

Eigentlich braucht es nur Gesundheits- politik ...

Zu den Standardthemen des deutschen Gesundheitswesens gehört mittlerweile die Diskussion über den Umgang mit Knappheit. Kontinuierlich steigende Gesundheitsausgaben bei gleichzeitigen demographischen Veränderungen, die einen Mehrbedarf erwarten lassen, führen dazu, dass selbst Optimisten sich kaum vorstellen können, dass diese Entwicklungen mittelfristig finanzierbar sein werden.

Zu dieser Argumentation passt nur nicht, dass einerseits die Schatullen der Krankenkassen momentan proppenvoll sind und man sich viel mehr Gedanken machen muss, was mit den immensen Überschüssen angefangen werden soll, andererseits die Drohszenarien des Kollapses keineswegs neu sind. Für das amerikanische Gesundheitssystem hat es Larry Brown bereits im Titel seines im New England Journal of Medicine (N Engl J Med 2008; 358: 325–327) erschienenen Artikels treffend formuliert: »The Amazing Noncollapsing U.S. Health Care System ...«, nämlich dass das, was man eigentlich erwartet hatte, seit Jahrzehnten nicht eingetreten ist. Trotzdem wird man nicht müde, die Diskussion voranzutreiben, wie wir eigentlich rationieren sollten. Standardmäßig wird argumentiert, es sollte natürlich erst dann rationiert werden, wenn sämtliche Rationalisierungspotenziale ausgeschöpft sind. Betrachtet man hierbei die von Don Berwick gerade publizierten Zahlen (Eliminating Waste in US Health Care, JAMA. 2012; 307(14): 1513–1516), so ist davon auszugehen, dass das niedrigste Einsparpotenzial bei 20% liegt, realistisch aber eher zwischen 30 und 40%. Somit muss die Diskussion eigentlich darauf fokussieren, wie wir das System effizienter gestalten können und nicht, nach welchen Methoden wir Entscheidungen treffen, Leistungen vorzuenthalten. Aber unabhängig davon ist es notwendig, sich Gedanken über Entscheidungsmechanismen in einem Gesundheitssystem zu machen. Dies gilt vor allem auch vor dem Hintergrund, dass es nicht nur darum geht, ob wir uns gewisse Leistungen leisten können, sondern vielmehr auch um die Frage, ob wir sie uns leisten wollen. Die methodischen Fragen sind ausgesprochen

komplex und schwierig, insofern kann man sich gar nicht intensiv und frühzeitig genug mit diesen beschäftigen. Das ist die klassische Forderung nach mehr und vor allem umfangreicherer Versorgungsforschung. Die Bedeutung derartiger Forschungsaktivitäten hat die Obama-Administration erkannt und umfassende Programme für comparative-effectiveness-Studien aufgelegt.

Somit braucht es in einem ersten Schritt Wissen als Grundlage, um Entscheidungen treffen zu können. In einem zweiten Schritt müssen Entscheidungsregeln getroffen werden. Gerade im deutschen Gesundheitssystem, das durch ein hohes Maß an Harmoniesucht charakterisiert ist, sind besonders Regelungen für den Fall relevant, wo »reasonable disagreement« (Norman Daniels) besteht. Der Wandel von einer substantiellen auf eine mehr prozedurale Gerechtigkeit ist nachvollziehbar. Er zeigt aber auch eine grundsätzliche Perspektive in der Diskussion. In einem wettbewerblich orientierten Gesundheitssystem wäre es vor allem auch eine Kompetenz der unterschiedlichen Institutionen (Wettbewerber), welche Leistungen sie anbieten wollen. Hierfür bräuchten sie Instrumente, um die Entscheidungen zu unterstützen. Die aktuelle Diskussion wird allerdings häufig so geführt, als ob wir ein rein staatliches Gesundheitssystem nach britischer Prägung hätten.

Besonders spannend ist allerdings die Frage, ob es eigentlich neuer Disziplinen und Begrifflichkeiten bedarf. Im Endeffekt geht es um das, was im Amerikanischen unter »health policy and management« fällt. Mag sein, dass health policy im heutigen Verständnis von deutscher Gesundheitspolitik nicht hiermit übersetzt werden kann. Aber genau an dieser Stelle sollte angesetzt werden. Auch in Deutschland wird eine klare inhaltliche und sprachliche Trennung von Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik benötigt. Neben der ökonomisch geprägten Diskussion um die operative Gestaltung und Umsetzung einzelner Gesetzesvorhaben sollte ein normativer akademischer Diskurs darüber angestoßen werden, was das Gesundheitssystem leisten soll und welche Grundwerte zu berücksichtigen sind. Gesundheitsökonomie ist daher nur eine Seite der Medaille. Andererseits bedarf es normativer, mitunter ethischer Prinzipien, die die Leitplanken für eine strategische Weiterentwicklung des Gesundheitswesens bilden.

Deshalb sind die in dieser Ausgabe dargestellten Fragen nicht allein gesundheitsökonomischer Natur – auch wenn sich einige Gesundheitsökonomien hier berufen fühlen, aber ihre grundlegende Denkhaltung ist meistens eine andere –, sondern gesundheitspolitischer Art im Sinne von health policy im amerikanischen Sinne.

Die Herausgeber möchten sich ausdrücklich bei Prof. Dr. Dr. Daniel Strech von der Medizinischen Hochschule Hannover bedanken, der maßgeblich zu der Gestaltung dieses Heftes beigetragen hat.

Die Herausgeber