



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

Aktuelle Herausforderungen für das Gesundheitswesen

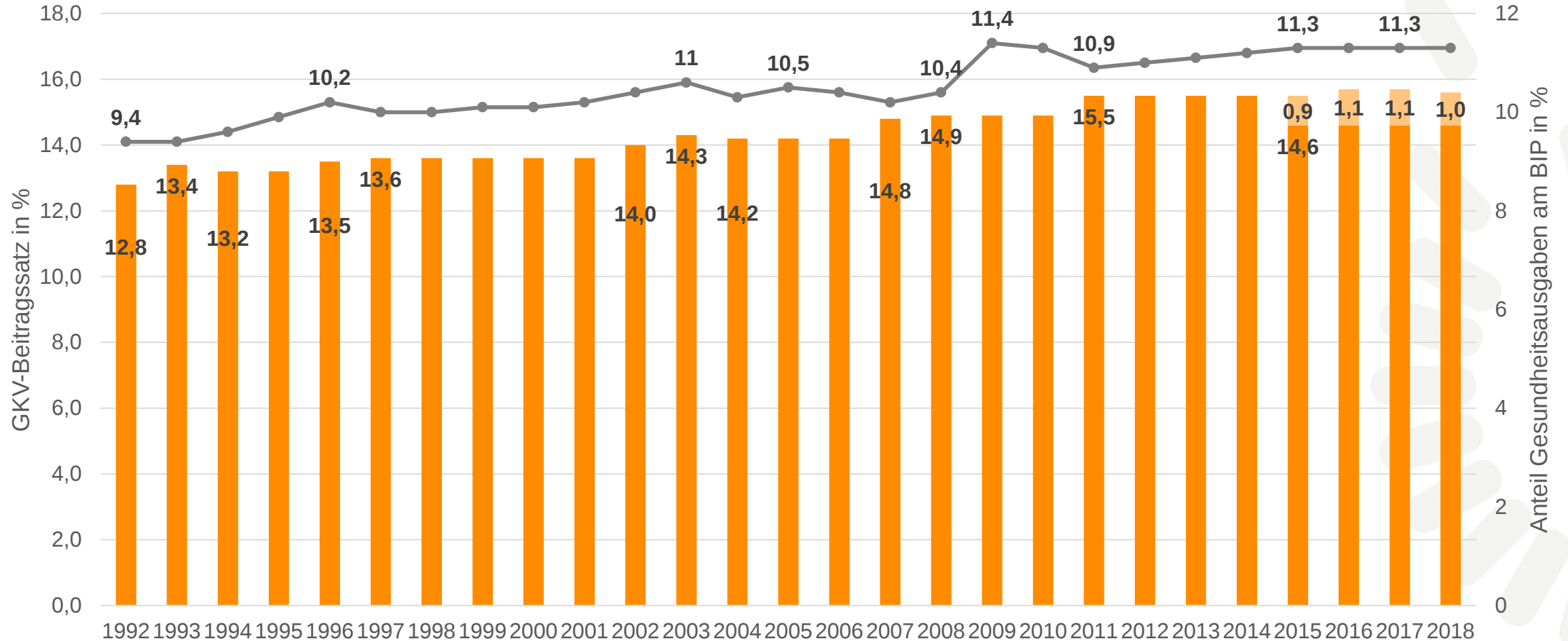
**Frühjahrstagung des Bayerischen Heilbäder-Verband e.V.
„Projekt Zukunft“**

Bad Endorf | 28. März 2019

Josef Hecken

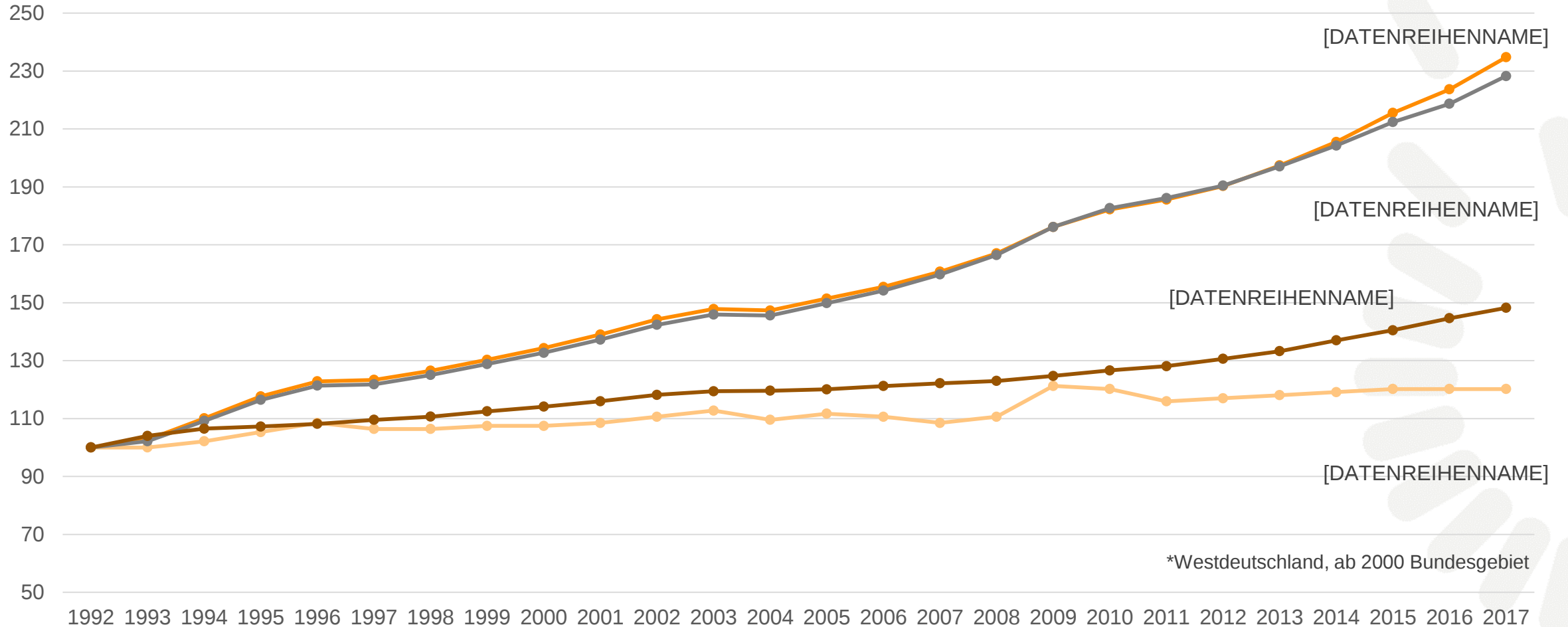
Unparteiischer Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses und Vorsitzender des
Innovationsausschusses beim G-BA

