

Krankenhaus-Report 2013

„Mengendynamik: mehr Menge, mehr Nutzen?“

Jürgen Klauber / Max Geraedts /
Jörg Friedrich / Jürgen Wasem (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2013

Auszug Seite 175-187



10	Mengensteuerung über das G-DRG-Preissystem	175
	<i>Boris Augurzky, Stefan Felder und Jürgen Wasem</i>	
10.1	Einleitung	175
10.2	Steuerungsinstrumente.....	178
10.2.1	Preisanpassungen auf Krankenhausebene.....	179
10.2.2	Verbesserung der Indikationsqualität.....	181
10.2.3	Fixierte Gesamtleistung	183
10.3	Fazit.....	185
	Literatur	187

10 Mengensteuerung über das G-DRG-Preissystem

Boris Augurzky, Stefan Felder und Jürgen Wasem

Abstract

Der Krankenhausbereich ist durch eine starke Mengendynamik geprägt, die offenbar auch durch fehlgeleitete finanzielle Anreize im Vergütungssystem zu erklären ist. Nach fast zehn Jahren DRGs stellt sich daher die Frage nach einer Neuadjustierung des Systems. In diesem Beitrag diskutieren wir ausgewählte Mengensteuerungsinstrumente. Selektivvertragliche Lösungen könnten die Mengendynamik zwar wirkungsvoll bremsen; falls die Politik aber beabsichtigt, im kollektivvertraglichen Rahmen zu bleiben, schlagen wir ein System vor, bei dem mit den Rechten zur Abrechnung von DRG-Punktwerten gegenüber Krankenkassenversicherungen gehandelt wird. Diese Zertifikate würden den Krankenhäusern von einer zu diesem Zweck einzurichtenden Bundesagentur zugeteilt und könnten zwischen den Häusern zu einem sich einspielenden Preis getauscht werden.

In recent years the German hospital market has experienced a strong increase in the number of cases. This increase appears to be partly caused by financial incentives inherent in the DRG system. Almost ten years after its introduction, the G-DRG system is in need of modification. This chapter discusses a number of instruments to adjust financial incentives for hospitals. Switching to selective contracting is one solution. If, however, a political decision is made to adhere to the current system of collective bargaining, we suggest (i) fixing the total DRG casemix volume, (ii) introducing quotas for inpatient cases hospitals can bill health insurers for, and (iii) establishing a market in which hospitals can trade these rights. These measures would allow the regulatory body to fully control the total casemix volume.

10

10.1 Einleitung

Die empirischen Untersuchungen in den Kapiteln 6, 7 und 8 in diesem Band haben gezeigt, dass es im Krankenhausbereich eine starke Mengendynamik gibt, die nicht allein durch die demografische Entwicklung, sondern offenbar auch durch fehlgeleitete finanzielle Anreize im Vergütungssystem für Leistungserbringer zu erklären ist. Im Jahr 2004 wurde das DRG-Fallpauschalensystem als neues Vergütungssystem eingeführt. Dabei wird ein Krankenhausfall mit einer diagnosespezifischen Fallpauschale vergütet. Die Pauschale orientiert sich an den Durchschnittskosten der Krankenhäuser und wird vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) kalkuliert und regelmäßig aktualisiert. 2012 gab es fast 1 200 verschiedene

Abbildung 10–1

Beurteilungskriterien	
Kriterium: Auswirkung auf ...	
A	Mengendynamik
B	Wettbewerb zwischen Krankenhäusern
C	Spezialisierung der Krankenhäuser
D	Versorgungssicherheit
E	Administrativer Aufwand

