

Gesundheits- ökonomie

Stephanie Stock
Karl W. Lauterbach
Stefan Sauerland
(Hrsg.)

Lehrbuch für Mediziner und
andere Gesundheitsberufe

4., aktualisierte und erweiterte Auflage

Gesundheitsökonomie

Gesundheitsökonomie

Stephanie Stock, Karl W. Lauterbach, Stefan Sauerland (Hrsg.)

Wissenschaftlicher Beirat Programmbereich Gesundheit

Ansgar Gerhardus, Bremen; Klaus Hurrelmann, Berlin; Petra Kolip, Bielefeld; Milo Puhani, Zürich;
Doris Schaeffer, Bielefeld

Stephanie Stock
Karl W. Lauterbach
Stefan Sauerland
(Hrsg.)

Gesundheits- ökonomie

Lehrbuch für Mediziner und andere Gesundheitsberufe

4., aktualisierte und erweiterte Auflage

unter Mitarbeit von

Adrienne Alayli
Mirella Cacace
Marion Danner
Stefanie Ettelt
Heiner Fangerau
Andreas Gerber-Grote
Christian Graf
Gabriele Klever-Deichert
Juliane Köberlein-Neu
Christopher Kunigkeit
Francesco Longo
Claudia B. Maier
Tim Mathes
Michael Meinhardt

Dirk Müller
Jonas Pendzialek
Dawid Pieper
Evelyn Plamper
Marcus Redaelli
Susanne Salomon
Isabelle Scholl
Dusan Simic
Björn Stollenwerk
Miguel Tamayo
Vera Vennedey
Claus Wendt
Daniel Wirth



Univ.-Prof. Dr. med. Stephanie Stock (Hrsg.)

Universität Köln
Institut für Gesundheitsökonomie
und Klinische Epidemiologie
Gleueler Straße 176-178
50935 Köln
Deutschland
E-Mail: stephanie.stock@uk-koeln.de

Prof. Dr. Karl W. Lauterbach (Hrsg.)

Deutscher Bundestag
Platz der Republik 1
11011 Berlin
Deutschland
E-Mail: karl.lauterbach@bundestag.de

Prof. Dr. med. Stefan Sauerland (Hrsg.)

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit
im Gesundheitswesen
Im Mediapark 8
50670 Köln
Deutschland
E-Mail: stefan.sauerland@iqwig.de
und
Institut für Gesundheitsökonomie
und Klinische Epidemiologie
Gleueler Straße 176-178
50935 Köln
Deutschland
E-Mail: s.sauerland@uni-koeln.de

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

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

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Kopien und Vervielfältigungen zu Lehr- und Unterrichtszwecken, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Anregungen und Zuschriften bitte an:

Hogrefe AG
Lektorat Gesundheit
Susanne Ristea
Länggass-Strasse 76
3012 Bern
Schweiz
Tel. +41 31 300 45 00
info@hogrefe.ch
www.hogrefe.ch

Lektorat: Susanne Ristea

Bearbeitung: Thomas Koch-Albrecht, Münchwald/Hunsrück

Herstellung: Daniel Berger

Umschlag: Claude Borer, Riehen

Satz: Claudia Wild, Konstanz

Druck und buchbinderische Verarbeitung: Finidr s.r.o., Český Těšín

Printed in Czech Republic

Auf säurefreiem Papier gedruckt

4. Auflage 2021

2006/2009/2013 by Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern

© 2021 Hogrefe Verlag, Bern

(E-Book-ISBN_PDF 978-3-456-96079-1)

(E-Book-ISBN_EPUB 978-3-456-76079-7)

ISBN 978-3-456-86079-4

<https://doi.org/10.1024/86079-000>

Nutzungsbedingungen

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden. Davon ausgenommen sind Materialien, die eindeutig als Vervielfältigungsvorlage vorgesehen sind (z.B. Fragebögen, Arbeitsmaterialien).

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Download-Materialien.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	15
Teil I: Ethik und Ökonomie in der Medizin	17
1 Einführung	19
<i>Stefan Sauerland und Stephanie Stock</i>	
2 Die Begriffe Gesundheit und Krankheit	22
<i>Andreas Gerber-Grote</i>	
2.1 Ausgewählte Definitionen und Theorien	23
2.2 Der Anwendungsfall: Wo liegt die Grenze zwischen Therapie und „Wellness“?	23
2.3 Ausblick	24
3 Determinanten von Gesundheit und Krankheit oder: Was hält uns gesund und was macht uns krank?	26
<i>Andreas Gerber-Grote</i>	
3.1 Die sozialen Determinanten	26
3.2 Der Life Course Approach	26
3.3 Vom Defizit oder von der Stärke her gedacht	28
3.4 Beitrag des Gesundheitssystems	29
3.5 Fazit	29
4 Sozialethische Aspekte: Gesundheit und Gerechtigkeit	32
<i>Heiner Fangerau</i>	
4.1 Was ist Gerechtigkeit?	32
4.2 Bezugsgrößen und Sphären der Gerechtigkeit	33
4.3 Von deontologischen und teleologischen Theorien bis zum „egalitären Liberalismus“	34
4.4 Soziale Gerechtigkeit und Gesundheit als Ermöglichungsbedingung	35
4.5 Sozialversicherung und Gerechtigkeit	37
4.6 Fazit	38

Teil II: Das deutsche Gesundheitssystem	41
5 Das deutsche Gesundheitswesen: Zahlen und rechtlicher Rahmen	43
<i>Gabriele Klever-Deichert</i>	
5.1 Rechtlicher Rahmen des Gesundheitssystems	43
5.1.1 Historische Entwicklung	43
5.1.2 Akteure im deutschen Gesundheitswesen	46
5.1.3 Nebeneinander marktlicher, staatlicher und korporatistischer Strukturen	53
5.2 Finanzierung	53
5.2.1 Finanzarchitektur und Beitragssatzentwicklung der GKV	53
5.2.2 Gesundheitsausgaben	56
5.2.3 Einflussfaktoren der Finanzentwicklung	59
6 Das Krankenversicherungssystem in Deutschland	66
<i>Christian Graf, Jonas Pendzialek und Stephanie Stock</i>	
6.1 Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)	66
6.1.1 Grundsätze und Geschichte	66
6.1.2 Leistungen, Versichertenkreis und Finanzierung	69
6.2 Private Krankenversicherung (PKV)	72
6.2.1 Zugang und Versichertenkreis	72
6.2.2 Leistungen, Prämien und Tarife der PKV	73
6.3 Zukunftsthemen und Weiterentwicklung der Krankenversicherung	75
6.3.1 Zentrale Herausforderungen: Demografie und medizinisch-technischer Fortschritt	75
6.3.2 Stärkung der GKV: Kostendämpfung und Einnahmeverbesserungen	75
6.3.3 Konvergenz zwischen PKV und GKV	76
6.3.4 Qualitätssicherung auf der Leistungserbringerseite	77
6.3.5 Gestaltungsfreiheit und neue Versorgungsformen	79
6.3.6 Jüngste Reformgesetze	86
7 Die ambulante Versorgung	91
<i>Miguel Tamayo</i>	
7.1 Grundlagen: Leistungserbringung, rechtlicher Rahmen, Akteure der Selbstverwaltung	92
7.1.1 Das Beziehungsgeflecht in der ambulanten Leistungserbringung	93
7.1.2 Intensive Regulierung in Gesetzen, Richtlinien und Verträgen	95
7.1.3 Akteure der gemeinsamen Selbstverwaltung	96
7.2 Sicherstellungsauftrag und Steuerung der Zulassung	98
7.2.1 Grundlagen der Bedarfsplanung	99
7.2.2 Wandel der Arbeitsformen	100
7.2.3 Strukturfonds und Fördermaßnahmen	102
7.3 Vergütung und Honorarverteilung	103
7.3.1 Gesamtvergütung	103

7.3.2	Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM)	104
7.3.3	Honorarverteilung	105
7.3.4	Gebührenordnung für privatärztliche Leistungen: die GOÄ	106
7.4	Ärztliche Verantwortung für Wirtschaftlichkeit	107
7.5	Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung	108
7.6	Notfallversorgung	109
7.7	Wie kommen Innovationen und neue Leistungen in das System?	110
7.7.1	Selektivverträge und Modellvorhaben	111
7.7.2	Der Innovationsfonds nach § 92a SGB V	112
7.8	Kooperationen und Leistungsgeschehen zwischen den Sektoren	113
7.8.1	Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) nach § 116b SGB V	113
7.8.2	Disease-Management-Programme nach § 137f SGB V	114
7.9	Digitalisierung	114
7.9.1	Telematik-Infrastruktur	115
7.9.2	Elektronische Patientenakte	116
7.9.3	Förderung der Telemedizin	116
7.9.4	Digitale Gesundheitsanwendungen	116
8	Die stationäre Versorgung	119
	<i>Evelyn Plamper, Susanne Salomon und Dusan Simic</i>	
8.1	Strukturen und strategisches Management	119
8.1.1	Strukturen stationärer Versorgung in Deutschland (Kennzahlen)	120
8.2	Kosten stationärer Versorgung – Krankenhausgesamtvergütung	123
8.2.1	Krankenhausfinanzierung	123
8.2.2	DRG-Fallpauschalen-System	124
8.2.3	Auswirkungen der DRGs auf die Pflegesituation im Krankenhaus	125
8.2.4	Finanzierung von stationären psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen	127
8.2.5	Ermittlung des Krankenhausbudgets	128
8.3	Spezialisierte, interdisziplinäre Schwerpunktzentren bündeln Fachkompetenzen	128
8.3.1	Krebszentren	128
8.3.2	Bedarf an klinischen Studien mit großen Patientenzahlen	130
8.3.3	Organisation und Betrieb	130
8.4	Ambulantisierung	132
8.5	Digitalisierung, Künstliche Intelligenz, Robotik und Telemedizin im Krankenhaus der Zukunft	132
8.5.1	Elektronische Patientenakte und Datenaustausch	133
8.5.2	Künstliche Intelligenz in der Medizin	133
8.5.3	Tissue-Engineering-Produkte im klinischen Einsatz	134
8.5.4	Telemedizin und digitale Gesundheitsanwendungen	134
8.6	Krankenhausmanagement	135

8.6.1	Strategieentwicklung	135
8.6.2	Qualitätssicherung	135
8.6.3	Führung und Unternehmenskultur	136
8.6.4	Stakeholder-Management und Reputation	137
8.7	Besonderheiten der Universitätskliniken	138
8.8	Ausblick	138
9	Die Arzneimittelversorgung	141
	<i>Michael Meinhardt, Daniel Wirth, Stephanie Stock und Marcus Redaëlli</i>	
9.1	Struktur der Arzneimittelversorgung	142
9.1.1	Herstellung	142
9.1.2	Zulassung von (Fertig-)Arzneimitteln	142
9.1.3	Inverkehrbringen	145
9.1.4	Preisbildung und Vergütung	148
9.2	Ausgewählte Reformoptionen und Steuerungsmechanismen im Arzneimittelmarkt	152
9.2.1	Herstellung	152
9.2.2	Zulassung	153
9.2.3	Parallelimporte	154
9.2.4	Preisbildung	154
9.2.5	Marktzugang	155
9.2.6	Mehrwertsteuer auf Arzneimittel	157
9.2.7	Verordnungssteuerung durch die Aut-idem-Regelung	157
9.2.8	Verordnungssteuerung durch Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen	159
9.3	Fazit	159
10	Patientenzentrierte Versorgung	161
	<i>Isabelle Scholl, Vera Vennedey und Stephanie Stock</i>	
10.1	Einleitung	161
10.2	Determinanten und Modelle einer patientenzentrierten Versorgung	162
10.3	Unterstützung einer patientenzentrierten Versorgung	163
10.3.1	Patienteninformation	164
10.3.2	Partizipative Entscheidungsfindung (Shared Decision Making)	165
10.3.3	Empowerment	166
10.4	Gesundheitsökonomische Relevanz patientenzentrierter Versorgung	167
10.5	Fazit	167
11	Interprofessionelle Kooperation	170
	<i>Marcus Redaëlli, Claudia B. Maier und Stephanie Stock</i>	
11.1	Einleitung	170
11.1.1	Definition und Begrifflichkeiten	170

11.2	Entwicklung in Deutschland	171
11.3	Hinderliche Faktoren für eine gelingende Interprofessionalität	172
11.3.1	Definition der Kompetenzen	174
11.4	Derzeitige Situation im Deutschland	175
11.5	Interprofessionalität im Kontext der Gesundheitsökonomie	176
11.6	Fazit	179

Teil III: Vergleich von Gesundheitssystemen 183

12	Methodische Grundlagen von Gesundheitssystemvergleichen	185
	<i>Claus Wendt</i>	
12.1	Gesundheitssystembegriff und Einteilung in idealtypische Modelle	185
12.2	Finanzierung, Erbringung und Regulierung von Gesundheitsleistungen im internationalen Vergleich	191
12.3	Methodik des Gesundheitssystemvergleichs	194
12.4	Fazit	195
13	USA	197
	<i>Mirella Cacace</i>	
13.1	Struktur und Akteure	197
13.1.1	Organisation und Regulierung	197
13.1.2	Akteure	198
13.1.3	Qualität und Wirtschaftlichkeit	199
13.2	Finanzierung, Vergütung und Ausgabensteuerung	200
13.2.1	Finanzierung	200
13.2.2	Vergütung der Leistungserbringung	201
13.2.3	Ausgabensteuerung	201
13.3	Ausblick	202
13.3.1	Herausforderungen	202
13.3.2	Reformen	202
14	Vereinigtes Königreich	204
	<i>Stefanie Ettelt</i>	
14.1	Struktur und Akteure des NHS	204
14.1.1	Organisation und Regulierung	204
14.1.2	Akteure	205
14.1.3	Qualität und Wirtschaftlichkeit	206
14.2	Finanzierung, Vergütung und Ausgabensteuerung	207
14.2.1	Finanzierung	207
14.2.2	Vergütung der Leistungserbringung	207
14.2.3	Ausgabensteuerung	207

14.3	Ausblick	208
14.3.1	Herausforderungen	208
14.3.2	Reformen	208
15	Schweiz	210
	<i>Andreas Gerber-Grote</i>	
15.1	Struktur und Akteure	210
15.1.1	Organisation und Regulierung	210
15.1.2	Akteure	210
15.1.3	Qualität und Wirtschaftlichkeit	211
15.2	Finanzierung, Vergütung und Ausgabensteuerung	211
15.2.1	Finanzierung	211
15.2.2	Vergütung der Leistungserbringung	212
15.2.3	Ausgabensteuerung	212
15.3	Ausblick	212
15.3.1	Herausforderungen	212
15.3.2	Reformen	213
16	Frankreich	215
	<i>Andreas Gerber-Grote</i>	
16.1	Struktur und Akteure	215
16.1.1	Organisation und Regulierung	215
16.1.2	Akteure	215
16.1.3	Qualität und Wirtschaftlichkeit	216
16.2	Finanzierung, Vergütung und Ausgabensteuerung	217
16.2.1	Finanzierung	217
16.2.2	Vergütung der Leistungserbringung	217
16.2.3	Ausgabensteuerung	217
16.3	Ausblick	218
16.3.1	Herausforderungen	218
16.3.2	Reformen	218
17	Italien	220
	<i>Evelyn Plamper und Francesco Longo</i>	
17.1	Struktur und Akteure	220
17.2	Qualität und Wirtschaftlichkeit	222
17.3	Finanzierung, Vergütung und Ausgabensteuerung	224
17.4	Ausblick	224
18	Dänemark	226
	<i>Evelyn Plamper und Susanne Salomon</i>	
18.1	Struktur und Akteure	226

18.2	Qualität und Wirtschaftlichkeit	228
18.3	Finanzierung, Vergütung und Ausgabensteuerung	228
18.4	Ausblick	229
19	Estland	231
	<i>Evelyn Plamper und Susanne Salomon</i>	
19.1	Struktur und Akteure	231
19.2	Akteure	232
19.3	Qualität und Wirtschaftlichkeit	232
19.3.1	Mehr Effizienz durch E-Health	233
19.3.2	Personalisierte Medizin	233
19.4	Finanzierung, Vergütung und Ausgabensteuerung	233
19.4.1	Finanzierung	233
19.4.2	Vergütung der Leistungserbringung	233
19.4.3	Ausgabensteuerung	234
19.4.4	Health Technology Assessments	234
19.5	Ausblick	234

Teil IV: Evidenzbasierte Medizin 241

20	Evidenzbasierte Medizin	243
	<i>Tim Mathes, Dawid Pieper und Stefan Sauerland</i>	
20.1	Definition, Ziele, Arbeitsschritte	243
20.2	Medizinische Fachliteratur suchen	248
20.2.1	Literaturdatenbanken für medizinische Literatur	248
20.2.2	Literatursuche in PubMed	249
20.2.3	Recherchefilter	250
20.2.4	Graue Literatur	251
20.2.5	Weitere Suchstrategien und Quellen	252
20.2.6	Volltextbeschaffung	253
20.3	Studientypen sortieren	253
20.3.1	Vergleichende versus nicht vergleichende Studie	254
20.3.2	Querschnittstudien versus Längsschnittstudien	254
20.3.3	Experimentelle Studien versus Beobachtungsstudien	254
20.3.4	Parallelität der Gruppen	255
20.3.5	Prospektiv versus retrospektiv	255
20.3.6	Art der Zuteilung in experimentellen Studien	255
20.3.7	Gruppenbildung nach Ursache (Intervention/Exposition) oder nach Wirkung (Endpunkt)	256
20.3.8	Übersicht der wichtigsten vergleichenden Studiendesigns und algorithmische Zuordnung	256

20.3.9	Zusammenhang des Studientyps mit der Aussagesicherheit der Studienergebnisse (Evidenzhierarchie)	259
20.4	Effekte beschreiben und statistisch bewerten	260
20.5	Evidenz zu therapeutischen Interventionen	266
20.6	Evidenz zu diagnostischen und Screening-Interventionen	271
20.7	Systematische Übersichtsarbeit und Metaanalysen	276
20.7.1	Systematische Übersichtsarbeit	277
20.7.2	Metaanalysen	279
20.8	Medizinische Leitlinien	283
20.8.1	Historische Entwicklung	283
20.8.2	S1- bis S3-Leitlinien der AWMF	284
20.8.3	Konsensusprozesse	285
20.8.4	Interessenkonflikte und deren Management	286
20.8.5	GRADE	287
Teil V: Methoden der gesundheitsökonomischen Bewertung		293
21	Evidenzbasierte Gesundheitsökonomie <i>Dirk Müller</i>	295
22	Kosten und Nutzen <i>Dirk Müller, Vera Vennedey und Stephanie Stock</i>	298
22.1	Quantifizierung von Ressourcenverbräuchen	298
22.1.1	Wahl der Perspektive und des Untersuchungszeitraums	299
22.1.2	Begriffliche Abgrenzungen und Kostenarten gesundheitsökonomischer Studien	300
22.1.3	Datenquellen	306
22.1.4	Methodische Schritte zur Erfassung von Ressourcenverbräuchen	306
22.1.5	Kostenanpassungen	309
22.1.6	Sensitivitätsanalysen	309
22.2	Quantifizierung des Nutzens	309
22.2.1	Ergebnisparameter	310
22.2.2	Patientenberichtete Outcomes (Patient-reported Outcome, PRO)	312
22.2.3	Grundlagen der Messung von (gesundheitsbezogener) Lebensqualität	312
22.2.4	Nutzentheoriebasierte Erhebung von Lebensqualität	316
22.2.5	Qualitätsadjustiertes Lebensjahr	318
22.2.6	Methoden der Erhebung von Nutzwerten	319
22.2.7	Weitere Ansätze zur Messung von Nutzen in gesundheitsökonomischen Analysen	326
23	Gesundheitsökonomische Analyseformen <i>Dirk Müller und Christopher Kunigkeit</i>	330
23.1	Nicht vergleichende Studienformen	331

23.1.1	Kostenanalyse	331
23.1.2	Krankheitskostenanalysen	332
23.2	Vergleichende Studienformen	334
23.2.1	Grundlagen des Begriffs der Effizienz	334
23.2.2	Prinzipien der vergleichenden gesundheitsökonomischen Evaluation	338
23.2.3	Kosten-Effektivitäts-Diagramm	339
23.2.4	Kosten-Minimierungs-Analyse (Kosten-Kosten-Analyse)	339
23.2.5	Kosten-Effektivitäts-Analyse	341
23.2.6	Kosten-Nutzwert-Analyse	343
23.2.7	Kosten-Nutzen-Analyse	343
23.2.8	Kosten-Konsequenzen-Analyse	346
23.3	Studienbewertung	348
23.3.1	Berichtsqualität	349
23.3.2	Methodische Studienqualität	349
24	Studiendesigns	354
	<i>Dirk Müller, Christopher Kunigkeit, Björn Stollenwerk, Adrienne Alayli und Juliane Köberlein-Neu</i>	
24.1	Studienbasierte gesundheitsökonomische Evaluation	354
24.2	Modellbasierte gesundheitsökonomische Evaluation	356
24.2.1	Entscheidungsbäume	357
24.2.2	Markov-Modelle	360
24.2.3	Andere Modelltypen	366
24.2.4	Basisfall-Analyse und Ergebnisinterpretation	367
24.2.5	Sensitivitätsanalysen	370
24.2.6	Validierung	377
24.3	Gesundheitsökonomische komplexe Interventionen	378
24.3.1	Charakteristika komplexer Interventionen in der Gesundheitsversorgung und Public Health	379
24.3.2	Berücksichtigung von Kontextfaktoren	380
24.3.3	Definition relevanter Kosten	381
24.3.4	Erfassung von Wirkungen auf Ebene der Interventionsteilnehmer	382
24.3.5	Erfassung von Wirkungen auf weiteren Ebenen	383
24.4	Fazit	384
25	Allokation	388
	<i>Dirk Müller und Vera Vennedey</i>	
25.1	Gesetzliche Grundlage in Deutschland	390
25.2	Regulatorische Entscheidungsgrundlagen für medikamentöse und nicht medikamentöse Verfahren in Deutschland	391
25.2.1	Erstattungsentscheidungen für Arzneimittel	391
25.2.2	Erstattungsentscheidungen für nicht medikamentöse Verfahren	392
25.3	Rolle der Gesundheitsökonomie	393

25.3.1	Rolle der Ökonomie in Deutschland	393
25.3.2	Rolle der Gesundheitsökonomie international	393
26	Patientenpräferenzen	397
	<i>Marion Danner und Vera Vennedey</i>	
26.1	Einleitung	397
26.2	Methoden der Präferenzenerhebung	398
26.2.1	Qualitative Methoden	398
26.2.2	Quantitative Methoden	398
26.3	Wann und wo spielen Präferenzen eine Rolle? Wie erfolgt der Erhebung und Einbindung?	401
26.3.1	Mikro-Ebene	401
26.3.2	Meso-Ebene	401
26.3.3	Makro-Ebene	402
27	Ethik der Gesundheitsökonomie	405
	<i>Heiner Fangerau</i>	
27.1	Grundlagen: Medizin und Ökonomie im Wechselspiel	405
27.2	Das „Gut“ Gesundheit und seine Verteilung	406
27.3	Ebenen der Allokation	407
27.4	Verteilung der „Ressource“ Gesundheit	409
27.5	Bewertung von Gesundheit	410
27.6	Lebensqualität und andere Prämissen von Evaluationssystemen	412
27.7	Beschreibungsdimensionen der Evaluation von Nutzwertberechnungssystemen	414
Anhang		417
Autorenverzeichnis		419
Sachwortverzeichnis		423

Vorwort

Nachdem 2012 die dritte Auflage des Lehrbuchs Gesundheitsökonomie erschienen ist und sich seitdem viel getan hat, wurde es Zeit für die nunmehr vierte Auflage. Anhaltende Diskussionen über Ressourcenallokation im Gesundheitswesen und laufende Gesundheitsreformen erforderten eine Aktualisierung des Buches, um diesen Entwicklungen Rechnung zu tragen.

Im Kern wird die gewohnte Aufteilung der früheren Auflagen beibehalten. Allerdings wurden einige bestehende Kapitel grundlegend didaktisch überarbeitet und neue Kapitel eingefügt. Hierfür konnten auch neue Autoren aus verschiedensten Bereichen gewonnen werden, die die Konzeption der Neuauflage mit eigenen Ideen bereichert haben. So wurde der bedeutende Block zur Ethik erweitert und inhaltlich in eher allgemeine ‚Sozialethische Aspekte‘ und die ‚Ethik der Gesundheitsökonomie‘ im Besonderen unterteilt. In den Buchteil zum deutschen Gesundheitssystem wurden neue Kapitel zur patientenzentrierten Versorgung und interprofessionellen Kooperation integriert, um weitere, auch unter ökonomischen Gesichtspunkten relevante, Versorgungskonzepte mit in den Fokus zu nehmen. Ebenso wurde der internationale Vergleich von Gesundheitssystemen stärker auf ökonomische Aspekte der jeweiligen Systeme fokussiert.

Da gesundheitsökonomische Analysen, sofern sie Kosten-Nutzen-Verhältnisse vergleichen, die bestverfügbare Evidenz verwenden sollten, sind Grundkenntnisse der evidenzbasierten Medizin in diesem Kontext unerlässlich.

Auch sind in unseren Augen Kenntnisse über das systematische Suchen und Bewerten von klinischen Studien und Sekundärquellen unabhängig vom ökonomischen Kontext essentiell für viele Gesundheitsberufe. Daher ist nun mit Kapitel 20 ein eigener Buchteil zur Methodik der evidenzbasierten Medizin aufgenommen worden. Wir erhoffen uns damit, die Bedeutung der evidenzbasierten Medizin für die Gesundheitsökonomie umfassend darzustellen und damit ihrer Rolle für Entscheidungen zur Mittelverwendung im Gesundheitswesen Rechnung zu tragen.

Der Buchteil zur Methodik der Gesundheitsökonomie wurde vollständig überarbeitet und um zahlreiche didaktische Elemente wie Beispiele zum Lesen und Verstehen von gesundheitsökonomischen Studien erweitert. Neben den herkömmlichen gesundheitsökonomischen Studiendesigns werden jetzt auch die Herausforderungen der Evaluation komplexer Interventionen, die gerade im Public Health Sektor bedeutsam sind, behandelt. Zur Ergänzung der Methoden wurden auch Kapitel zu Patientenpräferenzen und Allokationsprinzipien mit aufgenommen.

Wir hoffen, mit diesem Lehrbuch Student*innen der Gesundheitsökonomie, Medizin sowie verwandter Disziplinen und weiteren Gesundheitsfachberufen die wesentlichen Methoden und Anwendungsbereiche der Gesundheitsökonomie nahe bringen zu können. Es soll für die Zeit des Studiums und darüber hinaus ein hilfreicher Begleiter sein.

Teil I:

Ethik und Ökonomie in der Medizin

1 Einführung

Stefan Sauerland und Stephanie Stock

Das Dreieck zwischen Medizin, Ethik und Ökonomie ist durch Spannungen geprägt, die häufig in Begriffen wie „Ökonomisierung der Medizin“ oder „Rationierung in der Medizin“ zum Ausdruck kommen. Zu Konflikten zwischen Medizin und Ethik kommt es bei Problemen in der Allokation knapper nicht finanzieller Ressourcen (z. B. Beatmungsplätze für Covid-19-Fälle). Lange Zeit wurde dabei der notwendige Austausch zwischen Medizin und Wirtschaftswissenschaften durch gegenseitige Skepsis und Unwissenheit erschwert. In den letzten Jahren zeigt sich jedoch eine Tendenz in Medizin und Gesundheitsfachberufen, gesundheitsökonomischen Themen und Methoden mit mehr Offenheit zu begegnen. Für die Notwendigkeit einer wirtschaftlichen und sparsamen Verwendung der Ressourcen in der medizinischen Versorgung gibt es somit heute einen breiteren Konsens als dies noch vor Jahren der Fall war. Hier ergeben sich große und wichtige Bereiche, in denen gesundheitsökonomische Themen auf allen Ebenen idealerweise kooperativ bearbeitet werden. Dennoch ist es wichtig, gesundheitsökonomische Ziele und Begriffe richtig einzuordnen, um Missverständnissen vorzubeugen. Wesentlich sind hier die Begriffspaare Rationalisierung versus Rationierung und Ökonomisierung versus Kommerzialisierung.

Rationalisierung zielt darauf ab, die Leistungserbringung effektiver zu gestalten, indem entweder der Aufwand für eine Leistung reduziert oder der Nutzen der Leistung erhöht wird. Wenn man deutlich macht, dass Rationalisierung nicht notwendigerweise darauf ab-

zielt, Kosten zu reduzieren oder die Arbeitsleistung der im Gesundheitswesen Tätigen immer weiter zu steigern, ist Rationalisierung als positives Ziel auch für Außenstehende nachvollziehbar. Vor allem ein erhöhter Nutzen medizinischer Leistungen wird generell positiv gesehen, jedoch nur selten mit gesundheitsökonomischem Denken in Verbindung gebracht. Das Wort „Ratio“ (lat. Vernunft) zeigt an, dass hinter Rationalisierung oft wissenschaftlich sehr fundierte Konzepte stehen, z. B. das Konzept der Evidenz-basierten Medizin (EbM) als methodischer Werkzeugkasten oder die Operationalisierung der Lebensqualität von Patient*innen.

Ökonomisierung, also die Einführung marktwirtschaftlicher Denkprinzipien, ist eng mit Rationalisierung verbunden, muss jedoch in denselben Grenzen verstanden werden. Niemand wird etwas dagegen einwenden, dass medizinisches Handeln ökonomisch (im Sinne von effizient) erfolgen soll. Entscheidend sind die Messgrößen, anhand derer sich die Qualität der medizinischen Versorgung messen lassen muss [1]. Finanzielle Messgrößen allein sind hierfür unzureichend. Für die Versorgung im Rahmen der deutschen GKV (gesetzliche Krankenversicherung) nennt das Sozialgesetzbuch V (SGB V) daher gleich mehrere gleichberechtigte Ziele: So soll die medizinische Versorgung ausreichend, notwendig, zweckmäßig, wirtschaftlich, bedarfsgerecht, gleichmäßig und human sein. Auch wenn diese sieben Adjektive eine rationelle ökonomische Medizin begründen, ist sofort erkennbar, dass Aspekte der Medizinethik ebenfalls zu beachten sind.

Die Gegenbegriffe Rationierung und Kommerzialisierung lassen dagegen klare Widersprüche zu hippokratisch-ethischen Prinzipien erkennen. **Rationierung** als das Vorenthalten einer medizinischen Leistung trotz positiver Kosten-Nutzen-Relation widerspricht im Kern dem gesellschaftlichen Konsens, dass Kranke eine notwendige Behandlung erhalten sollen, wobei auch der Begriff der Notwendigkeit zu spezifizieren wäre. **Kommerzialisierung** als ein primär gewinnmaximierendes Handeln kann je nach Ausprägung andere Versorgungsziele verhindern, bspw. wenn die autonome Entscheidung der erkrankten Person übergangen wird oder eine nutzlose Behandlung „verkauft“ wird. Die neoliberale Idee, dass die Leistungsanbieter im Gesundheitswesen durch mehr Freiräume für eigenes kommerzielles Agieren auch insgesamt eine qualitativ bessere Versorgung anbieten, hat sich, zumindest wenn man regelmäßige Ländervergleiche der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) zugrunde legt, insgesamt nicht bewahrheitet.

Auch wenn Rationierung und Kommerzialisierung in Deutschland weitgehend abgelehnt werden, so fällt vielen Akteuren im Gesundheitswesen weiterhin die Einschätzung gesundheitsökonomischer Konzepte und Projekte schwer, weil gesundheitsökonomische Methoden wertneutral sowohl für Rationalisierung als auch für Rationierung verwendet werden können. Auch führen viele Neuerungen im Gesundheitswesen sowohl zum einen als auch zum anderen. Nach Umfragen unter der deutschen Ärzteschaft sind (verdeckte, implizite) Rationierung und Kommerzialisierung im medizinischen Alltag bereits weit verbreitet [2, 3]. Die Bundesärztekammer sieht vor allem die Kommerzialisierung mit wachsender Sorge und will die Medizin wieder stärker an ethischen Werten orientieren [4]. Gleichzeitig aber gibt es seit jeher auch kommerzielle Teilbereiche in der Medizin (z. B. die Schönheitschirurgie). Es geht also nicht darum, Kommerzialisierung abzuschaffen, sondern ihre negativen

Einflüsse auf die zentralen Bereiche und Werte in der Gesundheitsversorgung zu begrenzen. Der wesentliche Unterschied besteht hierbei darin, dass sich nach den allgemeinen Gesetzen des Marktes Leistung und Gegenleistung entsprechen, dass aber in einer solidarisch finanzierten Gesundheitsversorgung diese Gegenseitigkeit von Leistung und Gegenleistung aufgehoben ist, sodass andere Bewertungsmaßstäbe benötigt werden.

Die allgemeinen wirtschaftlichen und demografischen Rahmenbedingungen lassen erwarten, dass der ökonomische Druck auf die medizinische Versorgung weiter zunehmen wird [5]. Anhand von Modellrechnungen wird prognostiziert, dass der GKV-Beitragssatz von 14,6 % (im Jahr 2020) auf 16,9 % im Jahr 2040 ansteigen müsse, sofern keine wirksamen Kostendämpfungsmaßnahmen ergriffen werden [6]. Die Folgen der Corona-Pandemie sind hierbei noch nicht eingerechnet. Weil Deutsche im internationalen Vergleich einen mit 84 % sehr hohen Anteil ihrer Gesundheitsleistungen durch Versicherungen erstattet bekommen [7], ist es möglich, dass – so wie in anderen Ländern auch – zukünftig manche Leistungen nicht länger erstattungsfähig bleiben oder werden. Eine solche Rationierung, falls sie wirklich erforderlich wird, müsste offen und transparent erfolgen, wobei eine Bewertung des Nutzens bzw. eine grenzwertige Kosten-Nutzen-Relation die zentralen Kriterien sind [8].

All dies wird die Bedeutung, aber auch das Konfliktpotenzial der Gesundheitsökonomie auf allen Ebenen wachsen lassen. Dies betrifft bspw. die Preisfindung und Vergütung von Arzneimitteln und Medizinprodukten. Auf der Makro-Ebene des Gesundheitssystems kann (und will) man aber nicht alle Konflikte lösen, sodass diese weiter in die Meso- und Mikro-Ebene geschoben werden. Hierdurch steigt der Bedarf an betriebswirtschaftlicher Steuerung vor allem auf der Ebene von Krankenkassen, Krankenhäusern, Arztpraxen und Pflegeeinrichtungen. Denn von den insgesamt knapp 400 Milliarden Euro, die derzeit in Deutsch-

land pro Jahr für Gesundheit ausgegeben werden, entfällt ein Großteil auf diese Versorgungsbereiche. Überall gilt es, sowohl bei der Methodik als auch bei den Zielen, eine ausgewogene Balance und einen Austausch zwischen Ökonomie und Medizin zu finden.

Literatur

1. Mühlbacher A. Ökonomisierung: Ohne Patientenpräferenzen kein sinnvoller Wettbewerb. Dtsch Arztebl. 2017;114:A-1584–90.
2. Kern AO, Beske F, Lescow H. Auswertung einer Leserumfrage: Leistungseinschränkung oder Rationierung im Gesundheitswesen? Dtsch Arztebl. 1999;96:A-113–7.
3. Strech D, Danis M, Löb M, Marckmann G. Ausmaß und Auswirkungen von Rationierung in deutschen Krankenhäusern: Ärztliche Einschätzungen aus einer repräsentativen Umfrage. Dtsch Med Wochenschr. 2009;134:1261–6. <https://doi.org/10.1055/s-0029-1225273>
4. Bundesärztekammer (BÄK). Positionspapier der Bundesärztekammer „Patientenversorgung unter Druck“ [Internet]. Berlin: BÄK; 26. Mai 2019 [abgerufen am 16. Dezember 2020]. Verfügbar unter: <http://daebl.de/XQ53>
5. Busse R, Blümel M, Knieps F, Barnighausen T. Statutory health insurance in Germany: a health system shaped by 135 years of solidarity, self-governance, and competition. Lancet. 2017;390:882–97. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31280-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31280-1)
6. Ochmann R, Albrecht M. Zukünftige Entwicklung der GKV-Finanzierung. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung; 2019.
7. Organization for Economic Co-operation and Development (OECD). Health at a Glance 2019. OECD Indicators. Paris: OECD Publishing; 2019.
8. Elshaug AG, Rosenthal MB, Lavis JN, Brownlee S, Schmidt H, Nagpal S, et al. Levers for addressing medical underuse and overuse: achieving high-value health care. Lancet. 2017;390:191–202. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32586-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32586-7)

2 Die Begriffe Gesundheit und Krankheit

Andreas Gerber-Grote

Einleitung

Bin ich (heute) krank? Jede und jeder von uns kennt diese Frage. Von außen lässt sich oft nicht direkt messen und überprüfen, ob jemand gesund oder krank ist – ein Anzeichen, dass Gesundheit und Krankheit nicht so eindeutig voneinander zu trennen sind, wie man landläufig meint. Wie weit muss ein Wert vom Normbereich abweichen, dass er als pathologisch gelten kann? Braucht es (weitere) Symptome? Reicht die Aussage einer Person, sich krank zu fühlen? Wann ist etwas ein Bedürfnis, z. B. bei einem Schönheitschirurgischen Eingriff, und wann liegt eine (harte) medizinische Indikation zur Behandlung vor? Von den Antworten hängen medizinische, sozialpolitische, juristische und ökonomische Entscheidungen ab, wie z. B. Erstattungsfähigkeit von Interventionen, Arbeitsunfähigkeit oder der Gewinn eines pharmazeutischen Unternehmens.

Rudolf Virchow hat das Problem 1854 auf den Punkt gebracht: „Was wir Krankheit nennen, ist nur eine Abstraktion ... womit wir gewisse Erscheinungskomplexe ... des Lebens aus der Summe der übrigen heraussondern, ohne dass in der Natur selbst eine Sonderung bestände.“ [1]. Das macht deutlich, warum sich die Auffassung von gesund und krank über die Zeiten verändert hat und sich auch zwischen Kulturen unterscheidet. Wurde Epilepsie in der Antike als etwas Übernatürliches angesehen, ist sie für uns eine Krankheit. Homosexualität wurde erst im ausgehenden 19. Jahrhundert als Krankheit definiert, nachdem gleichge-

schlechtliche Handlungen bis dahin in den Bereich des Strafrechts fielen. 1990 hat die WHO unter dem Eindruck der Forschung und der Veränderungen im gesellschaftlichen Denken die Homosexualität von der Liste der psychischen Erkrankungen gestrichen.

Das kurzsichtige Auge galt lange nicht als krankes Auge, aber heute wissen wir über genaue Untersuchungsmethoden, dass biochemische Signalwege in der Netzhaut fehlgesteuert sind. Diese Störung erhöht das Risiko für Krankheiten wie Katarakt oder Glaukom. Das heißt, veränderte diagnostische und therapeutische Möglichkeiten tragen dazu bei, was als Krankheit kategorisiert wird; dies wird z. T. von der Pharmaindustrie ausgenutzt. Die Entwicklung, immer mehr als krankhaft zu kategorisieren, wurde unter dem Begriff der Medikalisierung von Ivan Illich schon vor 50 Jahren herausgearbeitet [2].

Mit der Einordnung von Phänomenen in die Kategorien Gesundheit und Krankheit kann auch Kontrolle und Macht ausgeübt werden. Ein Beispiel dafür ist die „Hysterie“ im 19. Jahrhundert. Sigmund Freud nannte sie „Krankheit des Gegenwillens“, eine Möglichkeit von Frauen, sich von den üblichen Rollenbildern zu distanzieren [3]. Offensichtlich hat der Vorgang, ein Phänomen als Krankheit zu definieren, sowohl etwas Stigmatisierendes wie auch Entlastendes. So berichten Betroffene, dass sie die Diagnose Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS) als Befreiung empfunden haben. Andere sahen sich mit einem Fremdbild konfrontiert, das ihr Selbstvertrauen beeinträchtigt. Ähnlich

geht es Menschen mit Alkoholsucht oder mit Computerspielsucht. Helfen uns die Theorien und Definitionen weiter?

2.1 Ausgewählte Definitionen und Theorien

Als eine der bekanntesten Definitionen von Gesundheit gilt die der **World Health Organization** [4]. Gesundheit wird erklärt „als ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur der bloßen Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen“. Die Aussage geht sehr weit und ist nicht direkt anwendbar, um Kassenleistungen zu bestimmen. Das war aber nicht ihr Ziel; unter dem Eindruck des Zweiten Weltkriegs sollte ein Gegenentwurf mit bewusst utopischen Zügen als Selbstverständnis der WHO gesetzt werden.

Man unterscheidet zwei philosophische Grundlinien, die Trennung zwischen Krankheit und Gesundheit vorzunehmen, den sogenannten Normativismus und den sogenannten Naturalismus (Näheres z.B. in [5, 6]). Für den **Normativismus** dient der Krankheitsbegriff nicht nur zur Beschreibung und Erklärung, sondern auch dazu, Handlungen anzumahnen. Der Krankheitsbegriff umfasst Bewertungskriterien, die Sachverhalte als erstrebenswert und andere als zu vermeiden ausweisen [7]. Krankheit wird durch zwei Kriterien gekennzeichnet: Nach der Abwertungsthese ist sie ein Übel [8]. Gleichzeitig, nach der Interventionsthese, impliziert die Charakterisierung eines Zustands als Krankheit, dass er unerwünscht ist und dass er verändert werden sollte. Nach Boorse, dem wichtigsten Vertreter des **Naturalismus**, ist Krankheit ein innerer Zustand, der entweder eine Beeinträchtigung der normalen Funktionsfähigkeit darstellt, sodass sie unterhalb der typischen Effizienz liegt, oder eine Einschränkung der Funktionsfähigkeit, verursacht durch Umwelterreger [9]. Krankheit sei das, was z.B. zwei Standardabweichungen von der Norm ab-

weicht und objektiv messbar ist. Bluthochdruck wäre ein sehr einfaches Beispiel.

Talcott Parsons hat Gesundheit **soziologisch** beschrieben als „the optimum capacity of an individual for the effective performance of the roles and tasks for which he has been socialized“ [10]. Kranksein wird somit in das Gefüge sozialen Lebens eingeordnet. Für die Entscheidung über Therapie und Kostenerstattung sind diese Definitionen und Theorien nicht hinreichend.

2.2 Der Anwendungsfall: Wo liegt die Grenze zwischen Therapie und „Wellness“?

Milliarden Euro können daran hängen, ob eine Therapie erstattungsfähig ist. Eine klare Abgrenzung von Krankheit und Gesundheit müsste sich daher in den einschlägigen Regelwerken der Sozialversicherung finden. Im Sozialgesetzbuch wird Krankheit aber nicht definiert, auch wenn der Anspruch der Versicherten auf Krankenbehandlung (§ 27 SGB V) besteht. Nach der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ist Krankheit „ein regelwidriger körperlicher oder geistiger Zustand ... der entweder Behandlungsbedürftigkeit oder Arbeitsunfähigkeit oder beides zur Folge hat“ [11]. Es wird festgehalten, dass sich der juristische und der medizinische Krankheitsbegriff unterscheiden. Weiter heißt es mit Verweis auf weitere Urteile des Bundessozialgerichts: „Eine Krankheit im Rechtssinne verlangt eine erhebliche Abweichung vom idealen Zustand. [...] Abweichungen von einer morphologisch idealen Norm, die noch befriedigende körperliche oder psychische Funktionen zulassen, sind keine Krankheit. Für die Feststellung der Regelwidrigkeit ist vom Leitbild des gesunden Menschen auszugehen, der zur Ausübung der normalen körperlichen und psychischen Funktionen in der Lage ist. [...] Erforderlich ist dabei, dass der Versicherte in seinen Körperfunktionen beeinträchtigt wird und diese Funk-

tionsbeeinträchtigung durch die notwendige Krankenbehandlung erkannt, geheilt, gelindert oder ihre Verschlimmerung verhütet wird ... oder dass er an einer Abweichung leidet, die entstellend wirkt.“

Es geht bei dieser Definition vor allem um die Abwehr von Ansprüchen auf Erstattung bei kosmetischen Beeinträchtigungen. Die Rückerstattung von Ausgaben für eine Krankheit wäre hier das Kriterium, ob ein Zustand als krank gelten kann. Umgekehrt müsste man dann fragen, ob Kurzsichtigkeit nicht als Krankheit zählt, nur weil Brillen nicht erstattet werden?

