

Anforderungen an eine grundlegende Gesundheitsreform

**Nach der Gesundheitsreform
„ Versorgung von Krebspatienten, Qualität quo vadis?“
9./10. März 2007
Berlin**

Univ.-Prof. Dr. Dr. h. c. Peter Oberender
Universität Bayreuth
Forschungsstelle für Sozialrecht und Gesundheitsökonomie

Gliederung

1. Ausgangssituation

2. Herausforderungen \equiv Anforderungen

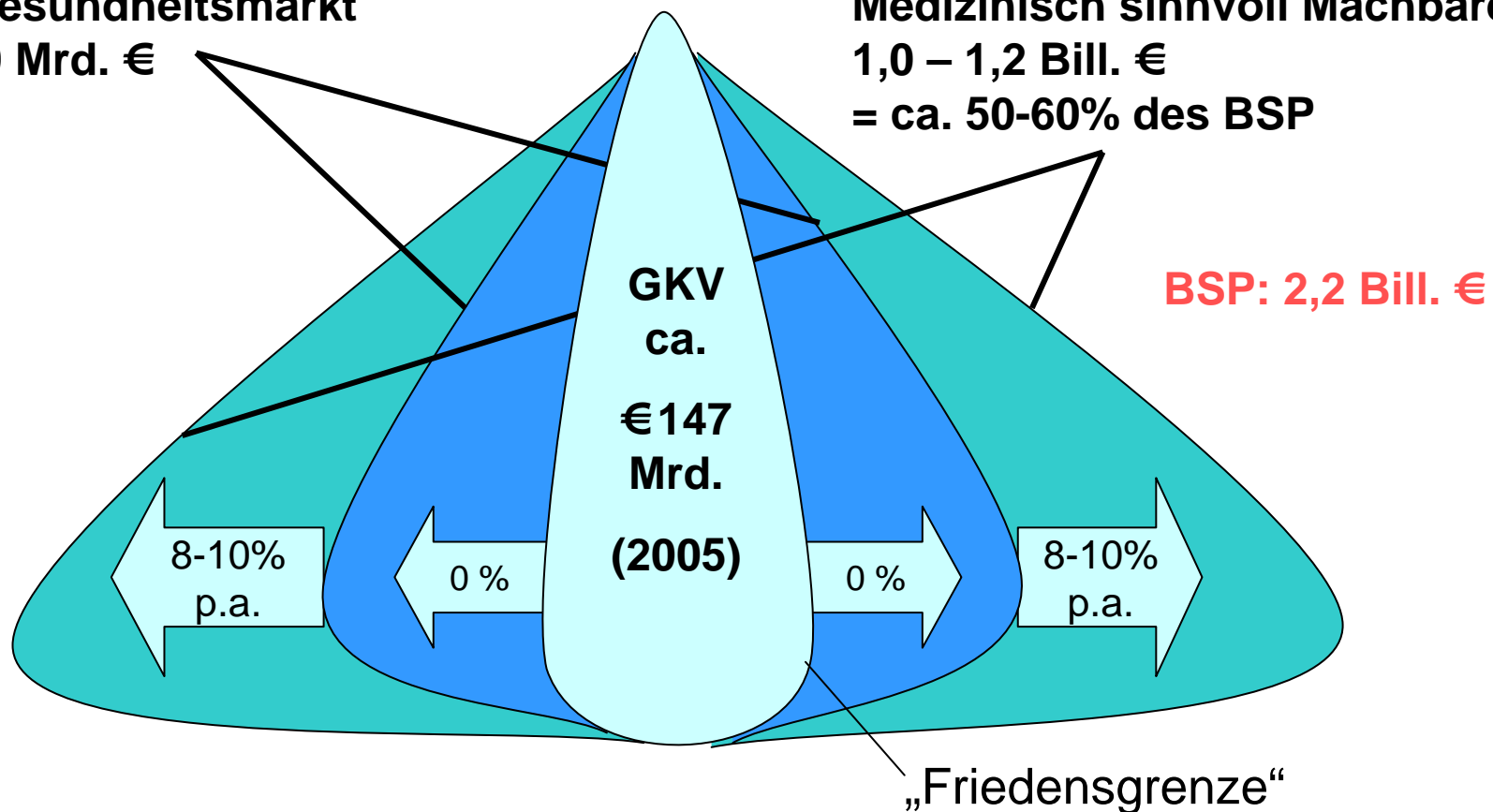
3. Ursachenadäquate Therapie (Reform)

