
Handbuch der Gesundheits- ökonomik

Rezension von: Sherry Glied, Peter C. Smith (Hrsg.), *The Oxford Handbook of Health Economics*, Oxford University Press, Oxford-New York 2011, 967 Seiten, gebunden, £ 85.

„Gesundheit ist nicht alles, aber ohne Gesundheit ist alles nichts“. Dieses Zitat, welches (fälschlicherweise) Arthur Schopenhauer zugesprochen wird, drückt sehr anschaulich den multiplen Charakter von Gesundheit aus. Gesundheit ist einerseits ein Wert an sich, ist aber in dieser Eigenschaft kein alles andere dominierender Wert. Gesundheit ist aber andererseits eine wesentliche Voraussetzung dafür, dass andere menschliche Aktivitäten möglich sind bzw. zu befriedigenden Ergebnissen führen.

Dieser „strategische“ Charakter von Gesundheit ist letztlich auch ein Grund dafür, dass viele philosophische Traditionen an die Allokation von Gesundheit bzw. von Gesundheitsleistungen besondere Ansprüche von Gerechtigkeit und Fairness stellen. Es überrascht daher auch nicht, dass die Gesundheitspolitik in vielen Volkswirtschaften im Zentrum der gesellschaftspolitischen Auseinandersetzungen steht, wobei der Fokus der Debatte in den „entwickelten“ Staaten naturgemäß ein anderer ist als in den Staaten der „Dritten und Vierten Welt.“

Was die Gesundheitspolitik weltweit aber wiederum eint, ist der Mangel an empirisch gestütztem Wissen über Wirkungszusammenhänge und darauf aufbauend über adäquate Politikstrategien. Eine Ursache dafür liegt in Trans-

ferverlusten zwischen der gesundheitswissenschaftlichen Forschung und der praktischen Anwendung in der Politik. Gesundheitsökonomische Forschung dokumentiert sich vorwiegend in spezialisierten Zeitschriften der Ökonomik und der Medizin. Dies hat für den an der politischen Umsetzung gesundheitsökonomischen Wissens Interessierten den Nachteil, dass es mit erheblichen Mühen und Kosten verbunden ist, den „*State of the Art*“ abzurufen.

Zeitschriften bzw. Institutionen, die sich der (elektronischen) Publikation von Metaanalysen (vgl. beispielsweise im Bereich der gesundheitsökonomischen Evaluierung die Angebote der Cochrane Collaboration) widmen, können hier eine Abhilfe schaffen. Handbücher bzw. Kompendien sind diesbezüglich ein zweites wichtiges Transferinstrument. Diese sind aber mit einem zweifachen Problem konfrontiert. Erstens ist es angesichts der Ausdifferenzierung der gesundheitswissenschaftlichen Forschung, deren Entwicklungsdynamik sowie wegen der raschen weltweiten elektronischen Verfügbarkeit von neuen Erkenntnissen vermessenen, einen „*State of the Art*“ überhaupt diagnostizieren zu wollen. Zweitens sind die zusätzlichen Erträge, die man sich durch das Verfassen von „Überblicken“ verdienen kann, in den aktuellen „Entlohnungsschemata“ der Gesundheitswissenschaften mehr als bescheiden.

Es stellt daher ein bemerkenswertes publizistisches Ereignis dar, wenn die renommierte Oxford University Press im Rahmen ihrer Reihe „Oxford Handbooks“ unter der Herausgeberschaft von Sherry Glied (Columbia University, USA) und Peter Smith (Imperial College Business School, UK) „*The Oxford Handbook of Health Economics*“ he-

rausgibt. Das Handbuch erscheint elf Jahre nach der ersten umfassenden Bestandsaufnahme der Gesundheitsökonomik.¹

Eine Beurteilung des vorgelegten Handbuches kann aus verständlichen Gründen nur kursorisch und überblicksartig erfolgen, eine Detailkritik einzelner Beiträge ist dabei unmöglich. Als ein Maßstab für die Beurteilung des Handbuches seien dieser Besprechung die Zielvorstellungen des Verlages bzw. der Editoren für dieses Handbuch vorangestellt. Sie sehen das Handbuch als „*accessible and authoritative guide to health economics*“ für Studierende/Anwender der Gesundheitsökonomie sowie für Vertreter benachbarter Disziplinen wie Gesundheitspolitik und klinische Medizin. Im Vordergrund soll die gesundheitspolitische Aufbereitung gesundheitsökonomischer Erkenntnisse stehen, um die Leistungsfähigkeit gesundheitsökonomischer Ergebnisse für die Gesundheitspolitik ausloten zu können. Die Autorenauswahl stand dabei unter der Maxime, international anerkannte Vertreter der Gesundheitsökonomik zu Wort kommen zu lassen, um damit den weltweiten Stand der Gesundheitsökonomik reflektieren zu können. Der Anwendungsbezug soll dadurch dokumentiert werden, dass formale Techniken der Darstellung nur sehr moderat eingesetzt werden. „*The volume presents a view of health economics as a vibrant and continually advancing field, highlighting ongoing challenges and pointing to new directions for further progress.*“

Beginnen wir die Besprechung mit einigen Fakten. Das Handbuch umfasst auf insgesamt 967 Seiten 38 Einzelbeiträge von insgesamt 64 Autoren. Diese werden ergänzt durch ein gut über-

schaubares und damit sehr hilfreiches Sachverzeichnis. Jeder Beitrag enthält ein sehr ausführliches Literaturverzeichnis, in welchem insbesondere die Publikationen der letzten zehn Jahre sehr gut dokumentiert sind. Damit wird – dies sei vorweg genommen – der Zielsetzung des Handbuches, Dokument eines lebendigen und kontinuierlich fortschreitenden Forschungsfeldes zu sein, durchaus überzeugend Rechnung getragen. Der Netto-Text (ohne Sachverzeichnis, Literaturverzeichnis etc.) beläuft sich auf ca. 770 Seiten. Dies ergibt pro Themenbereich eine durchschnittliche Länge von 20 Seiten mit akzeptablen Schwankungen zwischen den Beiträgen. Dies mag als triviales „Seitenzählen“ empfunden werden, ist es jedoch nicht. Für jeden Insider ist klar, dass es einer erheblichen Verdichtungsleistung bedarf, den „*State of the Art*“ in einem Themenfeld (z. B. über die Ökonomik der biopharmazeutischen Industrie) innerhalb dieses Seitenlimits adäquat darzustellen. Es sei nur darauf verwiesen, dass das bereits zitierte „*Handbook of Health Economics*“ 2000 von Culyer/Newhouse mehr als die doppelte Seitenzahl hat.

Den 38 Beiträgen (inklusive Einleitung) des Handbuches fehlt in der Gliederung eine weitere explizite thematische Zuordnung. Die Herausgeber ordnen in ihrer Einleitung die Beiträge aber den nachfolgenden Fragestellungen zu:

1. Warum sind einige Leute gesund und andere nicht?
2. Was ist der beste Weg, um das Angebot von Gesundheitsleistungen zu organisieren und zu honorieren?
3. Wie viel soll eine Gesellschaft für Gesundheitsleistungen ausgeben, und für welche Zwecke sollen die Ressourcen verwendet werden?

4. Wie sollten Gesundheitsleistungen finanziert und verteilt werden?

Das Handbuch beginnt inhaltlich mit Überblicken über „*Health Systems in Industrialized Countries*“ (Frogner/Hussey/Anderson) und über „*Health Systems in Low and Middle-Income Countries*“ (Mills). Beide Beiträge sind instruktiv und kompakt, ermöglichen aber wohl nur einen ersten Zugang zu den Gesundheitssystemen in der Realität. Fragen des Wachstums der Gesundheitsausgaben werden von der Systembeschreibung getrennt und in einem eigenen Beitrag (Chernew/May) behandelt.

Der oben als Themenfeld 1 bezeichneten Fragestellung widmen sich – je nach Abgrenzung – elf Beiträge. Der Bogen spannt sich dabei von den Auswirkungen von Gesundheit auf Einkommen und Wohlbefinden (Jack) über die Gesundheitsproduktion (Bolin), den Zusammenhang von sozioökonomischem Status und Gesundheit (Cutler/Lleras-Muney/Vogl), die Ökonomik des Suchtverhaltens (Kenkel/Sindelar), die Determinanten der Kindergesundheit (Baker/Stable) bis zur Ökonomik der Prävention (Hall) und der Ökonomik geistiger Gesundheit (Frank).

