

Erdrosselt die Ökonomie die Qualität?

Referat gehalten anlässlich des 3. SGIM Platin-Symposiums
24. August 2007 – Hotel Seerose, Meisterschwanden

Auszug aus dem Vortragsmanuskript (cave: eine „Rede“ ist keine „Schreibe“)

Sehr geehrte Damen und Herren

An „Brennpunkten und Schnittstellen“ – unserem Tagungsmotto – mangelt es im Verhältnis Medizin-Ökonomie wahrlich nicht. Dabei will ich – zumindest vorläufig - offen lassen, ob das mir gestellte Thema eine rhetorische Frage, eine Unterstellung oder gar Ausdruck kaum verhüllter Aggressivität ist.

1. Vorbemerkungen

1.1 Interessenbindungen

Wie in Ihren Kreisen seit einiger Zeit üblich, gestatte ich mir, vorerst meine **Interessenbindungen** offen zu legen, die vorliegend recht umfangreich sind:

Als im Gesundheitswesen tätiger **Ökonom** bin ich vielseitigen **Vorurteilen** unterworfen – aber das werden Sie gleich selber merken.

Als **Dozent** an verschiedenen Ausbildungsstätten bin ich zudem seit vielen Jahren einschlägig **indoktrinierend** tätig, indem ich (noch) Unwissende mit den Fragestellungen und Antworten der Gesundheitsökonomie vertraut mache, beispielsweise an Kursen wie demjenigen zum Thema: „**Finanzen im Spital für Nichtfinanzfachleute in ärztlicher Kaderposition**“, der diesen Herbst bereits zum dritten Mal stattfindet.

Ich bin aber nicht nur **Überzeugungstäter**, sondern auch **Wiederholungstäter**. Schon anfangs der 70er Jahre des letzten Jahrhunderts bin ich mit meiner Dissertation zum Thema „**Der Pflegedienst im Krankenhaus – Analysen und Lösungsvorschläge aus betriebswirtschaftlicher Sicht**“ an der Schnittstelle zwischen Betriebswirtschaft und Medizin grenzüberschreitend tätig gewesen.

Letztlich sei auch noch offen gelegt, dass ich Mitglied des **Fachbeirates des Projekts SwissDRG** bin (ein Thema, das auch für Ihre Fachgesellschaft eigentlich schon seit langem von hoher Priorität ist bzw. wäre) und die **APEQ** (www.apeq-quality.ch) präsidiere, eine Westschweizer Non-Profit-Organisation, welche eigene Qualitätsmanagement-Normen für das Gesundheitswesen entwickelt hat (diese stehen zwischen ISO und EFQM) und sich für die Offenlegung von Leistungs- und Qualitätsdaten im Gesundheitswesen einsetzt, das zur Zeit eher einer **Transparenz-Verhinderungs-Veranstaltung** entspricht. Erfreulicherweise ist nun dieser Tage dieses (Ver-)Schweige-kartell geknackt worden.

1.2 Zur Einleitung

Wenn ich die Verlautbarungen von Herrn Prof. Jürg-Dietrich Hoppe, dem Ihnen sicher nicht ganz unbekanntem Vorsitzenden der deutschen Bundesärztekammer richtig interpretiere oder wenn ich - gestützt auf eine Mitteilung im deutschen Ärzteblatt vom 8. Juni 2007 - den Ratsvorsitzenden der Evangelischen Kirche in Deutschland, Bischof Wolfgang Huber, richtig verstehe,

stehe ich vor Ihnen als eine **Unterspezies des Leibhaftigen – ich bin ein Gesundheitsökonom!**

Über die Ursachen dieser „**Ver-Teufelung**“ gibt es verschiedene Interpretationsmöglichkeiten.

Ich vermute, sie sei in erster Linie mit dem durch die Ökonomen bewirkten **Verlust der definatorischen Lufthoheit der Medizin** verbunden, mit der neu aufgetretenen Notwendigkeit, diskursive Räume

mit den „Emporkömmlingen“ der im Vergleich zur Medizin sehr jungen Zunft der Ökonomen zu teilen.

