

# **Beschreibungsdimensionen für gesundheitsökonomische Bewertungsverfahren**

Eine einführende Diskussion von Zielgrößen,  
Implikationen und ethischen Problemfeldern

---

*Kathrin Dengler und Heiner Fangerau*

## **1. EINFÜHRUNG**

Gesundheitsleistungen können mittels unterschiedlicher (ökonomischer) Verfahren bewertet werden.<sup>1</sup> Dabei stellen beispielsweise entweder die Kosten, das Verhältnis von Kosten und Nutzen, der Nutzwert oder auch die Wirksamkeit einer medizinischen Leistung die zu messende Zielgröße dar. Diese Zielgrößen variieren je nach dem gewähltem gesundheitsökonomischen Bewertungsansatz (vgl. Schöffski 2008). Oftmals basieren die Verfahren zur Evaluation von Gesundheitsleistungen auf dem Grundgedanken einer Maximierung von Gesundheit bei möglichst vielen Menschen (vgl. Marckmann und Siebert 2011). Die Größe und die Charakteristika der in Frage stehenden Gruppe sind dabei näherzu bestimmen. So ist es etwa denkbar, dass auf der einen Seite nur bei einer bestimmten Patientengruppe mit einem konkreten Krankheitsbild Gesundheitsverbesserungen erfasst werden sollen oder auf der anderen Seite der

---

**1** | Siehe hierzu die vorgestellten Bewertungsverfahren im Beitrag von Kathrin Dengler in diesem Band.

Nutzen von Gesundheitsleistungen in Bezug auf eine ganze Gesellschaft (kategorial zum Beispiel als Staat, Bundesstaat oder Stadt gefasst) bestimmt werden soll.<sup>2</sup>

Im deutschen Gesundheitswesen stellt nach Oliver Schöffski die Etablierung und Nutzung von speziell gesundheitsökonomischen Evaluationen ein relativ junges Phänomen dar (vgl. Schöffski 2008, S. 8).<sup>3</sup> Die Kosten des medizinischen Fortschritts, Medikalisierungsprozesse, der demographische Wandel (vgl. Marckmann 2003, S. 334), die staatliche Überschuldung und in der Folge immer wieder an ihre Grenze gelangende Sozialsysteme haben jedoch die Vorzeichen eines zunehmenden Ressourcenengpasses im Gesundheitswesen verstärkt (siehe auch Schmidt-Wilke 2004). Zumindest wird ein Bedarf an Rationalisierung, Priorisierung und Rationierung innerhalb des Gesundheitssystems konstatiert (vgl. Deutscher Ethikrat 2012, S. 384ff.). Vor diesem Hintergrund scheint es folgerichtig, dass auch in der Bundesrepublik Deutschland nun vermehrt Ansätze zur Evaluation von Gesundheitsleistungen in die Debatte um Zuteilung mit einbezogen werden.

Schöffski benennt hierfür »zwei Gründe« (Schöffski 2008, S. 9):

»Zum einen kann es sein, dass mit den Ergebnissen [von Evaluationen] Entscheidungen über die Verwendung der evaluierten Maßnahmen beeinflusst werden können (in welcher Form auch immer), zum anderen ist es möglich, dass Vorschriften existieren, die die Durchführung [von Evaluationen] zwingend vorschreiben« (Schöffski 2008, S. 9).

---

**2** | Vgl. hierzu etwa die Prioritätenliste, die im US-amerikanischen Bundesstaat Oregon erstellt wurde mit dem Ziel, einen optimalen Ressourceneinsatz in der Gesundheitsversorgung zu etablieren. Vgl. Marckmann und Siebert 2002; Ubel et al. 1996; Nord 1993.

**3** | Für einen kurzen historischen Überblick über die Entwicklung der Gesundheitsökonomie (in Deutschland) vgl. Schöffski 2008, S. 17ff.

In dieser Lesart werden gesundheitsökonomische Bewertungen von Gesundheitsleistungen genutzt, um den Weg für Entscheidungen über ihren Einsatz zu bahnen. Gesundheitsökonomische Evaluationen haben so ein großes Gewicht. In Ländern wie zum Beispiel Kanada, Australien, Schweden oder Großbritannien (vgl. Schöffski 2008, S. 7ff.) werden gesundheitsökonomische Evaluationen im Kontext der Bestimmung der Erstattungsfähigkeit von medizinischen Mitteln vorgeschrieben. Im Sozialgesetzbuch (SGB) in Deutschland sind, wie Schöffski hervorhebt, ebenfalls Forderungen enthalten, die eine Wirtschaftlichkeitsprüfung verlangen (vgl. Schöffski 2008, S. 10). Auch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) wendet für die Preisfestsetzung ein Effizienzgrenzenkonzept an (vgl. Deutscher Ethikrat 2012, S. 396ff.).

Der zunehmende Gebrauch von gesundheitsökonomischen Verfahren und Methoden im Gesundheitsbereich – auch mit dem Ziel einer Rationierung von Leistungen – lässt es notwendig erscheinen, die Aussagekraft und Zielstellung dieser Bewertungsansätze zu prüfen (vgl. exemplarisch Deutscher Ethikrat 2012; Schmidt-Wilke 2004). Dabei ist sowohl danach zu fragen, an welchen Zielgrößen sich die jeweiligen Verfahren orientieren und was jeweils gemessen wird, als auch zu prüfen, welche Faktoren und Bewertungsdimensionen keine oder nur wenig Berücksichtigung finden. Eine solche Betrachtung anzuregen, stellt das Ziel dieses Beitrags dar, wobei die hier vorgelegte Darstellung von ausgewählten Dimensionen und Zielgrößen keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben kann. Vielmehr soll die hier vorgelegte einführende Analyse exemplarisch einzelne auffällige Aspekte herausgreifen und – u.a. in Anlehnung an eine Stellungnahme des Deutschen Ethikrates zur normativen Funktion der Bewertung von Nutzen und Kosten im Gesundheitswesen (Deutscher Ethikrat 2012) – einzelne auffällige Aspekte herausgreifen und erörtern.

