



Zwischen Sparzwang und Versichertenwünschen Was ist der richtige Weg



Berlin, 25. Februar 2010



Prof. Dr. h.c. Herbert Rebscher,
Vorsitzender des Vorstandes der DAK – Unternehmen Leben

Zur Fragestellung

„Wenn Ökonomen und andere Akteure in der Gesundheitspolitik in ihre normative Art verfallen – wenn sie vorgeben, wissenschaftliche Methoden anzuwenden um vorzuschlagen, was getan werden muss und was effizient ist, sollte in Ihrem Kopf eine Alarmsirene losgehen.“

Uwe E. Reinhardt,
US-amerikanischer Gesundheitsökonom

AGENDA

- 1 Wettbewerb und das Problem der Marktsplaltung
- 2 „Effizienz“ in Gesundheitssystemen
- 3 Allokationseffizienz durch Wettbewerb ?

1

Wettbewerb und das Problem der Marktsplaltung

Voraussetzungen wettbewerblicher Prozesse

Hinreichende Sicherheit über
Kosten und Nutzen alternativer Strategien

heißt:

verlässliche Effizienzmaße

und

geeignete Preissteuerung
(mittels Klassifikationssystem)

1

Wettbewerb und das Problem der Marktpaltung

Marktpaltung in der GKV – Das unterschätzte Problem (I)

20%
Menschen



80%
Leistungen

75-80%
aller
Leistungen
ca.
3-5 Jahre
vor dem
Tod

sinnhaft deshalb:



Mittel- bis
langfristige
Orientierung
der Versorgung
(Prävention,
Reha,
Integr. Vers.)

Qualitäts-
und Versorgungs-
optimierung
anstatt
reine
Preissteuerung

1

Wettbewerb und das Problem der Marktpaltung

Marktpaltung in der GKV – Das unterschätzte Problem (II)

jung und/oder gesund

beitragsreagibel

Prämienvergleich

Versicherungsmotiv

Nutzenerwartung
„Eventorientiert“

alt und/oder krank

leistungsreagibel

Versorgungsvergleich

Versorgungsmotiv
(Beratung/Service)

Nutzenerwartung

Das marktwirtschaftliche Paradigma der „Zeit-konsistenten-Präferenzen“
des Individuums ist in diesem Zusammenhang nicht haltbar

1

Wettbewerb und das Problem der Marktpaltung

Marktpaltung in der GKV – Das unterschätzte Problem (III)

Fundamentaler Unterschied zu typischen
Produkt-/Dienstleistungsmärkten:

Im GKV-Markt fehlt
systematisch
die simultane Bewertung
von Kosten und Nutzen im
Moment es Kaufs,
ausgedrückt im Preis

Im Gegenteil

Preis- und
Nutzenbewertung
finden grundsätzlich
und nicht änderbar
zeitlich und inhaltlich
in völlig anderen
Situationen statt.

