

**1, APOLLON Symposium der
Gesundheitswirtschaft am 30.10.2009 in Bremen**

**Gesundheitsversorgung wohin? – Welche
Potenziale und Barrieren zeigen die aktuellen
gesundheitspolitischen Entwicklungen?**

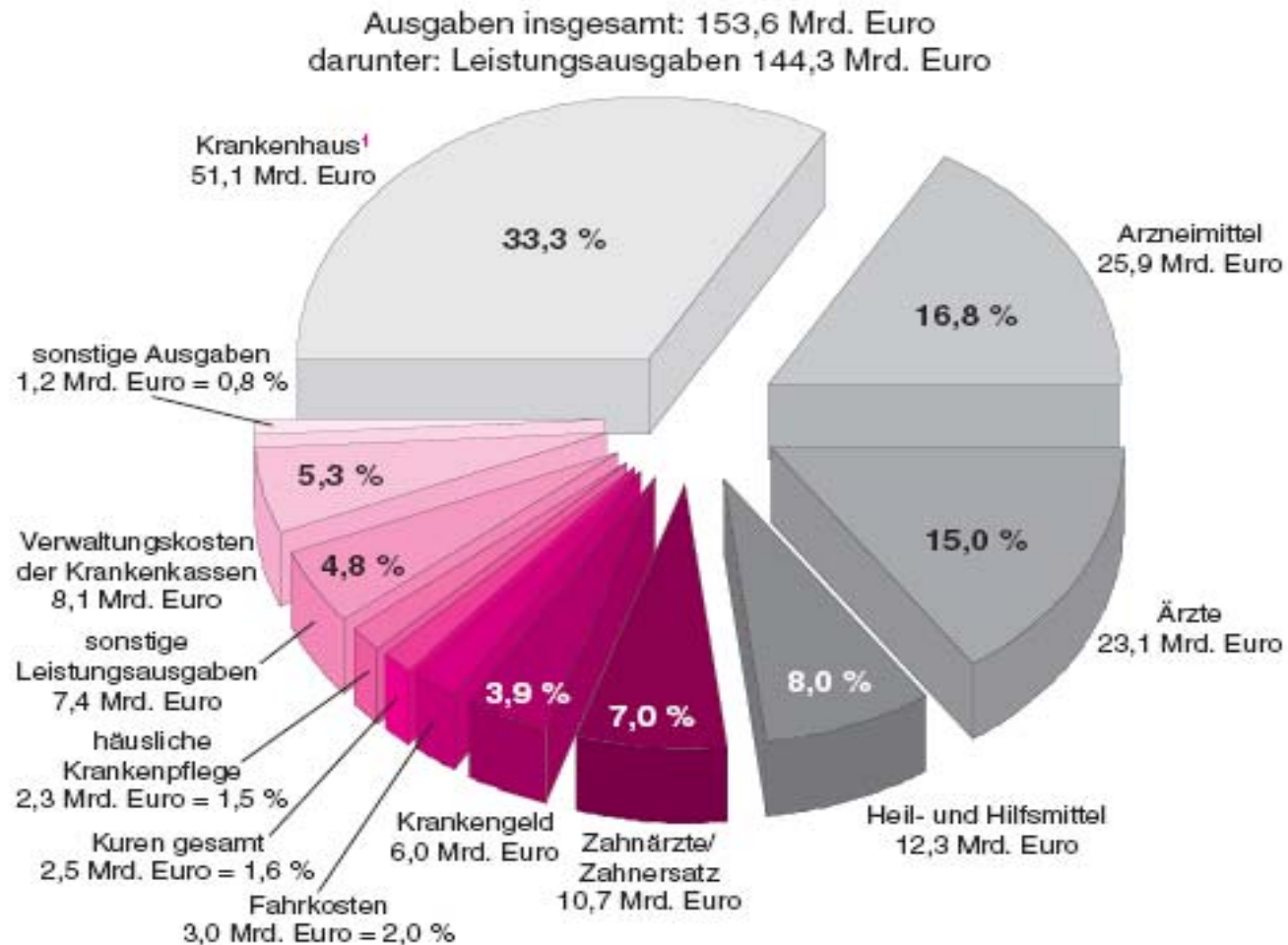
Prof. Dr. Gerd Glaeske

Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik (ZeS)

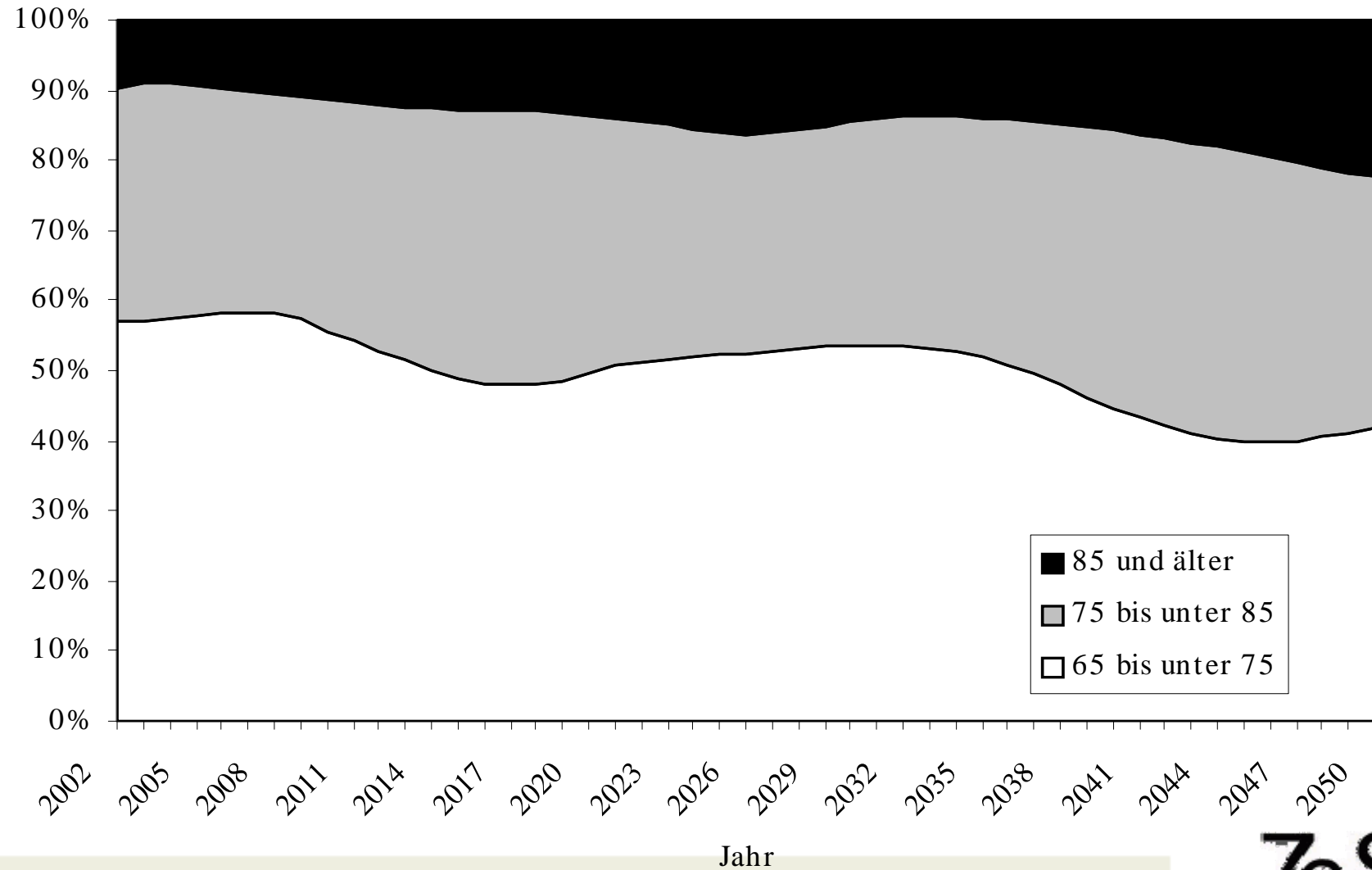
**Kein Interessenskonflikt im Sinne der Uniform Requirements for Manuscripts
submitted to Biomedical Journals der ICMJE**

