



ÖKONOMIE UND ETHOS IM GESUNDHEITSWESEN

Die Mär der Kostenexplosion

Die Behauptung, das deutsche Gesundheitswesen sei nicht mehr bezahlbar, wird inzwischen von Vielen als gegeben akzeptiert. Das ist aber nicht richtig, wie nachfolgender ökonomischer und gesundheitspolitischer Diskurs darlegt.

Ist Deutschlands Gesundheitswesen in den kommenden Jahrzehnten noch bezahlbar? Die Antwort ist: Ja, und zwar mindestens für die nächsten fünfzig Jahre! Für viele wenig glaubhaft, wird doch in der breiten Öffentlichkeit die Behauptung von der Nichtfinanzierbarkeit und der Kostenexplosion im Gesundheitswesen längst als Tatsache akzeptiert. Diese Auffassung ist durch die Medien verbreitet und verfestigt worden. Begleitet wird diese Argumentation stets von einer weiteren, kaum angezweifelten Überzeugung, nämlich der Vergreisung der Gesellschaft und einer dadurch kaum beherrschbaren Kostenexplosion.

Die nachfolgenden Thesen liefern Gegenargumente, die die Finanzierbarkeit unseres Gesundheitswesens aufzeigen.

1. Das Gesundheitswesen ist Daseinsfürsorge und die Probleme

me sind nur durch gesellschaftliche Kooperation lösbar.

Warum werden Computer immer billiger, das Gesundheitswesen aber immer teurer? Diese Frage stellte der Ökonom William Baumol in seinem Buch „The Cost Disease“. Sie steht in einer Reihe mit den inzwischen hinlänglich bekannten Fragen zur Sozial- beziehungsweise Rentenpolitik. Hier geht es um die gesundheitspolitische Frage: Ist das Gesundheitssystem noch finanzierbar? Er beantwortet sie ebenfalls mit ja. Er zeigt, dass Kosten in fast allen Dienstleistungsbereichen, so auch im Gesundheitswesen, überdurchschnittlich hoch sein müssen, weil hier ein geringerer Produktivitätsanstieg erzielbar ist: Der direkte Kontakt zwischen Arzt und Patient lässt sich ebenso wenig wie das Spielen einer Symphonie rationalisieren; es sei denn, man nimmt Qua-

litätsverluste in Kauf. Umgekehrt ist die Sachlage im Bereich der Warenproduktion: Hier steigt in Relation zum Dienstleistungssektor die Produktivität stärker und die Produkte werden dadurch billiger. Eben deshalb müssen in vielen Dienstleistungsbereichen die Kosten entsprechend höher liegen.

Ökonomische Folgen

Beide Bereiche sind aber in einer funktionierenden Volkswirtschaft untrennbar miteinander verbunden; denn ohne diesen Verbund wären gravierende ökonomische Folgen das Resultat. Im Falle des Gesundheitswesens wären durch die vorherrschende rein betriebswirtschaftliche, das heißt gewinnorientierte Strukturierung erhebliche Funktionseinbußen in Verbindung mit Vertrauensverlust zu erwarten: Ökonomische Folgen durch Epidemien

mangels ausreichender medizinischer Versorgung oder öffentlicher Hygieneüberwachung, massenhaftes Burn-out ebenso wie erhöhte Sterblichkeit durch eklatante sozial-ökonomische Ungleichheit. Begreift man Ökonomie nicht als Selbstzweck, sondern als Mittel zum Zweck, dann rücken ethische Ziele in den Vordergrund, nämlich die Daseinsfürsorge. Das Gesundheitswesen ist nun – sofern man am Prinzip der Solidarität festhält – als ein volkswirtschaftlicher und gesellschaftlich übergeordneter Bereich dieser Daseinsfürsorge und des Gemeinwohls zu betrachten. Er sollte deshalb primär nicht von Gewinnmaximierung, sondern von Wertentscheidungen bestimmt sein, denen immer die Frage vorausgehen sollte: – Was wollen wir? Was

gen wie Verkehrs- und Rechtswesen, die Müllbeseitigung, Umweltschutz und das Gesundheitswesen. Die in diesen Bereichen gezahlten Löhne sind mehrheitlich relativ niedrig wie zum Beispiel bei Transportarbeitern oder Krankenschwestern. Sie gehen zu 5,8 bis 13 Prozent als kostengünstige Vorleistungen in die Produkte der verarbeitenden Industrie ein. Derartige Verbundeffekte treten zudem auch infolge einer guten, über Jahrzehnte entstandenen und öffentlich finanzierten Infrastruktur auf, die allerdings kaum quantifizierbar ist: Nämlich das Ausbildungsniveau, die Verkehrswege sowie die Rechts- und Sozialsicherheit, was sowohl die Produktivität wie auch Wirtschaftlichkeit der Unternehmen erhöht.

medizinischen Bereich erfolgen, bedeutet ein Prozent mehr an Sozialabgaben im Gesundheitsbereich einen entsprechenden einprozentigen Verlust an Massenkaukraft für nichtmedizinische Unternehmen, was in Absolutzahlen beträchtliche drei Milliarden Euro pro Jahr in Deutschland ausmacht und den Widerstand entsprechender Lobbygruppen hervorruft.

2. Bezüglich der Daseinsfürsorge gilt das Primat makroökonomischer Entscheidungen gegenüber mikroökonomischen, betriebswirtschaftlichen.

Das Beachten voranstehender Verbundeffekte macht im Hinblick auf die Daseinsfürsorge dreierlei deutlich:

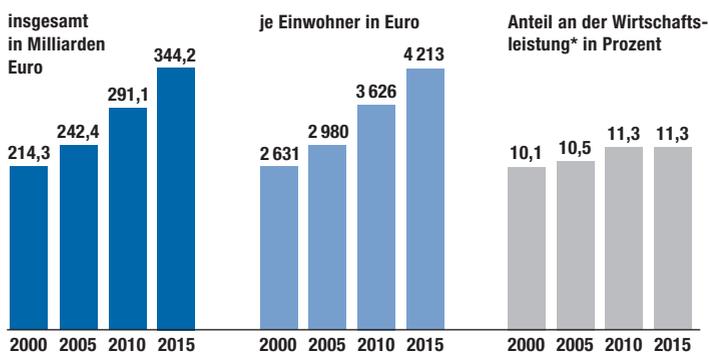
- Die Notwendigkeit einer gesamtwirtschaftlichen Kooperation innerhalb und zwischen den beiden Bereichen, die sich nicht allein mit betriebswirtschaftlichen, wettbewerblich ausgerichteten Kategorien erfassen lässt.

- Es ist deshalb nicht sinnvoll, die Kosten dieser unterschiedlichen Bereiche betriebswirtschaftlich miteinander zu vergleichen und infolgedessen von einer Kostenexplosion zu sprechen. Sinnvoll ist es hingegen, die Kosten in Relation zum jeweiligen Bruttoinlandsprodukt (BIP) zu setzen, dessen Steigerung ein ungefähres Maß für den mittleren Produktivitätsanstieg ist. Danach hat es im Gesundheitswesen gerade keine exzessive Kostensteigerung gegeben: Von 9,6 auf 11,3 Prozent des BIP in 20 Jahren.

- An dem mittleren Produktivitätsanstieg muss sich die sog. goldene Lohnregel orientieren (Rate des nominalen Stundenlohnwachstums = Rate des Stundenproduktivitätszuwachses + Zielinflationsrate). Dies bedeutet unter Berücksichtigung der Verbundeffekte, dass der Lohn einer Krankenschwester nicht vom Lohnanstieg in anderen Branchen abgekoppelt werden kann. Ansonsten könnten die Krankenschwestern ihren Mietanstieg nicht bezahlen. Im Interesse der Gesamtwirtschaft müssen deshalb Preisanstiege in Bereichen mit geringerem Produktivitätsanstieg akzeptiert werden.