potenziert das Problem:
„wessen Nutzen“
„wessen Bedarf“

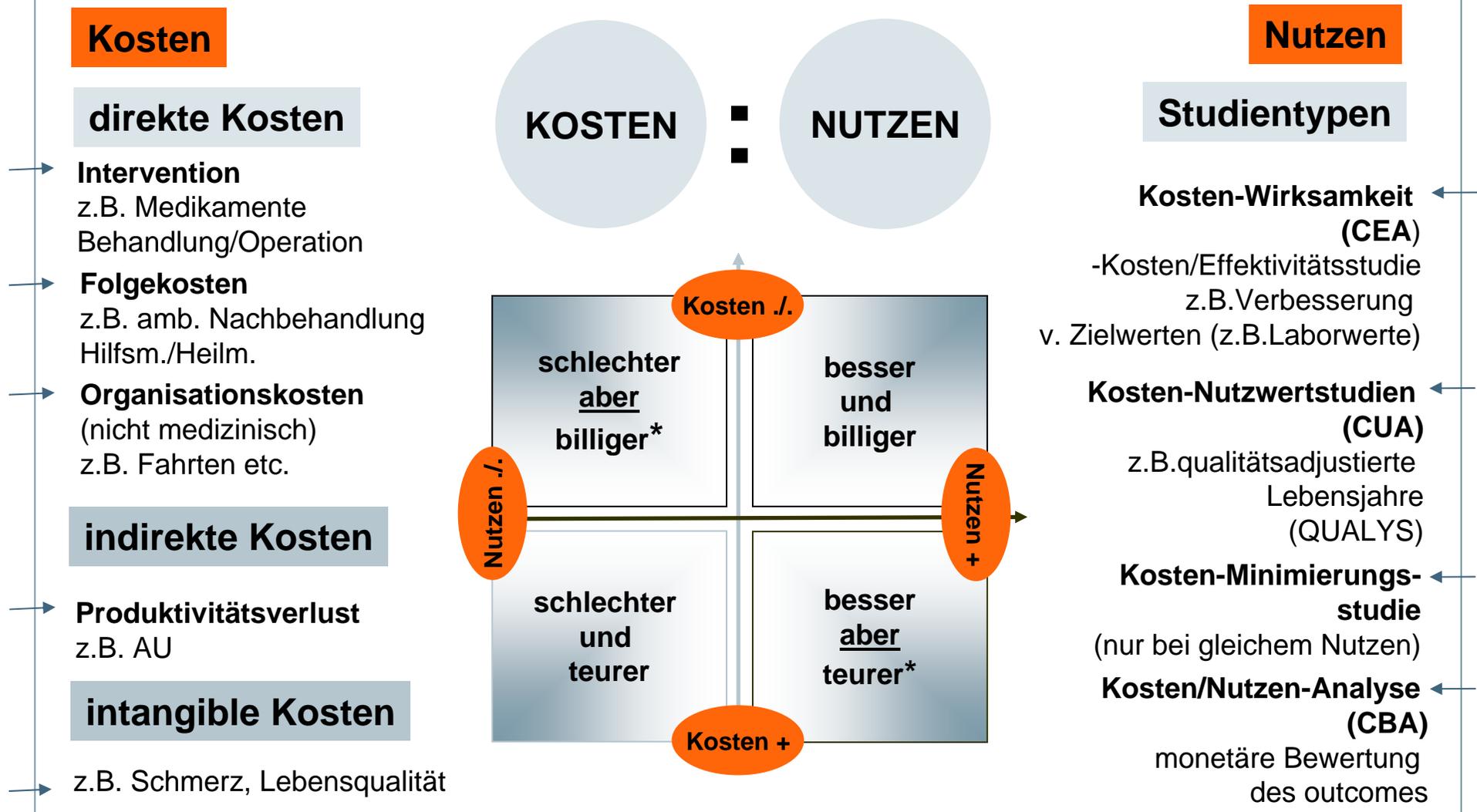
Gründe:

- ➔ technischer Fortschritt
- ➔ demografische Entwicklung
- ➔ Einnahmeschwäche
- ➔ Verfügbarkeit der Ressourcen



keine „Effizienz-“, sondern
Bedarfskriterien“ bzw.
„Finanzierungs-
restriktionen“

„Effizienz“ wäre die „objektive Dynamik“
vom Vermeidbaren,
Unwirksamen, Unnötigen zu
unterscheiden.



*IKER - Inkrementelle Kosten-Effektivitäts-Relation

2

„Effizienz“ in Gesundheitssystemen

Voraussetzung für Qualitätssteigerung ist deren Messung mit den richtigen Instrumenten.....

