

Versichertenorientierte Krankenhausversorgung

WULF-DIETRICH LEBER,
JOHANNES WOLFF

Dr. Wulf-Dietrich Leber ist Leiter der Abteilung Krankenhäuser beim GKV-Spitzenverband in Berlin.

Johannes Wolff leitet beim GKV-Spitzenverband das Referat Krankenhausvergütung.

Die DRG-Einführung war der größte Modernisierungsschub in der deutschen Krankenhausversorgung seit Jahrzehnten. Gleichwohl ist es weder zur erhofften Ausgabenbegrenzung noch zur Reduktion der Krankenhausstandorte gekommen. Hier wird die nächste Krankenhausreform ansetzen müssen. Die Neustrukturierung wird nicht durch eine veränderte Planung zu erreichen sein. Vielmehr könnten Marktaustrittshilfen für Krankenhausträger eine der wichtigsten Maßnahmen zur notwendigen Konzentration in der stationären Versorgung sein. Faire Regeln für die Preissetzung, Mengenkontrollen und die Einbeziehung von Qualitätsindikatoren in die Vergütung könnten weitere Reformschwerpunkte sein.

1. Krankenhausreform 2014

Im Jahr 2014 wird das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) 40 Jahre alt. Dieses Jubiläum gibt Anlass für einen durchaus zufriedenen Rückblick: Über viele Jahrzehnte brauchte die Krankenhausversorgung in Deutschland keinen Vergleich mit anderen Gesundheitssystemen der Welt zu scheuen. Patienten hatten und haben, unabhängig vom Einkommen, von Wohnort, Geschlecht und Alter, Zugang zu einer modernen und vollumfänglichen Krankenhausversorgung. Aber zunehmend wird die Krankenhausversorgung auch zulasten der Beitragszahler als Vehikel für eine lokale Wirtschaftsförderung genutzt. So ist eine teure Krankenhausversorgung entstanden, bei der zu Recht die Kritik zunimmt – Kritik an der medizinisch inzwischen zweifelhaften Mengenentwicklung, Kritik an veralteten Strukturen und Kritik an mangelnder Qualitäts- und Versichertenorientierung. Bei einer Reform zum 40. Jubiläum sollte der Ver-

sicherte wieder in den Mittelpunkt der Krankenhausversorgung gestellt werden.

Durch die DRG-Einführung im letzten Jahrzehnt ist die Vergütungssystematik revolutioniert worden. Statt hotelähnlicher Tagespauschalen als Abschlag auf ein selbstkostendeckendes Budget ist ein hoch differenziertes, leistungsorientiertes Vergütungssystem geschaffen. Das DRG-System hat das getan, was es sollte: Leistungsanreize und eine weitestgehend leistungsgerechte Finanzierung schaffen. Aber die Rahmenbedingungen sind nicht reformiert worden, so dass es vielfache Gründe für eine Reform gibt:

1. Mengen- und Preisregulierung: Nur ein Drittel des Mengenanstiegs ist demografisch erklärbar. Nach zahllosen kurzatmigen Politikeingriffen muss nach neuen Regeln für die Preis- und Mengensteuerung gesucht werden.
2. Investitionsfinanzierung: Das Ende der dualen Finanzierung ist nahe. Damit fällt einer der Stützpfeiler des KHG und die Fragen von Sicherstel-

lung, Krankenhauswettbewerb und Kapazitätssteuerung müssen neu beantwortet werden.

3. Überkapazitäten: Die von der leistungsorientierten Vergütung erwartete Konzentration und Marktberreinigung ist nicht eingetreten. Es müssen – um der Effizienz und der Qualität willen – Wege zu einer Reduktion der Anzahl der Krankenhäuser gefunden werden.
4. Wettbewerb: Krankenhäuser befinden sich – quasi als zwangsläufige Folge freier Krankenhauswahl – im Wettbewerb. Hier könnten neue Modelle, auch unter Einbeziehung von Krankenkassen und durch eine stärkere Berücksichtigung von Qualität, etabliert werden.

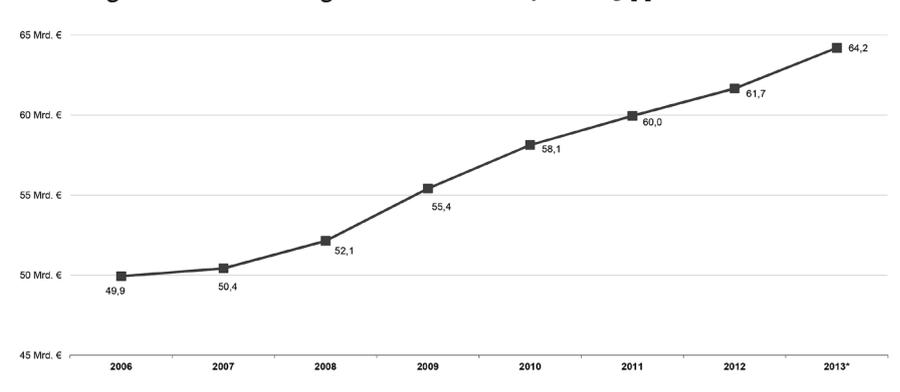
Der folgende Beitrag versucht, einige der zentralen Reformfelder zu skizzieren. Kapitel 2 und 3 beschäftigen sich mit den zentralen Zusammenhängen zwischen Preis- und Mengenentwicklung in der Krankenhausfinanzierung. Es wird eine faire algorithmische Fortschreibung der Preise vorgeschlagen. Kapitel 4 setzt sich mit den „föderalen Komplikationen“ dieser Preisfestsetzung auseinander und diskutiert zwei zentrale Fragen: Landes- oder Bundesbasisfallwert und Berücksichtigung von Mengenentwicklungen auf der Ebene des Krankenhauses oder auf Landesebene? Kapitel 5 beleuchtet die Kapazitätsfrage nach dem Ende der dualen Finanzierung. Marktaustrittshilfen für Krankenhäuser könnten den notwendigen Bereinigungsprozess in Gang setzen bzw. beschleunigen. Ein durchgängiges Thema ist dabei, wie die Qualität der Versorgung stärker und systematischer gefördert werden kann. Denn eine versichertenorientierte Krankenhausreform braucht beides: bezahlbare stationäre Versorgung und qualitativ gute Leistungen.

2. Bilanz der DRG-Einführung: Eine teure Erfolgsgeschichte

Mit der Einführung des deutschen DRG-Systems waren zahlreiche Ziele verbunden:

- mehr Transparenz über Leistungen und Kosten der Krankenhäuser
- leistungsbezogene Vergütung der Krankenhäuser
- Verkürzung der Verweildauern

Abbildung 1: Krankenhausausgaben der GKV 2004 bis 2013 [1]



- mehr Wettbewerb der Krankenhäuser untereinander
- Förderung des Strukturwandels
- Umsetzung des Prinzips „Geld folgt Leistung“
- Stabilisierung der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung durch Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven (Tuschen 2007)

Die Bilanz der DRG-Einführung fällt – je nach Zielgröße – unterschiedlich aus. Dies mag auch Ursache der oftmals undifferenzierten Kritik am DRG-System und der damit oft synonym vorgetragenen Ökonomisierungskritik insgesamt sein.

Kern der Vergütungsreform: Der DRG-Katalog

Im Hinblick auf die Transparenz- und Wirtschaftlichkeitsziele weist das DRG-System eine hervorragende Bilanz aus. Das Versprechen, ein „lernendes System“ zu etablieren, wurde eingehalten, so dass sich die Güte der Klassifikation (in der Regel gemessen am Homogenitätsmaß R^2) im internationalen Vergleich sehen lassen kann (Stausberg, Kiefer 2010). Das DRG-Institut (InEK) leistet gute Arbeit und erhält dafür zu Recht national und international viel Anerkennung. Auch die Vergütung erfolgt leistungsgerechter: Geld folgt heute tatsächlich der Leistung.

Bemerkenswert ist der Transparenzgewinn durch die differenzierte Vergütung. Man weiß heute, wo welche Leistungen erbracht werden und was diese kosten. Ferner wurde durch eine detaillierte Erfassung von Diagnosen und Prozeduren die Grundvoraussetzung für eine wirkungsvolle Qualitätsmessung geschaffen. Die Qualitätsberichte und die Krankenhausnavigatoren wären ohne das DRG-System nicht denkbar.

Ungebremste Ausgabenentwicklung

Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für Krankenhausleistungen nehmen ab dem Jahr 2009 mit dem Übergang zur vollen Finanzierung der Mehrleistungen deutlich zu. Das dies weniger im DRG-Finanzierungssystem als in der Tatsache begründet ist, dass das deutsche DRG-System nahezu komplett auf eine Mengensteuerung verzichtet – international fast einmalig –, ist evident. Vor der Freigabe der Leistungsmengen (2004 bis 2008) zahlte die GKV jährlich ca. 1,2 Milliarden Euro zusätzlich. Nach Freigabe der Leistungsmengen erhöhte sich dieser Betrag auf ca. 2,1 Milliarden Euro jährlich (2009 bis 2013). Folglich blieb die Strukturbereinigung trotz gestiegener Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser aus und das Ausgabenbegrenzungsziel wurde deutlich verfehlt (vgl. Abbildung 1).

