

**Analyse:**

## **Belegabteilungen und Vertragswettbewerb in der Krankenhausversorgung**

- Gestaltungsprobleme für Ausschreibungen durch Krankenkassen, Verhandlungsprobleme zwischen Krankenhausmanagement und Belegärzten -

# Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung
  
2. Preisfindung bei Haupt- und Belegabteilungen
  - 2.1. Grundprobleme für die Preisfindungen
  - 2.2. Preisfindungsmechanismen
    - 2.2.1. Prozentualer Abschlag
    - 2.2.2. Absoluter Preis
    - 2.2.3. Getrennte Ausschreibung Haupt- und Belegabteilungen
  - 2.3. Vergleich der Mechanismen
    - 2.3.1. Vergleich aus Krankenkassensicht
    - 2.3.2. Vergleich aus Krankenhaussicht
  
3. Angebotserstellung in Belegabteilungen
  - 3.1. Anreize für das Krankenhaus und Interessenlage des Belegarztes
  - 3.2. Konsequenzen für die Preisfindung

## **Haftungsausschluss:**

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

# 1. Einleitung

Ein Vertragswettbewerb für elektive Teile des Krankenhausmarktes, also ein selektives Kontrahieren durch Krankenkassen, kommt näher, auch wenn Umfang und Beginn eines derartigen Einkaufsmodells aus politischen Gründen noch relativ offen sind. Wenn man sich mit der Ausgestaltung eines Vertragswettbewerbs befasst, kommt man schnell zu einer Schlüsselfrage: Wie ist das Produkt / die Dienstleistung definiert, für die ein Vertrag abgeschlossen werden soll?

In der bisherigen Diskussion wird dabei häufig noch übersehen, dass eine DRG für ein und dieselbe Behandlung mindestens zwei (bzw. mit Beleganästhesie drei) verschiedene Preise hat – mit massiven Auswirkungen auf eine marktbezogene Preisfindung. Gerade bei den elektiven Leistungen, die primär für einen Vertragswettbewerb in Frage kommen, wird zudem ein nennenswerter Anteil dieser Leistungen in Belegabteilungen erbracht, so dass dies kein Randproblem ist.

Damit stellen sich für die praktische Umsetzung vor allem zwei Fragen:

## 1. Frage: Verhältnis Krankenkasse - Krankenhaus

Hier stellt sich das Problem: Was wird denn ausgeschrieben? Wird beispielsweise eine Knie-TEP ausgeschrieben oder eine Knie-TEP (Hauptabteilung) und eine Knie-TEP (Belegabteilung)? Nach welchem Kriterium werden Preisangebote verglichen? Die unterschiedlichen möglichen Antworten auf diese Frage haben Konsequenzen für die erzielbaren Preise und für die Wettbewerbsposition der Krankenhäuser untereinander.

## 2. Frage: Verhältnis Krankenhaus - Belegarzt

Im Verhältnis zwischen dem Krankenhaus und den Belegärzten ist zu fragen, wer über entsprechende Vertragsangebote an die Kassen entscheidet und wer ggf. einen Rabatt bezahlt. Kann es aus Sicht des Krankenhauses und des Belegarztes sinnvoll sein, wenn sich der Arzt an einem Rabatt für Mehrleistungen beteiligt? Welche Anreize, welche Mengeneffekte bestehen je nach getroffener Regelung?

Für beide o.g. Fragen werden Lösungsansätze entwickelt und aufgezeigt.

## 2. Preisfindung bei Haupt- und Belegabteilungen

Im folgenden werden zuerst die Grundprobleme aufgezeigt, die mit dem Finden von Marktpreisen – beispielsweise über Ausschreibungen – verbunden sind, wenn die Leistungen sowohl von Haupt- als auch von Belegabteilungen erbracht werden. Anschließend werden verschiedene denkbare Verfahren entwickelt, mit denen im Rahmen von Ausschreibungen (oder anderen Vergabeverfahren) die Vergabeentscheidung vorgenommen werden könnte. Diese Verfahren werden daraufhin aus Sicht von Krankenkassen und Krankenhäusern verglichen und auf ihre Konsequenzen untersucht.

### 2.1. Grundprobleme für die Preisfindung

Die Relativgewichte für eine DRG unterscheiden sich bekanntlich für Haupt- und Belegabteilungen. Wenn der Grund für diesen Unterschied nur in den Arztkosten läge, die in Belegabteilungen anderweitig abgerechnet werden, wäre das auch kein größeres Problem (z.B. Vergleich des Angebots von Belegabteilungen zzgl. eines kalkulatorischen Aufschlags für die Arztleistung mit dem Angebot von Hauptabteilungen).

