

Krankenhaus-Report 2007

„Krankenhausvergütung – Ende der Konvergenzphase“

Jürgen Klauber / Bernt-Peter Robra /
Henner Schellschmidt (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2008

Auszug Seite 107-119



6	Selektive flexible Budgets für den Übergang vom Kollektiv- zum Selektivvertrag	107
	<i>Desdemona Hucke, Ludwig Kuntz und Rainer Wuttke</i>	
6.1	Einführung.....	107
6.2	Flexibles Budget und Budgetverhandlungen – Aktuelle Situation	108
6.3	Flexibles Budget und Budgetverhandlungen – Vor- und Nachteile	110
6.4	Selektives flexibles Budget.....	112
6.5	Wirkungsanalyse des „selektiven flexiblen Budgets“ am Beispiel eines Krankenhausverbundes	112
6.6	Umsetzung	116
6.7	Fazit	118
6.8	Literatur.....	118

6 Selektive flexible Budgets für den Übergang vom Kollektiv- zum Selektivvertrag

Desdemona Hucke, Ludwig Kuntz und Rainer Wuttke

Abstract

Ab dem Jahr 2009 ist die Konvergenzphase für die DRG-Einführung in deutschen Krankenhäusern abgeschlossen, jedoch ist der ordnungspolitische Rahmen noch nicht geklärt. Im folgenden Beitrag wird der Aspekt des flexiblen Budgets und der Budgetverhandlung näher betrachtet. Der Beitrag gelangt zu dem Ergebnis, dass eine vorsichtige Öffnung der Budgetverhandlungen für selektive Verträge, unter Beibehaltung des Prinzips des flexiblen Budgets, eine ausbalancierte Lösung ist.

Allerdings können „selektive flexible Budgets“ nur unter spezifischen Bedingungen ausgehandelt werden: Die Krankenkasse muss bei einem Krankenhaus einen bestimmten Mindestumsatz übertreffen und das ausgliedern- de Budget darf einen bestimmten Anteil am gesamten Leistungsvolumen des Krankenhauses nicht überschreiten. Die Auswirkungen eines „selektiven flexiblen Budgets“ werden am Beispiel eines Krankenhausverbundes veranschaulicht.

In 2009, the convergence phase of the DRG implementation in German hospitals will end, but the future regulatory framework has not yet been decided upon. In the following paper we investigate two aspects of the recent framework in detail: the flexible budget system and the related bargaining process. We conclude that a partial endorsement of selective contracts while retaining the principle of flexible budgets can be considered as a balanced strategy. Bargaining individual budgets should, however, depend on two conditions: The insurers' expenditures have to attain a threshold value of hospital income, while the selective budget should be limited to a certain part of the total hospital income. We demonstrate the influence of this procedure, using real data of a hospital system.

6.1 Einführung

Das Ende der Konvergenzphase für die Einführung der DRGs im Jahre 2009 ist in Sichtweite. Jedoch ist die Festlegung der ordnungspolitischen Rahmenbedingungen der Krankenhausversorgung nach der Konvergenzphase aus der aktuellen Gesundheitsreform ausgeklammert und für 2007 und 2008 geplant (Robbers 2007). Laut der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) umfasst die Ausgestaltung des

ordnungspolitischen Rahmens ab dem Jahr 2009 folgende Grundsätze (Deutsche Krankenhausgesellschaft 2007):

- die Krankenhäuser im Dienst des Menschen
- das Krankenhaus als Wachstums- und Innovationsmotor
- das Krankenhaus als „Gesundheitszentrum“
- Wettbewerb um Qualität
- staatliche Daseinsvorsorge für Krankenhausleistungen
- künftiges Finanzierungssystem: DRG-Vergütung ab 2009 und
- Finanzierung der Ausbildungsstätten

6

Im Folgenden wird eine der unklaren Kernfragen bezüglich des künftigen Finanzierungssystems betrachtet. Es geht um die Frage, ob das flexible Budget in Verbindung mit dem DRG-System in der aktuellen Form weiter Bestand haben sollte. Gleiches gilt für die damit verbundene Festlegung der zukünftigen Form der Budgetverhandlungen. Im vorliegenden Beitrag wird ein Vorschlag für die Weiterentwicklung dieser Komponenten gemacht. Dieser zielt darauf ab, die bisherigen restriktiven Kollektivverträge teilweise durch Selektivverträge aufzubrechen. Hierfür wird zunächst die aktuelle Situation des bestehenden Systems mit seinen entscheidenden Vor- und Nachteilen aufgezeigt, um auf dieser Basis die vorgeschlagene Änderung der bisherigen Regelungen zu diskutieren. Der betrachtete Vorschlag besteht im Wesentlichen darin, das Prinzip des flexiblen Budgets beizubehalten und durch Ansätze zur selektiven Budgetierung im Rahmen erweiterter Verhandlungsmöglichkeiten zu ergänzen.

