

Analyse:

**Vertragswettbewerb in der Krankenhausversorgung -
Auswirkungen auf den Kassenwettbewerb**

- Gewinner und Verlierer bei den Kassen, RSA-Effekte und Konsequenzen für die Finanzlage der Krankenhäuser -

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung
2. Unterschiede in den Behandlungskosten
3. Unterschiede in den Erlösen Wahlleistungen
4. Unterschiede in der Marktmacht
 - a) Größe der Kasse
 - b) Regionale Mitgliederverteilung
 - c) Transaktionskosten
 - d) Kundenbindung
5. RSA-Effekte
 - a) Ohne Berücksichtigung von Einspareffekten
 - b) Volle individuelle Berücksichtigung von Einspareffekten
 - c) Durchschnittliche Berücksichtigung von Einspareffekten
6. Finanzielle Konsequenzen für die Krankenhäuser

Haftungsausschluss:

Alle folgenden Aussagen geben lediglich die Meinung des Verfassers wieder. Eine Haftung für den Inhalt kann ausdrücklich nicht übernommen werden.

1. Einleitung

Die Bestrebungen aus Gesundheitspolitik und Kassen, in der stationären Krankenhausversorgung vermehrt Elemente eines Vertragswettbewerbs einzuführen, werden aufgrund der absehbar sich verstärkenden Finanzprobleme der Kassen früher oder später erfolgreich sein. Daher ist es sinnvoll, sich mit den Auswirkungen eines derartigen Vertragswettbewerbs auf den Wettbewerb zwischen den Kassen bereits heute näher auseinander zu setzen.

Die verschiedenen Kassen werden sehr unterschiedlich von einem derartigen Wettbewerb profitieren, da Krankenhäuser nicht ein Standard-Preisangebot für alle Krankenkassen gleich abgeben werden sondern nach Kassen differenziert. Das Entscheidungskalkül der Krankenhäuser für die Ermittlung ihres jeweils optimalen Angebotspreises betrifft dabei zwei sehr unterschiedliche Bereiche:

Zum einen geht es um die Kalkulation der Preisuntergrenze, also um das Minimalangebot, bei dem es sich aus Sicht des Krankenhauses gerade noch lohnt, den Auftrag anzunehmen. Hierfür gibt es zwei Kalkulationselemente mit relevanten Unterschieden zwischen den Krankenkassen:

- Unterschiedliche Kosten für die Behandlung ja nach Kasse
- Unterschiedliche Anteile an Erlösen für Wahlleistungen je nach Kasse

Zum anderen geht es um die Marktmacht der Kasse. Hiervon hängt ab, wie nahe die Krankenhäuser mit ihren Preisangeboten an ihre Preisuntergrenze herangehen. Damit werden folgende Unterschiede zwischen Kassen maßgeblich den Angebotspreis von Krankenhäusern beeinflussen und damit die Wettbewerbsposition der Kassen untereinander: Kosten, Erlöse und Marktmacht.

Ein Kassenwettbewerb wirkt nicht ungebremst sondern wird über Gesundheitsfonds und Morbi-RSA gesteuert. Damit spielen Unterschiede der Kassen in einem stationären Vertragswettbewerb auch eine Rolle für die konkrete Ausgestaltung des RSA, da anderenfalls gesundheitspolitisch unerwünschte Anreizwirkungen entstehen können. Auch das wird näher ausgeführt.

Zum Abschluss dieser Analyse werden Konsequenzen für die Finanzlage der Krankenhäuser betrachtet.

2. Unterschiede in den Behandlungskosten

Es gibt zwischen den Versicherten verschiedener Kassen zwei wesentliche Arten von Morbiditätsunterschieden, soweit sie für die stationäre Behandlung relevant sind.

Zum einen unterscheiden sich die Versicherten hinsichtlich der Art und Häufigkeit der in Anspruch genommenen stationären Krankenhausleistungen. Kassen mit vielen älteren und kranken Versicherten müssen mehr Geld für DRGs ausgeben als Kassen mit einer jüngeren und gesünderen Mitgliederstruktur. Die Alterseffekte werden idealerweise bisher schon durch den RSA ausgeglichen (zukünftig durch die Auszahlung aus dem Gesundheitsfonds), die krankheitsbedingten Unterschiede in der Häufigkeit der Krankenhausbehandlung zukünftig im wesentlichen durch den Morbi-RSA.

Zum anderen unterscheiden sich die Versicherten aber auch hinsichtlich der Kosten für die Krankenhausbehandlung innerhalb ein und derselben DRG. Für viele DRGs gibt es keinen Alterssplit, ein 40jähriger und ein 80jähriger werden der gleichen DRG zugewiesen. Die Berücksichtigung von Nebendiagnosen bei der DRG-Gruppierung gleicht dies nicht vollkommen aus. Da beispielsweise Verweildauer und Pflegeintensität bei älteren Patienten im Mittel höher sein werden, führt dies zu Unterschieden in den Behandlungskosten.

Bisher sind diese Kostenunterschiede innerhalb einer DRG für die Krankenkassen irrelevant, da sie in derartigen Fällen alle denselben Betrag an das Krankenhaus bezahlen. Damit kann und braucht dieser Effekt bisher auch im RSA nicht berücksichtigt zu werden. Mit einem Vertragswettbewerb ändert sich das jedoch. Krankenhäuser werden ihre Kostenträgerrechnungen nach Kassen auswerten und u.U. höhere Preiszugeständnisse bei den Kassen mit besseren Risiken im Versichertenbestand machen. Damit werden Kassen mit jüngeren und gesünderen Versicherten für die gleiche DRG weniger bezahlen müssen, weil auch die Krankenhäuser hier geringere Kosten einkalkulieren müssen.

3. Unterschiede in den Erlösen Wahlleistungen

Die Erlöse durch Zusatzversicherte bilden eine wichtige Finanzierungsquelle von Krankenhäusern: die Wahlleistung Einbett-/Zweibettzimmer, dazu die anteiligen Erlöse aus den Arztabgaben für die Wahlleistung Arzt. Damit ist für das Krankenhaus unter sonst gleichen Bedingungen ein Vertrag mit einer Krankenkasse mit hohem Anteil an Mitgliedern, die eine stationäre Zusatzversicherung abgeschlossen haben, wesentlich interessanter als ein Vertrag mit einer Kasse mit weniger Zusatzversicherten. Dies wird in die Preiskalkulation des Krankenhauses eingehen. Die Angebote an Kassen mit überdurchschnittlichem Zusatzversichertenanteil werden niedrigere Preise aufweisen als an andere Kassen.

Durch diesen Effekt werden Kassen mit hohem Zusatzversichertenanteil vom Vertragswettbewerb profitieren. Für diesen Anteil gibt es zwei wesentliche Bestimmungsfaktoren: Die Vertriebsaktivität der Kasse und das Einkommen der Mitglieder. Die Vertriebsaktivität ist durch das Management der Kasse beeinflussbar, das Einkommen der Mitglieder wesentlich weniger. Kassen mit überdurchschnittlich vielen Gutverdienern unter ihren Mitgliedern können insoweit mit etwas geringeren Leistungsausgaben durch niedrigere Preise für stationäre Leistungen rechnen.

4. Unterschiede in der Marktmacht

Außer den Unterschieden in Behandlungsaufwand und Zusatzerlösen unterscheiden sich die Kassen auch hinsichtlich ihrer Marktmacht. Hier gibt es eine ganze Reihe von Faktoren, welche die Marktmacht der Kasse und damit die von ihr erzielbaren Preissenkungen beeinflussen können:

a) Größe der Kasse

Ein Faktor für die Marktmacht einer Kasse ist deren Größe. Für die Frage der Größe ist grundsätzlich entscheidend der Anteil an den jeweils relevanten Krankenhauserlösen, nicht die reine Zahl der Versicherten. Eine größere Kasse mit ganz überwiegend jüngeren und gesunden Versicherten hat daher u.U. weniger Marktmacht als eine etwas kleinere Kasse mit überwiegend alten und kranken Versicherten.

b) Regionale Mitgliederverteilung

Die bloße Größe einer Kasse ist nicht allein entscheidend für ihre Marktmacht. Wichtig ist der Marktanteil im konkreten Krankenhaus. So haben beispielsweise zwei gleich große BKKs, von denen eine bundesweit relativ gleichmäßig vertreten ist, während die andere auf fünf Betriebsstandorte konzentriert ist, eine völlig unterschiedliche Marktmacht.

