

Alternative Formen der Mengensteuerung – ein Paradigmenwechsel tut not

Biersdorfer Krankenhausgespräche
Biersdorf am See, 13. September 2012

Johannes Wolff
Referatsleiter Krankenhausvergütung
GKV–Spitzenverband

Paradigmenwechsel im Krankenhausmarkt notwendig

- Das Handeln im deutschen Krankenhausmanagement bleibt in vielerlei Bereichen bei unerwünschtem Verhalten **zu konsequenzlos**.
- Das Auseinanderfallen zwischen **Handlung und Haftung** droht für die derzeitige ordnungspolitische Ausgestaltung des Krankenhausbereichs früher oder später systemrelevant zu werden.
- Ein Wandel grundlegender Rahmenbedingungen im Ordnungsrahmen der Krankenhäuser notwendig.
- Ziel ist der Erhalt des hohen Niveaus der Gesundheitsversorgung für alle Versicherten unabhängig von ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit!

Die wesentlichen Stellgrößen im Krankenhausmarkt

Bewertungs-
relationen
(DRG-Katalog)

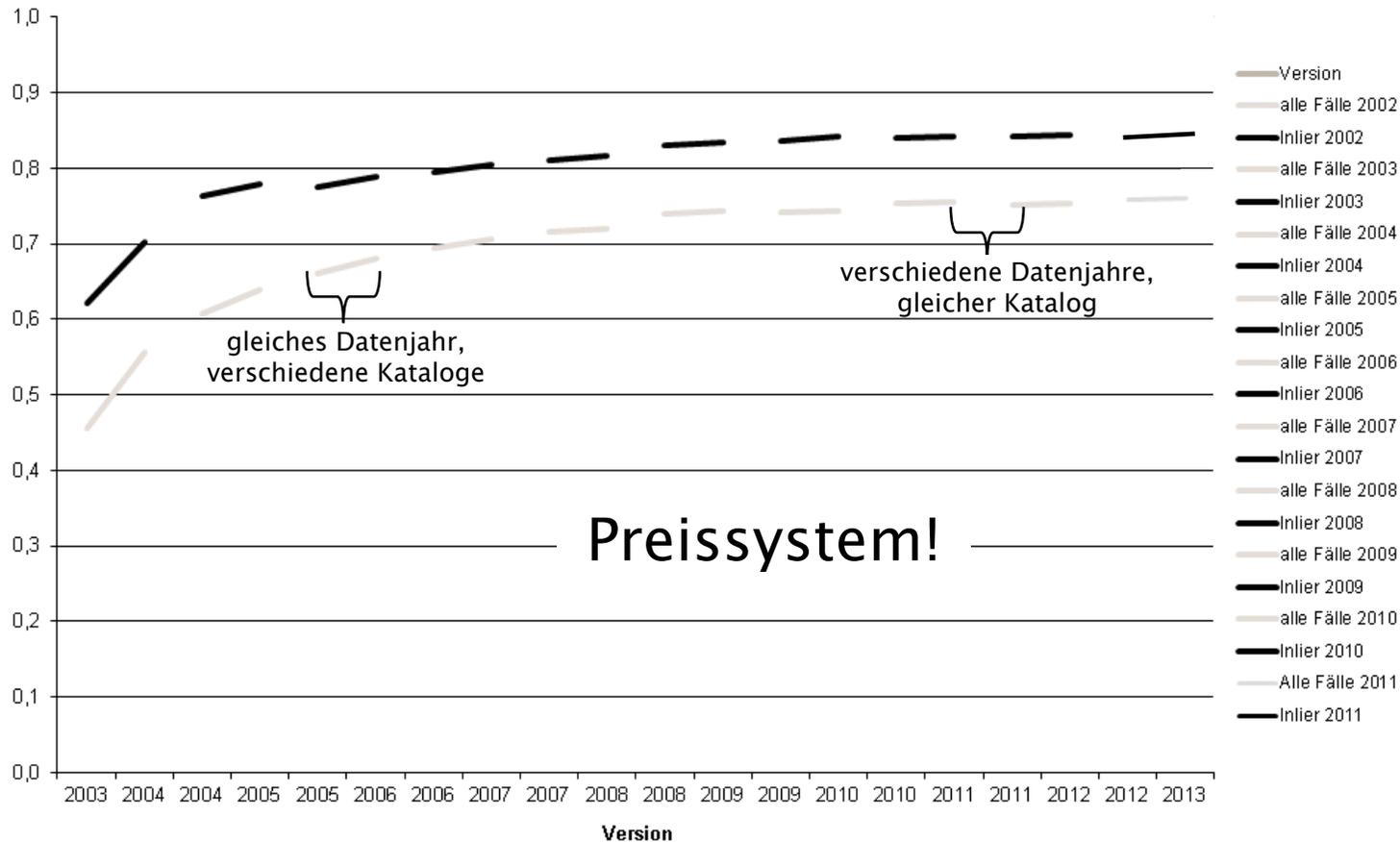
Preis
(LBFW)

Menge
(Casemix)

Struktur
(KH-Landschaft)

→ Mögliche Ansatzpunkte für das Prinzip „Handlung und Haftung“

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

Handlung und Haftung im Missverhältnis



1 Konsequenzlose Mengenausweitung

2 Konsequenzlose Krankenhausplanung

3 Konsequenzlose Preisbildung

4 Konsequenzlose Falschabrechnung

5 Konsequenzlose Qualitätssicherung

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 ...