Im Themenfeld 2 werden *Managed Care* (Baker), die Organisation des Krankenhauses (Barros/Olivella), der Arztpraxis (Scott/Jan) und von Langzeitpflege (Fernandez/Forder/Knapp), die Ökonomik der biopharmazeutischen Industrie (Danzon), der Zusammenhang von Agentenfunktion des Arztes und Honorierungssystem (McGuire sowie Christianson/Conrad), die Rolle und Effekte nichtpreislicher Rationierung und von Warteschlangen im Gesundheitswesen (Iversen/Siciliani), die Effekte des zunehmenden Wettbewerbs auf Gesundheitsmärkten

(Propper/Leckie) und das Humankapital im Gesundheitswesen (Bärnighausen/Bloom) behandelt.

Im Themenfeld 3 werden schwerpunktmäßig ökonomische Techniken der Evaluierung angesprochen. So stellen Walker/Sculpher/Drummond das Konzept der Kostenwirksamkeitsanalyse dar, Griffin/Claxton beschäftigen sich mit der wichtigen Frage der Unsicherheit im Rahmen von Kostenwirksamkeitsanalysen, und Rowen/Brazier widmen sich der Gesundheitsnutzenmessung. Diese eher mikroökonomisch verorteten Perspektiven werden ergänzt durch drei Beiträge, die stärker die Meso-/Makroperspektive der Effizienzmessung im Gesundheitswesen betonen. Burgess/Street beschäftigen sich mit der Messung der organisatorischen Performanz im Gesundheitswesen, Triplett erörtert Konzepte zur Messung der Produktivität von Gesundheitssystemen, und Jones/Rices erörtern ökonometrische Techniken der Evaluierung von Gesundheitspolitiken.

In Themenbereich 4 finden sich Beiträge zu den verschiedenen Formen der Gesundheitsfinanzierung (Öffentliche Finanzierung: Blomquist; Private Krankenversicherung: Zweifel; Mindeststandards in der Versicherung bei Wettbewerb: Van de Ven/Schut; Selbstbeteiligung: Schokkaert/Van de Voorde) und zu Fragen der Gerechtigkeit/Fairness/Ungleichheit im Gesundheitswesen (Olsen) bzw. deren Messung (Van Doorslaer/Ourti). Der Beitrag von Sheiner ergänzt die Diskussion durch die Analyse intergenerativer Aspekte der Gesundheitsversorgung. Ein Beitrag setzt sich mit „*The Political Economy of Health Care*“ (Tuohy/Glied) auseinander. Maynard/Bloom thematisieren in ihrem abschließenden

Beitrag die Erfolge/Misserfolge/Fallstricke in der politischen Umsetzung gesundheitsökonomischer Erkenntnisse.

Im Folgenden sollen – bei allen Verallgemeinerungsvorbehalten – einige Eindrücke referiert werden, die für den potenziellen Leser/Nutzer des Handbuchs Orientierungshilfe sein können.

Vom methodischen Zugang her dominiert insgesamt ein mikroökonomisch fundierter verhaltensorientierter Ansatz. Andere ökonomische Denktraditionen (Österreichische Schule, marxistische Ökonomie, etc.) spielen praktisch keine Rolle. Der verwendete verhaltensorientierte Ansatz wird aber andererseits in ausreichender Weise modifiziert, um den verschiedenen Besonderheiten von Gesundheit und von Gesundheitsleistungen (z. B. asymmetrische Information, Dominanz von Prinzipal-Agent-Beziehungen, Existenz von intertemporaler Irrationalität bzw. begrenzter Rationalität) Rechnung zu tragen und um empirisch gehaltvolle Hypothesen bilden zu können.

Mit diesen mikroökonomischen methodischen Ansätzen korrespondiert die Anwendung mikroökonomischer bzw. mehrstufiger Methoden auf der empirischen Seite. Diese Methoden, die auf Individual- bzw. auf „Mehr-Ebenen“-Daten beruhen, tragen dem Umstand Rechnung, dass individuelle Gesundheit (i) von individuellen Eigenschaften (z. B. dem Einkommen), (ii) von der relativen Position der individuellen Eigenschaft im Verhältnis zur Eigenschaft im Aggregat (z. B. von der Einkommensverteilung in einer Region), (iii) vom Aggregat der individuellen Eigenschaften (z. B. das Durchschnittseinkommen in einer Region) und (iv) von genuinen Aggregatseigenschaften (z. B. die klimatischen Voraussetzungen in einer Region) abhängen.

