

Catharina Maulbecker, Nicolaus Henke, Matthias Wernicke

Auf der Suche nach dem Gesundheitssystem der Zukunft

Während die Versorgungsangebote und –möglichkeiten in den Industrieländern ständig zunehmen, wächst gleichzeitig die Unzufriedenheit mit den nationalen Gesundheitssystemen. Damit stellt sich die Frage, ob die Gesundheitsversorgung so wie sie heute ausgestaltet ist noch zeitgemäß ist. Bisher werden die Reformdiskussionen weltweit vor allem unter Finanzierbarkeits- und Kostensenkungsgesichtspunkten geführt. Unberücksichtigt bleibt, dass die Gesundheitsversorgung heute ein zentraler Wirtschaftssektor mit hoher Wertschöpfung ist. Berücksichtigt man dies, so lassen sich Eckpunkte für eine zukunftsweisende Gesundheitssektorevolution definieren.

Einführung

In jedem Mitgliedsland der Organisation of Economic Co-Operation and Development (OECD) steigen die Gesundheitsausgaben stärker als das Brutto-Inlandsprodukt – im Durchschnitt um zwei Prozentpunkte mehr – und das seit 50 Jahren. Auch für die nächsten Jahre ist von einem de facto ungebremsten Kostenwachstum auszugehen – bedingt durch eine Vielzahl von Faktoren, insbesondere: zunehmender Wohlstand, medizinisch-technologischer Fortschritt, veränderter Lebensstil und nicht zuletzt demographischer Wandel. Im Folgenden werden ausgehend von einer Situationsbeschreibung für Deutschland und den OECD-Raum Handlungsfelder und Herausforderungen für die nationalen Gesundheitssysteme dargestellt. Dabei wird eines sehr deutlich: Voraussetzung für wirklich nachhaltige Reformen ist eine völlig neue Sicht auf die volkswirtschaftliche Rolle und den Leistungsbeitrag der Gesundheitssysteme. Akzeptiert man diesen Perspektivenwechsel, so lassen sich Eckpunkte eines Gesundheitswesens der Zukunft definieren. Welche Gestaltungsmöglichkeiten hier im Einzelnen bestehen, lässt sich aufzeigen anhand internationaler Vergleiche sowie von Beispielen aus führenden Reformländern.

Ungebremstes Kostenwachstum – trotz vielfältiger Anstrengungen weltweit

Verbesserungen im Gesundheitswesen gehören zu den großen sozialen Errungenschaften der letzten hundert Jahre: Innovationen in Diagnose und Therapie, Fortschritte bei Ausbildung und Qualifikation, aber auch Kapazitätsausweitungen sowie Effizienzgewinne in der Leistungserbringung ermöglichen heute Eingriffe, wie sie noch vor zehn Jahren undenkbar gewesen wären. Die durchschnittliche Lebenserwartung der Weltbevölkerung hat sich nahezu verdoppelt. Krankheiten wie Pocken sind so gut wie verschwunden. Dank neuer, bereits gut beherrschbarer Methoden zeichnen sich weitere bedeutende Fortschritte für die nächsten Jahre ab, namentlich bei der Behandlung von Krebs und Herzkrankheiten.

Die großen Fortschritte und Erfolge haben jedoch ihren Preis. Die Kosten für die Gesundheitsversorgung sind weltweit enorm – inzwischen machen sie fast neun Prozent des Weltbruttoinlandsprodukts aus: Bei einem weltweiten Bruttoinlandsprodukt (BIP) von rund 54 Billionen US-Dollar, sind das rund 5.000 Milliarden US-Dollar. In den meisten Ländern erfolgt die Finanzierung des Gesundheitswesens öffentlich – über Steuern (Beveridge-System) oder Sozialabgaben (Bismarck-System). Selbst in den USA werden mehr als 60 Prozent der Gesundheitsausgaben direkt oder indirekt über Steuern aufgebracht. Allein der Barwert der unfinanzierten Verpflichtungen („Unfunded Commitments“) der US-Regierung für das Medicare-Programm (die Gesundheitsabsicherung für US-Bürger über 65 Jahren) beträgt 36 Billionen US-Dollar – und damit ein Vielfaches des gegenwärtigen, vieldiskutierten Krisenbudgets von etwa zwei Billionen US-Dollar.

Betrachtet man die Entwicklung der Gesundheitsausgaben in den Mitgliedstaaten der OECD, so sind diese Ausgaben über die letzten 50 Jahre schneller gewachsen als das jeweilige nationale Bruttoinlandsprodukt, im Durchschnitt um zwei Prozent, in den USA sogar um 2,5 Prozent pro Jahr (Timmins 2009).

Lagen die Gesundheitsausgaben der EU-Länder im Jahr 1965 im Durchschnitt noch unter fünf Prozent des BIP, so bewegen sie sich heute in einer schmalen Bandbreite knapp über beziehungsweise knapp unter der Schwelle von zehn Prozent. In den USA liegen sie inzwischen sogar bei 16 Prozent, in der Schweiz immerhin bei 11,5 Prozent (Salfeld, Hohner und Wichels 2009).

Eine Abschwächung des Kostendrucks ist nicht in Sicht: Selbst wenn es gelänge, den langjährigen Kostenanstieg weltweit auf ein Prozent zu verringern, sind die Auswirkungen auf die volkswirtschaftliche Entwicklung in den meisten Ländern immer noch dramatisch: In den USA, dem Industrieland mit der größten Wachstumsdynamik und der günstigsten Altersstruktur der Bevölkerung, würde der Anteil der Gesundheitskosten am BIP bis 2050 auf kritische 23,7 Prozent hochschnellen. Auch im traditionell wachstumsschwächeren EU-Raum mit seiner sehr viel ungünstigeren demographischen Struktur würden sich die Anteile am BIP gegenüber dem Vergleichsjahr 2005 um etwa vier bis sechs Prozentpunkte ausweiten (siehe Tabelle 1 und Tabelle 2).

Angesichts der weltweiten Finanz- und Wirtschaftskrise bleibt zu fragen, wie das Gesundheitswesen als vermeintliches „Fass ohne Boden“ künftig tragfähig zu finanzieren ist – nach Möglichkeit ohne Zugangsbeschränkungen oder verdeckte Leistungsrationierungen für die Bürger (Stollorz 2009).

Tabelle 1: Entwicklung der Gesundheitsausgaben im OECD-Raum – halbierte Wachstumsrate: BIP-Anstieg +1,0 Prozent (in Prozentpunkte BIP)

OECD	2005	2030	2050	2080	2100
USA	15,3	19,5	23,7	31,8	38,7
Schweiz	11,6	14,8	18,0	24,1	29,3
Frankreich	11,1	14,2	17,2	23,1	28,0
Deutschland	10,7	13,7	16,6	22,2	27,0
Belgien	10,3	13,1	16,0	21,4	26,0
Österreich	10,2	13,0	15,8	21,2	25,8
Portugal	10,2	13,0	15,8	21,2	25,8
Griechenland	10,1	12,9	15,7	21,0	25,5
Kanada	9,8	12,5	15,2	20,4	24,8
Australien	9,5	12,1	14,7	19,7	24,0
Island	9,5	12,1	14,7	19,7	24,0
Niederlande	9,2	11,7	14,3	19,1	23,2
Dänemark	9,1	11,6	14,1	18,9	23,0
Norwegen	9,1	11,6	14,1	18,9	23,0
Schweden	9,1	11,6	14,1	18,9	23,0
Neuseeland	9,0	11,5	14,0	18,7	22,7
Italien	8,9	11,4	13,8	18,5	22,5
Luxemburg	8,3	10,6	12,9	17,3	21,0
Großbritannien	8,3	10,6	12,9	17,3	21,0
Spanien	8,2	10,5	12,7	17,0	20,7
Ungarn	8,1	10,3	12,6	16,8	20,5
Japan	8,0	10,2	12,4	16,6	20,2
Türkei	7,6	9,7	11,8	15,8	19,2
Finnland	7,5	9,6	11,6	15,6	18,9
Irland	7,5	9,6	11,6	15,6	18,9
Tschechei	7,2	9,2	11,2	15,0	18,2
Slovakei	7,1	9,1	11,0	14,8	17,9
Mexiko	6,4	8,2	9,9	13,3	16,2
Polen	6,2	7,9	9,6	12,9	15,7
Korea	6,0	7,7	9,3	12,5	15,2

Quelle: Diagnosemodell mit 2 Prozent BIP-Wachstum sowie Zuwachs der Gesundheitsausgaben um 0,95/1,9 Prozentpunkte; OECD Policy Implications of New Economy 2000 – 50 (2001): Global Insight WMM 2000 – 37. McKinsey & Company

Tabelle 2: Entwicklung der Gesundheitsausgaben im OECD-Raum – historische Wachstumsrate: BIP-Anstieg +2,0 Prozent (in Prozentpunkte BIP)

OECD	2005	2030	2050	2080	2100
USA	15,3	24,9	36,7	65,6	96,8
Schweiz	11,6	18,8	27,8	49,8	73,4
Frankreich	11,1	18,0	26,6	47,6	70,2
Deutschland	10,7	17,4	25,6	45,9	67,7
Belgien	10,3	16,7	24,7	44,2	65,2
Österreich	10,2	16,6	24,4	43,8	64,5
Portugal	10,2	16,6	24,4	43,8	64,5
Griechenland	10,1	16,4	24,2	43,3	63,9
Kanada	9,8	15,9	23,5	42,0	62,0
Australien	9,5	15,4	22,8	40,8	60,1
Island	9,5	15,4	22,8	40,8	60,1
Niederlande	9,2	14,9	22,0	39,5	58,2
Dänemark	9,1	14,8	21,8	39,0	57,6
Norwegen	9,1	14,8	21,8	39,0	57,6
Schweden	9,1	14,8	21,8	39,0	57,6
Neuseeland	9,0	14,6	21,6	38,6	56,9
Italien	8,9	14,5	21,3	38,2	56,3
Luxemburg	8,3	13,5	19,9	35,6	52,5
Großbritannien	8,3	13,5	19,9	35,6	52,5
Spanien	8,2	13,3	19,6	35,2	51,9
Ungarn	8,1	13,2	19,4	34,8	51,2
Japan	8,0	13,0	19,2	34,3	50,6
Türkei	7,6	12,3	18,2	32,6	48,1
Finnland	7,5	12,2	18,0	32,2	47,4
Irland	7,5	12,2	18,0	32,2	47,4
Tschechei	7,2	11,7	17,3	30,9	45,5
Slovakei	7,1	11,5	17,0	30,5	44,9
Mexiko	6,4	10,4	15,3	27,5	40,5
Polen	6,2	10,1	14,9	26,6	39,2
Korea	6,0	9,7	14,4	25,7	38,0

Quelle: Diagnosemodell mit 2 Prozent BIP-Wachstum sowie Zuwachs der Gesundheitsausgaben um 0,95/1,9 Prozentpunkte; OECD Policy Implications of New Economy 2000 – 50 (2001): Global Insight WMM 2000 – 37. McKinsey & Company

In Deutschland gelang es über die letzten zehn Jahre, den Anstieg der Gesundheitsausgaben durch vielfältige Reformen abzdämpfen (Knieps 2008). Stichworte sind hier: Reform des Risikostrukturausgleichs und die Einführung von Disease-Management-Programmen (2002), schrittweise Einführung des ursprünglich australisch-amerikanischen DRG-Systems (seit 2003) sowie Stärkung von Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung, zunächst im Rahmen des GKV-Modernisierungsgesetzes (2004), dann des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (2007). Gemessen an den Entwicklungen in anderen Ländern waren die deutschen Kostendämpfungserfolge durchaus beachtlich. Allerdings lag das Ausgangsniveau in Deutschland von vorneherein deutlich über dem in Ländern wie Kanada, Schweden oder Großbritannien. Eine echte, nachhaltige Trendwende lässt sich so, auch nach dem übereinstimmenden Urteil der Fachleute, keinesfalls erreichen.

Künftige Handlungsfelder und Herausforderungen

In den letzten 40 Jahren hat sich das Spektrum der behandelbaren Krankheitsbilder entscheidend erweitert. Frühere Randdisziplinen wie Onkologie oder Neurologie, aber auch neue Disziplinen wie die Gentherapie und Personalized Medicine – das heißt auf das Individuum und sein Genprofil zugeschnittene Behandlungsverfahren – ergänzen das Inventarium der heutigen Medizin. Die wachsende Ausbreitung postmoderner Volkskrankheiten, High-Tech-Langzeitversorgung etwa für Chroniker, sowie zunehmend individualisierte Präventionsmaßnahmen prägen immer mehr die moderne Gesundheitsversorgung.

Zu erwarten ist, dass sich der Strukturwandel im Gesundheitswesen weiter beschleunigt und verschärft. Schlüsselbedeutung haben vor allem die folgenden Themenfelder.

Evidenzbasierte Medizin

Jahrhundertlang, bis in die Zeiten von Sauerbruch und Forßmann, hatte medizinische Versorgung – von der Diagnose bis zur Therapie und Pflege – den Charakter eines Kunsthandwerks. Mit dem Vordringen moderner

Methoden der Chirurgie, des Infektionsmanagements oder der Schutzimpfung vollzog sich auch der Siegeszug der evidenzbasierten Medizin. An die Stelle von anekdotenhaft vermittelten Praktikererfahrungen und Behandlung nach Gefühl und Intuition traten zunehmend statistische Erhebungen und auf Evidenz gründende Methoden. Was mit dem Wirkungsnachweis für Tuberkulosebehandlungen Ende 1940 begann, ist seit den 60er-Jahren zum Standardprozedere geworden, vor allem in Fragen der Medikation. Ohne die Methoden der evidenzbasierten Medizin ist heute keine wirksame Qualitätssicherung im Klinikbetrieb mehr möglich. Inzwischen werden auch traditionelle, informell-pragmatische Behandlungsabläufe immer mehr durch exakt definierte und geregelte klinische Pfade ersetzt, die laufend nachgehalten und dank eines regen Best-Practice-Transfers kontinuierlich verbessert werden können. Sektorübergreifende Behandlungspfade, die eine durchgängige Vernetzung von stationärem und niedergelassenem Bereich ermöglichen, werden über integrierte Versorgungssysteme angeboten und durch geeignete IT-Systeme unterstützt.

Technologischer Wandel

In vielfältiger Weise hat Technologie in den letzten Jahrzehnten Einzug in Kliniken und Praxen gehalten: Radiologische Geräte, Chipkarten, Datenbanken und -verarbeitung, rechnergesteuerte Infusionsgeräte, computerunterstütztes Operieren sind heute eine Selbstverständlichkeit. Und ein Ende der technologischen Umbrüche ist nicht abzusehen. Innovative elektronische Systeme für Telemedizin sowie Patientenerfassung und -steuerung, zum Beispiel Gesundheitskarte, elektronische Patientenakte oder Anlagen zur mobilmedizinischen Steuerung für chronisch Kranke, harren der flächendeckenden Einführung. In der Pharmakologie eröffnen die Genomentschlüsselung sowie maßgeschneiderte, individualisierte Behandlung und Medikation völlig neue Anwendungsmöglichkeiten. Damit verändern sich natürlich auch in großem Umfang die Anforderungen an Berufsbilder und Ausbildungsgänge im medizinischen Bereich.

Langlebigkeit und postindustrielle Krankheitsbilder

Wachsender Wohlstand und fortschreitende Alterung der Bevölkerung vor allem in den westlichen Industrienationen – mit einer Verlängerung der durchschnittlichen Lebenserwartung von Frauen auf aktuell 82, von Männern auf 77 Jahre – schaffen einen hohen Anpassungsbedarf nicht nur in Diagnose und Therapie, sondern auch in Prävention und Pflege: Betroffen davon sind so unterschiedliche Disziplinen wie Geriatrie, Orthopädie oder Psychiatrie.

Mit der neuen Langlebigkeit, aber auch mit den heutigen Lifestyle-Änderungen wandelt sich zudem das Spektrum der Krankheitsbilder: Demenzielle Leiden, Prothetik und besonders Suchterkrankungen erlangen eine immer größere Relevanz. Typisch für postindustrielle Erkrankungen ist der weltweite Vormarsch von Fettleibigkeit, häufig verbunden mit Diabetes mellitus sowie kardiovaskulären Störungen.

Zunehmend selbstbewusste und informierte Patienten

Im Regelfall sind die Empfehlungen des behandelnden Arztes oder Hausarztes immer noch maßgeblich für Behandlungsentscheidung und Klinikwahl. Gleichwohl zeichnet sich – zumindest bei elektiven Fällen – eine wachsende Emanzipation der Patienten ab. Immer mehr Patienten sprechen sich heute mit ihren Familienangehörigen ab, informieren sich bei Patientenorganisationen, ihrer Versicherung oder versuchen, sich auf anderem Wege unabhängig vom Arzt einen Überblick über den fachlichen Diskussionsstand zu verschaffen. Besonders bedeutsam als Informationsquelle ist das Internet – in den USA nutzen inzwischen etwa zwei von drei Surfern das weltweite Netz zu diesem Zweck.

Eine immer wichtigere Rolle spielen auch die Rankinglisten von Tageszeitungen, Magazinen wie „Focus“ und „Der Spiegel“ oder Fachzeitschriften wie MAP-Report. Vielen Patienten liefern sie Anhaltspunkte nicht nur für die Arzt- und Klinikwahl, sondern auch für die Suche nach den leistungsstärksten beziehungsweise preisgünstigsten Versicherern.

