



Gesundheitsökonomie und Ressourcenallokation am Lebensende

Health economics and resource allocation at the end of life

Michael Schlander | ORCID: 0000-0002-3489-5856

Institute for Innovation & Valuation in Health Care, Wiesbaden;
Universität Heidelberg & Deutsches Krebsforschungszentrum,
Abteilung für Gesundheitsökonomie, Heidelberg, Deutschland
m.schlander@dkfz.de

Received 23 June 2024 | Accepted 1 July 2024 |

Published online 21 August 2024

Abstract

Gesundheitsökonomische Evaluationen der medizinischen Versorgung am Lebensende, die qualitative Standards der Disziplin erfüllen, sind nach wie vor selten und weisen zwar auf Kosteneinsparungen hin, zeichnen aber hinsichtlich Kosteneffektivität kein einheitliches Bild. Im vorliegenden Beitrag wird argumentiert, dass die (quasi-)utilitaristische Logik, die konventionellen Kosten-Nutzen- und Kosteneffektivitäts-Analysen zugrunde liegt, zu Schlussfolgerungen führen kann, die weder mit vorherrschenden sozialen Normen und Präferenzen übereinstimmen noch aus ethischer Sicht überzeugen können.

Health economic evaluations of medical care at the end of life, which fulfill established quality standards of the discipline, have remained scarce. While the literature points to potential cost savings, evidence on cost effectiveness is mixed. It will be argued that the underlying logic of conventional cost benefit and cost effectiveness analyses, which are inspired by utilitarian thought, may result in conclusions that are inconsistent with prevailing social norms and preferences, and may be less than convincing from an ethical perspective.

Keywords

Gesundheitsökonomie – Ressourcenallokation – Kosten-Nutzen-Analysen – Kosteneffektivität – Lebensende

Health economy – allocation of resources – cost benefit analysis – cost effectiveness – end of life

1 Einleitung

Es gibt weltweit kein Gesundheitssystem ohne teilweise ideologisch geführte Debatten über Finanzierbarkeit, Finanzierung, Kosten und Wirtschaftlichkeit, was angesichts des hohen und über die Zeit zunehmenden Anteils der Gesundheitsausgaben an der Volkswirtschaft und deren (zumindest in den westeuropäischen Wohlstandsstaaten) überwiegend kollektive Finanzierung nicht verwundern kann.

So wuchs in Deutschland die Wertschöpfung der „Gesundheitswirtschaft“ im langjährigen Durchschnitt um einen Prozentpunkt schneller als das Bruttoinlandsprodukt; sie betrug im Jahr 2022 440 Milliarden Euro oder 12,7 Prozent der deutschen Gesamtwirtschaft und bot jedem sechsten Erwerbstätigen einen Arbeitsplatz.¹ Parallel stiegen die vom Statistischen Bundesamt erfassten Gesundheitsausgaben im gleichen Jahr um 4,8 Prozent auf nahezu 500 Milliarden Euro, wovon mehr als die Hälfte alleine auf die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) entfielen² und damit im Wesentlichen über Pflichtbeiträge der Versicherten finanziert und nach den Grundsätzen der Solidarität und des Wirtschaftlichkeitsgebots – im Sozialgesetzbuch v operationalisiert als „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“ – „allokiert“ wurden.³

Die mit den sich unvermeidlich stellenden Fragen der Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen befasste Fachdisziplin ist die Gesundheitsökonomie; sie bietet wissenschaftliche Antworten auf die Frage nach einer effizienten Ressourcenallokation an. Und wer wollte sich ernsthaft dem ethischen Imperativ entziehen, bestehende Rationalisierungsreserven zu identifizieren und auszuschöpfen, um auf diese Weise Ineffizienzen im Gesundheitswesen zu beseitigen? Dies erst recht dann, wenn unter Knappheitsbedingungen die (rhetorische) Alternative zur „Rationalisierung“ in der „Rationierung“

1 Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz (2023).

2 Statistisches Bundesamt (2024).

3 Sozialgesetzbuch v, § 12, Abs. 1.

von Gesundheitsleistungen bestünde?⁴ Zumal nach alltäglichem Sprachgebrauch Ineffizienz als sinnlose „Verschwendung“ und deshalb als „schlecht“ gilt, wirtschaftliches Handeln dagegen als „effizient“ und deshalb als „gut“. Vor diesem Hintergrund sind ökonomische Aussagen über Effizienz und Ineffizienz mit einem normativen Anspruch verknüpft, der schon deshalb einer näheren Beleuchtung bedarf, weil sich der fachwissenschaftliche Gebrauch des Begriffs der „Effizienz“ in kritischer Weise vom umgangssprachlichen Verständnis unterscheidet.

2 Positive Gesundheitsökonomik

Für das Verständnis der Limitationen ökonomischer Aussagen ist in einem ersten Schritt die Unterscheidung zwischen deskriptiven („positiven“) und präskriptiven („normativen“) gesundheitsökonomischen Analysen fundamental. Positive Analysen sind grundsätzlich empirisch überprüfbar; es handelt sich dabei typischerweise um Krankheitskostenstudien (*burden of disease* und *cost of illness studies*) sowie Projektionen der Kostenfolgen (*budget impact analyses*) von einzelnen Maßnahmen wie etwa der Aufnahme einer neuen Technologie in den Leistungskatalog der GKV und von ganzen Programmen wie etwa dem Aufbau spezialisierter Zentren (z. B. Stroke Units zur effektiveren Behandlung von Schlaganfallpatienten, oder vorliegend eben auch palliativmedizinischer Versorgungsstrukturen), letztlich aber auch die Analyse von Zusammenhängen und die Vorhersage der ökonomischen Konsequenzen einer bestimmten Maßnahme (z. B. von Zuzahlungsregelungen).⁵

Aus dem Bereich „positiver“ Analysen stammen zahlreiche herausragende Beispiele gesundheitsökonomischer Forschung, die wichtige Einsichten für gesundheitspolitische Entscheide geliefert haben. Diesen Arbeiten ist zu verdanken, dass das Diktum des Chicagoer Ökonomen Milton Friedman aus dem Jahr 1992, der Gesundheitssektor repräsentiere das „schwarze Loch“ der Volkswirtschaft,⁶ längst nicht mehr zutrifft. Während Friedman noch meinte, der Gesundheitssektor verbrauche immer mehr Ressourcen, ohne einen

4 Schlander (2009).

5 Die Dichotomie von positiver und normativer Ökonomik wird auf das berühmte Humesche Diktum, „*One cannot derive an ought from an is,*“ zurückgeführt; vgl. Humes (1777). Es ist freilich umstritten, inwieweit rein positive sozialwissenschaftliche Analysen überhaupt möglich sind, wenn schon in den gewählten Begriffen, Kategorien und Modellen implizit Wertvorstellungen enthalten sind – wovon an dieser Stelle jedoch abstrahiert werden soll; vgl. Blaug (1980).

6 Friedman (1992).

messbaren Mehrnutzen zu stiften, ist heute die Korrelation von steigenden Gesundheitsausgaben und niedrigerer Säuglings- und Kindersterblichkeit sowie zunehmender Lebenserwartung gut dokumentiert⁷ und es gibt gute Argumente für die Annahme eines kausalen Zusammenhangs.⁸

Viel beachtet wurde nicht zuletzt das *RAND Health Insurance Experiment* (HIE). Mit diesem Projekt realisierten Gesundheitsökonominnen eine der bis heute umfassendsten prospektiven randomisierten sozialwissenschaftlichen Studien, mit der zwischen 1974 und 1982 die Auswirkungen unterschiedlicher Versicherungspläne auf die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen untersucht wurden. Die Studie zeigte deren deutliche Abhängigkeit von der Höhe der Eigenbeteiligung und von dem Einkommen der 6.000 Studienteilnehmer, ohne dass sich – wie erhofft – der mit höherer Eigenbeteiligung und mit geringerem Einkommen beobachtete Rückgang der Inanspruchnahme zwischen notwendigen und überflüssigen Leistungen unterschieden hätte.⁹

Ein anderes vielleicht überraschendes Beispiel sind Studien der Krankheitskosten (*cost of illness studies*), die nachweisen, dass die gemeinhin als besonders teuer geltende Krebsmedizin insgesamt in Deutschland – wie in den anderen westlichen Industrienationen auch – lediglich zwischen sechs und acht Prozent der direkten medizinischen Ausgaben der Kostenträger verursachen, während umgekehrt Krebserkrankungen aber für rund 20 Prozent der Krankheitslast verantwortlich sind. Das Maß für die Krankheitslast (*burden of disease*) sind in diesem Fall *Disability-Adjusted Life Years* (DALYs), welche vermeidbare Verluste an Lebenszeit und Lebensqualität in einer Zahl zusammenfassen.¹⁰

