

Dr. med. Ulrich Paschen

Preis/Leistung statt Kosten/Nutzen

Kritik an einem antiquierten Konzept

Einleitung

Wer Geld ausgibt, darf fragen, was er dafür bekommt. Das könne – denkt man – bei Ausgaben für die Gesundheit nicht anders sein. Die Kosten für die Medizin dürfen nicht höher sein als der Nutzen, den man damit erzielt. Aber ist das so einfach? Der Tierarzt darf, ja, muss so denken: Bei Diagnostik und Therapie behält er immer den Eigentümer im Auge, dem es um die Rentabilität seiner Tiere geht.

Schon wenn Tiere liebe Mitbewohner ihrer Halter sind, sieht das ganz anders aus. Die affektive Bindung der Menschen zu ihren Tieren rückt die Tiermedizin dann in die Nähe der Humanmedizin: An Kleintieren wendet man diffizile Untersuchungsmethoden wie Kardiographie und Enzephalographie an und praktiziert moderne Chirurgie in gut eingerichteten Operationsräumen. Man erlaubt sich Kühnheiten, die nur durch die finanziellen Mittel des Tierhalters und einen gewissen Takt begrenzt sind.

Die Kosten werden gerne getragen für einen Nutzen, der sich schwer fassbar ins Ideelle auflöst. Es ist wie bei der Liebe, die für den Unbeteiligten immer unverständlich bleibt. Was man aus Sorge um das eigene Leben zu tun bereit ist, übersteigt alle Vernunft.

Kosten/Nutzen

Das Irrationale der Kosten-Nutzen-Abwägung in der mikroökonomischen Situation des Kranken spricht aber nicht gegen die kluge Allokation von Ressourcen in der makroökonomischen Sicht. Das Problem stellt sich bei geringen oder schwindenden Mitteln nur dringlicher als in Gesellschaften, die aus dem Vollen schöpfen: Ressourcen sind immer endlich. Geld kann man immer auch für Anderes ausgeben – selbst, wenn man viel hat, bleibt einem die Entscheidung nicht erspart.

Wer philanthropisch denkt oder sich eher einen Schatz im Himmel verspricht, kann vielleicht ohne Nutzenerwägung handeln. Wer ökonomisch denkt, gibt das Geld für die jeweils größte Wirkung aus. Er ist deswegen kein Zyniker. Wer Gutes tun will, weiß am besten, dass er dafür Geld braucht. Er kennt seine besondere Verantwortung gegenüber dem z. B. Spender, dessen Freigebigkeit er nicht vergrämen darf. Als Treuhänder muss er wirtschaftlich handeln. Er darf Geld nur für das die Not Wendende ausgeben - nicht für Repräsentation und Unterhaltung.

Ökonomisch zu denken ist also nichts Übles. Das Problem setzt erst ein, wenn wir vom Nutzen sprechen. Wenn man sich im Ziel einig ist – z. B. die Malaria auszurotten – ist das noch einfach. Soll man die Erkrankung mit Arzneimitteln bekämpfen? Oder einen Impfstoff entwickeln? Oder die Verbreitung durch sozialmedizinische Maßnahmen unterbinden? Man kann mit Blick auf das Ziel dasjenige Verfahren auswählen, das bei den budgetierten Mitteln die größte Wirkung entfaltet. Die massenhafte Verteilung von Mosquito-Netzen hat sich als die effizienteste Methode erwiesen (1). Für wenig Geld viel Wirkung. Das lässt sich gesundheitsökonomisch-wissenschaftlich untersuchen.

Die harmlose Gleichsetzung von Nutzen und Wirkung fällt in unserem Beispiel nicht auf. Bei sanitären Maßnahmen der frühen staatlichen Gesundheitsversorgung mag das auch noch so gewesen sein. Alle im 19. Jahrhundert aus Sorge um die Volksgesundheit getroffenen Maßnahmen, z.B. Aushebung von Abflusskanälen, Schaffung gesunder Wohnverhältnisse, Gesetze über Impfungen und Arbeitsmedizin wurden mit dem Nutzen begründet, der die Kosten bei weitem übersteige. Den Nutzen davon genieße die gesamte Volksgemeinschaft.

