



Prof. Dr. Stefan Greß
***Health Care Reform – Eine Perspektive aus
Deutschland***

Fachtagung zur Reform des amerikanischen und
deutschen Gesundheitssystems am 28. Mai 2010 in
Frankfurt



Überblick

1. Gemeinsamkeiten und Unterschiede
2. Systemsteuerung
 - Universalität von Krankenversicherungsschutz
 - Regulierung privater Krankenversicherungsmärkte
3. Nachfragesteuerung
 - Selbstbeteiligungen für Versicherte und Patienten
 - Wahlfreiheit für Versicherte und Patienten
4. Angebotssteuerung
 - Integration gesundheitlicher Versorgung
 - Versorgungsmanagement für chronisch Kranke



Gemeinsamkeiten

- Gesundheit: Kostenfaktor oder Wachstumsbranche?
 - Umgang mit medizinisch-technologischem Fortschritt
 - Kostenfaktor für Versicherte, Arbeitgeber und Patienten
 - Wachstumsfaktor für Gesundheitswirtschaft
- Haifischbecken Gesundheitspolitik
 - Hohe Durchdringung von Partikularinteressen
 - Unterschiede in der Schärfe der Auseinandersetzung
- Föderale Strukturen
 - Starke Repräsentation von Ländern bzw. Bundesstaaten
 - Erschwerung des „Durchregierens“ der Exekutive



Zufriedenheit insgesamt

<i>Das Gesundheitssystem</i> ...	<i>D</i>	<i>NL</i>	<i>CAN</i>	<i>GB</i>	<i>F</i>	<i>USA</i>
... funktioniert gut, sollte minimal verändert werden.	21%	42%	32%	38%	41%	20%
... benötigt fundamentale Veränderungen.	51%	46%	50%	48%	33%	46%
... muss komplett umstrukturiert werden.	26%	9%	16%	12%	23%	33%

Quelle: Schoen et al. 2008



Unterschiede

- Individualität vs. Solidarität
 - Risiko- und Einkommenssolidarität als hoher gesellschaftlicher Wert
 - Umfassende Krankenversicherung als gesellschaftlicher Kitt
- Rolle der Arbeitgeber in den USA
 - Bedeutende Rolle beim Einkauf von Krankenversicherungsschutz
 - Betrieblicher Fokus der „Sozialpartnerschaft“
- Steuerung der gesundheitlichen Versorgung
 - Starker Fokus auf Mikro- und Makro-Ebene in den USA
 - Starker Fokus auf Meso-Ebene in Deutschland



Universalität von Krankenversicherungsschutz

- Krankenversicherung ist nicht automatisch universell
- Ökonomische Begründung für Versicherungspflicht
 - Umverteilung von guten Risiken zu schlechten Risiken
 - Wahlrecht ermöglicht individuelle Optimierungskalküle
 - Nichtversicherte induzieren hohe gesellschaftliche Kosten
- Überwachungs- und Sanktionsmechanismen
- Recht auf Nichtversicherung höhlt Universalität und Nachhaltigkeit des Krankenversicherungsschutzes aus



Regulierung privater Krankenversicherungsmärkte

- Private Krankenversicherungsmärkte sind per se instabil
 - Informationsasymmetrie zwischen Versicherer und Versicherten
 - Adverse Selektion entscheidender Grund für Instabilität
- Stabile private Märkte sind umfassend reguliert...
 - Verbot des Ausschlusses von Vorerkrankungen
 - Kontrahierungszwang
- ... und versichern nur einen Teil der Bevölkerung
 - Gruppenverträge mit Arbeitgebern in den USA
 - Gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland



Finanzielle Zugangsbarrieren

	<i>D</i>	<i>NL</i>	<i>CAN</i>	<i>GB</i>	<i>F</i>	<i>USA</i>
Arzneimittelverordnung aus Kostengründen nicht oder nur teilweise eingelöst	12%	3%	18%	7%	13%	43%
Auf Arztbesuch aus Kostengründen verzichtet	15%	3%	8%	4%	11%	36%

