



Wettbewerb in der GKV – das ordnungspolitische Konzept

**„Wettbewerb in der Gesundheitsversorgung
– Wie viel Differenzierung ist produktiv für die GKV?“
Veranstaltung der Gesellschaft für Sozialen Fortschritt**

06. September 2006 in Berlin

Dr. Klaus Jacobs

Agenda

- **Wettbewerb zur Verbesserung von Qualität, Wirtschaftlichkeit und Präferenzgerechtigkeit der Gesundheitsversorgung und Wettbewerbsdefizite**
- **Vorschläge zur Weiterentwicklung des Vertragswettbewerbs in der GKV**
- **Wie viel Wettbewerbsstärkung versprechen die Eckpunkte der Großen Koalition bzw. die ersten Entwürfe des „GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG)“?**
- **Fazit und Ausblick**

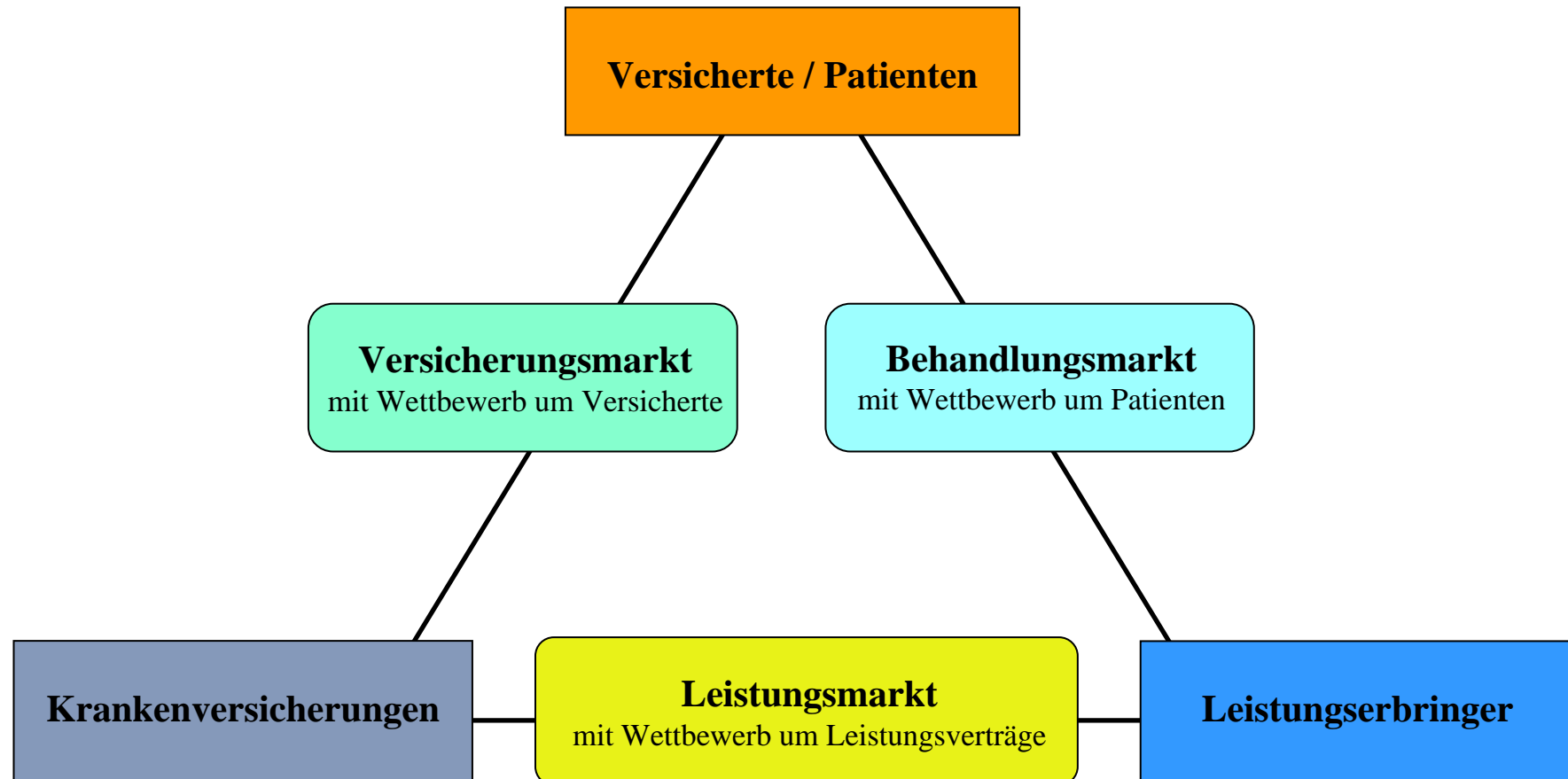
Agenda

- **Wettbewerb zur Verbesserung von Qualität, Wirtschaftlichkeit und Präferenzgerechtigkeit der Gesundheitsversorgung und Wettbewerbsdefizite**
- **Vorschläge zur Weiterentwicklung des Vertragswettbewerbs in der GKV**
- **Wie viel Wettbewerbsstärkung versprechen die Eckpunkte der Großen Koalition bzw. die ersten Entwürfe des „GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG)“?**
- **Fazit und Ausblick**

Wettbewerbsfunktionen in der GKV

- **Wettbewerb nicht um seiner selbst willen, sondern primär als Steuerungskonzept im Hinblick auf mehr Qualität, Effizienz und Präferenzorientierung der Gesundheitsversorgung**
- **4 zentrale Wettbewerbsfunktionen**
 - Anreiz- und Kontrollfunktion
 - Allokationsfunktion
 - Innovationsfunktion
 - Verteilungs- und Anpassungsfunktion
- **Voraussetzung:
Anreize stimmen und Handlungsoptionen bestehen**

Märkte und Wettbewerbsfelder in der GKV



