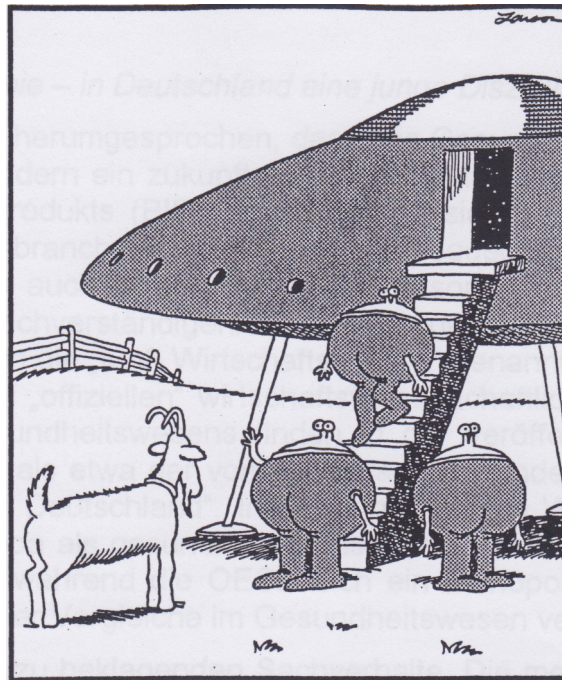


# Ökonomie und Medizin: Zwei Welten prallen aufeinander

Hartmut Reiners (Berlin)

4. Health Circle in Potsdam, 18.09.2013



# Ökonomisierung der Medizin - eine Zumutung für Ärztinnen und Ärzte?

- Das Gesundheitswesen hat sich zu einem riesigen Wirtschaftszweig entwickelt, in dem viel Geld verdient wird. Deshalb sind Klagen über die Ökonomisierung der Medizin eigentlich unsinnig. Es geht nicht um das „ob“, sondern um das „wie“ der Ökonomisierung.
- Mediziner und Ökonomen haben gegensätzliche Denkweisen. Die einen orientieren sich an Fällen und machen Personen für Strukturen verantwortlich; die anderen denken in Modellen und überschätzen Anreizsysteme.
- Ärztinnen und Ärzte erwarten zu Recht gute Bezahlung, empfinden aber oft die ökonomische Bewertung ihrer Arbeit als Zumutung. Das passt nicht zusammen. Albert Schweitzer und Mutter Teresa sind keine realistischen Vorbilder für Gesundheitsberufe.
- Die Lehrbuchökonomie wiederum bietet kein geeignetes Instrumentarium zur Analyse der Gesundheitswirtschaft. Ihre Modelle eines Marktgleichgewichts und wettbewerblicher Ordnungen laufen dort ins Leere. Das heißt aber nicht, dass Marktmechanismen im Gesundheitswesen irrelevant sind.

# Das Gesundheitswesen: ein besonderer Wirtschaftszweig

- Das Gesundheitswesen wird in entwickelten Industrieländern weitgehend öffentlich finanziert (Steuern, Sozialabgaben). In Europa bewegt sich diese Quote zwischen 60 % (Schweiz) und 85 % (Niederlande), in Deutschland bei 75 %.
- Eine allgemeine Krankenversicherungspflicht ist zwingend, wobei nur eine soziale Krankenversicherung allen Bürgern den Zugang zu einer umfassenden medizinische Versorgung gewährleisten kann.
- Im Gesundheitswesen herrschen Marktversagen und Anbieterdominanz. Der Umgang mit den sich daraus ergebenden Mengen- und Qualitätsproblemen ist ein zentrales Steuerungsproblem.
- Die Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen wird über Gesetze und Rechtsverordnungen geregelt. In Deutschland delegiert die Politik das operative Geschäft weitgehend an die Selbstverwaltung der GKV. Der Staat hat die Rechts-, aber nicht die Fachaufsicht.

# Der volkswirtschaftliche Rahmen des Gesundheitswesens

- Das Gesundheitswesen ist elementarer Bestandteil der volkswirtschaftlichen Infrastruktur. 40 % des Sozialbudgets entfallen auf Dienstleistungen, die zur Wertschöpfung beitragen und ein hohes Jobpotenzial bieten. Krankenhäuser sind vielerorts einer der wichtigsten Arbeitgeber.
- Die These, die Sozialabgaben seien zu hoch und gefährdeten den Standort Deutschland, geht an der Sache vorbei. Sie betreffen unverzichtbare Lebenshaltungskosten und sind damit ein Lohnkostenfaktor, den man nicht wegzaubern kann, etwa durch Senkung des Arbeitgeberanteils oder dessen Verlagerung in den Staatshaushalt.
- GKV-Beiträge sind nicht nur Kosten, sondern zugleich finanzielle Basis einer Wachstumsbranche. DIW-Modell: Eine Steigerung der GKV-Beiträge um 1 %-Punkt hat ein Potenzial von 100.000 zusätzlichen Jobs, vor allem im pflegerischen und ärztlichen Bereich.

