Titelinterview mit Prof. Dr. Uwe E. Reinhardt, Princeton University

„Letzten Endes ist es eine Frage der Kultur“

Als der US-Gesundheitsökonom Prof. Dr. Uwe E. Reinhardt, Princeton University, das letzte Mal auf einem Jahreskongress des Bundesverband Managed Care sprach, bemängelte er vor allem, dass sich in der gesundheitspolitischen Debatte in Deutschland alles immer nur um die Einkommensverteilung, nicht um die Patienten drehe. Das war im September 2000. Im Januar 2014 war er wieder da und betitelte auf dem BMC-Kongress Obamacare als ein „ekliges Pflaster für ein ekliges System“. „Monitor Versorgungsforschung“ sprach mit dem streitbaren Ökonomen, der kein Blatt vor den Mund nahm: „Als Projektmanager haben der Präsident und seine Leute versagt.“

>> Herr Professor Reinhardt, warum funktioniert das Gesundheitssystem – egal in welchem Land – meist nicht so wie es funktionieren sollte?

Es gibt mehrere Gründe. Erstens mag ein politischer Konsens fehlen, wie das Gesundheitssystem eines Landes überhaupt funktionieren soll. Die Liberalen in Deutschland haben da ganz andere Ideen wie beispielsweise die Mitglieder der SPD. In Amerika ist die Meinungsbreite in dieser Hinsicht sogar noch viel größer. Zweitens, selbst wenn es einen Konsens gibt, wie das Gesundheitssystem im Idealfall funktionieren sollte, wird das reale System oft durch perverse Anreize aus der Bahn geworfen. Und das passiert nicht nur im Gesundheitssystem. Das passiert in einigen Branchen der Wirtschaft.

Welche haben Sie da im Sinn?

Blicken wir doch einmal auf die Bankenbranche. Im Prinzip haben Banken zwei wirtschaftliche Aufgaben: Gelder von Sparern effizient zu produktiven Investitionen zu schleusen und sowie einen Markt für Risikotransfers zu schaffen, durch den zum Beispiel Mercedes Benz das Risiko einer Veränderung des Dollar-Euro-Kurses durch Devisenoptionen an andere Personen oder Institutionen verlagern kann. Zusätzlich haben aber die Banken in den letzten zwei Jahrzehnten große finanzielle Anreize gehabt, nebenbei auch ein riesiges, weltweites Spielkasino aufzubauen und selbst darin mitzuspielen; und zwar mit den Geldern der Sparer. Und damit haben sie weltweit die Volkswirtschaften fast zum Zusammenbrechen gebracht. So einen großen Unfug hat das Gesundheitssystem keines einzigen Landes jemals auf die Beine gestellt. Wenn man sich die Bilanz einer Bank vor 2007 ansieht und feststellt, dass nur drei Prozent Eigenkapital vorhanden ist, sollte man – ein bisschen angewandter Menschenverstand vorausgesetzt – mit einer solchen Bank besser keine Geschäfte machen. Doch genau das ist passiert. Und warum? Weil jeder hoffte und eigentlich wusste, dass im Falle eines Falles, wenn alles schief geht, der Steuerzahler zur Kasse gebeten wird, um für die Banken die heißen Kartoffeln aus dem Feuer zu hohlen. Dieser sogenannte „Moral Hazard“ gab den Chefs der Banken völlig falsche Anreize. Kurz gesagt: Es ist nützlich, Gesundheitssysteme konstruktiv zu kritisieren, was wir ja auch immer wieder tun, aber im Vergleich mit der Bankenbranche sind Gesundheitssysteme überall eigentlich doch ganz brave Burschen.

In Deutschland wird vieles, was aus den USA kommt, gern als innovativer Schritt nach vorne gesehen. Sie dagegen sehen das Gesundheitssystem in Amerika, das durch Obama verbessert worden ist, ziemlich kritisch. Welche Gründe führten denn zu dieser großen Gesundheitsreform, dem Affordable Care Act, der gern als „Obamacare“ apostrophiert wird?

Über viele Jahre hinweg hatten die Anbieter von Gesundheitsleistungen in Amerika den dominierenden Einfluss auf die Gesundheitsausgaben. Das hat sich erst in letzter Zeit ein bisschen geändert. Die Anbieterseite bestimmte das Volumen der Leistungen und oft auch die Preise. Das kam daher, dass sich in den USA nach und nach die Marktkraft auf die Anbieterseite verlagert hat, weil durch tausende große und kleine Versicherer die Nachfrageseite zersplittert und dadurch geschwächt war. Im Gegensatz dazu war in Europa im gleichen Zeitraum die Nachfrageseite stärker geworden. Das, was Ökonomen „countervailing power“ nennen, fehlt in Amerika. Mit vielen daraus resultierenden Problemen, die im Endeffekt innerhalb von nur wenigen Jahren eine drastische Verteuerung des ganzen Gesundheitssystems nach sich gezogen haben.

Im Grunde genommen sind die Kosten des amerikanischen Gesundheitssystems vollkommen außer Kontrolle geraten?

Amerika gibt pro Kopf doppelt so viel an Gesundheitsausgaben aus wie andere Staaten; und das, obwohl wir eine viel jüngere Bevölkerung haben. Dazu kommen 50 Millionen Unversicherte, die normalerweise eine ziemlich hohe Selbstbeteiligung aus eigener Tasche zahlen müssen und deswegen nur halb so viel Gesundheitsversorgung in Anspruch nehmen als ähnliche Patienten mit Versicherung. Das alles war jedoch den Amerikanern in den 1970er-, 1980er- und sogar noch 1990er Jahren vollkommen egal, weil die Wirtschaft brummte und genug Geld da war, so dass man sich dieses bodenlose Modell irgendwie leisten konnte. In den 2000er Jahren gab es dann auf einmal ein niedrigeres Wachstum, 2001 gar eine Rezession – doch die Kosten stiegen weiter an.

