

Zeitschrift für Gesundheitspolitik

ZGP

Ausgabe 02/2015



Schwerpunktthema

Investition Gesundheit – *muss sich Gesundheit rechnen?*

Schwerpunktthema:

**Investition Gesundheit –
muss sich Gesundheit rechnen?**

Z
GP

Schwerpunktthema

Investition Gesundheit – muss sich Gesundheit rechnen?

Ausgabe 2/2015

Impressum:

Die in der ZGP veröffentlichten Beiträge sind nicht unbedingt mit der Auffassung des LIG oder seines Trägers ident.

LIG – Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung
Obmann: Präs. Dr. Peter Niedermoser
Geschäftsführer: Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner

ZGP – Zeitschrift für Gesundheitspolitik
Medieninhaber, Herausgeber und Redaktion: Linzer Institut für
Gesundheitssystem-Forschung, Dinghoferstraße 4, 4010 Linz
www.lig-gesundheit.at

Coverfoto: www.fotolia.com (Fotomek)
Redaktion: Thomas Bergmair
Verleger: Verlagshaus der Ärzte GmbH, 1010 Wien
Druck: Ferdinand Berger & Söhne GmbH, 3580 Horn

Liebe Leserin, lieber Leser,

Einem brisanten Thema widmet sich die aktuelle Ausgabe der Zeitschrift für Gesundheitspolitik: Gesundheit als Investition. Wir stellen die Frage: Muss sich Gesundheit rechnen? Während der Gesundheitssektor in Österreich ein wichtiger Wirtschaftsfaktor mit zahlreichen Beschäftigten, hohen Zahlungsbereitschaften und einem enormen Innovationsgeist ist, bleiben viele brisante Fragestellungen zur Zukunft der Versorgung der Bevölkerung unbeantwortet oder werden nur hinter verschlossenen Türen diskutiert. Gedanken an Effizienz, Produktivität, Nutzen oder Rentabilität passen nicht zu den Grundsätzen der Solidarität, der Fairness, der Menschlichkeit oder der Fürsorge, wie sie in unserem Sozialsystem gerne hochgepriesen werden. Oftmals endet die Suche nach einer Antwort bei einer weiteren Frage: Woran misst man Gesundheit, das Maß aller Dinge?

„Muss sich Gesundheit rechnen?“, diesen provokanten Untertitel versuchen die von uns eingeladenen Expertinnen und Experten zu beantworten. So eröffnen uns Ökonomen, Juristen, Soziologen, Philosophen und Betriebswirte ihre Sichtweisen auf das Thema Gesundheit als Investition – und Sie, liebe Leserin und lieber Leser, dürfen sich Ihre Meinung selbst bilden.

Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner
Geschäftsführer LIG

Dr. Peter Niedermoser
Obmann LIG

Inhaltsverzeichnis

Kosten und Nutzen des Gesundheitssystems (Un-) befriedigende Antworten aus der Gesundheitsökonomie?	9
<i>Univ.-Prof. Dr. Gerald J. Pruckner , Mag. Thomas Schober, PhD</i>	
Vom Wert der Gesundheit – Gesundheit als Wert Eine ethische Betrachtung	31
<i>Mag. Dr. Stefanie Neumann, M.A., PLL.M</i>	
Vorzüge eines teuren Gesundheitssystems	57
<i>Thomas Bergmair</i>	
Das Rentabilitätsdenken als Aushöhlung des sozialen Charakters der Medizin	87
<i>Univ.-Prof. Dr. med. Giovanni Maio, M.A. phil.</i>	
Auf den StandPunkt gebracht	109
<i>Mit Beiträgen von Hon.-Prof. Dr. Dr. Hans Popper, WHR Prim. Dr. Rainer-Maria Dejaco und Univ.-Prof. Mag. Dr. PhDr. Wilhelm Frank MLS</i>	

Univ.-Prof. Dr. Gerald J. Pruckner

*Professor für Gesundheitsökonomie, Abteilung für Gesundheitsökonomie
am Institut für Volkswirtschaftslehre, Johannes Kepler Universität Linz*

Mag. Thomas Schober, PhD

*wissenschaftlicher Mitarbeiter, Abteilung für Gesundheitsökonomie am
Institut für Volkswirtschaftslehre, Johannes Kepler Universität Linz*

Kosten und Nutzen des Gesundheitssystems

(Un-) befriedigende Antworten aus der Gesundheitsökonomie?

1. Einleitung	10
2. Kosten des Gesundheitssystems	11
3. Nutzen des Gesundheitssystems	15
4. Gesundheitsökonomie versus Medizinethik?	22
5. Schlussfolgerungen und künftiger Forschungsbedarf	25
Literatur	28

Dieser Beitrag beschäftigt sich mit den gesundheitsökonomischen Ansätzen zur Effizienzmessung im Gesundheitswesen. Eine quantitative Abschätzung von Kosten und Nutzen gesundheitspolitischer Maßnahmen schafft transparente Entscheidungsgrundlagen für die Ressourcenverteilung im Gesundheitsbereich. Die zur Verfügung stehenden ökonomischen Instrumente und Methoden werden überblicksmäßig beschrieben und die Grenzen ihrer Einsatzmöglichkeiten kritisch beleuchtet. Zur besseren Illustration der Zusammenhänge diskutieren wir die sehr effektive aber auch teure Behandlung von Hepatitis C mit dem neuen Wirkstoff Sofosbuvir. Diese Therapiemöglichkeit wird in der gegenwärtigen gesundheitspolitischen Debatte kontrovers diskutiert.

1. Einleitung

Die (öffentliche) Diskussion über die weitere Entwicklung des Gesundheitssystems ist zunehmend geprägt von ökonomischen Begrifflichkeiten wie Effizienz und Fehlleitungen medizinischer Ressourcen. Dahinter verbirgt sich die Erkenntnis, dass vorhandene Mittel wie medizinisches Personal, Einrichtungen und Ausrüstung nicht in unbeschränktem Ausmaß zur Verfügung stehen und deshalb optimal eingesetzt werden sollen. Herangehensweisen zur Beurteilung von Optimalität reichen dabei von betriebswirtschaftlich motivierten kosteneffizienten Prozessabläufen in medizinischen Einrichtungen bis hin zu einer Wohlfahrtsbetrachtung der Volkswirtschaftslehre, die neben den Kosten der Bereitstellung medizinischer Leistungen auch die dadurch entstehenden Nutzen zu quantifizieren versucht. Gleichzeitig wird von nicht wenigen die einseitige Ökonomisierung des Gesundheitssystems stark kritisiert. Eine Gleichsetzung von Patienten und Kunden sowie eine Reduzierung der Medizin auf ein ökonomisches Geschäftsmodell, so die Kritik, verstelle die Sicht auf die Bedürfnisse von kranken und leidenden Menschen. Zudem würde die Dominanz wirtschaftlicher Faktoren im Gesundheitssystem der nicht verrechenbaren Qualität ärztlichen und pflegerischen Tuns nicht gerecht.

Dieser Beitrag beschäftigt sich mit dem Spannungsfeld Ökonomie und Medizin aus einer gesundheitsökonomischen Perspektive. Im Mittelpunkt des Interesses steht die Frage, wie viel medizinische Leistungen, die über ein solidarisches Gesundheitssystem finanziert werden, kosten dürfen, bzw. ob und inwieweit sich medizinische Maßnahmen rechnen müssen. Wir versuchen der Frage nachzugehen, ob der alleinige Fokus auf die Kosten von medizinischen Leistungen den Ansprüchen der Patienten gerecht werden kann. Darüber hinaus stellen wir wissenschaftliche Ansätze vor, die eine Abschätzung der positiven Wirkungen von medizinischen Leistungen ermöglichen. In der Gesundheitspolitik wie auch im medizinischen Alltag müssen ständig Entscheidungen zwischen verschiedenen Alternativen getroffen werden. Das systematische Betrachten der Kosten und Wirkungen von Maßnahmen soll im Idealfall zu transparenteren und besseren Entscheidungen im Gesundheitssystem führen. Und schließlich werden auch die Grenzen einer gesundheitsökonomischen Betrachtung aufgezeigt, indem wir die ökonomischen Schlussfolgerungen mit wichtigen (medizin-) ethischen Positionierungen kontrastieren.

Zur besseren Illustration unserer Ansätze und Ausführungen haben wir uns für ein anschauliches Beispiel entschieden, das gegenwärtig intensiv diskutiert wird, und das sich als roter Faden durch diesen Beitrag zieht. Das Medikament Sovaldi®,

das den Wirkstoff Sofosbuvir enthält, wird seit 2013 erfolgreich in der Behandlung von Hepatitis C eingesetzt. Vertrieben wird das Präparat von Gilead Sciences, ein Pharmazie- und Biotechnologieunternehmen aus den Vereinigten Staaten mit Firmensitz in Foster City, Kalifornien. Im Vergleich zu bisherigen Behandlungen weist das Medikament deutlich höhere Heilungschancen, geringere Nebenwirkungen und eine um den Faktor zwei bis vier reduzierte Therapiedauer auf.¹ Allerdings ist das Medikament zum gegenwärtigen Zeitpunkt sehr teuer. In diesem Beitrag werden wir versuchen, sowohl eine Abschätzung der zu erwartenden Behandlungskosten vorzunehmen als auch Möglichkeiten der Nutzenbewertung am Beispiel dieser Therapie anzubieten.²

2. Kosten des Gesundheitssystems

Als wichtige Determinanten der Gesundheitsausgaben gelten auf gesellschaftlicher Ebene Umfang und Qualität des Gesundheitssystems, die Demografie und andere globale Rahmenbedingungen wie die Umweltqualität. Die individuellen Präferenzen kommen in einer starken Nachfrage nach medizinischen Leistungen, im Einholen einer Zweit- und Drittmeinung sowie im Bedürfnis der PatientInnen nach der bestmöglichen Behandlung ohne größere Wartezeiten zum Ausdruck. Eine zentrale Erklärung für steigende Ausgaben im Gesundheitsbereich ist nach Hall und Jones (2007) die Art, wie wir Gesundheit bewerten. Dabei wird argumentiert, dass es sich bei Gesundheit um ein sogenanntes superiores Gut handelt, dessen Nachfrage mit dem Einkommen überproportional ansteigt.³ Während der zusätzliche Nutzen aus dem Konsum anderer Güter mit zunehmender Menge relativ schnell sinkt (abnehmender Grenznutzen), nimmt der Grenznutzen eines längeren und gesünderen Lebens nicht ab. Im Gesundheitssektor kommt es demnach kaum zu Sättigung mit der Folge, dass bei steigendem Wohlstand ein immer größerer Anteil am Konsum für Gesundheit ausgegeben wird.⁴ Der zweite wichtige Kostentreiber auf Individualebene ist das Gesundheitsverhalten oder

1 Kohli et al. (2014)

2 Eine umfassende HTA (health technology assessment) für diese Therapieform würde den Rahmen dieses Beitrages sprengen. Vielmehr sollen an einem konkreten Beispiel aus der Versorgungspraxis die grundlegenden gesundheitsökonomischen Zusammenhänge im Rahmen einer Effizienzeinschätzung (Kosten-Nutzen-Analyse) dargestellt werden.

3 Hall and Jones (2007)

4 Die Autoren prognostizieren für die USA einen Anstieg des Anteils der Gesundheitsausgaben am gesamten Konsum auf mehr als 30 Prozent bis zur Mitte dieses Jahrhunderts.

der Lifestyle der Menschen. Ungesunde Ernährung, Nikotin- und Alkoholkonsum sowie der Mangel an Bewegung führen nicht nur zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustands der Menschen, sondern *ceteris paribus* auch zu einem Anstieg von medizinischen Behandlungskosten und Gesundheitsausgaben.^{5, 6}

Das Gesundheitssystem selbst übt einen wesentlichen Einfluss auf die Kostentwicklung aus. Einerseits führt der rasante technologische Wandel mit dem zunehmenden Einsatz von Intensivmedizin zu einer Verteuerung von Behandlungspfaden. Andererseits ist auch die Effizienz der eingesetzten Ressourcen entscheidend: Hier spielt unter anderem die Organisation und Struktur des Gesundheitssystems eine wichtige Rolle. Abhängig davon, welche Leistungen stationär und/oder ambulant angeboten werden, entwickeln sich Kosten bzw. Ausgaben unterschiedlich. Im österreichischen Kontext verschiedener Finanzierungsquellen kommt der sogenannten Schnittstellenproblematik zwischen dem stationären und dem niedergelassenen Bereich eine besondere Bedeutung zu.⁷ Angebotsseitige Einflüsse auf die Höhe der Gesundheitsausgaben hängen darüber hinaus von der Ausgestaltung organisationsinterner Abläufe und Prozesse sowie von der Möglichkeit, angebotsinduzierte Nachfrage zu begrenzen, ab.

In Bezug auf den Zusammenhang zwischen demografischer Entwicklung und der Höhe von Gesundheitsausgaben stehen in der gesundheitsökonomischen Literatur zwei gegensätzliche Thesen einander gegenüber. Der Medikalisierungsthese entsprechend steigen die Gesundheitsausgaben mit zunehmendem Alter, da die Häufigkeit einer Erkrankung (Inzidenz) innerhalb einer Bevölkerungsgruppe zunimmt. Demgegenüber betont die Kompressionsthese den Umstand, dass die Gesundheitsausgaben erst in den letzten Jahren vor dem Todeszeitpunkt signifikant ansteigen. Die empirischen Befunde zu diesen beiden Thesen sind nicht eindeutig. Arbeiten, die unterschiedliche Datenquellen in unterschiedlichen Ländern verwenden, kommen zu widersprüchlichen Ergebnissen.⁸ Betrachtet man allerdings nicht nur die Gesundheitsausgaben, sondern auch die Pflegeaufwendungen, so lautet der empirische Befund, dass die Ausgaben mit dem Alter ansteigen, auch wenn man für die Nähe zum Tod kontrolliert.⁹

5 OECD (2013)

6 Nachdem die österreichischen Jugendlichen innerhalb der OECD sowohl die höchsten Raucherquoten als auch einen hohen Alkoholkonsum aufweisen (OECD 2013), ist davon auszugehen, dass sich die lebensstilabhängige Dynamik in den Gesundheitsausgaben künftig noch verschärfen wird.

7 Vgl. Rechnungshof (2011)

8 Vgl. Henke und Reimers (2006) für eine gut verständliche und übersichtliche Gegenüberstellung der beiden Thesen und die diesbezüglichen empirischen Befunde.

9 Felder (2008)

Als Beispiele für globale Rahmenbedingungen, die ebenfalls einen Einfluss auf die Entwicklung der Gesundheitsausgaben haben, gelten die Umweltqualität, die wirtschaftliche Entwicklung und die individuellen Lebens- und Arbeitsbedingungen.

Auf Basis des von der OECD entwickelten „System of Health Accounts“ (SHA), ein System von konsistenten und international vergleichbaren Gesundheitskonten, gab Österreich im Jahr 2013 knapp 35 Mrd. Euro oder 10,8 Prozent des Sozialproduktes für Gesundheit aus.¹⁰ Mit dieser Quote liegt Österreich im internationalen Vergleich im Spitzenfeld.¹¹ Innerhalb der 24 verglichenen Länder Europas weisen 2010 nur Dänemark (11,1 %), die Schweiz (11,4 %), Deutschland (11,6 %), Frankreich (11,6 %) und die Niederlande (12,0 %) höhere Anteile der Gesundheitsausgaben am BIP aus. Estland, Polen, die Tschechische Republik und Ungarn liegen mit Werten zwischen 6,8 % und 7,8 % am unteren Ende der Skala. Gemessen an den Gesundheitsausgaben pro Kopf der Bevölkerung weisen Norwegen, Schweiz, Dänemark und Luxemburg europaweit die höchsten Werte aus. Österreich liegt hier an sechster Stelle.

Der zeitliche Verlauf der Gesundheitsausgaben als Anteil am Bruttoinlandsprodukt in Abbildung 1 zeigt, dass in den 1990er Jahren ein deutlicher Anstieg dieser Quote zu verzeichnen war, während sich die Ausgabendynamik seit dem Jahr 2000 deutlich abgeflacht hat. In den letzten fünf Jahren ist der Anteil am Bruttoinlandsprodukt nahezu konstant geblieben.

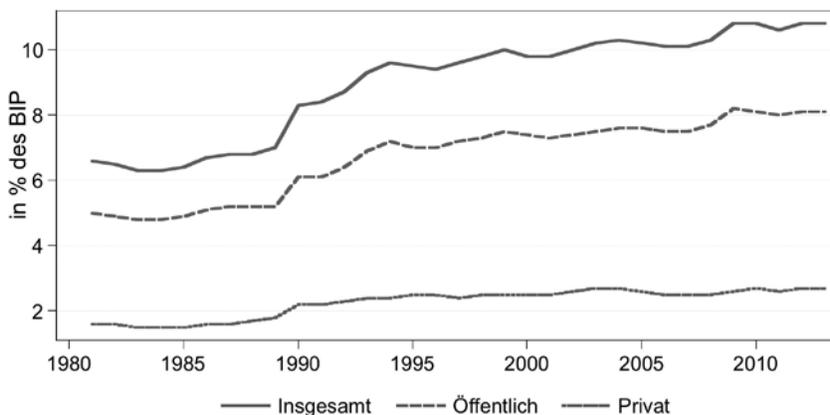


Abbildung 1: Gesundheitsausgaben in Österreich 1981–2013 (OECD Health Data)

Von den laufenden Gesundheitsausgaben entfallen ca. 43 Prozent auf die stationäre Versorgung, 26 Prozent auf die ambulante Versorgung, und rund 17 Prozent

10 Statistik Austria (2015a)

11 Gesundheit Österreich (2012)

auf den Medikamentenkonsum. Für Prävention werden 1,5 Prozent der Gesundheitsausgaben verwendet. Der restliche Teil wird für häusliche Pflege, für Krankentransporte und für die medizinische Verwaltung ausgegeben. Rund ein Viertel der Gesundheitsausgaben wird privat finanziert.¹²

Bei den Ausgaben für Medikamente kommt innovativen Produkten, die neue Behandlungsmöglichkeiten ermöglichen, eine große Bedeutung zu. Diese Präparate sind in der Regel patentrechtlich geschützt. Der Hersteller ist somit der einzige Anbieter am Markt und kann als Monopolist hohe Preise durchsetzen.

Ein Beispiel ist die Behandlung von Hepatitis C mit Sovaldi®. Der Wirkstoff Sofosbuvir wird in Form einer Tablette pro Tag oral verabreicht. Laut österreichischem Erstattungskodex (Stand Mai 2015) kostet eine Packung 14.224,35 Euro, was ca. 508,- Euro pro Tablette entspricht. Bei einer Therapiedauer von 12 Wochen ergeben sich Kosten in Höhe von über 42.000 Euro. Je nach Art der Erkrankung wird eine Behandlung in Kombination mit weiteren Medikamenten empfohlen¹³, so dass sich die Therapiekosten weiter erhöhen. Bei angenommenen Therapiekosten in Höhe von 50.000 Euro pro PatientIn und geschätzten 40.000 Patienten in Österreich¹⁴ würden sich die Behandlungskosten auf zwei Mrd. Euro oder rund 6 % der gesamten Gesundheitsausgaben belaufen.¹⁵

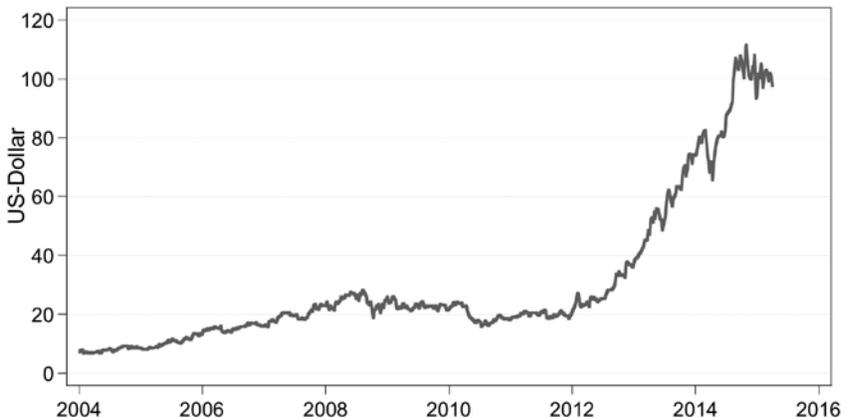


Abbildung 2: Aktienkurs von Gilead Sciences Inc. (GILD), wöchentlicher Schlusskurs angepasst für Dividenden und Aktiensplits (Yahoo Finance)

12 Hofmarcher (2013)

13 Kohli et al. (2004)

14 Esteban et al. (2008) schätzen die Hepatitis-C-Prävalenz in Österreich auf 0,5 Prozent der Bevölkerung. Andere Quellen weisen davon abweichende Werte aus.

15 Im Vergleich dazu betragen die Gesamtausgaben für Medikamente 2013 insgesamt 5,3 Mrd. Euro.

Während die reinen Produktionskosten für Arzneimittel oft nur einen Bruchteil der Marktpreise ausmachen, rechtfertigen Pharmaunternehmen die hohen Preise mit notwendigen Ausgaben für Forschung und Entwicklung. Das Marktpotenzial und damit verbundene Aussichten auf zukünftige Gewinne zeigen sich in der Kursentwicklung der Aktien von Herstellern. Hier konnte Gilead Sciences in den letzten Jahren einen bemerkenswerten Anstieg verzeichnen (siehe Abbildung 2).

3. Nutzen des Gesundheitssystems

Was bekommen PatientInnen und Versicherte für die Gesundheitsausgaben, die sie tragen müssen, zurück? Im Unterschied zur Erfassung von Kosten bzw. Ausgaben im Gesundheitswesen gestaltet sich eine Bewertung der positiven Wirkungen medizinischer Interventionen ungleich schwieriger.¹⁶ Die individuelle Bewertung von Gesundheit und Krankheit ist subjektiv und entzieht sich auf den ersten Blick gängiger ökonomischer Bewertungsmaßstäbe. Gesundheit und Leben werden von vielen Menschen als die höchsten Güter bezeichnet, deren Wert und Bedeutung man nicht in Geldeinheiten messen kann.

Entscheidungen im Gesundheitssystem erfordern jedoch ständig eine Bewertung von Konsequenzen und Wirkungen. Beispielsweise kämen bessere aber teurere Medikamente unter einer alleinigen Betrachtung der Kosten nie zum Einsatz. Auch die meisten Vorsorgeprogramme führen zumindest kurzfristig zu einem Kostenanstieg, finanzielle Einsparungen sind dagegen – wenn überhaupt – nur langfristig zu erwarten.

Was manche als das Unverrechenbare an der menschlichen Gesundheit und am ärztlichen Tun bezeichnen, nennt die ökonomische Wissenschaft intangible Effekte, für die es keine Marktpreise gibt. Trotz fehlender Preise gibt es jedoch Methoden, um Konsequenzen in Bezug auf den Gesundheitszustand zu bewerten. Zusammen mit den Kosten können diese zur Evaluierung von Maßnahmen im Gesundheitsbereich verwendet werden. Grundsätzlich werden dabei drei Ansätze unterschieden:¹⁷

16 In unserem Gesundheitssystem muss der/die PatientIn im Einzelfall nicht beurteilen, ob die positiven Wirkungen einer medizinischen Intervention die Kosten rechtfertigen. Eine effiziente Verwendung knapper öffentlicher Mittel erfordert allerdings, dass sich die für das Gesundheitssystem Verantwortlichen mit dieser Frage beschäftigen.

17 Vgl. dazu Breyer, Zweifel und Kifmann (2005) für eine detaillierte Darstellung.

Kosten-Effektivitäts-Analyse

Bei der Kosten-Effektivitäts-Analyse werden die Konsequenzen in unterschiedlichsten Einheiten gemessen. Dies reicht vom Blutdruck nach der Behandlung von Bluthochdruckpatienten mit verschiedenen Medikamenten bis zur Anzahl an gefundenen Tumoren bei unterschiedlichen Varianten von Krebs screenings. Am häufigsten werden jedoch Effekte auf die Sterblichkeit herangezogen. Typischerweise werden die inkrementellen Kosten einer medizinischen Intervention den dadurch zusätzlich gewonnenen Lebensjahren gegenübergestellt. Diese Gegenüberstellung erlaubt die Berechnung von Kosten eines zusätzlich gewonnenen Lebensjahres. Der Vorteil dieses Ansatzes ist seine Praktikabilität – der „Gesundheits-Output“ wird auf der eindimensionalen Skala Lebenserwartung gemessen. Somit können verschiedene medizinische Maßnahmen recht einfach nach ihrer Kosteneffektivität von der billigsten bis hin zur teuersten Intervention gereiht werden. Ein wesentlicher Nachteil der Methode ist, dass mit einer ausschließlichen Berücksichtigung der zusätzlichen Lebenserwartung den unterschiedlichen Lebensqualitäten in diesen Jahren nicht Rechnung getragen wird. Vergleicht man beispielsweise die Dialysebehandlung mit der Nierentransplantation als mögliche Therapien bei Patienten mit Nierenversagen, würden unter anderem die von vielen Patienten als belastend empfundene Abhängigkeit und der Zeitaufwand regelmäßiger Dialysebehandlungen unberücksichtigt bleiben.

Kosten-Nutzwert-Analyse

Eine Weiterentwicklung der Kosten-Effektivitäts-Analyse versucht, die Gesundheitseffekte auf einer mehrdimensionalen Skala zu erfassen. Durch die Berechnung sogenannter „Quality-adjusted life years“ (QALYs) werden nicht nur die Lebensdauer, sondern auch die Effekte auf die Lebensqualität berücksichtigt. QALYs repräsentieren ein Gewichtungssystem, in dem die Qualität eines Lebensjahres einen Wert zwischen eins (perfekte Gesundheit) und null (Tod) annimmt. Die Gewichte sollen die individuellen Präferenzen der Patienten über unterschiedliche Gesundheitszustände abbilden. Ermittelt werden sie entweder durch eine Befragung der betroffenen Patienten selbst oder durch standardisierte Klassifikationssysteme, mit deren Hilfe unterschiedliche Gesundheitszustände bzw. -probleme (z.B. Einschränkungen bei Mobilität, Schmerzen) auf die Lebensqualität umgerechnet werden.¹⁸ Zur Beurteilung der erzielbaren Gesundheitswirkungen durch den Einsatz finanzieller Mittel im Rahmen medizinischer Interventionen (value for money) werden in weiterer Folge die Kosten pro qualitätsbereinigtem Lebensjahr ermittelt.

18 Vgl. Drummond et al. (2005)

Ein weiterer Vorteil, neben der Berücksichtigung von Effekten auf die Lebensqualität ist, dass die Kosten-Nutzwert-Analyse prinzipiell auch Vergleiche zwischen völlig unterschiedlichen Maßnahmen ermöglicht. Während bei Kosten-Effektivitäts-Analysen das Erfolgsmaß variiert, gibt es hier mit Kosten pro gewonnenem QALY ein einheitliches Maß. Ein Entscheidungsträger, der sich zwischen der Finanzierung von unterschiedlichen Programmen entscheiden muss, kann beispielsweise ein Programm zur besseren Rehabilitation für Herzinfarktpatienten mit der Förderung von Impfungen für Säuglinge und Kleinkinder vergleichen.

Der Haupteinwand, der diesem Konzept entgegengebracht wird, bezieht sich darauf, wie die Gewichtungen der verschiedenen Gesundheitszustände zustande kommen. Häufig werden für die Gewichtungen geschätzte Nutzenwerte herangezogen, die das Alter oder den individuellen Lebensstil einer PatientIn nicht ausreichend berücksichtigen. In der Praxis kann sich die subjektive Wahrnehmung der Lebensqualität für Menschen mit gleichem objektivem Gesundheitszustand stark unterscheiden. Darüber hinaus werden die Schätzungen für Kosten pro QALY aus unterschiedlichen Studien, die mit unterschiedlichen Methoden und an verschiedenen Orten durchgeführt werden, abgeleitet. Auch in diesem Zusammenhang können die verwendeten Werte den individuellen Gegebenheiten einer bestimmten Therapieform oft nicht Rechnung tragen.¹⁹

Trotz verschiedener Einwände liefert ein Vergleich von Kosten pro QALY wertvolle Informationen über die relative Effektivität medizinischer Interventionen innerhalb eines Therapiebereiches (z.B. die herkömmliche Behandlung von Hepatitis C versus die Behandlung mit dem Wirkstoff Sofosbuvir) oder zwischen unterschiedlichen Therapiebereichen. Tabelle 1 zeigt eine Gegenüberstellung von zusätzlichen Kosten pro QALY für eine Reihe von unterschiedlichen medizinischen Interventionen.²⁰

19 Für eine ausführliche Diskussion der kritischen Einwände vgl. Drummond et al. (2005).

20 Maynard (1991)

Maßnahme	Kosten/ QALY (£ 1990)
Cholesterol testing and diet therapy only (all adults, aged 40-69)	220
Neurosurgical intervention for head injury	240
General practitioner advice to stop smoking	270
Neurosurgical intervention for subarachnoid hemorrhage	490
Anti-hypertensive therapy to prevent stroke (ages 45-64)	940
Pacemaker implantation	1100
Hip replacement	1180
Valve replacement for aortic stenosis	1140
Cholesterol testing and treatment	1480
Coronary artery bypass graft (left main disease, severe angina)	2090
Kidney transplant	4710
Breast cancer screening	5780
Heart transplantation	7840
Cholesterol testing and treatment (incremental) of all adults 25-39 years	14150
Home hemodialysis	17260
Coronary artery bypass graft (1 vessel disease, moderate angina)	18830
Continuous ambulatory peritoneal dialysis	19870
Hospital hemodialysis	21970
Erythropoietin treatment for anaemia in dialysis patients (assuming a 10% reduction in mortality)	54380
Neurosurgical intervention for malignant intracranial tumors	107780
Erythropoietin treatment for anaemia in dialysis patients (assuming no increase in survival)	126290

Tabelle 1: Kosten pro QALY für ausgewählte Maßnahmen (Maynard 1991)

Obwohl die ausgewiesenen Werte 25 Jahre alt sind, geben die Indikatoren einen Hinweis darauf, wie begrenzte finanzielle Ressourcen eingesetzt werden können, um die bestmögliche Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung zu erreichen. Eine Reihung von Kosten pro QALY für verschiedene medizinische Behandlungen erlaubt allerdings keine Aussage darüber, bis zu welcher Grenze Behandlungen tatsächlich durchgeführt werden sollten oder nicht. In der Vergangenheit wurden mehr oder weniger zufällige Obergrenzen herangezogen, bis zu deren Höhe eine medizinische Intervention als kosteneffektiv eingestuft wird. Offensichtlich sind diese Grenzen nahezu beliebig – sie variieren über Gesellschaften und Kulturen und hängen maßgeblich davon ab, wie das Gut Gesundheit bzw. die Versorgung

mit Gesundheitsleistungen in einem Land generell eingeschätzt wird. Das britische „National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)“ wendet eine Kosten-Effektivitäts-Obergrenze von nominell £ 20.000 bis £ 30.000 pro gewonnenem Lebensjahr an.²¹ Obwohl NICE (neue) medizinische Technologien bzw. Interventionen nicht ausschließlich aufgrund ihrer Kosten-Effektivität akzeptiert oder ablehnt, bilden diese Kennzahlen einen zentralen Entscheidungsfaktor. Appleby, Devlin und Parkin (2007) weisen in ihrem Beitrag im *British Medical Journal* darauf hin, dass diese Schwellenwerte zufällig gewählt wurden.²² „But the uncomfortable truth is that NICE’s threshold has no basis in either theory or evidence“ (Appleby, Devlin und Parkin (2007), S. 358).

Sovaldi®: Bei Hepatitis C gibt es mittlerweile eine Reihe an wissenschaftlichen Arbeiten, die den Kosten-Nutz-Wert von Therapien mit Sofosbuvir mit anderen Behandlungsoptionen vergleichen. Für die USA simulieren Najafzadeh et al. (2015), dass eine Behandlung von HCV-Genotyp 1-Patienten (die am weitesten verbreitete Form) mit Sofosbuvir in Kombination mit unterschiedlichen Medikamenten die qualitätsbereinigte Lebenserwartung im Vergleich zur bisher üblichen Therapie um 0,92 bis 1,13 QALYs erhöht. Im Vergleich zu keiner Behandlung beträgt der Zuwachs 2,25 bis 2,46 QALYs.²³

Zusammen mit den Behandlungskosten lassen sich die zusätzlichen Kosten ins Verhältnis zu den gewonnenen QALYs setzen (in der englischsprachigen Literatur ist die Abkürzung ICER für „incremental cost-effectiveness ratio“ gebräuchlich). Im Vergleich zur bisher üblichen Therapie ergeben sich für die Behandlung mit Sofosbuvir zwischen \$12.825 und \$71.445 an zusätzlichen Kosten pro gewonnenem QALY. Die große Bandbreite ergibt sich aufgrund der unterschiedlichen Preise für die Medikamente, die in Kombination mit Sofosbuvir angewendet werden.

Vergleichbare Studien kommen auf ähnliche Werte: Chhatwal et al. (2015) berechnen, ebenfalls für die USA, Kosten von durchschnittlich \$ 55.378 pro gewonnenem QALY, wobei die Werte je nach Patientencharakteristika stark variieren.²⁴ Pfeil et al. (2015) berechnen Kosten zwischen CHF 10.337 und CHF 91.570 pro gewonnenem QALY in der Schweiz.²⁵ Das britische NICE (2015) geht von Kosten

21 Ein Vergleich dieser Schwellenwerte mit der britischen Praxis zeigt, dass ein großer Teil medizinischer Interventionen tatsächlich unter den Höchstgrenzen liegt. Im Jahr 2007 hat ein durchschnittlicher „primary care trust“ rund £ 12.000 ausgegeben, um ein qualitätsbereinigtes Lebensjahr in der Behandlung von Herz- Kreislauf-Erkrankungen zu gewinnen. Der äquivalente Betrag für ein zusätzliches Lebensjahr aus der Behandlung von Krebserkrankungen belief sich auf £ 19.000.

22 Appleby, Devlin und Parkin (2007)

23 Najafzadeh et al. (2015)

24 Chhatwal et al. (2015)

25 Pfeil et al. (2015)

zwischen £ 10,300 und £ 17,500 pro QALY bei einer Behandlung mit Sofosbuvir gegenüber den etablierten Therapien für bisher unbehandelte Patienten aus.²⁶

Obwohl eine Übertragung von Evaluierungsergebnissen aufgrund unterschiedlicher Patientenmerkmale und Behandlungskosten erschwert wird, betrachten einige nationale Gesundheitsbehörden die Behandlung mit Sofosbuvir für bestimmte Patienten als kosteneffektiv. Beispielsweise empfiehlt das britische NICE die Verwendung von Sofosbuvir für alle Genotyp-1-Patienten und einzelne Patientengruppen mit anderen Genotypen.²⁷

Kosten-Nutzen-Analyse

Im Rahmen von Kosten-Nutzen-Analysen erfolgt schließlich eine Bewertung der Gesundheitsnutzen in monetären Einheiten. Wenn es also gelingt, neben den Kosten medizinischer Behandlungen auch deren Vorteile in Geldeinheiten zu messen, so erlaubt der direkte Vergleich von Kosten und Nutzen eine Aussage über die ökonomische Vorteilhaftigkeit einer Intervention. Solange die monetarisierten Nutzen höher sind als die damit verbundenen Kosten, sollte eine Maßnahme durchgeführt werden. Weisen mehrere Maßnahmen einen positiven Nettonutzen auf, so sollten zuerst jene Interventionen mit den höchsten Nutzen-Kosten-Relationen realisiert werden.

Ein Vorteil der Kosten-Nutzen-Analyse ist, dass sie ohne den Vergleich mit anderen Alternativen eine Einschätzung der Vorteilhaftigkeit einer Maßnahme erlaubt. Ein Entscheidungsträger kann damit beurteilen, ob das vorhandene Budget für ein neues Programm ausgeweitet werden soll oder nicht.²⁸

Wie können die positiven Wirkungen einer diagnostischen oder einer therapeutischen Maßnahme auf die Gesundheit in monetären Einheiten erfasst werden? Im Rahmen des sogenannten Humankapitalansatzes führt eine Einschränkung des Gesundheitszustandes oder eine reduzierte Lebenserwartung zu einem Verlust an Humankapital. Der „Wert eines Lebens“ bemisst sich bei dieser Methode aus der Höhe künftiger Beiträge zum Sozialprodukt bzw. aus dem zukünftigen Arbeitseinkommen. Aufgrund seiner relativ leichten Operationalisierbarkeit ist dieser Ansatz in der Vergangenheit häufig in Kosten-Nutzen-Analysen eingesetzt worden. Auf der anderen Seite ist der Humankapitalansatz nicht ökonomisch theoretisch fundiert (er stellt nicht auf individuelle Zahlungsbereitschaften zur Vermeidung eines Mortalitätsrisikos oder einer Krankheit ab) und darüber hinaus ethisch an-

26 NICE (2015)

27 NICE (2015)

28 Vgl. Drummond et al. (2005)

greifbar. Der Wert des Lebens jener Menschen, die kein Arbeitseinkommen mehr erzielen (können), wäre demnach null. Und schließlich wird das sogenannte Konsummotiv der Gesundheit, dass sich Menschen am Leben und ihrer guten Gesundheit erfreuen, vernachlässigt.

Nicht zuletzt aufgrund dieser berechtigten Einwände hat sich in der jüngeren Vergangenheit der Zahlungsbereitschaftsansatz in medizinischen Kosten-Nutzen-Analysen durchgesetzt. Dabei wird ein messbarer trade-off zwischen Gesundheit (Qualität und Länge des Lebens) und Einkommen unterstellt. Eine gängige Anwendung des Zahlungsbereitschaftsansatzes bildet die Ermittlung des „value of statistical life (VSL)“. Der VSL gibt die Bereitschaft von Individuen an, ihr Vermögen bzw. einen Teil dessen gegen eine Reduktion des Mortalitätsrisikos zu tauschen. Dahinter steht die Überlegung, dass bestimmte Sterberisiken durch monetäre Aufwendungen oder durch Zeitverwendung vermieden bzw. reduziert werden können.²⁹ Der VSL reflektiert nicht die individuelle monetäre Bewertung eines konkreten Menschenlebens, sondern die Beurteilung eines anonymen statistischen Lebens. Ein VSL in Höhe von € 5 Mio. bedeutet demnach nicht, dass eine Person bereit wäre, € 5 Mio. für die Vermeidung des sicheren Todes in diesem Jahr aufzuwenden. Hingegen ist eine Person durchschnittlich bereit, € 50 für die Reduktion des Sterberisikos um ein Hunderttausendstel zu bezahlen. Oder anders ausgedrückt, hunderttausend identische Personen sind insgesamt € 5 Mio. dafür zu zahlen bereit, dass das Risiko, dass eine Person unter ihnen zufällig zum Tode kommt, eliminiert wird.

Die individuellen Zahlungsbereitschaften für eine Reduktion von Sterberisiken können entweder über Marktstudien³⁰ oder im Rahmen sogenannter Zahlungsbereitschaftsanalysen auf dem Befragungsweg erhoben werden. Abhängig von der Erhebungsmethode sowie vom untersuchten Mortalitätsrisiko schwanken die in der Literatur für verschiedene Länder ausgewiesenen VSLs zwischen rund € 1,5 und 4 Millionen. Leiter und Pruckner (2014) ermitteln für Österreich einen VSL in Höhe von € 1,83 Mio. (zu Preisen von 2005).³¹ Grundlage dieses Wertes ist eine Zahlungsbereitschaftsanalyse zur Reduktion des Sterberisikos aufgrund von Lawinenabgängen unter der ansässigen Bevölkerung im Bundesland Tirol.

29 Für ein Auto, das über hohe Sicherheitsstandards verfügt und somit das Verletzungs- bzw. Sterberisiko bei einem Unfall reduziert, ist bei sonst gleichen Eigenschaften ein höherer Kaufpreis zu entrichten.

30 Ein typisches Beispiel hierfür sind Risikoaufschläge auf Löhne als Kompensation für die Ausübung gefährlicher Berufe. Für einen Arbeitsplatz, der *ceteris paribus* mit einem höheren Gesundheits- bzw. Mortalitätsrisiko verbunden ist, muss ein höherer Lohn bezahlt werden. Die im Lohn enthaltene Risikoprämie widerspiegelt die „willingness to accept“ für die höhere Mortalitäts- bzw. Krankheitswahrscheinlichkeit.

31 Leiter and Pruckner (2014)

Sovaldi®: Möchte man für die in diesem Beitrag thematisierte Behandlung von Hepatitis C mit Sovaldi® abschließend eine einfache Kosten-Nutzen-Analyse durchführen, so ist den bereits weiter oben ermittelten Kosten pro QALY ein monetärer Gegenwert auf der Nutzenseite gegenüberzustellen. Den Ausgangspunkt für die Berechnung des monetären Nutzens eines zusätzlichen (qualitätsbereinigten) Lebensjahres bildet der bereits erwähnte „value of statistical life (VSL)“ für Österreich in Höhe von 1,83 Mio. Euro.³² Daraus kann in weiterer Folge ein „value of statistical life year (VSLY)“ abgeleitet werden.³³ Unter der Annahme einer durchschnittlichen Lebenserwartung von 81 Jahren und einer Diskontrate von 2 % ergibt sich ein VSLY zu Preisen von 2009 in Höhe von rund € 65.000.³⁴ Berücksichtigt man noch die Erhöhung im Verbraucherpreisindex von 107,5 im Jahr 2009 auf 120,1 im Jahr 2014³⁵, so liegt der nominelle VSLY bei etwa € 72.600. Eine Gegenüberstellung dieser Eurobeträge mit den weiter oben präsentierten Kosten pro QALY ergibt einen positiven Nettonutzen für eine Behandlung von Hepatitis C mit Sofosbuvir. Die monetär bewerteten positiven Wirkungen sind höher als die dafür aufgewendeten Kosten.

4. Gesundheitsökonomie versus Medizinethik?

Der Haupteinwand gegen eine monetäre Bewertung des Lebens ist moralischer Natur. Vielen erscheint es moralisch bedenklich, das Leben und den Gesundheitszustand eines Menschen in Geldeinheiten zu messen und dadurch de facto eine Äquivalenz zu allen anderen Konsumgütern herzustellen. Während unter dem gesundheitsökonomischen Postulat der Ausgleich von Grenzkosten und Grenznutzen medizinischer Interventionen im Mittelpunkt steht, lautet die medizinethisch motivierte Frage eher, ob die Patienten und Patientinnen die Leistungen, die sie benötigen, auch bekommen. Eine oft geäußerte Kritik am Zahlungsbereitschaftsansatz bezweifelt, ob es überhaupt möglich ist, endliche monetäre Werte für ein

32 Ob dieser VSL im Kontext der Behandlung einer Hepatitis-C-Infektion angemessen ist, kann an dieser Stelle nicht zweifelsfrei beurteilt werden. Ein VSL in dieser Höhe ist im Vergleich zu den in der Literatur ausgewiesenen Werten jedenfalls äußerst konservativ.

33 Aldi and Viscusi (2008)

34 Die genaue Berechnung dieses Wertes wird auf Nachfrage gerne zur Verfügung gestellt.

35 Statistik Austria (2015b)

menschliches Leben abzuleiten. Aus individueller Sicht ginge der Wert des eigenen Lebens gegen unendlich bzw. wäre ein Mensch in einer lebensbedrohenden Situation vermutlich bereit, sein gesamtes Vermögen aufzuwenden, um zu überleben.

Dieser Sichtweise könnte man folgende Gegenargumente entgegenhalten:

- Es geht es nicht um die Bewertung eines „identifizierten“, sondern eines statistischen Lebens. Damit sollen die unterschiedlichen Konsequenzen verschiedener Behandlungsformen hinsichtlich Kosten, Lebensdauer und Lebensqualität transparent nachvollzogen werden können.
- Ein Verzicht auf ökonomische Bewertungen von gewonnenen Lebensjahren birgt die Gefahr falscher Politikempfehlungen. Maßnahmen könnten ergriffen werden, die mit sehr hohen Kosten vorzeitige Todesfälle vermeiden, während andere Maßnahmen, die ein längeres Leben in guter Qualität mit einem Bruchteil der Kosten ermöglichen, unterbleiben.
- Auch ohne ökonomische Bewertung werden täglich Entscheidungen getroffen, die implizit eine Abwägung (der Verlängerung) von Menschenleben und monetären Ressourcen bedeuten. Der Versuch einer nachvollziehbaren ökonomischen Bewertung erzeugt Transparenz und ermöglicht den gesundheitspolitisch Verantwortlichen mehr Konsistenz in ihren Entscheidungen.
- Die Planung und Ausgestaltung öffentlicher Budgets erfordert ebenfalls eine zumindest rudimentäre Gegenüberstellung von erwarteten Kosten und positiven Wirkungen von Maßnahmen. Werden zusätzliche Ressourcen dort eingesetzt, wo der größte Nettonutzen zu erwarten ist?

Auch wenn man der Verwendung von monetären Werten für die Beurteilung von Gesundheit und Leben berechnete Einwände entgegenbringt, bleibt festzuhalten, dass ein primär medizinischer Zugang für die Frage der Allokation medizinischer Leistungen auch nicht ohne nachvollziehbare Bewertungs- bzw. Beurteilungskriterien auskommt. Medizinische Kriterien für die Bereitstellung von Gesundheitsleistungen können einerseits an der Dringlichkeit bzw. an den medizinischen Erfolgsaussichten ansetzen, woraus sich ein direkter Konnex zum Lebensalter der Patientinnen und Patienten ergibt. Andererseits können soziale Kriterien wie z.B. eine Mutterschaft eine wichtige Rolle spielen. Und schließlich wird der Ermessensspielraum eines Arztes/einer Ärztin mit entscheidend sein, wenn es darum geht, welche Leistungen Patienten im Einzelfall erhalten sollen.

Nimmt man in medizinethischen Lehrbüchern Anleihe, so wird deutlich, dass ökonomische und medizinisch-ethische Positionen nicht notwendigerweise Antipoden darstellen, sondern vielmehr zwei unterschiedliche Sichtweisen repräsentieren, die viel Trennendes und Gemeinsames aufweisen. Die ökonomische Vorstellung, dass bei knappen Ressourcen nicht alles jedem zugutekommen kann, ist für den bedarfsorientierten Behandler, dessen Aufgabe nicht in der effizienten Verteilung von finanziellen Mitteln liegt, zunächst befremdend.³⁶ Gleichzeitig ist es für einen behandelnden Arzt unmöglich, allen seinen Patienten eine Maximalversorgung zukommen zu lassen. Aspekte der Zweckmäßigkeit und der Wirtschaftlichkeit müssen auch von einer verantwortungsvollen Medizin berücksichtigt werden. Vor diesem Hintergrund scheint die Polarisierung zwischen Ökonomie und Ethik sachlich nicht gerechtfertigt und der falsche Ausgangspunkt für die Diskussion über eine zunehmend ökonomisierte Medizin. Wenn Ökonomie erst den sinnvollen Einsatz wertvoller medizinischer Ressourcen ermöglicht, so steht ökonomisches Denken nicht im Widerspruch zur medizinischen Ethik, sondern kann vielmehr als konstitutiver Bestandteil dieser verstanden werden.

Mindestens zwei wichtige Einschränkungen scheinen berücksichtigungswert:

1. In der täglichen medizinischen Praxis, in der es um die Rettung eines akut bedrohten Lebens geht, ist die Frage danach, „ab wann es sich lohnt, dieses Leben zu retten“, für die behandelnden Ärzte nicht zumutbar. In solchen Situationen sind andere ethische Gesichtspunkte (Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit, Unverfügbarkeit des Menschen, Hilfespflicht, Autonomie des Patienten, ...) heranzuziehen.³⁷ Gesundheitspolitische Entscheidungen, in denen es nicht direkt und kausal wirksam um die Rettung eines akut gefährdeten Lebens geht, werden anders zu beurteilen sein. In der internationalen Diskussion rund um Vorsorgeuntersuchungen ist beispielsweise zu beobachten, dass flächendeckende Screenings im Vergleich zu früher zunehmend kritischer betrachtet werden. Obwohl im Einzelfall aufgrund von Früherkennung Leben gerettet werden können, geben Effizienzüberlegungen den Ausschlag dafür, bestimmte Vorsorgeprogramme entweder nicht mehr oder in abgeänderter Form zu empfehlen bzw. durchzuführen.
2. Medizinethiker weisen regelmäßig darauf hin, dass die Allianz von Ökonomie und Medizin positiv zu beurteilen ist, solange sich die Ökonomie zum Nutzen von PatientInnen in den Dienst der Medizin stellt. Gleichzeitig wird Kritik geäußert, dass der Markt nicht der Medizin diene, sondern umgekehrt der Markt

36 Maio (2012), S. 314f

37 Maio (2012), S. 314f

zum Zweck der Medizin umgedeutet würde. Maio (2008) spricht in diesem Zusammenhang vom Diktat der Gewinnmaximierung als identitätsstiftendes Moment.^{38, 39}

5. Schlussfolgerungen und künftiger Forschungsbedarf

Im Gesundheitsbereich findet sich, wie im alltäglichen Leben auch, regelmäßig die meist unangenehme Erkenntnis, dass Ressourcen begrenzt sind. Während wir im Alltag ständig Kosten und Nutzen abwägen, empfinden es viele als unangebracht, im Gesundheitsbereich in diesen Kategorien zu denken. Dennoch müssen auch im Gesundheitssystem regelmäßig solche Abwägungen vorgenommen werden, da eine universelle und unmittelbare Versorgung aller mit sämtlichen möglichen Leistungen in keinem Gesundheitssystem finanzierbar ist. Das (gesundheits-) ökonomische Bewerten von Kosten und Nutzen verstehen wir in diesem Sinne als eine Verbesserung der Grundlagen, auf denen derartige Entscheidungen getroffen werden.

Die Frage: „Was darf Gesundheit kosten?“, ist falsch gestellt, da eine ausschließliche Fokussierung auf die Kosten keine Effizienzaussage erlaubt. Das Effizienzkriterium bezieht sich darauf, dass ein identischer Gesundheitsoutput mit niedrigeren Kosten erreicht werden oder mit einer besseren Verwendung des vorhandenen Budgets mehr für Gesundheit und Lebensqualität getan werden könnte. Ökonomische Bewertungen erlauben einen groben Orientierungsrahmen für die Gegenüberstellung medizinischer Maßnahmen. Es geht nicht darum, eine strikte Grenze für die ökonomische Ablehnung oder Akzeptanz einer Behandlungsform ausfindig zu machen; dies würde den methodischen Rahmen überfordern. Vielmehr sollte das ökonomische Instrumentarium dazu dienen, die relative Bewertung verschiedener Therapieformen transparent darzustellen und so einen Beitrag

38 Maio (2008)

39 Medizinische Leistungen werden nicht primär zum Nutzen der Patienten erbracht, sondern aufgrund anderer Motive und Zielsetzungen. Beispielsweise spricht die gesundheitsökonomische Literatur von angebotsinduzierter Nachfrage, wenn die medizinischen Anbieter – etwa aus Gründen der Einkommensmaximierung – den Patientinnen und Patienten Leistungen anbieten, die für die Patientinnen und Patienten kaum bzw. keine gesundheitsfördernden Effekte erwarten lassen.

für eine effiziente(re) Bereitstellung von insgesamt knappen Ressourcen im Gesundheitssektor zu leisten.

Gesundheitsökonomische Fragestellungen gehen aber häufig über reine Technologieabwägungen bei einzelnen Krankheiten, wie in diesem Beitrag für die Behandlung von Hepatitis C veranschaulicht, hinaus. Auch anders gelagerte Themenbereiche, zum Beispiel die Effizienz eines bestimmten Vorsorgeprogrammes, Interaktionen zwischen stationärem und ambulantem Sektor, die Analyse von Anreizwirkungen oder die Verteilung von Gesundheit(-leistungen) auf Individuen, sind wichtige Forschungsgegenstände. Die in der jüngsten Gesundheitsreform vereinbarte Deckelung der Gesundheitsausgaben mit dem Wachstum des Bruttoinlandsproduktes führt in einer älter werdenden Gesellschaft und bei schwacher Konjunktur zu einer automatischen Verknappung von Gesundheitsressourcen. Nicht zuletzt vor diesem Hintergrund kommt der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit gesundheitsökonomischen Fragen eine große Bedeutung zu.

Künftige Forschungsanstrengungen auf dem Gebiet der Gesundheitsökonomie sind gleichermaßen wichtig wie die Bereitschaft der ÄrztInnen und der für Gesundheitspolitik verantwortlichen Personen, sich den in diesem Beitrag vorgestellten Instrumenten nicht zu verschließen. Es braucht ein klares Bekenntnis zur „evidence based policy“ unter Einbeziehung der Erkenntnisse der modernen Gesundheitsökonomie sowie anderer Disziplinen aus dem Bereich Public Health.

Sovaldi®: Abschließend soll an dieser Stelle noch einmal auf die eingangs aufgeworfene Frage nach der Finanzierung der Behandlung von Hepatitis C eingegangen werden. Die in diesem Beitrag zitierten Kosten-Nutzwert-Analysen legen den Schluss nahe, dass es sich bei der Behandlung von Hepatitis C mit Sofosbuvir um eine relativ kosteneffektive Therapie handelt. Steht dieser Befund nicht im direkten Widerspruch zur oftmals geäußerten Befürchtung, dass eine Behandlung von Hepatitis-C-PatientInnen mit der neuen Therapieform nicht finanzierbar ist und die Medikamentenbudgets sprengen würde?

Dazu ist anzumerken, dass sich sowohl die vorhandenen klinischen Studien als auch die angeführten Kosten-Nutzwert-Analysen auf PatientInnen beziehen, die entweder mit der Standardtherapie oder aber mit der neuen Therapie behandelt werden. In aller Regel ist die Erkrankung bei diesen PatientInnen so fortgeschritten, dass bereits Organschäden aufgetreten sind. Für diesen Patientenkreis sind die inkrementellen Kosten einer Behandlung mit Sofosbuvir relativ gering. Die in der öffentlichen Diskussion kolportierten exorbitant hohen Medikamentenkosten entstehen dann, wenn alle infizierten Personen mit Sofosbuvir behandelt würden – auch jene, die im Status quo nicht behandelt werden, weil sie entweder nicht

wissen, dass sie infiziert sind, oder deren Gesundheitszustand eine Behandlung nicht erforderlich macht.⁴⁰

Diesem Umstand trägt die Praxis der österreichischen Sozialversicherung Rechnung. Patienten, deren Erkrankung bereits sehr fortgeschritten ist, erhalten eine Finanzierung der neuen Therapie über den Krankenversicherungsträger. Grundsätzlich erfolgt die Versorgung dieser Patienten über spezialisierte Zentren bzw. Krankenhausambulanzen, in denen ausgebildete Hepatologen beschäftigt sind. Diese stellen den Grad der Erkrankung fest und übernehmen die Therapie. Für Patienten mit einem Fibrosegrad der Leber von 3 oder 4⁴¹ stellen die Fachärzte bei den Krankenkassen einen Antrag auf Finanzierung einer Therapie mit Sovaldi®. Nach chefärztlicher Genehmigung gibt der Sozialversicherungsträger dem Antrag statt und finanziert die Therapie. Die neue (und teurere) Therapie wird somit für einen eng eingeschränkten Kreis von PatientInnen (rund 2 % aller mit Hepatitis C infizierten Personen) finanziert.

Gelingt es, im Rahmen gegenwärtiger und künftiger Verhandlungen die Preise für Präparate wie Sovaldi® zu senken, wird dies eine liberalere Verordnungsmöglichkeit erlauben, um einen größeren Patientenkreis mit den neuen Therapieformen behandeln zu können.

40 Darüber hinaus ist für etliche PatientInnen die herkömmliche Kombinationstherapie aufgrund vorhandener Kontraindikationen nicht anwendbar bzw. sind laut medizinischer Auskunft die Abbruchraten wegen unerwünschter Arzneiwirkungen hoch.

41 Laut medizinischer Auskunft handelt es sich hier um schwer kranke Personen, die unmittelbar vor einer Transplantation stehen.

Literatur

- Aldy, J.E. and W.K. Viscusi 2008: Adjusting the Value of a Statistical Life for Age and Cohort Effects, *The Review of Economics and Statistics* 90 (3), pp. 573–581.
- Appleby, J., N. Devlin and D. Parkin 2007: NICE's cost effectiveness threshold, *British Medical Journal* 335 (7616), pp. 358–359.
- Breyer, F., P. Zweifel und M. Kifmann 2013: *Gesundheitsökonomik*, Springer-Verlag, Berlin.
- Chhatwal, J., F. Kanwal, M.S. Roberts and M.A. Dunn 2015: Cost-effectiveness and budget impact of hepatitis C virus treatment with sofosbuvir and ledipasvir in the United States, *Annals of Internal Medicine*, 162(6), pp. 397–406.
- Drummond, M.F., J.M. Sculpher, W.G. Torrance, J.B. O'Brien and L.G. Stoddard 2005: *Methods for the economic evaluation of health care programmes*, Oxford University Press, New York.
- Esteban, J.I., S. Sauleda and J. Quer 2008: The changing epidemiology of hepatitis C virus infection in Europe, *Journal of Hepatology* 48 (1), pp. 148–162.
- Felder, S. 2008: Im Alter krank und teuer? Gesundheitsausgaben am Lebensende, GGW (Wissenschaftsforum in Gesundheit und Gesellschaft), Jahrgang 8, Heft 4, pp. 23–30.
- Gesundheit Österreich 2012: *Das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich*, Gesundheit Österreich im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, August 2013, Wien.
- Hall, R.E. and C.I. Jones 2007: The Value of Life and the Rise in Health Spending, *The Quarterly Journal of Economics*, 122(1), pp. 39–72.
- Henke, K.D. und L. Reimers 2006: Zum Einfluss von Demographie und medizinisch-technischem Fortschritt auf die Gesundheitsausgaben, *Diskussionspapiere der Technischen Universität Berlin, Fakultät Wirtschaft und Management*, Nummer 2006/8.
- Hofmarcher, M. 2013: *Das österreichische Gesundheitssystem – Akteure, Daten, Analysen*, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.
- Kohli, A., A. Shaffer, A. Sherman and S. Kottlilil 2014: Treatment of hepatitis C: a systematic review, *Journal of the American Medical Association* 312(6), pp. 631–640.
- Leiter, A. and G.J. Pruckner 2014: Timing Effects in Health Valuations, *Health Economics* 23 (6), pp. 743–750.
- Maio, G. 2008: Vom karitativen Dienst am Menschen zum Profitcenter? Zu den ethischen Grenzen der Marktorientierung in der Medizin, *Medizinische Klinik* 103(6), pp. 455–459.
- Maio, G. 2012: *Mittelpunkt Mensch – Ethik in der Medizin*, Schattauer Verlag, Stuttgart.
- Maynard, A. 1991: Developing the health care market, *The Economic Journal* 101 (408), pp. 1277–1286.
- Najafzadeh, M., K. Andersson, W.H. Shrank, A.A. Krumme, O.S. Matlin, T. Brennan and N.K. Choudhry 2015: Cost-effectiveness of novel regimens for the treatment of hepatitis C virus, *Annals of Internal Medicine* 162(6), pp. 407–419.

NICE 2015: Sofosbuvir for treating chronic hepatitis C, NICE technology appraisal guidance 330.

OECD 2013: Health at a Glance, OECD Indicators, OECD Publishing.

Pfeil, A.M., O. Reich, I.M. Guerra, S. Cure, F. Negro, B. Müllhaupt, D. Lavanchy and M. Schwenkglenks 2015: Cost-Effectiveness Analysis of Sofosbuvir Compared to Current Standard Treatment in Swiss Patients with Chronic Hepatitis C, PLoS ONE 10(5): e0126984.

Rechnungshof 2011: Verwaltungsreform 2011 – Vorschläge des Rechnungshofes zur Verwaltungsreform, Positionen Reihe 2011/1, Wien.

Statistik Austria 2015a: Gesundheitsausgaben in Österreich laut System of Health Accounts, URL: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsausgaben [15.6.2015].

Statistik Austria 2015b: Preisentwicklung in Österreich, URL: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/wirtschaft/preise/verbraucherpreisindex_vpi_hvpi/zeitreihen_und_verketungen/022806.html [15.6.2015].

Mag. Dr. Stefanie Neumann, M.A., PLL.M

Verwaltungsjuristin, Amt der Salzburger Landesregierung

Vom Wert der Gesundheit – Gesundheit als Wert

Eine ethische Betrachtung

1. Einführung	32
2. Ethische Perspektiven	33
3. Fazit	50
Literatur	54

Gesundheit als konditionales Gut stellt einen fundamentalen Wert und ein existenzielles Grundbedürfnis des Menschen dar.

Aufgrund dieses zentralen Stellenwerts ist der Begriff der „Investition in Gesundheit“ nicht nur vor dem Hintergrund gesamtwirtschaftlicher Aspekte, sondern auch in Bezug auf die individuelle und soziale Fähigkeit, Selbstverantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen, von großer Bedeutung.

Hohe, wenngleich auch durchdachte Ausgaben im Gesundheitssektor sind nicht per se als Belastung und Kostentreiber für die Wirtschaft und die dauerhafte Finanzierung des Gesundheitswesens zu sehen, sondern in der Langzeitperspektive als sinnvolle und nachhaltige Investitionen sowohl in individueller als auch sozialer und wirtschaftlicher Hinsicht zu erachten.

In diesem Kontext kann eine „Investition in Gesundheit“ als Chance, als Quelle wirtschaftlicher Prosperität, individueller Lebensqualität und als dauerhafte Rendite für die Zukunft verstanden werden.

1. Einführung

„In der einen Hälfte des Lebens opfern wir unsere Gesundheit, um Geld zu erwerben. In der anderen Hälfte opfern wir Geld, um die Gesundheit wiederzuerlangen.“

Voltaire

Die Eindämmung steigender Gesundheitsausgaben sowie die langfristige Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems stehen nicht nur in Österreich, sondern in den meisten Ländern hoher wirtschaftlicher Prosperität im Mittelpunkt unterschiedlicher Reformansätze und Diskussionen.

Gesundheit bzw. das Gesundheitswesen stellen einen bedeutenden Wirtschaftsfaktor dar, und es existiert neben der herkömmlichen Schulmedizin ein vielfältiger Markt an Gesundheitsdienstleistungen, Wellnessangeboten und gesundheitsfördernden Produkten. Mit dieser Entwicklung geht auch ein geändertes (Kunden-) Verhalten des Menschen einher, indem dieser vielfach nicht mehr als allein Kranker und Therapiebedürftiger, sondern als souveräner und selbstbestimmter Nutzer medizinischer Leistungen, als Klient und als Konsument auftritt.

Fakt ist, dass die zunehmende Kommerzialisierung unserer Lebenswelten auch im Gesundheitsbereich Einzug gehalten hat, jedoch der Begriff der „Investition in Gesundheit“ längst nicht mehr allein mit gesamtwirtschaftlichen Aspekten, sondern vielmehr auch mit der Fähigkeit und Notwendigkeit, Eigenverantwortung und individuelle Gesundheitsbildung zu besitzen bzw. zu erlernen, zu tun hat.

Laut Wallner haben Gesundheit und Krankheit eine personale sowie soziale Dimension, zwischen denen eine Wechselwirkung besteht.¹ Im Rahmen dieses komplexen, transdisziplinär übergreifenden Zusammenspiels lässt sich die Frage nach dem „Wert der Gesundheit“ und die Fragestellung „inwieweit sich eine Investition in Gesundheit rentiert“, gerade in ethischer Hinsicht, aus verschiedenen, exemplarisch angeführten Gesichtspunkten betrachten.

1 Vgl. Jürgen Wallner, Ethik im Gesundheitssystem, UTB Facultas Universitätsverlag, Wien 2004, 59.

2. Ethische Perspektiven

2.1. Individualethische Perspektive

„Krankheit lässt den Wert der Gesundheit erkennen!“

Heraklit

Werte werden als Vorstellungen über positive Umstände, die sich aus Tradition, Konvention, Erfahrung aber auch aus Nachdenken ergeben, definiert.²

Unsere Wertvorstellung von einem erfüllten Leben und was diesen „Lebenswert“ mit all seinen sozialen, persönlichen, materiellen und immateriellen Aspekten ausmacht, ist keine empirisch zu beantwortende Konstante, sondern unterliegt – beeinflusst von unterschiedlichsten Faktoren – einem ständigen Wandel.

Feststeht allerdings, dass im Rahmen des gesellschaftlichen Wertepluralismus gewisse immaterielle Werte, wie beispielsweise „Zufriedenheit“ oder „Gesundheit“, in all ihren individuellen Ausprägungen eine elementare und essentielle Komponente eines erfüllten menschlichen Daseins ausmachen.

Der „Wert“ der Gesundheit besitzt neben seinem gesamtwirtschaftlichen Aspekt eine primär individuelle Bedeutung, und physisches sowie psychisches Wohlbefinden wird oftmals erst als ‚wert-voll‘ erachtet, wenn der Fall von Krankheit eingetreten ist. Im Sinne einer „Wert-Schätzung“ des Lebens hat es der Mensch zu einem gewissen Teil selbst in der Hand, seine Gesundheit, den ‚Stellen-Wert‘ dieser und damit seine Lebenserwartung zu beeinflussen.

Diehl erläutert, dass wir im Fall der Krankheit förmlich darauf gestoßen werden, welche alltäglichen Fähigkeiten und gewöhnlichen Tätigkeiten von unserer Gesundheit abhängen. Wo die Gesundheit vorübergehend eingeschränkt wird, dauerhaft verletzt wird oder gar irreversiblen Schaden nimmt, schwindet gewissermaßen auch unsere Fähigkeit, uns als selbstbewusste, selbstständige und selbsttätige Personen zu erleben und zu verwirklichen. Je nach der Art, der Dauer und dem Ausmaß unserer Erkrankung werden wir in Folge in unserer inneren und

2 Vgl. Heinrich Weber-Grellet, Rechtsphilosophie², Alpmann und Schmidt Juristische Lehrgänge, Münster, 2002, 134.

äußeren Freiheit als denkende, fühlende und handelnde Subjekte eingeschränkt, und der Wert der – früheren – Gesundheit wird bewusst wahrgenommen.³

Laut Ostermann haben „Werte“ eine übergeordnete Rolle, beeinflussen menschliche Entscheidungen bzw. Handlungen und bilden letztlich eine Art internen Maßstab zur Beurteilung (der Bedeutung) von bestimmten Zusammenhängen. Wenn Gesundheit als „ein Wert an sich“ gesehen wird und nicht als etwas per se Existentes und Selbstverständliches, dann hat das gravierende Auswirkungen auf das Denken und Handeln eines Menschen. Dieser Mensch weiß, wozu er gesund leben und bleiben will, und ist bereit, etwas für die Aufrechterhaltung dieses Wertes zu tun bzw. dafür auf anderes zu verzichten.⁴

Die Individualethik untersucht die Pflichten des Individuums gegenüber sich selbst, aber auch hinsichtlich der Mitmenschen, und geht vom Wesen des Menschen als individueller Person aus. Individualethik stellt in diesem Kontext auf Eigenverantwortung und Selbstverwirklichung des Menschen ab, ohne dessen komplementäre soziale und politische Dimension leugnen zu müssen.⁵

Durch gesundheitsrelevante, eigenverantwortliche Entscheidungen kann die individuelle Gesundheit beeinflusst bzw. verbessert werden. Gesundheit als konditionales Primärgut wird dann zu einem Maß für Lebensqualität und Ressource, in die selbstverständlich investiert und präventiv agiert wird. Es ist erwiesen, dass die Pathogenese durch Faktoren wie Bewegungsmangel, ungesunden Lebenswandel und schlechte Ernährung massiv beeinflusst wird und eine gesündere Lebensweise im Sinne vermehrter Bewegung, bewussterer Ernährung, Vermeidung übermäßiger Sonnenexposition, Reduktion des Übergewichts, Nikotinverzichtes, eingeschränkten Alkoholkonsums sowie Wahrnehmung von Vorsorgemaßnahmen (Screenings, betriebliche Gesundheitsförderung etc.) beispielsweise Herz-Kreislauf-Erkrankungen und bestimmten Tumorentitäten vorbeugt.⁶

So können laut internationalen Studien bereits 150 Minuten moderate oder 75 Minuten intensive Bewegung pro Woche zu einer deutlichen Reduktion des Tu-

3 Vgl. Ulrich Diehl, Gesundheit – hohes oder höchstes Gut? Über den Stellenwert und Wert der Gesundheit, in Hermes Kick/Jochen Taupitz (Hrsg.), Gesundheitswesen zwischen Wirtschaftlichkeit und Menschlichkeit, LIT Verlag, Münster, 2005, 117.

4 Vgl. Doris Ostermann, Gesundheit als „Wert“ entdecken. Von der geistigen zur körperlichen Bewegung, Zeitschrift für Integrative Leib- und Bewegungstherapie in Deutschland, Niederlande, Österreich und Schweiz, Deutsche Gesellschaft für Integrative Leib- und Bewegungstherapie e.V., Hamburg, 2011, 6.

5 Vgl. Gottfried Höffe (Hrsg.), Lexikon der Ethik6, Verlag C.H. Beck, München, 2002, 124.

6 Vgl. Stefanie Günther, Der Allokationskonflikt, Ressourcenknappheit im Gesundheitswesen unter Fokussierung auf die Onkologie, Dissertation aus Rechtswissenschaften, Salzburg, 2009, 360.

morrisikos bzw. zu einer generellen drastischen Senkung des Sterberisikos gegenüber Inaktiven beitragen.⁷

Viele gesundheitsrelevante Determinanten für das spätere Leben werden laut Marx et al. schon im Kleinkind- und Kindesalter geprägt, wobei den Erziehungsberechtigten bereits frühzeitig Kompetenzen für eine gesunde Entwicklung der Kinder übermittelt werden sollten.⁸

Laut Golser kann die Entwicklung eines gesunden Kindes bzw. in Folge erwachsener Menschen bereits während der Schwangerschaft durch die Eltern/die Mutter massiv zum Positiven beeinflusst werden. Faktoren wie das Gewicht der Mutter, der Verzicht auf Alkohol sowie bestimmte Medikamente und die Ernährung während der Schwangerschaft spielen eine bedeutende Rolle bei der Entwicklung des Kindes. In weiterer Folge kann durch eine vernünftige Impfprophylaxe und durch eine gesunde Psychohygiene („Faktoren wie Glückempfinden, sozialer Einfluss, Sprachentwicklung“) die Entwicklung des Kindes unterstützt werden.⁹

Parallel zu dem erläuterten individuellen positiven Aspekt der Gesundheitsförderung und der damit einhergehenden Eigenverantwortung ist dem „Wert“ der Gesundheit“ auch vor dem Hintergrund der langfristigen Finanzierung des Gesundheitswesens besondere Bedeutung beizumessen.

Die Weltgesundheitsorganisation definiert Gesundheit als „Zustand vollkommen physischen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht bloß das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen.“¹⁰

Durch die extrem umfassende WHO-Gesundheitsdefinition und die von Medien und Pharmaindustrie propagierten Entwicklungen unserer modernen, hoch technisierten und leistungsstarken Medizin werden große, teils überzogene Erwartungen geweckt und gleichzeitig – in Verbindung mit der Bezahlung von Versicherungsbeiträgen – eine gesteigerte, in der wissenschaftlichen Debatte meist als

7 Die Weltgesundheitsorganisation WHO empfiehlt in ihren „Global Recommendations on Physical Activity for Health“ mindestens 150 Minuten körperliche Aktivität von moderater Intensität oder 75 Minuten anstrengende Aktivität pro Woche. (WHO 2010) Weitere Informationen finden sich unter http://wholibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf, 15.03.2015.

8 Vgl. Peter Marx/Anke Rahmel, Gesundheit als Investitionsgut. Bedeutung einer gesünderen Bevölkerung für Gesellschaft und Ökonomie, in Volker Schumpelick/Bernhard Vogel/Konrad Adenauer Stiftung (Hrsg.), Volkskrankheiten – Gesundheitliche Herausforderungen in der Wohlstandsgesellschaft, Verlag Herder GmbH, Freiburg, 388.

9 Vgl. ein Gespräch mit Dr. André Golser, geführt am 28.4.2015 in Salzburg. Dr. Golser ist Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde, Neonatologie und Allgemeinmedizin in Salzburg.

10 Satzung der Weltgesundheitsorganisation, 22.07.1946, Präambel, BGBl Nr. 96/1949 idF. BGBl III Nr.7/2006. (Vgl. auch <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>, 23.01.2015).

Moral Hazard bezeichnete Anspruchshaltung und übermäßige Inanspruchnahme von Leistungen („Nulltarifmentalität“) gefördert.¹¹ Höffe spricht im Zusammenhang mit dem gesteigerten Anspruchsdenken, bei dem gefordert wird, die neueste, beste und (vielfach oft) teuerste Behandlung unverzüglich zu erhalten, von einer Pleonexie im Sinne einer entfesselten Begehrlichkeit des Menschen. Dieser Unerättlichkeit muss laut Höffe Sophrosyne, d.h. eine neue Besonnenheit, ein Maß, gegenüberreten.¹²

Angesichts der knappen Ressourcen und beträchtlichen Ausgaben im Gesundheitswesen darf die hohe Erwartungshaltung an unser Gesundheitssystem nicht zu einem schleichenden Abgeben der notwendigen (Eigen-)verantwortung des Menschen führen. Eigenverantwortung impliziert ein bewussteres Reflektieren der individuellen Gesundheit und geht mit persönlichem Verantwortungsbewusstsein für sich als auch für andere einher. Vor diesem Hintergrund muss oft erst erlernt werden, für sich selbst zu definieren, wie viel Gesundheit materiell aber auch immateriell wert ist, und wie viel man dafür zu investieren bereit ist.¹³

Nur durch eine kritische Reflexion der eigenen Einstellung zur Gesundheit, durch gesundheitliche Grundbildung, durch ein aufmerksameres Kostenbewusstsein sowie durch eine verstärkte Übernahme von Eigenverantwortung für den persönlichen Gesundheitszustand (im Sinne einer Investition in die individuelle Gesundheit) kann ein langfristiger nachhaltiger Output erzielt werden.

