

# **Perspektiven und Herausforderungen der Gesundheitspolitik**

Anmerkungen zur gegenwärtigen Diskussion

Vortrag im Gesundheitsamt Bremen

Dr. Hans Georg Güse, Bremen

28.1.2003

# Allgemeine Behauptungen - Handlungsbedarfe

 **1. Unser Gesundheitssystem ist zu teuer  
(Effizienz)**

 **2. Unser Gesundheitssystem bietet zu wenig Qualität  
(Effektivität)**

 **3. Unser Gesundheitssystem ist ein Selbstbedienungsladen  
für Leistungsanbieter und Nutzer  
(Kontrolle, Motivation)**

 **4. Unser Gesundheitssystem muss integriert werden  
(Struktur)**

## ➔ Problem:

**Sektorisierung (Ambulante Versorgung, AM-Versorgung  
Krankenhaus-Versorgung, Pflege, Reha)  
(Alte Reform- Forderung (z.B. MTZ des DGB 1970))**

## ➔ Problemlösungen:

- a. **Verbindliche Verträge zwischen den Verbänden der Selbstverwaltung**
- b. **Entmachtung der Verbände**

## ➔ Reformansätze:

- a. **DMP (Disease-Management-Programme)**
- b. **Gemeinsames Qualitätsmanagement aller Verbände (BQS)**
- c. **Elektronische Krankenakte**
- d. **Aufhebung des KV-Monopols**
- e. **Zusammenlegung von Kranken- und Pflegeversicherung**

## ➔ Gesellschaftliche Entwicklung:

- a. **zögerlich, Verbände blockieren, hoher Bürokratieaufwand**
- b. **Polit. Streit: Sind die Problemlösungen zielorientiert?**
- c. **Möglicher Schub durch Intervention von Kapitalgesellschaften**

## → Probleme:

- a. **Mangelnde Transparenz in allen Bereichen**
- b. **Verbände schützen die Intransparenz**
- c. **Mitnahmeeffekte durch Patienten**
- d. **Gesundheit/ Krankheit ist vielfach nicht klar voneinander unterscheidbar**
- e. **Kontrollen werden sehr schnell überbürokratisiert**

## → Reformansätze:

- a. **DRG´s für Krankenhäuser und auch für ambulante Medizin**
- b. **Patientenkarte, Elektronische/r Krankenakte /Arztbrief**
- c. **Hausarzt als Gatekeeper**
- d. **Fachärzte ans Krankenhaus (Modell Niederlande)**
- e. **Bonus/ Malus-Systeme der Krankenkassen**

## → Gesellschaftliche Entwicklung:

- a. **Unsicherheit: was wollen Patienten/Versicherte?**
- b. **Streit zw. den Verbänden (z.B. in der KV, zw. KV und DKG)**
- c. **Streit in der Politik um das Solidarsystem**

## → Probleme:

- a. Was ist Qualität? (Struktur, Prozess, Ergebnis, (Lebensqu., Ökonomie, Leistungszahlen, Zufriedenheit, outcome usw.)
- b. Wie ist Qualität zu messen, zu vergleichen, zu kommunizieren, zu belohnen, zu beurteilen, zu steuern?
- c. Es fehlen die Standards, Qualitätsbeurteilung geht von vergleichbaren Produkten aus: Vergleichbarkeit herstellen

## → Reformansätze:

- a. KTQ in Anlehnung an JCAHO /USA
- b. BQS – Zusammenfassung aller externen QS-Programme
- c. QS als Forderung für alle Sektoren (SGB V)
- d. Health Technology Assessment im Bundesausschuss
- e. Bundesausschuss Krankenhäuser – Krankenkassen
- f. Evidence based medicine im SGB V verankert (DMP)

## → Gesellschaftliche Entwicklung:

- a. Es läuft langsam aber es läuft – lernen, lernen, lernen
- b. Es werden Vereinbarungen über Defin. v. Qualität versucht
- c. Systematische und organisatorische Probleme in der Medizin
- d. Das Selbstverständnis der Professionellen hinkt hinterher

## → **Hintergründe der Kostensteigerungen (systemisch)**

- a. **Eigenschaften des medizinisch technischen Fortschritts – Kosten**
- b. **Neue Verfahren „on top“, wenig Rationalisierung**
- c. **Indikationsausweitung**
- d. **Kulturelle Ansprüche der Nutzer  
(Gesundheitshoffnung, Gleichheitsversprechen)**
- e. **„Gesundheitswirtschaft“**
- f. **Nachfragesteuerung durch Leistungsanbieter**
- g. **Anzahl der Leistungsanbieter**
- h. **Fallzahlsteigerung - Morbiditätslast**

## → **Hintergründe der Prämiensteigerung der GKV (Einnahmeseite)**

- a. **Einnahmeausfälle durch sinkende Lohnquote (Löhne, Arbeitslose)**
- b. **Höhere Ausgaben für Rentner (nicht deckende Beiträge von BfA)**
- c. **Lebenserwartung**

## → Können die „systemischen Hintergründe“ beeinflusst werden?

**Nur begrenzt!**

**Neue Aushandlungsprozesse über die Ausgabenseite zwischen professionellem System, der Politik, den Kostenträgern und den Nutzern sind notwendig! Instrumente:**

**Einsicht - Verhaltensänderung, Anreize (Markt), Angebotsverknappung, Leistungsbeschränkung, schärfere Kontrollen (Bürokratie)**

## → Reformansätze:

- a. **DMP's (Effektivierung der Leistungen, Kontrollen)**
- b. **Wahltarife mit Abwahl von spez. Leistungen (Leistungsbeschränkung)**
- c. **Selbstbeteiligung für Bagatellerkrankungen (Leistungsbeschränkung)**
- d. **Bonus/Malus-Regelungen der Krankenkassen (Anreize, Verhalten)**
- e. **Ausgliederung von Leistungen (Zahnmed., priv. Unfälle, - priv. Vers.)**
- f. **Begrenzung der Leistungsanbieter (Zertifizierung, Wettbewerb, Angebotsbeschränkung)**
- g. **Information (Verhaltenänderung, Markt)**
- h. **Elektron. Patientenkarte (Kontrolle, Sanktionen)**
- i. **Auslagerung versicherungsfremder Leistungen (Finanz.-Verlagerung)**

## → Kann die Einnahmeseite der GKV beeinflusst werden?

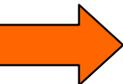
### Politisches Problem:

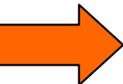
Die Einnahmen (Umlageverfahren) der Krankenkassen sind direkt abhängig von

- Anzahl der Beschäftigten
- Anzahl der Versicherten
- Löhne, Gehälter
- Anzahl der Rentner
- Solidarprinzipien: Anzahl der mitversicherten Familienangehörigen  
Einheitlicher Prozentsatz

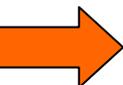
### → Reformansätze:

- a. Steigerung der Lohnquote (mehr Beschäftigte, höhere Löhne)
- b. Verlängerung der Lebensarbeitszeit
- c. Prämien für mitversicherte Familienangehörige
- d. Kopfprämien statt einheitlicher %-Satz
- e. Einbeziehung neuer Gruppen in die Solidarversicherung (Beamte)
- f. Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze
- g. Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze
- h. Neues Verhältnis zwischen GKV und PKV (Basis- u. Zusatzvers.)
- i. Umstieg auf kapitalgedeckte Versicherung (analog Riester-Rente)
- i. Steuerfinanzierung der GKV

 **Der Handlungsdruck nimmt weiter zu!!!!**

 **Voraussichtliche Entwicklung der Einnahmen der GKV bis 2050**  
(Gutachten des DIW v. 2000 , Gutachten v. Hof für PKV von 2001)

1. **Demographie: Anteil der Rentner steigt rapide ab**
2. **Bevölkerungszahl sinkt ab 2020 rapide ( um 10 bis 20 Mio.)**
3. **Anteil der produktiven Bevölkerung sinkt ab 2020 rapide (um 10 Mio.)**
4. **Einwanderung kann den Verlust quantit. und qualit.nicht ersetzen**
5. **Produktivität steigt nur noch mäßig**
6. **Durchschnitts-Einkommen (Lohnquote) steigt nur noch mäßig**
7. **Morbiditätslast steigt überproportional mit dem Durchschnittsalter**
8. **Pflegeversicherung läuft aus dem Ruder**
9. **Medizinisch-technischer Fortschritt geht ungebremst weiter (Markt)**

