

Cornelia Heintze

Gesundheit als öffentliches Gut oder Gesundheit als Ware?

Die Logik des Systems ist entscheidend für das,
was hinten rauskommt

Vortrag am 11. Juli 2015
auf der Symposium
“Gesundheitsversorgung der Zukunft“
Die LINKE, der BAG Gesundheit und Soziales

1) Gesundheitssysteme folgen dem wohlfahrtsstaatlichen Rahmen

- Gleiche Ziele, aber unterschiedliche Systemwelten
- Trends bei den Herausforderungen
- Drei Grundtypen und ihre Hauptmerkmale
- Gesamtausgaben und ihre Verteilung nach öffentlich und privat (2012)
- Krankenhauspflege im europäischen Vergleich
- Wartezeitenproblem in staatlichen Systemen - Lösungswege


2) Outcome anhand zentraler Indikatoren

- Blick auf zentrale Gesundheitsindikatoren - ein knapper Überblick
- Relation von gesunden Lebensjahren zu Lebenserwartung bei Älteren
- Multiresistenzproblem – die europäische Landkarte
- Die Entwicklung nationaler Demenzstrategien – die europäische Landkarte

Schlussbemerkung: Hohe Ausgaben, mittlere Leistungen - Warum scheitert Deutschland an seinen Hauptproblemen?

Was soll das Gesundheitssystem leisten?

- **Bedarfsprinzip:** Gleicher Zugang für alle (Medizinische und nicht-medizinische Leistungen unabhängig von Einkommen und Vermögen)
- Hohes Niveau der Volksgesundheit
- **Faire Finanzierung; ausgewogene Verteilung**
- Patientenorientierung (sogenannte Responsivität)
- **Kosteneffizienz** bei der Zielerreichung
- Beschäftigungsrelevanz und gute Arbeitsbedingungen (keine Polarisierung von Arbeitsbedingungen)
- Fähigkeit, neue Herausforderungen gut zu bestehen



Allgemeine und konkrete Gesundheitsziele:

- Hohe Lebenserwartung
- Lange Lebensspanne ohne schwere Erkrankungen
- Minimierung der Ungleichheit nach Einkommen/Bildung
- Begrenzung von Gesundheitsrisiken (Rauchen, Alkohol, ungesunde Ernährung, negativer Stress)

Welche neuen Herausforderungen? Trends

1. Änderung der Alterspyramide/demographischer Wandel

Wachsender Anteil alter und hochaltriger Menschen verlangt nach Konzepten mehr der Pflege und Betreuung aus einer Hand als der Medizin/Fachmedizin (Bedeutung sozialer Dienste wächst)

2. Paradigmenwechsel bei Krankheitsbildern

Zunahme psychosozialer Erkrankungen und von Erkrankungen mit chronischen Verlauf
Rückkehr gewisser Infektionserkrankungen

3. Neue Probleme durch multiresistente Keime

Integrative Ansätze sind gefordert (Massive Reduktion des Antibiotikaeinsatzes in der Tiermast und beim Menschen; Ganzheitliche Hygiene in Kliniken.....)

4. Zunahme der Gesundheitsungleichheit

- Gesundheitsarmut bei Kindern aus sozial benachteiligtem Milieu (ungesunde Wohnverhältnisse; milieubedingt ungesunder Lebensstil...)
- Ungleichheit wird verstärkt durch soziale Segregation und die wachsende Ungleichheit bei der Einkommens- und Vermögensverteilung
- In einigen Ländern deutet sich bei den jüngeren Alterskohorten an, dass die Lebenserwartung nicht mehr durchgängig steigt, beim untersten Teil der Einkommenspyramide sogar sinkt.