Die Gesundheitssysteme des 20. Jahrhunderts haben die Idee der Kosten-Nutzen-Abwägung mit der Gesundheitsökonomie akademisch untermauert. Beim Kampf um die Gesundheit der Menschen sind so große Erfolge erzielt worden. Wir können uns heute kaum noch vorstellen, welche Krankheiten durch Lebensmittelsicherheit, hygienische Verhältnisse, Infektionskontrolle, Impfungen und ordentliche Wohnverhältnisse mit sauberem Trinkwasser einfach verschwunden sind. Bis in die 50er Jahre des letzten Jahrhunderts sind die Erfolge der modernen Medizin in überwältigendem Maße sozial-hygienisch, viel weniger individuell klinisch begründet gewesen. Der Erfolg der öffentlichen Gesundheitspflege war ganz und gar anerkannt.

Falsches Paradigma

Nicht mehr harmlos ist die Kosten-Nutzen-Abwägung hingegen, wenn es um die Behandlung von Kranken geht. Auf schnell heilbare und ad integrum wiederherstellende Therapien kann man das Paradigma noch anwenden: Der Arbeiter kann wieder in die Fabrik, der Soldat an die Front und die Mutter die

Kinder versorgen. Hier herrscht noch der Blick des Tierarztes vor. Es geht um den Erhalt des Humankapitals.

Wenn man das konsequent weiterdenkt, landet man aber bei einer grausigen Aporie: Für alle, die nicht wieder gesunden, die nicht in den Verwertungsprozess reintegriert werden können, bleibt die Kosten-Nutzen-Rechnung negativ. Man hat sogar evolutionsbiologisch argumentiert und vor einer zu weit gehenden Gesundheitsversorgung gewarnt. Die Kranken würden dadurch einen Selektionsvorteil erhalten und über kurz oder lang die Gesellschaft in den Abgrund stürzen. Keine Medizin oder jedenfalls so wenig wie möglich sei langfristig die einzig vertretbare.

Jenseits allen ethischen Entsetzens sei darauf hingewiesen, dass eine klinische Medizin für den einzelnen Menschen, wie wir sie heute kennen, dann gar nicht mehr möglich ist. Wer das vorschlägt, weist der modernen Versorgung von Kranken nicht den Weg, sondern blockiert ihn. Er annulliert das Problem, bietet aber keine Lösung.

Nutzen und Interesse

Nutzen ist – und das wird spätestens hier klar – immer mit einem Interesse verbunden. Leider sind in dem Begriff „Nutzen“ Wirkung und Interesse hoffnungslos konfundiert. Die Interessen scheren sich oft genug nicht um die Ziele anderer. Pestbarrieren, die auf Betreiben der Ärzte errichtet wurden, baute man wieder ab, weil sie den Handel beeinträchtigten. In Impfungen sah man blasphemische Versuche, sich den Strafen Gottes zu entziehen. Was halten wohl die Hersteller der Anti-Malaria-Mittel von der Ausrottung der Malaria? Was hat größeren Nutzen: Einsparungen der Rentenversicherungsträger bei Rehabilitationsmaßnahmen oder eine blühende Bäder-Landschaft von Reha-Kliniken? Wer eignet sich den Nutzen an? Wie kann der Nutzen gerecht auf die verteilt werden, die die Kosten tragen?

Ganz ähnlich geht das nämlich mit den Kosten. Sie sind immer das, was ich selbst aufwenden muss. Die Kosten der anderen sind nicht meine Kosten. Vielleicht sind sie sogar meine Einnahmen! Wo fallen die Kosten an? Wer hat sie zu tragen? Ohne diese Zuordnung sind „Kosten“ erst mal ganz abstrakt. Das ist sogar unabhängig davon, ob sie monetär oder metaphorisch gemeint sind: „Der Bau dieser Brücke kostete zwei Menschen das Leben“ heißt, dass diese Arbeiter bei Unfällen starben. Die Erbauer der Brücke mussten den Preis nicht entrichten.

Wohl gemerkt: Die gesundheitsökonomische Kosten-Nutzen-Abwägung mag bei einer gesellschaftlichen Gesamtrechnung unter naiver Annahme eines allgemeinen Bürgerkonsenses seine Berechtigung haben und auch durchführbar sein. In allen anderen Szenarien geraten wir aber in einen erbitterten politischen Kampf um den höchsten Nutzen und die niedrigsten Kosten. Man wird

Argumente vorbringen wie die Freiheit des Individuums, das Recht des Einzelnen auf Gesundheit, die Verpflichtung des Staates zum Schutz der Notleidenden, Liberalismus, Dirigismus und Sozialismus, Allgemeinwohl und heiliges Recht auf Eigentum, Verantwortung des Arbeitgebers und Initiativrecht des Arbeitnehmers. Ganz abgesehen von den Interessen der Leistungsanbieter, die sich von den Ausgaben der Krankenversicherungen Nutzen versprechen. Wie soll ein Zukunftsmarkt Medizin entstehen, wenn niemand mehr dafür zu zahlen bereit ist? Verdankt die deutsche Pharmaindustrie den gesetzlichen Krankenversicherungen nicht ihre weltweit überragende Stellung?

Paradoxon der Medizin

Der Fehler liegt darin, dass wir wie die Hygieniker des letzten Jahrhunderts die Bevölkerung mit Gesundheit versorgen wollen und darin den Nutzen der Medizin sehen. Aber das Gegenteil ist doch der Fall: Je erfolgreicher unsere Medizin ist, umso mehr Menschen können mit ihrer Krankheit weiterleben. So paradox es klingt: Den Erfolg der Medizin kann man an der Zahl der Kranken, nicht an der der Gesunden ablesen – die sind gesund, weil die Lebensverhältnisse das zulassen, nicht weil sie Pillen schlucken (2).

Wir zahlen für die Kranken, aus Solidarität mit ihnen. Wir wollen, dass Diabetiker, Krebskranke und Niereninsuffiziente trotz ihrer Krankheit unter uns und mit uns leben können. Wir reden nicht über Gesundheitsversorgung (public health), sondern darüber, was wir für die Kranken tun können, obwohl es sich überhaupt nicht lohnt. Es geht um den Markt der Leistungen für Kranke, die „medical practice“.

Die Paradoxie entsteht durch die Verwechslung der Ebenen: Wir versuchen, die Zielkriterien der Makroebene auf die Mikroebene der klinischen Medizin zu übertragen. Dummerweise funktioniert das zum Teil, zum weit größeren geht es aber am Problem vorbei: Was im Einzelfall wirksam und wünschenswert ist, kann im Großen sinnlos und gefährlich sein. Das ist nicht nur in der Medizin so: Alle fahren gerne große und schnelle Autos und tragen Schuld am Verkehrskollaps unserer Städte – von den Auswirkungen auf unsere Umwelt mal ganz zu schweigen.

Preis/Leistung

Betrachten wir die Krankenkassen doch einfach mal als das, was sie sind – eine Einkaufsgemeinschaft von medizinischen Leistungen, die für ihre Versicherten gute Besserung für gute Preise erreichen will. Vielleicht finden dann ökonomische Betrachtungen durchaus ihren Platz. Vielleicht lassen sich einige Probleme auf diese Weise sogar lösen.

Krankenkassen verwalten das Geld der Versicherten. Sie sind darauf verpflichtet, mit dem Geld sorgsam und wirtschaftlich umzugehen und es nur für das

Notwendige auszugeben. Seit ihrer Gründung sollen die Kassen nur die Behandlungen bezahlen, deren Wirksamkeit wissenschaftlich bewiesen ist. Die GKV verweigert sich der Scharlatanerie und Quacksalberei. Zuerst mit wenig, im Laufe der Jahrzehnte mit immer mehr Erfolg, wie wir wissen.

Natürlich sollen und wollen die Kostenträger nur Qualität einkaufen. Woran aber erkennen sie die?

Die Qualität der Leistung

Unterschiede erkennt man an Merkmalen. Jede Leistung ist durch einen „Satz von Merkmalen“ charakterisiert (3). Merkmale, die die Bedürfnisse der Patienten erfüllen, nennen wir Qualitätsmerkmale. Quantitative Qualitätsmerkmale kann man messen. Qualitative Qualitätsmerkmale wie Wirksamkeit, Sicherheit, Zuverlässigkeit kann man prüfen. Für jede Therapie oder jedes diagnostische Verfahren könnte man – theoretisch – ein Datenblatt seiner Qualitätsmerkmale anlegen.

Besinnen wir uns beim Einkauf einer Leistung also auf ihre Qualität. In diesem Begriff ist die Angemessenheit eingeschlossen, ungestört von dem Nutzen, den man daraus ziehen könnte. Qualität ist immer der Grad, zu dem der „Satz von Merkmalen“ die berechtigten Anforderungen der Patienten erfüllt. Nach dem Gesetz haben sie darauf einen rechtlichen Anspruch. Auf mehr aber auch nicht.

Hier können nicht alle Qualitätsmerkmale der medizinischen Behandlung erläutert werden. Der Raum reicht aber für das Erstaunen darüber, wie unklar die Vorstellungen dazu sind. Wirksamkeit gilt unbestritten als das wichtigste Merkmal. Das Institute of Medicine hat Qualität sogar als Wirksamkeit definiert (4). Manche setzen Nutzen und Wirksamkeit einfach gleich (5) Das kann man tun - Worte sind schließlich nur Schall und Rauch. Wie will man aber die Konnotation des Nutzens mit dem Interesse abschütteln? Und welches Wort nimmt man, wenn man tatsächlich den Nutzen meint?

Übersehen wird, dass Qualität immer ein „Satz von Merkmalen“ (nicht: eine Gesamtheit) ist, die zwar zusammenhängen, aber nicht aufeinander reduzierbar sind. Sicherheit und Annehmbarkeit gehören dazu: Manchmal verzichtet man auf etwas Wirksamkeit, um mehr Sicherheit zu haben. Mal umgekehrt. Oft gibt die Annehmbarkeit den Ausschlag: Leistungen müssen erreichbar, bezahlbar, verständlich, einfühlbar erbracht - eben „annehmbar“ sein (6) Der Leistungserbringer soll die Leistung zuverlässig, fehlerfrei und angenehm ausführen können.

Den Unterschied zwischen Leistungen kann man nur bemerken, wenn die Leistungen ausreichend charakterisiert sind. Das ist eigentlich Aufgabe derjenigen, die Leistungen in Verkehr bringen. Ohne klare Auskünfte über die Qualität einer Leistung sollte nichts laufen. Leider wissen wir über viele Behandlungen

viel zu wenig. Nicht einmal die Hersteller oder Leistungserbringer haben immer klare Vorstellungen darüber (über die Therapeuten in der Grauzone - oder besser: im Zwielficht - wollen wir nicht sprechen).

Einige Merkmale kann man unmittelbar wahrnehmen (z.B. die der Annehmbarkeit). Andere müssen mühselig geprüft werden, wie z.B. die Wirksamkeit. Die Forschungs- und Entwicklungsabteilungen der pharmazeutischen Industrie und der Gerätehersteller beschäftigen sich damit. Unsere Universitäten sollten das tun. Jeder darf selbst Erkenntnisse zusammentragen und bewerten. Man kann die Ergebnisse – publiziert oder nicht – noch einmal unvoreingenommen, unparteiisch, ohne finanzielles Eigeninteresse prüfen, wie das Zulassungsbehörden, „Ständige Kommissionen“ oder das IQWiG tun. Die letzte Wahrheit müssen wir dabei gar nicht finden. Aber wir kämen ihr viel näher als wenn wir uns nur dem guten Glauben überließen.

