

Preisbildung im Gesundheitswesen

Uneinheitlich, irrational und willkürlich?



Verband der
Universitätsklinika
Deutschlands e.V.

Rüdiger Strehl
Generalsekretär VUD
Berlin, 25. Februar 2011

I. Propädeutik

Bedeutung von Preisen

- Beispiel 1:
„Preisverfall belastet Gewinn von Samsung“
FTD vom 10.1.2011
- Beispiel 2: Outsourcing als Lohn-“Preis“-
Dumping
 - Outsourcing als vermeintliches Zeichen für „gutes Wirtschaften“; Markenzeichen für „Privatisierung“
 - Im Kern nichts anderes als zumeist zweistellige prozentuale Absenkung des Preises für Arbeitskräfte

Preistypen

- **Freier Marktpreis:** keine Preisvorgabe
- **Mindestpreis:** keine Preisunterschreitung; aber Überschreitung
- **Höchstpreis:** keine Preisüberschreitung
- **Margenpreis:** Preisschwankungen zwischen einem unteren und oberen Eckpreis
- **Festpreis:** Fixpreis ohne Unter- oder Überschreitung

Preise im Wandel

- **1.Stufe:** Ausgangs–Preis oft für Einzelleistung; oftmals als Bewertungsrelation
- **2.Stufe:** Menge
- **3.Stufe:** Summe der Produkte aus Preis und Menge = Umsatz, Ausgabevolumen
- **4.Stufe:** Budgetierung auf bestimmte Menge
- **5.Stufe:** Senkung des Ausgangs-Preises bei Umsatz>Budget (Mehrleistungen)
 - Preis gedeckelt; Menge frei
 - Preis frei; Menge gedeckelt
 - Preis + Menge gedeckelt
- **6.Stufe:** Rabattierungen, Nachlässe etc.

Bezugsrahmen

- Kompletter Wettbewerb; freie Preisbildung
- offener Zutritt für Anbieter +/- Nachfrager
- Beschränkungen des Marktzugangs:
 - Nur Anbieter
 - Nur Nachfrager
- Schließung des Marktes
- Administrierte Preise

Preisbildung und -politik

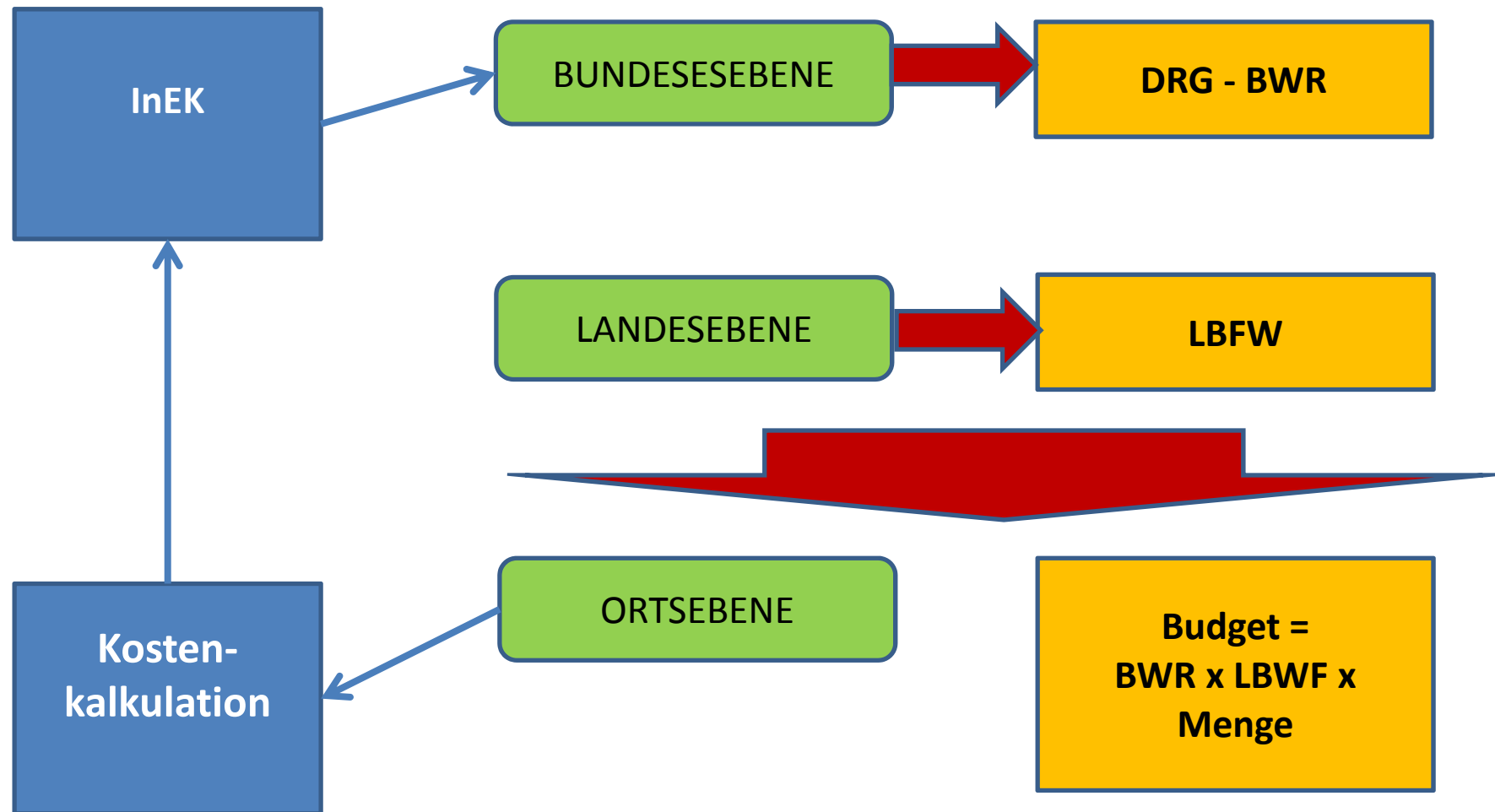
- **Kostenorientiert:**
Selbstkosten +
(Gewinnzuschlag)
- **Nachfrageorientiert:**
Orientierung an
Nachfrage mit Ziel der
Gewinnmaximierung
- **Konkurrenzorientiert:**
in Anlehnung an den
Preis eines
konkurrierenden
Anbieters
- **Administrierte Preise**
- Preispolitik:
RW oder Marketing?
- Kombinationen:
 - Kosten
 - Konkurrenzpreise
 - Nachfragekonstellation
- Marktstrategie
 - Preis als strategische
Variable
 - Kurz-/Langfristpolitik

