

Die neue Macht: Einkaufsmodelle und Rabatte

**7. Nationales DRG-Forum
Berlin 04.04.2008**

Dr. Wulf-Dietrich Leber

**Spitzenverband Krankenkassen
Abteilungsleiter Krankenhäuser**

Einwand 1

Katalogabgrenzung unmöglich

Angeblich ...

..... ist die Trennung von Elektiv- und Notfalleleistungen nicht möglich.

Aber ...

..... ein erster Katalog wurde schon in Zusammenarbeit von InEK, BMG und Experten fertig gestellt.

Einwand 2

Kein Spielraum für Rabatte

Angeblich ...

..... ist die DRG-Vergütung als Mittelwert kalkuliert und deshalb gäbe es keinen Spielraum mehr für Absenkungen.

Aber ...

..... de facto wird die Höhe der DRG-Vergütung überhaupt nicht kalkuliert. Nur Relativgewichte werden kalkuliert. Das Vergütungsvolumen wird letztlich historisch fortgeschrieben – nicht kalkuliert.

Einwand 3

Erhalt der Wahlfreiheit

Angeblich ...

..... wird es keine Entscheidung der Politik zur Einschränkung der Wahlfreiheit geben.

Aber ...

..... bei Arzneimittelrabatten hat es die Politik schon beschlossen. Das Festbetragsmodell ist etabliert. Der § 39 SGB V sieht dies prinzipiell schon vor. Und nach der Wahl dürfte die Einschränkung der Wahlfreiheit noch der sozialste Teil der Gesetzesänderungen sein.

- **Der Versicherte wählt eines der Krankenhäuser, mit denen seine Kasse einen Vertrag geschlossen hat.**
- **Wollen Patienten in ein nicht mit ihrer Krankenkasse vertraglich assoziiertes Krankenhaus, so müssen sie die Differenzkosten selbst tragen (Festbetragsmodell).**
- **Ggf. werden gesonderte Tarife für die erweiterte Krankenhauswahl angeboten.**

§ 39 SGB V Absatz 2

„Wählen Versicherte ohne zwingenden Grund ein anderes als ein in der ärztlichen Einweisung genanntes Krankenhaus, können ihnen die Mehrkosten ganz oder teilweise in Rechnung gestellt werden.“

Einwand 4

Bonusmodell

Angeblich ...

..... ist das Modell nur als Bonusmodell sinnvoll.

Aber ...

..... de facto wird ein Bonusmodell nicht funktionieren.

- **Alle – und besonders die Politik – hätte gern den Wettbewerb als Bonusmodell: Kassen gewähren den Versicherten, die sich auf „Rabatt-Häuser“ beschränken, einen Bonus.**
- **Das Bonusmodell funktioniert nicht: Der Bonustarif wird von jenen gewählt, die mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht ins Krankenhaus gehen. Es gibt keine Umsteuerung.**
- **Die Kassen vermarkten den Tarif spitz als Halteprämie für gute Risiken.**

Einwand 5

Qualitätsminderung

Angeblich ...

..... entscheiden Kassen bei der Ausschreibung nur nach dem Preis; die Qualität wird leiden.

Aber ...

..... das gegenwärtige Budget- und Planungsrecht kennt überhaupt keine Qualität (oder misst sie zumindest nicht). Qualität wird öffentlich sichtbar Teil der Ausschreibungen sein und wird sie erstmals zum Thema von Verträgen machen.

Exkurs: Qualitätssicherung mit Routinedaten (QSR)

Spitzenverband Bund
der Krankenkassen

- **Verfahren zur Qualitäts-Messung mit administrativen Routinedaten wurde entwickelt (Projektpartner: AOK-Bundesverband, HELIOS Kliniken, Universität Magdeburg (FEISA), WIdO)**
- **aufwandsarme, an Ergebnisqualität orientierte Qualitätssicherung möglich**
- **erstmalig Qualitätssicherung über Entlassungstermin hinaus**
- **valide Indikatoren der Ergebnisqualität**



Dr. Wulf-Dietrich Leber
Abteilung Krankenhäuser

Einwand 6

Krankenhausmonopol

Angeblich ...

..... führt das System der Ausschreibung zum „Kliniksterben“; am Ende bleiben wenige Krankenhäuser als Monopolisten und alles wird nur teurer.

Aber ...

..... dann wären ja alle Vorschriften zur Ausschreibungspflicht im öffentlichen Bereich unsinnig. Ob es teurer wird, hängt – so die ökonomische Lehre – vom freien Marktzutritt ab. Man muss sich einen dynamischen Markt mit neuen Krankenhäusern vorstellen.

Einwand 7

Großkassenmacht

Angeblich ...

..... sei eine Ausschreibung von Leistungen nicht vertretbar, wenn die Krankenhäusern der Nachfragemacht von Großkassen ausgeliefert sind.

Aber ...

..... gerade Nachfragemacht erfordert klar geregelte Ausschreibungsverfahren (vgl. Nachfragemonopole der öffentlichen Hand).

Einwand 8 „Ablehnungssymmetrie“

Angeblich ...

..... ergibt sich aus der (leicht) eingeschränkten Kontrahierungspflicht der Kassen ein Recht der Krankenhäuser, Versicherte bestimmter Kassen nicht zu behandeln.

Aber ...

..... ist es eine vernünftige Krankenhausstrategie, Patienten abzulehnen? So lange noch ein Euro öffentlicher Gelder in die Krankenhäuser fließt, wird das Krankenhaus alle behandeln müssen.

Einwand 9

Gefährdung auf dem Lande

Angeblich ...

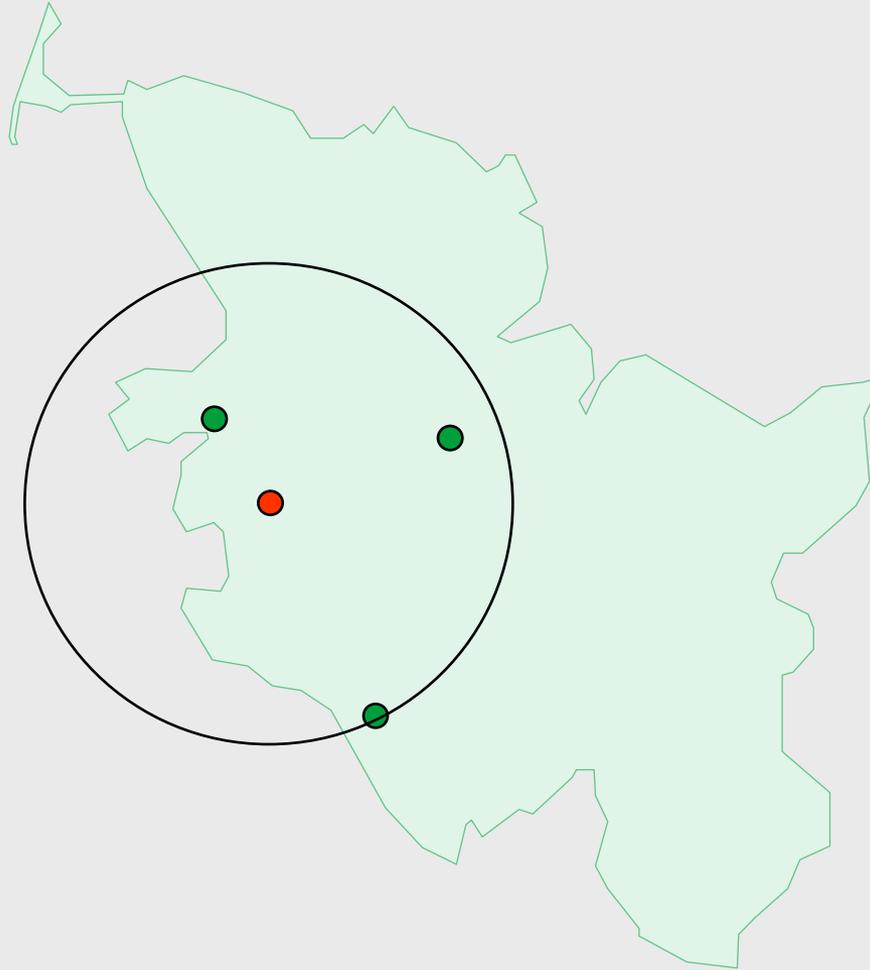
..... gefährdet das Modell die Sicherstellung in ländlichen Regionen.

