

Mengenentwicklung und Mengenbegrenzung in der stationären Medizin: Ist Zertifikatehandel sinnvoll? Müssen Krankenhausleistungen wachsen?

48. Berliner Krankenhaus-Seminar (BKS)
Berlin, 21. November 2012

Johannes Wolff
Referatsleiter Krankenhausvergütung
GKV-Spitzenverband

Die wesentlichen Stellgrößen im Krankenhausmarkt



Bewertungs-
relationen
(DRG-Katalog)

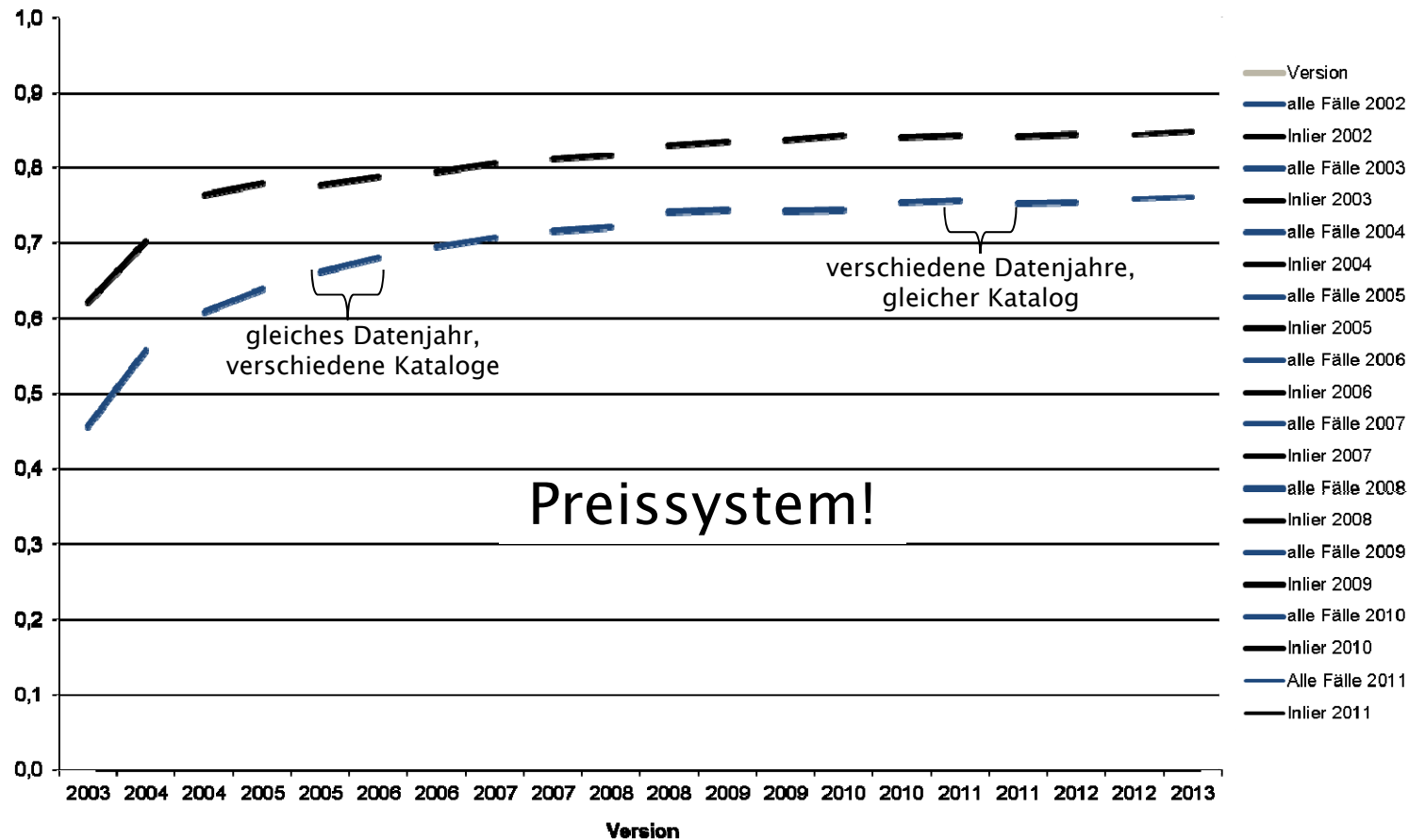
Preis
(LBFW)

Menge
(Casemix)

Struktur
(KH-Landschaft)

- ➔ Mögliche Ansatzpunkte für das Prinzip „Handlung und Haftung“
– „Leitmotiv“ im Bereich Krankenhauspolitik (Anreizsetzung)
- ➔ Menge, Planung, Preisbildung, Abrechnungsprüfung,
Qualitätssicherung ...

Bewertungsrelationen: InEK leistet tolle Arbeit!



Das G-DRG-System ist der beste **Krankenhausbewertungsmaßstab**, der jemals in Deutschland entwickelt worden ist.

Quelle: Präsentationen des InEK 2003 bis 2013 (2013 vorläufig), eigene Darstellung

Das Phänomen Mehrleistungen

- 1 Phänomen Mengenausweitung – Die Empirie
- 2 Phänomen Mengenausweitung – Die Analyse
- 3 Phänomen Mengenausweitung – Die Vorschläge
- 4 Preisbildung – Die Ursache

Finanzierungslogik vor und nach DRG-Einführung

vor DRG: Preis- und Mengenbudget



Ausgaben

DRG: Preisdeckel (price-cap)

Morbiditätslast wird durch die
Krankenkasse getragen



PreisMenge

Wer glaubt an das „Krankenhaus“-Hamsterrad?



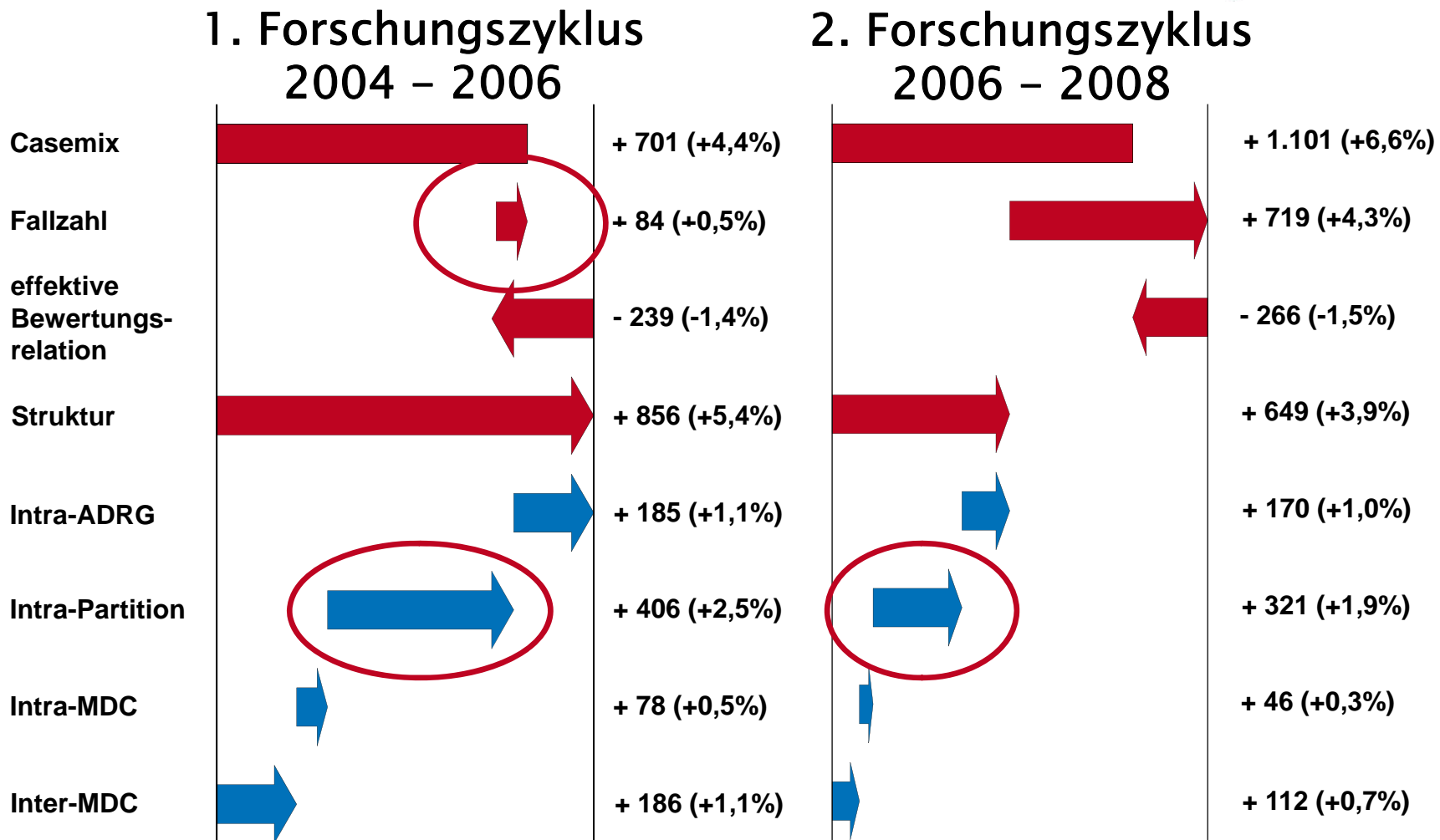
Krankenhäuser in der Wachstumsfalle (Kollektivhaftung):

- ➔ Preisverfall durch Mengendegressionseffekt auf Landesebene
- ➔ Steigerung der Menge, um Kostenanstiege zu refinanzieren
- ➔ starker Mengenanstieg führt zu weiterem Preisverfall
- ➔ Steigerung der Menge ...

**Wer an das Hamsterrad glaubt,
glaubt an Leistungserbringung
aus rein wirtschaftlichen Gründen!**

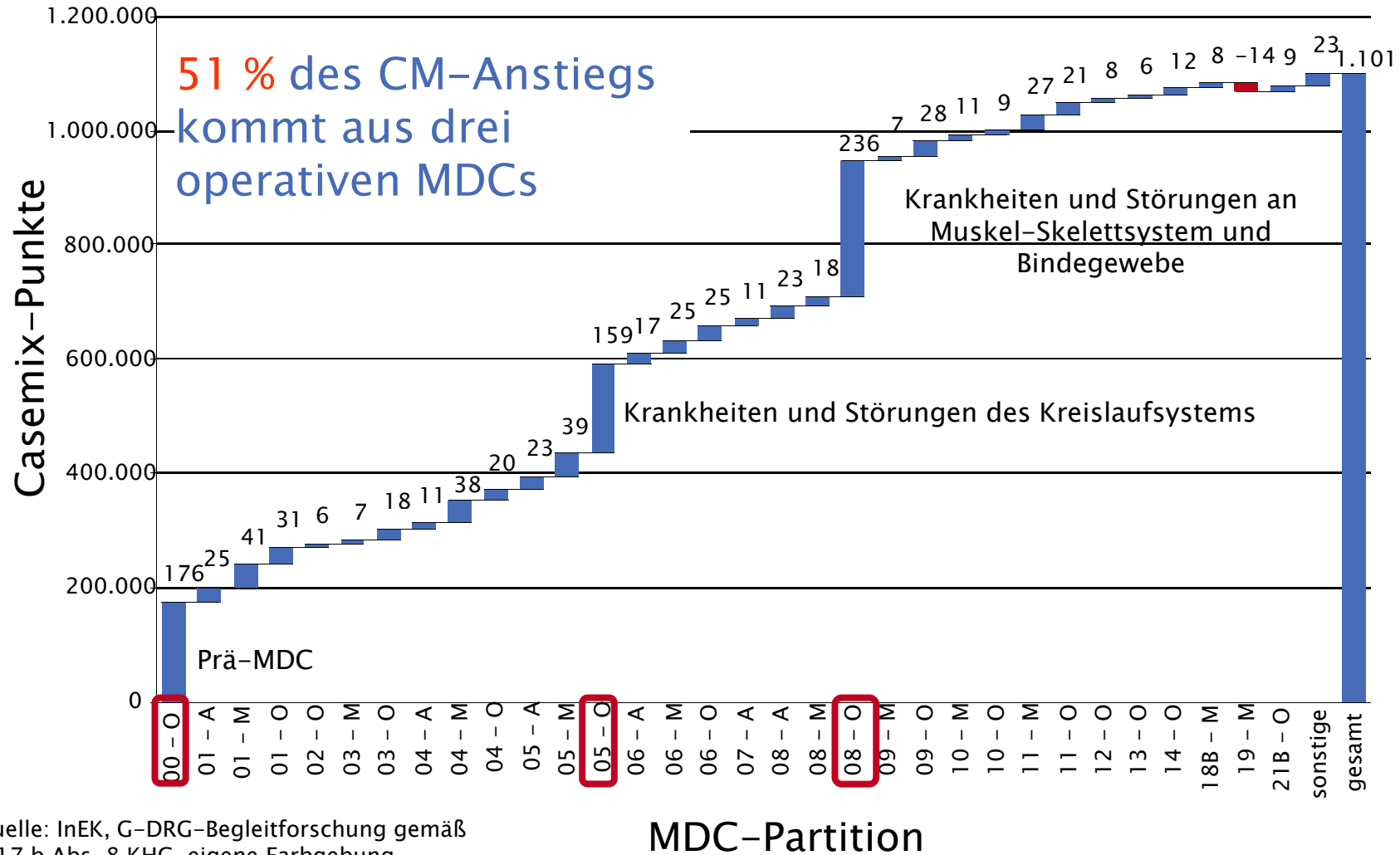
Für die folgende Komponentenzersetzung vgl. Friedrich/Günster, Determinanten der Casemixentwicklung in Deutschland während der Einführung von DRGs (2002 bis 2044), in: Krankenhaus-Report 2005, S. 185 ff.

Komponentenzerlegung der CM-Entwicklung (in Tsd.)



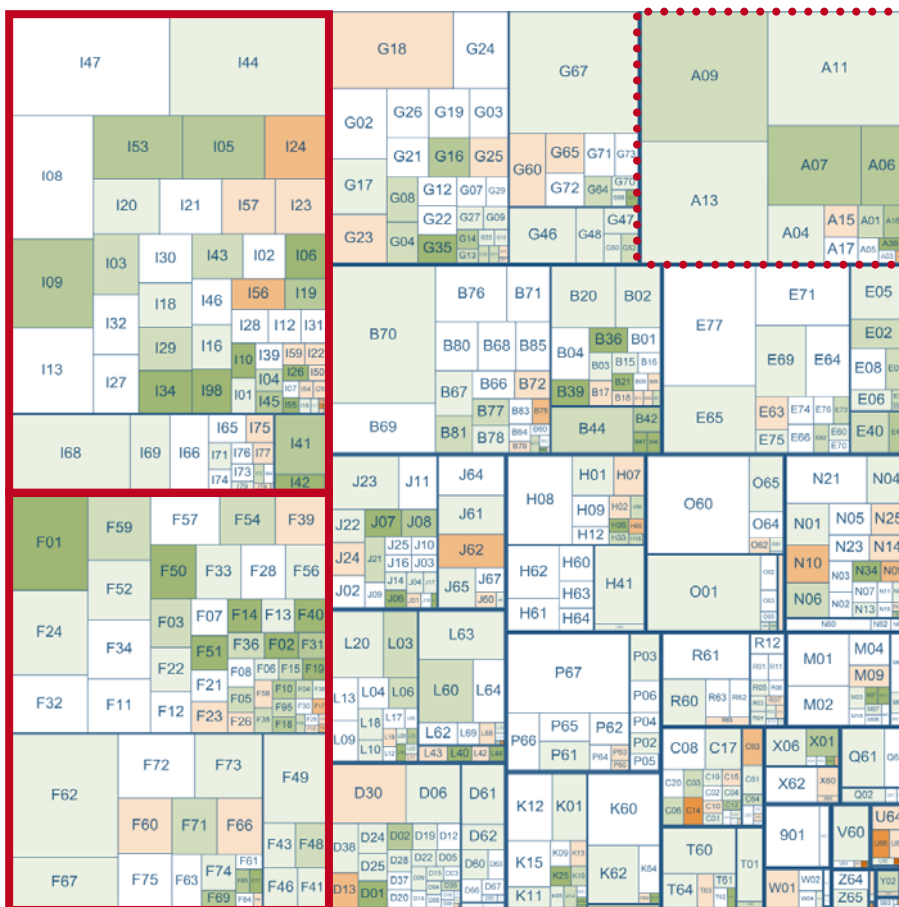
InEK, G-DRG-Begleitforschung gemäß § 17 b Abs. 8 KHG, eigene Farbgebung Darstellung. Die Casemix-Differenz zur Tabelle auf Folie 34 ergibt sich durch die im Rahmen der DRG-Begleitforschung vorgenommene Regruppierung in den DRG-Katalog 2006.

CM-Veränderung im Zeitraum 2006 bis 2008 nach MDC & Partition



Quelle: InEK, G-DRG-Begleitforschung gemäß § 17 b Abs. 8 KHG, eigene Farbgebung

Casemix (2008) und jahresdurchschnittlich rel. CM-Veränderung (2006 - 2008) nach Basis-DRGs; (n = 602 Basis-DRGs)



Stärkste Zunahmen u. a.

