

Anmerkung

In dieser Arbeit wurde zugunsten der besseren Lesbarkeit des Textes die männliche Schreibweise der Wörter verwendet. Bei allgemeinen Personenbezügen sind stets beide Geschlechter gemeint. Es soll an dieser Stelle betont werden, dass die Verfasserin dieses Textes Frauen zu keinem Zeitpunkt benachteiligen wollte.

Zusammenfassung

Hintergrund: Steigende Fallzahlen und Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) führen zu einer Diskussion um eine Mengendynamik im Krankenhaus, da insbesondere die GKV an stabilen Ausgaben interessiert ist. Um diesen Dynamiken entgegenzuwirken gibt es im jetzigen Diagnosis Related Groups (DRG)-System Instrumente, die mengensteuernde Effekte erzeugen und damit die Stabilität der GKV-Ausgaben gewähren sollen. Dazu zählen der Krankenhausplan, das Budget und der Mehrleistungsabschlag. Trotz dieser bestehenden Instrumente werden Dynamiken beobachtet. Diese Mehrleistungen sollen nicht alle medizinisch und mit dem demografischen Wandel begründet, sondern auch auf ökonomische Anreize des DRG-Systems zurückzuführen sein.

Methode: Mit einer strukturierten Literaturrecherche wurden die wichtigsten Aspekte zu den mengenregulierenden Instrumenten zusammengetragen. Es wurde nach geeigneten Daten auf Grundlage ausgewählter Variablen geforscht. Die Daten basieren hauptsächlich auf den Statistiken des Statistischen Bundesamts und des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK). Diese wurden dann zu geeigneten Statistiken zusammengefügt. Ein besonderer Fokus liegt hier auf den Schwerpunkt DRGs, die sich mit der Hüft- und Knieendoprothetik auseinandersetzen. Diese verschiedenen Statistiken wurden dann mit den wichtigsten Aspekten der mengenregulierenden Instrumente und den ausgewählten Einflussfaktoren auf die Krankenhausnachfrage verknüpft.

Ergebnisse: Die für die Mengenbegrenzung und GKV-Ausgabenstabilisierung eingeführten Instrumente erfüllen nur zum Teil die gewünschten Effekte. Durch diese Instrumente werden Nebeneffekte erzeugt, die gegenteilige Auswirkungen, nämlich steigende Fallzahlen und damit einhergehend steigende GKV-Ausgaben, hervorrufen können. Außerdem werden weitere Auswirkungen, in Form von Rationierungen von Leistungen, festgestellt, die durch das Interesse nach stabilen GKV-Ausgaben auftreten können.

Diskussion: Es sind weitere Untersuchungen nötig, um eine umfassendere Darstellung des Themas zu ermöglichen. Es konnten nicht alle relevanten Aspekte mit einbezogen werden. Daher können nicht alle Ergebnisse angenommen werden. Aufgrund der Aktualität des Themas sind nur wenige Vergleichsuntersuchungen verfügbar um die Ergebnisse besser einschätzen zu können. Die verwendeten Daten beziehen sich auf eine Gesamtbetrachtung der Situation. Die Betrachtung einzelner Krankenhäuser kann zu anderen Ergebnissen führen.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Bettenauslastung	Seite 10
Abbildung 2:	Veränderungswert	Seite 12
Abbildung 3:	Mehrerlösausgleich	Seite 12
Abbildung 4:	Mehrleistungsabschlag	Seite 14
Abbildung 5:	GKV-Ausgaben und Einnahmen	Seite 15
Abbildung 6:	LBFW	Seite 16
Abbildung 7:	Kosten der Krankenhäuser	Seite 17
Abbildung 8:	Fallzahlen	Seite 18
Abbildung 9:	Fallzahlen I44Z / I44A / I44B: Knie	Seite 20
Abbildung 10:	Fallzahlen I48Z / I47B: Hüfte	Seite 20
Abbildung 11:	PCCL I44Z / I44A / I44B: Knie	Seite 22
Abbildung 12:	PCCL I48Z / I47B: Hüfte	Seite 23
Abbildung 13:	Erlös: I44Z / I44A / I44B: Knie	Seite 26
Abbildung 14:	Erlös: I48Z / I47B: Hüfte	Seite 26
Abbildung 15:	Kompressionseffekt MDC 08	Seite 27
Abbildung 16:	Kosten und Erlöse der Krankenhäuser	Seite 32

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	DRGs gemäß §21 KHEntgG	Seite 7
Tabelle 2:	Altersverteilung I44Z / I44A / I44B: Knie	Seite 21
Tabelle 3:	Altersverteilung I48Z / I47B: Hüfte	Seite 21
Tabelle 4:	Übersicht Demografie Deutschland	Seite 24
Tabelle 5:	Ergebnisvergleich Fallzahlenveränderung	Seite 35

Abkürzungsverzeichnis

AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
BFW	Basisfallwert
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BWR	Bewertungsrelation
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DKI	Deutsches Krankenhaus Institut
DRG	Diagnosis Related Groups
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
KH	Krankenhaus
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
LBFW	Landesbasisfallwert
MDC	Major Diagnostic Category
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
PCCL	Patient Clinical Complexity Level
RWI	Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch
WiDO	Wissenschaftliches Institut der AOK

Inhaltsverzeichnis

Anmerkung	I
Zusammenfassung	II
Abbildungsverzeichnis	III
Tabellenverzeichnis	III
Abkürzungsverzeichnis	IV
Inhaltsverzeichnis	V
1. Einführung	1
2. Zielsetzung	2
3. Material und Methode	3
4. Rahmenbedingungen und Akteure	4
4.1 Gesetzliche Krankenversicherung	4
4.2 Krankenhaus	6
4.3 DRG-System	6
5. Mengenregulierende Instrumente	8
5.1 Krankenhausplan	8
5.2 Erlösbudget	11
5.3 Mehrleistungsabschlag	13
6. Dynamiken im aktuellen DRG-System	14
6.1 GKV-Ausgaben im stationären Bereich	15
6.2 Basisfallwert	15
6.3 Kosten der Krankenhäuser	16
6.4 Fall- und Operationszahlen	17
6.5 Patientenbezogener Gesamtschweregrad	22
7. Einflussfaktoren auf die Krankenhausnachfrage	23
7.1 Demografische Entwicklung	23
7.2 Ökonomische Anreize	24
8. Ergebnisse	28
9. Diskussion	34
10. Fazit und Ausblick	38
Quellenverzeichnis	40

1. Einführung

Im deutschen Gesundheitssystem soll jeder Krankenversicherte unabhängig von seiner Beitragshöhe Zugang zu einer bedarfsgerechten medizinischen Versorgung erhalten. Diese Versorgung wird neben dem ambulanten Bereich durch die Krankenhäuser u. a. stationär erbracht.

