

Wirtschaftlich Denken – Effizient Heilen

Gesundheitsökonomik als neues Fach an Medizinischen Fakultäten

Oeconomic thinking – efficient healing

Health economy as a new topic in medical faculties

• Steffen Fleßa¹

Zusammenfassung:

Gesundheitsökonomik ist die Lehre von der Effizienz im Gesundheitswesen. Aus diesem Selbstverständnis heraus entfaltet der vorliegende Artikel die Grundzüge dieses Faches, so wie es an der medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg verpflichtend für Studierende des 5. Semesters gelehrt wird.

Schlüsselwörter: Effizienz, Gesundheitsökonomik, Querschnittsfach

Abstract:

Health economics is the science of efficiency in health care systems. The following paper presents some basic concepts of this new subject of medical curricula. It is based on the experience of the University of Heidelberg where all medical students have to study essentials of health economics in their fifth semester.

Keywords: efficiency, health economics, cross-sectional subject

Text

In diesem Studienjahr wird an der Medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg erstmals das Fach „Gesundheitsökonomik“ als scheinpflichtiges Propädeutikum gelehrt. Für viele Studenten ist dieses Novum zweifelhaft. Wozu noch ein Fach in dem ohnehin vollen Curriculum der Medizin? Wozu Gesundheitsökonomik lehren und lernen, die doch allem Anschein nach nichts mit der naturwissenschaftlichen Medizin zu tun hat?

Gesundheitsökonomik, die Lehre von der Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, ist nicht nur in Heidelberg, sondern in ganz Deutschland eine Innovation, die sich erst langsam durchsetzt. Als vor 27 Jahren die Arbeitsgruppe „Operations Research im Gesundheitswesen“ gegründet wurde und erste Veröffentlichungen zum Blutbankmanagement und zur Einsatzplanung von Rettungsfahrzeugen erschienen, wurden die wenigen deutschen Forscher dieses Gebietes sowohl von Medizinern als auch von traditionellen Wirtschaftswissenschaftlern belächelt. Es dauerte 15 Jahre, bis die ersten Lehrstühle für Gesundheitsökonomik, Krankenhausbetriebswirtschaft und Gesundheitsmanagement an den wirtschaftswissenschaftlichen Fakultäten eingerichtet wurden. Deutsche Medizinstudenten sind bislang weitgehend unberührt vom wirtschaftlichen Denken geblieben. Ein Blick auf die Homepages der Universitäten in anderen Ländern zeigt, dass in den Vereinigten Staaten, in Großbritannien, Holland und Skandinavien die gesundheitsökonomische Ausbildung von Wirtschafts- und Medizinstudenten längst Standard ist. Bereits vor 20 Jahren wurde beispielsweise in Harvard Gesundheitsmanagement gelehrt [1]. In Deutschland hingegen war damals noch gar nicht an ein eigenes Universitätsfach zu denken. Bis heute hängen wir der Entwicklung weit hinterher.

Die Etablierung des neuen Faches ist sicherlich durch die Verknappung der öffentlichen Gelder, d.h. durch den allgemeinen Sparzwang im Gesundheitswesen, begünstigt worden. Es liegt deshalb der Verdacht nahe, Gesundheitsökonomik sei lediglich die Lehre vom Sparen in der Medizin. Tatsächlich entspricht dies der Wahrnehmung vieler Ärzte, deren beruflicher Kontakt mit Ökonomen meist nur erfolgt, wenn Kostensenkungsprogramme durchgeführt werden. Es muss deshalb die Frage gestellt werden, ob Ökonomik die Lehre vom Sparen ist bzw. ob die Aufgabe des Gesundheitsökonomens darin besteht, mit dem Rotstift Ärzte von der segensreichen Arbeit für ihre Patienten abzuhalten.

Ökonomik beschreibt und erklärt alle Aktivitäten des Menschen zur Überwindung der Knappheit. Diese fundamentale Güterknappheit kann sich auf alles beziehen, das grundsätzlich zur Befriedigung menschlicher Bedürfnisse geeignet ist. So untersuchen Ökonomen die Knappheit an Personal, z.B. den Ärztemangel, die Knappheit an Zeit, an Geld oder an Willen zur Prävention. Auch die Knappheit an Ideen und Geist ist ein ökonomisches Problem. Der Ökonom beschreibt und analysiert die Maßnahmen des Menschen, diese Knappheit zu überwinden. Darüber hinaus zeigt er jedoch auch wünschenswerte Alternativzustände auf und entwickelt Maßnahmen, wie diese erreicht werden können. Ökonomik ist stets eine Handlungswissenschaft, die sich nicht mit abstrakten Begründungen zufrieden gibt, sondern immer Veränderungen initiieren möchte.

Das alles dominierende Ziel ist dabei die Vermeidung von Verschwendung bzw. die Effizienz. Effizienz wird verstanden als das bestmögliche Verhältnis von Output und Input. Ziel allen wirtschaftlichen Handelns ist es folglich, mit gegebenem Input einen möglichst großen, zielsystemkonformen Output zu erzeugen bzw. einen gegebenen Output mit einem möglichst geringen Input zu erreichen. Das Gegenteil wäre die Vergeudung von Ressourcen, die damit auch anderen nicht mehr zur Verfügung stehen. Ökono-

¹ Universität Heidelberg, Hygiene Institut, Heidelberg, Deutschland

mie und Effizienz haben deshalb stets eine ethische Dimension, da die rationale Verwendung von Ressourcen die bestmögliche Versorgung einer Bevölkerung garantiert.

Die Einführung der Gesundheitsökonomik an einer medizinischen Fakultät ist in vielerlei Beziehung ein Wagnis. Der Gesundheitsökonom ist kein Natur-, sondern ein Sozialwissenschaftler. Zwar bedient er sich naturwissenschaftlicher und insbesondere mathematischer Methoden, um ökonomische Zusammenhänge zu beschreiben und insbesondere Effizienzkriterien abzuleiten. Sein originäres Interesse ist jedoch der wirtschaftlich handelnde Mensch, dessen Aktivitäten als Individuum und als Sozialgruppe eben nicht vollständig in Naturgesetze fassbar sind. Teilgebiete der Ökonomik sind den Geisteswissenschaften zuzurechnen, so z.B. die Wirtschaftsethik und die Wirtschaftsgeschichte.

Die andere Wissenschaftsgruppe impliziert auch eine andere Wissenschaftstradition. Dies ist zum Teil in Äußerlichkeiten erkennbar. Beispielsweise gilt das Schreiben von Büchern, sei es als Habilitationsschrift oder als Lehrbuch, in den Wirtschaftswissenschaften noch immer als Inbegriff wissenschaftlicher Leistung. Entscheidender dürfte jedoch sein, dass Ökonomik nicht so sehr die Beherrschung einer spezifischen Technik impliziert als vielmehr die grundsätzliche Art des Denkens. Ökonomik ist Denken in Effizienz. Wie dieses Ziel erreicht wird, darüber streiten sich die ökonomischen Denkschulen. Ein Ökonom ist deshalb vordringlich nicht derjenige, der eine spezifische Technik erlernt hat, sondern der beim Anblick realer Probleme sofort die tatsächliche Verschwendung erkennt, diese als Feind ausmacht und mit unterschiedlichsten Methoden beseitigt.

Die Aufnahme der Gesundheitsökonomik in den Fächerkanon der medizinischen Fakultät ist deshalb eine große Herausforderung und Chance. Eine Herausforderung, weil ein neues Denken zusätzlich zum medizinischen hinzukommt, eben nicht nur eine Technik. Neues Denken strengt an, führt zu Reibung und auch zu Ärgernissen. Sie ist jedoch auch eine Chance, weil gerade im Grenzbereich zweier Wissenschaften hohe Innovationsgewinne zu erwarten sind. Die zahlreichen Probleme des deutschen wie internationalen Gesundheitswesens verlangen nach einer praxisorientierten Gesundheitsökonomik, die medizinisches Fachwissen und wirtschaftliches Denken kombiniert.

Im Folgenden möchte ich kurz das Grundgerüst der Gesundheitsökonomik darstellen (vgl. Abbildung 1). Hierzu entwerfe ich ein so genanntes Rahmenmodell, in das Spezialgebiete eingehängt werden können. Ausgangspunkt der Gesundheitsökonomik ist die Knappheit, d.h. die Tatsache, dass die Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen in der Regel das Angebot übersteigt. Angebot und Nachfrage werden auf Gesundheitsmärkten koordiniert, es bildet sich der Preis. Hierbei ist es zum Verständnis der grundsätzlichen Beziehungen sinnvoll, auf einen Markt mit nur einem Gut zu abstrahieren. In der Realität des Gesundheitswesens sind die Mechanismen auf teils staatlich regulierten Multiproduktmärkten natürlich viel komplexer, als dies hier dargestellt wird. Der Student sollte jedoch zuerst das Idealbild kennen, um sich anschließend den realistischeren Problemen zuwenden zu können.