# Steuerung der Nachfrage

- Die Nachfrage nach medizinischen Leistungen wird über den Leistungskatalog der GKV und die (regionalen) Versorgungsstrukturen gesteuert.
- Finanzielle Anreize für Versicherte haben begrenzte Wirkungen. Sie sind nur dann effektiv, wenn sie eine Wahl zwischen verschiedenen Preisen bei gleicher Qualität bieten (z. B. Festbeträge).
- Zuzahlungen haben nachweislich keine positiven Effekte auf die Ressourcensteuerung. Sie sind entweder hoch und senken die Inanspruchnahme, haben aber soziale und gesundheitliche Kollateralschäden. Oder sie sind niedrig, dann aber ohne Wirkung auf die Nachfrage.
- Der Zusatzbeitrag hat in seiner bestehenden Form unerwünschte Nebenwirkungen, weil er die Risikobereitschaft der Kassen bei Investitionen in neue Versorgungsformen lähmt. Der Kassenwettbewerb läuft nicht, wie erhofft, über die Versorgungsqualität, sondern nach wie vor über den Preis.
- Nur 20 % der Versicherten zeigen wirkliche Wechselbereitschaft. Sie achten auf den Beitrag, kaum auf den Service und Versorgungsangebote.

# Steuerung des Angebots: grundsätzliche Probleme

- Die Steuerung des Angebots an medizinischen Leistungen läuft über administrierte Preise bzw. Vergütungen (EBM, GOÄ, DRG, Festbeträge), Qualitätskriterien und die Bedarfsplanung.
- Administrierte Preise sind Benchmarks und bilden die Durchschnittskosten für definierte Leistungen ab. Das führt leicht zu regionalen Problemen.
- Die Vergütungen für ambulante und stationäre medizinische Leistungen haben in der GKV eine Mengenkomponekte. Gibt es diese nicht, steigt die angebotsinduzierte Nachfrage. Das zeigen die Behandlungsausgaben der PKV, insbesondere in der ärztlichen Versorgung.
- Das perfekte Vergütungssystem gibt es nicht. Einzelleistungssysteme geben Anreize zur Mengenausweitung, Pauschalen und Gehälter neigen eher zu gegenteiligen Wirkungen.
- Finanzielle Anreize haben bei Medizinern begrenzte Steuerungswirkungen. Auch die Arbeitskultur und das berufliche Prestige haben Einfluss auf die Prozessabläufe und Ressourcenverteilung.

# Mythos Kostenexplosion: Fakten

\* BRD alt

Jahr	Gesundheitsausgaben in % des BIP	GKV-Ausgaben In % des BIP	Durchschn. GKV-Beitragssatz
1970 *	6,0	3,5	8,24
1975 *	8,4	5,7	10,04
1990 *	8,3	5,5	12,20
1995	10,1	6,6	13,15
2000	10,3	6,5	13,57
2005	10,7	6,4	14,19
2010	11,6	7,1	15,50

# Wird die GKV unbezahlbar?

## 3 Thesen

1. Wir müssen wegen der demografischen Entwicklung und der ökonomischen Besonderheiten des Gesundheitswesens mit steigenden Gesundheitsausgaben rechnen.
2. Das ist eine weder die Volkswirtschaft noch das solidarisch finanzierte Sozialleistungssystem zwangsläufig überfordernde Entwicklung. Gegenteilige Behauptungen basieren auf fragwürdigen Annahmen mit sich selbst erfüllenden Prophezeiungen.
3. Allerdings werden die GKV-Beiträge vor allem für untere und mittlere Einkommensgruppen eine unzumutbare Höhe erreichen, wenn die GKV-Finanzierung und die Versorgungsstrukturen nicht verändert werden und eine konsequente Qualitätssicherung unterbleibt.



# Mehr ältere = mehr kranke Menschen?

- *Medikalisierungsthese*: Mit der Zahl älterer Menschen wächst der Behandlungsbedarf. Etwa die Hälfte der GKV-Ausgaben entfällt auf die über 65-Jährigen, aktuell 20 % der Bevölkerung, eine wegen der geburtenstarken Jahrgänge 1955 bis 1965 ab 2020 wachsende Quote.
- *Kompressionsthese*: Mit steigender Lebenserwartung wächst die Zahl der Menschen, die mit einem guten Gesundheitszustand ein hohes Alter erreichen und erst spät höheren Behandlungs- und Pflegebedarf haben. Die Zahl der gesunden Lebensjahre wuchs in Deutschland von 1990 bis 2010 im Durchschnitt bei den Männern um 3,5 Jahre, bei den Frauen um 2,3 Jahre.
- Die Pro-Kopf-Ausgaben für medizinische Behandlung sind in der Altersgruppe von 60 bis 74 Jahre am höchsten und nehmen danach ab. Hochbetagte haben bestimmte kostenintensive Eingriffe bereits hinter sich und können aggressiven Therapien nicht mehr ausgesetzt werden.
- Der größte Teil der Gesundheitsausgaben im Laufe des Lebens fällt in den beiden Jahren vor dem Tod an, bei einem gegenläufigen Zusammenhang mit dem Todesalter. Bei den Sterbefällen sind die Behandlungskosten bei den bis zu 30-Jährigen mehr als doppelt so hoch wie bei den über 65-Jährigen.

# Die Medizin in der Fortschrittsfalle?

- Seit 30 Jahren wird behauptet, der medizinische Fortschritt führe dazu, dass er nicht mehr für alle finanzierbar sei und die Leistungen rationiert werden müssten. Aber wieso haben die GKV-Ausgaben seit 30 Jahren einen relativ konstanten BIP-Anteil?
- Medizinische Innovationen haben teilweise hohe Fallkosten, aber auch Rationalisierungspotenzial. Fälle, die früher mit längeren Krankenhausaufenthalten verbunden waren, werden heute medikamentös, ambulant oder teilstationär behandelt.
- Von den zwischen 1978 und 2008 neu zugelassenen 938 Arzneimittelwirkstoffen hatten 24% einen medizinischen Zusatznutzen, 21% nur pharmakodynamische Effekte, 55% keinen Zusatznutzen. Dieses Problem bekommen wir allmählich in den Griff.
- Es gibt medizinisch nicht begründbare Mengenausweitungen, z. B.:
  - Es gibt zu viele teure CT/MRT-Geräte, die sich amortisieren müssen.
  - Die Zahl der Rücken-Operationen hat sich bei AOK-Patienten von 2005 bis 2010 von 97.715 auf 212.985 erhöht.
  - Bei Bypass-Operationen sind wir mit 116 Eingriffen je 100.00 Einwohner internationale Spitze (OECD: 47), ebenso bei Herzkatheter-Interventionen, wo diese Quote bei 624 liegt (OECD: 177).
- Diese Probleme lassen sich mit finanziellen Anreizen allein nicht lösen.

# Patentrezepte und ideologische Fallen

- Kronberger Kreis (Lars P. Feld, Clemens Fuest, Justus Haucap, Volker Wieland, Berthold U. Wigger), FAS 15.9.2013: „Das Gesundheitswesen muss austariert werden, um das Nebeneinander von Überversorgung, Unterversorgung, und Fehlversorgung zu beseitigen. Mehr Geld hilft hinsichtlich solcher Fehlsteuerungen nicht. Einer Bürgerversicherung muss daher eine klare Absage erteilt werden. Vielmehr sollte der Gesundheitsfonds zügig zu einem System der Gesundheitspauschalen weiterentwickelt werden.“
- Heike Göbel, FAZ 8.10.2009: „Die Steuerung der Gesundheitsleistungen sollte möglichst über Preise erfolgen. Das beginnt mit dem mündigen Patienten. Er wägt ab, welche Kasse ihm für seine Prämie am meisten bietet. Er zahlt seinen Beitrag wie die Arztrechnung selbst und reicht diese dann der Kasse ein. Das schafft Anreiz, Angebote zu vergleichen und macht Kosten sichtbar. Beides elementare Voraussetzungen für eine bessere Ausgabenkontrolle – und für ein Gesundheitssystem, das den Versicherten als Kunden sieht.“ (FAZ, 8.10.2009)
- Robert Evans, Alan Maynard, Alexander Preker, Uwe Reinhardt (2004): „Wettbewerb und Märkte sollten Mittel zum Zweck sein, aber kein Selbstzweck. Werden sie als Zweck behandelt, werden die Ziele Wirtschaftlichkeit, Chancengleichheit und Kostendämpfung NICHT erreicht.“

