

Einheitlicher Leistungskatalog und differenzierte Versorgungsangebote?

Prof. Dr. Herbert Rebscher
Vorstandsvorsitzender der DAK

Wettbewerb in der Gesundheitsversorgung – Wie viel Differenzierung ist
produktiv für die GKV?

Gesellschaft für Sozialen Fortschritt e.V.

„Allokationseffizienz“

Produktions- vs. Transaktionseffizienz

→ Hypothese

Ohne präzise Zielfunktion sind Aussagen zur Allokationseffizienz realer Steuerungssysteme inhaltsleer.

Die Zielfunktionen von Steuerungsinstrumenten differenzieren jedoch

- zeitlich,
- inhaltlich,
- konzeptionell.

Beurteilungsmatrix „Kollektivvertrag versus selektives Kontrahieren“



	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
→ Einflussmöglichkeiten der Kostenträger	gering	hoch
→ Innovationspotential (differenzierte Versorgungsstrukturen)	gering	stark ausgeprägt
→ Markendifferenzierung	gering	hoch
→ Wettbewerbliche Ausrichtung	gering	hoch

„Einstieg“ Vertragswettbewerb mit GMG am Beispiel integrierte Versorgung



Zielsetzung des Gesetzgebers

... und was daraus bis zur
Jahresmitte 2006 wurde

■ Steigerung der IV-Vorhaben

→ 2469 gemeldete IV-Verträge

■ Populationsgestützte und
indikationsbezogene
Vollversorgung

→ Einzelne Verträge

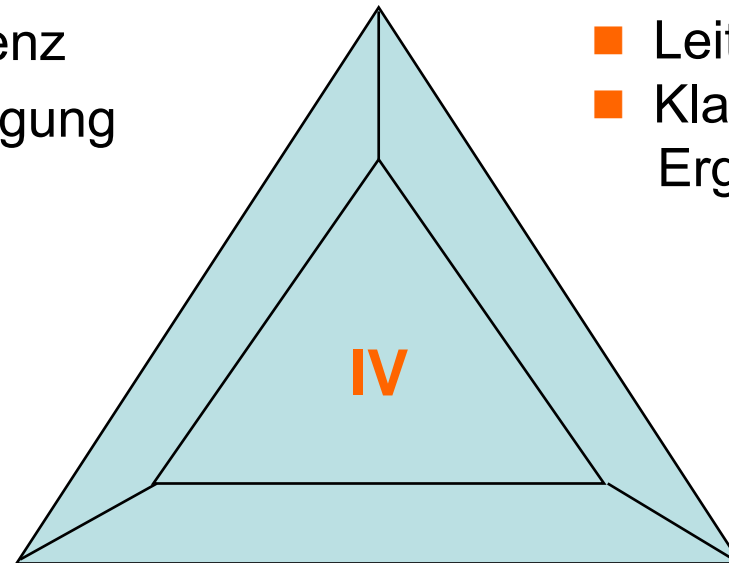
IV bietet breite Optimierungsansätze...

Patientengerechte Versorgung

- Inhaltliche Konsistenz
- Prozessbeschleunigung

Qualitätssteigerung

- Leitlinienorientierung
- Klar definierte Ergebnisverantwortung



Innovationsförderung

- gezielter Einsatz fortschrittlicher Technologien und Methoden
- Optimierung der Strukturqualität

... bei hohen Transaktionskosten

1. **Ex ante** Transaktionskosten selektiver Verträge z.B. IV:

■ **Informationsbeschaffung**

- Kostenkalkulationen/-modelle für Vorhaben entwickeln
- Qualitätsvergleich IST zu SOLL
- Stand der medizinischen Erkenntnis

■ **Anbahnungskosten**

- Auswahl Bewertung von Vertragsangeboten
- Vereinbarungskosten
Verhandlung differenzierter Themen (Qualität, Mengen, Kosten, Marketing, Partner,...)

... bei hohen Transaktionskosten

2. Ex post Transaktionskosten selektiver Verträge

■ **Abwicklungskosten**

- Kosten für Managementgesellschaften
- Vertragsspezifische Abrechnung
- Informationsschnittstellen
(EDV, Formulare, Abrechnungswege, Dokumentation)

■ **Kontrollkosten**

- Überwachung der Termin-, Qualitäts-, Mengen- und Preisvereinbarungen
- Dezentrales und zentrales Vertragscontrolling
- Evaluation

■ **Anpassungskosten**

- Verträge müssen ständig angepasst werden

...und hohem Kommunikationsaufwand



■ **Erforderliche Kommunikation mit:**

- Potentiellen Vertragspartnern
- Versicherten
- Interessengruppen
(Verbände, Politik, Patientenorganisationen etc.)

Bewertung Transaktionskosten:

- Transaktionskosten nehmen mit der Anzahl und der Verschiedenartigkeit der abgeschlossenen Verträge zu
- Transaktionskosten fallen für Kostenträger und Leistungserbringer gleichermaßen an
- Je kleiner Anbieter/Nachfrager sind desto schwieriger ist es unterschiedliche selektive Verträge umzusetzen
- Aufwand für selektive Verträge Additiv zum Kollektivsystem

Nutzenbewertung

- In der Gesamtbewertung des Nutzens selektiver Verträge sind die Transaktionskosten den qualitativen Vorteilen und einem ein schwer zu bewertenden finanziellen Nutzen gegenüberzustellen.

- Stichworte aus der Nutzenbewertung:
 - Definition medizinische Qualität vers. Effizienz → günstig heißt nicht immer gut
 - Endpunktdefinition
 - Fristigkeit des Betrachtungshorizonts
 - Risikoselektion gegenüber Normalkollektiv
 - Geringe Fallzahlen übergewichteten Ausreißer
 - Schnittstellenproblematik für Patientendaten + mangelnde patientenspezifische Daten



Lösungsansatz: Vervielfältigen erfolgreicher selektiver Verträge + Kooperation



- Durch Vervielfältigen erfolgreicher Vorhaben und Kooperationen auf Kassenseite können Transaktionskosten gesenkt werden, z.B. :
 - Entwicklungskosten der Verträge
 - Informationsschnittstellen
 - Aufbau des Vertragscontrollings
 - Vermarktungskosten
 - etc.

... aber wichtige Probleme bleiben



- **Definition der Qualitätskriterien selektiver Verträge + Messung des Erfolgs**
- **Handhabung unterschiedlichster Verträge für Leistungserbringer**
 - Unterschiedliche: Kassen, Inhalte, Vertragstypen (DMP, IV, HZV...)
- **Umgang mit monopolartigen Strukturen bei Leistungsanbietern + Kassen**
- **Doppelstrukturen kollektive und selektive Vertragswelt**
 - Vertragssysteme
 - Steuerungssysteme (z.B. Zulassung, Kapazitätssteuerung, Wirtschaftlichkeitsprüfung)
 - Abrechnungssysteme
 - DV-Systeme (z.B. Datenaustausch Krhs)
- **Konkurrenz kollektiver und selektiver Anreizsysteme**
(echte Überwindung der Sektorengrenzen nötig)

Fazit

- Kollektivverträge werden weiterhin die Versorgungslandschaft dominieren. Selektive Verträge ergänzen die Versorgung.
 - Nur wenn die Transaktionskosten gesenkt werden, können selektive Vertragsansätze bestehen
 - Bundesweite, flächendeckende Vorhaben werden sich langsam durchsetzen
 - Populationsgestützte Vorhaben werden zunächst regional begrenzt umgesetzt
 - Probleme sind benannt und lösbar
- Doch der Weg ist richtig. Der Mix aus selektiven und kollektiven Anteilen ist entscheidend

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit