

## **Dieter Ahrens, Dr. PH, MPH, Innsbruck, Österreich**

Hochschulassistent am Institut für Ökonomie und Management (IMÖG) an der Privaten Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik (UMIT), Innsbruck, Österreich

## **Bernhard J. Güntert, Univ.Prof. Dr. oec., MHA**

Universitätsprofessor und Vorstand des Instituts für Management und Ökonomie im Gesundheitswesen (IMÖG) an der Privaten Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik (UMIT), Innsbruck, Österreich, Berater auf Zeit bei der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in Reformprojekten in Osteuropa

---

## **Gesundheitsökonomie – Notwendigkeit und Grenzen**

Das Gesundheitswesen beansprucht heute in den europäischen Ländern mit einem Krankenversicherungssystem bereits über 10 %, in Ländern mit verstaatlichten Systemen zwischen 7 % und 9 % des Bruttoinlandproduktes und ist daher in vielen Ländern zu einem der wichtigsten Wirtschaftszweige geworden. Die Analyse und Steuerung der Gesundheitsversorgungssysteme aus einer wirtschaftlichen Perspektive wird von vielen im Gesundheitswesen beschäftigten Health Professionals (ÄrztInnen, Pflegende, TherapeutInnen usw.) kritisch betrachtet. Sie ist jedoch angesichts der wirtschaftlichen Bedeutung des Bereiches, der weitgehend öffentlichen Finanzierung und der Verknappung der Ressourcen unabdingbar. Die Gesundheitsökonomie hat sich denn auch in Europa in den vergangenen Jahren stark entwickelt und ist fester Bestandteil in allen Studienangeboten in den Bereichen Public Health und Management im Gesundheitswesen geworden. Zunehmend finden gesundheitsökonomische und gesundheitspolitische Inhalte aber auch Eingang in die grundständige Ausbildung der Health Professionals.

## **Forschungsfelder der Gesundheitsökonomie**

Das Gesundheitswesen ist Teil des Wirtschaftssystems. Qualität und Menge der Gesundheitsleistungen sind abhängig von den Möglichkeiten der jeweiligen Volkswirtschaft und von den gewählten Finanzierungsmechanismen. In der

Ökonomie wird immer davon ausgegangen, dass die zur Verfügung stehenden Mittel nicht ausreichen, um alle bestehenden Bedürfnisse zu befriedigen (Lehre des Umgangs mit knappen Gütern). Dies trifft auch auf den Bereich des Gesundheitswesens zu. Aufgabe der Gesundheitsökonomie ist es daher, Entscheidungshilfen für die Allokation der knappen Gesundheitsgüter zu liefern.

In einem ersten Schritt (Mikroökonomie) wird aus einer ökonomischen Perspektive daher das Verhalten der verschiedenen Akteure am „Markt“ analysiert (Patienten als Nachfrager, Health Professionals als Anbieter). Dabei fällt sofort auf, dass im Gesundheitswesen eine besondere Marktsituation herrscht. Neben Nachfrage und Angebot finden wir einen dritten Partner, den Finanzierer der Leistungen. In verstaatlichten Systemen ist dies der Staat selbst, heute meist in Form eines regionalen Leistungseinkäufers, früher eher als Eigner der Leistungserbringer. In Versicherungssystemen sind es die Krankenversicherer, die meist (noch) wenig direkten Einfluss auf die Leistungserbringung nehmen (können). Aber nicht nur das Dreiecksverhältnis kennzeichnet die Marktsituation, sondern auch die Abhängigkeit der Patienten von den Leistungserbringern. Diese liegt einerseits in der oft von Schmerzen und Ängsten geprägten Nachfragesituation begründet, andererseits aber auch im fehlenden Wissen um Krankheit, Heilverfahren usw. In der Ökonomie spricht man daher von einer **Informationsasymmetrie** zwischen Patienten und Health Professionals. Um dieser Abhängigkeit zu begegnen und doch eine möglichst marktähnliche Allokationssituation zu erhalten, werden aus ökonomischer Perspektive verschiedene Strategien vorgeschlagen. Die erste ist, Patienten zu befähigen, Nachfrageentscheidungen zu treffen (Patientempowerment), d.h. mittels Patientenschulung und -information zu mündigen Patienten zu kommen. Eine andere ist die Vereinfachung der Marktstrukturen, d. h. die Zusammenführung von Finanzierer und Leistungserbringer in so genannten **Managed Care Organisationen**. Derartige Strukturveränderungen konnten sich in den USA und zu einem kleinen Teil in der Schweiz durchsetzen, kaum jedoch in anderen Ländern. Alternativ dazu nutzt die Ökonomie die **Principal-Agent-Theorie**, die dann Anwendung finden kann, wenn zwischen Anbieter und Nachfrager große Informationsgefälle bestehen. Der Patient als Prinzipal wird von einem Agenten durch das Gesundheitswesen geführt. Dieser hat das Interesse des Patienten im Auge und sorgt für die notwendigen Leistungen. Traditionellerweise wird diese Aufgabe vom Hausarzt übernommen. Aus

