

Springer-Lehrbuch

# Grundlagen der Gesundheitsökonomie

Eine Einführung in das wirtschaftliche Denken im Gesundheitswesen

Bearbeitet von  
Prof. Dr. Steffen Fleißa, Prof. Dr. Wolfgang Greiner

3., überarbeitete Auflage 2013. Buch. XII, 218 S. Kartoniert  
ISBN 978 3 642 30918 2  
Format (B x L): 16,8 x 24 cm  
Gewicht: 396 g

Zu [Inhaltsverzeichnis](#)

schnell und portofrei erhältlich bei

**beck-shop.de**  
DIE FACHBUCHHANDLUNG

Die Online-Fachbuchhandlung [beck-shop.de](http://beck-shop.de) ist spezialisiert auf Fachbücher, insbesondere Recht, Steuern und Wirtschaft. Im Sortiment finden Sie alle Medien (Bücher, Zeitschriften, CDs, eBooks, etc.) aller Verlage. Ergänzt wird das Programm durch Services wie Neuerscheinungsdienst oder Zusammenstellungen von Büchern zu Sonderpreisen. Der Shop führt mehr als 8 Millionen Produkte.

# Kapitel 1: Einführung

## 1.1 Wirtschaftswissenschaft: ein auch für Mediziner und Gesundheitswissenschaftler relevantes Fach

In dieser Einführung wollen wir uns der Gesundheitsökonomik als Lehrfach und Wissenschaft nähern. Hierzu wird ein so genanntes Rahmenmodell entwickelt, d.h. ein Denkmodell, in dem grundsätzlich alle relevanten Teilsysteme und Zusammenhänge dargestellt werden können, so dass in den folgenden Kapiteln die Details und Interdependenzen diskutiert werden können. Das Rahmenmodell garantiert erstens, dass keine Teilelemente vergessen werden, und zweitens, dass die Gesamtschau der Wissenschaft nicht über den Details verloren geht. Es ist zu empfehlen, in den einzelnen Kapiteln immer wieder die grundlegende Abbildung 1 zu betrachten, um den Gesamtüberblick nicht zu verlieren.

Gesundheitsökonomik ist eine Wissenschaft im Spannungsfeld von Medizin, Gesundheitswissenschaften, Pflegewissenschaft und Wirtschaftswissenschaft. Es wird im Folgenden vorausgesetzt, dass die Grundlagen der anderen Fächer bekannt sind, so dass wir uns allein auf die Beschreibung der Ökonomik bzw. der Gesundheitsökonomik beschränken können. Ökonomie beschreibt dabei den Erkenntnisgegenstand (die Wirtschaft, economy), während Ökonomik die Wissenschaft bzw. Lehre von der Ökonomie (die Wirtschaftslehre, economics) meint.<sup>1</sup>

Als Urvater der Wirtschaftswissenschaften gilt der Engländer Adam Smith (1723-1790). Er war Moralphilosoph, und die Armut seiner Landsleute sowie die allgemein schlechten Zustände veranlassten ihn, eine liberale Wirtschaftsordnung mit dem Ziel zu entwerfen, die Knappheiten in England zu überwinden. Der Beginn der Wirtschaftswissenschaft war folglich der Versuch, Knappheiten zu beseitigen.

Bis heute ist das Ziel der Wirtschaftswissenschaften ein rationaler Umgang mit Knappheit. Wirtschaftswissenschaften beschreiben (deskriptiv) und begründen (positiv) alle Aktivitäten des Menschen zum rationalen Umgang mit der Knappheit. Sie stellen der tatsächlichen Situation wünschenswerte und erreichbare Zustände reduzierter Knappheit (normativ)

---

<sup>1</sup> Vgl. hierzu die grundlegenden Lehrbücher Lachmann 2003; Lachmann 2004; Samuelson & Nordhaus 2010.

gegenüber und entwickeln Wege, um die Knappheit zu vermindern (präskriptiv). Wirtschaften heißt folglich, rational mit Knappheit umzugehen.

Wir erleben eine scheinbar unendliche Knappheit, sei es international (z.B. Hunger in Entwicklungsländern), national (z.B. Arbeitslosigkeit), im Betrieb (z.B. Knappheit an qualifiziertem Personal) oder persönlich (z.B. Knappheit an Zeit). Jedes Problem stellt eine Knappheit dar – sonst wäre es kein Problem.

Wirtschaftler reduzieren Knappheit, indem sie die Verschwendung knapper Güter vermeiden. Der Knappheitsverminderer wird die knappen Ressourcen so nutzen, dass er seine Ziele möglichst gut erreicht. Er wird die teuren, knappen Güter nicht freiwillig vergeuden. Dies meint der Wirtschaftswissenschaftler, wenn er sagt, dass der Mensch rational handelt. Rational Handeln heißt nicht immer, Gewinne erzielen zu wollen. Rational Handeln bedeutet lediglich, die knappen Ressourcen nicht freiwillig zu vergeuden. Rational Handeln bedeutet damit, die eigenen Ziele nicht willentlich durch vermeidbare Verschwendung zu verfehlen.

Das Rationalprinzip wurde oft unzulänglich verkürzt. Es kann nicht genug betont werden: Rationales Handeln heißt nicht notwendigerweise, Gewinne zu maximieren. Es impliziert auch nicht, möglichst viel Geld zu haben. Dies ist nur eine von vielen möglichen Ausprägungen des Rationalprinzips. Rationalität heißt vielmehr, das gegebene Ziel mit möglichst geringen Ressourcen (Minimalprinzip) oder mit gegebenen Ressourcen das gewählte Ziel möglichst gut (Maximalprinzip) zu erreichen. Dies soll im Folgenden anhand des wichtigsten Untersuchungsobjektes der Wirtschaftswissenschaft untersucht werden: dem Betrieb.

Der Betrieb ist ein Zusammenschluss von Individuen zum arbeitsteiligen Vollzug von Problemlösungsaufgaben. Der Staat, ein privater Haushalt, ein Krankenhaus, eine Arztpraxis, ein Aufklärungsprogramm und ein Industrieunternehmen sind deshalb Betriebe. Ein Betrieb transformiert seine Inputs in Outputs. Dies ist seine Funktion. Rationalität bedeutet deshalb, dass die Inputs möglichst gut ausgenutzt werden sollen. Dies lässt sich am einfachsten als Quotient ausdrücken. Rationalität ist deshalb nichts weiter als eine Optimierungsaufgabe, d.h., der Quotient aus Output und Input soll maximiert werden:

$$\frac{\text{Output}}{\text{Input}} \rightarrow \text{Max!}$$

Diesen einfachen Ausdruck bezeichnet man als Effizienz. Effizienz bedeutet, dass man einen gegebenen Output mit minimalem Input (Minimalprinzip) oder einen möglichst hohen Output mit gegebenem Input (Maximalprinzip) erreichen möchte.

Die Wirtschaftswissenschaft beschäftigt sich folglich mit der Effizienz. In einer Volkswirtschaft sollen die Produktionsfaktoren (volkswirtschaftlich: Arbeit, Boden, Kapital; betriebswirtschaftlich: dispositive Arbeit, ausführende Arbeit, Betriebsmittel, Werkstoffe) so eingesetzt werden, dass die Versorgung der Bevölkerung bestmöglich geschieht. In der Gesundheitsökonomie sollen die knappen Gesundheitsressourcen auf die Produktionsprozesse zugeteilt (= Allokationsproblem) werden, die eine möglichst hohe Quantität und Qualität an Gesundheitsdienstleistungen erlauben. Das Gegenteil von Effizienz ist Verschwendung. Verschwendung ist problematisch, da verschwendete Ressourcen nicht mehr zur Verfügung stehen. Der Verschwender nimmt sie anderen Menschen weg, so dass diese ihre Bedürfnisse nicht mehr oder nur eingeschränkt stillen können. Wer hingegen das Beste aus seinen Ressourcen macht, gewinnt Freiräume für weiteren Konsum oder auch, um anderen zu helfen.

Die Effizienz äußert sich in verschiedenen Ausprägungen. Traditionell interpretiert man Effizienz als Ergiebigkeit oder Produktivität. Man stelle sich eine Eisenbahn vor, die mit 100 kg Kohle 1000 Meter weit fährt. Ein Ingenieur verbessert diese Dampfmaschine, so dass sie mit 100 kg Kohle 1500 Meter weit fährt. Die Ergiebigkeit der Ressource (Kohle) hat sich erhöht, man könnte auch sagen: Die Produktivität hat sich erhöht. Wohl dem, der zwei Ähren wachsen lässt, wo vorher eine wuchs; wohl dem, der ein Auto bauen kann, das nur noch 3 Liter pro 100 km benötigt; wohl dem, der nur noch eine Stunde benötigt, um eine Operation durchzuführen, die vorher vier Stunden in Anspruch nahm: Stets erhöht sich die Produktivität.

Problematisch wird es, wenn nicht nur ein Output und ein Input berücksichtigt werden müssen. Im normalen betrieblichen Geschehen haben wir viele Outputs (Verbesserung der Lebensqualität, Heilung, Reduktion der Sterblichkeit, Ausbildung der Mitarbeiter, Ansehen des Betriebes) und viele Inputs (Arbeitskraft der Mitarbeiter, Grundstücke, Gebäude, Umwelt, Maschinen, Fahrzeuge, Geld etc.). Wie sollte man diese nun in eine gemeinsame Effizienzformel bringen? In Übertragung der obigen Effizienzformel bedeutet dies:

$$\frac{\text{alle möglichen Outputs}}{\text{alle möglichen Inputs}} \rightarrow \text{Max!}$$

Die Addition von unterschiedlichen Produkten, Ausbildung, Ansehen, Zukunftschancen und sozialer Orientierung zu einer einzigen Zahl dürfte genauso unmöglich sein wie die Addition der unterschiedlichen Maschinen, Fahrzeuge, Grundstücke, Mitarbeiter etc. Die Ermittlung der Gesamteffizienz eines Betriebes ist deshalb sehr schwierig. Sie verlangt, dass die einzelnen Einsatzfaktoren gewichtet werden, so dass sowohl die Prioritäten klar

werden, als auch ein einheitliches Skalenniveau entsteht, das eine Addition der Komponenten des Zählers und derjenigen des Nenners erlaubt.

Es ergeben sich folglich bei jeder Effizienzbetrachtung eine Reihe von Problemen: Erstens muss genau bestimmt werden, welche Inputs und welche Outputs wir für relevant halten. Für den einen Betrieb ist der Gewinn ein wichtiger Output (kommerzielle Unternehmen), für den anderen Betrieb ist er kaum relevant (Non-Profit-Organisation, NPO). Für den einen stellt die Schonung der Umwelt einen wichtigen Output dar, für den anderen ist dies ohne wesentliche Bedeutung.

Der zweite Problemkomplex umfasst die Messbarkeit und die Messung der Inputs und Outputs. Einige Inputs und Outputs können in Kilogramm, Metern, Arbeitsstunden oder Euro ausgedrückt werden. Hier ist eine Messung einfach. In einigen Fällen wird jedoch eine exakte Erfassung unmöglich, z.B. wenn Nächstenliebe, Wohlfühlen oder der Beitrag zum Gemeinwesen als Output definiert werden. Zudem müssen die unterschiedlichen Inputs und Outputs der Effizienzfunktion gewichtet werden, wobei die Gewichte relativ subjektiv sein werden. Schließlich stellt die Messung der Beschaffenheit oder Qualität der Outcomes ein Problem dar, denn eine Erhöhung der Anzahl von Operationen bei gleichem Input wäre nur bei gleichbleibender medizinischer Qualität vergleichbar.

Rationales Handeln und Effizienz sind deshalb komplex. Einfach ist die Effizienzberechnung nur, wenn die Inputs und Outputs ausschließlich in Geld bewertbar sind. Deshalb beschränken sich die Wirtschaftswissenschaften meistens darauf, monetär messbare Größen aufzuzeichnen. Sie bewerten die Inputfaktoren mit ihren Kosten (Faktorpreise) und die Outputfaktoren mit ihren Erlösen (Verkaufspreise). In diesem Fall wird der Effizienzquotient als Wirtschaftlichkeit (im engeren Sinne) bezeichnet. Ein Unternehmen handelt wirtschaftlich, wenn es im Verhältnis zu seinen Kosten möglichst hohe Erlöse erzielt.

Die Differenz aus Erlösen und Kosten wird als Gewinn bezeichnet. Kommerzielle Unternehmen können ihre Effizienz ohne größere Schwierigkeiten ermitteln. Je höher ihr Gewinn ist, desto größer ist ihre Effizienz. Unternehmen, die auch nicht-monetär messbare Inputs und Outputs berücksichtigen, haben es immer schwerer, die Effizienz zu ermitteln. Damit ist es auch problematisch zu bestimmen, ob sie überhaupt effizient sind. Sie stehen damit ständig in der Gefahr, ineffizient zu sein.

Das Teilgebiet der Wirtschaftswissenschaften, das sich speziell mit dem wirtschaftlichen Handeln in einem Betrieb beschäftigt, wird als Betriebswirtschaftslehre bezeichnet.<sup>2</sup> Das Teilgebiet, das den größeren Zusammenhang von Betrieben und Haushalten, Institutionen und Staaten analysiert, wird mit Volkswirtschaftslehre betitelt. Die klassische Volkswirtschaftsleh-

---

<sup>2</sup> Vgl. z.B. Domschke & Scholl 2008; Wöhe 2010.

re hat sich in Deutschland aus der Staatswissenschaft entwickelt und wird deshalb auch als Politische Ökonomik bezeichnet. Wie dargestellt, umschreibt der Begriff Ökonomie stets das Forschungsgebiet (Wirtschaft, economy), während Ökonomik das Lehrfach bezeichnet (Wirtschaftslehre, economics). Im allgemeinen Sprachgebrauch werden diese Begriffe jedoch oftmals vermischt.

## 1.2 Grundprobleme der Gesundheitsökonomik

Die Gesundheitsökonomik ist die Anwendung der Ökonomik auf den Umgang mit der Knappheit an Gesundheitsdienstleistungen.<sup>3</sup> Wären alle Menschen gesund oder würden ausreichend Ressourcen zur Verfügung stehen, um allen Menschen die technisch bestmögliche Gesundheitsversorgung zukommen zu lassen, so bräuchten wir keine Gesundheitsökonomik. Tatsächlich befinden wir uns aber gerade im Gesundheitsbereich in einem notorisch von Knappheit gezeichneten Bereich – diese Tatsache wird uns immer stärker bewusst.

Das Gesundheitswesen und die Gesundheitsökonomie finden nicht im wertelosen Raum statt. Vielmehr sind alle Akteure von Werte- und Zielvorstellungen geprägt, die ihrer Kultur und insbesondere ihrer Religion entstammen. Das richtige Gesundheitssystem kann deshalb nur eine temporäre und auf eine spezielle Kultur zugeschnittene Momentlösung sein. Eine Gesundheitsökonomik, die nicht die zugrunde liegenden Wertemuster betrachtet, verfehlt ihr Ziel.

Desgleichen findet die Gesundheitsökonomie in einer gegebenen politischen, rechtlichen und wirtschaftlichen Rahmenordnung statt. Die meisten Ausführungen in diesem Buch beziehen sich auf ein Gesundheitssystem in einer freiheitlichen Demokratie mit stabiler Rechtsordnung. Ein kommunistischer Staat wird sicherlich ein anderes Gesundheitssystem als optimal betrachten als ein liberales, marktwirtschaftliches System. Gleichfalls muss eine Gesundheitsökonomik die Höhe der Wirtschaftskraft eines Landes betrachten. Entwicklungsländer haben andere Gesundheitssysteme, andere Gesundheitsprobleme und andere Interventionsstrategien als reichere Länder. Das zweite Kapitel dieses Buches wird deshalb die Gesundheitsökonomik in diesen breiteren Rahmen einordnen. Es mag überraschen, dass ein wirtschaftswissenschaftliches Buch ausgerechnet mit Fragen der Werte und Ziele beginnt, also mit Erkenntnisobjekten der Ethik. Gerade in der Gesundheitsökonomik sind entsprechende normative Rahmenbedingungen zum Verständnis der Schlussfolgerungen von großer Bedeutung.