Zwischen diesem Grundsatz und den begrenzten finanziellen Ressourcen im Gesundheitswesen entsteht ein Konflikt, der zur aktuellen Diskussion um die Mengendynamik im Krankenhaus führt.

Das Interesse der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) besteht darin, die Ausgaben für Gesundheit und insbesondere die Ausgaben für den Krankenhaussektor stabil zu halten, da die möglichen Gesamtausgaben durch die Beiträge der Versicherten begrenzt sind. Das Interesse der Krankenhäuser besteht darin, die Patienten bedarfsgerecht versorgen zu können und leistungsgerecht vergütet zu werden.

Die GKV und die Politik sehen die Ausgabenstabilität durch die steigenden Fallzahlen im Krankenhausbereich gefährdet.¹ Der zunehmende Kostendruck auf Seiten der Krankenhäuser und der Ausgabendruck auf Seiten der Politik und der GKV verschärft die stark durch Interessengruppen geleitete Diskussion um Mehrleistungen im Krankenhaus.

Neben dem Forschungsprojekt des Rheinisch-Westfälischen Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) zum Thema „Mengenentwicklung und Mengensteuerung stationärer Leistungen“ vom Mai 2012², gibt es das Gutachten des Deutschen Krankenhaus Instituts (DKI) zum Thema „Einflussfaktoren des Fallzahl- und Case Mix-Anstieges in deutschen Krankenhäusern“ vom Dezember 2012³. Das Forschungsprojekt des RWI wurde im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes durchgeführt, das Gutachten des DKI im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Des Weiteren beschäftigt sich der Krankenhaus-Report 2013⁴ schwerpunktmäßig mit der Mengendynamik. Der Herausgeber dieses Krankenhaus-Reports ist der Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO). Damit sind die einflussreichsten Akteure in der Diskussion um die Mengendynamik vertreten. Noch dazu erhielt im Juli 2013 das Hamburg Center for Health Economics (HCHE) den Forschungsauftrag zur Mengenentwicklung im Krankenhaus, mit dem Ziel herauszufinden, warum in den Krankenhäusern vermehrt Leistungen erbracht werden. Die ersten Ergebnisse werden zum Frühjahr 2014 erwartet.⁵

In diesen Veröffentlichungen soll geklärt werden, welche Gründe es für die Fallzahlsteigerungen gibt.

¹ (Klauber & Leclerque, 2012)

² (RWI, 2012)

³ (DKI, 2012)

⁴ (Klauber, Geraedts, & Friedrich, 2012)

⁵ (Hamburg Center for Health Economics, 2013)

Dem Diagnosis Related Groups (DRG)-System wird nachgesagt, dass es finanzielle Anreize zulässt und die Mengendynamik nicht allein durch die demografische Entwicklung erklärt werden kann.⁶ Dabei geraten besonders die Hüft- und Knieoperationen in den Fokus der Akteure.⁷

Aufgrund der beobachteten Mengendynamik gibt es Vorschläge für Steuerungselemente zur Mengenregulierung. Dazu zählen u. a. Selektivverträge oder die Einführung eines Zweitmeinungssystems.⁸ Dabei sind bereits im aktuellen DRG-System Instrumente vorhanden, die mengensteuernd wirken sollen. Hier sind Budget, der Mehrleistungsabschlag und der Krankenhausplan zu nennen.

Die Effekte dieser schon vorhandenen Steuerungselemente können vielfältig sein und lassen sich anhand der Dynamiken im DRG-System abbilden und daraus ableiten.

Der Fokus der vorliegenden Bachelorarbeit liegt auf der stationären Krankenhausversorgung im somatischen Bereich. Eine stationäre Krankenhausversorgung kann in vielen Fällen zu einer Operation führen. In Notfällen kann auch eine Operation zu einer stationären Aufnahme führen. Der Bereich von ambulanten Operationen im somatischen Bereich wird vernachlässigt. Außerdem wird der Psychiatrische Bereich ausgegrenzt, obwohl hier ein pauschalierendes Finanzierungssystem (PEPP) eingeführt wird. Die Wirkungen sind derzeit nicht absehbar. Da in der aktuellen Diskussion der Schwerpunkt auf den vermehrten Operationszahlen gelegt ist, wird auch in dieser Arbeit der Schwerpunkt im Bereich der Operationen, insbesondere der Hüft- und Knieoperationen liegen. Dazu werden die DRGs „I44B“ und „I47B“ näher betrachtet, da diese im Jahr 2011 laut Begleitforschung gemäß § 17 Abs. 8 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) zum DRG-System zu den 20 häufigsten Fallgruppen im Krankenhaus zählten, jedoch nicht zu den 20 am höchsten und niedrigsten bewerteten Fallgruppen.⁹

2. Zielsetzung

In dieser Arbeit geht es darum, folgende Fragestellungen zu beantworten:

Welche Effekte der mengenregulierenden Instrumente haben zu den steigenden Fallzahlen und GKV-Ausgaben geführt?

Da trotz der schon bestehenden mengenregulierenden Instrumente steigende Fallzahlen und GKV-Ausgaben beobachtet werden, muss es Gründe dafür geben, warum die Instrumente nicht ihre Wirkung entfalten können. Diese Gründe sollen in der vorliegenden Arbeit untersucht werden.

⁶ (RWI, 2012)

⁷ (Dänzer, 2013)

⁸ (Klauber & Leclerque, 2012)

⁹ (InEK, *Begleitforschung gem. § 17 Abs. 8 KHG*, 2013)

Welche Auswirkungen hat das Eingreifen mengenregulierender Instrumente auf die medizinische Versorgung durch Krankenhäuser?

Ob die Realisierung der Stabilisierung der GKV-Ausgaben zu Auswirkungen auf die medizinische Versorgung, z. B. in Form von Rationierungen, führen kann, soll in der vorliegenden Arbeit aufgedeckt und geklärt werden.

3. Material und Methode

Die vorliegende Arbeit basiert auf einer Literaturrecherche. Dafür wurden Suchmaschinen wie Google und Google Scholar verwendet. Außerdem wurde in den Katalogen der Bibliothek nach Büchern, veröffentlichten Artikeln und Studien geforscht.

Verwendete Oberbegriffe für die Literaturrecherche: Mengendynamik, Mengenausweitung, Mengenbegrenzung, Mengenregulierung, Mengenentwicklung, Mengenproblem, Krankenhaus, Krankenhaussektor, Steuerungsinstrumente, Deutschland.

Für die einzelnen Gliederungspunkte wurden die Suchbegriffe noch präzisiert.

Als Material dienen Daten vom Statistischen Bundesamt, des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) und zum Teil auch der GKV. Die Daten des Statistischen Bundesamtes belaufen sich insbesondere auf die Fachserie 12, die verschiedene Daten für Krankenhäuser bereitstellt. Die verwendeten Daten beziehen sich auf Deutschland. Die Daten des InEKs aus der Begleitforschung gemäß § 17 KHG und der Datenveröffentlichung nach § 21 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) beinhalten die deutschen Krankenhäuser, die mit dem DRG-System vergütet werden. Diese Daten stammen aus dem Zeitraum 2005 bis 2011 / 2012.

Es wurden Veröffentlichungen des RWI und des DKI verwendet. Sowie die Fachzeitschrift „das Krankenhaus“ und der Krankenhaus-Report 2013. Diese Veröffentlichungen zählen zu den Aktuellsten.

Es wurde darauf geachtet, vermehrt Primärliteratur anstelle von Sekundärliteratur, zu verwenden. Die Aktualität des Themas begrenzt die Datenlage, wodurch eine Recherche geeigneter Literatur erschwert wurde. Die Fachzeitschrift „Das Krankenhaus“ wurde als geeignet empfunden, hingegen sollen anderweitige Publikationen in Zeitungen vermieden werden, da in vielen Fällen nicht festgestellt werden kann, inwieweit diese als geeignet gelten.

Zu den weiteren Materialien zählen folgende Gesetze: KHEntgG, KHG, SGB V

Für die theoretische Darstellung wurden nur ausgewählte Variablen verwendet. Die benötigten Daten der Variablen wurden erst systematisch erfasst, dann wurden diese aggregierten Daten für

Deutschland strukturiert und zu deskriptiven Statistiken mit Hilfe von Excel 2010 zusammengeführt. Die Daten wurden so ausgewählt, dass sie für das Erreichen des Ziels geeignet sind.

4. Rahmenbedingungen und Akteure

Das deutsche Gesundheitswesen ist durch Gesetze reguliert. So wird dem Gesundheitsmarkt ein Rahmen gegeben, in dem die Akteure agieren können. Zu den, für die vorliegende Arbeit, wichtigsten Akteuren zählen die GKV und die Krankenhäuser. Als Rahmenbedingung für die Abrechnung von Krankenhausleistungen dient das DRG-System.

Für die Inanspruchnahme von Leistungen gilt, dass

*„Krankenkassen, Leistungserbringer und Versicherte [haben] darauf zu achten **haben**, daß die Leistungen wirksam und wirtschaftlich erbracht und nur im notwendigen Umfang in Anspruch genommen werden.“*¹⁰

Nach dem Saischem Theorem schafft sich jedes Angebot eine Nachfrage.¹¹ Die GKV bietet den Versicherten ein großes Angebot an Gesundheitsleistungen an, welche in den Krankenhäusern erbracht werden können. Diese Leistungen werden mit dem DRG-System vergütet. Dagegen spricht die Theorie von Keynes aus, dass nicht jedem Angebot eine Nachfrage folgt, da diese langfristig gesättigt wird.¹²

4.1 Gesetzliche Krankenversicherung

Zum Sozialversicherungssystem leistet die GKV einen wichtigen Beitrag, um die soziale Sicherung im Gesundheitswesen zu gewährleisten. Gemäß § 1 SGB V hat die GKV die Aufgabe, „die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern.“

Das Merkmal der Solidargemeinschaft ist für die GKV prägend. Unabhängig von der Beitragshöhe kann ein Versicherter Leistungen in Anspruch nehmen.¹³

Die Ressourcen sind bei der GKV begrenzt. Aus den Beiträgen der Solidargemeinschaft müssen alle GKV-Leistungen finanziert werden. Dazu zählen auch die Leistungen der Krankenhäuser, denn die GKV ist nach den Regeln von § 18 Abs. 2 und 4 KHG über die Krankenhausentgelte für die Finanzierung der Betriebskosten der Krankenhäuser zuständig. Die GKV ist nicht in Besitz einer Beitragsautonomie. Sie ist abhängig von einem gesetzlich festgelegten Beitragssatz¹⁴ und

¹⁰ § 2 Abs. 4 SGB V

¹¹ (Buscher, et al., 2009)

¹² (Buscher, et al., 2009)

¹³ (Bundeszentrale für politische Bildung, *Einer für alle, alle für einen*, 2012)

¹⁴ § 241 SGB V

den daraus resultierenden Beiträgen und muss mit den gegebenen Einnahmen alle Ausgaben finanzieren können. Daher ist sie besonders an einer Stabilität der Ausgaben interessiert.

Die Ausgaben sollten die Einnahmen möglichst nicht überschreiten. Nach dem Gesetz zur Beitragssatzstabilität in § 71 des SGB V sind die Vergütungen so zu vereinbaren, dass Beitragssatzerhöhungen vermieden werden bzw. ausgeschlossen werden, wobei notwendige medizinische Leistungen erbracht werden sollen können.

Während sich viele Theorien auf den Gütermarkt konzentrieren, lässt sich der Moral Hazard, auch moralisches Risiko genannt, auf den Sozialversicherungsbereich anwenden und damit auch auf den Gesundheits-/ Dienstleistungsbereich.¹⁵ Zum Sozialversicherungsbereich zählt u. a. die Krankenversicherung. Alle Versicherten sollen im Krankenversicherungssystem gegen finanzielle Risiken im Falle einer Erkrankung geschützt werden.¹⁶ Jeder Mensch ist dazu verpflichtet, sich zu versichern.¹⁷ Jedoch in der GKV nur zur Beitragsbemessungsgrenze.¹⁸ Oberhalb dieser Grenze kann man sich freiwillig in der GKV und damit im Solidarsystem versichern.

Der Moral Hazard wird durch Informationsasymmetrien hervorgerufen. Der Versicherte kennt seinen Gesundheitszustand besser als die GKV und kann dementsprechend handeln. Der besser informierte Versicherte kann also zum eigenen Vorteil handeln ohne dass die GKV es nachvollziehen bzw. kontrollieren kann.¹⁹ Das Vorliegen von Informationsasymmetrien ist ein Grund für Marktversagen, da kein Gleichgewicht zwischen Anbieter und Nachfrager zustande kommt.²⁰

Sollte ein Versicherter erkranken, stehen ihm alle Leistungen, unabhängig von der Beitragshöhe, zur Verfügung. Dies führt zu einem moralischen Risiko, da der Anreiz fehlt, sich risikoarm zu verhalten. Da er die Leistungen meistens im Falle einer Erkrankung ohne Zuzahlungen erhält, besteht nicht der Anreiz, die Inanspruchnahme von Leistungen zu begrenzen um die GKV-Ausgaben so minimal wie möglich zu halten.²¹

Da auch bei Versicherten mit einem hohen Risiko der gleiche Beitragssatz zählt wie für alle anderen auch, verliert die GKV die Kontrolle über die Ausgaben. Dies folgt daraus, dass der Patient die Entscheidung über die medizinische Versorgung hat.

¹⁵ (Reiners, 2006)

¹⁶ (BMG, *Broschüre*, 2013)

¹⁷ § 5 SGB V

¹⁸ § 6 Abs. 1 Satz 1 SGB V

¹⁹ (Häckl, 2010)

²⁰ (Buscher, et al., 2009)

²¹ (Häckl, 2010)

4.2 Krankenhaus

In Deutschland gibt es über 2.000 Krankenhäuser, in denen Leistungen erbracht werden können.²² Krankenhäuser stehen im Zentrum der Versorgung von Gesundheitsleistungen, sofern der ambulante Bereich zur bedarfsgerechten Versorgung nicht mehr ausreichend ist. Sie unterliegen u. a. den Regelungen des KHG und des KHEntgG.

Gemäß § 2 Abs. 1 KHG wird der Krankenhausbegriff wie folgt bestimmt:

„Einrichtungen, in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird und in denen die zu versorgenden Personen untergebracht und verpflegt werden können, ...“.

Die Akutkliniken unterscheiden sich in allgemeine Krankenhäuser und Spezialkliniken. Die Krankenhäuser können sich in öffentlicher, freigemeinnütziger oder privater Trägerschaft befinden. In 2011 wurden insgesamt 2.045 (2005: 2.139) Krankenhäuser betrieben. Davon 621 in öffentlicher (2005: 751), 746 in frei-gemeinnütziger (2005: 818) und 678 in privater Trägerschaft (2005: 570).²³ Damit ist im Vergleich zu 2005 nicht nur die Gesamtanzahl an Krankenhäusern gesunken, sondern auch die Zahl an Krankenhäusern in öffentlicher und frei-gemeinnütziger Trägerschaft, wohingegen die Anzahl der privaten Krankenhäuser gestiegen ist.

Die Theorie des Moral Hazards, die schon im GKV-System wirkt, lässt sich auch auf den Leistungserbringer, in diesem Fall das Krankenhaus, anwenden. Um den eigenen Nutzen des Krankenhauses zu maximieren, können mehr Leistungen als notwendig erachtet werden. Durch den besser informierten Arzt kann es zu einer anbieterinduzierten Nachfrage kommen.²⁴

Die im Krankenhaus erbrachten Leistungen werden durch das DRG-System vergütet.

4.3 DRG-System

Mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz aus dem Jahr 2000 kam die Forderung, ein pauschalierendes Vergütungssystem für den Krankenhausbereich einzuführen.²⁵

Mit dem im Jahr 2002 in Kraft getretenen Fallpauschalengesetz wird das deutsche DRG-System geregelt. Dieses System hat u. a. zum Ziel, Transparenz über Leistungen und Kosten herzustellen, den Strukturwandel zu fördern, die Verweildauer zu verkürzen, eine strikt leistungsorientierte Vergütung darzustellen und die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung zu stabilisieren.²⁶

²² (Statistisches Bundesamt, *Grunddaten KH*, 2013)

²³ (Statistisches Bundesamt, *Grunddaten KH*, 2013)

²⁴ (Häckl, 2010) und (Reiners, 2006)

²⁵ § 17b Abs. 1 KHG

²⁶ (Behrends, 2013)

Patienten werden nach ihren Diagnosen klassifiziert und Fallgruppen mit dazugehöriger DRG zugeordnet. Die Bewertungsrelationen (BWR) sind die relative Kostengewichtung auf eine Bezugsleistung oder auf die Durchschnittskosten einer Leistung. Jede DRG hat daher eine andere BWR, da für jede Behandlung andere Kosten, z. B. durch einen anderen Ressourcenverbrauch, entstehen und diese unterschiedliche Durchschnittskosten entstehen lassen.²⁷ Die BWR werden durch das InEK ermittelt.²⁸ Mit den DRGs können Krankenhausleistungen abgerechnet werden, da die Multiplikation einer BWR mit dem Landesbasisfallwert (LBFW) eine Fallpauschale ergibt, die durch die GKV vergütet wird und das Krankenhaus als Erlös erhält.²⁹ Die DRGs sollen die Fälle möglichst kostenhomogen abbilden. Für die Weiterentwicklung des Fallpauschalenkatalogs wurde von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und den Spitzenverbänden der GKV das InEK gegründet. Um die Anwendung des Systems zu vereinheitlichen und die Gefahren von Manipulationen zu begrenzen, wurden Kodierrichtlinien für die Festlegung von Diagnosen und Prozeduren aufgestellt.³⁰

In der vorliegenden Arbeit wird näher auf zwei bestimmte DRGs eingegangen. Es handelt sich dabei um Operationen der Hüft- und Knieendoprothetik. Diese Operationen stehen im besonderen Fokus der Mengendiskussion. Im Jahr 2011 zählten die folgenden DRGs laut Begleitforschung des InEKs nach § 17b Abs. 8 KHG zu den 20 häufigsten Fallgruppen und wurden daher ausgewählt, um eine detaillierte Darstellung der Mengendynamik zu ermöglichen.³¹ Beide DRGs sind Teil der Major Diagnostic Category (MDC) 08, die „Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe“ abbilden.

Es handelt sich um folgende DRGs laut Datenermittlung gemäß § 21 KHEntgG 2011:

DRG	Bezeichnung	Mögliche Prozeduren
I44Z / I44A / I44B	Implantation einer bikondylären Endoprothese oder andere Endoprothesenimplantation / -revision am Kniegelenk, ohne äußerst schwere CC	<ul style="list-style-type: none"> • Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk • Offene chirurgische Revision eines Gelenkes
I48Z / I47B	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodese, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierenden Eingriff	<ul style="list-style-type: none"> • Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk • Offene chirurgische Revision eines Gelenkes

Tabelle 1: DRGs gemäß § 21 KHEntgG³²

²⁷ (Bundeszentrale für politische Bildung, *Die Vergütung von Krankenhausleistungen*, 2012)

²⁸ (InEK, *Wir über uns*, 2012)

²⁹ (Behrends, 2013)

³⁰ (InEK, *Wir über uns*, 2012)

³¹ (InEK, *Begleitforschung gem. § 17 Abs. 8 KHG*, 2013)

³² (InEK, *Datenveröffentlichung gem. § 21 KHEntgG*, 2005 - 2012)

Die DRGs haben sich in ihrer Definition und damit in ihrer Bewertung seit 2005 verändert. Dies kann auch in den Abbildungen 13 und 14 zum späteren Zeitpunkt nachvollzogen werden.

5. Mengenregulierende Instrumente

Durch die beobachtete Mengendynamik in der stationären Krankenhausversorgung ist die Einführung neuer Steuerungselemente im Gespräch, um den steigenden Fall- und Operationszahlen entgegenzuwirken. Dabei wird vernachlässigt, dass es im aktuellen System schon steuernd wirkende Instrumente gibt, die die Fallzahlen und die Ausgaben der GKV begrenzt halten sollen. In diesem Kapitel sollen diese Instrumente näher erläutert werden, um deren Wirkungen auf das derzeitige System und dessen Dynamiken abschätzen zu können. Dafür ist es notwendig zu wissen, wie diese Instrumente wirken können und sollen, um die gewünschten Effekte, die Menge an Leistungen und die Ausgaben begrenzt zu halten, zu verwirklichen.

5.1 Krankenhausplan

Gemäß § 6 Abs. 4 KHG sind die Länder dazu verpflichtet, einen Krankenhausplan aufzustellen. Die Art der Umsetzung wird im Landesrecht bestimmt.

Der Krankenhausplan soll „...eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern [zu] gewährleisten...“.³³

Über die Aufnahme in den Krankenhausplan entscheidet die zuständige Landesbehörde. Ein Krankenhaus hat keinen Anspruch auf die Aufnahme.³⁴

Krankenhauspläne haben keine verbindliche Rechtswirkung. Anders der auf Ihnen beruhende Feststellungsbescheid, durch den die Aufnahme oder Nichtaufnahme festgestellt wird.³⁵ Die Länder bestimmen aufgrund der Landeskrankenhausgesetze den Inhalt und die Form des Krankenhausplans.³⁶ Die Landeskrankenhausgesellschaften und die Landesverbände der Krankenkassen sind in Form von Beratung und Anhörung an der Krankenhausplanung beteiligt. Das alleinige Entscheidungsrecht bleibt jedoch dem Bundesland vorbehalten.³⁷

Der GKV und den Krankenhäusern bleibt das Recht vorbehalten, eine geringere Anzahl an Betten zu vereinbaren als es der Krankenhausplan vorgesehen hat. Die Leistungsstruktur darf dabei nicht verändert werden.³⁸ Es sollte dabei beachtet werden, dass der Plan nicht nur die GKV-Patienten,

³³ § 1 KHG

³⁴ § 8 Abs. 2 KHG

³⁵ § 8 Abs. 1 KHG

³⁶ (DKG, 2012)

³⁷ (Bundeszentrale für politische Bildung, *Krankenhausplanung- und finanzierung*, 2012)

³⁸ § 109 Abs. 1 SGB V

sondern alle Einwohner umfasst und sich die Bettenzahl daran orientiert (siehe: Hill-Burton-Formel S. 10).

Die Krankenhausplanung wird auf Grundlage der landeseigenen Krankenhausgesetze und des KHGs umgesetzt. Durch den Krankenhausplan bzw. den Feststellungsbescheid wird der Versorgungsauftrag eines Krankenhauses konkretisiert.³⁹

Der sich am Krankenhausplan orientierende Versorgungsauftrag der Krankenhäuser und dessen Art der Umsetzung sind rechtlich nicht näher definiert. Die Krankenhauspläne können sich insoweit durch ihre Planungstiefe unterscheiden. Als einzige Anforderung an den Krankenhausplan muss der landesweite Versorgungsbedarf berücksichtigt werden. In struktureller (z. B. Krankenhausbetten), fachlicher (z. B. unterschiedliche Fachgebiete müssen vertreten sein) und räumlicher Form. Die Umsetzung dieser Anforderungen bleibt aber den Ländern überlassen.⁴⁰

Gemäß § 108 SGB V dürfen Krankenkassen Leistungen nur durch zugelassene Krankenhäuser innerhalb des Versorgungsauftrages erbringen lassen. Krankenhäuser mit einem Versorgungsauftrag haben Anspruch auf eine leistungsgerechte Vergütung durch die GKV.⁴¹

Das derzeitige duale Finanzierungssystem unterscheidet in Betriebskosten und Investitionskosten. Die Betriebskosten werden durch die GKV finanziert. Für die Aufbringung der Investitionsmittel sind die Länder verantwortlich. Nach § 8 Abs. 1 KHG besteht für Krankenhäuser, die im Krankenhausplan aufgenommen sind, ein Anspruch auf Investitionsförderung. In § 9 KHG sind die Regelungen über das Investitionsprogramm zu finden.

Der Versorgungsauftrag wird überschritten, wenn z. B. durch die Erhöhung der Anzahl an Betten zusätzlich zu den Planbetten eine Kapazitätserweiterung vorgenommen wird. Auch durch Leistungen, die erbracht werden, ohne dass dafür ein Versorgungsauftrag besteht, wird dieser überschritten und diese Leistungen müssen nicht von der GKV finanziert werden.⁴²

Der Krankenhausplan bildet die Basis für die Leistungsplanung des Krankenhauses, die für die Ermittlung des Erlösbudgets von großer Bedeutung ist.⁴³

Bei der Planung des zukünftigen Bedarfs an Krankenhausbetten sind die zuständigen Länder auf Prognosen angewiesen. Zu den wichtigsten Formeln, um den Bettenbedarf zu ermitteln, zählt die Hill-Burton-Formel. Diese existiert seit 60 Jahren und wurde in den USA entwickelt. Die Formel

³⁹ § 8 KHEntgG

⁴⁰ (Behrends, 2013)

⁴¹ § 4 Abs. 2 KHG

⁴² § 8 Abs. 1 KHEntgG

⁴³ (Vetter, 2005)

berücksichtigt neben der Einwohnerzahl (E) und den Bettennutzungsgrad (BN) (Auslastung) auch die Krankenhaushäufigkeit (KH) und die Verweildauer (VD):

$$\text{Bettenbedarf} = \frac{E \times KH \times VD \times 100}{BN \times 1.000 \times 365} \cdot 44$$

In der aktuellen Diskussion wird viel über Überkapazitäten gesprochen, die eine Mengenausweitung begünstigen können. Die Kapazitäten in Krankenhäusern sind aber nur so hoch, wie die Länder es im Planungsprozess festgestellt haben.

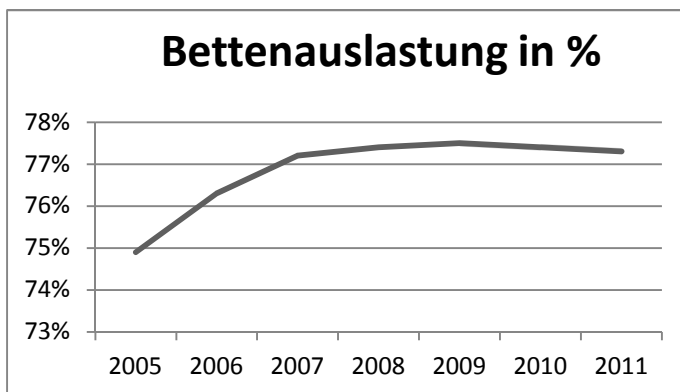


Abbildung 1: Bettenauslastung^{45, 46}

Die Auslastung der Betten liegt bei 77,3 % im Jahr 2011 (Abb. 1). Damit ist sie von 2005 um 2,4 Prozentpunkte angestiegen. Die Auslastung wird von der Hill-Burton-Formel berücksichtigt. Die rund 20 Prozentpunkte Differenz zu 100 % sind per se keine Überkapazitäten. Eine 100 %-ige Bettenauslastung ist schwer zu erreichen. Langlieger lassen die Bettenauslastung steigen, Kurzlieger lassen diese sinken, da durch die Entlassung und die Aufnahme eines neuen Patienten Zeit vergeht, in der das Bett nicht ausgelastet ist. Daher gilt als Maßstab in vielen Krankenhäusern eine Bettenauslastung von 85 %.⁴⁷ Demnach wären rund 8 % Überkapazitäten.

Orientiert man sich an der Hill-Burton-Formel, gibt es noch weitere wichtige Entwicklung in der deutschen Krankenhauslandschaft, die von Bedeutung sind. So ist nicht nur die Bettenauslastung geringer, auch die Zahl der Betten ist gesunken. Von 6,35 Betten / 1.000 Einwohner im Jahr 2005 auf 6,14 Betten / 1.000 Einwohner im Jahr 2011.⁴⁸ Die Verweildauer ist ebenfalls gesunken. Von durchschnittlich 8,6 Tagen im Jahr 2005 auf durchschnittlich 7,7 Tage im Jahr 2011.⁴⁹

⁴⁴ (DKG, 2012, S. 10)

⁴⁵ (Statistisches Bundesamt, *Grunddaten KH*, 2013)

⁴⁶ Daten enthalten auch Leistungen des psychiatrischen Bereichs

⁴⁷ (Statistisches Bundesamt, *Krankenhauslandschaft im Umbruch*, 2008)

⁴⁸ (Statistisches Bundesamt, *Grunddaten KH*, 2013)

⁴⁹ (Statistisches Bundesamt, *Diagnosedaten*, 2013)

5.2 Erlösbudget

Vorrangig stellt die Festsetzung eines Budgets ein Instrument zur Ausgabendämpfung der GKV dar. Jedoch sind Kosten und Menge eng aneinander gekoppelt, da eine höhere Menge wahrscheinlich auch mit höheren Kosten verbunden ist. Um die Ausgabendämpfung zu erreichen, wird eine Reduzierung der Menge an Leistungen gefordert.

Die Ermittlung des Erlösbudgets durchlebte seit Einführung des DRG-Systems einige Veränderungen. Seit 2009 wird das Erlösbudget nicht mehr mit einem krankenhausindividuellen Basisfallwert (BFW) ermittelt, sondern mit einem landesweit geltenden BFW. Das Erlösbudget setzt sich aus den Fallpauschalen und den Zusatzentgelten zusammen.⁵⁰ Die Vereinbarung eines Erlösbudgets ist in § 4 KHEntgG geregelt.

Das Erlösbudget, das zwischen dem Krankenhaus und den Vertragsparteien (GKV) prospektiv für das folgende Kalenderjahr vereinbart wird, soll die Kosten des laufenden Betriebes decken. Darunter fallen die Personal- und Sachkosten. Gemäß § 4 Absatz 2 KHEntgG wird das Erlösbudget auf Basis der Leistungsplanung leistungsorientiert ermittelt. Dazu werden die effektiven Bewertungsrelationen, die sich aus der Art und Menge der voraussichtlich zu erbringenden Leistungen ergeben, mit dem LBFW nach § 10 KHEntgG multipliziert.