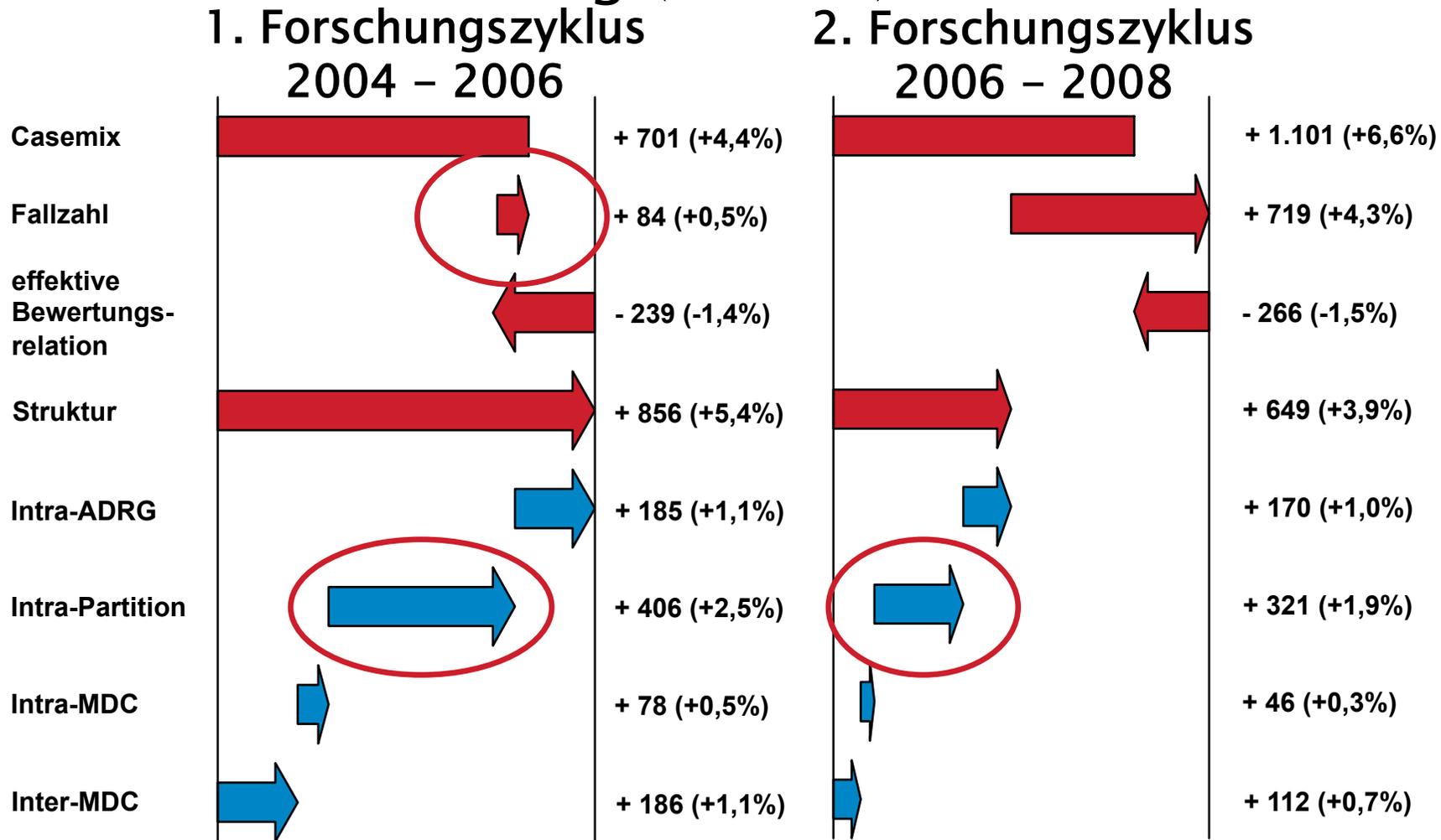
**Wer an das Hamsterrad glaubt,
glaubt auch an Leistungserbringung
aus rein wirtschaftlichen Gründen!**

Für die folgende Komponentenerlegung 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.)