Pragmatisches Vorgehen

- Keine einheitlichen Prinzipien der Preisgestaltung im Gesundheitswesen
- Viel Heterogenität:
 - Sektor für Sektor
 - Aber auch in den Sektoren
- Zusammenhang von Nutzen und Preisen?
- Interdependenzen:
 - Aus Kosten werden Preise
 - Aber aus Preisen werden auch Kosten
- Perspektiven der Preisheterogenität

II.
Preise im KH
Kosten & Statistik

Von Kosten → Zahlungen



Quasi-Festpreise: DRG,ZE,NUB

DRG-Fallpauschalen

- Gegliederte Kostenrechnung in Kalkulationshäusern
- DRG als Kostenträger für homogene Fälle
- Hochrechnung auf der Basis von 12% der KH
- Statistische Eliminierung von Randfällen
- Differenz von Individual- und Normfall
- LBFW 2010: +/- 6%
 - 3.120€ Rheinland-Pfalz
 - 2.855€ Mecklenburg-Vorpommern

ZE, NUB

- Klare Definitionen von Leitung/Produkt
- Diagnostisches Verfahren oder einzelne Therapiekomponente (Bsp.: Arzneimittel)
- Signifikanter Zusammenhang zwischen EK und ZE- oder NUB-Entgelt

KH-Preise

DRG,ZE,NUB

- Kostenorientierung, aber Differenzen
- DRG-Differenzen durch unter-/überdurchschnittliche Einzelfallkosten
- ZE v NUB-Differenzen
Differenzen nur durch unterschiedliche Einkaufskonditionen

Mehrleistungen

- ➊ Über Budgetierung (GLS als Obergrenze) + LBFW
Entwertung des Einzelfallpreises
- ➋ Sonderregelungen 2011ff:
 - 2011 gesetzliche vorgesehene Preisabschläge
 - Ausnahme nur bei hohen Sachkostenanteilen

Höchstpreise: Selektivverträge

- Diskussion gerade der AOK:
 - Festpreise im KH geben Anreize für Mengenausweitung
 - Selektives Kontrahieren bei elektiven Leistungen mit Preisunterschreitungen
- Vermeintliches Interesse der Anbieter:
 - Größere Marktanteile
 - Kostenvorteile durch Economy of scales

Mindestpreise für Stars im KH?

- Konter der Universitätsklinik
- Wenn selektives Kontrahieren, dann auch seitens der Anbieter mit Spezialisten und „high performern“
- Zugang nur für Privatpatienten: dort oftmals sehr große Multiplikatoren insbesondere bei ausländischen Patienten

III.

Vertragsärzte

Arbeitswissenschaft und Hamsterrad

EBM: Festpreise von Einzelleistungen

K

Ärztliche
Einzelleistung
77,9Cent/Arztminute
95.553 €/Jahr

O

S

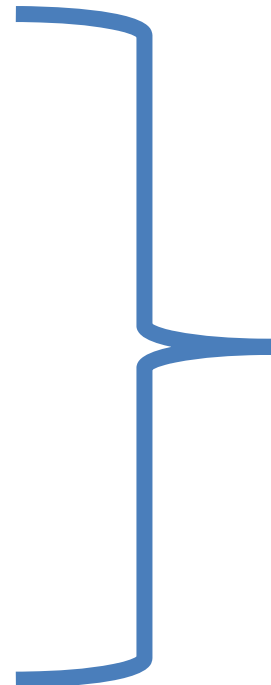
Technische
Leistung

T

E

Praxisbedarf

N



Punktzahl
X
Orientierungs-
punktwert
=
2010: 3,5Cent

Gesamtvergütung

- Summe von:
 - MGV: morbiditätsbedingte Gesamtvergütung
→ Mehrleistungen senken Preis
 - aMGV: außerhalb der MGV (Früherkennung, Impfungen, AOP etc): keine Preiseffekte durch Mehrleistungen
- Rechnungssegmente:
 - MGV getrennt für Haus- und Fachärzte
 - RLV: arztgruppenspezifische Fallwerte ; Abstaffelungen bei Überschreiten von 150% der arztgruppenspezifischen Fallzahlen
 - QZV: zT qualifikationsgebunden

Das ärztliche Honorar

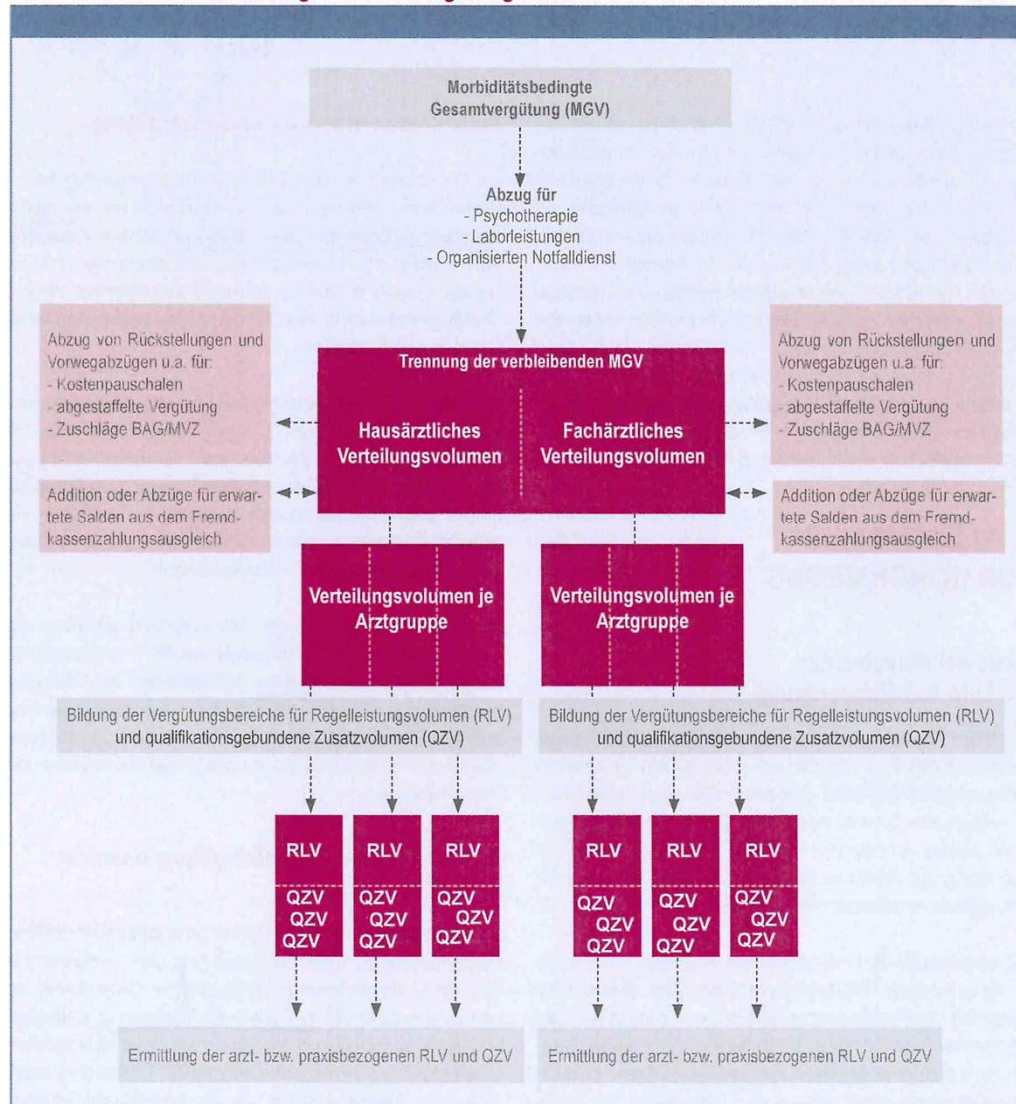
Das ärztliche Honorar setzt sich ab Juli 2010 so zusammen:

Vier Honorarteile	Vergütung
Honorar für Leistungen aus dem Regelleistungsvolumen (RLV) und ggf. den qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV)	zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung
Honorar für RLV- und QZV-Leistungen, die die Mengengrenze überschreiten	zu abgesenkten Preisen (floatender Punktwert)
Honorar für Leistungen, die außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung ohne Mengenbegrenzung bezahlt werden (z. B. Früherkennungsuntersuchungen)	zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung
ggf. Honorar aus Vorwegabzügen, z. B. ärztlicher Bereitschaftsdienst, oder wenn auf Landesebene „freie Leistungen“ vereinbart werden	zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung, ggf. quotiert

Quelle:
KBV 2010

Verteilung der MGV

Der Weg des Geldes:
So wird die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung verteilt



Quelle:
KBV 2010

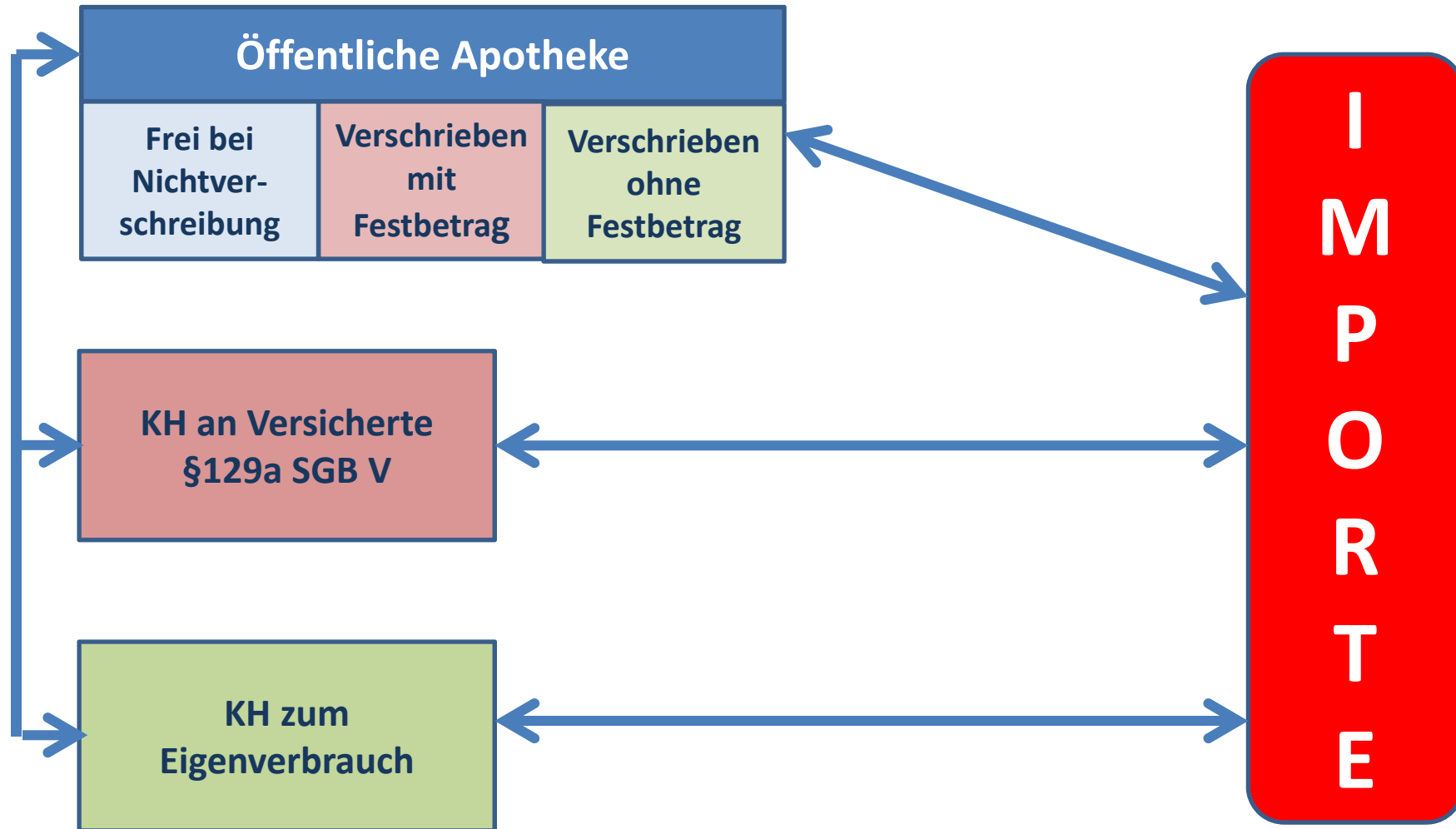
Preise für ambulante ärztliche Leistungen

- Nur anscheinend empirische Kostenbegründung aus Zeiterfassung/Bewertung
- Schon Orientierungspunktwert unterstellt Kostenmodifikation in Preise durch Relation Budget/Menge: damit Switch von Kosten auf Nachfrage (**keine Mengenproduktivität; 24h-Tag!**)
- Segmentierungen vielfältigster Art
- In der Konsequenz: hoch manipulative Umverteilungsrechnung Topdown

IV.

AM zwischen Fest- und Mondpreis

Arzneimittel: gespaltene Preismärkte



Arzneimittel: gespaltener Markt

1. Öffentliche Apotheken an Versicherte:

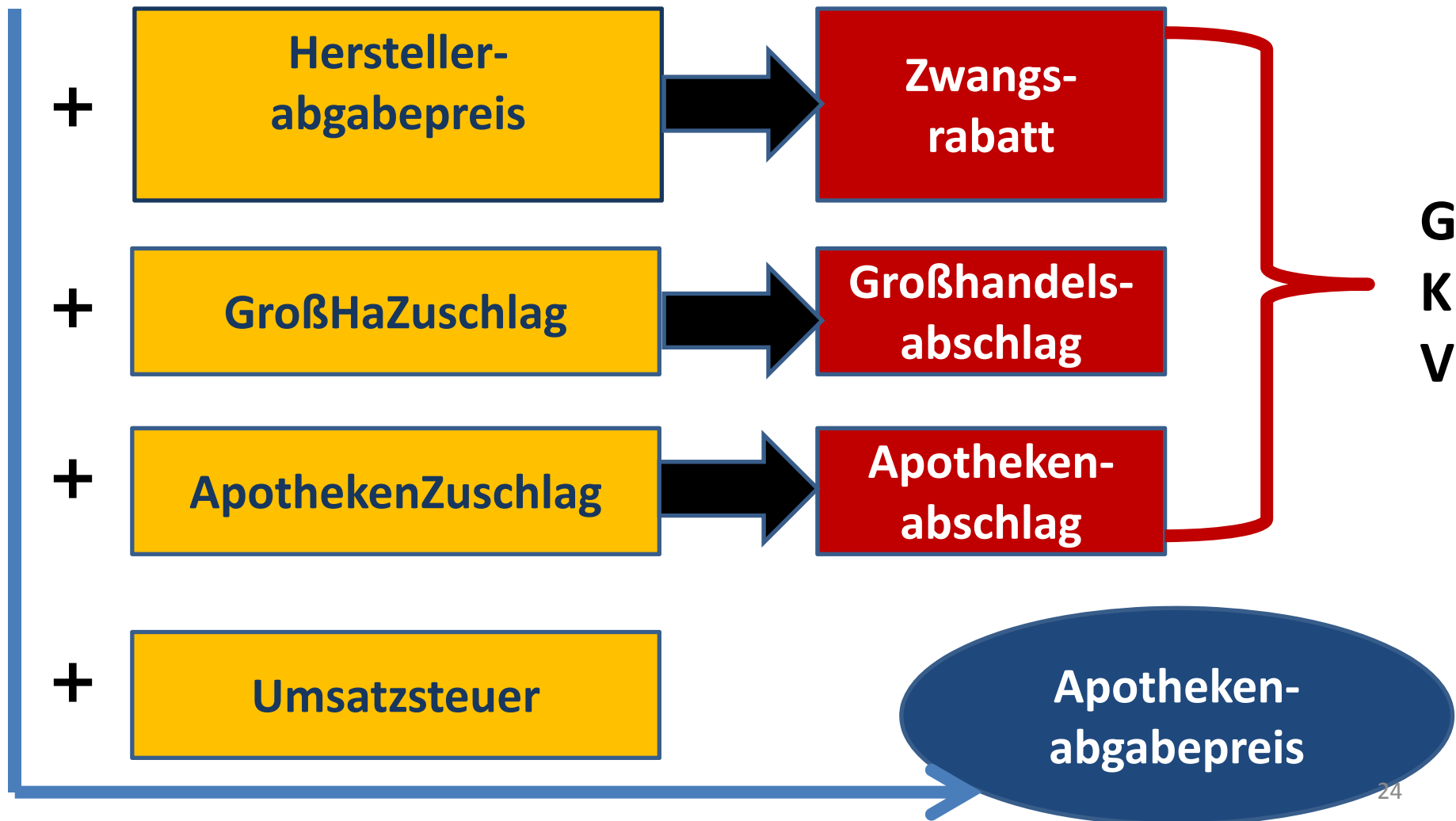
- Verschreibungspflichtig mit Festbetrag
- Verschreibungspflichtig ohne Festbetrag (patentgeschützt mit behauptetem Zusatznutzen) → **Behandlung im nächsten Kapitel**

2. KH-Apotheke an Versicherte

3. Krankenhaus:

- Nur zum Eigenverbrauch
- Freie Preisbildung

Öffentliche Apotheke: Einheitspreis



Pharmabetriebslehre: Insider zum HAP

- Bis vor wenigen Jahren wurde die Preisbildung in erster Linie intuitiv durchgeführt
- Die Stückkosten waren in etwa bekannt
- Profunde Kenner des Marktes legen fest, welchen Preis der Markt vertragen kann
- Erfahrung, Glaube, Intuition

*Quelle:
SCHÖFFSKI et al.
Pharmabetriebslehre
2008, 2.Aufl., S.155*

AM mit Festbetrag 1

- GBA bildet Festbetragsgruppen:
 1. AM mit denselben Wirkstoffen
 2. AM mit pharmakologisch-therapeutisch vergleich-baren Wirkstoffen (chemisch verwandt)
 3. AM mit therapeutisch vergleichbarer Wirkung
- Ausnahme: patentgeschützte AM, wenn
 - neuartig oder
 - mit belegtem therapeutischen Zusatznutzen

AM mit Festbetrag 2

- Festsetzung durch GKV Spitzenverband
- Kriterien:
 - Sicherung einer ausreichenden, zweckmäßigen, wirtschaftlichen, qualitativen Versorgung
 - Ausschöpfung der Wirtschaftlichkeitsreserven
 - Auslösung eines Preiswettbewerbs
 - Ausrichtung an preisgünstigsten Versorgungs-möglichkeiten
 - Sicherstellung einer hinreichenden AM-Auswahl
- §35VSatz4SGBV:
Obergrenze = höchster Abgabepreis des unteren Drittels des Intervalls zwischen dem niedrigsten und dem höchsten Preis (Preisspanne)
- Rechtsnatur:
 - Unbestimmte Rechtsbegriffe + Beurteilungsspielraum
 - Verwaltungsakte in Form einer Allgemeinverfügung

KH an Versicherte (§129a SGB V)

Vor 15.AMG-Novelle

- freie Preisbildung zwischen KH + Kassen
- **Ohne** transparente Offenlegungspflichten
- Zumeist mit gegenseitiger Interessenquote zwischen KH + Kassen
- < Vergleichspreisen auf dem Teilmarkt Öffentliche Apotheken

Ab 15.AMG-Novelle

- freie Preisbildung zwischen KH + Kassen
- **Mit** transparenten Offenlegungspflichten
- HAP plus Zusatzkosten des KH
- Rabattabgabepflichten an GKV
- Wegen Einigungszwang Druck der Kassen auf Endpreis

KH zum Eigenverbrauch

- Abhängig von Anbietermärkten
 - Konkurrenzprodukte
 - Monopolprodukte
- Freie Preisverhandlungen zwischen Hersteller + KH:
 - zweiseitige Handlungsspielräume
 - Anbietermonopol(Druck von Ärzten/Patienten)
 - Nachfragemonopole (mit kartellrechtlichen Grenzen)
- Orientierung an anderen Preismärkten (Öffentliche Apotheken; Importe etc.) schwierig wegen unterschiedlicher Rabatt- und Abschlagsregelungen

V.

AM zwischen Fest- und „Mondpreis“

Was ist Zusatznutzen?

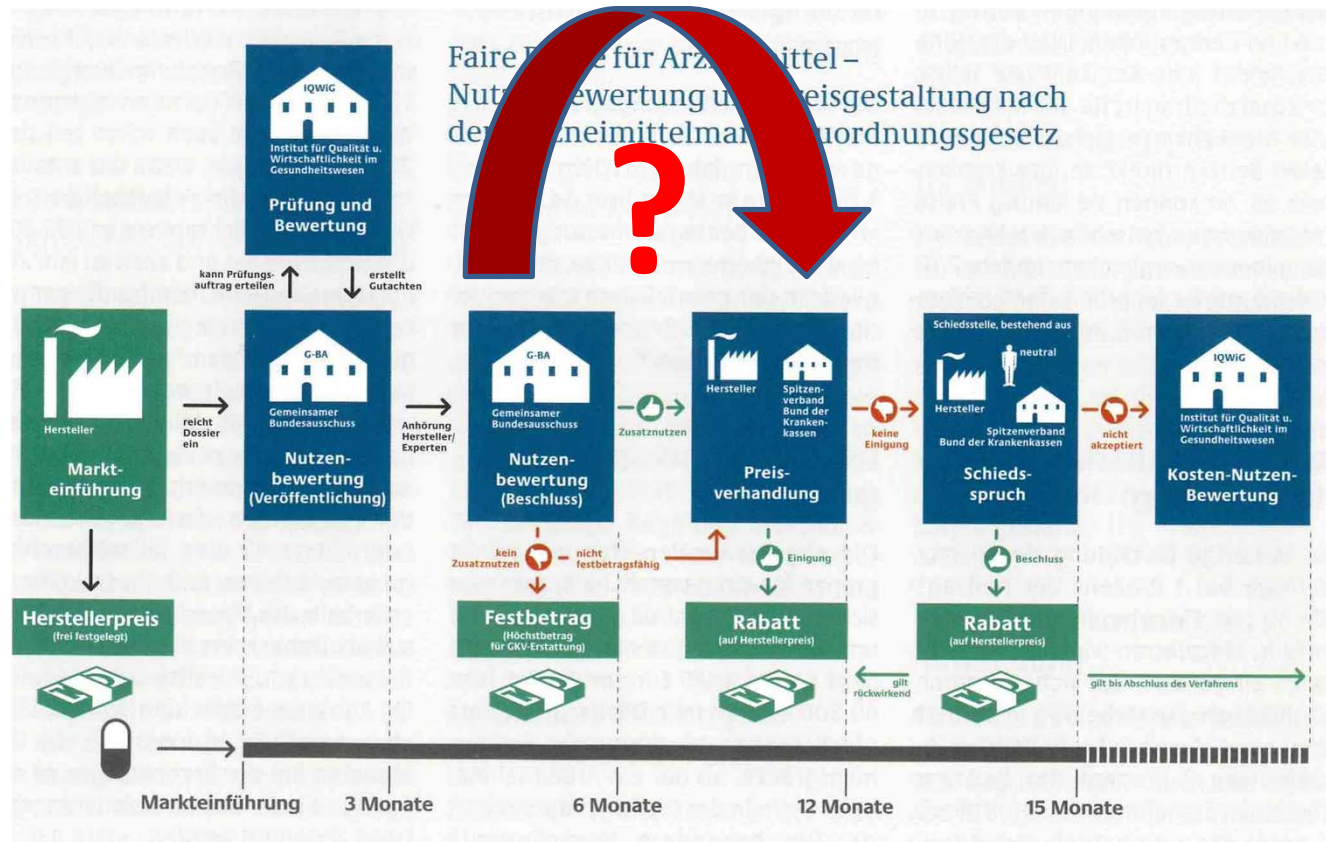
Wie transferiert man

ihn in Preise?

AM ohne Festbetrag

- Marktzutrittsbarrieren durch Gesetz (Patentrecht)
- Behauptung eines Zusatznutzens (sonst Festbetrag)
- Keine Auseinandersetzung mit Konkurrenz
- Freie Bestimmung von Preis +/- Absatz-menge
- Kartellrecht bei Marktbeherrschung:
- Missbrauchsschranken:
 - Exzessive Preisbildung
 - Rabatte
 - Diskriminierung
 - Exklusivitätsregelung
 - Koppelung

Der Traum des Gesetzgebers



Zusatznutzen als nichttriviale Kategorie

- Anthropologische Prämisse der Pharmahersteller
- Generalverdacht der Kassen
- Viele Dimensionen des Nutzenbegriffs
- Streit um Outcome – Kategorien
- *„Diese Differenz macht deutlich, welche Unterschiede einer gesundheitsökonomischen Bewertung je nach Wahl der Evaluationsmethode aus der Sicht der Entscheider entstehen können“ (FOOS et al., Gutachten zu KNB für Arzneimittel in D und im internationalen Vergleich, März 2010)*

AM ohne Festbetrag

Preisverhandlung

- Nutzen: keine instruktive Begründung für Preis
- Kostenorientierung
 - Direkte Kosten (+)
 - F&E-Anteile: sehr gestaltbar (??)
 - Kosten für Marketing, Vertrieb (??)
 - Gemeinkosten (+)
 - Gewinnanteile (+)
- Vergleichspreise
 - kaum vorhanden
 - Keine Ausgangspreise für Fortschreibungsmethode
 - Wilde Verhandlungen, die alles in den Schatten stellen, was wir von anderen Preisverhandlungen kennen

VI. Zwischenfazit

Interdependenzen

- Zwischen den Sektoren?
 - Vielleicht AM und ZE,NUB
 - Sonst eher nicht
- Innerhalb der Sektoren?
 - KH: Mehrleistungen? Selektivverträge?
 - Vertragsärzte: völlig zerklüftet
 - AM? Vielleicht am ehesten

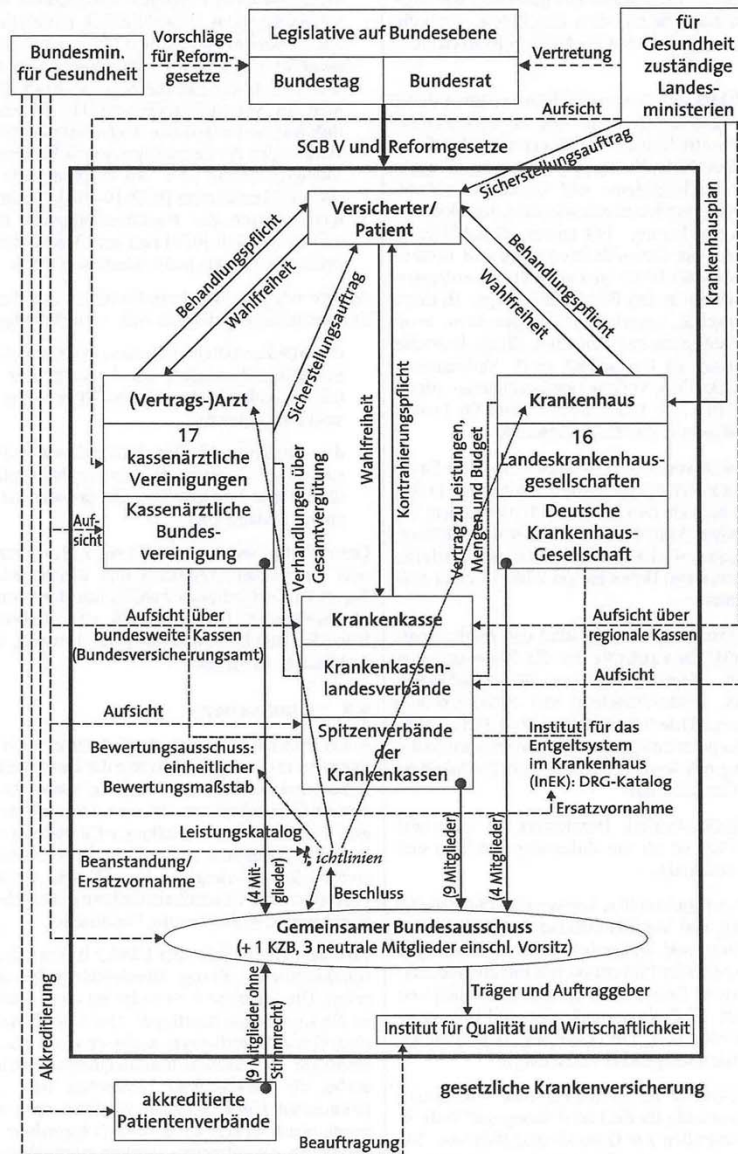
Perspektiven AM-Preise?

- AM-Einheitsmarkt? Wenn ja, wie?
- Hauptproblem: Entsegmentierung + Einheitspreis?
 - Bruttopreise und Zwangsrabatte
 - GKV- und PKV-Preise
- Preisbildung?
 - Kostenorientierung?
 - Patentschutz/Anbietermonopole
 - Verhandlungspreise?

Einfach und
übersichtlich:

Das
Deutsche
Gesundheits-
wesen

Die organisatorischen Beziehungen der Hauptakteure im deutschen Gesundheitswesen



Quelle: Busse/Riesberg 2005, S. 37

Einheitliche
Preise
illusionär

**Vielen Dank
für Ihre
Aufmerksamkeit!**

strehl@uniklinika.de