Der LBFW ist durch den jährlichen Veränderungswert (vor 01 / 2013 Veränderungsrate) „gedeckt“ und darf nicht unbegrenzt steigen.⁵¹ Der Veränderungswert beruht auf dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität, der besagt, dass Beitragssatzerhöhungen grundsätzlich ausgeschlossen werden sollen.⁵² Demnach richtet sich der Veränderungswert nach der Veränderung der Grundlohnsumme je GKV-Versicherten. Dies soll der GKV finanzielle Stabilität gewähren.⁵³ Die Budgets der Krankenhäuser bzw. der LBFW sind damit abhängig von der finanziellen Lage der GKV und dürfen nicht stärker steigen als der Veränderungswert.

⁵⁰ (Behrends, 2013)

⁵¹ § 10 Absatz 4 KHEntgG

⁵² § 71 SGB V

⁵³ (Behrends, 2013)

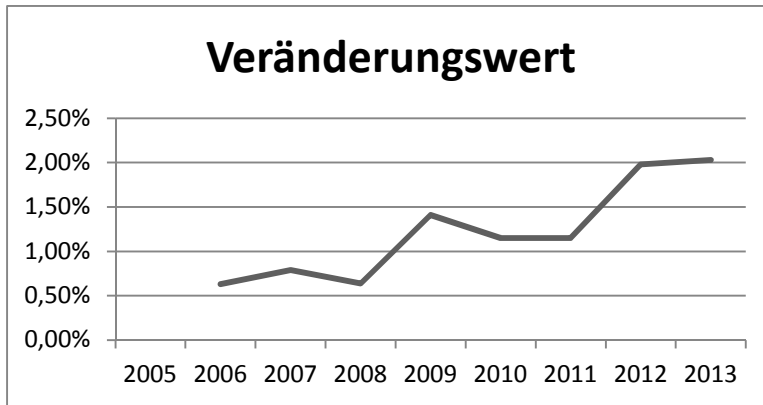


Abbildung 2: Veränderungswert⁵⁴

Der Veränderungswert steigt nahezu kontinuierlich an. Im Jahr 2013 liegt der Wert, um den sich der LBFW maximal verändern darf, bei 2,03 % (Abb. 2).

Früher war das gesamte Budget des Krankenhauses begrenzt und dadurch als Folge die Menge an Leistungen. Heute ist nur der Preis (LBFW) begrenzt. Somit hätte ein Krankenhaus grundsätzlich die Möglichkeit, unbegrenzt viele Leistungen zu vereinbaren.

Sollte das IST-Budget am Jahresende höher sein als das vereinbarte Budget, greift der Mehrerlösausgleich mit einem Abschlag von 65 % auf die Leistungen die zusätzlich zum vereinbarten Budget erbracht wurden.⁵⁵ Die 65 % stellen die Fixkosten dar und mit den übrigen 35 % können die variablen Kosten (z. B. zusätzlich benötigter Arzt, Implantat) gedeckt werden. Dies hat den Hintergrund, dass schon mit dem vereinbarten Erlösbudget alle Betriebskosten für die vereinbarte Leistung gedeckt sein sollten und alle zusätzlichen Erlöse eine Gewinnerzielung in Höhe der Fixkostenanteile der zusätzlichen Leistungen darstellen könne.⁵⁶

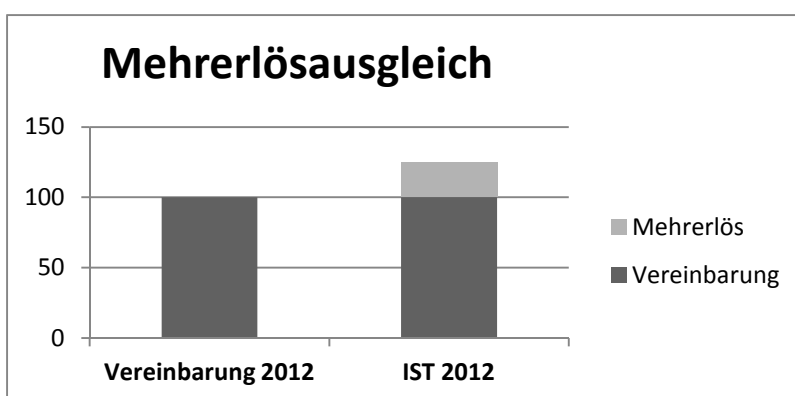


Abbildung 3: Mehrerlösausgleich⁵⁷

⁵⁴ Eigene Darstellung mit Werten der AOK (AOK, 2005 - 2013)

⁵⁵ § 4 Absatz 3 KHEntgG

⁵⁶ (Tuschen, Braun, & Rau, 2005)

⁵⁷ Eigene Darstellung

In diesem Fall unterliegt der Mehrerlös von 25 dem Mehrerlösausgleich von 65 % (Abb. 3).

Neben dem Mehrerlösausgleich gibt es ebenfalls den Mindererlösausgleich. Die Erlöse, die durch nicht Erreichen der Leistungsvereinbarung fehlen, werden von der GKV mit 20 % ausgeglichen.⁵⁸

Gemäß § 137 Abs. 3 SGB V beschließt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) einen planbaren Leistungskatalog, der auch Mindestmengen umfasst. Diese Vorgaben für Mindestmengen für bestimmte Leistungen sollen der Qualitätssicherung dienen. Sollten die Mindestmengen in einem Krankenhaus nicht erreicht werden, verliert es den Versorgungsauftrag und darf die Leistung nicht mehr erbringen. Um das zu verhindern, regeln die Krankenhäuser mit ihren leitenden Ärzten leistungsbezogene Zielvereinbarungen. Vertragliche Zielvereinbarungen für Leistungen mit finanziellen Anreizen sollen ausgeschlossen werden. Nach § 136a Satz 2 spricht die DKG mit der Bundesärztekammer Empfehlungen aus, um solche Art von Zielvereinbarungen zu verhindern.

5.3 Mehrleistungsabschlag

Der Mehrleistungsabschlag wurde in unbefristeter Form durch das GKV-Finanzierungsgesetz zur Stabilisierung der GKV-Ausgaben eingeführt.⁵⁹ Im KHEntgG ist in § 4 Absatz 2a festgeschrieben, wie dieser Abschlag auszuführen ist. Für die Jahre 2013 und 2014 gilt ein Abschlag von 25 %. Dieser Abschlag gilt nur für mehr vereinbarte Entgelte zu den geplanten Leistungen mit einem Sachkostenanteil von unter zwei Dritteln. Transplantationen und zusätzliche Kapazitäten aufgrund der Krankenhausplanung sind davon ausgenommen. Der Abschlag gilt für alle mit dem LBFW vergüteten Mehrleistungen.