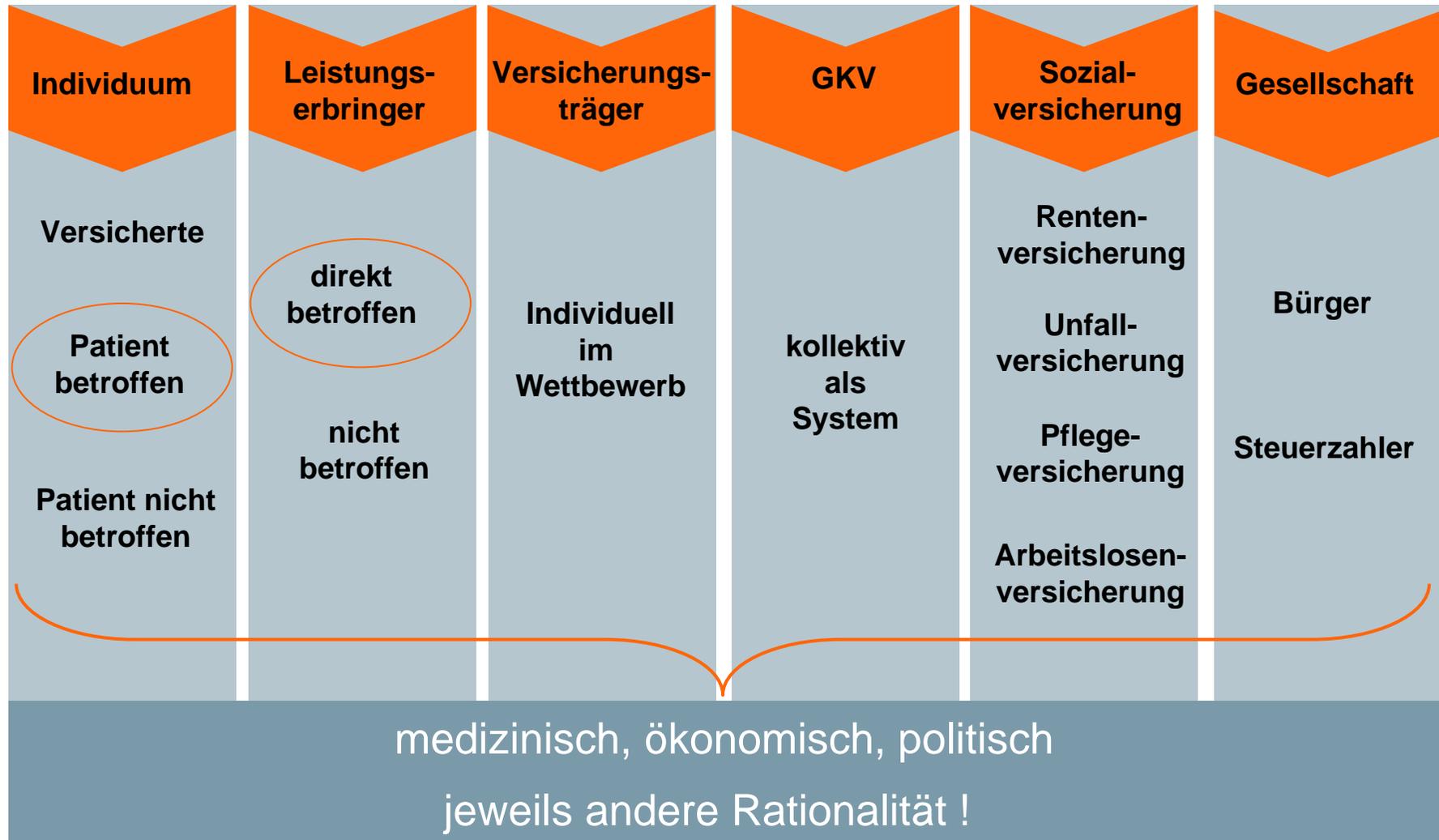
....und die jeweils richtige Fragestellung!

Frage	Instrument
ist eine Leistung wirksam	Studie RCT
ist eine Leistung unter Alltagsbedingungen wirksam	Evaluation / Versorgungsforschung
ist eine Leistung effizient	gesundheitsökonomische Evaluation
ist medizinische/organisatorische Setting geeignet	Versorgungsforschung/Systemforschung

2

„Effizienz“ in Gesundheitssystemen

Beurteilungsperspektive der „Effizienz“



537. *Fünf Jahre nach der Einführung des neuen Entgeltsystems sind noch keine abschließenden Aussagen zu den Wirkungen des G-DRG Systems möglich.....*

