

Checkliste:

**Vertragswettbewerb für
Krankenhäuser**

Inhaltsübersicht:

0. Einleitung
1. Strategie
2. Kalkulation und Angebotserstellung
3. Aufbau relevanter Wissensbereiche
4. Kommunikation
5. Vertragsgestaltung
6. Stärkung der Alternativen zum Einzelvertrag
7. Competitive Intelligence
8. Sofortprogramm

Haftungsausschluss:

Die nachstehende Checkliste ist als Arbeitshilfe für Krankenhäuser gedacht, die sich mit dem vermutlich in absehbarer Zeit kommenden Vertragswettbewerb in Teilen der stationären Krankenhausversorgung befassen. Ihnen soll sie einen ersten Überblick über diese komplexe Thematik geben; es kann nicht garantiert werden, dass alle relevanten Punkte in dieser Checkliste berücksichtigt sind. Für den Inhalt wird ausdrücklich keine Haftung übernommen. Insbesondere für die rechtlichen Aspekte im Zusammenhang mit dem Vertragswettbewerb ist angeraten, sich rechtskundig beraten zu lassen.

0. Einleitung

Krankenkassen und Bundesgesundheitsministerium scheinen ein Einkaufsmodell für bestimmte Teile der stationären Krankenhausleistungen anzustreben. Zwar gibt es bereits mit der Integrierten Versorgung einen beschränkten Einsatz von Vertragswettbewerb für stationäre Leistungen, doch mit einem ganz wesentlichen Unterschied: Die aktuellen Planungen geben den Krankenkassen voraussichtlich mehr Steuerungsmöglichkeiten zu Vertragshäusern, was der Schlüssel für einen Preiswettbewerb ist. Damit droht ein wirtschaftlich ruinöser Wettbewerb zwischen Krankenhäusern.

Zwar sind erste Konzepte noch keine fertigen Gesetze und die Bundesländer mit ihren spezifischen Interessen haben noch das eine oder andere Wort mitzureden. Aber auch die DRGs kamen nicht aus dem Nichts, sondern kündigten sich schrittweise über viele Jahre an: mit Modellversuchen, den klassischen Fallpauschalen, etc. So ist es vermutlich auch beim Preiswettbewerb mehr eine Frage des „wie“ und des „wann“ als eine Frage des „ob“.

Daher ist es sinnvoll, bereits jetzt Zeit zu investieren in die **Vorbereitung auf den früher oder später kommenden Preiswettbewerb** für stationäre Krankenhausleistungen. Auch wenn viele Maßnahmen noch später nach Klarheit über die zukünftige Gesetzeslage eingeleitet werden können, gibt es doch für einige Handlungsfelder längere Vorlaufzeiten.

Die folgende Checkliste gibt Ihnen einen ersten **Überblick über Handlungsoptionen**, die Sie im Vertragswettbewerb nutzen können. Sie erhebt insofern keinen Anspruch auf Vollständigkeit, zumal die Handlungsmöglichkeiten auch von der konkreten gesetzgeberischen Ausgestaltung eines Einkaufsmodells abhängen.

1. Strategie

1.1 Rahmenbedingungen für die Strategiefindung

Welche Strategien im konkreten Fall sinnvoll sind, hängt maßgeblich ab von den Marktstrukturen, denen sich das Krankenhaus gegenüber sieht; diese können ggf. je auszuschreibendem Modul sehr unterschiedlich sein:

- Monopol: Im relevanten Markt praktisch alleine
- Oligopol: Nur wenige Anbieter im relevanten Markt
- Polypol: Zahlreiche Anbieter im relevanten Markt

Außerdem ist der ordnungspolitische Rahmen von Bedeutung. Hier kommt es vor allem auf zwei Dimensionen an:

- Werden die verschiedenen Leistungen oder Leistungsbereiche jeweils gesondert ausgeschrieben, so dass ein Krankenhaus u.U. von einer bestimmten Kasse für einige Leistungen einen Vertrag erhält und für andere Leistungen von der selben Kasse nicht, oder wird insgesamt ausgeschrieben? (Die gesonderte Ausschreibung schwächt hierbei tendenziell eher die Marktmacht von Krankenhäusern im Vergleich zu einer gesamten Ausschreibung pro Kasse.)
- Wie groß ist der Anteil der Leistungen, die zukünftig per Ausschreibung außerhalb des Budgets vergeben werden? Erfolgt eine Vergabe lediglich von Teilen des jeweiligen elektiven Leistungsspektrums über Ausschreibungen oder von allen elektiven Leistungen?

Für jede der sich daraus ergebenden Varianten wird die Anwendung der im folgenden aufgeführten Einzelschritte anders ausfallen. Dennoch gibt es umfangreiche Gemeinsamkeiten, die unabhängig von den Details einer zukünftigen gesetzlichen Regelung für Ausschreibungen in der Krankenhausversorgung relevant sind. Einige entsprechende Arbeitsfelder sind am Ende der Checkliste als „Sofortprogramm“ aufgeführt.

Neben diesen beiden Dimensionen ist für die Strategie vor allem die konkrete Ausgestaltung der Steuerungsmöglichkeiten der Kassen von Bedeutung. Das kann sehr unterschiedlich geregelt werden:

- Reine Empfehlung der Kasse an ihre Mitglieder
- Vergütungen der Kasse an Ärzte bei Einweisung in Vertragshäuser
- Beitragsermäßigungen bei Wahl eines Tarifs mit Bindung an Vertragshäuser
- Zuzahlung bei Wahl eines Nicht-Vertragshauses sowie höhere Beiträge bei Wahl eines Tarifs mit freier Krankenhauswahl
- Verpflichtung der Mitglieder zur Inanspruchnahme von Vertragshäusern

Auch wenn irgendwann eine konkrete gesetzliche Regelung vorliegt, wird diese nicht den abschließenden Rahmen für die Strategiefindung bilden. Gesetzliche Regelungen im Gesundheitswesen werden mit einer derartigen Häufigkeit geändert, dass über den jeweils aktuellen rechtlichen Rahmen hinaus auch längerfristige Trends der Gesetzgebung erahnt und für die naturgemäß langfristige Strategiefindung berücksichtigt werden. So ist insbesondere bei einem anfangs u.U. recht begrenzten Anwendungsbereich für Ausschreibungen damit zu rechnen, dass dieser fortlaufend ausgebaut und erweitert wird.

1.2 Marktstrategien

Es gibt nicht eine einzige Standardstrategie im Preiswettbewerb, die für alle Krankenhäuser gleichermaßen optimal ist. Vielmehr stehen sehr unterschiedliche Strategietypen zur Auswahl.

1.2.1 Verdrängungswettbewerb

Ein Preiswettbewerb mit strategischen Preisen unterhalb der (Voll-)Kosten oder bei einer Position der Kostenführerschaft zumindest unter den Kosten der Konkurrenz führt kurzfristig zu einer finanziell unbefriedigenden Situation. Häufig wird der Hintergrund für ein derartiges Verhalten die Absicht eines Verdrängungswettbewerbs sein: Der Versuch, mit Kampfpreisen die lokale Konkurrenz aus dem

Markt zu drängen, um nach der Marktberreinigung wieder höhere Preise durchsetzen zu können. Dies ist vermutlich die gefährlichste Marktstrategie. Sie ist vor allem abhängig von den folgenden Fragestellungen:

Vergleich des Insolvenzrisikos des eigenen Krankenhauses mit dem der relevanten Konkurrenten über die Elemente:

- Finanzkraft: Wie lange können Verluste getragen werden?
- Kostenposition: Wie hoch sind die Verluste bei einem bestimmten Preisniveau im Vergleich zur Konkurrenz?

Zum objektiven Insolvenzrisiko kommt noch eine subjektive/politische Größe, die Bereitschaft zur Verlustübernahme: Wie groß ist die Bereitschaft der jeweiligen Krankenhausträger, mittelfristig größere liquiditätswirksame Verluste zu übernehmen?