Wandel der Rollenbilder in den medizinischen Berufen

Mit der wachsenden Vernetzung von klinischem und niedergelassenem Bereich, dem Vormarsch von Behandlungspfaden und der zunehmenden Hightech-Unterstützung von Diagnose, Therapie und Pflege werden alle im medizinischen Dienst Beschäftigten immer mehr zu Funktionsträgern in hoch integrierten Arbeitsabläufen mit genau definierten, an hohe Vorqualifikationen gekoppelten Teamplayer-Rollen. Diese Rollen lassen sich nur sinnvoll ausfüllen, wenn jeder Beteiligte nicht nur über eine qualifizierte Fachausbildung verfügt, sondern auch die erforderlichen Team- und Technologie-Fähigkeiten mitbringt. Für die Ärzte bedeutet dies – neben der fachmedizinischen Ausbildung – die Vertrautheit mit Informationstechnologie, zunehmend aber auch mit betriebswirtschaftlichen Zusammenhängen. Für Pflegekräfte ist der Weg in die Professionalisierung des Berufsstandes und die Akademisierung vorgezeichnet: Die Ausbildungsgänge werden zwangsläufig länger und selektiver. Entsprechend müssen Anreize geschaffen werden für ein künftig deutlich längeres, zudem finanziell attraktiveres Verweilen in diesen Berufen. In den USA wie auch in Deutschland werden im Pflegebereich inzwischen Ausbildungsgänge bis zur Promotion angeboten. Ein starker Fokus liegt dabei auf „Translatationaler Medizin“: Gemeint ist damit ein effizienter Transfer von Innovationen nicht nur in der Medizintechnik, sondern auch bei den therapeutischen Abläufen, oft auch als „bench to bedside“ beschrieben.

Argumente für eine neue Sicht auf Kosten und Nutzen der Gesundheitsversorgung

Auffällig ist, dass in der weltweiten Reformdiskussion die öffentlichen Gesundheitssysteme vor allem als Kostenblock beziehungsweise -quelle betrachtet werden und damit als Belastung für die Gesamtwirtschaft und insbesondere für die Steuerzahler. Vieles spricht dafür, dass diese traditionelle Betrachtungsweise deutlich zu kurz greift. Denn der Gesundheitsstand der Bevölkerung ist ein ausschlaggebender Faktor im Wettbewerb der Standorte und Volkswirtschaften. Dies wird deutlich, wenn man den direkten Gesundheitsausgaben die Opportunitätskosten

oder indirekten Kosten aus Produktivitäts- und Einkommensverlusten sowie eventuell vorzeitiges Versterben gegenüberstellt.

Ein anschauliches Beispiel liefert die Betrachtung der tatsächlichen Kosten kardiovaskulärer Erkrankungen für Großbritannien. Bei Gesamtkosten von 29 Milliarden Pfund im Jahr 2006 stehen den direkten Kosten von 16 Milliarden Pfund aus Krankenhausaufenthalten, Medikation und sonstigen Gesundheitskosten immerhin 13 Milliarden Pfund weiterer Kosten gegenüber: sieben Milliarden Pfund aus Kosten für kommunale und soziale Serviceleistungen sowie für private Pflege im häuslichen Umfeld; sechs Milliarden Pfund zusätzlich aus volkswirtschaftlichen Einnahmeausfällen.

Tabelle 3: Kostenstruktur kardiovaskulärer Erkrankungen

Kostenarten	Einzelkosten (in Milliarden Britischen Pfund)	Kosten aggregiert (in Milliarden Britischen Pfund)
Direkte Kosten – Ärztliche Behandlung		
• ärztliche Behandlung	10	
• Arzneimittel	3	
• sonstige Behandlungskosten	3	
Kosten aggregiert		16*
Direkte Kosten – Pflege und Betreuung		
• kommunale und soziale Serviceleistungen	2	
• sonstige Betreuung/Nachbarschaftshilfe	5	
Kosten aggregiert		7
Indirekte Kosten/Einnahmeausfälle		6
Summe aller Kosten		29

Quelle: McKinsey UK, Healthtracker

* 16 Milliarden Britische Pfund = 18 Prozent der Nettoausgaben des National Health Service (NHS)

In ähnlicher Weise schlagen die indirekten Gesundheitskosten auch in anderen OECD-Ländern zu Buche, speziell bei chronischen Erkrankungen. Nach Schätzungen der WHO werden dadurch OECD-weit die nationalen BIP im Durchschnitt um sieben Prozentpunkte gemindert (WHO Report 2005).

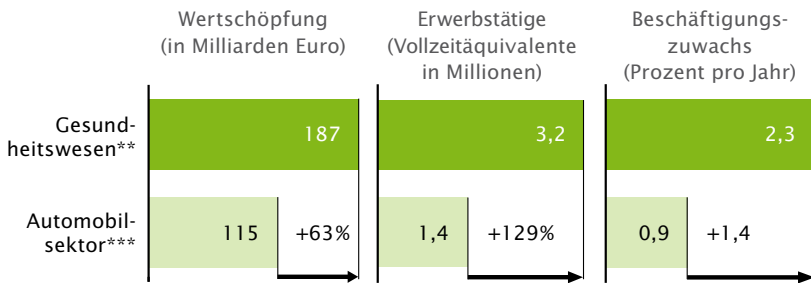
Ausgehend von solchen Kostenbetrachtungen haben Topel und Murphy (Universität Chicago) den Versuch unternommen, die durch Public Health Care erreichte Verbesserung von Gesundheitsstand und Lebenserwartung als ökonomischen Wert für die Volkswirtschaft der USA zu beziffern. Ihren Analysen zufolge wurden allein durch die Zunahme der Lebenserwartung zwischen den Jahren 1970 und 2000 3.200 Milliarden US-Dollar pro Jahr an Wert generiert – was ungefähr der Hälfte des jährlichen Bruttoinlandsproduktes in dieser Zeit entspricht. Gelänge es, die durch Krebs verursachte Sterblichkeit nur um ein Prozent zu reduzieren, würde dies die volkswirtschaftliche Wertschöpfung um 500 Milliarden US-Dollar erhöhen. Oft sind es relativ günstige Innovationen mit einem breiten Anwendungsspektrum, wie etwa Impfstoffe, die den höchsten ökonomischen Mehrwert schaffen.

