

# Versorgung aus einem Guss

*Systemintelligenz*

*statt Aktionismusblitze*



Verband der  
Universitätsklinika  
Deutschlands e.V.

Rüdiger Strehl  
Generalsekretär VUD  
Berlin, 17. Februar 2009

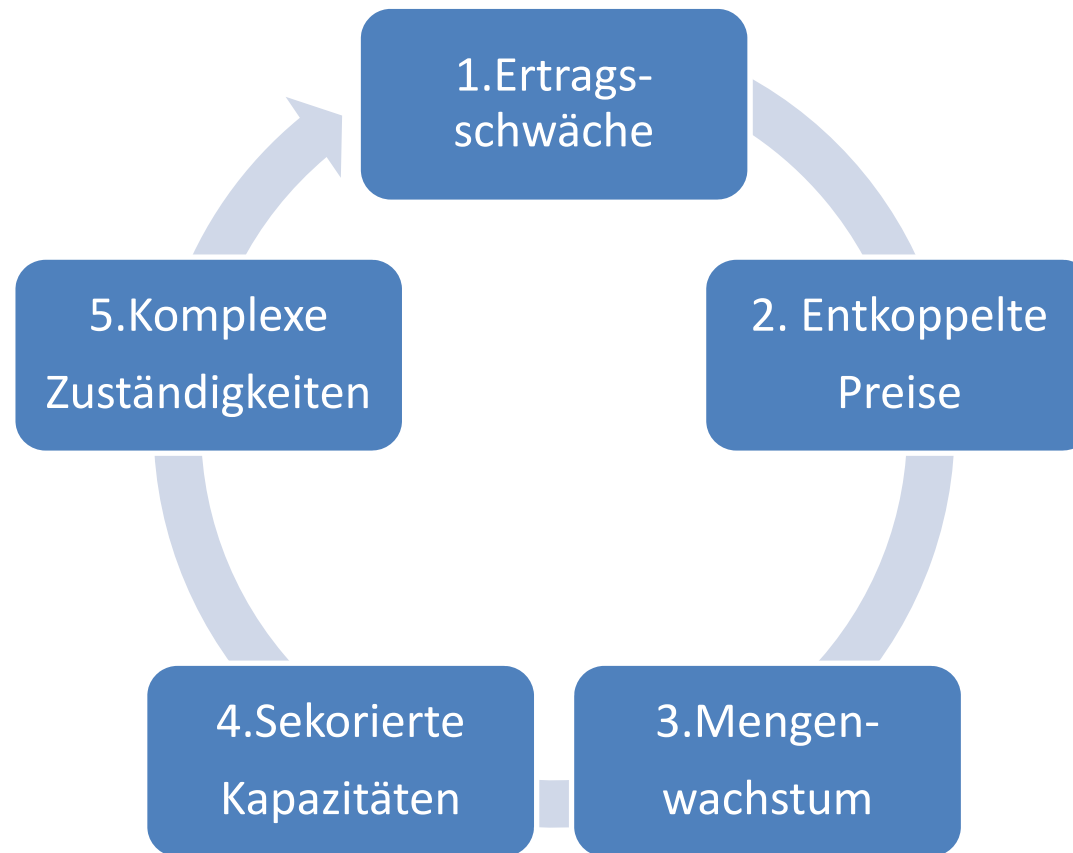
# Konzepte vor Entscheidungen

- Derzeit Handlungs- und Entscheidungspause
- Trotz verschärftem Problemdruck
- Wegen unzureichender Vorbereitung und fehlender Schubladenkonzepte
- Selbst verweilen + einen Schritt zurücktreten
- Nicht nur strukturkonservativ
- Heilige Prämissen in Frage stellen

I.  
**Wirkungslose  
Aktionsblitze**

***Warum scheitern alle  
Gesundheitsreformen ?***

# Woran die Reformen scheitern



# 1. Ertragsschwäche

- Beitrag als Abzug vom Bruttolohn des AN + AG-Anteil bis zur Beitragsbemessungsgrenze
- GKV-Gesundheitsfonds mit ca. 170 Mrd €
- Bereits jetzt schon Eigenbeteiligungen
- Bereits jetzt 16 Mrd € Staatszuschuss
- Bereits jetzt Zusatzbeiträge im Kommen

# 2. Entkoppelte Faktorpreise

## Kassen-Konzept: Einsparungen Arzneimittel

- **Phänomen:** Bsp. Patentgeschützte AM in den Quartalen I-III/2009: plus 15%, davon weniger als die Hälfte (6,4%) à conto Menge
- **Hersteller:**
  - IST: Arzneimittel-Festbeträge (4,6 Mrd €)
  - IST: Rabattverträge (500 Mio €)
  - SOLL: Erhöhung Herstellerabschlag (IST:6%); pro Prozentpunkt 110 Mio €
- **Apotheken:**
  - SOLL: Großkundenrabatt von 2,30€ (330 Mio €)
- **Großhandel:**
  - SOLL: Reduktion der Marge um 40% (500 Mio €)
- **Staat:**
  - SOLL: Reduktion MWSt auf 7% (???)

## 2. Entkoppelte Faktorpreise

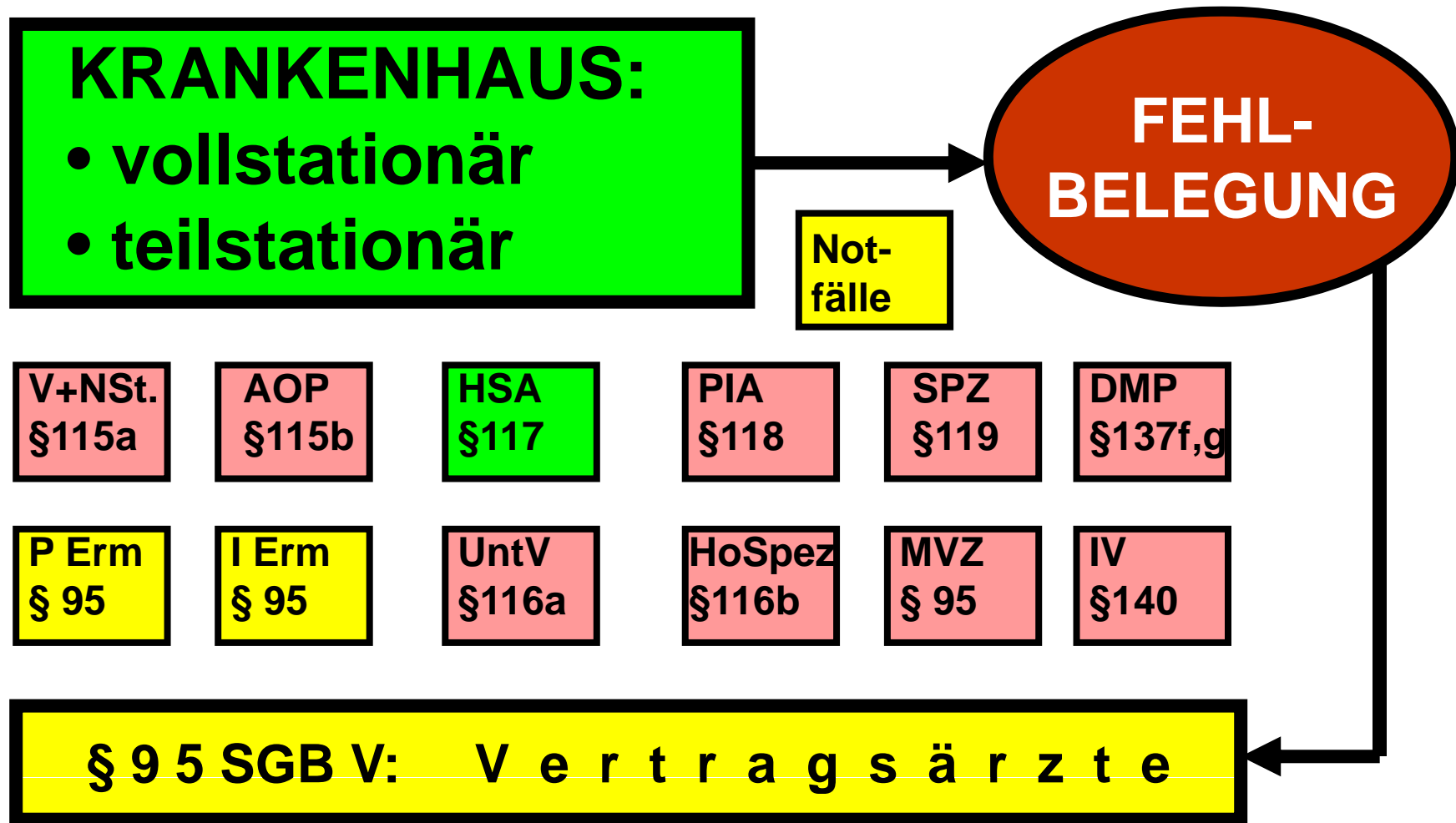
- Nicht nur: Pharmaindustrie/innovative Produkte
- Auch:
  - Tarifverträge ver.di, mb
  - Ärzteeinkommen
  - med. techn. (Groß-) –geräte
  - Med. Verbrauchsmittel, Hilfsmittel
  - Energiekosten
- Preismoratorien ordnungspolitisch wesensfremd
- Gesundheitspolitik machtlos gegen Preisdynamik + realitätsfern

# 3. Mengenwachstum

- Fakten:
  - KH-Fälle: Stagnation bei ca. 17 Mio Fällen (3.Rang weltweit)
  - Davon 2,5 Mio nur 1 Tag VD (nach Japan längste VD)
  - KH-Fälle: 37% Notfalleinweisungen
  - Arztbesuche („Arztrennerei“): 18,1 Arztkontakte + 7,45 Krankenscheine pro Person (im weltweiten Vergleich überdurchschnittlich hohe Arztdichte+ 3.Platz bei Arzteinkommen)
  - Medikamente nur differenziert betrachtbar ?
- Altersstruktur ? Nicht automatisch mehr KH
- Medizinisch technischer Fortschritt ?:
  - komplex + interdisziplinär
  - Nicht notwendig vollstationär



# 4. Sektorierte Kapazitäten



# 4. Sektorierte Kapazitäten

- Teilautonome Generatoren von Leistungen, Kassenausgaben, eigenen Einnahmen
- Sektoreierung begünstigt Intransparenzen bezüglich Fallzusammenführung
- Resistent gegen Verminderung
- Mängel der Kapazitätsplanung
  - KH-Planung
  - Vertragsärztliche Arztplanung
  - Unbeplante Bereiche (3.Sektor, Großgeräte)

# 4. Sektorisierte Kapazitäten KH-Planung

- Zuständigkeit der Bundesländer
- Enger Zusammenhang mit KHG-Förderung der KH-Investitionen
- Jahrzehnte: Betten/Fachgebiet
- Selten Schwerpunkte (Transplantationen) oder Zentren
- Zögernd:
  - Verzicht auf Betten; nur Fachrichtungen
  - Leistungen gemäß DRG
- Heute geprägt durch:
  - Geldmangel der Landeshaushalte
  - Politische Erwägungen
- Insgesamt methodisch veraltet: Demografie, Epidemiologie, Sozioökonomische Daten, Leistungs- und Abrechnungsdaten spielen eher keine Rolle

