

QB 3: Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystem, öffentliche Gesundheitspflege

Teil I Einführung / Überblick

Institut für Hygiene & Public Health, Universität Bonn

Inhalte dieses Kurses

- I. Einführung / Überblick: Worum geht es?
- II. Gesundheitssystem
- III. Gesundheitsökonomie
- IV. Öffentliche Gesundheitspflege

I Systematik des QB 3: Worum geht es?

- Teilbereiche:
 - Gesundheitssystem
 - Gesundheitsökonomie
 - öffentliche Gesundheitspflege
- Binnenverhältnis:
 - Gesundheitssystem ⇒ Oberbegriff
 - Öffentliche Gesundheitspflege ⇒ Teilsystem
 - Gesundheitsökonomie ⇒ Teilperspektive
- Übergeordnete Einordnung:

Gesundheitssysteme und ihre Erforschung (und damit auch Gesundheitsökonomie und öffentliche Gesundheitspflege) sind Kerninteressen von (New) Public Health

Was ist Public Health?

Public Health ist die Wissenschaft und Kunst,
mittels organisierter Anstrengungen einer Gesellschaft

- Krankheiten zu vermeiden,
- das Leben zu verlängern und
- die Gesundheit zu fördern.

(Weltgesundheitsorganisation / WHO)

Public Health	- bevölkerungs- bzw. systembezogen
klinische Medizin	- individuell
Biomedizin	- subindividuell

Wer macht Public Health?

Public Health ist multidisziplinär, umfasst u.a.

- Medizin
- Sozialwissenschaften
- Umweltwissenschaften
- Ökonomie

Abgrenzung zur Sozialmedizin

	Sozialmedizin	Public Health
Beteiligte Disziplinen	Medizin	interdisziplinär
Ausgehend von	Krankheit	Gesundheit
Paradigma	Pathogenese	Salutogenese

Traditional Public Health

- Immunisierung
- Verbesserung der hygienischen Lebensbedingungen der Bevölkerung (z.B. Trinkwasser, Luft, Lebensmittel)
- Umweltschutz
- Arbeitsschutz
- Krankenversicherung

New Public Health

Untersucht die Abhängigkeit der Gesundheit jedes einzelnen von einem ganzen System alltäglicher, vom Menschen geschaffener kultureller Muster und Organisationen

New Public Health folgt dem Konzept multipler Systeme:

- Produktions- und Konsumsysteme zur Befriedigung grundlegender menschlicher Bedürfnisse
- Gesundheitssystem
- Systeme zur wissenschaftlichen Entwicklung und Bildung
- ...

New Public Health Policy

Neue Herausforderungen in der Gesundheitspolitik:

- demographischer Wandel
- neue Mobilität
- neue Prozesse der sozialen Organisation
- neue medizinische Technologien
- wachsende Erwartungen

Zentrale gesundheitspolitische Fragen ...

- Wie lassen sich weitere Verbesserungen der Gesundheit erreichen oder zumindest der aktuelle Stand vor dem Horizont neuer Herausforderungen (Umwelt, Infektionen, soziale Destruktionen, ...) sichern?
- Wie lässt sich eine verbesserte Effizienz im Gebrauch der gesundheitlichen Ressourcen, einschließlich der Reduzierung eskalierender Kosten, erreichen?

... und die Lösungsansätze von Public Health

- Public Health ist mit dem angemessenen Management kollektiver Gesundheitsprobleme befasst (ohne individuelle Präferenzen und Bedürfnisse zu negieren).
- Public Health umfasst alle Analysen und Management-Ansätze, die sich auf ganze Populationen beziehen:
organisierbare Ansätze und Systeme der Gesundheitsförderung, Krankheitsverhütung und Krankheitsbekämpfung
unter Einsatz kulturell und medizinisch angemessener, wirksamer, ethisch und ökonomisch vertretbarer Mittel.

Jedoch ist das medizinische System und die darin geleistete Ausbildung gegenwärtig überwiegend auf das Individuum konzentriert und auf die neuen Fragen kaum vorbereitet.

Ist Public Health wichtig für Kliniker?

- Ist das alles, sich vorwiegend mit der Reparatur von Gesundheitsschäden zu beschäftigen, die bei angemessener Gesunderhaltung vermeidbar gewesen wären?
- spürbare Knappheitsbedingungen für die Gesundheitswesen der Industrieländer!
PC Scriba, LM Universität München

Ohne Betrachtung des Public Health-Systems wird der Kliniker wahrscheinlich intellektuell verloren sein - weil er weder die Herkunft des Krankseins noch die Wahl zwischen den diversen Präventions- und Behandlungsoptionen hinreichend verstehen kann:

1. weil der Prozess nicht länger einem einzelnen Kliniker auf der Mikroebene obliegt
2. weil sich das Verständnis vom Behandlungs-Outcome verändert hat: multidimensional im Sinne von Lebensqualität

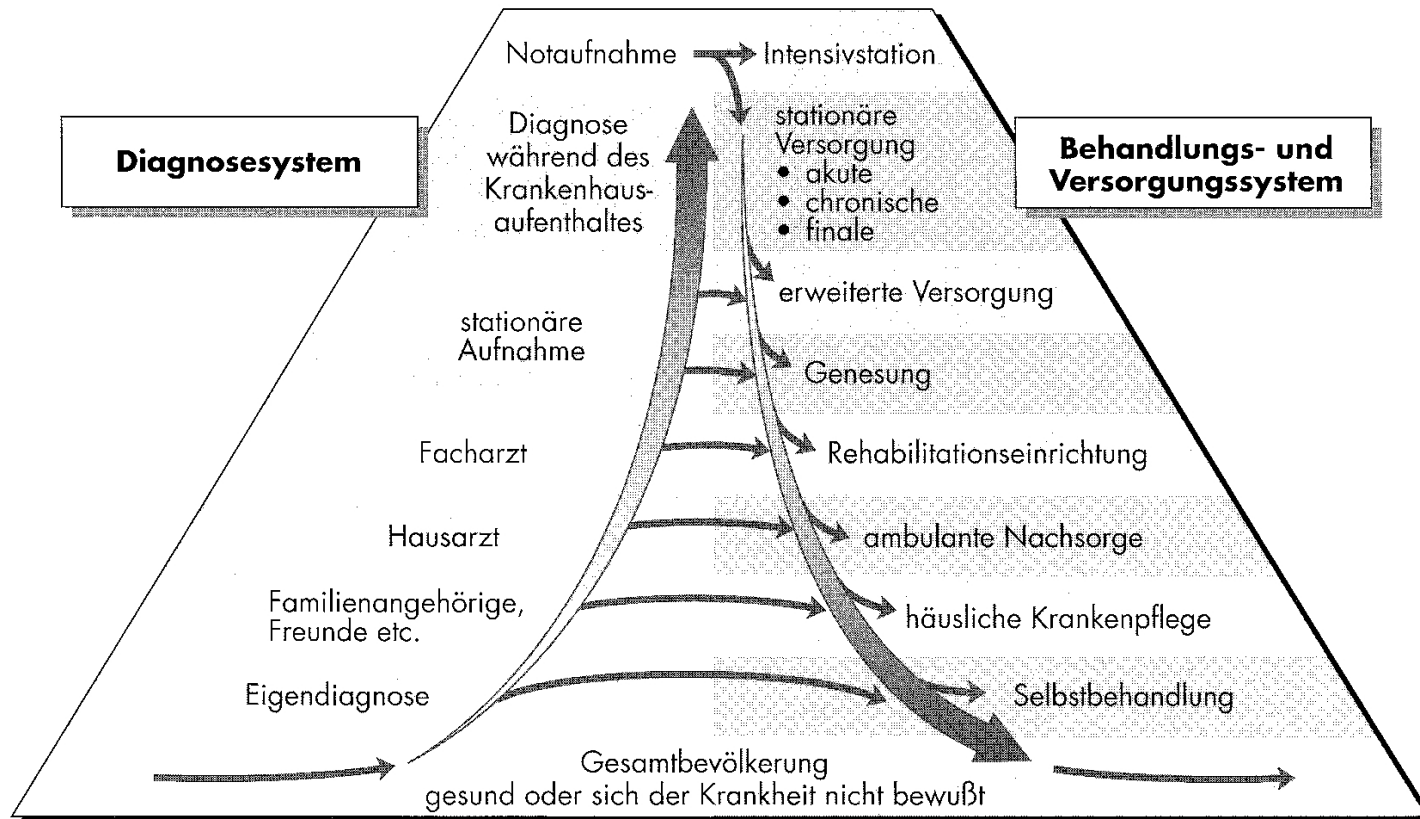
MH Brenner, Johns Hopkins University Baltimore

II Gesundheitssystem

- Was konstituiert ein Gesundheitssystem?
- traditioneller und erweiterter Gesundheitssystembegriff
 - persönliche Versorgung durch Heilberufe im Vordergrund (personalgeprägter Dienstleistungssektor) vs.
 - alle staatlichen, privaten, wirtschaftlichen und kulturellen Handlungen mit explizitem und überwiegendem Gesundheitsbezug
- Makroebene das System als Ganzes, nationale Gesundheitspolitik
- Mesoebene subsystemische Organisationen und Institutionen
z.B. Krankenkassen, kassenärztliche Vereinigungen
- Mikroebene individuelle Versorgungseinheiten (Krankenhäuser, Arztpraxen etc.), einzelne Technologien (z.B. Dialyse)

Modelle der Gesundheitssystemforschung

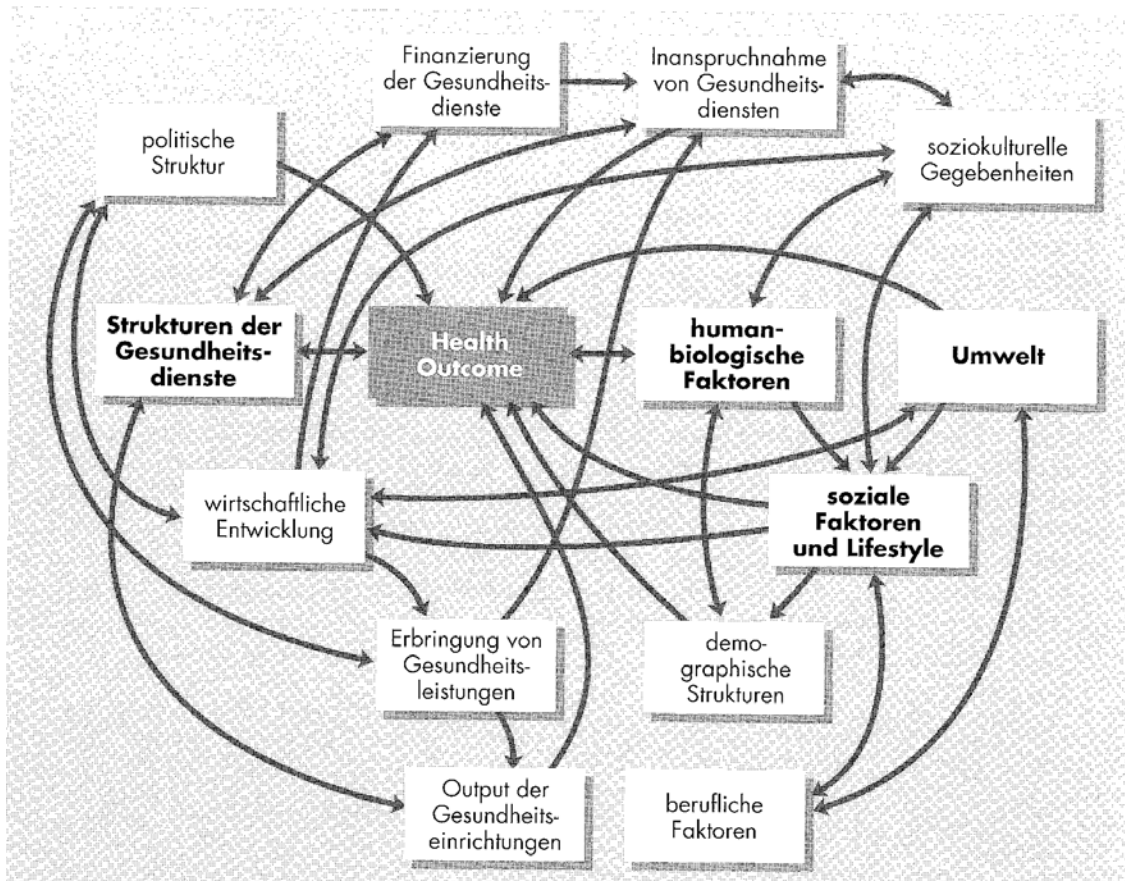
- Patientenflussmodell
funktional aufeinander aufbauende Versorgungssegmente wachsender Invasivität, Professionalität und Institutionalisierung



Modelle der Gesundheitssystemforschung

- Epidemiologisches Modell

biosoziale Wirkzusammenhänge; Gesundheitssystem als Subsystem eines größeren Systemzusammenhangs



Modelle der Gesundheitssystemforschung

- Einfaches Input-Output-Modell:

Input: *risikobezogener* Input, d.i. Gesundheitszustand der Bevölkerung

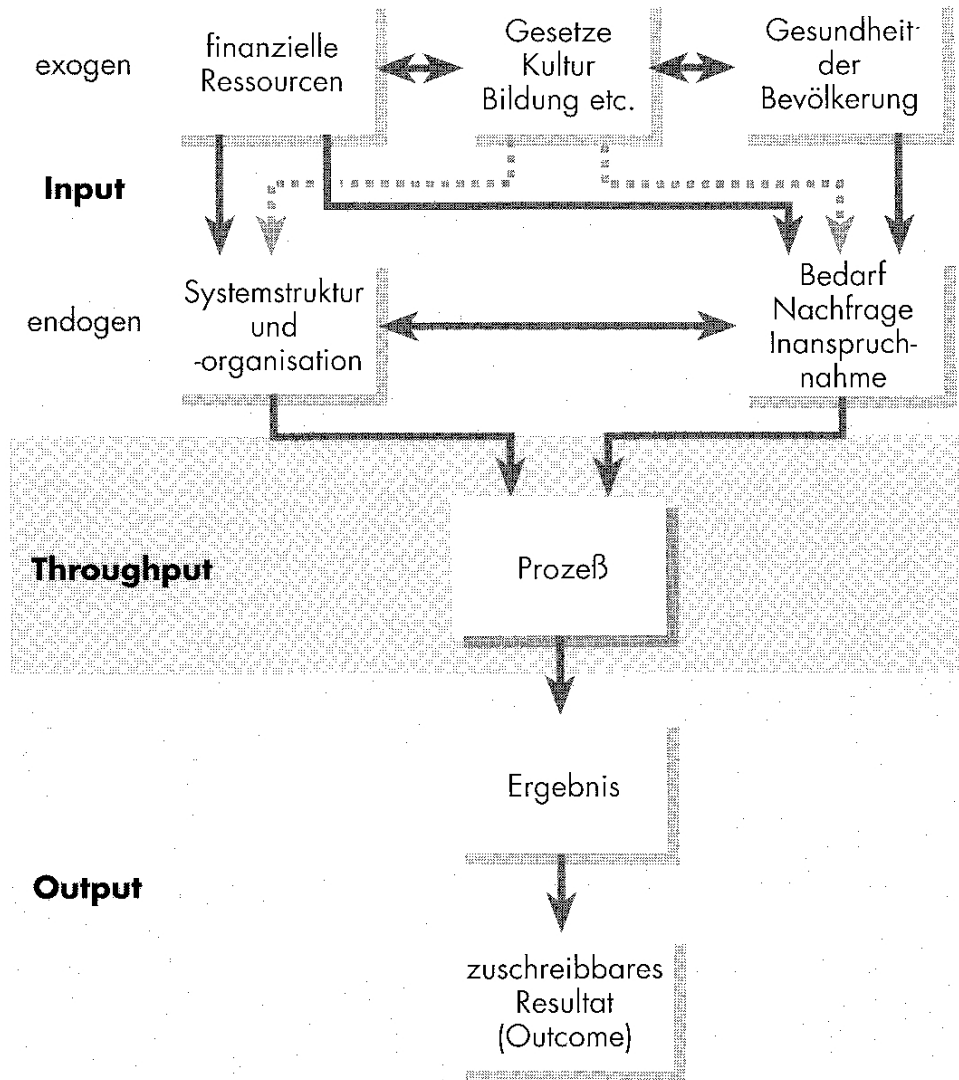
ressourcenbezogener Input, d.i. finanzielle, sächliche und personelle Ausstattung, organisatorische Strukturen

Throughput: im Gesundheitssystem ablaufende Prozesse

Output: Ergebnisse direkt am Ende eines Prozesses
(intermediäre Outputs)

mittel- und langfristig zuschreibbares gesundheitliches Resultat (outcome)

Modelle der Gesundheitssystemforschung



Input-Output-Modell

Fragen der Gesundheitssystemforschung

- Wer möchte und wer sollte das Gesundheitssystem in Anspruch nehmen, und wer tut es tatsächlich?
⇒ Bedarf, Nachfrage und Inanspruchnahme
- Wie viel wird wofür im Gesundheitssystem eingesetzt?
⇒ Finanzielle Ressourcen, Systemstruktur, Organisation
- Welche Leistungen werden wo, von wem, wie und in welcher Menge erbracht?
⇒ Prozess der Gesundheitsversorgung
- Was leistet das Gesundheitssystem?
⇒ Ergebnisse und Resultate, Effizienzanalysen

III Gesundheitsökonomie

- Makroökonomische Analyse des Gesundheitswesens erforderlich, weil die erforderlichen Ressourcen nicht in beliebiger Art und Menge zur Verfügung stehen; konkurrierende Verwendungszwecke!
- Welcher Anteil der volkswirtschaftlichen Gesamtressourcen soll auf das Gesundheitswesen entfallen?
- Davon: welcher Anteil soll auf Prävention, Therapie, Krankheitsfolgeleistungen, Ausbildung/Forschung entfallen?
- ... z.B. bei Therapie: welcher Anteil soll auf ambulante oder stationäre Behandlung, stationäre Kurbehandlung, Arzneien, Heil- und Hilfsmittel, Zahnersatz entfallen?
- ... z.B. bei stationärer Behandlung: welcher Anteil soll auf die verschiedenen Fachrichtungen entfallen?
- ... etc.

Weitere ökonomische Aspekte

- **Verteilungspolitik**

- Erreichbarkeit und Zugänglichkeit von Gesundheitseinrichtungen
- gruppenspezifische Krankheitsmuster
- regionale Versorgungsunterschiede

- **Stabilitätspolitik**

- Abhängigkeit der Finanzierung des Gesundheitswesens von Konjunktur und wirtschaftlichem Strukturwandel
- Anteil der gesamtwirtschaftlichen Wertschöpfung
- Gesundheit als Teil des volkswirtschaftlichen Humankapitals

- **Mikroökonomie**

- verhaltenslenkende Gesundheitspolitik mit Hilfe entsprechender Anreize
- betrifft das Individuum (Patient) als Nachfrager ebenso wie die Leistungserbringer (Arzt, Krankenhaus etc.)

Besonderheiten des Gesundheitsmarktes 1

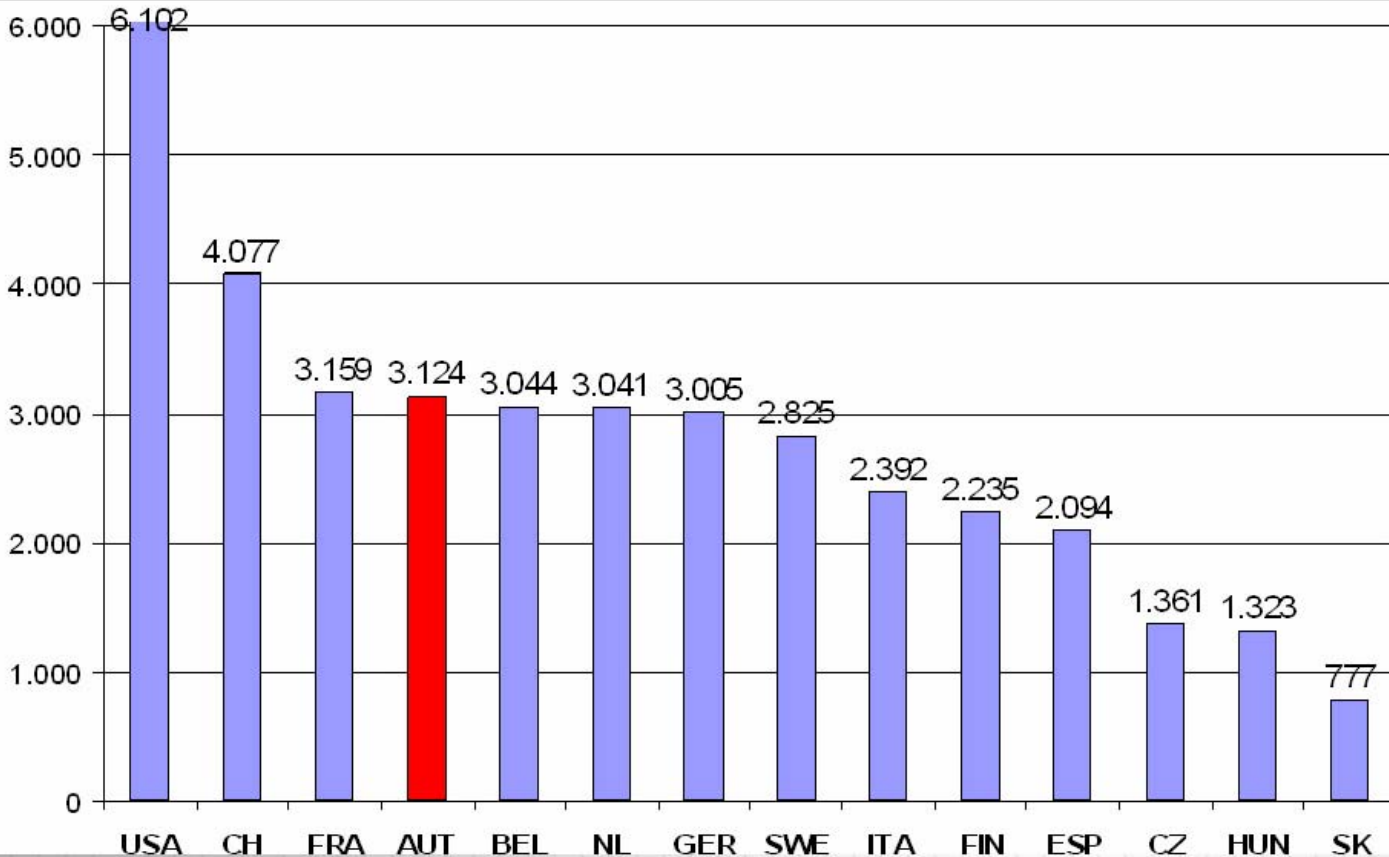
- Lebenserhaltender Charakter von Gesundheitsleistungen
„es geht um Leben und Tod“ – aber nur ausnahmsweise!
- Es fehlt an der notwendigen Konsumentensouveränität der Patienten
dies soll die Delegationsbeziehung zwischen Arzt und Patient vermeiden
- Anbieterinduzierte Nachfragesteigerung
möglich durch staatliche Preisregulierung und –normierung
- Gesundheits“markt“ ist genau genommen ein Nichtmarkt
aufgrund des Sachleistungsprinzips keine direkte Preisabhängigkeit der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen
dagegen stehen Selbstbeteiligung und Opportunitätskosten (z.B. Zeitaufwand) als marktwirtschaftliche Elemente

Besonderheiten des Gesundheitsmarktes 2

- Gesundheitsleistungen sind Güter mit externen Effekten (z.B. Impfung): der soziale Nutzen ist größer als der private Nutzen
- Unsicherheit und Unvorhersehbarkeit des Auftretens von Krankheiten und damit des Bedarfs von Gesundheitsleistungen
dagegen Krankenversicherungsschutz zur Bewältigung dieser Unsicherheit

Gesundheitsausgaben

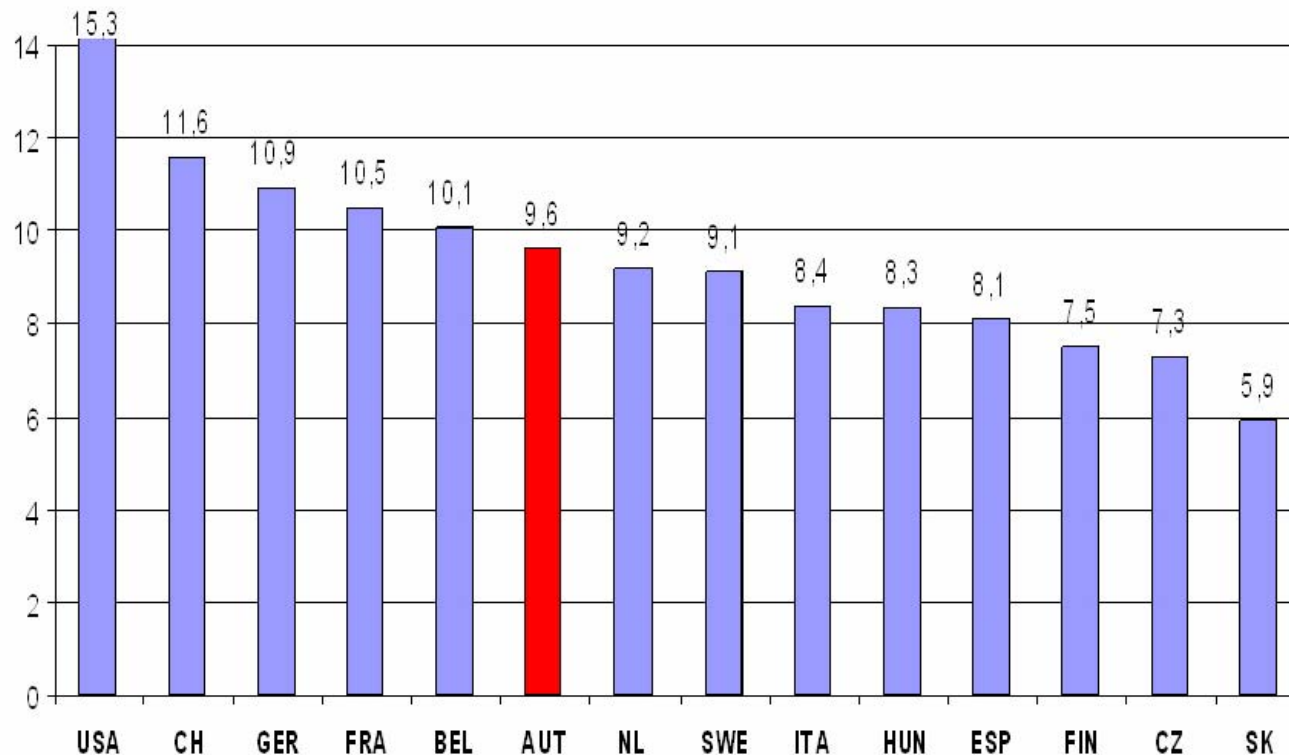
Gesundheitsausgaben pro Kopf in US\$
(kaufkraftbereinigt) im Jahr 2004 (oder letzter verfügbares Jahr)



Quelle: OECD Gesundheitsdaten 2006 (SHA)

Gesundheitsausgaben

Gesundheitsausgaben ausgewählter Länder in % des BIP 2004 (oder letzter verfügbares Jahr)



Quelle: OECD Gesundheitsdaten 2006 (SHA)

Entwicklung der Gesundheitsausgaben, gemessen am Bruttoinlandprodukt (BIP) in verschiedenen Ländern

Gesundheitsausgaben in % des BIP



Gesundheitsausgaben 1970-2006

**Deutschland 1970-2006:
Zunahme des BIP-Anteils um
4,7 Prozentpunkte
d.h. fast eine Verdopplung!**

Gesundheitsausgaben in Deutschland

- Gesundheitsausgaben insgesamt (2003): 240 Mrd. €
zum Vergleich (1993): 168 Mrd. € (+ 43% in 10 Jahren)
- Verteilung auf verschiedene Kostenträger:

1. GKV	136 Mrd €	57%
2. private Haushalte	29 Mrd €	12%
3. PKV	21 Mrd €	9%
4. Öffentl. Haushalte	19 Mrd €	8%
5. Pflegeversicherung	17 Mrd €	7%
6. Arbeitgeber	10 Mrd €	4%
7. GRV	4 Mrd €	2%
8. GUV	4 Mrd €	2%

Ursachen der Ausgabenentwicklung

- **Nachfrageseite**

- demographischer und sozioökonomischer Wandel
- Gesundheitsbewusstsein und –verhalten
- verändertes Krankheitspanorama
- mangelndes Kostenbewusstsein („Fiskalillusion“)

- **Angebotsseite: Gesetzgeber**

- Leistungskatalog in der GKV
- Sachleistungsprinzip
- System der Krankenhausfinanzierung

- **Angebotsseite: Leistungserbringer**

- verbessertes medizinisches Wissen
- medizinisch-technischer Fortschritt
- zunehmende Spezialisierung
- ‚overdoctoring‘ (Arzt als Veranlasser bei zunehmender Arztdichte)

III Öffentliche Gesundheitspflege

- In jedem Gesundheitssystem müssen Maßnahmen getroffen werden, die über individuelle Leistungen hinausgehen
- Der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) setzt solche bevölkerungsmedizinischen, planerischen, organisatorischen und kontrollierenden Maßnahmen um
- Aufgaben des Gesundheitsamtes:
 - Medizinalaufsicht über Berufe und Einrichtungen des Gesundheitswesens
 - Gesundheitsschutz, Hygiene incl. Umwelthygiene
 - Gesundheitsförderung, -vorsorge, -hilfe
 - amtsärztliche Gutachten
 - Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung

Subsidiär oder komplementär?

- ÖGD die dritte Säule des Gesundheitssystems (neben ambulanter und stationärer Versorgung)?
- Falsches Bild!
 - zunehmende Verzahnung
 - weniger als 1% der Gesundheitsausgaben im ÖGD
- Viele Aufgaben wurden aus dem ÖGD in andere Gesundheitsbereiche verlagert: z.B. Impfungen, Umweltmedizin; aber:
- Hoheitliche und Querschnittsaufgaben des ÖGD, im Sinne der Daseinsvorsorge erbracht, lassen sich nicht verlagern; Beispiel: Gesundheitsverträglichkeitsprüfung
- Das gilt auch für Leistungen mit Individualbezug; Beispiel: sozialkompensatorische Betreuung von Randgruppen

- Gefahr, dass unter der Fahne des „New Public Management“ Leistungen des ÖGD aus reiner Finanznot gestrichen werden
- Verstärkt gesundheitsfördernde und präventive Funktionen in der Kommune
- Sachwalter der gesundheitlichen Belange des Bürgers im Aufgabenfeld der Beratungs- und Dienstleistungsfunktion
- Sozialkompensatorische Funktion zur Sicherung / Herstellung gleicher Gesundheitschancen
- Beispiele aus NRW:
 - ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung
 - Gesundheitsberichterstattung
- Innovative Impulse aus dem Bereich Public Health

Troschke J von, Mühlbacher A (2005):

Grundwissen Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystem,
Öffentliche Gesundheitspflege. Huber Verlag, Bern.

ISBN 3456814140 € 19,95



Weiterführende Literatur

- Beske F, Hallauer JF (1999): Das Gesundheitswesen in Deutschland. Struktur – Leistung – Weiterentwicklung. Deutscher Ärzteverlag Köln. [=V 35]
- Breyer F, Zweifel P, Kifmann M (2005): Gesundheitsökonomik. Springer Berlin. [=V 127]
- Heiß G (Hrsg.)(2000): Wie krank ist unser Gesundheitssystem? Merz Verlag Mainz. [=V 45]
- Hurrelmann K (Hrsg.) (1999): Gesundheitswissenschaften. Springer Berlin. [=V 33]
- Hurrelmann K, Laaser U, Razum O (Hrsg.)(2006): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Juventa, Weinheim und München. [=V 141]
- Schwartz FW, Badura B, Leidl R, Raspe H, Siegrist J (Hrsg.) (2004): Das Public Health Buch. Urban & Schwarzenberg, München. [=V 27]

- kein Fehlertermin möglich
- Nachholen eines Termins aufgrund von Krankheit in einer der anderen Gruppen möglich (dies gilt nicht für die Schlussgruppen 5+6)
- alternativ Fachgespräch mit Dozent über die versäumten Inhalte
- ein Vorziehen von Terminen in frühere Gruppen ist nicht erwünscht
- zum Scheinerwerb ist das Bestehen der Abschlussklausur am 13.07.2010, 15.00 Uhr bis 15.45 Uhr (Hörsaal Lehrgebäude)

Organisation des QB Gesundheitssystem

- Institut für Hygiene und Öffentliche Gesundheit
- verantwortlich: Prof. Dr. Thomas Kistemann
- email: boxman@ukb.uni-bonn.de
- Sprechstunde für Studierende:
Während der Vorlesungszeit i.d.R. freitags 11-12 Uhr
im Bürogebäude des Instituts („Thofern-Haus“), EG Raum 03
- Sekretariat: Frau Leppin, Frau Pollter, Raum 02, Tel 14885
- Infos unter: <http://www.ihph.de/lehrequer.php>