

## Gesundheitsökonomie (grol 01-2006)

- **Public health** (WHO): „Wissenschaft und Praxis der Gesunderhaltung der Bevölkerung“.
  - § Sicherheits-, Verkehrs-, Landwirtschafts-, Umwelt- und Gesundheitspolitik.
- Ziele Gesundheitspolitik: Lebenserwartung↑, Lebensqualität↑ (Morbidität, Behinderungslast↓), Verringerung sozialer Ungleichheiten ↔ Versorgungsniveau, Wirtschaftlichkeit, Politik.
- Durch den föderalen Aufbau ist die Gesundheitspolitik Aufgabe der **Bundesländer**, Sozialversicherung und Ausbildung der Heilberufe jedoch Aufgabe des **Bundes**.
- Instrumente der Gesundheitspolitik
  - § Policy: Konzepte, Argumente, Maßnahmen.
  - § Politics: Analyse.
  - § Polity: Konkrete Ausgestaltung im **etatistisch-bürokratischen** (Planwirtschaft), **korporatistischen** (Sozialversicherung, GKV) oder **Marktmodell** (private Krankenversicherung).
- Finanzierungsarten
  - § **Familie**.
  - § **PKV: Individuelle** Versorgung nach **Äquivalenzprinzip** mit Risikoprämien.
  - § **GKV:** Einkommensabhängig **beitragsfinanzierte** Pflichtversicherung nach **Solidaritätsprinzip** unabhängig vom individuellen Risiko. Erbringung von Beiträgen zu gleichen Teilen von Arbeitnehmer und Arbeitgeber/Rentenversicherungsträger.
  - § **Staatliche Vorsorge** (Steuerfinanziert), vgl. NHS in GB.
- Korporatistisches Modell (GKV) umfasst
  - § Risikoverteilung auf Gemeinschaft, Kostenübernahme durch 3., Risikominderung des Einzelnen.
  - § **Sachleistungsprinzip** (keine finanzielle Vorleistung).
  - § **Versicherungspflicht**.
  - § **Einkommensabhängige Beiträge**.
  - § 90% im Sozialversicherungsmodell, 10% privat.
  - § Kostendämpfung durch Budgettierung, regulierten Wettbewerb.
  - § Entwicklung zum private-mix Modell mit privaten Zusatzversicherungen.
- Vergütungsformen
 

	Abrechnung	Effizienzsteigerung	Selektion	Budgetsteuerung
<b>Kopfpauschale</b>	Patientenzahl	+	+	+
<b>Fallpauschale</b>	Erkrankung	+	+	+
<b>DRG</b>	Erkrankung	+	+	+
<b>Einzelleistungsvergütung</b>	Leistungen	+	-	-
<b>Kostenerstattung</b>	Kosten	-	-	-

  - § DRG (Stationär): Fallpauschalenkatalog aus Basisfallwert + Relativgewichte (Zusatzpauschalen), keine Erfassung psychischer Erkrankungen.
  - § Punktesystem: Ambulante Einzelleistungsvergütung.
- Stationäre Versorgung
  - § **Investitionskosten** werden durch die Bundesländer über **Steuern** finanziert.
  - § **Betriebskosten** werden durch die Krankenversicherung über **DRG** finanziert.
- Kassenärztliche Versorgung
  - § KV (Kassenärztliche Vereinigung) zwischen Krankenkassen und Vertragsärzten.
  - § Abrechnung von Privatpatienten nach Einzelleistungen über GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte).
- Integrierte Versorgung (§§140a-d)
  - § Sektorübergreifende / interdisziplinäre Vernetzung **ambulanter**, **stationärer** und **rehabilitativer** Versorgung (Informationsaustausch, IT-Vernetzung).
  - § **Einzelverträge** mit Anbietern (vgl. Integrationsverträge der KVen), Fachübergreifend in MVZ (Medizinische Versorgungszentren) unter ärztlicher Leitung.