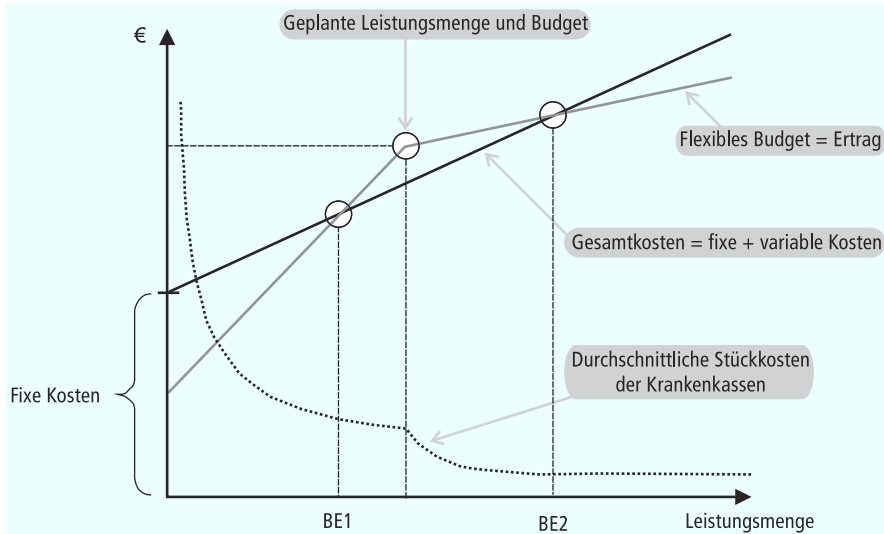
6.2 Flexibles Budget und Budgetverhandlungen – Aktuelle Situation

Der Grundgedanke des flexiblen Budgets besteht darin, den Krankenhäusern bei Überschreiten des prospektiv vereinbarten Budgets nur jene Erlöse zu belassen, die bei durchgeführter Mehrleistung zur Deckung der zusätzlich entstandenen Kosten benötigt werden. Es findet ein „Mehrerlösausgleich“ – zu festgelegten Prozentsätzen – von den Krankenhäusern an die Krankenkassen statt. Wird das vereinbarte Budget von den Krankenhäusern nicht erreicht, so sollen die dennoch anfallenden Fixkosten der Krankenhäuser durch Ausgleichszahlungen gedeckt werden. Es findet ein „Mindererlösausgleich“ – zu festgelegten Prozentsätzen – von den Krankenkassen an die Krankenhäuser statt. Grundsätzlich erfolgt eine Verrechnung der Ausgleichszahlung mit dem Erlösbudget des Folgejahres (Tuschen et al. 2005). Um die Erlösausgleichsrechnung im Krankenhausbereich ausführen zu können, muss zunächst ein Gesamtsummenvergleich vorgenommen werden. Hier wird das prospektiv vereinbarte Erlösbudget den tatsächlich erzielten Erlösen gegenübergestellt; somit wird ermittelt, ob Mehr- oder Mindererlöse seitens der Krankenhäuser vorliegen. Die Ausgleichssätze werden im KHEntgG § 4 Absatz 9 in den entsprechenden Sätzen 1 bis 7 festgelegt. (Tuschen/Braun/Rau 2005).

In Abbildung 6–1 wird der beschriebene Zusammenhang mittels einer beispielhaften Gesamtbetrachtung graphisch veranschaulicht (Ernst/Szczesny 2006; Tu-

Abbildung 6–1

Graphische Darstellung des flexiblen Budgets



Krankenhaus-Report 2007

WlDO

schen/Quaas 2001). Der entscheidende Aspekt wird durch die Betrachtung des flexiblen Budgets in Abhängigkeit einer durchschnittlichen Leistungsgröße, z. B. der erbrachten Kostengewichte (Bewertungsrelationen), deutlich. Das flexible Budget stellt in der Regel den größten Ertragsposten eines Krankenhauses dar und ist deshalb von herausragender Bedeutung. Die Ausgleichsmechanismen bewirken beim Ertragsverlauf einen „Knick“ nach unten, und zwar an der Stelle, wo die vereinbarte Leistungsmenge überschritten wird. Es entsteht eine nach unten geknickte Budgetgerade, da der Prozentsatz für Rückzahlung von Mehrerlösen größer ist als der Prozentsatz für Nachzahlungen bei Mindererlösen. Dies führt in der Regel dazu, dass ab einer bestimmten Leistungsmenge (vgl. „Break-Even-Punkt 1“ = BE1 in Abbildung 6–1) zwar die Gesamtkosten gedeckt und Gewinne erzielt werden, aber ab einem bestimmten Leistungsniveau (vgl. „Break-Even-Punkt 2“ = BE2 in Abbildung 6–1) wiederum Verluste gemacht werden. Sind die variablen Kosten einer DRG geringer als der verbleibende Erlös im Falle von Mehrleistung, so kann diese einzelne DRG ohne Verlustgefahr in beliebiger Menge weiter erbracht werden. Dies muss nicht für alle einzelnen Leistungen gelten. Da viele Leistungen einen hohen Sachkostenanteil aufweisen, ist der in Abbildung 6–1 beschriebene Verlauf von Kosten und Erträgen realistisch. Aber auch im Falle von geringen Sachkostenanteilen und damit eher geringen variablen Kosten, ist ein zweiter Break-Even-Punkt möglich, wenn bei Überschreitung von bestimmten Leistungsmengen Fixkostensprünge z. B. durch das Einstellen von Personal entstehen.

Das aktuelle System der Krankenhausfinanzierung ist geprägt durch die jährlichen Budgetverhandlungen zwischen dem Krankenhausträger und den Sozialleistungsträgern, in denen das (flexible) Budget und das zugehörige Leistungsgerüst

prospektiv vereinbart werden sollen. Auf der einen Seite der Vertragsparteien steht der Krankenhausträger, auf der anderen Seite befinden sich die Sozialleistungsträger oder deren Arbeitsgemeinschaften (soweit auf ihre Mitglieder mehr als fünf Prozent der gesamten Belegungs- und Berechnungstage des Krankenhauses entfallen (KHG §18 Abs. 2)). Das Verhandlungsziel ist die Vereinbarung des flexiblen Budgets. Kommt keine Einigung zustande, so kann die Schiedsstelle gemäß § 18a Abs. 1 KHG auf Antrag einer der Vertragsparteien entscheiden. Das letztendliche Ergebnis muss von der jeweiligen Landesbehörde genehmigt werden.

6

6.3 Flexibles Budget und Budgetverhandlungen – Vor- und Nachteile

Durch Abbildung 6–1 wird deutlich, dass die Krankenhäuser dahingehend beeinflusst werden, die geplanten Werte einzuhalten, da sie bei zu großer Budgetüberschreitung mit sinkenden Gewinnen bzw. sogar mit Verlusten rechnen müssen. Neben dem Anreiz, die vereinbarten Leistungszahlen einzuhalten, gibt es weitere positive Aspekte. So dient ein flexibles Budget dazu, das finanzielle Risiko unter den Verhandlungsparteien aufzuteilen, obwohl die Anzahl und der Casemix der Patienten eines Krankenhauses nur schwer planbar sind. Aus Sicht der Krankenkassen bedeutet dies darüber hinaus, dass die durchschnittlichen Stückkosten pro Leistungseinheit degressiv abnehmen (vgl. Abbildung 6–1), wodurch das Interesse an einem hohen Beschäftigungsgrad des Krankenhauses groß ist. Für beide Parteien handelt es sich aus betrieblicher Perspektive um ein sinnvolles Verhandlungskonzept.

Ein reines Fallpauschalensystem führt zu relativ hohen Gewinnen bei effizienten Krankenhäusern. Diese Entwicklung ist durch die Anwendung einer Vielzahl von betriebswirtschaftlichen Ansätzen, wie beispielsweise im Bereich der Organisationsgestaltung oder dem Controlling, möglich. Erste aktuelle empirische Studien in Deutschland zeigen, dass das Krankenhausmanagement bereits in unterschiedlichem Maße davon Gebrauch macht (Kuntz/Vera 2007; Kuntz/Vera 2005). Darüber hinaus wurde festgestellt, dass die Anwendung der Instrumente stark vom Versorgungstyp des Krankenhauses abhängig ist (Vera/Kuntz 2007). Deshalb besteht bei zu knapp bemessenen Fallpauschalen die Gefahr, dass Krankenhäuser schließen müssen, obwohl dies gemäß der Versorgungsstruktur nicht gewollt ist.

Friedl/Ott (2002) schlagen deshalb, unter Berücksichtigung vorliegender Informationsasymmetrie bezüglich der Effizienz, ein Vergütungssystem vor, das sowohl pauschalierte Entgelte als auch Kostenerstattungselemente beinhaltet, wie z. B. die spezifische Vergütung von Patienten mit besonders langer Verweildauer (Foit 2006). Auch das flexible Budget entspricht diesem Grundgedanken und stellt somit aus anreiztheoretischer Sicht einen wichtigen Ausgangspunkt zur Weiterentwicklung des Entgeltsystems dar. Auch weitere nationale und internationale Studien gelangen zu dem Ergebnis, dass eine Zunahme des ausgeübten ökonomischen Drucks, resultierend aus flexiblen Budgets, zu einer Zunahme von Effizienzsteigerungen in Krankenhäusern führen können (Biorn et al. 2004; Ernst/Szczesny 2006).

Aber nicht nur aus betriebswirtschaftlicher Sicht der zwei verhandelnden Parteien, sondern auch aus politischer Systemperspektive ist ein flexibles Budget sinn-

voll. Erstens ist es im Rahmen gesundheitspolitischer Entscheidungsprozesse einfach handhabbar (Kuntz 2003). Zweitens wird die im Zusammenhang mit leistungsorientierten Entgeltsystemen gesehene Gefahr minimiert, dass die Leistungsmengen unnötig ausgeweitet werden. Drittens wird das Risiko eines Versorgungsausfalles durch die kurzfristige Insolvenz eines Krankenhauses verringert. Diese Aspekte sorgen für Systemstabilität.

Nachteilig erweist sich die bisherige starre Handhabung des flexiblen Budgets. Warum wird beispielsweise die Möglichkeit differenzierter Ausgleichsmechanismen kaum genutzt? Dies wird deutlich, wenn man die aktuellen Verhandlungsstrukturen näher betrachtet. Per Gesetz werden im Wettbewerb befindliche Krankenkassen gezwungen, in einer Art Einkaufsgemeinschaft Verträge mit jedem Leistungserbringer abzuschließen. Auf der einen Seite müssen sich die Krankenkassen aufgrund der freien Kassenwahl der Bürger von den konkurrierenden Krankenkassen abheben und eigenständige Strategien entwickeln, auf der anderen Seite werden sie gezwungen, die wichtigsten Leistungsverträge gemeinsam abzuschließen. Dazu kommen die Ausgleichregelungen des flexiblen Budgets, die nicht dazu geeignet sind, das kooperative Verhalten zwischen einem Krankenhaus und einer Krankenkasse zu unterstützen. Würde eine Krankenkasse es beispielsweise schaffen, alle ihre Patienten in einem Krankenhaus behandeln zu lassen, was im Sinne erhöhter Prozess- und Ergebnisqualität durchaus sinnvoll wäre, so müsste sie je Behandlung den vollen Preis zahlen und alle anderen Krankenkassen würden im Folgejahr von den reduzierten Preisen aufgrund der Budgetüberschreitung profitieren. Auch eine explizit vereinbarte Budgeterhöhung ist unwahrscheinlich, da dadurch das Mengenrisiko von den anderen Krankenkassen getragen werden muss. Warum sollten sie im nächsten Jahr wegen Fehlplanung einer Krankenkasse und dadurch entstehender Mindermengen und Nachzahlungen im Folgejahr daran interessiert sein? Auf Seiten der Krankenkassen sind damit die Verhandlungsmöglichkeiten sehr eingeschränkt. Wie die im Wettbewerb stehenden Krankenkassen in diesem Kontext eine eigenständige Strategie entwickeln können, bleibt ungeklärt. Wie soll sich auf diesem Weg eine Krankenkasse zur „Premiumkasse“, zum „Aldi“ der Krankenkassen entwickeln können?

Auch für Krankenhäuser gewinnt strategisches Management zunehmend an Bedeutung (Warnebler 2007; Vera 2006). Der Strategieentwicklungsprozess ist besonders geprägt durch die – für Gesundheitseinrichtungen typische – multiple Zielstruktur (Qualität, Gewinn etc.). Die Gewichtung der einzelnen Ziele hängt stark vom Unternehmen selbst ab (Heil 2006). Die aktuelle Form der Budgetverhandlungen trägt der dadurch vorhandenen Komplexität und Heterogenität nur in geringem Maße Rechnung.

In der Konsequenz besteht seitens der Krankenhäuser und seitens der Krankenkassen das Interesse, die aktuelle Verhandlungssituation, die sich stark am Status quo orientiert, dynamischer zu gestalten. Somit können viele andere wünschenswerte Ziele, wie Wachstum oder Innovationsmöglichkeiten, besser verfolgt werden. Insgesamt ist es ein sehr starres System, das kaum Spielraum für Effizienz-, Qualitäts- oder Wirtschaftlichkeitssteigerung lässt.

6.4 Selektives flexibles Budget

Die Krankenkassen fordern, dass sie frei und nicht in einer gesetzlich erzwungenen Gemeinschaft mit den einzelnen Leistungsanbietern Verträge aushandeln können (selektives Kontrahieren). Hierdurch wäre die fehlende Flexibilität sicherlich beseitigt, wohingegen die Komplexität des Systems massiv zunehmen würde. Im Extremfall müsste jedes Krankenhaus mit jeder der „noch“ zahlreichen Krankenkassen einen Vertrag abschließen. Das wäre nicht realistisch. Darüber hinaus würden die Krankenhäuser von einer relativ sicheren Situation in eine absolut unsichere Situation geraten. Das relativ sichere Budget könnte ab sofort vollständig in Frage gestellt werden. Insgesamt ein – zumindest mittelfristig – nicht zu realisierendes Szenario. Deshalb wird ein Weg vorgeschlagen, der zum einen das nicht gewünschte starre System aufricht und zum anderen ein Mindestmaß an Planungssicherheit und einen moderaten Komplexitätszuwachs mit sich bringt.

Wir empfehlen deshalb eine reduzierte Form des „selektiven Kontrahierens“, welche die Vorteile des flexiblen Budgets und des selektiven Kontrahierens verbindet. Die Verhandlungen bleiben in der bisherigen Form bestehen. Es dürfen allerdings einzelne Vertragsparteien auf der Krankenkassenseite, solange sie einen gewissen Umsatz und einen hinreichend großen Anteil an der Summe der Kostengewichte (Leistungsvolumen) in einem Krankenhaus sicherstellen können, (im Folgenden Ausstiegsschwellenwert α genannt), aus der Zwangsgemeinschaft austreten und allein mit dem Krankenhaus verhandeln. Dies führt möglicherweise zu einer starken Dynamik und einer Veränderung der Leistungsanbieterstruktur. Um den Einfluss auf das Gesamtsystem der Krankenkassen mit Optionsmöglichkeiten im Vergleich zu den anderen Kassen zu begrenzen, wird vorgeschlagen, dass diese Krankenkassen ihren Umsatz nur bis zu einem bestimmten Prozentsatz (im Folgenden Ausgliederungsmaximum β genannt) als „selektives flexibles Budget“ ausgliedern können. Das „selektive flexible Budget“ muss dann auf der Basis eines bestimmten Leistungsgerüsts definiert werden. Ist eine bestimmte DRG im „selektiven flexiblen Budget“ einer Krankenkasse vereinbart, dann wird diese DRG für diese Krankenkasse ausschließlich im Rahmen des „selektiven flexiblen Budgets“ erbracht und in der Konsequenz auch zu einem spezifischen krankenkassenindividuellen Preis, der sich im Rahmen der Ausgleichsmechanismen nur auf Mehr- bzw. Minderleistungen dieser Krankenkasse in Bezug auf das „selektive flexible Budget“ ergeben wird.

6.5 Wirkungsanalyse des „selektiven flexiblen Budgets“ am Beispiel eines Krankenhausverbundes

Zunächst wird der Status quo anhand eines freigemeinnützigen Krankenhausverbundes, bestehend aus fünf Häusern und einer durchschnittlichen Bettenzahl von 167, dargestellt. Es erfolgt die Darstellung der Struktur der Kostenübernehmer (Krankenkassen) in den Jahren 2003 bis 2005. Im Anschluss werden die Auswirkungen des bisherigen flexiblen Budgets dargestellt. Abschließend werden einzelne Szenarien bei der Einführung des „selektiven flexiblen“ Budgets am Beispiel eines

Krankenhausverbundes aufgezeigt. Die dabei exemplarisch bestimmten Ausstiegsschwellenwerte α und Ausgliederungsmaxima β können abhängig von der individuellen Situation von den einzelnen Verhandlungspartnern frei gewählt werden. Sie können in ihrer Höhe von den hier bestimmten Werten marginal abweichen.

a) Ist-Analyse

Im Folgenden werden die Top-5 Kostenübernehmer (durchschnittlich ca. 250 pro Krankenhaus) der Krankenhäuser des betrachteten Krankenhausverbundes anhand der aufsummierten effektiven Bewertungsrelationen für die Jahre 2003, 2004 und 2005 exemplarisch dargestellt (Tabelle 6–1).