Spitzenverband

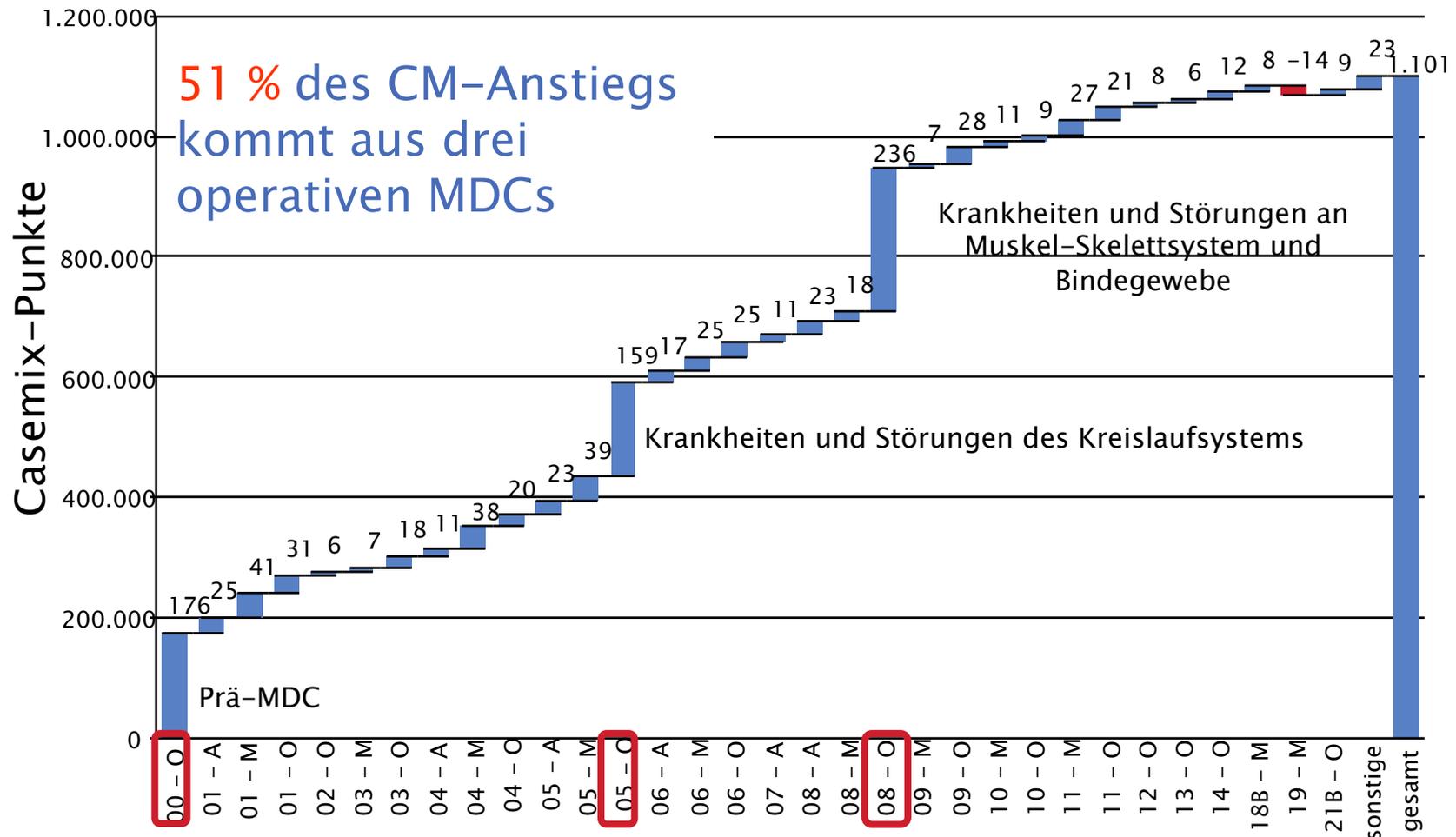


InEK, G-DRG-Begleitforschung gemäß § 17 b Abs. 8 KHG, eigene Farbgebung Darstellung. Die Casemix-Differenz zur Tabelle auf Folie 34 ergibt sich durch die im Rahmen der DRG-Begleitforschung vorgenommene Regruppierung in den DRG-Katalog 2006.

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



Spitzenverband



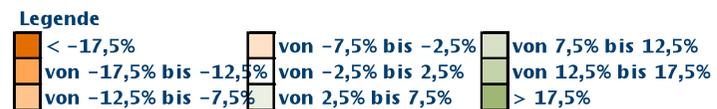
Quelle: InEK, G-DRG-Begleitforschung gemäß § 17 b Abs. 8 KHG, eigene Farbgebung