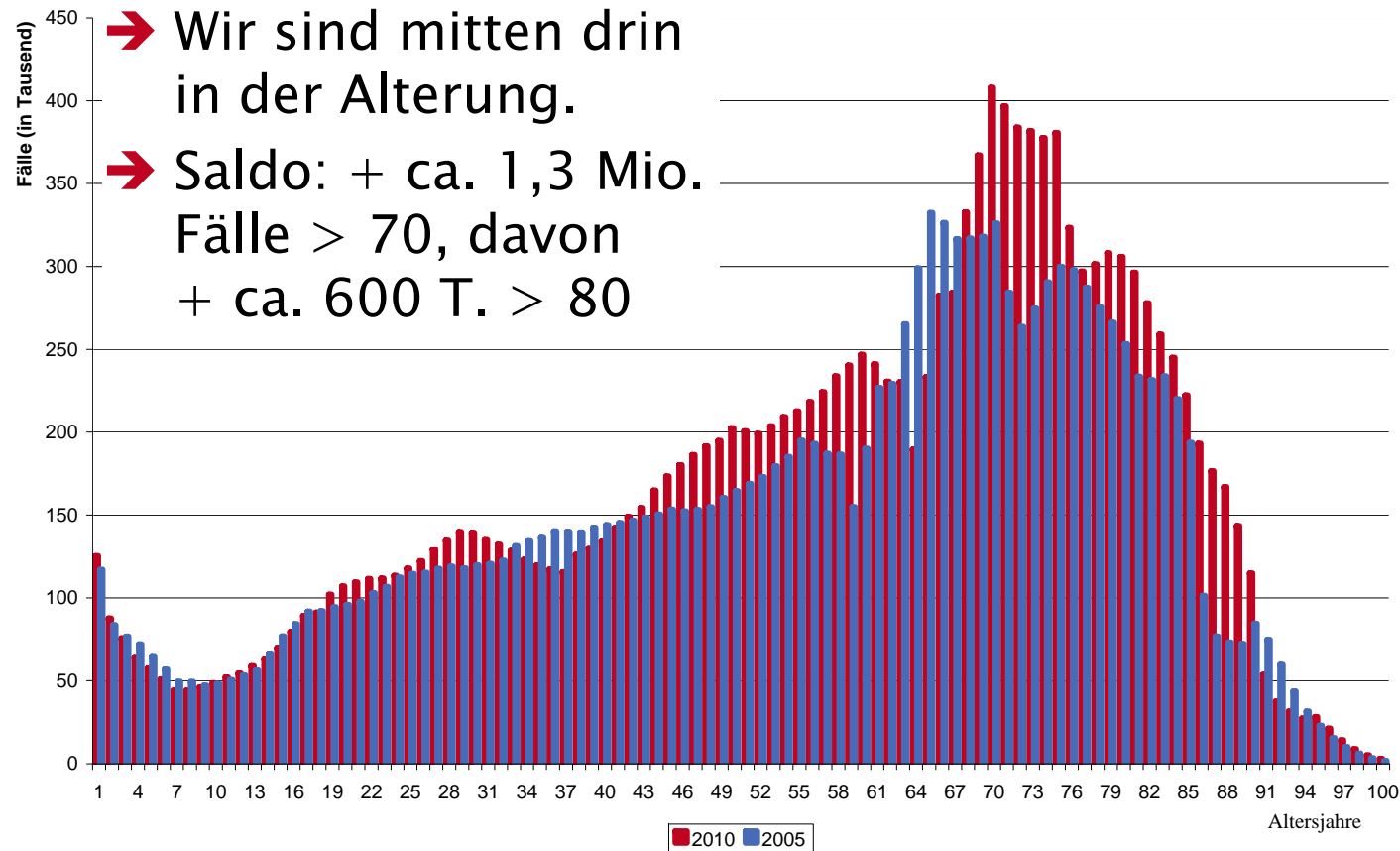
- ➔ I44 (Verschiedene Endo-
protheseneingriffe am
Kniegelenk),
- ➔ F01 (Neuimplantation
Kardioverter/Defibrillator [AICD])
- ➔ I09 (Wirbelkörperperfusion),
- ➔ ...
- ➔ CM-Steigerung der drei MDCs von
51 % steht ein CM-Anteil von
43,25% absolut gegenüber.
- ➔ **Ca. 56 Mio. jährlich nur für z. B.
Wirbelkörperperfusionen!**

Legende



Quelle: http://www.g-drg.de/cms/index.php/Begleitforschung_gem_17b_Abs_8_KHG

Krankenhausdaten: Fallzahlprofile 2005/2010



Quelle: Daten gem. § 21 KHEntgG

Leistungszuwachs deutlich über der Morbiditätsentwicklung

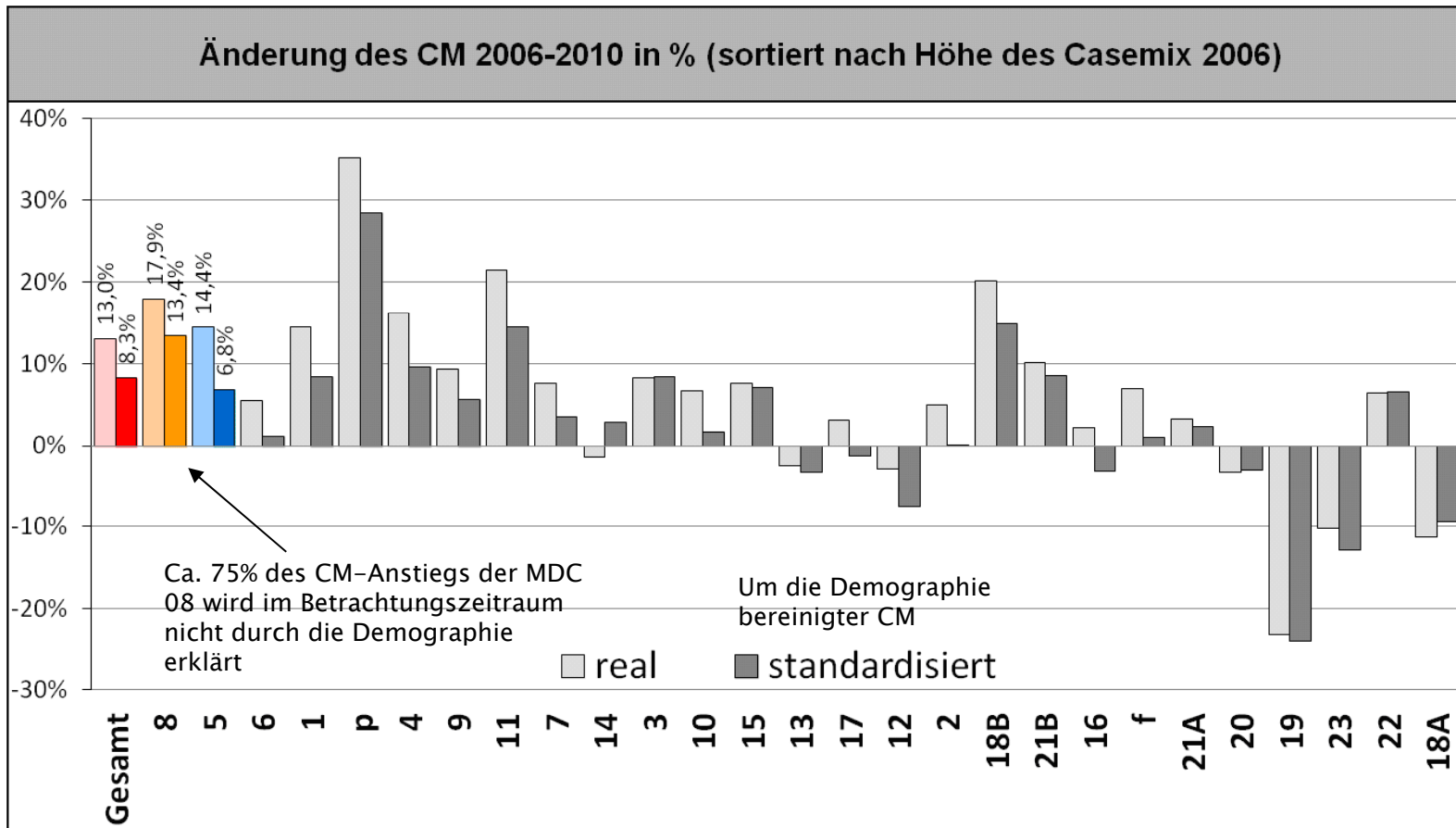
Kennzahl	Δ (04 – 08) p. a.		Δ (06 – 08) p. a.	
	IST	standard.	IST	standard.
CM	-	-	+ 3,3 %	+ 1,0 %
Fallzahl	+ 1,2 %	+ 0,7 %	+ 2,1 %	+ 0,7 %
Belegungstage	- 1,0 %	+ 1,1 %	- 0,3 %	+ 0,5 %

- ➔ Zuwachs des CM 2006 bis 2008 im Durchschnitt: 3,3 %
- ➔ Erwarteter CM-Zuwachs durch Alterung: 1,0 %
- ➔ **Die GKV finanziert offensichtlich nicht nur die Demografie, sondern deutlich mehr als das!**

Quelle: http://www.g-drg.de/cms/index.php/Begleitforschung_gem._17b_Abs._8_KHG

Überdurchschnittliche Zunahme der Casemix-Punkte in den größten MDC

Gesamtänderung des Casemix 13,0 %



Quelle: Universität Basel/Universität Duisburg-Essen/RWI

Das Phänomen Mehrleistungen

- 1 Phänomen Mengenausweitung – Die Empirie
- 2 Phänomen Mengenausweitung – Die Analyse
- 3 Phänomen Mengenausweitung – Die Vorschläge
- 4 Preisbildung – Die Ursache

Welche Ursachen hat die Mengensteigerung?



- ➔ „Gute Menge“ vs. „Böse Menge“
 - **Gute Menge**: Morbidität, Innovation/technischer Fortschritt (+ / -), Patientenpräferenz
 - **Böse Menge**: Leistungserbringung aus wirtschaftlichen Gründen – „Hamsterrad“, Arztverträge, Upcoding

- ➔ Die Suche nach DER Ursache ist nahezu aussichtslos.
- ➔ Alle Gründe in Summe machen auch noch keine Lösung ...

Was macht das Mengenproblem zum Problem?

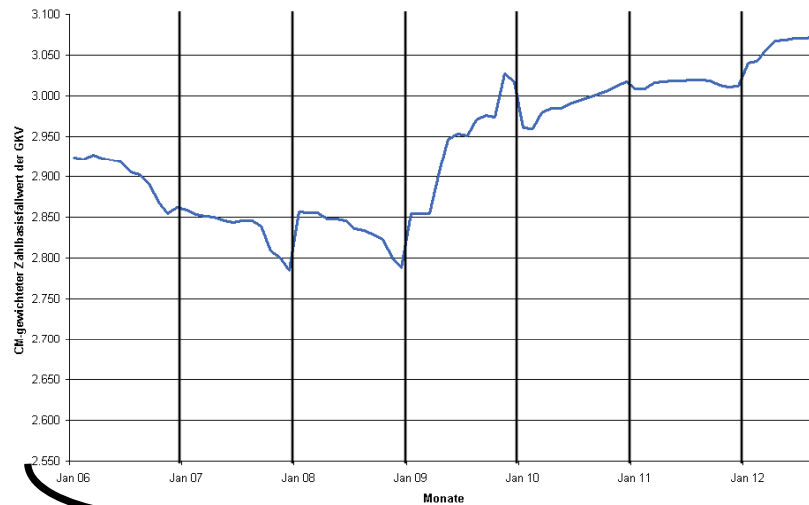


- Gefahren für die Patienten
 - Behandlung ohne Nutzen
 - angebotsinduzierte Nachfrage (Behandlung mit teilweiseem Nutzen)
 - medizinische Risiken

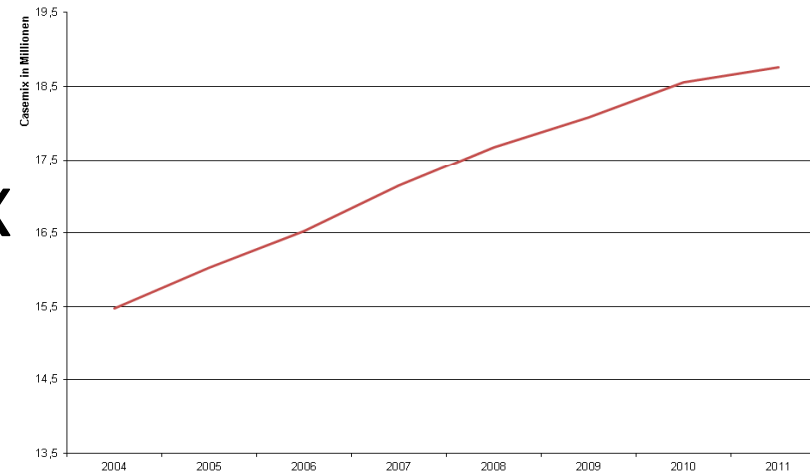
- Ausgabensteigerung
 - zukünftig weitere (unspezifische) Spargesetze (Recht des Stärkeren)
 - fehlende Mittel für notwendige Behandlungen

Preis- und Mengenentwicklung: Erlöse der Krankenhäuser

Preis (z-bax)



Menge (§ 21 KHEntgG)

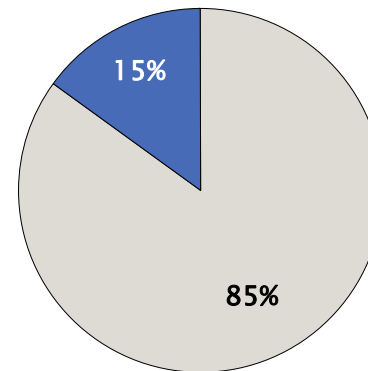


X



= Ausgaben der KK

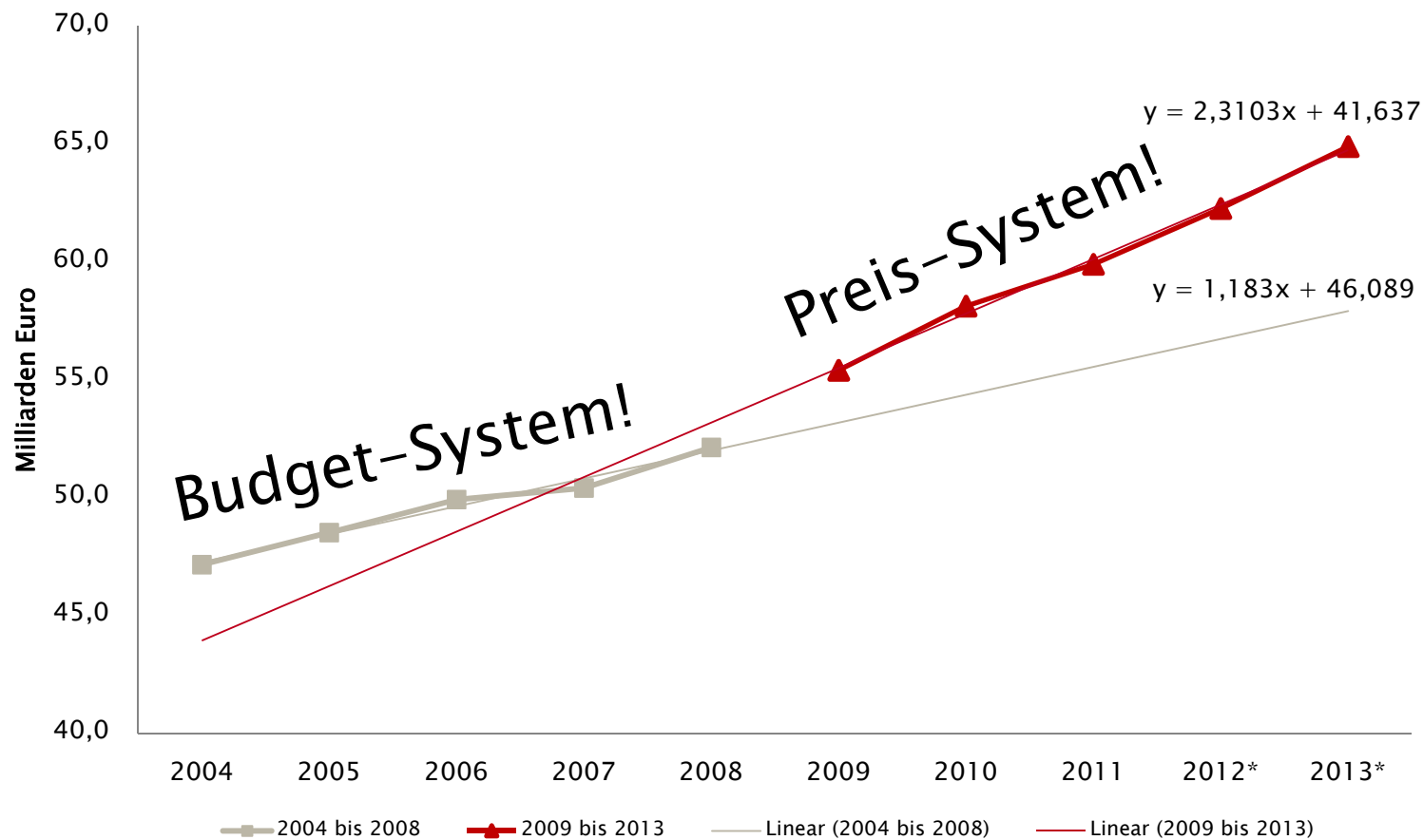
Quelle: Amtliche Statistik KJ1 (2004-2011), *Schätzungen des GKV-SV (2012/2013)



DRG Rest

Quellen:
Zahlbasisfallwerte
(2006 bis 2012,
CM-Volumen gem.
§ 21 KHEntgG HA,
Ausgaben der KK gem.
KJ1 1999 bis 2011
(2012: Schätzung)

DRG-Ausgabenziel klar verfehlt: Seit Ende der Konvergenz 1 Mrd. extra p. a.!



Quelle: Amtliche Statistik KJ 1 (2004–2011), *Schätzungen des GKV-Spitzenverbandes (2012/2013)

Psych-EntgG: Mehrleistungsabschlag



- Der Mehrleistungsabschlag wird (nur) für 2013 auf zwei Jahre ausgedehnt; in 2014 wieder einjährig.
- Die Höhe der Abschläge wird gesetzlich auf 25 % fixiert.
- Weitere Ausnahmen vorgesehen:
 - Transplantationen
 - Ausnahmen auf Grund besonderer Qualitätsvereinbarungen

- In 2015 entfällt der Mehrleistungsabschlag.
- Ab diesem Zeitpunkt soll die Mengensteuerung u. a. auf Grundlage der entwickelten gemeinsamen Vorschlägen der Selbstverwaltungspartner erfolgen.
(Forschungsauftrag: Ergebnisse sind bis zum 30. Juni 2013).

Zwischenfazit zum DRG-System

- Die DRGs haben die Krankenhäuser ökonomisiert. Nun sollte sich niemand wundern, dass dort ökonomisch gedacht wird.
- Ein System, das zu mehr Leistung anhält, ist grundsätzlich gut, richtig und notwendig.
- Verfahrensvorschlag: Weniger Moralkeule, mehr gemeinsame Lösungsideen die
 - destruktiven Wettbewerb vermeiden (Konsequenzen bei Fehlverhalten einführen) und
 - Wirtschaftlichkeitsanreiz und Wettbewerb erhalten (strukturelle Erstarrung vermeiden).
- Die richtigen Steuerungsinstrumente sind notwendig!

Das Phänomen Mehrleistungen

- 1 Phänomen Mengenausweitung – Die Empirie
- 2 Phänomen Mengenausweitung – Die Analyse
- 3 Phänomen Mengenausweitung – Die Vorschläge
- 4 Preisbildung – Die Ursache

Ideen der Krankenkassenseite (I): Direktverträge



- ➔ Wettbewerbliches Steuerungsinstrument:
 - Direktverträge für den planbaren Teil der Leistungen
- ➔ Ausschreibung der Leistungen für die Versorgungsregion:
 - Qualität, Menge und Preis als Teil der Ausschreibung
- ➔ Katalog elektiver Leistungen auf Basis von DRGs:
 - überwiegend Leistungen mit „losem“ Bezug zur Morbidität
 - Katalog bereits seit 2007 definiert
 - Größe variabel gestaltbar
- ➔ Direktvertragskatalog zwischen den DRG-Versionen sehr stabil
- ➔ Qualität wird endlich entgeltrelevant!

Vgl. Göbel, Wolff: Direktverträge für stationäre Leistungen – Chance für mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit im Krankenhaussektor, in: Klauber/Geraedts/Friedrich/Wasem (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2012, Stuttgart 2012, S. 123 ff.

Vgl. Mohrmann, Koch: Selektivverträge im Krankenhausbereich als Instrument zur Verbesserung von Qualität und Effizienz, in: Klauber/Geraedts/Friedrich/Wasem (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2011, Stuttgart 2011, S. 61 ff.

Vgl. Leber, Malzahn, Wolff: Elektiv wird selektiv – Grundzüge eines wettbewerbsorientierten, nach Leistungen differenzieren Ordnungsrahmens für Krankenhäuser ab dem Jahr 2009, in: Klauber/Robra/Schellschmidt (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2007, Stuttgart 2007, S. 81 ff.

Ideen der Krankenkassenseite (II): Flexibles Budget 1986



- Weicht die Summe der auf den Pflegesatzzeitraum entfallenden Erlöse von dem vereinbarten Budget ab, werden die durch eine abweichende Belegung entstandenen Mehr- oder Mindererlöse des Krankenhauses zu 75 vom Hundert ausgeglichen (flexible Budgetierung).
- Motto: Altbewährtes

Idee des GKV–Spitzenverbandes (III): Abrechnungslizenzhandel



- ➔ Abrechnungslizenzhandel gibt es bereits:
 - Aufkauf von Plankrankenhäusern durch private Träger
 - Kauf und Verkauf von Kassenarztsitzen

- ➔ Der Handel von Krankenhäusern ist unkoordiniert, die Kapazität unbegrenzt; Krankenkassen und Bundesländer sind nicht beteiligt.
 - Zusätzliches CM–Volumen wird extern festgelegt, Krankenhäuser erwerben Abrechnungslizenzen.
 - Das erlöste Volumen wird an Krankenhäuser ohne oder mit geringer Mengensteigerungen ausgeschüttet.

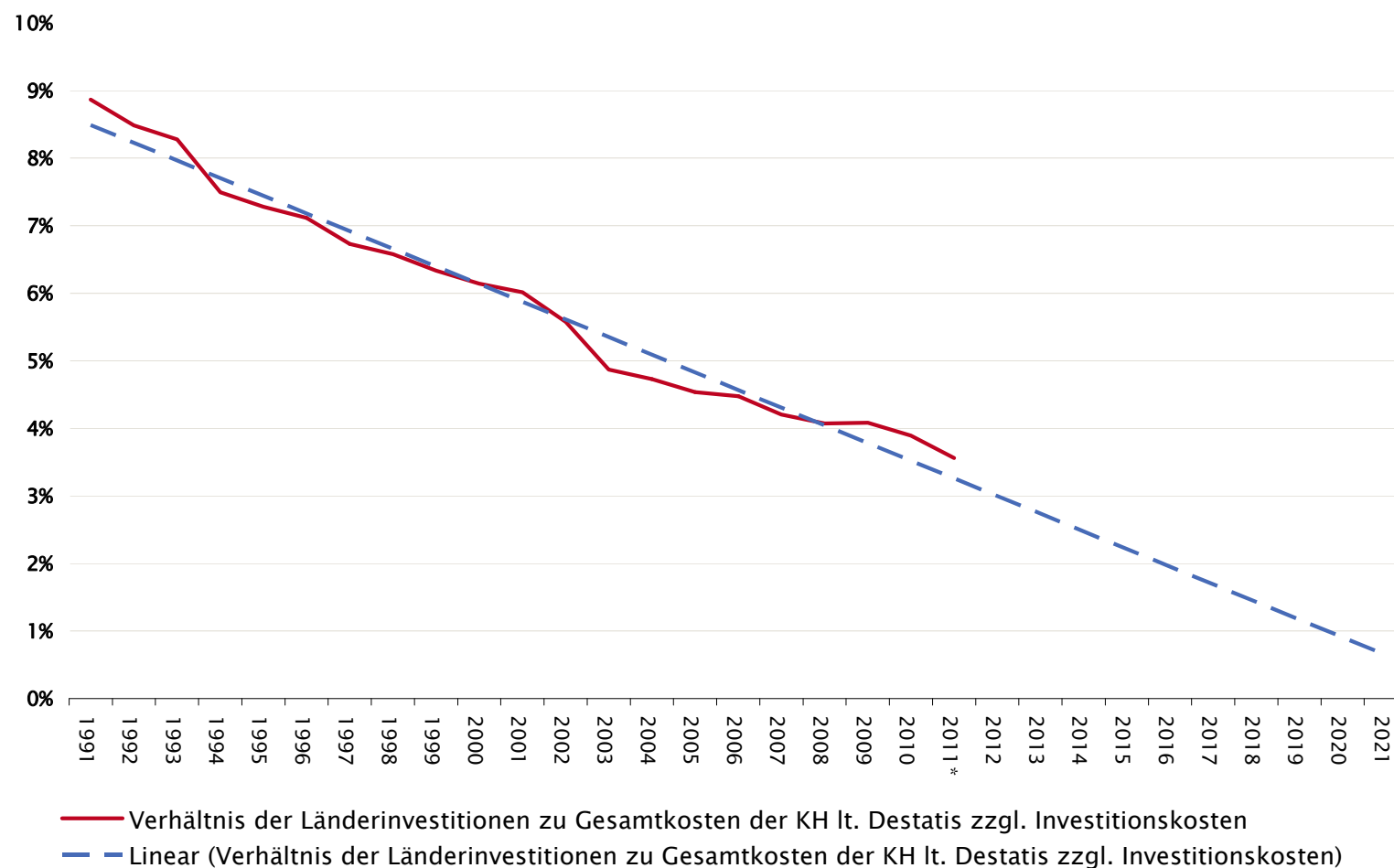
- ➔ Die Krankenhausplanung alter Prägung hat versagt!
- ➔ Ziel: Eine funktionsfähige Kapazitätsplanung ohne Erstarrung!

Exkurs: Verantwortungslose Länderrolle



- Verletzung der **fiskalischen Äquivalenz**:
Länder agieren im verantwortungsfreien Raum ohne finanzielle Erwägungen
- Verletzung der **regionalen Äquivalenz**:
Länder planen, die GKV zahlt – hohes, landesspezifisches Gesundheitsniveau ohne nennenswerte Kostentragung.
- Vergemeinschaftung der Kosten der Krankenhausplanung über die bundesweiten Krankenkassen (vgl. Eurokrise)
- Strukturelle Verkrustungen und das Auseinanderfallen von Handlung und Haftung sorgen für eine volkswirtschaftlich suboptimale Situation.
- Rolle der Krankenversicherung pervertiert.

Rückgang der Investitionsfinanzierung seit 1991



Quelle: Leber, Wolff: Wer bestellt, muss bezahlen, in f+w 03/2012

Eckpfeiler des Abrechnungslizenzhandels (Varianten)



Variante 1

- Jedes Krankenhaus bekommt gemäß Status quo seinen handelbaren CM-Anteil.
- Die Krankenhäuser dürfen diese Abrechnungslizenzen untereinander handeln.
- Notfalleleistungen bleiben Gegenstand der planerischen Entscheidungsprozesse.

Variante 2

- Das zusätzliche CM-Volumen wird extern festgelegt, KHS erwerben zentral Abrechnungslizenzen.
- Das so erlöste Volumen wird an KHS ohne oder mit geringer Mengensteigerungen ausgeschüttet.
- Notfalleleistungen bleiben Gegenstand der planerischen Entscheidungsprozesse.

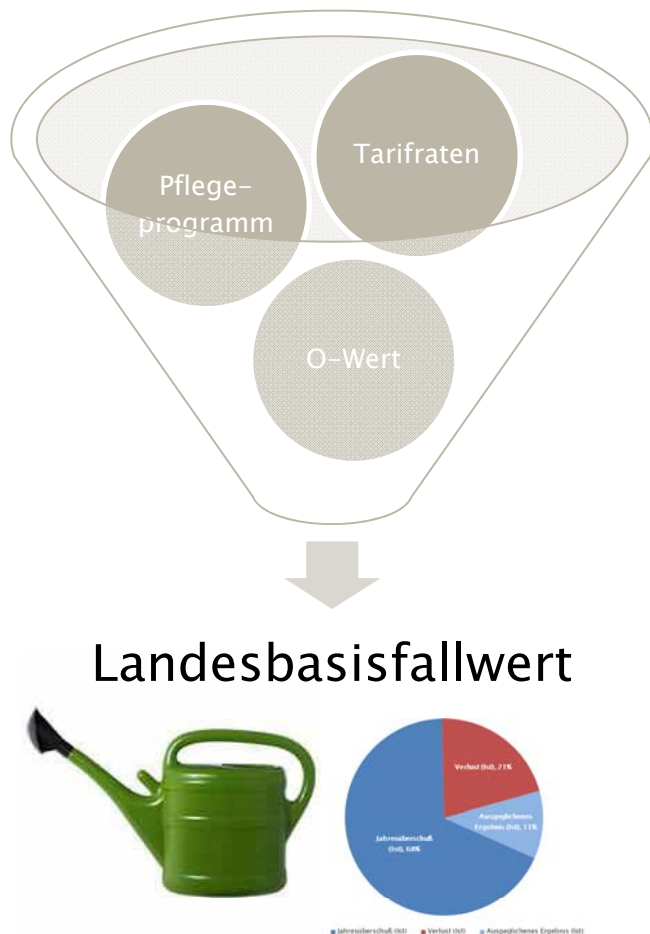
Vorteile des Abrechnungslizenzhandels

- Ende der konsequenzlosen Mengensteigerungen durch Steigerung der Produktionskosten!
- Das Regulierungsregime „Landesbasisfallwert“ und der Leistungsanreiz des DRG-Systems bleiben erhalten.
- Die Verlagerung in den ambulanten Bereich wird forciert.
- Das „kleine Haus“ in der Fläche gewinnt (Gerechtigkeitsaspekt).
- Die Spezialisierung wird forciert.

- Strukturkonservierende Regulation wird vermieden (immer komplexere Mehrleistungsabschläge und Ausnahmen).
- Kein Mengendeckel für das Einzelhaus, kein starrer Mengendeckel auf der Makroebene („Morbideckel“).

Quelle: Vgl. Koch, Volker: Mengenlehre für Klinikmanager, in G+G 6/12 15. Jahrgang sowie Mohrmann, Koch: Mengen deckeln und Handeln, in f&w 04/2012

Politisches Gerechtigkeitsproblem: Individuell- und kollektiv-rational



- Die Politik ist allzu gern gerecht.
- Der LBFW behandelt alle gleich.
Es gibt allerdings keine Gerechtigkeit über die Leistung hinaus.

- Zu- und Abschläge bedienen Gerechtigkeitsaspekte:
 - Ausbildung
 - Zentren und Schwerpunkte
 - Notfall
 - Begleitperson
 - **Sicherstellung**
 - ...

Forschungsauftrag § 17 b Abs. 9 KHG

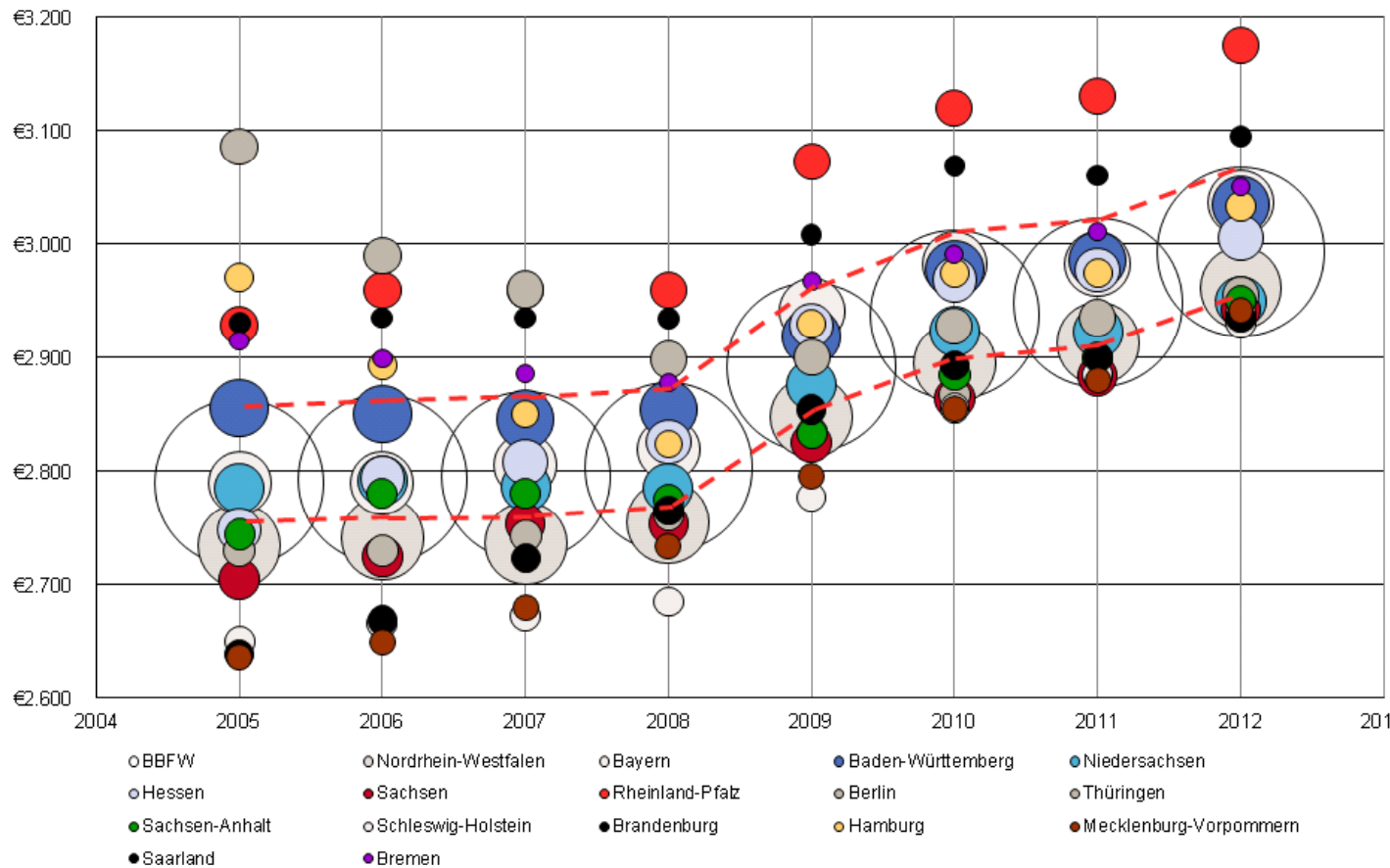


- Die Vertragsparteien vergeben im Jahr 2012 einen gemeinsamen Forschungsauftrag mit dem Ziel, insbesondere die Leistungsentwicklung und bestehende Einflussgrößen zu untersuchen sowie gemeinsame Lösungsvorschläge zu erarbeiten und deren Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung und die finanziellen Auswirkungen zu bewerten.
- Dabei sind insbesondere Alternativen zu der Berücksichtigung zusätzlicher Leistungen beim Landesbasisfallwert zu prüfen.
- Möglichkeiten der Stärkung qualitätsorientierter Komponenten in der Leistungssteuerung sind zu entwickeln.

