

Mandantenbrief

Delphi V - Perspektive 2020 - Gesundheit als Chance!

Seit 1994 liefert Janssen-Cilag mit der [Delphi-Studienreihe](#) Impulse für die Diskussion um die Zukunft des deutschen Gesundheitswesens. Im Mittelpunkt der fünften Delphi-Studie stand die Frage, wie das Gesundheitswesen im Jahr 2020 aussehen soll. Welche Weichen müssen heute gestellt werden, um morgen eine finanzierbare und optimal auf die Bedürfnisse der Versicherten zugeschnittene Gesundheitsversorgung zu ermöglichen?

Unter Mitwirkung eines unabhängigen [Expertenbeirats](#) wurden zunächst drei alternative Zukunftsszenarien für ein Gesundheitssystem 2020 entwickelt. Jedes dieser Szenarien ist von einer Leitidee geprägt. Welche Auswirkungen diese auf zentrale Bereiche des Gesundheitswesens haben wird, geht aus der Szenariobeschreibung hervor. Den Auftakt bildete ein [Ideenwettbewerb](#) unter Nachwuchswissenschaftlern, dessen Ergebnisse in die Gestaltung der Zukunftsszenarien mit eingeflossen sind.

In der zweiten Phase wurden die Zukunftsszenarien in einer Serie von Workshops gründlich analysiert und aus unterschiedlichen fachlichen Perspektiven begutachtet. Beteiligt waren rund 60 Fachleute aus verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens und Patientenorganisationen. Im Anschluss stellten sich die Szenarien der Bewertung durch die Bevölkerung, die zu den zentralen Handlungsoptionen befragt wurde.

Wissenschaftlich konzipiert und betreut wurde die Studie von Prof. Dr. Jürgen Wasem, Universität Duisburg-Essen, und Hans-Dieter Nolting, IGES Institut Berlin

Szenario A: Das ärztliche Gesundheitshaus empfängt und steuert die integrierte Versorgung

In diesem Szenario kommt den niedergelassenen Ärzten, der so genannten Primärversorgung eine zentrale Rolle zu. Es haben sich bundesweit "Primärversorgungszentren" (PVZ) entwickelt, die die gesamte medizinische Versorgung koordinieren und steuern. Sie bilden eine zentrale Anlaufstelle für Patienten und koordinieren die weitere Versorgung durch Fachärzte oder das Krankenhaus. Jeder Versicherte hat die Wahl zwischen der medizinischen Versorgung durch solch ein PVZ oder der herkömmlichen Behandlung durch einzelne Arztpraxen. Wer sich für ein PVZ entscheidet, zahlt geringere Beiträge zur Krankenversicherung, als bei der herkömmlichen Versorgungsform. 2020 hat sich ein großer Teil der Versicherten an seinem Wohnort bei einem PVZ eingeschrieben.

Die niedrigeren Beiträge bei der Versorgung sind möglich, weil die PVZ die komplette Budgetverantwortung für die gesundheitliche Versorgung der eingeschriebenen Versicherten übernehmen. Sie erhalten damit sowohl einen Anreiz als auch die erforderlichen Spielräume, um die Versorgung möglichst effizient zu gestalten. Die erzielten Einsparungen werden zwischen Leistungsanbietern (Ärzten, Krankenhäusern etc.) und Krankenkassen geteilt. Die Krankenkassen geben die geringeren Kosten in Form von niedrigeren Beiträgen an die Versicherten dieser Tarife weiter.

Die Beiträge der gesetzlich Versicherten werden weiterhin einkommensabhängig erhoben und es gibt wie 2009 eingeführt einen Gesundheitsfonds. Das bedeutet: Wer ein hohes Einkommen hat, muss mehr an den Gesundheitsfonds zahlen. Die Arbeitgeber tragen ungefähr die Hälfte des Beitrags.

Neben diesem Beitrag erheben alle Krankenkassen einen so genannten Zusatzbeitrag, den jedes Mitglied alleine - ohne Beteiligung der Arbeitgeber - bezahlen muss. Der Zusatzbeitrag ist unabhängig vom Einkommen für alle Kassenmitglieder gleich. Wer sich für die Versorgung durch ein PVZ entscheidet, zahlt allerdings einen niedrigeren Zusatzbeitrag als jemand, der sich für die herkömmliche Versorgung entscheidet.

Es gibt einen gesetzlich vorgegebenen Finanzausgleich unter den Versicherungen, der den Mehraufwand für Kranke bzw. Versicherte mit erhöhtem Risiko ausgleichen soll.

Die private Krankenversicherung besteht in der bisherigen Form.

Ein großer Teil der Versicherten hat sich an seinem Wohnort bei einem so genannten "Primärversorgungszentrum" (PVZ) eingeschrieben, das die gesamte medizinische Versorgung koordiniert und steuert. Dieses Modell der "Primärversorgungszentren mit übergreifender Budgetverantwortung" setzte sich im Markt am stärksten durch, da es mit dieser Struktur am besten gelungen war, die Ausgabenentwicklung zu kontrollieren. Bei den PVZ handelt es sich um größere medizinische Einrichtungen, in denen mehrere Hausärzte und alle wichtigen Facharztgruppen (Frauenärzte, Orthopäden, Hautärzte, HNO-Ärzte, Kardiologen usw.) vertreten sind. In einem PVZ wird die Versorgung der Patienten und die Zusammenarbeit aller beteiligten Ärzte und Krankenhäuser genau durchgeplant.

Neben der PVZ-Versorgung gibt es auch noch die herkömmliche Regelversorgung mit niedergelassenen Ärzten. Die Arztpraxen sind normalerweise eigenständige Betriebe, die zwar bei einzelnen Patienten zusammen arbeiten, aber im Prinzip unabhängig voneinander sind.

Die PVZ stehen untereinander und auch mit den Arztpraxen in der herkömmlichen Versorgung im Wettbewerb. Wenn Patienten unzufrieden sind, können sie nach Ablauf einer vereinbarten Bindungsfrist das PVZ verlassen.

Das Verfahren zur Bewertung der Leistungen, auf die gesetzlich Versicherte einen Anspruch haben, hat sich nicht wesentlich verändert. Bei der Entscheidung, welche Innovationen von der gesetzlichen Krankenversicherung werden, wurde formal der ambulante Sektor (niedergelassene Ärzte) dem stationären (Krankenhaus) gleichgestellt. D.h. in beiden Sektoren gilt ein gesetzlicher Verbotsvorbehalt (was nicht verboten ist, ist erlaubt). Tendenziell hat sich daher der Leistungskatalog in der herkömmlichen Regelversorgung im ambulanten Bereich erweitert.

Da eine Vielzahl von Versicherten in Versorgungsmodelle (PVZ) eingeschrieben ist, hat allerdings die Bewertung der Leistungen und von Arzneimittelinnovationen durch das PVZ selbst sehr an Gewicht gewonnen. Besonders bei sehr teuren Behandlungsmethoden oder Medikamenten prüfen die PVZ genau, ob ein weniger aufwendiges Verfahren nicht zum gleichen medizinischen Ergebnis führt. Die sehr teuren Behandlungsmethoden werden demnach nur dann eingesetzt, wenn der Nutzen nach Einschätzung des PVZ tatsächlich sehr groß ist.

Gesetzlich Krankenversicherte haben die Wahl zwischen der herkömmlichen Regelversorgung und der stärker integrierten und gesteuerten Versorgung durch die Primärversorgungszentren (PVZ). Wer die PVZ-Versorgung wählt, profitiert von niedrigeren Beiträgen zur Krankenversicherung. Qualitätsbezogene Informationen über Leistungsanbieter ermöglichen den Versicherten eine gezielte Wahl der Versorgungsform bzw. der damit verbundenen Leistungsanbieter.

Bei der herkömmlichen Regelversorgung können die Versicherten unter den Arztpraxen frei auswählen und den Arzt jederzeit wechseln. Wenn man krank wird, sucht man seinen Hausarzt auf, kann aber auch direkt zu einem Facharzt gehen.

Die Primärversorgungszentren (PVZ) und andere Leistungsanbieter können direkt mit den Arzneimittelherstellern über Preise und Abnahmemengen verhandeln und Verträge schließen. Zwar bleiben auch die Kassen Vertragspartner der Industrie, faktisch sind jedoch die PVZ, insbesondere bei innovativen Arzneimitteln, die ausschlaggebenden Akteure. Daneben wurde der Arzneimittelbereich dereguliert: Beispielsweise wurden die arztindividuellen Arzneimittelbudgets bzw. Richtgrößen sowie die Bonus-Malus-Regelung abgeschafft.



Szenario B: Das staatliche Gesundheitshaus bietet bewährten Standard und wählbare Extras

Das deutsche Gesundheitswesen zeichnet sich durch eine für alle Bürger verpflichtende gleiche Grundversorgung im so genannten "Gemeinschaftstarif" (GT) aus. Die Trennung zwischen privater und gesetzlicher Krankenversicherung wurde abgeschafft. Für ehemals privat Versicherte gibt es eine Übergangsregelung.

Der GT wird von den früheren gesetzlichen Krankenkassen angeboten. Die medizinische Versorgung im GT basiert auf wissenschaftlich gesicherten Grundlagen.

Eine neue Behandlungsmethode wird nur in den GT aufgenommen, wenn wissenschaftlich zweifelsfrei erwiesen ist, dass sie den bestehenden Behandlungsmethoden überlegen ist. Außerdem dürfen die zusätzlichen Kosten für die neue Methode einen gesetzlich festgelegten Schwellenwert (Kosten im Verhältnis zum Nutzen) nicht übersteigen. Grundsätzlich gilt - auch im Krankenhaus-Sektor - der gesetzliche Erlaubnisvorbehalt (alles was nicht erlaubt ist, ist verboten).

Die 2008 bestehenden wettbewerblichen Elemente (selektive Vertragsabschlüsse, z.B. Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung und Arzneimittelrabattverträge) wurden zurückgefahren. Die gesetzlichen Krankenkassen stehen zwar noch im Wettbewerb zueinander, da die Versicherten ihre Kasse weiterhin frei wählen können. Allerdings können sich die Krankenkassen nicht mehr durch individuelle Versorgungsangebote differenzieren.

Wer möchte, kann ergänzend zum GT einen so genannten Individualtarif (IT) der privaten Krankenversicherung abschließen. Hier können über den GT hinausgehende Leistungen - insbesondere auch die Erstattung neuer medizinischer Technologien, die nicht oder noch nicht im GT erstattungsfähig sind - abgesichert werden. Der Abschluss von ergänzenden Individualversicherungen wird vom Staat finanziell gefördert.

Insgesamt hat sich ein System entwickelt, in dem mit zwei Geschwindigkeiten gefahren wird: Auf der einen Seite ein sich eher langsam in die Zukunft bewegender Gemeinschaftstarif, in den die Innovationen nur langsam diffundieren. Auf der anderen Seite ein sehr dynamischer und liberalisierter Individualversicherungsbereich.

Alle Bürger sind im Gemeinschaftstarif (GT) der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert. Der GT er-

hebt seine Beiträge einkommensabhängig und wird bei Arbeitnehmern weiterhin fast zur Hälfte von den Arbeitgebern bezahlt. Der Individualtarif wird alleine vom Versicherten getragen, aber steuerlich gefördert. Die GKV besitzt nur geringe Differenzierungsmöglichkeiten - der Wettbewerb konzentriert sich im Wesentlichen auf Kundenorientierung und Betriebskostenmanagement.

Die private Krankenversicherung (PKV) hat wegen der allgemeinen Versicherungspflicht ihren Vollversicherungsbereich verloren; für PKV-"Alt"-Versicherte wurden Übergangsregelungen getroffen. Individuelle Zusatzleistungen können nur durch die PKV mit so genannten Individualtarifen (IT) abgesichert werden, die GKV darf diesen Bereich nicht bedienen. Für den IT sind die Versicherungsprämien abhängig vom Umfang der versicherten Leistung zu zahlen; Arbeitgeber beteiligen sich nicht.

Falls ein im GT versicherter Patient eine nicht erstattungsfähige Leistung in Anspruch nehmen will, so wird ihm zumindest der Betrag erstattet, den die notwendige Versorgung im Gemeinschaftstarif kosten würde (Festzuschüsse).

Der Gemeinschaftstarif (GT) ist kollektivvertraglich organisiert. Das heißt, die Krankenkassen schließen mit der Gemeinschaft aller Leistungsanbieter (Ärzte, Krankenhäuser etc.) einheitliche Verträge. Die Möglichkeiten des individuellen Vertragswettbewerbs wurden zurückgenommen. Im Bereich der Individualtarife (IT) der privaten Krankenversicherung können hingegen mit ausgewählten Leistungsanbietern Verträge geschlossen werden. Der Gesetzgeber gibt Qualitätsrichtlinien vor und das Institut IQWiG überwacht die Qualität der Leistungen durch engmaschige und regelmäßige Kontrollen.

Die einzelnen Krankenkassen versuchen trotz Wegfall der selektiven Vertragsmöglichkeiten die Versorgung ihrer Versicherten durch so genannte Disease Management Programme (DMP) zur Versorgungssteuerung und andere Strukturverträge zu verbessern. Diese Programme ermöglichen es den Einzelkassen, die Qualität und Effizienz des Versorgungssystems zu optimieren.

In den Gemeinschaftstarif (GT) gelangen nur solche Innovationen, deren Kosten-Nutzen-Verhältnis einen bestimmten Schwellenwert nicht überschreitet. Je nach Schwere der betreffenden Krankheit sind unterschiedliche Schwellenwerte von Zusatzkosten zu Zusatznutzen festgesetzt. Die Methoden der Kosten-Nutzen-Bewertung sowie das Verfahren zur Festlegung der indikationsbezogenen Schwellenwerte ist durch den Gesetzgeber vorgegeben und wird durch den nun hauptamtlich besetzten Gemeinsamen Bundesausschuss umgesetzt.

Jeder Versicherte kann seinen Arzt und das Krankenhaus frei wählen. Die Qualität der Leistungen wird durch engmaschige und regelmäßige Kontrollen durch das Institut IQWiG überwacht und veröffentlicht. Verbraucherverbände bieten auf dieser Basis eigene Informationen zu den verfügbaren Tarifen und Leistungen an. Damit ist die Qualität der Leistungen für den Versicherten vollkommen transparent.

Um im Gemeinschaftstarif (GT) voll erstattet zu werden, müssen Arzneimittel das gesetzlich festgelegte Wirtschaftlichkeitskriterium erfüllen. Überschreiten die Kosten eines Arzneimittels dieses Kriterium, so wird die Kostenübernahme auf einen "Festzuschuss" in Höhe der Behandlungskosten im Gemeinschaftstarif begrenzt. Der Zugang zu Innovationen lässt sich durch entsprechende Individualtarife (IT) versichern.

Die pharmazeutische Industrie entscheidet heute schon in einem frühen Stadium der Produktentwicklung, ob dieses für den GT oder den IT vorgesehen ist. Preisbildung, Produktinformation und Vertrieb unterscheiden sich somit grundlegend zwischen den beiden Tarifen und den damit verbunden Versicherungssystemen.



Szenario C: Das Private Gesundheitshaus bedient Kunden mit individuellen Angeboten

Im Jahr 2020 ist das deutsche Gesundheitswesen weitgehend liberalisiert. Die frühere Trennung zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung wurde abgeschafft. Der Staat legt nicht mehr wie bisher im Einzelnen fest, welche medizinischen Behandlungen, Untersuchungen und Arzneimittel von den Krankenversicherungen bezahlt werden müssen. Es gibt lediglich die allgemeine gesetzliche Pflicht, alle medizinisch notwendigen Behandlungen zu bezahlen.

Die Versicherungen sind darüber hinaus sehr frei und können sehr unterschiedliche Versicherungsangebote erstellen. Sie orientieren sich dabei an den Wünschen und dem Bedarf der Versicherten. Die Versicherungen bieten unterschiedliche Tarife an, unter denen die Kunden wählen können: Neben dem "Durchschnittstarif" gibt es z.B. Angebote, bei denen alle kostensparenden Möglichkeiten genutzt werden und die daher billiger sind. Genauso gibt es auch

teurere Angebote mit einem umfassenderen Leistungsspektrum.

Die Krankenversicherungen schließen individuelle Verträge mit ausgewählten Ärzten, Krankenhäusern und sonstigen Beteiligten an der medizinischen Versorgung. Je nach gewähltem Versicherungstarif hat der Versicherte daher eine unterschiedlich große Auswahl unter den Ärzten und Krankenhäusern. Auch die Ärzte sind bei der Therapie mehr oder weniger stark an Vorgaben der Krankenversicherungen gebunden.

Die Versicherten können die Krankenversicherung und auch den gewählten Tarif jederzeit wechseln. Es gibt einen gesetzlich vorgegebenen Finanzausgleich unter den Versicherungen (Morbi-RSA), der sichergestellt, dass die Patienten keine Nachteile haben, wenn sie ihre Krankenversicherung wechseln wollen. Mit dem Morbi-RSA wird der Mehraufwand für die Therapie von Kranken bzw. Versicherten mit erhöhtem gesundheitlichen Risiko adäquat ausgeglichen.

Das Gesundheitssystem wurde weitgehend dereguliert und die Strukturen der bisherigen gesetzlichen Krankenversicherung in einen privatwirtschaftlichen Rahmen überführt. Eine allgemeine Versicherungspflicht wurde eingeführt. Im Gegenzug sind die Versicherungen verpflichtet, jeden Interessenten aufzunehmen.

Alle Erwachsenen müssen für die Krankenversicherung einen risikounabhängigen Pauschalbeitrag zahlen. Diese Regel schließt auch heute noch beitragsfrei mitversicherte Ehepartner mit ein. Die Beiträge für Kinder werden grundsätzlich vom Staat übernommen. Die Höhe des Beitrags hängt nicht wie heute vom Einkommen, sondern vom gewählten Leistungsumfang des Tarifs ab. Erwachsene mit geringem Einkommen erhalten vom Staat einen Zuschuss. Der Gesetzgeber hat sowohl eine minimale Selbstbeteiligung des Versicherten und auch den maximal frei-

willigen Selbstbehalt vorgegeben, um Unterversicherung zu vermeiden.

Die Gemeinschaftsverträge von Krankenkassen mit allen Leistungsanbietern (Ärzten, Krankenhäusern etc.) wurden gänzlich aufgehoben und Vertragsfreiheit eingeführt. Damit ein Mindestmaß an Struktur- und Ergebnisqualität sichergestellt ist, müssen die Leistungsanbieter akkreditiert sein. Durch die Aufhebung dieser kollektiven Strukturen hat sich im fachärztlichen und stationären Bereich ein intensiver Wettbewerb entwickelt. Fachärzte sind überwiegend direkt am Krankenhaus ambulant tätig oder über Medizinische Versorgungszentren (MVZ) diesen angegliedert. Hausärzte agieren in der Regel unabhängiger, sind aber über Managementgesellschaften oder Hausarztketten organisiert.

Die Versicherungsunternehmen sind verpflichtet, bei Krankheiten, Unfällen und Schwangerschaft dem Versicherten die Kosten der medizinisch notwendigen, wirtschaftlichen und von der Schulmedizin überwiegend anerkannten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zu erstatten. Die Versicherungsunternehmen können Managed-Care Tarife anbieten, in denen sie die Versicherten an bestimmte Versorgungsprozesse binden. Auch ist es Ihnen gestattet, die Notwendigkeit der Leistungserbringung z.B. durch Genehmigungs- oder Zweitmeinungsvorbehalte im Vorhinein abzusichern.

Die Versicherten und Verbraucherorganisationen erhalten verbesserte Informationen über Leistungsanbieter und Versicherungen. "Stiftung Warentest" und andere Medien geben den Bürgern einen Überblick, indem sie regelmäßig Vergleiche aller angebotenen Versicherungstarife durchführen. Neben dem Einzelvertrag ist es durch die Einführung der Pauschalprämie erstmals möglich, als Gruppe gemeinschaftlich Versiche-

rungspakete einzukaufen. Organisationen, die solche Gruppenverträge abschließen, sind zum Beispiel große Arbeitgeber, Gewerkschaften, Vereine, Patientenorganisationen oder auch die Kirche.

Grundsätzlich sind alle Arzneimittel, wenn sie medizinisch notwendig, schulmedizinisch anerkannt und wirtschaftlich sind, durch die Versicherungen zu erstatten. Darüber hinaus haben die Versicherungen für die Erstattung innovativer und kostenintensiver Arzneimittel eigene Genehmigungsverfahren entwickelt. Diese bilden die Grundlage für eine mögliche Kostenübernahme, die je nach Tarif unterschiedlich erfolgt. In Folge dessen haben sich die Preis-Strategien der Arzneimittelhersteller sehr verändert, da die Preisgestaltung vornehmlich dezentral und im Rahmen von Verhandlungen mit Versicherungen stattfindet.



Quelle: www.janssen-cilag.de