# 4. Sektorierte Kapazitäten

## Vertragsärztliche Bedarfsplanung

- Zentrale Funktion: Sicherstellung
- Start 1977:Unterversorgung; dann Verkehrung: Überversorgung; heute sowohl als auch
- Seit 1993 GSG: arztgruppenspezifische Sperrung von Planungsbereichen (1 Arzt verursacht 4faches seines Honoraranspruches)
- GBA: neue Bedarfsplanungsrichtlinien/FA nach WeiterBO
  - Berechnung von Verhältniszahlen: Einwohner/12 Facharztgruppen
  - Ausnahme: <1000 Ärzte/Arztgruppe
  - Definition der Planungsbereiche als Kreise/kreisfreie Städte
  - Überschreibung Innere Medizin – Allgemeinärztliche Versorgung
  - Sonderbedarf neue Bundesländer
- Sperre bei 110%; ansonsten offen für freie Niederlassung

# 5. Komplexe Zuständigkeiten in der Gesundheitspolitik

## BUND

- GKV, SGB V
- KHG etc
- Arz.mittel
- PKV, GOÄ

## SELBSTVERWALTUNG

- Bundesebene: GBA, BewA, IQWiG
- Landesebene

## LÄNDER

- KH-Planung
- KH-Inv.fin.
- Rett.dienst

## GKV-KASSEN

- Spi Bu
- AOKen
- Ersatzkassen
- BKKen
- sonst.

PKV

KBV/KVen  
KZV/KZVen  
DKG/LKGen

Pharma  
Med.technik  
Med. Verbrauch

# 5. Komplexe Zuständigkeiten

## Selbstverwaltung

- Grundidee:  
medizinische Kompetenz als Leitvariable
- Inzwischen sehr fragmentiert; zu wenig  
Gesamtverantwortung
- Ungleichbehandlung
  - Kassen mit hohem Gewicht
  - Leistungsanbieter: KBV + DKG dabei, aber nur anteiligen Einfluss
  - Hersteller: Pharma, Handel, Apotheken nicht vergleichbar in  
zentraler Selbstverwaltung
  - Hersteller: Technik, Großgeräte, Verbrauchsmittel außen vor
- Kakophonie
- Missbrauchsanfälligkeit

**II.**  
**Strukturelle**  
**Herausforderungen**

# Tools der Gesundheitspolitik

## Mehr Geld

- GKV-Gesundheitsfonds mit 14,9% auf Einkommen bis zur Bemessungsgrenze
- Mehr Eigenbeteiligung
- Zusatzbeiträge
- Steuerzuschüsse
- Bürgerversicherung

## Weniger Ausgaben

- Allgemeine Kostendämpfung
- Kostendämpfung in bestimmten Sektoren
- Faktorpreis Moratorien
- Mehr Wettbewerb?
  - Rabattverträge
  - Selektivverträge
- Andere Planung ?



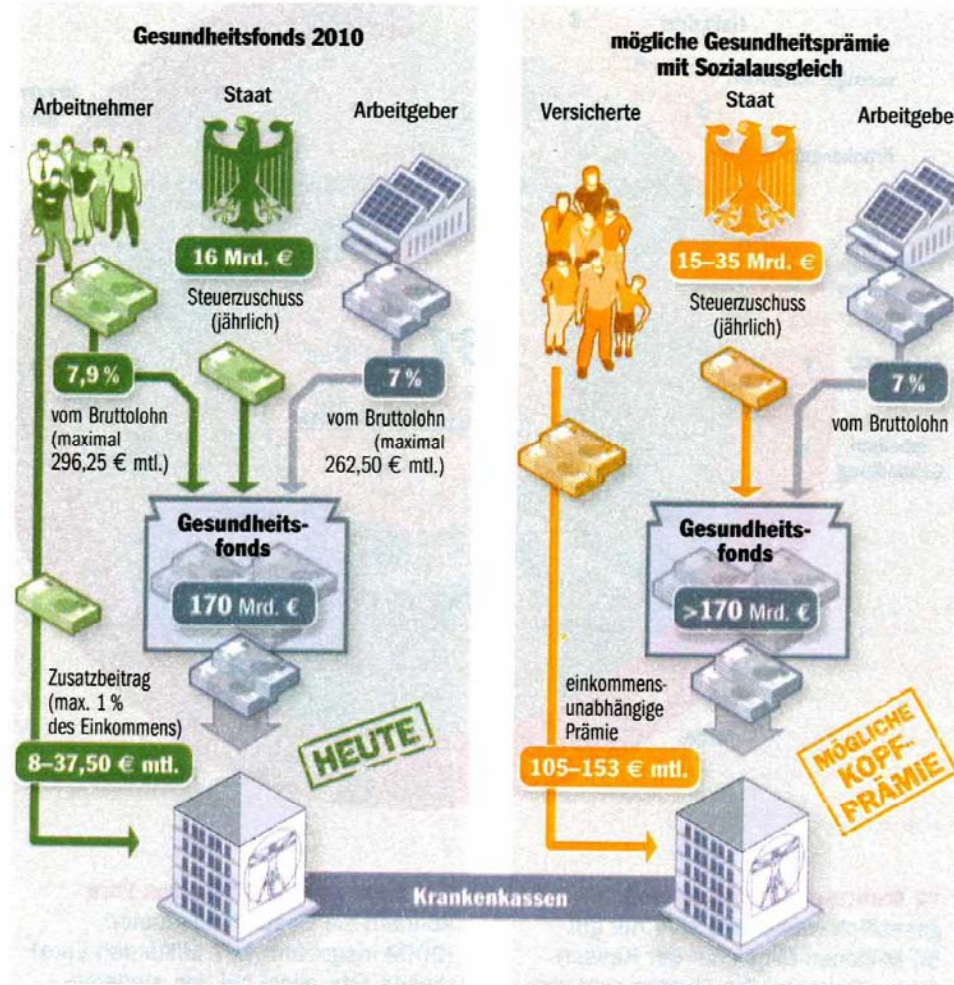
# Rahmenbedingungen



# 1. Krise & Politik

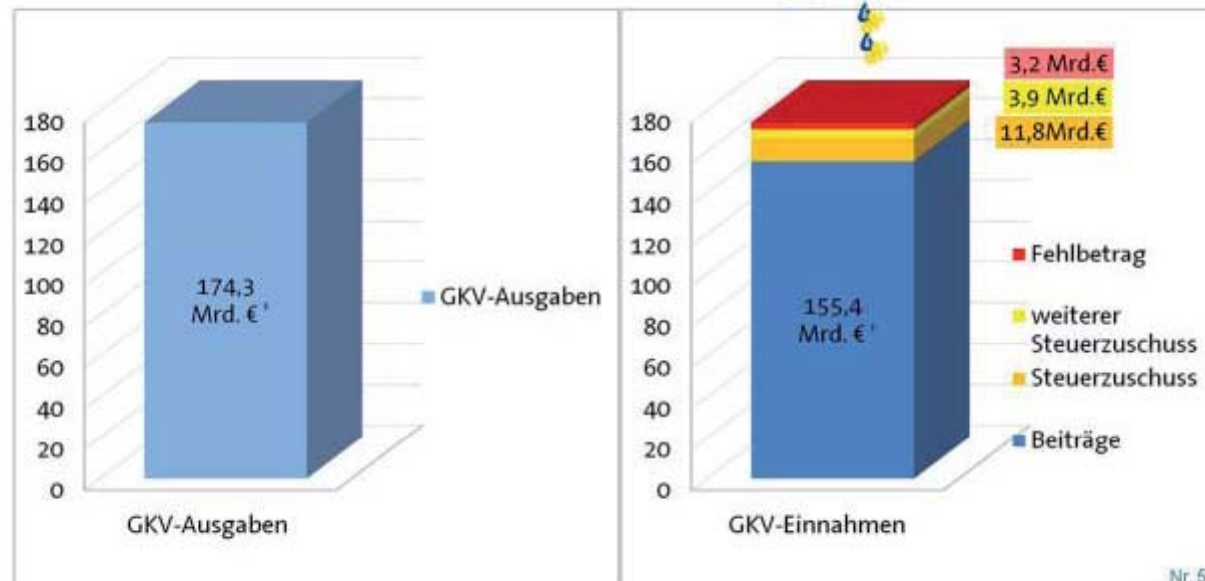
- Mehr Selbstbeteiligungen ?
  - Bürokratisch
  - Randkalküle für Restschutz
- Mehr Zusatzbeiträge ?
  - Intransparente Kausalitäten
  - Politisch instrumentalisierbar
- Mehr Geld durch Bürgerversicherung ?
  - vielleicht, dann aber nur einmalig
  - Sehr bürokratisch, aber gerecht
- Mehr öffentliche Mittel?
  - IST: 15,7 Mrd € von 170 Mrd €
  - Lücke: 3,2 Mrd €
  - Staatshaushalte sind leer
  - Offenes Problem KH-Investitionen

