



FORSCHUNGSBERICHTE DES
INSTITUTS FÜR GESUNDHEITSOÖKONOMIE UND KLINISCHE
EPIDEMIOLOGIE DER UNIVERSITÄT ZU KÖLN



STUDIEN ZU GESUNDHEIT, MEDIZIN UND GESELLSCHAFT

Nr. 03/ 2007 vom 18.06.2007 *** ISSN 1862-7412 *** www.igke.de/sgmg

Solidarität und ökonomische Analysen im Gesundheitswesen

Autor:

Lüngen M

Korrespondierender Autor: Luengen@igke.de

Die Reihe „Studien zu Gesundheit, Medizin und Gesellschaft“ umfasst Arbeits- und Forschungsberichte des Instituts für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie der Universität zu Köln sowie kooperierender Wissenschaftler und Institutionen.

Die Berichte und weitere Informationen zu den Forschungsberichten können im Volltext abgerufen werden unter

<http://www.igke.de/SGMG>

Bitte zitieren Sie vorliegenden Bericht als

Längen M. Solidarität und ökonomische Analysen im Gesundheitswesen. Studien zu Gesundheit, Medizin und Gesellschaft 2007; Köln: Ausgabe 03/2007 vom 18.06.2007.

1 Solidarität und Wirtschaftlichkeit als Widerspruch im Gesundheitswesen?

In den letzten Jahren ist eine zunehmende ökonomische Ausrichtung der Analysen des Gesundheitswesens zu beobachten. Ökonomisierung bedeutet, dass Bewertung und Ausarbeitung von Vorschlägen wesentlich auf die Methoden und Konzepte der ökonomischen Theorie zurück greifen.

Diese Ökonomisierung wird verbreitet kritisiert, insbesondere von Ärzten, welche eine ungerechtfertigte Einflussnahme auf ihr therapeutisches Handeln befürchten, beziehungsweise bereits umgesetzt sehen.¹ Jedoch ist die generelle Notwendigkeit einer Steuerung im Gesundheitswesen unbestritten. Da jedoch in der Perspektive immer mehr Behandlungen wünschbar als finanzierbar sind (gleichgültig, ob der Wunsch ausgelöst wird durch ärztliche Anordnung oder Handlungen des Patienten), bleiben Steuerungsmechanismen notwendig, die sowohl die Gesamthöhe der Leistungsausgaben beachten als auch deren Verteilung auf konkrete Fälle.

Zur Analyse der Anreize für Ärzte und Patienten (sowie Krankenversicherungen) gibt es in der Ökonomie mittlerweile ausgefeilte Theorien und Modelle, welche teilweise auch empirisch befriedigend untersucht wurden. Der Stand des Wissens macht große Fortschritte und die Diskussion wendet sich immer stärker der Umsetzung mittels Gesundheitspolitik und konkretem Handeln in der ärztlichen Praxis zu. Weniger Erkenntnisse gibt es jedoch über die Verteilungswirkungen der Regelungen im Gesundheitswesen. So kann aus der Ökonomie kaum abgeleitet werden, wer von einer Behandlungsmöglichkeit profitieren wird und noch weniger, wer davon profitieren sollte. Mit diesen Fragestellungen der Verteilung von finanziellen Belastungen und erwartbarer Inanspruchnahme ist wesentlich der Gedanke der Solidarität im Gesundheitswesen verbunden.

Nachfolgend soll der Zusammenhang zwischen Solidarität und Krankenversorgung näher untersucht werden. Dazu soll zunächst überblicksartig die Geschichte der Ökonomisierung der medizinischen Versorgung nachgezeichnet werden. Darauf aufbauend soll auf fehlende Gegenentwürfe zu einem „effizienten“ ökonomisch-rationalen Gesundheitswesen hingewiesen werden, verknüpft mit einem Ausblick, welche Elemente durch die wissenschaftliche Forschung behandelt

¹ Davies HT, Harrison S. Trends in doctor-manager relationship. BMJ 2003;326:646-649.

werden müssten, um ethische Aspekte der Solidarität stärker auch in formale Analysen einzubringen.

2 Die Verbreitung des ökonomischen Imperialismus

Die ökonomische Methode unterlag in den letzten Jahrzehnten großen Wandlungen. Prinzipiell schaffte sie es durch ständige kritische Dialoge, ihre eigenen Defizite immer wieder zu erkennen und mit teils bahnbrechenden Neuerungen Antworten auf geänderte oder auch nur besser erkennbare Wirklichkeiten zu finden. Große Einschnitte waren einerseits die Betonung der Nachfrage für die Gesamtwirtschaft (verbunden mit dem Werk von Maynard Keynes) und die spätere Rückkehr zur Betonung des Angebotes von Gütern durch die Vertreter der Chicago-Schule, insbesondere vertreten durch Milton Friedman.

Für das Gesundheitswesen und die Gesundheitsökonomie hatten diese Diskussionen zunächst keine spürbaren Auswirkung. Soziale Sicherung wurde als Bereich angesehen, der im ureigensten staatlichen Auftrag (oder von ihm eng kontrollierten Bereichen) lag. Die Begründung der Gesundheitsökonomie begann mit einem Aufsatz von Kenneth Arrow aus dem Jahre 1963, in dem er bereits darauf hinwies, dass auch Angebot und Nachfrage im Gesundheitswesen mit den Methoden der Ökonomie analysierbar seien.² Als wesentliches Charakteristikum erwähnte er die Unsicherheiten, die auf anderen Märkten nicht oder nicht so ausgeprägt vorhanden seien. Dies sind die Unsicherheit zu erkranken (also der Leistungsanspruchnahme beziehungsweise Ausübung einer Nachfrage) und die Unsicherheit, ob die gekaufte Ware (Arzneimittel, Krankenhausbehandlung etc.) überhaupt wirksam ist (also eine Effektivitätsüberlegung beziehungsweise Realisierung von Nutzen).

Die Diskussion blieb jedoch auch nach dem Beitrag von Arrow lange in Bahnen, die keine grundlegend neue gesundheitspolitischen Diskussionen auslösten. Ein grundsätzlicher Wandel bahnte sich erst an, als aus politisch eher konservativ geprägten Kreisen die Überlegung entstand, dass der Selbstbestimmungswille des Patienten (also des Nachfragers) ein bisher zu wenig beachteter Umstand sei. Die ökonomische Theorie basiert wesentlich auf dem Gedanken, dass nicht ein Kollektiv (beispielsweise der Staat), sondern das einzelne Individuum am besten ausdrücken kann, wie der persönliche Nutzen maximiert werden kann. Die Nutzenmaximierung soll nach den ökonomischen Konzepten nicht nur für den Einzelnen, sondern als eine Aufsummierung der

² Arrow KJ. Uncertainty and the welfare economics of medical care. The American Economic Review 1963;53(5):941-973.

einzelnen Nutzen auch für die Gesamtgesellschaft erreicht werden. Die Wohlfahrtsökonomie behandelt dieses Gebiet explizit.

Konkret bedeutet die Hervorhebung des Individuums gegenüber dem Kollektiv für das Gesundheitswesen, dass die Rechte der freien Wahl von Therapien, Versicherungspaketen, Ärzten etc. betont werden. Umgekehrt kann der einzelne Versicherte auch am besten seine Wertschätzung für die Leistungen äußern, ausgedrückt in seiner Bereitschaft, für die Leistungen zu bezahlen (sei es in Geld oder auch Wartezeit, Sicherheit etc.).

Diese Kombination von individueller Zahlungsbereitschaft und individueller Wahlfreiheit ist grundlegend für das Verständnis der neueren Entwicklungen der (neoklassischen) Ökonomie in den letzten 20 Jahren. Darauf basierend setzte ein grundlegend abweichendes Verständnis für das Gesundheitswesen und die Richtung der gesundheitspolitischen Diskussion ein.

Das Ziel der Bemühungen in der Ökonomie war (und ist) die Erzielung allokativer Effizienz. Sie ist erreicht, wenn die Anbieter (Krankenhäuser, Ärzte, aber auch Krankenkassen etc.) zu geringsten Kosten produzieren und die angebotenen Leistungen (Behandlungen) exakt dem entsprechen, was die Patienten als Nachfrager wünschen. Gegen dieses Ziel ist kaum etwas einzuwenden. Wer wollte behaupten, dass er Verschwendung begrüßt oder an den Wünschen der Patienten vorbei „produziert“ werden sollte? Die eigentliche Dynamik der Diskussion entsteht jedoch, da analytisch gezeigt werden kann, dass bei funktionierenden Märkten (die Anbieter produzieren ohne Verschwendung und die Nachfrager wählen ihre Leistungen nach ihren Wünschen) diese allokativer Effizienz erreicht wird. Mit anderen Worten kann auf diesen funktionierenden Märkten jemand nur besser gestellt werden, indem jemand anders schlechter gestellt wird. Eine Verbesserung für alle ohne Schlechterstellung einzelner ist jedoch auf funktionierenden Märkten nicht möglich.