Die mündige Auswahl

Nehmen wir mal an, dass ein Patient eine Leistung allein nach ihrer Qualität auswählt, die ihm – nach Beratung mit seinem Arzt - gänzlich bekannt ist. Besteht für ihn eine echte Wahlmöglichkeit und muss er die Kosten aus eigener Tasche zahlen, wird er Vor- und Nachteile abwägen: mit der neuen Hüfte auf den Golfplatz oder mit dem Rollstuhl auf eine Kreuzfahrt? Er würde sich rational für eine Leistung entscheiden und sich überlegen, was er sonst mit dem Geld anfangen könnte. Damit wäre sogar die Höhe des Preises begrenzt.

Meist geht es aber nicht so locker zu. Meist geht es schlicht um Gesundheit oder Siechtum und Tod. Da ist einem nicht zum Wählen zumute. Wozu sollte man Geld zurückbehalten, wenn es das Leben gilt? Man zahlt auch nicht selbst. Eine andere Verwendung des Geldes steht nicht zur Debatte. Vielmehr möchte man endlich etwas von dem vielen Geld zurück, das man eingezahlt hat. Niemand wägt Kosten gegen Nutzen ab, wenn doch die Solidargemeinschaft einspringt.

Ohne jemandes Freiheit und Versorgung einzuschränken, kann die Solidargemeinschaft auf einem günstigen Preis/Leistungs-Verhältnis bestehen. Warum sollte man etwas einkaufen, was nicht wirksam, sicher oder annehmbar ist? Warum sollte man unter sonst gleichen Leistungen die mit dem höheren Preis wählen? Eine Leistung soll den individuellen Bedürfnissen „angemessen“ sein. Das heißt aber auch, dass sie nicht bei allen gleich sein muss: die Menschen haben nun einmal unterschiedliche Bedürfnisse. Eigentlich macht es keinen Sinn, mehr zu tun als notwendig. Welche Anspruchsklasse man unter Hotels auch auswählt, am Ende haben alle geschlafen und gefrühstückt.

Ökonomie (die Lehre vom klugen Haushalten) ist in einem Einkaufsmodell nicht unmoralisch, nicht einmal nur redlich, sondern geradezu zwingend vorgeschrieben. Ob man selbst oder alle Versicherten zusammen einen Nutzen daraus ziehen, kann man rational gar nicht beurteilen. Das ist auch nicht nötig.

Den günstigsten Anbieter der angemessenen Leistung können wir ohne solche Rationalisierungen auswählen.

Preisbildung

Wir sehen, dass wir den Preis nicht an einem vermeintlichen Nutzen abmessen können. Würden wir denn lange verhandeln, wenn uns der sichere Tod droht? Wozu nützt ein langes Leben? Nicht der erwartete Nutzen lässt uns einen Preis zahlen. Wir zahlen den Preis für eine Leistung, die uns wirksam, sicher, annehmbar und angemessen erscheint.

Die Höhe des Preises ist immer eine Frage des Marktes, auf dem die Leistungen angeboten werden. Über die Marktmechanismen und ob diese auch für medizinische Leistungen gelten, ließe sich viel sagen – an der Preisbildung ändert das wenig.

Oder darf ein Preis nur so hoch sein, wie die Kosten der Leistungserstellung nun einmal sind - bei sparsamem Einsatz natürlich? Der Preis muss (zumindest tendenziell und in einer Mischkalkulation) etwas höher sein als die Kosten, die man aufgewandt hat. Warum sollte man sich sonst in ein solches Abenteuer stürzen? Was aber gehört zu den Kosten? Die Herstellung eines Arzneimittels mit Sicherheit. Die Entwicklungskosten dürfen eingerechnet werden. Die gescheiterten Forschungsprojekte auch? Die verlorenen Millionen für falschen Ehrgeiz und verstiegene Ideen? Das Marketing (manchmal 30% der Kosten!)? Die Gewinnmargen? Die Vorstandsgehälter, die Transportkosten rund um die Welt? Da werden die gesundheitsökonomischen Buchhalterseelen noch stauen, welche Räder so gedreht werden. Was alles Kosten sind und wie selbstverständlich sie von der Solidargemeinschaft getragen wurden.

Für den Preis der Arbeit, den Lohn, hat man schon früh erkannt: Es gibt keinen gerechten Preis, der als „Kosten“ einfach zu tragen wäre. Man nennt sie zwar immer noch Kostenträger, aber so einfach ist das nicht: Die Krankenkassen zahlen für Leistungen einen Preis. Im stationären Sektor ist das weitgehend ausgereift. Der Preis - als Pflegesatz oder DRG – muss in summa und langfristig etwas höher sein als die Kosten, die das Krankenhaus für die Erstellung einer Leistung hat. Man kann den Preis an den Kosten orientieren. Legt man ihn etwas tiefer fest, zwingt man ein Krankenhaus dazu, seine Kosten entsprechend zu senken, indem man die Löhne senkt, überflüssige Leistungen unterlässt oder vom Markt verschwindet. Letztlich entscheidet der Markt über den Preis. Wo es keinen Markt gibt, ist eine Preisregulierung immer auch eine Leistungssteuerung. Das alles geschieht bereits und ist auch gut so. Es wäre ein Riesenerfolg, wenn dabei zumindest die Leistungen verschwänden, die wir gar nicht brauchen.

Fazit

Preis/Leistung sind nicht einfach nur andere Worte für Kosten/Nutzen. Das Preis/Leistungs-Konzept klärt die Konfusion von Wirksamkeit und Interesse auf. Es vermeidet die Aporie der Nutzenabwägung bei der gesellschaftlichen Betrachtung. Die Qualität einer Leistung ist wissenschaftlich (d.h. unvoreingenommen, unabhängig und nachprüfbar) untersuchbar. Der Begriff des Preises ist marktkonform und politisch operationalisierbar. Alles Vorteile, die man für das Kosten/Nutzen-Konzept nicht vorbringen kann.

Hören wir also auf, von Kosten/Nutzen zu sprechen. Reden wir lieber konkret über Preis/Leistung. Wenn der Gesetzgeber das klarstellen würde, wäre auch denen geholfen, die die Qualität der Leistungen prüfen sollen und die Preise dafür verhandeln könnten.

Literaturverzeichnis

- (1) World Health Organization (2007)
Malaria Elimination. A field manual for low and moderate endemic countries. Genf: WHO.
- (2) Krämer, Walter (1997)
Wir kurieren uns zu Tode. Berlin: Ullstein Verlag.
- (3) DIN EN ISO 9000:2005, 0.12.2005
Qualitätsmanagementsysteme - Grundlagen und Begriffe.
- (4) Lohr, Kathleen (Hg.) (1990)
A Strategy for Quality Assurance. A report of a study by a committee to design a strategy for quality review and Assurance in Medicare. 2 Bände. Washington D.C., USA: National Academy Press (Bd. 1).
- (5) Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
Methodik für die Bewertung von Verhältnissen zwischen Nutzen und Kosten im System der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (2008). Version 1.0
- (6) Paschen, Ulrich (2007)
Annehmbarkeit macht den Unterschied. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 104, H. 15, S. A1008-1011

Nachdruck

© U. Paschen 2021

Nachdruck unter Quellenangabe und Abgabe eines Belegexemplars erlaubt.

elektronische post gibt´s unregelmäßig von

Dr. U. Paschen QM-Beratung in Medizin und Wissenschaft

Dorfstr. 38 24857 Fahrdorf

Telefon. 04621 4216208 Mobile 0177 2125058 E-Mail upaschen@web.de

Verantwortlich: Dr. med. Ulrich Paschen

Weitere elektronische Briefe auf unser Website unter „Fachbeiträge“: <http://www.qm-beratung-krankenhaus.de>