

**Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V.
Verband der Diagnostica-Industrie e. V.**

20. VKD/VDGH – Führungskräfteseminar

Die RWI-Studie – Was steckt hinter den Zahlen? „Mengendynamik im Krankenhaus“

22.2.2013

Dr. Boris Augurzky



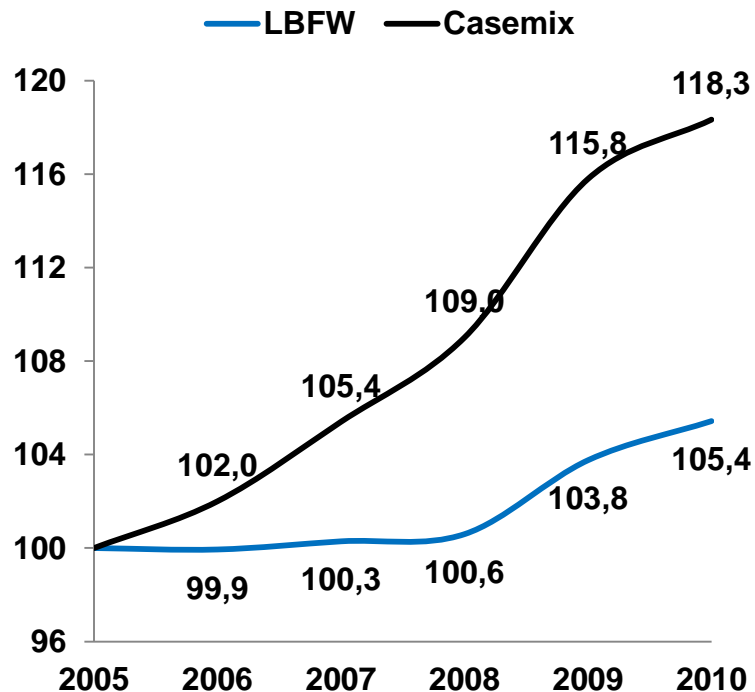
AGENDA

Beobachtungen

Herausforderungen

Erlöswachstum im DRG-Bereich in den vergangenen Jahren starkem Mengenwachstum geschuldet

Preise und Mengen (Casemix) von DRG-Leistungen



Änderungen 2005-2010 bei DRG-Leistungen

Erlöse:	+24,8%	(+4,5% p.a.)
Preise:	+5,4%	(+1,1% p.a.)
Casemix:	+18,3%	(+3,4% p.a.)
• Fallzahl:	+8,9%	(+1,7% p.a.)
• CMI:	+8,7%	(+1,7% p.a.)

Bevölkerung in Deutschland

Anzahl 0-60jährige:	-2,4%	(-0,6% p.a.)
Anzahl 61-80jährige:	+2,3%	(+0,6% p.a.)
Anzahl Über-80jährige:	+13,2%	(+3,1% p.a.)

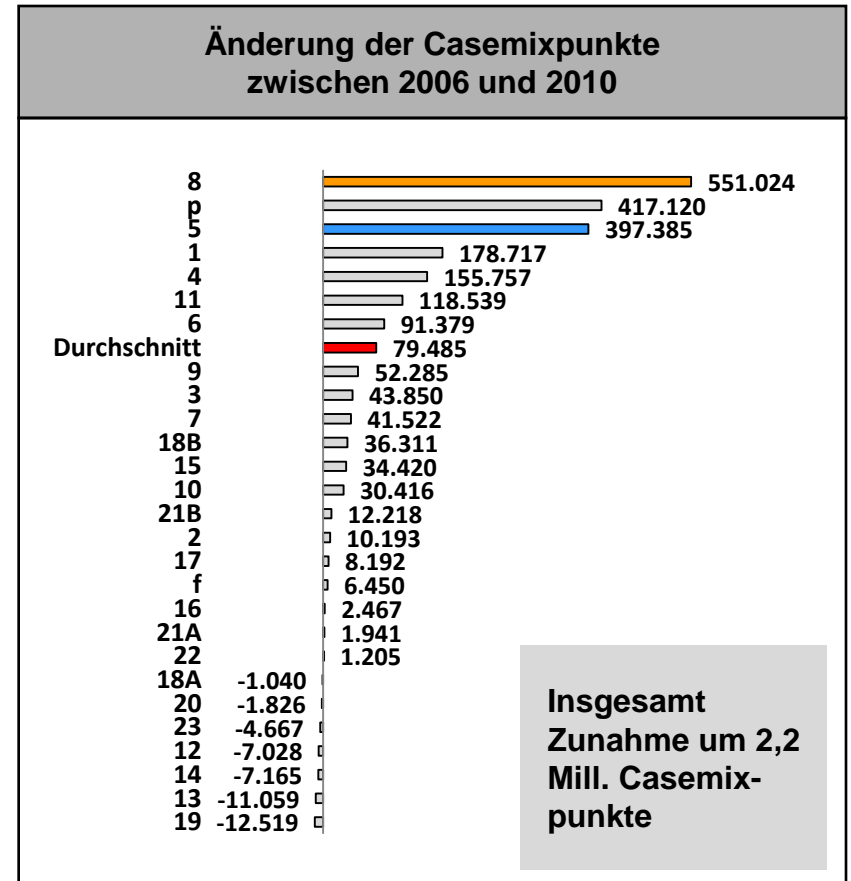
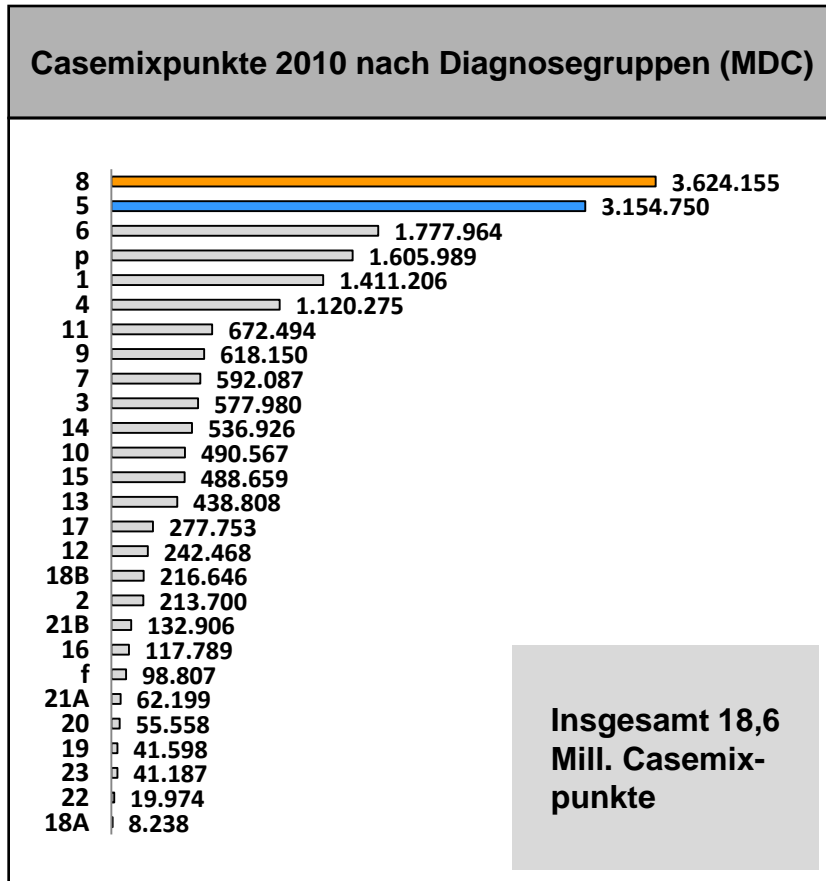
Altersstruktur der Patienten 2010

0-60jährige:	50%
61-79jährige:	35%
Über 80jährige:	15%

Alterung der Gesellschaft erklärt Mengenwachstum nicht allein, sondern nur zu rund 40%

MDC-5 und MDC-8 mit der größten Bedeutung 2010

Größte Zunahme des Casemix auch in MDC-5 und MDC-8 – neben Prä-MDC

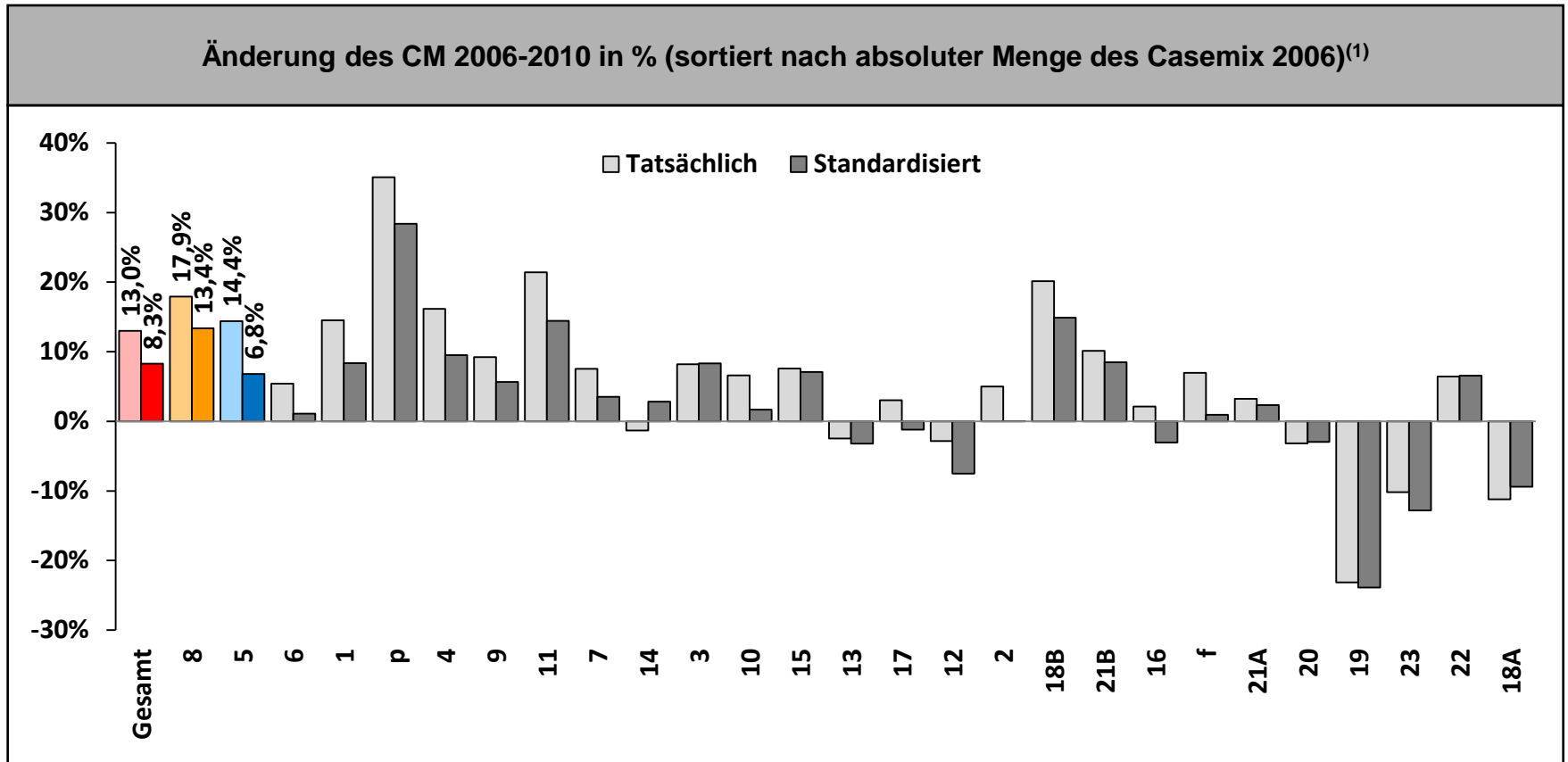


MDC-05: Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems

MDC-08: Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe

Überdurchschnittliche Zunahme des Casemix in großen MDC

Gesamtänderung +13,0%



Überdurchschnittliche Zunahmen auch in anderen Diagnosegruppen; diese jedoch aufgrund geringerer Bedeutung dieser MDC weniger relevant

(1) „Standardisiert“ = Tatsächliche Änderung abzüglich der demografisch erklärbaren Änderung

Quelle: Universität Basel / Universität Duisburg-Essen / RWI

Gutachten 2012: Zunahme der Fallzahlen bei DRGs mit hohem Gemeinkostenanteil besonders stark

These: Grenzkosten bestimmen das Angebot

Hoher **Gemeinkostenanteil** (= geringe Grenzkosten) bedeutet starke Fallzahlsteigerung

Definition:

Gemeinkostenanteil einer DRG =
Summe Personal- und Sachkosten der med. und nicht-med. Infrastruktur / Gesamtkosten

Methode:

Regression Fallzahländerung 2006-2010 auf Gemeinkostenanteil der DRG

$$\log\left(\frac{x_{it}}{x_{it-1}}\right) = \alpha_i + \beta cf_{it} + \sum \gamma_{year} D_{year} + \varepsilon_{it}$$

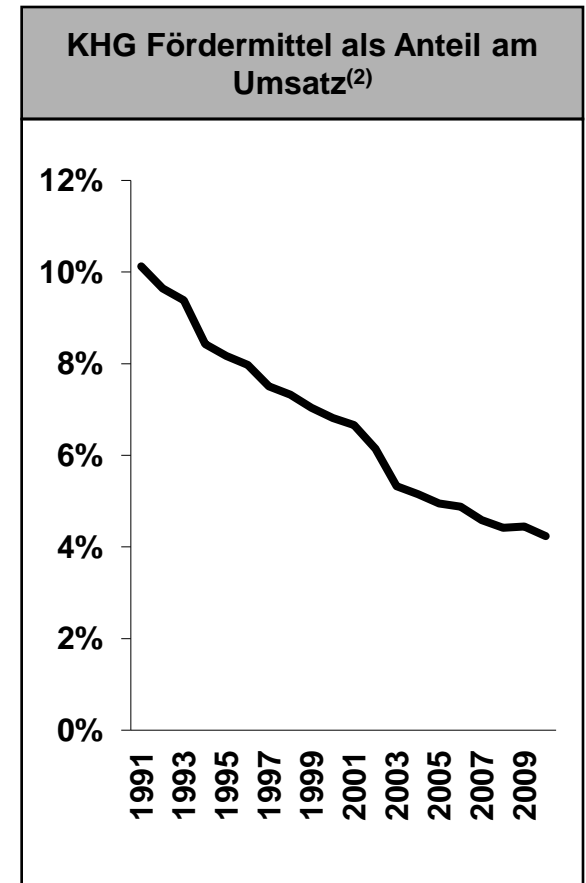
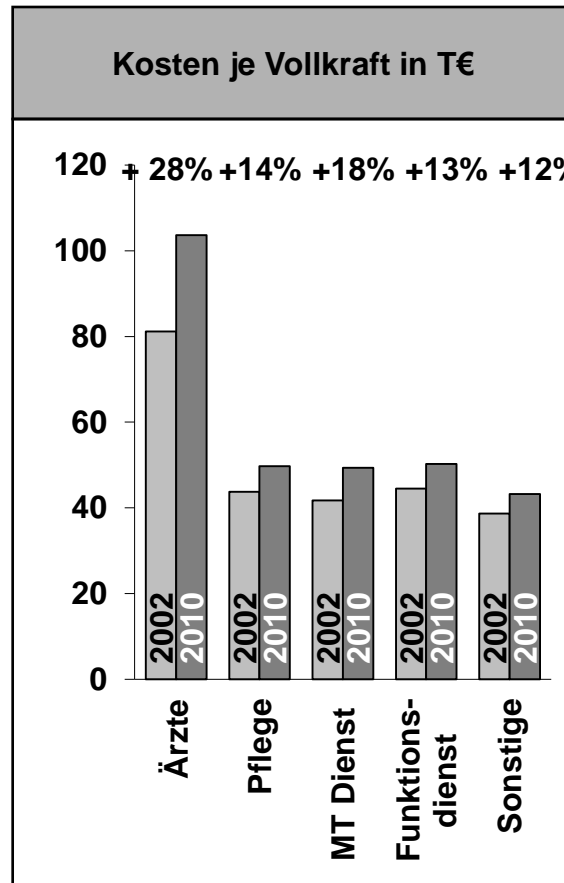
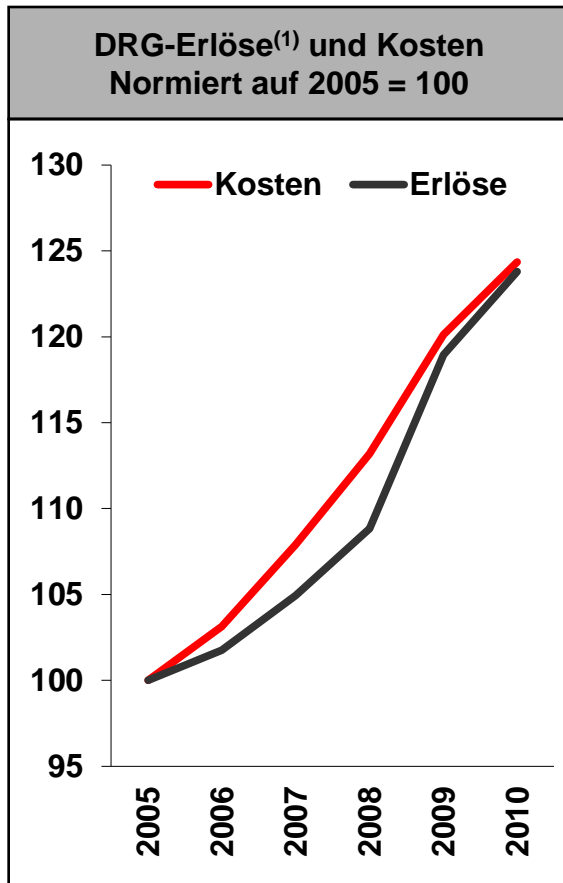
Ergebnis: Hoher Gemeinkostenanteil korreliert mit hoher Fallzahlsteigerung 2006-2010

2006-2010	Einfluss auf die Veränderung der Fallzahl	
	Alle MDCs	PräMDC, MDC-05/08
Gemeinkostenanteil (cf)	4,109***	4,059***
Jahr 2007 ⁺	-0,016	-0,004
Jahr 2008 ⁺	0,067**	0,033
Jahr 2009 ⁺	0,124***	0,081
Jahr 2010 ⁺	0,095***	0,063
Konstante	-1,344***	-1,196***
N / DRGs	4576 / 1287	1286 / 398
R² (within)	0,02	0,01

***/**/* = Signifikant zum Niveau von 1% / 5% / 10%
+Dummy-Variablen

Indiz für angebotsinduzierte Nachfrage

Gleichzeitig aber wachsende Kosten der Krankenhäuser und immer weniger Fördermittel

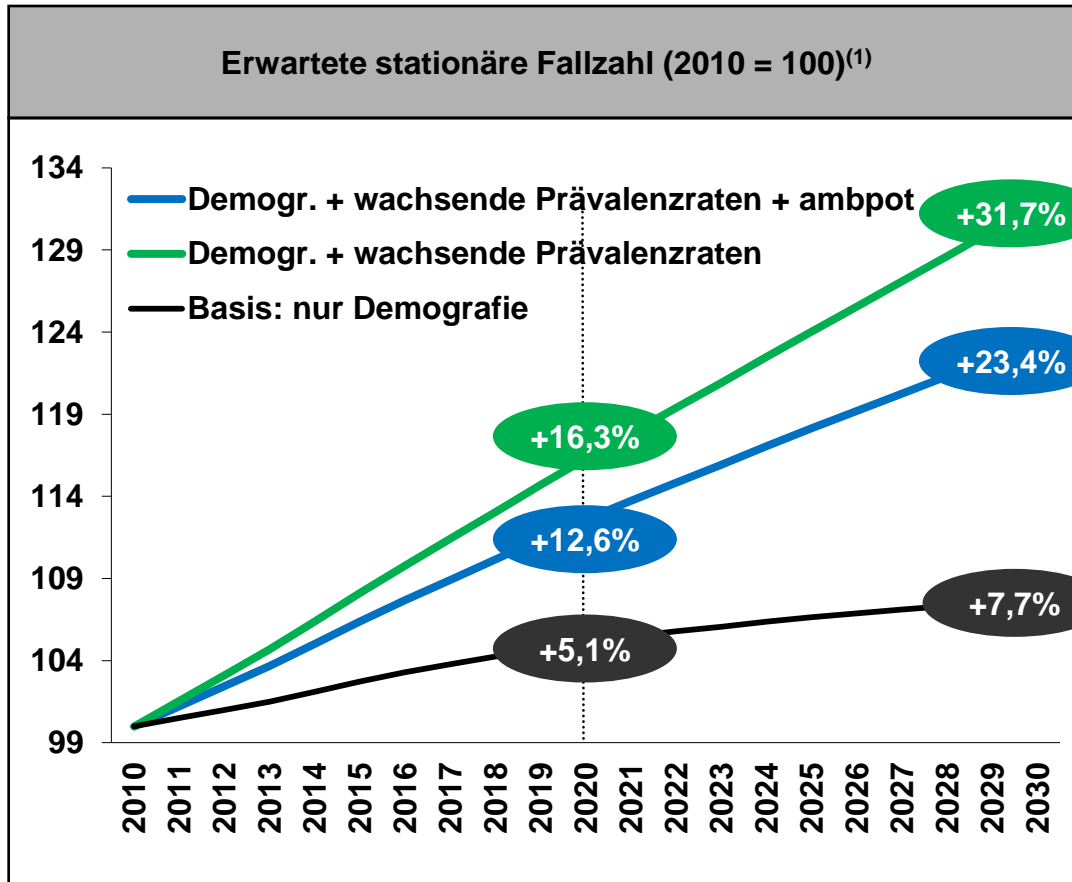


(1) Da Anteil der Privatpatienten leicht zugenommen hat, könnten Erlöse aus Wahlleistungen stärker gestiegen sein

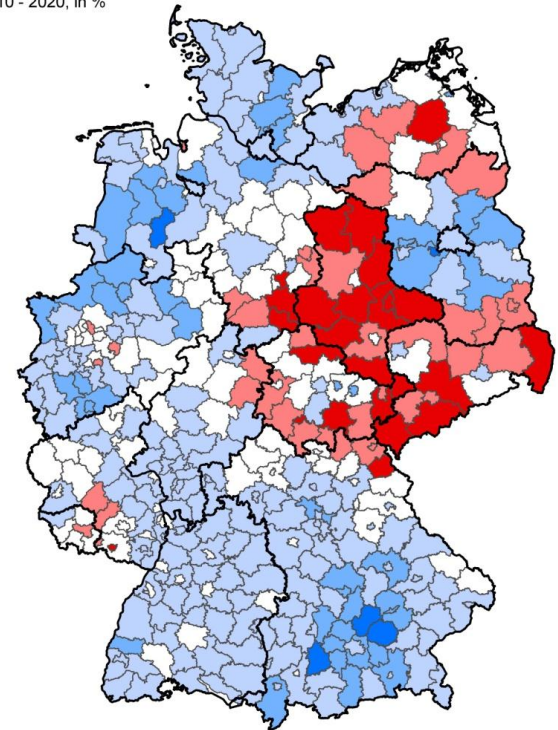
(2) Ohne Universitätskliniken, Umsatz definiert zzgl. KHG-Mittel

Quelle: Krankenhaus Rating Report 2012 (Accenture, HCB, RWI); Statistisches Bundesamt (2012); DKG (2011)

Auch in Zukunft wachsende Patientenzahlen erwartet



„Nur Demografie“
Veränderung der Zahl der Fälle ohne ambulantes Potential
2010 - 2020, in %



Quelle: Accenture / HCB / RWI, FDZ (2012), Statistische Landesämter (2011)

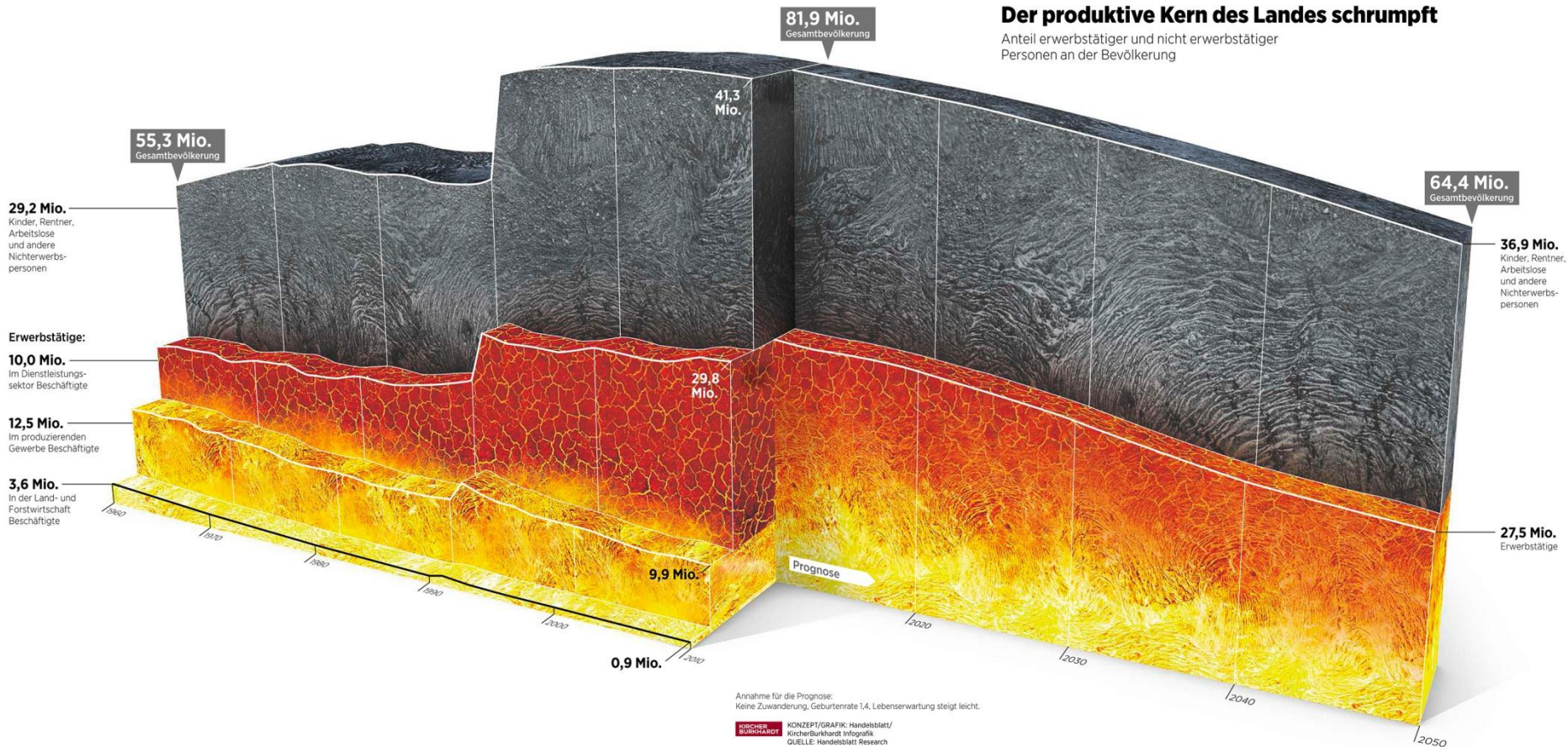
(1) Erwartete Änderung des Casemix 2010 bis 2020: Basisszenario: +9,9%, Demografie + wachsende Prävalenzraten: +21,6%, Demografie + wachsende Prävalenzraten + ambulantes Potenzial: +17,7%

Annahme: „Wachsende Prävalenzraten“ +1% p.a.

Quelle: Krankenhaus Rating Report 2012 (Accenture, HCB, RWI); FDZ (2012)

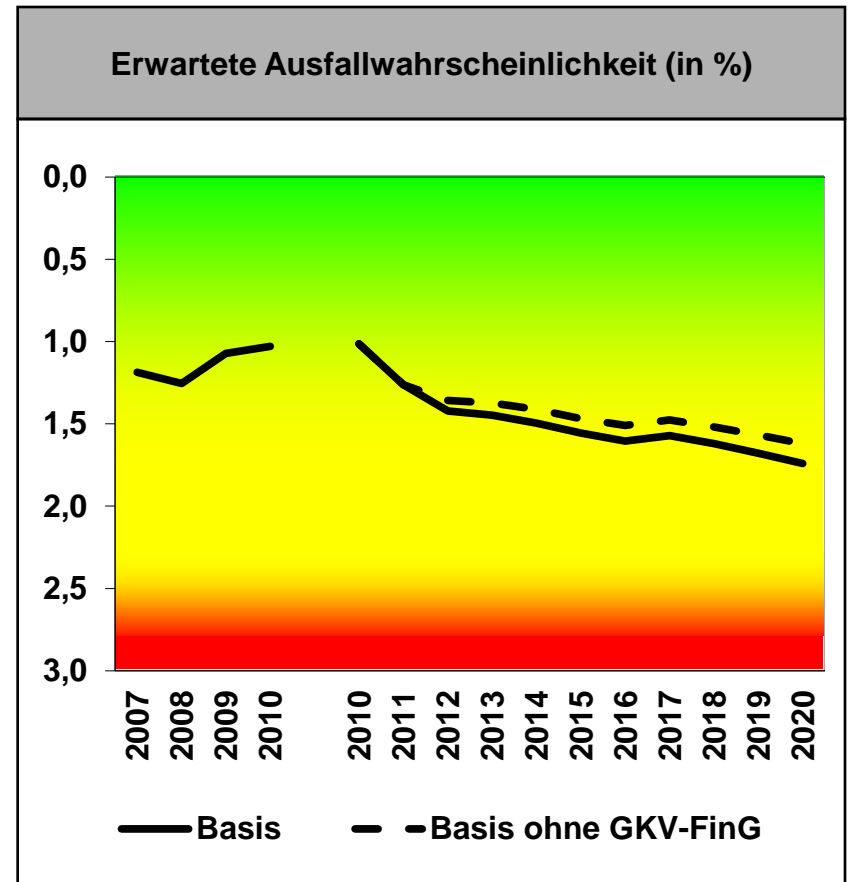
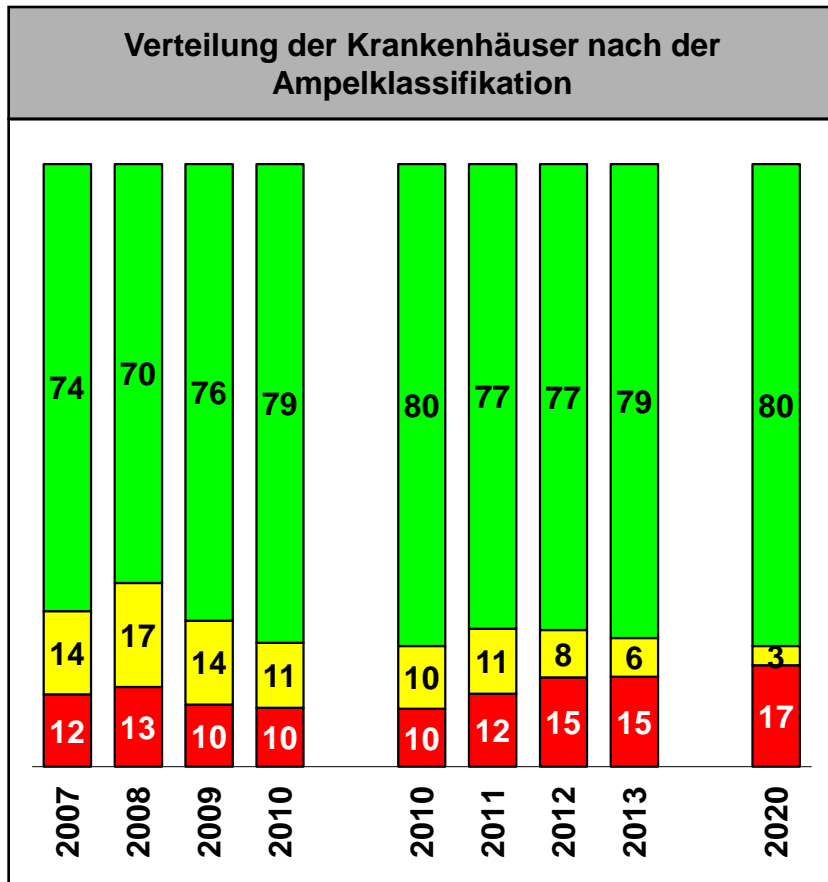
20. VKD/VDGH – Führungskräfteforum

Finanzierung der wachsenden Nachfrage indessen offen: Der produktive Kern der deutschen Volkswirtschaft schrumpft



Erschwerend kommt neuerdings die Euro-Transferunion hinzu

Nach Verbesserung der wirtschaftlichen Lage bis 2010, Verschlechterung bis 2012 und bis 2020 erwartet Zunahme des Anteils im roten Bereich bis 2012 auf 15%



8% der Krankenhäuser bis 2020 von Schließung betroffen

Anmerkung: 2007 bis 2010: Nur Krankenhäuser, für die für alle vier Jahre ein Jahresabschluss vorlag; daher leichte Abweichung zu 2010

Quelle: Krankenhaus Rating Report 2012 (Accenture, HCB, RWI)

20. VKD/VDGH – Führungskräfte-seminar

AGENDA

Beobachtungen

Herausforderungen

Vorschlag des japanischen Finanzministers



Japan: Finanzminister fordert Pflegebedürftige zum schnellen Sterben auf

Japans Finanzminister Taro Aso hat nach Medienberichten bei einem Treffen des Rates für die Reform der Sozialversicherung in Tokio drastische Reformvorschläge geäußert: So appellierte er an Pflegebedürftige, möglichst bald aus dem Leben zu scheiden, um die Sozialversicherung zu entlasten.

Meldung vom 22.1.2013

Es gibt aber noch andere Lösungen (im Krankenhausbereich)

Effizientere Verteilung der knappen Investitionsfördermittel

- Verteilung auf weniger Einrichtungen („Abwrackprämien“)
- Dann Einführung von **Investitionspauschalen**
- Ca. 1%-Punkt EBITDA zusätzlich möglich

Systemoptimierungen

- Integration ambulant – stationär
- Generell mehr unternehmerische Freiheiten

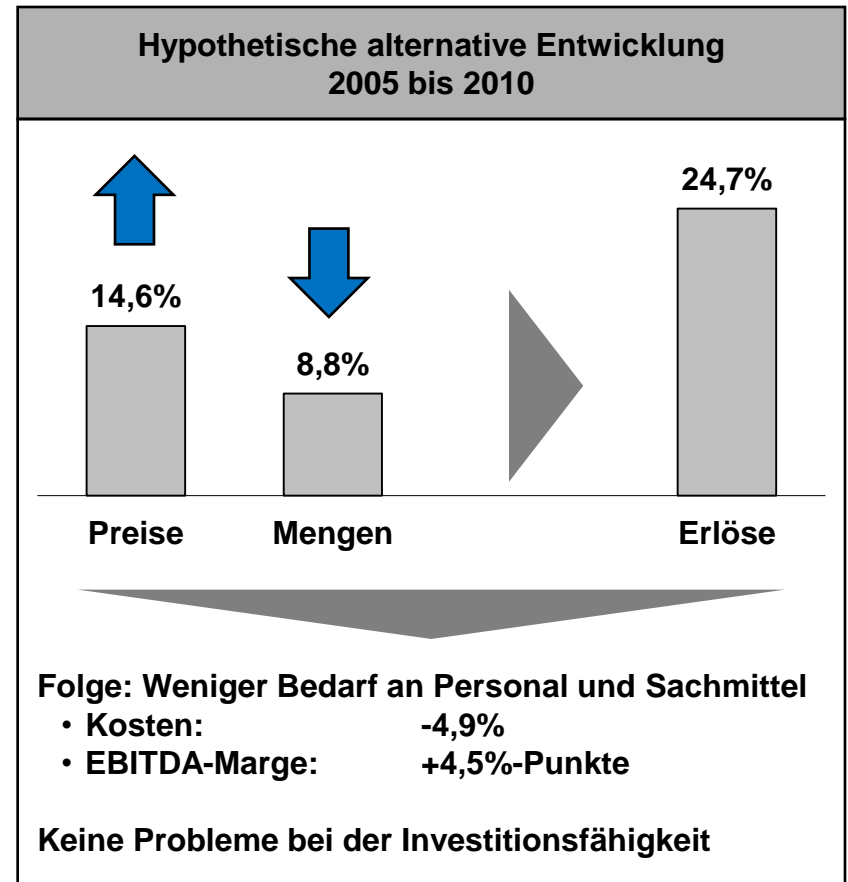
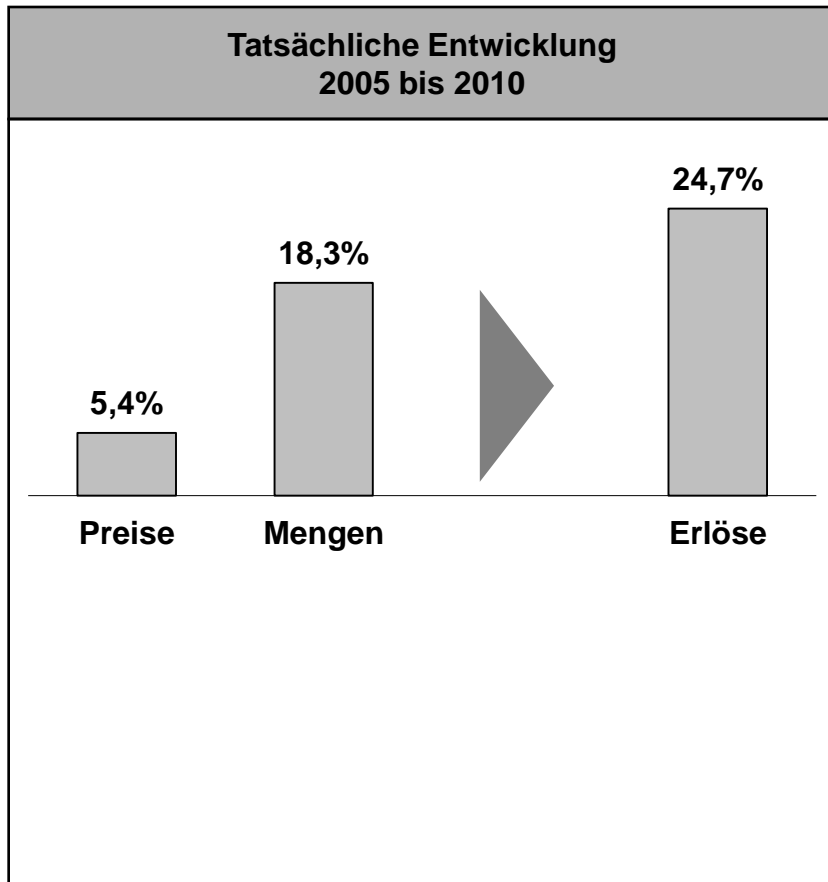
Betriebsoptimierungen