Die Folgen dieser analytischen Ableitung sind bestechend. Nachdem dieses Prinzip auch für das Gesundheitswesen generell als gültig erkannt wurde (es gibt Märkte, es gibt Anbieter und es gibt Patienten mit Vorstellungen darüber, was ihnen am besten nutzt) drehte sich in der Folge die gesundheitsökonomische und -politische Beweislage um. Während zuvor für Änderungen nachgewiesen werden musste, warum der Markt besser funktioniert als eine staatliche Regulierung, musste fortan von den Verteidigern des Status Quo nachgewiesen werden, dass die bisherige staatliche Regulierung geringere Nachteile aufweist als eine Liberalisierung der Märkte.

Dieser Nachweis ist natürlich (für beide Seiten) schwer zu führen: konkrete Erfahrungen fehlten weitgehend,³ Vorlieben und Gewohnheiten wurden mit der wissenschaftlichen Analyse vermischt und eine Ablehnung der Ziele der ökonomischen Analyse fiel schwer. Zudem darf nicht übersehen werden, dass die ökonomische Analyse in anderen Bereichen der Gesellschaft und Wirtschaft erhebliche Verbesserungen gebracht hatten und haben. Viele grundlegende Verbesserungen des Wohlstands und der Sicherheit basieren maßgeblich auf Vorarbeiten aus den Wirtschaftswissenschaften. Eine leichtfertige Ablehnung der Gedanken verbietet sich daher.

³ Auch die USA haben keinen freien Markt im Gesundheitswesen. Siehe beispielsweise die Ausführungen bei Donaldson C, Gerard K. *The Economics of Health Care Financing: The visible hand*. London: Macmillan Press; 1993.. In Anlehnung an die invisible hand von Adam Smith wird dort von der vorhandenen visible hand des Staates im Gesundheitswesen gesprochen.

3 Kritik an der Ökonomie in der Medizin

Die Kritik an einer weitgehenden Übernahme der ökonomischen Vorstellung auf die Regelungen im Gesundheitswesen setzte zunächst bei den Annahmen an. Kann der einzelne Versicherte wirklich seinen Nutzen aus einer Therapie abschätzen oder fehlt ihm hierfür das Wissen (mangelnde Information)? Wird der Arzt den Patienten nicht zu Therapien überreden, die möglicherweise nicht notwendig sind, dem Arzt jedoch ein Zusatzeinkommen beschieren (Anbieter-induzierte Nachfrage)? Oder wird der Patient nicht generell zu viele Leistungen in Anspruch nehmen, da nicht er selbst bezahlen muss, sondern die zumindest in Anteilen von der Krankenversicherung übernommen werden (Moral Hazard Verhalten)?

Alle diese schwerwiegenden Einwände wurden in Lehrbüchern ausführlich diskutiert und teilweise als so gravierend angesehen, dass eine Übertragung des ökonomischen Ansatzes auf das Gesundheitswesen zwar nicht abgelehnt, jedoch eine letztendlich sichernde Funktion des Staates befürwortet wird.⁴ Dennoch lief die Diskussion immer ausgeprägter in Richtung einer Herstellung von möglichst transparenten Märkten. So schlugen die Marktbefürworter eine bessere Verbreitung von Wissen vor (um das Informationsdefizit der Patienten auszugleichen), eine stärkere Kontrolle der Behandlungsweisen der Ärzte (utilization review), um die Anbieter-induzierte Nachfrage einzudämmen, und Zuzahlungen der Patienten, um seine nicht angemessenen Inanspruchnahme von Leistungen einzudämmen. Insgesamt finden sich diese Vorschläge stark im Gedanken des Managed Care wieder, welches letztendlich auf eine Neudefinition der Vertragsbeziehungen zwischen Patienten, Ärzten und Krankenversicherungen hinaus läuft.

