

AMNOG- wie geht es weiter?

Gesundheit und Gesundheitsversorgung neu denken

Klaus-Dirk Henke, TU Berlin

Vfa-Round-Table mit Patienten-Selbsthilfegruppen

14. Oktober 2011

Gliederung

1. Unumstrittene Ausgangslage
2. Grenzen der Ressourcen
3. Übergreifende Wege nach vorn
4. Konkrete Schritte nach vorn
5. Gesundheitswirtschaft
6. Wettbewerb
7. Fazit
8. Back up Folien zur Arzneimittelversorgung

1. Unumstrittene Ausgangslage

- Demographischer Wandel, steigender Pflegebedarf,
- Zunahme chronischer Erkrankungen,
- medizinisch-technischer Fortschritt,
- mehr Mündigkeit und Teilhabe,
- florierende Gesundheitswirtschaft,
- Gesundes Altern als Ziel: Der private Haushalt als gewünschter Gesundheitsstandort.

2. Grenzen der Ressourcen

Es gibt keine wissenschaftliche ableitbare optimale Gesundheitsquote:

- a) Weder in Form der Gesundheitsausgaben am Sozialprodukt

- b) noch als Beitragssatz oder Prämie in der GKV.

3. Übergreifende Wege nach vorn

- **Konrad-Adenauer Stiftung und Friedrich Ebert Stiftung**
suchen einen neuen Ordnungsrahmen für eine soziale Gesundheitswirtschaft.
- **Heinrich-Böll-Stiftung**
auf der Suche nach einer bürgerorientierten Gesundheit: mehr Prävention, mehr Integration, mehr Partizipation und mehr Transparenz.
- **Stiftung Denkwert und die Enquetekommission des Deutschen Bundestages**
suchen Wege in eine Wohlstandskultur ohne Raubbau an natürlichen Ressourcen und der Umwelt, an Mensch und der Gesellschaft; wirtschaftliches Wachstum kein Oberziel mehr. Bewußtseinswandel erforderlich.

4. Konkrete Schritte nach vorn

- Organisations- und Rechtsreform der Krankenversicherungen; Krankenversicherung mit eigenen Ärzten, Krankenhäusern etc. ermöglichen
- Gesundheit neu Denken im Sinne von Health in all Policies
- Überwindung des Fachkräftemangels
- Gesundheitswirtschaft als Wirtschaftsbranche

5. Gesundheitswirtschaft

- Gesundheitssektor als neue Branche im Vergleich zu anderen Branchen: Von der „Leid-“ zur „Leit“ –branche
- Ziele, Instrumente und Träger der Gesundheitswirtschaftspolitik
- Ökonomische Dividende der Gesundheitswirtschaft
- Forschungsbedarf: Wie sieht es mit der Gesundheitsdividende aus?

6. Wettbewerb (1)

- Erforderlicher und sinnloser Wettbewerb (Binswanger 2011)
- Warum Wettbewerb im Gesundheitswesen?
 - Berücksichtigung der Präferenzen
 - Förderung von Effektivität und Effizienz
 - Vergütung von Gesundheitsleistungen entsprechend ihres Beitrags zur Gesundheit der Patienten
 - Schutz vor Machtmissbrauch durch Leistungsanbieter und/oder durch Krankenversicherungen

6. Wettbewerb (2)

- **Wichtig:**
Wettbewerb benötigt Regeln, Gesetze, Institutionen, Aufsichtsorgane, eine Rahmenordnung
- **Allerdings:**
Kein Patentrezept, kein Goldstandard – stets interessengebundene Gesundheitspolitik

6. Wettbewerb (3)

- ABER: Interessengebundene Gesundheitspolitik ist kein Problem – die Frage ist, wie wir damit umgehen:

- **Denken im Win-Lose führt zu Ärger:**

Durchsetzung der Interessen der einen Gruppe zulasten der anderen Gruppe

- **Denken im Win-Win führt uns weiter:**

Wie können wir die Interessen der Einen und die Interessen der Anderen besser durchsetzen?

6. Wettbewerb (4)

Mark Pauly (2001):

*„Inefficiency in economics means more than waste ..; it means that **mutual gains** that could be achieved have not been achieved; there is money (or welfare) left lying on the table, and one would expect **institutional arrangements** to emerge in order to permit people to claim it.“*

- **Fazit:** „Muddling through“/social piecemeal engineering als Preis der parlamentarischen Demokratie? Oder Gesundheit neu denken (MetaForum)
- Externalisierung der Gesundheitspolitik als Vision?

7. FAZIT

- Vom Patienten her gedachte integrierte Versorgungssysteme bauen auf einem **bürgerzentrierten Gesundheitsmanagement** auf und tragen zur **Entlastung der Sozialversicherung** bei.
- Individuell gestaltete Vorsorge und Gesundheitsdienstleistungen erfolgen über **Zusatzversicherungen** und durch **private Konsumausgaben im Zweiten Gesundheitsmarkt**.

Siehe im Einzelnen Klaus-Dirk Henke, Ilona Kickbusch, Welches Gesundheitssystem wollen wir in Zukunft haben? Sieben Thesen, in: Volker Schumpelick, Bernhard Vogel, Hrsg., Medizin nach Mass – individualisierte Medizin – Wunsch und Wirklichkeit, Freiburg 2011, S. 279- 281

Literatur

Ausgewählte Quellen:

- Arnold, N.; Borchard, M.; Henke, K.-D.; Lohmann, H.; Ludewig-Thaut, D.; Straub, C. (2009): Soziale Gesundheitswirtschaft. Ordnungsrahmen für ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem. Zukunftsforum Politik, Nr. 101, Sankt Augustin, Herausgeber: Konrad-Adenauer-Stiftung e. V.
- Bungenstock, J. M. (2011): Innovative Arzneimittel in der Gesetzlichen Krankenversicherung: Eine normativ-ökonomische Analyse zu Versorgung und Finanzierung. Dissertation TU Berlin. Europäische Schriften zu Staat und Wirtschaft 34. Baden-Baden: NOMOS.
- Henke, K.-D. (2008): Wettbewerb als neuer Ordnungsrahmen. Konkurrenz belebt das Geschäft auch in der gesetzlichen Krankenversicherung. In: Schumpelick, V.; Vogel, B. (Hrsg.): Medizin zwischen Humanität und Wettbewerb. Beiträge des Symposiums vom 27. bis 30. September 2007 in Cadenabbia. Freiburg: HERDER, S. 299-312.



Back up Folien



8. Arzneimittelversorgung (1)

- Nutzenbewertung und Evaluation von Arzneimitteln als wichtiges Instrument
- Problem: Preisverhandlung gegenwärtig zwischen ungleichen Partnern
 - GKV-Spitzenverband ist monopolistischer Nachfrager (Monopsonist) auf einem der größten Arzneimittelmärkte der Welt
 - Auch Hersteller innovativer Arzneimittel befinden sich im Wettbewerb
 - Ökonomische Theorie: Monopsonist bestimmt suboptimale Preis-Mengen-Kombination

8. Arzneimittelversorgung 2)

- **Lösung:** Beibehaltung der Nutzenbewertung und dezentrale Preisverhandlungen;
- Nutzenbewertung:
 - zur Festlegung eines Mindestleistungskatalogs
 - als garantierte Grundversorgung für jeden Bürger in Deutschland
 - als Finanzierungsvorgabe für jede Krankenversicherung (PKV, GKV etc.)

8. Arzneimittelversorgung 3)

- Dezentrale Preisvereinbarungen bereits in der Gegenwart möglich
- **ABER:** Welchen Anreiz haben Krankenkassen, wenn Sie bereits von einem zentral ausgehandelten Erstattungsbetrag profitieren?
 - **Frage:** Was passiert, wenn alle Konsumenten eines Supermarktes sich vor dem Einkauf über den Preis eines Gutes abstimmen und der Besitzer des Supermarktes diesen Preis akzeptieren muss?

8. Arzneimittelversorgung (4)

- **Außerdem:** Präferenzen/Vorlieben/Interessen/Bedürfnisse der 80 Mio. Versicherten bzw. Patienten (PKV und GKV) sind nicht einheitlich sondern unterschiedlich.
- Mit Rabatten in unterschiedlicher Höhe können sich die Hersteller innovativer Arzneimittel an den Präferenzen der Versicherten orientieren - dann bleibt der Forschungsanreiz für die Hersteller erhalten!

Siehe dazu im Einzelnen

Bungenstock, J. M. (2011): Innovative Arzneimittel in der Gesetzlichen Krankenversicherung: Eine normativ-ökonomische Analyse zu Versorgung und Finanzierung, Baden-Baden: NOMOS.