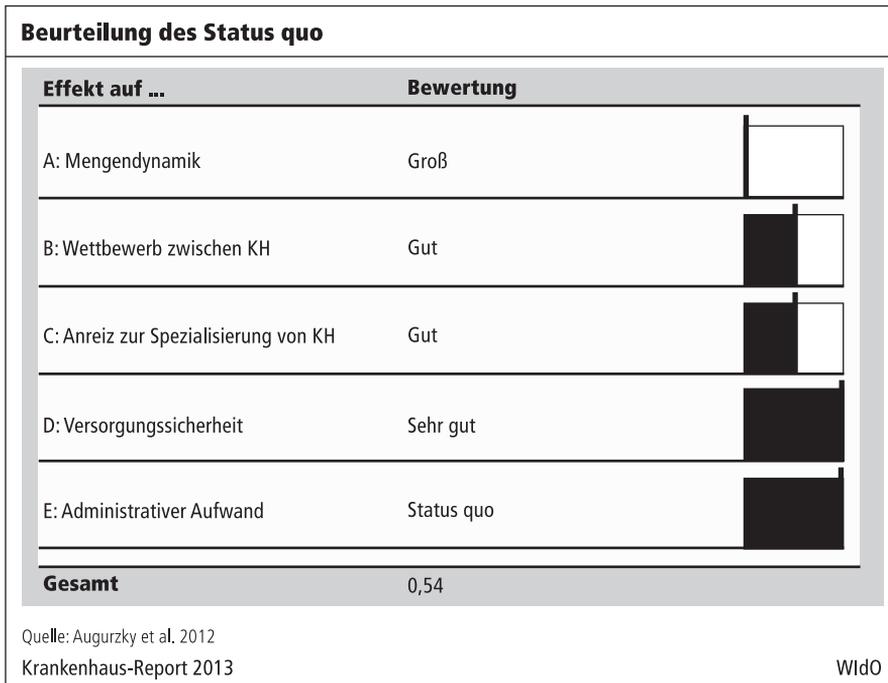
Krankenhaus-Report 2013 WlDO

DRGs. Die Zahl der Fälle und die relativen Preise einer DRG bestimmen die Erlöse des Krankenhauses. Unter betriebswirtschaftlichem Gesichtspunkt sind daher für ein Krankenhaus generell eine hohe Fallzahl sowie DRGs mit einem hohen Deckungsbeitrag anzustreben. Dies muss jedoch nicht unbedingt auch unter medizinischen Aspekten vorteilhaft sein. Daher kommt es aus gesundheitsökonomischer Sicht zu ungünstigen Kosten-Nutzen-Verhältnissen und damit zu einer nicht optimalen Ressourcenallokation, insbesondere zu einem „Zuviel“ an Behandlungen.

Nach fast zehn Jahren DRG-Tarifsysteem stellt sich die Frage nach seiner Neuadjustierung, auch wenn es sich in vielerlei Hinsicht als vorteilhaft erwiesen hat. So hat es zu einer deutlichen Erhöhung der Transparenz im Leistungsgeschehen, bei den betrieblichen Abläufen und bei den Preisen geführt. Wie für regulierte Preissysteme nicht ungewöhnlich führt es aber auch zu Fehlanreizen in Bezug auf die Menge an erbrachten Leistungen. Bei der Neuadjustierung muss es daher darum gehen, Fehlanreize derart zurückzudrehen, dass nur diejenigen Patienten stationär behandelt werden, bei denen dies medizinisch notwendig und wirtschaftlich ist. Basierend auf Augurzky et al. (2012a) werden in diesem Kapitel ausgewählte Steuerungsinstrumente vorgestellt, diskutiert und beurteilt. Die in Abbildung 10–1 aufgeführten Kriterien dienen zur Beurteilung.

Zentrales Beurteilungskriterium ist, ob ein Reformvorschlag tatsächlich in der Lage ist, die Mengendynamik zu bremsen (Kriterium A). Dabei soll jedoch der Wettbewerb zwischen Krankenhäusern nicht aus den Augen verloren werden (Kriterium B). Ein Reformvorschlag soll nach Möglichkeit den gegenwärtig bestehenden Wettbewerb zwischen Krankenhäusern nicht reduzieren, sondern ihn mindestens beibehalten. Ähnliches gilt für die Spezialisierung von Krankenhäusern (Kriterium C), die

Abbildung 10–2



aus volkswirtschaftlicher Sicht Vorteile bietet. Untersuchungen in Augurzky et al. (2011 und 2012b) zeigen, dass spezialisierte kleine Kliniken wirtschaftlich erfolgreicher sind als nicht-spezialisierte kleine Kliniken. Analysen von Hentschker und Mennicken (2012) deuten außerdem darauf hin, dass es einen positiven Zusammenhang zwischen der Menge der erbrachten Leistung und der medizinischen Qualität gibt.¹ Demgegenüber ist die Frage zu stellen, ob die Versorgungssicherheit der Bevölkerung durch die jeweiligen Reformvorschläge weiterhin gewährleistet wird (Kriterium D). Betrachtet werden soll schließlich, ob durch einen Reformvorschlag zusätzlicher administrativer Aufwand ausgelöst wird (Kriterium E).

Vor dem Hintergrund der genannten Kriterien soll zunächst der Status quo beurteilt werden (Abbildung 10–2). Derzeit ist die Mengendynamik verhältnismäßig stark. In der Abbildung steht daher der angedeutete „Hebel“ ganz links und sollte durch geeignete Instrumente weiter nach rechts geschoben werden. Der Wettbewerb zwischen Krankenhäusern ist gut ausgeprägt, der Hebel steht mittig, d. h. sowohl eine Verschlechterung als auch eine Verbesserung ist denkbar. Gleiches gilt für das Maß an Spezialisierung. Im Fall der Versorgungssicherheit wird davon ausgegangen, dass sie bereits ein höchstes Maß erreicht hat; hier kann es nur zu einer Verschlechterung kommen. Hinsichtlich des administrativen Aufwands ist zwar der

¹ Die medizinische Qualität selbst wird nicht als eigenständiges Beurteilungskriterium aufgenommen. Es wird davon ausgegangen, dass der aktuelle Standard grundsätzlich gehalten wird.

