

1 Probleme und Methoden der Gesundheitsökonomie

Für die Gesundheit der Bevölkerung wurden in den letzten zwei Dekaden regelmäßig mehr als zehn Prozent der volkswirtschaftlichen Produktion verwendet. Damit ist der Gesundheitssektor ein ökonomisch bedeutsamer Wirtschaftsfaktor. Seine ökonomische Analyse ist einer der Schwerpunkte der Gesundheitsökonomie.

Was aber kennzeichnet die *ökonomische* Analyse von Gesundheitsleistungen? Was sind die besonderen Fragestellungen und Methoden, die die Gesundheitsökonomie von anderen Gesundheitswissenschaften unterscheiden?

Die Probleme, die in der Gesundheitsökonomie untersucht werden, lassen sich in folgenden Fragen exemplarisch formulieren:

1. Werden die Ressourcen einer Gesellschaft zielgerichtet auf die Bedarfe ihrer Mitglieder verteilt? Dieses Problem lässt sich weiter differenzieren: Wird für Gesundheitsleistungen im Verhältnis zu anderen Gütern und Dienstleistungen wie Bildung, Verkehr etc. zu viel oder zu wenig Geld ausgegeben oder ist der Anteil gerade richtig? Wird innerhalb des Gesundheitssektors zu viel oder zu wenig für Gesundheitsförderung und Prävention im Verhältnis zur Versorgung im Krankheitsfall ausgegeben? Und schließlich: Wird innerhalb der Krankheitsversorgung zu viel oder zu wenig, z.B. für die stationäre Versorgung in Kliniken im Verhältnis zur ambulanten Versorgung, aufgewendet?
2. Erfolgt die Gesundheitsförderung oder die Behandlung von Erkrankungen zu möglichst geringen Kosten bei gegebener Qualität oder werden knappe Ressourcen verschwendet?
3. Wie werden die Gesundheitsleistungen auf die einzelnen Bevölkerungsschichten verteilt? Bekommen nur die Personen eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung, die auch die Leistungen bezahlen können, oder haben alle Bürgerinnen und Bürger einen Anspruch auf eine gute Gesundheitsversorgung, unabhängig von der Höhe des Einkommens, des Alters, der Art des Geschlechts etc.?
4. Welche Bedeutung hat der Gesundheitssektor als Wirtschaftsfaktor und als Einkommensquelle der hier Beschäftigten?

Die Gesundheitsökonomie bezeichnet die erste Fragestellung als Allokationsproblem. Der Begriff der Allokation beschreibt in der Ökonomie die Verteilung knapper Ressourcen oder Produktionsfaktoren (Arbeit, Kapital, Rohstoffe) auf die verschiedenen Bedarfe einer Gesellschaft. Da nicht alle existierenden Bedarfe gleichzeitig befriedigt werden können, muss entschieden werden, welche vorrangig zu erfüllen sind.

Zur Lösung des Allokationsproblems müssen die Bedarfe der Gesellschaftsmitglieder bekannt sein. Das setzt voraus, dass Gesundheit definiert und gemessen werden kann und dass ihre Bestimmungsfaktoren analysiert werden können. Die Gesundheitsökonomie weist bei der Untersuchung dieser Fragen Gemeinsamkeiten mit der Disziplin Public Health auf, welche die Entstehung und Verteilung von Erkrankungen in der Bevölkerung untersucht und Maßnahmen zur Steuerung dieser Prozesse entwickelt. Kapitel 2 beschäftigt sich mit der Frage der Definition und den durch persönliches Verhalten und wirtschaftliche Verhältnisse geprägten Bestimmungsfaktoren der Gesundheit der Bevölkerung sowie dem daraus entstehenden Bedarf an Gesundheitsleistungen (► Kap. 2).

In marktwirtschaftlich organisierten Wirtschaftssystemen artikuliert sich der Bedarf durch die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen am Markt, sei es durch die Patientinnen und Patienten selbst oder durch die sie vertretenden Ärztinnen und Ärzte sowie Versicherungen. Die Nachfrage ist neben dem Bedarf zusätzlich abhängig von den Preisen für Gesundheitsleistungen und vom Einkommen der Patientinnen und Patienten. Auch die Existenz von Versicherungen spielt eine wichtige Rolle für die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen. Diese weiteren Bestimmungsfaktoren der Nachfrage werden in Kapitel 3 untersucht (► Kap. 3).

