint, um mithilfe von Daten „tatsächliche Phänomene nachvollziehen und analysieren zu können“. Die Datenwissenschaft hat in den letzten Jahren einen regelrechten Höhenflug erlebt, insbesondere maschinelles Lernen und Big Data sind in diesem Zusammenhang zu Schlagwörtern avanciert.

Auch im Gesundheitswesen spielen Daten eine gewichtige Rolle, vor allem, weil sie medizinische Maßnahmen mit empirischer Evidenz untermauern. Bezogen auf das Gesundheitswesen lässt sich die Datenwissenschaft laut Hernán et al. (2019) in drei Kategorien unterteilen:

1. Daten können durch eine deskriptive Datenanalyse eine in Zahlen ausgedrückte Zusammenfassung bestimmter Merkmale hervorbringen. Wird beispielsweise die Anzahl der Patient:innen, die an derselben Krankheit leiden, in einem bestimmten Zeitraum erfasst, so kann die Prävalenz und/oder Inzidenz dieser Krankheit in der Bevölkerung berechnet werden. Ein anderes Beispiel aus der Gesundheitsökonomie bezieht sich auf den Krankenversicherungsschutz. Dieser kann untersucht werden, indem von Einzelpersonen Daten über die Art der von ihnen gewählten Krankenversicherung erhoben werden.
2. Daten können Muster oder Trends erkennen lassen. Zum Beispiel können Epidemiolog:innen anhand von Daten den Risikofaktor einer bestimmten Krankheit ermitteln. Wenn Risikofaktoren auf den sozioökonomischen Status (d. h. Einkommen, Beschäftigung und Bildung), die Art der Versicherung usw. zurückzuführen sind, müssen sich Gesundheitsökonom:innen mit der Problematik befassen.
3. Daten können Kausalzusammenhänge aufdecken. Das bedeutet, mit ihnen lässt sich prognostizieren, ob ein Faktor (Bestimmungsgröße) einen bestimmten Output generiert.

Um einen Kausalzusammenhang herzustellen, bedarf es jedoch einiger Voraussetzungen. Im Gesundheitswesen hat der Kausalzusammenhang einen sehr hohen Stellenwert, da mit ihm die Ursache eines Problems (z. B. eine Krankheit) ermittelt und in der Folge das Problem vermieden werden kann. Ein Beispiel: Beantwortet werden soll die Frage „Kann Medikament A als wirksames Arzneimittel gegen COVID-19 eingesetzt werden?“. Um diese Frage beantworten zu können, muss der Kausalzusammenhang zwischen Medikament A und das damit einhergehende Therapieergebnis von an COVID-19 erkrankten Personen hergestellt werden.

### Häufig verwendete Datenquellen in der angewandten Gesundheitsökonometrie

Um ein ökonometrisches Modell für die Analyse von wirtschaftlichen Zusammenhängen zu entwickeln, müssen verfügbare Daten untersucht werden (McPake et al., 2020). Auf dem Gebiet der angewandten Gesundheitsökonometrie stützen sich die meisten Arbeiten auf Befragungsdaten aus Beobachtungsstudien, die mit einer Gruppe von Testpersonen durchgeführt werden. Darüber hinaus kommen in vielen Fällen administrative Daten zum Einsatz, obwohl diese im Prinzip nicht für die Forschung vorgesehen sind. Im Folgenden werden die zwei wichtigsten Datenquellen erörtert, die in der angewandten Gesundheitsökonometrie eingesetzt werden: administrative Daten und Befragungsdaten.

#### Administrative Daten

Bei administrativen Daten handelt es sich üblicherweise um Datensätze einer zugrundeliegenden Population, die über Variablen verfügen, die nicht primär in der Forschung Einsatz finden (Sekundärdaten). Für die angewandte Gesundheitsökonometrie können diese Daten allerdings relevant und nützlich sein. Diese Datenquelle bietet den Vorteil, dass sie die über einen langen Zeitraum erfassten Merkmale der gesamten untersuchten Population umfasst. Außerdem können verschiedenste administrative Daten in der Regel durch einen gemeinsamen Identifikator verknüpft werden, wodurch ein noch größerer Datensatz für Forschungszwecke erstellt werden kann (McPake et al., 2020). Bei der Verknüpfung von Daten müssen Forschende jedoch ethische Aspekte berücksichtigen und in Bezug auf den Datenschutz Vorsicht walten lassen. Diese Datenquelle birgt den Nachteil, dass sie eventuell nicht exakt auf den Forschungszweck zugeschnitten ist. Das heißt, administrative Daten verfügen möglicherweise nicht über die für die betreffende Analyse relevanten Variablen (McPake et al., 2020). Beispiele für administrative Daten sind unter anderem Daten zu Versicherungsansprüchen, Kostenerstattungsdaten, Registerdaten (z. B. Geburtenregister) und Daten zu Krankenhausentlassungen.

