



FORSCHUNGSBERICHTE DES
INSTITUTS FÜR GESUNDHEITSÖKONOMIE UND KLINI-
SCHE EPIDEMIOLOGIE DER UNIVERSITÄT ZU KÖLN



STUDIEN ZU GESUNDHEIT, MEDIZIN UND GESELLSCHAFT

NR. 01/ 2010 VOM 14.05.2010 *** ISSN 1862-7412 *** WWW.IGKE.DE/SGMG

Beiträge zur

7. Kölner Ringvorlesung Gesundheitsökonomie: Das Verhältnis von GKV und PKV im Fokus von Reformen

Autoren: Referenten der 7. Kölner Ringvorlesung Gesundheitsökonomie

Korrespondierender Autor: markus.luengen@uk-koeln.de

Die Reihe „Studien zu Gesundheit, Medizin und Gesellschaft“ umfasst Arbeits- und Forschungsberichte des Instituts für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie der Universität zu Köln sowie kooperierender Wissenschaftler und Institutionen.

Die Berichte und weitere Informationen zu den Forschungsberichten können im Volltext abgerufen werden unter
<http://www.igke.de/SGMG>

Bitte zitieren Sie vorliegenden Bericht als

Beiträge zur 7. Kölner Ringvorlesung Gesundheitsökonomie Studien zu Gesundheit, Medizin und Gesellschaft 2010; Köln: Ausgabe 01/2010 vom 14.05.10
mit dem Titel des Vortrages und dem Namen des jeweiligen Referenten.

1 Einladung

7. Kölner Ringvorlesung „Gesundheitsökonomie“

Am Mittwoch, den 5. Mai 2010, findet im Forum der Uniklinik Köln, Gebäude 42, Joseph-Stelzmann-Str. 20, 50931 Köln, die 7. Kölner Ringvorlesung „Gesundheitsökonomie“ statt.

Das Thema lautet:

„DAS VERHÄLTNIS VON GKV UND PKV IM FOKUS VON REFORMEN“

Ziel des Symposiums ist es, die verschiedensten Aspekte der angestrebten Finanzierungsreform im Hinblick auf ihre Auswirkungen auf GKV und PKV aufzuzeigen. So würde eine einkommensunabhängige Pauschale nach Auffassung des PKV-Verbandes die Wettbewerbsposition der privaten Krankenkassen erheblich erschweren. Diese Auswirkungen gilt es zu analysieren. Dafür ist es auch wichtig die derzeitige Bedeutung des jeweiligen Versicherungszweiges für die Finanzierung einzelner Leistungssektoren (z.B. Uniklinika) zu kennen. Nach unserer Einschätzung wird am 5. Mai die Regierungskommission an der Arbeit sein, Ergebnisse dürften aber noch nicht vorliegen. Insoweit können von unserem Symposium, an dem erfahrungsgemäß viele Experten aus dem Gesundheitswesen teilnehmen, wertvolle Impulse für die Reformarbeit ausgehen.

Es konnten wieder hochkarätige ReferentInnen gewonnen werden, welche die Diskussion in Deutschland maßgeblich prägen:

Prof. Dr. med. Jörg Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer

Dr. Ulrich Orłowski, Abteilungsleiter Gesundheit im Bundesministerium für Gesundheit

Dr. Doris Pfeiffer, Vorstandsvorsitzende des Spitzenverbandes Bund

Dr. Volker Leienbach, Verbandsdirektor PKV

Dipl.-Volksw. Georg Baum, Hauptgeschäftsführer Dt. Krankenhausgesellschaft.

Diskussionen mit den ReferentInnen sind ausdrücklich vorgesehen.

Priv.-Doz. Dr. Markus Lungen

Prof. Dr. Eckart Fiedler

2 Liste der Referenten in alphabetischer Reihenfolge:

- **Dipl. Volkw. Georg Baum**, Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft
- **DR. MED. Peer Eysel**, stellv. Ärztlicher Direktor der UNIKLINIK KÖLN
- **PROF. DR. MED. ECKART FIEDLER**, IGKE Köln
- **DR. MED. JÖRG HOPPE**, Präsident der Bundesärztekammer
- **DR. Volker Leienbach**, Verbandsdirektor des PKV-Verbandes
- **PD DR. RER. POL. MARKUS LÜNGEN**, IGKE Köln
- **DR. RER. POL. DORIS PFEIFFER**, Vorstandsvorsitzende des Spitzenverbandes Bund

3 Vorträge

3.1 *DR. MED. JÖRG HOPPE*, Präsident der Bundesärztekammer



Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Gliederung

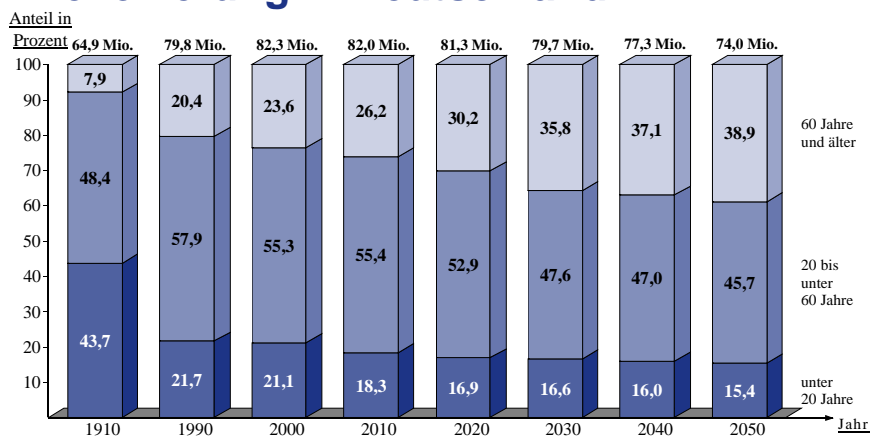
1. Demographischen Herausforderungen
2. Umgang mit Mittelknappheit
3. Vorschläge der Ärzteschaft zu Priorisierung

© Bundesärztekammer 2009



Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Entwicklung der Altersstruktur der Bevölkerung in Deutschland



© Bundesärztekammer 2009

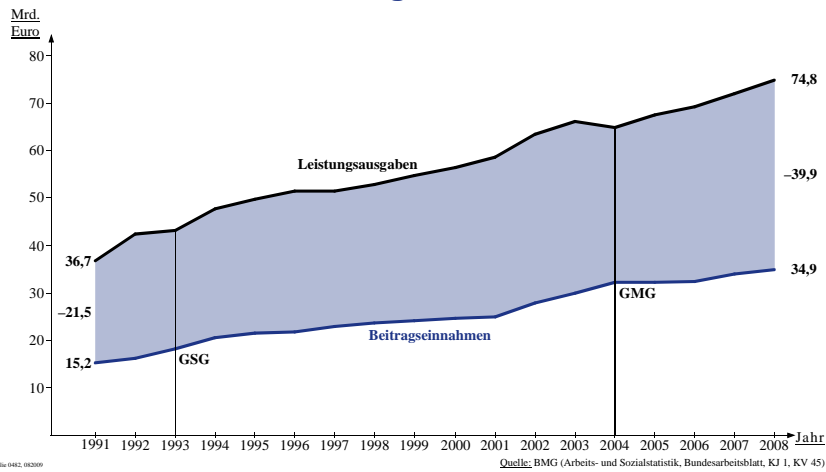
Folie 0481_08.2009

Quelle: Statistisches Bundesamt, 2010 bis 2050: 11. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung (Variante 1-W2)



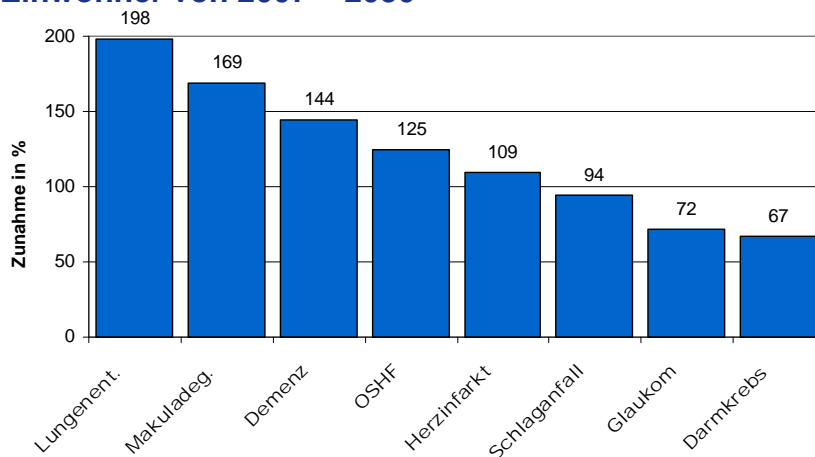
Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Beitragseinnahmen und Leistungsausgaben in der Krankenversicherung der Rentner



Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

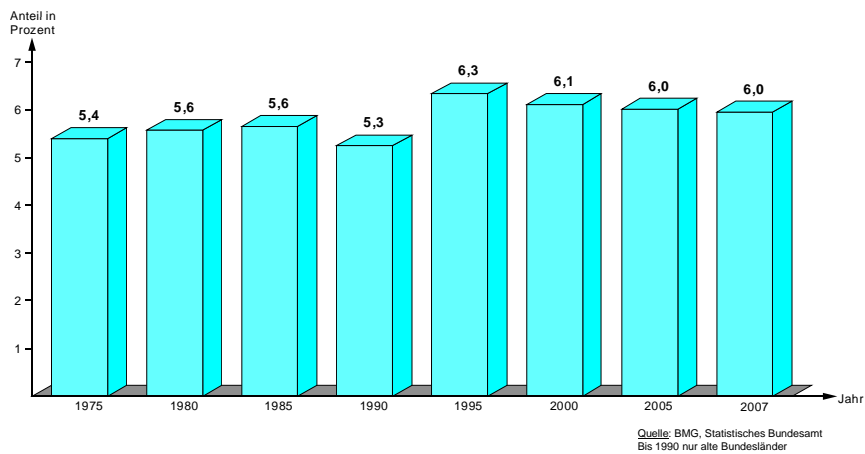
Prozentuale Zunahme Erkrankter pro 100.000 Einwohner von 2007 – 2050





Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Entwicklung des Anteils der GKV-Leistungsausgaben am Bruttoinlandsprodukt



Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Erhöhung der Mittel

- Für ca. 92 % der Bevölkerung stehen 6,4 % des BIP zur Finanzierung des GKV-Bereichs zur Verfügung.

Problem

- Gesundheitswesen konkurriert mit anderen sozialstaatlichen Aufgaben.
- Erhöhung der GKV-Beiträge politisch schwer umsetzbar

© Bundesärztekammer 2009



Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Rationalisierung

Ziel:

- Ausschöpfen von Effizienz- und Produktivitätsreserven in der Gesundheitsversorgung
- Analyse von diagnostischen, therapeutischen Maßnahmen als auch organisatorischen, verwaltungstechnischen Abläufen
- Versorgungsniveau bei gleichem Mitteleinsatz erhöhen bzw. gleiches Versorgungsniveau mit weniger Mitteleinsatz realisieren

Problem:

- Wirtschaftlichkeitsreserven zu identifizieren, zu quantifizieren und zu verlagern

© Bundesärztekammer 2009



Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Kriterien zur Festlegung von Vorrangigkeit/Dringlichkeit

- (Lebens-)Bedrohlichkeit
- Leidensdruck einer Krankheit
- Gefährdung der Mitbevölkerung
- Dauer der Erkrankung
- Erfolgsaussichten
- Evidenzbasierung
- Wunschmedizin
- Patientenkomfort
- Wellness

© Bundesärztekammer 2009



Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Formen der Priorisierung

Vertikal:

Rangreihenherstellung innerhalb eines definierten Versorgungsbereichs (z. B. Herzerkrankungen, Impfungen)

Horizontal:

Vergleichende Gewichtung von Krankheitsgruppen, Versorgungszielen oder Versorgungsbereichen wie Prävention, Akut-Versorgung und Rehabilitation

© Bundesärztekammer 2009



Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Formen der Rationierung

harte Rationierung: Ressourcen nicht vermehrbar (z. B. Anzahl von Spenderorganen); Zukauf nicht möglich

weiche Rationierung: Ressourcenausweitung durch Zukauf möglich

heimliche Rationierung: ohne Transparenz Leistungen vorenthalten; barmherzige Lüge

offene Rationierung: transparent und nachvollziehbar

© Bundesärztekammer 2009



Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Empfehlungen der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer von 2007

- Vorlage von normativen Kriterien zur Priorisierung im Gesundheitswesen
- Vorschlag von Maßnahmen zur Etablierung eines dauerhaften Prozess in Gesundheitswesen
- Grundsätze:
 - ethisch-rechtlich vor wirtschaftlichen Maßstäben
 - Zugang zur Basisversorgung für die Gesamtbevölkerung
- Unterscheidung zwischen **formalen** und **inhaltlichen** Kriterien bei Prioritätensetzung
- Nachlesbar unter: www.zentrale-ethikkommission.de/

© Bundesärztekammer 2009



Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Formale Kriterien

- Transparenz
- Begründung
- Konsistenz
- Legitimität
- Offenlegung und Ausgleich von Interessenkonflikten
- Wirksamer Rechtsschutz
- Regulierung
- Partizipationsmöglichkeiten

© Bundesärztekammer 2009

(ZEKO, 2007)



Inhaltliche Kriterien

- **Medizinische Bedürftigkeit**

- **1. Stufe:** Lebensschutz und Schutz vor schwerem Leid und Schmerzen.
- **2. Stufe:** Schutz vor dem Ausfall oder der Beeinträchtigung wesentlicher Organe und Körperfunktionen.
- **3. Stufe:** Schutz vor weniger schwerwiegenden oder nur vorübergehenden Beeinträchtigungen des Wohlbefindens.
- **4. Stufe:** Verbesserung und Stärkung von Körperfunktionen

→ Auf der ersten wie zweiten Stufen ist eine Differenzierung nach Art und Umfang des Versicherungsschutzes oder der Zahlungsfähigkeit ausgeschlossen.

(ZEKO, 2007)



Leitfaden zur Priorisierung bei klinischen Maßnahmen in Schweden

| Priorisierungsgruppen | Versorgungsbereich (Quelle: SOU 1995:5; S. 103) |
|-----------------------|--|
| I A | Versorgung von lebensbedrohlichen Erkrankungen und Erkrankungen, die unbehandelt zu permanenter Behinderung oder vorzeitigem Tod führen. |
| I B | Versorgung von schwer chronischen Erkrankungen. Palliative Versorgung. Versorgung von Menschen mit eingeschränkter Autonomie |
| II | Individualisierte Prävention in Kontakten mit medizinischen Diensten. Rehabilitation |
| III | Versorgung von weniger schweren akuten und chronischen Erkrankungen |
| IV | Grenzfälle |
| V | Versorgung aus anderen Gründen als Erkrankungen oder Verletzungen |



Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Vorbereitung von Priorisierungsentscheidungen

Vorschlag der Ärzteschaft:

unabhängiger, interdisziplinärer
Gesundheitsrat

© Bundesärztekammer 2009



Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Mögliche Ziele eines Gesundheitsrates

1. Unterversorgung vermeiden
2. Regionale Unterschiede vermeiden
3. Wartelisten vermeiden
4. Ungleichheiten beim Zugang zu Gesundheitsleistungen vermeiden

© Bundesärztekammer 2009



Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Aufgaben eines Gesundheitsrates

1. Vorbereitung von Priorisierungsentscheidungen im vorpolitischen Raum zu aktuellen bzw. drohenden defizitären Versorgungsbereichen (ganzheitliche Betrachtung)
2. Folgenabschätzung von Priorisierungsentscheidungen
3. Beratung des Gesetzgebers
4. Benennung von Themen für Versorgungsforschung

Zielgruppe des Gesundheitsrat ist daher

- Makroebene (Gesetzgeber)
- Mesoebene (Selbstverwaltung)

© Bundesärztekammer 2009



Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Zusammensetzung des Gesundheitsrates

- Epidemiologie
- Gesundheitsökonomie
- Sozialwissenschaft
- Medizin
- Pflegeberufe
- Rechtswissenschaften
- Ethik
- unter Hinzuziehung von Patientenvertretern

© Bundesärztekammer 2009



Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Fazit

Priorisierungsdebatte

- erzwingt den öffentlichen Diskurs zum Umgang mit Mittelknappheit im Gesundheitswesen
- erleichtert Entscheidungen auf Mikroebene

3.2 DR. RER. POL. DORIS PFEIFFER,

Vorstandsvorsitzende des Spitzenverbandes Bund

Uniklinik Köln/IGKE: 7. Kölner Ringvorlesung „Gesundheitsökonomie“
Das Verhältnis von GKV und PKV im Fokus von Reformen

Zukunftsfähige Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung – Wohin geht die Reise?

Dr. Doris Pfeiffer
Vorsitzende des Vorstandes
GKV-Spitzenverband
5. Mai 2010, Köln

Zukunftsfähige Finanzierung der GKV – Wohin geht die Reise?

Agenda

- **Ausgangslage: Finanzlage verlangt Entscheidungen!**
- Handlungsoptionen I: Was kann kurzfristig geschehen?
- Handlungsoptionen II: Was ist mittelfristig zu tun?
- Ausblick: Reform auf Basis des Koalitionsvertrags?

Finanzprognosen



GKV-Schätzerkreis: Prognose für 2010

- Fondsvolumen: 171,1 Mrd. Euro
- Zuweisungen: 170,3 Mrd. Euro
- Ausgaben der GKV: 173,4 Mrd. Euro
- Deckungslücke: **- 3,1 Mrd. Euro**
- Fondsdeckung: 98,2%
- Ø Zusatzbeitrag: 4,90 € mtl.

(Quelle: GKV-Schätzerkreis, 28.4.2010)

Prognose für 2011?

- Dr. Gaßner, Bundesversicherungsamt:
Defizit zwischen **6,4 Mrd. und 15 Mrd. Euro** möglich!

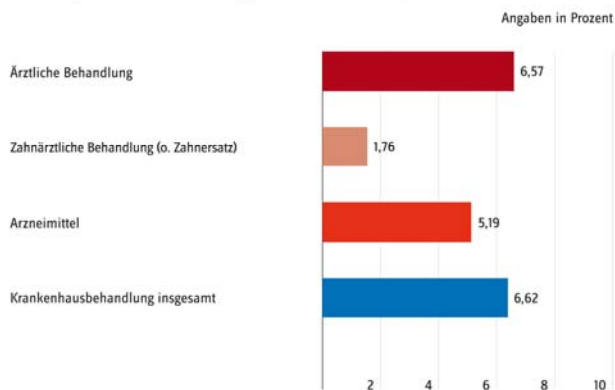
Dr. Doris Pfeiffer, Zukunftsfähige Finanzierung der GKV
Uniklinik Köln / IGKE, 7. Kölner Ringvorlesung, 5. Mai 2010

3

Ausgaben steigen ungebremst



Veränderungsraten der Leistungsausgaben
1. - 4. Quartal 2009 im Vergleich zum 1. - 4. Quartal 2008



**Zum Vergleich:
Veränderungsraten
der Einnahmenseite (in %)**

- Grundlohnsumme: **+ 0,6**
- Rentensumme: **+ 1,4**
- Beiträge für geringfügig Beschäftigte: **- 4,9**

(Quelle: GKV-Schätzerkreis,
9.12.2009)

Quelle: Amtliche Statistik KV45; Stand: 10. März 2010
Darstellung: GKV-Spitzenverband

Dr. Doris Pfeiffer, Zukunftsfähige Finanzierung der GKV
Uniklinik Köln / IGKE, 7. Kölner Ringvorlesung, 5. Mai 2010

4

Weitere Finanzrisiken für die Krankenkassen?



- ➔ Freiwillige finanzielle Hilfen der Kassenarten zur Haftungsprävention nach § 265b SGB V
- ➔ Finanzielle Hilfen via GKV-Spitzenverband zur Haftungsprävention nach § 265a SGB V
 - ➔ „Rettungsfusionen“
- ➔ Haftungsfälle bei Schließungen oder Insolvenzen von Krankenkassen

Haftung bei Schließung oder Insolvenz



Haftungskaskaden

- ➔ Sicherstellung der Erfüllung sämtlicher Verpflichtungen durch den GKV-Spitzenverband als jederzeit leistungsfähiger Haftungsträger

Insolvenz

Schließung

| | | |
|--|---|---|
| Versorgungs- verpflichtungen (insb. „Altlasten“) | – Übrige Kassen der Kassenart (bis 1,5% der Zuweisungen aus Gesundheitsfonds) – darüber hinaus Krankenkassen der anderen Kassenarten | – Übrige Kassen der Kassenart (bis 2,5% der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds) – darüber hinaus Krankenkassen der anderen Kassenarten |
| Neue Versorgungs- verpflichtungen ab 2010 | – Pensionssicherungsverein (PSV) | |
| Versicherte und Leistungserbringer | – Übrige Kassen der Kassenart (bis 1% der Zuweisungen aus Gesundheitsfonds) – darüber hinaus Krankenkassen der anderen Kassenarten | |
| Übrige Verpflichtungen | – Verteilungsregelung der Insolvenzordnung – Soweit ausreichend Vermögen der insolventen Krankenkasse vorhanden | |

Zukunftsfähige Finanzierung der GKV – Wohin geht die Reise?



Agenda

- Ausgangslage: Finanzlage verlangt Entscheidungen!
- **Handlungsoptionen I: Was kann kurzfristig geschehen?**
- Handlungsoptionen II: Was ist mittelfristig zu tun?
- Ausblick: Reform auf Basis des Koalitionsvertrags?

Kurzfristige Handlungsoptionen



Einnahmeseite

- Anhebung des allgemeinen Beitragssatzes?
- Erhöhung des Sonderbeitragssatzes von 0,9 Prozent?
- Änderung des regelmäßigen Bundeszuschusses?
- Gewährung einer außerordentlichen Bundesbeteiligung für 2011?
- Aufhebung/Anpassung der Härtefallklausel beim Zusatzbeitrag?

Ausgabenseite

- Umsetzung kurzfristiger Kostendämpfungsmaßnahmen?

Beispiele kurzfristiger Maßnahmen zur Ausgabenbegrenzung

| Stationäre Versorgung | Arzneimittelversorgung | Ambulante Versorgung |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anpassungen der Landesbasisfallwerte <ul style="list-style-type: none"> ▪ Absenkung jedes Landesbasisfallwerts um 60 Euro: 1 Mrd. Euro ▪ Kompensatorische Absenkung der Landesbasisfallwerte bei Casemix-Steigerungen: 800 Mio. Euro ▪ Symmetrische Ausgestaltung Regelung für Aufwands-pauschale bei Rechnungs-prüfung (§ 275 Abs. 1c SGB V): 100 Mio. Euro | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Erhöhung Abschlag für rx-Arzneimittel ohne Festbetrag (§ 130a Abs. 1 SGB V) auf 10 Prozent: 1,3 Mrd. Euro ▪ Erhöhung Abschlag für rx-Arzneimittel (§ 130 Abs. 1 SGB V): 60 Mio. Euro je 0,1 Euro Erhöhung ▪ Verringerung Apotheken-Fixzuschlag (§ 3 AMPreisV) auf 6,40 €: 1 Mrd. Euro ▪ Reduzierung Großhandelsmarge (§ 2 AMPreisV) um 40 Prozent: 500 Mio. Euro ▪ Anwendung reduzierter Mehrwertsteuersatz auf Arzneimittel (mit Preismoratorium): 2,7 Mrd. Euro | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nullrunde bei Zunahme der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung in 2010 und 2011 (§ 87 Abs. 2g SGB V; § 87a Abs. 4 SGB V): 1,3 Mrd. Euro ▪ Beschränkung Pflicht der Landesebene zur Vereinbarung von Punktwertzuschlägen bei bestimmten Leistungen (§ 87 Abs. 2f SGB V): 100 Mio. Euro ▪ Beibehaltung Mengenbegrenzung und -steuerung in der vertragsärztlichen Versorgung ▪ Bedarfsplanung: Steuerung der Unter- und Überversorgung (§ 87 Abs. 2e SGB V; § 105 Abs. 3 SGB V) |

Zukunftsfähige Finanzierung der GKV – Wohin geht die Reise?

Agenda

- ➔ Ausgangslage: Finanzlage verlangt Entscheidungen!
- ➔ Handlungsoptionen I: Was kann kurzfristig geschehen?
- ➔ **Handlungsoptionen II: Was ist mittelfristig zu tun?**
- ➔ Ausblick: Reform auf Basis des Koalitionsvertrags?

Ambulante Versorgung: Mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit



- Ordnungspolitischer Rahmen im ambulant ärztlichen Bereich grundsätzlich bewährt, Ausnahme: Hausärztliche Versorgung nach § 73b SGB V.
- Regionale Unterversorgung bleibt Herausforderung.
- Honorarreform der Ärzte anpassen:
 - Weitere Honorarsteigerungen sind nicht akzeptabel.
 - Bereits bestehende Honorarsteigerungen müssen sich in qualitativ besserer Versorgung niederschlagen.
- Doppel- / Mehrfach-Dynamisierungen (z. B: Upcoding-Effekt) sind abzulehnen.
- Mehr einzelvertragliche Möglichkeiten in der zahnmedizinischen Versorgung.

Krankenhaus: Stärkere Wettbewerbsorientierung



- Selektive Verträge für ein definiertes Spektrum ausgewählter Krankenhausleistungen.
- Qualitätsindikatoren müssen hierbei verpflichtend Vertragsgegenstand sein.
- Konzentration der Versorgung auf ausgewählte, qualitativ hochwertige Vertragspartner in Ballungszentren.
- Nutzenbewertung vor flächendeckender Einführung
 - zeitlich und örtlich begrenzte Einführung von Innovationen mit begleitender Evaluierung („Innovationszentren“)
 - Flächendeckende Erbringung nur bei Nutznachweis

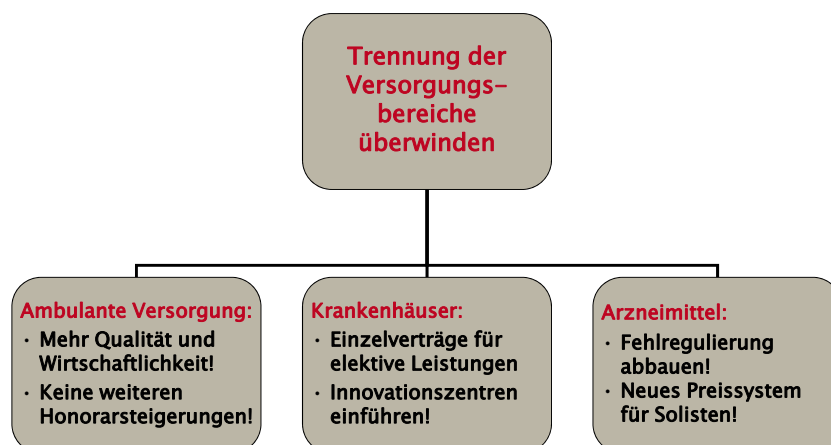
Arzneimittel: Arzneimittelpaket angekündigt



Angekündigte Maßnahmen im Arzneimittelbereich

- Preisverhandlungen bei patentgeschützten Arzneimitteln mit dem GKV-Spitzenverband
 - Nachweis des Zusatznutzen schon bei Markteinführung
 - Freie Preisfestsetzung durch Industrie im ersten Jahr
 - Preisfestsetzung durch Schiedskommission bei Nichteinigung
- Eingruppierung von Analogarzneimitteln in Festbetragssystem
- Weiterentwicklung der Rabattverträge
- Erhöhung Herstellerrabatt auf 16 % und Preismoratorium bis 2013

Herausforderungen auf einen Blick



Zukunftsfähige Finanzierung der GKV – Wohin geht die Reise?