MDC-Partition

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

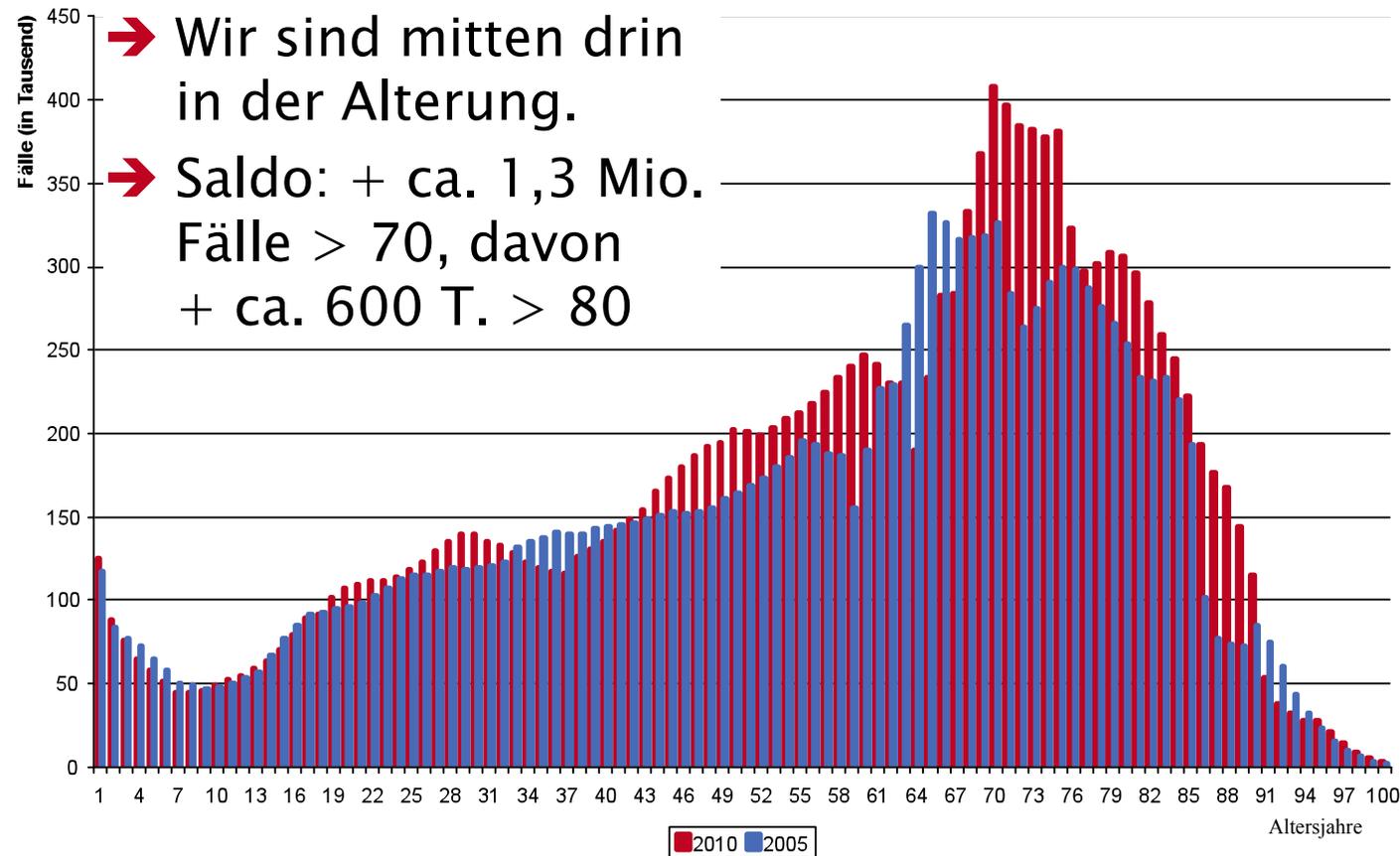


- Stärkste Zunahmen u. a.
- ➔ I44 (Verschiedene Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk),
 - ➔ F01 (Neuimplantation Kardioverter/Defibrillator [AICD])
 - ➔ I09 (Wirbelkörperperfusion),
 - ➔ ...
 - ➔ **Ca. 56 Mio. jährlich nur für z. B. Wirbelkörperperfusionen!**



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

Krankenhausdaten: Fallzahlprofile 2005/2010



Quelle: Daten gem. § 21 KHEntgG

Leistungszuwachs deutlich über der Morbiditätsentwicklung

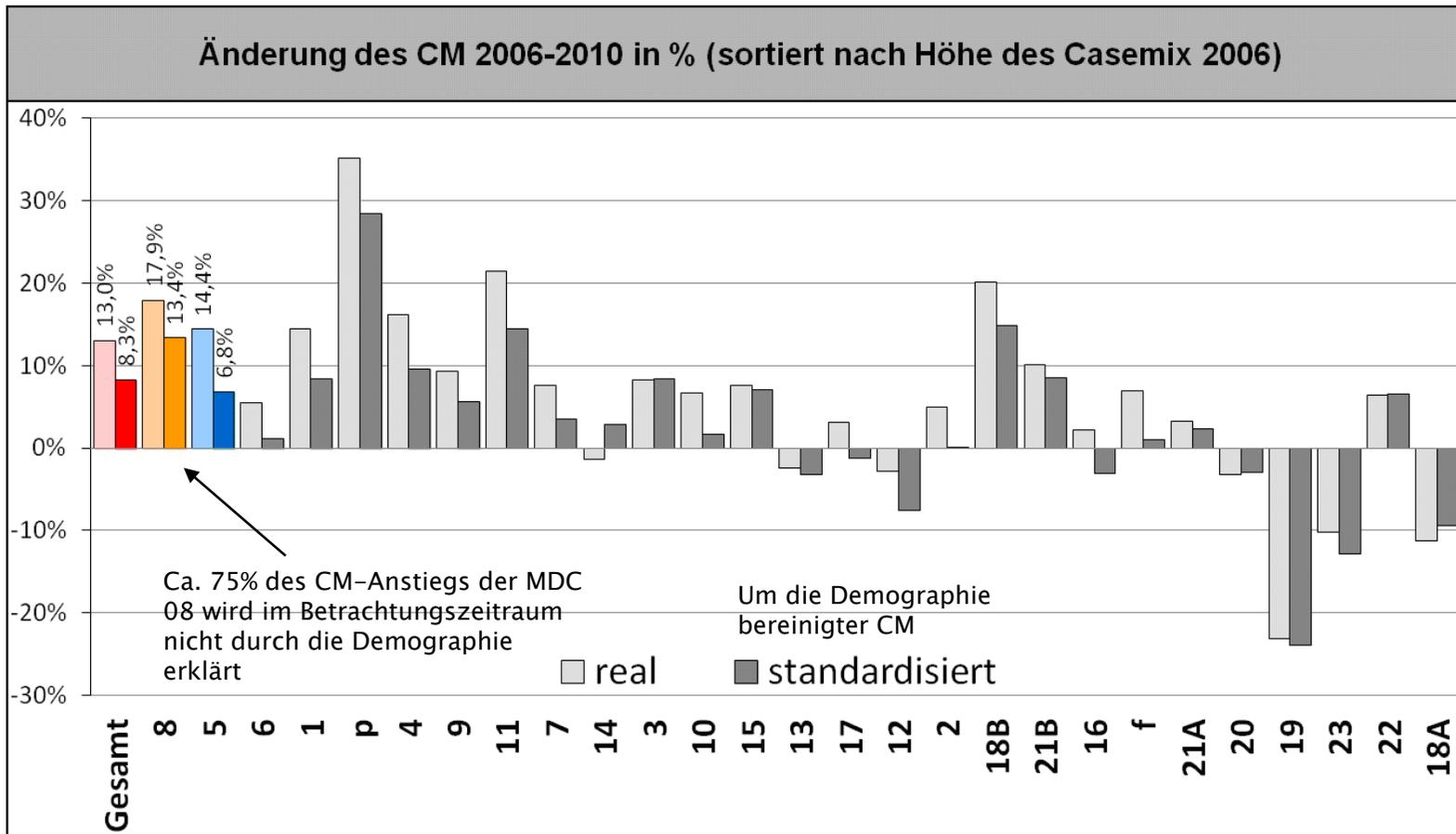
Kennzahl	Δ (04–08) p. a.		Δ (06–08) p. a.	
	IST	standard.	IST	standard.
CM	–	–	+ 3,3 %	+ 1,0 %
Fallzahl	+ 1,2 %	+ 0,7 %	+ 2,1 %	+ 0,7 %
Belegungstage	– 1,0 %	+ 1,1 %	– 0,3 %	+ 0,5 %