Spätere Kritiken des ökonomischen Ansatzes, deren Diskussion erst noch in den Anfängen steckt, zielen mehr auf das Verständnis von Gesellschaft und den dort vertreten Werten. Diese neuen Ansätze sind somit normativ, das heißt sie setzen Annahmen über die Werte in der Gesellschaft voraus, die erreicht werden sollen. Kritiker leiten daraus ab, dass diese Werte in einem politischen Prozess verabschiedet werden könnten, die reine wissenschaftliche Analyse jedoch frei von Werturteilen sein sollte. Diese Kritik entspringt insbesondere der Erfahrung, dass bei der Zugrundelegung von Werturteilen letztendlich die Ergebnisse wissenschaftlichen Arbeitens ver-

⁴ Für eine kritische Sicht siehe Rice T. *The Economics of Health reconsidered*. Chicago: Health Administration Press; 2003 (2. Aufl.)

zerzt werden können. Andererseits werden die Aussagen der Ökonomie blutleer, wenn sie sich nicht auf die Wirklichkeit beziehen.⁵ Als Kompromiss kann daher gelten, dass Angaben über normative Annahmen immer explizit genannt werden sollen.

Weitere Kritikpunkte setzen an der möglichen Ungerechtigkeit der Ergebnisse der ökonomischen Analyse an. So ist allokativer Effizienz auch erreichbar, wenn eine kleine Gruppe von Versicherten sehr gute Versorgung erhält, der große Rest jedoch keine oder nur schlechtere Versorgung. Die Annahmen über die Verteilung des Geldes in der Gesellschaft und die damit verbundene Möglichkeit der Inanspruchnahme von Leistungen ist jedoch grundlegend für eine Bewertung von Gerechtigkeit. Einige Ökonomen begegnen dieser (wiederum normativen) Gerechtigkeitsforderung nach gleichen Zugangsmöglichkeiten und Versorgungschancen mit dem Hinweis, dass der Staat für eine entsprechende Umverteilung (beispielsweise über Steuermittel) sorgen müsse. Im Gesundheitswesen selbst sollte jedoch möglichst nicht umverteilt werden. Diese Trennung von Distribution (den Verteilungswirkungen von Regelungen im Gesundheitswesen) und Allokation (der Zuordnung von Mitteln zu Verwendungen, wie Prävention, stationärer Behandlung etc.) durchzieht die gesamte Diskussion um eine Neuordnung auch in Deutschland.

⁵ „In the small box to which welfare economics got confined, with Pareto optimality as the only criterion of judgement, and self-seeking behaviour as the only basis of economic choice, the scope for saying something interesting in welfare economics became exceedingly small.“ Siehe Sen A. On Ethics and Economics. Oxford: Blackwell; 1987:33f).

4 Entwürfe zu einer solidarischen Ordnung im Gesundheitswesen

Diese Kritik bediente sich jedoch weiterhin des Grundgerüsts der Ökonomie. Zwar wurden auch einige völlig ablehnende Meinungen zur Nutzung ökonomischer Ansätze im Gesundheitswesen formuliert, diese boten jedoch keinen Gegenentwurf und begründeten sich oftmals mehr aus einer emotionalen Ablehnung, weniger aus einem wissenschaftlichen Konzept.⁶

Diese vorwiegend auf kulturellen Rahmenvorgaben beruhende Gestaltungswille wird oftmals mit der politischen Linken in Verbindung gebracht. Richard Rorty äußerte die Vermutung, dass die politische Linke (in den USA) ab den 60er Jahren zu stark auf eine kulturelle Ebene abstellte und weniger auf die Gestaltung von politischen Inhalten zu „harten“ Themen, wie Finanzen, Wirtschaft oder auch der Finanzierung des Gesundheitssystems.⁷ Dadurch wurden von der Linken zwar Fragen der Gleichstellung von Gruppierungen in der Gesellschaft stärker betont, jedoch der Führungsanspruch in der ökonomischen Diskussion (wie er mit dem Keynesianismus bis in die 60er Jahre hinein verteidigt wurde) teilweise verloren. Rorty appelliert in seinem Buch leidenschaftlich, dass ein Gegenentwurf zur politisch „rechten“ Analyse von ökonomischen Gegebenheiten erfolgen sollte.