Ein weiteres Beispiel herausragender positiver Ökonomik bieten Analysen der Kostentreiber und daraus ableitbarer Szenarien der wahrscheinlichen zukünftigen Entwicklung der Gesundheitsausgaben und ihrer Finanzierbarkeit, die zeigen, dass schon bei vergleichsweise niedrigen Wachstumsraten der Produktivität der gesamten Volkswirtschaft auch eine überproportionale Zunahme des Gesundheitssektors – jedenfalls in den bislang beobachteten Dimensionen – noch über viele Jahrzehnte hinaus finanzierbar bleiben wird, ohne dass deshalb auf ein Wachstum in den anderen transferabhängigen Bereichen der Volkswirtschaft verzichtet werden müsste.¹¹

7 OECD (2023).

8 Siehe zum Beispiel Gallet/Doucouliagos (2017).

9 Newhouse (1993); für eine konzise Kritik, vgl. Gerlinger (2006).

10 Schlander et al. (2018).

11 Baumol/Bowen (1965); Baumol (2012); für Deutschland später auch Schlander et al. (2004, 2005).

Im hier vorliegenden Zusammenhang von besonderem Interesse ist eine der Erklärungen für das voraussichtliche Ausbleiben einer nicht nur von Gesundheitspolitikern befürchteten Kostenexplosion im Gesundheitswesen:

Die Konzentration der Gesundheitskosten im letzten Lebensjahr und vor allem in den letzten Monaten vor dem Tod wurde erstmals von James Lubitz und Gerald Riley im Jahr 1993¹² beschrieben. Schon 1996 erkannte der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen die Relevanz dieses Zusammenhanges¹³, was Anlass zu zahlreichen weitergehenden Studien von Gesundheitsökonomern gab.¹⁴ Entscheidend war die Beobachtung, dass nicht das kalendarische Alter an sich, sondern ganz überwiegend der zeitliche Abstand zum Tod für die Höhe der Gesundheitsausgaben verantwortlich ist. In der Folge wurden frühere, aus heutiger Sicht „naive“ Projektionen des zukünftigen Anstiegs der Gesundheitsausgaben im Zeichen einer alternden Bevölkerung korrigiert, denn zahlreiche empirische Analysen dokumentierten in großer Übereinstimmung die überragende Bedeutung des medizinischen Fortschritts, nicht aber der demographischen Entwicklung, für den Anstieg der Gesundheitsausgaben.¹⁵

Die Kosten am Lebensende, berechnet *ex post* nach Eintritt des Todesfalls, konzentrieren sich auf das letzte Lebensjahr (nach den im Prinzip bis heute gültigen Befunden von Lubitz und Riley zwischen zirka 25 und 30 Prozent aller Ausgaben) und innerhalb des letzten Lebensjahres wiederum anteilig 40 Prozent alleine auf den letzten Lebensmonat. Interessanterweise, auch das beobachteten schon Lubitz und Riley 1993, nimmt die Höhe der Gesundheitsausgaben vor dem Tod mit zunehmendem Lebensalter ab – ein Effekt, der sich besonders ausgeprägt bei Hochbetagten zeigt.¹⁶

Offen bleibt nach alledem, was aus der skizzierten Datenlage für die reale *ex ante*-Entscheidungssituation gesundheitspolitisch abstrakt oder konkret am Krankenbett folgt. Das geht deutlich über die nicht abschließend beantwortbare Frage hinaus, inwieweit sich die Kosten am Lebensende für Verstorbene von jenen für vergleichbar schwer erkrankte Patienten unterscheiden, bei denen der Tod erfolgreich verhindert werden konnte.

12 Lubitz/Riley (1993); siehe auch Riley/Lubitz (2010).

13 Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1996).

14 Zweifel et al. (1996, 1999, 2004).

15 Früh dazu schon Newhouse (1992); erwähnt werden muss, dass der sehr moderate Effekt der Alterung der Gesellschaft auf die Zunahme der Gesundheitsausgaben nur auf die Krankenversicherung, nicht aber auf die Pflegeversicherung zutrifft. Die Konsequenzen für die deutsche oder auch die österreichische GKV unterscheiden sich damit deutlich von jenen für die schweizerische Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP).

16 Lubitz/Riley (1993); Riley/Lubitz (2010); für die Schweiz auch Felder et al. (2000).

Denn ein wesentliches Charakteristikum und zugleich eine kritische Limitation aller vorgenannten Beispiele positiver Analysen besteht darin, dass sie zwar empirisch überprüfbar und damit falsifizierbar sind, aber *per se* keine Aussagen darüber erlauben, ob die dargestellten Sachverhalte und Konsequenzen wünschenswert sind oder nicht. Oder anders ausgedrückt: Der Nachweis der Finanzierbarkeit alleine sagt noch nichts über die Finanzierungswege und erst recht nichts über die Finanzierungsbereitschaft aus. Und alleine aus dem Nachweis einer hohen Konzentration medizinischer Kosten in der zeitlichen Nähe zum Tod lässt sich nicht ableiten, wie umfassend eine angemessene medizinische Betreuung Schwerstkranker und Sterbender aussehen *soll*.

Der normative Zweig der Gesundheitsökonomie beansprucht, diese Lücke zwischen *Sein* und *Sollen* zu schließen.

3 Normative Gesundheitsökonomik

Normative oder präskriptive ökonomische Analysen gehen über bloße Beschreibungen und Prognosen hinaus, indem sie Aussagen über die Erwünschtheit bestimmter Ergebnisse machen, also *vergleichende Bewertungen* beinhalten. Die Implikationen sind weitreichend und mitunter problematisch – in der Regel immer dann, wenn die einer bestimmten Methodik zugrundeliegenden Werturteile nicht transparent sind, nicht verstanden werden oder schlicht von manchen Ökonomen als „wissenschaftlich objektiv richtig“ dargestellt werden. Die Unterscheidung von positiver und normativer Ökonomik ist daher keinesfalls akademischer Natur, sondern von eminent praktischer Relevanz:

3.1 *Ökonomische Wohlfahrtstheorie und Kosten-Nutzen-Analysen*

Zunächst ist zu beobachten, dass nicht nur Anhänger der neoklassischen Wohlfahrtsökonomik (*Welfare Economics*) für sich in Anspruch nehmen, Vertreter der einzig reinen Lehre zu sein; nicht zuletzt angesichts der geradlinigen und durchaus eleganten mathematischen Ableitung sowie graphischen Darstellung des von ihr definierten gesellschaftlichen Wohlfahrtsoptimums zeigen sich seit jeher auch viele Gesundheitsökonominnen beeindruckt: So z. B. Mark Pauly (University of Pennsylvania, Wharton School): „For economists (as economists) wishing to influence policy, welfare economics is the only game in town.“¹⁷ Auch Michael Drummond (University of York, Centre for Health Economics): „Clearly, the Paretian approach has the theoretical highground.“¹⁸

¹⁷ Pauly (2003), xi.

¹⁸ Drummond et al. (1997), 287.

Und der deutsche Gesundheitsökonom Reiner Leidl (ehemals LMU München) schreibt:

Theoretisch beruhen ökonomische Evaluationen auf der ökonomischen Wohlfahrtstheorie. [...] [Sie] beschreibt normativ, unter welchen Bedingungen ein gesellschaftliches Optimum in der Allokation von Ressourcen – die Effizienz – erreicht wird.¹⁹

Bemerkenswert ist der explizit erhobene Anspruch auf Wertfreiheit und universale Gültigkeit, der gelegentlich von Vertretern der ökonomischen Wohlfahrtstheorie erhoben wird, so etwa von unter Rekurs auf das Kritizierbarkeitskriterium von Oskar Gans und Rainer Marggraf (Universität Heidelberg):

Wohlfahrtsökonomische Untersuchungen erheben einen normativen Anspruch. [...] Wohlfahrtsökonomik ist [...] angewandte Ethik. In der Ethik wird die moralische Beurteilung von Sachverhalten auch als Beurteilung unter Gerechtigkeitsaspekten bezeichnet. Man kann deshalb sagen, dass die wohlfahrtsökonomischen Überlegungen Gerechtigkeitsüberlegungen sind.²⁰

Und an gleicher Stelle:

In der neoklassischen Wohlfahrtsökonomik wird ein Sachverhalt danach beurteilt, ob er eine Effizienzverbesserung darstellt oder nicht.

Die heutige „paretianische“ Interpretation der ökonomischen Wohlfahrtstheorie arbeitet mit einem ordinalen (nicht kardinalen und nicht direkt interpersonell vergleichbaren) Nutzenmaßstab. Die Bewertung des individuellen Nutzens („*utility*“) erfolgt in monetären Einheiten und wird definiert als die maximale Zahlungsbereitschaft („*willingness to pay*“, WTP) für ein Gut, unter Bezug auf ein Postulat des französischen Bauingenieurs Jules Dupuit:

Political economy has to take as the measure of utility of an object the maximum sacrifice which each consumer would be willing to make in order to acquire the object [...] the only real utility is that which people are willing to pay for.²¹

19 Leidl (2003), 463.

20 Gans/Marggraf (1997).

21 Dupuit (1844).

Mit der als Ziel unterstellten Optimierung der sozialen Wohlfahrt, operationalisiert als Aggregation (additiv oder – in der Praxis wegen des hohen Informationsbedarfs selten – mittels einer sozialen Wohlfahrtsfunktion nach Bergson und Samuelson²²) individuellen präferenz- und damit WTP-basiert definierten Nutzens, präsentiert sich die ökonomische Wohlfahrtstheorie als eine Variante utilitaristischer, jedenfalls konsequentialistischer Ethik.²³

Eine ihrer zentralen Prämissen (und zugleich die namensgebende) ist das Pareto-Prinzip, demzufolge eine Reallokation von Ressourcen dann und nur dann wohlfahrtssteigernd wirke (also „[Pareto-]effizient“ sei), wenn der individuelle Nutzen mindestens eines Gesellschaftsmitgliedes steige, ohne dass gleichzeitig der Nutzen anderer Mitglieder sinke.

Das Pareto-Kriterium ist wenig praxistauglich, da fast jeder Allokationsentscheid Gewinner und Verlierer hervorbringt, mithin mindestens einzelne Gesellschaftsmitglieder schlechter stellt. Auf Nicholas Kaldor und John Hicks geht die Erweiterung um ein potenzielles Pareto-Kriterium zurück, demzufolge eine Wohlfahrtssteigerung bereits dann eintrete, wenn der zusätzliche Nutzen der Gewinner ausreiche, um die Verlierer so zu kompensieren, dass nach erfolgtem Ausgleich das Pareto-Kriterium wieder erfüllt sei.²⁴

Dabei klammert die Theorie bewusst aus, ob dieser Ausgleich tatsächlich stattfindet, denn Kaldor und Hicks folgend lässt sich die Frage der optimalen Allokation von verteilungspolitischen („distributiven“) Zielen trennen. Die Aufgabe der ökonomischen Analyse sei auf die Beantwortung der Frage nach der optimalen „Allokation“ beschränkt, oder wie im Standardwerk von Robin Boadway und Neil Bruce formuliert:

The mere fact that it is possible to create potential Pareto improving redistribution possibilities is enough to rank one state above another on efficiency grounds.²⁵

Indes wird mit der Einführung des Kompensationskriteriums gleichsam durch die Hintertür der Anspruch unterminiert, auf interpersonelle Nutzenvergleiche zu verzichten. Zudem gibt es in der Medizin zahlreiche Situationen, in denen für das Individuum ein solcher Ausgleich nur schwer vorstellbar

22 Breyer et al. (2012), 54 ff.

23 Für eine ausführliche Darstellung der theoretischen und normativen Grundlagen siehe zum Beispiel Vanberg (2018); spezifisch bezogen auf die angewandte Gesundheitsökonomie auch Schlander (2005).

24 Kaldor (1939), Hicks (1939).

25 Boadway/Bruce (1984), 97.

oder (wie – nicht nur – im Extremfall des Todes einer Person) schlechterdings unmöglich ist.²⁶

Das nicht nur gesundheitsökonomische Desiderat der ökonomischen Wohlfahrtstheorie sind Kosten-Nutzen-Analysen²⁷ mit der maximalen individuellen Zahlungsbereitschaft (WTP) als monetäres Maß des Nutzens und einer Berechnung der Opportunitätskosten aus gesamtgesellschaftlicher Perspektive, woraus sich sodann der (aggregierte) Nettonutzen oder die so verstandene (allokative) „Effizienz“ eines medizinischen Programms ableiten lässt.

3.2 *Exkurs: Zum Begriff der Effizienz*

An diesem Punkt wird deutlich, dass der Begriff der Effizienz in der Ökonomie vom Alltagsverständnis abweichende, sehr spezifische Bedeutungen haben kann. Zunächst bezieht sich der Effizienzbegriff ganz allgemein auf das „Verhältnis von Mitteleinsatz und Zielerreichung“,²⁸ womit schon anklings, dass über „Effizienz“ nur dann sinnvoll diskutiert werden kann, wenn zuvor Einigkeit über das anzustrebende Zielkriterium und den Zielerreichungsgrad (mithin das Kriterium der „Effektivität“ einer Maßnahme) hergestellt worden ist. Anders formuliert: Effizienz ist stets ein der Effektivität nachgeordnetes, sekundäres oder instrumentelles Ziel.

Im Kontext gesundheitsökonomischer Analysen ist das unter anderem deshalb beachtlich, weil der Effizienzbegriff nicht auf die operative („technische“ und „produktive“) Ebene beschränkt ist, auf welcher Antworten auf die Frage gesucht werden, wie ein definiertes Produktionsziel (z. B. ein bestimmter gesundheitlicher *Outcome*) mit einem minimalen Verbrauch vorgegebener Ressourcen erreicht werden kann.²⁹ Eine qualitativ darüber hinausgehende Frage ist die nach der allokativen Effizienz, weil diese mit der Suche nach einem gesamtgesellschaftlichen Nutzenaggregat notwendig die Dimension interpersoneller Vergleiche einschließt.³⁰

26 Broome (1978).

27 Die technische Definition des Terminus „Kosten-Nutzen-Analyse“ (oder: *cost benefit analysis*) unterscheidet sich somit von seiner umgangssprachlichen Verwendung, wo er sehr häufig als Sammelbegriff für alle Typen vergleichender ökonomischer Evaluationen gebraucht wird, die sowohl eine Nutzen- als auch eine Kostendimension einschließen.

28 Brockhaus (1997), 107.

29 Varianten zum Ziel der Minimierung des Ressourceneinsatzes sind Analysen mit dem Ziel der Maximierung des *Outputs* bei gegebenem *Input* und der Optimierung des Verhältnisses von *Inputs* und *Outputs*. Stets gilt das Prinzip der marginalen Analyse, also des Vergleichs von Grenzkosten und Grenznutzen.

30 Für eine ausführlichere Diskussion der Spielarten des Effizienzbegriffs, siehe Schlander (2009).

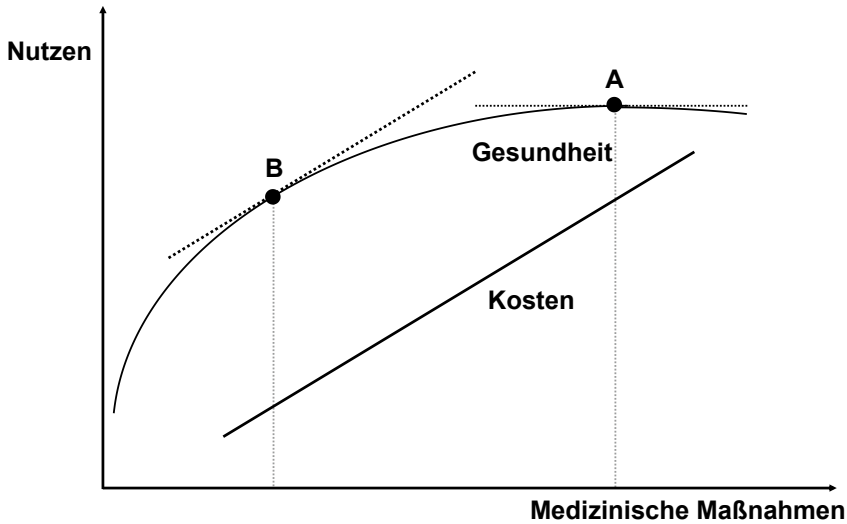


ABBILDUNG 1 Zum Begriff der „Effizienz“

Die Methoden der evidenzbasierten Medizin zielen auf die möglichst verlässliche Bestimmung des Punktes A, jenseits dessen weitere medizinische Maßnahmen keinen zusätzlichen Nutzen mehr erwarten lassen, in diesem Sinne also Überversorgung gleichkommen und deshalb „ineffizient“ sind. Aus gesundheitsökonomischer Perspektive beginnt „Ineffizienz“ demgegenüber schon bei Punkt B, da in marginaler Analyse ab diesem Punkt weitere medizinische Maßnahmen mit höheren zusätzlichen Kosten als mit zusätzlichem Nutzen verbunden sind.

