

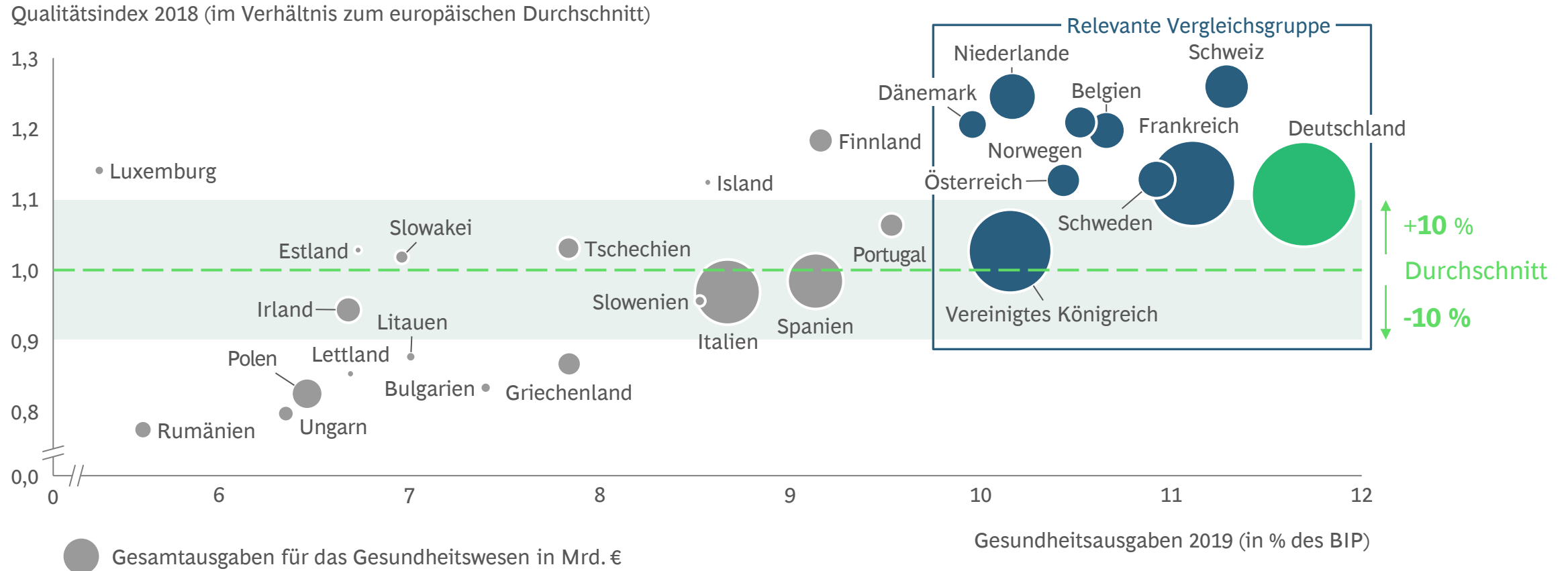


# Die 300-Milliarden-Euro-Frage – Perspektive für ein nachhaltiges Gesundheitssystem

Folienversion der BCG-Studie

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

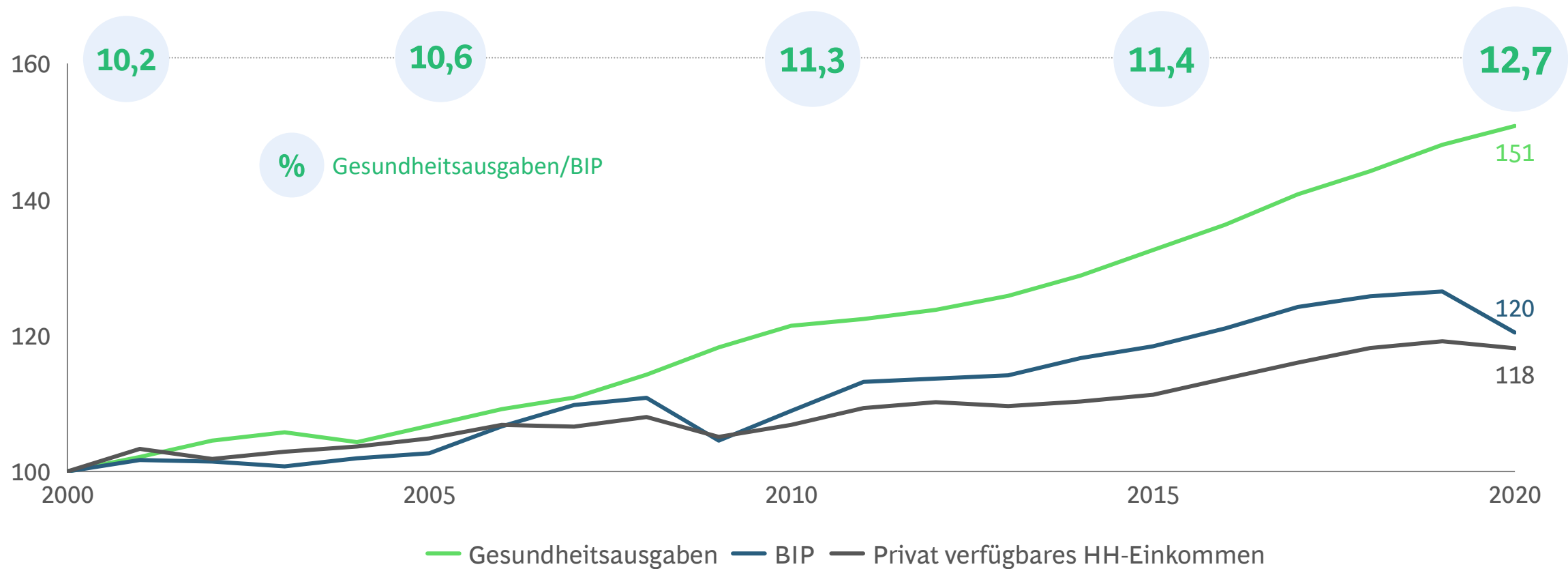
## Gesundheitsausgaben in % des BIP, 2019 vs. relative Punktzahl im Qualitätsindex 2018



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

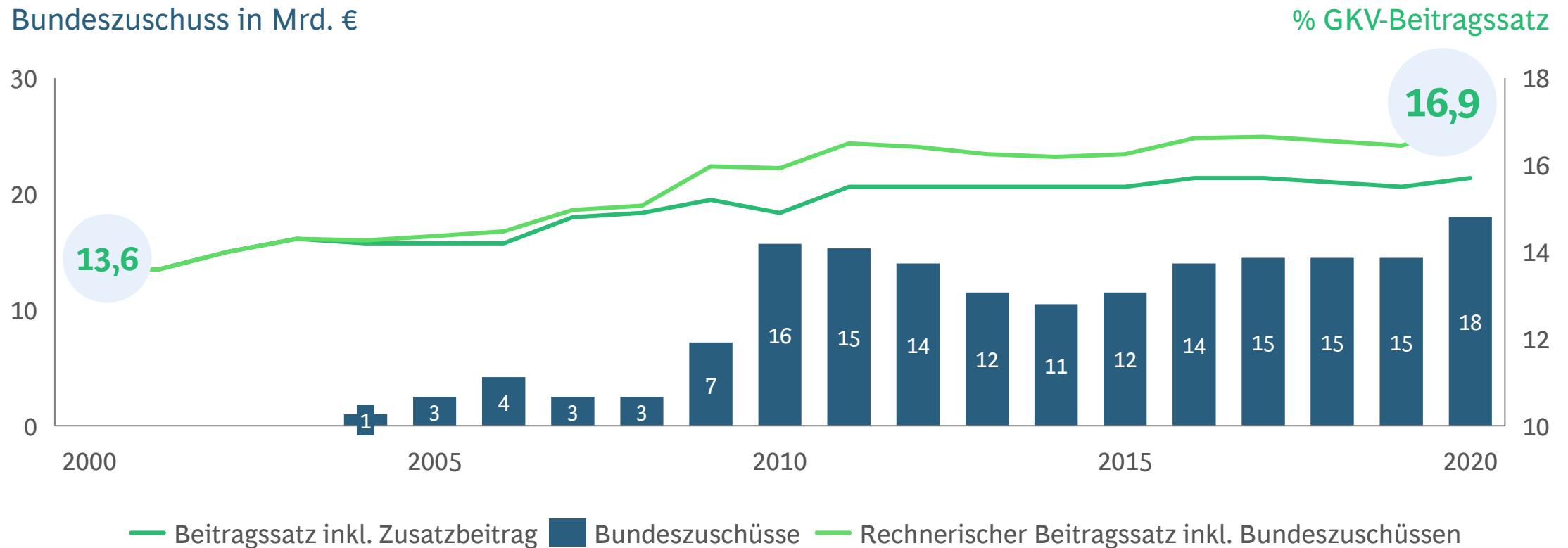
Historische Wachstumskurve der Gesundheitsausgaben in Deutschland in %, indexiert (2000 = 100 %)



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

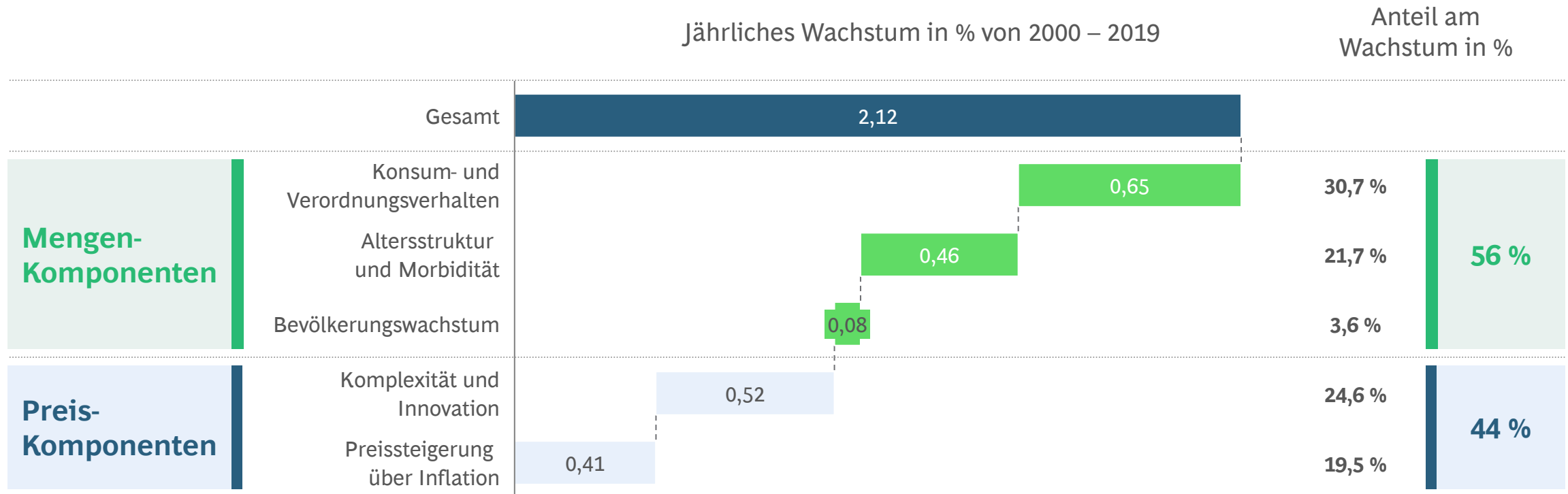
## Historische Entwicklung der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung



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

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



**Leistungs-  
erbringer**

## Ungleiche Verteilung der Leistungserbringer

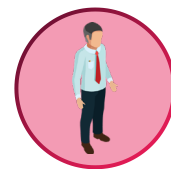
Regional ungleich und stark schwankende Qualität (ambulant und stationär)

## 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

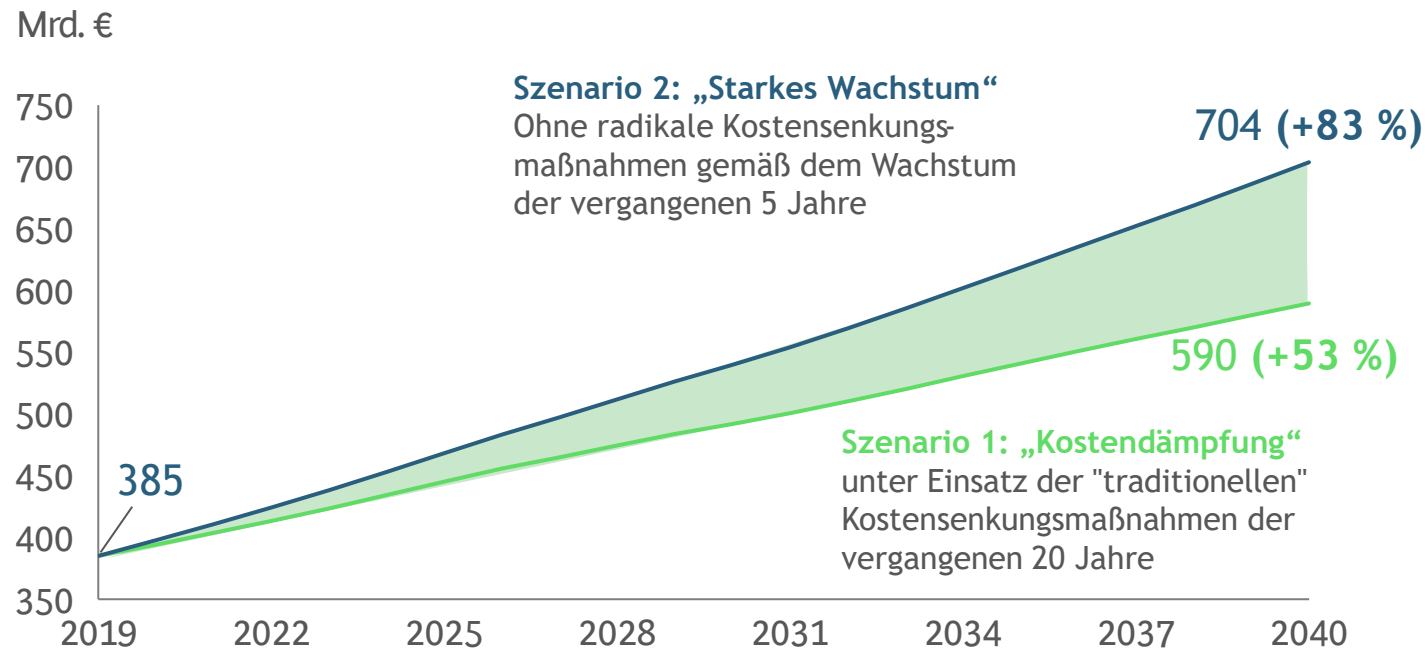
## Geringes Risk-Sharing

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

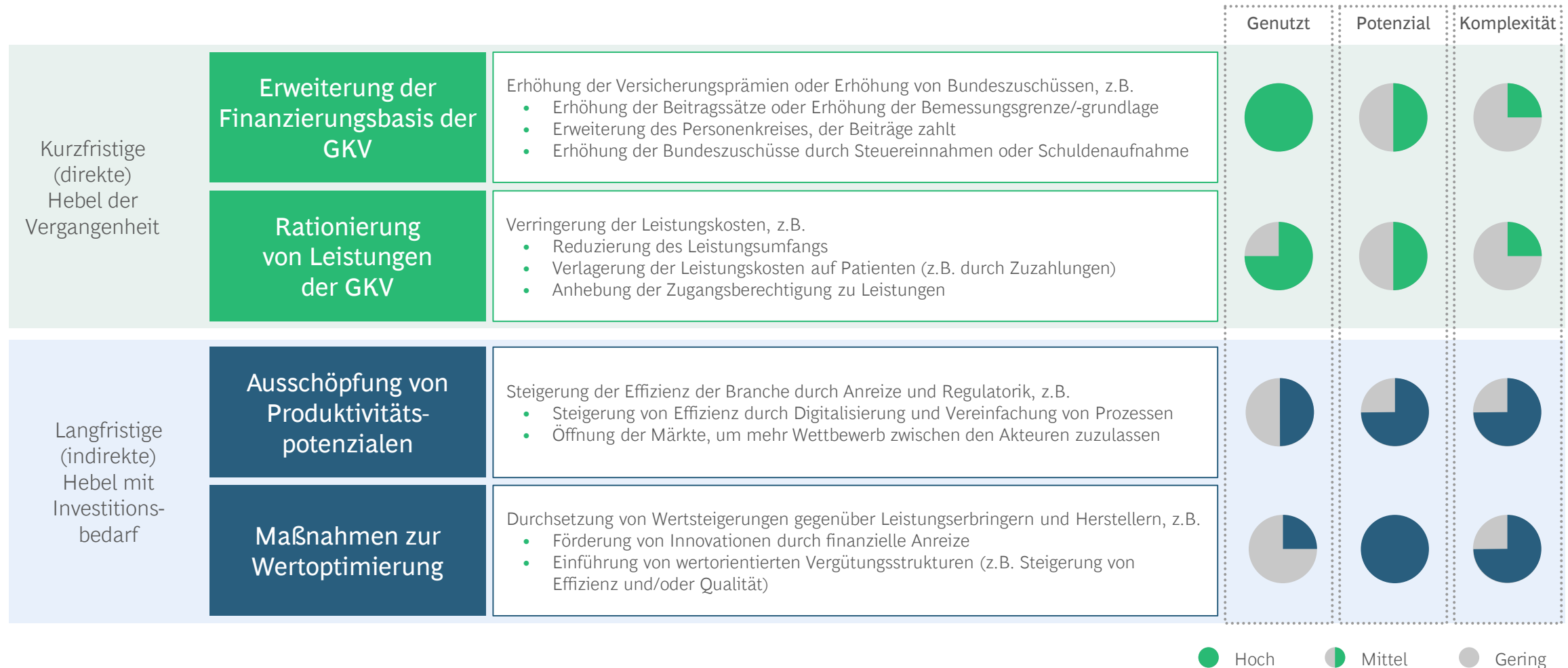


Bis zu **€ 200 - 300 Mrd.**  
zusätzliche Gesundheits-  
ausgaben je nach Szenario  
möglich, kostendeckender  
Beitragssatz zur GKV  
bei **20 – 22%.**

— Szenario 1 „Kostendämpfung“ (2000 – 2019) — Szenario 2 „Starkes Wachstum“ (2015 – 2019)

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

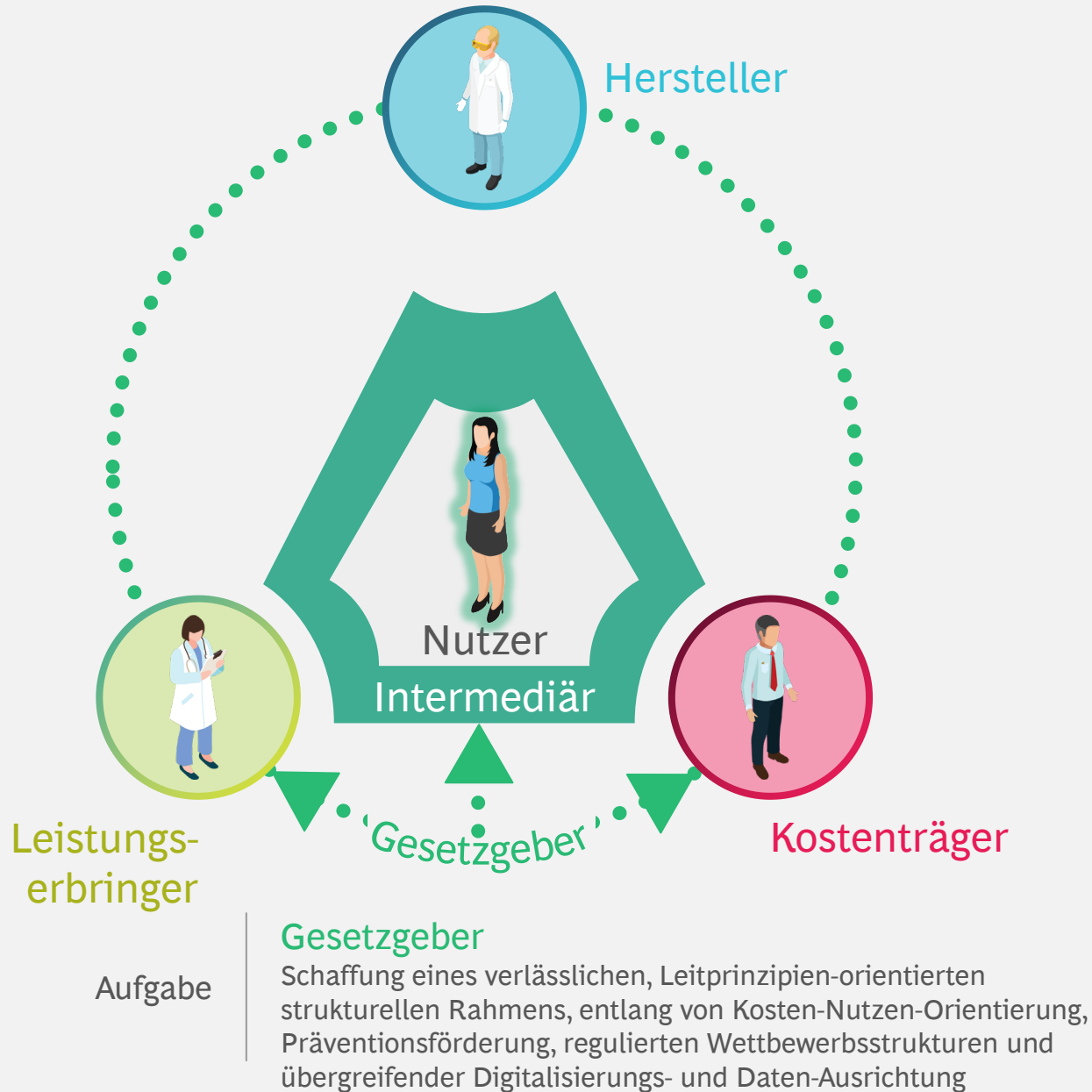
# In der Vergangenheit angewandte Reform-Maßnahmen reichen künftig zur nachhaltigen Kosteneindämmung nicht aus



● Hoch
 ● Mittel
 ● Gering



# Vision für ein finanziell nachhaltiges, nutzerorientiertes Gesundheitssystem



## Leitprinzipien

### 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 wettbewerblichen 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:



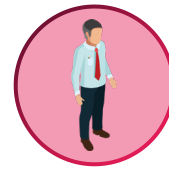
Nutzer



Inter-  
mediär



Leistungs-  
erbringer



Kosten-  
träger



Hersteller

Stärkung von effektiven Präventionsmaßnahmen

Steigerung der Gesundheitskompetenz zur bedarfsgerechten Inanspruchnahme

Einführung von Bonus-/Malus-Regelungen für vorteilhafte Verhaltensweisen

Datengetriebene Unterstützung von bedarfsgerechter Inanspruchnahme

Flexible Übernahme der Funktion durch unterschiedliche Akteure

Nutzung von Partnerschaften und gezielte Messung des Erfolges

Abbau Fehlversorgung und bedarfsgerechte Planung

Nutzung der ökonomischen Anreize durch qualitätsbasierte Vergütung

Stringente Umsetzung der geplanten Digitalisierungs- und Unterstützungsmaßnahmen

Stärkere Möglichkeiten für einen echten Wettbewerb

Stärkere Rolle in der wertorientierten Vergütung inkl. Tools für Qualitätsmessung

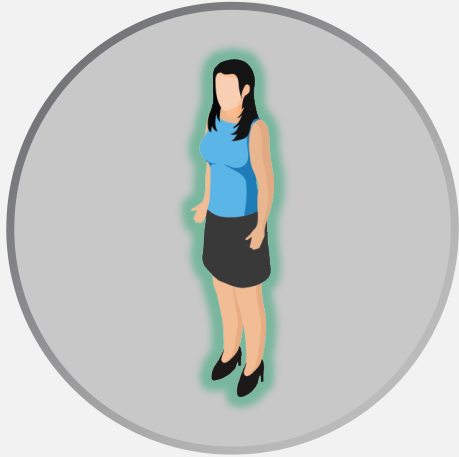
(Noch) stärkere Möglichkeiten für aktive Betreuung der Versicherten

Faire Bepreisung der Therapien entlang des medizinischen Nutzens

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

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 Gesundheitservices) 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



## Leistungs- erbringer

### Ziele und mögliche Hebel

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

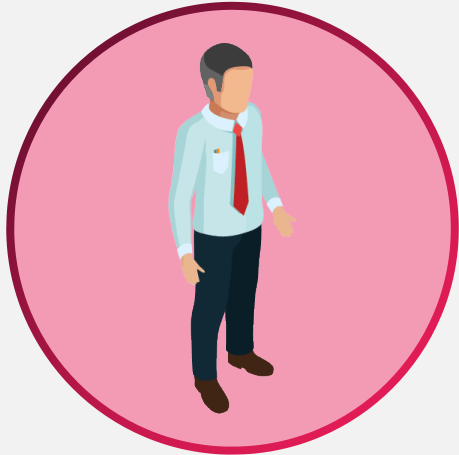
- Populationsbezogene Planung zur morbiditätsbedingten und regionalen Verteilung der Leistungserbringer
- Kreativer Gestaltungsspielraum für effektivere Niederlassungsanreize
- Interdisziplinäre ambulante Versorgungszentren in der Fläche
- Stärkung von Telemedizin und Digital Health Apps mit Gate-Keeper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

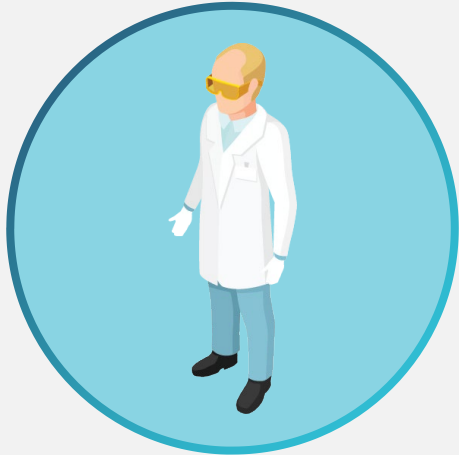
#### **Stärkere Rolle in der wertorientierten Vergütung inkl. Tools für Qualitätsmessung**

- 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





## 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](https://www.bcg.com)