Um langfristig eine solche Diskussion bestehen zu können, sind empirisch überprüfbare und in sich stimmige Gegenkonzepte notwendig. Dabei haben die Befürworter eines eher starken Staates als Garant von egalitären Chancen auf Versorgung im Gesundheitswesen bereits durchaus Fürsprecher, die in überraschender Weise gerade in Ländern wie den USA und Großbritannien stärkeres Gewicht aufweisen, also Ländern, welche die ökonomische Methode in weitaus stärkerem Maße in der Politik berücksichtigen, als es beispielsweise in Deutschland der Fall ist. So weist Alain Enthoven darauf hin, dass ein Einbringen des letzten „sinnvollen“ Dollars ins Gesund-

⁶ Eine ähnliche Diskussion findet sich in anderen Bereich. Beispielsweise wird die Globalisierung oftmals emotional abgelehnt, ohne jedoch ein belastbares Gegenkonzept präsentieren zu können. Sie hierzu beispielsweise auch den Beitrag vom Nobelpreisträger Wirtschaft Joseph Stiglitz. (Stiglitz J. Die Schatten der Globalisierung. München: Goldmann; 2004 (3. Auflage)).

⁷ Rorty R. Stolz auf unser Land. Die amerikanische Linke und der Patriotismus. Suhrkamp; 1999.

heitssystem als Ziel gesetzt werden sollte.⁸ Dieser „letzte Dollar“ muss dort soviel Nutzen stiften wie in anderen Verwendungsbereichen, etwa Bildung oder Verteidigung. Wettbewerb soll sich nicht auf die Selektion von guten Risiken (also eher gesunden Versicherten) beziehen, sondern auf Preise (also die effiziente Bereitstellung von Versorgung). Diese Forderungen stehen durchaus im Einklang mit den Folgerungen aus der Standardökonomie, jedoch geht Enthoven darüber hinaus, wenn er fordert, dass die Versorgung der Bedürftigsten das zentrale übergeordnete Ziel darstelle. Dies ist eine eindeutig normative Aussage.

Ähnlich argumentiert Uwe E. Reinhardt, wenn er zwar generell die Notwendigkeit von Effizienzzielen bejaht, jedoch auch darauf hinweist, dass Effizienz zwischen alternativen Vorschlägen nur verglichen werden kann, wenn die Ziele der Programme vergleichbar sind.⁹ Soll ein Gesundheitsprogramm die Unternehmen von Lohnnebenkosten entlasten, ein anderes Programm jedoch die Qualität der Versorgung verbessern, können sie nicht verglichen werden. Dieser eigentlich nahe liegende Gedanke wird in einer ökonomischen Analyse oftmals nur ungenügend berücksichtigt. Reinhardt bekräftigt damit die Forderung, dass zunächst die Ziele der Gesundheitsversorgung in einem normativ-politischen Prozess geklärt werden müssen und die ökonomische Methode darauf aufbaut.

⁸ Enthoven AC. Market forces and efficient health care systems. *Health Aff (Millwood)*. 2004;23(2):25-27.

⁹ Siehe hierzu das Vorwort von Reinhardt bei Rice T. *The Economics of Health reconsidered*. Chicago: Health Administration Press; 2003 (2. Aufl.)

5 Solidarität in der Ökonomie

Vor diesem Hintergrund kann eine mehrstufige Ableitung eines Rahmens gezeichnet werden, welcher sich nicht auf die Standard-Ökonomie beschränkt, sondern auch die Verteilungswirkungen und das Besondere des Gutes Gesundheit hervor hebt, wie sie sich aus einer vorhandenen solidarischen Grundstimmung ergibt.

Eine vollständige Ablehnung von ökonomischen Überlegungen im Gesundheitswesen hilft jedoch, wie oben bereits gezeigt, nicht weiter. Denn eine Einbeziehung von Knappheiten (an Zeit, Finanzen etc.) in die Entscheidungsauswahl für den Versicherten, Krankenkassen und Leistungsanbieter ist in weiten Teilen der gesundheitlichen Versorgung empirisch nachweisbar vorhanden.^{10,11} Auch im Gesundheitswesen ist das rationale Verhalten im Sinne einer Maximierung des Eigennutzens von großer Bedeutung, jedoch nehmen Gruppenabsprachen, Altruismus und gesellschaftliche Normen eine teilweise beherrschende Stellung in Bezug auf gewählte Handlungen und ableitbare Folgen von gesetzlichen Neuausrichtungen ein. Es gilt häufig nicht die Annahme, dass eine unter ökonomisch-rationalen Annahmen gefundene Lösung reibungslos durch wohlwollende Akteure in die Praxis umgesetzt wird.¹² Auch die in der Ökonomie unterstellte Voraussetzungen bezüglich einer umfassenden Information können im Gesundheitswesen nicht durchgängig unterstellt werden. Vielmehr dürfte unvollkommene Information bei allen Beteiligten herrschen. Patienten haben in der Regel kein vollständiges Wissen über medizinische Zusammenhänge und die medizinische Leistungsfähigkeit der Anbieter (also den erwartbaren Nutzen

¹⁰ Dudley RA, Miller RH, Korenbrot TY, Luft HS. The impact of financial incentives on quality of health care. *Milbank Q.* 1998;76(4):649-686

¹¹ Armour BS, Pitts MM, Maclean R, Cangialose C, Kishel M, Imai H, Etchason J. The effect of explicit financial incentives on physician behavior. *Arch Intern Med.* 2001;161(10):1261-1266.