Wettbewerbsdefizite

- **Behandlungsmarkt**
 - Wettbewerb der Leistungserbringer um Patienten
 - aber: Probleme der Patienteninformation über Leistungsangebot, fachliche Befähigung, Qualitätssicherung usw., begrenzte Anreize zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung
- **Versicherungsmarkt**
 - lebhafter Krankenkassenwettbewerb um Versicherte seit Einführung der freien Kassenwahl
 - aber: verzerrte Anreize (Risikoselektion lohnt) und unzureichende Handlungsoptionen zur Beeinflussung des Leistungs- und Ausgabengeschehens

Wettbewerbsdefizite

- **Leistungsmarkt**

- gravierende Wettbewerbsdefizite aufgrund weitgehender Dominanz zentraler plan- und kollektivwirtschaftlicher Steuerungsstrukturen (sektorale Bedarfsplanung mit Kontrahierungszwang, weithin „gemeinsam und einheitlich“): kein Wettbewerb der Kassen um möglichst gute Leistungserbringer und kein Wettbewerb der Leistungserbringer um Leistungsaufträge der Kassen
- unmittelbare Rückwirkungen auf Wettbewerb auf dem Behandlungsmarkt und auf dem Versicherungsmarkt
- Kassenwettbewerb läuft weitgehend ins Leere: kaum wirtschaftlicher Nutzen für Versicherte, weil sich Kassen nicht mit individuell ausgehandelten Preis/Leistungsverhältnissen profilieren können

Agenda

- Wettbewerb zur Verbesserung von Qualität, Wirtschaftlichkeit und Präferenzgerechtigkeit der Gesundheitsversorgung und Wettbewerbsdefizite
- **Vorschläge zur Weiterentwicklung des Vertragswettbewerbs in der GKV**
- Wie viel Wettbewerbsstärkung versprechen die Eckpunkte der Großen Koalition bzw. die ersten Entwürfe des „GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG)“?
- Fazit und Ausblick

Vorschläge zur Weiterentwicklung des Vertragswettbewerbs

- **Basis: Gutachten von Cassel/Ebsen/Greß/Jacobs/Schulze/Wasem (2006)**
 - basierend auf Gutachten von Ebsen et al. (2003) mit unveränderten Grundsätzen in Bezug auf einheitlichen Leistungskatalog, morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich und Monitoring-/Interventionsfunktion der Länder bei drohenden Versorgungsdefiziten
 - Ziel: praktikable Reformvorschläge, die an vorhandene Wettbewerbselemente am Leistungsmarkt anknüpfen, insbes. Regelungen zur integrierten Versorgung, und von einem Nebeneinander von (zunächst?) weiterhin bestehenden Kollektivsystemen und Vertragswettbewerb im Rahmen von Selektivverträgen ausgeht

Analyse der bestehenden Selektivvertragsoptionen

- **Bunter Strauß von Partikularlösungen (insgesamt 12!)**
- **Selektivverträge ohne ärztliche Beteiligung (z.B. Hilfsmittel, Arzneimittelrabattverträge mit Herstellern)**
 - i.d.R. keine Koordinierungsprobleme mit Kollektivsystem
 - Problem: keine hinreichenden Möglichkeiten der Mengensteuerung (Absatzgarantien)
- **Selektivverträge mit ärztlicher Beteiligung (z.B. Strukturverträge, Modellvorhaben, hausarztzentrierte Versorgung, integrierte Versorgung)**
 - Rahmenbedingungen werden z.T. durch Kollektivverträge bestimmt
 - Bereinigungs- und Bedarfsplanungsprobleme

2 Beispiele für bestehende Selektivvertragsoptionen

- **Hausarztzentrierte Versorgung (§ 73b SGB V)**
 - Verträge zwischen Kassen und Hausärzten auf Basis von Gesamtverträgen mit Kassenärztlichen Vereinigungen
 - Verpflichtung der Versicherten, immer zuerst den Hausarzt aufzusuchen (sonst Überweisung)
 - Umsetzung: einige Verträge geschlossen, vielfach mit Hausarztverbänden oder KVen (d.h. mit weithin unbeschränktem Beitrittsrecht für Hausärzte), teilweise in Verbindung mit integrierter Versorgung
 - Hauptproblem: in aller Regel „Add-on-Vergütung“

2 Beispiele für bestehende Selektivvertragsoptionen

- **Ambulante Versorgung im Krankenhaus (§ 116b SGB V)**
 - Verträge zwischen Kassen und Krankenhäuser über hochspezialisierte Leistungen bzw. zur Behandlung seltener Erkrankungen
 - Vergütung entspr. „vergleichbaren vertragsärztlichen Leistungen“
 - Umsetzung: kaum Verträge geschlossen
 - Hauptprobleme:
 - Keine Bereinigung von Kollektivvergütungen: „Add-on-Vergütung“
 - Gefahr von Selbstselektion von Schwerkranken

Kernvorschläge des Gutachtens

1. Öffnung der bisherigen integrierten Versorgung

- Aufhebung des Erfordernisses sektorübergreifender oder Facharztgrenzen überschreitender Verträge
- Öffnung der Selektivverträge auch für zulassungsfähige Leistungsanbieter; soweit nicht (wie mit dem Arztregister) eindeutige Kriterien vorliegen, tritt an die Stelle der Zulassung eine Zertifizierung

2. Verlängerung und Ausweitung der Anschubfinanzierung

- Verlängerung um 5 Jahre
- Verdoppelung des Volumens auf zwei Prozent, da auch für sektorale Verträge

Kernvorschläge des Gutachtens

3. Budgetbereinigungen

- Normierung des Bereinigungsprinzips gegenüber der vertragsärztlichen Versorgung im Gesetz: Gesamtvergütungen sind um den Betrag zu bereinigen, den die im Selektivvertrag vereinbarten Leistungen bei vertragsärztlicher Leistungserbringung im Gesamtvertrag gekostet hätten; Einzelheiten in einer Rechtsverordnung des BMG
- Keine speziellen Bereinigungsregelungen gegenüber den KH-Vergütungen; aber Ausschluss von Mindererlösausgleich bei Verschiebungen innerhalb desselben KH

4. Möglichkeit freiwilliger Selbstbindung der Versicherten

- Regelungen der Boni für teilnehmende Versicherte, Beschränkung von Kündigungsrechten für Dauer der Bindungsfrist, Sonderkündigungsrecht bei Änderungen bei gewählter Versorgungsform

Weitere Vorschläge des Gutachtens

- **Übergang der Sicherstellungspflicht auf Kassen, soweit diese mehr als 10 Prozent ihrer Versorgung über Selektivverträge organisieren**
- **Bei Arznei- und Hilfsmittel Ermächtigung zu Selektivverträgen über produkt- und herstellerbezogene Positivlisten nach Ausschreibungen**
- **Regelungen zur Sicherstellung gewerbe- und umsatzsteuerrechtlicher Gleichbehandlung ärztlicher und KH-Behandlung unabhängig von den Rechts- und Organisationsformen**
- **Konzentration von Regulierungskompetenzen für Qualitäts- und Versorgungsstandards im Gemeinsamen Bundesausschuss**

Agenda

- Wettbewerb zur Verbesserung von Qualität, Wirtschaftlichkeit und Präferenzgerechtigkeit der Gesundheitsversorgung und Wettbewerbsdefizite
- Vorschläge zur Weiterentwicklung des Vertragswettbewerbs in der GKV
- **Wie viel Wettbewerbsstärkung versprechen die Eckpunkte der Großen Koalition bzw. die ersten Entwürfe des „GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG)“?**
- Fazit und Ausblick

Die Eckpunkte und der Wettbewerb

- **Wettbewerbsrhetorik kaum noch zu überbieten („Wettbewerbsstärkungsgesetz“)**
- **Hier: Konzentration auf vertragswettbewerbliche Perspektive - u.a. auch, weil Regelungen zu Gesundheitsfonds (Volumen, Form der Mittelverteilung) und kassenspezifischen Zusatzbeiträgen (Überforderungsgrenze) zurzeit noch unklar sind.**
- **Klar: ohne Morbi-RSA und ohne Finanzkraft-/Härtefallausgleich können Zusatzbeiträge kein hinreichend unverzerrtes Preissignal im Hinblick auf erfolgreiches Kassenhandeln geben. Damit droht Wettbewerb um Gesunde und durch Leistungsausgrenzungen.**
- **Offenbar auch klar: Selektivvertragsoptionen weiter in Form eines (erweiterten) „Flickenteppichs“**

Die Eckpunkte und der Wettbewerb – Beispiele

- **Etablierung eines bundeseinheitlichen Preissystems für vertragsärztliche Leistungen**

- Status quo reformbedürftig
- GMG-Regelungen nicht umsetzungsfähig

Aber:

- Verlagerung der Vertragskompetenz auf die neuen Spitzenverbände der Kassen („gemeinsam und einheitlich“) ist das Gegenteil von wettbewerblicher Steuerung
- Wenn die Kassen das Morbiditätsrisiko tragen sollen, ist Vertragskompetenz zwingende Voraussetzung

Die Eckpunkte und der Wettbewerb – Beispiele

- **Hausarztzentrierte Versorgung**

- konsequente selektivvertragliche Umsetzung
- Übergang Sicherstellung und Minderung der Gesamtvergütung vorgesehen

Aber:

- Bereinigungsvorgaben bleiben unpräzise
- Ist es realistisch, dass in der neuen Vertragsstruktur die Krankenkassen gemeinsam und einheitlich Kürzungen der Gesamtvergütungen gegenüber der KV durchsetzen?
- Warum obligatorisch? Passt nicht zu Wettbewerb!

Die Eckpunkte und der Wettbewerb – Beispiele

- **Hochspezialisierte ambulante Leistungen im Krankenhaus**

- im neuesten Gesetzentwurf (Stand: 31.08.06) entfällt die diesbezügliche Vertragskompetenz der Krankenkassen (außer im Rahmen von integrierter Versorgung)
- Zitat aus der Begründung des Gesetzentwurfs:

„Diese Möglichkeit zur Ergänzung der vertragsärztlichen Versorgung haben die Krankenkassen bisher kaum genutzt. Die Vertragskompetenz der Krankenkassen entfällt nunmehr. Künftig ist ein Krankenhaus zur ambulanten Behandlung der in dem Katalog genannten hochspezialisierten Leistungen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen berechtigt, wenn und soweit es im Rahmen der Krankenhausplanung des Landes auf Antrag des Krankenhausträgers als geeignet dazu bestimmt worden ist.“

Die Eckpunkte und der Wettbewerb – Beispiele

- **Integrierte Versorgung**

- Verlängerung Anschubfinanzierung bis Ende 2008: Richtung ok, aber zu kurz für Investitionssicherheit
- weiter keine hinreichend konkrete Bereinigungsvorgaben
- Beschränkung neuer Anschubfinanzierung auf hochspez. ambulante KH-Leistungen und Verträge mit bevölkerungsbezogener Flächendeckung ist neuer Dirigismus
- KV-Dienstleistungsgesellschaften als Vertragspartner problematisch wegen möglicher Rollenkonflikte als gleichzeitiger Kollektiv- und Selektivvertragspartner
- Vorgabe, dass „die Einzelheiten“ über abgeschlossene Verträge zu melden sind, ist problematisch für Wettbewerb
- Einbezug der Pflegeversicherung: gut gemeint, aber schafft Anreize zur Ineffizienz

Die Eckpunkte und der Wettbewerb – Beispiele

- **Vertragsgestaltung mit Anbietern in der Arznei- und Hilfsmittelversorgung**

- konsequente Umstellung der Hilfsmittelversorgung auf ein einzelvertragliches Modell
- Wechsel zu Höchstabgabepreisen in der Apotheke ist Schritt in die richtige Richtung

Aber:

- Erschließung von Effizienzreserven in der Distribution erfordert Beseitigung des Fremd- und Mehrbesitzverbots
- Rabattregelungen leben nur, wenn den Kassen eine Mengensteuerung möglich ist, z.B. durch kassenindividuelle Positivlisten

Siehe: DocMorris-Zulassung im Saarland bzw. BMG-Gutachten von IGES/WIdO/Cassel/Wille, aber nicht: Eckpunkte bzw. GKV-WSG-Entwurf!

Agenda

- Wettbewerb zur Verbesserung von Qualität, Wirtschaftlichkeit und Präferenzgerechtigkeit der Gesundheitsversorgung und Wettbewerbsdefizite
- Vorschläge zur Weiterentwicklung des Vertragswettbewerbs in der GKV
- Wie viel Wettbewerbsstärkung versprechen die Eckpunkte der Großen Koalition bzw. die ersten Entwürfe des „GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG)“?
- **Fazit und Ausblick**

Fazit und Ausblick

- **Gleichzeitige Erweiterung und Einschränkung des bunten Straußes selektivvertraglicher Optionen**
- **Einzelne Maßnahmen weisen in die richtige Richtung, andere in die falsche, wiederum andere sind gut gemeint, aber schlecht durchdacht.**
- **Kein konsistenter, in sich stimmiger Wettbewerbsansatz**
- **Kein erkennbares Vertrauen des Gesetzgebers in die Steuerungsfähigkeit eines sinnvoll geordneten Vertragswettbewerbs**
- **Angebliche Wettbewerbsorientierung bleibt Mogelpackung für das schon jetzt zu erwartende Schwarze-Peter-Spiel, wenn die Beitragssätze weiter steigen**



Vielen Dank für Ihr Interesse.

Dr. Klaus Jacobs

0228/843-393

klaus.jacobs@wido.bv.aok.de

Besuchen Sie uns im Internet:

www.wido.de