

Organisation des Gesundheitswesens in Deutschland

Vortrag für die Delegation leitender Vertreter des
Gesundheits- und Krankenhauswesens aus
der Republik Kasachstan und der Russischen Föderation
am 20. September 2017 in der
vdek-Landesvertretung Nordrhein-Westfalen

Sigrid Aversch-Tietz, vdek Landesvertretung NRW,
Leiterin des Referats Grundsatzfragen,
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit



Inhaltsverzeichnis

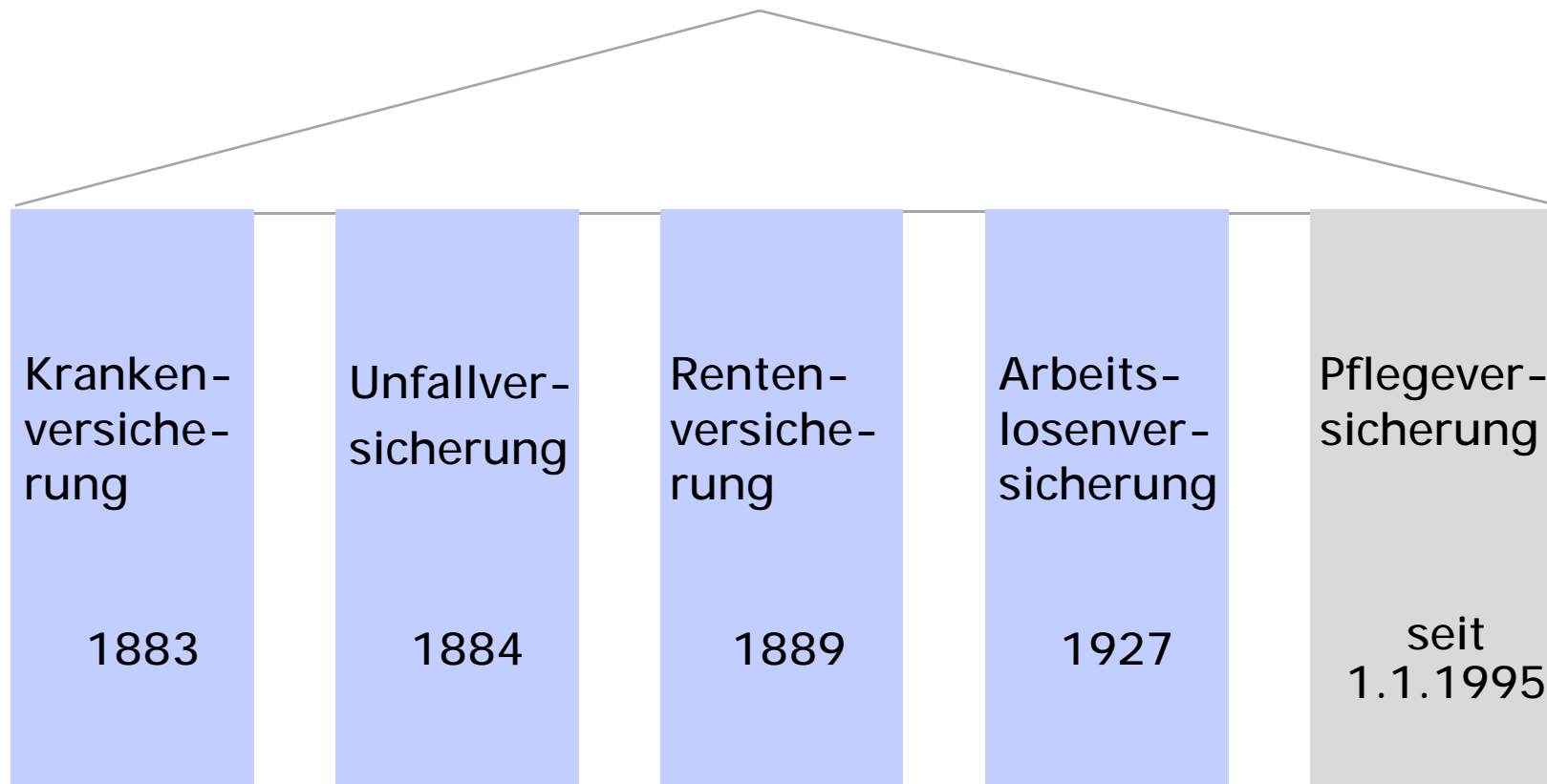
1. Krankenversicherung in Deutschland
2. Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung
3. Krankenhausfinanzierung
4. Ärzteversorgung
5. Arzneimittelversorgung
6. Herausforderungen



Geschichte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

- Geburtsstunde der GKV: 15. Juni 1883
- Reichskanzler Otto von Bismarck:
„Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter“
- Krankenversicherung für Industriearbeiter und Beschäftigte in Handwerks- und Gewerbebetrieben
- Deutschland war das erste Land mit einer Sozialversicherung
- Krankenversicherung: Älteste Säule der Sozialversicherung
- „Exportschlager“

Gründungsjahre der Sozialversicherung in Deutschland





Grundlage der gesetzlichen Krankenversicherung

- Krankenversicherungspflicht, in der GKV bis zu einem Jahresverdienst von 56.200 Euro, darüber entweder freiwillig GKV-versichert oder privat krankenversichert
- Arbeitgeber und -nehmer finanzieren den Beitrag von 14,6 % vom Bruttomonatslohn je zur Hälfte
- Zusatzbeitrag von derzeit durchschnittlich 1% finanziert der Arbeitnehmer allein
- Beiträge werden vom Lohn abgezogen

Versicherter Personenkreis in der GKV

- Pflichtversicherte (Arbeitnehmer, Rentner, Studenten u.a.)
- Freiwillig Versicherte
- Familienversicherte

Ca. 90 % der Bevölkerung

Aufgabenverteilung

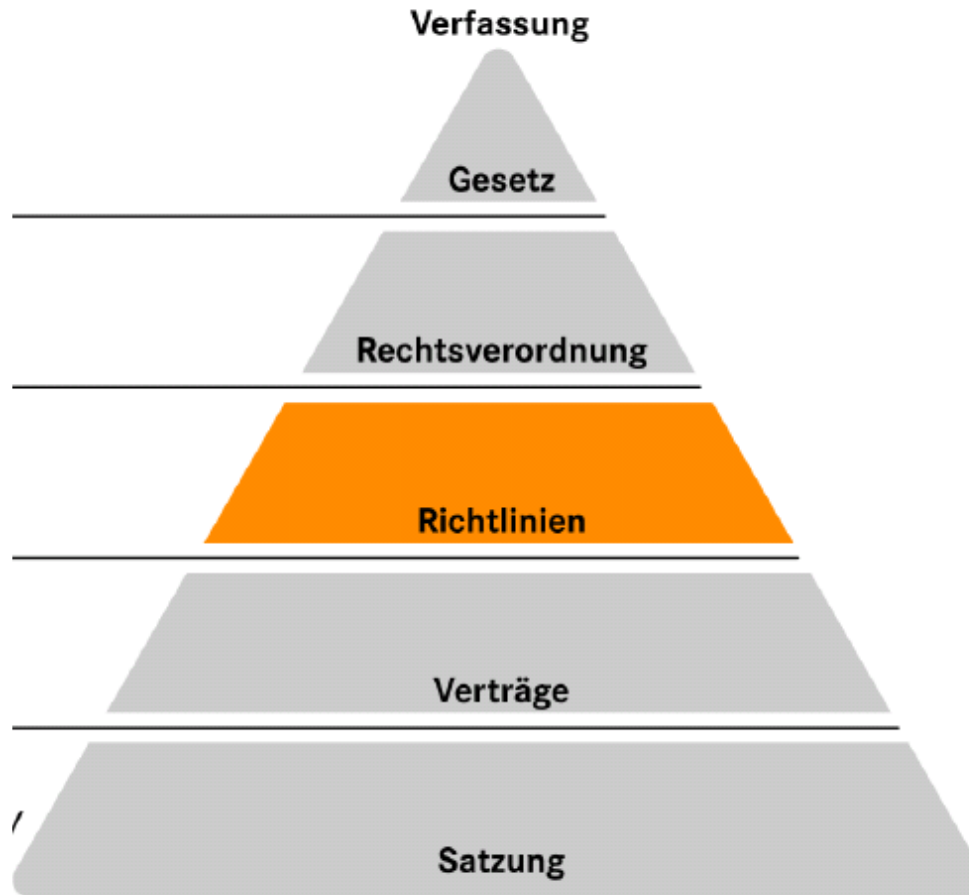
Bund-
Sozialgesetzbuch V

Bund und Länder

Gemeinsamer
Bundesausschuss

GKV

Krankenkassen und
Vertragspartner





Die vier Prinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung

Solidarität

§ 1 SGB V
§ 3 SGB V

Sachleistung

§ 2 Abs. 2
Satz 1 SGB V

Selbst-
verwaltung

§ 29 SGB IV
§ 4 SGB V

Pluralität

§ 4 SGB V
6. Kap. SGB V

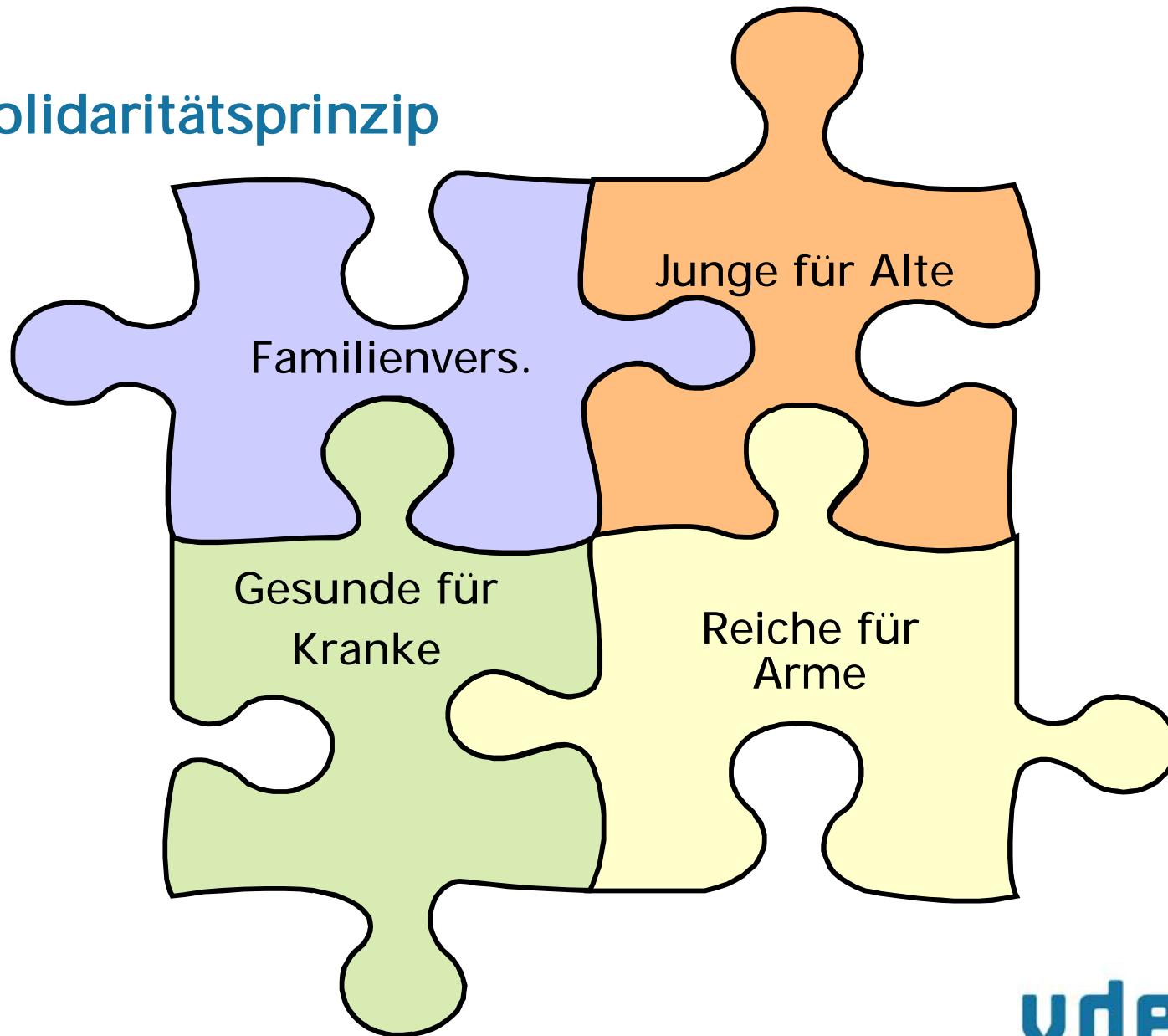
Das Solidaritätsprinzip

Solidarität

§ 1 SGB V
§ 3 SGB V

- ▶ Leistung nach individuellem medizinischen Bedarf
- ▶ Beitrag entsprechend der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit des Versicherten
- ▶ Altersunabhängigkeit
- ▶ Prinzip der Familienversicherung

Solidaritätsprinzip



Das Sachleistungsprinzip

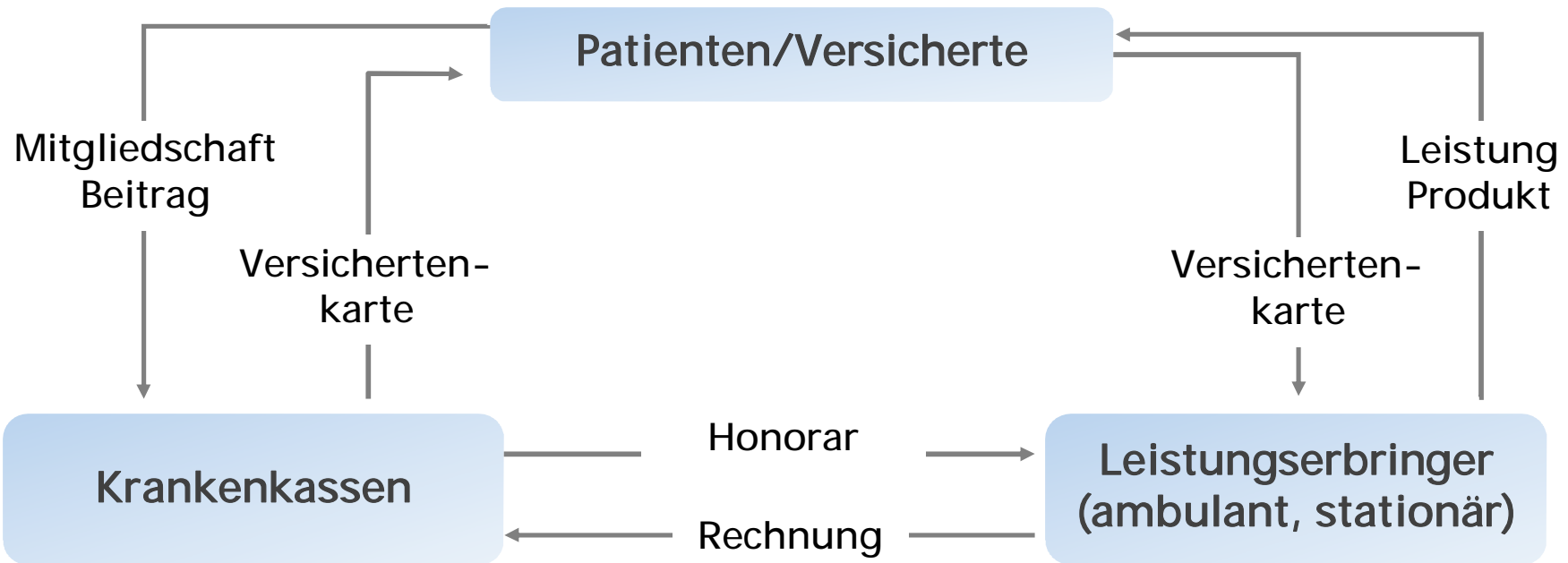
Sachleistung

§ 2 Abs. 2
Satz 1 SGB V

- ▶ Leistungen gegen Vorlage der Gesundheitskarte
- ▶ keine finanziellen Vorleistungen
- ▶ Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein
- ▶ Verpflichtung der Krankenkassen und Leistungserbringer, die Versorgung/Honorierung sicherzustellen
- ▶ breitgefächertes Vertragssystem definiert Vertragsleistungen, deren Preise (teilweise mengenabhängig) und Qualität

Die gesetzliche Krankenversicherung

Die Leistungsbeziehung



Die Selbstverwaltung

Selbst-
verwaltung

§ 29 SGB IV
§ 4 SGB V

§ 4 SGB V: „Die Krankenkassen sind rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung“

- staatliche Aufsicht, aber **organisatorisch und finanziell unabhängig**
- Gesundheit der Versicherten erhalten, wiederherzustellen oder den Gesundheitszustand zu verbessern
- alle Versicherten haben den gleichen Anspruch auf Leistungen, die ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten (§ 12 SGB V)

Pluralität

- Wahlfreiheit zwischen den Krankenkassen seit 1996
- Kassenwechsel mit Bindungsfrist (18 Monate) möglich
- Kontrahierungszwang

Wettbewerb der Krankenkassen

- Solidarische Wettbewerbsordnung
- Einheitlicher Leistungskatalog (95 % der Leistungen)
- Risikostrukturausgleich

Marktbereinigung:
1992 noch 1.133 Krankenkassen,
heute noch rund 120 Krankenkassen

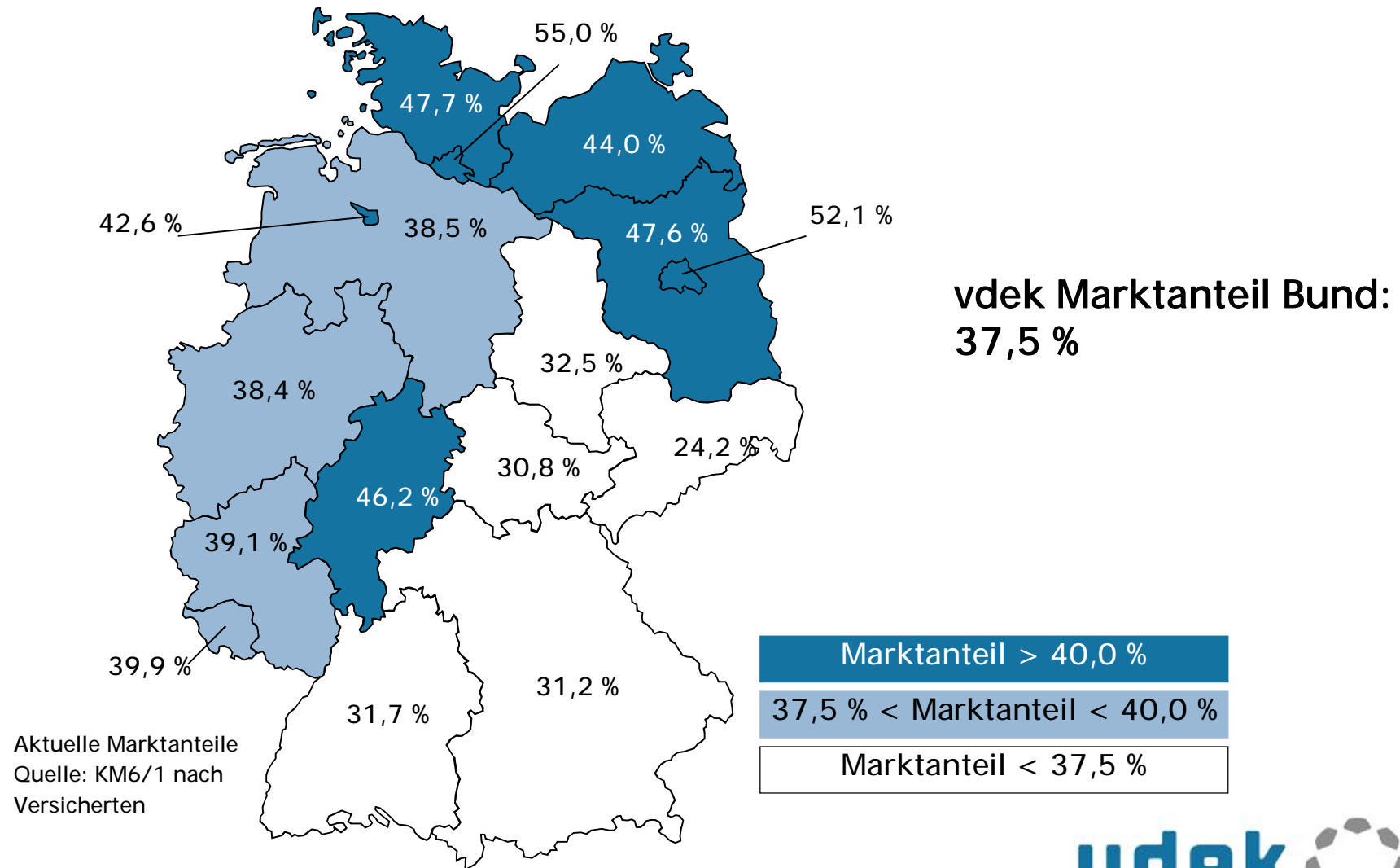
Die Krankenkassen/-verbände



HANSEATISCHE KRANKENKASSE



Die Ersatzkassen sind bundesweit stärkste Kassenart





Finanzierung der GKV

GKV-Finanzierungssäulen

Gesundheitsfonds

– **Beiträge** –
Arbeitnehmer
Arbeitgeber

Rentenversicherung (RV)
Bundesagentur für Arbeit (BA)
Künstlersozialkasse (KSK)
Minijobzentrale
Sonstige

– **Beitragssatz** –
allgemein: 14,6 %
Arbeitgeber (fest), RV und KSK: 7,3 %

– **Liquiditätsreserve** –
dient grundsätzlich dem Ausgleich
von Schwankungen zwischen
Einnahmen und Ausgaben

Zusatzbeiträge

einkommensabhängig und
krankenkassenindividuell

wenn die Zuweisungen
aus dem Gesundheitsfonds
nicht zur Deckung der
voraussichtlichen Ausgaben
bei den einzelnen Krankenkassen
ausreichen

– **Einkommensausgleich** –
Ausgleich der
unterschiedlichen Finanzkraft
über den Gesundheitsfonds

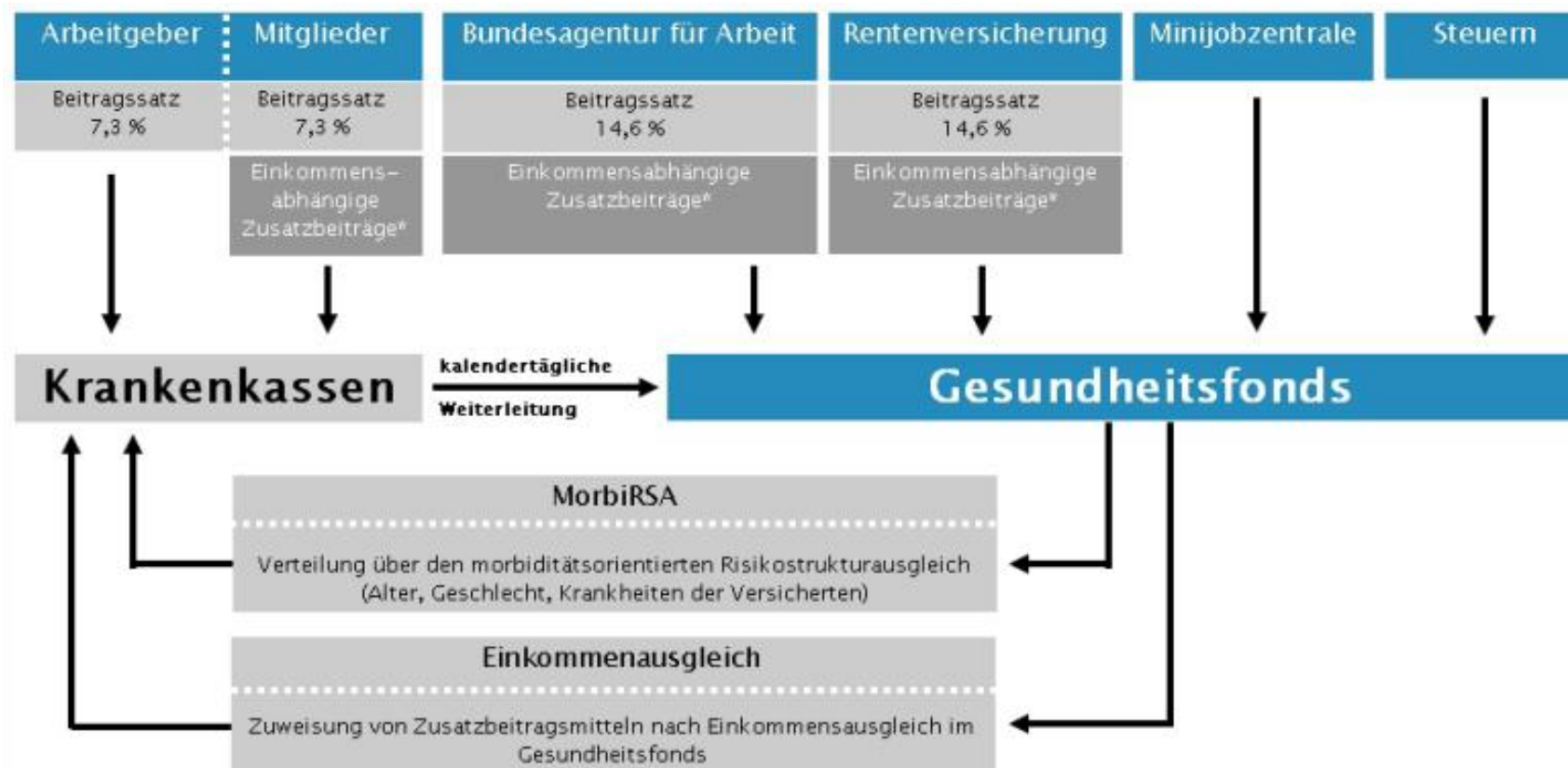
Steuern

– **Bundeszuschuss** –
für
versicherungsfremde Leistungen

2015: 11,5 Mrd. EUR

GKV-Gesundheitsfonds

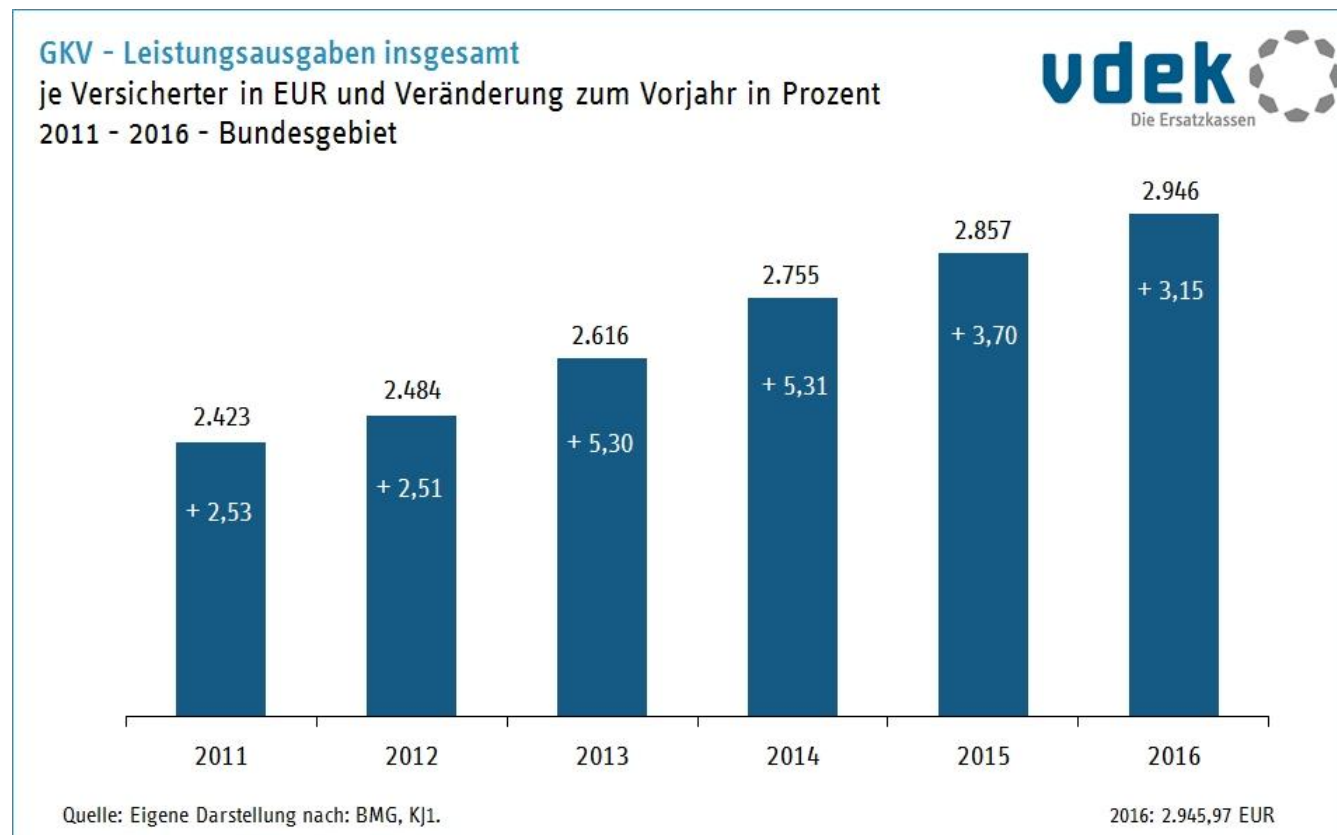
Finanzierung der GKV ab 1. Januar 2015



Quelle: vdek. *wenn tatsächliche Ausgaben > Fondszuweisungen -> einkommensabhängige und krankenkassenindividuelle Zusatzbeiträge

GKV - Leistungsausgaben insgesamt

je Versicherter in EUR und Veränderung zum VJ. in Prozent 2011-2016 - Bundesgebiet

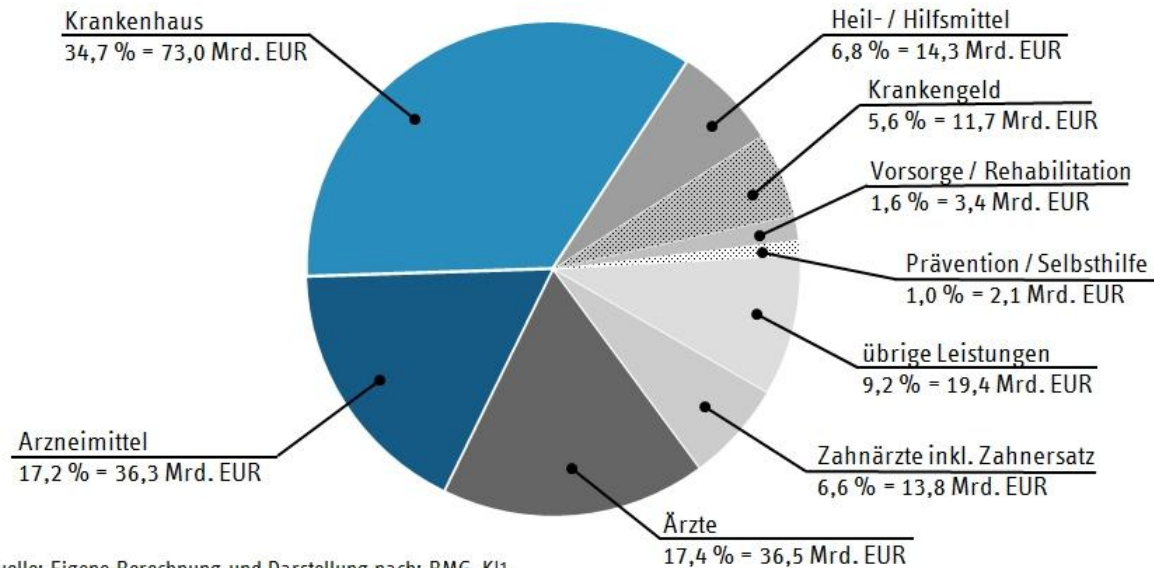


Leistungsausgaben 2016

GKV - Leistungsausgaben
in Milliarden EUR und Anteil in Prozent
2016 - Bundesgebiet



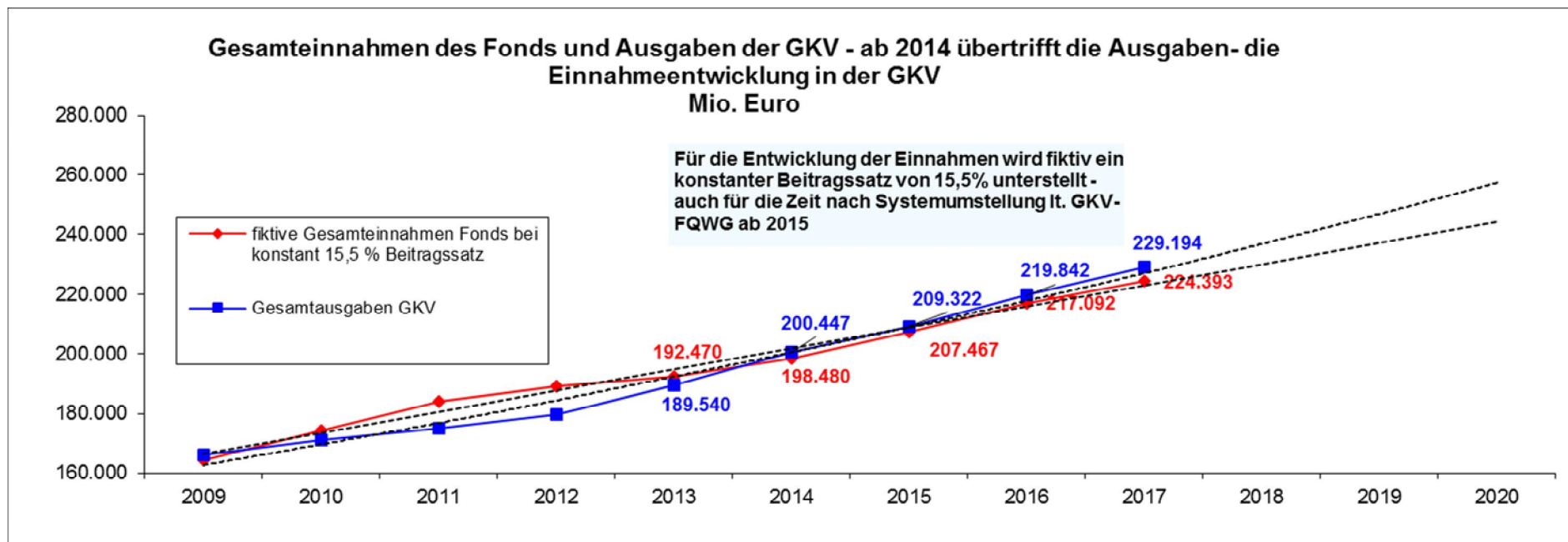
GKV-Leistungsausgaben: 210,4 Mrd. EUR



Quelle: Eigene Berechnung und Darstellung nach: BMG, KJ1.



Die Schere zwischen Ausgaben und Einnahmen geht auseinander



Gesetzlich induzierte Ausgabensteigerung = erhöht den ohnehin jährlichen Anpassungsdruck beim Zusatzbeitragssatz

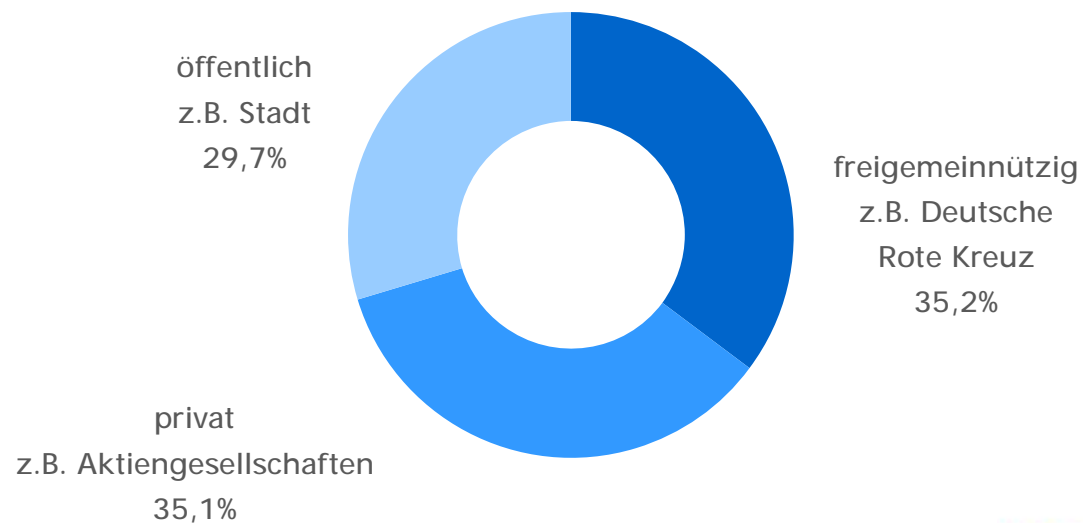


Finanzierung der Krankenhäuser

Krankenhauslandschaft

Krankenhäuser in Deutschland 2015	:	1.965
Krankenhausbetten in Deutschland	:	ca. 500.000
Auslastung der Krankenhausbetten	:	durchschnittlich 77,4 %

Anteile der Krankenhausträger



Quelle: DKG (destatis) 2015



Leistungen

- Anspruch von gesetzlich Krankenversicherten auf Behandlung
 - akute Erkrankung
 - wenn dauerhafte Unterbringung, ärztliche Behandlung und medizinische Überwachung nötig sind
- Voraussetzung: in der Regel Überweisung eines niedergelassenen Arztes
- Grundsätzlich freie Wahl des Krankenhauses
- Kosten zahlen die Krankenkassen
- Patient zahlt 10 Euro pro Tag im Krankenhaus (bis 28 Tage)

Duale Krankenhausfinanzierung

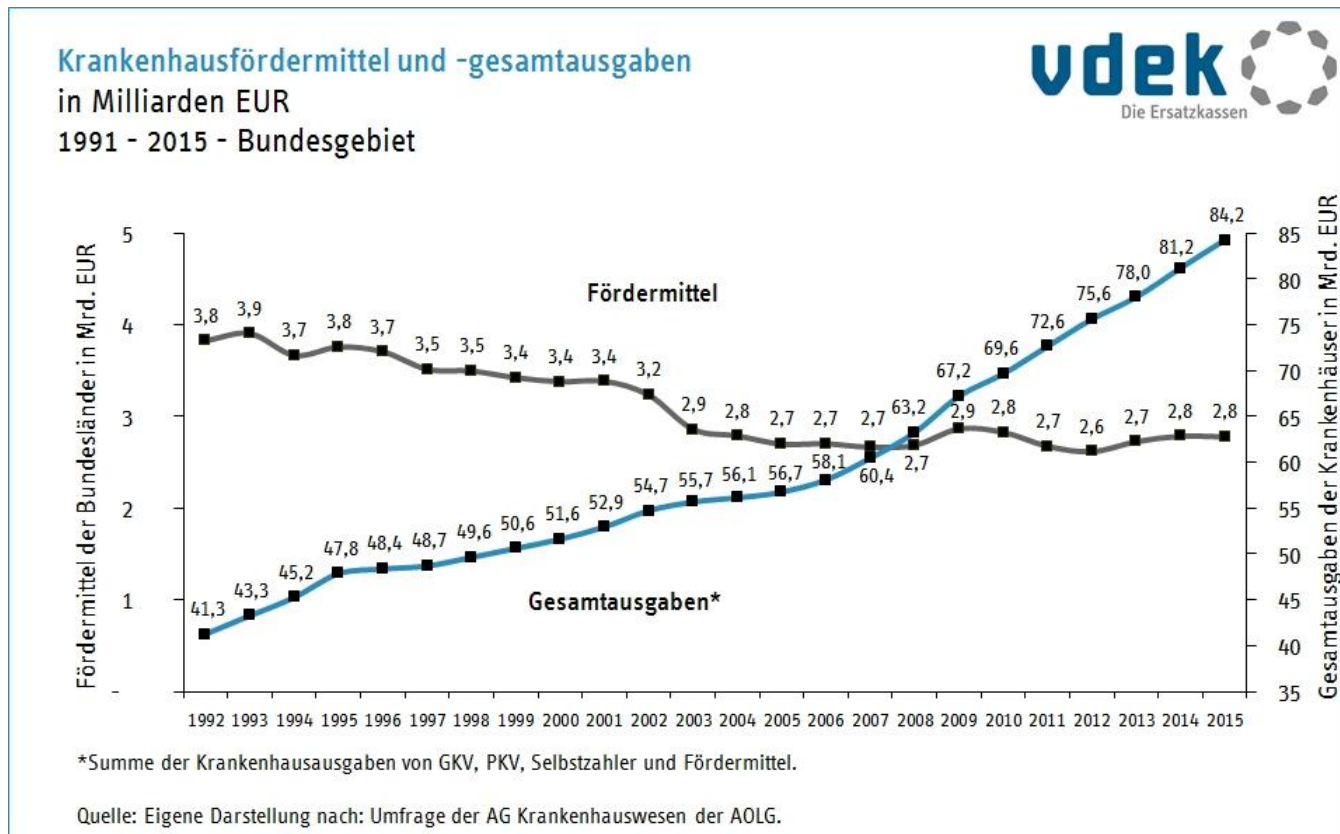
Benutzerentgelte (GKV, PKV, Selbstzahler)

Fördermittel der Bundesländer



Quelle: vdek.

Entwicklung der Gesamtkosten und Fördermittel





Vergütung

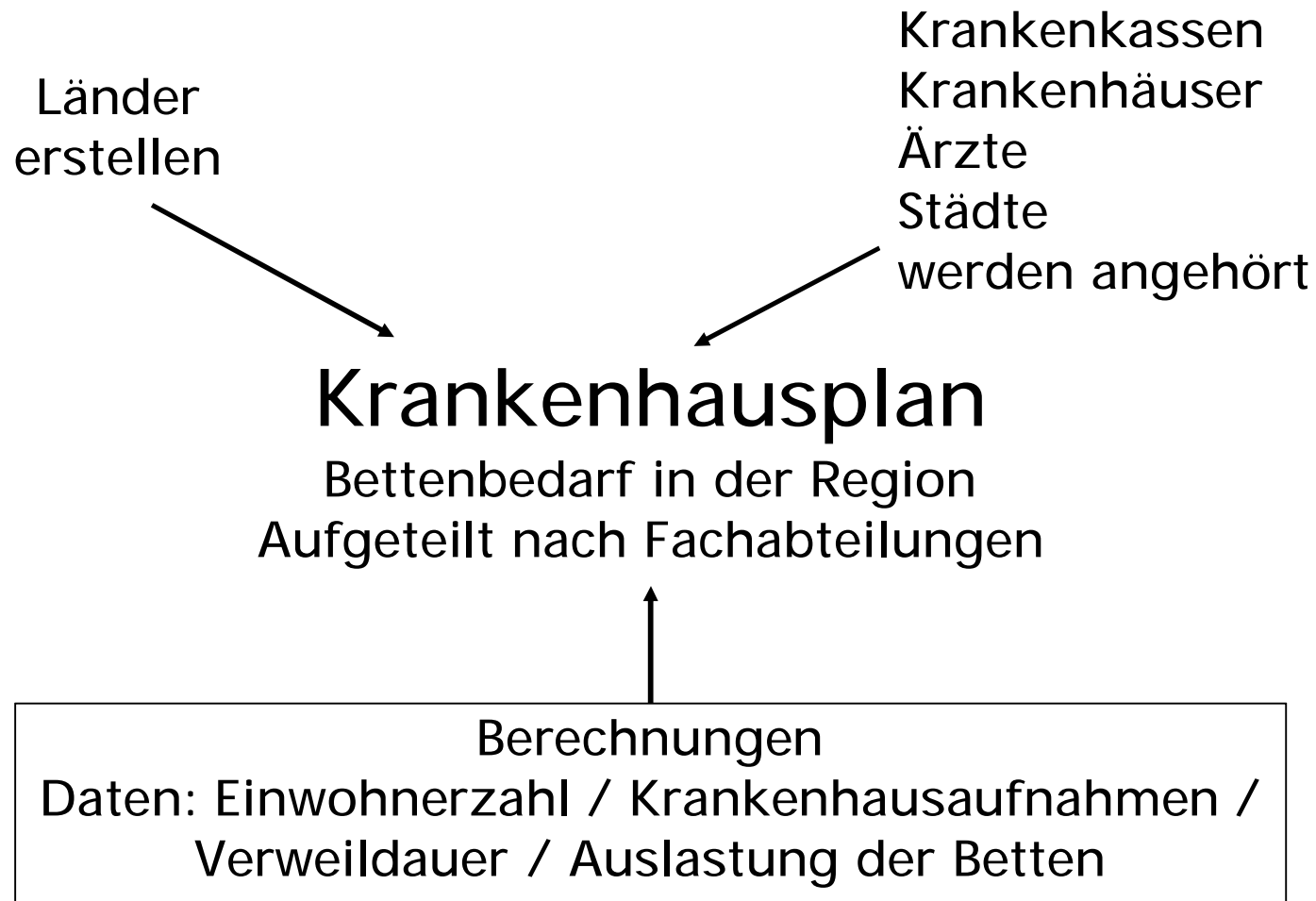
Abrechnungssystem : DRG – Diagnosis Related Groups
(Fallpauschale)

Kriterien : z.B. Diagnose, Operationen, Schwere
der Krankheit, Alter des Patienten

ca. 1.200 DRGs in Deutschland

Ziel : ökonomische Bewertung der Leistung
eines Krankenhauses; Transparenz,
auch Kosteneindämmung

Krankenhausplanung



Qualität

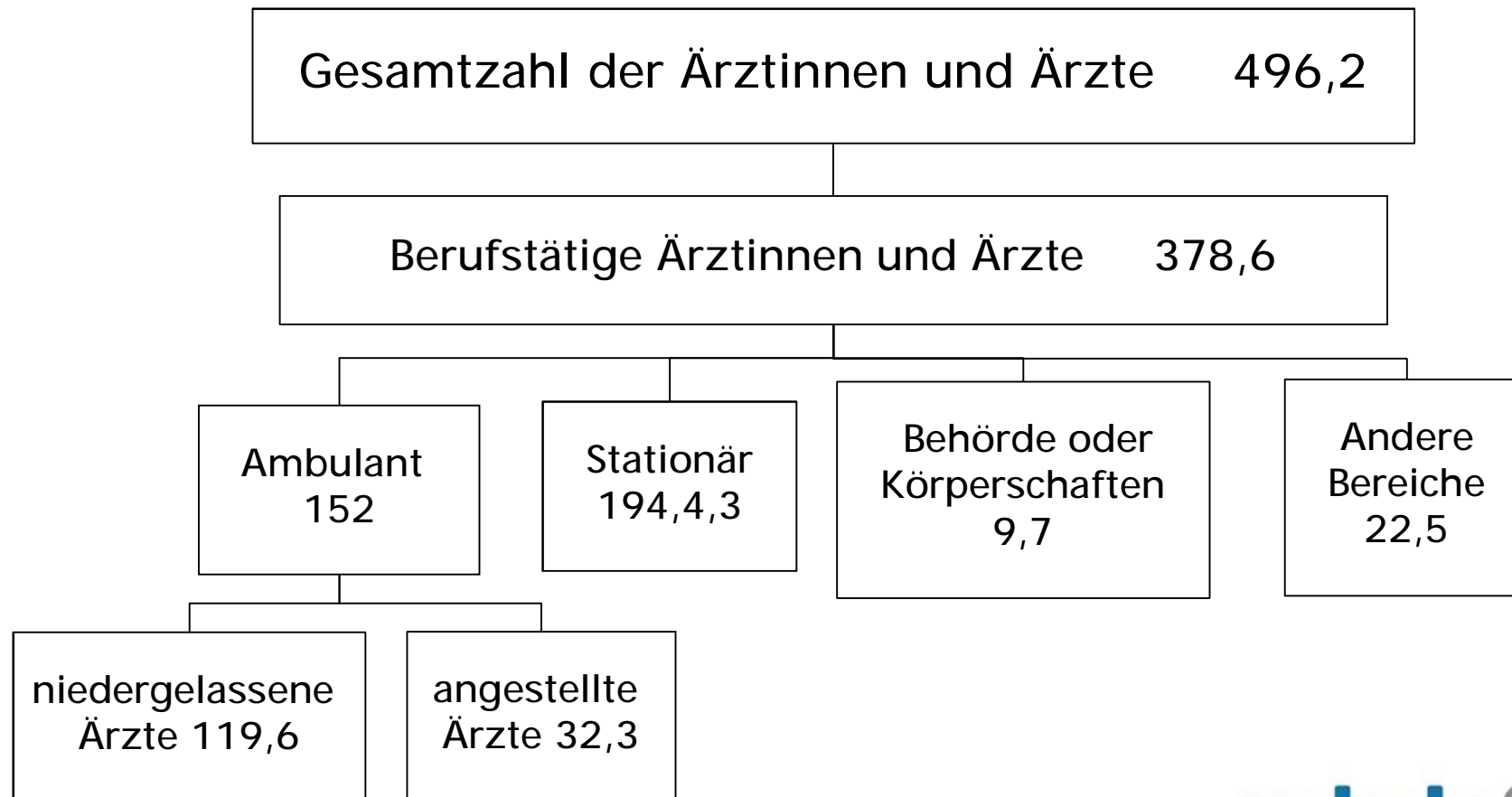
- International ist Deutschland Spitzenreiter in der Quantität, d. h. bei den Fallzahlen (OECD)
- International hat Deutschland bei der Qualität ein gutes, aber kein herausragendes Qualitätsniveau (Health Consumer Powerhouse)
- Zwischen den Kliniken bestehen erhebliche Qualitätsunterschiede
- Ziel ist eine gute Versorgungsqualität. Um diese zu erbringen, sind für die Vergütung von Behandlungen Mindestmengen vorgesehen.
 - Bsp.: Lebertransplantation – mindestens 50 pro Jahr
Kniegelenksendoprothesen – mindestens 50 pro Jahr
wenn weniger, darf das Krankenhaus die Behandlung nicht mehr zu Lasten der GKV anbieten
- Zu- und Abschläge für gute und schlechte Qualität bei Vergütung
- vdek fordert: keine Bezahlung für schlechte Qualität



Ärzteversorgung und Finanzierung

Struktur der Ärzteschaft 2016

(Zahlen in Tausend)



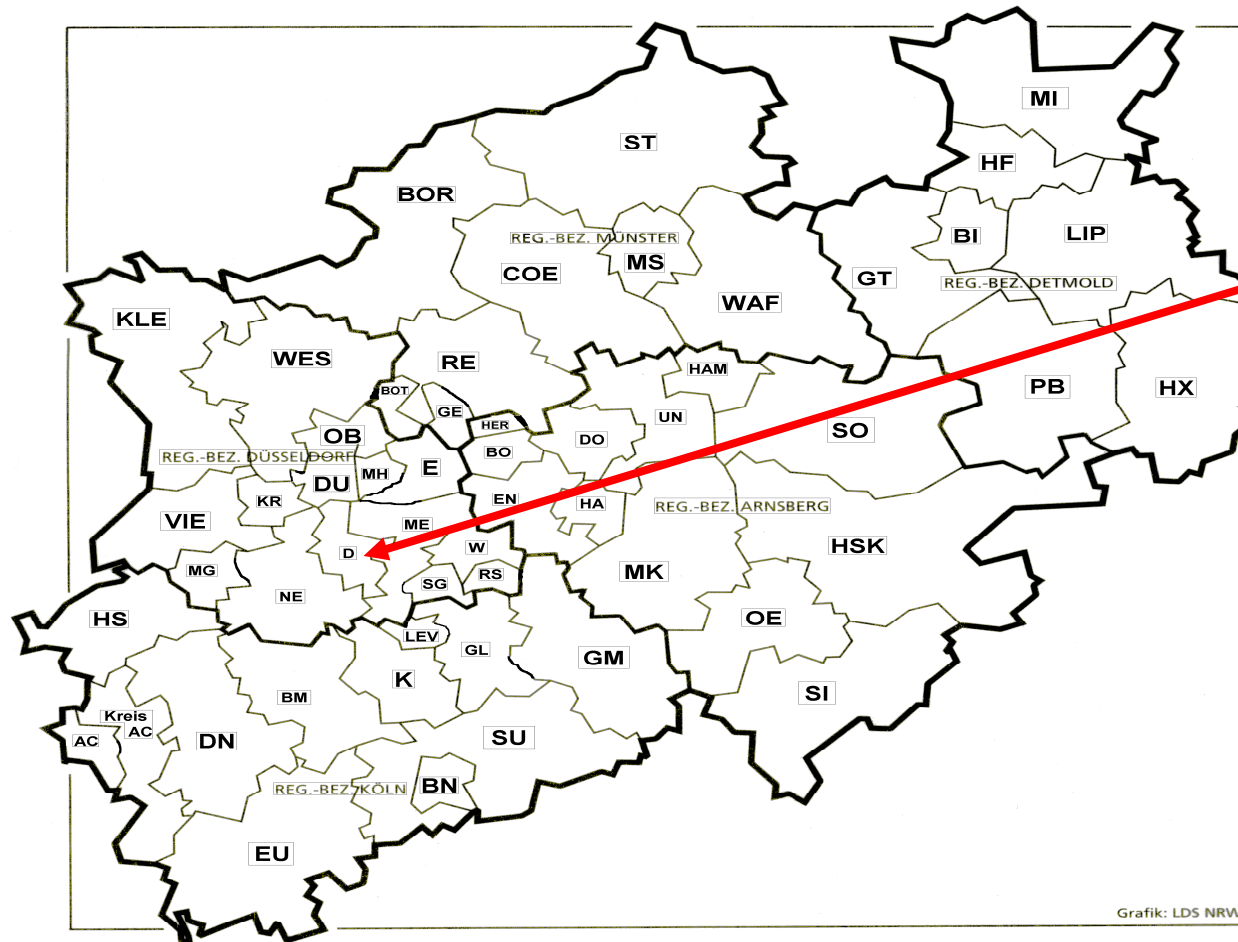
Quelle: Eigene Darstellung - DKG - BÄK



Strukturmerkmale der ambulanten ärztlichen Versorgung in Deutschland

- Freie Arztwahl des Patienten
- Wahrnehmung wesentlicher Interessen der Ärzteschaft durch Kassenärztliche Vereinigungen
- Differenzierung in haus- und fachärztliche Versorgung
- Bedarfsplanung und Niederlassungsfreiheit
- Vertragsverhandlungen zwischen Krankenkassen bzw. deren Landesverbänden und den Kassenärztlichen Vereinigungen

In NRW muss die ärztliche Versorgung für 52 Kreise/kreisfreie Städten organisiert werden



Düsseldorf

Grafik: LDS NRW

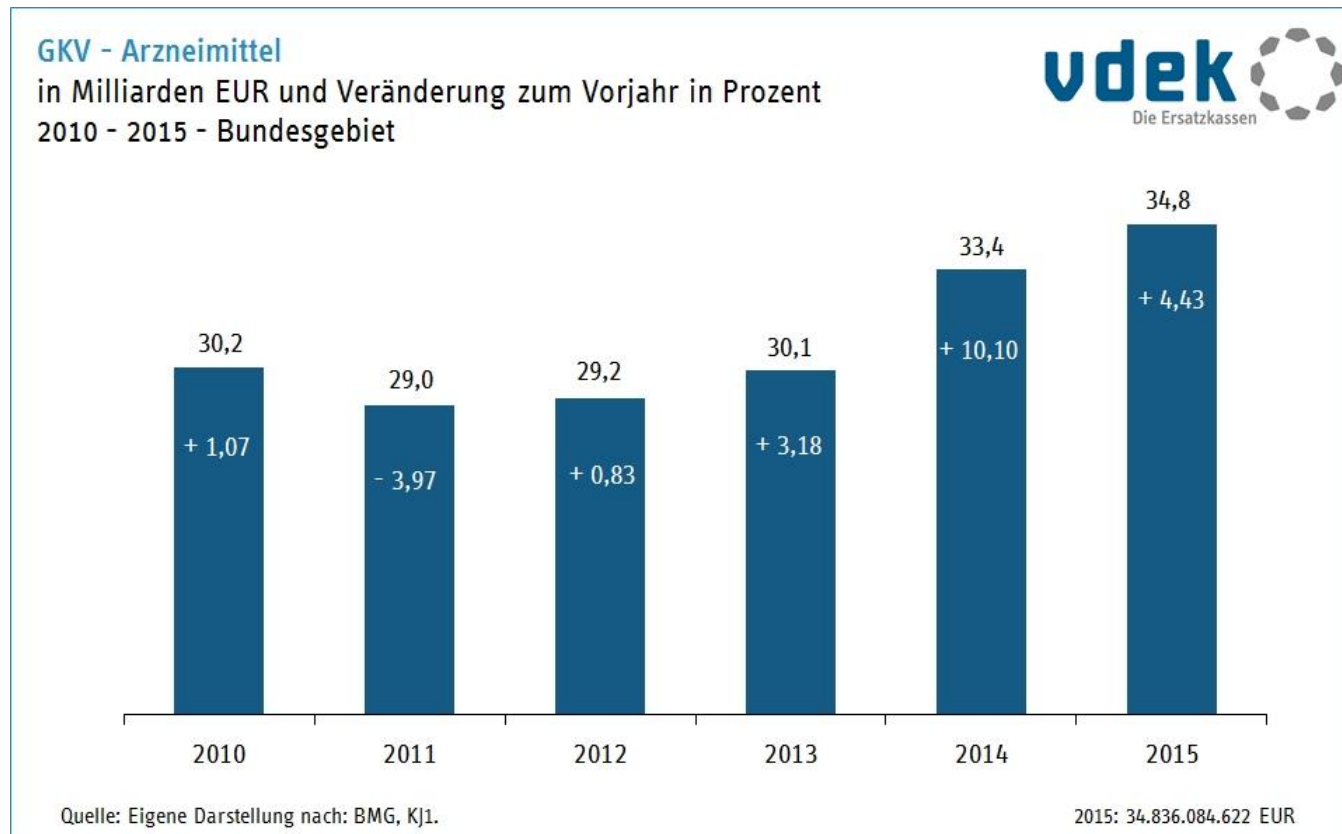
In Deutschland werden die Ärzte 4 Versorgungstypen zugeordnet

Hausärztliche Versorgung	Allgemeine fachärztliche Versorgung
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fachärzte für Allgemeinmedizin ▪ Praktische Ärzte ▪ Ärzte ohne Gebietsbezeichnung ▪ Hausärztliche Internisten 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Augenärzte ▪ Chirurgen ▪ Frauenärzte ▪ HNO-Ärzte ▪ Nervenärzte ▪ Orthopäden ▪ Psychotherapeuten ▪ Urologen ▪ Kinderärzte
Spezialisierte fachärztliche Versorgung	Gesonderte fachärztliche Versorgung
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anästhesisten ▪ Fachärztlich tätige Internisten ▪ Kinder- und Jugendpsychiater ▪ Radiologen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Humangenetiker ▪ Laborärzte ▪ Neurochirurgen ▪ Nuklearmediziner ▪ Pathologen ▪ Physikalische- und Rehabilitationsmediziner ▪ Strahlentherapeuten ▪ Transfusionsmediziner



Arzneimittelversorgung

Arzneimittelausgaben 2010-2015



Auch bei den Arzneimittelvereinbarungen wird „Bedarf“ berücksichtigt

Zuständigkeit

Aufgaben Bundesebene:

1. Schritt

- Der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung vereinbaren jährlich bis zum 30. September die Rahmenvorgaben nach § 84 Abs. 7 SGB V

Aufgaben Landesebene:

2. Schritt

Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die zuständigen Verbände der Krankenkassen vereinbaren für das Folgejahr:

- das Ausgabenvolumen für die von den Ärzten zu verordneten Leistungen
- Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitsziele

Die Landesebene legt folgende Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitsziele fest:

qualitative Ziele – es werden Empfehlungen zur Auswahl bestimmter Arzneimittel gegeben, z. B. :

zurückhaltende Verordnung
von Antibiotika

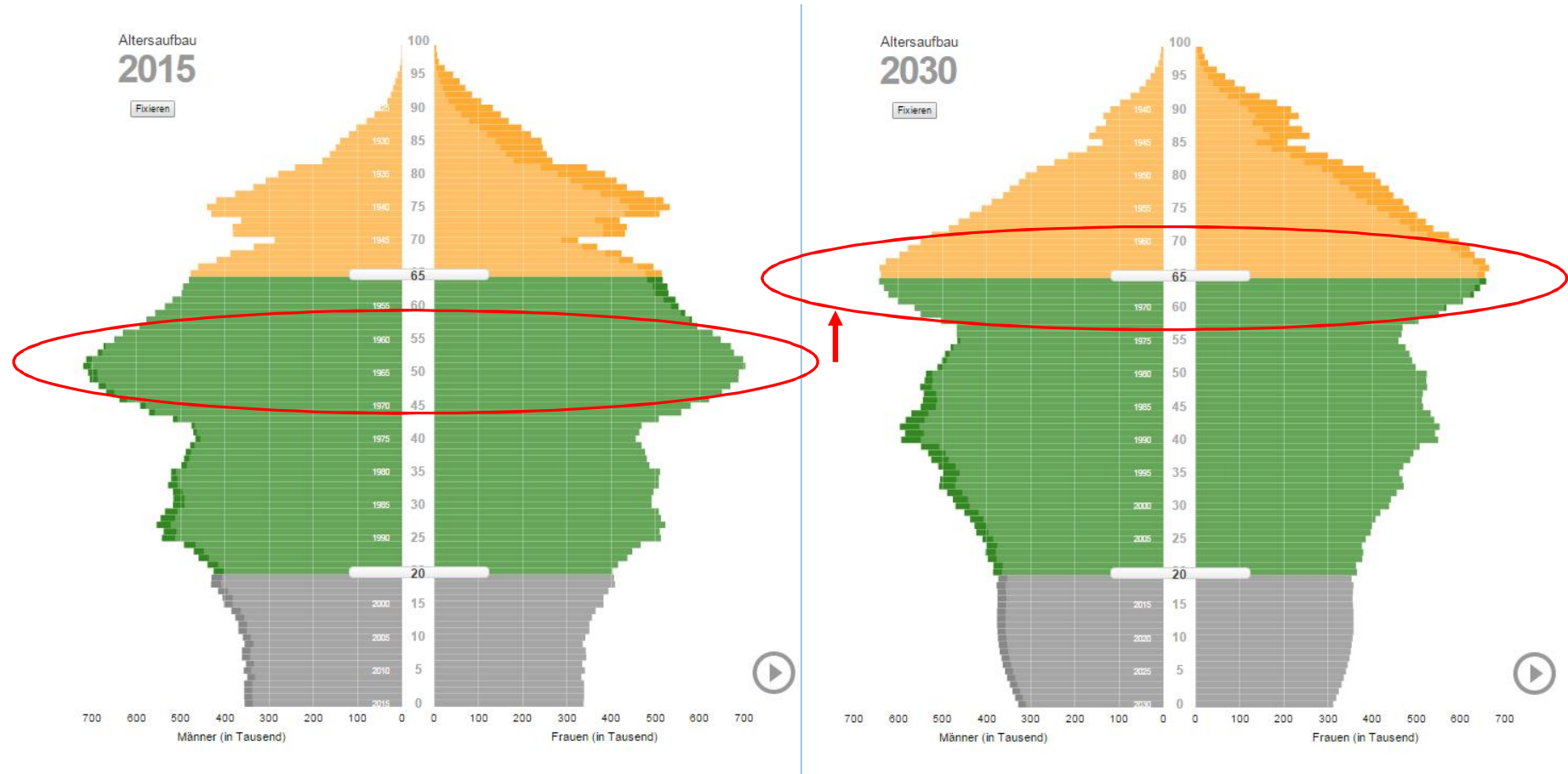
vorrangige Berücksichtigung
von Biosimilars

Medikamente, die im Alter nicht sinnvoll
sind (Priscusliste) bzw. Vermeidung
von Polymedikation



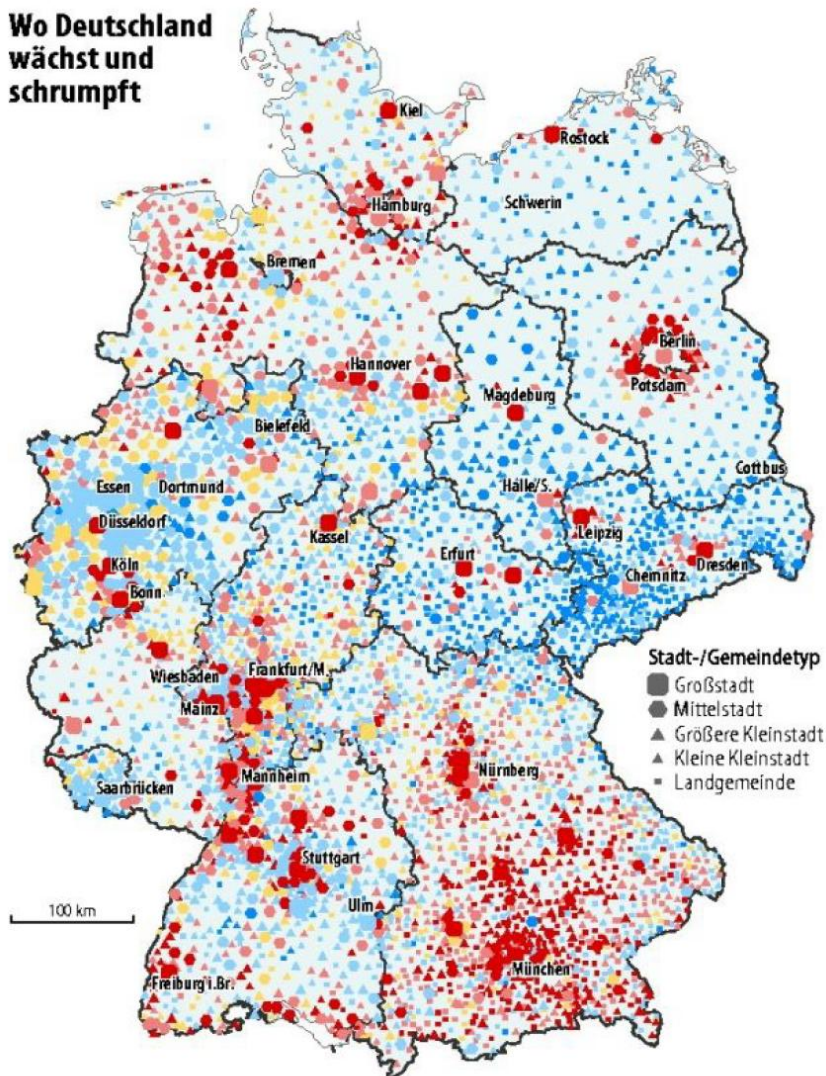
Herausforderungen

Bevölkerungsentwicklung 2015 bis 2030



Quelle: destatis

Wo Deutschland wächst und schrumpft



Wachsende und schrumpfende Städte und Gemeinden¹⁾

Relative, am bundesweiten Trend gemessene Wachstum/Schrumpfung:

■ stark wachsend ■ wachsend ■ stabil ■ schrumpfend ■ stark schrumpfend

1) Betrachtete Entwicklungsindikatoren: Bevölkerungsentwicklung 2008–2013, durchschnittlicher Wanderungssaldo der Jahre 2009–2013, Entwicklung der Erwerbstätigen 2008–2013, Beschäftigtenentwicklung 2008–2013, Entwicklung der Arbeitslosenquote 2007/8–2012/13, Entwicklung der Gewerbesteuer 2007/8–2010/13. Quelle, Copyright und Daten: BBSR/ Bearbeitung FA.Z.-Grafik Brocker

Die Bevölkerung zieht in die urbanen Räume

Anpassung der Versorgungsstrukturen notwendig!

Die zukünftig größten Herausforderungen

- Nachhaltige Gestaltung der Finanzierungsgrundlagen der GKV
- Änderung der Strukturen in der Krankenhauslandschaft
- Sicherstellung der Versorgung im ländlichen Raum
- Versorgungskonzepte für eine älter werdende Gesellschaft
- Nutzung der Digitalisierungsmöglichkeiten
- Patientennahe Umsetzung des medizinisch-technischen Fortschritts
- Stärkung der Prävention
- Bedarfsgerechte Weiterentwicklung der Pflegeversicherung
- Europas Einfluss beachten



v d e k

Verband der Ersatzkassen e.V.



Unser Selbstverständnis als Verband

Wir sind ein modernes Dienstleistungsunternehmen für unsere Mitglieder - die Ersatzkassen:

- politische Interessenvertretung/Kommunikation
- Versorgungs- und Vertragsgestaltung
- operative Dienstleistungen
- internes Management
- Datenaufbereitung/-analyse etc.

Die wesentlichen Aufgaben des vdek e. V. in NRW

- Interessenvertretung der Ersatzkassen gegenüber der Landesregierung, den Kommunen, Kassenärztlichen Vereinigungen, Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und weiteren Entscheidungsträgern
- Durchführung von Fachveranstaltungen, Pressearbeit etc.
- Abschlüsse von Verträgen mit Ärzten und Zahnärzten, Apotheken, Reha-Einrichtungen, ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen und mit sonstigen Vertragspartnern (z. B. Physiotherapeuten, Sanitätshäuser, Hörgeräteakustikern und Rettungsdiensten)
- Zulassung von Heil- und Hilfsmittelerbringern
- Krankenhausplanung; regionale Planungskonzepte
- Prävention und Selbsthilfeförderung
- Datenmanagement, technische Dienstleistungen

**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!
Für weitere Fragen stehe ich gerne zur Verfügung!**

Sigrid Aversch-Tietz
Leiterin des Referates Grundsatzfragen, Presse- und
Öffentlichkeitsarbeit des vdek in Nordrhein-Westfalen
Ludwig-Erhard-Allee 9, 40227 Düsseldorf
Tel.: 02 11 – 3 84 10 – 15
sigrid.aversch@vdek.com