

STUDIENKURS GESUNDHEIT & PFLEGE

Greß | Schnee | Jesberger

Gesundheitsökonomie



Nomos

STUDIENKURS GESUNDHEIT & PFLEGE

Lehrbuchreihe für Studierende der Gesundheitswissenschaft, Pflege, Pflegewissenschaft und Pflegemanagement sowie Hebammenkunde und Hebammenwissenschaft

Der Studienkurs „Gesundheit und Pflege“ ermöglicht den schnellen und verständlichen Einstieg in die zentralen Themen der gesamten Gesundheitswissenschaften (u.a. Gesundheitsmanagement, Gesundheitsökonomie oder Public Health), der Pflege (u.a. Pflegewissenschaft, Pflegemanagement oder Pflegepädagogik) sowie des Hebammenwesens. Didaktische Elemente wie Definitionen, Reflexionsfragen, Fallbeispiele aus der Praxis sowie weiterführende Literaturlisten ermöglichen einen sachkundigen Einstieg in das jeweilige Themenfeld. Die Bücher richten sich an StudentInnen sowie QuereinsteigerInnen der jeweiligen Fachdisziplinen. Ausgewiesene ExpertInnen sorgen für Überblickswissen und einen fundierten Zugang zu den Disziplinen.

Stefan Greß | Melanie Schnee | Christian Jesberger

Gesundheitsökonomie



Nomos



Onlineversion
Nomos eLibrary

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-8487-7991-8 (Print)

ISBN 978-3-7489-2383-1 (ePDF)

1. Auflage 2022

© Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 2022. Gesamtverantwortung für Druck und Herstellung bei der Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG. Alle Rechte, auch die des Nachdrucks von Auszügen, der fotomechanischen Wiedergabe und der Übersetzung, vorbehalten. Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier.

Inhalt

Abbildungsverzeichnis	7
Tabellenverzeichnis	8
1 Volkswirtschaftliche Grundlagen und Marktversagen	9
1.1 Optimale Ressourcenallokation: Markt und Wettbewerb	9
1.2 Marktversagen	21
1.3 Lösungsmöglichkeiten bei Problemen aufgrund von Marktversagen	26
2 Steuerung der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen	33
2.1 Nachfrage als Ausgangspunkt aller ökonomischen Betrachtungen	33
2.2 Wirksamkeit von Steuerungsinstrumenten auf der Nachfrageseite	42
3 Steuerung des Angebots von Gesundheitsleistungen	53
3.1 Annahmen der Angebotstheorie und deren kritische Reflexion	53
3.2 Wirksamkeit von Steuerungsinstrumenten auf der Angebotsseite	61
4 Vergütungssysteme in der ambulanten und stationären Versorgung	71
4.1 Ökonomische Vorüberlegungen	71
4.2 Vergütungssysteme in der ambulanten ärztlichen Versorgung	72
4.3 Vergütungssysteme in der ambulanten ärztlichen Versorgung in Deutschland	79
4.4 Vergütungssysteme in der stationären Versorgung	83
5 Finanzierung der gesundheitlichen Versorgung	93
5.1 Grundsätzliche Überlegungen zur Funktion von Krankenversicherungen	93
5.2 Gesetzliche Krankenversicherung	96
5.3 Private Krankenversicherung	101
5.4 Auswirkungen der Dualität von GKV und PKV	104
5.5 Reformoptionen	107
6 Gerechtigkeit und Umverteilung	115
6.1 Gerechtigkeit und Umverteilung in der ökonomischen Theorie	115
6.2 Rechtfertigung für Gerechtigkeit und Umverteilung	119
6.3 Gerechtigkeit und Umverteilung in der Krankenversicherung	124
7 Wettbewerb als Steuerungsinstrument	135
7.1 Formen und Ziele des Wettbewerbs	135
7.2 Wettbewerb in der GKV	136
7.3 Wettbewerb in der PKV	145
7.4 Wettbewerb zwischen GKV und PKV	149
7.5 Wettbewerb im internationalen Vergleich	150
8 Gesundheitsökonomische Evaluationen	155
8.1 Relevanz gesundheitsökonomischer Analysen	155

Inhalt

8.2	Gesundheitsökonomische Evaluationsmethoden	156
8.3	Kosten und Nutzen in gesundheitsökonomischen Evaluationen	159
8.4	Messung gesundheitsbezogener Lebensqualität	162
8.5	Das QALY-Konzept	166
8.6	Die inkrementelle Kosteneffektivitätsrate	168
8.7	Schwellenwerte, League-Tables und Budget-Impact	171
8.8	Kritik am QALY-Konzept	174
8.9	Gesundheitsökonomische Modellierung	177
9	Literatur	185
	Stichwortverzeichnis	193
	Bereits erschienen in der Reihe STUDIENKURS GESUNDHEIT UND PFLEGE	197

1 Volkswirtschaftliche Grundlagen und Marktversagen

Zusammenfassung

Das Kapitel führt in die Grundbegriffe der Ökonomie ein. Zunächst wird der historische Hintergrund der Entwicklung eines ökonomischen Denkens skizziert. Im Anschluss wird erläutert, wie Märkte grundsätzlich funktionieren. Unter bestimmten Bedingungen führt Wettbewerb laut ökonomischer Theorie zu einer maximal effizienten Verteilung von Ressourcen und damit zu einer gesamtgesellschaftlichen Wohlfahrt. Der Staat sollte möglichst nur eine nachgeordnete Rolle spielen. Es wird daher vorgestellt, mit welchen wettbewerbspolitischen Maßnahmen der Staat überhaupt in Märkte eingreifen kann, und die Frage diskutiert, warum und wie weit der Staat in Märkte eingreifen sollte. Im Anschluss werden die drei zentralen Märkte im Gesundheitswesen dargestellt und die Prinzipien des Wettbewerbs und seine Einschränkungen durch den Staat auf die Strukturen im Gesundheitswesen übertragen.

Im Gesundheitswesen gibt es allerdings auch häufig Situationen, in denen wettbewerbliche Lösungen nicht zu den gewünschten effizienten Ergebnissen führen. Hier wird der Begriff des Marktversagens eingeführt und die zwei Hauptursachen für das potenzielle Scheitern wettbewerblicher Strukturen untersucht. Dabei handelt es sich um Informationsasymmetrien zwischen verschiedenen Akteuren und externe Effekte mit ihren unkompensierten Auswirkungen auf unbeteiligte Dritte. Diese kommen gerade im Gesundheitswesen häufig vor, so dass es ohne staatliche Eingriffe zu ineffizienten, da nicht vollständig funktionierenden Märkten kommt. Zuletzt wird daher vorgestellt, welche staatlichen und nicht-staatlichen Lösungsmöglichkeiten zur Bekämpfung von Marktversagen zur Verfügung stehen.

1.1 Optimale Ressourcenallokation: Markt und Wettbewerb

Ein Lehrbuch, das sich mit Ökonomie beschäftigt, muss zwangsläufig mit Adam Smith (1723–1790) beginnen. In seinem Werk „Der Wohlstand der Nationen“ (Smith 1776) entwickelte er die grundlegenden Ideen zur klassischen Nationalökonomie. Seine Wirtschaftstheorie entwickelte Smith vor dem Hintergrund des damals vorherrschenden Merkantilismus. Die absolutistischen Herrscher des 18. Jahrhunderts finanzierten ihren Hof, ihr Militär und ihre Verwaltung durch verschiedene Eingriffe in die Wirtschaft und verhinderten vor allem mit Zöllen und Subventionen einen freien Warenverkehr. Der Staat schützte Produzenten heimischer Güter und benachteiligte auf diese Weise nicht nur externe Anbieter, sondern vor allem die Konsument:innen, die dadurch eine geringere Auswahl hatten und aufgrund des fehlenden Preisdrucks auch höhere Preise akzeptieren mussten. Armut und schlechte Lebensbedingungen waren die Folge.

Smith erkannte, dass die Versuche des Staates, die Wirtschaft zu fördern oder einzuschränken, schädlich sind und den Fortschritt eines Landes hemmen. Vielmehr sollte es das Ziel einer Wirtschaftsordnung sein, die freie Entfaltung aller Marktteilnehmer zu fördern. Der eigennützige Antrieb der Menschen sollte nach Smith zum Wohlstand aller führen.

1 Volkswirtschaftliche Grundlagen und Marktversagen

Das dahintersteckende Menschenbild ist unter dem Begriff **Homo oeconomicus** bekannt. Es ist dadurch gekennzeichnet, dass alleine das Individuum eigennützig darüber entscheidet, was ihm **Nutzen** stiftet und wie es diesen Nutzen maximieren kann. Häufig hat der Mensch verschiedene Präferenzen, die er gegeneinander abwägen muss. Was ist wichtiger? Was ist dringender? Wie kann mit den vorhandenen Ressourcen der größtmögliche Nutzen erreicht werden? Wenn das Individuum dann auf Basis seiner Vorüberlegungen konsistente, nutzenmaximierende Entscheidungen trifft, ist das rationales Verhalten. Niemand hat in dieser Perspektive das Recht, für andere zu entscheiden, was gut oder schlecht für jemanden ist. Dies wird in der ökonomischen Theorie als Konsumentensouveränität bezeichnet und leitet sich aus der liberalen, individualistischen Grundhaltung ab, wonach der Ausgangspunkt der Analyse stets die Individuen sind. Auf freien Wettbewerbsmärkten setzt sich somit idealtypisch das Individuum mit seinen eigenen Präferenzen durch. Jegliche Eingriffe in Wettbewerbsmärkte bedürfen somit der Rechtfertigung.

Die Nachfrageseite hat laut Smith eine zentrale und vor allem freie Rolle. In seinem Gegenentwurf zur vorherrschenden Gesellschaftsordnung steuern die Bedürfnisse der Konsument:innen und damit die Nachfrage den Markt. Anbieter von Gütern und Dienstleistungen versuchen, die Bedürfnisse der Nachfrager zu erfüllen, weil sie daran interessiert sind, Geld zu verdienen, das sie wiederum für die Erfüllung der eigenen Bedürfnisse einsetzen können. Damit entsteht der Kreislauf des Wirtschaftens.

Menschen versuchen dabei arbeitsteilig vorzugehen. Produzenten produzieren das Gut oder bieten die Dienstleistung an, wenn sie – im Vergleich zu anderen Menschen – besonders gut oder besonders effizient bei der Erstellung des Angebots sind. Schlechte oder ineffiziente Produzenten werden vom Markt verdrängt, da die Konsument:innen Güter oder Dienstleistungen bevorzugen, die besonders gut oder besonders günstig sind. Daher wählen im optimalen Fall alle Menschen Berufe, in denen sie besonders konkurrenzfähig auf dem Arbeitsmarkt sind. Diese Wahl bedeutet aber auch, dass man wiederum davon abhängig ist, dass andere Menschen, Güter und Dienstleistungen produzieren, die man selbst benötigt, aber nicht herstellen kann.

Wirtschaften basiert also darauf, dass Menschen in einer Gesellschaft arbeitsteilig vorgehen und einen Mechanismus entwickeln, der den Tausch ihrer Arbeitsleistung ermöglicht. Dieser Austausch wird über Geld vermittelt, da ein direkter Austausch – zum Beispiel ein Haarschnitt gegen ein Buch – nicht immer passgenau möglich ist. Geld hilft dabei, die Arbeitsleistung in einem allgemein anerkannten und tauschbaren Mittel festzuhalten.

Der Tausch der Arbeitsleistung wird auf **Märkten** organisiert. Hier treffen sich **Nachfrager** und **Anbieter** und versuchen ins Geschäft zu kommen. Der Nachfrager möchte ein Gut oder eine Dienstleistung mit einer bestimmten Qualität und zu einem bestimmten Preis erwerben, um seine Bedürfnisse zu befriedigen. Der Anbieter, der das entsprechende Angebot hat, erhält den Zuschlag. Diese Märkte sind – laut Smith – selbstregulierend. Er spricht von der **unsichtbaren Hand**.

Wenn viele Konsument:innen ein bestimmtes Produkt oder eine bestimmte Dienstleistung erwerben möchten, werden die Anbieter automatisch auf diese Nachfrage reagieren – zunächst sicher mit Preiserhöhungen für die knappen Waren, dann aber auch mit einem größeren Angebot. Genauso selbstregulierend funktioniert der Markt, wenn es ein zu großes Angebot gibt, das nicht nachgefragt wird. Die Anbieter müssen auf die geringe Nachfrage reagieren und ihr Angebot anpassen – in der Menge oder im Preis.

Die Wirtschaftsordnung von Adam Smith basiert darauf, dass Anbieter und Nachfrager frei handeln können. Diese Grundhaltung begründet den sogenannten **Liberalismus**, der sich grundsätzlich dagegen wehrt, dass der Staat in die Wirtschaft eingreift. Dennoch erkannte bereits Smith, dass der Staat weitere wichtige Aufgaben hat, die der Markt nicht übernimmt. Dazu gehören Landesverteidigung, Rechtsprechung und öffentliche Aufgaben.

Exkurs

Die Frage, was zu den öffentlichen Aufgaben gehört und was nicht, ist sicher einer der größten Streitpunkte in der Politik. Ökonomisch handelt es sich dabei um Güter und Dienstleistungen, die der Markt nicht oder in zu geringem Umfang bereitstellt. Die Folge ist, dass die Bedürfnisse der Bürger:innen nicht bestmöglich befriedigt werden. In der politischen Diskussion geht es hingegen häufig darum, ob eine Gesellschaft eine Aufgabe als öffentliche Aufgabe sieht. Öffentliche Aufgaben müssen aus staatlichen Mitteln – in der Regel aus dem allgemeinen Steueraufkommen – finanziert werden. Zum Beispiel gilt die Versorgung mit ausreichenden Kapazitäten im Krankenhausbereich als gesellschaftliche Aufgabe, die sich aus § 20 des Grundgesetzes ableitet. Weil sich die deutsche Gesellschaft in Form eines Sozialstaates organisiert, verpflichtet sie sich damit, dafür zu sorgen, dass im Notfall ausreichend medizinische Versorgung gewährleistet werden kann. Wenn diese Aufgabe rein wettbewerblich gelöst würde, könnte dies dazu führen, dass sich alle Krankenhäuser nur noch in Ballungszentren mit hoher Nachfrage nach Leistungen befinden. Gleichzeitig wäre die Versorgung in ländlichen Regionen nicht gesichert. Die deutsche Krankenhauslandschaft stellt allerdings einen Kompromiss zwischen staatlicher Planung und wettbewerblichen Interessen dar. Einerseits planen die Bundesländer die Kapazitäten und versuchen so, die Versorgungssicherheit zu gewährleisten. Andererseits hat der Staat die Krankenhäuser in einen Wettbewerb gestellt, um so für mehr Effizienz im System zu sorgen. Dieser Druck führt dazu, dass kleinere Krankenhäuser in weniger dicht besiedelten Gebieten Schwierigkeiten haben, den Betrieb aufrecht zu halten. Der Markt zwingt die Kliniken, sich zu spezialisieren oder zu großen Zentren zusammenzuwachsen. Dies widerspricht dem Ziel der Versorgungssicherheit und muss daher politisch gelöst werden.

Die ökonomische Theorie betrachtet freie Märkte als den besten Weg, um zu einer gesellschaftlichen Situation zu kommen, die als **pareto-optimal** bezeichnet wird. Damit ist ein aus ökonomischer Sicht erstrebenswerter Zustand gemeint, in dem es nicht mehr möglich ist, die Wohlfahrt eines Individuums zu verbessern, ohne jemand anderen schlechterzustellen. Der Weg dahin geht möglichst über freiwillige Tauschprozesse auf Märkten. Die Annahme der Überlegenheit von wettbewerblichen Lösungen und die dahinter liegenden Vorstellungen über menschliches

6 Gerechtigkeit und Umverteilung

Zusammenfassung

Aus einer ökonomischen Perspektive spielt die aus Marktprozessen entstehende Einkommensverteilung eine untergeordnete Rolle und wird als gegeben vorausgesetzt. Eingriffe in diese Einkommensverteilung führen zu problematischen Effekten. Zwangsbeiträge für Sozialversicherungen reduzieren das verfügbare Einkommen und reduzieren Arbeitsanreize. Gleichzeitig führen Transfers zu negativen Arbeitsanreizen bei den Empfänger:innen dieser Zahlungen. Aus ökonomischer Sicht sollten Transfers immer durch Geldmittel erfolgen, damit die Souveränität der Konsument:innen gewahrt bleibt. Der Transfer im Rahmen von Sachmitteln lässt sich dann rechtfertigen, wenn damit die gesellschaftliche Akzeptanz von Umverteilungsprozessen gesichert werden kann. Es gibt heutzutage allerdings einen breiten gesellschaftlichen Konsens darüber, dass es nicht akzeptabel ist, wenn insbesondere der Zugang zu lebensrettenden Gesundheitsleistungen auf der Basis der individuellen Kaufkraft erfolgt. In der Konsequenz erfolgt die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung auf der Grundlage des individuellen Bedarfs und der individuellen Leistungsfähigkeit. Diese beiden Grundsätze lassen sich auch mit dem Rawls'schen Unterschiedsprinzip rechtfertigen. Nach diesem Prinzip sollte die Gesellschaft bei Umverteilungsprozessen zunächst die Personen mit der geringsten Ressourcenausstattung im Blick haben. Dieser recht weitgehende Eingriff in die auf Märkten entstehende Allokation der Ressourcen hat in der gesetzlichen Krankenversicherung eine hohe gesellschaftliche Akzeptanz. Insbesondere die Umsetzung der Finanzierung nach individueller Leistungsfähigkeit im Sinne von Einkommenssolidarität ist jedoch nicht widerspruchsfrei. Zudem wird die Organisation des Familienlastenausgleichs innerhalb der GKV ebenso kontrovers diskutiert wie Umverteilungsprozesse zwischen den Generationen.

6.1 Gerechtigkeit und Umverteilung in der ökonomischen Theorie

In der ökonomischen Theorie steht die Nutzenmaximierung des Individuums im Vordergrund. Diese Nutzenmaximierung erfolgt unter verschiedenen Rahmenbedingungen – die wahrscheinlich wichtigste davon ist die Knappheit. Knappheit bedeutet für Konsument:innen in erster Linie, dass das individuell verfügbare Budget knapp ist. Aus ökonomischer Sicht ist es daher von zentraler Bedeutung, optimale Rahmenbedingungen zu schaffen, dass Konsument:innen unter Knappheitsbedingungen nutzenmaximierende Konsumentscheidungen treffen können. Die Höhe des individuell verfügbaren Budgets spielt dagegen in der ökonomischen Theorie – wenn überhaupt – eine untergeordnete Rolle. Das Ausmaß der individuell verfügbaren Ressourcen wird als gegeben vorausgesetzt. Dies impliziert, dass die Verteilung des Wohlstands in einer Gesellschaft als gerechtfertigt angesehen wird. Das bedeutet nicht, dass Eingriffe in diese Ressourcenverteilung aus ökonomischer Sicht ausgeschlossen sind. Sie sollten allerdings in der Regel freiwillig erfolgen. Erzwungene Umverteilungsprozesse sind dagegen aus ökonomischer Sicht für den Prozess der Nutzenmaximierung problematisch. Dieser Gegensatz lässt sich gut am Unterschied zwischen **Altruismus** und **Gerechtigkeit** illustrieren, der auch für

6 Gerechtigkeit und Umverteilung

die Finanzierung von Gesundheitsdienstleistungen und Gesundheitsgütern eine hohe Relevanz hat.

Eine auf Altruismus beruhende Umverteilung von Ressourcen beruht auf Freiwilligkeit. Konsument:innen entscheiden individuell, dass sie einen Teil ihres Budgets nicht unmittelbar für den eigenen Konsum nutzen wollen. Vielmehr spenden sie einen Teil ihres Budgets für wohltätige Zwecke. Empfänger:innen dieser Spenden können sowohl Organisationen als auch Individuen sein. Grundlage dieses Umverteilungsprozesses sind Präferenzentscheidungen der Spender:innen. Diese realisieren durch ihre Spende einen höheren individuellen Nutzen, als dies durch andere Konsumententscheidungen möglich gewesen wäre. Einfacher formuliert fühlen sie sich besser, weil sie die Situation von anderen verbessern können. Kein reiner Altruismus liegt jedoch vor, wenn die Spenden auch erfolgen, weil sich die Geber:innen davon beispielsweise eine Steigerung des gesellschaftlichen Ansehens versprechen.

Altruismus lässt sich gut in die ökonomische Theorie und die individuelle Nutzenfunktion integrieren, da keinerlei Zwang ausgeübt wird. So können Konsument:innen jederzeit entscheiden, ob sie einen Teil ihres individuell verfügbaren Budgets an Obdachlose in der Fußgängerzone spenden oder für andere Konsumzwecke verwenden wollen. Die Allokationsentscheidung beruht ausschließlich auf individuellen Nutzenabwägungen. Diese Freiwilligkeit hat weitreichende Implikationen für die Empfänger:innen dieser Spenden. Diese sind auf die Spendenbereitschaft bzw. Wohltätigkeit der Spender:innen angewiesen und haben keinen Anspruch auf die Spende. Sie haben kein Recht auf die Spende, weil der Umverteilungsprozess auf Freiwilligkeit beruht.

Altruismus bzw. Wohltätigkeit waren bis weit in das 19. Jahrhundert hinein der vorherrschende Finanzierungsmechanismus in der Gesundheitsversorgung. Insbesondere die finanzielle Situation der Krankenhäuser war unsicher, da nur ein kleiner Teil der Bevölkerung die entstehenden Kosten selbst begleichen konnte. Patient:innen ohne entsprechende Eigenmittel mussten kostenlos behandelt werden. Dies konnten die Krankenhäuser nur ermöglichen, wenn sie hinreichend Spenden vermögender Wohltäter:innen oder freiwillige öffentliche Zuwendungen bekamen (Simon 2021: 24).

Diese Situation hat sich grundlegend nach der Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 1883 verändert. Der versicherte Leistungsanspruch war zu Beginn zwar nicht mit dem Leistungskatalog der heutigen GKV vergleichbar. Schwerpunkt der versicherten Leistungen war das Krankengeld als Lohnersatz im Krankheitsfall. Sachleistungen für die Finanzierung der gesundheitlichen Versorgung wurden erst nach und nach eingeführt. Dennoch brachte die Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung für Krankenhäuser finanzielle Planungssicherheit, weil nun auch die Behandlungskosten von Personen mit niedrigem Einkommen von der Krankenkasse finanziert wurden. In der Folge der Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung konnte die Versorgung in Krankenhäusern deutlich ausgebaut werden (Simon 2021: 24).

Die Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung hatte aber nicht nur wichtige Konsequenzen für die Krankenhäuser. In der GKV versicherte Personen hatten nun unabhängig von ihrer individuellen Kaufkraft einen Leistungsanspruch auf stationäre Behandlung. Sie waren nicht mehr auf Mildtätigkeit oder die Spendenbereitschaft Dritter angewiesen, weil sie durch ihre Beitragszahlung einen Rechtsanspruch auf Krankenhausbehandlung erworben haben. Dieser Rechtsanspruch steht aber im Konflikt mit der Freiwilligkeit von Umverteilungsprozessen. Die Finanzierung gesundheitlicher Versorgung erfolgt nunmehr aufgrund von Zwangsbeiträgen der versicherungspflichtigen Bevölkerung. Die in der GKV versicherungspflichtigen Personen können nicht selbst entscheiden, ob sie einen Teil ihre Budgets für die gesundheitliche Versorgung Bedürftiger zur Verfügung stellen. Sie werden vielmehr durch die Intervention des Gesetzgebers dazu verpflichtet. Insofern basiert eine auf Rechtsansprüchen und Gerechtigkeitsprinzipien basierende Sozialversicherung mit Zwangsbeiträgen nicht mehr auf Altruismus und widerspricht grundlegenden ökonomischen Prinzipien.

Aus ökonomischer Sicht sind staatlich organisierte Umverteilungsprozesse problematisch, weil sie unerwünschte Wirkungen auf die Effizienz in der Produktion und Allokation von Gütern und Dienstleistungen haben. Dabei sind zwei Perspektiven zu unterscheiden. Die erste Perspektive betrifft diejenigen Personen, die Transfers bzw. Umverteilungsprozesse finanzieren. Dies erfolgt im deutschen System der Sozialversicherung durch **Zwangsbeiträge**. Einerseits erwerben Versicherte Ansprüche für die finanzielle Absicherung im Krankheits- und Pflegefall, bei Renteneintritt und beim Eintritt von Arbeitslosigkeit. Andererseits ist finanzielle Belastung durch Zwangsbeiträge substanziell. Zusammengefasst liegt der Beschäftigtenanteil für die Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung bei etwa 20 Prozent. Das bedeutet, dass 20 Prozent des Bruttoeinkommens nicht für andere Verwendungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen. Zu diesen Zwangsbeiträgen kommt noch die Einkommensteuer hinzu, die progressiv mit dem Einkommen ansteigt. Dieser sogenannte Abgabenkeil – die Summe aus Zwangsbeiträgen und Einkommensteuer – reduziert das verfügbare Einkommen für die Beschäftigten.

Die Höhe dieses Abgabenkeils ist aus mindestens zwei Gründen relevant. Erstens ist die Finanzierung von Leistungsansprüchen durch Zwangsbeiträge zwar gesetzlich verbrieft und garantiert somit Leistungsansprüche auf der Seite der Empfänger:innen der Transfers. Allerdings können Gesetze und damit Leistungsansprüche auch geändert werden, wenn die gesellschaftliche Akzeptanz für die Finanzierung der Transfers sinkt. Historisch gibt es in Deutschland zwar eher einen Trend zur Leistungsausweitung. Eine wichtige Ausnahme stellen die sogenannten Hartz-Reformen Anfang der 2000er-Jahre dar. Die gesetzliche Krankenversicherung war im Jahr 2004 unter anderem durch die Reduzierung von Leistungsansprüchen und die Einführung der Praxisgebühr im GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) betroffen. Deutlich weitergehend war der Leistungsabbau in der Arbeitslosenversicherung, in der der Bezug des in der Regel deutlich auskömmlicheren Arbeitslosengeldes I auf ein Jahr befristet wurde. Das im Anschluss gezahlte Arbeitslosengeld II beruht auf einer Bedürftigkeitsprüfung und orientiert sich im Leistungsanspruch

6 Gerechtigkeit und Umverteilung

nicht mehr am vorigen Einkommen, sondern am Sozialhilfesatz. Diese Reformen sollten zwar primär die internationale Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Volkswirtschaft stärken, wären aber ohne den steigenden Abgabenkeil und die mangelnde Akzeptanz der Zwangstransfers nicht durchsetzbar gewesen.

Je höher der **Abgabenkeil** ist, desto stärker sinken aus ökonomischer Sicht die **Arbeitsanreize**. Damit ist zum einen gemeint, dass Erwerbstätige ihre Arbeitszeit nicht ausweiten oder gar reduzieren könnten, wenn der finanzielle Ertrag der Erwerbstätigkeit im Vergleich zur unbezahlten Freizeit als zu gering erscheint. Ähnliches gilt zum anderen auf der Seite der Empfänger:innen der Transfers. Hier können ebenfalls negative Arbeitsanreize entstehen, weil bezahlte Erwerbstätigkeit im Vergleich zu den Transfers als unattraktiv erscheinen könnte. Diese ökonomisch fundierte Annahme ist eine wesentliche Rechtfertigung dafür, dass der Regelbedarf zur Sicherung des Lebensunterhalts im ALG II vergleichsweise niedrig angesetzt ist. Damit soll vermieden werden, dass der Bezug von ALG II für die Empfänger:innen finanziell attraktiver ist als die Aufnahme bzw. Ausweitung einer Erwerbstätigkeit.

Staatlich organisierte Umverteilungsprozesse haben aus ökonomischer Sicht somit in den meisten Fällen problematische Anreizwirkungen. Dennoch lassen sich staatliche Eingriffe rechtfertigen. Dies gilt insbesondere dann, wenn die aus Marktprozessen resultierende Verteilung der Ressourcen aus einer gesellschaftlichen Perspektive als ungerecht empfunden und nicht akzeptiert wird (siehe unten). In diesem Fall besteht ein gesellschaftlicher Konsens, dass ein Transfer von einkommensstarken zu einkommensschwachen Mitgliedern einer Gesellschaft stattfindet.

In diesem Fall muss eine Entscheidung darüber erfolgen, wie dieser Transfer organisiert wird. Eine zentrale Rahmenbedingung in diesem Zusammenhang ist, ob die Umverteilung durch **Geldtransfers** oder **Sachmitteltransfers** organisiert wird. Aus einer rein ökonomischen Perspektive wäre im Grundsatz der Transfer durch Geldmittel vorzuziehen. Hintergrund ist die Überlegung, dass die Empfänger:innen der Transfers nur dann souverän über ihren Konsum entscheiden können, wenn ihnen Geldmittel zur Verfügung stehen. Aus ökonomischer Sicht ist das Potenzial zur individuellen Nutzenmaximierung bei Sachmitteltransfers dagegen stark eingeschränkt. Die Empfänger:innen der Transfers können dann nicht frei entscheiden, wofür sie die Transfers verwenden (Rice/Unruh 2009).

Eine Übersicht über die Umverteilungsprozesse in den Sozialversicherungen zeigt jedoch, dass Transfers sowohl durch Geldmittel als auch durch Sachmittel organisiert werden. In der gesetzlichen Rentenversicherung erhalten Leistungsberechtigte ihre Rentenzahlungen als Geldmittel und können frei über die Zahlungen verfügen. Dies gilt im Grundsatz auch in der Arbeitslosenversicherung. Beide Systeme sind aber auch deutlich stärker am **Äquivalenzprinzip** ausgerichtet. Das bedeutet, dass die Auszahlungen in erheblichem Maß von der Höhe der eingezahlten Beiträge abhängen. Auch im Rahmen der Grundsicherung stehen Geldtransfers im Vordergrund. Eine wichtige Ausnahme hiervon stellt das im Jahr 2011 eingeführte Bildungs- und Teilhabepaket für die Kinder von ALG-II-Bezieher:innen dar.

Hier besteht die Möglichkeit, zusätzliche Transfers zweckgebunden zu erhalten. Enthalten sind etwa die Finanzierung von Klassenfahrten, Schulausstattung und die Teilhabe an Kultur, Sport und Freizeit für die betroffenen Kinder. Andere Verwendungszwecke sind ausgeschlossen.

Einen Mix aus Geld- und Sachmitteltransfers gibt es auch in der gesetzlichen **Pflegeversicherung**. In der häuslichen Pflege können sich Pflegebedürftige sogar für Geld- oder Sachleistungen bzw. eine Kombination daraus entscheiden. Beim Bezug von Geldleistungen wird nicht überprüft, wofür die transferierten Mittel verwendet werden. In der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgt die Bereitstellung der Leistungen dagegen weit überwiegend nach dem Sachleistungsprinzip. Lediglich das Krankengeld als Lohnersatz wird als Geldleistung ausbezahlt.

In einigen wichtigen Bereichen der Sozialversicherung erfolgen damit **Sachmitteltransfers**. Die Empfänger:innen der Transfers können damit nicht souverän über die Verwendung der Mittel verfügen. Hierfür gibt es eine Reihe von Gründen. Zum einen ist es im Regelfall den die Transfers finanzierenden Personen nicht egal, wofür die Empfänger:innen die zwangsweise erhobenen Beiträge und Steuern verwenden. Insofern sind in diesem Zusammenhang auch die Präferenzen derjenigen relevant, die diese Transfers finanzieren. Es ist daher davon auszugehen, dass die gesellschaftliche Akzeptanz von Umverteilungsprozessen steigt, wenn Transfers zweckgebunden erfolgen – etwa um die Bildungs- und Teilhabechancen von Kindern zu erhöhen oder Gesundheit wiederherzustellen. Umgekehrt dürfte die Bereitschaft zur Finanzierung der Transfers sinken, wenn diese nicht zu den beabsichtigten Zwecken verwendet werden.

In diesem Zusammenhang ist das zuvor angesprochene Bildungs- und Teilhabepaket für die Kinder von ALG-II-Bezieher:innen ein gutes Beispiel. Es wäre durchaus möglich gewesen, den Finanzierungsaufwand für die zusätzlichen Leistungen zu kalkulieren und auf den Regelsatz für Kinder aufzuschlagen und auszuführen. Davon hat der Gesetzgeber Abstand genommen, weil er eine Zweckentfremdung der Mittel befürchtet hat. Konsequenz sind langwierige bürokratische Antragsverfahren und damit verbundene Kosten sowie erhebliche Einschränkungen bei der Mittelverwendung. In der gesetzlichen Krankenversicherung ist das Sachmittelprinzip dagegen breit akzeptiert. Das liegt sicherlich auch daran, dass die Bedarfsfeststellung in den meisten Fällen nicht durch die Krankenkassen, sondern durch die behandelnden Ärzt:innen erfolgt. Aufgrund der vorliegenden Informationsdefizite bei Patient:innen wäre es zudem mehr als unwahrscheinlich, dass **Geldmitteltransfers** zu einer effizienteren Behandlung führen als Sachmitteltransfers. Letztlich würden es die Beitragszahler:innen kaum akzeptieren, wenn die Leistungsempfänger:innen Geldzahlungen für Zwecke außerhalb der gesundheitlichen Versorgung verwenden würden.

6.2 Rechtfertigung für Gerechtigkeit und Umverteilung

Wie gezeigt entstehen aus ökonomischer Perspektive durch Interventionen in die auf der Grundlage von Marktprozessen entstehenden Einkommensverteilung negative Anreize – vor allem im Hinblick auf eine Arbeitsaufnahme bzw. -auswei-

6 Gerechtigkeit und Umverteilung

tung. Dennoch ist der Zugang zu Gesundheitsleistungen zumindest in den meisten entwickelten Industrieländern nicht über Märkte organisiert. Die Gründe hierfür sind vielfältig. Zum einen gibt es gut begründbare Zweifel daran, ob Patient:innen auf Gesundheitsmärkten aufgeklärte und rationale Entscheidungen auf der Grundlage vollständiger Informationen treffen könnten (vgl. dazu ausführlich Kapitel 2.1.3). In Kapitel 2.1.2 zeigen wir außerdem, dass die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen auf freien Gesundheitsmärkten insbesondere beim Auftreten lebensbedrohlicher Erkrankungen preisunelastisch ist. Patient:innen fragen die notwendigen Leistungen unabhängig vom Preis nach, weil sie zur Aufrechterhaltung ihrer Gesundheit auf diese Leistungen angewiesen sind. Dies ist nicht nur theoretisch plausibel, sondern auch empirisch gut belegt (Duarte 2012). Dieser Zusammenhang hat zwei wichtige Implikationen für die Organisation von Gesundheitsmärkten. Erstens könnten Leistungsanbieter für ihre Produkte überhöhte Preise kalkulieren, weil sie bei Preiserhöhungen nur einen vergleichsweise geringen Rückgang der nachgefragten Menge befürchten müssten. Dies ist der erste Grund, der für Eingriffe in den Marktprozess spricht. Häufig wählt der Gesetzgeber dabei den Weg, Marktmacht auf der Nachfrageseite zu schaffen. Ziel dieser politischen Entscheidung ist es, durch die kollektive Verhandlungsmacht von Krankenversicherern bzw. staatlich finanzierten Gesundheitssystemen Verhandlungspreise zu erreichen, die deutlich unter den Preisen auf freien Märkten liegen.

Der zweite, für das Thema dieses Kapitels zentrale Grund für Markteingriffe liegt in den Zugangsmöglichkeiten zu Gesundheitsleistungen. Auf freien Märkten ist die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen abhängig von der individuellen Kaufkraft. Patient:innen sind auf die gesundheitliche Versorgung angewiesen. Sie können die notwendigen Leistungen aber nur dann nachfragen, wenn sie über die notwendigen Ressourcen verfügen. Der Zugang zu gesundheitlicher Versorgung bliebe Patient:innen mit hoher Kaufkraft vorbehalten. Patient:innen mit niedriger Kaufkraft müssten entweder auf die Inanspruchnahme verzichten oder sich verschulden. Selbst wenn die Preissetzungsmacht der Leistungsanbieter durch kollektive Preisverhandlungen eingeschränkt werden würde, bliebe dieser Zusammenhang erhalten. Dieser lässt sich etwa in den USA beobachten, wo sowohl private als auch öffentliche Versicherungsträger Rabatte auf die Listenpreise von Arzneimitteln verhandeln. Diese Rabatte kommen dann aber nur den jeweiligen Versicherten zugute. Nicht versicherte Patient:innen müssen hingegen die höheren Listenpreise bezahlen.

Mit Ausnahme der USA wird es zumindest in den entwickelten Industrieländern jedoch gesellschaftlich als nicht akzeptabel angesehen, dass der Zugang zu Gesundheitsleistungen auf Basis der individuellen Kaufkraft erfolgt. Vielmehr ist das Ziel von Gesundheitssystemen, dass die Inanspruchnahme auf der Basis des individuellen gesundheitlichen Bedarfs erfolgen kann. Dies ist der zentrale Grund für den Eingriff in Wettbewerbsmärkte, der sich zudem auch theoretisch aus einer ethisch-philosophischen Perspektive rechtfertigen lässt (Rice/Unruh 2009).

Diese ethisch-philosophische Perspektive basiert auf der Theorie von Gerechtigkeit und Fairness von **John Rawls** (Rawls 1975). Der Ansatz von Rawls beschreibt eine Alternative zu der auf Nutzenmaximierung basierenden ökonomischen Theo-

rie der Allokation von Ressourcen. Der wesentliche Unterschied besteht darin, dass Rawls die auf Märkten resultierende Ressourcenverteilung nicht als gegeben hinnimmt. Der Grund dafür besteht darin, dass nach Rawls diese Ressourcenverteilung nicht ausschließlich das Ergebnis individueller Leistungsbereitschaft ist. Rawls argumentiert vielmehr, dass die Verteilung von Ressourcen auf Märkten auf der Ausgangsposition in einer Gesellschaft basiert. Damit sind etwa der Zugang zu Bildung, familiärer und sozialer Zusammenhalt sowie andere vermeintlich naturgegebene Vorteile wie Intelligenz und Körperkraft gemeint. Wenn Leistungsfähigkeit und Leistungsbereitschaft primär das Ergebnis der gesellschaftlichen Ausgangsposition sind, dann ist das aus ökonomischer Sicht so wichtige Prinzip der Leistungsgerechtigkeit außer Kraft gesetzt. Das bedeutet, dass die in der ökonomischen Theorie als gegeben vorausgesetzte Ressourcenausstattung auf freien Märkten eben nicht alleine das Resultat der individuellen Leistungsbereitschaft, sondern auch in nicht unerheblichem Umfang das Ergebnis der gesellschaftlichen Ausgangsposition ist.