Schließlich darf an dieser Stelle nicht unterschlagen werden, dass sich das ökonomische Denken in einem wichtigen Punkt grundsätzlich von einem in der Medizin weit verbreiteten Verständnis unterscheidet, wie Abbildung 1 illustriert.³¹ Während die evidenzbasierte Medizin (EBM) und darauf beruhend die vergleichende Effektivitätsforschung (*Comparative Effectiveness Research*, CER) versucht, einen hinreichend sicheren Nachweis des zusätzlichen gesundheitsbezogenen Nutzens zu führen (entsprechend einer Platzierung links von Punkt A auf einer Nutzenfunktion) und so „ineffiziente“ Überversorgung auszuschließen, beziehen Ökonomen ganz selbstverständlich die mit einer Maßnahme verbundenen Opportunitätskosten in die Betrachtung ein: In diesem Fall ist eine Maßnahme nur dann effizient, wenn ihr Mehrnutzen den mit dem bestmöglichen alternativen Einsatz der verfügbaren Ressourcen erzielbaren Mehrnutzen – der wirtschaftswissenschaftlichen Definition von Opportunitätskosten – überschreitet, entsprechend Punkt B in Abbildung 1.

31 Darstellung nach Fuchs (1972).

Das Denken in Opportunitätskosten ist prinzipiell unabhängig von der gewählten Nutzenkategorie – sei es die maximale WTP oder ein Aggregat derselben wie in der Kosten-Nutzen-Analyse, ein Maß gesundheitsbezogener *Outcomes* wie in Kosten-Effektivitäts-Analysen (siehe unten), oder ein weiter gefasstes soziales Ziel wie in neueren, noch nicht praxisreifen Ansätzen, etwa der Idee einer Sozialen Kosten-Nutzen-Analyse (*Social Cost Value Analysis*, SCVA).

3.3 Die Logik der Kosteneffektivität („Extrawelfarismus“)

Auch wenn wohlfahrtsökonomisch grundierte Kosten-Nutzen-Evaluationen (i. e. S.) einen wichtigen theoretischen Bezugspunkt darstellen, so spielen diese doch im Bereich der angewandten Gesundheitsökonomie kaum eine Rolle. Als primär ausschlaggebend für die Abkehr von der Wohlfahrtsökonomie durch eine Mehrzahl der angewandte Forschung betreibenden GesundheitsökonomInnen gelten zwei Gründe: einerseits die fehlende Akzeptanz und der teilweise hochemotionale Widerstand gegen jedwede Verknüpfung des Werts von Gesundheit und menschlichem Leben mit Zahlungsbereitschaften³² und damit monetären Einheiten, andererseits eine Besorgnis, dass die Verknüpfung der Zahlungsbereitschaft (WTP) mit dem sozioökonomischen Status und der Zahlungsfähigkeit (*Ability to Pay*, ATP) eine unangemessene Verzerrung der Bewertung von Gesundheit und damit von medizinischen Maßnahmen zugunsten von bereits *ex ante* materiell begünstigten Personen führen könnte:³³

Extra-welfarists and many decision-makers in the real world of health care are willing to accept an approach that considers outcomes equitably (as CEA [cost-effectiveness analysis] using QALYs [quality-adjusted life years] does), rather than accept an approach in which choices are heavily influenced by ability to pay.³⁴

Der wegen seiner partiellen Abkehr von wohlfahrtsökonomischen Prämissen als „Extrawelfarismus“ apostrophierte Ansatz verzichtet (nur) vordergründig auf eine monetäre Bewertung von Leben und Gesundheit, indem er ausschließlich auf die gesundheitsbezogenen Effekte medizinischer Maßnahmen

32 Siehe beispielsweise Ackerman/Heinzerling (2004); in Deutschland exemplarisch Klare (2011).

33 Vgl. dazu auch den über die Gesundheitsökonomie hinaus viel beachteten Konsensus des *Washington Panel*, dort: „The monetary measurement [of benefits in cost benefit analysis] ... inherently favors the wealthy over the poor“; Gold et al. (1996), 28.

34 Weinstein/Manning (1997), 127.

abhebt: „Extra-welfarists identify ‚health‘ as the principal output of health services.“³⁵

Zu den Unterschieden zur neoklassischen Wohlfahrtsökonomik zählt, dass die resultierende „Logik der Kosteneffektivität“ Gesundheit damit als ein unabhängiges Argument in der individuellen Nutzenfunktion betrachtet, d. h., sie gibt die Annahme einer wechselseitigen Kompensationsmöglichkeit von (eventuell vorenthaltenen) Gesundheitsleistungen und anderen Gütern oder Konsum (oder schlicht monetär) auf.

Die zentrale Metrik der „Logik der Kosteneffektivität“ ist die Inkrementale Kosten-Effektivitäts-Relation (*Incremental Cost Effectiveness Ratio*, ICER), die Auskunft gibt über das Verhältnis von gesundheitsbezogenem Mehrnutzen und Mehrkosten, die im typischen Fall im Sinne des Opportunitätskostenprinzips als direkte medizinische Kosten bestimmt werden, in der Praxis meist aus der Perspektive der Kostenträger eines solidarischen Gesundheitssystems:

$$(1) \quad ICER = \frac{c_A - c_B}{e_A - e_B} = \frac{\Delta \text{costs}}{\Delta \text{effects}} = \frac{\Delta \text{costs}}{\Delta \text{QALYs}}$$

mit c_A und c_B als den Kosten der Interventionen A und B , e_A und e_B ihren Effekten, welche wegen des Ziels der Vergleichbarkeit unterschiedlichster medizinischer Maßnahmen vorzugsweise in sogenannten (lebens-)qualitäts-adjustierten Lebensjahren (*Quality-Adjusted Life Years*, QALYs) ausgedrückt werden.

Der *Quotient* kann mittels mathematischer Manipulationen erweitert werden, um die derivativen Maße *Net Health Benefits* (NHBS) und *Net Monetary Benefits* (NMB) zu berechnen oder stochastische Unsicherheit der Punktschätzungen in der Form von ICER-Konfidenzintervallen und *Cost Effectiveness Acceptability Curves* (CEAC) auszudrücken.

Als Maß des medizinischen bzw. gesundheitsbezogenen Nutzens hat sich das QALY weitgehend durchgesetzt. QALYs erfassen (1) die Lebenserwartung, (2) die auf Basis individueller Präferenzen mit einem Nutzwert-Index mit den Ankerwerten 0 (für Tod) und 1 (für perfekte Gesundheit) bewertete Lebensqualität, sowie (3) das „Risiko“ (bzw. die Wahrscheinlichkeit) des Eintritts derselben, wobei die erwarteten zukünftigen Gesundheitszustände jeweils durch multiplikative Verknüpfung von Zeit und Nutzwert-Index bewertet und durch einfache Addition nach Diskontierung aggregiert werden.

35 Culyer (1989), 51.

Damit gilt allgemein:

$$(2) \quad QALYs = \sum_{h=1}^n w_h \times t_h$$

mit h als Index für einen bestimmten Gesundheitszustand (*health state*), w_h als Gewichtungsfaktor (*quality weight*), der die mit diesem Gesundheitszustand verknüpfte Lebensqualität (mit einem Wert zwischen „0“ und „1“) abbildet, und t_h als die Zeitspanne (*time*), die in diesem Gesundheitszustand verbracht wird. Berücksichtigt man die Diskontierung in der Zukunft liegender Gesundheitszustände, so ergibt sich aus Gleichung (1) unter Berücksichtigung der in der praktischen Durchführung von Kosten-Effektivitäts-Analysen häufig angewandten Betrachtung diskreter Daten (hier im Fall durchschnittlicher jährlicher Werte w_t von w_h) die nachstehende Reformulierung:

$$(3) \quad QALYs = \sum_{t=1}^n \frac{w_t}{(1+r)^{t-1}}$$

mit t als Index des zeitlichen Abstandes (gemessen in Jahren vom Zeitpunkt der Analyse bzw. Entscheidung), w_t als den die durchschnittliche Lebensqualität während des jeweiligen Jahres t abbildenden Faktor (zwischen „0“ und „1“), und r als dem Diskontierungsfaktor.

Dem QALY-Ansatz inhärent ist somit eine definierte Abwägung (ein *Trade-Off*) zwischen besserer Lebensqualität und längerer Lebenserwartung (bei niedrigerer Lebensqualität), der u.a. unabhängig von der verbleibenden Restlebenserwartung als konstant angenommen werden muss (sog. „*constant proportional trade-off*“).³⁶

Die so berechneten QALY-Summen erlauben, die Effekte verschiedenster medizinischer Maßnahmen mittels einer einzigen Kennzahl zu vergleichen. Die Validität der Vergleiche hängt ersichtlich von der Gültigkeit der Prämisse ab, dass alle QALYS kontextunabhängig gleichwertig seien (was jedoch indikations- und damit patientengruppenübergreifend als mindestens zweifelhaft angesehen werden muss, siehe unten): „A QALY is a QALY is a QALY – regardless of who gains and who loses it.“³⁷

³⁶ Johannesson et al. (1994).

³⁷ Zum Beispiel Williams (1985) oder Feeny/Torrance (1989); für eine lesenswerte, auf die Evaluation palliativmedizinischer Maßnahmen bezogene Zusammenfassung der aktuellen Diskussion innerhalb des Paradigmas der Kosteneffektivität, siehe Wichmann (2017).

Unter Einbezug der Kostendimension lassen sich dann ökonomisch inferiore und dominante Alternativen identifizieren (vgl. Abbildung 2):³⁸

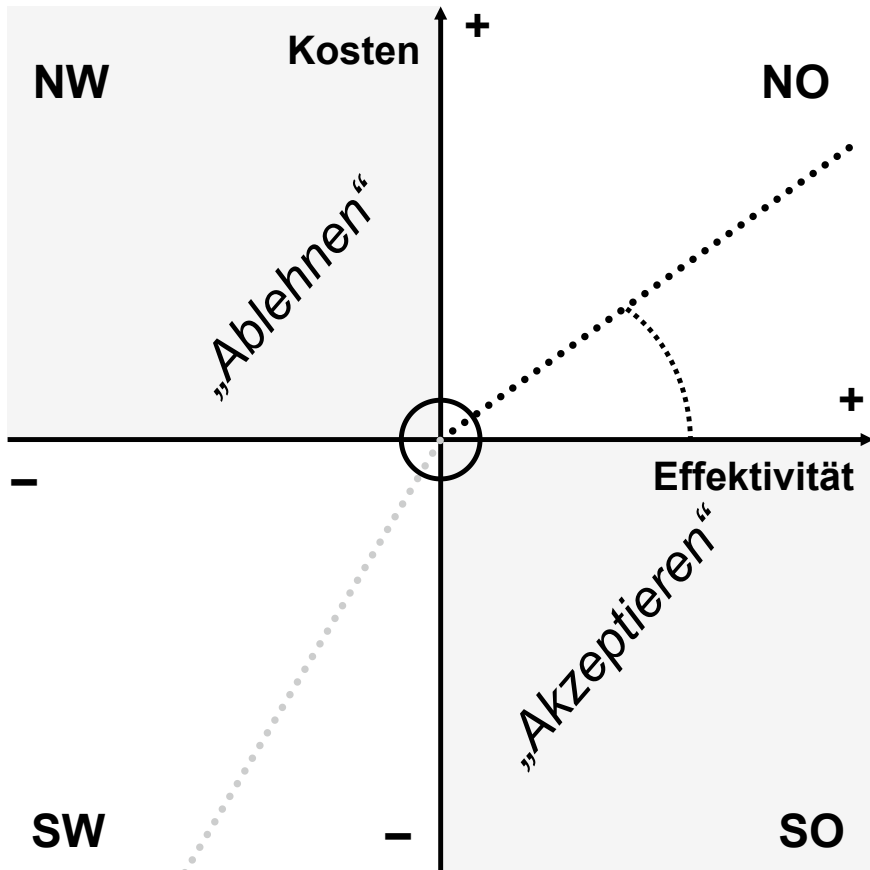


ABBILDUNG 2 Die Kosten-Effektivitäts-Ebene („Cost-Effectiveness Plane“) Medizinische Maßnahmen können bezugnehmend auf ihre relevante Alternative (Komparator oder „Referenzstandard“, hier entsprechend dem Schnittpunkt der Koordinaten) anhand ihrer zusätzlichen Wirksamkeit (inkrementalen Effektivität) und ihrer zusätzlichen Kosten prinzipiell einem von vier Quadranten zugeordnet werden. Unter „Extrawelfaristen“ allgemein akzeptiert sind die Entscheidungsregeln, dass dominante Maßnahmen (mit höherer Effektivität bei niedrigeren Kosten, Quadrant SO) akzeptiert werden sollten, während inferiore Maßnahmen (mit niedrigerer Effektivität bei höheren Kosten, Quadrant NW) abzulehnen seien. In den Quadranten NO und SW kommt es nach vorherrschender Meinung auf die Relation (*Incremental Cost Effectiveness Ratio, ICER*) zwischen zusätzlicher Kosten und zusätzlicher Effektivität an.

³⁸ Black (1990).

Kritischer ist die häufigere Konstellation, in der ein mit einer Maßnahme verbundener Gesundheitsgewinn mit höheren Nettokosten einhergeht. Dann bedarf es eines *Benchmarks* für die noch akzeptable Kosteneffektivität. Implizite oder explizite Voraussetzung für die Existenz eines solchen Schwellenwerts ist die Prämisse, dass (in unübersehbarer Analogie zur Wohlfahrtsökonomik) das Ziel eines solidarisch verfassten Gesundheitssystems die Maximierung der mit den verfügbaren Ressourcen insgesamt produzierten Gesundheit – gemessen in QALYS – sei, wie es von den angelsächsischen Begründern dieser Logik postuliert wurde:

The underlying premise of CEA [cost-effectiveness analysis] in health problems is that for any given level of resources available, society (or the decision-making jurisdiction involved) wishes to maximize the total aggregate health benefit conferred.³⁹

und

The principal objective of the National Health Service ought to be to maximize the aggregate improvement in the health status of the whole community.⁴⁰

Ersichtlich hat man es hier mit einer reduktionistischen Variante präferenzbasierten utilitaristischen Denkens zu tun. Anders als im Fall der Kosten-Nutzen-Analyse wird eine immer (kontextunabhängig) gleiche WTP für einen in QALYS gemessenen und bewerteten Gesundheitsgewinn unterstellt – unabhängig davon, wem er zugutekommt, woraus von Vertretern des Extrawelfarismus der Vorteil „distributiver Neutralität“ abgeleitet wird.⁴¹

Zudem wird behauptet, bei der Anwendung der „Logik der Kosteneffektivität“ für Entscheidungen auf der sogenannten „Programmebene“ – wie beispielsweise über die Erstattung medizinischer Maßnahmen im Rahmen einer Krankenversicherung – statt am Krankenbett glichen sich im Einzelfall auftretende Ungerechtigkeiten statistisch aus und könnten daher, von nur wenigen Ausnahmen abgesehen, vernachlässigt werden.⁴² Doch bleibt – analog zum wohlfahrtsökonomischen Kaldor-Hicks-Kriterium – offen, wie ein Individuum mit einer anderen medizinischen Leistung eine wirksame Kompensation

39 Weinstein/Manning (1997).

40 Culyer (1997).

41 Die dem Aggregationsprinzip inhärente „distributive Neutralität“ oder präziser „Blindheit“ steht in Widerspruch zu den sozialen Präferenzen der Mehrheit der Bürger; vgl. z. B. Nord et al. (1995); Richardson/Schlander (2018).

42 Zum Beispiel Weinstein/Stason (1977).

dafür erfahren könnte, dass ihm eine konkret benötigte Maßnahme vorenthalten wurde. Mit Weyma Lübbe ist dann zu fragen, ab welchem Punkt einer

Güterabwägung [...] es im Rechtsstaat, anti-utilitaristisch, nicht auf ein über Personengrenzen aggregiertes Gesamtwohl, sondern auf die Person als Zweck an sich selbst ankommt.⁴³

Mit alledem verbunden sind mehrere, dem ökonomischen Denken und seinem inhärenten Prinzip abnehmenden Grenznutzens wesensfremde Linearitätsannahmen, darunter der Schweregrad einer Gesundheitsstörung, ihre Prävalenz und (abgesehen vom Effekt der Diskontierung) ihre Dauer betreffend.⁴⁴ Die Basisprämisse selbst, das unterstellte Ziel eines kollektiv finanzierten, solidarischen Gesundheitssystems sei die Maximierung der Gesundheit der Bevölkerung ohne Rücksicht auf Schweregrad, Seltenheit oder Dauer eines Effekts, reflektiere die Erwartungen und Präferenzen der Bürger, muss inzwischen als empirisch unhaltbar⁴⁵ und normativ äußerst problematisch⁴⁶ gelten. Es gibt daher starke Gründe für die Vermutung, dass es außerhalb der konzeptionellen Welt der Extrawelfaristen keine allgemeingültigen Schwellenwerte für Kosteneffektivität (ICER Benchmarks) gibt – außer, man ist bereit, sich zugunsten von vordergründiger Plausibilität, vergleichsweise einfacher Quantifizierbarkeit und Nähe zu utilitaristischem Kalkül über die dokumentierten Erwartungen der Bürger an das Gesundheitssystem hinwegzusetzen.⁴⁷

43 Lübbe (2004), 115 f. Der konsequentialistische Ansatz, der auf die gesamtgesellschaftliche Maximierung eines Konstrukts aus Lebenszeit und gesundheitsbezogener Lebensqualität zielt, leidet mithin an der schon von John Rawls (1971) und Amartya Sen (2002) konstatierten generellen Schwäche rein utilitaristischer Ansätze, die einzelne Person als Subjekt nicht hinreichend ernst zu nehmen. Auch die Extrawelfaristen verharren somit innerhalb der utilitaristischen Idee der interpersonellen Aggregation von (nun freilich enger definiertem) „Nutzen“ über Personengrenzen hinweg und der Annahme der Separabilität von Allokation und Distribution.

