

# **Rationalisierungsreserven im deutschen Gesundheitswesen aus internationaler Perspektive**

**Referat im Rahmen des 2. Deutschen Kongress  
Gesundheitsversorgung  
am 06.07.2011 in Mannheim**

## **Rationalisierungsreserven im deutschen Gesundheitswesen aus internationaler Perspektive**

**Referat im Rahmen des 2. Deutschen Kongress Gesundheitsversorgung  
am 06.07.2011 in Mannheim**

1. Die Gesundheitsausgaben in den Ländern der OECD
2. Die Lebenserwartung und ihr Wachstum im internationalen Vergleich
3. Einflussgrößen gesundheitlicher Outcomes
4. Die zunehmende Bedeutung der Schnittstelle zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor
5. Voraussetzungen für einen funktionsfähigen Wettbewerb zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Fachärzten
6. Empfehlungen für Verbesserungen von Effizienz und Effektivität an den Schnittstellen der Leistungssektoren

## Gesundheitsquote, Gesundheitsausgaben und BIP des Jahres 2008

	Gesundheitsquote		Pro-Kopf-Ausgaben (US-\$-KKP)		Pro-Kopf-BIP (US-\$-KKP)	
1	USA	16,0	USA	7.538	Luxemburg	62.119
2	Frankreich	11,2	Norwegen	5.003	Norwegen	58.596
3	Schweiz	10,7	Schweiz	4.627	USA	47.193
4	Österreich	10,5	Luxemburg	4.210	Irland	43.381
5	<b>Deutschland</b>	<b>10,5</b>	Kanada	4.079	Schweiz	43.131
6	Kanada	10,4	Niederlande	4.063	Niederlande	41.189
7	Belgien	10,2	Österreich	3.970	Australien	39.439
8	Niederlande	9,9	Irland	3.793	Kanada	39.288
9	Portugal	9,9	<b>Deutschland</b>	<b>3.737</b>	Österreich	37.873
10	Neuseeland	9,8	Frankreich	3.696	Island	36.994
11	Dänemark	9,7	Belgien	3.677	Schweden	36.946
12	Griechenland	9,7	Dänemark	3.540	Dänemark	36.828
13	Schweden	9,4	Schweden	3.470	Großbritannien	36.128
14	Island	9,1	Island	3.359	Belgien	35.930
15	Italien	9,1	Australien	3.353	Finnland	35.853
16	Spanien	9,0	Großbritannien	3.129	<b>Deutschland</b>	<b>35.436</b>
17	Irland	8,7	Finnland	3.008	Japan	34.132
18	Großbritannien	8,7	Spanien	2.902	Frankreich	33.134
19	Australien	8,5	Italien	2.870	Spanien	32.366
20	Norwegen	8,5	Japan	2.729	Italien	31.709
21	Finnland	8,4	Griechenland	2.687	Griechenland	28.946
22	Japan	8,1	Neuseeland	2.683	Neuseeland	27.245
23	Luxemburg	7,2	Portugal	2.151	Portugal	23.289
24	Türkei	6,0	Türkei	767	Türkei	13.270
<b>OECD-24</b>		<b>9,6</b>		<b>3.543</b>		<b>37.101</b>

Australien, Dänemark, Griechenland, Jpan, Türkei: Quote und Ausgaben jeweils aus 2007. Für Luxemburg und Portugal: Quote und Ausgaben jeweils aus 2006; Quelle: OECD (2010)

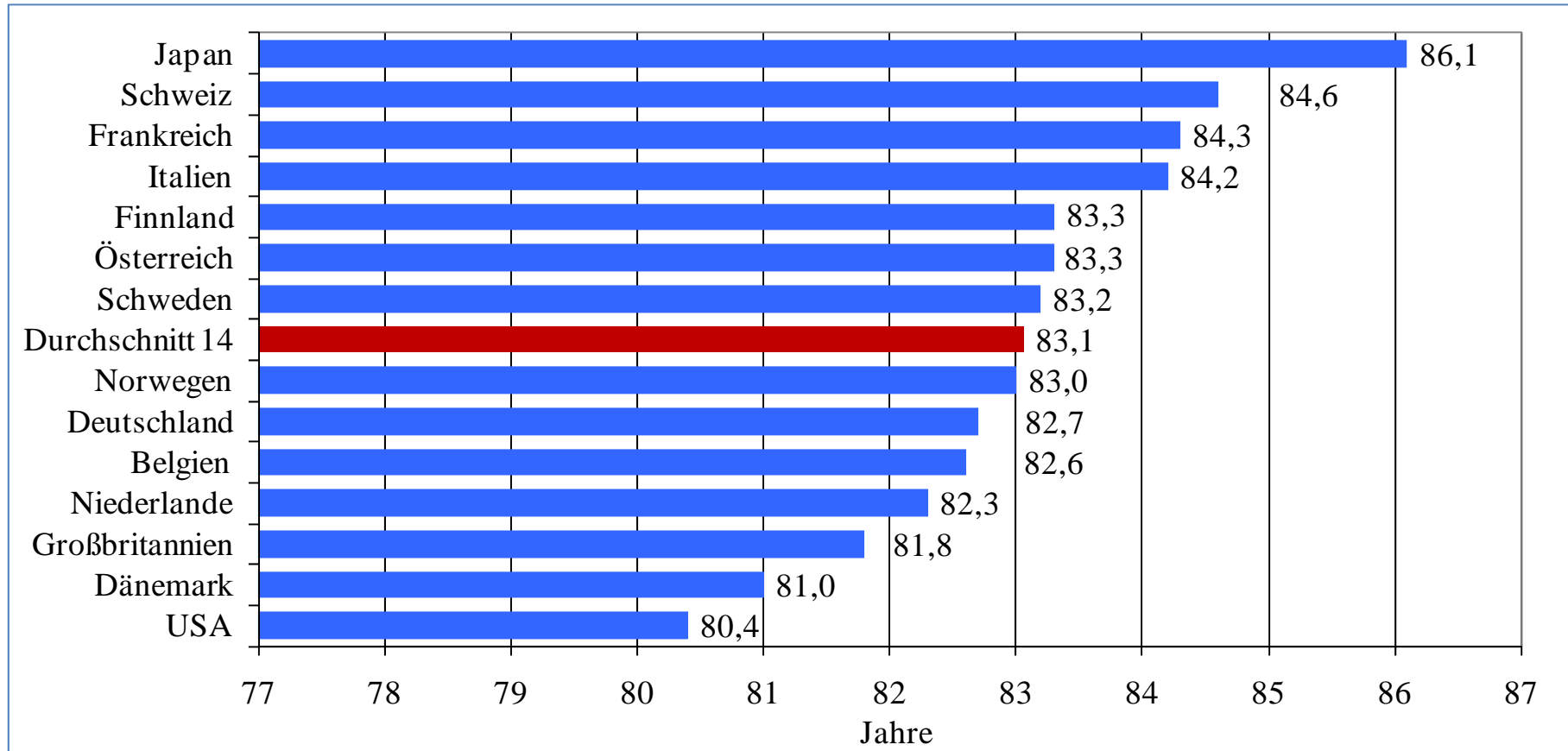
# Zum Zielspektrum von Gesundheitsleistungen

- Verbesserung der gesundheitlichen Outcomes bzw. Erhöhung von Lebenserwartung und –qualität
- Steigerung der Arbeitsproduktivität und damit des realen Wachstums der Volkswirtschaft
- Erzeugung von Kapazitätseffekten durch Erweiterung des Produktionspotentials
- Bei Arbeitslosigkeit: Schaffung von Nachfrage in einem beschäftigungsintensiven Wirtschaftssektor

## **Nebenbedingungen:**

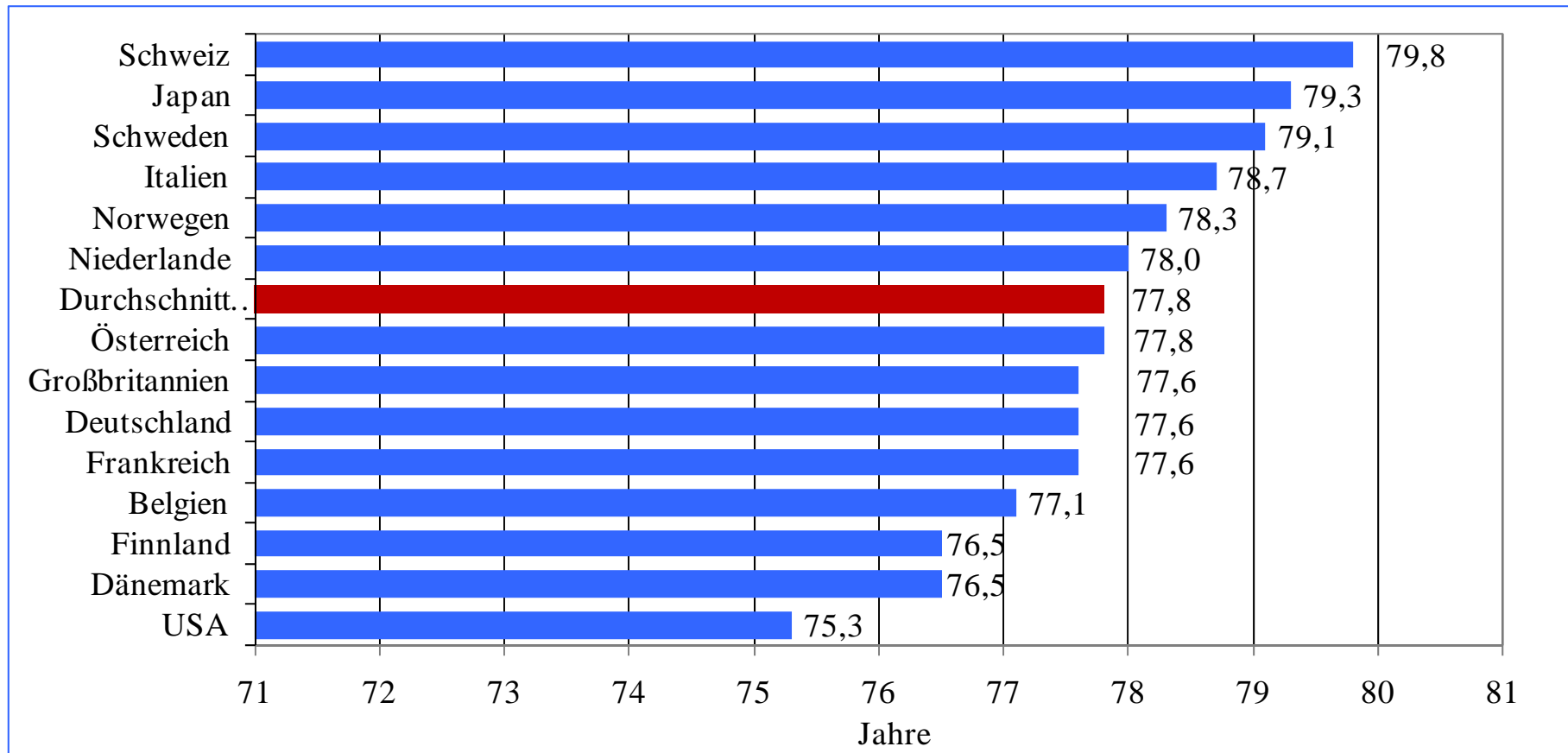
- Effizienz der gesundheitlichen Leistungserstellung
- Effektivität der Gesundheitsversorgung
- verteilungspolitische Postulate
- fiskalische Normen und Grenzen, wie z.B. Beitragssatzstabilität oder Budgets

## Lebenserwartung von Frauen im Jahr 2008 in ausgewählten OECD-Ländern



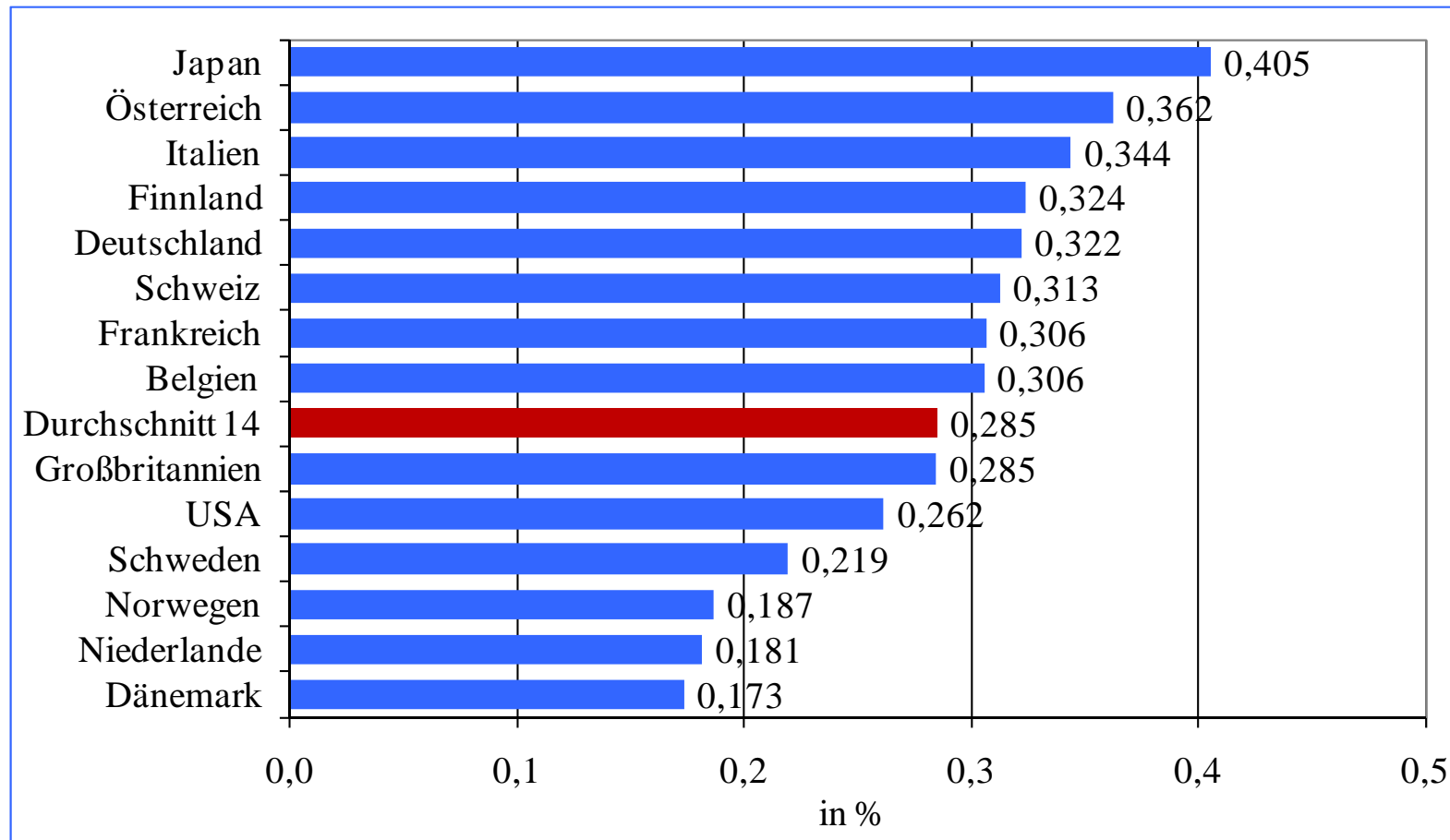
Belgien, Italien, Großbritannien, USA: Werte aus dem Jahr 2007; Quelle: OECD (2010)

## Lebenserwartung von Männern im Jahr 2008 in ausgewählten OECD-Ländern



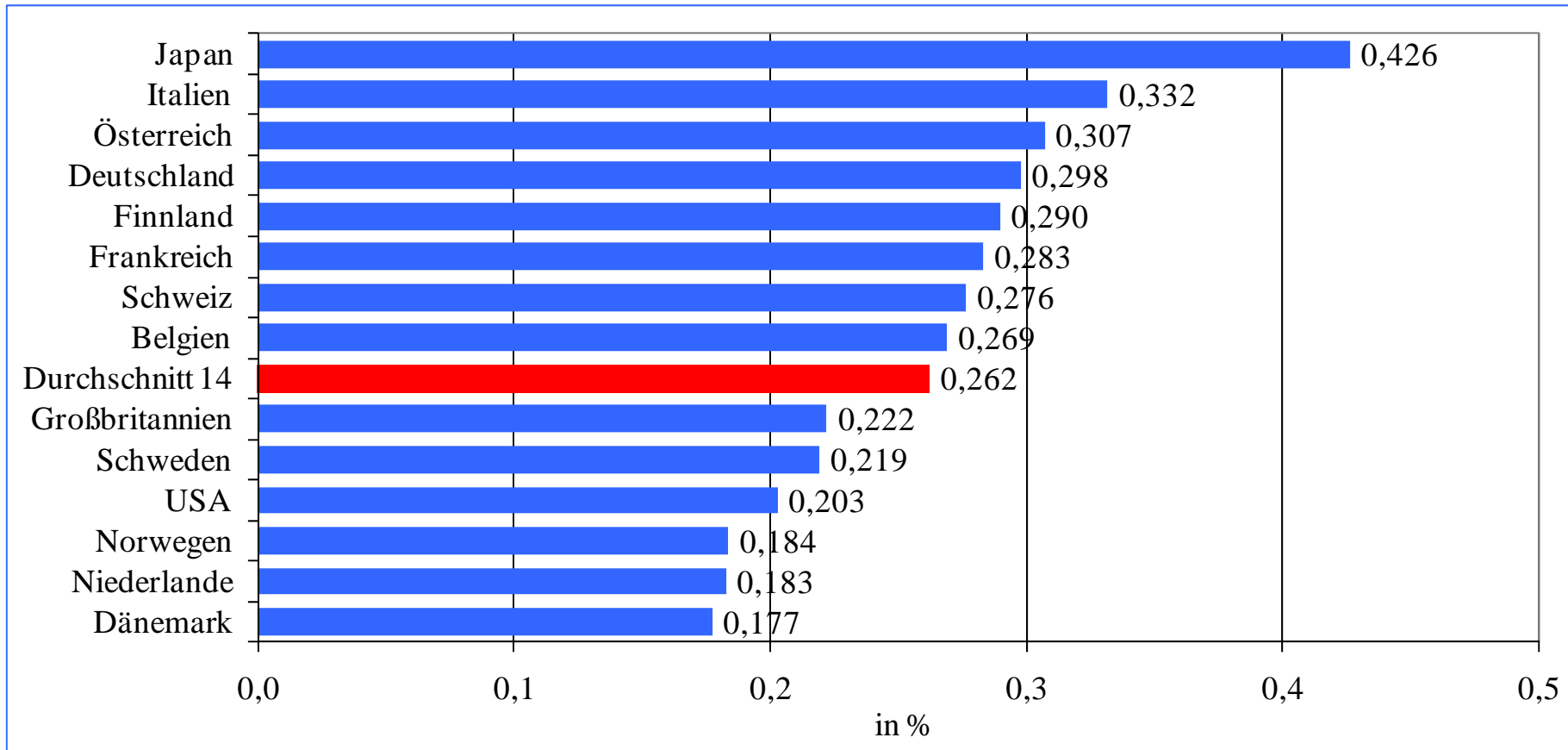
Belgien, Italien, Großbritannien, USA: Werte aus dem Jahr 2007; Quelle: OECD (2010)

## Mittlere jährliche Wachstumsrate der Lebenserwartung von Frauen, 1960-2008, ausgewählte OECD-Länder



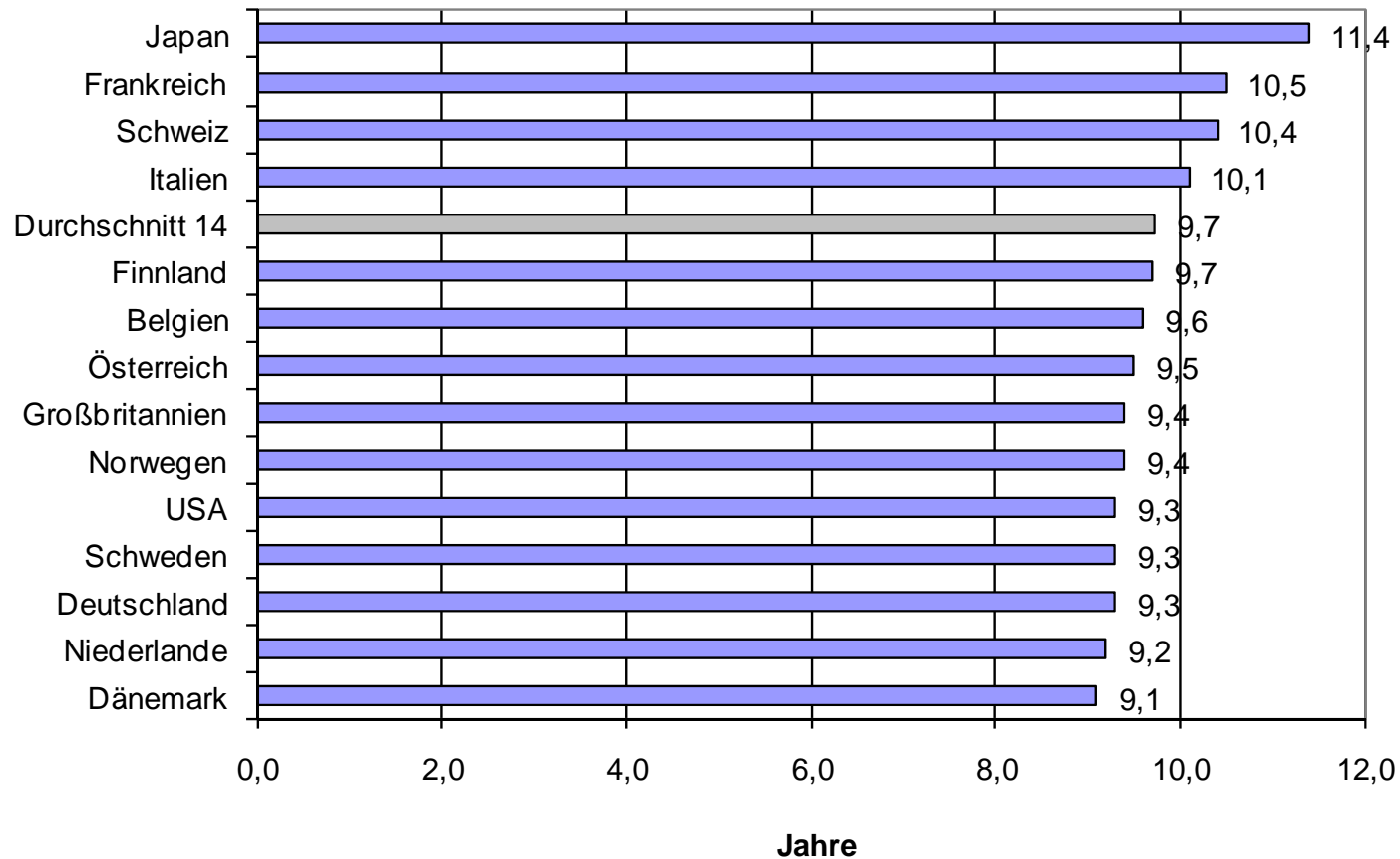
Belgien, Italien, Großbritannien, USA: Werte aus dem Jahr 2007; Quelle: OECD (2010)

## Mittlere jährliche Wachstumsrate der Lebenserwartung von Männern, 1960-2008, ausgewählte OECD-Länder

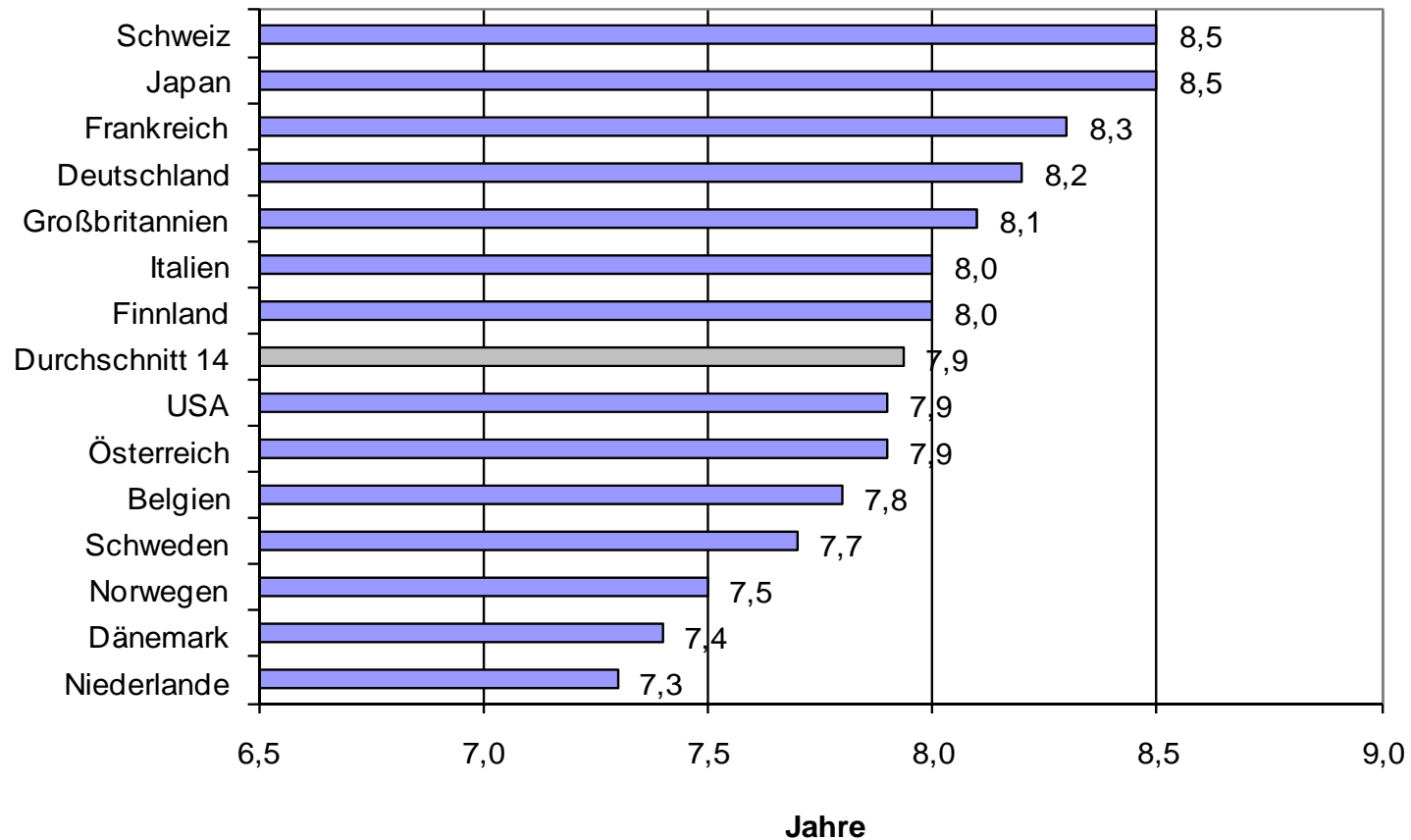


Belgien, Italien, Großbritannien, USA: Werte aus dem Jahr 2007; Quelle: OECD (2010)

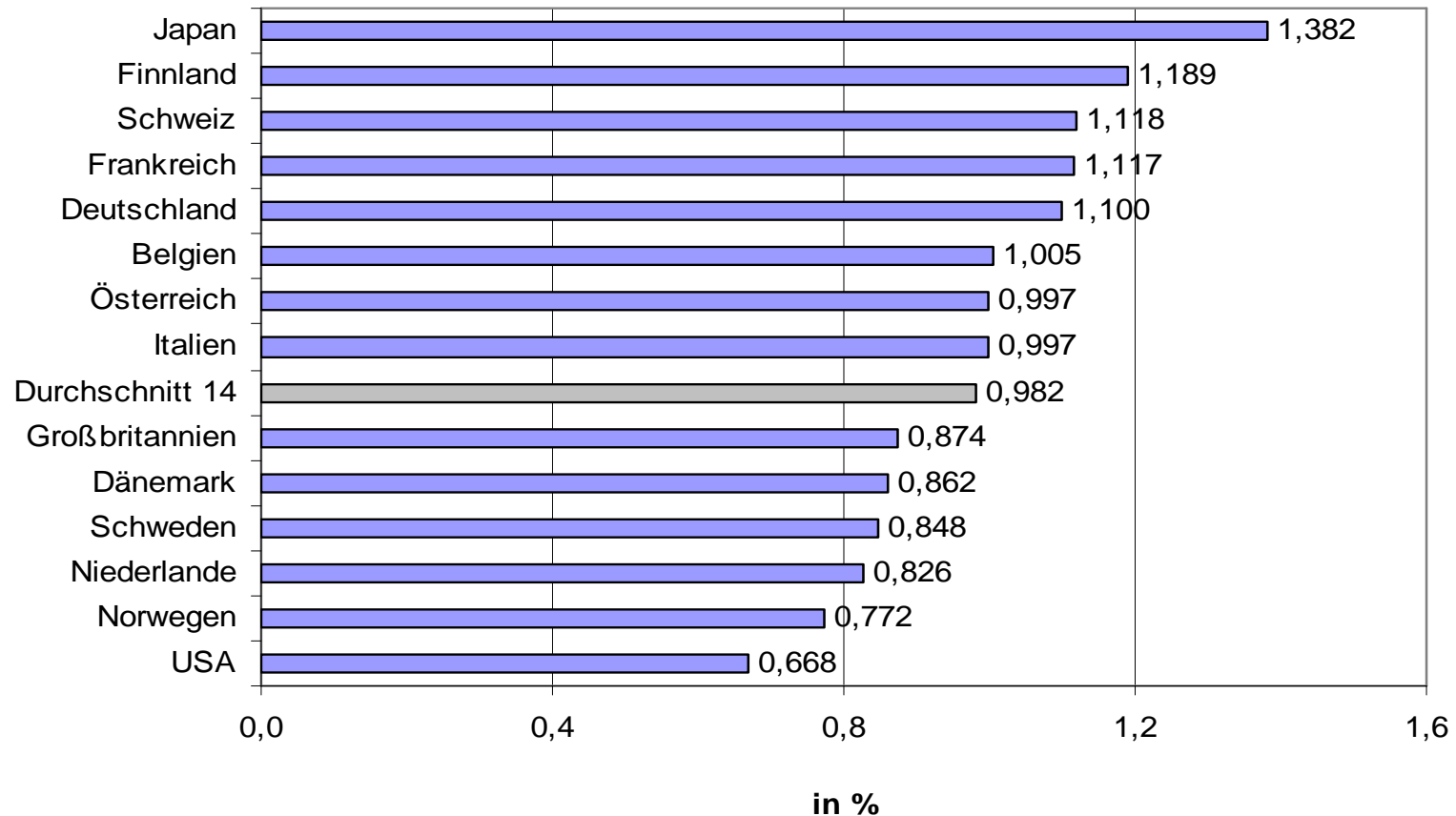
## Fernere Lebenserwartung 80-jähriger Frauen, 2008, ausgewählte OECD-Länder



## Fernere Lebenserwartung 80-jähriger Männer, 2008, ausgewählte OECD-Länder



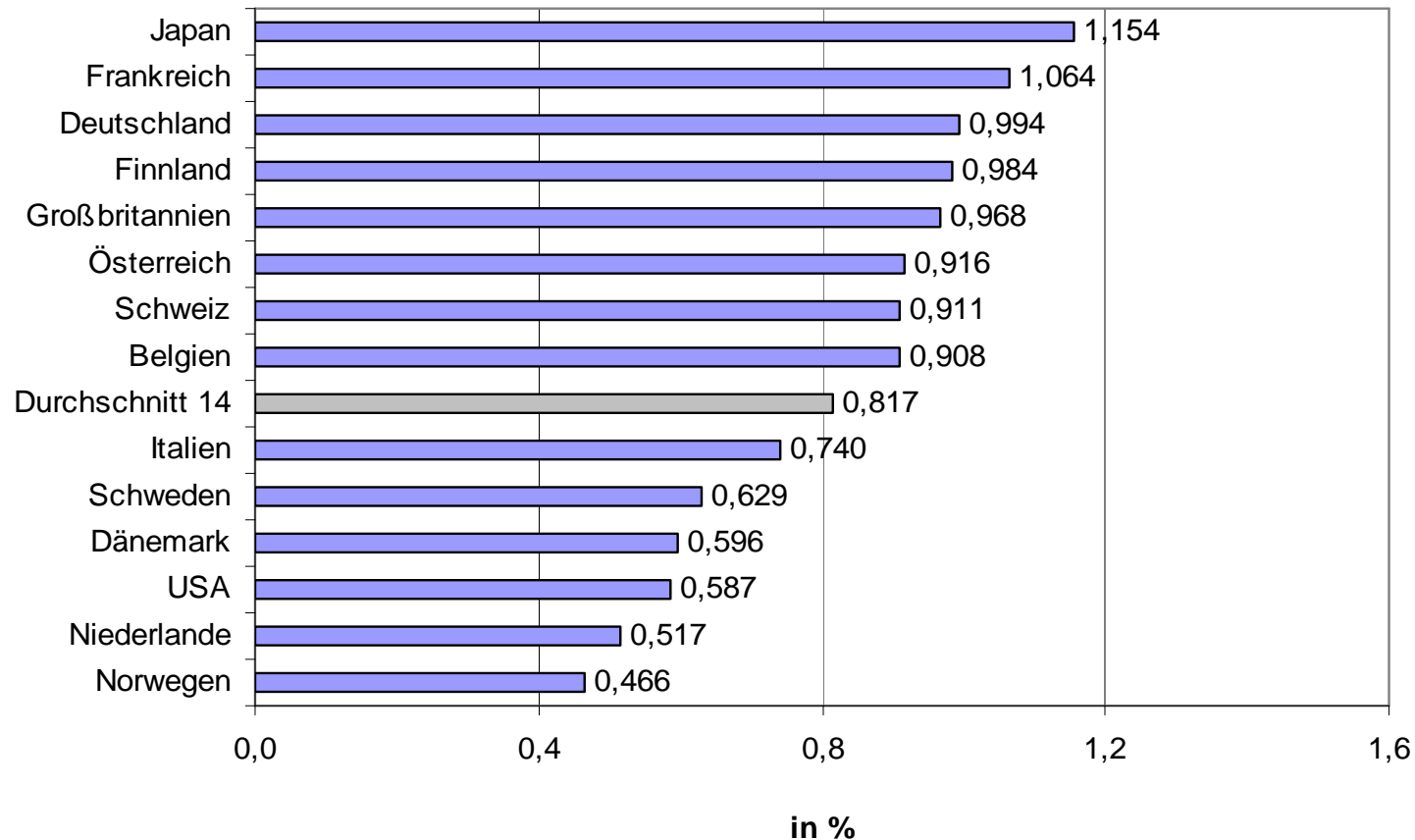
## Mittlere jährliche Wachstumsrate der ferneren Lebenserwartung 80-jähriger Frauen, 1960-2008, ausgewählte OECD-Länder



Belgien, USA: 1960-2007; Italien, Großbritannien: 1961-2007; Dänemark: 1967-2008; Frankreich: 1960-2006.

Quelle: OECD Juni 2010, eigene Darstellung.

## Mittlere jährliche Wachstumsrate der ferneren Lebenserwartung 80-jähriger Männer, 1960-2008, ausgewählte OECD-Länder



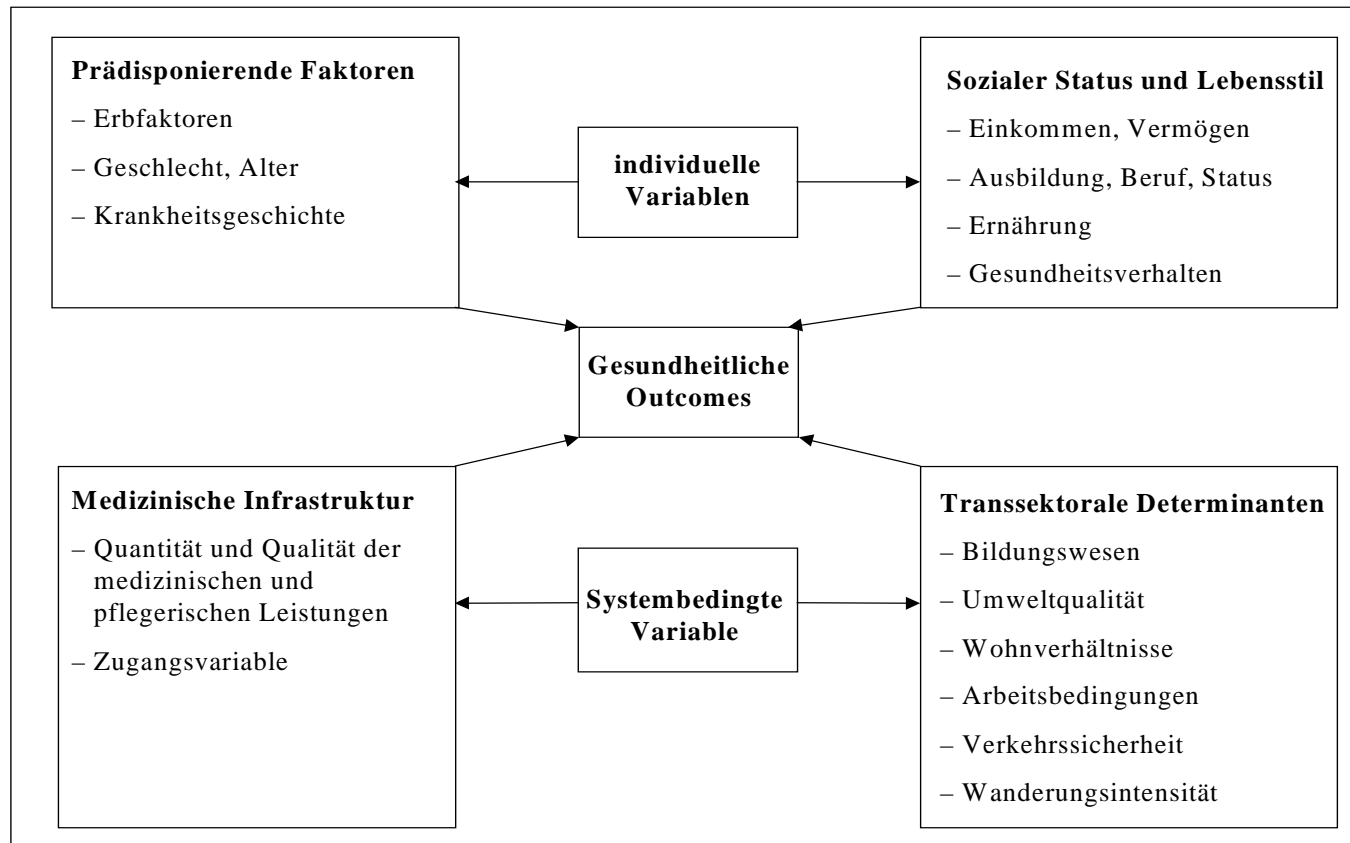
Belgien, USA: 1960-2007; Italien, Großbritannien: 1961-2007; Dänemark: 1967-2008; Frankreich: 1960-2006.  
Quelle: OECD Juni 2010, eigene Darstellung.

## Dimensionen der Lebensqualität

Dimensionen	Beispiele
Allgemeines Wohlbefinden	Allgemeiner Gesundheitszustand, Wahrnehmungsvermögen, Allgemeines Zufriedenheitsniveau
Physische Funktionsfähigkeit	Mobilität, Selbstpflege, Fähigkeit zur Ausübung alltäglicher Aktivitäten, Schmerz, physische Symptome
Psychische Funktionsfähigkeit	Depression, Zorn, Hilflosigkeit, Zukunftserwartung
Kognitive Funktionsfähigkeit	Erinnerungsvermögen, Aufnahmefähigkeit, Urteilsvermögen
Soziale Funktionsfähigkeit	Teilnahme an sozialen Aktivitäten, sexuelle Funktionsfähigkeit, Familienbeziehungen, Freizeitaktivitäten

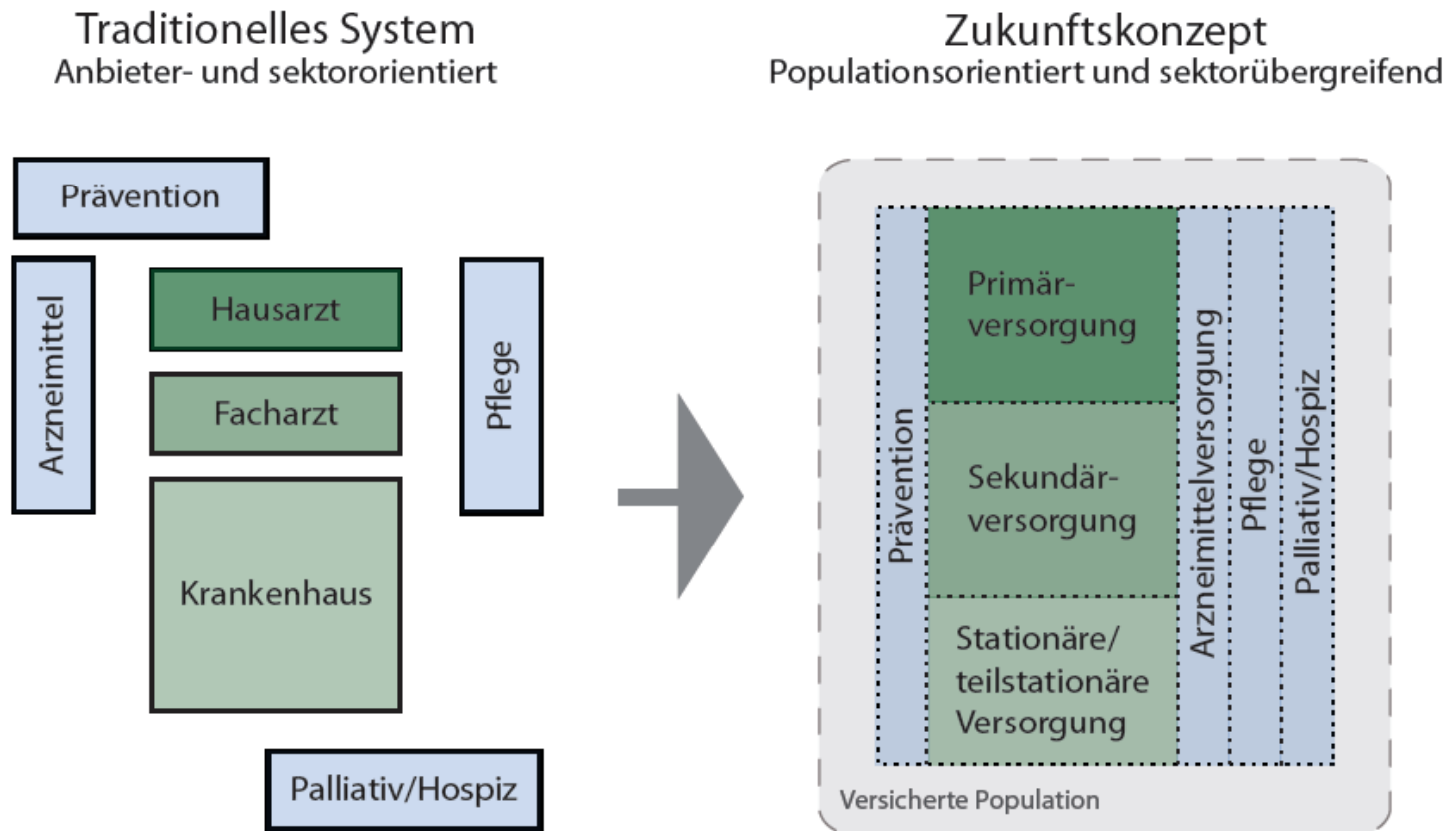
Quelle: Nach Luce/Elixhauser (1990), S. 109

## Einflussgrößen gesundheitlichen Outcomes

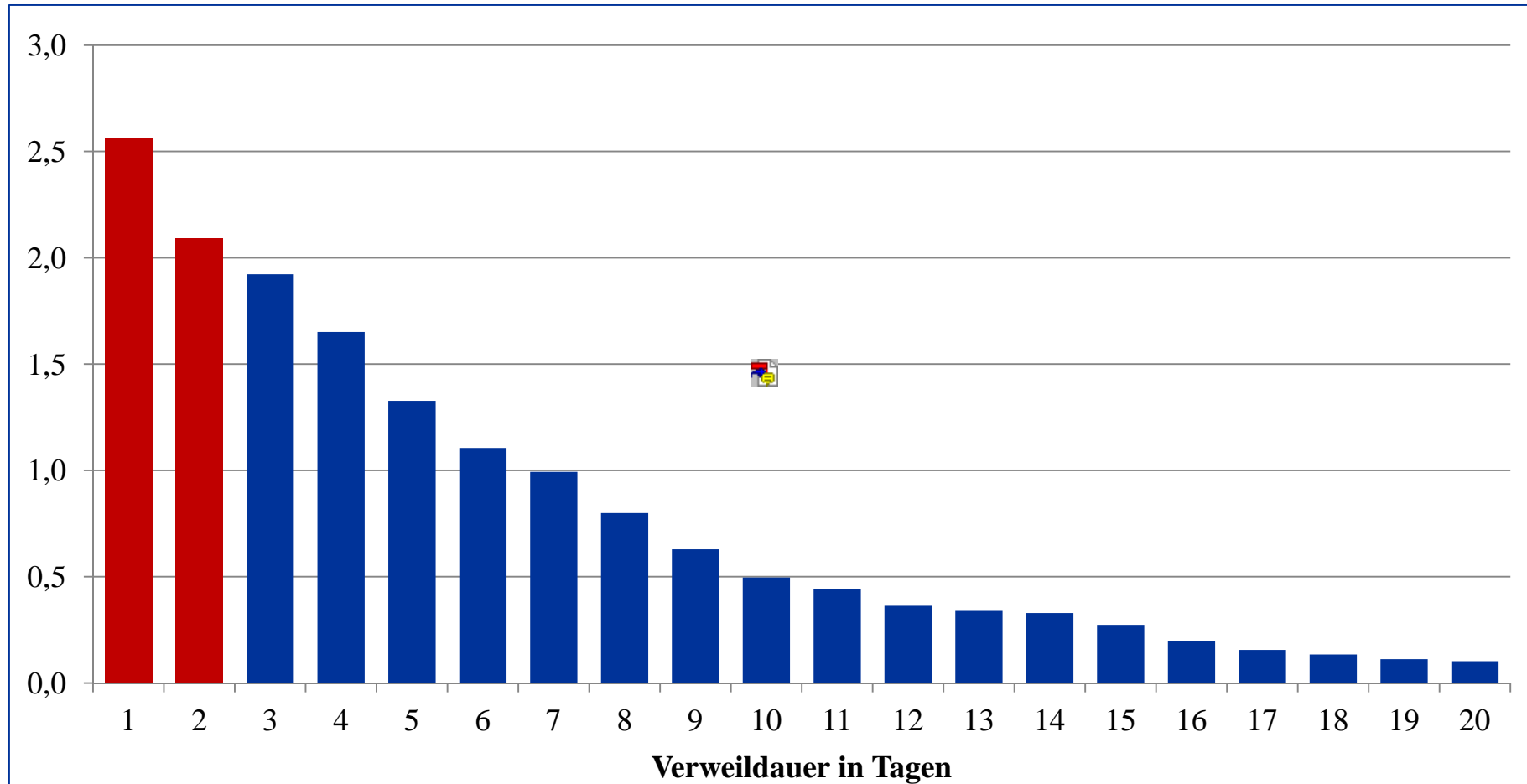


Quelle: eigene Darstellung

# Von der sektoralen zur populationsorientierten Versorgung



## Anzahl der Krankenhaus-Fälle in Millionen

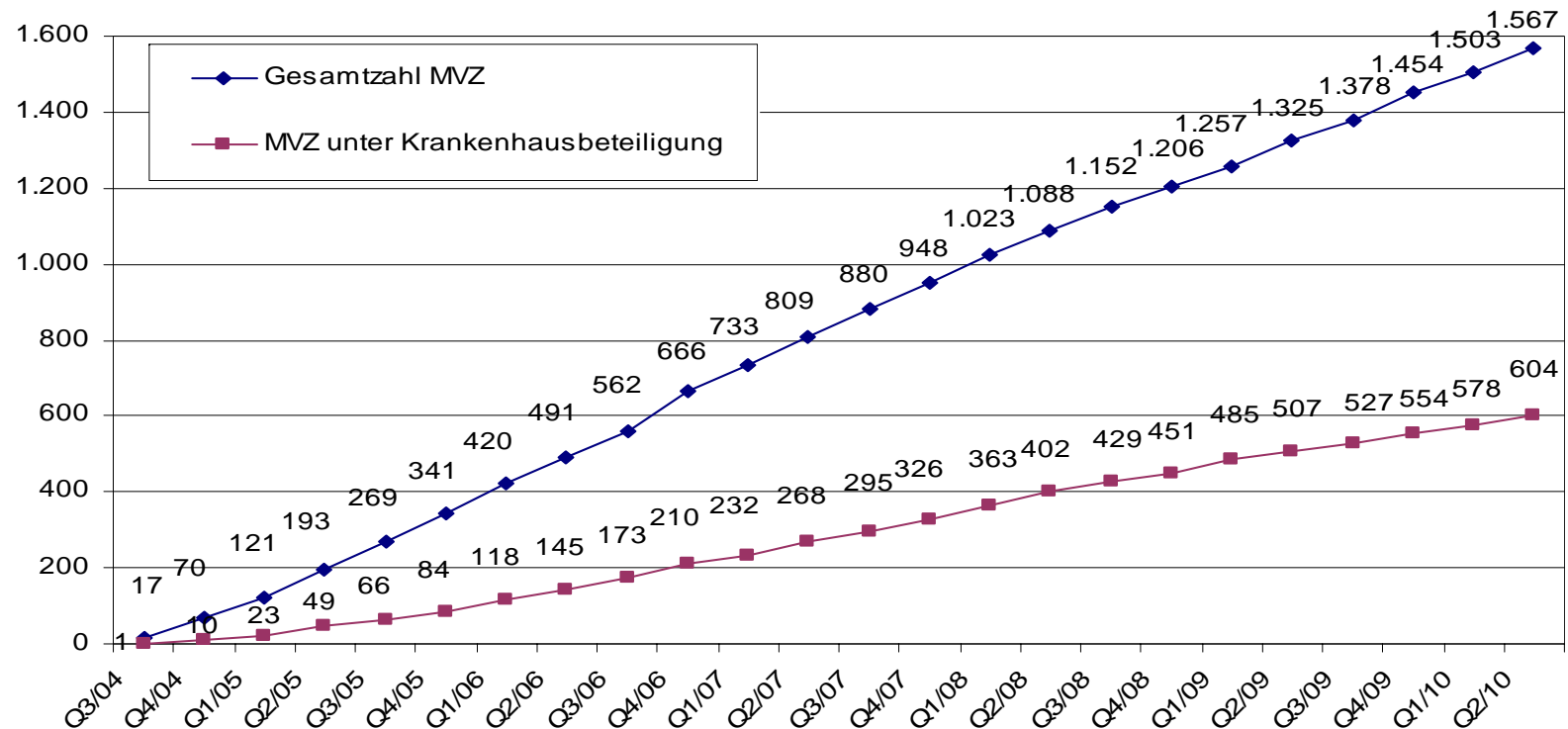


Quelle: DRG-Statistik (2008)

## 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 2011.

## Räumliche Ansiedlung medizinischer Versorgungszentren

<b>Regionaltyp</b>	<b>Einwohnerzahl</b>	<b>Einwohnerdichte in Einw./km<sup>2</sup></b>	<b>Anteil an MVZ- Gesamtzahl</b>
ländlich	unter 50.000	unter 100	41,1%
halbstädtisch	mindestens 50.000	100 - 500	2,9%
städtisch	über 50.000	über 500	56,0%

Quelle Kassenärztliche Bundesvereinigung 2011.

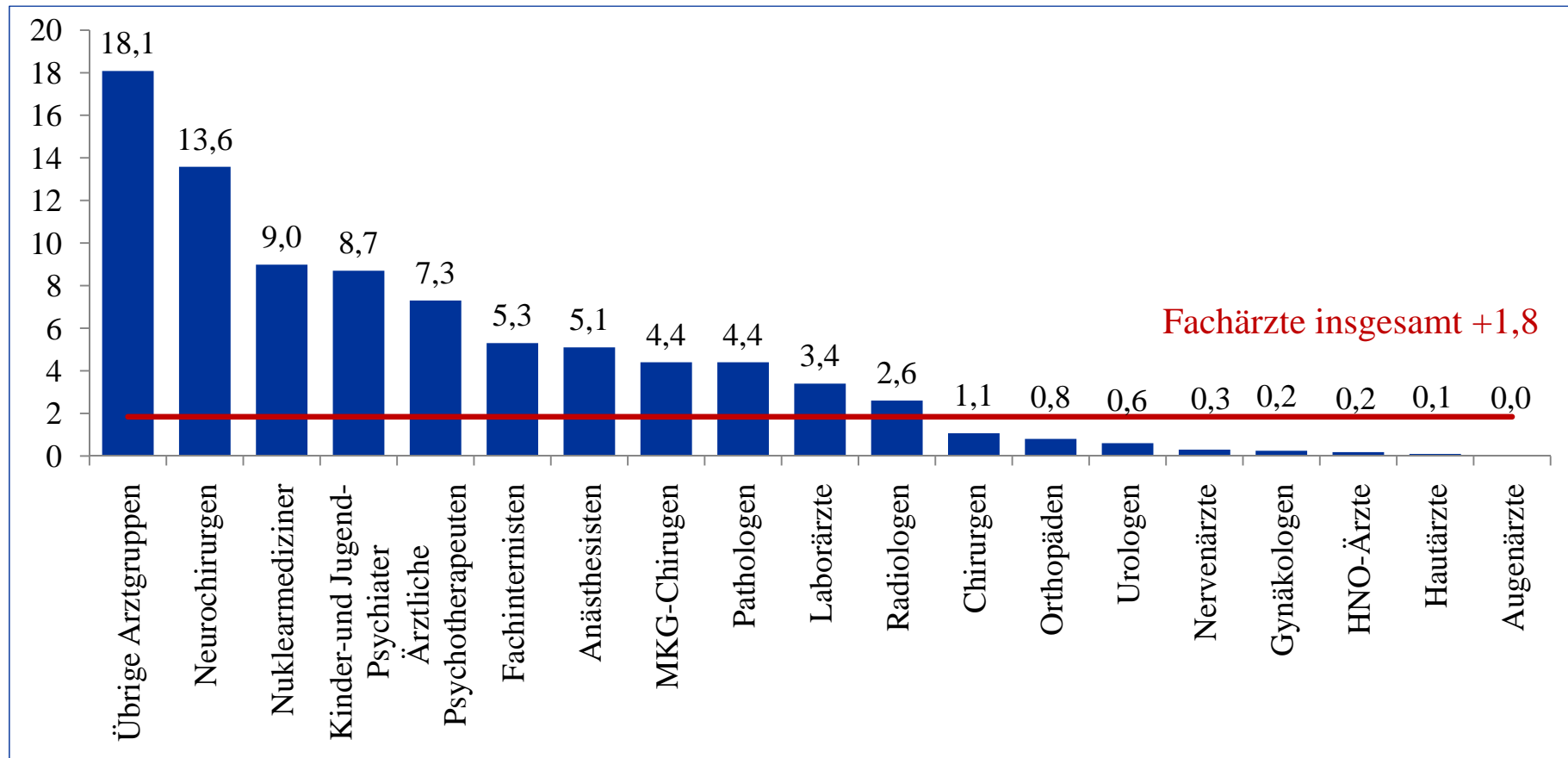
## Möglichkeiten niedergelassener Fachärzte zur Positionierung an der Schnittstelle zum stationären Sektor

- 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

## **Voraussetzungen für einen funktionsfähigen Wettbewerb zwischen niedergelassenen Fachärzten und Krankenhäusern**

- Für niedergelassene Fachärzte und Krankenhäuser gleiche
  - Leistungsdefinitionen,
  - Qualitätssicherung,
  - Zugangsmöglichkeiten zu neuen Behandlungsmethoden,
  - Preise von veranlassten Leistungen, z.B. Arzneimitteln,
  - Vergütung einschließlich Investitionsfinanzierung,
  - Regulierungen, wie z.B. Mindestmengen, Mengenbegrenzungen (Regelleistungsvolumina) und Bedarfsplanung mit gesperrten Bereichen

## Jährliche Wachstumsraten der niedergelassenen Fachärzte zwischen 1996 und 2009 (in %)



Fachinternisten inkl. Lungenärzte; Quelle: Werte für 1996 bei der KBV erfragt; Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2010)

## Empfehlungen für einen funktionsfähigen Wettbewerb an den Schnittstellen der Leistungssektoren (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 , aber auch keine Einengung des Vergütungsspielraumes (§ 73 b SGB V)
- Stärker sektorübergreifende Ausrichtung des § 140 a-d SGB V und Integration der Disease Management Programme in diese besondere Versorgungsform
- Keine Einschränkung von Trägerschaften und Organisationsformen bei medizinischen Versorgungszentren
- Öffnung der selektiven Verträge für alle Leistungserbringer, auch wenn sie keine Zulassung besitzen, aber die geforderten Kriterien erfüllen

## Empfehlungen für einen funktionsfähigen Wettbewerb an den Schnittstellen der Leistungssektoren (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 Gestaltungsspielräume für Krankenkassen und Leistungserbringer
- Ordnungspolitische Leitlinie: Verbesserung der Rahmenbedingungen für ergebnisoffene Wettbewerbs- und insbesondere dezentrale Suchprozesse