Dies könnte – um Sigmund Freud zu bemühen – durchaus eine **Art einer kollektiven narzissischen Kränkung** darstellen und damit **Aggressionen** auslösen, aber im positiven Fall – wie dies sicher an dieser Tagung möglich werden wird - **auch in einem Trauerprozess konstruktiv verarbeitet werden.**

Zum Thema „verbale“ Aggression gehört auch die Schlagzeile im Londoner „Telegraph“:

„*When did managers cure anything?* “ – sicher eine gute Frage!

Auch wenn Sie dies möglicherweise als Beleg **ökonomischer Arroganz** und – schlimmer noch - **als intellektuelle Inkontinenz** diagnostizieren – will ich auch die **Antwort auf die mir gestellte Frage** gleich zu Beginn geben. „Erdrosselt die Ökonomie die Qualität?“

Meine Antwort lautet nicht „JA“ oder gar zynischerweise „JA, hoffentlich“, aber auch nicht „NEIN“ sondern keck:

„NEIN – ganz im Gegenteil!“

Nun bin ich herausgefordert, dies zu begründen!

Mein Referat ist – wie Sie schon bemerkt haben werden, **weder ausgewogen noch objektiv**. Gewählte Bezüge zu realen Ereignissen **sind willkürlich, aber nicht zufällig** gewählt!

2. Gemeinsames und Unterscheidendes

Trotz all dem: Medizin und Ökonomie haben viel mehr Schnittstellen und Gemeinsamkeiten als man gemeinhin meint, vor allem eine **Vielzahl gemeinsamer Themen**, wenn auch oft unterschiedliche Antworten.

2.1 Das Menschenbild

Beide – Medizin und Ökonomie - brauchen ein Menschenbild – eine (beruflich geprägte) Vorstellung über die Menschen, ihr Wesen, ihre Verhaltensweisen. Die inhaltlichen Aussagen mögen differieren – sie äussern sich aber zu gleichen Aspekten.

Dem den Ökonomen früher eigenen, stark reduktionistischen Menschenbild des stets rational und eigennützig denkenden und handelnden „**homo oeconomicus**“ stehen die Erkenntnisse der **Neuroökonomie** und der **Verhaltensökonomie** entgegen. Nach deren Erkenntnissen entscheidet der Mensch oft **irrational**, ist **altruistisch** und hat eine Vorliebe für **Fairness** (Peter Kenning). Bei ihren Untersuchungen stützen sie sich auf die **funktionelle Magnetresonanztomographie** (fMRT) und fragen, welche Hirnregionen bei bestimmten Entscheidungssituationen beteiligt sind.

Gelegentlich frage ich mich, welches eigentlich das **Menschenbild der Medizin** sei, vor allem, wenn ich an ihr oft **autoritär-militaristisch geprägtes Vokabular** denke. Patienten werden „in die Klinik eingewiesen“, „verlegt“, „entlassen“, „geführt“. Ich lese im British Medical Journal von „*management of diabetes*“ – ist hier der Patient Objekt? Ähnlich tönt in meinen Ohren „*disease management*“? Besser gefällt mir schon „Diabetes-Self-Management“.

Das **Sachleistungsprinzip**, wie es zum Beispiel im Bereich der Unfallversicherung herrscht, empfinde ich – um es in der Sprache der 68-er Unruhen auszudrücken – als **strukturelle Gewalt**, als Entmündigung des Patienten.

Das System des **tiers-payant** ist meines Erachtens aus den gleichen Gründen unakzeptabel (eigentlich sollte auch eine standesbewusste Ärzteschaft die Arzt-Patientenbeziehung nicht für das **Linsengericht der kleineren Debitorenverluste** gefährden). Sie sehen, Ökonomen können ganz subversiv werden.

Diese Themen sind für die Antwort auf die im Titel gestellte Frage sehr relevant – vor allem, wenn wir zwischen klinischer Qualität oder

der Qualität aus Patientensicht unterscheiden werden. **Welche Qualität ist gemeint? Aus wessen Sicht wird sie beurteilt?**

2.2 Ideologische Fixierungen

Ökonomen – Sie haben es eben gemerkt, wenn Sie es nicht schon längst wussten - neigen zu ideologischer Fixierung. Die Pole heißen – je nachdem, wem man die Koordination der **Absichten und Handlungen der einzelnen Wirtschaftssubjekte** besser zutraut „Plan“ oder „Markt“ – den von uns so genannten **ordnungspolitischen Grundfragen**.

Vor Ihnen steht zum Beispiel ein **überzeugter Anhänger marktwirtschaftlicher und wettbewerblicher ordnungspolitischer Grundhaltungen mit einem entsprechend individualistischen, liberalen und von der Aufklärung geprägten Menschenbild**. Wenn Sie mir also eine Freude bereiten wollen, dann etikettieren Sie mich bitte als „**Ordoliberalen**“. Ich fühle mich aber auch mit „**neoliberal**“ durchaus zutreffend verstanden.

Ich überlasse den Entscheid Ihnen, ob das Bekenntnis zu „**evidenced-based medicine**“ mit dem **Hohelied auf Doppelblindstudien** eine ähnliche „ideologische“ Fixierung bzw. ordnungspolitische Grundhaltung der Medizin darstellt. Die wieder aufgeflamnten Diskussionen über die **Zulassung komplementärmedizinischer Leistungen zur Entschädigung** durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung sind ja zum Teil zum Glaubenskrieg ausgeartet. Besonders pikant daran finde ich, dass die sog. Schulmedizin nun vermehrt – zum Beispiel in der Onkologie – eine **Individualisierung medikamentöser Therapien** anstrebt, sich also auf nicht verallgemeinerbare Sonderlösungen ausrichtet, genau das, was sie sonst den Komplementärmedizinern ja nicht selten vorwirft. Weitere solche Schritte in Richtung Individualisierung werden aufgrund der Entwicklungen der Gentechnologie folgen. Beginnt hier eine Konvergenzphase der „Ideologien“?

Auch diese Aspekte sind für unsere Fragestellung relevant. **Welche Qualität ist gemeint – die evidenz-basierte Durchschnittsqualität oder die für einen einzelnen Patienten relevante?** Sie kennen die

grossen Unterschiede zwischen den Probandenkollektiven, auf welche sich klinische Studien stützen, und den oft multimorbiden, chronisch-kranken und älteren Patientenkollektiven besser als ich. Wenn dem anders wäre, müssten nicht spezielle „**Clinical Trial Units**“ geschaffen werden.

2.3 Eklektizismus und Pragmatismus

Trotz ideologischer Fixierungen ist die Ökonomie grundsätzlich **pragmatisch** ausgerichtet und **methodisch ein „Allesfresser“**, der sich recht ungeniert bei Nachbarwissenschaften „bedient“, zum Beispiel (und hier wie die Medizin auch) bei den Mathematikern und der mathematischen Statistik, aber auch bei den Ingenieurwissenschaften (so wie für die Produktions- und Materiallehre). Beide kennen Überschneidungen verschiedenster Art mit andern Fächern, die Ökonomie beispielsweise mit der Sozialpsychologie, der Verhaltenswissenschaft und der Organisationssoziologie, aber auch mit der Spieltheorie und den Rechtswissenschaften sowie mit **Querschnitts-Sichtweisen**, wie sie beispielsweise der Kybernetik und der Systemtheorie eigen sind.

Diese Gemeinsamkeiten könn(t)en auch in den Dienst des Dialogs und der Zusammenarbeit zwischen Medizin und Ökonomie gestellt werden.

2.4 Spezifische Terminologie

Ein Fachgebiet, das etwas auf sich hält, entwickelt eine eigene Terminologie, nicht zuletzt auch, um sich von den „**Laien**“ – wie gerade Sie sich auszudrücken pflegen – abzugrenzen. Die Ökonomie ist hier stark am Aufholen. An die Stelle der in Ihrem Fach kunstvoll gebildeten lateinische Bezeichnungen treten bei den Ökonomen mathematische Modelle und algebraische Formeln, zum Beispiel über Kosten- und Nutzenverläufe, aber natürlich auch **viele Anglizismen** – von A wie „accounting“ über „Six sigma“ (einer auf quantitativen Analysen basierte Qualitätssicherungsmethode) bis Z wie „zero-base budgeting“. Qualität, Kosten und Nutzen: Schon sind wir wieder beim Thema gelandet.

