

Vertragswettbewerb und Effizienz

Dr. Robert Paquet, Berlin

Zur Tagung der
Gesellschaft für Sozialen Fortschritt
„Kollektivverträge und Selektivverträge
in der ambulanten ärztlichen Versorgung“

am 17. Juni 2010 in Berlin

Überblick

- Zur Geschichte des „Wettbewerbs“ in der GKV
- Felder für Vertrags-Wettbewerb
- Effizienzpotentiale und Wettbewerb
- skeptische Bestandsaufnahme

Wettbewerb I

- Keine originäre „Erfindung“ der Politik
- Wettbewerb der Kassen und Kassenarten bis zum GKV-GSG 1993: Mitglieder-Wettbewerb mit Risikoselektion
- Wahlfreiheit der Versicherten mit erster Stufe des RSA: Beitragssatzwettbewerb als Folge
- Service-Wettbewerb und Profilierung der Kassen in Randbereichen (Prävention)

Wettbewerb II

- Budgetierung und diese Wettbewerbsformen führen zu unerwünschten Nebenwirkungen und erreichen die Wirksamkeitsgrenze
- Kassen haben dann Mitte der 90er den Vertragswettbewerb als Forderung entwickelt (gefühlte Überversorgung, Qualitätsprobleme, Modernisierung der „Betriebsformen“ der Gesundheits-Dienstleister) – als „Rationalisierung“
- Behandlermarkt/Versicherungsmarkt/Vertragsmarkt der Leistungserbringer (im Sachleistungssystem)

Wettbewerb III

- Die Politik hat sich nur „nolens-volens“ darauf eingelassen.
- Erste Einstiege: DMPs und Integrationsversorgung; „gemischte“ Motive ...
- Große Koalition (!) orientiert mit dem GKV-WSG erstmals konsequent auf die schrittweise Ablösung der Kollektivverträge durch Einzelverträge der Kassen
- Neue Regierung weiß noch nicht so recht ...

Vertragswettbewerb der Kassen – Feld 1

- **Krankenhaus:** Experiment des GMG mit § 116b (ambulante Behandlung im KH; hochspezialisierte Leistungen) scheitert an der nicht geregelten Bereinigung aus dem Gesamtvertrag; Rückfall in die Planungshoheit der Länder
- Versuch im GKV-WSG zum Einstieg in **selektives Kontrahieren** („elektive Leistungen“) scheitert am Widerstand der Länder (Zuweisung zu **bestimmten** Häusern und Preiswettbewerb mit Mengenkompone-
nente durch Zu- und Abschläge auf die DRGs)
- Reha (§ 111): „gemeinsam und einheitlich“

Vertragswettbewerb der Kassen – Feld 2

- **Arzneimittel:** Rabattverträge nach § 130a Abs.8 i.V. mit § 129 Abs. 1 Satz 3 (Substitutionsgebot für den Apotheker)
- Anwendung vor allem bei **Generika**; sehr erfolgreich, aber Wirkung begrenzt.
- Rabattverträge der Kassen für innovative AM bisher selten und finanziell marginal. „Mehrwertverträge“ (risk-share etc.) noch im Experimentierstadium. Sinnvoll nur im Rahmen von IV bzw. anderer Verträge wegen der Mengenbestimmung. (Verhältnis zum AM-Richtlinie des G-BA ?); AMNOG schlägt § 130c vor.

Vertragswettbewerb der Kassen – Feld 3

- **Ambulante ärztlich Versorgung**
- DMPs nach § 137f; § 140 b Verträge zu integrierten Versorgungsformen mit Bereinigung nach § 140d Abs. 2 Satz 2 – hohe Investitionen, medizinisch anspruchsvoll und fragwürdiger ROI
- Modellvorhaben (§§ 63 ff.) und Strukturverträge (§ 73a, mehr oder weniger doch ‚kollektiv‘ und add-on ...)
- § 73 b (hausarztzentrierte Versorgung) und § 73 c (besondere ambulante ärztliche Versorgung)
- § 73 c schwierig für eigenständige Anwendung, Kombination mit § 73 b naheliegend.

