

Der Gesundheitsökonom Prof. Dr. Dr. Wilfried von Eiff im Interview:

Geben statt Nehmen **Wachstumsmarkt mit Risiken und Nebenwirkungen**

Herr Professor von Eiff, Sie befassen sich mit Gesundheitsökonomie. Warum ist diese relativ junge Disziplin heute so wichtig geworden?

von Eiff: Das Gesundheitswesen ist ein wichtiger Wachstumsmarkt mit einer großen volkswirtschaftlichen Bedeutung und hat ein gravierendes gesellschaftspolitisches Gewicht. Ökonomen sind hier in besonderer Weise gefordert, da im Gesundheitswesen Marktmaxime und auch Handlungsempfehlungen, die marktorientiert sind, nur begrenzt gelten. Das liegt u. a. daran, dass wir einen Markt haben, in dem die Kunden dieses Marktes, nämlich die Patienten, keine Konsumentensouverenität haben, da sie, sollten sie nicht selbst Arzt sein, die Qualität der medizinischen Versorgung nicht beurteilen können. Wenn ein Kunde eine fehlerhafte Waschmaschine kauft, sind die Konsequenzen für diese Fehlentscheidung revidierbar und die Kosten überschaubar. Im Gesundheitswesen können Fehlentscheidungen dazu führen, dass der Patient auf Dauer in seiner Gesundheit beeinträchtigt wird oder sogar stirbt. Insofern gelten im Gesundheitsbereich Marktmaxime nur sehr begrenzt.

Eine weitere wichtige Bedeutung kommt der Gesundheitsökonomie zu, denn das Gesundheitswesen hat immer die Funktion einer Infrastruktur für eine Volkswirtschaft. Je leistungsfähiger ein Gesundheitssystem ist, um so eher sind Menschen in der Lage produktiv zu sein. Wenn jemand rasch geheilt wird und dadurch schnell wieder ins Berufsleben zurückkehrt, ist er - rein volkswirtschaftlich betrachtet - in der Lage, einen Beitrag zum Bruttosozialprodukt zu leisten. Wenn er aber lange Zeit krank ist oder wenn das Gesundheitssystem nicht in der Lage ist, die Krankheit schnell und bedarfsgerecht zu therapieren, fällt dieser Mensch im Produktivprozess aus und ist von seinem sozialen Umfeld abgeschnitten.

Und schon sind wir beim Thema Finanzierung.

von Eiff: In der Tat haben wir im Gesundheitswesen noch ein besonderes Problem: Einer steigenden Nachfrage, bedingt durch eine alternde Gesellschaft, steht eine chronische Unterfinanzierung gegenüber. In unserem solidarisch finanzierten System ist der Gedanke der Nachhaltigkeit zu wenig nur unzureichend integriert. Aus Sicht des Ökonomen wäre es dringend erforderlich, das bisher gelebte Prinzip der Anspruchssolidarität (also des Nehmens und nicht des Gebens) zu wandeln in ein Prinzip der „Hilfe zur Selbsthilfe Solidarität“. Das wäre allerdings Aufgabe der Politik. Es kann ein solches System nicht alles refinanzieren, was der Einzelne möchte. Man wird auf Dauer gar nicht umhin kommen, Selbstbeteiligungen und Selbstverantwortung mit in dieses System einzubauen – schon aus erzieherischen Gründen.

Sind wir mit der neuesten Gesundheitsreform auf dem richtigen Weg, die knappen Gesundheitsgüter gerecht zu verteilen und optimal zu nutzen?

von Eiff: Für mich steht fest, dass die jetzige Reform weitere Reformschritte notwendig macht. Das größte Problem dieses aktuellen Reformkompromisses besteht aus meiner Sicht darin, dass die Notwendigkeit einer Umstellung des Sozialsystems von einer umlageorientierten auf eine Kapitaldeckungsfinanzierung ignoriert wird. Diese Diskussion ist im politischen Dickicht hängen geblieben. Wenn das Problem einer nachhaltigen Finanzierung nicht gelöst wird, dann drohen uns in der Tat massive Generationenkonflikte. Wir werden eine Situation heraufbeschwören, in der die jetzt immer älter werdende Generation nicht mehr in der Lage ist, aus eigener Kraft zu refinanzieren und damit auf

staatliche Hilfe angewiesen sein wird. Und die Zahl derer, die überhaupt noch in dieses System einzahlen wird, die wird immer kleiner. Diese Zahl reduziert sich seit dem Jahr 1994 jährlich um 300.000 Personen. Das heißt, wir werden irgendwann eine Gesellschaftsstruktur haben, in der wir 30 % Einzahler haben und 70 % Leistungsnehmer. Das wird nicht finanzierbar sein und das wird auch sozialpolitisch nicht durchsetzbar sein.

