

Krankenhaus-Report 2013

„Mengendynamik: mehr Menge, mehr Nutzen?“

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

Schattauer (Stuttgart) 2013

Auszug Seite 189-214



11	Hohe Leistungsmengen – Direktverträge und Rechtehandel als Lösungen für den Krankenhausbereich.....	189
	<i>Matthias Mohrmann und Volker Koch</i>	
11.1	Status des deutschen Gesundheitswesens	190
11.1.1	Ausgaben für Gesundheit und wirtschaftliche Leistungsfähigkeit.....	190
11.1.2	Das Leistungsproblem – Menge und Qualität.....	193
11.2	Sektor Krankenhaus	199
11.2.1	Das Leistungsproblem im Krankenhaus: viele Fälle	199
11.2.2	Falsche monetäre Anreize	203
11.3	Lösungen für den Krankenhausbereich	204
11.3.1	Der Direktvertrag	205
11.3.2	Der Rechtehandel – Transfer von Casemix.....	207
	Literatur	213

11 Hohe Leistungsmengen – Direktverträge und Rechte- handel als Lösungen für den Krankenhausbereich

Matthias Mohrmann und Volker Koch

Abstract

In Deutschland werden zu hohe Leistungsmengen erbracht. Dabei gibt es Indizien dafür, dass die Qualität der Behandlung eher mittelmäßig ist. Das Versorgungsniveau des deutschen Gesundheitswesens lässt sich in Zukunft ohne durchgreifende Reformen weder finanzieren noch in seinem Niveau aufrechterhalten. Der Reformdruck ist groß. Die „Hypertrophie der Mengen“ spiegelt sich im Sektor Krankenhaus – Deutschland ist bei vielen Behandlungen „Weltmeister“ und die Dynamik der Mengenentwicklung liegt regelmäßig über dem, was aufgrund von Demografie und medizinischem Fortschritt zu erwarten ist. Das monetäre Anreizsystem setzt die falschen Akzente. Die Krankenhausfinanzierung steht spätestens in der nächsten Legislaturperiode wieder auf der Agenda der Bundespolitik. Gesucht sind alternative Steuerungs- und Finanzierungskonzepte. Die Autoren schlagen als ordnungspolitische Lösungsoptionen für den Krankenhausbereich den „Direktvertrag – das selektive Kontrahieren“ sowie als neue Idee den „Rechtehandel – Transfer von Casemix“ zur Diskussion.

Put simply, health care service volumes are too high in Germany. There is evidence that the quality of medical treatments is rather mediocre. Presumably, the level of patient-centred care of the German health care system can neither be financed nor maintained in the years to come without basic reforms. The pressure for reform is high. The “hypertrophy of volumes” is reflected in the hospital-sector – in many treatments, Germany is “world champion” and the dynamics of the volume trends regularly exceeds what is to be expected on the basis of demography and medicinal progress. But the monetary incentives system sets the wrong priorities. Hospital financing will be back on the agenda of federal policy by the upcoming legislative period. Against this background, alternative concepts of control and financing are called for. In this context, the authors propose “direct contracts – selective contracting” as a regulative solution while putting up for discussion the pioneering idea of a “trade of rights – transfer of casemix”.

11.1 Status des deutschen Gesundheitswesens

Unsere Volkswirtschaft hatte im Jahr 2010 Ausgaben für Gesundheit in Höhe von 287,3 Mrd. €. Der Anteil am Bruttoinlandsprodukt betrug 11,6%¹ und lag damit um 2,1 Prozentpunkte über dem Durchschnitt der 34 OECD-Länder von 9,5%.² Deutschland belegt 2010 im OECD-Ranking gleichauf mit Frankreich den dritten Rang. Nur in den USA (17,6%) und den Niederlanden (12,0%) ist der Anteil der Gesundheitsausgaben an der Wirtschaftsleistung noch höher (vgl. OECD 2012). (Abbildung 11–1)

11.1.1 Ausgaben für Gesundheit und wirtschaftliche Leistungsfähigkeit

Weniger Erwerbsfähige – mehr Alte und Kranke: Die Angehörigen der geburtenstarken Nachkriegsjahrgänge sind zum großen Teil schon im Rentenalter, die „Babyboomer“ folgen bald. Der Anteil der Erwerbsfähigen an der Bevölkerung sinkt und der Anteil der Bevölkerungsgruppe über 65 Jahre steigt von 20,2% im Jahr 2008 auf 29% im Jahr 2030. Die Morbidität der Bevölkerung erhöht sich und führt allgemein zu einer höheren Nachfrage nach Gesundheitsleistungen; dies bei zugleich sinkenden Beitragseinnahmen der Sozialleistungsträger.

Anders als beim hohen Anteil am Bruttoinlandsprodukt rangiert Deutschland bei den Gesundheitsausgaben pro Kopf der Bevölkerung mit 4338 US-\$ (umgerechnet in Kaufkraftparitäten) trotzdem „nur“ an neunter Stelle im Vergleich der 34 OECD-Länder, die im Durchschnitt je Einwohner 3268 US-\$ für Gesundheit aufwenden. Dieses Abschneiden relativiert sich allerdings bei Betrachtung der gesamten Wirtschaftsleistung. Deutschland liegt mit einem Bruttoinlandsprodukt je Einwohner von 37567 US-\$ (ebenfalls umgerechnet in Kaufkraftparitäten) lediglich auf Platz 13 des internationalen Vergleichs³ (vgl. OECD 2011: 52). (Abbildung 11–2)

Die ökonomische Leistungsfähigkeit ist begrenzt. Die deutsche Volkswirtschaft muss ihre Produktivität und Effizienz überproportional steigern, um den Wohlstand ihrer Bürger zu wahren und ihre Zukunfts- und Wettbewerbsfähigkeit zu sichern.⁴ „Für den kontinentaleuropäischen Kapitalismus, der großzügige Krankenversicherungs- und Sozialleistungen mit vernünftigen Arbeitszeiten, langem Urlaub, frühem Ruhestand und einer relativ einheitlichen Einkommensverteilung verbindet, spricht scheinbar alles – außer seiner mangelnden Lebensfähigkeit.“ (Rogoff 2011) Dabei steht noch stärker als das System der Alterssicherung der Sektor Gesundheit vor zunehmenden Herausforderungen infolge der demografischen Entwicklung und des medizinisch-technischen Fortschritts. Außerdem wird sich in Zukunft der Fachkräf-

1 GBE – Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Onlineabfrage vom 19.08.2012

2 Es ist zu erwarten, dass sich der Anteil in zahlreichen Ländern infolge der globalen Finanzkrisen ab 2011 erhöhen wird, weil sich in Volkswirtschaften mit stagnierender oder sinkender Wirtschaftsleistung im Sektorenkonto Gesundheit Kostenremanenzen abbilden. Das Niveau der Gesamtausgaben für Gesundheit wird beispielsweise in den EU-Krisenländern nur noch in begrenztem Umfang gesenkt werden können.

3 Im Jahr 2008 – also vor Beginn der globalen Finanzkrise – lag Deutschland noch auf Rang 15.

4 Daran ändert die angesichts der globalen Finanzkrise momentan gute konjunkturelle Entwicklung in Deutschland nichts.

Abbildung 11-1

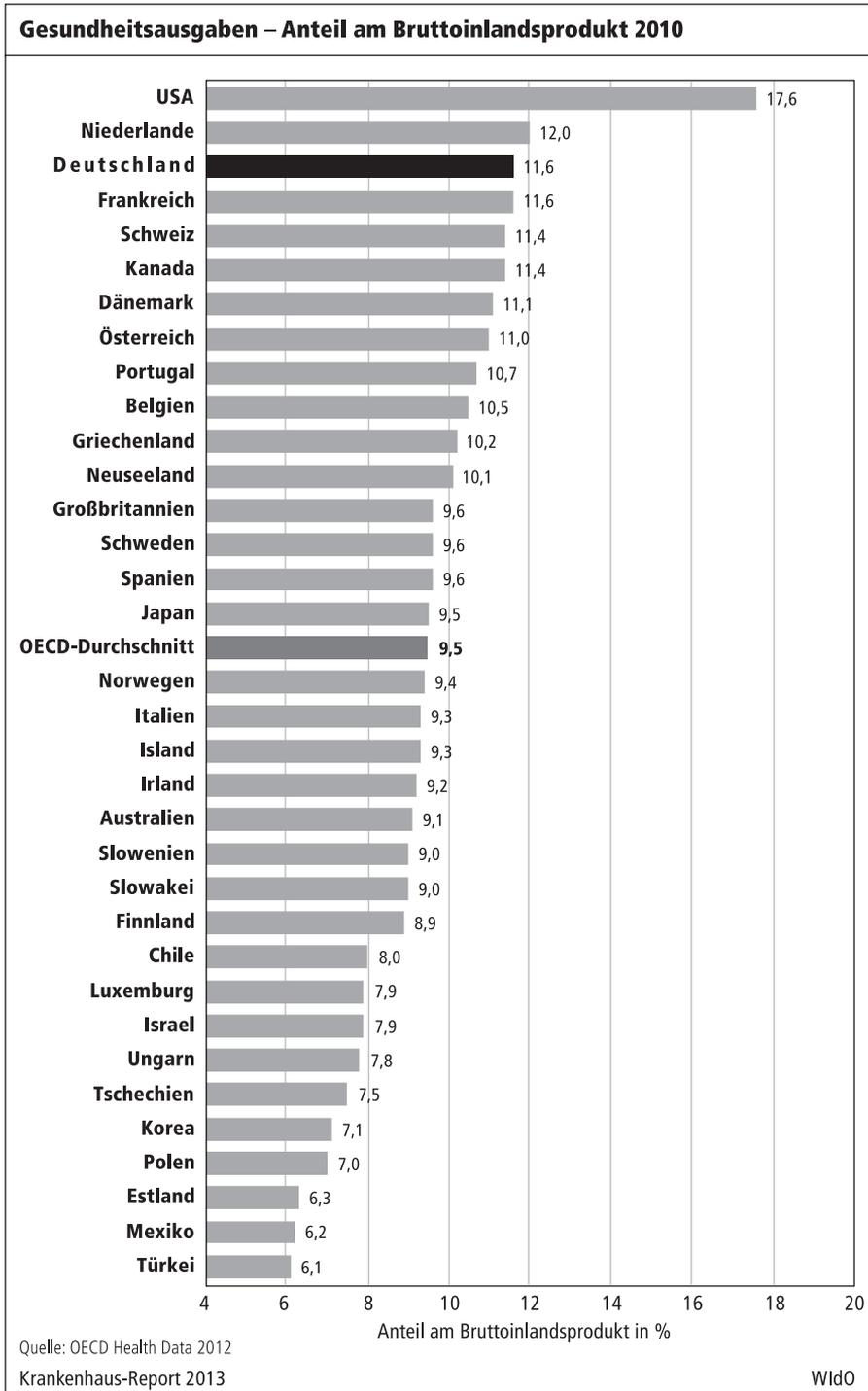
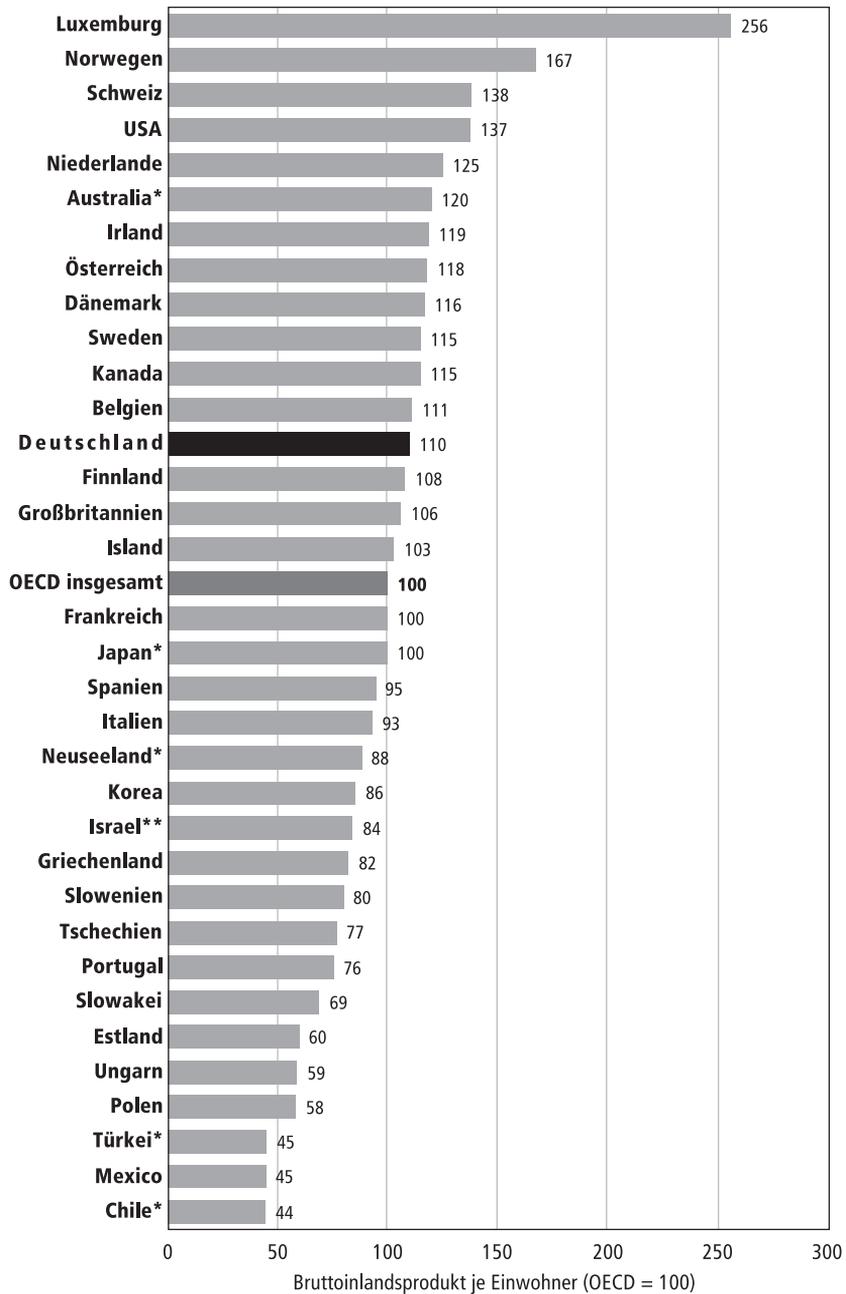