Richtet man den Blick auf diese bisher weitgehend übersehenen Beiträge öffentlicher Gesundheitsversorgung zur Wettbewerbsfähigkeit einer Volkswirtschaft, so erscheint die Leistungserbringung der nationalen Gesundheitssysteme in einem ungleich positiveren Licht. Was das für die deutschen Verhältnisse bedeutet, soll nachstehend im Detail aufgezeigt werden.

Mit einem hoch entwickelten Gesundheitssystem verbinden sich erhebliche Einsparungen bei den Opportunitätskosten. Bei einem durchgängig hohen Gesundheits- und Versorgungsniveau in der Bevölkerung reduzieren sich nämlich auch entsprechend die direkten und indirekten Kosten der ansonsten anfallenden Erkrankungen. Zudem sind hoher Gesundheitsstand und hohe volkswirtschaftliche Produktivität korrelieren direkt miteinander.

Aber damit nicht genug: Betrachtet man das Gesundheitswesen einmal wie einen Wirtschaftssektor, der Arbeitsplätze schafft, Umsätze erzielt und am weltweiten Handel mit Gütern und Dienstleistungen teilnimmt, so ergeben sich erstaunliche Zahlen und Größenordnungen: Wie Analysen im Umfeld von „Deutschland 2020“ zeigen, erwirtschaftet das deutsche Gesundheitswesen – über die verschiedenen Segmente Krankenkassen/-versicherer, stationäre und ambulante Leistungserbringer sowie Pharma-, Medizinalgeräte- und Heil-/Hilfsmittelhersteller – insgesamt einen volkswirtschaftlichen Wertbeitrag von etwa 187 Milliarden Euro pro Jahr. Damit erscheint der deutsche Gesundheitssektor schon heute volkswirtschaftlich bedeutsamer als die traditionelle „deutsche Leitindustrie“ – der Automobilsektor mit den Segmenten Hersteller, Zulieferer, Händler und Werkstätten. Diese vier Bereiche von „Automotive“ erwirtschaften zusammen „lediglich“ einen Wertbeitrag von rund 115 Milliarden Euro pro Jahr – selbst wenn man die Sektoraktivitäten sehr weit definiert.

Abbildung 1: Vergleich des Gesundheitswesens mit dem Automobilsektor in Deutschland*



Quelle: McKinsey „Deutschland 2020“

* Stand 2008; Daten für 2006 beziehungsweise für den Zeitraum seit Anfang/Mitte der 1990er-Jahre

** einschließlich Pharma, Medizintechnik, Krankenversicherungen

*** einschließlich Handel und Werkstätten

Behält man die Wirtschaftssektoranalogie bei, so sind überdies die Innovationen im Gesundheitswesen, einschließlich der damit assoziierten Folgeausgaben, als klare, unverzichtbare Wirtschaftsimpulse einzustufen.

Eckpunkte für ein Gesundheitswesen der Zukunft

Hält man sich die inzwischen weltweiten Erfahrungen mit Health-Care-Reformansätzen vor Augen, so drängt sich immer mehr eine Schlussfolgerung auf: Dass es schlichtweg weder möglich noch sinnvoll ist, öffentliche Gesundheitssysteme über die Erschließung immer neuer Einsparpotenziale zu sanieren. Betrachtet man den Gesundheitssektor wie einen Wirtschaftssektor, so gelangt man denn auch zu deutlich veränderten Fragestellungen: Wie lassen sich beispielsweise die Überschüsse beim volkswirtschaftlichen Wertbeitrag zu einer tragfähigen Refinanzierung des Sektors nutzen? Wie kann man seine inhärenten Wachstumskräfte produktiv freisetzen? Wie ist es möglich, neue, hochwertige Arbeitsplätze zu schaffen und – vielleicht mehr als alles andere – Nachfrage- und Innovationsschübe auch in anderen Wirtschaftssektoren zu induzieren?

Antworten darauf lassen sich natürlich nur schrittweise über die Zeit formulieren. Was allerdings schon machbar ist, sollte jetzt verstärkt in Angriff genommen werden, nämlich die Voraussetzungen zu schaffen für eine langfristig angelegte Sektor-Evolution. Aus heutiger Sicht sollte sie idealerweise entlang der nachfolgend beschriebenen Stoßrichtungen erfolgen.

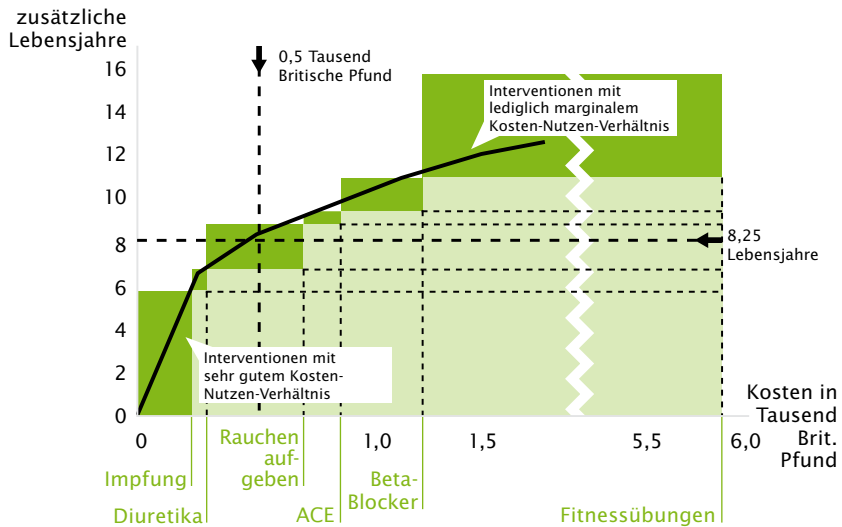
Transparentere, rationale „Wertabwägung“ bei medizinischen Leistungen

Vordringlich erscheint es, den Trade-off zwischen möglichem Nutzen und anfallenden Kosten von Versorgungsleistungen transparenter zu machen. Ausgehend von der damit verbundenen Optimierungsaufgabe haben verschiedene europäische Regionen (NICE in England und IQWiG in Deutschland) Initiativen gestartet mit dem Ziel, Kosten-Nutzen-

Analysen, wie sie für Medikamente bereits üblich sind, auch auf klinische Leistungen zu übertragen. Auf dieser Ebene lässt sich die Evaluierung von Behandlungsmethoden deutlich effektiver und auch effizienter gestalten.

