Der unaufhaltsame Siegeszug der Gesundheitsökonomie

Prof. Schönermark neuer Mitherausgeber

Prof. Dr. Matthias Schönermark wurde auf Beschluss der Herausgebersitzung 2013 als Mitherausgeber der *HNO* eingeladen. Damit ist erstmals ein Gesundheitsökonom Mitglied des Herausgeberboards.

Im Jahr 1892, in dem im deutschen Kaiserreich durch die erste Novelle des Krankenversicherungsgesetzes von 1883 die allgemeine Krankenversicherungspflicht für Arbeiter eingeführt wurde und welches damit als Geburtsstunde der heute noch geltenden gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gilt, schreibt der große Chirurg Theodor Billroth an seinen Freund, den großen Komponisten Johannes Brahms: „Ich habe übrigens seit vielen Jahren das Paradoxon aufgestellt, daß die steigende Vervollkommenung der ärztlichen Kunst wohl dem Individuum zuteil kommt, die menschliche Gesellschaft aber ruinieren muß!“

➤ **Einhundertzwanzig Jahre später ist dieses prinzipielle Dilemma zwischen den Kosten innovativer Medizin und den zur Verfügung stehenden Ressourcen aktueller denn je.**

Sei es die Diskussion um Chefarzt-Boni oder die Verhandlungen zu einer neuen GOÄ, die frühe Nutzenbewertung von neuen Arzneimitteln nach dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) oder die Pläne zur Bewertung medizinischer Verfahren, sei es die Debatte über momentan hohe Krankenkassenüberschüsse oder das politische Notprogramm zur Stabilisierung der Kranken-

hausfinanzen – kein Feld der praktischen Medizin kann sich der ökonomischen Perspektive entziehen.

Wirtschaftswissenschaftliche Weiterbildungsprogramme schießen wie Pilze aus dem Boden, keine Chefarztstelle wird mehr besetzt, ohne dass der aussichtsreiche Kandidat eine betriebswirtschaftliche Zusatzqualifikation nachweisen müsste. Bei den Fachtagungen und wissenschaftlichen Kongressen nehmen die gesundheitsökonomischen Beiträge merklich zu, und allenthalben wird die „Ökonomisierung der Medizin“ beklagt, die die traditionelle Freiheit des handelnden Arztes einschränkt und ihn einem bürokratischen Moloch unterwirft. Dabei ist der häufig heraufbeschworene Gegensatz zwischen ökonomischem Denken und ärztlichem Handeln eine Schimäre. Der Grundsatz des *primum non nocere*, der die Basis jeglicher ärztlichen Ethik hegt, beherbergt ein grundlegendes ökonomisches Prinzip, nämlich dass Aufwand und Ertrag, Ressourceneinsatz und Ergebnis, Input und Output in einem sinnvollen, d. h. prinzipiell wertschaffenden Verhältnis stehen sollten.

Das Zentrum des hippokratischen Eids „Ich werde ärztliche Verordnungen treffen zum Nutzen der Kranken nach meiner Fähigkeit und meinem Urteil, hüten aber werde ich mich davor, sie zum Schaden und in unrechter Weise anzuwenden“, verlangt die Abschätzung von potenziellem Nutzen und möglichem Schaden im Sinne einer Bilanz. Vom Prinzip her sind Kosten-Nutzen-Bewertungen, die zum Standardrepertoire der modernen gesundheitsökonomischen Methodik gehören, nichts anderes. Auch bei der sog. frühen Nutzenbewertung von neu in den Markt eingeführten Arzneimitteln werden beispielsweise

die möglichen Nutzeneffekte (insbesondere auf die Mortalität, d. h. Lebensverlängerung, und auf die Morbidität, d. h. Symptomlinderung) mit den in Studien festgestellten Schadenseffekten saldiert. Jeder ethisch handelnde Arzt wägt in seiner Entscheidung für oder gegen eine bestehende Therapieoption ab, inwiefern der Aufwand für den Patienten (materialisiert z. B. durch Schmerz, Kraft, Angst, Unversehrtheit) in einem sinnvollen Verhältnis zum möglichen Nutzen, d. h. zur Heilung oder zumindest zur Linderung bzw. Verzögerung der Krankheitsprogression, steht.

In diesem Kontext der ärztlichen Entscheidungs- und Handlungsethik ist das ökonomische Prinzip also zunächst unkritisch. Kritisch wird die ökonomische Perspektive aber, wenn der systemische Aspekt eines kollektiv finanzierten Gesundheitswesens hinzutritt und der finanzielle Ressourcenverbrauch als Entscheidungsparameter zum Maßstab erwünschten Handelns wird. Da die Ressourcen des Systems begrenzt sind bzw. aus politischem Kalkül begrenzt sein sollen, tritt zur medizinischen Kosten-Nutzen-Abwägung auf der Kostenseite eine solidarisierte Sichtweise. Die ärztliche Entscheidung löst nun einen in Geld quantifizierbaren Verbrauch kollektiv zusammengetragener Ressourcen aus, zum Wohl eines Individuums.

Das kollektive Interesse an einer möglichst sinnvollen Verwendung der knappen Ressourcen bzw. einer möglichst geringen Verschwendung erfordert Regeln und Kontrollmechanismen, die in Deutschland im Sozialgesetzbuch V (SGB V) weitgehend festgelegt sind. Für viele Ärzte ist bemerkenswert, dass im §1 des SGB V die Krankenversicherung diejenige ist, die die Aufgabe hat, „die Gesundheit der Versicherten

zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern“. Von der ärztlichen Profession, die seit hippokratischen Zeiten diese Aufgabe als hoheitlich betrachtet hat, ist nicht mehr die Rede. Stattdessen wird der nun „Leistungserbringer“ genannte Arzt dem allgemein gültigen Wirtschaftlichkeitsgebot (§12 SGB V) unterworfen, das die sinnvolle Verwendung der knappen Ressourcen vorsieht, indem das „Maß des Notwendigen“ nicht überschritten werden darf.

➤ **Aus der Maximaethik, alles für den Kranken zu tun, ist durch die Konstruktion des sog. Solidarsystems eine Minimaethik geworden.**

Um möglichst objektive, überprüfbare und transparente Kriterien zu schaffen, was in der Interpretation des Sozialgesetzbuchs wirtschaftlich sei, hat sich vor etwa 50 Jahren die Gesundheitsökonomie aus der Nationalökonomie entwickelt. Zu den zunächst modellierenden, makroökonomischen Verfahren gesellten sich schrittweise mikroökonomische und dann i. W. aus der Betriebswirtschaft stammende Ansätze, die versuchten, Entscheidungskriterien zu definieren, welche medizinische Handlungsoption als wirtschaftlich zu gelten habe bzw. wie eine Priorisierung verschiedener Handlungsalternativen sinnvoll erfolgen könne. Dabei sind in den international unterschiedlichen Systemen unterschiedliche Wege verfolgt worden.

Das viel und häufig zu Unrecht gescholtene englische System, das der Logik einer allgemeinen Steuerfinanzierung folgt, nutzt eine eigens eingeführte „Währung“, die sog. QUALYs („quality-adjusted life years“), in die der durch eine medizinische Intervention erreichte Nutzen umgerechnet wird. Die „Währung“ QUALY kombiniert dabei gewonnene Lebenszeit mit der Lebensqualität in den Wochen, Monaten oder Jahren, die der Patient gewinnt. Politisch wird dann festgelegt, welcher Ressourcenverbrauch, d. h. welcher Preis in Pfund Sterling (GBP), das System bereit ist, für ein QUALY zu bezahlen. Derzeit liegt der Wert bei ungefähr 30.000 GBP. Alle Maßnahmen, die – in QUALY umgerechnet – teurer sind, werden i. d. R. nicht bezahlt und gelten als unwirtschaftlich. Auch wenn der QUALY-Ansatz nicht gänzlich

manipulationsresistent ist, handelt es sich doch um ein hoch transparentes und methodisch weitgehend solides Verfahren.