4. Resümee

1. Ausgangssituation Gesundheitsmarkt

Freier Gesundheitsmarkt
150- 180 Mrd. €

Medizinisch sinnvoll Machbares
1,0 – 1,2 Bill. €
= ca. 50-60% des BSP



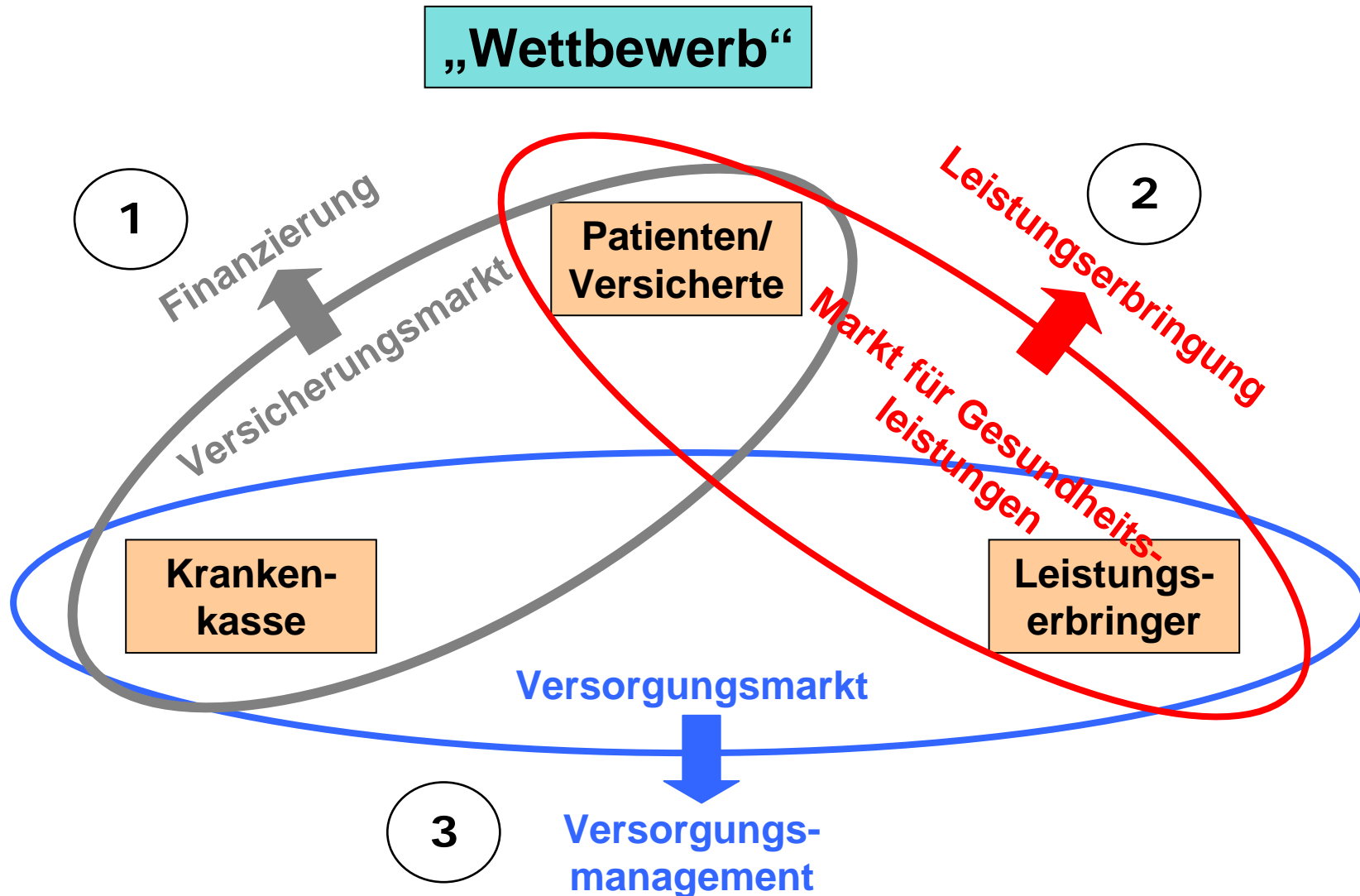
Gesundheitsmarkt 2005 insgesamt: 290 – 320 Mrd. € (14% - 16 % des BSP)