44 Die zugrundeliegenden Annahmen und Konventionen erklären zahlreiche kontraintuitive Ergebnisse von CEAs, beispielsweise, dass die Erstattung einer Therapie der erektilen Dysfunktion mit Sildenafil, weil besonders kosteneffektiv, sozial erwünschter sei als beispielsweise die Behandlung der meisten seltenen Erkrankungen („Orphan Diseases“), oder dass die Prävention eines tödlichen Herzinfarkts äquivalent sei zur Prävention von (ausschließlich) leichten Problemen beim Gehen und im Alltag bei fünf Patienten, u.a.m. – für eine ausführliche Diskussion, siehe zum Beispiel Schlander (2009, 2010).

45 Dolan et al. (2005); auch Schlander (2005), Schlander et al. (2014), Richardson/Schlander (2018).

46 Lübbe (2004, 2015).

47 Gäbe es nur eine relevante Kontextvariable wie beispielsweise den Schweregrad oder die Akuität einer Gesundheitsstörung, so wären generelle ICER-Benchmarks möglicherweise

4 Ökonomische Bewertung von Gesundheitsversorgung am Lebensende

Was können nach alledem gesundheitsökonomische Evaluationen zur medizinischen Ressourcenallokation am Lebensende beitragen? Auf den ersten Blick könnten überwiegend in jüngerer Zeit erschienene Publikationen beruhigen, die von einer Kosteneinsparung durch palliativmedizinische Versorgung oder sogar einer Kosteneffektivität palliativmedizinischer Maßnahmen berichten. Hier gilt es, voreilige Schlussfolgerungen zu vermeiden – eine gewisse Vorsicht bei der Interpretation zahlreicher Studien scheint aus mehreren Gründen geboten:

Erstens ist die Kosteneffektivität einer Maßnahme nie absolut, sondern stets nur relativ in Bezug auf einen Vergleichsstandard. In der Welt der *Health Technology Assessments* wurde das PICO-Prinzip etabliert, das für die Aussagekraft jeglicher vergleichender Bewertungen eine eindeutige Definition der Patienten(sub)population, der evaluierten Intervention (d. h. des untersuchten diagnostischen/therapeutischen Verfahrens), des Komparators (*Comparator*, d. h. der Vergleichsintervention) und des *Outcome* (d. h. der Zielgröße bzw. des angestrebten Endpunktnutzens bzw. des *endpoint benefit*) fordert. Im Fall gesundheitsökonomischer Evaluationen tritt die Definition der Evaluationsperspektive (gesamtgesellschaftlich, Kostenträger usw.) und gegebenenfalls weiterer einschränkender Annahmen hinzu.⁴⁸

Es reflektiert, dass Aussagen zur Kosteneffektivität niemals Allgemeingültigkeit, sondern nur unter spezifischen Bedingungen (und, wie ausführlich dargelegt, stets innerhalb ihrer Logik) Gültigkeit beanspruchen können. Gesundheitsökonomische Evaluationen, die qualitativ diesen Ansprüchen genügen, sind rar und zeichnen kein wirklich einheitliches Bild.⁴⁹ Den etablierten Standards der Kosteneffektivitätsanalyse folgend, müssen sie zudem fallweise geprüft werden, inwieweit die Kontrollgruppen dem Kriterium genügen, ihrerseits entweder *Best Supportive Care* oder einen selbst kosteneffektiven Referenzstandard als Komparator aufzuweisen, also nicht gesundheitsökonomisch ihrerseits das Effizienzkriterium verfehlen (mithin selbst in der Nähe von Punkt B in Abbildung 1 zu liegen kommen). Studien sind

mittels geeigneter Gewichtungsfaktoren realisierbar, so wie es bei offiziellen *Health Technology Assessments* (HTAs) zunehmend zu beobachten ist, indem sogenannte *Threshold Modifier* verwendet werden; vgl. Radu et al. (2024). Die Vielzahl der mittlerweile belegten Variablen lässt diesen Rettungsversuch allerdings utopisch erscheinen und stellt letztlich die Validität des Ansatzes *per se* in Frage.

48 Husereau et al. (2022).

49 Vgl. exemplarisch Bajwah et al. (2020), Gomes et al. (2013), Haun et al. (2017), Hicks et al. (2022), Johnston et al. (2020), Smith et al. (2014); aus Deutschland auch Plaul (2017).

jedenfalls dann ökonomisch fehlspezifiziert, wenn ihre Vergleichsgruppen nicht gerechtfertigte heroische Therapieversuche nicht ausschließen.

Schließlich zeichnen sich sowohl die extrawelfaristische Logik der Kosteneffektivität ebenso wie wohlfahrtstheoretisch fundierte Kosten-Nutzen-Evaluationen durch die generellen Beschränkungen eines konsequentialistisch konzipierten, wertmonistischen Ethikentwurfs aus, mit dem Fokus auf der gesellschaftlichen Maximierung von – je nach Spielart – „Nutzen“, „Nutzwert“ (*utility*), „Glück“, Wohlergehen oder auch Erfüllung selbstbezogener Präferenzen oder gesundheitsbezogener Lebensqualität (*HRQoL*) liegend. So bleibt in der Praxis die moralische Erheblichkeit der Frage systematisch ausgeklammert, wie sich die Summe dessen, was für Personen gut ist, auf Personen verteilt; oder mit Amartya Sen in Anlehnung an John Rawls formuliert:

as John Rawls has argued in disputing claims of utilitarianism, distribution-indifference does not take the distinction between persons adequately seriously. If a person remains miserable or painfully ill, her deprivation is not obliterated or remedied or overpowered simply by making someone else happier or healthier. Each person deserves consideration as a person, and this militates against a distribution-indifferent view⁵⁰,

zumal, wenn es um „die Zuteilung eines unteilbaren Nutzens, der für [...] Betroffene nur einmal auftreten wird,“⁵¹ geht. Wertmonistisch ist speziell der Extrawelfarismus mit seiner Fokussierung auf Wohlbefinden operationalisiert als gesundheitsbezogene Lebensqualität.

Demgegenüber fehlen bereits der Sprache der Gesundheitsökonomie gerade zum Lebensende so zentrale Kategorien und Begriffe wie Identität, Sinn, Bilanz-Ziehen, Loslassen-Können, Würde, Hoffnung – von einer (womöglich christlich inspirierten, modernen) *ars moriendi*⁵² gar nicht zu sprechen. Dabei zählt zu den expliziten Zielen einer palliativmedizinischen Versorgung neben der Verbesserung der Lebensqualität eben auch die Linderung von Beschwerden körperlicher, psychosozialer⁵³ und spiritueller Art. Mit Ludwig Wittgenstein gilt dann:

50 Sen (1991), 8.

51 Rakowski (1991), 303.

52 Leget (2021), vgl. dazu z. B. auch die Gedanken von Noll (1984).

53 vgl. zu den sozioökonomischen Konsequenzen Bradley et al. (2018) und Schlander et al. (2024).

Alles, was überhaupt gedacht werden kann, kann klar gedacht werden. Alles, was sich aussprechen lässt, lässt sich klar aussprechen. Wovon man nicht sprechen kann, darüber muss man schweigen.⁵⁴

Denn spätestens am Lebensende kommen Ziele zum Tragen, die bestenfalls teilweise eine Abbildung in der konventionellen Evaluationsmethodik finden. Wenn aber, wie vorstehend aus gutem Grund ausführlich diskutiert, das Effektivitätskriterium zu eng gefasst ist und überdies die sozialen (ökonomisch: „distributiven“) Ziele der Gesundheitsversorgung ausblendet, dann sind Effizienzaussagen im Sinne von Kosten pro zusätzlich generiertem QALY bestenfalls frei von Aussagekraft, schlimmstenfalls schädlich.

Vor diesem Hintergrund sind Kosten-Nutzen-Vergleiche nur innerhalb alternativer palliativmedizinischer Versorgungsmodelle sinnvoll, dagegen aber indikations- und patientengruppenübergreifend mittels „generischer“ Zielkriterien hochproblematisch. Mit anderen Worten: auf die Situation in Deutschland bezogen, sind – gleiche Ziele und Patientengruppen angenommen – Vergleiche von allgemeiner und spezialisierter ambulanter Palliativversorgung, ambulanten Hospiz- und Pflegediensten sowie den unterschiedlichen Formen stationärer Palliativmedizin durchaus sinnvoll und lassen zum Beispiel dann Einsparungen erwarten, wenn sie beispielsweise bei vergleichbarer Qualität Hospitalisierungen vermeiden oder Krankenhausaufenthalte verkürzen.⁵⁵ Hier handelt es sich dann allerdings um Fragen technischer, nicht „allokativer“ Effizienz.

Der Gesundheitsökonomie stellt sich derweil die Aufgabe, im Interesse der eigenen Relevanz die Suche nach weiterführenden Evaluationsansätzen zu intensivieren. Das betrifft nicht nur den Mangel geeigneter Instrumente, welche auch die psychosozialen und spirituellen Dimensionen und elementare Kategorien wie „Würde“ integrieren,⁵⁶ sondern übergeordnete Evaluationskonzepte, die – *pars pro toto* – soziale Normen und Präferenzen abzubilden imstande sind. Nur als Stichworte seien genannt „empirische Ethik,“ das Konzept „sozialer Zahlungsbereitschaft“, „Cost-Value-Analysen“ sowie die Entwicklung einer primär fairness- statt effizienzorientierten Evaluationsmethodik.⁵⁷ Auf den gesundheitspolitischen Kontext bezogen impliziert das eine Vergewisserung über die Ziele des solidarischen Gesundheitssystems, die fraglos mehr als ein so oder anders definiertes Wirtschaftlichkeitskriterium

54 Wittgenstein, *Tractatus logico-philosophicus*, Satz 4.116.

55 Vgl. Gonzalez-Jaramillo et al. (2021).

56 Vgl. Fischer et al. (2024).

57 Beispielhaft Nord (1999), Richardson/McKie (2015, 2017).

umfassen.⁵⁸ Denn ohne Einbettung in eine vorausgegangene Klärung der Effektivitätskriterien – mit anderen Worten: ein primäres ethisches Postulat – ist eine sinnvolle Suche nach allokativer Effizienz nicht möglich.

Bibliographie

- Ackerman, F., and Heinzerling, L. (2004). *Priceless: On Knowing the Price of Everything and the Value of Nothing*. New York: The New Press.
- Bajwah, S., Oluyase, A. O., Yi, D., Gao, W., Evans, C. J., Grande, G., Todd, C., Costantini, M., Murtagh, F. E., and Higginson, I. J. (2020). *The effectiveness and cost-effectiveness of hospital-based specialist palliative care for adults with advanced illness and their caregivers*. Cochrane Evidence Review.
- Baumol, W. J. (2012). *The Cost Disease. Why Computers Get Cheaper and Health Care Doesn't*. New Haven: Yale University Press.
- Baumol, W. J., and Bowen, W. G. (1965). On the Performing Arts: The Anatomy of Their Economic Problems. *The American Economic Review* 55, 495–502.
- Black, W. C. (1990). The cost-effectiveness plane: a graphic representation of cost-effectiveness. *Medical Decision Making* 10, 212–215.
- Blaug, M. (1980). *The Methodology of Economics (Or how economists explain)*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Boadway, R. W., and Bruce, N. (1984). *Welfare Economics*. Oxford: Basil Blackwell.
- Bradley, N., Loyd Williams, M., and Dowrick, C. (2018). Effectiveness of palliative care interventions offering social support to people with life-limiting illness – A systematic review. *European Journal of Cancer Care* 27 (3), e12837.
- Breyer, F., Zweifel, P., und Kifmann, M. (2012). *Gesundheitsökonomik*. Berlin, Heidelberg: Springer-Gabler.
- Brockhaus – Die Enzyklopädie in 24 Bänden (²⁰1997): *Effizienz*. Leipzig, Mannheim.
- Broome, J. (1978). Trying to value a life. *Journal of Political Economics* 9, 91–100.
- Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz (2023). *Gesundheitswirtschaft – Fakten & Zahlen, Daten 2022: Ergebnisse der Gesundheitswirtschaftlichen Gesamtrechnung*. Stand April 2023. Online unter: https://www.bmwk.de/Redaktion/DE/Publikationen/Wirtschaft/gesundheitswirtschaft-fakten-zahlen-2022.pdf?__blob=publicationFile&v=3 (Zugriff: 10.06.2024).
- Culyer, A. J. (1989). The normative economics of health care finance and provision. *Oxford Review of Economic Policy* 5, 34–58.
- Culyer, A. J. (1997). The rationing debate: Maximising the health of the whole community. The case for. *British Medical Journal* 314, 667–669.

58 Vgl. Daniels/Sabin (2002).

- Daniels, N., and Sabin, J. E. (2002). *Setting limits fairly – can we learn to share medical resources?* Oxford: Oxford University Press.
- Drummond, M. F., Sculpher, M., Torrance, G. W., et al. (2005). *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*. Oxford: Oxford University Press.
- Dupuit, J. (1844). De la Mesure de l'Utilité des Travaux Publiques. *Annales des Ponts et Chaussées* 2, 8. [Nachdruck (1952) in englischer Übersetzung: On the measurement of the utility of public works. *International Economic Papers* 2, 83–110.]
- Feeny, D., and Torrance, G. W. (1989). *Incorporating utility-based quality-of-life assessment in clinical trials: Two examples*. Hamilton, Ontario (Kanada): Centre for Health Economics and Policy Analysis, McMaster University.
- Felder, S., Meier, M., and Schmitt, H. (2000). Health care expenditure in the last months of life. *Journal of Health Economics* 19, 679–695.
- Fischer, C., Masel, E. K., and Simon, J. (2024). Methodological factors regarding patient-reported outcome information for value assessment in palliative care. *Annals of Palliative Medicine* 13 (2), 440–444.
- Friedman, M. (1992). Input and Output of Medical Care. *Essays in Public Policy* 28, 1–16.
- Fuchs, V. R. (1972). Health care and the United States economic system. An essay in abnormal physiology. *Milbank Memorial Fund Quarterly* 50 (2), 211–244.
- Gallet, C. A., and Doucouliagos, H. (2017). The impact of healthcare spending on health outcomes: a meta-regression analysis. *Social Science & Medicine* 179, 9–17.
- Gans, O., und Marggraf, R. (1997). *Kosten-Nutzen-Analyse und ökonomische Politikbewertung 1: Wohlfahrtsmessung und betriebswirtschaftliche Investitionskriterien*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Gerlinger, T. (2006). Direkte Kostenbeteiligung in der Gesetzlichen Krankenversicherung – Ein sinnvolles Instrument? *WSI Mitteilungen* 4/2006, 227–230.
- Gold, M. R., Siegel, J. E., Russell, L. B., and Weinstein, M. C. (1996). *Cost-Effectiveness in Health and Medicine*. New York, Oxford: Oxford University Press.
- Gomes, B., Calanzani, N., Curiale, V., McCrone, P., Higginson, I. J., and de Brito, M. (2013). *Effectiveness and cost-effectiveness of home-based palliative care services for adults with advanced illness and their caregivers*. Cochrane Evidence Synthesis.
- Gonzalez-Jaramillo, V., Fuhrer, V., Gonzalez-Jaramillo, N., Kopp-Heim, D., Eychmüller, S., and Maessen, M. (2021). *Palliative & Supportive Care* 19 (4), 474–487.
- Haun, M. W., Estel, S., Rücker, G., Friederich, H., Villalobos, M., Thomas, M., and Hartmann, M. (2017). *Early palliative care for adults with advanced cancer*. Cochrane Evidence Review.
- Hicks, J. R. (1939). The Foundations of Welfare Economics. *Economic Journal* 49, 696–712.
- Hicks, S., Davidson, M., Efstathiou, N., and Guo, P. (2022). Effectiveness and cost effectiveness of palliative care interventions in people with chronic heart failure and their caregivers: a systematic review. *BMC Palliative Care* 21, 205.