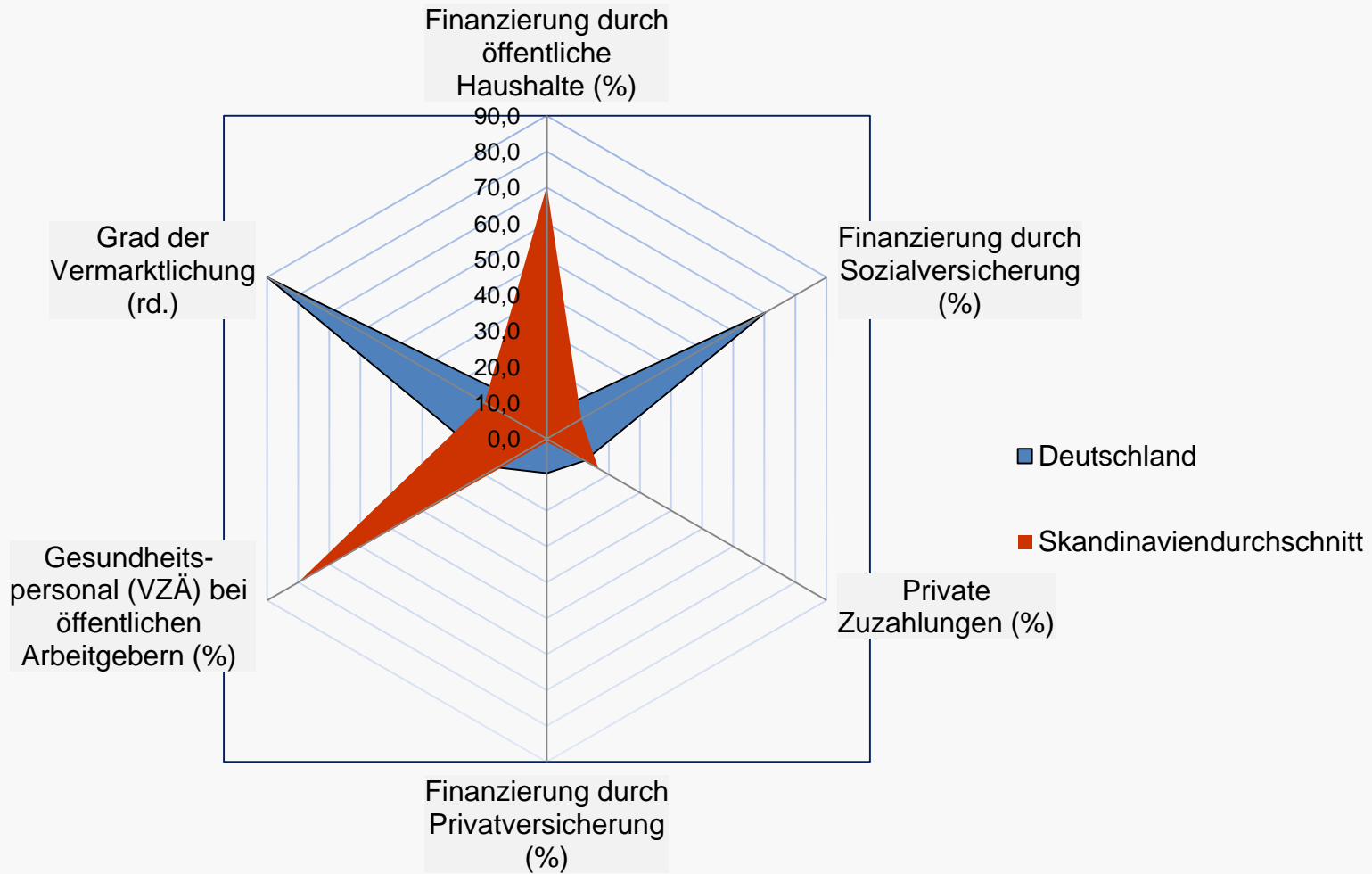
	USA	Deutschland	Nordische Länder	Großbritannien
Grundtyp	Markt dominiert, Staat kompensiert mit öffentlichen Zuschüssen zu privaten Versicherungen (Versicherungspflicht, aber für Erwerbstätige keine gesetzliche Kasse)	Sozialversicherungssystem; Selbstverwaltung von Kassen und Leistungserbringern: Mischsystem (primär öffentliche Finanzierung; primär private Leistungserbringung)	Öffentlicher Gesundheitsdienst (öffentliche Leistungserbringung und Finanzierung; Privatsystem als Ergänzung); Entwicklung geht aber zunehmend auseinander	Staatliches System – National Health Service mit wachsender privater Leistungserbringung (durch PPP-Modelle massiv unter Druck)
Versorgungsschutz; Finanzierung	Öffentliche Versicherung nur für Ältere (Medicare) und sozial Schwache (Medicaid), mehr als 11% der Bevölkerung sind weiter unversichert (Stand 2015) Finanzierung: 52% privat; 48% öffentlich	<ul style="list-style-type: none"> ■ Gesetzl. Versicherung für rd. 75% der Bevölkerung (Versicherungspflichtgrenze) ■ > 10% der Bevölkerung sind privat vollversichert ■ >100.000 Menschen sind unversichert ■ Zu 75% öffentl. finanziert 	Steuerfinanziert mit Recht auf gleichen Zugang: 1) Primärversorgung: Hausarztmodelle (DK, NO) Kommunale Gesundheitszentren (FI, IS, SE) 2) Sekundärversorgung: Regionale (DK, FI, SE) oder Staatliche (NO, IS) Krankenhäuser	Steuerfinanziert mit Recht auf gleichen Zugang für alle; Privatversicherungen ergänzend
Hauptprobleme	Extrem teuer mit zugleich schlechtem Outcome für die Bevölkerung insgesamt; Gute Versorgung für Reiche und für Ältere im Rahmen des öffentlichen Teilsystems von Medicare	Missverhältnis zwischen relativ hohen Ausgaben und durchschnittlichem Outcome; Gleichzeitigkeit von Über- und Unterversorgung mit massiven Schnittstellenproblemen; Keine Steuerung in Richtung Qualität und integrierter Leistungserbringung	Strategien von Wettbewerb + Vermarktlichung (SE als „Vorreiter“) haben die Fähigkeit zur integrierten Leistungserbringung geschwächt.	NHS als politische Kampfzone; Tories versuchen das System durch die Verknappung öffentl. Mittel zu schwächen. Hohe Wartezeiten

Grobe Systemprofile: Deutschland und Skandinavien

Daten von 2012/2013

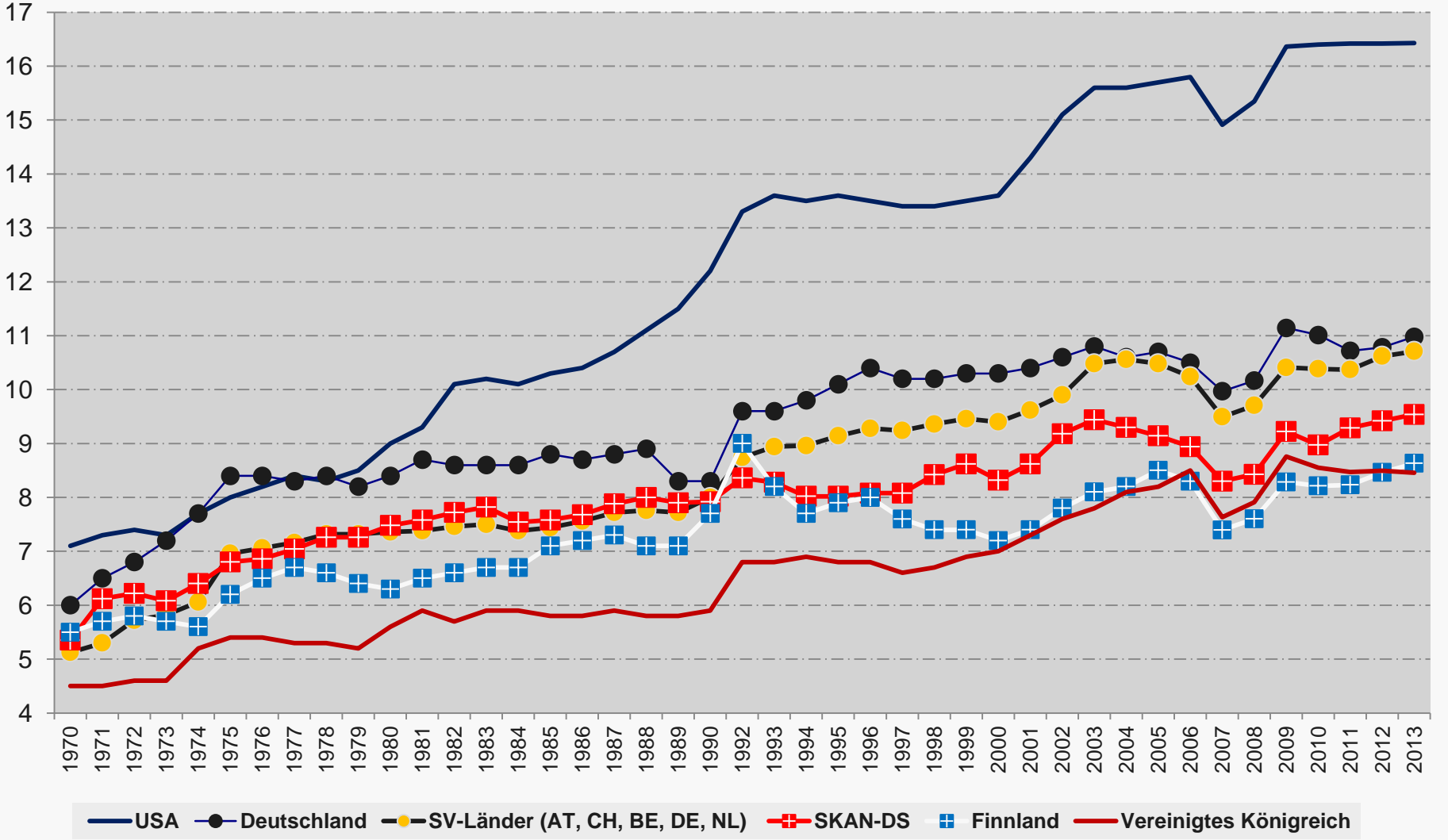
•Dr. Heintze

BERATUNG
COACHING



Quellen: OECD Health Data; Beschäftigte: Amtliche Statistik mit Update 2015

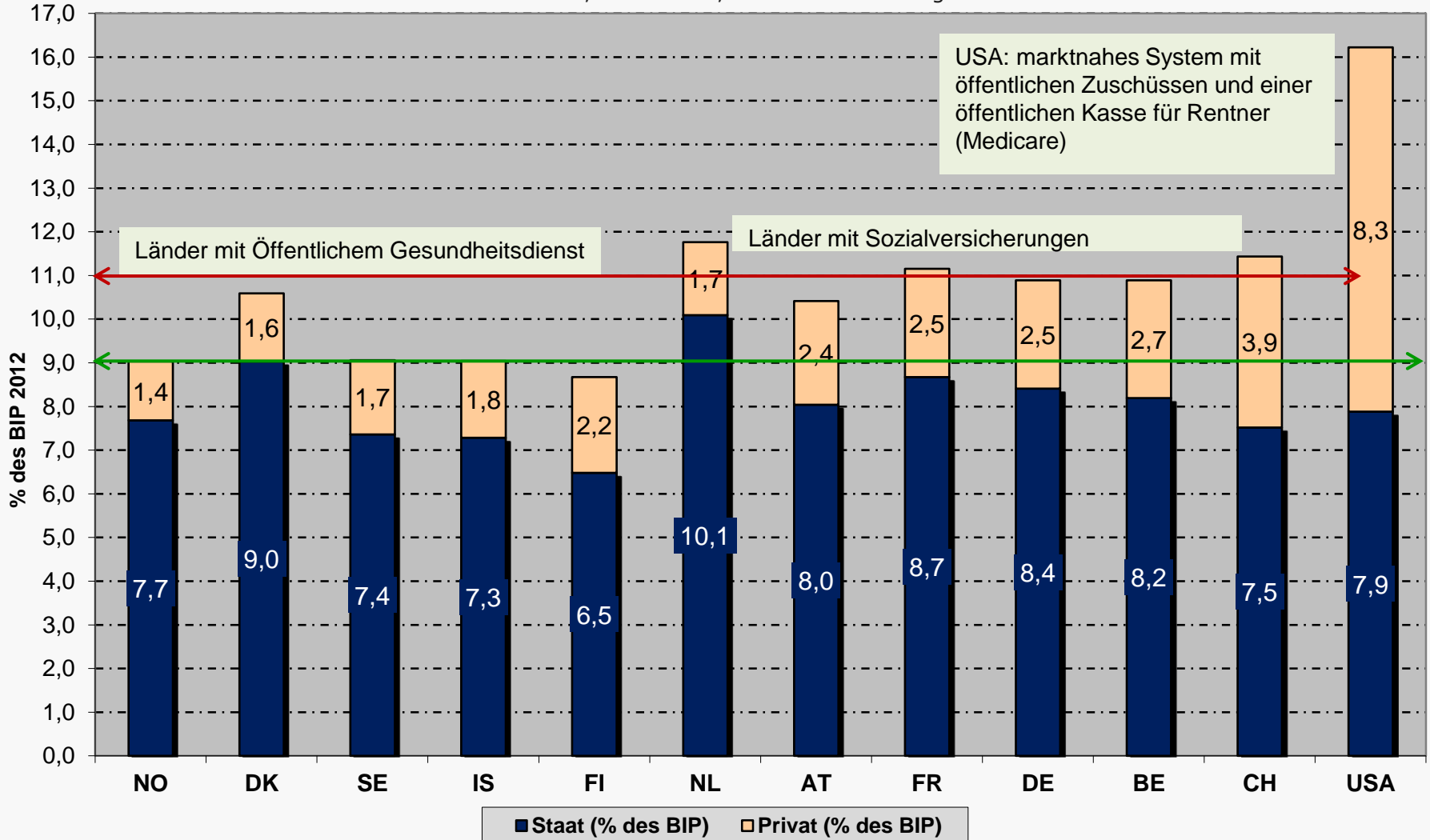
Laufende Gesundheitsausgaben (öff + pri) in der langen Frist (% des BIP)



