

Leitfaden

# **Kassenausschreibungen im Krankenhaus - Anforderungen an Controlling und Medizincontrolling**

**- Schritte zur langfristigen Vorbereitung auf mehr Wettbewerb -**

# 0. Inhaltsverzeichnis

## 1 Einleitung

- 1.1 Vertragswettbewerb mit Ausschreibungen wird im Krankenhaussektor an Einfluss gewinnen
- 1.2 Vorlaufzeit zur Vorbereitung
- 1.3 Zur Gliederung des Leitfadens

## 2 Anforderungen an die Kosten- und Erlösrechnung

- 2.1 Patientenhistorie – verknüpfte Leistungen
- 2.2 Kostenträgerrechnung – Teilkosten/DBs
- 2.3 Flexibilitätsrechnung

## 3 Anforderungen an das Qualitätscontrolling

- 3.1 Qualitätsauswirkungen von Ausschreibungsergebnissen
- 3.2 Qualitätsparameter für Garantien und P4P-Regelungen
- 3.3 Qualitätsvergleich gegenüber Wettbewerbern

### **Haftungsausschluss:**

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

# 1. Einleitung

Das Konzept eines Vertragswettbewerbs in der akutstationären Versorgung ist in der laufenden Diskussion. Gesundheitsministerium und große Krankenkassen wünschen es, die Bundesländer eher nicht. Da eine derartige Reform zustimmungspflichtig im Bundesrat ist, wird damit vermutlich ein umfangreicher Vertragswettbewerb kurzfristig noch nicht kommen.

Warum ist dies dennoch bereits heute ein äußerst wichtiges Thema für Controller und Medizincontroller im Krankenhaus? Es gibt für Sie zwei wesentliche Gründe, sich bereits jetzt intensiv mit diesem Thema zu beschäftigen:

- Ein Vertragswettbewerb mit Ausschreibungen u.ä. wird mittelfristig auch im Krankenhaussektor kaum zu vermeiden sein.
- Es wird eine längere Vorlaufzeit zur erfolgreichen Vorbereitung auf den Vertragswettbewerb gerade auch für das Controlling im Krankenhaus benötigt.

## 1.1 Vertragswettbewerb mit Ausschreibungen wird im Krankenhaussektor an Einfluss gewinnen

Die demographische Entwicklung wird in den nächsten Jahren und Jahrzehnten die Zahl der Beitragszahler mit Arbeitseinkommen verringern, hingegen wird es mehr Beitragszahler mit (geringerem) Einkommen aus der Rentenversicherung geben. Neben dieser Belastung auf der Einnahmenseite kommen mit der Alterung der Gesellschaft gleichzeitig höhere Belastungen für die Ausgabenseite, da die Krankheitskosten stark altersabhängig sind.

Zudem wird der nächste zyklische Konjunkturabschwung früher oder später

kommen; damit ist auch eine kurzfristige Verringerung der Kasseneinnahmen verbunden. Die Globalisierung mit ihrem Druck auf Lohnquote und einer Verschiebung hin zu Kapitaleinkünften (die häufig ganz oder teilweise nicht in die GKV-Beiträge eingehen) reduziert mittel- bis langfristig weiter die GKV-Einnahmen.

Im Ergebnis werden in der GKV in den nächsten Jahren zunehmende Finanzierungslücken auftreten. Da die Politik eine wesentlich stärkere Belastung der Lohnnebenkosten aus Arbeitsmarktgründen vermeiden muss, wird es zu weiteren Spargesetzen kommen, die den Krankenhaussektor als größten Ausgabenfaktor der GKV nicht aussparen werden. Es ist dabei absehbar, dass es auf die Dauer nicht bei pauschalen Deckelungsregelungen bleibt.

Somit werden die Kassen mit hoher Wahrscheinlichkeit früher oder später die Möglichkeit bekommen, selektive Verträge im Rahmen eines Preiswettbewerbs zu schließen. Die Frage des „wann“ hingegen ist abhängig von politischen Konstellationen und Mehrheitsverhältnissen in Bundestag und Bundesrat, die nicht vorhersehbar sind.