Status quo unbefriedigend. Relevant ist bei einem Vergleich mit Reformvorschlägen jedoch nur, ob sich der Aufwand weiter erhöht und der Hebel daher von ganz rechts nach links wandert. Im Fazit am Schluss dieses Beitrags wird es auch um den Vergleich der Reformvorschläge untereinander gehen. Dabei sind bei einer Auswahl von Instrumenten Vor- und Nachteile bei den einzelnen Kriterien gegeneinander abzuwägen. Wir gewichten die fünf genannten Kriterien im Verhältnis 4:2:2:4:1 zueinander. Es bleibt jedoch dem Leser überlassen, sie auch in einem anderen Verhältnis zu gewichten.

10.2 Steuerungsinstrumente

Steuerungsinstrumente aus Augurzky et al. (2012a), die in der Öffentlichkeit 2012 diskutiert wurden, werden in diesem Kapitel aufgegriffen. Der Fokus wird dabei auf Instrumente im kollektivvertraglichen Rahmen gelegt. In der Tabelle 10–1 sind sie durch Fettdruck hervorgehoben. Direktverträge zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern als Steuerungsinstrument werden also hier nicht ausführlicher behandelt, wenngleich das zentrale Ziel der Begrenzung der Mengendynamik durch den Übergang zu einem System von Selektivverträgen besser erreicht werden könnte als im Rahmen kollektivvertraglicher Lösungen. Insbesondere kann der (sektorenübergreifende) Selektivvertrag dazu beitragen, dass Patienten, die keine

10

Tabelle 10–1

Steuerungsinstrumente

Instrument	
Direktverträge im Rahmen des DRG-Systems (nicht gemeinsam und einheitlich)	
1	Je DRG und KH: Mengen und Relativpreise (und Qualität)
2	Je KH: nur Gesamtmenge und BFW (und Qualität)
Preisanpassungen auf Krankenhausebene (für alle KH einheitliche Regelungen)	
3	Relativpreis abhängig von Menge m: $r=r(m)$ (s. z. B. §17b Abs. 1 Satz 11 KHG)
4	Mehrfähriger Mehrleistungsabschlag: Basisfallwert abhängig von Menge: $BFW=BFW(m)$
5	Temporärer Minderleistungszuschlag
6	Mengenauffällige DRGs durch InEK neu kalkulieren
7	Fortfall der Schiedsstellenfähigkeit prospektiver Mehrleistungsvereinbarungen
Verbesserung der Indikationsqualität	
8	Unabhängige Zweitmeinung
9	Kontrollen, Strafen, Transparenz
Fixierte Gesamtleistung im Rahmen des DRG-Systems	
10	Globalbudget (für alle KH): Preis = Globalbudget/Menge
11	Zertifikatehandel
Weitere Instrumente	
12	Eigenbeteiligung des Patienten
13	Ausweitung der Erlaubnis für KH zur Erbringung ambulanter Leistungen

stationäre Behandlung benötigen, tatsächlich nicht im Krankenhaus behandelt werden. Selektivverträge werden in Kapitel 12 in diesem Band und in Augurzky et al. (2012a) detaillierter behandelt.

10.2.1 Preisanpassungen auf Krankenhausebene

Die folgenden Vorschläge sehen für alle Krankenhäuser nach einem einheitlichen Regelmechanismus Preisanpassungen bei den stationären Krankenhausleistungen vor. *Degressive Relativpreise* (Nr. 3 in Tabelle 10–1) knüpfen hierbei an das geltende Recht an. § 17b Abs. 1 Satz 11 Halbsatz 2 KHG sieht vor, dass Relativgewichte „für Leistungen, bei denen in erhöhtem Maße wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen eingetreten oder zu erwarten sind, gezielt abgesenkt oder in Abhängigkeit von der Fallzahl bei diesen Leistungen gestaffelt vorgegeben werden“ können. Diese Überlegung wird in dem folgenden Reformvorschlag weiterentwickelt. Der Gesetzgeber verpflichtet danach die Vertragsparteien, DRG-spezifisch degressive Vergütungsalgorithmen zu entwickeln: Größere Fallzahlen in den identifizierten DRGs werden mit geringeren Relativgewichten ausgestattet als niedrigere Mengen. Je nach Anzahl der abgerechneten Fallzahlen werden die Krankenhäuser demnach unterschiedliche Relativgewichte bei einer DRG abrechnen können; die Regeln dazu sollten einheitlich sein.

Die Mengendynamik kann damit teilweise gebremst werden (Abbildung 10–3). Der Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern wird allerdings im Vergleich zum

