

Folien zum Thema „Für mehr Qualität und Solidarität im Gesundheitssystem“



Soziale Sicherung

Einzelne Leistungsbereiche 2001 in Mio €

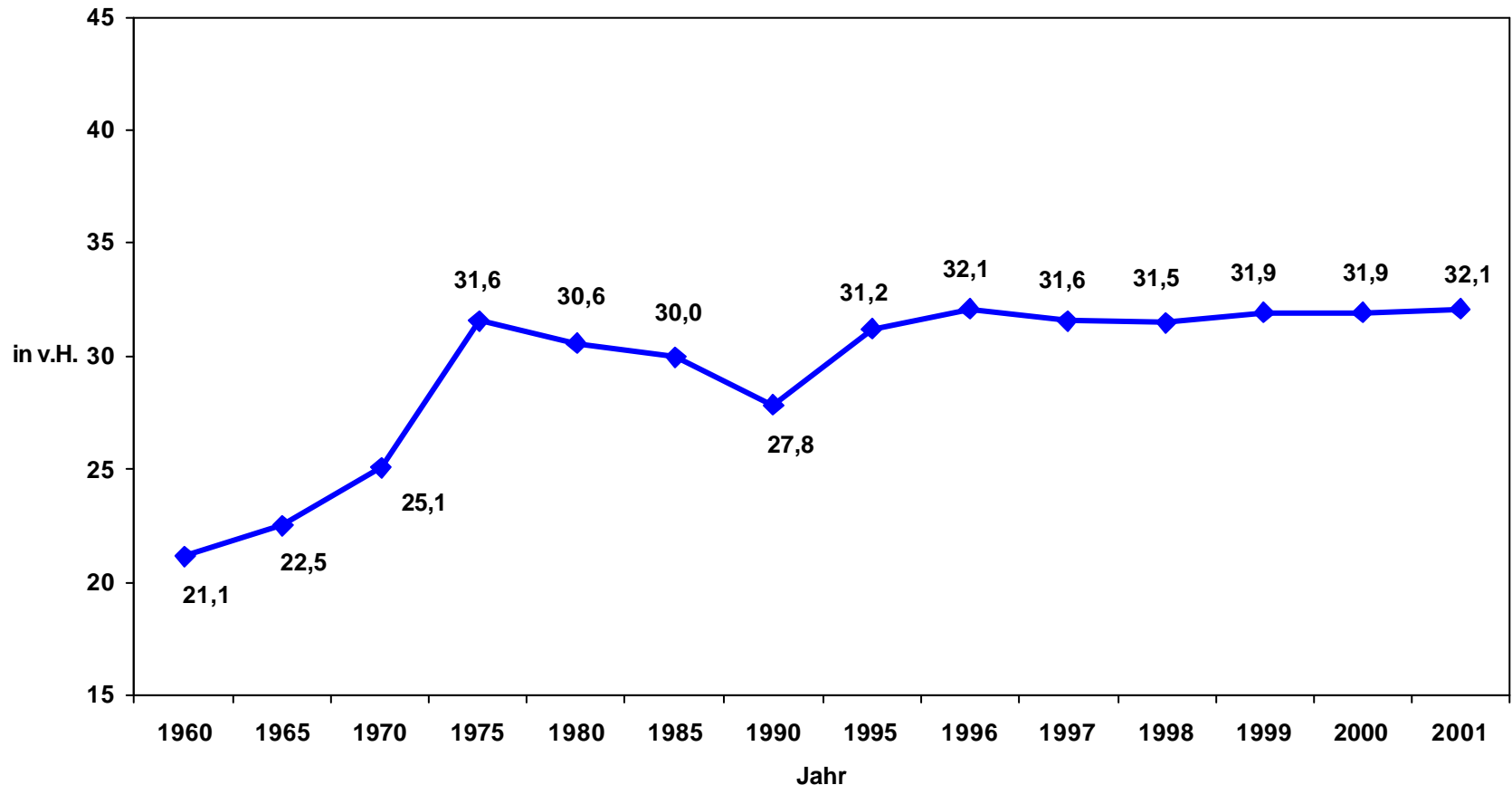
| | |
|---|---------|
| Rentenversicherung | 225.130 |
| Krankenversicherung | 137.072 |
| Arbeitslosenversicherung/Arbeitsförderung | 64.859 |
| Familienleistungsausgleich (nach § 31 EStG) | 31.905 |
| Kindergeld | 103 |
| Sozialhilfe | 26.298 |
| Lohnfortzahlung | 26.819 |
| Jugendhilfe | 17.133 |
| Pflegeversicherung | 16.849 |
| Unfallversicherung | 10.928 |
| Wohngeld | 4.462 |
| Erziehungsgeld | 3.863 |