Für die Praktikabilität einer Strategie „Verdrängungswettbewerb“ sind weiterhin zu beachten:

- Liegen hohe Markteintrittsbarrieren vor und sind diese auch in Zukunft zu erwarten?
- Liegen keine zu hohen Marktaustrittsbarrieren vor?
- Wie ist die Bereitschaft potentieller Käufer, ein Verlustkrankenhaus zu übernehmen und dadurch die Marktberreinigung zu verhindern?
- Wie ist die wettbewerbsrechtliche Zulässigkeit der für eine Verdrängungsstrategie nötigen Maßnahmen?

1.2.2 Qualitätsführerschaft

Eine Strategie der Qualitätsführerschaft verzichtet ganz oder teilweise auf günstigere Preisangebote, um stattdessen mit einer überlegenen Qualität die Belegung zu sichern. Statt in Preisnachlässe für die Krankenkassen wird in eine Verbesserung der Qualität investiert, damit die potentiellen Patienten auch Mehrkosten

gegenüber einer Behandlung in einem Vertragshaus der Krankenkasse akzeptieren.

Für eine Strategie der Qualitätsführerschaft sind vor allem relevant:

- Objektive Qualität: Ist die Qualität des Krankenhauses den relevanten Wettbewerbern wirklich überlegen? Kann ein derartiger Qualitätsvorteil für die Zukunft erzielt oder ausgebaut werden?
- Qualitätswahrnehmung: Nehmen die potentiellen Patienten und wichtige Multiplikatoren (vor allem niedergelassene Ärzte) den Qualitätsvorteil auch wahr?
- Ausreichende Kaufkraft im Markt: Können sich die potentiellen Patienten finanziell einen Eigenanteil leisten? (Mehrkosten gegenüber den Vertragshäusern der Krankenkasse)
- Zahlungsbereitschaft für höhere Qualität: Sind die potentiellen Patienten bereit, für eine qualitativ bessere Versorgung auch mehr aus eigener Tasche zu zahlen?
- Wie sind die Steuerungsmöglichkeiten der Kassen hinsichtlich von Patientenströmen?

1.2.3 Oligopolstabilisierung

Viele Krankenhäuser – vor allem außerhalb der großstädtischen Ballungsräume – sehen sich der Marktstruktur eines Oligopols gegenüber, bei der nur wenige Krankenhäuser den Markt wesentlich bestimmen. Hier sind vor allem Strategien zur Reduzierung des Wettbewerbs interessant.

Die Grundlage für entsprechende Strategien bilden Erkenntnisse der Spieltheorie:

- Gefangenendilemma, seine Anwendungsfälle auf die Preispolitik sowie seine Lösungsmöglichkeiten
- Tit-for-tat-Strategie im wiederholten Gefangenendilemma (Flexible Vergeltungsstrategie, wenn ein Konkurrent einen Preiskampf eröffnet und die Marktpreise drückt)

Insbesondere in Oligopolmärkten gibt es zudem institutionelle Möglichkeiten, die Anzahl der Wettbewerber zu verringern (allerdings begrenzt durch die Regelungen des Kartellrechts):

- Fusion zwischen Wettbewerbern
- Kooperationsverträge zwischen Wettbewerbern, wobei hierbei Qualitätsverbesserungen den Schwerpunkt bilden müssen; die Verringerung des Wettbewerbs darf nur ein Nebeneffekt sein (rechtlich relativ heikel)

2. Kalkulation und Angebotserstellung

2.1 Marktanalyse

Die Basis für die Angebotserstellung ist eine gründliche Analyse der jeweiligen Marktstruktur und daraus abgeleitet die Auswahl einer geeigneten Strategie (*Details siehe Abschnitt Strategie*). Die Analyse ist dabei getrennt nach den verschiedenen Modulen vorzunehmen, soweit diese gesondert ausgeschrieben werden.