## **1.2 Vorlaufzeit zur Vorbereitung**

Wenn man in einem Vertragswettbewerb bestehen will, erfordert dies in Teilen ein grundlegend anderes Informationssystem, sowohl hinsichtlich der Kostendaten als auch hinsichtlich der Qualität. Dies lässt sich jedoch nicht von heute auf morgen schaffen. Betroffen davon sind sowohl Datenerhebung als auch Datenaufbereitung. Nur die Daten, die an die voraussichtlichen Auswertungszwecke angepasst ausreichend differenziert erfasst und gespeichert werden, können die nötige Basis für spätere Auswertungen bilden. Die Vorlaufzeit hierfür beträgt zum Teil ein oder mehrere Jahre.

Bereits die erste Ausschreibungsrunde kann über das Überleben oder Sterben eines Krankenhauses entscheiden. Wenn nämlich für ein bis zwei Jahre ein Haus kaum ausgelastet ist oder viel zu niedrige Erlöse aufweist, kann dies bereits das Aus bringen. Daher ist es dringend anzuraten, rechtzeitig auch von Seiten des Controllings die Voraussetzungen zu schaffen, um dem Krankenhausmanagement zum Start des Preiswettbewerbs die nötigen Daten und Auswertungen zur Verfügung stellen zu können.

### **1.3 Zur Gliederung des Leitfadens**

Ein Vertragswettbewerb erfordert umfangreiche Daten und Auswertungen sowohl hinsichtlich der Kosten und Erlöse als auch hinsichtlich der Qualität. Daher werden im folgenden zwei große Blöcke behandelt:

- Anforderungen an die Kosten- und Erlösrechnung
- Anforderungen an das Qualitätscontrolling

Dieser Leitfaden beschränkt sich auf die mittel- bis langfristigen Schritte zur Vorbereitung auf einen Vertragswettbewerb im Krankenhaussektor, nicht jedoch auf dessen Durchführung. Wenn es irgendwann wirklich so weit ist, dass Kassen stationäre Krankenhausleistungen in nennenswertem Umfang ausschreiben, kommen auch auf das Krankenhauscontrolling umfangreiche weitere Aufgaben zu. Hier sei beispielsweise verwiesen auf die in 2007 erschienene Checkliste „Vertragswettbewerb für Krankenhäuser“ der Regorz Consulting GmbH.

## 2. Anforderungen an die Kosten- und Erlösrechnung

Wenn ein Krankenhaus im kommenden Vertragswettbewerb bestehen will, erfordert dies grundlegende Änderungen bzw. Erweiterungen in der Kosten- und Erlösrechnung. Dies betrifft drei Teilbereiche der Kosten- und Erlösinformationen:

- Patientenhistorie
- Kostenträgerrechnung mit Teilkosten/Deckungsbeiträgen
- Flexibilitätsrechnung

### 2.1 Patientenhistorie – verknüpfte Leistungen

Das Krankenhausmanagement muss zukünftig in der Lage sein, alle mit einer Patientenhistorie verknüpften Kosten und Erlöse im Zusammenhang zu analysieren. Nur damit können sämtliche möglichen Auswirkungen von Entscheidungen über Preisangebote in der Entscheidungsvorbereitung berücksichtigt werden.

So wird ein Angebot für eine Kasse mit einem hohen Anteil an Mitgliedern mit stationärer Zusatzversicherung i.d.R. anders ausfallen als für eine Kasse mit sehr wenigen Zusatzversicherten.

#### *Beispiel*

*Ein Patient kommt zu einer bestimmten elektiven OP nicht ins Krankenhaus, weil mit seine Kasse kein Vertrag besteht. Jetzt fallen nicht lediglich die DRG-Erlöse weg, sondern u.U. noch die Deckungsbeiträge aus weiteren Erlösbereichen:*

- *Erlöse aus Ein-/Zweibettzimmer,*
- *Privatliquidation / Arztabgaben,*

- *Ambulante Physiotherapie,*
- *mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit stationäre Folgeaufenthalte*

Daher ist es nicht ausreichend, lediglich die Kosten für eine DRG zu kalkulieren, um den Preisspielraum in einer Ausschreibung zu ermitteln. Kassen- und DRG-bezogen (und da die Zuordnung nur über die Patienten erfolgen kann, folglich patientenbezogen) müssen alle relevanten Erlöse erfasst und auswertbar zugeordnet werden.