- Hume, D. (1739). *A Treatise of Human Nature*. London: John Noon.
- Johannesson, M., Pliskin, J. S., and Weinstein, M. C. (1994). A note on QALYs, time trade-off and discounting. *Medical Decision-Making* 14, 142–149.
- Johnston, B. M., McCauley, R., McQuillan, R., Tabbitte, M., Honohan, C., Mockler, D., Thomas, S., and May, P. (2020). Effectiveness and cost-effectiveness of out-of-hours palliative care: a systematic review. *HRB Open Research* 3, 9.
- Kaldor, N. (1939). Welfare propositions of economists and interpersonal comparison of utility. *Economic Journal* 49, 549–552.
- Klare, J. (2011). *Was bin ich wert? Eine Preisermittlung*. Berlin: Suhrkamp.
- Husereau, D., Drummond, M., Augustovski, F., de Bekker-Grob, E., Briggs, A. H., Carswell, C., Caulley, L., Chaiyakunapruk, N., Greenberg, D., Loder, E., Mauskopf, J., Mullins, C. D., Petrou, S., Pwu, R.-F., Staniszewska, S.; CHEERS 2022 ISPOR Good research Practices Task Force (2022). Consolidated Health Economic Evaluation Reporting Standards 2022 (CHEERS 2022) statement: Updated reporting guidance for health economic evaluations. *Health Policy Open* 3, 1000063.
- Leget, C. (2021). *Der innere Raum. Wie wir erfüllt leben und gut sterben können*. Ostfildern: Patmos-Verlag.
- Leidl, R. (2003). Der Effizienz auf der Spur: Eine Einführung in die ökonomische Evaluation. In: F. W. Schwartz, B. Badura, R. Busse et al., Hrsg., *Das Public Health Buch: Gesundheit und Gesundheitswesen*. 2. Aufl. München, Jena: Urban & Fischer, 461–484.
- Lubitz, J. D., and Riley, G. F. (1993). Trends in Medicare payments in the last year of life. *New England Journal of Medicine* 328, 1092–1096.
- Lübbe, W. (2004). Lebensnotstand – Ende der Normativität? Untersuchung einer Grauzone im Unrecht des Tötens. In: W. Lübbe, Hrsg., *Tödliche Entscheidung. Allokation von Leben und Tod in Zwangslagen*. Paderborn: Mentis-Verlag.
- Lübbe, W. (2015). *Nonaggregationismus. Grundlagen der Allokationsethik*. Münster: Mentis-Verlag.
- Newhouse, J. P. (1992). Medical Care Costs: How Much Welfare Loss? *Journal of Economic Perspectives* 6 (3), 3–21.
- Newhouse, J. P. (1993). *Free for All? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Noll, P. (1984). *Diktate über Sterben und Tod. Mit Totenrede von Max Frisch*. Zürich: pendo-Verlag.
- Nord, E. (1999). *Cost-value analysis in health care: making sense out of QALYs*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Nord, E., Richardson, J., Street, A., Kuhse, H., and Singer, P. (1995). Maximizing health benefits versus egalitarianism: an Australian survey of health issues. *Social Science & Medicine* 41, 1429–1437.
- OECD (2023). *Health at a Glance 2023 – OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing. Online unter: <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en> (Zugriff: 17.06.2024).

- Pauly, M. V. (2003). Foreword. In: P. J. Hammer, D. Haas-Wilson, M. A. Peterson and W. M. Sage, Eds., *Uncertain Times: Kenneth Arrow and the Changing Economics of Health Care*. Durham, London: Duke University Press, vii–xii.
- Plaul, C. (2017). *Die Palliativversorgung in Deutschland im Spiegel der Gesundheitsökonomie*. Dissertation, Technische Universität Dresden.
- Radu, P., Kumar, G., Cubi-Molla, P., Garau, M., Bell, E., Pan, J., Gilardino, R., Van Bavel, J., Brandtmüller, A., Nelson, K., and Goodall, M. (2024). *Navigating change: a comparative analysis across health technology assessment agencies on their positions on five key topics*. London: Office of Health Economics.
- Rakowski, E. (1991). *Equal Justice*. Oxford: Oxford University Press.
- Rawls, J. (1971). *A Theory of Justice*. Oxford: Oxford University Press.
- Richardson, J., and McKie, J. (2005). Empiricism, ethics and orthodox economic theory: what is the appropriate basis for decision-making in the health sector? *Social Science & Medicine* 60, 265–275.
- Richardson, J., and McKie, J. (2007). Economic evaluation of services for a National Health Scheme: the case for a fairness-based framework. *Journal of Health Economics* 26 (4), 785–799.
- Richardson, J., and Schlander, M. (2018). Health technology assessment (HTA) and economic evaluation: efficiency or fairness first. *Journal of Market Access & Health Policy* 7, 1557981.
- Riley, G. F., and Lubitz, J. D. (2010). Long-Term Trends in Medicare Payments in the Last Year of Life. *Health Services Research* 45 (2), 565–576.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1996). *Gesundheitswesen in Deutschland. Kostenfaktor und Zukunftsbranche*. Baden-Baden: Nomos.
- Schlander, M. (2005). Kosteneffektivität und Ressourcenallokation: Gibt es einen normativen Anspruch der Gesundheitsökonomie? In: H. A. Kick und J. Taupitz, Hrsg., *Gesundheitswesen zwischen Wirtschaftlichkeit und Menschlichkeit*, Münster: LIT-Verlag, 37–112.
- Schlander, M. (2009). Gesundheitsökonomie: Der Effizienz auf der Spur. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 103, 117–125.
- Schlander, M. (2010). Measures of efficiency in healthcare: QALMs about QALYS? *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 104, 214–226.
- Schlander, M., Thielscher, C., and Schwarz, O. (2004). Affordability Sensitive To Economic Growth Rates. *Health Affairs* 23 (1), 276–277.
- Schlander, M., Thielscher, C., und Schwarz, O. (2005). Gesundheitsausgaben in Deutschland: Eine makroökonomische Analyse ihrer langfristigen Finanzierbarkeit. In: B. Kremin-Buch, F. Unger, H. Walz und E. Häusler, Hrsg., *Gesundheitsökonomie – Eine Langfristorientierung*. Sternenfels: Verlag Wissenschaft & Praxis.
- Schlander, M., Garattini, S., Holm, S., Kolominsky-Rabas, P., Nord, E., Persson, U., Postma, M., Richardson, J., Simoens, S., de Solà-Morales, O., Tolley, K., and

- Toumi, M. (2014). Incremental cost per quality-adjusted life year gained? The need for alternative methods to evaluate medical interventions for ultra-rare disorders. *Journal of Comparative Effectiveness Research* 3 (4), 399–422.
- Schlender, M., Hernandez-Villafuerte, K., und Thielscher, C. (2018). Kosten der Onkologie in Deutschland. *Forum* 33, 330–337.
- Schlender M., van Harten, W., Retèl, V. P., Pham, P. D., Vancoppenolle, J. M., Ubels, J., Seoane López, O., Quirland, C., Maza, F., Aas, E., Crusius, B., Escobedo, A., Franzen, N., Fuentes-Cid, J., Hernandez, D., Hernandez-Villafuerte, K., Kirac, I., Paty, A., Philip, T., Smeland, S., Sullivan, R., Vanni, E., Varga, S., Vermeulin, T. and Eckford, R. D. (2024). The socioeconomic impact of cancer on patients and their relatives: Organisation of European Cancer Institutes task force consensus recommendations on conceptual framework, taxonomy, and research directions. *The Lancet Oncology* 25, e152–e163.
- Sen, A. (2002). Why health equity? *Health Economics* 11 (8), 659–666.
- Sozialgesetzbuch v. Fünftes Buch, Gesetzliche Krankenversicherung. §12, Wirtschaftslichkeitsgebot.*
- Smith, S., Brick, A., O'Hara, S., and Normand, C. (2014). Evidence on cost and cost-effectiveness of palliative care: a literature review. *Palliative Medicine* 28 (2), 130–150.
- Statistisches Bundesamt (2024). *Gesundheitsausgabenrechnung* (Code 23611). Online unter: <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?sequenz=statistikTabellen&selectionname=23611#abreadcrumb> (Zugriff: 10.06.2024).
- Vanberg, V. (2018). Individual choice and social welfare: Theoretical foundations of political economy. *Freiburger Diskussionspapiere zur Ordnungsökonomik*, Nr. 10/13.
- Weinstein, M. C., and Manning, W. G. (1997). Theoretical issues in cost-effectiveness analysis. *Journal of Health Economics* 16, 121–128.
- Weinstein, M. C., and Stason, W. B. (1977). Foundations of cost-effectiveness analysis for health and medical practices. *New England Journal of Medicine* 296, 716–721.
- Wichmann, A. B., Adang, E. M. M., Stalmeier, P. F. M., Kristanti, S., van den Block, L., Vermooij-Dassen, M. J. F. J., Engels, Y., on behalf of PACE (2017). The use of Quality-Adjusted Life Years in cost-effectiveness analyses in palliative care: Mapping the debate through an integrative review. *Palliative Medicine* 31 (4), 306–322.
- Williams, A. H. (1985). Economics of coronary artery bypass grafting. *British Medical Journal (Clinical Research Edition)* 291, 326–329.
- Zweifel, P., Felder, S., und Meier, M. (1996). Demographische Alterung und Gesundheitskosten: Eine Fehlinterpretation. In: P. Oberender, Hrsg., *Alter und Gesundheit. Gesundheitsökonomische Beiträge*, Band 26. Baden-Baden: Nomos 1996, 29–46.
- Zweifel, P., Felder, S., and Meier, M. (1999). Ageing of population and health expenditure: a red herring? *Health Economics* 8, 485–496.
- Zweifel, P., Felder, S., and Werblow, A. (2004). Population ageing and health care expenditure: new evidence on the „red herring“. *Geneva Papers on Risk and Insurance: Issues and Practice* 29 (4), 653–667.