Es wird ersichtlich, dass bei allen Häusern ca. 50 % des Leistungsvolumens der abgerechneten DRGs von nur einem Kostenübernehmer abgedeckt werden¹ und 70 % des gesamten Leistungsvolumens durch fünf Kostenübernehmer. Weitere Betrachtungen ergaben, dass 80 % des Leistungsvolumens von insgesamt zehn Kostenübernehmern abgedeckt werden. Die Rangfolge und die Anteile am Leistungsvolumen der Top-5 Kostenübernehmer bleiben im Wesentlichen konstant. Somit liegt bisher keine Dynamik in der Zusammensetzung und Struktur der Kostenübernehmer bei den einzelnen Krankenhäusern vor und Ziele – wie beispielsweise mehr Spielraum der Akteure für Effizienz-, Qualitäts- oder Wirtschaftlichkeitssteigerung – können nur schwer umgesetzt werden.

In Tabelle 6–2 sind die relativen Abweichungen zwischen dem vereinbarten Gesamtbetrag und den Erlösen aus DRGs nach den entsprechenden AEBs der Krankenhäuser dargestellt. Bei einer „negativen“ Abweichung erzielte das Krankenhaus einen Mehrerlös, bei einer „positiven“ Abweichung einen Mindererlös. Ausreißer finden sich bei Haus B im Jahr 2005 und bei Haus D im Jahr 2003, für Haus E liegen keine Werte für das Jahr 2003 vor. Im vorliegenden Fall handelt es sich um einen Krankenhausverbund. Somit sind derartige Ausreißer möglicherweise auf strukturelle Verschiebungen zurückzuführen, die sich allerdings über den betrachteten Zeitraum über die Häuser hinweg nahezu ausgleichen und zu einer Abweichung zwischen 1 % und 3 % im Vergleich zum vereinbarten Gesamtleistungsvolumen führen. Über die Periode 2003 ist keine Aussage zu treffen, da die Vollständigkeit der Daten nicht gegeben ist.

Die hier betrachteten Häuser realisierten im Wesentlichen – wie erwartet – eine Punktlandung, da in zehn von 14 Konstellationen die betragsmäßige Abweichung kleiner als 3,5 % ist. Damit ist ein gewisses Maß an Planungssicherheit sowohl seitens der Krankenhäuser als auch seitens der Krankenkassen gegeben. Diese Anreizwirkung bleibt auch bei dem im Folgenden vorgeschlagenen Konzept, dem „selektiven flexiblen Budget“, bestehen. Unklar ist bisher, ab welchem prozentualen Anteil des Leistungsvolumens und in welchem Umfang ein Kostenübernehmer die bisher fest vorgeschriebenen Budgetverhandlungen zwischen Kostenübernehmer und Krankenhäusern umgehen kann. Das bisher statische Sys-

¹ Dieser große Anteil eines Kostenübernehmers ist voraussichtlich auf die ländliche Lage der Krankenhäuser und deren regionale Anbindung zur örtlichen Krankenkasse zurückzuführen. Bei in Städten gelegenen Krankenhäusern wäre eine minimal andere Aufteilung der Kostenübernehmer denkbar.

Tabelle 6-1

Top-5 der Kostenübernehmer je Krankenhaus

Kostenübernehmer	Kassenart	Anteil 2003	Rang	Anteil 2004	Rang	Anteil 2005	Rang
Krankenhaus A							
I	AOK	50,33%	1	49,49%	1	51,67%	1
II	LKK	8,41%	2	10,43%	2	7,52%	2
III	VdAK	6,23%	3	7,64%	3	6,11%	3
IV	BEK Ersatzkasse	4,71%	4	5,74%	4	5,46%	4
V	Private	2,00%	5	1,98%	5	2,63%	5
Top-5		71,68%		75,29%		73,38%	
Sonstige		28,32%		24,71%		26,62%	
Gesamt		100,00%		100,00%		100,00%	
Krankenhaus B							
I	AOK	44,82%	1	44,21%	1	42,59%	1
II	VdAK	9,00%	3	7,97%	3	9,19%	2
III	BEK Ersatzkasse	9,09%	2	8,78%	2	8,90%	3
IV	Selbstzahler	7,32%	4	6,22%	4	6,39%	4
V	LKK	3,65%	5	4,31%	5	3,47%	5
Top-5		73,89%		71,50%		70,53%	
Sonstige		26,11%		28,50%		29,47%	
Gesamt		100,00%		100,00%		100,00%	
Krankenhaus C							
I	AOK	61,91%	1	56,39%	1	56,65%	1
II	LKK	7,98%	2	9,17%	2	8,97%	2
III	BEK Ersatzkasse	6,17%	3	6,42%	4	6,74%	3
IV	VdAK	5,56%	4	6,79%	3	6,31%	4
V	Selbstzahler	3,83%	5	3,90%	5	4,61%	5
Top-5		85,45%		82,67%		83,28%	
Sonstige		14,55%		17,33%		16,72%	
Gesamt		100,00%		100,00%		100,00%	
Krankenhaus D							
I	AOK	44,63%	1	50,76%	1	45,90%	1
II	LKK	13,86%	2	13,72%	2	14,79%	2
III	VdAK	8,18%	3	5,96%	3	7,29%	3
IV	BEK Ersatzkasse	6,14%	4	4,09%	4	5,48%	4
V	TKK Ersatzkasse	2,97%	5*	2,15%	5	2,72%	5
Top-5		75,78%		76,68%		76,17%	
Sonstige		24,22%		23,32%		23,83%	
Gesamt		100,00%		100,00%		100,00%	

