Prof. Dr. Bertram Häussler

30 Jahre Gesundheitsökonomie – Innovationsstau im Gesundheitswesen?

Zusammenfassung

Fortschritte im Gesundheitswesen werden vielfach nicht wahrgenommen, weil kurzfristige Betrachtungen vorherrschen und eine übergreifende Perspektive fehlt. Dabei zeigen sich oftmals überraschende Erfolge, wenn man längere Zeiträume betrachtet: Bei vielen Krankheitsbildern geht die Sterblichkeit in einem erstaunlichen Ausmaß zurück. Als Treiber für diese Entwicklung kommen vor allem Innovationen bei Diagnostik und Therapie in Frage. Die Politik setzt dagegen überwiegend an der Veränderung von Strukturen an, die sich tatsächlich nur langsam verändern und vielfach den Eindruck von Stillstand hervorrufen.

Schlüsselwörter

Innovationen, Outcomes, Prozesse, Strukturen, Sterblichkeit

Für viele Betrachter ist unser Gesundheitswesen durch Stillstand gekennzeichnet. Gute Ideen würden nicht umgesetzt, Bürgern und Patienten würden dadurch Fortschritte vorenthalten, möglicherweise eine Zwei-Klassen-Medizin befördert. Oft wird dies auf Überregulierung, bürokratische Hemmnisse und die gegenseitige Blockade von Interessengruppen zurückgeführt. Auf der anderen Seite gibt es aber auch diejenigen, die darauf hinweisen, dass das Leistungsangebot ständig wachse, dass dieses Wachstum nicht ausreichend kontrolliert werde, und dass dies im Wesentlichen eine Folge einer von den Anbietern induzierten Inanspruchnahme sei. Vertreter dieser Position wollen demzufolge statt der Frage nach einem Innovationsstau lieber den Aspekt der Begrenzung des Wachstums erörtern nach dem Motto: „Wie viel Wachstum sollen wir uns denn noch leisten?" Diese „Minus"- und „Plus"-Perspektiven auf die Entwicklung des Gesundheitswesens stehen sich meist unvermittelt gegenüber. Es fällt aber auf, dass die eingenommene Position vielfach von der Rolle des Betrachters in diesem System geprägt ist. Dabei sind Vertreter der Minus- oder Stillstands-These vorrangig den Leistungserbringern oder der Gesundheitswirtschaft zuzuordnen, Vertreter der Plus- oder Wachstums-These meist den Kostenträgern und der an Public Health orientierten Wissenschaft. Interessant ist dabei, dass beide Lager übereinstimmend befinden, dass das Gesundheitswesen irrational und ineffizient funktioniere, dass es risikobehaftet und sogar stellenweise patientenfeindlich sei.

>> Wenn man an einer sachlichen Bewertung der Innovationsdynamik interessiert ist, muss man zunächst die Frage beantworten, was wir zum Maßstab für Stillstand oder Bewegung im Gesundheitssystem machen. Wir legen hierfür die funktionale Bestimmung des Gesundheitssystems in Abgrenzung von den anderen gesellschaftlichen Subsystemen fest, also von den anderen Infrastruktursektoren, insbesondere dem Verkehr, der Bildung, des Wohnens oder der Kommunikation. In diesem Kontext wird deutlich, woran das Gesundheitswesen gemessen werden kann und soll und woran nicht: Es hat nicht die Aufgabe, in allgemeiner Weise für „Glück" oder „Wohlfahrt" zu sorgen, sondern ganz konkret für Gesundheit. Und damit steht auch der Maßstab für die Frage fest, ob Stillstand oder Innovation herrscht: Wird Gesundheit erzeugt, die sich bekanntlich daran messen lässt, ob das Risiko zu Sterben gesenkt wird und ob die Lebensqualität von kranken Menschen verbessert oder wenigstens erhalten wird? Auf jeden Fall wird die Innovationsdynamik nicht primär daran gemessen, ob sich Strukturen verändert haben oder ob es innovative Projekte in der Versorgungslandschaft gibt.

Wir werden uns im Folgenden daher zunächst dem „Outcome" zuwenden, also dem, was das Gesundheitssystem primär produzieren soll. Dann richten wir den Blick auch auf Prozesse und natürlich auch auf die Strukturen, die – so unsere These – für die Wahrnehmung von gesundheitspolitischem Stillstand besonders prägend sind. Vorab wollen wir aber auf ein erkenntnistheoretisches Phänomen hinweisen, das uns bei der Beurteilung von Dynamik oftmals auf die falsche Fährte führt.

Kontinuierliche Bewegung täuscht Stillstand vor

Jeder kennt das Phänomen, dass man während einer Fahrt mit konstanter Geschwindigkeit das Gefühl verliert, dass man sich überhaupt bewegt. Insbesondere dann, wenn Bewegung nicht durch sensorische Erlebnisse wie Lärm, Rütteln oder abrupte Bewegungen begleitet ist, wie das in modernen Schnellzügen oder Autos der Fall ist, die auf perfekten Autobahnen fahren, werden auch hohe Geschwindigkeiten im Lauf der Zeit nicht mehr als Bewegung erlebt, wenn sie konstant bleiben. Dies gilt umso mehr, wenn wir eine Bewegung in nur einem kurzen Zeitraum beurteilen. Wenn uns bei schneller Autobahnfahrt ein Gegenstand herunterfällt und wir uns diesem für einige Sekunden zuwenden, haben wir am wenigsten den Eindruck, dass wir unter Umständen hunderte von Metern zurückgelegt haben, während wir abgelenkt waren. Erst wenn uns nach Stunden bewusst geworden ist, dass wir uns in einer völlig anderen Landschaft befinden, haben wir begriffen, dass wir uns signifikant bewegt haben.

Diese Dialektik zwischen Bewegung und Stillstand begegnet uns auch bei der Betrachtung des Gesundheitssystems. Wir sehen eher den Stillstand als den Fortschritt, weil wir aus den verschiedensten Gründen in kurzfristiger Perspektive auf das Gesundheitssystem und seine Leistungen schauen. Damit meinen wir nicht Sekunden, sondern ein Jahr. Das Jahr stellt für viele Phänomene eine kurzfristige Betrachtung dar. Es ist so prägend, weil sich das Wirtschaftsleben auch im Gesundheitssektor überwiegend im Jahrestakt voran bewegt.

Outcomes verbessern sich erheblich

Wenn wir uns an einem längeren Zeitraum orientieren – z. B. an 30 Jahren – haben wir einen Zeitraum, der sicherlich nicht mehr kurzfristig zu nennen ist. Was erkennen wir?

Zunächst wenden wir uns den Todesfällen zu, die man dem Gesundheitssystem am eindeutigsten als Leistung zuschreiben kann, den „vermeidbaren Todesfällen". Es handelt sich um Krankheiten und Situationen, die unter heutigen Bedingungen meist gut behandelbar sind, wo Sterbefälle durch Interventionen für vermeidbar gehalten werden. Dazu gehören die Mütter- und Säuglingssterblichkeit oder Todesfälle durch Krankheiten wie Tuberkulose, oder durch Bluthochdruck bis Menschen unter 65. Seit den 1980er-Jahren ist die Sterblichkeit an solchen Todesursachen um sage und schreibe 69 Prozent zurückgegangen (Abb. 1). Dies geschah als Folge des Zusammenwirkens unterschiedlicher Anstrengungen, ist aber eine herausragende Leistung des Gesundheitssystems. Die Entwicklung ist aber weitgehend unbeachtet

geblieben und hat nicht verhindert, dass wir heute überwiegend über Stillstand reden, wenn wir das Gesundheitssystem betrachten.

Ein weiteres Beispiel ist die Suizid-Sterblichkeit, die in Deutschland nach 1945 zunächst kontinuierlich zugenommen hat. Mit den 1980er-Jahren setzte jedoch eine Umkehr ein, so dass die Sterblichkeit durch Selbsttötung in den vergangenen 30 Jahren um mehr als die Hälfte zurückgegangen ist (Abb. 2). Auch dies bedeutet alles andere als Stillstand. Auch hier erkennen wir Dynamik als Resultat von intentionalem Handeln auf vielen Ebenen von der Krisenintervention bis zu Langzeitbehandlung von Depressiven. Beratungs- und Hilfsdienste, psychologische und psychotherapeutische Therapien sowie die Pharmakotherapie mit innovativen oder generisch genutzten Wirkstoffen haben zu dieser Dynamik beigetragen.

Als drittes Beispiel sind die großen Volkskrankheiten zu erwähnen, insbesondere die Herz-und Kreislauferkrankungen. Ihre Sterblichkeit hat ebenfalls seit den 1980er-Jahren um rund 60 Prozent abgenommen. Das bedeutet, dass jeder Bundesbürger heutzutage ein um mehr als die Hälfte reduziertes Risiko hat, in einem Jahr am Herztod zu sterben, um ein Beispiel zu geben. Auch dies nehmen wir vielfach nicht als Bewegung wahr. Auch hier liegt dies daran, weil wir uns schlichtweg daran gewöhnt haben, dass diese Sterblichkeit kontinuierlich zurück geht und dass Medizin wirkt – natürlich neben Prävention und Aufklärung über die entsprechenden Risikofaktoren.

Bei diesen hohen, zweitstelligen Verbesserungsraten können bloß die Neubildungen nicht mithalten, deren Sterblichkeit in vergleichbaren Zeiträumen nur um 24 Prozent reduziert werden konnte. Doch es ist voraussehbar, dass sich in den kommenden 20 Jahren auch auf dem Gebiet der Krebserkrankungen die Geschwindigkeit der Sterblichkeitsreduzierung deutlich erhöhen wird. Dann wird es Früchte tragen, dass seit rund 15 Jahren die verschiedensten wissenschaftlichen Disziplinen bewusst und sehr intentional für Fortschritte in der Onkologie zusammenarbeiten.

Das Leistungsspektrum verändert sich schnell

Wenn wir uns den Prozessen zuwenden, betrachten wir die Entwicklungen, die mit den Effekten auf der Outcome-Ebene in einem Zusammenhang stehen. Hier erkennen wir Dynamik, aber in beide Richtungen, also Zunahme und Abnahme.

Beginnen wir mit der Behandlung von Ulkuskrankheiten, also von Geschwüren im Magen- und Darmbereich. Seit 1980 haben Behandlungen im Krankenhaus mit diesen Diagnosen um 57 Prozent abgenommen. Dieser enorme Rückgang des Bedarfs hat erklärbare Gründe: Die in den späten 1980er-Jahren eingeführte medikamentöse Therapie war so effektiv, dass schwere Erkrankungsfälle immer seltener wurden, viele Patienten konnten quasi geheilt werden.

Eine Abnahme von Leistungen beobachten wir auch bei einigen gynäkologischen Eingriffen (Abb. 3): Dammschnitte bei Entbindungen oder die radikale Entfernung der Gebärmutter sind in dem relativ kurzen Zeitraum um jeweils ein Viertel zurückgegangen. Umgekehrt hat sich die Zahl der „subtotalen" Operationen mehr als verdoppelt.

Auf der anderen Seite können wir beobachten, dass einzelne Eingriffe mit enormen Zuwachsraten imponieren (Abb. 3): So haben minimalinvasive Operationen an den Herzklappen zwischen 2007 und 2012 die enorme Steigerung von null auf über 12.000 Fälle pro Jahr erfahren. Etwas weniger steil, aber dennoch signifikant, war der Anstieg der arthroskopischen Refixation der Schulter.

Wir erkennen also auch bei den Prozessen, dass von Stillstand keine Rede sein kann. Es gibt viele Behandlungsverfahren, die schnell zu- oder schnell abnehmen. Die Gründe dafür sind vielfältig: Der Bedarf kann abnehmen, schonendere Verfahren können solche ersetzen oder auch ergänzen, die wesentlich invasiver oder risikoreicher sind und – last but not least – der Wunsch der Patientinnen hat bei unseren gynäkologischen Beispielen sicherlich eine wesentliche Rolle gespielt. Ihm wurde stattgegeben, weil es Alternativen zum traditionellen Vorgehen gibt.

Ein weiteres und faszinierendes Beispiel für die Veränderung von Prozessen ist das Verordnungsverhalten im ambulanten Sektor. Auch dort hat in den vergangenen 30 Jahren ein enormer Wandel stattgefunden, der dazu geführt hat, dass von den 24 im Jahr 1975 am häufigsten verordneten Wirkstoffen nur eines (Schilddrüsenhormone) im Jahr 2011 unter den Top 24 geblieben ist. Die damals sehr häufigen Verordnungen von Beruhigungs- und Schlafmitteln, durchblutungsfördernden Wirkstoffen sowie Arzneimitteln mit nicht nachgewiesener Wirkung sind sehr viel seltener geworden. Alle häufigen Verordnungen beziehen sich auf Arzneimittel, die Bestandteil einer „evidenzbasierten" Medizin sind.

Strukturen verändern sich langsam

Die Dynamik bei der Veränderung von Strukturen ist dagegen weitaus geringer. Die Zahl der Krankenhausbetten ist in den vergange-

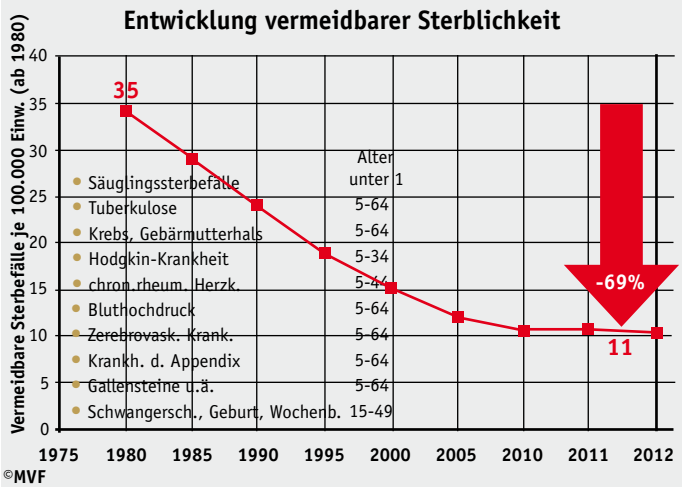


Abb. 1: Reduzierung vermeidbarer Sterblichkeit seit 1980. Quelle: IGES Institut nach gbe-bund.de.

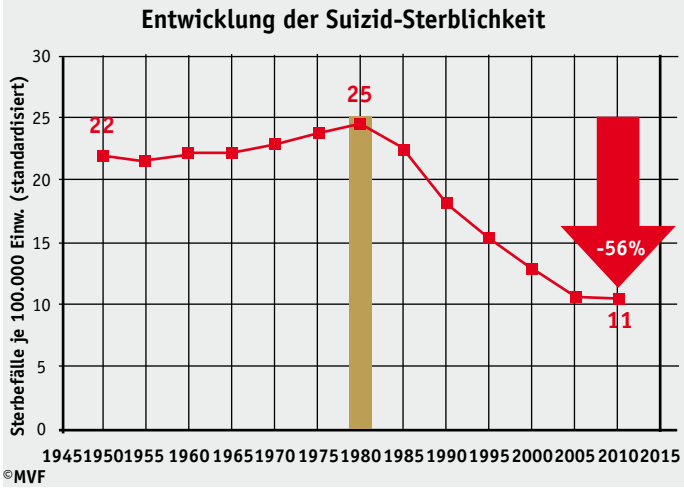


Abb. 2: Rückgang der Suizid-Sterblichkeit seit 1980. Quelle: IGES Institut nach Destatis, gbe-bund.de.

nen 20 Jahren um nur 18 Prozent gesunken. Der Anteil angestellter Ärzte im ambulanten Sektor ist in diesem Zeitraum gerade einmal auf sieben Prozent angestiegen, obwohl dies eine bedeutsame Strukturveränderung darstellt. Zentrale Projekte, die das Gesundheitssystem verändern sollen, kommen langsam, teilweise gar nicht voran: Die Implementierung der Gesundheitskarte ist schon fast eine unendliche Geschichte. Auch im Hinblick auf die integrierte Versorgung wird vielfach beklagt, dass nach dem Wegfall der Anschubfinanzierung Stillstand herrsche, dass die erwartete Transformation in ein integriertes Gesundheitssystem nicht einmal im Ansatz stattgefunden habe.

Bei näherem Hinsehen fällt aber auf, dass es trotz der beklagten Inflexibilität der Strukturen quasi „unter der Oberfläche" laufend zu Veränderungen kommt, dass sich Innovationen Bahn brechen, obwohl die Leuchtturmprojekte nicht voran kommen: Die elektronische Anmeldung bei und elektronische Kommunikation mit niedergelassenen Ärzten sind eine viel geübte Praxis. Niedergelassene kommunizieren untereinander und mit den Krankenhäusern. Die Integration der Versorgung ist vielfach geübte Normalität. Sie kommt aus ohne Verträge, Ausführungsbestimmungen und Berichtssysteme. Pragmatisch, wenn auch weniger perfekt, als es sich viele Reformer wünschen. Das System schläft nicht, sondern holt sich Innovationen dort, wo sie sich für die Marktteilnehmer als plausibel und vorteilhaft erweisen. Wo Innovationen nicht vorankommen, sollte man daher immer fragen, ob sie denn wirklich gut bzw. produktiv sind und nicht nur gut gemeint.

Fazit

Hohe Dynamik bei der Verbesserung der System-Outcomes. Hohe Dynamik bei der Umstrukturierung von Leistungen des Systems, also bei den Prozessen: Stillstand und Innovationsstau sieht man nur, wenn man durch ein enges zeitliches Schlüsselloch schaut. Dennoch sollte und könnte manches noch schneller besser werden.

Strukturen verändern sich nur träge, obwohl sie die Lieblingsperspektive der Gesundheitspolitik sind. Dennoch ist diese Trägheit offensichtlich durchlässig genug, der oben beschriebenen Dynamik Raum zu lassen. Treiber dieser Dynamik ist vor allem die Innovationstätigkeit von Leistungserbringern und Herstellern, also all jenen, die auf dem Gesundheitsmarkt Geld verdienen wollen. Deutschland war bislang – allen Klagen zum Trotz – kein Land, das die Diffusion von Neuem in besonderem Maße behindert hat. Dennoch haben nicht nur die „Anbieter", sondern auch die „Nachfrager", der Staat und natürlich die gesetzliche Krankenversicherung, die Entwicklung mitbestimmt.

Die Zukunft hat bereits begonnen und wir sehen, dass sie sicherlich durch mehr Regulierung gekennzeichnet sein wird als die Vergangenheit. Vor dem Hintergrund der nicht so ganz schlechten Innovationsbilanz, die wir für die vergangenen 30 Jahre ziehen, wäre es weiterhin wünschenswert, wenn sich die Dynamik der Anbieterseite auch weiterhin entfalten könnte. Gleichzeitig würde es sich lohnen, die Patienten und Versicherten stärker zu beteiligen und ihnen mehr Raum für Gestaltung zu geben. Und für mehr Mitverantwortung, auch wenn dies in vier Jahren liberaler Gesundheitspolitik aus der Mode gekommen ist. <<

30 Years of Health Economics - An Innovation Bottleneck in the Public Health Sector?

Advancements in the health sector are unperceived in many cases, because short-term thinking dominates and a comprehensive outlook is missing. Despite this fact, long-term monitoring reveals surprising achievements: Mortality decreased drastically throughout a variety of diseases. These developments are considered to be driven mainly by innovations in diagnostics and therapy. In contrast, political decision makers predominantly adhere to the transformation of structures that can only be changed slowly and thereby the impression of stagnancy is often evoked.