Das Phänomen Mehrleistungen

- 1 Phänomen Mengenausweitung – Die Empirie
- 2 Phänomen Mengenausweitung – Die Analyse
- 3 Phänomen Mengenausweitung – Die Vorschläge
- 4 Preisbildung – Die Ursache

Rechnerischer Bundesbasisfallwert und Konvergenzkorridor (2005 bis 2012)



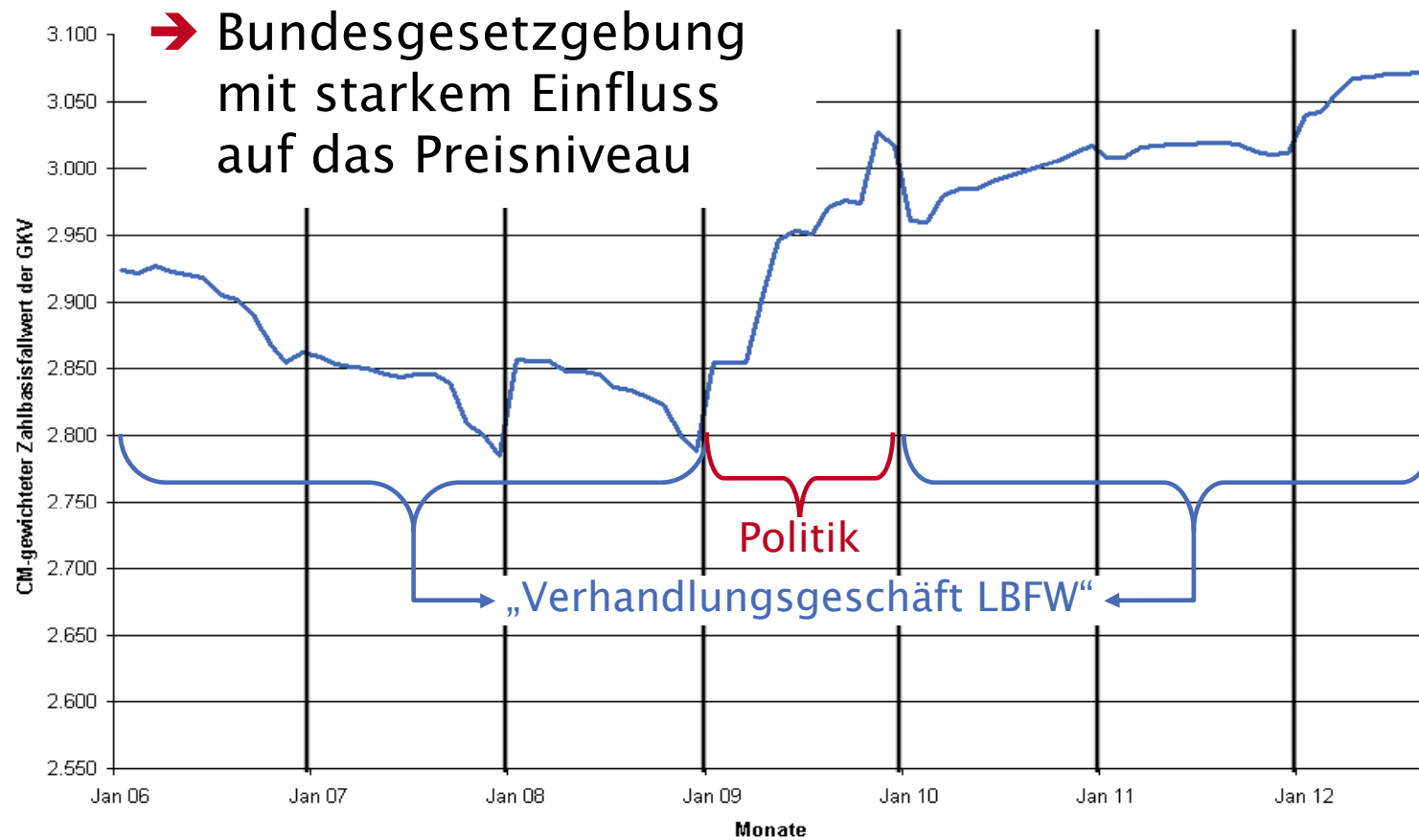
Casemix-Volumen:
Anteil der Bundesländer entspricht den Kreisflächen (BBFW = 1)

LBFW:
ohne Kappung und ohne Ausgleiche

Kommt:
RWI-Studie zur unterschiedlichen Höhe der LBFW

<http://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/budgetverhandlungen/bundesbasisfallwert/bundesbasisfallwert.jsp>

Preis: Zahlbasisfallwert (z-bax) 2006 bis 2012



Quelle: WIdO, im Internet abrufbar unter <http://www.wido.de/zbax.html>, eigene Darstellung

Tariferhöhungsrate 2012

KHEntgG



Verhandlungstermine: 09.08.2012 und 14.08.2012

- 1. Forderung DKG: Tarifsteigerung + 4,19 % (+ 526 Mio. Euro)
- 1. Angebot GKV: Tarifsteigerung + 2,66 % (+ 229 Mio. Euro)

Ergebnis:

- Tarifsteigerung 3,00 %: abzgl. verminderte Grundlohnrate (1,48 %) = 1,52 % Erhöhungsrate
- LBFW steigen um 1/3 der Erhöhungsrate: + 0,51 %
- Ausgabensteigerung:
0,51 % entspricht bezogen auf den BFW +15,26 Euro bzw. 298 Mio. Euro (davon GKV ca. 253 Mio. Euro)
- **Vorgriff auf den Orientierungswert ab 2013!**

Orientierungswert 2013



- Ablösung der Grundlohnratenbindung des Preises
- Mitte September 2012 veröffentlicht
- erstmalige Anwendung für 2013

- Zentrale Punkte:
 - reiner Preisindex
 - basiert ausschließlich auf bereits vorhandenen Destatis-Daten

Der Preis macht die Menge!*

- Je höher der Preis, desto mehr Menge wird „produziert“, desto mehr wird im Krankenhaussektor investiert.
- Mengensteuerung hält keine Seite durch.
- Höhere Preise können deshalb nicht die Lösung des Mengenproblems sein, im Gegenteil!

post-DRG: Mengendeckel

~~Preis = Menge~~

* Wolff, J.: Der Preis macht die Menge, in f&w 02/2012

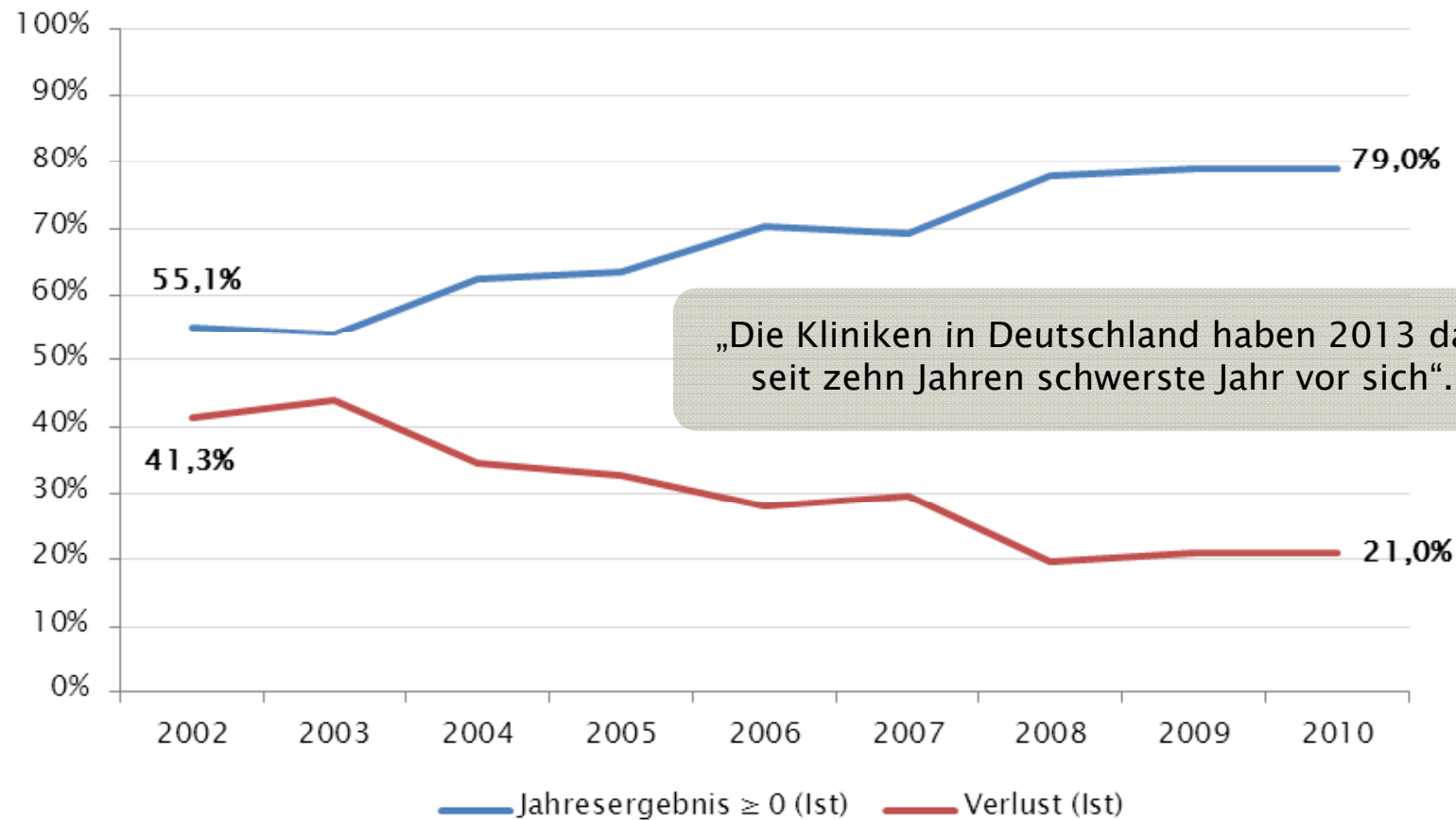
Casemix-Änderungen 2004 bis 2011 (Ist): Wirkt der Mehrleistungsabschlag?