Agenda

- Ausgangslage: Finanzlage verlangt Entscheidungen!
- Handlungsoptionen I: Was kann kurzfristig geschehen?
- Handlungsoptionen II: Was ist mittelfristig zu tun?
- **Ausblick: Reform auf Basis des Koalitionsvertrags?**

Getrennte Systeme – die ökonomische Sicht



Die derzeitige Segmentierung des Krankenversicherungssystems wirft Probleme in Bezug auf soziale Gerechtigkeit und Effizienz auf. „Privatversicherte sind im Durchschnitt sowohl gesünder als auch wohlhabender als Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung, und die Segmentierung führt zu einer weniger effizienten Verteilung der Risiken, was in höheren Sozialabgaben und letztlich auch einem geringeren Beschäftigungs- und Wirtschaftswachstum resultiert, mit negativen Auswirkungen für die Gesellschaft als Ganzes. [...] Die privaten Krankenkassen sollten in das neue Finanzierungssystem einbezogen werden.“

OECD: Policy Brief, April 2008, Wirtschaftsbericht Deutschland, Seite 11

Die Abschaffung der „historisch gewachsenen, jedoch angesichts der damit einhergehenden allokativen und distributiven Verwerfungen wenig sinnvollen und versicherungsökonomisch nicht begründbaren Trennung der Versichertenkreise“ ist geboten.

Sachverständigenrat für die Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung: Jahresgutachten 2008/09, Textziffer 678

Getrennte Systeme – auf dem Weg zur Konvergenz?



→ Wahltarife

- Kostenerstattung
- Selbstbehalt
- Nichtinanspruchnahme

→ Einkommensunabhängiger Zusatzbeitrag

→ Insolvenzfähigkeit

→ Basistarif

- Kontrahierungszwang
- einheitlicher Leistungskatalog
- Verzicht auf Risikozuschläge
- Risikoausgleich zw. Unternehmen

→ Partielle Portabilität der Rückstellungen

- partieller Wettbewerb

→ Ruf nach Sachleistungsprinzip

Seit 2004: Kooperationen zum Vertrieb von Zusatzkrankensicherungen

Getrennte Systeme – die Sicht der Koalition



Koalitionsvertrag:

- PKV ist konstitutives Element in einem freiheitlichen Gesundheitswesen
- Wahltarife der GKV werden „klarer ausgestaltet“
- Möglichkeiten der Zusammenarbeit bei Wahl- und Zusatzleistungen werden erweitert
- Jahresarbeitsentgeltgrenze: Wegfall der 3+1-Regel
- **Erhalt des dualen Systems bei
Stärkung der PKV als Vollversicherer**



Regierungskommission zur Finanzierungsreform



BM Dr. Philipp Rösler, Vorsitz



BM Dr. Thomas de Maizière



BM'in Sabine Leutheusser-Schnarrenberger



BM Dr. Wolfgang Schäuble



BM Rainer Brüderle



BM'in Dr. Ursula von der Leyen



BM'in Ilse Aigner



BM'in Dr. Kristina Schröder



Ulrike Flach MdB



Heinz Lanfermann MdB



Johannes Singhammer MdB



Jens Spahn MdB

Mitglieder

Ständige Gäste

- Regierungskommission zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung des Gesundheitswesens
- Auftrag: Umsetzung der Festlegungen des Koalitionsvertrags
- 17. März 2010: Konstituierung
- 21. April 2010: Festlegung Zeitplan, ggf. Bildung von Arbeitsgruppen
- Mai 2010: zwei weitere Sitzungen

Dr. Doris Pfeiffer, Zukunftsfähige Finanzierung der GKV
Uniklinik Köln / IGKE, 7. Kölner Ringvorlesung, 5. Mai 2010

19

Regierungskommission zur Finanzierungsreform



BM Dr. Philipp Rösler

„Am 24. Februar haben wir die Regierungskommission eingesetzt. Ihr Auftrag ist klar: Sie soll das umsetzen, was im Koalitionsvertrag steht.“

(Quelle: Westdeutsche Allgemeine Zeitung)

- Mehr Beitragsautonomie
- Regionale Differenzierungsmöglichkeiten
- Einkommensunabhängige Arbeitnehmerbeiträge mit Sozialausgleich
- Arbeitgeberanteil wird festgeschrieben
- **Reform tangiert unmittelbar Verhältnis GKV zu PKV, kann das Ziel „Erhalt duales System/Stärkung PKV“ konterkarieren**

Dr. Doris Pfeiffer, Zukunftsfähige Finanzierung der GKV
Uniklinik Köln / IGKE, 7. Kölner Ringvorlesung, 5. Mai 2010

20

Regierungskommission: Die Sicht der GKV



Kriterien für eine Finanzierungsreform

- Finanzielle Ergiebigkeit und Nachhaltigkeit
- Verteilungsgerechtigkeit
- Arbeitsmarktwirkungen
- Wettbewerbswirkungen im Krankenversicherungssystem
- Praktikabilität – politische Durchsetzbarkeit – juristische Machbarkeit

Notwendigkeiten für alle zukünftigen Reformschritte

- Berücksichtigung der Ausgaben- und Kostendynamik
- Sicherung der Versorgungsqualität
- Beibehaltung Sachleistungsprinzip

Allgemeine Anforderungen an gesundheitspolitische Reformen



- **Stärkung der wesentlichen Säulen der GKV:**
Solidarität, Sachleistung und Selbstverwaltung
- **Versorgungsniveau sichern:**
 - Qualitativ hochwertige am medizinischen Bedarf orientierte Gesundheitsversorgung zu angemessenen Beiträgen
 - Keine Begrenzung auf Grundversorgung und keine Rationierung von medizinisch notwendigen Leistungen!
- **Entscheidungen über Leistungsangebot weiterhin durch Selbstverwaltung in transparenten Verfahren treffen**

Quo Vadis, Frau Merkel?



„In dieser Legislaturperiode geht es um einen Einstieg in die stärkere Entkoppelung von den Lohnzusatzkosten. Wir werden in diesen vier Jahren evolutionäre und keine revolutionären Veränderungen vornehmen, unter einer Voraussetzung: der eines automatischen Sozialausgleichs, damit es gerecht zugeht.“

(„Sonntag aktuell“, 14. März 2010)

3.3 DR. MED. VOLKER LEIENBACH,

Verbandsdirektor des PKV-Verbandes



Dr. Volker Leienbach
 Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.

Das Verhältnis von GKV und PKV
 im Fokus von Reformen

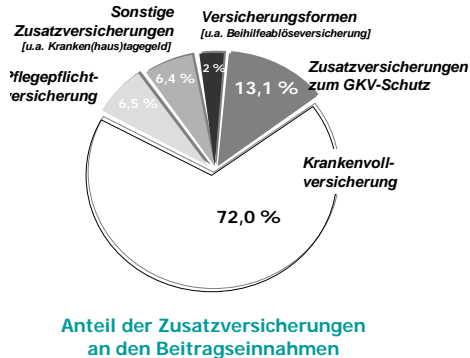
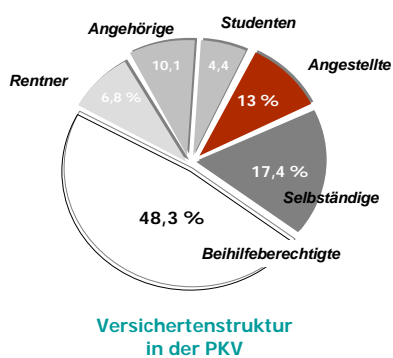
- Kapitaldeckung zur Zukunftssicherung!