Keywords

Innovations, Outcomes, Processes in Healthcare, Structures, Mortality

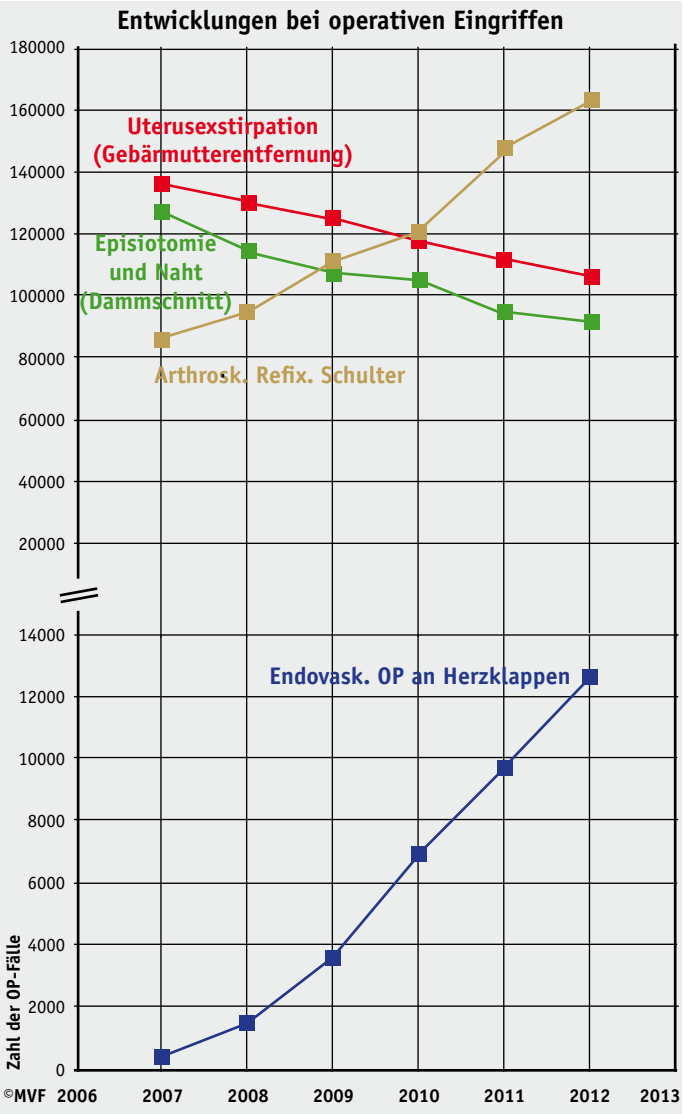


Abb. 3: Operative Eingriffe mit starker Ab- bzw. Zunahme (Beispiele). Quelle: IGES Institut nach gbe-bund.de

Konflike liegen nicht vor.

Prof. Dr. Bertram Häussler
ist Vorsitzender der Geschäftsführung des IGES Instituts. Er leitet zudem die zur IGES-Gruppe gehörenden Unternehmen CSG sowie IMC clinicon für die Bereiche klinische Forschung bzw. Krankenhausberatung. Seine wissenschaftlichen Schwerpunkte sind Versorgungsforschung, Gesundheitsökonomie, Nutzenbewertung und Arzneimittelentwicklung. Er ist Mediziner und Soziologe und lehrt als Honorarprofessor an der Technische Universität Berlin. Kontakt: bh@iges.de

