

Gesundheit ein besonderes Gut – zur Begründung und Zukunft einer sozialen Krankenversicherung

„Markt und Moral: Ethik in der Ökonomie“

39. Wirtschaftsphilologentagung in Passau

Jürgen Zerth, Wilhelm Löhe Hochschule Fürth, Forschungsinstitut IDC

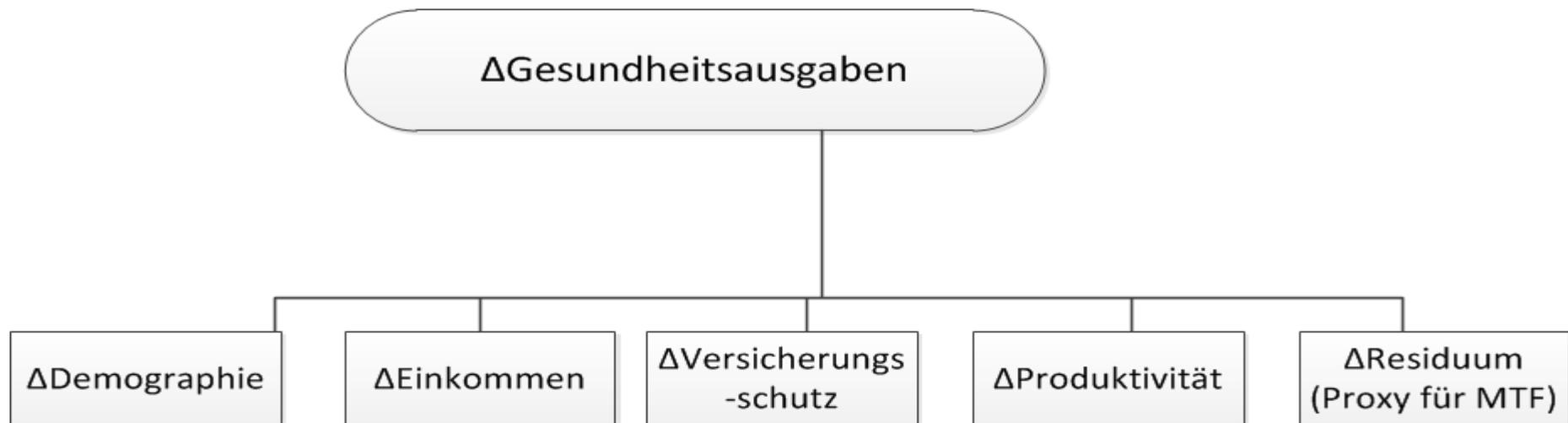
Passau, 27. September 2018

Gliederung

- Eröffnungsmotivation: Herausforderung klientenorientierter Versorgung
- These 1: Nachfrage nach Gesundheit und Gesundheitsgüter – die Besonderheiten im Kontext von Daseinsvorsorge
- These 2: Selektive Risikoteilung als Grundlage einer solidarischen Krankenversicherungsordnung!
- These 3: „Dynamisch-gerechte“ Gesundheitsversorgung profitiert von Heterogenität
- These 4: Gesundheitsversorgung morgen ist Teil einer veränderten Verantwortungslogik

Motivation:

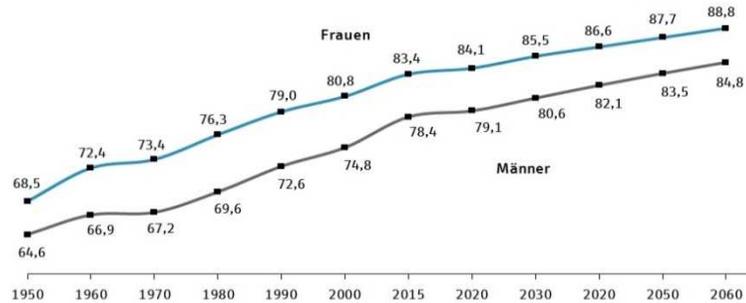
Was treibt die Gesundheitsausgaben – die Frage der Produktivitätsentwicklung



Quelle: Eigene Darstellung nach Oberender et. al. (2016) sowie Colombier (2012), S. 8

Zukünftige Herausforderung: Die Überalterung

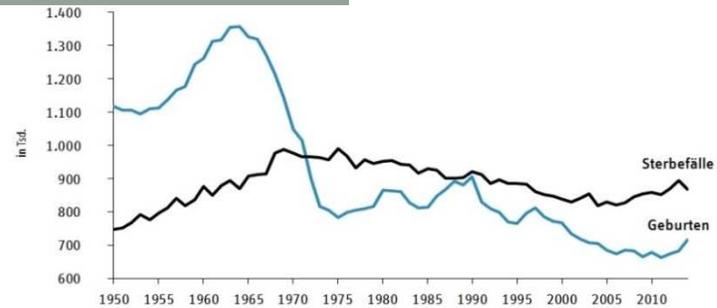
Lebenserwartung
in Jahren
1950 - 2060 - Bundesgebiet



Lebenserwartung steigt

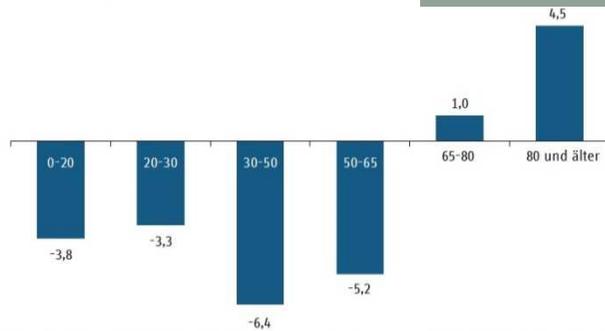
niedrige Geburtenrate

Geburten und Sterbefälle
in Tausend
1950 - 2014 - Bundesgebiet



Quelle: Eigene Darstellung nach: SiBA. 2014: 714.966 Geburten; 868.373 Sterbefälle

Bevölkerung nach Altersgruppen*
Veränderung in Prozent
2008 - 2060 - Bundesgebiet



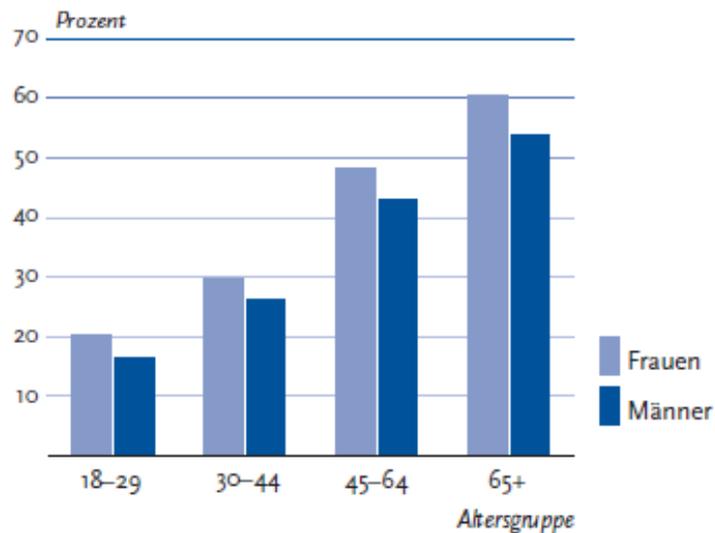
Anteil Alter steigt

Altenquotient steigt

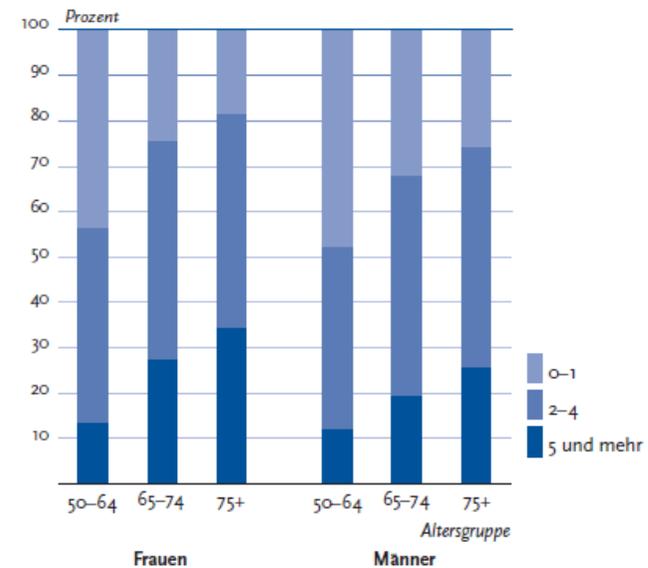
	1960	1990	2010	2030
Rentner Erwerbstätige x 100	32	35	48	76

4 Quelle: vdek (2014).

Zukünftige Herausforderung: Die Zunahme von Multimorbidität

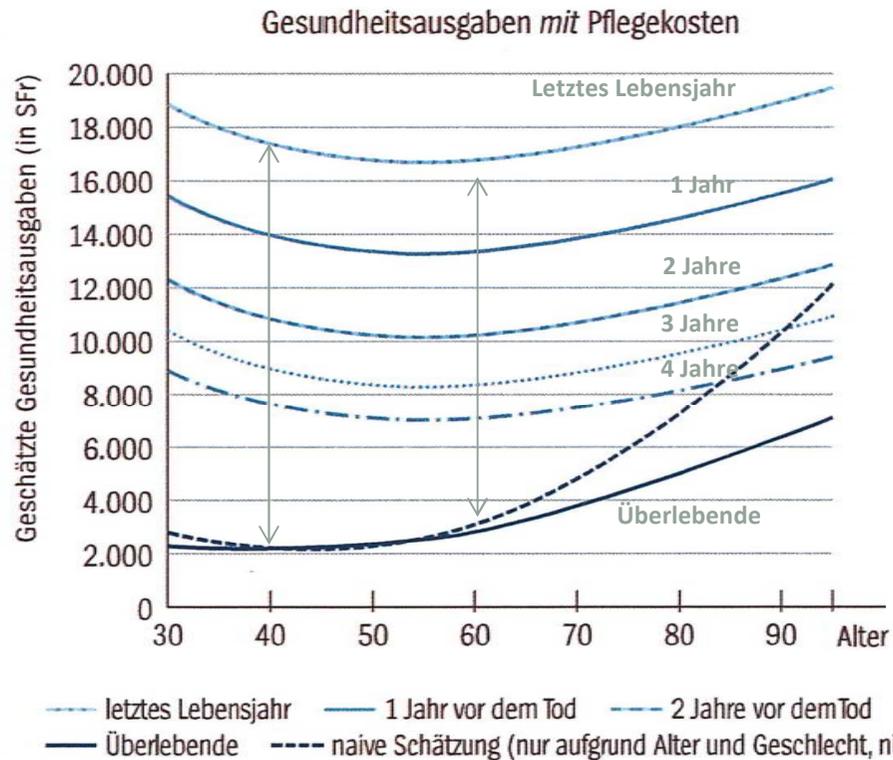


Ab dem 65. Lebensjahr sind **mehr als die Hälfte der Menschen** in Deutschland an **mind. einer chronischen Erkrankung** erkrankt



Ab dem **75. Lebensjahr** leiden ca. **30 %** der Menschen an **mind. 5 chronischen Erkrankungen** → **Zunahme der Pflegebedürftigkeit**

Gesundheitsausgaben am Lebensende mit Pflegekosten

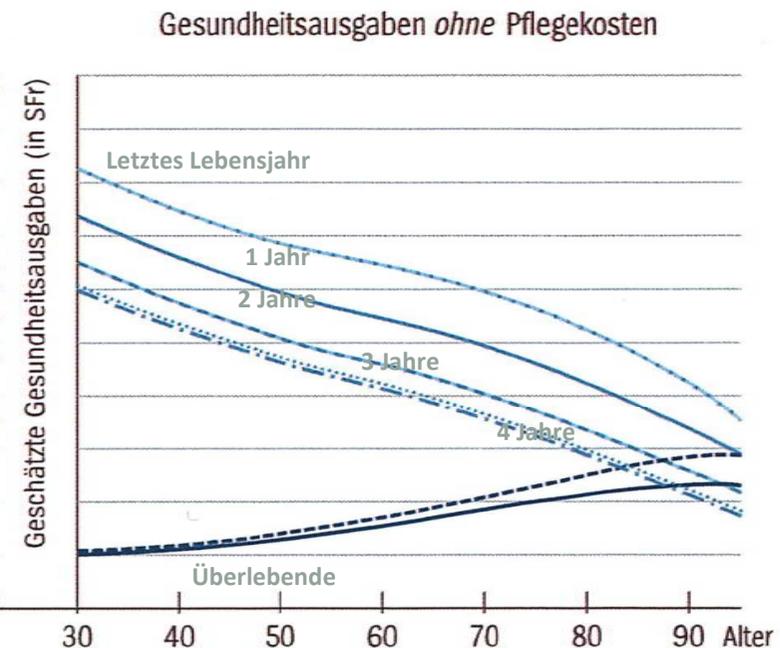


*Den Berechnungen liegen die Gesundheitsausgaben des Jahres 1999 zugrunde.

- Je größer die Nähe zum Tod ist, umso höher sind die **Gesundheitsausgaben**, inkl. Pflegekosten
- Die **Kosten sinken zunächst** mit steigendem Lebensalter **und steigen** ca. Mitte 50 **wieder an**
- **Ursächlich** dafür sind die **Pflegekosten**
- Bei den **Ausgaben für die Pflege** ist ein **stärkerer Altersbezug** erkennbar
 - Bei den **verstorbenen 95-Jährigen** **75 % der Kosten**
 - Bei den **Überlebenden 95-Jährigen** **fast 50 % der Kosten**

Gesundheitsausgaben am Lebensende **ohne** Pflegekosten

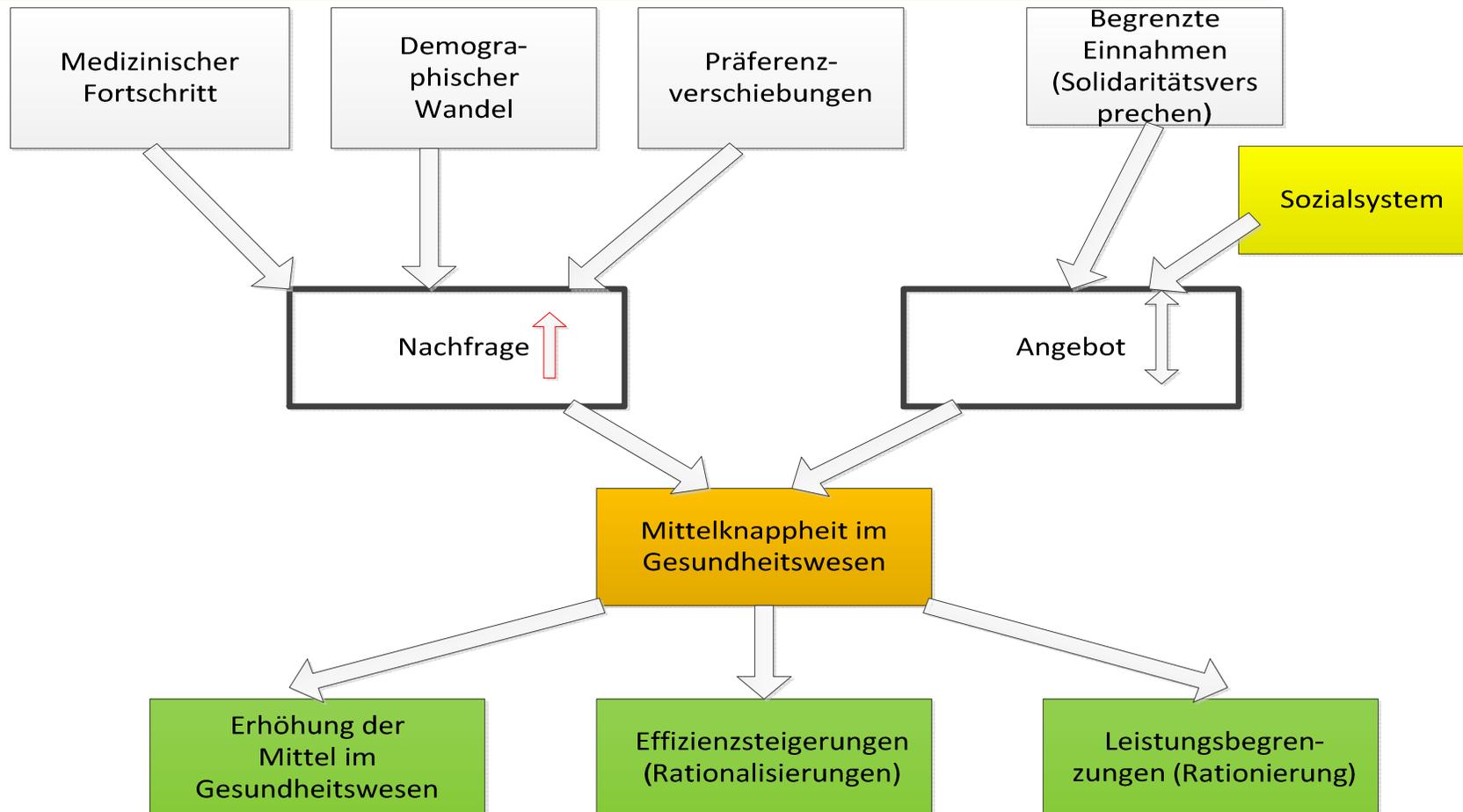
- Die **Ausgaben sinken** mit **zunehmendem Alter** in den letzten 5 Jahren **vor dem Tod**
- Das **Ausgabenprofil der Überlebenden für kurative Leistungen ist deutlich weniger steil** als bei den Gesamtausgaben
- Die **Gesundheitsausgaben gehen in hohem Alter am Lebensende zurück!**
- Es existiert in beiden Rechnungen ein **großer Kostenunterschied zwischen Überlebenden und Sterbenden**



— letztes Lebensjahr
— 1 Jahr vor dem Tod
— 2 Jahre vor dem Tod
- - - 3 Jahre vor dem Tod
— 4 Jahre vor dem Tod
— Überlebende
- - - naive Schätzung (nur aufgrund Alter und Geschlecht, nicht aufgrund Nähe zum Tod und Status verstorben/überlebt)

*Den Berechnungen liegen die Gesundheitsausgaben des Jahres 1999 zugrunde.

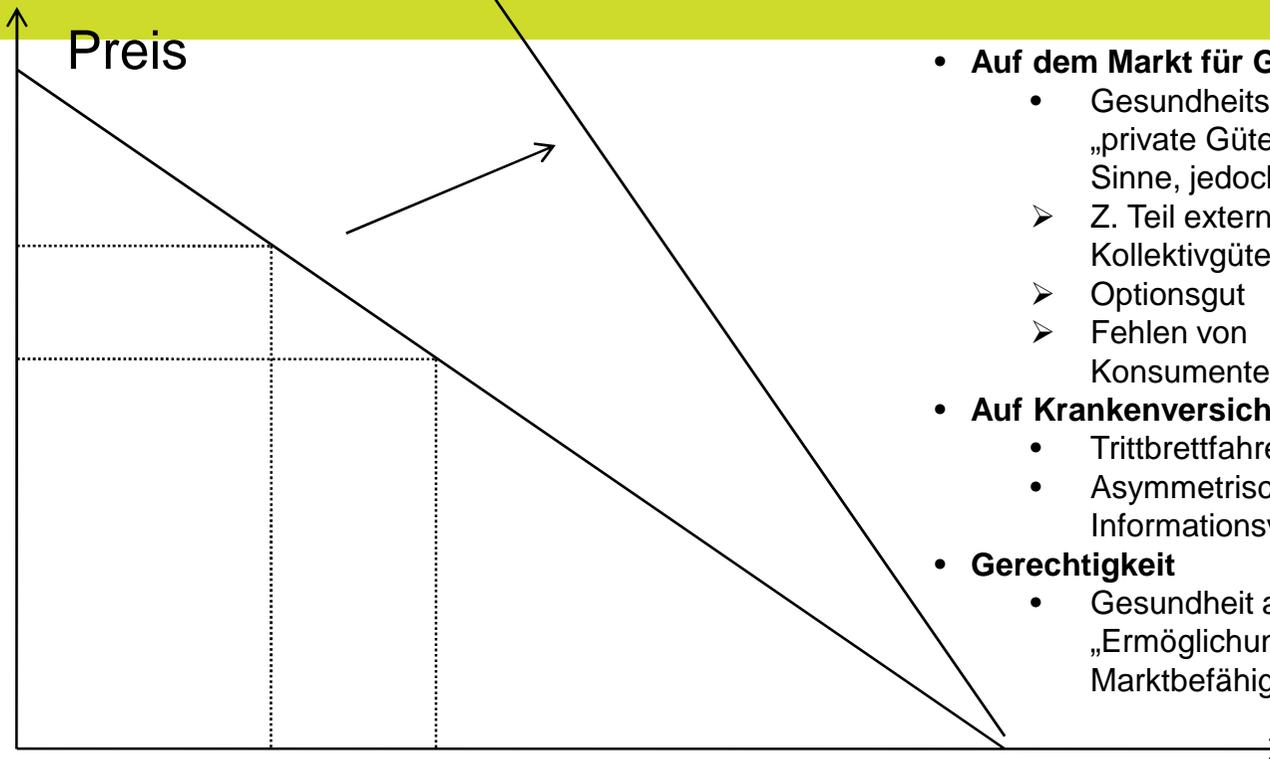
Effizienz: Knappheit als zentrale Fragestellung im regulierten Markt!