* Rang 5 wird von den Selbstzahlern eingenommen und nicht von der TKK Ersatzkasse

Tabelle 6–2

Relative Abweichung vom vereinbarten Gesamtbetrag

Jahr	Haus A (% Gesamt)	Haus B (% Gesamt)	Haus C (% Gesamt)	Haus D (% Gesamt)	Haus E (% Gesamt)	Summiert 2003–2005
2003	-3,25 %	-2,40 %	-1,72 %	-21,91 %	k. A.	-0,2928
2004	-2,99 %	2,71 %	-0,59 %	-0,43 %	-6,82 %	-0,0129
2005	-3,03 %	11,68 %	-1,18 %	-0,05 %	-5,05 %	0,0237

Krankenhaus-Report 2007

Wildo

tem (siehe Tabelle 6–1) ließe sich durch dynamische Instrumente, wie die selektive Budgetierung, aufbrechen. Um dieser Problematik zu entgehen, wird im folgenden Abschnitt eine Wirkungsanalyse des „selektiven flexiblen Budgets“ vorgenommen.

b) Wirkungsanalyse

In Tabelle 6–3 wird dargestellt, wie viele zusätzliche Budgetverhandlungen je Krankenhaus (hier auch für den gesamten Krankenhausverbund) in Abhängigkeit vom Ausstiegsschwellenwert α benötigt werden.

Tabelle 6–3 zeigt, dass in der hiesigen Berechnung ein Ausstiegsschwellenwert von 2 % durchschnittlich zu fünf zusätzlichen Verhandlungen je Haus führen würde und ein Ausstiegsschwellenwert von 10 % zu durchschnittlich 1,25 zusätzlichen Verhandlungen. Es ist jedoch anzumerken, dass eine Vielzahl an zusätzlichen Verhandlungen neben zusätzlich anfallenden Kosten (Transaktionskosten) auch eine erhöhte organisatorische Komplexität mit sich bringt und somit nicht erstrebenswert ist. Allerdings weisen gemäß Tabelle 6–1 nur wenige Kostenübernehmer einen Prozentsatz über 10 % des Gesamtleistungsvolumens auf, sodass der gewünschte dynamische Effekt in der strukturellen Zusammensetzung der Kostenübernehmer mit nur einer zusätzlichen Verhandlung nicht auftreten würde. Es erscheint gemäß der vorliegenden Betrachtung dementsprechend zweckmäßig, einen Prozentsatz zwischen 2 % und 10 % zu wählen.

Nun bleibt jedoch fraglich, in welcher Höhe das Ausgliederungsmaximum β exemplarisch festzusetzen ist. Da die Unsicherheit der zukünftigen Verhaltensmuster nur schwer prognostizierbar ist, ist eine Ausgliederung über einen bestimmten Schwellenwert nicht erstrebenswert. Bei einem zu geringen Ausgliederungsmaximum hingegen steht der Verhandlungsaufwand in einem zu geringen Verhältnis zum möglichen Nutzen. Auch hier scheint ein gesundes Mittelmaß angemessen.

Tabelle 6–3

Anzahl zusätzlicher Verhandlungen

Ausstiegsschwellenwert α	2 %	3 %	4 %	5 %	6 %	7 %	8 %	9 %	10 %
Anzahl zusätzlicher Verhandlungen auf Basis der Top-5									
alle Häuser	20	18	17	16	14	10	8	6	5
je Haus	5	4,5	4,25	4	3,5	2,5	2	1,5	1,25

Krankenhaus-Report 2007

Wildo

Tabelle 6–4

Anteil des Ausgliederungsmaximums am gesamten Leistungsvolumen

Anteil am gesamten Leistungsvolumen	Ausstiegsschwellenwert α									
	2%	3%	4%	5%	6%	7%	8%	9%	10%	
Ausgliederungsmaximum	10%	7,59%	7,47%	7,38%	7,24%	7,00%	6,31%	5,98%	5,48%	5,22%
β	20%	15,18%	14,94%	14,75%	14,49%	14,01%	12,61%	11,96%	10,95%	10,45%
	30%	22,77%	22,42%	22,13%	21,73%	21,01%	18,92%	17,94%	16,43%	15,67%

Krankenhaus-Report 2007

WldO

6

Ein sinnvoll festgesetzter Prozentsatz läge in diesem Fall zwischen 10 % und 30 %² (Tabelle 6–4).

Betrachtet man nun den abnehmenden Grenznutzen (siehe Abbildung 6–2) zwischen der Anzahl zusätzlicher Verhandlungen und dem Anteil am Gesamtleistungsvolumen bei einem Ausgliederungsmaximum von 20 %, wird ersichtlich, dass der Grenznutzen ab der dritten zusätzlichen Verhandlung abnimmt. Dementsprechend wäre gemäß dieser Berechnung sinnvollerweise ein Ausstiegsschwellenwert zwischen 6 % und 7 % festzusetzen, da hierfür gemäß der deskriptiven Analyse ca. drei zusätzliche Verhandlungen nötig wären.

Für die Betrachtung des Grenznutzens wurde eine Loglineare Regression durchgeführt, wobei auf der Abszisse die Anzahl der durchschnittlichen zusätzlichen Verhandlungen abgebildet ist und auf der Ordinate der Anteil am Gesamtumsatz eines Krankenhauses, bei einem zugrunde gelegten Ausgliederungsmaximum β in Höhe von 20 %.

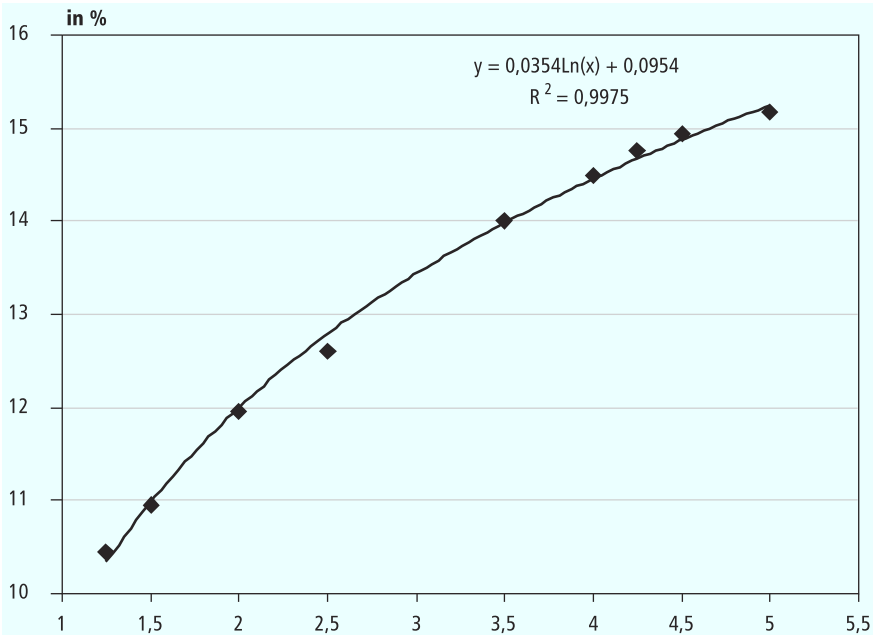
Die dargestellte exemplarische Betrachtung ergibt, dass bei Einführung des „selektiven flexiblen Budgets“ ein Ausstiegsschwellenwert zwischen 6 % und 7 % festzusetzen wäre und ein Ausgliederungsmaximum in Höhe von 20 %. Es bleibt anzumerken, dass andere Datengrundlagen zu unterschiedlichen Prozentsätzen führen können, wobei das Prinzip des „selektiven flexiblen Budgets“ jedoch erhalten bleibt.

6.6 Umsetzung

Die Regeln für diese neuen Verhandlungen könnten vollständig denen der bisherigen Verhandlung entsprechen. Dazu müsste lediglich ein Teilbudget für diese Vertragspartei ausgegliedert werden. Die notwendigen Daten hierfür sind ohne größeren Aufwand aus den Routinedaten des Rechnungswesens ableitbar. Auf dieser Basis könnte

² Diese Werte wurden im Rahmen der Arbeitsgruppe „Ökonomie im Gesundheitswesen“ der Schmalenbachgesellschaft diskutiert. Die Arbeitsgruppe zeichnet sich durch eine interdisziplinäre Mitgliederstruktur aus. Bei den Mitgliedern handelt es sich sowohl um erfahrene Manager aus den verschiedensten Bereichen der Gesundheitsbranche als auch um anerkannte wissenschaftliche Experten mit Schwerpunktsetzungen im Gesundheitswesen.

Abbildung 6–2
Abnehmender Grenznutzen je zusätzlicher Verhandlung



Für die Betrachtung des Grenznutzens wurde eine Loglineare Regression durchgeführt, wobei auf der Abszisse die Anzahl der durchschnittlichen zusätzlichen Verhandlungen abgebildet ist und auf der Ordinate der Anteil am Gesamtumsatz eines Krankenhauses, bei einem zugrunde gelegten Ausgliederungsmaximum β in Höhe von 20%.

Krankenhaus-Report 2007

WIdO

differenziert verhandelt werden. Konsequenterweise würde sich eine stärkere Dynamik ergeben. Die Komplexität bliebe beherrschbar und die für die Krankenhäuser notwendige Planungssicherheit wäre vorhanden. Es könnte sogar die landeseinheitliche Baserate (Basisfallwert) der Budgetvereinbarung zugrunde gelegt werden. Eine krankenkassenspezifische Preisgestaltung würde sich auch indirekt durch mögliche krankenkassenspezifische Ausgleichsätze bzw. Zahlungsflüsse ergeben. Hinzu kommt noch die mögliche Option, für das „selektive flexible Budget“ auch beliebige andere ambulante Leistungen zu vereinbaren oder auch Vertragsvolumina im Rahmen der integrierten Versorgung einzubinden. So wäre es möglich, mehrere „kleine“ effiziente Verhandlungen im Rahmen einer integrierten Gesamtverhandlung zusammenzuführen³. Im Gegenzug sollten allerdings auch verschiedenen Krankenhäusern innerhalb eines Unternehmens ab einer gewissen Umsatzgröße die Möglichkeit eingeräumt werden, einzelne Krankenkassen zu Budgetverhandlungen auffordern zu können. Insgesamt würde so im Gegensatz zu dem von den Krankenkassen gefor-

³ Sicherlich hätten größere Krankenhäuser es leichter, die zusätzlichen Verhandlungen zu gestalten (Brooks et al. 1997).

derten umfassenden „selektiven Kontrahierens“ kein Verhandlungschaos ausbrechen. Darüber hinaus gäbe es wie bisher die Möglichkeit, z. B. durch Vorgabe einer landeseinheitlichen Basisfallrate, in das System einzugreifen.

Anstatt einer einzigen Budgetverhandlung werden dann möglicherweise zwei bis drei Budgetverhandlungen geführt. Formulare (AEB) etc. und Verhandlungsregeln sind identisch. Das Teilbudget könnte beispielsweise auf Basis durchschnittlicher relativer Ist-Umsätze ausgegliedert werden. Der Ausstieg aus der Verhandlungsgemeinschaft ist optional. Das Ganze ergibt nur Sinn, wenn als flankierende Maßnahme das Prinzip der Beitragssatzstabilität, zumindest zu großen Teilen, auf einer höheren Systemebene manifestiert wird. Die Entwicklung der „selektiven flexiblen Budgets“ könnte aber ähnlich der Konvergenzphase in vorgegebenen Korridoren gesteuert werden. Das verbleibende Risiko in Bezug auf die Beitragssatzstabilität kann im Rahmen der Festlegung der Landesbasisfallrate auf Landesebene berücksichtigt werden. Die aktuelle Krankenhausplanung und -förderung sollte dahingehend überarbeitet werden, dass zusätzliche Anreize entstehen und diese neuen Verhandlungsmöglichkeiten genutzt werden, beispielsweise durch die Berücksichtigung von Effizienz (Kuntz et al. 2006). Auf keinen Fall sollte durch eine modifizierte Krankenhausplanung der erweiterte Verhandlungsrahmen wieder eingengt werden.

6

6.7 Fazit

Der Weg zu einem System, das von mehr Wettbewerb auf der einen Seite und von mehr unternehmerischen Freiheiten auf der anderen Seite geprägt ist, wird mit dem einfachen Instrument des „selektiven flexiblen Budgets“ möglich. Sowohl die Gefahr einer „chaotischen“ und intransparenten Verhandlungslandschaft als auch die Gefahr einer Ausgabenexplosion können darüber hinaus mit einfachen Mitteln vermieden werden. Die möglichen quantitativen Auswirkungen eines solchen Konzepts sollten allerdings im Rahmen einer repräsentativen empirischen Studie vor der Implementierung abgeschätzt und nach einer Erprobungsphase evaluiert werden.

6.8 Literatur

- Biorn E, Hagen TP, Iversen T, Magnussen J. The Effect of Activity-Based Financing on Hospital Efficiency: A Panel Data Analysis of DEA. *Health Care Management Science* 2003; 6: 271–83.
- Brooks JM, Dor A, Wong HS. Hospital-insurance bargaining: an empirical investigation of appendectomy pricing. *Journal of Health Economics* 1997; 16: 417–34.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft. Konzept für die Ausgestaltung des ordnungspolitischen Rahmens ab dem Jahr 2009. DKG e.V. (Hrsg.) 2007.
- Ernst C, Szczyzny A. Spezialisierungs- und Selektionsanreize fester Krankenhausbudgets 1993–2002: Eine empirische Analyse. *Betriebswirtschaftliche Forschung und Praxis*. 2006; 565–84.
- Foitt K. Marktorientierte Steuerung im Krankenhauswesen. *Köln: Wissenschaftsverlag* 2006.
- Friedl G, Ott R. Anreizkompatible Gestaltung von Entgeltsystemen für Krankenhäuser. *Zeitschrift für Betriebswirtschaft*. 2002; 185–204.

- Heil J. Investitionsentscheidungen in der Gruppe. Gesundheitsökonomie: Politik und Management. LIT 2006.
- Kuntz L, Vera A. Transfer Pricing in Hospitals and Efficiency of Physicians: The Case of Anesthesia Services. *Health Care Management Review* 2005; 30: 262–9.
- Kuntz L, Scholtes S, Vera A. Incorporating efficiency in hospital-capacity planning in Germany. *European Journal of Health Economics* 2006; to appear.
- Kuntz L. Erste Unsicherheiten bei der DRG-Einführung. *Forum für Gesundheitspolitik* 2003; 3: 67–9.
- Kuntz L, Vera A. Modular organization and hospital performance. *Health Services Management Research* 2007; 20: 48–58.
- Robbers B. Geplanter Wettbewerb. *Das Krankenhaus* 2007; 3: 207–10.
- Simon M. Die Ökonomisierung des Krankenhauses. Veröffentlichungen der Arbeitsgruppe Public Health. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung 2001.
- Tuschen KH, Quaas M. Bundespflegesatzverordnung. Kommentar mit einer umfassenden Einführung in das Recht der Krankenhausfinanzierung. 5. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer 2001.
- Tuschen KH, Braun T, Rau F. Erlösausgleiche im Krankenhausbereich: Eine Orientierungshilfe. *Das Krankenhaus* 2005; 11: 955–60.
- Vera A. Strategische Allianzen im deutschen Krankenhauswesen – Ein empirischer Vergleich von horizontalen und vertikalen Kooperationen. *Zeitschrift für Betriebswirtschaft* 2006; 7/8: 1–31.
- Vera A, Kuntz L. Prozessorientierte Organisation und Effizienz im Krankenhaus. *Schmalenbachs Zeitschrift für Betriebswirtschaft* 2007; 59: 173–97.
- Warnebler P. Strategische Positionierung und Strategieprozesse deutscher Krankenhäuser. *Gesundheitsökonomie: Politik und Management*. LIT 2006.