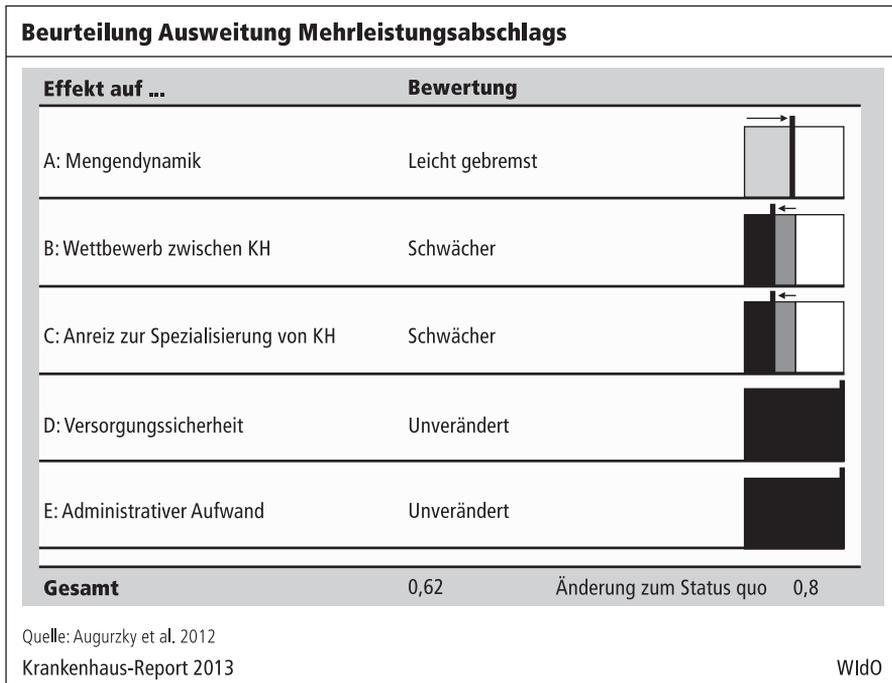
Abbildung 10–3

Beurteilung degressive Relativpreise	
Effekt auf ...	Bewertung
A: Mengendynamik	Leicht gebremst
B: Wettbewerb zwischen KH	Schwächer
C: Anreiz zur Spezialisierung von KH	Schwächer
D: Versorgungssicherheit	Unverändert
E: Administrativer Aufwand	Unverändert
Gesamt	0,62 Änderung zum Status quo 0,8

Quelle: Augurzky et al. 2012
Krankenhaus-Report 2013

WIdO

Abbildung 10–4



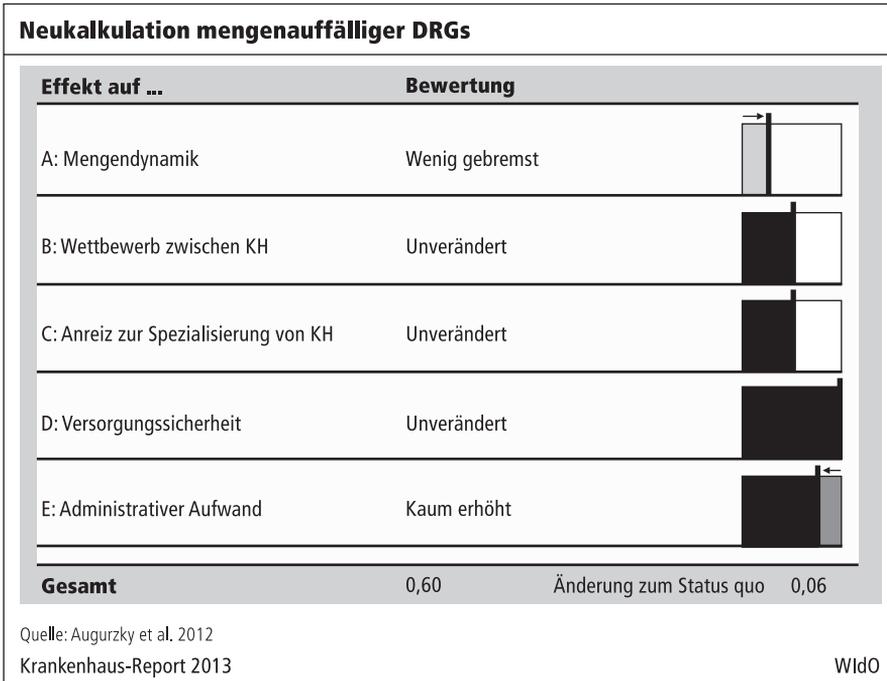
Status quo verringert. Auch ist davon auszugehen, dass der Anreiz zur Spezialisierung zurückgehen wird. Sofern das Instrument nur für mengenauffällige DRGs eingesetzt wird, ist nicht zu befürchten, dass die Versorgungssicherheit gefährdet würde. Ein zusätzlicher administrativer Aufwand durch die Einführung dieser GKV-einheitlichen Vergütungsregelung entsteht nicht.

Auch der *mehrjährige Mehrleistungsabschlag* (Nr. 4) knüpft an bereits bestehende Regelungen an. Im geltenden System ab 2013 müssen die Krankenhäuser bei vereinbarten Mengenausweitungen stationärer Krankenhausleistungen gegenüber dem Vorjahr für zwei Jahre einen Mehrleistungsabschlag von 25 Prozent hinnehmen. Die Abschläge werden bei der Berechnung des Landesbasisfallwertes (LBFW) nicht absenkend berücksichtigt.² Nach zwei Jahren sind die zusätzlichen Leistungsmengen mit dem ungekürzten LBFW zu vergüten. Der Reformvorschlag zielt nun darauf ab, den Mehrleistungsabschlag über mehr als zwei Jahre gegen das Krankenhaus gelten zu lassen. Erst nach z. B. drei Jahren kann das Krankenhaus dann die zusätzlichen stationären Krankenhausleistungen voll finanziert bekommen.