Benefit einer maßvollen eigenverantwortlichen Investition in Gesundheit, sei es durch Präventionsmaßnahmen wie Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen, ausgewogene Ernährung und gesunde Lebensweise, ist neben der Erhaltung/Förderung der persönlichen Gesundheit und Leistungsfähigkeit auch ein gesellschaftlicher Beitrag im Sinne des Gemeinwohls und Solidaritätsgedankens. Nur durch Subsidiarität (Prinzip der Eigenleistung/Hilfeleistung) kann langfristig solidarische Hilfe gesichert werden.

11 Vgl. Stefanie Günther, Allokation im Gesundheitssystem, in Michael Fischer/Kurt Seelmann (Hrsg.), Ethik im transdisziplinären Sprachgebrauch, Ethik transdisziplinär, Band 8, Peter Lang Verlag, Frankfurt am Main, 2008, 187f. (vgl. weiter Vgl. Stefanie Günther, Der Allokationskonflikt, Ressourcenknappheit im Gesundheitswesen unter Fokussierung auf die Onkologie, Dissertation aus Rechtswissenschaften, Salzburg, 2009, 98.).

12 Vgl. Otfried Höffe, Aus philosophischer Sicht – Medizin in Zeiten knapper Ressourcen oder: Besonnenheit statt Pleonexie, Deutsches Ärzteblatt, 95, Heft 5, Verlag Deutsches Ärzteblatt, Köln, 1998, gefunden unter <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src=suche&id=9267>, 29.08.2008.

13 Vgl. Stefanie Günther, Der Allokationskonflikt, Ressourcenknappheit im Gesundheitswesen unter Fokussierung auf die Onkologie, Dissertation aus Rechtswissenschaften, Salzburg, 2009, 362.

2.2. Sozialethische Perspektive

„Die wichtigste Vermögensbildung ist die Investition in die eigene Gesundheit!“

Robert Klaus Freiherr von Weizsäcker

Die Sozialethik untersucht die sittlichen Normen und Prinzipien menschlichen Zusammenlebens und stellt eine notwendige Ergänzung zur Individualethik dar, indem sie auf die Aufgaben der Gesellschaft gegenüber dem Individuum und des Individuums gegenüber der Gesellschaft im Generellen fokussiert.¹⁴

Wesentliche Prinzipien einer Sozialethik stellen Gerechtigkeit, aber auch Solidarität sowie Toleranz dar.

Feststeht, dass sich die Auseinandersetzung mit gesundheitspolitischen und wirtschaftlichen Fragestellungen rund um das Thema Gesundheit sowie deren Finanzierung in den letzten Jahren verschärft hat und wesentliche demographische bzw. sozial- und wirtschaftsethische Problemstellungen impliziert.

Lag die Lebenserwartung bei der Geburt in Österreich im Jahr 1970 bei 66,46 (Männer) bzw. 73,38 (Frauen) Jahren, so erhöhte sie sich bis zum Jahr 1990 auf 72,24 (Männer) bzw. 78,89 (Frauen) Jahre und lag im Jahr 2013 bei 78,45 (Männer) bzw. 83,56 (Frauen) Jahren.¹⁵

2060 wird die Lebenserwartung laut Bevölkerungsprognosen bei 87,3 Jahren (Männer) und 90,6 Jahren (Frauen) liegen.¹⁶

Dieser Entwicklung steht eine sinkende Fertilitätsrate¹⁷ gegenüber, deren Ursachen u.a. neben einem gerade in den letzten Dezennien immer stärker werden den Leistungs- und Erfolgsdenken auch ein höheres Bildungsniveau der Eltern bzw. daraus resultierende längere Ausbildungszeiten, besserer Zugang zu Me-

14 Vgl. Gottfried Höffe (Hrsg.), Lexikon der Ethik6, Verlag C.H. Beck, München, 2002, 240.

15 Indikatoren zur Lebenserwartung, Lebenserwartung der Männer und Frauen bei der Geburt, Statistik Austria, gefunden unter http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_indikatoren/index.html, 23.01.2015.

16 Vgl. Alexander Hanika, Die Bevölkerungsentwicklung Österreichs und deren Implikationen für den Health Care Bereich, Statistik Austria, Wien, 2013, gefunden unter https://www.medunigraz.at/images/content/file/pe/Tagungsbeitrag_Hanika.pdf, 10.05.2105.

17 Lag die Gesamt-Fertilitätsrate (Kinderzahl pro Frau) im Jahr 1965 noch bei 2,70, so lag sie im Jahr 2013 bereits bei 1,44. (Indikatoren zur Fertilität, Gesamt-Fertilitätsrate (Kinderzahl pro Frau), Statistik Austria, gefunden unter http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_indikatoren/index.html, 23.01.2015).

thoden der Geburtenkontrolle und Familienplanung, ansteigender Wohlstand und steigende Unfruchtbarkeit bei Männern sind.¹⁸

Aus dem Zusammenspiel steigender Lebenserwartung und sinkender Fertilitätsrate ergeben sich im Sinne eines ‚double aging‘¹⁹ folgende statistische Daten:

Jahre	Unter 20	20 bis unter 65	65 und mehr
2013	20,0 %	61,8 %	18,2 %
2020	19,2 %	61,3 %	19,5 %
2030	19,3 %	57,1 %	23,6 %
2040	18,9%	54,3 %	26,7 %
2050	18,5 %	53,5 %	27,9 %
2060	18,6 %	52,7 %	28,7 %
2075	18,7 %	52,7 %	28,6 %

Tabelle 1: Vorausberechnete Bevölkerungsstruktur für Österreich 2013–2075 laut Hauptszenario in Prozent, Statistik Austria²⁰

Fakt ist, dass nicht nur das österreichische Krankenversicherungssystem, sondern auch die meisten anderen Versicherungssysteme in Staaten hoher wirtschaftlicher Prosperität vor ähnlich großen gesellschaftlichen, demographischen und sozioökonomischen Herausforderungen stehen.

Gemäß Luf wird sich der Anteil an alten Menschen in unserer Bevölkerung auch in Zukunft deutlich steigern und dieser demographische Prozess in weiterer Folge zu überproportional hohen Aufwendungen in den terminalen Lebensphasen führen.²¹

2013 waren 1,54 Mio. bzw. 18 % der Bevölkerung 65 Jahre und älter. 2020 wird die Population der über 65-Jährigen mit 1,72 Mio. um 12 % größer sein als 2013, bis 2030 steigt die Zahl auf 2,17 Mio. (+41 %), bis 2060 schließlich auf 2,78 Mio. (+79 %). Das ist ein langfristiger Zuwachs um beinahe vier Fünftel der derzeiti-

18 Vgl. hierzu Gustav Lebhart/Rainer Münz, Fertilität und Geburtenentwicklung, gefunden unter http://www.aeltere-arbeitnehmer.de/public/lexicon/Texte/Fertilitaet/Muenz_Lebhart_Fertilitaet.pdf, 20.01.2009.

19 Vgl. Georg Marckmann, Alter als Verteilungskriterium in der Gesundheitsversorgung, in Bettina Schöne-Seifert/Alena M. Buyx/Johannes S. Ach (Hrsg.), Gerech behandelt? Rationierung und Priorisierung im Gesundheitswesen, mentis Verlag GmbH, Paderborn, 2006, 164.

20 Gefunden unter http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen, 23.01.2015.

21 Vgl. Gerhard Luf, Verteilungsgerechtigkeit im Bereich der modernen Medizin, Rechtsethische Überlegungen, Recht der Medizin, Heft 4, Manz, Wien, 1997, 99.

gen Ausgangssituation. Standen im Jahr 2013 noch 18 % der Bevölkerung im Pensionsalter von 65 und mehr Jahren, so werden es in 10 Jahren bereits mehr als 20 % der Gesamtbevölkerung sein und nach 2035 mehr als 25 % der Bevölkerung. Bis 2060 steigt der Anteil der über 65-jährigen Bevölkerung auf 29 % an.²²

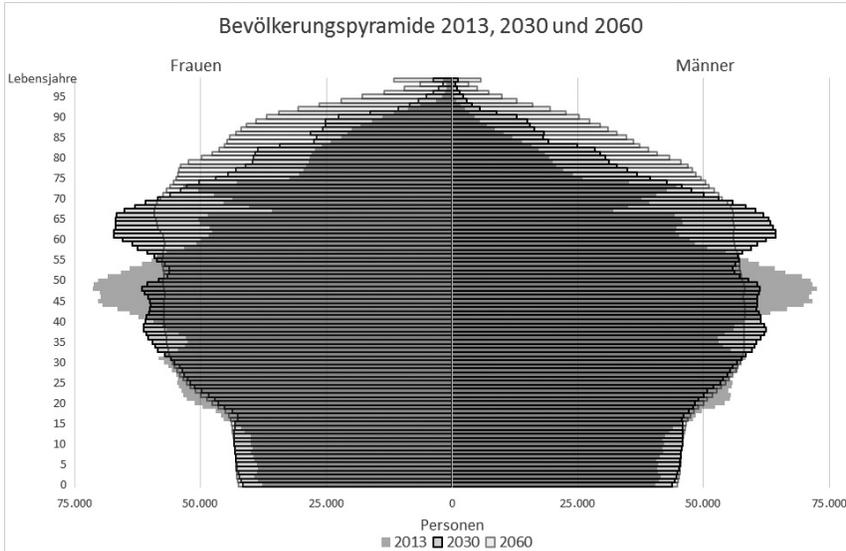


Abbildung 1: Bevölkerungspyramide für die Jahre 2011, 2030 und 2060, Darstellung LIG, nach Daten der Statistik Austria²³

Die Problematik der Überalterung der Bevölkerung wird vor allem am Beispiel des Solidaritätsprinzips in der Krankenversicherung deutlich und macht klar, dass Gesundheit nicht nur ein individuelles, sondern auch ein soziales Gut ist. Als solches soziales Gut ist es laut Honnefelder Gegenstand von Gerechtigkeit und Solidarität und damit Thema der kollektiven Für- und Vorsorge, wobei die Abstufung der Verantwortlichkeiten in Form des Subsidiaritätsprinzips eine wichtige Rolle spielt.²⁴

In Bezug auf das Gesundheitssystem ist im Leitbild der österreichischen Sozialversicherung festgelegt: „Solidarität ist die Bereitschaft der Leistungsfähigeren

22 http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/, 15.05.2015.

23 Gefunden unter http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/index.html, 20.5.2015, Darstellung: LIG.

24 Vgl. Ludger Honnefelder, Gesundheit als hohes Gut – die anthropologische Perspektive, in Volker Schumpelick/Bernhard Vogel/Konrad Adenauer Stiftung (Hrsg.), Was ist uns die Gesundheit wert?, Verlag Herder GmbH, Freiburg, 2007, 27.

zur Unterstützung der sozial Schwächeren. Die Beiträge in der Sozialversicherung sind nicht nach dem Risiko gestaffelt, sondern richten sich nach dem Einkommen. Wir sehen gerade darin unsere Stärke und unsere Aufgabe. Dadurch ist es möglich, dass auch kinderreiche Familien mit geringem Einkommen oder ältere und kranke Menschen den Versicherungsschutz bekommen, den sie brauchen.“²⁵

Solidarität steht laut Höffe zwischen der geschuldeten Moral, der Gerechtigkeit und der freiwilligen Mehrleistung der Wohltätigkeit.²⁶

Die Umverteilung der Einkommen bzw. die gegenseitige Unterstützung ist ein zentrales Prinzip innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung (Solidarausgleich): Die Gesunden bezahlen für die kranken Mitbürger, die Alleinstehenden finanzieren gewissermaßen auch die mitversicherten Angehörigen anderer Personen und die besser Verdienenden zahlen – bis zur Höchstbeitragsgrundlage – ein Mehr an Beiträgen für gleiche Sachleistungen, d.h. sie finanzieren auch die unteren Einkommensschichten mit.²⁷

Unser solidarisch finanziertes Gesundheitssystem garantiert zum status quo, dass alle Versicherten das Recht auf optimale medizinische Behandlung unabhängig von Alter, Geschlecht, finanzieller Leistungsfähigkeit, Familienstand oder Gesundheitszustand haben.²⁸ Klar ist allerdings, dass durch die steigende Anzahl der Älteren in unserer Bevölkerung und durch das Faktum, dass die erwerbstätige Bevölkerung durch Beiträge die gesetzliche Krankenversicherung (haupt-)finanziert, Finanzierungsschwierigkeiten entstehen. So stellt die Bevölkerung aufgrund der Überalterung der Gesellschaft immer weniger Erwerbstätige, was zur Folge hat, dass die Krankenversicherung letztlich weniger Einnahmen erwirtschaftet, obwohl die Ausgaben aufgrund von medizinisch-technischen Innovationen, einem Wandel von akuten zu chronischen Krankheiten und gerade aufgrund des Älterwerdens der Bevölkerung, d.h. der demographischen Entwicklung per se, ansteigen.²⁹

25 Leitbild der österreichischen Sozialversicherung, gefunden unter <https://www.sozialversicherung.at/portal27/sec/portal/vgkkportal/content/contentWindow?contentid=10007.722400&action=2>, 10.05.2015.

26 Vgl. Gottfried Höffe, Solidarität, in Gottfried Höffe (Hrsg.), Lexikon der Ethik6, Verlag C.H. Beck, München, 2002, 237.

27 Vgl. Konrad Grillberger, Österreichisches Sozialrecht6, Springer, Wien, 2005, 50.

28 Vgl. Stefanie Günther, Der Allokationskonflikt, Ressourcenknappheit im Gesundheitswesen unter Fokussierung auf die Onkologie, Dissertation aus Rechtswissenschaften, Salzburg, 2009, 203.

29 Vgl. Stefanie Günther, Der Allokationskonflikt, Ressourcenknappheit im Gesundheitswesen unter Fokussierung auf die Onkologie, Dissertation aus Rechtswissenschaften, Salzburg, 2009, 175.

Um angesichts des technischen Fortschritts, demographischen Wandels und erhöhten Anspruchsdenkens nicht in den – ethisch bis dato unververtretbaren – Bereich einer zwingend erforderlichen Altersrationierung³⁰ zu driften, bedarf es einer aktiv gelebten Kombination aus Subsidiaritätsprinzip und Solidaritätsprinzip als zwei komplementären Grundprinzipien der Sozialethik.

Da Gesundheit sowohl Schicksal als auch Resultat des eigenen Handelns ist, verschränkt sich der Anspruch auf solidarische Hilfe mit der Verpflichtung zur Wahrnehmung der eigenen Verantwortung für die Gesundheit. Erst dann, wenn die eigene Verantwortung an die Grenzen stößt, beginnt in ethischer Perspektive der Anspruch auf solidarische Hilfe.³¹

Solidarität im Sinne einer „Investition in Gesundheit“ als Wohl für sich selbst, aber auch für die Gesamtheit der Bevölkerung bedingt neben einem beachtlichen Maß an Eigenverantwortung auch einen maßvollen, nachhaltigen und gewissenhaften Umgang mit den gegebenen, gerade im Gesundheitsbereich knapper werdenden Ressourcen.³² Die Bereitschaft der Leistungsfähigeren zur Unterstützung der sozial Schwächeren im Sinne des Solidaritätsgedankens stellt eine grundlegende ethische Forderung dar.

Vor diesem Hintergrund ist die Gesellschaft verpflichtet, dem Einzelnen in dem Maß grundlegende Güter zuzuteilen, dass dieser befähigt wird (capability approach), sich seinerseits, seinen persönlichen Möglichkeiten entsprechend (individualethisch/Subsidiaritätsgedanke), zugunsten des Gemeinwohls (sozialethisch/Solidaritätsgedanke) zu engagieren.

In diesem Kontext stellt sich nicht mehr die Frage „jung gegen alt“, sondern ist viel eher im Sinne von „jung und alt“ zu agieren. Jeder Einzelne muss altersunabhängig – vielleicht wieder neu – erlernen, unseren hohen medizinischen Versorgungsstandard zu schätzen. So sollte weder die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen als selbstverständlich und unlimitiert hingenommen werden, noch ein unreflektiertes Sich-Verlassen auf die Leistungskraft der Solidargemeinschaft akzeptiert werden.

30 Altersrationierung kann als das Vorenthalten oder selektive Zuteilungen knapper medizinischer Leistungen aufgrund des Lebensalters verstanden werden.

31 Vgl. Ludger Honnefelder, Gesundheit als hohes Gut – die anthropologische Perspektive, in Volker Schumpelick/Bernhard Vogel/Konrad Adenauer Stiftung (Hrsg.), Was ist uns die Gesundheit wert?, Verlag Herder GmbH, Freiburg, 2007, 28.

32 Vgl. Stefanie Neumann, Ursachen der Ressourcenknappheit im Gesundheitswesen unter besonderer Berücksichtigung der Onkologie, AV Akademiker Verlag, Saarbrücken, 2012, 80f.

2.3. Wirtschaftsethische Perspektive

„In unserer Gegenwartskultur ist die Ökonomie das Leitmotiv aller Entwicklungen. Das Leben ist nicht mehr bloß Schicksal, sondern auch künstlich und ökonomisch gestaltete Zeit.“

Michael Fischer

Die Wirtschaftsethik bestimmt die Ziele und Normen des individuellen und staatlichen wirtschaftlichen Handelns und des Verhältnisses zwischen den beiden.³³ Wirtschaftsethik befasst sich mit der Frage, wie moralische Normen und Prinzipien unter den Bedingungen der modernen Wirtschaft zur Geltung gebracht werden können, wobei Humanität, Solidarität und Verantwortung zentrale Prämissen darstellen.³⁴

Unterschiedliche Aspekte wie demographische Veränderungen, der technische Fortschritt, die Veränderung von Krankheitsbildern oder die Internationalisierung von Gesundheitsmärkten stellen Gesundheitssysteme global vor massive Herausforderungen und machen klar, dass künftige Investitionen im Gesundheitssystem angesichts knapper Ressourcen und wachsender Finanzierungsprobleme immer mit grundlegenden ethischen Fragen einhergehen.

Analysen und Statistiken³⁵ verdeutlichen, dass die ‚Gesundheitsausgaben Insgesamt‘ in den letzten Jahren und Jahrzehnten deutlich angestiegen sind.³⁶

33 Vgl. Wilhelm Vossenkuhl, Wirtschaftsethik, in Gottfried Höffe (Hrsg.), Lexikon der Ethik6, Verlag C.H. Beck, München, 2002, 124.

34 Springer Gabler Verlag (Hrsg.), Gabler Wirtschaftslexikon, Stichwort: Wirtschaftsethik, gefunden unter <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/1883/wirtschaftsethik-v7.html>, 15.03.2015.

35 Der Anstieg der Gesundheitsausgaben betrifft die meisten Staaten hoher wirtschaftlicher Prosperität.

36 Angemerkt sei, dass Statistiken wie in der oben angeführten Tabelle nie isoliert als absolute Zahlen gelesen werden dürfen, sondern immer im Vergleich unter Beachtung verschiedenster Komponenten betrachtet werden müssen.

Öffentliche und private Gesundheitsausgaben	1990	1995	2000	2005	2010	2012
Gesundheitsausgaben insgesamt	11.481	16.748	20.898	25.551	31.738	34.067
Öffentliche Gesundheitsausgaben	8.372	12.311	15.807	19.244	23.954	25.856
Private gesundheitsausgaben	3.109	4.438	5.091	6.307	7.784	8.211
Gesundheitsausgaben insg. in % des BIP	8,4	9,5	9,8	10,1	10,8	10,7

Tabelle 2: Gesundheitsausgaben in Österreich laut System of Health Accounts (OECD) 1990–2012, Statistik Austria³⁷

Für Marx et al. steht allerdings fest, dass der positive Aspekt hoher Gesundheitsausgaben auf die Entwicklung eines Staates in der Langzeitperspektive bis dato massiv unterschätzt und durch eine übertriebene Fokussierung auf Ausgabenbegrenzungen verzerrt wird.³⁸

So wurde gemäß Marx et al. in der Vergangenheit nur selten darüber gesprochen, welche positiven Wirkungen mit der Verbesserung und Aufrechterhaltung eines guten Gesundheitszustandes der Bevölkerung auf die Gesellschaft und deren Entwicklung verbunden sind. Dies ändert sich allerdings zunehmend zugunsten einer Perspektive, wonach Gesundheitsausgaben nicht als „unproduktive“ Transfer- oder Sozialausgaben anzusehen sind, sondern als Ausgaben, denen ein zukünftiger Ertrag gegenübersteht.³⁹

Ähnlich erläutert auch Stolpe, dass die Entwicklung der Gesundheitsausgaben in der öffentlichen Debatte oft ausschließlich als Kostenfaktor erachtet wird, den es einzudämmen gelte, obwohl Wirtschaftswissenschaftler bereits seit geraumer Zeit festgestellt haben, dass die gesundheitliche Entwicklung der Menschen welt-

37 Gefunden unter http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsausgaben/019701.html, 15.1.2015.

38 Vgl. Peter Marx/Anke Rahmel, Gesundheit als Investitionsgut. Bedeutung einer gesünderen Bevölkerung für Gesellschaft und Ökonomie, in Volker Schumpelick/Bernhard Vogel/Konrad Adenauer Stiftung (Hrsg.), Volkskrankheiten – Gesundheitliche Herausforderungen in der Wohlstandsgesellschaft, Verlag Herder GmbH, Freiburg, 2009, 378.

39 Vgl. Peter Marx/Anke Rahmel, Gesundheit als Investitionsgut. Bedeutung einer gesünderen Bevölkerung für Gesellschaft und Ökonomie, in Volker Schumpelick/Bernhard Vogel/Konrad Adenauer Stiftung (Hrsg.), Volkskrankheiten – Gesundheitliche Herausforderungen in der Wohlstandsgesellschaft, Verlag Herder GmbH, Freiburg, 2009, 378.

weit eine Triebkraft wirtschaftlichen Wachstums und Wohlstands ist, in die es zu investieren gilt.⁴⁰

Nicht nur im deutschsprachigen Raum, sondern auch im gesamteuropäischen Bereich wurde erkannt, dass hohe Gesundheitsausgaben in der Langzeitperspektive nicht zwangsläufig zum totalen finanziellen Kollaps des Systems führen müssen, sondern viel eher, in gesamtwirtschaftlicher Hinsicht, zu bedeutsamen Einsparungen führen können. So wurde auch durch die Europäische Kommission in einem Dokument aus dem Jahr 2013 zur Thematik „Investing in health“ betont: „Investing in health can lead to smarter spending – not more spending – that brings savings or secures better health outcomes.“⁴¹

Ziel einer aktuellen, veröffentlichten Studie des Instituts für Höhere Studien in Wien (IHS) mit dem Titel „Ein Gesundheitssatellitenkonto⁴² für Österreich (ÖGSK)“ ist es, ein neues Verständnis für die Gesundheitswirtschaft zu entwickeln, damit diese nicht mehr vorwiegend als Kostenfaktor, sondern auch verstärkt als Zukunftsmarkt gesehen wird, der gerade aufgrund des demographischen Wandels an Bedeutung gewinnt.⁴³

Laut aktuellen Studienergebnissen⁴⁴ lag die durch die Gesundheitswirtschaft generierte Bruttowertschöpfung 2008 in Österreich bei insgesamt 41,6 Mrd. Euro. 10,13 Prozent der österreichischen Wertschöpfung entstehen direkt in der Gesundheitswirtschaft, was bedeutet, dass rund jeder zehnte Euro der österreichischen Wertschöpfung in der Gesundheitswirtschaft generiert wurde. Aus den

40 Vgl. Michael Stolpe, Die Erhaltung der Gesundheit von Arbeitnehmern als politische Aufgabe in der alternden Gesellschaft, in Volker Schumpelick/Bernhard Vogel/Konrad Adenauer Stiftung (Hrsg.), Volkskrankheiten – Gesundheitliche Herausforderungen in der Wohlstandsgesellschaft, Verlag Herder GmbH, Freiburg, 2009, 455.

41 Commission Staff Working Document, Investing in Health, Social Investment Package, Brussels, Feb. 2013, 20, gefunden unter http://ec.europa.eu/health/strategy/docs/swd_investing_in_health.pdf.

42 Angemerkt sei, dass das erarbeitete Gesundheitssatellitenkonto aus Datenverfügbarkeitsgründen auf dem Jahr 2008 beruht.

43 Vgl. Thomas Czypionka/Alexander Schnabl/Clemens Sigl/Barbara Zucker/, Julia-Rita Warmuth: Gesundheitssatellitenkonto (GSK) für Österreich, Studie des Instituts für Höhere Studien, IHS Health Econ, Wien, 2013/2014, gefunden unter <https://www.bmwfw.gv.at/Wirtschaftspolitik/Wirtschaftspolitik/Documents/Gesundheitssatellitenkonto%20f%C3%BCr%20%C3%96sterreich%20-%20Studie.pdf>, 15.05.2015.

44 Vgl. Thomas Czypionka/Alexander Schnabl/Clemens Sigl/Barbara Zucker/, Julia-Rita Warmuth: Gesundheitssatellitenkonto (GSK) für Österreich, Studie des Instituts für Höhere Studien, IHS Health Econ, Wien, 2013/2014, gefunden unter <https://www.bmwfw.gv.at/Wirtschaftspolitik/Wirtschaftspolitik/Documents/Gesundheitssatellitenkonto%20f%C3%BCr%20%C3%96sterreich%20-%20Studie.pdf>, 15.05.2015.

Studiendaten geht überdies hervor, dass jeder fünfte Beschäftigte in der Gesundheitswirtschaft oder den von ihr angestoßenen Wirtschaftsbereichen tätig ist. Überdies fällt jeder achte Abgabeneuro durch die Gesundheitswirtschaft und ihre Verflechtungen an. Die österreichische Gesundheitswirtschaft ist somit ein extrem bedeutender Wirtschaftssektor, indem diese über die wirtschaftlichen Verflechtungen Vorleistungen aus der heimischen Wirtschaft bezieht und solcherart über 800.000 Menschen (über 630.000 Vollzeitäquivalente) in Beschäftigung setzt.⁴⁵

Wesentlich ist in diesem Zusammenhang, dass der Gesundheitssektor nicht nur zum jetzigen Zeitpunkt, sondern auch in Zukunft enormes wirtschaftliches Potenzial mit sich bringen wird. So äußerte sich auch Paola Testori Coggi⁴⁶ im Zuge des European Health Forum Gastein 2013: „Bis 2020 könnten im europäischen Gesundheitsbereich acht Millionen Arbeitskräfte fehlen. Während im Jahr 2012 der Bedarf an Arbeitskräften auf dem europäischen Arbeitsmarkt insgesamt zurückging, ist der Bedarf nach Gesundheitsberufen steigend. Zwischen 2008 und 2012 gab es im Gesundheits- und Sozialsektor rund eineinhalb Millionen Neueinstellungen.“⁴⁷

Neben der Schaffung von Arbeitsplätzen im Gesundheitssektor und dem für die Beschäftigungslage äußerst bedeutsamen Einfluss der Gesundheitswirtschaft stellt die Gesundheit der Arbeitnehmer – aller Berufssparten – auch „indirekt“ einen wesentlichen Faktor wirtschaftlichen Aufschwungs und volkswirtschaftlicher Wertschöpfung dar, da sich durch Investitionen in die Gesundheit ökonomische Gewinne realisieren lassen, die einen gesunden und wirtschaftlich erfolgreichen Staat mitbedingen.

Im Zuge des European Health Forums Gastein 2013 bezeichnete Paola Testori Coggi Gesundheit als einen Wert an sich und entscheidenden Faktor für wirtschaftliches Wachstum. Zielgerichtete Investitionen in die Gesundheit der Bevölkerung und deren Gesundheitssysteme sind laut Coggi eine unerlässliche Bedin-

45 Vgl. Thomas Czyponka/Alexander Schnabl/Clemens Sigl/Barbara Zucker/, Julia-Rita Warmuth: Gesundheitswirtschaft Österreich. Ein Gesundheitssatellitenkonto (GSK) für Österreich, Studie des Instituts für Höhere Studien, IHS Health Econ, Wien, 2013/2014, <https://www.bmwf.wg.at/Wirtschaftspolitik/Wirtschaftspolitik/Documents/Gesundheitssatellitenkonto%20f%C3%BCr%20%C3%96sterreich%20-%20Studie.pdf>, 15.05.2015.

46 Paola Testori Coggi ist Generaldirektorin für Generaldirektion für Gesundheit und Verbraucherschutz der Europäischen Kommission

47 Paola Testori Coggi, EHFG 2013: Investitionen in Gesundheit sind Bedingung für gesellschaftliche und wirtschaftliche Prosperität, European Health Forum Gastein, gefunden unter http://www.ehfg.org/fileadmin/user_upload/EHFG-D-F2-Investing_in_Health.pdf, 15.03.2015.

gung für gesellschaftliche Prosperität, die Produktivität der Erwerbsbevölkerung, den Arbeitsmarkt und die Wirtschaft.⁴⁸

Laut Coggi, welche im Zuge des European Health Forums Gastein 2013 auf den gesamteuropäischen Arbeitsmarkt Bezug nahm, verursacht schlechte Gesundheit massive Arbeitsausfälle, und Krankenstände liegen in einer Größenordnung von drei bis sechs Prozent der Gesamtarbeitszeit. Etwa ein Viertel aller Arbeitslosen leidet an einer chronischen Erkrankung und nahezu jeder Zehnte beendete im Jahr 2009 eine Beschäftigung aus Gesundheitsgründen. Bedenklich ist, dass trotz dieser Zahlen nur drei Prozent der aktuellen Gesundheitsausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung aufgewendet werden.⁴⁹

Verschiedenste Studien belegen, dass gesündere Bürger produktiver arbeiten und höhere Einkommen generieren. Ein besserer Gesundheitszustand führt zu mehr geleisteten Arbeitsstunden und einer insgesamt längeren Dauer der Lebensarbeitszeit. Generell ist daher festzuhalten, dass die Wirkung der Gesundheit der Bevölkerung einen ganz wesentlichen Einfluss auf das Wirtschaftswachstum und das Einkommensniveau hat.⁵⁰ Gesundheit kann das Wirtschaftswachstum aber nicht nur dadurch positiv beeinflussen, dass die arbeitende Bevölkerung länger gesund und aktiv bleibt. Investitionen in die Gesundheit der Bevölkerung helfen außerdem dabei, künftige Kosten durch vermeidbare Erkrankungen zu begrenzen und eine effiziente Gesundheitsversorgung zu gewährleisten.⁵¹ In diesem Sinne kann Gesundheit als immaterielles und soziales Kapital der Gesellschaft verstanden werden.⁵²

48 Vgl. Paola Testori Coggi, EHFG 2013: Investitionen in Gesundheit sind Bedingung für gesellschaftliche und wirtschaftliche Prosperität, European Health Forum Gastein, gefunden unter http://www.ehfg.org/fileadmin/user_upload/EHFG-D-F2-Investing_in_Health.pdf, 15.03.2015.

49 Vgl. Paola Testori Coggi, EHFG 2013: Investitionen in Gesundheit sind Bedingung für gesellschaftliche und wirtschaftliche Prosperität, European Health Forum Gastein, gefunden unter http://www.ehfg.org/fileadmin/user_upload/EHFG-D-F2-Investing_in_Health.pdf, 15.03.2015.

50 Vgl. Peter Marx/Anke Rahmel, Gesundheit als Investitionsgut. Bedeutung einer gesünderen Bevölkerung für Gesellschaft und Ökonomie, in Volker Schumpelick/Bernhard Vogel/Konrad Adenauer Stiftung (Hrsg.), Volkskrankheiten – Gesundheitliche Herausforderungen in der Wohlstandsgesellschaft, Verlag Herder GmbH, Freiburg, 2009, 383.

51 Vgl. Paola Testori Coggi, Europäische Kommission, Generaldirektion Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Investitionen in Gesundheit sind Schwerpunkt des Sozialinvestitionspakets, Newsletter von Health-EU 106- Brennpunkt, gefunden unter http://ec.europa.eu/health/newsletter/106/focus_newsletter_de.htm.

52 Vgl. Peter Marx/Anke Rahmel, Gesundheit als Investitionsgut. Bedeutung einer gesünderen Bevölkerung für Gesellschaft und Ökonomie, in Volker Schumpelick/Bernhard Vogel/Konrad Adenauer Stiftung (Hrsg.), Volkskrankheiten – Gesundheitliche Herausforderungen in der Wohlstandsgesellschaft, Verlag Herder GmbH, Freiburg, 2009, 378f.

Nicht nur im deutschsprachigen Bereich bzw. im europäischen Raum, sondern auch international ist der gesamtwirtschaftlich positive Effekt von Investitionen in den Gesundheitsbereich erwiesen und ersichtlich.

So hat die WHO beispielsweise in der Charta von Tallinn, welche von den Gesundheitsministern von mehr als 50 Ländern verabschiedet wurde, die internationale Staatengemeinschaft aufgefordert, mehr in ihren wichtigsten Aktivposten, die Gesundheit der Menschen, zu investieren.⁵³

Laut einer aktuellen Studie der Lancet-Kommission für Investitionen in Gesundheit⁵⁴ sollten gerade beim Abbau von gesundheitlichen Ungleichheiten sowie aufgrund mangelhafter Konvergenz hinsichtlich Gesundheit zwischen „armen“ und „wohlhabenden“ Ländern Gesundheitsinvestitionen mit hoher Priorität verfolgt werden. Die positiven ökonomischen Wirkungen von Investitionen in den Gesundheitssektor sind inzwischen durch zahlreiche wirtschaftshistorische sowie makro- und mikroökonomische Studien belegt. Für die untersuchten „Low Income Countries“ und „Lower Middle Income Countries“ ergibt sich, dass durchschnittlich etwa 11 % des Wachstums dieser Länder in den letzten zwanzig Jahren durch die Verbesserung des Gesundheitszustands der Bevölkerung erklärt werden können.⁵⁵ Wenn laut Gesing ein erweiterter Wohlstandsbegriff herangezogen wird, der auch nicht monetär berechenbare Wohlfahrtsverbesserungen wie die hinzugewonnenen Lebensjahre einbezieht, dann können sogar 24 Prozent des Wohlfahrtswachstums mit der verbesserten Gesundheit der Bevölkerung in den letzten zehn Jahren erklärt werden. Die wichtigsten „Wirkungsketten“ laufen hierbei über bessere Lernerfolge in der Schule (höhere Abschlüsse), höhere

53 Vgl. Charta von Tallinn, Gesundheitssysteme für Gesundheit und Wohlstand, Europäische Ministerkonferenz der WHO zum Thema Gesundheitssysteme: „Gesundheitssysteme, Gesundheit und Wohlstand“, Tallinn (Estland), Juni 2008, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/88609/E91438G.pdf, 15.03.2015. Vgl. weiter Peter Marx/Anke Rahmel, Gesundheit als Investitionsgut. Bedeutung einer gesünderen Bevölkerung für Gesellschaft und Ökonomie, in Volker Schumpelick/Bernhard Vogel/Konrad Adenauer Stiftung (Hrsg.), Volkskrankheiten – Gesundheitliche Herausforderungen in der Wohlstandsgesellschaft, Verlag Herder GmbH, Freiburg, 2009, 379.

54 Die Lancet-Kommission für Investitionen in Gesundheit besteht aus 25 unabhängigen, international anerkannten Ökonomen und Gesundheitsexperten. Ihre Studie „Global Health 2035: A World Converging within a Generation“ wurde im Dezember 2013 im medizinischen Fachjournal The Lancet veröffentlicht.

55 Vgl. Kai Gesing, Global Health 2035 Studie: Investitionen in Gesundheit sind hochrentabel!, KfW Development Research, Entwicklungspolitik kompakt, Nr. 15, 20. Mai 2014, Frankfurt am Main, 2014, One pager, gefunden unter https://www.kfw-entwicklungsbank.de/PDF/Download-Center/PDF-Dokumente-Development-Research/2014-05-20_EK_Global-Health-2035.pdf, 15.05.2015.

„Arbeitsproduktivität (Löhne) im Berufsleben, längere Partizipation am Arbeitsmarkt und vermiedene Krankheitsaufwendungen.“⁵⁶

Hinsichtlich des erläuterten „positiven“ Aspekts der Gesundheitsinvestitionen und deren Einfluss auf die Produktivität und wirtschaftliche Prosperität einer Volkswirtschaft, ist angesichts der demographischen Entwicklung dem Faktor Alter in wirtschaftsethischer Hinsicht besondere Bedeutung beizumessen.