¹² Lipsey (1971) weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass die Stärke der analytischen Stringenz von ökonomischen Analysen Vor- und Nachteile aufweist. „Sie bedeutet, dass bei einer Kontroverse zwischen zwei Gruppen, die Seite mit einer ganz konsequenten Theorie, die schlüssig widerlegt werden könnte, wenn sie getestet würde, in eine vorteilhaftere Position gegenüber der Seite gebracht wird, die auf die Wirklichkeit geachtet und viele empirische Beobachtungen parat hat, aber diese Beobachtungen noch nicht ganz in ein folgerichtiges System eingearbeitet hat und einige unvereinbare Ansichten vertritt.“ Siehe Lipsey RG. Einführung in die positive Ökonomie. Köln: Kiepenheuer; 1971:515).

einer Inanspruchnahme von Leistungen).¹³ Leistungserbringer weisen teilweise ebenfalls Wissenslücken auf beziehungsweise können aus der Unsicherheit medizinischer Zusammenhänge heraus keine sicheren Behandlungsergebnisse vorhersagen.¹⁴ Sie setzen zudem das vorhandene Wissen, insbesondere Evidenz-basierte Standards, in der Praxis nur bedingt um, so dass auch eine statistische Ableitung aus Erfahrungswerten erschwert wird.¹⁵ Das Krankenhausmanagement hat nur begrenzten Einfluss auf die (beziehungsweise Kenntnis von der) ärztliche(n) Tätigkeit.¹⁶ Krankenkassen haben einen Anreiz zur Kostenersparnis, jedoch nur bedingte Möglichkeiten der Beeinflussung im konkreten Behandlungsfall. Gesundheitspolitik stützt sich nur im Ausnahmefall auf Evidenz bei ihren Entscheidungen.^{17,18,19,20} Die korporatistisch geprägten Strukturen der Beteiligten dürften vergleichsweise ausgeprägt sein im Sinne einer Interessenvertretung durch Verbände und Lobbygruppen. Oftmals werden daher nicht einzelne Akteure (der Arzt, das Krankenhaus), sondern Gruppen von Akteuren die Entscheidungen herbeiführen beziehungsweise ausführen (Selbstverwaltung). Eine Anpassung der Modelle der Ökonomie an diese faktischen Rahmenbedingungen kann somit notwendig sein.

Als zweiter Punkt muss neben der Überprüfung der Methoden eine Festlegung der Ziele erfolgen. Dies ist zwangsläufig ein normativer (im weitesten Sinne politischer) Prozess, der jedoch transparent und gestützt auf empirische Vorstellungen erfolgen kann. Solidarität ist in der (deut-

¹³ Siehe für eine Darstellung aus ökonomischer Sicht beispielsweise Gaynor M. Issues in the industrial organization of the market for physician services. *J Econ & Manage Strat* 1994;3(1):211-255.

¹⁴ Gründe dafür sind insbesondere fehlende oder veraltete Daten oder nicht übertragbare Erfahrungswerte. Insbesondere für Kinder und einige Subgruppen von erwachsenen Patienten (beispielsweise Schwangere) liegen selbst für Standardmedikationen oftmals nur mangelhafte Erfahrungswerte vor.

¹⁵ Siehe zur Evidenz-Basierung insbesondere Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996;312:71-72.

¹⁶ Auf Anreizstrukturen, Gruppenprozesse und die technische Effizienz der Produktion im Gesundheitswesen gehen Gaynor & Pauly (2001) ein. Gaynor M, Pauly MV. Compensation and Productive Efficiency in Partnerships: Evidence from Medical Group Practice. *J Political Econ* 1990;98(31):544-573.

¹⁷ Coote A, Allen J, Woodhead D. Finding out what works. Summary. London: Kings Fund; 2004 November.

