

Dr. Wulf-Dietrich Leber

# Fair finanzieren

## Kostenentwicklung im Krankenhaus je Casemixpunkt

Seit der Einführung des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes (KHRG 2009) orientiert sich die Gesundheitspolitik beim Preis an der Kostenentwicklung im Krankenhaus, wobei die Geschichte von Orientierungs- und Veränderungswert ein legislatives Kuriosum ist. Bis zum heutigen Tag wurde kein Veränderungswert festgelegt beziehungsweise verhandelt, aber es gibt schon drei Gesetzesänderungen, wie er denn zu verhandeln sei. Das ist jedoch nicht das eigentliche Problem. Vielmehr ist bislang ungeklärt, wie die Kosten bestimmt werden sollen: pro Tag, pro Mitarbeiter oder pro Fall? Eine Analyse der Kostenentwicklung je Casemixpunkt würde sowohl die Kostenentwicklung, als auch die Produktivitätsentwicklung einbeziehen.



Foto: Fotolia

**D**ie Preisentwicklung für Krankenhausleistungen ist in Deutschland in erster Linie eine bundesgesetzliche Veranstaltung – mit leichten Variationen durch die gemeinsame Selbstverwaltung. Es ist seit der Einführung des DRG-Systems kaum ein Jahr vergangen, in welchem der Gesetzgeber nicht eingegriffen hat: mal begrenzend (Steigerungsrate unter Grundlohn), mal großzügig (Durch-

reichen von Tarifsteigerungen) und dann wieder scheinbar systematisch (Orientierungswert statt Grundlohn). Zunehmend folgt dabei die Krankenhausfinanzierung den Eigengesetzlichkeiten des Politikprozesses – mit Beglückungsgesetzgebung vor und Spargesetzen nach der Wahl.

Gleichwohl bleibt es sinnvoll, nach einem fairen, vernünftigen Algorithmus für die Preisentwick-

lung bei Krankenhausleistungen zu suchen. Um es gleich zu sagen: Die Entwicklung der Grundlohnsomme (die bei der Beitragserhebung herangezogenen Einkommen der Versicherten) ist kein vernünftiges Maß für die Entwicklung der Preise, denn sie ist in der Regel viel zu hoch. Grundlohnsommen sind eine vernünftige Begrenzung für Budgets, nicht für Preise. Grundlohnorientierung bei Budgets ga-

rantiert Beitragssatzstabilität, weil sich Einnahmen und Ausgaben in Einklang bewegen. Wenn sich aber Preise grundlohnorientiert entwickeln und Mengensteigerungen hinzukommen, dann sind Beitragserhöhungen vorprogrammiert.

### Unklarheiten beim Orientierungswert

Seit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG 2009) folgt die Gesundheitspolitik einer anderen Logik. Sie orientiert sich beim Preis an der Kostenentwicklung im Krankenhaus, wobei die Geschichte von Orientierungs- und Veränderungswert ein legislatives Kuriosum ist. Bis zum heutigen Tag wurde nicht einmal der Veränderungswert festgelegt beziehungsweise verhandelt, aber es gibt schon drei Gesetzesänderungen, wie er denn zu verhandeln sei. Zunächst sollte der Gesundheitsminister selbst die Preisentwicklung bestimmen, indem er einen Anteil des Orientierungswertes als Preisobergrenze (sogenannte Veränderungsrate) festlegte. Es war die Zeit der etatistischen Reformen unter Ulla Schmidt, wo alle wesentlichen Kenngrößen der Gesundheitspolitik (Beitragssatz, Preise im ambulanten und stationären Bereich sowie die Zuweisungen im Risikostrukturausgleich) ministeriell festgelegt werden sollten.