Gestiegene Wirtschaftlichkeit

Die Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser ist deutlich gestiegen. Um einen Eindruck von der Entwicklung der Fallkosten zu gewinnen, kann auf die vom InEK ermittelten Fallkosten zurückgegriffen werden. Die vom InEK veröffentlichte „Bezugsgröße“ spiegelt, vereinfachend gesagt, die Kostenentwicklung für die Normalfälle wider (sogenannte Inlier, also alle Fälle ohne Verweildauerausreißer). Tabelle 1 zeigt, dass die Fallkosten – anders als oftmals wahrgenommen – lange Jahre gesunken sind; erst seit 2009 steigen sie leicht. Demnach ist die Erwartung an den Wirtschaftlichkeitsanreiz des Fallpauschalensystems eingetreten. Die Kosten je Fall bzw. je Casemixpunkt (statistisch gesprochen die „Stückkosten“) sind mit Einführung des DRG-Systems stark gesunken. Die Krankenhäuser haben es

verstanden, ihre Kosten zu senken, bzw. haben parallel mehr Casemix Erlöst.

Der Kostenseite kann die Erlöseseite gegenübergestellt werden – quasi als Vergleich von Stückkosten und Stückerlösen (auch wenn die Wortwahl manchem Mediziner unpassend erscheinen wird). Der Preis auf der Erlöseseite ist der Zahlbasisfallwert (ZBFW), jener Wert, mit dem der schweregradadjustierte Fall (Casemix) vergütet wird. Das Wissenschaftliche Institut der Ortskrankenkassen (WIdO) ermittelt monatlich diesen Zahlbasisfallwert (Quelle Z-Bax). Der DRG-Preis sank zunächst und steigt seit 2008 stark an.

Wird ausgehend von einer als zufriedenstellend empfundenen wirtschaftlichen Situation der Krankenhäuser das Ziel verfolgt, Kostensteigerungen der Krankenhäuser durch Erlössteigerungen so zu kompensieren, dass die zufriedenstellende Ausgangssituation wieder erreicht werden soll, so hat der Stückkostenanstieg der Krankenhäuser dem Anstieg der Landesbasisfallwerte zu entsprechen. Das Erlös-Kosten-Verhältnis wird konstant gehalten. Die tatsächliche Veränderung des bundesweiten, jahresdurchschnittlich zur Zahlung gekommenen Landesbasisfallwertes weicht allerdings von der tatsächlichen Stückkostenentwicklung der Krankenhäuser deutlich ab.

In den Jahren 2006 bis 2008 sanken sowohl die Stückkosten als auch der bundesdurchschnittlich gezahlte Basisfallwert. Mit dem oben beschriebenen Ziel einer konstanten Wirtschaftlichkeit ist dies in der Wirkrichtung vereinbar. Da die Kosten der Krankenhäuser je Casemixpunkt sanken, kann auch die Vergütung für den Casemixpunkt sinken. Der Höhe nach entsprachen sich Stückkosten- und Preisentwicklung allerdings nicht. In allen bislang beobachtbaren Jahren (bis auf das Jahr 2011) wurden die Krankenhäuser übervergütet bzw. wurde der Preis nicht entsprechend der Produktivitätsfortschritte der Krankenhäuser abgesenkt. Zu beachten ist dabei allerdings, dass Tatbestände, die in den Krankenhäusern zu Kosten führten, teilweise erst zu späteren Zeitpunkten in den Landesbasisfallwert überführt wurden.¹ Dadurch entsteht teilweise ein zeitlicher Versatz der Wirkungen.

Abschließend kann man konstatieren, dass die Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser gestiegen ist. Insbesondere im Bundestagswahljahr 2009 wurden die Krankenhäuser deutlich übervergütet.

Tabelle 1: Stückkosten, Stückerlöse und wirtschaftliche Situation [2]

Datenjahr	Bezugsgröße	Delta Bezugsgröße	in %	Zahlbasisfallwert	Delta Zahlbasisfallwert	in %
2003	2.975 €					
2004	2.836 €	- 139 €	- 4,7			
2005	2.736 €	- 101 €	- 3,5	2.805 €		
2006	2.681 €	- 55 €	- 2,0	2.778 €	- 27 €	- 1,0
2007	2.621 €	- 60 €	- 2,2	2.722 €	- 56 €	- 2,0
2008	2.619 €	- 2 €	- 0,1	2.720 €	- 2 €	- 0,1
2009	2.651 €	32 €	1,2	2.851 €	131 €	4,8
2010	2.687 €	36 €	1,4	2.925 €	74 €	2,6
2011	2.730 €	43 €	1,6	2.940 €	15 €	0,5
2012				2.995 €	55 €	1,9

Die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser verbesserte sich entsprechend in den Einführungsjahren des DRG-Systems deutlich. Die Entwicklung der Jahresfehlbeträge der Krankenhäuser bestätigt den Vergleich hinsichtlich seiner Rückschlüsse auf die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser (Augurzky et al. 2013).

DRG-Einführung – Eine Zwischenbilanz

Die Zwischenbilanz der DRG-Einführung zeigt zunächst eine Erfolgsgeschichte: Es ist gelungen, von einer archaischen Tagessatzvergütung zu einer differenzierten Vergütung medizinischer Leistungen zu kommen. Sie hat die Effizienz in den Kliniken erhöht und sie hat für die Versicherten Leistungstransparenz geschaffen. Die Endphase der DRG-Einführung ist aber auch gekennzeichnet durch eine ungebremste Ausgabenentwicklung, durch überhöhte Preise und durch eine medizinisch zunehmend zweifelhafte Mengenentwicklung. Die „überhitzte“ Mengenentwicklung ist die logische Folge der Einführung einer leistungsorientierten Vergütung bei Überkapazitäten und überhöhten Preisen. Preis- und Mengenregulierung sind deshalb der erste Ansatzpunkt einer Reform nach Abschluss der DRG-Einführung.

3. Preisbildung fair gestalten

Die Preisentwicklung für Krankenhausleistungen ist im deutschen Gesundheitswesen weitestgehend staatlich vorgegeben – mit leichten Variationsmöglichkeiten für die gemeinsame Selbstverwaltung von Krankenkassen und Krankenhäu-

sern. Um das DRG-Finanzierungssystem und seine Ausgabenwirksamkeit global steuern zu können, war und ist der Preiszuwachs der Landesbasisfallwerte nach oben begrenzt. Nach Einführung des DRG-Systems bis zum Jahr 2012 wurde die Preisentwicklungsobergrenze im Wesentlichen durch Anwendung der Grundlohnrate bestimmt.

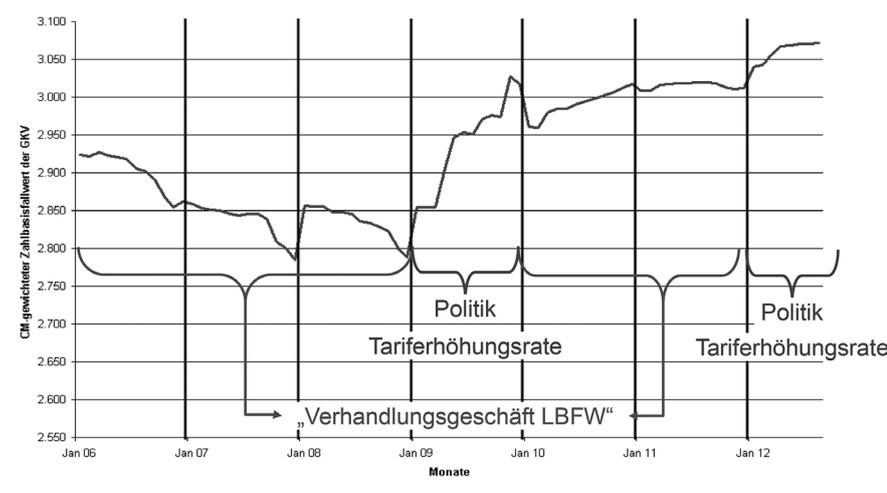
Preissetzung im Politikbetrieb

Die Möglichkeit der Veränderung der Preisentwicklungsobergrenze als Instrument auf der Bundesebene wurde in der Vergangenheit ausgiebig von der Politik genutzt. Es gibt kaum ein Jahr ohne veränderte Preisregulierung. Insbesondere Bundestagswahlen waren Taktgeber diskretionärer Mittelzuflüsse für Krankenhäuser. Auch die mit dem Beitragsschuldengesetz jüngst beschlossenen Maßnahmen werden sich wieder in einem sprunghaften Preisanstieg Ende des Jahres 2013 ausdrücken (vgl. Abbildung 2). Die Preissetzung erfolgte im DRG-System bislang weitgehend im Politikbetrieb.

Da die Grundlohnrate als Preisentwicklungsobergrenze lediglich indirekt mit der Kostenentwicklung im Krankenhaus verbunden ist, wurde in den letzten Jahren häufiger auf das Instrument der Tarifierhöhungsrates für die Landesbasisfallwerte zurückgegriffen, um vermeintlich notwendige Kostensteigerungen der Krankenhäuser nachzufinanzieren. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft

¹ Dies betrifft beispielsweise die Mehrkosten infolge der Abschaffung des Arztes im Praktikum (2009), die Finanzierungsbeträge zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen (2010) und die Mittel des Pflegesonderprogramms (2012).

Abbildung 2: Preis: Zahlbasisfallwert (Z-Bax) 2006 bis 2012 [3]



(DKG) und der GKV-Spitzenverband verhandelten in 2008/2009 und 2012 dabei einen prozentualen Aufschlag auf die Landesbasisfallwerte basierend auf der anteiligen Tariflohnentwicklung im Krankenhaus.