„Man macht schon manchmal Scherze darüber, dass in Amerika in etwa 30 Jahren Millionen von über-medikalisierten, aber unter-ausgebildeten Bürgern leben werden.“

Und es kam wie es kommen musste.

Das Gesundheitssystem krachte frontal gegen die wirtschaftliche Wand. Um Gesundheitsversorgung überhaupt noch im gewohnten Maße anbieten zu können, wurde in einigen US-Staaten an der Infrastruktur, zum Beispiel bei der Erziehung der Kinder gespart und Investitionen in Universitäten gekürzt; ach was: Eigentlich wurde alles gekürzt. Man macht schon manchmal Scherze darüber, dass in Amerika in etwa 30 Jahren Millionen von über-medikalisierten, aber unter-ausgebildeten Bürgern leben werden.

Dass so viele Mitbürger ohne Krankenversicherung dastanden, scheint jedoch die amerikanische Bevölkerung relativ wenig zu stören.

Das ist amerikanischer Fatalismus. Einem Bettler, der von Krankenhäusern durch „uncompensated care“ (Anm. nicht bezahlte Leistungen) umsonst basis-versorgt werden muss, kann das System doch nichts mehr wegnehmen; beim Mittelstand ist das ganz anders. Wenn ein Bürger aus dem Mittelstand krank wird oder jemand aus seiner

Familie, kann er von heute auf morgen ruiniert sein, wenn er keine oder die falsche Versicherung hat. Solche Menschen wurden vor Obamacare durch das US-Gesundheitssystem finanziell ruiniert und seelisch zertrümmert, was ich als sehr grausam empfinde. Und dieses Problem ist nicht etwa unbekannt, denn die Medien haben immer wieder über solche traurigen Fälle berichtet.



Aber es gab doch einen weiteren Grund für diese Gesundheitsreform.

Das waren überraschenderweise große Qualitätsdefizite. Im Jahre 2000 wurde ein Report des Institute of Medicine publiziert, der sich „To Err Is Human: Building a Safer Health System" nannte. Darin wurde nachgewiesen, dass in den USA pro Jahr 50.000 bis 100.000 Amerikaner im Krankenhaus sterben; aber nicht, weil sie einfach ihr Lebensende erreicht haben, sondern aufgrund vermeidbarer Fehler! 2005 kam die nächste Studie. Und siehe da: Nichts hatte sich an diesem Missstand geändert.

Aus welchen Gründen?

Weil das US-amerikanische Gesundheitssystem absolut fragmentiert und unkoordiniert funktioniert. Zwar wird haufenweise Informationstechnologie erfunden, nur wird sie nicht konsequent angewendet, weil jedes Krankenhaus und jeder Arzt quasi sein eigenes System hat, die meisten sogar noch papiergebunden. Das Schlimmste jedoch ist, dass die Krankenhäuser untereinander überhaupt nicht kommunizieren konnten. Deswegen hat Präsident Obama allein in diese kommunikative Infrastruktur 20 Milliarden Dollar investiert.

Wobei das Bild des amerikanischen Gesundheitssystems in den Augen der Deutschen vor allem durch hohe medizinische und strukturelle Qualität und Top-Systeme wie die von Mayo oder Kaiser geprägt ist.

Das sind einige wenige Vorzeigemodelle, doch die Durchschnittsqualität war einfach zu gering. Wenn man in der Gesundheitsversorgung weltbeste Beispiele sucht, kann man sie oft in Amerika finden. Aber der Durchschnitt ist eine ganz andere Sache. Der Durchschnitt in Amerika ist laut Versorgungsforschung nicht so imposant.

Das waren die Probleme, die Obama mit seiner Reform heilen will.

Exakt. All das macht das amerikanische Gesundheitssystem oft zu einem sogar ekligen System, das so viel an Verbesserung braucht. Irgendetwas musste einfach gemacht werden. Es war nur eine Frage der Zeit. Und Obama hatte im Jahr 2008 als Präsidentschaftskandidat darin eine Möglichkeit gesehen, sich zu profilieren. Ich glaube aber auch, dass ihm dieses Problem tatsächlich auf der Seele lag.

Was macht Obamacare denn nun besser?

Zuallererst muss man sagen, dass diese Reform, die auf mehr als 3.000 Seiten geschrieben steht, weniger als zehn Prozent der Versicherten betrifft, und zwar zumeist die bisher Unversicherten. Diese können jetzt entweder, wie bisher, im System des Medicaid versorgt werden oder sich subventionierte, private Versicherungen über eine Art elektronische Versicherungsvermittler (Health Insurance Exchanges) kaufen; oder aber über Versicherungsmakler, die 7 bis 10% der Prämie verdienen, was für diese armen Menschen ziemlich viel Geld ist.

Wo ist da das wirkliche Problem?

Das liegt im Kleingedruckten versteckt. Obamacare erlaubt es nicht mehr, dass der Versicherer die Prämien nach dem Gesundheitszustand des Einzelnen berechnet. Er muss für Kranke und Gesunde desselben Alters dieselbe Prämie anbieten. Wenn man das aber will, müssen sich natürlich alle versichern, ob der Einzelne nun krank ist oder gesund. Das ist nichts anderes als die Solidarität, die in Deutschland, in Europa, eigentlich überall existiert.