Die Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen selbst entsteht über einen mehrstufigen Prozess. Am Anfang steht in der Regel der Mangel an Gesundheit, wie ihn beispielsweise ein Arzt feststellen kann. Verschiedene gesundheitsökonomische Modelle

klären quantitativ und qualitativ diesen Mangel. Beispielsweise beschreibt das Modell der epidemiologischen Transition den Übergang von Infektionskrankheiten auf chronisch-degenerative Krankheiten und die Auswirkungen auf die Leistungsstruktur. Andere Modelle ermitteln die Auswirkungen gesundheitspolitischer Maßnahmen auf die Krankheitshäufigkeit und -schwere und ermöglichen damit eine gesundheitsökonomische Evaluierung. Hierzu stehen verschiedene Techniken, wie z. B. die Kosten-Nutzen-Analyse oder die Nutzwertanalyse zur Verfügung.

Als Bedürfnis bezeichnet der Ökonom einen subjektiv empfundenen Mangel, der mit dem Streben verbunden ist, diesen Mangel zu beseitigen. Nicht jede Krankheit ist deshalb auch ein Bedürfnis nach Gesundheitsdienstleistungen, nicht jede Krankheit führt automatisch zur Nachfrage. Vielmehr bedient sich der Gesundheitsökonom der Instrumente des Social Marketing, um den Übergang von objektivem Mangelzustand zu subjektivem Mangelempfinden zu verbessern. Das Bedürfnis ist kultur- und zeitneutral, während der Bedarf die Reflexion auf ein konkretes, zeitlich und kulturell exakt definiertes Gut ist, welches das Bedürfnis stillen kann. So ist das Bedürfnis „Durstlöschen“ für einen Bayern, einen Chinesen und einen Amerikaner identisch. Das konkrete Gut, mit dem dies erreicht wird, unterscheidet sich jedoch erheblich. Der Bayer wünscht ein Bier, der Chinese eine Tasse Tee und der Amerikaner eine Cola. Wiederum werden Instrumente des Social Marketing verwendet, um aus Bedürfnissen Bedarfe werden zu lassen.

Nicht jeder Bedarf wird jedoch automatisch am Markt als Nachfrage wirksam. Vielmehr muss die Kaufkraft ausreichend sein, der Markt darf nicht zu weit entfernt sein, die Qualität des Gutes muss stimmen und die Priorität muss hoch sein. Gesundheitsökonomien beschäftigen sich deshalb mit allen Maßnahmen, die die finanzielle und räumliche Erreichbarkeit von Gesundheitsdienstleistungen verbessern. Die Krankenversicherung ist hierbei die wichtigste Maßnahme. Die Versicherungsbetriebslehre und die Finanzierungstheorie sind Grundsäulen der Gesundheitsökonomik.

Das Angebot ist das Ergebnis eines Produktionsprozesses, der Produktionsfaktoren (z. B. ärztliche Arbeitskraft, Pflege, Medikamente, Krankenhausbetten,...) zu einer Dienstleistung (z. B. Behandlung, Beratung,...) rekombiniert. Die Gesundheitsbetriebslehre, in Deutschland fast nur in Form der Krankenhausbetriebslehre existent, ist ein wichtiger Bestandteil der Gesundheitsökonomik. Ein Arzt muss volks- und betriebswirtschaftliche Fragen gleichermaßen beherrschen.

Schließlich treffen Angebot und Nachfrage auf den Gesundheitsmärkten zusammen. Die Marktform und die Bedeutung staatlicher Eingriffe sind derzeit die schwerwiegendsten Streitpunkte der gesundheitspolitischen Diskussion. Eine freie, von staatlichen Eingriffen weitgehend verschonte Wettbewerbswirtschaft konkurriert mit einer staatlich kontrollierten Monopolwirtschaft, die zweifelsohne beide ihre Vorteile und Nachteile haben. Der Gesundheitsökonom kann - auch wenn dies manche aus dem Fernsehen wohl bekannte Kollegen glauben machen wollen - diesen Konflikt nicht lösen. Aufgabe des Ökonomen ist es, Konsequenzen des einen oder des anderen Systems aufzuzeigen und die jeweiligen politischen Vorgaben so umzusetzen, dass keine Ressourcen verschwendet werden. Die Gesundheitsökonomie ist jedoch nicht in der Lage, selbständig Werte zu gewinnen und vorzugeben. Werte müssen vielmehr aus der Gesellschaft kommen und anschließend im gesundheitsökonomischen Prozess umgesetzt werden.

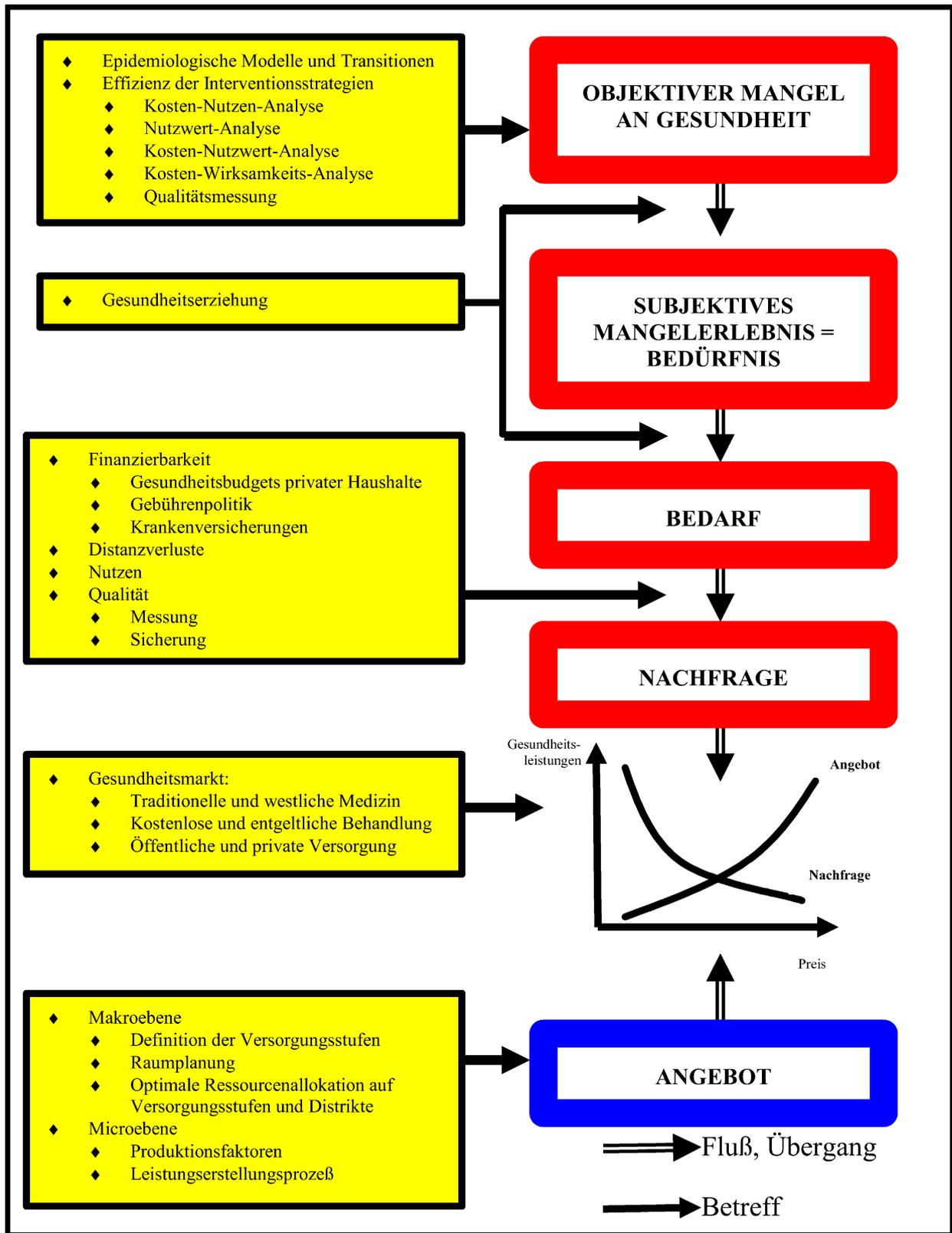


Abbildung 1: Das gesundheitsökonomische Rahmenmodell im Überblick

Die wichtigsten Werte des Grundgesetzes sind Freiheit, Solidarität und Gerechtigkeit. Es ist unbestritten, dass diese Werte in einem Zielkonflikt stehen. Freiheit forciert eine marktwirtschaftliche

Lösung, in der nachweislich eine bessere Versorgung des Durchschnitts möglich ist. Die Marktlösung schließt jedoch nicht aus, dass ganze Bevölkerungsgruppen von einer als human und würdig

empfundene Gesundheitsversorgung ausgeschlossen werden. Solidarität und Startchancengerechtigkeit fordern hingegen deutlich stärkere Staatseingriffe in die Gesundheitsmärkte. Letztlich kann der Zielkonflikt nur im politischen Diskurs gelöst werden. Die Ökonomik muss sich hier auf die Erhöhung der Transparenz der jeweiligen Entscheidungen beschränken.

Zusammenfassend können wir festhalten, dass Gesundheitsökonomik die Lehre von der Effizienz ist, d.h. von der Verschwendung vermeidenden bestmöglichen Erreichung gesundheitspolitischer Ziele. Gesundheitsökonomik ist damit nicht die Lehre vom Sparen. Die Forderung nach Gesundheitsökonomik als eigenes Fach in der medizinischen Ausbildung erwächst aus der ethischen Notwendigkeit, die knappen Gesundheitsressourcen bestmöglich zum Wohl der Bevölkerung einzusetzen. Wenn heute Gesundheitsökonomik in der vorgestellten Breite Einzug in die medizinischen Fakultäten erhält, dann sicherlich nicht aus Sparzwang, sondern mit der Zielsetzung, umfassend gebildete Akademiker auszubilden, die die Systeme, in denen sie arbeiten, verstehen und gestalten können. Hierzu sind Universitäten durch ihren Bildungsauftrag verpflichtet. Diese Forderung wird auch aus der Praxis an die Hochschulen herangetragen.

Eine Basisausbildung in Gesundheitsökonomik sollte 10 Semesterwochenstunden (SWS) umfassen, wobei zwei SWS als Einführung mit stark volkswirtschaftlicher Schwerpunktsetzung sinnvoll sind. Anschließend erfolgt jeweils eine Veranstaltung zur Betriebswirtschaftslehre, zum Management, zum Gesundheitssystem und zur Krankenhausbetriebswirtschaftslehre. Tabelle 1 zeigt die wichtigsten Teilgebiete dieser Fächer. An der Universität Heidelberg sind die Lehrinhalte der Einführung für alle Medizinstudenten der Medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg verpflichtend, weshalb sie hier etwas ausführlicher dargestellt werden. Die weiteren Module sind Wahlfächer.

Aus dem hier beschriebenen Selbstverständnis der Ökonomik geht hervor, dass es hierbei nicht nur um die Beherrschung konkreter Techniken, sondern auch um die Prägung des wirtschaftlichen Denkens anhand von Beispielen aus dem Wirtschaftsalltag zukünftiger Mediziner gehen kann. Mit dieser Ausbildung eröffnen sich jungen Medizinerinnen nicht nur neue Berufsfelder, die sie beispielsweise in Form von Praktika und Doktorarbeiten bereits während ihres Studiums erkunden können. Entscheidender dürfte vielmehr sein, dass diejenigen, die kommenden Gesundheitsreformen verstehen, bewerten und steuern können, diese Reformen auch umsetzen müssen: umfassend ausgebildete und im Denken in Effizienz geschulte Mediziner.

Weiterführende Literatur

Breyer, Friedrich; Zweifel, Peter; Kifmann, Mathias (2003): Gesundheitsökonomie. Springer, Berlin et al. [2]: Fachlich zweifelsohne eines der besten Bücher, für Medizinstudenten ohne Vorkenntnisse jedoch kaum verständlich.

Eichhorn, Peter; Seelos, Hans-Jürgen; Schulenburg, J.-Matthias Graf Schulenburg (2000): Krankenhausmanagement. Urban und Fischer, München [3]: Sehr umfassendes Handbuch, für Medizinstudenten eher zu ausführlich.

Haubrock, Manfred; Schär, Walter (2002, Hrsg.): Betriebswirtschaft und Management im Krankenhaus. Hans Huber, Bern et al. [4]: Gut verständliche Einführung ins Krankenhausmanagement.

Schulenburg, J.-Matthias Graf; Greiner, Wolfgang (2000): Gesundheitsökonomik. Mohr Siebeck, Tübingen [5]: Gute Einführung, die Grundkenntnisse der Ökonomik voraussetzt.

Trill, Roland (1996): Krankenhausmanagement. Luchterhand, Neuwied, Kriftel, Berlin [6]: Gut verständliche Einführung ins Krankenhausmanagement.

Zdrowomyslaw, Norbert; Dürig, Wolfgang (1997): Gesundheitsökonomie. Oldenbourg, München, Wien [7]: Relativ verständliche, ausführliche Einführung, für Medizinstudenten ohne Vorkenntnisse lesbar.