Quelle: Statistisches Bundesamt 1/2004, Basis 2000/2001/2002/2003, www.gbe.de

Back-up: Grundlagen sozialer Sicherung

- Grundgedanken einer Krankenversicherung
 - Existenz eines im einzelnen Auftreten ungewissen Ereignisses
 - Auftreten des Ereignisses wahrscheinlichkeitsverteilt
 - Risikoausgleich im Kollektiv und in der Zeit durch Versicherung
 - Tausch: Risiko gegen Prämie
 - KrV: Absicherung eines durch Krankheit ausgelösten Finanzierungsbedarf mit existenzbedrohenden Zügen

Idealtypisches Gesundheitssystem



Quelle: BKK, Kennzeichen BKK, Ausgabe 5/2005 – Oktober, S. 1

(c) Univ.-Prof. Dr. Dr. h. c. Peter Oberender

Gliederung

1. Ausgangssituation
- 2. Herausforderungen \equiv Anforderungen**
3. Ursachenadäquate Therapie (Reform)
4. Resümee

2. Herausforderungen ≡ Anforderungen

- Demographische Entwicklung

→ Vergreisung:

- ◆ Multimorbidität ↑
- ◆ chronische Krankheiten ↑
- ◆ Pflegefälle ↑

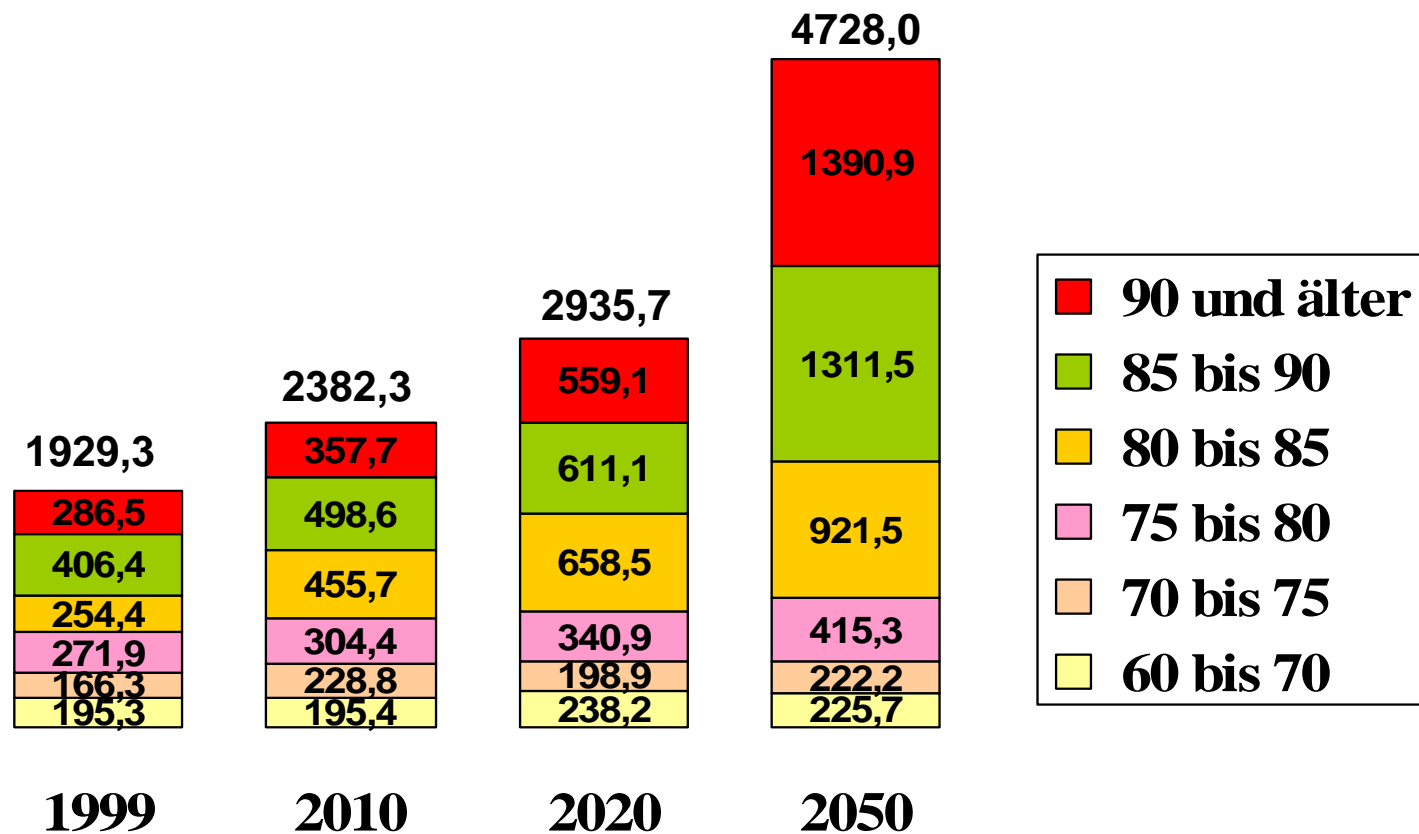
(2002: 400.000 Heimpflege, 1,3 Mio. häusl. Pflege)

Altenlastquotient: $\frac{R}{E} \cdot 100$

<u>1990</u>	<u>2010</u>	<u>2030</u>	<u>2040</u>
34	47	79	84

2. Herausforderungen ≡ Anforderungen

Entwicklung der Zahl Pflegebedürftiger (in Tausend)



2. Herausforderungen ≡ Anforderungen

- ◆ **Medizinischer Fortschritt**

Explosion des Machbaren!

Das medizinisch **Mögliche** und **Sinnvolle** wächst rasanter als die **finanziellen Ressourcen!**

„Halfway“-Technologie

Verlängerung der Zeitspanne zwischen dem Zeitpunkt der Diagnose einer Erkrankung und dem des Todes!

„Add-on“-Technologie

neue **zusätzliche** Diagnose- und Therapieverfahren führen zu einem wachsenden **Bedarf** und zu steigenden Ausgaben!

2. Herausforderungen \equiv Anforderungen

Ohne medizinischen Fortschritt wäre das Gesundheitswesen wesentlich billiger!

Englisches Office of Health Economics (OHE)

Bei Beibehaltung des medizinischen Standes vor 100 Jahren lägen die Kosten des Gesundheitswesens auf einem Niveau, das nur ein Prozent des gegenwärtigen ausmacht. Für die restlichen 99 % seien eine auf dem medizinischen Fortschritt zurückführende Bedarfsexplosion verantwortlich!

Fortschritt = Zusatzkosten = Wachstumspotenziale

Gliederung

1. Ausgangssituation
2. Herausforderungen \equiv Anforderungen
- 3. Ursachenadäquate Therapie (Reform)**
4. Resümee

3. Ursachenadäquate Therapie

3.1. Finanzierung

→ Kapitaldeckung als Notwendigkeit

Umlageverfahren

- **Umlageverfahren:**
Problem der intergenerativen Umverteilung
- **Unterschied GRV:**
keine Abfederung einer „demographischen Delle“;
kontinuierlicher Ausgabenanstieg

3. Ursachenadäquate Therapie

Kapitaldeckung

- **keine** intergenerative Umverteilung
- langfristig Finanzierung eines **höheren Leistungsniveaus**

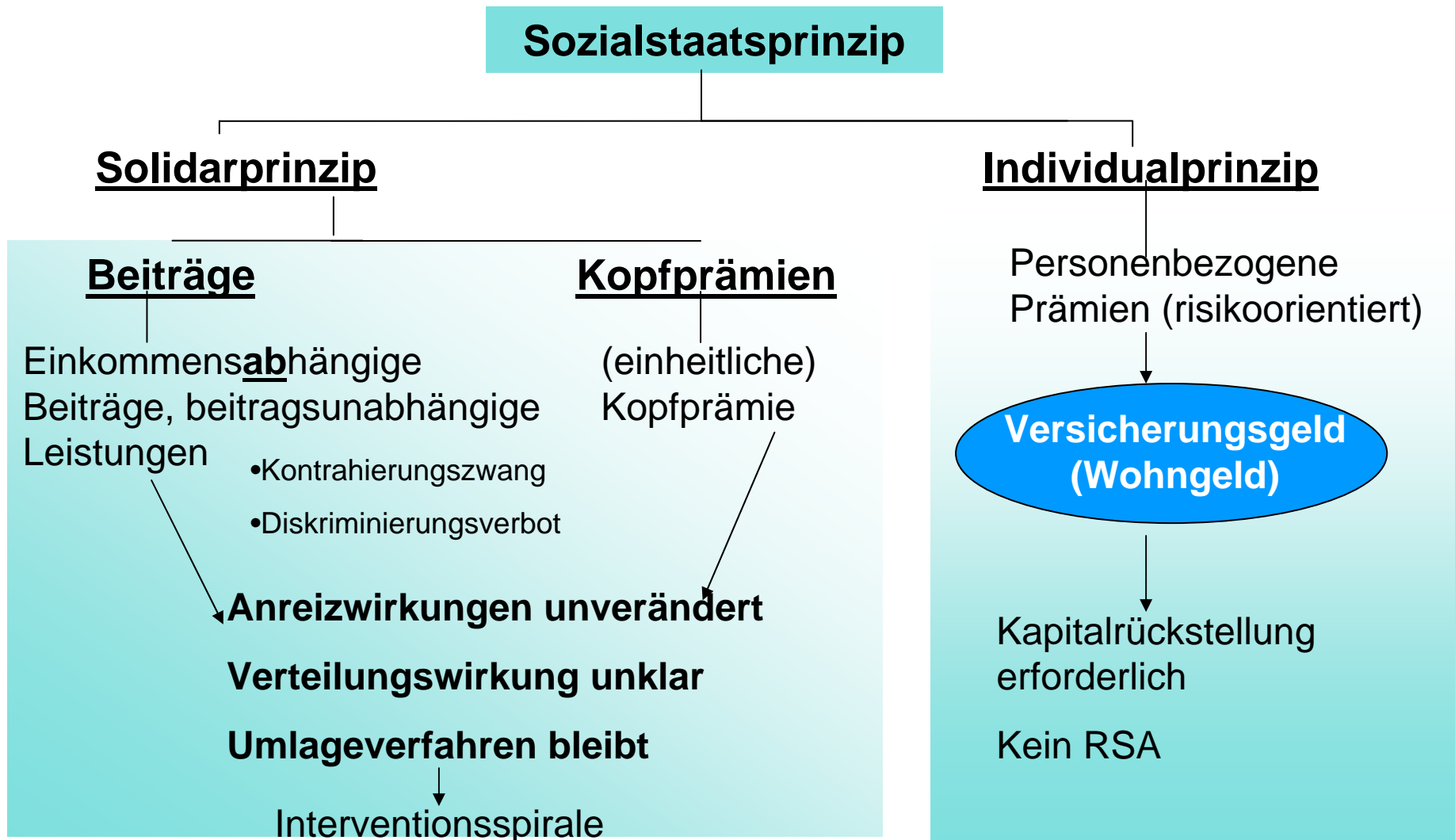
Makroökonomisch

- **Unterschied** nicht so entscheidend
- **Gedankenspiel:**
sofortiger Übergang zum Kapitaldeckungsverfahren
- **Implizite Steuer** des Umlageverfahrens wird ersetzt durch **explizite Steuer**
- Stärkere Belastung der **Übergangsgeneration**

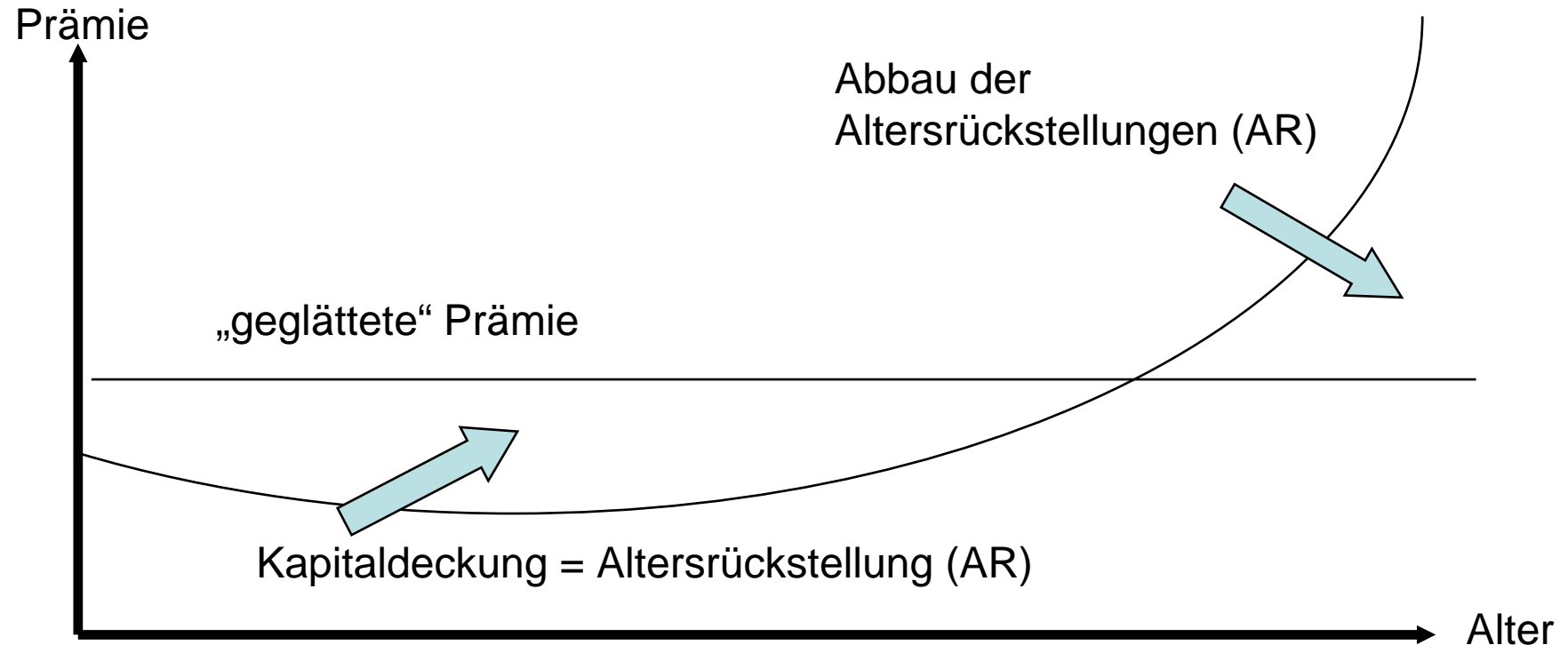
3. Ursachenadäquate Therapie

- **Risikomischung**
- **weniger demographieanfällig**
- **Nachhaltigkeit nicht nur makroökonomisch, sondern in jedem Teilsystem**
- **Abschwächung der demographischen Schocks über den Marktmechanismus**

Reformoption: Konzeptionen Sozialer Sicherung



Alternatives Versicherungsmodell (Bayreuther Versichertenmodell)



- Versicherungswettbewerb über risikoorientierte Prämien
- Sicherung der Nachhaltigkeit über individualisierte Altersrückstellungen
- Mitgabe der Altersrückstellungen sichert den Versichertenwettbewerb

Alternatives Versicherungsmodell (Bayreuther Versichertenmodell)

- **Solidarischer Schutz über Versicherungsgeld (steuerfinanziert)**
 - Definition einer Belastungsgrenze
 - Ausgleich typisierter Prämien (ähnlich Mietspiegel)
- **Vertragsbeziehungen**
 - Selektive Verträge sind Grundlage
 - Alle Beteiligte unterliegen dem Wettbewerbsrecht
- **Sicherstellungsfunktion**
 - Vorrang des Vertragsprinzips, Staat hat Monitoringfunktion
 - Regionaler Ausgleich durch temporäre Ausschreibungen

