

Notoperation statt Vorsorge - im Gesundheitswesen

München, 10. April 2014



Tegernsee Med GmbH (Holding)

Kliniken

KLINIK DR SCHLEMMER



CIP TAGESKLINIK



KLINIK IM ALPENPARK

MVZ

CIP PRIVATPRAXIS

PRIVATPRAXIS CENTRUM FÜR INTEGRATIVE PSYCHOTHERAPIE MÜNCHEN

MVZ
SENDLINGER TOR
Medizinisches Versorgungszentrum

MVZ
NEUHAUSEN
Medizinisches Versorgungszentrum

CIPM
Centrum für Integrative
Psychosomatische Medizin

DRES. KRATZER, MAYRING & KOLLEGEN
Medizinisches Versorgungszentrum

Ausbildung

CIP AKADEMIE

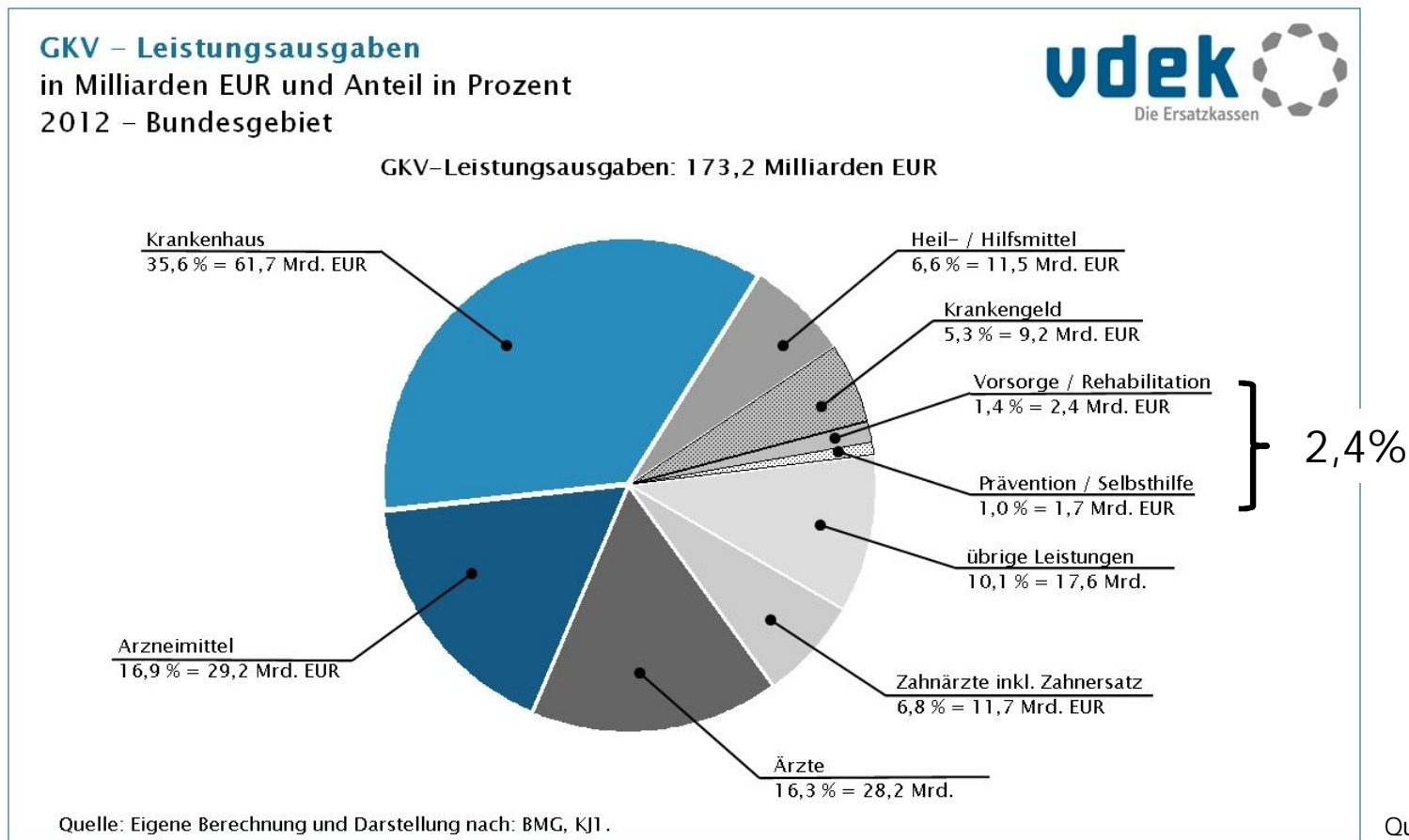
CIP AMBULANZ

CIP COACHING

BAP AKADEMIE

BAP AMBULANZ

2,4% der GKV-Ausgaben in 2012 wurden für Vorsorge / Rehabilitation und Prävention aufgewendet



Trotzdem gibt es innerhalb der Krankenversicherung bereits viele Präventionsprogramme

GKV – Ausgaben 2011–12



Präventionsbereiche	Einzeleleistungen	2011	2012
Med. Primärprävention 2012: 1.755 Mio. Euro	Schutzimpfungen	1.262	1.252
	Med. Vorsorgeleistungen	351	392
	Kariesprophylaxe Kinder	109	111
Nichtmed. Primärprävention 2012: 450 Mio. Euro	Präventionskurse	204	164
	Primärprävention Setting-Ansatz	23	28
	Betriebliche Gesundheitsförderung	42	46
	Boni an Versicherte/Arbeitgeber	184	212
Sekundärprävention 2012: 1.822 Mio. Euro	Früherkennung Zahnerkrankungen	401	408
	Kinder-Früherkennung	174	172
	Krebs-Früherkennung	836	836
Tertiärprävention 2012: 643 Mio. Euro	Gesundheitsuntersuchung Erwachsene	394	405
	Selbsthilfeförderung	39	41
	Verbraucher-/Patientenberatung	5	5
	Prävention von Behinderungen bei Kindern	274	284
	Reha-Sport und verwandte Leistungen	207	207
	Patientenschulung (in und außerhalb DMP)	107	106
		4.613	4.670

EUR 3,41
Ist-Ausgaben
vs.
EUR 3,01
Ausgabensollwert
je Versichertem p.a.
(§ 20 Abs 2. SGB V)

Quelle: GKV-Spitzenverband, 2014

Viele Institutionen: Die Krankenversicherungen sind für viele Präventionsleistungen nicht zuständig

Gesundheitsausgaben 2012 [EUR Mio.]	Ausgabenträger								
	Gesamt	Öffentl. Haushalte	Gesetzl. Krankenversicherung	Soziale Pflegeversicherung	Gesetzl. Rentenversicherung	Gesetzl. Unfallversicherung	Private Krankenversicherung	Arbeitgeber	Private
Ausgaben Gesamt	300.437	14.429	172.408	22.985	4.261	4.899	27.963	12.884	40.606
<i>davon Prävention/ Gesundheitsschutz</i>	10.857	276	4.810	332	199	1.148	176	909	1.207
<i>in %</i>	3,6%	1,9%	2,8%	1,4%	4,7%	23,4%	0,6%	7,1%	3,0%



Fragen:

- Verteilung nach Kassenlage der Institutionen?
- Lobbyerfolge der Verbände?
- Trägt der Zuständige die Folgekosten?



Jede Institution für sich: Seit 2004 ist ein ehrgeiziges Präventionsgesetz zweimal gescheitert

Koalitionsvertrag

18. Legislaturperiode



Förderung der Zahngesundheit (§21 SGB V)

Früherkennungsuntersuchungen: Kinder
Vorsorgeuntersuchung: Erwachsene

Förderung von Schutzimpfungen (§20d Abs.3 SGB V)

Präventionsgesetz 2014

Setting: Kita, Schulen, Betriebe, Pflegeheime

Bundesweit verpflichtende Rahmenvereinbarung

Berücksichtigung in der Versorgung: Frauen- und Männergesundheit



Ziel:
Verdoppelung
Ausgabensollwert
auf EUR 6,0
je Versichertem p.a.

Quelle: GKV-Spitzenverband, 2014

Perspektive der Politik: Risikoverhalten und Gesundheit im Alter sind stark von Bildung und sozialem Status abhängig

Frauen	Kein Sport		< 2 Std./Woche Sport		2–4 Std./Woche Sport		> 4 Std./Woche Sport	
	%	(95%-KI)	%	(95%-KI)	%	(95%-KI)	%	(95%-KI)
Gesamt	36,1	(35,2–37,0)	20,1	(19,4–20,8)	21,1	(20,4–21,7)	22,7	(22,0–23,4)
Frauen gesamt	36,0	(34,8–37,2)	23,2	(22,2–24,2)	21,5	(20,6–22,4)	19,3	(18,4–20,2)
18–29 Jahre	21,8	(19,6–24,1)	23,4	(21,3–25,6)	28,6	(26,4–30,9)	26,3	(24,2–28,6)
Untere Bildungsgruppe	24,1	(19,5–29,4)	22,0	(17,9–26,6)	24,3	(20,4–28,8)	29,6	(25,3–34,2)
Mittlere Bildungsgruppe	20,9	(18,5–23,6)	23,2	(20,7–26,0)	30,6	(27,7–33,6)	25,3	(22,5–28,2)
Obere Bildungsgruppe	18,7	(14,2–24,2)	28,7	(23,3–34,9)	30,7	(25,2–36,9)	21,9	(17,1–27,5)
30–44 Jahre	34,7	(32,8–36,8)	24,8	(23,1–26,5)	23,7	(22,1–25,4)	16,7	(15,3–18,3)
Untere Bildungsgruppe	50,6	(42,5–58,6)	17,7	(12,3–25,0)	17,0	(11,9–23,7)	14,6	(9,9–21,2)
Mittlere Bildungsgruppe	35,7	(33,4–38,2)	23,8	(21,7–25,9)	23,4	(21,4–25,5)	17,1	(15,3–19,0)
Obere Bildungsgruppe	23,3	(21,0–25,8)	31,2	(28,6–33,9)	28,3	(25,8–31,0)	17,2	(15,2–19,4)
45–64 Jahre	33,8	(31,9–35,7)	22,3	(20,8–24,0)	22,8	(21,3–24,4)	21,0	(19,5–22,6)
Untere Bildungsgruppe	48,2	(42,0–54,4)	21,6	(16,9–27,1)	11,8	(8,4–16,3)	18,4	(14,0–23,8)
Mittlere Bildungsgruppe	32,9	(30,8–35,1)	22,0	(20,2–24,0)	23,5	(21,6–25,5)	21,6	(19,8–23,5)
Obere Bildungsgruppe	21,3	(19,3–23,5)	24,1	(22,0–26,4)	32,3	(30,0–34,8)	22,2	(20,2–24,4)
ab 65 Jahre	48,2	(45,4–51,0)	22,6	(20,3–25,0)	13,7	(12,0–15,6)	15,5	(13,7–17,6)
Untere Bildungsgruppe	54,4	(49,5–59,3)	22,2	(18,3–26,6)	10,9	(8,2–14,4)	12,5	(9,6–16,2)
Mittlere Bildungsgruppe	44,5	(41,5–47,6)	22,7	(20,2–25,4)	15,2	(13,1–17,6)	17,5	(15,3–20,0)
Obere Bildungsgruppe	29,0	(25,2–33,0)	24,6	(21,0–28,6)	23,1	(19,6–26,9)	23,4	(20,0–27,1)

Prävention wird in der Politik als sozialer Ausgleich diskutiert

Quelle: Robert-Koch-Institut, 2013

Leistungserbringer: Zwischen Not-OP und deren Alternativen bestehen oft große wirtschaftliche Unterschiede

Beispiel Rückenschmerz:



Konservative Behandlung

- Vergütung Niedergelassene: > € 80 p.Q.
- Vergütung Physiotherapeut: > € 800
- Vergütung Reha: € 2.200



Rücken-OP

- Vergütung Krankenhaus: € 5.000-21.000
- Zunahme Eingriffe um 75% von 2007 bis 2013

Patienten: Haben Sie schon mal daran gedacht sich auf Burn-out prüfen zu lassen?

Maslach Burnout Inventory (MBI)

- I Emotionale Erschöpfung
 - 1) Ich fühle mich durch meine Arbeit emotional erschöpft.
 - 2) Ich fühle mich am Ende eines Arbeitstages verbraucht.
 - 4) Den ganzen Tag mit Menschen zu arbeiten, strengt mich an.
 - ...
- II Depersonalisation
 - 1) Ich habe das Gefühl, manche Klienten so zu behandeln, als wären sie Objekte.
 - 2) Ich bin Menschen gegenüber abgestumpfter geworden, seit ich diese Arbeit ausübe.
- III Eigene Leistungseinschätzung
 - 1) Ich kann leicht verstehen, wie meine Klienten über bestimmte Themen denken.
 -

Wie oft haben sie das Gefühl? Nie - sehr selten - eher selten - manchmal - eher oft - sehr oft

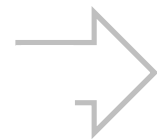
Erfolgreiche Präventionsprogramme müssen vielen Interessen gerecht werden

SV-Institutionen	Leistungserbringer	Politik	Bevölkerung
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Primäres Interesse: Kostenbegrenzung ▪ Zweifel an Nutzen der Prävention ▪ Ziel ist Optimierung eigener Institution ▪ Rivalität zu andern Institutionen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wirtschaftliches Interesse zu überleben ▪ Berufspolitische Interessen (Ärzte, KH, Apotheken) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Handlungsdruck weg. Forderungen der Wissenschaft ▪ Prävention als Instrument der Umverteilung ▪ Interesse an Kostenbegrenzung 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Geringe Zahlungsbereitschaft (Vollversicherungsmentalität) ▪ Hohe Technikgläubigkeit (Wen was ist, wird mir geholfen)



Die medizinische Rehabilitation ist das Stiefkind der Krankenkassen – seit 1995 stagnieren die Ausgaben

Jahr	1995	2012	Veränderung in %
Rentenversicherung ¹	3.396	3.859	= + 13,6 %
Krankenversicherung ²	2.074	2.136	= + 3 %



Zum Vergleich Akutkrankenhäuser: +58%

¹ Reha-Bericht 2012 Deutsche Rentenversicherung

² http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/GKV/Finanzergebnisse/KJ1_2011.pdf

Besserung ist nicht in Sicht – es sind nur geringe Erhöhungen des Reha-Budgets in den nächsten Jahren vorgesehen

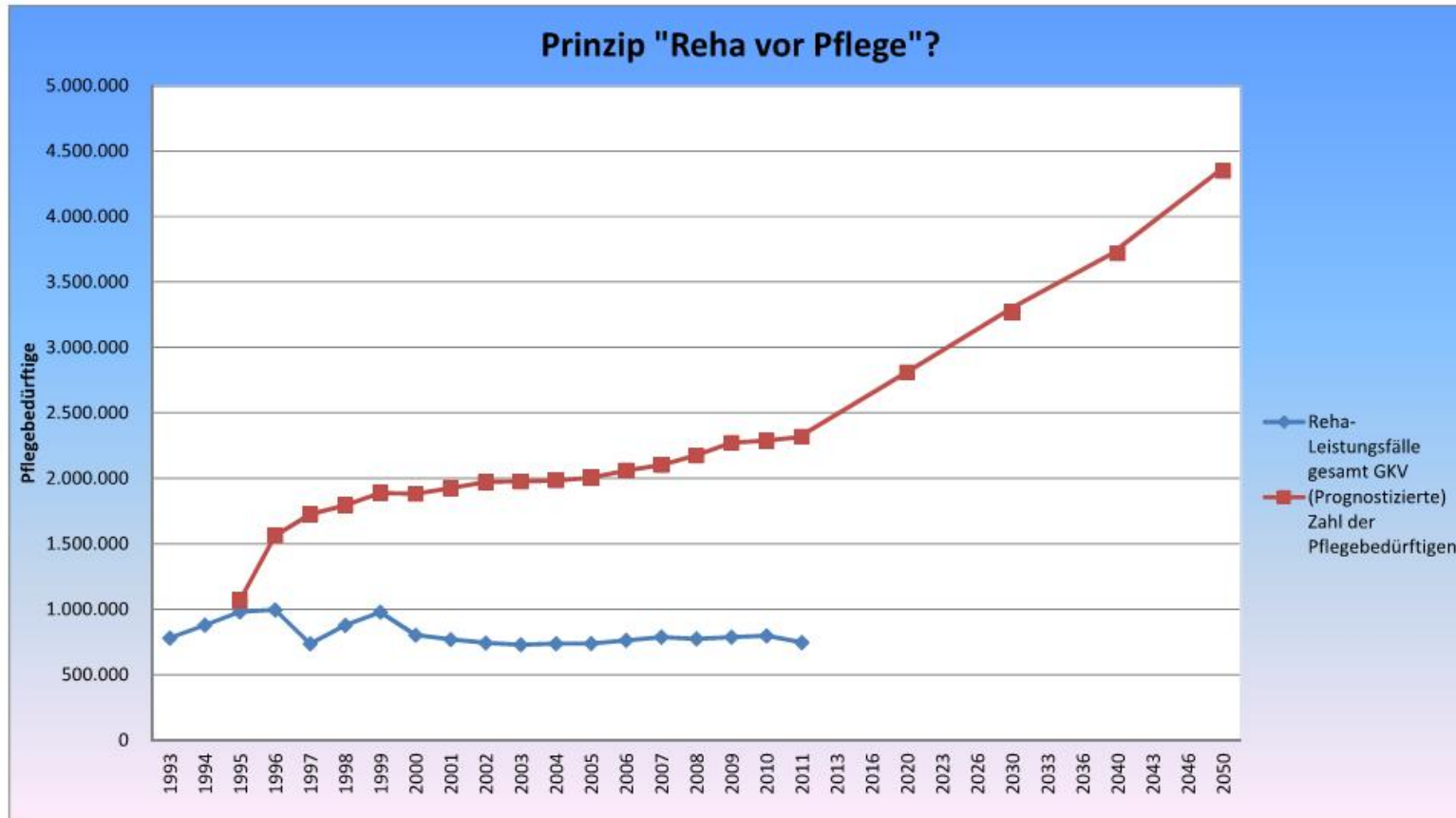
Erhöhungsraten der DRV im Rentversicherung Leistungsverbesserungsgesetz (in Mrd. Eur)

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2025	2030
Kindererziehungszeiten	3,3	6,7	6,7	6,6	6,6	6,6	6,6	6,5	6,1
Bes. langj. Versicherte	0,9	1,9	2,2	2,0	1,9	1,8	1,8	2,1	3,1
Erwerbsminderungsrente	0,1	0,2	0,3	0,4	0,5	0,7	0,8	1,4	2,1
Rehabilitationsbudget	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,0	-0,3
Rentenpaket insgesamt	4,4	9,0	9,3	9,3	9,3	9,3	9,4	10,0	11,0

Quelle: BDPK, 2014

Fallbeispiel I 3/3

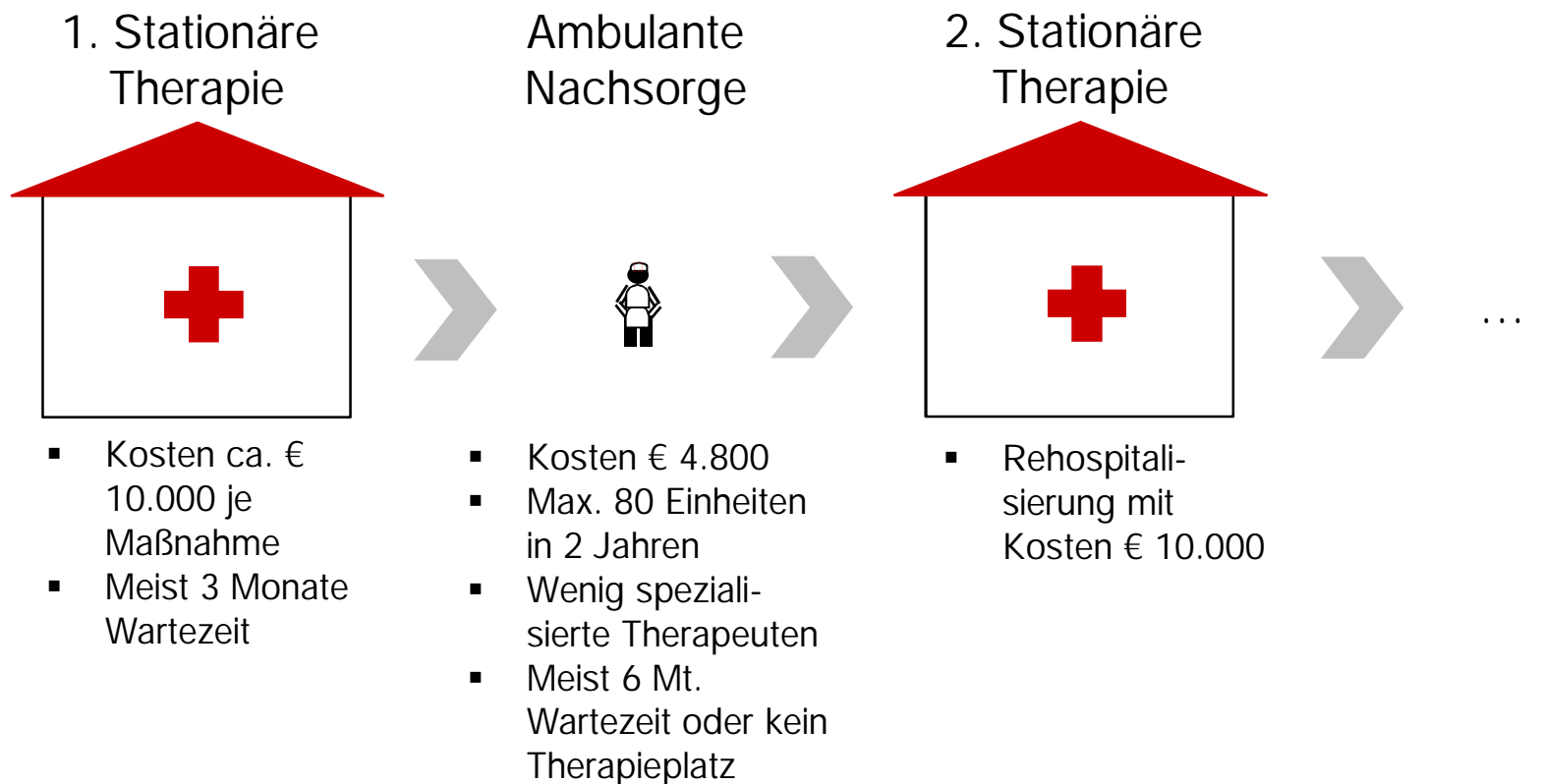
Das Prinzip „Reha vor Pflege“ wird von den Krankenkassen und DRV nicht befolgt – die Rechnung zahlt die Pflegekasse



Quelle: BDPK, 2014

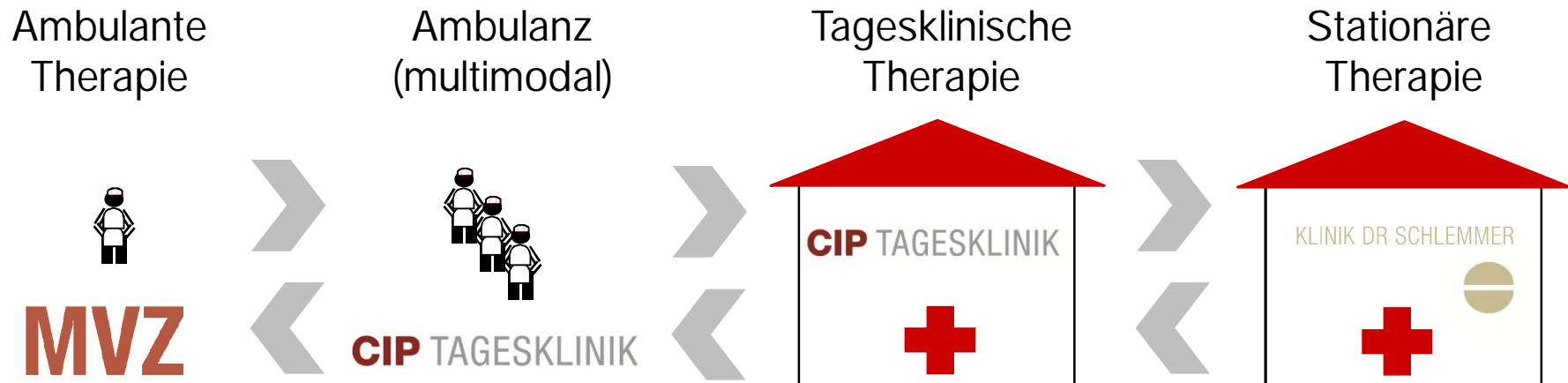
In der Psychiatrie und Psychosomatik kommt es häufig zum „Drehtüreffekt“

Drehtüreffekt, z.B: bei Depression mit komorbider BPS



Als Lösung bietet unsere Unternehmensgruppe störungsspezifische Therapie im stepped care-Model für den Großraum München an

stepped care-Model

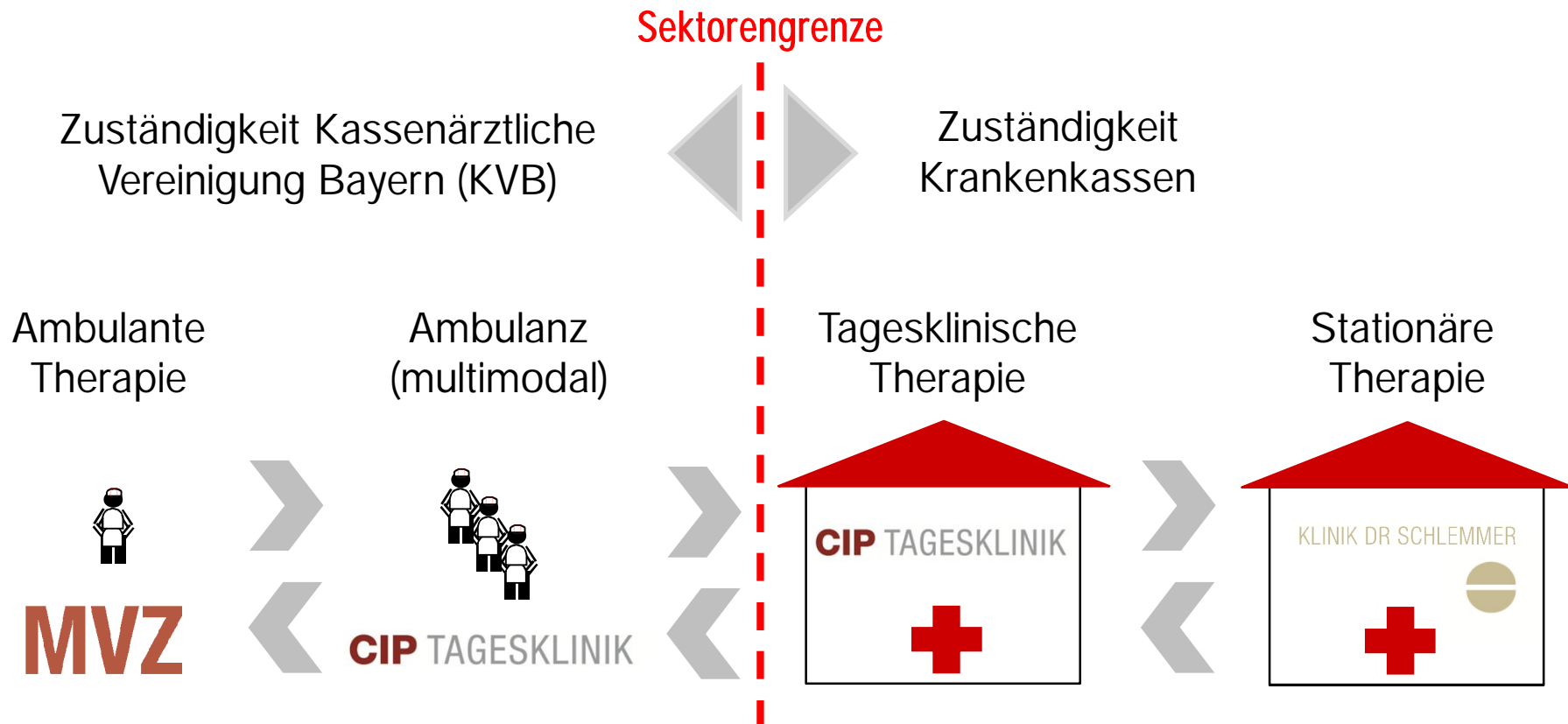


Definition stepped care:

„Bei fehlenden oder unzureichenden Effekten einer Behandlungsstufe, Überführung der Behandlung in eine nächste intensivere Stufe [Anm. und nur dann!].“¹⁾

1) Jaehne et al. 2012, Richards et al. 2012, Stringer et al. 2011

Die größte Herausforderung war und ist die Überwindung der „Sektorengrenze“ in den ambulanten Bereich



Die KVB hat eine Reihe von Regelungen erlassen, die die Existenz von MVZ erschweren, besonders nichtärztliche MVZ

Liste nachteiliger Regelungen für MVZ

- **Beschränkung** der zulässigen **Gesellschaftsform** auf BGB und GmbH
- **Zwang zur Festanstellung in MVZ** – keine freiberufliche Anstellung für nicht-Gesellschafter möglich
- Nur 40 h pro Woche als Obergrenze bei der **Plausibilitätsprüfung** für angestellte Ärzte angekündigte. Freiberufliche dürfen weiterhin 60 h pro Woche abrechnen ohne eine Kürzung der Rechnung befürchten zu müssen
- Bei Behandlung eines Patienten durch mehrere Ärzte mehrerer Fachrichtungen in einem MVZ gibt es de facto einen **Abschlag für die Behandlung** der Ärzte weiterer Fachrichtungen
- Seit Anfang 2013: Nicht von Ärzten geführte MVZ müssen eine **zusätzliche Bankbürgschaft** für Abschlagszahlungen abgeben. Ohne Abgabe einer solchen Bürgschaft beträgt die Zahlungsfrist ca. 9 Monaten
- ...

Diese Regelungen sind mitverantwortlich für zwei große MVZ-Insolvenzen mit Münchener Beteiligung in 2011 und 2013



- 9 Standorte
- Ca. 150 Mitarbeiter
- Schließung Standort in München und zwei weitere Standorte
- Relativ lange Verfahrensdauer in München bis Verkauf
- Erhalt der MVZ an sechs weiteren Standorten



- Zwei große Standorte in München
- Ca. 120 Mitarbeiter
- Verkauf der Praxen wurde ca. 4 Monate nach Inso-Antrag begonnen
- Erhalt beider Standorte in anderer gesellschaftsrechtlicher Form
- Sozialverträgliche Lösung auch für nicht-ärztliche Mitarbeiter



Zusammenfassung

Fazit

- Ein geringer Teil der Ausgaben für Gesundheit in Deutschland fließt in die Prävention
- Trotzdem gibt es erfolgreiche Präventionsprogramme und die Politik versucht den Bereich seit 2004 stark auszubauen
- Gesetzlichen Rahmenbedingungen bestimmen, ob Wirtschaftlichkeit überhaupt möglich ist
- Gerade bei Prävention sollten die jeweilige Versorgungsaufgabe und deren Folgekosten möglichst beim gleichen Kostenträger liegen (Bsp. Reha vor Pflege)
- Die berufspolitischen Interessen der Leistungsträger behindern manchmal sinnvolle Versorgungsmodelle. Bsp. „Sektorengrenze“ zwischen ambulanter und stationärer Versorgung

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!