



Unternehmen Leben

Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik – Was ist das Besondere in der Gesundheitswirtschaft?

Gesundheitspolitisches Kolloquium
– Universität Bremen, 19. Dez. 2007 –

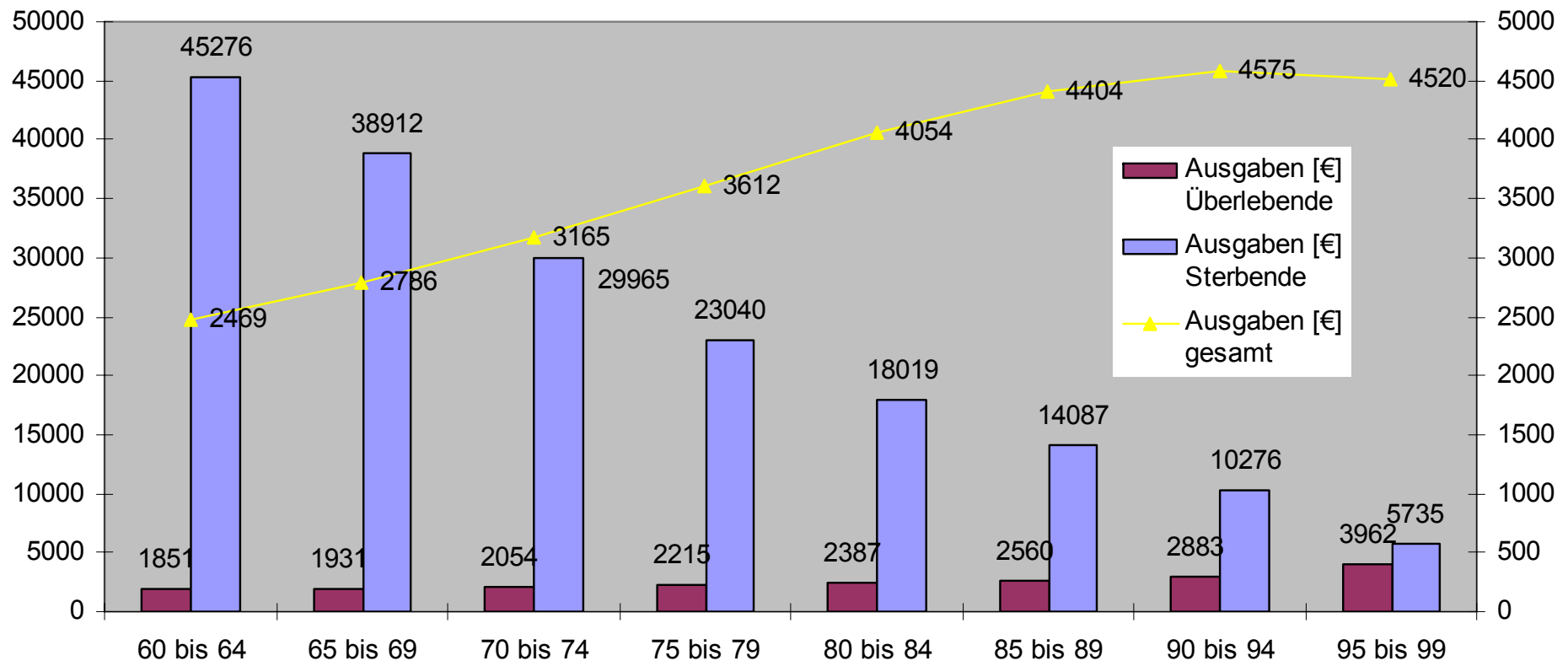
Prof. Dr. h.c. Herbert Rebscher
Vorstandsvorsitzender der DAK – Unternehmen Leben

A thick, solid orange vertical bar on the left side of the slide.

Bisheriger nationaler und internationaler Konsens:

- 20% der Menschen benötigen 80% der Leistungen
- 75-85% aller Leistungen 3-5 Jahre vor dem Tod
- sinnhaft ist eine mittel- bis langfristige Orientierung der Versorgung
(Prävention, Rehabilitation, integr. Versorgung)
- Qualitäts- und Versorgungsoptimierung statt reine Preissteuerung

Entwicklung GKV-Ausgaben in sterbenahen Altersgruppen



Quelle: Kruse u.a. Kostenentwicklung im Gesundheitswesen
 – Verursachen ältere Menschen höhere Gesundheitskosten, 2003.

Die in der Grafik dargestellten Ausgaben für Sterbende umfassen die Ausgaben im letzten Jahr vor dem Tod.

Effizienz vs. Preiswettbewerb

- Effizienz entwickelt sich in der aufwändigen Versorgung (80% Leistungen) der Wenigen (20% Menschen)

aber:

- Preiswettbewerb richtet sich an die Vielen (80% Menschen) ohne relevanten Versorgungsbedarf (20% Leistungen)

→ Hier liegt systematisch das Problem

Fundamentaler Unterschied zu typischen Produkt-/Dienstleistungsmärkten:

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

Im Gegenteil:

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

Neue Finanzarchitektur

- Staatlicher Einheitsbeitragssatz
 - „perspektivisch (?)“ steuerfinanzierte Kinderversicherung
-
- Preiswettbewerb durch Individualprämie
- noch an die 1% Regel gebunden

Bundesbeteiligung „versicherungsfremde Leistungen“

Jahr	Alte Regelung GKV- Modernisierungsgesetz	Neue Regelung 1 Haushaltsbegleit- gesetz 2006	Neue Regelung 2 Entwurf WSG	Neue Regelung 3 WSG
2004	1,0	1,0	1,0	1,0
2005	2,5	2,5	2,5	2,5
2006	4,2	4,2	4,2	4,2
2007	4,2	1,5	1,5	2,5
2008	4,2	0	1,5	2,5
2009	4,2	0	3,0	4,0

In Mrd. €

3,6 Mrd € kumuliert weniger in GKV

Marktsplaltung

jung und/oder gesund

- Beitragsreagibel
- Prämienvergleich
- Versicherungsmotiv
- Nutzenerwartung
„Eventorientiert“

alt und/oder krank

- Leistungsreagibel
- Versorgungsvergleich
- Versorgungsmotiv
(Beratung/Service)
- Nutzenerwartung

Ökonomischer Anreiz für Versicherungsunternehmen

- Risikoselektion statt Versorgungsoptimierung
- Kurzfristige Prämienvermeidung statt
Effizienz der Abläufe
- Kurzfristig attraktive Angebote (Zielgruppe Junge) statt
langfristige Versorgungsstrategien (Zielgruppe Kranke)

Politische Hoffnung I

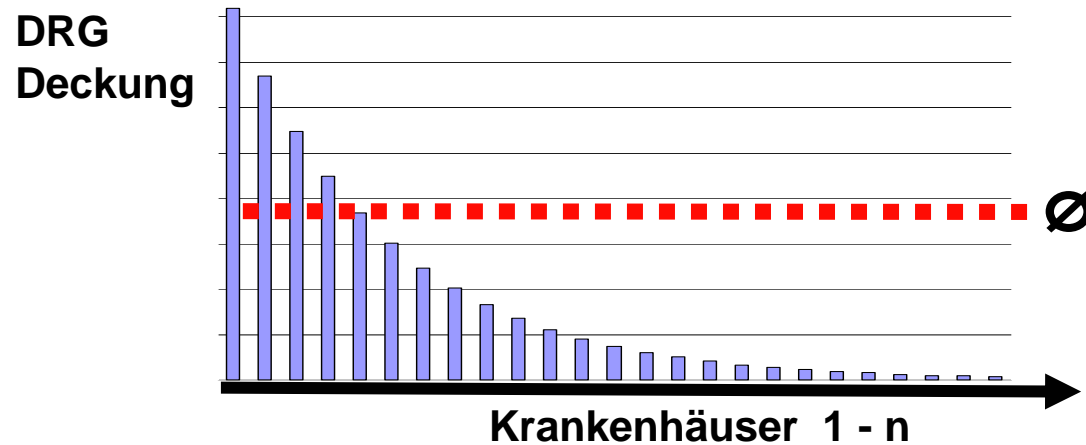
- **Wettbewerb wird es richten!**
- In diesem Anreizmodell fahrlässig naiv
(wenn nicht sorgfältig zielorientiert gestaltet)

Politische Hoffnung II

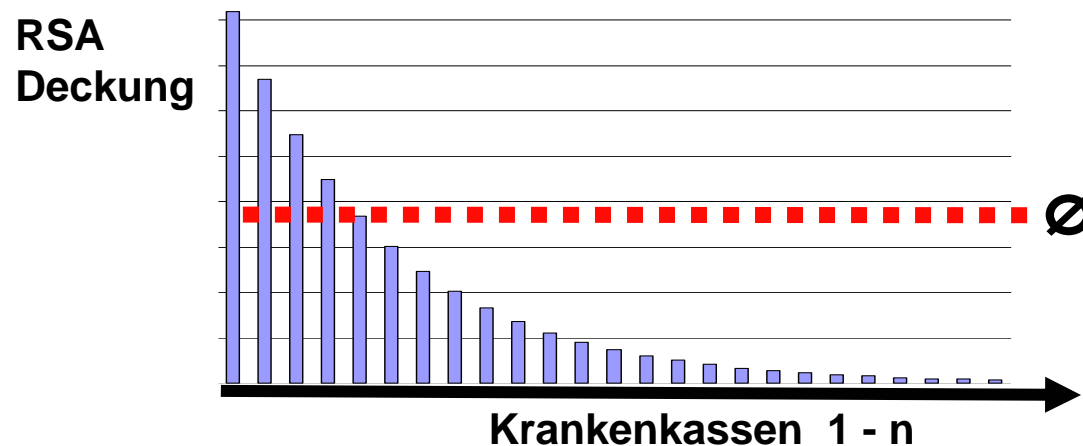
- **RSA-Zuweisung wird es richten!**
- Hoffnungslos optimistisch
(weltweit kein medizinisch und ökonomisch belastbares Klassifikationsmodell
das mehr als 50% Varianz erklärt)

Varianzproblem

- Bsp.: Krankenhauspreissteuerung



- Bsp.: Krankenkassenbeitrags-/prämiensteuerung



Grundansatz

Preise reduzieren die Komplexität der Beurteilung von Kosten, Nutzen und Zeit ...
zu Gunsten einer einfachen und allgemeinen Austauschrelation

Bsp. Krankenhaus

17 Mio. Fälle reduziert in ca. 1000
aufwandshomogene "Preise"

gilt entsprechend für Gebührenordnungen (ambulant)
Preise für nichtärztliche Dienstleistungen usw.
auch für Preise/Beiträge/Prämien von Kassen