Alternatives Versicherungsmodell (Bayreuther Versichertenmodell)

- Allgemeine Versicherungspflicht für alle
- Konstitutiver Regelleistungsschutz
 - Jedes Versicherungsunternehmen hat diesen anzubieten
 - Form und Struktur sind verhandelbar
- Prämiengestaltung über personenorientierte Prämien
- Kapitaldeckung
 - Individualisierte Altersrückstellungen erlauben Wechsel
 - Demographiefestigkeit: Risikomischung durch Vorfinanzierung der Belastungen

Alternatives Versicherungsmodell (Bayreuther Versichertenmodell)

Beispiel:

Jahresprämie (Regel- und Wahlleist.)	15.000,00 €
durchschnittliche Prämie	13.000,00 €

Eltern & 2 Kinder:

Jahreseinkommen 40.000,-- €

15 % Eigenleistung	6.000,-- €
--------------------	------------

Versicherungsgeld	7.000,-- €
-------------------	------------

3.2. Leistungserbringung und Honorierung

- Überwindung der Schnittstellen
- Leistungserbringung aus einem Guss
- Zertifizierung und Rezertifizierung der Leistungserbringer



Wer darf für **wen** **welche** Leistungen erbringen?

- Honorierung des „gesunden“ Versicherten
- **indikationsbezogene** Komplexpauschale

3.3. Versorgung

Hinwendung zur Standardisierung
klare **Indikationsstellung**

Externe Standards
(leitliniengestützt)

Zertifizierung



Clinical Pathways

Organisatorische Standards

Disease Management

3.3. Versorgung

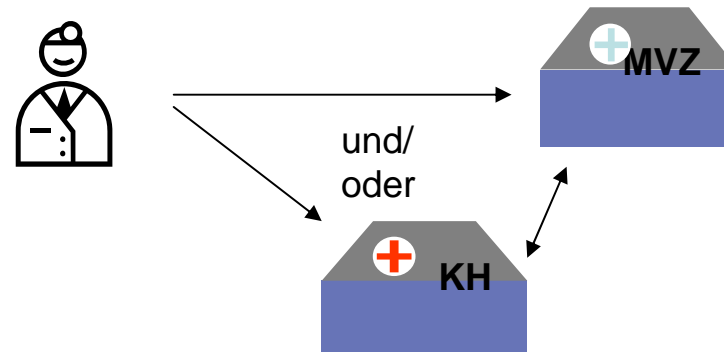
Durch das neue Vertragsarztrecht können die Krankenhäuser immerhin verstärkt intersektorale Angebote aufbauen

- Zusätzliches Potential für Kostensenkungen ist die Gründung durch die **juristische Person** Krankenhaus von MVZ



Verbesserung der Versorgung, effizientere Arbeitsabläufe, Stärkung der Marktposition, Nutzung von Synergieeffekten (gemeinsame Nutzung von Geräten/Verwaltung).

- **Doppelbeschäftigung:** sektorübergreifende Anstellung von Vertragsärzten wird möglich. Dadurch gleichzeitig Tätigkeit im ambulanten und stationären Bereich



- **Strategisch relevant:** Insbesondere die Möglichkeit jetzt auch niedergelassene Ärzte aus der Region am Krankenhaus zusätzlich anzustellen, ermöglicht ein „konfliktarmes“ Ausweiteten der ambulanten Krankenhausleistungen.

Gliederung

1. Ausgangssituation
2. Herausforderungen \equiv Anforderungen
3. Ursachenadäquate Therapie (Reform)
- 4. Resümee**

4. Resümee

- **Neuorientierung** ist unerlässlich
- **Nachhaltigkeit** durch **Kapitaldeckungsprinzip**
- **personenorientierte** Prämien
- portable **Altersrückstellungen**
- **Versicherungsgeld** für ökonomisch Schwache
- **graduelle** Umstellung statt Schocktherapie