Durch die Ausweitung des Mehrleistungsabschlags und die dadurch bewirkte verstärkte Selbstfinanzierung durch die die Leistungsmenge expandierenden Krankenhäuser kann das stationäre Mengenwachstum teilweise gebremst werden (Abbildung 10–4). Nachteilig ist, dass die Regelung den Wettbewerb zwischen den

² § 4 Abs. 2a Satz 2 und Satz 7 KHEntgG.

Abbildung 10–5



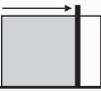
Krankenhäusern reduziert, weil es für Krankenhäuser weniger attraktiv wird, Patienten von Wettbewerbern zu gewinnen. Ein (wünschenswerter) Anreiz zur Spezialisierung wird nur geringfügig beeinträchtigt. Es entsteht kein zusätzlicher administrativer Aufwand durch die Einführung dieser Verlängerung des Mehrleistungsabschlages. Auch ist nicht zu befürchten, dass die Versorgungssicherheit durch den Vorschlag gefährdet würde.

Wie Kapitel 6 gezeigt hat, ist die Mengendynamik bei DRGs mit einem hohen Fixkostenanteil überdurchschnittlich hoch, sodass Krankenhäuser starke Anreize haben, die Mengen bei diesen DRGs auszuweiten. Ein Lösungsansatz könnte daher darin liegen, das InEK zu beauftragen, *Relativgewichte für mengenauffällige DRGs regelmäßig neu zu kalkulieren* (Nr. 6). Dadurch würde die Mengendynamik teilweise gebremst werden (Abbildung 10–5). Da der Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern durch diese Neukalkulation nicht und der Anreiz zur Spezialisierung kaum beeinträchtigt würden, ist die Versorgungssicherheit nicht gefährdet. Beim InEK entstünde jedoch ein zusätzlicher administrativer Aufwand durch die Rekalibrierung.

10.2.2 Verbesserung der Indikationsqualität

Die bislang vorgestellten Instrumente setzen an der Gesamtmenge eines Krankenhauses oder einer DRG an, zielen aber nicht explizit auf die *Verbesserung der Qualität der Indikationsstellung* (Nr. 8 und 9). Ein erster möglicher Ansatz zur Verbes-

Abbildung 10–6

Verbesserung der Indikationsqualität			
Effekt auf ...	Bewertung		
A: Mengendynamik	Gebremst	Umsetzung vermutlich schwierig	
B: Wettbewerb zwischen KH	Unverändert		
C: Anreiz zur Spezialisierung von KH	Unverändert		
D: Versorgungssicherheit	Unverändert		
E: Administrativer Aufwand	Leicht erhöht	Messung und Kontrolle der Indikationsqualität	
Gesamt	0,73	Änderung zum Status quo	0,19

Quelle: Augurzky et al. 2012
Krankenhaus-Report 2013

WlDO

serung der Indikationsqualität könnte die Ausweitung von Kontrollen, Strafen und Transparenz sein. Eine Umsetzung scheint allerdings schwierig und aufwändig. Die Verbesserung der Indikationsqualität könnte auch durch eine verpflichtende unabhängige Zweitmeinung erreicht werden. Wenn der Arzt, der die Zweitmeinung stellt, keinen wirtschaftlichen Vorteil aus der Durchführung einer Behandlung zieht, wird er von einer medizinisch nicht notwendigen Behandlung in der Regel abraten. Allerdings verursacht die Erstellung einer Zweitmeinung Kosten. Würde beispielsweise in 80 Prozent aller Fälle eine Zweitmeinung eingefordert und sollte sie im Mittel 150 € kosten, betrügen die jährlichen Gesamtkosten 2,1 Mrd. €. Diese Kosten könnten erst dadurch eingespart werden, dass über 4 Prozent aller Fälle jährlich vermieden würden. Vermutlich würde man daher nur bei teuren oder mengenauffälligen Fällen eine verpflichtende Zweitmeinung verlangen.

Damit könnte der Mengendynamik wirkungsvoll entgegengewirkt werden (Abbildung 10–6). Schwierigkeiten bereitet allerdings die Konkretisierung dieses Instruments, weil es einer Regulierung der ärztlichen Freiheit bei der Indikationserstellung bedürfte. Die mit der Bremsung der Mengendynamik verbundenen Ziele können daher faktisch insgesamt nur eher in begrenztem Umfang erreicht werden. Der Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern bliebe unverändert, ebenso Anreize zur Spezialisierung. Die Versorgungssicherheit wäre nicht gefährdet. Der administrative Aufwand nähme durch Zweitmeinungen oder Kontrollen zu.

