2 Gesundheitsökonomische Aspekte

Einführung

Gesundheitsökonomische Aspekte der Gesundheitsförderung stellen ein hochkomplexes und vielfach auch kontrovers diskutiertes Thema dar. Vereinfacht geht es dabei um die Frage nach Nutzen und Kosten, welche im Falle eines positiven Nutzen-Kosten-Verhältnisses rationale Gründe für die Durchführung gesundheitsfördernder Maßnahmen liefern soll. Sofern der ökonomische Nutzen jedoch nicht quantifiziert oder zumindest qualitativ plausibel aufgezeigt werden kann, stehen diesem monetäre Kosten gegenüber, die aus streng ökonomischer Sicht gegen die jeweilige Maßnahme sprechen.

Diese ökonomistische Sichtweise stößt jedoch in den Reihen der wissenschaftlichen und praktischen VertreterInnen der Gesundheitsförderung oftmals nicht nur deshalb auf Vorbehalte, weil der Beweis des ökonomischen Nutzens methodisch äußerst schwer zu führen ist:

> „Aus dieser grundsätzlichen Begrenzung unserer 'Beweismöglichkeiten' ist weiterhin zu folgern, daß der oft geforderte Nachweis von in Geldwerten meßbarem Nutzen unserer gesundheitsfördernder Aktivitäten nicht möglich ist. Für eine Krankenkasse als Akteur träte ein solcher Nutzen erst dann ein, wenn aufgrund der veränderten Verhaltens- und Lebensumweltbedingungen die Inzidenzrate einer Erkrankung in der Versichertenpopulation gesenkt würde und somit weniger Leistungsausgaben zur Behandlung dieser Erkrankung anfielen - und wenn stattdessen auch keine höheren Kosten zur Behandlung anderer Erkrankungen anfielen! Aufgrund der mit dem Alter zunehmenden Mulitmorbidität ist eine solche Situation jedoch höchst unwahrscheinlich. [...] Weisen wir also die Forderung nach Kosten-Nutzen-Analysen gesundheitsfördernder Maßnahmen offensiv zurück und 'beschränken' uns bei der Legitimation unseres Tuns auf die im Grundgesetz verankerte Auffassung über die Menschenwürde (und nicht zuletzt auf den gesetzlichen Auftrag)!" (ZIMMERMANN 1993, S. 17)

Die ökonomische Ziel- und Ergebnisorientierung widerspricht dabei auch konzeptionellen Überlegungen, denenzufolge Gesundheitsförderung primär prozeßorientiert ist, während die daraus erwachsenden Ziele als Ergebnis der Partizipation und der Selbstbestimmung der Adressaten zu betrachten sind (vgl. Kap. 1.3.1). Wenn Gesundheitsförderung den Prozeß der individuellen und strukturellen Förderung von gesundheitlicher Kompetenz und Selbstbestimmung, in der (Primär-) Prävention, wie auch in der Kuration (Sekundärprävention) und der Rehabilitation (Tertiärprävention) beschreibt (vgl. Kap. 1.3), dann handelt es sich dabei zunächst nicht um ein eigenständiges Handlungsfeld, sondern vielmehr um eine Art ‘Metamodell’, welches erst im Kontext anderer gesundheitsrelevanter Handlungs- und Politikfelder seine eigentliche Bedeutung erhält:

> „Gesundheitsförderung würde nach diesem Verständnis der Modus sein, diesen Prinzipien im Einzelfall Geltung zu verschaffen [...]. Gesundheitsförderung stellt [...] also nicht eine Form strategischen oder gar zweckrationalen, sondern kommunikativen Handelns dar, das sich dem Kalkül von Mittel- und Methodeneinsatz entzieht.“ (WENZEL 1990, S. 75)

Hier stellt sich jedoch die Frage, ob Arbeitsprinzipien und die sich daraus ergebenden Handlungsfelder der Gesundheitsförderung im Einzelfall nicht dennoch in irgendeiner Form ziel- bzw. zweckorientiert sind oder gar sein müssen, knüpfen sie doch direkt an von den Betroffenen artikulierten Problemfeldern und Defiziten der gesundheitlichen Lebensgestaltung sowie auch der gesundheitlichen Versorgung an.

Sofern sich Gesundheitsförderung dabei integrativ auf bestehende Strukturen und Problembereiche des gesundheitlichen Versorgungssystems erstreckt und das gesundheitliche Versorgungsystem selbst zum Gegenstand ökonomischer Analysen gemacht wird, läßt sich daraus auch die ökonomische Betrachtung der Gesundheitsförderung ableiten: Da die angesprochenen, potentiell auch von den Betroffenen wahrgenommenen Problembereiche der gesundheitlichen Versorgung untrennbar mit ökonomischen Defiziten der mangelnden Wirksamkeit und damit auch Wirtschaftlichkeit verbunden sind, liegt der theoretische Bezug der Gesundheitsförderung zu dieser gesundheitsökonomischen Debatte über Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der gesundheitlichen Versorgung nahe.

Andererseits folgt aus einer gesundheitsökonomischen Betrachtung der Gesundheitsförderung auch ihre modelltheoretische und konzeptionelle Integration in das gesundheitliche Versorgungssystem; nicht zuletzt, da im Rahmen einer gesundheitsökonomischen Betrachtung das gemeinsame Ziel ‘Gesundheit’ in irgendeiner Form modelliert werden muß, oder - alternativ - Substitutions- bzw. Synergiepotentiale im Gesamtsystem aufzeigbar sein müssen.

Diese Wechselwirkung von Gesundheitsförderung und Gesundheitsökonomie wird im folgenden Kapitel untersucht. Dabei wird zu zeigen sein, daß eine isolierte ökonomische Betrachtung, sowohl hinsichtlich des Gegenstandes gesundheitsfördernder Maßnahmen als auch bezogen auf kurativ-medizinische Leistungen im Rahmen des gesundheitlichen Versorgungssystems, unvollständig und mithin nicht hinreichend im Sinne einer rationalen Entscheidungsgrundlage für die Gesundheitspolitik ist.

2.1 Ökonomie im Gesundheitswesen - eine Parallele zum Anspruch gesundheitsfördernder Politik?

2.1.1 Gegenstand und Fragestellungen der Gesundheitsökonomie

Gesundheitsökonomie hat als Fachgebiet innerhalb der gesundheitswissenschaftlichen Diskussion der letzten Jahre zunehmend an Bedeutung gewonnen. Dennoch besteht ein Klärungsbedarf über den eigentlichen Gegenstand dieses Fachgebietes, da gängige Definitionen, soweit überhaupt vorhanden, häufig zu wenig über Inhalte und Methoden der Gesundheitsökonomie aussagen. So beginnen viele Abhandlungen zu diesem Thema mit dem grundsätzlichen Hinweis auf die Knappheit der Ressourcen und die sich daraus legitimierende ökonomische Betrachtung, auch im Gesundheitswesen:

> „Erst aus der Begrenztheit der verfügbaren Mittel, verbunden mit den vielfältigen Bedürfnissen nach mehr und besseren Gesundheitsleistungen, ergibt sich die Notwendigkeit wirtschaftlichen Handelns auch im Gesundheitsbereich." (ADAM/HENKE 1993, S. 347)

> „Im Umkehrschluß auf das Gesundheitswesen angewendet hieße dieses, daß die ökonomische Perspektive dann unbegründet wäre, wenn es hinreichende Mittel zur allseitigen Befriedigung der Bedürfnisse nach Gesundheitssicherung und Krankheitsbewältigung gäbe und gesellschaftlicher Konsens darüber besteht, über alternative Verwendungszwecke nicht weiter nachzudenken. Unabhängig davon, wie das Gesundheitswesen organisiert ist und wie über seine Finanzierung entschieden wird: diese Ausgangsbedingungen sind in keiner Gesellschaftsordnung und in keinem Land (außer dem Schlaraffenland) gegeben." (ANDERSEN/SCHULENBURG 1991, S. 104)

Entsprechend wird Gesundheitsökonomie bisweilen allgemein als die „Anwendung ökonomischer Untersuchungskonzepte und -instrumente auf Fragen des Gesundheitswesens" begriffen (LEIDL 1994, S. 137)[1].

Rainer LEIDL (ebd.) spezifiziert diese ökonomischen 'Fragen des Gesundheitswesens' näher, indem er eine sowohl an Inhalten als auch an einer eigenständigen Methodenentwicklung orientierte Definition von Gesundheitsökonomie formuliert. Diese stützt sich im wesentlichen auf zwei Leitfragen:

[1] In der Literatur werden insbesondere fünf ökonomische Grundlagendisziplinen genannt, die für den Gegenstand der Gesundheitsökonomie bedeutsam sind: die Mikroökonomie, die Finanzwissenschaft, die Versicherungswissenschaft, die Betriebswirtschaftslehre sowie die Wirtschaftsordnungspolitik (ANDERSEN/SCHULENBURG 1991, S. 105).

1. „Was sind die ökonomischen Folgen von Krankheiten, und wie wird Gesundheit auf individueller und gesellschaftlicher Ebene produziert; insbesondere, wie wird der Gesundheitsstatus sowie seine Veränderung durch medizinische, gesundheitspolitische und andere Interventionen gemessen und bewertet?
2. Wie sind unter ökonomischen Gesichtspunkten Gesundheitsversorgungssysteme aufgebaut, wie funktionieren die Leistungs- und Finanzierungssysteme der Gesundheitsversorgung und der Abdeckung von Krankheitsrisiken, wie können sie gesteuert werden, wie hängen sie mit anderen Teilen des Gesundheitssystems und der Gesamtwirtschaft zusammen, und wie kann man sie ökonomisch bewerten, insbesondere hinsichtlich der Kriterien Effizienz, Verteilungsgerechtigkeit, Kostenentwicklung und Beitrag zur Gesundheitsproduktion?" (LEIDL 1994, S. 137)

Gesundheitsökonomie setzt sich also zusammen aus einer globalen ökonomischen Betrachtung von Gesundheit sowie einer im engen Sinne ökonomischen Betrachtung des gesundheitlichen Versorgungssystems. Beide Aspekte bedingen sich jedoch gegenseitig und können insofern kaum isoliert voneinander betrachtet werden. Die wird am Beispiel der *ökonomischen Evaluation* einzelner Versorgungsleistungen deutlich:

So liefert die Frage der Bewertung des Gesundheitsstatus, des Einzelnen wie der Bevölkerung insgesamt, die Basis für die Entwicklung praktikabler Indikatoren, anhand derer potentielle Ergebnisse von Einzelleistungen quantifizierbar und miteinander vergleichbar werden. Ökonomische Evaluationsstudien können dabei partielle Beiträge zur Quantifizierung dieser gesamtgesellschaftlichen Gesundheitsproduktion leisten. Hierbei gilt es, geeignete Kenngrößen für Teilergebnisse sowie für die Prozesse im einzelnen zu formulieren, die nicht nur die 'Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit an sich' aufzeigen (*„Input-Effizienz"*), sondern auch einen 'Link' zu globalen Output-Größen herstellen („*Output-Effizienz*"; BMA 1984).

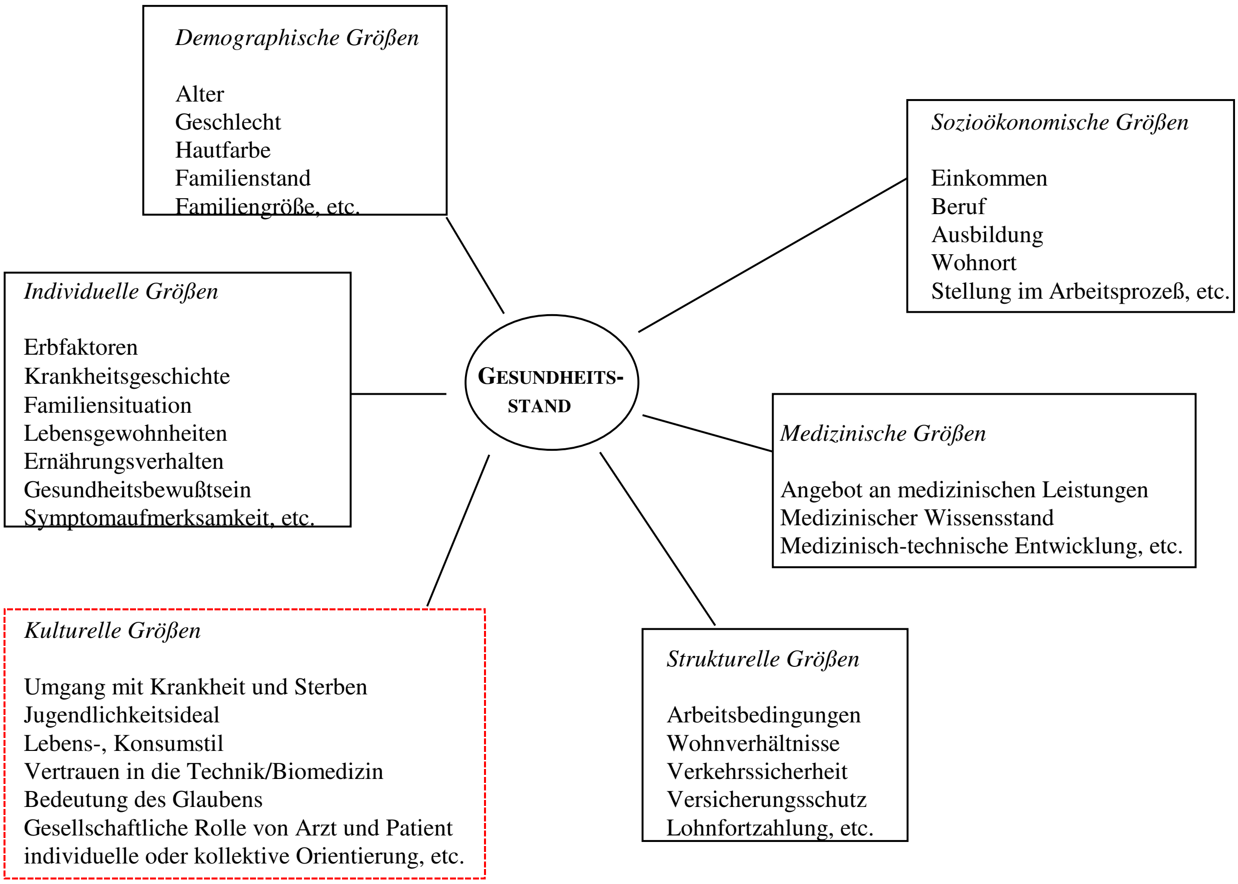
Eine ökonomische Bewertung von Einzelmaßnahmen bedarf aber ebenso der Beachtung systemischer Zusammenhänge der verschiedenen an der gesundheitlichen Versorgung beteiligten Institutionen und deren Rahmenbedingungen. Dies gilt insbesondere, wenn es um eine *monetäre Bewertung* des Nutzens einer Maßnahmen geht. So müssen potentielle Einsparungen, welche durch eine effektivere oder effizientere Maßnahme erzielbar erscheinen, auch an anderer Stelle des gesundheitlichen Versorgungssystems tatsächlich sichtbar werden. Beispielsweise würden Einsparungen durch Innovationen im nicht-ärztlichen Bereich durch ein System der sektoralen Budgetierung praktisch ‘geschluckt’, wenn die jeweils budgetierten Leistungsbereiche (ambulante, stationäre Versorgung, Arznei- und Heilmittel) ihrerseits durch vorab garantierte Obergrenzen keine oder nur geringe Spielräume für eine Unterschreitung dieser Obergrenzen erlaubten.

Die genannten Leitfragen der Gesundheitsökonomie weisen jedoch, über die ökonomische Evaluation im Gesundheitswesen hinaus, auf gesamtgesellschaftliche und gesamtwirtschaftliche Zusammenhänge hin. So gewinnt in letzter Zeit zunehmend die finanz- und arbeitsmarktpolitische Betrachtung des Gesundheitswesens an Interesse (SVRKAIG 1996).

Hinsichtlich der Effektivität und Effizienz des Gesundheitswesens zeigt sich dagegen die Notwendigkeit ökonomischer Betrachtung insbesondere vor dem Hintergrund des Verteilungskonfliktes konkurrierender öffentlicher Sektoren. So betreffen Allokationsentscheidungen über gesellschaftliche Ressourcen nicht nur das Gesundheitswesen selbst - etwa die Entscheidung über die Mittelverteilung für Prävention, Kuration, Rehabilitation, bzw. für konkurrierende Leistungssektoren innerhalb der kurativen Versorgung (ambulante Behandlung, stationäre Behandlung, Arzneimittel, Heilmittel, Hilfsmittel, Zahnersatz etc.). Ebenso geht es um alternative Mittelverwendungen, etwa für Bildung, Wohnungsbau, Verkehr etc., wobei diese ihrerseits beträchtliche Auswirkungen auf den Gesundheitsstatus der Bevölkerung haben können (ADAM/HENKE 1993; Abb. 2.1).