Neben der Frage, ob die Mitglieder relativ gleichmäßig verteilt oder regional konzentriert sind, spielt es auch eine Rolle, wo genau die Mitgliederbasis angesiedelt ist. Kassen mit Mitgliederschwerpunkten in dicht bevölkerten Regionen, in denen i.d.R. ein stärkerer Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern herrscht, werden größere Einsparungen erzielen können als Kassen mit einem Mitgliederschwerpunkt in ländlichen Regionen.

c) Transaktionskosten

Für den Umfang der Einsparungen durch einen Vertragswettbewerb spielen nicht nur die erreichbaren Preiszugeständnisse der Krankenhäuser eine Rolle. Auch die Kosten der Kasse dafür, diese Zugeständnisse im Rahmen einer Ausschreibung zu erreichen, müssen berücksichtigt werden. Hier haben große Kassen strukturelle Vorteile im Wettbewerb, auch hinsichtlich der Möglichkeit, entsprechendes Know-How in den juristischen (Vergaberecht) und betriebswirtschaftlichen (Auction Theory) Aspekten des Vergabeverfahrens aufzubauen. Allerdings können kleinere Krankenkassen durch eine Kooperation mit anderen Kassen ihre relativen Kosten deutlich reduzieren.

Neben den Transaktionskosten der Krankenkasse sind auch die Transaktionskosten der Krankenhäuser relevant, da von diesen gerade bei kleineren Kassen die Teilnehmerzahl und damit die Ergebnisse der Ausschreibungen mit abhängen werden. Kassen können hier Transaktionskosten reduzieren, indem sie übersichtliche Ausschreibungsbedingungen anwenden und hinsichtlich Vertragsbedingungen und ggf. Vergabeverfahren mit anderen Kassen kooperieren.

d) Kundenbindung

Die Möglichkeit, Preisreduzierungen zu erreichen, hängt wesentlich von dem Einfluss der Kasse ab, ihre Versicherten in die Vertragshäuser zu lenken. Ein Kernelement ist die Bindung der Mitglieder an die Kasse. Faktoren sind hier Kundenzufriedenheit, Vertrauen in die Auswahlentscheidungen der Kasse (Auswahl von Qualitätsanbietern vs. Billig-

medizin), Verbreitung von Wahltarifen mit mehrjähriger Bindung.

Wenn die Mitglieder lieber ihre Kasse wechseln als sich für andere Krankenhäuser zu entscheiden, reduziert das die Marktmacht der Kasse drastisch. Insoweit wird ein Vertragswettbewerb auch zu einem Wettbewerb zwischen Kassen und Krankenhäusern um eine engere Kundenbindung zu den Mitgliedern/Patienten.

5. RSA-Effekte

Im Risikostrukturausgleich gibt es unter den Kassen Netto-Zahler und Netto-Empfänger; dies wird mit Gesundheitsfonds und Morbi-RSA noch ausgeprägter als heute. Wie passt das zu einem Vertragswettbewerb im stationären Sektor? Wie werden die Ergebnisse des Vertragswettbewerbs im RSA bzw. in der Verteilung des Gesundheitsfonds an die Kassen berücksichtigt? Hierfür gibt es verschiedene denkbare Wege:

a) Ohne Berücksichtigung von Einspareffekten

Eine Möglichkeit wäre, die Einsparungen durch Einzelverträge von Krankenkassen mit Krankenhäusern gar nicht für den Risikostrukturausgleich heranzuziehen. Für Zwecke der Verteilung des Gesundheitsfonds mit Morbi-RSA würde so getan, als ob die Kassen jeweils die volle DRG bezahlten, auch wenn dies nicht der Fall ist.

Damit würden die Kassen einen sehr starken wirtschaftlichen Anreiz erhalten, über Einzelverträge Einsparungen zu erwirtschaften. Allerdings führte ein solches Vorgehen zu einer massiven Wettbewerbsverzerrung, da Kassen mit vielen kranken Versicherten wesentlich höhere Einsparungen erzielen könnten; die möglichen Auszahlungen an die Versicherten in Form einer Prämie würden dann zu einem großen Teil von den Mitgliedern derjenigen Kassen finanziert, die weniger Kranke in ihrem Versichertenbestand haben.

b) Volle individuelle Berücksichtigung von Einspareffekten

Das Gegenteil zu einem Verzicht auf die Berücksichtigung entsprechender Einsparungen wäre die volle Berücksichtigung. Soweit eine Kasse Einsparungen durch günstigere Einzelverträge mit Krankenhäusern erreicht, werden diese voll auf die Auszahlungen aus dem Gesundheitsfonds angerechnet.

