

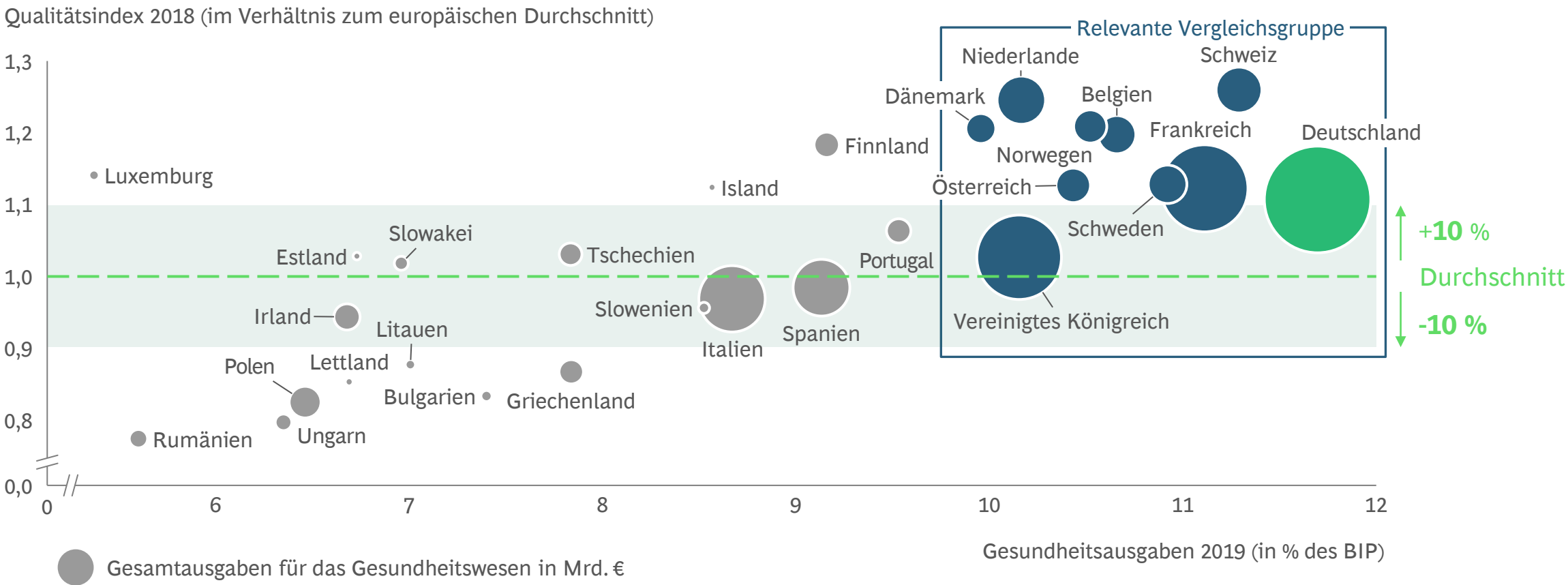
Die 300-Milliarden-Euro-Frage – Perspektive für ein nachhaltiges Gesundheitssystem

Folienversion der BCG-Studie

Das deutsche Gesundheitswesen liefert ein im internationalen Vergleich unterdurchschnittliches Preis-Leistungs-Verhältnis



Gesundheitsausgaben in % des BIP, 2019 vs. relative Punktzahl im Qualitätsindex 2018

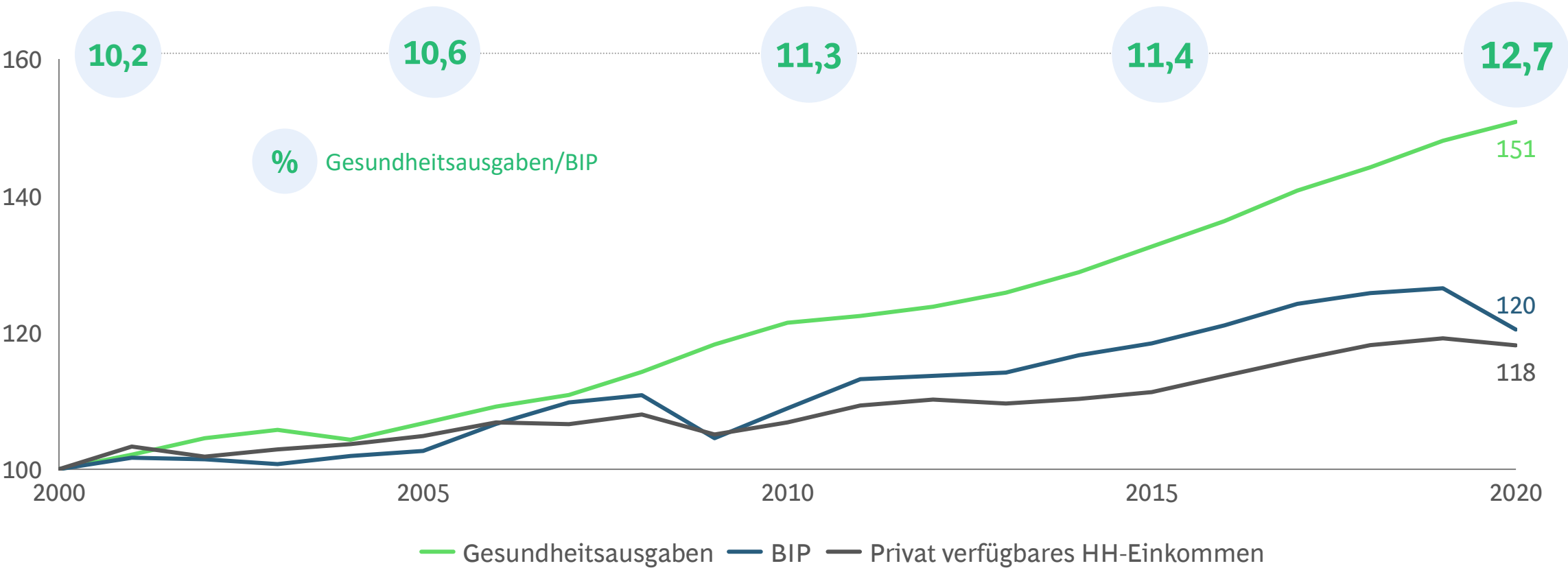


Quelle: Euro Health Consumer Index 2018; OECD Health Data 2021; Eurostat; BCG-Analyse

Gesundheitsausgaben steigen mehr als doppelt so schnell wie Bruttoinlandsprodukt und verfügbares Haushaltseinkommen



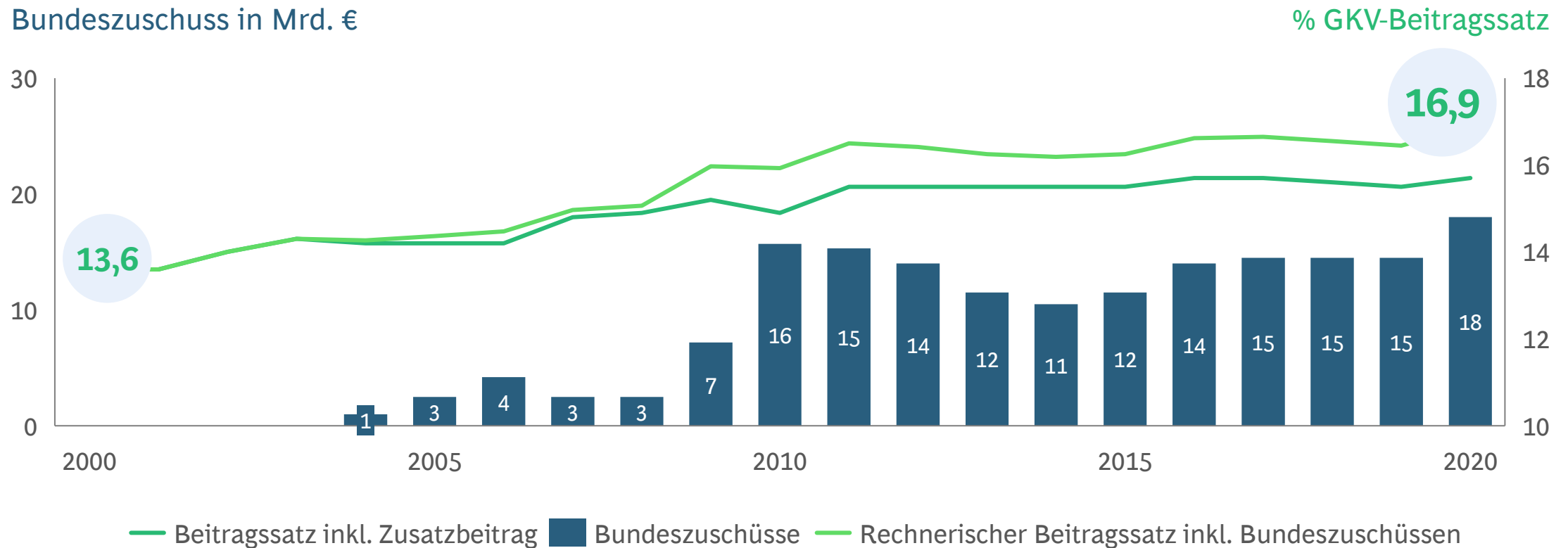
Historische Wachstumskurve der Gesundheitsausgaben in Deutschland in %, indexiert (2000 = 100 %)



1. Gesundheitsausgaben für 2020 nach Schätzungen, Inflations-adjustiert durch BIP-Deflatoren (2015 = 100)
Quelle: Stat. Bundesamt; BCG-Analyse

Um die steigenden Ausgaben der GKV zu finanzieren, wurden kontinuierlich Beiträge und Bundeszuschüsse gesteigert

Historische Entwicklung der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung

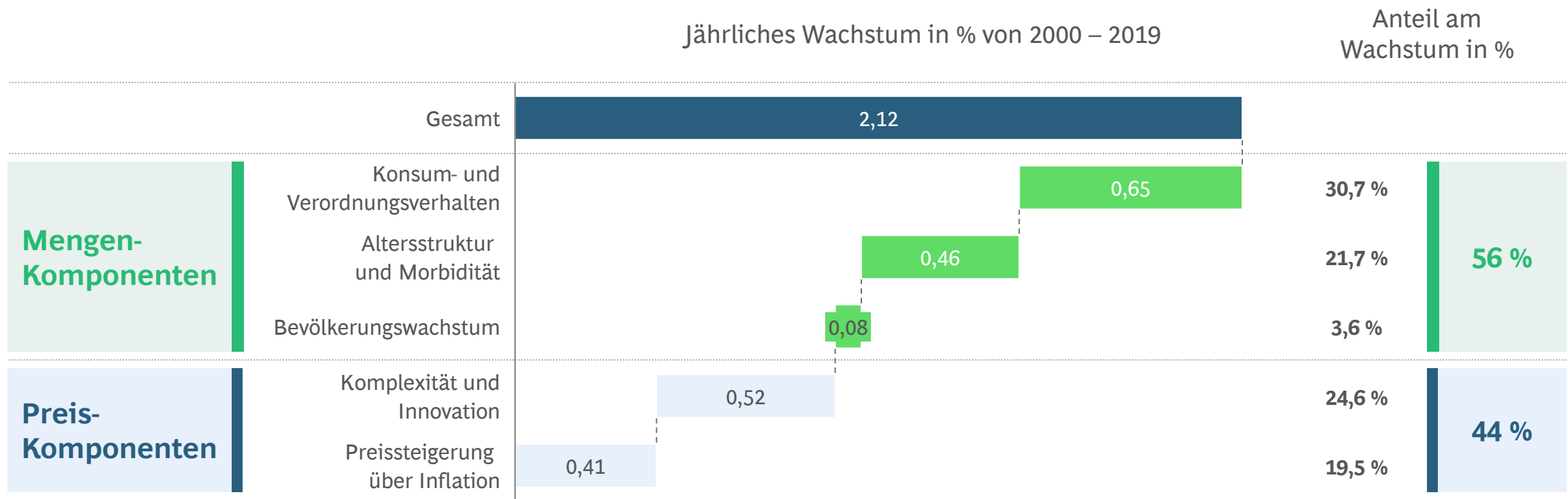


Hinweis: Bundeszuschüsse sind nicht Inflations-adjustiert; Bundeszuschüsse umgerechnet auf Beitragssatzpunkte basierend auf 2020 (1 Beitragssatzpunkt = € 15,2 Mrd.); Beitragssatz 2009 zeigt Mittelwert (15,5 und 14,9 inkl. Zusatzbeitrag)
Quelle: GKV Spitzenverband; IGES, BCG-Analyse

Überinanspruchnahme ist der zentrale Grund für steigende Gesundheitsausgaben –
Alterung und Preissteigerung sind nur nachgelagerte Treiber



Inflationsbereinigte Gesundheitsausgabensteigerung der letzten 20 Jahre zerlegt in Treiber -Komponenten



Gesundheitsausgaben Inflations-adjustiert durch BIP-Deflatoren (2015 = 100); Preissteigerung berechnet über HICP: Harmonized index of consumer prices für Deutschland, normalisiert auf HICP des gesamten Verbrauchermarkts; Betrachtung stationärer, ambulanter Einrichtungen und Arzneimittel
Quelle: Stat. Bundesamt; BCG Analyse

Das bisherige Gesundheitssystem förderte eine Überinanspruchnahme von Leistungen

Übergeordnete Herausforderung: Keine abgestimmten Anreize für die verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen dauerhaft die Qualität der Versorgung zu steigern und den Anstieg der Kosten zu minimieren:



Nutzer

Steigende Chronifizierung

Zunahme der Chronifizierung über alle Altersklassen hinweg

Hohe Leistungs-Inanspruchnahme

Ambulanter & stationärer Leistungen (teilweise bedingt durch politische Entscheidungen)

Geringe Gesundheitskompetenz

Der deutschen Nutzer im internationalen Vergleich



Leistungserbringer

Ungleiche Verteilung der Leistungserbringer

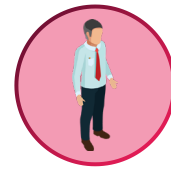
Regional ungleich und stark schwankende Qualität (ambulant und stationär)

Mittlere Versorgungsqualität

Wenig strukturelle Anreize für eine hohe Qualität in der Versorgung

Starre Sektorengrenzen

Fehlende Vernetzung der Akteure innerhalb des Sektors und sektoren-übergreifend



Kostenträger

Geringe Differenzierung

Pseudo-wettbewerbliche Umgebung und kaum Hebel für "echte" Differenzierung

Kaum wertorientierte Vergütungsmodelle

Fehlende Möglichkeiten und Anreize zur Entwicklung

Fehlende Versichertensteuerung

Keine ausreichende Grundlage zur aktiven Steuerung der Versicherten



Hersteller

Zu geringe Bewertung neuer Therapien

Kosten/Nutzen-Betrachtungen von neuen Therapien noch nicht ausreichend tief im Gesundheitswesen verankert

Fehlende Real-World-Evidence

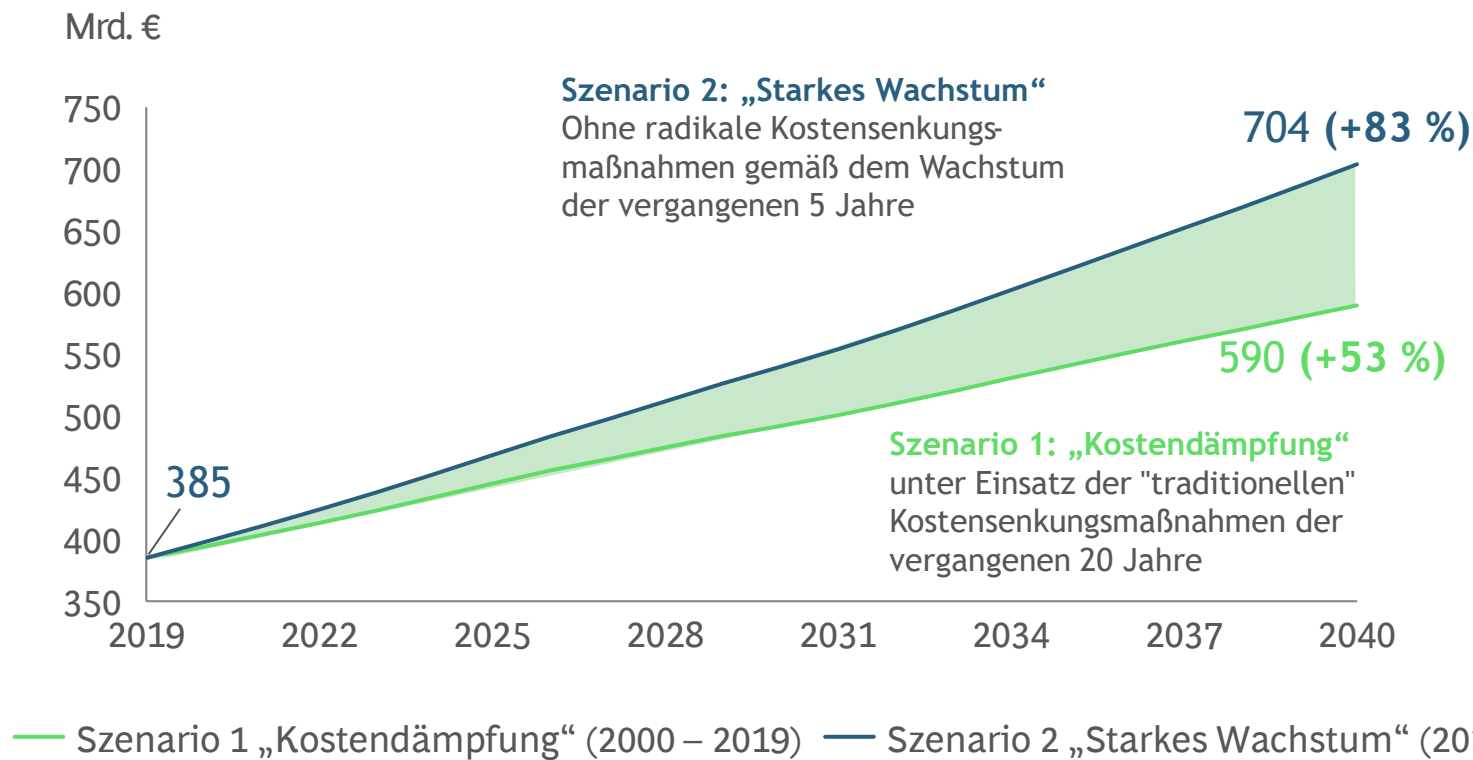
Ausbaufähige Erfassung/Nutzung von langfristigen Real-World-Evidence Betrachtungen

Geringes Risk-Sharing

Zusammenspiel und Risk-Sharing mit Kostenträgern wird wenig genutzt

Setzt sich die Entwicklung der letzten Jahre fort,
steigen die Gesundheitsausgaben bis 2040 um bis zu 80 % (€ 200 – 300 Mrd.)

Prognose der nominalen Gesundheitsausgaben ohne Inflation



Bis zu **€ 200 - 300 Mrd.**
zusätzliche Gesundheits-
ausgaben je nach Szenario
möglich, kostendeckender
Beitragssatz zur GKV
bei **20 – 22%.**

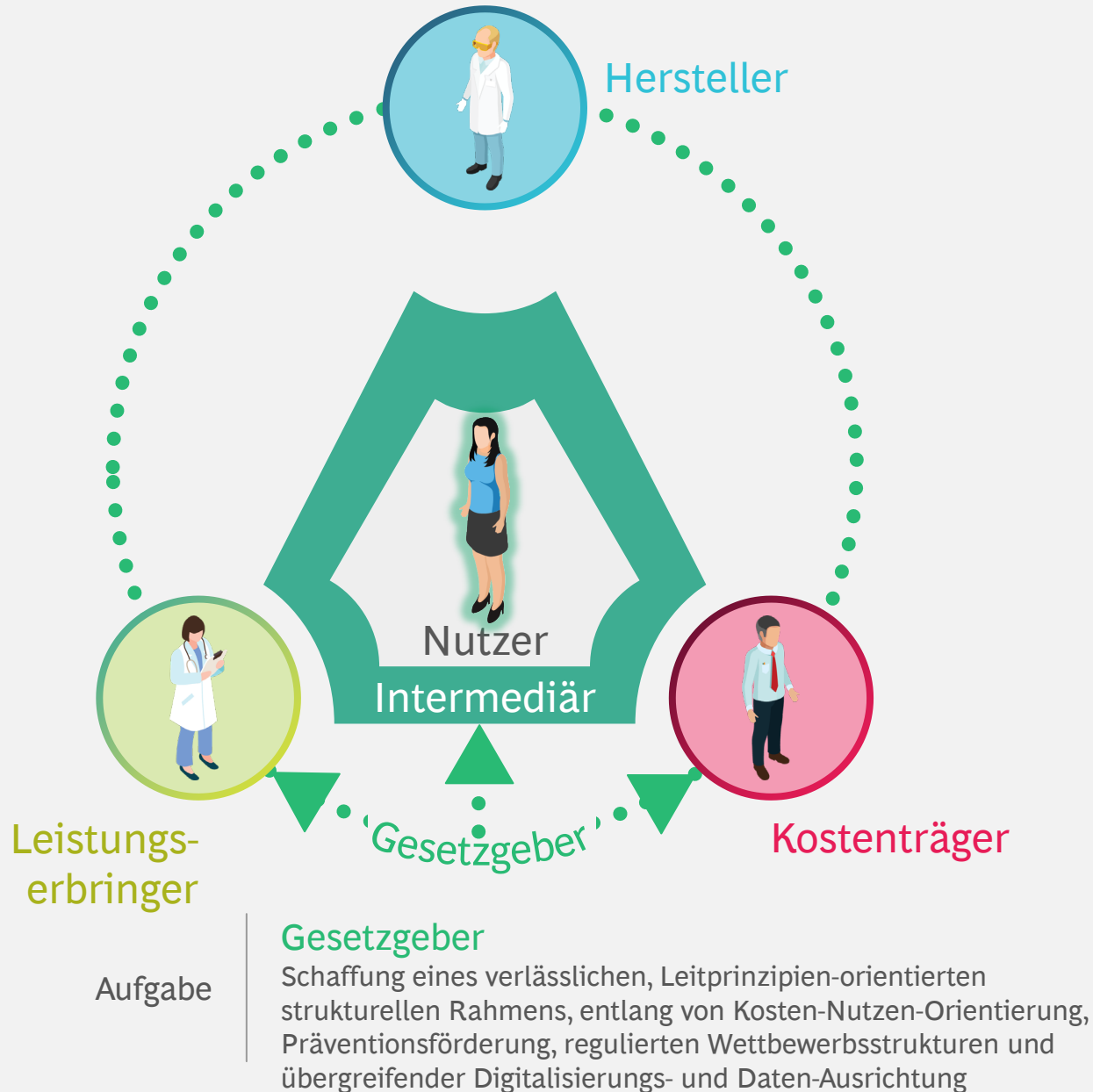
Bevölkerungsprognose: Variante 2 (G2L2W2); Krankheitskosten 2015 als Fixwert für alle Jahre angenommen; normalisiert auf Inflations-adjustierte Gesundheitsausgaben 2019; Effekt der Altersstruktur über Normalisierung auf Bevölkerungsvolumen 2019 errechnet; Verordnungsverhalten zu Demografie-Effekt (Bevölkerungswachstum und Altersstruktur) hinzugerechnet
Quelle: Stat. Bundesamt; BCG-Analyse

In der Vergangenheit angewandte Reform-Maßnahmen reichen künftig zur nachhaltigen Kosteneindämmung nicht aus

			Genutzt	Potenzial	Komplexität
Kurzfristige (direkte) Hebel der Vergangenheit	Erweiterung der Finanzierungsbasis der GKV	<p>Erhöhung der Versicherungsprämien oder Erhöhung von Bundeszuschüssen, z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erhöhung der Beitragssätze oder Erhöhung der Bemessungsgrenze/-grundlage • Erweiterung des Personenkreises, der Beiträge zahlt • Erhöhung der Bundeszuschüsse durch Steuereinnahmen oder Schuldenaufnahme 			
	Rationierung von Leistungen der GKV	<p>Verringerung der Leistungskosten, z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reduzierung des Leistungsumfangs • Verlagerung der Leistungskosten auf Patienten (z.B. durch Zuzahlungen) • Anhebung der Zugangsberechtigung zu Leistungen 			
Langfristige (indirekte) Hebel mit Investitionsbedarf	Ausschöpfung von Produktivitätspotenzialen	<p>Steigerung der Effizienz der Branche durch Anreize und Regulatorik, z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Steigerung von Effizienz durch Digitalisierung und Vereinfachung von Prozessen • Öffnung der Märkte, um mehr Wettbewerb zwischen den Akteuren zuzulassen 			
	Maßnahmen zur Wertoptimierung	<p>Durchsetzung von Wertsteigerungen gegenüber Leistungserbringern und Herstellern, z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Förderung von Innovationen durch finanzielle Anreize • Einführung von wertorientierten Vergütungsstrukturen (z.B. Steigerung von Effizienz und/oder Qualität) 			

Hoch
 Mittel
 Gering

Vision für ein finanziell nachhaltiges, nutzerorientiertes Gesundheitssystem



Leit-
prinzipien

Nutzer

Übernahme von Gesundheitsverantwortung und bedarfsgerechte Inanspruchnahme von Leistungen

Intermediär

Personalisierte, holistische, longitudinale Navigation im Gesundheitssystem und Gesundheitsberatung durch bestehende Akteure

Leistungserbringer

Bereitstellung einer kosteneffizienten, konsistent hochwertigen Versorgung in jeder Region

Kostenträger






Umsetzung einer wertorientierten und wettbewerblchen Aufstellung

Hersteller

Investition in Entwicklung Mehrwert-bringender Produkte (inkl. Forschungs- und Produktionskapazitäten) und Bepreisung entlang des medizinischen Nutzens

Für die Umsetzung dieser Vision braucht es effektive Ausgestaltungsoptionen

Übergeordnete Rahmenbedingungen werden durch den Gesetzgeber definiert, die Umsetzungshebel orientieren sich an den fünf Leitprinzipien und sind spezifisch für die verschiedenen Akteure:

 Nutzer	 Inter- mediär	 Leistungs- erbringer	 Kosten- träger	 Hersteller
Stärkung von effektiven Präventionsmaßnahmen	Datengetriebene Unterstützung von bedarfsgerechter Inanspruchnahme	Abbau Fehlversorgung und bedarfsgerechte Planung	Stärkere Möglichkeiten für einen echten Wettbewerb	Faire Bepreisung der Therapien entlang des medizinischen Nutzens
Steigerung der Gesundheitskompetenz zur bedarfsgerechten Inanspruchnahme	Flexible Übernahme der Funktion durch unterschiedliche Akteure	Nutzung der ökonomischen Anreize durch qualitätsbasierte Vergütung	Stärkere Rolle in der wertorientierten Vergütung inkl. Tools für Qualitätsmessung	Erhebung und Nutzung von Real-World-Evidence (RWE)
Einführung von Bonus-/Malus-Regelungen für vorteilhafte Verhaltensweisen	Nutzung von Partnerschaften und gezielte Messung des Erfolges	Stringente Umsetzung der geplanten Digitalisierungs- und Unterstützungsmaßnahmen	(Noch) stärkere Möglichkeiten für aktive Betreuung der Versicherten	Hohe Investition in die Entwicklung neuer Therapien und Förderung des Standortes Deutschland

Leitprinzip 1: Übernahme von Gesundheitsverantwortung und bedarfsgerechte Inanspruchnahme von Leistungen



Nutzer

Ziele und mögliche Hebel

Stärkung von Präventionsmaßnahmen und Lebensstiländerungen mit messbaren Effekten zur Reduktion der Chronikerrate z.B. durch

- Fokus auf Vermeidung statt Behandlung von Krankheiten z.B. durch individuelle Definition von Gesundheitszielen und passenden Präventionsmaßnahmen
- Stärkerer Nutznachweis von Präventionsmaßnahmen z.B. durch Investitionsfonds für alle Bereiche der Prävention

Steigerung der Gesundheitskompetenz zur bedarfsgerechten Inanspruchnahme

- Verbesserung der Kompetenz durch frühe, zielgruppenspezifische Wissensvermittlung und unterschiedliche Akteure, z.B. Gesundheitskurse in Kitas und Schulen, Nutzung Social Media
- (Finanziellen) Spielraum schaffen um Anreize zum nachhaltigen Umgang mit Ressourcen im Gesundheitswesen zu setzen, z.B. durch mehr Wahltarife
- Nutzung der Digitalisierung und aller relevanten Kanäle für die Verbesserung der Gesundheitskompetenz

Einführung von Bonus-/Malus-Regelungen für vorteilhafte Verhaltensweisen

- Stärkere (finanzielle) Incentivierung z.B. für die Nutzung von Präventionsmaßnahmen
- Aufpreis/Aufschlag für unsachgemäße Inanspruchnahme von Leistungen (z.B. unnötige Besuche in Notaufnahmen am Wochenende)
- Stärkere Möglichkeiten für Selbstbehalt-Tarife



Intermediär

Ziele und mögliche Hebel

Füllen eines aktuellen Vakuums mit dem Ziel einer bedarfsgerechteren Inanspruchnahme sowie zur frühzeitigeren Intervention durch bestehende Akteure

- Mit der Fähigkeit eines datengetriebenen Verständnisses von Gesundheit, Gesundheitswesen und Nutzern – Nutzer wählt ob und wann er die Unterstützung benötigt und hat Datenhoheit
- Hilft dem Nutzer bei der bedarfsgerechten Inanspruchnahme des Systems

Verschiedene bestehende Akteure können diese Rolle übernehmen

- Insbesondere Leistungserbringer (z.B. Hausarzt oder digitale Gesundheitsservices) als auch Kostenträger sind prädestiniert, auch neue Akteure wie Gesundheitsdienstleister und Technologieunternehmen sind denkbar
- Ein Patient kann mehrere Intermediäre (aus verschiedenen Bereichen) haben
- Voraussetzung: Zurverfügungstellung notwendiger Informationen (z.B. per elektronischer Gesundheitsakte) und Kompetenzen von Seiten des Gesetzgebers (z.B. aktive Ansprache, Auswertungsoptionen verfügbarer Daten)

Nutzung von Partnerschaften und gezielte Messung des Erfolges

- Gezielte Kooperation (z.B. von Leistungserbringern oder Kassen mit Herstellern) mit dem potenziellen Nebeneffekt der Differenzierung zum Wettbewerb
- Kosten-Nutzen-Messung der Maßnahmen und Risk-Sharing Agreements zwischen den Akteuren, insbesondere Leistungserbringer/Hersteller mit Kostenträgern

Leitprinzip 3: Bereitstellung einer kosteneffizienten, konsistent hochwertigen Versorgung in jeder Region



Leistungs- erbringer

Ziele und mögliche Hebel

Abbau Fehlversorgung und Neuaufstellung der bedarfsgerechten Planung für einen angemessenen Zugang zur medizinischen Versorgung

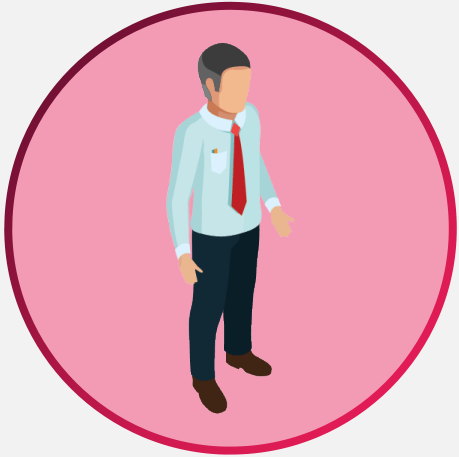
- Populationsbezogene Planung zur morbiditätsbedingten und regionalen Verteilung der Leistungserbringer
- Kreativer Gestaltungsspielraum für effektivere Niederlassungsanreize
- Interdisziplinäre ambulante Versorgungszentren in der Fläche
- Stärkung von Telemedizin und Digital Health Apps mit Gate-Keeper Funktion

Nutzung der ökonomischen Anreize durch qualitätsbasierte Vergütung

- Aufweichung der Sektorengrenzen (z.B. durch Öffnung MVZ-Regelungen, Ausweitung AOP-Katalog oder Vergabe übergreifender, regionaler Versorgungsaufträge)
- Erweiterung der bundesweiten Strukturvorgaben oder Vorgaben zu Qualitäts- und Kostenparametern, z.B. durch qualitätsbasierte Verträge und/oder (signifikante) Ausweitung der Mindestmengen für elektive Eingriffe

Stringente Umsetzung der geplanten Digitalisierungs- und Unterstützungsmaßnahmen

- Prozessuale, inhaltliche und finanzielle Unterstützung/Motivierung von Leistungserbringern, insbesondere im ambulanten/niedergelassenen Bereich
- (Finanzielle) Anreize für die Nutzung



Kostenträger

Ziele und mögliche Hebel

Stärkere Möglichkeiten für einen echten Wettbewerb

- Größere Differenzierung des Leistungsspektrums
- Attraktive Alternativ-/Wahltarife mit finanziellen Anreizen für die Versicherten
- Belohnung der Kassen für eine Verbesserung von Qualität des Gesundheitszustands ihrer Versicherten
- Ausbau der Individualvertragsoptionen mit Leistungserbringern – auch außerhalb der kollektivvertraglichen Strukturen

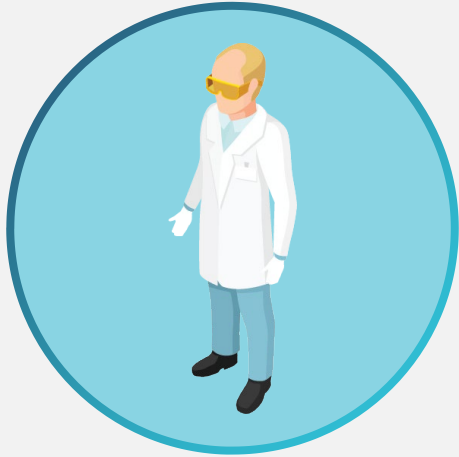
Stärkere Rolle in der wertorientierten Vergütung inkl. Tools für Qualitätsmessung

- Fokus von Menge hin zu Behandlungsergebnissen
- Ausweitung von qualitätsbasierter Vergütung und Unterstützung von Qualitäts-Erhebungsmaßnahmen (z.B. PROMs = Patient Reported Outcome Measures)
- Einführung von neuen Vergütungsmodellen (z.B. Pay for Performance, Bundled Payment-Modell oder Capitation)

(Noch) stärkere Möglichkeiten für eine aktive Betreuung der Versicherten

- Stärkung der Kostenträger in ihrer Rolle als Intermediär
- Ausbau der Möglichkeiten zur Datenauswertung und aktiven Versicherten-Interaktion
- Erlaubnis für Kassen, Qualitätsunterschiede von Leistungserbringern gegenüber Versicherten zu kommunizieren

Leitprinzip 5: Investition in Entwicklung mehrwert-bringender Produkte (inkl. Forschungs- und Produktionskapazitäten) und Bepreisung entlang des medizinischen Nutzens



Hersteller

Ziele und mögliche Hebel

Faire Bepreisung der Therapien entlang des medizinischen Nutzens

- Faire Bepreisung entlang des medizinischen Nutzens auch rückwirkend für das 1. Jahr
- Erhebung des medizinischen Nutzens entlang von vereinbarten Qualitäts-/ Prozessparametern (z.B. PROMs und QALY), krankheitsspezifische Definition des monetären Werts für Verbesserung der Parameter und Preisaufschlag des Zusatznutzens auf Alternativkosten (Standardtherapie- und Folgekosten)
- Gezielter Schluss von Versorgungslücken und Problemen in der Versorgung
- Ausbau von Risk-Sharing mit Leistungserbringern/Kostenträgern

Erhebung und Nutzung von Real-World-Evidence (RWE)

- Bereitstellung von pseudonymisierten Datenquellen zur Entwicklung neuer Therapien und der Möglichkeit den medizinischen Nutzen langfristig zu evaluieren
- Stärkung der Akzeptanz von RWE für die Zulassung neuer Therapien
- Langfristige Messung von Erfolg und Kosten von eingesetzten Therapien

Hohe Investition in die Entwicklung neuer Therapien und Förderung des Standortes Deutschland

- Ausbau des Zukunftsfonds und höhere Anzahl von Kapitalgebern
- Stärkere Durchlässigkeit von Grundlagenforschung und Entwicklung
- Heben von Effizienzpotentialen in der Produktion durch digitale Lösungen und Automatisierung

Das künftige Gesundheitssystem braucht einen vom Gesetzgeber geförderten strukturellen Rahmen mit sieben Kernelementen, der über alle Akteure hinweg gilt

Gesetzgeber definiert



Ausbau der Datennutzung zur Vernetzung der Akteure und Daten-basierten Behandlungsverbesserungen



Stärkung der Eigenverantwortung der Nutzer durch Anreizsetzung und Förderung der Gesundheitskompetenz



Förderung von Prävention als vorgelagerte Intervention vor Behandlung



Incentivierung nach Qualität (statt primär nach Menge) für alle Akteure des Gesundheitssystems



Sektoren-übergreifende Vergütung und bedarfsgerechte Ressourcenverteilung zur Vermeidung von Überbehandlung



Mehr Wettbewerb zwischen Kostenträgern für eine effizienten Aufstellung und Verbreitung wertbasierter Vergütungsmodelle



Digital First: Primäre Nutzung von Digitalisierung überall dort, wo sie möglich ist

Funktionen setzen um



Nutzer



Inter-
mediär



Leistungs-
erbringer



Kosten-
träger



Hersteller

Disclaimer

The services and materials provided by Boston Consulting Group (BCG) are subject to BCG's Standard Terms (a copy of which is available upon request) or such other agreement as may have been previously executed by BCG. BCG does not provide legal, accounting, or tax advice. The Client is responsible for obtaining independent advice concerning these matters. This advice may affect the guidance given by BCG. Further, BCG has made no undertaking to update these materials after the date hereof, notwithstanding that such information may become outdated or inaccurate.

The materials contained in this presentation are designed for the sole use by the board of directors or senior management of the Client and solely for the limited purposes described in the presentation. The materials shall not be copied or given to any person or entity other than the Client ("Third Party") without the prior written consent of BCG. These materials serve only as the focus for discussion; they are incomplete without the accompanying oral commentary and may not be relied on as a stand-alone document. Further, Third Parties may not, and it is unreasonable for any Third Party to, rely on these materials for any purpose whatsoever. To the fullest extent permitted by law (and except to the extent otherwise agreed in a signed writing by BCG), BCG shall have no liability whatsoever to any Third Party, and any Third Party hereby waives any rights and claims it may have at any time against BCG with regard to the services, this presentation, or other materials, including the accuracy or completeness thereof. Receipt and review of this document shall be deemed agreement with and consideration for the foregoing.

BCG does not provide fairness opinions or valuations of market transactions, and these materials should not be relied on or construed as such. Further, the financial evaluations, projected market and financial information, and conclusions contained in these materials are based upon standard valuation methodologies, are not definitive forecasts, and are not guaranteed by BCG. BCG has used public and/or confidential data and assumptions provided to BCG by the Client. BCG has not independently verified the data and assumptions used in these analyses. Changes in the underlying data or operating assumptions will clearly impact the analyses and conclusions.



bcg.com