

Dr. M. J. Boereboom

Vortrag des Direktors der Abteilung für kurative Versorgung, Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport, 13. Dezember 2004, 11.00 - 16.00 Uhr

Anhörung zum Thema „Prioritätensetzung im Gesundheitswesen in Österreich, Dänemark, Israel, den Niederlanden, Schweden, der Schweiz und Großbritannien“

Ich freue mich, als einer der Referenten bei der Anhörung zu diesem wichtigen Thema zu Ihnen sprechen zu können. Meine Einführung gliedert sich in drei Teile:

- Erstens werde ich über den Anstieg der Ausgaben in unserem Gesundheitswesen und über die von uns ergriffenen Gegenmaßnahmen sprechen.
- Zweitens werde ich Ihnen einen Überblick über die in jüngster Zeit durchgeführten Maßnahmen zur Eindämmung dieses anhaltenden Anstiegs geben
- und drittens meine Einführung mit einem Ausblick auf die Zukunft abschließen.

Meine wichtigste Schlussfolgerung lautet, dass die Niederlande ihre Gesundheitspolitik von der Kostendämpfung auf der Makroebene auf stärker marktorientierte Initiativen umgestellt haben und dass die strenge Haushaltsdisziplin erst gelockert werden kann, wenn neue Initiativen zur Kostendämpfung durchgeführt worden sind. Im Klartext: Bevor wir mit einer *Veränderung des Systems* selbst beginnen können, müssen wir zuerst *Veränderungen innerhalb des Systems* vornehmen.

Als Erstes möchte ich auf den zunehmenden Anstieg der Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen eingehen.

Alle Länder – und damit auch ihre Gesundheitssysteme – sind einzigartig, so wird oft behauptet. Dies trifft nur zum Teil zu. Denn trotz ihrer unterschiedlichen historischen, kulturellen und politischen Wurzeln weisen die westlichen Länder doch ähnliche demographische, ökonomische und technologische Trends auf und betreiben eine Gesundheitspolitik, deren Ziel eine leicht zugängliche, hochqualitative und bezahlbare Gesundheitsversorgung ist.

Frage

1

In allen entwickelten Ländern (OECD) war in den letzten Jahrzehnten ein Kostenanstieg im Gesundheitswesen zu verzeichnen. Die Niederlande bilden hier keine Ausnahme.

Dieser anhaltende Kostenanstieg hatte, wie Sie alle wissen, zwei Hauptursachen: Fortschritte in der medizinischen Technik und das Altern der Bevölkerung.

Dieser Anstieg erhöht noch die Notwendigkeit, die Funktionsfähigkeit unseres Gesundheitssystems für künftige Generationen zu erhalten. Zu einer Kostenexplosion kommt es dann, wenn ein großer Teil der Bevölkerung in großem Umfang Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch nimmt. Zudem stellt sich die Frage, wo all die Arbeitskräfte herkommen sollen, die für die Erbringung eben dieser Dienstleistungen benötigt werden.

In den Niederlanden stiegen die Gesundheitsausgaben bis Anfang der 90er Jahre schrittweise auf ein Niveau von ca. 8% des BIP und blieben danach einige Jahre lang weitgehend stabil. Dies ist im Wesentlichen eine Folge unserer Politik der Kostendämpfung auf der Makroebene. Für die Gesamthöhe der Gesundheitsausgaben sowie der Ausgaben für spezielle Bereiche wie beispielsweise Krankenhäuser wurden Globalbudgets festgelegt, auf die wir dann Wachstumsnormen anwandten (1,3% von 1994-1998, 2,3% seit 1998). Schließlich – auch das ist wichtig – gelten in den Niederlanden Preis- und Mengenbestimmungen.

Frage
9

Seit der Proklamierung des „Leistungsanspruchs“ im November 2001 sind die Kosten im Gesundheitswesen rapide angestiegen. Während das reale BIP in den Jahren 2001 und 2002 um insgesamt 1,5% wuchs, betrug der Anstieg der Gesundheitsausgaben im gleichen Zeitraum über 14%.

Diese Kostenexplosion war neben den bereits eingangs erwähnten Faktoren (technische und demographische Entwicklung) auch noch auf einige andere Ursachen zurückzuführen.

Fragen
1 & 4

In der Politik und in der Öffentlichkeit wuchs gleichermaßen die Empörung über die neu entstandenen Wartelisten. Deshalb stellte die Regierung seit 1997 zusätzliche Mittel zur Erhöhung der Zahl der elektiven chirurgischen Eingriffe bereit. Sowohl bei der kurativen Versorgung als auch bei der Langzeitpflege älterer und behinderter Menschen führte dies zu neuen Belastungen für den Haushalt.

Fragen
6, 7 & 8

Eine letzte, aber wichtige Ursache für die Kostenexplosion in unserem Land ist der Mangel an Anreizen für die Verbraucher, Versicherer und Dienstleister zu mehr Effizienz. Wenn die Haushaltsdisziplin gelockert wird, ohne dass neue Anreize geschaffen werden, kann dies leicht eine zweistellige Kostenanstiegsrate zur Folge haben.

Im zweiten Teil möchte ich auf die gegenwärtige Situation zu sprechen kommen.

Fragen
3 & 6

In den letzten beiden Jahren ist die Konjunktur vor allem aufgrund der internationalen Entwicklung eingebrochen. Dadurch wurde die Kostendämpfung wieder zu einer dringenden, ja akuten politischen Notwendigkeit. So enthält unser neuer Haushaltsbericht nun eine Reihe von Maßnahmen zur Deckung neuer Haushaltslöcher. Im Folgenden möchte ich Ihnen einen kurzen Überblick über die wichtigsten Maßnahmen geben, die wir ergriffen haben.

Fragen
2 & 5

1. Wir haben allgemeine Haushaltseinsparungen für die Gesundheitsanbieter vorgeschlagen. Dabei unterziehen wir die Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen einer Bewertung und tragen so zu deren Effizienzverbesserung bei.
2. Zwei weitere Arten von Maßnahmen zielen auf die Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen ab. Infolge unserer Umorientierung hin zur Nachfrageseite tragen nun natürlich auch die Patienten mehr Verantwortung. Deshalb werden wir ab 2006 einen Selbstbehalt in Höhe von 250 € pro Jahr („Eigenrisiko“) einführen.
3. Darüber hinaus ist das öffentliche Gesundheitspaket nur von begrenztem Umfang. Wir sind der Ansicht, dass die Gestaltung des Gesundheitssystems nicht eine Aufgabe für den Staat allein ist, sondern vielmehr die Bürger selbst angeht. Ebenso wie

die menschliche Gesundheit, die nicht nur den Ärzten überlassen werden darf, sondern in erster Linie die Betroffenen selbst angeht. Diese sich wandelnde Einstellung zum Thema Gesundheit spiegelt sich auch in dem neuen Paket wider. So sind darin zwar alle Kinder automatisch für Zahnbehandlungen versichert, für Erwachsene dagegen liegt eine solche Versicherung im eigenen Ermessen. Ebenso verhält es sich mit einfachen Medikamenten. Sie gehören nicht mehr zum Standardpaket an Gesundheitsleistungen, und es bleibt dem Einzelnen überlassen, ob er sie in einer Apotheke kaufen oder eine Extra-Versicherung für solche Fälle abschließen will.

Fragen
10, 11 &
12

Zum Ende meiner Einführung möchte ich Ihnen noch einen Ausblick auf die nahe Zukunft geben.

Nach der derzeitigen Regelung werden die notwendigen kurativen Leistungen für ca. zwei Drittel der Bevölkerung durch eine gesetzliche Pflichtversicherung finanziert. Die Arbeitnehmer zahlen einen bestimmten Anteil ihres Arbeitseinkommens zuzüglich eines nominalen Beitrags ein; diese Regelung gilt bis zu bestimmten Einkommensobergrenzen. Oberhalb dieser Einkommensgrenzen besteht auch die Möglichkeit, eine private Krankenversicherung abzuschließen. Die privaten Krankenversicherer sind allerdings nicht zur Annahme von Aufnahmeanträgen verpflichtet, sondern zur Risikoselektion berechtigt. Um den Zugang zu privaten Krankenversicherungen zu gewährleisten, wurde ein Hochrisiko-Pool geschaffen, der geregelte Beitragszahlungen und ein Standard-Leistungspaket umfasst.