2.1.1 Analyse des Markts

- Örtliche Marktdefinition: Welche Entfernungen werden von Patienten toleriert?
- Marktvolumen je Modul
- Marktanteil je Modul
- Kapazitäten im Markt

2.1.2 Eigene Kosten je Modul

- Vollkosten
- Deckungsbeitrag

2.1.3 Verbundeffekte elektiv-Notfall

- Qualität
- Ausbildung/Weiterbildung (insbes. Assistenzärzte)

2.1.4 Analyse ausschreibende Kasse (ggf. je auszuschreibendem Modul)

- Umsatz mit Kasse
- Volumenänderung
- Tendenz Mitgliederentwicklung
- Anteil und durchschnittliche Erlöse Zusatzversicherung
- Eigene Deckungsbeiträge

2.1.5 Analyse der relevanten Konkurrenten

(Details siehe Abschnitt Competitive Intelligence)

2.2 Kalkulationselemente

Für die Kalkulation des optimalen Angebotspreises sind zahlreiche Einzelelemente zu berücksichtigen, so beispielsweise:

- Anzahl der Bieter
- Anzahl Lose (mit wie vielen Krankenhäusern im Vertragsgebiet will die Krankenkasse Verträge schließen?)
- Mechanismus zur Preisfindung bei mehreren Losen (first-price oder second-price?)
- Umfang der Ausschreibung
- Nicht monetäre Regelungen
- Eigene Kostenstruktur
- Kapazitätsauslastung der konkurrierenden Krankenhäuser
- Mutmaßliche Gebote der Konkurrenz (mit mehreren Alternativszenarios)
- Laufzeit der Vergabeentscheidung
- Umkehrbarkeit von Marktanteilsverlusten
- Konsequenzen aufgrund Mindestmengenregelung
- Exposure-Risiken (z.B. bei zeitgleichen Vergabeverfahren mehrerer Kassen)

Als nicht-monetäre Klauseln sind in der Kalkulation ggf. zu berücksichtigen:

- Garantien: Werden von der Kasse Garantien (analog zu einigen IV-Verträgen) gefordert? Welche Kosten muss man hierfür berücksichtigen?
- Zahlungsfristen: Werden von der Kasse längere Zahlungsfristen gefordert?
- Klärungsmechanismus bei Abrechnungsstreitigkeiten: Ist dieser ungünstiger als für normale Krankenhausleistungen?

Bevor den Krankenkassen Preisnachlässe gewährt werden, sollte ein Kosten- und Wirkungsvergleich mit verschiedenen Maßnahmen als Alternativen zum Preiswettbewerb vorgenommen werden:

- Erlösausfall durch Preisnachlass
- Kostenaufwand für Qualität (medizinische Qualität, Servicequalität)
- Kostenaufwand für Werbung

Zahlreiche Kalkulationselemente sind unsicher, da insbesondere über das Verhalten der Konkurrenzhäuser i.d.R. keine zuverlässigen Informationen sondern nur Annahmen und Schätzungen vorliegen. Zudem hängen die Ausschreibungen der verschiedenen Krankenkassen miteinander zusammen. Diese Unsicherheiten sind geeignet zu berücksichtigen:

- Excel-Kalkulationsmodell der mutmaßlichen finanziellen Auswirkungen aller Ausschreibungen insgesamt auf das Krankenhaus (Belegung, Umsatz, Kosten)
- Anwendung der Szenario-Methode (alternative Annahmen über die Bieterstrategien der Konkurrenz und ihre finanziellen Auswirkungen)

3. Aufbau relevanter Wissensbereiche

Das Bestehen im Preiswettbewerb erfordert den Aufbau von Wissen in neuen Fachgebieten, die bisher für das Krankenhausmanagement nicht oder weniger stark relevant waren.

3.1 Technik und Taktik Ausschreibungen

Ausschreibungsverfahren haben ihre eigenen Regeln und Besonderheiten, deren Beherrschung Voraussetzung für eine erfolgreiche Bieterstrategie ist:

- Taktik in Ausschreibungen
- Methoden zur Ermittlung optimaler Angebotspreise
- Schwachstellen von Vergabeverfahren und Möglichkeiten, diese auszunutzen
- Methoden zur Oligopolstabilisierung
- Spieltheoretische Grundlagen für optimale Bieterstrategien (Gefangenendilemma, Tit-for-tat-Strategien)

3.2 Wettbewerbsrecht

Das Wettbewerbsrecht bildet einen wesentlichen Rahmen für die eigenen Strategien im Preiswettbewerb: Was darf man und was nicht? Aber auch: Wie können fremde Strategien abgewehrt werden? (Nachprüfung von Vergabeentscheidungen, Konkurrentenklage)

- Kartellgesetz (GWB)
- Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG)
- Vergabeordnung (VOL)