Nach: Sozialbudget 2001

im Sozialbericht der Bundesregierung

Soziale Sicherung

Sozialleistungsquote ^{1) 2) 3)}



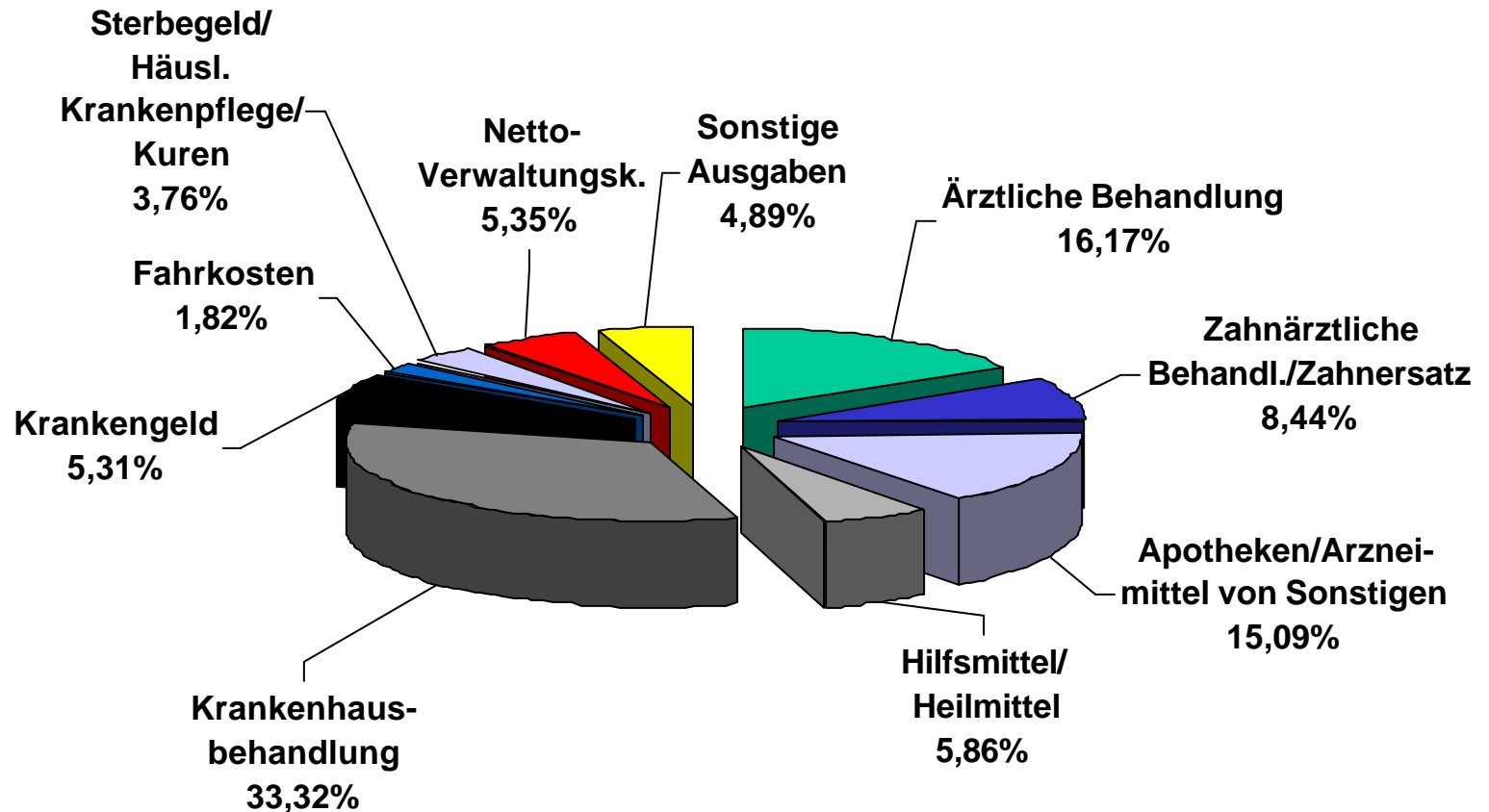
1) Sozialleistungen im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt in Prozent 2) Ab 2. Halbjahr 1990 einschl. neue Bundesländer

3) BIP ab 1991 nach dem neuen europ. System Volkswirtschaftlicher Gesamtrechnung (ESVG)

Quelle: Sozialbudget 2001 (BMA)

Ausgabenanteile in der GKV in 2000

Gesamtvolumen: 262 Mrd. DM



Quelle: BMG

Ziele solidarischer Gesundheitspolitik

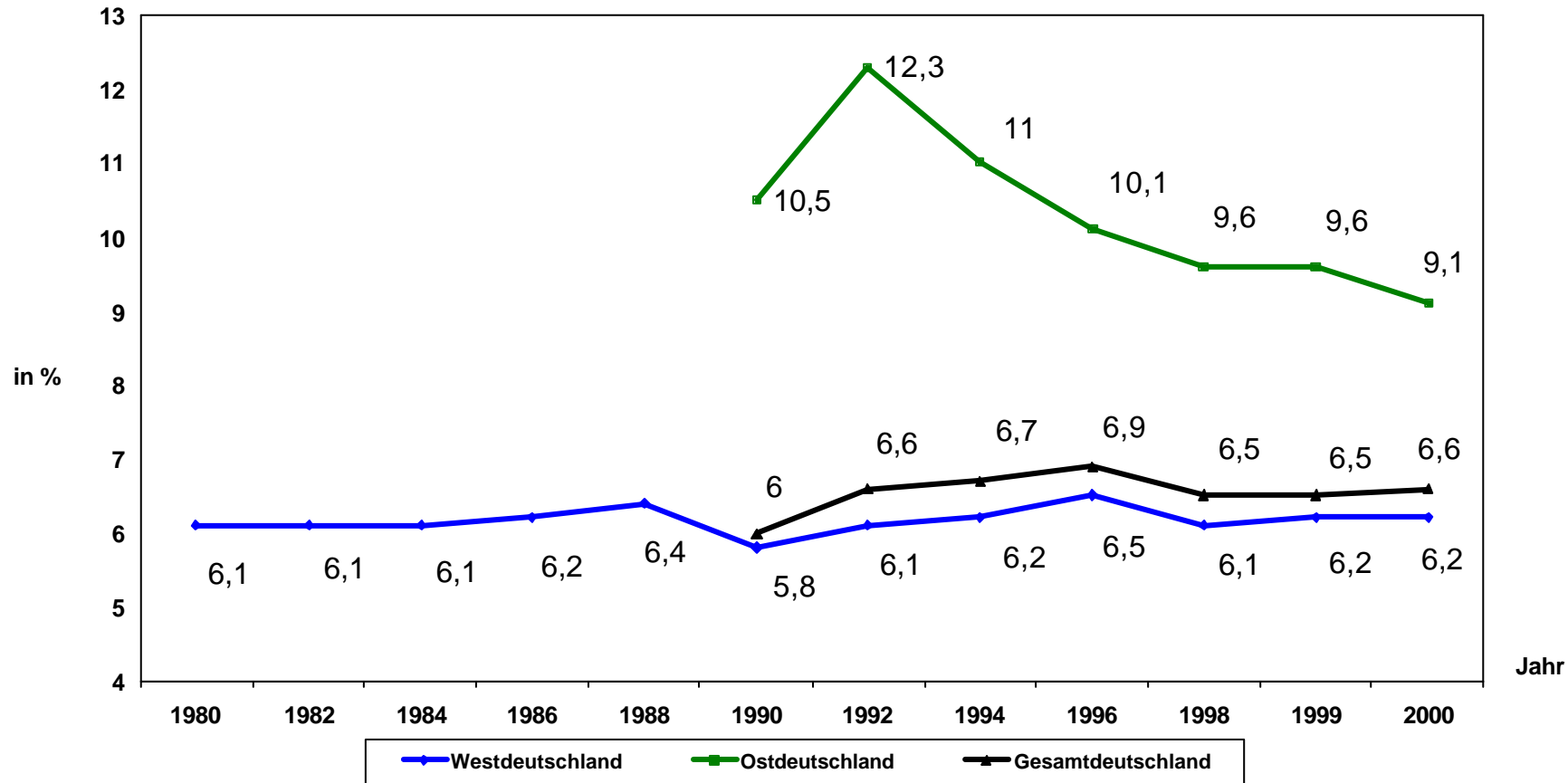
Sicherstellung einer gesundheitlichen Versorgung:

- von *maximaler* Qualität
- die *ohne (vor allem soziale) Schranken* zugänglich ist
- an deren Finanzierung sich *alle nach ihrer ökonomischen Leistungsfähigkeit* beteiligen
- die Ressourcen möglichst *effizient/effektiv* einsetzt

Bewährte Strukturprinzipien des Gesundheitssystems

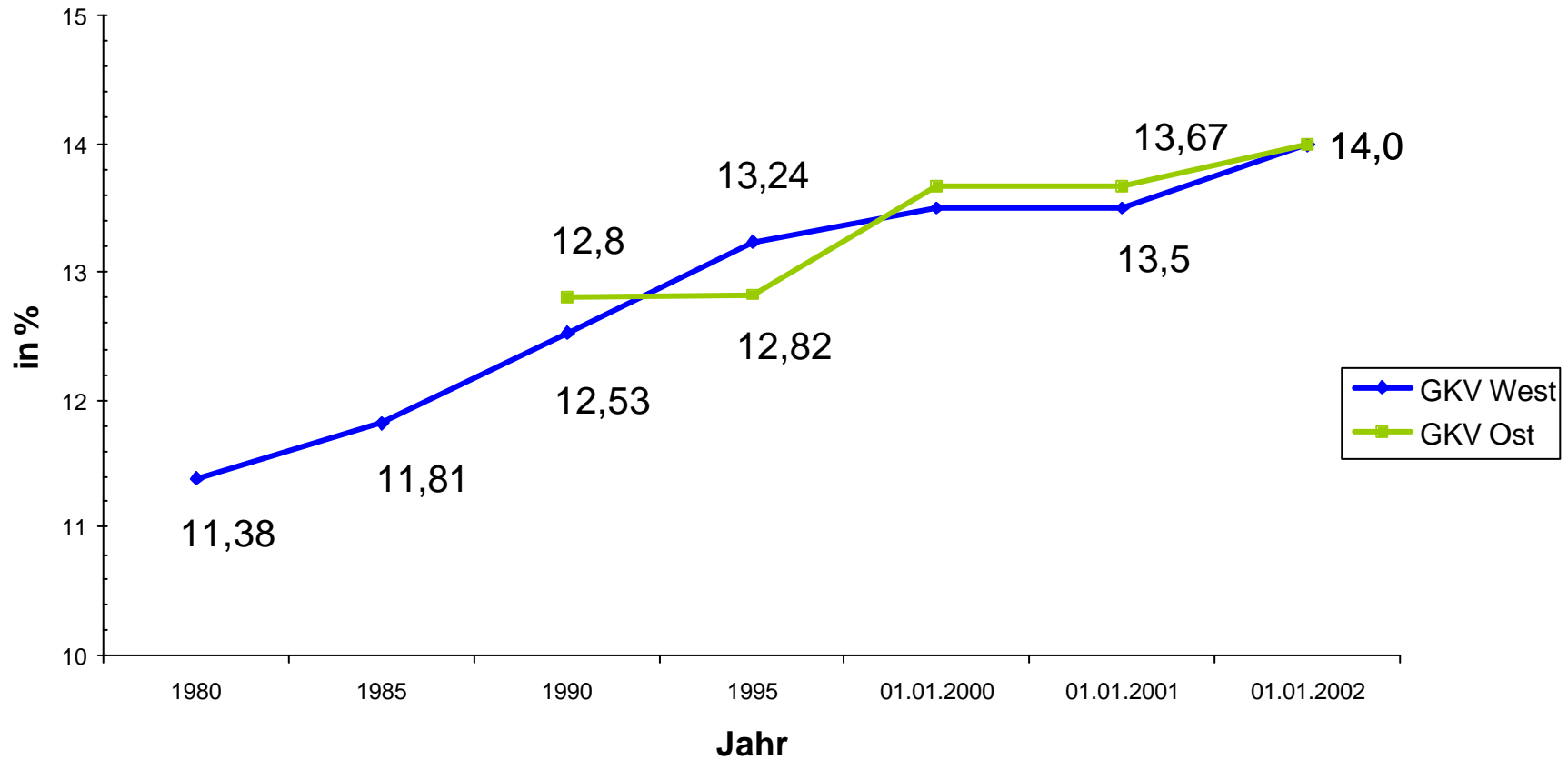
- paritätische Finanzierung zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer
- Beiträge nach individueller Leistungsfähigkeit (Brutto-Einkommen)
- Leistungen nach Bedarf (nicht „Äquivalenz“)
- Sach- und Dienstleistungsprinzip
- Interne Umverteilung zwischen Alt/Jung; Gesund/Krank; Kinderreich/Kinderarm usw.
- Soziale Selbstverwaltung

Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung Anteil am Bruttoinlandsprodukt 1980 – 2000 in v.H.



Quelle: BMA

Beitragssätze zur gesetzlichen Krankenversicherung 1980 bis 2002



Quelle: AOK Bundesverband, Zahlen und Fakten 2000; BMG-Statistik

Einflussfaktoren auf die Kosten

„Zeitbombe“:

Medizinisch-technischer Fortschritt ?

„Innovationen werden fast täglich in die Medizin eingebracht ... dennoch ist in den Industrieländern ... der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt nicht wesentlich gestiegen ... Die erzielte Verbesserung in der Gesundheitsversorgung ist in erster Linie durch die Verdrängung nicht wirksamer Verfahren durch innovative, evidenzbasierte Verfahren erklärbar.“

(zitiert nach: Lauterbach/Stock; Juli 2001, Gutachten im Auftrag der Friedrich-Ebert-Stiftung)

Fazit:

Innovationen im Gesundheitswesen führen nicht zwangsläufig zu höheren Kosten.

Einflussfaktoren auf die Kosten

„Zeitbombe“:

„Alterung“ der Gesellschaft?

