

Martin Lengwiler

GESUNDHEIT ALS INVESTMENT

Die doppelte Geschichte der Gesundheitsökonomie

Richard Horton, ein britischer Arzt und Chefredakteur der einflussreichen medizinischen Fachzeitschrift »The Lancet«, löste Ende 2012 mit einer Serie von Twitter-Nachrichten eine hitzige Debatte aus. Polemisch zugespitzt kritisierte Horton den schädlichen Einfluss der Ökonomie auf das öffentliche Gesundheitswesen. In zehn Thesen beklagte er, dass die Wirtschaftswissenschaften keine Vorstellung von moralischem Handeln hätten und einem falschen Menschenbild folgten. Die Marktideologie lasse sich nicht vereinbaren mit den Werten, auf denen sozialstaatliche Gesundheitssysteme begründet seien. Auch wenn die Gesundheitsökonomie das Gegenteil behaupte – Gesundheit sei kein ökonomisches Gut. Horton folgerte: »Economics [...] may just be the biggest fraud ever perpetrated on the world.«¹

Die Entgegnung ließ nicht lange auf sich warten. »The Lancet« selbst veröffentlichte die Replik dreier namhafter britischer Gesundheitsökonominnen. Deren Tenor war, dass sich die Wirtschaftswissenschaften der Besonderheiten des Gutes Gesundheit durchaus bewusst seien. Gerade die Gesundheitsökonomie beschäftige sich sehr wohl mit den sozialen Ungleichheiten im Gesundheitswesen und mit den nicht-rationalen Dimensionen menschlichen Verhaltens. Auch aus Sicht dieses Faches stehe das Wohl der Patienten und der Bürger an oberster Stelle. Das Bild, das Horton von der Gesundheitsökonomie zeichne, sei völlig verzerrt.²

1 Für den ersten Tweet siehe Richard Horton, Economics, second only to »management«, may just be the biggest fraud ever perpetrated on the world, 31.12.2012, URL: <<https://twitter.com/richardhorton1/status/285694937792647168>>. Die zehn Tweets sind vollständig zitiert in: David Parkin/John Appleby/Alan Maynard, Economics: the Biggest Fraud Ever Perpetrated on the World?, in: *The Lancet* 382, Nr. 9900 (2013), S. 11-15, hier S. 11.

2 Parkin/Appleby/Maynard, Economics (Anm. 1).

Der Konflikt zwischen Medizin und Ökonomie, der in dieser Kontroverse aufbrach, ist Teil eines Spannungsfeldes, das sich seit den 1960er-Jahren verschärft hatte. Die westlichen Industrienationen bauten in den Boomjahren nach dem Zweiten Weltkrieg ihr Gesundheitswesen stark aus. Auch wenn dies angesichts gut gefüllter Staatskassen in der Öffentlichkeit unbestritten war, diskutierten Expertenkreise Finanzierungs- und Ressourcenfragen bereits in den 1950er- und 1960er-Jahren kritisch.³ Seit den 1970er-Jahren wurden die steigenden Investitionen als Krisensymptom gedeutet, etwa mit dem Schlagwort der »Kostenexplosion«. Unter den beteiligten Interessengruppen – Staat, Ärzteschaft, Krankenkassen und Pharmaindustrie – standen zahlreiche neue Finanzierungsmodelle und Anreizsysteme zur Debatte, um den Kostenanstieg zu bremsen. Zahlreiche Länder erhöhten die finanziellen Eigenbeteiligungen der Versicherten mittels steigender Versicherungsprämien, Praxis- oder Rezeptgebühren. Seit den 1980er-Jahren verlagerten sich die Maßnahmen zur Kosteneindämmung zunehmend auf systemische Ansätze und auf Versorgungseinrichtungen. In Arztpraxen und Krankenhäusern wurden neue Finanzierungsmodelle entwickelt, mit Anreizen zur effizienteren Ressourcennutzung.⁴

Unter diesen Umständen entwickelte sich die Ökonomie zu einer Leitwissenschaft des Gesundheitswesens. Der Prozess war Teil einer generellen Aufwertung ökonomischer, insbesondere betriebswirtschaftlicher Ansätze im öffentlichen Sektor, unter den Vorzeichen des *New Public Management*.⁵ Die Geschichte der Ökonomisierung des Gesundheitswesens, insbesondere der dabei verwendeten theoretischen Modelle, ist allerdings noch kaum untersucht. Die Debatten darüber sind geprägt von unscharfen Begrifflichkeiten, Zusätzungen und Vorurteilen.⁶

Dieser Essay nimmt die Geschichte der Gesundheitsökonomie als Fallbeispiel, um differenziertere Einsichten in die Konzepte der Ökonomisierung des Gesundheitswesens zu gewinnen. Die Gesundheitsökonomie hat sich seit den 1970er-Jahren in den USA und in Großbritannien, seit den 1980er-Jahren auch in anderen westeuropäischen Staaten institutionalisiert. Das Fach lieferte den gesundheitspolitischen Akteuren privilegiertes Expertenwissen. Seine Wurzeln reichen in die gesundheitspolitische Aufbruchphase der frühen Nachkriegszeit, teilweise gar in die Zwischenkriegszeit zurück. Die folgenden Ausführungen greifen diese längerfristigen Traditionen auf; sie fragen nach den Entstehungsbedingungen und der gesellschaftlichen Bedeutung

3 Vgl. Virginia Berridge, *Public Health. A Very Short Introduction*, Oxford 2016, S. 72-81; Martin Lengwiler/Milena Guthörl, La »crise« de l'État social vue par les réseaux internationaux d'experts (1950–1980), in: *Revue d'Histoire de la Protection Sociale* 10 (2017), S. 124-147, hier S. 126f.