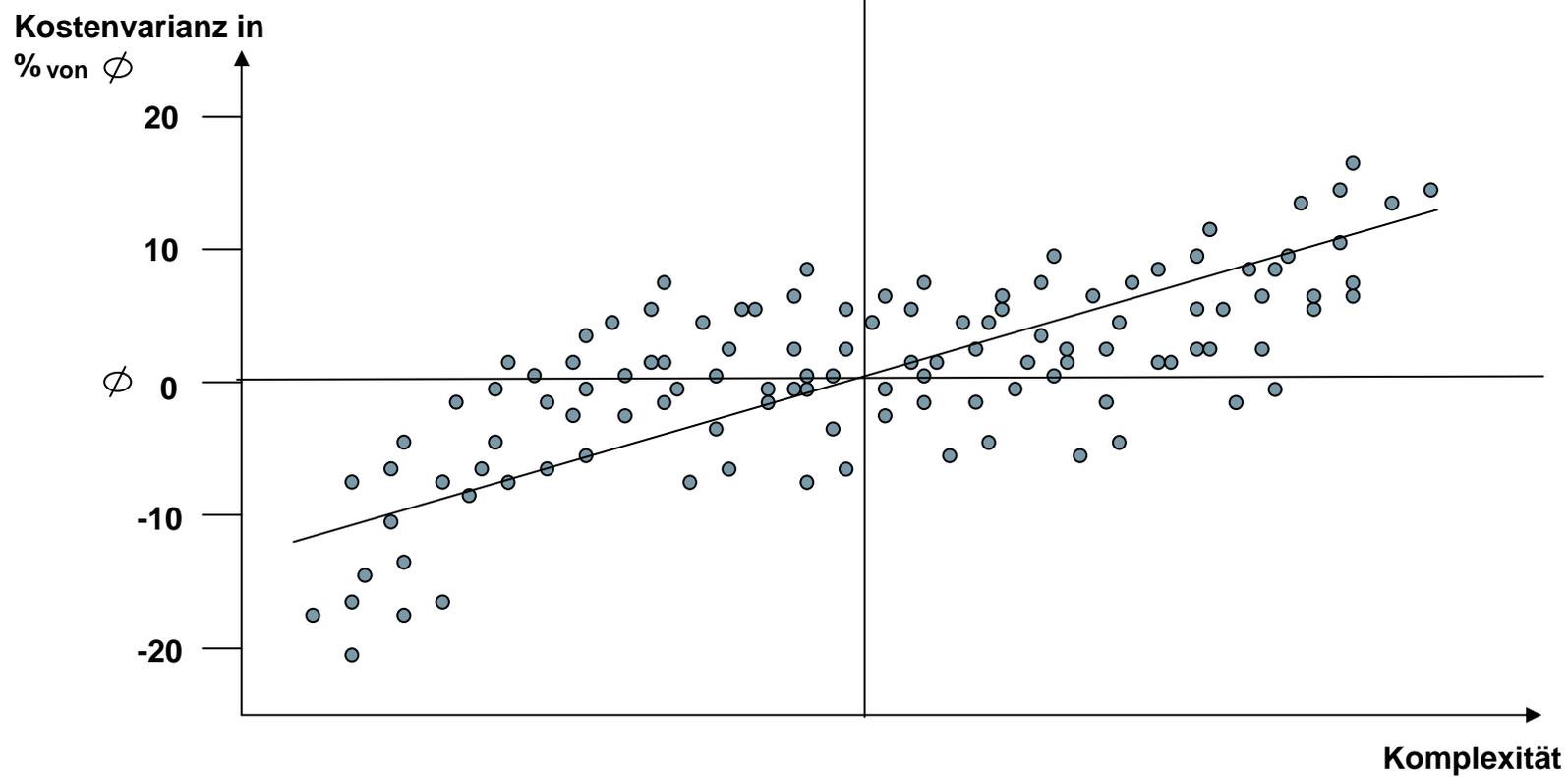
Dennoch kann festgehalten werden, dass sich die Zielparameter der Reform.....

*..... **Verbesserung** der **Wirtschaftlichkeit** der **Leistungserbringung** - positiv entwickelt haben. Ob dies auch für die **Qualität der erbrachten Leistungen** bzw. die **Realisierung der gesundheitlichen Outcomes** gilt, **bleibt.....offen***

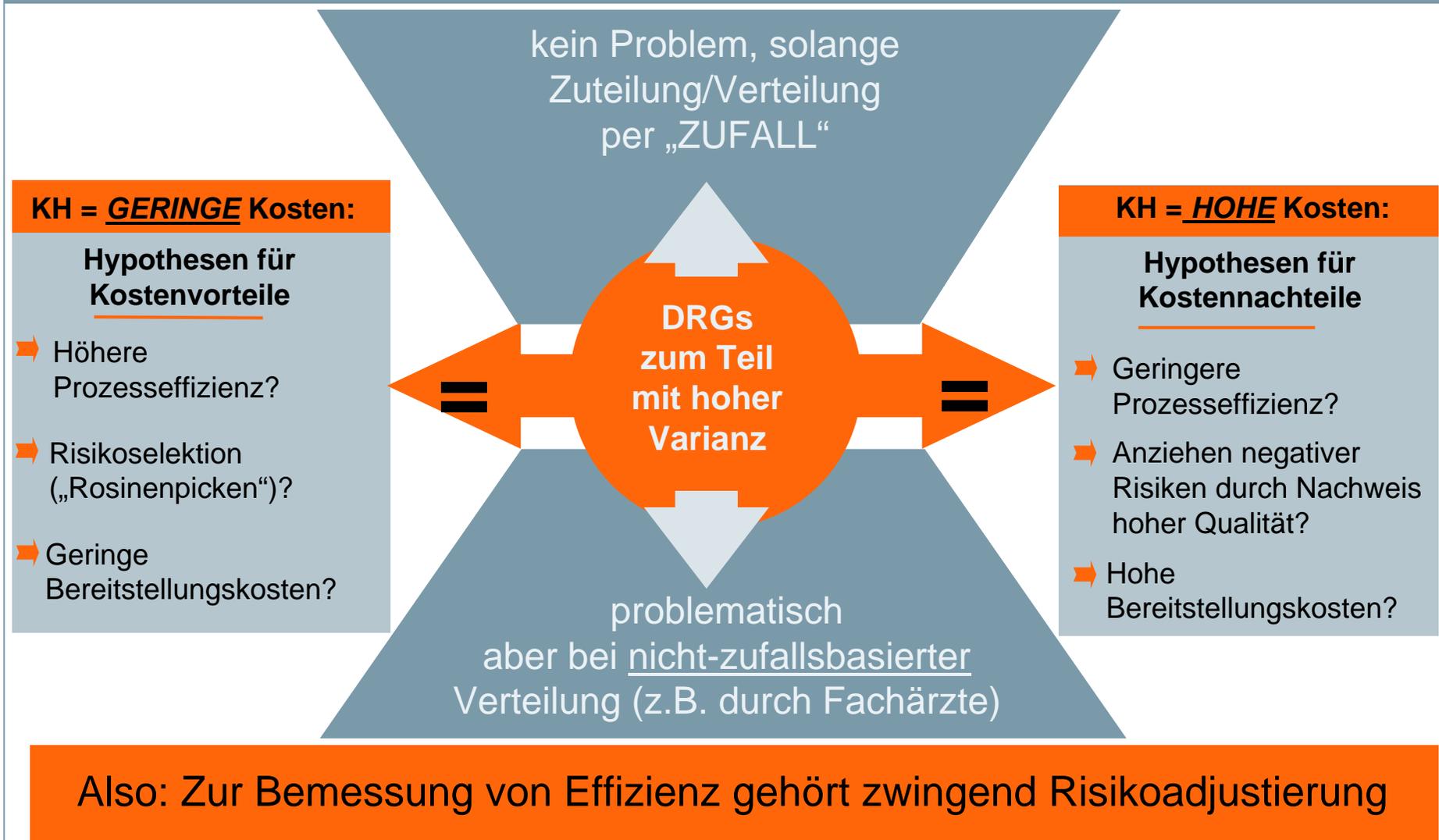
Die Bedeutung von „Varianz“ + „Zufall“

Hohe Varianz der Kosten bei gleichen DRGs

Die Kostenvarianz z. B. einer DRGs beträgt in einigen Fällen aktuell über 50% - Fallbeispiel



Die Bedeutung von „Varianz“ + „Zufall“



3

Allokationseffizienz durch Wettbewerb ?

Personelle Rahmenbedingungen für selektives Kontrahieren

Versicherte



kein individueller Nutzen aus selektiven Vertragsangeboten

Patienten



**hohes Leistungsinteresse (wächst mit Krankheitsstadien)
hohes Interesse an freier Wahlentscheidung bei Zugang**

Ärzte



**Therapiefreiheit, freie Einweisungs- und
Verordnungsentscheidung
Teambildung im regionalen Setting
(Akut, Heilmittel Hilfsmittel, KH)**

Konkurrenten



**Individualvertrag ggü. Patienten
als Bedrohung kommuniziert (siehe MVZ-Debatte)**

Politik



**regionale Strukturen
(Rettungsdienst/KH-Kapazitäten/Arbeitsplätze)**



Akzeptanzproblem

3

Allokationseffizienz durch Wettbewerb ?

Strukturelle Rahmenbedingungen für selektives Kontrahieren

**Investitions-
Entscheidungen /
Volumen**



**Planbarkeit der Kapazitätenutzung,
Amortisationszeiten**

Arbeitsteilung



**Verlässlichkeit der Teambildung im regionalen
Kontext**

Notfall



selektiv / elektiv Vorhaltefunktion

**Evident /
Evaluation**



**Fallzahlen, statistische Artefacte
Kollektive Evidenz vs. Individueller Wirksamkeit (Nutzen**



Struktur- und Prozessproblem

3

Allokationseffizienz durch Wettbewerb ?

Kollektivvertrag vs. Selektivvertrag - Beurteilungsmatrix

	Kollektivvertrag	selektives Kontrahieren
Anreize zur Qualitätssicherung	niedrig	hoch
Anbieterzahl	hoch, hohe Dichte	nach Bedarf
Verwaltungsaufwand	relativ niedrig	tendenziell hoch
Kompetenzzuordnung	eindeutig	eindeutig
Systemstabilität	hoch	niedrig aber höhere Flexibilität
Kapazitätssteuerung	gering	hoch
Einflussmöglichkeit der Kostenträger	gering	hoch
Innovationspotential „differenzierte Versorgungsstrukturen“	gering	hoch

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit