



20. VKD/VDGH-Führungskräfteseminar am 22. Februar 2013 in Berlin

Dr. Roland Laufer
Geschäftsführer, Dezernat II,
Krankenhausfinanzierung und –planung
Deutsche Krankenhausgesellschaft
Bundesverband der Krankenhausträger
in der Bundesrepublik Deutschland
Wegelystraße 3, 10623 Berlin



Massive Fehlentwicklung oder Polemik?

Unnötige Operationen

„Aufpassen, dass man nicht unter das Messer kommt“ Kann man als Versicherter vertrauen, dass man aus gutem Grund in Narkose versetzt und operiert wird? **Die Krankenkassen meinen: nein. Kliniken zielten oft mehr auf Umsatz ab als auf Hilfe.**

Die Welt, 30.05.2012

Chirurgen alarmiert

Geldgier sorgt für viele unnötige Operationen

Focus online, Mittwoch, 05.12.2012

„Um den wirtschaftlichen Erfolg zu sichern“

Klinikärzte operieren aus Geldgier häufiger als nötig

Focus online, Freitag, 07.12.2012

Operationen oft nicht notwendig

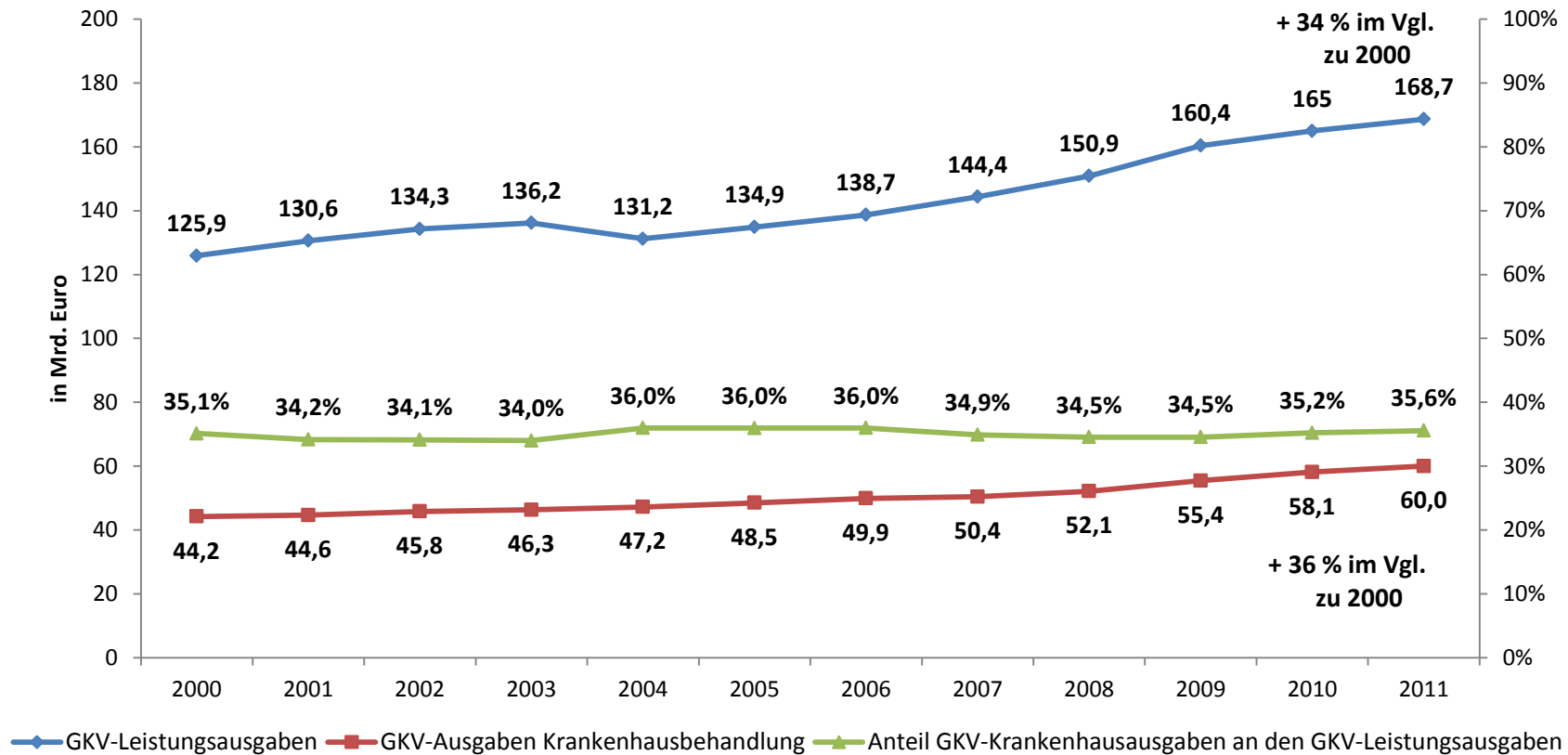
Will mich mein Arzt nur abzocken?

Bild.de, 15.01.2013



Hat das DRG-System versagt?