4 Exemplarisch für Deutschland: Robin Mohan, *Die Ökonomisierung des Krankenhauses. Eine Studie über den Wandel pflegerischer Arbeit*, Bielefeld 2019. *Anm. der Red.*: Siehe auch den Aufsatz von Richard Kühl und Henning Tümmers im vorliegenden Heft.

5 Mit besonderer Berücksichtigung des Gesundheitswesens: Sara Melo/Matthias Beck, *Managerialism: A Historical Overview*, in: dies. (Hg.), *Quality Management and Managerialism in Healthcare*, London 2014, S. 1-31.

6 Kirsten Bell/Judith Green, On the Perils of Invoking Neoliberalism in Public Health Critique, in: *Critical Public Health* 26 (2016), S. 239-243.

der Gesundheitsökonomie. Sie fokussieren exemplarisch auf den angelsächsischen Raum, die Bundesrepublik Deutschland sowie die internationale Ebene, speziell auf die wichtigen Impulse der Weltgesundheitsorganisation (WHO).

Die Entwicklung in den staatssozialistischen Ländern Ostmittel- und Osteuropas bleibt hier ausgeklammert. Als Fach etablierte sich die Gesundheitsökonomie vor allem in den westlichen Industrienationen. Zwar verfügten auch die Gesundheitssysteme des Ostblocks in den 1970er- und 1980er-Jahren über gesundheitsökonomisches Erfahrungswissen, etwa im Rahmen der staatlichen Planung der medizinischen Versorgung oder im Umgang mit den chronisch knappen Ressourcen im Gesundheitswesen. Eine explizite Auseinandersetzung mit dieser ökonomischen Dimension war in der sozialistischen Welt, in der der freie Zugang zur medizinischen Versorgung als ein Grundrecht betrachtet wurde, allerdings nicht opportun.⁷

1. Im Schatten des *New Deal*: Die Genese der Gesundheitsökonomie

Als Geburtsstunde der Gesundheitsökonomie gilt gemeinhin ein 1963 publizierter Aufsatz von Kenneth J. Arrow (1921–2017), dem späteren Träger des Alfred-Nobel-Gedächtnispreises für Wirtschaftswissenschaften. Unter dem Titel »Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care« übertrug Arrow das von ihm mitentwickelte Allgemeine Gleichgewichtsmodell, ein neoklassisches Modell für volkswirtschaftliche Markttransaktionen, auf den Gesundheitssektor. Im weitgehend theoretisch gehaltenen Beitrag diskutierte Arrow die ökonomischen Wechselwirkungen zwischen Angebot, Nachfrage und Preisen auf dem Gesundheitsmarkt. Er formulierte verschiedene Grundannahmen, um davon ausgehend die Grenzen und das Versagen von Marktmechanismen im Gesundheitsbereich auszuloten, die Gründe dafür zu diskutieren und den entsprechenden Bedarf an staatlichen Interventionen zu bestimmen.⁸

Weniger bekannt ist, dass der Begriff *Health Economics* in der damaligen Fachdiskussion bereits einschlägig verwendet wurde. Er geht insbesondere auf Selma J. Mushkin (1913–1979) zurück, eine US-amerikanische Wirtschaftswissenschaftlerin, die vor ihrer Universitätskarriere als Finanzexpertin in der *Social Security Administration* unter den Präsidenten Franklin D. Roosevelt und Harry S. Truman gearbeitet

7 Vgl. für die Sowjetunion: Mark G. Field, Soviet Union, in: Roger Cooter/John Pickstone (Hg.), *Companion to Medicine in the Twentieth Century*, London 2003, S. 51-66, hier S. 54-57; für die DDR vgl. Bruno Horisberger, Das ökonomische Prinzip der Honorierung im Gesundheitssystem (inkl. Diskussion), in: Jürgen Mohr/Christoph Schubert (Hg.), *Ethik der Gesundheitsökonomie*, Berlin 1992, S. 17-33, hier S. 29f. *Anm. der Red.*: Siehe zur DDR auch den Essay von Jutta Braun in diesem Heft.

8 Kenneth J. Arrow, Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care, in: *American Economic Review* 53 (1963), S. 941-973, hier S. 941-945.

hatte. Geprägt durch die Erfahrungen des *New Deal* spezialisierte sie sich auf Fragen der Staatsfinanzen, vor allem die Finanzierung des Bildungs- und Gesundheitswesens.⁹

Mushkin veröffentlichte bereits 1958 den Aufsatz »Toward a Definition of Health Economics«, in dem sie das Forschungsfeld konzeptuell und empirisch auslotete. Das zentrale Ziel der Gesundheitsökonomie sei es, nach der optimalen, effizienten Verwendung von Ressourcen im Gesundheitswesen zu fragen. Auch Mushkin verstand den Gesundheitssektor marktlogisch. Wie Arrow betonte sie die vielfältigen Gefahren des Marktversagens. Die Gesundheitsökonomie bot nach Mushkin Instrumente, um mit den gegebenen Ressourcen die bestmögliche Prävention, Behandlung und Pflege zu erreichen. Die ideale Ressourcenallokation gründe allerdings nicht auf den individuellen Präferenzen der Konsumierenden, sondern benötige Interventionen von staatlichen Organisationen, Wohlfahrtsverbänden oder privaten Unternehmen.¹⁰ Diesen Ansatz entwickelte Mushkin in einem 1962 erschienenen Beitrag über »Health as an Investment« weiter. Darin übertrug sie die Humankapitaltheorie auf den Gesundheitssektor und analysierte den Zusammenhang zwischen Gesundheitsinvestitionen und Wirtschaftswachstum. Gestützt auf empirische Studien diskutierte der Beitrag, wie sich Krankheiten und Behinderungen auf verschiedene Dimensionen des Humankapitals (u.a. Einkommen, Lebensarbeitszeit, Erwerbsbevölkerung, Produktivität) auswirkten.¹¹