Mit dem seit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG, 2009) vorgesehenen Umstieg auf den (anteiligen) Orientierungswert wird die bislang einnahmebezogene Preisentwicklungsobergrenze durch eine kostenbezogene ersetzt. Basis der neuen Preisentwicklungsobergrenze ist der durch das Statistische Bundesamt ermittelte Orientierungswert. Er gibt die allgemeine krankenhausspezifische Inflationsrate bzw. die durchschnittliche, preisliche Kostensteigerung in den Krankenhäusern wieder (Böhm et al. 2012). Die Finanzierung von diskretionären Tariferhöhungsrate wird damit überflüssig. Das Nebeneinander von Landesbasisfallwert, der Tarifrater sowie der Obergrenze auf der Bundesebene führt mittlerweile zur dreifach finanzwirksamen Berücksichtigung der Kostensteigerungen der Krankenhäuser.

Alle gesetzlichen Regelungen seit Einführung des Orientierungswertes sehen eine anteilige Finanzierung der Kostensteigerungen vor. Maßgebliche Obergrenze für die Preisentwicklung ist eine Veränderungsrate unterhalb des Orientierungswertes. Diese Veränderungsrate sollte zunächst vom Gesundheitsminister festgesetzt, seit dem Psych-Entgeltgesetz (PsychEntgG, 2012) soll sie zwischen GKV-Spitzenverband und DKG verhandelt werden. Noch bevor die erste Verhandlung stattgefunden hat, sind die Vorgaben, wie sie zu verhandeln ist, wieder

verändert worden. Inwieweit es in 2013 erstmals zu Verhandlungen kommt, hängt davon ab, ob der Orientierungswert größer ist als die Grundlohnsteigerung.

Grundsätzlich ist das Durchreichen von Kostensteigerungen problematisch, weil es eine Art Wiedereinführung der Selbstkostendeckung durch die Hintertür bedeutet (Friedrich, Leber, Wolff 2010). Schwerwiegender jedoch ist die Fehlkonstruktion, dass lediglich Kostensteigerungen und nicht in gleichem Maße Produktivitätssteigerungen berücksichtigt werden. Dies ist essenziell für eine „faire Preisentwicklung“.

Faire Preisentwicklung: Kostenveränderung je schweregradjustierten Fall (Casemixpunkt)

Fälschlicherweise wird eine „faire“ Krankenhausfinanzierung oft mit einer Parallelentwicklung von Tariferhöhung und Preiserhöhung gleichgesetzt. Hierbei bleibt jedoch die Produktivitätsentwicklung der Krankenhäuser (Kostendegression durch die Mengenentwicklung, Verweildauerrückgang, technischer Fortschritt) komplett unberücksichtigt.

Damit ein Krankenhaus auch im Folgejahr das gleiche Leistungsvolumen erbringen kann, ohne in finanzielle Schieflage zu geraten, müssen sich die Preise je Erlöseinheit im Einklang mit den Kosten je Erlöseinheit bewegen. Faire Krankenhausfinanzierung bedeutet also eine Preisfortschreibung nach Maßgabe der Kosten je Casemixpunkt. Statistisch gesprochen sind nicht die „Lohnkosten“ relevant, sondern die „Lohnstückkosten“.

Vereinfacht sei dies an der Blinddarmoperation illustriert. Will man, dass die (notwendige) Blinddarmoperation unabhängig von der Wirtschaftsentwicklung finanziert werden soll, dann muss man den Krankenhäusern die Kosten je Blinddarmoperation garantieren. Die können steigen (z. B. aufgrund von Lohnsteigerungen), aber sie können auch sinken (z. B. wegen Verweildauerrückgangs oder kostensparender OP-Technik). In einem solchen Modell läge das Morbiditätsrisiko (mehr Blinddarmoperationen) bei den Kassen. Auch Kostensteigerungen je Fall werden akzeptiert.

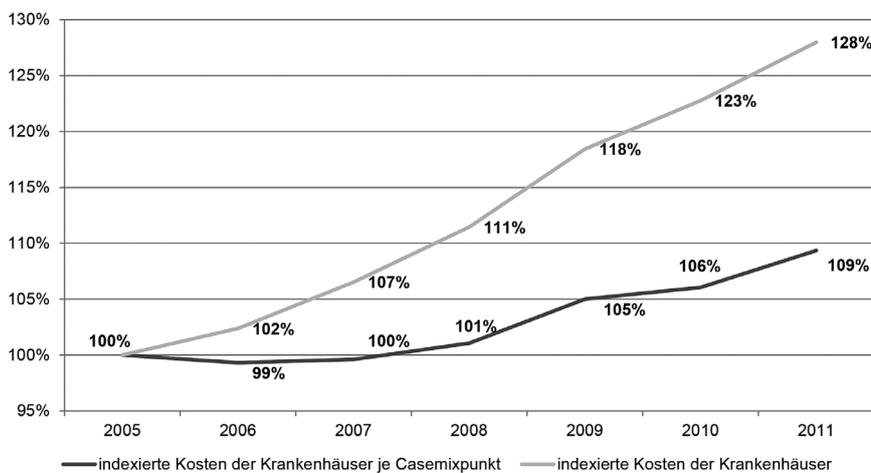
Eine sinnvolle algorithmische Fortschreibung der Basisfallwerte wäre also die Kostenentwicklung je Casemixpunkt. Sie sollte vom Statistischen Bundesamt gemessen und als Basis für den Orientierungswert zugrunde gelegt werden. Statt einer rohen Kostensteigerung von 28 Prozent in den Jahren 2005 bis 2011 ergibt sich dann eine Größenordnung von neun Prozent (Destatis 2011, vgl. Abbildung 3).

Eine skeptische Anmerkung zum Schluss: Die dargestellte algorithmische Lösung schafft Sicherheit für Krankenhäuser und Krankenkassen zugleich. Sie wäre eine gute Lösung für die Finanzierung der deutschen stationären Versorgung. Es stellt sich allerdings die Frage, ob sie auch die Eigengesetzlichkeiten des Politikbetriebes bedient. Algorithmen erlauben wenig parlamentarische Profilierung – weit weniger als die immer wieder neuen Politikinitiativen zur Ausgabenkonsolidierung oder zur Verbesserung von öffentlich diskutierten Versorgungsmängeln (Hygiene, Pflege). Eine stabile, verlässliche Lösung wird es möglicherweise erst geben, wenn die Republik müde wird, das ewige Gejammer zu ertragen – das Gejammer über notleidende Kliniken, über ausufernde Krankenhausaussgaben, über Qualitätsmängel und über ökonomisch induzierte Mengenentwicklungen.

4. Mengensteuerung etablieren

Der Anstieg der stationären Krankenhaushäufigkeit in Deutschland ist scheinbar nicht aufzuhalten. Abgesehen von einem „Strukturbruch“ durch das ambulante Operieren in den Jahren 2002 bis 2004 steigen die stationären Fallzahlen seit Beginn der 1990er Jahre unablässig

Abbildung 3: Indexierte Kosten der Krankenhäuser und indexierte Kosten der Krankenhäuser je Casemixpunkt 2005 bis 2011 [4]



und sind mit nunmehr rund 18 Millionen stationären Krankenhausfällen auf einem neuen Höchststand. Noch stärker als die Fallzahl steigt das schweregrad-adjustierte Fallvolumen, das sogenannte Casemixvolumen. Die prozentuale Casemixsteigerung liegt in den Jahren 2004 bis 2010 bei durchschnittlich knapp drei Prozent (Wolff 2012).

Die DRG-Begleitforschung und andere Studien (RWI 2012) haben gezeigt, dass lediglich ein Drittel dieser Casemixsteigerung auf die Alterung der Bevölkerung zurückzuführen ist (IGES). Zwei Drittel der Mengensteigerung bedürfen noch einer Erklärung. Die Leistungsmengenentwicklung scheint sich bei diesen Leistungen von ihrer fundamentalen Einflussgröße, d. h. der Morbidität der Bevölkerung, zu entkoppeln. Zu Recht wird derzeit diskutiert, ob es sich um eine ökonomisch induzierte Mengenentwicklung handelt. Da in dieser Diskussion einige populäre Irrtümer verbreitet sind („Krankenhäuser kloppen Menge, weil der Preis verfällt.“), lohnt es, noch einmal kurz die ökonomischen Grundprinzipien zu rekapitulieren.

Der Preis macht die Menge

Kern der ökonomischen Theorie ist der Zusammenhang von Angebot, Nachfrage und Preis. Die Theorie besagt, dass bei steigendem Preis die Angebotsmenge steigt, während sie umgekehrt bei sinkendem Preis sinkt. In der gesundheitspolitischen Debatte um die Mengenentwick-

lung im Krankenhaus taucht nun häufiger eine Hypothese auf, die die Ökonomie auf den Kopf stellt. Angeblich sei die Mengenentwicklung so expansiv, weil der Preis zu niedrig sei. Würde der Preis gesenkt, so würde noch mehr Menge gemacht. Diese These hat bereits als sogenannte „Hamsterrad-Hypothese“ mehrfach für Furore gesorgt, so z. B. in der Debatte um das Einkommen der Hausärzte.

Die Verbreitung einer solchen These hat eine für Leistungserbringer angenehme Schlussfolgerung: Man suggeriert, das Mengenproblem sei durch höhere Preise zu lösen (Grundsatz „Lieber mehr Geld, aber dafür weniger arbeiten.“).

Mit der sogenannten „Hamsterrad-Hypothese“ wird suggeriert, das Mengenproblem sei durch höhere Preise zu lösen.

Der Ökonom erkennt sofort das gleiche Grundmuster wie im Preiskartell: Der Preis wird solange erhöht, bis auch das unwirtschaftlichste Krankenhaus über die Runden kommt, um den Wettbewerbsdruck über den Landesbasisfallwert zu reduzieren. Dieses Vorgehen richtet sich insbesondere gegen das im Rahmen der Verhandlung der Landesbasisfallwerte genutzte Kostendegressionsargument der Krankenkassen (§ 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 KHEntG). Im Unterschied zu funktionierenden Märkten, in denen die Menge wegen der gestiegenen Preise anhand der Nachfrage sinkt und eine Quotierung der Absatzmärkte

durch das Kartell aufgrund der Überkapazitäten notwendig macht, verlangt im Krankenhausmarkt die Politik Zugeständnisse in Richtung Mengenbegrenzung getreu dem Motto: „Ihr sollt die höheren Preise bekommen, wenn ihr Mengenbegrenzungen akzeptiert.“ Der bestehende Mehrleistungsabschlag oder mögliche künftige Ausweitungen desselben sind hierfür exemplarisch. Das der Politik mehr oder weniger offen gemachte Zugeständnis der DKG, stärkere Mengenbegrenzungen dann zu akzeptieren, ist ein Danaergeschenk. Die Politik wird niemals strikte Mengenbegrenzungen im Sinne einer starren Quotierung auf Einzelhausbene gegenüber den Patienten einhalten können (u. a. Wartelisten, Rationierung). Dies weiß die Krankenhausesseite. Für sie ist es eine Win-win-Situation. In jedem Fall steigen die Preise und damit der Erlös. Darüber hinaus kommt es zu weiteren Erlössteigerungen aus zusätzlichen Mengen. Steigende Preise führen zu steigender Menge.

Nebenbei wird nicht weniger und nicht mehr als die gesamte Logik des DRG-Preissystems infrage gestellt. Diese Logik akzeptiert einen gedeckelten Preis als Steuerungsinstrument und lässt im Gegenzug die Menge (idealtypisch die Morbiditätsentwicklung) ungedeckt. Der Preis steuert direkt die Ausgaben und indirekt die erbrachte Menge – eine klare Kausalität. Dies würde nunmehr tendenziell umgedreht und ist in seinem Ziel (weniger Menge) wie beschrieben weder durchsetzbar noch kann es politisch im Hinblick auf Rationierung und die negativen Wirkungen auf die Effizienz der Krankenhäuser ein Ziel sein. Die ökonomische Theorie besagt: Sinkende Preise lösen das Mengenproblem, steigende nicht.

Interessant in diesem Zusammenhang ist die potenzielle Auswirkung der Mehrleistungsabschläge auf die Leistungsmengenentwicklung. In Jahren, in denen der Mehrleistungsabschlag wirkt, reduzierte sich das Leistungsmengenwachstum deutlich. Das vermeintlich als Problem präsentierte und als „doppelte Degression“ verunglimpfte Nebeneinander von Preissteuerung auf der Krankenhaus- und der Landesebene war demnach nicht Problem, sondern ein Teil der Lösung der Mengenproblematik über preissteuernde Maßnahmen. „Anteilige Degression“ wäre aufgrund der Trennung in Landes- und Ortsebene ein passenderer Begriff.

Die mit dem Beitragsschuldengesetz beschlossene preiserhöhende Ausschüttung des Abschlagsvolumens mit der Gießkanne über alle Krankenhäuser ist demnach genau die falsche Maßnahme, da sie die Preise wieder erhöht und so zusätzliche Mehrleistungen anreizt. Allein der Umstand, dass verursachergerecht die Anreizwirkung des Mehrleistungsabschlags in der Wirkung zwischen den Krankenhäusern erhalten geblieben ist, ist positiv zu bewerten.

Beschränkung auf Innovationen mit Nutznachweis

Die Steuerung von stationären Leistungsmengen hat nicht nur eine ökonomische Dimension, sie wird zunehmend auch bezüglich ihrer medizinisch-qualitativen Dimension diskutiert. Es geht darum, dass Patienten vor zweifelhaften Operationen (oder anderen Leistungen) geschützt werden müssen. Es ist zwar generell zu hoffen, dass „noch nicht die Gesunden operiert werden“, aber es gibt selbst innerhalb der ärztlichen Standesorganisationen zunehmend Zweifel, ob bestimmte Ausweitungen noch medizinisch sinnvoll sind. Intensiv wird dies z. B. in der Wirbelsäulenchirurgie diskutiert.

Besonders problematisch sind Mengenausweitungen bei neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB), deren Nutzen noch nicht belegt ist. Das NUB-Verfahren des InEK untersucht lediglich die Frage, ob ein neues Verfahren ökonomisch in den DRGs abgebildet ist oder nicht. Je teurer das Verfahren, desto eher bekommt es den NUB-Status 1 und kann zusätzlich zur DRG-Vergütung abgerechnet werden.

Selbst innerhalb der ärztlichen Standesorganisationen gibt es zunehmend Zweifel, ob bestimmte Ausweitungen medizinisch noch sinnvoll sind.

Das InEK untersucht jedoch nicht, ob es bei der neuen Untersuchungs- und Behandlungsform einen Nutzen für den Patienten gibt. Auch nutzlose oder sogar schädliche Behandlungsformen können den NUB-Status 1 bekommen und zu einer medizinisch zweifelhaften Mengenausweitung beitragen.

Reformziel sollte es deshalb sein, dass alle neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, bei denen der Nutzen noch unklar ist, künftig nur noch in speziellen Innovationszentren eingesetzt und dort evaluiert werden. Erst nach erfolgreichem Abschluss der Studien in diesen Zentren würde der flächendeckende Einsatz erfolgen. Bei allen Behandlungsmethoden sollte also eine frühe Nutzenbewertung erfolgen, die in einer Art Ampelentscheidung zum Verbot, zur weiteren Evaluation in Studien oder aber zur sofortigen flächendeckenden Freigabe führt. Das Instrument der frühen Nutzenbewertung wird seit dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) erfolgreich im Arzneimittelbereich eingesetzt.

Qualität honorieren: Weiterentwicklung des DRG-Katalogs

Die Tendenz zur zweifelhaften Mengenentwicklung hat zu einer Qualitätstätt-Quantität-Forderung geführt. Das wirft die Frage auf, wie denn eine qualitätsorientierte Vergütung aussehen soll – eine der Urfragen der Gesundheitsökonomie. Bereits in dem ersten schriftlich überlieferten Gesetzeswerk, dem Codex Hammurapi (ca. 1750 v. Chr.), findet sich eine ärztliche Gebührenordnung, die qualitätssichernde werkvertragliche Komponenten enthält (Leber 2009).

Entwickelt man eine leistungsorientierte Vergütung (wie das DRG-System), dann kommt man langfristig quasi zwangsläufig in Richtung einer qualitätsorientierten Vergütung (Haas, Wolff 2011). Schließlich ist eine Hüftendoprothese, die hält, eine bessere, höher zu vergütende Leistung als eine Hüftendoprothese, die sich schon nach kurzer Zeit lockert. Es liegt nahe, ein System zu schaffen, bei dem die qualitativ bessere Endoprothese auch besser vergütet wird. Kein Mensch wird ernstlich gegen ein Vergütungssystem argumentieren wollen, das gute Arbeit belohnt. Man kommt zu einem solchen System, wenn man das bestehende Vergütungssystem um eine Qualitätsdimension erweitert, was direkt in die komplexe Welt der Qualitätsindikatoren führt: Indikatoren wie die Reoperation wegen Komplikation nach der (Hüftendopro-

thesen-)Implantation, die Letalität nach Herzschrittmacherimplantation oder Cholezystektomie, Organverletzungen bei Hysterektomie oder Reinterventionensrate bei Cholezystektomie.² Das macht die Vergütungswelt nicht einfacher. Letztlich ist der Ruf nach einer qualitätsorientierten Vergütung keine Alternative zu DRGs, sondern die Forderung nach deren Fortentwicklung.

Die Erweiterung der DRGs um eine Qualitätsdimension führt zu einer ganzen Reihe von Messproblemen und sie führt vor allem zu einer signifikanten Erhöhung der Gruppenzahl zwecks Risikoadjustierung und Ergebnisdifferenzierung (Anhaltswert: 10.000 DRGs statt 1.000). Auch der Erfassungsaufwand in den Kliniken und Konflikte mit dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) werden zunehmen. Gleichwohl bleibt es eine vernünftige Forderung, qualitativ gute Arbeit besser zu vergüten als qualitativ schlechte. Eines ist das allerdings nicht: eine kurzfristige Antwort auf das Mengenproblem.

5. Landesebene stärken

Preis- und Mengensteuerung stationärer Leistungen existieren im deutschen Krankenhausrecht auf den drei Ebenen Krankenhaus (sogenannte Ortsebene), Land und Bund. Die gegenseitigen Interdependenzen sind komplex (vgl. Tabelle 2).

Steuerung auf Krankensebene

Auf der Ebene der Budgetverhandlung des einzelnen Krankenhauses existieren im Wesentlichen zwei steuerungsrelevante Ansätze. Zum einen vereinbaren das Krankenhaus und die Krankenkassen jährlich – und im Idealfall prospektiv – das Leistungsmengengerüst des Krankenhauses. Bei dieser Vereinbarung wirken Erlösausgleiche, damit sich

2 Quinth: Fast alle im deutschsprachigen Raum bekannten und frei verfügbaren Qualitätsindikatoren aus den Versorgungsbereichen der ambulanten (zahn-)ärztlichen Versorgung und den Krankenhäusern sind in der Quinth-Datenbank des GKV-Spitzenverbandes unter <http://quinth.gkv-spitzenverband.de> zu finden. Zu den Indikatoren findet man dort zudem die Bewertung der Autoren selbst, soweit vorhanden, sowie eine eigene Bewertung anhand der Angaben der Autoren auf ihre Güte und Eignung für qualitätsabhängige Vergütungskonzepte. Zu den Gütekriterien zählen der Indikatorstatus, die Validität und die Reliabilität.

Tabelle 2: Föderale Ebenen der Mengen- und Preissteuerung

Ebene	Steuerungsgröße	Funktion	Steuerungsinstrument	Mengenreagibel	Kostenreagibel
Bund	Veränderungswert und Bundesbasisfallwert	Preisentwicklungsobergrenze und Bundesbasisfallwertkonvergenz	Preis	nein, nur indirekt über die Landesbasisfallwerte	ja, via Orientierungswert (§ 10 Abs. 5, 6 KHEntgG)
Land	Landesbasisfallwert	Preisfestsetzung der absoluten Höhe	Preis	ja (§ 10 Abs. 3 KHEntgG)	ja (§ 10 Abs. 3 KHEntgG)
Haus	Zu- und Abschläge	Landesbasisfallwert modifiziert um Hauskomponenten (Zu- und Abschläge)	Preis	ja, beim Mehrleistungsabschlag (§ 4 Abs. 2a KHEntgG)	ja, in Bezug auf individuelle Tatbestände
	Leistungsmengengerüst und Erlösausgleiche	Vereinbarung von Art und Umfang der Leistungsmengen	Preis	ja, bei Abweichung vom Vereinbarungsergebnis	nein

die Vertragsparteien auf ein möglichst realistisches Vereinbarungsergebnis verständigen. Erbringt ein Krankenhaus mehr Leistungen als vereinbart, so muss es einen Mehrerlösausgleich in Höhe von regulär 65 Prozent an die Krankenkassen zurückzahlen. Erbringt es weniger Leistungen als vereinbart, so müssen die Krankenkassen dem Krankenhaus einen Teil der nicht erbrachten Leistungen als Mindererlösausgleich (regulär 20 Prozent) finanzieren. Die Vereinbarung der Leistungsmengen als klassisches Instrument der Mengensteuerung wird nachgelagert über Erlösausgleiche und damit über den Preis gesteuert. Der krankenhausspezifische Basisfallwert, der Zahlbasisfallwert, wird dementsprechend variiert.

Zum anderen werden Zu- und Abschlagstatbestände auf der Ebene des einzelnen Krankenhauses vereinbart. Diese Zu- und Abschlagstatbestände variieren den Landesbasisfallwert hausspezifisch und damit den Zahlbasisfallwert des Krankenhauses. Seit 2009 existiert mit Ausnahme des Jahres 2010 der Mehrleistungsabschlag in unterschiedlichen Abschlagshöhen. Er bezieht sich auf zusätzlich vereinbarte Leistungsmengen und dient der Vermeidung von Leistungen aus wirtschaftlichen Gründen. Dadurch wird die Kostendegression bei Mehrleistungen auf Landes- und Hausebene berücksichtigt.

Steuerung auf der Landesebene

Der Landesbasisfallwert ist die zentrale Einfluss- und Steuerungsgröße im deutschen DRG-System. Die Landesbasisfallwerte werden unter Abwägung der voraussichtlichen Kostensteigerung der Krankenhäuser und der voraussichtli-

chen „Produktivitätsfortschritte“ der Krankenhäuser zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen auf Landesebene verhandelt und es wird ein absoluter Preis in Euro festgesetzt. Seine Höhe bestimmt die Intensität der Leistungserbringung. Bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwertes spielt die Entwicklung der Leistungsmengen im Bundesland auch bei der Preisfindung eine Rolle. Zusätzliche Leistungsmengen werden nur anteilig, zu ihrem variablen Kostenanteil, finanziert und in den Landesbasisfallwert einbezogen, wirken also tendenziell preisabsenkend. Dieser als Kostendegression kontrovers diskutierte Umstand ist neben seiner betriebswirtschaftlichen Begründung über die Fixkostendegression vor allen Dingen Steuerungsinstrument und zielt auf einen preisdämpfenden Effekt mit Wirkung auf die Leistungsmengenentwicklung. Je mehr Leistungsmengen im Land insgesamt erbracht werden, desto stärker ist die preisdämpfende Wirkung dieses Effekts, desto geringer wird der Anreiz zur Leistungserbringung aus rein wirtschaftlichen Gründen. Das System sorgt so zum einen durch Bezugnahme auf den variablen Kostenanteil der Krankenhausleistungen dafür, dass keine Übervergütung entsteht, zum anderen aber korrigiert es Fehlanreize durch überhöhte Preise in Teilen selbst. Der Kostendegressionseffekt ist nicht ursächlicher Grund etwaiger Probleme, sondern Teil der Lösung derselben.

Steuerung auf der Bundesebene

Nach Ablösung der langjährigen Bindung der Preisentwicklungsobergrenze an die Einnahmeentwicklung der GKV (Grundlohnrate) gilt seit 2012 der durch das Statistische Bundesamt ermittelte Ori-

entierungswert. Er stellt eine krankenhausspezifische Inflationsrate dar bzw. gibt die durchschnittliche Preisentwicklung der Kosten in den Krankenhäusern wieder. Der konkrete Veränderungswert bestimmt sich aus dem Orientierungswert über Verhandlungen als Referenz in Verbindung mit der Grundlohnrate. Mit der Berücksichtigung der Kosten der Krankenhäuser im Orientierungswert als Basis für den Veränderungswert wird ein Kernargument der Verhandlungen des Landesbasisfallwertes nun auch auf der Bundesebene behandelt.

Nach Analyse der verschiedenen Steuerungsebenen bleibt die Erkenntnis, dass die wesentliche Steuerungsebene im DRG-Finanzierungssystem der Preis ist. Aufgrund der neueren gesetzlichen Regelungen (Mehrleistungsabschläge, Orientierungswert) ergeben sich zwei große Fragen:

- Wie soll mit dem Nebeneinander von Landesbasisfallwert und Bundesbasisfallwert zukünftig verfahren werden? Soll der Bundesbasisfallwert zukünftig die Preisentwicklung bestimmen oder bleibt die zentrale Steuerungsebene der Landesbasisfallwert? Die ordnungspolitische Frage, ob es bundes- oder landeseinheitliche Preise geben sollte, ist noch nicht entschieden und wird im Folgenden zu diskutieren sein.
- Wie soll mit dem Nebeneinander von Mengendegression auf der Krankenhaus- und der Landesebene verfahren werden? Soll die Leistungsmenge zukünftig auf der Ebene des einzelnen Krankenhauses gesteuert werden oder der Landesbasisfallwert die zentrale Steuerungsebene der Leistungsmenge bleiben?

Zu beiden ordnungspolitischen Kernfragen sind Gutachten in Auftrag gegeben, um die Entscheidungsfindung zu unterstützen.

Landesbasisfallwert oder Bundesbasisfallwert?

Die Frage nach der Sinnhaftigkeit eines Bundesbasisfallwertes ist eine der beliebtesten Fragen, da sie ohne große Vorkenntnisse des Krankenhausfinanzierungssystems diskutiert werden kann. Historisch hat man sich auf eine Korridorlösung für die Landesbasisfallwerte geeinigt. Im DRG-Finanzierungssystem wirken bisher zwei Konvergenzphasen. Die erste glich 2005 bis 2009 die krankenhausspezifischen Basisfallwerte an einen landeseinheitlichen Basisfallwert an. Dem Prinzip „Gleicher Preis für gleiche Leistung“ wurde damit auf Landesebene Rechnung getragen. Auf einen einheitlichen Bundesbasisfallwert hingegen wurde verzichtet. Seit 2010 gleicht die zweite Konvergenzphase die Landesbasisfallwerte bis 2014 an die bundeseinheitlichen Korridor Grenzen an. Der Bundesbasisfallwertkorridor besitzt dabei nur für die Länder direkte Relevanz, die sich außerhalb des Korridors befinden. Die nach dem Abschluss dieser zweiten Konvergenz ursprünglich noch vorgesehene Anschlussgesetzgebung ab 2015 wurde mit dem GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG) gestrichen.

Die derzeitige Berechnungsform des Bundesbasisfallwertes als (Casemix gewichteter) Mittelwert der Landesbasisfallwerte des Vorjahres zuzüglich der vollen Veränderungsrate weist mehrere systematische Fehler auf:

1. Eine Kappungsgrenze führt dazu, dass der besonders hohe Basisfallwert von Rheinland-Pfalz nicht an die obere Korridor Grenze herangeführt worden ist.
2. Die starren Korridor Grenzen verhindern eine ausgabenneutrale Konvergenz.
3. Der Bundesbasisfallwert wird immer um die volle Änderungsrate angehoben, auch wenn die Landeswerte um niedrigere Werte steigen.
4. Länder, die einmal an der unteren Korridor Grenze angelangt sind, können sich mitziehen lassen von der Aufwärtsbewegung des Bundeskorridors um den vollen Veränderungswert.

De facto führt bereits der vierte Punkt allein dazu, dass in einer Hälfte der Republik künftig nur noch „Phantomverhandlungen“ geführt werden. Es gibt sozusagen eine schleichende Einführung des Bundesbasisfallwertes. Will man die Verhandlungsautonomie auf Landesebene erhalten, dann muss es künftig wieder möglich sein, (temporär) Landeswerte unterhalb der unteren Korridor Grenze zuzulassen (Wolff, Klein-Hitpaß 2012).

Mit der gegenwärtigen Konstruktion des Bundesbasisfallwertes ist ab 2014 unweigerlich die Frage verbunden, wie das Nebeneinander von Landesbasisfallwerten und Bundesbasisfallwert zukünftig geregelt wird. Welchem Preissetzungsmechanismus wird das Primat eingeräumt? Die Diskussion darum wird von den Ergebnissen der wissenschaftlichen Untersuchung über die Ursachen unterschiedlicher Landesbasisfallwerte gemäß § 10 Abs. 13 KHEntG befeuert werden, die das BMG bereits im Juni 2011 beauftragt hat, aber noch unveröffentlicht ist.

Mengenabschläge auf Haus- oder Landesebene?

Zur Steuerung des Mengenzuwachses werden zusätzliche Mengen eines Krankenhauses nur anteilig finanziert (20 Prozent Abschlag). Dieser Mehrleistungsabschlag unterscheidet leider nicht zwischen erwünschten zusätzlichen Leistungen eines Krankenhauses und unerwünschten. Bietet ein Krankenhaus beispielsweise gute Qualität und wird von den Patienten vermehrt aufgesucht, wird es genauso behandelt wie ein Krankenhaus, das Leistungen aus wirtschaftlichen Gründen motiviert erbringt.

Mehrleistungsabschläge auf der Krankenseite werden oft im Widerspruch zur Mengensteuerung über die Kostendegression auf der Landesebene stehend gesehen. Da die Leistungen im ersten Jahr des Entstehens sowohl auf der Landesebene als auch auf der Krankenseite nur anteilig finanziert werden, spricht die Krankenseite von „doppelter Degression“. Der Gesetzgeber hat aus diesem Grunde bestimmt, dass 2013 und 2014 das Mehrleistungsabschlagsvolumen geschätzt und pauschal wieder an die Krankenhäuser auszuschütten ist. Der sogenannte Versorgungszuschlag neutralisiert den Mehr-

leistungsabschlag monetär, nicht aber hinsichtlich seiner mengendämpfenden Anreiz- und Umverteilungswirkung. Das Abschlagsvolumen aus Krankenhäusern mit Leistungsmengen fließt allen Krankenhäusern proportional über ihre abgerechneten Leistungsmengen unabhängig davon zu, ob sie selbst Leistungssteigerungen vorweisen oder nicht.

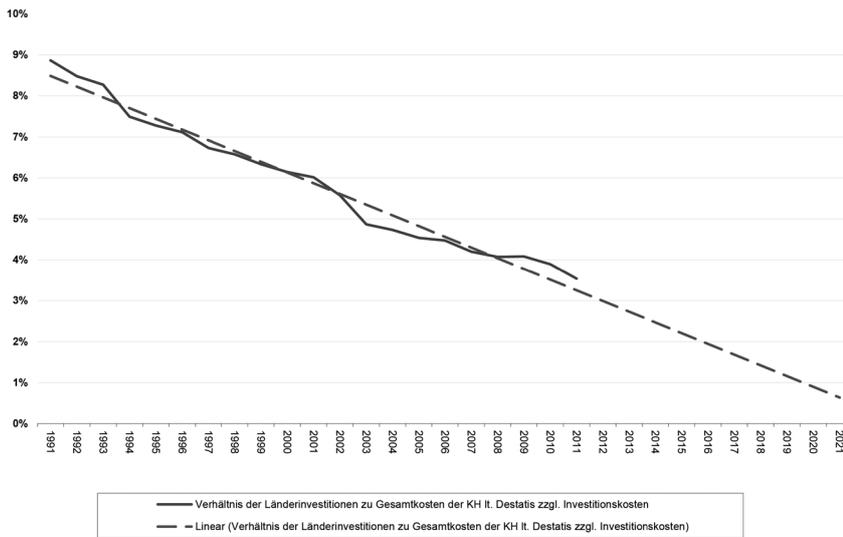
Die Berücksichtigung der Mengenentwicklung auf Landesebene wird von Krankenseite neuerdings als „Kollektivhaftungsmechanismus“ diskreditiert. Da die Leistungsmengenentwicklung im Landesbasisfallwert auf alle Krankenhäuser wirkt, unabhängig davon ob tatsächlich Leistungsmengenentwicklungen auch im einzelnen Krankenhaus vorlagen (anders als beim Mehrleistungsabschlag), wird dies als ungerecht erachtet. Dem ist entgegenzuhalten, dass das ganze System der Krankenhausfinanzierung ein einziger großer Kollektivhaftungsmechanismus war und ist. Sämtliche Konvergenzphasen mit ihren Umverteilungswirkungen, wie z. B. die erhöhende Wirkung von Kostensteigerungen im Landesbasisfallwert oder Tarifierhöhungsraten, sind (für Krankenhäuser durchaus auch positive) Kollektivhaftungsmechanismen. Insofern sollte man eher von Marktinterdependenzen als von Kollektivhaftung sprechen.

Auch der Gesetzgeber sieht inzwischen Handlungsbedarf bezüglich der Mengenentwicklung und Steuerungsweisen im stationären Bereich. Im Rahmen des Psych-Entgeltgesetzes (PsychEntG) haben die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene den Auftrag erhalten, einen gemeinsamen Forschungsauftrag mit dem Ziel zu vergeben, insbesondere die Leistungsentwicklung und bestehende Einflussgrößen zu untersuchen sowie gemeinsame Lösungsvorschläge zu er-

In der halben Republik werden „Phantomverhandlungen“ geführt.

arbeiten und deren Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung sowie die finanziellen Auswirkungen zu bewerten (§ 17 b Abs. 9 KHG). Das Problem der Mehrebenensteuerung und der Parallelität von Mengendegression auf der Krankenhaus- und Landesebene wird dabei

Abbildung 4: Erosion der dualen Finanzierung 1991 bis 2011, Trendprognose 2021 [5]



dadurch aufgegriffen, dass insbesondere Alternativen zu der Berücksichtigung zusätzlicher Leistungen beim Landesbasisfallwert zu prüfen sind.

Schlussendlich spricht die Mehrzahl der Argumente hinsichtlich der oben diskutierten Fragestellungen für eine Weiterführung der Steuerung des DRG-Finanzierungssystems über den Landesbasisfallwert. Eine zentrale Steuerungsebene im Sinne transparenter und klarer Verantwortlichkeiten mit Bezug zu landesspezifischen Entwicklungen und Strukturen existiert derzeit nur auf der Ebene des Bundeslandes. Insbesondere vor dem Hintergrund der dringend notwendigen Reform der Krankenhausplanung und -finanzierung stellt die Landesebene derzeit eine unverzichtbare Bezugsgröße dar.

werden, ist nicht mit einer Umkehr des Trends zu rechnen. Erstaunlich ist, dass der Wechsel von der dualen zur monistischen Finanzierung ganz ohne Gesetzesänderung vollzogen wird: Die Häuser finanzieren einfach ihren Investitionsbedarf aus den Überschüssen der DRG-Leistungsvergütung – und verständlicherweise greift kein Land ordnend ein.

Künftig fallen Planungs- und Finanzierungsverantwortung völlig auseinander. Die Bundesländer entscheiden im Rahmen der Krankenhausplanung über wichtige Parameter der stationären Versorgung, haben aber keinerlei Anlass, die Folgekosten ins Kalkül zu nehmen. In der Finanzwissenschaft wird diese Konstellation als Verletzung der fiskalischen Äquivalenz bezeichnet, da der Kreis der Entscheidungsträger, der

Nutznieser sowie der Steuer- bzw. Beitragszahler nicht mehr zusammenfällt. Die zwangsläufige Folge sind Überkapazitäten.

Bestandsanalyse: Überkapazitäten in den Ballungsgebieten

Deutschland hat im internationalen Vergleich zu viele Krankenhausbetten und zu viele Krankenhausstandorte. Der jüngste OECD-Bericht zeigt, dass Deutschland im Vergleich der OECD-Länder bei der Bettendichte nur von Japan und Korea und bei der Krankenhausdichte nur von Japan, Australien, Korea, Finnland, Estland und Frankreich überboten wird (Schönstein, Kumar 2013). Auch der direkte Nachbarvergleich von den Niederlanden und Nordrhein-Westfalen gibt Anlass zum Nachdenken. Beide Regionen sind nach Fläche und Einwohner ziemlich ähnlich. Die Niederlande jedoch kommen mit etwas über Hundert Krankenhäusern aus, Nordrhein-Westfalen benötigt derzeit rund 400 (vgl. Abbildung 5).

Dabei ist die große Zahl der Krankenhäuser in Deutschland keine Antwort auf Flächendeckung und Erreichbarkeit. Anders als die Diskussion über das „kleine arme Krankenhaus auf dem Lande“ suggeriert, liegen 75 Prozent der kleinen Krankenhäuser in Ballungsgebieten. Es sind gerade dicht besiedelte Gebiete wie das Ruhrgebiet, wo ein evangelisches, ein katholisches, ein kommunales und ein privates Krankenhaus in Fußgängerentfernung beieinander liegen.

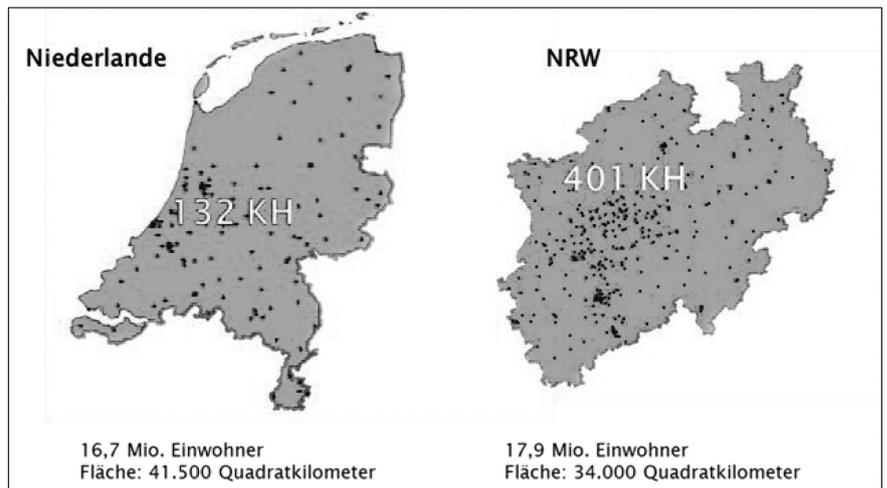
6. Krankenhausstandorte bereinigen

Die langjährige Diskussion über die Vor- und Nachteile von dualer und monistischer Finanzierung hat sich weitestgehend erledigt. Bei Fortschreibung des derzeitigen Trends wird es zum Ende dieses Jahrzehntes keine nennenswerte Investitionsfinanzierung der Länder mehr geben (vgl. Abbildung 4) (Leber, Wolff 2012).

Investitionen: Das Ende der dualen Finanzierung ist nahe

Da Ende des Jahrzehntes die Schuldenbremse greift und die Länder vermehrt nach Einsparmöglichkeiten suchen

Abbildung 5: Vergleich der Krankenhausstandorte der Niederlande und Nordrhein-Westfalens (NRW) [6]



Krankenhausplanung ohne Sicherstellung

Die Frage ist, wer den Bereinigungsprozess vornimmt. Man denkt zunächst, dass dies ein landesplanerischer Prozess sein müsste. Nach 40 Jahren KHG und Übergang vom Selbstkostendeckungsprinzip zu einer leistungsorientierten Vergütung erweist sich jedoch die Funktion der Länder nicht nur bei der Investitionsfinanzierung, sondern auch bei der Krankenhausplanung als brüchig. Dies hängt letztlich damit zusammen, dass die Landeskrankenhausplanung die Versorgung seit Abschaffung des Selbstkostendeckungsprinzips nicht mehr sicherstellt. Dies sei kurz erläutert.

Im traditionellen Weltbild des KHG finanzierte das Land den Bau von notwendigen Krankenhäusern, vor Ort verhandelte der Krankenhauseschäftsführer mit dem Krankenkassengeschäftsführer den Pflegesatz für den laufenden Betrieb. In dieser Welt gab es keine Leistungserfassung, kein differenziertes Vergütungssystem, keine freie Krankenhauswahl auf der Basis von Qualitätsberichten und keine nennenswerten ambulanten Krankenhausleistungen. Es gab lediglich eine Kostenzusammenstellung und den gesetzlichen Anspruch auf Refinanzierung dieser Kosten (Selbstkostendeckungsprinzip).

Seit Einführung einer leistungsorientierten Vergütung gibt es keinen Anspruch mehr auf Kostendeckung. Ein Krankenhaus, das wegen fortlaufender Defizite insolvent wird, hat keinen gesetzlichen Anspruch auf Hilfe und wird aus dem Markt ausscheiden. Da hilft es auch nicht, wenn es im Krankenhausplan steht. Ohne Hilfe des Krankenhausträgers muss das Krankenhaus seine Tätigkeit einstellen. Kurzum: Ohne Selbstkostendeckungsprinzip ist der Krankenhausplan in puncto Sicherstellung weitgehend wirkungslos. Wenn aber die Krankenhausplanung die Sicherstellung der Versorgung nicht mehr garantiert, dann verliert sie ihre Legitimation.

De facto ist der Krankenhausplan heute eher eine Marktzutrittsbarriere. Denn nur ein Haus, das im Krankenhausplan steht, hat den Anspruch auf unbeschränkte Finanzierung seitens der Kassen. Die Listung im Krankenhaus-

plan ist eine Art Abrechnungslizenz. Wenn aber Überkapazitäten diagnostiziert werden, dann stellt sich die Frage, wie das Übermaß an Lizenzen im Rahmen der nächsten Reform bereinigt wird. Ein inzwischen fast traditioneller Vorschlag ist die Einschränkung des Kontrahierungszwangs für elektive Leistungen im Rahmen von Ausschreibungsmodellen. Es sollte aber auch grundsätzlich über den Marktaustritt nachgedacht werden.

Irrational wäre es, die Marktberreinigung von den Bundesländern zu erwarten. Für die gibt es kein rationales Motiv, Überkapazitäten abzubauen. Zweifelhaft ist inzwischen auch, ob die Krankenkassen, die untereinander im Wettbewerb stehen, diese Funktion übernehmen könnten und ob man ihnen diese Funktion anvertrauen würde.

Marktaustrittshilfen für Krankenhausträger

Wer aber schließt die nicht mehr bedarfsnotwendigen Häuser, wenn dies weder die Länder noch die Krankenkassen tun werden? Es bleiben nur jene, die heute schon die wesentlichen Kapazitätsentscheidungen treffen: die Krankenhausträger.

Es kommt bei der nächsten Strukturreform darauf an, den Krankenhausträgern finanzielle Hilfen zu geben, damit ein geregelter Marktaustritt ermöglicht wird. Eine Schließung durch Streichung im Landeskrankenhausplan kommt gegenwärtig einer entschädigungslosen Enteignung gleich. Sie wird dementsprechend vor Verwaltungsgerichten angefochten – meist mit Erfolg, solange die Jurisprudenz die Belegung eines Bettes als Beleg für die Bedarfsnotwendigkeit ansieht. Die ökonomischen Erwägungen eines Krankenhausträgers könnten jedoch anders aussehen, wenn der Marktaustritt teilweise finanziell kompensiert wird.

Für die Mittelaufbringung solcher Marktaustrittshilfen sind unterschiedliche Modelle denkbar. Es ist naheliegend, gerade jene Häuser „heranzuziehen“, die die Versorgung übernehmen und als wachsende Häuser vom Marktaustritt des Nachbarkrankenhauses profitieren. Dafür werden unterschiedliche Modelle diskutiert.

Eines ist der Transfer von Casemixvolumina bei Marktaustritt (RWI 2012; Leber, Scheller-Kreinsen 2012). Eine alternative Methodik wäre es, das Finanzvolumen aus Mehrleistungsabschlägen zu nutzen. Dieses fließt derzeit undifferenziert als sogenannter Versorgungszuschlag an alle Krankenhäuser. Es sollte hingegen einerseits gezielt zur Sicherstellung ländlicher Häuser und andererseits als Marktaustrittshilfe in Ballungsgebieten genutzt werden. Zusätzlich bedarf es einer Regelung, die ein erneutes Entstehen von Überkapazitäten nach Marktaustritt verhindert (Wolff, Klein-Hitpaß, Scheller-Kreinsen 2013).

Wettbewerb bei elektiven Leistungen

Der Kontrahierungszwang verpflichtet die Krankenkassen, alle Krankenhäuser mit Versorgungsauftrag unter Vertrag zu nehmen und gleich zu vergüten. Im Ergebnis erhält damit jedes Krankenhaus unabhängig von der Qualität der Behandlung eines Patienten den gleichen Erlös. Auch im Rahmen der Krankenhausplanung spielt die Versorgungsqualität eine marginale Rolle. Das heißt: Patienten werden nicht optimal versorgt, Krankenhäuser mit schlechter Qualität bleiben am Markt. Für ein definiertes Spektrum von planbaren Krankenhausleistungen sollte für Krankenkassen die Möglichkeit geschaffen werden, Direktverträge mit zugelassenen Krankenhäusern abzuschließen. Damit soll ein Einstieg in ein Direktvertragsmodell auf freiwilliger Basis auch im stationären Be-

Das Finanzvolumen aus Mehrleistungsabschlägen sollte auch als Marktaustrittshilfe in Ballungsgebieten genutzt werden.

reich ermöglicht werden. In definierten Versorgungsregionen, insbesondere in Ballungsräumen, könnten Krankenhausleistungen ausgeschrieben werden. Qualität, Menge und Preis sollten verpflichtender Bestandteil der Ausschreibung sein. Auf diese Weise wird die Qualität stationärer Leistungen durch

den Ausschluss schlechter Qualität aus der Versorgung erhöht, die Wirtschaftlichkeit durch die Möglichkeit von Preisverhandlungen verbessert. Der so entstehende Direktvertragswettbewerb sollte ggf. mittels bundesweiter Vorgaben durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) einen einheitlichen Rahmen erhalten. Um die Qualität im Rahmen der Direktverträge ausreichend vergleichbar zu halten, sollte die Qualitätsmessung kollektiv erfolgen. Mit Direktverträgen käme es erstmals zu einer umfassenderen Verbindung von Qualität und Vergütung. Dies entspricht der Erwartungshaltung der Versicherten: Gute Qualität soll belohnt, schlechte Qualität möglichst vom Markt ausgeschlossen werden (Göbel, Wolff 2012).

Standortbereinigung durch qualitative Strukturanforderungen?

Das bisherige Krankenhausplanungsrecht und auch das Budgetrecht kennen das Wort „Qualität“ nicht. Das schafft in einer Zeit, in der wegen medizinisch zweifelhafter Mengenentwicklung zunehmend eine qualitätsorientierte Weiterentwicklung der Vergütung gefordert wird, zusätzliche Legitimierungsprobleme für die klassische Krankenhausplanung. So haben denn auch einige Länder angekündigt (z. B. Nordrhein-Westfalen), künftig eine qualitätsorientierte Planung vorzunehmen – also die klassische Bettenplanung durch qualitative Strukturanforderungen zu ergänzen.

Leitbild könnte die Festlegung von Strukturanforderungen sein, die in Nordrhein-Westfalen für Brustzentren definiert worden sind, wobei es sich um eine Kombination von Mindestmengen und klassischen Strukturanforderungen handelt.³ Folgt man der oben vertretenen These, dass Länder aufgrund ihrer Entscheidungsmatrix immer eine Tendenz zur Überkapazitätsplanung haben, dann dürfte es solche Regelungen, die zum Ausscheiden von Anbietern führen, eigentlich nicht geben. De facto gibt sie es auch nicht: Die Richtlinien für Brustzentren regeln lediglich, wer sich Brustzentrum nennen darf, aber alle anderen dürfen wie bisher Brustkrebspatienten behandeln.

Eine Marktberreinigung, bei der nur die qualitativ besten Krankenhäuser übrig blieben, ist von einer modifizierten Landesplanung nicht zu erwarten. Statt einer Marktberreinigung werden wahrscheinlich die bestehenden Überkapazitäten lediglich teurer.

7. Eine Reform für Versicherte

Eine versichertenorientierte Krankenhausreform muss beides in den Blick nehmen: die Qualität und die Finanzierbarkeit. Die Basis für eine differenzierte Vergütung wurde durch die DRG-Einführung geschaffen. Will man – quasi als Antwort auf medizinisch zweifelhafte Leistungsmengen – die Krankenhausfinanzierung stärker an Qualitätskriterien ausrichten, so bedeutet dies keine Alternative zur DRG-Einführung, sondern die Erweiterung der DRG-Vergütung um eine Qualitätsdimension. Dies macht die Vergütungssystematik nicht einfacher und ist auch keine kurzfristige Lösung des Mengenproblems. Die ist eher durch preissteuernde Mechanismen zu erwarten.

Die politische Eingriffsfrequenz zur Adjustierung der DRG-Vergütungshöhe ist hoch. Fast jährlich gab es neue Regelungen zum Orientierungs- bzw. Veränderungswert. Will man für alle Beteiligten eine verlässliche faire Preisentwicklung schaffen, dann sollten die Kostenveränderungen je Casemixpunkt Maßstab für die Veränderung der Basisfallwerte sein.

Die Konzentration auf leistungsfähige und qualitativ überzeugende Standorte steht noch aus. Sie wird wahrscheinlich nicht durch eine veränderte Planung zu erreichen sein. Es sind vornehmlich die

Eine versichertenorientierte Krankenhausreform muss die Qualität und die Finanzierbarkeit im Blick haben.

Krankenhausträger, die die Entscheidung zur Schließung von Standorten fällen. Diese Entscheidungen sollten durch Marktaustrittshilfen erleichtert werden. Nur so wird eine zukunftsfähige, an den Versicherteninteressen ausgerichtete Krankenhausversorgung geschaffen werden können. ■

Quellen:

- [1] Amtliche Statistik KJ1 (2004 bis 2012), *Schätzungen des GKV-Spitzenverbandes (2013), eigene Darstellung
- [2] Bezugsgröße: Katalogpräsentationen des InEK der Jahre 2005 bis 2013, Zahlbasisfallwerte: WIdO im Internet unter <http://www.wido.de/zbox.html>, Jahresfehlbetrag: RWI, Krankenhaus Rating Report 2013, Ertragslage 2006 bis 2011, Jahresüberschüsse von 489 Kliniken, eigene Darstellung
- [3] Z-Bax: WIdO, im Internet abrufbar unter <http://www.wido.de/zbox.html>, eigene Darstellung
- [4] Destatis, Kostennachweis der Krankenhäuser (inkl. Ambulanzen etc.), Casemixvolumen gemäß § 21 KHEntgG, eigene Darstellung
- [5] DKG, Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern, eigene Darstellung
- [6] Anzahl der Krankenhäuser NRW: Destatis, Grunddaten der Krankenhäuser 2011; Niederlande: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationale Atlas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM <http://www.zorgatlas.nl>; Einwohner und Fläche: Eurostat, Landesdatenbank NRW, eigene Darstellung

3 Vgl. Entwurf des Krankenhausplans NRW 2015 vom 18.12.2012, Anlage D Ziffer 13: Rahmenbedingungen für eine Anerkennung als Brustzentrum: „Brustzentren sollen mindestens 150 Erstoperationen bei Neuerkrankungen pro Jahr und mindestens 50 Operationen je Operateur durchführen. In begründeten Fällen können die operativen Leistungen auf mehrere Standorte verteilt werden, wenn in den Standorten jeweils mindestens 100 Operationen und je Operateur mindestens 50 Operationen erbracht werden. Die Infrastruktur im Übrigen ist auch dann kooperativ zu erbringen.“, <http://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/dokumentarchiv/Dokument/MMV16-488.pdf?von=1&bis=0>.

Literatur

Augurzyk B, Krolop S, Hentschker C, Pilny A, Schmidt CM (2013): Krankenhaus Rating Report 2013 – Krankenhausversorgung zwischen Euro-Krise und Schuldenbremse, Heidelberg: medhochzwei.

Böhm K, Beck M, Klemt S, Peter F (2012): Orientierungswert für Krankenhäuser – Methodische Grundlagen. In: Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Wirtschaft und Statistik, Wiesbaden, Ausgabe September 2012. https://www.destatis.de/DE/Publikationen/WirtschaftStatistik/Gesundheitswesen/OrientierungswertKrankenhaeuser_92012.pdf?__blob=publicationFile.

Destatis (2011): Kostennachweis der Krankenhäuser, Fachserie 12 Reihe 6.3. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/KostennachweisKrankenhaeuser.html>.

Friedrich J, Leber WD, Wolff J (2010): Basisfallwerte – Zur Preis- und Produktivitätsentwicklung stationärer Leistungen. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2010, Stuttgart: Schattauer, 122 ff.

Haas A, Wolff J (2011): Quinth – Qualitätsindikatorenthesaurus als Unterstützungstool für Qualitätsmanagementprozesse. In: Rebscher H, Kaufmann S (Hrsg.): Qualitätsmanagement in Gesundheitssystemen, Band 3, Heidelberg: medhochzwei, 197 ff.

Göbel T, Wolff J (2011): Direktverträge für stationäre Leistungen – Chance für mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit im Krankenhaussektor. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2012, Stuttgart: Schattauer, 123 ff.

IGES-Institut: G-DRG-Begleitforschung gemäß § 17 b Abs. 8 KHG – Endberichte der drei Forschungszyklen (2004 bis 2006, 2006 bis 2008, 2008 bis 2010). <http://www.g-drg.de>.

Leber WD (2009): Steuerung der Versorgung durch qualitätsbezogene Vergütung aus der Sicht der Krankenkassen, Vortrag vor der Deutsche Gesellschaft für Kassenarztrecht e.V., Berlin, 19.11.2009. http://www.dg-kassenarztrecht.de/Veroeffentlichungen/Thesenpapiere_200911/Leber_Folien_191109.pdf.

Leber WD, Scheller-Kreinsen D (2012): Von der Betten- zur Preissteuerung. Gesundheits- und Sozialpolitik (G&S), 4: 37–47.

Leber WD, Wolff J (2012): Wer bestellt, muss bezahlen. Führen und Wirtschaften im Krankenhaus (f&w), 3: 258–261.

RWI-Projektbericht (2012): Mengenentwicklung und Mengensteuerung stationärer Leistungen. http://www.rwi-essen.de/media/content/pages/publikationen/rwi-projektberichte/PB_GKV_Menge_stat_Leistung.pdf.

Schönstein M, Kumar A (2013): Managing Hospital Volumes – Germany and Experiences from OECD Countries. <http://www.oecd.org/health>.

Stausberg J, Kiefer E (2010): Homogeneity of the German Diagnosis-Related Groups. Institut für Medizinische Informationsverarbeitung, Biometrie und Epidemiologie (IBE), Ludwig-Maximilians-Universität, München. <http://hsm.sagepub.com/content/23/4/154.full>.

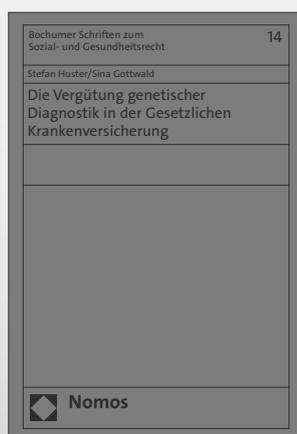
Tuschen KH (2007): Entstehung, Darstellung und Bewertung des DRG-Systems sowie Perspektiven der Weiterentwicklung aus Sicht des BMG. In: Roeder N, Bunzemeier H (Hrsg.): Kompendium zum DRG-System 2007, Düsseldorf: Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft, Band IV, 1–17.

Wolff J (2012): Der Preis macht die Menge. Führen und Wirtschaften im Krankenhaus (f&w), 2: 138–142.

Wolff J, Klein-Hitpaß U (2012): 16 Länder, ein Ziel. Führen und Wirtschaften im Krankenhaus (f&w), 1: 28–31.

Wolff J, Klein-Hitpaß U, Scheller-Kreinsen D (2013): Das Ende der Gießkannenpolitik. Führen und Wirtschaften im Krankenhaus (f&w), 2: 196–199.

Leistungspflicht Gesetzlicher Krankenversicherungen



Die Vergütung genetischer Diagnostik in der Gesetzlichen Krankenversicherung

Von Stefan Huster und Sina Gottwald

2013, 72 S., brosch., 19,- €, ISBN 978-3-8487-0400-2

(Bochumer Schriften zum Sozial- und Gesundheitsrecht, Bd. 14)

Genetische Untersuchungen spielen für die medizinische Diagnostik eine immer größere Rolle. Für die Gesetzliche Krankenversicherung stellt sich damit die Frage, ob und inwieweit diese Untersuchungen von ihrer Leistungspflicht erfasst werden. Dieser Band untersucht diese Frage und konzentriert sich dabei auf die Entwicklungen in der Personalisierten Medizin.

Bestellen Sie jetzt telefonisch unter 07221/2104-37.

Portofreie Buch-Bestellungen unter www.nomos-shop.de/20782



Nomos