5. Janssen-Cilag Delphi-Studie zur Zukunft des Gesundheitswesens

Wasem: „Jede Rolle steht zur Diskussion“

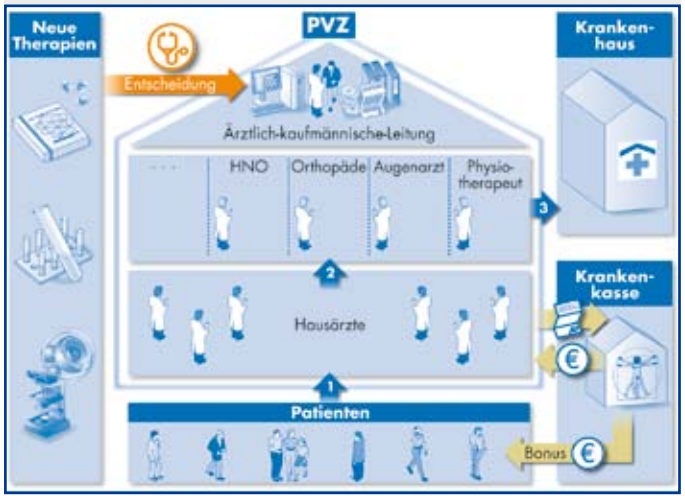
Mit der Frage, wie unser Gesundheitssystem im Jahr 2020 aussehen kann, beschäftigt sich die fünfte Janssen-Cilag Delphi-Studie „Perspektive 2020 – Gesundheit als Chance!“. Unter wissenschaftlicher Betreuung des Berliner IGES-Institutes und mit Beratung von Professor Dr. Jürgen Wasem, Gesundheitsökonom an der Universität Duisburg-Essen, wurden in der Studie drei Zukunftsszenarien für ein Gesundheitssystem 2020 entwickelt. Wasem forderte alle Beteiligten auf, Position zu beziehen, um im konstruktiven Dialog notwendige Veränderungen im Gesundheitswesen anzugehen.

>> Jedes Delphi-Szenario ist von einer Leitidee geprägt und sollte technisch wie politisch realisierbar sein. Ziel bei der Entwicklung der Szenarien war es zudem, die Bandbreite der möglichen Handlungsoptionen abzubilden. So sind im Szenario A Versorgungszentren in der Führungsrolle: Sie übernehmen für Qualität und Kosten der Versorgung die Gesamtverantwortung und bestimmen maßgeblich, ob und wie sie neue Leistungen in die Versorgung einbringen. Dazu Dr. Marcel Mangen, Geschäftsführer der Janssen-Cilag GmbH: „In Szenario A sorgt ein starker Wettbewerb der Leistungserbringer für Qualitäts- und Innovationsinitiativen. Es werden Anreize gesetzt, die Versorgungsprozesse zu optimieren. Effizienzreserven im System werden durch die als Lotsen fungierenden Primärversorgungszentren gehoben.“

Im Szenario B – dem „staatlichen Gesundheitshaus“ – bestimmen dagegen gesetzlich klar definierte Kriterien die Versorgung: Neue Leistungen werden erst dann allen zugänglich, wenn ihr Nutzen bewiesen ist und sie nicht zu teuer sind. Allerdings kann jeder Bürger staatlich geförderte private Zusatztarife abschließen, um auch nicht gesetzlich versicherte Leistungen zu nutzen. Für Mangen heißt das nichts anderes, als dass eine einerseits transparente, jedoch andererseits stark zentralisierte Struktur für alle Beteiligten im Gesundheitswesen eine hohe Planungssicherheit schaffen kann, aber auch Wege für Eigenvorsorge offen lasse.

Szenario A
Das ärztliche Gesundheitshaus

Die medizinische Versorgung wird überwiegend durch so genannte Primärversorgungszentren gesteuert. Sie bilden die zentrale Anlaufstelle für Patienten, übernehmen die hausärztliche Versorgung und koordinieren die weitere Behandlung durch Fachärzte oder das Krankenhaus. Sie besitzen die volle Budgetverantwortung für alle eingeschriebenen Patienten und erhalten damit sowohl einen Anreiz als auch die erforderlichen Spielräume, um die Versorgung möglichst effizient zu gestalten. Die Entscheidung ob, wann und wie der medizinisch-technische Fortschritt bei den Versicherten eingesetzt wird, liegt in den Händen der fachlich kompetenten Leistungserbringer.



Das Szenario C – das „private Gesundheitshaus“ – verändert die Rolle der Versicherten fundamental: Patienten- und Konsumentenvereinigungen handeln Gruppenverträge mit Krankenversicherungen aus, welche die Bedürfnisse dieser Gruppe möglichst zielgenau abdecken. Die Versicherungen können ihre Angebote dafür freier ausgestalten, solange sie einem gesetzlich definierten Mindestanspruch genügen. Für die Industrie bedeutet das nach Mangen, dass der Vertragswettbewerb noch mehr ausgeweitet, jedoch dafür die staatliche Regulierung deutlich zurückgefahren werde.

„Einigkeit besteht bei allen Beteiligten, dass durchgreifende Veränderungen erforderlich sind, um auch in Zukunft eine finanzierbare, qualitativ hochwertige und allen zugängliche Versorgung zu ermöglichen“, so Hans-Dieter Nolting, Geschäftsführer des IGES-Instituts. Auch die Bevölkerung ist grundsätzlich zu



Dr. Marcel Mangen, Geschäftsführer der Janssen-Cilag GmbH

Veränderungen im Gesundheitswesen bereit. Deutlich sei allerdings auch, wie unterschiedlich Entwicklungs-Optionen von den verschiedenen Interessensgruppen im Gesundheitswesen und auch innerhalb dieser Gruppen beurteilt werden.

Wasem mahnt daher zu mehr Verbindlichkeit und Konsistenz: „Für mich sind schon heute drei Schlussfolgerungen zulässig“, so der Gesundheitsökonom in Berlin: „Erstens: Die Rollen der Beteiligten am System stehen zur Diskussion und jede Interessensgruppe muss sich darüber klar werden, welche Verantwortung sie zukünftig übernehmen will! Zweitens: Für das Gesundheitssystem ist eine konsistente Wettbewerbsordnung anzustreben, denn das heutige Nebeneinander von staatlicher Regulierung und Wettbewerb ist widersprüchlich und hinderlich. Und drittens: Das Thema Leistungskatalog wird uns in Zukunft beschäftigen – dabei vor allem die Frage, wer entscheidet, welche Leistungen man solidarisch versichert und welche nicht.“ <<

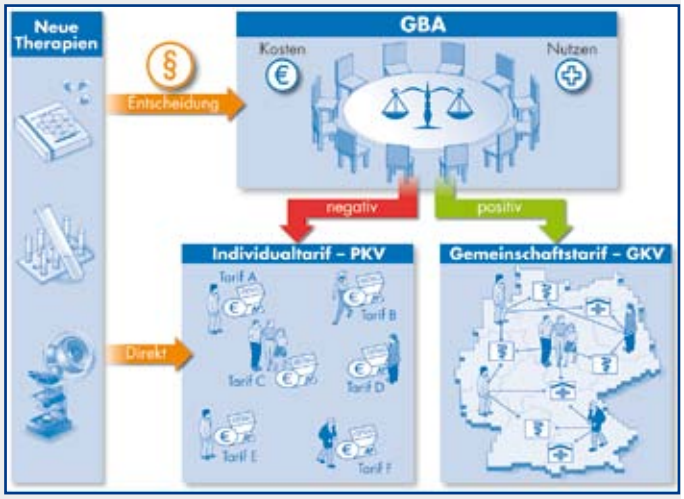
Szenario B
Das staatliche Gesundheitshaus

Das staatliche Gesundheitshaus bietet bewährten Standard und wählbare Extras. Die Grundversorgung wird für alle Versicherten verpflichtend mit einer einheitlichen Basisversicherung realisiert, indem die GKV in einen „Gemeinschaftstarif" überführt wird, in dem sich alle Bürger krankenversichern müssen. Dieser Gemeinschaftstarif bietet alle notwendigen medizinischen Leistungen, wobei allerdings neue Leistungen – also Innovationen – nur in die Erstattung aufgenommen werden, wenn die hohen Anforderungen an Nutzennachweis und Wirtschaftlichkeit erfüllt sind. Eine neue Behandlungsmethode wird nur in die Basisversicherung aufgenommen, wenn wissenschaftlich zweifelsfrei erwiesen ist, dass sie den bestehenden Behandlungsmethoden überlegen ist. Außerdem dürfen die zusätzlichen Kosten für die neue Methode einen gesetzlich festgelegten Schwellenwert (Kosten im Verhältnis zum Nutzen) nicht übersteigen. Was nichts anderes heißt, als dass Innovationen nur mit Zeitverzug in den Gemeinschaftstarif gelangen können.



Leistungen, die über die Grundversorgung hinausgehen, können durch sogenannte Individualtarife abgesichert werden. Sie werden von der privaten Krankenversicherung angeboten und vom Staat steuerlich gefördert. Allerdings sind auch Festzuschüsse zu Leistungen außerhalb des Gemeinschaftstarifs in Höhe der analogen GT-Leistung für ausgeschlossene Leistungen, die den Kosten-Nutzen-Schwellenwert nicht erreicht haben, möglich, oder aber für jene Arzneimittel und Therapien, deren jeweilige Kosten-Nutzen-Bewertung noch nicht abgeschlossen ist.





Szenario C
Das private Gesundheitshaus

Das private Gesundheitshaus bedient Kunden mit individuellen Angeboten. Die frühere Trennung zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung wurde abgeschafft. Der Staat legt nicht mehr wie bisher im Einzelnen fest, welche medizinischen Behandlungen, Untersuchungen und Arzneimittel von den Krankenversicherungen bezahlt werden müssen.

Es gibt lediglich die allgemeine gesetzliche Pflicht, alle medizinisch notwendigen Behandlungen zu bezahlen. Die detaillierte Ausgestaltung der Versorgung ergibt sich aus dem Zusammenspiel von Nachfrage der Versicherten und Angeboten der Versicherungsunternehmen: Konsumentenvereinigungen handeln mit den Versicherungen Gruppentarife aus. Diese Vereinigungen bilden damit das Gegengewicht zu den Versicherungsanbietern.