# Wo das Geld für Gesundheit herkommt



Quellen: BMG, Wasem, eigene Berechnungen

## GKV 2010 am Tropf des Finanzministers (in Mrd. €)



## 2. Wettbewerbsversagen

- Kostendämpfung: es trifft auch die Falschen
- Faktorpreispolitik ordnungspolitisch systemfremd
- Selektivverträge:
  - Preise nur nach unten
  - Windfall-Profits
  - Fraglich ob die Richtigen übrig bleiben
  - Die Gewinner ziehen sich den Stuhl unter dem Hintern weg
- Zweiklassenmedizin als Ausweg:
  - PKV
  - Ausland

# 3. Ambulantisierung

## Folgeprobleme Bsp. Onkologie

- Seit einigen Jahren in vielen Fächern (Konservativ/ Kl.Chirurgie/Diagnostik) massive Ambulantisierung
- Damit Leistungsverlagerung weg vom KH
- IN D: zwangsläufig primär in das vertragsärztliche System
- Dies ist nach Fachgruppen gegliedert
- Versuch des 3.Sektors mit Einbeziehung des KH für nichtstationäre Behandlung bürokratisiert oder versandet
- Onkologie
- Facharztgruppen- überschreitend/interdisziplinär
- Doppelte Drehtür:
  - KH-Arzt/Vertragsarzt
  - Vertragsärzte verschiedener Fachgruppen
- Andere Arzneimittelregulierungen
- Vor allem Zugang zu Innovationen extrem unterschiedlich geregelt

# 3. Ambulantisierung

## Mechanismen

- Nur in D: Sektorisierung in KH, Vertragsärzte, Arzneimittel etc.
- Rangfolge:
  - Vorrang 1: ambulant, teilstationär, vor- + nachstationär
  - Vorrang 2: Vertragsärzte vor anderen nicht-stationären Leistungsanbietern
- Dies gilt auch bei medizinisch techn. Veränderungen + Ambulantisierung

# 4. Innovationen

- Vertragsärztlich ambulanter Bereich:
  - Verbot mit Erlaubnisvorbehalt
  - Einzelprüfung GBA/IQWiG völlig überfordert (methodisch + quantitativ)
- Stationär:
  - Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt
  - Verbotsvorbehalt GBA/IQWiG funktioniert nicht
  - NUB im DRG-System bis auf Ausnahmen ohne Funktion
- Zwischenfazit:
  - Hoher Kostendruck gerade im KH
  - Starkes Gefälle in der Versorgung stationär - ambulant
  - Effektive Ergänzungsprüfung fehlt
  - HESS: „Viel Kraft für Einzelbewertungen mit kleinen Ergebnissen“ und wir müssen uns „über die Gräben hinaus über die Versorgungssituation in D unterhalten“