OECD: OECD Health Data bis 2015 (Current expenditure on health care - all functions)

Gesundheitsausgaben nach öffentlicher und privater Trägerschaft 2012 (% des BIP)

Keine Eurostat-Daten für UK. OECD 2014: 9,3% des BIP, staatl. Finanzierungsanteil bei 84%



Eurostat; Ausgaben der Leistungserbringer der Gesundheitsversorgung nach Kostenträgern der Gesundheitsversorgung - % [hlth_sha3p]; Update vom 11.05.2015

Deutschland als Schlusslicht bei der pflegerischen Personalausstattung

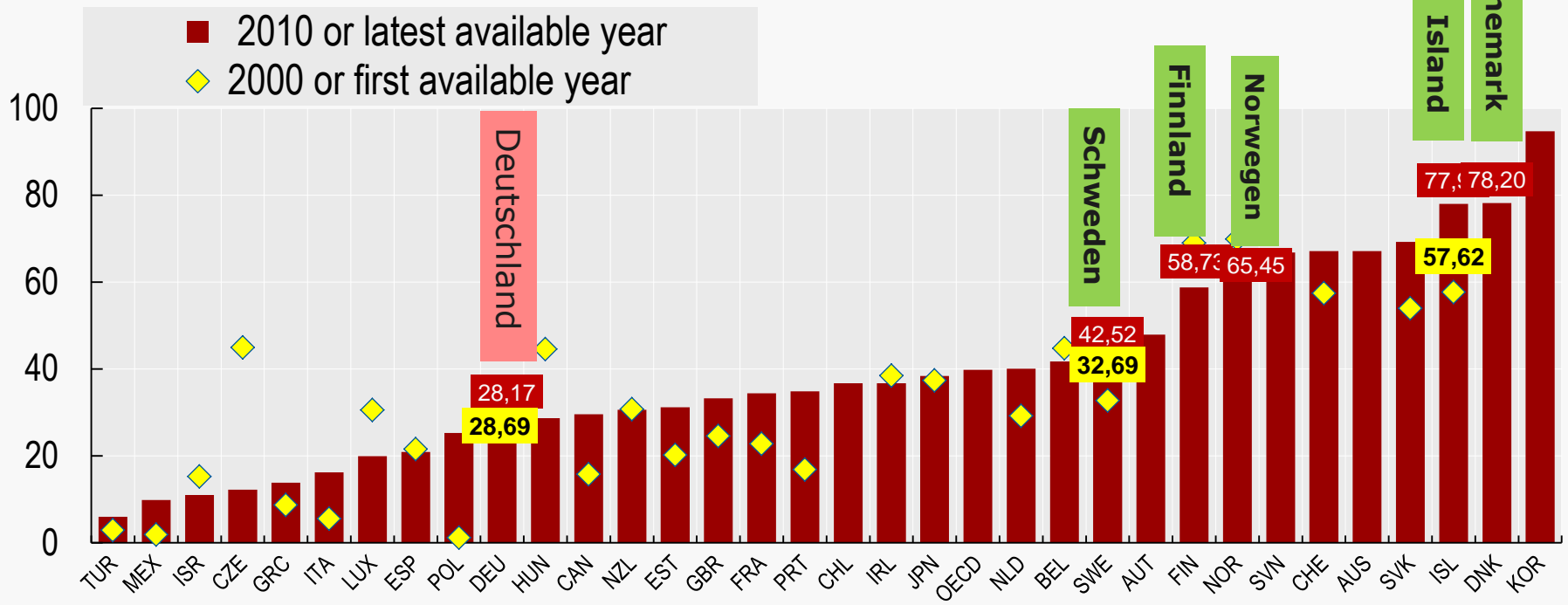
Relation von Patienten zu Pflegepersonal (Akutpflege in Kliniken): 12 europäische Länder im Vergleich („Nurse Forecasting Projekt“ (RN4CAST) 2009 bis 12/2011)

Land	Rang	Patienten pro Pflegefachkraft	Patienten pro Pflege- und Betreuungspersonal	Anzahl untersuchter Kliniken
Norwegen	1	5,4	3,3	35
Irland	2	6,9	5,0	30
Niederlande	3	7,0	5,0	28
Schweden	4	7,7	4,2	79
Schweiz	5	7,9	5,0	35
Finnland	6	8,3	5,3	32
England	7	8,6	4,8	56
Griechenland	8	10,2	6,2	24
Polen	9	10,5	7,1	30
Belgien	10	10,7	7,9	67
Spanien	11	12,6	6,8	33
Deutschland	12	13,0	10,5	49

Quelle: Aiken et al. 2012: Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care, Tab. 3
 BMJ 2012;344:e1717 doi: 10.1136/bmj.e1717 (Published 20 March 2012)

Keine Verstärkung der Fachkräfteausbildung trotz Fachkräftemangel in Deutschland

Neu examinierte Krankenpflegefachkräfte auf 100.000 Einwohner



Quelle: OECD 2012: Nursing graduates, update 19.12.12

Das Problem der Wartezeiten in staatlichen Gesundheitssystemen – die skandinavische Antwort

Land	Regelung	Ergebnisse
Dänemark/ Norwegen/ Island	<ul style="list-style-type: none"> ■ Wartezeitgarantie DK: Bei Wartezeiten von mehr als 2 Monaten auf Termin in ausgewählter Klinik; Recht auf Behandlung in Privatkliniken oder im Ausland (seit 1. Juli 2002); Kommunen übernehmen alle Kosten ■ Patientenrechte (sehr umfassend in Norwegen) 	<p>☺ Wartezeiten sind deutlich zurückgegangen; Ausgaben aber gestiegen</p> <p>Kooperationsverträge mit ausländischen Kliniken</p>
Finnland	<ul style="list-style-type: none"> ■ Wartezeitgarantie ■ Einführung des Hausarztssystems (integriert in die kommunalen Gesundheitszentren) ■ Priorisierung seit 2005: Behandlungsleitlinien für 193 Krankheiten zusammen mit Behandlungsgarantien ■ Patientenrechte (umfassend) 	<p>☺ Wesentlicher Rückgang der Wartezeiten (1 - 2 Tage)</p> <p>☺ Verbesserung der Behandlungsqualität</p>
Schweden	<ul style="list-style-type: none"> ■ Wartezeitgarantie (Max. Wartezeit von 3 Monaten bei planbaren Operationen erst seit 2005); vorher Versuch, Problem durch Privatisierung zu lösen ■ Patientenrechte (umfassend) ■ Priorisierung mit anderem Ansatz als in FI 	

Block 2

Outcome anhand zentraler Indikatoren

- Blick auf zentrale Gesundheitsindikatoren - ein knapper Überblick
- Relation von gesunden Lebensjahren zu Lebenserwartung bei Älteren
- Multiresistenzproblem – die europäische Landkarte
- Nationale Demenzstrategien
- Gründe für das trotz hoher Ausgaben nur mittelmäßige deutsche Abschneiden

Wichtige Gesundheitsindikatoren 2012/13

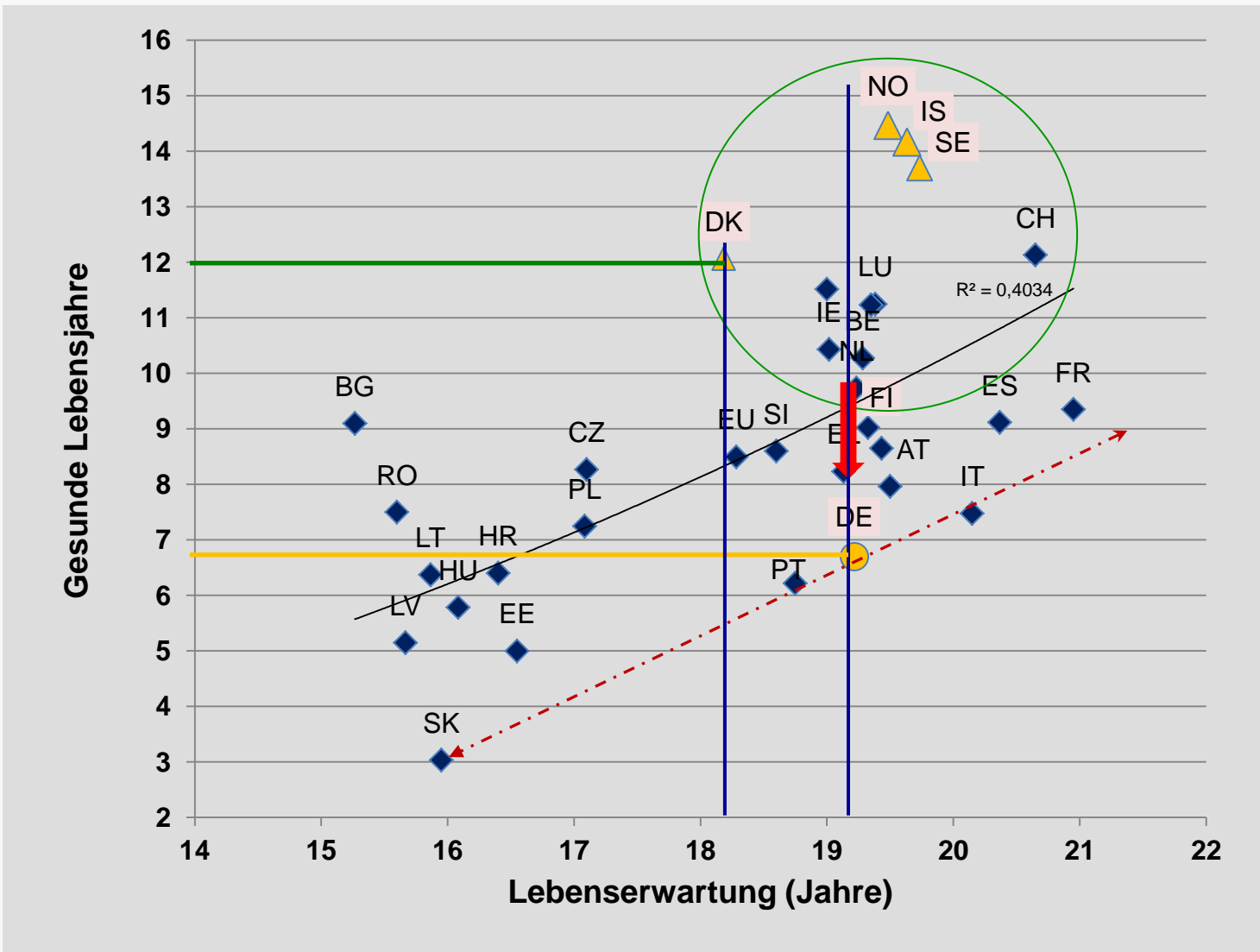
	DK	FI	IS	NO	SE	UK	AT	DE	FR	NL	CH	US
Lebenserwartung: Frauen (OECD-Rang, 2012)	24	10	8	15	14	23	11	17	3	22	4	28
Lebenserwartung: Männer (OECD-Rang)	18	22	1	9	6	13	17	16	14	11	2	26
Geschlechterdifferenz absolut (2012)	4	6	2,7	4	3,7	3,7	5,2	4,7	6,5	3,7	4,3	4,9
Einschätzung der eigenen Gesundheit als gut bis sehr gut (gerundet) 2012	71	67	77	79	81	75	70	65	68	76	82	
Einschätzung der eigenen Gesundheit als schlecht bis sehr schlecht (gerundet) 2012	7,7	6,7	5,0	6,3	4,3	8,2	9,0	8,5	8,5	5,8	3,1	
Diabetes-Prävalenz 2013 (Erwachsene 20-79 Jahre)	6,3	5,8	3,2	4,7	4,7	4,9	6,6	8,3	5,4	5,2	5,9	
Kindersterblichkeit 2005 (OECD Health Data): Auf 1000 Kinder im Alter < 5 Jahren	4,4	3,0	2,3	3,1	2,4	5,1	4,2	3,9	3,8	4,9	4,2	6,9
Kindersterblichkeit 2012	3,5	2,6	2,1	2,8	3,0	4,6	3,9	3,9	4,2	4,0	4,2	6,9
Kaiserschnittrate 2011 (%): gerundet	21,1	15	15	17	16,4	23,8	28	32	21	15,6	33	32

OECD, Health at a Glance 2014 (u.a. Self-reported health status 2012; Save the children 2015); BT-Drs. 18/2365 (18.8.2014)

„Gesundes Altern“ als zentrale Herausforderung

Corr Lebenserwartung zu gesunde Jahre bei 65-Jährigen im Zeitraum 2008/2010

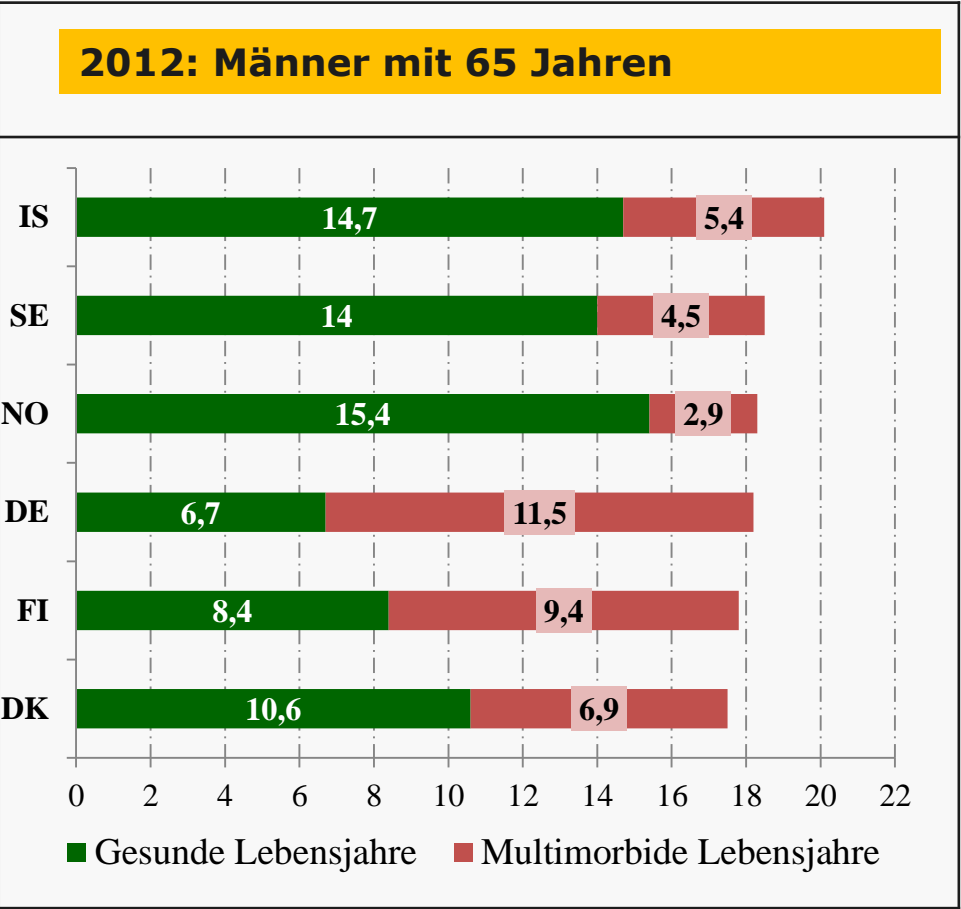
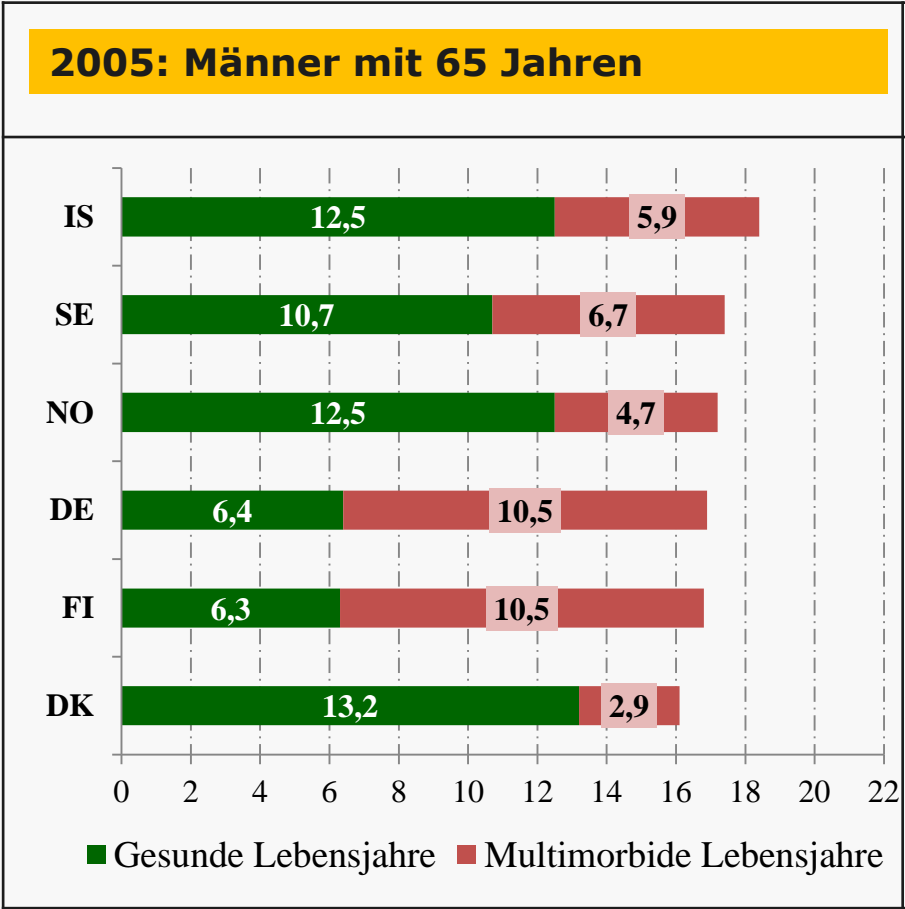
Deutschland:
Trend Richtung
**Expansion
multi-morbider
Lebensjahre;**
Skandinavien:
Trend Richtung
**Expansion
gesunder
Lebensjahre**



