

**Institut für Medizinische Ethik und
Geschichte der Medizin, Ruhr-Universität Bochum
„Was darf die Medizin kosten“?**

**Fortschritt und Bezahlbarkeit der Medizin aus
gesundheitsökonomischer Sicht**

Prof. Dr. Jürgen Wasem

Alfried Krupp von Bohlen und Halbach-
Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement
Universität Duisburg-Essen



1.

Ökonomen verweisen auf die prinzipielle Begrenztheit von Ressourcen und die Konkurrenz alternativer Verwendungsmöglichkeiten. Für das Gesundheitswesen hat dies lange eher nicht gegolten.

Überall, wo Ressourcen begrenzt sind, bedarf es grundsätzlich der Instrumente, die einen rationalen Umgang mit den Ressourcen realisieren sollen.

Es gibt gute Argumente, dass angesichts der demographischen Entwicklung und des medizinischen Fortschritts die Frage der Begrenztheit der Ressourcen im Gesundheitswesen an Bedeutung zunehmen wird.

Gesundheitsökonomie ist u.a. (insbesondere?) die Disziplin, die sich mit der Ausgestaltung dieser Instrumente beschäftigt

Prognosen zu Finanzperspektiven der GKV

Autor	Jahr	Prognoseziel	Beitragssatzanstieg in %-Punkten	Anmerkungen
Dudey	1993	2030	+ 13,4 Punkte	Trend + Demographie + Einnahmeneffekt
Erbsland / Wille	1995	2040	+2,5 bis 4 Punkte	isoliert Demographie
Knappe	1997	2040	+ 12 Punkte	Demographie + Versteilerung + Einnahmeneffekt
Breyer/ Ulrich	1999	2040	+ 12,2 Punkte	multivariate Analyse
Buchner/ Wasem	2000	2040	+ 3, 4 Punkte + 12,9 Punkte	Isoliert Demographie Demographie + Versteilerung
Cassel/ Oberdieck	2001/ 2002	2040	+ 19 Punkte	Demographie + Versteilerung + Einnahmeneffekt
Raffel - hüschen	2002	2040	+ 11 Punkte	überprop.Ausg. -Wachstum + Demographie + Einnahmeneffekt
Beske / Dabrinski	2005	2050	Bis + 30 Punkte	überprop.Ausg. -Wachstum + Demographie
Niehaus	2008	2050	+ 13 bis 28 Punkte	Demographie + Versteilerung + Einnahmeneffekt

2.

Im Rahmen des Managements der begrenzten Ressourcen ist die Unterscheidung zwischen Rationalisierung (= Maßnahmen der reinen Effizienzsteigerung ohne Einschränkungen des medizinischen Outcomes) und Rationierung (= Maßnahmen, bei denen Einschränkungen im Outcome resultieren) hilfreich.

Wenn auch „Rationalisierung vor Rationierung“ plausibel ist, ist es naiv anzunehmen, die Strukturen und Prozesse könnten so organisiert werden, dass alle Rationalisierungsreserven gehoben werden, „bevor“ man mit Rationierung beginnt.

3.

Ökonomen halten grundsätzlich den Markt für ein besonders geeignetes Instrument zum Umgang mit Ressourcenknappheit.

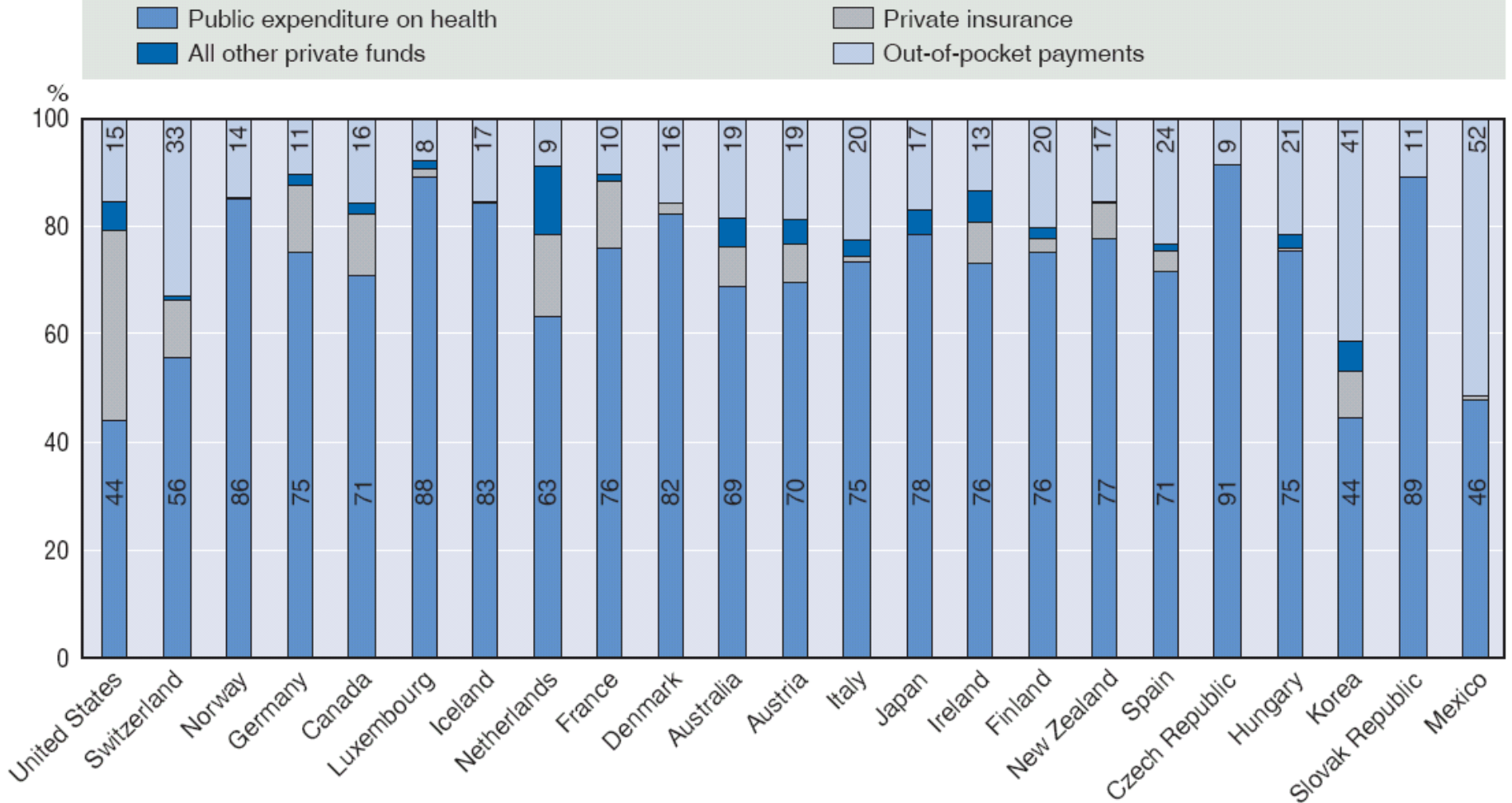
Es besteht kein Konsens unter den Gesundheitsökonomen, wie weit die „Besonderheiten des Gesundheitswesens“ dessen marktliche Steuerung verbieten.

Empirisch ist festzuhalten, dass die meisten zivilisierten Gesellschaften sich entschieden haben, Gesundheitsleistungen nur begrenzt über das freie Spiel der Marktkräfte zu allozieren.

Besonderheiten von Gesundheitsgütern und -diensten?

- ▼ unzureichende Konsumentensouveränität:
 - asymmetrische Arzt-Patienten-Beziehung
 - Unfähigkeit zu rationalen Entscheidungen
 - Minderschätzung künftiger Bedürfnisse
- ▼ Externe Effekte der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen
 - physische externe Effekte
 - psychische externe Effekte
- ▼ Optionsgutcharakter von Gesundheitsleistungen
- ▼ Informationsasymmetrien auf Krankenversicherungsmärkten
 - adverse Risikoselektion
 - moral hazard
 - Ungewissheit über langfristige Erfüllbarkeit von Versicherungsverträgen
 - mangelnde Transparenz von Versicherungsbedingungen
- ▼ Verteilungsargumente

Finanzierungsanteile im Systemvergleich



Quelle: OECD 2008

4.

Wenn schon kein „richtiger Markt“ implementiert werden kann, sollten nach überwiegender gesundheitsökonomischer Auffassung bei der Organisation der Gesundheitssicherung zumindest möglichst funktionale Äquivalente eingesetzt werden: preislich-finanzielle Anreize, Präferenzbasierung, Wahlentscheidungen, Wettbewerb.

Daraus sollte sich nach der überwiegenden gesundheitsökonomischen Auffassung grundsätzlich auch die Frage „Was darf die Medizin kosten?“ beantworten lassen.

Anwendungsbeispiel 1:

Wettbewerbliche Steuerung des Gesundheitswesens

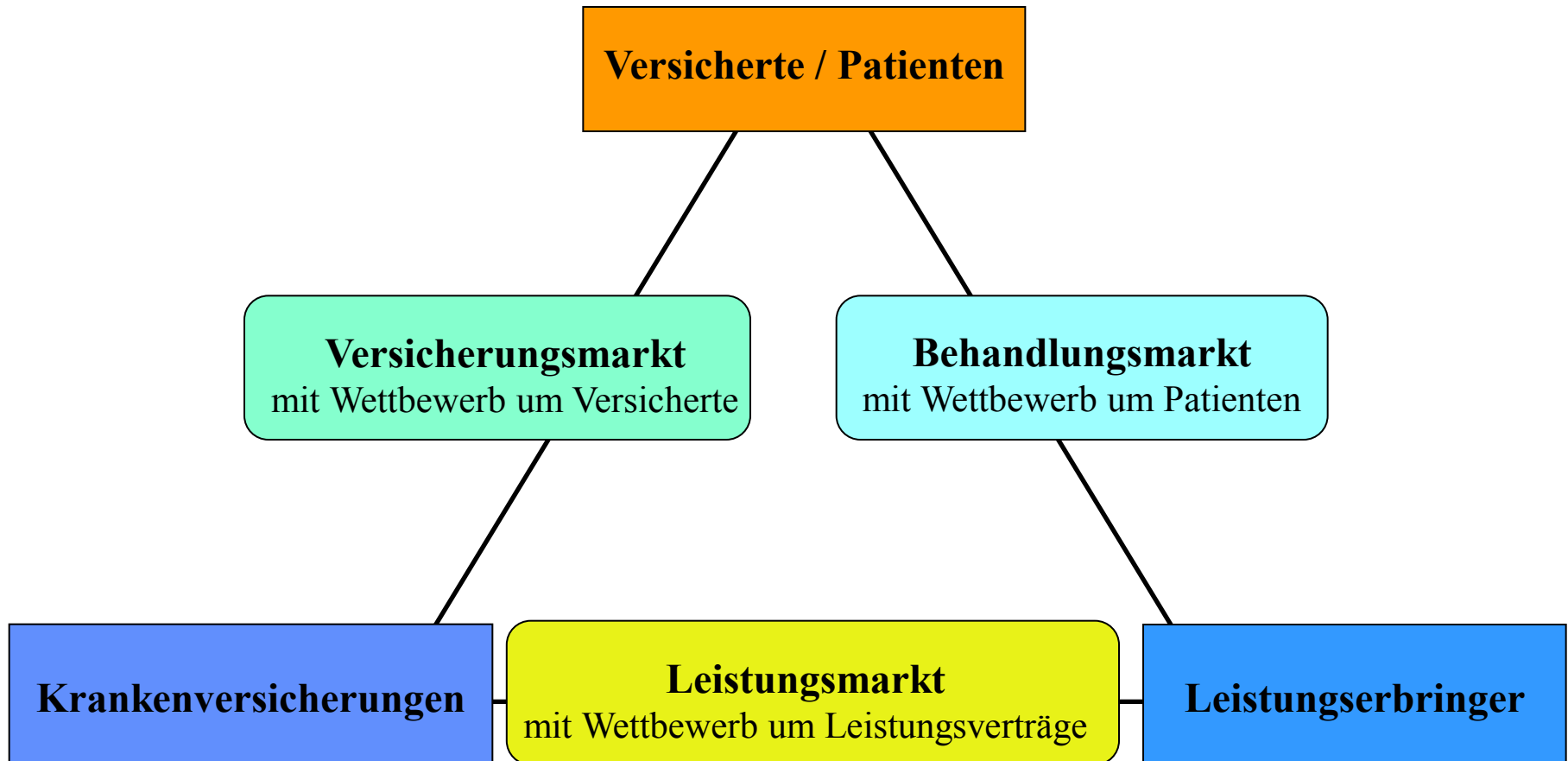


Warum wollen Ökonomen Wettbewerb auch in der Gesundheitsversorgung und der Krankenversicherung?

- ▼ Statische Effizienz
 - optimale Faktorallokation und marktleistungsbedingte Einkommensverteilung (allokative Effizienz)
 - Orientierung an den Patienten-/Versichertenpräferenzen, Konsumentensouveränität
 - Wirtschaftlichkeit (produktive bzw. technische Effizienz)
- ▼ Dynamische Effizienz
 - mehr Chancen für medizinisch-wissenschaftlichen und technischen Fortschritt
 - Ausscheiden nicht effizienter Anbieter
 - Wettbewerb als ergebnisoffener Such- und Entdeckungsprozess für die Produktion von Gesundheit
 - Wirtschaftlichkeit (produktive bzw. technische Effizienz)
- ▼ Wettbewerb beantwortet die Frage „Was darf Medizin kosten?“ dezentral durch präferenzbasierte Entscheidungen der Akteure



Ansatzpunkte für Wettbewerb in der Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung



Quelle: Cassel et al. 2008

Zwei grundsätzliche Konzepte für Wettbewerb im Gesundheitswesen

- ▼ Wettbewerb auf dem Behandlungsmarkt steht im Zentrum – Wettbewerb auf dem Versicherungsmarkt flankiert ihn – Leistungsmarkt findet nicht statt
- ▼ Wettbewerb auf dem Leistungsmarkt und dem Versicherungsmarkt stehen im Zentrum – Wettbewerb auf dem Behandlungsmarkt spielt nur eine untergeordnete Rolle („Vertragswettbewerb“)

Welches Konzept ist gegenwärtig in der GKV realisiert?

- ▼ der Wettbewerb auf dem Behandlungsmarkt ist aufgrund der freien Arzt- und Krankenhauswahl von erheblicher Bedeutung – allerdings innerhalb der Grenzen des Kollektivvertrages
- ▼ in jüngerer Zeit hat der Wettbewerb auf dem Leistungsmarkt (in Verbindung mit Wettbewerb auf dem Versicherungsmarkt) an Bedeutung gewonnen – allerdings (mit Ausnahme des §73b) ebenfalls in den Grenzen des beiden Seiten als Auffangposition offen stehenden Kollektivvertrages
- ▼ jenseits des „missglückten Selektivvertrags“ nach § 73b spielt der Selektivvertrag quantitativ nur eine sehr untergeordnete Rolle

Was haben beide Wettbewerbskonzepte gemeinsam?

- ▼ Skepsis gegenüber staatlicher Steuerung des Gesundheitswesens
- ▼ Skepsis gegenüber dem Kollektivvertrag



Was sind die Treiber für die Unterschiede in den Wettbewerbskonzepten? /1

- ▼ unterschiedliche Einschätzung über die Bedeutung der Asymmetrie der Arzt-Patienten-Beziehung
 - braucht der Patient einen „ergänzenden Sachwalter“?
 - kann die Krankenkasse Sachwalter des Patienten sein?

Was sind die Treiber für die Unterschiede in den Wettbewerbskonzepten? /2

- ▼ unterschiedliche Einschätzung über die Fähigkeit der Versicherten, mittels der Wahl des Versicherungsschutzes auch über Versorgungskonzepte zu entscheiden
 - Asymmetrie der Versicherten-Kasse-Beziehung?
 - Wenn ja: heilbar und ggfs. über welche Instrumente?
 - zeitliche Inkonsistenz der Versichertenwünsche?
 - Dominanz des Preis- über das Qualitätsmotiv? Wenn ja: korrekturbedürftig und korrigierbar?

Was sind die Treiber für die Unterschiede in den Wettbewerbskonzepten? /3

- ▼ unterschiedliche Einschätzung über die Notwendigkeit der Steuerung von Versorgungsprozessen chronisch kranker Menschen
 - bedarf es sektorübergreifender Steuerung?
 - ist die Kasse ein geeigneter Akteur bzw. Vertragspartner für Akteure zur Organisation der Prozesse?
 - soll die Auswahl der Versorgungskonzepte und handelnden Akteure in den Versorgungsprozessen in wettbewerblichen Prozessen zwischen den Kassen organisiert werden?

Perspektiven der Wettbewerbsmodelle in Deutschland

- ▼ Die Politik wird auf absehbare Zeit weder ein Modell einer Steuerung der GKV ausschließlich über Wettbewerb auf dem Leistungsmarkt („Vertragswettbewerbs“) noch ein Modell der Steuerung ausschließlich über die individuelle Leistungserbringer-Patienten-Beziehung („Behandlungsmarkt“-Wettbewerb) umsetzen
- ▼ Parallelität von Kollektiv- und Selektivverträgen bleibt auf absehbare Zeit erhalten
- ▼ Der Wettbewerb der Krankenkassen wird auch weiterhin mehr Preis- als Qualitätswettbewerb sein

Anwendungsbeispiel 2:

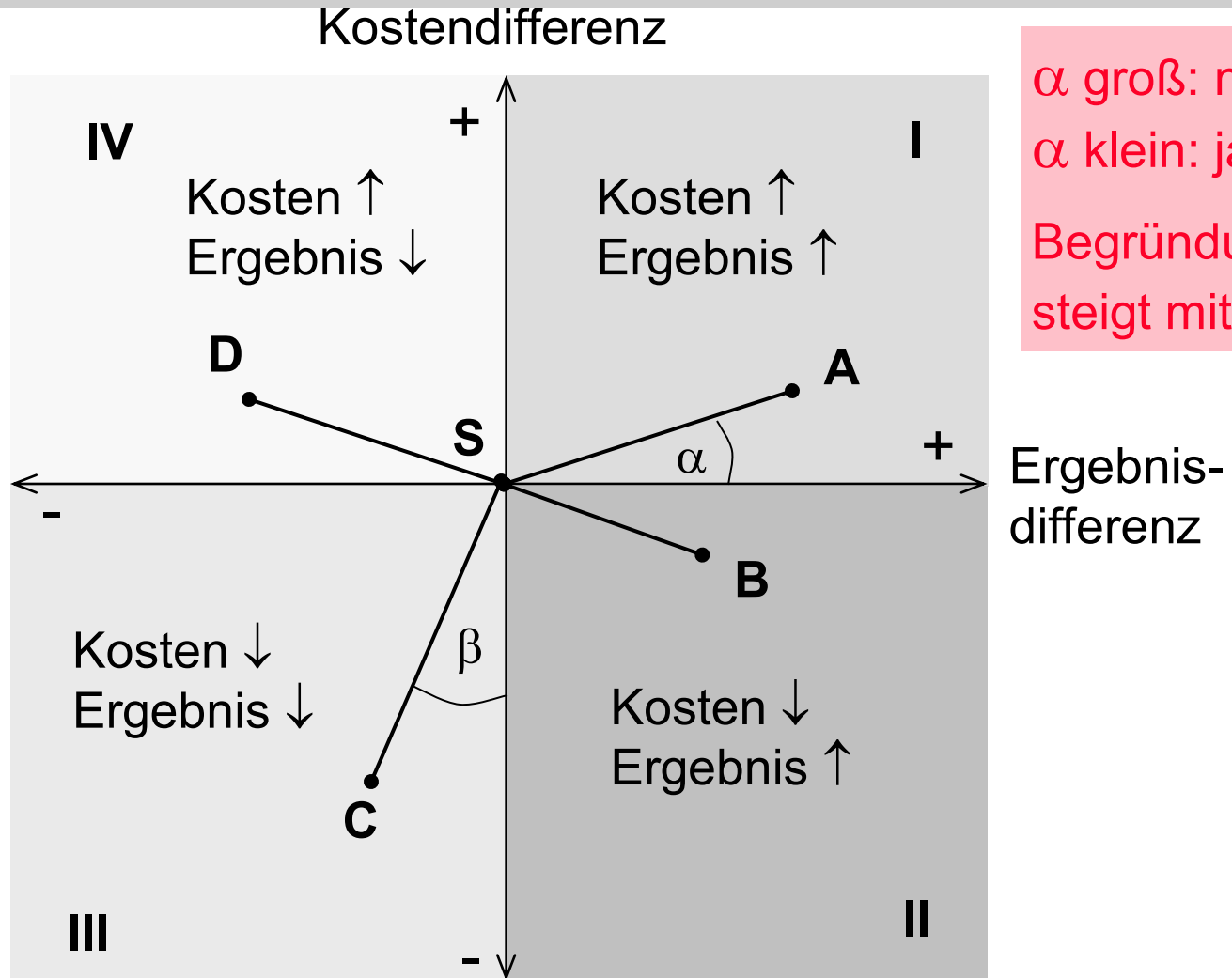
Gesundheitsökonomische Evaluation medizinischer Maßnahmen



Hintergrund für das Instrumentarium „Gesundheitsökonomische Evaluation“

- ▼ die bei marktlicher Steuerung implizite Kosten-Nutzen-Abwägung der privaten Haushalte bei der Nachfrage-entscheidung soll in sozialstaatlich finanzierten Gesundheitssystemen durch eine kollektive Kosten-Nutzen-Abwägung ersetzt werden
- ▼ Ermittlung der inkrementellen Kosten-Effektivitätsrelation (IKER).
- ▼ Bevorzugter Outcome: Qualitätsadjustierte Lebensjahre, bei denen die Lebensqualität präferenzbasiert ermittelt wird.
- ▼ Vergleich der IKER mit einer (wie auch immer ermittelten) gesellschaftlichen Zahlungsbereitschaft für Zusatznutzen
- ▼ spielt in zahlreichen nationalen Gesundheitssystemen eine zunehmende Rolle

Inkrementelle Kosten-Effektivitäts-Relation (IKER) einer neuen Intervention ggn. Standard S



α groß: nein!
 α klein: ja!
 Begründungslast steigt mit α !



Bestimmung des Leistungskataloges als Ausfluss von Kosten-Nutzen-Bewertungen?

- ▼ kein Konsens unter GesundheitsökonomInnen über den Stellenwert von Kosten-Nutzen-Bewertungen bei der Bestimmung des Leistungskataloges
 - nur „informandi causa“ in einem mehrdimensionalen Entscheidungsprozess der Gesellschaft?
 - oder utilitaristischer Allokationsalgorithmus?
- ▼ Soweit utilitaristischer Allokationsalgorithmus: kein Konsens, was maximiert werden soll:
 - Gesundheit (QALY-League-Tables)?
 - Wohlfahrt?
- ▼ welche weiteren Kriterien jenseits der Kosteneffektivität?

Schlussüberlegungen

- ▼ „Was darf die Medizin kosten?“ ist eine Wertentscheidung, die sich wissenschaftlicher Letzt-Beantwortung entzieht, aber natürlich wissenschaftlich (auch ethisch) reflektiert werden kann.
- ▼ GesundheitsökonomInnen bevorzugen überwiegend Steuerungsinstrumente, die es den Bürgern ermöglichen, ihre Präferenzen zu artikulieren, damit diese Wertentscheidung dezentral von den Betroffenen beantwortet werden können
- ▼ Soweit eine „zentralistische“ Antwort von den sozialstaatlich finanzierten Gesundheitssystemen gegeben wird, sollten die Präferenzen der Betroffenen auch hierbei Berücksichtigung finden.



Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit und freue mich auf eine anregende Diskussion

Kontakt:

**Prof. Dr. Jürgen Wasem
Universität Duisburg-Essen**

juergen.wasem@medman.uni-due.de

Tel.: 0201 183 -4072 /-4537

Fax: 0201 183 -4073

www.mm.wiwi.uni-due.de