hausarztzentrierte Versorgung § 73 b

- Die zentrale Herausforderung , weil einziger Bereich, der Kollektivverträge tatsächlich in Frage stellt.
- ambulante ärztliche Versorgung ist einziger Bereich, in dem es **Kollektivverträge** gibt: (Korporatives) Handeln von Zwangskörperschaften mit verbindlicher Wirkung für alle Mitglieder der jeweiligen Seite (versus Modell Tarifverträge). Auch weil die „Gesamtvergütung“ zentraler Gegenstand des Vertrages ist.
- 73b-Verträge aber insoweit „**unechte**“ **Selektivverträge**, weil Verpflichtung der Kasse, sie mit einem bestimmten Partner (!) abzuschließen.

„Einkaufsmodell“ vs. Kollektivvertrag

- Kassenartenbezogene Verbände waren die Träger der Verträge. „Gemeinsam und einheitlich“ war die Regel.
- Wettbewerbliche Handlungsmöglichkeiten der Einzelkassen war das **neue Ziel**.
- Der Kauf von Produkten oder auch Dienstleistungen (auch z.B. Krankenhaus) durch einzelne Kassen ist etwas anderes als das Konstrukt des KV-Kollektivvertrags. „Wenig Koordinationsbedarf gegenüber dem Kollektivsystem“ (Cassel/Ebsen et al. Juli 2006, S. 9)
- **Nachtrag:** § 127 (Ausschreibung f. Hilfsmittel) durch GKV-WSG; faktische Rücknahme durch GKV-Org-WG

Probleme

- Problem der **Patientensteuerung** durch die Kassen (oder/und die beteiligten Ärzte) – „Arzt für alle Kassen“ vs. „freiwillige Selbstbindung der Versicherten“
- Sprengsatz für die Institution der KVen
- Legitimation der Regelung § 73b (bzw. der Abweichung vom ansonsten proklamierten Wettbewerbskonzept) hängt vom **Effizienzbeweis des Hausarztmodells** ab.

Effizienzpotentiale und Wettbewerb

Effizientere und leistungsfähigere Gesundheitsversorgung als Beitrag für eine tragfähige Finanzpolitik in Deutschland

Forschungsvorhaben für das Bundesministerium der Finanzen - Abschlussbericht

Prof. Dr. Dr. h. c. Bert Rürup, IGES Institut GmbH

DIW Berlin e. V. / DIW econ GmbH, Prof. Dr. Eberhard Wille

Berlin, 29. Juni 2009

Annex: Bestandsaufnahme über Ineffizienzen und die Chance ihrer Behebung durch Wettbewerb der Kassen. (IGES)

Ergebnisse und Empfehlungen 1

- *"Die **stationäre Versorgung** ist nicht nur der ausgabenträchtigste, sondern auch derjenige Leistungssektor in der GKV, für den sich die deutlichsten **Hinweise** auf bestehende Ineffizienzen ergeben."* (Produktivitätsanstieg durch DRGs, aber Überkapaz.)
- *„Mehr Preiswettbewerb im **Krankenhaus**: Gut organisierte Krankenhäuser sollten die Möglichkeit haben, ihre überdurchschnittliche Wirtschaftlichkeit in Form von Preissenkungen transparent zu machen, um damit Wettbewerbsvorteile zu erzielen. Krankenhäuser sollten auf die einheitlichen Fallpauschalen sowohl Abschläge einräumen als auch Aufschläge fordern können. Aus Gründen der Markttransparenz sollten dagegen keine Abweichungen von den einheitlichen Leistungsdefinitionen zulässig sein, die das gegenwärtige Vergütungssystem vorgibt.“*

Ergebnisse und Empfehlungen 2

- *„Allenfalls im **Arzneimittelbereich** zeichnet sich ab, dass (durch Wettbewerb rp) Effizienzpotenziale erschlossen werden, jedoch weitgehend begrenzt auf das Generikasegment und lediglich in Form von Preisreduzierungen.“ (S. 14)*
- *„Erweiterter Vertragswettbewerb in der Arzneimittelversorgung: Der Vertragswettbewerb auf dem Arzneimittelmarkt sollte auf eine breitere Basis gestellt werden, die über eine Absenkung von Generikapreisen unter Festbetragsniveau hinausgeht. Die Ausgabenrisiken durch hochinnovative Spezialpräparate können – wegen deren therapiebezogener Alleinstellungsmerkmale – damit jedoch kaum begrenzt werden.“ (KF S. 4)
(vgl. Konzept der **Arzneimittelvergleichsgruppen** nach IGES/Cassel/Wille/WIdO (2006))*