Gesundheitsausgaben GKV

V. 2 Ausgaben der GKV 2007 nach ausgewählten Bereichen



Steigende Anteile der älteren Menschen am Bevölkerungsaufbau



Altenquotient „65“

(65-jährige und Ältere je 100 Personen im Alter von 20 bis unter 65 Jahren)

Ergebnisse der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung

(ab 2010)

Jahr	„relativ junge“ Bevölkerung Variante 3- W2	„mittlere“ Bevölkerung		„relativ alte“ Bevölkerung Variante 6- W1
		Untergrenze Variante 1- W1	Obergrenze Variante 1- W2	
2005	31,7	31,7	31,7	31,7
2010	33,5	33,6	33,5	33,7
2020	38,0	38,7	38,0	39,5
2030	50,2	52,2	50,3	54,2
2040	57,2	61,4	58,0	65,3
2050	58,0	64,3	60,1	70,9

Altenquotient „65“ in den Bundesländern (Variante 1 – W1)

	2005	2015	2025	2040	2050
Baden-Württemberg	30,09	33,41	41,33	60,15	63,38
Bayern	30,37	33,66	41,06	58,99	62,00
Berlin	26,30	32,45	39,41	54,27	63,87
Brandenburg	31,57	38,60	55,90	82,43	90,60
Bremen	33,27	35,27	39,15	48,25	50,92
Hamburg	28,52	29,93	33,14	49,12	57,50
Hessen	30,76	34,85	42,75	62,08	65,46
Mecklenburg-Vorpommern	31,44	38,23	55,63	70,36	74,51
Niedersachsen	32,85	36,61	44,67	63,40	63,73
Nordrhein-Westfalen	32,22	34,40	41,58	58,39	59,94
Rheinland-Pfalz	33,04	34,82	44,26	62,34	62,95
Saarland	35,19	37,07	47,38	61,90	59,89
Sachsen	36,41	43,73	56,57	68,95	77,25
Sachsen-Anhalt	35,08	42,76	58,10	73,73	78,53
Schleswig-Holstein	33,26	38,33	44,97	65,06	66,65
Thüringen	33,19	40,70	56,94	73,83	80,73
Deutschland	31,69	35,47	43,91	61,35	64,35

65-Jährige und Ältere je 100 Personen im Alter von 20 bis unter 65 Jahren

Quelle Statistisches Bundesamt (2006), eigene Darstellung

Der demographische Wandel im Vergleich zwischen ländlichen Regionen in Ost und West

	West	Ost	Ländliche Räume West	Ländliche Räume Ost
Bevölkerungsentwicklung (in Prozent)				
1990/2006	6,7	-8,7	8,3	-13,7
2006/2025	0,5	-10,7	0,2	-18,3
Anteil der Einwohner 65 (85) und älter an der Gesamtbevölkerung (in Prozent)				
2006	19,4 (2,0)	21,1 (1,9)	19,9 (2,1)	21,5 (1,7)
2025	23,3 (3,8)	29,3 (5,0)	24,7 (4,0)	32,9 (5,6)
Entwicklung der Bevölkerung 65 (85) Jahre und älter (in Prozent)				
1990/2006	35,7 (34,2)	39,1 (20,6)	35,6 (43,9)	48,9 (32,5)
2006/2025	21,3 (96,0)	23,9 (132,2)	24,6 (95,3)	25,2 (167,6)
Einwohnerdichte (Einwohner je km²)				
2006	264	153	114	73
2025	261	137	114	60

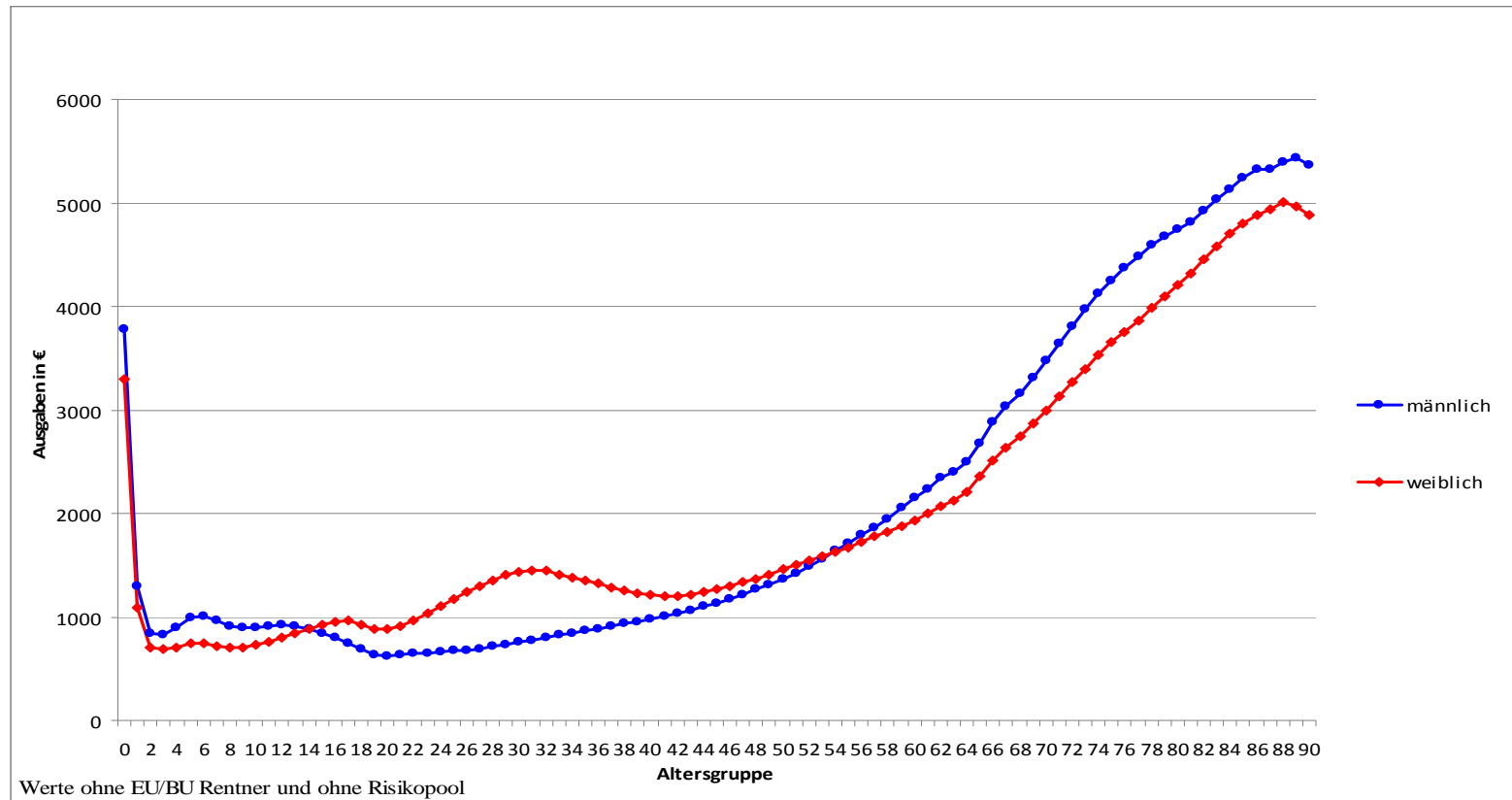
Zur Verdeutlichung ist das jeweilige Maximum bzw. Minimum der Werte fettgedruckt.

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der Daten und Prognosen des BBR

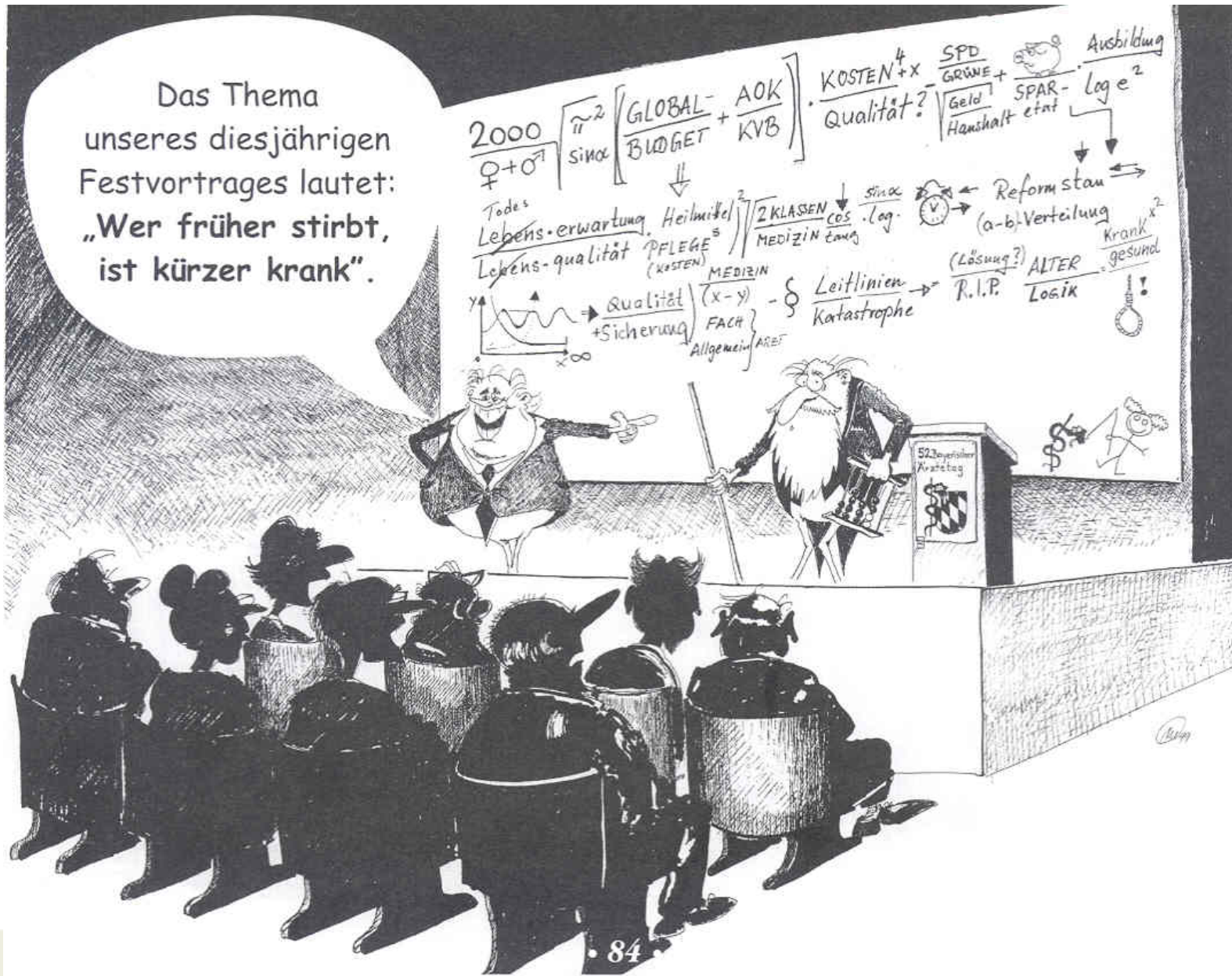
- Szenarien zur Entwicklung der Lebenserwartung in Relation zum % des mittleren Einkommens (nach SOEP) – Soziale Ungleichheit (Lampert at al., 2007)

Einkommensposition	Männer		Frauen	
	bei Geburt	ab 65 J.	bei Geburt	ab 65 J.
0 – 60%	70,1	12,3	76,9	16,2
60-80%	73,4	14,4	81,9	19,8
80-100%	75,2	15,6	82,0	19,9
100-150%	77,2	17,0	84,4	21,8
>150%	80,9	19,7	85,3	22,5
Gesamt	75,3	15,7	81,3	19,3

Alters- und geschlechtsspezifische Ausgabenprofile in der GKV



Quelle: Bundesversicherungsamt 2008, eigene Berechnung, eigene Darstellung.



Entwicklungen/Strategien für die Zukunft

Die Morbiditätskompression

- absolute Morbiditätskompression: mit steigender Lebenserwartung verringert sich die Länge der chronisch kranken Lebenszeit.
- relative Morbiditätskompression: der Anteil der Lebenszeit mit einer chronischen Erkrankung an der Gesamtzahl der Lebensjahre nimmt ab.

Die Morbiditätsexpansion

- absolute Morbiditätsexpansion: die Zahl der in Krankheit verbrachten Lebensjahre nimmt zu.
- relative Morbiditätsexpansion: der Anteil der in Krankheit verbrachten Lebensjahre an der Gesamtzahl der Lebensjahre steigt.

Einflussgrößen steigender Lebenserwartung und ihre potentiellen Effekte

- Vor allem die primäre Prävention und Verbesserungen in transsektoralen Bereichen versprechen eine - auch absolute - Morbiditätskompression.
- Bei verhaltenskorrelierten Erkrankungen erscheint die Morbiditätskompression, bei genetisch determinierten die Morbiditätsexpansion wahrscheinlicher.
- Medizinisch-technische Innovationen sprechen tendenziell für Morbiditätsexpansion, können aber wie die tertiäre Prävention auch die Krankheitsschwere bei gleicher oder sogar zunehmender Krankheitsdauer vermindern.
- Verglichen mit der Morbiditätsexpansion erleichtert die Morbiditätskompression die Finanzierung der künftigen Gesundheitsversorgung
- Valide Aussagen zu den fiskalischen Effekten lassen sich ohne Kenntnis der künftigen Krankheits- und insbesondere Sterbekosten nicht treffen; auch bei leichter absoluter Morbiditätskompression können die Gesundheitsausgaben steigen.

Arzt-Patient-Kontakte

(n. Grobe et al. 2008, 1,6 Mio. Versicherte der Gmünder ErsatzKasse)

- **92,6% der Bevölkerung** innerhalb eines Jahres bei ambulant tätigem Arzt
- **Ø 17,9 Arztkontakte/Jahr/Einwohner**
davon 7,1 Kontakte mit Allgemeinärzten
- **Inanspruchnahme** in den letzten vier Jahren:
plus 7% (*trotz* Einführung der Praxisgebühr)
- **Beliebiger Montag**: fast **8%**, an **Spizentagen** (z.B. 01.10.2007) **11,75%** der deutschen Bevölkerung (= **9,7 Mill. Personen**)

Diagnosen je Patient

(n. Grobe et al. 2008, 1,6 Mio. Versicherte der Gmünder ErsatzKasse)

- Bevölkerungsdurchschnitt pro Person/Jahr (2007):
25,8 (ICD-) Abrechnungsdiagnosen.
Bereinigt um Doppeldiagnosen etc.:
9,3 abklärungs-/behandlungsbedürftiger Diagnosen
- Trotz fraglicher Validität abrechnungsbegründender Diagnosen:
 - **Versorgung** erscheint **fragmentiert**
 - Hinweise auf **mangelnde Kooperation** und **Prioritätensetzung**

Kurze Sprechstunden und lange Arbeitszeiten

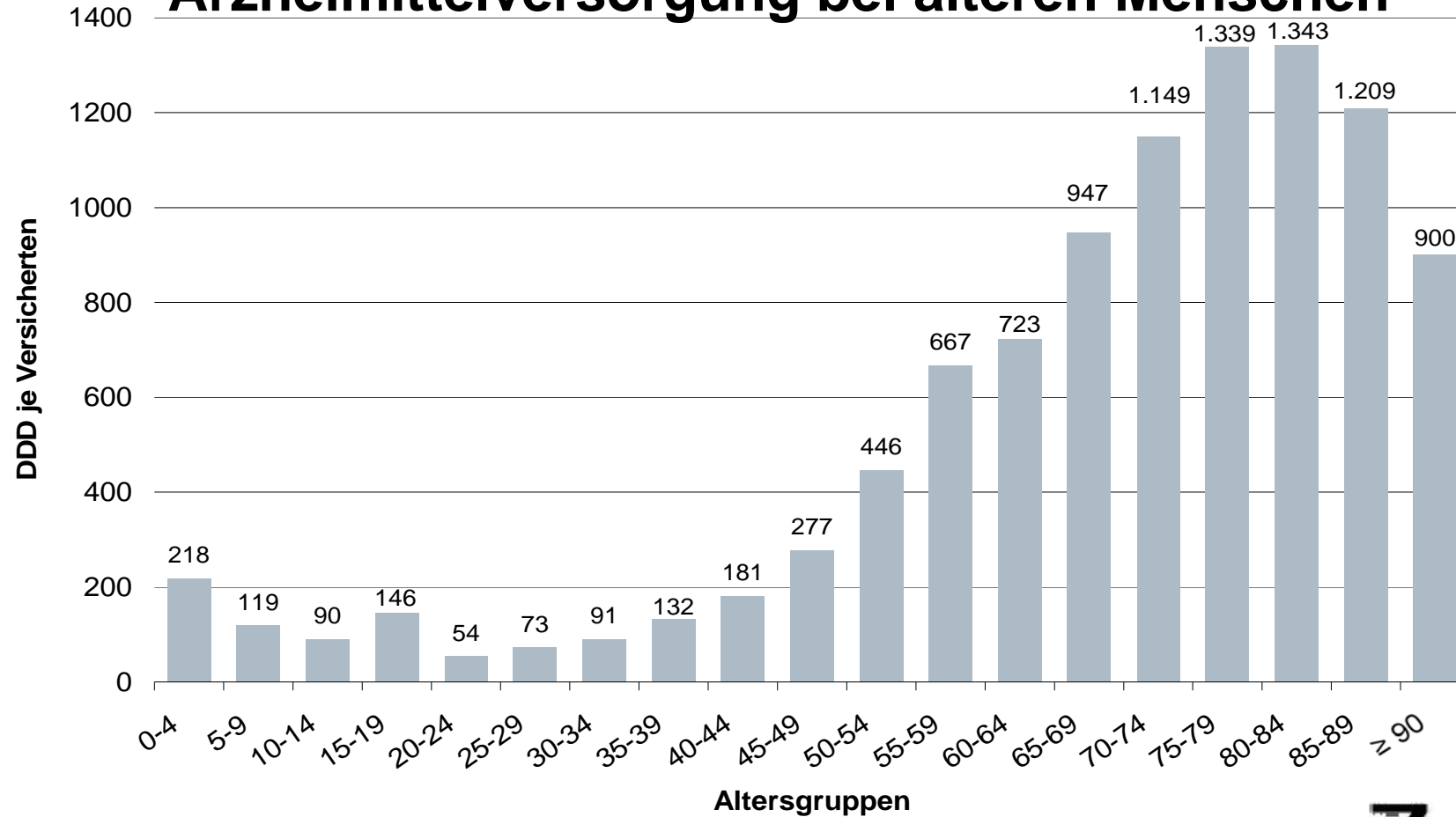
- **Ärztliche Konsultationszeiten:** in Deutschland pro Patient um 30% kürzer als im europäischen Durchschnitt und damit die **kürzesten in Europa**.
- Dennoch haben deutsche Ärztinnen und Ärzte **längere Arbeitszeiten** (*IQWiG 2008*).
- **Fazit:** Deutsche Ärzte und ihre Patienten befinden sich in einem „**Hamsterrad**“

Die medizinische Versorgung wird „chronisch“

- Einstellung auf **demographischen Wandel, Änderung des Morbiditätsspektrums**
- Stärkung von **Nachhaltigkeit** und **Prävention**
- **Reduktion unnötiger Kontakte/Arbeits-belastungen:**
„Raus aus dem Hamsterrad!“
- Überwindung ineffizienter sektoraler Konkurrenz: **bessere Koordination – Chronic Care-Modelle basieren auf der Mitarbeit unterschiedlicher Professionen („Professionenmix“**
- **Bedarfsgerechte Struktur** der Leistungserbringer
- ...



Arzneimittelversorgung bei älteren Menschen



Besondere Anforderungen an die Versorgung älterer Menschen

- Chronische Krankheiten dominieren, altersassoziierte und altersbedingte (z.B. Hypertonie, Angina pectoris, Herzinsuffizienz, Osteoporose, Demenz, Parkinson)
- Unter Berücksichtigung eines anerkannten Multimorbiditätsindex steigt die Multimorbidität mit dem Alter bei beiden Geschlechtern. Etwa die Hälfte der über 65-jährigen Bundesbürger weist demnach drei oder mehr relevante chronische Erkrankungen auf. (Kohler/Ziese 2004)
- Leitlinien zur Behandlung von Multimorbidität fehlen aber (bei ca. 900 AWMF-Leitlinien nur ca. 60 S3 und nur etwa 5 mit Hinweisen zur Entscheidung bei Multimorbidität, nicht einmal bei Demenz) (Glaeske 2009)

Dringend erforderlich: Bessere Koordination zwischen den Sektoren

- **Stärkung der primärärztlichen Versorgung mit dem Ziel optimaler Koordination**
- Vorausgesetzt: ineffiziente **sektorale Konkurrenz** der sekundärfachärztlichen Versorgung **überwinden**
- Sektorübergreifende, populationsbezogene Versorgung mit „**Finanzierung aus einer Hand**“ (auch **Aufhebung des Provider–Payer–Splits**)

→ Neubestimmung der Position und Aufgabenstellung aller vier Bereiche:

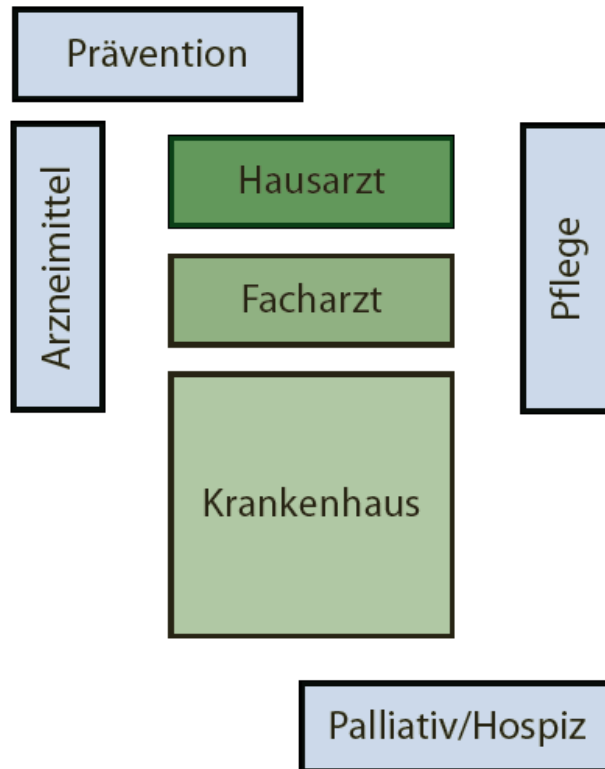
- primärärztliche
- ambulante sekundärfachärztliche
- am Krankenhaus erbrachte sekundärfachärztliche
- vollstationäre Versorgung

Dringend erforderlich: Bessere Koordination zwischen den Sektoren

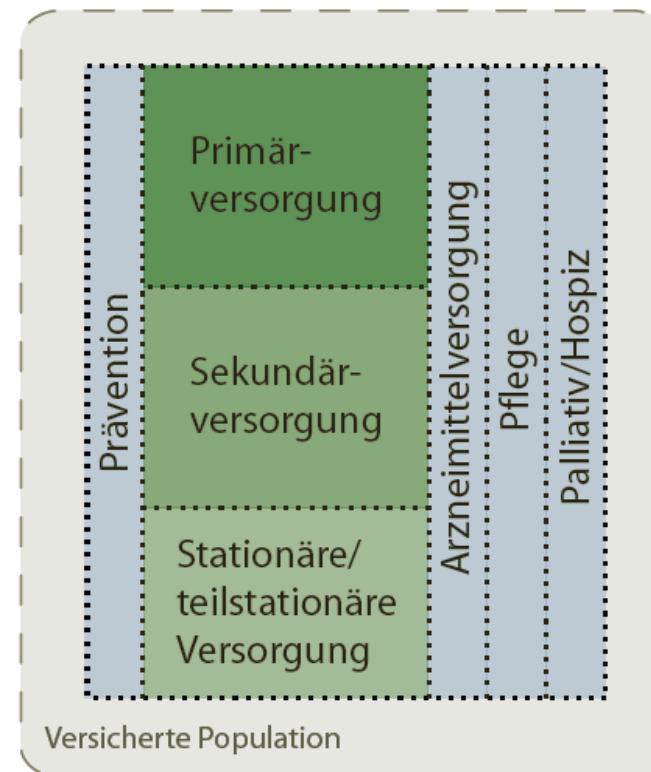
- **Sekundärfachärztliche Versorgung** wird **gestärkt**:
 - ineffiziente konkurrierende Strukturen mit hohen Investitions- und Vorhaltekosten beendet
 - Ort der Leistungserbringung nach Maßgabe medizinischer und pflegerischer Gesichtspunkte
- **Prävention, palliativmedizinische Versorgung** und **Arzneimittelversorgung** **gemeinsame Aufgaben** aller vier Bereiche

Von der sektoralen zur populationsorientierten Versorgung

Traditionelles System
Anbieter- und sektororientiert



Zukunftskonzept
Populationsorientiert und sektorübergreifend



Primärversorgung: Kriterien

- **Zugänglichkeit** (*accessibility*), **Gleichheit** (*equity*)
Angemessenheit (*appropriateness*), **Qualität** (*quality*) **Effizienz** (*efficiency*), **Kontinuität** (*long-term continuity*), **Populationsbezug** (*community/public health oriented*)
- **Koordiniert** (sektorübergreifend integriert)
- **Regional differenziert**
- *Keine* unreflektierte 1:1-Übernahme von US-amerikanischen Managed Care-Modellen (Problem der Risikoselektion), aber Adaptation sinnvoll erscheinender Elemente und Maßnahmen (eigener systematischer Review)

Rahmenbedingungen für neue Versorgungskonzepte

- **Weiterentwicklung der Vergütungs-/ Honorierungssysteme** (*payment mix*): umfassende risiko-adjustierte kontaktunabhängige Capitation kombiniert mit qualitätsbezogenen Anreizen (P4P)
- Bei allen Varianten: **Gefahr v. Patientenselektion** u. **Qualitätsmängeln** (z.B. Leistungsverweigerung)
- Deshalb: **Qualitäts(zu)sicherung, Transparenz** und Stärkung der **Patientenrechte**
- **Qualitätsindikatoren** für Versorgung von Patienten mit **multiplen und chronischen Erkrankungen**

Keine Präferenz für Trägergruppen oder Betreibermodelle

- **Drei Trägergruppen** für sektorübergreifende / populationsbezogene Versorgung wahrscheinlich: **Kliniken/-zusammenschlüsse, Krankenversicherungen, Gruppen niedergelassener Ärzte**
- **Voraussetzungen** für Einführung von „Managed Care“-Elementen im SGB V **weitgehend gegeben** (GA 2007, Ziffer 378 ff)
- Breites Spektrum von Vertragsoptionen, Auswahl der präferierten Varianten als **Suchprozess**

Beispiele, Initiativen

- **Gesundes Kinzigtal** (Ziffer 885)



- **Prosper-Netze der Knappschaft** (Ziffer 888)



- **AOK-Verträge BaWü** (Ziffer 882)



- **SCHAAZ** – Schaafheimer Arzt- und Apothekenzentrum (Ziffer 1165)



- **Gesundes Leinetal**



- **solimed**



- ...

Welche Möglichkeiten bestehen bereits heute?

Außerhalb besonderer Vertragsformen:

- Die KVen können nach § 136 Abs. 4 SGB V zur Förderung der Qualität (...) Leistungs-, Struktur- und Qualitätsmerkmale festlegen, bei deren Erfüllung die an dem jeweiligen Vertrag teilnehmenden Ärzte Zuschläge zu den Vergütungen erhalten.
- Die Finanzierung dieser Mehrleistungen erfolgt durch einen entsprechenden Abschlag von den vereinbarten Punktwerten der bei den nicht an dem Vertrag teilnehmenden Ärzten anfällt.
- Diese Regelung gibt den Krankenkassen die Möglichkeit, im Bereich der ambulanten Behandlung einen Qualitätswettbewerb zu implementieren.

Die besonderen Versorgungsformen im Lichte einer sektorübergreifenden Behandlung (1)

Innerhalb besonderer Vertragsformen:

Von den besonderen Versorgungsformen beinhalten

- die Strukturverträge nach § 73 a SGB V,
- die hausarztzentrierte Versorgung nach §73 b sowie
- die besondere ambulante ärztliche Versorgung nach §73c

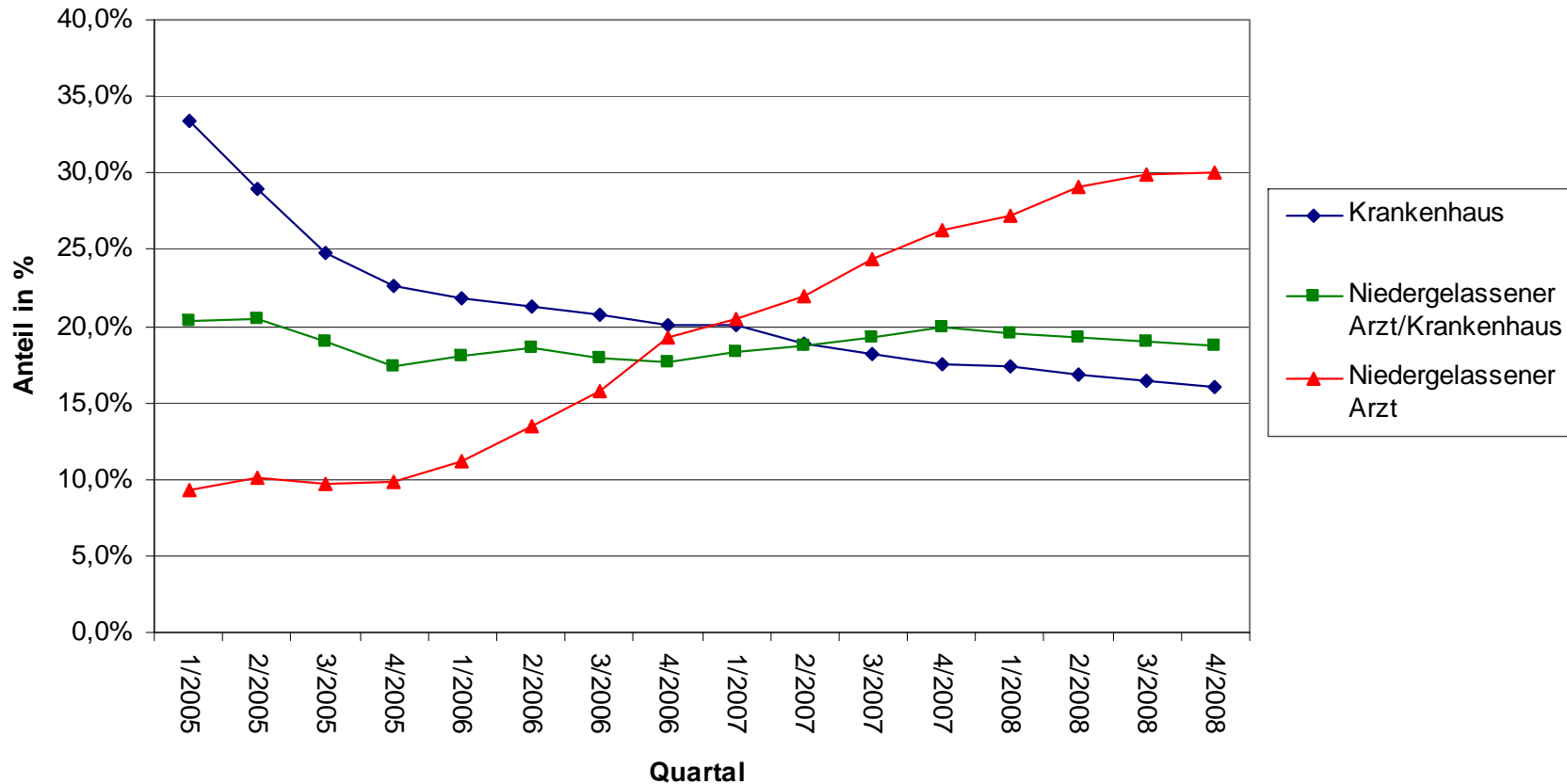
zahlreiche Koordinationsprozesse und auch Kooperationen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern, aber keine sektorübergreifende Koordination.

Die besonderen Versorgungsformen im Lichte einer sektorübergreifenden Behandlung (2)

Eine sektorübergreifende Behandlung ermöglichen vom Ansatz nur:

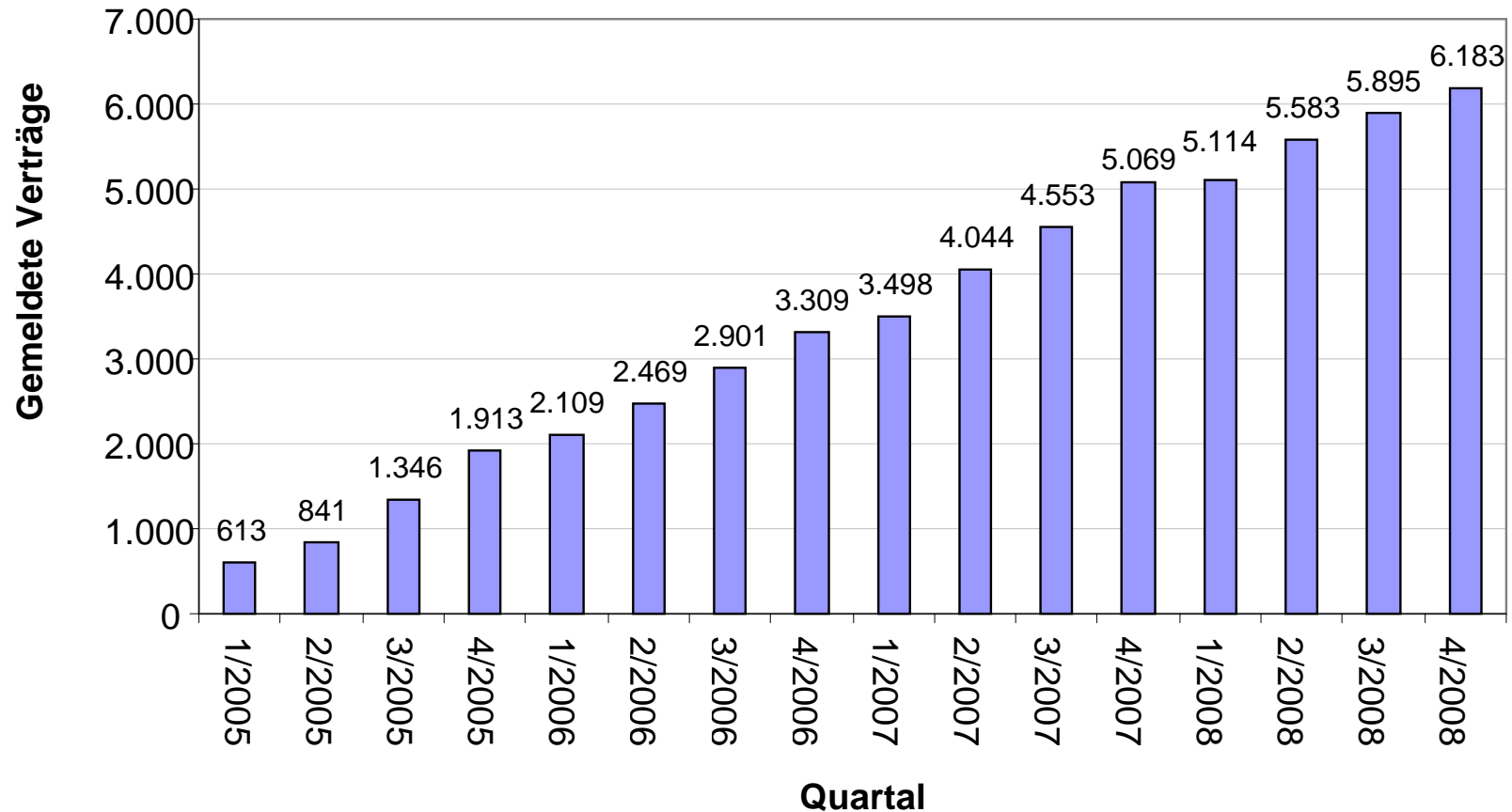
- die Modellvorhaben nach §§ 63-65,
- die integrierten Versorgungsformen nach § 140 a-d sowie
- die strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137 f-g.