Laut Stolpe stellt es eine grundlegende Investitionsaufgabe für das Gesundheitswesen dar, die Volkskrankheiten alternder Gesellschaften zu antizipieren und effektiv zu bekämpfen, um mit deren Bewältigung in den kommenden Jahrzehnten einen entscheidenden Beitrag zu wirtschaftlichem Wachstum und Wohlstand leisten zu können. Neue Ansätze in biomedizinischer, pharmazeutischer und medizintechnischer Forschung eröffnen die Chance, Lebensqualität, Produktivität und Wohlstand im Laufe des 21. Jahrhunderts nicht nur zu sichern, sondern weiter zu erhöhen. Eine Schlüsselrolle spielt hierbei die Gesundheit von Arbeitnehmern, die im Durchschnitt älter und länger in den Arbeitsprozess eingegliedert sein werden.⁵⁷

Für Stolpe versprechen in diesem Kontext weitreichende Verbesserungen in der Therapie von Krankheiten, wie beispielsweise Krebs, Alzheimer, Parkinson und andere Krankheiten des Gehirns und Nervensystems, deren Häufigkeit in der alternden Bevölkerung zunimmt, große Wohlfahrtsgewinne.⁵⁸

56 Vgl. Kai Gesing, Global Health 2035 Studie: Investitionen in Gesundheit sind hochrentabel!, KfW Development Research, Entwicklungspolitik kompakt, Nr. 15, 20. Mai 2014, Frankfurt am Main, 2014, One pager, gefunden unter https://www.kfw-entwicklungsbank.de/PDF/Download-Center/PDF-Dokumente-Development-Research/2014-05-20_EK_Global-Health-2035.pdf, 15.05.2015.

57 Vgl. Michael Stolpe, Die Erhaltung der Gesundheit von Arbeitnehmern als politische Aufgabe in der alternden Gesellschaft, in Volker Schumpelick/Bernhard Vogel/Konrad Adenauer Stiftung (Hrsg.), Volkskrankheiten – Gesundheitliche Herausforderungen in der Wohlstandsgesellschaft, Verlag Herder GmbH, Freiburg, 2009, 452.

58 Vgl. Michael Stolpe, Die Erhaltung der Gesundheit von Arbeitnehmern als politische Aufgabe in der alternden Gesellschaft, in Volker Schumpelick/Bernhard Vogel/Konrad Adenauer Stiftung (Hrsg.), Volkskrankheiten – Gesundheitliche Herausforderungen in der Wohlstandsgesellschaft, Verlag Herder GmbH, Freiburg, 2009, 452f.

So geht mit entsprechenden Investitionen in die Gesundheit der Menschen laut Stolpe auch eine höhere soziale Rendite in der alternden Gesellschaft einher. Die Erhaltung der Gesundheit älterer Arbeitnehmer kann als Grundlage für eine nachhaltige Verbesserung der Humankapitalausstattung und einer Verlängerung der Lebensarbeitszeit dienen, ohne dass die Arbeitsproduktivität der älteren Arbeitnehmer zwingend sinken muss. Der Zuwachs des Volkseinkommens, der sich mit dieser Strategie erzielen lassen würde, könnte genutzt werden, um ein notwendigerweise expandierendes Gesundheitswesen zu finanzieren. Im Rahmen dieser Strategie kommt gezielten Investitionen in medizinische Technologie insofern eine Schlüsselrolle zu, als damit das Gesundheitswesen den Herausforderungen der älter werdenden Bevölkerung gerecht werden kann. Es ist somit laut Stolpe nicht nur wesentlich, die Gesundheit und Lebenserwartung der Menschen zu verbessern, sondern auch ihre Konsummöglichkeiten vor und nach dem Renteneintritt zu steigern und den Freizeitanteil an der gesamten Lebenszeit zu erhöhen.⁵⁹

59 Vgl. Michael Stolpe, Die Erhaltung der Gesundheit von Arbeitnehmern als politische Aufgabe in der alternden Gesellschaft, in Volker Schumpelick/Bernhard Vogel/Konrad Adenauer Stiftung (Hrsg.), Volkskrankheiten – Gesundheitliche Herausforderungen in der Wohlstandsgesellschaft, Verlag Herder GmbH, Freiburg, 2009, 463.

3. Fazit

„Gesundheit ist nicht alles, aber ohne Gesundheit ist alles nichts.“

Arthur Schopenhauer

Gesundheit als transzendentes Gut⁶⁰ stellt einen fundamentalen Wert und ein existenzielles Grundbedürfnis innerhalb der Werthierarchie des Menschen dar.

Seit jeher ist und war Gesundheit für die österreichische Bevölkerung ein wertvoller Lebensbestandteil. So gaben in einer 2007 von „Innovationspraxis“ für „Yakult“⁶¹ durchgeführten Studie 90 Prozent der 505 befragten Personen an, dass Gesundheit einen „sehr hohen Stellenwert“ für sie hat.⁶²

Laut Arnold steht die hohe Wertschätzung der eigenen Gesundheit allerdings vielfach in einem merkwürdigen Widerspruch zu den individuellen Lebensstilen zahlreicher Menschen, deren Lebensführung häufig als gesundheitsgefährdend und gesundheitsschädlich erachtet werden kann. Dies geht mit einer teilweise geringen Bereitschaft, präventiv die eigene Gesundheit zu schützen, einher.⁶³

Zu einer oftmals ungesunden Ernährung, dem gesundheitlich bedenklichen Missbrauch von Substanzen wie Alkohol, Nikotin oder Medikamenten und dem Mangel an Sport tritt eine beachtliche Liste an psychischen Problemen, wovon manche dieser Erkrankungen erst durch einen ungesunden Lebenswandel ausgelöst oder verstärkt werden. So wird in unserer Leistungsgesellschaft aufgrund von Druck, Stress bzw. dem Erfordernis hoher Flexibilität und Beschleunigung häufig das psychische Gleichgewicht ignoriert bzw. vernachlässigt und die individuelle

60 Transzendente Güter sind Güter mit Ermöglichungscharakter, deren (zumindest partieller) Besitz gewissermaßen Bedingung zur Realisierung individueller Lebensziele ist.

61 Yakult ist ein fermentiertes Magermilchgetränk mit speziellen Milchsäurebakterien, www.yakult.at

62 Die Innovationspraxis (2007): Das Gesundheitsverständnis der Österreicher. Eine Studie der Innovationspraxis im Auftrag von Yakult März/April 2007, 20. (Vgl. weiter Michael Penner, Arbeitslosigkeit und Gesundheitszustand unter spezieller Berücksichtigung älterer Arbeitsloser, in Josef Weidenholzer, Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik, Johannes Kepler Universität Linz in Zusammenarbeit mit der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse (Hrsg.), Gesundheitswissenschaften, Paper 27, Linz, 2009, 19.). Gefunden unter <https://www.oegkk.at/portal27/portal/ooegkkportal/content/contentWindow?contentid=10008.598856&action=b&cacheability=PAGE&version=1399896529>, 15.03.2015.

63 Vgl. Norbert Arnold, Hauptsache Gesund! Das Knappheitsproblem im Gesundheitswesen aus Konsumentensicht, in Volker Schumpelick/Bernhard Vogel/Konrad Adenauer Stiftung (Hrsg.), Was ist uns die Gesundheit wert?, Verlag Herder GmbH, Freiburg, 2007, 233f.

Belastbarkeit in den Vordergrund gerückt. Der Faktor „Resilienz“ wird verdrängt oder ganz ignoriert.

Erst wenn der Krankheitsfall eingetreten ist und die psychische oder physische Funktionalität des Organismus beschränkt wird, gerät der Wert der Gesundheit, in individueller Perspektive, ins Blickfeld.

Der besondere Stellenwert der Gesundheit für unser Leben liegt laut Diehl besonders darin, dass sie ein tragender Ermöglichungsgrund für die spezifisch menschliche Lebensführung darstellt. Ein solcher Ermöglichungsgrund ist sie in einem doppelten Sinne sowohl für alle persönlichen Potentiale und Fähigkeiten, die für eine selbstbestimmte und menschenwürdige Lebensführung notwendig sind, als auch für alle Lebenschancen, Werte und Güter, die durch eine selbstbestimmte und menschenwürdige Lebensführung überhaupt erst realisiert werden können. Deswegen ist Gesundheit laut Diehl nicht nur irgendein Gut unter vielen Gütern, sondern eine Bedingung der Ermöglichung und der Realisierung aller am Menschen selbst anhaftenden sittlichen Güter.⁶⁴

Es muss jedoch zwischen der persönlichen Wertschätzung, die der Gesundheit im Vergleich zu anderen Objekten der Wertschätzung zukommt, und dem besonderen Stellenwert der Gesundheit für unsere Wertpräferenzen unterschieden werden. Wenn jemand seine individuelle Gesundheit vernachlässigt, ist das eine Folge seiner relativ geringen persönlichen Wertschätzung der Gesundheit. Da aber somatische, psychische und mentale Gesundheit vielfach eine notwendige Voraussetzung für die Ausübung bestimmter Tätigkeiten, für die Wahrnehmung bestimmter Lebenschancen sowie für die Realisierung bestimmter Lebensziele darstellt, handelt es sich um einen Stellenwert, der von der persönlichen Wertschätzung gewissermaßen unabhängig ist.⁶⁵

Feststeht, dass mit dem Ermöglichungscharakter von Gesundheit und dessen Voraussetzung für physisches und psychisches Wohlbefinden zur Wahrnehmung bestimmter Lebenschancen auch ein beachtliches Maß an Eigenverantwortung einherzugehen hat. Aus individual- und sozialetischer Sicht ist jedoch für Diehl zu bedenken, dass Selbstverantwortung für die eigene Gesundheit und angemess-

64 Vgl. Ulrich Diehl, *Gesundheit – hohes oder höchstes Gut? Über den Stellenwert und Wert der Gesundheit*, in Hermes Kick/Jochen Taupitz (Hrsg.), *Gesundheitswesen zwischen Wirtschaftlichkeit und Menschlichkeit*, LIT Verlag, Münster, 2005, 123.

65 Vgl. Ulrich Diehl, *Gesundheit – hohes oder höchstes Gut? Über den Stellenwert und Wert der Gesundheit*, in Hermes Kick/Jochen Taupitz (Hrsg.), *Gesundheitswesen zwischen Wirtschaftlichkeit und Menschlichkeit*, LIT Verlag, Münster, 2005, 131.

sene Solidarität hinsichtlich der Gesundheitsversorgung im Generellen in einem dialektischen Zusammenhang stehen.⁶⁶

Einerseits ist ein gewisses Maß an Gesundheit eine notwendige Voraussetzung der potentiellen Selbstverantwortung, die in einem politischen Gemeinwesen mit einem öffentlichen Gesundheitswesen von allen Menschen und Bürgern erwartet wird und erwartet werden darf. Wer ernsthaft erkrankt ist, kann unter gewissen Umständen nicht mehr für sich selbst sorgen und in bestimmten Fällen nicht mehr selbstverantwortlich agieren. Andererseits ist Selbstverantwortung eine notwendige Voraussetzung der Gesundheit, denn ohne psychische Selbstsorge und gesunde Lebensführung kann es keine physische Gesundheit geben. Eine unreflektierte und ideologische Entgegensetzung von Eigenverantwortung und Solidarität in der Gesundheitspolitik verkennt somit laut Diehl, dass es gerade solidarisch ist, sich selbst um seine eigene Gesundheit und die seiner Angehörigen zu kümmern, wodurch das Gesundheitswesen entlastet wird. Umgekehrt ist es aber auch selbstverantwortlich, sich für ein maßvolles solidarisches Gesundheitswesen einzusetzen, weil somit die Grundbedürfnisse der meisten Menschen im eigenen Lebensumfeld langfristig geschützt werden können.⁶⁷

66 Vgl. Ulrich Diehl, Gesundheit – hohes oder höchstes Gut? Über den Stellenwert und Wert der Gesundheit, in Hermes Kick/Jochen Taupitz (Hrsg.), Gesundheitswesen zwischen Wirtschaftlichkeit und Menschlichkeit, LIT Verlag, Münster, 2005, 132.

67 Vgl. Ulrich Diehl, Gesundheit – hohes oder höchstes Gut? Über den Stellenwert und Wert der Gesundheit, in Hermes Kick/Jochen Taupitz (Hrsg.), Gesundheitswesen zwischen Wirtschaftlichkeit und Menschlichkeit, LIT Verlag, Münster, 2005, 133.

Fakt ist, dass der Einzelne dauerhaft von seiner individuellen Investition in die eigene Gesundheit profitiert. Gemäß Huster stellt Prävention allerdings auch einen äußerst wichtigen Aspekt für die Volksgesundheit dar. Durch früh ansetzende, gut geplante und effektive Präventionsstrategien kann eine Vielzahl an – meist erst im Alter auftretenden – Beeinträchtigungen und Erkrankungen vermieden bzw. deren Verlauf gemildert werden und somit dem demographischen Alterungsprozess sowie den damit verbundenen Kostenentwicklungen begegnet werden. Gesunde und produktive Menschen beeinflussen die Zukunft eines Staates und stellen letzten Endes die Basis einer prosperierenden Wirtschaft und einer sozialen Sicherheit dar. Dies hat – aus marktwirtschaftlicher Perspektive – den positiven Nebeneffekt, dass dem Staat ansonsten erwachsende Kosten für Krankenbehandlung, Pflege und Arbeitsausfall für andere Zwecke (Opportunitätskosten) eingesetzt werden können. Gesundheit ist daher sowohl aus individueller, aus sozialer als auch aus staatlicher Sicht als eine sinnvolle Investition zu erachten.⁶⁸

Abschließend ist somit festzuhalten, dass mit der Investition in Gesundheit eine hohe individuelle, soziale und wirtschaftliche Rendite einhergeht und die Frage nach dem Wert der Gesundheit in unserer heutigen Zeit vielleicht am ehesten mit dem Symbol einer „Chance“ für sich selbst als auch für die gesamte Menschheit beantwortet werden kann.

Was „der Mensch“ in die Gesundheit investiert, bekommt er verzinst zurück!

Stefanie Neumann

68 Vgl. Stefan Huster, Hier finden wir zwar nichts, aber wir sehen wenigstens etwas, Zum Verhältnis von Gesundheitsversorgung und Public Health, Medizinethische Materialien, Heft 178, Zentrum für Medizinische Ethik, Bochum, 2008, 4. (Vgl. weiter Stefanie Günther, Der Allokationskonflikt, Ressourcenknappheit im Gesundheitswesen unter Fokussierung auf die Onkologie, Dissertation aus Rechtswissenschaften, Salzburg, 2009, 361.).

Literatur

Selbstständige Publikationen

- Fischer, Michael/Seelmann, Kurt (Hrsg.), Ethik im transdisziplinären Sprachgebrauch, Ethik transdisziplinär, Band 8, Peter Lang Verlag, Frankfurt am Main, 2008.
- Grillberger, Konrad, Österreichisches Sozialrecht⁶, Springer, Wien, 2005.
- Günther, Stefanie, Der Allokationskonflikt, Ressourcenknappheit im Gesundheitswesen unter Fokussierung auf die Onkologie, Dissertation aus Rechtswissenschaften, Salzburg, 2009.
- Höffe, Gottfried (Hrsg.), Lexikon der Ethik⁶, Verlag C.H. Beck, München, 2002.
- Kick, Hermes/Taupitz, Jochen (Hrsg.), Gesundheitswesen zwischen Wirtschaftlichkeit und Menschlichkeit, LIT Verlag, Münster, 2005.
- Neumann, Stefanie, Ursachen der Ressourcenknappheit im Gesundheitswesen unter besonderer Berücksichtigung der Onkologie, AV Akademiker Verlag, Saabrücken, 2012.
- Schöne-Seifert, Bettina/Buys, Alena M./Ach, Johannes S. (Hrsg.), Gerecht behandelt? Rationierung und Priorisierung im Gesundheitswesen, mentis Verlag GmbH, Paderborn, 2006.
- Schumpelick, Volker/Bernhard Vogel, Bernhard/Konrad Adenauer Stiftung (Hrsg.), Volkskrankheiten – Gesundheitliche Herausforderungen in der Wohlstandsgesellschaft, Verlag Herder GmbH, Freiburg, 2009.
- Schumpelick, Volker/Vogel, Bernhard/Konrad Adenauer Stiftung (Hrsg.), Was ist uns die Gesundheit wert?, Verlag Herder GmbH, Freiburg, 2007.
- Wallner, Jürgen, Ethik im Gesundheitssystem, UTB Facultas Universitätsverlag, Wien 2004.
- Weber-Grellet, Heinrich, Rechtsphilosophie², Alpmann und Schmidt Juristische Lehrgänge, Münster, 2002.

Unselbstständige Publikationen

- Gesing, Kai, Global Health 2035 Studie: Investitionen in Gesundheit sind hochrentabel!, KfW Development Research, Entwicklungspolitik kompakt, Nr. 15, 20. Mai 2014, Frankfurt am Main, 2014.
- Höffe, Otfried, Aus philosophischer Sicht – Medizin in Zeiten knapper Ressourcen oder: Besonnenheit statt Pleonexie, Deutsches Ärzteblatt, 95, Heft 5, Verlag Deutsches Ärzteblatt, Köln, 1998.
- Huster, Stefan, Hier finden wir zwar nichts, aber wir sehen wenigstens etwas, Zum Verhältnis von Gesundheitsversorgung und Public Health, Medizinethische Materialien, Heft 178, Zentrum für Medizinische Ethik, Bochum, 2008.

Luf, Gerhard, Verteilungsgerechtigkeit im Bereich der modernen Medizin, Rechtsethische Überlegungen, Recht der Medizin, Heft 4, Manz, Wien, 1997.

Ostermann, Doris, Gesundheit als „Wert“ entdecken. Von der geistigen zur körperlichen Bewegung, Zeitschrift für Integrative Leib- und Bewegungstherapie in Deutschland, Niederlande, Österreich und Schweiz, Deutsche Gesellschaft für Integrative Leib- und Bewegungstherapie e.V., Hamburg, 2011.

Penner, Michael, Arbeitslosigkeit und Gesundheitszustand unter spezieller Berücksichtigung älterer Arbeitsloser, in Josef Weidenholzer, JKU Linz in Zusammenarbeit mit der OÖGKK (Hrsg.), Gesundheitswissenschaften, Paper 27, Linz, 2009.

Internetquellen

http://ec.europa.eu/health/newsletter/106/focus_newsletter_de.htm (Newsletter von Health-EU 106- Brennpunkt, Europäische Kommission)

http://ec.europa.eu/health/strategy/docs/swd_investing_in_health.pdf. http://ec.europa.eu/health/strategy/docs/swd_investing_in_health.pdf (Commission Staff Working Document, Investing in Health, 2013)

http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf (Global Recommendations on Physical Activity for Health)

<http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/1883/wirtschaftsethik-v7.html> (Definition Wirtschaftsethik)

http://www.aeltere-arbeitnehmer.de/public/lexicon/Texte/Fertilitaet/Muenz_Lebhart_Fertilitaet.pdf (Gustav Lebhart/Rainer Münz, Fertilität und Geburtenentwicklung)

http://www.ehfg.org/fileadmin/user_upload/EHFG-D-F2-Investing_in_Health.pdf (Zusammenfassung European Health Forum Gastein)

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/88609/E91438G.pdf (Charta von Tallin, Gesundheitssysteme für Gesundheit und Wohlstand, WHO, 2008)

http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_indikatoren/index.html (Indikatoren zur Lebenserwartung, Lebenserwartung der Männer und Frauen bei der Geburt)

http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/ (Vorausberechnete Bevölkerungsstruktur für Österreich 2013–2075 laut Hauptszenario in Prozent, Bevölkerungspyramide)

http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsausgaben/019701.html (Gesundheitsausgaben in Österreich laut System of Health Accounts)

<http://www.who.int/about/definition/en/print.html> (Satzung der Weltgesundheitsorganisation)

<https://www.bmfwf.gv.at/Wirtschaftspolitik/Wirtschaftspolitik/Documents/Gesundheits-satellitenkonto%20f%C3%BCr%20%C3%96sterreich%20-%20Studie.pdf> (Studie . Ein Gesundheitssatellitenkonto (GSK) für Österreich, IHS, 2013/2014)

https://www.kfw-entwicklungsbank.de/PDF/Download-Center/PDF-Dokumente-Development-Research/2014-05-20_EK_Global-Health-2035.pdf (Kai Gesing, Global Health 2035 Studie, Investitionen in Gesundheit sind hochrentabel, 2014)

https://www.medunigraz.at/images/content/file/pe/Tagungsbeitrag_Hanika.pdf (Alexander Hanika, Die Bevölkerungsentwicklung Österreichs und deren Implikationen für den Health Care Bereich, Statistik Austria, Wien, 2013)

<https://www.ooegkk.at/portal27/portal/ooegkkportal/content/contentWindow?contentid=10008.598856&action=b&cacheability=PAGE&version=1399896529> (Michael Penner, Arbeitslosigkeit und Gesundheitszustand unter spezieller Berücksichtigung älterer Arbeitsloser, 2009)

<https://www.sozialversicherung.at/portal27/sec/portal/vgkkportal/content/contentWindow?contentid=10007.722400&action=2> (Leitbild der österreichischen Sozialversicherung)

Thomas Bergmair

**Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Linzer Institut
für Gesundheitssystem-Forschung**

Vorzüge eines teuren Gesundheitssystems?

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in diesem Beitrag die männliche oder weibliche Form verwendet, auch wenn damit alle Geschlechter gemeint sind.

1. Einleitung	58
2. Public Health	59
3. Daten	76
4. Ökonometrische Analyse	78
5. Fazit	83
Literatur	84

Während in Anbetracht europaweit steigender Gesundheitsausgaben diskutiert wird, welche Faktoren die individuellen Gesundheitsausgaben auf Mikro-Ebene in welchem Ausmaß beeinflussen, welchen Einfluss beispielsweise das Alter einer Person auf ihre Gesundheitskosten hat, beschäftigt sich der vorliegende Beitrag mit einer etwas weiter entfernten, aber nicht minder wichtigen Betrachtungsweise – aus der Makro-Ebene. Anhand öffentlich verfügbarer Daten werden Input- und Output-Faktoren europäischer Länder miteinander verglichen und analysiert. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse erlauben den Schluss, dass hohe Gesundheitskosten vor allem eines sind: Der bittere Beigeschmack des Wohlstandes und einer gewissen Qualität und Sicherheit im Gesundheitswesen. Unter Beibehaltung dieser Standards darf selbstverständlich trotzdem nach größerer Effizienz, also mehr Output bei gleichem Input oder gleicher Output bei weniger Input, gestrebt werden, doch ist es wichtig, den Nutzen, der den hohen Ausgaben gegenübersteht, nicht aus den Augen zu verlieren.

1. Einleitung

Im Einzelfall darf man der Investition in Gesundheit mit Sicherheit niemals ein Preisschild umhängen. Das Leben und die Gesundheit eines jeden Menschen sind immer schier unbezahlbar. Dennoch muss ein Gesundheitssystem auch finanziert werden. Daher ist auch die Ökonomie eine berechtigte Teilkomponente in der Gesundheit. Denn wenn man sicherstellt, dass jeder Euro dort investiert wird, wo er den größten Nutzenzuwachs bewirkt, dann wird den meisten Menschen geholfen.

Gesundheitsausgaben und vor allem der fortwährende Anstieg ebendieser wird europa- wenn nicht sogar weltweit als zunehmend ernstes Problem wahrgenommen. Beinahe kein Land, in dem sie nicht als zu hoch angesehen werden. Es werden daher Sparmaßnahmen beschlossen, die zukünftige Kostenentwicklung wird eingeschränkt, oder man verändert die Struktur und Finanzierungsweise von Leistungen. Vor allem die öffentlich finanzierten Systeme geraten, mitunter begründet durch die demographische Entwicklung, aber auch durch den sehr kostentreibenden und schnell voranschreitenden medizinischen Fortschritt, zunehmend in finanzielle Bedrängnis. Jahr für Jahr steigt der Anteil der Wirtschaftsleistung, der in die Gesundheitssysteme fließt. Gewarnt wird einerseits vor Kostenexplosionen, gleichzeitig werden Leistungseinschnitte und Versorgungsengpässe als Resultat der Gegensteuerungsmaßnahmen befürchtet.

Keine Frage, die Gesundheits- und Sozialsysteme in Europa stehen vor großen Herausforderungen – dennoch ist es wichtig zu betonen, dass diese Systeme in erster Linie dem Wohlbefinden der Bevölkerung dienen – so dass dabei das primäre Ziel nicht allein Wirtschaftlichkeit und Rentabilität sein muss. Dennoch müssen diese Systeme irgendwie finanziert werden. Die hervorragend ausgebildeten Akteure im Gesundheitswesen wollen entsprechend ihrer Leistung angemessen entlohnt werden, Medikamente müssen entwickelt und bereitgestellt werden, Einrichtungen der Gesundheitsversorgung müssen betrieben werden, und so weiter. Bestrebungen zur Effizienzsteigerung sind in Anbetracht zunehmender Erfordernisse an die Finanzierbarkeit in jedem System sinnvoll, knappe Ressourcen dürfen auf keinen Fall verschwendet werden.

Natürlich kann ein explosionsartiger Anstieg der Gesundheitsausgaben ohne entsprechende Gegenleistung niemals ein erstrebenswertes Ziel sein, doch bestünde durchaus die Berechtigung, von einer vorhandenen Zahlungsbereitschaft für Qualität im Gesundheitswesen auszugehen. Vor allem in Ländern mit geteilter

Finanzierung des Gesundheitswesens durch öffentliche und private Mittel, wie beispielsweise in der Schweiz oder auch in Österreich, kann durchaus davon ausgegangen werden, dass bei den Menschen der Nutzen aus einer zusätzlichen Investition in ihre Gesundheit höher wiegt als die damit verbundenen Kosten. Diese Sichtweise umfasst auch die Möglichkeit einer alternativen Investition, die sogenannten Opportunitätskosten. Daraus kann geschlossen werden, dass auch von Versicherten in solidarisch finanzierten Gesundheitssystemen eine hohe Akzeptanz bei entsprechender Verwendung ihrer Steuermittel und Versicherungsbeiträge für die effiziente Bereitstellung eines potenten Gesundheits- und Sozialsystems vorherrscht.

Der vorliegende Beitrag untersucht vorwiegend den Kostenaspekt und stellt ihn einigen Qualitäts- und Einflussfaktoren gegenüber. In den folgenden Abschnitten wird geklärt, was Gesundheit ist und wie man sie messen kann.

2. Public Health

Der Public-Health-Ansatz betrachtet Gesundheit als Resultat zahlreicher Einflussfaktoren – nur einer davon ist das Gesundheitssystem. Wichtige Determinanten sind etwa auch Alter und Geschlecht, genetische Veranlagung, Lebensstil, soziale Integration sowie Einflüsse des sozioökonomischen Umfeldes und der Umwelt.¹ Misst man Gesundheit beispielsweise an der Lebenserwartung in einem Land und stellt sie dem BIP/Kopf oder den Gesundheitsausgaben pro Kopf gegenüber (Abbildung 1 und Abbildung 2), so zeigt sich, dass höherer Wohlstand, der eng verknüpft ist mit höheren Gesundheitsausgaben (Abbildung 7), sich sehr positiv auf die Lebenserwartung auswirkt. Gleichzeitig zeichnen sich die Bewohner der Mittelmeerländer Spanien, Italien und Frankreich trotz nur vergleichsweise moderatem Wohlstand durch die höchste Lebenserwartung aus. Als Schlussfolgerung aus dem Public-Health-Ansatz kann man daher davon ausgehen, dass es sich dabei nicht (allein) um das Resultat einer überragenden Gesundheitsversorgung oder des großen Reichtums handelt. Man könnte etwa mutmaßen, dass der in diesen Ländern verbreitete Lebensstil, die Ernährungsweise oder die klimatischen Bedingungen einen nicht unerheblichen Anteil an der Gesundheit der Bevölkerung – und damit der hohen durchschnittlichen Lebenserwartung – haben.

¹ Bencic; Popper (2009)

Genau diesem Ansatz wird auch in der Analyse, soweit die Datenlage es zulässt, Rechnung getragen.

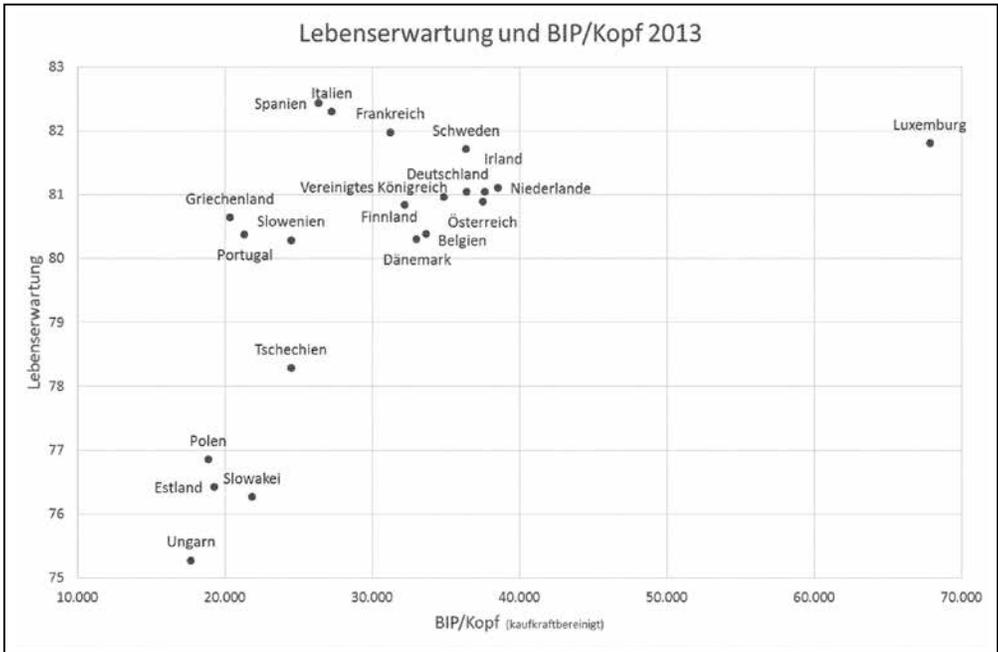


Abbildung 1: Lebenserwartung und BIP/Kopf in der EU im Jahr 2013.²

Die unterschiedlichen Einflussfaktoren der Gesundheit eines Menschen werden in der gesundheitsökonomischen Literatur intensiv untersucht. Im folgenden Abschnitt werden die wichtigsten Determinanten, die auch in diesem Beitrag zur Analyse herangezogen werden, aufgegriffen und diskutiert.

2 Korrelationskoeffizient zwischen Lebenserwartung und BIP/Kopf (kaufkraftbereinigt): 0,57; Korrelationskoeffizient ohne den Ausreißer Luxemburg: 0,67

2.1. Gesundheitsausgaben

Als gängige Messgrößen im Vergleich von Gesundheitssystemen werden oftmals Gesundheitsausgaben als Anteil am BIP oder aber Gesundheitsausgaben pro Kopf herangezogen. Anell und Willis (2000) kritisieren diese beiden Ansätze als unzureichend und zu wenig dimensional. Sie weisen besonders darauf hin, dass Veränderungen in den anteiligen Gesundheitsausgaben von den absoluten Gesundheitsausgaben genauso beeinflusst werden wie vom BIP, zu denen sie in Relation gesetzt werden. Bei Absolut-Werten wie den Ausgaben pro Kopf hingegen sei die Vergleichbarkeit unterschiedlicher Währungen und Preisniveaus problematisch. Abhilfe verschafft oft die Berücksichtigung von Kaufkraftparitäten, die jedoch ihrer Meinung nach für nicht handelbare Dienstleistungen des öffentlichen Sektors nur bedingt angewandt werden können.³

Kritisch beäugen die beiden Autoren auch die stete Fixierung bei Maßnahmen der Gesundheitspolitik auf Ausgabenobergrenzen. Idealerweise sollte sich die Allokation von Ressourcen im Gesundheitswesen nach der Grenzproduktivität richten und nicht nach irgendwelchen vorgeschriebenen Ausgabenobergrenzen.⁴

„Resources should be allocated to health care so long, as the marginal value of medical services is greater than that of the production foregone in alternative uses, and not until some arbitrary expenditure quota is reached.“ (Anell, Willis (2000); S.771)

Trotz dieser Einwände werden in diesem Beitrag die Gesundheitsausgaben pro Kopf eine entscheidende Rolle als Messgröße spielen. Anhand von OECD-, WHO- und Eurostat-Daten werden *kaufkraftbereinigte Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben* berechnet und dienen als Grundlage für die Analyse.⁵

3 Anell, Willis (2000) zitieren Anderson (1997); Anderson, Poullier (1999) und Kanavos, Mossialos (1997)

4 Anell, Willis (2000)

5 Reales kaufkraftbereinigtes BIP: OECD; Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP: WHO; Bevölkerung: Eurostat

2.2. Gesundheitszustand

Während die zuvor erörterten Gesundheitsausgaben meist die Input-Seite in der Gesundheitsökonomie darstellen, gilt die Lebenserwartung als Output-Komponente und hat sich als populäre Messgröße etabliert. So bezeichnen etwa Bradley et al. (2011) die Lebenserwartung als wichtigen Indikator der Gesundheit eines Landes – für den die OECD standardisierte Messmethoden entwickelt hat, um Vergleichbarkeit zu gewährleisten.⁶ Wie im Public-Health-Ansatz beschrieben, ist die Lebenserwartung als Ausprägung von Gesundheit aber keinesfalls das alleinige Resultat von Gesundheitsausgaben. Dennoch besteht ein Zusammenhang zwischen den beiden Messgrößen.

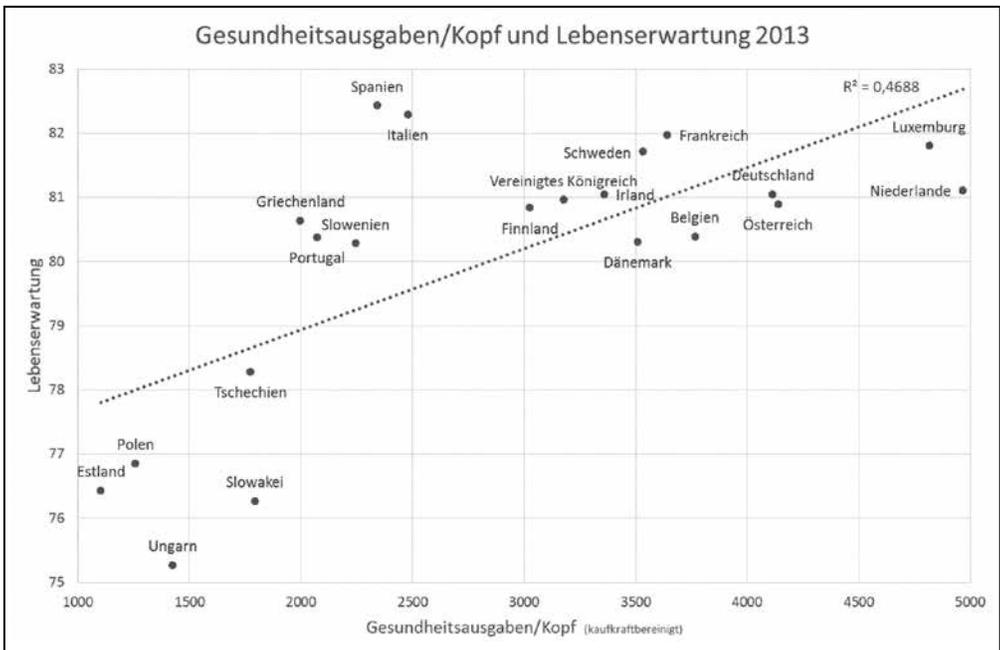


Abbildung 2: Gesundheitsausgaben pro Kopf und Lebenserwartung in der EU im Jahr 2013.⁷

6 Bradley et al. (2011)

7 Der Korrelationskoeffizient zwischen Lebenserwartung und kaufkraftbereinigten Gesundheitsausgaben beträgt 0,68.

Die Gegenüberstellung von Lebenserwartung⁸ und Gesundheitsausgaben im Jahr 2013 über 21 Länder zeigt, dass die Lebenserwartung mit den Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben zunimmt. In den osteuropäischen Ländern mit geringeren Ausgaben liegt sie unter 80 Jahren, in den restlichen Ländern Europas über 80 Jahren. Auffallend sind wieder die Mittelmeerländer Spanien und Italien, die bei moderaten Gesundheitsausgaben die höchste Lebenserwartung aufweisen. Daran wird abermals deutlich, dass die eindimensionale Betrachtungsweise zweier Variablen immer die Gefahr birgt, wichtige Faktoren außer Acht zu lassen. Vor allem in der Analyse von Gesundheitsdaten spielen viele Faktoren – wie in diesem Fall etwa die Lebensweise oder klimatische Gegebenheiten – eine Rolle, die oft nur schwer messbar sind. Trotzdem können anhand der Variable Gesundheitsausgaben etwa 30 Prozent der Variation in der Lebenserwartung erklärt werden. Über die Wirkrichtung dieses Zusammenhangs wird damit allerdings keine Aussage getroffen. Einerseits wäre es plausibel, dass die höheren Gesundheitsausgaben die Lebenserwartung erhöhen. Genauso ist es aber möglich, dass die höhere Lebenserwartung die Gesundheitsausgaben in die Höhe treibt.

Eine weitere sehr verbreitete Messgröße ist der Body-Mass-Index (BMI). Er stellt das Körpergewicht in Relation zur Körpergröße und gilt als Indikator für Über-, Normal- oder Untergewicht. Ein Wert über 25 gilt als Übergewicht, bei einem Wert über 30 spricht man von Fettleibigkeit. Die Verwendung des BMI zur Diagnose von Übergewicht ist zwar mitunter umstritten, aber aufgrund der einfachen Berechnungsmöglichkeit trotzdem weit verbreitet.⁹ Übergewicht gilt als Risikofaktor für zahlreiche Gesundheitsprobleme, daher wird vom BMI gerne auch auf den Gesundheitszustand geschlossen. Aufgrund dessen hat sich der BMI, ähnlich der Lebenserwartung, als beliebte Determinante in zahlreichen Feldern der Gesundheitsforschung etabliert und wird oft als Indikator herangezogen.

Quesenberry et al. (1998) sehen beispielsweise im Übergewicht eine potentielle Quelle vermeidbarer Gesundheitsausgaben. Sie quantifizieren in ihrer Studie den Zusammenhang zwischen BMI und der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen und können Zusammenhänge mit vielerlei Elementen der Gesundheitsversorgung nachweisen. So lässt sich ein höherer BMI assoziieren mit einer größeren Anzahl an Spitalstagen, häufigeren und teureren Besuchen bei niedergelassenen Ärzten, höheren Kosten für Medikamente und Laborleistungen sowie allgemein höheren Gesamtkosten. So lagen beispielsweise die jährlichen Gesamtausgaben der Gruppe mit einem BMI über 40 78 % über den jährlichen Gesamtausgaben der Normalgewichtigen. Dieser Kostenunterschied lässt sich durch den ebenfalls gegebenen Zusammenhang zwischen BMI und koronaren Herzerkrankungen,

8 Datenquelle Lebenserwartung: Worldbank

9 Vgl. zum Beispiel <http://de.wikipedia.org/wiki/Body-Mass-Index>

Bluthochdruck und Diabetes erklären. Aufgrund dieses starken Zusammenhanges sprechen die Autoren davon, dass eine Berücksichtigung dieser Komorbiditäten (Begleiterkrankungen) und des BMI einer Überkorrektur entspräche.¹⁰ Dieses Argument legitimiert die Verwendung des BMI als Indikator für die allgemeine Gesundheit. Ähnlich wie die hier vorliegenden Daten, hatten es Quesenberry et al. in ihrer Untersuchung des BMI mit Eigenangaben zu tun und stellen fest, dass die Gewichtsangaben bei der Befragung niedriger waren als das tatsächliche Körpergewicht. Daraus schließen sie, dass die auf diesen Daten basierenden Ergebnisse eher als konservativ zu betrachten sind.¹¹

Auch Raebel et al. (2004) vergleichen die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen zwischen alters- und geschlechtsgleichen Übergewichtigen und Nicht-Übergewichtigen. Sie finden ebenfalls einen starken Unterschied zwischen den beiden Gruppen, vor allem hinsichtlich des Einsatzes verschreibungspflichtiger Medikamente. So kommen bei übergewichtigen Individuen verschreibungspflichtige Medikamente 1,81-mal häufiger zum Einsatz als bei normalgewichtigen Individuen. Auch die Hospitalisierungsrate ist 3,85-mal höher.¹²

Was demnach bei individueller Betrachtungsweise unbestritten ist, nämlich dass Übergewicht höhere Gesundheitsausgaben verursacht¹³, lässt sich auf länderübergreifender Ebene in Abbildung 3 und 4 nicht so leicht nachweisen. Zu groß ist vermeintlich der Zusammenhang mit dem Bruttoinlandsprodukt. Übergewicht ist gemäß den hier vorliegenden Daten vor allem in den osteuropäischen Ländern mit niedrigerem BIP/Kopf stärker verbreitet. Hinzu kommen in diesem Fall auch noch die schlechte Datenverfügbarkeit und unterschiedliche Angaben von Übergewicht¹⁴. Somit tritt höheres Übergewicht verstärkt in „ärmeren“ Ländern auf, in denen auch die Gesundheitsausgaben niedriger sind.

10 Quesenberry et al. (1998)

11 Quesenberry et al. (1998)

12 Raebel et al. (2004)

13 z.B. Quesenberry et al. (1998); Raebel et al. (2004); für Österreich: Hackl et al. (2010)

14 Fettleibigkeit: OECD Health Statistics, verschiedene Jahre; teilweise uneinheitliche Messmethoden – Lücken wurden extrapoliert und ergänzt

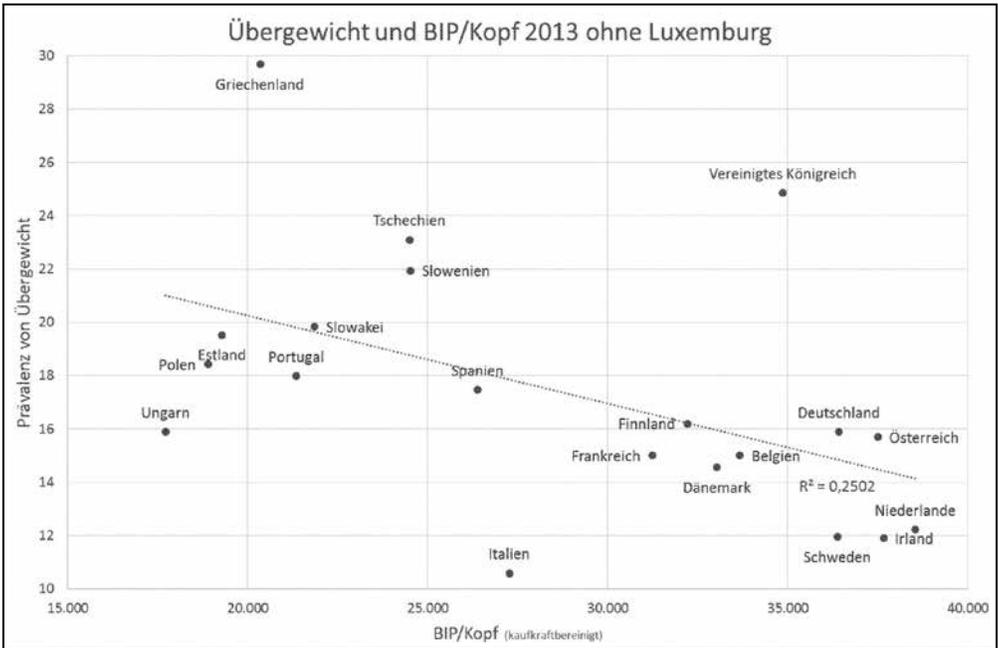


Abbildung 3: Übergewicht und BIP/Kopf in der EU ohne Luxemburg.¹⁵

15 Der Ausreißer Luxemburg wird in dieser Darstellung mit einem BIP/Kopf von etwa 67.000 nicht abgebildet.
 Korrelationskoeffizient zwischen Übergewicht und BIP/Kopf: -0,26

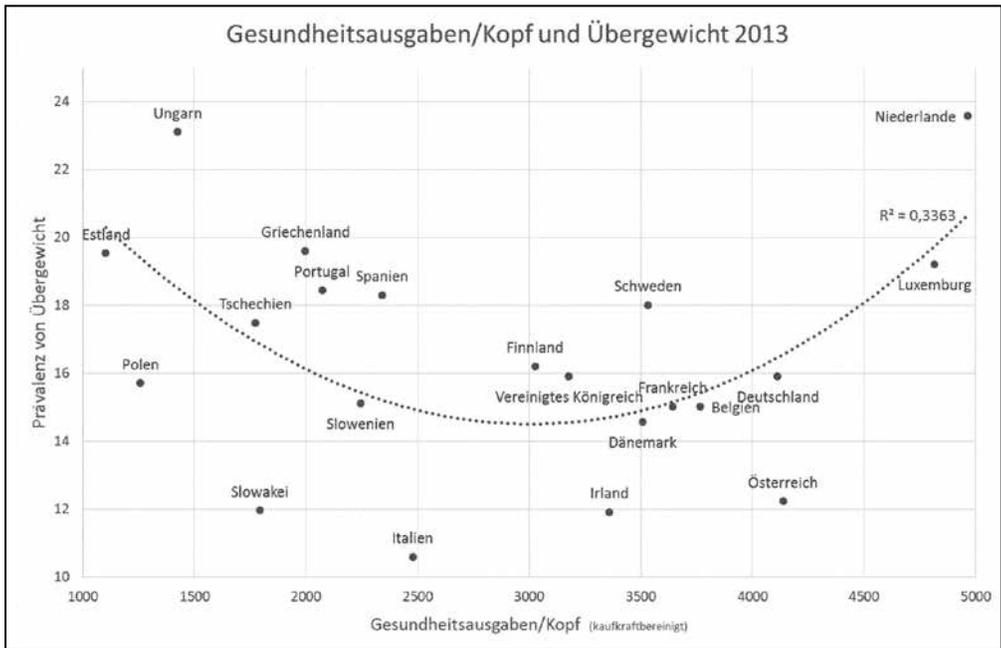


Abbildung 4: Gesundheitsausgaben pro Kopf und Übergewicht in der EU im Jahr 2013.¹⁶

Entgegen der abzuleitenden Annahme, dass eine stärkere Prävalenz von Übergewicht in einem Land mit höheren Gesundheitsausgaben assoziiert ist, zeigen die Daten also einen gegenteiligen Trend. Durch die Anwendung eines quadratischen Trends zwischen *Prävalenz von Übergewicht* und den Gesundheitsausgaben pro Kopf in Abbildung 4 wird der Zusammenhang am besten dargestellt – dadurch können rund 34 Prozent der Variation erklärt werden. Während in Ländern mit geringen Gesundheitsausgaben und hoher Fettleibigkeit, vorwiegend im Osten Europas, mit zunehmenden Gesundheitsausgaben die Prävalenz von Übergewicht abnimmt, verändert sich dieses Schema ab dem mittleren Ausgabenspektrum, so dass zunehmende Fettleibigkeit mit höheren Ausgaben assoziiert werden kann.

Zusätzlich zu den Gesundheitsindikatoren BMI und Lebenserwartung stehen in dieser Untersuchung Daten zum subjektiven Gesundheitszustand der Bevölkerung zur Verfügung. Er wurde durch das Health Consumer Powerhouse für den

¹⁶ Korrelationskoeffizient, der den linearen Zusammenhang zwischen den Gesundheitsausgaben pro Kopf und der Prävalenz von Übergewicht misst: -0,04; die quadratische Approximation eines Trends bildet die Variation der Ausprägungen besser ab und erklärt 33 Prozent der Variation, der lineare Trend würde 0,15 Prozent der Variation erklären.

Euro Health Consumer Index 2014¹⁷ anhand einer Befragung erhoben. Die Ergebnisse werden wiederum den Gesundheitsausgaben pro Kopf gegenübergestellt. Dabei zeigt sich, dass sich die Bevölkerung in Ländern mit höheren Gesundheitsausgaben auch deutlich gesünder fühlt. Besonders auffällig ist, dass in Schweden und Irland etwa 80 Prozent der Bewohner ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut einschätzen, während es in Portugal nur etwa 46 Prozent sind.

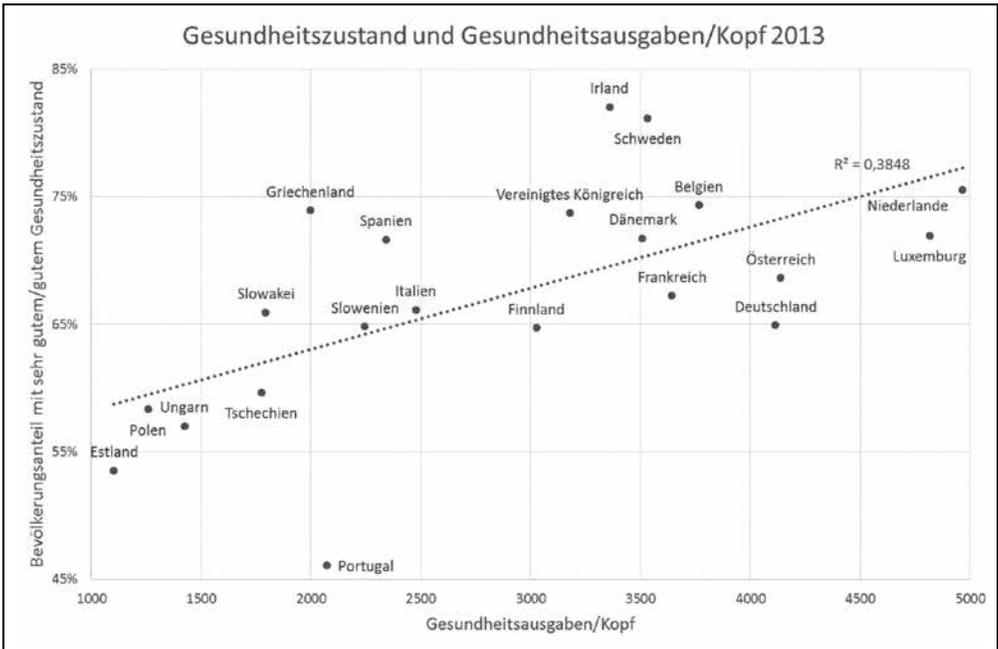


Abbildung 5: Gesundheitszustand und Gesundheitsausgaben pro Kopf in der EU im Jahr 2013.¹⁸

2.3. Wartezeiten

Wartezeiten gelten als großer Einflussfaktor auf Gesundheitsausgaben, da entsprechende Ressourcen bereitgestellt werden müssen, um Wartezeiten gering zu halten. In der Literatur wird auf Unklarheit und Unstimmigkeit über den Vorgang der Messung von Wartezeiten hingewiesen.¹⁹ Da es keine einheitliche öffentlich zugängliche Aufzeichnung über tatsächliche Wartezeiten der Länder der

17 Health Consumer Powerhouse (2014)

18 Korrelationskoeffizient zwischen Gesundheitszustand und Gesundheitsausgaben pro Kopf: 0,60

19 Vgl. Viberg et al. (2013), Siciliani, Hurst (2004), Siciliani et al. (2014),

verwendeten Stichprobe gibt, werden hier wieder Daten des Euro Health Consumer Index²⁰, basierend auf der Einschätzung der Umfrageteilnehmer, verwendet.

Die Annahme eines deutlichen negativen Zusammenhangs zwischen Wartezeiten und Gesundheitsausgaben wird in Abbildung 6 eindeutig bestätigt. Die lineare Trendlinie zeigt den negativen Zusammenhang zwischen den beiden Variablen in der vorliegenden Stichprobe auf. Je höher die Ausgaben sind, desto kürzer werden die Wartezeiten auf Elektivoperationen, abgebildet auf einer dreistufigen Skala²¹, eingeschätzt. Die niedrigsten Wartezeiten finden sich demnach in Belgien, die höchsten in Portugal und Irland.

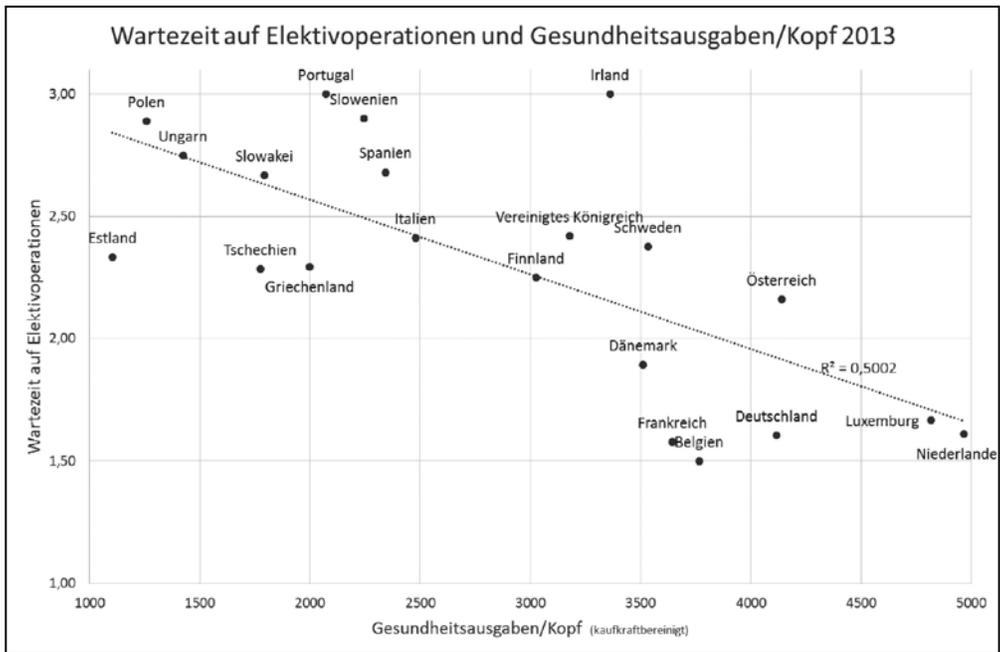


Abbildung 6: Wartezeit auf Elektivoperationen und Gesundheitsausgaben pro Kopf in der EU im Jahr 2013.²²

20 Health Consumer Powerhouse (2014)

21 Einschätzung der Wartezeit laut EHCI : Skalierung: 1 = The vast majority of patients (over 90 %) would get the operation WITHIN three months; 2 = Most patients (over 50 %) would get the operation WITHIN three months. 3 = Most patients (over 50 %) would typically WAIT MORE THAN three months.

22 Korrelationskoeffizient zwischen der Wartezeit auf Elektivoperationen und den Gesundheitsausgaben pro Kopf (kaufkraftbereinigt): -0,71

2.4. Gesundheit und Bruttoinlandsprodukt

Filmer und Pritchett (1999) untersuchen den Einfluss von öffentlichen Ausgaben auf Gesundheit, gemessen an der Kinder- und Säuglingssterblichkeit – einer der verbreitetsten und zuverlässigsten Indikatoren des Gesundheitszustandes. Sie kommen zu dem Schluss, dass sich der Einfluss dieses Faktors in Grenzen hält. Weit wichtiger seien die Rolle des Pro-Kopf-Einkommens, der Ungleichheit in der Einkommensverteilung sowie der Bildungsstand von Frauen, die gemeinsam mit dem Grad der ethnischen Fragmentierung und der vorherrschenden Religion etwa 95 % der Variation in der Kinder- und Säuglingssterblichkeit erklären.²³

Bloom et al. (2004) zeigen den Umkehrschluss, nämlich dass gute Gesundheit einen beträchtlich positiven, statistisch signifikanten Effekt auf das aggregierte Output hat, auch wenn die *Erfahrung in der Arbeitswelt* als eine der wichtigsten Determinanten von Produktivität bereits berücksichtigt wird. Der Produktivitätszuwinn durch höhere Gesundheit resultiere nicht allein aus der längeren Arbeitserfahrung als Resultat höherer Lebenserwartung, sondern sei tatsächlich in der besseren Gesundheit begründet. Sie finden, dass eine Erhöhung der Lebenserwartung um ein Jahr den Output eines Landes um 4 Prozent erhöht.²⁴ Auch Amiri und Ventelou (2010) argumentieren, dass gute Gesundheit als Input-Faktor in die makroökonomische Produktionsfunktion einfließt und somit das BIP stimuliert.²⁵ Bloom et al. meinen, dass Investitionen in Gesundheit sich allein durch diesen kausalen Wachstumseffekt in der Arbeitsproduktivität rechtfertigen würden.²⁶ Anhand der vorliegenden Daten lässt sich in der Regressionsanalyse schließen, dass ein Anstieg der Gesundheitsausgaben zwischen 1,6 und 11 %, je nach Land und zugrunde liegendem Modell, die Lebenserwartung um 1 Jahr erhöhen kann – so dass der damit einhergehende Anstieg des BIP von etwa 4 % – laut Bloom et al. – durchaus eine solche Investition rechtfertigen könnte.

23 Filmer, Pritchett (1999)

24 Bloom et al. (2004)

25 Amiri, Ventelou (2010)

26 Bloom et al. (2004)

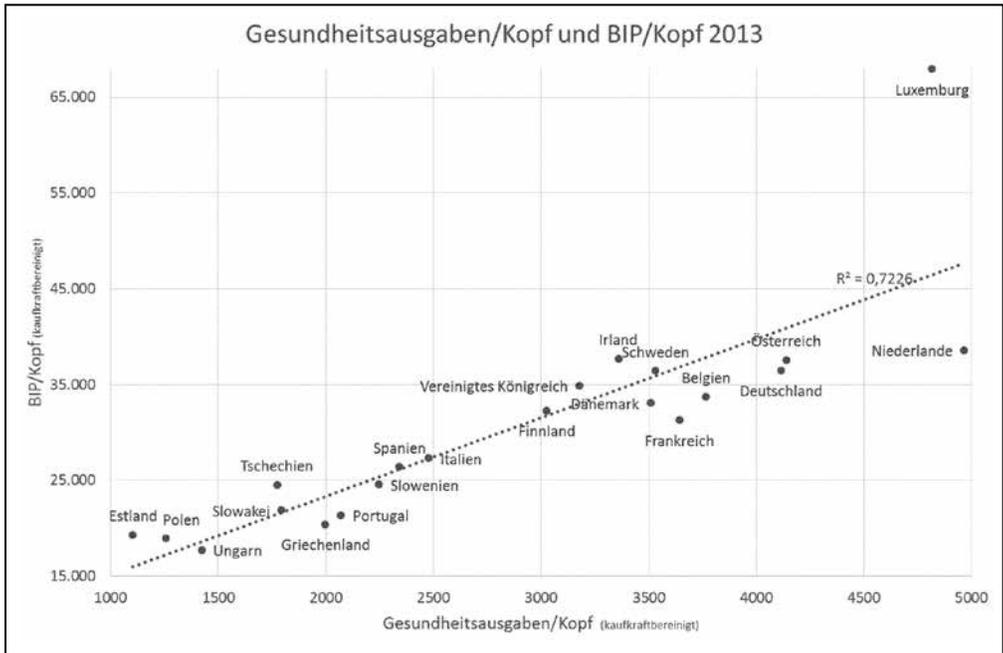


Abbildung 7: Gesundheitsausgaben pro Kopf und BIP pro Kopf in der EU im Jahr 2013²⁷

27 Korrelationskoeffizient zwischen Gesundheitsausgaben/Kopf und BIP/Kopf: 0,85; ohne Luxemburg: 0,94

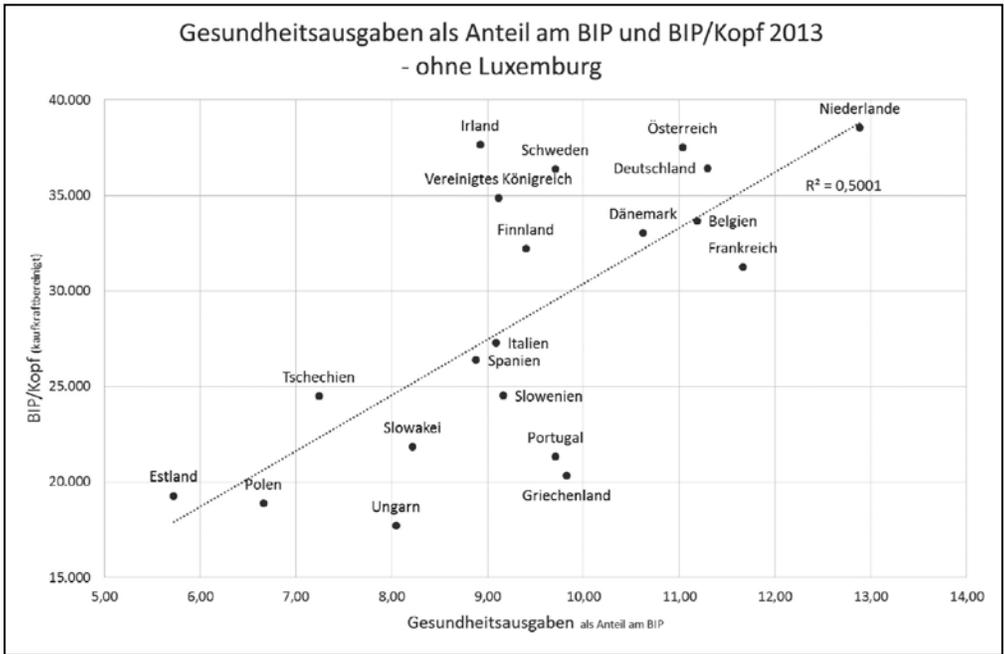


Abbildung 8: Gesundheitsausgaben als Anteil am BIP und BIP pro Kopf in der EU im Jahr 2013 – ohne Luxemburg²⁸

Eine Gegenüberstellung von Gesundheitsausgaben und BIP/Kopf über 20 europäische Länder zeigt, dass reichere Länder sowohl absolut (Abbildung 7) als auch relativ (Abbildung 8) mehr für Gesundheit ausgeben.²⁹

28 Korrelationskoeffizient zwischen Gesundheitsausgaben als Anteil am BIP und BIP/Kopf ohne Luxemburg: 0,71

29 Luxemburg wurde mit einem BIP/Kopf von 68.000 und den dadurch bedingten niedrigen Anteiligen Gesundheitsausgaben von 7 Prozent als Ausreißer von der Darstellung in Abbildung 8 ausgenommen.

2.4.1 Sozialausgaben

Bradley et al. (2011) untersuchen Daten aus OECD-Mitgliedsländern zusätzlich hinsichtlich eines weiteren Aspekts zur Determination von Gesundheit. Unter Berücksichtigung unterschiedlicher Parameter der Gesundheit einer Gesellschaft finden sie, dass der Zusammenhang zwischen Gesundheitsausgaben und der Gesundheit – gemessen als Lebenserwartung und potential years of life lost – nur begrenzt nachweisbar ist. Sie kommen zu der Erkenntnis, dass das Verhältnis zwischen Sozialausgaben und Gesundheitsausgaben eine stark determinierende Wirkung auf unterschiedliche Parameter des Gesundheitszustandes einer Gesellschaft hat. Während die Höhe der Gesundheits- und Sozialausgaben gemeinsam in den meisten OECD-Ländern konstant zwischen 25 und 35 % des BIP liegt, zeigen sich in deren Verhältnis zueinander doch deutliche Unterschiede.³⁰ Für Indikatoren, die sich eher auf medizinische Aspekte von Gesundheit konzentrieren, wie Krebsuntersuchungsraten oder Überlebensraten, attestieren die Autoren einen stärkeren Zusammenhang zu den reinen Gesundheitsausgaben. Sie kommen zu dem Schluss, dass Reformen, die sich allein auf die Gesundheitsausgaben konzentrieren, möglicherweise ihre Wirkung verfehlen. Erst die Miteinbeziehung eines größeren sozialpolitischen Maßnahmenkataloges, könnte ausschlaggebend sein für einen großflächigen Erfolg einer „Gesundheits- (und Sozial-) Reform“.³¹

2.5. Zufriedenheit

Als weiterer Kostentreiber im Gesundheitssystem und somit als Einflussfaktor auf die Gesundheit kann die Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem angesehen werden. Als Proxy-Variable deckt die Zufriedenheit, später gemessen als Bewertung der Qualität der Gesundheitsversorgung, verschiedene Aspekte, beispielsweise den der Versorgungsdichte oder des Umganges mit Patienten ab. Zweifelsohne lässt diese Variable einigen Interpretationsspielraum offen, doch deckt sie eine Reihe ansonsten kaum messbarer oder nicht verfügbarer anderer Variablen ab.

Footman et al. (2013) untersuchen in ihrer Analyse beispielsweise die öffentliche Zufriedenheit mit den Gesundheitssystemen in 9 Ländern der vormaligen Sowjetunion. Im dort verwendeten Modell beeinflussen das Alter, der Bildungsstand, der ökonomische Status, die Wohngegend sowie körperliche und geistige Ge-

30 Bradley et al. (2011)

31 Bradley et al. (2011)

sundheit die Zufriedenheit.³² Als stärkste Determinante für Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem entpuppt sich in der Arbeit von Footman et al. der Faktor *Vertrauen in politische Institutionen*.³³ Die Autoren stellen auch die Schwächen einer öffentlichen Zufriedenheitseinschätzung dar. So würde beispielsweise mediale Berichterstattung das Bild in der Öffentlichkeit maßgeblich determinieren, während die Aussagekraft über eine tatsächliche Performance dadurch unberührt bleibt.³⁴

Der auf den ersten Blick vielleicht intuitiv erscheinende positive Zusammenhang zwischen Ausgaben, Gesundheit und Zufriedenheit ist jedoch bei näherer Betrachtung weniger eindeutig. Möglich wäre, dass man sich in einem vermeintlich besseren Gesundheitssystem besser aufgehoben und somit gesünder fühlt – ein Faktor, der die tatsächliche Gesundheit zweifelsohne maßgeblich beeinflusst. Somit könnte sich größere Zufriedenheit kostensenkend auswirken. Andererseits könnte eine größere subjektive Geborgenheit auch zu Moral-Hazard-Verhalten führen, was eine stärkere Beanspruchung des Gesundheitssystems zur Folge haben könnte und somit kostensteigernd wirken würde. Spannender wird die Frage bei einer multivariaten Betrachtungsweise. Dann entpuppt sich der Einfluss größerer Zufriedenheit auf die Gesundheitsausgaben, wenn alle anderen Faktoren unverändert bleiben, sich also beispielsweise der Gesundheitszustand nicht verändert.

Bleich, Özaltin und Murray (2009) kritisieren, dass zwar die Erhebung von Patientenzufriedenheit global zunehmend an Bedeutung gewinne, doch dass mit zweierlei Maß gemessen werde: Einerseits werde die Zufriedenheit unmittelbar nach einer Behandlung eruiert, andererseits befrage man ganz allgemein zur Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem. Beide Werte seien zwar wichtig, doch müsse dringend unterschieden werden.³⁵ Die hier verwendeten Daten beziehen sich auf das System und nicht auf eine zuvor erfolgte Behandlung. Während in der älteren Literatur oftmals davon gesprochen wird, dass nach Berücksichtigung sozioökonomischer Faktoren sämtliche Variation in der Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem nur noch abhängig von der persönlichen Erfahrung als Patient sei³⁶, zeigen Bleich, Özaltin und Murray, dass auch dieser Faktor nur etwa 10 % der Variation erklären kann. Die weiteren Einflussfaktoren sehen die Autoren „above and beyond patient experience“ – jenseits der Patientenerfahrung. Als Beispiele nennen sie das Bild, dass die Medien vom Gesundheitswesen porträtieren, Diskussionsweisen von politischen Führern oder sogar landesweite Ereignis-

32 Footman et al. (2013)

33 Footman et al. (2013)

34 Footman et al. (2013)

35 Bleich, Özaltin, Murray (2009)

36 Blendon, et al. (2001)

se wie Krieg oder gar die Leistungen der heimischen Fußballmannschaft. Weiters stellen sie fest, dass die Finanzierungsweise eines Gesundheitssystems nur sehr beschränkt Einfluss auf die Zufriedenheit nimmt – als Beispiel nennen sie Spanien und Österreich, die trotz ähnlicher Finanzierungsweisen und Zugänglichkeit bei 10 bzw. 70 % der Bevölkerung einen sehr hohen Zufriedenheitsgrad aufweisen.³⁷

Blendon et al. (2003) untersuchen eine kleine Subpopulation von Patienten mit chronischem Pflegebedarf oder Intensivpflegebedarf in 5 Ländern aus dem Commonwealth. Sie finden eine weit verbreitete Unzufriedenheit in dieser in höchstem Maße vom Gesundheitssystem abhängigen Gruppe, unabhängig vom Gesundheitssystem. Besonders gefährdet scheint diese Gruppe von Koordinierungsproblemen, Kommunikationsfehlern und Versorgungsfehlern, beispielsweise in der Medikation, zu sein. Ein Großteil der Befragten würde eine Erhöhung der öffentlichen Gesundheitsausgaben als wichtigste Maßnahme zur Verbesserung der medizinischen Versorgung ansehen. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass ein stärkerer Fokus auf diese Gruppe von Patienten, die zu den intensivsten Nutzern eines Gesundheitssystems gehören, ein enormes Potential zur Kostenkontrolle und zur Verbesserung der allgemeinen Versorgung für die gesamte Bevölkerung – und somit deutliche Effizienzvorteile – bergen würde.³⁸ Auch Nolte und McKee zeigen deutliches Potenzial zur Steigerung von Effizienz, indem ein zeitgerechter und effizienter Einsatz von Versorgungsmaßnahmen in den USA viele vermeidbare Erkrankungen unterbinden und somit Tode unter verhältnismäßig geringem Mitteleinsatz vermeiden könnte.³⁹

Fenton et al. (2012) legen besonderes Augenmerk auf den intertemporalen Zusammenhang zwischen Zufriedenheit in Jahr 1 und der Verwendung von Ressourcen der Gesundheitsversorgung sowie Gesundheitsausgaben in Jahr 2. Außerdem vergleichen sie die Daten mit Sterblichkeitsaufzeichnungen der folgenden Jahre. Sie kommen zu dem Schluss, dass durch größere Zufriedenheit zwar ein Dämpfungseffekt für die Besuche in Notaufnahmen besteht, gleichzeitig komme es aber ceteris paribus zu mehr Spitalsaufhalten, höheren Ausgaben, vermehrten Medikamentenverschreibungen und letztendlich auch zu höherer Sterblichkeit. Die höchste Patientenzufriedenheit im Jahr 1 findet sich bei älteren, weiblichen, schwarzen Menschen und bei jenen mit Versicherungsschutz. Verglichen mit den unzufriedensten Patienten wiesen die Zufriedensten ein statistisch signifikantes, 26 % höheres Sterberisiko auf, obwohl die persönliche Einschätzung der Gesundheit der Patienten bei den zufriedeneren besser war.⁴⁰

37 Bleit et al. (2009)

38 Blendon et al. (2003)

39 Nolte und McKee (2003)

40 Fenton et al. (2012)

Fenton et al. (2012) weisen weiter darauf hin, dass beispielsweise Bewertungsportale für Ärzte einzig und allein die Zufriedenheit von Patienten als Beurteilungskriterium heranziehen und warnen vor dadurch entstehenden Anreizwirkungen und adversen Effekten.

Der vorliegende Beitrag instrumentalisiert die Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem wiederum anhand einer Befragung, die vom Health Consumer Powerhouse zur Qualität der Gesundheitsversorgung durchgeführt wurde.⁴¹ Dabei sollten die Teilnehmer an einer Befragung die Qualität der Gesundheitsversorgung in ihrem Land anhand einer 4-stufigen Skala einschätzen. In der folgenden Analyse werden diese Ergebnisse verwendet und in Abbildung 9 den Gesundheitsausgaben pro Kopf gegenübergestellt. Darin zeigt sich, dass in Ländern mit höheren Ausgaben die Qualität der Gesundheitsversorgung höher wahrgenommen wird. Spitzenreiter sind in dieser Kategorie Belgien und Österreich, am unteren Ende des Spektrums findet sich interessanterweise mit Italien eines jener Länder mit der höchsten Lebenserwartung wieder.

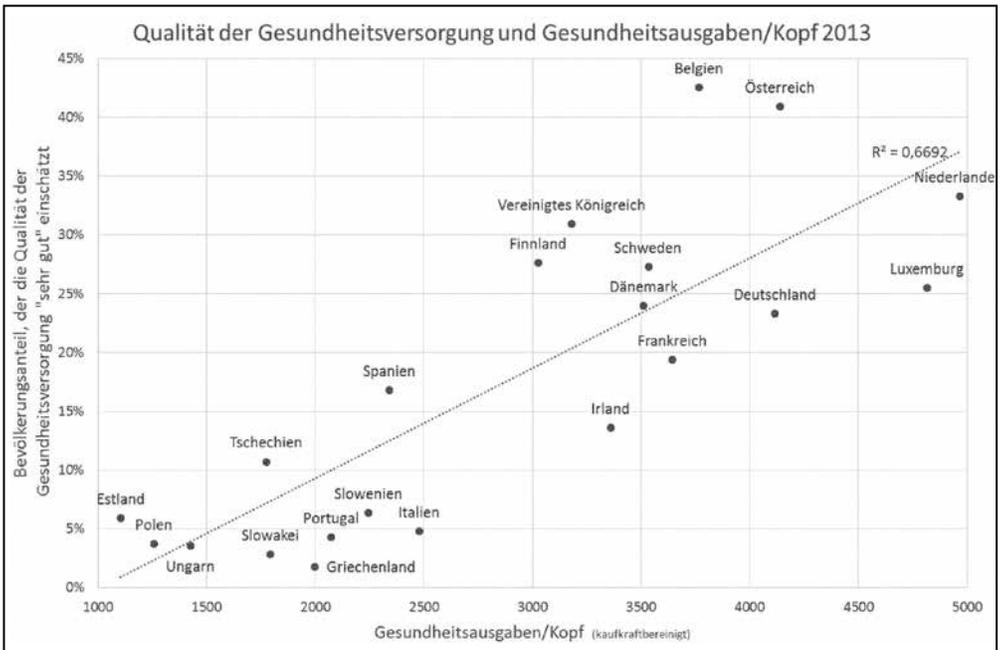


Abbildung 9: Qualität der Gesundheitsversorgung und Gesundheitsausgaben pro Kopf in der EU im Jahr 2013⁴²

41 Health Consumer Powerhouse (2014)

42 Korrelationskoeffizient zwischen Qualität der Gesundheitsversorgung und Gesundheitsausgaben/Kopf: 0,77

3. Daten

Die Messung von Gesundheit erweist sich als schwierig, aus diesem Grund behilft man sich in diesem Beitrag unterschiedlicher Kovariablen als Proxys, die über die Qualität eines Gesundheitssystems, den damit verbundenen Komfort, oder aber eben Determinanten, die zur Bestimmung der Gesundheit der Bevölkerung herangezogen werden, eine Aussage treffen. Daten aus unterschiedlichen Quellen wurden gesammelt, kombiniert, teilweise mussten Werte extrapoliert werden, um Vollständigkeit zu simulieren.

Worüber anhand der vorliegenden Daten keine Aussage getroffen werden kann, ist die Produktivität der eingesetzten Mittel. Im Sinne einer aussagekräftigen Schlussfolgerung dieser Arbeit ist es erforderlich, davon auszugehen, dass in den verglichenen Ländern kein systematischer Unterschied bei der Produktivität der eingesetzten Mittel besteht. Im Idealfall werden die jeweiligen Mittel immer dort eingesetzt, wo ihre marginale Produktivität am größten ist – also man je investiertem Euro den größten Zugewinn an „Gesundheit“ herausbekommt.

Es wurden kaufkraftbereinigte Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben als Outcome-Variable der ökonometrischen Analyse berechnet. Diese Vorgehensweise mag umstritten sein, wie am Beispiel der Arbeit von Anell und Willis bereits dargelegt wurde, doch spiegelt sie für die Zwecke dieser Arbeit ausreichend gut wider, dass in Ländern mit geringerer Kaufkraft mit einem bestimmten Betrag beispielsweise eine andere Menge an Arbeitsstunden von Ärzten finanziert werden kann als in Ländern mit stärkerer Kaufkraft.

	Gesundheitsausgaben pro Kopf, kaufkraftbereinigt	Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP	reales BIP/Kopf, kaufkraftbereinigt, in 1.000	Lebenserwartung in Jahren	Wartezeit auf Elektivoperationen (1 = sehr kurz, 3 = sehr lang)	Selbsteinschätzung der Gesundheit (1 = sehr schlecht, 4 = sehr gut)	Qualität der Gesundheitsversorgung (1 = sehr schlecht, 4 = sehr gut)	Fettliebigkeit in der Bevölkerung
Belgien	3.767	11,2	33,7	80,4	1,5	2,9	3,4	15%
Dänemark	3.510	10,6	33,0	80,3	1,9	2,9	3,1	15%
Deutschland	4.115	11,3	36,4	81,0	1,6	2,7	3,1	16%
Estland	1.104	5,7	19,3	76,4	2,3	2,4	2,7	20%
Finnland	3.028	9,4	32,2	80,8	2,3	2,8	3,2	16%
Frankreich	3.643	11,7	31,2	82,0	1,6	2,8	3,1	15%
Griechenland	1.998	9,8	20,3	80,6	2,3	3,1	2,0	20%
Irland	3.361	8,9	37,7	81,0	3,0	3,2	2,6	12%
Italien	2.480	9,1	27,3	82,3	2,4	2,6	2,5	11%
Luxemburg	4.818	7,1	67,9	81,8	1,7	2,9	3,1	24%
Niederlande	4.967	12,9	38,5	81,1	1,6	2,9	3,2	12%
Österreich	4.139	11,0	37,5	80,9	2,2	2,9	3,4	16%
Polen	1.259	6,7	18,9	76,8	2,9	2,6	2,1	18%
Portugal	2.072	9,7	21,3	80,4	3,0	2,3	2,5	18%
Schweden	3.533	9,7	36,4	81,7	2,4	3,1	3,1	12%
Slowakei	1.795	8,2	21,8	76,3	2,7	2,7	2,4	15%
Slowenien	2.246	9,2	24,5	80,3	2,9	2,8	2,7	18%
Spanien	2.342	8,9	26,4	82,4	2,7	2,8	2,9	17%
Tschechien	1.775	7,2	24,5	78,3	2,3	2,6	2,8	23%
Ungarn	1.426	8,0	17,7	75,3	2,8	2,5	2,3	16%
Vereinigtes Königreich	3.179	9,1	34,9	81,0	2,4	3,0	3,1	25%

Tabelle 1: Übersicht der Daten (Jahr 2013, Werte gerundet)

4. Ökonometrische Analyse

Welche Faktoren tragen zur Kostensteigerung eines Gesundheitssystems bei? Was macht ein Gesundheitssystem teuer? Diese Fragen sollen in der ökonometrischen Analyse in einer multivariaten Betrachtungsweise erörtert werden. Dabei werden die Gesundheitsausgaben anhand der vorliegenden Parameter aus Tabelle 1: Übersicht der Daten (Jahr 2013, Werte gerundet)¹ nach der Methode der Kleinstquadratschätzer geschätzt. Vorneweg sei betont, dass keine Rücksicht auf die zeitliche Komponente von Maßnahmen genommen werden kann. Denkbar wäre zum Beispiel, dass eine Erhöhung der Prävalenz von Übergewicht heute erst in 10 Jahren einen merkbaren Einfluss auf die Gesundheitsausgaben eines Landes haben wird. Ähnlich wie in der Arbeit von Fenton et al. könnte für zukünftige Arbeiten der intertemporale Zusammenhang der Variablen eine wichtige zusätzliche Informationsquelle darstellen. Da der Beobachtungszeitraum in dieser Arbeit sich aber auf ein Jahr – beziehungsweise den Zeitraum zwischen 2009 und 2013 – beschränkt, wird eine zeitverzögerte Wirkung von Änderungen in den Parametern außer Acht gelassen. Abbildung 10 veranschaulicht die zur Verfügung stehenden Einflussgrößen auf Gesundheitsausgaben im Modell.



Abbildung 10: Einflussgrößen auf die Gesundheitsausgaben

Eine Regressionsanalyse der vorhandenen Daten muss mit Vorsicht betrachtet werden. In Anbetracht der uneinheitlichen Verfügbarkeit von vollständigen Daten und der damit verbundenen geringen Anzahl an Beobachtungen – bei gleichzeitiger Berücksichtigung zahlreicher Einflussfaktoren – dürfen die Ergebnisse keinesfalls überinterpretiert werden. Nichtsdestotrotz stimmen die Wirkrichtungen der Variablen mit den Erwartungen und den Indikationen aus den Korrelationsanalysen größtenteils überein. Somit kann durchaus ein multivariater Zusammenhang attestiert werden. Um ein potentiell endogenitätsproblem zu vermeiden, wäre eine zusätzliche Paneldatenanalyse ein adäquates Mittel – auf das in dieser Arbeit noch nicht zurückgegriffen wird.

Die Daten zu den Ländern wurden über mehrere Zeitpunkte erhoben und bei Bedarf extrapoliert oder aus früheren Perioden übernommen. In der Regressionsanalyse wird jede Beobachtung einzeln betrachtet, ohne auf länderspezifische Unterschiede einzugehen, wie es in der Paneldatenanalyse möglich wäre.

Gesundheitsausgaben pro Kopf	Koeffizienten (Standardfehler)
Konstante	-7055,5 (4356,3)
Reales BIP/Kopf – kaufkraftbereinigt, in 1.000	38,8*** (11,8)
Lebenserwartung	126,3** (55)
Selbsteinschätzung der Gesundheit	617,5 (472,2)
Qualität der Gesundheitsversorgung	759,3** (326)
Wartezeit auf Elektivoperationen	-474,6* (248,8)
Fettleibigkeit	-517,1** (210)
Fettleibigkeit ²	15,5** (6,2)
Beobachtungen	21
R ²	0,926

Tabelle 2 Regression – Jahr 2013⁴³

43 Signifikanzniveau: * 90 %, ** 95 %, *** 99 %

Die Analyse des Datensatzes für das Jahr 2013 liefert bei nur 21 Beobachtungen bereits aussagekräftige Ergebnisse. Signifikante Schätzungen können für die Lebenserwartung, das reale BIP/Kopf, die Qualität der Gesundheitsversorgung, die Wartezeit auf Elektivoperationen und die Fettleibigkeit abgegeben werden. Einzig der Effekt der Selbsteinschätzung der Gesundheit kann nicht präzise genug bestimmt werden. Auch die Vorzeichen entsprechen den Erwartungen. Die verwendeten Variablen erklären rund 93 % der Variation in den Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben. Eine Erhöhung der Lebenserwartung geht demnach bei ansonsten konstant bleibenden Variablen mit einer Ausgabensteigerung um etwa 130 pro Kopf einher. Gemäß der vorliegenden Schätzung fließen etwa 4 % eines Anstieges des BIP/Kopf direkt in die Gesundheitsausgaben. Auch der nicht signifikante Koeffizient der Selbsteinschätzung der Gesundheit zeigt in die erwartete Richtung. Bessere Gesundheit wird mit höheren Ausgaben assoziiert. Ein Anstieg der Qualität der Gesundheitsversorgung bewirkt ebenso einen Anstieg der Ausgaben. Steigende Wartezeiten gehen demnach mit einem Ausgabenrückgang einher. Zunehmende Fettleibigkeit wirkt sich zwar aufgrund der Struktur der Stichprobe zuerst negativ auf die Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben aus, doch dreht der Koeffizient der quadrierten Prävalenz von Fettleibigkeit den Spieß ab einem Wert von etwa 16 % um, so dass ab dann eine zunehmende Verbreitung von Fettleibigkeit mit steigenden Gesundheitsausgaben assoziiert ist.

Gesundheitsausgaben pro Kopf (kaufkraftbereinigt)	Koeffizienten (Standardfehler)
Konstante	-6642,7*** (2421,2)
Reales BIP/Kopf – kaufkraftbereinigt, in 1.000	62,5*** (6)
Lebenserwartung	79,3*** (27,3)
Selbsteinschätzung der Gesundheit	430,8* (238)
Qualität der Gesundheitsversorgung	415,1*** (144,9)
Wartezeit auf Elektivoperationen	-408,6*** (109,5)
Fettleibigkeit	48,7 (103,8)
Fettleibigkeit ²	-2,9 (3)
Jahr 2012	-91,6 (107,6)
Jahr 2013	-132,5 (108,4)
Beobachtungen	63
R ²	0,925

Tabelle 3: Regression – Jahre 2009/2012/2013; nicht gepooled.⁴⁴

Legt man der Analyse hingegen den Datensatz über 3 Jahre zugrunde, erhöht sich die Zahl der Beobachtungen auf 63. Die Koeffizienten verändern sich im Grunde nur geringfügig, auch die Signifikanzniveaus, mit denen sie bestimmt werden können, ändern sich nur in geringem Ausmaß.

Alle Vorzeichen stimmen mit den Erwartungen und der Spezifikation über ein Jahr überein. Nur die Koeffizienten zur Prävalenz von Fettleibigkeit sind in der Spezifikation über 3 Jahre etwas verändert. In der längerfristigen Betrachtungsweise

⁴⁴ Die Qualität der Gesundheitsversorgung für 2012 wurde als Mittelwert zwischen 2009 und 2013 errechnet. (Signifikanzniveau: * 90 %, ** 95 %, *** 99 %)

verändert sich die Kurve der durch Fettleibigkeit induzierten Kosten, die einzelnen Koeffizienten der quadratischen Spezifikation können allerdings auch nicht mehr mit der notwendigen Präzision bestimmt werden. Ab einer Prävalenz von etwa 8 % der Bevölkerung führt gemäß der (unpräzisen) Berechnung die zusätzliche Verbreitung von Fettleibigkeit *ceteris paribus* zu einer Abnahme der Gesundheitsausgaben. Das Problem mit Fettleibigkeit liegt zumeist ohnehin in den damit einhergehenden Begleiterscheinungen – so dass ein reiner Anstieg der Prävalenz von Fettleibigkeit, ohne dass weitere Gesundheitsparameter betroffen sind, unwahrscheinlich erscheint. Im Gegensatz zur vorangegangenen Spezifikation kann nun der Parameter *Selbsteinschätzung der Gesundheit* präzise geschätzt werden. Wie zu erwarten, ist eine bessere Selbsteinschätzung mit höheren Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben assoziiert. Jahresspezifische Unterschiede zum Ausgangsjahr 2009 sind nicht statistisch signifikant.

Anhand der Berechnungen lässt sich schlussfolgern, dass etwa eine Veränderung der Wartezeit auf Elektivoperationen in Österreich auf das Niveau der Slowakei oder von Spanien mit Einsparungen von etwa 6 % der Gesundheitsausgaben einhergehen würde – vorausgesetzt, alle anderen Parameter blieben unverändert. Über die damit aber sehr wahrscheinlich einhergehenden Einbußen in Zufriedenheit und tatsächlicher Gesundheit lässt sich jedoch keine Aussage treffen. Zusätzlich wäre ein Rückgang der Gesundheitsausgaben zweifelsohne mit einem Rückgang des Bruttoinlandsprodukts verknüpft, so dass sich die tatsächlichen kumulativen Auswirkungen auf das Gesundheitssystem nur schwer quantitativ abschätzen lassen.

Das vorliegende Modell erklärt wiederum 92 % der Variation in der vergrößerten Stichprobe. Allerdings werden länderspezifische Eigenheiten nicht explizit berücksichtigt, somit kann Endogenität nicht ausgeschlossen werden. Außerdem wird in den vorgenommenen Spezifikationen über einen Zeitraum von mehreren Jahren jede Ausprägung als individuelle Beobachtung betrachtet, was ebenfalls zu Verzerrungen führen kann. Eine noch detailliertere Betrachtungsweise beispielsweise anhand einer Paneldatenanalyse war im Rahmen dieser Untersuchung nicht möglich, könnte aber bei den aufgezeigten Problemen für Abhilfe sorgen.

5. Fazit

Schon in der Darstellung der verschiedenen Parameter wird klar: Teure Gesundheitssysteme sind durchaus mit besseren Qualitätsindikatoren ausgestattet. Zweifelsohne ist ein effizienter Einsatz von Mitteln wünschenswert, jeder zusätzliche Euro sollte wenn möglich dort investiert werden, wo er am meisten bewirkt. Blendon et al. (2003) etwa kommen zu dem Schluss, dass ein stärkerer Fokus auf die intensivsten Nutzer eines Gesundheitssystems ein enormes Potential zur Kostenkontrolle und zur Verbesserung der allgemeinen Versorgung für die gesamte Bevölkerung bergen würde.⁴⁵

Wichtig ist, nicht den Fehler zu begehen, von vornherein ein System zu verunglimpfen, weil es höhere Kosten verursacht und dabei gleichzeitig anhand eines einzelnen Parameters nicht sofort ein unmittelbarer Nutzen daraus ersichtlich ist. Wer Einsparungen vornehmen will, muss sich dessen bewusst sein, dass damit ohne entsprechende Sorgfalt schnell Einbußen in Qualität, Leistungsumfang und Zufriedenheit einhergehen. Länder mit teureren Gesundheitssystemen weisen niedrigere Wartezeiten auf Behandlungen, bessere selbsteingeschätzte Gesundheit, größere Lebenserwartung und nicht zuletzt auch größeren Reichtum auf. Zusammen sind diese Faktoren Merkmale einer leistungsfähigen, vitalen und wohlhabenden Gesellschaft – Eigenschaften, die zweifelsohne auch zukünftig erhalten bleiben sollen.

45 Blendon et al. (2003)

Literatur

- Amiri, Arshia; Ventelou, Bruno; (2010): Causality test between health care expenditure and GDP in U.S.: comparing periods; GREQAM working paper Nr. 2010-29; Groupe-ment de Recherche en Economie Quantitative d'Aix-Marseille
- Anderson, Gerard F.; Frogner, Bianca K. (2008): Health Spending in OECD Countries: Obtaining Value Per Dollar; *Health Affairs*, 27, Nr. 6(2008): 1718-1727
- Anell, Anders, Willis, Michael (2000): International comparison of health care systems using resource profiles; *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, 78 (6), S. 770-778
- Anell, Willis (2000) zitieren Anderson (1997); Anderson, Poullier (1999) und Kanavos, Mossialos (1997)
- Bencic, Werner; Popper, Hans; (2009): Public Health in Kernprozesse der Krankenversorgung einbringen; *Soziale Sicherheit Online*; März 2009; <http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/content/contentWindow?contentid=10007.694583&action=2&viewmode=content>, abgerufen am 11.5.2015
- Bleich, Sara N.; Özaltin, Emre; Murray, Christopher JL.; (2009): How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience?; *Bull World Health Organ* 2009; 87, S. 271-278
- Blendon, Robert J.; Kim, Minah, Benson, John M.(2001): The Public Versus The World Health Organization On Health System Performance; *Health Affairs*, May 2001; vol. 20/3; S. 10-20
- Blendon, Robert J; Schoen, Cathy; DesRoches, Catherine; Osborn, Robin; Zapert, Kinga; (2003): Common Concerns Amid Diverse Systems: Health Care Experiences In Five Countries; *Health Affairs* 22; 3; S. 106-121
- Bloom, David E.; Canning, David; Sevialla, Jaypee; (2004): The Effect of Health on Economic Growth: A Production Function Approach; *World Development* Vol 32, No. 1; S. 1-13
- Bradley, Elizabeth H.; Elkins, Benjamin R.; Herrin, Jeph; Elbel, Brian; (2011): Health and social services expenditures: associations with health outcomes; *BMJ Quality & Safety* (2011); Online veröffentlicht am 29. März 2011 doi: 10.1136/bmjqs.2010.048363 <http://qualitysafety.bmj.com/content/20/10/826.full.pdf+html> abgerufen am 1.4.2015
- Fenton, Joshua J; Jerant, Anthony F; Bertakis, Klea D; Franks, Peter; (2012): The Cost of Satisfaction - A National Study of Patient Satisfaction, Health Care Utilization, Expenditures, and Mortality; *Arch Intern Med*. 2012; 172(5); S. 405-411
- Filmer, Deon; Pritchett, Lant; (1999): The impact of public spending on health: does money matter?; *Social Science & Medicine* 49; S. 1309-1323

- Footman, Katharine; Roberts, Bayard; Mills, Anne; Richardson, Erica; McKee, Martin; (2013): Public satisfaction as a measure of health system performance: a study of nine countries in the former Soviet Union; *Health Policy* 112 (2013), S. 62-69
- Hackl, Franz; Halla, Martin; Hummer, Michael; Pruckner, Gerald J. (2010): Übergewicht und Fettleibigkeit als Kostenfaktor des Gesundheitssystems: Evidenz aus Österreich; *Gesundheitswissenschaftliche Schriftenreihe der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse*; Nr. 29
- Nolte, Ellen; McKee, Martin (2003): Measuring the health of nations: analysis of mortality amenable to health care; *BMJ* 2003; 327:1129
- Quesenberry, Charles P. Jr; Caan, Bette; Jacobson, Alice; (1998): Obesity, Health Services Use, and Health Care Costs Among Members of a Health Maintenance Organization; *Archives of Internal Medicine*; Vol. 158; S. 466-472
- Raebel, Marsha A.; Malone, Daniel C.; Conner, Douglas A.; Xu, Stanley; Porter, Julie A.; Lanty, Frances A.; (2004): Health Services Use and Health Care Costs of Obese and Nonobese Individuals; (reprinted) *Archives of Internal Medicine* ; Vol. 164; S. 2135-2140
- Siciliani, Luigi; Hurst, Jeremy (2004): Explaining waiting-time variations for elective surgery across OECD countries, *OECD Economic Studies* No. 38, 2004/1; S. 95-123
- Siciliani, Luigi; Moran, Valerie; Borowitz, Michael (2014): Measuring and comparing health care waiting times in OECD countries, *Health Policy* 118 (2014); S. 292-203
- Viberg, Nina; Forsberg, Birger C.; Borowitz, Michael; Molin, Roger (2013): International comparisons of waiting times in health care – limitations and prospects; *Health Policy* 112 (2013) S. 53-61
- eurostat Datenbank <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database> abgerufen am 16.4.2015
- Health Consumer Powerhouse - Euro Health Consumer Index http://www.healthpowerhouse.com/index.php?option=com_content&view=section&layout=blog&id=7&Itemid=54 abgerufen am 1.4.2015
- OECD Health Statistics <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm> abgerufen am 15.4.2015
- OECD Stat Extracts: Health http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT abgerufen am 1.4.2015
- WHO Data and Statistics <http://www.who.int/research/en/> abgerufen am 16.4.2015
- Wikipedia: Body-Mass Index <http://de.wikipedia.org/wiki/Body-Mass-Index> abgerufen am 11.5.2015
- World Bank Open Data <http://data.worldbank.org/> abgerufen am 21.4.2015

Univ.-Prof. Dr. med. Giovanni Maio, M.A. phil.

Lehrstuhl für Medizinethik

Direktor des Instituts für Ethik und Geschichte der Medizin

Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Das Rentabilitätsdenken als Aushöhlung des sozialen Charakters der Medizin

1. Zum Stellenwert ökonomischen Denkens in der Medizin	89
2. Von der dienenden zur bestimmenden Ökonomie	91
3. Innere Landnahme der Ärzte durch die Ökonomie	93
4. Ökonomische Überformung der medizinischen Logik	96
5. Wettbewerbsfähigkeit als neues Qualitätskriterium	97
6. Entsolidarisierung von den Schwächsten	98
7. Motivationsverlust und Entfremdung	101
8. Ärzten muss ermöglicht werden, medizinisch zu entscheiden	105
Literatur	108

1. Zum Stellenwert ökonomischen Denkens in der Medizin

Eine gute Medizin ist grundlegend auf ökonomisches Denken angewiesen, weil sie die Verpflichtung hat, ihre Gelder, die sie schließlich aus Steuerabgaben bezieht, in vernünftiger Weise auszugeben und gerade nicht zu verschwenden. Auf einen sorgsam Einsatz dieser Gelder hat jeder Arbeitnehmer und Arbeitgeber einen Anspruch. Daher kann es hier nicht darum gehen, die Verantwortung für einen ökonomisch sinnvollen Einsatz der Gelder abzulehnen. Wenn wir über die Grenzen der Ökonomisierung sprechen, so darf dies nicht als Verweigerung verstanden werden, Realitäten und Notwendigkeiten anzuerkennen. Daher können Menschlichkeit und Effizienz nicht als Gegensätze betrachtet werden. Um Menschlichkeit zu realisieren, ist man auf effektive Strukturen angewiesen. Humanität oder Ökonomie, das ist einfach die falsche Frage, weil Ökonomie und Medizin nicht per se Antipoden sind. Es sind vielmehr zwei verschiedene Logiken, die je für sich ihre Berechtigung haben. Die Ökonomie schafft die Ermöglichungsbedingungen und damit die Voraussetzungen für eine effektive Medizin. Sie ermöglicht die Strukturen, durch die überhaupt erst ärztliche Hilfe realisiert werden kann. Ohne effiziente Strukturen könnte die Medizin den Menschen nicht helfen. Daher muss sie gut organisiert sein; sie kann sich kein Missmanagement leisten und erst recht keine Verschwendung.

Und deswegen lässt sich auch sagen, dass das Ziel der Unternehmensführung, den Fortbestand eines Krankenhauses durch gutes Wirtschaften zu sichern, ein hehres Ziel ist, und viele Häuser, die zunächst bangen mussten, gegebenenfalls verkauft oder gar aufgelöst zu werden, sind den neuen Krankenhausleitungen, ihren Geschäftsführern, überaus dankbar, wenn diese mit ihrem Sachverstand das Haus aus den roten Zahlen führen. Dieser Sachverstand ist für viele Häuser die letzte Rettung, und ohne diesen kann Medizin nicht realisiert werden. Daher kann es nicht darum gehen, das ökonomische Denken zu verteufeln und die Ökonomie als Feindbild zu sehen. Das ökonomische Denken ist eine Notwendigkeit und auch im Interesse der Beitragszahler. Aber: Man muss sich darüber im Klaren sein, dass die Ökonomie einer ihr eigenen Logik folgt und dass diese mit der Logik der Medizin in Konflikt geraten kann. Gerade am Krankenbett erweist sich die Logik der Ökonomie als eine der Medizin fremde Logik, weil die Medizin eben keine Dienstleistung ist, sondern eine soziale Praxis, und weil die Medizin es in ihrem Kern nicht mit Kunden zu tun hat, sondern mit hilfsbedürftigen Menschen, die nichts kaufen wollen und die nicht unverbindliche Angebote einholen wollen,

sondern die meist in einer Situation der Bedürftigkeit und Abhängigkeit nach einem Menschen suchen, der sie aus ihrer krankheitsbedingten Krise herausführt.

Das heißt also, dass die Logik der Ökonomie vor allem dort wichtig ist, wo es um die Optimierung der Prozesse geht, wo es um die Schaffung einer strukturellen Grundlage geht, durch die eine Arzt-Patient-Beziehung überhaupt erst gestaltet werden kann. Je patientennäher aber der Bereich ist, auf den die Ökonomie Einfluss nimmt, desto größer wird die Gefahr der Kollision zweier verschiedener Logiken, die dann eben in einen Wettstreit geraten und Dilemmasituationen herbeiführen und Gewissensprobleme evozieren. Wenn am Ende gar das ökonomische Kalkül die Oberhand über das medizinische Fachwissen gewinnt und der Arzt nicht mehr das in Anschlag bringen kann, was er als eine gute Krankenversorgung definieren würde, dann entstehen Schuldgefühle und tiefe Verunsicherung bei den Ärzten wie bei den Patienten. Je mehr sich also das ökonomische Denken auch dort breit macht, wo naturgemäß ein anderes Denken gelten müsste, desto mehr entfremdet sich die Medizin von ihrem eigentlichen Ziel. Daher kann auch nicht von einer Gleichrangigkeit ökonomischer und medizinischer Logik gesprochen werden, denn es kann ja nicht darum gehen, dass Ärzte nur in bestimmten Situationen die gute Versorgung ihrer Patienten an oberste Stelle setzen. Der Arzt hat dem Patienten gegenüber eine Loyalitätspflicht, die er nicht einfach abgeben kann. Es geht also nicht um einen Ausgleich, ein Ausbalancieren von ökonomischem Vorteil und Wohl des Patienten, weil das Wohl des Patienten nicht verhandelbar ist. Die Ökonomie wird somit dann zum Problem, wenn sie ihre Logik nicht nur auf die Handlungsbedingungen anwendet, sondern auf den Inhalt der Medizin selbst. Die Frage ist also: Wie weit ermöglicht die Ökonomie ärztliches Handeln und ab wann bestimmt die Ökonomie ärztliches Handeln?

2. Von der dienenden zur bestimmenden Ökonomie

Es geht also nicht darum, ob ökonomisches Denken in der Medizin einen Platz hat oder nicht, sondern es geht um das Ausmaß dieses Denkens und um seinen Stellenwert. Hierfür kann es sinnvoll sein, eine differenzierte Strukturierung unterschiedlicher Ökonomisierungsgrade vorzunehmen. Uwe Schimank und Ute Volkmann haben in einer sehr überzeugenden Weise fünf Grade der Ökonomisierung beschrieben (siehe Tabelle 1).¹

Stufe 1 (autonomer Pol)	Überhaupt kein Kostenbewusstsein bei den Akteuren; Zahlungsfähigkeit ist problemlos gegeben; Akteure können völlig autonom handeln
Stufe 2	Verlustvermeidung als »Soll-Erwartung« an die Akteure; ansonsten handeln die Akteure autonom
Stufe 3	Verlustvermeidung als »Muss-Erwartung« an die Akteure; Autonomie der Akteure wird in Teilen beschnitten (z.B. in Form von Rationierung)
Stufe 4	Verlustvermeidung als »Muss-Erwartung« kombiniert mit Gewinnzielen als »Soll-Erwartung«; Akteure sollen ihr Handeln an die Marktgängigkeit anpassen
Stufe 5 (weltlicher Pol)	Gewinnerzielung als einziges Ziel des Teilsystems

Tabelle 1. Fünf Grade der Ökonomisierung, nach Schimank/Volkmann 2008, modifiziert nach Slotala 2011, S. 72

Bezugnehmend auf Bourdieu verstehen Schimank und Volkmann unter Ökonomisierung das Eindringen einer kapitalistischen Wirtschaftslogik in Teilsysteme, die bis dahin eine eigene Logik hatten. Es geht also um das Wirkmächtigwerden einer Logik im System Medizin, die aus einem anderen Teilsystem stammt. Am Anfang, also vor dem Eindringen der fremden Logik, sind die Akteure, also hier die Ärzte, in ihrem Medizinsystem vollkommen frei; sie können gemäß ihres Systems autonom entscheiden; hier ist das Selbstverständnis des Arztes in seiner

¹ Schimank/Volkmann 2008

medizinischen Logik vorherrschend, so dass von einem „autonomen Pol“ gesprochen werden kann. Am anderen Ende der Skala steht der sogenannte „weltliche Pol“; damit ist hier die komplette Durchdringung der Medizin durch die ökonomische Logik gemeint. Der autonome (genuin ärztliche) und der weltliche (genuin ökonomische) Pol stehen in einem ständigen Spannungsverhältnis zueinander, und je nach Stufe überwiegt der eine (ärztliche) oder der andere (ökonomische) Pol. Dass aber diese beiden Pole eine Spannung erzeugen, macht diese Differenzierung deutlich.

Stufe 1 stellt einen Zustand dar, der vernünftigerweise nicht angestrebt werden kann. Wenn gar kein Kostenbewusstsein vorhanden ist, besteht die Gefahr der Verschwendung, was zu Engpässen in anderen Bereichen führt. Erstrebenswert ist vielmehr Stufe 2, auf der die Ärzte ärztlich entscheiden können, die Kosten dabei aber durchaus mit im Blick haben. Wenn der Kostendruck so groß ist, dass man sich ein Minus nicht leisten kann, dann ist Stufe drei erreicht, die unweigerlich mit einer Beschneidung der rein medizinischen Logik einhergeht. Hier schöpft der Arzt dann in bestimmten Bereichen die Möglichkeiten der Behandlung nicht mehr voll aus.

An diesem Punkt beginnt eine Gratwanderung. Wenn die Art und Weise der Beschneidung transparent ist und nach einsichtigen und zumutbaren Kriterien erfolgt, ist eine solche Rationierung vertretbar, aber die Kriterien müssen demokratisch abgestützt sein, und das ist ein sehr schwieriges Unterfangen. Wenn aber die Rationierungen nur verdeckt und ohne demokratisch abgestützte Kriterien erfolgen, ist dies unter ethischen Gesichtspunkten äußerst problematisch, weil auf diese Weise eine gerechte Zuteilung der Ressourcen nicht gewährleistet ist. Im österreichischen Gesundheitssystem nähern wir uns mancherorten schon Stufe 4, wonach der Kostendruck so hoch, das Ziel der Verlustvermeidung so beherrschend ist, dass von einer Autonomie der Akteure kaum mehr die Rede sein kann. Hier steht also die Steuerung der Ärzte nach Vorgaben der Unternehmensführung im Vordergrund. Von ihnen wird erwartet, dass sie ihr Handeln an der Marktgängigkeit ausrichten. Diese Durchdringung lässt der autonomen Entscheidung des Arztes als Vertreter einer medizinischen Logik keinen Raum mehr.

Eine solche Differenzierung vorzunehmen ist wichtig, weil sie einerseits aufzeigt, welche Dynamik die gegenwärtige Umstrukturierung haben kann. Sie zeigt aber vor allem, dass es von der Grundfrage her nicht darum gehen kann, für oder gegen eine Beachtung ökonomischen Denkens zu sein, sondern dass es darum geht, ab wann das ökonomische Denken so mächtig wird, dass das medizinische dabei gar nicht mehr zur Geltung kommen kann.²

2 Siehe näher dazu Maio 2014

3. Innere Landnahme der Ärzte durch die Ökonomie

Dass das ökonomische Denken als Problemlöser in Erscheinung treten konnte, hat damit zu tun, dass der Rekurs auf ökonomische Zahlen den Politiker entlastet. Denn wir leben in einer Zeit, in der die Politik sich davor drückt, die Verantwortung für Entscheidungen über das Überleben oder die Schließung einzelnen Krankenhäuser zu übernehmen. Für die Politik ist es das Einfachste, die Frage nach der Notwendigkeit einzelner Krankenhäuser dem Markt zu überlassen. Auf diese Weise werden rein ökonomische Parameter ausschlaggebend, und so ist der Politiker entlastet, weil die Schließung eines Krankenhauses dann ja „selbst verschuldet“ ist. Diese politische Zurückhaltung aber ist gefährlich, weil die Krankenhäuser auf diese Weise einfach ihrem ökonomischen Schicksal überlassen werden und allesamt um ihre Zukunft bangen müssen, wenn sie nicht schwarze Zahlen schreiben. Natürlich ist es notwendig, dass Krankenhäuser wirtschaftlich arbeiten, aber die Güte eines Hauses darf sich nicht allein an wirtschaftlichen Parametern festmachen, sondern an der medizinischen Qualität der Behandlung und der Sorge. Heute aber wird die Wirtschaftlichkeit zum neuen Qualitätsmerkmal der Krankenhäuser, und nicht etwa die gute Versorgung von Patienten. Wenn somit die Existenz eines Krankenhauses allein vom Schreiben schwarzer Zahlen abhängt, dann wird klar, dass das Diktat der Einsparung, das Diktat der schnellen Durchschleusung von Patienten, das Diktat der Beschränkung auf das Formale immer mehr zum leitenden Paradigma wird. Wir haben also eine Situation, in der die Medizin rein formal zwar alles Notwendige, also alle Untersuchungen, alle Therapien, alle Verfahren zur Verfügung stellt, aber in der konkreten Ausgestaltung des Notwendigen wird die Medizin immer mehr dazu angehalten, eine subtile Unterversorgung in Kauf zu nehmen, weil es letzten Endes die Bilanzen sind, die über die Weiterexistenz des Hauses entscheiden. Es wird zwar alles angeboten, was man anbieten kann, aber die Art und Weise, wie die Untersuchungen und Therapien erfolgen, der Umgang mit dem Patienten in diesem Verrichten ist so, dass viele Patienten das Gefühl haben, nicht wirklich gut versorgt zu sein und zwar gut in dem Sinne, dass sie bei der Versorgung tatsächlich mit ihren Nöten und Fragen und Sorgen ein Gehör gefunden hätten.

Ganz subtil schleicht sich ein neues Denken ein, das die Behandlung von Patienten unter neuen Kategorien erscheinen lässt. Fortan wird nicht mehr allein der Bedarf des Patienten reflektiert, sondern dieser Bedarf wird immer in Abgleich gebracht mit dem Ressourcenverbrauch und der Rentabilität der Diagnose. Das ist die leise

Form der Unterminierung rein ärztlicher Entscheidungskategorien durch betriebswirtschaftliches Denken. Vor allem dort, wo teure Diagnostiken und Therapien anstehen, hat der Unternehmer, also die Krankenhausleitung und die Kostenträger, ein besonderes Interesse daran, diese Ausgaben zu kontrollieren, sie so zu managen, dass sie steuerbar erscheinen, um keinem Verlustrisiko aufzusitzen. Das Management hat die Aufgabe, diese Kontrolle und Vorhersagbarkeit der Ausgaben und Einnahmen in der Klinik zu realisieren. Aber durch dieses starke Bestreben der Steuerung ärztlicher Entscheidungen wird eine Bürokratie eingeführt, die eine ökonomisch-rationale Herrschaft erzeugt. Durch die Etablierung der Bürokratie als Steuerungsinstrument der Ärzte dominieren die Funktionserfordernisse und es wird die Kreativität erstickt, es wird die Rolle des Arztes als individuell dienende Person unterminiert. Aus der Sicht des Unternehmens ist es natürlich vernünftig, hier zu steuern. Aber wenn diese Logik des Unternehmens sehr wirkmächtig wird, dann gerät sie in ein Spannungsfeld mit der ärztlichen Logik. Der Arzt hat ja die Aufgabe, für seinen Patienten und mit ihm die bestmögliche Behandlung auszuwählen; ihm geht es um das beste Resultat für den Patienten. Hierbei ist der Arzt selbstverständlich angehalten, jedwede Verschwendung zu vermeiden, also dort kostengünstiger zu behandeln, wo damit der gleiche Effekt evoziert wird wie mit aufwändig-teuren Verfahren. Wenn aber das Einsparen dazu führt, dass die Versorgung des Patienten Einschnitte erfährt, dann bereitet so eine Entscheidung dem Arzt vom Prinzip her Bauchschmerzen; er bekommt ein schlechtes Gewissen, weil er sich als Arzt primär als Verantwortlicher für das Wohl seiner Patienten verstehen möchte und nicht primär als Verantwortlicher für die ausgeglichene Bilanz des Krankenhauses, in dem er arbeitet. In der gegenwärtigen Situation der Krankenhäuser aber nimmt der Druck auf die Ärzte so zu, dass sie täglich spüren, ihrem eigentlichen Ziel, Anwalt des Patientenwohls zu sein, nicht mehr gerecht werden können. Häufig wird den Ärzten suggeriert, keine andere Wahl zu haben. Sie müssen dafür sorgen, dass die Bilanzen stimmen, weil sie ansonsten um die Zukunft des Hauses bangen müssen. Und wenn den Ärzten dieses Szenario oft genug ausgemalt wird, dann beugen sie sich und handeln so, wie es die Unternehmensführung erwartet. Das System funktioniert aber ganz ohne Druck. Das ist das Gefährliche daran. Die Krankenkassen und die Krankenhausleitungen machen gar keine klaren Vorgaben, aber durch die Abteilungsbudgets und durch die Transparenz der Erlöse werden die einzelnen Abteilungen automatisch und subschwellig unter Druck gesetzt.³ Man erpresst sie sozusagen, sagt aber, dass letztendlich die Ärzte selbst entscheiden sollen. Es ist also eine vorgegaukelte ärztliche Freiheit, die sukzessive durch die Rahmenbedingungen ausgehöhlt wird, ohne dies aber zuzugeben. Man tut so, als würde jeder Arzt eigenverantwortlich entscheiden, aber ihnen bleibt oft keine andere Wahl. Mehr noch: Das Präsent-

³ Braun et al. 2009, S. 236

halten der ökonomischen Zahlen wird sukzessive so selbstverständlich, die Ärzte merken es schon gar nicht mehr, dass sie durch das System innerlich sozusagen umprogrammiert worden sind. Das ist vielleicht die folgenschwerste Veränderung durch die Ökonomisierung: Die Ärzte selbst verändern sich und machen Zug um Zug die eigentlich fremde Logik der Ökonomie zu ihrer eigenen. Ganz ohne äußere Verordnung übernehmen die Ärzte die ökonomische Logik und werden auf diese Weise von der Ökonomie innerlich gekapert. Die Ärzte werden gekapert, weil sie vorher durch die strukturellen Rahmenbedingungen und die neuen Machtverhältnisse in die Situation einer strukturellen Bevormundung gebracht worden sind. Es sind die strukturell vorgegebenen knappen zeitlichen Ressourcen, es sind diese Rahmenbedingungen, denen sich viele Ärzte geradezu ausgeliefert fühlen. Die Macht der Rahmenbedingungen sorgt dafür, dass die Ärzte oft das Gefühl bekommen, dass sie nicht mehr genuin ärztlich entscheiden können, dass das System keine Rücksicht darauf nimmt, wie man als Arzt eigentlich den Patienten behandeln würde. Das Ärztliche zählt hier gar nicht mehr. Und durch diese strukturelle Bevormundung, die sozusagen als heimliche Vorschrift über allem steht, geraten viele Ärzte oft in Situationen, in denen sie sich systemkonform zeigen und systemkonform entscheiden, ohne aber – wenn sie wirklich darüber nachdächten – als Personen dahinterstehen könnten. Es ist diese strukturelle Bevormundung, die den Ärzten nicht erlaubt, das zu tun, was sie von ihrem ärztlichen Anspruch her gerne täten. Aber diese Bevormundung erfolgt nicht direkt, sondern indirekt, indem subschwellig eine Herrschaft von Arbeitsintensität und Zeitdruck etabliert und über sie verhängt wird. Neben der strukturellen Bevormundung erleben wir aber auch eine ideelle Vereinnahmung der Ärzte, indem ihnen subtil eine Distanzierung von ihren eigenen Idealen nahegelegt wird. Zumindest wird ihnen implizit beigebracht, dass die Erfordernisse des Betriebs mindestens genauso wichtig sind. Das Gefährliche daran ist, dass die neue Wertehierarchie nicht einfach verordnet wird, sondern dass die Ärzte nur indirekt dazu gebracht werden, diese neue als Sachzwang ausgegebene Hierarchie so weit zu verinnerlichen, dass sie am Ende als eine freiwillige Übernahme in Erscheinung tritt.

Je mehr ökonomische Überlegungen in Bereiche Einzug halten, in denen ärztliches Fachwissen vorherrschen sollten, desto mehr entfremdet sich die Medizin von ihrem eigentlichen Ziel, nämlich die Not des Patienten als Auftrag anzunehmen und Verantwortung zu übernehmen für eine gute Versorgung des angewiesenen Kranken. Und desto mehr werden die Ärzte dazu verleitet, sich nach Kriterien zu richten, die sie als Mediziner und damit als Anwälte der Patienten sonst nicht wählen würden.

Die formalen Vorgaben werden so aufgebaut, dass dem Arzt am Ende kaum mehr eigene ärztliche Entscheidungsspielräume bleiben. Es wird also nicht weniger als

eine technisch-rationale Bürokratie etabliert, die von den Ärzten erwartet, dass sie sozusagen die ihnen vom Management vorgegebenen „Schaltpläne“ des Betriebs in Form von Betriebsvorschriften wie eine Art Abarbeiten von Checklisten vornehmen und gerade nicht mehr primär im Angesicht des individuellen kranken Menschen und der ihn betreffenden einzigartigen Situationslage aus dem eigenen Ermessen heraus das dem Patienten Dienliche vorzuschlagen.

4. Ökonomische Überformung der medizinischen Logik

Ökonomie ist der Versuch, ein Ziel durch die Minimierung des Aufwandes zu erreichen, haben wir gesagt. Der Aufwand kann aber nur verringert werden, indem die Komplexität der Patientengeschichte, seiner singulären Situation, die Komplexität der Krankengeschichte vereinfacht und an ein weniger komplexes Schema angepasst wird. Die Ärzte werden also tagtäglich dazu angeleitet oder gar dazu verleitet, Vereinfachungen vorzunehmen. Diese Vereinfachungen werden finanziell belohnt, aber die eigentliche Qualität der Medizin ist nicht die gekonnte Vereinfachung, sondern die Fähigkeit ihrer Ärzte, sich die Komplexitäten, mit denen sie es zu tun haben, zu vergegenwärtigen. Doch je mehr die Ärzte diese im Auge behalten, desto stärker werden sie vom System benachteiligt oder sanktioniert, weil sie dann viele Tätigkeiten nach Dienstschluss noch abschließen müssen oder weil sie für unwirtschaftlich gehalten werden.

Das Diktat der Aufwandminimierung führt also neben einer deutlichen Reduzierung des persönlichen Kontaktes zwischen den Ärzten und ihren Patienten zu einer Simplifizierung der ganz speziellen und komplexen Situation kranker Menschen. Damit spart die Medizin am Kern ihrer eigenen Identität, nicht nur, weil gerade diese zwischenmenschliche Beziehung der Grund ist, warum viele junge Menschen sich für den Beruf des Mediziners entscheiden, sondern weil nur über den persönlichen Kontakt eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Arzt und Patient entstehen kann. Und diese Beziehung ist ja nicht nur idealistisches Sahnehäubchen, sondern sie ist doch die eigentliche Grundlage dafür, dass die Therapien beim Patienten überhaupt eine Wirkung entfalten können. Die Beziehung ist Teil der Therapie, Grundlage der Therapie und nicht etwas fakultativ Hinzukommendes.

Zeitdruck und Arbeitsverdichtung beherrschen nicht nur den stationären Bereich, sondern in gleicher Weise auch den ambulanten. Allein schon deswegen, weil die Krankenhäuser, um Geld zu sparen, sehr viel in den ambulanten Bereich verlagern, aber auch, weil die Bürokratie gerade auch im ambulanten Bereich einen Großteil der Zeit verschlingt, denn wenn nicht alles lückenlos dokumentiert wird und Belege gesammelt werden, droht die Nichtübernahme der Kosten durch die Kasse. Auch hier also eine Dominanz des Formalistischen.

Die ökonomische Rationalität ist auf diese Weise eben nicht nur ein Begleitumstand, sondern sie erzeugt eine Wirklichkeit, die der medizinischen Logik zuwiderläuft und die medizinische Logik sukzessive überformt.

5. Wettbewerbsfähigkeit als neues Qualitätskriterium

Der Umstand, dass der Patient nun genau kalkuliert wird, hat eine weitere Folge. Denn nun können die Krankenhäuser oder auch die einzelnen Abteilungen genau miteinander verglichen werden, was ihren Erlös betrifft, und sehr schnell wird es dann eben ertragreiche Abteilungen und weniger ertragreiche geben, was zu einem zunehmenden Druck auf die weniger ertragreichen führt, sich den anderen anzupassen, wenn sie nicht dem Rotstift zum Opfer fallen wollen. Und wenn sie dem Rotstift zum Opfer fallen, so eben nicht, weil diese Abteilungen unnötig oder weniger wichtig wären oder schlechte Arbeit geleistet hätten, sondern einzig und allein, weil ihre Patienten wenig ertragreiche Diagnosen haben. Hier sehen wir, wie ein neues Qualitätsmerkmal auftaucht: Erhaltenswert ist nicht länger, was einen wertvollen Beitrag zur Versorgung der Patienten leistet, sondern nur noch, was einen Beitrag zur finanziellen Konsolidierung leistet. Das ist ein großer Unterschied. Man kann es auch so sagen: Die Qualität einer Behandlung, einer Abteilung, eines Klinikums bemisst sich im Zeitalter des Verdrängungswettbewerbs nicht länger daran, ob sie sinnvolle Behandlungen vornehmen, sondern allein an ihren Gewinnen. So wird das Soziale, wie schon Michel Foucault treffend ausgedrückt hat, einem permanenten „ökonomischen Tribunal“ unterworfen.⁴ Es ist nun das ökonomische Analyseprinzip, an dem sich alle Bewertungen in der Medi-

4 Foucault 2006, S. 343

zin ausrichten, und nicht primär das medizinische Prinzip. Heute betrachtet man den Wettbewerb ja als Lösung aller sozialen Probleme. Aber wenn nur noch der Wettbewerb, die Konkurrenz zählt, dann bedeutet dies, dass die unrentablen Teile eines Unternehmens abgestoßen oder einem anderen Träger überlassen werden, der kostengünstiger arbeitet.⁵

Wirtschaftlichkeit kann also entweder dadurch erreicht werden, dass man die Beschleunigungs- und Rationalisierungstendenzen forciert oder sich auf die Disziplinen und die Patienten konzentriert, die ertragreich erscheinen. Je stärker der Verdrängungswettbewerb, desto größer die Gefahr, dass die weniger ertragreichen Patienten die ersten Verlierer sind. Wenn tatsächlich der Wettbewerb über alles entscheiden soll, dann muss man bedenken, dass es dann nicht länger um den Patienten an sich geht, um jeden Patienten gehen kann. Dann gibt es zwangsläufig erwünschte Patienten, d.h. rentable Patienten, die mit ihrer Krankheit einen hohen Erlös einbringen, und unerwünschte Patienten, mit deren Diagnosen man wenig Einkünfte erwirtschaften kann oder die durch den großen Aufwand als betriebswirtschaftliches Risiko wahrgenommen werden. Es gibt Patienten, um die man buhlt, und Patienten, die man meidet. Aber eine Medizin, die Patienten meidet, kann sich doch nicht mehr Medizin nennen.

6. Entsolidarisierung von den Schwächsten

Eine gravierende Konsequenz all der beschriebenen strukturellen Veränderungen ist es, dass nur die Menschen in diesem auf Rentabilität und Effizienz ausgerichteten System berücksichtigt werden, bei denen man Geld verdienen kann. Alle anderen „Kunden“, die der Prozessualisierung nicht zugeführt werden können, werden schlichtweg exkludiert, aus dem Zuständigkeitsbereich ausgeschlossen. Ziel eines ökonomisierten sozialen Systems ist somit schon vom Ansatz her nicht die Integration eines jeden Menschen, sondern die Marginalisierung und mittelbar die Exklusion derjenigen, mit denen man keinen guten Output generieren kann. Auf diese Weise wird die Effizienz zum neuen Steuerungsmodell, während sich zugleich eine Verwertungsrationalität einschleicht, die sich am Ende gegen die

5 Speck 1999, S. 109

Schwächsten richten wird. Denn unter der Herrschaft der Effizienzsteigerung wird nicht mehr die Frage leitend sein, wie man die ärztliche Betreuung verbessern kann, sondern vielmehr die Frage, wie man sich der Patienten entledigen kann, die die Effizienzsteigerung gefährden. Wenn zum Beispiel die verschiedenen Reha-Einrichtungen in Konkurrenz zueinander gesetzt werden mit der Drohung, dass die finanziell unterlegene Einrichtung aufgegeben werden muss, dann steht eben nicht mehr die Optimierung der Versorgung im Vordergrund, sondern die Optimierung des Outputs. Und ein Patient, bei dem man viel „investieren“ muss, um nur eine geringfügige Besserung der Statistik zu erreichen, gilt in diesem System nicht mehr als sozialer Auftrag, dem man sich zu stellen hat, sondern als eine manifeste Bedrohung der „betrieblichen“ Existenz.

Folglich werden genau die Menschen, die der ärztlichen und psychosozialen Hilfe am meisten bedürften, zu allererst marginalisiert, weil sich der Aufwand mit ihnen scheinbar nicht rechnet. Nicht rechnet innerhalb eines Systems, das eben nur Zahlen gelten lässt. In einem System, das sich eben nicht für die soziale Frage zuständig fühlt, sondern für die gute Bilanz. Stillschweigend wird auf diese Weise ein neuer Qualitätsbegriff eingeführt; es gilt nicht mehr die Einrichtung als gut, die dem Menschen gut helfen kann, sondern es wird nur noch die Einrichtung als gut befunden, die effizient arbeiten kann. Dass aber die Effizienz nur unter Ausklammerung der sogenannten „aussichtslosen Fälle“ potenziert werden kann, wird kaum berücksichtigt.

Die Politik glaubt, dass über die Etablierung ökonomischer Begrifflichkeiten alle Probleme gelöst werden können, dass man aus Patienten Kunden machen kann. Und sie verkauft diesen neuen Kundenstatus mit dem Slogan der Freiheit für den Patienten. Dabei wird kaum bemerkt, dass sich hinter dieser Freiheitssemantik nicht weniger verbirgt als die Tendenz, alle Verantwortung dem Patienten überzustülpen. Der Patient erhält die Verantwortung, sich zu informieren und eine für ihn gute Entscheidung zu fällen. Wenn etwas schiefgeht, dann fällt das auf den Patienten zurück, weil er sich als mündiger Bürger nicht ausreichend informiert hat. Es wird kaum bemerkt, dass ein solcher euphemistisch verbrämter Umgang mit kranken Menschen nichts anderes darstellt als eine subtile Form der Entsolidarisierung von ihnen. Hinter dem schönen Begriff der Freiheit und der Mündigkeit verbirgt sich ein Rückzug des Sozialen und die Einführung einer neuen Patientengeneration, die einerseits dazu berechtigt wird, eine Anspruchshaltung einzunehmen, und andererseits gezwungen wird, als Patient fortan immer auf der Hut zu sein, denn Kunde zu sein heißt, sich absichern zu müssen, dass man nicht das falsche Angebot annimmt oder „schlecht bedient“ wird. Bedenken wir aber, dass gerade viele ernsthaft kranke Patienten grundsätzlich auf Hilfe angewiesene Menschen sind, die die Diagnose zunächst in eine Lebenskrise stürzt, so

werden wir erkennen, dass diese Paradigma des wohl informierten Kunden hier nicht funktionieren können, weil einem solchen hilfsbedürftigen Patienten nicht zugemutet werden kann, in seiner Not auch noch darauf achten zu müssen, nicht übervorteilt zu werden, vom Arzt sozusagen hintergangen zu werden, weil dieser sich berechtigt fühlt, zuerst an die Bilanz und nicht an den Patienten zu denken. Und mehr noch: Ein Kunde ist jemand, dem man nicht primär hilft, sondern dem man etwas verkaufen möchte. Ob einem kranken Menschen dadurch aber auch tatsächlich geholfen wird, ist nicht ausgemacht. Das ist die letzte Konsequenz einer komplett ökonomisierten Medizin. Es wird dann nicht mehr primär und zentral – und schon gar nicht mehr ausschließlich – darum gehen, kranken Menschen zu helfen, sondern nur noch ums Verkaufen. Und die Konsequenz ist dann auch: Geholfen wird nicht mehr allen, sondern nur noch denjenigen, bei denen es sich rentiert. Stichwort Patientenselektion. Die Kunst einer ökonomisierten Medizin besteht nicht mehr allein darin, gute Behandlungen vorzunehmen, sondern darin, eine gute Patientenselektion zu erreichen. Patienten zu akquirieren, die eine gute Bilanz versprechen, Patienten, die für eine gute Statistik taugen und denen man womöglich noch Zusatzleistungen anbieten kann. Am Ende würde die Medizin ökonomisch motiviert dazu tendieren, genau die Patienten von vornherein aus ihrem Fokus zu verbannen, die vielleicht der ärztlichen Betreuung am meisten bedürften. Hier zeigt sich ein Grundzug ökonomischen Denkens, denn für den Markt lohnt sich die Investition eben nur dort, wo man damit auch viel verrichten kann. Der Markt zöge die Versorgung derjenigen Patienten vor, die gut lösbare Probleme haben wie z.B. junge Menschen, die eine unkomplizierte Operation brauchen. Diejenigen, die in schwierigeren Problemlagen stecken, werden als zu risikoreich eingestuft und somit eher gemieden und marginalisiert. Die Hilfe der Bedrängtesten wird durch die Ökonomie zur Verschwendung und damit zum Unnötigen umdefiniert.

Gerade dieser Aspekt macht nochmals deutlich, wie wichtig es ist, die Differenz von Wirtschaftlichkeit und Rentabilität im Auge zu behalten. Dass man in der Medizin das Kriterium der Wirtschaftlichkeit respektiert, ist ganz selbstverständlich, denn wenn dasselbe Ergebnis auch mit weniger Aufwand erreicht werden kann, ist es ethisch unverantwortlich, dafür mehr Ressourcen zu verwenden als notwendig. Aber die modernen Kliniken konkurrieren gar nicht so sehr um das Kriterium der Wirtschaftlichkeit, weil man mit Wirtschaftlichkeit allein den Verdrängungswettbewerb nicht gewinnen kann. Deswegen setzen sie immer mehr auf Rentabilität, was aber bedeutet, dass einem kranken Menschen nur noch dann geholfen wird, wenn man damit Geld verdienen kann. Rentabilität bedeutet also, dass man nicht mehr selbstverständlich hilft, sondern nur dann, wenn der Erlös größer ist als der Mitteleinsatz. Wohlgermerkt geht es hier nicht primär um das Ausmaß der Hilfe, sondern um das Ausmaß des finanziellen Gegenwertes. Nicht

umsonst spricht man in der Wirtschaft von einem „Return on Investment“. Das heißt also, dass unter dem Aspekt der Rentabilität die Patienten gar nicht danach sortiert werden, wie viel man ihnen helfen kann (denn das hätte ja immer noch etwas mit medizinischem Denken zu tun), sondern danach, wie viel Geld sie einbringen. Aber die Höhe des Erlöses ist eben nicht kongruent mit dem Maß der Effektivität von Hilfe. Das heißt nichts anderes als dass eine Medizin, die gezwungen wird, nach Rentabilitätskriterien zu behandeln, ihr eigenes Selbstverständnis auf den Kopf stellen muss. Und dann stellt sich zwangsläufig die Frage, ob eine Rentabilitätsmedizin überhaupt noch den Namen Medizin verdient.

7. Motivationsverlust und Entfremdung

Zu den schwerwiegendsten Folgen der Ökonomisierung der Medizin zählt allerdings die ideelle Verformung der Ärzte, die sich auf das Selbstverständnis der Ärzte auswirkt und damit die Identität der Medizin verändert. Durch die ökonomische Überformung kommt es zu einer Aushöhlung des medizinischen Ethos' und damit zu einer moralischen Dissonanz, die den Ärzten die Freude an ihrer Arbeit raubt und das Sinnstiftende des ärztlichen Berufs unterminiert. Vor allen Dingen verändert sich die innere Einstellung zum ärztlichen Beruf. Durch die Zunahme der Kontrollen und die vielen Vorgaben, aber auch durch die Etablierung von finanziellen Anreizen haben wir es mit einer Abnahme der intrinsischen Motivation zu tun. Bei vielen Ärzten nimmt die Bereitschaft zum persönlichen Einsatz immer mehr ab. Wenn man zum Beispiel bei Schritt und Tritt genaue Zeitkontingente einhalten muss, dann sieht man irgendwann auch nicht mehr ein, warum man mehr tun sollte als vorgesehen. Gefährdung der Motivation, die über das vertraglich Einklagbare hinausgeht. Wenn Ärzte nur noch danach beurteilt werden, was sie dokumentieren können, und nicht länger in Anschlag gebracht wird, dass die eigentliche Qualität ihrer Arbeit nicht in dem aufgeht, was man dokumentiert, führt das zu Unzufriedenheit und Frust. Die Qualität ärztlicher Arbeit lässt sich nicht schlicht abbilden, lässt sich nicht in Algorithmen überführen, weil sie sich in vielen informellen Gesprächen niederschlägt. Die letztendliche Entscheidung, ob operiert wird oder nicht, ist das Resultat vieler Gespräche, vieler Erfahrungswerte – und nicht nur einer dokumentierten Konferenz. Wenn aber nun Ärzte nur noch danach bezahlt werden, was sie dokumentieren können, dann erscheinen ihre

Handlungen als zunehmend betriebswirtschaftlich unvernünftig, je mehr sie in eine Patientengeschichte investieren. Die ökonomische Logik höhlt also die ärztliche Logik aus, und nicht der gewissenhafte Arzt, der viel Zeit und Energie investiert, wird belohnt, sondern der Arzt, der schnelle Entscheidungen fällt, ohne großes persönliches Engagement. Das aber führt sukzessive zum Motivationsverlust und zu dem Gefühl, in gewisser Weise gegängelt zu werden. Man kann es auch so sagen: Je mehr kontrolliert wird, desto geringer ist die Motivation, je mehr Zeiterfassungssysteme etabliert werden, desto weniger ist man bereit, mehr zu tun als vorgegeben. Je mehr gemessen wird, desto weniger gilt als selbstverständlich, und man macht dann nur das, was auch dokumentiert werden kann. Durch diese ideelle Rationierung erzieht man die Ärzte dazu, sich allein auf das Pflichtgemäße zu beschränken und sich gerade nicht zu engagieren. Eine Assistenzärztin hat das wie folgt zu Protokoll gegeben: „Mir wurde implizit vermittelt, dass ich nur dann eine gute Ärztin bin, wenn ich kostengünstig arbeite.“⁶ Das ist fatal, weil viele Ärzte gerade aus dem Kontakt zum Patienten Motivation beziehen und Kraft schöpfen, um den anstrengenden Beruf auszuüben; und je mehr dieser Kontakt abgewertet oder gar verunmöglicht wird, desto stärker empfinden die Ärzte ihren Beruf als zunehmend sinnentleert. Es handelt sich daher um nicht weniger als eine Entfremdung der Ärzte von ihrem Beruf.

Diese Entfremdung hängt damit zusammen, dass die Ökonomie heute nicht nur dazu benutzt wird, um die Medizin zu unterstützen und ihr den Raum für die medizinische Behandlung zu verschaffen, sondern sie füllt den Raum selbst aus und wird damit zum Taktgeber; sie bestimmt die Abläufe, sie bestimmt aber zunehmend auch die Ziele der Medizin. Die Ökonomisierung verändert somit sukzessive die innere Einstellung der Ärzte. Und genau das muss unbedingt gestoppt werden. Dazu müssen wir realisieren, dass diese innere Übernahme ökonomischer Logik drei systemische Gründe hat: 1. die bereits beschriebene strukturelle Einzwängung durch Zeitkontingente und Dokumentation; 2. die Anreizsysteme, die sehr geschickt die Ärzte steuern und dazu anhalten sollen, sich auf die Unternehmensziele auszurichten. Und 3. die Tatsache, dass den Ärzten nicht nur die medizinisch-ärztliche Verantwortung, sondern zugleich auch die ökonomische Verantwortung für das Haus aufgebürdet wird. Sie werden zu Mitunternehmern deklariert und machen dadurch die ökonomische Situation der Klinik zu ihrem persönlichen Anliegen. Viele Ärzte handeln deswegen ökonomiekonform, weil ihnen auch suggeriert wird, dass die Existenz des Klinikums auf Dauer gefährdet sei, wenn es nicht rentabel arbeite. Dadurch werden die Ärzte in gewisser Weise erpressbar. Es ist, als würde man sagen, dass die Ärzte nur dann berechtigt sind, ihren Arbeitsplatz zu behalten, wenn sie einen bestimmten wirtschaftlichen Erfolg

6 Wild 2011, S. 38

generieren können. Niemand schreibt ihnen offen vor, dass sie nun nach Kostengesichtspunkten Therapien vorschlagen sollen, nein, es ist vielmehr der Arzt selbst, der meint, sich diese Vorschrift machen zu müssen, wenn auch *contre coeur*, aber er macht sie sich selbst zur inneren Vorschrift. Er verinnerlicht also früher oder später die ökonomische Logik, weil er denkt, keine andere Wahl zu haben.

Die Ärzte können sich am Anfang mit dieser Logik zwar nicht identifizieren, aber indem sie aus den genannten Gründen dennoch nach ihr handeln, schaffen sie selbst die Realität, die ihrer ursprünglichen Identität zuwiderläuft. Die Ärzte selbst verabschieden die medizinische Logik, und nicht die Ökonomen. Das ist das Paradoxe: Dass die Ärzte sich der ökonomischen Logik unterwerfen, ohne dass eine Anordnung dafür zu finden wäre. Es handelt sich um eine innere Übernahme einer Logik, die zunächst als eine fremde wahrgenommen wird, die aber sukzessive die eigene Identität so durchtränkt, dass sie zur Normalität wird. Nur die besonders reflektierenden Ärzte realisieren, welche innere Veränderung da mit ihnen geschieht.

Die Internalisierung der Verantwortung für das Überleben des Hauses ist das Eintrittstor für die Aushöhlung der ärztlich-medizinischen Logik. Und diese Aushöhlung findet am Ende ohne Vorgaben, sondern durch eine innere Umformung der Mentalitäten statt. Diese Verinnerlichung der ökonomischen Verantwortung für das gesamte Haus hat eine gewisse Tragik, weil sie Dilemmasituationen schafft und vor allem, weil sie auf Kosten des inneren Friedens der Ärzte geht. Denn die ökonomische Verantwortung für die Klinik wird ja von außen an sie herangetragen. Das heißt, dass die Ärzte zwar am Ende einen Verinnerlichungsprozess zwar mitmachen bzw. aktiv übernehmen, aber *de facto* handeln diese Ärzte fremdbestimmt. Es ist der von außen an sie herangetragene Druck, es sind die Drohungen, die Sanktionen, die sie gefügig machen. Bedenkt man aber, dass der Kern der Profession Arzt darin besteht, dass ein Arzt immer persönlich die Verantwortung zu übernehmen hat für das, was er medizinisch entscheidet, so wird klar, wie tragisch diese Situation der ökonomischen Verantwortungsübernahme ist. Denn durch diese innere Umprogrammierung werden Ärzte dazu gebracht, einer ökonomischen Logik den Vorzug vor der medizinischen Logik zu geben und einzelne Patienten, wenn es sich eben ökonomisch rechnet, durchaus schlechterzustellen, ohne dies offen zuzugeben. Und das bedeutet, dass der Arzt seine ureigentliche Mission aufgibt für eine ihm äußerlich aufgezwungene Fremdorientierung. Am Ende wird nicht nur der Patient nicht optimal versorgt sein – was der eigentliche Skandal ist –, sondern zu diesem eigentlichen Skandal gesellt sich die Tragik, dass der Arzt selbst die seelische Belastung ertragen muss, die daraus resultiert, dass er als Professioneller nicht professionsgemäß entschieden hat und zugleich persönlich dafür geradestehen muss. Dieser Punkt ist sehr wichtig, weil es viele

Ärzte gibt, die versuchen, sich von dieser inneren seelischen Belastung dadurch zu befreien, dass sie auf die ihnen aufgebürdeten Sachzwänge verweisen. Aber insgeheim spüren sie, dass sie mitverantwortlich sind für die Medizin, die sie – egal unter welchem Druck – gestalten, denn es sind die Ärzte selbst, die die Identität der Medizin prägen und gestalten. Daher sind die Ärzte doppelte Verlierer in dieser durchökonomisierten Zeit. Sie verlieren das Vertrauen ihrer Patienten und zugleich ihren eigenen inneren Frieden, die innere Befriedigung; sie verlieren schlichtweg das Gefühl, etwas Sinnstiftendes zu tun.

Natürlich hängt diese innere Umformung auch mit der Ärzteschaft selbst zusammen, die zu dieser Situation beigetragen hat, vor allem durch die Zersplitterung in viele Einzelinteressen, bei denen dann oft der innere Zusammenhalt der Ärzteschaft als solcher verloren geht. Und natürlich ist die Übernahme der ökonomischen Logik für manche Ärzte auch komfortabel. Das darf man nicht vergessen. Aber die meisten Ärzte empfinden die Ökonomisierung als eine zunehmende Sinnentleerung ihres Tuns, weil sie spüren, dass sie als Mitunternehmer ihre Arbeitskraft für etwas einsetzen, für das sie eigentlich nicht angetreten waren.

Daher müssen die Ärzte selbst verdeutlichen, dass sie Ärzte sind und keine Mitunternehmer. Es muss deutlich werden, dass der eigentliche Unternehmer selbst die Aufgabe hat, dafür zu sorgen, dass Ärzte ihre genuin ärztliche Arbeit leisten können. Es ist eine Zweckentfremdung der Ärzte, sie als Mitunternehmer einzubinden und das Risiko des Unternehmens so mittragen zu lassen, dass sie am Ende in ihrer Freiheit, sich für das Wohl des Patienten zu entscheiden, beschnitten werden.

8. Ärzten muss ermöglicht werden, medizinisch zu entscheiden

Die Veränderungen betreffen ja nicht nur die innere Organisation der Krankenversorgung, sie betreffen die Umdeutung der ärztlichen Identität selbst. Der Arzt, so haben wir gesehen, soll steuerbar gemacht werden, er soll sozusagen eine den strukturellen Vorgaben angepasste und damit von außen vorgegebene Rolle übernehmen und sich von der inneren Identität, die ihn als Arzt definiert, komplett lösen. Angepeilt sind Ärzte, die das tun, was ihre oft privatwirtschaftlich organisierten Krankenhäuser von ihnen erwarten, sie sollen sich dem privatwirtschaftlichen Selbstverständnis beugen und das tun, was im Sinne der Privatwirtschaft ist. Aber damit geben die Ärzte ihre Identität als Ärzte auf. Sie machen sich viel zu selten klar, dass ihre Kernaufgabe als Ärzte eben keine privatwirtschaftliche Aufgabe ist, weil Ärzte nicht dadurch Ärzte werden, dass sie lernen, privaten Interessen zu folgen, sondern sie werden, genau genommen, erst dann wirklich als Ärzte bezeichnet werden können, wenn sie sich etwas bewahrt haben, das zu diesem Arztsein unverzichtbar und konstitutiv dazugehört, nämlich das Selbstverständnis, gerade nicht private Interessen zu vertreten, sondern einem öffentlichen Auftrag zu folgen. Der Arzt ist erst dann Arzt, wenn er sich zu seiner Unparteilichkeit und dazu bekennt, eine öffentliche Verantwortung zu tragen. Der Arzt kann seine „Dienste“ nicht einfach auf dem Markt verkaufen, weil sie ein öffentliches Gut sind, er selbst ist Teil eines öffentlichen Systems. Arzt zu sein heißt, sich einem gemeinwohlorientierten Ziel zu verschreiben und eben nicht nur privaten Interessen nachzugeben, seien es die partikularen Interessen der Klinikkonzerne, seien es aber auch die partikularen Interessen der Patienten, die den Arzt möglicherweise dazu benutzen wollen, um eigenen Profit zu schlagen oder um das System auszubeuten oder um sich selbst zu schädigen. Solange der Arzt sich Arzt nennt, bekennt er sich dazu, dem Gemeinwohl zu dienen, und Gemeinwohl heißt eben nicht, im Interesse der Effizienz einzelnen Patienten die Hilfe zu versagen oder eine Priorisierung vorzunehmen, sondern Gemeinwohl kann hier nur heißen, dass der Arzt das Ganze im Blick haben muss und daher die öffentlichen Gelder nicht verschwenden darf, auch wenn das der einzelne Patient für sich wünschen würde. Gemeinwohlverpflichtung heißt aber auch, dass der Arzt seine vom Staat finanzierte Ausbildung nicht dazu missbrauchen darf, sie in den Dienst der Gewinnmaximierung zu stellen, weil das eine Zweckentfremdung wäre. Daher müssen Ärzte umso deutlicher markieren, dass sie als Vertreter öffentlicher Interessen nur dort und nur so arbeiten werden, wie es dieser letzten Zielsetzung ihres Arztberufes gerecht wird. Was momentan geschieht, ist ja eine so subtile Umprogram-

mierung der Ärzteschaft, wie wir gesehen haben, dass die Ärzte durch das Eingezwängtsein dazu gebracht werden, aus dem Blick zu verlieren, dass sie eigentlich einen anderen Auftrag haben als ihnen tagtäglich suggeriert wird.

Befriedigung durch die ärztliche Arbeit ist nur möglich, wenn die Ärzte nicht das Gefühl haben, eingesetzt zu werden, um Gewinne zu erzielen, sondern ihren Auftrag als Ärzte gut erfüllt zu haben, das Gefühl, das geleistet zu haben, wofür sie als Ärzte angetreten sind. Ärzte brauchen das Gefühl, dass sie ihren Patienten gerecht geworden sind, dass sie sich für sie einsetzen konnten und sie dann entlassen haben, als sie wussten, es geht ihnen besser. Jede ökonomisch in Kauf genommene Unterversorgung evoziert Gewissensbisse und hinterlässt Frustrationsgefühle. Daher ist es das oberste Gut für Ärzte, sich das Gefühl zu erhalten, ihrem Dienst am Menschen gerecht geworden zu sein.

Natürlich muss man dafür sorgen, dass das Sozialsystem nicht missbraucht wird, man darf aber die Ärzte nicht mit externen Vorgaben so sehr in ein Korsett zwingen, dass sie am Ende das Gefühl haben, tatsächlich nicht so behandelt zu haben, wie es ihnen in ihrem Studium noch beigebracht worden ist. Es geht hier also um die persönliche Zufriedenheit der Ärzte als zentrales Fundament einer guten Betreuung. Diese persönliche Zufriedenheit stellt sich nur ein, wenn sie das Gefühl haben, ihre ethischen Normen erfüllt zu haben.

Daher müssen Ärzte viel entschiedener formulieren, wofür sie eigentlich angetreten sind und für welche Ziele sie bereit sind zu arbeiten. Die Ärzte müssen zu einer Gemeinschaft zurückfinden und noch klarer machen, dass sie nicht bereit sind, ihre Fürsorgerationalität aufzugeben. Sie müssen sich aktiv für die medizinische Logik einsetzen und sich von den bloß ökonomischen Bewertungsmustern ihrer Arbeit distanzieren. Denn allein die Patienten sind es, die dem Arzt seine Existenzberechtigung verleihen. Daher ist es Zeit, das Bestehende zu hinterfragen, keine Denkverbote hinzunehmen, sondern dafür einzutreten, dass Ärzte nicht zu Geschäftsleuten werden, sondern das bleiben, was sie werden wollten, als sie die Hörsäle betraten: nämlich Anwälte ihrer Patienten.

Und weil sie ihre Anwälte sind, müssen sie im Zweifelsfall die Interessen der Patienten auch gegen die Strukturen, gegen die Kassen, gegen die Krankenhausleitungen vertreten. Es liegt in der ärztlichen Verantwortung, sich für die Interessen der Patienten einzusetzen und auf Missstände hinzuweisen, wo ihnen die Strukturen nicht mehr erlauben, diesen Interessen der Patienten im Alltag gerecht zu werden.

Von den Ärzten wird erwartet, dass sie lernen, ökonomisch zu denken, aber es ist noch wichtiger, dass auch die Ökonomen lernen, medizinisch zu denken, damit

sie wissen, wo ökonomisches Denken angemessen ist und wo es dem medizinischen Denken den Platz räumen muss. Gefragt ist hier also eine dialogische Verständigung statt eines Überstülpens industriell-ökonomischen Denkens auf die Medizin, wie es derzeit zu beobachten ist.

Die heutigen Ärzte tragen die Verantwortung für die Medizin, die heute betrieben wird. Daher sind sie auch selbst aufgefordert, nach Wegen zu suchen, wie ein gesunder und konstruktiver Dialog zwischen Medizin und Ökonomie so ausgestaltet werden kann, dass der Arzt sich am Ende mithilfe der Ökonomie auf seine Kernkompetenz konzentrieren kann: sich der mitmenschlichen Hilfe für seine ihm anvertrauten und hilfeschuchenden Patienten zu verschreiben.

Literatur

- Braun, Bernhard/Buhr, Petra/Klinke, Sebastian/Müller, Rolf/Rosenbrock, Rolf: Pauschalpatienten, Kurzlieger und Draufzahler – Auswirkungen der DRGs auf Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus. Bern: Huber Verlag 2009
- Foucault, Michel: Die Geburt der Biopolitik. Frankfurt: Suhrkamp 2006
- Maio, Giovanni: Geschäftsmodell Gesundheit – Wie der Markt die Heilkunst abschafft. Frankfurt: Suhrkamp, 2014
- Schimank, Uwe u. Ute Volkmann: Ökonomisierung der Gesellschaft. In: Andreas Maurer (Hrsg.): Handbuch der Wirtschaftssoziologie. 2008, S. 382–393
- Slotala, Lukas: Ökonomisierung der ambulanten Pflege. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften 2011
- Speck, Otto: Die Ökonomisierung sozialer Arbeit. Zur Qualitätsdiskussion in Behindertenhilfe und Sozialer Arbeit. München: Reinhardt, 1999
- Wild, Verina: Arbeiten unter DRG-Bedingungen. Erfahrungen aus deutschen Krankenhäusern. In: Verina Wild, Eliane Pfister, Nikola Biller-Andorno (Hg.): DRG und Ethik. Ethische Auswirkungen von ökonomischen Steuerungselementen im Gesundheitswesen. Basel: EMH Schweizerischer Ärzteverlag 2011, S. 31–39

A u f d e n

S t a n d P u n k t

g e b r a c h t

Die Rubrik „Auf den StandPunkt gebracht“ beinhaltet Positionen und ExpertInnenwissen aus der Standesvertretung der Ärzte und Ärztinnen in Österreich und aus weiteren Interessensgruppen zum jeweiligen Schwerpunktthema der Ausgabe.

Hon.-Prof. Dr.Dr. Hans Popper

Pensionierter Direktor der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse

„Der sorgsame, damit ökonomische Einsatz von Ressourcen steht nicht im Widerspruch zu einer guten Medizin.“

Die neuen, sehr guten Behandlungs- und sogar Heilungschancen von Hepatitis C bescheren uns ein im Grunde wohlbekanntes Dilemma aus Innovation, Kosten und Hoffnung auf Einsparungen, das wir im Gesundheitswesen schon oft erlebt haben:

Innovation im Gesundheitswesen waren und sind noch immer mit zum Teil exorbitanten Kostenschüben verbunden, wie es auch noch nie gelungen ist, versprochene Einsparungen tatsächlich zu lukrieren. Das Neue kommt, und das Alte bleibt. Vieles von dem Neuen hat auch nicht gehalten, was es versprochen hat, vieles hat sich wohl etabliert und ist nicht mehr wegzudenken. Denn was wäre heute ein Gesundheitswesen ohne Ultraschall, ohne CT und MRI, ohne Zytostatika oder ohne Psychopharmaka, ohne NAWs und Hub-schrauber, ohne Angiografien, ohne Endoskopien, ohne Gelenkersatz und so weiter und so fort.

Und wie das Amen im Gebet entbrennt der Streit, wenn es nur irgendwie geht, um die Kompetenzen intra- oder extramural und die Last der Finanzierung. Gerne wird auch der Notstand ausgerufen. Aber wir haben immer noch die Kurve gekriegt, bisweilen auch über höhere Beiträge und Selbstbehalte.

Hepatitis C bringt uns aber eine neue Dimension in den Behandlungsmöglichkeiten und den Mehrkosten, die in sich das Potenzial trägt, unser soziales Krankenversicherungssystem tatsächlich zu sprengen: Die Behandlungskosten mit den neuen Arzneien bewegen sich zwischen minimal Euro 38.000,00 und maximal Euro 150.000,00 je Patient. Wir können von einer Krankheitsprävalenz zwischen 0,35–0,5 % ausgehen und rechnen jährlich mit 600 Neuerkrankungen. Allerdings gibt es auch Schätzungen, die ohne die Flüchtlingsströme nach Europa eine Dunkelziffer von bis zu 80.000 infizierten Patienten annehmen. Angesichts dieser finanziellen Dimensionen hört sich jede Beitrags- oder Selbstbehaltsdiskussion unabhängig von den fatalen Beispielswirkungen von vornherein auf.

Was also ist zu tun?

1. Wir müssen die Probleme dort anpacken, wo sie entstehen, und eben z.B. nicht bei den Patienten die Zahl der Behandlungsfälle möglichst klein halten und so lange mit der neuen Therapie zuwarten, bis die Fibrose und damit der Organschaden weit genug fortgeschritten ist. Und ich halte auch den Ansatz, aus finanziellen Gründen Patienten von der Behandlung auszuschließen und zwischen wertvollen und weniger wertvollen zu unterscheiden, für sachlich unhaltbar und ethisch verfehlt. Auf der Ebene der Patienten kann nur nach korrekten, medizinischen Kriterien vorgegangen werden. Die Patienten zu versorgen, mit dem was sie brauchen, ohne Rücksicht darauf, was sie an Beiträgen entrichten, ist der ideologische Kern jeder sozialen Krankenversicherung. Die Menschen können nicht wählen und sich nicht frei entscheiden, ob, wo, wogegen und zu welchem Preis sie sich versichern. Sie werden schlicht einer gesetzlichen Krankenversicherung zugewiesen. Diese zugemutete Unfreiheit korrespondiert aber mit dem – einklagbaren – Versorgungsversprechen des Staates und seiner Organe; das kann man nicht brechen oder relativieren, wenn es finanziell eng wird.
2. Es braucht rasch ein umfassendes Konzept dafür, wie wir der Erkrankung mit dem HCV vorbeugen können. Wir kennen die Infektionswege und haben damit auch die Chance, die Erkrankung an ihrer Entstehung zu hindern. Es sind komplexe Geschehen, wenn man z.B. die Problematik des Suchtgiftmissbrauchs und die dortigen infektionsquellen – needle-sharing – betrachtet. Aber nicht nur aus Gründen der Hepatitis-C-Prävention täte eine Neuordnung dieses Bereiches etwa in Richtung Entkriminalisierung gut. Zur Prävention gehört auch, die Impfung gegen Hepatitis C voranzutreiben. Warum nicht einen festgelegten Prozentsatz der Ausgaben für die Kuration von vornherein für präventive Strategien abziehen? Warum nicht öffentliche Forschungsaufträge in diese Richtungen vergeben?
3. Einsparungen lukrieren – aber diesmal wirklich. Heilende Medikamente bei Hepatitis C führen dazu, dass vor allem der stationäre Bereich deutlich entlastet wird, weil es nicht mehr notwendig sein wird, ein kaputtes Organ durch ein gespendetes zu ersetzen. Das können wir uns dann sparen. Aber bis es so weit sein wird, wird noch viel Wasser die Donau hinunterfließen. Dennoch müssen wir endlich einmal auch konsequent die Mittel für die Spitäler um die Einsparungseffekte kürzen und die organisationalen Strukturen anpassen. Das wäre aber eine neue und heilsame Erfahrung,

ohne die wir den Teufelskreis von Innovation und Kostensteigerung nicht durchbrechen.

4. Aber, und das scheint mir der wichtigste Punkt zu sein: Es darf sich keine demokratische Gesellschaft bei öffentlichen Aufgaben oder Gütern dem Preisdiktat privater Konzerne ausliefern und sich vorschreiben lassen, wie viel der öffentlichen Mittel – seien es Beiträge oder Steuern – fließen sollen. Hier offenbart sich eine Achillesferse unseres Versorgungsauftrages, der uns derzeit zwingt, Angebote „um jeden Preis“ anzunehmen. Wenn wir als demokratische Gesellschaft aber nicht gegensteuern, nehmen wir davon Abschied, dass „das Recht vom Volk ausgeht“ (Art. 1 B-VG), und es wedelt der Schwanz mit dem Hund. Geld diktiert dann die Welt und nicht die gewählten Vertreter in den Parlamenten in Wien, Brüssel oder Berlin. Wir wollen den freien Handel mit Waren und Dienstleistungen in der EU und der ganzen Welt, wir schließen Abkommen darüber, bauen Schutzzölle ab und hoffen auf billige Importe und teure Exporte. Aber TTIP und andere Abkommen sind keine Einbahnstraße zum Schutz der Investoren. Diese Abkommen müssen auch die Staaten vor den Investoren schützen! Vor allem dann, wenn sie ihre Angebotsmacht missbrauchen oder ökologische oder soziale Standards verletzen. Ein freier Handel braucht ethische Grenzen. Auf die müssen wir uns national und supranational einigen, und die müssen wir einfordern. Tun wir das nicht und lassen wir uns, wie es das Beispiel der neuen Hepatitis-C-Medikamente lehrt, von den großen Konzernen vorführen, rücken wir von grundsätzlichen Annahmen für eine auf ethischen Werten gegründeten demokratischen Gesellschaft ab. Demokratie heißt, die Regelungshoheit nicht abzugeben, aber die Regeln nach sachlichen Kriterien auszurichten und keine Willkür walten zu lassen. Eine angemessene und faire Preisbildung wird sich nach anerkannten und überprüfbaren Regeln richten müssen. Weder wollen wir Zwangslizenzen des Staates noch Preisdiktate der Konzerne. Hier gilt es, auch auf europäischer Ebene einen Ausgleich zu finden.

Resümee: Es braucht eine nationale Hepatitis-C-Strategie, die diese 4 Punkte miteinander zu einem gemeinsamen Projekt zwischen Bund, Ländern, Kassen und Kammern verbindet.

Es macht keinen Sinn, auf derartige finanzielle Herausforderungen mit Beitragsanhebungen zu reagieren. Das wäre ein fatales Signal! Wir liegen ohnehin mit unseren Gesundheitsausgaben in Prozent des BIP im europäischen

Spitzenfeld, und der Faktor Arbeit ist im internationalen Vergleich schon teuer genug.

Aktuell beträgt der Beitragssatz im ASVG – Dienstnehmer- und Dienstgeberanteil – 7,65 % des Bruttolohnes bis maximal Euro 4.650,00 monatlich. Das ist sicher nicht zu viel verlangt ist für eine gute gesundheitliche Versorgung.

Im Fokus der beschlossenen Steuerreform steht das über die kalte Progression und verteilungspolitisch völlig unausgewogene Steuertarifmodell, das abgemildert wurde. Mehr Netto vom Brutto sollte sie bringen, die Massenkaukraft stärken und die Wirtschaft beleben. Herausgekommen ist eine generelle Entlastung im Wesentlichen bei den oberen Einkommen und kleine Verbesserungen bei der Masse, z.B. ganze 91 Euro per anno bei einer Bruttopension von Euro 1.200,00. Unbill, das die gewünschten Nachfrageeffekte zunichtemachen wird, droht von einer ganz anderen Seite. Wir wissen, dass das Risiko zu erkranken, bei älteren und ärmeren Menschen besonders ausgeprägt ist. Gerade diese vulnerablen Gruppen werden von der Forderung nach steuerungsrelevanten Selbstbehalten, wie sie in einem neuen Parteiprogramm aufscheinen, betroffen sein. Denn es steuert sich umso erfolgreicher, wenn es finanziell wehtut, zum Doktor zu gehen. Das tut der Gesundheit nicht gut und der Wirtschaft schon gar nicht.

Die provokante Wertigkeitsdifferenz in der ökonomischen Rechtfertigung der Gesundheitsversorgung zwischen Menschen, die noch ihr Geld verdienen, und denen, die nur noch leben, zeigt klar auf: Wir leben in einer Zeit, die von einem recht kurzfristigen, nicht sehr gescheiterten und trotzdem weit verbreiteten Mythos der Steuerbarkeit gesellschaftlicher Phänomene und Aufgaben über Geld geprägt ist. Die Betriebswirte nennen das „Sich-Rechnen“ den „return on investment“ (ROI), haben mit dieser Botschaft das Land fest im Griff, und die Politik folgt ihnen bereitwillig. Vielleicht sollen wir einmal versuchen zu unterscheiden, wo ein ROI einen Sinn hat und wo nicht. Investitionen eines privaten Unternehmens müssen sich rechnen, indem sie dazu beitragen, das Unternehmen in seinem Bestand über Gewinne abzusichern. Sonst rechnen sie sich nicht und die Firma hat ein kleines oder großes Problem am eigenen Hals. Für den Kunden, der eine Ware oder eine Dienstleistung einkauft, stellt sich die Frage nach dem Nutzen, den er erwartet, z.B. wenn er eine Kreuzfahrt bucht, sich gerade den einen PKW anschafft oder eine Lebensversicherung abschließt. Wann rechnet sich meine Lebensversicherung? Wenn sie möglichst bald an meine Witwe ausbezahlt wird, oder wenn ich sie über-

lebe? Bei öffentlichen Aufgaben und Gütern wird die Frage des ROI noch einmal kurioser, weil es sich dabei mit den Fragen von Sicherheit, Bildung, Pflichtmitgliedschaft, Altersvorsorge, Gesundheit, Forschung, Infrastruktur oder Resozialisierung – also um alles das handelt, was eine Gesellschaft nicht den Märkten überlassen will. Bei öffentlichen Aufgaben müssen klare Ziele mit adäquaten und effizienten Maßnahmen korrespondieren, sonst ist jeder Schuss ein Treffer, und es wird teuer. Der ROI wäre dann im öffentlichen Bereich der angestrebte gesellschaftliche Nutzen, den es über die Ziele und Maßnahmen zu erreichen gilt. Weil es den aber oft gar nicht gibt oder er unklar bleibt – was sind denn tatsächlich die gesundheitspolitischen Ziele dieses oder jenes Spitäles –, werden pseudowirtschaftliche Elemente über Budgetierungen und Kennzahlen in öffentliche Aufgaben eingepflegt. Diese Vorgaben führen dann z.B. im Krankenhausbereich dazu, dass gepunktet und belegt und wiederbestellt und ausgelastet wird, weil sich dann eine Einrichtung vermeintlich rechnet und zugleich sie sich gegen Reformen immunisiert. Wenn man dann diesen Daten auch noch glaubt und sie zur Grundlage von Versorgungsplanungen erhebt, hat diese Wirtschaftlichkeit endgültig ihr Ziel verfehlt. Warum nicht stattdessen valide gesundheitspolitische Ziele formulieren, Budgets dazustellen, die Ergebnisse messen, untereinander vergleichen und daraus die Planungen gestalten?

Welche Daseinsberechtigung hat die Ökonomie in der Medizin, und wenn sie in der Medizin keine hätte, wozu brauchen wir denn überhaupt Ökonomie, was lehrt sie uns?

Der Hl. Benedikt von Nursia weist den Cellerar eines Klosters diesbezüglich an (RB 31, 10-12):

„Alle Geräte des Klosters und den ganzen Besitz betrachte er wie heilige Altargefäße. Nichts möge er vernachlässigen. Er sei weder geizig noch verschwenderisch und verschleudere den Besitz des Klosters nicht, sondern halte Maß in allem und folge den Weisungen des Abtes.“

Der sorgfältige und achtsame Umgang mit den Dingen, den Geräten und dem Vermögen des Klosters soll sich nicht anders gestalten als der Umgang mit den heiligen Altargefäßen. Denn soll das Kloster seine spirituellen und profanen Aufgaben nachhaltig erfüllen, braucht es seine wirtschaftliche Grundlage. Die Ökonomie oder der sorgsame Umgang mit den Ressourcen ist nicht Selbstzweck, sondern das Mittel zum Zweck. Das Geld und die Ressourcen sollen dem Menschen dienen, denn der Mensch und der Patient

stehen im Fokus der Ökonomie in der Medizin. Der sorgsame, damit ökonomische Einsatz von Ressourcen steht nicht im Widerspruch zu einer guten Medizin. Vielmehr zeichnet sich die Kunst des Arztes dadurch aus, dass er das tut, was dem Patienten nützt und seiner Genesung dient und was der Patient auch will, und dass er unterlässt, was schadet oder mit hohem Risiko verbunden ist. In letzter Konsequenz ist ein solches Vorgehen auch zumeist ein ressourcenschonendes, ökonomisches, das dem Patienten dient.

Weniger ist oft mehr, zuwarten oft besser als aktives Tun. Um diesen gedanklichen Kreis vom Zusammenspiel zwischen Gesundheitsökonomie und Medizinethik zu schließen, braucht es ein kluges, auch ökonomisches Anreizsystem, das gutes Handeln auch belohnt. Eine der Quellen für Unwirtschaftlichkeit und unethisches Vorgehen in der Medizin besteht neben einer latenten Sehnsucht nach Absicherung in der unheiligen Allianz zwischen Aktionismus und Einkommen.

Der sorgsame Umgang mit den Gefäßen richtet sich aber nicht nur an die Health-Professionals. Ein so fragiles System wie die soziale Krankenversicherung besteht auf Dauer nur dann, wenn alle Beteiligten mit Besonnenheit und Achtsamkeit mit ihm umgehen: Wenn die Menschen auf ihre Gesundheit achten, auch Verantwortung dafür und ihre Gesundheit übernehmen; wenn die Politik nicht das Blaue vom Himmel verspricht und das System nicht überfordert; wenn die Kassen ihre Hausaufgaben im Griff haben, ihre Kunden gut behandeln und respektvoll mit ihren Partnern umgehen; wenn die Medien auch einmal über das Gute und Positive berichten.

Ich habe den Eindruck, dass die Stimmung bei Ärzten und Pflegern auch nach oder gerade wegen der Arbeitszeit- und Besoldungsreform im Spital nicht gut ist; zugleich haben wir neuerdings Probleme, Kassenstellen mit Ärzten nachzubesetzen. Junge Ärzte bekommen aber im Gegensatz zu anderen Akademikern sofort und überall eine Anstellung unter vergleichbar sehr guten Bedingungen. Was ist denn da faul im Staate Medizin? Ich glaube, dass wir uns in einem nicht mehr steuerbaren Wirbel von Reformstau und Reformwut bewegen, an dem Gesundheits- und Standespolitik gleichermaßen beteiligt sind. Arbeitszeit- und Besoldungssystem neu, Forderungen der Pflege, neue Ausbildung vor allem der Allgemeinmediziner, kein Turnus und damit keine Turnusärzte, ELGA, Gesundheitsreform mit Bundes- und Landeszielsteuerungssystemen, primary health care, Krankenhausreform in OÖ und die neue Meduni u.a.m.

Den Ausweg sehe ich nur darin, wenn es gelingt, sich rechtzeitig und unter Einbeziehung aller Beteiligten inhaltlich auf jene Reformen zu einigen und diese so zu priorisieren, dass sie für jene, die davon betroffen sind, akzeptabel und von ihnen umsetzbar sind. Das bringt bessere Ergebnisse, höhere Akzeptanzen und spart Zeit und negative Emotionen.

WHR Prim. Dr. Rainer-Maria Dejaco

Präsident des OÖ. Herzverbandes

„Die Katastrophe in Österreich ist die, dass von der Politik die Inkompetenz zur Kompetenz erhoben wurde.“

Als Leiter des oberösterreichischen Herzverbandes eignet man sich sicherlich ein ausreichendes Wissen zur Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen an. Dazu kommen die Erfahrungen einer vierzigjährigen Tätigkeit als Ärztlicher Direktor eines Krankenhauses, als Abteilungsleiter einer internen Abteilung, aus einer Facharztpraxis und als Sanitätsrat. Das bedeutet auch einen entsprechenden Einblick in die Gesundheitspolitik der letzten 50 Jahre. Erfahrungen vor allem mit den damit betrauten und befassten Verantwortlichen des medizinischen, pflegerischen und auch administrativen Sektors auf der einen Seite, andererseits ebenso die Verhaltensweisen von Patientinnen und Patienten im bestehenden Gesundheitssystem, vor allem aber im Zustand ihrer Erkrankung.

Der Begriff **Prävention** beschreibt zunächst ganz allgemein, den Gesundheitszustand der Bevölkerung oder einzelner Personen zu erhalten. Die Gesundheitsförderung wurde 1986 durch die Ottawa-Charta der WHO zu einem umfassenden Anliegen erklärt, das alle betrifft: Familien, Schulen, Firmen, Krankenhäuser und so auch den österreichischen Herzverband (ÖHV). Gesundheitsförderung ist damit natürlich auch ein wichtiges Anliegen von Staaten und Politik. In der Medizin unterscheidet man die Begriffe Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention.

Primärprävention verhindert das Entstehen einer Krankheit, z.B. durch Gesundheitssport, Impfungen, die zum Schutz der Bevölkerung beitragen, und Vermeidung von Fettleibigkeit. Bei meinen Vorträgen bin ich immer wieder mit haarsträubendem Unwissen bei Frühsymptomen von Herzinfarkt und Schlaganfall bei PatientInnen konfrontiert.

Sekundärprävention bremst Krankheitsentwicklungen in ihrem Frühstadium ein. Hier spielt die Frühdiagnostik die entscheidende Rolle, denn Krankheiten rechtzeitig abzufangen ist wesentlich leichter, als bereits eingetretene Erkrankungen zu kurieren.

Tertiärprävention begrenzt Folgen manifester Krankheiten. Hier besteht eine große Nähe zur Rehabilitation.

Phasen der Rehabilitation: In Österreich ist ein Vier-Phasen-Modell der Herzrehabilitation gebräuchlich:

Phase I: Frühmobilisierung im Akutkrankenhaus

Phase II: Frührehabilitation im Reha-Zentrum

Phase III: Ambulante, ärztlich kontrollierte Rehabilitation

Phase IV: Lebenslange Rehabilitation/Gesunderhaltung

Es ist leider Tatsache, dass ohne effiziente Folgemaßnahmen der Benefit von stationärer wie ambulanter Rehabilitation rasch sinkt, und die Rezidivneigung steigt. Da die Phase-IV-Rehabilitation in die Patientenselbstverantwortung und damit in den Bereich Selbsthilfegruppen fällt, stellt sich die entscheidende Frage, inwieweit deren Aktivitäten Verhaltensmodifikation in der Weise bedingen, dass der psychologische Status nach einer Rehabilitation zumindest erhalten und die Lebensqualität verbessert werden können. Gerade der Aspekt der wichtigen Verhaltensmodifikation wird seitens der Gesundheitspolitik bislang in keiner Weise zur Kenntnis genommen, obwohl ein entsprechend großes Potential bei 24.000 neuen Infarkten pro Jahr und 250.000 PatientInnen mit Herzinsuffizienz, verursacht durch eine koronare Herzkrankheit, besteht! Selbstverständlich nimmt dieses Gedankengut auch solche PatientInnen in die Verantwortung, die durch die koronare Herzkrankheit, vergesellschaftet mit einem lebensbedrohlichen Zustand einhergehend, traumatisiert sind. Studien zeigen, dass bis zu 50 % nach dem Herzinfarkt nach einem Jahr wieder im alten Lebensstil verhaftet sind und darüber hinaus noch einen zusätzlichen kardialen Risikofaktor, in Form einer Depression, akquiriert haben.

Der mündige Patient weiß durch die mediale Öffentlichkeit um die Nachhaltigkeit von regelmäßigem Gesundheitssport, über die Hilfen der Ernährungsumstellung, der Schädlichkeit des Rauchens und den positiven Einfluss auf Stressreduktion. Er schätzt Sozialkontakte wie Kommunikation und Gespräche mit Gedankenaustausch über seine Situation, wie sie vom Arzt aus Zeitgründen kaum erfolgen können. Auch die Vortragsangebote werden mit großem Interesse angenommen, doch lässt sich der „innere Schweinehund“, sprich Verhaltensänderung, erfahrungsgemäß am besten in den gemeinschaftlichen Aktivitäten nachhaltig verändern.

Zusammengefasst sind sich die meisten Patienten der Verantwortung und Kosten bewusst, während ich den Eindruck habe, dass die Gesundheitspolitik das dadurch bedingte mögliche Einsparungspotential – von Fachleuten in Millionenhöhe geschätzt – unerklärbarerweise bislang nicht realisiert hat, obwohl von führenden Politikern wiederholt die Wichtigkeit und Kostengünstigkeit der Prävention angesprochen wird.

Ein weiteres Kapitel der Prävention stellt die **Impfproblematik** dar. In der Öffentlichkeit wird von einer Impfmüdigkeit geschrieben, was mehr als falsch ist. Mit Nichtimpfen setzt man wissentlich seine und die Gesundheit der Mitmenschen aufs Spiel und verursacht zudem noch hohe Kosten. Wer nicht vorbeugt, verursacht Kosten – die leider die Allgemeinheit trägt. Die Politik wäre hier zuständig, nicht nur durch klare Gesetze ihre Bürger zu schützen, sondern auch die verursachten Folgekosten von Nichtgeimpften, sogenannten selbstbestimmten Patienten, zurückzufordern. **Eindeutige Gesetze** sind auch in Bezug auf das Rauchen zu fordern und nicht die Gesundheit der Bevölkerung hinter offensichtliche Wirtschaftsinteressen zu stellen. Es ist daher die Impfpflicht anzustreben, damit Impfplücken rasch geschlossen werden.

Auch die Sichtweise von Patienten ist mir durch die Betreuung von Selbsthilfegruppen wohlbekannt. Sie wünschen sich, wie bisher, eine gut funktionierende Akutversorgung, weiters Ansprechpartner, die sich auch Zeit nehmen und sie über ihren Gesundheitszustand in verständlicher Weise informieren, praktische Tipps zur Bewältigung ihres Alltags geben, wie z.B. Ängste nehmen usw.

Die Frage nach dem Kostendruck stellt sich in der Akut- und REHA-Phase noch nicht. Für die Phase IV, der lebensbegleitenden Rehabilitation, wäre zu wünschen, dass eine Erhöhung der Mittel zur besseren Compliance der Patienten führt, da für nachhaltige Lebensstiländerung der Aufbau eines Pro-

blembewusstseins für die eigene Erkrankung und Entwicklung präventiver Verhaltenskompetenz eine entscheidende Rolle spielt. Bei der Koronaren Herzerkrankung heißt die Devise: „**Nach dem Infarkt ist vor dem Infarkt.**“

Ein Rückblick auf die Gesundheitspolitik der letzten 50 Jahre zeigt mir eines:

Das Gesundheitssystem steht heute vor dem Abgrund!

Dafür ist die Politik verantwortlich, denn sie hat die Inkompetenz zur Kompetenz erhoben, indem sie der Ansicht ist, Reformen ohne fachliche Einbindung einer qualifizierten Ärzteschaft durchzuziehen. Das negative Umfeld wurde durch Ausgrenzung, Entmündigung, Pauschalverdächtigungen und überbordende Bürokratie noch verstärkt und über die Medien wiederkehrend ein negatives Berufsbild lanciert. Als Arzt hat man das Empfinden, dass eine verantwortungsvolle medizinische Tätigkeit von der Gesellschaft nicht mehr wertgeschätzt wird. Der Frust ist gewaltig und der Berufsstand lässt sich – **hoffentlich** – nicht mehr diskriminieren und weiterhin verschaukeln. Die Konsequenzen sind sichtbar, beginnen jedoch noch mehr spürbar zu werden. Bei Ärzten ist bei den Jungen die Abwanderung ins Ausland voll im Gange, viele ältere Ärzte sind schon in der inneren Emigration und finden in einem Hobby ihre „Psychotherapie“; auch sind sie nicht mehr für ihre Tätigkeit wie früher motivierbar. Das gab es früher nie, dass Primärärzte die Leiterfunktion einer Abteilung oder des Direktors eines Spitals zurückgelegt haben. Gravierender Personalmangel mit der Sorge um die Aufrechterhaltung der Versorgung und die bereits eintretenden Kürzungen medizinischer Leistungen sorgen für ein negatives Arbeitsklima und Umfeld. Spürbar wird es für alle Betroffenen, vor allem die vielen Patienten, wenn Ambulanzen geschlossen, notwendige OPs verschoben, eine inadäquate Nachsorge und lange Wartezeiten in Kauf genommen werden müssen. Wenn ich als Schmerzpatient einen MRT-Termin in 4 Wochen zur Diagnosestellung bekomme, dann wird die Lage besorgniserregend, der Leidensdruck steigt und Verständnislosigkeit in der Patientenschaft macht sich breit.

Wenn für eine notwendige OP trotz der Gefahr möglicher chronischer Folgekrankheit erst Wochen später ein Termin fixiert werden kann, dann werden wir unser hochgelobtes System hinterfragen müssen, aber auch die Verantwortlichkeit dafür zu eruieren haben. Jedenfalls werden wir nicht mehr die Rentabilität als Erfordernis von Leistungseinschränkungen anschuldigen können, um dies hier zynisch zu formulieren, sondern das System als Ganzes in Frage stellen müssen.

1. Das derzeitige Gesundheitssystem ist am Ende. Das System ist so nicht reformierbar, daher müssen alle Ärzte Geschlossenheit zeigen und ihre Interessen, nämlich den einen freien Arztberuf, entschieden vertreten und noch mehr **verteidigen**.
2. Vorsorgemedizin hat bereits in der Volksschule mit einer täglichen Turnstunde zu beginnen. Zusätzlich zeigen Studien, dass dies positive Auswirkung auf das Gehirn hat, mental stärkend ist und weiters, dass der Lernbeginn mit 9 Uhr früh wesentlich gesünder und effizienter für das Gehirn ist. Nachhaltige Effekte sind weniger Übergewicht, Minderung eines späteren Suchtverhaltens gegenüber Drogen, ein besseres Kommunikationsverhalten in der Gemeinschaft im Sinne von sozialer Kompetenz und vieles andere mehr.
3. Abschließend hat Kollege Harald Mayer, 2. Vize-Präsident der Österreichischen Ärztekammer, in einer Aussendung vorgeschlagen, dass die Administration und medizinische Leitung eines Krankenhauses durch eigens ausgebildete Mediziner in Personalunion erfolgen soll. Es wäre mehr an Kompetenz und Verantwortlichkeit erforderlich, somit wünschenswert.
4. Einführung eines **Gesundheitspass** – ähnlich dem Reisepass mit Basics als Standard mit individueller Ausformung.

Es sollte ein Dokument darstellen, das gesundheitsbezogene Daten einer jeweiligen Person beinhaltet, die ihre Leistungen für sich selbst, aber auch den befassen Behörden gegenüber (freiwillig) dokumentieren kann, denn damit kann man diese belohnen, was einem tiefen Bedürfnis des Menschen nach Anerkennung und Belohnung entspricht. Dieser Weg wird bereits zaghaft von Versicherungen für die Zukunft eingeschlagen.

- a) Impfungen
- b) Teilnahme an Diagnostik und Therapien
- c) Krankenhausaufenthalte
- d) Rehabilitationen und Kuraufenthalte
- e) Eigene Leistungserbringung von Präventionsmaßnahmen
- f) Vorsorgeuntersuchungen, Bewegungstherapie, Vorträge und Kurse

Die Ausführungen sind Gedanken zum derzeitigem Zustand eines Systems, das nicht mehr als Gesundheitssystem, sondern als Krankheitssystem zu bezeichnen ist. Die Fremdbestimmung durch inkompetente Personen und Behörden hat das Ausmaß überschritten, was offensichtlich auch mit Geld nicht mehr kompensierbar erscheint, wie es sich bei den jüngsten Aktionen der Systemerhalter gezeigt hat. So wird verständlich, dass Ärzte, die noch eine Berufung in sich spüren, die nicht auf die Uhr schauen, die Verantwortung zu tragen bereit sind und noch Kompetenz zeigen können und wollen, sich verabschieden, wohin auch immer ...

Univ.-Prof. Mag. Dr. PhDr. Wilhelm Frank MLS

Gesundheitsökonom, Berater, Konsulent im Gesundheitswesen, geschäftsführender Gesellschafter der Wilhelm Frank-Gesundheitssystemberatung GmbH, Universitätsprofessor für Gesundheitswissenschaften und Gesundheitsmanagement in Krems.

„Gesundheit ist kein monetäres Maß – daher ist eine Investition in Gesundheit eine präventive Maßnahme, die als spekulative Investition zu betrachten ist.“

In Österreich besteht ein fortwährender Drang, Behandlungen aus dem Spitalssektor in den vermeintlich kostengünstigeren niedergelassenen Sektor auszulagern. Gerade diese Frage der Vergleichbarkeit der Sektoren ist aber aus meiner Sicht völlig offen, da dies von zahlreichen Faktoren abhängig ist. Auch der gegenteilige Effekt ist bemerkbar, Einlagern statt Auslagern. Am Beispiel des nicht definierbaren Best-Point-of-Service, der letztendlich der Cheapest Point of Service sein wird, ist erkennbar, dass selbst aus fachlicher Sicht dieser Ort oft nicht ausfindig gemacht werden kann. Die da noch darübergelegte Wirtschaftlichkeit ist mit den gegenwärtig zur Verfügung stehenden Daten nicht bzw. nur höchst problematisch ermittelbar, was nicht heißt, dass nicht völlig falsche Studien erstellt werden. Direkte Kostenvergleiche sind mit den administrativ orientierten Routinedaten keinesfalls möglich.

Massive Kostenanstiege beklagen die Sozialversicherungen beispielsweise bei den Ausgaben für Medikamente. Tatsächlich sind aber die Preise für

Arzneimittel in den letzten Jahren deutlich gesunken. Gerade Österreich ist ein Billigpreisland. Daneben sind in einer kleinen Nische (Onkologie, seltene Erkrankungen) die Kosten dramatisch gestiegen. Das Problem ist ein Verteilungsproblem, das einer politischen Beratung bedarf. Eine Preisregulierung ist an sich nicht automatisch ein sinnvoller Ansatz, da im Kreislaufsystem der Wirtschaft zahlreiche Nebeneffekte ebenfalls zu berücksichtigen wären. So schafft ein Arzneimittel z.B. auch einen indirekten Nutzen, der durch Regulative in Österreich nicht berücksichtigt werden darf. Die alleinige Berücksichtigung des Preises eines Arzneimittels als ökonomisches Grundlagenmaß ist nicht ausreichend für eine sozialverträgliche Versorgungsgestaltung.

Die Frage nach der Daseinsberechtigung der Ökonomie in der Medizin ist aus meiner Sichtweise recht einfach zu beantworten. Reduziert man Ökonomie auf Preis, gelingt die Einbindung sozialer Aspekte nicht. Ökonomie und Medizin sind nur durch die praktische Handhabung im Rahmen von Verwaltungsvorschriften zu Gegenspielern geworden. Dem liegen unzählige Fehlentwicklungen zugrunde. Meist wird Ökonomie der Gesundheit mit der Ökonomie des Gesundheitssystems verwechselt. Darüber hinaus sind Ökonomien im Sozialbereich etwas komplizierter als im Handel oder Dienstleistungsbereich. Medizinische Maßnahmen sind keine Dienstleistungen und der Leistungserbringer ist nicht der Produzent. Die Verbindung von Gesundheit als komplexes Thema und der Ökonomie als durchaus schwierige Wissenschaft wird in der Kombination letztendlich teilweise von Laien erbracht oder laut kommentiert.

In Großbritannien erfolgt Rationierung im Gesundheitswesen beispielsweise anhand des gesundheitsökonomischen Konzepts der QALYs (Quality Adjusted Life Years). Eine solch radikale Maßnahme droht hierzulande nicht. Das hat zahlreiche Gründe, die vom Methodischen über das Prinzip der Individualität bis hin zum Rechtlichen reichen. Das Besondere in Österreich besteht darin, dass sämtliche Verbesserungen auf der Seite der Leistungserbringer angedacht werden, was dem Prinzip des Qualitätsdenkens grundsätzlich zuwiderläuft. Für die Wissenschaft mögen Konzepte wie QALY durchaus interessant sein, für eine Versorgungsgestaltung ist jedoch mit viel zu vielen Unsicherheiten zu rechnen, dass darauf ein Versorgungskonzept aufgebaut werden kann.

Gesundheit ist kein monetäres Maß. Daher ist eine Investition in Gesundheit eine präventive Maßnahme, die als spekulative Investition zu betrachten ist. Eine Gleichsetzung ist nicht möglich, auch ist Prävention nicht mit Kosteneinsparungen zu rechtfertigen.



Josef Höger, Detail aus «Blick aus einem Gartenpavillon auf das Park- und Schlossareal nach 1837»
© LICHTENSTEIN, The Princely Collections, Vaduz - Vienna



Wann ist es Zeit, an morgen zu denken?

Wenn Sie Ihr Vermögen langfristig erhalten möchten.
Nehmen Sie sich Zeit für ein Gespräch mit uns: LGT Bank Österreich
Wien Tel. 01 227 59-0 und Salzburg Tel. 0662 2340-0.

LGT. Partner für Generationen. In Wien, Salzburg und
an mehr als 20 weiteren Standorten weltweit. www.lgt.at



**Private
Banking**

Die Zeitschrift für Gesundheitspolitik (ZGP) des Linzer Instituts für Gesundheitssystem-Forschung (LIG) versteht sich als Medium zur Veröffentlichung neuer Denkanstöße und Perspektiven zu aktuellen Problemen des österreichischen Gesundheitssystems. Sie will damit einen Beitrag zur innovativen Weiterentwicklung des österreichischen Gesundheitssystems leisten. Themenbereiche sind etwa intra- und extramurale Versorgung, Nahtstellenmanagement, Finanzierung, Organisation und Akteure des Gesundheitssystems. Die ZGP richtet sich an Personen aus Politik, Sozialversicherung, Kammern, Wissenschaft und an alle, die am Gesundheitssystem interessiert sind.

Erscheinungsweise: vierteljährlich

Gerne lassen wir Ihnen unverbindlich und kostenlos ein Exemplar zukommen.

Bestelladresse:

Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung (LIG)
Dinghoferstraße 4, 4010 Linz
Tel.: ++43/732/77 83 71-320
Fax: ++43/732/78 36 60-320
E-mail: bergmair@aekoee.at

Bestellformular: <http://www.lig-gesundheit.at/abonnieren>

LIG
GESUNDHEITSSYSTEM-FORSCHUNG

LINZER
INSTITUT
FÜR

aekoee  Ärztekammer
für Oberösterreich