Abbildung 11–2

Bruttoinlandsprodukt je Einwohner nach Kaufkraftparität 2010

*geschätzter Wert; **Informationen zu Israel: <http://dx.doi.org/10.1787/888932315602>

Quelle: OECD 2011a

Krankenhaus-Report 2013

WIdO

temangel deutlich verschärfen. „Bereits 2020 fehlen annähernd 56 000 Ärzte und gut 140 000 nicht-ärztliche Fachkräfte. Bis 2030 wird sich die Personallücke sogar auf fast eine Million Personen – gut 165 000 Ärzte sowie fast 800 000 nicht-ärztliche Fachkräfte – vergrößern.“ (Ostwald et al. 2010: 10)

Das Versorgungsniveau im deutschen Gesundheitswesen lässt sich in Zukunft ohne durchgreifende Reformen nicht finanzieren und in seinem Niveau aufrechterhalten. Bereits seit längerem konstatieren viele Experten für die Zukunft des deutschen Gesundheitswesens und seine Finanzierbarkeit einen dringenden Gestaltungs- und Reformbedarf.⁵

Das deutsche Gesundheitssystem darf keine Oase des quantitativen Wachstums und der Ausgabensteigerung bleiben. Anderenfalls lautet für Deutschland die Frage schon bald: Kommt nach der Finanzkrise die systemrelevante Versorgungskrise des Gesundheitswesens? Die Kritiker der „Ökonomisierung und Industrialisierung“ unterschätzen offensichtlich die volkswirtschaftlichen Dimensionen. Bei der Bewältigung der Probleme stehen Medizin und Ökonomie keineswegs im Widerspruch zueinander: Wer helfen und heilen will, muss wirtschaften; unethisch handelt der, der knappe Ressourcen verschwendet.

11.1.2 Das Leistungsproblem – Menge und Qualität

Das Preisniveau des Gesundheitswesens ist unauffällig. Deutschland liegt 2010 beim sektoralen Preisindex Gesundheit annähernd auf dem Durchschnittsniveau der EU-15 (vgl. Abbildung 11–3). Ganz anders hingegen bei der Mengenkomponekte der Gesundheitsleistungen: Hier zeigt der europäische Vergleich, dass das deutsche Gesundheitswesen 11 % über dem Durchschnitt auf Platz 4 rangiert, unmittelbar hinter reichen Volkswirtschaften mit Finanz- und Energiestandorten wie der Schweiz, Norwegen und Luxemburg (vgl. Abbildung 11–4).

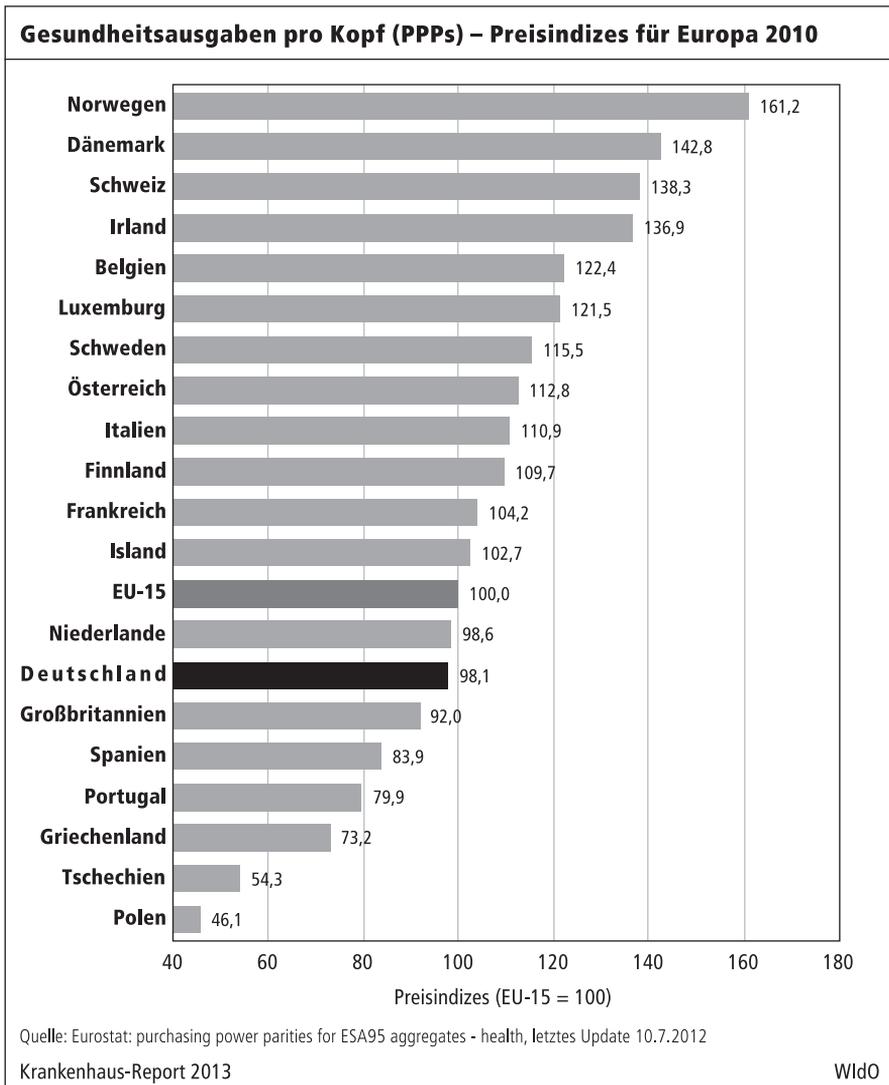
Im Gegensatz zu dieser Spitzenposition bei der Quantität der Leistungserbringung zeigen sich deutliche Indizien dafür, dass Deutschland bei der Qualität der Versorgung nicht Schritt hält und eher mittelmäßig abschneidet:

- **Rang 4 (von 7) im Ranking des Commonwealth Fund 2010**

Detaillierte Ergebnisse zum internationalen Vergleich legt The Commonwealth Fund vor (vgl. Davis et al. 2010). Dargestellt werden für sieben Länder in untergliederten Rankings, die auf umfangreichen Befragungen von Patienten und Ärzten beruhen, insbesondere Qualität, Zugangsmöglichkeiten, Effizienz, Gerechtigkeit und Ergebnisse der Gesundheitssysteme. Im Vergleich mit Australien, Kanada, den Niederlanden, Neuseeland, Großbritannien und den USA belegt Deutschland in der Gesamtbewertung den vierten Rang, bei der Qualität und Effizienz sogar jeweils nur Platz 5 (Abbildung 11–5). Besonders schlechte Wertungen erzielt Deutschland bei der Effektivität (Rang 6) und bezüglich der Versorgungskoordination trägt Deutschland die rote Laterne.

⁵ Vgl. dazu die geradezu dramatischen Szenarien bei Beske 2007; Drabinsky 2012; Raffelhüschen und Moog 2012; Standard & Poor's 2012.

Abbildung 11–3

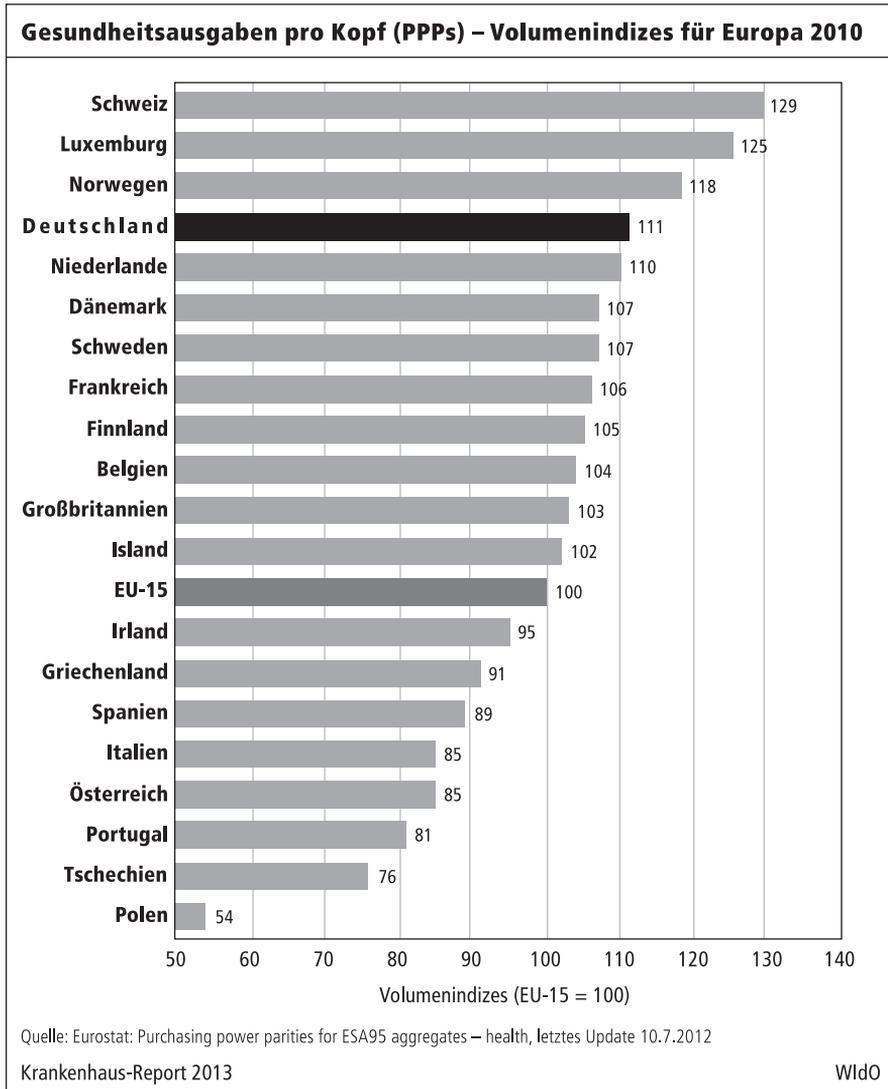


- **Rang 12 (von 21) im Ranking des 5-Jahres-Überlebens bei Krebs**

Auf Deutschland rollt trotz rückläufiger Bevölkerung infolge der Alterung der Einwohner eine Welle von Krebserkrankungen zu. Bis 2030 steigen die Neuerkrankungen um 26%, die Zahl der Todesfälle wird um 33% zunehmen. Doch wie gut sind die Ergebnisse des deutschen Versorgungssystems bei der Krebsbehandlung? Wie schneidet Deutschland im länderübergreifenden Vergleich der Ergebnisqualität ab?

Die OECD stellt im Rahmen ihres Projektes „Health Care Quality Indicators“ (HCQI) Ergebnisdaten über das „5-Jahres-Überleben“ bei Krebserkrankungen

Abbildung 11–4



an Zervix, Brust und Darm für 21 Länder zur Verfügung. Ausgewiesen werden darin die altersstandardisierten Raten. Hieraus haben wir für die drei Krebsarten die jeweiligen Ränge ermittelt. Deutschland belegt bei Zervix/Brust/Darm mit Überlebensraten von 62,94/83,30/60,40⁶ die Einzelränge 16/11/13. In einem weiteren Schritt haben wir die Überlebensraten in den drei Krebsarten mit der

6 OECD HCQI – Datenabzug vom 26.02.2012.

Abbildung 11–5

The Commonwealth Fund – Länderranking 2010							
Länderranking							
	1,00–2,33		2,34–4,66		4,67–7,00		
	Australien	Kanada	Deutschland	Niederlande	Neuseeland	Großbritannien	USA
Ranking insgesamt (2010)	3	6	4	1	5	2	7
Qualität der Versorgung	4	7	5	2	1	3	6
Wirksamkeit	2	7	6	3	5	1	4
Sicherheit	6	5	3	1	4	2	7
Koordination	4	5	7	2	1	3	6
Patientenzentriertheit	2	5	3	6	1	7	4
Zugang zur Gesundheitsversorgung	6,5	5	3	1	4	2	6,5
Finanzielle Hürden	6	3,5	3,5	2	5	1	7
Rechtzeitigkeit	6	7	2	1	3	4	5
Wirtschaftlichkeit	2	6	5	3	4	1	7
Gerechtigkeit	4	5	3	1	6	2	7
Langes, gesundes, produktives Leben	1	2	3	4	5	6	7
Gesundheitsausgaben pro Kopf 2007**	3 357	3 895	3 588	3 837*	2 454	2 992	7 290

*Geschätzt
 **Angaben in US\$, gewichtet nach Kaufkraftparität

Berechnungen des Commonwealth Fund auf Basis des International Health Policy Survey 2007, des International Health Policy Survey of Sicker Adults 2008; des International Health Policy Survey of Primary Care Physicians 2009; des Commonwealth Fund Commission on a High Performance Health System National Scorecard und der Organization for Economic Cooperation and Development

Quelle: OECD Health Data 2009; Davis et al. 2010

Krankenhaus-Report 2013 WlD

„altersstandardisierten Neuerkrankungsrate (ASR) der EU-27-Bevölkerung“⁴⁷ gewichtet und die Gesamtränge für die ausgewerteten 21 Länder ermittelt (vgl. Tabelle 11–1).

Das Ergebnis zeigt, dass die Effektivität der Krebsbehandlung in Deutschland im internationalen Vergleich lediglich auf einem mittelmäßigem Niveau liegt. Beim

7 WHO-Globocan.

Tabelle 11–1

Ranking 5-Jahres-Überlebensrate bei Krebs

	Zervixkarzinom	Brustkrebs	Darmkrebs	HCQI (gewichtet nach Häufigkeit)
Japan	4	2	1	1
USA	14	1	4	2
Norwegen	1	4	7	3
Island	8	5	2	4
Belgien	11	7	3	5
Kanada	13	3	6	6
Finnland	10	6	10	7
Schweden	6	8	12	8
Neuseeland	7	9	9	9
Korea	2	12	5	10
Niederlande	9	10	11	11
Deutschland	16	11	13	12
Österreich	18	16	8	13
Portugal	12	13	15	14
Dänemark	15	14	17	15
Singapur	3	19	14	16
Großbritannien	19	15	18	17
Irland	20	17	19	18
Slowenien	5	20	16	19
Tschechien	17	18	20	20
Lettland	21	21	21	21

Quelle: OECD/HCQI – AOK Rheinland/Hamburg

Krankenhaus-Report 2013

Wido

„5-Jahres-Überleben“ erzielt Deutschland in der Gesamtbetrachtung nur Rang 12 von 21 Ländern⁸.

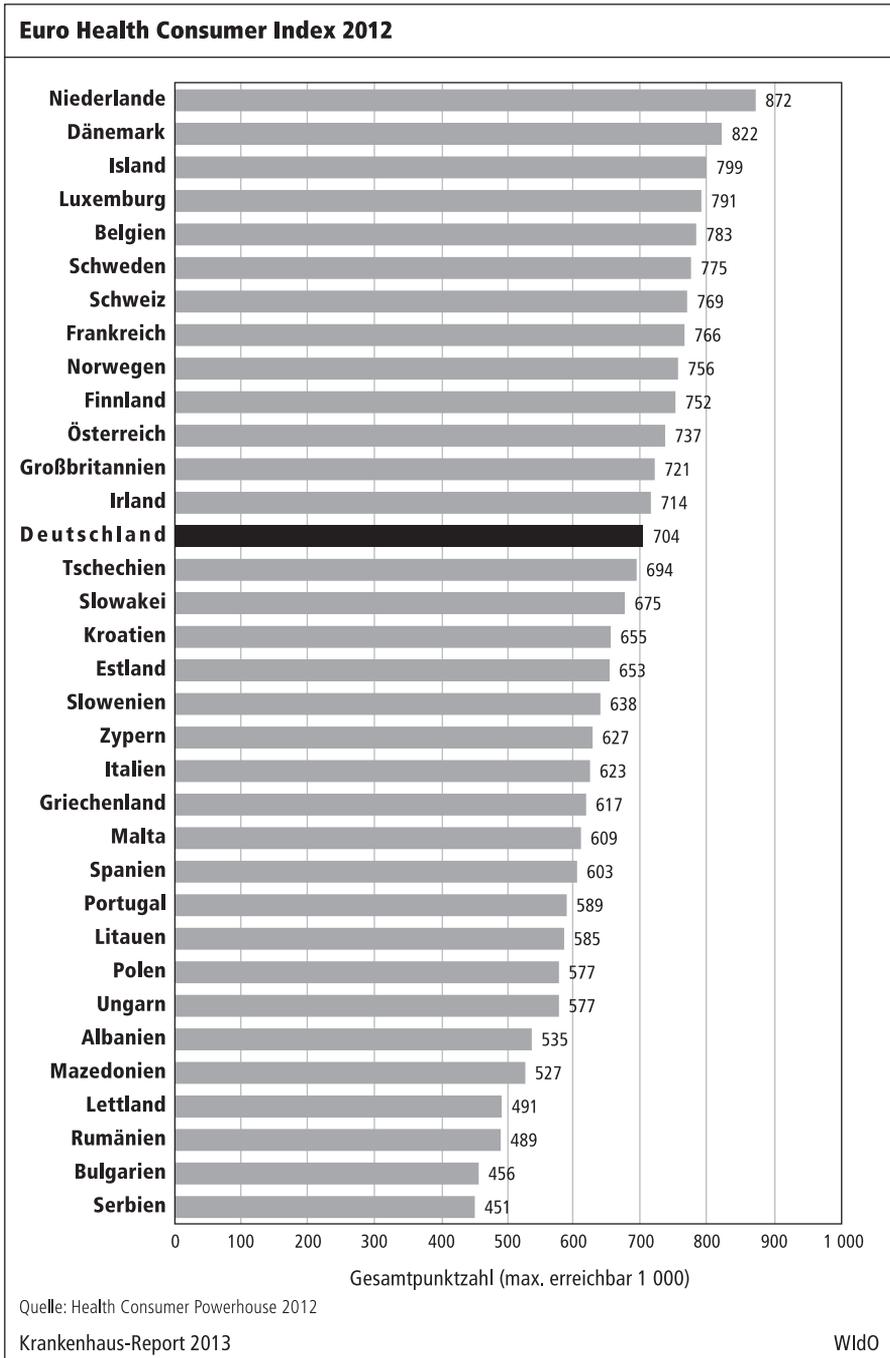
- **Rang 14 (von 34) beim Euro Health Consumer Index 2012**

Der Euro Health Consumer Index (EHCI) wird vom schwedischen Thinktank Health Consumer Powerhouse AB (HCP) erstellt und vergleicht in einem Scoring 34 europäische Gesundheitssysteme anhand von 42 Einzelindikatoren. Die HCP-Bewertung umfasst dabei die fünf Bereiche Patientenrechte und Information, Wartezeiten, Versorgungsergebnisse, Prävention und Umfang der Leistungen sowie die pharmazeutische Versorgung.

Der aktuelle Bericht 2012 (Health Consumer Powerhouse 2012) attestiert dem deutschen Gesundheitswesen in der Gesamtbewertung lediglich Rang 14 (vgl. Abbildung 11–6). Die Niederlande schließen mit 807 von 1000 erreichbaren

⁸ Ein ähnliches Abschneiden bei der Ergebnisqualität Krebs stellen Porter und Guth 2012: 20 fest. Dort finden sich auch weitere Beispiele für die „inkonsistente Qualität“ im deutschen Gesundheitssystem (a. a. O.: 19–28).

Abbildung 11–6



Punkten am besten ab, während Deutschland mit 704 Punkten auf dem gleichen Niveau wie Irland (13.) und Tschechien (15.) rangiert. Als deutliche Schwachstellen des Versorgungssystems nennt der Report für Deutschland unter anderem den geringen Umsetzungsgrad beim Einsatz von Instrumenten der E-Health, die auffällige Mortalitätsrate nach Herzinfarkt, den großen Anteil klinisch erbrachter Dialyseleistungen⁹ sowie die bedenklich hohe Zahl von MRSA-Infektionen. Als einen Grund für das alarmierende Ergebnis nennt der Bericht die große Anzahl sehr kleiner Allgemeinkrankenhäuser mit fehlender Spezialisierung in Deutschland (Health Consumer Powerhouse 2012: 6) – dies könnte auch ein Grund für das oben beschriebene mäßige Abschneiden bei Krebserkrankungen sein¹⁰. Arne Björnberg¹¹ schlug bei der Vorstellung des Reports 2012 im Europäischen Parlament sogar vor, Deutschland zusammen mit Österreich, Ungarn und Italien auf die Überwachungsliste der EU zu setzen.

Auch wenn solche Resultate keinesfalls überbewertet werden sollten, legen sie aber den Verdacht nahe, dass das deutsche Gesundheitswesen bei der Qualität trotz vergleichsweise hoher Ausgaben keine Spitzenposition einnimmt. „Mittelmäßige Ergebnisse in Ländervergleichen gehen einher mit signifikanter Heterogenität in der Ergebnisqualität deutscher Leistungserbringer. Einerseits gibt es viele exzellente Leistungserbringer, andererseits bestehen, den Daten zufolge, zum Teil deutliche Verbesserungsmöglichkeiten bei den übrigen.“ (Porter und Guth 2012: 20)

In der Gesamtschau liegt der Fokus der deutschen Gesundheitsversorgung offensichtlich auf der Quantität, Qualitätsaspekte spielen eine untergeordnete Rolle. War dies in der Vergangenheit – vor allem für den Patienten – bereits problematisch, zeigen Projektionen in die Zukunft zunehmend auch die Grenzen der Finanzierbarkeit auf.

11.2 Sektor Krankenhaus

11.2.1 Das Leistungsproblem im Krankenhaus: viele Fälle

Internationale Vergleiche zeigen für Deutschland auch im Krankenhausbereich eine sehr hohe Angebotsdichte. Bei der Krankenhaushäufigkeit seiner Einwohner steht Deutschland in Europa – altersstandardisiert – hinter Österreich auf Platz 2 (vgl. Abbildung 11–7).

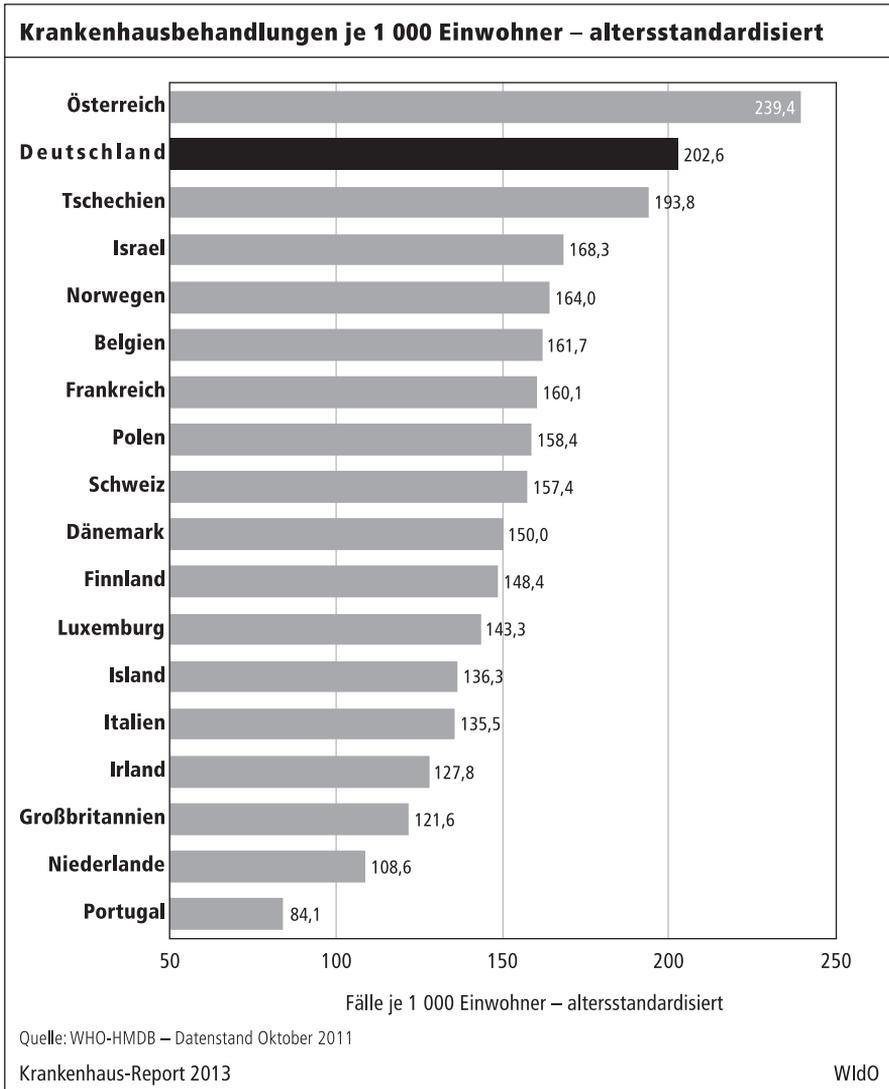
Was in anderen Ländern längst ambulant erbracht wird, wird hier noch immer stationär behandelt. Aufgrund des medizinischen Fortschritts eigentlich zu erwartende Verlagerungseffekte in die ambulante Versorgung finden nur sehr begrenzt statt. Notwendige Strukturveränderungen scheitern nicht zuletzt an fehlender Cou-

9 In Deutschland werden nur schätzungsweise 5 % aller Dialysefälle mit Heim-/Peritonealdialyse versorgt.

10 Im EHCI-Scoring ist in Deutschland die Ergebnisqualität der Krebsbehandlung (*cancer deaths relative to incidence*) anders als bei Porter und Guth und nach unserer Berechnung nicht auffällig.

11 HCP-Geschäftsführer und Leiter der Studie.

Abbildung 11–7



rage der für die Krankenhausplanung Verantwortlichen. Entgegen der öffentlichen Wahrnehmung wurden in den vergangenen Jahren kaum Krankenhausstandorte aufgegeben. Der in der amtlichen Statistik ausgewiesene nominelle Rückgang der Anzahl von Krankenhäusern ist weitgehend durch Fusionen und nicht durch Betriebs-schließungen bedingt.

Sowohl bezüglich der Bettendichte als auch der Krankenhaus-Fallhäufigkeit liegt Deutschland weltweit in der Spitzengruppe. So war Deutschland 2008 beispielsweise bei den Herzkatheter-Untersuchungen, den koronaren Bypass-Operationen, der Implantation von Herzschrittmachern und beim Gelenkersatz an Hüfte und Knie „Weltmeister“ (vgl. Abbildungen 11–8 und 11–9).

Abbildung 11–8

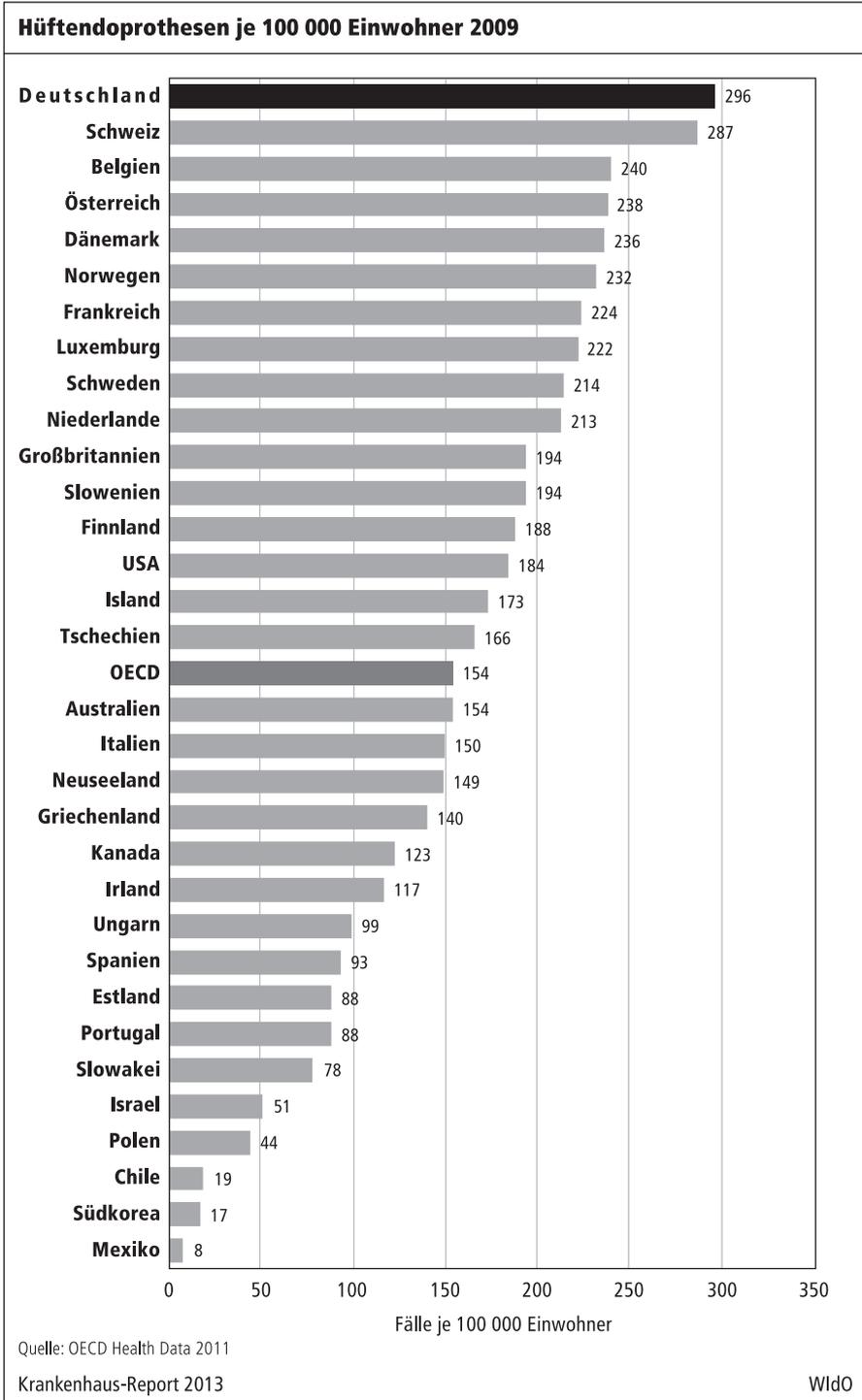
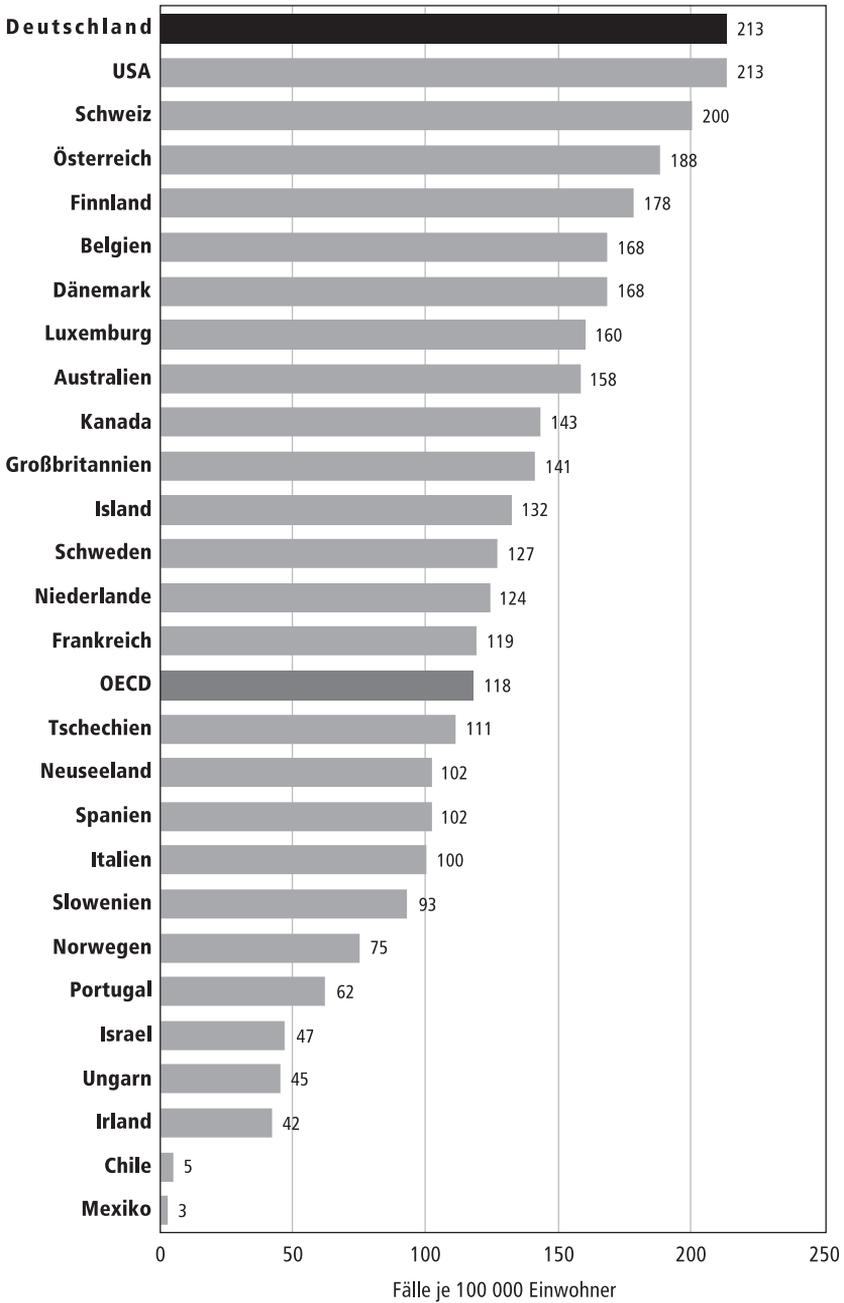


Abbildung 11–9

Knieendoprothesen je 100 000 Einwohner 2009



Quelle: OECD Health Data 2011

Krankenhaus-Report 2013

WIDO

Bevor an dieser Stelle das Lied der „Rationierung für Rentner“ angestimmt wird: Beim Gelenkersatz liegt die Ursache nicht bei der „Generation 65+“, sondern bei den fragwürdig hohen und noch steigenden OP-Zahlen für zunehmend jüngere Patienten. Das Verhältnis von Revision/Wechsel und Erstimplantation beträgt 17 % bei Hüft-TEP und 16 % bei Knie-TEP.¹²

Ist der hohe Mengensockel des deutschen Krankenhausesektors schon lange auffällig, so hat sich die Mengenentwicklung – spätestens seit Einführung des DRG-Systems – noch einmal beschleunigt. Das RWI (2012) hat die Mengendynamik im G-DRG-System für die Jahre 2006 bis 2010 untersucht und stellt einen Anstieg beim Casemixvolumen um durchschnittlich 3,1 % pro Jahr fest. Vom beobachteten Gesamtanstieg entfallen 18 % auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen und 26 % auf die Krankheiten am Muskel-Skelett-System.¹³ Ein Beispiel für diese Dynamik des Anstiegs sind die Bandscheibenoperationen: Die standardisierte Operationshäufigkeit stieg bei Versicherten der AOK zwischen 2006 und 2010 um 38,0 % (vgl. Friedrich 2012).

Der Leistungsmengenzuwachs liegt regelmäßig oberhalb des infolge Demografie und Morbiditätsentwicklung zu erwartenden Ausmaßes. Woran liegt das?

11.2.2 Falsche monetäre Anreize

Das gegenwärtige Steuerungssystem für Leistungsmengen macht eine Mengenausweitung für das einzelne Krankenhaus leicht und lukrativ. Das gesamte Marktwachstum wird auf der Kollektivebene bei der Preiskomponente – dem landesweiten Basisfallwert – berücksichtigt. Für die prospektiv erwartete Mehrmenge werden auf der Landesebene dabei nur die zusätzlich anfallenden variablen Kosten eingepreist. Die kalkulatorische Umsetzung der Kostendegression ist für die Vertragsparteien verpflichtend. Blendet man die weiteren Berücksichtigungstatbestände nach § 10 Abs. 3 Satz 1 KHEntgG – wie zum Beispiel die voraussichtlichen allgemeinen Kostenentwicklungen – aus, so würde im Ergebnis das Preisniveau des Bundeslandes sinken. Im folgenden Budgetjahr gilt für alle erbrachten DRG-Leistungen dieser abgesenkte Einheitspreis.

Vereinbart ein Krankenhaus in den folgenden Individualverhandlungen mit den örtlichen Kostenträgern eine unterdurchschnittliche oder gar rückläufige Mengenentwicklung, so realisiert es neben seiner anteiligen „Mithaftung“ für die kollektive Mengenausweitung auf der Landesebene zusätzlich einen Erlösausfall aus dem individuellen Belegungsrückgang. Gelingt es diesem Krankenhaus nicht, den Erlösausfall auf der Kostenseite vollständig zu kompensieren, resultiert durch die Kostenremanenz ein ergebnisrelevanter Nachteil. Aus wirtschaftlichen Gründen treten viele Krankenhäuser die „Flucht in das Hamsterrad der Mehrmenge“¹⁴ an. Die kollektiv eingepreiste Menge wird realisiert, indem unter einer stetig steigenden Ar-

12 Datenquelle: Statistisches Bundesamt, Operationen und Prozeduren der vollstationären Patientinnen und Patienten, Ausführliche Darstellung 2010.

13 Vgl. zur Konzentration des Anstiegs auf die MDC-Partitionen auch die Darstellung bei Wolff 2012:141.

14 Die von der Krankenhauseseite vorgetragene Hamsterrad-These ist das unumwundene Eingeständnis der „Monetik der Menge“.

beitsverdichtung und Personalbelastung medizinisch oft unnötige oder noch nicht indizierte Leistungen erbracht werden.¹⁵

Demgegenüber ist eine Klinik im Vorteil, die ihre Leistungsmengen überdurchschnittlich erhöht und dadurch betriebswirtschaftlich einen zusätzlichen Deckungsbeitrag erzielt. Auch die zeitlich begrenzten Mehrleistungsabschläge nach § 4 Abs. 2a KHEntgG ändern daran wenig. Die politisch intendierte budgetäre Abriegelung hat bislang nicht funktioniert. Auch die zeitlich bis 2014 befristeten Mehrleistungsabschläge, in zudem unzureichender Höhe – nur wenige stationäre Leistungen weisen einen variablen Kostenanteil von mehr als 75 % auf, lohnen sich also beim gesetzlich vorgegebenen Abschlagswinkel von 25 % nicht mehr – ändern wenig an der beobachteten Mengendynamik. Wirtschaftlich gut aufgestellte und kapitalstarke Kliniken begreifen den Mehrleistungsabschlag als – im Handel übliches – *Listing Fee* und damit als Chance für ihr Unternehmenswachstum und die Erhöhung ihrer Marktanteile. Denn der finanzielle Nachteil entfällt für Mengenausweitungen im Jahr 2012 nach einem Jahr und später nach zwei Jahren.

Die Summe der einzelwirtschaftlichen Interessen drückt sich unter den momentanen Rahmenbedingungen in der beobachteten Tendenz zur Leistungsausweitung aus. Auf dem Rücken der Patienten wird „Menge gekloppt“¹⁶ mit zu vielen – und häufig unnötigen – stationären Leistungen. Für die Patienten bringt das vermeidbare Behandlungsrisiken, Schmerz und Leid mit sich, für die Sozialleistungsträger resultieren vermeidbare Mehrausgaben und Folgekosten. Die momentan geltende Finanzierungsmechanik setzt die falschen Anreize.

Doch die vorstehenden Feststellungen sollten nicht als einseitige Schuldzuweisung an die Adresse der Krankenhäuser verstanden werden. Die stationäre Behandlung bildet oft das letzte Glied in der Behandlungskette in einem überholungsbedürftigen Gesamtsystem, sodass sich viele Probleme der Gesundheitsversorgung lediglich beim letzten Glied, dem Krankenhaus, niederschlagen. Erforderlich ist, nicht nur über bestehende Defizite zu klagen, sondern Antworten auf die ökonomischen wie gesundheitspolitischen Fragen zu entwickeln. Dabei sind alle Akteure des Gesundheitswesens gefordert.

11.3 Lösungen für den Krankenhausbereich

Das Gutachten des RWI (2012: 35–60) stellt 13 Steuerungsinstrumente als Vorschläge zur Lösung der Mengenproblematik vor und unterzieht sie einer vergleichenden Bewertung. In der Gesamtbewertung der Reformvorschläge erzielen das „selektive Kontrahieren“ und der „Zertifikatehandel“ mit jeweils 0,79 Punkten die besten Ergebnisse.

¹⁵ Vgl. Wolff 2012: 140f.

¹⁶ Gesundheitsminister Bahr am 27.02.2012.