## 2. SPANNUNGSFELDER IN GESUNDHEITSÖKONOMISCHEN BEWERTUNGSSYSTEMEN<sup>4</sup>

Zunächst ist zu konstatieren, dass die verschiedenen Bewertungssysteme sich auf jeweils unterschiedliche Ergebnisdimensionen ausrichten, d.h. sie setzen sich aus verschiedenen Maßgrößen zusammen und verfolgen unterschiedliche übergeordnete, nicht unbedingt miteinander vergleichbare Ziele. So werden entweder die Wirksamkeit, die Verträglichkeit, die Lebensqualität des Patienten, die qualitätsadjustierten Lebensjahre, die Patientenzufriedenheit, die verbesserte Compliance oder der Grad der Arbeitsfähigkeit als Zielgrößen erfasst (vgl. Schulenburg et al. 2007). Bei den fünf Evaluationsinstrumenten der 1) Kosten-Analyse, 2) Krankheitskosten-Analyse, 3) Kosten-Kosten-Analyse, 4) Kosten-Nutzen-Analyse und 5) Kosten-Wirksamkeits-Analyse (siehe der Artikel von Kathrin Dengler in diesem Band) erfolgt keine Berücksichtigung von Patientenpräferenzen innerhalb des Rechenmodells bzw. werden diese nicht abgefragt. Diese Lücke versuchen *Kosten-Nutzwert-Analysen* (wie sie zum Beispiel das QALY-Konzept, der Ansatz der HYE oder der DALY, sowie das SAVE-Konzept darstellen) zu schließen, indem sie den Wünschen, Bedürfnissen, Interessen und Präferenzen der Patienten bzw. Bürger mehr Rechnung tragen. Dabei werden diese Präferenzen jedoch in differenter Weise erhoben. Vielfach ist offen, wer genau befragt worden ist, wird oder werden soll (direkt von Krankheiten Betroffene, Angehörige, Menschen aus medizinischen Berufen usw.). Je nach gewählter Befragungsgruppe können die Aussagen mitunter stark variieren (vgl. hierfür die Ausführungen des Deutschen Ethikrates zur Bestimmung der Lebensqualität bei den QALYs in: Deutscher Ethikrat 2012, S. 395 sowie S. 407, dort vor allem auch Fußnote 72).

---

**4** | Eine ausgiebige Vorstellung der hier diskutierten Kosten-Nutzwert-Verfahren findet sich im vorangegangenen Beitrag von Kathrin Dengler. Um Redundanzen zu vermeiden, verweisen wir an dieser Stelle lediglich auf die dortigen Ausführungen und die dort verwendete Literatur.

Insgesamt gilt, dass es von den Befragungsmethoden und -ansätzen abhängt, welche Bewertungsergebnisse am Ende zum Beispiel in Bezug auf eine Veränderung des Gesundheitszustandes durch eine bestimmte Therapie herauskommen. So schreibt der Deutsche Ethikrat in seiner oben erwähnten Stellungnahme in Bezug auf die Ermittlung der QALYs: »Insbesondere führen unterschiedliche Erhebungsverfahren für dasselbe Befragungsziel zu unterschiedlichen Ergebnissen, ohne dass man sagen könnte, welches Verfahren ›besser misst‹« (Deutscher Ethikrat 2012, S. 407, Fußnote 72). Je nach getroffener Wahl entstehen also andere Evaluationsergebnisse, die es unserer Ansicht nach in pluralistisch-demokratischen Gesellschaften zu explizieren, transparent zu machen und zu diskutieren gilt. Folglich ist nicht nur die Art und Weise der Präferenzerhebung innerhalb von gesundheitsökonomischen Bewertungsverfahren zu begründen und zu rechtfertigen, sondern gleichfalls auch schon die Wahl der gesundheitsökonomischen Evaluationsmethode selbst.

### **3. ZIELGRÖSSEN UND MÖGLICHE KONFLIKTFELDER VON KOSTEN-NUTZWERT-VERFAHREN – EINE EXEMPLARISCHE BETRACHTUNG**

#### **3.1 Beschreibungsdimensionen von Nutzwert-Verfahren – Ein Vorschlag**

Die Kosten-Nutzwert-Verfahren fokussieren jeweils auf unterschiedliche Zielgrößen und berücksichtigen verschiedene Wertmaßstäbe. Im Folgenden sollen in exemplarischer Form acht Beschreibungsdimensionen vorgestellt werden, mit denen Kosten-Nutzwert-Verfahren charakterisiert und einer über ökonomische Evaluationen hinausgehenden Betrachtung zugänglich gemacht werden können. Die Darstellung ist offen und gelegentlich rhetorisch zugespitzt konzipiert, um Brisanz, Komplexität und dilemmatische Grundkonstellationen zu verdeutlichen. Sie erhebt dabei keinen Anspruch auf eine

vollständige Wiedergabe ethischer Konflikt- und Problemfelder. Vielmehr soll sie als Diskussionsbasis und als Beitrag für eine Auseinandersetzung zur Frage nach einer gerechten Rationierung von Gesundheitsleistungen verstanden werden. Exemplarisch werden acht Beschreibungsdimensionen skizziert (siehe Abbildung 1) und einige mit ihnen assoziierte Problemfelder diskutiert. Die Beschreibungsdimensionen und Problemfelder wurden aus der Vielzahl der betroffenen Aspekte, die in der Literatur verschiedentlich verhandelt werden,<sup>5</sup> von den Autoren in Zusammenarbeit mit Uta Bittner nach einem Workshop mit den anderen Beiträgern zu diesem Band und unter Bezugnahme auf die schon zitierte Stellungnahme des Deutschen Ethikrates (Deutscher Ethikrat 2012) als besonders relevant und hervorstechend ausgewählt. Kernpunkte und Grundfragestellungen der acht Beschreibungsdimensionen werden zudem in den folgenden Beiträgen dieses Bandes exemplarisch aufgegriffen, vertiefend erörtert und diskutiert. Andere Akzentuierungen bei der Auswahl von Beschreibungsdimensionen sind möglich. Außerdem sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass die Dimensionen als auf unterschiedlichen Ebenen der Betrachtung liegend aufgefasst werden können. Dies wird von den Autoren weniger als methodischer Nachteil gewertet, sondern vielmehr als Perspektivenerweiterung und Auffächerung der Thematik angesehen.

---

**5** | Siehe zum Beispiel die Bewertung von Nutzenmessungsverfahren bei Schmidt-Wilke 2004. Schmidt-Wilke arbeitet mit insgesamt sieben Bewertungskriterien zur Evaluation von Nutzenmessungsinstrumenten: »Im einzelnen sind dies Transparenz, Objektivität, Vollständigkeit, Genauigkeit, Vergleichbarkeit, geringer Aufwand und Ethik« (Schmidt-Wilke 2004, S. 197). Schmidt-Wilke bewertet die von ihr untersuchten Nutzenmessungsverfahren mit diesen sieben Kriterien u.a. in Bezug auf ihre Tauglichkeit bzw. Angemessenheit für eine »zielfunktionsabhängige Informationsverwendung«, die sie in die drei Bereiche konzeptionelle, instrumentelle und symbolische Informationsverwendung einteilt (Schmidt-Wilke 2004).

### 3.2 Erläuterung der Beschreibungsdimensionen

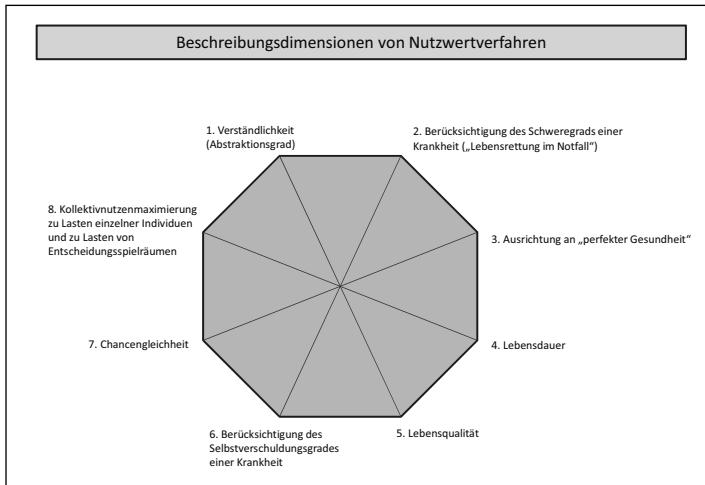


Abbildung 1: Acht Beschreibungsdimensionen von Nutzwertverfahren

#### 3.2.1 Verständlichkeit (Abstraktionsgrad)

Mit dem Abstraktionsgrad ist die intuitive Verständlichkeit bei der Bewertung bzw. Evaluierung der Präferenzen und Priorisierungen gemeint. In Anlehnung an Schmidt-Wilke können hier auch die Kriterien der »Transparenz«, »Vollständigkeit« oder auch »geringer Aufwand« subsummiert bzw. mit einbezogen werden (Schmidt-Wilke 2004, S. 197-206). Die Dimension der Verständlichkeit orientiert sich daran, a) wie leicht die angestellten Berechnungen und Erhebungen der Präferenzen für den Laien nachvollziehbar sind, b) welches Reflexionsvermögen als notwendig vorausgesetzt wird und c) wie groß der Aufklärungsumfang und Erläuterungsaufwand zur Durchführung von Bewertungsmethoden ist.<sup>6</sup>

**6** | Für eine ausführliche Analyse verschiedener Kosten-Nutzen-Messungsmethoden siehe die detaillierte Ausarbeitung bei der schon öfter zitierten Schmidt-Wilke 2004. Es sei angemerkt, dass Schmidt-Wilke andere Definitionen für Nutzenmessungsmethoden verwendet als die in diesem Bei-

Als Beispiel für intuitive Verständlichkeit kann genannt werden, dass beim SAVE-Verfahren mitunter hervorgehoben wird, dass es von Vorteil sei, dass die Befragten sich eine Situation im Vergleich zu einem geretteten jungen Leben vorstellen sollen. So beschreibt Erik Nord zu den Hauptvorteilen von SAVE (vgl. Nord 1992, S. 877): »use easily understandable unit of measurement – namely, value of saving a young life« (Nord 1992, S. 877). Andere Berechnungsverfahren sind ebenfalls entsprechend ihrer Komplexität und Übersichtlichkeit zu evaluieren, sodass sich die relative und absolute Verständlichkeit jeweils bestimmen lässt.<sup>7</sup>

### **3.2.2 Berücksichtigung des Schweregrades einer Krankheit<sup>8</sup>**

Im Gegensatz zum QALY-Verfahren wird beispielsweise bei der SAVE-Methode, wie Nord expliziert, auch der Schweregrad der Krankheit berücksichtigt (vgl. Nord 1992, S. 876). Wenn etwa die befragten Personen eine Verbesserung von einem sehr schlechten Zustand zu einem schlechten Zustand wichtiger finden als eine Verbesserung von einem guten zu einem sehr guten Zustand, dann kann dies, wie Nord ausführt, über das Äquivalent der SAVEs abgebildet werden (vgl. Nord 1992, S. 876).

Eine allgemeine, intuitive Einstellung der Bürger scheint zu sein, dass lebensrettende Maßnahmen stärker gewichtet werden als Maßnahmen, die einen ohnehin schon guten Gesundheitszustand verbessern (vgl. Deutscher Ethikrat 2012, S. 408-410). Auch Eva-

---

trag und im Beitrag von Kathrin Dengler in diesem Band gewählten. Vgl. Schmidt-Wilke 2004.

**7** | Siehe den ähnlich gelagerten Ansatz von Schmidt-Wilke 2004.

**8** | Der Deutsche Ethikrat benennt die »Missachtung der Relevanz des Schweregrads der Erkrankung« (Deutscher Ethikrat 2012, S. 408) als einen zentralen Kritikpunkt am QALY-Konzept. Dieser Einwand sowie seine anschließende Diskussion innerhalb der Stellungnahme des Deutschen Ethikrates (vgl. Deutscher Ethikrat 2012, S. 408-410) bilden die Grundlage der folgenden Überlegungen zur zweiten Beschreibungsdimension.

luationsverfahren sollten diesen Gedanken im Kern berücksichtigen. QALY-Gewinne etwa von 0,1 auf 0,2 müssten höher bewertet werden als QALY-Zuwächse von 0,8 auf 0,9 (vgl. Marckmann 2011, S. 135). In plakativer Form könnten hier die Lebensrettung am Unfallort auf der einen Seite (angenommen, dies entspricht hypothetisch einer QALY-Steigerung von 0,1 auf 0,2) und die ästhetische Nasenkorrektur wegen leichterer psychischer Belastung (angenommen, dies entspricht hypothetisch einer QALY-Steigerung von 0,9 auf 1) einander gegenübergestellt werden.<sup>9</sup> Beide Gesundheitsleistungen leisten eine QALY-Verbesserung von 0,1 Punkten, aber beide Leistungen sind in der Frage der Priorität der Leistung noch zusätzlich anders zu gewichten. Hieraus folgt die Notwendigkeit einer Ergänzung zum Beispiel des QALY-Modells, und zwar in dem Sinne, dass zunächst die Schlechtestgestellten zuvorderst behandelt werden sollten und somit prioritätär Gesundheitsleistungen erhalten sollten (vgl. Deutscher Ethikrat 2012, S. 408f.). Erst dann sollen diejenigen Gesundheitsleistungen erhalten, denen es im Vergleich der Ausgangssituationen besser geht. Eine solche Abstufung kann durch sogenannte »equity weights« (Deutscher Ethikrat 2012, S. 409) erreicht werden: »Das sind Multiplikationsfaktoren, die bewirken, dass Zugewinne am unteren Ende der QALY-Skala [...] bei der indikationsübergreifend vergleichenden Bewertung von Therapien stärker ins Gewicht fallen als Zugewinne am oberen Ende der Skala [...]« (Deutscher Ethikrat 2012, S. 409). Zudem spiegelt sich im Hinblick auf die Handhabung von Notfallbehandlungen bzw. dringenden Behandlungen die allgemeine Frage nach dem Anspruch bzw. den Rechten der Bürger (Versicherten) auf medizinische Versorgung wider: so könnte die Forderung einer medizinischen Minimalversorgung etwa darin bestehen, das Überleben sicherzustellen. Die zu untersuchenden Evaluationsverfahren sind daher hinsichtlich ihrer Berücksichtigung von Krankheitsschweregraden zu bewerten.

---

**9** | Vgl. für eine ähnliches Rechenbeispiel: Deutscher Ethikrat 2012, S. 409.

### 3.2.3 Ausrichtung an ›perfekter Gesundheit‹

Die Dimension Ausrichtung an ›perfekter Gesundheit‹ kann speziell bezogen auf das Verfahren der *healthy year equivalents* (HYEs) verdeutlicht werden. Darin wird ein Zustand mit einer gegebenen Krankheit vom Patienten ins Verhältnis gesetzt zu einer gewissen Anzahl von Lebensjahren, die er in perfekter Gesundheit verbringen würde. Beispielsweise soll sich ein Patient mit einem Raucherbein, der aber noch 15 Jahre mit amputiertem Bein leben würde, überlegen, wieviele Jahre in vollständiger (= ›perfekter‹) Gesundheit er dagegen ›eintauschen‹ (=gleichsetzen) würde (vgl. Mehrez und Gafni 1991, S. 141). Bei den HYEs wird daher nach der Anzahl der Jahre bei bester (perfekter) Gesundheit gesucht, die das Äquivalent zur gegebenen Situation darstellen (vgl. Mehrez und Gafni 1991).

Zu fragen ist hier nach dem jeweiligen Verständnis von »›perfekter Gesundheit‹. Die Verbindung zu Modellen der Bewertung von Gesundheit entweder im Sinne einer physiologischen, psychischen und anatomischen Gesamtintaktheit oder im Sinne unterschiedlicher Modelle der Lebensqualität (siehe Dimension 5 und den Beitrag von Reinhold Kilian in diesem Band) liegt auf der Hand. Die Idee der »›perfekten Gesundheit‹ konzentriert sich daher in dieser Bewertungsdimension auf diejenige medizinische Perspektive, die versucht, Gesundheitsdaten anhand objektiver Parameter der Unversehrtheit zu erheben. Probleme liegen in a) der Abbildung von vollständiger Gesundheit, b) der Differenzierung kultureller Gesundheitsverständnisse, nach der ein universelles Bild von perfekter Gesundheit nicht existiert und c) interindividuellen temporalen Verschiebungen des Gesundheitsbildes (zum Beispiel im Rahmen eines altersassoziierten »response shift« (vgl. u.a. Schwartz et al. 2007), siehe auch die Dimensionen 4 und 5).

### 3.2.4 Lebensdauer

Bei den QALYs wird als relevante Zielgröße die (Rest-)Lebensdauer explizit berücksichtigt und verrechnet (vgl. Schöffski und Greiner 2008, S. 96). Auch bei den HYEs und den SAVEs wird die verbleibende Lebenszeit berücksichtigt, allerdings in weniger expliziter

und offensichtlicher Form. So wird bei den HYEs zum Beispiel die Restlebensdauer in der individuellen Nutzenfunktion berücksichtigt (vgl. Mehrez und Gafni 1991, S. 140). In der Dimension ›Lebensdauer‹ ist entsprechend auch die Frage nach der Berücksichtigung von älteren vs. jüngeren Patienten zu verorten (vgl. Deutscher Ethikrat 2012, S. 409). Gegenüber dem QALY-Bewertungsinstrument äußert beispielsweise Meran den Kritikpunkt, dass QALYs besonders alte Menschen diskriminieren, »weil ein Jüngerer immer eine höhere Lebenserwartung hat und somit mehr QALYs erwarten kann« (Meran 1994, S. 74; vgl. auch Schurz 1996, S. 38; Deutscher Ethikrat 2012, S. 409). Dies erscheint vor dem Hintergrund einer allgemeinen Konzeption der Menschenwürde, die das Gebot der Nicht-Diskriminierung nach Alter, Geschlecht, religiöser Ausrichtung usw. beinhaltet, durchaus problematisch. Auch in dieser Dimension wäre dann entsprechend zu prüfen, inwiefern die betrachteten Evaluationsverfahren den Aspekt der Lebensdauer relativ und absolut miteinbeziehen.

### **3.2.5 Lebensqualität**

Die ›Lebensqualität‹ wird anhand von verschiedenen Erhebungsmethoden ermittelt; dadurch kann in unterschiedlicher Weise gemessen werden, wie verschiedene Zustände bewertet werden (vgl. Schöffski 2008a, S. 326). Die Bewertung hängt u.a. von der Wahl der Erhebungsmethode ab, aber auch von der befragten Person. Daher kann es zu Verschiebungen bzw. Verzerrungen kommen. Die Bezugnahme auf eine meßbare Form der ›Lebensqualität‹ ist umstritten. So weisen verschiedene Autoren auf Probleme und Herausforderungen in Bezug auf Lebensqualitäts-Konzepte hin (vgl. zum Beispiel Schöffski 2008a und Schöffski 2008b; Meran 1994). Für Meran beispielsweise stellt die ›Eigenschaft des Menschen, kompensatorische Gegengewichte zu Einschränkungen jeglicher Art entwickeln zu können‹ (Meran 1994, S. 68)

ein Meß-Problem für den Lebensqualitäts-Ansatz dar.<sup>10</sup> Allein deshalb korreliere »Lebensqualität nicht einfach linear mit physischem, sozialem, psychischem und spirituellem Wohlbefinden, sondern kann auch und gerade Ausgleichsmöglichkeiten und Bewältigungsstrategien als Kompensation zur Krankheit mit einbeziehen« (Meran 1994, S. 68). Bei den HYEs wiederum erfolgt die Berücksichtigung der Lebensqualität innerhalb der individuellen Nutzenfunktion (vgl. Mehrez und Gafni 1991, S. 140). Anhand der Beschreibungsdimension ›Lebensqualität‹ wäre folglich zu klären, a) ob und in welchem Maße ein zu untersuchendes Messverfahren die Lebensqualität berücksichtigt, b) in welchem Umfang und wie Lebensqualität jeweils definiert wird sowie c) welche Aspekte, die mit dem Wohlbefinden zusammenhängen, nicht berücksichtigt werden.

