

Der Preis macht die Menge

Johannes Wolff

Krankenhäuser erbringen Leistungen, deren Indikation und Notwendigkeit angezweifelt werden können. Es stellt sich die Frage nach Gründen, der Möglichkeit der Steuerung und der nachhaltigen Finanzierbarkeit dieser Entwicklung in der Zukunft. **Direktverträge** und **Zertifikatehandel** stellen wettbewerbliche Steuerungsinstrumente dar, die sowohl im als auch außerhalb des Kollektivvertrages eine Option bieten.



Der Anstieg der stationären Krankenhausfälle in Deutschland ist scheinbar unumkehrbar. Gemessen von Beginn der 1990er-Jahre an steigen die stationären Fallzahlen bis 2002 ohne Unterlass. Mit dem Einführungsbeschluss für das deutsche DRG-System im Jahr 2000 wurde die Diskussion um Fallzahlanstiege zusätzlich noch einmal intensiv unter dem Aspekt des Fallzahlsplittings geführt. Eine entsprechende Entwicklung war allerdings anhand der Entwicklung der Krankenhausfallzahlen bis in das Jahr 2005 nicht ablesbar. Das Gegenteil war der Fall. Die stationären Fallzahlen sanken in den Jahren 2002 bis 2005 – noch vor der ersten, direkten ökonomischen Relevanz des DRG-Systems für die Krankenhäuser – um rund 900 000 Fälle. Ein bis dato einmaliger Vorgang. Gründe hierfür waren die Erweiterung des Katalogs für das ambulante Operieren, eine konsequente Fehlbelegungsprüfung sowie die budgetneutrale Einführungsphase 2003 und 2004. Im gleichen Maße, wie die vollstationären Fälle sanken, stiegen die Fallzahlen ambulanter Operationen im Krankenhaus. Nach diesem „Strukturbruch“ setzt sich jedoch der vor 2002 bestehende Fallzahlrend unter DRG-Bedingungen ab 2005 unverändert fort und befindet sich mit nunmehr rund 18 Millionen stationären Krankenhausfällen auf einem neuen Höchststand. Aus Sicht des stationären Sektors bietet die Verlagerung der stationären Fälle in den ambulanten Bereich zwar eine Lösungsoption, diesen Trend umzukehren, sie ändert hingegen nichts an der Tatsache, dass in Summe noch nie so viel operiert und behandelt wurde wie heutzutage.

Der Trend zu Fallzahlsteigerungen wird sich wahrscheinlich auch in der Zukunft fortsetzen. So prognostiziert das Statistische Bundesamt bis 2030 (trotz Bevölkerungsrückgangs) allein aufgrund der reinen demografischen Entwicklung eine Zunahme auf rund 19 Millionen Krankenhausfälle jährlich.

Betrachtet man neben der Entwicklung der Fallzahlen allerdings die für die Ausgaben der Krankenkas-

sen viel relevantere Entwicklung des deutschlandweiten Casemix der Daten gemäß § 21 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG), so lässt sich auf der Basis des Jahres 2004 ein kontinuierlicher Trend zu Casemix-Steigerungen verfolgen. Die prozentuale Casemix-Steigerung liegt in den Jahren 2004 bis 2010 bei durchschnittlich knapp drei Prozent (Tab. 1).

Dem Casemix auf der Spur

Mit der vom Wissenschaftlichen Institut der AOK (Wido) entwickelten Methode der Komponentenerlegung kann die Entwicklung des Casemix der Krankenhausleistungen in verschiedene Komponenten aufgeteilt werden. Auf diese Weise lässt sich beispielsweise ermitteln, ob ein höherer Casemix auf Grenzverweildauereffekte oder auf die Abrechnung höher bewerteter DRG, die dementsprechend mehr Casemix-Punkte einbringen, zurückzuführen ist. Gliedert man mithilfe der Komponentenerlegung die beschriebene gesamte Casemix-Steigerung auf, so lassen sich sowohl innerhalb der zwei durch das Iges-Institut bisher betrachteten Drei-Jahres-Zyklen der DRG-Begleitforschung wie auch zwischen den Zyklen interessante Muster (Abb. 1) erkennen. Der erste Zyklus umfasst