1. Paralell zum Anstieg des Durchschnittsalters verbessert sich der durchschnittliche („mittlere“) Gesundheitszustand (z.B.: 65-Jährige sind heute gesünder als vor 30 Jahren)
2. Zusätzliche Lebensjahre können auch „gesunde Jahre“ sein (Stichwort: „Junge Alte“)
3. Unabhängig vom Sterbealter fallen die höchsten Kosten im letzten Lebensjahr an (nicht Alter, sondern Nähe zum Tod entscheidend)
4. 80 % der GKV-Kosten fallen bei 20 % der Versicherten (chronisch Kranke) an. Gezielte Qualitätsverbesserung kann Alterungskosten überkompensieren

Fazit:

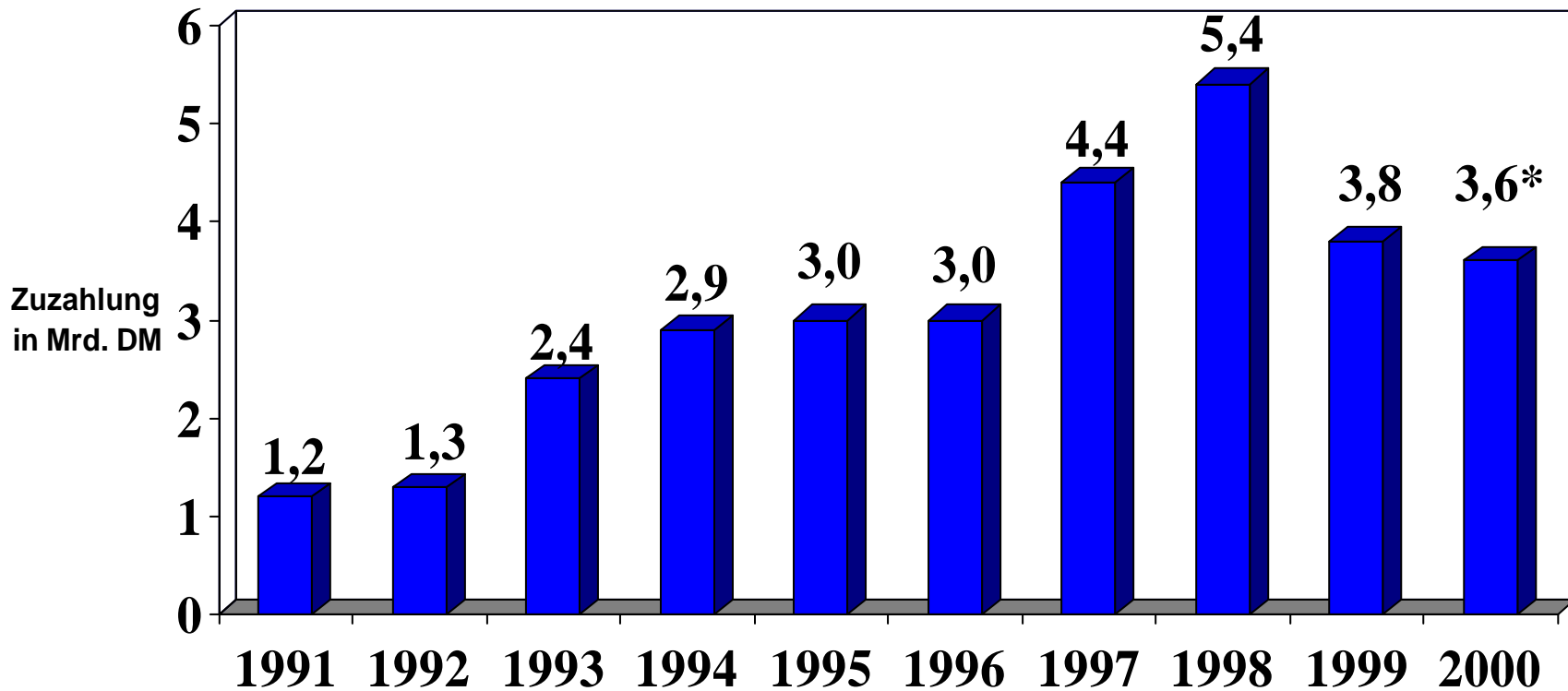
Die „Alterung der Gesellschaft“ führt nicht automatisch zu höheren Kosten.

Lebensalter – Gesundheit

Rolf Rosenbrock, Mitglied des
Sachverständigenrates-Gesundheit:

*„Höheres Alter ist ... nicht zwangsläufig mit mehr
Krankheit verbunden: im Durchschnitt sind z.B.
Frauen in Deutschland im Alter von über
75 Jahren heute so gesund bzw. krank wie 65- bis
70-jährige Frauen vor ca. 10 Jahren.“*

Eigenbeteiligung der GKV-Versicherten bei Arzneimitteln



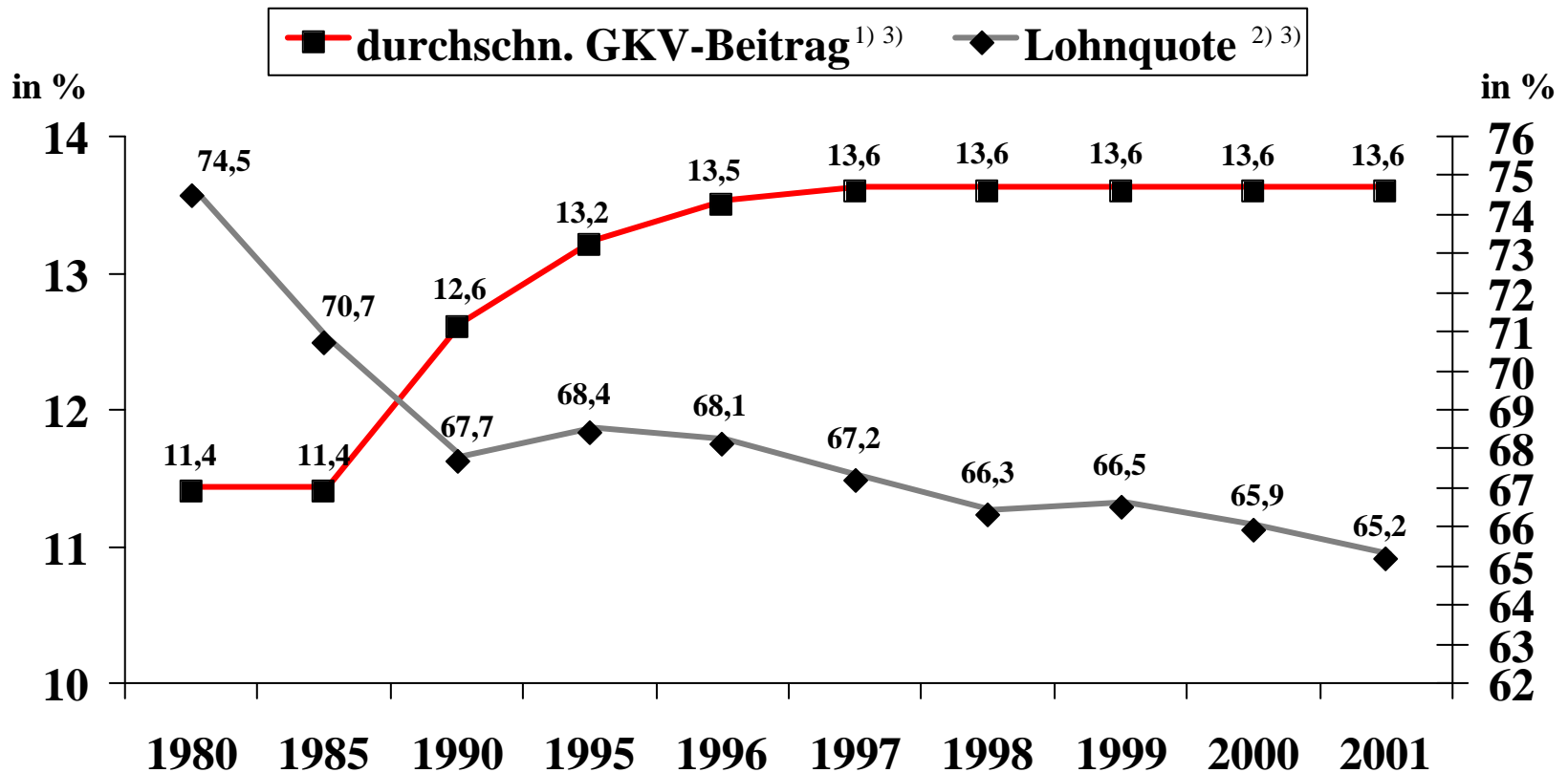
* Schätzung

Quelle: GKV Arzneimittelindex im WIdO

Die „wirklichen Reformbedarfe“ im Gesundheitssystem

- Stabilisierung der Einnahmebasis
- Korrektur von Versorgungsdefiziten und der sozialen Ungleichverteilung der Gesundheitschancen
- Beseitigung ineffizienter Machtstrukturen im Gesundheitssystem

Entwicklung der Beitragssätze zur GKV und der Lohnquote



1) Quelle: BMG, auf Basis Mikrozensus; BMA

2) Anteil des Bruttoeinkommens aus unselbständiger Arbeit am BIP

3) Bis 1990 früheres Bundesgebiet, ab 1991 Deutschland

Chronische Unter- oder Fehlversorgung bei:

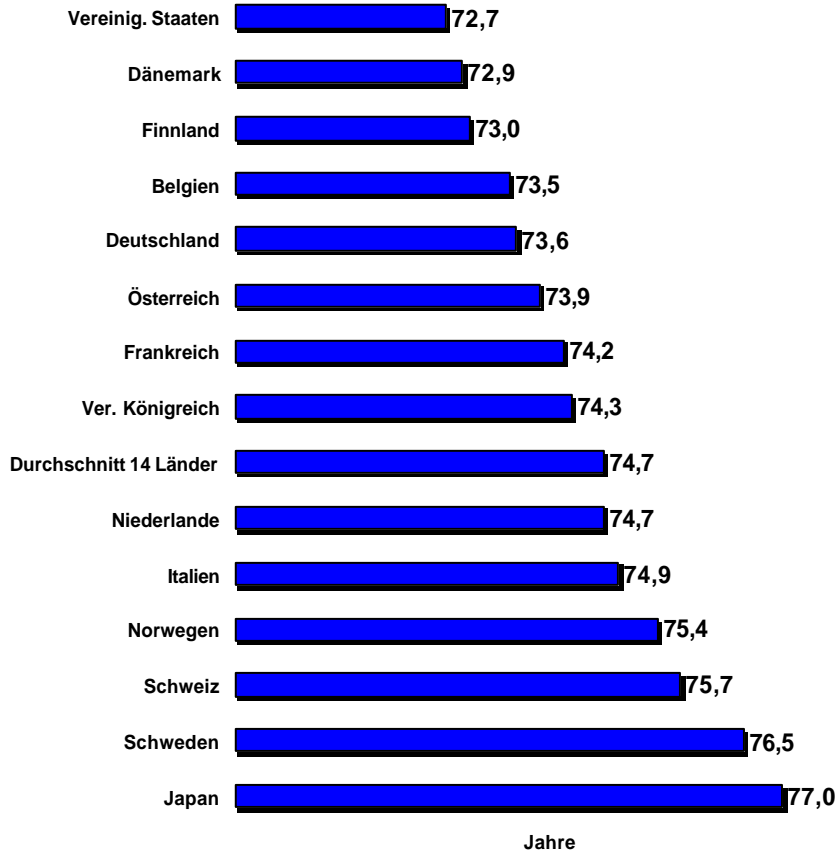
- Herzerkrankungen
- Schlaganfall
- Chronische Lungenerkrankungen einschl. Asthma
- Rückenleiden
- Krebserkrankungen (Lungenkrebs, Brustkrebs)
- Depressive Störungen
- Diabetes

Quelle: Gutachten des Sachverständigenrates für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen vom 30.08.01

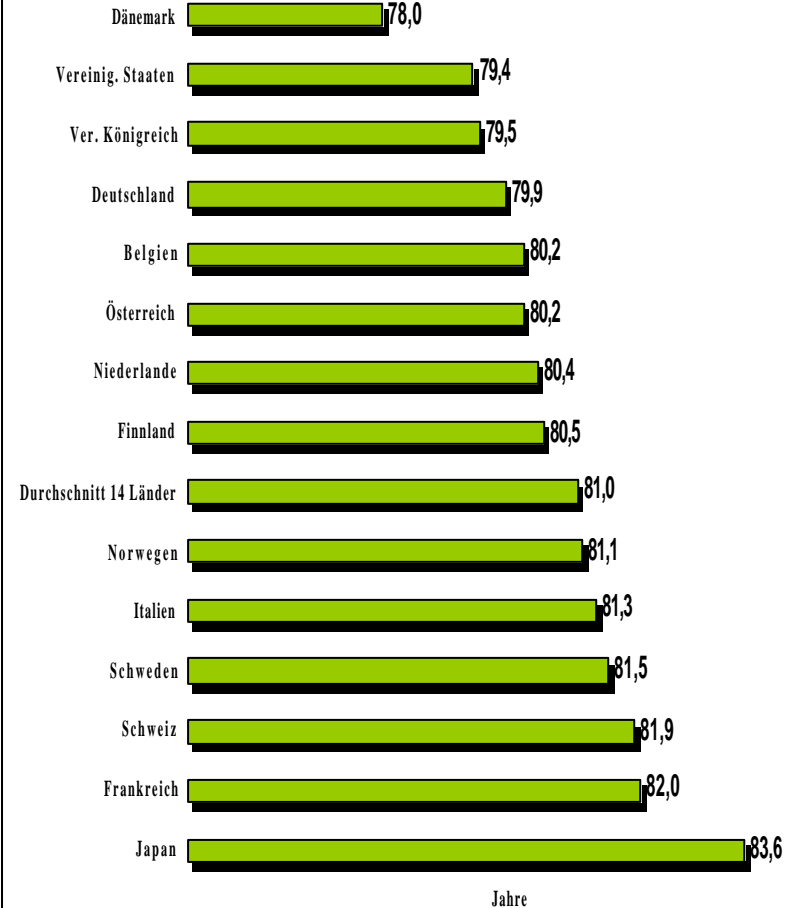
**Etwa 20% der Versicherten mit chronischen
Erkrankungen „verursachen“ etwa 80% der
Gesundheitskosten!**

Durchschnittliche Lebenserwartung

Lebenserwartung von Männern im Jahr 1996 in 14 OECD-Ländern

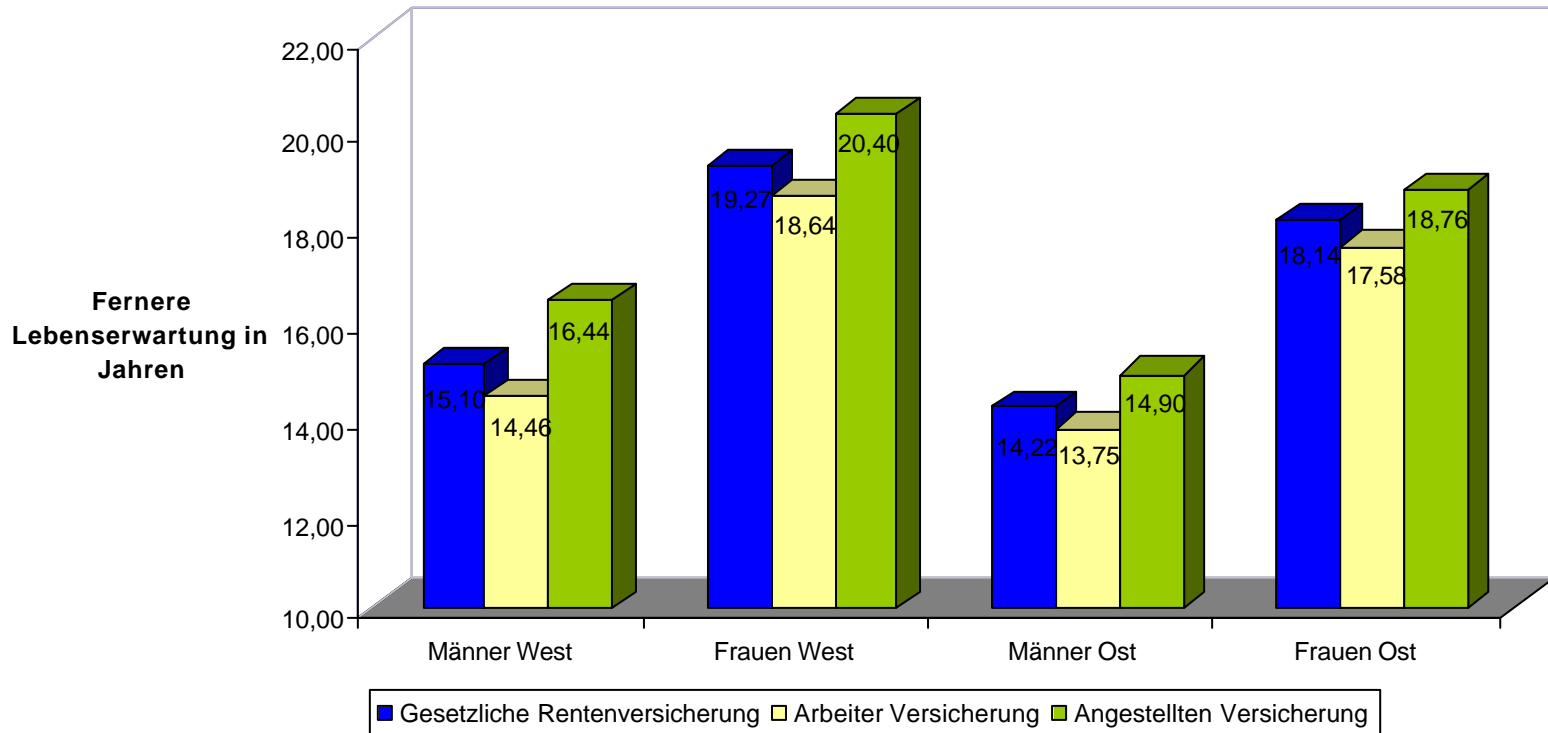


Lebenserwartung von Frauen im Jahr 1996 in 14 OECD-Ländern



Quelle: OECD (1999a), Gutachten des Sozialversicherungsrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen vom 21.03.2001

Lebenserwartung von 65-jährigen ¹⁾



1) Versichertenrentner der gesetzlichen Rentenversicherung in Abhängigkeit vom Versicherungszweig, Stand 1996/1998; nachrichtlich: Lebenserwartung 65-Jähriger insgesamt: 17,17 Jahre

Quelle: Modellrechnung auf Basis von Sonderauswertungen der VDR-Statistiken Rentenbestand, Rentenzugang und Rentenwegfall 1996 - 1998

Risikofaktor „unerwünschte Arzneimittelwirkungen“

In Deutschland ist jährlich von:

- 200 000 schwerwiegenden Erkrankungen,
- 16 000 Todesfällen und
- ca. 6% der Krankenhausaufenthalte
als Folge unerwünschter Arzneimittelwirkungen
auszugehen

Quelle: Vorlage von BGM Ulla Schmidt für die Fraktions-Klausuren am 9-11. 1 2002 (14/929)

Gesundheitspolitische „Sackgassen“

Strategien, die das Solidar-System gefährden:

- Mehr Konkurrenz im Gesundheitssystem (insbesondere zwischen den Krankenkassen)
- Aufspaltung des gesetzlichen Leistungskatalogs in Grund- und Wahlleistungen
- Festschreibung des Arbeitgeberbeitrages auf 6 Prozent und Auszahlung als Lohn/Gehalt
- Erhöhung der Zusatzbelastung der Patienten (mehr „Selbstbeteiligung“ an den Kosten)

Forderungskatalog der BDA zur GKV-Reform

(Aus dem „BDA-Memorandum“ vom Oktober 2001)

- Pflichtleistungskatalog in der GKV nur als Basissicherung
- weitere privat zu finanzierende Zusatzleistungen
(über „kapitalgedeckte Risikovorsorge“)
- Deckelung der „Zwangsbeiträge“ der Arbeitgeber bei 6 Prozent
- Intensivierung des Wettbewerbs auf allen Ebenen

Vorschläge zur GKV-Reform -Wahlprogramm von CDU/CSU-

- Generell: „Wettbewerb statt Einheitsversorgung“
- Differenzierung des Versicherungsschutzes durch Wahlmöglichkeiten:
 - Beibehaltung bisherigen Versicherungsumfangs
 - Zuwahl von Leistungen (Beiträge?)
 - Abwahl von Leistungen (mit Beitragsermäßigungen)
 - Selbstbehalte (Beiträge?)
- Wahlmöglichkeit zwischen Sachleistungs- und Kostenerstattungsprinzip (d.h. Kostenvorlage)
- Mehr Wettbewerb zwischen den Kassen durch Differenzierung im Versicherungsschutz
- Abschaffung aller Budgetierungen

Vorschläge zur GKV-Reform aus dem Bundeswirtschaftsministerium („Wirtschaftsbericht“ vom Juli 2001)

Stärkung des Wettbewerbs durch

- mehr Wahlmöglichkeiten der Versicherten
- Überprüfung der Leistungskataloge
- mehr „Flexibilität“ der Kassen bei Verträgen

Einstieg bzw. Umstieg von der solidarischen gesetzlichen Krankenversicherung in eine kapitalgedeckte Privatvorsorge:

- Auszahlung der Arbeitgeberbeiträge als „Lohn“

Vorschläge zur GKV-Reform -Wahlprogramm der FDP-

- Generell: Mehr Wettbewerb
- „Zwangsbeiträge“ auf Kernleistungen beschränken
- Option für verschiedene Versicherungstarife z.B. Einführung von „Boni“, Beitragsrückgewähr, Selbstbehalte, Selbstbeteiligung
- Generell: Kostenerstattung statt Sachleistungsprinzip
- keine Anhebung der Versicherungspflichtgrenze, keine Einbeziehung weiterer Einkunftsarten
- Auszahlung der Arbeitgeberanteile
- Abschaffung der Budgets

Vorschläge zur GKV-Reform aus dem „Bundeskanzler-Amt“ („Arbeitspapier“ vom Juli 2001)

Drei „Grundmodelle für eine nachhaltige Gesundheitsreform“:

- „Wettbewerbsmodell“: Kompletter Leistungsanspruch bei unterschiedlichen Versorgungsmodellen
- Modell „Grund- und Walleistungen“
- Modell „zusätzliche individuelle Kapitaldeckung für Altersrückstellungen“ in der GKV

(Modelle für Kombinationen offen)

Vorschläge zur GK V-Reform

von Klaus Kirschner

(SPD, Vors. des Bundestagsausschusses Gesundheit)

- Einheitlichen Leistungskatalog erhalten
- Optimierung von Versorgungsstrukturen und Qualität
(z.B. durch Behandlungsnetze, Institut für Qualität in der Medizin)
- Paritätische Finanzierung erhalten
- Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen
- Neudefinition Pflichtversicherte und/oder
Anhebung Versicherungspflichtgrenze
- Solidarische Wettbewerbsordnung (patienten- und
qualitätsorientiert)
- „Sicherstellungsauftrag“ an die Krankenkassen
- Auflösung des Kontrahierungszwanges



Vorschläge zur GKV-Reform - Wahlprogramm der SPD -

- Einheitlicher Leistungskatalog
- Paritätische Finanzierung der GKV
- Bei Nutzung des Hausarzt-Lotsen-Modells Option für günstigere Versicherungsbeiträge
- Für neue GKV-Mitglieder „Anpassung“ der Versicherungspflichtgrenze
- Beibehaltung der Beitragsbemessungsgrenze
- Mehr Wettbewerb im Rahmen einer „solidarischen Wettbewerbsordnung“ z.B. durch zusätzliche Einzelverträge zwischen Kassen und Leistungsanbietern und durch Liberalisierung des Arzneimittelmarktes

Vorschläge zur GKV-Reform

-Wahlprogramm von Bündnis 90/Die Grünen-

- Generell: Senkung der Sozialversicherungsbeiträge unter 40 Prozent
- Einheitlicher Leistungskatalog, keine Aufteilung in Grund- und Wahlleistungen
- Verbreiterung des Versichertenkreises („BürgerInnenversicherung“)
- Prüfen der Einbeziehung anderer Einkommen in Beitragspflicht
- Steuerfinanzierung gesellschaftlicher Aufgaben
- Mehr Transparenz und Qualitätssicherung
- Mehr Kooperation im Leistungsangebot z.B. durch Gesundheitszentren, Polikliniken, Stärkung der Rolle der Hausärzte

Vorschläge zur GKV-Reform - Wahlprogramm der PDS -

- Einheitlicher Leistungskatalog für alle
- Keine Leistungskürzungen oder mehr Eigenbeteiligung
- Paritätische Finanzierung
- Arbeitgeberanteil nach Bruttowertschöpfung berechnen
- Anhebung der Beitragsbemessungs- und Versicherungspflichtgrenze auf GRV-Niveau
- Beiträge auf Vermögen
- Erwerbstätigenversicherung
- Wettbewerb um Qualität
- Schaffung von Gesundheitszentren, Polikliniken