- § Indikationsspezifisch (Krankheitsbasiert, insb. bei komplexen Beandlungen), nicht-Indikationsspezifisch (Populationsbasiert).
- § Informationsaustausch → Vermeidung von Doppeluntersuchungen; MVZ → bessere Koordination, keine Spezialistensuche, kürzere Warte- und Liegezeiten; Standardisierung und Qualitätskontrolle → weniger Folgerkrankungen, finanzielle Anreize (Bonusprogramme).
- Problemstellungen
  - § **Allokation**: Verteilung knapper Ressourcen und Produktionsfaktoren (Angebot und Nachfrage).
  - § **Effizienz** (Rationalisierungspotential): **Minimumprinzip** (*Kostensenkung* bei gleicher Qualität und Quantität) und **Maximumprinzip** (*Qualitätssteigerung* bei gleichen Kosten und Quantität).
  - § **Distribution**: Verteilung von Leistungen auf Leistungsnehmer (z.B. solidarisch, finanziell).
  - § **Wertschöpfung**: Beitrag des Gesundheitssektors zur Volkswirtschaft.
- Wirtschaftskreislauf
  - § **Verbrauchsgütermarkt**: Güterfluss zum Verbraucher, Kapitalfluss zum Produzenten.
  - § **Produktionsgütermarkt**: Dienstleistung (Arbeit) zum Produzenten, Kapital zum Verbraucher.
  - § Marktpreise: Angebot ↔ Nachfrage, Einpegelung von Preisen, wenn Nachfrage gesättigt.
  - § Verhandlungspreise: KV ↔ Anbieter.
  - § Administrierte Preise (staatliche Vorgabe).
- Akteure im Gesundheitswesen
  - § **Verbraucher** (Patienten) erhalten gegen Beiträge Versicherungsschutz vom **Leistungskäufer** (KV, Staat) und Leistungen vom **Leistungserbringer** (Arzt), die gegen einen Leistungsnachweis vom Leistungskäufer vergütet werden.
- Besonderheiten von **Gesundheitsgütern** (Prävention, Kuration, Rehabilitation)
  - § Nachfrage- oder Angebotsbedingtes **Marktversagen** durch:
  - § Positive **externe Effekte** z.B. Nutzen für Gemeinschaft durch **Impfung**.
  - § **Optionsgutcharakter**, eine **Reservekapazität** muss vorgehalten werden.
  - § Angebotsinduzierte Nachfrage durch asymmetrischen Informationsvorsprung.
  - § **Dienstleistungsgüter**, Produktion und Konsum erfolgen gleichzeitig.
  - § Zu geringe Einschätzung **zukünftiger Bedürfnisse** (Alter) junger Patienten.
  - § **Adverse Selektion** durch Abwanderung junger, gesunder Patienten in die PKV.
  - § **Moral hazard**, Vernachlässigung von Vorsorge durch Absicherung.
  - § **Trittbrettfahrer**, die nicht vorgesorgt haben und solidarisch mitversorgt werden.

## Medizinmanagement

- Abwehr bevölkerungsweiter Gesundheitsgefahren (Human health protection).
- Kostenabhängigkeit von ärztlichen Entscheidungen.
- Setzung von Prioritäten (Leistungskatalog) im gemeinsamen Bundesausschuß.
- Kein Grenznutzen zusätzlicher Leistungen für medizinische Leistungen.
- Kompetitive Wettbewerbsvorteile
  - § **Kostenführerschaft**: Gleiches Produkt zu geringeren Kosten anbieten → **Standardisierung**.
  - § **Differenzierungsstrategie**: Höhere Preise für schlecht vergleichbare Produkte → **Spezialisierung**.
- **Porters five forces**
  - § Strategisches Modell der Rivalität von Wettbewerbern → Spezialisierung, Konsolidierung.
  - § **Bedrohung** durch **Eindringlinge**, **Ersatzprodukte** (stationär ↔ ambulant).
  - § **Verhandlung** mit **Zulieferern** (Gatekeeper, Lieferanten) und **Kunden** (Demografie, Sozioökonomie).
- **Kostenfaktoren**: Zunehmende Komplexität, Spezialisierung, Individualisierung, Leistungsausweitung, Multimorbidität.
- **Trade-offs**: Prozesskomplexität, Kosten↔Qualität, Wachstumsdruck, politischer Druck, Autonomieanspruch der Ärzte.

- Wertschöpfungspotentiale
  - § Reorganisation von Prozessen.
  - § Synergieeffekte zwischen Disziplinen.
  - § Netzwerke
- SWOT-Analyse (Geschäftsfeldstärke)
  - § Umfaßt eine Stärken-Schwächen-Analyse (**Strength-Weakness**) und eine Chancen-Risiko-Analyse (**Opportunities-Threats**) im Vergleich zum stärkstem Mitbewerber.

## Prävention

- **Primärprävention: Risikominimierung** (z.B. Schadstoffexposition bei Rauchen).
- **Sekundärprävention: Früherkennung**, Vorsorge (z.B. Mammografie-Screening).
- **Tertiärprävention: Rezidivvermeidung** (z.B. Rehabilitation).
  - § Rechtsgrundsatz: Rehabilitation vor Rente.
  - § Vermeidung von disability (Funktionsstörung), impairment (körperlicher Schaden) oder handicap (soziale Beeinträchtigung).
- Qualitätsmerkmale
  - § **Strukturqualität:** Zugang und Umfang medizinischer Leistungen.
  - § **Prozessqualität:** Kooperation zwischen Institutionen sowie Arzt-Patient Verhältnis.
  - § **Ergebnisqualität:** Qualitätssicherung.
- Häufigste Mortalität: **KHK**, MI, HI, Bronchial-Ca., Apoplex, COPD.
- Häufigste stationäre Aufnahme ♂: KHK, C<sub>2</sub>, Hernie, AP, Schlafstörungen, HI, MI.
- Häufigste stationäre Aufnahme ♀: Geburt, Mamma-Ca., HI, Cholelithiasis, Katarakt, Gonarthrose.
- Häufigste Krebserkrankungen ♂: Prostata (20.3%), Kolon (16.3%), Lunge (15.9%), Blase (8.9%).
- Häufigste Krebserkrankungen ♀: Mamma (24.4%), Kolon (17.6%), Lunge (5.4%), Uterus (5.1%).
- Risikofaktoren: Rauchen (~30% der Krebserkrankungen), Fehlernährung, genetisch, Infektion.