## **6. Berücksichtigung des Selbstverschuldungsgrades einer Krankheit**

In die Bewertung und Priorisierung von Gesundheitsleistungen durch die allgemeine Bevölkerung und damit in die intuitiven Reaktionsmuster der Menschen scheint auch die Ätiologie, die *Genese* von Krankheitszuständen in (indirekter) Weise einzufließen. Während gesundheitsökonomische Bewertungsverfahren meist nicht berücksichtigen, ob ein Krankheitszustand selbst- oder fremdverschuldet ist und daher auch diese Differenzierung nicht explizit zu beinhalten scheinen, zeigen Untersuchungen von beispielsweise Schomerus et al. (2006) zur Bewertung psychischer Erkrankungen, dass bei der Allokation von Gesundheitsleistungen die Bereitschaft zur Zu- und Verteilung von Ressourcen stark davon abhängt, ob die zu diagnostizierenden oder zu behandelnden Krankheiten vom Patienten selbst verschuldet sind (etwa durch starken Alkohol- oder Tabakkonsum), oder ob es sich um Krankheiten handelt,

---

**10** | Zu der Anpassungsfähigkeit und den daraus resultierenden Herausforderungen bei der Messung von Lebensqualität vgl. auch den Beitrag von Reinhold Kilian in diesem Band.

die nicht in eine direkte Korrelation zum Verhalten des Patienten gebracht werden können (zu verstehen als nicht selbstverschuldet bzw. „fremdverschuldet“) (vgl. Schmoreus et al. 2006). Hier spielt folglich der Wert der wahrgenommenen Eigenverantwortlichkeit gegenüber dem eigenen Leben/der eigenen Gesundheit eine zusätzliche zentrale Rolle bei der Frage nach der Zuteilung von Gesundheitsleistungen. In der Bevölkerung scheint die Akzeptanz für Ausgaben von fremdverschuldeten Krankheiten größer zu sein als die Akzeptanz für Ausgaben von selbstverschuldeten Krankheiten (vgl. Schomerus et al. 2006). Auch der Wunsch nach sozialer Distanz zu mit sozialer Devianz assoziierten Krankheiten wie zum Beispiel Alkoholismus oder Schizophrenie führt dazu, dass Menschen weniger stark bereit zu sein scheinen, Geld für die Therapie solcher Krankheiten aufzubringen (vgl. Schomerus et al. 2006). Das heißt, mit einer antizipierten hohen persönlichen Verantwortlichkeit für eine Krankheit korreliert negativ die „allgemeine“ Bereitschaft, Geld für Gesundheitsleistungen (auf solidarischer Basis) bereitzustellen.

Hier ist aus ethischer Sicht zu hinterfragen, ob und wann tatsächlich eine solche antizipierte Verantwortlichkeit und Kausalität für die eigene Gesundheit eine Mittelkürzung rechtfertigt. So könnte man wie Georg Marckmann einwenden, dass auch bei Personen, die Sportarten mit hohen Risikofaktoren ausüben (etwa Klettern, Motorradfahren) gleichfalls die Mittel für Gesundheitsleistungen gekürzt werden müssten (was zum Teil bereits in einigen Krankenkassen so gehandhabt wird) (vgl. ähnlich Marckmann 2006). Die ethisch brisante Frage betrifft hier wie so oft die nach der Grenzziehung der Anerkennung: Wann fängt ein selbstverschuldeteter Zustand an, und wo beginnt möglicherweise ein Zustand, der *nicht* selbstverschuldet ist? Die graduellen Grenzziehungen erscheinen willkürlich bzw. individuell aushandelbar – was eine gesamtgesellschaftliche Bewertung anhand von gesundheitsökonomischen Bewertungsverfahren erneut erschwert oder gar unmöglich macht.

In Bezug auf die Dimension ›Selbstverschuldungsgrad einer Krankheit‹ wäre zum einen zu prüfen, ob und inwiefern intuitive Reaktionsmuster bzgl. der Bereitschaft zur Kürzung bzw. Gewährung von Gesundheitsleistungen in den gängigen gesundheitsökonomischen Bewertungsverfahren berücksichtigt werden. Gleichfalls wäre zum anderen zu untersuchen, ob auf politischer Ebene errechnete Allokationen und Prioritätenlisten auf Unverständnis und Nicht-Akzeptanz in der Bevölkerung stoßen könnten. Zudem gilt es aber ferner auch zu verhandeln, ob und inwiefern solche intuitiven Bewertungen überhaupt in Entscheidungen zu Leistungsbegrenzungen einfließen sollten. Das heißt, die hier zu klärende, ethisch äußerst komplexe Frage wäre folglich, ob eine Differenzierung in selbst- und nicht-selbst-verschuldete Krankheiten gewünscht ist und inwiefern diese Berücksichtigung der Geneseform von Krankheiten in die Zuteilungsdebatte von Gesundheitsleistungen einfließen sollte.

## **7. Chancengleichheit**

Eine weitere wichtige, allgemein zu berücksichtigende Zielgröße bei der Genese von Entscheidungen im Kontext der Leistungsbegrenzung im Gesundheitswesen stellt das Prinzip der Chancengleichheit dar (siehe auch den einleitenden Beitrag von Heiner Fangerau und Kathrin Dengler sowie die Beiträge von Christian Lenk und Walter Pfannkuche in diesem Band). So gibt es Haltungen, die es als wichtig erachten, dass alle Menschen zumindest einen Grundstamm an gleichen Ausgangsbedingungen – Chancen – erhalten sollten (man denke etwa an die Gerechtigkeitskonzeption von Amartya Sen oder an den Ansatz von Norman Daniels, vgl. Sen 2002, Daniels 1985). Man muss dabei nicht so weit gehen, für alle Menschen immer das Gleiche zu fordern. Vielmehr zielt der Ansatz der Chancengleichheit im Allgemeinen darauf ab, allen Menschen prinzipiell die Möglichkeiten zu offerieren, die sie benötigen, um ein in ihren Augen glückliches, gesundes Leben führen zu können. Gerade die Frage nach der Gesundheit spielt hier eine entscheidende Rolle.

