

Mensch ärgere Dich nicht – Gesundheitspolitik als Gesellschaftsspiel

Sind die Spielregeln fair?

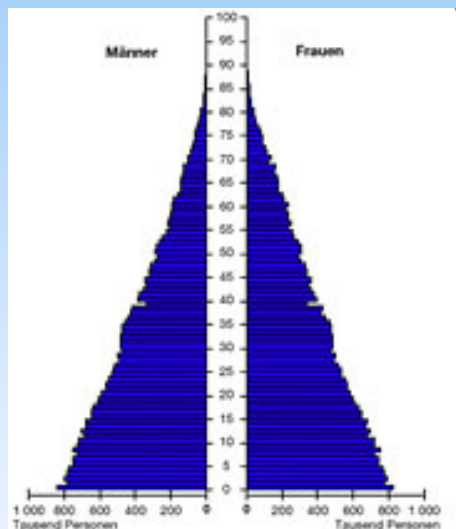
26. Frühjahrskolloquium

11. - 13. März 2010

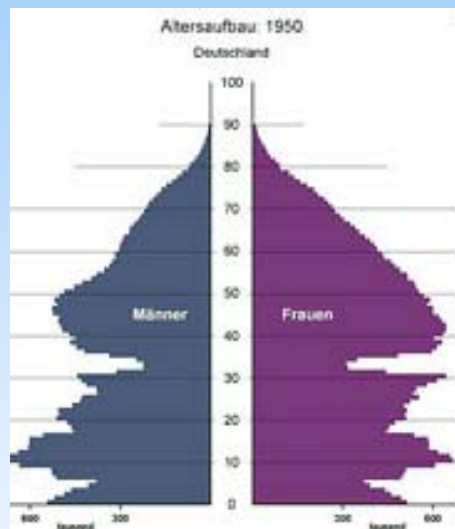
1. Ausgangslage
2. Gesetzgebung
3. Zukunftsvisionen – Sektorenübergreifende Versorgung
4. Schlussfolgerung

1. Ausgangslage
2. Gesetzgebung
3. Zukunftsvisionen – Sektorenübergreifende Versorgung
4. Schlussfolgerung

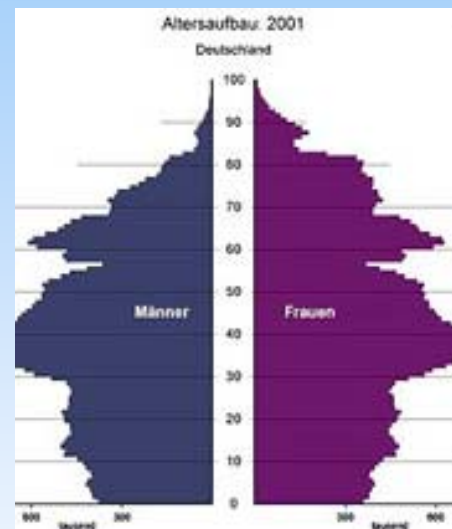
Demographischer Wandel



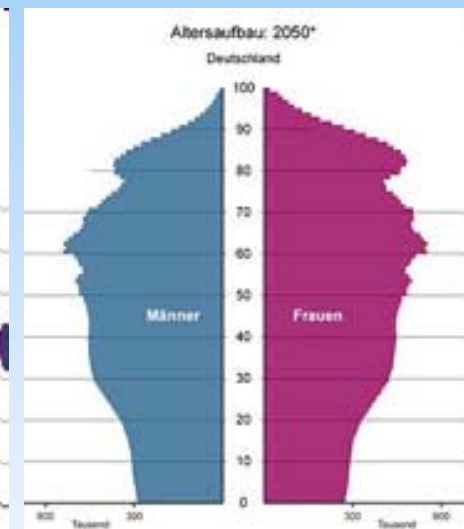
1910



1950



2001



2050

Regelungen/Vorschläge bisher: Krankenhäuser tragen das volle Risiko

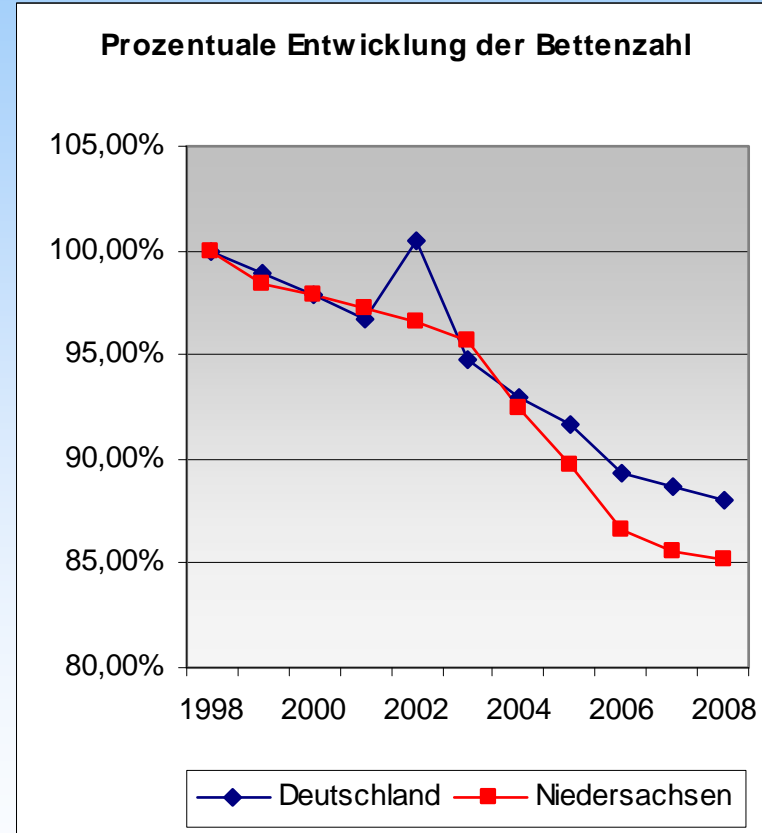
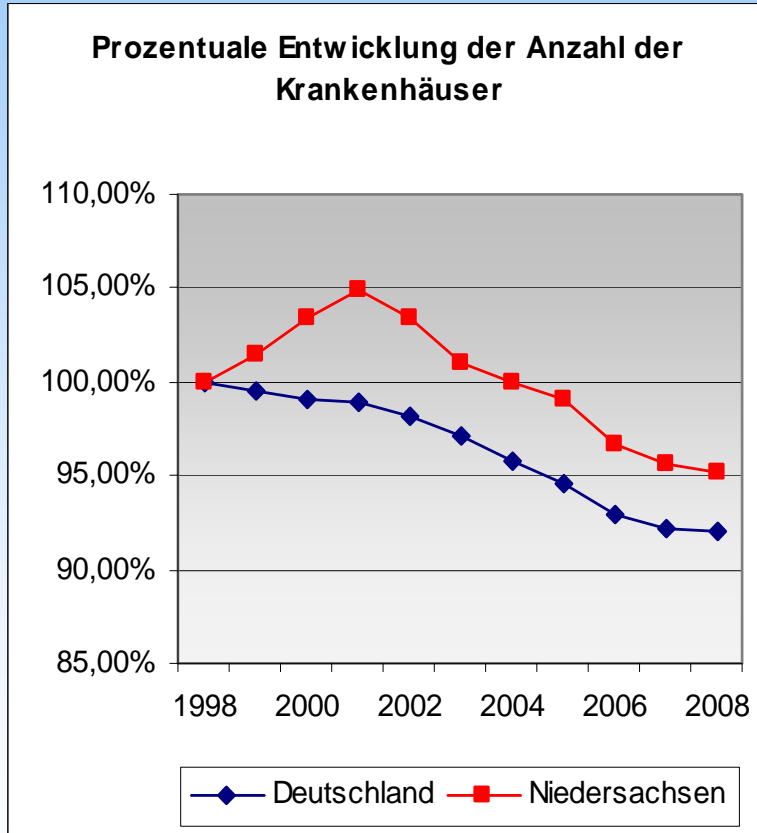
Bevölkerungs- und Patientenentwicklung

Alter	Bevölkerung in %		Patienten in %	
	2000	2006	2000	2006
0 bis 1	0,9	0,8	1,8	4,9
1 bis 5	3,9	3,4	2,6	2,1
5 bis 15	10,7	9,6	4,4	3,4
15 bis 25	11,3	11,7	7,1	6,3
25 bis 35	14,1	11,8	10,7	8,0
35 bis 45	16,6	16,5	10,9	9,8
45 bis 55	13	14,9	10,9	11,2
55 bis 65	12,9	11,4	16,3	13,2
65 bis 75	9,4	11,5	16,9	19,4
> 75	7,2	8,3	18,4	21,7

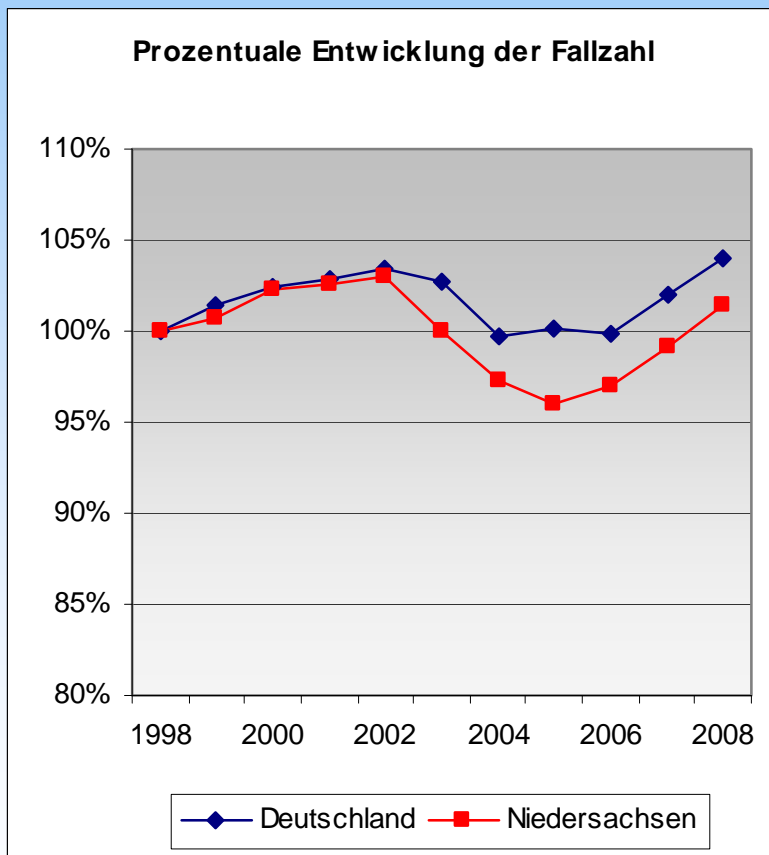
Demographischer Wandel

- Bevölkerungszahl **2030**: 77,2 Mio. Einwohner
- **2030**: Anstieg der Krankenhaushfälle aufgrund der älter werdenden Bevölkerung von derzeit 17 Mio. Fälle auf 19 Mio. Fälle
- **2050**: 32,9 Mio. Menschen werden älter als 65 Jahre sein (Bevölkerungsanteil: 47,9 %)
- **Verschiebung im Diagnosespektrum:**
Steigende Fallzahlen bei Erkrankungen, die vermehrt im zunehmenden Alter auftreten (z.B. Herz-Kreislaufsystem)

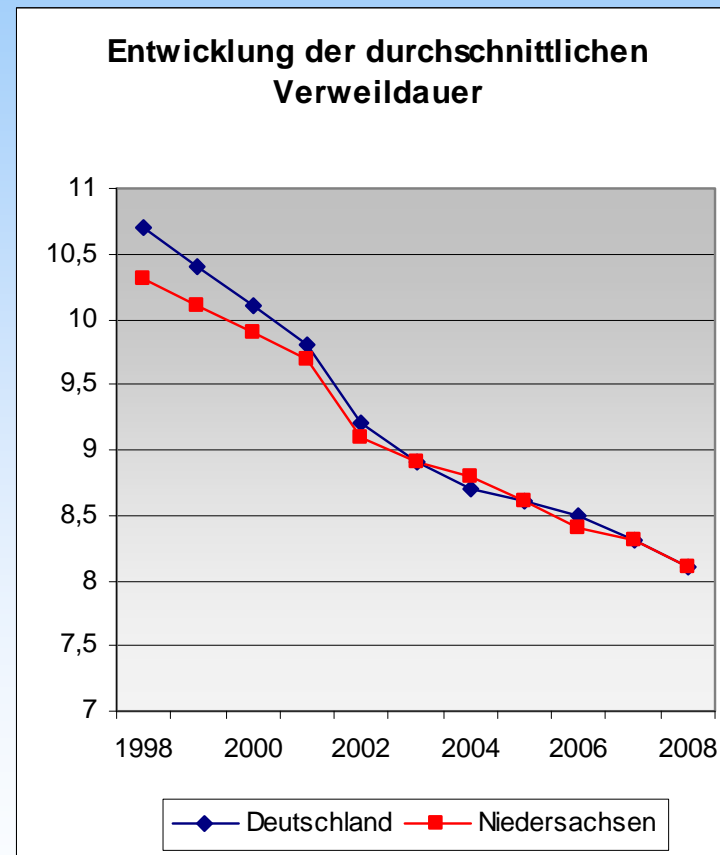
Entwicklungen im Krankenhaussektor



Entwicklungen im Krankenhaussektor



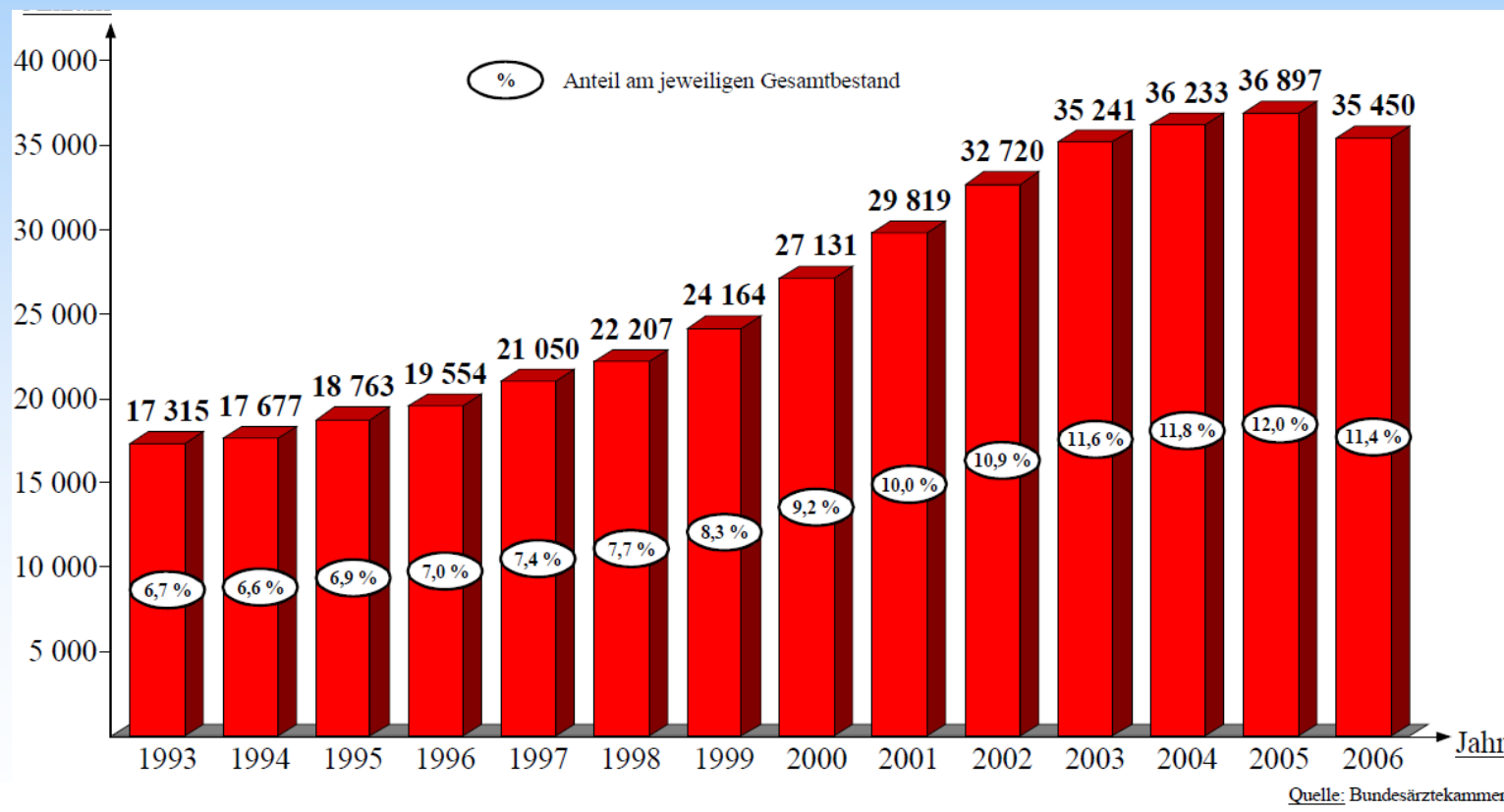
Quelle: Statistisches Bundesamt, Eigene Darstellung



Quelle: Statistisches Bundesamt, Eigene Darstellung

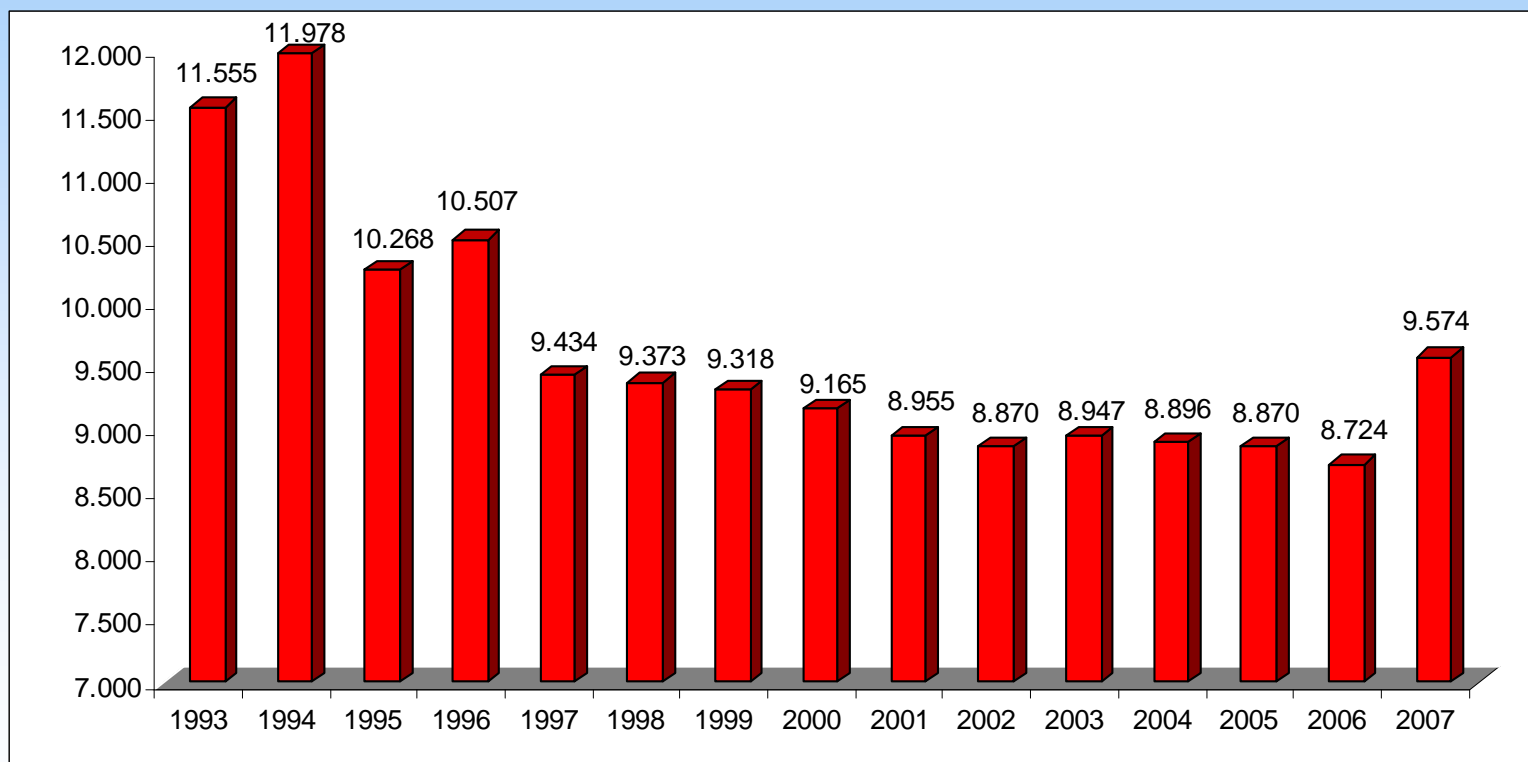
Ärztemangel

Bestand an berufstätigen Ärzten, die zum jeweiligen Jahresende 60 Jahre oder älter sind 1993 - 2006



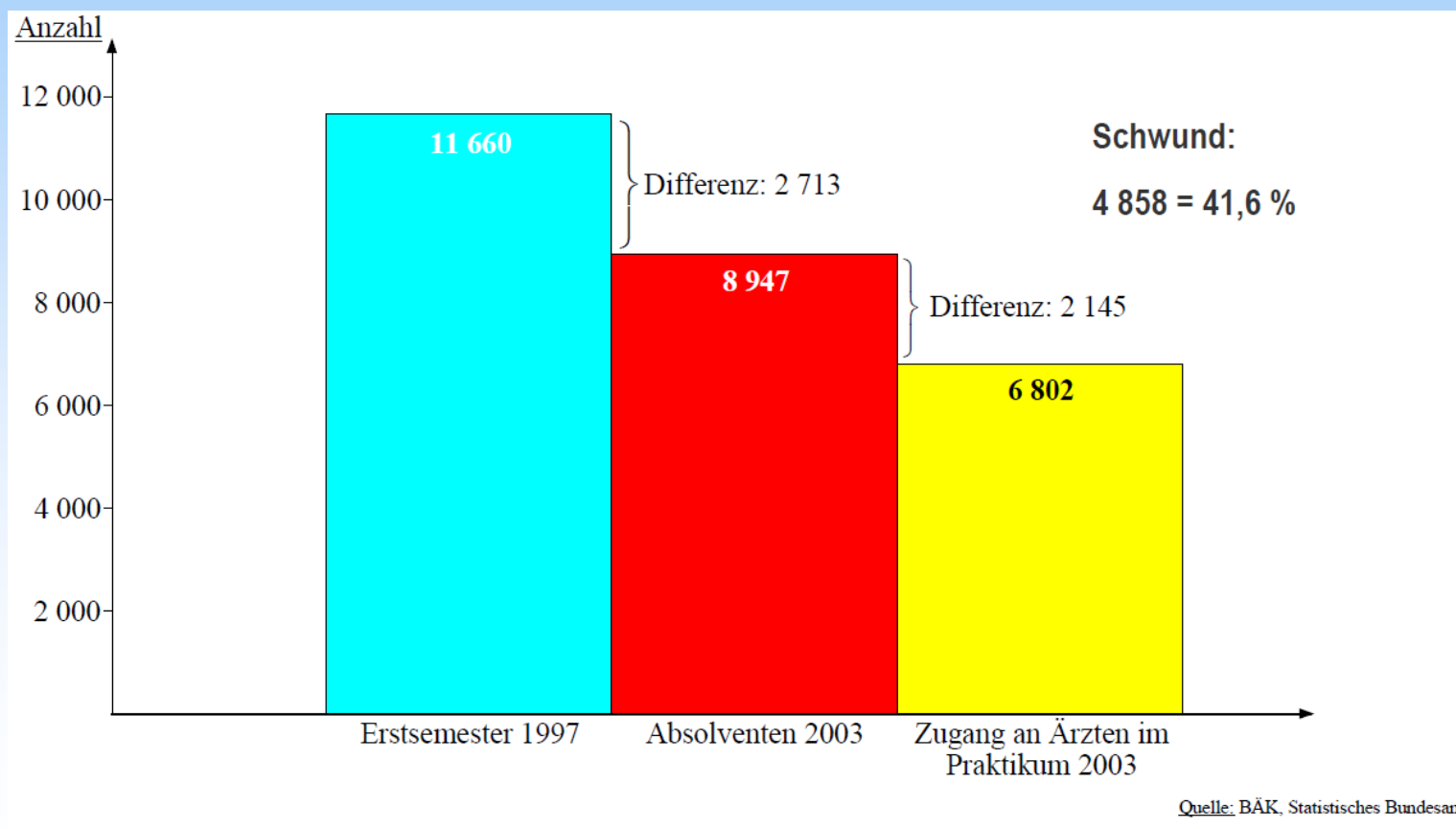
Ärztemangel

Entwicklung der Zahl der Absolventen im Fach Humanmedizin 1993 - 2007



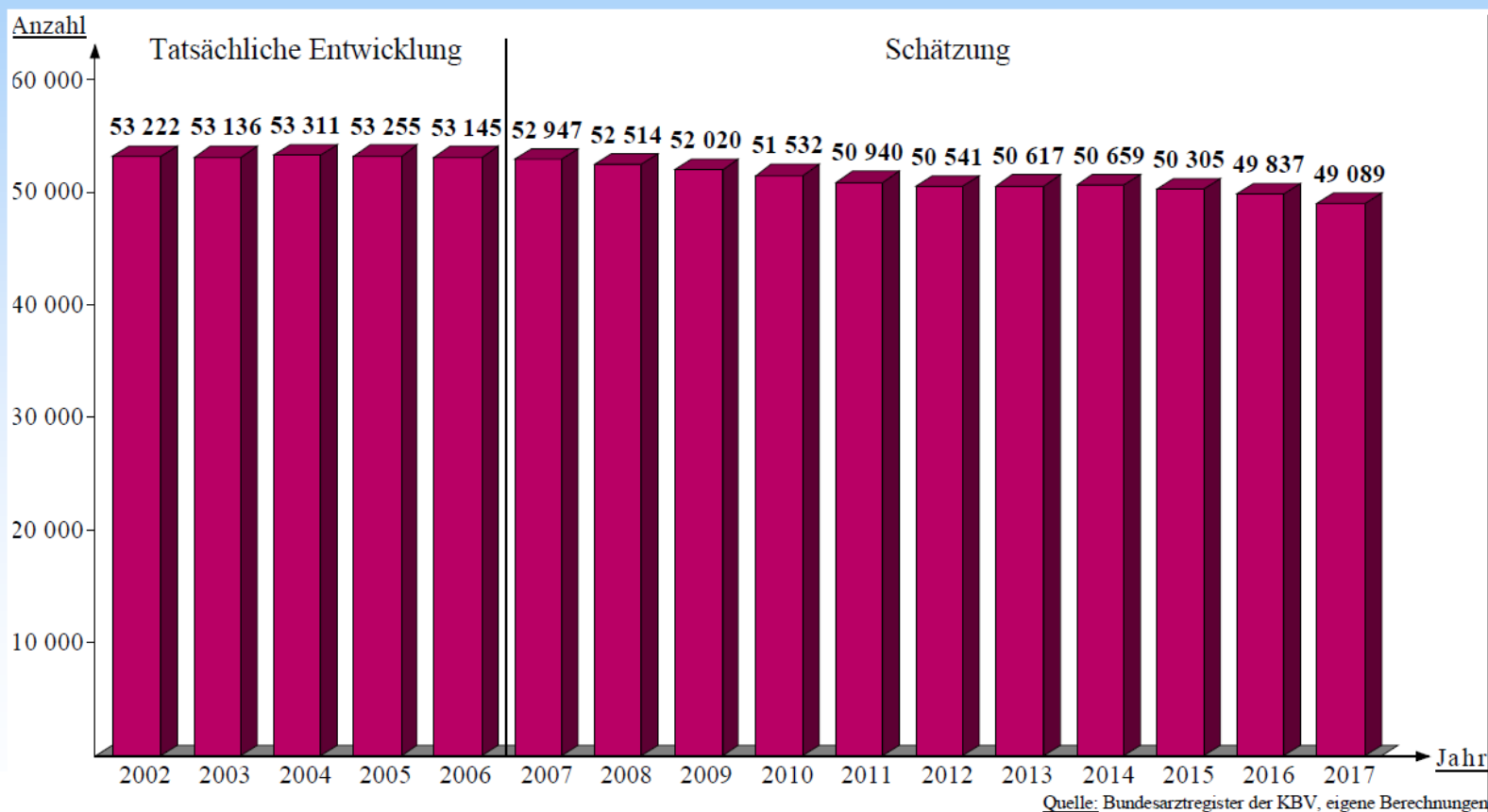
Ärztemangel

Verlust an Medizinstudenten im Verlauf des Studiums



Ärztemangel

Entwicklung der Hausärzte 2002 - 2017



Ärztemangel

Im Ausland tätige deutsche Ärzte

Land	Jahr	Anzahl
Belgien	2004	338
Dänemark	2004	87
Finnland	2006	65
Frankreich	2006	975
Großbritannien	2007	4.129
Irland	2007	105
Italien	2001	538
Luxemburg	2001	116
Niederlande	2007	584
Norwegen	2004	650
Österreich	2007	1.457
Portugal	2004	106
Schweden	2006	1.118
Schweiz	2007	2565
Spanien	2001	259
USA	2005	5.830
Summe:		18.922

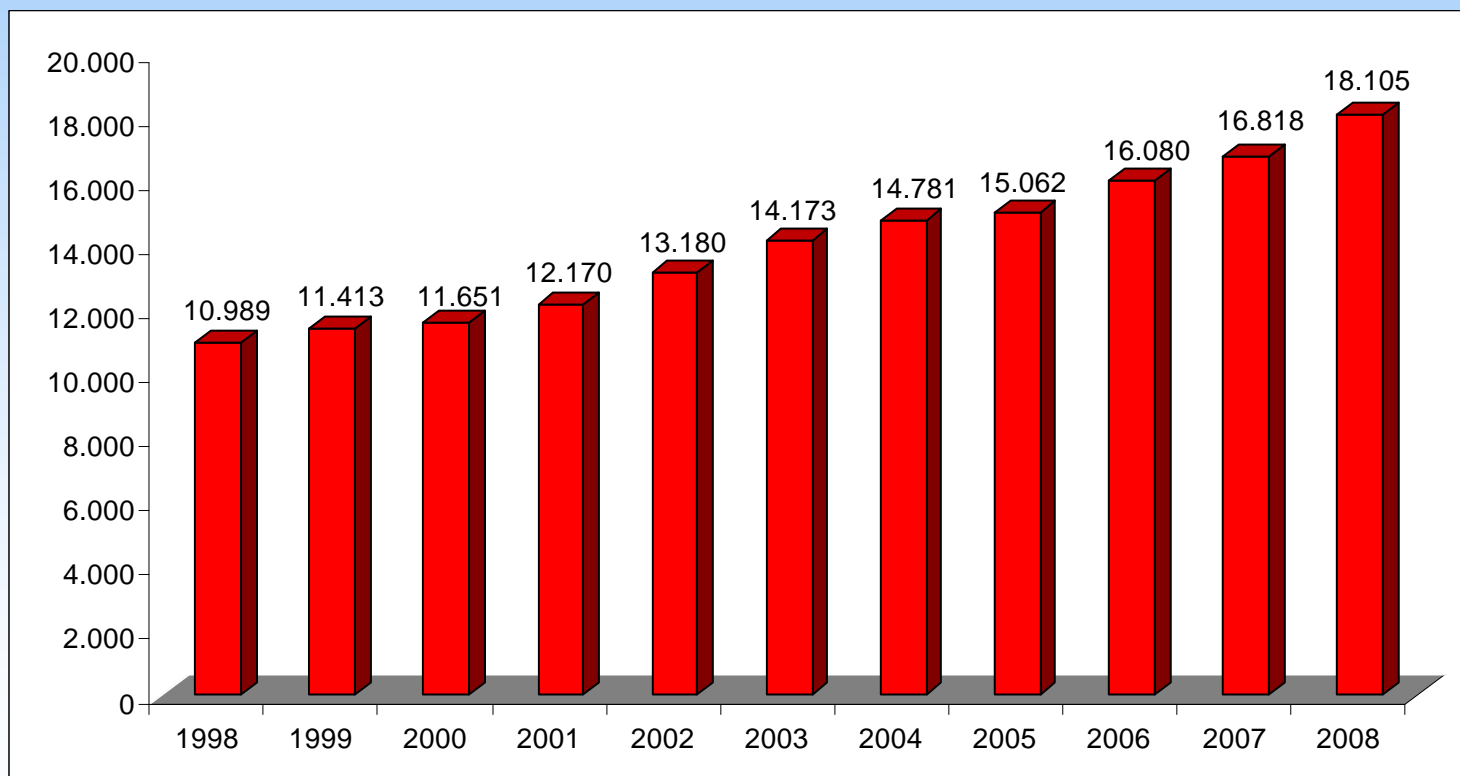
Quelle: Marburger Bund

Abwanderung deutscher Ärzte ins Ausland

Jahr	Anzahl
2001	1.437
2002	1.691
2003	1.992
2004	2.731
2005	2.249
2006	2.575
2007	2.439
2008	3.065

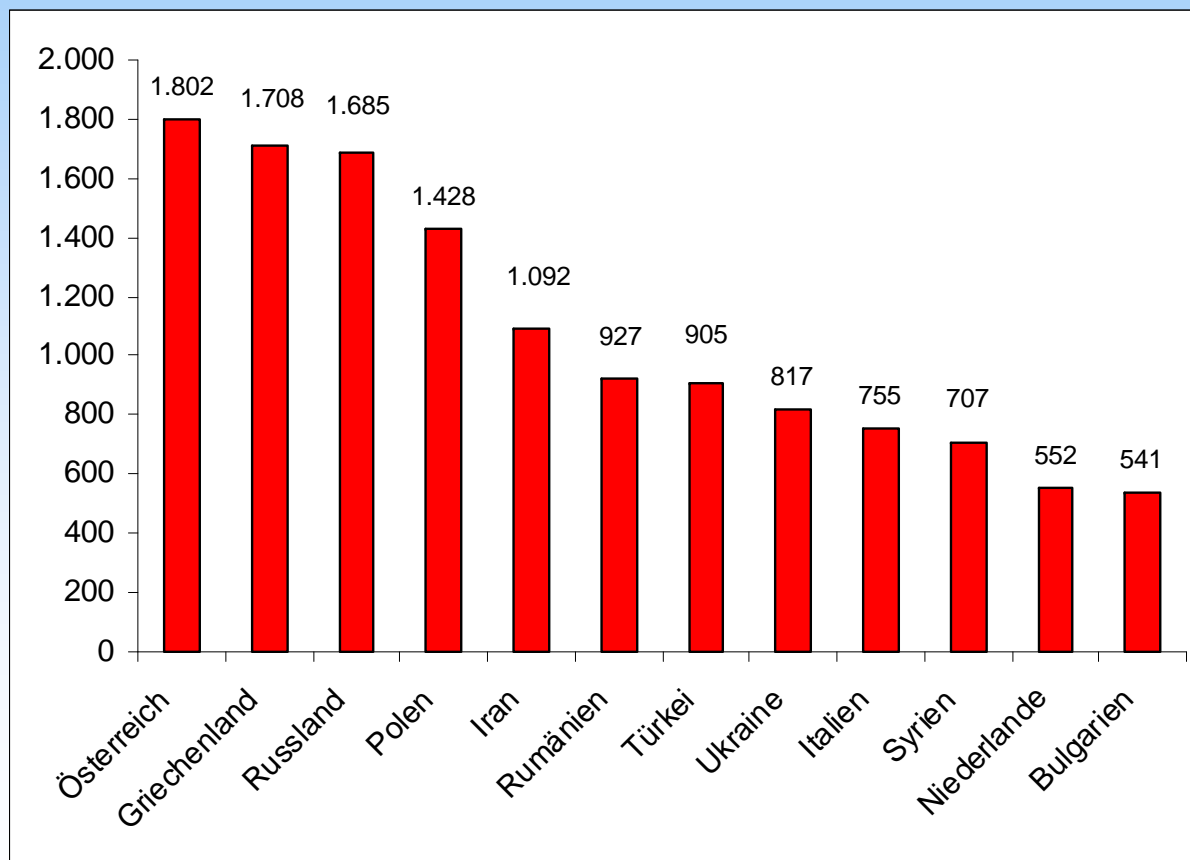
Ärztmangel

Anzahl der berufstätigen ausländischen Ärztinnen und Ärzte 1998 - 2008



Ärztemangel

Herkunft ausländischer Ärzte in Deutschland



Quelle: Bundesärztekammer

Übernahme ärztl. Tätigkeiten durch Pflegedienst

- **Kurzfristig übertragbare Tätigkeiten**

- **Kategorie 1:** Qualifikation durch Ausbildung oder Weiterbildung
 - z.B.: Kodierung von Diagnosen/Prozeduren
- **Kategorie 2:** Qualifikation durch Ausbildung und Einweisung
 - z.B.: Venöse Blutentnahme oder Vitalzeichenkontrolle
- **Kategorie 3:** Qualifikation durch qualifizierende Ausbildung
 - z.B.: Intramuskuläre Injektion oder Blutentnahme aus einem peripheren Venenkatheter
- **Kategorie 4:** Qualifikation durch qualifizierende Ausbildung oder spezifische Schulung
 - z.B.: intravenöse Injektion eines Arzneimittels mit großer therapeutischer Breite
- **Kategorie 5:** Qualifikation durch qualifizierende Ausbildung und strukturierte Weiterbildung
 - z.B.: intravenöse Applikation von Zytostatika bei Vorliegen einer Medikamentenpositivliste

Übernahme ärztl. Tätigkeiten durch Pflegedienst

- **Mittelfristig übertragbare Aufgaben**

- Umfangreiche Anpassung der Qualifikation aufgrund des höheren Gefährdungspotentials der Patienten
- Komplexe und/oder umfangreiche Tätigkeiten, die Reorganisationsprozesse erfordern
 - z.B.: Casemanagement, Wundpflegemanagement und Schmerzmanagement

- **Langfristig übertragbare Aufgaben**

- Gesetzliche und/oder untergesetzliche Normen müssen verändert werden
 - z.B.: Anästhesie und Endoskopie

Bevorstehender Pflegekräftemangel

- Weltweiter Mangel an Pflegekräften seit 5 Jahren
 - Ca. 1.000-1.500 deutsche Pflegende wandern jährlich aus
→ Tendenz steigend!
 - Gründe für Abwanderung:
 - Bessere Verdienstmöglichkeiten
 - Attraktive Arbeitsbedingungen
 - Bessere Aufstiegschancen
 - Höherer Personal-/Pflegeschlüssel
- Zunehmende Abwanderung wird problematisch bei ausbleibender Rückwanderung und fehlender Zuwanderung ausländischer Fachpflegekräfte

Medizinischer Fortschritt

z. B. neue Erkenntnisse über

- Früherkennung (Mammographie-Screening, Coloskopie)
- Diagnostik (genetisches Testverfahren, bildgebende Verfahren z. B. PET)
- Operationstechnik (Schlüsselloch-Chirurgie)
- Medizinprodukte (Herzschrittmacher/Defibrillatoren, Endoprothesen)
- Medikamente (Onkologie, HIV)

Medizinischer Fortschritt

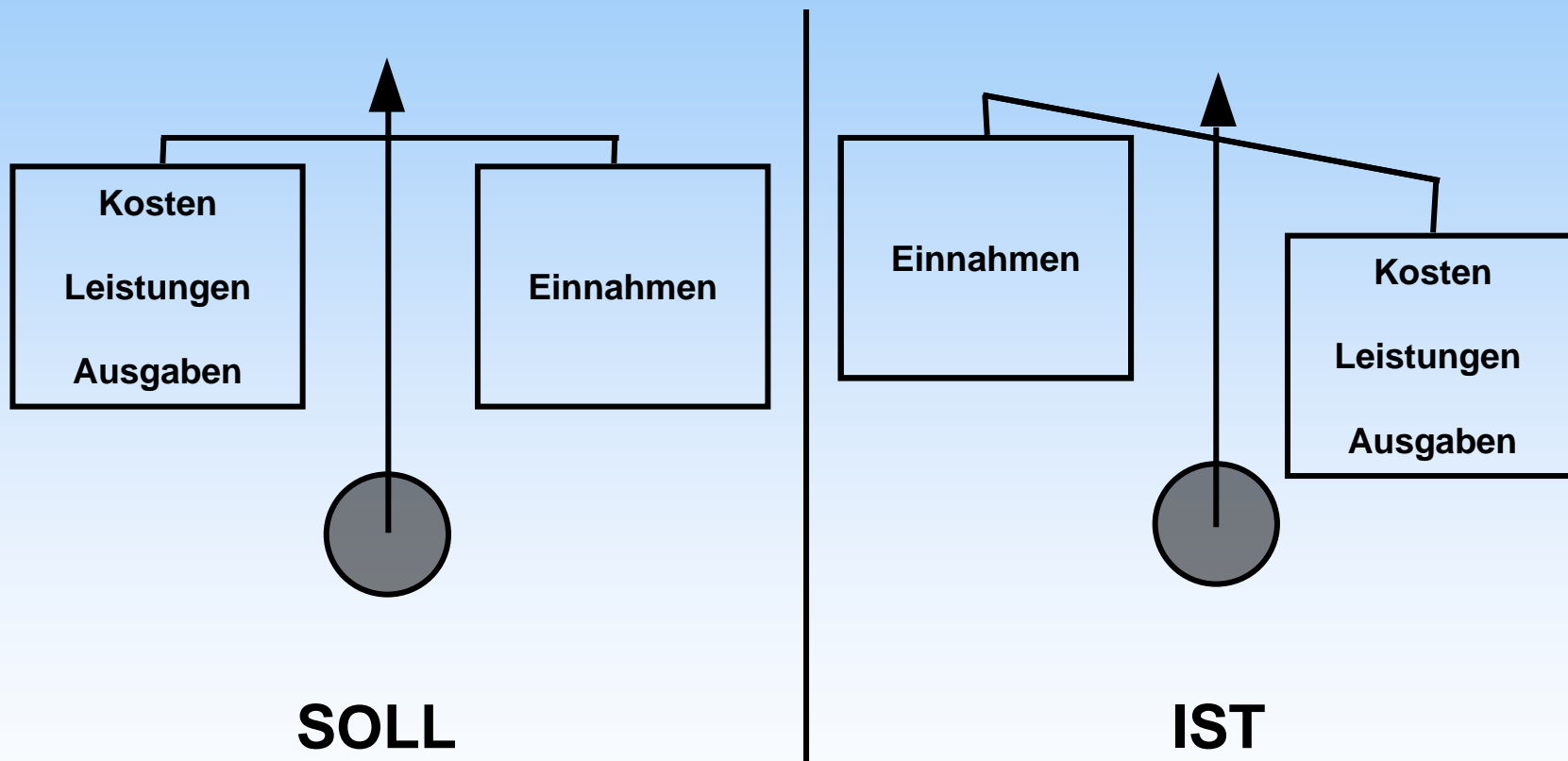
Probleme:

- Kosten-Nutzen-Relation
- Grenznutzen
- Was darf Fortschritt kosten?
- Qualitätssicherung
- Fortschritt für alle???

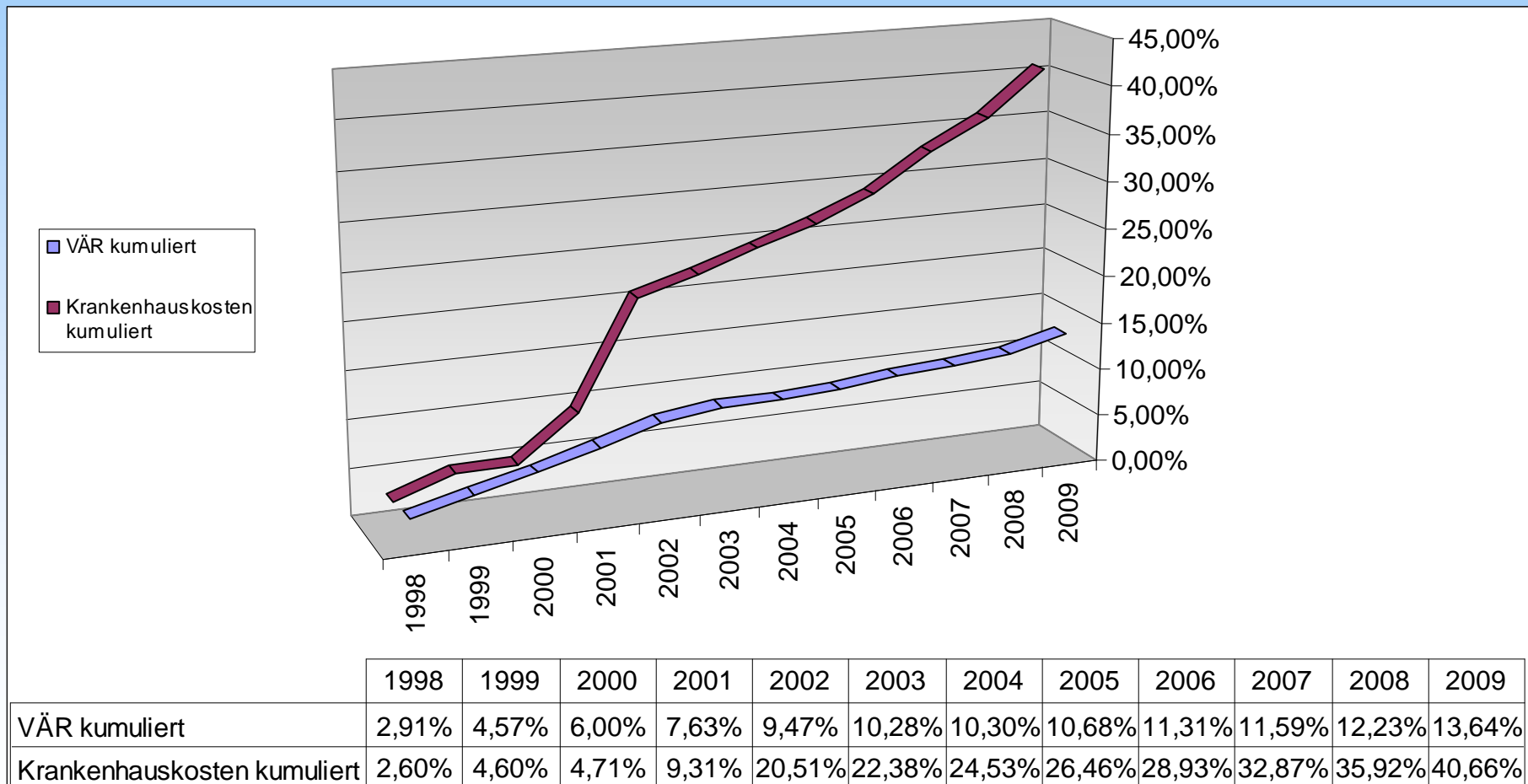
Wer entscheidet??? (Wer würfelt?)

- z. B. G-BA

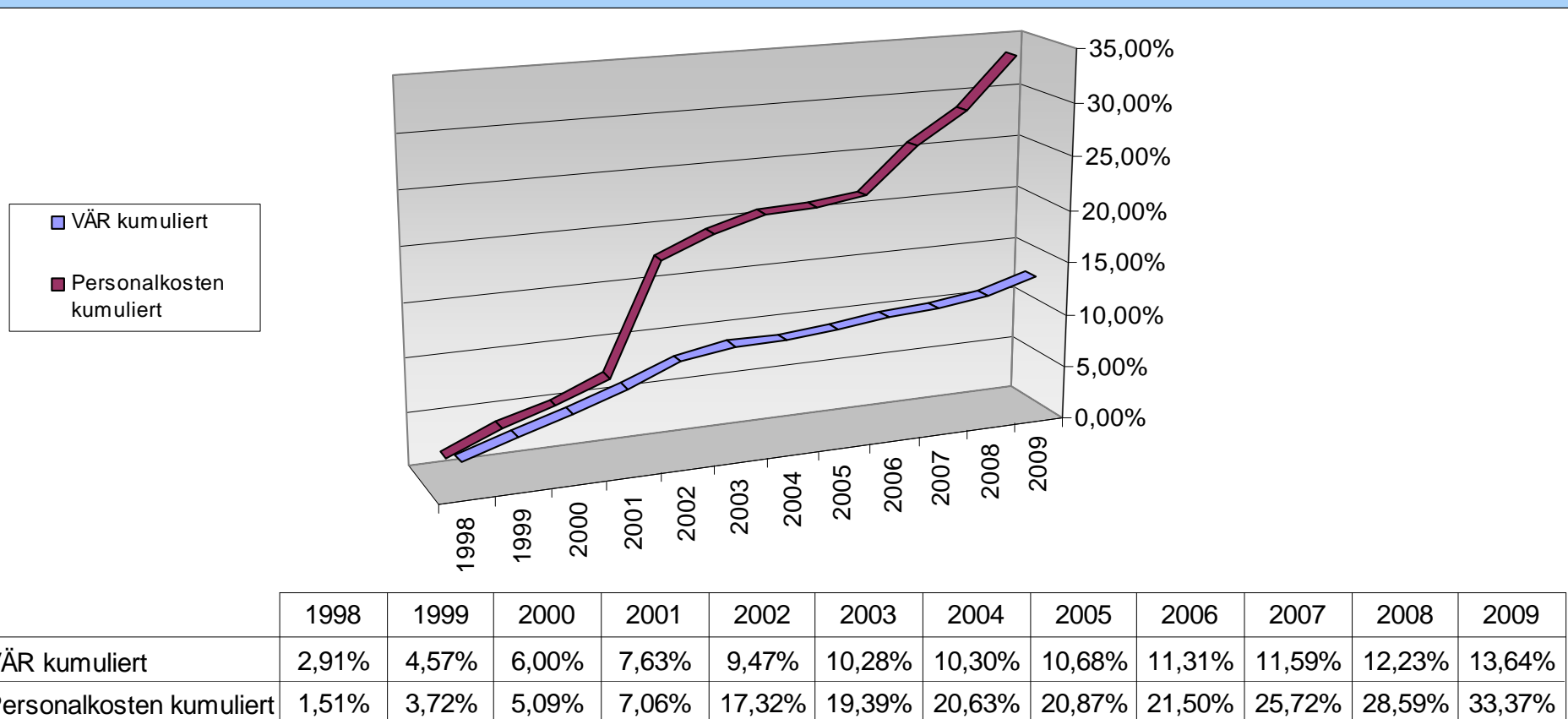
Gleichgewicht?



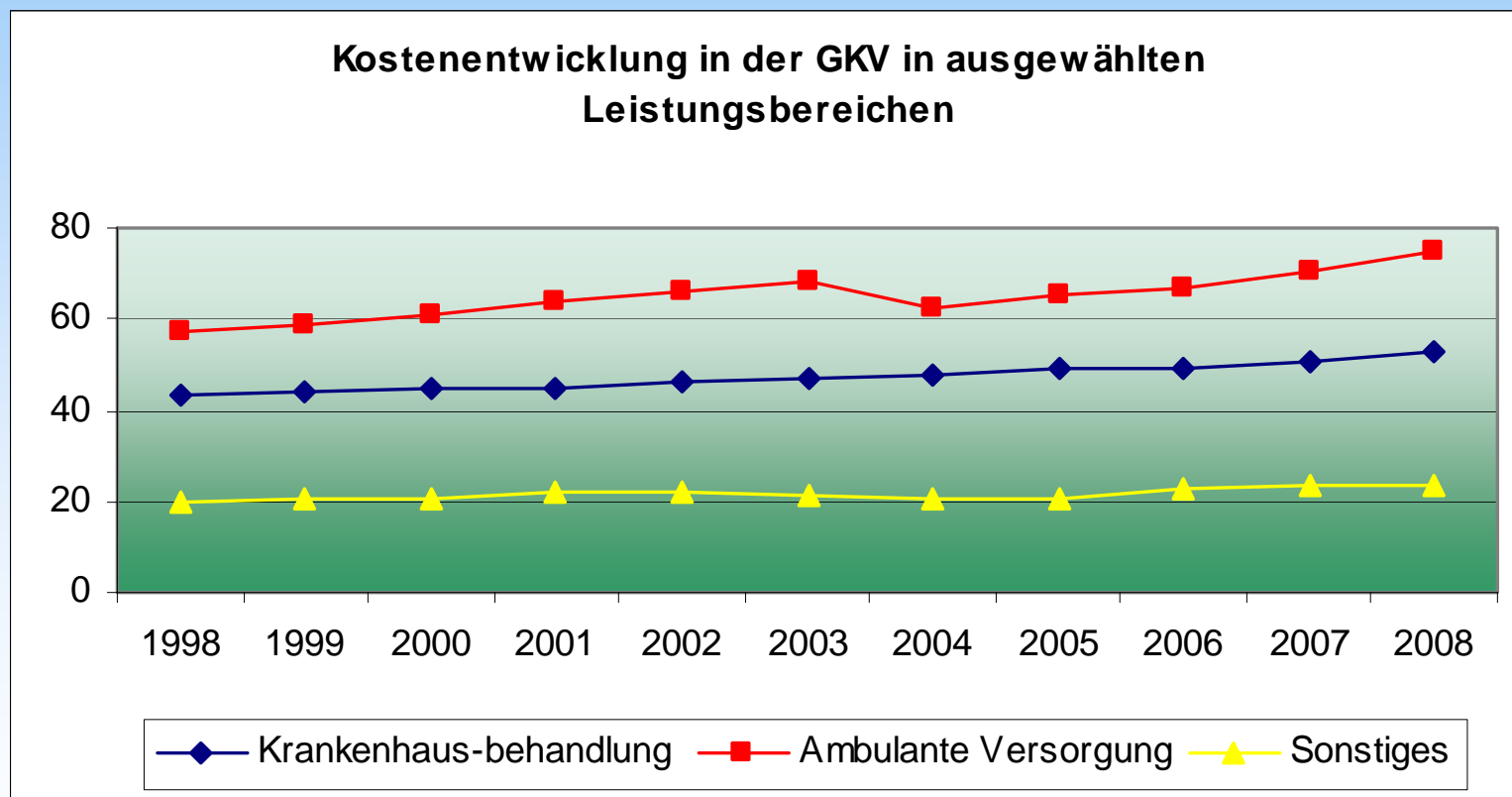
Kostenschiere



Veränderungsrate und Personalkosten kumuliert

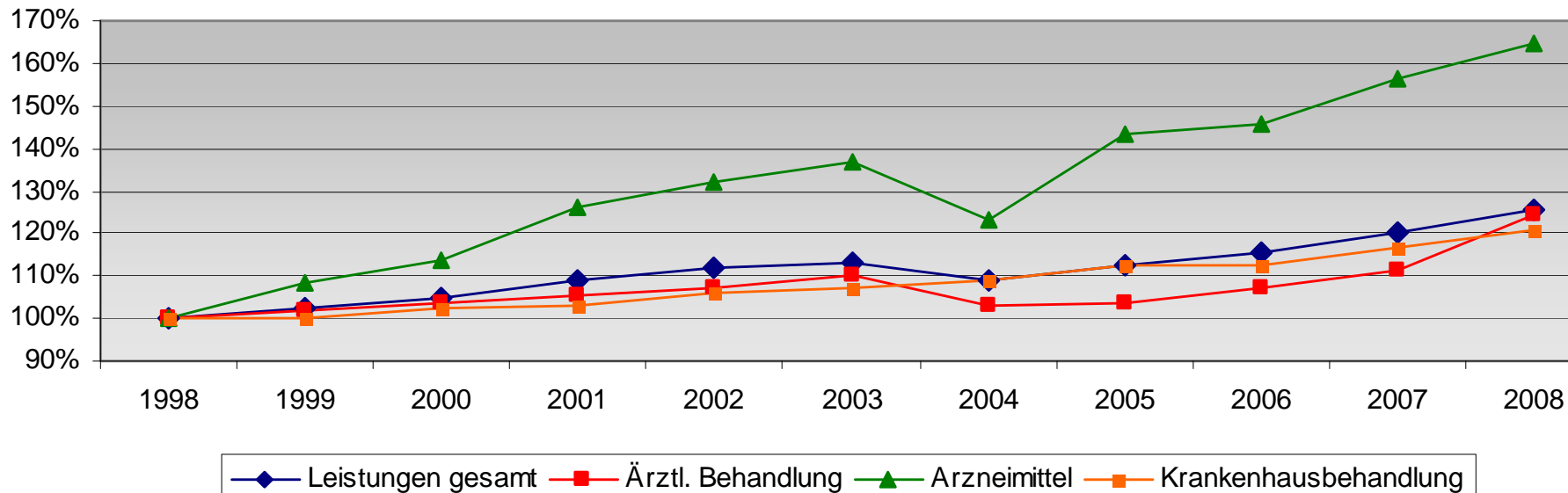


Entwicklung der Ausgaben der GKV



Entwicklung der Ausgaben der GKV

Prozentuale Kostenentwicklung in der GKV in ausgewählten Leistungsbereichen



Entwicklung der Einnahmen der GKV

- Finanzierung an die Lohnkosten gebunden
- Arbeitsmarktsituation hat sich verändert
 - Mehr Technik
 - Weniger Beschäftigte
 - steigende Arbeitslosigkeit
- Lebensarbeitszeit hat sich verändert
 - Höheres Einstiegsalter ins Berufsleben
 - Kürzere Wochenarbeitszeit
 - Erhebliche Zunahme der Teilzeitarbeit
 - Kürzeres Erwerbsleben
 - (tatsächlich) gesunkenes Renteneintrittsalter
 - ...

1. Ausgangslage
2. Gesetzgebung
3. Zukunftsvisionen – Sektorenübergreifende Versorgung
4. Schlussfolgerung

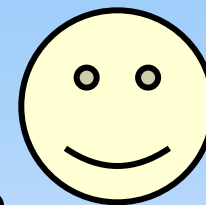
Niedersächsische Krankenhausgesellschaft

- 1972 KHG Krankenhausfinanzierungsgesetz
- 1977 KVKG Krankenversicherungs-Kostendeckungsgesetz
- 1982 KHKG Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz
- 1982 KVEG Krankenversicherungs-Ergänzungsgesetz
- 1985 KHNG Krankenhaus-Neuordnungsgesetz
- 1986 BPfIV Bundespflegesatzverordnung
- 1989 GRG Gesundheits-Reformgesetz
- 1992 GSG Gesundheitsstrukturgesetz
- 1994 BPfIV Bundespflegesatzverordnung '95
- 1996 StabG Stabilisierung der Krankenhausausgaben
- 1997 BeitrEntlG Gesetz zur Entlastung der Beiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung
- 1997 1.GKV-NOG Erstes Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der GKV
- 1997 2.GKV-NOG Zweites Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der GKV
- 1998 BPfIV 5. Änderungsverordnung zur Bundespflegesatzverordnung
- 1998 GKVFG Gesetz zur Stärkung der Finanzgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung in den neuen Ländern
- 1999 GKV-SolG Gesetz zur Stärkung der Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung
- 2000 Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000
- 2002 FPG Gesetz zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser
- 2003 FPÄndG Fallpauschalenänderungsgesetz
- 2004 GMG Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung
- 2005 FPV 2005 Fallpauschalenvereinbarung 2005
- 2005 2. FPÄndG Zweites Fallpauschalenänderungsgesetz
- 2006 AVWG Gesetz zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung
- 2007 GKV WSG Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung
- 2008 KHRG Krankenhausfinanzierungsreformgesetz



Forderungen der Krankenhäuser (vor KHRG)

- Schluss mit Veränderungsrate
- Finanzierung der tatsächlichen Kostenentwicklungen
- Krankheitswahrscheinlichkeit (Morbidity) und med. Fortschritt müssen voll finanziert werden
- Festpreissystem auf Landesebene (kein Preiswettbewerb)
- Verlässliche Regelung zur sachgerechten Finanzierung der Investitionen



„Hilfspaket“ der Bundesregierung

- Plan: Bereitstellung von 3,5 Mrd. Euro als Hilfe für die Krankenhäuser

ABER:

- Betrag enthält ohnehin vorgesehenen Wegfall des Sanierungsbeitrages und der Anschubfinanzierung IV
- Real sollten 1,35 Mrd. Euro für die Tarifsteigerungen zur Verfügung stehen, tatsächlich sind es nur ca. 1,1 Mrd. Euro
- Personalkostensteigerungen sollten damit zu 50% gedeckt werden
- Sonstige Kostensteigerungen bleiben unberücksichtigt
- Ausbildung, Pflegedienst, ...



Finanzwirksame (KHRG)-“Hilfs“Maßnahmen

Anteilige Finanzierung der Tariflohnerhöhungen 2008 und 2009	1,10 Mrd. €
Förderprogramm zur Verbesserung der Situation Pflegepersonal	0,22 Mrd. €
Verbesserte Finanzierung der Psychiatrie	0,06 Mrd. €
Finanzierung der Praxisanleitung bei der Ausbildungsfinanzierung	0,15 Mrd. €

Mehrausgaben für GKV durch KHRG **1,53 Mrd. €**

Mehreinnahmen der KH 2009 durch geltendes Recht rd. (Grundlohnrate: + 1,41 %; Wegfall Anschubfinanzierung integrierte Versorgung; Wegfall Sanierungsbeitrag; geringer Mengeneffekt)	1,23 Mrd. €
Mehreinnahmen KH 2009: übrige Kostenträger (außerhalb GKV)	0,2 Mrd. €

Summe **2,96 Mrd. €**

Förderprogramm Pflegepersonal

§ 4 Abs. 10 KHEntgG nach KHRG

- In 3 Jahren schrittweiser Aufbau einer anteiligen Finanzierung für bis zu 21.000 zusätzliche Pflegekräfte
- 90% Refinanzierung der Personalkosten von neu eingestellten Pflegekräfte
- Möglichkeit zur Erprobung neuer Arbeitsorganisationen



Förderprogramm Pflegepersonal

§ 4 Abs. 10 KHEntgG nach KHRG

Probleme:

- KH sollen 10% der Personalkosten für das zusätzliche Pflegepersonal selbst erbringen
- Zustehende Betrag ist auf 0,48% des Gesamtbetrages gedeckelt
- Hoher bürokratischer Aufwand → Nachweis über schriftliche Vereinbarung mit Arbeitnehmervertretung

Pauschalisiertes Entgeltsystem für Psychiatrie

§ 17d KHG nach KHRG

- Bis Ende 2009 Festlegung der Grundstrukturen
- Ab 2013 budgetneutrale Umsetzung

Problem:

- Abbildung von konkreten Krankheitsgruppen in Psychiatrie schwierig
- Zeitplan zu kurz, da keine (internationalen) Erfahrungen vorliegen


Einkaufsmodelle / Preiswettbewerb



AOK:
„Elektiv wird selektiv“




Weitere Kassen



KH-Träger



BMG



SVR Gesundheit

Einkaufsmodelle / Preiswettbewerb

Leitidee

Vollstationäre somatische KH-Leistungen sollten in elektive Leistungen und „Notfalleleistungen“ aufgetrennt werden.

- Für „**Notfalleleistungen**“ sollte es bei der Planung durch Länder und Finanzierung über Landesbasisfallwerte bleiben
- Für **elektive Leistungen** sollten vom GBA zentral für jede Krankenkasse und jede „DRG-Leistung“ jährl. Volumina vorgegeben werden, die die Kassen dann innerhalb eines bestimmten Radius „ausschreiben“ sollten, um „Rabattpreise“ zu erzielen



Einkaufsmodelle / Preiswettbewerb

Probleme

- Durch die Unterbietung der Festpreise wird keine „günstigere Versorgung“ eingekauft, sondern die Probleme der Unterfinanzierung werden verschärft und die Versorgungsdefizite erhöht
 - Keine Lösung für den „fehlenden Wettbewerb“
- Die in Einkaufsmodellen zu beobachtenden **sinkenden Preise** sind das Ergebnis ungleich verteilter Marktmacht und nicht Zeichen eines gut funktionierenden Wettbewerbs
 - Gefährdung der Versorgungssicherheit sowie der Leistungsfähigkeit des Gesamtsystems
 - Verknappung der Leistungen

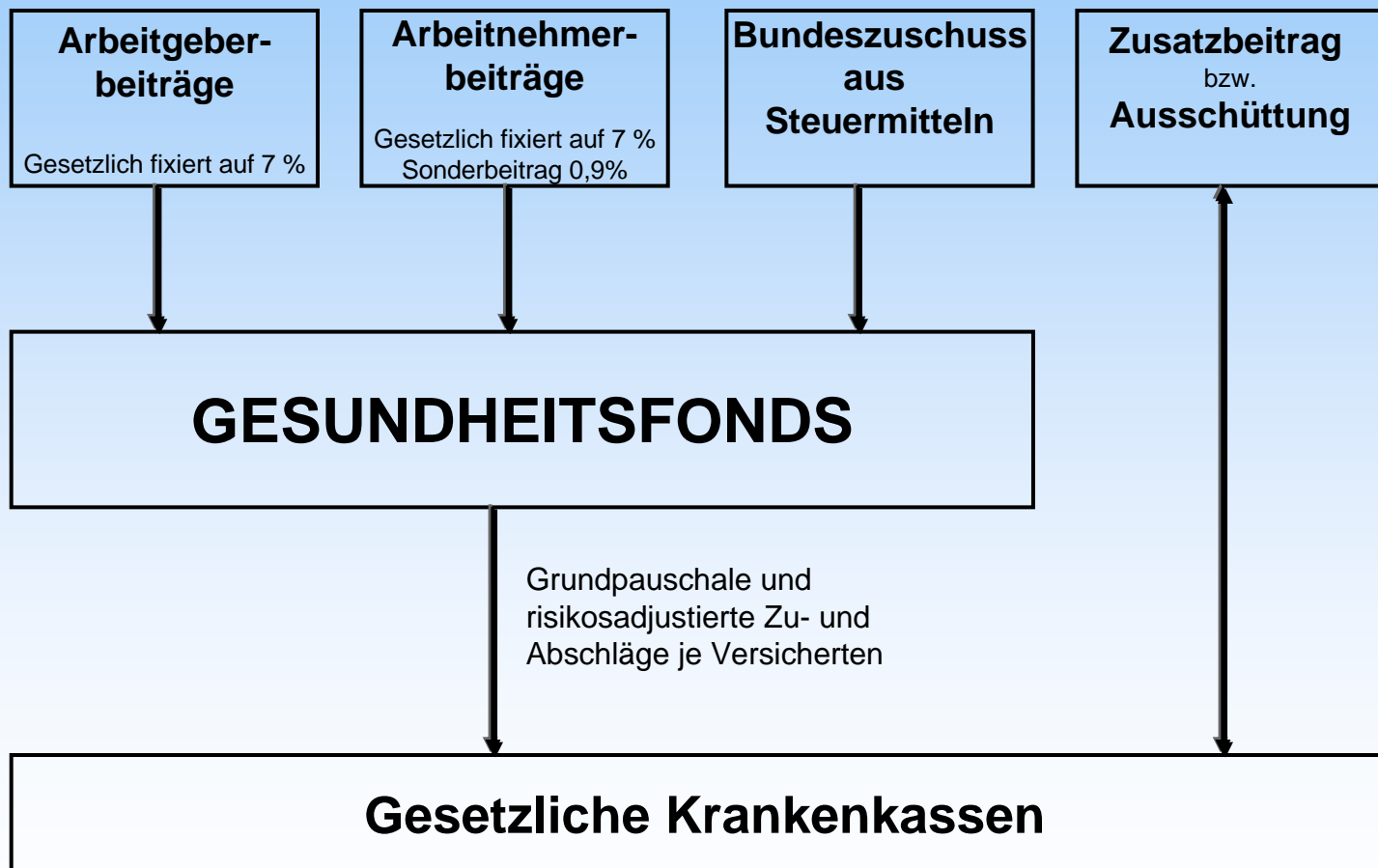


Einkaufsmodelle / Preiswettbewerb

Probleme

- „Ausschreibungen“ von Gesundheitsdienstleistungen sind schwer möglich (es gibt keine „Produktbeschreibung“)
- Wettbewerbsrechtliche Probleme (marktbeherrschende Stellung der jeweiligen Krankenkasse)
- Einschränkung der freien Arztwahl
- Verschlechterung der Qualität
- die Effizienz der Leistungserbringung wird beeinträchtigt
- Verschlechterung der Bedingungen für die Aus- und Weiterbildung
- Erhöhung des bürokratischen Aufwandes
- Wer legt den „Rabatt“ fest? (Grundlage?)
- Laufzeit von Vereinbarungen

Gesundheitsfonds



Gesundheitsfonds - Bewertung

- Staatlich vorgeschriebener Krankenkassenbeitrag
- Zusatzbeiträge erwartet
- „Defizit“ jeweils über Steuerfinanzierung
- Mehr Bürokratie → Verwaltungskosten sehr hoch
→ steht nicht der Patientenversorgung zur Verfügung

Neue Ideen der Politik – Die Kopfpauschale

Was soll sich ändern?

- Einführung von einkommensunabhängigen Arbeitnehmerbeiträgen
- Einfrieren des Arbeitgeberanteils auf jetzigem Niveau (7%)
→ Entkoppelung der Gesundheitskosten von den Lohnzusatzkosten
- Einführung eines sozialen Ausgleichs

Wie soll der soziale Ausgleich finanziert werden?

- Kosten für den sozialen Ausgleich sollen über Steuerzuschüsse finanziert werden

Neue Ideen der Politik – Die Kopfpauschale

Wer soll zahlen?

- Private Krankenversicherung bleibt bestehen
- Beitragszahler sollen wie gehabt alle erwerbstätigen Personen bleiben
- Die beitragsfreie Mitversicherung von Ehepartnern und Kindern soll erhalten bleiben
- Rentner ???
- Arbeitslose ???
- ...

Neue Ideen der Politik – Die Kopfpauschale

Wie hoch wird die Kopfpauschale sein?

- Ergebnisse verschiedener Modellrechnungen:
 - IGES-Institut für Gesundheits- und Gesellschaftsforschung:
140-154 Euro / Monat
 - Karl Lauterbach (SPD-Gesundheits-Experte):
145 Euro / Monat
 - AOK Schleswig-Holstein:
140-145 Euro / Monat

Neue Ideen der Politik – Die Kopfpauschale

Ausgaben GKV 2009 (geschätzt): 167,3 Mrd. € Kopfpauschale: 145 €/ Monat

Einnahmen GKV 2009 (geschätzt): 165,4 Mrd. €

Überschlagsrechnung

Einzahlerkreis	Beitragssumme	Summe Einnahmen	Finanzlücke
Alle Einwohner Deutschlands	82,00 Mio. * 145 € * 12 Monate	142,68 Mrd. €	-24,62 Mrd. €
abzüglich PKV-Versicherte (-8,64 Mio.)	73,36 Mio. * 145 € * 12 Monate	127,65 Mrd. €	-39,65 Mrd. €
abzüglich Kinder (-16,62 Mio.)	56,74 Mio. * 145 € * 12 Monate	98,73 Mrd. €	-68,57 Mrd. €
abzüglich Rentner (-16,89 Mio.)	39,85 Mio. * 145 € * 12 Monate	69,34 Mrd. €	-97,96 Mrd. €
zuzüglich Arbeitgeberanteil (7% = 77,71 Mrd. €)		77,71 Mrd. €	-20,25 Mrd. €

Neue Ideen der Politik – Die Kopfpauschale

- Berücksichtigung des geplanten sozialen Ausgleichs
→ Vergrößerung der Finanzlücke
- Demographischer Wandel bedingt zukünftig eine Steigerung der GKV-Leistungsausgaben aufgrund einer wachsenden Zahl von älteren Mitbürgern
- Medizinisch-technischer Fortschritt führt in Zukunft zu vermehrten GKV-Leistungsausgaben
- **Auch das Kopfpauschalen-Modell soll die GKV-Ausgaben nicht decken!**

→ **Diskussion: Kosten - Leistungen**

1. Ausgangslage
2. Gesetzgebung
3. Zukunftsvisionen – Sektorenübergreifende Versorgung
4. Schlussfolgerung

Sektorenübergreifende Versorgung



Sektorenübergreifende Versorgung

§11 Abs. 4 SGB V – Versorgungsmanagement

- Sicherung einer umfassenden Versorgung für Patienten
- Leistungserbringer sorgen für sachgerechte Anschlussversorgung des Versicherten und übermitteln sich gegenseitig die erforderlichen Informationen

Problem: wie realistisch ist das???

Sektorenübergreifende Versorgung - Formen

- **IV-Verträge**
 - Zu intransparent

Sektorenübergreifende Versorgung - Formen

- **Kooperationen im Krankenhaus**
 - Vertragsarztrechtsänderungsgesetz
 - Leistungserbringung durch Dritte im Krankenhaus
 - Honorararztverträge
 - Problem: Krankenkassen verweigern überwiegend die Vergütung
 - Gefährdung einer sektorenübergreifenden Versorgung

Sektorenübergreifende Versorgung - Formen

- **Medizinische Versorgungszentren**

- Ziel: Sicherung der ambulanten Versorgung durch Bündelung der medizinischen Kompetenz
- Krankenhaus als MVZ-Betreiber
 - enge Zusammenarbeit von stationärem und ambulantem Sektor zum Wohle der Patienten
 - ermöglicht eine wirtschaftliche Versorgung (z.B. keine Doppeluntersuchungen)

1. Ausgangslage
2. Gesetzgebung
3. Zukunftsvisionen – Sektorenübergreifende Versorgung
4. Schlussfolgerung

Was tun Krankenhäuser bisher schon alles?

- Zusammenschluss in Interessensvertretungen (NKG, EKVN, ...)
- Eingehen von Zusammenschlüssen / Kooperationen
- Personalkosteneinsparungen (auch Notlagen-Tarifverträge)
- Einführung von sog. Behandlungspfaden
- Verweildauerreduktion bei Steigerung der Patientenzahlen
Produktivitätssteigerungen → Hamsterradefekt
- Bildung von Einkaufsgemeinschaften
- Spezialisierung auf „Erkrankungen“
- Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen / Marketing
- ...

Wenn das alles nichts hilft...



... Proteste!

Fazit

- Die Zukunft des Gesundheitswesens wird auch weiterhin von vielen Veränderungen geprägt sein
- Sektorenübergreifende Versorgungsformen zeigen einen Weg für eine wirtschaftliche und patientenorientierte Versorgung
- Die Zusammenarbeit zwischen ambulanten und stationären Sektor muss gleichberechtigt ausgebaut werden
- Einkaufsmodelle / Preiswettbewerb sind keine Lösung für eine patientengerechte Versorgung

Vielen Dank für Ihre Geduld!