Ein derartiges Vorgehen würde allerdings jeden Anreiz an die Krankenkassen zur Erwirtschaftung von Einsparungen zerstören. Daher kommt dies praktisch nicht in Frage.

c) Durchschnittliche Berücksichtigung von Einspareffekten

Neben keiner oder einer vollen kassenindividuellen Berücksichtigung von Einsparungen durch Einzelverträge gibt es noch die Möglichkeit, die durchschnittlichen Einsparungen zu berücksichtigen. Dabei würden für Alter, Geschlecht und die anfangs ca. 80 Erkrankungen, die in den Morbi-RSA eingehen, die durchschnittlichen Leistungsausgaben unter Berücksichtigung von Einzelverträgen ermittelt.

Damit wären diejenigen Kassen im Vorteil, die relativ hohe Krankenhausausgaben haben und überdurchschnittliche Einsparungen erzielen, die Hauptverlierer wären die Kassen mit hohen Krankenhausausgaben aber unterdurchschnittlichen Einsparungen. Bei dieser Lösung hätten alle Kassen einen relativ großen Anreiz, Einsparungen im Leistungsbereich zu erzielen, ohne dass Kassen mit eher gesunden Mitgliedern diskriminiert würden. Daher ist dies vermutlich von den drei Varianten die am ehesten realistische.

6. Finanzielle Konsequenzen für die Krankenhäuser

Wenn es im Krankenhaussektor zu einem verstärkten Einsatz von Elementen eines Preiswettbewerbs kommt, dann wird dies realistischweise im Rahmen eines Höchstpreissystems erfolgen. Anderenfalls könnten Krankenhäuser in ländlichen Regionen mit lokaler Monopolstellung nämlich deutliche Preiserhöhungen durchsetzen; dies wird gesundheitspolitisch aller Wahrscheinlichkeit nicht gewollt sein.

Im Höchstpreissystem führen jedoch die Unterschiede in den Behandlungskosten und in dem Potential für Zusatzerlöse (durch Wahlleistungen) zwischen den Mitgliedern der verschiedenen Krankenkassen zu einer sehr problematischen Konsequenz: Den Krankenhäusern werden vermutlich in beträchtlichem Umfang Geldmittel entzogen. Das beruht auf folgendem Mechanismus:

Einige Krankenkassen weisen Mitgliederbestände auf, die für Krankenhäuser mit unterdurchschnittlichen Kosten und/oder überdurchschnittlichen Zusatzerlösen verbunden sind. Diese Kassen werden häufig in einem Vertragswettbewerb günstigere Preise durchsetzen

können. Diejenigen Kassen jedoch, deren Behandlungskosten höher und Zusatzerlöse niedriger als der Durchschnitt sind, müssen in einem Höchstpreissystem dennoch keine Erhöhung der von ihnen zu zahlenden Preise hinnehmen.

Das bedeutet: Die Krankenhäuser bekommen durch diesen Effekt insgesamt weniger Geld, da sie die Erlösminderungen bei den Kassen mit wirtschaftlich vorteilhaften Mitgliederbeständen nicht durch höhere Preise bei anderen Kassen ausgleichen dürfen. Falls man beispielsweise davon ausgeht, dass momentan die durchschnittlichen Erlöse irgendeines Krankenhauses gerade kostendeckend sind, wird jenes Haus durch diesen Effekt in die Verlustzone gedrückt. (Neben dieser Auswirkung von Unterschieden zwischen den Krankenkassen sind natürlich noch weitere finanzielle Auswirkungen eines Vertragswettbewerbs zu beachten, wie ggf. die Erfordernis, Angebote zu nicht kostendeckenden Preisen abzugeben, so dass dem stationären Sektor weitere Geldmittel entzogen werden.)

Berlin, Februar 2008

Dipl. Kfm. Arndt Regorz