Wenn der Bedarf bekannt ist, muss das Angebot an Gesundheitsleistungen und -gütern auf diesen Bedarf abgestimmt werden. Dafür kommen verschiedene Allokationsverfahren in Betracht. So kann das Angebot einmal über den Markt entsprechend der kaufkräftigen Nachfrage gesteuert werden, oder es kann zum anderen durch den Staat reguliert werden, der den Bedarf schätzt und in Plänen festschreibt. Ein anderes Verfahren ist die korporatistische Steuerung, bei der die Verbände der Leistungsanbietenden und Kostenträger im Gesundheitssystem das Angebot über bilaterale Verhandlungsprozesse steuern. Die Verfahren zur Angebotssteuerung, insbesondere die Marktsteuerung und die Regulierung, werden ebenfalls in Kapitel 3 untersucht. Außerdem werden die Allokationsverfahren zur Analyse der Märkte für ambulante und stationäre Versorgung sowie des Arzneimittelmärktes herangezogen (► Kap. 7, 8 und 9). Die Gesundheitsökonomie kann hier auf Erkenntnisse und Methoden der Industrieökonomie zurückgreifen, die sich mit der Analyse einzelner Märkte und ihrer Funktionsmängel beschäftigt.

Die Allokationsverfahren implizieren bestimmte Finanzierungsformen. Wenn der Staat oder die Verbände die Gesundheitsleistungen und -güter bereitstellen, werden sie in der Regel über Steuern oder Beiträge finanziert. In der Allokation über den Markt hingegen erfolgt die Finanzierung über Marktpreise. Bei der Beurteilung der Finanzierungsformen kann die Gesundheitsökonomie auf die Erkenntnisse der Finanzwissenschaft zurückgreifen, die sich u. a. mit der Frage beschäftigt, welche Auswirkungen Steuern und Abgaben auf das Verhalten der Bürgerinnen und Bürger haben und wie die Einkommensschichten damit belastet werden. Kapitel 10 untersucht diese Finanzierungsverfahren in unterschiedlichen Gesundheitssystemen (► Kap. 10).

Das zweite Problem der Gesundheitsökonomie wird als Effizienzproblem bezeichnet. Effizienz in der Produktion ist dann gegeben, wenn es nicht mehr möglich ist, durch Einsparung von Ressourcen die Kosten bei gleicher Menge und Qualität zu senken oder bei gleichen Kosten die Menge und die Qualität zu erhöhen. Sofern

das noch der Fall ist, liegen Rationalisierungspotentiale vor. Das Effizienzproblem wird in allen Kapiteln aufgegriffen, da es ein wichtiger Anlass für Gesundheitsreformen in Deutschland ist. Die Herausforderungen für Gesundheitsreformen in der Zukunft sind Gegenstand von Kapitel 11 (► Kap. 11). Der Blick auf ausländische Gesundheitssysteme und der Einfluss der Europäischen Union, mit denen sich Kapitel 10 befasst, können das Bewusstsein dafür schärfen, wo Veränderungsbedarf besteht (► Kap. 10). Die Gesundheitsökonomie als eine volkswirtschaftliche Disziplin öffnet sich zur betriebswirtschaftlichen Analyse der Institutionen des Gesundheitssystems wie Krankenkassen, Krankenhäusern oder ärztlichen Praxen (»Gesundheitsmanagement«).

Das dritte Problem bezieht sich auf die Verteilung oder Distribution von Gesundheitsleistungen. Gefragt wird, nach welchen Kriterien die Gesundheitsleistungen auf die Bürgerinnen und Bürger verteilt werden sollen. Sollen diejenigen die Leistungen erhalten, die am meisten zahlen können, oder soll ein gleicher medizinischer Bedarf auch gleich befriedigt und in einer Solidargemeinschaft finanziert werden? Diese Fragen werden insbesondere im fünften Kapitel diskutiert, das sich mit der auf dem Solidarprinzip beruhenden gesetzlichen Krankenversicherung beschäftigt (► Kap. 5). Daran schließt sich das sechste Kapitel zur sozialen Pflegeversicherung an, die als letzte Säule der Sozialversicherung im Jahr 1995 eingeführt wurde (► Kap. 6). Vor dem Hintergrund des demographischen Wandels und der steigenden Zahl an zu erwartenden Pflegebedürftigen in den nächsten Dekaden beherrscht die Finanzierung der Pflegeversicherung aktuell die politische Diskussion im Gesundheitswesen. Eng verknüpft mit diesen Problemen ist auch der Zusammenhang zwischen der Verteilung der Gesundheit in der Bevölkerung nach Einkommen und sozialem Status, der in Kapitel 2 untersucht wird (► Kap. 2). In der Behandlung des Verteilungsproblems weist die Gesundheitsökonomie Gemeinsamkeiten mit der Sozialpolitik auf, deren Ziel es ist, wirtschaftliche und soziale Benachteiligungen in der Gesellschaft auszugleichen und ihre Entstehung zu verhindern.

Das vierte Problem der Gesundheitsökonomie befasst sich mit der Frage, welchen Beitrag der Gesundheitssektor zum Wachstum und zur Beschäftigung einer Volkswirtschaft leistet und wie die dabei erzielten Einkommen verteilt werden (»Wertschöpfungsproblem«). Während in der öffentlichen Diskussion die Ausgaben für Gesundheitsleistungen vor allem als Kosten gesehen werden, die es zu begrenzen gilt, werden hier die Wachstums- und Beschäftigungseffekte des Gesundheitssektors betrachtet. Der Gesundheitssektor als Kosten- und Beschäftigungsfaktor wird im vierten Kapitel behandelt (► Kap. 4).

Die Gesundheitsökonomie untersucht die genannten vier Probleme mit bestimmten, dem Fach eigenen Methoden. Kennzeichnend für die Methodik der Gesundheitsökonomie ist das Abwägen der Kosten und des Nutzens von Aktivitäten (»Kosten-Nutzen-Kalkül«) und das Denken in Alternativen (»Opportunitätskostenprinzip«). Damit ist es dem Handlungsprinzip der Medizin ähnlich, die auch zwischen dem Nutzen und dem möglichen Schaden einer Therapie (z. B. in Form von Nebenwirkungen) abwägen muss.

Das Kosten-Nutzen-Kalkül kommt darin zum Ausdruck, dass bei einer Entscheidung stets der Nutzen mit den Kosten verglichen wird:

- Welchen Nutzen hat der Bau eines Krankenhauses und welche Kosten verursacht er?
- Welcher Nutzen und welche Kosten sind mit einem Präventionsprogramm verbunden?
- Welcher Nutzen und welche Kosten sind mit der Anschaffung eines Computertomographen in einer fachärztlichen Praxis assoziiert?
- Sollen Patientinnen und Patienten eine ärztliche Praxis aufsuchen, um eine Früherkennungsuntersuchung durchführen zu lassen?
- Welche ärztliche Praxis soll eine Patientin oder ein Patient im Falle einer Erkrankung aufsuchen?

In all diesen Fällen ist der Nutzen einer Aktivität mit deren Kosten zu vergleichen. Oder genauer: Die *erwarteten* Nutzen sind gegenüber den *erwarteten* Kosten abzuwägen, denn alle Entscheidungen sind grundsätzlich zukunftsorientiert und daher mit Unsicherheit verbunden. Das gilt für medizinische Interventionen ganz besonders. Es liegt dabei auf der Hand, dass nach rein ökonomischen Kriterien eine Aktivität nur dann durchgeführt wird, wenn ihr erwarteter Nutzen größer ist als ihre erwarteten Kosten.

Dabei ist die Erfassung des Nutzens nicht immer so vergleichsweise einfach wie bei der Anschaffung eines Computertomographen durch eine ärztliche Praxis. In diesem Fall kann der Nutzen durch den erwarteten Gewinn gemessen werden. Schwieriger ist die Anwendung des Kosten-Nutzen-Kalküls auf Präventionsmaßnahmen oder medizinische Behandlungen, denn wie soll der Nutzen einer verbesserten Gesundheit in Geldeinheiten gemessen werden? Die ökonomische Abwägung von Kosten und Nutzen ist eine volkswirtschaftliche Kategorie, die sich auf Ziele, Verfahren und Ergebnisse bezieht. Sie liefert keine Handlungsmaxime für eine individuelle Therapieentscheidung zu Gunsten oder zu Lasten einzelner Patientinnen und Patienten. Hier gilt die ethische und gesetzliche Pflicht der Ärztinnen und Ärzte, im Rahmen ihrer Möglichkeiten zu helfen und zu heilen. Es sind allerdings gesellschaftliche Entscheidungen, die davon abhängen, wie vermögend eine Gesellschaft ist und welche Prioritäten sie setzt, die die medizinischen Möglichkeiten bestimmen. Eine ökonomische Betrachtung des Gesundheitssektors ist nicht unethisch, im Gegenteil, sie ist notwendig, um sicherstellen, dass mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen ein möglichst hoher Gesundheitsstatus der Bevölkerung erreicht wird. Alles andere wäre Verschwendung und somit unethisch, da die Mittel an anderer Stelle eingesetzt zu einer besseren Zielerreichung führen würden.

Kosten sind in der Gesundheitsökonomie als Opportunitätskosten definiert. Opportunitätskosten einer Aktivität sind der entgangene Nutzen aus der zweitbesten Aktivität, die deshalb nicht durchgeführt werden kann. Opportunitätskosten werden daher auch Alternativkosten genannt. Unter der Voraussetzung, dass die Ressourcen einer Gesellschaft, einschließlich der Zeit, knapp sind, sind zwangsläufig alle Aktivitäten mit Opportunitätskosten verbunden. Oder »There is no such thing as a free lunch«, also Essen ohne Bezahlen gibt es nicht.

Das Kosten-Nutzen-Kalkül findet in der Gesundheitsökonomie in zwei Formen Verwendung. Einerseits handelt es sich um eine Entscheidungsregel: Führe nur solche Aktivitäten aus, deren Nutzen größer ist als ihre Kosten. In dieser Verwen-

dung des Kosten-Nutzen-Kalküls spricht man auch von einer normativen Theorie. Das Kosten-Nutzen-Kalkül kann dabei in Konflikt mit anderen normativen Prinzipien geraten. So verbietet es die ärztliche Ethik, die Behandlung der Patientinnen und Patienten von den Kosten der Behandlung abhängig zu machen, es sei denn, zwei Behandlungsverfahren weisen bei unterschiedlichen Kosten ein identisches Behandlungsergebnis (»Outcome«) auf, was in der Praxis aber nur selten der Fall sein dürfte.

Auch für die Beantwortung der Frage, wie die Gesundheitsleistungen auf verschiedene Personen gerecht verteilt werden sollen, ist das Kosten-Nutzen-Kalkül nur bedingt geeignet, wenngleich es eine gesellschaftsphilosophische Position gibt, die von diesem Prinzip ausgeht. Danach sind die Güter in einer Gesellschaft vorrangig an jene zu verteilen, die den größten Nutzen daraus ziehen, daher der Name: Utilitarismus. Dieser auf den englischen Sozialreformer Jeremy Bentham (1748–1832) zurückgehende Ansatz zielt auf die Maximierung der Bevölkerungsgesundheit durch das Gesundheitssystem ab. Ein Nutzengewinn wird unabhängig vom Ansehen der jeweiligen Personen realisiert, was auch die Möglichkeit beinhaltet, dass Entscheidungen zu Lasten einzelner Personen und zu Gunsten der Mehrheit der Bevölkerung getroffen werden können. Weitere Verteilungsprinzipien sind nicht relevant, das Prinzip setzt allerdings u. a. voraus, dass die Nutzengewinne interpersonell vergleichbar sind, was nicht möglich ist. Im medizinischen Kontext findet sich eine Anwendung von utilitaristischen Handlungsweisen z. B. im Triagefall wieder, bei der es im Katastrophenfall darum gehen kann, die zur Verfügung stehenden Ressourcen effizient einzusetzen, um die Anzahl der Überlebenden zu maximieren. Dabei wird in Kauf genommen, dass bei Patientinnen und Patienten, denen nur geringe bzw. keine Überlebenschance eingeräumt werden, keine Behandlung (mit Ausnahme von z. B. Schmerzlinderung) mehr erfolgt (Gerber und Lauterbach 2009, S. 57f.)

Andererseits ist das Kosten-Nutzen-Kalkül in der Gesundheitsökonomie eine Verhaltensannahme: Es wird unterstellt, dass die Menschen ihre Entscheidungen *im Durchschnitt* an dieser Entscheidungsregel orientieren (»Rationalitätsannahme«). Dabei liegt die Betonung auf »im Durchschnitt«. Nicht jede(r) muss sich stets daran orientieren und in Ausnahmesituationen, wie einer schweren Erkrankung, wird dieses Verhalten nicht zu erwarten sein. Doch für eine größere Anzahl von Menschen kann in Normalsituationen dieses Verhalten als repräsentativ unterstellt werden. Es kann aber auch nicht ausgeschlossen werden, dass das Verhalten der Akteurinnen und Akteure im Gesundheitssektor nicht rational ist, sondern durch den Herdentrieb bestimmt wird. Wenn alle anderen Ärztinnen und Ärzte oder Patientinnen und Patienten eine Therapie gut finden, wird sie auch für mich richtig sein.

Abschließend kann die Gesundheitsökonomie wie folgt definiert werden:

Die Gesundheitsökonomie untersucht die Allokation, Effizienz, Verteilung und Wertschöpfung von Gesundheitsleistungen auf der Grundlage des Kosten-Nutzen-Kalküls als Entscheidungsregel und als Verhaltensannahme.

2 Bestimmungsgründe der Gesundheit

2.1 Gesundheitsbegriff

Gesundheit gehört zu den universellen Menschenrechten und hat in allen Gesellschaften eine hohe Priorität. Wie bei keinem anderen Grundrecht stimmen individuelle Wertschätzung und gesellschaftliche Priorität überein, denn eine gute Gesundheit ist Voraussetzung, um das Leben genießen zu können. Gesundheit ist zu einem großen Teil durch die genetische Prädisposition des Menschen bestimmt. Nur soweit persönliches Verhalten, soziale, ökonomische, ökologische und kulturelle Faktoren oder das medizinische Versorgungssystem die Gesundheit beeinflussen, kann Gesundheit auch gestaltet werden. Dadurch relativiert sich eine vorschnelle Aussage, dass Gesundheit das höchste Gut sei, das man um jeden Preis haben wolle, denn auch Gesundheit hat ihren Preis und der Aufwand für Gesundheitsleistungen steht in Konkurrenz zu anderen Bedürfnissen. Emissionsarme Maschinen erlauben einen höheren Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz, aber in der Regel sind sie auch mit höheren Anschaffungs- und Betriebskosten verbunden. Ein abstraktes Bekenntnis zu einer hohen Bedeutung von Gesundheit kann sehr wohl mit einem gesundheitsschädlichen Verhalten von Individuen zusammenfallen. Es gibt zu viele Dinge in dieser Welt, die lustvoll zu genießen sind, aber der Gesundheit in der mittleren und langen Frist schaden. Deshalb kann es nicht überraschen, dass es keine unstreitige Definition von Gesundheit gibt (Schwartz et al. 1998, S. 8). Je zentraler ein Begriff für den zu untersuchenden Gegenstand, desto kontroverser sein Inhalt. Pädagoginnen und Pädagogen werden sich am schwersten darüber einigen, was Erziehung ist, Theologinnen und Theologen streiten mit Vehemenz über den Inhalt und Wahrheitsgehalt des Glaubens. Auch der Inhalt von Gesundheit ist in der wissenschaftlichen Diskussion und politischen Praxis umstritten. Ebenso bewerten einzelne Menschen unterschiedlich, ob sie sich gesund oder krank fühlen. Was unter Gesundheit verstanden wird, ist in hohem Maße von dem Zusammenhang abhängig, in dem der Begriff definiert wird (Franke 2006, S. 15 ff.).

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat im Jahr 1946 in der Präambel ihrer Verfassung einen sehr weiten Begriff von Gesundheit gewählt, indem sie nicht auf die Abwesenheit von Krankheit abstellt, sondern Gesundheit als einen Zustand vollkommenen physischen, psychischen und sozialen Wohlbefindens beschreibt (»Health ist a state of complete physical, mental and social well-being, and not merely the absence of disease and infirmity«) (World Health Organization 1946, S. 1). In den 1980er Jahren ergänzte die WHO ihren Gesundheitsbegriff noch um die Dimensionen von Ökologie und Lebenssinn, so dass Gesundheit sehr umfassend

bestimmt wird und alle möglichen Einflussfaktoren auf die Gesundheit miterfasst werden (Brößkamp-Stone et al. 1998, S. 143; Busse und Wismar 1997, S. 27 ff.).

Der Vorteil dieser weiten Definition besteht darin, dass er die Vision einer gesunden Gesellschaft entwickelt. Gesundheit wird im Verständnis der WHO nicht auf die Abwesenheit von Krankheit reduziert, sondern als Ergebnis von sehr unterschiedlichen Lebensbedingungen begriffen, die durch Gesundheitspolitik gestaltet werden können. Jede Gesellschaft hat das Ziel, den Gesundheitszustand der Menschen zu verbessern oder zumindest den erreichten Status auch bei veränderten Ausgangsbedingungen (z. B. neue Infektionskrankheiten wie AIDS) zu halten. Effizienz und Effektivität von Gesundheitspolitik ist nicht allein danach zu beurteilen, wie gut oder schlecht das Gesundheitsversorgungssystem ist, sondern in welchem Maße Gesundheitsförderung in den unterschiedlichsten Politikbereichen eine Rolle spielt. Letztlich zählen die Ergebnisse, nämlich der erreichte Gesundheitsstatus der Bevölkerung und seine Verteilung auf unterschiedliche Gruppen der Gesellschaft. Für eine Abwägung, welche Ressourcen wo am besten eingesetzt werden, um einen besseren Gesundheitszustand zu erreichen, ist eine weite Definition von Gesundheit unverzichtbar. Angelehnt an die WHO-Definition sind dann auch in vielen Ländern Ziele der Gesundheitspolitik definiert und in einer breiten Palette von Programmen operationalisiert worden (Schwartz et al. 1998, S. 174 ff.).

Der Nachteil dieser weiten Definition des Gesundheitsbegriffes liegt auf der Hand: Wohlbefinden ist eine subjektive Kategorie. Wenn sie physische, psychische und soziale Dimensionen beinhaltet, besteht wenig Chance, einen Menschen zu treffen, der dauerhaft gesund ist. Bezogen auf Individuen, Gruppen der Bevölkerung, aber auch ein ganzes Volk müsste die Definition zumindest im Hinblick auf eine altersgemäße Mobilität und das Ausmaß sozialer Aktivitäten konkretisiert werden, um zu sinnvollen Abgrenzungen von Gesundheit und Krankheit zu kommen und das Idealbild eines beschwerdefreien Lebens der Wirklichkeit anzunähern. Die professionelle Medizin geht pragmatisch vor: »Die Medizin verwendet im Kern einen Gesundheitsbegriff, dem nicht Maximalität oder Optimalität eines Zustandes, sondern Normalität und Kontrollierbarkeit körperlicher und seelischer Reaktionen nähersteht« (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1994, S. 36). Eine zweite Schwierigkeit besteht darin, dass Gesundheit sehr viel schwieriger durch Indikatoren zu beschreiben ist als Krankheit. Die Formen und die Entstehung von Krankheit (»Pathogenese«) sind seit Jahrhunderten durch Ärztinnen und Ärzte erforscht und beschrieben worden, wohingegen die »Salutogenese«, also die Analyse, welche Faktoren gesundheitsfördernd sind, ein Nischendasein fristet (Antonovsky 1997, S. 21 ff.). Was als gesund oder krank definiert wird, hängt von dem jeweils relevanten Bezugssystem ab und ist nach Ort und Zeit unterschiedlich.

Eine Definition kann aus der Perspektive des betroffenen Individuums, der Gesellschaft oder der medizinischen Profession erfolgen. Die Inhalte müssen nicht übereinstimmen, sondern gerade unter dem Primat von Finanzierungsproblemen im Gesundheitssektor kann eine Diskrepanz zwischen dem entstehen, was die medizinische Profession als Krankheit definiert und was gesellschaftliche Anerkennung findet und in Leistungsgesetzen zur Krankenversicherung zu Ansprüchen auf Be-

handlung führt. Es lassen sich drei Bezugssysteme unterscheiden (Schwartz et al. 1998, S. 8 ff.):

1. *Persönliches* Bezugssystem

Eine einzelne Person beurteilt ihren Gesundheitszustand danach, ob sie sich »gut fühlt«. Gefühl ist dabei mehr als eine Emotion, es gehen vielmehr Erfahrungswerte und Kenntnisse über einen »Normalzustand« und eine altersgemäße Funktionalität von Gesundheit in die Bewertung ein. Es handelt sich primär um eine subjektive Bewertung der eigenen Befindlichkeit und der eigenen Fähigkeiten, Alltags Herausforderungen zu bewältigen, beschwerdefrei zu leben und soziale Aktivitäten zu entfalten. Fitness und Freude am Leben werden als gute Gesundheit wahrgenommen. Als krank werden hingegen Zustände erlebt, die mit Schmerz oder körperlichen und seelischen Beschwerden verbunden werden oder die zu Inaktivität und sozialer Isolation führen.

2. *Gesellschaftliches* Bezugssystem

Auch wenn Gesundheit von allen Gesellschaften als ein erstrebenswertes Gut angesehen wird, ist die inhaltliche Bestimmung von Gesundheit und Krankheit von den jeweiligen ökonomischen, sozialen, kulturellen und religiösen Bedingungen abhängig, die sich mit Raum und Zeit ändern. Eine Gesellschaft muss aber Gesundheit und Krankheit definieren, wenn Leistungsansprüche an den Staat oder eine gesetzliche Krankenversicherung daran geknüpft werden. In Deutschland hat der Gesetzgeber seit der Einführung der Krankenversicherung im Jahr 1883 jede Legaldefinition vermieden, sondern lediglich die Verfahren festgelegt, in denen zwischen Vertretungen der Ärztinnen und Ärzte sowie Krankenkassen entschieden wird, welche Krankheiten anerkannt werden und zu Leistungspflichten der gesetzlichen Krankenkassen führen. In der Rechtsprechung ist beginnend mit einem Urteil des Preußischen Oberverwaltungsgerichts aus dem Jahr 1898 bis zum Bundessozialgericht die rechtliche Definitionslücke nicht gefüllt worden. Vielmehr wird Krankheit als ein Zustand des Körpers oder Geistes bezeichnet, der eine ärztliche Behandlung notwendig macht. Dadurch wird keine inhaltliche Antwort gegeben, sondern auf ein Verfahren verwiesen, in dem Ärztinnen und Ärzte entscheiden, ob eine Krankheit vorliegt. Sie erhalten ein Definitionsmonopol, ob bei einem Individuum Krankheit gesellschaftlich anerkannt wird. Ihre diagnostischen Entscheidungen sind dann Voraussetzung für Leistungsansprüche.

3. *Professionelles* Bezugssystem

In Anlehnung an die WHO-Definition von Gesundheit hat der Deutsche Ärztetag im Jahr 1994 Gesundheit als »[...] aus der Einheit von subjektivem Wohlbefinden und individueller Belastung erwachsende körperliche, seelische und soziale Leistungsfähigkeit des Menschen« beschrieben. Die große Leistung der Medizin liegt aber nicht in der Beschreibung von Gesundheit und der Erforschung gesundheitsfördernder Einflüsse (»Salutogenese«), sondern in der Beschreibung und Therapie von Krankheiten, die als Abweichungen von einer in der Regel physiologisch definierten Norm bestimmt werden (»Pathogenese«). Was als Norm und was als Abweichung gilt, kann nur als Ergebnis eines fachlichen Diskurses bestimmt werden. Dabei ist davon auszugehen, dass es eine große

Bandbreite von Therapien gibt, die je nach kulturellem und historischem Zusammenhang als medizinisch angemessen gelten können. Zumindest zeigt der internationale Vergleich, dass bei gleicher Indikation die Häufigkeit von chirurgischen Eingriffen, die Zahl der Röntgenuntersuchungen oder die Dosierung von Medikamenten sehr unterschiedlich sein können (Sommer 1999, S. 13 ff.; Payer 1996).

Gesundheit und Krankheit können nicht trennscharf voneinander abgegrenzt werden, sondern ein Individuum wird sich im Laufe seines Lebens zwischen den beiden Polen »gesund« und »krank« bewegen, wobei Gesundheitspolitik und ärztliches Handeln das Ziel haben, so vielen Menschen wie möglich ein Leben in der Nähe des gesunden Pols zu ermöglichen. Im Hinblick darauf, was wir über Gesundheit und Krankheit wissen und ständig hinzulernen, aber auch durch die Schwankungsbreite biologischer Normen, sind Krankheit und Gesundheit in vielen Fällen kein Gegensatz, der sich unvereinbar gegenübersteht, sondern eher ein Kontinuum mit einem breiten Bereich der Unsicherheit, ob ein Zustand noch als gesund oder schon als krank zu bezeichnen ist. Für das »Wissenssystem« ist das hinnehmbar, für das »Handlungssystem« Gesundheitssektor ist hingegen eine klare Abgrenzung unverzichtbar, weil erst die medizinische Diagnose einer Krankheit zu Leistungen des Versorgungssystems führt, wenn von präventiven Maßnahmen abgesehen wird. Zwischen der individuellen Bewertung des eigenen Zustandes, der professionellen Beurteilung durch medizinische Expertinnen und Experten und der gesellschaftlichen Anerkennung durch eine gesetzliche Leistungspflicht können Diskrepanzen auftreten, so dass es letztlich darauf ankommt, wie die Verfahren zur Konfliktlösung gestaltet sind.

Gesundheit hat für das Befinden des Individuums, aber auch für seine Fähigkeit, Einkommen zu erwerben, eine hohe Bedeutung. Eine Gesellschaft mit niedriger Morbidität und Mortalität wird als erfolgreicher bewertet als eine Gesellschaft, in der die Menschen häufig krank sind und früh sterben. Was als Krankheit von der Gesellschaft akzeptiert wird und wofür Ressourcen zur Therapie bereitgestellt und finanziert werden, erfolgt auch unter der Abwägung, welchen Nutzen diese Ressourcen in anderer Verwendung haben würden; es ist damit ein gesellschaftlicher Abwägungsprozess. Für das Individuum stellt sich Gesundheit als ein Kapitalgut dar, das im Laufe des Lebens abgenutzt oder gefährdet werden kann. Die einzelnen Betroffenen verfügen dabei nur über unvollkommene Informationen und begrenzte Entscheidungsfähigkeiten. In dieser ökonomischen Perspektive definiert Gäfgen: »Gesundheit ist ein persönliches Kapitalgut, dessen Bestand stets gefährdet ist, bei dessen Herstellung ein souveränes Urteil des vollinformierten Konsumenten nicht möglich ist und das zugleich teilweise ein öffentliches Gut darstellt.« (Gäfgen 1990, S. 14)

Neben Frieden und Wohlstand gehört Gesundheit zu den Zielen, die von Individuen und Gesellschaften mit einer sehr hohen Priorität versehen werden. »Lieber reich und gesund, als arm und krank« ist die spöttische Zuspitzung eines allgemeinen Konsenses. Begründungen und Legitimationsversuche rufen Irritationen hervor, weil eine gute Gesundheit zu den selbstverständlichen Bestandteilen einer individuellen und gesellschaftlichen Nutzenfunktion zählt. Gesundheit ist für einen

einzelnen Menschen zunächst durch seine individuelle Konstitution bestimmt, die er nur in Grenzen beeinflussen kann. Krankheit trifft ihn im Rahmen seiner erbten Anlagen in der Regel zufällig, aber die Wahrscheinlichkeit einer Erkrankung wird durch die persönlichen Lebensumstände wie sozialer Status (Beruf, Einkommen, Bildung) und das individuelle Verhalten (Ernährung, Bewegung, Konsum von gesundheitsschädlichen Substanzen) beeinflusst. Im Vergleich zu den persönlichen und sozialökonomischen Einflussgrößen auf den Gesundheitszustand eines Individuums oder der Bevölkerung wird der Einfluss der Medizin häufig überschätzt. Auch im vorliegenden Buch steht die Analyse der Effektivität und Effizienz des Gesundheitssystems im Vordergrund, also das Problem, in welchem Maße gesundheitspolitische Ziele erreicht werden (»Effektivität«) und ob die definierten Ziele mit geringstmöglichem Aufwand realisiert werden (»Effizienz«). Darin liegt keine Gewichtung der Einflussgrößen, sondern eine Beschränkung des Untersuchungsgegenstandes auf die Ökonomie des Gesundheitssektors.

2.2 Gesundheit als Humankapital

Gesundheit kann durch den Einsatz von ökonomischen Ressourcen wie Sachanlagen oder Arbeit positiv oder negativ beeinflusst werden. Ohne Krankenhäuser, Pflegepersonal sowie Ärztinnen und Ärzte könnten Krankheiten in der Regel nicht geheilt oder gelindert werden. Umgekehrt wirken beispielsweise Schadstoffe am Arbeitsplatz oder Verletzungen durch Verkehrsunfälle auf den Gesundheitszustand Einzelner oder der Bevölkerung negativ ein. Gesundheit unterscheidet sich insoweit nicht von anderen Gütern: Sie wird durch den Einsatz von ökonomischen Ressourcen beeinflusst. Anders als bei normalen Konsumgütern kann man Gesundheit aber nicht kaufen, sie ist kein handelbares Gut. Kaufen kann man lediglich Gesundheitsleistungen der Heilberufe und medizinische Güter wie Medikamente, die eine aus dem Gesundheitsziel abgeleitete Nachfrage darstellen (Folland et al. 1997, S. 102). Dienstleistungen des Gesundheitssektors sind auch nicht lagerbar, sondern sie werden im Moment der Erbringung verbraucht (»Uno-actu-Prinzip«) (Schellberg 2017, S. 157). Um das eigentliche Ziel zu erreichen, den Gesundheitszustand zu verbessern, bedarf es auch der Mitwirkung der die Gesundheitsdienstleistungen nachfragenden Konsumierenden/Patientinnen und Patienten, denn diese müssen nicht nur Teile ihres Einkommens für die Bezahlung der medizinischen Güter und Leistungen aufwenden, also auf eine alternative Nutzung für private Konsumgüter verzichten, sondern auch einen Teil der verfügbaren Zeit einsetzen. Sie sind also genötigt, sich zu Lasten einer geringeren Arbeitszeit oder Freizeit zu entscheiden, wenn mehr Zeit für die Gesundheit aufgewendet werden soll (McGuire et al. 1995, S. 128).

Die Analogie zu den in der Ökonomie verwendeten Marktmodellen gilt auch für Gesundheit. Nachgefragt wird eigentlich Gesundheit, tatsächlich gekauft und angeboten werden medizinische Güter oder Dienstleistungen. Dahinter steht die