**Aufruf der IG Metall
zu einem gesellschaftlichen
Reformbündnis für mehr „Qualität
und Solidarität im
Gesundheitswesen“**



Für mehr Qualität und Solidarität im Gesundheitswesen

(Eckpunkte aus dem IGM-Vorstandsbeschluss v. 9.10.2001)

1. Gesundheitsziele und Umsetzungsschritte formulieren
2. Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung
3. Für mehr Qualität in der Gesundheitsversorgung
4. Stabilisierung der Finanz- und Solidarbasis
5. Mehr Wirtschaftlichkeit und Solidarität zwischen den Krankenkassen

Eckpunkte einer gesundheitspolitischen Reformstrategie

Eckpunkt 1:

Gesundheitsziele und Umsetzungsschritte formulieren

- ✓ *WHO: Gesundheit ist ... vollständiges ... Wohlbefinden, nicht nur das Freisein von Krankheit*
- ✓ mehr Gesundheitsvorsorge und Förderung
- ✓ Abbau sozialer Ungleichverteilung von Gesundheitschancen
- ✓ bessere Versorgung chronisch Kranker

Eckpunkte einer gesundheitspolitischen Reformstrategie

Eckpunkt 2:

Gesundheit schützen und fördern

- ✓ Vorsorge/Gesundheitsförderung als durchgängige Ziele in allen gesellschaftlichen Politikbereichen
- ✓ Verzahnung betrieblicher und gesellschaftlicher Massnahmen
- ✓ nationale Präventionskampagne
- ✓ zielgruppenspezifische Schwerpunkte
- ✓ interne Mittelumverteilung/Bundeszuschuß

Eckpunkte einer gesundheitspolitischen Reformstrategie

Eckpunkt 3:

Für mehr Qualität in der Gesundheits- versorgung

- ✓ Maßnahmen der Qualitätssicherung:
 - Behandlungsleitlinien
 - integrierte Versorgungskonzepte
 - Positivliste für Arzneimittel
 - Einführung so genannter „Disease-
Management-Programme“
(„qualitätsgeprüfte“ Behandlungsprogramme)

Eckpunkte einer gesundheitspolitischen Reformstrategie

Eckpunkt 4:

Stabilisierung der Solidargemeinschaft und der Finanzgrundlage

- ✓ aktive Arbeitsmarkt-/ Beschäftigungspolitik
Tarifpolitik
- ✓ Weiterentwicklung der Krankenversicherung
zu einer Erwerbstätigenversicherung
- ✓ Beitragsbemessungsgrenze anheben
- ✓ steuerfinanzierter Bundeszuschuss
(verschiedene Varianten denkbar)

Wirkung der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung

| Monats- einkommen - in € - | Beitrag ²⁾ - in € - | Durchschnittl. Beitragssatz zum 01.01.02 - in v.H. - | Realer Beitragssatz ³⁾ - in v.H. - |
|----------------------------------|-----------------------------------|---|---|
| 1.500 | 210 | 14,0 | 14,0 |
| 2.000 | 280 | 14,0 | 14,0 |
| 2.500 | 350 | 14,0 | 14,0 |
| 3.000 | 420 | 14,0 | 14,0 |
| 3.375 ¹⁾ | 473 | 14,0 | 14,0 |
| 3.500 | 473 | 14,0 | 13,4 |
| 4.000 | 473 | 14,0 | 11,8 |
| 5.000 | 473 | 14,0 | 9,5 |
| 7.500 | 473 | 14,0 | 6,3 |
| 10.000 | 473 | 14,0 | 4,7 |

- 1) Beitragsbemessungsgrenze 2002
- 2) Wird je zur Hälfte von Versicherten und Arbeitgebern getragen
- 3) Anteil des gezahlten Beitrags am Bruttoeinkommen

Eckpunkte einer gesundheitspolitischen Reformstrategie

Eckpunkt 5:

Mehr Wirtschaftlichkeit und Solidarität unter den Krankenkassen

- ✓ Weiterentwicklung des Risikostruktur-Ausgleichs zwischen den Kassen
- ✓ Maßnahmen zur qualitativen Verbesserung der Versorgung sowie für Gesundheitsvorsorge- und -förderung als *einheitliche Aufgabe aller Kassen*
- ✓ „Dachverband“ der gesetzlichen Kassen

Kern-Forderungen der IG Metall für eine solidarische GKV-Reform

Solidarität/Finanzen:

1. „Parität“ erhalten
2. „Erwerbstätigen-Versicherung“ einführen
3. Beitragsbemessungsgrenze anheben
4. Steuerfinanzierten Bundeszuschuss einführen

Qualität/Effizienz:

5. Einheitlichen Leistungskatalog erhalten
6. Mehr Prävention und Gesundheitsförderung
7. Integrierte, qualitätsgesicherte Versorgungsmodelle
8. „Leitlinien-Medizin“

Faustformel zu den Krankenversicherungsfinanzen

| | Früheres Bundes- gebiet | Neue Länder | Deutsch- land |
|--|-------------------------------|----------------|------------------|
| | Mrd. DM ⁽¹⁾ | | |
| | 2.000 | | |
| 1 Beitragspunkt GKV (AKV u. KVdR) erbringt Jahreseinkommen von davon: | 15,2 | 2,9 | 18,1 |
| 1 Beitragssatzpunkt AKV ⁽²⁾ erbringt Jahreseinnahmen von | 12,7 | 2,1 | 14,9 |
| 1 Beitragssatzpunkt KVdR ⁽³⁾ erbringt Jahreseinnahmen von | 2,5 | 0,8 | 3,2 |
| 100.000 Mitglieder (ohne Versicherte in der KVdR ⁽³⁾) erbringen Jahresbeiträge von | 0,585 | 0,457 | 0,562 |
| 1 Prozent Steigerung Summe der beitragspflichtigen Entgelte erbringt Jahresbeiträge von | 2,1 | 0,4 | 2,5 |
| 1 Prozent Steigerung der Leistungs- und Verwaltungsaufgaben ent- spricht | 2,1 | 0,4 | 2,6 |

1) Schätzwert

2) AKV = Allgemeine Krankenversicherung

3) KVdR = Krankenversicherung der Rentner