- ➔ 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 Casemixpunkte in den größten MDC

Gesamtänderung des Casemix 13,0 %



Quelle: Universität Basel / Universität Duisburg-Essen / RWI

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, Upkoding.

→ Die Suche nach DER Ursache ist nahezu aussichtslos.

→ Gerichtsfest Beweisen kann man Leistungserbringung aus wirtschaftlichen Gründen nicht.

Was macht das Mengenproblem zum Problem?

→ Gefahren für die Patienten

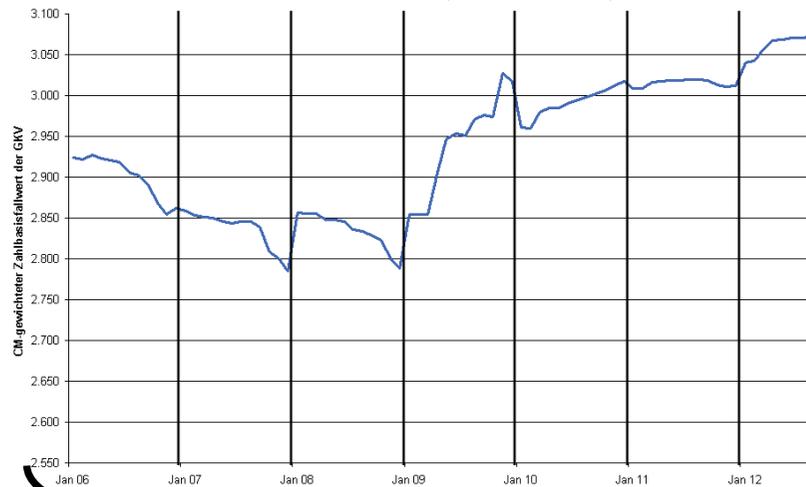
- Behandlung ohne Nutzen
- angebotsinduzierte Nachfrage (Behandlung mit teilweiseem Nutzen)
- medizinische Risiken

→ Ausgabensteigerung

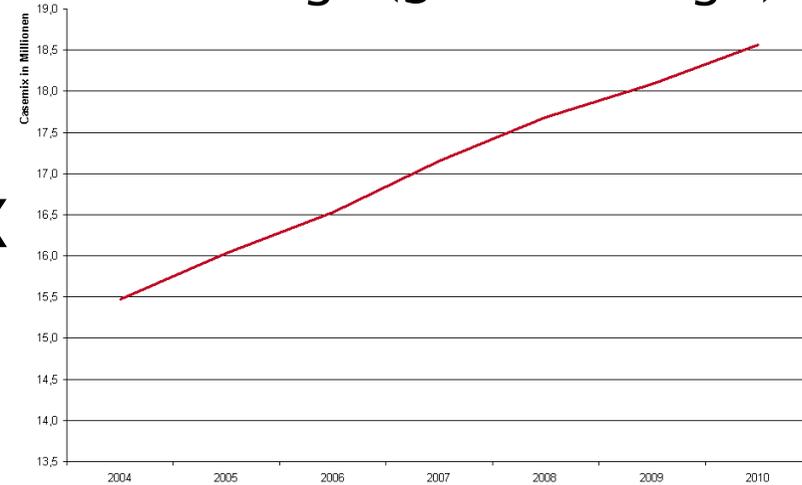
- zukünftig weitere (unspezifische) Spargesetze (Recht des stärkeren)
- fehlende Mittel für notwendige Behandlungen

Preis- und Mengenentwicklung: Erlöse der Krankenhäuser

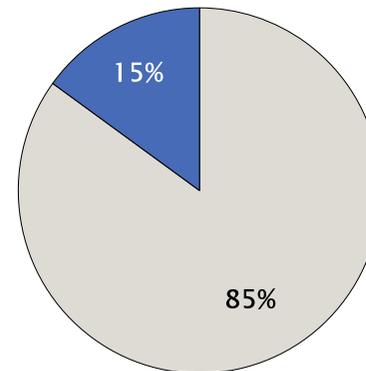
Preis (z-bax)



Menge (§ 21 KHEntgG)



X



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

Quelle: Amtliche Statistik KJ1 bzw. KV/45, Schätzungen des GKV-SV für 2012

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

- Jahrelang wurden die Krankenhäuser ökonomisiert, das DRG-System trägt einen immanenten Leistungsanreiz, 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:
 - Wirtschaftlichkeitsanreiz und Wettbewerb erhalten
 - Konsequenzen bei Fehlverhalten
- **Die richtigen Steuerungsinstrumente sind notwendig!**

Ideen der Krankenkassenseite (I): Direktverträge



- ➔ Wettbewerbliches Steuerungsinstrument:
Direktverträge für den planbaren Teil der Leistungen
- ➔ Ausschreibung der Leistungen für die Versorgungsregion:
 - Qualität, Menge und Preis sind 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

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: Alte Besen kehren gut.

Idee des GKV–Spitzenverbandes (III): Abrechnungslizenzhandel



- ➔ Vorweg: Den Abrechnungslizenzhandel gibt es bereits:
 - Aufkauf von Plan–Krankenhäusern durch private Träger,
 - Kauf und Verkauf von Kassenarztsitzen

- ➔ Der Handel von Krankenhäusern ist unkoordiniert; Krankenkassen und Bundesländer sind nicht beteiligt.

- ➔ Die Abrechnungslizenz „Plankrankenhaus“ ist von der Kapazität her nicht begrenzt.

Abkehr von einer Kapazitätsplanung



- Abrechnungslizenz war Teil einer Kapazitätsplanung
 - Krankenhausplanung definiert Betten

- Derzeit keine funktionierende Kapazitätsplanung
 - Bett sagt nichts mehr aus.
 - Rahmenplanung ist ohne Beschränkungen.
 - Länder begrenzen Kapazitäten nicht.

- Mehrleistungsabschläge sorgen für strukturelle Erstarrung

Ziel: funktionsfähige Kapazitätsplanung ohne Erstarrung



- Abrechnungslizenz regeln:
 - Volumen definieren (Casemix)
 - Beschränkung auf elektive Leistungen (elektiven CM)

- Morbiditätszuwachs wird gemessen und die jährlichen Leistungsvolumen (CM) entsprechend erhöht.

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 geringer Mengensteigerungen ausgeschüttet.
- Notfalleleistungen bleiben Gegenstand der planerischen Entscheidungsprozesse

Eckpfeiler des Abrechnungslizenzhandels



→ Handlungsspielraum des einzelnen Krankenhauses wird erweitert. Das Krankenhaus hat das Recht, ...

1. den Casemix in Höhe des vereinbarten Landesbasisfallwertes (Preis) abzurechnen
2. den Casemix zu verkaufen,
3. weiteren Casemix zu erwerben.

→ Krankenkassenposition / Krankenhausposition

Vorteile des Abrechnungslizenzhandels

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

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

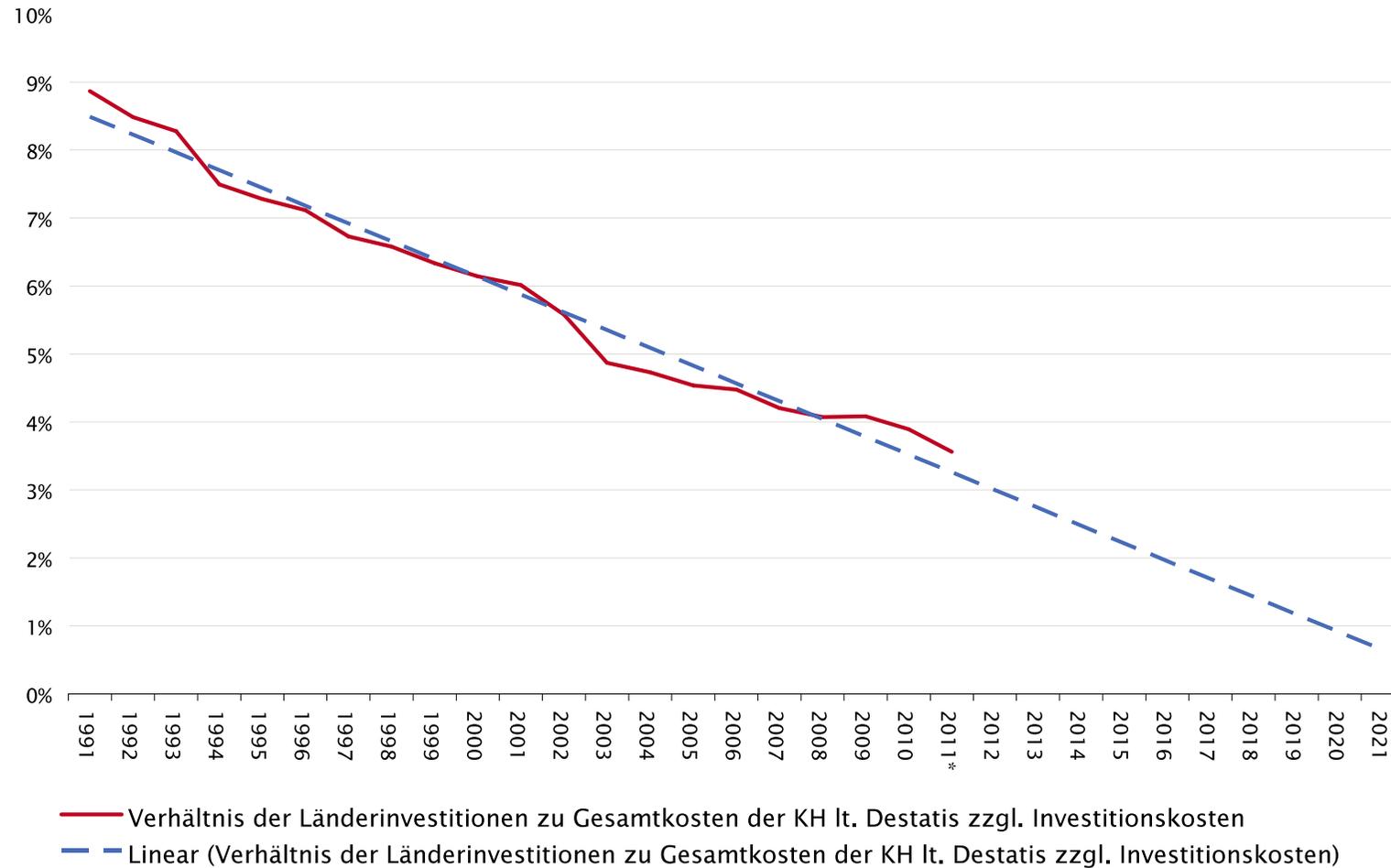
Quelle: Vgl. Koch, Volker: Mengenlehre für Klinikmanager, in G+G 6/12 15. Jahrgang sowie Mohrmann, Koch: Mengen deckeln und Handeln in f&w 04/2012