- Verbundbildung
- **Portfoliooptimierung**
- Spezialisierung

Tausche Preiswachstum gegen Mengenwachstum?

Machen wir uns im Krankenhaus zu viel Arbeit?

Tausche Mengen gegen Preise und alles wird besser?



Bei alternativer Entwicklung win-win zwischen Krankenhäuser und Krankenkassen möglich

Anreize zur Mengenausweitung im DRG-System und beim Patienten angelegt

Mengendynamik

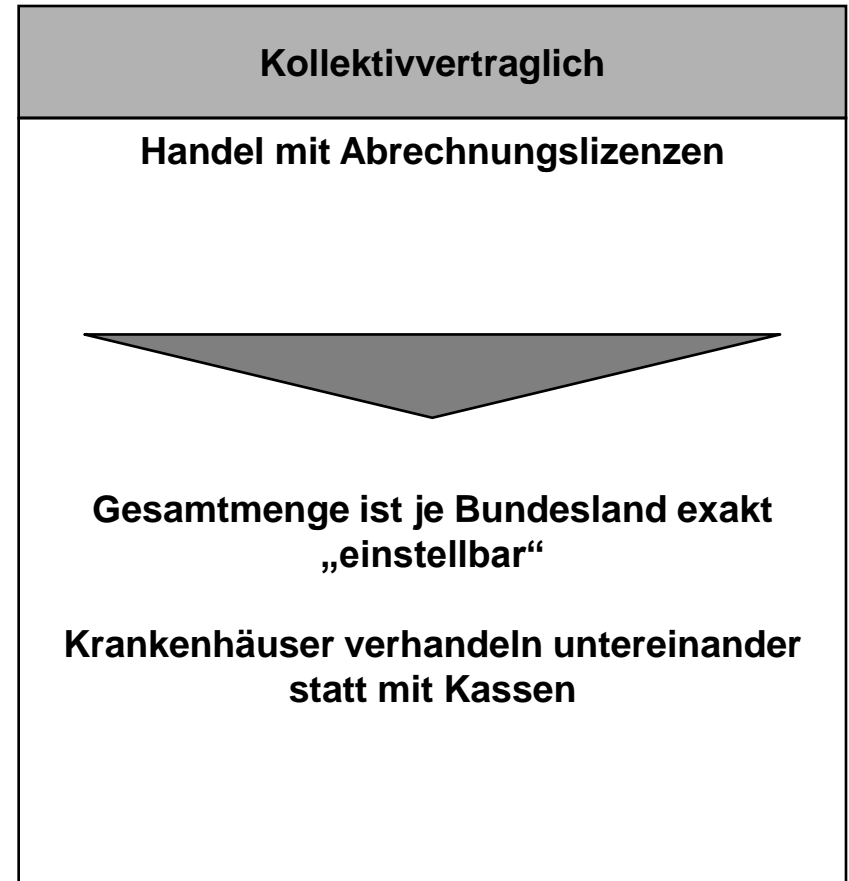
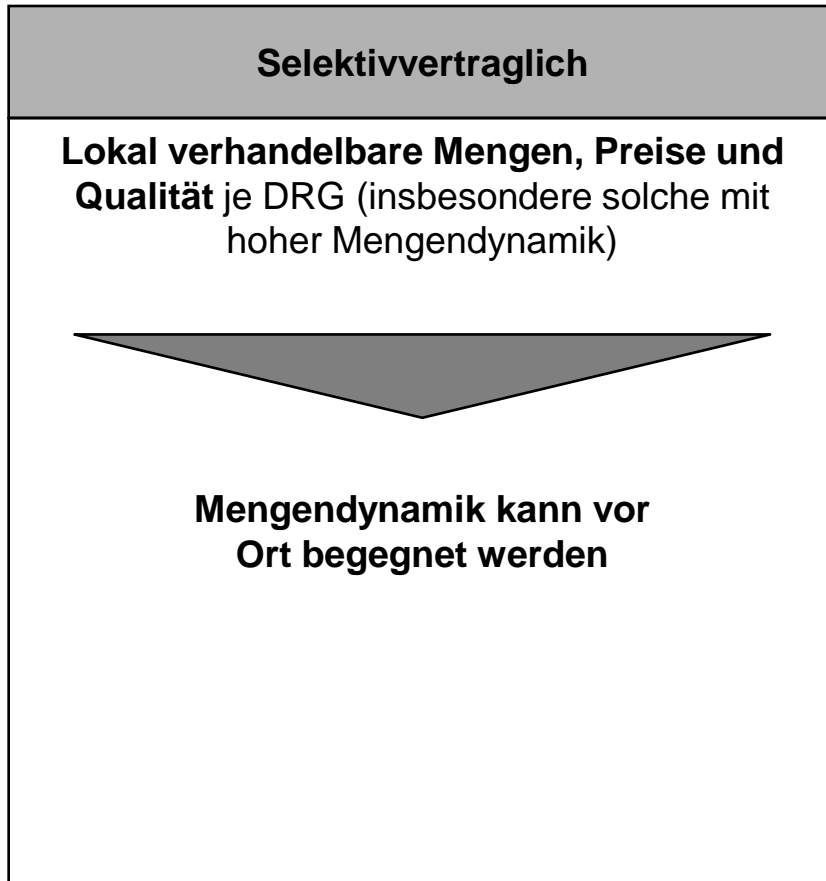
- DRG-System setzt bei Anbietern **Anreize zur Mengenausweitung**
- Krankenversicherung setzt bei Patienten **Anreize zur Übernachtung**
- Gleichgerichtete Interessen von Anbietern und Nachfragern: möglichst umfangreiches Angebot an medizinischen Leistungen zu Lasten der Beitragszahler

Nachteile

- Beitragszahler zahlen zu viel
- Patienten erhalten auch Leistungen mit nur geringem oder keinem medizinischen Nutzen
- Anbieter arbeiten zu viel, insbesondere zu hoher Personal- und Kapitalbedarf
- großer **Druck auf Beitragszahler und auf Krankenhäuser**

Effektive **Bremse der Nachfrage**: anzusetzen bei Anbietern und Nachfragern

Gutachten 2012: verschiedene „Bremsen“ untersucht: Selektivverträge könnten Mengendynamik gezielt angehen Alternative: Stärkung dezentraler Elemente durch Lizenzhandel



Ergänzend Verbesserung der Indikationsqualität und Ausbau Qualitätstransparenz sowie stärkere Eigenbeteiligung des Patienten

Exkurs: Chefarztverträge ohne Leistungsorientierung allerdings keine Lösung Nicht das Kind mit dem Bade ausschütten!

These: **Chefarztverträge mit Boni als Ursache für beobachtete Mengendynamik?**

→ Als eine Einflussgröße durchaus denkbar

Aber: Chefarztverträge vollkommen ohne Leistungsanreize wären ...

- ... für Patienten nachteilig
 - **Servicequalität** würde darunter leiden
 - „**Beamtenmentalität**“ würde im Krankenhaus Einzug halten
 - **Medizinische Qualität** könnte sich verschlechtern
- ... für das Krankenhaus nachteilig
 - leitende Mitarbeiter müssen die **Qualität ihrer Leistung** sowie die **Kosten und Erlöse ihrer Abteilung** im Blick behalten, sonst kann es langfristig passieren, dass der Arbeitgeber pleite geht

Ziel: Chefarztverträge mit ausgewogenen Leistungsanreizen, festgemacht an:
Medizinischer Qualität, Patientenzufriedenheit, ökonomische Tragfähigkeit der Abteilung sowie des gesamten Krankenhauses

Beispiel Lizenzhandel: Begrenzung der Gesamtmenge eröffnet Spielraum bei Preisen

Festlegung des gesamten Casemixvolumen (jährliche Anpassung) = Anzahl an zu vergebenden Abrechnungslizenzen

Abrechnung eines CMP nur bei Vorliegen einer Abrechnungslizenz

Jedes Krankenhaus bekommt gemäß Status quo eine Menge an Abrechnungslizenzen

Handlungsspielraum des einzelnen Krankenhauses wird erweitert, das KH hat das Recht,

1. den Casemix in Höhe des vereinbarten LBFW abzurechnen
2. den Casemix zu verkaufen
3. weiteren Casemix zu erwerben

Marktpreis einer Lizenz über Angebot und Nachfrage

Notfalleistung nicht handelbar, sondern Gegenstand planerischer Entscheidungsprozesse

Kein starrer Mengendeckel, sondern **jährliche Anpassung** der Abrechnungslizenzen – „Morbideckel“ nicht ungewöhnlich (ambulanter Sektor, zahnärztlicher Sektor)

Was hätten die Krankenhäuser von einer effektiven bundesweiten Mengenbremse?

- 1 **Kein degressiver Effekt** mehr auf den Landesbasisfallwert
- 2 **Keine Budgetverhandlungen** mehr über Elektivleistungen
- 3 **Bedeutungsverlust der MDK-Prüfungen:** Reduktion der Casemixpunkte spielt keine Rolle mehr
- 4 Bei effektiver Mengenbremse lässt es sich einfacher **über Preise verhandeln**

Weitere Vorteile

- 1 Lizenzhandel **verstetigt den derzeitigen „0/1“-Handel** (Handel mit Plankrankenhäusern)
- 2 „**Gesundshrumpfen**“ von Krankenhäusern würde mit Prämie versehen
- 3 **Spezialisierung** der Krankenhäuser wird forciert
- 4 **Vermeidung strukturkonservierender Regulation** (immer komplexere Mehrleistungsabschläge und Ausnahmen)
- 5 Ablösung konsequenzloser und strukturkonservierender **Krankenhausplanung**
- 6 Stärkere **Abschöpfung des ambulanten Potenzials** (weil man für ambulante Fälle kein Zertifikat benötigt)

Wer „Zertifikate“ nicht mag ...

Zur Diskussion: Neuregelung der Mehrleistungsvergütung

Definition von **Versorgungsregionen** (z.B. Bundesland oder Krankenhausplanungsregion)

Festlegung des **zu erbringenden Casemixvolumens** in der Versorgungsregion (auf aktuellem Niveau)

Jährliche **Anpassung des regionalen Casemixvolumens** nach regionaler demografischer Entwicklung mit einem Aufschlag für den medizinisch-technischen Fortschritts⁽¹⁾

Für die festgelegte Leistungsmenge gibt es **keinen Mehrleistungsabschlag** (MLA) auf Ebene des einzelnen Krankenhauses (unabhängig von der Verteilung der Leistungsmenge zwischen einzelnen KH)

Wird regionales Casemixvolumen überschritten, **haften die Krankenhäuser, die überproportionale Mehrleistung erbracht** haben, mit einem hohen MLA (z.B. 50%)

Der MLA muss so beschaffen sein, das er dem KH Verluste einbringt

Der LBFW bleibt von Mehrleistungen unberührt

(1) Z.B. durch Statistisches Bundesamt oder InEK

Quelle: RWI