Jahr	Casemix gemäß § 21 KHEntgG	Delta Casemix gegenüber dem Vorjahr	Prozentuale Casemix Steigerung	Mehrleistungsabschlag
2004	15.476.804			
2005	16.033.965	557.161	3,60 %	-
2006	16.528.236	494.271	3,08 %	-
2007	17.148.731	620.495	3,75 %	-
2008	17.683.593	534.862	3,12 %	-
2009	18.084.944	401.351	2,27 %	frei verhandelt
2010	18.559.432	474.488	2,62 %	-
2011	18.764.079	204.647	1,10 %	gesetzlich 30 %
2012	?	?	?	frei verhandelt
2013	? Der Preis macht die Menge!			gesetzlich 25 %, zwei Jahre
2014	?	?	?	gesetzlich 25 %

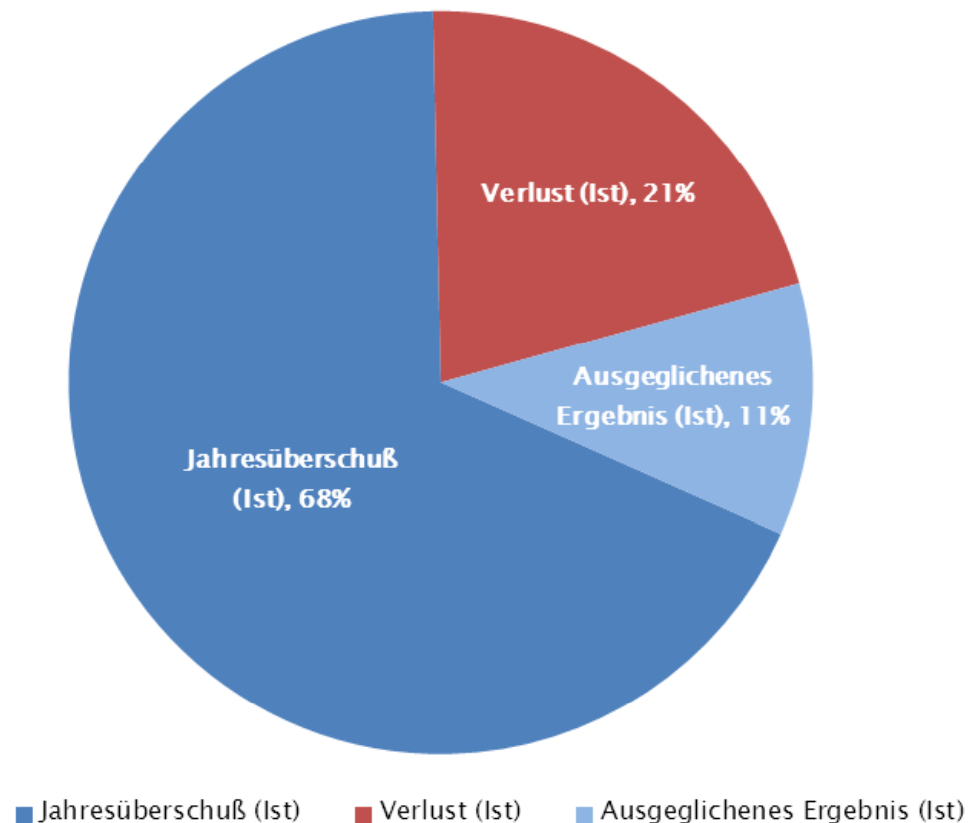
Quelle: Katalogpräsentationen des InEK der Jahre 2005 bis 2012, Daten gemäß § 21 KHEntgG

Gewinne & Verluste (Ist) der Krankenhäuser 2002 bis 2010



Quelle: DKI Krankenhausbarometer, * PM der DKG vom 14. November 2012, „35. Deutscher Krankenhaustag im Rahmen der MEDICA eröffnet, Kostendruck in Kliniken nimmt in 2013 massiv zu“

Gewinne & Verluste in 2010

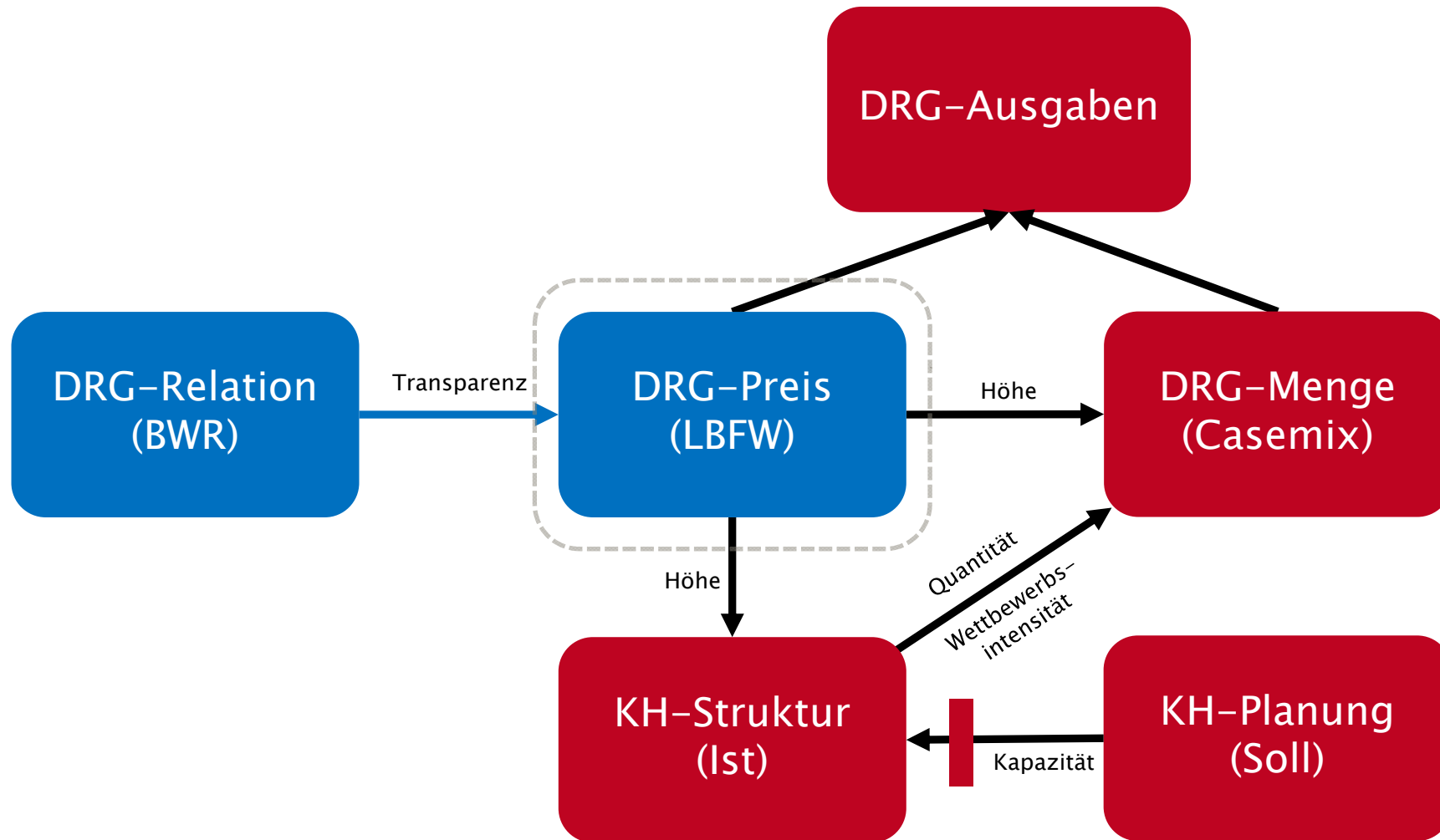


Brutalrhetorik:

- ➔ „Katastrophenjahr 2013“
- ➔ „Die Zitrone ist ausgequetscht“
- ➔ „Kürzungstornado“
- ➔ „Finanzierungs-katastrophe“
- ➔ „Massenhafte Verluste“
- ➔ „Alarmglocken“
- ➔ ...

Quelle: DKI Krankenhausbarometer

DRG-System: Zentrale Komponente „Preis“



Wer das Mengenproblem lösen will, hat vier Optionen:

- Den Preis der betreffenden Leistungen senken, Direktverträge, Mehrleistungsabschläge ...
 - Die Kosten der Leistungserstellung erhöhen (Abrechnungslizenzhandel)
 - Strukturen verändern (Krankenhäuser schließen, KH-Planung)
 - Ende der freien Mengenentwicklung und des DRG-Leistungsanreizes
- Ideen gefragt
- fast unmöglich
- rückwärts

Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!