---

<sup>3</sup> Vgl. z.B. Breyer, Zweifel & Kifmann 2012; Schulenburg & Greiner 2007.

Die wichtigste Aufgabe der Gesundheitsökonomik ist die Analyse des Angebotes an Gesundheitsgütern und der Nachfrage nach ihnen sowie der Koordination derselben auf den Märkten. Das knappe Gut, das angeboten und nachgefragt wird, ist dabei nicht die Gesundheit selbst, sondern es sind in der Regel Güter und vor allem Dienstleistungen, die sich positiv auf den Gesundheitszustand auswirken sollen (= Gesundheitsgüter).

Gesundheitsökonomische Analysen beschränken sich in der Regel auf einen engen Gesundheitsbegriff: Ausgangspunkt der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen ist demnach vorwiegend eine objektiv feststellbare physische oder psychische Erkrankung bzw. ein regelmäßiger, natürlicher Prozess, der medizinische Hilfeleistungen benötigt (z.B. Geburt). Ein großer Teil der gesundheitsökonomischen Literatur beschäftigt sich folglich mit der ökonomischen Analyse von Krankheiten und Fertilität. Einen besonderen Schwerpunkt der Forschung stellt dabei die Messung der Effizienz von Prävention und Intervention dar. Die Kosten-Nutzen-Analyse, die Kosten-Effektivitäts-Analyse und die Kosten-Nutzwert-Analyse sind hierbei besonders häufig auf Probleme des Gesundheitswesens angewandt worden. Sie werden im siebten Kapitel vorgestellt.

Ein naturwissenschaftlich feststellbarer Mangel an Gesundheit ruft nicht automatisch ein Bedürfnis nach Gesundheitsleistungen hervor. Der Mangel muss vom Betroffenen wahrgenommen werden, damit ein Antrieb zur Bedürfnisbefriedigung entsteht. Krankheiten mit hoher Prävalenz werden in vielen Kulturen als „normal“ angesehen, so dass dieser objektive Mangel, wie ihn beispielsweise ein Arzt feststellen könnte, kein Bedürfnis nach Heilung nach sich zieht. Der entscheidende Faktor, ob ein objektiver Mangel, d.h. die Abweichung von objektivierbaren Normen physiologischer Regulation bzw. organischer Funktionen, subjektiv wahrgenommen wird, ist hierbei die Gesundheitserziehung. Andererseits können auch Bedürfnisse bestehen, die auf keinen naturwissenschaftlich feststellbaren Mangel an Gesundheit zurückzuführen sind. In beiden Fällen hat der Arzt eine wichtige Rolle, da er durch seine Untersuchung bzw. Beratung einerseits dafür sorgen kann, dass objektiver Mangel auch subjektiv empfunden wird, andererseits ein nicht auf objektivem Mangel beruhendes, subjektives Bedürfnis abgebaut wird. Die Bedeutung der Gesundheitserziehung für die Entstehung von Bedürfnissen wurde bislang noch kaum gesundheitsökonomisch analysiert.

Aus Bedürfnissen wird Bedarf, wenn das Bedürfnis mit konkreten Gütern konfrontiert wird, die zu der Beseitigung des Mangels dienen können. Dies bedeutet, dass Bedürfnisse im Grunde über alle Zeiten und Kulturen hinweg ähnlich sind, jedoch ganz andere Bedarfe hervorrufen. So haben beispielsweise Erstgebärende im ländlichen Afrika des 19. Jahrhunderts und in Deutschland zu Beginn des 21. Jahrhunderts das gleiche Bedürfnis nach Geburtshilfe. Das konkrete Gut jedoch, auf das die Hoffnung der Bedürfnis-

befriedigung gesetzt wird, unterscheidet sich erheblich. Die Afrikanerin meldete den Bedarf für eine traditionelle Hebamme an, die Deutsche wird wohl mit dem Thema Geburt eher den Kreißsaal in einer modernen Klinik verbinden. Es ist wiederum Aufgabe der Gesundheitserziehung, den Patienten darüber aufzuklären, welche Gesundheitsdienstleistungen für seine Bedürfnisbefriedigung zur Verfügung stehen, d.h., einen Bedarf zu wecken.

Der Bedarf an Gesundheitsleistungen wird nur dann zur Nachfrage auf dem Gesundheitsmarkt, wenn genug Kaufkraft vorhanden ist, wenn die Dringlichkeit des Bedarfs im Vergleich zu anderen Bedarfen hoch ist, wenn die Qualität des Angebotes adäquat und die Bedarfsdeckung in zumutbarer Entfernung möglich ist. Es wird allgemein anerkannt, dass der potentielle Nutzen, den insbesondere die Behandlung lebensbedrohender Krankheiten bringt, sehr hoch ist und deshalb die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen hohe Priorität hat. In der konkreten Lebensgefahr zählt nur noch die Behandlung, d.h., alternative Verwendungsmöglichkeiten des Budgets sind irrelevant. Diese spezielle Situation, bei der ein Bedürfnis eines Konsumenten alle anderen Bedürfnisse dominiert, wird auch lexikografische Präferenzordnung genannt. Voraussetzung ist hierbei jedoch, dass überhaupt ein ausreichendes Budget des privaten Haushalts für Gesundheitsleistungen besteht bzw. durch Zahlungen der Sozialversicherung unterstützt wird. Deshalb beschäftigt sich ein großer Teil der gesundheitsökonomischen Literatur mit Finanzierungsfragen, insbesondere mit Problemen der Krankenversicherung.

Zahlreiche neuere gesundheitsökonomische Forschungsarbeiten konzentrieren sich auf die Determinanten der Qualität von Gesundheitsdienstleistungen sowie auf die Möglichkeiten, diese zu verbessern. Seltener wird jedoch der Zusammenhang zwischen wahrgenommener Ergebnisqualität und Nachfrage diskutiert. Ebenso selten wurde in der gesundheitsökonomischen Diskussion bislang die Bedeutung der Distanz thematisiert, obwohl von Geografen oft auf die überragende Bedeutung dieses Faktors aufmerksam gemacht wurde. Gerade bei kundenpräsenzbedingenden Dienstleistungen ist die Distanz zwischen Nachfrager und Anbieter von hoher Relevanz. Hierbei ist besonders zu beachten, dass die Distanzreibung bei Präventionsprogrammen besonders groß ist. Das bedeutet, dass eine Mutter wohl gerne bereit ist, fünfzehn Kilometer zu ihrem Hausarzt zu fahren, um ihr an Masern erkranktes Kind behandeln zu lassen, diese Distanz aber oftmals nicht auf sich nimmt, um das gesunde Kind präventiv gegen Masern impfen zu lassen.

Grundlage des Angebotes ist der Leistungserstellungsprozess in den Institutionen (z.B. Arztpraxis, Krankenhaus) und Programmen (z.B. AIDS-Kontroll-Programm). Als Dienstleistungsbetrieb hat insbesondere das Krankenhaus größere Beachtung in den Wirtschaftswissenschaften gefunden, so dass sich Krankenhaus-Management als spezielle Betriebswirt-

schaftslehre etabliert hat. Die Produktionsprozesse in kleineren Betriebsformen (z.B. Arztpraxen) und Präventionsprogrammen wurden bislang weniger häufig wirtschaftswissenschaftlich analysiert. Auch hier gibt es unbestellte Forschungsfelder.

Eher der Makroebene zuzuordnen sind die Definition der Versorgungsstufen (z.B. Ergänzungs-, Grund-, Regel-, Zentral- und Maximalversorgung), die spatiale (= räumliche) Verteilung der Gesundheitsbetriebe sowie die Zuweisung (= Allokation) öffentlicher Ressourcen auf diese Ebenen bzw. Räume. Der Begriff Versorgungsstufe ist nicht einheitlich definiert, so dass Länderstudien untereinander nicht vergleichbar sind.

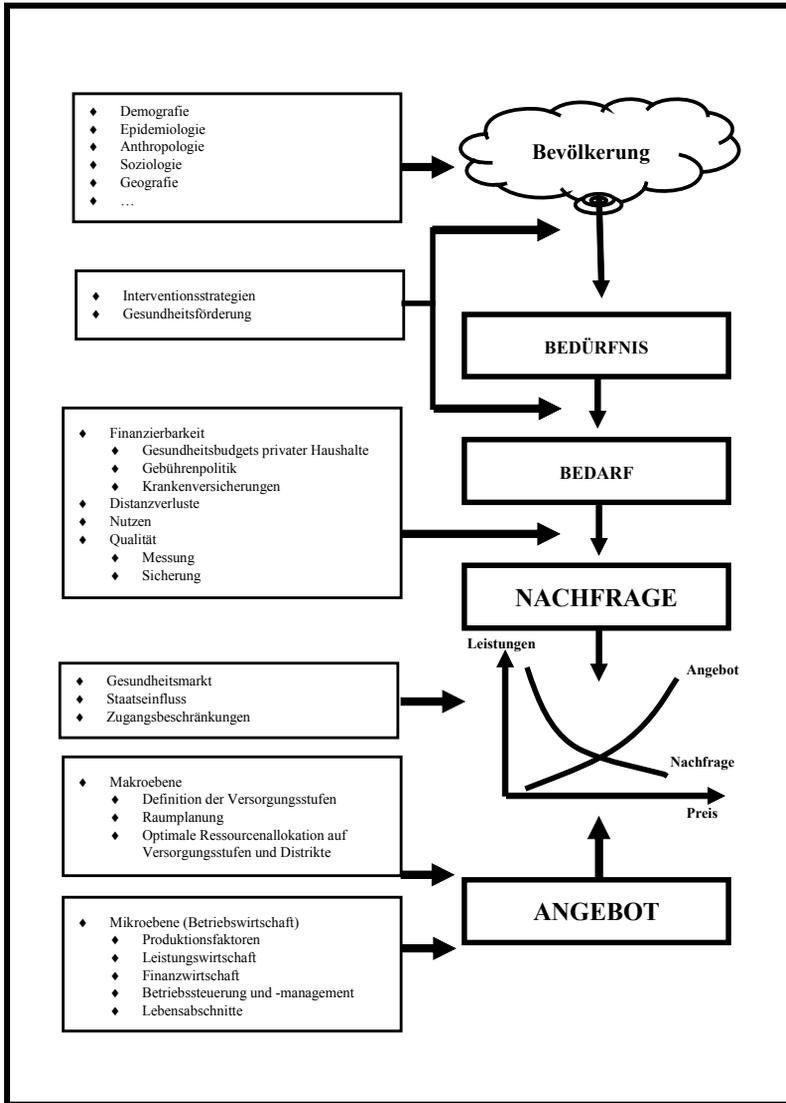
Der Gesundheitsmarkt koordiniert Angebot und Nachfrage, wobei gemäß der hierarchischen und regionalen Gliederung des Angebotes an Gesundheitsdiensten zahlreiche Teilmärkte existieren. Die Analyse der Marktprozesse im Gesundheitswesen nimmt breiten Raum in der gesundheitsökonomischen Diskussion ein. Hierbei dominieren zwei Fragestellungen: So wird erörtert, ob sich auf Gesundheitsmärkten eine effiziente Versorgungssituation (ein so genanntes Pareto-Optimum) einstellen kann oder ob staatliche Eingriffe aufgrund von Marktversagen nötig sind. Eine weiter gehende Diskussion analysiert, ob eine effiziente Situation überhaupt gesellschaftlich wünschenswert ist oder ob Staatseingriffe nötig werden, um z.B. Armutsgruppen den Marktzugang zu ermöglichen. Es stellt sich die Frage, ob der Staat nur die Rahmendaten für das marktliche Geschehen gewährleisten oder ob er direkt in die Marktaktivitäten eingreifen sollte, indem er beispielsweise Preise für Gesundheitsdienstleistungen festsetzt, so dass auch arme Bevölkerungsschichten sich diese leisten können.

Abbildung 1 zeigt noch einmal zusammenfassend das gesundheitsökonomische Rahmenmodell. Ein objektiv bestehender oder drohender Mangel an Gesundheit wird unter Umständen zu einem subjektiven Mangelerlebnis (= Bedürfnis), das zum Bedarf wird, wenn es mit konkreten Gütern zur Bedürfnisbefriedigung konfrontiert wird. Der Bedarf wird zur Nachfrage am Markt, wenn die Kaufkraft ausreichend, die Qualität des Angebotes akzeptabel, das Angebot erreichbar und der Nutzen für das Individuum hoch genug ist. Auf den Märkten treffen sich Angebot und Nachfrage.

Aus diesem Wissenschaftsmodell leitet sich die weitere Gliederung des vorliegenden Buches ab. Der Rahmen des Werte- und Zielesystems wird im zweiten Kapitel diskutiert. Anschließend folgt im dritten Kapitel eine breite Einführung in die Determinanten der Nachfrage. Im vierten Kapitel wird das Angebot diskutiert. Angebot und Nachfrage bilden die Gesundheitsmärkte, die im fünften Kapitel besprochen werden. Im sechsten Kapitel werden aus all diesen Zusammenhängen Optionen und Ansprüche der Gesundheitspolitik als praktische Umsetzung abgeleitet. Schließlich folgt für alle, die nun Lust auf „richtige“ Ökonomie bekommen haben, eine Einführung in ausgewählte Instrumente des Gesundheitsökonomen.

KULTUR – RELIGION – ETHIK

STAATSFORM – RECHTSORDNUNG – WIRTSCHAFTSORDNUNG



ENTWICKLUNGSSTAND – BRUTTOSOZIALPRODUKT

EFFIZIENZ – EFFEKTIVITÄT

Abbildung 1: Das gesundheitsökonomische Rahmenmodell im Überblick<sup>4</sup>

<sup>4</sup> Quelle: Eigene Darstellung.

**Tabelle 1: Aufbau des Buches**

Komplex	Teilgebiet	Kapitel
Umsystem	Wertesystem	2.1
	Ziele der Gesundheitspolitik	2.2
Nachfrage	Epidemiologische Transition als Nachfragedeterminator	3.1.1
	Krankheiten und Epidemien als Nachfragedeterminator	3.1.2
	Prävention als Instrument zur Reduktion der Bedürfnisse	3.1.3
	Distanz als Filter zwischen Bedarf und Nachfrage	3.2
	Kaufkraft als Filter zwischen Bedarf und Nachfrage	3.3
Angebot	Gesundheitsbetriebslehre im Überblick	4.1
	Leistungs- und Finanzwirtschaft	4.2
	Management	4.3
	Rechnungswesen	4.4
	Herleitung der Angebotsfunktion	4.5
Märkte	Marktgleichgewicht und Marktformen	5.1
	Staatliche Interventionen	5.2
Politik	Gesundheit und Wirtschaftswachstum	6.1
	Gesundheitsförderung als gesundheitspolitische Strategie	6.2
Verfahren	Gesundheitsökonomische Evaluation	7.1
	Prognostizierende Modelle	7.2
	Entscheidungsbaumverfahren	7.3



<http://www.springer.com/978-3-642-30918-2>

Grundlagen der Gesundheitsökonomie  
Eine Einführung in das wirtschaftliche Denken im  
Gesundheitswesen

Fleßa, S.; Greiner, W.

2013, XII, 218 S. 96 Abb., Softcover

ISBN: 978-3-642-30918-2