Begriffe müssen zudem nach ihrem **Systemzusammenhang** hinterfragt werden. Nehmen wir zum Beispiel den Begriff „**Tarif**“, wie er etwa auch im heiss geliebten Wort „**Tarmed**“ enthalten ist. Was ist ein Tarif? Eine amtliche Gebührenordnung? Ein korporativistisch-kartellistisch festgelegter Einheitspreis? Das **nichtintendierte Ergebnis eines ausser Kontrolle geratenen Mehrunden No-Limit-Pokergames** – also eine Art „**unguided bzw. unguidable missile**“ **der Gesundheitspolitik**?

Da unser Gesundheitssystem im Laufe der Jahre stets inkohärenter **gemacht** worden (nicht einfach „geworden“) ist, enthalten die meisten Tarife Elemente aller drei Systeme – die Folgen sind entsprechend. Wir alle werden Sorge tagen müssen, dass das Projekt SwissDRG nicht auch zum „unguidable missile“ wird.

Mit diesen Gemeinsamkeiten und Unterscheidungen zwischen Medizin und Ökonomie will ich es bewenden lassen, obschon auch hier gilt, was vor einigen Jahren ein SVP-Grossrat aus dem Emmental gegen Ende einer längeren Debatte im bernischen Grossen Rat festgestellt hat:

„Es gäbe noch viel zu sagen, wenn man wüsste, was.“

3. Ökonomie und Qualität

3.1 Die Ökonomie als Wissenschaft der Knappheit

Die Ökonomie ist als „Wissenschaft von der Knappheit“ in allen Lebens- und Wirtschaftssektoren präsent und tätig. Als solche steht sie auch **ethischen und ökologischen Fragestellungen** sehr nahe.

Sie zeigt Regeln auf, wie auf rationale Weise die Knappheit der Mittel optimal bewältigt werden kann (Neubauer). Dieser Aspekt erklärt auch die steigende Bedeutung der Gesundheitsökonomie. Ein erfreulicherweise weiterhin zunehmendes Leistungsvermögen der Medizin und die stets noch steigende Nachfrage nach deren Leistungen – nicht zuletzt auch als Folge steigenden Wohlstandes verstärken das **Knappheitsempfinden**. Damit steigt die Notwendigkeit, intelligent und transparent mit Knappheit umzugehen

Gesundheit ist als personale Dienstleistung ein sogenanntes **superiores Gut** – ein Gut, bei dem die Nachfrage bei steigenden Einkommen steigt). Der Anteil des Gesundheitswesens am Sozialprodukt wird also weiter flott zunehmen – weshalb eigentlich nicht? Wir haben ja nicht primär eine Kostenexplosion, sondern auf der **Leistungsseite** vielleicht zwar nicht gerade eine Explosion, aber doch eine exponentielle Entwicklung – und wer will das nicht?

Mit ihrem Ansatz der „**Internalisierung externer Kosten**“, also der Belastung der Verursacher mit den Kosten der von ihnen verursachten Schäden und deren Behebung, leistet die Ökonomie wichtige Beiträge zu nachhaltigem Verhalten bei guter Qualität der Leistungen. Dieser Lösungsansatz liegt beispielsweise der relativ hohen Besteuerung von Alkohol und Tabak zugrunde.

Die Ökonomie ist aber auch die „**Wissenschaft der Anreizsysteme**“ sowie der **Kosten-/Nutzen-Verläufe**. Gerade hier entstehen nicht selten Konflikte mit der Medizin, wenn der Ökonom Leistungen dann stoppen will, wenn die Grenzkosten – also die Kosten einer zusätzlichen Leistungseinheit - gleich oder höher werden als der Grenznutzen, im Unterschied zur Medizin, welche erst dann aufhören möchte, wenn kein positiver Grenznutzen mehr erzielt werden kann, sozusagen „coûte-que-coûte“. Sonst spricht sie von **Rationierung**, also dem Vorhalten einer grundsätzlich möglichen, noch nutzenstiftenden Leistung. Damit sind wir wieder mitten im Qualitätsthema.

3.2 Drei Ebenen ökonomischer Einflussnahme auf das Gesundheitswesen

Aus den genannten Gründen wirken sich ökonomische Fragestellungen und Lösungsansätze auch auf allen Ebenen des Gesundheitssystems und deren jeweils spezifischen Qualitätsaspekte aus. Diese vielfältigen und komplexen Zusammenhänge können hier aus Zeitgründen selbstverständlich nur stichwortartig dargestellt werden.

3.2.1 Ökonomie und Qualität auf der Systemebene

Qualität auf der Ebene eines gesamten Gesundheitssystem bedeutet nicht zuletzt „**access**“ für alle zu einem definierten Leistungspaket, unabhängig von der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Einzelnen – trotz steter Knappheit der Ressourcen. Die Ökonomie untersucht in diesem Zusammenhang unter anderem die Allokation und die Effizienz.

Beim **Allokationproblem** geht es um die Verteilung knapper Ressourcen oder Produktionsfaktoren wie Arbeit und Kapital. Die **Rolle des Wettbewerbs und der Preise** ist in diesem Zusammenhang von grosser Bedeutung.

Wettbewerb setzt Transparenz über Leistungen und deren Qualität sowie die Preise voraus. Durch ihren Druck auf die **Qualitätstransparenz** stellen sich die Ökonomen in den Dienst der Patienten – nicht selten gegen Politik, Spitalmanagement und zumindest Teile der Ärzteschaft, die sich aus verschiedenen Gründen gegen die Leistungs- und Qualitätstransparenz gegenüber der Bevölkerung aussprechen. Zum Glück ist diese **Transparenzverweigerung** – ich habe es bereits einleitend erwähnt - nun auch in der Schweiz unter Druck geraten.

All diejenigen **Bedenkenträger**, welche nun mit klugen Worten methodische Mängel von Publikationen Dritter anmahnen, haben es selber versäumt, ihre zu einem schönen Teil bereits vorhandenen Daten wissenschaftlich korrekt zu publizieren und damit auch Qualitätsmassstäbe für Qualitätsmessungen zu setzen. Sie können ihre Glaubwürdigkeit verbessern, wenn sie dies nun schleunigst nachholen und nicht methodische Probleme – die ja durchaus bestehen – vorschieben.

Beim **Effizienzproblem** geht es unter anderem um die Nutzenbewertung – etwas einschränkend auch als **Health Technology Assessment** bezeichnet. Auch hier stellt die Ökonomie Methoden zur Verfügung, welche zum Beispiel dem Heilmittel mit dem besseren Kosten-/ Nutzen-Verhältnis zum Durchbruch verhelfen wollen, nicht zuletzt im Zusammenhang mit der Zulassung von Medikamenten zur Entschädigung durch die obligatorische Krankenversicherung – **Qualys** sind hier die Masseinheit der Ökonomen.

Zu den Beiträgen der Oekonomie auf Gesamtsystemebene gehören auch ihre **Beiträge zur Regulierung von Politik- und Wirtschaftsbereichen**. Dies erfolgt nicht zuletzt auch im Dienste der Qualitätssicherung – sei es für das Gesamtsystem, für einzelne Leistungserbringer oder für einzelne Leistungen.

Für Ökonomen haben Leistungen des Gesundheitswesens eine **Doppelrolle**: sie sind einerseits **Konsumausgaben**, sie können zum andern aber auch **Investitionen ins sogenannte Humankapital** darstellen und damit die Leistungsfähigkeit einer Volkswirtschaft steigern.

Zusammengefasst kann für die Systemebene des Gesundheitswesens festgehalten werden, dass die Oekonomie wichtige Denksätze, Methoden und Instrumente für die Sicherung der Qualität bereitstellt. Sie nimmt dabei nicht selten andere Positionen ein als die Medizin, nicht zuletzt, weil sie sich andern Interessen verbunden fühlt – nicht zuletzt dem mündigen Konsumenten. Sie erdrückt aber die Qualität in keiner Weise.

3.2.2 Ökonomie und Qualität auf der Unternehmensebene

Die Gesundheitsökonomie beschäftigt sich mit den **betriebswirtschaftlichen Problemen von Leistungserbringern** des Gesundheitswesens. Sie wirkt gegen Phänomene wie den **Rivella-Effekt** („Anders als alle andern“) und die **provinzielle Stilverspätung**, indem sie Erfahrungen aus andern Industrien ins Gesundheitswesen einführt, das in vielerlei Hinsicht rückständig ist.

Einige wenige Beispiele seien hier genannt:

Leistungserstellungsbereich: Wie produziert man Güter und Leistungen von hoher Qualität effizient?