Nur eben bisher nicht bei den Amerikanern, denen die Freiheit über alles geht.

Ich würde sagen: „Freiheit, wenn man gesund ist, und Solidarität, wenn man krank ist." Das Motto der sogenannten amerikanischen „rugged individualists" drücke ich persönlich gern so aus: „When the going gets tough, the tough run to the government." Amerikaner denken, dass keiner ein Recht hat, sie dazu zu zwingen, eine Krankenversicherung abzuschließen, obwohl jeder Bürger ein moralisches Recht auf die beste Krankenversorgung hat, wenn er schwer krank ist, selbst wenn er kein Geld hat, die Behandlung aus eigener Tasche zu bezahlen. Man könnte sagen, es ist die Mentalität von Teenagern, aber das wäre vielleicht unfair den Teenagern gegenüber.

Gibt es noch weitere Bestandteile von Obamacare?

Es gibt eigentlich keine große strukturelle Reform des amerikanischen Gesundheitssystems, denn das Problem des Machtpoolings auf der Anbieterseite wird gar nicht angepackt. Es gibt aber immerhin einen systemischen Ansatz, der die integrierte Versorgung durch sogenannte Accountable Care Organizations (ACO) nach vorne bringen soll. Aber ich glaube, dass so etwas in diesem System nur funktionieren wird, wenn die Anbieter es profitabel finden.

ACO sind die große neue Idee?

Eigentlich nicht. Es ist eine alte neue Idee. Alt, weil sie schon in den 90er Jahren versucht wurde, aber damals gescheitert ist.

Warum ist Idee gescheitert?

Damals waren vor allem die niedergelassenen Ärzte noch zu gefangen in einer althergebrachten, früher durchaus erfolgreichen Struktur, in der Ärzte nicht managen, zusammenarbeiten und kommunizieren mussten. Zweitens war der finanzielle Druck, so wie er heute existiert, nicht vorhanden. Wenn ein System erst einmal gegen die Wand gefahren ist, ändert es sich leichter. Dieser Punkt, glaube ich, ist erreicht worden mit der Rezession der Jahre 2008 und 2009, die wir ja noch immer nicht überwunden haben.

Aus dieser Zeit stammt auch der Managed-Care-Gedanke.

Der Managed-Care-Ansatz der 90er Jahre war von Ökonomen erfunden und von Versicherungschefs mit MBA-Abschlüssen getrieben, hat aber die Ärzte fast wie Sklaven behandelt. Das war falsch. Managed Care klappt nur, wenn die Ärzte in den Fahrersitz gesetzt werden. Das Konzept der ACO wird ebenfalls nur gelingen, wenn Ärzte nicht nur ein Mitbestimmungsrecht haben, sondern am Steuer sitzen. Das ist eigentlich ganz logisch. Gesundheitsversorgung ist ja nicht dasselbe wie Autos zu bauen.

Kaiser macht doch Managed Care par excellence!

Da sitzen ja auch Ärzte im Topmanagement, ebenso bei Mayo. In beiden Systemen hat immer der Arzt das letzte Wort. Volkswirte an der Spitze brauchen solche Systeme als letztes. Das heißt aber auch, dass die Ausbildung den Ärzten auch Kenntnisse für die Führung von Unternehmen und Organisationen vermitteln sollte. Darum haben bei uns immer mehr Ärzte zusätzlich einen MBA-Abschluss.

Zusätzlich gab es aber noch die Payment Reform.

Die war notwendig, um Accountable Care Organizations überhaupt zu ermöglichen. Die funktionieren mit dem bisherigen Einzelleistungssystem, das in Deutschland leider auch gang und gäbe ist, nicht so gut, eigentlich überhaupt nicht. Für ACO braucht man Kopfpauschalen für chronisch Kranke oder Fallpauschalen. Doch Fallpauschalen aufzubauen, das dauert. Es ist sowohl technisch als auch politisch nicht einfach.

Löst denn die Obama-Reform die Probleme, die sie lösen will?

Zumindest ein Teil der Probleme, vornehmlich das der Unversicherten wird gelöst oder besser: soll gelöst werden. Denn bisher haben sich erst 800.000 Unversicherte versichert.

Warum erst so wenige?

Erstens wurde die Einführung des neuen Systems, das Roll-Out der „electronic health insurance exchanges“ sehr schlecht gemanaged. Dafür trägt Präsident Obama selbst persönliche Verantwortung. Zweitens sind viele Amerikaner es einfach nicht gewohnt, vorzusorgen oder gar solidarisch zu denken. Junge Europäer glauben, dass sie alle 80, 90 oder gar 100 Jahre alt werden. Und Kinder, die nach dem Jahr 2000 geboren wurden, haben, statistisch gesehen, sogar recht gute Chancen, das zu schaffen.

Und Amerikaner?

Die scheinen zum großen Teil zu glauben, dass der dritte Weltkrieg vor der Tür steht und man schon morgen mausetot sein kann. Deswegen wird in Amerika im Hier und Heute recht gern gelebt und konsumiert; doch was morgen ist, ist erst einmal egal. Vielleicht haben sie sich das Motto Ludwigs XIV „ Nach mir die Sintflut“ zu Herzen genommen. Darum haben die Amerikaner auch die niedrigste oder eine der niedrigsten Sparquoten in der OECD.

Und das nur, weil keiner an morgen denken mag.