#### Befragungsdaten

Befragungsdaten werden erhoben, indem Testpersonen geschlossene (quantitative Studien oder Beobachtungsstudien) oder offene Fragen (qualitative Studien) beantworten. In der Gesundheitsökonometrie sind vor allem quantitative Daten von Bedeutung. Verschiedene Typen von Beobachtungsstudien, wie Kohortenstudien, Fall-Kontroll-Studien, Querschnittstudien, ökologische Studien, Fallstudien und der Mixed-Method-Ansatz, werden herangezogen, um für Analysezwecke Daten zu erheben. Diese Studiendesigns unterscheiden sich hauptsächlich durch die Gruppenkriterien und den Zeitraum der Verlaufskontrolle (kurze Abstände). Mithilfe von Beobachtungsstudien können die untersuchten Variablen durch Befragungen gemessen werden, wodurch ein für die Analyse verwertbarer Datensatz erstellt wird. Allerdings bergen alle Typen von Beobachtungsstudien den Nachteil, dass häufig Werte fehlen, d. h. Fragen wurden nicht beantwortet oder die Informationen der Testpersonen sind aus anderen Gründen nicht verfügbar. Fehlende Daten können für die Analyse von Bedeutung sein oder auch nicht. Das Thema der fehlenden Daten wird eingehend in der Fachliteratur von Kang (2013) erörtert.

### Ökonometrische Modelle

Wurden die verfügbaren Daten ihrem Typ und ihrer Struktur entsprechend erfasst, bedarf es eines geeigneten ökonometrischen Modells, mit dem der zu untersuchende Zusammenhang ermittelt werden kann. Zunächst gilt es, einige Fachausdrücke anhand des folgenden Beispiels zu erklären. Untersuchungsgegenstand ist der Zusammenhang zwischen Versicherungsschutz und Therapieergebnis, wobei die Hypothese aufgestellt wird, dass ein höherer Versicherungsschutz zu einem besseren Therapieergebnis führt. In diesem Beispiel ist der Versicherungsschutz die unabhängige Variable bzw. der Prädiktor, das Therapieergebnis wird als abhängige Variable bzw. Kriterium bezeichnet (Jones, 2007). Der Zusammenhang kann folgendermaßen dargestellt werden.

Der Kausalzusammenhang in ökonometrischen Analysen

Graphical user interface

Description automatically generated with low confidence

Quelle: Duy Pham (2022).

Die Fachausdrücke sollten paarweise verwendet werden: Das bedeutet, wenn X als unabhängige Variable bezeichnet wird, sollte Y als abhängige Variable bezeichnet werden. Umkehrt sollte X als Prädiktor bezeichnet werden, wenn Y als Kriterium bezeichnet wird. Aus Gründen der Einheitlichkeit wurde für dieses Studienskript die Bezeichnung unabhängige und abhängige Variable gewählt.

Im Folgenden werden die wichtigsten Merkmale zweier Regressionsmodelle (lineare und nicht lineare Regression) und deren Anwendungsbereiche beschrieben. Die für diese Modelle verwendete Statistik und Kodierung wird in diesem Skript nicht erörtert. Diese Themen können aber in der Fachliteratur von Jones (2007, 2017) nachgeschlagen werden.

#### Lineare Regression

Bei der linearen Regression handelt es sich um ein einfaches Modell, das den linearen Zusammenhang zwischen einer oder mehrerer unabhängiger Variablen und einer abhängigen Variable abbildet. Die lineare Funktion einer unabhängigen und einer abhängigen Variable stellt sich folgendermaßen dar:

In dieser Funktion ist der Achsenabschnitt der Regressionsgeraden, d. h. der vorhergesagte Wert von Y, wenn X = 0 ist; β ist der Regressionskoeffizient, der den Einfluss der unabhängigen Variable X auf die abhängige Variable Y angibt; wird als Fehlerterm bezeichnet, der alle Variationen von Y erfasst, die nicht durch X erklärt werden können. Die Methode der kleinsten Quadrate, die auf den Werten X und Y basiert, wird am häufigsten verwendet, um die Parameter eines linearen Regressionsmodells (d. h. ) zu schätzen. Tatsächlich lässt sich mit dieser Methode der kleinste Fehlerterm () in diesem Modell bestimmen.

Die lineare Regression beruht auf mehreren Annahmen. Diese Annahmen und die damit einhergehenden Methoden zur Überprüfung werden in der Fachliteratur von McPake et al. (2020) und Casson und Farmer (2014) beschrieben. In der angewandten Gesundheitsökonomie werden diese Annahmen manchmal missachtet, weshalb andere geeignete Regressionsmodelle Anwendung finden (McPake et al., 2020; Jones, 2017). Beispielsweise sind Daten zu Kosten und Ausgaben im Gesundheitswesen in der Regel rechtsschief verteilt, weshalb eine Normalverteilung der Residuen nicht unbedingt vorausgesetzt werden kann. Aus diesem Grund kann die lineare Regression nicht angewendet werden (Jones, 2017). Ein Lösungsansatz besteht darin, die Daten durch Logarithmen umzuwandeln und dann eine loglineare Analyse durchzuführen (Jones, 2017). Die Umwandlung der Daten muss jedoch sorgsam ausgeführt werden, da andernfalls deren Interpretation erschwert wird. Außerdem können bei der durch Logarithmen herbeigeführten Datentransformation Fehler auftreten, die auf die besonderen Merkmale der Daten (z. B. Datenmaterial, das eine hohe Zahl an Nullbeobachtungen aufweist) zurückzuführen sind (Jones, 2017).

#### Nicht lineare Regression

In der Gesundheitsökonomie sind Befragungsdaten und administrative Daten die am häufigsten verwendeten Datenquellen. Dementsprechend wird das Therapieergebnis nicht anhand von stetigen Variablen gemessen, sondern eher mithilfe binärer, multinominaler, Ganzzahl- und Zeitvariablen (z. B. Zeit bis zum Eintritt des Tods). Für diese Typen von Variablen sind nicht lineare Regressionsmodelle besser geeignet und finden im Bereich der Gesundheitsökonomie vermehrt Einsatz (Jones, 2017). Im Folgenden wird das gängige nicht lineare Regressionsmodell kurz anhand der verschiedenen Typen von abhängigen Variablen beschrieben.

Zunächst wird erörtert, welches Modell sich am besten für eine abhängige Variable eignet, die mehrere Antwortmöglichkeiten zulässt. Handelt es sich bei der abhängigen Variable um eine binäre Variable, sind nur zwei Antworten möglich (z. B. Ja- oder Nein-Entscheidungsfragen). Hierfür wird am häufigsten das logistische Regressionsmodell (Logit-Modell; ihm liegt eine logistische Fehlerverteilung zugrunde) und das Probit-Modell (ihm liegt eine normale Fehlerverteilung zugrunde) eingesetzt (McPake et al., 2020). Bei der multinominalen logistischen Regression gibt es mehr als zwei Antwortkategorien, die nicht geordnet sind (eine entsprechende Fragestellung könnte folgendermaßen aussehen: „In welchem Krankenhaus wurden Sie operiert?“ Hier wäre die Antwort der Name eines Krankenhauses). In solchen Fällen wird normalerweise das multinominale oder bedingte Logit-Model verwendet. Weitere flexible Modelle, die in manchen Fällen Anwendung finden, sind z. B. das hierarchische Logit-Modell und das multinominale Probit-Modell (McPake et al., 2020). Im Fall von geordneten Antwortkategorien, d. h. die Antwortmöglichkeiten entsprechen einer natürlichen Ordnung (z. B. stehen für die Frage „Wie schätzen Sie heute ihren Gesundheitszustand ein?“ folgende Antwortmöglichkeiten zur Verfügung: „Sehr gut“, „Gut“, „Mittelmäßig“, „Schlecht“ und „Sehr schlecht“), kommt in der Regel das geordnete Probit-Modell zum Einsatz.

Wird durch die abhängige Variable die Anzahl von Ereignissen dargestellt (z. B. sollte die Antwort auf die Frage „Wie oft waren Sie in den letzten drei Monaten beim Arzt?“ eine Ganzzahl sein, die größer oder gleich 0 ist) sollte das Mittel der Wahl die Poisson-Regression sein (McPake et al., 2020). Weitere Regressionsmodelle für Zähldaten werden in den Arbeiten von Cameron und Trividi (2013) eingehend erörtert.

Darüber hinaus wird das Therapieergebnis in der angewandten Gesundheitsökonomie häufig anhand der Zeit gemessen, die vergeht, bis ein Ereignis eintritt (z. B. Zeit bis zum Eintritt des Todes). Die hierfür am häufigsten herangezogene Methode wird als Coxsches Regressionsmodell bezeichnet. Hier werden die Ergebnisse mithilfe der Hazard-Funktion bzw. Ereigniszeitfunktion interpretiert (McPake et al., 2020).

Allgemein lässt sich festhalten, dass das für eine bestimmte Analyse geeignete Regressionsmodell abhängig vom verfügbaren Datentyp gewählt werden kann. Wurde erst einmal ein Regressionsmodell ausgewählt, müssen die für den Modelltyp geltenden Annahmen während der Analyse sorgsam geprüft werden. Die genaue Anwendung der erwähnten Modell wird in diesem Studienskript nicht weiter ausgeführt, kann aber in der Fachliteratur von Jones (2017) studiert werden.

### Fragen zur Selbstkontrolle

1. Bitte geben Sie die Definition für den Begriff Ökonometrie an.

*Die Ökonometrie umfasst drei Fachgebiete (Wirtschaftswissenschaften, Statistik und Mathematik), mit denen wirtschaftliche Probleme erforscht und verwertbare Evidenz gewonnen werden kann.*

1. Bitte nennen Sie die zwei Datenquellen, die in der angewandten Gesundheitsökonometrie am häufigsten zum Einsatz kommen.

*Befragungsdaten und administrative Daten*

1. Bitte nennen Sie die zwei Arten ökonometrischer Modelle.

*lineare und nicht lineare Regression*

## 6.2 Methoden der Ursachenanalyse

Dieser Abschnitt behandelt die Forschungsdesigns und Methoden, die in der angewandten Gesundheitsökonomie Anwendung finden, um Kausalzusammenhänge nachzuweisen. Eine Ursachen- bzw. Kausalanalyse kann belegen, inwieweit eine Gesundheitsmaßnahme das Therapieergebnis einer bestimmten Krankheit beeinflusst. Diese zuverlässigen Informationen können als schlagkräftiger Beweis für die Wirksamkeit einer Maßnahme dienen und in der Folge die Entscheidungsfindung erleichtern. Für den Nachweis eines Kausalzusammenhangs müssen jedoch verschiedene Bedingungen erfüllt und Thesen untermauert sein. Im ersten Teil dieses Abschnitts werden die für die Ursachenanalyse in Frage kommenden Studiendesigns untersucht. Hierzu zählen etwa die randomisierte-kontrollierte Studie (RCT) und das Quasi- oder natürliche Experiment. Die RCT ist das Mittel der Wahl, um Kausalzusammenhänge zu belegen. Allerdings ist dieses Studiendesign äußert ressourcenintensiv und es wirft ethische Fragen auf. Deshalb findet bei der Ursachenanalyse auch das Quasi- oder natürliche Experiment Verwendung, allerdings nur unter der Voraussetzung, dass den ökonometrischen Methoden und Annahmen zur Genüge Rechnung getragen wird.

### Forschungsdesigns für die Ursachenanalyse

Es gibt zahlreiche Forschungsdesign, die der Beantwortung von Forschungsfragen dienen. Für die Beantwortung mancher Fragen sind nicht zwangsläufig komplizierte Forschungsdesigns erforderlich, für andere hingegen schon. Laut Evans (2003) ist nicht nur das Studiendesign, sondern auch die Formulierung der Forschungsfrage (bezieht sich auf die Wirksamkeit, Eignung und Durchführbarkeit von Gesundheitsmaßnahmen) für die Zuverlässigkeit der wissenschaftlichen Evidenz verantwortlich. Evans (2003) hat eine Evidenzhierarchie entwickelt und stellt die Behauptung auf, dass die RCT nicht in jedem Fall das Mittel der Wahl ist. Tatsächlich kann die RCT nur für die Bewertung der Wirksamkeit von Gesundheitsmaßnahmen als Mittel der Wahl herangezogen werden. Bezieht sich die Forschungsfrage nicht auf die Wirksamkeit, sollte unter Umständen ein anderes Studiendesign in Erwägung gezogen werden. In diesem Abschnitt wird erörtert, in welchen Fällen der Kausalzusammenhang mithilfe der RCT nachgewiesen werden kann und in welchen Situationen auch andere Studiendesigns angemessen sein können.

#### Randomisierte-kontrollierte Studie

Die RCT wird in der klinischen Forschung und für die ökonomische Bewertung von medizinischen Behandlungen (z. B. Medikamente, medizinische Verfahren und neue Medizintechnik), die in der Regel als mikroökonomische Bewertung bezeichnet werden, häufig eingesetzt. Die RCT ist eine experimentelle Studie, im Zuge derer Testpersonen nach dem Zufallsprinzip (randomisiert) einer Versuchsgruppe oder einer Kontrollgruppe zugeordnet werden und eine unterschiedliche Behandlung erhalten (Kendall, 2003). Diese beiden Gruppen werden hinsichtlich des eintretenden Effekts untersucht. Das Konzept scheint einfach, doch eine gut konzipierte RCT ist in der Planung nicht unkompliziert. Kendall (2003) nennt die Merkmale einer gut konzipierten RCT:

* Damit sich die Studienergebnisse verallgemeinern lassen, müssen die Testpersonen sorgsam ausgewählt werden und für die Hypothese geeignet sein. Der Stichprobenumfang (Anzahl der Versuchspersonen) muss angemessen groß sein, um signifikante Unterschiede ausmachen zu können.
* Ein ausgereiftes Randomisierungsverfahren ist notwendig, um den Einfluss von Störvariablen (Variablen, die nicht Teil des Experimentes sind, aber trotzdem Einfluss auf die Ergebnisse nehmen) und einen möglichen Selektionsbias zu minimieren.
* Abgesehen von der untersuchten Behandlung (Gesundheitsmaßnahme) werden Versuchs- und Kontrollgruppe gleichbehandelt.
* Die Forschenden wissen nicht, zu welcher Gruppe die einzelnen Personen zugeordnet sind und welche Gruppe die Behandlung erhält.
* Die Testpersonen werden innerhalb der Gruppe untersucht. Wichtig ist in diesem Zusammenhang die sogenannte „Verblindung“, d. h. in manchen Studien dürfen auch die Testpersonen nicht wissen, ob sie ein z. B. Medikament (Versuchsgruppe) oder ein Placebo (Kontrollgruppe) erhalten haben.
* Im Zuge der Analyse sollte nur die Forschungsfrage beantwortet werden. Das Studienergebnis ist demgemäß entweder aussagekräftig oder eben nicht.

Viele RCTs werden als Doppelblindstudien durchgeführt. Das bedeutet, dass weder die Forschenden noch die Testpersonen bis zum Ende der Studie Kenntnis über die Gruppenzugehörigkeit haben. Dies soll verhindern, dass bei der Analyse der Ergebnisse durch die Forschenden eine Verzerrung (Bias) auftritt. Eine Doppelblindstudie ist jedoch (z. B. bei chirurgischen Maßnahmen) nicht immer umsetzbar.

Aufgrund des organisatorischen Aufwands sind RCTs in der Verhaltens- und Sozialforschung weniger verbreitet. So kommen bei der Umsetzung mancher Maßnahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit (z. B. bei der Bekämpfung des Tabakkonsums und der Fettleibigkeit) verhaltens- und sozialwissenschaftliche Konzepte zum Einsatz (Public Health England, 2018). Da solche Maßnahmen mit zu vielen Aktivitäten und Akteuren auf verschiedensten Ebenen verbunden sind, ist es möglicherweise zu schwierig eine RCT zu konzipieren bzw. durchzuführen. Es wurde aber mindestens ein umfangreiches, als RCT angelegtes Experiment im Bereich der Gesundheitsökonomie umgesetzt: das zwischen 1971 und 1982 in den USA realisierte RAND Health Insurance Experiment (Brook et al., 2006).

#### Quasi- oder natürliches Experiment

Bei RCTs möchten die Forschenden volle Kontrolle über die Forschungsvariablen haben, um Unterschiede im Ergebnis ausmachen zu können. Bei einer gut konzipierten RCT werden die Gruppen gleichbehandelt. Der einzige Unterschied ist die zu untersuchende Gesundheitsmaßnahme. Dieses Studiendesign wirft manchmal ethische Fragen auf. Beispielsweise ist es nicht möglich, den Kindern einer Kontrollgruppe für die Überprüfung der Wirksamkeit das Stillen zu verwehren, da dies im späteren Leben zu Problemen führen könnte. Außerdem sind RCTs bei groß angelegten Gesundheitsmaßnahmen aufgrund des hohen Zeit- und Kostenaufwands schwierig in der Umsetzung. Für Ursachenanalysen, die als relativ kleine Laborexperimente durchgeführt werden, sind sie aber sehr zweckdienlich.

In der angewandten Gesundheitsökonomie kommt daher häufiger die quasi-experimentelle Studie zum Einsatz, da mit ihr die Forschungsfrage leichter beantwortet werden kann. Die RCT und das Quasi-Experiment unterscheiden sich hauptsächlich durch die Randomisierung: Bei Letzterem werden die Versuchspersonen nicht nach dem Zufallsprinzip in verschiedene Gruppen eingeteilt. Tatsächlich üben Forschende in Quasi-Experimenten weniger Kontrolle aus als in RCTs. In natürlichen Experimenten, die zu den Quasi-Experimenten zählen, ist zwar eine gewisse Randomisierung möglich, sie wird aber nicht als solche erachtet. Deshalb gelten natürliche Experimente nicht als echte Experimente. Natürliche Experimente werden oftmals nach Einführung einer neuen Vorschrift oder Verabschiedung eines neuen Gesetzes durchgeführt, um deren Auswirkungen zu untersuchen (McPake et al., 2020). Ein Beispiel für ein natürliches Experiment ist die Oregon Health Study. Dabei handelt es sich um eine wegweisende Studie aus den USA. Testpersonen waren Erwachsene mit niedrigem Einkommen. Untersucht wurde der Zusammenhang zwischen der Ausweitung der öffentlichen Krankenversicherung und dem Wohlbefinden, der Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten, der finanziellen Belastung und den Therapieergebnissen (Baicker et al., 2013; Finkelstein et al., 2012; Taubman et al., 2014). Im Rahmen dieses natürlichen Experiments untersuchten die Forschenden also, wie sich die gesetzliche Krankenversicherung auf einkommensschwache Personen auswirkt. Dabei wurden die Testpersonen durch einen Zufallsgenerator ausgewählt, da es nicht möglich war, die gesamte relevante Bevölkerung am Experiment zu beteiligen. Da der Zufallsgenerator die Testpersonen auswählte, traten die für dieses Studiendesign möglicherweise relevanten ethischen Probleme in den Hintergrund.

Durch die Verknüpfung von immer größeren Mengen an realen Daten (eng. Real-World-Data, RWD) und wissenschaftlicher Evidenz entstehen riesige Quellen retrospektiver Daten. Diese sind gut geeignet für Quasi-Experimente und fördern die Entscheidungsfindung. Dank der Entwicklung ökonometrischer Instrumente können diese Datenquellen bis zu einem gewissen Grad auch für die Ursachenanalyse eingesetzt werden.

### Quasi-experimentelle Studiendesigns zur Bewertung von Kausalzusammenhängen

Dieser Abschnitt beschäftigt sich mit den vier quasi-experimentellen Studiendesigns, die laut Kim und Steiner (2016) für die Bewertung von Kausalzusammenhängen angewandt werden können:

* Regressions-Diskontinuitäten-Analyse (RD)
* Instrumentvariablenansatz (IV)
* Matching und Propensity Score (PS)
* Comparative Interrupted Time Series (CITS)

#### Regressions-Diskontinuitäten-Analyse (RD)

Beim RD-Design wird die Zuweisung zur Versuchsgruppe dadurch bestimmt, ob eine potenzielle Testperson im Hinblick auf eine bestimmte Variable unter oder über einem festgelegten Schwellenwert liegt. Diese Variable steht wiederum in Wechselbeziehung zu einer abhängigen Variable (dem Therapieergebnis). Jegliche Diskontinuität oder Unstetigkeit beim Ergebnis, das auf den Schwellenwert der Variable zurückgeführt werden kann, kann als Kausaleffekt der Behandlung angesehen werden. In Studien im Bereich der angewandten Gesundheitsökonomie wird als Schwellenwert häufig das Alter verwendet. Ein Beispiel für eine Regressions-Diskontinuitäten-Analyse, bei der das Alter als Schwellenwert diente, ist ein natürliches Experiment, das in Japan zum Thema Kostenbeteiligung im Gesundheitswesen durchgeführt wurde (Shigeoka, 2012). In Japan sinkt mit Erreichen des 70. Lebensjahres die Kostenbeteiligung bei medizinischen Maßnahmen von 30 auf 10 Prozent. Im Rahmen dieser Studie wurde mithilfe von Befragungsdaten von Einzelpersonen versucht, herauszufinden, ob ein Kausalzusammenhang zwischen Kostenbeteiligung, Therapieergebnis und Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten besteht. Die Ergebnisse förderten zu Tage, dass die reduzierte Kostenbeteiligung zwar zu einer Senkung der Gesundheitsausgaben bei Menschen ab dem 70. Lebensjahr führte, doch beim selbsteingeschätzten Therapieergebnis waren kaum Veränderungen zu verzeichnen (Shigeoka, 2012).

Bei der Regressions-Diskontinuitäten-Analyse kann die Aussagekraft der Studienergebnisse hauptsächlich durch die auf einer bestimmten Variable basierenden Gruppenzuordnung und dem damit einhergehenden Schwellenwert beeinträchtigt werden. Weitere potenzielle Probleme sind die Gefahr einer schlechten Compliance, der niedrige Grad der Generalisierbarkeit und die schwache statistische Aussagekraft der Studienergebnisse (Kim & Steiner, 2016).

#### Instrumentvariablenansatz

Eine Instrumentvariable (IV) ist eine exogene Variable, die zwei Annahmen gerecht wird (Kim & Steiner, 2016):

1. Sie steht in Korrelation zur unabhängigen Variable (Behandlung).
2. Sie korreliert theoretisch außer über die unabhängige Variable nicht mit der abhängigen Variable (Therapieergebnis).

Das bedeutet, dass die IV nur mit der abhängigen Variable verknüpft ist, wenn die unabhängige Variable als Verbindungsstück agiert. Um also einen Kausalzusammenhang aufzudecken, müssen die durch die IV erklärten Variationen der abhängigen Variable ermittelt werden. Allerdings ist es in der Praxis schwierig, eine gültige IV zu finden, da die erste Annahme theoretisch überprüft werden kann, die zweite Annahme erfahrungsgemäß aber nicht (Newhouse & McClellan, 1998). Es könnte möglicherweise eine weitere exogene Variable herangezogen werden, die sowohl mit der IV als auch der abhängigen Variable verknüpft ist, ohne in Korrelation zur unabhängigen Variable zu stehen. Andere Probleme, die der Instrumentalvariablenansatz in der Praxis mit sich bringt, werden in den Arbeiten von Kim und Steiner (2016) erörtert.

#### Matching und die Propensity-Score-Methode

Matching und die Propensity-Score-Methode sind besonders geeignet, wenn die Forschenden nicht ausreichend Kontrolle über die Gesundheitsmaßnahme haben, jedoch die möglichen Störfaktoren kennen, die die Wirkung der Maßnahme und damit das Therapieergebnis beeinflussen könnten. Sind eine Reihe an Störfaktoren bekannt, kann der Kausalzusammenhang theoretisch durch Matching oder die Propensity-Score-Methode aufgedeckt werden. Um einen Kausalzusammenhang herzustellen, werden beim Matching Testpersonen der Versuchsgruppe ähnlichen Testpersonen der Kontrollgruppe zugeteilt. Die Ähnlichkeit bezieht sich zumindest auf die identifizierten Störfaktoren. Obgleich die Zahl der Störfaktoren bei dieser Methode in der Regel gering ist, bereitet das manuelle Matching manchmal Schwierigkeiten. Aus diesem Grund kann die Anwendung der Propensity-Score-Methode hilfreich sein (Rosenbaum & Rubin, 1983). Propensity Score wird definiert als „die bedingte Wahrscheinlichkeit, dass ein:e Patient:in eine Therapie auf Basis der untersuchten Störvariablen erhält“ (Kim & Steiner, 2016, S. 9). Eine der größten Herausforderungen beim Matching ist die Auswahl der möglichen Störfaktoren. In der Praxis können bei diesem Verfahren aber auch andere Probleme auftreten (Kim & Steiner, 2016).