Methodisches Problem I

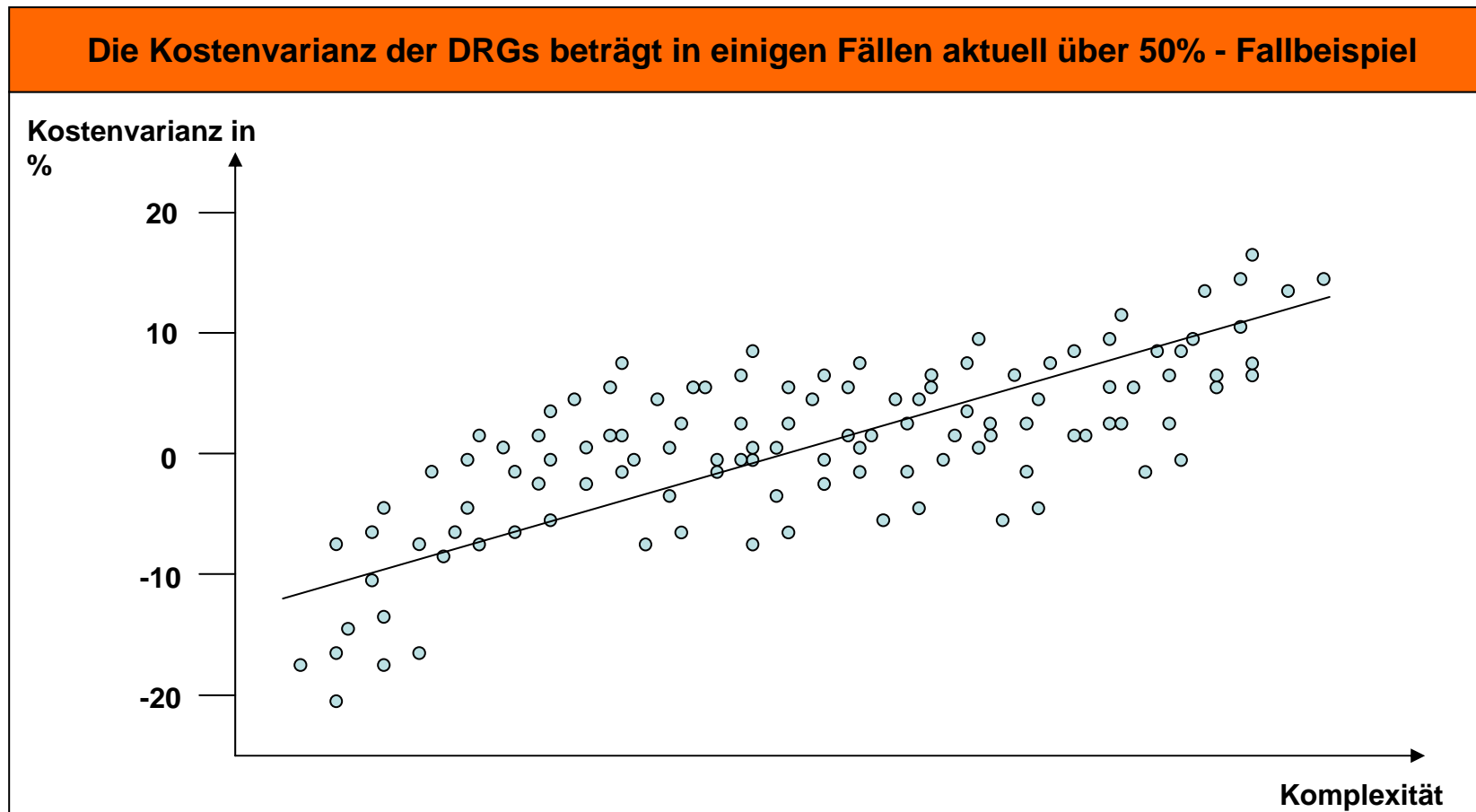
“Varianz“

Abbildungsgüte des Preissystems

Varianz der Komplexität innerhalb eines
“homogenen“ Clusters (DRG)

Methodische Hinweise

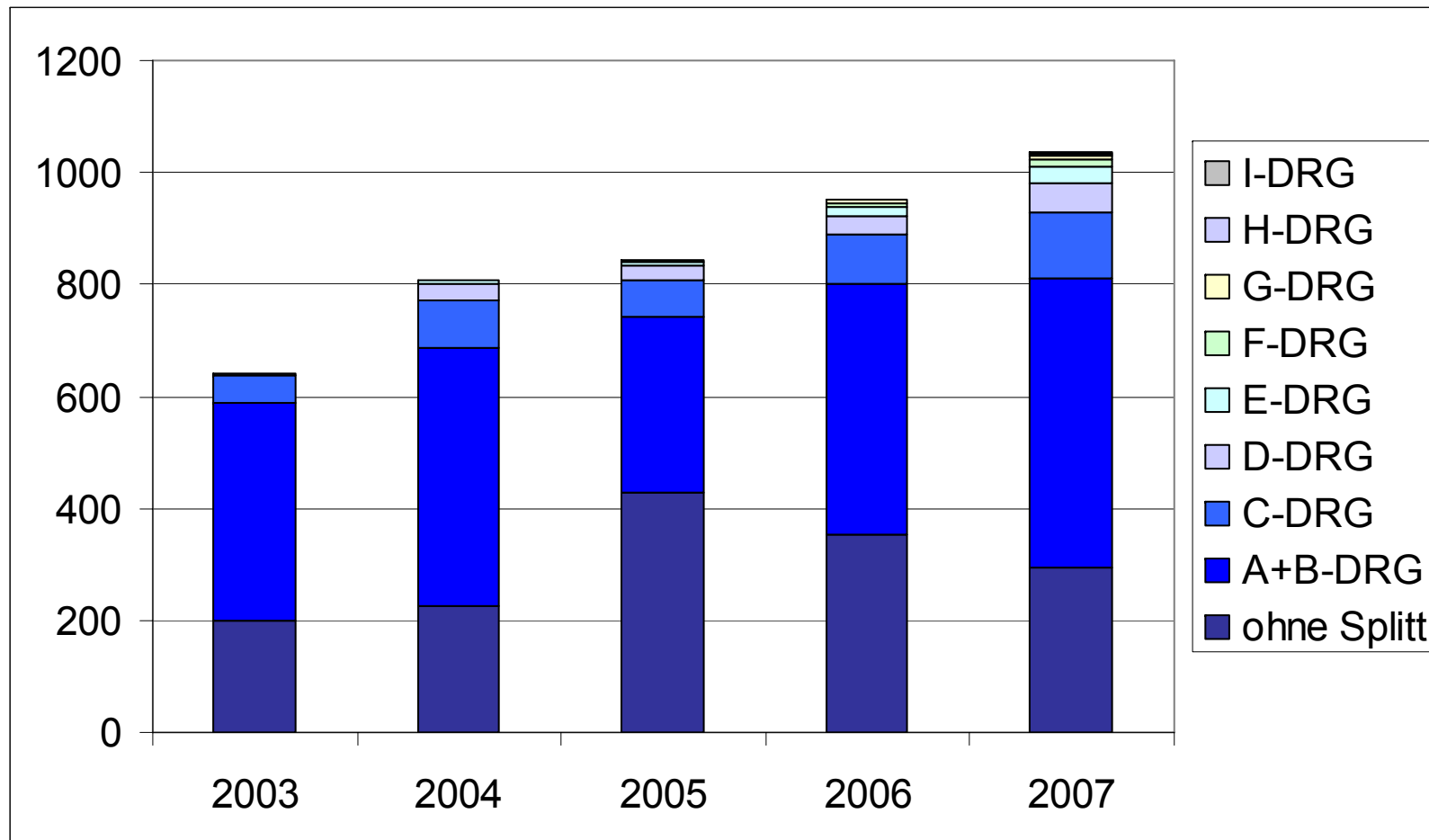
Hohe Varianz der Kosten bei gleichen DRGs



Lernen und Entwickeln



Überblick Differenzierung DRGs und Schweregradsplitt





Methodische Hinweise

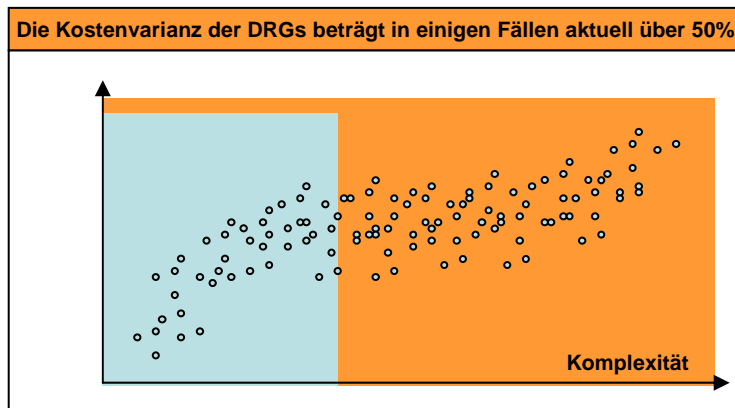


DRG-Ranking \neq Effizienz
(Preis)

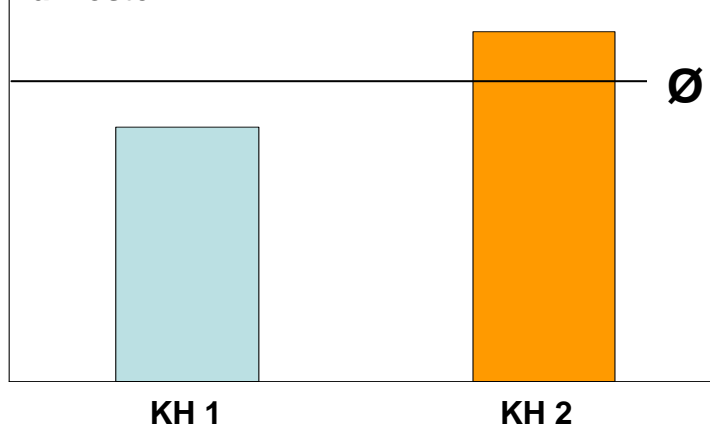
Methodische Hinweise

Kostenvorteile bieten Gefahr für Fehlsteuerungen – Krankenhäuser mit niedrigen Kosten nicht zwingend am effizientesten

Kostenvarianz



Fallkosten



KH mit geringen Kosten: Hypothesen für Kostenvorteile

- Höhere Prozesseffizienz?
- Risikoselektion („Rosinenpicken“)?
- Geringe Bereitstellungskosten?

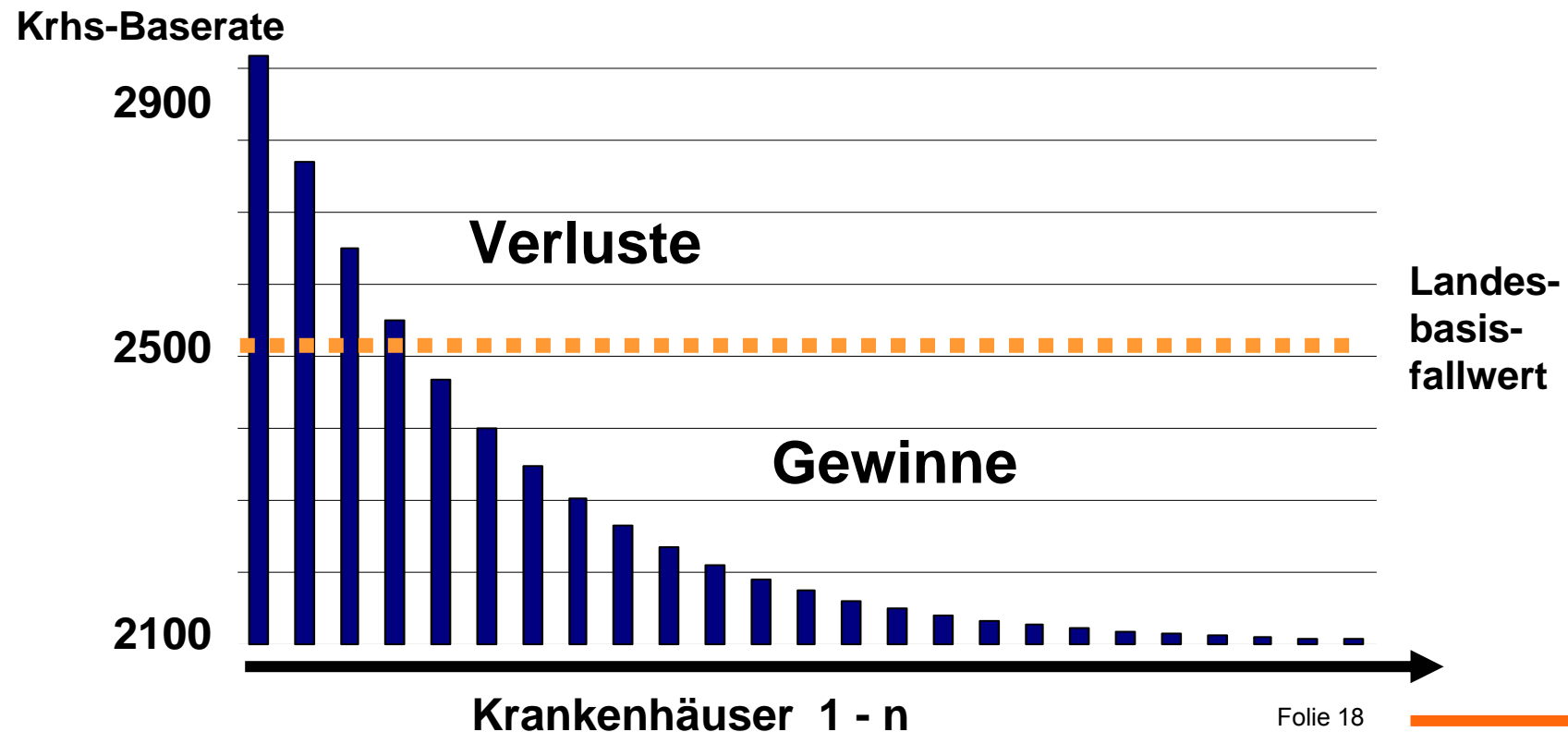
KH mit hohen Kosten: Hypothesen für Kostennachteile