Ergebnisse und Empfehlungen 3

- „ In der **ambulanten ärztlichen Versorgung** deuten die auffällig hohen Arztkontaktraten auf Organisations- und Qualitätsprobleme und damit auf Effizienzmängel hin. Darüber hinaus ergeben sich aus der Segmentierung des Krankenversicherungsmarktes Anhaltspunkte für effizienzmindernde Wirkungen speziell in der ambulanten ärztlichen Versorgung. Schließlich erschwert die institutionell bedingte Sektoralisierung der ambulanten und stationären Versorgung eine integrative und damit effiziente Behandlungsorganisation.“ (KF S. 6)
- „Für eine **Beurteilung der Effizienzwirkungen der Selektivverträge** in der ambulanten ärztlichen Versorgung ist es **noch zu früh**. Die Zunahme neuer Organisationsformen bei den Vertragsärzten und die wachsende Konkurrenz für die "gemeinsam und einheitlich" vereinbarten Kollektivverträge zeigen zumindest, dass auch in diesem Bereich neue wettbewerbliche Spielräume genutzt werden.“ (KF S. 14)
- „Für eine solche Priorisierung (Hausarztverträge rp) sprechen beim derzeitigen Informationsstand vor allem hierzulande auch **keine empirisch fundierten Erkenntnisse**.“ (S. 21)

Ergebnisse und Empfehlungen 3a

- *„Für die ambulante vertragsärztliche **Vergütung** existiert auf kollektivvertraglicher Ebene derzeit kein vollständiges leistungs- bzw. diagnosebezogenes Fallpauschalensystem, wie es das DRG-System darstellt. ... bislang (ist rp) **keine systematische, leistungsbezogene und transparente Grundlage** für die Preisbildung etabliert, die als solide Basis für Preisdifferenzierungen verfügbar wäre.“ (S. 20)*
- *„Krankenkassen können Selektivverträge zur hausärztlichen, zur besonderen (u. a. fachärztlichen) ambulanten und zur integrierten Versorgung mit Leistungsanbietern abschließen. Diese Verträge gewinnen durch die Möglichkeit zur Budgetbereinigung deutlich an **Relevanz**.“ (S. 21)*
- *„**Chancengleichheit** der Leistungsanbieter sichern“ (ebenda)*
- *„Schaffung sektorübergreifender Versorgungsstrukturen“ (S. 4)*

Zusammenfassung

- „ ...Effizienzsteigerungen (sind also) notwendig, von denen realistischerweise weniger eine Senkung des Ausgabenniveaus zu erwarten sein dürfte, als vielmehr, dass der mengen- und qualitätsbezogene Gegenwert des Ressourceneinsatzes optimiert wird.“ (S. 12) Politik verkürzt „E.“ oft auf Kostendämpfung!
- Für die Bestandsaufnahme: Forschungslücken und Probleme der Datenverfügbarkeit (§§ 303a ff.) für Versorgungsforschung zentral. (vgl. KF S. 7). Zentral: „Mangelhaftes Wissen über (In-)Effizienzen“, daher Ziel: „**optimales Ausmaß an Ineffizienzen**“ (S. 47/48)
- Weit entfernt von einer „**evidenzbasierten Gesundheitspolitik**“
- Im Ergebnis ist das Konzept des „**Vertragswettbewerbs als Effizienzmaschine?**“ zur Zeit in einer Blockade: „gemischte Bilanz“ (S. 73); Frage lässt „sich derzeit kaum beantworten“ (S. 75)
- **Meine Bewertung:** skeptisch aber (noch) nicht chancenlos.

Vielen Dank für die Aufmerksamkeit!

- Dr. Robert Paquet, Duisburger Str. 7, 10707 Berlin
- Fon: (030) 88 68 07 34, Mobil: (0171) 658 18 45
- rp@robert-paquet.de www.robert-paquet.de