Quelle: OECD, Health Data 2012 (Update vom 24.10.2012)

Gesundheitszustand beim Eintritt in den Ruhestand

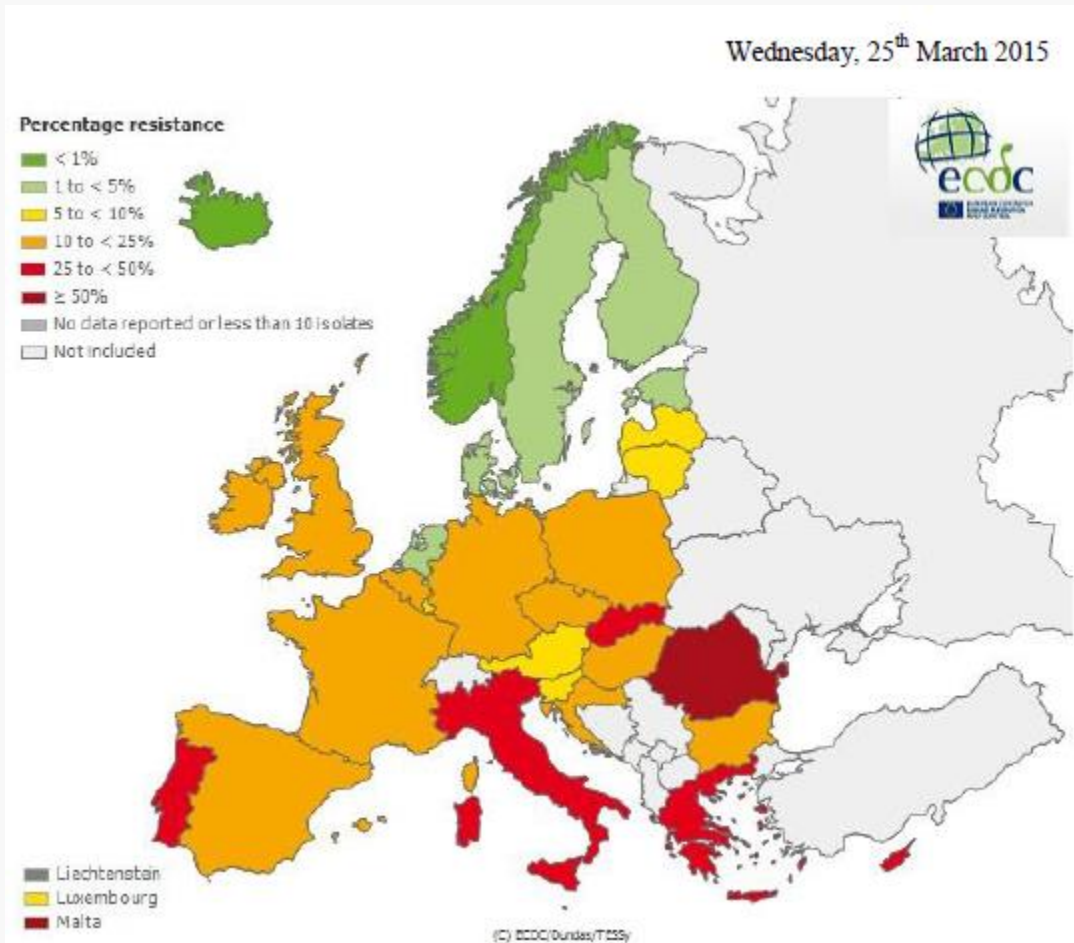
Expansion oder Kompression multimorbider Lebensjahre?



Quelle: Eurostat; Datenbestand "Gesunde Lebensjahre (ab 2004) [hlth_hlye]" – Update 24.03.2014

Herausforderung Multiresistente Keime

Befund:
Jährlich rd. 15.000 Todesfälle in deutschen Kliniken



Gut bis sehr gut (<5%):
Alle 5 skandinavischen Länder plus Niederlande und Estland