Die Entwicklung der Anteile zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern an den gemeldeten Verträgen zu den integrierten Versorgungsformen



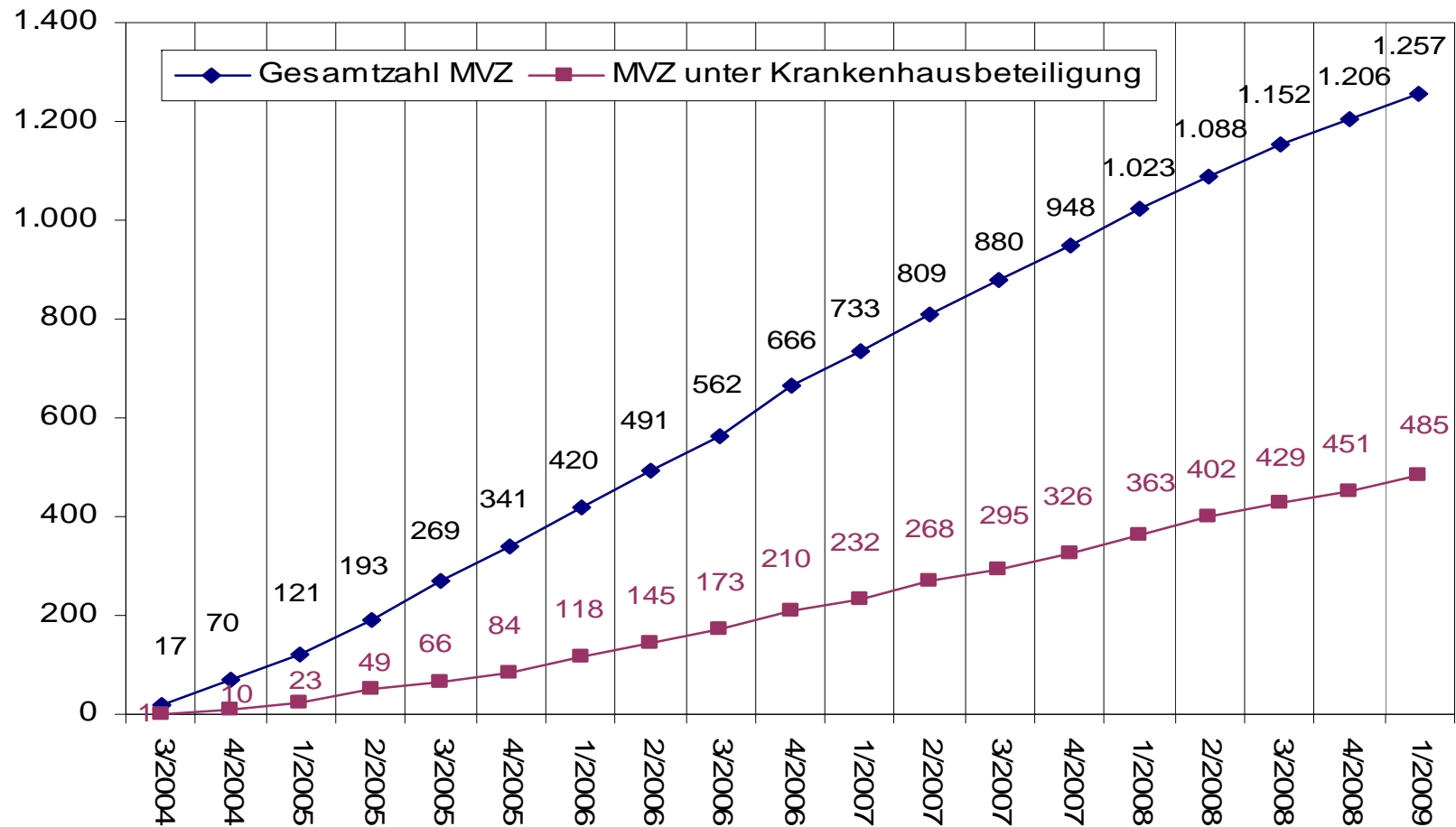
Quelle: BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH, 2009.

Bei der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gemeldete Verträge zu den integrierten Versorgungsformen



Quelle: BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung GmbH, 2009.

Entwicklung der Medizinischen Versorgungszentren



Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung 2009.

Selektive Verträge: Stand und Schwachstellen (1)

- Gesetzgeber schuf vielfältige Optionen zum selektiven Kontrahieren
- Mangels Evaluationen keine Informationsbasis für Lerneffekte
- Nur wenige sektorübergreifende Verträge mit Populationsbezug
- § 73b SGB V entspricht weder den Kriterien eines Kollektivvertrages, noch denen selektiver Verträge
- Furcht der Krankenkassen vor Zusatzbeiträgen verdrängt innovative Vorhaben
- Finanzierungsaspekte dominieren Ziel- bzw. Qualitätsorientierung

Selektive Verträge: Stand und Schwachstellen (2)

- Geringe Transparenz über Versorgungsqualität
- Bei Prävention Defizite bzw. Unklarheiten hinsichtlich finanzieller Förderung, Anreizen (RSA) und ordnungspolitischer Verankerung
- Unterschiedliche Rahmenbedingungen innerhalb der Sektoren behindern funktionsfähigen Wettbewerb an den Schnittstellen, insbesondere zwischen dem ambulanten und stationären Bereich
- Fehlendes Konzept zum Verhältnis von kollektiv- und selektivvertraglich organisierter Gesundheitsversorgung
- Wettbewerbsdefizite innerhalb der Sektoren (insbesondere Krankenhaussektor und Arzneimittelbereich)

Selektive Verträge: Weiterer Handlungsbedarf

- Errichtung eines Systems von validen Qualitätsindikator-en zur Erhöhung der Transparenz und als Basis eines Qualitätswettbewerbs, auch im Sinne von „Payment by Results“
- Obligatorische Evaluation bei bestimmten selektiven Verträgen, insbesondere bei spezieller finanzieller Förderung
- Gleiche Chancen für alle besonderen Versorgungsformen; kein Zwang zum Angebot einer speziellen Variante (§ 73 b SGB V)
- Stärker sektorübergreifende Ausrichtung des § 140 a-d SGB V und Integration der Disease Management Programme in diese besondere Versorgungsform
- Stärker ziel- und teamorientierte Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe sowie intensivere Kooperation mit Selbsthilfegruppen und kommunalen Institutionen
- Öffnung der selektiven Verträge für alle Leistungserbringer, auch wenn sie keine Zulassung besitzen, aber die geforderten Kriterien erfüllen

