

*„Wettbewerb im Gesundheitswesen“ -
Konkurrenz und Spaltung nehmen zu*



Kai Mosebach, Institut f. Med. Soziologie, JWG-Uni-Ffm

Memo-Sommerschule

10.09.08

Übersicht

- » Orientierung an Memo 2008
- » Block I: Gesundheit/Krankheit sind ungleich verteilt (15.00h-16.00h)
- » Block II: Gesundheitsreformen verstärken die soziale Ungleichheit (16.15-18.00h)

Block I, Leitfrage 1

» Was ist sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheit?



Soziale Ungleichheit

Konzepte der Allgemeinen Soziologie (Hradil, 2001: 36ff)

- » Horizontale Ungleichheit
 - » Geschlecht, Nation, Familienstand usw.
- » Vertikale Ungleichheit
 - » Stand, Klasse, Schicht, Lebenslagen
- » Historische Stufen vertikaler Ungleichheit
 - » Vorindustrielle Gesellschaft (Stände)
 - » Frühindustrielle Gesellschaft (Klassen)
 - » Entwickelte Industriegesellschaften (Schicht)
 - » Postindustrielle Gesellschaften (Lebenslagen)

Sozialepidemiologie ist...

Definition

„...wissenschaftliche Analyse zur Beschreibung, Erklärung und Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit mit den Methoden der Epidemiologie.“

Andreas Mielck/Kim Bloomfield, *Sozialepidemiologie*,
Weinheim und München 2001, S. 9.

Gesundheitliche Ungleichheit

Was ist das?

- (1) Sie beschreibt zunächst nur den empirischen Tatbestand, dass die Verteilung von Gesundheitszuständen und Krankheiten auf die Individuen nach bestimmten sozialen Merkmalen **ungleich** ist.
- (2) Es besteht eine vielfältig bestätigte **inverse Beziehung** zwischen der Höhe der sozialen Schichtzugehörigkeit (Einkommen, Beruf, Bildung) von Personen und ihrem Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko (sozialer Gradient).
- (3) Es existieren verschiedene **Ansätze zur Erklärung** der gesundheitlichen Ungleichheit

Sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheit

- » Vielfach bestätigter Zusammenhang zwischen Gesundheitszustand und sozialen Indikatoren: Einkommen, Beruf, Bildung
- » Sozialer Gradient: je niedriger der soziale Status, umso höher die Krankheitslast, umso geringer die Lebenserwartung, umso höher die Konfrontation mit Risikofaktoren und umso geringer die Ausstattung mit gesundheitsförderlichen Ressourcen
- » Sozial bedingt: individuell nur begrenzt beeinflussbar

Schulbildung und Lebenserwartung

	Lebenserwartung ab 16 Jahren (in Jahren)	
	Männer	Frauen
Schulbildung		
Ohne Abitur	57,0	61,6
Mit Abitur	60,3	65,5

(Klein 1996)

Einkommen und Lebenserwartung

Äquivalenzeinkommen	Lebenserwartung in Jahren	
	Männer	Frauen
a) Obere 50 % der Einkommensverteilung	81	85
Untere 50 % der Einkommensverteilung	77	83
b) Obere 25% der Einkommensverteilung	82	86
Untere 25% der Einkommensverteilung	72	81

(Feld 2000)

Block 1, Leitfrage 2

- » Warum ist sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheit ein Problem?



...weil

- » Gesundheit als Menschenrecht anerkannt ist,
- » Soziale Ungleichheit individuelle Handlungsmöglichkeiten / Freiheit beschränkt
- » Sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheit ein Ausdruck sozialer Herrschaftsverhältnisse ist
- » Alle Menschen in einer Demokratie gleich sein sollen, und dies gleiche Gesundheitschancen voraussetzt

Block 1, Leitfrage 3

» Was erklärt die sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheit?



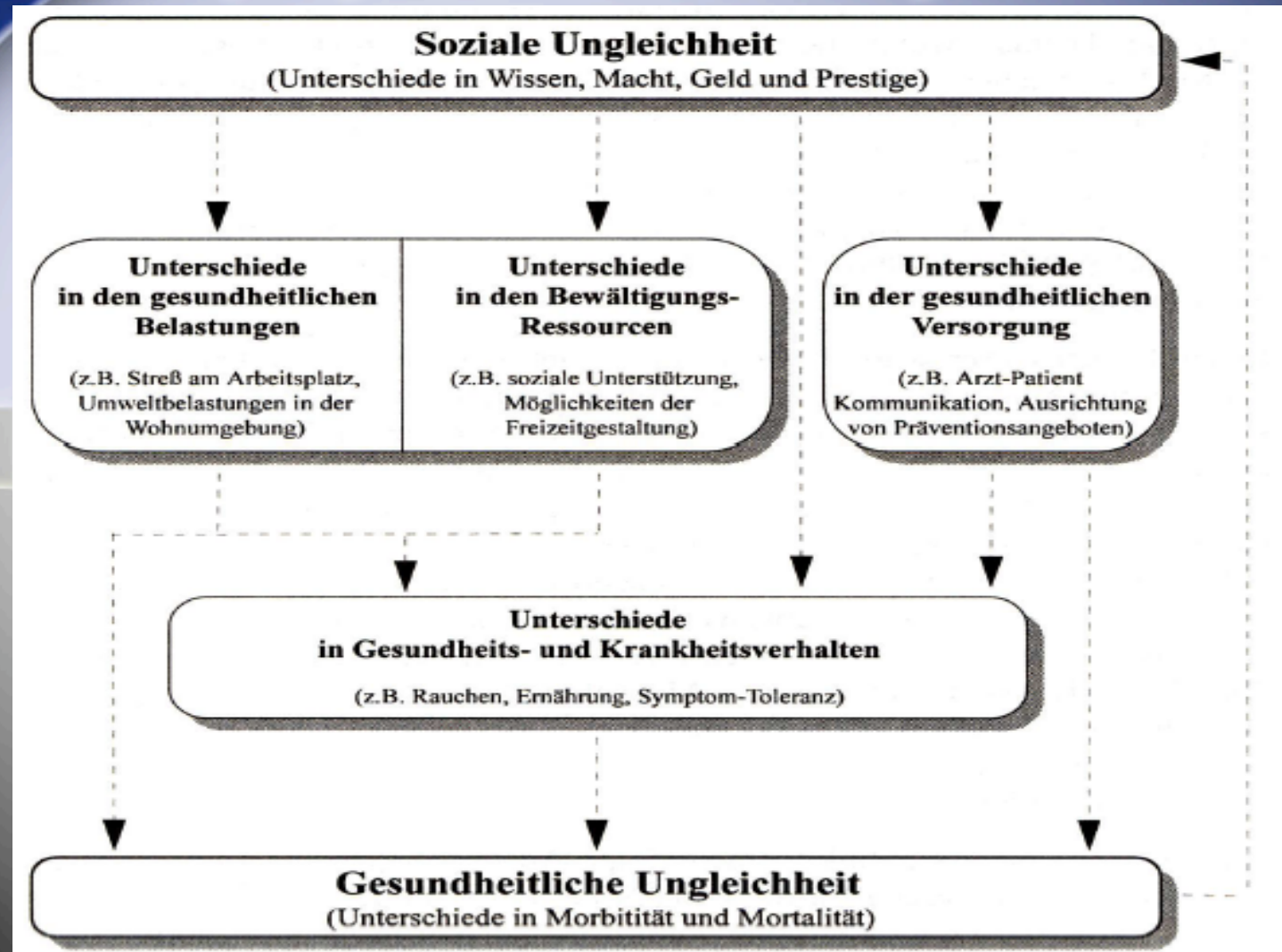
Erklärungsansätze

- » Statistische Zusammenhänge müssen keine Kausalzusammenhänge sein
- » Trias (Einkommen, Beruf, Bildung) hat keine direkte Gesundheitswirkung
- » Daher: Theorien notwendig
- » Basistheorien
 - » Lebensstil-Theorie
 - » Psychosoziale Effekte
 - » Materialistische Ansätze
 - » Dynamische Lebenslage

Erklärungsmodell

Sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheit

Quelle: Mielck/Helmert, 2003: 530



Block I, Leitfrage 4

- » Was kann das „Gesundheitswesen“ zum Abbau sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit leisten?



Was kann das „Gesundheitswesen“ leisten?

- » Gesundheitswesen ist vom (bio-)medizinischen Krankheitsverständnis geprägt
- » Daher: Krankenversorgung; setzt erst ein, wenn Krankheit manifest geworden ist
- » Historisch: Medizin hat nur geringen Beitrag zum Rückgang der Infektionskrankheiten geleistet
- » Chronische Erkrankungen sind medizinisch nicht heilbar
- » Dennoch: Linderung und verbesserte Überlebenschancen sind medizinisch beeinflussbar
- » Aber: keine Senkung der Häufigkeit von Erkrankungen (Prävalenz)

Tuberkulose und Medizin

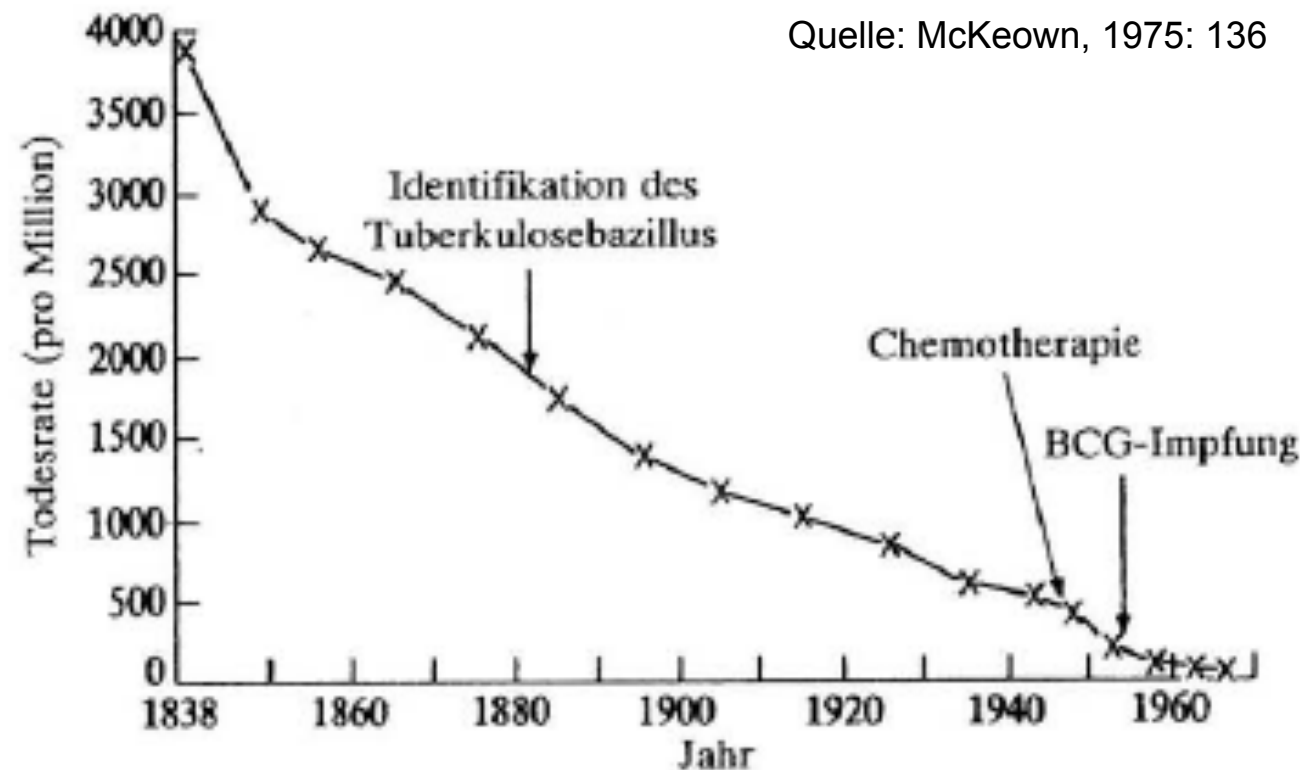


Schaubild 8.1. Tuberkulose der Atmungsorgane: Mittlere jährliche Todesraten (standardisiert auf die Bevölkerung von 1901): England und Wales.

Epidemiologische Transition

Zehn häufigsten Todesursachen in den Vereinigten Staaten

Quelle: Siegrist, 2005, S. 30



Bedingungen eines guten Krankenversorgungssystem

- » Gleicher Zugang für alle (besserer Zugang für Kränkere)
- » Umfassender Leistungskatalog (medizinisch Notwendige)
- » Unentgeltlicher Zugang zu Dienstleistungen
- » Solidarische Finanzierung (Umverteilung!)
- » Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe zur Senkung der Prävalenz von chronischer Erkrankungen

Block 1, Leitfrage 5

- » Warum ist sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheit ein gesellschaftspolitisches Problem?



Gesellschaftspolitische Herausforderung

- » Gleiche Gesundheitschancen setzen eine gewisse Egalität bedeutsamer gesellschaftlicher und individueller Bedingungen sowie Ressourcen voraus