Mushkin wie Arrow konnten sich auf ältere ökonomische Forschungen zum Gesundheitswesen stützen. Besonders innerhalb der angelsächsischen Wirtschaftswissenschaften hatte sich seit den 1930er-Jahren das Feld der *Economics of Medical Care* etabliert, das ursprünglich der Legitimation von Roosevelts Krankenversicherungsvorlage diente und sich später allgemein mit der Finanzierung, Planung und Steuerung des expandierenden Gesundheitswesens beschäftigte. Der junge Milton Friedman promovierte 1946 in diesem Feld mit einer Arbeit über die Einkommenssituation freiberuflicher Ärzte – eine Studie, an der auch Simon Kuznets beteiligt war.¹²

Vor allem Mushkin stellte ihre Arbeit explizit in diese gesundheitspolitischen Traditionen, mit Referenzen an die politische Arithmetik und Sozialhygiene des 19. und frühen 20. Jahrhunderts.¹³ Ihre Beiträge lesen sich gleichsam als wirtschaftswissenschaftliches Präludium zu den späteren Sozialreformen der Kennedy- und Johnson-

9 Vgl. James Cicarelli/Julianne Cicarelli, *Distinguished Women Economists*, Westport 2003, S. 136-139.

10 Selma J. Mushkin, Toward a Definition of Health Economics, in: *Public Health Reports* 73 (1958), S. 785-793, hier S. 790, S. 792.

11 Dies., Health as an Investment, in: *Journal of Political Economy* 70, Nr. 5, Part 2 (1962), S. 129-157, hier S. 129f., S. 154-156.

12 Milton Friedman/Simon Kuznets, Income from Independent Professional Practice, Diss. Columbia University 1945. Vgl. David Matusiewicz/Jürgen Wasem, Gesundheitsökonomie in Deutschland – ein Blick zurück nach vorne, in: Bernd H. Mühlbauer (Hg.), *Zukunftsperspektiven der Gesundheitswirtschaft*, Berlin 2012, S. S. 420-439, hier S. 421f.; Matthew Panhans, Health Economics: Scientific Expertise and Policymaking, in: *Æconomia* 8 (2018), S. 279-311, hier S. 282-286.

13 Mushkin, Health as an Investment (Anm. 11), S. 149-153.

Administration. Johnson knüpfte mit seiner »Great Society«-Initiative in der Gesundheitspolitik an gescheiterte Vorhaben des *New Deal* an, insbesondere mit dem Ausbau der Sozialversicherung zur Deckung von Krankheitskosten der älteren und sozialhilfeabhängigen Bevölkerung (*Medicare* und *Medicaid*, 1965). Mushkin unterstützte in den 1960er-Jahren diesen sozialpolitischen Aufbruch – unter anderem als Beraterin der Regierung.¹⁴

Bemerkenswert sind die Unterschiede zwischen den Zugängen von Arrow und Mushkin. Arrow bezog sich in seinen wenigen empirischen Hinweisen auf den US-amerikanischen Kontext. Mushkin dagegen betonte auch globale Anwendungsmöglichkeiten der Gesundheitsökonomie. Das größte Potential sah sie in den Ländern Lateinamerikas, Asiens und Afrikas, wo die Lebenserwartung vergleichsweise gering und die Ressourcen im Gesundheitswesen beschränkter seien.¹⁵ So deuteten sich bereits in der Frühgeschichte der Gesundheitsökonomie zwei Schauplätze der Fachentwicklung an: die westlichen Industrienationen auf der einen, der Globale Süden auf der anderen Seite. Diese beiden Kontexte prägten nicht nur die Entstehung, sondern auch die Weiterentwicklung des Faches in höchst unterschiedlicher Weise.

2. Von der Kosteneffizienz zum Neuen Universalismus: Ökonomische Ansätze in der WHO

Die gesundheitsökonomischen Debatten über Länder des Globalen Südens wurden vor allem auf der Ebene internationaler Organisationen geführt, besonders in der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Sie engagierte sich in den 1960er-Jahren unter anderem in der Bekämpfung von Infektionskrankheiten, speziell der Malaria, durch Antibiotika und Pestizide.¹⁶ Seit den 1960er-Jahren gewannen wirtschaftswissenschaftliche Perspektiven innerhalb der WHO verstärkt an Bedeutung. Die Organisation beschäftigte sich eingehend mit Fragen der langfristigen Planung des Gesundheitswesens. An diesem Fokus waren einerseits die Sowjetunion und andere Ostblockstaaten interessiert, andererseits auch westliche Industrienationen, die ebenfalls technokratische Planungsmodelle zunehmend nutzten. Während der 1970er-Jahre standen in der WHO ökonomische Zugänge, Systemanalysen und andere Komplexitätsanalysen unter Verwendung mathematischer Modelle hoch im Kurs. Die entsprechenden Aktivitäten wurden nun unter dem Titel »Gesundheitsökonomie«

14 Cicarelli/Cicarelli, *Women Economists* (Anm. 9), S. 137.

15 Mushkin, *Toward a Definition* (Anm. 10), S. 785; dies., *Health as an Investment* (Anm. 11), S. 129f.

16 John Manton, *Global Health*, in: Virginia Berridge/Martin Gorsky/Alex Mold (Hg.), *Public Health in History. Understanding Public Health*, Maidenhead 2011, S. 179-194, hier S. 179-183. Für die Frühgeschichte der WHO, insbesondere das Malaria-Programm, vgl. Thomas Zimmer, *Welt ohne Krankheit. Geschichte der internationalen Gesundheitspolitik 1940–1970*, Göttingen 2017.