die Jahre 2004 bis 2006 und ist – wie beschrieben – von konstanten Fallzahlen (bei steigendem Casemix) gekennzeichnet. Ein im ersten Moment paradoxes Bild, da Casemix- und Fallzahlsteigerungen häufig fälschlicherweise synonym verwendet werden. Von der gesamten Casemix-Steigerung in Höhe von 701 000 Casemix-Punkten lassen sich dementsprechend lediglich 84 000 auf Fallzahlzunahmen zurückführen, wohingegen der Struktureffekt und innerhalb desselben der Intrapartitioneneffekt den größten Einfluss ausüben (die Casemix-Differenz zu Tabelle 1 ergibt sich durch die im Rahmen der DRG-Begleitforschung vorgenommene Reguppierung in den DRG-Katalog 2006). Der Intrapartitioneneffekt gibt dabei an, welche Casemix-Wirkung dadurch zustande kam, dass in der Berichtsperiode andere Basisfallgruppen innerhalb der gleichen Hauptdiagnosegruppe (Major Diagnostic Category, MDC) und Partition als in der Basisperiode erbracht wurden. Kurz gesagt: Es wurden vermehrt ökonomisch höherwertige DRG der gleichen MDC und Partition abgerechnet. Erklären lässt sich dieser Umstand mit den in der Einführungsphase starken Lerneffekten, die eine Steigerung des Casemix zuließen, ohne dass gleichzeitig Fallzahlsteigerungen vorlagen. Sehr zum Leidwesen der Kran-

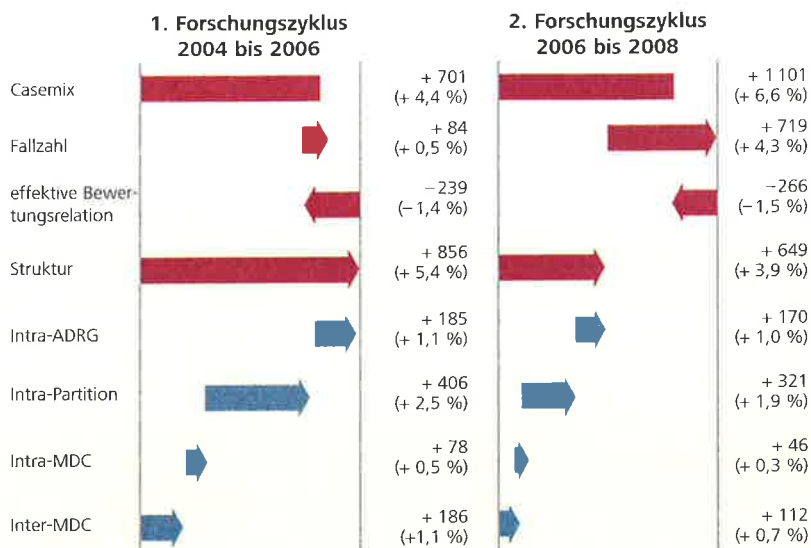
Casemix-Änderungen 2004 bis 2010

Jahr	Casemix gemäß § 21 KHEntgG	Delta-Casemix gegenüber dem Vorjahr	Prozentuale Casemix-Steigerung
2004	15 476 804		
2005	16 033 965	557 161	3,60 Prozent
2006	16 528 236	494 271	3,08 Prozent
2007	17 148 731	620 495	3,75 Prozent
2008	17 683 593	534 862	3,12 Prozent
2009	18 084 944	763 050	2,27 Prozent
2010	18 559 432	474 488	2,62 Prozent

Quelle: Katalogpräsentationen des Inek der Jahre 2004 bis 2010, Daten gemäß § 21 KHEntgG

Tab. 1

Komponentenzerlegung der Casemix-Entwicklung in tausend Casemix-Punkte (2006 bis 2008)



Quelle: Inek, G-DRG-Begleitforschung gemäß § 17 b Absatz 8 Krankenhausfinanzierungsgesetz, KHG (Iges-Institut)

Abb. 1

kenkassen ist es in dieser Phase nicht in ausreichendem Maße gelungen, die Ausgabeneffekte der veränderten Kodierung vollständig auszugleichen oder ausgabenneutral zu stellen.

Der zweite im Rahmen der DRG-Begleitforschung betrachtete Zyklus der Jahre 2006 bis 2008 ist durchgehend von steigenden Fallzahlen gekennzeichnet. Dementsprechend lassen sich 719 000 der 1,1 Millionen Casemix-Punkte auf die Fallzahlentwicklung zurückführen. Ein Bild, das mehr den Erwartungen des Zusammenhangs zwischen Casemix und Fallzahl entspricht. Auch wenn der Struktureffekt gegenüber dem Vorjahreszyklus weniger stark ausgeprägt ist, so lässt sich auch hier ein starker Intrapartitioneneffekt ausmachen. Ein deutliches Indiz dafür, dass veränderte Kodierung auch nach der unmittelbaren Einführungsphase eines DRG-Systems ein Thema bleibt.

Ein detaillierter Blick auf die Ebene der einzelnen MDC zeigt ein erstaunliches Bild. Über die Hälfte (51 Prozent) des zusätzlichen Casemix der Jahre 2006 bis 2008 stammt aus der operativen Partition lediglich dreier MDC (Abb. 2). Dies liegt na-

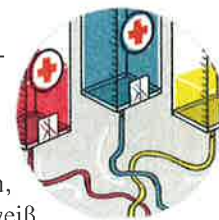
turgemäß zwar auch an der relativen Leistungsstärke dieser MDC selbst. Dennoch zeigt sich, dass innerhalb dieser drei operativen Partitionen nur einige spezielle DRG den Leistungszuwachs wesentlich prägen, wie beispielhaft die Defibrillatoren, die stationäre Wirbelkörperperfusion und die totalen Knie- und Hüftendoprothesenimplantationen. Die Zunahme beispielsweise im Bereich der stationären Wirbelkörperperfusion bewegte sich im Betrachtungszeitraum zwischen 20 000 und 25 000 Casemix-Punkten jährlich. Bei angenommenen 2 800 Euro durchschnittlichem Basisfallwert ergibt dies 56 Millionen Euro jährlich zusätzlich nur für diese spezielle Operation.

Aus den Ergebnissen der DRG-Begleitforschung geht hervor, dass altersstandardisiert der in diesem Zeitraum beobachtete Casemix-Anstieg in Höhe von jährlich 3,3 Prozent zu lediglich 1,0 Prozent auf die Alterung der Bevölkerung und damit die erwartete Morbidität zurückzuführen ist. 2,3 Prozent des Casemix-Anstiegs werden hingegen nicht mit der älter werdenden Bevölkerung und dem daraus steigenden medizinischen

Bedarf erklärt. In einzelnen DRG ist dieses Bild wiederum nochmals deutlich ausgeprägter. Die Leistungsmengenentwicklung scheint sich bei diesen Leistungen von ihrer fundamentalen Einflussgröße, das heißt der Morbidität der Bevölkerung, zu entkoppeln. Die erwähnten Prognosen des Statistischen Bundesamtes, basierend auf demografischen Entwicklungen, stellen in diesem Kontext allenfalls noch eine Untergrenze der möglichen Fallzahlentwicklung dar. Die tatsächliche Leistungszunahme wird deutlich darüber liegen. Es ist ein offenes Geheimnis, dass es Leistungserbringern möglich ist, die Menge auch aus ökonomischen Motiven heraus zu beeinflussen – aus diesem Grund existieren ja überhaupt preisstuernde Maßnahmen in allen Leistungssektoren. Offensichtlich finanziert die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) nicht nur den Morbiditätsanstieg regelhaft, sondern bereits deutlich mehr als das.

Erklärungsmuster wider die Ökonomie

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 Mengenentwicklung 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. Es wird postuliert, dass die Anbieter mehr Menge „auf dem Rücken der Patienten und Beschäftigten kloppen“ (Gesundheitsminister Bahr am 27. Februar 2012 im Rahmen seiner Rede auf dem Symposium der Deutschen Krankenhausgesellschaft), um ihr angestrebtes Erlösvolumen zu erreichen. Würde der Preis gesenkt, so würde noch mehr Menge gemacht. Diese These hat bereits als sogenannte „Hamsterrad-Hypothese“ mehrfach für Furore gesorgt, so zum Beispiel in der Debatte um die Einkommen der Hausärzte.

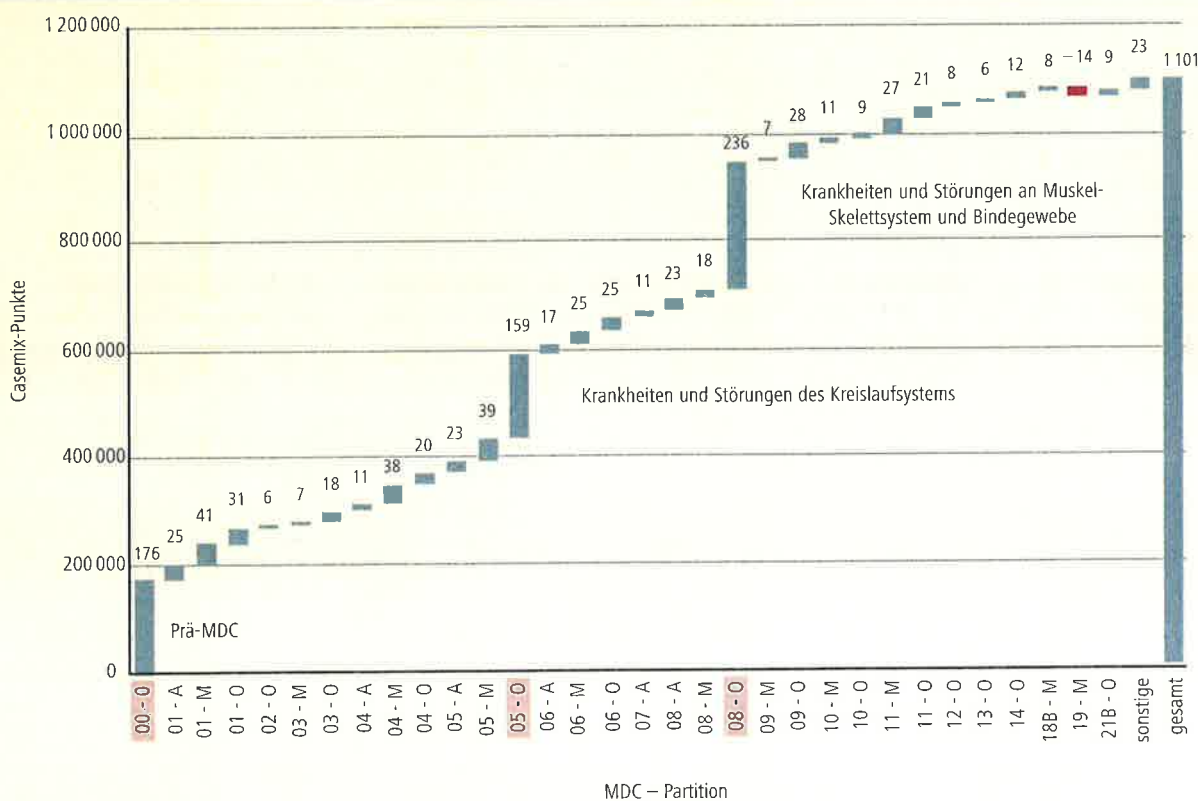


Die Verbreitung einer solchen These hat eine angenehme Schlussfolgerung: Man suggeriert, ein Mengenproblem zu lösen und bekommt dafür einen höheren Preis. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), die gegenwärtig diese Hypothese gestreut hat, verfolgt – vereinfacht gesagt – folgende Grundhaltung: „Lieber mehr Geld, aber dafür weniger arbeiten.“ Der Ökonom erkennt sofort das gleiche Grundmuster wie im Preiskartell: Der Preis wird so lange 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 des § 10 Absatz 3

Satz 1 Nummer 4 KHEntgG. 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 star-

ren Quotierung auf Einzelhausebene gegenüber den Patienten einhalten können (unter anderem Wartelisten, Rationierung). Dies weiß die Krankenseite. 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) ungedeckelt. Der Preis steuert direkt die Ausgaben und indi-

Casemix-Veränderung im Zeitraum 2006 bis 2008 nach MDC und Partition



Legende: MDC 00: Prä-MDC, MDC 05: Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, MDC 08: Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelettsystem und Bindegewebe

Abb. 2

Quelle: Inek, G-DRG-Begleitforschung gemäß § 17 b Absatz 8 Krankenhausfinanzierungsgesetz, KHG (Iges-Institut)

rekt 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 – nicht steigende.

Wettbewerbliche Lösungsoptionen

Welche Lösungen sind geeignet, aus wirtschaftlichen Motiven heraus induzierte Mengensteigerungen zu vermeiden? Hier existieren zwei Ansätze: Direktverträge für planbare Leistungen sowie ein kollektivvertragliches Modell, basierend auf der Idee des Zertifikatehandels.

Da es sich bei der überwiegenden Zahl der Leistungen der MDC 05 und 08, die eine deutlich über die Morbidität hinausgehende Leistungsmengenentwicklung aufweisen, um planbare Leistungen mit hoher Fallzahl handelt, bietet es sich an, für diese Leistungen Direktverträge zwischen Krankenkasse und Krankenhaus zu ermöglichen. Die Modelle dazu sind hinlänglich beschrieben und eignen sich als marktwirtschaftliches Steuerungsmodell. Nach der Phase der Implementierung des DRG-Vergütungssystems sollte sich eine Phase der wettbewerblichen Erneuerung anschließen. Via Ausschreibung von Preis und Qualität kann die Umsteuerung und Restrukturierung von Krankenhausleistungen ermöglicht werden. Selektive Vertragsoptionen für ausgewählte Leistungsbereiche sind ein Schlüssel zur Lösung des Mengenproblems.

Eine kollektivvertragliche Möglichkeit der Lösung der Mengenproblematik bietet der Mechanismus des Zertifikatehandels (dazu Koch, V., Mohrmann, M.: „Rechtehandel für Krankenhausmehrmengen“, bislang noch unveröffentlicht). Grob skizziert lässt sich die Grundidee folgendermaßen beschreiben: Eine neutrale Stelle misst jährlich die aus Alter,

Geschlecht und gegebenenfalls weiteren Faktoren gespeiste Morbiditätsentwicklung je Bundesland und überträgt diese in ein zusätzliches Casemix-Volumen. Dieses wird nach einem zu entwickelnden Schlüssel auf die Krankenhäuser verteilt. Die Krankenhäuser dürfen mit dem ihnen zugeteilten Casemix mit anderen Krankenhäusern im eigenen Bundesland handeln. Benötigt ein Krankenhaus weniger zusätzlichen Casemix als zugeteilt, so darf es diesen Casemix verkaufen und erhält dafür Geld von den Krankenhäusern, die diesen Casemix über den ihnen schon zugeteilten Casemix hinaus aufkaufen, um weitere zusätzliche Mengen zu erbringen. Mengen, die über die zugeteilte Menge ohne Zertifikat erbracht werden, werden preislich stark abgestaffelt (ähnlich dem Prinzip des Mehrerlösausgleichs mit höherem Ausgleichssatz). Auch wenn dieses Modell noch in allen Details auszuarbeiten ist, so hat es doch mehrere gewichtige Vorteile:

■ Eine aus wirtschaftlichen Gründen motivierte Mengensteigerung über das im Land festgelegte und begründbare Casemix-Volumen hinaus wird auf Landesebene vermieden. Einen strikten Mengendeckel auf Krankenhausebene gibt es nicht. Zusätzlicher Casemix lässt sich unter marktähnlichen Bedingungen kaufen, oder er wird durch Verlagerung bislang stationärer Leistungen in den ambulanten Bereich frei.

■ Es bildet sich ein Preis für den gehandelten Casemix-Punkt, der als Knappheitsmaß geeignet ist. Strukturkonservierende Regulation und negative Folgen auf den Wettbewerb und die Effizienz der Krankenhäuser werden vermieden. Leistungen werden dort gemacht, wo die Patientenpräferenz mehr Leistungen notwendig macht. Ein zu starker Anstieg des Preises des gehandelten Casemix-Punktes verhindert zusätzliche Mengen aus rein wirtschaftlichen Motiven.

■ Der gewichtigste Punkt aber ist, dass das gegenwärtige Regulierungsregime des DRG-Systems nicht verlassen werden muss. Es kann bei einer Preissteuerung auf Landesebene

in der gegenwärtigen gesetzlichen Form bleiben. Ein komplettes Umschwenken der Preisfindung auf die Hausebene und die damit möglicherweise verbundene Festschreibung des Status quo wird durch das Marktinstrument des Zertifikatehandels vermieden.

Die effizienzsteigernde Wirkung des DRG-Systems ist unbestritten; ein System, das zu mehr Leistungen anhält, ist per se positiv. Es gilt, Fehlentwicklungen wie der der beschriebenen Mengensteigerung aus wirtschaftlichen Gründen entgegenzuwirken, nicht aber den grundlegenden Mechanismus infrage zu stellen. Neben der gewollten Zunahme der Leistungsmengen (der „guten Menge“) gibt es ungewollte, rein wirtschaftlich begründete Mengensteigerungen („schlechte Menge“). Die Krankenkassen haben dies erkannt und seit Jahren wiederholt darauf hingewiesen. Die gesundheitspolitisch unbequeme Wahrheit ist, dass nur sinkende Preise zu weniger Menge führen. Die dringend notwendige Spezialisierung der Krankenhäuser setzt nur dann ein, wenn nicht jedes Krankenhaus gewinnbringend beispielsweise Endoprothesen implantiert. Fehlt hierzu politisch die Kraft, ist es an der Zeit, wettbewerbliche Steuerungsinstrumente anzuwenden, die das gleiche Ziel haben. Direktverträge für planbare Leistungen sind geradezu ideal dazu geeignet und rücken den Patienten in den Mittelpunkt des Handelns. Daneben ließen sich auch kollektivvertragliche, aber dennoch wettbewerbskonforme Lösungen wie der Zertifikatehandel finden, um ökonomisch motivierte Mengensteigerungen zu vermeiden.

Literaturhinweise auf unserer Website www.bibliomed.de/fundw und beim Verfasser.

Anschrift des Verfassers:

Johannes Wolff
Referatsleiter Krankenhausvergütung
Abteilung Krankenhäuser
GKV-Spitzenverband
Mittelstraße 51
10117 Berlin
E-Mail: johannes.wolff@gkv-spitzenverband.de