Wie dies konkret geschehen kann, lässt sich am Beispiel der Herzinsuffizienz darstellen. Aus der Fachliteratur sind derzeit etwa 80 Interventionen bekannt, zu deren Wirkung auch Evidenz vorliegt – von der Prävention bis zur palliativen Versorgung. Damit ist es möglich, anhand klinischer Studien abzuschätzen, welche Herzinsuffizienzpatienten einer Region oder Krankenkasse welche Intervention erhalten sollten, welche Kosten damit verbunden sind und welcher Nutzen (gemessen in zusätzlichen Lebensjahren) zu erwarten ist (Dash and Riahi 2008).

Abbildung 2: Mit der Wertkurven-Analyse lässt sich das Kosten-Nutzen-Verhältnis von Interventionen systematisch transparent machen



Quelle: McKinsey UK, Healthtracker

Anhand solcher Daten lässt sich in einem zweiten Schritt eine Wertkurve ableiten: Sie weist aus, wie viele zusätzliche Lebensjahre in einer Population mit welchen Interventionen generiert werden können. Dazu werden auf der X-Achse die Kosten der Interventionen abgetragen – und zwar beginnend mit den Interventionen, die jeweils das beste Kosten-Nutzen-Verhältnis aufweisen. Parallel dazu werden auf der Y-Achse die gewonnenen zusätzlichen Lebensjahre zugeordnet.

Von links nach rechts erhält man dann – der Reihe nach – jene Interventionen ausgewiesen, die immer weniger oder überhaupt keinen Zuwachs an Lebensjahren mehr erzielen. Wie am Beispiel Herzinsuffizienz aufgezeigt, wird es so möglich, eine Rangfolge der Interventionen – von der Grippeprävention durch Impfung bis hin zu Fitness-Übungen – zu bilden und Interventionen mit nur noch marginalem Nutzen systematisch auszusondern.

Wertkurven-Analysen lassen sich in sehr unterschiedlicher Weise nutzen, um Behandlungsmethoden zu evaluieren und zu standardisieren. Primary Care Trusts (PCT) in England benutzen sie, um mit Krankenhäusern über Kapazitätsreduzierungen bei weniger „wertstiftenden“ Interventionen zu verhandeln. In Indien, beispielsweise im Bundesstaat Andhra Pradesh, werden sie eingesetzt, um verbindliche Behandlungspfade zu definieren; die Kostenerstattung beschränkt sich dann ausschließlich auf jene Interventionen, die im jeweiligen Behandlungspfad vorgesehen sind. In den USA gibt es Überlegungen, „Nice to have“-Interventionen bei Medicare-Patienten über Qualitätszuschläge zu finanzieren.

Anreize für wertorientierte Entscheidungen

Krankenkassen und -versicherer sehen sich heute in Deutschland zunehmend mit der Aufgabe konfrontiert, den Rollenwechsel zu schaffen vom passiven Zahler zum aktiven Einkäufer und Gestalter von Versorgungsleistungen für ihre Versicherten. Dabei kann ihnen ein „Value-Based Purchasing“-Modell sehr zustatten kommen, wie es etwa in den

USA von den Centers for Medicare & Medicaid Services seit Jahren erfolgreich eingesetzt wird.

Ziel von VBP ist es, die DRG-basierten Zahlungen an Krankenhäuser nachhaltig, das heißt um zwei bis fünf Prozentpunkte, zu reduzieren. Um dies zu erreichen, wird für jedes beteiligte Krankenhaus zunächst ein individueller Basisleistungsindex ermittelt. Der Index wird zur Kalibrierung dann in Bezug gesetzt zum nationalen Durchschnitt sowie zu einem erwarteten Schwellenwert. Alle zwischenzeitlich eintretenden Verbesserungen werden jeweils mithilfe des kalibrierten Index dokumentiert und über einen Zeitraum von zwölf Monaten nachgehalten, um ihre Dauerhaftigkeit zu ermitteln.

Im Einzelnen erfasst der VBP-Leistungsindex folgende Indikatoren/Kennziffern für Behandlungsqualität:

- Verhältnis von im Krankenhaus erworbenen Gesundheitsbeeinträchtigungen (Hospital-Acquired-Conditions) zu Beeinträchtigungen, die zum Zeitpunkt der Aufnahme in das Krankenhaus vorlagen (Present on Admission)
- Bewertung der Behandlung aus Patientensicht
- Risikoadjustierte Sterblichkeiten

Eine Internetseite ermöglicht zudem auch der Öffentlichkeit den Vergleich der Krankenhäuser nach Outcomes, Häufigkeit von Eingriffen etc. (www.hospitalcompare.hhs.gov).

Der besondere Vorteil des VBP-Modells besteht darin, dass erreichte Einsparungen nicht einfach einbehalten werden, sondern den Krankenhäusern im Falle nachweislich erbrachter Leistungsverbesserungen als Leistungsanreize wieder zugutekommen.

Erschließung von Wachstumspotenzialen

Das deutsche Gesundheitswesen wird in seiner Entwicklung immer noch massiv blockiert durch eine Vielzahl staatlicher Regulierungsmaßnahmen sowie durch gravierende Finanzierungsprobleme im Krankenhausbereich, aber auch bei den niedergelassenen Ärzten.

Gelingt es, diese Pattsituation zu durchbrechen, sektorweit zu einer Wachstumsstrategie überzugehen und auch verstärkt ausländische Spitzenunternehmen zur Ansiedlung vor Ort zu bewegen, so lassen sich den Analysen von „Deutschland 2020“ zufolge erhebliche Zuwächse erzielen: Die Wertschöpfung könnte bis 2020 um etwa 3,3 Prozent pro Jahr, die Beschäftigung um 1,9 Prozent pro Jahr gegenüber heute zunehmen (McKinsey & Company 2008).

Solidarische Finanzierung des Gesundheitswesens mit stärkerer Eigenfinanzierung

Soll eine umfassende, leistungsstarke Versicherung für die gesamte Bevölkerung sichergestellt bleiben, so wird es auch künftig keine Alternative zur solidarischen Finanzierung der Grundversorgung geben. Dies gilt ebenso für Länder mit Finanzierung über Steuern wie für solche, die ihr Gesundheitswesen über Sozialabgaben finanzieren.

Allerdings werden Versicherungsnehmer weltweit für Wahlleistungen und Wellness-Angebote verstärkt selbst aufkommen müssen. Denkbar ist hier ein breites Spektrum an Optionen – von erhöhten Selbsthalten über Zusatzversicherungen bis hin zum völligen Ausschluss nicht existenziell notwendiger Behandlungsformen, etwa bestimmter kosmetischer Operationen.

Ein besonders interessantes Finanzierungsmodell stellen aus Sicht der Versicherungsnehmer die aus den USA bekannten Health Savings Accounts dar: Im Prinzip handelt es sich um ein steuerbegünstigtes Ansparmodell, aus dem Wahlleistungen finanziert werden können (Maulbecker-Armstrong und Boyles 2005). Überträgt man dieses Modell auf

die Verhältnisse in Europa, so könnte damit eine solide marktwirtschaftliche Finanzierung für elektive Leistungen sichergestellt werden.

Veränderung der medizinischen Leistungserbringung

Prozessorientierte Medizin mit standardisierten, verbindlichen Behandlungspfaden ist weltweit im Vormarsch. In den USA hat Leapfrog, eine Gruppe von 160 Unternehmen, sogenannte „Pay for Performance“-Programme entwickelt, bisher insgesamt 77 an der Zahl. Werden die den Programmen zugrunde liegenden Prozesse korrekt eingehalten, winken attraktive finanzielle Anreize. Eine Weiterentwicklung stellen Programme dar, die nicht nur die Einhaltung von Prozessen, sondern auch die erzielten Resultate bewerten. Die größten Effektivitäts- und Effizienzgewinne versprechen dabei sektorübergreifende Behandlungspfade, die stationäre und ambulante Versorgung nahtlos miteinander verbinden.

In Deutschland haben solche integrierten Versorgungsmodelle durch die Einführung der medizinischen Versorgungszentren (MVZ) im Rahmen des GKV-Modernisierungsgesetzes neuen Auftrieb erhalten. Nach einer langsameren Anlaufphase steigt die Zahl der MVZ inzwischen rasch an. Gab es in 2005 erst 278 MVZ, so hat sich die Zahl bis Ende 2008 auf 1.152 erhöht. Davon werden 429 von privaten Klinikketten wie Rhön, Helios oder Asklepios betrieben. Allerdings sind die deutschen MVZ – mit durchschnittlich 4,5 beschäftigten Ärzten – noch keineswegs vergleichbar mit den britischen Primary Care Trusts (PCT). Letztere verfügen über deutlich weiter gefasste Gestaltungsspielräume.

Welche Handlungsspielräume PCT etwa bei der ambulanten Behandlung von Chronikern haben, verdeutlicht das Beispiel der nordenglischen Region North Bradford. Dort hat der zuständige PCT, das heißt die verantwortliche Ärzteguppe vor Ort, im Jahr 2000 ein neues, innovatives Versorgungsmodell für chronische Patienten eingeführt.

In einem ersten Schritt wurden die Patienten in Risikogruppen nach Krankheit oder Verhaltensmuster eingeteilt. Parallel dazu wurden die

lokalen Allgemeinmediziner in Primärversorgergruppen von je zehn Ärzten aufgegliedert. Je zwei dieser Ärzte erhielten eine Fortbildung für jeweils eine chronische Krankheit, zum Beispiel Diabetes; zudem wurde ihnen ein Facharzt mit entsprechender Ausbildung für Eskalationsfälle zugeordnet. Um eine Abdeckung täglich rund um die Uhr sicherzustellen, erhielt jede dieser Primärversorgergruppen darüber hinaus ein Team von Krankenschwestern zur Seite gestellt. Jeder Patient im PCT-Gebiet wurde dann einem Arzt-Schwestern-Team in einem Primärversorgungszentrum zugeordnet.

Insgesamt führte diese Reorganisation der ambulanten ärztlichen Versorgung zu deutlichen Effizienzgewinnen: Die Anzahl der Notfallaufnahmen sank bei Diabetes um 25 Prozent, bei Atemwegserkrankungen um 38 bis 78 Prozent, bei Vielfliegern um 15 bis 70 Prozent. Ähnlich eindrucksvoll sind die Rückgänge bei der durchschnittlichen Verweildauer: minus 45 Prozent bei Diabetes, minus 90 Prozent bei Atemwegserkrankungen und minus 40 bis minus 50 Prozent bei Vielfliegern.

Mehr Eigenverantwortung der Patienten

Mit der Online-Verfügbarkeit von Qualitätsberichten sowie den Rankings von Kliniken und Ärzten haben sich die Informationsmöglichkeiten aus Patientensicht nachhaltig verbessert.

Inzwischen zeichnet sich ein weiterer großer Entwicklungssprung ab, vor allem in den USA: Elektronische Patientenakte und Online-Gesundheitsmanagement erlauben den Patienten dort eine sehr viel eigenständigere, gezielte Nutzung von Versorgungsangeboten, verbunden mit einem erheblichen Zugewinn an Behandlungskomfort. Unnötige Arztbesuche entfallen, Laborergebnisse können eingesehen werden, Rezepte und Medikamente lassen sich elektronisch anfordern und abrechnen. Zugleich erhalten die Patienten detailliert Aufschluss über Kostenstrukturen und Kostentreiber – was ihnen völlig neue Ermessensmöglichkeiten bei Arztwahl und Behandlungsentscheidungen verschafft.

Welche Nutzungsmöglichkeiten sich durch die Kombination von elektronischer Gesundheitskarte und Online-Gesundheitsmanager realisieren lassen, zeigt ein Fallbeispiel des US-amerikanischen Gesundheitsunternehmens Kaiser Permanente: Seit 2005 bietet Kaiser Permanente für seine Mitglieder die elektronische Gesundheitsakte „KP HealthConnect“ an, verbunden mit dem Online-Gesundheitsmanagement-Tool „My Health Manager“. KP HealthConnect eröffnet einen geschützten Internetzugang zum integrierten klinischen Informationssystem. Dieses verknüpft alle Bereiche diagnostischer und therapeutischer Leistungserbringung mit den Verwaltungs- und Führungsfunktionen. Über den My Health Manager kann jeder Patient zudem Arztkonsultationen buchen, Untersuchungsbefunde einsehen oder an Beratungs- und Präventionsmaßnahmen teilnehmen.

Patientenzuspruch und Effizienzgewinne sind gleichermaßen eindrucksvoll: 8,7 Millionen Versicherte besitzen mittlerweile die elektronische Gesundheitsakte „KP Health Connect“; drei Millionen benutzen aktiv das Online-Tool My Health Manager. Wie erste Auswertungen zeigen, ist im Zeitraum 2004 bis 2007 die Besuchsrate in Arztpraxen um rund 26 Prozent zurückgegangen. Gleichzeitig sind die Patientenkontakte per E-Mail oder Telefon um etwas mehr als acht Prozent angestiegen. Im Jahr 2008 wurden online über My Health Manager 6,1 Millionen E-Mails an Ärzte versandt, 5,6 Millionen Medikamente verordnet sowie 16,8 Millionen Laborergebnisse eingesehen (Chen 2009).

Fazit und Ausblick

Gemeinsames Anliegen der weltweiten Reformbemühungen der letzten 20 Jahre war es, die Produktivitätsreserven in den nationalen Gesundheitssystemen zu mobilisieren und die Bezahlbarkeit der Leistungen sicherzustellen. Zweifellos sind die Systeme, was die Leistungserbringung angeht, mittlerweile sehr viel effizienter, patientenorientierter und auch differenzierter geworden. Dies gilt insbesondere für die OECD-Länder.

Mit dem Übergang zur postindustriellen Wissens- und Technologiegesellschaft wandelt sich jedoch zunehmend die Rolle des Gesundheitswesens – vom Reparatur- und Pflegebetrieb mit episodalen Behandlungsangeboten zu einem maßgeblichen Sektor volkswirtschaftlicher Leistungserbringung. Wie Porter und Teissberg bereits im Jahr 2006 prognostizierten, werden sich künftige Reformansätze vor allem darauf konzentrieren, den Wertbeitrag des Gesundheitswesens für den Einzelnen wie auch für die Gesellschaft zu erhöhen (Porter und Teissberg 2006). Kostenaspekte verlieren zusehends ihre Bedeutung. Medizinische Betreuung wird immer mehr als lebenslange, wertschöpfende Versorgungsleistung verstanden – erbracht entlang eines Indikationskontinuums von Diagnose, Prävention, Behandlung, Pflege und Rehabilitation.

Eine Schlüsselfunktion im Gesundheitssystem der Zukunft wird der Verfügbarkeit und Nutzung von Informationen zufallen. Damit werden Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zunehmend transparent, was eine rationalere Interaktion zwischen Bezahlern, Patienten und Leistungserbringern ermöglicht und den Best-Practice-Transfer national wie international fördern wird.

Literatur

- Chen, C., T. Garrido, D. Chock, G. Okawa und L. Liang (2009): The Kaiser Permanent Electronic Health Record: Transforming And Streamlining Modalities Of Care. In: Health Affairs. Nummer 2. S. 323-333.
- Dash, P., und F. Riahe (2008): NHS Confederation. www.nhsconfed.org (Download 27. Juli 2009).
- Knieps, F. (2008): Wettbewerb unter den Bedingungen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes. Eine politische Wirkungsanalyse. In: U. Repschläger (Hrsg): BARMER Gesundheitswesen aktuell 2008. Beiträge und Analysen zu Auswirkungen der Gesundheitsreform ab 2009. Wuppertal.
- Maulbecker-Armstrong C. C., und W. R. Boyles (2005): Global „Consumer Driven“ Health Care? Moving beyond the first generation. Ohne Ort.

- McKinsey & Company (2008): Gesundheitsbranche: Expansionschancen nutzen, notwendige Anpassungen forcieren. In: Deutschland 2020. Zukunftsperspektiven für die deutsche Wirtschaft. S. 93-99.
- Porter, M. E., und E. O. Teissberg (2006): Redefining Health Care. Creating Value-Based Competition on Results. Boston MA.
- Salfeld, R., S. Hehner und R. Wichels (2009): Modernes Krankenhausmanagement. Konzepte und Lösungen. Berlin und Heidelberg.
- Stollorz, V. (2009): Impfen und Schimpfen. Das Theater um die Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs. Ein Drama in sechs Akten. In: Die Zeit. Nummer 14. 14.05.2009. S. 37 f.
- The 2005 WHO Report. Preventing Chronic Diseases.
- Timmins, N. (2009): Pricing longevity. People expect improved, extended lives, but how will collective funding systems stand up to the pressure? In: Financial Times, Health. Ausgabe 1. 26. März 2009.