

Gesundheit und Krankheit im System der sozialen Sicherung und Versorgung -

Teil 1: 22.11.2012

Teil 2: 29.11.2012



Professor Dr. med. habil. Andreas Weber
Facharzt für Arbeitsmedizin – Sozial - / Umweltmedizin
apl. Prof. Medizinische Fakultät Universität Erlangen
Lehrbeauftragter der Universitäten Bamberg u. Witten/ Herdecke

Leitung Fachdienst Medizin - Berufsförderungswerk Dortmund
Mail: awe@bfw-dortmund.de - Fon: 0231-7109-222

Krankheit - Definitionen ...

Störung körperliches, seelisches, soziales Wohlbefinden ?

...ist Leben unter veränderten Bedingungen (Rudolf Virchow)

Medizinisch

jeder regelwidrige Körper - und
Geisteszustand (Normbezug)



+

Juristisch

Krankheitswert : - klinisch manifest
- Funktionsstörung
- Besonderheiten für Rechtsgebiete

Krankheit - Definitionen ...

...regelwidriger Körper-/ Geisteszustand ...

+

GKV



- Behandlungsbedürftigkeit und / oder
Arbeitsunfähigkeit (BSG- Rechtsprechung)

GRV



Erhebliche Gefährdung / Minderung der
Erwerbsfähigkeit (Schwere - Dauer - > 6 Monate)

GUV



Zustand kausal durch versicherte Tätigkeit
(mit)bedingt - Arbeitsunfall / Berufskrankheit



Leistungsvoraussetzung

Lebensrisiko - Krankheit

- ▶ **GKV: arbeitsweltbezogene Finanzierung (Lohnanteile)**
– **arbeitsweltferne Versorgung (Konvergenzproblem)**
- ▶ flächendeckende Versorgung – qualitativ hochwertig
- ▶ immer noch umfassender Leistungskatalog
- ▶ kurze Wartezeiten

- 70 Mio ---> GKV --- ~ 141 GKK 1.1.2012 1970: 1.815 KK

48% Mitglieder / 24% Rentner / 28% Familienangehörige

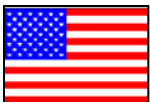
~ 9 Mio ---> (voll) PKV --- ~ 40 Unternehmen