4. Kommunikation

4.1 Interne Informationen

Ein umfassender Preiswettbewerb verändert grundlegend das gesamte strategische Umfeld der Krankenhäuser und erfordert tiefgreifende interne Änderungen. Daraus ergibt sich ein hoher Informationsbedarf für Schlüsselgruppen, die für erfolgreiche Änderungsprojekte erreicht werden müssen, insbesondere:

- Aufsichtsrat / Krankenhausausschuss
- Ärzte
- Pflege
- Betriebsrat / Mitarbeitervertretung

4.2 Kommunikationsstrategien extern

Externe Kommunikationsstrategien sind vor allem auf die potentiellen Patienten und deren behandelnde Ärzte gerichtet. Sie dienen dazu, den Krankenkassen möglichst wenig Macht über die Krankenhauswahl des Patienten zu geben. Kommunikationsziele können beispielsweise sein:

- Betonung der Wahlfreiheit der Patienten
- Möglichkeit und Vorteile eines Kassenwechsels (Wechsel zu Kassen, mit denen das Krankenhaus einen Vertrag hat)
- Argumentationshilfe für Einweiser gegenüber ihren Patienten

5. Vertragsgestaltung

Wenn mit zahlreichen Krankenkassen Einzelverträge abgeschlossen werden, muss sich das Krankenhaus mit vielen unterschiedlichen Vertragsmustern und Vertragsbedingungen der verschiedenen Kassen auseinandersetzen. Das erfordert Anstrengungen sowohl in der Vertragsprüfung als auch in der späteren Vertragsabwicklung.

5.1 Nebenklauseln mit Risiken

Es ist damit zu rechnen, dass Kassen Vertragsklauseln durchzusetzen versuchen, welche den Kassen gegenüber den Krankenhäusern Vorteile verschaffen. Insbesondere betroffen können sein:

- Regeln über die Konfliktlösung bei strittigen Abrechnungen
- Sanktionen für Zahlungsverzug
- Garantiezusagen des Krankenhauses

5.2 Vertragsmanagement

Dutzende unterschiedliche Einzelverträge mit verschiedenen Kassen erfordern nicht nur einen Vorbereitungs- und Verhandlungsaufwand. Sie müssen auch administrativ bewältigt werden:

- Aufbau eines Contract Management Systems
- Überwachung der Einhaltung der Vertragsbedingungen
- Interne Kommunikation relevanter Bedingungen

6. Stärkung der Alternativen zum Einzelvertrag

Je stärker ein Krankenhaus auf jeden einzelnen Kassenvertrag angewiesen ist, desto niedriger müssen die Preise sein, die es in der Ausschreibung bietet. Daher ist es im Vorfeld einer Kassenausschreibung erstrebenswert, Alternativen zu einem Vertragsschluss zu haben und auch einmal auf einen Vertrag mit der einen oder anderen Kasse verzichten zu können. Dafür gibt es unterschiedliche Ansatzpunkte:

6.1 Kostenflexibilität erhöhen

Der zeitweise Ausfall von Erlösbestandteilen ist weniger einschneidend, wenn kurzfristig auch die Kosten im vergleichbaren Maß abgebaut werden können. Es gilt also, vermehrt Fixkosten zu variablen Kosten zu machen.

Sachkosten:

- Kündigungsfristen Dienstleistungsverträge
- Variable Vertragsgestaltung (Entgelt abhängig von Inanspruchnahme)

Personalkosten:

- Einsatz von Zeitarbeit
- Befristete Verträge
- Outsourcing als Flexibilitätsquelle (bei entsprechender Vertragsgestaltung)

6.2 Zwischenfinanzierung bei Erlösausfällen

Um Erlösausfälle zu überstehen, können noch verbleibende Liquiditätsreserven (vor allem im Working Capital) genutzt werden:

- Reduzierung der Lagerbestände
- Senkung oder Verkauf von Forderungsbeständen
- Aushandlung veränderter Zahlungsfristen mit Lieferanten

6.3 Ausbildung Assistenzärzte sichern

Mit dem Wegfall bestimmter elektiver Operationen können Teile der Facharztweiterbildung im betroffenen Krankenhaus undurchführbar werden, was wiederum die Gewinnung von ärztlichem Nachwuchs bedroht. Hier sind, z.B. durch Kooperationen mit anderen Krankenhäusern (ggf. außerhalb des eigenen Markts), Gegenmaßnahmen zu planen.