Befriedigend (5 - <10%)
Österreich, Slowenien, Lettland
Litauen, Luxemburg

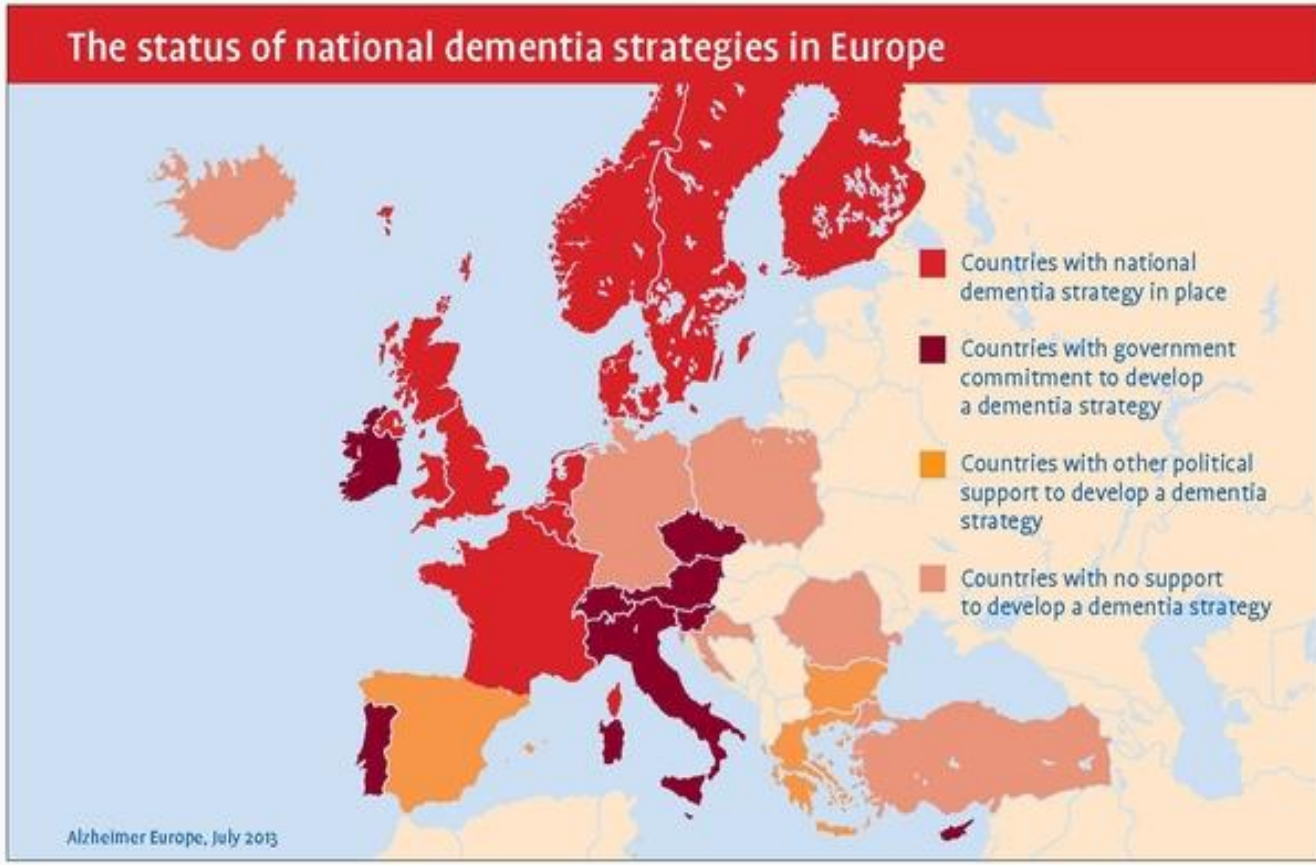
Ausreichend bis mangelhaft (10 - <25%): Deutschland, Belgien, Frankreich, Irland, Großbritannien, Spanien, Tschechien, Polen, Ungarn

Ungenügend bis schlecht (25 - <50%): Portugal, Italien, Slowakei, Griechenland, Zypern

Sehr schlecht (> 50%):
Rumänien, Malta

Herausforderung Demenz

Ziel Demenzgerechte Versorgung und Prävention



Status-Quo der Entwicklung und Umsetzung von Demenzstrategien

	Erwarteter Anstieg der Zahl von Einwohnern, die an Demenz erkrankt ist	Stand der Entwicklung und Umsetzung Nationaler Demenzstrategien
Deutschland	Von rd. 1,4 Mio. (2012) auf 2,2 Mio. (2030)	Keine Nationale Strategie, kein Nationaler Demenzplan. In Schleswig-Holstein ist Strategie in der Entwicklung
Dänemark	Von rd. 78 Tsd. (2009) auf 178 Tsd. (2040)	2010: Plan
Finnland	Von rd. 95 Tsd. (2010) auf 130 Tsd. (2020)	2012: Leitlinien für eine demenzfreundliche Gesellschaft
Norwegen	Von 69 Tsd. (2010) auf 133 Tsd. (2040)	2007: Nationaler Demenzplan „ <i>Making the most of the good days</i> “ (Teil des Care-Pans 2015); 2007 veröffentlicht mit Aktionsprogrammen; 2011 Überarbeitung
Schweden		2010: Demenzstrategie



3

Schlussbemerkung:

Hohe Ausgaben, mittlere Leistungen -

Warum scheitert Deutschland an seinen Hauptproblemen

Kein integriertes System. Markt und Wettbewerb verschärfen die grundlegenden Schwächen

- Über-, Unter-, Fehlversorgung (Anbieter bestimmen die Nachfrage; Ärzte als Medizinunternehmer; Pharmaindustrie unzureichend reguliert)
- Facharzt- und medizinentriert; Aufwertung der Pflege steht aus
- Wenig Prävention (Krankenversorgungsorientierung)
- Zu viel Markt, zu wenig integrierte Versorgung
- Schnittstellenprobleme
- Vermachtete Strukturen mit Dominanz von Einzelinteressen
(Basisentscheidung datiert aus dem Jahr 1929!)
- Ineffizienz wg. Vollversicherung durch GKV und PKV
- GKV-Finanzierung auf veralteter Basis (Normalarbeitsverhältnis als Norm)
- In den überkommenen Strukturen führt Wettbewerb systemlogisch zum Preis- und nicht zu einem Qualitätswettbewerb
- Keine unabhängige Arzneimittelforschung

Ich hoffe, einen kleinen Anstoß für neues
Nachdenken gesetzt zu haben.

Mehr konnte es nicht sein.

Vielen Dank für die Aufmerksamkeit

