

Einleitung

1.1 Gesundheit – ein unbezahlbares Gut?

Wenn man versucht, zwischen den Begriffen „Gesundheit“ und „Ökonomik“ eine Verbindung herzustellen, so fallen einem wohl als erstes zwei Allgemeinplätze ein:

- (1) „Gesundheit ist das höchste Gut, und um die Gesundheit zu erhalten, ist nichts zu teuer.“
- (2) „Das Gesundheitswesen ist in einer Krise: Wenn die Kosten weiter im bisherigen Tempo steigen, können wir uns die Gesundheit bald nicht mehr leisten.“

Beide Aussagen, so konträr sie auf den ersten Blick erscheinen, stimmen doch in einem Punkt überein, denn beide behaupten, dass Gesundheit „unbezahlbar“ sei. Nun hat das Wort „unbezahlbar“ zwei Bedeutungen, und in jeder der beiden Aussagen steht eine andere Bedeutung im Vordergrund, nämlich 1. „unendlich wertvoll“ und 2. „zu teuer“.

Wenn man fragt, warum sich Ökonomen mit dem Thema „Gesundheit“ beschäftigen sollten, dann steht vermutlich bei den meisten der zweite Aspekt im Vordergrund, und in der Tat liefert dieser allein schon ausreichenden Anlass, das Gesundheitswesen näher unter die Lupe zu nehmen: In allen westlichen Industrieländern haben die Ausgaben für Gesundheit in den zurückliegenden Jahrzehnten stark gestiegen – nicht nur in absoluten Zahlen, sondern auch als Anteil am jeweiligen Bruttosozialprodukt (vgl. Tabelle 1.1). Eine 1975 in Deutschland vom damaligen rheinland-pfälzischen Sozialminister Heiner Geißler vorgenommene Modellrechnung zeigte, dass bei ungebrochenem Wachstumstrend noch vor Ende des 21. Jahrhunderts das gesamte deutsche Sozialprodukt vom Gesundheitswesen aufgezehrt werden würde.

Diese sogenannte „Kostenexplosion“ hat in der Folgezeit in Deutschland zu einer Reihe von gesetzgeberischen Maßnahmen – beginnend 1977 mit dem „Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz“ – geführt, die zumeist das erklärte Ziel hatten, den Anstieg des „Beitragssatzes“, also des Anteils des Lohneinkommens, den

Tabelle 1.1. Gesundheitsausgaben als Anteil am Bruttoinlandsprodukt (in Prozent)

Jahr	1960	1970	1980	1990	2000	2010
Bundesrepublik Deutschland	-	6,0	8,4	8,3	10,4	11,6
Frankreich	3,8	5,4	7,0	8,4	10,1	11,6
Großbritannien	-	4,5	5,6	5,9	7,0	9,6
Italien	-	-	-	7,7	8,0	9,3
Japan	3,0	4,4	6,4	5,8	7,6	9,5
Kanada	5,4	6,9	7,0	8,9	8,8	11,4
Österreich	4,3	5,2	7,4	8,4	10,0	11,0
Schweden	-	6,8	8,9	8,2	8,2	9,6
Schweiz	4,9	5,5	7,4	8,2	10,2	11,4
USA	5,1	7,1	9,0	12,4	13,7	17,6

Für Japan Daten aus 2009 anstatt 2010.

Quelle: OECD (2012)

abhängig Beschäftigte zur sozialen Krankenversicherung abführen müssen, zu bremsen. Das Problem eines rasanten Anstiegs der Ausgaben für Gesundheit und das Bewusstsein einer „Krise“ des Gesundheitswesens mit der Konsequenz staatlicher Maßnahmen zur Bekämpfung dieser Entwicklung hat aber auch vor anderen Ländern wie den USA nicht Halt gemacht, in denen eine soziale Krankenversicherung für die Gesamtbevölkerung gar nicht existierte.¹

Nun ist die Gesundheitsversorgung nicht das einzige Beispiel für Güter, die sich in den vergangenen Jahrzehnten stark verteuert haben. Man denke etwa an ein Paar Schuhe oder an einen Haarschnitt. Dennoch hat man bis heute noch nichts von einer „Krise in der Haarpflege“ gehört, und die Medien haben der Gefahr, dass wir vielleicht eines Tages barfuß laufen müssen, längst nicht die gleiche Aufmerksamkeit gewidmet wie dem Schreckensbild, dass wir uns die Krankenhausbehandlung nicht mehr leisten können. Versucht man, das Besondere an der Gesundheitsversorgung aufzuspüren, das solche Vergleiche (zumindest bisher) verhindert hat, so stößt man vor allem auf die folgenden drei Merkmale.

- (1) *Größe des Gesundheitswesens:* Das Gesundheitswesen ist ein Wirtschaftszweig von beträchtlicher Größe. Sein Anteil am Bruttoinlandsprodukt liegt (abhängig vom Messverfahren und von der Abgrenzung) in den meisten westlichen Industrieländern heute um die 10% und höher (vgl. Tabelle 1.1). Dies bedeutet auf der anderen Seite, dass eine große Zahl von Menschen diesem Wirtschaftszweig ihr Einkommen verdanken. Diese Tatsache allein mag schon als Argument dafür gelten, dass einige Ökonomen sich auf diesem Gebiet Fachkenntnisse erwerben und diesen Wirtschaftszweig näher untersuchen. Vorbilder hierfür sind etwa die Agrar-, Energie- und Verkehrsökonomik.

¹ In den USA bestehen dafür direkt aus dem Staatshaushalt finanzierte Programme für die medizinische Versorgung der Rentner („Medicare“) und der Sozialhilfeempfänger („Medicaid“).

- (2) *Staatliche Regulierung des Gesundheitswesens:* Wichtiger noch als der Hinweis auf die Größe scheint uns der Umstand zu sein, dass dieser Wirtschaftszweig in erheblichem Umfang staatlich reguliert ist. Man denke an die in vielen Ländern bestehende Versicherungspflicht, an die durch den Gesetzgeber vorgeschriebenen Leistungskataloge der sozialen Krankenversicherung, an die z.T. staatlich verordneten Gebührenordnungen sowie an die in Großbritannien und Italien existierenden nationalen Gesundheitsdienste, wo nahezu sämtliche Gesundheitsleistungen von festbesoldeten Angestellten des Staates erbracht werden. Diese weitgehende Ausschaltung der Marktkräfte wirft unmittelbar die Frage auf, ob auf diese Weise eine optimale Allokation knapper Ressourcen erreicht werden kann.
- (3) *Konflikte zwischen verschiedenen Betrachtungsweisen:* Schließlich erweckt Gesundheit und alles, was mit ihr zusammenhängt, in weit größerem Maße Emotionen als andere menschliche Bedürfnisse, womit wiederum die erste der beiden oben genannten Bedeutungen des Begriffs „unbezahlbar“ angesprochen ist. Damit sind Ökonomen aufgefordert zu untersuchen, welche Allokationsregeln dem speziellen Charakter dieser Gruppe von Bedürfnissen am ehesten gerecht werden. Insbesondere geht es hier um die Frage, ob es einen Konflikt zwischen der ökonomischen und der ethischen Betrachtungsweise gibt, wenn über die Aufteilung knapper Ressourcen innerhalb des Gesundheitswesens sowie zwischen Gesundheit und anderen Bedürfnissen entschieden werden muss.

Man sollte sich dennoch durch den Begriff der „Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen – zutreffender wäre „Ausgabenexplosion“, da es sich nicht um ein immer gleiches Güterbündel handelt – den Blick nicht zu stark verengen lassen. Nicht die Entwicklung der Ausgaben in diesem Wirtschaftssektor ist das aus wohlfahrtstheoretischer Sicht Problematische, sondern allenfalls ihre absolute Höhe, eher noch ihre Struktur: Das ökonomische Prinzip verlangt allgemein, dass ein gegebenes Maß an Bedürfnisbefriedigung mit möglichst geringem Aufwand an knappen Ressourcen erreicht wird. Wenn nun die Bedürfnisse nach einer Gruppe von Gütern oder Leistungen stark steigen – wie es bei Dienstleistungen in den letzten Jahrzehnten ganz allgemein der Fall war –, so ist es möglich, dass trotz eines hohen Grades an Wirtschaftlichkeit der Gesamtaufwand an Ressourcen und damit die Gesamtausgaben stark expandieren. Umgekehrt folgt aus dem Schrumpfen eines Wirtschaftssektors noch lange nicht, dass dort effizient produziert wird.

Folgerung 1.1 *Aus ökonomischer Perspektive wird man sich weniger mit Ausgabengrößen beschäftigen als mit den Regeln, nach denen die Mittelverteilung im Gesundheitswesen erfolgt. Denn diese lassen Schlüsse darauf zu, ob die beteiligten Akteure – sowohl Anbieter als auch Nachfrager von Gesundheitsgütern – Anreize zur wirtschaftlichen Verwendung knapper Ressourcen haben.*

Einer der Gründe, die häufig für die Betrachtung der Ausgabenentwicklung angeführt werden, hat mit dem in Europa verbreiteten System der Sozialversicherung zu tun, bei dem in der Regel dem Arbeitnehmer ein Beitrag zur Krankenversicherung als Zwangsabgabe vom Gehalt abgezogen wird. Bei diesem Verfahren wird unterstellt, dass mit zunehmender Abgabenbelastung der Widerstand des Lohnempfängers gegen das System der sozialen Sicherung wächst und ein Anreiz zur Abwanderung in die „Schattenwirtschaft“ entsteht bzw. verstärkt wird. Diesem auf den ersten Blick einleuchtenden Argument kann entgegengehalten werden, dass es bei einer solchen Betrachtung immer auf das Verhältnis von Leistung zu Gegenleistung ankommt.

1.2 Einzel- und gesamtwirtschaftliche Betrachtungsweisen der Gesundheit

In diesem Lehrbuch wird das Schwergewicht auf die einzelwirtschaftliche Betrachtungsweise gelegt: Das Verhalten des einzelnen Versicherten, eines Arztes, der Leitung eines Krankenhauses oder eines pharmazeutischen Unternehmens steht im Vordergrund. Demgegenüber herrscht in der öffentlichen Diskussion die gesamtwirtschaftliche Betrachtungsweise vor, wobei die Gesundheitsquote, d.h. der Anteil der Gesundheitsausgaben am Sozialprodukt, häufig als Referenzgröße dient. Deshalb erscheint es angebracht, die Verbindung zwischen beiden Betrachtungsweisen herzustellen und die oben formulierte Kritik an einer Festschreibung solcher Quoten zu verdeutlichen.

1.2.1 Eine vereinfachte einzelwirtschaftliche Sicht der Gesundheit

Für den Einzelnen hat gute Gesundheit eine doppelte Funktion. Einerseits stellt sie einen Wert an sich dar, ein Ziel, das man in möglichst hohem Maße erreichen möchte. Nun gibt es aber auch andere Ziele im Leben, und allein schon das Verhalten des Gourmets, der die (fette) Gänseleber einem bekömmlichen Salat vorzieht, lässt vermuten, dass auch im Umgang mit der Gesundheit ein Abwägen zwischen verschiedenen Zielen stattfindet. Und wer hat nicht schon eine befahrene Straße überquert, statt die Fußgänger-Unterführung zu benutzen, nur um ein wenig Zeit zu sparen? Diese Verhaltensweisen stehen im Gegensatz zu der Behauptung von der Gesundheit als höchstem Gut (vgl. Aussage Nr. 1 zu Beginn des Abschnitts 1.1).

Der Widerspruch tritt deshalb selten offen zu Tage, weil niemand seine Gesundheit in einem unmittelbaren Sinne opfert, sondern lediglich zulässt, dass die Wahrscheinlichkeit, nachfolgende Zeitperioden gesund zu erleben, etwas kleiner ist, als sie sein könnte. Diese Besonderheit wird im 3. Kapitel zur Sprache kommen, in dem wir das Gesundheitsverhalten genauer untersuchen. Für eine erste Einführung stellen wir ein einfaches Modell der individuellen Gesundheitsproduktion vor.² Es geht von

² Eine ähnliche Darstellung mit exogenem Einkommen findet sich in WAGSTAFF (1986a); in Abschnitt 3.3 behandeln wir das erweiterte Modell von GROSSMAN (1972a), in dem das

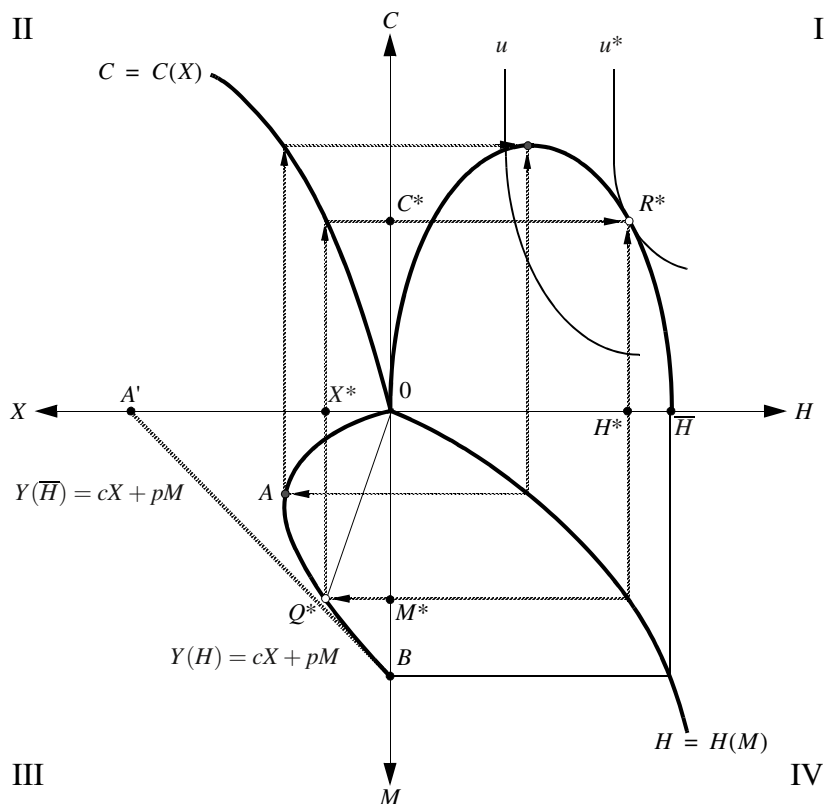


Abb. 1.1. Gesundheit, Konsum und optimale Gesundheitsquote

der Tatsache aus, dass die Individuen letztlich zwischen „Gesundheit“ (H) und allen anderen Zielen, die kurzerhand unter dem Schlagwort „Konsum“ (C) zusammengefasst werden sollen, abwägen. Dieses Abwägen wird – wie in der Mikroökonomik üblich – durch ein Indifferenzkurvenschema symbolisiert (vgl. den I. Quadranten der Abbildung 1.1). Gesundheit hat jedoch zwei weitere Eigenschaften, die sie in den Augen der meisten Menschen zu einem besonders wichtigen Mittel machen:

- (1) Nur wer gesund ist, kann auf dem Arbeitsmarkt ein Einkommen erzielen, und
- (2) der konsumtive Nutzen, den man aus seinem Einkommen ziehen kann, hängt vom Gesundheitszustand ab: So macht es die Depression als die am meisten verbreitete psychische Krankheit dem Betroffenen unmöglich, die schönen Dinge des Lebens zu genießen; im Falle einer Erkrankung der Verdauungsorgane wird auch der Gourmet mit einer Gänseleber nicht viel anfangen können.

Individuum seinen „Gesundheitskapitalbestand“ optimal über sein gesamtes Leben steuert. Es berücksichtigt auch, dass das Individuum eigene Zeit für Prävention verwenden kann.

Diese zweite Eigenschaft lässt sich im I. Quadranten der Abbildung 1.1 durch die Form der Indifferenzkurven abbilden: Ist das Verhältnis von Gesundheit zu Konsum gering, so stiftet zusätzlicher Konsum keinen positiven Grenznutzen mehr, so dass im linken oberen Bereich dieses Quadranten die Indifferenzkurven senkrecht verlaufen.

Die erstgenannte Eigenschaft wiederum lässt sich im III. Quadranten darstellen, wo gezeigt wird, wie das Individuum sein Budget (verfügbares Einkommen, Y) auf medizinische Leistungen (M) und Konsumgüter (X) aufteilen kann. Dabei sind die Preise für medizinische Leistungen (Nettopreis p nach Abzug der Versicherungsleistungen) und Konsumgüter (c) exogen gegeben. Die Besonderheit an der Budgetrestriktion des III. Quadranten,

$$Y(H) = cX + pM, \quad (1.1)$$

besteht darin, dass das zur Verfügung stehende Einkommen Y vom Gesundheitszustand H abhängt, wobei wir einen streng konkaven Verlauf der Funktion $Y(H)$ sowie $Y(0) = 0$ unterstellen. Wäre das Einkommen vom Gesundheitszustand unabhängig, so verlief die Budgetgerade linear, wie die gestrichelte Linie $A'B$ zeigt. Punkt B ist dabei der Punkt, an dem das gesamte Einkommen für medizinische Leistungen ausgegeben wird. Der IV. Quadrant zeigt die Gesundheitsproduktionsfunktion $H = H(M)$. Sie gibt wieder, welche Menge medizinischer Leistungen M die Gewährleistung eines bestimmten Gesundheitszustandes benötigt: je mehr medizinische Leistungen (kurativer Art), desto besser die Gesundheit. Wir gehen von abnehmenden Grenzerträgen der medizinischen Leistungen aus. Der Einfachheit halber sei $H(0) = 0$ angenommen, d.h. ohne medizinische Leistungen ist das Individuum nicht in der Lage, Einkommen zu erzielen. Die eigenen Anstrengungen der Individuen zur Erhaltung ihrer Gesundheit (Prävention) werden hier nicht berücksichtigt (siehe hierzu das 3. Kapitel).

Werden nun, von Punkt 0 ausgehend, die Ausgaben für medizinische Leistungen erhöht, so nimmt gemäß der Beziehung $H = H(M)$ der Gesundheitszustand H und somit auch das Einkommen $Y(H)$ im III. Quadranten zu. Dieser Anstieg sei so stark, dass sich die Gesundheitsausgaben nicht nur selbst finanzieren, sondern auch Einkommen für Konsumgüter verbleibt. Weitere Ausgaben für medizinische Leistungen erhöhen die Menge an Konsumgütern, die sich das Individuum kaufen kann, mit abnehmenden Raten bis zum Punkt A . Ab diesem Punkt bedingen weitere Erhöhungen der Gesundheit einen Konsumverzicht – eine Folge der abnehmenden Grenzerträge der Funktionen $H(M)$ und $Y(H)$. Schließlich wird der Punkt B erreicht, bei dem das ganze Einkommen für medizinische Leistungen ausgegeben wird.

Der II. Quadrant zeigt den positiven Zusammenhang zwischen Konsumgütern (X) und konsumierbarer Leistung („Konsum“, C) gemäß der Gleichung $C = C(X)$. Diese Beziehung und die im IV. Quadranten dargestellte Beziehung $H = H(M)$ erlauben es nun, jedem Punkt auf der Budgetkurve einen Punkt im (C, H) -Diagramm des I. Quadranten zuzuordnen (vgl. die gestrichelten Pfeile in Abbildung 1.1). Die Menge aller dieser Punkte gibt dann die Grenze der Wahlmöglichkeiten des Individuums an. Diese verläuft – anders als wir es aus anderen ökonomischen Anwendungen kennen – durch den Ursprung, weil, wie oben angenommen, ein ganz schlechter Ge-

sundheitszustand ($H = 0$) mit einem Einkommen von Null und damit auch mit einem Konsum von $C = 0$ verbunden ist. Mit zunehmendem Wert von H steigt diese Grenze zunächst an, d.h. verbesserte Gesundheit ermöglicht anfänglich mehr und nicht weniger Konsum.

Der Tangentialpunkt der höchsten erreichbaren Indifferenzkurve an diese Kurve der Wahlmöglichkeiten gibt dann das individuelle Nutzenmaximum (C^*, H^*) an. In Quadrant IV kann der zugehörige optimale Aufwand für medizinische Leistungen, M^* , gefunden werden, und in Quadrant II die optimalen Konsumgüterkäufe X^* . Schließlich zeigt der Punkt Q^* auf der Budgetkurve in Quadrant III die für das betrachtete Individuum optimale Aufteilung seines Budgets an. Verbindet man ihn mit dem Ursprung, so lässt sich die Steigung dieser Geraden als seine „optimale Gesundheitsquote“ interpretieren: Je steiler sie verläuft, desto größer ist der Anteil an seinem Einkommen, den er im Optimum für medizinische Leistungen ausgibt. Diese Betrachtungen lassen sich zusammenfassen in der

Folgerung 1.2 *Das Abwägen zwischen den Zielen „Konsum“ und „Gesundheit“ lässt sich als konventionelles einzelwirtschaftliches Optimierungsproblem darstellen. Bei dessen Lösung ist zu berücksichtigen, dass die Gesundheit ihrerseits ein produktiver Faktor bei der Erzielung von Einkommen ist, mit dem Konsumgüter gekauft werden.*

1.2.2 Das Gesundheitswesen auf der gesamtwirtschaftlichen Ebene

Die in der Abbildung 1.1 gezeigten Größen und Zusammenhänge lassen sich grundsätzlich aggregieren. Sie haben deshalb auch auf gesamtwirtschaftlicher Ebene Gültigkeit, lassen sich aber nur noch zum Teil beobachten. Ausgerechnet jene beiden Größen, die für das Individuum von zentraler Bedeutung sind – der Gesundheitszustand H und die Konsumleistungen C – werden von den amtlichen Statistiken höchstens rudimentär erfasst. Recht gut bekannt sind hingegen die durch die individuellen Entscheidungen induzierten medizinischen Leistungen (M^* bzw. deren Geldwert pM^*) und Käufe von Konsumgütern (X^* bzw. cX^*). Versuche, das Gesundheitswesen zu steuern, setzen auch regelmäßig an diesen Größen an.

Wie kommt es überhaupt zu einem Steuerungsbedarf im Gesundheitswesen, der soeben als gegeben vorausgesetzt wurde? Auf diese Frage wird im 5. Kapitel eine Antwort gegeben. Begründet wird dort vor allem eine staatliche Subventionierung der Krankenversicherung, ggf. ein Versicherungszwang der Individuen und ein Kontrahierungszwang der Versicherer. Vorgaben wie die Stabilisierung des Anteils der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt (BIP), die Begrenzung des Kostenanstiegs auf einen bestimmten Prozentwert oder die Festschreibung des Beitragsatzes in der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) lassen sich demgegenüber nur schwer begründen. Wie wir im Folgenden zeigen, können sie mit Effizienzverlusten verbunden sein, die sich im Verlauf der Zeit kumulieren.

Sobald sich der Staat in irgendeiner Weise an den Kosten des Gesundheitswesens beteiligt, haben die individuellen Entscheidungen im Umgang mit der Gesundheit Rückwirkungen auf das öffentliche Budget. Je mehr der Einzelne medizinische Leistungen in Anspruch nimmt, desto größere Ausgaben fallen zumindest längerfristig für den Staat an: Neue Ausbildungsplätze für Medizinstudenten, erhöhte Zuschüsse für Investitionsvorhaben der Krankenhäuser, erhöhte Subventionen der Gemeinden (und der Kantone in der Schweiz) zur Deckung der Betriebsdefizite der Krankenhäuser, Anpassung der Zahlungen für die Gesundheitsversorgung der Rentner im Falle Deutschlands, um nur einige der Rückwirkungen auf das öffentliche Budget zu nennen. Diese Rückwirkungen existieren auch beim Kauf und der Nutzung von Konsumgütern (Müllabfuhr, Straßenbau), doch fallen sie dort weniger ins Gewicht als im Falle des Gesundheitswesens.

Andererseits bringen öffentliche Ausgaben auch Wählerstimmen und sind insofern für die Politiker ein Mittel zur Sicherung ihrer Wiederwahl. Auf diese Zusammenhänge wird im 13. Kapitel näher eingegangen; an dieser Stelle ist lediglich die Einsicht von Bedeutung, dass Politiker eine bestimmte Aufteilung des öffentlichen Budgets allen anderen Aufteilungen vorziehen, so wie das Individuum der Abbildung 1.1 die Aufteilung seines Budgets gemäß Punkt Q^* den anderen Aufteilungen vorzieht. Setzt aber eine Regierung ihre Präferenzen in Bezug auf das öffentliche Budget durch, so legt sie damit näherungsweise auch die gesamtwirtschaftliche Gesundheitsquote fest. Die Konsequenzen dieser Festlegung werden im Folgenden herausgearbeitet.

1.2.3 Die Problematik der Globalsteuerung: das Beispiel der gesamtwirtschaftlichen Gesundheitsquote

In ihrem Kampf gegen die „Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen argumentieren die Regierungen bevorzugt mit den Angaben der Tabelle 1.1, um zu begründen, dass die nationale Gesundheitsquote am Bruttosozialprodukt zu hoch sei. Angenommen, es würde nun gelingen, diese Quote auf einem bestimmten Prozentsatz zu stabilisieren: Was wäre damit gewonnen?

Zur Beantwortung dieser Frage wird der Schritt von der einzel- zur gesamtwirtschaftlichen Ebene auf einfachste Art vollzogen, indem die Zusammenhänge der Abbildung 1.1 für die Gesamtheit aller Menschen eines Landes gelten sollen, die zudem identisch seien. In der Abbildung 1.2 steht dann H für die Zahl gesund verbrachter Personen-Jahre, pM für die gesamtwirtschaftlichen Gesundheitsausgaben und cX für die Konsumausgaben. Die Aufteilung des BIP auf die beiden Ausgabenkategorien sei in der Ausgangssituation durch den Punkt Q^* im III. Quadranten gegeben, der das aggregierte Ergebnis der individuellen Entscheidungen symbolisiert. Einfachheitshalber soll in der Ausgangssituation die von der Regierung angestrebte Gesundheitsquote gerade mit dem Optimalwert Q^* übereinstimmen.

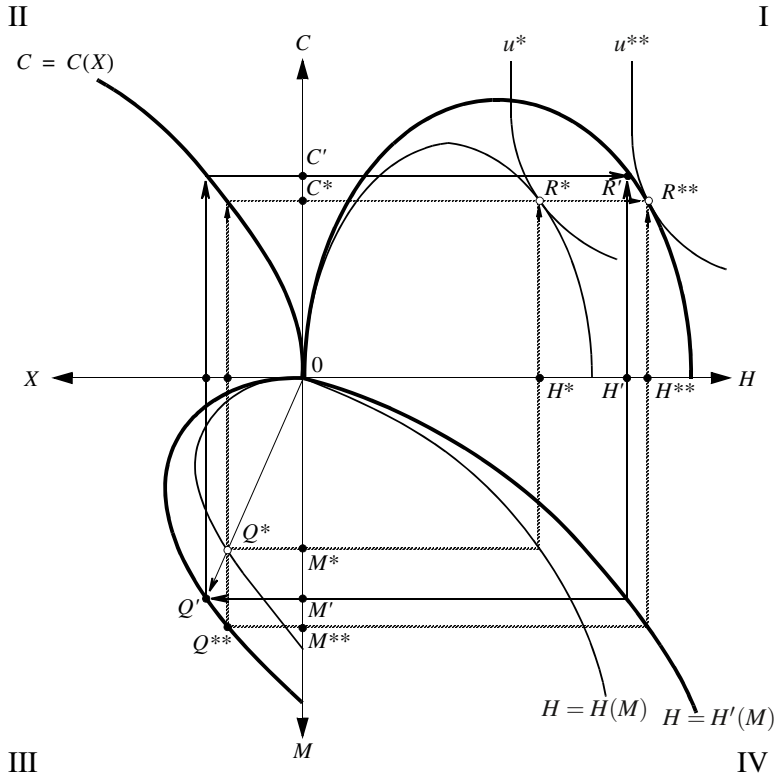


Abb. 1.2. Technologischer Wandel in der Medizin und Veränderung der optimalen Gesundheitsquote

Diese Übereinstimmung werde nun aber durch eine Veränderung, beispielsweise eine Verbesserung der medizinischen Technologie, gestört. Entsprechend verschiebt sich im IV. Quadranten der Abbildung 1.2 die Funktion $H(M)$ zu $H'(M)$, d.h. eine gegebene Versorgung mit medizinischen Leistungen gewährleistet im oberen Bereich jetzt einen besseren Gesundheitszustand als zuvor. Dadurch verschiebt sich die Budgetkurve nach außen, und unter Berücksichtigung der Zusammenhänge im II. und III. Quadranten verschiebt sich auch die Grenze der Wahlmöglichkeiten im I. Quadranten nach außen, so dass die Gesamtheit der Individuen neue, rechts und oberhalb vom alten Optimum R^* liegende (C, H) -Kombinationen erreichen könnte.

Angenommen, die Regierung erhalte Kenntnis von der verbesserten medizinischen Technologie, wolle aber die Gesundheitsquote konstant halten. Dies bedeutet, dass sie anstrebt, die Aufteilung des Budgets nicht zu ändern, so dass im III. Quadranten eine Verschiebung von Punkt Q^* zu Q' resultieren würde, der auf demselben Fahrstrahl vom Ursprung liegt wie Q^* . Dadurch würde eine (C, H) -Kombination erreicht, die durch Punkt R' in Quadrant I symbolisiert wird (vgl. die durchgezogenen Pfeile in Abbildung 1.2).

Falls die (identischen) Mitglieder der betrachteten Gesellschaft jedoch ihrer Gesundheit einen so hohen Wert beimessen, wie es die im I. Quadranten eingezeichneten relativ steilen Indifferenzkurven andeuten, so wünschen sie stattdessen die Realisierung des Punktes R^{**} , mit dem die folgenden Änderungen verbunden sind:

- (1) Die Ausweitung des Wahlmöglichkeitsraumes wird ausschließlich für eine Verbesserung des Gesundheitszustandes genutzt (vgl. den Übergang von R^* zu R^{**}).³
- (2) Dazu wird die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen (jetzt: M^{**}) verstärkt, nicht nur im Vergleich zum Ausgangsoptimum M^* , sondern auch im Vergleich zum vom Staat festgelegten Wert M' .
- (3) Dank des verbesserten Gesundheitszustands nehmen die Arbeitseinkommen und damit die verfügbaren Einkommen zu, so dass diese Ausweitung von M bei unveränderten Konsumausgaben $X^{**} = X^*$ möglich ist.
- (4) Die neue für die Individuen optimale Budgetaufteilung Q^{**} (in Quadrant III) entspricht einer Steigerung der optimalen Gesundheitsquote, denn verbindet man Q^{**} mit dem Ursprung, so ist diese Gerade steiler als die Linie OQ^*Q' .

Wenn jetzt die Politiker an der vorherigen Aufteilung des öffentlichen Budgets festhalten, so zwingen sie die Individuen als Gruppe, den Punkt Q' bzw. R' zu realisieren. Das heißt konkret, dass z.B. ärztliche Leistungen nicht zur Verfügung stehen, weil der Numerus clausus im Medizinstudium nicht gelockert wird, oder dass Krankenhausleistungen nicht angeboten werden, weil die Investitionsmittel in diesem Bereich nicht ausgeweitet werden. Dadurch erreichen die Individuen, wie in Quadrant I ersichtlich, ein geringeres Nutzenniveau als das maximal mögliche, das sie in Punkt R^{**} haben könnten.

Das Beispiel des technologischen Wandels in der Medizin steht jedoch nur für eine von vielen möglichen Veränderungen, die zu Diskrepanzen zwischen der optimalen Gesundheitsquote aus der Sicht der Individuen und einer politisch festgeschriebenen Gesundheitsquote führen können. Geht man die vier Quadranten der Abbildung 1.2 der Reihe nach durch, so stößt man auf die folgenden Punkte:

- (a) Die Präferenzen zwischen Gesundheit und Konsum können sich ändern, z.B. im Zuge einer Fitnesswelle.
- (b) Der Zusammenhang zwischen Konsumgütereinsatz und konsumierbaren Leistungen bleibt nicht konstant. Je besser z.B. die Ausbildung eines Individuums, desto höher ist die Ausbeute an Konsumleistungen aus einem gegebenen Quantum von Konsumgütern.

³ Dieser Fall wird hier einzig und allein mit dem Ziel vorausgesetzt, die Zeichnung nicht weiter zu komplizieren. Die gleichen Folgerungen ergeben sich auch bei einer nur überwiegenden Nutzung zur Verbesserung der Gesundheit.

- (c) Die Budgetrestriktion ist immer wieder Veränderungen unterworfen. Steigen die Lohnsätze und Vermögenseinkommen verschieben sie nach außen, steigende Preise der Konsumgüter lassen sie steiler verlaufen.
- (d) Der Zusammenhang zwischen der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und dem Gesundheitszustand wird nicht nur durch technologischen Wandel in der Medizin modifiziert. Zu denken ist an Umwelteinflüsse, aber auch an eine Verstärkung oder Abschwächung der präventiven Anstrengungen auf Seiten der Individuen selbst, insbesondere in Abhängigkeit von der Versicherungsdeckung (vgl. dazu das 6. Kapitel). Außerdem bleiben die Leistungen der Ärzte und Krankenhäuser je nach Ausgestaltung des Honorierungssystems mehr oder weniger unterhalb des effizienten Niveaus, so dass sich der realisierte Zusammenhang $H = H(M)$ mit dem Honorierungssystem wandelt (vgl. dazu das 10. Kapitel).

Diese Überlegungen zeigen, dass es viele Gründe dafür gibt, dass eine politisch angestrebte Gesundheitsquote von der optimalen abweicht. Sie geben Anlass zur

Folgerung 1.3 *Viele Gründe sprechen gegen die Vorgabe einer bestimmten Quote der Gesundheitsausgaben am Bruttosozialprodukt. Sie läuft Gefahr, Effizienzverluste zu verursachen, die im Verlauf der Zeit zunehmen dürften.*

1.3 „Ökonomik der Gesundheit“ vs. „Ökonomik des Gesundheitswesens“: ein erster Überblick

Bis zu diesem Punkt wurde begründet, warum es eine spezielle „Gesundheitsökonomik“ gibt. Zudem wurde die Beziehung zwischen der einzel- und der gesamtwirtschaftlichen Betrachtungsweise von Gesundheit und Gesundheitswesen beleuchtet. Jetzt wollen wir eine ganz grobe Klassifikation dieses Gebiets vornehmen, die uns später dazu dienen wird, einige der wichtigsten Fragestellungen zu erwähnen und einzuordnen.

1.3.1 Ökonomik der Gesundheit

In der Fachliteratur ist sowohl von der Ökonomik der Gesundheit („economics of health“) als auch der Ökonomik des Gesundheitswesens bzw. der medizinischen Leistungen („economics of health care“, „economics of medical care“) die Rede. Diese Unterscheidung weist darauf hin, dass zunächst Gesundheit als solche ein interessantes Anwendungsfeld für die Wirtschaftswissenschaften ist und dass es eine Reihe von Fragestellungen im Zusammenhang mit der Gesundheit gibt, die noch gar nichts mit dem zu tun haben, was wir das „Gesundheitswesen“ nennen, also mit der Erbringung medizinischer Leistungen durch Ärzte und andere professionelle Anbieter. Darunter sind sowohl positive als auch normative Problemstellungen.

Zu den wichtigsten normativen Fragen der Ökonomik der Gesundheit dürfte die nach der Bewertung der Gesundheit in Geld, d.h. der Abwägung zwischen Gesundheit und anderen menschlichen Zielsetzungen, z.B. dem Konsum „sonstiger“ Güter zählen. Diese normative Frage („Auf wie viel Konsum sollte die Gesellschaft bereit sein zu verzichten dafür, dass die Lebenserwartung um durchschnittlich ein Jahr erhöht wird? Wie viel sollte ihr eine Verbesserung des Gesundheitszustands, gemessen durch einen geeigneten Indikator, wert sein?“) stellt sich vor allem im Zusammenhang mit öffentlichen Projekten, die aus Steuern oder Sozialversicherungsbeiträgen, also Zwangsabgaben, finanziert werden und die Auswirkungen auf die Lebenserwartung oder die Gesundheit von Bürgern haben. Da es in diesen Situationen typischerweise nicht möglich ist, dass jeder eine Abwägung zwischen Gesundheit und Konsum für sich selbst vornimmt, sondern Regierung und Parlament Entscheidungen für die Bürger treffen müssen, ist es eine Aufgabe der Gesundheitsökonomik, ihnen sinnvolle, d.h. wohlfahrtstheoretisch begründete Regeln für diese Entscheidungen in die Hand zu geben. Dies wird Gegenstand von Kapitel 2 sein.

Der positive Zweig der Gesundheitsökonomik beschäftigt sich dagegen damit, das Gesundheitsverhalten der Konsumenten mit Hilfe des Instrumentariums der modernen einzelwirtschaftlichen Theorie zu erklären. Dabei wird das Grundparadigma des Rationalverhaltens angewandt, d.h. das Individuum wird als rationaler Nutzenmaximierer angesehen, in dessen Nutzenfunktion u.a. materieller Konsum und Gesundheit eingehen. Im Rahmen eines solchen Modells (vgl. Kapitel 3) kann dann untersucht werden, wie sich z.B. eine Änderung der Budgetrestriktion, d.h. des Einkommens, oder eine Änderung der relativen Preise – etwa durch Änderungen im Krankenversicherungsschutz – auf die „Nachfrage“ des Individuums nach Gesundheit, sprich: auf sein Gesundheitsverhalten auswirken.

1.3.2 Gesundheit und Konsum von Gesundheitsleistungen

Die Brücke zwischen der „Ökonomik der Gesundheit“ und der „Ökonomik des Gesundheitswesens“ bilden die Beziehungen, die zwischen dem Gesundheitszustand eines Individuums (oder der Bevölkerung insgesamt) und seiner (bzw. ihrer) Inanspruchnahme medizinischer Leistungen bestehen. Man kann zwei solcher Beziehungen unterscheiden, für die die Stichworte „Gesundheits-Produktionsfunktion“ und „Nachfragefunktion nach medizinischen Leistungen“ stehen.

Im ersten Fall geht es um die empirische Erfassung und Quantifizierung des Einflusses der medizinischen Versorgung auf die Gesundheit (siehe Kapitel 4). Allgemein wird man davon ausgehen,

- (1) dass es sich um einen positiven Zusammenhang handelt: Ein höherer Konsum medizinischer Leistungen führt zu besserer Gesundheit.

Ferner gilt aus logischen Gründen,

- (2) dass diese Wirkung mit einer zeitlichen Verzögerung eintritt: In empirischen Arbeiten ist daher zu erwarten, dass der Konsum von medizinischen Leistungen in einer Periode t sich erst in einer späteren Periode (etwa $t + 1$) in einer besseren Gesundheit bemerkbar macht.

Eine zweite Wirkungsrichtung geht vom Gesundheitszustand zur Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, der sog. Nachfragefunktion nach medizinischen Leistungen. In dieser Funktion erscheint der Gesundheitszustand als erklärende Variable, wobei

- (a) die theoretisch plausible Wirkungsrichtung negativ ist (schlechtere Gesundheit führt zu höherer Inanspruchnahme medizinischer Leistungen) und
- (b) diese Beziehung für gleichzeitig gemessene Werte der beiden Größen gilt.

1.3.3 Ökonomik des Gesundheitswesens

Die zuletzt genannte Beziehung ist bereits Gegenstand der Ökonomik des Gesundheitswesens: Sie nimmt die Produktivität der medizinischen Leistungen als gegeben hin und fragt – in ihrem positiven Zweig – danach, wodurch die Menge und Qualität medizinischer Leistungen determiniert werden, die in einer Gesellschaft erbracht werden. In ihrem normativen Zweig geht es darum, Mechanismen der Erbringung dieser Leistungen und ihrer Aufteilung auf die Nachfrager zu untersuchen, die angesichts der Knappheit der zu ihrer Herstellung benötigten Ressourcen ökonomisch zweckmäßig sind. Damit ist das System der Organisation und der Finanzierung von medizinischen Leistungen angesprochen, und die einzelwirtschaftliche Analyse ist geeignet, mit ihrem Instrumentarium der Anreize die Wirkungen alternativer Regelungen zu untersuchen. Dabei sind die Begriffe „Finanzierung“ und „Anreize“ mit einer Medaille zu vergleichen, die zwei Seiten hat:

- (1) Auf der einen Seite geht es darum, auf welche Weise die Empfänger medizinischer Leistungen (die „Patienten“) für diese Leistungen zahlen. Hier ist das System der Krankenversicherung mit seinen Anreizwirkungen auf die Versicherten angesprochen, das uns in den Kapiteln 5, 6 und 7 beschäftigen wird.
- (2) Auf der anderen Seite geht es darum, auf welche Weise das Geld an die Leistungserbringer weiterverteilt wird. Die ökonomische Analyse beschäftigt sich also mit den Anreizwirkungen alternativer Vergütungssysteme für Leistungserbringer (Kapitel 10) sowie mit den Herstellern von Arzneimitteln (Kapitel 12).