Rawls nimmt weiterhin an, dass die Grundausrüstung mit Ressourcen in der Ausgangsposition zufällig ist. Demzufolge wäre es irrational, wenn eine Gesellschaft diese auf Zufällen beruhende Verteilung von Ressourcen akzeptieren würde. Zur Bestimmung einer fairen Ressourcenverteilung fordert Rawls, dass eine Gesellschaft über diese Prinzipien der Ressourcenverteilung im Urzustand unter dem **Schleier der Unwissenheit** entscheiden solle. Damit ist gemeint, dass „niemand seine Stellung in der Gesellschaft kennt, seine Klasse oder seinen Status, ebenso wenig sein Los bei der Verteilung natürlicher Gaben wie Intelligenz oder Körperkraft“ (Rawls 1975: 20). Rawls beschreibt mit dem Schleier der Unwissenheit (*veil of ignorance*) eine fiktive völlige Unkenntnis über die Grundausrüstung der einzelnen Mitglieder einer Gesellschaft als zentrale Voraussetzung für Entscheidungen über eine faire Ressourcenausstattung. Ohne diesen Schleier der Unwissenheit wären sämtliche Entscheidungen über eine faire Ressourcenverteilung durch das Wissen um die auf Märkten entstandene Ressourcenverteilung beeinflusst und damit verzerrt.

Im Urzustand hätten damit sämtliche Mitglieder einer Gesellschaft eine Chance auf eine überdurchschnittliche Grundausrüstung mit Ressourcen. Gleichzeitig besteht aber auch das Risiko, in dieser nach Rawls „natürlichen Lotterie“ unterdurchschnittlich viele Ressourcen zu erhalten. Die Entscheidung über eine faire Ressourcenverteilung im Urzustand unter dem Schleier der Unwissenheit ist damit in erster Linie von der Risikobereitschaft der Mitglieder einer Gesellschaft abhängig. Bei einer hohen Risikobereitschaft ständen die Chancen eines Gewinns im Rahmen der natürlichen Lotterie im Vordergrund. Bei einer niedrigen Risikobereitschaft steht die Befürchtung im Vordergrund, eine eher niedrige Ressourcenausstattung zugeteilt zu bekommen. Rawls geht bei der Entscheidung über eine faire Ressourcenverteilung davon aus, dass die vorherrschende Haltung im Urzustand eher risikoavers ist.

Nach Rawls wäre es demzufolge rational, sich im Urzustand für eine Gleichverteilung zumindest der **Primärgüter** zu entscheiden. Unter Primärgütern versteht Rawls „Rechte, Freiheiten, Chancen sowie Einkommen und Vermögen“ (Rawls

6 Gerechtigkeit und Umverteilung

1975: 83). Gesundheit fehlt zwar in dieser Aufzählung der Primärgüter. Allerdings ist ein guter Gesundheitszustand eine wichtige Voraussetzung insbesondere für die Realisierung von Chancen, Einkommen und Wohlstand. Ungleichheiten sollten nach Rawls demnach nur akzeptiert werden, wenn sie der „Egalisierung von Lebenschancen“ dienen (Birnbacher 2014: 4).

Aus dieser grundsätzlichen Überlegung, eine Gleichverteilung von Primärgütern zu rechtfertigen, lassen sich wiederum Prinzipien für die Umverteilungsmechanismen in einer Gesellschaft ableiten. Zentral ist in diesem Zusammenhang das **Unterschiedsprinzip** bzw. **Maximin-Prinzip**. Im Grundsatz folgt aus diesem Prinzip, wie eine Gleichverteilung der Primärgüter erreicht werden soll. Demnach sollten die Ressourcen derjenigen maximiert werden, die in der Gesellschaft über eine minimale Ressourcenausstattung verfügen. Nach Rawls wäre es für die Individuen einer Gesellschaft irrational, eine andere als eine gleichmäßige Verteilung von Primärgütern anzustreben. Umverteilungsmaßnahmen sollten demnach immer die schwächsten Mitglieder einer Gesellschaft im Blick haben.

Den Schlussfolgerungen dieser Theorie ist aus ökonomischer Perspektive nur eingeschränkt zu folgen. Zwar ist es richtig, dass unter dem hypothetischen Konzept eines Schleiers der Unwissenheit eine größere Umverteilung zu erwarten ist als in einer Situation, in der alle Individuen bereits wissen, ob sie über eine hohe oder eine niedrige Anfangsausstattung verfügen. Die Schlussfolgerung einer vollständigen Gleichverteilung ist jedoch nur eingeschränkt plausibel. Dies würde bedeuten, dass sämtliche Individuen vollkommen risikoavers wären, also jede einzelne Person einer gesamten Gesellschaft jegliches noch so geringe Risiko vermeiden will (Harsanyi 1975). Dies ist weder logisch zu erwarten noch durch empirische Erkenntnisse zu belegen. Auch im Alltag zeigt sich vielfach, dass die individuelle Risikobereitschaft sehr unterschiedlich sein kann. Mit der Gleichverteilung würden die Individuen zudem akzeptieren, dass sich jegliche Anstrengung nicht lohnen würde.

Auch wenn aus dem Rawls'schen Gedankenexperiment keine vollständige Gleichverteilung in allen Bereichen des Lebens abgeleitet werden kann, so ist es dennoch von zentraler Bedeutung für das Gesundheitswesen. Denn bei Unsicherheit ist eine besonders weitreichende Umverteilung dann zu erwarten, wenn die erwarteten Kosten eines schlechten Risikos sehr hoch, die Kosten für viele Betroffene individuell zu hoch sowie die Auswirkungen durch das eigene Verhalten nur eingeschränkt zu beeinflussen sind. Einen solchen Fall stellt die Gesundheitsversorgung dar.

Diese zugegebenermaßen sehr vereinfachte Darstellung der Theorie der Gerechtigkeit von John Rawls hat dennoch weitgehende Implikationen für die Erklärung der beobachteten Finanzierung und Organisation von Gesundheitsversorgung. Ableiten lässt sich insbesondere ein gleicher Zugang zur Gesundheitsversorgung unabhängig von der individuellen Kaufkraft. Dieses Prinzip ist ein notwendiges Korrektiv vor allem in Gesellschaften mit einer ausgeprägten Einkommens- und Bildungsungleichheit. Es lässt sich somit zumindest im Bereich der Gesundheitsversorgung ein gleiches Recht ableiten, Ansprüche geltend zu machen. Dieser

8 Gesundheitsökonomische Evaluationen

bekannt und soll ermittelt werden. Alternativ kann die Person einen Teil der Lebenszeit aufgeben um damit die kürzere Restlebensdauer in perfekter Gesundheit zu verbringen. Dabei wird der Wert der aufgegebenen Lebenszeit so lange variiert, bis beide Zustände als gleichwertig empfunden werden. Je größer der Anteil an der Restlebenszeit ist, den eine Person bereit ist aufzugeben, umso schlechter wird der chronische Zustand bewertet. Die Vorgehensweise soll ebenfalls an einem methodisch vereinfachten Beispiel dargestellt werden. Eine Person leide an einer chronischen Erkrankung, welche mit Einschränkungen und Schmerzen beim Gehen einhergeht. Die Person werde nun gefragt, wie viele Jahre sie bereit wäre aufzugeben, um dafür die kürzere verbleibende Restlebenszeit in vollständiger Gesundheit zu verbringen. Die Person habe eine Restlebenserwartung von 40 Jahren und gebe an, dass sie bereit wäre, 12 Jahre aufzugeben, um die verbleibenden 28 Jahre in perfekter Gesundheit zu verbringen. Hieraus lässt sich die Lebensqualität der befragten Person ableiten. Sie beträgt in unserem Beispiel 0,7 (28 Jahre / 40 Jahre).

Die dargestellten Methoden haben wechselseitige Vor- und Nachteile. Ein Vorteil von *Rating Scale* ist die eher geringe Komplexität. Die Vorgehensweise ist vergleichsweise einfach nachzuvollziehen und durchzuführen. Gegenüber einer reinen Rangordnung der Präferenzen der verschiedenen Zustände bietet die Methode zudem den Vorteil, dass relative Bewertungsunterschiede deutlich werden. Allerdings werden beim *Rating-Scale*-Verfahren weder Präferenzen noch individuelle Entscheidungen erfragt. Vorteil des *Standard Gamble* und auch des *Time-Trade-off* ist hingegen die vergleichsweise präzise Messung der Präferenzen. Dafür sind die Verfahren deutlich schwerer nachzuvollziehen und auch aufwendiger in der Durchführung. Dies gilt insbesondere für *Standard Gamble* aufgrund der variierenden Wahrscheinlichkeiten, die in der Regel einer visuellen Verdeutlichung bedürfen. Dafür bezieht die *Standard-Gamble*-Methode aber auch Unsicherheit und die Risikobereitschaft der Befragten mit ein.

8.5 Das QALY-Konzept

Es ist unstrittig, dass sich viele medizinische Maßnahmen neben der reinen medizinischen, quantitativ messbaren Wirksamkeit – etwa bezogen auf die erwarteten Restlebensjahre – auch mittelbar oder unmittelbar auf die Lebensqualität der behandelten Personen auswirken können. Diese spielen bei der Entscheidungsfindung aus Sicht der Patient:innen häufig eine wichtige Rolle. Dabei ist grundsätzlich ein Abwägen der Komplexität der einbezogenen Entscheidungskriterien notwendig. Je mehr Kriterien berücksichtigt werden, desto präziser spiegelt die darauf basierende Entscheidung die Präferenzen der Betroffenen wieder. Andererseits wird die Entscheidungsfindung durch den Einbezug zahlreicher Kriterien zunehmend komplex, von steigenden Transaktionskosten geprägt, schwerer nachzuvollziehen und vergleichbar sowie womöglich widersprüchlich.

Eine wichtige Möglichkeit zur Berücksichtigung des Einflusses einer Maßnahme auf die Lebensqualität stellt das Konzept der **qualitätsadjustierten Lebensjahre (QALY)** dar. Mit QALYs werden Restlebensdauer und Lebensqualität in einer Maßzahl zusammenfasst. Die Lebensqualität wird dabei zwischen 0 (Tod) und 1

(vollständige Gesundheit) normiert, wobei die Erhebung der Lebensqualität wie oben beschrieben auf unterschiedliche Art und Weise erfolgen kann. Ein QALY entspricht einem Lebensjahr, das vollkommen gesund verbracht wird. Zwei Jahre mit einer Lebensqualität von 0,5 entsprechen somit ebenso wie vier Jahre mit einer Lebensqualität von 0,25 jeweils genau einem QALY. Eine Diskontierung zur Berücksichtigung einer Minderschätzung künftiger Bedürfnisse ist möglich. Durch die Anwendung von QALYs sind weitreichende Vergleiche des Nutzens unterschiedlicher Maßnahmen möglich. Die QALY-Differenz im Vergleich zur nächstbesten Alternative stellt somit den Nutzengewinn einer Intervention dar, der zusammen mit der Kostendifferenz die Grundlage für die **inkrementelle Kostenefektivitätsrate (ICER)** darstellt.

Das QALY-Konzept soll nachfolgend anhand zweier einfacher Beispiele dargestellt werden. Es gebe eine Intervention, die dazu geeignet ist, das Leben einer Person um zwei Jahre auf insgesamt sieben Jahre zu verlängern. Die Lebensqualität betrage in dieser Zeit 0,8 (Abbildung 8.1). Der QALY-Zuwachs beträgt somit 1,6 QALY ($0,8 \text{ LQ} \cdot 2 \text{ Jahre}$). Die zwei gewonnenen Jahre entsprechen somit 1,6 Jahren in vollständiger Gesundheit. Der zweite Fall betrachtet eine Intervention, die bei einer unveränderten Restlebenserwartung von zehn Jahren eine Erhöhung der Lebensqualität von 0,5 auf 0,8 verspricht (Abbildung 8.2). Die Intervention erhöht somit die Lebensqualität um 0,3 über 10 Jahre, was einem QALY-Zuwachs von 3 QALY ($0,3 \text{ LQ} \cdot 10 \text{ Jahre}$) entspricht. Der Zuwachs über die zehn Jahre entspricht somit einer Verlängerung des Lebens um drei Jahre bei vollständiger Gesundheit.

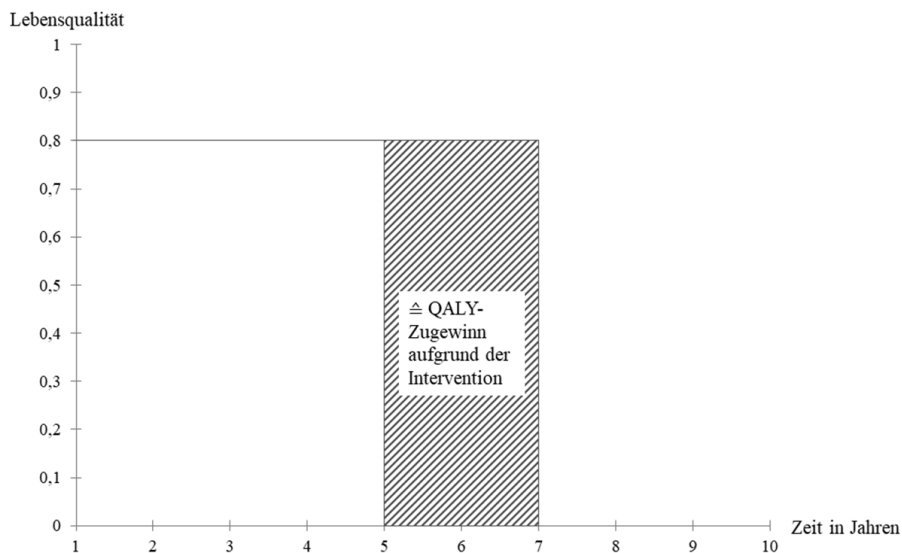


Abbildung 8.1: QALY-Verlauf einer lebensverlängernden Intervention, Quelle: Eigene Darstellung

8 Gesundheitsökonomische Evaluationen

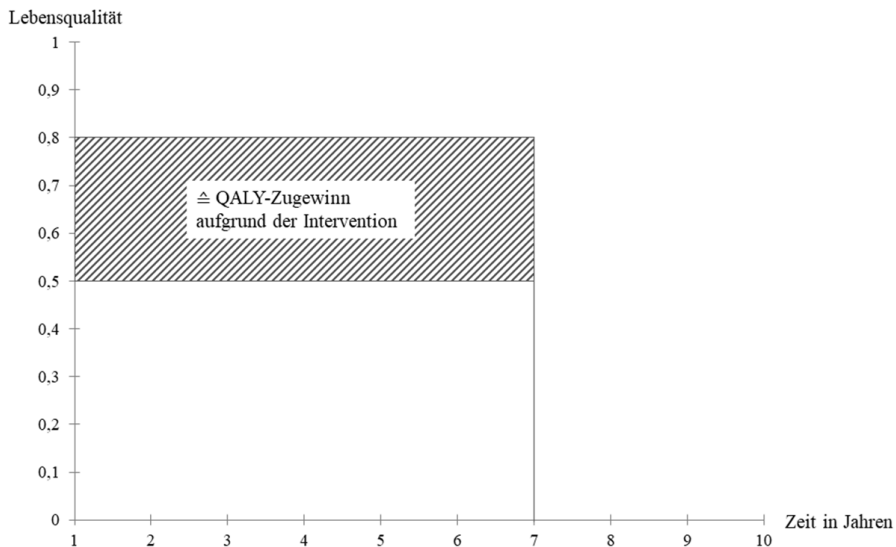


Abbildung 8.2: QALY-Verlauf einer die Lebensqualität verbessernden Intervention, Quelle: Eigene Darstellung

Es sind zahlreiche Kombinationen aus Auswirkungen auf die Lebenserwartung und Lebensqualität möglich. Dabei ist auch ein Verlust an Lebenserwartung und/oder Lebensqualität denkbar. So ist es plausibel anzunehmen, dass beispielsweise im unmittelbaren Nachgang einer Operation die Lebensqualität geringer sein kann als vor der Operation. Die anschließende zusätzliche Lebenserwartung bzw. Gewinne bei der Lebensqualität können diesen temporären Verlust an Lebensqualität überkompensieren.

Anzumerken ist an dieser Stelle, dass die zuvor unterstellte konstante Lebensqualität eine vereinfachende und in den meisten Fällen realitätsferne Annahme ist. Vielmehr ist es wahrscheinlicher, dass die Lebensqualität im Zeitverlauf schwankt. Obgleich es kaum umsetzbar ist, diesen Verlauf für jeden einzelnen Zeitpunkt zu bestimmen, so kann er etwa durch wiederholte Erhebungen zumindest näherungsweise bestimmt werden. Bei der Entscheidung, wie viele Erhebungszeitpunkte in einer Studie sinnvoll sind, handelt es sich – unter Beachtung der Besonderheiten des jeweiligen Einzelfalls – um einen *Trade-off* zwischen der Höhe der durch die Erhebung anfallenden Kosten und der Genauigkeit der Ergebnisse. Je größer die Abstände zwischen den Erhebungszeitpunkten sind, umso größer ist das Risiko, Schwankungen der Lebensqualität nicht zu messen. Dies gilt umso mehr, je kürzer und ausgeprägter die Schwankungen ausfallen.

8.6 Die inkrementelle Kosteneffektivitätsrate

Die **inkrementelle Kosteneffektivitätsrate (ICER)** stellt ein zentrales Ergebnis in einer Vielzahl vergleichender gesundheitsökonomischer Evaluationen dar. Die

ICER wird ermittelt, indem die zusätzlichen Kosten und das zusätzliche *Outcome* einer Maßnahme zueinander ins Verhältnis gesetzt werden. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund der Allokationsproblematik relevant. Wenn die finanziellen Ressourcen knapp sind, so geht es nicht nur darum zu erfahren, welche Kosten für unterschiedliche Maßnahmen anfallen und welche *Outcomes* damit einhergehen. Vielmehr gilt es – unter Berücksichtigung der **Opportunitätskosten** der Mittelverwendung – die Maßnahmen zu identifizieren, die verglichen mit der nächstbesten Alternative einen größeren Nutzenzuwachs erwarten lassen. Dies soll anhand des nachfolgenden Beispiels verdeutlicht werden. Gegeben seien zwei Maßnahmen, die zur Therapie einer bestimmten Krankheit zum Einsatz kommen können. Maßnahme A, die bisherige Standardbehandlung, kostet 5.000 Euro und lässt einen Zuwachs von 0,2 QALY erwarten. Die neue Maßnahme B kostet hingegen 10.000 Euro und lässt einen Zuwachs von 0,3 QALY erwarten. Zur Unterstützung bei der Beantwortung der Frage, ob ein Wechsel von der bisherigen Standardbehandlung zur neuen, effektiveren, aber zugleich teureren Maßnahme erfolgen sollte, kann nun auf die inkrementelle Kosteneffektivitätsrate zurückgegriffen werden. Allgemein wird die inkrementelle Kosteneffektivitätsrate anhand der Formel $(K_1 - K_0) / (E_1 - E_0)$ ermittelt, wobei K_1 die Kosten der zu prüfenden neuen Intervention oder Interventionsgruppe und K_0 die Kosten der Kontrollintervention oder Kontrollgruppe darstellen. Für die Effekte gilt dies analog.

Die ICER setzt somit die Kostendifferenz der beiden Maßnahmen ins Verhältnis zur Differenz der gewonnenen Nutzwerte. Im gewählten Beispiel beträgt die ICER folglich 50.000 Euro je QALY. Die Entscheidung, ob eine bestimmte Maßnahme als kosteneffektiv anzusehen ist, hängt entscheidend von den jeweiligen nationalen Regelungen ab. In einigen Ländern wird hierzu beispielsweise auf einen **Schwellenwert** abgestellt. Liegt die Kosteneffektivität unterhalb dieses Schwellenwertes, so gilt die neue Methode als kosteneffektiv.

Abbildung 8.3 verdeutlicht den Zusammenhang zwischen zusätzlichen Kosten und zusätzlichem Nutzen unterschiedlicher Maßnahmen. Im Mittelpunkt des Koordinatensystems wird die Methode verortet, mit der die neuen Interventionen verglichen werden sollen. Wir unterstellen hier, es handle sich dabei um die bisherige Standardbehandlung S. Denkbar wäre aber auch, keine Intervention als Vergleichsmaßstab auszuwählen. Dies wäre etwa dann der Fall, wenn es noch keine Standardbehandlung gibt. Verursacht eine neue Maßnahme weniger Kosten als die bisherige Standardbehandlung bei gleichzeitig besserem *Outcome* (Intervention B), so ist diese der bisherigen Standardbehandlung vorzuziehen (Quadrant zwei). Sind hingegen die Kosten der neuen Maßnahme höher als die Kosten der Vergleichsalternative S und der *Outcome* zudem geringer (Intervention D), so ist die bisherige Intervention S vorzuziehen (Quadrant vier). Weniger eindeutig ist die Entscheidung hingegen, wenn – wie häufig in der Realität – die neue Intervention zwar einen höheren Outcome erwarten lässt, gleichzeitig aber auch höhere Kosten anfallen (Intervention A, Quadrant eins). Die Entscheidung, ob die zusätzlichen Kosten den zusätzlichen Nutzen rechtfertigen, muss hierbei aus der gesellschaftlichen Zahlungsbereitschaft abgeleitet werden. Häufig sind dann die schon angesprochenen **Schwellenwerte** Grundlage für eine Entscheidung. Dabei

8 Gesundheitsökonomische Evaluationen

gilt es zu bedenken, dass bei einem fixen Budget für Gesundheit mit der Erhöhung der Ausgaben wiederum an einer anderen Stelle eine Reduzierung der Ausgaben einhergehen muss. Die neuen Interventionen zu höheren Kosten würden dann andere Interventionen verdrängen.

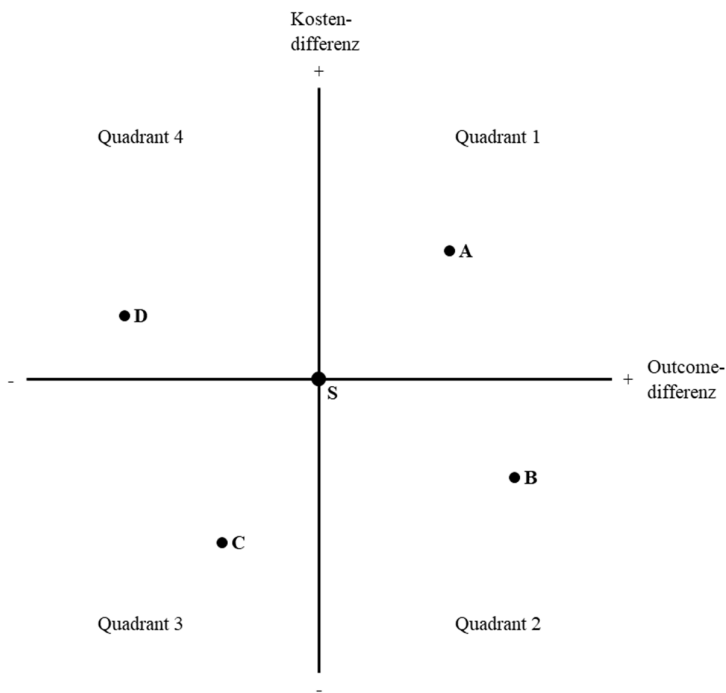


Abbildung 8.3: Übersicht Kosteneffektivität verschiedener Interventionen, Quelle: Eigene Darstellung, basierend auf Drummond et al. 2015

Basierend auf diesem **Opportunitätskostengedanken** müsste aus ökonomischer Sicht in gleicher Form auch bei günstigeren, aber weniger wirksamen Methoden vorgegangen werden (Intervention C, Quadrant drei). In diesem Fall entstünde auf der einen Seite ein Nutzenverlust, weil eine neue Intervention mit schlechterem Outcome finanziert wird. Andererseits entstünde ein Nutzenzuwachs, weil die frei werdenden Mittel an anderer Stelle eingesetzt werden können. Sofern der daraus resultierende Nutzengewinn die Nutzeneinbußen überkompensiert, wäre somit gesamtgesellschaftlich eine effizientere Gesundheitsversorgung möglich. Dennoch stellen Innovationen im dritten Quadranten eine Ausnahme dar. Aus gesundheitspolitischer Perspektive ist die Finanzierung von Interventionen schwer zu rechtfertigen, wenn diese einen geringeren Nutzen generieren als die vorhandene Standardbehandlung. Auch ist es oft nur schwer durchsetzbar, einmal eingeführte Interventionen wieder aus dem Leistungskatalog zu streichen. Dies gilt umso mehr, wenn eine neue Intervention verglichen mit dem bisherigen Standard

medizinisch unterlegen ist – unabhängig davon, ob diese zugleich kostengünstiger ist.

Bislang wurden alle Maßnahmen zumindest implizit immer bezüglich ihrer Vorteilhaftigkeit und Kosten auf die Gesamtbevölkerung bewertet. Dies wird allerdings in vielen Fällen nicht ausreichend sein. Vielmehr ist es häufig der Fall, dass unterschiedliche Personengruppen in unterschiedlichem Umfang von einer Intervention profitieren. Auch die Kosten können sich unter Umständen erheblich unterscheiden. Somit sollten auch gruppenbezogene Unterschiede Bestandteil gesundheitsökonomischer Evaluationen und der darauf aufbauenden Erstattungsentscheidung sein.

Exkurs: Relevanz der Kosteneffektivität in Extremsituationen

Kosteneffektivitätsvergleiche sind grundsätzlich auch möglich im Vergleich mit der „Nichts-Tun-Variante“. Dabei gilt es zu beachten, dass in der Regel, auch wenn man auf eine bestimmte Therapie verzichtet, Kosten anfallen. Beim Vergleich mit der Nichts-Tun-Variante finden sich die Ergebnisse häufig in Quadrant eins. Allerdings spielt die Höhe der Kosten und damit auch der **Kosteneffektivität** – zumindest in Deutschland – dann eine untergeordnete Rolle, wenn lediglich eine Therapiealternative vorhanden ist. Dies gilt in vielen Fällen selbst dann, wenn für die vorliegende Diagnose keine zugelassene Behandlungsmethode vorliegt und nur die Behandlung außerhalb der Zulassung in Betracht kommt. Bei Arzneimitteln spricht man hierbei vom sogenannten *Off-Label-Use*. 2005 hat sich das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) im viel beachteten sogenannten „Nikolaus-Beschluss“ zu den Grenzen einer möglichen Leistungseinschränkung in der sozialen Krankenversicherung geäußert.³ So ist es nicht mit dem Grundgesetz vereinbar, „einen gesetzlich Krankenversicherten, für dessen lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche Erkrankung eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung steht, von der Leistung einer von ihm gewählten, ärztlich angewandten Behandlungsmethode auszuschließen, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht“.⁴ Zumindest in Extremsituationen rückt damit das Wirtschaftlichkeitsprinzip weitgehend in den Hintergrund. Die Finanzierungsentscheidung erfolgt vielmehr basierend auf der Abwägung zwischen dem Fehlen eines Wirksamkeits- und Unbedenklichkeitsnachweises auf der einen und einer dem Einzelfall angemessenen, ausreichenden Leistung auf der anderen Seite (Jesberger/Greß 2021a).

8.7 Schwellenwerte, League-Tables und Budget-Impact

In einigen Ländern spielen QALY-basierte **Kosten-Nutzwert-Analysen** eine wichtige Rolle im Rahmen des gesundheitsökonomisch fundierten Entscheidungsprozesses zur Erstattungsfähigkeit von Interventionen. Zur Beurteilung, ob eine Maßnahme als kosteneffektiv anzusehen ist, werden sogenannte **Schwellenwerte** festgelegt. Liegt die **Kosteneffektivität** einer Maßnahme (gemessen anhand der ICER)

3 Vgl. BVerfG, Beschluss vom 6.12.2005, 1 BvR 347/98, juris Rn. 1-69.

4 Siehe Leitsatz zum Beschluss des BVerfG vom 6.12.2005, 1 BvR 347/98, juris.

Stichwortverzeichnis

Die Angaben verweisen auf die Seitenzahlen des Buches.

- Abgabenkeil 117, 118
- adverse Selektion 23, 95, 106, 139
- Allokation 14, 21, 44, 48, 115–117, 121, 133, 135, 155, 156, 169, 176
 - pareto-effiziente 14, 21, 29
- allokative Fehlanreize 106, 113
- Alterungsrückstellungen 102–104, 111, 112, 132, 133, 146
- Altruismus 115–117, 133
- Anbieter 9–11, 14, 16–21, 23, 41, 43, 44, 53, 55, 58, 60, 61, 66–68, 71, 135, 136, 145
- Angebot 10, 11, 16–19, 21, 23, 30, 33, 34, 41, 44, 47, 50, 53–59, 61–67, 69, 106, 107, 135, 136, 138, 139, 143, 145, 148, 150, 151
- Angebotsdichte 59
- Angebotselastizität 53, 55
- angebotsinduzierte Nachfrage 23, 24, 49, 50, 59, 64, 88, 104, 151
- Angebotskurve 55, 56
- Äquivalenzprinzip 102, 111, 112, 118, 124
- Arbeitsanreize 115, 118
- ärztliche Nutzenfunktion 71, 72
- Basistarif 102, 103, 146
- Behandlungsmarkt 17, 19, 41, 48, 58, 61, 65, 137, 143, 144, 148
- beihilfeberechtigte Beamte 101
- Beitragsbemessungsgrenze 93, 97, 100, 101, 107, 110–113, 124, 128–131, 150
- beitragsfreie Mitversicherung 98, 108, 131, 149, 150
- beitragspflichtige Einnahmen 96–100, 128
- Betriebskosten 71, 83, 86, 87, 89–91
- Bonusprogramme 138, 139
- Bundeszuschuss 93, 96–99, 106, 107, 109, 112, 113, 131
- Bürgerversicherung 107, 109–113
- Coase-Theorem 28
- Deckungsbeitrag, positiver 87
- Diskontierung 161, 162, 167, 183
- Effizienzgrenze 159
- Einkommenssolidarität 93, 115, 124, 126–128, 130, 131
- Einzelleistungsvergütung 64, 72, 73, 77, 78
- Entscheidungsbäume 178, 181
- externe Effekte
 - Externalitäten 24, 25, 28, 148, 149
 - negative 25, 30
 - positive 25, 148
- Fallpauschalen 66, 73, 76, 79, 80, 83, 86–91, 160
- Familienlastenausgleich 130, 131, 133
- Fixkostendegression 60
- Friktionskostenansatz 160
- Gatekeeper, Gatekeeping 65, 73, 76, 78
- Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) 21, 48, 62, 71, 72, 77, 79, 148
- Gehalt 72, 74–76, 81, 137
- Generationengerechtigkeit 132, 133
- Gerechtigkeit 115, 119, 120, 122, 124, 127, 128, 130, 133
- Gesundheitsfonds 97–100, 110, 139, 141, 143
- gesundheitsökonomische Evaluationen 155–157
- Gesundheitsprüfung 104, 126, 146, 147, 149, 150
- GMG 98, 117, 124
- Grenzkosten 13, 44, 54
- Grenznutzen 13, 44, 71
- Health Maintenance Organizations (HMOs) 26, 152
- Homo oeconomicus 10, 12, 37
- Humankapitalansatz 160
- indirekte Kosten 159, 161, 183
- individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) 63
- Informationsasymmetrie 9, 21–23, 26, 27, 30, 43, 45, 50, 51, 58, 59, 156
- inkrementelle Kosteneffektivitätsrate (ICER) 167–169, 179

Stichwortverzeichnis

- Innovationsfunktion des Wettbewerbs 136
Innovationswettbewerb 147
Intangible Kosten 160, 182
Investitionskosten 71, 84, 86, 88, 90, 91
Kapitaldeckungsverfahren 102, 112
Kapitalmarkt 86, 102–104, 107, 112, 113
Kassenwahlfreiheit 136
Kassenwahlrecht 137
Knappheit 12, 30, 37, 85, 115, 151
Kollektivverträge 143, 144
Konsumentensouveränität 10, 33, 135–138, 145, 151
Kopfpauschale (Capitation) 72, 73, 75, 77
Korporatismus 136
Kosten 12–14, 23–29, 36–40, 43–50, 53–56, 59, 60, 62–66, 71, 74, 76, 77, 81, 84, 86–88, 90, 91, 94, 116, 119, 122, 141–144, 146–149, 155–162, 164, 168–174, 177–179, 181–183
Kostenanalyse 156
Kostendämpfungsgesetz 100
Kosteneffektivität 157–159, 169–174, 181, 183
Kostenerstattung 26, 33, 48–50, 138
Lebenserwartung 68, 132, 157, 158, 168, 175, 183
Lebensqualität 132, 157, 158, 162–168, 174–176, 182, 183
Leistungsmarkt 17–19, 43, 137, 139, 143, 147, 148, 151
Leitlinien 26, 65, 78
Liberalismus 11
Liquiditätsreserve 98, 99
Managed Care 65
managed competition 151
Markov-Modell 179, 181
Märkte 9–11, 14, 17, 18, 30, 53, 58, 60, 69, 120, 135, 136, 155
Marktgleichgewicht 44, 53, 54, 57, 64, 69
Marktpreismechanismus 53, 54, 64
Marktversagen 9, 21, 24–26, 28, 60
Marktzutritt 17, 21
Maximin-Prinzip 122
Maximumprinzip 12, 37
Mindestmengen 53, 66
Minimumprinzip 12, 37
Monopol 60
Moral Hazard 23, 27, 33, 43–45, 48
Nachfrage 10, 11, 16, 21, 23–25, 33–37, 42–44, 46, 49, 50, 53–55, 57–59, 61–65, 71, 88, 104, 120, 151
Nachfrageelastizität 33, 35, 36, 46, 55
Nachfrager 10, 11, 14, 16–21, 23, 34, 36, 41–43, 53, 68, 135, 136
Neukundenwettbewerb 145, 146, 149
Niederlande 93, 127, 151
Notlagentarif 102, 103
Nutzen 10, 12–16, 22, 24, 25, 29, 34, 37–40, 44, 48, 50, 62–65, 71, 72, 116, 132, 148, 155–159, 161, 162, 169, 170, 179, 182, 183
Oligopol 60
Opportunitätskosten 13, 14, 75, 156, 169, 182, 183
Pareto-Kriterium 14
pareto-optimal 11, 15
Pauschalfinanzierung 93, 109, 110, 113
Pay for Performance 64
Personaluntergrenzen 57, 89, 90
Pflegebudget 90
Pflegekräfte 88–90
Pflegeversicherung 39, 119
Pigou-Steuer 29
Positivlisten 65
Präferenzgerechtigkeit 135, 136, 139
Prämienspirale 95, 96
Preiskontrolle 20, 21
Preismechanismus 21, 25, 36, 66, 156
Preisregulierung 20, 64
Preiswettbewerb 19, 109, 137, 145
Primärgüter 121, 122
Prinzipal-Agent-Theorie 21, 30
Privatisierung 86
Produktionsfaktoren 53, 55–57, 59, 60
Qualitätsorientierte Vergütungsformen 75
Qualitätswettbewerb 139, 147
Rating Scale 164, 166
Rawls, John 115, 120–124, 133
Risikopooling 95

- Risikoselektion 81, 93, 139, 151
Risikosolidarität 124–127
Risikostrukturausgleich 140–142, 151,
152, 155
– morbiditätsorientierter 152
Rücklagen 99, 100
Sachleistungsprinzip 49, 119
Sachwalter 22, 59
Sättigungsmenge 12, 13
Satzungsleistungen 18, 138, 139, 150
Schleier der Unwissenheit 121, 133
Schweiz 46, 127, 130, 131, 151, 152
Schwellenwert 169, 172, 173
Screening 27, 28, 30
Selbstbeteiligungen 27, 33, 44–48, 62, 63,
76, 94, 95, 100, 112, 123, 145
Selektivvertrag 148
Sensitivitätsanalysen 162, 177
Signaling 27, 30
Skalenerträge 53, 58–61, 65, 69
– steigende 53
Standard Gamble 164–166
Standardtarif 102, 103
Steuerfinanzierung 107, 113, 129, 130
strukturelle Einnahmeschwäche 93, 96,
100, 101, 106, 107, 111, 112
Subventionen 9, 21, 29, 61
Systemwettbewerb 149
tagesgleiche Pflegesätze 87
Time-Trade-off 164–166
Transaktionskosten 28, 29, 49, 166
Trittbrettfahrer 25
Umlagefinanzierung 99
Umverteilung 44, 109, 115, 116, 118,
119, 122, 124–126, 130, 132
unsichtbare Hand 54
Unterschiedsprinzip 115, 122, 123, 133
USA 26, 27, 46, 65, 75, 78, 86, 94–96,
100, 120
Utilization Review 65
Verbeitragung von weiteren Einkommens-
arten 112
Vergütung 14, 26, 53, 61–64, 67, 68, 73–
76, 78, 80, 81, 83, 87, 90, 104, 106,
111, 152
Vergütungssysteme 58, 61, 62, 64, 71, 72,
74–79, 81–83, 86, 87, 90, 91, 106, 107,
111, 113, 155
Verschwendung 12, 30, 53, 176
Versicherungsmarkt 17–19, 38, 41, 137,
143, 145, 151, 152
Versicherungspflicht 28, 33, 38, 93, 95,
96, 101, 102, 110, 113, 149, 151
Versicherungspflichtgrenze 101, 102, 145,
149, 150
Verweildauer 68, 87, 88
Volkswirtschaft 118, 159, 182
vollkommener Markt 17
vollständige Information 17, 26, 40
Wahltarife 47, 102, 103, 138, 139, 147,
150
Wechselanreize 105, 106, 146, 149
Wettbewerb 9, 11, 16, 18, 19, 21, 27,
30, 51, 55, 57, 60, 135–137, 139, 140,
143–152, 155
Wettbewerbsgleichgewicht 15, 16
wettbewerbspolitische Maßnahmen 9, 20,
21, 30
willingness to pay 157
Wohlfahrt 9, 11, 14, 15, 39, 44
Zertifikate 27, 29
Zieleinkommenshypothese 59
Zusatzbeitragssatz 18, 97, 99, 129, 138
Zustandsübergangswahrscheinlichkei-
ten 180, 181
Zwangsbeiträge 115, 117

**Bereits erschienen in der Reihe
STUDIENKURS GESUNDHEIT UND PFLEGE**

Statistik

Von Prof. Dr. Albert Brühl und Dorothea Reichert
2021, 308 Seiten, broschiert, ISBN 978-3-8487-7075-5