# Finanzierungsprobleme der GKV

- Wir stehen vor der Alternative, entweder den Versichertenkreis und die Beitragsbemessungsgrenze in der GKV auszuweiten oder die Bundeszuschüsse zu erhöhen.
- Die bestehende Beitragsbemessungsgrenze (3937,50 € p.m.) subventioniert Besserverdienende. Ein freiwillig Versicherter mit 6000 € p.m. zahlt eine Kopfpauschale von 610 € und damit einen Beitragssatz von 10,2 % (Versichertenanteil 5,3 %).
- Die u. a. von BÄK-Präsident Montgomery geforderte Umstellung des Umlagesystems der GKV auf Kapitaldeckung der Altersrisiken bringt mehr Probleme als sie löst:
  - Das Umlagesystem ist abhängig von politischen Entscheidungen und der Einkommensentwicklung in Deutschland, die Kapitaldeckung vom globalen Finanzmarkt.
  - Für das Ansparsystem müssten die GKV-Beiträge um mindestens 2 %-Punkte angehoben werden, es sei denn man finanziert es aus dem Bundeshaushalt (Vorschlag Montgomery). Geschätztes Volumen: mindestens 23 Mrd. €.
- Die Finanzierung des Sozialausgleichs aus dem Bundeshaushalt bedeutet Steuererhöhungen. In den Niederlande erhalten 62 % der Haushalte Zuschüsse aus dem Staatshaushalt von durchschnittlich 1000 € pro Jahr. Das wären umgerechnet auf Deutschland mehr als 40 Mrd. €.
- SVR-Wirtschaft: „Das duale System von GKV und PKV lässt sich ökonomisch nicht begründen.“

# GKV-Reformen: Die Interessen Brandenburgs

- Das Grundgesetz überträgt den Ländern die Verantwortung für die Daseinsvorsorge, zu der auch die gesundheitliche Versorgung gehört. Sowohl die vergangenen GKV-Reformen als auch Tendenzen im Medizinbetrieb schwächen ihre Möglichkeiten, den damit verbundenen Aufgaben gerecht zu werden.
- Die Länder haben Interesse an drei Handlungsebenen: 1) Sie müssen mehr Verantwortung in der Sicherstellung und Bedarfsplanung der gesamten medizinischen Versorgung bekommen. 2) Die Aus- und Weiterbildung von Allgemeinmedizinern und pflegerischen Berufen müssen nachhaltig gefördert werden. 3) Die Arbeitsteilung zwischen Bund und Ländern in der Rechtsaufsicht muss neu geordnet werden.
- Nur mit finanziellen Anreizen wird man die großen Disparitäten in der Versorgung nicht beseitigen können. Wir brauchen integrierte Einrichtungen, die ohne mehr Investitionen nicht zu haben sind. Die Landespolitik braucht einen Masterplan Gesundheit, der mit Fördermitteln für die ländlichen Regionen ausgestattet wird.
- Es bedarf einer engen ressortübergreifenden Zusammenarbeit in der Landesregierung. Gerade auf der Landesebene sind Gesundheits- und Sozialpolitik zugleich Infrastruktur- und Wirtschaftspolitik.

# Perspektiven nach der Bundestagswahl

- Die demografische Entwicklung wird vor allem bei den Ländern zu großem Problemdruck führen (Kosten der Beihilfe, Versorgungsungleichgewichte), der Reformen im Krankenversicherungssystem und in den Versorgungsstrukturen unvermeidlich macht.
- Schnelle Lösungen sind nicht zu erwarten. Die Kunst der Gesundheitspolitik besteht darin, „Reformviren“ ins System zu implantieren, ihre Wirkungen zu beobachten und ggf. umzusteuern. Man muss in der Umsetzung von Reformen mit langen Laufzeiten rechnen. Vorerst müssen die Länder mit den Instrumenten auskommen, die sie haben, aber noch nicht hinreichend nutzen.
- Die Vorstellung, man könne das Medizinsystem am besten über finanzielle Anreize steuern, greift zu kurz. Wir brauchen eine öffentliche Debatte über die Möglichkeiten bzw. Grenzen der Medizin und das Verhältnis von „Ethik und Monetik“, und zwar ohne die Phrasenkeule „Rationierung“.
- Gesundheitspolitik erfordert großes Stehvermögen und ist nichts für Feiglinge, sondern „Wasserballett im Haifischbecken“ (Norbert Blüm).