Übertragen auf das Gesundheitssystem heißt das, dass es jungen Amerikanern fast nicht zu vermitteln ist, dass sie heute höhere Prämien zahlen müssen, um im Alter weniger zu bezahlen, als sie bezahlen müssten, wenn die Prämie später von ihrem persönlichen Gesundheitszustand im höheren Alter abhängt.

Demnach ein klares kommunikatives Versagen.

Ich kann nicht verstehen, warum der Präsident die jungen Amerikaner nicht explizit angesprochen hat und ihnen ehrlich gesagt hat, warum heute ihre Prämie steigen muss, damit sie morgen etwas davon haben. Das ist doch ähnlich einer Call Option auf Aktien und ein ganz normales Problem im Leben.

Solidarität anzusprechen, kommt in den USA wohl nicht so gut an.

Ich glaube, es ist eher Arroganz. Solidarität wird immer nur als Sozialismus verspottet.

War das der einzige kommunikative Fehler, den Obama gemacht hat?

Ach, wenn es der einzige gewesen wäre. Die Reform durchzubringen war fast ein Krieg. Präsident Obama ist ein großartiger Redner, aber kein sehr guter Lehrer. Das ist ein Unterschied.

„Jungen Amerikanern ist es fast nicht zu vermitteln, dass sie heute höhere Prämien zahlen müssen, um im Alter weniger zu bezahlen.“

Der Obamacare-Krieg musste gegen die Front der Republikaner geführt werden.

Die haben es zwar nicht laut gesagt, aber jeder hat gefühlt, was sie denken: Egal, was Obama auch vorschlägt, wir machen nicht mit. Der republikanische Fraktionschef im Senat, Mitch McConnell, hat es einmal so gesagt: Unser Ziel ist es, Obama loszuwerden. Darum wurde jede Sachentscheidung diesem Ziel unterworfen.

Und dann hat Obama auch noch im Kongress die Mehrheit verloren, als Edward Kennedy starb und im Nachrückverfahren durch einen Republikaner ersetzt wurde.

Als wenn man sich das nicht hätte ausrechnen können. Die Demokraten hatten in Massachusetts eine Kandidatin gehabt, die eigentlich keine Chance hatte. Da hätten die Demokraten doch jemand Aussichtsreicheren platzieren müssen! Doch das wurde einfach vergessen oder verpasst oder was auch immer. Als die Mehrheit verloren war, mussten Obama und seine Alliierten im Kongress tricksen, um die Reform überhaupt noch durchzubringen – es wurde gedealt auf Teufel komm raus. So hat beispielsweise der Senat dem Repräsentantenhaus gesagt: Stimmt einfach unserem Entwurf zu, aber schaut ihn euch einfach gar nicht an.

Was?

Die haben einem Reformvorschlag zugestimmt, den sie gar nicht gelesen haben. Im Gegenzug haben die Demokraten im Repräsentantenhaus dann ein Gesetz verabschiedet, das in dem vom Senat gerade

verabschiedeten Gesetz noch eigenes geändert hat. Und die Demokraten im Senat hatten versprochen, diesem vom Repräsentantenhaus verabschiedeten Gesetz ohne Änderung zuzustimmen. Nur zusammen genommen sind diese beiden Gesetze dann der Affordable Care Act, demnach also ein Gesetz, das eigentlich aus zwei Gesetzen besteht.

Parlamentarisch ist das ziemlich ungewöhnlich.

Normalerweise ist es so: Der Senat verabschiedet sein Gesetz und das Repräsentantenhaus seins. Dann wird ein sogenanntes „Conference Committee" mit Mitgliedern von Senat und und Repräsentantenhaus gegründet, das die zwei normal verabschiedeten Gesetze zusammengeführt. Dabei wird nach Möglichkeit der Unfug gestrichen, der durch den Einfluss der Lobbyisten in den beiden Gesetzen stand, so dass das zusammengeführte Gesetz deutlich besser ist. Aus dem Affordable Care Act ist aber nichts herausgestrichen worden, weil es der parlamentarische Trick, der angewandt wurde, zu keinem Conference Committee kommen lassen konnte.

Wie bedeutend ist denn der Einfluss der Lobbyisten in Amerika?

Die amerikanischen Lobbyisten schreiben oft quasi direkt ins Gesetz hinein. Wer sich ein wenig im US-Gesundheitssystem auskennt, erkennt sofort, dass der Affordable Care Akt nach einer Blaupause der großen Versicherer und der Hospital Association geschrieben wurde.



Darum sagten Sie auf dem BMC-Jahreskongress in Berlin, dass Obamacare ein ekliges Pflaster für ein ekliges System sei.

Wie schon gesagt, Obamacare ist keine große Reform des ganzen Gesundheitssystems. Es ist fast ausschließlich ein Pflaster für die Probleme der Unversicherten und eine Reform der Art, die einzelne Personen und Kleinbetriebe Versicherungen abschließen. Die meisten Amerikaner, die über ihren Arbeitgeber versichert sind, und die Armen und die Alten, die durch Medicaid und Medicare versorgt werden, werden von diesem Gesetz kaum berührt. Das bisherige Versicherungssystem, für das Obamacare nur ein Pflaster ist, ist – wie am Anfang gesagt – unwirtschaftlich und eklig.

Ist denn angesichts dessen der Affordable Care Act zumindest ein Schritt in eine gute Richtung?