Aber ...

..... in ländlichen Regionen wird es gar keine Rabattangebote geben. Das Modell ist auf Ballungsregionen zugeschnitten.

Region um Heide in Holstein

Spitzenverband Bund
der **Krankenkassen**



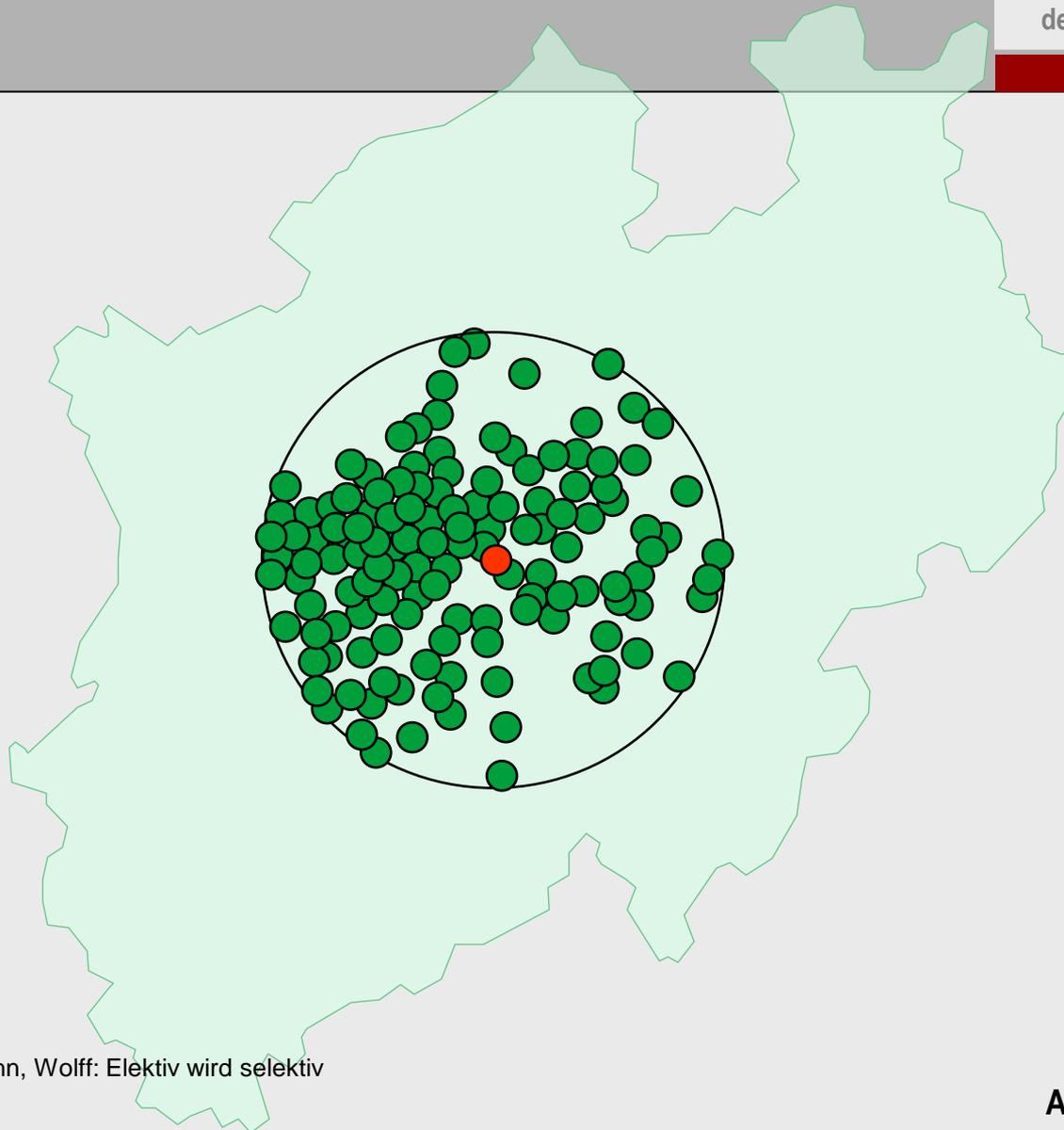
50 km

Quelle: Leber, Malzahn, Wolff: Elektiv wird selektiv

Dr. Wulf-Dietrich Leber
Abteilung Krankenhäuser

Region um Essen

Spitzenverband Bund
der **Krankenkassen**



50 km

Quelle: Leber, Malzahn, Wolff: Elektiv wird selektiv

Dr. Wulf-Dietrich Leber
Abteilung Krankenhäuser

Einwand 10

Landesplanung ausgehöhlt

Angeblich ...

..... untergräbt das Modell die Landeskrankenhausplanung.

Aber ...

..... das ist ja nichts Schlimmes. Die Länder stellen eh die Versorgung nicht mehr sicher. Man benötigt keine andere Planung sondern einen funktionierenden Marktmechanismus.

- Die Länder planen nach bundeseinheitlichen Vorgaben.
- Die kollektivvertraglichen Vorgaben des gegenwärtigen ordnungspolitischen Rahmens gelten im Wesentlichen weiter.
- Die Leistungen werden nach DRGs mit LBFW vergütet.
- Kann die Notfallversorgung von einem Krankenhaus nicht zum LBFW sichergestellt werden, ist die Versorgung auszuschreiben. Findet sich kein anderer Anbieter, so ist ein Sicherstellungszuschlag möglich (Grundprinzip: Ausschreibung vor Zuschlag).

- **Notfall: wie bisher**
- **Neu: Landesbehörde überwacht Ausschreibung der Kassen (länderübergreifende Ausschreibung ist möglich).**
- **Die Länder entwickeln sich von einer Baubehörde zu einer Verbraucherschutzbehörde.**

Einwand 11

Alles unklar!

Angeblich ...

..... ist es zu früh für Preiswettbewerb, weil noch zuviel Unklarheiten im Budgetrecht, in der Qualitätssicherung und beim Ausschreibungsverfahren existieren.

Aber ...

.... auch das DRG-System wurde mit allen Unklarheiten beschlossen (1999: Projektskizze 17b). Der Ausschreibungsprozess wird ebenfalls ein lernendes System sein müssen.

Budgetregeln für den selektiven Erlösbereich ???

- **DKG-Variante: Jedes Krankenhaus darf alles machen und abrechnen (Kontrahierungszwang à la 115 b).**
- **GKV-Variante: Krankenhäuser dürfen nur abrechnen, was vertraglich vereinbart ist (Einkaufsmodell).**
- **Verhandlungsvariante: Jenseits der Selektivverträge verhandeln die „Restkassen“ traditionell.**
- **???**
- **Die Regeln für den selektiven Erlösbereich entscheiden darüber, wer das Modell lieben wird.**

Kein Selektivvertrag in 2009

- **Vorlauf:**
 - **Gesetzgebung**
Abgrenzung des DRG-Spektrums durch InEK
ggf. Regionsabgrenzung
ggf. Erlösbereichstrennung
Ausschreibung der Elektivverträge
Zuschlag
 - **Bekanntgabe (ggf. Kassenwechsel,...)**
 - **Achtung: Der Selektivbereich muss streng prospektiv sein!**

Einwand 12

Alle sind Verlierer

Angeblich ...

..... gibt es nur Verlierer, weil es nur „Abschläge vom Landesbasisfallwert gibt und scheinbar jeder davon ausgeht, dass er keinen Zuschlag bekommt.

Aber ...

..... es wird auch Gewinner geben – Krankenhäuser, die ihr Leistungsvolumen ausdehnen können und damit Kosten senken können.