# 5. Privatisierungen

- Zwei Funktionen:
  - Kapitalbeschaffung für fehlende Investitionen
  - Professionalisierung und Stringenz (Wirtschaftlichkeit, Wachstumspotenziale, Qualitätsorientierung) in der Leitung
- Preis: 10-15% des laufenden Budgets müssen für Kapitaldienst/Gewinnerwartung abgezweigt werden
- Fraglich:
  - Ob Geschäftsmodell für innovative Hochleistungsmedizin
  - Nachhaltigkeit bei unsteten Rahmenbedingungen der Gesundheitspolitik

**III.**  
**Merkmale von**  
**Systemintelligenz**

# Struktur-Konservatismus

- Krudes Abkassieren von Preisabschlägen (Kassen bei Arzneimitteln)
- BALLAST bei FINK: Ausgaben an Einnahmen binden
- Strukturierung der medizinischen Leistungsangebote nach Fachgrenzen
- Allenfalls befristete Stabilisierungen
- Keine rückhaltlose Entsektorientierung

# KBV: Versorgungs- Ebenenmodell

<b>Vertragsärzte</b>	<b>Krankenhaus</b>
PVE Primärversorgungsebene	Stationäre Grund- und Regelversorgung
WVE Wohnortnahe fachärztliche Regelversorgungsebene	
SPVE Spezialisierte fachärztliche Krankenhausnahe Versorgungsebene	Stationäre spezialisierte Versorgung

# KBV Januar 2010

## Richtige Erkenntnis

- Die starre Trennung des ambulanten + stationären Sektors ist nicht zeitgemäß
- Der Patient bleibt schließlich derselbe, auch wenn er von der Praxis in ein KH wechselt oder umgekehrt
- Die Bedarfsplanung braucht eine ganzheitliche Betrachtungsweise
- Statt einer unflexiblen Bedarfsplanung bedarf es einer intelligenten Versorgungssteuerung

## Verharren im eigenen Monopol

- KV:
  - vermittelt Vertragsärzte zur Unterstützung an Kliniken
  - KV richtet ggf. gemeinsam mit KH MVZ zur nachstationären Versorgung ein
- Additiv Selektivverträge:
  - Spez. Fachärztl. Versorgung §73c
  - Integrationsverträge §140
  - Hochspezialisierte Leistungen an KH §116b

# Heraus aus den Strukturen

- Aussagen, die verboten werden sollten:
  - Die deutsche Sektorierung ist nicht zu knacken
  - Die Länder lassen sich die KH-Planung nicht nehmen
  - Die KBV/KV besteht auf der Zuständigkeit für die vertragsärztliche Bedarfsplanung
- Was sind die drei wichtigsten Forderungen:
  - Überkapazitäten identifizieren, abbauen und umlenken
  - Regionalisierte + integrierte Planung ungeachtet von Sektoren + Verhandlung von Zulassungen + Preisen
  - Professionalisierte Steuerung ohne Selbstverwaltung (Regulierung)

# Regulierung

- 70 Regionen (1000km/700 km) à 100x100km
- Integrierte Angebotsstruktur ohne bundesweites Einheitsmodell:
  - Stationär, ambulant, 3.Sektor, Früh-Reha, Notfall, Arzneimittel, Hilfsmittel, Großgeräte
  - Fläche/Ballungsräume
  - Keine Primate für KH oder Vertragsarzt
- Grenzstellenregelungen
- Regional differenzierte Entgelte + Faktorpreise
  - Z.Bsp. Arztgehälter
  - Z.Bsp. Arzneimittel
- Kompetenz + Entscheidungsfähigkeit (Profi-Vorstände)
- Steuerung (Aufsichtsrat) mit Politik + Kassen
- Keine Leistungsanbieter
- Bundesweit nur Restzuständigkeiten (Prinzipien der QS, sehr teure Leistungen der Hochleistungsmedizin in Abstimmung mit Fo.politik)

**Vielen Dank  
für Ihre  
Aufmerksamkeit!**