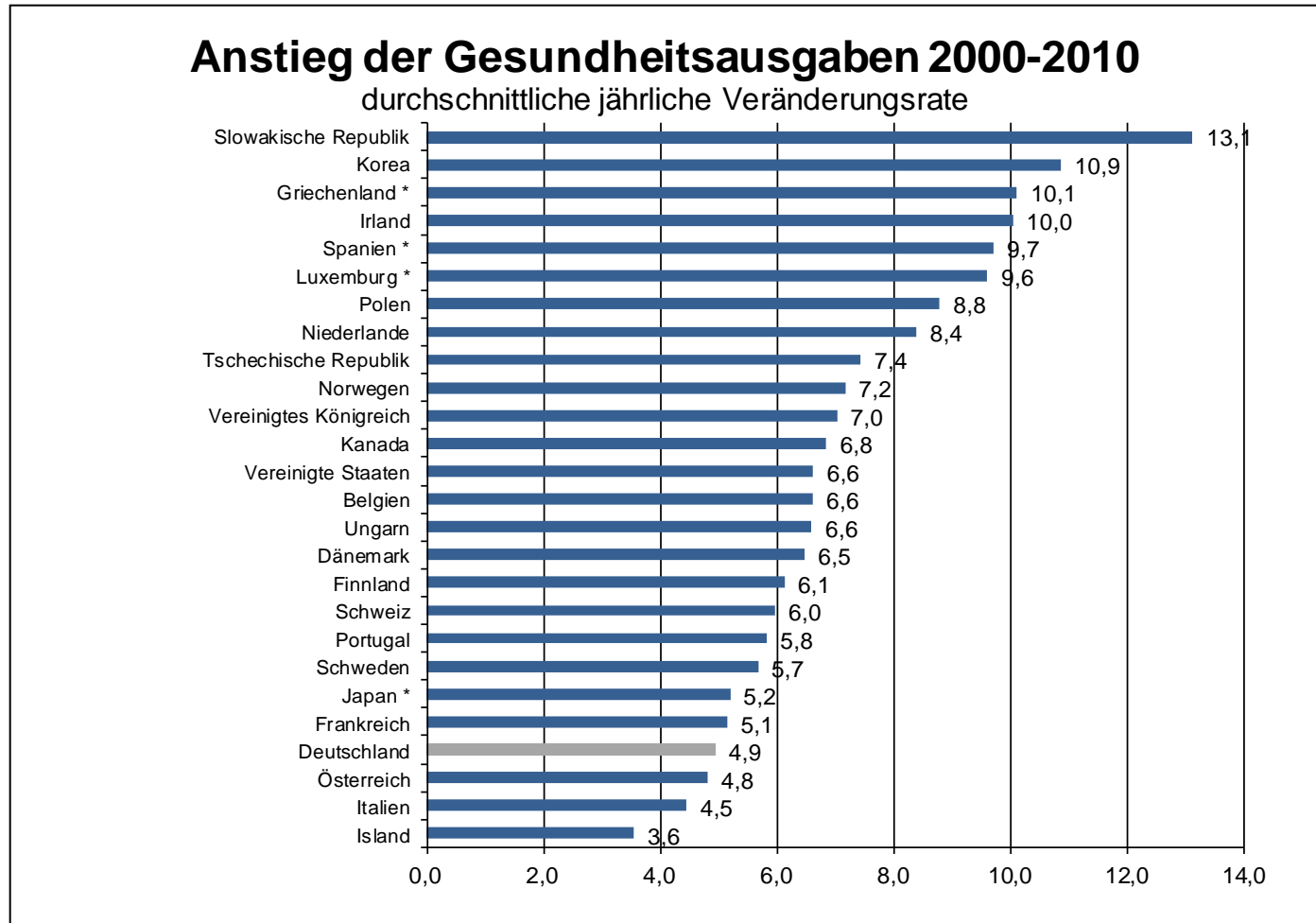
Vergleich Anteil Krankenhausausgaben an GKV-Leistungsausgaben



Quelle: BMG KJ-1 Statistik, eigene Berechnungen



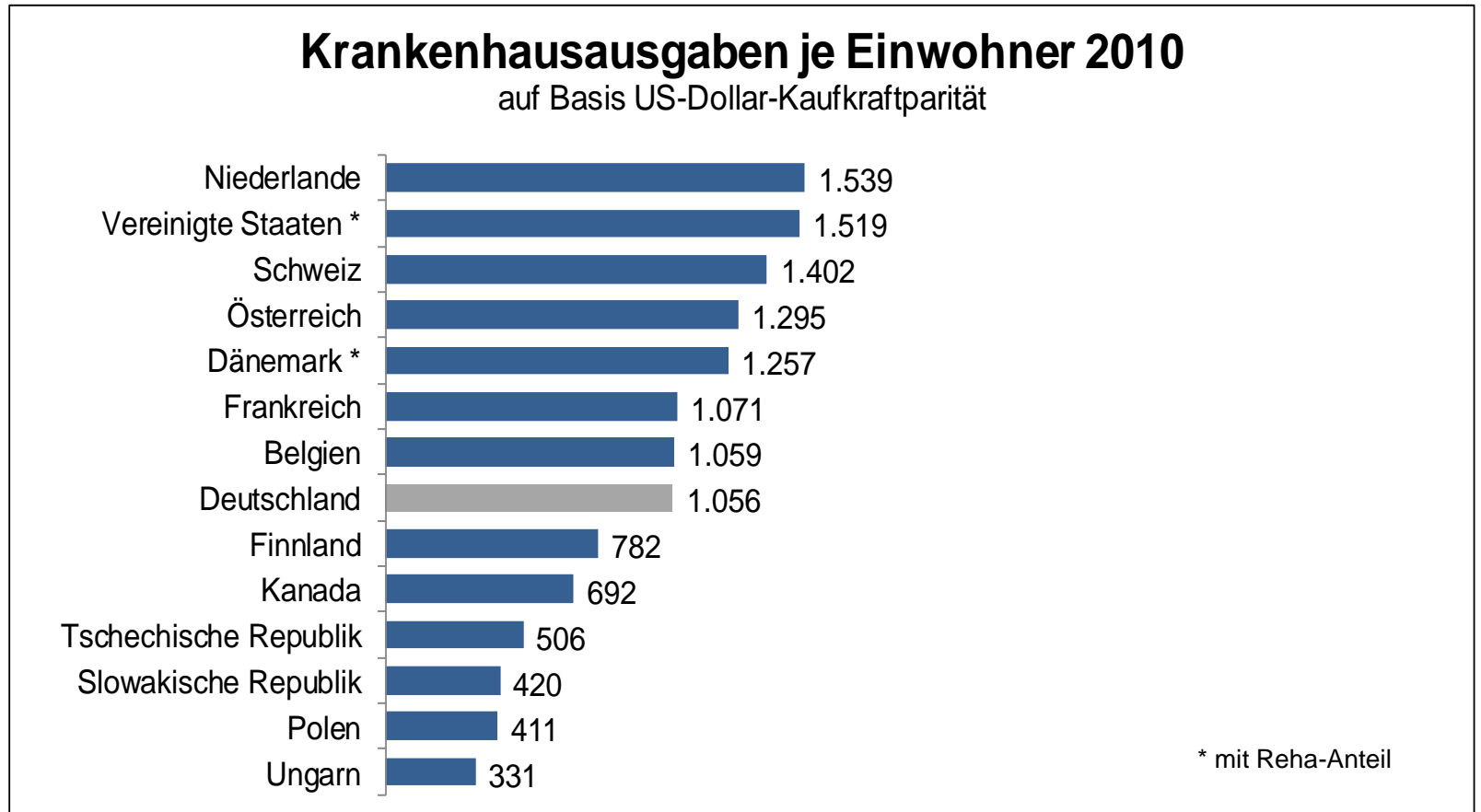
Hat das DRG-System versagt?