Jedoch gibt es für Beleg-DRGs entweder eine eigenständige Kalkulation oder – wenn dies mangels ausreichender Kalkulationsdaten nicht möglich ist – eine abgeleitete Kalkulation unter Berücksichtigung von Verweildauerunterschieden. Wenn der Start ins Einkaufsmodell mit häufigen Operationen erfolgt, und nur dann macht der Aufwand für Vergabeverfahren u.U. Sinn, dann sind die Beleg-DRGs in der Regel eigenständig kalkuliert, wobei nicht nur die Kosten für Ärzte fehlen, sondern häufig auch weitere Kosten reduziert zum Ansatz kommen. In der Regel erhält die Belegabteilung für die gleiche Leistung weniger Geld auch für die nicht-ärztlichen Leistungen.

*Beispiel:*

*Implantation einer Kniegelenksendoprothese, I44B*

*Relativgewicht Hauptabteilung 2,562*

*Relativgewicht Belegabteilung 2,082 (bei Hauptabteilung Anästhesie)*

*Bei der Kalkulationsgrundlage des InEK von 2.680,80 Euro ergibt sich eine Differenz von 1.287 Euro.*

*Bei den tatsächlichen Landesbasisfallwerten, die überwiegend höher sind, ist die*

*absolute Differenz noch größer.*

*Aufschlussreich ist es nun zu sehen, wie diese Differenz entsteht. Die Kalkulationsdaten des InEK ergeben für diese DRG folgendes Bild:*

*gesamter Unterschied: 1.287 Euro*

*Unterschied Ärzte: 676 Euro*

*sonstiger Unterschied: 611 Euro*

*Also ist hier fast die Hälfte der Differenz zwischen der Hauptabteilungs-DRG und der Belegabteilungs-DRG nicht auf die andere Abrechnung der Ärzte sondern vermutlich primär auf Wirtschaftlichkeitsvorteile von Belegabteilungen zurückzuführen.*

Anders betrachtet: Wenn man den sonstigen Unterschied mit dieser DRG ohne Arztkosten vergleicht, macht dieser fast 10% der DRG aus. (Dieses Problem würde auch nicht verschwinden, wenn zukünftig die Ärzte der Belegabteilungen aus der DRG finanziert würden, solange es weiterhin unterschiedliche DRGs für Haupt- und Belegabteilungen gäbe.)

Wenn die Leistungen in Belegabteilungen nach Herausrechnen der Ärzte derzeit jedoch für die genannte DRG immer noch 10% günstiger sind als in Hauptabteilungen, stellt sich die Frage, was mit dieser Erlösdifferenz (hinter der maßgeblich unterschiedliche Kostenstrukturen stehen) in einem Vertragswettbewerb geschehen soll. Verschiedene Lösungsansätze dazu werden im nachfolgenden Abschnitt behandelt.

## **2.2. Preisfindungsmechanismen**

Es werden im folgenden drei Mechanismen zur Preisfindung vorgestellt: Nach der Höhe des prozentualen Abschlags von der DRG, nach dem absoluten Preis oder in getrennten Ausschreibungen für Haupt- und Belegabteilungen.

Dabei wird zwar primär von einer Vergabe im Rahmen einer Ausschreibung ausgegangen. Das Grundproblem, nach welchen Kriterien entschieden werden sollte, gilt aber ebenso bei anderen Vergabeverfahren (z.B. Einzelverhandlung einer Kasse mit verschiedenen

Krankenhäusern).

### **2.2.1. Prozentualer Abschlag**

Der erste Mechanismus: Die Krankenhäuser werden zum Angebot eines prozentualen Abschlags von der jeweiligen DRG aufgefordert. Das Krankenhaus bzw. die Krankenhäuser mit dem höchsten prozentualen Abschlag erhalten einen Vertrag.

Die Konsequenz wäre, dass eine Hauptabteilung einen Vertrag bekommen kann, auch wenn sie einen höheren absoluten Preis anbietet als eine Belegabteilung. Prinzipiell wäre es dann sogar möglich, dass das erfolgreiche Angebot einer Hauptabteilung mit Abschlag immer noch höher ist als die Belegabteilungs-DRG zum vollen Preis.

### **2.2.2. Absoluter Preis**

Der zweite Mechanismus: Es entscheidet der absolute Angebotspreis. Jedoch ist bei diesem Verfahren die kalkulatorische Berücksichtigung von Arztkosten nötig, da der Preis in Hauptabteilungen die Kosten für Ärzte mit einschließt, der Preis in Belegabteilungen (im wesentlichen ohne Ärzte) mit diesem also nicht vergleichbar ist.

Für die Berücksichtigung der Arztkosten gibt es verschiedene Möglichkeiten:

Es wird der tatsächliche Aufwand der Kasse für die Arztkosten der konkreten DRG in Belegabteilungen zu ihrem Angebot addiert, soweit dieser Aufwand ermittelbar ist (mögliche Probleme: Pauschalen an die KV, verweildauerabhängige Entgeltanteile, etc.).

Oder es wird – technisch wesentlich einfacher - der Prozentanteil der Arztkosten an der DRG ermittelt (entsprechend der InEK-Kalkulation, getrennt nach Hauptabteilungen und Belegabteilungen mit Hauptabteilung Anästhesie). Die rechnerische Kürzung des Angebotspreises erfolgt bei Abteilungen mit angestellten Ärzten dann um diesen prozentualen Betrag, so dass damit im wesentlichen ein Vergleich ohne Arztkosten vorgenommen wird.

### **2.2.3. Getrennte Ausschreibung Haupt- und Belegabteilungen**

Die beiden o.g. Verfahren versuchen auf unterschiedliche Weise trotz der verschiedenen Rahmenbedingungen für Haupt- und Belegabteilungen Preisangebote vergleichbar zu machen. Ein dritter Weg ist, auf diese Vergleichbarkeit vollkommen zu verzichten.

Stattdessen führt man das Vergabeverfahren getrennt für Hauptabteilungen und Belegabteilungen durch. Dazu bedarf es dann aber einer Festlegung, mit wie vielen Hauptabteilungen und wie vielen Belegabteilungen für eine bestimmte Leistung ein Vertrag abgeschlossen werden soll (Konsequenz: es muss mit mindestens zwei Abteilungen kontrahiert werden; das ist aber vermutlich sowieso die Untergrenze, allein schon um Kassenmitgliedern gewisse Auswahlmöglichkeiten zu bieten ). Dann erfolgt jeweils eine getrennte Ausschreibung nach einem der beiden o.g. Verfahren für Haupt- und Belegabteilungen.

Aus auktionstheoretischer Sicht kann dieses Verfahren für die Kasse durchaus lohnend sein. Nach Erfahrungen in den USA (allerdings in anderen Branchen) führen sogenannte „set asides“, die eine gewisse Auftragsmenge für Minderheiten im Rahmen von Programmen der affirmative action reservieren, manchmal zu besseren Preisen. Das liegt daran, dass damit im günstigeren Segment (im Krankenhaus vermutlich die Belegabteilungen) eine Verknappung der verfügbaren Verträge entsteht, was zu einem stärkeren Wettbewerb führen kann, der Mehrkosten im anderen Segment u.U. ausgleicht.

## **2.3. Vergleich der Mechanismen**

### **2.3.1. Vergleich aus Krankenkassensicht**

Die Krankenkassen stehen im Wettbewerb, der durch die Zusatzbeiträge / Prämien im Gesundheitsfonds zukünftig noch weiter angeheizt werden könnte. Folglich besteht (neben dem Wunsch nach guter Qualität) ein beträchtliches Interesse an Preissenkungen sowie einem Mindestmaß an Komfortangebot für die Mitglieder (Auswahlmöglichkeiten).

Damit kommt der prozentualer Abschlag als Auswahlverfahren kaum in Frage, da er sogar zu höheren Ausgaben führen kann (Wenn nämlich Hauptabteilungen mit Preisen gewinnen, die noch über den vollen Preisen liegen, die bisher an Belegabteilungen gezahlt

wurden). Denkbar erscheinen die anderen beiden Verfahrensarten.

Ein Vergleich der absoluten Preise ist möglich. Die Konsequenz könnte sein, dass fast nur noch Belegabteilungen Verträge bekommen. Probleme können hier vor allem mit der Skalierbarkeit der Leistungsmengen entstehen, da eine Leistungsausweitung bei Belegabteilungen möglicherweise durch die engere Anbindung an die Person des Belegarztes schwieriger wird.

Auch getrennte Ausschreibungen können sinnvoll sein. So wird für die Kassenmitglieder die Auswahl zwischen den beiden Behandlungstypen (Haupt-/Belegabteilung) sichergestellt. Aufgrund der genannten auktionstheoretischen Effekte würden die Preise voraussichtlich nicht wesentlich höher liegen als bei dem Verfahren mit absoluten Preisen. Die Handhabung im Vergabeverfahren ist einfacher, da keine Umrechnung zwischen Hauptabteilungen und Belegabteilungen hinsichtlich der Arztkosten erforderlich ist.

### **2.3.2. Vergleich aus Krankenhaussicht**

Aus Krankenhaussicht gibt es sehr unterschiedliche Interessenlagen:

Für Häuser mit Hauptabteilungen in den relevanten Fachrichtungen wäre eher das prozentuale Verfahren interessant, wobei dies aus der Motivationslage der Kassen heraus kaum realistisch erscheint. Die second-best-Lösung wäre die getrennte Ausschreibung nach Haupt- und Belegabteilungen.

Für Häuser mit Belegabteilungen wäre eine Vergabe nach dem absoluten Preis vorzuziehen, wiederum als second-best-Lösung die getrennte Ausschreibung.



### **3. Angebotserstellung in Belegabteilungen**

Neben der Gestaltungsfrage für die Krankenkassen (welches Vergabekriterium?) entsteht auch eine grundlegende Gestaltungsfrage für die betroffenen Krankenhausträger: Wer beschließt über das Angebot, wenn Belegabteilungen betroffen sind? Wer bezahlt einen eventuellen Rabatt an die Krankenkassen?

Auf den ersten Blick erscheint die Antwort eindeutig. Die DRG betrifft nur die Leistungen des Krankenhauses, die Leistungen des Belegarztes werden anderweitig vergütet. Also wäre es allein das Krankenhaus, das über sein Angebot entscheidet und auch einen etwaigen Preisnachlass trägt. Aber so einfach ist es nicht. Die Vergabeentscheidung hat direkten Einfluss auch auf den Belegarzt. U.U. ist der Belegarzt sogar stärker betroffen als das Krankenhaus, da die auszuschreibende Leistung häufig (außer bei sehr spezialisierten Kliniken) einen höheren prozentualen Anteil an den Erlösen des Arztes ausmacht als an denen des Krankenhauses.

#### **3.1. Anreize für das Krankenhaus und Interessenlage des Belegarztes**

Falls nur das Krankenhaus einen eventuellen Rabatt an die Krankenkasse finanziert, wirken folgende Anreize:

Wenn das Krankenhaus über einen Einzelvertrag mit einer Kasse zusätzliche Fälle gegen einen entsprechenden Rabatt (bei noch positiven Deckungsbeiträgen) erzielt, kann das Krankenhaus die eigene Ertragslage verbessern. Gleichzeitig erzielt der Belegarzt Mehrerlöse. D.h. das Krankenhaus trägt voll den Aufwand für die Mehrleistungen (Rabatt), die finanziellen Vorteile daraus gehen jedoch sowohl an das Krankenhaus als auch an den Arzt.

Wenn das Krankenhaus ein Angebot abgibt, das aufgrund besserer Konkurrenzangebote nicht berücksichtigt wird, führt dies zu Erlösausfällen beim Krankenhaus und beim Belegarzt. Die Erlösausfälle des Belegarztes sind jedoch im Entscheidungskalkül des Krankenhauses nicht enthalten. Die gesamten Kosten für den verlorenen Auftrag bestehen aus den Einbußen von Krankenhaus und Belegarzt, aber nur ein Teil - die Einbußen des Krankenhauses - werden berücksichtigt.

### 3.2. Konsequenzen für die Preisfindung

Wenn für die Angebotserstellung isoliert die finanziellen Konsequenzen für das Krankenhaus herangezogen werden, ergibt sich vermutlich ein weniger wettbewerbsfähiges Angebot: Denn der Zusatznutzen des Belegarztes bei Gewinn der Ausschreibung und die Erlösminderung des Belegarztes bei Verlust der Ausschreibung werden nicht berücksichtigt.

Daher kann es für beiden Seiten, Krankenhaus und Belegarzt, vorteilhaft sein, wenn der Belegarzt sich an Entscheidungsfindung und Finanzierung eines Rabatts auf die DRG beteiligt.

Das Ausmaß der Beteiligung des Belegarztes am Rabatt wird von verschiedenen Faktoren abhängig sein, beispielsweise:

- Wie stark ist der Arzt auf die Leistungsmenge angewiesen, wie stark das Krankenhaus?
- Wie profitabel sind die Leistungen bisher für Arzt und Krankenhaus?
- Gibt es Handlungsalternativen für den Belegarzt? (z.B. Wechsel zu anderem Krankenhaus)
- Wie ist das Verhandlungsgeschick beider Seiten?

Berlin, Juni 2008

Dipl. Kfm. Arndt Regorz