Ein Stichwort hierzu lautet **Lean Management**, also durchgängige Prozesse mit möglichst wenig Schnittstellen.

Zum Beispiel **klinische Behandlungspfade**, integrierte Behandlungsprozesse für Patienten vom Eintritt über die OP-Planung bis zum Austritt;

die **Bestimmung von ärztlichen oder pflegerischen Bezugs- und Koordinationspersonen für die gesamte Dauer des Aufenthalts**

oder die Einbindung niedergelassener Ärzte in Spitalablaufprozesse.

Im **Finanz- und Rechnungswesen** beträgt der Rückstand gegenüber andern Wirtschaftszweigen bis zu 30 Jahre, wenn ich etwa an das betriebliche Rechnungswesen mit Instrumenten wie Prozesskostenrechnung und gestufte Deckungsbeitragsrechnung denke – einem wichtigen Instrument, um Leistungs- sowie Qualitätsdaten aufzubereiten.

Neue, **innovative Unternehmensmodelle** wie **Walk-in-Praxen, McDent-Zahnärzte, Optiker- und Apothekerketten** senken die Eintrittsschwellen und ermöglichen auch weniger finanzkräftigen Personen den Zugang zu qualitativ guten Leistungen und Produkten – ein typisches Merkmal dieses sogenannten **„disruptive change“**.

Bei der Festlegung der **Preispolitik** lautet ein gesundheitsökonomisches Stichwort **„Preiselastizität der Nachfrage“**: Wie beeinflussen Qualitäts- und Preisveränderungen die Absatzmengen?

Die Gesundheitsökonomie zeigt schliesslich auf, wie das **Risiko-** und das **Qualitätsmanagement ausgestaltet** und in das allgemeine Unternehmensmanagement einbezogen werden können und leistet damit wichtige Beiträge für Patientensicherheit und Qualitätsentwicklung.

3.2.3 Ökonomie und Qualität auf der individuellen Ebene der einzelnen Patienten

Die Gesundheitsökonomie ist auch eine mikroökonomische Verhaltenstheorie. Sie beschreibt – wie beim Stichwort **„Menschenbild“** be-

reits kurz erwähnt - das ökonomische Verhalten von Wirtschaftssubjekten.

Beispiele sind das Erforschen der **Wirkungen unterschiedlicher Leistungentschädigungssysteme** (z.B. payment for performance – payment for results) oder von Fragen der **Selbstbeteiligung** von Patienten (woraus schon Sigmund Freud hinwies). Diese Ansätze können unmittelbar in den Dienst der Qualitätssicherung – und –förderung gestellt werden. Das Projekt SwissDRG stellt dazu eine nächste Gelegenheit dar.

Generell bin ich der Meinung, im „Zweifelsfall“ sollte im Gesundheitswesen auf allen Ebenen gleich gehandelt werden wie in allen andern Lebensbereichen – basierend auf dem Menschenbild des autonomen Menschen (David Riesman)

4. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Bevor ich zum Schluss komme, empfehle ich Ihnen, meine sehr geehrten Damen und Herren, **zu allfälligen Risiken und Nebenwirkungen meines Referates** ein Lehrbuch über Gesundheitsökonomie zu lesen oder einen Gesundheitsökonom zu konsultieren.

Ich danke Ihnen für Ihre Geduld und Nachsicht zu meinen **Grenzüberschreitungen** an Brennpunkten und Schnittstellen zwischen Medizin und Ökonomie und halte zusammenfassend folgendes fest

Die Ökonomie leistet auch im Gesundheitswesen mit ihrem Denkansätzen, Methoden und Instrumenten wichtige Lösungsbeiträge. Sie trägt dazu bei, dass das Gesundheitssystem nicht an seinen Übertreibungen zugrunde geht.

Wie Sie längst schon festgestellt haben, plädiere ich damit für **Freispruch** der angeklagten Oekonomie!

Die Ökonomie erdrückt weder die Medizin noch deren Qualität.

Im Gegenteil: Auch wenn sie nicht selber heilen kann, leistet sie doch einen entscheidenden Beitrag zur Entfaltung der Medizin und bewahrt sie vor Hybris, Selbstüberschätzung und der Gefährdung der eigenen Erfolge durch Übertreibungen aller Art.

Dr. Heinz Locher