- Geringere Prozesseffizienz?
- Anziehen negativer Risiken durch Nachweis hoher Qualität?
- Hohe Bereitstellungskosten?

Methodische Hinweise

Krankenhausvergleich bei DRG-Einführung

- „Effizienz“ bei Konvergenzgewinnern
 - „Ineffizienz“ bei Konvergenzverlierern
- ?



Methodisches Problem II

“Zufall“

hohe Varianz innerhalb eines Clusters (DRG)
ist bei einer Zufallsverteilung kein Problem

bei einer nicht-zufallsbasierten, i.d.R durch
Spezialisten gesteuerten Verteilung allerdings
grob verzerrend



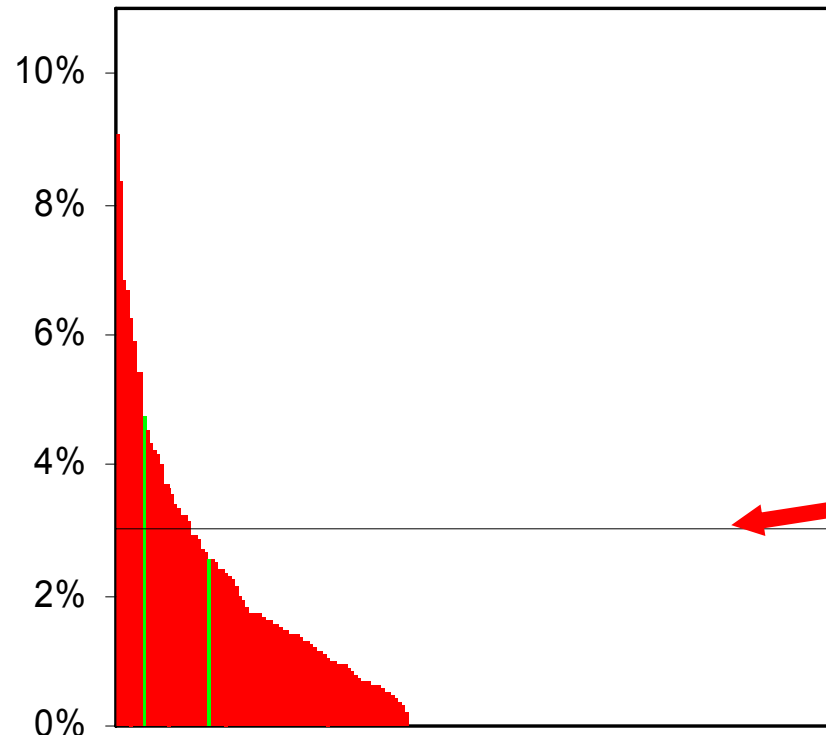
Methodische Hinweise



DRG-Ranking + Qualitätsranking \neq Effizienz

Methodische Hinweise

Krankenhausversorgung: Unterschiedliche Qualität?



Patienten¹	n = 73.126
Gesamtrate	0,74%
Krankenhäuser	
Median	0,0%
Spannweite	0,0 – 9,1%
Referenzbereich = Unauffälligkeitsbereich	≤ 3,0% (90%-Perzentile)

¹ Patienten mit CDC-NNIS-Risikoklasse 0

Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation 2004:
Wundinfektion



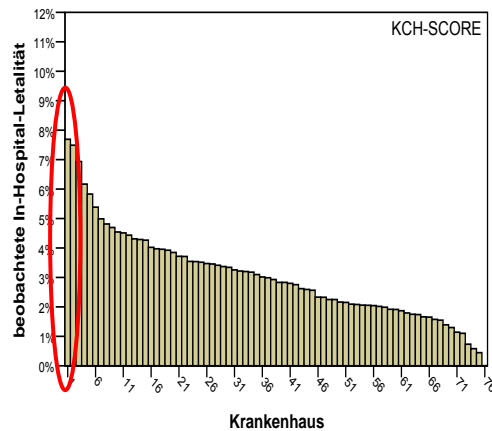
Methodische Hinweise



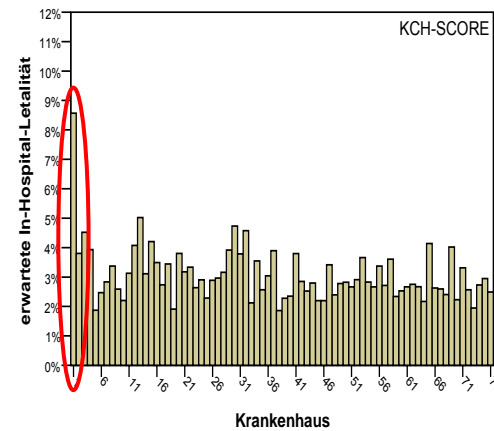
DRG-Ranking + Risikoadjust. Qualitätsranking \approx Effizienz

Methodische Hinweise

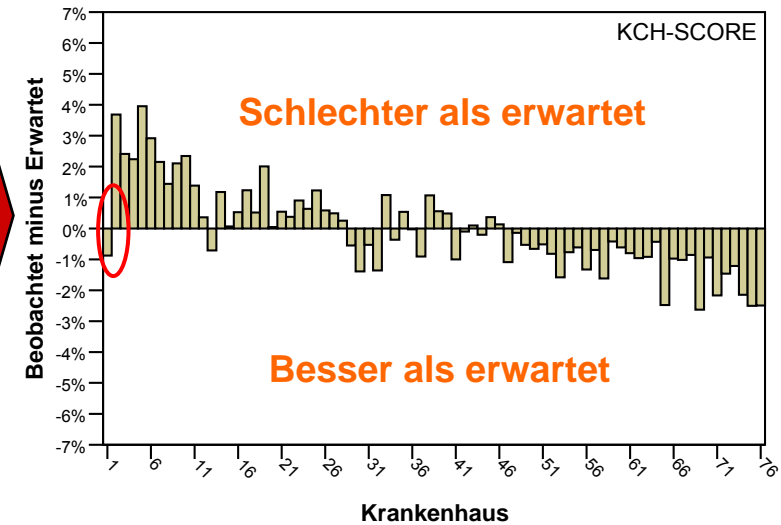
Ziel „Fairer Vergleich“:
Logistisches Regressionsmodell



**Beobachtete
Sterberate
(O)**



**Erwartete
Sterberate
(E)**



**Risikoadjustierte Sterberate
(O - E)**

Koronarchirurgie 2004: In-Hospital-Letalität

Fazit

Preissteuerungsmodelle, insbes. bei selektivem Kontrahieren, setzen methodisch zwingend den verantwortlichen, regelgebundenen und kriteriengestützten Umgang mit “**Varianz**“ und “**Zufall**“ durch risikoadjustierte Qualitäts- und Preissysteme voraus.

A vertical orange bar is located on the left side of the slide.

Vielen Dank
für Ihre Aufmerksamkeit!