GKV-Ausgaben und Beitragssatzentwicklung



Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage von Statistisches Bundesamt, GKV-Spitzenverband

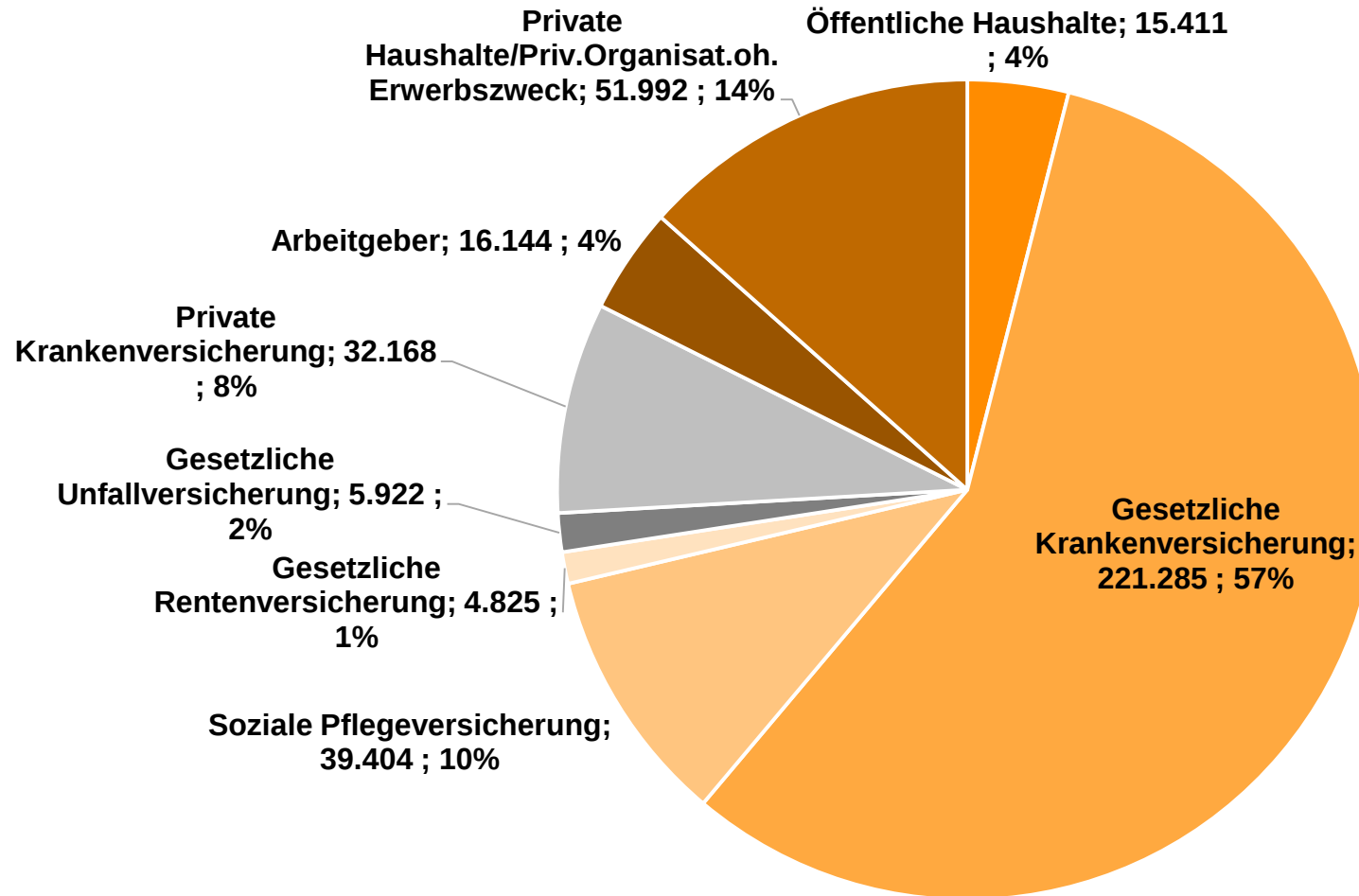
Entwicklung der Gesundheitsausgaben (1992 = 100)



Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage von Statistisches Bundesamt

Gesundheitsausgaben 2018*

in Mrd. Euro und anteilig



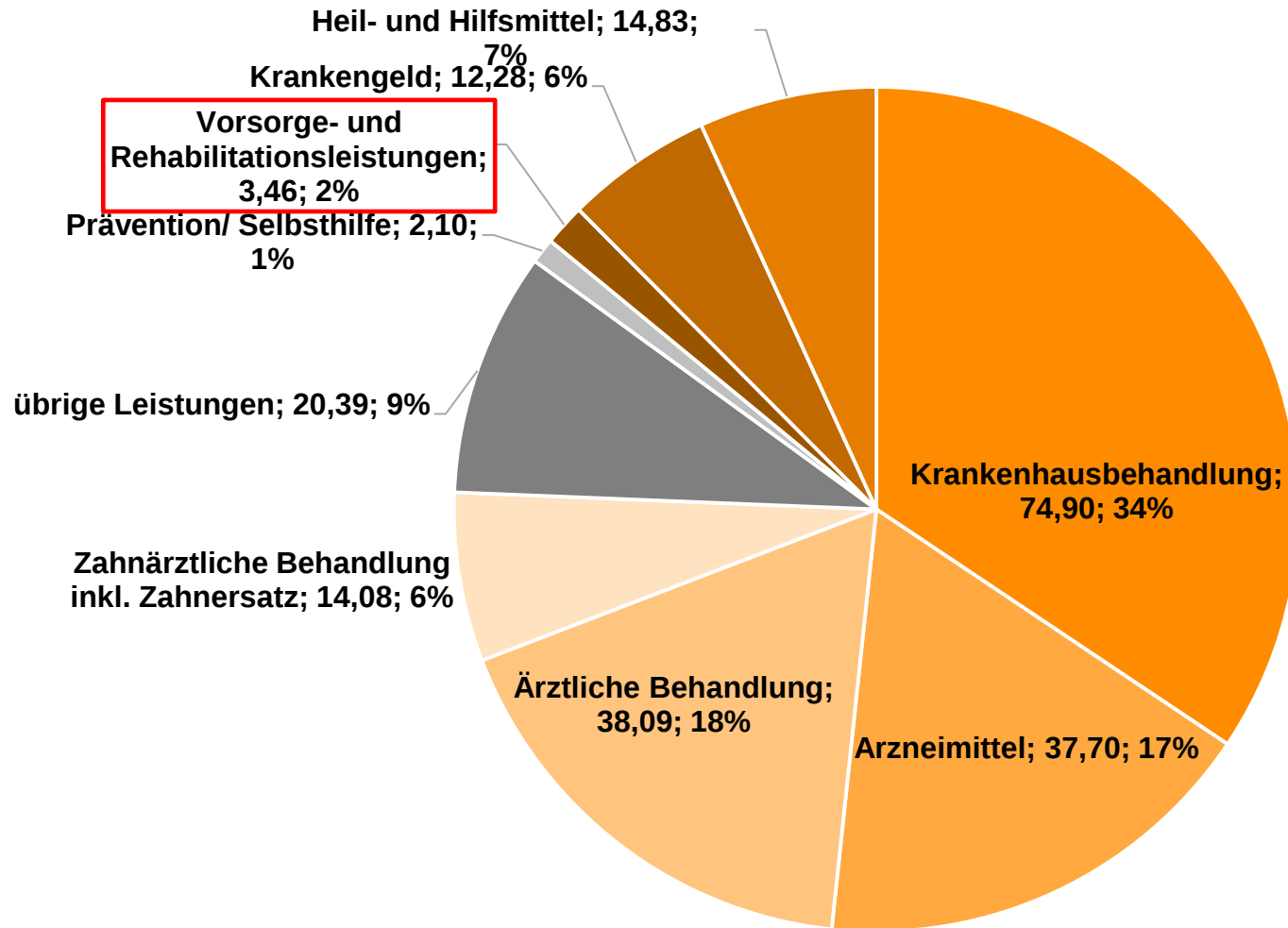
Gesamtausgaben:
387,2 Mrd. €

nachrichtlich:
Bundeshaushalt
2018:
336,7 Mrd. €

* prognostizierte Werte
Quelle: Statistisches Bundesamt, Bundesfinanzministerium

GKV-Leistungsausgaben 2017

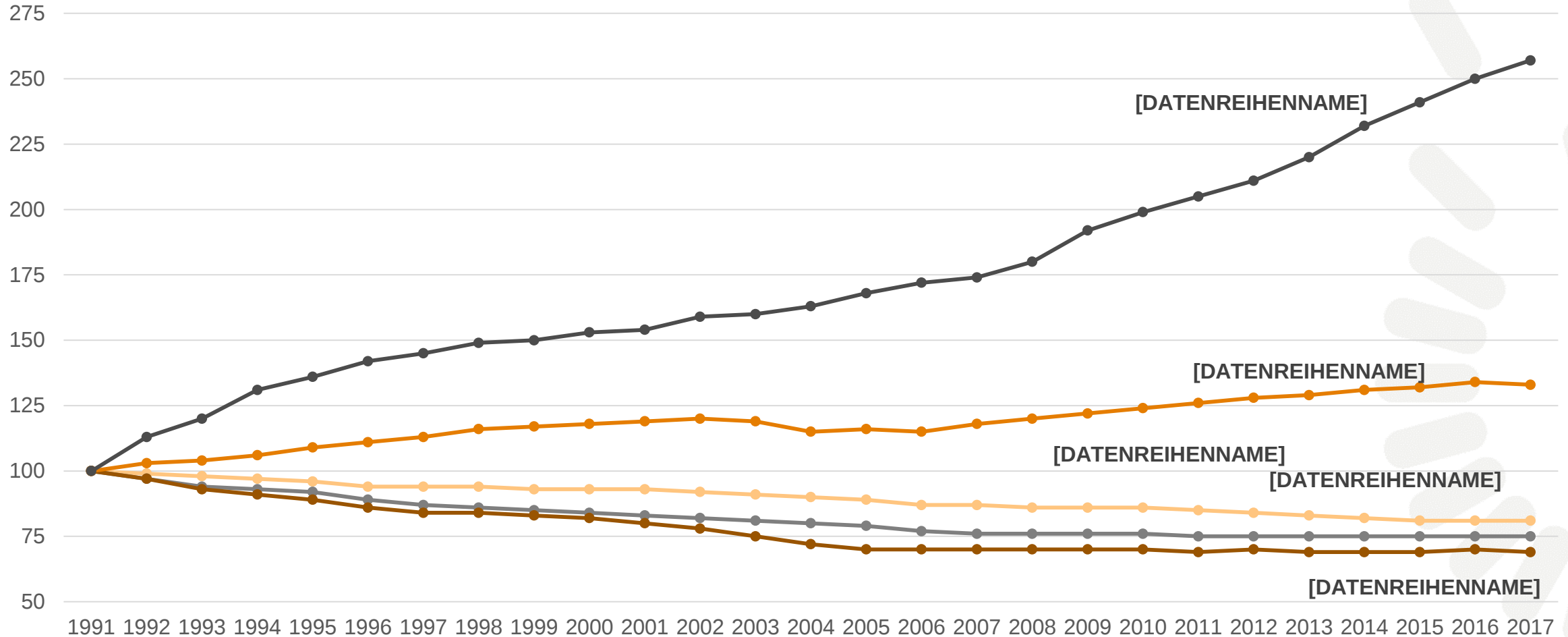
in Mrd. Euro und anteilig



Gesamtausgaben:
217,8 Mrd. €

Quelle: GKV-Spitzenverband (2019): Kennzahlen der gesetzlichen Krankenversicherung

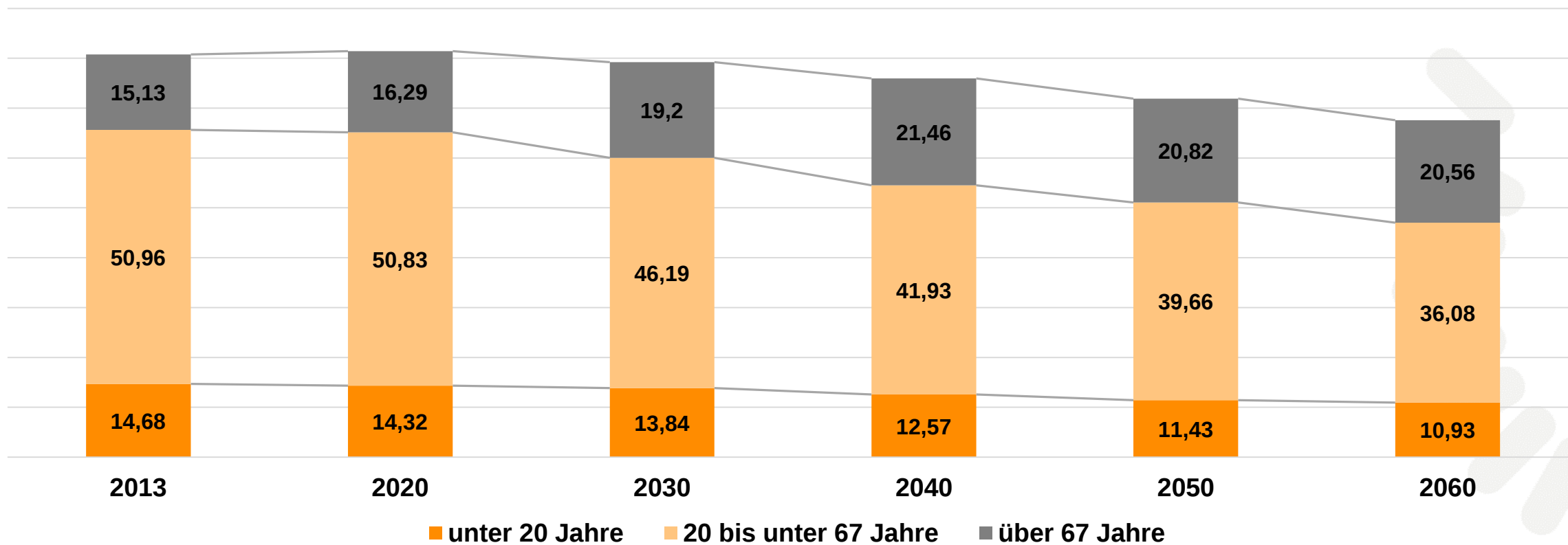
Kennzahlen zur stationären Versorgung in Deutschland (1991 = 100)



Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage von Statistisches Bundesamt (2018): Gesundheit – Grunddaten der Krankenhäuser

Herausforderungen: Demografie

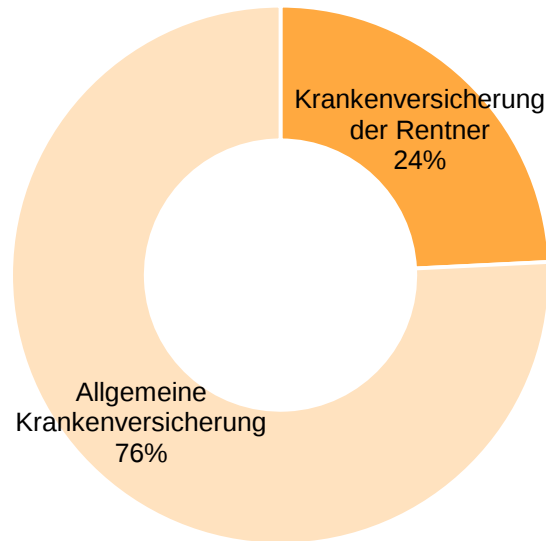
Bevölkerungsentwicklung und Altersstruktur in Millionen 2013 - 2060



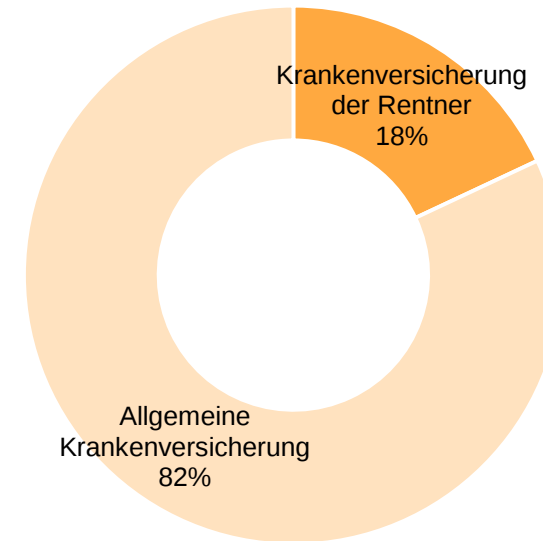
Quelle: vdek (2017): Basisdaten des Gesundheitswesens.

Generationensolidarität in der Gesetzlichen Krankenversicherung

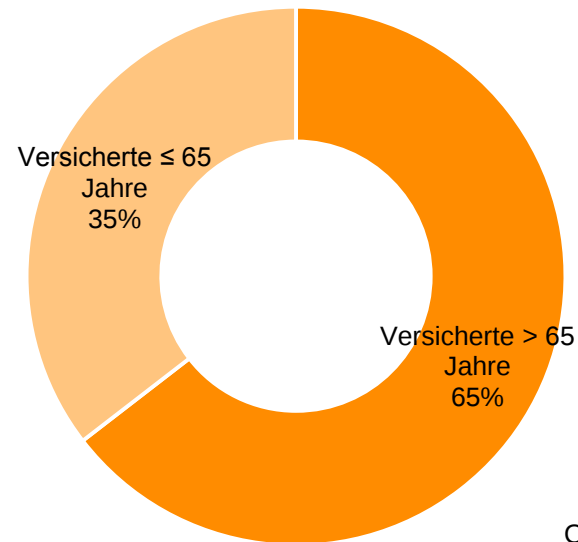
Versicherte (2018)



Beitragseinnahmen (2018)

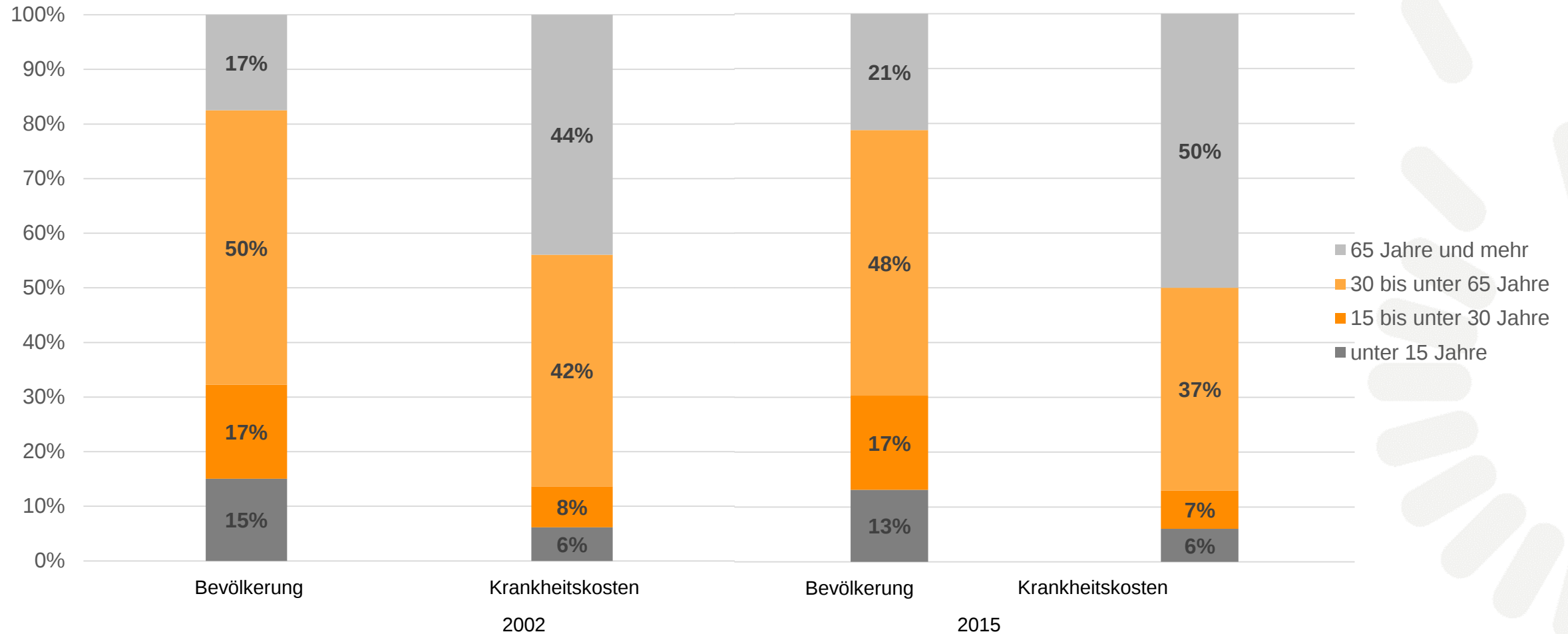


Leistungsausgaben (2017)



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der GKV-Statistik KJ1, KM6, BVA

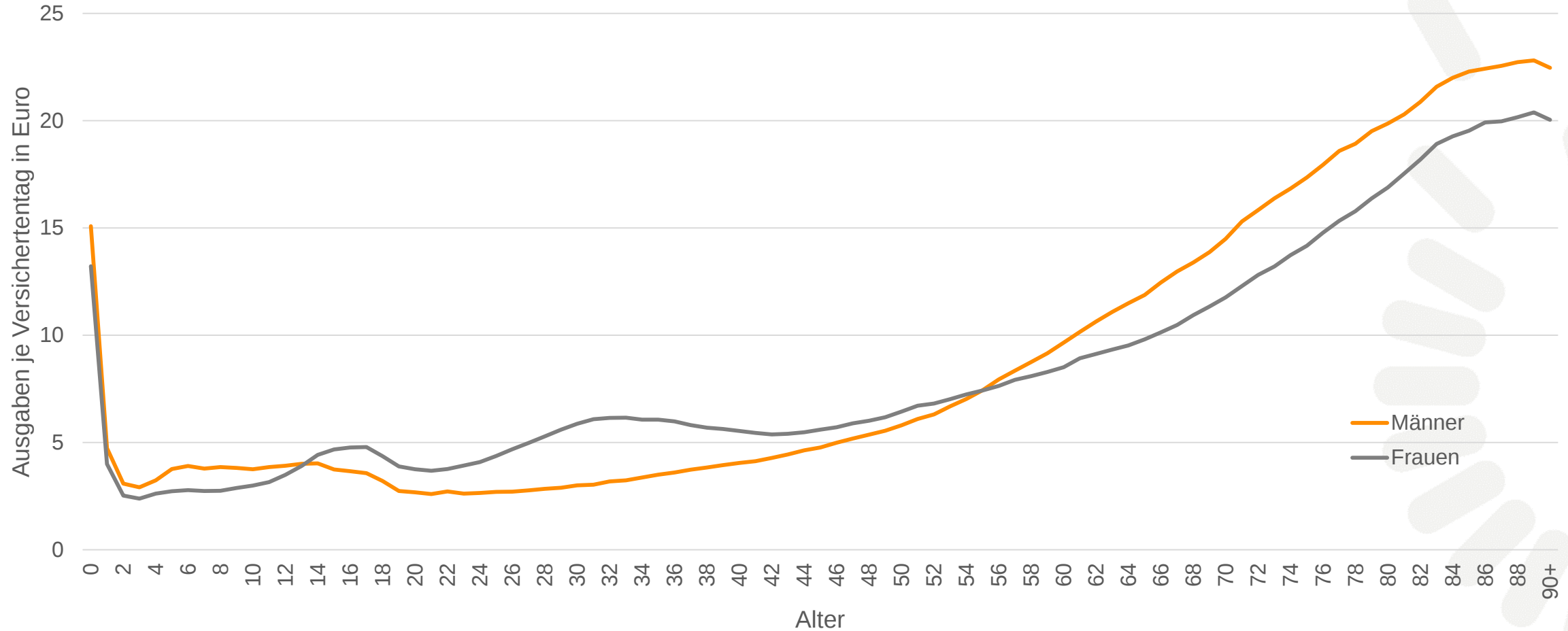
Bevölkerung und Krankheitskosten nach Alter 2002 und 2015



Quelle: Statistisches Bundesamt

Leistungsausgaben der GKV

Jahr 2017, ohne Krankengeld



Quelle: BVA

Demografie hat in mehrfacher Hinsicht gravierende Folgen

- Patienten werden älter und multimorbider (Fallzahlen steigen)
- Wegen niedriger Alterseinkünfte wird die Finanzierung schwieriger
- Behandlungen werden (gepaart mit medizinisch-technischem Fortschritt) komplexer (Qualitäts- und Sicherheitsaspekte wichtiger / Entlassmanagement etc.)
- Personalgewinnung Pflege und Ärzte wird schwieriger (Bedarf an mehr Personal bei kleiner werdender Kohorte im erwerbsfähigen Alter)

Lösungswege

1) Offene Rationierung über QALYS (GB)

➡ Unethisch und nicht dem Sozialstaatsprinzip vereinbar

2) Diskussion über künftigen (höheren) Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP



- Stringente (abstrakt-generelle) Nutzen- und Methodenbewertung
- Bildung wirtschaftlicher Einheiten
- Gemeinsame Betrachtung ambulanter und stationärer Bedarfsplanungen
- Qualitätssicherung mit stärkerem Augenmerk auf Diagnose- und Indikationsqualität (siehe: TAVI)
- Stärkere (konkret-individuelle) Betrachtung der Lebensqualität und des patientenindividuellen Value bei Therapieentscheidung

Zentrale Fragen

- **Dürfen wir immer alles tun, was wir können?**
(z.B. Gendiagnostik ohne Therapiemöglichkeiten)
- **Müssen wir immer alles tun, was wir dürfen?**
(z.B. maximalinvasive Interventionen in End-of-life-Situationen statt watchful waiting oder best supportive care?)
- **Gibt das (Finanzierungs-)System die richtigen Anreize für am Patientenwohl orientierte Therapieentscheidungen?**
(Maximalinvasive Interventionen werden auch in End-of-life-Situationen ohne Probleme vergütet, niedrigschwellige Versorgung – best supportive care, Palliativversorgung, allgemeine Stabilisierung – verursacht hingegen Vergütungsprobleme).

Auftrag des G-BA

Gesetzlicher Auftrag

**„Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.“
(§ 12 Abs. 1 Satz 1 SGB V)**

**„Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen.“
(§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V)**

- § 12 SGB V postuliert einen Leistungsanspruch, der nicht auf „Schmalspurversorgung“ beschränkt ist
- Nach ständiger Rechtsprechung beinhaltet „ausreichende“ und „zweckmäßige“ Versorgung eine solche nach modernsten Standards, wenn diese einen Mehrwert gegenüber etablierten Verfahren, Medizinprodukten oder Wirkstoffen haben
- Verfahren des G-BA zur Prüfung
 - § 35a SGB V (AMNOG) → Arzneimittel
 - §§ 135, 137c SGB V → Methoden

➔ Immer auch Qualität gewährleisten!



Auftrag des G-BA

Richtlinien

- Arzneimittel (frühe Nutzenbewertung, Festbetragsgruppenbildung, Off-Label-Use, Substitutionsausschlussliste, Aut-idem-Regelungen, Verordnungsausschlüsse)
- Prävention, Impfungen
- Psychotherapie
- Qualitätssicherung (strukturelle u. personelle Vorgaben, Prozessvorgaben, PlanQI, Mindestmengen etc.)
- Veranlasste Leistungen (Heil- und Hilfsmittel etc.)
- Zahnmedizin
- Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (§ 116b SGB V)
- DMP-Richtlinien
- Bedarfsplanung (ambulant und stationäre Notfallversorgung)

Zusammenfassung

Neue Herausforderungen für das Gesundheitssystem

Wandel des Krankheits-
spektrums zu chronisch-
degenerativen Erkrankungen

doppelter Alterungsprozess

veränderte Anforderungen in
der Arbeitswelt



Neue Strategien und Interventionen notwendig:

Intensivierung vorbeugender
Maßnahmen

Minderung gesundheitlicher
Belastungen

Stärkung gesundheitlicher
Potenziale und Ressourcen

Heilbäder: Kompetenzzentren der Gesundheit

Vorsorge (§ 23 Abs. 1 SGB V)

„Versicherte haben Anspruch auf ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, wenn diese notwendig sind,

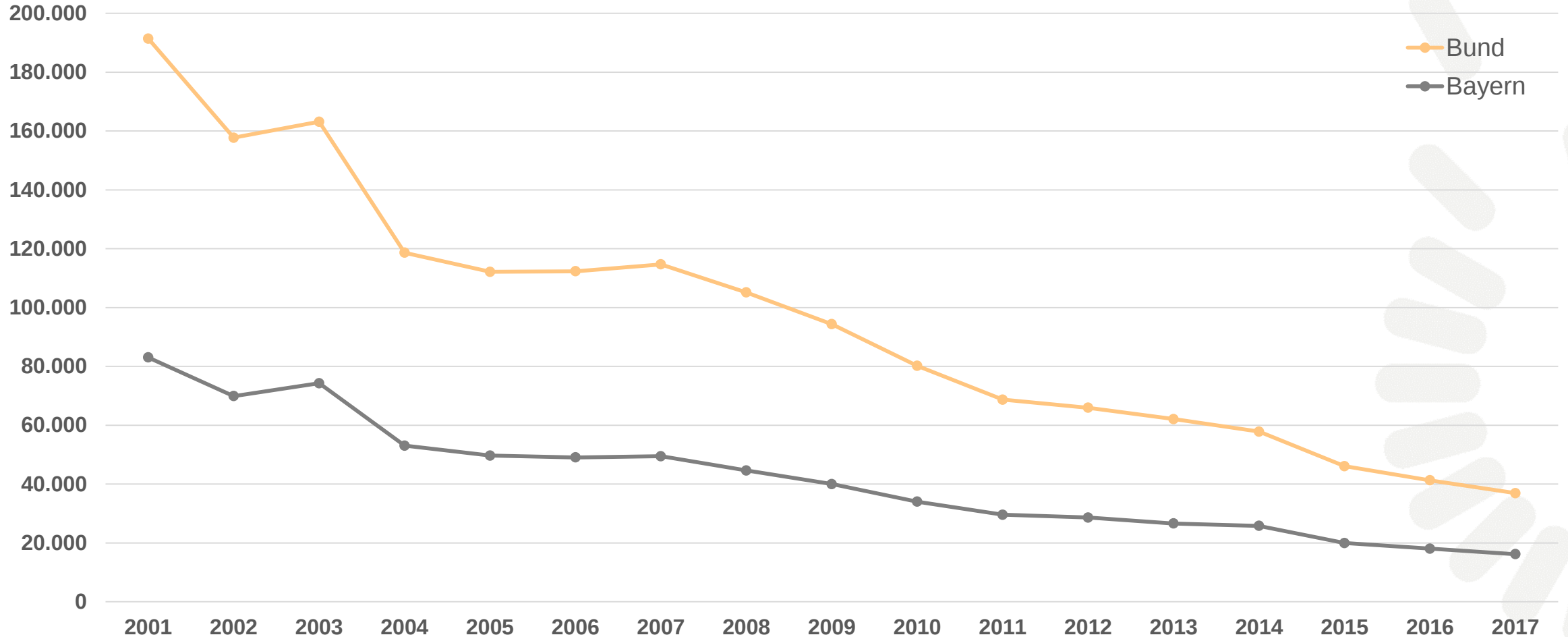
eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen,

einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken,

Krankheiten zu verhüten oder deren Verschlimmerung zu vermeiden oder

Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.“

Ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten (Fallzahlen)



Quelle: KG5-Statistik, Kurzärztliche Verwaltungsstelle Westfalen-Lippe

Heilbäder: Kompetenzzentren der Gesundheit

Rehabilitation (§ 11 Abs. 2 SGB V)

„Versicherte haben auch Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie auf unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen, die notwendig sind, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit

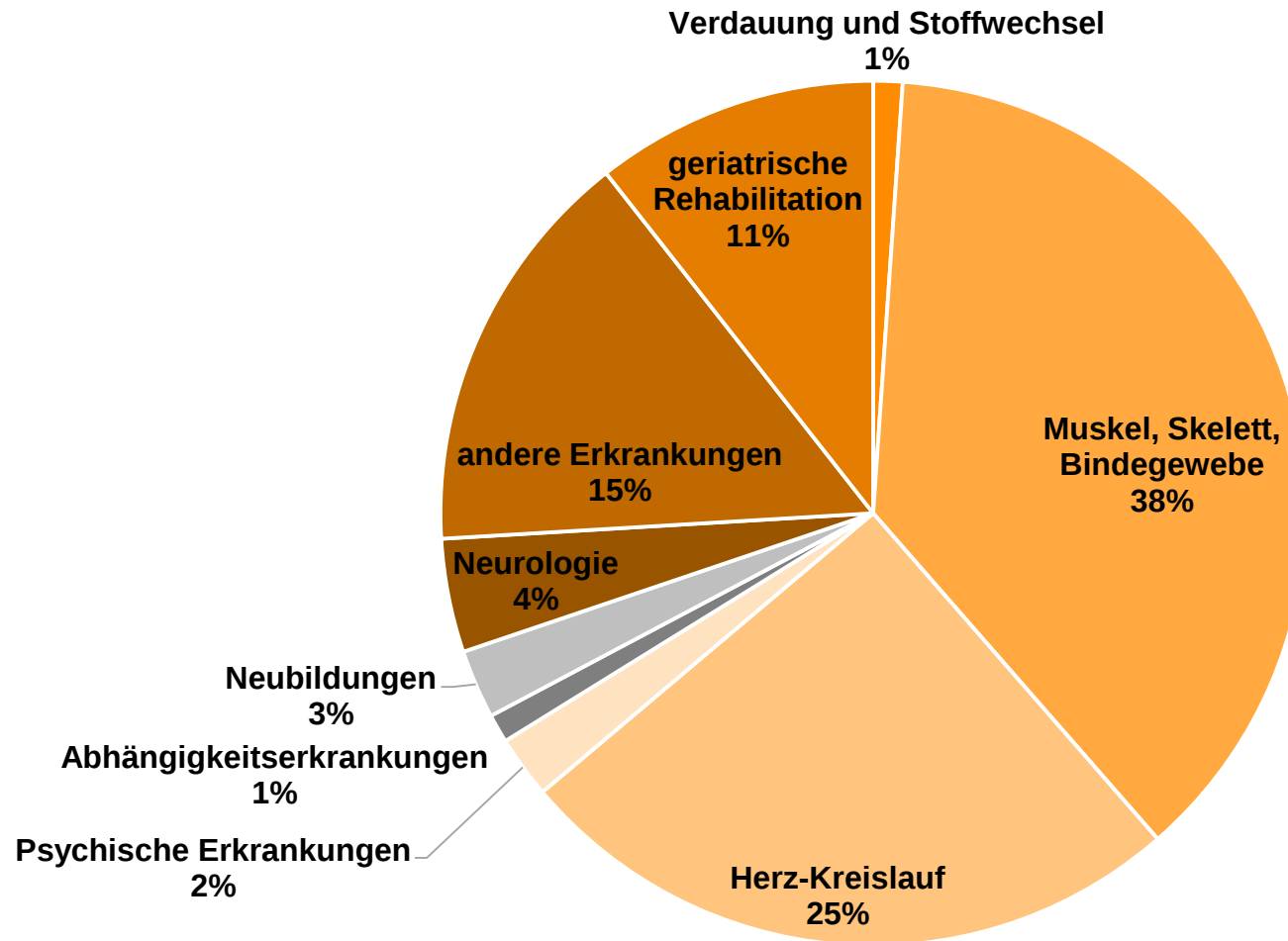
*abzuwenden, zu beseitigen,
zu mindern, auszugleichen,*

*ihre Verschlimmerung zu
verhüten oder*

ihre Folgen zu mildern.“

Stationäre Rehabilitation

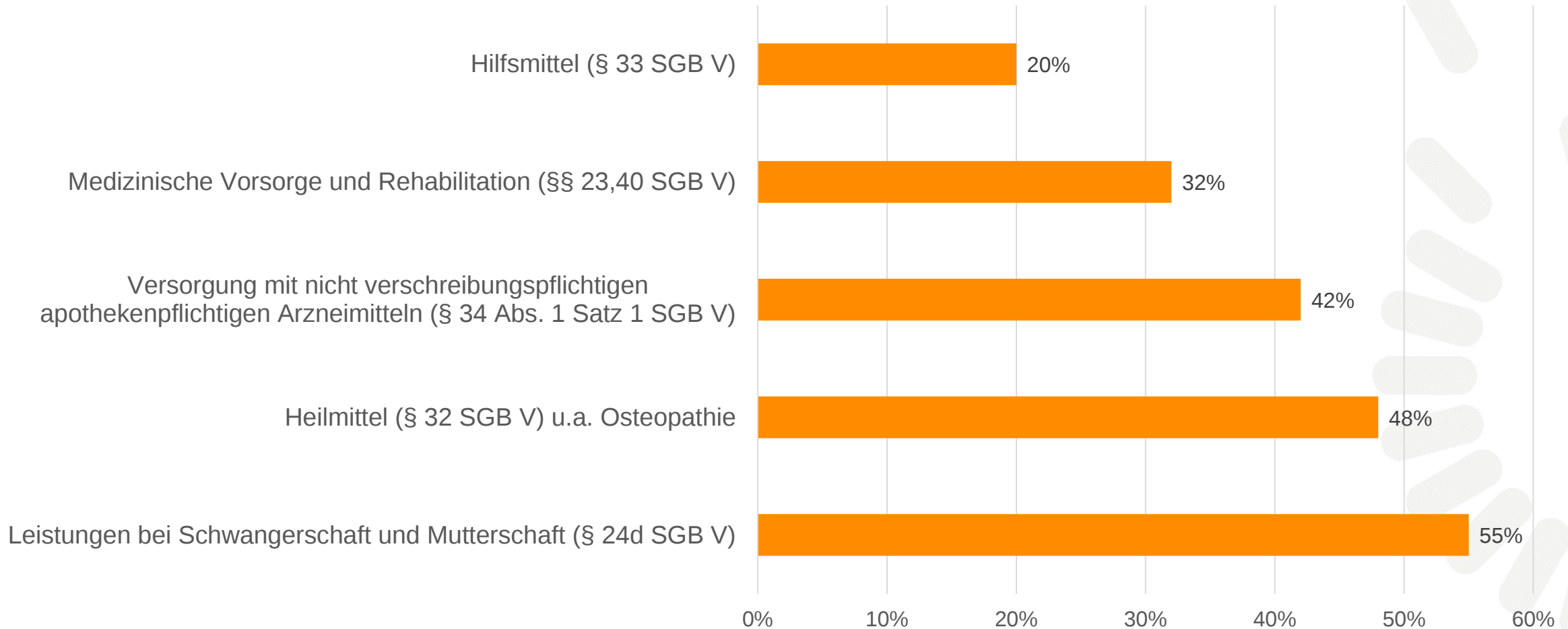
(Fälle, 2017)



Quelle: KG5

Satzungsleistungen der Krankenkassen

(Stand: 26.09.2017, 65 Krankenkassen ohne SVLFG)



Quelle: Bundesversicherungsamt (2018): Sonderbericht zum Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**