Allerdings besteht die Schwierigkeit dieses Ansatzes darin, diesen Grundstock an gleichen Ausgangschancen zu benennen und einen diesbezüglichen Konsens zu finden. In Bezug auf Gesundheitsleistungen variieren die Ansichten in den aktuellen politischen Debatten, was zum Teil auf den inzwischen schon sprachwörtlichen Wertpluralismus der westlichen Industrienationen zurückzuführen ist, zum Teil aber auch kulturellen und historischen Bedingtheiten geschuldet zu sein scheint (vgl. die Übersicht zu verschiedenen internationalen Ansätzen zur Leistungsbewertung und -begrenzung in: Deutscher Ethikrat 2012, S. 387-389). In pluralistischen Gesellschaften ist es mitunter schwierig, sich auf ein Set minimaler und als gerecht empfundener unveräußerlicher Grund-Gesundheitsstandards bzw. weniger abstrakt auf einen klar definierten und konkretisierten »Umfang einer medizinischen Grundversorgung« (Marckmann 2003, S. 338) zu einigen. In Bezug auf die Verteilung von Gesundheitsleistungen bzw. den Zugang zu Behandlungsangeboten bedeutet dies, dass es für den Austausch von Gütern – speziell im Kontext des Gutes »Gesundheit«<sup>11</sup> – gewisse unverfügbare Bereiche bzw. Grundgüter gibt, die nicht in ein Tauschverhältnis eingebracht werden können und dürfen (vgl. Kersting 2008, S. 30-33). Die Chancen, die sich Menschen für ihr Leben wünschen, können stark differenzieren – je nach individuellem Werte-Rahmen. Diese Schwierigkeit überträgt sich entsprechend in gesundheitsökonomische Bewertungsansätze, die eine Verallgemeinerung von Präferenzen und allgemein akzeptierten Ausgangschancen abzubilden versuchen. So können bereits vor der Durchführung von gesundheitsökonomischen Evaluationen erste Probleme zutage treten, etwa dann, wenn Uneinigkeit darüber herrscht, ob die für das Gesundheitssystem geplanten Ressourcen tatsächlich in die Gesundheitsversorgung fließen sollen – oder nicht doch besser zur Befriedigung anderer Bedürfnisse und

---

**11** | Vgl. für den besonderen Status des Gutes »Gesundheit« den Beitrag von Heiner Fangerau und Kathrin Dengler in diesem Band und die dort aufgeführte Literatur.

Wünsche (etwa Bildung, Altersvorsorge oder das Bereitstellen von Verkehrsinfrastruktur o.ä.) verwendet werden sollten.<sup>12</sup> Es ist offensichtlich, dass gesundheitsökonomische Evaluationsverfahren zur Beantwortung dieser grundsätzlichen Fragen nicht allzu geeignet erscheinen. So ist anzunehmen, dass gesundheitsökonomische Evaluationsmethoden die Ausformulierung dessen, was unter ›Chancen‹ bzw. ›gleichen/gleichwertigen Chancen‹ im Gesundheitsbereich zu verstehen ist, kaum leisten können. Doch genau diese Präzisierung und ihre gesamtgesellschaftliche Diskussion und Anerkennung sind unerlässlich, will man zu überzeugenden, einheitlich akzeptierten Bewertungen, Zuteilungen sowie potentiellen Begrenzungen von Gesundheitsleistungen in einer Gesellschaft gelangen.

---

**12** | Zum Problem der Ressourcen- bzw. Budgetbestimmung im Gesundheitswesen und den verschiedenen Ebenen der Allokation vgl. exemplarisch die Übersicht von Marckmann 2003 oder siehe auch Deutscher Ethikrat 2012.

## **8. Kollektivnutzenmaximierung zu Lasten einzelner Individuen<sup>13</sup> und zu Lasten von Entscheidungsspielräumen**

Die Möglichkeit, Gesundheitsleistungen in Modellen zu bewerten und zu vergleichen, hat aufgrund der Logik des Modellierens folgende wichtige Grenzen: Jede Übertragung von Einzelfällen in eine Modellstruktur, die auf den Gesamtnutzen fokussiert, verlangt notwendigerweise eine Abstraktion, die mitunter nicht jedem Einzelfall gerecht zu werden vermag. Zudem sind Modelle zur individuellen Nutzenmaximierung immer in einen Kontext großer Unsicherheiten eingebettet (vgl. Gold et al. 1996, S. 30f.). In den gesundheitsökonomischen Bewertungsverfahren wird eine Perspektive eingenom-

---

**13** | Auf diesen Aspekt weist etwa der Deutsche Ethikrat in seiner Stellungnahme hin, wenn er in Bezug auf das QALY-Verfahren schreibt: »Wenngleich die Maximierung des Nutzens für den einzelnen Patienten zweifellos ein hochrangiges Ziel ist, bringt die Maximierung der Nutzensumme auf gesamtgesellschaftlicher Ebene ethische Probleme mit sich. [...] Die auffällige Komponente der QALYs besteht darin, dass eine interindividuelle Nutzenmaximierung intendiert ist. Ziel ist es, eine möglichst große Zahl an zusätzlichen QALYs zu generieren, wobei diese über Personengrenzen hinweg aggregiert werden können. Bei der übergeordneten Anwendung der Ergebnisse geht es also nicht um die Erreichung der maximalen Zahl von QALYs für einen bestimmten Patienten, sondern – auf das Kollektiv bezogen – um die Optimierung der QALYs entsprechend einem zur Verfügung stehenden finanziellen Budget. Bei dieser Vorgehensweise können Rechte individueller Personen verletzt werden, indem ihr individueller Nutzen gegen den Kollektivnutzen aufgerechnet wird. Damit kann man diese Methode dem Utilitarismus zuordnen. Die Erzielung des größten Glücks für die größte Zahl an Betroffenen gilt als das Leitprinzip der im 18. und 19. Jahrhundert von Jeremy Bentham und James Mill begründeten Ethik des Utilitarismus. Eine Handlung bewertet sich demnach allein nach ihren Folgen; sie ist moralisch richtig, wenn sie den Gesamtnutzen über alle Betroffenen hinweg maximiert.« (Deutscher Ethikrat 2012, S. 407) Den folgenden Überlegungen zur achten Dimension liegen diese Ausführungen zugrunde.

men, die eine Gesellschaft bzw. eine klar definierte Personengruppe umfasst. Diese auf Gruppen und deren Gesamtnutzenmaximierung orientierten Ansätze können allerdings dazu führen, dass nur die Kollektive, nicht aber die individuellen Einzelwünsche und -bedürfnisse berücksichtigt werden (vgl. zur Nichtberücksichtigung der Interessen einzelner in konsequentialistischen Ethikansätzen: Bleisch und Huppenbauer 2011, S. 58). Die Mittelverteilung orientiert sich an der Maximierung der Gesamtsumme (»Kollektivnutzen«, Deutscher Ethikrat 2012, S. 407). Das kann aber zu Konflikten führen: So bildet etwa die Basis von Rawls` gerechtigkeitstheoretischen Überlegungen die Grundannahme, wonach »jeder Mensch eine Unverletzlichkeit« (Höffe 2010, S. 66) besitzt, die es zu schützen und zu achten gilt und die nicht aufgerechnet werden darf. Das heißt, auch wenn durch die Verletzung eines Einzelnen (sehr) vielen anderen geholfen werden könnte (etwa indem ihr Wohlergehen gefördert oder gar maximiert würde), so ist dennoch die Unverletzlichkeitsregel einzuhalten: jeder Einzelne ist zu schützen.

In diesem Zusammenhang ist noch ein weiterer Aspekt zu thematisieren. Denkbar wäre, dass der Einzelne durch die Beurteilung aus der Perspektive eines Kollektivs eventuell individuellen Entscheidungs- und Handlungsspielraum einbüßen kann (vgl. Bleisch und Huppenbauer 2011, S. 58; siehe auch den Beitrag von Sebastian Kessler in diesem Band). Das kann auch bedeuten, dass die individuelle Entscheidungskompetenz durch die errechneten Ergebnisse aus standardisierten gesundheitsökonomischen Bewertungsverfahren teilweise verdrängt werden.<sup>14</sup> Übertragen auf das zumindest im tradierten medizinethischen Ideal individuell und situativ angelegte Arzt-Patient-Verhältnis bedeutet dies, dass durch die Vorschriften, die aus gesundheitsökonomischen Bewertungsverfahren für die Akteure im Gesundheitswesen resultieren könnten, der Arzt immer

---

**14** | Für einen Ansatz, der die Entscheidungen zur Gesundheitsversorgung bzw. zu den für jede Person erbrachten Gesundheitsleistungen auf die Ebene des Individuums verlagert, vgl. die Ausführungen im Beitrag von Walter Pfannkuche in diesem Band.

weniger Spielraum für individuelle therapeutische Entscheidungsfindungen erhält. Indem Ressourcen über Bewertungsmodelle, die sich am Kollektivnutzen orientieren, zugeteilt werden, könnten wichtige und für das individuelle Arzt-Patienten-Verhältnis elementare therapeutische Entscheidungsspielräume (und auch das Vertrauensverhältnis<sup>15</sup>) mitunter subtil aberkannt werden.<sup>16</sup> Dies lässt sich aber auch umgekehrt auslegen: so könnte man argumentieren, dass der Arzt Entlastung finden könnte, weil ihm der Handlungsrahmen durch gesundheitsökonomische Evaluationen und daraus resultierende Entscheidungen vorgegeben wird – und er nicht mehr selber entscheiden muss, wie er die knappen Ressourcen unter seinen Patienten verteilt (Marckmann 2003, S. 341).

So wäre folglich zu klären, für welche Entscheidungssituationen und Kontexte welche Art von Evaluationsverfahren herangezogen werden sollte (vgl. Schmidt-Wilke 2004) und bezüglich der Eingang von Entscheidungsspielräumen ist zudem zu bestimmen, ob und inwiefern eine Stärkung der auch erfahrungsbasierten Entscheidungskompetenz des Arztes zulasten der Verfolgung starrer Vorgaben aus Evaluationsberechnungen sich ergeben würde bzw. wünschenswert wäre.

---

**15** | So schreibt der Deutsche Ethikrat zur Frage »Ärzte als ›Rationierer?«: »Unzumutbar sind Budgetierungen, die Ärzte dazu zwingen, einige ihrer Patienten – offen oder verdeckt – schlechter zu behandeln, als es den Standards guter Behandlung entspricht, ohne dass die Gesellschaft dies offen verantwortet und transparente Zuteilungskriterien erarbeiten lässt und akzeptiert. Diese Zwänge überfordern Ärzte, führen unter Umständen zu inakzeptablen, insbesondere gleichheitswidrigen Verteilungsmustern und gefährden die Vertrauensgrundlage des Verhältnisses zwischen Arzt und Patient. Das heißt aber nicht im Umkehrschluss, dass Ärzte gegebenenfalls keine Rolle bei der Erarbeitung und Umsetzung von Priorisierungsvorgaben spielen sollen.« (Deutscher Ethikrat 2012, S. 391)

**16** | Gleichwohl ist anzumerken, dass hier kein strikter Kausalzusammenhang bestehen muss.

## 4. FAZIT

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass unterschiedliche Methoden der Evaluation von Gesundheitsleistungen die hier geschilderten Bewertungsdimensionen in unterschiedlicher Weise adressieren, wodurch sich Profillinien und »Fingerabdrücke« für einzelne Verfahren ergeben können. Wenn Gesundheit und entsprechende Leistungen zu ihrer Förderung, Wiederherstellung oder Wahrung bewertet werden sollen, so schlagen wir vor, zunächst die sachlich in Frage kommenden Evaluationsinstrumente durch die möglichen Anwender darauf prüfen zu lassen, wie die Instrumente nach Anwendermeinung die hier geschilderten Bewertungsdimensionen adressieren, welche Profillinie sich für welche Instrumente ergibt und welche einer von den Anwendern gewünschten »Ideallinie« am nächsten kommt. Dabei kann die Präferenz für ein Messverfahren, wie Schmidt-Wilke dies anhand ihrer sieben Bewertungskriterien (s.o.) herausgearbeitet hat, je nach Zielfunktion (Informationsverwendung) unterschiedlich ausfallen (Schmidt-Wilke 2004). So ist es auch in Bezug auf die hier vorgestellten acht Beschreibungsdimensionen denkbar, dass sich für verschiedene Kontexte und Informations- bzw. Entscheidungssituationen jeweils unterschiedliche »Ideallinien« herausbilden lassen (vgl. Schmidt-Wilke 2004).

In Bezug auf den Aspekt der Kosten stellt sich die Frage, welchen Stellenwert sie bei der Bewertung von Gesundheitsleistungen einnehmen sollen. So schreibt etwa Weyma Lübbe: »Das Kriterium der Kosteneffektivität sollte nicht als unabhängiger Bestandteil eines multikriterial gewichteten Priorisierungskonzepts eingesetzt werden« (Lübbe Sondervotum 2012, S. 438). Zumindest aus historischer Sicht liegen mit der rassenhygienischen Bewertung von Leistungen Modelle vor, die die Gefahr des Beschreitens einer »schießen Ebene« benennen, wenn Gesundheit allein auf ein Kollektiv bezogen in vornehmlich ökonomischen Kriterien bemessen wird (vgl. Fangerau 2009 und vor allem Allen 2001). Somit könnte noch – als weitere Beschreibungsdimension – explizit der Kostenaspekt in den Beschreibungsdimensionen aufgegriffen werden.

Es zeigt sich also, dass die Arbeit an den Beschreibungsdimensionen nicht als abgeschlossen anzusehen ist, sondern eine Weiterentwicklung vielmehr erwünscht und erhofft ist. Somit haben wir erste Schritte für die Erstellung eines Modells zur Erfassung von möglichen Grenzen und Problembereichen von gesundheitsökonomischen Evaluationsverfahren mit der Formulierung von Dimensionen vorgestellt, deren zentralste Teilaspekte in den folgenden Beiträgen eine Vertiefung erfahren.

## LITERATUR

- Allen, G.E. (2001): Essays on science and society. Is a new eugenics afoot? *Science* 294(5540): 59-61.
- Bleisch, B.; Huppenbauer, M. (2011): *Ethische Entscheidungsfindung. Ein Handbuch für die Praxis*. Zürich: Versus Verlag.
- Daniels, N. (1985): *Just Health Care (Studies in Philosophy and Health Policy)*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Deutscher Ethikrat (2012): Nutzen und Kosten im Gesundheitswesen – Zur normativen Funktion ihrer Bewertung. Stellungnahme Januar 2011. In: Honnfelder, L.; Sturma, D.; (in Verbindung mit Beckmann, J.P.; Horn, C.; Siep, L.) (Hrsg): *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik* 16. Berlin/Boston: de Gruyter, 379-439.
- Fangerau, H. (2009): Genetics and the Value of Life: Historical Dimensions. *Medicine Studies* 1: 105-112.
- Gold, M.R.; Siegel, J.; Russell, L.; Weinstein, M. (1996): *Cost-Effectiveness in Health and Medicine*. Oxford/New York: Oxford University Press.
- Höffe, O. (2010): *Gerechtigkeit. Eine philosophische Einführung*. München: C.H.Beck.
- Kersting, W. (2008): Gerechtigkeitsethische Überlegungen zur Gesundheitsversorgung. In: Schöffski, O.; Schulenburg, J.M.v.d. (Hg.): *Gesundheitsökonomische Evaluationen*. 3. Auflage. Berlin/Heidelberg: Springer, 23-47.

- Lübbe, W. (2012): Sondervotum (innerhalb der Stellungnahme Januar 2011 des Deutschen Ethikrates »Nutzen und Kosten im Gesundheitswesen – Zur normativen Funktion ihrer Bewertung«). In: Honnfelder, L.; Sturma, D. (in Verbindung mit Beckmann, J.P.; Horn, C.; Siep, L.) (Hrsg.): *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik* 16. Berlin/Boston: de Gruyter, 379-439, hier: 425-439.
- Marckmann, G. (2003): Verteilungsgerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung. In: Düwell, M.; Steigleder, K. (Hg.): *Bioethik*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp, 333-343.
- Marckmann, G. (2006): Verteilungsgerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung. In: Schulz, S.; Steigleder, K.; Fangerau, H.; Paul, N. (Hg.): *Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin. Eine Einführung*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp, 183-208.
- Marckmann, G.; Siebert, U. (2002): Prioritäten in der Gesundheitsversorgung: Was können wir aus dem »Oregon Health Plan« lernen? *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 127 (30): 1601-1604.
- Marckmann, G.; Siebert, U. (2011): Nutzenmaximierung in der Gesundheitsversorgung. Eine ethische Problemskizze. In: Gethmann-Siefert, A.; Thiele, F. (Hg.): *Ökonomie und Medizinethik*. 2. Auflage. München: Wilhelm Fink, 111-139.
- Mehrez, A.; Gafni, A. (1991): The Healthy-year equivalents: How to Measure Them Using the Standard Gamble Approach. *Medical Decision Making* 11(2), 140-146.
- Meran, J.G. (1994): Lebensqualität in der Medizin. In: Benzenhöfer, U. (Hg.): *Herausforderung Ethik in der Medizin. Beiträge aus der Medizinischen Hochschule Hannover*. Frankfurt a.M.: Peter Lang, 63-79.
- Nord, E. (1992): An alternative to QALYs: the saved young life equivalent (SAVE). *British Medical Journal* 305: 875-877.
- Nord, E. (1993) Unjustified use of the Quality of Well-Being scale in priority setting in Oregon. *Health Policy* 24: 45-53.
- Schmidt-Wilke, J. (2004): *Nutzenmessung im Gesundheitswesen. Analyse der Instrumente vor dem Hintergrund zielfunktionsabhängiger Informationsverwendung*. Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag/GWV Fachverlage.

- Schöffski, O. (2008): Einführung. In: Schöffski, O.; Schulenburg, J.M.v.d. (Hg.): *Gesundheitsökonomische Evaluationen*. 3. Auflage. Berlin/Heidelberg: Springer, 3-12.
- Schöffski, O. (2008a): Lebensqualität als Ergebnisparameter in gesundheitsökonomischen Studien. In: Schöffski, O.; Schulenburg, J.M.v.d. (Hg.): *Gesundheitsökonomische Evaluationen*. 3. Auflage. Berlin/Heidelberg: Springer, 321-334.
- Schöffski, O. (2008b): Nutzentheoretische Lebensqualitätsmessung. In: Schöffski, O.; Schulenburg, J.M.v.d. (Hg.): *Gesundheitsökonomische Evaluationen*. 3. Auflage. Berlin/Heidelberg: Springer, 335-385.
- Schöffski, O.; Schulenburg, J.M.v.d. (Hg.): *Gesundheitsökonomische Evaluationen*. 3. Auflage. Berlin/Heidelberg: Springer.
- Schomerus, G.; Matschinger, H.; Angermeyer, M.C. (2006): Preferences of the public regarding cutbacks in expenditure for patient care. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 41: 369-377.
- Schulenburg, J.M.v.d.; Greiner, W.; Jost, F.; Klusen, N.; Kubin, M.; Leidl, R.; Mittendorf, T.; Rebscher, H.; Schöffski, O.; Vauth, C.; Volmer, T.; Wahler, S.; Wasem, J.; Weber, C., und die Mitglieder des Hannoveraner Konsens (2007): Deutsche Empfehlungen zur gesundheitsökonomischen Evaluation – dritte und aktualisierte Fassung des Hannoveraner Konsens. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement* 12: 285-290.
- Schurz, G. (1996): Der Wert des menschlichen Lebens. *Ethica* 4(1): 23-45.
- Schwartz, C.E.; Andresen, E.M.; Nosek, M.A.; Krahn, G.L., RRTC Expert Panel on Health Status Measurement (2007): Response Shift Theory: Important Implications for Measuring Quality of Life in People With Disability. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 88(4): 529-536.
- Sen, A. (2002): *Ökonomie für den Menschen: Wege zu Gerechtigkeit und Solidarität in der Marktwirtschaft*. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.

Ubel, P.A.; Loewenstein, G.; Scanlon, D.; Kamlet, M. (1996): Individual Utilities Are Inconsistent with Rationing Choices: A Partial Explanation of Why Oregon's Cost-Effectiveness List Failed. *Medical Decision Making* 16: 108-116.