Für diese Legislaturperiode haben wir uns die Reform des Gesundheitswesens vorgenommen. Eine Veränderung des Krankenversicherungssystems ist ein unverzichtbarer Bestandteil der Gesundheitsreform. Durch diese sollen die gesetzlichen und privaten Krankenkassen bis 2006 in einem einzigen System zusammengeführt werden. Ab diesem Zeitpunkt soll es eine allgemeine Versicherung für notwendige kurative Leistungen geben. Diese Versicherungsregelung gilt dann für alle in den Niederlanden ansässigen Personen. So wird eine gesetzliche Versicherung in privater Trägerschaft errichtet.

Jeder Versicherte kann sich zusätzlich versichern und jährlich den Versicherer wechseln. Anreize für mehr Wettbewerb bieten beispielsweise unterschiedliche Beitragsätze zwischen Versicherern oder verschiedene Leistungspakete. Versicherte, die „mit den Füßen abstimmen“, sorgen für mehr Wettbewerb.

Für die Versicherer wird eine Annahmepflicht bestehen; so ist gewährleistet, dass die allgemeine Versicherung jedem offen steht. Aufgabe der Versicherer ist es, effiziente und hochqualitative Gesundheitsdienstleistungen zu kaufen, die rechtzeitig erbracht werden. Darüber hinaus tragen die Versicherer ein höheres finanzielles Risiko bei der Erbringung der Versicherungsleistung. Auch dies regt den Wettbewerb mit anderen Versicherungen an.

Gegenwärtig haben die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung nahezu keine Möglichkeiten für selektive Versicherungsabschlüsse. In Zukunft wird es jedoch mehr Spielräume für neue Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen geben. Ein Versicherer wird nicht mehr verpflichtet sein, jeden Dienstleistungsanbieter unter Vertrag zu nehmen. Die Anbieter wiederum können dadurch miteinander konkurrieren, dass sie ihre Dienstleistungsangebote möglichst genau auf die Bedürfnisse der Kunden zuschneiden und ein gutes Preis-Leistungs-Verhältnis bieten.

Neben der Reform unseres Versicherungssystems, über die seit nunmehr 15 Jahren diskutiert wird, nehmen wir auch verschiedene Veränderungen an den Vergütungssystemen für Krankenhäuser und andere Anbieter vor (kurative und Pflegeleistungen).

Ähnlich wie andere Länder, die so genannte „diagnosebezogene Gruppen“ eingerichtet haben, bewegen sich die Niederlande in Richtung einer leistungsorientierten Finanzierung. Wir haben ein System von Diagnose-Behandlungs-Kombinationen entwickelt, um Mikroeffizienz zu fördern. Dadurch sollen eine höhere Produktion und eine höhere Produktivität erreicht werden. So können die Belastungen für den Haushalt überschaubar bleiben.

Wenn im Jahr 2006 all diese Veränderungen umgesetzt sind, kann die niederländische Regierung wieder eine zugänglichere und qualitativ bessere Gesundheitsversorgung zu erschwinglicheren Preisen gewährleisten, mit anderen Worten: ein Gesundheitssystem, das weniger negative Anreize bietet und das allen Beteiligten klare Verantwortlichkeiten zuweist.

Ich hoffe, dass meine Einführung sowohl die *Veränderungen innerhalb des Systems* als auch die *Veränderungen am System* selbst klar aufgezeigt hat und dass dieser Überblick über das niederländische Gesundheitswesen einen Beitrag zur Priorisierungsdiskussion im deutschen Gesundheitssystem leisten kann.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Frage
13