10.2.3 Fixierte Gesamtleistung

Eine weitere Gruppe von Steuerungsinstrumenten fixiert die Gesamtleistung der Krankenhäuser. Beim fixierten sektoralen *Globalbudget* wird ein Ausgabenbudget der Kostenträger für stationäre Krankenhausleistungen je Bundesland fixiert. Dieses Globalbudget wird jährlich mit der Morbiditätsentwicklung angepasst, wofür entweder die Demografie heranzuziehen oder ein entsprechendes Messsystem zur Erfassung der Morbidität jenseits der Demografie zu entwickeln ist. Steigt der Casemix landesweit stärker als die Morbiditätsentwicklung, bewirkt dies „automatisch“ einen Preisverfall. Die LBFW müssen also entsprechend sinken. Dieses Instrument führt jedoch *nicht* dazu, dass die stationäre Mengenentwicklung gebremst wird. Aber hinsichtlich der Ausgabenentwicklung der Kostenträger wird die Mengendynamik aufgrund des eingebauten Automatismus bei den Preisen irrelevant. Positiv ist festzuhalten, dass der Vorschlag den Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern gegenüber dem Status quo nicht reduzieren würde. Von dem Instrument geht keine Gefährdung der Versorgungssicherheit stationärer Krankenhausleistungen aus. Es entsteht durch die Umsetzung des Vorschlags kein zusätzlicher administrativer Aufwand.

Ein anderes Instrument, das die Gesamterlöse weitgehend beschränkt, ist die Einführung eines auf den Casemix stationärer Leistungen bezogenen *Zertifikatehandels* (s. Kapitel 13 in diesem Band). Dabei wird auf der Bundeslandebene die Summe aller Casemixpunkte fixiert. Jedes Krankenhaus erhält im Ausgangsjahr für jeden Casemixpunkt (CMP), den es erbracht hat, ein Zertifikat. Das Zertifikat berechtigt zur Abrechnung eines CMP zum LBFW gegenüber (gesetzlichen oder privaten) Krankenversicherungen und besitzt eine unbegrenzte Geltungsdauer. Ohne Zertifikat kann ein Krankenhaus dagegen den Fall nicht mit den Krankenversicherungen abrechnen. Alternativ ist denkbar, dass ohne Zertifikat zumindest zu einem gewissen Prozentsatz vom LBFW, z. B. zu 35 %, abgerechnet werden kann oder dass klar definierte Notfälle ausgenommen sind.

Nach erstmaligem Verteilen aller Zertifikate auf die Krankenhäuser können diese innerhalb eines Bundeslands zwischen den zur GKV-Versorgung zugelassenen Krankenhäusern frei gehandelt werden. Wenn ein Krankenhaus mehr CMP mit den Kassen abrechnen möchte, benötigt es mehr Zertifikate, die es am „Zertifikatemarkt“ erwerben kann. Dagegen können Krankenhäuser, die weniger CMP erbringen können oder wollen, Zertifikate verkaufen. Sie erhalten dadurch einmalig Erlöse und können damit z. B. Anpassungen im Schrumpfungsprozess abfedern. Marktplatz kann eine Bundesagentur für den CM-Zertifikatehandel sein. Alle Marktteilnehmer und ihre Menge an Zertifikaten sind bei der Agentur registriert. Der Marktpreis eines Zertifikats ergibt sich aus dem Angebot und der Nachfrage nach Zertifikaten. Er wird sich vermutlich am diskontierten erwarteten Deckungsbeitrag orientieren.³

³ Ein vereinfachtes Beispiel mit nur einjähriger Betrachtungsperiode: Bei einem Relativgewicht von 1 und einem Landesbasisfallwert von 2900 € ist ein Krankenhaus mit Grenzkosten für einen zusätzlichen Krankenhausfall von 2400 € bereit, bis zu 500 € für ein Zertifikat für einen CPM zu bezahlen. Umgekehrt wäre in diesem Fall ein Haus mit Grenzkosten von 2600 € bereit, sein Zertifikat für mindestens 300 € zu verkaufen.

Hinsichtlich der Anpassung der gesamten Zertifikatenumenge sind unterschiedliche Varianten denkbar. In einem stärker selektivvertraglich ausgestalteten System, bei dem der Sicherstellungsauftrag auf die Krankenkassen übergeht, erscheint es sinnvoll, dass letztere jeweils im Wettbewerb untereinander über die Ausgabe zusätzlicher Zertifikate für ihre Versicherten entscheiden können. Die zusätzlichen Zertifikate würden hier z. B. von der jeweiligen Krankenkasse versteigert und ihr fielen die Mehreinnahmen zu. Verbleibt das System hingegen stärker korporativ-planerisch organisiert, ist es naheliegend, auch auf diesem Wege die Zertifikatenumenge anzupassen, was im Zeitablauf notwendig werden würde. Beispielsweise würden je Bundesland die demografisch bedingten (oder durch ein die Morbidität jenseits der Demografie erfassendes Klassifikationssystem festgestellten) Veränderungen der Morbidität sowie technologische Entwicklungen in der Leistungserbringung ermittelt und auf Basis dessen die Gesamtmenge der Zertifikate regelmäßig angepasst. Die zusätzlichen Zertifikate könnten versteigert werden, wobei zu entscheiden wäre, wohin die Einnahmen fließen. Denkbar wäre in diesem Ansatz aber auch eine unentgeltliche „Ausschüttung“ von neuen Zertifikaten auf Basis der bei den Krankenhäusern bereits vorhandenen Zertifikate. Eine einprozentige Erhöhung der Zertifikatenumenge würde in diesem Modell also für jedes Krankenhaus eine Erhöhung seiner Zertifikatenumenge um ein Prozent zur Folge haben. In jedem Fall müsste gelten, dass die in einem Jahr ohne Zertifikate zusätzlich erbrachte Menge nicht die Gesamtmenge an Zertifikaten im Folgejahr erhöht.

Durch die jährliche Anpassung der Zertifikatenumenge können Bevölkerungswanderungen zwischen Bundesländern in der bundeslandspezifischen Zertifikatenumenge abgebildet werden. Veränderte Patientenströme zwischen Bundesländern blieben jedoch unangepasst. Dies kann langfristig zu Verwerfungen führen. Zumindest sind daher der Zertifikatehandel der Stadtstaaten Bremen, Hamburg und Berlin mit den jeweils umliegenden Bundesländern sowie des Saarlands mit Rheinland-Pfalz zusammenzufassen. Auch innerhalb eines Bundeslands kann es möglich sein, dass aus einer Region sämtliche Zertifikate abfließen, weil in der betroffenen Region keine ausreichend hohen Deckungsbeiträge erwirtschaftet werden können. Damit wäre in dieser Region die Versorgungssicherheit gefährdet. Eine regionale Anhebung des Basisfallwerts in dieser Versorgungsregion würde das Problem vermeiden. Dies setzt voraus, dass eine bundesweit einheitliche Mindestversorgung je Versorgungsregion definiert wird – ähnlich wie bei Selektivverträgen. Sobald die Gefahr besteht, die Mindestversorgung zu unterschreiten, muss der regionale BFW angehoben werden. Dieses Vorgehen entspricht damit der Gewährung eines Sicherstellungszuschlags, wie er im heutigen Recht bereits angelegt ist.

Das Instrument ist gut geeignet, die Mengendynamik zu bremsen – denn das Mengenwachstum ist bis auf die im Rahmen des retrospektiven Mehrerlösausgleichs schlecht vergüteten zusätzlichen Mengen exogen vorgegeben (Abbildung 10–7). Der Zertifikatehandel setzt allerdings ökonomische Kräfte frei, die auf Kosten der Indikationsqualität gehen können. Es besteht die Gefahr, dass manche medizinisch notwendige Behandlungen nicht mehr erbracht werden, wenn ihr Deckungsbeitrag zu klein ist, und durch medizinisch weniger notwendige Behandlungen mit höherem Deckungsbeitrag verdrängt werden. Der Zertifikatehandel wird insgesamt zu einem verstärkten Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern führen. Marktein- und -austritte werden attraktiver und Strukturanpassungen wer-

Abbildung 10–7

Bewertung des Zertifikatehandels			
Effekt auf ...	Bewertung		
A: Mengendynamik	Gebremst	Je nach Ausgestaltung vollständig oder fast vollständig gebremst	
B: Wettbewerb zwischen KH	Stärker		
C: Anreiz zur Spezialisierung von KH	Deutlich stärker		
D: Versorgungssicherheit	Kaum gefährdet	Denkbar, wenn gesamte Leistung einer Region „verkauft“ wird	
E: Administrativer Aufwand	Unverändert		
Gesamt	0,81	Änderung zum Status quo	0,27