Thomas Schramme erläutert für die Psychiatrie, dass die Grenze zwischen Krankheit und Gesundheit nicht so klar ist. Denn über die Aufnahme von möglichen Krankheiten in diagnostische Systeme wie etwa die International Classification of Diseases (ICD) wird unter Experten „abgestimmt“ [12, 13]. Gerade hat die Computerspielsucht (Ziffer 6C51) einen Eintrag gefunden. Wird hier ein pädagogisches Problem zum medizinischen Problem?

Wo ziehen die Definitionen und Theorien die Grenze zwischen Behandlung und Verbesserung (Enhancement) oder „Optimierung“? Wann beurteilen wir etwas als Krankheit oder als Beeinträchtigung, Behinderung (Impairment)? Selbst Vertreter des Normativismus kommen zu unterschiedlichen Antworten, je nachdem, ob die Entscheidung individuell, in einem Gespräch zwischen Patient*in und Arzt/Ärztin oder objektiv nach anderen Kriterien gefällt wird. Bleibt es eine Frage der Medizin oder wird es eine juristische Frage? Arbeitslosigkeit macht krank, ist aber keine Krankheit, auch wenn sie zu verhindern wäre.

2.3 Ausblick

Sorgen bereitet der Trend, dass die Anzahl der Krankheiten mit den Revisionen des ICD zunimmt und dass es in vielen Ländern zu einer Überversorgung kommt. Aktuell haben sich

Moynihan et al. für einen Ansatz ausgesprochen, Krankheit und Gesundheit zusammen mit der Bevölkerung neu zu definieren [14]. Ganz neue Herausforderungen entstehen im Rahmen von personalisierter Medizin und Digitalisierung. Trage ich nur das Gen Breast Cancer 1 (BRCA1) oder bin ich damit „(zukünftig) krank“, weil die Tumorsuppression gestört ist? Und was bedeutet es, wenn mir eine App eine Störung einer Körperfunktion meldet, die ich selbst beim Sport gar nicht bemerkt hätte?

Angesichts der Frage der Finanzierbarkeit von Leistungen im Gesundheitswesen bleibt die Abgrenzung von Gesundheit und Krankheit eine Aufgabe. In der interdisziplinären Debatte von Medizin, Philosophie, Recht, Soziologie und weiteren, z.B. Kulturwissenschaft, gilt es, sowohl auf der Makro-Ebene (Allokation der Ausgaben), der Meso-Ebene (Festlegung des Leistungskatalogs) wie auch der Mikro-Ebene (Begegnung Patient*in und Arzt/Ärztin) Kriterien, Begründungen und Bewertungen für die Trennung in krank und gesund und ggf. weiteren Kategorien, z.B. „behindert“, fair und transparent auszuhandeln.

Übungs- und Kontrollfragen

1. Diskutieren Sie Faktoren und Kriterien, die dazu führen, dass etwas als gesund oder krank angesehen wird, an den Beispielen Inkontinenz im Alter ab 75 Jahren, Osteogenesis imperfecta, angeborene Blindheit, Karies, Kinderlosigkeit.
2. Wie lautet die Definition von Gesundheit der WHO aus dem Jahr 1946? Was sind Ihrer Meinung nach die Vor- und Nachteile dieser Definition?
3. Was ist mit Medikalisierung gemeint? Was könnte man gegen diesen Trend Ihrer Meinung nach tun?

Literatur

1. Virchow R. Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie. Bd. 1, Allgemeine Störungen. Virchows Archiv. Berlin: Springer; 1854.
2. Illich I. Von der Nemesis der Medizin. Die Kritik der Medikalisierung des Lebens. 4. Aufl. München: Beck; 1995.
3. Freud S. Ein Fall von hypnotischer Heilung. Zeitschr für Hypnotismus. 1892-1893;1(3/4):102-107 und 123-129.
4. World Health Organization (WHO), editor. Constitution of the World Health Organisation, as adopted by the International Health Conference held in New York 1946 [Internet]. Geneva: WHO; 2006 Oct [cited 2020 Dec 16]. Available from: https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf
5. Gottschalk-Mazouz N, Zurhorst G. Krankheit und Gesundheit. Philosophie und Psychologie im Dialog. Bd. 4. Göttingen: Vandenhoeck; 2007.
6. Hucklenbroich P. Krankheit – Begriffsklärung und Grundlagen einer Krankheitstheorie. Erwägen Wissen Ethik. 2007;18(1):77-90.
7. Engelhardt HT. The concepts of health and disease. In: Engelhardt HT, Spicker SF, Hrsg. Evaluation and explanation in the biomedical sciences. Dordrecht: Reidel; 1975. 125-41.
8. Wiesing U. Kann die Medizin als praktische Wissenschaft auf eine allgemeine Definition von Krankheit verzichten? Z Med Ethik. 1998; 44:83-97.
9. Boorse C. On the distinction between disease and illness. Philos Public Aff. 1975;5:49-68.
10. Parsons T. Definitions of health and illness in the light of American values and social structures. In: Jaco EG, editor. Patients, Physicians and Illness. Glencoe, Ill: Free Press; 1958. 165-87.
11. Rencz-Basch S. Krankheit (SGB V) [Internet]. Berlin: ETL Service GmbH; 2020 [abgerufen am 24. April 2020]. Verfügbar unter: <https://www.etl-rechtsanwaelte.de/stichworte/sozialrecht/krankheit-sgb-v>
12. Schramme T. Die Eigenständigkeit des Krankheitsbegriffs in der Psychiatrie. Dtsch Z Philos. 2012;60:955-70. <https://doi.org/10.1524/dzph.2012.0071>
13. Schramme T. Gesundheit und Krankheit in der philosophischen Diskussion. In: Beck S, Hrsg. Krankheit und Recht: Ethische und juristische Perspektiven. MedR Schriftenreihe Medizin. Berlin, Heidelberg: Springer; 2017. 3-24. https://doi.org/10.1007/978-3-662-52651-4_1
14. Moynihan R, Borderson J, Heath I, Johansson M, Kuehlein T, Minué-Lorenzo S, et al. Reforming disease definitions: a new primary care led, people-centered approach. BMJ Evid Based Med. 2019 Oct;24(5):170-73. <https://doi.org/10.1136/bmjebm-2018-111148>