Da verschiedene gesellschaftliche Einflußfaktoren teilweise einen weitaus größeren Einfluß auf die Volksgesundheit haben können als das gesundheitliche Versorgungssystem selbst (BUSSE/WISMAR 1997; vgl. Kap. 1.2), geht es überdies um eine rationale Bestimmung ‘optimaler gesundheitlicher Versorgung’ unter Berücksichtigung sonstiger Einflußgrößen auf den Gesundheitsstand (Abb. 2.1). Es stellt sich also neben der - wissenschaftstheoretisch - *positiven* Frage, ‘wieviel Ressourcen die Gesellschaft für die gesundheitliche Versorgung bereitstellt und wieviel an Gesundheitsverbesserung dabei erzielt wird’, auch die *normative* Frage, wieviel die Gesellschaft für die gesundheitliche Versorgung allgemein, oder für bestimmte Krankheitsarten, an Ressourcen bereitstellen sollte’, insbesondere vor dem Hintergrund des hierdurch erzielbaren gesundheitlichen Gewinns (LEIDL 1994, S. 139).

Abb. 2.1: Bestimmungsfaktoren des Gesundheitsstandes (modifiziert nach ADAM/HENKE 1993)



Die Notwendigkeit gesundheitsökonomischer Betrachtung ergibt sich somit nicht allein aus der zuvor zitierten ‘Knappheit der Ressourcen’, denn: Selbst wenn die Ressourcen in der Medizin beliebig zur Verfügung stünden (wie das im ‘Schlaraffenland’ angeblich der Fall sei; s.o.), wäre damit noch keinerlei qualitative und quantitative Aussage über den gesundheitlichen Nutzen einer solchen ‘Vollversorgung’ getroffen. Angesichts einer „inflationären Zunahme medizinischer Behandlungen“ und „nur relativ geringfügigen Verbesserungen bei der Therapie“ (BADURA 1993a, S. 67) ergibt sich die Fragestellung der Gesundheitsökonomie vielmehr auch aus den bereits in den 60er Jahren erkannten Wirksamkeits- und Wirtschaftlichkeitsdefiziten, welche zudem Fragen der Bedarfsgerechtigkeit und Angemessenheit der verfügbaren Versorgungsleistungen aufwerfen (vgl. Kap. 1.2.2).

2.1.2 Das Problem der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen

Ausdruck der zuvor dargestellten Problematik ist u.a. die öffentlich und politisch viel diskutierte *Kostenentwicklung im Gesundheitswesen*. Wenngleich die Gesundheitsökonomie weder historisch noch wissenschaftlich, wie vielfach behauptet, als ein „Resultat der Kostenexplosion im Gesundheitswesen“ angesehen werden kann (LEIDL 1994, S. 132), ist die Finanzierungsproblematik im Gesundheitswesen dennoch in vielerlei Hinsicht zentral für die rasante Entwicklung, welche die Gesundheitsökonomie als Fachgebiet in den letzten Jahren genommen hat (ADAM/HENKE 1993).[2]

Die Kostenentwicklung ist dabei speziell in der Bundesrepublik Deutschland kaum ohne den ständigen Bezug zur gesetzlichen Krankenversicherung sowie deren Angebots- und Finanzierungsstrukturen denkbar, so daß „die Problemgeschichte der Gesundheitsökonomie in der Bundesrepublik Deutschland“ auch „als die Problemgeschichte der GKV beschrieben worden“ ist (ANDERSEN/V.D.SCHULENBURG 1991, S. 118). Ausdruck dieser engen Beziehung zu dem System der GKV ist nicht zuletzt der sozialrechtliche Anspruch der Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, welcher durch das Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG 1993) nunmehr auch eine gesetzliche Grundlage (§12 SGB V) erhalten hat (NEUGEBAUER 1996).

Gleichwohl kann das Problem der ‘Kostenentwicklung an sich’ als eher ‘hausgemacht’ und daher sekundär betrachtet werden, wenn von dem primären gesundheitsökonomischen Problem fehlender Ziel- und Bedarfsorientierung im Gesundheitswesen ausgegangen wird. Der „Mythos“, die demographische Entwicklung verbunden mit dem technologischen Fortschritt in der Medizin würden per se, quasi zwangsläufig zu einem Ausufern gesundheitlicher Bedürfnisse und somit der Ausgaben im Gesundheitswesen führen, ist bereits vielfach empirisch widerlegt worden (SCHWARTZ/BUSSE 1994).

---

[2] Im Zeitraum zwischen 1970 und 1975 stieg in der Bundesrepublik Deutschland der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttosozialprodukt (Gesundheitsquote) von 6,4% (1970) auf 8,3% (1975), die anteiligen Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung am BSP von 3,7% (1970) auf 5,9% (1975). Der vielzitierte Begriff „Kostenexplosion“ stammt aus dieser Zeit, wird aber bisweilen irrtümlicherweise bis heute, zur Charakterisierung der heutigen finanziellen Situation im Gesundheitswesen verwendet. Seit 1975 sind die Gesundheitsausgaben, gemessen an der allgemeinen wirtschaftlichen Entwicklung nahezu konstant geblieben (1993: Gesundheitsausgaben ca. 8,6% des BSP, Ausgaben der GKV rund 6% des BSP) - wenn auch durch diverse Kostendämpfungsgesetze unterstützt (REINERS 1993a, OECD 1995).

Das Finanzierungsproblem im Gesundheitswesen ist demnach, hinsichtlich der Ausgabenseite, vielmehr ein abgeleitetes Problem mangelnder Effektivität und Effizienz gesundheitlicher Versorgung bzw. einer Fehlallokation gesundheitlicher Ressourcen. Diese Fehlallokation spiegelt sich etwa in folgenden empirischen Befunden:

> „Von 100 selbst wahrgenommenen Gesundheitsstörungen gelangen durch das Wirken u.a. schichtenspezifischer Selbstselektionen ca. 30 zum niedergelassenen Arzt. Die meisten anderen 70 Gesundheitsstörungen sind harmlos, vorübergehend und brauchen keine medizinische Intervention. Allerdings bleiben v.a. bei Menschen aus unterprivilegierten Gruppen und Schichten behandlungsbedürftige und therapiefähige Gesundheitsstörungen unbehandelt - *es gibt Unterversorgung*.
>
> Von den 30 Störungen, die über den niedergelassenen Arzt ins Krankenversorgungssystem gelangen, gehören nach verschiedenen Schätzungen zwischen 50% und 70% eigentlich nicht dorthin, weil sie weder bio-medizinischer Natur sind noch medizinisch im Sinne von Heilung zu beeinflussen sind - *es gibt Überinanspruchnahme.*
>
> Diese Störungen sowie auch zahlreiche Beschwerden chronisch Kranker gelangen nicht zum Arzt, weil dies sinnvoll ist, sondern weil die Patienten keine nicht-medizinische Auffang- bzw. Bewältigungsposition gefunden haben - *es gibt Übermedikalisierung.*
>
> Medizinische Behandlung tritt dabei sehr häufig an die Stelle eigentlich adäquater psychosozialer, sozialarbeiterischer oder pflegerischer Hilfe - *es gibt Fehlversorgung*.“ (ROSENBROCK 1992, S. 52)

Diese Ausführungen weisen nicht nur auf bestehende Versorgungslücken im nicht-medizinischen und pflegerischen Bereich und die daraus resultierende Überversorgung insbesondere mit ärztlich induzierten Folgeleistungen (Medikamente, Diagnostik, Facharztüberweisungen, stationäre Einweisungen etc.; ebd.) hin. Neben dieser angebotsseitigen Problematik ist dabei ebenso das Problem fehlender *Konsumentensouveränität* auf der Nachfrageseite angesprochen. Während nämlich die Nachfrage im Gesundheitswesen aufgrund fehlender Konsumentensouveränität maßgeblich durch das Angebot bestimmt wird, bleibt hingegen das Angebot der - im Rahmen der GKV angebotenen - medizinischen Versorgungsleistungen durch die Nachfrage weitgehend unbeeinflußt (Phänomen der „angebotsinduzierten Nachfrage“, ADAM 1983).

Die diagnostischen Ansätze dieser wechselseitigen Beziehung von Angebot und Nachfrage sind jedoch vielfältig. Einerseits wird dabei die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen insbesondere mit der steigenden Nachfrage nach Gesundheitsleistungen begründet. Begriffe wie „Anspruchsspirale“ oder „Freibiermentalität“ haben seit vielen Jahren nicht nur die praktische Gesundheitspolitik, sondern auch die akademische Analyse von Angebot und Nachfrage mitgeprägt (HERDER-DORNEICH/SCHULLER 1983). Ausdruck dieser vereinfachten neoklassischen Sichtweise sind stetig wachsende Zuzahlungen der Versicherten zu verschiedenen Gesundheitsleistungen (Medikamente, Kuren, Krankenhaustage, Heil- und Hilfsmittel, Zahnersatz). Neben dem einfachen Kostendämpfungseffekt in der GKV wird dieser Strategie der Selbstbeteiligung auch eine Steuerungswirkung des Nachfrageverhaltens im Gesundheitswesen, im Sinne einer „Preiselastizität der Nachfrage“ zugeschrieben (MEYER 1994, vgl. Kap. 2.2.2).

Andererseits wird eine stärkere Bedarfsorientierung medizinischer Versorgung gefordert. Begriffe wie ‘das medizinisch Notwendige’ beherrschen seit Jahren die Debatte über die ‘Weiterentwicklung des gesundheitlichen Versorgungssystems’ im Sinne der Ausgrenzung von ‘über das medizinisch Notwendige’ hinausgehenden Zusatzleistungen aus einem Kernangebot solidarisch zu finanzierender Grundversorgung (ARNOLD 1993). Auffällig ist in diesen Diskussionen, daß dabei ‘Bedarf’ beinahe ausschließlich als ein von medizinischen Experten zu definierender Bedarf verstanden wird (BREYER/ZWEIFEL 1992). Andere Ansätze der Bedarfsbestimmung wie z.B. komparative, soziale oder subjektive Bedarfsbestimmung bleiben hierbei zumeist unberücksichtigt (SCHWARTZ 1993, S. 408).

Es lassen sich also in der Debatte um die Kostenproblematik im Gesundheitswesen zumindest zwei durchaus gegensätzliche Tendenzen ausmachen. Während einerseits davon ausgegangen wird, daß der Patient als Nachfrager durch finanzielle Eigenbeteiligung selbst zu mehr ‘Eigenverantwortung’ im Umgang mit medizinischen Leistungen erzogen werden könne, die Möglichkeit der *Konsumentensouveränität* also grundsätzlich unterstellt wird, wird im anderen Falle Konsumentensouveränität als relevante Entscheidungsgröße a priori ausgeschlossen und über das aus Expertensicht ‘Notwendige’ an gesundheitlichen Versorgungsleistungen nachgedacht.

2.1.3 Hypothesen zur Kostenentwicklung und deren Bedeutung für die Gesundheitsförderung

Beide Argumentationen zur Kostenentwicklung im Gesundheitswesen, sowohl die angebotsseitige (Bedarf) als auch die nachfrageseitige, haben trotz aller Widersprüchlichkeit einen unmittelbaren Bezug auch zu Ansätzen der Gesundheitsförderung. Gesundheitsförderung setzt auf die Befähigung des Einzelnen wie der Bevölkerung zum selbstbestimmten Umgang mit der Gesundheit und somit letztlich auch zum selbstbestimmten Umgang mit gesundheitlichen Versorgungsleistungen. Darüber hinaus besteht ein Kernelement der Gesundheitsförderung in der Interessenartikulation der von Krankheit oder gesundheitlichen Risiken Betroffenen und einer Reorientierung gesundheitlicher Dienste an diesen artikulierten Interessen, m.a.W. einer Ausrichtung des Angebotes an der Nachfrage (vgl. Kap. 1.3).

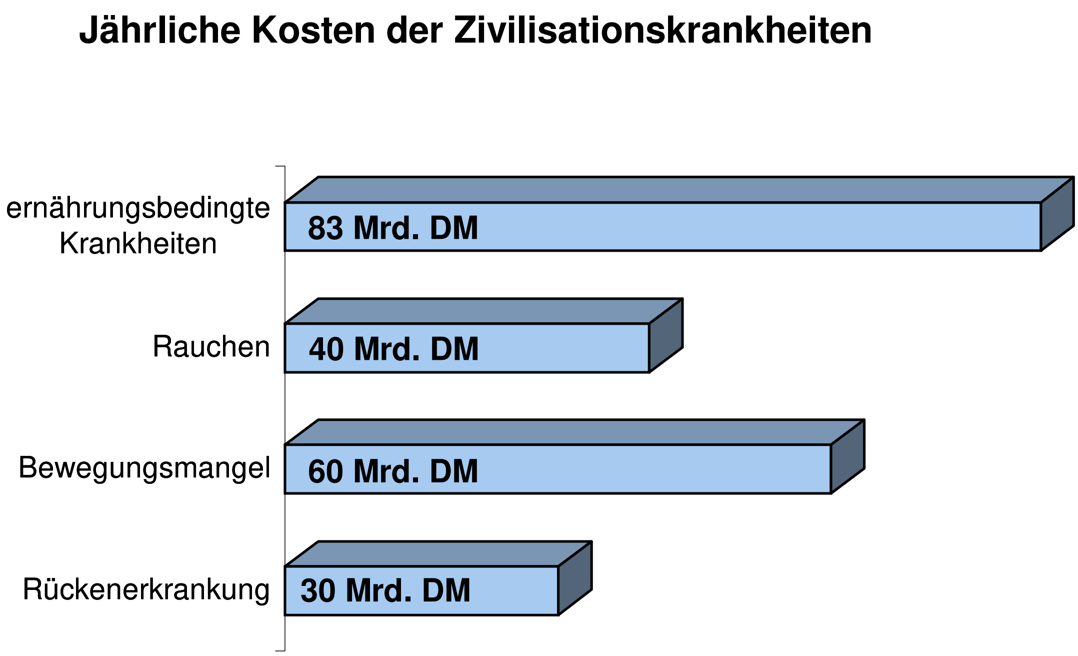
Neben diesen Anknüpfungspunkten besteht jedoch eine dritte, weitverbreitete Hypothese, die einen noch unmittelbareren Bezug der Prävention und Gesundheitsförderung zur Kostenproblematik im Gesundheitswesen herstellt. Dabei handelt es sich um die Hypothese, daß ein Großteil der heute im Gesundheitswesen anfallenden Behandlungskosten auf sogenannte „Zivilisationskrankheiten", also grundsätzlich vermeidbare Krankheiten, zurückzuführen ist. So wurden z.B. 1993 die volkswirtschaftlichen Kosten ernährungsabhängiger Krankheiten berechnet (KOHLMEIER et al. 1993). Die vom Bundesministerium für Gesundheit beauftragte Forschungsgruppe kommt zu dem Ergebnis, daß durch ernährungsabhängige Krankheiten - u.a. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen, Diabetes mellitus, Gicht, Fettstoffwechselerkrankungen, Übergewicht, Alkoholismus, Karies, Osteoporose - allein rund 47 Milliarden DM pro Jahr an direkten Kosten, sowie weitere 36 Milliarden DM/Jahr an indirekten Kosten verursacht werden, zusammen: 83,5 Milliarden DM pro Jahr.

Aus einer solchen Krankheitskostenstudie können nun unterschiedliche Schlußfolgerungen gezogen werden: In dem genannten Beispiel verweist schon der Titel „Kosten ernährungsabhängiger Krankheiten" auf das allein durch Verbesserungen im Bereich der Ernährung und des Ernährungsverhaltens zu erschließende Potential vermeidbarer Behandlungskosten.[3] Spitzt man diese Aussage unter Zuhilfenahme weiterer Kostenhochrechnungen, etwa für die volkswirtschaftlichen Kosten des Rauchens (40

[3] So weist auch der Gesundheitsminister im Vorwort zu dieser Studie auf die „zunehmende Bedeutung" der Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung zur Vermeidung der enormen Kosten aufgrund ernährungsabhängiger Krankheiten hin (KOHLMEIER et al. 1993)

Milliarden DM), Bewegungsmangels (60 Milliarden DM) oder von Rückenerkrankungen (30 Milliarden DM), weiterhin zu, läßt sich ein enormes Einsparpotential durch die Vermeidung von „Zivilisationskrankheiten“ aufzeigen (*DOK 1996, S. 570*, Abb. 2.2).

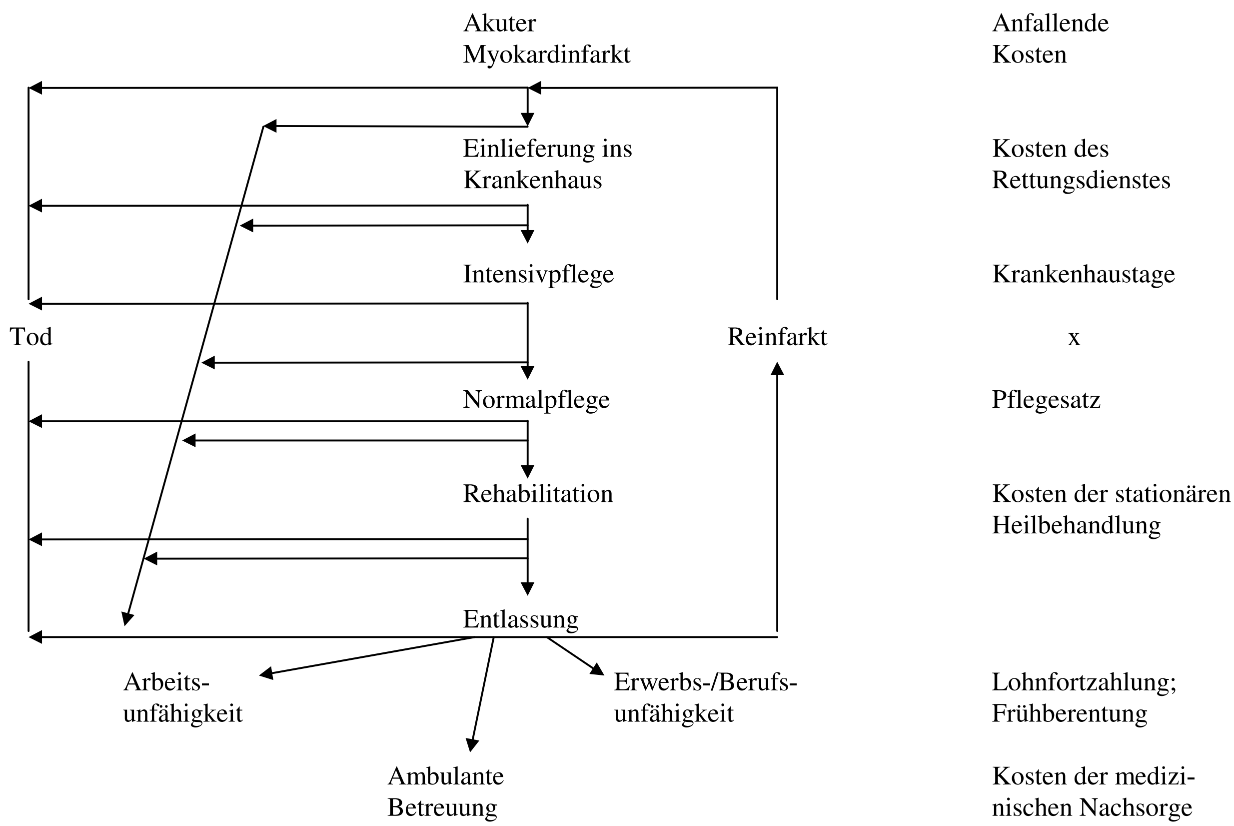
Abb. 2.2: „Teure Zivilisationskrankheiten“ (Quelle: DOK Nr.18 (15.9.96), S. 570)



Neben den, angesichts z.T. erheblicher Differenzen zu anderen Vergleichsberechnungen, sicherlich begründeten methodischen Zweifeln[4] muß jedoch viel grundsätzlicher danach gefragt werden, ob diese Art der Darstellung angesichts der Art und Qualität der anfallenden Kosten überhaupt gerechtfertigt ist. Eine andere Lesart der gleichen Kostenproblematik im Gesundheitswesen besteht nämlich darin, die direkten Behandlungskosten im einzelnen selbst zur Diskussion zu stellen. So kann am Beispiel des akuten Myokardinfarkts - ebenfalls ‘eine ernährungsabhängige Erkrankung’ in der Terminologie der oben zitierten Studie - illustriert werden, aus welchen einzelnen Leistungs- und Kostenbereichen sich das „Disease Costing“ einer Krankheit und deren Folgen zusammensetzt (Abb. 2.3):

[4] Während etwa die Gesamtkosten (direkte und indirekte Kosten) für Diabetes mellitus in der zitierten Studie von KOHLMEIER et al. (1993) lediglich auf 3,8 Milliarden DM (im Jahr 1990) beziffert werden, werden anderenorts die „direkten Gesamtausgaben für Diabetes in Deutschland [...] auf rund 13 bis 15 Milliarden Mark jährlich“ geschätzt (HILDEBRANDT/DOMDEY 1996, S. 52). Darüber hinaus müssen die zweifellos bestehenden Überschneidungen von bewegungs-, ernährungsbedingten, durch Rauchen oder durch Rückenerkrankungen verursachten Behandlungskosten ebenso berücksichtigt werden, wie die Unterscheidung direkter (das Gesundheitswesen betreffender) und indirekter (volkswirtschaftlicher) Kosten (vgl. Kap. 2.4).

Abb. 2.3: „Disease Costing“ am Beispiel des akuten Myokardinfarkts (Quelle: ADAM/BEHRENS/HENKE 1991)



Jede dieser einzelnen Stationen der Behandlung könnte nun für sich genommen unwirtschaftlich bzw. nicht dem tatsächlichen Bedarf des Patienten angemessen sein. Beispielsweise können im Falle des Diabetes mellitus Behandlungskosten pro Fall um das Zehnfache differieren, je nachdem, ob der Patient gut oder schlecht ‘eingestellt’ ist. Nach Berechnungen der AOK Main-Tauber-Kreis im Jahr 1991 belaufen sich die jährlichen Behandlungskosten für einen Typ I-Diabetiker auf 2.400 bis 4.000 DM, sofern er gut eingestellt und geschult ist (z.B. bzgl. der Insulindosierung, Ernährung u.v.m.), für einen schlecht eingestellten Diabetiker dagegen auf zwischen 13.000 und 17.000 DM (LEOPOLD 1991). Ähnliche Zahlen werden auch für die größere Gruppe der Diabetes-Typ II-Patienten berichtet: Ein gut eingestellter Typ II-Diabetiker verursacht etwa 1.000 DM Behandlungsausgaben pro Jahr, ein schlecht eingestellter hingegen 11.000 bis 13.000 DM (Bergmann 1995, zit.n. HILDEBRANDT/DOMDEY 1996). Der Großteil der Kosten für einen schlecht eingestellten Diabetiker werden dabei für im Grunde unnötige stationäre Akuteinweisungen aufgewendet (vgl. Kap. 1.2.2).

Auch für andere, zumeist chronische Krankheitsarten muß zwischen medizinisch notwendigen Therapiekosten und solchen, die durch verbesserte, integrierte Behandlungsabläufe oder begleitende Schulungsangebote vermeidbar wären, unterschieden werden. So stellte die von großem politischen Aufsehen begleitete sog. „Fehlbelegungsstudie" des Medizinischen Dienstes der Krankenkassenspitzenverbände (MDS) fest, daß pro Jahr rund ein Fünftel (22 %) aller Krankenhauseinweisungen grundsätzlich durch vorhandene Behandlungsalternativen der ambulanten Behandlung, der Pflege und der Rehabilitation vermeidbar seien (MDS 1997, BOSCHKE 1996). Nach Angaben einer von der Techniker Krankenkasse veröffentlichten Untersuchung standen rund 20% der Krankenhauseinweisungen „in irgendeinem Zusammenhang mit Nebenwirkungen oder der unsachgemäßen Einnahme von Arzneimitteln" (GLAESKE 1992, S. 118). Im Arzneimittelsektor wurden 1995 die Ausgaben für Mittel mit umstrittener Wirksamkeit auf rund 7 Mrd. DM beziffert (GLAESKE 1996).

Insgesamt wurde das Einsparungspotential im Gesundheitswesen ohne Qualitätsverluste, d.h. durch Vermeidung der Folgen ungenügender Kooperation und Kommunikation zwischen einzelnen Behandlungssektoren (z.B. Doppeldiagnostik, arztinduzierter Mengenausweitung, medizinisch nicht notwendigen Medikamentenverordnungen, Krankenhaus-Fehlbelegung), auf zwischen 25 und 70 Milliarden DM jährlich geschätzt (GLAESKE/V.STILLFRIED 1996).[5]

Eine weitere mögliche Lesart der Kostenproblematik im Gesundheitswesen ist schließlich die Betrachtung volkswirtschaftlicher Kosten der „Noncompliance" (BULK 1989). So verursacht die „Noncompliance" von Hypertoniepatienten, bezogen auf die nachlässige Einnahme der verordneten Medikamente, Kosten zwischen 150 und 180 Mio. DM (Noncompliance-Rate von 50 - 80%). Für den Arzneimittelsektor insgesamt werden bei einer Noncomliance-Rate von 35-45% Fehlallokationen von 2,7 bis 3 Mrd. DM vermutet. Schließlich liege die Noncompliance-Rate bei Rauchern nach einem Herzinfarkt bei 58%, für die Diabetes-Diät bei 66% und bei häuslichen Bewegungsprogrammen für Kreislaufkranke bei 60% bzw. für Rheumakranke bei 40% (ebd., S. 268). Für die Effektivität von Interventionsprogrammen zur

[5] Gesundheitsminister Seehofer bezifferte 1996 das Einsparpotential im Gesundheitswesen auf 25 Mrd. DM (in: Welt am Sonntag, 04.02.1996). Der Gesundheitsökonom Eckhard Knappe spricht gar von 60 bis 70 Mrd. DM Einsparpotential pro Jahr (in: Die Welt, 25.02.1997). Wenn man die Schätzungen von Herder-Dorneich aus den 70er Jahren (25 Mrd. DM Einsparpotential) auf das heutige Ausgabenvolumen hochrechnet, kommt man ebenfalls zu einer Zahl von rund 70 Mrd. DM jährlich (GLAESKE/V. STILLFRIED 1996).

Behandlung des Bluthochdrucks gilt etwa, daß die Effektivität unter realen Praxisbedingungen (*effectiveness*) nur ca. 37% der Effektivität unter idealen Bedingungen (*efficacy*) beträgt. Die reale Effektivität könne jedoch „durch geeignete Maßnahmen, insbesondere zur Förderung der Compliance der Patienten und der Ärzte, [...] auf etwa 70% erhöht werden" (SCHUHMACHER 1995b, S. 19/20).

Faßt man also die verschiedenen Hypothesen zur Kostenentwicklung im Gesundheitswesen zusammen, zeigt sich auch bei näherer Betrachtung, daß es sich dabei vornehmlich um eine angebotsseitige, sowie in weit geringerem Umfang um eine verhaltensbedingte nachfrageseitige Erklärung handelt. Die angebotsseitige Erklärung weist auf die vielfältigen Wirtschaftlichkeitsdefizite durch fehlende Kooperation und Verzahnung einzelner Versorgungssektoren, sowie durch Über-, Unter- und Fehlversorgung hin. Gesundheitsförderung hat in diesem Zusammenhang insbesondere die Bedeutung der kollektiven Interessenartikulation der betroffenen BürgerInnen und PatientInnen, um zu einer Reorientierung der gesundheitlichen Dienste an den Bedürfnissen der Bevölkerung zu gelangen (vgl. Kap. 1.3.2).

Hinsichtlich der verhaltensbezogenen Erklärung wird dagegen von fehlender Compliance gesprochen. Da auch hier die Angebotsseite (‘Arztcompliance’) mit angesprochen ist, läßt sich das Potential an verbesserter Therapiewirksamkeit und Wirtschaftlichkeit ermessen, wenn PatientInnen besser geschult, motiviert und betreut würden, um teilweise ‘verhaltensbedingte’ Erkrankungen (Hypertonie, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Rheuma) durch eigene gesundheitliche Kompetenz und ‘Co-Produktion’ zu bewältigen. Hier ist allerdings aus Sicht der Gesundheitsförderung nicht nur die kollektive Bedürfnisartikulation von PatientInnen gefragt, sondern auch eine individuell selbstbestimmte, qualitäts- und kostenbewußte Inanspruchnahme von medizinischer Fremdhilfe, die jedoch durch institutionelle Rahmenbedingungen erst ermöglicht werden muß. Die vermeintlich enormen Kosten durch im weitesten Sinne verhaltensabhängige Krankheiten (‘Zivilisationskrankheiten’) auf allgemein schlechtes Gesundheitsverhalten in der Bevölkerung abzuwälzen, hat jedoch vor diesem Hintergrund nur wenig Bestand, da stets zwischen notwendigen und weniger notwendigen Therapiekosten differenziert werden muß. Der Aspekt der verhaltensbezogenen Primärprävention ist dabei nur ein Gesichtspunkt unter vielen, und darf insoweit nicht über die beträchtlichen Verbesserungspotentiale von Therapie

(Sekundärprävention) und Nachsorge (Tertiärprävention) im Sinne der Gesundheitsförderung hinwegtäuschen.

2.2 Ökonomie der Gesundheitsförderung

Im Zusammenhang mit einer Ökonomie der Gesundheitsförderung sind insbesondere zwei gesundheitsökonomische Debatten bedeutsam.

Einerseits handelt es sich dabei um die, gleichwohl zumeist auf den Gegenstand der Prävention verkürzte, Debatte über Kosten und Nutzen. Sie fragt danach, inwiefern Menschen unter biomedizinischen Gesichtspunkten durch Prävention gesund erhalten werden können und sich damit teure medizinische Behandlungen vermeiden lassen. Die Verhaltensdimension im Sinne einer ökonomischen Analyse des Nachfrageverhaltens nach medizinischen Behandlungen spielt in dieser Betrachtung zumeist keine Rolle.

Andererseits findet seit Jahren eine breit geführte, mikroökonomisch geprägte Debatte über das Nachfrageverhalten nach Gesundheit sowie nach gesundheitlichen Versorgungsleistungen statt. Auch diese gesundheitsökonomische Debatte ist für die Gesundheitsförderung von Bedeutung, da sich hieraus, im Gegensatz zu der obigen Diskussion, ermessen läßt, daß auch dem Inanspruchnahmeverhalten von PatientInnen, und damit Kostenfragen der medizinischen Versorgung, mehrere Variablen zugesprochen werden können als der medizinisch-somatische Gesundheitszustand.

Während sich die erste Debatte explizit mit der Frage nach dem ökonomischen Nutzen von Prävention beschäftigt, besteht die Verbindung der zweiten Debatte zur Gesundheitsförderung nur indirekt. Diese zweite Debatte soll jedoch aufgegriffen werden, um erstens die Besonderheiten, welche Gesundheitsförderung u.a. von einer auf Ursache und Wirkung reduzierten Prävention abgrenzen, aufzuzeigen, und um zweitens mehr Klarheit in die oftmals vereinfacht geführte Diskussion über Eigenverantwortung und Nachfrageverhalten auf dem Gesundheitsmarkt zu bringen.

2.2.1 Ist Vorbeugen billiger als Heilen? - die Debatte über Kosten und Nutzen der Prävention

Die seit den 70er Jahren verstärkt vorgetragenen Forderungen nach mehr Prävention im Gesundheitswesen haben in den 80er Jahren durch die zunehmende „Verengung des gesundheitspolitischen Diskurses auf ökonomische Fragestellungen" eine gewisse „Verunsicherung" erfahren (LENHARDT 1989, S. 411). Durch eine differenziertere epidemiologische, sozialepidemiologische und ökonomische Betrachtung und zugleich vor dem Hintergrund bisheriger Interventionserfahrungen wurde nunmehr zunehmend bezweifelt, daß 'Vorbeugen besser - und billiger - sei als heilen'.

Gleichzeitig hat sich aber paradoxerweise innerhalb der Ärzteschaft eine wachsende Akzeptanz der Prävention etabliert. Während die vorwiegend nicht-medizinische Prävention seitens der Ärzteschaft in der Vergangenheit oftmals als eine Bedrohung der Allzuständigkeit des ärztlichen Berufsstandes für Gesundheitsfragen angesehen wurde, hat sich die Ärzteschaft nunmehr selbst vermehrt der Prävention - verstanden als medizinische Prävention - angenommen (BORGERS 1988).

Dies mag als Erklärung dafür dienen, daß in der Debatte um Kosten und Nutzen der Prävention Kritik aus verschiedenen Lagern - nicht nur der Ökonomen oder der Mediziner, sondern auch der Sozialwissenschaftler - zu hören ist und sich diese Kritik gegen unterschiedliche Teilaspekte der Prävention - medizinische (medikamentöse, frühdiagnostische) Prävention, Gesundheitserziehung, Diät etc. - richtet. So unterschiedliche Handlungsbereiche wie AIDS-Prävention, Rauchen, medikamentöse Prävention der koronaren Herzerkrankung oder Krankheitsfrüherkennung werden oftmals gemeinsam diskutiert und deren jeweilige Besonderheiten miteinander vermischt. Dem Konzept der Gesundheitsförderung wird dabei in den allerwenigsten Fällen Rechnung getragen.
Die theoretische Beschränkung der ökonomischen Debatte und die weithin fehlende interdisziplinäre Begriffs- und Modellbildung wurde auf dem 1986 durchgeführten Symposium zum Thema „Ökonomie der Prävention am Beispiel der Herz-Kreislaufkrankheiten" besonders deutlich (ARNOLD/V.FERBER/HENKE 1990):

> „Die Teilnehmer des Colloquiums erlebten in unerwarteter Weise, wie wenig bislang die Prävention von Herz-Kreislaufkrankheiten als eine Gemeinschaftsaufgabe von wissenschaftlicher Forschung, Gesundheitspolitik und Lebensalltag aufgefaßt wird, wie wenig Wege gegenseitiger Verständigung gebahnt

> sind und wie es überall an allseits geteilten, gleichsinnig verstandenen Begriffen fehlt. [...] Es war auch überraschend, festzustellen, wie wenig die Schnittstelle zwischen epidemiologischer Forschung und gesundheitsökonomischer Modellbildung bisher zu interdisziplinärer Zusammenarbeit genutzt wurde." (ebd., S. 10)

So überrascht es nicht, daß diese unter Beteiligung führender Wissenschaftler aus drei wesentlichen Bereichen, der Ökonomie, der Medizin und den Sozialwissenschaften, durchgeführte Fachtagung letztlich keine Anwort auf die Frage, „ob überhaupt, zu welchem Zeitpunkt, wo und in welcher Form Prävention sich lohnt", lieferte (ARNOLD/V.FERBER/HENKE 1990, S. 14).

In seinem einleitenden Beitrag betont Michael ARNOLD (1990) zunächst die Fragwürdigkeit des Risikofaktoren-Ansatzes und damit der kausalen Zuordnung von Intervention (Diät, Medikamente) und Effekt (sinkende Mortalität) (vgl. Kap. 1.2.2). Er bezieht sich dabei auch auf vorhandene Interventionsstudien, die die geringe Wirksamkeit präventiver Maßnahmen dokumentieren. Hierbei handelt es sich jedoch, wie bei der Mehrheit der zur Prävention durchgeführten ökonomischen Kosten-Wirksamkeits-Studien der letzten Jahre, um Studien über medizinische Präventionsmaßnahmen (medikamentöse Cholesterin-Senkung, etc.; SCHUHMACHER 1995b, S. 9; SELBMANN 1990). Da speziell in der medikamentösen Prävention oftmals hohe Kosten bei unzureichender Zielgruppenspezifität verursacht werden, kann vielfach eine gezielte Therapie sogar kostengünstiger sein als die ungezielte Prävention.

Hinsichtlich der ökonomischen Bewertung darf deshalb nicht von medizinischen Präventionsmaßnahmen auf andere präventive Ansätzen bzw. auf 'die Prävention' im allgemeinen geschlossen werden. Besonders hervorzuheben ist dabei die Unterscheidung zwischen „Präventivmedizin und Gesundheitsschutz" (BORGERS 1988). Ein beliebtes Beispiel für strukturell wirksamen präventiven Gesundheitsschutz, der nahezu keine Kosten, dafür aber großen Nutzen, auch im Sinne 'geretteter Lebensjahre' verspricht, sind Maßnahmen der Verkehrssicherheit im Straßenverkehr, z.B. Geschwindigkeitsbeschränkungen oder die allgemeine Gurtpflicht. Andere strukturelle Maßnahmen des präventiven Gesundheitsschutzes sind etwa die Speisesalzfluoridierung, die hinsichtlich der Zahngesundheit deutlich geringere Kosten bei gleicher Effektivität, z.B. gegenüber einer individuellen Ernährungsberatung verursacht (MERBECKS/KÜHL 1996).

Eine andere Ebene der Diskussion betrifft hingegen nicht so sehr die Messung tatsächlich erzielter Effekte, sondern die ökonomische Bewertung der potentiell erzielbaren Erträge, z.B. durch eine erhöhte Lebenserwartung (HENKE 1990). Interessanterweise wird bei diesen modelltheoretischen Betrachtungen beinahe ausschließlich auf Langzeiteffekte fokussiert. Kurzfristig erzielbare Substitutionseffekte bleiben in nahezu allen hierzu publizierten nationalen und internationalen Beiträgen unberücksichtigt. Sofern dabei langfristige Effekte durch präventive Maßnahmen erwartet werden, wird jedoch behauptet, daß diese Effekte unter Kostengesichtspunkten insgesamt, durch die Erhöhung der Lebenserwartung und die dadurch vermehrt anfallenden Behandlungskosten im hohen Alter wieder kompensiert bzw. sogar überkompensiert werden (RUSSEL 1984, KRÄMER 1989, LEU/SCHAUB 1983).
Eine beispielhafte Arbeit zu dieser Hypothese ist jene von Robert LEU und Thomas SCHAUB (1983). Am Beispiel des Rauchens zeigen die Schweizer Autoren, daß die direkten Behandlungskosten im Gesundheitswesen zum heutigen Zeitpunkt nicht etwa vermindert, sondern gar erhöht wären, wenn seit 100 Jahren niemand in der Bevölkerung mehr geraucht hätte. Die statistisch erhöhte Lebenserwartung hätte vermehrte Behandlungen im hohen Alter zufolge gehabt, welche auch die empirisch feststellbaren kurzfristig durch das Rauchen verursachten Behandlungskosten insgesamt überwogen hätten. Dieses Beispiel wird oftmals aus Beleg dafür herangezogen, daß auch eine noch so effektiv und effizient durchgeführte Präventionsmaßnahme dennoch keine Kostensenkung im Gesundheitswesen bewirken könne (KRÄMER 1989).

Dies läßt sich jedoch anhand zweier Punkte widerlegen:

1) Gegen die These, daß ein höheres Lebensalter zugleich erhöhte Behandlungskosten verursacht, spricht die empirische Beobachtung, daß ein Großteil der Behandlungskosten kumulativ in den letzten Lebensjahren vor dem Tod anfällt. Dies ist insbesondere durch längere stationäre Aufenthalte in Akutkrankenhäusern unmittelbar vor dem Tod zu erklären. Demnach sind jene Behandlungskosten der letzten Lebensjahre unabhängig von der absoluten Lebenserwartung zu ‘bezahlen’, eine Erhöhung der Lebenserwartung führt also nicht zwangsläufig zu erhöhten Gesundheitsausgaben (SCHWARTZ/BUSSE 1994). Hieran anschließend erhärten sich in den letzten Jahren die empirischen Belege für die von FRIES formulierte Hypothese der ‘komprimierten Morbidität’ („*compression of morbidity*“; FRIES 1983). So wird angenommen, daß die weiterhin steigende Lebenserwartung der Bevölkerung

zu einer Senkung der in den letzten Jahren vor dem Tod anfallenden Gesundheitsausgaben beiträgt. Beispielsweise ist die durchschnittliche Anzahl stationärer Leistungstage für Menschen, die älter als 75 werden, wieder rückläufig (SEIDLER et al. 1996). Dabei wird weiterhin angenommen, daß präventive Maßnahmen diesen Prozeß noch unterstützen, daß also Prävention bei ohnehin steigender Lebenserwartung gleichzeitig die Lebensqualität bis ins hohe Alter verbessert und damit auch die kumulativen Krankheitskosten in den letzten Lebensjahren reduzieren hilft (SCHWARTZ 1990).

2) Der zweite Einwand gegen die von LEU und SCHAUB vorgetragene These betrifft das ökonomische Problem der *Diskontierung*. Aus streng ökonomischer Sicht sind zukünftige Erträge, z.B. durch das Nichtrauchen, auf ihren Gegenwartswert zu diskontieren (SCHUHMACHER 1995b). Die Studie von LEU und SCHAUB geht jedoch von dem Bezugsjahr 1976 aus und errechnet die finanziellen Folgen, die das Nichtrauchen in der Vergangenheit (seit 100 Jahren) gehabt hätte, für die Gegenwart. Die Planung von Präventionsmaßnahmen erfolgt jedoch üblicherweise für die Zukunft. Die erhöhten Behandlungskosten des Jahres 1976 hätten also korrekterweise auf den Gegenwartswert des Jahres, an dem die Maßnahme, bevölkerungsweit das Rauchen einzustellen, begonnen wurde (fiktiv: 1876), abgezinst werden müssen.

Ironischerweise wird das Problem der Diskontierung oftmals als Argument nicht für, sondern gegen die Prävention angeführt. So finden sich in der Literatur Debatten über den ‘korrekten’ Diskontsatz: Je höher dieser gewählt würde - in der Literatur üblicherweise „zwischen 2% und 10%, mit 3% und 5% als häufigste Werte“ (SCHUHMACHER 1995b, S. 48), umso geringer seien die Erträge einer wirksamen Präventionsmaßnahme und umso ‘vorsichtiger’ sei man auf administrativer Seite bei Allokationsentscheidung zugunsten von Prävention (RUSSEL 1984, SHEPHARD 1986). Richtigerweise steigt jedoch durch eine hohe Diskontierung die Rentabilität solche Maßnahmen, die kurzfristige Behandlungen vermeiden oder in die Zukunft verschieben, auch bei langfristig erhöhten Behandlungskosten. BORGERS illustriert dies an einem einfachen Rechenbeispiel:

> „Eine präventive Maßnahme (z.B. eine Impfung), die kurzfristig eine Komplikation vermeidet, welche 2000 DM gekostet hätte, dafür aber 40 Jahre später eine Behandlung notwendig macht, die 10000 DM kostet, spart in dieser Logik 10.571,40 DM (bei 6% Diskont-Rate). Wer also mit dem Argument der langfristigen Effekte und ihrer Kosten a priori gegen Prävention argumentiert, hat zwar irgendwie auch etwas richtiges gesagt, ökonomisch (in der Logik der Kosten-Nutzen-Analysen) aber eher das Falsche.“ (BORGERS 1988, S. 58)

Aus ökonomischer Sicht ergeben sich daraus zwei wesentliche Schlußfolgerungen für die Durchführung und Bewertung von Präventionsmaßnahmen:

➢ Eine Präventionsmaßnahme, die zu einer erhöhten Lebenserwartung führt, ist auch unter ausschließlicher Berücksichtigung direkter Behandlungskosten rentabel, und zwar umso mehr, als es gelingt, Behandlungskosten in der Gegenwart oder nahen Zukunft zu vermeiden. Die Fixierung auf die Langzeitperspektive lenkt von den tatsächlich erzielbaren kurzfristigen Einsparpotentialen ab. So wird etwa auch in dem Beispiel von LEU und SCHAUB (1983) davon ausgegangen, daß - unter Bezug auf empirische Untersuchungen - die jährlichen Krankheitskosten für Raucher höher seien als für Nichtraucher (S. 1912).

Kurzfristige Einsparpotentiale könnten beispielsweise in einer verringerten Anfälligkeit gegenüber Bagatellerkrankungen, in einer Reduzierung von Arbeitsunfähigkeitstagen oder des Medikamentenkonsums (etc.) liegen. Dies umso mehr, je mehr die Zielgruppe präventiver Maßnahmen bereits unter latenten gesundheitlichen Beschwerden, Erkrankungsrisiken (psychosoziale Probleme, chronische Verspannungsschmerzen etc.) oder chronischen Erkrankungen (Diabetes, Asthma) leidet. Schließlich bietet sogar die mögliche Reduzierung von medikamentöser Prävention (Blutdruck- oder Cholesterin-senkende Mittel) eine sinnvolle Perspektive für die Prävention. „Prävention“ kann mithin sogar „als Schutz vor iatrogener Medizin“ begriffen werden (BORGERS 1988, S. 61).

➢ Wenn der Blick auf die Langzeitperspektive, speziell auf den wachsenden Anteil alter und sehr alter Menschen in der Bevölkerung gelenkt wird, so sollte das ökonomische Ziel der Prävention sein, die gewonnenen Lebensjahre im Interesse der Betroffenen qualitativ zu verbessern, um langandauernde Phasen der Morbidität und damit verbundene hohe direkte Kosten zu reduzieren. Die von SCHWARTZ vorgeschlagene Konzentration auf die Zielgruppe der älteren Bevölkerung (SCHWARTZ 1988, 1990) ist damit nicht nur epidemiologisch begründet, sondern auch ökonomisch rentabel.

2.2.2 Besonderheiten der Gesundheitsförderung aus mikroökonomischer Sicht: Produktion von Gesundheit und Nachfrage nach Gesundheitsleistungen

Die oben angesprochenen Zielrichtungen - kurzfristige Substitutionseffekte sowie zielgerichtete Gesundheitsförderung bei der älteren Bevölkerung - weisen über eine isolierte Betrachtung der (additiven) Prävention hinaus. Einerseits wird dabei eine stärkere Integration präventiver bzw. gesundheitsfördernder Elemente in die Bereiche der Krankenbehandlung (Sekundärprävention) und Rehabilitation (Tertiärprävention) nahegelegt (vgl. Kap. 1.3.2).

Andererseits wird aber insbesondere unter dem Gesichtspunkt der kurzfristigen Substitionserfolge bei Behandlungsausgaben auf eine weitergehende Frage nach den Einflußfaktoren auf das nachfrageseitige Inanspruchnahmeverhalten von gesundheitlichen Diensten verwiesen. Eine rein stoffliche Betrachtung im Sinne der Prävention greift hier offenbar zu kurz, da sie von der unmittelbaren Ursache-Wirkungs-Beziehung von Gesundheitszustand und dem daraus resultierenden 'rationalen Bedarf' nach gesundheitlichen Diensten ausgeht. Genau diese Rationalität wird jedoch gerade in der ökonomischen Debatte über das Nachfrageverhalten nach gesundheitlichen Diensten oftmals angezweifelt.

2.2.2.1 Bedingungsfaktoren für die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen

In dieser vorwiegend mikroökonomischen Debatte über Angebot und Nachfrage im Gesundheitswesen werden der Nachfrage- bzw. Patientenseite Verhaltensvariablen zugesprochen, welche nicht unmittelbar mit dem Gesundheitszustand zu tun haben. Vereinfachende Modellannahmen gehen davon aus, daß ein Gesundheitsgut bei 'Nullpreisen' quasi grenzenlos nachgefragt werde, m.a.W.: der Preis reguliert die Nachfrage, nicht etwa der Bedarf bzw. die Bedürfnisse der Patienten, da diese grenzenlos sind. In der Versicherungswirtschaft findet sich darauf aufbauend eine breite Debatte über „Moral Hazard", welche auch für das bundesdeutsche System der solidarischen Krankenversicherung geführt wird (vgl. zusammenfassend: ULLRICH 1995).

Gleichwohl wird häufig darauf hingewiesen, daß diese vereinfachte neoklassische Sichtweise weder der Theorie noch der empirischen Realität der gesundheitlichen Versorgung entspricht (SCHAPER 1979):

> „Die Figur des beständig Arztkontakte, Arzneimittel, Krankschreibungen und Krankenhausaufenthalte maximierenden Versicherten liegt zwar Modellvorstellungen und Politikvorschlägen vor allem neoliberal argumentierender Gesundheitsökonomen zugrunde, findet aber weder in der GKV-Statistik noch in den wenigen dazu durchgeführten empirischen Studien (z.B. Rand-Studie, USA) eine empirische Bestätigung“ (ROSENBROCK 1992, S. 47).

Die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen weist dabei gegenüber der neoklassischen Nachfragetheorie einige grundlegende Besonderheiten auf (KRÄMER 1991). Zu nennen sind hier Phänomene wie die „angebotsinduzierte Nachfrage“ (ADAM 1983), die ‘Unsicherheit des Eintretens’ von Krankheit und damit des ‘Nutzens’ von Gesundheitsleistungen (ARROW 1963) sowie der Zusammenhang von ‘Eigen-Produktion’ der Gesundheit und Nachfrage nach ‘Fremd-Leistungen’ (GROSSMAN 1972).

Dies ist auch im Hinblick auf die ökonomische Zuordnung des Gegenstandes der Gesundheitsförderung von großer Bedeutung. Die zentrale Botschaft der Ottawa Charta kann insoweit auch ökonomisch interpretiert werden, als die ‘Produktionsstätte’ der Gesundheit explizit außerhalb des professionellen Versorgungssystems, in den alltäglichen sozialen Beziehungen der Familie, der Nachbarschaft und der Arbeitswelt gesehen wird:

> „Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt. [...] Gesundheit ist also in diesem Sinne nicht ein Produkt der Gesundheitsfachleute und des medizinisch-industriellen Komplexes, sondern ist in unserem gemeinschaftlich hergestellten Alltagsleben begründet.“ (KEUPP 1997, S. 9/10)

Die Nachfrage nach professionellen Gesundheitsleistungen hängt demnach von der eigenen Gesundheitsproduktion von Individuen und Gruppen ab, sowie von der Fähigkeit, gesundheitliche Kompetenz und Selbstbestimmung auch als Nachfrager auf dem Gesundheitsmarkt zum Ausdruck zu bringen. „Konsumentensouveränität“ bedeutet dabei die Kenntnis der durch verschiedene ärztliche und nicht-ärztliche Anbieter gegebenen Marktalternativen (*Markttransparenz*), der Qualität der angebotenen Güter, z.B. verschiedener diagnostischer und therapeutischer Verfahren (*Gütertransparenz*) sowie des eigenen Bedarfes an medizinischer Fremdhilfe bei bestehenden Selbsthilfealternativen (*Bedarfstransparenz*) (vgl. V. SCHWEITZER 1991).

Gesundheitsförderung, als ‘Förderung gesundheitlicher Kompetenz’ (vgl. Kap. 1), kann somit in der Sprache der sozialökonomischen Verbrauchsforschung als die *Förderung von Kosumentensouveränität* übersetzt werden. Sie stellt insoweit eine Investition dar, welche „zu einer neuen Allokation von Ressourcen im Medizinsystem selbst [führt], indem sie die Nachfrage nach medizinischen Leistungen verändert“ (V. FERBER 1990, S. 305, 311).

2.2.2.2 Das Grossman-Modell der Gesundheitsnachfrage

Das ‘Grossman-Modell der Gesundheitsnachfrage’ verdeutlicht diesen Sachverhalt in besonderem Maße (GROSSMAN 1972). Dieses Modell basiert auf der ‘neuen’ neoklassischen Haushaltstheorie (BECKER 1965, LANCASTER 1966). Wesentliches Unterscheidungsmerkmal gegenüber der traditionellen neoklassischen Theorie der Nachfrage ist, daß der Konsum eines Gutes nicht als direkt nutzenstiftend angesehen wird, sondern erst über den Umweg der Haushaltsproduktion vom Konsumgut (*good*) zum eigentlichen Nutzen (*commodity*) führt. Konsum bedeutet also nicht Endverbrauch, sondern Weiterverarbeitung durch das Individuum bzw. den privaten Haushalt.

Bezogen auf das Medizinsystem wird schnell ersichtlich, daß die dort in Anspruch genommenen Güter und Dienstleistungen (*good*), wenn auch in unterschiedlichem Maße, erst indirekt zur Gesundheit (*commodity*) führen, nämlich über die ‘Weiterverarbeitung’ durch den Patienten selbst (*Co-Produktion*). Dessen Nachfrage nach medizinischen Gütern ist folglich abhängig von seiner Nachfrage nach Gesundheit, darf aber nicht mit dieser gleichgesetzt werden. Die Nachfrage nach medizinischen Gütern ist vielmehr eine abgeleitete Funktion der Nachfrage nach Gesundheit (GROSSMAN 1972).

Das ‘Gut’ Gesundheit weist jedoch weitere Besonderheiten auf. Zum einen stellt es, wie gesehen, selbst einen Nutzen - *commodity* - dar. Insofern konkurriert die Nachfrage nach Gesundheit (G) mit der Nachfrage nach anderen Konsumgütern (C). Zum anderen führt Gesundheit als Teil des Humankapitals zu vermehrtem Konsum (C), indem das durch gute Gesundheit erhöhte Produktivvermögen zu einer Einkommenssteigerung und damit zu einer wachsenden Nachfrage nach (G) und (C) führt. Darüber hinaus erhöht sich aber auch der Konsumnutzen alternativer Konsumgüter (C), z.B. durch die gewonnene Lebenszeit oder Lebensqualität. Gesundheit ist somit Konsum- und Investitionsgut zugleich (BREYER/ZWEIFEL 1992).[6]

---

[6] Auf die komplizierte graphische Darstellung des „Trade Off“ zwischen Gesundheit und alternativen Konsumgütern soll an dieser Stelle verzichtet werden. (vgl. Breyer/Zweifel 1992, S. 6)

Betrachtet man nun Gesundheit vorwiegend als Investitionsgut, so unterliegt der 'Kapitalstock der individuellen Gesundheit' einer natürlichen Abschreibungsrate im Lebensverlauf, die sich durch verbrauchsbezogenen Verschleiß zusätzlich erhöhen kann. Vermehrte Produktivität, bezogen auf Erwerbsarbeit und Nicht-Erwerbsarbeit (Hausarbeit) beschleunigt den 'Verbrauch' der Gesundheit, was wiederum zu einer erhöhten Nachfrage nach Gesundheit führt (MUURINEN 1982; SIEGENFÜHR 1993). Wenn also die (neoklassische) Annahme, das Individuum verfolge die Ziele, „möglichst lange und gesund zu leben und dabei möglichst viel zu konsumieren" (BREYER/ZWEIFEL 1992, S. 14), richtig ist, dann gibt es demnach eine gesundheitsbezogene negative Grenzproduktivität der Arbeit, sowohl der Erwerbs- als auch der Hausarbeit. Produktivität konkurriert mit Gesundheit.

Andererseits wird in dieser erweiterten Sicht des Grossman-Modells durch MUURINEN (1982) aber eine komplementäre Beziehung zwischen dem Konsum- und Investitionsnutzen der Gesundheit hergestellt. Die momentane Freude an der Gesundheit (Konsum) und die Förderung der Gesundheit (Investition) werden nicht alternativ, sondern simultan 'nachgefragt', sie sind also zueinander komplementär (LEU/DOPPMANN 1986). Diese Komplementarität ist deshalb wichtig, da sie aus der Sicht der Haushaltsproduktionstheorie die oben dargestellte 'Konkurrenz' von Produktivität und Gesundheit in Frage stellt: Die Investition in die Gesundheit muß gemäß der Haushaltsproduktionstheorie als Arbeit begriffen werden. Gleichzeitig ist diese Arbeit aber komplementär zu dem gegenwärtigen Konsumnutzen der Gesundheit. Während im obigen Modell Produktivität zu einer Abschreibung von Gesundheit führt und der Investitionsprozeß in die Gesundheit einen Produktions- bzw. einen alternativen Konsumverzicht (C) bedeutet, kann dagegen gleichermaßen sowohl produktive Arbeit als auch Konsum (C) zur Förderung der Gesundheit beitragen, also Gesundheit produzieren. So kommt etwa der Hausarbeit eine besondere Bedeutung zu, da sie bezogen auf alle Haushaltsmitglieder zugleich „produktiv" und „regenerativ" sein kann (V.SCHWEITZER 1991).

Die *Produktion von Gesundheit* steht demnach im Alltagshandeln nicht notwendigerweise in Konkurrenz mit der Nachfrage nach anderen Konsumgütern oder der Nachfrage nach Arbeit, sie kann also nicht mit der *Nachfrage nach Gesundheit* gleichgesetzt werden. Hieran schließt die empirische Beobachtung an, daß das *Gesundheitsverhalten*, welches in der mikroökonomischen Verhaltenstheorie mit der (bewußten) Nachfrage nach Gesundheit gleichgesetzt wird (BREYER/ZWEIFEL 1992, S. 12), vielmehr einer Eigenrationalität folgt, bei der die bewußte Nachfrage nach Gesundheit nur eine untergeordnete Rolle spielt (GRUNOW et al. 1983):

> „Untersuchungen und Erfahrungen lehren, daß gesundheitliche Selbsthilfe sich eigene Ziele setzt, selbstentworfenen Handlungsschemata folgt und seine Binnenstabilisierung aus anderen Quellen vollzieht als durch die ‘gesicherten’ Versprechungen der Präventologen.“ (V. FERBER 1990, S. 294)

Gesundheitsförderung bedeutet demnach mikroökonomisch, die Produktion der Gesundheit in den alltäglichen Handlungen zu fördern, ohne dabei notwendigerweise Einfluß auf die Nachfrage nach Gesundheit zu nehmen.

2.2.2.3 Substitutionalität und Komplementarität von gesundheitlicher Eigenproduktion und Nachfrage nach Fremdleistungen

Die Nachfrage nach medizinischen Leistungen ist jedoch sowohl von der Nachfrage nach Gesundheit als auch von der eigenen Produktion von Gesundheit abhängig. Die Beziehung zwischen der Nachfrage nach medizinischen Leistungen und eigenen Inputs in die Gesundheitsproduktion ist zustandsabhängig. „Im gesunden Zustand sind die beiden Inputs [kurz- bis mittelfristig] Substitute“, d.h. durch eigenes Gesundheitsverhalten kann die Nachfrage nach medizinischen Fremdleistungen ganz oder teilweise ersetzt bzw. zeitlich hinausgeschoben werden (BREYER/ZWEIFEL 1992, S. 84). Dies entspricht dem Ansatz der Primärprävention.

Im kranken Zustand besteht hingegen nach dieser Modellannahme keine *Substitutionalität*, da das Individuum nunmehr auf akute medizinische Fremdhilfe angewiesen ist. Nicht nur die Nachfrage nach Gesundheit, sondern unmittelbar auch die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen steigt. Es besteht aber eine *Komplementarität* zwischen den nachgefragten Gesundheitsleistungen und den eigenen Inputs (ebd.).

Sieht man einmal von der strikten Polarisierung zwischen ‘gesund’ und ‘krank’ ab und nimmt den in der Realität weitaus häufiger zu beobachtenden Zustand *eingeschränkter Gesundheit* - im Falle chronischer Erkrankungen, aber auch durch psychosoziale Problemlagen, Verspannungsschmerzen oder sogenannte ‘Bagatellerkrankungen’ - an, so wird einerseits die Komplementarität zwischen medizinischen und eigenen Inputs, andererseits aber auch die Möglichkeit der Substitutionalität deutlich. Komplementarität würde z.B. bedeuten, daß die

Compliance zwischen Arzt und Patient und dadurch die Qualität der Behandlung intensiviert würde. Die eigene Produktion würde somit - ganz im Sinne der Haushaltsproduktionstheorie - den Nutzen aus dem Konsum der medizinischen Leistung erhöhen. Gleichwohl ist hierdurch aber in der Folge verbesserten Zusammenspiels von Fremd- und Eigenproduktion (Komplementarität) auch Substitutionalität möglich, da eine effizientere Inanspruchnahme der Gesundheitsleistung weitere Folgeleistungen, z.B. stationäre Einweisungen durch aktute Rückfälle, erübrigen kann.

Beispielhaft für theoretisch angestrebte und praktisch realisierte Substitutionalität ist ein in den USA erprobtes Trainingsprogramm zur medizinischen Selbsthilfe bei sog. ‘Bagatellerkrankungen’ (LORIG et al. 1985, VICKERY et al. 1983). In den bereits in den 70er Jahren hierzu durchgeführten Studien konnte nachgewiesen werden, daß bei den TeilnehmerInnen dieses Trainingsprogrammes die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen um 7 bis 35% zurückging (ebd.).

Derartige Ansätze sind in der Bundesrepublik Deutschland freilich umstritten, da die medizinische Unbedenklichkeit der Selbstmedikation oder anderweitiger Selbsthilfe durch ‘bewährte Hausmittel’ nicht immer gesichert ist.[7] Ungeachtet dieser medizinischen Bedenklichkeit könnte zudem angeführt werden, daß die in dem oben genannten Programm angestrebte Reduzierung der Primärinanspruchnahme ärztlicher Leistungen ohnehin nicht mit der Problemanalyse, speziell des deutschen Gesundheitswesens übereinstimmt.[8] Trotz dieser zweifellos begründeten Einwände ist das genannte Programm dennoch exemplarisch für die Möglichkeiten der *Substitutionalität* von Fremdleistungen durch eigene Inputs, die auch im kranken Zustand grundsätzlich vorhanden sind.

Ein weiteres Beispiel ist das Ergebnis einer Befragung bei Mitgliedern von Selbsthilfegruppen: Dieser Studie zufolge gehen 30% der Befragten seit ihrer Mitgliedschaft in einer Selbsthilfegruppe seltener zum Arzt (9% gaben an, seither öfter zum Arzt zu gehen), 21% nehmen weniger Medikamente als zuvor ein (13% nehmen wirksamere Medikamente ein), und 51% der Befragten gaben an, durch ihre Selbsthilfeaktivitäten Krankenhausaufenthalte vermieden zu haben (NAKOS-EXTRA, Nr. 14, Dez. 1991; zit. n. GERKENS/GRIGOLEIT 1993).

---

[7]So warnen auch Verbraucherschutzorganisationen vor der zunehmenden Tendenz der Selbstmedikation (z.B. *Öko-TEST Nr. 8/1996*).

[8]Eine Mengenausweitung ist in Deutschland weniger durch eine steigende Primärinanspruchnahme, als vielmehr durch die Verdichtung ärztlich induzierter Folgeleistungen pro Patient zu verzeichnen (‘Phänomen der angebotsinduzierten Nachfrage’; ROSENBROCK 1992, S. 47).

In diesem Beispiel werden nicht nur die enormen Potentiale der Substitutionalität medizinischer Leistungen durch gesundheitsfördernde Selbsthilfe deutlich. Die Tatsache, daß z.B. auch eine erhöhte Inanspruchnahme von Ärzten als Folge der gesundheitlichen Selbsthilfe bei 9 Prozent der Befragten zu verzeichnen war, und daß darüber hinaus 13 Prozent die nunmehr größere Wirksamkeit der Arzneimittelmedikation betonen, deutet darauf hin, daß es sich hier insgesamt um eine bewußtere Nachfrage nach gesundheitlichen Versorgungsleistungen handelte. Dieses bewußtere Nachfrage- bzw. Inanspruchnahmeverhalten vermag situativ sowohl bestehende Überversorgungen als auch Unter- oder Fehlversorgungen zu korrigieren.

Dabei kann eine erhöhte Komplementarität, durch verbessertes Zusammenspiel von Arzt und Patient, durch qualitätsbewußtere Inanspruchnahme (z.B. von Arzneimitteln) sowie durch vermehrte Co-Produktionsleistungen der Selbsthilfegruppenmitglieder, wiederum zu der beobachteten Substitutionalität beitragen. Substituiert werden so insbesondere jene Leistungen, die nach sozialmedizinischen und gesundheitsökonomischen Gesichtspunkten als im Grunde unnötig und deshalb unwirtschaftlich angesehen werden, wie z.B. nächtliche Notfalleinweisungen ins Krankenhaus bei chronischen Erkrankungen, tagelange stationäre Aufenthalte ohne begleitende Schulungs- und Trainingsmaßnahmen, häufige Rehospitalisierungen (etc.).

Substitutionalität und Komplementarität bilden also zwei theoretisch begründete Ansatzpunkte, um den ökonomischen Nutzen, der nach der obigen Darstellung in der Förderung von gesundheitlicher Kompetenz sowie von Konsumentensouveränität durch gesundheitsfördernde Maßnahmen liegt, auch quantifizierbar zu machen. Gleichwohl ist dies nur eine ausschnitthafte Betrachtung der vielseitigen Effekte, welche durch gesundheitliche Selbsthilfe oder durch individuelle und kollektive ‘Haushaltsproduktionsleistungen’ möglich sind. Diese ausschnitthafte Betrachtung ist jedoch erforderlich, um die vielen Unklarheiten bzgl. der dargestellten Diskussion über den ökonomischen Nutzen von Gesundheitsförderung zu beantworten und zu einer plausiblen Modellbildung und Evaluation von Effekten innerhalb verschiedener gesundheitlicher Trainingsprogramme und deren Bezug zu globalen Output-Größen zu gelangen.

2.3 Überlegungen zur ökonomischen Evaluation gesundheitsfördernder Maßnahmen

„Gesundheitsförderung eröffnet wie kaum eine andere Leistung der GKV die Chance, die Versichertenkompetenz in Sachen Gesundheit neu zu entwickeln und zu stärken. ‘Aufgeklärte’ Versicherte, die bereit sind, aktiv zu ihrer Gesundheit beizutragen und Leistungen kosten- und qualitätsbewußt in Anspruch zu nehmen, könnten zum Schlüssel erfolgreicher Gesundheitspolitik und Geschäftspolitik der Kassen werden.“
(MEIERJÜRGEN 1994, S. 63)

2.3.1 Problembereiche der ökonomischen Evaluation von Gesundheitsleistungen

Die Problematik der *ökonomischen Evaluation* im Gesundheitswesen setzt nicht allein an einer isolierten Betrachtung der jeweils zu evaluierenden (medizinischen oder gesundheitsfördernden) Maßnahme an. Letztlich müssen ökonomische Evaluationsstudien als „partielle Beiträge“ zur Beantwortung der globalen gesundheitsökonomischen Leitfrage nach der Quantifizierung von Gesundheit bzw. der Gesundheitsproduktion betrachtet werden (LEIDL 1994, S. 139; vgl. Kap. 2.1.1). Dies wird u.a. daran deutlich, daß zur adäquaten Beurteilung einer Einzelmaßnahme neben der *Effektivität* und *Effizienz* ‘an sich’ auch Aspekte wie die *Relevanz*, den *Grad der Zielgruppenerreichung*, sowie die Diskrepanz zwischen der Effektivität unter idealen (Labor)Bedingungen (*efficacy*) und der Effektivität unter realen (Praxis)Bedingungen (*effectiveness*) berücksichtigt werden müssen (SCHWARTZ 1993, S. 408).

Die Relevanz einer Maßnahme stellt sich dabei als die „operationalisierte Nutzenerwartung“ (ebd.), entweder aus der Sicht der Nutzer (Nachfrage) oder der Planer einer Maßnahme (Bedarf) dar. Sofern die Relevanz einer Maßnahme für eine bestimmte Bevölkerungsgruppe ermittelt ist, gilt es, diese Bevölkerungsgruppe auch gezielt anzusprechen und etwaige finanzielle oder kommunikative Zugangsbarrieren zu überwinden. So ist es beispielsweise „bei präventivmedizinischen Programmen [...] gegenwärtig nahezu eine ironische Regel: Sie finden die größte Akzeptanz bei den Gruppen mit dem geringsten Risiko“ (SCHWARTZ 1993, S. 411). Der Grad der *Zielgruppenerreichung* bestimmt jedoch maßgeblich die tatsächlich erzielte Effektivität, denn durch ein Verfehlen der eigentlichen Zielgruppe erhöhen sich, bezogen auf die Gesamtbevölkerung, auch die Kosten pro diagnostiziertem, geheiltem oder vermiedenem Krankheitsfall entsprechend (SCHUHMACHER 1995b).

Im Rahmen der eigentlichen Maßnahme können darüber hinaus erhebliche „verhaltens- und systembedingte Reibungsverluste“ entstehen, die eine Unterscheidung zwischen der Wirksamkeit unter kontrollierten Versuchsbedingungen (*efficacy*) sowie unter realen Praxisbedingungen (*effectiveness*) notwendig machen. So kann etwa bei medizinischen Technologien die Effektivität einer Maßnahme unter realen Bedingungen bis zu einem Drittel geringer ausfallen als unter idealen Bedingungen (SCHUHMACHER 1995a, S. 99). Diese Differenz wird als „soziale Effektivität“ bezeichnet; hierzu zählen externe Bedingungsfaktoren wie „Organisations-, Behandlungs- und Bedienungsmängel, unvollständige ‘compliance’ der Patienten“ (ebd.). Sie kann umso höher ausfallen, je mehr der Erfolg einer Maßnahme von der anschließenden Umsetzung durch die Adressaten abhängig ist (SCHUHMACHER 1995b, S. 20).

Ein weiterer Aspekt, der häufig mit der ökonomischen Evaluation in Verbindung gebracht wird, ist die Messung und Sicherung von *Qualität*. Qualität ist jedoch von den vorgenannten Aspekten der Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit zu unterscheiden, da Qualität erst dann feststellbar wird, wenn die Wirksamkeit, z.B. einer Behandlungsmethode bereits hinreichend belegt (oder, etwas bescheidener: konsensfähig) ist. Qualitätssicherung setzt also die Evaluation von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit voraus (SCHWARTZ 1993, S. 400). Während die ökonomische Evaluation somit primär ergebnisorientiert ist, beinhaltet die Messung und Sicherung von Qualität als a posteriori-Evaluation neben der *Ergebnisqualität* auch Fragen der *Struktur-* und *Prozeßqualität* (DONABEDIAN 1980).
Diese Unterscheidung spiegelt sich auch in der Differenzierung von „Input-Effizienz“ und „Output-Effizienz“ wider (BMA 1984, vgl. Kap. 2.1.1). Während sich die sogenannte ‘Input-Effizienz’ lediglich auf innerhalb eines Programmes entwickelte Zielsetzungen bezieht und dabei auch Struktur- und Prozeßdaten einbezieht, besteht die ‘Output-Effizienz’ in der Erreichung globaler gesundheitspolitischer Zielsetzungen. Diese können entweder in einer Verbesserung des Gesundheitszustandes, bezogen auf die Gesamtbevölkerung bzw. auf einen definierten Personenkreis (z.B. Versicherte einer Krankenkasse) bestehen, oder in direkten monetären Einsparungen an anderer Stelle des gesundheitlichen Versorgungssystems.
Die zentralen Problembereiche hinsichtlich der ökonomischen Evaluation von Gesundheitsleistungen liegen dabei einerseits in der Quantifizierung einer globalen Outputgröße als Indikator für bessere oder schlechtere Gesundheit (Kap. 2.3.2). Anderseits ist auf dieser Basis eine Zuordnung von im Rahmen von Evaluationsstudien ermittelten Effekten

zu globalen 'Nutzen', welche die Maßnahme über ihre eigenen Grenzen hinweg rentabel machen, erforderlich. Diese Zuordnung muß durch einen konzeptionellen 'Link' auch theoretisch plausibel begründbar sein (Kap. 2.3.3).

2.3.2 Gesundheitsökonomische Outputgrößen

In der ökonomischen Evaluationsforschung werden zumeist drei Studientypen unterschieden (SCHUHMACHER 1995a, 1995b):

- die Kosten-Nutzen-Analyse (*cost-benefit*)
- die Kosten-Wirksamkeits-Analyse (*cost-effectiveness*)
- die Kosten-Nutzwert-Analyse (*cost-utility*)

Alle Verfahren versuchen in unterschiedlicher Weise, die Kosten eines Programmes (gemessen in Geldeinheiten) dessen Wirksamkeit gegenüber zu stellen. Diese Wirksamkeit kann sowohl in Geldeinheiten ausgedrückt werden (*benefits*) als auch in nichtmonetären Größen (*effects*), die drittens zu aggregierten nicht-monetären Nutzwert-Indizes (*utilities*) zusammengefaßt werden können (DRUMMOND/STODDART/TORRANCE 1987).

Ein vierter Ansatz umgeht die in diesen Analysen auftretenden Schwierigkeiten hinsichtlich der objektiven Bewertung und der Abgrenzung von monetär und nicht-monetär ausdrückbaren Größen, indem er lediglich nach der *Zahlungsbereitschaft (willingness to pay)* in der Bevölkerung fragt. Wenngleich der Zahlungsbereitschaftsansatz „theoretisch am besten fundiert“ sei (SCHUHMACHER 1995a, S. 103), soll er an dieser Stelle nur am Rande erwähnt werden. Als konsequent neoklassisches Intrumentarium[9] beruht dieser Ansatz „auf dem Konzept der Konsumentensouveränität“ (SCHUHMACHER 1995b, S. 54). Da jedoch Konsumentensouveränität in Fragen der Gesundheit selbst als Variable einer effektiveren und effizienteren Nutzung gesundheitlicher Ressourcen diskutiert werden muß (vgl. Kap. 2.2.2), schließt sich hinsichtlich der Bewertung von Programmen der Gesundheitsförderung die Zahlungsbereitschaft schon per Definition als Entscheidungskriterium für oder gegen eine

[9] Der Zahlungsbereitschaftsansatz geht von dem ökonomischen Referenzkriterium der „allokativen Effizienz“ aus, m.a.W.: der gesamtgesellschaftliche Nutzen setzt sich zusammen aus den individuellen Nutzen der einzelnen Gesellschaftsmitglieder - ausgedrückt in deren Zahlungsbereitschaft (SCHUHMACHER 1995a, S. 102).

Maßnahme aus, die u.a. der Förderung von gesundheitlicher Kompetenz, und somit letztlich auch der Förderung von Konsumentensouveränität dient.

Kosten-Nutzen-, Kosten-Effektivität- und Kosten-Nutzwert-Analyse verfolgen dagegen das Ziel, Kosten und Nutzen bzw. Effekte makroökonomisch, entsprechend der Wohlfahrtstheorie, abzubilden (SCHUHMACHER 1995a, S. 101). Welcher dieser Ansätze im Einzelfall gewählt wird, hängt zum einen von der jeweiligen Fragestellung und Zielsetzung ab, zum anderen davon, inwieweit die relevanten Einflußgrößen überhaupt als monetär erfassbar angesehen werden.

Streng genommen ist die Kosten-Nutzen-Analyse als ausschließlich kostentheoretisches Intrumentarium in den beiden anderen Ansätzen - Kosten-Effektivität und Kosten-Nutzwert - bereits enthalten, da alle diese Verfahren auf der Kostenseite von „Nettokosten“ ausgehen, also der Differenz zwischen den durch eine Maßnahme entstehenden und den dadurch vermiedenen Kosten, die gleichzeitig den monetären Nutzen dieser Maßnahme darstellen (ebd.).

2.3.2.1 Kosten-Nutzen-Analyse

In der Kosten-Nutzen-Analyse werden direkte, indirekte und pychosoziale Kosten sowie analog die direkten, indirekten und psychosozialen Nutzen unterschieden. Während *direkte Kosten* die Kosten der Behandlungs- oder Präventionsmaßnahme zuzüglich komplementärer Kosten (z.B. Fahrkosten) umfassen, werden „die Einsparungen der mit einer bestimmten Krankheit verbundenen (direkten) Kosten der Prävention, der Behandlung, der Pflege und der Rehabilitation (*Kernkosten*) sowie die vermiedenen Kosten komplementärer Güter (Fahrkosten, Diät, Umbau von Häusern, Fahrzeugen, Prozeßkosten, usw.; *zusätzliche Kosten*)“ als *direkte Nutzen* der jeweiligen Maßnahme bezeichnet (SCHUHMACHER 1995b, S. 37).

Der Ermittlung der *indirekten Kosten* können hingegen die Opportunitätskosten der durch Krankheit verlorenen Arbeits- oder Freizeit sowie die durch Krankheit oder vorzeitigen Tod verursachte Minderung des Humankapitals zugrunde gelegt werden. Beispielsweise wurde bezüglich der indirekte Kosten von Krankheit errechnet, daß pro Jahr 90 Mrd. DM an Produktionsausfällen durch krankheits- und unfallbedingte Fehltage verzeichnet werden

(AOK HESSEN 1996). *Indirekte Nutzen* lassen sich dann vergleichsweise einfach als vermiedene indirekte Kosten umschreiben.

Während die verlorene Arbeitszeit auf der Grundlage des Arbeitslohnes ermittelt wird, können unbezahlte Arbeits- oder Freizeitleistungen beispielsweise über „Schattenpreise" bewertet werden[10], oder über anderweitig gesundheitsproduktive Leistungen - z.B. die Pflege eines Angehörigen oder eine gesundheitsfördernde Sportart. Schwierigkeiten bereitet hingegen dieser „Humankapitalansatz", wenn es um die Bewertung nicht mehr „produktiver" Lebensjahre (im Sinne von Erwerbsarbeit), z.B. bei Rentnern, geht. Hier stößt der Ansatz nicht nur an ethische Grenzen, so daß für den Einzelfall überlegt werden muß, ob die monetäre Bewertung der indirekten Kosten und Nutzen der jeweiligen Fragestellung und Zielsetzung angemessen ist (SCHUHMACHER 1995b, S. 14).
Schließlich werden nicht monetär erfassbare - „intangible" - Größen als *psychosoziale Kosten* bzw. *Nutzen* bezeichnet. Solche psychosozialen Kosten können etwa Schmerzen, Komplikationen und Nebenwirkungen einer Therapie, aber auch soziale Stigmatisierungseffekte oder Angst durch Massenscreenings zur Identifizierung potentieller Risikogruppen sein. Psychosoziale Nutzen können hingegen in der Vermeidung dieser Kosten - z.B. durch Schmerzfreiheit, verbessertes Wohlbefinden, Selbstachtung etc. -, aber auch in sog. „gesundheitskomplementären Gütern", etwa der Möglichkeit, kulturelle und gesellige Veranstaltungen zu besuchen und soziale Beziehungen zu pflegen, bestehen (SCHUHMACHER 1995b, S. 37).

Im Rahmen der Kosten-Nutzen-Analyse können diese psychosozialen Kosten und Nutzen zwar aufgeführt, aber nicht monetär bewertet werden; die Kosten-Nutzen-Analyse stößt hier an ihre methodischen Grenzen. Man könnte nun allerdings argumentieren, daß (intangible) psychosoziale Kosten- und Nutzeneffekte bereits in den direkten Nutzen einer Maßnahme enthalten sind und insofern gar nicht zusätzlich aufgeführt werden müßten. Gegen die zusätzliche Berücksichtigung spricht etwa, daß direkte Kosten, z.B. für die Inanspruchnahme einer medizinischen (oder psychosozialen) Leistung u.a. dazu aufgewendet werden, psychosoziale Kosten zu vermeiden bzw. psychosoziale Nutzen zu erzeugen. Der direkte Nutzen einer alternativen Leistung bestünde somit in den eingesparten direkten Kosten, die

[10] Demnach wäre der Wert der Hausarbeit durch den Lohn eines Hausangestellten oder durch den Lohn, der alternativ am Arbeitsmarkt zu erzielen wäre, definiert.

ansonsten zur Vermeidung oder Linderung psychosozialer Kosten aufgewendet werden müßten (DOWIE 1970, SCHUHMACHER 1995b, S. 37).

Dies setzt jedoch voraus, daß psychosoziale Kosten in jedem Einzelfall zur Inanspruchnahme einer alternativen medizinischen (oder sonstigen) Leistung führen - im einfachsten Beispiel müßten Schmerzen (intangible Kosten) immer zu Medikamenteneinnahmen (direkte Kosten) führen, bzw. die Linderung von Schmerz (intangibler Nutzen) automatisch mit einer Reduzierung des Medikamentenkonsums (direkter Nutzen) einhergehen. Letztlich liegt dieser Annahme die These der „Medikalisierung der Gesellschaft“ zugrunde (ILLICH 1977, vgl. Kap. 1.2.2). Oftmals werden psychosozialen Kosten jedoch innerhalb der Familie oder anderen sozialen Netzwerken ‘bezahlt’. ‘Produktionstheoretisch’ müssen also auch solche nicht-professionellen Leistungen in die komparative Betrachtung miteinbezogen werden. Hier liegt ein Ansatzpunkt für die ökonomische Bewertung der Gesundheitsförderung, indem das Substitutionspotential durch die Erhöhung von Laienkompetenz im Hinblick auf die Bewältigung psychosozialer Kosten, insbesondere jener, welche zuvor zu direkten Kosten im gesundheitlichen Versorgungssystem geführt haben, betrachtet wird (vgl. Kap. 2.2.2).

2.3.2.2 Kosten-Wirksamkeits-Analyse und Kosten-Nutzwert-Analyse

In der Kosten-Wirksamkeits-Analyse und der Kosten-Nutzwert-Analyse können neben monetären auch nicht-monetäre Größen erfaßt werden. Durch das Konzept der Nettokosten gehen direkte und indirekte Nutzen auf der Kostenseite zwar theoretisch mit in die Betrachtung ein. Darüber hinaus bietet sich jedoch die Möglichkeit, Output-Größen, welche sich einer monetärer Bewertung entziehen, als nicht-monetäre Wirksamkeitsgrößen darzustellen. Dies können z.B. „gewonnene Lebensjahre“ sein, aber auch klinische Parameter (z.B.: diastolischer Blutdruck, Cholesterinwert), die Anzahl entdeckter Fälle (für diagnostische Verfahren), „vermiedene Krankheitsfälle“ oder die verbesserte Lebensqualität (z.B. „vermiedene Komplikationen“ oder „gewonnene Jahre mit Sehfähigkeit (‘vision years’)“; SCHUHMACHER 1995b, S. 15).

Die Kosten-Wirksamkeits-Analyse untersucht nun im einfachsten Falle die Kosten zweier oder mehrerer alternativer Verfahren, die zu einem gegebenen Ziel führen. Dieses Ziel muß jedoch zur Vergleichbarbeit der alternativen Verfahren durch verschiedene Kriterien vorab definiert sein („Fix-Effektivitäts-Ansatz“). Beispielhaft hierfür ist die bereits zitierte Präventionsstudie (vgl. Kap. 2.2.1), welche das Preis-Wirksamkeits-Verhältnis von drei alternativen Projekten zur Zahnerhaltung verglich, wobei die Speisesalzfluoridierung gegenüber der Trinkwasserfluoridierung und der Ernährungsberatung die geringsten Kosten bei gleicher präventiver Effektivität verursachte (MERBECKS/KÜHL 1996, S. 39).

Schwieriger wird der Vergleich zweier Maßnahmen, wenn umgekehrt bei gegebenen Kosten die Effektivität dieser Maßnahmen miteinander verglichen werden soll („Fix-Kosten-Ansatz“; ebd.). In diesem Fall müssen die unterschiedlichen Outputs zweier Maßnahmen standardisiert werden, etwa wenn die Alternative A vorwiegend die Lebensqualität der Betroffenen verbessert, während die Alternative B in erster Linie die Lebensdauer erhöht. Um hier gewissermaßen nicht Äpfel mit Birnen zu vergleichen, werden in der *Kosten-Nutzwert-Analyse* aggregierte Nutzwert-Indizes gebildet, die z.B. Lebensqualität und Lebensdauer miteinander in Beziehung setzen.

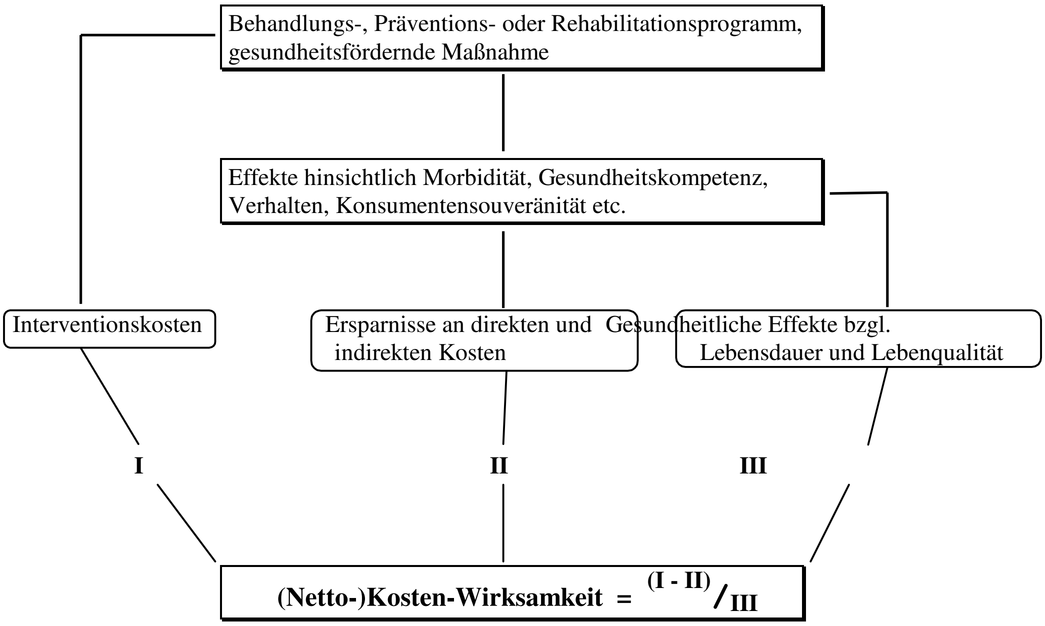
Der am häufigsten benutzte Ansatz der Kosten-Nutzwert-Analyse ist der Ansatz der „Quality Adjusted Life-Years (QUALY)“. Er geht davon aus, daß die gemessene Lebensqualität (bzw. deren Veränderung durch die erzielte Programm-Wirkung) mit der veränderten Lebensdauer in einer linearen Beziehung steht. Demnach ist ein qualitätsbereinigtes Lebensjahr, „QUALY“, als die Anzahl der erzielten Lebensjahre (LD) multipliziert mit dem Faktor der Lebensqualität (LQ), einer Zahl zwischen 0 und 1, definiert, wobei optimale Gesundheit einer LQ = 1 und der Tod einer LQ = 0 entspricht (SCHÖFFSKI/ROSE 1994).
In der Literatur finden sich verschiedene experimentelle Methoden, um die Lebensqualität sowie deren Äquivalent in Form verbleibender Lebensdauer zu ermitteln. Zu den bekanntesten zählen die „Standard-Gamble-Methode“ und die „Time-Trade-Off-Methode“, die externe Beobachter in unterschiedlichen Spielsituationen zwischen vorgebenen Szenarien entscheiden lassen (LEU 1991, SCHUHMACHER 1995b). Neuere mehrdimensionale Gesundheits- bzw. Behinderungsindizes weisen dabei auf eine gewisse Validität dieser experimentellen Methoden hin. Beispielsweise entwickelte Robert LEU in einem komplizierten Verfahren, das vornehmlich auf subjektiven Fragebogenangaben der Betroffenen basierte, einen multidimensionalen Gesundheitsindex für die chronische Bronchitis („MIMIC, *Multiple Indicators Multiple Causes*“). Hier zeigte sich eine weitgehende Übereinstimmung mit den

durch *Standard Gamble* bzw. *Time Trade-Off* ermittelten Nutzenäquivalenten der Lebensqualität (LEU 1991).
Dennoch wird der 'QUALY-Ansatz' oftmals dahingehend kritisiert, daß die Beziehung zwischen den Präferenzen für „Quantität und Qualität des Lebens“ aus Sicht der Patienten eben nicht - wie in dem obigen Modell unterstellt - linear verläuft (SCHWARTZ 1993, S. 413). So spielt einerseits der subjektiv empfundene Zustand des Leidens eine Rolle, wobei sowohl 'Überdruß' an einer langandauernden Erkrankung als auch das Erlernen des Umgangs mit einer Erkrankung (*Gesundheitskompetenz*) positive bzw. negative Effekte auf die 'Präferenzen' des Betroffenen (zwischen einer Steigerung der Lebensqualität und zusätzlichen Lebensjahren) haben können (SCHUHMACHER 1995b, S. 30). Darüber hinaus wird in dem QUALY-Ansatz auch nicht berücksichtigt, daß der Wert eines gewonnenen Lebensjahres in Abhängigkeit des Lebensalters von der Person selbst „abdiskontiert“ wird, also kurzfristige Erfolge höher bewertet werden als solche, die erst in der fernen Zukunft erwartet werden (SCHWARTZ 1992, S. 412).

Aus den genannten Gründen wird der Ansatz der Kosten-Nutzwert-Analyse oftmals als noch zu wenig entwickelt angesehen, um für alle denkbaren Gesundheitsleistungen eine hinreichende Output-Größe der ökonomischen Evaluation zu liefern (ebd.).

Die Kosten-Wirksamkeits-Analyse ist hingegen theoretisch einfacher umsetzbar. Sie mißt die Wirksamkeit eines Programmes anhand von situativ im Rahmen der Maßnahme selbst gesetzten Erfolgsmaßstäben. Die erzielten Erfolge werden letztlich den Kosten der Maßnahme gegenübergestellt, wobei hier bei einer methodisch korrekten Berechnung von Netto-Kosten ausgegangen wird, d.h. erzielte Einsparungen an anderer Stelle des gesundheitlichen Versorgungssystems im Sinne der Kosten-Nutzen-Analyse gehen mit in die Betrachtung der tatsächlichen Kosten eines Programmes ein (Abb. 2.4).

Abb. 2.4: Monetäre und nicht-monetäre Effekte im Rahmen der (Netto-)Kosten-Wirksamkeitsanalyse (eig. Darst.)



Im Sinne der (Netto-)Kosten-Wirksamkeitsanalyse kann somit auf zwei theoretische Outputgrößen zurückgegriffen werden; einerseits auf die eingesparten direkten und indirekten Kosten alternativer Maßnahmen, sowie andererseits auf die durch eine Maßnahme erzielte Wirksamkeit, die sich jedoch methodisch schwer in Beziehung zur jeweiligen Wirksamkeit alternativer Maßnahmen setzen läßt.

Durch die Schwierigkeit der Wirksamkeitsvergleiche zweier alternativer Maßnahmen lassen sich jedoch auch die kostenseitigen Substitionseffekte zwischen zwei Maßnahmen, und somit die Nettokosten der zu evaluierenden Maßnahme nicht korrekt ermitteln, wenn nicht beide alternativen Maßnahmen in die Evaluation einbezogen werden. Wenn also die Möglichkeit einer Kostensubstitution nicht mit dem Risiko eines nicht zu quantifizierenden Wirksamkeitsverlustes erkauft werden soll, müssen immer auch die systemischen Wechselwirkungen zwischen alternativen Versorgungsleistungen, sowie sonstige ‘side effects’ im Hinblick auf indirekte und intangible (psychosoziale) Kosten und Nutzen berücksichtigt werden. Diese ‘systemischen Wirkungen’ müssen auch plausibel erklärbar sein, so daß selbst ohne den Anspruch einer globalen Quantifizierung von Gesundheit eine sensible Wahrnehmung möglicher Wirkungen und Nebenwirkungen erforderlich ist.

2.3.3 Der konzeptionelle 'Link' zwischen sektoraler und systemischer Effizienz (Input-Effizienz vs. Output-Effizienz)

Die Bewertung von Effektivität und Effizienz im Sinne der (Netto-)Kosten-Wirksamkeits-Analyse setzt theoretisch plausible Verbindungen zwischen einer sektoralen Betrachtung der Maßnahme 'an sich' und möglichen gesundheitlichen Effekten und Nebeneffekten im Sinne einer systemischen Wirksamkeit voraus. Andernfalls können auch aus einer theoretisch noch so ausgefeilten Prozeß- und Ergebnisevaluation einzelner Maßnahmen keine hinreichenden Schlußfolgerungen über deren gesundheitlichen, gesundheitspolitischen oder gesundheitsökonomischen Wert gezogen werden.
Auf dieses Dilemma hinsichtlich der Praxis bisheriger Evaluationsstudien zu Präventionsprogrammen ist häufig hingewiesen worden. So werden in vielen Evaluationsstudien zu präventiven Maßnahmen Kriterien wie Verhaltensänderung (z.B. Eßverhalten), aber auch die Teilnehmerzahl, die Abbrecherquote sowie Zufriedenheit der TeilnehmerInnen erhoben (MAßHOLDER 1995, S. 143). HAUß warnt in diesem Zusammenhang vor der Verwendung „falscher Parameter", die letztlich „nichts über die gesundheitliche Wirkung der Maßnahme" aussagen und somit allenfalls geeignet seien, „Erfolge vorzugaukeln" (HAUß 1991, S. 258).

Die gesundheitspolitische und gesundheitsökonomische Legitimation von Präventionsprogrammen basiert dabei klassischerweise auf der langandauernden Debatte über die Notwendigkeit der Vorbeugung, insbesondere von lebensweisebedingten Gesundheitsrisiken (Über- und Fehlernährung, Rauchen, mangelnde Bewegung, beruflicher und privater Streß). Zumindest hinsichtlich der ökonomischen Evaluation ist dabei oftmals ein Verharren in den Denkstrukturen des „Risikofaktorenmodells" festzustellen (vgl. Kap. 1.2.3).

> „Der/die Nichtraucher/in, der/die nur wenig Alkohol trinkt, vollwertig ißt und sich regelmäßig bewegt, ist die Zielgröße, die Betriebe und Krankenkassen erreichen wollen." (HOMFELDT/HÜNERSDORF 1996, S. 153)

Diese 'Zielgröße' ist jedoch aus vielerlei Gründen nicht plausibel; nicht nur, weil sich eine dadurch erzielbare langfristige Verbesserung des Gesundheitszustandes nur schwer ökonomisch erfassen läßt. Sie wird unter ökonomischen Gesichtspunkten auch der oben dargestellten Problemanalyse der Kostenentwicklung sowie der Qualitäts- und Wirksamkeitsdefizite des Versorgungssystems für bestimmte Erkrankungen nicht gerecht (vgl. Kap. 2.1.3). Das von vielen Präventologen gezeichnete Bild einer quasi mechanischen Substituierung medizinischer Versorgungskosten durch eine bessere Gesundheit, welche sich einzig und allein auf Nicht-Rauchen, Nicht-Trinken, gesünderem Essen (etc.) begründet, verkennt zudem, daß die Häufigkeit der Inanspruchnahme medizinischer Versorgungsleistungen auch von Verhaltensvariablen abhängt, welche direkt das Bewußtsein und die Kompetenz der PatientInnen als VerbraucherInnen von Gesundheitsleistungen betreffen: Gesundheitsleistungen können aktiv oder passiv, kritisch oder unkritisch, qualitätsbewußt oder fatalistisch in Anspruch genommen werden.

Um sich einer Konzeption derartiger qualitativer Inanspruchnahmeparameter anzunähern, ist die Betrachtung des Begriffes des 'Gesundheitsbewußtseins' hilfreich. Gesundheitsbewußtsein, allgemein verstanden als eine subjektiv erhöhte Aufmerksamkeit für gesundheitliche Angelegenheiten, kann sich ebenso in einer aktiven, kritischen und qualitätsbewußten Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen ausdrücken, wie in einer tendenziellen Überinanspruchnahme aufgrund übergroßer Symptomaufmerksamkeit sowie gleichzeitiger Überzeugung der 'gesundheitlichen Allmacht' von Professionellen (vgl. Kap. 1.2). Gesundheitsbewußtsein stellt also eine ambivalente Zielgröße im Hinblick auf die ökonomischen Effekte von Präventions- und Gesundheitsförderungsangeboten dar.

In der Gesundheitspsychologie wird 'Gesundheitsbewußtsein' durch verschiedene Modelle umschrieben, etwa das Konstrukt der „gesundheitsbezogenen Kontrollüberzeugungen" (*locus of control*) (ROTTER 1971, MIELKE 1982), der „Selbstwirksamkeit" (*self-efficacy*) (BANDURA 1977), das „Modell gesundheitlicher Überzeugungen" (*health-belief-modell*) (Becker 1974) u.v.m. (zusammenfassend: NICKEL 1995, SCHWARZER 1992). Das Modell der gesundheitsbezogenen Kontrollüberzeugungen erlaubt dabei eine Unterscheidung in Personen mit starken „internalen" sowie „externalen Kontrollüberzeugungen" (NICKEL 1995), und ist deshalb am besten geeignet, die angesprochene Ambivalenz von 'Gesundheitsbewußtsein' aufzuzeigen.

Personen mit starken 'internalen Kontrollüberzeugungen' neigen demnach dazu, sich selbst in hohem Maße die Kontrolle über die eigene Gesundheit zuzuschreiben, während Personen mit starken 'externalen Kontrollüberzeugungen' entweder 'mächtige Andere' (*powerful others*) oder das Schicksal als wesentliche Einflußgrößen auf die eigene Gesundheit betrachten ('soziale' bzw. 'fatalistische' externale Kontrollüberzeugung; ebd.). Entsprechend neigen

Personen mit starken internalen Kontrollüberzeugungen zu einer geringeren Inanspruchnahme von Fremdhilfeangeboten (z.B. Ärzte, Medikamente, Gesundheitskurse), ziehen aber im Falle einer Inanspruchnahme möglicherweise größeren individuellen Nutzen aus den angebotenen Hilfeleistungen (z.B. aus Lerninhalten bzgl. eigener Verhaltensweisen), während umgekehrt Menschen mit starken externalen (insbesondere sozialen) Kontrollüberzeugungen zur häufigeren Inanspruchnahme von Fremdhilfeangeboten neigen, daraus aber vergleichsweise geringeren Nutzen für die eigene Gesundheit und das Gesundheitsverhalten ziehen. Hinsichtlich der Durchführung und Evaluation von gesundheitlichen Schulungsprogrammen wird z.B. festgestellt:

> „1. Die ‘internale Person’ kommt möglicherweise erst gar nicht in den Kurs oder wird sehr kritisch gegenüber dem Arzt oder Kursleiter sein. Eventuell führt diese Einstellung zu einer Selbstüberschätzung eigener Fähigkeiten, alles unter Kontrolle zu haben.
>
> 2. Die ‘externale Person’ wird regelmäßig am Programm teilnehmen, ohne das Gelernte anschließend zu verinnerlichen oder selbständig weiterzuüben.
>
> 3. Personen mit hoher internaler und externaler Kontrollüberzeugung sind möglicherweise die ‘optimalen’ Teilnehmer, die die Fachkompetenz anderer akzeptieren und sich gleichzeitig selbst als aktive Person erleben, etwas beeinflussen zu können.“ (NICKEL 1995, S. 167)

Ähnliche Verhaltensweisen wären für die genannten Typen gesundheitsbezogener Kontrollüberzeugungen auch in der ärztlichen Praxis denkbar. Gesundheitsförderung kann diese Verhaltens- und Einstellungsvariablen jedoch beeinflussen. Im Rahmen der ‘Förderung von gesundheitlicher Kompetenz’ geht es auch darum, sowohl internale als auch externale Kontrollüberzeugungen dahingehend zu fördern, daß eine situativ dem jeweiligen Bedarf angemessene und weitgehend selbstbestimmte Entscheidung darüber möglich ist, wann welche gesundheitliche Versorgungsleistungen erforderlich sind. Letztlich müßte also im Rahmen der ökonomischen Evaluation von Gesundheitsförderungsangeboten diese Frage im Mittelpunkt stehen, nämlich: welche Verhaltens- und Einstellungsfaktoren führen zu einer badarfsgerechteren Nachfrage nach Gesundheitsleistungen und somit zu den oben skizzierten Effekten der Substitutionalität und Komplementarität?

Einerseits liefern die hier nur kurz angerissenen Modelle der Gesundheitspsychologie sinnvolle Anknüpfungspunkte an diese Thematik. Ein ‘Kosten-Nutzen-geläuterter Begriff’ der gesundheitlichen Kompetenzförderung würde somit auch die Förderung von Konsumentensouveränität umfassen.

Andererseits fällt bei der Betrachtung der bisher hierzu geführten theoretischen Debatten und empirischen Untersuchungen auf, daß die Frage eines Zusammenhangs zwischen Einstellungsvariablen und der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen bislang ausgespart wurde. Im Hinblick auf die mikroökonomische Erklärung von Verhaltens- und Einstellungsdeterminanten der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen läßt sich also ein beträchtlicher Forschungsbedarf feststellen, welcher auch für die Frage der ökonomischen Evaluation von gesundheitsfördernden Maßnahmen bedeutsam ist.

Der konzeptionelle 'Link' von Input-Effizienz eines Gesundheitsförderungsprogrammes zu einer Output-Effizienz im Sinne von Einsparungen an anderer Stelle des gesundheitlichen Versorgungssystems ließe sich jedenfalls theoretisch bei weitem plausibler aufzeigen, wenn an Stelle des Risikofaktorenmodells ein Modell der gesundheitlichen Kompetenz und Selbstbestimmung gesetzt würde, welches nicht nur 'bessere Gesundheit', sondern auch 'effektivere und effizientere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen' zum Ziel hätte.

2.4 Zusammenfassung: Möglichkeiten und Grenzen der ökonomischen Betrachtung von Gesundheitsförderung

Die Intention dieses Kapitels war es, die wechselseitigen Beziehungen zwischen Gesundheitsökonomie und der Theorie der Gesundheitsförderung zu untersuchen. Erst in zweiter Linie läßt sich daraus eine gesundheitsökonomische Modellbildung der Gesundheitsförderung ableiten, da sich die Gesundheitsförderung in ihrem konzeptionellen Anspruch einer isolierten Betrachtung entzieht. Die theoretischen Anknüpfungspunkte ergeben sich vielmehr erst aus den vielfältigen gesundheitsökonomischen Debatten rund um das Angebot und die Nachfrage im Gesundheitswesen.

Gegenüber einer am Risikofaktorenmodell orientierten ökonomischen Evaluation der Prävention wird deshalb vorgeschlagen, nicht ausschließlich den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten im Sinne von verbesserter Ernährung, mehr Bewegung und Entspannungstraining zu betrachten. Eine ökonomische Evaluation der Gesundheitsförderung sollte sich auf das Wagnis einlassen, alle gängigen gesundheitsökonomischen Debatten kritisch zu führen, und für eine eigene Nutzenbewertung nutzbar zu machen.

Hervorzuheben ist dabei einerseits die Problematik der Wirksamkeits- und Wirtschaftlichkeitsdefizite verschiedener gesundheitlicher Versorgungsleistungen. Damit werden insbesondere Fragen der Bedarfsgerechtigkeit (Relevanz), der Zielgruppenerreichung sowie der ‘idealen’ und ‘realen Effektivität’ (efficacy und effectiveness) medizinischer Leistungen berührt (vgl. Kap. 2.3.1).

Andererseits steht dem eine mikroökonomische Debatte über das Nachfrageverhalten nach Gesundheitsleistungen gegenüber, welche nicht der Angebotsseite, sondern der Nachfrageseite eine Steuerungswirkung bezüglich der Effektivität und Effizienz von Gesundheitsleistungen zuschreibt. Größere Gesundheitskompetenz und vermehrte Eigenproduktion von Gesundheit können aus dieser Sicht auch bei Erkrankten zu einer Substition unnötiger Leistungen, sowie zu einer verbesserten Komplementarität der in Anspruch genommenen Leistungen mit eigenen (Co-) Produktionsleistungen beitragen.
Insbesondere der Ansatz der Komplementarität liefert dabei einen wichtigen Anknüpfungspunkt, um die Effekte gesundheitsfördernder Maßnahmen auf die Wirksamkeit z.B. von medizinischen Leistungen darzustellen. So ist beispielsweise eine durch eine

gesundheitsfördernde Maßnahme erzielte Verbesserung der Compliance von Arzt und Patient dazu geeignet, die oben dargestellte Diskrepanz zwischen idealer Effektivität (efficacy) und real erzielter Effektivität (effektiveness) zu verringern und damit die Wirksamkeit, nicht primär der gesundheitsfördernden Maßnahme, sondern der medizinischen Behandlung selbst zu erhöhen.

Gesundheitsförderung könnte aus dieser Sicht auch als ein Medium verstanden werden, welches eine Optimierung der Effektivität und Effizienz therapeutischer Maßnahmen erst möglich macht. An dieser Stelle stellt sich damit die berechtigte Frage, ob nicht „die Kosten-Nutzen-Frage am falschen Gegenstand gestellt“ wird, wenn versucht wird, Gesundheitsförderung selbst gewissermaßen als ‘effektive Therapie’ zu messen (HAUß 1991, S. 259). Zumindest würde eine isolierte Betrachtung der jeweiligen Einzelmaßnahme zu kurz greifen, um alle denkbaren Nutzen, die sich in der Konsequenz auch für andere Leistungsbereiche ergeben können, zu erfassen.

Wenn auf der Grundlage ergänzender gesundheitsfördernder Beratungs-, Vermittlungs- oder Selbsthilfeansätze die Wirksamkeit einzelner therapeutischer Programme ökonomisch evaluiert würde - beispielsweise in einer kontrollierten Vergleichsstudie der jeweiligen therapeutischen Behandlungsmethode mit und ohne ergänzende Maßnahmen der Gesundheitsförderung -, so würde allein die Differenz zwischen beiden Ansätzen die ergänzende Wirksamkeit der Gesundheitsförderung ausweisen. Die hieran anschließende Problematik der Quantifizierung der so erzielten gesundheitlichen Wirksamkeit - durch Kosten-Nutzwert- oder Kosten-Nutzen-Analyse (vgl. Kap. 2.3.2) - betrifft dann vielmehr die ökonomische Evaluation der eigentlichen Therapie, weniger jedoch der Gesundheitsförderung.

Sofern es darum geht, einen plausiblen Zusammenhang zwischen den durch Gesundheitsförderung erzielten Wirkungen auf Effektivität und Effizienz gesundheitlicher Versorgungsleistungen herzustellen, wären dabei weitere Studien zu den Einflüssen von gesundheitsbezogenen Einstellungsvariablen auf das individuelle Nachfrageverhalten anzustellen. Jedenfalls ist eine auffällige Parallele zwischen den in verschiedenen gesundheitspsychologischen Modellen skizzierten Persönlichkeitsmerkmalen und den vorwiegend in der ökonomischen Literatur geforderten Verhaltensweisen des ‘kritischen

Verbrauchers', des 'mündigen Patienten' oder des 'souveränen Konsumenten' festzustellen, welche auch aktiv genutzt werden könnte, um argumentativ und empirisch die ökonomischen Effekte von Gesundheitsförderung zu untermauern.

Bei diesen Ausführungen über gesundheitsökonomische Aspekte der Gesundheitsförderung darf jedoch nicht vergessen werden, daß die hier skizzierten nachfrageseitigen Verhaltensweisen des 'kritischen Verbrauchers', 'mündigen Patienten' bzw. 'souveränen Konsumenten' im Gesundheitswesen, trotz aller theoretischen Anknüpfungspunkte, insgesamt eine Verengung des gesundheitswissenschaftlichen und gesundheitspolitischen Diskurses auf ein ökonomisches Angebots- und Nachfragemodell bedeuten. Dieses Modell reduziert nämlich die Gestaltungsmöglichkeiten der BürgerInnen auf das individualisierte „Wahlverhalten" zwischen gegebenen Anbietern und Angeboten und somit auf die „Exit"-Option des einzelnen Verbrauchers auf dem Markt gesundheitlicher Versorgungsleistungen. Eine kollektive Gestaltungskraft durch Partizipation auf der Planungsebene im Gesundheitswesen („Voice"-Option; HIRSCHMAN 1970) wird bei dieser Sicht ausgeblendet.

Dieses 'theoretische Defizit' hinsichtlich der verfügbaren Handlungsalternativen von BürgerInnen und PatientInnen kennzeichnet letztlich auch die gesundheitsökonomischen Kontroversen zwischen einer „administrierten Qualitätssicherung in der medizinischen Versorgung" sowie einer auf der Marktlogik aufbauenden 'evolutorischen Qualitätssicherung', welche einzig und allein durch mündige VerbraucherInnen sichergestellt werden soll: Während die Logik von Angebot und Nachfrage einerseits als Alternative zu bürokratisierenden Bewertungsverfahren im Gesundheitswesen angepriesen wird (OBERENDER/DAUMANN 1996), wird dem andererseits entgegengehalten, daß gerade die durch diese objektiven Bewertungsverfahren ermöglichte „valide, kommentierte Information" notwendig ist, um BürgerInnen und PatientInnen dazu in die Lage zu versetzen, „die geforderte kritische Inanspruchnahme leisten zu können" (STRAUB 1997, S. 57). Die kollektive, durch eine übergeordnete Instanz wahrzunehmende Sicherung von Qualität, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit, wird nach dieser Sichtweise der individuellen Qualitätssicherung durch souveräne Verbraucherentscheidungen vorausgesetzt.

Da jedoch auch die Schaffung von Transparenz, etwa in Form von Gesundheitsberichterstattung, sowie der darauf aufbauende kollektive Entscheidungsprozeß über die Gestaltung des gesundheitlichen Versorgungssystems ein Anliegen der

Gesundheitsförderung ist, welches nicht ohne den organisierten Dialog mit den BürgerInnen und PatientInnen möglich ist (vgl. Kap. 1.3.2), muß auch die oben angedeutete ‘Reihenfolge’ - erst administrierte Qualitätssicherung, dann qualitätsbewußte individuelle Inanspruchnahme - gründlich hinterfragt werden. Letztlich muß die partizipative Beurteilung und Planung von Versorgungsstrukturen durch die betroffenen BürgerInnen wiederum der administrierten Angebotsgestaltung vorausgesetzt werden, was in der Konsequenz zu mehr Pluralität und nicht zu einer verstärkten Standardisierung in ökonomisch faßbaren Größen führt:

> „Wir müssen anfangen, eine Sozialpolitik zu entwickeln, die es aufgibt, Probleme auf die ‘einzig mögliche’ und expertendefinierte Art zu lösen. Qualitätskontrolle durch zentrale Administrationen wird unter diesem Blickwinkel ein lächerliches Konzept. Statt einer Bestimmung von Sozialpolitik von oben nach unten, brauchen wir eine Bewegung von unten nach oben, die von der Basis ausgeht und von dort den offiziellen Stellen mitteilt, welche sozialpolitischen Maßnahmen und Programme notwendig sind [...]. Das heißt, daß der Prozeß des ‘empowerment’ nicht nur je nach Art der Problematik und des Kontextes unterschiedlich verlaufen wird. Und diese Unterschiedlichkeit in der Ausgestaltung sollte auch dominieren.“ (RAPPAPORT 1985, S. 271)

Die Artikulation von Interessen und aktive Angebotsgestaltung durch Betroffene beschreibt also vielmehr einen politischen Prozeß, der die ökonomische Sichtweise der Souveränität von ‘Konsumenten’ übersteigt. Sofern dies in der häufig ökonomisch dominierten Diskussion über die politische Steuerung und die Möglichkeiten der Beteiligung von BürgerInnen im Gesundheitswesen nicht hinreichend beachtet wird, wird die „Hierarchie“ von Politik und Ökonomie geradezu auf den Kopf gestellt (vgl. Kap. 3.2.2):

> „An die Stelle einer Pluralität von Steuerungsmedien [tritt] eine neue Hierarchie [...], die das Gesundheitswesen in seinem Kern als ein marktwirtschaftliches Wettbewerbs- und Produktionssystem begreift, für das politische Regulation und professionelle Kultur eine zwar unverzichtbare, aber doch untergeordnete Rolle spielen.“ (EVERS 1998a, S. 2)

Dies ist sowohl für die Zuweisung von Kompetenzen und Zuständigkeiten der Steuerung des Gesundheitswesens als auch für den Begriff der Souveränität von BürgerInnen, PatientInnen und KonsumentInnen bedeutsam (EMANUEL/EMANUEL 1996). Zwar kann die aus ökonomischer Sicht vorgeschlagene Förderung von gesundheitlicher Kompetenz mit dazu beitragen, daß auch das Problembewußtsein für Versorgungsmängel oder sonstige strukturelle Hindernisse für die Realisierung von Gesundheit geschärft wird. Das Wissen über die Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit alternativer Behandlungsformen (Gütertransparenz), alternativer Anbieter (Markttransparenz) sowie über den persönlichen Bedarf, der sich u.a. aus der Breite des eigenen Handlungsspektrums an Selbsthilfealternativen ableitet (Bedarfstransparenz), befähigt und ermutigt möglicherweise auch zur ‘qualifizierten Kritik’ an subjektiv wahrgenommen Versorgungsmängeln und könnte somit ein Grundstein für die geforderte organisierte „Patientenbewegung“ sein (KRANICH 1993). Dies läßt sich jedoch nicht allein in der Terminologie der Souveränität von Konsumenten fassen, sondern verlangt nach einem differenzierteren Souveränitätsbegriff, der sich etwa auch auf die demokratische Beteiligung von BürgerInnen bzw. von Coproduzenten erstreckt (EVERS 1998b).

Trotz aller Substitutionspotentiale im Gesundheitswesen, welche durch die Produktion von Gesundheit außerhalb des professionellen Versorgungssystems gegeben sind, beinhaltet eine auf dieses Substitutionsziel ausgerichtete, isolierte Planung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung stets die Gefahr, diejenigen die eigentlich davon profitieren sollen, für Aufgaben zu instrumentalisieren, für die sie entweder nicht die politischen und institutionellen Kompetenzen besitzen, oder die möglicherweise gar nicht in der Intention ihrer selbstorganisierten Aktivitäten lagen:

> „The accompanying slogans of ‘making fuller use of human resources’, of promoting self-care and self-reliability, might well mask a process of colonising and instrumentalising these ‘life worlds’, introducing manipulative social technologies, e.g. by creating preventive programmes from top down, by using symbolic policies giving the community just enough for functioning as a resource needed for overall economic and urban development but far too little in order to have impact on the prevailing institutions, values and practices.“
> (EVERS 1990a, S. 215)

Die konzeptionelle Integration der Gesundheitsförderung in die ökonomische und politische Problematik des gesundheitlichen Versorgungssystems wird somit auch aus dieser Sicht zu einer vordringlichen Aufgabe. Sowohl aus dem Blickwinkel des gesundheitsökonomischen Diskurses als auch vor dem Hintergrund einer kritischen Würdigung der insgesamt begrenzten Reichweite des ökonomischen Paradigmas bzgl. der Planung und zielorientierten Steuerung von Politiken läßt sich feststellen, daß eine ökonomische Modellbildung der Gesundheitsförderung auf den inhaltlichen Bezug zum Gesundheitswesen angewiesen ist. Dies kann aber noch viel weitergehende Konsequenzen auf politischer Ebene bedeuten. Inwieweit nämlich die geforderte und möglicherweise durch Gesundheitsförderung trainierte Mündigkeit und Eigenverantwortung von BürgerInnen zum Tragen kommt, hängt von dem jeweiligen politischen Verständnis darüber ab, welche Kompetenzen der Beteiligung den Betroffenen bei der Gestaltung der gesundheitlichen Versorgungsstrukturen zugebilligt werden sollen.