- » Medizinisches Versorgungssystem ist zum Abbau sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit ungeeignet
- » Healthy Public Policy: Gesundheitspolitik als Querschnittsaufgabe

Block II, Leitfrage 1

- » Welche Auswirkungen haben Zuzahlungen auf den gleichen Zugang?



Zuzahlungen zur Kostendämpfung

- » Zuzahlungen zur Kostendämpfung schon lange eingesetzt (seit 1977ff)
- » Permanente Steigerung: von 4,4% der GKV-Ausgaben (3,3 Mrd. Euro: 1991) auf 7,3% (9,8 Mrd. Euro: 2002)
- » GKV-ModG: Massive Ausweitung durch 10-Euro-Praxisgebühr und 10%-Regelung sowie Abschaffung der Vorab-Befreiung besonders einkommensschwacher Gruppen (nunmehr: 1%- bzw. 2%-Regelung)

Zuzahlungen sind ein Problem

- » Theorie: Finanzierungs- vs. Steuerungsfunktion
- » Experiment: RAND-Studie 1977
 - » Zeigte Rückgang der Inanspruchnahme bei hoher Belastung
 - » Unnötige und notwendige Leistungen wurden in der Folge nicht in Anspruch genommen
- » Vielfach durch internationale Studien bestätigt
- » Rechtfertigung durch Bundesregierung und CDU/CSU (2004), dass Zuzahlungen in Deutschland nur im EU-Mittelfeld liegen geht am Kern vorbei

Wirkungen der Praxisgebühr

- » WidO-Studie (2004/05)
 - » Verzicht auf Arztbesuch: 11%
 - » Haushalte > 3.000 Euro: 8,2%
 - » Haushalte < 1.000 Euro: 19,2%
 - » Arbeitslose: 20,2%
- » Gesundheitsmonitor der Bertelsmann-Stiftung:
 - » Höchste Reduktion bei Personen mit
 - » Niedrigem Einkommen
 - » Personen mit schlechtem Gesundheitszustand haben ihre Arztbesuche um bis zu ein Drittel reduziert
- » ZI-Studie der Ärzteschaft bestätigt dies weitgehend

Block II, Leitfrage 2

- » Welche Auswirkungen haben Wahltarife und Leistungsausgrenzungen?



Wahltarife sind unsolidarisch

- » GKV-WSG hat die Möglichkeit für GKV-Kassen zur Werbung mit Wahlтарifen stark ausgeweitet
 - » Selbstbehalttarife
 - » Beitragsrückerstattungstarife
 - » Versorgungstarife
- » Junge, gesunde und idR einkommensstärkere Versicherte können dadurch „Prämien“ am Jahresende von ihrer Versicherung zurück erhalten
- » Hierdurch werden der GKV als Solidargemeinschaft tendenziell finanzielle Mittel entzogen

Leistungsausgrenzungen

- » SGB V bestimmt, dass alle Versicherten einen sozialen Anspruch auf die nach bestmöglichem wissenschaftlichen Standard medizinisch notwendige Behandlung haben
- » Was konkret bezahlt wird, hängt von den Entscheidungen des G-BA ab
 - » Ambulant: Leistungen werden überprüft, Therapierichtlinien erlassen
 - » Stationär: Leistungen können nur nachträglich ausgeschlossen werden; Leistungsspektrum wird letztlich zwischen Kassen und Krankenhausträger ausgehandelt

Problematische Leistungsausgrenzungen

- » Kaum Beispiele wg. SGB V (u.U. Zahnmedizin)
- » Wenn medizinisch notwendig
- » In der Diskussion:
 - » sog. Risikoportarten
 - » Schäden durch sonstiges Risikoverhalten (Piercing)
 - » Schäden durch privatisierte Medizin (Schönheitsoperationen)
- » Grundsätzliches Problem: Kein seriöses Kriterium zur Ausgrenzung denkbar

Block II, Leitfrage 3

- » Welche Auswirkungen haben die Budgetierungsregelungen im Gesundheitswesen?



Budgetierung im GeWesen

- » Ambulant: Grundlohnsummen-Budget, Richtgrößen, Arzneimittelbudget, Heilmittelbudget etc.
- » Stationär: Grundlohnsummen-Budget, DRGs
- » Demnächst: Gesundheitsfonds (Wirkung wie Globalbudget)

Leistungsvorenthaltung durch Budgets

- » Budgetierung wird wegen immanenter Leistungsausweitung durch Leistungserbringer gerechtfertigt (angebotsinduzierte Nachfrage)
- » Aber: Quantitative Leistungsreduktion lässt keine Rückschlüsse auf Qualität zu
- » Leistungsvorenthaltung durch Ärzte und Krankenhaus-Management durch „Finanzoptimierung“
- » Gegenüber Patienten als leere Kassen gerechtfertigt --> Leistungsvorenthaltung
- » Großes Problem: Patienten können dies letztlich nicht beurteilen
- » In jedem Fall: Störung der APB und des Solidaritätsempfindens in der GKV

Sonderproblem: IGeL- Leistungen

- » Sind Leistungen, die die GKV nicht zahlen darf, weil sie als medizinisch nicht notwendig beurteilt worden sind (G-BA)
- » Z.B. Lasertherapie, zusätzliche Augen- und Schwangerschaftsuntersuchungen
- » Problem: Wenn medizinisch indiziert, zahlt die Kasse meist
- » Daher: Ärzte nutzen z.T. die Notlage der Patienten aus, vermutlich auch, weil sie von der Wirksamkeit „überzeugt“ sind
- » Steiler Anstieg des Umsatzes mit IGeLeistungen: auf ca 2 Mrd. Euro.

Block II, Leitfrage 4

- » Welche Auswirkungen hat die Konkurrenz von PKV und GKV auf die gleichen Zugangschancen?



PKV - GKV im Vergleich

» GKV

- » Versicherungspflicht
- » Einkommensabhängige Beiträge
- » Einheitlicher Leistungskatalog
- » Sachkostenprinzip

» Aber:

- » Kostenerstattung
- » Selbstbehalte
- » Beitragsrückerstattung

» PKV

- » Freiwillige Versicherung
- » Risikoprämien
- » Individuelle Leistungsgestaltung
- » Kostenerstattungsprinzip

» Aber:

- » Basistarif (gleiche Leistungen und Prämienhöhe wie GKV-Beitragsatz)

Wirkungen des dualen Struktur

- » Großzügigere Leistungsgewährung in PKV
- » Höhere Zahlungen an Ärzte durch PKV
- » Kränkere Personen in GKV versichert
- » Leistungsausschlüsse und Leistungsvorenthaltungen machen PKV attraktiver
- » Wird SGB V-Prinzip der Finanzierung des medizinisch Notwendigen bei G-BA-Entscheidungen immer eingehalten?
 - » Negativbeispiel: Akkupunktur
 - » Finanzinteressen im Aushandlungsprozess auch enthalten

Gleicher Zugang erodiert

- » Bekanntwerdung von Wartezeiten
- » Ungleiche Behandlung
- » Doppelte Wartezimmer
- » Wird die „Zweiklassenmedizin“ doch Realität?

Block II, Leitfrage 5

- » Welche Auswirkungen hat die Einführung des Gesundheitsfonds auf Solidarität und gleichen Zugang?





Wirkungen des Gesundheitsfonds

- » Perspektivisch (gleiche Leistungen, gleicher Umfang) muss der Anteil der GA am BIP steigen (Dienstleistung)
- » Faktische Festschreibung des Beitragssatzes durch GF führt zu einer Situation verschärfter Unterfinanzierung (Gleichzeitigkeit von Unter-, Über- und Fehlversorgung)
- » Staatlicher Beitragssatz wirkt wie antiparitätisches Globalbudget --> Auswirkung auf Kapazitäten (Versorgungssicherheit)
- » Zusatzbeitrag belastet vor allem Niedrigeinkommen und deren Kassen

Block II, Leitfrage 6

- » Welche Wirkungen hat die Prävention auf die sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheit?



Praktizierte Prävention

- » SGB V kennt einige Maßnahmen
- » Impfungen (Primärprävention)
- » Vorsorgeuntersuchungen (Sekundärprävention)
- » Rehabilitationsmaßnahmen (Tertiärprävention)
- » ABER: setzt mit Ausnahme der beruflichen Gesundheitsförderung (BKKen) nur auf Individualprävention

Probleme mit der praktizierten Prävention

- » Individualprävention erreicht vor allem schon gesundheitsbewusste Mittelstandsschichten
- » Krankenkassen setzen Präventionsprogramme (auch) als Wettbewerbs- und Marketinginstrumente ein
- » Individualprävention vernachlässigt soziale Lebens-, Wohn- und Arbeitsbedingungen
- » DAHER: U.U. kann diese individualzentrierte Präventionspolitik zu einer Vergrößerung der sozial bedingten gesundheitlichen Ungleichheit führen
- » UND: Präventionsgesetz erneut gescheitert (Finanzierungsinteressen und Wettbewerb auf dem Versicherungsmarkt)

Was müsste dagegen getan werden?

» Thesen

- » Umverteilung von Einkommen und Arbeit als Ansatzpunkt
- » Demokratisierung und Humanisierung von Lebens- und Arbeitswelten durch Empowerment
- » Unterstützende professionelle Hilfe: Aufklärung und Bildung
- » OTTAWA-Charta

The image features a dark blue background. A large, glowing, light-blue sphere with a subtle gradient and a thin white outline is positioned in the upper half. Below the sphere, a silhouette of a city skyline is visible, rendered in a light grey color. The skyline includes various building shapes, some with small white squares representing windows. The text "Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!" is centered horizontally across the middle of the image, overlaid on the city skyline and the lower part of the sphere.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!