

# **Wege zur Sicherung einer patientengerechten Versorgung zu bezahlbaren Preisen aus Sicht der Wissenschaft**

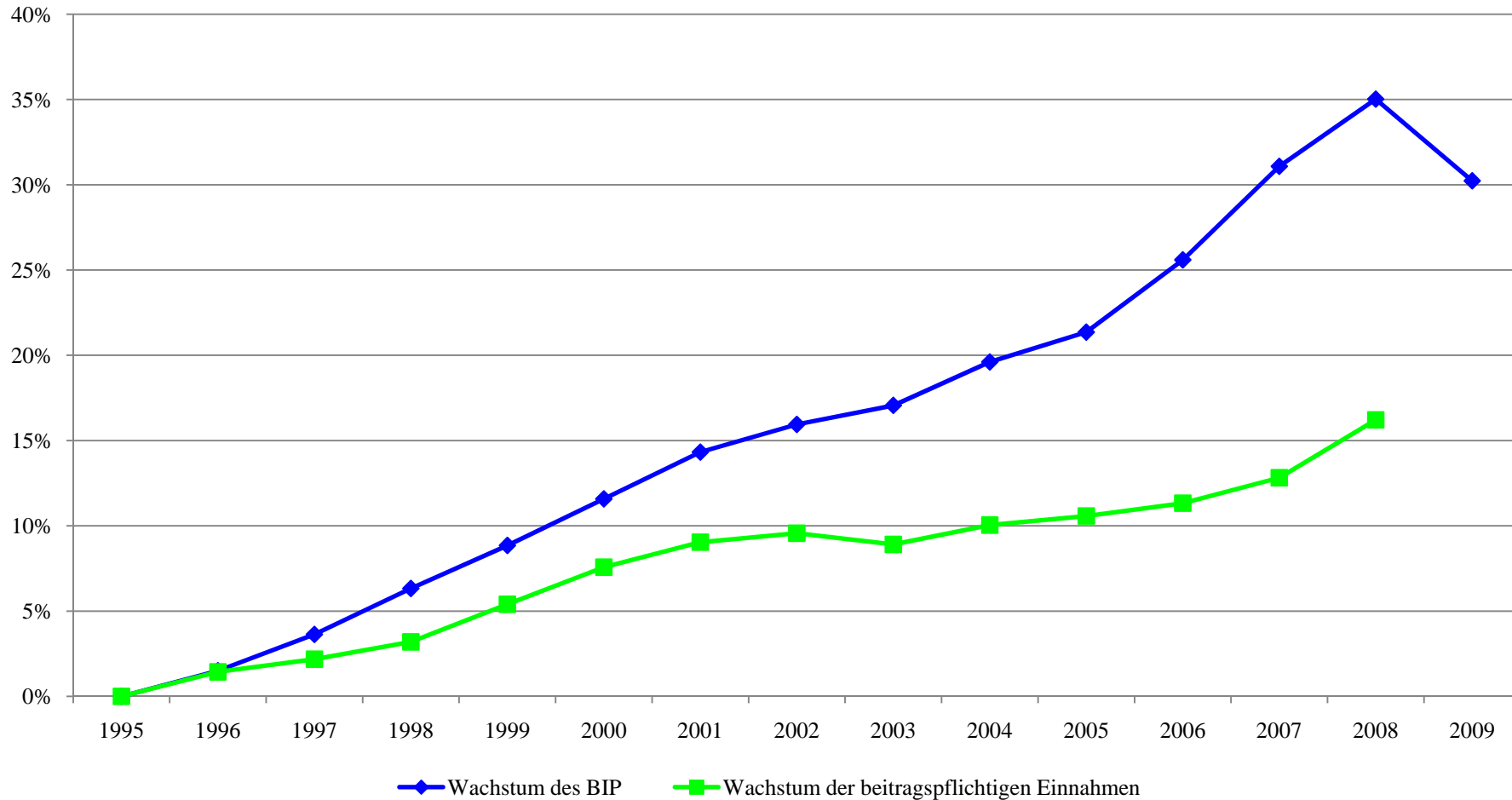
**Referat im Rahmen einer Veranstaltung des vdek  
„Perspektiven der Gesundheitspolitik“  
am 02.07.2010 in München**

## **Wege zur Sicherung einer patientengerechten Versorgung zu bezahlbaren Preisen aus Sicht der Wissenschaft**

**Referat im Rahmen einer Veranstaltung des vdek  
„Perspektiven der Gesundheitspolitik“  
am 02.07.2010 in München**

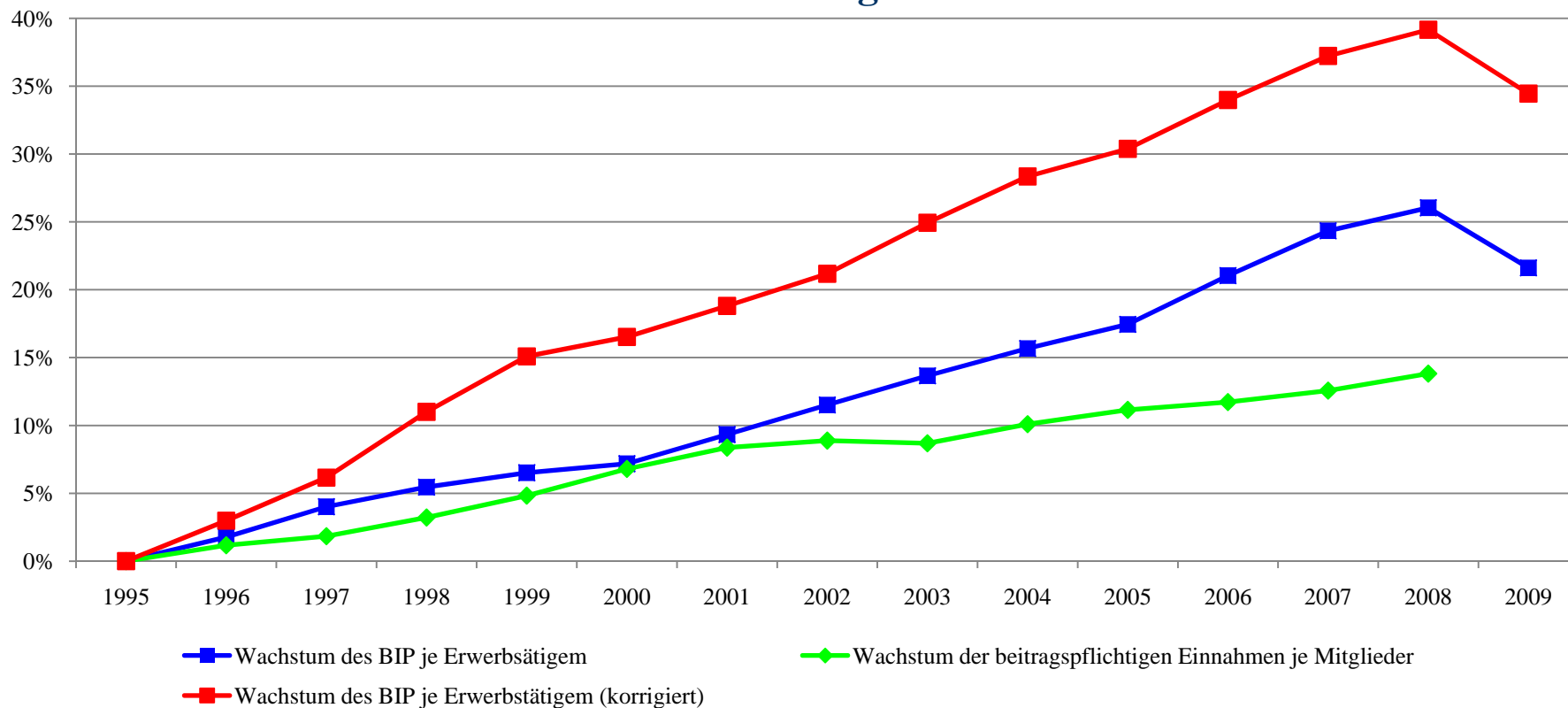
- 1. Einnahmimplosion statt Ausgabenexplosion in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)**
- 2. Effizienz- und Effektivitätsreserven innerhalb und an den Schnittstellen der Sektoren**
- 3. Die Regulierung des GKV-Arzneimittelmarktes als sektorales Beispiel**
- 4. Zur Intensivierung des Wettbewerbs an den Schnittstellen der Leistungssektoren**
- 5. Managed Care-Elemente in den besonderen Versorgungsformen**
- 6. Empfehlungen für einen funktionsfähigen Wettbewerb**
- 7. Fazit: Auch bei Schöpfung von Rationalisierungspotential Finanzierungsreform unumgänglich**

## Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen und des BIP seit 1995



Quelle: Statistisches Bundesamt (2010), Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2010), Bundesministerium für Gesundheit (2010)

## Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied und des BIP je Erwerbstätigen\* seit 1995



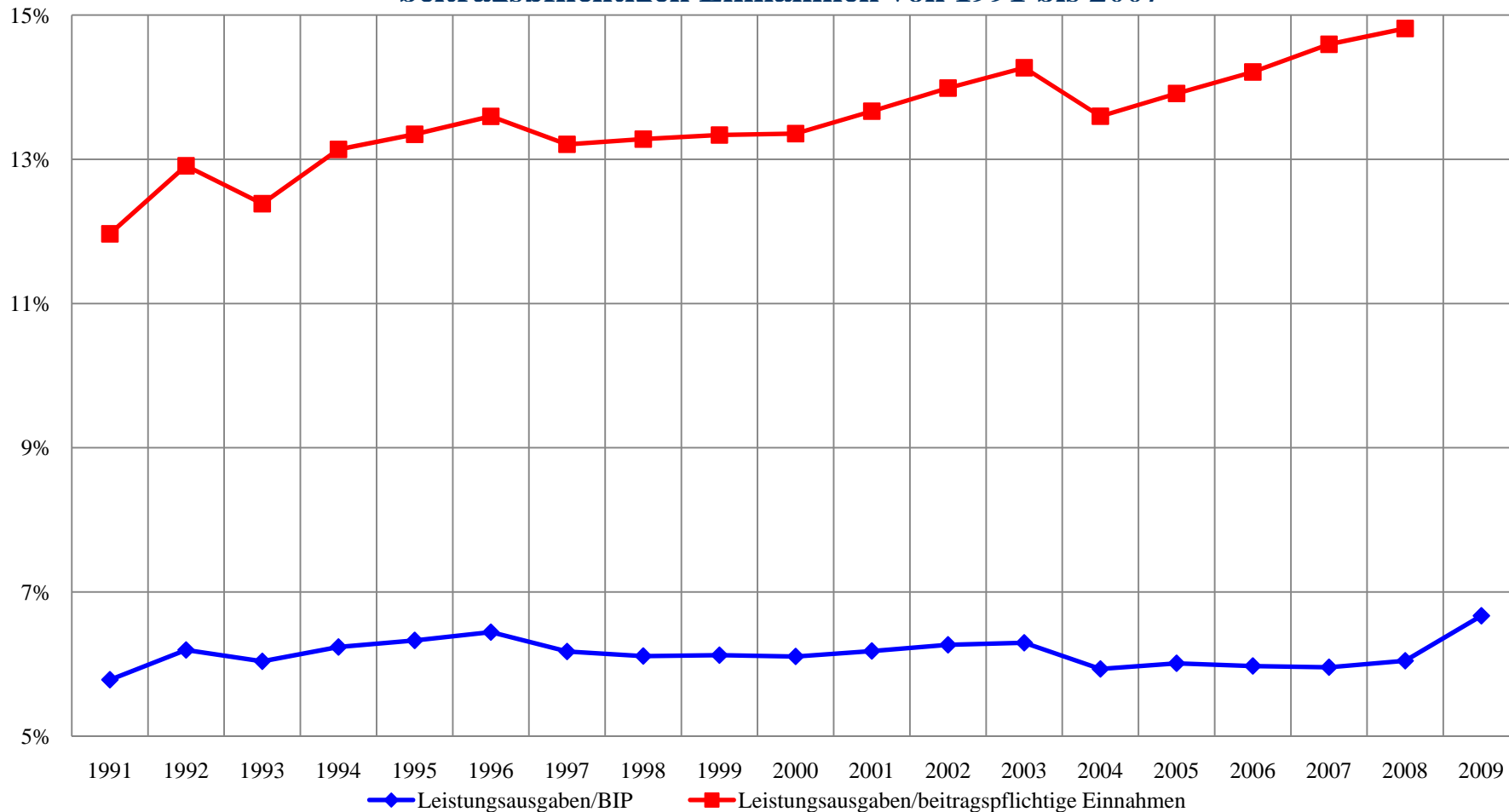
\*) Die Zahl der Erwerbstätigen hat sich durch die Neubewertung gegenüber den früheren Werten erhöht. Beim korrigierten BIP wurde die Erwerbstätigenzahl um die ausschließlich Geringfügig Beschäftigten korrigiert. Korrekturwerte 1995 bis 1998 nach Mikrozensus, ab 1999 nach BA-Statistik

Quelle: Statistisches Bundesamt (2010), Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2010), Bundesministerium für Gesundheit (2010), Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesanstalt für Arbeit (1998), Bundesagentur für Arbeit (2010)

## Ursachen der Wachstumsschwäche der GKV- Einnahmenbasis

- Beitragsausfälle durch anhaltend hohe strukturelle Arbeitslosigkeit
- unterproportionales Wachstum der Arbeitsentgelte, insbesondere in den unteren Lohngruppen, infolge der Globalisierung
- veränderte Arbeitsverhältnisse bzw. Berufskarrieren, z.B. unstete Beschäftigung, nicht-versicherungspflichtige Dienst- und Werkverträge
- Zunahme von nicht versicherungspflichtigen Teilen des Arbeitsentgeltes, vor allem durch Entgeltumwandlung im Rahmen der betrieblichen Altersvorsorge
- eine weitere Flucht in die illegale Schattenwirtschaft und Intensivierung der (legalen) Eigenwirtschaft bzw. Haushaltsproduktion
- steigender Anteil der Rentner an der Versichertenzahl und künftig zu erwartende geringe Zunahme der Renten
- vorgezogene Verrentungen und längere Lebens- und Verrentungszeit

**Verhältnis von GKV-Leistungsausgaben\* zum BIP und den  
beitragspflichtigen Einnahmen von 1991 bis 2007**



\*) GKV-Leistungsausgaben für 2009 nach KV 45

Quelle: Statistisches Bundesamt (2010), Bundesministerium für Gesundheit (2010), Gesundheitsberichtserstattung des Bundes (2010)

## Determinanten der Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen

- **angebotsseitige Einflussgrößen**
- die angebotsinduzierte Nachfrage aufgrund asymmetrischer Information,
- der technische Fortschritt, der im medizinischen Bereich zumeist ausgabenerhöhend wirkt,
- die Preissteigerungen, die im dienstleistungsintensiven Gesundheitswesen durchschnittlich die allgemeine Inflationsrate übertreffen (sog. negativer Preisstruktureffekt),
- der zunehmende Hang zu einer sog. Defensivmedizin, um potentiellen Regressen vorzubeugen.
  
- **nachfrageseitige Faktoren**
- die Verschiebung der Bevölkerungsstruktur mit einer Zunahme von älteren und multimorbiden Patienten,
- die Zunahme von Einzelhaushalten bzw. –personen, die bereits bei relativ geringfügiger Morbidität bzw. Pflegebedürftigkeit einer externen Hilfe bedürfen,
- die Veränderung des Krankheitsspektrums in Richtung langwieriger, chronisch-degenerativer Krankheitszustände,
- die gestiegene Anspruchshaltung gegenüber medizinischer Versorgung,
- der Anreiz bzw. die moralische Versuchung (moral hazard), Gesundheitsgüter wegen des nahezu umfassenden Versicherungsschutzes übermäßig in Anspruch zu nehmen.

## Regulierungsinstrumente im GKV-Arzneimittelmarkt nach Ansatzpunkt und Akteur (1)

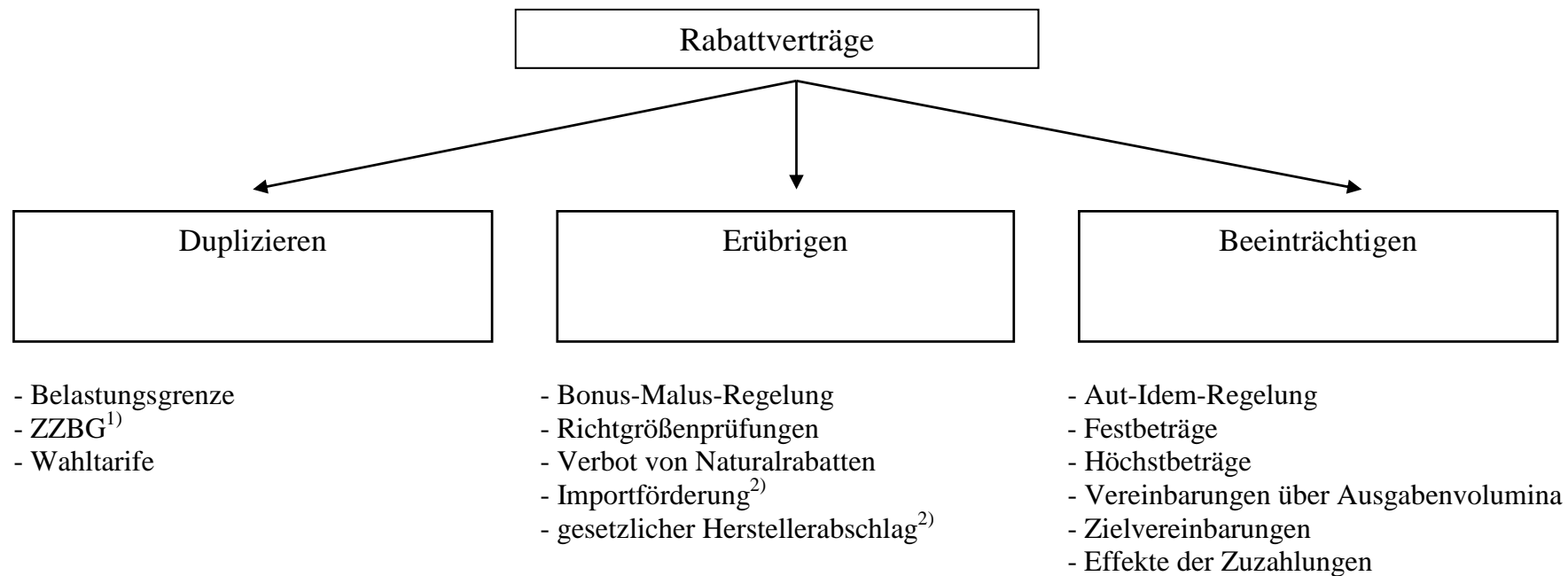
Akteure\Ansatzpunkt	Umsatz (Preis oder Menge)	Qualität und Umsatz	Qualität
Pharmazeutische Hersteller	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preismoratorium</li> <li>- Gesetzliche Herstellerabschlag</li> <li>- Festbeträge</li> <li>- Zuzahlungsbefreiungsgrenze</li> <li>- Höchstbeträge</li> <li>- <i>Rabattverträge</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kosten-Nutzen-Bewertung</li> <li>- Einschränkung/Ausschluss der Verordnungsfähigkeit nach Kosten-Nutzen-Bewertungen (auch Patient)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nutzenbewertung</li> </ul>
Großhandel	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Großhandelshöchstzuschläge</li> </ul>		
Apotheke	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apothekerspanne und Preisbindung</li> <li>- Importförderung</li> <li>- Naturalrabattverbot</li> <li>- Aut-idem-Regelung</li> <li>- <i>Auseinzelung</i></li> </ul>		
Arzt	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ausgabenvolumina mit Kollektivregress oder -boni</li> <li>- Zielvereinbarungen                             <ul style="list-style-type: none"> <li>o Leitsubstanzquoten bzw. Analogpräparatquoten</li> <li>o Generikaquoten</li> <li>o Importförderung</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zweitmeinungsverfahren</li> <li>- Zielvereinbarungen                             <ul style="list-style-type: none"> <li>o Zurückhaltende Verschreibung neuer Arzneimittel</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Teile der Arzneimittelrichtlinien (Leitlinien, Off-Label etc.)</li> </ul>



## Regulierungsinstrumente im GKV-Arzneimittelmarkt nach Ansatzpunkt und Akteur (2)

Akteure\Ansatzpunkt	Umsatz (Preis oder Menge)	Qualität und Umsatz	Qualität
Arzt	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Arztgruppenspezifische Richtgrößen                             <ul style="list-style-type: none"> <li>o Auffälligkeitsprüfungen, Praxisbesonderheiten, Beratung und Regress</li> </ul> </li> <li>- Zufälligkeitsprüfungen</li> <li>- Preisvergleichsliste</li> <li>- Bonus-Malus-Regelung</li> <li>- Vorgaben bei Entlassmedikation</li> <li>- Dispensierverbot</li> </ul>		
Patient	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Zuzahlungsregelung</i></li> <li>- <i>Zuzahlungsbefreiung</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>o ZZBG</li> <li>o Belastungsgrenze</li> <li>o Rabattverträge</li> <li>o Sonstige (DMP, Minderjährige, Versandhandel etc.)</li> </ul> </li> <li>- <i>Höchst- und Festbetrags-zuzahlungen</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Negativliste (auch Hersteller)</i></li> </ul>	

## Interdependenzen zwischen Rabattverträgen und Regulierungsinstrumenten im GKV-Arzneimittelmarkt



<sup>1)</sup> Hier möglicherweise mit einer Verschärfung des Preisdrucks.

<sup>2)</sup> Jeweils im generikafähigen Markt.

## Interdependenzen zwischen Festbeträgen und Zuzahlungsbefreiungsgrenze

Ausgangslage:

- Festbetragsniveau berechnet sich aus den Preisen der teuersten und günstigsten Standardpackung

Folgen:

- Absenkung des Festbetrages bei Anpassung der teuersten Packungen
  - systemimmanent bei Festbetragsberechnung
- Als Konsequenz Preissenkung der günstigsten Packungen
  - Ursache: Koppelung der Zuzahlungsbefreiungsgrenzen an die Festbetragshöhe
- Weitere Absenkung des Festbetrages: Preissenkungsspirale

## Interdependenzen zwischen Rabattvertrag und Zuzahlungsbefreiungsgrenze

Ausgangslage:

- Rabattarzneimittel mit einem Listenpreis oberhalb der Zuzahlungsbefreiungsgrenze
- Der Arzt verschreibt einen Wirkstoff für den sich bereits ein zuzahlungsbefreites Präparat auf dem Markt befindet

Folgen:

- Apotheker muss Rabattarzneimittel abgeben
- Mögliche Probleme zwischen Arzt und Patient
- Krankenkassen kontrahieren vorwiegend mit Herstellern, die zuzahlungsbefreite Präparate anbieten
- Preisindex im Marktsegment sinkt

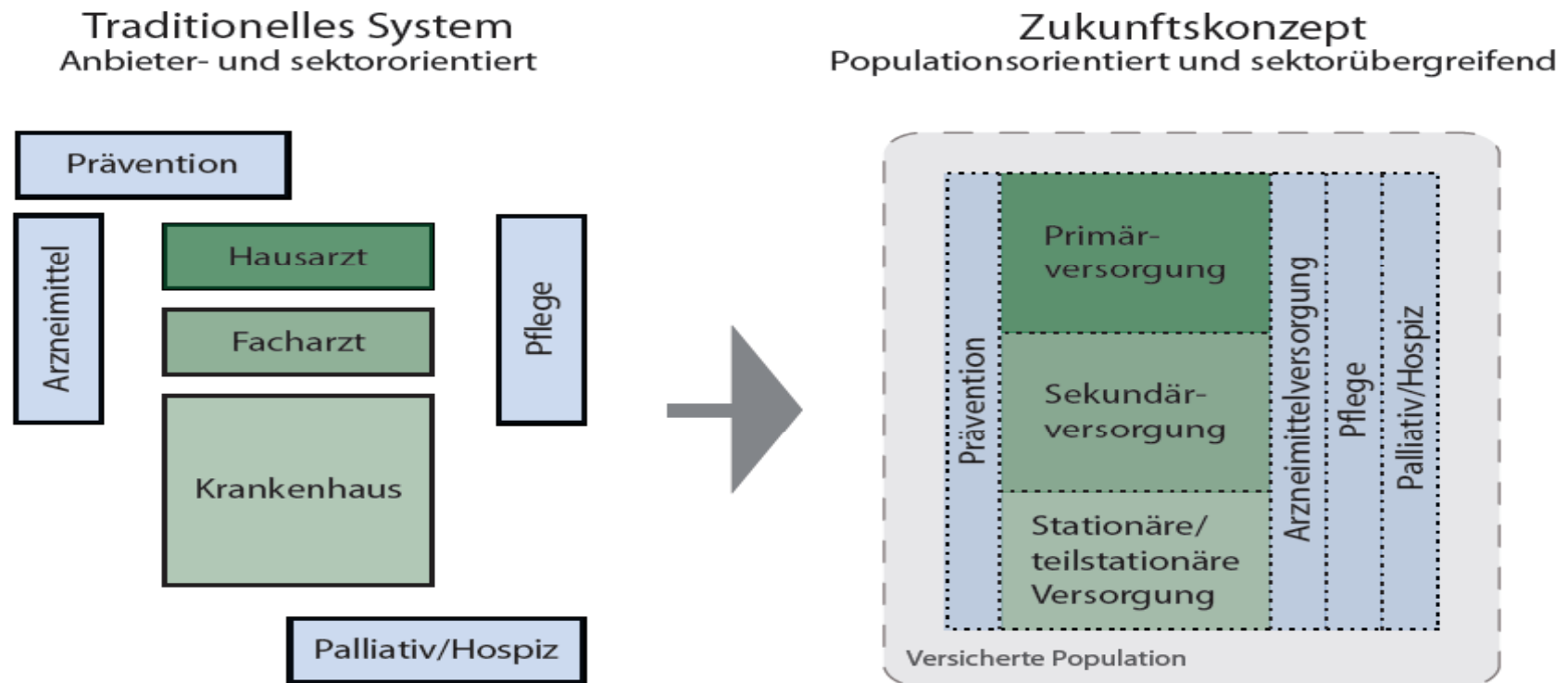
## Komponenten des Wachstums der GKV-Arzneimittelausgaben von 1987 bis 2008

Komponenten <sup>1)</sup> Jahr	Umsatzentwicklung	Zahl der Verordnungen	Preise	Strukturkomponente		
				insgesamt	Intermedikamenteneffekt	Intramedikamenteneffekt
1987	6,8	3,7	0,7	2,3	0,4	1,9
1988	8,5	4,1	1,4	2,7	0,8	1,9
1989	0,8	-3,5	1,0	2,9	0,0	2,9
1990	6,5	5,3	-0,1	1,3	-0,4	1,7
1991	10,8	3,8	1,5	5,1	2,5	2,7
1992	9,8	3,2	2,0	4,3	1,8	2,5
1993	-12,0	-11,2	-3,6	2,7	0,9	1,9
1994	4,6	-3,1	-1,2	9,0	5,4	3,4
1995	7,1	6,3	0,2	0,7	-0,7	1,5
1996	4,8	-3,5	0,0	8,7	6,7	1,9
1997	-1,7	-11,3	-0,8	11,3	8,2	2,8
1998	4,8	-3,2	0,2	8,1	5,6	2,3
1999	2,9	-3,0	0,6	5,6	4,2	1,4
2000	2,8	-4,3	0,7	6,7	6,4	0,3
2001	10,4	-1,0	1,0	10,4	8,6	1,6
2002	6,5	0,2	-0,3	6,6	5,4	1,1
2003	6,3	-1,6	-0,6	9,1	6,5	2,4
2004	- 10,2	-23,9	-4,1	23,0	19,9	2,6
2005	8,7	3,6	-0,5	5,2	3,2	2,0
2006	0,6	-3,0	-2,3	6,1	3,9	2,1
2007	4,8	1,5	-1,3	4,5	2,0	2,5
2008	5,4	2,4	-1,5	4,5	1,5	2,9

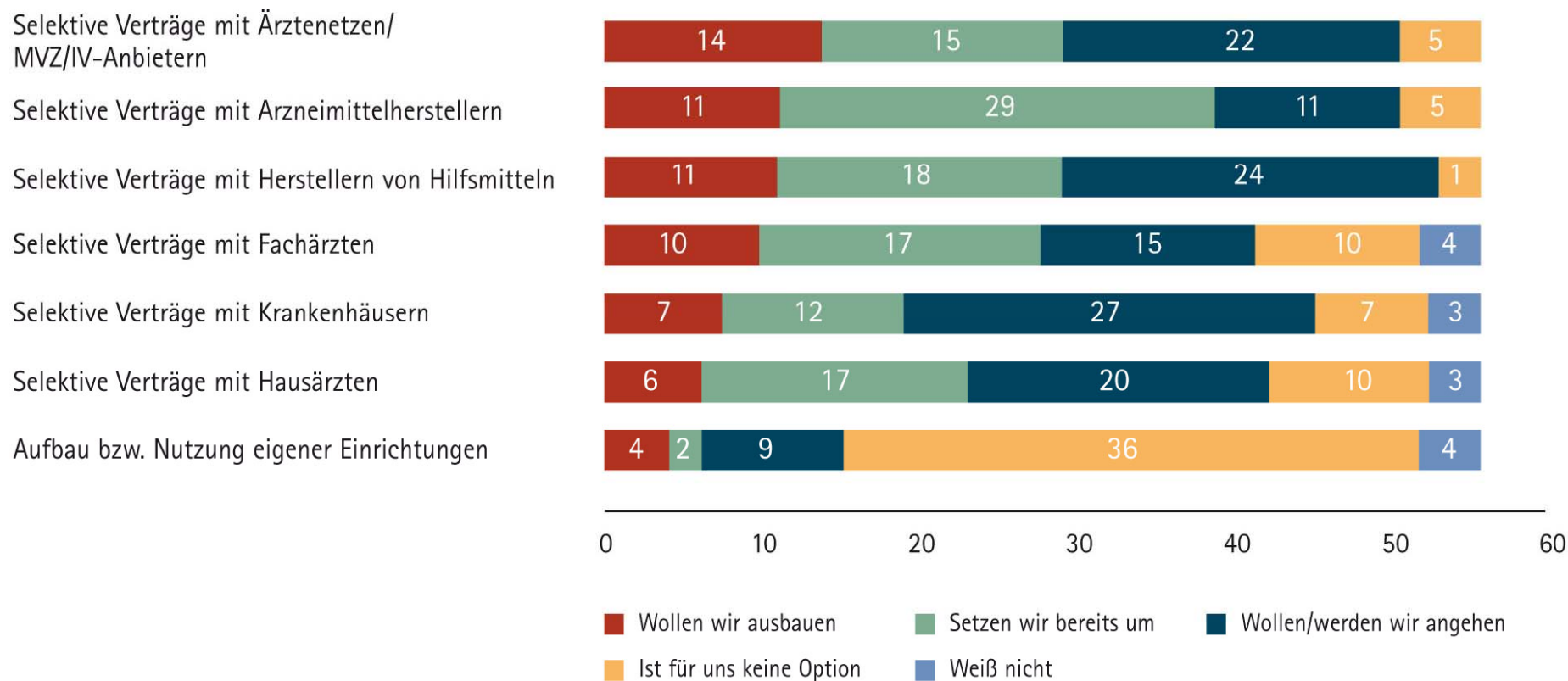
1) Veränderungen im Vergleich zum Vorjahr in Prozent.