Selektive Verträge: Weiterer Handlungsbedarf

- Vereinheitlichung der Rahmenbedingungen an den Schnittstellen der Sektoren bezüglich Leistungsdefinitionen, Qualitätsstandards, Vergütung einschließlich Investitionsfinanzierung und Genehmigung neuer Behandlungsmethoden
- Ergebnisoffener Wettbewerb zwischen selektiver und kollektiver Vertragsgestaltung mit dem Ziel, Qualitätswettbewerb auch innerhalb der KVen auszulösen; kein Ersatz der KVen durch monopolistische private Verbände
- Qualitatives Monitoring der Versorgung in dünner besiedelten Gebieten; zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung bei Notwendigkeit Ausschreibungen und Honorarzuschläge; zur Überprüfung der Qualität überregionales Benchmarking
- Ordnungspolitische Leitlinie: Verbesserung der Rahmenbedingungen für ergebnisoffene Wettbewerbs- und insbesondere dezentrale Suchprozesse

Probleme und Grenzen selektiver Verträge im Gesundheitswesen

- Transaktionskosten bislang unklar
- Höhere Anforderungen an Versicherte hinsichtlich der Transparenz über alternative Versorgungsangebote
- Sicherung eines einheitlichen (Mindest-) Qualitätsniveaus, vor allem im regionalen Kontext
- Intensivierung von Konzentrationsprozessen bei Krankenkassen und Leistungserbringern mit Monopolisierungstendenzen
- Stärkung bestehender und Gründung neuer (zahn-)ärztlicher Verbände privaten Rechts

Leistungsspektrum einer umfassenden Versorgungseinheit

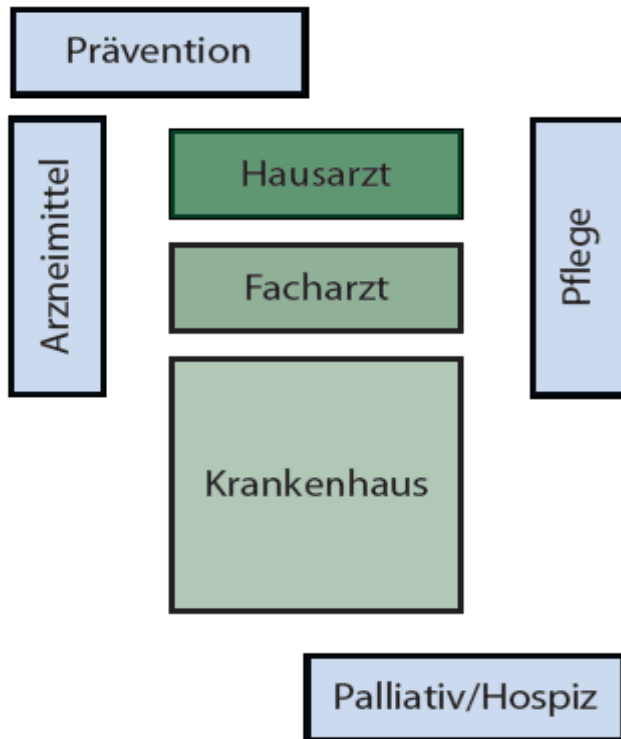
- die vier Hospitationsebenen Intensivmedizin, Intermediate Care, Normalstation und Low Care einschließlich einer teilstationären Versorgung sowie u. U. belegärztlicher Tätigkeit und Teleportal-Klinik,
- neben einem oder mehreren MVZ auch dezentral niedergelassene Haus- und Fachärzte,
- Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen,
- Leistungserbringer im Bereich der Heilmittel und Fachkräfte für präventive Maßnahmen,
- Kontakte zu Selbsthilfegruppen und Verbindungen zu Institutionen der Sozialarbeit sowie
- eine Zentralapotheke mit Dependancen, die auf der Basis einer internen Positiv- bzw. Arzneimittelliste mit pharmazeutischen Unternehmen selektiv kontrahiert.

Versorgungsforschung

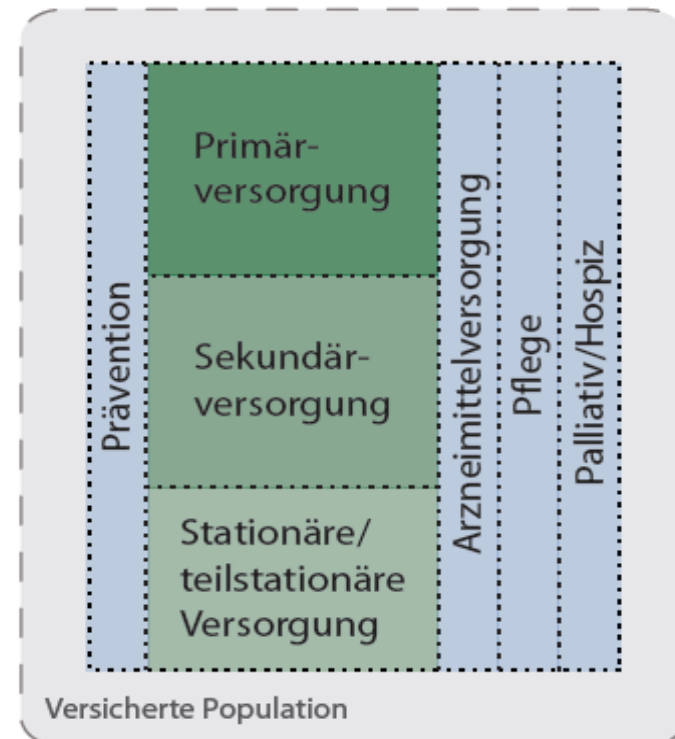
- **Im Gutachten werden weitreichende Veränderungen** für das deutsche Gesundheitssystem vorgeschlagen
- Wissenschaftliche **Evaluation notwendig**:
 - Konsequenzen für Versicherte, Leistungserbringer, Kostenträger und gesamtes System?
 - Entscheidung, ob neue Versorgungskonzepte weiter verfolgt und breit implementiert werden sollen
- Ergebnisse für Weiterentwicklung der GKV wichtig: **Kassen** sollten gesetzlich die Möglichkeit haben, **Studien mit festem prozentualen Anteil der Leistungsausgaben** zu finanzieren

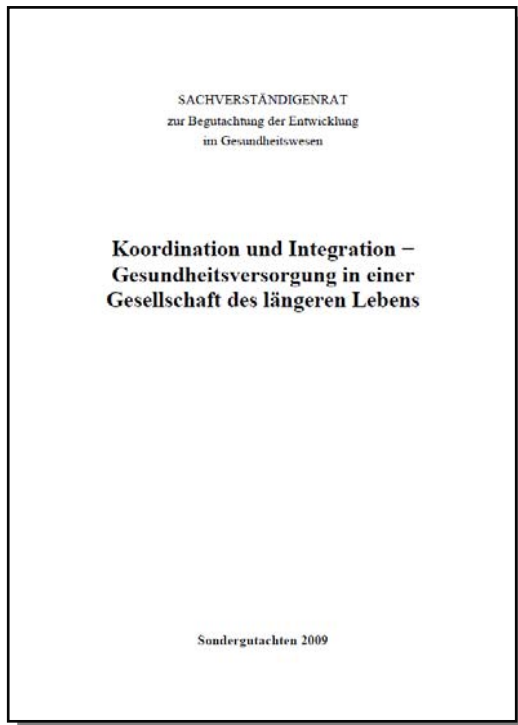
Die Zukunft: Von der sektoralen zur populationsorientierten Versorgung

Traditionelles System
Anbieter- und sektororientiert



Zukunftskonzept
Populationsorientiert und sektorübergreifend





Langfassung
(Download)



Kurzfassung
(Download)



Bundesanzeiger
Verlagsgesellschaft

weitere Informationen unter:
www.svr-gesundheit.de

**Vielen Dank für Ihre Aufmerksam-
samkeit**