Wie ist denn Ihrer Meinung nach das Problem der chronischen Unterfinanzierung zu lösen?

von Eiff: Das Finanzierungsproblem ist nur dadurch zu lösen, indem man die umlageorientierte Finanzierung in eine Kapitaldeckungsstockfinanzierung überführt. Das, was in der Krankenversicherung mit dem Begriff Kopfpauschale verteuert wurde, ist der einzig gangbare und realistische Weg. Dieser Weg würde zu viel mehr Ehrlichkeit und zu viel mehr Transparenz führen und würde auch den Staat in seiner sozialpolitischen Verantwortung ganz anders in die Verpflichtung nehmen. In einem kapitaldeckungsorientierten System leistet jeder seinen Beitrag und derjenige, der ihn nicht leisten kann, erhält eine staatliche Transferleistung, aber die ist dann transparent und offen. Auch die Krankenkassen bekommen bei diesem Modell das Geld, mit dem sie auch tatsächlich arbeiten können, ohne dass sie Schulden machen müssen, ohne dass sie die Qualität einschränken und ohne dass es zu Rationierungen kommt.

Welche Weichen müsste die Politik jetzt stellen, um Nachhaltigkeit ins System zu bringen?

Zunächst einmal muss man die Ehrlichkeit haben, sich einzugestehen, dass der Weg der Kapitaldeckungsstock-Orientierung der richtige ist. Und man muss einen Weg finden, der in der Übergangszeit möglichst geringe Belastungen für die Bevölkerung bringt, gleichzeitig aber die medizinische Qualität garantiert. Wir werden in einer Übergangszeit eine Gruppe von Menschen im Staat haben, die nach dem alten System ihre Leistungen bezieht, das sind diejenigen, die heute über 70 sind. Es wird eine zweite Gruppe geben, die Teile von Leistungen aus dem alten System bezieht und gleichzeitig zu einem geringen Maß Eigenbeiträge erbringt, das wären die heute 55 bis 70jährigen. Bei einer weiteren Gruppe wird die Verschiebung zwischen diesen Leistungsbeiträgen genau umgekehrt aussehen: Sie werden eine höhere Eigenleistung erbringen und weniger aus dem System rausziehen. Es wird eine vierte Gruppe geben, die ausschließlich in eine Kapitaldeckungsorientierung einzahlen wird. Das würde bedeuten, wer heute ins Berufsleben einsteigt, wird vom Umlagesystem gar nicht mehr betroffen sein, sondern er wird gleich in einen neuen Kapitaldeckungsstock einzahlen. Das wäre die fairste Variante, insbesondere für diejenigen, die heute jünger als 25 Jahre alt sind.

Dann hätten wir einen freien Gesundheitsmarkt?

von Eiff: Dann hätten wir einen Gesundheitsmarkt der auf Dauer refinanzierbar ist. Jeder würde dann im Rahmen seiner Möglichkeiten Vorsorge leisten für die Zukunft. Das betrifft die Kranken-, Rentenversicherung und mehr und mehr die Pflegeversicherung.

Gehen wir mit dem Gesundheitsmarkt in Richtung Industrialisierung, die von vielen Experten heute prophezeit wird?

von Eiff: Industrialisierung ist ein etwas unglücklicher Begriff. Aus jeder Branche, nicht nur der Industrie, kann man ein paar Best-Practices herausfiltern, die auch im Gesundheitssystem nutzbringend einsetzbar sind. So kann man beispielsweise von der Automobilindustrie lernen, wie man Prozesse organisiert, aber genauso gut kann man von der Hotelbranche lernen, wie man mit Gästen umgeht. Ein Beispiel: Stellen Sie sich vor Sie checken in ein Hotel ein, und auf Ihrem Zimmer liegen drei andere Gäste mit ansteckenden Krankheiten. Im Hotel ließe sich das kein Gast gefallen, im Krankenhaus schon. Die Leistungen, die im so genannten Milieu erbracht werden wie etwa Zimmerkomfort oder die Möglichkeit, sich in einem Garten zu entspannen, tragen zur Heilungsförderung bei. Wir wissen aus Studien, dass Einbettzimmer die beste Möglichkeit sind, um Krankenhausinfektionen einzudämmen. Wenn vier oder acht Patienten die gleiche Toilette benutzen, dann werden Keime übertragen die den Patienten unter Umständen kränker machen, als er vorher war.

Wird das Krankenhaus der Zukunft nur noch aus Einzelzimmern bestehen?

von Eiff: Aus meiner Sicht werden die Krankenhäuser nicht umhinkommen, ihre baulich funktionalen Strukturen und den Komfort für die Patienten zu verbessern. Nach meiner Einschätzung ist das auch kein ökonomisches Problem, ganz im Gegenteil: Es wird ein ökonomisches Problem für die Krankenhäuser, wenn sie es nicht tun. Patientenhotels werden den Komfortstandard bestimmen und wirksamere Formen der Hygiene ermöglichen: Stichwort MRSA.

Innovationen kommen im Wachstumsmarkt „Gesundheit“ eine erhebliche Bedeutung zu. Ihre Aufgabe am Institut ist es, die Kosten und Effekte dieser medizinischen Innovation zu beurteilen?

von Eiff: Medizinische Innovationen sind notwendig, um die Diagnostik und Therapie effektiver zu machen, aber sie kosten natürlich auch viel Geld. Als Institut beurteilen wir Innovationen unter drei Aspekten: 1. Wie kann man dafür Sorge tragen, dass überhaupt Innovationen entstehen, die für den Patienten von Nutzen sind. 2. Wie können sich Innovationen im Gesundheitswesen durchsetzen, d.h. wir beurteilen eine Innovation im Hinblick auf ihren Beitrag zum Patientennutzen, zur Risikoabsenkung, zur Kostensenkung, zur gesellschaftspolitischen Ausrichtung usw. 3. Welche Hindernisse stehen einer Innovation entgegen und wie können diese Hindernisse beseitigt werden.

Welche Hindernisse zum Beispiel?

von Eiff: Ein Hindernis kann die Einpreisung eines innovativen Produktes durch den Hersteller sein. Wenn die Einpreisung zu hoch ist, kann sich der Markt das Produkt nicht leisten. Ein zweites Hindernis ist, dass ein Teil der Innovationen durch das Abrechnungssystem nicht honoriert werden. Und ein drittes Hindernis ist, dass eine Innovation als solche nicht erkannt wird, möglicherweise weil sie nicht sachgerecht und überzeugend kommuniziert wurde.

Welche Möglichkeiten gibt es, solche Hindernisse zu überwinden?

von Eiff: Mit Ansätzen wie Coopetition können wir beispielsweise die Einpreisung beeinflussen und wir entwickeln neue Geschäftsmodelle für die Refinanzierung wie zum Beispiel Capitation oder die Bildung von Public-Private-Partnerships. Auf diese Weise können sich Kliniken Innovationen ins Haus holen und gleichzeitig die Finanzierung schultern. Denkbar ist auch, dass sich ein Hersteller von Medizinprodukten an einem Krankenhaus beteiligt und zum Beispiel eine Endoskopieeinheit komplett übernimmt und diese von der technischen und organisatorischen Seite betreut, während die ärztliche Seite vom Krankenhaus gestellt wird. Solche Modelle werden in Zukunft eine wachsende Bedeutung haben, ansonsten werden wir in diesem unterfinanzierten Markt nicht in der Lage sein, Innovationen zu platzieren. Interessant ist, dass solche Modelle im Ausland, insbesondere in den Ostländern, schon weitläufig praktiziert werden. Denn dort steht, noch viel extremer als bei uns, ein sehr hoher Bedarf an medizinischen Leistungen einer sehr geringen Refinanzierungskraft gegenüber. Eine solche Situation führt dazu dass Hersteller mit ihren Produkten gleichzeitig in die Betreiberverantwortung gehen. Solche Modelle, die heute schon in Polen, Ungarn oder Rumänien existieren, kann ich mir auch sehr gut in Deutschland vorstellen.

Eine letzte Frage: Im Gesundheitswesen spielen juristische Experten eine immer größere Rolle. Sie selbst haben eine Veranstaltungsreihe an der Uni Münster „Medizin, Ökonomie, Recht“ ins Leben gerufen. Haben wir es mit einer zunehmenden Verrechtlichung in der Medizin zu tun?

von Eiff: Ja, zweifelsohne. Wir haben es mit einer zunehmenden Verrechtlichung der Medizin und Absicherungsmedizin zu tun. Die Zahl der Kunstfehlerklagen hat in den letzten Jahren zugenommen, wir gehen davon aus, dass pro Jahr etwa 50.000 – 55.000 solcher Klagen erhoben werden. In etwa 50 % der Fälle kommt es zu einer Verhandlung, davon wird bei ca. einem Drittel gegen einen Arzt oder gegen ein Krankenhaus entschieden. Im Wesentlichen sind davon die Chirurgie, die Gynäkologie und die Schönheitschirurgie betroffen. Interessant ist, dass etwa 70 % der Fehler auf fehlerhafte organisatorische Abläufe zurückzuführen sind und etwa 35% auf Medikationsfehler, aber nur in etwa 15 % der Fälle handwerkliche Fehler des Arztes eine Rolle spielen. Eine funktionale Organisation spielt also die entscheidende Rolle. Wenn wir das System Arztpraxis oder das System Krankenhaus risikoarm machen wollen, dann müssen wir eine Organisation entwickeln, die Menschen in die Lage versetzt, keine Fehler zu machen.

Die Fragen stellte Beatrice Hamberger

Prof. Dr. Dr. Wilfried von Eiff ist Professor für Krankenhausmanagement an der Universität Münster und Leiter des Centrums für Krankenhaus-Management (CKM). Er ist gesundheitsökonomischer Berater des International Institute for Health Economics.