GRAFIK

Der Preis für die Gesundheit Gesundheitsausgaben in Deutschland



*Bruttoinlandsprodukt
Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2017)

Kein exzessiver
Kostenanstieg
ist in den letzten
Jahren zu
verzeichnen

wollen wir als Gesellschaft von den vorhandenen Ressourcen wofür ausgeben?

Der notwendigen Verschränkung von Bereichen mit höherem und niedrigerem Produktivitätsanstieg liegt das Prinzip der gesamtgesellschaftlichen Kooperation und Arbeitsteilung zugrunde.

Diese Kooperation bedeutet eine nicht trennbare Verknüpfung des warenproduzierenden Bereiches mit dem Dienstleistungssektor, der in der Regel einen geringeren Anstieg der Produktivität hat: Die Vorleistungen des letzteren sind in den Produkten des ersten enthalten. Dazu gehören diverse Dienstleistun-

Es ist für den Verbundeffekt weitgehend gleichgültig, in welchem Wirtschaftsbereich die Umsätze gemacht werden (Computertomographen oder Smartphones). Dennoch wird der medizinorientierte Bereich das Gesundheitswesen als wachstumsstarken Zukunftsmarkt propagieren, während die anderen – relativ erfolgreich – der Öffentlichkeit erklären, das Gesundheitswesen sei demnächst nicht mehr bezahlbar. In dieser Kontroverse drückt sich ein unterschiedliches Interesse aus: Alle Unternehmen konkurrieren um eine begrenzte Massenkaukraft. Auch wenn circa 89 Prozent der Ausgaben im nicht

Wegen der Verbundeffekte bedarf es eines staatlichen ordnungspolitischen Rahmens, der sowohl den betriebswirtschaftlichen Gewinn als auch die gesamtwirtschaftliche Produktivität sowie deren Verteilung sichert und gleichzeitig eine nicht rein gewinnorientierte Gesundheitspolitik ermöglicht. Nur durch eine solche makroökonomische Steuerung lassen sich die ver-

begrenzt, nicht in erster Linie durch demografische Entwicklung.

Mehr als Produktivitätsvergleiche dürfte den meisten Lesern die demografiezentrierte Debatte mit ihren 40 bis 50 Jahre in die Zukunft reichenden Prognosen geläufig sein. Eine Debatte, die von Schlagzeilen wie: „Unbeherrschbare Kostenexplosion“, „Nicht-Finanzierbarkeit der Methusalem-Gesellschaft“ oder „zu

über Daten der Vergangenheit und Gegenwart machen und in die Zukunft fortschreiben. Die daraus folgenden Berechnungen erwecken den Eindruck objektiver Prognosen. Wenn aber die Annahmen nicht stimmen, sind die Berechnungen nutzlos und die daraus folgenden Prognosen falsch.

- Das Statistische Bundesamt hat neun Modellvarianten für die Entwicklung der Bevölkerungszahl und ihrer Altersverteilung erarbeitet. Meist wird mit der mittleren Variante gerechnet, wonach im Jahre 2050 die Bevölkerungszahl auf 75,1 Millionen und der Anteil der produktiven Erwerbsfähigen ebenfalls zurückgehen würde. Ein rationales Kriterium für die Auswahl gerade dieser Variante existiert nicht.

- Die seriöse Demografie berechnet eine Abhängigkeitsrate. Sie ist der Quotient aus Nichtarbeitsfähigen und Arbeitsfähigen. In der Demografiedebatte werden aber fast ausschließlich die Rentner als Nichtarbeitsfähige gezählt, während Kinder, Jugendliche und Studenten nicht berücksichtigt werden, die aber ebenso von den Arbeitsfähigen unterhalten werden müssen (Kindergärten, Schul- und Universitätsausbildung). Schon gegenwärtig wird eine wesentlich größere Anzahl Nichtarbeitsfähiger durch erwerbstätige Arbeitsfähige unterhalten als gemeinhin angenommen. Ermöglicht wurde dies durch einen enormen Produktivitätsanstieg innerhalb der letzten 150 Jahre.