zusammengefasst. Seit 1973 bot die WHO beispielsweise Seminare zu *Health Economics* an. Weil Ressourcen-Engpässe des Gesundheitswesens vor allem in nichtwestlichen Staaten akut waren, fokussierten die einschlägigen Arbeiten der WHO oft auf Länder Asiens und Afrikas.¹⁷

Die globale Rezession Mitte der 1970er-Jahre verlieh diesen frühen gesundheitsökonomischen Perspektiven einen nachhaltigen Auftrieb. Die WHO forderte für die Entwicklungsländer nun explizit eine Abkehr vom kostspieligen westlichen Modell der Krankenhausversorgung. Dagegen favorisierte sie eine breiter verankerte Grundversorgung. Die Organisation propagierte die *Primary Health Care* einerseits durch die »Health for all«-Resolution der Weltgesundheitsversammlung (1977), andererseits im Rahmen der Deklaration der WHO-Konferenz von Alma-Ata (1978).¹⁸ Die damalige gesundheitsökonomische Forschung der WHO erstreckte sich auf drei Themen: die Analyse der Kosteneffizienz gesundheitspolitischer Interventionen (Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten und Kindersterblichkeit), die Quantifizierung und Analyse der Gesundheitsausgaben in einkommensschwachen Ländern sowie die Untersuchung ökonomischer Mechanismen, die das Gesundheitswesen in Ländern mit geringem und mittlerem Einkommensniveau prägten.¹⁹

Während der 1970er- und frühen 1980er-Jahre stand die WHO mit ihrem Verständnis der Gesundheitsökonomie in kritischer Distanz zu frühen neoliberalen Diskursen. Die WHO wie die Vereinten Nationen insgesamt verstanden sich als Stimmen der Entwicklungsländer; sie kritisierten das Wohlstandsgefälle zwischen »Erster Welt« und »Dritter Welt« sowie die Macht multinationaler Konzerne. Das Ziel einer größeren sozialen Gerechtigkeit hatte für die WHO oberste Priorität. Die Organisation forderte auch nach der Rezession 1974/75 einen Ausbau der Entwicklungshilfe, um die basale Gesundheitsversorgung zu stärken.²⁰

Mit diesem Kurs kam die WHO in den 1980er-Jahren zunehmend in Bedrängnis. Der wirtschaftliche Einbruch der 1970er-Jahre führte in vielen Ländern des Globalen Südens zu einer Krise der Staatsfinanzen, gekürzten Investitionen ins Bildungs- und Gesundheitswesen und einer entsprechend verschlechterten Lebensqualität. Die Schuldenkrise der frühen 1980er-Jahre verschärfte die Situation weiter. Der Internationale Währungsfonds und die Weltbank reagierten mit Strukturanpassungsprogrammen, die in der WHO zunächst auf Ablehnung stießen.²¹

17 Anne Mills, Reflections on the Development of Health Economics in Low- and Middle-Income Countries, in: *Proceedings of the Royal Society B: Biological Sciences* 281, Nr. 1789 (2014), S. 2-9, hier S. 1f.; Socrates Litsios, *The Third Ten Years of the World Health Organization, 1968–1977*, Geneva 2008, S. 68, S. 72f., S. 81, S. 110, S. 134.

18 Vgl. Marcos Cueto/Theodore M. Brown/Elizabeth Fee, *The World Health Organization. A History*, Cambridge 2019, S. 170-202.

19 Vgl. Mills, Reflections (Anm. 17), S. 2-5.

20 Vgl. Cueto/Brown/Fee, *World Health Organization* (Anm. 18), S. 170-178.

21 Vgl. Manton, *Global Health* (Anm. 16), S. 191.



Vortrag zur Familienplanung in Lahore, Pakistan, ca. 1973. Um die Geburtenrate zu reduzieren, hatte die pakistanische Regierung die Vereinten Nationen um Unterstützung gebeten. Bei den gesundheitsökonomischen Beratungs- und Forschungsleistungen wirkten verschiedene Unterorganisationen zusammen: *United Nations Fund for Population Activities* (UNFPA), *World Health Organization* (WHO), *United Nations Children's Fund* (UNICEF), *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization* (UNESCO) sowie *International Labour Organization* (ILO).
(United Nations Photo 380444/B. Wolff)

In den 1980er- und frühen 1990er-Jahren geriet die WHO selbst in die bis dahin schwerste Krise ihrer Geschichte. Die USA schlugen unter der Reagan-Administration aus politischen Motiven einen Konfrontationskurs gegenüber den Vereinten Nationen und ihren Agenturen ein, so auch gegenüber der WHO. Andere internationale Organisationen, besonders die der USA nächststehende Weltbank, traten als Konkurrenz zur WHO auf den Plan und verstärkten in den 1990er-Jahren ihre gesundheitspolitischen Aktivitäten. Zudem musste sich die WHO auch mit sich selbst beschäftigen. Die Amtszeit des US-kritischen Generaldirektors Horoshi Nakajima (1988–1998) gilt als führungsschwache, von internen Missständen geprägte Phase.²²

22 Vgl. Nitsan Chorev, *The World Health Organization between North and South*, Ithaca 2012, S. 124-160.

Mit der neuen Generaldirektorin Gro Harlem Brundtland (1998–2003) schlug die WHO eine programmatische Wende ein. Gesundheitspolitik wurde nun nicht mehr unter sozialpolitischen, sondern primär unter wirtschaftspolitischen Vorzeichen betrieben. Brundtland konterte die Kritik an Gesundheitsausgaben durch den Hinweis auf deren ökonomischen Nutzen. Entsprechende Investitionen wurden legitimiert als Motor für eine gesteigerte Produktivität und ein nachhaltiges Wirtschaftswachstum. Geschickt griff die WHO damit Elemente neoliberaler Politikkonzepte auf, ohne daraus jedoch einen Spar- und Konsolidierungskurs abzuleiten.²³