48% Beamte / 18% Selbstständige / 13% Angestellte

~ 22,5 Mio ---> Zusatz-PKV

~ ?? ---> ohne Versicherung

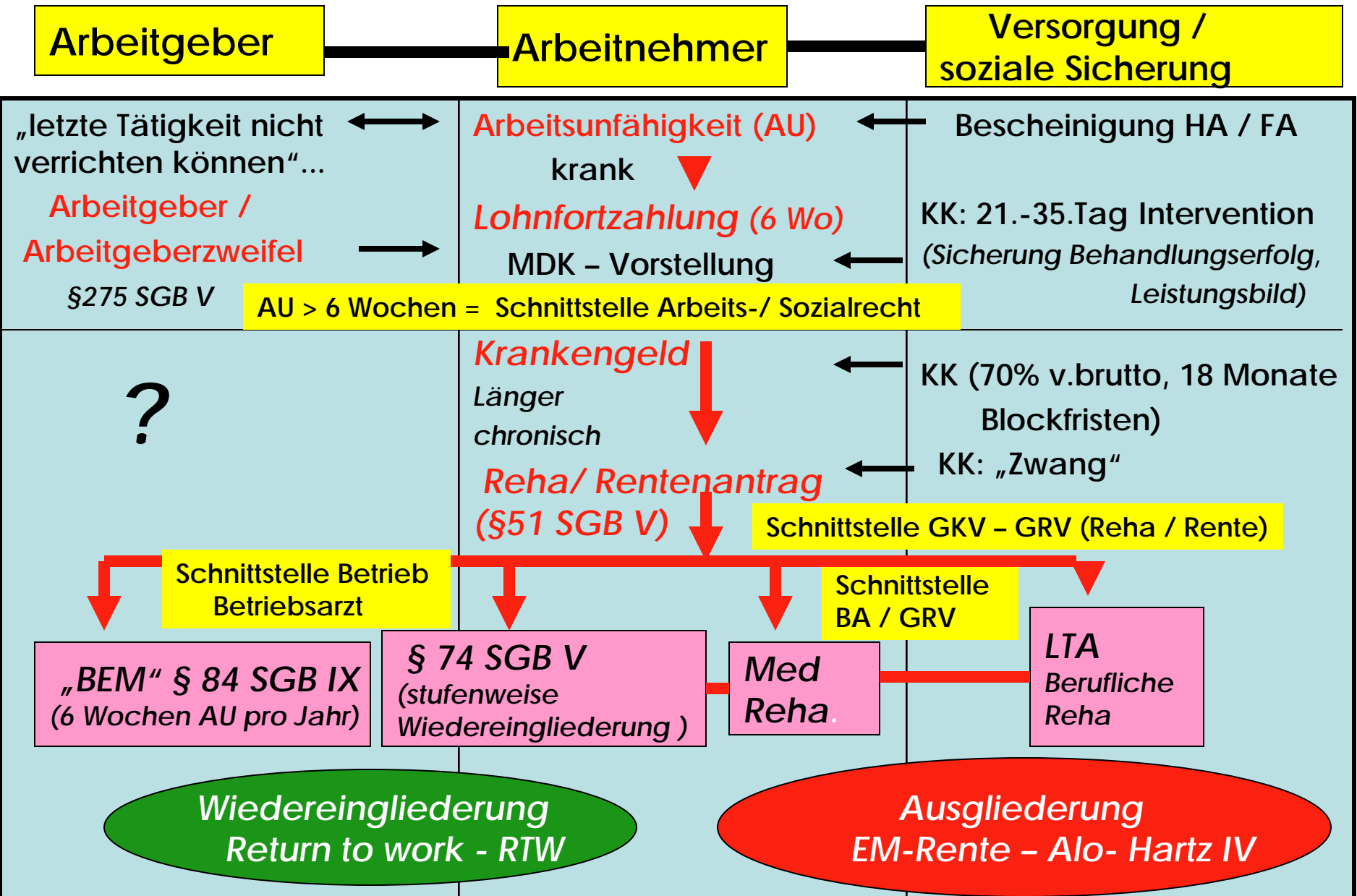
~ 90 % der Bevölkerung - GKV-erfasst



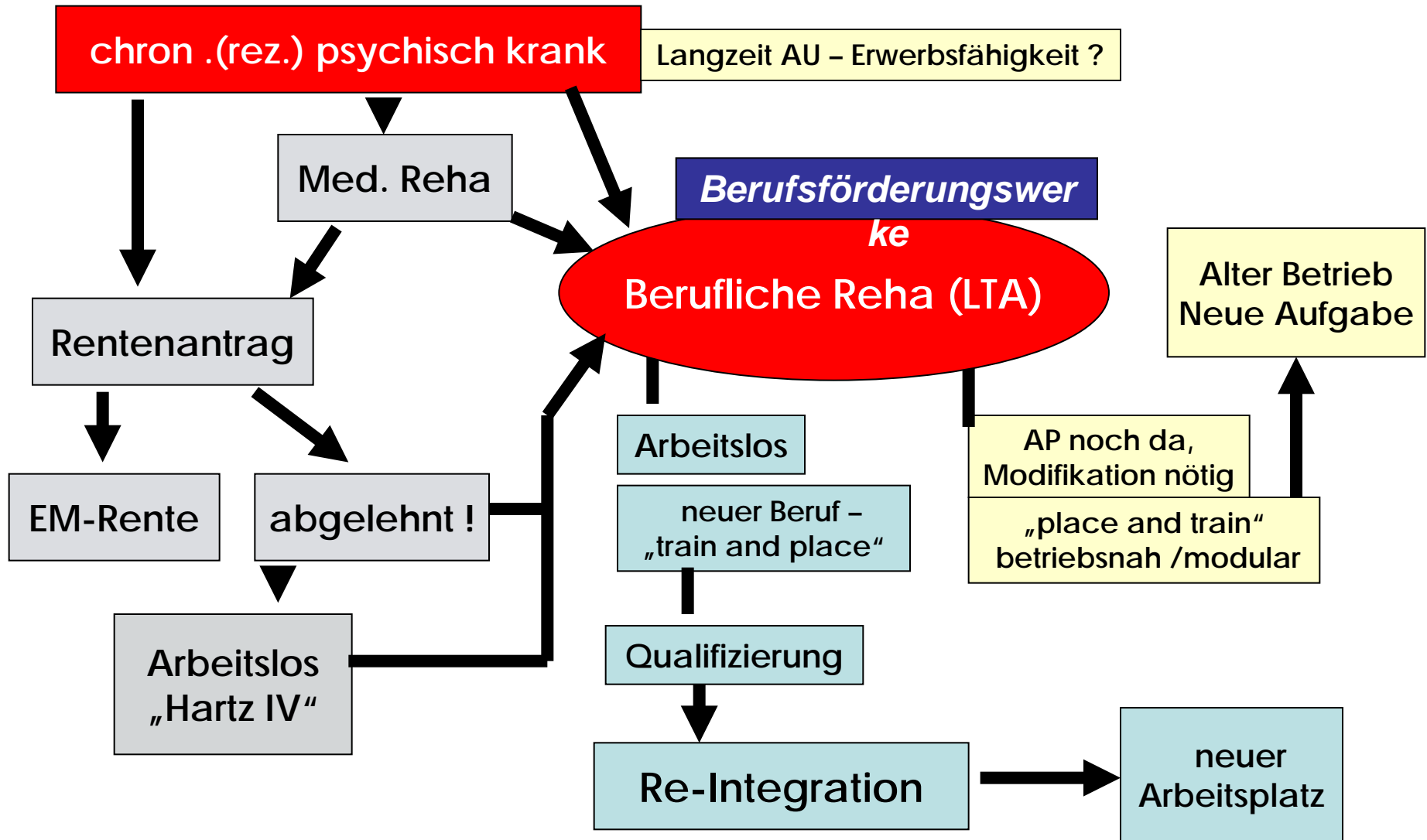
~ 40 Mio ohne KV Schutz
~ 15,8% der Bevölkerung

Lebensrisiko Krankheit PKV (voll) GKV		
Beitrag	Risikoprinzip Alter/Geschlecht „Unisex-Urteil“ Leistung – Krankheiten <i>(Psychotherapie?- Reha?)</i> jede Person: extra	Solidarprinzip Prozentualer Lohnanteil <i>Familienversicherung</i> (Partner/ Kinder mitversichert) kein Krankheitsausschluß
Selbstbehalt	~ 40 Unternehmen, „Fangprämie“ ~ 300 – 1.500,- €	~ 160 Krankenkassen Wahltarife: 300- 720,- €
Versicherte	>4.050,- € / Monat (Beamte- Selbst.) - <i>Kündigung / Wechsel ?</i> <i>Altersrückstellung ? (ab 1.1.09)</i> <i>Patientensicherheit ?</i>	< 4.050,-€ / Monat / freiwillige Vers. – Kündigung Evidence- based- Medicine (RCT) - „Zulassungshürden“
Bezahlung	Arztrechnung an Pat. <i>Kürzungen ! (Transparenz ?)</i>	Chipkarte- Abrechnung mit KK via KV
Arztwahl	frei	Vertragsarzt - Praxisgebühr
Klinik	frei, ggfs. Chefarzt Ein- / Zweibettzimmer	Einweisung durch Arzt Mehrbett (10,-€ bis 28.T)
Ausland	in Europa, sonst 1.Monat	teilweise in EU, CH, N, ICE

Lebensrisiko Krankheit - soziale Sicherung



Was tun ? - wenn Arbeitsplatz weg oder ungeeignet ...



Arbeitsunfähigkeit (BSG) (G-BA)	Zuletzt verrichtete Tätigkeit krankheitsbedingt nicht mehr oder nur auf Kosten der Gesundheit ausüben können (<i>Defizit orientiert</i>) (ICF-: Aktivitäts- / Teilhabestörung)
Arbeitsfähigkeit (Arbeitsmedizin Public health)	Summe der Faktoren, die Menschen in die Lage versetzt, gestellte Arbeitsaufgaben erfolgreich zu bewältigen (<i>Ilmarinen</i> – WAI – Konzept)
Beschäftigungs- fähigkeit (Politik)	dauerhafte aktive Teilhabe am wirtschaftlichen Leben (individuell / Unternehmen)
Erwerbsfähigkeit (SGB II)	Leichte Tätigkeiten mindestens 3 Stunden pro Tag an 5 Tagen in der Woche ausüben können
Erwerbsminderung (SGB VI)	teilweise: 3-6 Std. erwerbstätig volle: < 3 Std. erwerbstätig

Sozialmedizinisches Management - Hausarzt

„Weichensteller“



Krankheit - Bewältigung

weiteres Berufsleben

Soziale Lage -
(Familie - Privatleben)

Arbeitsunfähigkeit (AU) - Bescheinigung (1)

... = der Versicherte kann aufgrund von Krankheit seine zuletzt ausgeübte Tätigkeit nicht mehr oder nur unter der Gefahr der Verschlimmerung der Erkrankung verrichten...

Rechtliche Grundlagen

AU – Richtlinien des Gemeinsamen
Bundesausschuß (G-BA) (nach § 92 SGBV von 2006)
Voraussetzung: Krankengeldbezug /
Entgeltfortzahlung
Vorlage Arbeitgeber: meist ab 3. Tag

„Player“

Vertragsarzt (Haus/Facharzt)
Krankenkasse - MDK
(nicht Arbeitgeber oder Arbeitsmediziner)

~ 250 Mio AU –Bescheinigungen an ~ 3,3 Mio Arbeitgeber / Jahr

Arbeitsunfähigkeit (AU) – Bescheinigung (2)

- ▶ Bescheinigung auf Vordruck
- ▶ Diagnose(n) eintragen, die AU begründen
- ▶ Symptome (z.B. Fieber / Übelkeit) nach spätestens 7 Tagen durch Diagnose/Verdachtsdiagnose ersetzen
- ▶ keine Rückdatierung (ausnahmsweise nur bis zu 2 Tagen)
- ▶ arbeitsplatzbezogene Probleme bei AU der Krankenkasse mitteilen (§ 5 Abs.2 AU- Richtlinie) ebenso Verdacht auf Arbeitsunfall/ BK

Arbeitsunfähigkeit (AU) – Bewertungskriterien (1)

Bezug : konkrete zuletzt ausgeübte Tätigkeit

- ▶ Abgleich Fähigkeiten (krankheitsbedingte Leistungsminderung) versus Anforderungsprofil konkreter Arbeitsplatz („Matching“)
(„Befragung“ des Versicherten – unsystematisch
„Erfahrungswerte“ – „Bauchentscheidungen“)
- ▶ „Alles oder Nichts“ – Prinzip (keine Teil- AU in der GKV)
- ▶ Feststellung nur aufgrund ärztlicher Untersuchung
(„keine virtuelle AU“)

(kurze) Berufs-/ Sozialanamnese absolute Pflicht
(Anspruch und Wirklichkeit ?)

Arbeitsunfähigkeit (AU) - Bewertungskriterien (2)

Erkrankung

Leistungs- beurteilung

Ergebnis

akut – entzündlich
fieberhaft
Erkrankung / Unfall /
Operation

Leistungsvermögen
vorübergehend
eingeschränkt

AU – Kurzzeit
Anforderungsprofil
nicht wesentlich

lokalisierter Schaden
Leichtere Befindlich-
keitsstörung
einzelnes chronisches
Leiden

Tätigkeitsrelevante
Aktivitäten ?

AU – Nicht AU ?

Chronische Leiden
Maligne Erkrankungen
Unfall / Op Folgen

Strukturelle /
funktionelle
Schädigungen
Aktivitäts - / Teilhabe
Störung ?

AU ?
Ggfs. erhebliche
Gefährdung / Minderung
der Erwerbsfähigkeit ?
med. Reha / LTA ?

Arbeitsunfähigkeit (AU) - Bewertungskriterien (3)

Kategorie

Bezug

Beschäftigte	letzte konkrete Tätigkeit
Beschäftigte, die Arbeits- Platz während AU verloren haben	<u>Un-/Angelernte</u> : zuletzt verrichtete oder ähnliche Tätigkeit <u>Ausbildungsberuf</u> : Anforderungen des abstrakten Ausbildungsberufes, ggfs. Leistungsbild
Arbeitslose (SGB III)	leichte Arbeiten für die sie sich zur Verfügung gestellt haben
Erwerbsfähige Hilfebedürftige („Hartz IV“ – SGB II)	3 Std / pro Tag (5 Tage) leichte Tätigkeit ?

„Gesund und krank“ in der Arbeitswelt

krank medizinisch	krank sozialrechtlich	z.B.
ja (path. Befunde)	ja (AU)	„echte Krankheit“ (akut – rez. –Unfall)
nein (keine path.Befunde)	ja (AU)	subjektives Befinden „Blaumacher“ soziale Probleme Arbeitsplatzproblem
ja (path. Befunde)	nein (nicht AU)	(chronisch) krank mit leidensgerechtem Arbeitsplatz - krank bei nicht leidens- gerechter Arbeit Präsentismus
nein (keine path. Befunde)	nein (nicht AU)	„gesunde“ (nicht untersuchte)

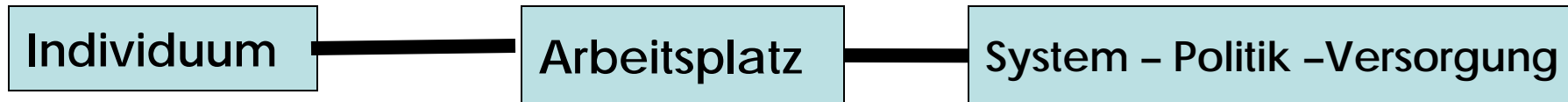
„krank ist nicht gleich krank“ !

Krankenstand – Indikator für Gesundheit ?

Krankenstand =
Anzahl der kranken
Beschäftigten an allen
Beschäftigten an
Stichtag/Bezugsperiode

Arbeitsunfähigkeit = temporärer Absentismus

Präsentismus = Anwesenheit trotz Krankheit



Krankheit Befunde ICF- orientiert	Konkrete Bedingungen (Schwere, Dauer) Belastungen Arbeitsorganisation	Wirtschaftslage Arbeitsmarkt
Psychosoziale Lage (Familie / Partnerschaft) <i>Subjektive</i> <i>Erwerbsprognose</i>	Unternehmenskultur Konflikte / Ängste Beruflicher Status	Sozialgesetze
Persönlichkeitsstruktur	Führungsverhalten Betriebsklima Arbeitszufriedenheit	Arzt (Ausbildung – Zeit- Persönlichkeit- Ökonomie)

Arbeitsunfähigkeit (AU) - Problemlagen

Vertragsärzte	wichtige Rolle , aber ... „Überforderung“ ? arbeits-/sozialmedizinische Kenntnisse ? Interessenskonflikte ?
Arbeitnehmer	Mißbrauch ?
Krankenkasse/ Versorgungs- / Gesundheitssystem	Arbeitsweltferne ? gegliedertes System Schnittstellenmanagement ? „zu krank für die Arbeit, zu gesund für die Rente“ ?
Gesellschaft	„Medikalisierung“ sozialer Probleme

Langzeitarbeitsunfähigkeit - „Return to work“ ?

Instrument

Inhalt

<p>§ 74 SGB V „stufenweise Wiedereingliederung“</p> <p>§28 SGB IX</p>	<ul style="list-style-type: none">→ AU- Status des Vers.→ Zeitraum maximal 6 Monate→ Einverständnis des Vers.→ Kooperation: Vertragsarzt, Vers., MDK, Krankenkasse, Arbeitgeber, Betriebsarzt, Betriebsrat
<p>§ 51 SGB V</p>	<ul style="list-style-type: none">→ Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet / gemindert ?→ „10 Wochen Frist“ durch KK→ „Zwang zur Reha (med./LTA), sonst Krankengeldverlust→ „Umdeutung“ in Rentenantrag (§116 SGB VI)
<p>§ 84 Abs.2 SGB IX Betriebliches Eingliederungs- Management (BEM)</p>	<ul style="list-style-type: none">→ 6 Wochen (kumulativ oder am Stück) au pro Jahr = Arbeitgeberverpflichtung für ein BEM

Lebensrisiko Krankheit - Versorgung

- ambulant - niedergelassene Ärzte (~ 141.500)
 - stationär - Ärzte in Akut Kliniken (~ 164.000)
 - ÖGD - Gesundheitsamt - Behörden (~ 28.500)
 - Reha- Einrichtungen (~ 1.270 KI- 175.000 Betten)
- (Mischformen: Tagesklinik, Gesundheitszentren, stat. / ambulant, Belegarztsystem, Praxisklinik)