- Zudem wird häufig übersehen, dass bei einer sinkenden Bevölkerungszahl auch die Zahl der Nichtarbeitsfähigen, die versorgt werden müssen, sinkt, das heißt, der gesamtgesellschaftliche Reichtum wird auf eine kleinere Anzahl aufgeteilt – vorausgesetzt die Verteilung kommt nicht, wie in den letzten zehn Jahren, überwiegend einer Minderheit zugute.

Die Demografie-inspirierten Horrorszenarien lösen sich schnell auf, betrachtet man Modellrechnungen, die die Produktivitätssteigerung berücksichtigen: Bei Annahme einer 1,5-prozentigen Steigerung und einer angenommenen Steigerung von 4,5 Prozent pro Jahr für Gesund-

Ärztelink-Codex

„Der Patient ist kein Kunde, das Krankenhaus kein Wirtschaftsunternehmen“ – so äußerte sich Petra-Maria Schumm-Draeger unlängst mit anderen Vertretern der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) in einem programmatischen Artikel kritisch zum „Gewinnstreben in der Klinikmedizin“. Ärzte gerieten immer mehr unter Druck, ihre Entscheidungen dem „betriebswirtschaftlichen Nutzen unterordnen zu müssen“, beklagte die DGIM-Vorsitzende auf dem 123. DGIM-Jahrestagung in Mannheim. Mit einem „Ärztelink-Codex“ soll nun ein weiteres Instrument geschaffen werden, um sich gegen die unselige Entwicklung zu stemmen und der Medizin wieder den Vorrang vor der Ökonomie zu verschaffen.

Dieser Kodex soll eine Art Leitlinie im Stile der „Medical Corporate Governance“ werden, um zunächst im Kliniksektor der inzwischen von ökonomischen Leit- und Erfolgskriterien dominierten Medizin etwas entgegenzusetzen. Schumm-Draeger sprach von einem „Rückhalt“, den der neue „Klinik-Codex“ bieten sollte, damit sich die Ärzte bei der stationären Versorgung wieder auf ihr ärztliches Handeln konzentrieren könnten. Der Codex wird seit September 2016 erarbeitet, im Rahmen von zwei Workshops wurden die entscheidenden Punkte Ende 2016 und Anfang 2017 diskutiert, derzeit befindet er sich in der redaktionellen Überarbeitung. Er soll in einer Langfassung und in Kurzfassung im Laufe der nächsten Wochen zu Papier gebracht werden.

schiedenen Bereiche zu einer funktionierenden Einheit verbinden, die sich allein privatwirtschaftlich nicht realisieren lässt.

Noch schwerwiegender ist der daraus abgeleitete Irrglaube, die Volkswirtschaft sei eine Betriebswirtschaft im Großen. Dieses Denkschema unterwirft dann folglich das Gesundheitswesen als Ganzes dem Gewinnzwang und drängt das ethische Ziel der Daseinsfürsorge in den Hintergrund. „Warum sollten die Marktteilnehmer, die in einer Marktwirtschaft immer einzelwirtschaftlich orientiert denken und handeln, makroökonomische Risiken berücksichtigen“. Genau deshalb bedarf es eines Ordnungsrahmens, der sich nicht von „Selbstheilungskräften“ und der „unsichtbaren Hand des Marktes“ leiten lässt, weil es beide nicht gibt.