ökonomischer Perspektive ist diese Rolle jedoch strittig, bietet der Arzt doch selbst Leistungen an und verfolgt, je nach Finanzierungssystem durchaus auch Eigeninteressen. Deshalb werden heute immer mehr andere Modelle vorgeschlagen (Case Management durch Krankenkassen oder Dritte, bzw. Disease Management-Programme, Evidence based Medicine, Guidelines usw.), welche die ökonomischen Optimierungsspielräume der Health Professionals einschränken.

Im Weiteren untersucht die Gesundheitsökonomie die **Auswirkungen der Finanzierungssysteme** auf das Verhalten von Nachfragern und Anbietern. In vielen europäischen Ländern wird zur Zeit auf der Nachfrageseite mit Zuzahlungsmodellen (Praxisgebühren, Selbstbehalte) experimentiert. Auf der Seite der Leistungsentschädigung läuft die Entwicklung weg von einer reinen Ressourcensteuerung hin zu einer Leistungsorientierung, d.h. zu prospektiv festgelegten, klar definierten Leistungsentgelten (LKF in Österreich, DRG in Deutschland und in der Schweiz). Allerdings zeigt sich, dass ökonomisch rationales Verhalten der verschiedenen Leistungsanbieter und der Nachfrager durchaus zu Suboptimierungen führen. Für die Anbieter steht nicht die Patientenkarriere im Zentrum, sondern die von ihnen angebotene Betreuungs- und Behandlungsepisode. Bei den Nachfragern überwiegen die kurzfristigen Nutzenaspekte in ihrer Nachfrageentscheidung. Neben der Informationsasymmetrie finden wir im Gesundheitsmarkt auch viele externe Wirkungen und das Problem der Zukunftsgüter. Vielfach wird daher von einem Marktversagen gesprochen.

Die prinzipielle Knappheit der Ressourcen ist auch der Grund für eine zunehmende Verbreitung der mikroökonomischen Bewertung von gesundheitsbezogenen Interventionen. Die nicht ausreichend funktionierende Abwägung zwischen Kosten und Nutzen derartiger Dienstleistungen durch die Nutzer (z.B. Patienten) – oben bereits als Marktversagen beschrieben – wird ersetzt durch eine wissenschaftliche Bewertung. Die **gesundheitsökonomische Evaluation** stellt somit einen Ersatz der sonst stattfindenden Kosten-Nutzen-Abwägung als Entscheidungsgrundlage für sozialstaatliche Ressourcenverteilungsprozesse dar (Greß et al. 2004). Die Entwicklung geeigneter Evaluationsmethoden ist ein zentrales Aufgabengebiet der Gesundheitsökonomie. Sie wird einerseits seitens der Leistungsanbieter (vor

allem der Pharmaindustrie) gefördert. Andererseits ist ein wachsendes Bewusstsein auf Seiten der politischen Entscheidungsträger zu verzeichnen, dass die Effizienz der Leistungserbringung ein wesentliches Element der Entscheidungsfindung darstellt. Unglücklicherweise wird von vielen Health Professionals Gesundheitsökonomie oftmals mit einer rein ökonomischen Evaluation gleichgesetzt (Maynard & Kanavos 2000) und daher abgelehnt.