Die in älteren gesundheitsökonomischen Publikationen bzw. in der Gesundheitspolitik dominierende, teilweise auch stark ideologiebehaftete Dichotomie „Markt vs. Staat“ ist einer wesentlich differenzierteren Sichtweise der möglichen Vorteile/Nachteile von institutionellen Designs und dem Wunsch, empirisches Wissen darüber zu gewinnen, gewichen. Dies zeigt sich beispielsweise in der Analyse der Kostenbeteiligung (Schokkaert/Van de Voorde), der Untersuchung der Auswirkungen einer verstärkten Rolle des Wettbewerbs im Gesundheitswesen (Propper/Leckie) und in der Diskussion von Bausteinen eines optimalen Honorierungssystems von Anbietern (Ärzten, Krankenhaus) im Gesundheitswesen (McGuire, Christianson/Conrad).

Das Postulat der Anwendungsorientierung ist im Großteil der Beiträge erfüllt, eine technisch-formale Sprache wird nur sehr moderat verwendet. Der Bezug zu den institutionellen Regelungen in bestimmten Gesundheitssystemen ist zwangsläufig gegeben, systematische Überblicke über die institutionellen Rahmenbedingungen in einzelnen Ländern finden sich aber nur sehr vereinzelt. Wenn auf Regeln und Organisationen Bezug genommen wird, wird zumeist versucht, die Auswirkungen unterschiedlicher institutioneller Regime auf das Entscheidungsverhalten der Akteure im Gesundheitswesen und auf das Ergebnis zu erheben. Dies macht die diesbezüglichen Ausführungen, auch wenn sie im Gesundheitssystem eines Landes verortet sind, für den interessierten Leser generell attraktiv. In dieser Hinsicht ist dieses Handbuch auch als wesentlich universeller zu qualifizieren als das „Handbook of Health Economics“ (2000), welches institutionell-organisatorisch

sehr stark auf den Gegebenheiten in den USA fußte.

Das Spannungsfeld „normative – positivistische“ Betrachtungsweise wird insgesamt zugunsten einer stärker positivistischen Betrachtungsweise entschieden. Dies trägt dem Postulat Rechnung, dass die empirische Identifizierung von Ursache-Wirkungszusammenhängen deren Optimierung vorangehen soll. Das bedeutet nicht, dass normative Fragestellungen vollkommen ausgegrenzt werden. So werden die Fragen der optimalen Gestaltung von Anreizsystemen im Gesundheitswesen (Honorierungssysteme, Finanzierungssysteme) auf der Basis ausführlicher theoretischer und empirisch abgesicherter Erkenntnisse zu beantworten versucht. Die vorgestellten Modelle sind auch institutionell entsprechend angereichert, um der hohen Regulierungsintensität dieses Sektors gerecht zu werden und um die Aussagen für die praktische Gesundheitspolitik fruchtbar zu machen.

Wenngleich mit einem Beitrag (Tuohy/Glied) vertreten, bleibt die „Politische Ökonomie des Gesundheitswesens“ (auch) in diesem Handbuch ein Randthema, was angesichts der großen Bedeutung von einflussreichen „Veto-Spielern“ im Gesundheitswesen und deren Bedeutung in Reformprozessen bedauert werden darf.

Das Handbuch ist hinsichtlich der angesprochenen Themenbereiche sehr umfassend und nicht auf die Bedürfnisse eines bestimmten Typs eines Gesundheitssystems (z. B. Beveridge- vs. Bismarck-Modell) zugeschnitten. Auch in der thematischen Prioritätensetzung orientiert sich das Handbuch an den aktuellen wissenschaftlichen Diskussionen, ein Umstand, der im Folgenden noch etwas untermauert werden soll.