> 4,6 Mio
Beschäftigte

Experten-
System

Ökonomisierung („Bürokratisierung“)

~ 334.000 (aktive) Ärzte
~ 439.000 Gesamtzahl

- „Gesundheitsberufe“ (Physiotherapie - Ergotherapie- Logopädie)
- „**Neue Gesundheitsberufe**“ (Ärztemangel)
OTA/ CTA: operationstechnischer /chirurgisch- technischer Assistent
PA: Physician Assistant (Bachelorstudium- private FH)
- psychologische Psychotherapeuten /Apotheker
- Heilpraktiker / „Wunderheiler“

Akademisierung

~ 303.000 Pflegekräfte (Kliniken)

- organisierte Selbsthilfe (Selbsthilfegruppen) - Patientenverbände
- Selbstbehandlung

Patientenbeteiligung -Eigenverantwortung

~ 70.000 SH- Gruppen

Laien- System

Versorgungssystem - Determinanten

Politikziel :

Qualität und Wirtschaftlichkeit optimieren !

**Demografische
Entwicklung**



Langlebigkeit - Geburtenrückgang
„Singularisierung – Feminisierung“
Chronische Leiden -Pflegebedürftigkeit
Lebensarbeitszeit- Beschäftigungsfähigkeit
Arbeitsbezug von Prävention /Kuration / Reha
(neue)Migration - Versorgungsangebote

**Technischer /
Medizinischer
Fortschritt**



Gesundheitswirtschaft –Medizintechnik
Vernetzung (Telemedizin)
„Markt – Politik – Ethik“
(Evidenzpostulat –Leitlinien – QM)

**Finanzierung /
Organisations**



Wirtschaftslage – Sicherungssysteme
Ressourcen - („ambulant > stationär“ –
integrierte Versorgung – disease/case
management)
informierter Patient („doc internet“)
„ soziale Ungleichheit“ (**Rationierung**)

Gesundheitssystem - ambulante Versorgung

Durchschnittliches Bruttoeinkommen : ~120.000,-€ /Jahr (grosse Schwankungen)

- *Sicherstellung der Versorgung = Aufgabe der KV !*
- Niederlassungsfreiheit (Grundgesetz)
- Bedarfsplanung / Zulassungsbeschränkung (Vertragsarzt)
(~ 395 KV Planungsbezirke - *Ärztemangel*)
- freie Arztwahl (Vertragsärzte ?)
- Selektivverträge (Hausarztverträge mit KK)
- haus-/ fachärztliche Versorgung (doppelte FA-Schiene)
- differenzierte Vergütung:

GKV	- Pauschalen
andere SV	- Einzelleistung
PKV	- GOÄ

Primärärztliche Versorgung – internationaler Vergleich

Erhebung (telefonisch- online- schriftlich) - zeitgleiche Zufallsstichprobe (n> 10.300) –
AUS/CAN/NZ/USA/UK/F/D/N/S/I/NL - Commonwealth Fund (CWF)



Wesentliche Ergebnisse aus 2009

- hohe subjektive Unzufriedenheit mit eigener Tätigkeit und System
- ~ 250 Patientenkontakte/Woche (Median) (doppelt so viele wie in anderen Ländern)
- Arbeitszeit: ~ 50 Std/ Woche (Median)
- Zeit pro Patient : ~ 9,1 Minuten (Median)
- Ärztemangel wird nicht beklagt !

Gesundheitssystem - Stationäre Versorgung

- *Sicherstellungsauftrag der Bundesländer !*
- staatliche KH- Planung (Bedarfsplan)
- duale Finanzierung (Investitionen / laufende Kosten)
- freie Krankenhauswahl der Versicherten (Umgebung)
- Krankenhaus individuelle Budgetverhandlungen
- Versorgungsaufträge und -verträge
- differente Träger: öffentlich, freigemeinnützlich, privat
- Basis /Grundversorgung (bis 200 Betten)/Regel- /Schwerpunktversorgung (200-500 Betten) / Zentral- /Maximalversorgung (> 500 Betten)
- Allgemeine Krankenhäuser (nicht nur psychiatrisch) - sonstige Krankenhäuser (Psychiatrie/ Neurologie) - Vorsorge-/ Rehaeinrichtungen