In Deutschland hat man sich nicht zu solchen „harten“ Effizienzgrenzen durchringen können und setzt stattdessen auf ein politisches Gremium, das den Interessenausgleich suchen und herstellen soll und das die Interpretationshoheit über die Wirtschaftlichkeit einer medizinischen Intervention besitzt: der Gemeinsame Bundesausschuss, G-BA. Hier werden im Plenum, vorbereitet von diversen Unterausschüssen, die Entscheidungen getroffen, die konkret festlegen, welche Maßnahmen solidarisch zu finanzieren sind und welche aus der Erstattungspflicht durch die gesetzliche Krankenversicherung herausfallen. Der G-BA wird bei seiner Entscheidungsfindung durch ein wissenschaftlich geprägtes Institut unterstützt, das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Hier werden nach international anerkannten methodischen Standards Studien zur wissenschaftlichen Evidenz von medizinischen Produkten und Maßnahmen durchgeführt, die nur den medizinischen Nutzen oder auch das Verhältnis von Nutzen und verursachten Kosten betrachten.

Durch ein dichtes Geflecht an exekutiven Maßnahmen, die die Entscheidungen des G-BA flankierend operationalisieren, sollen die Krankenkassen in die Lage versetzt werden, die Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebots zu überwachen und ggf. auch durchzusetzen. Dazu gehören Überprüfungsmaßnahmen der Medizinischen Dienste, Arzneimittelregresse oder auch Budgetkürzungen bei Krankenhäusern.

Es nimmt nicht Wunder, dass sich viele Ärzte in dem fein gesponnenen, rechtlich begründeten Netz an Vorschriften und Maßgaben manipuliert und unfrei vorkommen. Der administrative Aufwand, der zu leisten ist, um die Wirtschaftlichkeit der ärztlichen Handlung justitiabel zu dokumentieren, nimmt laufend zu. Es scheint, als ob die Angst vor dem Ruin der menschlichen Gesellschaft (nach Billroth) den Antrieb, die Grenzen der Medizin zum Nutzen des Individuums zu erweitern, immer stärker majorisiert. Dies ist aber bei Weitem kein deutsches Phänomen. Alle Industrieländer und beginnend nun auch die ökonomisch hoch potenten Schwellenlän-

der sorgen sich um das zunehmende Missverhältnis von Ressourcenbedarf und tatsächlich vorhandenen und einsetzbaren Finanzmitteln. Erst in den letzten Jahren hat eine breiter werdende Diskussion in den gesundheitsökonomischen Kreisen begonnen, die von einer zunehmenden Ernüchterung und Desillusionierung gegenüber ordnungspolitischen Maßnahmen geprägt ist und zunehmend die Eigenverantwortung und Autonomie sowohl des Patienten als auch des handelnden Arztes (wieder)entdeckt. Der Ansatz einer wertbasierten Gesundheitsversorgung („value-based health care“) setzt die Wertschöpfung für den Patienten wieder in den Mittelpunkt und folgt der Logik, dass bessere, also höher qualitative Medizin auch die günstigere sei. Diese Entwicklung, die ganz allmählich auch in gesundheitspolitischen Kreisen wahrgenommen zu werden beginnt, stimmt hoffnungsfroh, weil sie Optionen eröffnet und Freiräume voraussetzt, ohne die eine ethische ärztliche Handlungswirklichkeit nicht denkbar ist.

In der HNO ist nun ein Platz geschaffen worden, an dem eine angeregte und oftmals möglicherweise kontroverse Diskussion zu den Themen der gesundheitsökonomischen Perspektive stattfinden kann. Studien zu ökonomischen Fragestellungen der klinischen Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde werden dort genauso Berücksichtigung finden wie Beiträge zu eher managementlastigen Themen, z. B. Aspekte der Klinikführung, Organisation oder Strategie. Damit wird der unaufhaltsam zunehmenden Bedeutung dieser ärztlichen Lebenswirklichkeit Rechnung getragen.

M. Schönermark

Prof. Matthias P. Schönermark

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. M.P. Schönermark
SKC Beratungsgesellschaft mbH
Pelikanplatz 21,
30177 Hannover
schoenermark@
skc-beratung.de

Interessenkonflikt. M.P. Schönermark gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.