Korrespondenzadresse:

• Prof. Dr. Steffen Fleßa, Universität Heidelberg, Hygiene Institut, Im Neuenheimer Feld 324, 69120 Heidelberg, Deutschland, Tel.: 06221-564883
Steffen.Flessa@t-online.de

Literatur:

- [1] Heidenberger K. Die Ausbildung in Gesundheitspolitik und -management an der Harvard School of Public Health. *Öffentl Gesundheitswes.* 1986;48:19-24.
- [2] Breyer F, Zweifel P, Kifmann M. *Gesundheitsökonomie.* Berlin u.a.: Springer; 2003.
- [3] Eichhorn P, Seelos HJ, von der Schulenburg JM. *Krankenhausmanagement.* München: Urban und Fischer; 2000.
- [4] Haubrock M, Schär W, eds. *Betriebswirtschaft und Management im Krankenhaus.* Bern u.a.: Huber; 2002.
- [5] von der Schulenburg JM, Greiner W. *Gesundheitsökonomik.* Tübingen: Mohr Siebeck; 2000.
- [6] Trill R. *Krankenhausmanagement.* Neuwied, Kriftel, Berlin: Luchterhand; 1996.
- [7] Zdrowomyslaw N, Dürig W. *Gesundheitsökonomie.* München, Wien: Oldenbourg; 1997.

Tabelle 1: Lehrinhalte einer Ausbildung im Gesundheitsmanagement

- F1: Einführung in die Gesundheitsökonomik (2 SWS)
- F1-1: Gesundheitsökonomisches Rahmenmodell
 - Erfahrungs- und Erkenntnisobjekt der Gesundheitsökonomik
 - Werte- und Zielsystem, staatsrechtliche Grundlagen
 - Angebot, Nachfrage und Markt
 - F1-2: Determinanten der Nachfrage
 - Bedürfnisse und Nachfragekurve
 - Demographische und Epidemiologische Transition
 - Ökonomische Evaluation
 - Grundzüge der Finanzierung und des Versicherungswesens
 - F1-3: Determinanten des Angebots
 - Kostenfunktionen
 - Angebotsfunktion
 - Ressourcenallokation
 - F1-4: Märkte
 - Marktpreisbildung
 - Höchst- und Mindestpreise, staatliche Preiseingriffe
 - Monopol, Oligopol und Polypol
 - F1-5: Grundzüge der Betriebswirtschaftslehre
 - Produktionsfaktoren
 - Leistungswirtschaft
 - Finanzwirtschaft
 - Betriebsführung
- F2: Einführung in die Betriebswirtschaftslehre für Medizinstudenten (2 SWS)
- F2-1: Der Betrieb als offenes System
 - F2-2: Produktionsfaktoren im Gesundheitsbetrieb
 - F2-3: Leistungswirtschaft: Beschaffung, Dienstleistungsproduktion, Absatz
 - F2-4: Finanzwirtschaft: Finanzierung, Investition, Zahlungsverkehr
 - F2-5: Rechtsformen im Gesundheitswesen
 - F2-6: Lebensabschnitte: Gründung, Wachstum, Konzentration, Insolvenz
 - F2-7: Rechnungswesen
- F3: Einführung ins Management für Medizinstudenten (2 SWS)
- F3-1: Management als Systemkybernetik
 - F3-2: Planung
 - F3-3: Organisation
 - F3-4: Personalauswahl
 - F3-5: Personalführung
 - F3-6: Kontrolle
 - F3-7: Führungskonzeptionen
- F4: Gesundheitssysteme
- F4-1: Gesundheitssysteme im Überblick
 - F4-2: Grundlagen der Theorie dynamischer Systeme
 - F4-3: Raumplanung, Landeskrankenhausplanung
 - F4-4: Finanzierung von Gesundheitssystemen
 - F4-5: Innovationen der Krankenhausfinanzierung
- F5: Krankenhausbetriebswirtschaftslehre
- F5-1: Produktionsfaktoren des Krankenhauses
 - F5-2: Beschaffung und Lagerwirtschaft im Krankenhaus
 - F5-3: Investition und Investitionsrechnung im Krankenhaus
 - F5-4: Produktionsprogrammplanung im Krankenhaus
 - F5-5: Prozessmanagement und Qualitätsmanagement im Krankenhaus
 - F5-6: Marketing, Werbung, Steuern im Krankenhaus