3. Die tragbaren Kosten im Gesundheitswesen sind durch die gesamtgesellschaftliche Produktivität

wenig Junge müssen für zu viele Alte arbeiten“ beherrscht wird. Diesen geläufigen Schlagzeilen liegt nicht nur die fehlende Berücksichtigung des entscheidenden Faktors „Produktivität“ und des daraus resultierenden Wertzuwachses zugrunde. Viel mehr noch eine demografische Fehleinschätzung, die ihre weitläufige Akzeptanz mehr der steten Wiederholung in den Medien als ihrer logischen und empirischen Stringenz verdankt.

Hoher Produktivitätsanstieg

Die vermeintliche Bedrohung der Sozialsysteme durch die demografische Entwicklung beruht vor allem auf Unkenntnis ihrer methodischen Erfassung sowie einer Interessen dienenden Selektion bestimmter Modellvarianten:

- Die Berechnung der demografischen Entwicklung erfolgt mithilfe von Modellen, die Annahmen

heitsausgaben unter Berücksichtigung des erwarteten medizinisch-technischen Fortschritts ist eine Finanzierbarkeit ohne Einschränkung nicht gesundheitsbezogener Ausgaben bis 2049 möglich. Nach dieser Modellrechnung würde der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt (BIP) bis dahin auf 50 Prozent steigen (derzeit circa 11,3 Prozent). Diese zunächst kaum vorstellbare „Kostenexplosion“ implodiert aber schnell, wenn man sich die dazugehörigen Absolutzahlen anschaut: Gesundheitsausgaben von dann 50 Prozent entsprächen durchschnittlich 20 000 Euro. Zum gleichen Zeitpunkt wird aber das Pro-Kopf-Einkommen von 20 000 Euro (im Jahre 2000) auf circa 40 000 im Jahre 2049 angestiegen sein.

Hochgradige Arbeitsteilung

Während also im Jahre 2000 die 20 000 Euro pro Kopf für Gesundheitsausgaben und für nicht gesundheitsbezogene Ausgaben (Konsum, Sozialleistungen etc.) aufgewendet wurden, können im Jahre 2049 die verbleibenden 20 000 Euro allein für die nicht gesundheitsbezogenen Ausgaben verwendet werden. Insbesondere ist zu berücksichtigen, dass der stärkere Produktivitätsfortschritt in der Warenproduktion den Konsum dann wesentlich billiger gemacht haben wird, die Kaufkraft also angestiegen sein wird. Dies funktioniert nur durch Umverteilung qua Lohnerhöhung und staatliche Finanzierungen an diejenigen, die im Bereich mit geringerer Wachstumsrate der Produktivität arbeiten. Die Legitimation resultiert schlicht daraus, dass wir in einer hochgradig arbeitsteiligen Gesellschaft leben und die Einschränkung medizinischer Leistungen – auch, wenn diese „unterdurchschnittlich produktiv“ sind – zu empfindlichen Störungen des ökonomischen Gesamtgefüges führen würden (zum Beispiel fehlende Kapazitäten bei Epidemien).

Eine Erkenntnis, die rein betriebswirtschaftlichen Rationalisierungsbemühungen entgegensteht, weil gerade in der Medizin die Zukunft nicht exakt berechenbar, sondern ungewiss ist. Deshalb ist auch

das Vorhalten von Überkapazitäten unabdingbar. Die „Skandale“ in Hygiene und Notfallversorgung in deutschen Krankenhäusern (nicht nur in börsennotierten) illustrieren diesen Sachverhalt. Sie sind eigentlich weniger ein Skandal als systembedingtes Marktversagen, weil das Gesundheitswesen nur zu einem kleinen Teil marktwirtschaftlich zu betreiben ist. Vergleichbar mit einer Feuerwehr, von der man forderte, sie solle als Betrieb gewinnbringend arbeiten.

