



Gesundheitsreform 2003: Positionen und Perspektiven

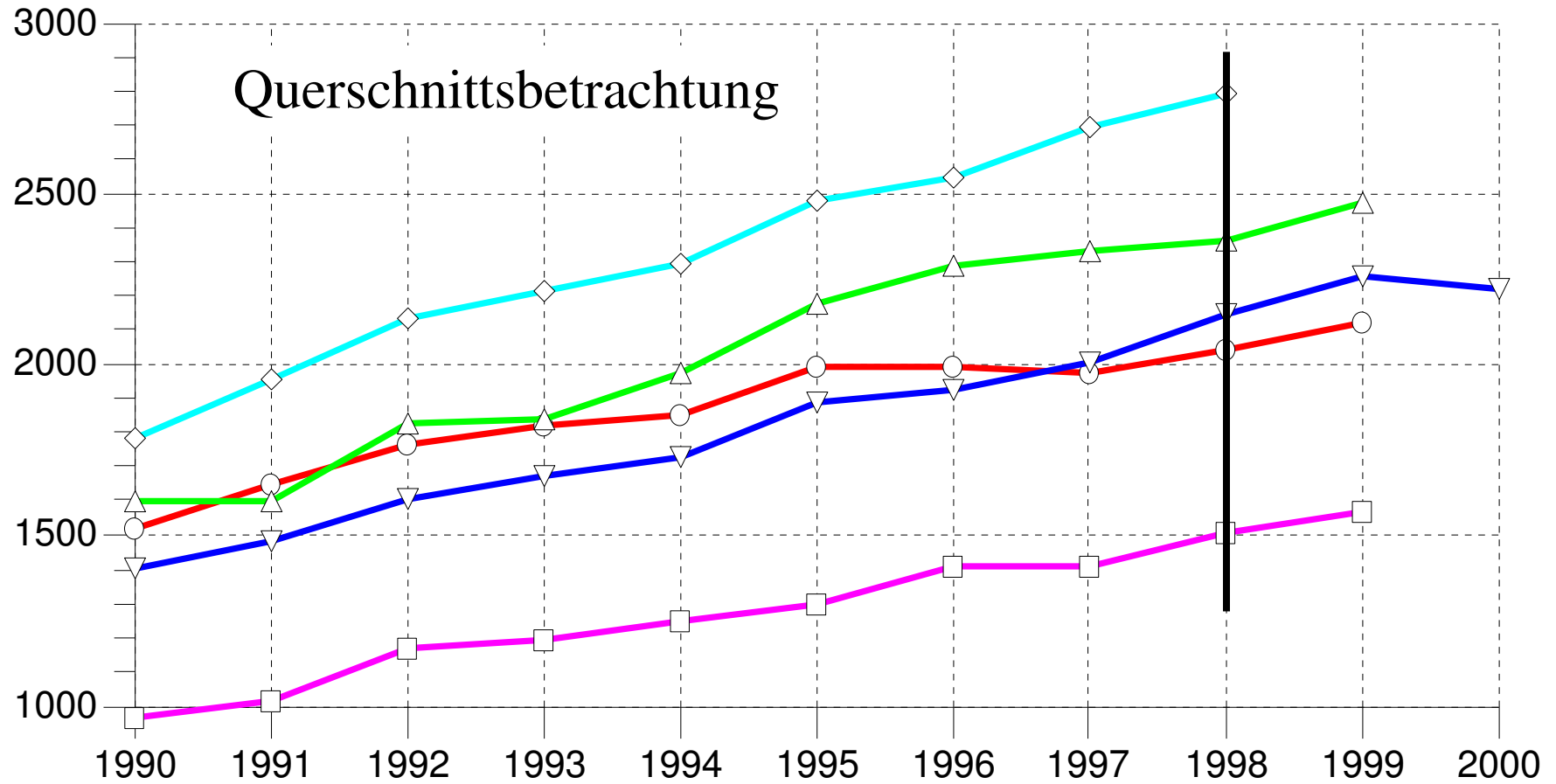
Reinhard Busse, Prof. Dr. med. MPH FFPHM

**Professor für Management im Gesundheitswesen,
Technische Universität Berlin**

**Associate Research Director,
European Observatory on Health Care Systems**

- Vergleichende Analyse: Wo steht Deutschland? Wo liegen die Probleme?
- Herausforderungen durch EU
- Gesundheitsreform 2003: Die richtigen Lösungen?

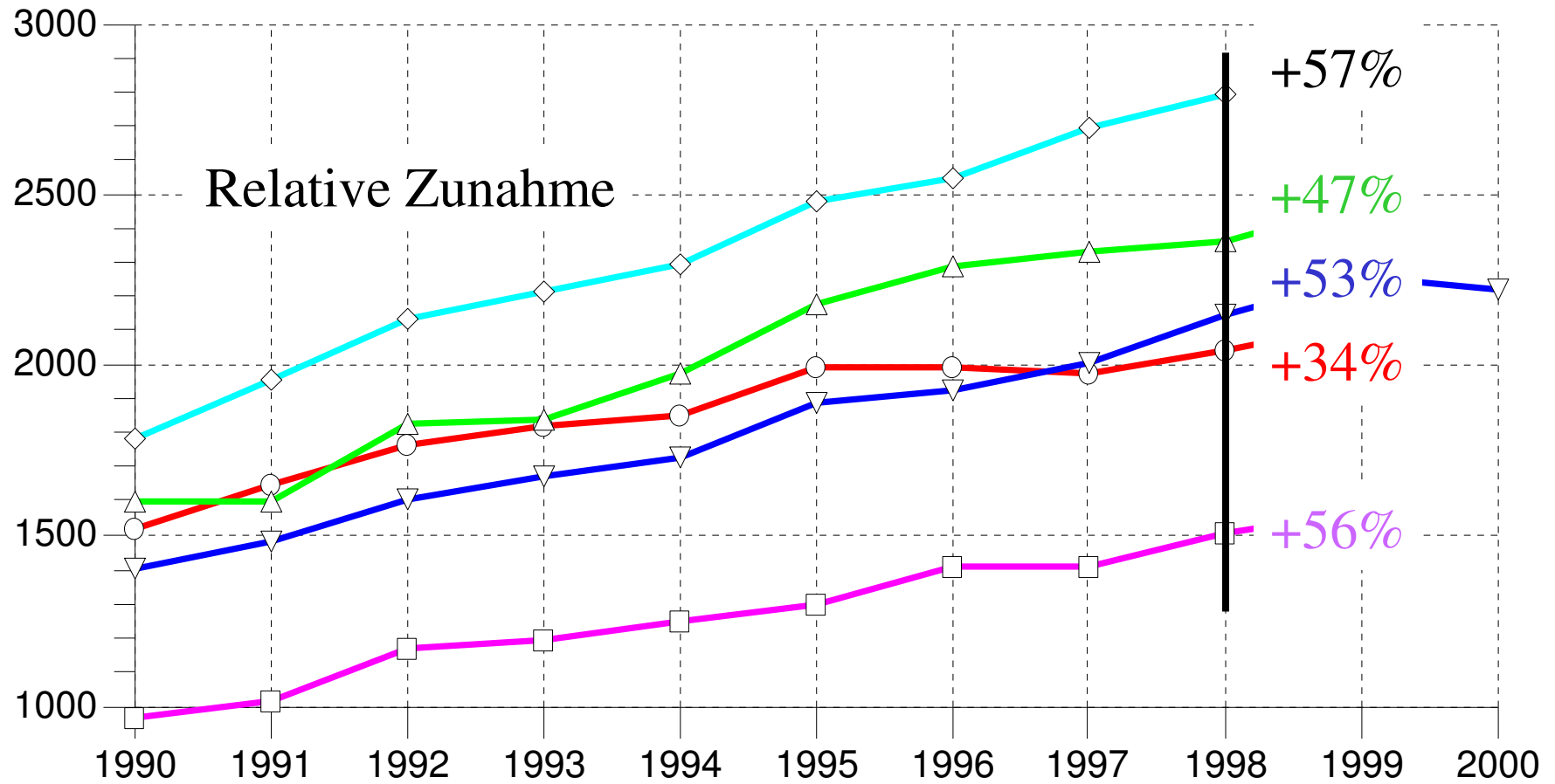
Gesundheitsausgaben pro Kopf (in USD Kaufkraftparität)



- France
- △ Germany
- ▽ Netherlands
- ◇ Switzerland
- United Kingdom

Quelle: WHO GFA Datenbank 6/02

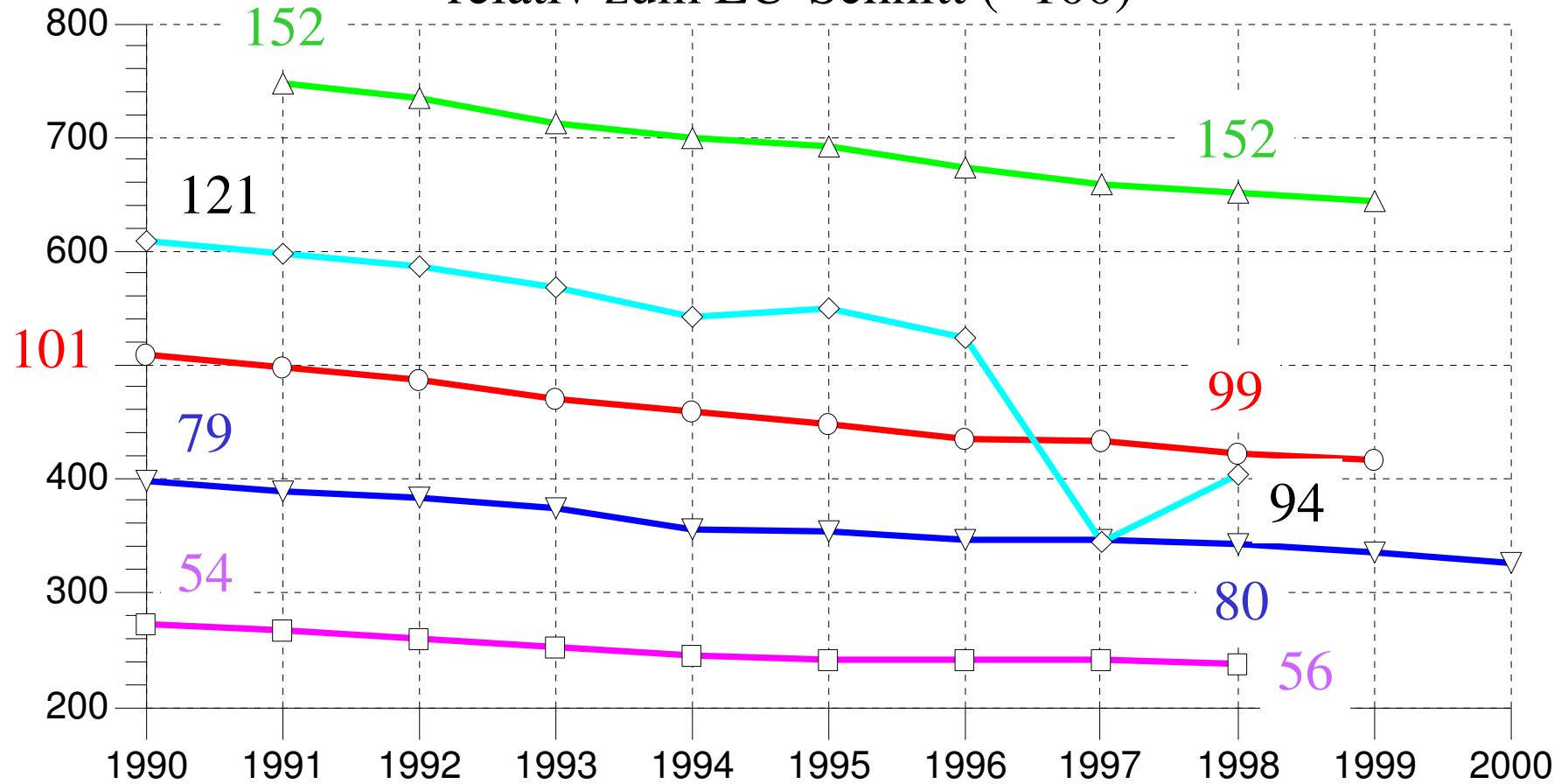
Gesundheitsausgaben pro Kopf (in USD Kaufkraftparität)



- **France**
- △— **Germany**
- ▽— **Netherlands**
- ◇— **Switzerland**
- **United Kingdom**

Quelle: WHO GFA Datenbank 6/02

Strukturen: Betten in Akutkrankenhäusern pro 100.000 Einw. relativ zum EU-Schnitt (=100)



Quelle: WHO GFA Datenbank 6/02

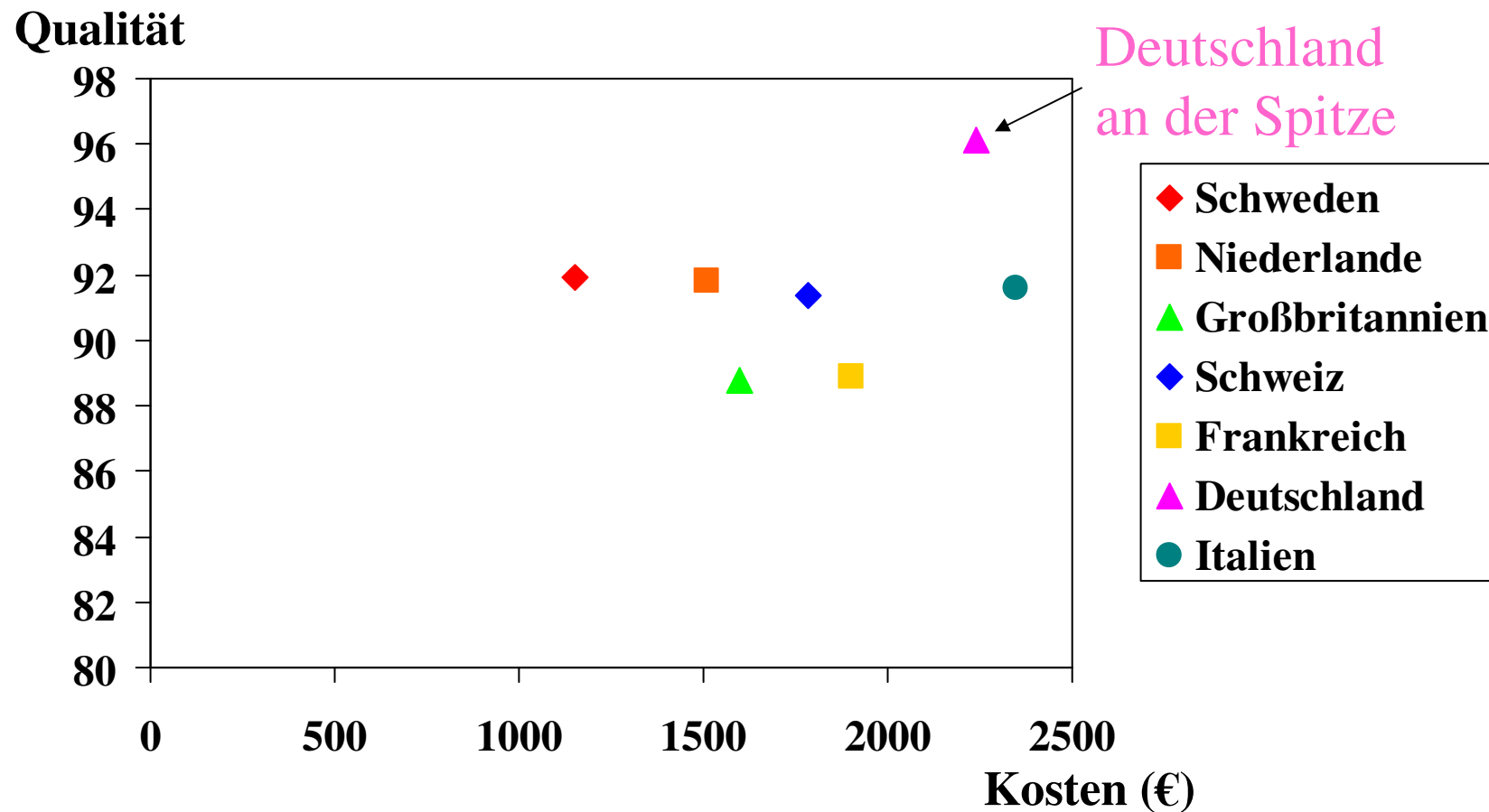
Wie beurteilen Patienten Krankenhäuser?

Je niedriger, desto besser!

	CH	D	S	USA	GB
Versorgung nicht gut	3,7%	6,6%	7,4%	8,1%	8,5%
Probleme mit ...					
- Information	16,7%	20,4%	23,4%	25,2%	28,7%
- Koordination	13,1%	17,2%	k.A.	21,7%	21,9%
- physischer Komfort	2,6%	6,7%	4,0%	10,1%	8,3%
- emotionale Unterstützung	14,7%	21,9%	26,0%	26,8%	27,1%
- Respekt für Präferenzen	15,6%	17,9%	21,2%	19,9%	30,7%
- Einbeziehung von Familie und Freunden	11,5%	16,6%	14,6%	19,3%	27,5%
- Kontinuität und Übergang	30,0%	40,6%	40,2%	28,4%	45,1%

Daten: Coulter/ Cleary „Patients‘ experience with hospital care ...“, Health Affairs 2001;20(3):248-9

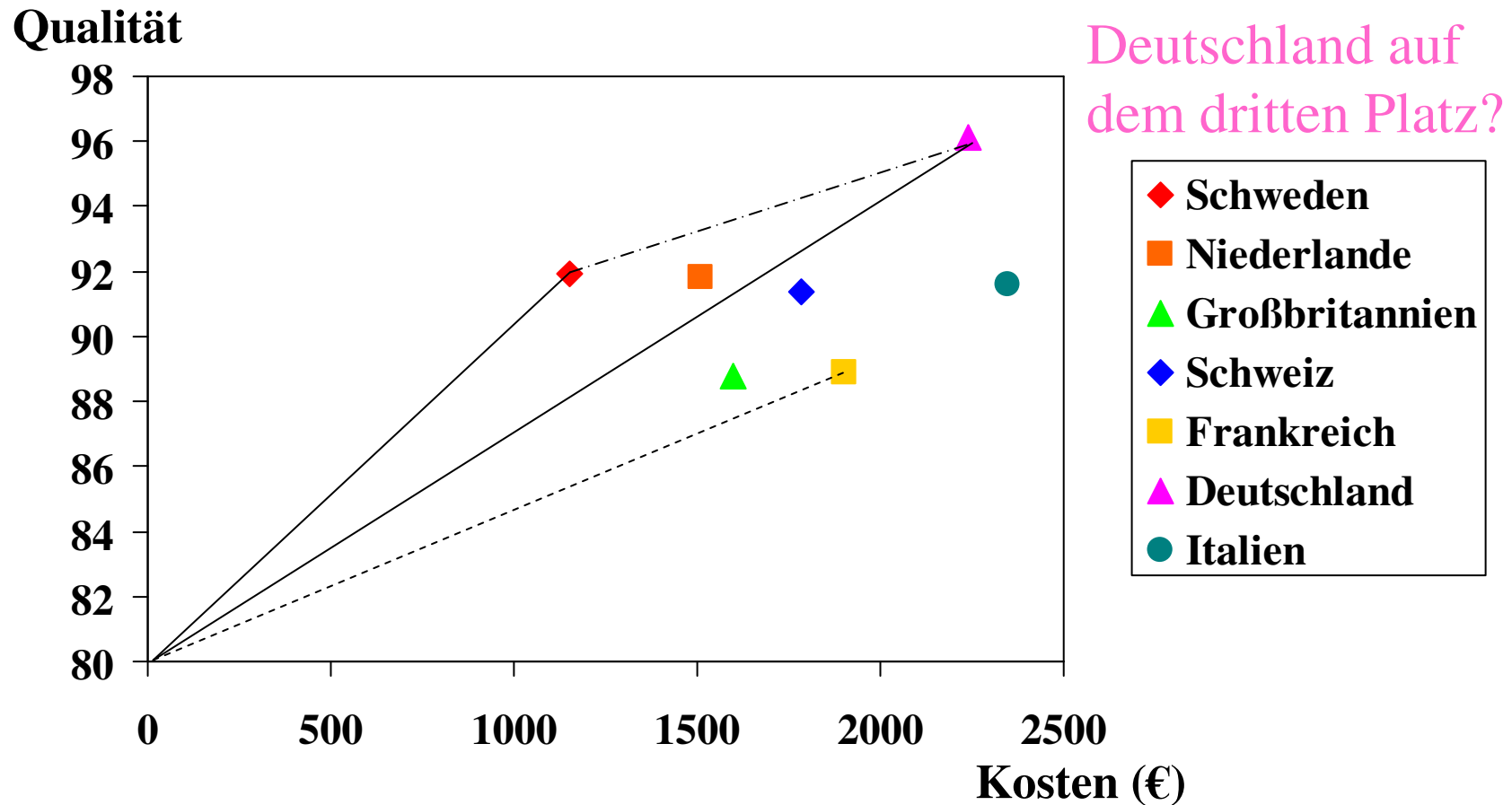
Wie sieht die akute Herzinfarktversorgung im Vergleich aus?



Daten: Gandjour et al. „European comparison of costs and quality ...“, Eur Heart J 2002; 23: 861

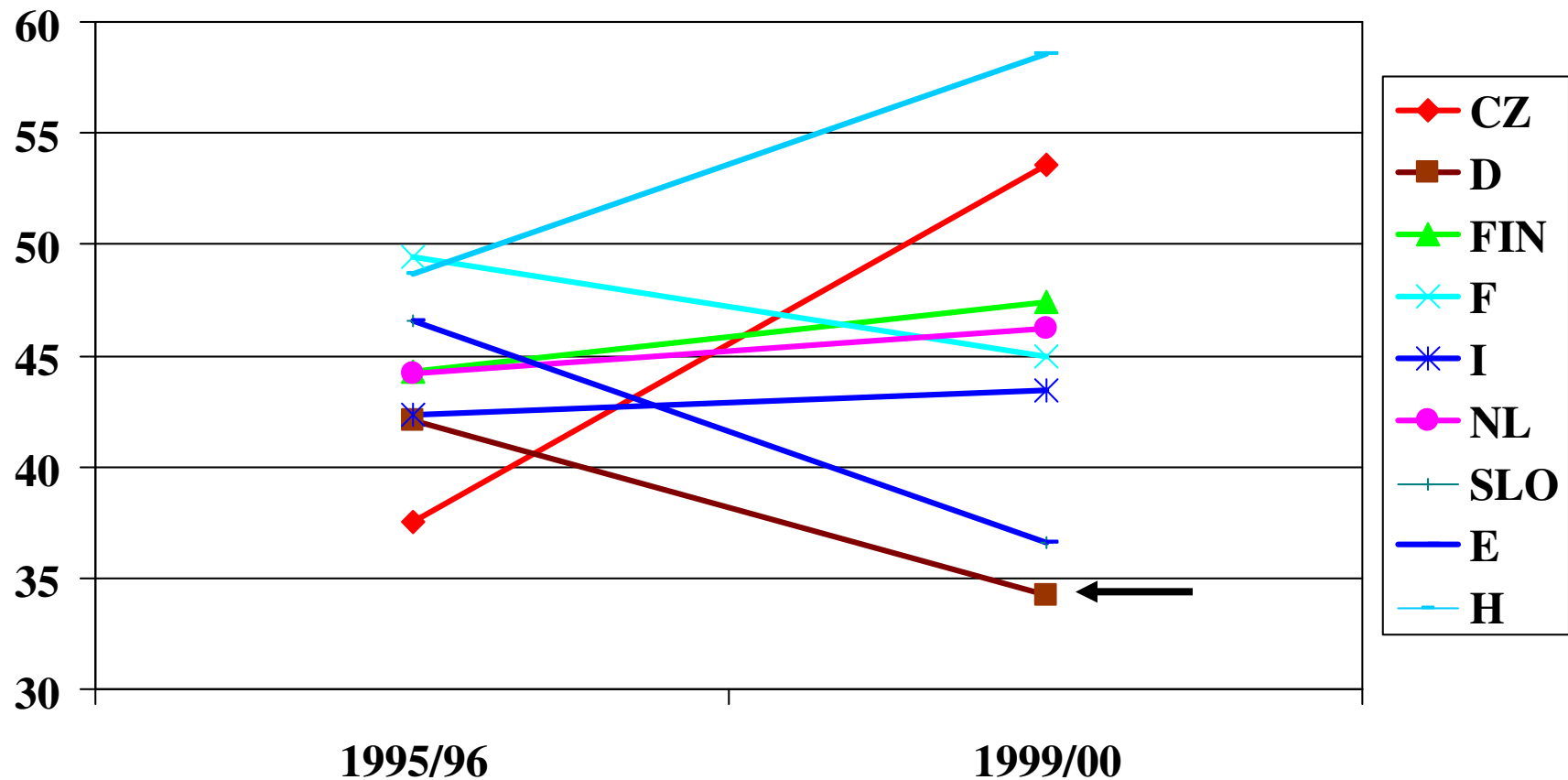
Und wenn die Kosten in Beziehung zur Qualität gesetzt werden?

„Kosten-Effektivität“



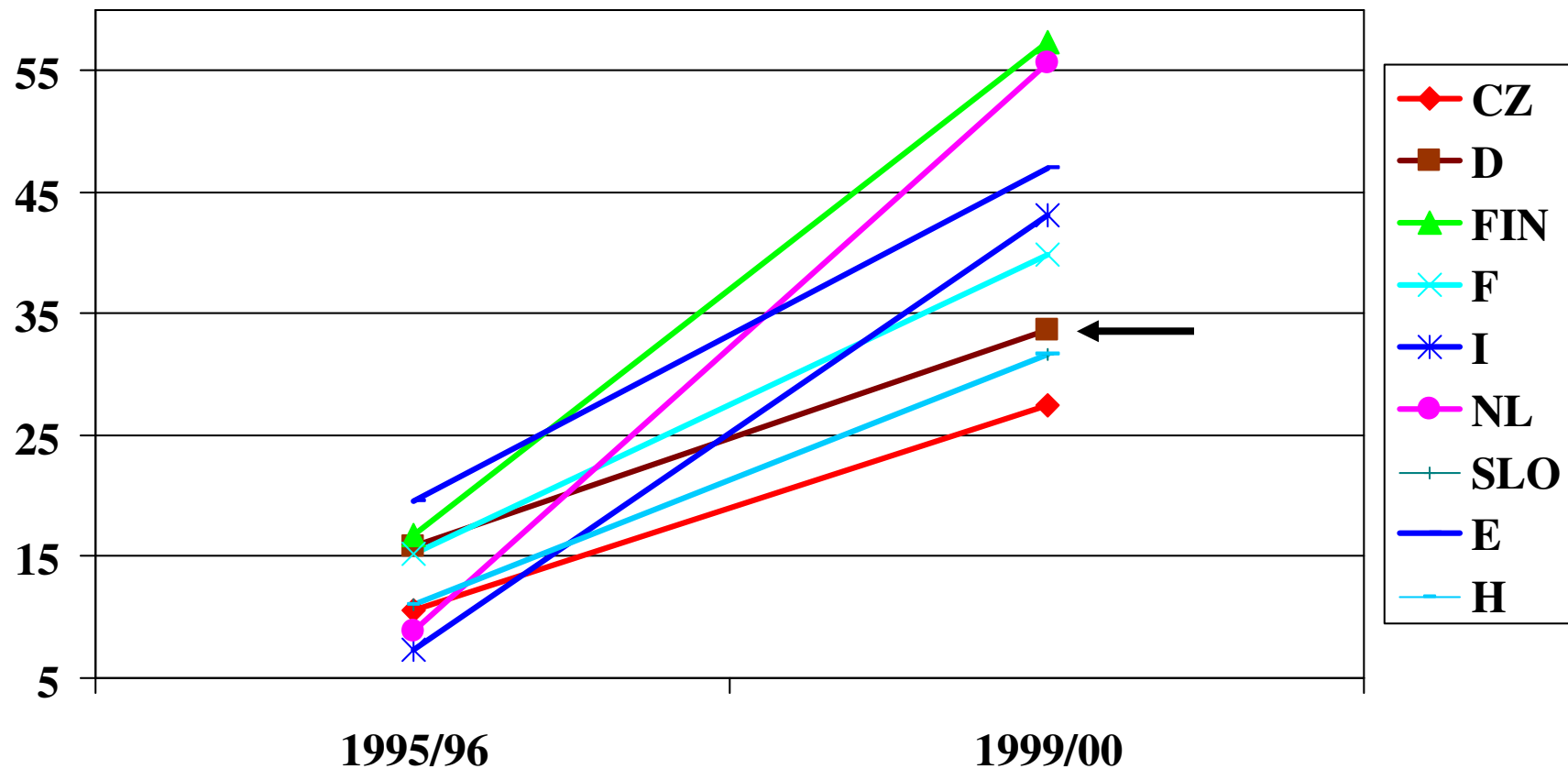
Daten: Gandjour et al. „European comparison of costs and quality ...“, Eur Heart J 2002; 23: 861

Und was passiert nach dem Krankenhausaufenthalt? Gute Blutdruckkontrolle 6 Monate später



Daten: EUROASPIRE „Clinical reality of coronary prevention guidelines“, Lancet 2001; 357: 998

Gute Cholesterineinstellung 6 Monate nach stationärem Aufenthalt



Daten: EUROASPIRE „Clinical reality of coronary prevention guidelines“, Lancet 2001; 357: 999

Probleme

- Hohe, wenn auch – dank Budgets – nicht übermäßig steigende Ausgaben
- Qualitätsreserven, dokumentiert vor allem im ambulanten Bereich
- Probleme an und durch Schnittstellen
- Schlechtes Kosten-Nutzen-Verhältnis

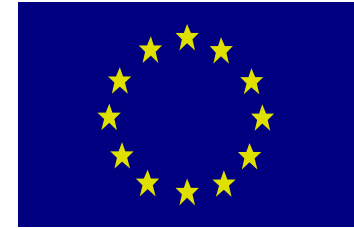


Und die EU?

Das verbreitete (Miss-)Verständnis „Nichts, wegen ...“

GESUNDHEITSWESEN

Artikel 152 (ex-Artikel 129)



(1) Bei der Festlegung und Durchführung aller Gemeinschaftspolitiken und -maßnahmen wird ein hohes Gesundheitsschutzniveau sichergestellt.

Die Tätigkeit der Gemeinschaft ergänzt die Politik der Mitgliedstaaten und ist auf die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung, die Verhütung von Humankrankheiten und die Beseitigung von Ursachen für die Gefährdung der menschlichen Gesundheit gerichtet. Sie umfaßt die Bekämpfung der weitverbreiteten schweren Krankheiten; dabei werden die Erforschung der Ursachen, der Übertragung und der Verhütung dieser Krankheiten sowie die Gesundheitsinformation und -erziehung gefördert.

(2) Die Gemeinschaft fördert die Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten in den in diesem Artikel genannten Bereichen und unterstützt erforderlichenfalls deren Tätigkeit.

Die Mitgliedstaaten koordinieren untereinander im Benehmen mit der Kommission ihre Politiken und Programme in den in Absatz 1 genannten Bereichen. Die Kommission kann in enger Verbindung mit den Mitgliedstaaten alle Initiativen ergreifen, die dieser Koordinierung förderlich sind.

(5) Bei der Tätigkeit der Gemeinschaft im Bereich der Gesundheit der Bevölkerung wird die Verantwortung der Mitgliedstaaten für die Organisation des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung in vollem Umfang gewahrt. Insbesondere lassen die Maßnahmen nach Absatz 4 Buchstabe a die einzelstaatlichen Regelungen über die Spende oder die medizinische Verwendung von Organen und Blut unberührt.



Aber:

- Artikel 152(4) bezieht sich nur auf Public Health-Maßnahmen
- Eingriffe in autonome Steuerung der Gesundheitssysteme erfolgen aber durch
 - Wettbewerbsrecht
 - Binnenmarkt mit 4 Freiheitenreguliert durch Verordnungen und Richtlinien (sekundäre Gesetzgebung) und Interpretation des europäischen Vertrages durch Europäischen Gerichtshof (EuGH)



- 1998 Kohll & Decker: freier Waren- und Dienstleistungsverkehr gilt auch im Gesundheitswesen (nur ambulant?, nur bei Kostenerstattung?)
- 2001 Peerbooms & Smits-Geraets: Leistungsausschlüsse müssen evidenz-basiert sein (= EU-Leistungskatalog?); Präautorisierung darf bei unangemessenen Wartezeiten bzw. mangelnden Kapazitäten nicht verweigert werden
- 2003 Müller-Fauré & Van Riet: Erstattungsanspruch für ambulante Leistungen besteht grundsätzlich; für stationäre Leistungen kann dieser eingeschränkt bleiben, aber die Kriterien müssen klar definiert werden (was ist ambulant? was ist zu planende Hochleistungsmedizin?)



... und in Zukunft die offene Methode der Koordinierung

- Mitgliedstaaten legen, unterstützt von EU-Kommission, für einen Politikbereich unionsweite Leitlinien mit Zielen und ggf. Indikatoren fest
- Art und Weise der Zielerreichung bleibt Mitgliedstaaten überlassen
- Zielerreichung wird regelmäßig überprüft und bewertet; Nichterreichen wird sichtbar und begründungspflichtig

Gesundheitsreform 2003
(Eckpunkte vom 21.7.)
auf dem Prüfstand

1. Stärkung der Patientensouveränität

1. Patientenquittung auf Wunsch
2. Kostenerstattung auf Wunsch für alle
3. Ambulante Behandlung in EU ohne Vorabgenehmigung
4. Ggf. Kostenerstattung bei nicht-zugelassenen Leistungserbringern im Inland
5. Wahlmöglichkeiten für freiwillig Versicherte
6. Zusatzversicherungen durch Krankenkassen
7. Bonus möglich für Vorsorge, Hausarztmodell
8. Patientenbeauftragter

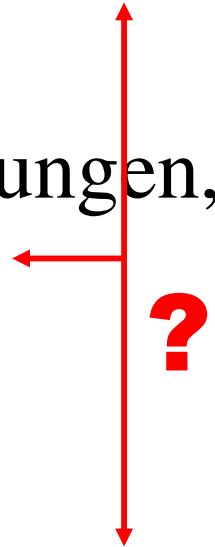
2. Verbesserung der Qualität

1. Stiftung mit wiss. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit (für Selbstverwaltung):
Technologiebewertung, Leitlinien, DMPs,
Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln ...
2. Qualitätsmanagement für Ärzte verpflichtend
3. Fortbildungsverpflichtung für Ärzte (Sanktion:
Vergütungsabschlag, Zulassungsentzug)

3. Entwicklung der Versorgungsstrukturen I

1. Ablösung der ärztlichen Gesamtvergütung durch Regelleistungsvolumina („vereinbarte Menge x fester Preis“)
2. Vergütung des einzelnen Arztes („Leistungen, die das Volumen übersteigen, werden abgestaffelt vergütet“)
3. Qualitätswettbewerb in der ärztlichen Versorgung (1. freie Teilnahme mit Zulassung und Qualitätsanforderungen; 2. DMPs; 3. Integrierte Versorgung)

Gilt das auch für Krankenhäuser?



3. Entwicklung der Versorgungsstrukturen II

1. Integrierte Versorgung „wird weiterentwickelt“
2. Hausarztssystem (für Kassen verpflichtend, für Versicherte freiwillig)
3. Teilöffnung der Krankenhäuser: für hochspezialisierte Leistungen (gesetzlicher Katalog) und im Rahmen von DMPs
4. Maßnahmen zur Lösung der Arbeitszeitproblematik in Krankenhäusern (Arbeit/ Bereitschaft/ Ruhe bleibt)
„Im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens wird nach einer ernsthaften Lösung gesucht, um Überversorgung insbesondere in der ambulanten fachärztlichen Versorgung abzubauen.“

4. Arznei-, Heil- und Hilfsmittel

1. Festbeträge auch für patentgeschützte Arzneimittel ohne höheren Nutzen
2. Nutzenbewertung durch Institut für Qualität ...
(keine Kosten-Nutzen-Bewertung!)
3. Prinzipielle Leistungskatalog-Ausgrenzung nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel ...
4. ... aber keine Positivliste
5. Apotheker erhalten Abgabepauschale (EUR 8,10)
6. Aut-idem und Festbeträge werden vereinheitlicht
7. Versandhandel wird ermöglicht

5. Reform der Organisationsstrukturen

1. „Gemeinsamer Bundesausschuss“ mit Unterausschüssen ersetzt jetzige Bundesausschüsse, Koordinierungsausschuss (und Ausschuss KH)
2. Kassenrecht wird harmonisiert
3. KVen werden zusammen gelegt und professionalisiert
4. Verwaltungsausgaben werden an Grundlohnsummenentwicklung gekoppelt

6. Prävention

7. Neuordnung der Finanzierung:
versicherungsfremde Leistungen/ Tabaksteuer;
GKV-Ausgliederung Zahnersatz ab 2004/
Krankengeldfinanzierung ab 2007;
Streichung von Sterbegeld/ Sehhilfen/
nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel;
5-10 Euro Zuzahlung bis 2% Bruttoeinkommen

8. Gleichbehandlung von
Sozialhilfeempfängern

9. Übertragung auf Beamte

Vorsichtige Gesamteinschätzung

- Einige positive Ansätze (Vereinheitlichung der Selbstverwaltung & wiss. Institut; hochspezialisierte ambulante Leistungen) – aber: Umsetzung? Supervision?
- Einige Ungereimtheiten (Wettbewerb, feste Mengen und Preise in ambulanter Versorgung)
- Einige weiterhin offene Probleme („Arzt ist freier Beruf“ = ambulante Über- & stationäre Unterversorgung; Verhältnis von DMP und integrierter Versorgung zueinander und zu Regelversorgung)
 - *Daher: insgesamt noch nicht der große Wurf!*