#### Comparative Interrupted Time Series (CITS)

Bisher wurden Studiendesigns erörtert, die einige der Voraussetzungen zur Herstellung des Kausalzusammenhangs erfüllen. Zu diesen Voraussetzungen zählen etwa die Zuordnungskontrolle sowie exogene und endogene Variablen, die mit den untersuchten unabhängigen und abhängigen Variablen in Korrelation gebracht werden. Wird keine dieser Voraussetzungen erfüllt, kann das Studiendesign Comparative Interrupted Time Series (CITS) als Alternative angewendet werden. Für dieses Design sind zwei Voraussetzungen zwingend erforderlich (Kim & Steiner, 2016):

1. Das Therapieergebnis wird bei allen Testpersonen zu verschiedenen Zeitpunkten (Zeitreihen) gemessen.
2. Die Versuchsgruppe wird einer Maßnahme ausgesetzt.

Das Festlegen des angemessenen Zeitraums zwischen den Zeitreihen und die erforderlichen autoregressiven Modelle für die Identifikation serieller Korrelationen können bei diesem Studiendesign Probleme bereiten (Kim & Steiner, 2016).

### Fragen zur Selbstkontrolle

1. Bitte nennen Sie zwei Studiendesigns, die für die Kausalanalyse herangezogen werden können.

*randomisierte-kontrollierte Studie und Quasi-Experiment*

1. Bitte nennen Sie zwei Methoden, die eingesetzt werden, um den Kausalzusammenhang in quasi-experimentellen Studien zu belegen.

*Regressions-Diskontinuitäten-Analyse (RD), Instrumentvariablenansatz, Matching und Propensity-Score-Methode und Comparative Interrupted Time Series (CITS)*

Zusammenfassung

Auf dem Gebiet der angewandten Gesundheitsökonometrie, das die Auswirkungen von Gesundheitsmaßnahmen untersucht, wurden in den letzten Jahrzehnten gewaltige Fortschritte erzielt. In dieser Lektion wurden häufig eingesetzte Datenquellen behandelt, wie z. B. Befragungsdaten und administrative Daten. Diese Datenquellen bilden gemeinsam mit klinischen Daten eine solide Grundlage für die angewandte Gesundheitsökonometrie und ökonomische Bewertungen. Während randomisierte-kontrollierte Studien für Bewertungen auf mikroökonomischer Ebene unerlässlich sind, um zwischen medizinischem Verfahren (z. B. Behandlung und Medikamente) und Therapieergebnis einen Kausalzusammenhang nachzuweisen, finden auf makroökonomischer Ebene (z. B. Krankenversicherung oder Gesundheitspolitik) für diesen Zweck eher Quasi-Experimente Anwendung.

Die ökonometrischen Modelle müssen für die Datenquelle und die verfügbaren Ressourcen geeignet und auf die Forschungsfrage zugeschnitten sein. Unterschiedliche quasi-experimentelle Studiendesigns zur Bewertung von Kausalzusammenhängen wurden in dieser Lektion beleuchtet. Um diese Studiendesigns ordnungsgemäß in der Praxis anzuwenden, ist jedoch zusätzliches Wissen notwendig, das in diesem Skript nicht vermittelt wurde. Es gilt zu beachten, dass RCTs in vielen Fällen aufgrund des hohen Ressourcenverbrauchs (Zeit und Geld) nicht durchführbar sind und ethische Fragen aufwerfen. Aus diesem Grund sollten andere Studiendesigns in Erwägung gezogen und sorgsam angewendet werden. Dank der Zunahme an realen Daten (eng. Real-World-Data) stehen den Forschenden heute mehr Möglichkeiten für die Gestaltung von Studien im Bereich der Gesundheitsökonomie offen.