Gleichwohl ist es geboten, dass Möglichkeiten zur Effizienzsteigerung genutzt werden, um unnötige Kostensteigerungen zu dämpfen (zum Beispiel Doppeluntersuchungen). Die im Krankenhaus Beschäftigten wissen allerdings, dass die viel propagierte „Hebung von Rationalisierungsreserven“ meist vermehrten Zeitdruck und Hektik bedeuten, mithin ein Effekt, der langfristiger Effizienz nicht förderlich sein dürfte.

4. Die Verwandlung der Krankenhäuser in kostenorientierte, betriebswirtschaftliche Unternehmen ist eine Fehlentwicklung historischen Ausmaßes.

Wenn trotz oben genannter Sachverhalte Kostenreduktion vehement angestrebt wird, ist hierfür eine Reihe von Faktoren zu nennen, die zudem auch noch interagieren:

- Es ist der neoliberale Glaube an die Richtigkeit einer strikten Austeritätspolitik (verkürzt: Sparpolitik), wonach der Staat seine Ausgaben auf ein Minimum zu begrenzen hat und schuldenfrei sein sollte.

- Dies betrifft auch den Bereich der Daseinsfürsorge. So müssen sich Krankenhäuser weitgehend wie ein Einzelunternehmen selbst finanzieren (Prinzip der „sparsamen schwäbischen Hausfrau“).

- Damit wird das von der Volkswirtschaft getragene Solidarprinzip in ein betriebswirtschaftliches, auf wirtschaftlichen Erfolg ausgerichtetes Ziel umgewandelt.

- Die Kosten treten in den Vordergrund, das eigentliche Ziel (Daseinsfürsorge, solidarische Zuwendung) in den Hintergrund.

- Der Patient wird zu einer Kostengröße, die es ebenso zu quantifi-

zieren und zu minimieren gilt wie die Arbeitsabläufe am Patienten. Wir können hier nur cursorisch auf das System des Controlling und der Qalys (Quality Adjusted Life Years) hinweisen.

- Abschließend muss noch das DRG-System genannt werden. Es legt die standardisierte Einnahmeseite fest, mit der die Krankenhäuser überwiegend ihre Kosten decken. Wir können hier nicht die Diskussion über das DRG-System ausbreiten. Die aus unserer Sicht zutreffende Bilanz lautet: „Nicht mehr der kranke Mensch steht heute im Mittelpunkt ärztlichen und pflegerischen Handelns, sondern die Anzahl und der Fallwert seiner Diagnosen und ärztlichen Eingriffe.“ Das DRG ist deshalb ein System, das grundlegend überdacht werden muss.

Ziel ist Daseinsvorsorge

Am Ende dieser Entwicklung ist der Patient zum Kunden und Gesundheit zur Ware mutiert. Alles erscheint objektiv, weil in Zahlen und Rankings fassbar. Die Struktur des Gesundheitswesens ist durch ökonomische „Sachzwänge“ vorgegeben und gesellschaftspolitischen Wertentscheidungen weitgehend entzogen. Mithin „das Ende der klassischen Medizin“. Eine kaum bemerkte Monetarisierung aller menschlicher Beziehungen, die Verinnerlichung einer kommerzgesteuerten Marktanpassung, letztlich die Anpassung an die dominierende neoklassische Markttheorie, die bei genauere Betrachtung an Skurrilität kaum zu überbieten ist. Worauf es ankommt, ist eine Orientierung in Relation zu den realisierbaren Möglichkeiten im Rahmen der Produktivität. Welche der Möglichkeiten realisiert werden soll, obliegt Wertentscheidungen, die keinen Sachzwängen unterliegen. M. a. W.: Daseinsfürsorge ist das gesellschaftliche Ziel, Kostenreduktion ein Mittel und nicht Selbstzweck. ■

*Prof. Dr. med. Jürgen Lichey,
ehem. Ärztlicher Direktor der
Evangelischen Lungenklinik Berlin.*

Dipl.-Vw. u. Dipl.-Kfm. Wolfgang Schilling

*Dr. med. Günther Jonitz,
Präsident der Ärztekammer Berlin*