

WZB

Wissenschaftszentrum Berlin
für Sozialforschung



Gesundheitliche Entwicklungen – politische Herausforderungen

Prof. Dr. Rolf Rosenbrock
Forschungsgruppe Public Health

6. Leipziger Forum
Gesundheitswirtschaft
1. November 2010



Gesundheitspolitik

...ist mehr als

- Kopfpauschale
- Arzneimittelpreise
- ‚Ärztemangel‘
- Hausarztverträge
- ...

Gesundheitspolitik

...ist das gesellschaftliche
Management von
Gesundheitsrisiken
vor und nach ihrem Eintritt.

Jeder Mensch soll eine faire Chance haben, seine Gesundheitspotenziale zu entfalten. Durch Politik und öffentliche Anstrengungen sollen Hindernisse auf diesem Weg so weit wie möglich beseitigt werden.

nach Margret Whitehead (1990)

Gesundheit der Bevölkerung

Drei Megatrends:

- ➔ steigende Lebenserwartung
- ➔ Dominanz chronischer Erkrankungen
- ➔ sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen

Altenquotient „65“

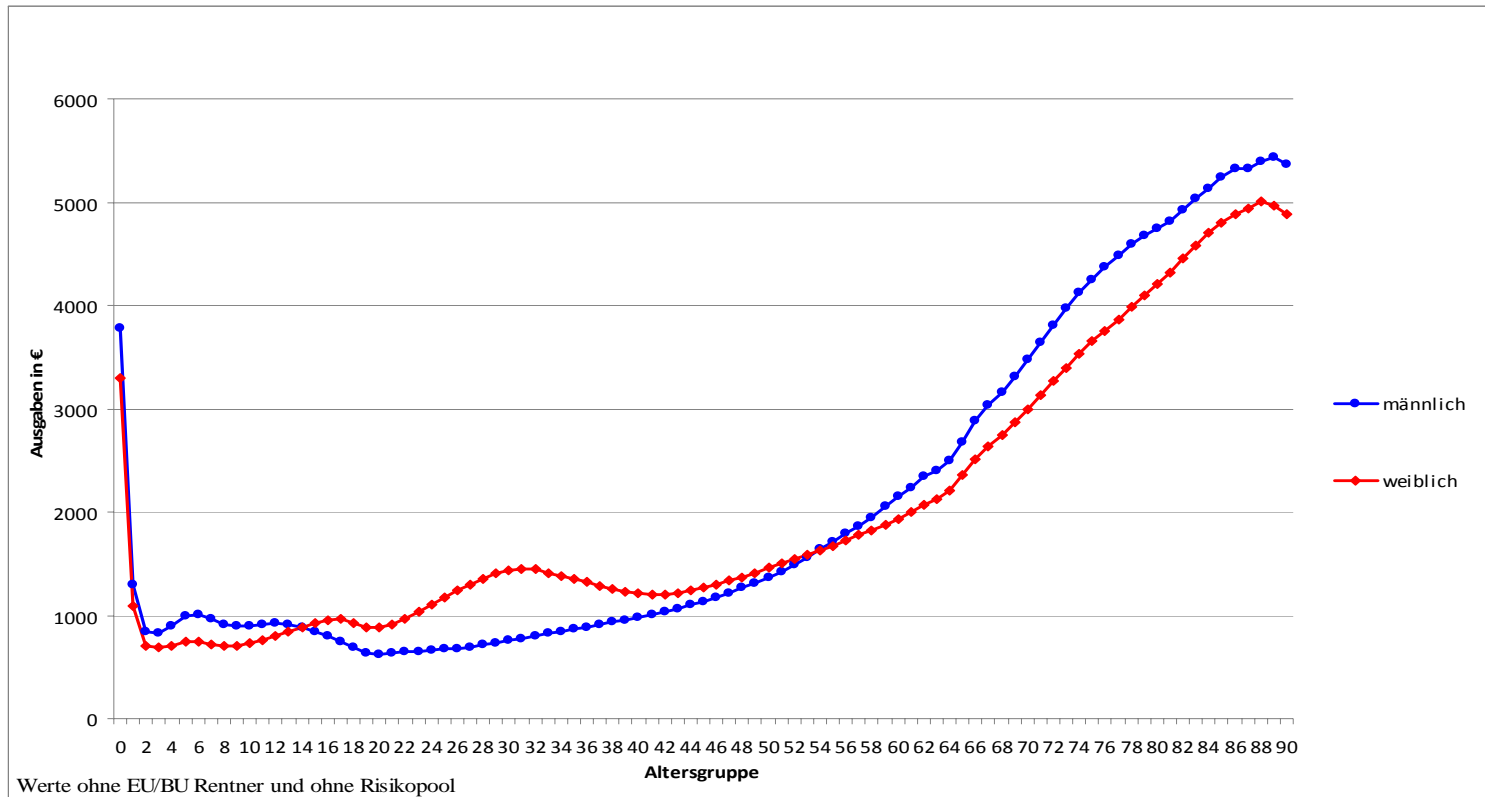
(65-jährige und Ältere je 100 Personen im Alter von 20 bis unter 65 Jahren)

Ergebnisse der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung (ab 2010)

Jahr	„relativ junge“ Bevölkerung Variante 3-W2	„mittlere“ Bevölkerung		„relativ alte“ Bevölkerung Variante 6-W1
		Untergrenze Variante 1-W1	Obergrenze Variante 1-W2	
2005	31,7	31,7	31,7	31,7
2010	33,5	33,6	33,5	33,7
2020	38,0	38,7	38,0	39,5
2030	50,2	52,2	50,3	54,2
2040	57,2	61,4	58,0	65,3
2050	58,0	64,3	60,1	70,9



Alters- und geschlechtsspezifische Ausgabenprofile in der GKV

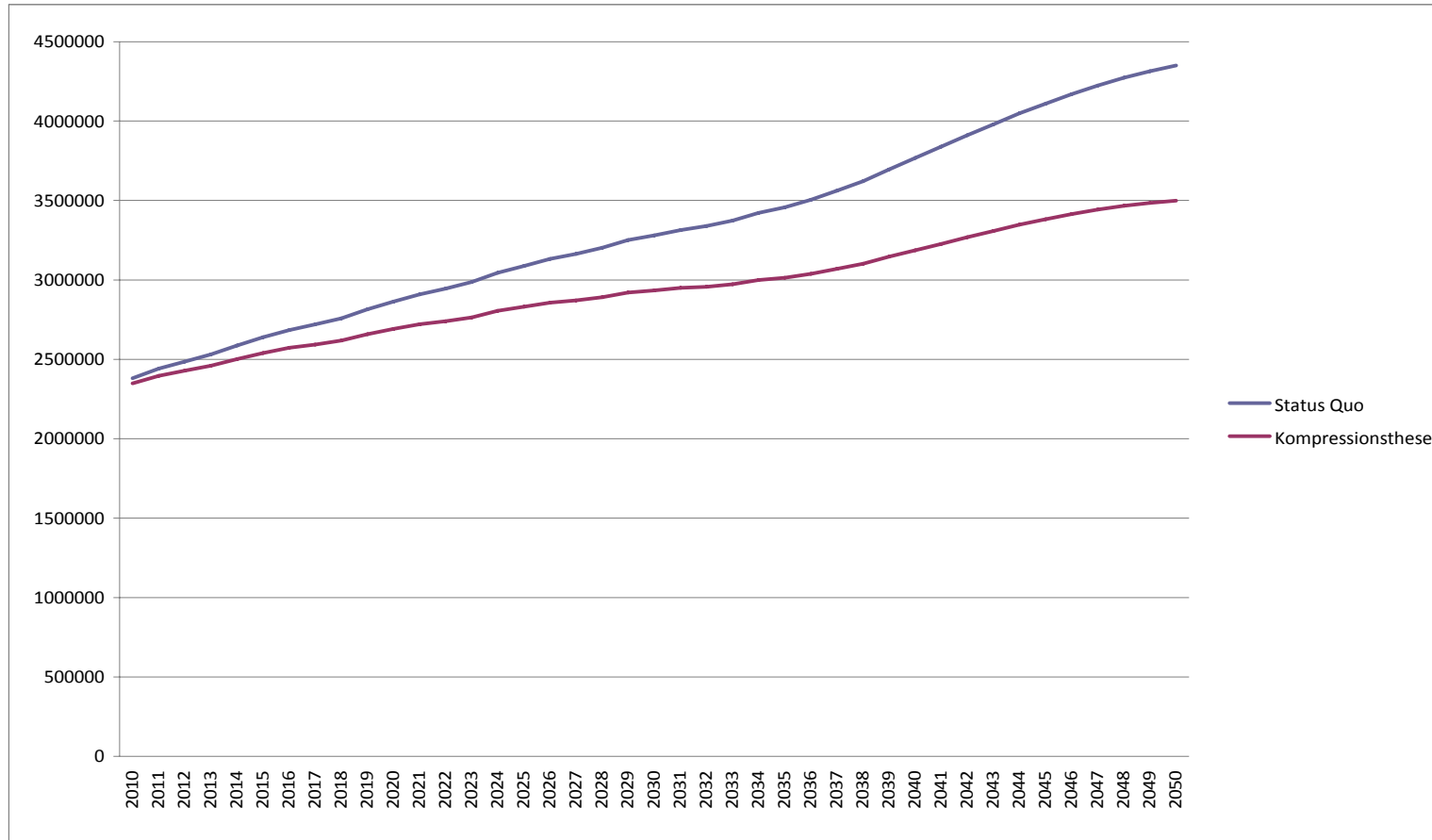


Werte ohne EU/BU Rentner und ohne Risikopool

Quelle: Bundesversicherungsamt 2008; eigene Berechnung, eigene Darstellung



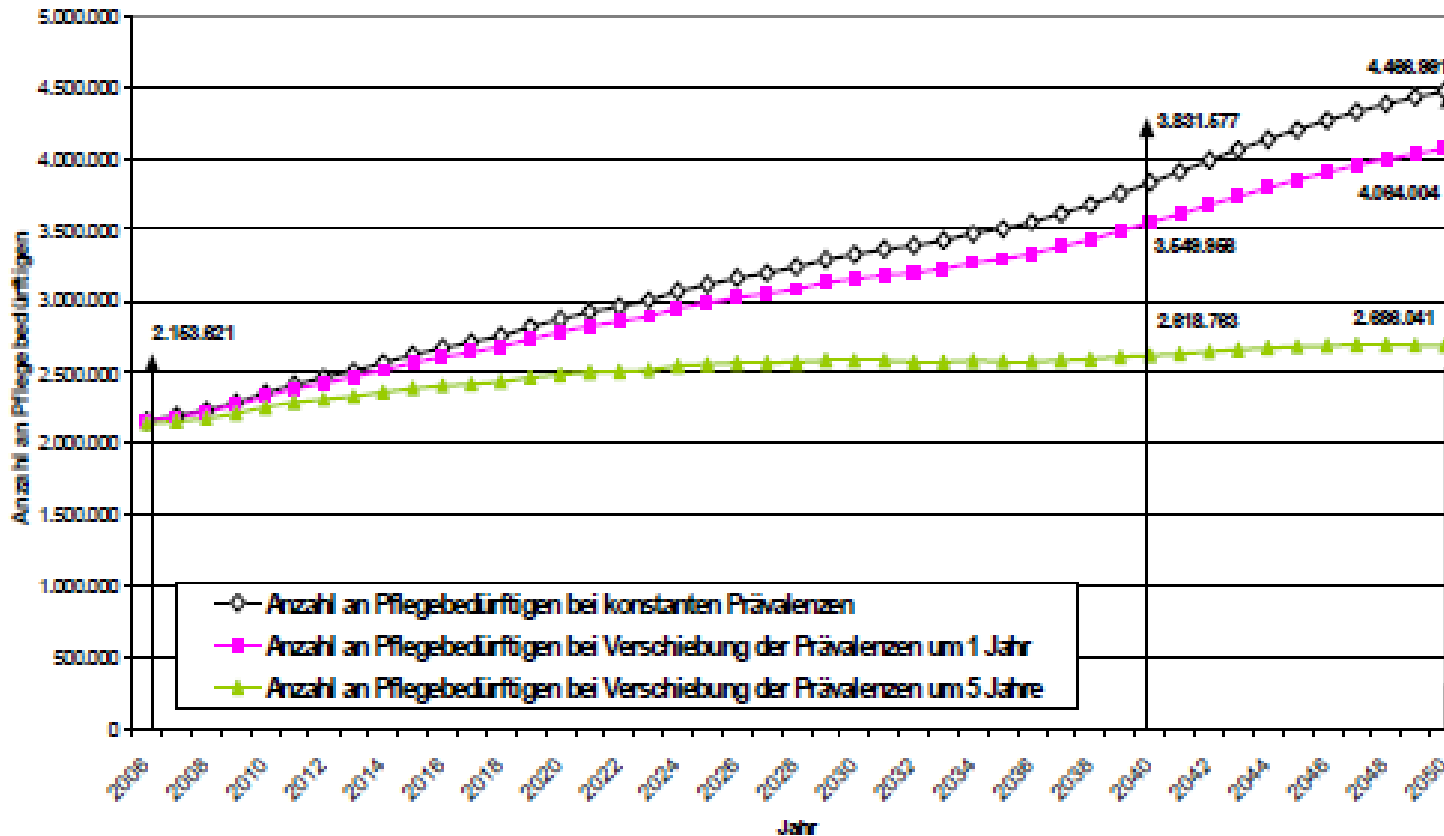
Versorgungsanforderungen Entwicklung der Pflegebedürftigen im Vergleich



Quelle: GBE (2009), Statistisches Bundesamt (2006a); eigene Darstellung, eigene Berechnung



Entwicklung und Anzahl der Pflegebedürftigen: drei Szenarien



Quelle: WidO 2007

Gesundheitspolitische Herausforderungen

- Primärprävention
- Integrierte Versorgung für chronisch Kranke
- Finanzierung und Steuerung

⇒ **insbesondere für
sozial benachteiligte Gruppen**

Prävention

...ist mehr und anderes als

- Impfen
- Information
- Beratung
- Kurse
- ‚Wellness‘
- ...

Primärprävention

^
=

Risikosenkung



Gesundheitsbelastungen

- physische
- psychische
- soziale

Gesundheitsressourcen

- physische
- psychische
- soziale

Interventionen nach dem ,state of the art‘ der Primärprävention

- ➔ zielen sowohl auf Belastungssenkung als auch auf Ressourcenförderung ab,
- ➔ nehmen sowohl krankheitsspezifische als auch unspezifische Belastungen und Ressourcen in den Blick,
- ➔ berücksichtigen gesundheitsrelevante Kontexte und versuchen sie zu verändern,
- ➔ beziehen in größtmöglichem Ausmaß die Zielgruppen der jeweiligen Intervention auf allen Stufen der Problembearbeitung ein,
- ➔ sind projektangemessen qualitätsgesichert.

Typen und Arten der Primärprävention

	Information, Aufklärung, Beratung	Beeinflussung des Kontexts
Individuum	z. B. Ärztliche Gesundheitsberatung	z. B. ,präventiver Hausbesuch'
Setting	z. B. Anti-Tabak-Aufklärung in Schulen	z. B. Betriebliche Gesundheitsförderung als Organisationsentwicklung
Bevölkerung	z. B. ,Esst mehr Obst' ,Sport tut gut' ,Rauchen gefährdet die Gesundheit'	z. B. HIV/Aids-Kampagne

Prävention im Setting

- systemische und partizipative Intervention
- Identifikation von Zielen und Aktionen durch *stakeholder*
- Veränderung von Wahrnehmung, Strukturen und Verhalten
- Ziel: „lernende Organisation“

Prävention im Setting

Professionals

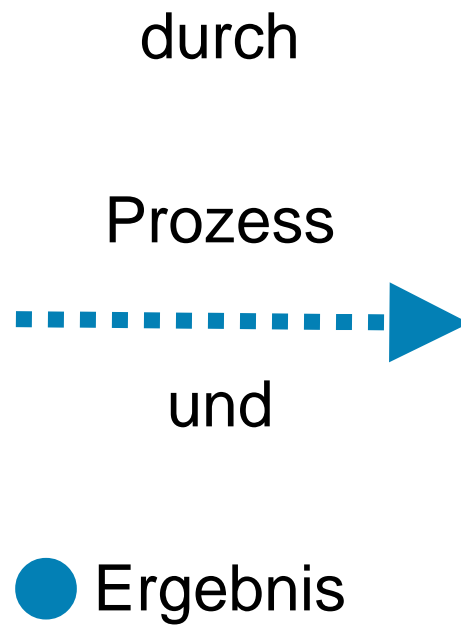
- Ermutigung
- Förderung Interaktion
- Ermöglichung
- Unterstützung
advocacy
Information
materiell-technisch

Zielgruppen

- Selbstbewusstsein
- Selbstwirksamkeit
- Reziprozität
- soziale Verankerung
- Zuversicht
- reale Verbesserungen

⇒ **Empowerment**

Gesundheitsförderung



Betriebliche Gesundheitsförderung

- planmäßiges Vorgehen
- aktivierende Befragung
- Gesundheitszirkel
- Umsetzung der Vorschläge

Setting-/Lebenswelt-Ansatz übertragen auf

- Stadtteil
- Dorf
- soziale Brennpunkte
- KiTa/Schule
- Altenheime
- ...

Nicht-medizinische Prävention und Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche

ca. 400 Programme, Strategien etc.

1. Bundesregierung
2. Landesregierungen
3. GKV
4. NGOs
5. Stiftungen

„Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit“ (2008)

Schwachpunkte und Defizite

- Zielgruppenorientierung
- Zielorientierung
- Laufzeiten
- Strukturbezug
- Qualitätssicherung

*Sie wollen vor allem Präventionsmaßnahmen stärken.
Welche Schritte planen Sie konkret?*

„Wenn Sie sich anschauen, wie stark zum Beispiel bei Kindern psychiatrische Auffälligkeiten und Übergewicht zugenommen haben, dann müssen Sie heute handeln. Wenn wir nicht rechtzeitig eingreifen, dann sind das die Patienten von morgen. Deswegen wollen wir Anreize für die niedergelassenen Ärzte setzen, für mehr Vorsorge und Prävention zu werben. Dazu gehört für mich, dass man die sprechende Medizin, also auch Aufklärungsgespräche in den Arztpraxen, künftig besser honoriert.“

Bundesgesundheitsminister Dr. med. Philipp Rösler
Interview in: Welt am Sonntag, 26.09.10

Präventionsgesetz: Regelungsbedarf

- Legitimation
- öffentlich geförderte Prävention
- Chancengleichheit
- Gesundheitsziele
- Interventionstypen
- Qualitätssicherung
- Ressourcenfluss

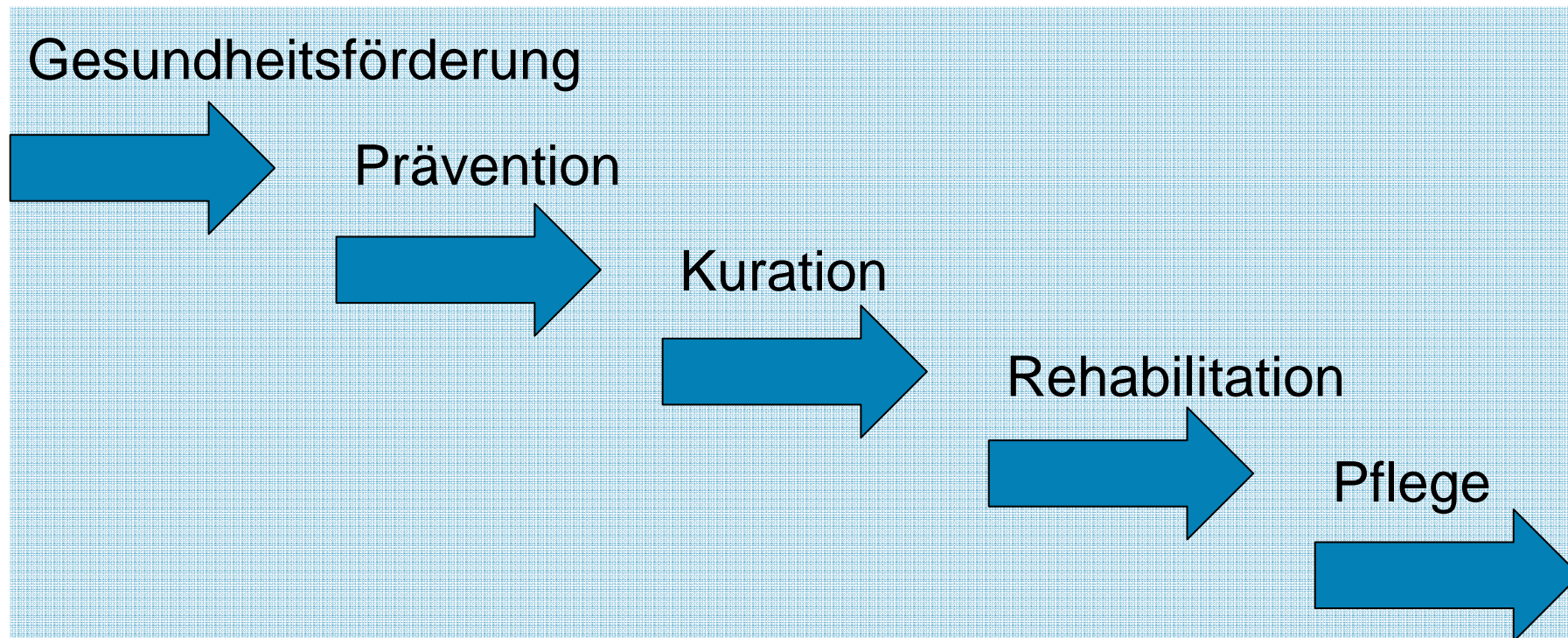
Krankenversorgungspolitik

Im Ergebnis soll Gesundheitspolitik dafür sorgen, dass jeder Mensch mit einem Gesundheitsproblem zur richtigen Zeit den richtigen Eingang in die Versorgung findet und dort auf integrierte und nutzerfreundlich vernetzte Strukturen trifft, in denen gut ausgebildete Fachkräfte unter ergebnisorientierten Anreizen und mit geeigneter Technologie, respektvoll und ressourcenorientiert diagnostizieren, therapieren, rehabilitieren, pflegen und unterstützen.

Die Realität

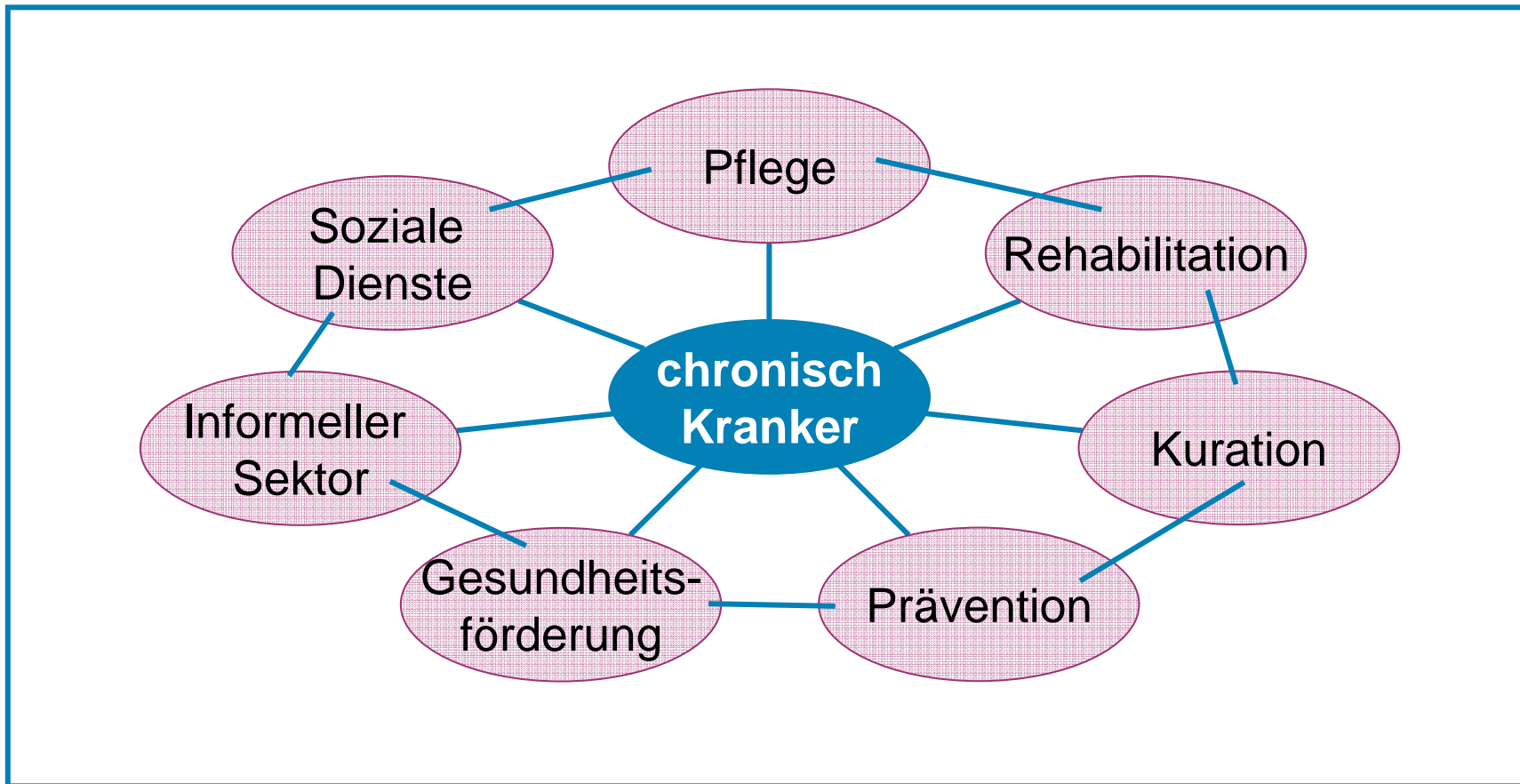
- ➔ **Unterversorgung:** Vorenthaltung von bedarfsgerechten und verfügbaren Leistungen
- ➔ **Überversorgung:** Versorgungsleistungen ohne hinreichend gesicherten gesundheitlichen Nutzen (med.) oder suboptimaler Kosten-Nutzen-Relation
- ➔ **Fehlversorgung:** Versorgung, durch die ein vermeidbarer Schaden entsteht; z.B. durch Vorenthaltung des gesundheitlichen Nutzens bei bedarfsgerechter Versorgung

Traditionelles Modell der Versorgung bei sequentielltem Krankheitsverlauf





Modell der Gleichzeitigkeit und Verzahnung bei nicht-sequentiellen Krankheitsverläufen chronisch Kranker (erweitert nach Schwartz 2000)



Defizite und Fehlsteuerungen in der Versorgung chronisch Kranker (1/2)

1. Dominanz akutmedizinischer Versorgung
2. ‚somatische Fixierung‘ des Gesundheitssystems
3. ‚Aktiv/Passiv‘-Problematik
4. Vernachlässigung der Rehabilitation
5. Unzureichende Patientenschulung, -information und Partizipation

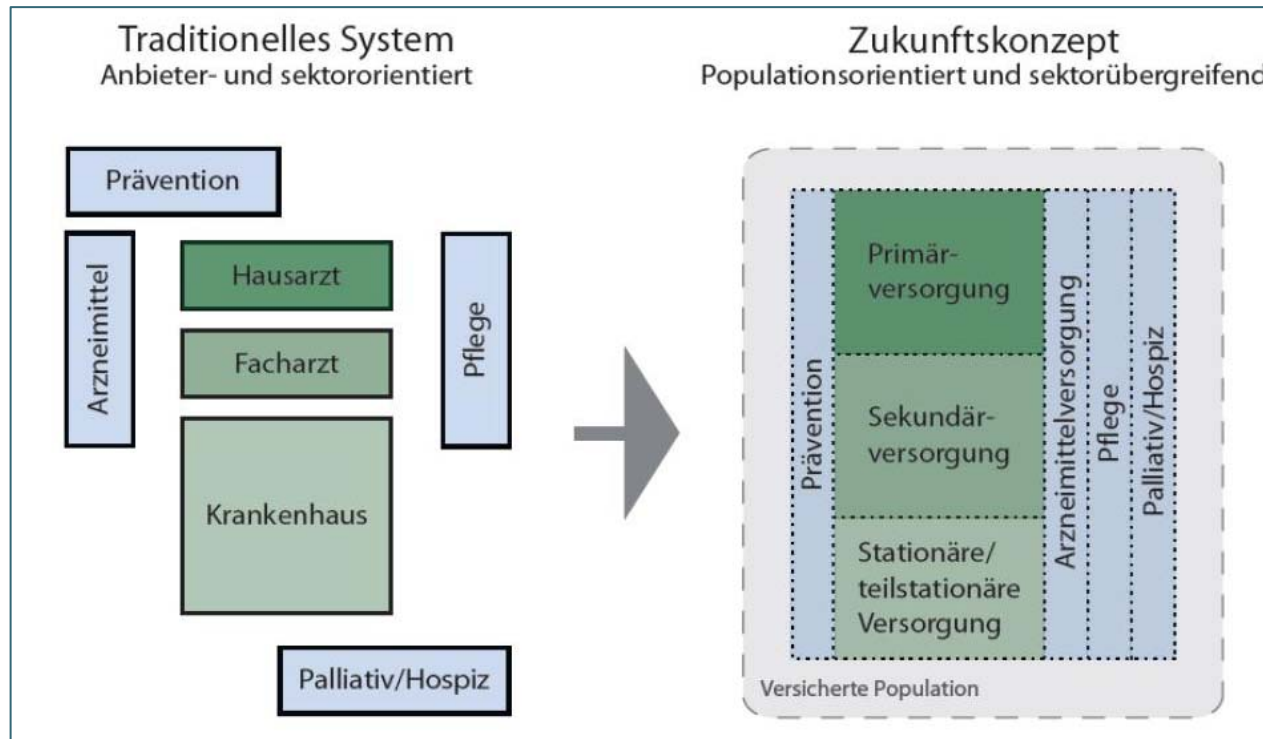
Defizite und Fehlsteuerungen in der Versorgung chronisch Kranker (2/2)

Übergreifende Ursachen

- Qualifikationsdefizite
- Chronisch Kranke als ‚schlechte Risiken‘
- Versorgungs-Sektorisierung
- Unterfinanzierung?

Managed Care als Lösung? (1/2)

Von der sektoralen zur populationsorientierten Versorgung



Quelle:
SVR-SG 2009
Kap. 8

Managed Care als Lösung? (2/2)

Erwünschte Wirkungen

- Integration der Versorgung
- Outcome-Orientierung
- regional angepasste Strukturen
- Wirtschaftlichkeit

Unerwünschte Wirkungen

- Versicherten-/Patientenselektion
- Leistungsvorenthaltung



Ökonomische Anreize und Leistungsverhalten

Form des Entgelts \ Zahl der	Patienten	Fälle	Leistungen
festes Entgelt	Min	Min	Min
Kopfpauschale	Max	Min	Min
Fallpauschale	Max	Max	Min
Einzelleistungsvergütung	Max	Max	Max

Quelle:
Th. Thieme 1981

Gegenmittel

- **Transparenz**
 - ➔ Anbieter
 - ➔ Leistungen
 - ➔ Qualität
- **Versicherten-/Patientenrechte**
- **Externe Evaluation**

Ökonomisierung soll sein...

...die Orientierung der medizinischen und pflegerischen Entscheidungen in der Versorgung am Kriterium der Effektivität, einschließlich der Kosteneffektivität.

Ökonomisierung soll *nicht* sein...

...die Überformung der medizinischen und pflegerischen Entscheidungen in der Versorgung durch das ökonomische Vorteilskalkül.

Aufgaben der Sozialen Krankenversicherung (GKV)

- **Gesundheitlich:** Gestaltung und Steuerung einer bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Versorgung mit den gesundheitlich als notwendig und ausreichend erachteten Leistungen
- **Gesellschaftlich:** Gewährleistung einer gesundheitlich bedarfsgerechten Versorgung ohne ökonomische und soziale Diskriminierung
- **Wirtschaftlich:** Finanzierung und Steuerung der größten Wirtschaftsbranche nach den Kriterien Bedarf und Kostenminimierung

Steuerungsmodell GKV fünf Basiskomponenten

1. **Ausfallbürgschaft:** staatliche Letztverantwortung
2. **Staatsentlastung und Legitimation:** Delegation an Selbstverwaltung Kapital und Arbeit
3. **Solidarische Lastenverteilung:** Beiträge paritätisch und nach Leistungsfähigkeit
4. **Steuerungs- und Nachfragemacht der GKV:** Sachleistungsprinzip
5. **Verträge zwischen Verbänden über Leistungen, Qualität und Preise:** Interessenausgleich

Schwächen der GKV

- Erosion der Einnahmen
- unfaire Konkurrenz durch GKV
- Verschiebebahnhof
- Fehlanreize

Überwindung der Schwächen

- Anhebung Beitragsbemessungsgrenze
- Aufhebung Versicherungspflichtgrenze
- Verstärkung Morbiditätsorientierung RSA
- Beitragspflicht für alle Einkommensarten
- Wettbewerb um Qualität

Irrweg Kopfpauschale (1/2)

- Systemwechsel begründungspflichtig
- hohe Transaktionskosten
- Entlastung der besser Gestellten
- Sozialausgleich über Steuern gerechter?
- Sozialausgleich über Steuern verlässlich?
- Sozialausgleich viel Bürokratie

Irrweg Kopfpauschale (2/2)

- ‚Einfrieren‘ Arbeitgeberbeitrag
 - ➔ reine Umverteilung
 - ➔ stärkerer Kostenauftrieb
 - ➔ Ende der Selbstverwaltung

**Die Weiterentwicklung der GKV zur
Bürgerversicherung ist die Wegweisende
und nachhaltige Antwort auf den
ökonomischen, sozialen, gesundheitlichen
und medizinischen Wandel in Deutschland.**

„Gesundheitsreformen“

...eine unendliche Geschichte...



WZB

Wissenschaftszentrum Berlin
für Sozialforschung



Prof. Dr.
Rolf
Rosenbrock

Leiter der
Forschungsgruppe
Public Health

E-Mail:
rosenbrock@wzb.eu