

# „Die Patienten müssen künftig flexibler sein“

Gesundheitsökonom Günter Neubauer fordert von den Bürgern einen Verzicht auf Bequemlichkeiten

Professor Günter Neubauer ist bundesweit einer der führenden Gesundheitsökonomien. Im Gespräch mit **MATTHIAS HAUSDING** verteidigt er das deutsche System als im internationalen Vergleich vorbildlich. Dennoch seien Reformen notwendig.

Herr Professor Neubauer, stehen Ihnen als Ökonom nicht immer wieder die Haare zu Berge, wenn Sie einen Blick auf unser teures und ineffizientes Gesundheitssystem werfen?

Was heißt teuer? Häufig wird der Anteil des Inlandsproduktes herangezogen, der für Gesundheit ausgegeben wird. Da liegt Deutschland bei elf Prozent. Legt man die Kosten der Gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde, sind es nur 8,5 Prozent. Dazwischen liegen Dinge wie die von den Arbeitgebern geleistete Lohnfortzahlung, die Privatversicherung, aber auch persönliche Ausgaben für Gesundheit. Erst auf den zweiten Blick ist das System also teuer.

...und ineffizient.

Sicherlich könnte man das System effizienter machen. Dann müssten sich die Menschen von Bequemlichkeiten verabschieden, die nicht gesundheitsrelevant sind. Jeder Deutsche geht

## Montags- INTERVIEW

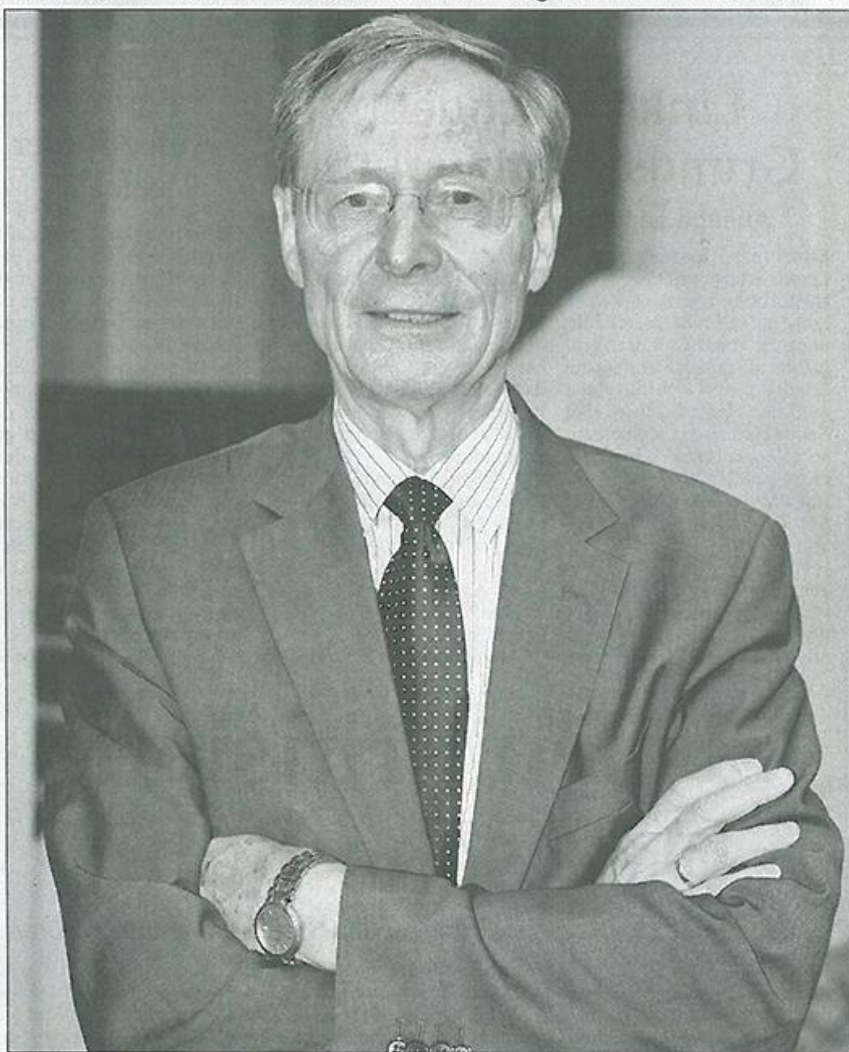
im Schnitt pro Jahr 18 mal zum Doktor. Das hat nichts mit Notwendigkeit zu tun. Effizient wäre es, sie wie in anderen Ländern fünfmal gehen zu lassen und ihnen dabei für eine gezielte Behandlung so viel Zeit zu geben wie bei den bisherigen 18 Besuchen insgesamt.

Wie soll man die Menschen dazu bewegen, weniger zum Arzt zu gehen?

Das Instrument, welches wir Ökonomen vorschlagen, wird leider von der Politik abgelehnt. Es sieht vor, dass sich jeder, der zum Doktor geht, anteilig an den Kosten beteiligt. So wird er daran erinnert, dass sein Besuch etwas kostet.

Die Patienten müssen mehr zahlen – damit machen Sie es sich recht einfach. Es gibt Missstände in der ärztlichen Selbstverwaltung, Milliardensummen gehen durch Korruption verloren. Alles Peanuts?

Wir haben im Jahr 18 Millionen Krankenhauspatienten, eine Milliarde Arztbesuche, 1,5 Milliarden ausgestellte Rezepte. Wenn wir über Effizienz reden, muss man nach meinem Dafürhalten dort ansetzen. Mit Reformen bei der Selbstverwaltung, mit Bürokratieabbau, kann man nicht annähernd so viel herausholen.



Fordert mehr Wettbewerb: Professor Günter Neubauer

Foto: MOZ/Mathias Hausding

Dennoch: Wo muss man bei den Akteuren ran? Kritiker halten zum Beispiel die sehr teuren Kassenärztlichen Vereinigungen für überflüssig.

Natürlich kann man die abschaffen. Dann werden automatisch die Berufsverbände der einzelnen Arztgruppen stärker. Das bringt Probleme. In der Schweiz gibt es keine Kassenärztlichen Vereinigungen. Das System ist deshalb keinen Deut effizienter. Bei allen Sorgen, die wir haben: Im internationalen Vergleich gibt es kein Gesundheitssystem, das effizienter als das deutsche ist, kein System, das wir übernehmen sollten.

Warum ist es so schwierig, das System gut zu organisieren?

Als Patient bin ich wie der Kunde einer Autowerkstatt Spezialisten ausgeliefert. Der Arzt findet stets Wege, den Behandlungsprozess zu seinen Gunsten zu optimieren. Anders als bei einer Autoreparatur, wo ein Kunde wegen eines besseren Preis-Leistungs-Verhältnisses den Spezialisten wechselt, gibt es dafür im Gesundheitswesen keine Anreize. Jedes Krankenhaus kostet mich

als Patienten gleich viel. Zehn Euro am Tag. Ergebnis ist, dass ich mich für die mir angenehmste Klinik entscheide, und das ist oft nicht die effizienteste.

Die Aufweichung der Grenzen zwischen ambulantem und stationärem Bereich wird derzeit rege diskutiert. Würde das die Effizienz steigern?

Wunder sollte man davon nicht erwarten. Es gibt in Deutschland zehn Millionen Versicherte, für die keine Grenzen existieren: die privat Versicherten. Sie können direkt zum Krankenhausarzt oder zum Niedergelassenen gehen. Das bringt keine Effizienzsteigerungen, sondern führt dazu, dass man früher ins Krankenhaus geht. Und das ist meist teurer.

Also geht es bei Effizienzsteigerungen darum, Kosten zu reduzieren?

Falsch. Geringere Ausgaben führen dazu, dass diejenigen, die weniger bekommen, nach Auswegen suchen. Ärzte bieten dann weniger Leistungen an, diskriminieren Patienten, machen die Praxis zu, wenn sie gewisse Leistungen nicht vergütet bekommen.

Die Menschen werden immer älter, der medizinische Fortschritt ist rasant. Wie kann es gelingen, dass angesichts knapper Kassen alle Patienten in den Genuss der bestmöglichen Versorgung kommen?

Das ist eine Aufgabe für den Staat. Etwa 40 Prozent der derzeit erbrachten ärztlichen Leistungen sind wissenschaftlich nicht in dem Maße abgesichert, dass man von der Solidargemeinschaft verlangen kann, dass sie dafür bezahlt. Soll heißen: Wenn wir die Leistungen nach ihrer wissenschaftlich nachgewiesenen Wirkung einstufen, könnten 40 Prozent der Maßnahmen wegfallen. Dann wäre genug Geld für alles Wichtige da. Die Aufstellung einer solchen Liste aber würde zu heftigen Diskussionen führen. Die Not in Deutschland ist derzeit nicht groß genug, als dass die Politik diese Debatte führen wollte.

Hätten wir diese Debatte, würde sie vermutlich von Lobbygruppen gelenkt werden. Wie kann man damit umgehen?

Weltweit haben Ärzte eine starke Lobby, schon allein des-

halb, weil auch alle Politiker und ihre Angehörigen irgendwann mal beim Arzt landen. Da liegt es also nahe, dass man dem, dessen Hand man braucht, seine Hand nicht abhackt.

In ländlichen Regionen gibt es bereits teilweise Versorgungsengpässe. Was schlagen Sie als Reaktion vor?

Ich meine, dass unser System, auch getrieben von den politischen Wahlmechanismen, die Patienten komfortabler behandelt als viele andere Bevölkerungsgruppen, etwa Kinder, die nicht wählen können. Das System der Zumutbarkeit von Härten ist nicht gut ausbalanciert. Von Kindern wird verlangt, dass sie viele Kilometer bis zur nächsten Schule fahren, aber der Arzt sollte im Ort sein. Hier müssen die Patienten künftig flexibler sein.

Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr, FDP, schlägt vor, Ärzte für eine gewisse Zeit gezielt in unterversorgte Regionen zu schicken.

Das hat die Sowjetunion auch versucht. Ein paar Jahre Sibirien, dann darfst du nach Moskau. In einer freien Gesellschaft kann man das mit jungen, intelligenten Ärzten nicht machen. Sie vermiesen ihnen damit den Beruf.

Brandenburg testet neue Strukturen gegen den Ärztemangel. Aber zum Beispiel das Modell Schwester Agnes funktioniert in der Praxis kaum, weil es nicht ausfinanziert ist.

An dem Modell muss noch gearbeitet werden. Dennoch: Not macht Dinge möglich. Brandenburg kann ein Labor für ganz Deutschland werden. In Südbrandenburg gibt es ein Ärztenetzwerk, in dem 35 Mediziner zusammenarbeiten, im Verbund Patienten versorgen. Das funktioniert hier besser als in München, weil die Ärzte untereinander nicht so stark in Konkurrenz zueinander stehen. Auch die Weiterentwicklung der DDR-Polikliniken zu Medizinischen Versorgungszentren in Brandenburg war bundesweit wegweisend.

## Zur Person

Günter Neubauer, Jahrgang 1941, leitet seit 1991 das Institut für Gesundheitsökonomik mit Sitz in München. Der Professor für Volkswirtschaft lehrte 30 Jahre an der Universität der Bundeswehr in München. In der Debatte über eine Gesundheitsreform ist er ein Befürworter der Kopfpause. Mehr Wettbewerb unter den Akteuren im Gesundheitswesen mache das System effizienter, so seine Überzeugung.