Die gesundheitsökonomische Evaluation versucht die Frage zu beantworten, wie viel Nutzenzuwachs mit welchen zusätzlichen Kosten verbunden ist. Idealerweise steht am Ende einer solchen Überlegung ein monetäres Ergebnis, somit für Nicht-Experten, die politische Entscheidungsträger oftmals sind, leicht nachvollziehbar. Allerdings ist die monetäre Bewertung gesundheitsbezogener Ergebnisse (verlängertes Leben, höhere Lebensqualität usw.) methodisch und ethisch schwierig und anspruchsvoll. Dies führte zur Entwicklung verschiedener Studientypen, die jeweils das Ergebnis der gesundheitsbezogenen Intervention in sog. natürlichen Einheiten messen, die Ressourcenverbräuche monetarisieren und so Kosten und Nutzen zweier zu vergleichender Handlungsalternativen gegenüberstellen. Neben diesen klassischen Kosten-Nutzen-Abwägungen hat vor allem Michael Drummond darauf hingewiesen, dass gesundheitsbezogene Interventionen auf verschiedenen Ebenen sowohl positive (erwünschte) als auch negative (unerwünschte) Folgen haben. Hierfür hat er das Konzept der Kosten-Konsequenzen-Analyse eingeführt (Drummond 1997).

### **Kritik an der Gesundheitsökonomie**

Der Gesundheitsökonomie erwächst nicht nur von Seiten der Health Professionals Kritik. Immer mehr zeigt sich, dass das, was ökonomisch logisch und konsequent scheint, sich in der Praxis nicht umsetzen lässt. Sowohl Politiker, wie auch Manager von Gesundheitseinrichtungen weichen in ihren Entscheidungen immer wieder von Rationalisierungs- und Rationierungsempfehlungen der Gesundheitsökonomien ab. Nicht nur lassen sie sich oft aus politischen Gründen nicht umsetzen (z.B. Rationierungsmodelle, Krankenhausschließungen). Ein Grund der Kritik liegt sicher in den theoretischen Grundlagen der Ökonomie. Die heutige Gesundheitsökonomie basiert weitestgehend auf der (neo-) klassischen Ökonomie und ist sehr medizinlastig. Gerade im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit, Schmerz und Angst, Leben und Tod zeigt sich, dass die ökonomische Rationalität mit ihrer Konzentration auf Preis- und

Marktmechanismen, Konzentration von Eigennutz, Handlungskoordination über Geld usw. zu kurz greift. Die Beziehung der (neo-) klassischen Ökonomie zur sozialen Lebenswelt reduziert sich weitgehend auf den Arbeitsmarkt, ein Konstrukt welches die komplexen sozialen Beziehungen zu wenig abbildet. Die Forderung einer bewussten Einbettung der Marktökonomie in die natürliche Mitwelt, die soziale Lebenswelt, die Politik und die Versorgungsökonomien wird immer häufiger erhoben (Biesecker/Kesting 2003, Thiele 2004). Zunehmend zeigen verschiedene Autoren auch, dass ergänzende Anleihen einer breit verstandenen Gesundheitsökonomie bei der Institutionenökonomie, bei den Konzepten des vorsorgenden Wirtschaftens und bei Ansätzen der Pflege und der Sozialarbeit vieles besser erklären und zu tragfähigeren Lösungen führen könnten.

### **Weiterführende Literatur:**

Biesecker A, Kesting S (2003): Mikroökonomik. Eine Einführung aus sozial-ökologischer Perspektive, R. Oldenbourg Verlag, München, Wien

Drummond M, O'Brien B, Stoddard G, Torrance G (1997): Methods for the economic evaluation of health care programmes. Oxford: Oxford University Press

Greß S, Buchner F, Wasem J, Hessel F (2004): Grundbegriffe, Fragestellungen und Vorgehensweisen in der gesundheitsökonomischen Analyse. In: Vogel H & Wasem J (Hrsg.): Gesundheitsökonomie in Psychotherapie und Psychiatrie. Stuttgart, Schattauer, S.7-20

Güntert BJ (2003): Ökonomie und Gesundheit. In: Berchtold P. Michel-Alder E (Hrsg.): Die Umarmung des Hippokrates. Systemintegration im Gesundheitswesen, EMH Schweizer Ärzteverlag, Basel, S.121–159

Jochimsen, Maren A (2003a): Careful Economics. Integrating Caring Activities and Economic Science. Boston, Dordrecht, London

Leidl R (2003): Die Ausgaben für Gesundheit und ihre Finanzierung. In: Schwartz FW, Badura B, Busse R, Leidl R, Raspe H, Siegrist J, Walter U (Hrsg.): Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen, Urban & Fischer, München, Jena, S.349-366

Maynard A & Kanavos P (2000): Health economics: an evolving paradigm. Health Economics, 9: p.183-190

Thiele G (2004): Ökonomik des Pflegesystems, Economica Verlag, Heidelberg