## **2.2 Kostenträgerrechnung Teilkosten / DBs**

Inzwischen ist eine Kostenträgerrechnung / DRG-Kalkulation nach den Vorgaben des InEK relativ verbreitet, wenn auch noch nicht überall umgesetzt. Jedoch reicht eine Kalkulation nach diesen Vorgaben nicht aus für die Vorbereitung auf Ausschreibungen.

Die relevanten Kosten für ein Preisangebot im Rahmen von Kassen-ausschreibungen sind abhängig von der Vertragslaufzeit. Nur wenn und soweit die Kosten während dieser Zeit von der Entscheidung beeinflusst werden, sind sie entscheidungsrelevant. Damit sind einerseits mehr und andererseits auch weniger Kosten als für die InEK-Kalkulation nach dem Kalkulationshandbuch zu berücksichtigen.

Einerseits sind nicht nur die pflegesatzfähigen Kosten in der Preiskalkulation zu berücksichtigen, sondern alle Kosten, die mit Leistungserbringung zusammenhängen. Andererseits sind nur die beeinflussbaren Kosten relevant, abhängig von der Laufzeit (Teilkosten). Außerdem sind Deckungsbeiträge und damit Erlöse und Kosten von verbundenen Leistungen (z.B. Wahlleistungen) zu berücksichtigen, deren Leistungsmenge indirekt auch durch die

Vergabeentscheidung der Kasse beeinflusst wird.

Das heißt ausdrücklich nicht, dass in einer Ausschreibung regelmäßig ein Angebot lediglich in Höhe der variablen Kosten gemacht werden soll. Das optimale Angebot hängt nicht in erster Linie von den Kosten ab, sondern von den Markt- und Konkurrenzbedingungen. Die beeinflussbaren Kosten (=Teilkosten) bilden jedoch eine Preisuntergrenze, soweit man strategische Preise unter Kosten zur Verdrängung von Wettbewerbern einmal ausblendet.

## **2.3 Flexibilitätsrechnung**

Mit einem Vertragswettbewerb können große Änderungen in der Kapazitätsauslastung des Krankenhauses verbunden sein. Es stellen sich im Vorfeld von Ausschreibungen zwei Fragenkomplexe:

- Was passiert, wenn durch den Abschluss von Verträgen mit Kassen zusätzliche Patienten behandelt werden können? Wie hoch sind die damit zusätzlich entstehenden Kosten?
- Was passiert, wenn die Patientenzahl aufgrund von nicht gewonnener Ausschreibungen zurückgeht? Welche Kostenreduzierung kann dann erreicht werden?

Die Antworten auf diese beiden Typen von Fragen sind nicht unbedingt gleich. Eine normale Ist-Kostenrechnung ist hier also nicht aussagefähig. Stattdessen benötigt man eine Kostenrechnung, die explizit die verschiedenen Arten sprungfixer Kosten berücksichtigt.

Also müssen neben den Kosten pro Leistung (Kostenträgerrechnung) bei der jetzigen Auslastung auch Prognosen für die Kosten pro Leistung bei höherer oder niedrigerer Auslastung gewonnen werden. Nur so kann in der Aus-

schreibungssituation eine vernünftige Abwägung vorgenommen werden zwischen dem Risiko eines zu hohen Angebotspreises (und dem Verlust des Vertrags) und dem Risiko eines zu niedrigen Angebotspreises (und zu geringen Deckungsbeiträgen).

Entscheidend für diese Fragestellung sind die verschiedenen individuellen Engpässe im Krankenhaus. Im Engpass können schon bei geringen Kapazitätsausweitungen Kostenänderungen entstehen, die aber häufig (z.B. bei Personalkosten) nur sprungweise erfolgen können. Außerhalb der Engpässe können hingegen Leistungssteigerungen bis zu einem gewissen Punkt auch ohne Kapazitäts- und Kostensprünge abgedeckt werden.

Eine derartige Rechnung ist die Basis für spätere Angebotskalkulationen und für Alternativrechnungen / Szenarios vor Ausschreibungen.

### **3. Anforderungen an das Qualitätscontrolling**

Neben Änderungen in der Kosten- und Erlöserfassung und -verrechnung erzwingt die Vorbereitung auf einen Vertragswettbewerb auch Änderungen für den Umgang mit Qualitätsdaten. Im einzelnen sind das:

- Qualitätsauswirkungen von Ausschreibungsergebnissen
- Qualitätsparameter wegen Garantien und P4P-Regelungen
- Qualitätsvergleich gegenüber Wettbewerbern

#### **3.1 Qualitätsauswirkungen von Ausschreibungsergebnissen**

Neben den direkten kosten- und erlösbezogenen Auswirkungen einer gewonnenen oder verlorenen Kassenausschreibung sind auch weitere Effekte zu berücksichtigen, die mit Menge und Qualität der Krankenhausleistungen zu tun haben.

Dabei geht es beispielsweise um die folgenden Fragen:

- Besteht die Gefahr, dass Mindestmengen unterschritten werden und bestimmte Leistungsbereiche so ggf. unwiderruflich für das Haus verloren gehen?
- Welche Qualitätsauswirkungen hat eine Änderung der Mengen für die jeweiligen Leistungen?
- Kann die Weiterbildung der Assistenzärzte auch bei den geänderten Mengen aufrecht erhalten werden? Wie kann die Attraktivität des Hauses für Assistenzärzte gesichert werden?
- Welche Mengen von welcher Leistung muss das Haus also minimal aufrecht erhalten?
- Welche Kompensationsmöglichkeiten gibt es, wenn bestimmte Leistungsmengen unterschritten werden (z.B. Kooperation mit anderen Kranken-

häusern in der Facharztweiterbildung, u.ä.)? Wie hoch ist der finanzielle Aufwand für derartige Kompensationsmöglichkeiten in Relation zum Preisangebot?

### **3.2 Qualitätsparameter für Garantien und P4P-Regelungen**

Je nach konkreter gesetzlicher Ausgestaltung ist es möglich, dass ein stationärer Vertragswettbewerb auch Garantiezusagen und/oder Elemente von pay-for-performance (P4P) enthält. P4P heißt, dass Vergütungsbestandteile abhängig von dem Erreichen bestimmter Qualitätsparameter gemacht werden.

Wenn man in der späteren Ausschreibungssituation die finanziellen Konsequenzen von Garantien und P4P-Regelungen kalkulieren möchte, setzt dies voraus, dass entsprechende Qualitätsparameter bereits kontinuierlich zumindest als Stichprobe erfasst worden sind. Ohne eine derartige Datenbasis ist es später kaum möglich, valide Aussagen über die finanziellen Konsequenzen solcher Regelungen zu treffen und damit sinnvolle Angebotspreise für die Ausschreibung zu finden.

### **3.3 Qualitätsvergleich gegenüber Wettbewerbern**

Wenn in der stationären Krankenhausversorgung Verträge über Ausschreibungen vergeben werden, ist Preiswettbewerb nicht die einzige mögliche Strategie eines Hauses. Je nach Gestaltung des ordnungspolitischen Rahmens ist auch eine Strategie des Qualitätswettbewerbs möglich.

Dies gilt insbesondere, wenn die gesetzliche Gestaltung so erfolgen sollte, dass zwar grundsätzlich die freie Krankenhauswahl für die Kassenmitglieder

erhalten bleibt, aber ggf. eine Pflicht zur Zahlung des Differenzbetrages zum günstigeren Vertragshaus der Kasse besteht. Dann kommt als Strategie auch in Frage, eine der Konkurrenz überlegene Qualität zu bieten, so dass potentielle Patienten bereit sind, die Kostendifferenz gegenüber billigeren Anbietern zahlen.

Die notwendige Basis für eine derartige Strategie ist ein vorhandener und vor allem auch von den Patienten und Zuweisern wahrgenommener Qualitätsvorteil gegenüber den relevanten Konkurrenten. Ob und in welchen Leistungsbereichen des Krankenhauses ein derartiger wettbewerbsrelevanter Qualitätsvorteil objektiv und auch subjektiv aus Kundensicht besteht, ist deshalb konsequent zu überwachen.

Berlin, März 2008

Dipl. Kfm. Arndt Regorz