

DBB-Akademie, 28. Okt. 2003

Placebo oder Innovation?

**Die (Neben)-Wirkungen der Gesundheitsreform
und Perspektiven der Gesundheitspolitik**

Paradigmenwechsel in der Gesundheitspolitik?

Prof. Dr. Jürgen Wasem

Alfried Krupp von Bohlen und Halbach-
Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement
Universität Duisburg-Essen



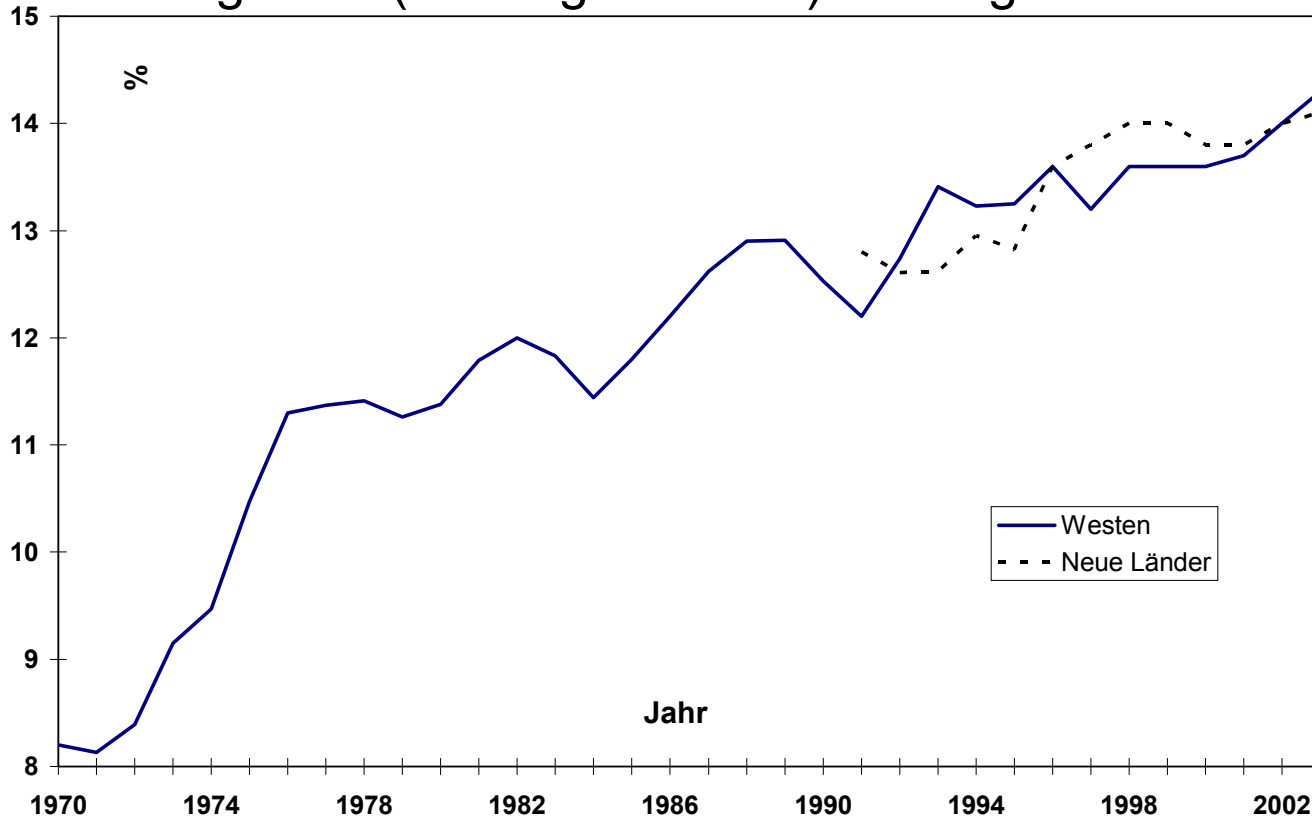
Überblick:

1. Einleitung
2. Brauchen wir einen Paradigmenwechsel in der Gesundheitspolitik?
3. Bedeutet das GMG einen Paradigmenwechsel?
4. Die „Reform nach der Reform“ und der Paradigmenwechsel in der Gesundheitspolitik
5. Schlussbemerkungen

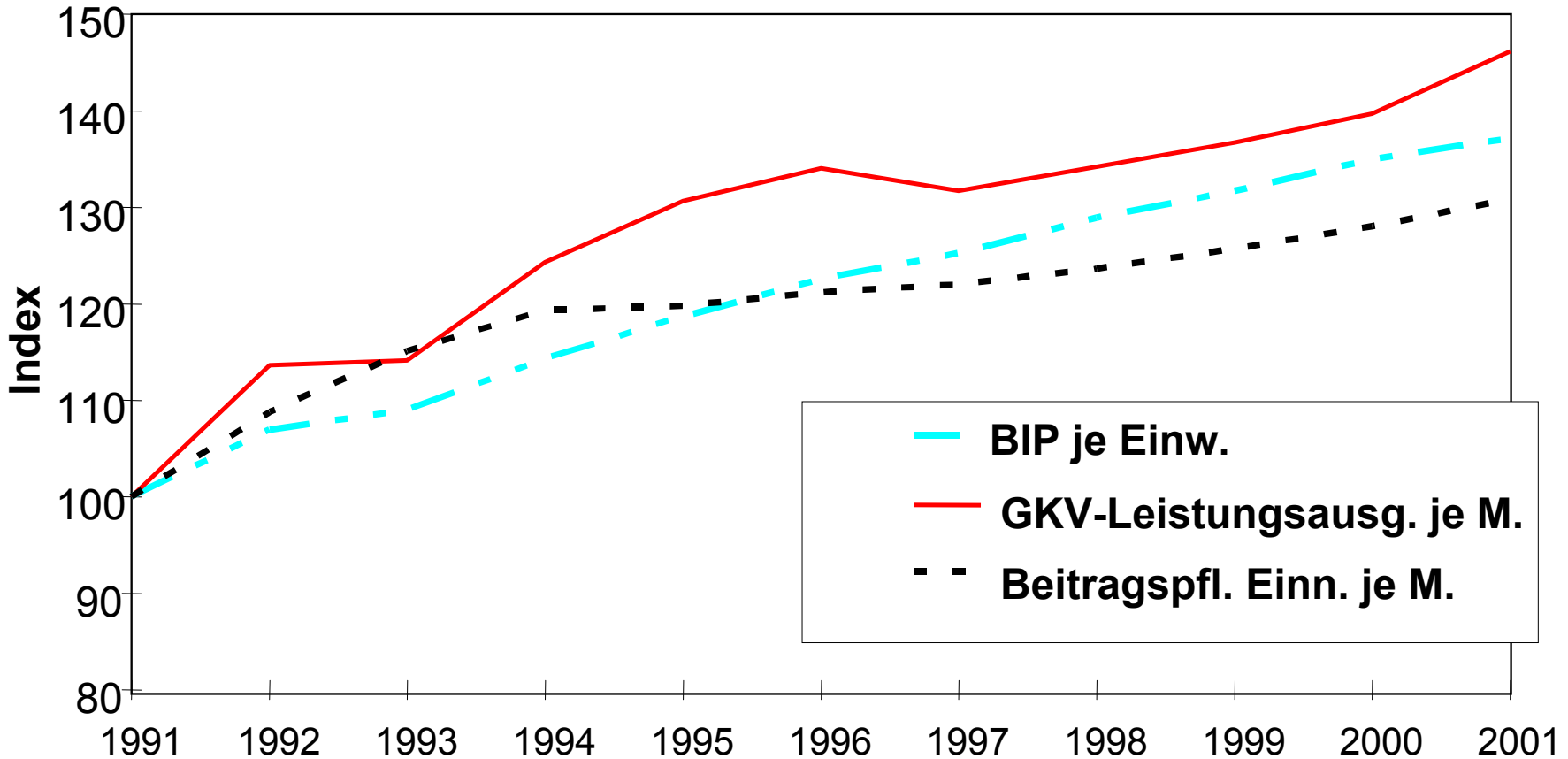


1. Brauchen wir einen Paradigmenwechsel in der Gesundheitspolitik?

➤ Beitragssatzstabilität seit 25 Jahren zentraler Maßstab für gesundheitspolitischen Erfolg – mit (daran gemessen) nur begrenztem Erfolg



GKV leidet allerdings mindestens so sehr an einem Einnahmen- wie an einem Ausgabenproblem



Pro-Kopf-Ausgaben im dt. Gesundheitswesen im internationalen Vergleich hoch

(2000, gem. in US-\$ zu ppp; Quelle: OECD 2003)

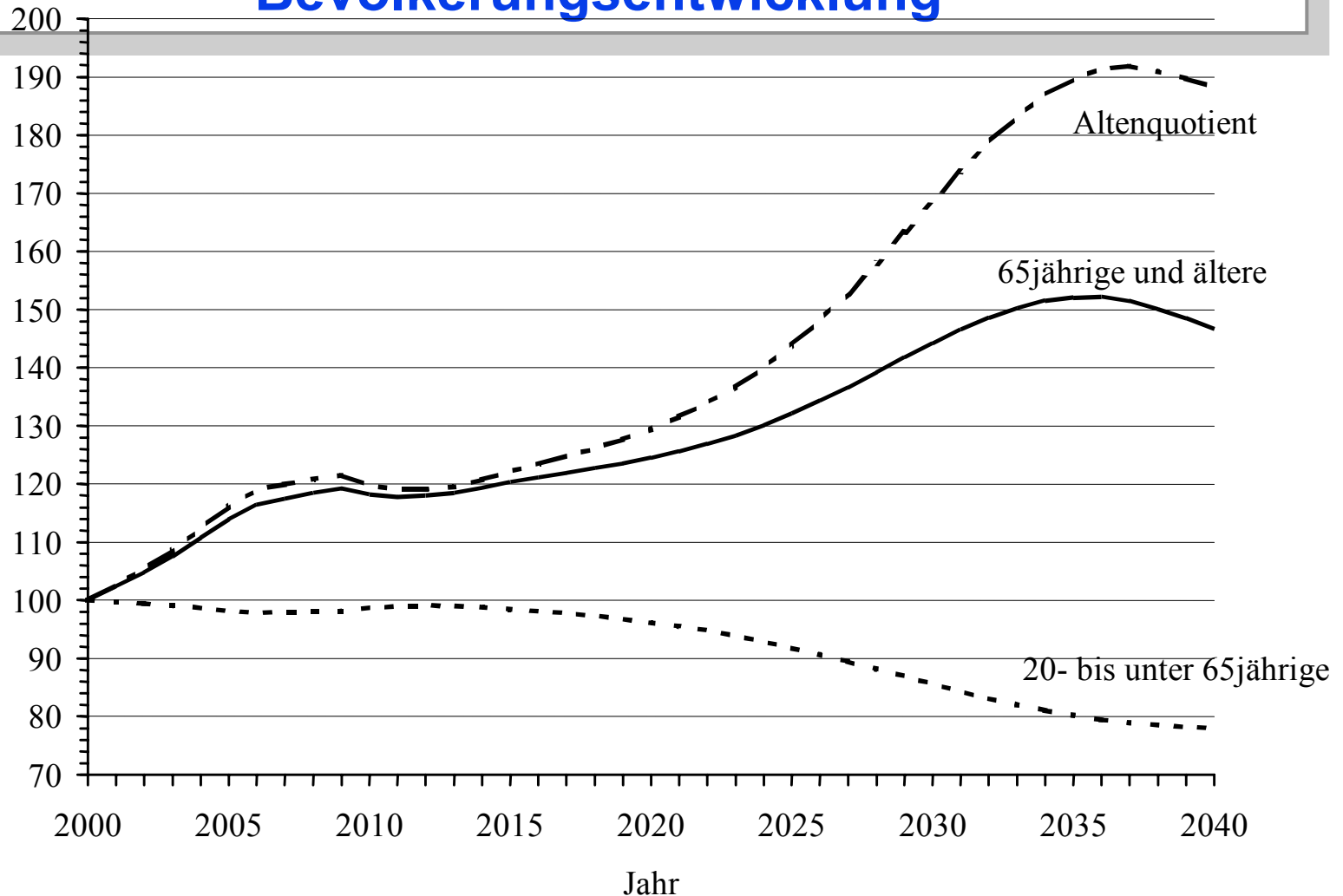
USA	4540	Österreich	2233
Schweiz	3160	Schweden	2195
Norwegen	2787	Italien	2060
Deutschland	2780	Japan	1984
Luxemburg	2719	Großbritannien	1813
Kanada	2580	Irland	1793
Island	2562	Finnland	1699
Dänemark	2398	Neuseeland	1611
Frankreich	2387	Griechenland	1556
Australien	2350	Portugal	1519
Niederlande	2348	Spanien	1497
Belgien	2293	Tschechien	987

Outcomes des deutschen Gesundheitswesens im internationalen Vergleich durchschnittlich

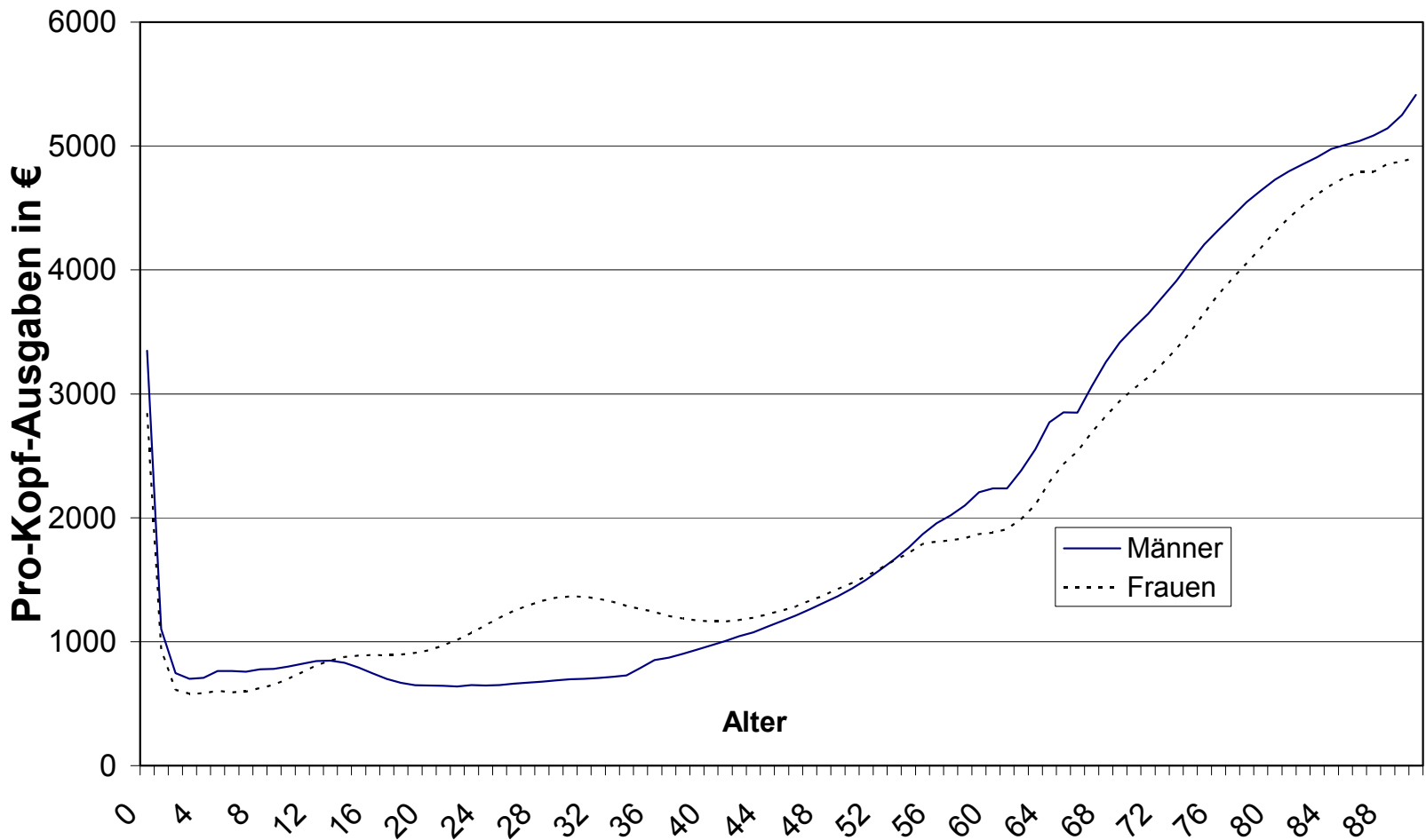
- ▼ Bei der generellen Lebenserwartung und ihren Zuwächsen und bei krankheitsspezifischen Outcome-Parametern europäischer / OECD-Durchschnitt
- ▼ Performance-Studie der WHO: bei den Industrienationen nur ein mittlerer Platz



Herausforderung Demographie (1): Bevölkerungsentwicklung



RSA-Profil (gewichtet EU/BU und Nicht-EU/BU, ohne Krankengeld) für das Jahr 2001, Gesamtdeutschland



Herausforderung Demographie (2): Beitragssatzprognosen für die GKV

Autor	Jahr	Progno- -seziel	Beitragssatzanstieg in %-Punkten	Anmerkungen
Dudey	1993	2030	+ 13,4 Punkte	Trend + Demographie + Einnahmeneffekt
Erbsland/ Wille	1995	2040	+2,5 bis 4 Punkte	isoliert Demographie
Knappe	1997	2040	+ 12 Punkte	Demographie + Versteilerung + Einnahmeneffekt
Breyer/ Ulrich	1999	2040	+ 12,2 Punkte	multivariate Analyse
Cassel/ Oberdieck	2001 /200 2	2040	+ 19 Punkte	Demographie + Versteilerung + Einnahmeneffekt
Raffel- hüschen	2002	2040	+ 11 Punkte	überprop.Ausg.-Wachstum + Demographie + Einnahmeneffekt

Schlussfolgerungen:

- ▼ Bisherige Kostendämpfungspolitik ist an ihre Grenzen gestoßen
- ▼ Finanzierungsreform muss Abkopplung der GKV-Einnahmenentwicklung von der allgemeinen Wirtschaftsentwicklung zumindest abmildern
- ▼ Reform der Versorgungsstrukturen muss Produktivitätsfortschritte ermöglichen
- ▼ Der Leistungskatalog bedarf der kontinuierliche kritischen Überprüfung
- ▼ Demographisch bedingte überproportionale Ausgabenentwicklung wird kaum zu vermeiden sein



3. Bedeutet das GMG einen Paradigmenwechsel? (1)

- ▼ Einstieg in den Ausstieg aus der paritätischen Finanzierung (Zahnersatz, Krankengeld, Leistungsausgrenzungen – z.B. Sehhilfen, OTC-Präparate)
- ▼ Umgestaltung und Ausbau von Zuzahlungsregelungen (z.B. Praxisgebühr, künstliche Befruchtung, häusl. Krankenpflege)
- ▼ Einführung von finanziellen Anreizsystemen (Boni für Teilnahme an bestimmten Versorgungsformen, wahlweise Selbstbeteiligung, Beitragsrückgewähr)
- ▼ Einstieg in breitere Beitragsbemessung bei Rentnern; Einführung eines Elementes der Steuerfinanzierung
- ▼ Behutsamer Einstieg in Weiterentwicklung der Vertragsstrukturen (med. Versorgungszentren, Deregulierung integrierte Versorgung, Teilöffnung Krankenhäuser für die ambulante Versorgung; Öffnung Vertriebswege Apotheke)



3. Bedeutet das GMG einen Paradigmenwechsel? (2)

▼ Bewertung:

- ▼ GMG steht einerseits in der Kontinuität der K-Gesetze und Gesundheitsreformen seit 1977
- ▼ andererseits ist es in mehreren Dimensionen Einstieg in einer umfassendere Gesundheitsreform – „Vorbote“ des Paradigmenwechsels



4. Die „Reform nach der Reform“ und der Paradigmenwechsel in der Gesundheitspolitik

Baustellen einer „Reform nach der Reform“:

- ▼ Finanzierung auf eine stabilere Grundlage stellen
- ▼ Weiterentwicklung des Leistungskataloges
- ▼ Weiterentwicklung des Steuerungssystems



Finanzierung auf eine stabilere Grundlage stellen

- ▼ Erweiterung des Kreises der Beitragszahler (z.B. Bürgerversicherung)?
- ▼ Veränderungen der Beitragsbemessungsbasis: Verbreiterung der Beitragsbemessungsgrundlagen oder Abkoppelung vom Einkommen (Kopfprämien)?
- ▼ Beschränkung/Beseitigung/Modifikation der beitragsfreien Familienmitversicherung?
- ▼ Fixierung oder Auszahlung des Arbeitgeberanteils?
- ▼ (partieller) Wechsel zum Kapitaldeckungsverfahren / Aufbau eines temporären Kapitalstocks ?



Entwicklung von Kriterien für die Weiterentwicklung des Leistungskataloges der GKV

- ▼ Versprechen eines alles umfassenden Leistungskataloges im Pflichtsystem (zumindest) auf mittlere Sicht unrealistisch
- ▼ Nach welchen Kriterien soll eine Beschränkung vorgenommen werden?
 - ▼ Medizinische Dringlichkeit?
 - ▼ Effektivität?
 - ▼ Effizienz?
 - ▼ Höhe des Preises? Individuelle Tragbarkeit?
 - ▼ Eigenverantwortung? Steuerungseffekt (Reduktion von moral hazard, Erhöhung des Preiswettbewerbs)?
 - ▼ Finanzieller Effekt?



Weiterentwicklung des Steuerungssystems

- ▼ Weitere gesetzliche Maßnahmen zur Überwindung der Sektorengrenzen?
- ▼ Stärkere Einstiege in Einkaufsmodelle?
- ▼ Künftige Rolle des Kassenwettbewerbs?
- ▼ Künftige Steuerung der Arzneimittelversorgung



5. Schlussbemerkungen

- ▼ Das GMG bedeutet einen Einstieg in einen Paradigmenwechsel – es kommt erheblich auch auf die Umsetzung an
- ▼ Die Reform nach der Reform ist unausweichlich – und kann einen wirklichen Paradigmenwechsel bedeuten
- ▼ Alle drei Ansatzpunkte (Finanzierungssystem, Leistungsumfang, Steuerungssystem) müssen angegangen werden