Quelle: Health at a Glance 2011: OECD Indicators



Hat das DRG-System versagt?

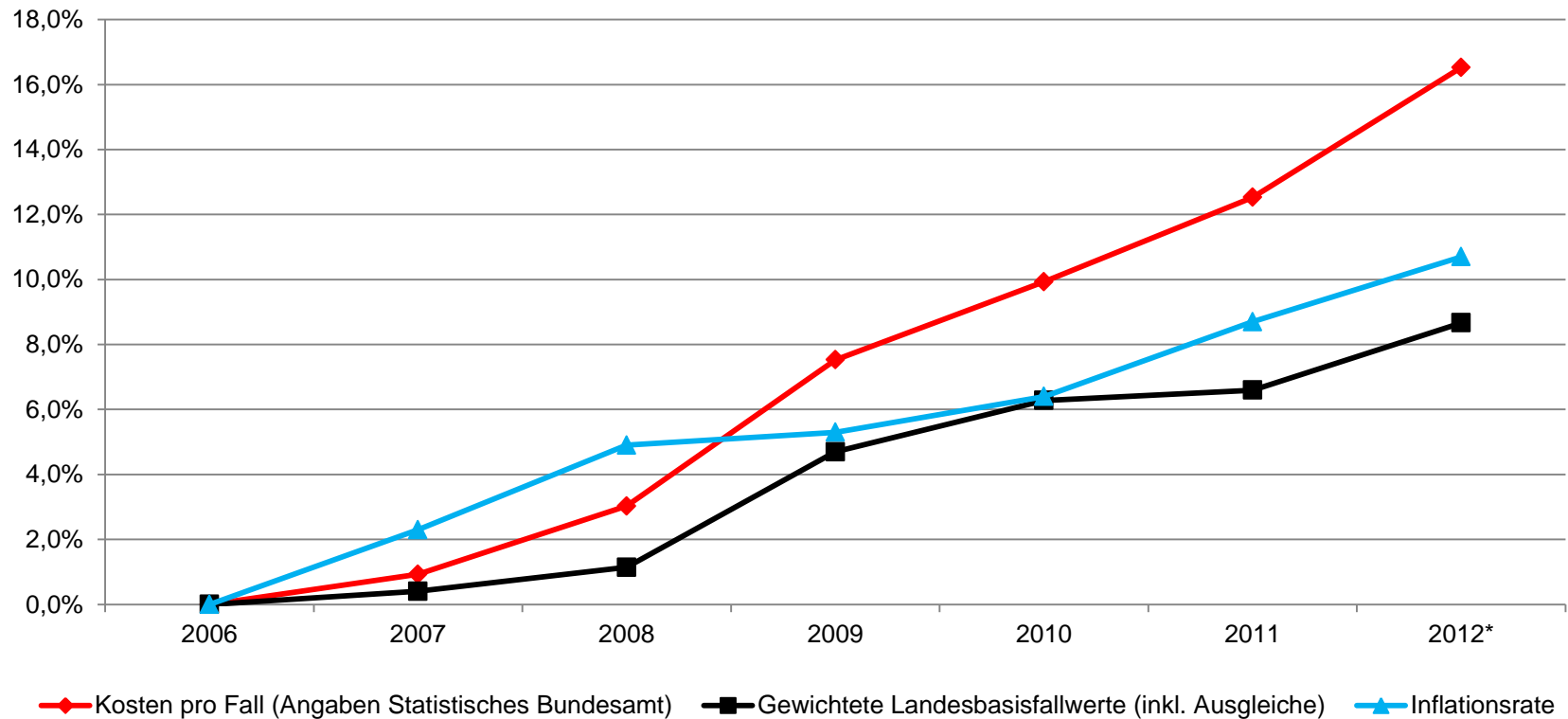


Quelle: OECD Health Data 2012



Hat das DRG-System versagt?

Preise für Krankenhausleistungen im Vergleich zu Kosten



Quelle: Stat. Bundesamt, eigene Berechnungen



Zwischenfazit

Das DRG-System hat aus ökonomischer Sicht die Erwartungen erfüllt:

- Erhöhte Transparenz der Leistungen
- Optimierung der Abläufe und Strukturen (Restrukturierungen, Fusionen)
- Wirtschaftliche Leistungserbringung
- (Qualitäts-) Wettbewerb der Krankenhäuser

Befürchtete negative Effekte sind nicht eingetreten (siehe Begleitforschung 1. und 2. Zyklus):

- Zu kurze Behandlungen
- Größere Verschiebeeffekte in andere Sektoren



Ungebremst steigende Leistungsentwicklung?

Trend der Leistungsentwicklung:

	2007	2008	2009	2010	2011
Casemix	17.323.835	17.795.164	18.325.999	18.746.027	19.059.540
Veränderung		2,7%	3,0%	2,3%	1,7%

Zu beachten ist das zunehmende Problem der „Leermengen“:

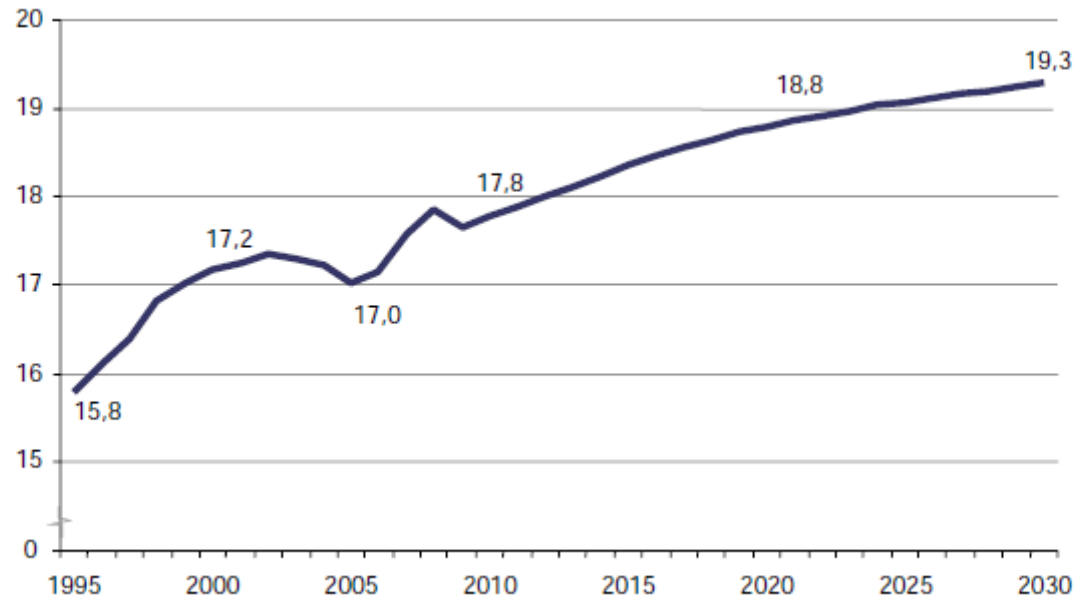
Auf Landesebene differieren die vereinbarten Leistungen zu den tatsächlich erbrachten Leistungen um bis zu 2,7%-Punkte!



Woher kommt die Leistungsentwicklung?

Prognose des zukünftigen Behandlungsbedarfes:

Krankenhausauffälle 1995 bis 2030 (Status-Quo-Szenario) in Millionen:

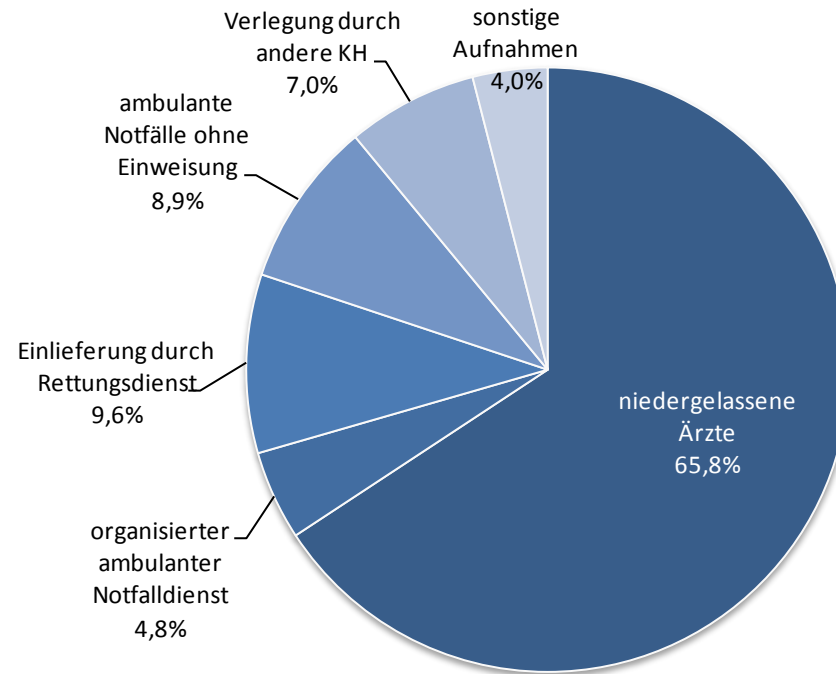


*Quelle: Destatis, Pressemitteilung Nr. 430 vom 22.11.2010; Demographischer Wandel in Deutschland, Heft 2, S. 12



Woher kommt die Leistungsentwicklung?

Zugangswege zum Krankenhaus (DKI Krankenhaus Barometer 2001):



© Deutsches Krankenhausinstitut



Leistungsentwicklung

- Hoher Anteil von Notfällen
- Einweisende, niedergelassene Ärzte veranlassen die Leistung
- Allein die Demographie erklärt mit ca. 40% schon einen hohen Anteil
- Morbidität und Innovation sind weitere unbestrittene Einflussgrößen
- Patienten wünschen sich heute, insbesondere auch in höherem Alter größere Mobilität und bessere Lebensqualität und sind weniger bereit auf mögliche medizinische Behandlungen zu verzichten oder darauf zu warten
- Die Leistungen werden mit den Krankenkassen vereinbart
- 65%-Ausgleich (Rückzahlung) bei Überschreiten der vereinbarten Leistungen



Leistungsentwicklung – Innovationen am Beispiel der kathetergestützten Aortenklappenimplantation

- „Die Therapie ist einzigartig, da sie den Klappeneingriff für Patienten ermöglicht, die bislang wegen Komorbiditäten nicht in Betracht kamen.“ (Figulla et al. 2009)
- Seit 2010 ist die Indikationsstellung Gegenstand der externen Qualitätssicherung (Alter > 75 Jahre, logistischer Euroscore > 20% = Risiko-Score für Koronarkranke)
- Ursprünglich für inoperable oder Risikopatienten gedacht, steht die kathetergestützte Aortenklappenimplantation aber mittlerweile auch bei mittlerem Operationsrisiko in der wissenschaftlichen Diskussion (Döbler et al., 2012)
- Einführung von Innovationen ist mit Unsicherheiten verbunden:
 - Studienlage noch überschaubar
 - Kriterien für die Indikationsstellung noch nicht hinreichend exakt oder evidenzbasiert
 - Leistungserbringer noch keine breiten Erfahrungen haben sammeln können



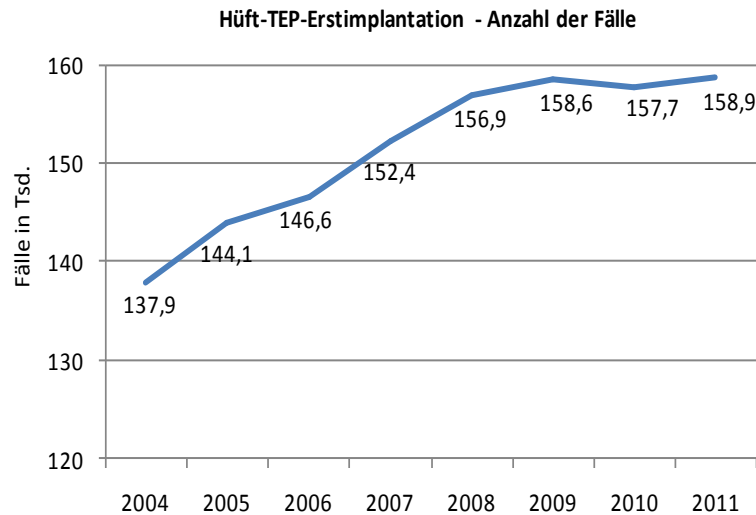
Leistungsentwicklung - Indikation

- Hypothese:
- Bei Leistungen mit überdurchschnittlichen Zuwächsen wird die medizinische Notwendigkeit teilweise in Zweifel gezogen
- In diesen Bereichen müsste sich bei zunehmenden Fallzahlen die Angemessenheit der Indikationsstellung verringert haben
- Für die relevanten Leistungsbereiche liegen Daten zur Indikationsqualität vor
- Datenquelle: Externe Qualitätssicherung (AQUA-Insitut)

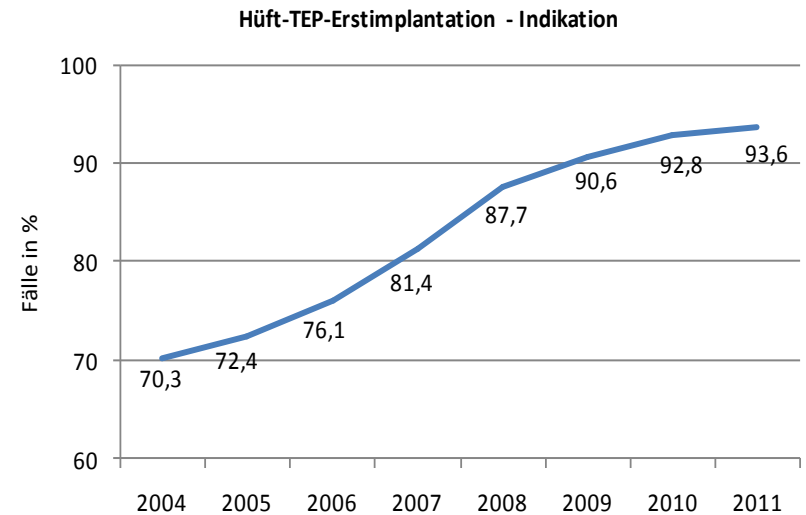


Leistungsentwicklung – Indikation Hüfte - Totalendoprothese

Referenzbereich für angemessen erreichbar gute Qualität = 90%



©Deutsches Krankenhausinstitut

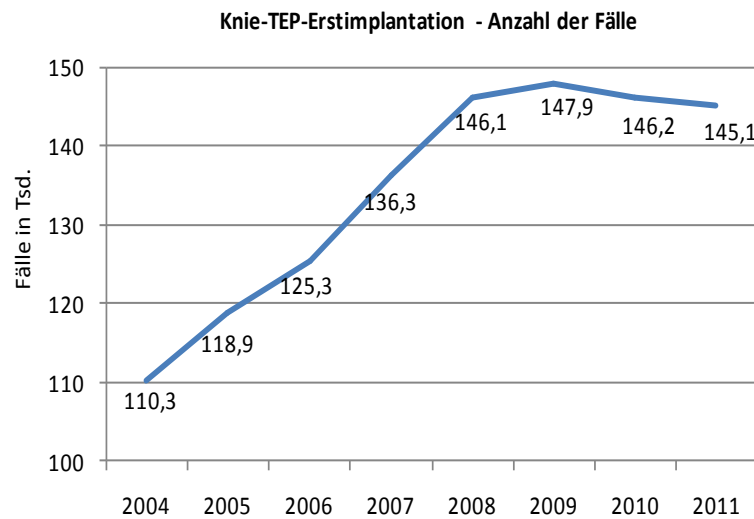


©Deutsches Krankenhausinstitut

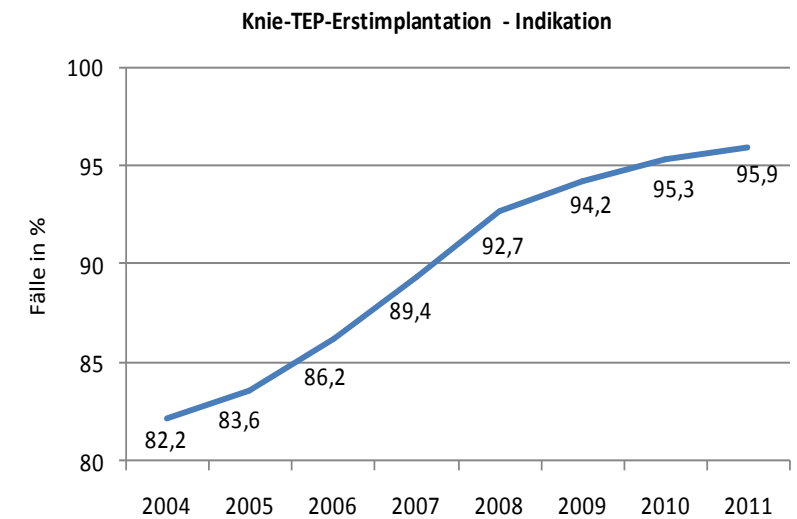


Leistungsentwicklung – Indikation Knie - Totalendoprothese

Referenzbereich für angemessen erreichbar gute Qualität = 90%



©Deutsches Krankenhausinstitut

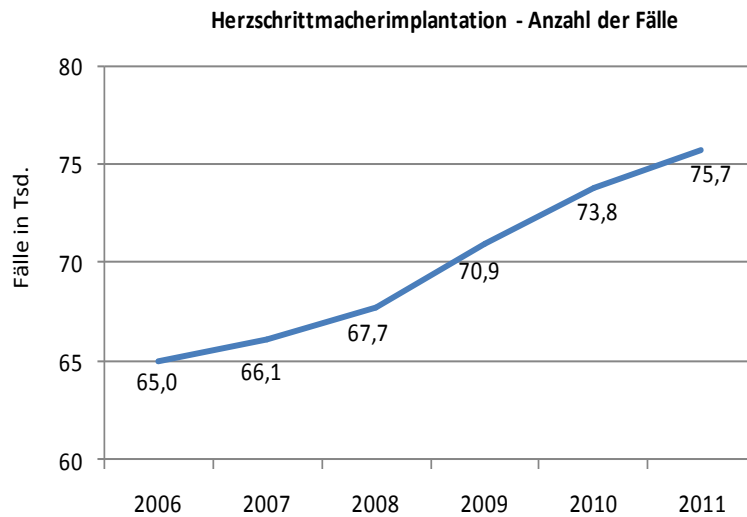


©Deutsches Krankenhausinstitut

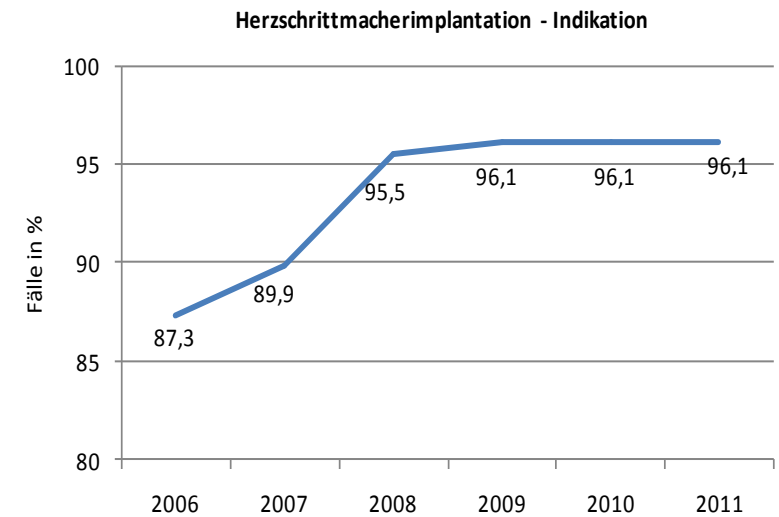


Leistungsentwicklung – Indikation Herzschrittmacher-Implantation

Referenzbereich für angemessen erreichbar gute Qualität = 90%



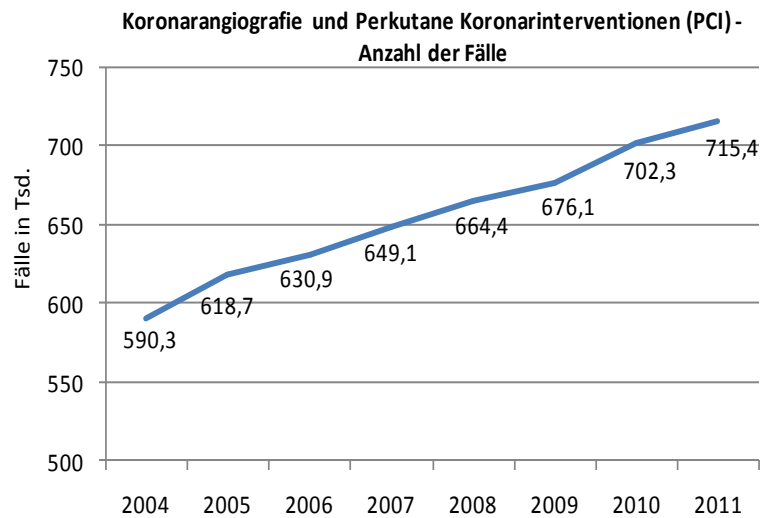
©Deutsches Krankenhausinstitut



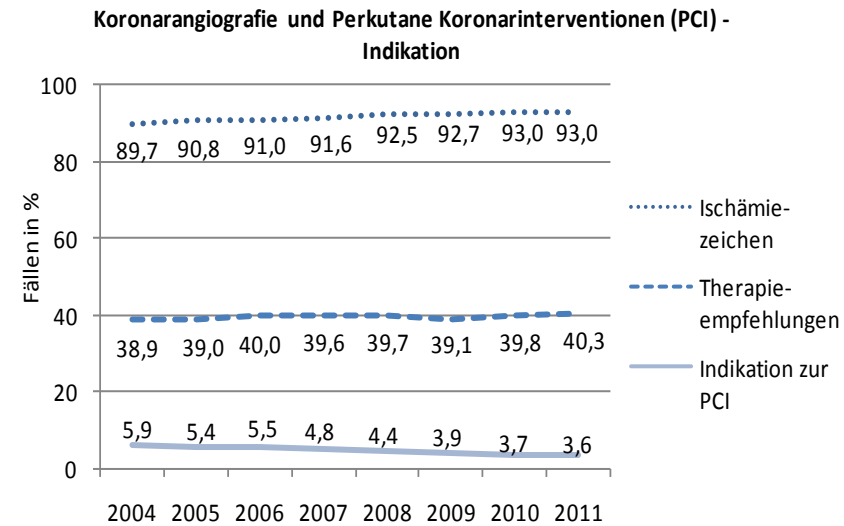
©Deutsches Krankenhausinstitut



Leistungsentwicklung – Indikation Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)



©Deutsches Krankenhausinstitut



©Deutsches Krankenhausinstitut



Zwischenfazit

- Auf Basis von Daten der externen Qualitätssicherung nach § 137a SGB V Leistungsbereiche mit absolut wie relativ hohen Fallzahlsteigerungen
- Bezogen auf das Jahr 2011 sind darüber rund 1,1 Mio Krankenhausfälle erfasst worden. Es handelt sich bei den ausgewählten Leistungsbereichen somit um äußerst häufige Indikationen
- Nach der Hypothese wäre ein negativer Zusammenhang zur Indikationsqualität zu erwarten
- Die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung für die vier ausgewählten Leistungsbereiche (und viele andere) zeigen, dass dies eindeutig und durchgängig nicht der Fall ist
- Im Gegenteil haben sich die Indikatorwerte bei allen Indikatoren der Indikationsqualität verbessert



Leistungsentwicklung Beispiel Kaiserschnitt

Aussagen aus Report Kaiserschnittgeburten (Faktencheck Gesundheit, im Auftrag der Bertelsmannstiftung) vom 13.11.2012:

- *Zunahme innerhalb der vergangenen 10 Jahre um 10%*
- *Aktuell mehr als ein Drittel aller Schwangerschaften*
- *Ältere Mütter, schwerere Babys und Mehrlingsgeburten erklären die Höhe der Zunahme nicht*
- *Einfluss organisatorischer Anreize eher gering (9%)*
- *Finanzielle Motivation konnte nicht festgestellt werden*
- *Deutliche Mehrheit anhand „relativer (weicher) Indikatoren“*

Leistungsveränderungen aufgrund multifaktorieller Einflüsse und individueller (Risiko-) Entscheidung der Patientin



Was ist der „nicht erklärbare Rest“

- Retrospektiv (z. Teil nach Jahren) kann sich durchaus herausstellen, dass innovative Methoden, mittel- bis langfristig die in sie gesetzten Erwartungen nicht erfüllen
- Auch schon etablierte Verfahren können aufgrund zunehmender Erfahrung und/oder verbesserter Methoden für einen größeren Patientenkreis zugänglich werden (Endoprothetik)
- „Unnötige“ Leistungen sind als relevante (quantitative) Größe für die gesamte Leistungsentwicklung eher zweifelhaft
- Unstrittig ist ein sehr hohes Versorgungsniveau mit nahezu ungehinderten Zugang zu einem umfassenden medizinischen Leistungsangebot ohne relevante Wartezeiten



Kritik an RWI-Studie Hamsterrad vs. „positiv geneigte Angebotskurve“

- Die individuellen Basisfallwerte der Krankenhäuser in der untersuchten Konvergenzphase (2006-2010) können nicht als unabhängige Variablen aufgefasst werden.
- Sie waren abhängig von der Leistungsmenge und –struktur des Krankenhauses und seiner Bewertung in den G-DRG-Versionen.
- Hohe Basisfallwerte waren tendenziell Ausdruck einer gegenüber dem Durchschnitt ungünstigen individuellen Kostenstruktur (Konvergenzverlierer).
- Gerade dieser Häuser mussten gegenüber der Kostenentwicklung reale Budgetverluste nehmen (Hamsterrad analog).
- Soll die Mengenentwicklung zur Preisentwicklung dargestellt werden, ist nicht die nominelle Entwicklung der Basisfallwerte zu betrachten, sondern die (deflationierte) reale Veränderung



Kritik an RWI-Studie Hamsterrad vs. „positiv geneigte Angebotskurve“

- Höhe der Basisfallwerte der einzelnen Krankenhäuser korrelierte nicht mit ihren fallbezogenen Gewinnmargen.
- Mehrleistungen gegenüber dem Vorjahr wurden in der Konvergenzphase mit dem landesweiten Basisfallwert und einem prozentualen Anteil bewertet.
- D. h. es gab keine individuellen Preise für zusätzliche Leistungen

Jahr	Quote
2005	33,00%
2006	50,00%
2007	65,00%
2008	80,00%
2009	90,00%
2010	100,00%



Kritik an RWI-Studie Hamsterrad vs. „positiv geneigte Angebotskurve“

In 2010 wurden die DRGs mit dem landeseinheitlichen Basisfallwert vergütet. Bundesländer mit hohen Landesbasisfallwerten mussten nach dieser Theorie einen starken Leistungsanstieg verzeichnen.

	LBFW 2010	CM-Anstieg 2010 zu Vorjahr
Baden -Württemberg	2.962,81	1,9%
Bayern	2.982,50	1,9%
Berlin	2.927,50	1,2%
Brandenburg	2.893,00	5,4%
Bremen	2.991,00	3,0%
Hamburg	2.975,00	6,1%
Hessen	2.952,06	5,6%
Mecklenburg-Vorpommern	2.855,00	2,7%
Niedersachsen	2.909,23	3,7%
Nordrhein-Westfalen	2.895,00	4,2%
Rheinland-Pfalz	3.120,00	3,8%
Saarland	3.068,56	5,3%
Sachsen	2.864,00	2,8%
Sachsen-Anhalt	2.884,00	5,4%
Schleswig-Holstein	2.855,49	4,1%
Thüringen	2.834,23	8,7%

Korrelation zwischen L-BFW und CM-Anstieg -0,168



Kritik an RWI-Studie Grenzkosten

- RWI-Bericht behauptet Zusammenhang zwischen Mengenentwicklung und Höhe der Grenzkosten (Konstrukt durchschnittl. variabler Kosten).
- Anhand der Browser-Daten des InEK ergibt sich ein durchschnittlicher variabler Kostenanteil über alle DRGs von 70 Prozent.
- Ein bundesdurchschnittlicher variabler Kostenanteil kann aber nicht mit den bei den einzelnen Krankenhäusern anfallenden Grenzkosten gleichgesetzt werden.
- Grenzkosten sind die Kosten, die durch die Produktion einer zusätzlichen Einheit entstehen. Diese Information steht dem KH in der Regel nicht zur Verfügung.
- Eigene Datenanalysen ergaben eine schwach negative Korrelation zwischen dem Gemeinkostenanteil in den DRGs gemäß G-DRG-Browser 2008 / 2010 und dem Fallzahlenanstieg 2009 auf 2010.



Eigene Berechnungen (Korrelation Gemeinkostenanteil – FZ-Anstieg)

	Korrelations- koeffizient
Pre-MDC	,129
MDC 01 Krankheiten und Störungen des Nervensystems	,018
MDC 02 Krankheiten und Störungen des Auges	-,121
MDC 03 Krankheiten und Störungen im HNO-Bereich	-,312
MDC 04 Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	-,060
MDC 05 Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	-,338
MDC 06 Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	-,031
MDC 07 Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas	,097
	-,009
MDC 08 Krankheiten und Störungen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	
MDC 09 Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma	-,084
MDC 10 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	,104
MDC 11 Krankheiten und Störungen der Harnorgane	-,128
MDC 12 Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane	-,099
MDC 13 Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane	-,413
MDC 14 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	-,072
MDC 15 Neugeborene	-,051
	-,148
MDC 16 Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems	
MDC 17 Hämatologische und solide Neubildungen	,029
MDC 18A HIV	,016
MDC 18B Infektiöse und parasitäre Krankheiten	-,611
MDC 19 Psychische Krankheiten und Störungen	-,456
	,184
MDC 20 Alkohol- und Drogengebrauch und alkohol- und drogeninduzierte psychische Störungen	
MDC 21A Polytrauma	,268
	,298
MDC 21B Verletzungen, Vergiftungen und toxische Wirkungen von Drogen und Medikamenten	
MDC 22 Verbrennungen	-,101
MDC 23 Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens	-,254
Fehler-DRGs und sonstige DRGs	-,767



Fazit

- Das DRG-System ermöglicht ein sehr hohes Leistungsniveau zu sehr wirtschaftlichen Bedingungen
- Eine Kostenexplosion ist nicht erkennbar
- Die Situation wird durch die Krankenkassen extrem überzeichnet
- Die durch die Kassen beauftragten Studien stützen diese Thesen NICHT
- **Folgen** sind eine Diskreditierung der in den Krankenhäusern tätigen Mitarbeiter, eine Verunsicherung der Patienten und
- eine **Unterfinanzierung** des zunehmenden Versorgungsbedarfs



Was kann das Vergütungssystem leisten?

- Das Vergütungssystem kann kaum zwischen erwünschten und „unerwünschten“ Leistungen unterscheiden
- Wird der zusätzliche Behandlungsbedarf nicht ausreichend finanziert, ist das Versorgungsniveau nicht zu erhalten (Personalausstattung, etc.)
- Primär sind Fehlssteuerungen zu minimieren bzw. zu eliminieren:
 - Kostenentwicklung muss im Landesbasisfallwert abgebildet sein
 - Doppelte Minderung der Vergütung zusätzlicher Leistungen muss beendet werden
 - Die absenkende Wirkung des zunehmenden Behandlungsbedarfs auf den Preis muss (kurzfristig) zumindest abgeschwächt bzw. aufgehoben werden
 - Sicherstellungszuschläge sind wirksam auszugestalten (ohne Kollektivhaftung)



Anmerkungen zu Lösungsoptionen

Selektivverträge:

- Einschränkung der Wahlfreiheit des Patienten
- Ruinöser Preiswettbewerb
- Qualitätseinbußen
- Verringerte Planungssicherheit, Versorgungssicherheit
- Gefährdung der flächendeckenden Notfallversorgung
- Umsetzung mit hohem bürokratischem Aufwand (Abgrenzung Notfälle, administrativer Aufwand)



Anmerkungen zu Lösungsoptionen

Mengenabhängig gestaffelte Relativgewichte:

- Kommt als ergänzende Option nur dann in Frage, wenn sich fallzahlabhängige Kostenvorteile empirisch nachweisen lassen und dieser Zusammenhang für bestimmte Leistungen auch durchgängig für nahezu alle Krankenhäuser gilt
- Umsetzungsschwierigkeiten bei der Festlegung von Kriterien zur Auswahl geeigneter Leistungsbereiche und der Ausgestaltung der Schwellen

Mehrjähriger Mehrleistungsabschlag:

- Dazu ist die Aufhebung der Degression auf Landesebene in der aktuellen Form zwingende Voraussetzung



Anmerkungen zu Lösungsoptionen

Aufhebung der Schiedsstellenfähigkeit für Mehrleistungen

- Alleinige Festlegung des Versorgungsbedarfs durch die Krankenkassen
- Dies bei hohen Ausgleichen für nicht vereinbarte Mehrleistungen

Ärztliche Zweitmeinung

- Ist grundsätzlich geeignet die Indikationsstellung zu festigen
- Wenig Interesse der Krankenkassen aufgrund der Mehrkosten und der Erwartung keine bedeutsame Leistungssenkung zu erreichen

Globales Ausgabenbudget

- Entspricht dem früheren, vertragsärztlichen Finanzierungssystem mit Punktwertverfall. Damit nochmalige Verschärfung der Kollektivhaftung.



Anmerkungen zu Lösungsoptionen

Zertifikatehandel:

- Anpassung der Menge an Morbiditätsentwicklung ist komplex
- Der DRG-Katalog verändert sich jährlich, daher wären jährliche Nachjustierungen notwendig
- Entscheidung für Versorgung einzig nach ökonomischem Kalkül
- Verringerung des Qualitätswettbewerbs
- Hinzutreten spekulativer Elemente
- Gefährdung der Versorgungssicherheit in einzelnen Regionen



Resumé

- Sicherung einer auskömmlichen Finanzierungsbasis muss für ein wirtschaftlich geführtes, bedarfsgerechtes Krankenhaus ohne Leistungssteigerungen möglich sein
- (Individuelles Fehlverhalten) ist zu sanktionieren
- Dies kann nicht als Grund angeführt werden das Versorgungsniveau insgesamt zu reduzieren
- **Die offensichtlichen Fehler müssen behoben werden, ergänzt um weitere Maßnahmen, um das grundsätzlich erfolgreiche System weiterzuentwickeln und ev. Nachteile zu minimieren, daher...**



*Für eine faire
Krankenhausfinanzierung!*



Vielen Dank!