Quelle: Eigene Darstellung
8

Zu These 1:

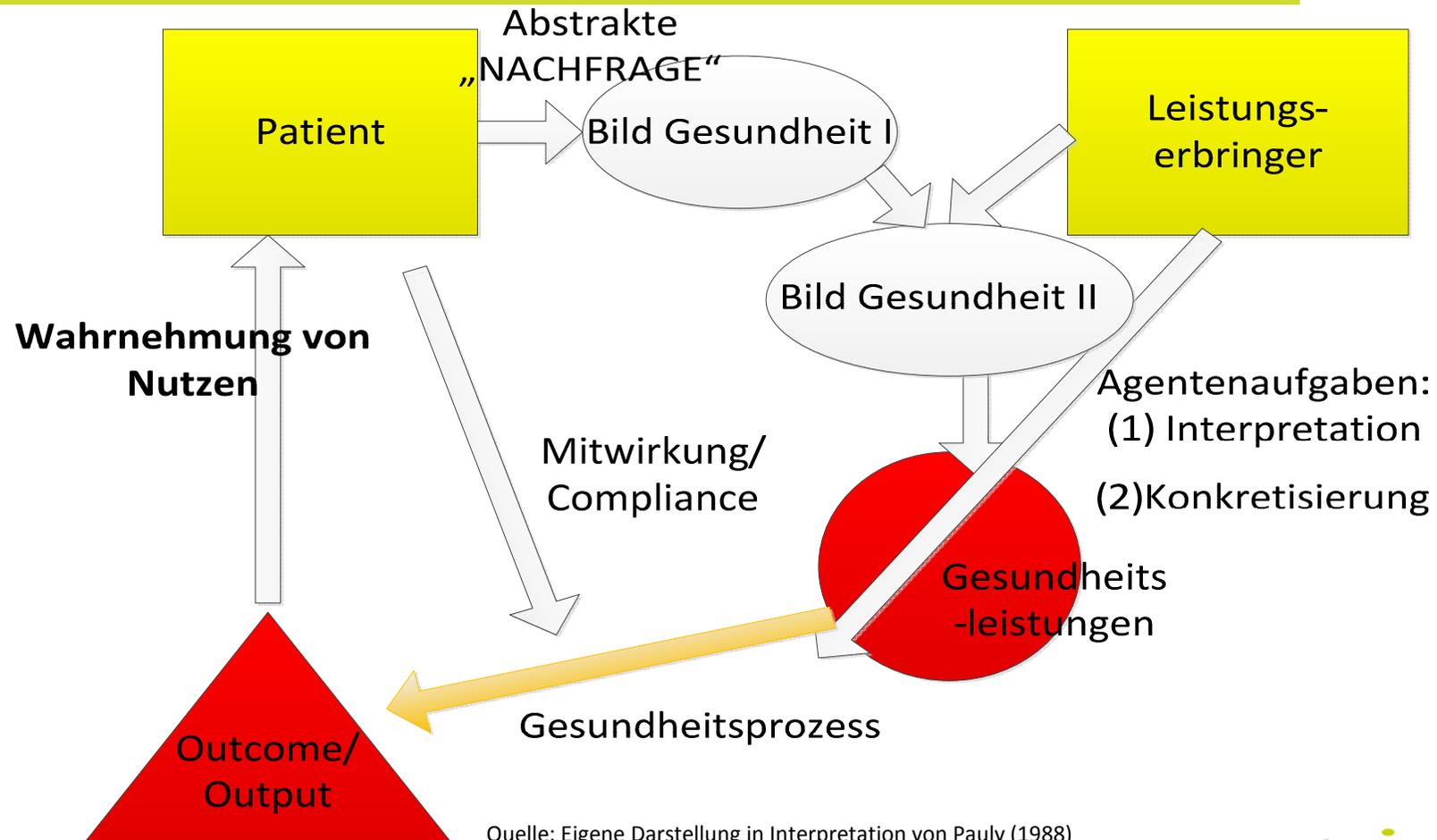
Nachfrage nach Gesundheit: Gilt das Gesetz der Nachfrage/
liegt Marktversagen vor?



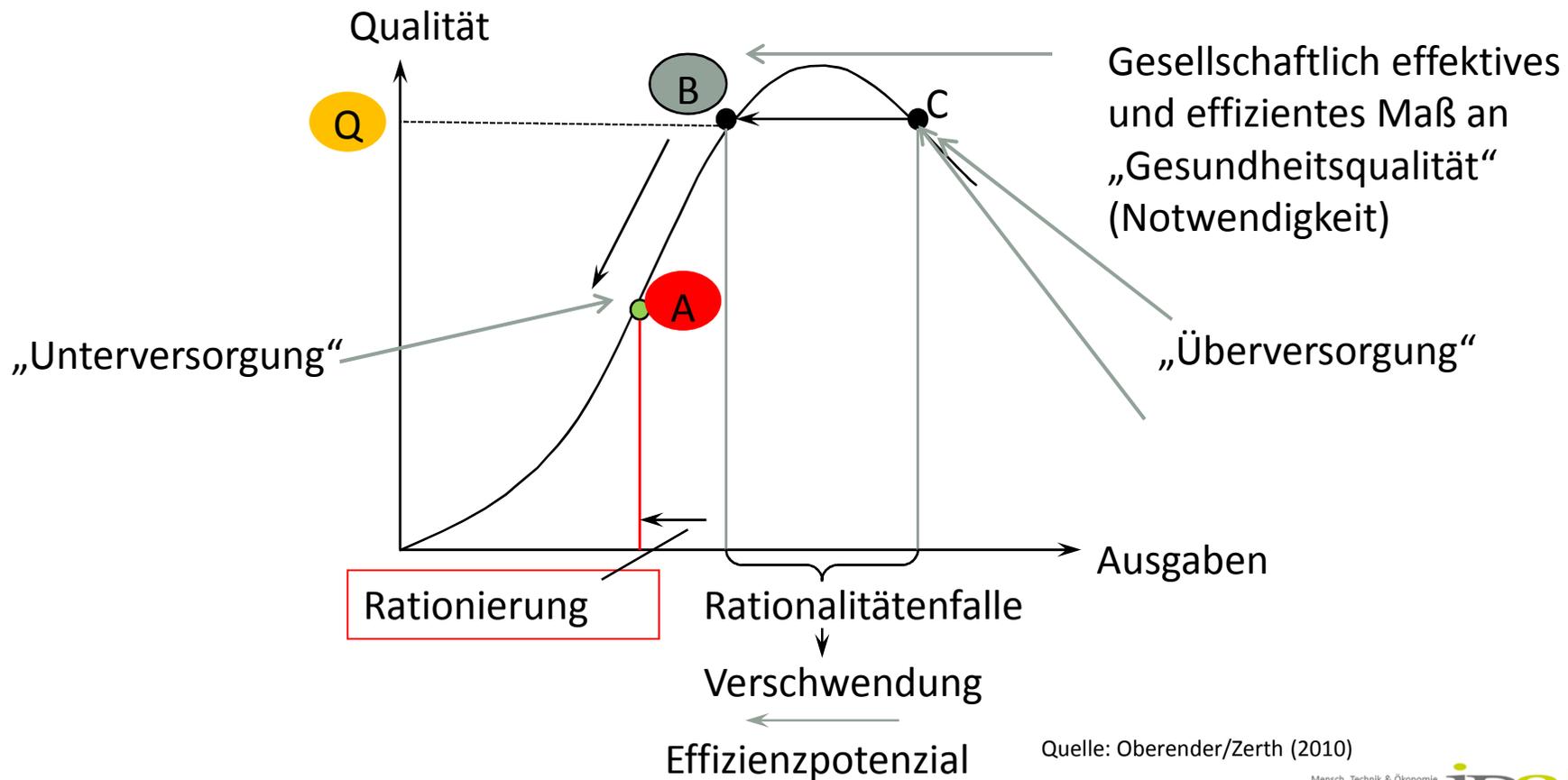
- **Auf dem Markt für Gesundheitsgüter**
 - Gesundheitsgüter weitgehend „private Güter“ im ökonomischen Sinne, jedoch
 - Z. Teil externe Effekte und Kollektivgüter
 - Optionsgut
 - Fehlen von Konsumentensouveränität
- **Auf Krankenversicherungsmarkt**
 - Trittbrettfahrerverhalten
 - Asymmetrische Informationsverteilung
- **Gerechtigkeit**
 - Gesundheit als „Ermöglichungsgut“/ Marktbfähigung

Menge an
Gesundheitsleistungen

Die institutionenökonomische Übersetzung: Nachfrage im Sinne „persönlicher Dienstleistung“: Agentenrolle des Arztes



Implikation einer „solidarischen Grund- und Regelversorgung:
Wer entscheidet über die rationale Versorgung bei gegebenem
solidarischem „Versorgungsniveau Q“



Zu These 2: Selektive Risikoteilung als Begründung einer solidarischen Gesundheitsversorgung

Begründung 1: Unfähigkeit zu rationaler Entscheidung

Vermutung: Gesundheitsbedrohung/Krankheit stellt Ausnahmesituation → rationales Verhalten unwahrscheinlich

Unterscheidung von drei „Formen“ zur Fähigkeit rationaler Entscheidung

1. **vollkommene Unfähigkeit** (im Falle von Bewusstlosigkeit oder Geisteskrankheit)
 - Gesundheitsgüter nehmen hier keine Sonderstellung ein
 - Entscheidung durch nahen Verwandten sinnvoll

2. **eingeschränkte Fähigkeit** (im Falle lebensbedrohlicher, die geistigen Fähigkeiten nicht beeinträchtigende Erkrankungen)
 - Bereitschaft zur Bezahlung beliebiger Geldbeträge zur Wiederherstellung der Gesundheit könnte ausgenutzt werden
 - Lösung durch Krankenversicherungsvertrags mit umfassender Abdeckung der Risiken

3. **weitgehende Fähigkeit** (im Falle nicht lebensbedrohlicher Erkrankungen)
 1. Patient als „Nachfrager“
 2. Gesundheitsmärkte mit unterschiedlicher Verantwortung

Selektive Risikoteilung als Begründung einer solidarischen Gesundheitsversorgung

Begründung 2: Minderschätzung zukünftiger Bedürfnisse

Risikoaverses, rationales Individuum würde sparen für Krankheitsfall im Alter bzw. Krankenversicherung abschließen

Argument: hohe Präferenz für Gegenwartskonsum steht dem entgegen

Problem:

- Paternalismus: Annahme, „wahre“ Präferenzen sind dem Individuum nicht bekannt
- durch staatliche Intervention kann keine bessere Lösung gefunden werden

➔ Welche Form der staatlichen Intervention lässt sich begründen?

Begründungsansätze für eine solidarische Risikoteilung! (Variante 1): Personenspezifische Transfers in Abhängigkeit von der Krankheitsanfälligkeit

- Problem: hoher Aufwand
 - Datenschutz- und Kontrollprobleme
 - Höhe der Prämie als Indikator für das Risiko?
 - Versicherung und Versicherte mit Anreiz zur Vereinbarung höherer Leistungen um Transfererhöhung zu erwirken
- ➔ Keine nachhaltige Vorsorge/Kapitelaufbau

Begründungsansätze für eine solidarische Risikoteilung! (Variante 2): Diskriminierungsverbot für Krankenversicherungen

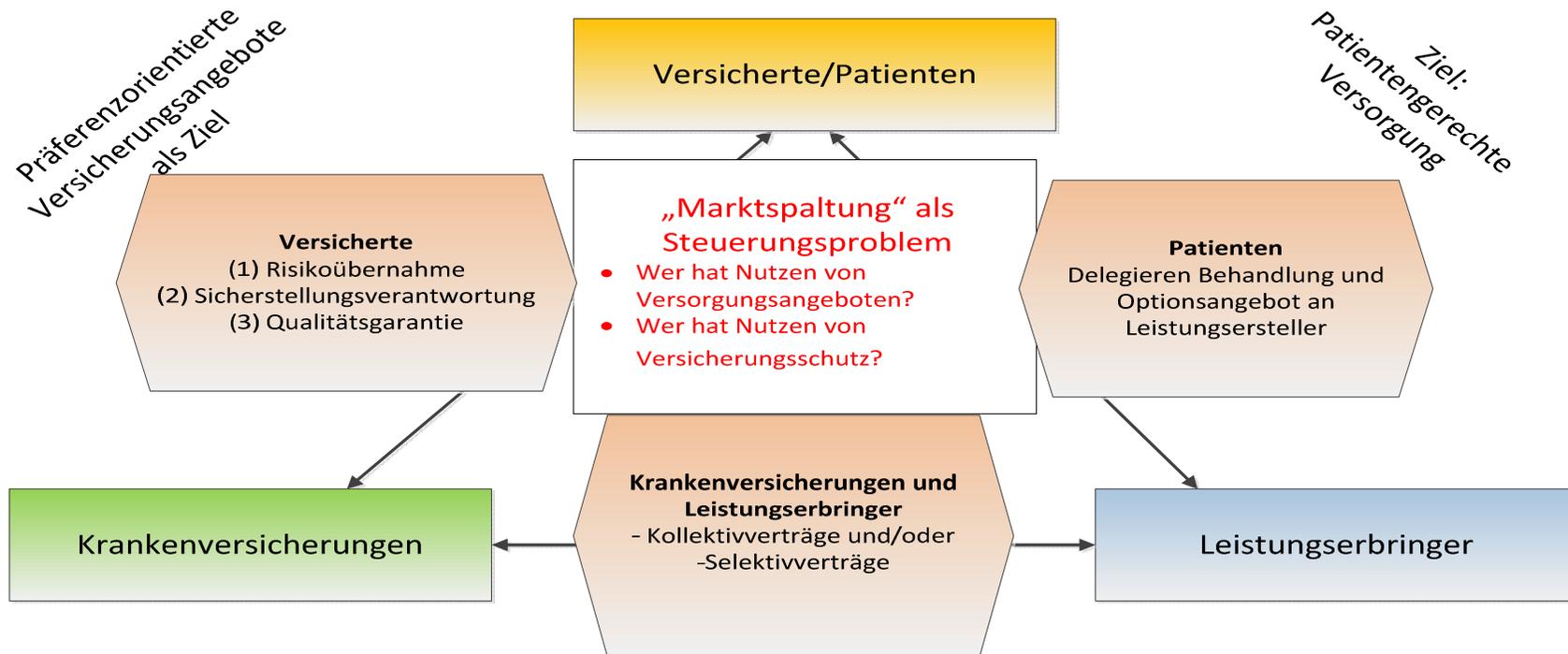
- Diskriminierungsverbot untersagt Krankenversicherungen, Beiträge in Abhängigkeit von der Krankheitsanfälligkeit zu erheben
- Ergänzung durch Zwangsversicherung und Kontrahierungszwang notwendig
- Problem: Krankenkassen betreiben Risikoselektion

→ Notwendigkeit eines Risikostrukturausgleichs?

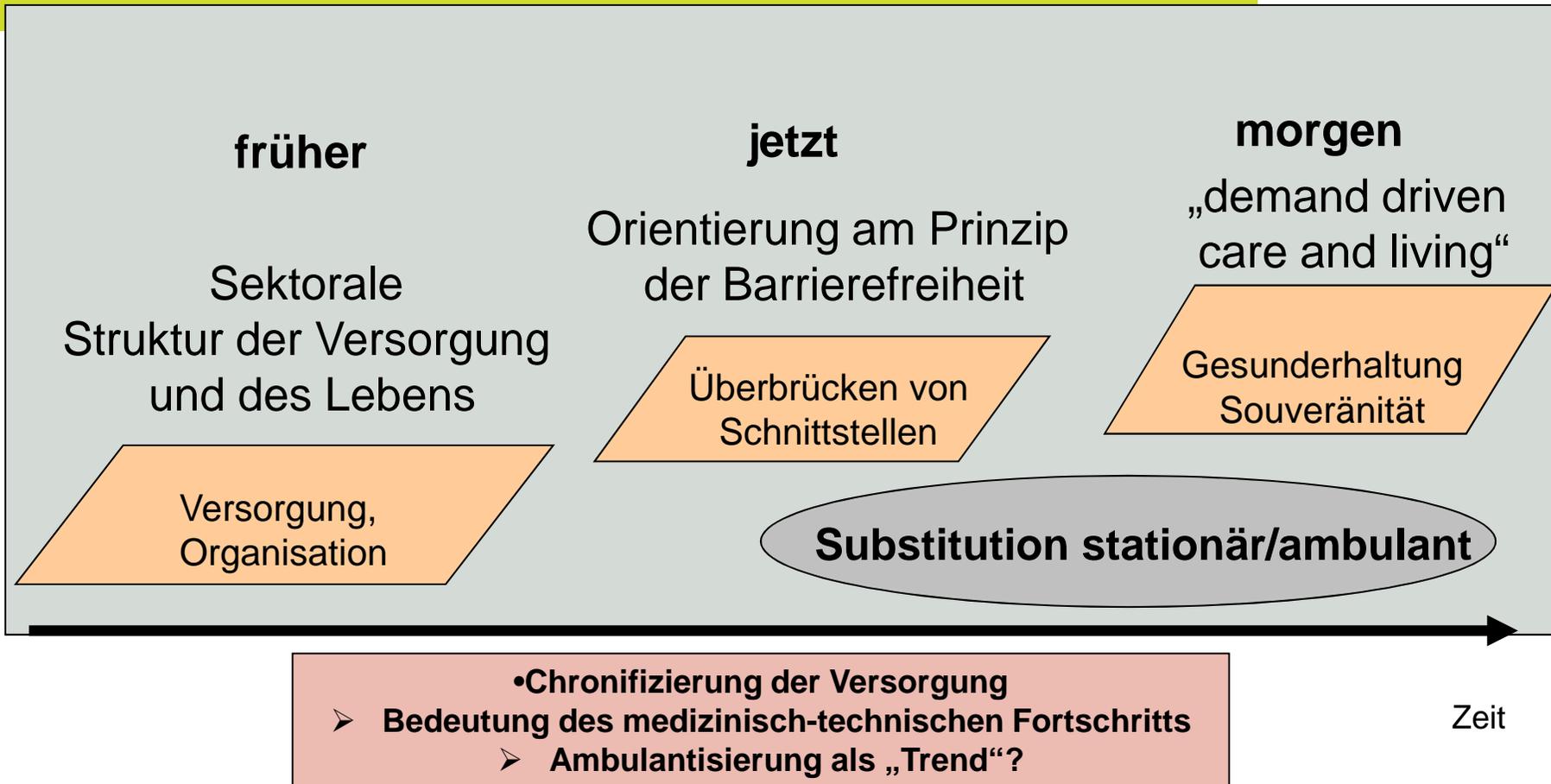
Begründungsansätze für eine solidarische Risikoteilung! (Variante 3): Steuerfinanzierter nationaler Gesundheitsdienst

- alle Bürger mit gebührenfreiem Zugang zu Gesundheitsleistungen
 - Verzicht auf Versicherungswettbewerb
 - kein Risikoselektionsproblem auf der Versicherungsebene
 - Bürokratische Großorganisation
- ➔ Wie hoch sind die Anreize, die Leistungen kostengünstig und den Wünschen der Patienten entsprechend zu erstellen?

„Regulierte Märkte“ mit teilweise unterschiedlichen Rationalitäten

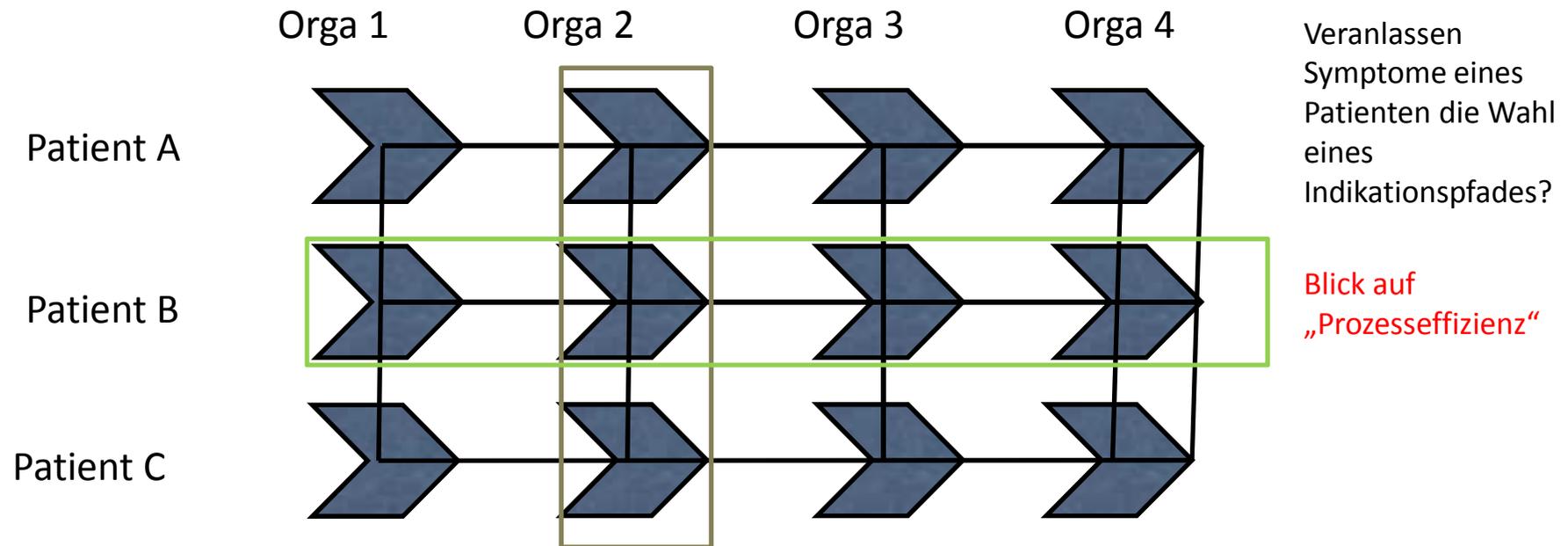


Zu These 3: Herausforderung „Orientierung an der Versorgung kontinuierlicher, chronischer Krankheitsbilder“



Quelle: eigene Darstellung

Klientenorientierte Versorgung verändert **inter- und intrasektorale** Arbeitsteilung



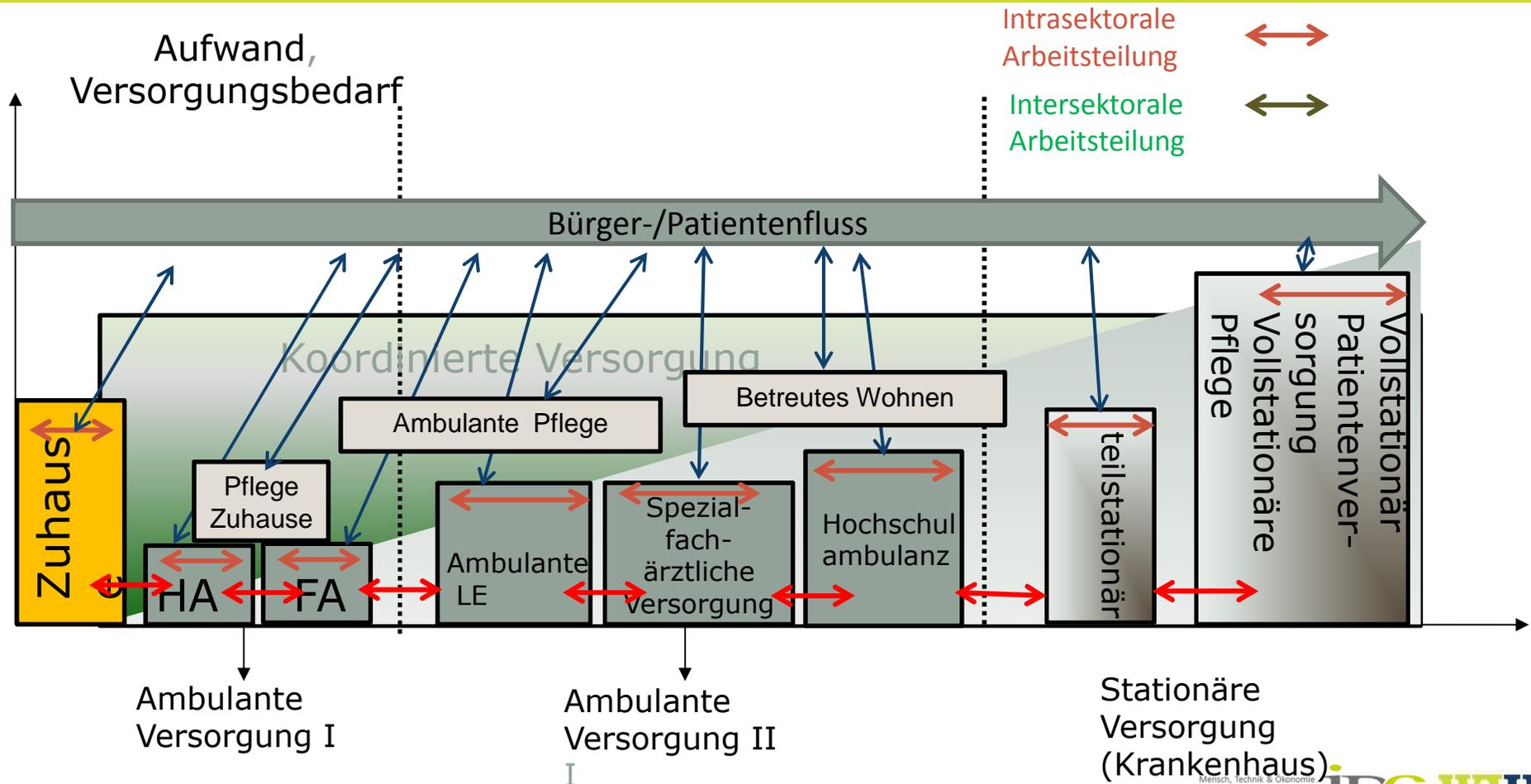
Wie muss der Patient organisatorisch eingebettet werden (ambulant/stationär?)

Wie lange sollte ein Patient behandelt werden?

Quelle: Eigene Darstellung

Zu These 4:

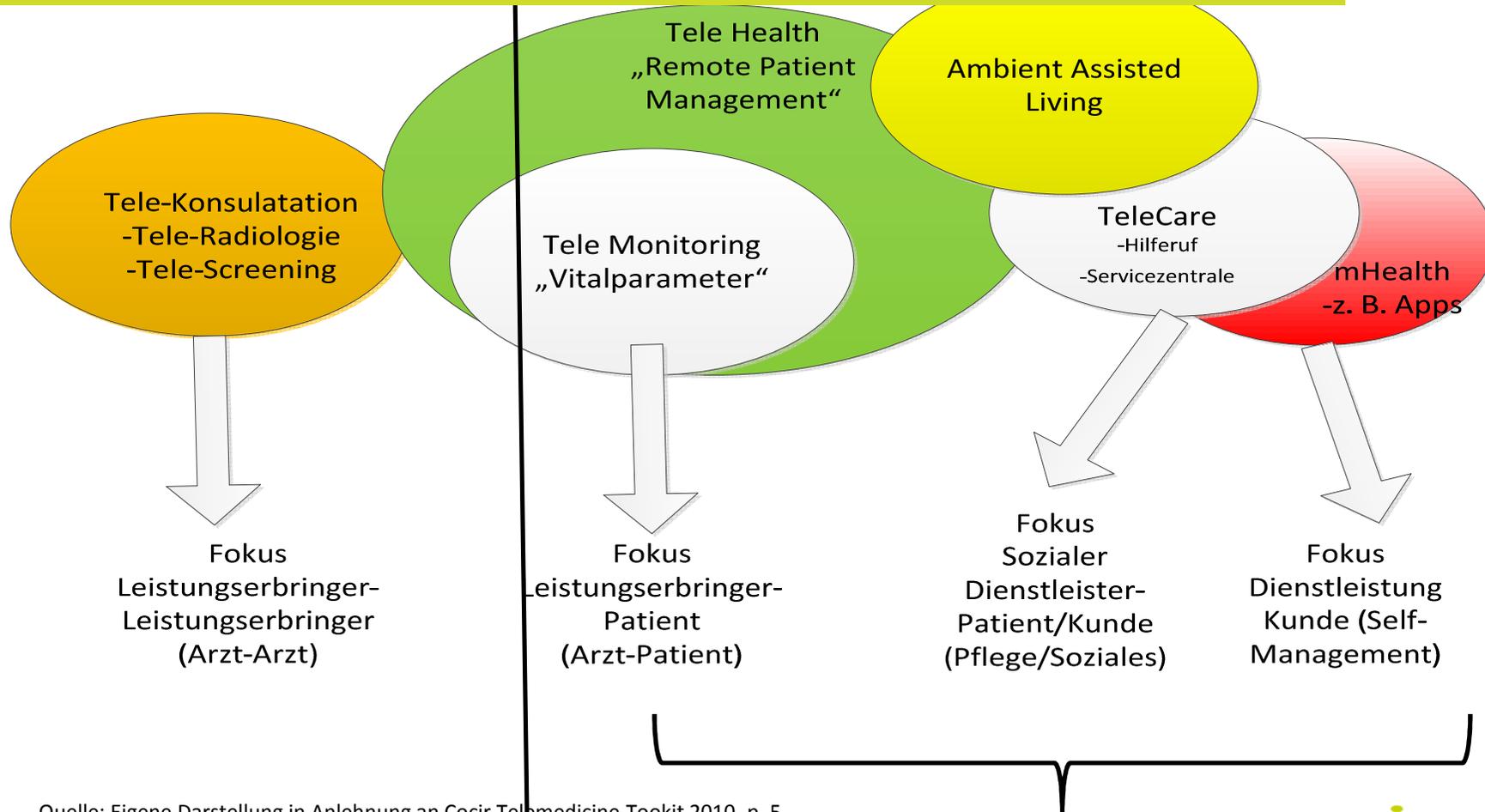
Digitalisierung: Informationskontinuität als Schlüssel für Versorgungskontinuität



20 Quelle: Eigene Darstellung Anlehnung an Oberender et. al. 2016, S. 27 sowie Schulte 2007, S. 27

Digitalisierung 1.0

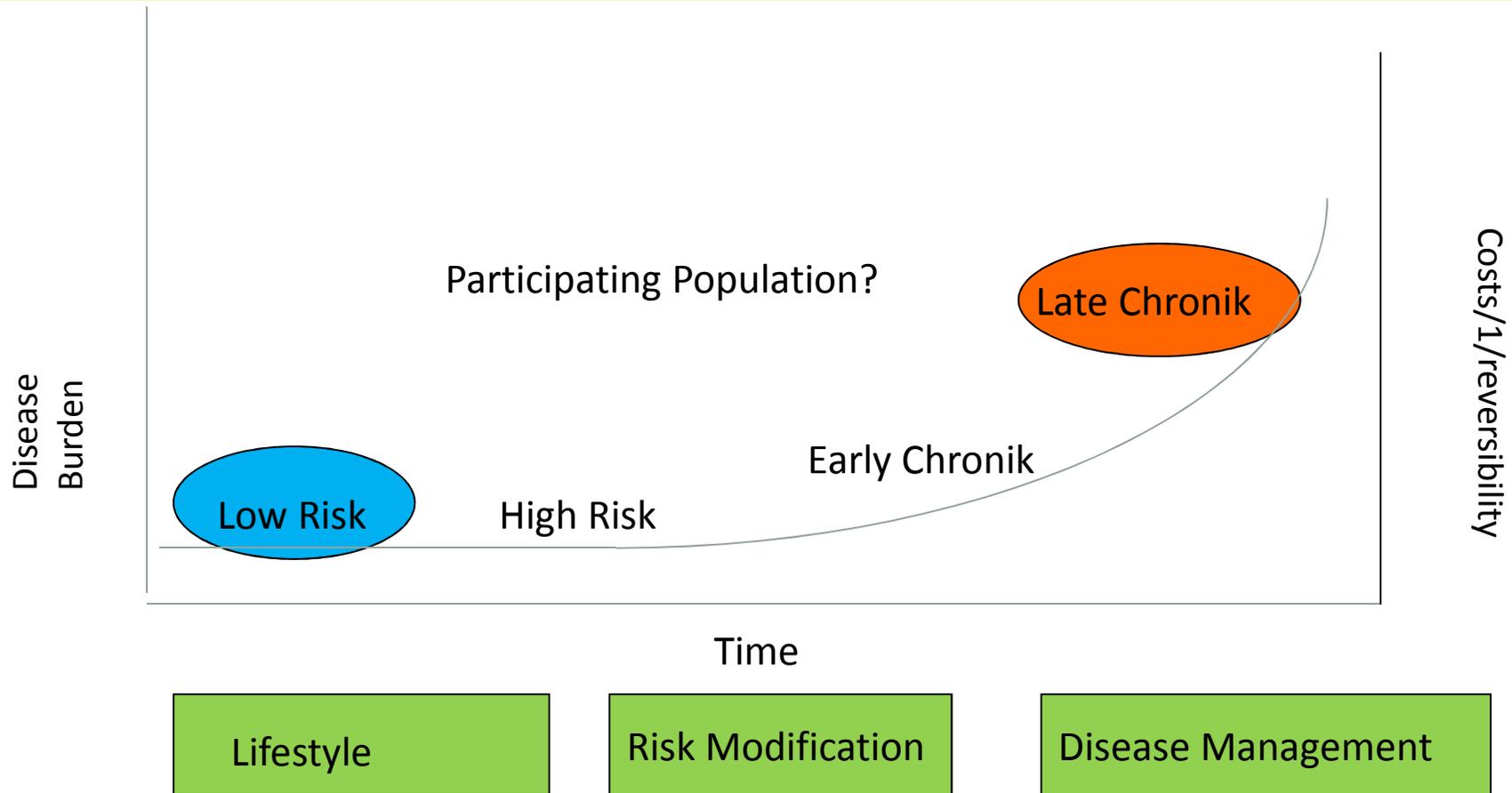
Digitale Beziehungen der Arbeitsteilung/Interaktionsbeziehungen



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Cocir Telemedicine Toolkit 2010, p. 5

Digitalisierung 2.0 – prädiktive Datennutzung

Benötigt die individuelle Risikoteilung eine stärkere Verantwortungsrolle?



Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



Prof. Dr. Jürgen Zerth
Wilhelm Löhe Hochschule
Fürth

Merkurstr. 41
90763 Fürth / Südstadtpark

0911/766069-21
Juergen.zerth@wlh-fuerth.de

www.wlh-fuerth.de/idc