Durchaus. Schon alleine deswegen, weil endlich alle Bürger Anrecht auf eine Krankenversicherung haben. Alles in allem ist der Affordable Care Act tatsächlich ein Schritt in die richtige Richtung, wenn auch nur eine gute zweitbeste Lösung. Doch sie ist ganz bestimmt nicht das Ende der notwendigen Gesundheitsreform.

Wird denn die Idee der ACO funktionieren?

Ob Accountable Care Organizations funktionieren oder nicht, weiß ich nicht. Doch wenn man es nicht versucht, wird man das nie wissen. Heute ist die Informationstechnologie besser als in den 90er Jahren, als die Idee schon einmal versucht wurde. Vielleicht sind auch die Ärzte heute anders orientiert als früher, kulturell und auch in ihrer Ausbildung. Und vielleicht fällt ja diesmal endlich das Einzelleistungssystem, das einfach ein Vergütungssystem von gestern ist. Capitation-Modelle oder Bundled Payments wären Schritte in die richtige Richtung.

Wenn Sie die Wahl hätten: Ein Amerika mit Obamacare oder eines ohne Obamacare?

Dann würde ich die USA mit Obamacare nehmen. Wenn die Amerikaner das System verstehen würden, würden die meisten das wahrscheinlich auch so sehen. Aber das tun sie ja nicht. Eine Talkshow hat vor einiger Zeit einen Reporter auf die Straße geschickt, der vor laufender Kamera Passanten fragte: „Was halten Sie von Obamacare?" Antwort: „Das ist schrecklich". Nachfrage: „Wieso?" Antwort: „Das ist sozialistisch, irgendetwas Sowjetisches." Zusatzfrage: „Denken Sie, das führt zu mehr Kontrolle von Schusswaffen?" Antwort: „Ja! Genau. Da führt das hin." Und die Schlussfrage: „Was halten Sie vom Affordable Care Act?" Antwort: „Affordable Care Act, da bin ich dafür. Amerikaner sollten sich Gesundheitsversorgung leisten können. Das ist amerikanisch. Obamacare nicht, das ist unamerikanisch." Aber natürlich ist Obamacare nur ein anderer Name für den Affordable Care Act. Hier sieht man, welch große Rolle Vorurteile spielen.

Und das alles wegen schlechter Kommunikation, die sicher von der Opposition verstärkt wurde.

Wie ich schon gesagt habe, Präsident Obama ist zwar ein großer Redner, aber trotzdem kein guter Kommunikator.

Ein handwerklicher Fehler von Obamacare scheint es auch gewesen zu sein, dass die Website anfangs gar nicht funktioniert hat.

Das war aber ganz unabhängig von den grundsätzlichen Problemen, die wir besprochen haben. Das war einfach nur peinlich und unverantwortlich.

Das ist jedoch ein Anfangsfehler, der lang wirkende Bedeutung hat.

Sicher, denn er hat vor allem dazu geführt, dass sich lange Zeit weniger Menschen versichern konnten als angenommen. Und das hat wiederum zu höheren Prämien geführt, was man hätte vermeiden können. Außerdem hat damit Obama der Bevölkerung erneut ein altes Vorurteil bestätigt, das da lautet: „You can't walk and chew gum at the same time." Das ist in den USA ein sprichwörtlicher Ausdruck für administratives Versagen. Dieser Fehler wird eine langfristige Hypothek für die Regierung sein.

Hätte der Fehler vermieden werden können?

Sicher. David Cutler, einer meiner Kollegen aus Harvard, und einer

der Architekten des Systems, hat schon 2010 offiziell in einem Memorandum geschrieben, dass das vom Weißen Haus dirigierte System für die Einführung von Obamacare nicht gemanagt werden könne. Und dann hat der Präsident Obama auch noch eine kanadische Firma damit beauftragt, von der sich jüngst herausgestellt hat, dass sie schon vorher mit Regierungskontrakten allerhand Probleme gehabt hat. Da fragt man sich doch: Warum hat er die denn eigentlich angeheuert? Also, als Projektmanager haben der Präsident und seine Leute versagt.

Die haben wahrscheinlich deshalb ein ausländisches Unternehmen beauftragt, weil es ihnen schon schwante, dass es wohl nicht funktionieren wird.

Das mag vielleicht stimmen. Doch nun soll die US-Firma United Health Care den angerichteten Schaden bereinigen. Aber man fragt sich: Warum hat der Präsident die Einführung dieses zentralen Systems den „Geeks“ anvertraut – anstatt zum Beispiel einen ehemaligen Chef einer Krankenversicherung als Manager für die Einführung von Obamacare einzusetzen. Es kommt ein Punkt, wo Professoren und Berater die Zügel an Leute geben müssen, die sehr viel Erfahrung in der Führung einer großen Versicherung haben. In dieser Sache kann ich das Denken im Weißen Haus wirklich nicht verstehen.

„Die Ärzte sahen das ganze Kaiser-System sowieso als kommunistische Idee an und wollten es loswerden.“

Kommen wir noch einmal auf die politische Seite zurück. Eigentlich ist Obamacare doch sogar ein republikanisches Konzept.

Es müsste sogar eigentlich Romney-Care heißen, weil Mitt Romney, der unterlegene republikanische Präsidentschaftskandidat, ein ganz ähnliches Konzept bereits im Jahre 2006 in Massachusetts ins Leben gerufen hat. Die Republikaner haben die Gesundheitsreform trotzdem bekämpft, weil sie eben als oberstes Ziel Obama bekriegen wollen, weshalb sie der Inhalt der Reform tatsächlich gar nicht interessiert hat.

Hätte es denn eine tatsächlich demokratische Idee für eine Gesundheitsreform gegeben?

Das wäre eher in Richtung des kanadischen Systems gelaufen, das „Medicare for all“ heißt – also ein „Single Payer“-System mit nur einer Versicherung, die von der Regierung verwaltet wird. Amerika hat das vergleichbare Medicare-System für alte Menschen, das wie das kanadische als Single Payer-System funktioniert. Das wollen viele Demokraten im Prinzip für alle Amerikaner haben. Davon haben die immer schon geträumt; davon träumen sie auch morgen noch.

Wäre ein solches Single-Payer-System überhaupt durchsetzbar?

Ezra Klein, einer der Topjournalisten Amerikas, hat einmal ein Interview mit mir geführt, in dem er gefragt hat: „Ist Amerika zu korrupt, um ein Single-Payer-System zu haben?“

Ist es denn so?

Ein Single-Payer-System kann man in einem parlamentarischen System wie Kanada durchsetzen, in dem sich Lobbyisten Parlamentsmitglieder nicht wie im Einzelhandel kaufen können. In Amerika hingegen kann man alles und jeden und jede Wahl kaufen – und die Administration gleich mit!

Warum?

Die Verwaltung in Kanada ist eigentlich isoliert von den Politikern. Wenn das Gesetz verabschiedet ist, kann die Verwaltung weitgehend unbeeinflusst von der Politik arbeiten, das ist sogar in Taiwan so. In Amerika ist das anders. Da nehmen die einzelnen Kongressabgeordneten Einfluss auf die Verwaltung. Und das zum Beispiel nur deshalb, weil irgendein Geschäftsmann, der gerade 50.000 Dollar für eine Wahl gespendet hat, bei diesem Abgeordneten angerufen hat und sich über den Unfug des betreffenden Verwaltungsbeamten aufgeregt hat – dieser ruft wiederum gleich den Beamten an, der sofort Angst um seinen Job hat.

Das ist doch korrupt.

Eigentlich ja. Es ist eine Korruption der ordentlichen Regierungsvorgänge; und ich bin nicht der Erste, der das sagt. Stellen sie sich einmal vor, dass Mitglieder des Aufsichtsrates eines Unternehmens von Lieferanten Geld annehmen. Das kann man sich gar nicht vorstellen. Aber der Kongress ist ja der Aufsichtsrat von Medicare für die Alten, und diese Aufsichtsratsmitglieder nehmen dauernd Geld von den Lobbyisten der Lieferanten, also der der Gesundheitsleistungserbringer. Ich finde das nicht gesund.

Diese Probleme haben wir in Deutschland hoffentlich wohl nicht. Wo sehen Sie denn die großen Probleme im deutschen Gesundheitssystem?

Da gibt es gar nicht so viele. Hauptsächlich ist es die traditionelle Trennung zwischen dem ambulanten und stationären Sektor, was klinisch und wirtschaftlich überhaupt keinen Sinn macht.

Ist das Tradition oder Pfadabhängigkeit?

Beides.

Trotz aller Probleme gibt es in den USA Qualitätsleuchttürme wie die Mayo Klinik oder Kaiser Permanente, die bei uns so hochgehalten werden.

Auch mit recht. Doch wohlgemerkt: Das sind meist nur relativ kleine Einheiten. Die Mayo Klinik kann leicht als eine ACO funktionieren, denn Mayo hat eigene Ärzte, Krankenhäuser, Reha und so weiter. Mayo könnte wie Kaiser sein, wenn es wollte. Der einzige Unterschied zwischen Mayo und Kaiser ist derzeit, dass Kaiser auch Versicherer ist, Mayo noch nicht. Aber eines Tages kommt auch das dazu. Am Ende des Tages kopieren doch alle das System des Erfolgs.

Was könnte Deutschland von diesen Modellen lernen?

Eigentlich nur den Systemansatz.

Warum das denn?

Dazu muss man den Ursprung der Mayo Klinik und anderer solcher Kliniken sowie auch den von Kaiser betrachten. Das waren Kliniken in armen ländlichen Gegenden, die von einem idealistischen Arzt gegründet worden sind. So war es bei der Mayo Klinik ein William Worrall Mayo. Und auch bei der hoch anerkannten Marshfield Clinic in Wisconsin sowie der Oxnard Clinic bei New Orleans war es ähnlich. Kaiser geht zurück auf Sidney R. Garfield, der das Contractor's General Hospital in der Mojave Wüste östlich von Los Angeles gegründet hat, das 5.000 Arbeiter des Metropolitan Water Districts versorgen sollte, die das Southern California's Aquäduct gebaut haben. Garfield wiederum wurde von Henry John Kaiser eingestellt, einem US-Industriellen deutscher Abstammung, der als Vater des modernen amerikanischen Schiffbaus bekannt wurde. Dessen Grund war recht profan: Kaiser musste während des Zweiten Weltkrieges jede Woche ein Liberty-Schiff bauen, brauchte dafür gesunde Arbeiter und wollte darum genau so eine HMO aufbauen, wie Garfield sie schon in Los Angeles geschaffen

hatte. Und es funktionierte: Weil alles integriert war, betrug die Verweildauer im Krankenhaus nur die Hälfte des Durchschnitts im ganzen Land, und obendrein waren die Leute auch noch gesünder.

Haben diese Gründer das zufällig richtig gemacht?

Rein zufällig! Nach dem Krieg hat man dann gesagt, nun brauchen wir die Kaiser-Werften nicht mehr. Die Ärzte sahen das ganze System sowieso als kommunistische Idee an und wollten es loswerden. Aber unter den Versicherten war es so beliebt, dass es als System überlebt hat. Doch es verbreitet sich nicht gut in andere Gegenden der USA – beispielsweise von Los Angeles nach Florida oder Georgia – und auch nicht in andere Länder. Das Modell funktioniert nur mit einer besonderen Arztkultur, die viele Gesundheitssystemforscher natürlich ideal finden.

Woran liegt das?

Das ist wieder eine Frage der Kultur. Ärzte, die zu Kaiser gehen, haben eine ganz spezielle Kultur. Ein unternehmenslustiger, profitorientierter Arzt wird da niemals hingehen, übrigens auch nicht zu Mayo. Wer als Mediziner Kaiser oder Mayo wählt, hat vor allem eines im Sinn: Statt Geschäft zu machen, wollen diese Ärzte Patienten behandeln.

Ist Mayo denn billiger als andere Kliniken?

Nein. Aber besser. Pro Fall aber vielleicht manchmal tatsächlich billiger, weil sich die Patienten schneller erholen und bessere „Outcomes" haben. Mit anderen Worten, Behandlung A mag teurer sein als Behandlung B. Aber wenn A ein viel besseres Untersuchungsergebnis hat, kann es eben trotzdem „pro unit of outcome" – zum Beispiel im Bereich des „Quality Adjusted Life Year", kurz QALY – günstiger sein. Es gibt eine berühmte Studie über Herzerkrankungen, die solche Resultate berichtet hat.



10 ÄRZTE ZEITUNG GESUNDHEITSPOLITIK Nr. 165 / Montag, 18. September 2000

US-Gesundheitsökonom Reinhardt über Defizite deutscher Gesundheitspolitik / Seine Vision: Managed Care plus Solidarprinzip – „das funktioniert"

„In Deutschland geht's nur noch um Einkommensverteilung"

Von Christoph Fuhr

Berlin Der Mann kennt sich aus, im Gestrüpp des deutschen und des US-amerikanischen Gesundheitswesens verliert er nicht den Überblick. Er ist diesseits und jenseits des Atlantiks ein gefragter Redner, hat Humor, verfügt über jenes Maß an Selbstironie, das professionelle Distanz zu gesundheitspolitischen Inhalten erkennen läßt. Eine Eigenschaft, die viele Entscheidungsträger des deutschen Gesundheitswesens allzu oft vermissen lassen.

Die Rede ist von Professor Uwe Reinhardt. Der deutschstämmige Gesundheitsökonom von der Princeton-Universität im US-Bundesstaat New Jersey ist dieser Tage wieder mal in Deutschland gewesen und hat bei einer Veranstaltung des Bundesverbandes Managed Care in Berlin zwei Botschaften ans Publikum gebracht. Die erste: Holzauge, sei wachsam, wenn's um die Frage geht, ob es im US-Gesundheitswesen Elemente gibt, die die Deutschen übernehmen könnten. Die zweite: Wer ganz genau hinschaut, der wird tatsächlich Prinzipien entdecken, die so abwegig für einen möglichen Transfer ins deutsche System gar nicht sind.

Reinhardt ist sicher: Bei allen Unterschieden der Systeme gibt es – sozusagen Kontinent-übergreifende – Gemeinsamkeiten. Seine Frau, hat er am Rande der Veranstaltung augenzwinkernd berichtet, habe solche allgemeingültigen Gesetze über das Gesundheitswesen erarbeitet. Konkret sehen die so aus: Völlig gleich, wie und in welchem Land auch immer im Gesundheitswesen Geld ausgegeben wird – die Menschen werden grundsätzlich nörgeln und nie zufrieden sein. Und weil das so ist, wird es immer wieder neue Gesundheitsreformen geben. Dazu kommt: In jedem Land wird immer die letzte realisierte Gesundheitsreform als Fehlschlag betrachtet.

In Deutschland geht's bei der gesundheitspolitischen Debatte nicht um Patienten, sondern immer nur um Einkommensverteilung, kritisiert Reinhardt. Eine Politik mit Töpfen für Haus- und Fachärzte, für ambulante und stationäre Leistungen – für kurze Zeit mag das durchaus eine Option sein, sagt er, auf lange Sicht aber werde man Kosten-Nutzen- und Qualitätsprobleme bekommen. „Das ist absolut sicher, das können wir als Volkswirte garantieren."

Drei Radiologen sind bankrott gegangen – soll ich da sagen: oh, wie fürchterlich?

Überhaupt nicht nachvollziehen kann er Irritationen über für ihn logische Entwicklungen im System. In der „Ärzte Zeitung" hat Reinhardt gelesen, daß in Sachsen-Anhalt drei von 25 Radiologen bankrott sind.

US-Systems hinzuweisen: Mehr als 40 Millionen Menschen sind ohne Krankenversicherung. Aber Reinhardt verkennt nicht, daß auch im deutschen System der Wurm steckt. Alles dreht sich hier nur um Einkommensverteilung, sagt er – das geht auf Dauer schief.

„Na und", fragt er, „soll ich sagen, oh, wie fürchterlich?" In jeder Branche gebe es einen Prozentsatz an Menschen, die bankrott sind, warum soll das nicht auch bei Ärzten so sein? Wenn die Zahl der Ärzte schneller steigt als die Zahl der Bevölkerung, dann ist das logisch, „das muß knallhart so gesagt werden."

Wie könnte ein Zukunftsmodell für Deutschland aussehen? Reinhardt läßt keinen Zweifel: An der integrierten Versorgung führt kein Weg vorbei. Das heißt für ihn konkret: Netze mit Haus- und Fachärzten, Kliniken, Apotheken und einem eigenen Budget. Und dazu muß unbedingt Transparenz kommen. Das bedeutet Informationen über Outcome und Geldfluß. Ärzte müssen ein permanentes Feedback erhalten. Und genau in diesem Bereich sind die Amerikaner viel weiter, sagt Reinhardt, „hier können die Deutschen von uns lernen". Zu oft höre er in Deutschland: „Wir haben das beste System in der Welt" „Können sie das beweisen", fragt er, „haben sie Daten?"

Reinhardt fordert einen Gesundheitsatlas, ähnlich wie in den USA.

Für jede Gemeinde müßte nachprüfbar sein: Wie viele Ärzte gibt es pro Kopf, wie viele Klinikbetten, wie groß sind die Ausgaben pro Einwohner, warum ist Versorgung in München teurer als in der Eifel?

Managed Care-Modelle, auch darüber läßt Reinhardt keinen Zweifel, sind nur zusammen mit Ärzten möglich. „Wer glaubt, das ginge ohne Ärzte, der wird auf die Nase fallen."

Und: Managed Care muß vereinbar sein mit dem Solidarprinzip. „Das ist möglich", sagt er, „das kann funktionieren." Reinhardt weiß: Wer einen Sozialethik vertritt, die sich dem Solidarprinzip verpflichtet fühlt, der hat ein Problem: „Du machst dich zum Hüter von Brüdern; die du nicht kennst. Und wenn du diese Brüder tatsächlich kennen würdest, dann würdest du sie nicht leiden mögen."

Ein Grund für Reinhardt, die Solidarität im Gesundheitswesen ad acta zu legen, ist das keineswegs.

Wer das Solidaritätsprinzip so wie er verinnerlicht hat, der macht sich – zumal in den USA – nicht zur Freunde Vertretern des weit verbreiteten „Survival of the fittest"-Weltbildes bläst Reinhardt zuweilen kräftig den Marsch: „Ease feine Sozialethik", hat er einer Gruppe von Kritikern einmal gesagt, „die sieht doch in Wirklichkeit so aus: God bless me, and the hell with you!"

Prof. Dr. Uwe E. Reinhardt, Princeton University, in: „Ärzte Zeitung" vom 18. September 2000: Aus dem Archiv von Dr. Klaus Meyer-Lutterloh.

Könnte man diese Arztkultur exportieren?

Nicht leicht. Aber man könnte zum Beispiel das dort vorhandene und absolut exzellente IT-System exportieren. Doch letzten Endes ist es wirklich immer eine Frage der Kultur. Wer „patient first" arbeiten und denken will, ist genau richtig in Organisationen wie Kaiser oder Mayo.

Vielleicht könnte Bertelsmann, Bosch, Siemens oder wer auch immer das nötige Geld vorschießt, ein solches Modell schaffen?

Ich denke, ein solches Modell, besonders mit flexiblen, idealistischen jungen Ärzten hätte Zukunft, auch in Deutschland. Aber wie gesagt, Mayo ist 160 Jahre alt und hat viele Jahrzehnte dafür gebraucht, dahin zu kommen, wo es heute mit rund 61.000 Angestellten steht. Aber auch die haben einmal klein angefangen, mit einem allerersten Schritt.

Es ist ja nicht so, als das man derartiges in Deutschland nicht versucht hätte.

Stimmt. Bereits 1970 wurde die Deutsche Klinik für Diagnostik (DKD) in Wiesbaden nach dem Vorbild von Mayo gegründet, damals als Co-Invest von Siemens und Allianz, die zusammen 45 Prozent des Zehneinhalb-Millionen-Mark-Kapitals gezeichnet haben.

Doch 1973 stand die DKD schon wieder knapp vor dem Aus, wie die „Zeit" damals schrieb: „In der Tat mutet es absurd an, die Wiesbadener Modellklinik just in dem Moment sterben zu lassen, da sie nach gut dreijähriger Laufzeit die vielfachen Anfangsschwierigkeiten, vor allem den aus Brotneid erwachsenen Widerstand der Ärzteschaft, überwunden hat und mit immer mehr niedergelassenen Ärzten gut zusammenarbeitet und ihre Forschungsprojekte und Fortbildungsveranstaltungen immer mehr Anerkennung finden und da die Zahl der Patienten so noch liegt wie kaum je zuvor und die Klinik voll ausgelastet, ja manchmal schon überlastet ist."

Da sieht man mal wieder, wie schwer eine Pfadabhängigkeit zu überwinden ist, aber auch die wirtschaftlichen Interessen der Stakeholder.

Übrigens schrieb damals auch „Die Welt" über die DKD, dass hier, „mit ihrem vorzüglich eingearbeiteten Fachärzteteam ... so gut gearbeitet werde, dass kaum eine andere deutsche Klinik einem Vergleich standhalten könnte. Was eine gute deutsche Universitätsklinik in zehn Taten zu leisten vermag, das schaffte die DKD dank ihrer an amerikanisches Management erinnernden Organisation in zwei Tagen".

Heute gehört die DKD übrigens zum Rhön-Klinikum. Ich bin überzeugt, dass eine gute Idee wachsen und gedeihen wird. Man muss ihr nur Zeit lassen.

Herr Professor Reinhardt, vielen Dank für das Gespräch. <<

Das Interview führten MVF-Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski und MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.