Quelle: Augurzky et al. 2012
Krankenhaus-Report 2013

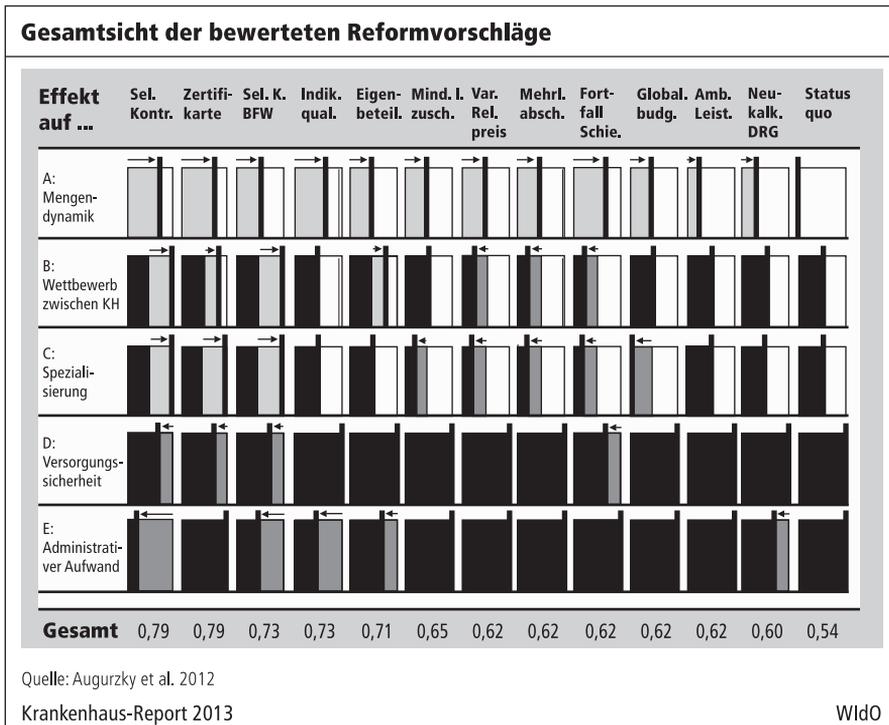
WIdO

den beschleunigt. Krankenhäuser mit relativ hohen Produktionskosten erhalten einen Anreiz, Zertifikate zu verkaufen und Krankenhäuser mit geringen Produktionskosten erhalten einen Anreiz, Zertifikate zu erwerben. Positive Anreize gehen vom Zertifikatehandel auch in Richtung einer stärkeren Spezialisierung aus, insoweit dadurch geringere Grenzkosten erzielt werden können. Wie bereits beschrieben, besteht innerhalb der Bundesländer das Risiko, dass die Versorgungssicherheit gefährdet wird, allerdings kann darauf mit einer Flexibilisierung der BFW in regionaler Hinsicht reagiert werden. Die Einführung des Zertifikatehandels geht mit der Schaffung einer neuen bürokratischen Institution einher, jedoch ist der administrative Aufwand überschaubar. Gleichzeitig kann der administrative Aufwand sogar reduziert werden, weil erstens Budgetverhandlungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäuser weitgehend entfallen und zweitens Abrechnungsprüfungen des MDK in erheblichem Maße eingeschränkt werden können.

10.3 Fazit

Abbildung 10–8 fasst alle Bewertungen der in Augurzky et al. (2012a) behandelten Steuerungsinstrumente zusammen. Das zentrale Ziel kann insbesondere durch den Übergang zu einem System von Selektivverträgen oder den Übergang zu einem System des Zertifikatehandels erreicht werden – idealerweise kombiniert mit einer

Abbildung 10–8



10

verbesserten Indikationsqualität. Dabei kann der (sektorenübergreifende) Selektivvertrag stärker als der Zertifikatehandel dazu beitragen, dass Patienten, die keine stationäre Behandlung benötigen, tatsächlich nicht im Krankenhaus behandelt werden. Auch dürfte er stärker den Wettbewerb der Krankenhäuser intensivieren. Dem steht gegenüber, dass das System von Selektivverträgen ein größeres Ausmaß an zusätzlicher Bürokratie bedeutet.

Beabsichtigt die Politik, im kollektivvertraglichen Rahmen zu bleiben, schlagen wir vor, in der Krankenhausversorgung ein System des Zertifikatehandels für die Leistungsmengen im stationären Bereich einzuführen. Dieses Instrument mag für die Diskussion im Gesundheitswesen ungewöhnlich sein. Es ist jedoch gut geeignet, die Ziele zu erfüllen. Auch erscheint es von den „Nebenwirkungen“ her ebenso beherrschbar wie vom administrativen Aufwand. Es ermöglicht den Strukturwandel in der Krankenhausversorgung auf flexible Weise zu unterstützen. Wie beschrieben, sollte der Zertifikatehandel so ausgestaltet werden, dass auf der Bundeslandebene die Summe aller Casemixpunkte fixiert wird und jedes Krankenhaus im Ausgangsjahr für jeden Casemixpunkt (CMP), den es erbracht hat, ein Zertifikat erhält. Das Zertifikat berechtigt die Abrechnung eines CMP zum LBFW gegenüber Krankenkassenversicherungen und besitzt eine unbegrenzte Geltungsdauer. Nach erstmaligem Verteilen aller Zertifikate an die Krankenhäuser können diese innerhalb eines Bundeslands zwischen den zur GKV-Versorgung zugelassenen Krankenhäusern frei gehandelt werden. Hierbei wird sich ein Marktpreis für Zertifikate bilden. Die Ge-

samt-Zertifikatmenge je Bundesland würde jedes Jahr angepasst, damit die Veränderung der Morbidität abgebildet werden kann.

Literatur

- Augurzky B, Gülker R, Krolop S, Schmidt CM, Schmidt H, Schmitz H, Terkatz S. Krankenhaus Rating Report 2011 – Die fetten Jahre sind vorbei. RWI-Materialien 67. Essen: Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung 2011.
- Augurzky B., Felder S, Mennicken R, Meyer S, Wasem J. Mengenentwicklung und Mengensteuerung stationärer Leistungen. Projektbericht des RWI. Essen: Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung 2012a.
- Augurzky B., Gülker R, Hentscher C, Krolop S, Schmidt CM, Schmidt H, Terkatz S. Krankenhaus Rating Report 2012 – Krankenhausversorgung am Wendepunkt? Heidelberg: Medhochzwei Verlag GmbH 2012b.