Handlung und Haftung im Missverhältnis



- 1 Konsequenzlose Mengenausweitung
- 2 Konsequenzlose Krankenhausplanung
- 3 Konsequenzlose Preisbildung
- 4 *Konsequenzlose Falschabrechnung*
- 5 *Konsequenzlose Qualitätssicherung*

Struktur: Grafik Rückgang der Investitionsfinanzierung



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

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.

Handlung und Haftung im Missverhältnis

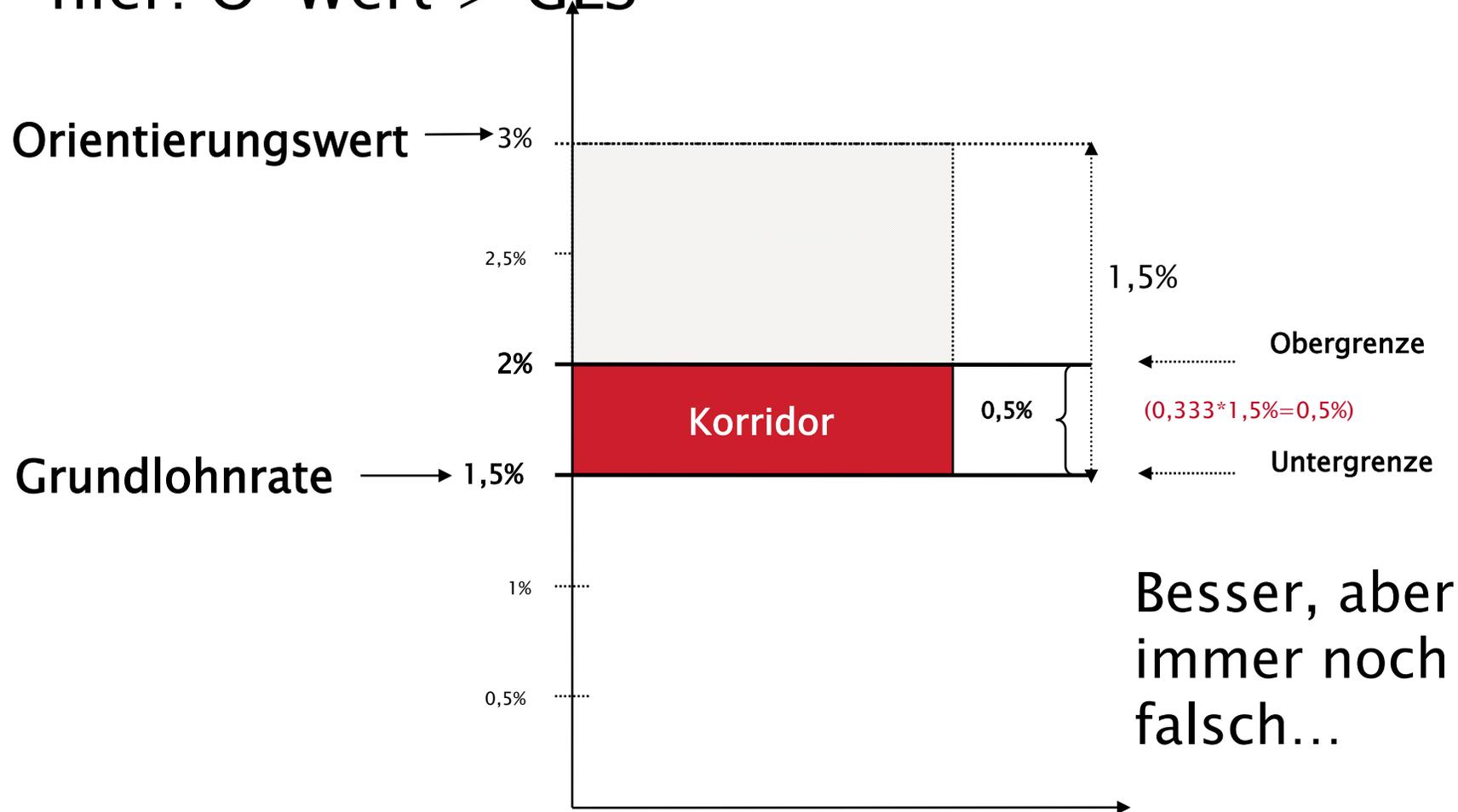


- 1 Konsequenzlose Mengenausweitung
- 2 Konsequenzlose Krankenhausplanung
- 3 Konsequenzlose Preisbildung

4 Konsequenzlose Falschabrechnung

5 Konsequenzlose Qualitätssicherung

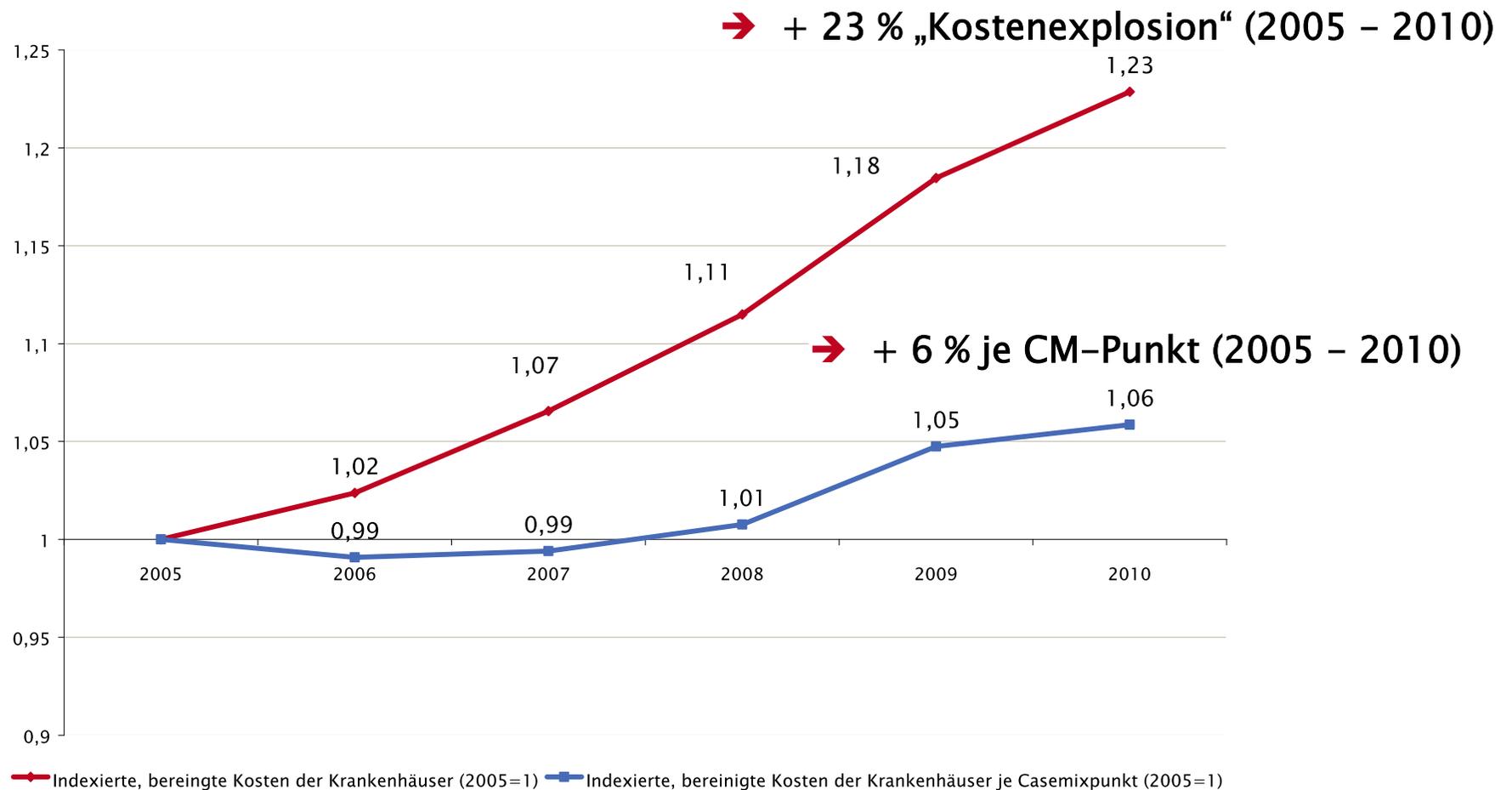
Orientierungswert (Somatik): Handung und Haftung im Missverhältnis – Psych-EntgG hier: O-Wert > GLS



Kostensteigerung je Fall ist entscheidend!

- Das Prinzip einnahmeorientierter Ausgaben (Grundlohnorientierung) wird von der Gesundheitspolitik nicht mehr akzeptiert.
- Die Gesundheitspolitik verfolgt folgende Linie:
 1. Die Blinddarmoperation soll unabhängig von der Wirtschaftsentwicklung finanziert werden.
 2. Ein größerer Bedarf an Blinddarmoperationen sollte zulasten der Kassen gehen (Morbidity).
 3. Kostenveränderungen für Blinddarmoperationen sind zu akzeptieren.
- Richtige Orientierung für die Preisentwicklung ist die Kostenentwicklung je Blinddarmoperation, d. h. die Fallkosten (genauer: **Kosten je Casemixpunkt**).

Kosten der Krankenhäuser je Casemix-Punkt 2005 bis 2010



Quelle: Destatis, Kostendaten der Krankenhäuser (inkl. Ambulanzen etc.), Casemix-Volumen gemäß § 21 KHEntgG

Der Preis macht die Menge!*

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

Vor DRG: Preis- und
Mengenbudget



Ausgaben

post-DRG:
Mengendeckel?



Preis Menge

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

Casemix-Änderungen 2004 bis 2011 (Ist): Mehrleistungsabschlag wirkt!



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	763.050	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

Quelle: Katalogpräsentationen des InEK der Jahre 2005 bis 2011, Daten gemäß § 21 KHEntgG.

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!

Aktuelle Informationen unter:
www.gkv-spitzenverband.de