Quelle: Schoen et al. 2008



Selbstbeteiligungen für Versicherte und Patienten

- Vorteile der GKV:
 - Vergleichsweise geringe finanzielle Zugangsbarrieren
 - Schutz vor finanzieller Überforderung
- Gefahr für die GKV: Ausweitung von Selbstbeteiligungen
- Hoher Eigenanteil für Versicherte in den USA
- Hintergrund: Eigenverantwortung und Steuerungsfunktion
- Aber: Steuerung durch Selbstbeteiligungen funktioniert nicht
 - Informationsasymmetrie zwischen Patient und Leistungserbringer
 - „Squeezed Balloon“ Effekt
 - Finanzielle Überforderung auch versicherter Personen



Wahlfreiheit für Versicherte und Patienten

- USA: Wenig Wahlfreiheit
 - Viel marktwirtschaftliche Rhetorik
 - Eingeschränkte Wahlmöglichkeiten für Versicherte
 - Eingeschränkte Wahlmöglichkeiten für Patienten
- Deutschland: Viel Wahlfreiheit
 - „Socialized Medicine“
 - Nahezu uneingeschränkte Wahlmöglichkeiten für Versicherte
 - Nahezu uneingeschränkte Wahlmöglichkeit für Patienten
- Trend zur Konvergenz: Wahlmöglichkeiten für Versicherte ausbauen – Wahlmöglichkeiten für Patienten mehr steuern



Schnittstellenmanagement

	<i>D</i>	<i>NL</i>	<i>CAN</i>	<i>GB</i>	<i>F</i>	<i>USA</i>
Keine Anweisungen, nach welchen Symptomen Ausschau gehalten werden soll	29%	24%	20%	26%	37%	12%
Schlechte Entlassungskoordination allgemein	61%	51%	50%	50%	71%	38%

Quelle: Schoen et al. 2008



Integration gesundheitlicher Versorgung

- In beiden Ländern Ansätze zur Überwindung der Sektoren
 - USA: eher durch Kostenanstieg getrieben
 - D: eher durch Qualitätsdefizite getrieben
- Integration von Finanzierung und Leistungserstellung
- Entwicklung sektorübergreifender Vergütungssysteme
- Steuerung auf der Meso-Ebene wirkt stabilisierend...
- ... aber auch blockierend
 - Selbstverwaltung zementiert Sektoren
 - Höhere Dynamik durch Steuerung auf der Mikro-Ebene



Versorgungsmanagement

	<i>D</i>	<i>NL</i>	<i>CAN</i>	<i>GB</i>	<i>F</i>	<i>USA</i>
Diabetiker: Fußuntersuchung im vergangenen Jahr	47%	67%	53%	80%	41%	61%
Regelmäßige Unterstützung durch Krankenschwester	13%	29%	22%	48%	26%	33%

Quelle: Schoen et al. 2008



Versorgungsmanagement für chronisch Kranke

- Ursprung des Chronic Care Modells in den USA
 - Leitlinienorientierung
 - Finanzielle Anreize und Organisation der Versorgung
 - Arbeitsteilung zwischen Professionen
 - Selbstmanagement der Patienten
 - Einbeziehung der Umwelt des Patienten
- Hohe Popularität in Europa
- Deutliche Fortschritte bei der Versorgung chronisch Kranker in Deutschland



Schlussfolgerungen aus deutscher Sicht

- Vergleich von zwei unterschiedlichen Systemen sinnvoll
- Universeller Krankenversicherungsschutz kein Automatismus
- Regulierung privater Versicherungsmärkte zwingend
- Eingeschränkte Steuerungsfunktion von Selbstbeteiligungen
- Hohe Bedeutung von Wahlfreiheit auf Versicherungsmärkten
- Ideentransfer aus den USA
 - Integration gesundheitlicher Versorgung
 - Versorgungsmanagement chronisch Kranker