11.3.1 Der Direktvertrag

Bislang gibt der ordnungspolitische Rahmen für die stationären Budgets der Krankenhäuser den Kollektivvertrag vor. Danach wird im ersten Schritt zwischen den Landeskrankenhausesellschaften und den Landesverbänden der Krankenkassen der landesweite Basisfallwert als Einheitspreis für die DRG-Leistung prospektiv vereinbart. Im Anschluss daran verhandeln die maßgeblich belegenden Kostenträger „einheitlich und gemeinsam“ die Mengenkomponekte der DRG-Leistungen auf der Ebene des einzelnen Krankenhauses. Zwischen den Krankenkassen entwickelt sich unter der Bedingung des Kollektivvertrages kein nennenswerter Wettbewerb. Ebenso stehen die Krankenhäuser einer Region beim Wettbewerb um Preis und Leistung nur in sehr begrenztem Umfang in Konkurrenz. Der durch die Länder erteilte Versorgungs- und Sicherstellungsauftrag verschafft ihnen eine exklusive Lizenz: Er garantiert den Zugang zu Behandlungsfällen und deren Abrechnung mit dem landesweiten Einheitspreis, für die Kostenträger besteht Kontrahierungspflicht. Unter diesen Bedingungen resultiert für die Krankenhäuser in der Regel wenig Anreiz, die Qualität der Leistungserbringung zu erhöhen. Eine schlechte Güte wird weder durch die Krankenhausplanung noch durch das Vergütungssystem sanktioniert. Und obwohl erhebliche Unterschiede zwischen den einzelnen Krankenhäusern festzustellen sind, pendelt sich die Qualität insgesamt auf einem suboptimalen Niveau ein.

Der Direktvertrag¹⁷ – synonym auch als „selektives Kontrahieren“ bezeichnet – ermöglicht es den Krankenkassen, mit einzelnen Krankenhäusern über ausgewählte (elektive) Leistungen zu verhandeln, das ordnungspolitische Postulat lautet „elektiv wird selektiv“. Die bisherige Kontrahierungspflicht entfällt, der „direkt“ abgeschlossene Einzelvertrag ersetzt den Kollektivvertrag mit den Leistungserbringern. Die Krankenkasse kann dabei anhand eigener Kriterien gezielt und frei unter den Leistungserbringern auswählen¹⁸.

Der Gegenstandsbereich eines Direktvertragsmodells wird in einem Katalog spezifiziert, basierend auf einzelnen Leistungen oder ganzen Leistungsbündeln. Für Direktverträge eignen sich in erster Linie stationäre Leistungen, die planbar sind – wenn also der Patient über den Ort und den Zeitpunkt seiner Behandlung in gewissen Grenzen selbst bestimmen kann. Demgegenüber eignet sich der Direktvertrag weniger als vertragliche Regelung für Notfälle und unvorhersehbare Behandlungen.

17 Vgl. zum Konzept des Direktvertrages insbesondere Leber et al. 2008.

18 Bei der einzelwirtschaftlichen Beschaffungsentscheidung schließen sich die Auswahlkriterien Qualität und Preis keineswegs aus. Die beiden gesundheitspolitischen Ziele sind lediglich die „zwei Enden derselben Wurst“, nämlich die zwei Ausprägungsformen des Ökonomischen Prinzips. Allerdings hat das deutsche Krankenhauswesen bei gesamtwirtschaftlicher Betrachtung zur Zeit kein wesentliches Preisproblem – Deutschland leidet vielmehr unter seinem Leistungsproblem mit einer ausgeprägten Hypertrophie der Fallmengen und seinem zugleich mittelmäßigen Qualitätsniveau. Naheliegend und auf der Makroebene auch verständlich ist daher die Fokussierung auf den Qualitätsansatz nach dem Maximalprinzip. Insbesondere dann, wenn als Voraussetzung für Qualität die nationalen Gesundheitsausgaben durch „eingreifende“ Lösungen bei der Quantität begrenzt werden. Gleichwohl wäre es irrational, die zweite Ausprägung, also den Preiswettbewerb, als Handlungsoption im einzelwirtschaftlichen Entscheidungskalkül von vornherein auszuschließen.

Für den „Katalog selektiver Leistungen“ haben sich zwei Varianten der Umsetzung herauskristallisiert. Nach dem „Synchronmodell“ würde für die Kostenträger die Kontrahierungspflicht komplett entfallen; die Leistungen **müssen** im Wettbewerb beschafft werden. Beim „Optionsmodell“ **können** die Kostenträger im Wettbewerb Verträge schließen. Kommt hierbei kein Ergebnis zustande, bleibt es wie bisher bei der Kontrahierungspflicht auf der Grundlage der kollektiven Budgetvereinbarung.

Der Abschluss eines Direktvertrags setzt voraus, dass das unterlegte Casemix-Volumen nach Art, Menge und Wert aus den regulären Budgets bei anderen Leistungserbringern ausgegliedert wird. Die Krankenkasse entscheidet so, wie viele Leistungen von welcher Klinik nicht mehr erbracht werden sollen. Das Motto lautet: „Das Geld folgt der Qualität“. Mit dem aktiven Ausschluss von schlechter Behandlungsqualität wird die Beachtung des Patienteninteresses stärker in den Vordergrund der Vertragsentscheidung gerückt.

Hieraus resultieren Vorteile für Krankenhaus und Krankenkasse. Das qualitativ hochwertige Leistungen anbietende Krankenhaus

- verbessert die Planbarkeit der Belegung und Leistungserbringung,
- erhält höhere Losgrößen/Leistungsmengen,
- realisiert Skalenerträge infolge Fixkosten-Degression,
- verbessert den allgemeinen Nutzungsgrad und damit die Wirtschaftlichkeit,
- verbessert seine Möglichkeiten zur Umsetzung von Clinical-Pathways,
- kann das Schnittstellenmanagement zur vor- und nachstationären Versorgung standardisieren,
- spezialisiert sich und konzentriert seine medizinisch-pflegerischen Kompetenzen,
- kann Kalkulationsausreißer besser ausgleichen,
- steigert die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität und
- kann sein Markenimage ausbauen.

Die Vorteile für die Krankenkasse liegen darin, dass

- im Wege des Qualitätswettbewerbs schlechte Qualität vom Markt verschwindet,
- regional differenzierte Versorgungsstrukturen ausgebildet werden,
- der Einstieg in ein sektorenübergreifendes versorgungsformneutrales Vergütungssystem erleichtert wird – gleiche Honorare für gleiche Leistung,
- das Profil im Kassenwettbewerb geschärft und Zusatznutzen vermittelt werden,
- ein morbiditätszentriertes Patientenmanagement erleichtert wird,
- Transparenz und bessere Vergleichbarkeit von Leistung und Qualität realisiert werden,
- die Nachhaltigkeit über Gewährleistungsfristen gesichert werden kann.

Die mit der Abkehr vom Kollektivvertrag erforderlich werdenden gesetzlichen Änderungen sind mit starken Eingriffen in den bestehenden ordnungspolitischen Rechtsrahmen verbunden, sie sollten unter das Regime eines (sozialen) Kartell- und Vergaberechts gestellt werden.

Wir befürworten aufgrund der oben beschriebenen Qualitätsdefizite ausdrücklich die Etablierung selektivvertraglicher Elemente im Krankenhausbereich – vor allem zum Nutzen des Patienten. Will man aber am Kollektivvertrag festhalten, so

finden sich in einem anderen Modell Ansätze, die Mengensteigerungen verhindern und gleichzeitig Leistungserbringer schützen, die beispielsweise aufgrund ihrer geografischen Lage Leistungsmengen nur begrenzt steigern können und Kostensteigerungen daher auf anderem Weg refinanzieren müssen.

11.3.2 Der Rechtehandel – Transfer von Casemix

Das Modell des Rechtehandels öffnet das Finanzierungssystem der Krankenhäuser wie der zuvor diskutierte Direktvertrag in Richtung Markt und Wettbewerb. Anders als beim Direktvertrag kann es nach diesem Vorschlag beim „einheitlich und gemeinsam“ des Kollektivvertrages bleiben. Der zugrunde liegende Lösungsvorschlag ist mehrfach beschrieben¹⁹ und in Presse und Öffentlichkeit kontrovers diskutiert worden. Es ist zu betonen, dass es sich zunächst um ein Denkmodell handelt, das Antworten auf bestehende Defizite gibt. Im Folgenden soll dieses Modell und seine Wirkungsweise beschrieben werden. Ob und in welcher Form es umgesetzt wird, ist hier und heute nicht entscheidend. Wichtig ist, neue Denkansätze erst einmal zuzulassen, um hieraus Antworten für seit langem bekannte, mit bisherigen Ansätzen aber nicht behobene Defizite zu entwickeln.

Die Grundidee des Modells lehnt sich an den seit einigen Jahren etablierten Handel mit Emissionszertifikaten (ETS) der Europäischen Union an. Die gemeinsame theoretische Grundlage findet sich im Theorem von Ronald Coase und dessen Weiterentwicklung. Danach gehen Teilnehmer eines Marktes selbständig mit „ungewünschten“ Externalitäten um und verteilen die Ressourcen auf pareto-effizientem Wege, wenn sie darüber untereinander in Verhandlungen treten. Im Hinblick auf die Fallmengen im Krankenhaus sollen die Leistungszuwächse zu kostenpflichtigen Gütern werden. Das Recht eines Krankenhauses zur Leistungserbringung wird an den Besitz eines speziellen Zertifikats geknüpft.

11.3.2.1 Die Idee im Überblick

Der Erbringer stationärer Behandlungsleistungen darf in der Budgetperiode die Menge an DRG-Fällen erbringen, für die er ex ante zugeteilte Zertifikate besitzt.

In einem ersten Schritt wird das Gesamtvolumen an DRG-Leistungen für ein Bundesland prospektiv festgelegt. Dabei wird insbesondere der demografisch und medizinisch zu erwartende Leistungszuwachs berücksichtigt. Im nächsten Schritt wird die Gesamtmenge der Leistungen auf Landesebene durch die Ausgabe von Leistungsrechten/Zertifikaten auf die Versorgungsgebiete und Krankenhäuser verteilt. Das einzelne Krankenhaus kann in der folgenden Budgetperiode zunächst (!) nur die Leistungsmenge erbringen, für die es über ex ante verteilte Leistungsrechte verfügt. Die Abrechnung gegenüber den Krankenkassen erfolgt in Höhe des landesweiten Basisfallwerts und ist an das Zertifikat gebunden. Ohne Zertifikat kann die erbrachte Fallpauschale nicht abgerechnet werden. Dem Krankenhausunternehmen steht es frei, ob es sein Kontingent tatsächlich stationär erbringt

¹⁹ Augurzky et al. 2012: 161ff; Koch 2012; Mohrmann und Koch 2012; RWI 2012: 51–55; Wolff 2012:142.

oder versucht, die Leistungsmenge und Ausgaben durch Verlagerung in die eigenen Ambulanzen oder ein Medizinisches Versorgungszentrum abzusenken. Hieraus entsteht ein zusätzlicher Anreiz zur ambulanten Leistungserbringung – unser im internationalen Vergleich extrem stationär geprägtes Gesundheitssystem würde sich in Richtung einer medizinisch längst möglichen stärker ambulanten Ausrichtung weiterentwickeln.

Das Zertifikat, das auf den Casemixpunkt (CMP) lautet, verliert erst mit erfolgter Abrechnung seinen Wert. Erreicht ein Krankenhausunternehmen die prospektiv vereinbarte Leistungsmenge nicht, so kann es die überschüssigen Zertifikate verkaufen. Steigt im umgekehrten Fall die Patientennachfrage stärker als erwartet, so muss eine entsprechende Anzahl von Leistungsrechten hinzugekauft werden. Es bildet sich ein Markt für Zertifikate.

11.3.2.2 Das Mengenumbudget auf Landesebene

Das Modell des „Rechtehandels mit Krankenhausmengen“ beinhaltet als einen wesentlichen Baustein die Limitierung der Fall- und Casemixmengen. Die Summe der Casemixpunkte (CMP) wird je Bundesland fixiert. Nach dem Prinzip des *cap and trade* wird das gesamte Handels- und Transfersystem konsequent unter diesem exogen vorgegebenen Mengendeckel organisiert. Mit einem solchen „Landesmengenumbudget“ wird die gesamtwirtschaftlich notwendige und versorgungspolitisch mögliche „budgetäre Abriegelung“ konsequent auf den regionalen Planungsebenen der Gesundheitsversorgung etabliert. In der Krankenhauspolitik ist ein solches begrenzendes Finanzierungselement keineswegs neu. Eine ähnliche Überlegung gab es zuletzt im Entwurf des GKV-Reformgesetzes 2000.²⁰ Der eigentliche „Rechtehandel mit Krankenhausmengen“ findet unter dem Schutzwall des Landesmengenumbudgets zwischen den Krankenhäusern statt. Für die einzelnen Krankenhäuser gibt es also keinen starren Mengendeckel. Der Transfer von CMP ist für sie unter Marktbedingungen möglich.

Die Gesamtmenge der auszugebenden Zertifikate orientiert sich nach dem Prinzip des *grandfathering* am Leistungsvolumen der Vergangenheit und umfasst darüber hinaus eine Wachstumsrate. Mit dieser Wachstumsrate werden über eine Morbiditäts-Komponente die demografische Entwicklung und der medizinisch-technische Fortschritt abgebildet. Die Grundausrüstung mit Zertifikaten kann auch niedriger festgelegt werden, etwa um einen überhöhten Mengensockel abzuschmelzen. Dadurch entsteht ein gewisser Druck, die überfällige Verlagerung in z. B. den

20 Der Entwurf des GKV-Reformgesetzes 2000 sah durch Änderung des § 17b KHG einen „Gesamtbetrag als Obergrenze für die Vergütung der im Land erbrachten allgemeinen vollstationären und teilstationären Krankenhausleistungen“ (Deutscher Bundestag 1999) vor. Referenzgröße zur Einhaltung der Obergrenze war dabei die Summe der Erlöse aller Krankenhäuser aus den Pflegesätzen. Diese Gesetzesänderung zur Deckelung der Gesamterlöse scheiterte später am Widerstand der Bundesländer. Bis in die Gegenwart wird zwar als Preiskomponente der Erlöse der landesweite Basisfallwert durch Anwendung der Veränderungsrate nach § 71 SGB V gedeckelt; die Casemixpunkte für Fallpauschalen als Mengenumkomponente der Krankenhaus-erlöse werden hingegen nicht begrenzt. Die Leistungsmengen steigen, die Erlösbudgets wachsen – über das infolge der demografischen und medizinischen Entwicklung hinaus erforderliche Maß hinaus.

ambulanten Sektor wird beschleunigt. Das Prinzip des Grandfathering gewährleistet am ehesten das vorsichtige Herantasten an die notwendige und wünschenswerte Leistungsmenge. In den späteren Budgetperioden wird das Mengenbudget um die erwartete Morbiditätskomponente erhöht.

Das Leistungsvolumen wird von den Selbstverwaltungspartnern auf Landesebene prospektiv vereinbart. Idealerweise sollte das unter der Mitwirkung der Landesregierung auf der Grundlage eines nationalen Masterplans und daraus abgeleiteter gesundheitspolitischer Regionalziele geschehen.

In einem zweiten Schritt wird die landesweite Gesamtmenge den lokalen Versorgungssegmenten und Krankenhäusern zugeordnet. Zum Start liegt die kostenfreie Erstausrüstung mit Zertifikaten analog zum bisherigen Leistungsspektrum nahe. Möglich ist auch, für die prospektiven Mehrmengen und neuen Leistungskomplexe eine Auktion durchzuführen. Die Versteigerungserlöse stünden für andere Finanzierungszwecke zur Verfügung und könnten beispielsweise für die Investitionsförderung der Länder oder zur Anschubfinanzierung innovativer Versorgungskonzepte verwendet werden – auch dies zunächst nur ein Denkmotiv.

11.3.2.3 Der Transfer von Casemixmengen

Für das einzelne Krankenhaus gibt es in diesem Modell keinen starren Mengendeckel. Es bleibt ihm überlassen, ob es die mit Zertifikaten hinterlegte stationäre Menge tatsächlich erbringt oder ob es die Behandlung von Fällen in die angegliederten Einrichtungen seiner ambulanten Versorgungsstruktur verlagert. Die nicht zur Abrechnung kommenden Zertifikate kann es an andere Marktteilnehmer veräußern. Neben der Vergütung für die ambulante Behandlung erzielt es dann zusätzlich den Marktpreis aus dem Verkauf des Zertifikats. Der Erlös daraus steht dem Haus für Investitionen in das Qualitäts- und Versorgungsniveau oder zur finanziellen Begleitung von Konsolidierungsprozessen zur Verfügung. Übersteigt die Nachfrage hingegen das vorgegebene Mengengerüst und eine Verlagerung der Behandlung in die peripheren Einrichtungen ist nicht möglich, so kann das Krankenhaus die erbrachte Leistung erst abrechnen, wenn es Zertifikate am Markt hinzukaft. Aus Sicht des Krankenhausbetriebs tritt der Marktpreis für das Zertifikat auf der Beschaffungsseite neben den Basisfallwert, der auf der Absatzseite uneingeschränkt weiter gegenüber den Krankenkassen und den Selbstzahlern gilt. Für die Krankenhäuser wird die Leistungsmenge ebenso zum kostenpflichtigen Gut wie der Personal- und Sachaufwand.²¹ In diesem Zusammenhang wäre zu prüfen, ob der „Transfer von CMP“ auch den Anspruch auf die anteilige Investitionsförderung nach KHG beinhalten soll.

Der Marktpreis für Zertifikate orientiert sich am diskontierten Deckungsbeitrag, den die Marktteilnehmer in der Zukunft für das Leistungsrecht erwarten. Wesentlich für die Einschätzung des Werts eines Zertifikats ist die Laufzeit seiner Überlas-

21 Insofern geht der Vorwurf „Börsenhandel mit dem Leid der Patienten“ fehl – der Patient wird hier nicht mehr, aber auch nicht weniger zur „Ware“ wie etwa Ärzte und Pflegekräfte auf dem Faktormarkt für Arbeit.

sung. Wahlweise kann das Recht dauerhaft oder zeitlich limitiert eingeräumt werden.

Die Aufwendungen und Erträge aus dem „Transfer von CMP“ gleichen sich in der Summe aus. Für das Landesmengenbudget wirkt der „Rechtehandel mit Krankenhausmengen“ neutral.

Eine wichtige Frage für die konkrete Ausgestaltung ist, ob das Zertifikat für einen universellen CMP gilt oder aber ob es an einen definierten DRG-Warenkorb gebunden wird. Letzteres erscheint zwar komplizierter, ist aber weniger anfällig für eine unerwünschte Risikoselektion. Diese Variante bietet auch die Möglichkeit, den „Transfer von elektivem Casemix“ als Modellversuch für Teile des DRG-Warenkorbs zu erproben, die Größenordnung bliebe überschaubar.

Für beide Seiten der Marktteilnahme verstärkt sich der Anreiz zur Spezialisierung des stationären Leistungsprofils und zum aktiven Ausbau der ambulanten Infrastruktur. Der Markt für den „Transfer von CMP“ flexibilisiert mit wettbewerblichen Mitteln die regionale Leistungsversorgung unter gleichzeitiger Gewährleistung des Landesmengenbudgets als Obergrenze.

11.3.2.4 Die Handelsagentur als Schnittstelle des Transfers

Bei der Organisation des „Transfers von CMP“ wird zwischen Anbieter und Nachfrager eine Handelsagentur geschaltet. Sie übernimmt die Funktion des Kursmaklers und gewährleistet die wettbewerbsneutrale Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben auf Grundlage einer vorzuziehenden Handelsordnung. Die Handelsagentur übernimmt auch das zentrale Kontomanagement über die Zuteilung, Übertragung und Löschung von Leistungsrechten; ihr obliegt die Dokumentations- und Informationsfunktion gegenüber den Marktteilnehmern, den gesundheitspolitischen Entscheidungsgremien und der Öffentlichkeit. Zur Vermeidung unnötig hoher Transaktionskosten sollte das Zusammenspiel von Handelsagentur und Marktteilnehmern sowie die Kursfindung elektronisch organisiert werden. Diese Aufgabe könnte an das BVA oder die InEK GmbH übertragen werden.

11.3.2.5 Rechtehandel und Qualität

Bei der Idee des Rechtehandels für Krankenhausleistungen stehen die Begrenzung der Mengenkomponekte und die Stabilisierung der Ausgaben als Ziele im Vordergrund. Die Maßnahmen und Instrumente zur Verbesserung der Qualität sind unabhängig davon und müssen parallel entwickelt werden. Auch wenn das Hauptaugenmerk nicht auf der Versorgungsqualität liegt, so schafft das Marktmodell günstige Rahmenbedingungen für die Verbesserung des Versorgungsniveaus.

1. Es bestimmt der zunehmend mündige und souveräne Verbraucher²², dessen Entscheidung sich an Informationen zur Qualität und Leistungsfähigkeit der Kliniken orientiert. Bei der Herstellung der notwendigen, heute noch nicht ausreichenden Transparenz werden die Kostenträger bzw. die ihnen vorliegenden

²² Anm.: Hier wird als „Verbraucher“ die Principal-Agent-Kombination von Patient und Einweiser verstanden.

- Daten eine wesentliche Rolle spielen. Der Patientenwille, nicht die „hinterherhinkende“ Krankenhausplanung bestimmt über die Inanspruchnahme der Leistungen. Die Qualität wird zum Wettbewerbsmerkmal.
2. Der Fokus der Budgetverhandlungen verlagert sich weg von quantitativen Inhalten hin zur Qualitätskomponente.
 3. Die Einführung des „Handels mit CMP“ ermöglicht den Kliniken eine marktorientierte Spezialisierung und Fokussierung auf ihre medizinisch-pflegerischen Stärken. Im Ergebnis bringt das eine höhere Produktivität in der Krankenbehandlung, Skalenerträge können realisiert werden. Gute Qualität ist dabei die Voraussetzung für den wirtschaftlichen Erfolg.
 4. Darüber hinaus liegt es nahe, die Beteiligung der Krankenhäuser am jährlichen Wachstum des Landesmengenbudgets an die Erfüllung qualitativer Standards zu koppeln. Für das einzelne Krankenhaus resultiert eine Qualitätsrendite in Form zusätzlicher Zertifikate.

11.3.2.6 Die Nachsteuerungsmöglichkeiten beim Rechtehandel

Unterhalb der Landesebene ist es vorstellbar, dass ein Versorgungs- oder Kreisgebiet zu viele DRG-Leistungsbündel an andere regionale oder lokale Gliederungen verkauft. Dieser Ausverkauf wird dadurch gestoppt, dass der Basisfallwert mit einem Zuschlag gestützt wird – die Leistungserbringung wird für die Anbieter wirtschaftlich attraktiver. Eine weitere Möglichkeit zur Verhinderung einer lokalen Unterversorgung ist die Definition eines unteren Grenzwertes (Floor), bei dessen Erreichen der Handel für das restliche Budgetjahr komplett oder für bestimmte DRG-Warenkörbe ausgesetzt wird. Die dann erforderlich werdende Nachjustierung kann im Rahmen der nächsten Planungsrunde auf Landesebene erfolgen. Ähnliche Mechanismen können installiert werden, um eine zu starke Konzentration der stationären Leistungen zu vermeiden. Die genauen Regeln für Marktinterventionen werden in der Handelsordnung festgelegt.

Die Versorgungs- und Planungszuständigkeit ist im Krankenhauswesen föderal organisiert. Auf der Landesebene sind die Engpässe und Schwachstellen der Patientenversorgung erkennbar, sie schlagen sich im Marktpreis für Zertifikate nieder. Ein notwendig werdender Korrekturbedarf kann bei der jährlichen Anpassung der Wachstumsrate berücksichtigt werden. Auf der regionalen Ebene kann der Gestaltungsspielraum für sektorenübergreifende innovative Modelle flexibel genutzt und in die revolvierende Planung einbezogen werden.

Der „Handel mit CMP“ ist deshalb vorzugsweise auf die regionale Ebene zu beschränken. Das schließt aber nicht aus, dass *top-down* eine andere Aufteilung der Wanderungsströme etwa zwischen einer Metropolregion und ihren Anrainerländern abgestimmt wird. Die Weiterentwicklung und Anpassung der Lastenverteilung liegt in der Hoheit der beteiligten Länder. Unter dem Konzept der dualen Krankenhaufinanzierung stellt sich allerdings hier wiederum die Frage, wie mit der anteiligen Krankenhausförderung umgegangen werden soll.

11.3.2.7 Der Rechtehandel – Fazit

Der „Handel mit Krankenhausmengen“ ist ein geeigneter Ansatz, das Mengenproblem des Krankenhausesektors wirksam zu lösen. Planungselemente wie Demografie, Morbidität und Innovation werden berücksichtigt.

Auf das einzelne Krankenhaus wirkt kein starrer Mengendeckel. Die Nachfrage der Patienten bestimmt, wo die Leistung erbracht wird.²³ Die Leistung folgt der Patientenpräferenz und orientiert sich flexibel am Versorgungsbedarf.

Der Rechtehandel begünstigt den weiteren Ausbau und die Nutzung von Konzepten der suprasektoralen Vernetzung. Die Umsteuerung in eine sektorenübergreifende Infrastruktur wird unterstützt – innovative und vernetzte Versorgungskonzepte werden begünstigt.

Mit der Möglichkeit zur Erzielung zusätzlicher Erlöse flankiert der Rechtehandel die drängenden Restrukturierungs- und Konsolidierungsprozesse.

Tendenziell wird die „Flucht in die Fusion“ abgeschwächt, weil die Möglichkeit zur Spezialisierung sowie die Chance zur Besetzung von Nischenmärkten an Attraktivität gewinnen. Der Druck des Wettbewerbs auf Anbieter ohne medizinisches Profil oder ökonomisches Potenzial hingegen steigt. Einerseits sind dabei Unternehmen im Vorteil, die über eine hohe Kapitalausstattung verfügen, andererseits dämpft ein steigender Preis für Zertifikate den Kampf um Marktanteile und die Expansion einzelner Unternehmen.

Grundlage bleibt der Kollektivvertrag. Die „Marke G-DRG“ wird nicht angetastet. Der Marktpreis für den Handel mit Leistungsrechten tritt (ergänzend) neben den landesweiten Basisfallwert. Die Verknüpfung mit der Versorgungsqualität liegt nahe.

Zugegeben, aus dieser speziellen Organisationsform resultieren in begrenztem Umfang Transaktionskosten. Doch welches Steuerungsmodell wäre effizienter als das des Marktes mit Wettbewerb? Eine „neue überbordende Bürokratie“ ist nicht zu befürchten.²⁴ Im Gegenteil, die Fehlallokationen der „zentralstaatlichen Steuerung“ werden reduziert. Ebenso verringert sich die Bürokratie der „hinterherhinkenden“ kleinzelligen Krankenhausplanung.

Uns ist bewusst, dass der vorgestellte Denkansatz nicht jede Frage beantwortet. Dies ist auch nicht der Anspruch. Wir sind aber sicher, dass die zwei drängenden Probleme des deutschen Krankenhausesektors – unverhältnismäßige Leistungsmengen und nur mäßige Qualität – zur Lösung den Impuls unkonventioneller Ansätze benötigen. Wenn am Kollektivvertrag festgehalten werden soll, ist der Rechtehandel – möglicherweise in Kombination mit anderen Instrumenten – eine Alternative zum Direktvertrag.

23 Die vorgetragene Kritik am sog. „Patientenhandel“ geht fehl. Der Patient „klebt“ nicht am Zertifikat, er wird weder indossiert noch gehandelt. Wird bei KH-Fusionen oder beim Kauf von Klinikaktien mit Patienten gehandelt?

24 Augurzky 2012: 15 sieht, dass MDK-Prüfungen in Abhängigkeit von der konkreten Ausgestaltung des Zertifikatehandels sogar weitgehend entfallen könnten. Ebenso würden auf der Individualenebene Budgetverhandlungen mit den Krankenhäusern überflüssig.

Literatur

- Augurzky B. Reizthema MDK-Prüfung im Krankenhaus. Gibt es intelligente Lösungen? Vortrag. Bundesverband Deutscher Privatkliniken – Bundeskongress 2012: 28.06.2012. http://www.bdpk.de/media/file/926.FF_1_Augurzky.pdf.
- Augurzky B, Krolop S, Gülker R, Hentscher C, Schmidt CM. Krankenhaus Rating Report 2012. Krankenhausversorgung am Wendepunkt? Heidelberg: medhochzwei.
- Beske F. Gesundheitsversorgung 2050. Prognose für Deutschland und Schleswig-Holstein. Kiel: Schriftenreihe des IGSF 2007; Bd. 108.
- Davis K, Schoen C, Stremikis K. Mirror, Mirror on the Wall. How the Performance of the U.S. Health Care System Compares Internationally. 2010 Update. The Commonwealth Fund (Hrsg). http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2010/Jun/1400_Davis_Mirror_Mirror_on_the_wall_2010.pdf
- Deutscher Bundestag. Entwurf des Gesetzes zur Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000. GKV-Gesundheitsreform 2000 unter Berücksichtigung der Beschlüsse des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss), Stand 03.11.1999.
- Deutscher Bundestag. Drucksache 17/9992 vom 13.06.2012. Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit. <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/17/099/1709992.pdf>.
- Drabinski T. GKV 2060. Folienvortrag zur Vorstellung Band 20 der IfMDA-Schriftenreihe. Folien 10–12. 2012.
- Friedrich J. Immer mehr Bandscheibenoperationen. GGW 2012 (12); 3: 5.
- Göbel T, Wolff J. Direktverträge für stationäre Leistungen. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg). Krankenhaus-Report 2012. Stuttgart: Schattauer 2012; 123–47.
- Health Consumer Powerhouse. Euro Health Consumer Index 2012. Report. <http://www.healthpowerhouse.com/files/Report-EHCI-2012.pdf>.
- Jaeger C. Zertifikatehandel für Krankenhausleistungen – kein gangbarer Weg. Das Krankenhaus 2012; 9: 861–4.
- Koch V. Mengenlehre für Klinikmanager. G+G (Gesellschaft und Gesundheit) 12; 6: 14–5.
- Koehlin F, Lorenzoni L, Schreyer P. Comparing Price Levels of Hospital Services across Countries. RESULTS OF A PILOT STUDY – OECD Paris: Health Working Papers 2010; No 53. <http://dx.doi.org/10.1787/5km91p4f3rzw-en>.
- Leber WD, Malzahn J, Wolff J. Elektiv wird Selektiv. Grundzüge eines wettbewerbsorientierten, nach Leistungen differenzierenden Ordnungsrahmens für Krankenhäuser ab dem Jahr 2009. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg). Krankenhaus-Report 2007. Stuttgart: Schattauer 2008; 81–105.
- Leber WD, Malzahn J, Wolff J. Neuer Rahmen für die Kliniken. G+G (Gesundheit und Gesellschaft) 2007; 7–8. http://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bund/krankenhaus/publikationen/artikel/gug_7_8_07_leber_malzahn_wolff.pdf.
- Mohrmann M, Koch V. Selektivverträge im Krankenhausbereich als Instrument zur Verbesserung von Qualität und Effizienz. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg). Krankenhaus-Report 2011. Stuttgart: Schattauer 2011; 61–79.
- Mohrmann M, Koch V. Mengen deckeln und handeln. f&w (führen und wirtschaften im Krankenhaus) 2012; 4: 403–5.
- Moog S, Raffelhüsch B. Ehrbare Staaten? Tatsächliche Staatsverschuldung in Europa im Vergleich. Berlin: Stiftung Marktwirtschaft 2011.
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development). Size of GDP. In: OECD Factbook 2011–2012. <http://dx.doi.org/10.1787/factbook-2011-17-en>.
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development). Health at a Glance 2011. OECD Indicators. Paris: OECD 2011a Publishing. <http://www.oecd.org/dataoecd/6/28/49105858.pdf>.
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development). OECD-Gesundheitsdaten 2012. Deutschland im Vergleich. <http://www.oecd.org/els/healthpoliciesanddata/BriefingNote-DEUTSCHLAND2012inGerman.pdf>.

- Ostwald DA, Ehrhard T, Brunsch F, Schmidt H, Friedl C. Fachkräftemangel . Stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahr 2030. PricewaterhouseCoopers AG (Hrsg) 2010. <http://www.pwc.de/de/gesundheitswesen-und-pharma/assets/fachkraeftemangel.pdf>.
- Porter ME, Guth C. Chancen für das deutsche Gesundheitssystem. Von Partikularinteressen zu mehr Patientennutzen. Berlin Heidelberg: Springer 2012.
- Raffelhüschen B, Moog S. Ehrbarer Staat? Die deutsche Generationenbilanz. Update 2012: Demografie und Arbeitsmarkt. Folienvortrag zum Pressegespräch am 19. Juni 2012 in Berlin.
- Rogoff K. Argumente für den Kapitalismus – Essay. Financial Times Deutschland vom 07.12.2011.
- RWI (Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung). Mengenentwicklung und Mengensteuerung stationärer Leistungen. Endbericht. Forschungsprojekt im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes. Essen 2012.
- Standard & Poor's. Mounting Medical Care Spending Could Be Harmful To The G-20's Credit Health. New York 2012.
- Wolff J. Der Preis macht die Menge. f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus 2012; 2: 138–42.