Quelle: Zusammengestellt aus Schwabe, U. und Paffrath, D. (Hrsg.), Arzneiverordnungs-Report 1987 bis 2009.

# Von der sektoralen zur populationsorientierten Versorgung



## Präferierte Leistungserbringer bei selektiven Verträgen



Von den Krankenkassen bei selektiven Verträgen bevorzugte Vertragspartner (Anzahl Nennungen)

## **Instrumente, Ziele und Grenzen von Managed Care**

- Integration von Versicherungs- und Leistungserbringerfunktion als dominantes Element
- Prospektive Finanzierung durch risikojustierte Pauschalen (Capitation) zur (teilweisen) Verlagerung des finanziellen Risikos auf die Leistungserbringer
- Integration von Leistungserbringerfunktion und Sektoren zum Zwecke einer regionalen, outcomeorientierten Gesundheitsversorgung
- Erhöhung von Effizienz und Effektivität der Versorgung durch Zielgruppenorientierung und Prävention sowie Generationenbezug
- Selektives Kontrahieren zwischen Leistungserbringern und Finanzierungsträgern
- Etablierung von Managementstrukturen; hier u.a.: Gatekeeping, Disease- und Case Management, Qualitätsmanagement, Leitlinien, utilization review

### **Probleme und Gefahren von Managed Care**

- Vorenthaltung von Leistungen
- Qualitätsverschlechterung
- Risikoselektion



## Managed Care-Elemente in den besonderen Versorgungsformen

Versorgungsformen Elemente	herkömmliche Versorgung	Struktur- verträge	Modell- vorhaben	hausarzt- zentrierte Versorgung	besondere ambulante Versorgung	integrierte Versorgungs- formen	strukturierte Behandlungs- programme
<b>Rechtsgrundlagen</b>	SGB V	§ 73a	§§ 63 - 65	§ 73b	§ 73c	§ 140a - d	§ 137f - g
<b>Freiwilligkeit des Angebotes</b>		X	X		X	X	X
<b>interdisziplinär fach- übergreifend angelegt</b>		X	X		X	X	X
<b>sektorübergreifende Orientierung</b>			X			X	X
<b>selektives Kontrahieren möglich</b>			X	X	X	X	
<b>Verträge mit KVen möglich</b>	X	X	X	(X) <sup>1)</sup>	X		X
<b>eingeschränkter Sicherstellungsauftrag</b>				X	X	X	
<b>besondere finanzielle Anreize</b>						X	X
<b>verpflichtende Evaluation</b>			X				X
<b>zeitliche Befristung</b>			X				X
<b>Capitation</b>		X	X	(X) <sup>2)</sup>	(X) <sup>2)</sup>	X	

1) Sofern Gemeinschaften der vertragsärztlichen Leistungserbringer die Kassenärztlichen Vereinigungen hierzu ermächtigen.

2) Nicht eindeutig im Gesetz geregelt.

Quelle: Eigene Darstellung

## Vereinbarungen zur Förderung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung

Die KVen können nach § 136 Abs. 4 SGB V zur Förderung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung mit einzelnen Krankenkassen, Landesverbänden der Krankenkassen oder Verbänden der Ersatzkassen gesamtvertragliche Vereinbarungen schließen. Diese legen dann für bestimmte Leistungen einheitlich strukturierte elektronisch dokumentierte besondere Leistungs-, Struktur- und Qualitätsmerkmale fest, 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)

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)

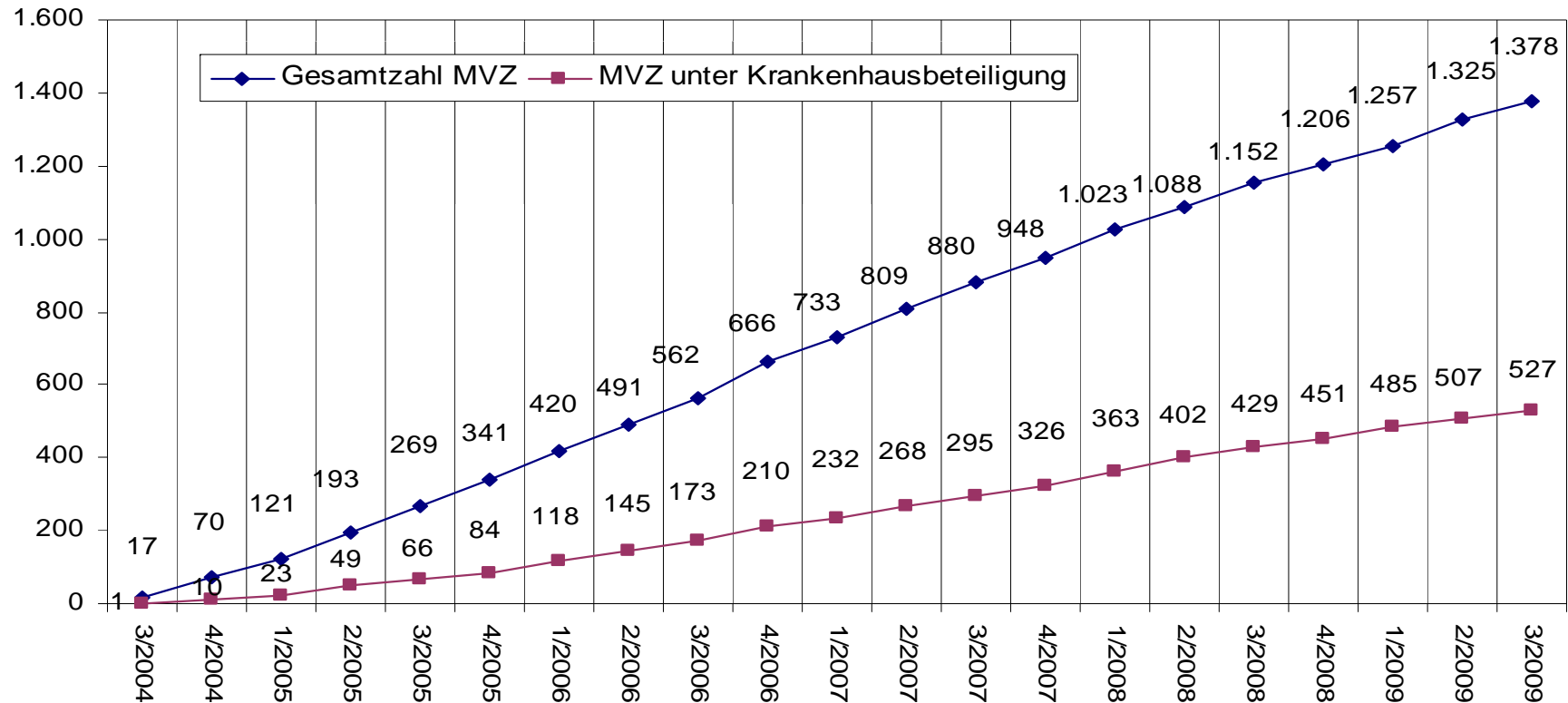
Eine sektorübergreifende Behandlung ermöglichen vom Ansatz nur:

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

## Möglichkeiten einer ambulanten Behandlung durch Krankenhäuser

- Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus (§ 115a)
- Ambulant durchführbare Operationen und sonstige stationersetzende Eingriffe (§ 115b)
- Ambulante Behandlung bei Unterversorgung (§ 116a)
- Verträge über ambulante Behandlung bei Teilnahme des Krankenhauses an der Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137g (§ 116b, Abs. 1)
- Ambulante Erbringung hochspezialisierter Leistungen (§ 116b, Abs. 2)
- Hochschul- und Institutsambulanzen (§§ 117ff.)
- Medizinische Versorgungszentren in der Trägerschaft von Krankenhäusern (§ 95, Abs. 1)

# Entwicklung der medizinischen Versorgungszentren



Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2010

## Räumliche Ansiedlung medizinischer Versorgungszentren

Regionaltyp	Einwohnerzahl	Einwohnerdichte in Einw./km <sup>2</sup>	Anteil an MVZ-Gesamtzahl
ländlich	unter 50.000	unter 100	41%
halbstädtisch	mindestens 50.000	100 - 500	3%
städtisch	über 50.000	über 500	56%

## Möglichkeiten niedergelassener Fachärzte zur Positionierung an der Schnittstelle zum stationären Sektor

- Belegärztliche Leistungen (§ 121)
- Dreiseitige Verträge (§ 115)
- Gründung von Dienstleistungsgesellschaften durch Kassenärztliche Vereinigungen (§ 77a)
- Optionen im Rahmen des Vertragsarztrechtes
  - Anstellung von Ärzten ohne zahlenmäßige Begrenzung, auch fachgebietsübergreifend und in Teilzeit, im Rahmen der Bedarfsplanung
  - Tätigkeit in Zweigpraxen, auch im Bezirk anderer Kassenärztlicher Vereinigungen (KVen)
  - Tätigkeit in oder Zusammenarbeit mit einem zugelassenen Krankenhaus oder einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung
  - Gründung von örtlichen und überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften zwischen allen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringern, auch über die Grenzen von KVen hinweg, zur Erbringung aller oder einzelner Leistungen



## Selektive Verträge: Empfehlungen für einen funktionsfähigen Wettbewerb (1)

- Errichtung eines Systems von validen Qualitätsindikatoren 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
- Öffnung der selektiven Verträge für alle Leistungserbringer, auch wenn sie keine Zulassung besitzen, aber die geforderten Kriterien erfüllen

## Selektive Verträge: Empfehlungen für einen funktionsfähigen Wettbewerb (2)

- 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
- Optionen für mehr Dezentralisierung und Flexibilisierung
- Ordnungspolitische Leitlinie: Verbesserung der Rahmenbedingungen für ergebnisoffene Wettbewerbs- und insbesondere dezentrale Suchprozesse