Wagstaff/Culyer haben in einer aktuellen Publikation die letzten vierzig Jahre der gesundheitsökonomischen Forschung unter bibliometrischen Gesichtspunkten aufgearbeitet.² Sie unterteilen die Gesundheitsökonomik in zwölf Themenfelder und ordnen dann den publizistischen Output diesen Themenfeldern zu. Tabelle 1 zeigt das Ergebnis dieser Zuordnung. Die ersten vier Spalten zeigen den Output in den vier 10-Jahres-Perioden. Die Spalte 5 zeigt den Output über den gesamten Zeitraum. Als Output für die einzelnen Perioden wird dabei herangezogen, wie oft die Publikation zu einem Themenfeld unter den fünfzig in einer Periode am häufigsten zitierten Publikationen war. Als Output für den gesamten Zeitraum wurde herangezogen, wie oft die Publikationen zu einem Themenfeld unter den 300 im gesamten Zeitraum (1971-2011) am häufigsten zitierten Publikationen waren.

Die statistische Auswertung ergibt, dass über den gesamten Beobachtungszeitraum die Themenfelder „Determinanten der Gesundheit“ zusammen mit dem eng verwandten Themenbereich „Public Health“ dominierend waren, gefolgt vom Themenfeld „Ökonomische Evaluierung“ sowie „Gesundheit und Wirtschaft“, „Krankenversicherung“ und „Gesundheitsleistungsangebot“. Betrachtet man die einzelnen Perioden, so erkennt man aber deutliche Verschiebungen in den Prioritäten über die Zeit. Auffällig ist, dass die Bereiche „Determinanten der Gesundheit“ und „Public Health“ über die Zeit deutlich an Bedeutung gewonnen haben, während die „klassischen Felder“ der Gesundheitsökonomik (insbesondere Gesundheitsleistungsangebot, Nachfrage nach Gesundheitsleistungen) an Einfluss verloren haben.

Tabelle 1: Zuordnung des gesundheitsökonomischen publizistischen Outputs auf ausgewählte Themenfelder

Themenfeld	Periode				
	1971/80	1981/90	1991/00	2000/11	1971/11
Gesundheit und ihr Wert (Outputmessung)	3	1	4	2	15
Effizienz und Gerechtigkeit	2	2	3	4	19
Determinanten der Gesundheit	2	4	6	9	42
Public Health	2	5	2	6	28
Gesundheit und Wirtschaft	5	4	5	4	28
Gesundheitsstatistik und Ökonometrie	0	1	5	9	16
Nachfrage nach Gesundheit/Gesundheitsleistungen	3	3	3	1	13
Krankenversicherung	9	3	4	3	24
Gesundheitsleistungsangebot	12	9	3	2	25
Humankapital im Gesundheitswesen	6	4	3	3	16
Märkte im Gesundheitswesen	0	3	0	0	7
Ökonomische Evaluierung	1	2	5	3	30
Gesamt	45	41	43	46	263

Quelle: Wagstaff/Culyer (2011) und eigene Ergänzungen. (Die Darstellung addiert sich nicht auf 50 bzw. 300, weil einzelne Beiträge diesen Themenfeldern nicht zugeordnet werden konnten.)

Dies signalisiert einen deutlichen Paradigmenwechsel in der Gesundheitsökonomik, der durch Michael Grossmans bahnbrechenden Aufsatz „*On the Concept of Health Capital and the Demand for Health*“³ eingeleitet wurde. Das von Grossman entwickelte Konzept der individuellen „Gesundheitsproduktion“ mit der daraus folgenden Nachfrage nach Gesundheitsleistungen als einer abgeleiteten Nachfrage hat – bei allen Differenzierungen im Zugang – eine tragfähige Verbindung zu Forschungsansätzen im Bereich von „*Public Health*“ geschlagen. Selbst wenn man dem hinter dem Grossman-Modell stehenden individuellen Optimierungskalkül zu Recht kritisch begegnet, eröffnet das Konzept Wege, um systematisch über sozioökonomische und verhaltensbedingte Einflussfaktoren von Gesundheit nachzudenken und belastungsfähige Designs für

die empirische Überprüfung von Hypothesen zu entwickeln. Das vorgelegte Handbuch ist von diesem Paradigmenwechsel geprägt. Die zahlreichen Beiträge zur Fragestellung „Warum sind einige Leute gesund und andere nicht?“ dokumentieren dies sehr deutlich. Erwähnt sei in diesem Zusammenhang insbesondere der sehr gelungene Beitrag von Cutler/Lleras-Muney/Vogl „*Socioeconomic Status and Health: Dimensions and Mechanisms*“.