¹⁸ Macintyre S. Evidence based policy making. *BMJ* 2003;326:5-6.

¹⁹ Black N. Evidence based policy: proceed with care. *BMJ* 2001;323:275-278.

²⁰ Elliot H, Popay J. How are policy makers using evidence? Models of research utilisation and local NHS policy making. *J Epidemiol Community Health* 2000;54:461-468.

schen) Bevölkerung anerkannt und wird gerade im Gesundheitswesen positiv bewertet.²¹ Zudem darf diese Festlegung nicht mit Beliebigkeit verwechselt werden. So sprechen viele Gründe dafür, nicht die Maximierung des Nutzens der Patienten als oberste Priorität zu setzen, sondern die Maximierung des Gesundheitszustandes in der Gesellschaft. Diese Ziele sind nicht deckungsgleich.²² Beispielsweise kann ein Patient seinen Nutzen maximieren, indem er eine von ihm dringend gewünschte, jedoch nicht wirksame, Arznei erhält. Eine Wohlfahrtsökonomie würde dieses Verhalten nicht unterbinden, eine Vorgabe des Ziels der Maximierung der Gesundheit in der Bevölkerung jedoch sehr wohl.

Eine solche Theorie hätte drittens den Vorteil, dass sie empirisch gehaltvoll wäre und der Politik konkrete Vorstellungen vermitteln könnte, was mit den Zielen in Übereinstimmung ist und was nicht. Der Ausschluss nicht wirksamer Therapien und Arzneimittel gehörte ebenso zu Vorschlägen, wie die stärkere Verbreitung und Anwendung von Leitlinien, um nicht gerechtfertigte Behandlungsunterschiede zu vermindern.

Die Theorie muss viertens eine Balance zwischen Staat, Markt und Ergebnissen herstellen und gleichzeitig stabil im Hinblick auf zukünftig erwartbare Kosten. Auch hier kann die derzeitige Wohlfahrtsökonomie nicht helfen, da sie prinzipiell keine Einschränkung der Leistungsausgaben vorsieht, sofern sie denn vom Patienten gewollt werden. Ob dieser die wiederholte Laboruntersuchung oder Bildaufnahme auch wirklich wollte, kann jedoch meist nicht mehr festgestellt werden, sofern der Arzt erheblichen Einfluss auf seine Inanspruchnahme hat. Eine Balance zwischen den ungleichen Partnern Arzt und Patient ist daher notwendig, soll nicht auf eine simple Gleichung hinaus laufen soll, dass beobachtbares Verhalten immer rational ist, da es sonst nicht getätigt werden würde.

²¹ Christoph B, Ullrich CG. Die GKV in den Augen der Bürger: Wahrnehmung des Lastenausgleichs und Bewertungen von Reformoptionen. Sozialer Fortschritt 2006;55(4):75-83.

²² Hurley J. An overview of the normative economics of the health sector. In: Culyer AJ, Newhouse JP. Handbook of Health Economics. Elsevier Science; 2000:55-118.

6 Die Diskussion in der deutschen Gesundheitspolitik

Viele der bisherigen Aussagen treffen nicht nur zufällig auf die derzeitige Diskussion in der deutschen Gesundheitspolitik zu. Die Neuordnung der Finanzen der Krankenkassen, die Einbindung der privaten Krankenversicherung und die Diskussion um die Ausgabenseite berühren im Kern die Überlegung, wie viel Solidarität im Gesundheitswesen erforderlich ist und von der Gesellschaft gewünscht.

So wird bei einer pauschalierenden Erhebung der Krankenversicherungsbeiträge explizit die Umverteilung zwischen Beziehern unterschiedlicher Einkommen abgeschafft, nicht jedoch die Umverteilung zwischen Geschlechtern, Morbiditätsstadien, Altersgruppen oder Regionen. Eine plausible Erklärung dafür existiert nicht. Konsequenterweise befürworten einige Gruppen denn auch eine völlige Ausschaltung der Umverteilung mit persönlich kalkulierten Prämien. Erhöht dies die Gesundheit in der Gesellschaft oder den Nutzen für den Einzelnen? Dies ist kaum pauschal zu beantworten und aus Sicht der Befürworter des Vorschlags auch unerheblich. Sie plädieren dafür, dass bei einer Umsetzung eine Verzerrung der Inanspruchnahme und des Verhaltens aus zu preiswerter oder teurer Krankenversicherung entfallen würde. Verteilungseffekte sind jedoch gerade im Gesundheitswesen nicht unabhängig von Effizienzüberlegungen zu sehen. Sie auszublenden ist leichtsinnig und würde eine (normativen) Bewertung kaum überstehen. Gesundheit ist eine wesentliche Voraussetzung zur Erzielung von Einkommen. Wird eine Herstellung oder Aufrechterhaltung der eigenen Gesundheit für einige Gruppen schwerer als für andere Gruppen, sind zwangsläufig auch ihre Chancen auf Einkommen und somit Teilnahme an Märkten ungleich verteilt. Die ökonomische Argumentation lässt die soziale und ethische Komponente eines Ausschlusses von der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zudem außen vor. Ihre Einbeziehung würde nochmals stärker für eine Berücksichtigung von Distribution plädieren.

Oben wurde zudem darauf hingewiesen, dass sich Effizienz immer nur aus dem Ziel einer Maßnahme bewerten lässt. Wird unterstellt, dass sich die Bevölkerung beispielsweise für eine solidarische Finanzierung über einkommensabhängige Beiträge ausspricht, kann eine Lösung nur noch in diesem Zielrahmen diskutiert werden (sofern dieses Votum verpflichtend wäre), nicht mehr im Rahmen der morbiditätsorientierten Prämien.

Erfolgt diese Unterscheidung zwischen expliziten und impliziten Zielen nicht, befinden sich die Befürworter von solidarischer Finanzierung immer in einem Erklärungsnotstand. Sie sollen etwas als vorteilhaft belegen, was sie im Rahmen einer ökonomischen Analyse gar nicht belegen müssen, ebenso wie die ökonomische Theorie der Allokation nicht belegen muss, warum der freie Patientenwille für eine nicht-effektive Therapie sinnvoll ist oder nicht.

Ein weiteres Beispiel für die bisher oftmals verschwommen geführte Diskussion bietet die Einbindung der privaten Krankenversicherung (PKV) in die Finanzierung der gesamten gesundheitlichen Versorgung. Argumentiert wird, dass die Einbindung der PKV in den Risikostrukturausgleich der Krankenkassen rund 9,9 Mrd. Euro an zusätzlichen Mitteln in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auslösen würde.²³ Vertreter der PKV halten dagegen, dass eine nahezu exakt identisch hohe Geldsumme bereits durch die für privat Versicherte höher ausfallenden Abrechnungen bei vergleichbaren Leistungen in das Gesundheitssystem fließen.²⁴ Nicht hingewiesen wird dabei, wer der Empfänger dieses Mittelzuflusses ist. Es ist nicht die Gemeinschaft der Versicherten mit einem Schwerpunkt auf den Gruppierungen, die im Risikostrukturausgleich mit einer höheren Morbidität berücksichtigt werden. Vielmehr sind es die Leistungsanbieter, welche besonders viele privat Versicherte behandeln und behandeln können. Dies bedeutete eine Verzerrung nach Regionen, Arztgruppen und Fachrichtungen. Mit anderen Worten ist es nicht unmittelbar plausibel, dass ein chronisch Kranker in der GKV (Gesetzliche Krankenversicherung) davon profitiert, dass ein Chefarzt im Krankenhaus aus Privatliquidationen der PKV-Patienten (Private Krankenversicherung) sein Gehalt um einen erheblichen Prozentsatz steigern kann. Im Zweifel hat der GKV-Patient noch nicht einmal Zugang zur ambulanten Versorgung im Krankenhaus. Auch nützt dem GKV-Patient in einer ländlichen Region wenig, wenn in einer Großstadt hohe Erlöse aus Privatliquidation anfallen. Das Beispiel zeigt die oftmals starke Konzentration auf die Wahlfreiheit der Versicherten (hier den Abschluss einer privaten Krankenversicherung für ausgewählte Gruppen) und den zu geringen Fokus auf Verteilungswirkungen und die Auswirkungen auf den Gesundheitszustand der gesamten Bevölkerung.

²³ Lungen M, Stollenwerk B, Gerber A, Lauterbach K. Einbeziehung der privaten Krankenvollversicherung in den Risikostrukturausgleich der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland. Abschätzung der quantitativen Auswirkungen. German Risk and Insurance Review (GRIR) 2007;3:46-57.

²⁴ Niehaus F, Weber C. Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten zum Gesundheitswesen. Gutachten des wissenschaftlichen Instituts der PKV. Köln; 2005.