1.4 Eine Systemanalyse des Gesundheitswesens

Zum Abschluss dieser Einleitung sollen die meisten der Fragestellungen, die in diesem Buch behandelt werden, noch einmal an einem Ablaufdiagramm verdeutlicht werden, das als eine stark vereinfachte Systemanalyse angesehen werden kann (Abbildung 1.3). Am Anfang dieses Diagramms steht das Individuum mit seinen Zielen, möglichst lange und gesund zu leben und dabei möglichst viel zu konsumieren. Es wird in seinem gesundheitsrelevanten Verhalten von einer Reihe von Anreizen geleitet, die insbesondere von der Ausgestaltung seiner Krankenversicherung (vgl. Kapitel 5 bis 7) determiniert werden.

Zwar wird der Gesundheitszustand vom Individuum nicht völlig festgelegt; der Zufall spielt auch hinein (vgl. Kapitel 3). Doch das schließt nicht aus, dass sich bei der Betrachtung ganzer Bevölkerungsgruppen systematische Einflüsse herauschälen, welche die Individuen für mehr oder weniger Gesundheit optieren lassen. Denn ein zusätzlicher gesund verbrachter Tag hat seinen „Preis“, auch wenn er nicht auf dem Markt gehandelt wird. Dieser Preis besteht in dem Verzicht auf eine Alternative, welche ebenfalls Kosten verursacht und die in dem Mehr an Konsum zusammengefasst ist, das sich das Individuum leisten könnte.

Gleichzeitig mit der Option für einen bestimmten Gesundheitszustand muss auch eine Entscheidung fallen, wie man diesen Zustand erreichen will (vgl. Kapitel 3; empirische Evidenz dazu in Kapitel 4). Sehr oft entscheiden sich die Leute dafür, eine Krankheitsperiode mit einem minimalen Einsatz von Medikamenten, im Übrigen jedoch ohne medizinische Leistungen, sondern vielmehr mit Hilfe eigener Zeit durchzustehen, und unsere Vermutung geht dahin, dass auch materielle Anreize die Wahl zwischen eigenen und fremden Inputs beeinflussen. Geht diese Wahl immer mehr in Richtung fremder Inputs, also zum Einsatz von Leistungen des Gesundheitswesens, so kann das Ergebnis eine Ausgabenexplosion im Gesundheitswesen sein.

Wie stark etwaige Änderungen im individuellen Gesundheitsverhalten auf die Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen durchschlagen, hängt jedoch nicht zuletzt vom Arzt ab, der in Abbildung 1.3 unmittelbar unter dem Patienten steht, also eine Funktion als „Türhüter“ zum Gesundheitswesen wahrnimmt. Seine Entscheidung für ambulante oder stationäre Behandlung hat massive Folgen für die aufgewendeten Kosten, da ein Krankenhausaufenthalt heute typischerweise mit dem Einsatz sehr teurer Technologie verbunden ist. Wiederum werden wir nach materiellen Anreizen suchen, welche das Verhalten des Arztes im Hinblick auf den Einsatz seiner eigenen Leistungen (Kapitel 8, 10) steuern. Diese Auffassung steht natürlich in einem eklatanten Widerspruch zur traditionellen ärztlichen Ideologie, wonach die Wahl der Behandlungsmethode allein nach medizinischen Erfordernissen erfolge.

Durch eine Überweisung ins Krankenhaus gibt der Arzt einen Teil der Nachfrage nach medizinischen Leistungen an dieses weiter. Auch im Krankenhaus existieren bei näherem Hinsehen eine ganze Reihe von materiellen Anreizen, die das Verhalten besonders der Chefärzte steuern können (vgl. Kapitel 9, 10). Über die Art und Weise, wie gewinnmaximierende Unternehmungen auf Änderungen der Außenwelt

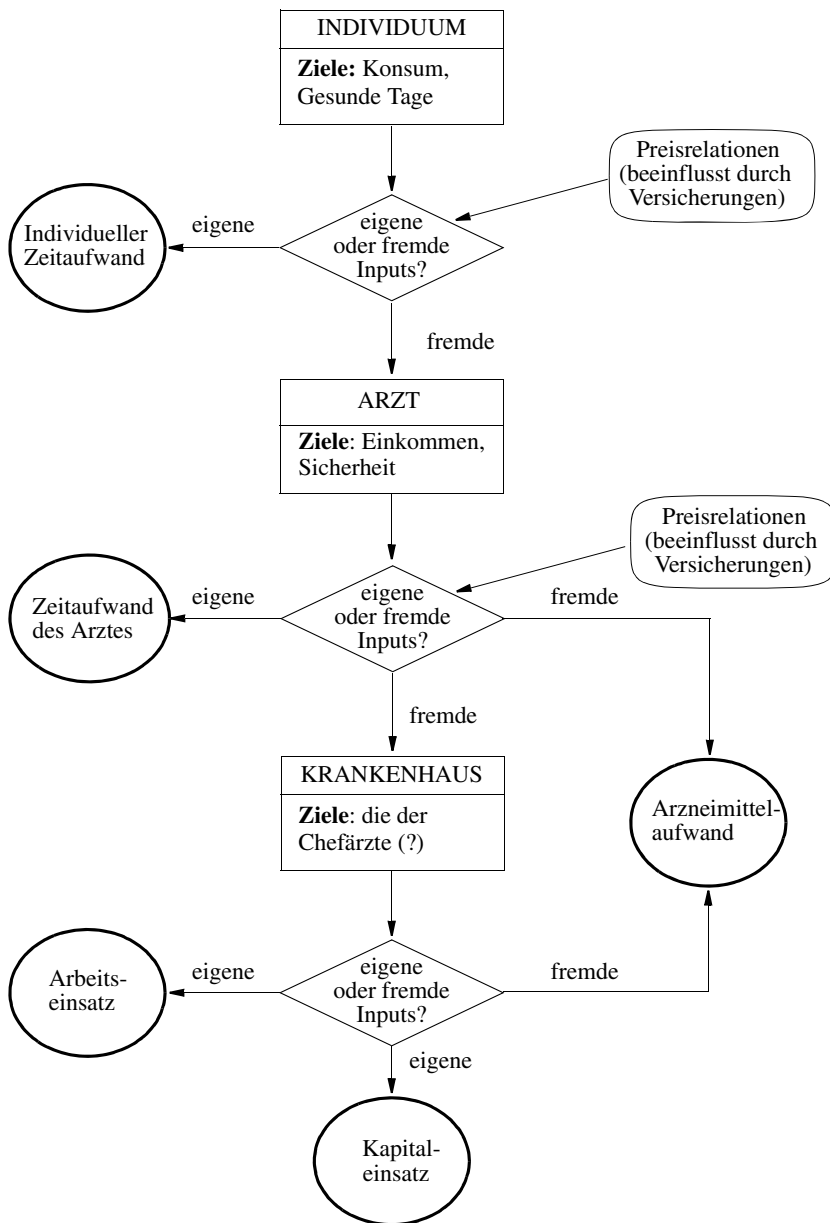


Abb. 1.3. Eine Systemanalyse des Gesundheitswesens

reagieren, ist von der traditionellen ökonomischen Theorie her einiges bekannt. Wir werden sehen, in welchem Maße sich diese Erkenntnisse auf die in der Regel nicht gewinnorientierten Krankenhäuser übertragen lassen.