 **Erwartete Resultate:**

- a. **Versicherungsbeiträge können nie mehr unter 40% sinken**
- b. **Versicherungsbeiträge steigen ab 2010 rapide  
bis 2050 im günstigen Fall auf 52%, im schlechten Fall auf über 65%**
- c. **= Zusammenbruch des aktuellen Konsumstandards**

# Zusammenfassung:

1. Augenblicklich geht es uns noch Gold! Aber: Krise ist eine Chance!
2. Einer kinderarmen Gesellschaft geht es zunächst besser und nach ca. 30 Jahren schlechter!
3. Durststrecke ab 2010 bis 2050 – wenn nichts Schlimmeres passiert
4. Medizinische Versorgung ist ein Konsumprodukt, das gesellschaftlichen Reichtum verzehrt – nicht vermehrt!
5. Es ist blanker Populismus, irrealer Forderungen zu erheben!
6. Unsere Probleme hat jede Industrienation (bis auf USA!)
7. Wir müssen uns jetzt (!! ) überlegen, welche Richtung wir einschlagen wollen
8. Wert-Entscheidung: entweder (teurer) sozialer Ausgleich incl. bürokratischer Kontrollbedarf oder (teure) Privatisierung des Risikos (2-4-Klassen-Medizin)
9. Wir brauchen intelligente Instrumente der selbstverantwortlichen Lebensführung (z.B. Richtung: Prävention und Fähigkeiten der Vermittlung!)
- 10 . Begleitende Maßnahmen:
  - a. Steigerung der Effizienz und Effektivität im GW und anderswo
  - b. Bildung, Bildung, Bildung
  - c. Neue Produkte, neue Arbeitsplätze
  - d. Einwanderung fördern

**Fortsetzung des Vortrags im Mai 2003**

# Ursachen der Defizite der gesetzlichen Krankenkassen (Oberfläche)

## Einnahmeausfälle

1. Einnahmen (+1,6% 2001) unter den Tarifabschlüssen
2. Einführung der Altersteilzeit
3. Frühberentungen /“Sozialverträglicher Abbau der Beschäftigten“
4. Arbeitslosigkeit
5. Senkung der Beiträge aus Renten- und Arbeitslosenversicherung  
= Verschiebebahnhof
6. Krankenkassenwettbewerb

## Ausgabensteigerung

1. Arzneimittel, Arzneimittel, Arzneimittel !!!!
2. DMP´s
3. DRG´s
4. Verwaltungskosten
5. Wettbewerb

# ***Ursachen der Defizite der gesetzlichen Krankenkassen (Hintergrund)***

## **Steigende Ausgaben:**

- 1. Kohortenspezifische Morbiditätslast**
  - steigende Multimorbidität
  - Anteil der Chroniker (70% der AM-Ausgaben bei Älteren an Chroniker)
- 2. Demographie**
- 3. Med.- technischer Fortschritt (pro Jahr 1-2%)**
  - neue Verfahren
  - Indikationsausweitung
  - Intransparenz der Preisfindung
  - zusätzliche Sicherheit der Verfahren
  - juristische Anforderungen
  - Ansprüche des Publikums
  - fallender Grenznutzen

# Reformansätze

1. **Kostendeckelung**  
**AM-Kosten**  
**Budgetierung in (fast) allen Bereichen**
2. **Strukturveränderung**
  - **DRG´s**
  - **DMP´s**
  - **Vernetzung, Qualitätssicherung, Informationen**
  - **„geregelter“ Wettbewerb, z.B. bei den Krankenkassen**
  - **Vertragsfreiheit der Krankenkassen mit Leistungserbringern**
  - **Wahlmöglichkeiten /Wahlzwänge der Nutzer**
3. **Leistungsreduzierung**
4. **Verlagerung der Kosten in die Steuer**
5. **Verlagerung der Kosten auf die Nutzer**
  - **Lohnfortzahlung**
  - **Fixierung des AG-Beitrags**
  - **Selbstbeteiligung, Bonus/Malus-Regelungen**
  - **Prämien für mitversicherte Familienangehörige**
  - **Einbeziehung neuer Gruppen in die Solidarversicherung (Beamte)**
  - **Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze**
  - **Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze**