

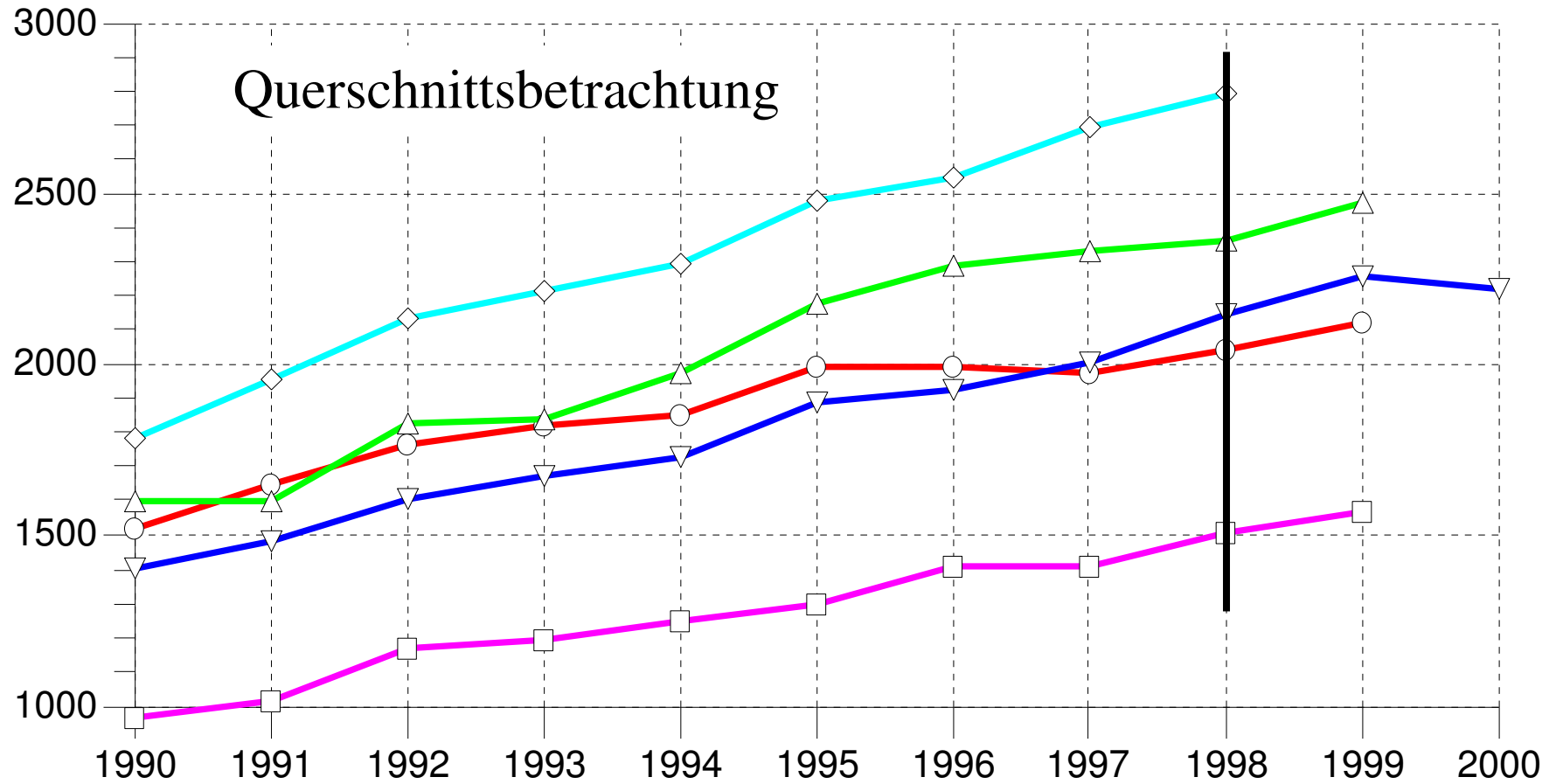
Deutschland im Vergleich: Welche Lösungen findet man bei unseren Nachbarn, welchen Rahmen setzt die EU?

Reinhard Busse, Prof. Dr. med. MPH

**Professor für Management im Gesundheitswesen,
Technische Universität Berlin
Associate Research Director,
European Observatory on Health Care Systems**

- Vergleichende Analyse: wo steht Deutschland?
- Ansätze in Nachbarländern
- Die EU und Gesundheitssysteme

Gesundheitsausgaben pro Kopf (in USD Kaufkraftparität)

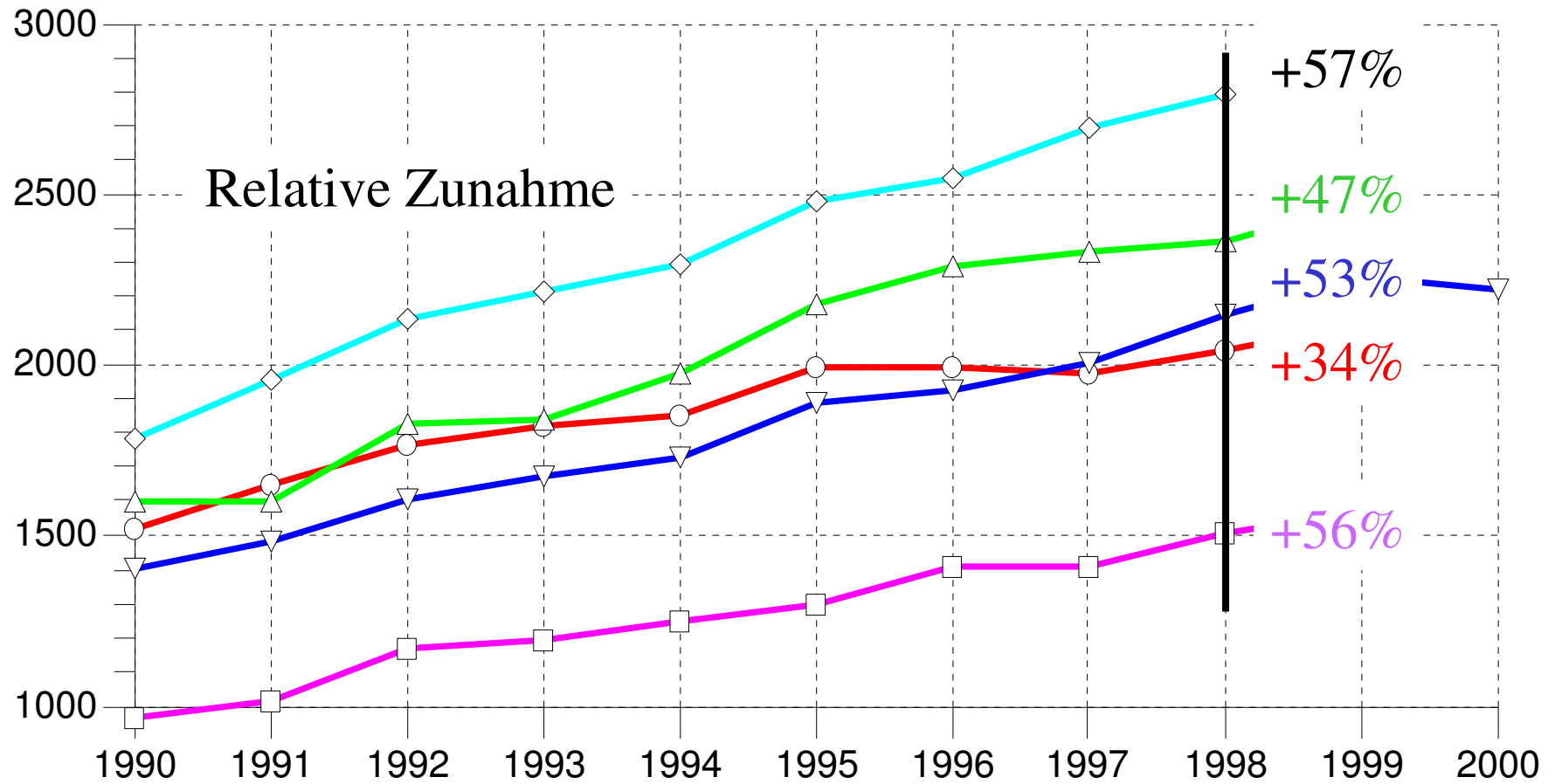


○ France
△ Germany
▽ Netherlands

◇ Switzerland
□ United Kingdom

Quelle: WHO GFA Datenbank 6/02

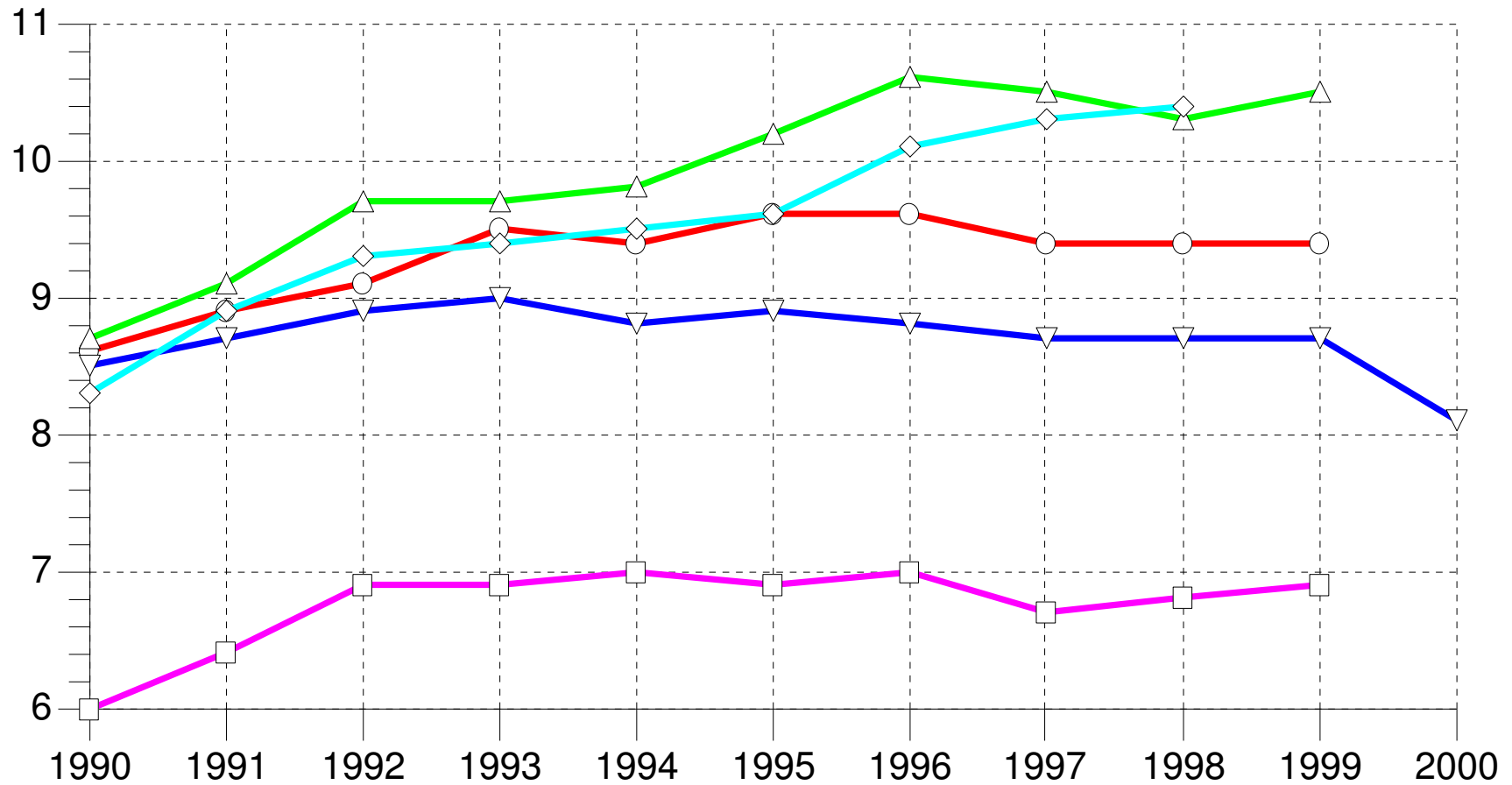
Gesundheitsausgaben pro Kopf (in USD Kaufkraftparität)



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

Quelle: WHO GFA Datenbank 6/02

Gesundheitsausgaben als % des Brutto-Inlands-Produktes



○ France
△ Germany
▽ Netherlands

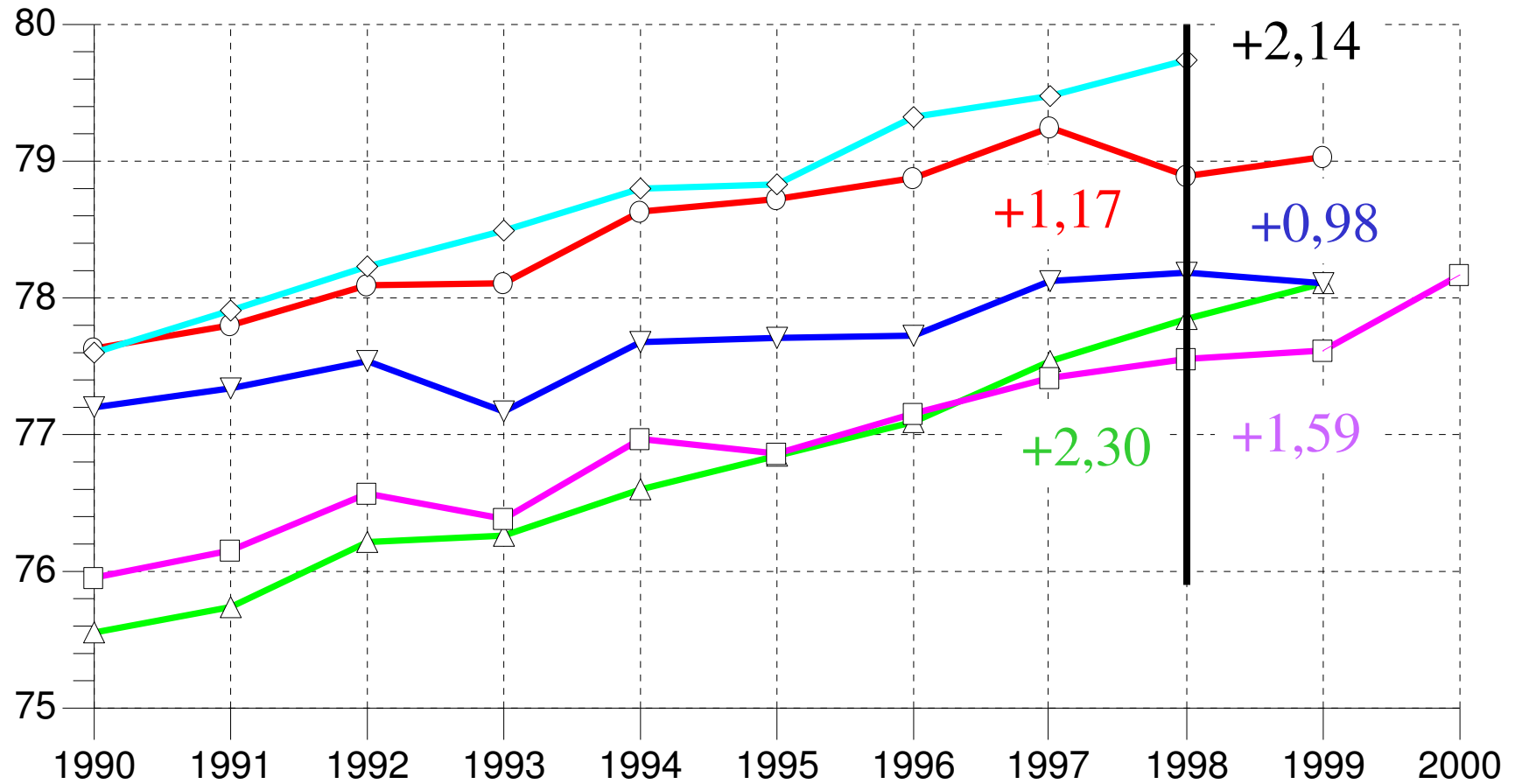
◇ Switzerland
□ United Kingdom

Quelle: WHO GFA Datenbank 6/02

Table 4.12 Growth of expenditure on health 1990-2000

	Real annual per capita growth (%): health expenditure	Real annual per capita growth (%): GDP	Difference between annual health expenditure and GDP growth (% points)
Ireland	6.6	6.4	0.2
Portugal	5.3	2.4	2.9
Spain	3.9	2.4	1.5
United Kingdom	3.8	1.9	1.9
Luxembourg	3.7	4.5	-0.8
Norway	3.5	2.8	0.7
Belgium	3.5	1.8	1.7
Austria	3.1	1.8	1.3
Greece	2.8	1.9	0.9
Switzerland	2.5	0.2	2.3
Netherlands	2.4	2.3	0.1
France	2.3	1.4	0.9
Germany	2.2	0.2	2.0
Denmark	1.7	1.9	-0.2
Italy	1.4	1.4	0.0
Finland	0.1	1.8	-1.7

Und als Ergebnis? Lebenserwartung bei Geburt (in Jahren)

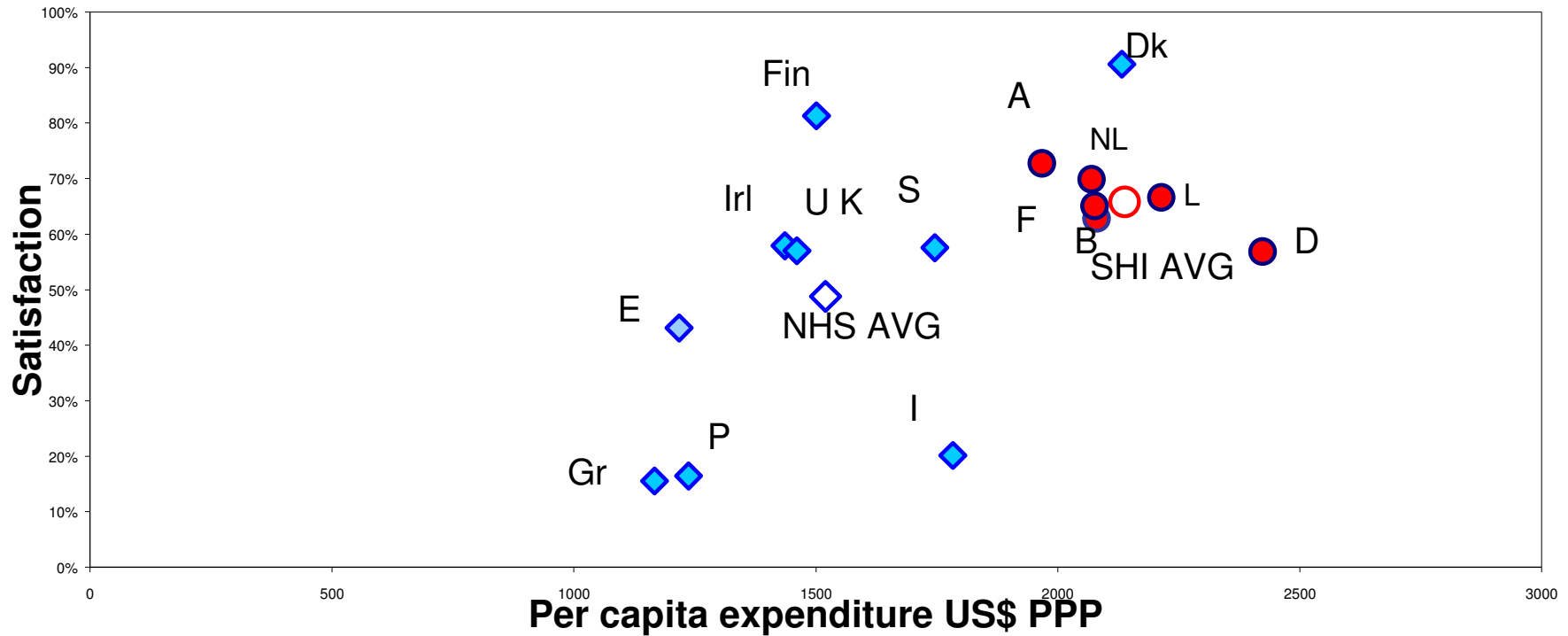


○ France
△ Germany
▽ Netherlands

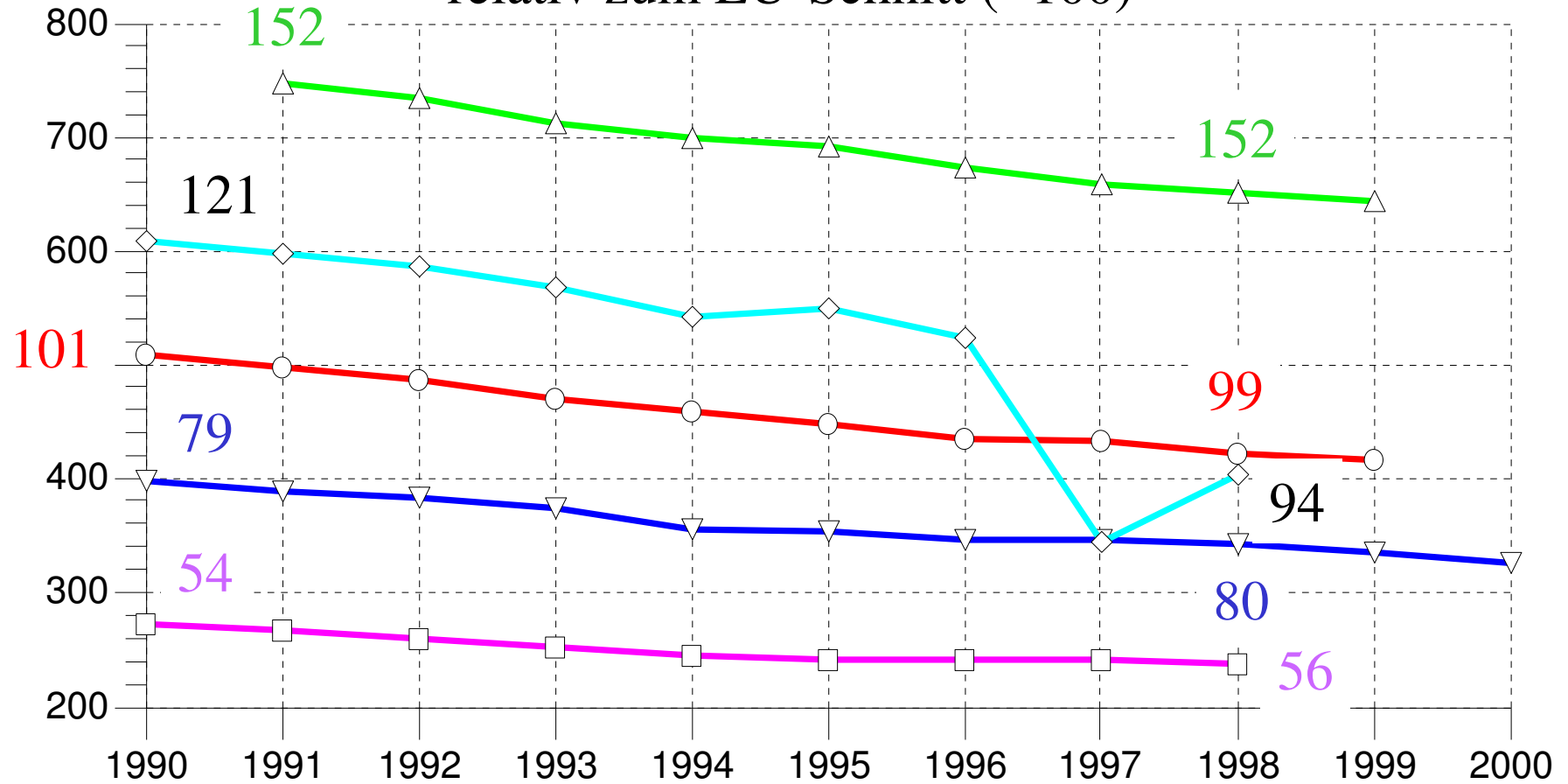
◇ Switzerland
□ United Kingdom

Quelle: WHO GFA Datenbank 6/02

Gesundheitsausgaben pro Kopf/ Zufriedenheit mit Gesundheitssystem



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



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

Quelle: WHO GFA Datenbank 6/02

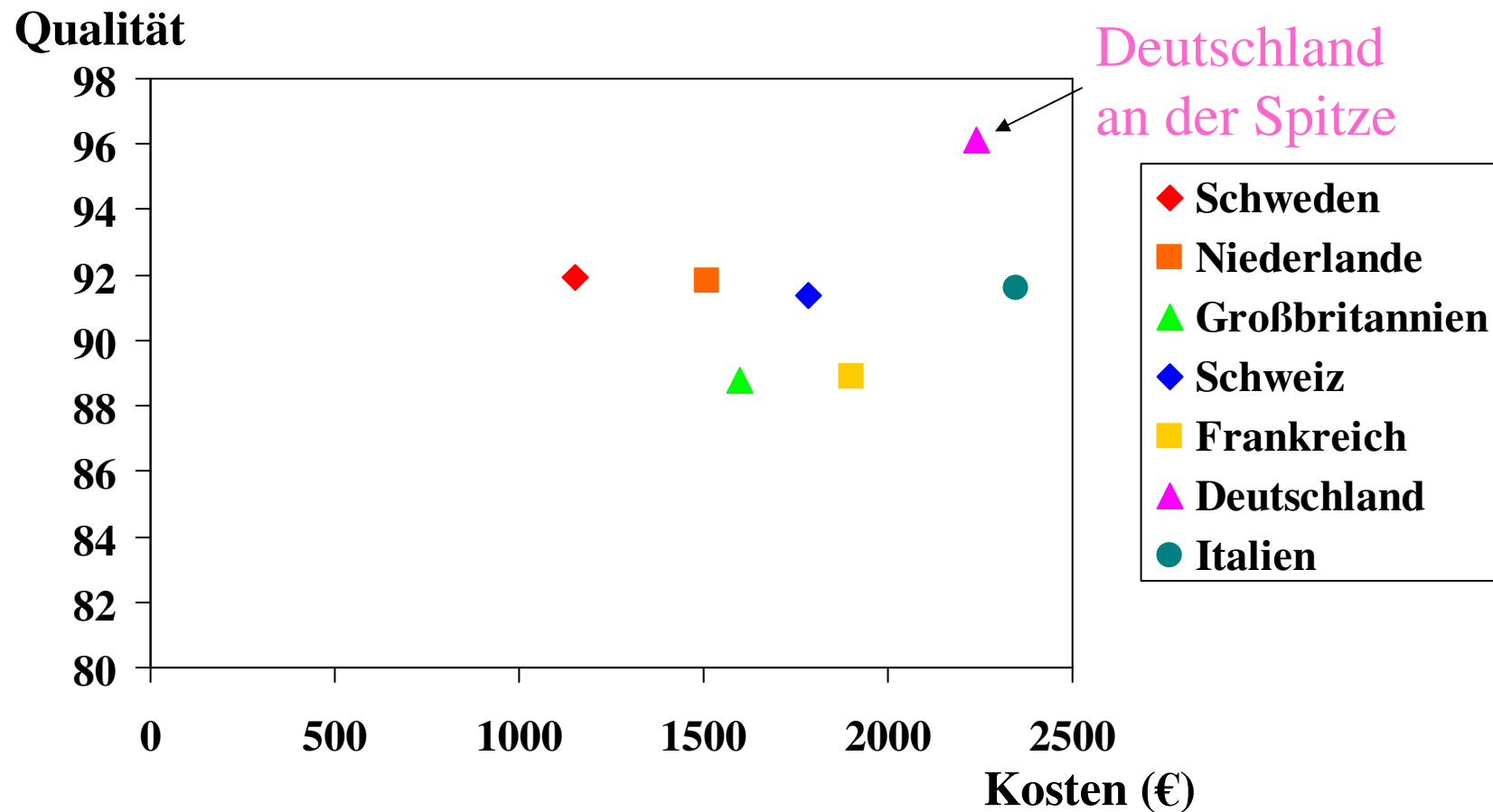
Wie beurteilen Patienten Krankenhäuser?

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

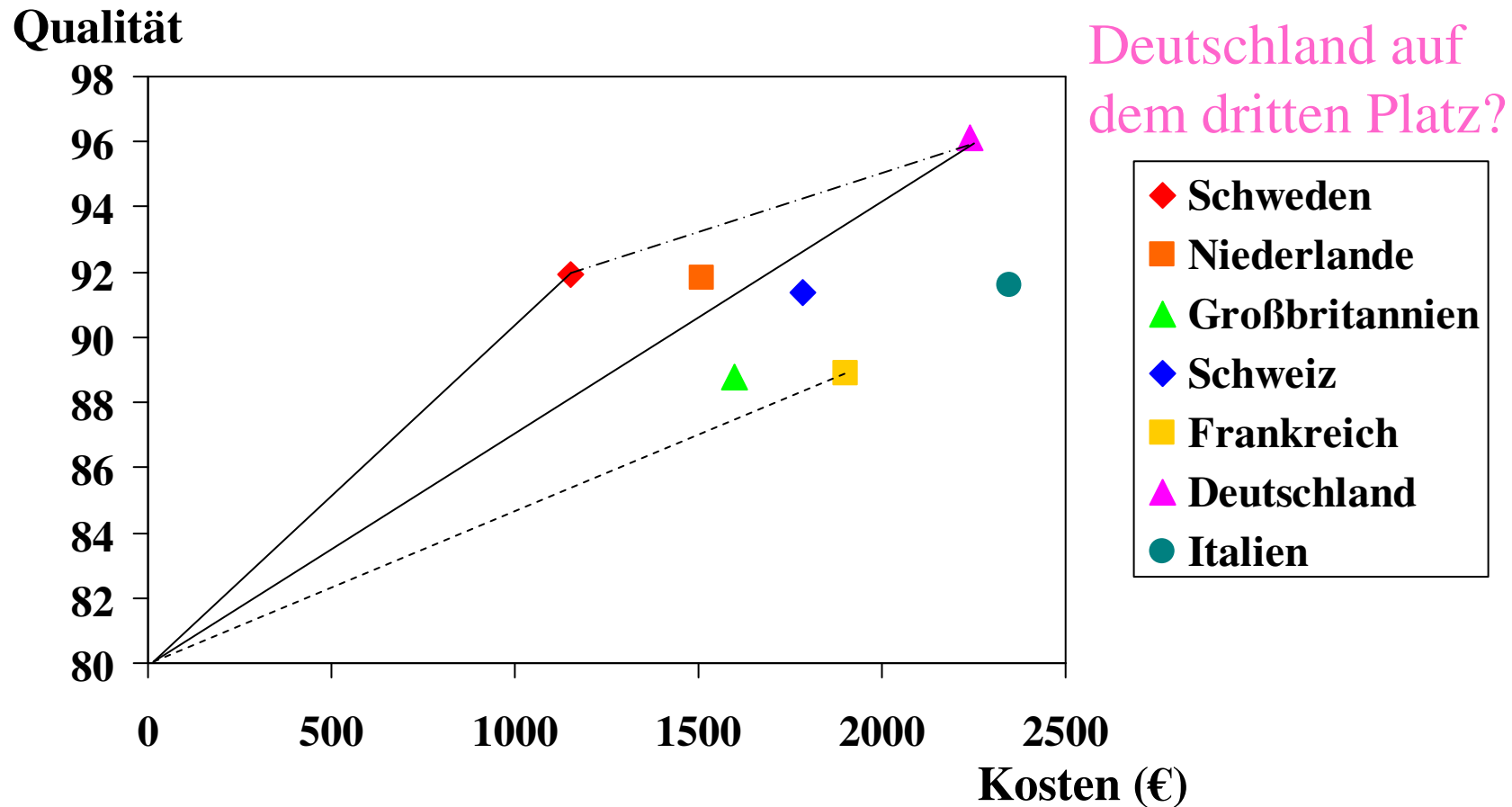
Wie sieht die akute Herzinfarktversorgung im Vergleich aus?



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

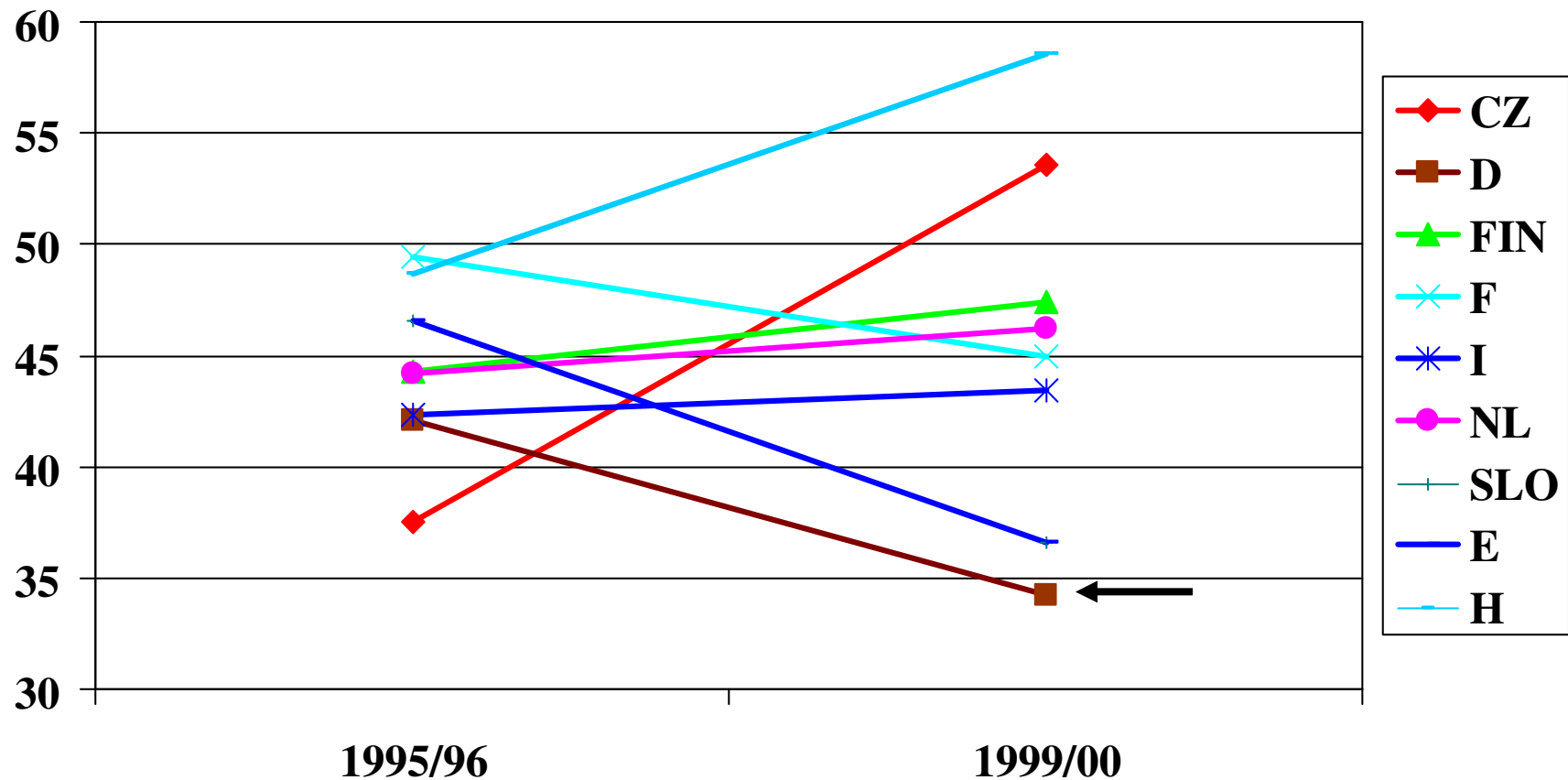
Und wenn die Kosten in Beziehung zur Qualität gesetzt werden?

„Kosten-Effektivität“



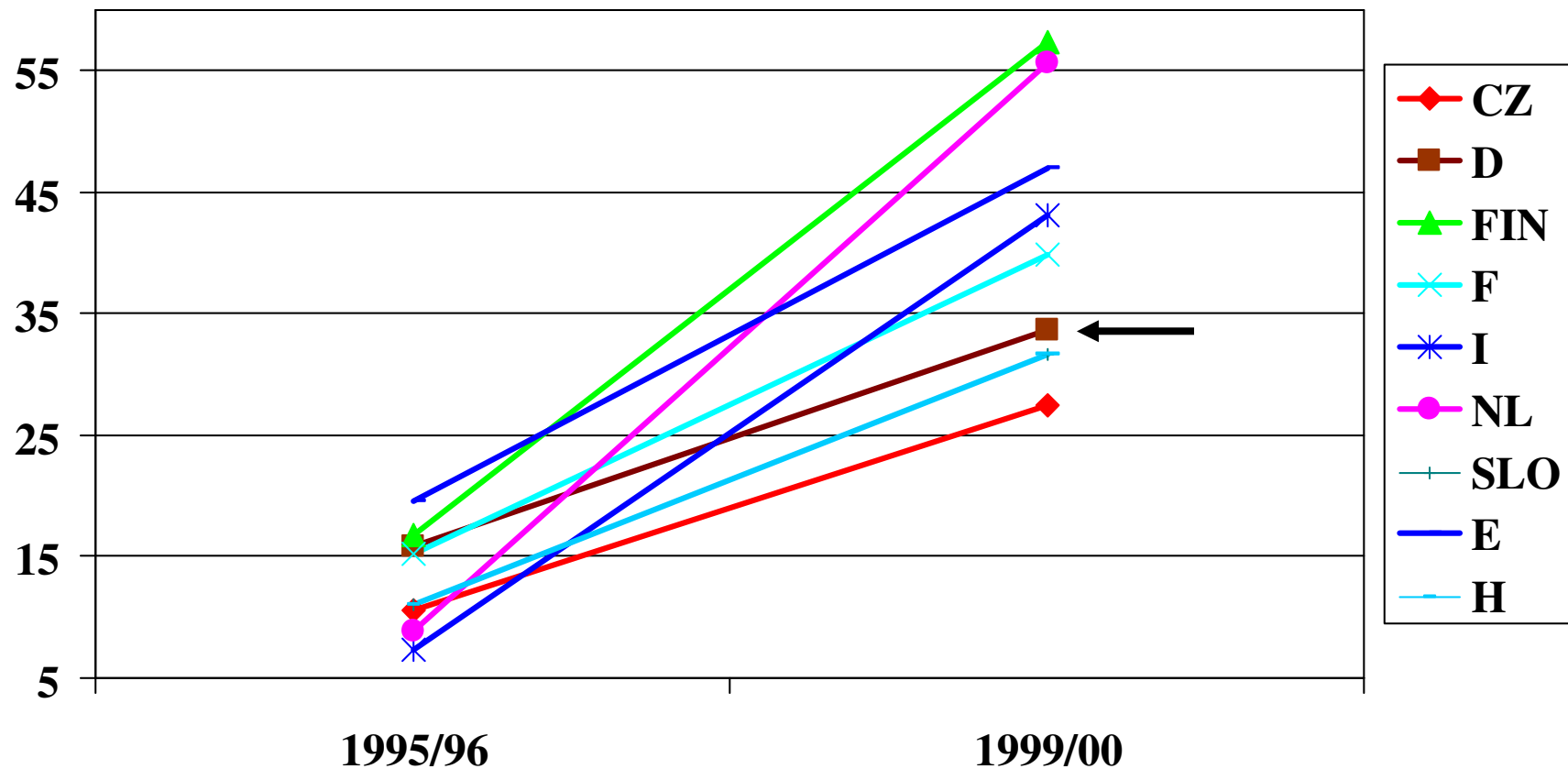
Daten: Gandjour et al. „European comparison of costs and quality ...“, Eur Heart J 2002; 23: 861

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

Im Gegensatz dazu: Patientenbeurteilung der Hausärzte

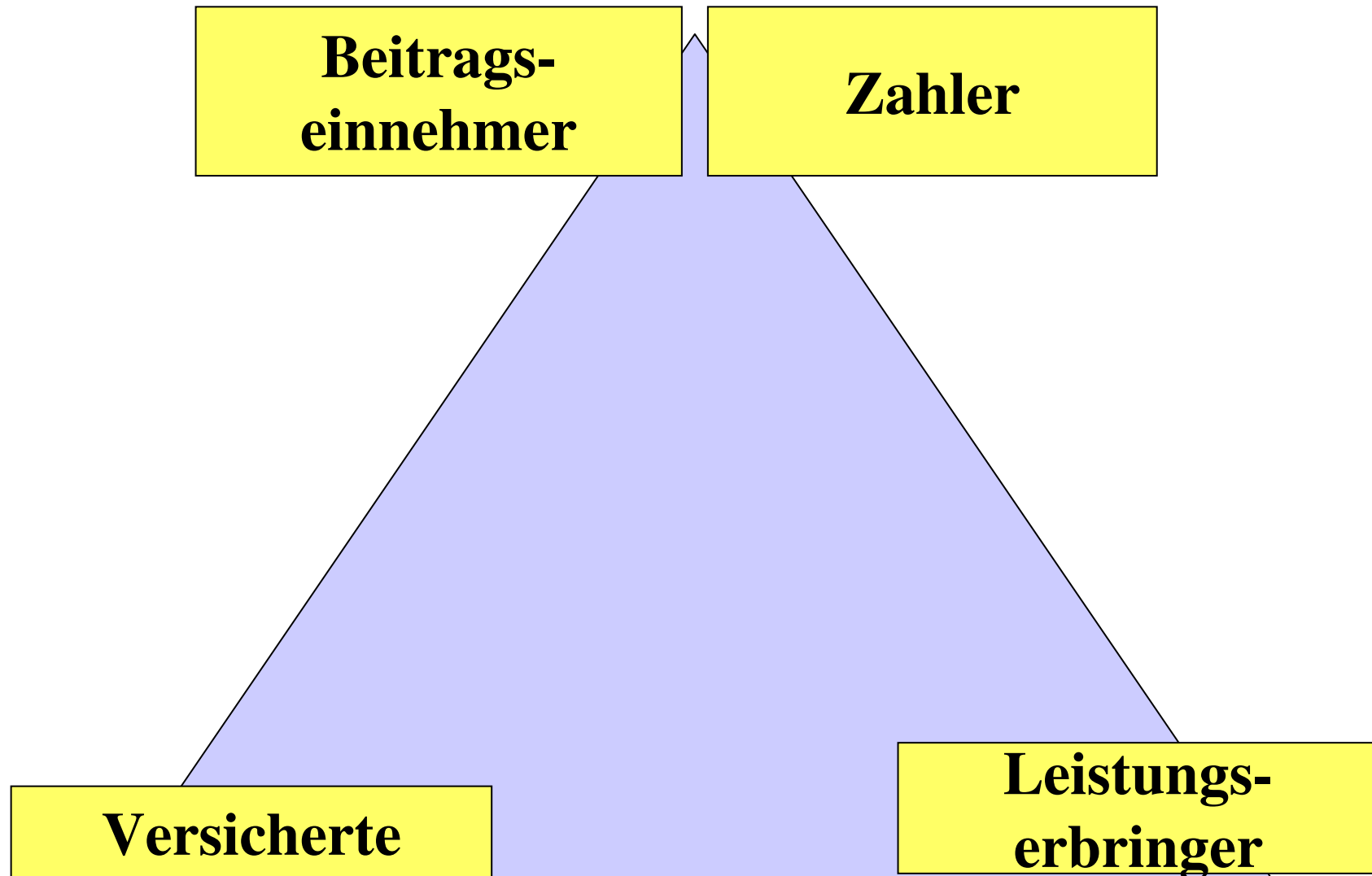
Internationales Ranking

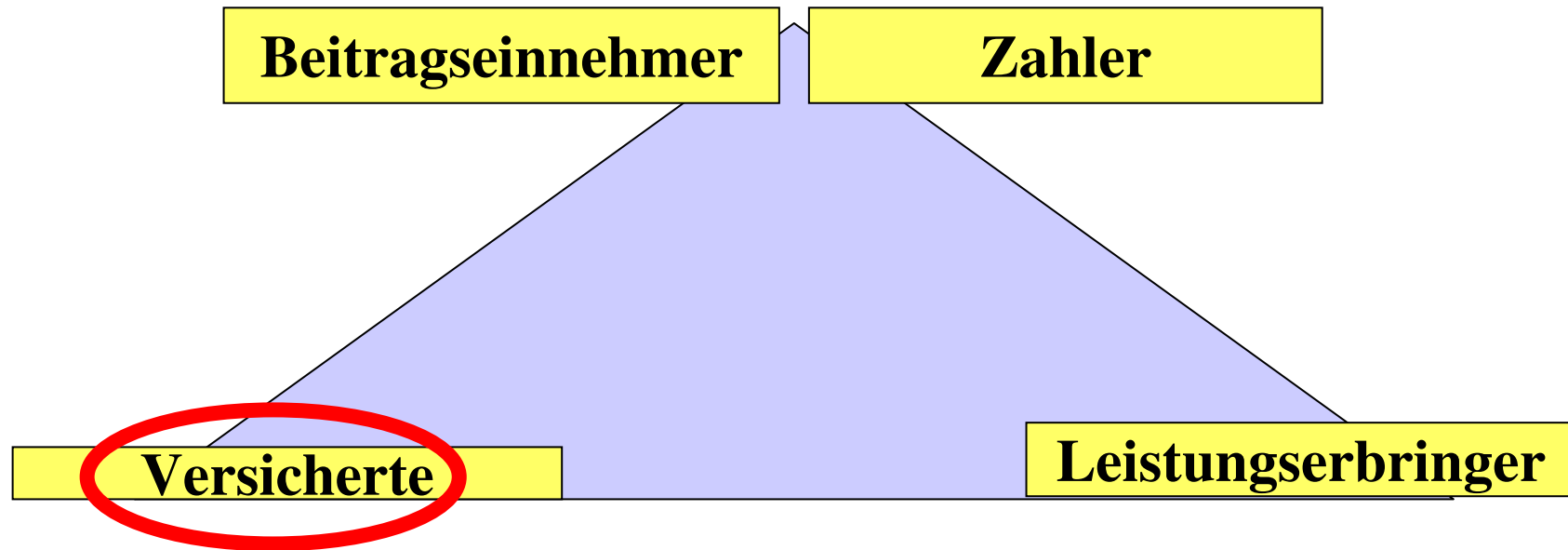
(Mittelwert aus 23 Items)

1. Schweiz 91%
2. Slowenien 89%
3. **Deutschland 88%** ←
4. Belgien 87%
5. Island 83%
6. Niederlande 80%
7. Schweden 78%
8. Norwegen 76%
9. Dänemark 74%
10. Großbritannien 72%

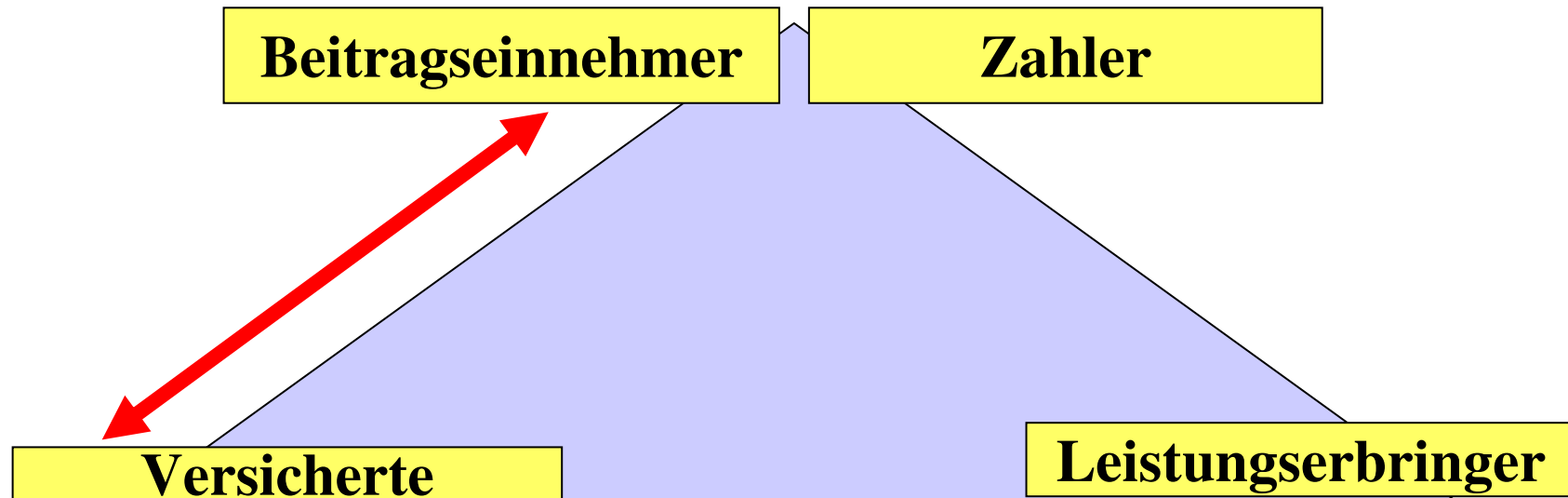
- überdurchschnittlich:
 - telefonische Erreichbarkeit der Praxis (+18%)
 - passende Termine (+11%)
 - den Arzt am Telefon sprechen (+11%)
 - Angebot an präventiven Leistungen (+8%)
 - schneller Service bei dringenden Problemen (+8%)
 - Freundlichkeit des Personals (+8%)
 - Wartezeit (+7%)

Was können wir von anderen lernen?

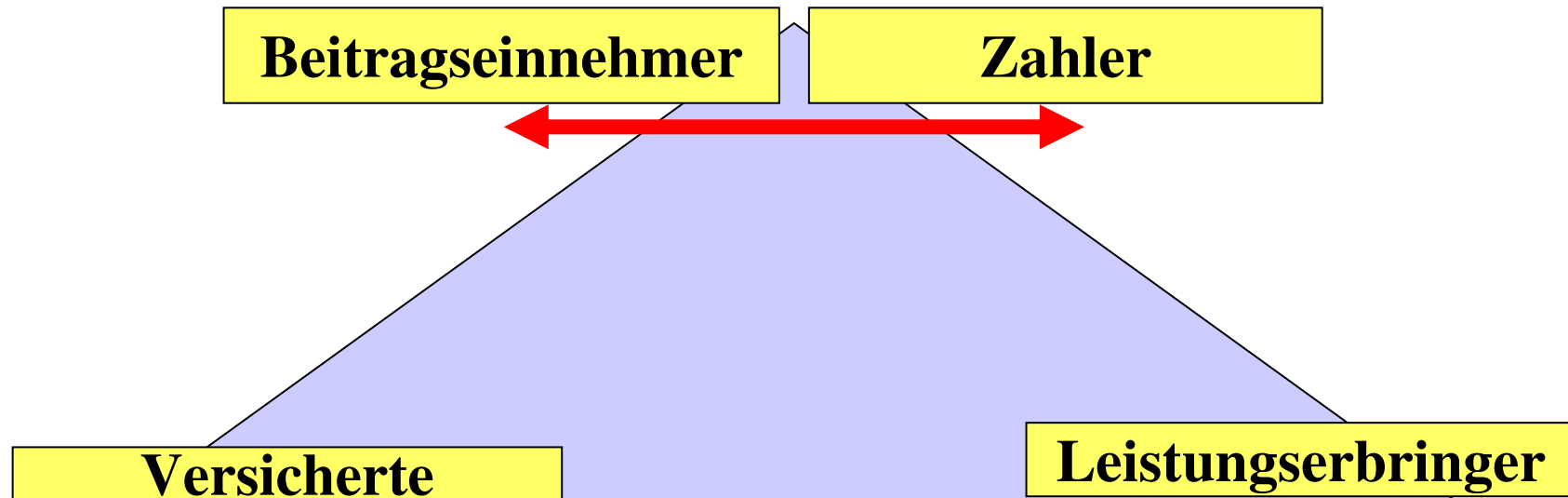




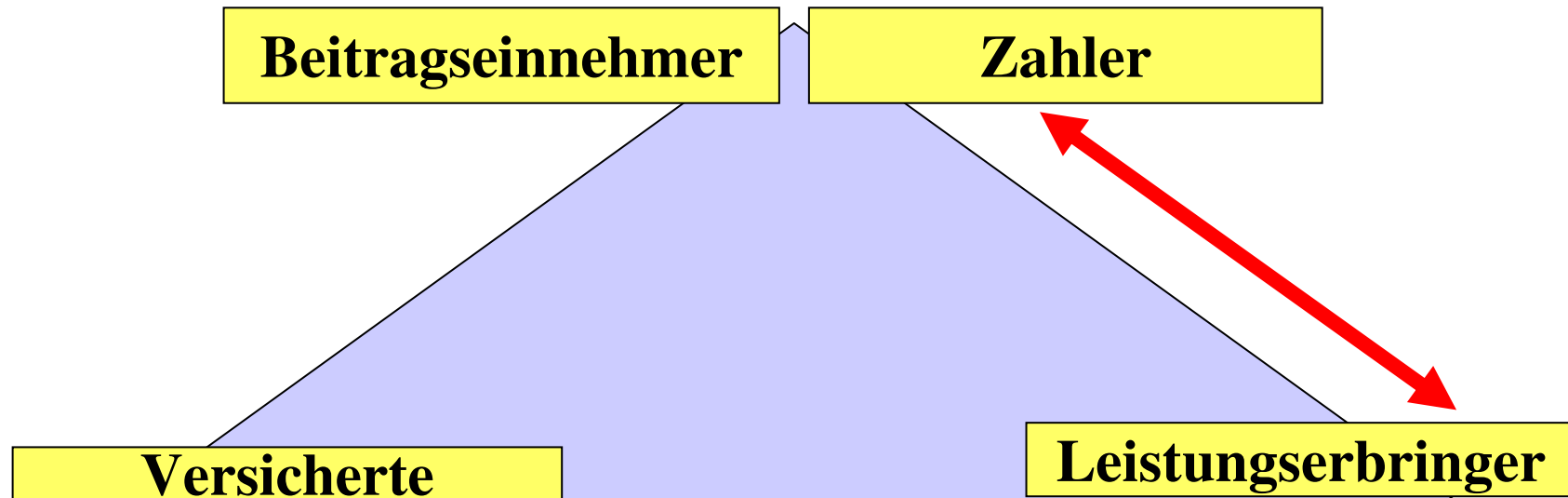
- Universeller Schutz in steuerbasierten Ländern die Regel (Skandinavien, Großbritannien, Spanien etc.)
- ... aber auch in Belgien (1998) und Frankreich (2000) –
GMG sieht hier deutliche Verbesserung vor



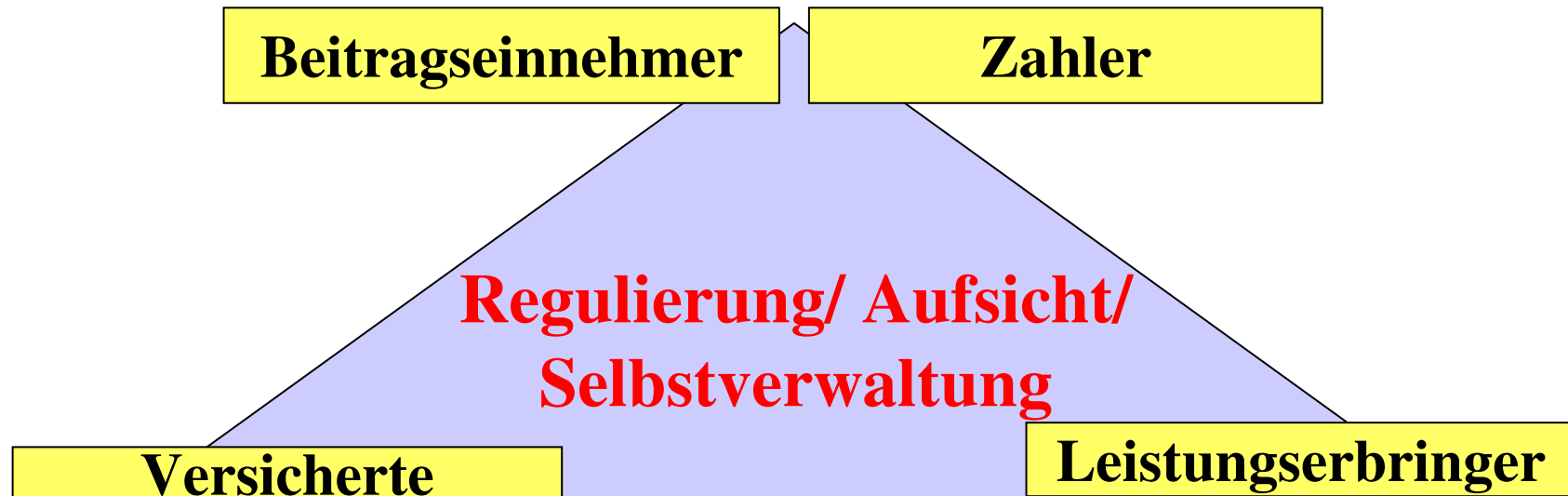
- Frankreich: Umstellung von Lohn-Beiträgen auf Steuer = Verringerung von 8,9% auf 8,25%
- Niederlande: Abgabe von Privatversicherten an GKV zwecks Risikoausgleich (*EU-Recht?*)
- Keine Beitragsmessungsgrenze in Belgien oder Frankreich



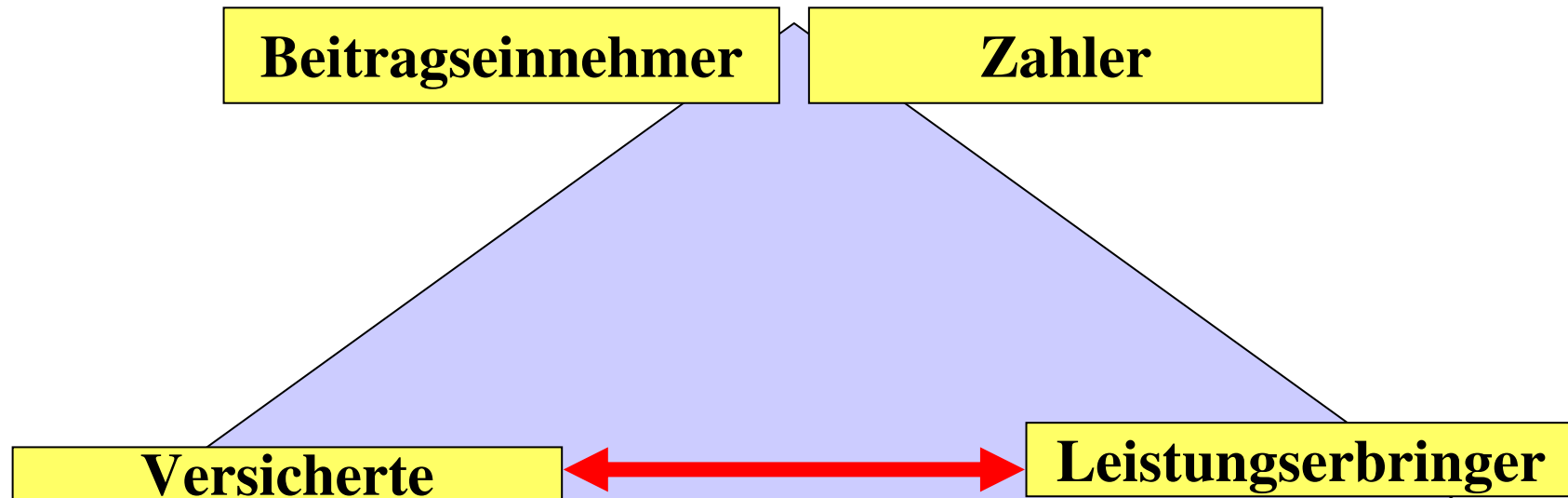
- Beitragseinnnehmer = Staat (Belgien, Frankreich, Niederlande) oder Kassenverband (Luxemburg); dadurch weniger Probleme bei Finanzallokation
- RSA in Belgien und Niederlande weniger weitreichend, d.h. stärker ausgleichend (z.T. Deckung von Ausgaben)



- Großbritannien: neue Strukturen durch PCTs (“Allgemeinärzte-KVen”) als Einkäufer
- Frankreich: ambulant Verträge Kassen – Ärzteorganisationen, stationär staatliche Steuerung
- Niederlande: Kassen nutzen Möglichkeit zu Selektivverträgen und Vergütungssenkung nicht.

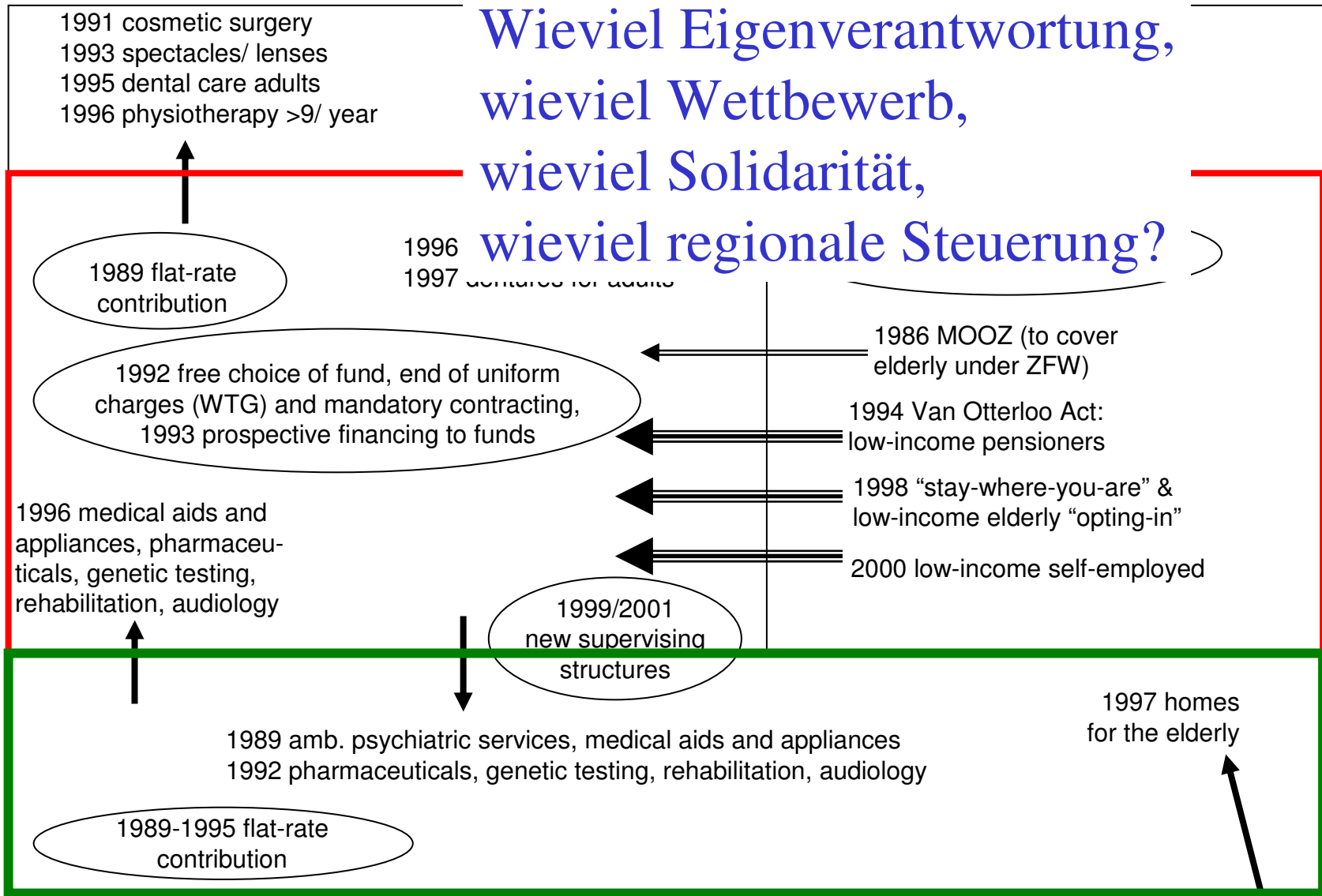


- Gemeinsame Selbstverwaltung a la Bundesausschüsse gibt es nirgendwo sonst!
- Frankreich: multilaterale Gremien (incl. Staat, Experten) entscheiden hinsichtlich 4. Hürde etc.
- Niederlande: Ersatz der gemeinsamen Kassenselbstverwaltung durch Supervisionsorgan



- Stärke der GKV-Systeme: Gatekeeping = effektiver, kostengünstiger und unpopulärer?
- Unterschiedliche Entwicklungen bei NHS: Schweden *mehr*, Grossbritannien *weniger* Wahl
- Einführung von Wahlleistungen: nur 3% aller Ausgaben für “3. Abteil” in den Niederlanden – *letzter Vorschlag: Ausgliederung von Hausarztleistungen*

Wieviel Eigenverantwortung, wieviel Wettbewerb, wieviel Solidarität, wieviel regionale Steuerung?



- ➡ benefits
- ≡➡ money
- ≡≡➡ beneficiaries

other reforms

(tax-financing)

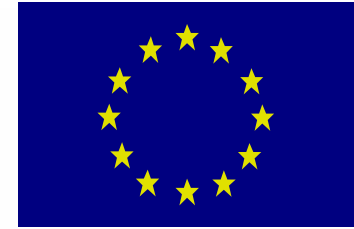


Und was hat die EU damit zu tun?

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?)

CHARTER OF FUNDAMENTAL RIGHTS OF THE EUROPEAN UNION



(2000/C 364/01)

Article 35

Health care

Everyone has the right of access to preventive health care and the right to benefit from medical treatment under the conditions established by national laws and practices. A high level of human health protection shall be ensured in the definition and implementation of all Union policies and activities.



... 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