6.4 Qualität der Notfallversorgung sichern bei Verlust elektiver Operationen

Die Qualität von Notfalloperationen hängt häufig zusammen mit der Routine, die in verwandten elektiven Operationen gewonnen wird. Hier ist auf geeignetem Wege sicherzustellen – ggf. in Kooperation mit anderen Häusern – dass das Personal ein Mindestmaß an entsprechender OP-Erfahrung aufrecht erhält.

6.5 Finanzielle Eigenbeteiligung der Patienten ermöglichen

Insbesondere eine Strategie der Qualitätsführerschaft setzt voraus, dass die Patienten sowohl bereit als auch in der Lage sind, die Mehrkosten gegenüber Vertragshäusern ihrer Kasse aus eigener Tasche zu tragen:

- Maßnahmen zur Verstärkung der Patientenbindung
- Akzeptanz einer Eigenbeteiligung erhöhen
- Zusatzversicherung für Eigenbeteiligung (selbst anbieten oder vermitteln)
- Finanzierung für Eigenbeteiligung anbieten (Banklizenz?) oder vermitteln

6.6 Kommunikationsstrategien bei Nichtberücksichtigung

Wenn für bestimmte Leistungen mit einer Kasse kein Vertrag erreicht werden kann, ist über eine geeignete Kommunikationspolitik die Information zu vermitteln, dass – gegen einen Aufpreis – weiterhin das eigene Krankenhaus gewählt werden kann und welche Vorteile das hat.

Zielgruppen hierfür sind z.B.:

- Bisherige Patienten dieser Versicherung (Frühzeitig datenschutzrechtliche Voraussetzungen für diese Verwendung der Patientendaten schaffen)
- Zuweisende Ärzte
- Örtliche Presse
- Selbsthilfegruppen
- Ambulante und stationäre Pflegedienste

7. Competitive Intelligence

Der Begriff der „Competitive Intelligence“ umfasst die systematische, andauernde und legale Sammlung und Auswertung von Informationen, insbesondere über Konkurrenzunternehmen und Marktentwicklungen. Derartige Informationen sind für die Vorbereitung von Ausschreibungsteilnahmen sehr wertvoll, da bei klassischen Ausschreibungen das optimale Gebot nicht nur von der eigenen Kostensituation abhängt sondern auch von den erwarteten Konkurrenzgeboten. Neben der offensiven Informationsgewinnung ist auch die Abwehr legaler und illegaler Aufklärungsversuche der Konkurrenz zu planen.

7.1 Offensive Konkurrenzbeobachtung

7.1.1 Konkurrentenstrategien

Abschätzen der strategischen Absichten von Konkurrenzhäusern:

- Indizien für Marktabichten
- Entwicklung der Leistungspotentiale
- Kostenposition und Finanzlage
- Reaktionsprofile: Wie reagieren die Wettbewerber auf welche strategischen Situationen?

7.1.2 CI-Quellen

Systematik an CI-Quellen:

(1) Primärquellen: Zum Zweck der CI erstellt

- intern (z.B. Befragung der eigenen Chefärzte zu CI-Zwecken)
- extern (z.B. Befragung von - gemeinsamen - Lieferanten)

(2) Sekundärquellen: Für andere Zwecke erstellt

- intern
- extern

Auswertung beispielsweise von:

- Homepages (ggf. automatische Überwachung)
- Suche im Internet
- Foren im Internet
- Kostenpflichtige Datenbanken
- Tagespresse
- Berichte in Fachzeitschriften
- Qualitätsberichte
- Handelsregister
- Ausschreibungsergebnisse
- Gesprächen mit Patienten und Lieferanten

7.2 Defensive Maßnahmen

Wenn es für das eigene Haus ein Vorteil ist, über Konkurrenzinformationen zu verfügen, gilt dies im Umkehrschluss auch für die Konkurrenz. Daher sind Maßnahmen zur Informationsabschirmung anzuraten, mit denen legale und illegale Versuche der Informationsgewinnung durch Konkurrenten vereitelt werden können.

Maßnahmen zur Informationsabschirmung:

- Risikoanalyse für wettbewerbsrelevante Informationen
- Aufklärung der Mitarbeiter über Gefahren und Gegenmaßnahmen
- Definition und Sicherung von Geschäftsgeheimnissen
- Vereinbarung von nachvertraglichen Wettbewerbsverboten für Mitarbeiter in Schlüsselpositionen (Kosten-Nutzen-Abwägung vornehmen)

8. Sofortprogramm

8.1 Gründe für ein Sofortprogramm

Im Moment ist es noch unklar, wann und in welcher genauen Ausgestaltung es zu einem verstärkten Preiswettbewerb in der stationären Krankenversorgung kommen wird. Jedoch ist es sehr riskant, auf jegliche Vorbereitung zu verzichten, bis eine gesetzliche Regelung mit allen Details vorliegt, da der zeitliche Vorlauf für einige Maßnahmen recht lang sein kann. Daher sollte jedes betroffene Krankenhaus sich ein Sofortprogramm erarbeiten mit Maßnahmen, mit denen die Vorbereitung auf den kommenden Vertragswettbewerb schon heute sinnvoll begonnen werden kann.

Im folgenden sind daher einige Schritte zusammengestellt, die zwei Eigenschaften vereinen:

- Sie können unabhängig von den konkreten Details der Ausgestaltung eines zukünftigen Einkaufsmodells begonnen werden.
- Sie erfordern eine gewisse Vorlaufzeit und bedingen daher einen frühzeitigen Start, um rechtzeitig für den Preiswettbewerb gerüstet zu sein.

8.2 Elemente eines Sofortprogramms

(1) Analyse der relevanten Marktstrukturen und Vorentscheidung für eine strategische Zielrichtung im Preiswettbewerb; je nach Strategie ggf. weitere Maßnahmen (z.B. bei Strategie der Qualitätsführerschaft: Verbesserung Qualität und Qualitätskommunikation).

(2) Prüfung und ggf. Ergänzung der Kostenträgerrechnung/DRG-Kalkulation, so dass neben den nach Kalkulationshandbuch erforderlichen Vollkosten auch Teilkosten und damit Deckungsbeiträge ermittelt werden können.

(3) Erhöhung der Kostenflexibilität durch entsprechende Kündigungsklauseln in längerfristigen Verträgen, flexible Vergütungsmechanismen, u.ä.

(4) Erwerb von Grundlagenwissen zu Ausschreibungen, ihren Funktionsweisen und Schwachstellen.

(5) Aufbau eines Competitive Intelligence Systems und Vorbereitung von Abwehrmaßnahmen (ggf. Wettbewerbsverbote bei bestimmten neuen Arbeitsverträgen)

(6) Schaffung der datenschutzrechtlichen Voraussetzungen, um die Daten des Krankenhauses für die Direktansprache von ehemaligen Patienten nutzen zu können.

Berlin, September 2007

Dipl. Kaufmann Arndt Regorz

Literatur:

American Academy of Otolaryngology: „Managed Care Contracting Checklist“, Alexandria VA, 2004

DCIF: „Was ist competitive intelligence?“, <http://www.dcif.de/was-ist-competitive-intelligence.html>

Gibbs, Susan A: „Dealing With 'Deal-Killers' In Managed Care Contracts“, Managed Care Magazine 7/1996

Michigan State Medical Society: „Managed Care Contracting Check List“, 2002

Pfaff, Dietmar: „Competitive Intelligence in der Praxis“, Frankfurt, 2005

PriceWaterhouseCoopers: „Managed Care Contracting: Best Practices in Patient Access“, 2003

Regorz, A.: „Checkliste Integrierte Versorgung“, Berlin, 2005

Todd, Maria K.: „Analyzing Better Managed Care Agreements“, Vortragsunterlagen Annual National Institute 2005 von HFMA (USA)

wikipedia: „competitive intelligence“

Ziel, Susan E: „A Checklist For Reviewing Managed Care Contracts“, The Internet Journal of Advanced Nursing Practice, 1997; Volume 1, Number 2