Die geografische Herkunft der AutorInnen spiegelt die weltweite Landkarte der Produktion gesundheitsökonomischer Erkenntnisse ziemlich gut wider. (Für Interessierte sei auf die bereits zitierte Auswertung von Wagstaff/Culyer 2011 verwiesen.) 40% der AutorInnen kommen aus den USA, 30% aus UK. Der deutschsprachige Raum ist nur mit einem Autor vertreten. AutorInnen aus Forschungsstätten in Afrika und Süd-

amerika fehlen vollkommen, was man angesichts der weltweiten Verteilung gesundheitspolitischer Probleme zu Recht bedauern darf.

Das weitgehende Fehlen von AutorInnen aus der Dritten und Vierten Welt bedeutet aber nicht zugleich, dass die gesundheitspolitischen Probleme dieser Länder überhaupt nicht angesprochen werden. So findet sich zumindest ein Beitrag zu „*Health Systems in Low- and Middle-Income Countries*“ (Mills) und ein Beitrag zu „*Economics of Infectious Diseases*“ (Laxminarayan/Malani). Grundsätzlich ist auch zu konzedieren, dass sich die Ökonomik als Universalwissenschaft versteht, deren methodische Ansätze generell einsetzbar sind. Die beobachtete geografische Konzentration der Autoren ist aber natürlich nicht ohne Konsequenzen, weil gesundheitsökonomische Forschung nicht losgelöst von existierenden Gesundheitssystemen sowie deren impliziten und expliziten Wertungen und Strukturen erfolgt.

Der Anspruch der Herausgeber, international anerkannte Vertreter der Gesundheitsökonomik zu Wort kommen zu lassen, kann insgesamt als eingelöst angesehen werden. Zahlreiche AutorInnen bzw. Forschungsinstitutionen, aus denen die AutorInnen des Handbuches stammen, figurieren unter den Top 100 der Wagstaff/Culyer-Liste. Nur 14 der 58 Autoren des „*Handbook of Health Economics*“ 2000 leisten auch Beiträge zum aktuellen Handbuch, was auch ein Signal für die Dynamik und Durchlässigkeit des wissenschaftlichen Prozesses ist. Entwicklungsgeschichtlich könnte man etwas zugespitzt sagen, dass die Beiträge zu diesem Handbuch in den USA von der dritten Generation und in Europa von der zweiten Generation der Ge-

sundheitsökonomien geschrieben wurde.

Die einzelnen Beiträge dieses Handbuches weisen insgesamt eine vertretbare Inhomogenität in der Art der Aufbereitung der Thematik auf. Insgesamt dominiert der „Überblickscharakter“, vereinzelt finden sich aber auch Beiträge, die eigene aktuelle Forschungen klar in den Vordergrund stellen. Trotz vereinzelter Kritikpunkte stellt das vorgelegte Handbuch einen wichtigen Baustein in der Entwicklung der Gesundheitsökonomik dar. Es ist gelungen, das – insbesondere in den letzten zehn Jahren – erarbeitete und dezentral verstreute Wissen zu verdichten und in vielen Themenfeldern einen Einblick in eine sich rasch entwickelnde Disziplin zu geben. Dabei steht die Anwendungsorientierung im Vordergrund, der theoretisch Interessierte findet aber ausreichend Hinweise für vertiefende Literaturquellen.

Obwohl das formelle und informelle Design eines Gesundheitssystems vom „Bismarck-Typ“ in diesem Handbuch keine Rolle spielt, sind die Erkenntnisse des Handbuchs auch für den auf die Institutionen/Probleme des österreichischen Gesundheitswesens fokussierten Leser/Nutzer von großer Relevanz.

Engelbert Theurl

Anmerkungen

- ¹ Culyer, A. J.; Newhouse, J. P. (Hrsg.), *Handbook of Health Economics*, 2 Bde. (Amsterdam 2000).
- ² Für Details siehe Wagstaff, A.; Culyer, A. J., *Four Decades of Health Economics through a Bibliometric Lens* (= The World Bank, Policy Research Working Paper No. 5829).
- ³ *Journal of Political Economy* (1972) 80.