Als Minister Bahr merkte, dass dies ein Prozess ist, bei dem man nur verlieren konnte, delegierte er die Festsetzung des Veränderungswertes an die gemeinsame Selbstverwaltung (Psych-Entgeltgesetz 2012). Es kam jedoch nicht zur Verhandlung, weil die Grundlohnrate boshafte 0,3 Promille über dem Orientierungswert lag. Und noch bevor das erste Mal verhandelt werden konnte, wurden schon wieder die Regularien, wie denn zu verhandeln sei, geändert (Beitragschuldengesetz 2013). Ob es in diesem Jahr zu einer Verhandlung kommt, hängt davon ab, ob der Orientierungswert größer als die Grundlohnsteigerung ist. Mögli-

cherweise steht danach wieder eine Regeländerung für ein Spiel an, das nicht gespielt wird.

Das eigentliche Problem ist jedoch nicht das legislative Kuriosum, sondern die bislang ungestellte Frage: Kosten je was? Kosten pro Tag? Kosten pro Mitarbeiter? Kosten je Fall? Kosten je Erlöspunkt?

Für ein tagesbezogenes Vergütungssystem ist die Kostenentwicklung pro Tag eine vernünftige Orientierungsgröße. Für ein fallbezogenes Vergütungssystem sind die Kosten pro Fall eine vernünftige Orientierungsgröße. Dies sei am Beispiel des Blinddarms veranschaulicht: Will man, dass (notwendige) Blinddarmoperationen unabhängig von der Kostenentwicklung finanziert werden, muss man den Krankenhäusern die Kosten je Blinddarmoperation garantieren. Die können steigen (zum Beispiel aufgrund von Tarifsteigerungen), sie können aber auch sinken (zum Beispiel wegen Verweildauerrückgang oder kostensparender OP-Technik). Entscheidend ist, dass die Vergütung der Kosten je Blinddarmoperation garantiert wird.

### Casemixkosten als Orientierungswert

Man muss also – in der Sprache der Statistiker – von der Betrachtung der Lohnkosten zu einer Betrachtung der Lohnstückkosten übergehen. Nimmt man ins Kalkül, dass Fälle auch unterschiedlich schwer sein können, dann ist die Kostenentwicklung je Casemixpunkt die richtige Orientierungsgröße für die Preisentwicklung.

Eine Analyse der Kostenentwicklung je Casemixpunkt würde sowohl die Kostenentwicklung, als auch die Produktivitätsentwicklung einbeziehen. Das garantiert, dass ein Krankenhaus, das im Basisjahr mit den Kosten zurechtkam, auch im Folgejahr damit zurechtkommen wird. In einer solchen Betrachtung relativieren sich übrigens die Größenordnungen: Die Kostensteigerungen im Zeitraum 2005 bis 2011 betragen laut Statisti-

schem Bundesamt 28 Prozent, die Kosten je Casemixpunkt nur neun Prozent. Die Krankenhäuser haben also etwas erreicht, worauf sie selbst stolz hinweisen: Sie sind wirtschaftlicher geworden.

Etwas kompliziert ist die Frage, wie ein solcher „neuer“ Orientierungswert im föderalen System von Stadt (Ortsebene), Land und Bund zu verorten ist. Maßgebliche Preisgröße sind derzeit die Landesbasisfallwerte; nur auf Landesebene gilt letztlich das Prinzip „Gleicher Preis für gleiche Leistung“. Auf einen Bundesbasisfallwert hingegen wurde verzichtet. Seit 2010 werden die Landesbasisfallwerte jedoch an einen Korridor herangeführt, so dass 2014 fast keine Länder mehr außerhalb des Korridors liegen. Eine mehr als ärgerliche Ausnahme bleibt der überhöhte Wert von Rheinland-Pfalz.

Die „Korridor-Konvergenz“ hat viele handwerkliche Fehler und wird im Rahmen der nächsten Strukturreform angefasst werden müssen. De facto hat sie zur schleichenden Einführung eines Bundesbasisfallwertes geführt, weil in der Hälfte der Republik nur noch „Phantomverhandlungen“ geführt werden. Das bedeutet: Wird ein Preis unterhalb der Korridorgrenze verhandelt, gilt letztlich doch die Korridorgrenze. Betroffen sind all jene Länder, die an der unteren Korridorgrenze liegen und quasi automatisch von der Entwicklung des Bundesbasisfallwertes nach oben getragen werden. Wenn man wirklich Verhandlungen auf Landesebene (erhalten) will, dann muss man diesen Automatismus beseitigen und auch temporäre Abschlüsse unterhalb des Korridors erlauben.

Die Bestimmung der Basisfallwerte dürfte einer der Kernpunkte einer Strukturreform sein. Letztlich ist ja die als problematisch eingeschätzte Mengenentwicklung zu einem großen Teil preisinduziert. Wer in einer Situation mit Überkapazitäten bei überhöhten Preisen ein leistungsförderndes Vergütungssystem einführt, darf sich nicht wundern, dass dabei eine

Mengensteigerung herauskommt, die nur zu einem Drittel durch Demografie erklärbar ist. Überhöhte Preise verstärken die Anreize zu einer medizinisch nicht unbedingt indizierten Leistungsmehrung.

## Über Marktaustritte diskutieren

Überhöhte Preise sind auch ein Grund dafür, dass die von der DRG-Einführung erwartete Marktberreinigung nicht stattgefunden hat. Der direkte Nachbarvergleich von den Niederlanden und Nordrhein-Westfalen gibt Anlass zum Nachdenken. Beide Regionen sind nach Fläche und Einwohnerzahl ziemlich ähnlich. Die Niederlande jedoch kommen mit etwas über einhundert Krankenhäusern aus, Nordrhein-Westfalen „benötigt“

derzeit rund 400 Häuser. Unabhängig von einer fairen Preisentwicklung benötigt man wahrscheinlich auch einen fairen Marktaustritt. Marktaustrittshilfen sind einer der Reformschritte, über die diskutiert werden sollte.

Zentral jedoch bleibt der Preis. Eine sinnvolle algorithmische Fortschreibung der Basisfallwerte ist die Kostenentwicklung je Casemixpunkt. Letztere kann vom Statistischen Bundesamt ermittelt werden und wäre eine verlässliche Orientierung für Kassen und Krankenhäuser.

Eine skeptische Anmerkung zum Schluss: Die dargestellte algorithmische Lösung wäre gut für die deutsche stationäre Versorgung. Es stellt sich allerdings die Frage, ob sie auch die Eigengesetzlichkeiten des Politikbetriebes ausreichend

bedient. Algorithmen erlauben wenig parlamentarische Profilierung – weit weniger zumindest als ein heroischer Kampf um Sondermittel für Pflege oder Hygiene oder aber der Kampf um Ausgabenkonsolidierung. Vielleicht werden wir Beides bekommen: Einen fairen Orientierungswert einerseits, aber andererseits auch eine hochfrequente Gesetzgebung, die diesen Wert immer wieder modifiziert.

### Anschrift des Verfassers

Dr. Wulf-Dietrich Leber  
GKV-Spitzenverband  
Abteilung Krankenhäuser  
Reinhardtstraße 30  
10117 Berlin  
E-Mail:  
wulf-dietrich.leber@gkv-spitzenverband.de

CHERRY Professional

cherry-eHealth.de



CHERRY eHEALTH  
BCS TASTATUR  
G87-1504



CHERRY eHEALTH  
BCS TERMINAL  
ST-1503



CHERRY  
MKT+ TERMINAL  
ST-2052



CHERRY MOBILES  
TERMINAL  
ST-1530

Abbildungen nicht maßstabsgetreu.

# MASSGESCHNEIDERT. LEISTUNGSFÄHIG.

Im Bereich eHealth stellt CHERRY ein hoch spezialisiertes Sortiment von Tastaturen sowie Terminals zur Verfügung. Was auch immer Sie für den täglichen Einsatz in Praxis und Gesundheitswesen planen – CHERRY berät und liefert die passenden Eingabegeräte. Jetzt informieren unter [cherry-eHealth.de](http://cherry-eHealth.de) oder direkt bei Ihrem Fachhändler.

**60**  
1953 > 2013 >

**CHERRY**