Im Rahmen dieser programmatischen Wende verstärkte die WHO ihre wirtschaftswissenschaftliche Kompetenz, etwa durch gezielte Rekrutierung von Ökonominen und Ökonomen. Gesundheitsökonomische Modelle wurden zu leitenden Paradigmen der Organisation. Brundtland bestellte eine *Commission on Macroeconomics and Health* und machte Jeffrey Sachs, einen neoklassischen Harvard-Ökonomen, zum Vorsitzenden, ergänzt durch Vertreter der Weltbank, des Internationalen Währungsfonds, der Welthandelsorganisation und anderer internationaler Agenturen. Der Bericht der Sachs-Kommission erschien 2001; er plädierte dafür, Gesundheit als zentralen Faktor in ökonomische Modelle einzubauen und bei der Entwicklungszusammenarbeit stärker zu gewichten.²⁴

Die WHO unterzog auch ihre eigenen Programme einer ökonomischen Evaluation. Das Resultat war keine reine Sparübung – der 2000 erschienene *World Health Report* stellte die empfohlene Strategie vielmehr unter den Begriff des »New Universalism«. Damit verband sich ein durchaus ambitioniertes Vorhaben. In Abgrenzung von der früheren Politik, für die Entwicklungsländer den Ausbau von *Primary Health Care* anzustreben, forderte die WHO nun zusätzliche Investitionen in qualitativ hochwertige Versorgungsstrukturen (*High-Quality Essential Care*), priorisiert nach ihrer Kosteneffizienz sowie ihrer sozialen und politischen Akzeptanz. Auch zur Finanzierung solcher Investitionen schlug die WHO einen neuen Weg ein: Sie erweiterte ihre Kooperationen mit privaten Stiftungen wie der Bill & Melinda Gates Foundation und multinationalen Unternehmen wie Unilever, Nestlé, Coca-Cola oder McDonald's. Verschiedene Initiativen, etwa der 2002 gegründete *Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria*, wurden nun im Partnerschaftsmodell ausgeführt, nicht zuletzt, weil die WHO mit ihren eigenen Ressourcen haushälterischer umging. Die Organisation rückte durch diese Politik zunehmend in die Rolle einer Koordinatorin und Planerin internationaler Gesundheitsprogramme.²⁵

23 Vgl. Choev, *World Health Organization* (Anm. 22), S. 160-168, S. 230-235; Cueto/Brown/Fee, *World Health Organization* (Anm. 18), S. 280-300.

24 Jeffrey Sachs (Hg.), *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development. Report of the Commission on Macroeconomics and Health*, Geneva 2001, S. 168-174.

25 Choev, *World Health Organization* (Anm. 22), S. 8f., S. 174-210.

3. Distanz zur Neoklassik: Gesundheitsökonomie im Westen

Auf nationaler Ebene entwickelte sich die Gesundheitsökonomie anders als in der WHO. Nach den frühen Arbeiten von Mushkin und Arrow institutionalisierte sich das Fach zunächst im angelsächsischen Raum. In den USA förderten die *National Institutes of Health* (NIH), die zentralen staatlichen Agenturen für die medizinische Forschung, seit den frühen 1960er-Jahren gesundheitsökonomische Studien, parallel zum Ausbau des Gesundheitswesens. In Großbritannien rekrutierte die Regierung Harold Wilsons Mitte der 1960er-Jahre zahlreiche Ökonomen für den Staatsdienst, als Teil eines technokratischen Regierungsprogramms und einer Bildungsoffensive.²⁶

Bis Anfang der 1970er-Jahre formierte sich eine anwendungsorientierte medizinische Teildisziplin mit spezialisierten Professuren, Fachdiskursen und Dateninfrastrukturen. Die erste Fachorganisation für Gesundheitsökonomie wurde 1972 in Großbritannien mit der *Health Economists' Study Group* gegründet. Dahinter stand die zunehmende wirtschaftswissenschaftliche Skepsis, besonders innerhalb der britischen Wohlfahrtsstaatsforschung, gegenüber der Hegemonie keynesianischer Modelle in der Makroökonomie.²⁷ Allerdings verfügte das junge Fach noch über wenig politische Relevanz. Ökonomische Expertise war kaum eingebunden in die Sozialprogramme der 1960er-Jahre. In den USA beispielsweise spielten ökonomische Kalküle bei der Einführung von *Medicare* und *Medicaid* eine geringe Rolle, verglichen mit den dominierenden sozialpolitischen Motiven.²⁸ Auch in Großbritannien war der Einfluss ökonomischer Expertise auf die konkrete Gesundheitspolitik bis Mitte der 1970er-Jahre eher gering.²⁹

Unter dem Eindruck anhaltender Kostensteigerungen im Gesundheitswesen änderte sich dies jedoch. In den USA führten die beiden konservativen Administrationen unter Richard Nixon (1969–1974) und Ronald Reagan (1981–1989) jeweils wirtschaftswissenschaftliche Argumente an, um ihre gesundheitspolitischen Reformen zu begründen. Nixons *Comprehensive Health Insurance Plan*, mit dem er 1974 eine umfassende nationale Krankenversicherung zu etablieren versuchte, scheiterte allerdings an der zeitgleichen Rezession. Reagan setzte mit seinen Reformen bei der Krankenhausfinanzierung an. Das *Prospective Payment System* führte ab 1983 ein pauschalierendes Abrechnungsverfahren, die diagnosebezogenen Fallgruppen (*Diagnosis Related Groups*, DRG), in die *Medicare*-Versicherung ein. Es schuf damit einen ökonomischen Anreiz, der Krankenhäuser für bestimmte Behandlungsmethoden belohnte.

26 Vgl. Bronwyn Croxson, From Private Club to Professional Network: An Economic History of the Health Economists' Study Group, 1972–1997, in: *Health Economics* 7, Nr. S1 (1998), S. 9-45, hier S. 11.
27 Ebd., S. 11f.

28 Panhans, *Health Economics* (Anm. 12), S. 287-290.

29 Croxson, *Health Economists' Study Group* (Anm. 26), S. 12.

Die Reform hatte weitreichende Folgen. Die pauschalierten Abrechnungen entwickelten sich zu einem international vielbeachteten Modell, das die Gesundheitsreformen seit den 1990er-Jahren nachhaltig prägte.³⁰

Es wäre allerdings falsch, die Gesundheitsökonomie bloß als parteipolitisches Instrument einer konservativen Austeritätspolitik zu interpretieren. In den USA war auch Bill Clintons letztlich erfolglose Gesundheitsreform von 1993 dem Grundsatz des organisierten Wettbewerbs (*Managed Competition*) verpflichtet. Reformdebatten um die Einführung einer allgemeinen Versicherungspflicht blieben weiterhin auf der politischen Agenda und waren stark von ökonomischen Argumenten geprägt. Barack Obama stützte sich in den Vorarbeiten für seinen *Affordable Health Care Act* von 2010 ausgiebig auf gesundheitsökonomische Expertise, nicht zuletzt um das Vorhaben als kalkulier- und realisierbar darzustellen. Eine zentrale Rolle spielte dabei das *Congressional Budget Office* (CBO) – eine parlamentarische, wirtschaftswissenschaftlich ausgerichtete Fachbehörde. Zu den Standardaufgaben des CBO gehörte die Planung und Prüfung der Staatsausgaben im Auftrag des Kongresses. Bei der Vorbereitung von *Obamacare* evaluierte das CBO auch die ökonomischen Bedingungen und Folgen der Integration der bisher unversicherten Bevölkerungsteile. Dabei zeigte sich, dass *Obamacare* 30 Millionen Menschen neu in die Krankenversicherung aufnehmen würde, was aber das Haushaltsdefizit des Bundes spürbar entlasten konnte: um mehr als 10 Milliarden Dollar jährlich. Die Regierung berief sich in der Folge gern auf dieses überparteiliche Expertenurteil.³¹

Auch in Großbritannien war die Gesundheitsökonomie politisch polyvalent. Margaret Thatchers Regierung hielt sich bekanntlich gerade im Gesundheitsbereich mit fundamentalen Reformen zurück. Erst John Major führte 1991 den »internen Markt« (*Internal Market*) ein und setzte damit ein zentrales gesundheitsökonomisches Postulat um. Innerhalb des *National Health Service* (NHS) wurde ein regulierter Markt mit Wettbewerbsanreizen geschaffen, um die Effizienz der Gesundheitsdienste zu erhöhen.³² Die Labour-Regierung unter Tony Blair übernahm diese Reformen. Mehr noch: Orientiert an den Ansätzen des *New Public Management* dezentralisierte die Labour-Regierung den NHS und stärkte die Steuerungsverantwortung der lokalen Gesundheitsbehörden, unter Einbezug von Patientinnen und Patienten. Ausgebaut wurde auch das klinische Evaluationswesen.³³

Viele britische Gesundheitsökonominnen der ersten Stunde setzten sich aktiv für diese Reformen ein. Alan Williams (1927–2005), ein Gründungsmitglied der *Health Economists' Study Group* (HESG), entwickelte bereits in den 1970er-Jahren einen

30 Panhans, *Health Economics* (Anm. 12), S. 290-292. *Anm. der Red.*: Siehe auch hierzu den Aufsatz von Kühl/Tümmers im vorliegenden Heft.

31 Vgl. Panhans, *Health Economics* (Anm. 12), S. 290-292, S. 299-302.

32 Vgl. Martin Gorsky, *The British National Health Service 1948–2008: A Review of the Historiography*, in: *Social History of Medicine* 21 (2008), S. 437-460, hier S. 445-447.

33 Ebd., S. 447f.; John Mohan, *A National Health Service? The Restructuring of Health Care in Britain since 1979*, Basingstoke 1995, S. 129-153.

kalkulierbaren Indikator, um den Output »Gesundheit« zu messen – die *Quality-Adjusted Life Years* (QALYs), die auf einer Kombination qualitativer und quantitativer Daten beruhen. Der Indikator erwies sich als wegweisend, ja identitätsstiftend für die britische Gesundheitsökonomie. Die darauf beruhenden Evaluationstechniken wurden 1999 institutionalisiert mit dem *National Institute of Clinical Excellence* (heute: *National Institute for Health and Care Excellence*, NICE).³⁴ Das NICE gilt als international führende Einrichtung, besonders bei der Entwicklung medizinischer Qualitätsstandards und -indikatoren.³⁵ Anthony J. Culyer (geb. 1942), eine weitere Gründungsfigur der HESG, war ein einflussreicher Berater des Gesundheitsministeriums unter John Major, der mit einem Bericht 1994 Reformen in der klinischen Forschungs- und Evaluationspraxis des NHS initiierte.³⁶ Und Alan Maynard (1944–2008) war einerseits Gründungsdirektor des 1983 errichteten *Centre for Health Economics* an der University of York – des international ersten Zentrums seiner Art. Andererseits gehörte er zu den führenden Advokaten für evidenzbasierte Ansätze in der Medizin (*Evidence-Based Medicine*).³⁷ Maynard zählte auch zu den eingangs zitierten Autoren, die in »The Lancet« die Gesundheitsökonomie vor pauschaler Kritik verteidigten.

In der Bundesrepublik Deutschland setzte die Institutionalisierung der Gesundheitsökonomie später ein als im angelsächsischen Raum. Das Fach konstituierte sich Ende der 1970er-Jahre primär akademisch, im Schnittfeld zwischen Ökonomie und Medizin, und gewann erst während der 1990er-Jahre an politischer Bedeutung. Zu den treibenden Kräften gehörte die Robert Bosch Stiftung, die bereits 1978 ein Kolloquium zur Gesundheitsökonomie durchgeführt hatte und danach unter anderem mit einer Schriftenreihe das Feld prägte.³⁸ In den 1980er-Jahren kam als zweite wichtige Plattform der Verein für Socialpolitik hinzu, der 1985 seine Jahrestagung dem Thema widmete und 1988 einen Ausschuss für Gesundheitsökonomie einsetzte.³⁹ Dieser Ausschuss bildet bis heute den akademischen Kristallisationspunkt des Faches. 2008 wurde schließlich die Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsökonomie (DGGÖ) gegründet, die sich vornehmlich um den Wissenstransfer zwischen Forschung und Politik

34 Peter C. Smith/Mark Sculpher/Laura Ginnelly, Introduction, in: Peter C. Smith/Laura Ginnelly/Mark Sculpher (Hg.), *Health Policy and Economics. Opportunities and Challenges*, London 2005, S. 1-7, hier S. 4. Vgl. auch Anne Mason/Adrian Towse (Hg.), *The Ideas and Influence of Alan Williams*, Oxford 2008.

35 Alan Williams/Aki Tsuchiya/Paul Dolan, Eliciting Equity-Efficiency Trade-offs in Health, in: Smith/Ginnelly/Sculpher, *Health Policy and Economics* (Anm. 34), S. 64-87.

36 Anthony J. Culyer, Supporting Research and Development in the National Health Service. Report of a Meeting of the 1942 Club, January 1995. The Recommendations, in: *Journal of the Royal College of Physicians of London* 29 (1995), S. 216-225.

37 Alan Maynard, Evidence-Based Medicine: An Incomplete Method for Informing Treatment Choices, in: *The Lancet* 349, Nr. 9045 (1997), S. 126-128.

38 Vgl. Matusiewicz/Wasem, Gesundheitsökonomie in Deutschland (Anm. 12), S. 421f. Siehe auch Johann-Matthias Graf von der Schulenburg, Die Entwicklung der Gesundheitsökonomie und ihre methodischen Ansätze, in: Oliver Schöffski/Johann-Matthias Graf von der Schulenburg (Hg.), *Gesundheitsökonomische Evaluationen*, Berlin 1998, 4., vollständig überarb. Aufl. 2012, S. 13-21, hier S. 13f.

39 Vgl. Matusiewicz/Wasem, Gesundheitsökonomie in Deutschland (Anm. 12), S. 421f.

kümmert.⁴⁰ Die politische Relevanz des Faches zeigte sich besonders in den Kostendämpfungsgesetzen der 1990er- und 2000er-Jahre, etwa dem Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 oder dem GKV-Gesundheitsreformgesetz von 2000, das die gesetzliche Krankenversicherung praktisch komplett auf ein Fallpauschalensystem umstellte.⁴¹

Die Kernbereiche der Gesundheitsökonomie bilden seit den 1990er-Jahren Kosten-Wirksamkeits-Analysen, Gesundheitsmanagementstudien, makroökonomische Gesundheitssystemanalysen sowie die Evaluationsforschung. Der Trend zu mikroökonomischen Verhaltensstudien erfasste früh auch die Gesundheitsökonomie, zuerst im angelsächsischen, später ähnlich im deutschsprachigen Raum.⁴² Betriebswirtschaftliche Ansätze haben seit den 1990er-Jahren ebenfalls an Bedeutung gewonnen.⁴³

Obwohl die Gesundheitsökonomie in Abgrenzung von keynesianischen Modellen der Globalsteuerung entstand, war ihr Verhältnis zu neoklassischen Ansätzen ebenfalls nicht unkritisch. Britische Gesundheitsökonominnen und -ökonominnen unterschieden ihr Fach um 2000 dezidiert von einer konventionellen, neoklassischen Wohlfahrtsökonomie. Mark Sculpher und andere argumentierten, dass sich der Wert von Gesundheitsausgaben nicht als klassische Nutzenmaximierung modellieren lasse. Kosten-Wirksamkeits-Analysen müssten normative Vorgaben einbeziehen, die ein neoklassisches Modell allein nicht liefern könne. Solche Vorgaben beruhten auf gesellschaftlichen und politischen Entscheidungen, etwa über den Wert eines Lebens, und nicht auf der Logik eines nutzenmaximierenden Subjekts.⁴⁴ Vergleichbare Hinweise auf das Primat ethischer Normen gegenüber ökonomischen Kalkülen finden sich auch in der deutschsprachigen Gesundheitsökonomie der 1990er-Jahre.⁴⁵

Vor diesem Hintergrund bildeten gesellschaftspolitische Fragen wie soziale Disparitäten im Zugang zum Gesundheitswesen früh prominente Forschungsthemen der Gesundheitsökonomie, zumindest in Großbritannien. Das 1999 gegründete NICE ist bis heute explizit beauftragt, soziale Ungleichheiten im Gesundheitswesen zu messen und zu bewerten.⁴⁶ Die Ungleichheitsforschung war sogar prominent an der Gründung der Gesundheitsökonomie beteiligt. Tony Atkinson (1944–2017), der durch seine kritischen Studien zur gesellschaftlichen Ungleichheit bekannt wurde und zu den Mentoren von Thomas Piketty gehörte, war Mitbegründer der HESG und zählte zu den prägenden Figuren der britischen Gesundheitsökonomie.⁴⁷

40 Ebd.; von der Schulenburg, *Gesundheitsökonomie* (Anm. 38), S. 13.

41 Vgl. Mohan, *Ökonomisierung des Krankenhauses* (Anm. 4), S. 160-167.

42 Smith/Sculpher/Ginnelly, *Introduction* (Anm. 34), S. 2; von der Schulenburg, *Gesundheitsökonomie* (Anm. 38), S. 18f.

43 Matusiewicz/Wasem, *Gesundheitsökonomie in Deutschland* (Anm. 12), S. 423; von der Schulenburg, *Gesundheitsökonomie* (Anm. 38), S. 13.

44 Mark Sculpher/Karl Claxton/Ron Akehurst, *It's just Evaluation for Decision-Making: Recent Developments in, and Challenges for, Cost-Effectiveness Research*, in: Smith/Ginnelly/Sculpher, *Health Policy and Economics* (Anm. 34), S. 8-41, hier S. 11-14.

45 Exemplarisch: Reinhard Rychlik, *Gesundheitsökonomie. Gesundheit und Praxis*, Stuttgart 1999, S. 13f. Vgl. auch: von der Schulenburg, *Gesundheitsökonomie* (Anm. 38), S. 13-16.

46 Williams/Tsuchiya/Dolan, *Trade-offs in Health* (Anm. 35).

47 Crosson, *Health Economists' Study Group* (Anm. 26), S. 10.

4. Fazit

Die Geschichte der Gesundheitsökonomie lässt sich nicht einfach als hegemoniale Intervention der Wirtschaftswissenschaften in die Hoheitsgebiete der Medizin oder gar als verkappter neoliberaler Angriff auf die Grundwerte des Gesundheitswesens interpretieren. Die Gesundheitsökonomie beruht zwar auf einem marktlogischen Verständnis des Gesundheitswesens. Sie setzte sich allerdings früh kritisch mit neoklassischen Deutungstraditionen auseinander und betont bis heute die vielfältigen Grenzen der Marktkräfte im Gesundheitswesen sowie die damit verbundenen Gefahren des Marktversagens. Innerhalb der Wirtschaftswissenschaften profiliert sich die Gesundheitsökonomie gerade durch ihre Vorbehalte gegenüber einem rein ökonomischen Verständnis von Gesundheit. Hinzu kommt, dass das Fach stark interdisziplinär ausgerichtet ist und nicht nur zu medizinischen Disziplinen enge Beziehungen unterhält, sondern etwa auch zu den Politikwissenschaften. Seine historischen Wurzeln sind ebenfalls vielschichtig. Die Genese der Gesundheitsökonomie in den 1960er-Jahren war gleichermaßen von keynesianischen wie von neoklassischen Ansätzen geprägt. Häufig argumentierten Gesundheitsökonominnen für einen Ausbau des Gesundheitswesens.

Vor diesem Hintergrund dürfte die Gesundheitsökonomie durch die COVID-19-Krise eher an Bedeutung gewinnen, nicht nur dank ihres Profils als gesundheitspolitische Steuerungswissenschaft. Das Fach ist durch seine Kombination medizinischer und ökonomischer Perspektiven prädestiniert, um zu vermitteln im Zielkonflikt zwischen Seuchenbekämpfung und Vermeidung volkswirtschaftlicher Folgeschäden der COVID-Prävention. Die globale Dimension der Pandemie wird der Gesundheitsökonomie auch in internationalen Organisationen neuen Rückenwind verleihen.

Geographisch und institutionell verlief die Entwicklung der Gesundheitsökonomie über weite Strecken als Parallelgeschichte zweier unterschiedlicher, voneinander getrennter Traditionen. In den westlichen Industrienationen lieferte das Fach die Expertise, um knappe Ressourcen möglichst kosteneffizient einzusetzen – zu einer Zeit, in der sich der finanzielle Spielraum der öffentlichen Haushalte gegenüber dem Boom der 1950er- und 1960er-Jahre verengt hatte. Parallel dazu fand die Gesundheitsökonomie in internationalen Organisationen wie der WHO zunehmende Beachtung, um Investitionen ins Gesundheitswesen von Staaten des Globalen Südens neu zu legitimieren, durch Verweis auf die Produktivitätseffekte einer verbesserten Gesundheitspolitik.

Einiges deutet darauf hin, dass sich diese Parallelgeschichte derzeit in eine Verflechtungsgeschichte transformiert. Die Gesundheitsökonomie hat im Kontext von Ländern mit niedrigen und mittleren Einkommen zahlreiche gesundheitspolitische Innovationen hervorgebracht, besonders im Umgang mit knappen Ressourcen. Dazu gehören etwa standardisierte Behandlungsmethoden, günstige Pharmazeutika oder interkulturelle Kompetenzen in ethnisch heterogenen Gesellschaften, die auch für

die Gesundheitssysteme der westlichen Industrienationen interessant werden dürfen. Das Potential einer solchen »Reverse Innovation« wird zwar noch kaum genutzt, könnte aber die Grundlage für eine stärkere Verbindung der beiden Traditionen der Gesundheitsökonomie bilden.⁴⁸

Prof. Dr. Martin Lengwiler

Universität Basel | Departement Geschichte

Hirschgässlein 21 | CH-5041 Basel

E-Mail: martin.lengwiler@unibas.ch

48 Jakob Zinsstag u.a., Reverse Innovation in Global Health, in: *Journal of Public Health and Emergency* 3 (2019), URL: <<http://dx.doi.org/10.21037/jphe.2018.12.05>>. Vgl. auch Mills, *Health Economics* (Anm. 17), S. 7.