7. Kölner Ringvorlesung Gesundheitsökonomie
 Köln, 05.05.2010

Die private Krankenversicherung
 Versicherten- und Beitragsstruktur in der PKV

Die Private Krankenversicherung (2009)

Krankenvollversicherung (8,81 Mio. Versicherte)
 21,71 Mio. private Zusatzversicherungen
 144 Mrd. € Alterungsrückstellungen



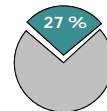
Quelle: PKV; Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen

Die private Krankenversicherung
Solidarisch, generationengerecht und gut für alle

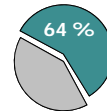
Die private Krankenversicherung

- solidarisch: „Gesund“ für „Krank“
- zukunftssicher: schulden- und steuerfrei
- generationengerecht: Eigenvorsorge fürs Alter
- gut für alle: Mehrumsatz (10,5 Mrd. €)
- gut für alle: PKV als „Innovationsmotor“
- Wahrnehmung als Korrektiv
- Schutz vor dem demographischen Wandel:
 Das Prinzip der Kapitaldeckung

Heute

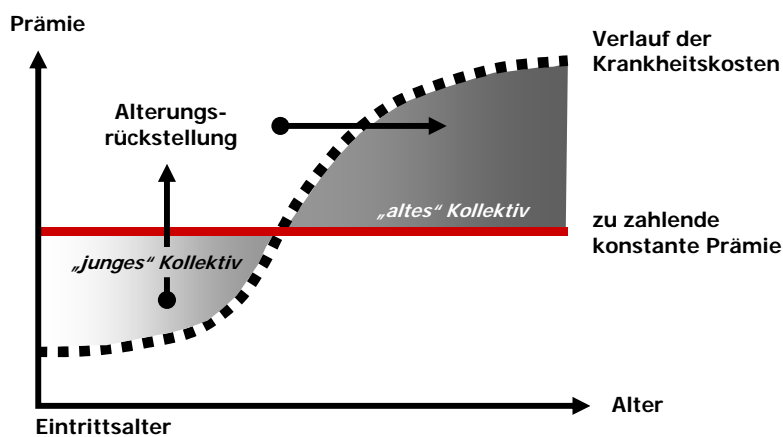


Altenquotient:
 (> 65 Jahre je 100 Personen
 im erwerbsfähigen Alter)



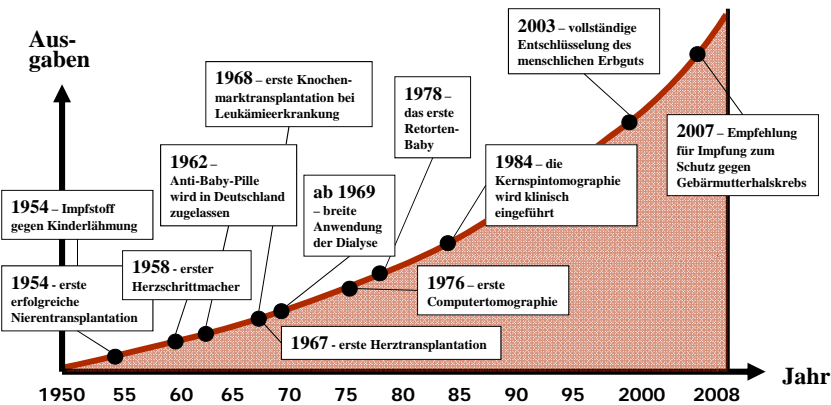
2050

Kapitaldeckung zur Zukunftssicherung
Das Prinzip der Kapitaldeckung: Schutz vor dem demographischen Wandel



Herausforderungen im Gesundheitswesen
Der medizinische Fortschritt

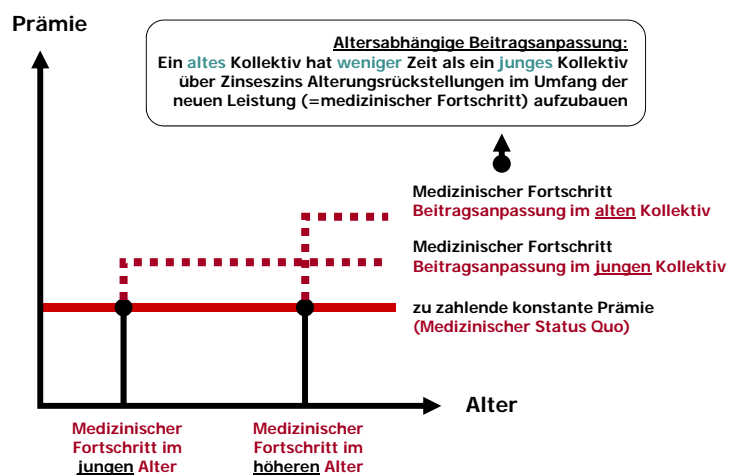
Medizinischer Fortschritt und
Kostenentwicklung im Gesundheitswesen



Köln, 05.05.2010

5 von 19

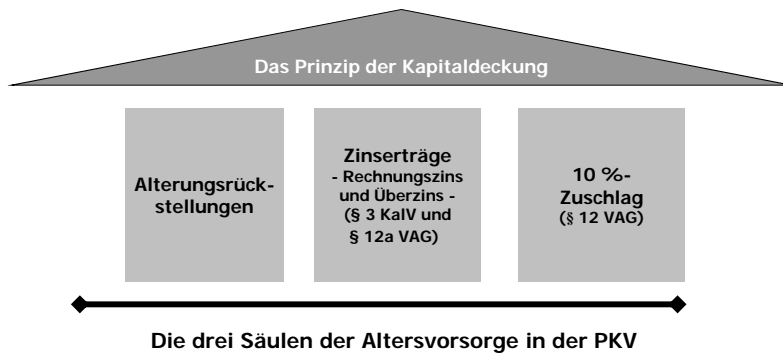
Umgang mit dem medizinischem Fortschritt
Beitragsanpassung bei medizinischem Fortschritt



Köln, 05.05.2010

6 von 19

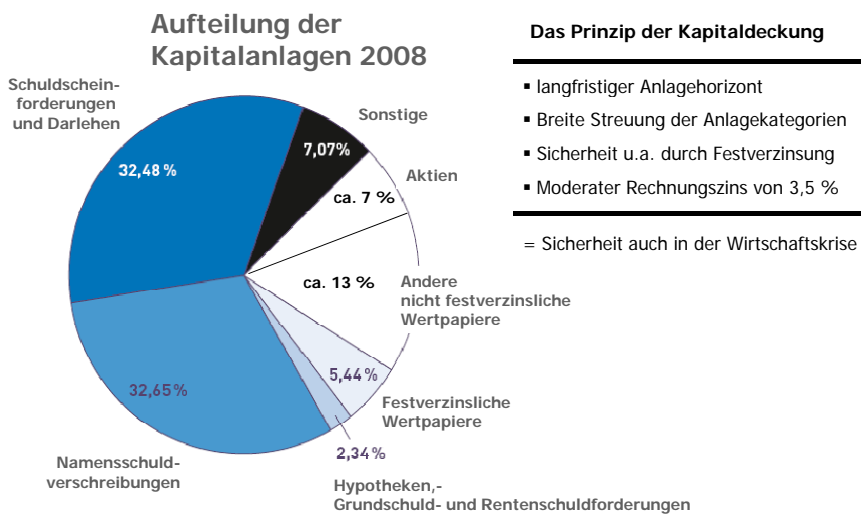
Kapitaldeckung zur Zukunftssicherung
Die drei Säulen der Altersvorsorge in der PKV



Köln, 05.05.2010

7 von 19

Kapitaldeckung zur Zukunftssicherung
Wirtschaftskrise kein Argument gegen Kapitaldeckung



Im Fokus neuer Reformen

Das Verhältnis von (umlagefinanzierter) GKV und (kapitalgedeckter) PKV

Hinweise
auf Reformen in der
17. Legislaturperiode

1. Koalitionsvertrag

- Umkehr vom Trend zum Einheitssystem
- Stärkung der Dualität

2. Sozialversicherungs-Stabilisierungsgesetz

- Bundeszuschüsse in der GKV

3. Regierungskommission

- Vorschläge zur zukünftigen Finanzierung der GKV

4. Eckpunkte zur Arzneimittelversorgung

- Arzneimittelregulierung exklusiv in der GKV

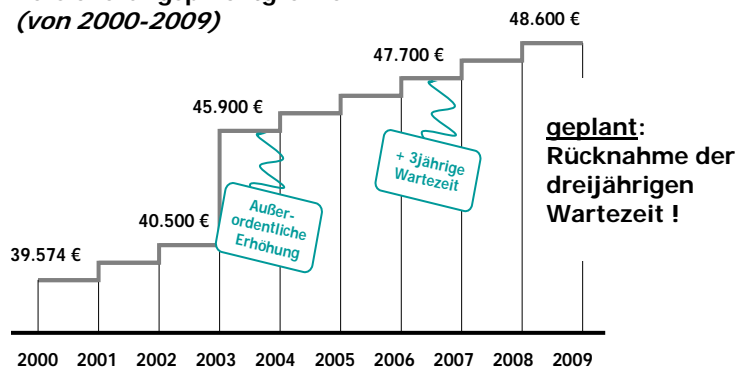
Köln, 05.05.2010

9 von 19

1. Koalitionsvertrag: Rücknahme der dreijährigen Wartezeit

Mehr Menschen in die Kapitaldeckung bringen

Anstieg der
Versicherungspflichtgrenze
(von 2000-2009)



Quelle: BMG

Köln, 05.05.2010

10 von 19

1. Koalitionsvertrag: Novellierung der GOÄ/GOZ
Die kapitalgedeckte PKV durch Vertragskompetenzen stärken

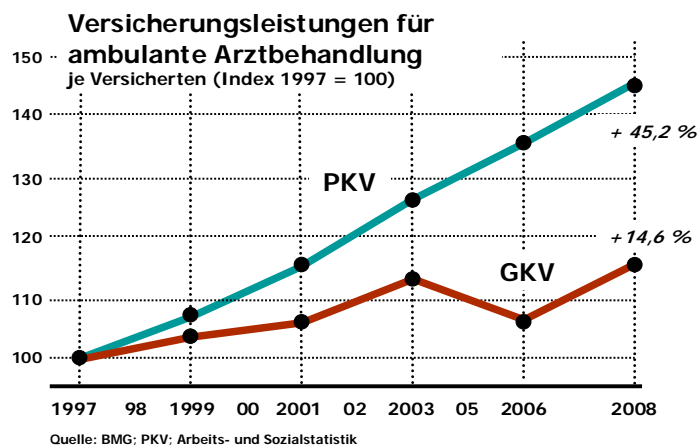
Novellierung der GOÄ/GOZ

wichtig dabei:

- **Vertragskompetenzen** für die PKV (mit verbindlichem Rahmenwerk)
- **Öffnungsklausel** in den Gebührenordnungen



Exkurs: Versicherungsleistungen für ambulante Arztbehandlungen
Koalitionsvertrag: „Kostenentwicklungen sind zu berücksichtigen“



1. Koalitionsvertrag: Mehr Kapitaldeckung in der Pflegeversicherung
Einstieg in die kapitalgedeckte Pflegeversicherung

Einstieg in die kapitalgedeckte Pflegeversicherung

wichtig dabei:

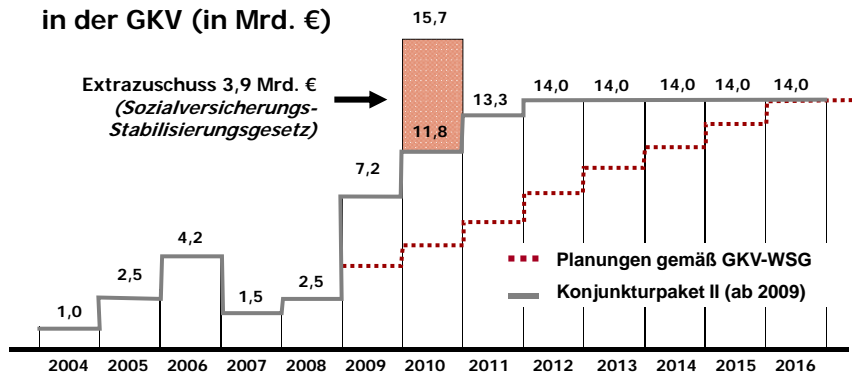
- Risikoversicherung
- Staatsferne
- PKV mit 14 Jahren Erfahrung in der Kalkulation des Pflegerisikos

Negativbeispiele für Staatsnähe

- Abschmelzung der Schwankungsreserve in der Rentenversicherung
- Zinsloses Darlehen aus der SPV für Straßenbau (1995-2002)

2. Sozialversicherungs-Stabilisierungsgesetz: Bundeszuschüsse zur GKV
(Schuldenfinanzierte) Bundeszuschüsse in der GKV

Bundeszuschüsse in der GKV (in Mrd. €)



2. Sozialversicherungs-Stabilisierungsgesetz: Bundeszuschüsse zur GKV
 (Schuldenfinanzierte) Bundeszuschüsse in der GKV



Köln, 05.05.2010

15 von 19

3. Regierungskommission
 Finanzierungsreform der GKV berührt die Wettbewerbsfähigkeit der PKV



Einsetzung einer Regierungskommission

- GKV: Einstieg in die Pauschale (einkommensunabhängige) Arbeitnehmerbeiträge
 - GKV: Steuerfinanzierter Sozialausgleich
- = Berührung der Wettbewerbsfähigkeit der PKV

Köln, 05.05.2010

16 von 19

4. Eckpunkte zur Arzneimittelversorgung

Eckpunkte gefährden die Wettbewerbsfähigkeit der PKV

| Eckpunkte zur Arzneimittelversorgung | Position der privaten Krankenversicherung |
|--|---|
| Preisregulierungen exklusiv im GKV-Bereich | Einbezug der Privatversicherten |
| Verhandlungsmandat für GKV-Spitzenverband | Analoges Mandat für PKV-Verband |
| GKV-Rahmenwerk: u.a. Kosten-Nutzen-Bewertung | PKV-Rahmenwerk: u.a. Kriterium der Angemessenheit |

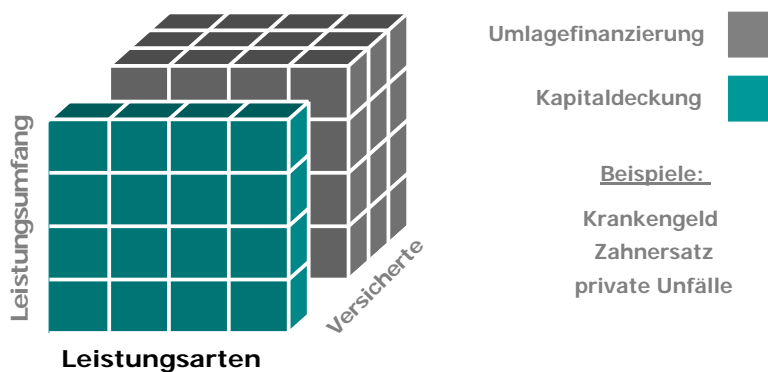
OHNE Einbezug zwingt die Politik die PKV in die Rolle des Zahlmeisters !

Köln, 05.05.2010

17 von 19

Perspektiven für ein leistungsfähiges Gesundheitswesen

Neue Balance aus Umlagefinanzierung und Kapitaldeckung



Köln, 05.05.2010

18 von 19



Fazit


- *Koalitionsvertrag beschreibt
Richtungswechsel!*
- *Für die (kapitalgedeckte)
PKV ergeben
sich neue Wettbewerbschancen !*



**für nähere
Informationen**
www.pkv.de

3.4 DIPL. VOLKSW. GEORG BAUM,

Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft

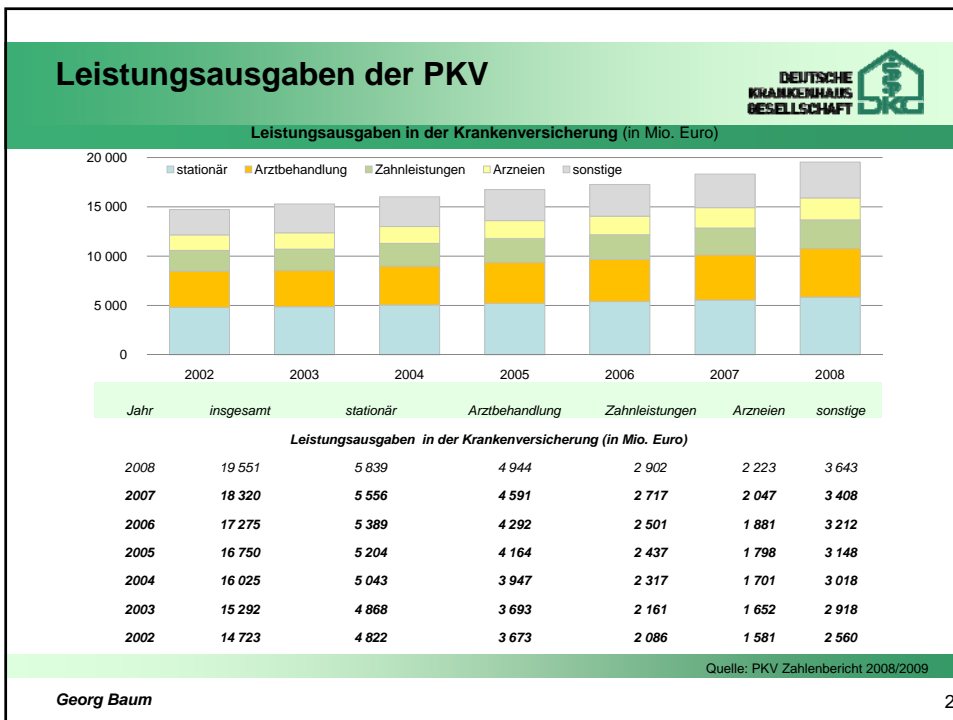


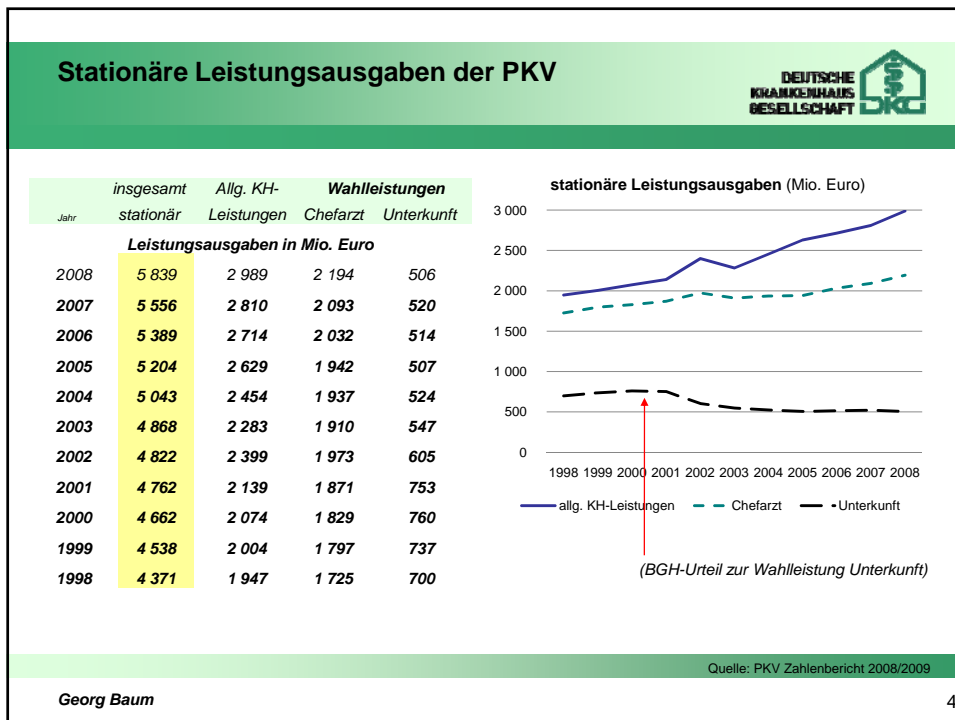
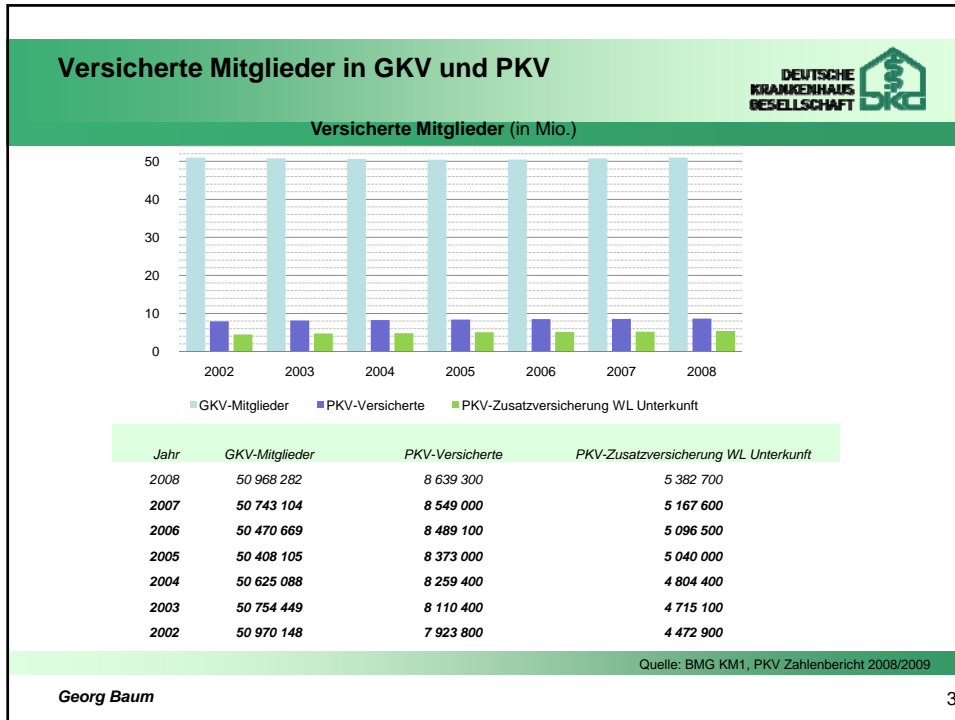
**7. Kölner Ringvorlesung „Gesundheitsökonomie“
am 05. Mai 2010**

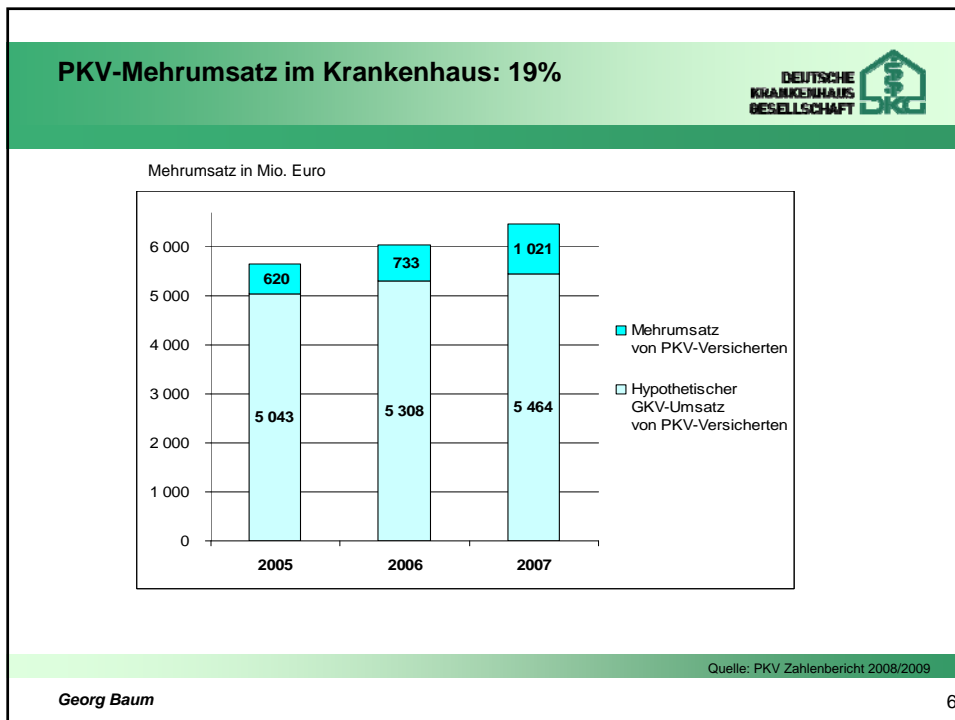
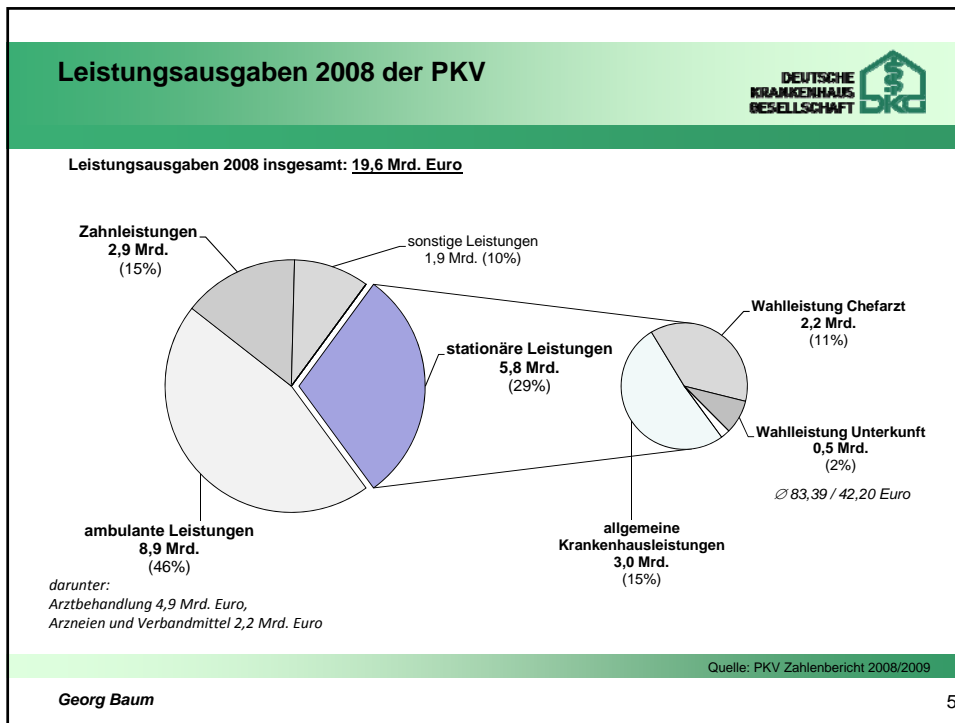
**Das Verhältnis von GKV und PKV im Fokus von Reformen
„Rolle von Privatversicherten bei Finanzierung von
Krankenhäusern“**

Georg Baum
Hauptgeschäftsführer

DEUTSCHE KRANKENHAUSGESELLSCHAFT e. V.
Wegelystraße 3, 10623 Berlin





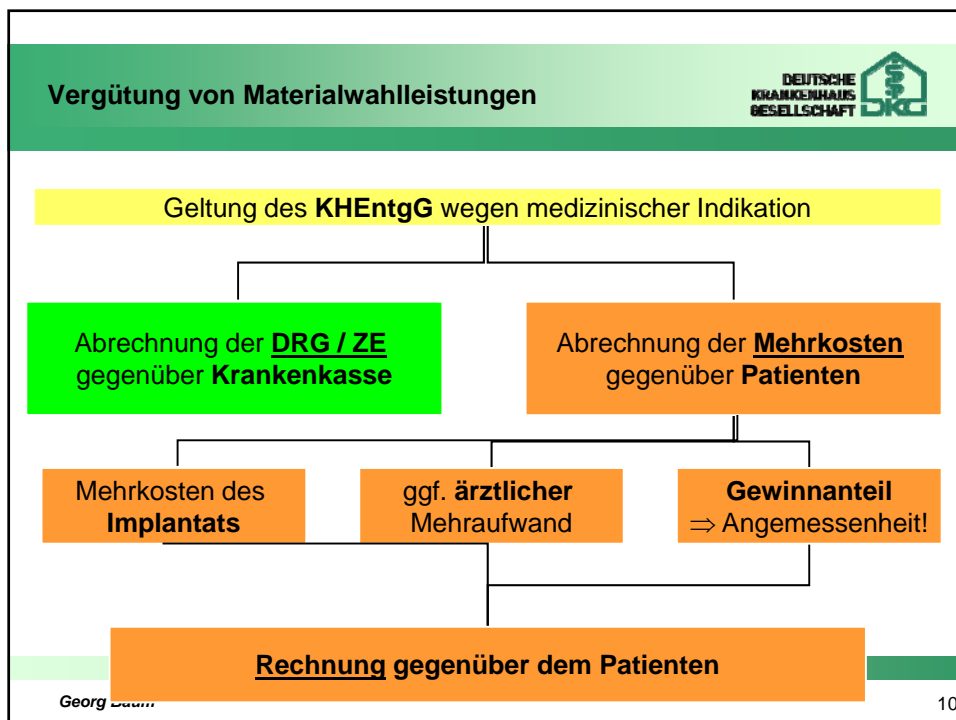
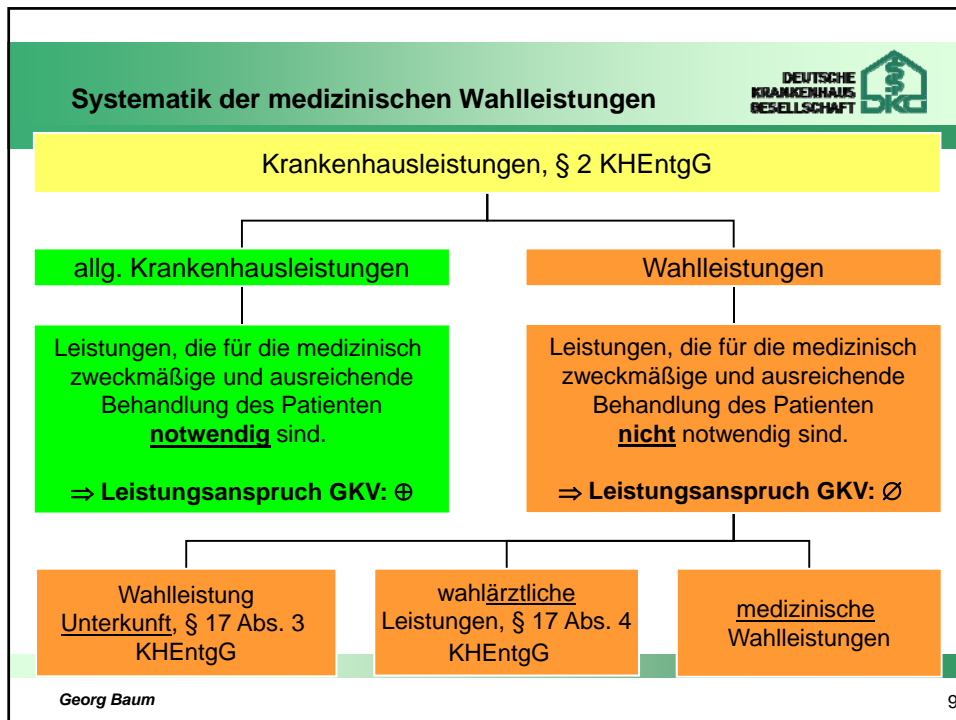


| Wichtige Paragraphen zum Bereich Wahlleistungen / Privatkliniken | | DEUTSCHE KRANKENHAUS GESELLSCHAFT DKG |
|--|---|--|
| • § 17 KHG | Grundsatz der einheitlichen Berechnung der Entgelte gegenüber Benutzern | |
| • § 17c KHG | Direktabrechnung zwischen Krankenhäusern und privater Krankenversicherung | |
| • § 1 KHEntgG/§ 1 BPfIV | Wahlleistungen sind Krankenhausleistungen | |
| • § 8 KHEntgG | Empfehlungen zu Krankenhausrechnung für Selbstzahler durch die DKG | |
| • § 17 KHEntgG/§ 22 BPfIV | Grundnorm zu Wahlleistungen | |
| • § 4 GOÄ | Persönliche Leistungserbringung des Wahlarztes | |
| • § 6a GOÄ | Minderungspflicht bei wahlärztlichen Leistungen | |
| • § 30 GewO | Konzessionierung für Privatkliniken | |

Georg Baum 7

| Diskussionspunkte / Entwicklungen | | DEUTSCHE KRANKENHAUS GESELLSCHAFT DKG |
|--|--|--|
| • Wahlleistungen | | |
| – Preise Unterkunft | | |
| – Wollen die Krankenhäuser IGeL'n? (individuelle Gesundheitsleistungen) | | |
| • (Aus-)Gliederung von Privatkliniken | | |
| • GOÄ | | |
| – Keine Einzelverträge | | |
| – Ärztliche Wahlleistungen für Einzelleistungsvergütungen | | |

Georg Baum 8



Medizinische Wahlleistungsarten



- **Alternativleistungen – Abweichung von der Standardbehandlung ; aber Patient hat Anspruch auf Behandlung nach dem jeweiligen Stand der med. Erkenntnisse, eindeutig bei Ausschlüssen gem. § 137 c SGB V**
- **Zusatzleistungen bei med. Indikationen z.B. weitere Laborwerte**
- **Fehlende med. Indikationen (Schönheits-Op)**
- **Ambulante Leistungen jenseits der zugelassenen Ermächtigungen und amb. OP**

Allgemeiner Rat an die KH : Augenmaß beim Angebot solcher Leistungen – aber Bedeutung wird zunehmen

Ausgründung Privatkliniken



- **Gründung von Privatkliniken an Plankrankenhäusern ist eine rechtlich zulässige unternehmerische Entscheidung des Krankenhausträgers**
- **Zulassung durch Konzession nach § 30 Abs. 1 GewO**
- **Die Privatklinik ist nicht an die Vorgaben für die Abrechnung von Entgelten gem. §§ 16 ff. KHG, 7ff. KHEntgG und 10 ff. BPfIV eingebunden – freie Vereinbarungen möglich/ keine Budgetanrechnung**
- **Jeder Selbstzahler kann auf Behandlung im GKV-zugelassenem Krankenhaus zu den allgemeinen Vergütungsbedingungen bestehen**
- **Vertragliche Vereinbarungen mit den Patienten zur Aufnahme und Behandlung in einem nicht zugelassenem Krankenhaus ist zusätzliche Optionsmöglichkeit im S. eines zusätzlichen Angebotes**

Position PKV



- **Bezweifeln Zulässigkeit einer Ausgründung**
- **Solche Privatkliniken seien nicht von den Musterbedingungen der Privaten KV (MB/KK) erfasst und**
- **Umgehung gesetzlicher Vorschriften zur Erzielung höherer Entgelte**

Aber MB/KK erlaubt freie Wahl zw. öffentlichen und privaten KH, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen

BGH erlaubt PKV Kappungsgrenze für die Erstattung von Behandlungskosten in privaten Krankenhäusern in den Tarifbedingungen (Beschränkung des Versicherungsschutzes)

Position der Krankenhäuser



- **Das Kriterium der ständigen ärztlichen Leitung ist auch bei Doppelfunktion des Chefarztes erfüllt**
- **Gesetz schreibt nicht eigene Sachmittel und eigenes Personal vor**
- **§ 107 SGB V sieht vor, dass diagnostische und therapeutische Möglichkeiten im ausreichendem Maße vom KH vorzuhalten sind, nicht aber in welcher organisatorischen Form**
- **Kooperationen bei Nutzung von Geräten und Personal sind erwünscht**
- **Auch Belegkrankenhäuser arbeiten ohne eigene Ärzte**
- **LKHG BW erlaubt ausdrücklich Ausgründung von Privatkliniken an Plankrankenhäusern – mit sichtbarer Trennung**

GOÄ



- **GOÄ-Reform in Vorbereitung**

Einzelleistungsvergütungen für stationären Wahlleistungen erhalten / keine von der DRG abgeleiteten Pauschalen

Keine Öffnung für Einzelverträge – Beibehaltung verpflichtender GebOrd.

. Basistarif - Ausschluß ambulanter Krankenhausleistungen rückgängig machen



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!