Schließlich bestimmen sowohl Ärzte als auch Krankenhäuser die Nachfrage des Patienten nach Arzneimitteln als weitere Inputs in den Behandlungsprozess. In diesem Zusammenhang wird uns (in Kapitel 12) vor allem interessieren, wie die Preise auf den Märkten für Arzneimittel zustande kommen, mit welchen Mitteln vor allem der Preiswettbewerb gefördert werden kann und welchen Einfluss dies auf den technischen Fortschritt, also auf die Erweiterung der Therapiemöglichkeiten hat. Neben den Märkten für Arzneimittel könnten an dieser Stelle auch andere nachgeordnete Märkte untersucht werden, so beispielsweise jene für Hilfsmittel, psychiatrische Beratung, medizinische Apparate, aber auch die Arbeitsmärkte im Gesundheitswesen. Um den Umfang dieses Werkes in Grenzen zu halten, wird auf eine Behandlung dieser nachgeordneten Märkte verzichtet.

Die Kreise in unserem Ablaufdiagramm stehen für den Ressourcenaufwand, der im Gesundheitswesen verursacht wird. Wenn die Steuerung so funktioniert, dass individueller Zeitaufwand zugunsten der Gesundheit immer mehr durch ärztliche Arbeitszeit, Arzneimittel und Leistungen der Krankenhäuser ersetzt wird, so ist das nicht zu gleichbleibenden Kosten möglich. Ein Mehr an Leistungen ist in allen Wirtschaftsbereichen typischerweise mit einem Zuwachs der Kosten verbunden. Das Besondere am Gesundheitswesen nicht nur in der Schweiz und in der Bundesrepublik Deutschland ist die Tatsache, dass auch die einzelne Arztstunde und der einzelne Krankenhaustag so viel teurer geworden sind, wodurch die Kostensteigerung erst zu einer eigentlichen „Explosion“ geworden ist. Auch dieser Aspekt des Problems geht auf die Eigenheiten der Steuerung im Gesundheitswesen zurück, die wir in diesem Buch darstellen möchten. Dabei wird die Frage der Organisation des Gesundheitswesens in allgemeiner Form in Kapitel 11 aufgegriffen. Ferner untersuchen wir in Kapitel 13 den Prozess der politischen Willensbildung über die Gestaltung des Gesundheitssystems. Die zukünftigen Herausforderungen an diese Steuerung wie Alterung der Bevölkerung und rascher technologischer Wandel in der Medizin kommen im Kapitel 14 zur Sprache.

1.5 Zusammenfassung des Kapitels

- (1) Aus ökonomischer Perspektive wird man sich weniger mit Ausgabengrößen beschäftigen als mit den Regeln, nach denen die Mittelverteilung im Gesundheitswesen erfolgt. Denn diese lassen Schlüsse darauf zu, ob die beteiligten Akteure – sowohl Anbieter als auch Nachfrager von Gesundheitsgütern – Anreize zur wirtschaftlichen Verwendung knapper Ressourcen haben.

- (2) Das Abwägen zwischen den Zielen „Konsum“ und „Gesundheit“ lässt sich als konventionelles einzelwirtschaftliches Optimierungsproblem darstellen. Bei dessen Lösung ist zu berücksichtigen, dass die Gesundheit ihrerseits ein produktiver Faktor bei der Erzielung von Einkommen ist, mit dem Konsumgüter gekauft werden.
- (3) Viele Gründe sprechen gegen die Vorgabe einer bestimmten Quote der Gesundheitsausgaben am Bruttosozialprodukt. Sie läuft Gefahr, Effizienzverluste zu verursachen, die im Verlauf der Zeit zunehmen dürften.
- (4) „Gesundheitsökonomik“ lässt sich in die beiden Teilbereiche „Ökonomik der Gesundheit“ und „Ökonomik des Gesundheitswesens“ unterteilen. Die Brücke zwischen beiden Teilbereichen bilden die Beziehungen, die zwischen dem Gesundheitszustand und der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen bestehen.
- (5) Der normative Zweig der „Ökonomik der Gesundheit“ untersucht, wie sich Gesundheit im Vergleich zu anderen Gütern bewerten lässt. Ziel ist es dabei, wohlfahrtstheoretisch begründete Regeln für öffentliche Entscheidungen zu entwickeln. Der positive Zweig der Gesundheitsökonomik beschäftigt sich dagegen damit, das Gesundheitsverhalten der Konsumenten mit Hilfe des Instrumentariums der modernen einzelwirtschaftlichen Theorie zu erklären.
- (6) Die „Ökonomik des Gesundheitswesens“ fragt in ihrem positiven Zweig danach, wodurch die Menge und Qualität medizinischer Leistungen determiniert werden, die in einer Gesellschaft erbracht werden. In ihrem normativen Zweig geht es dann darum, Anreizmechanismen der Erbringung dieser Leistungen und ihrer Aufteilung auf die Nachfrager zu untersuchen, die angesichts der Knappheit der zu ihrer Herstellung benötigten Ressourcen ökonomisch zweckmäßig sind.

1.6 Lektürevorschläge

International vergleichbare Daten zum Gesundheitsdaten enthält die jährlich aktualisierte Datenbank OECD HEALTH DATA. Für Deutschland gibt das BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT jährlich die „Daten des Gesundheitswesens“ heraus. Die Veröffentlichung ist unter <http://www.bmg.bund.de> verfügbar. Weiterführende Statistiken sind über die Gesundheitsberichterstattung des Bundes beim Statistischen Bundesamt (<http://www.gbe-bund.de>) oder direkt beim STATISTISCHEN BUNDESAMT erhältlich (<http://www.destatis.de>). Institutionelle Darstellung der Gesundheitssysteme europäischer Länder veröffentlicht das EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES der WHO in seiner Reihe „Health Systems Profiles“ (<http://www.euro.who.int/observatory>).

1.Ü Übungsaufgaben

1.1. Unterscheiden Sie die Begriffe „Kostenexplosion“ und „Ausgabenexplosion“. Wie lassen sich diese Phänomene empirisch abgrenzen?

1.2. Erläutern Sie das „ökonomische Prinzip“ im Kontext des Gesundheitswesens. Warum ist es nicht zwangsläufig verletzt, wenn die Ausgaben steigen?

1.3. Erläutern Sie die Annahmen des Modells aus Abschnitt 1.2. Welche Größen sind endogen, welche exogen?

1.4. Nennen Sie Gründe für einen Anstieg der optimalen Gesundheitsquote. Was spricht für eine geringere Gesundheitsquote?

Gesundheitsökonomik

Breyer, F.; Zweifel, P.; Kifmann, M.

2013, XXIV, 640 S. 68 Abb., Softcover

ISBN: 978-3-642-30893-2