Die Arbeitsgruppe Gesundheit der CDU / CSU- und der FDP-Fraktion hat gemeinsam mit dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) über ein Eckpunktepapier für die Krankenhausfinanzierung beraten. In diesem Eckpunktepapier wird ausgeführt, dass für die Jahre 2013 und 2014 an dem Mehrleistungsabschlag festgehalten wird, um den Mengenzuwachs bei den Krankenhäusern zu begrenzen.⁶⁰ Dadurch wird sich wahrscheinlich eine Stabilisierung der GKV-Ausgaben erhofft.

Durch den Mehrleistungsabschlag und der preissenkenden Wirkung von Mehrleistungen auf den LBFW, kommt es zu einer Wirkung auf Krankenhaus- und auf Landesebene. Durch Leistungsveränderungen (Anstieg Fallzahl, Schweregrad) und dem daraus resultierenden Mehrleistungsabschlag kann sich der Erlös vermindern. Diese Leistungsveränderungen führen zu

⁵⁸ § 4 Abs. 3 KHEntgG

⁵⁹ (Behrends, 2013)

⁶⁰ (BMG, *Eckpunkte zur Krankenhausfinanzierung*, 2013)

einer Absenkung des LBFWs und damit zu einer Kollektivhaftung der Krankenhäuser, unabhängig davon ob ein Krankenhaus Mehrleistungen vereinbart hat oder nicht.⁶¹

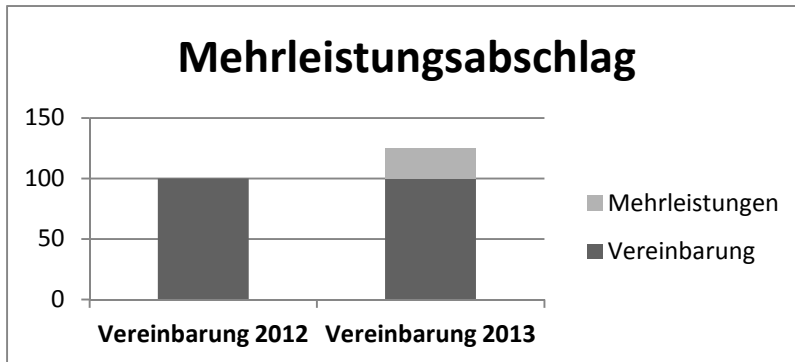


Abbildung 4: Mehrleistungsabschlag⁶²

Anders als der Mehrerlösausgleich wird der Mehrleistungsabschlag schon in der Budgetverhandlung vereinbart, wenn im Vergleich zur Vereinbarung im Vorjahr Mehrleistungen geplant sind. Diese Mehrleistungen werden dann mit dem Mehrleistungsabschlag versehen. Damit kann dieser Abschlag schon mengenregulierend in der Budgetverhandlung wirken. In diesem Fall unterliegen 25 mehr Vereinbarte Leistungen zur Vorjahresvereinbarung dem Mehrleistungsabschlag (Abb. 4).

Die Summe, die aus den Mehrleistungsabschlägen entsteht, soll im Rahmen des Versorgungszuschlages im Krankenhausbereich verbleiben.⁶³ Dieser Versorgungszuschlag wird an jedes Krankenhaus gezahlt, unabhängig davon, ob dieses Krankenhaus Abschläge zahlen musste oder nicht.⁶⁴

6. Dynamiken im aktuellen DRG-System

Das Gesundheitssystem wird häufig reformiert. Gesetze werden neu beschlossen oder verändert. Das DRG-System wurde als lernendes System eingeführt, das auf veränderte Bedingungen reagieren soll. In einem dynamischen System werden die einzelnen Variablen gegenseitig beeinflusst.

Einige der Variablen können Effekte hervorrufen. Andere wiederum werden von den Effekten beeinflusst. Um diese Wechselwirkungen untersuchen zu können, werden im Folgenden die einzelnen Variablen und deren Entwicklungen der letzten Jahre seit Einführung des DRG-Systems dargestellt.

⁶¹ § 10 Abs. 3 KHEntgG

⁶² Eigene Darstellung

⁶³ § 8 Abs. 10 KHEntgG

⁶⁴ (AOK, *Aktuelle Gesetzgebung*, 2013)

6.1 GKV-Ausgaben im stationären Bereich

Die GKV-Ausgaben resultieren aus den Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems. Sie können durch viele Faktoren mit beeinflusst werden. Mit den gegebenen Beitragssätzen und den daraus resultierende Beiträgen der Solidargemeinschaft konnten folgende Einnahmen erzielt und Ausgaben getätigt werden:

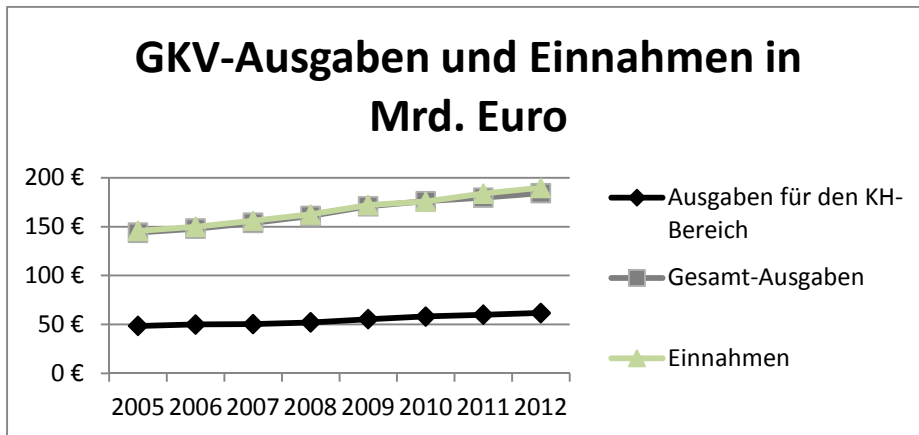


Abbildung 5: GKV-Ausgaben und Einnahmen⁶⁵

Die gesamten Ausgaben belaufen sich im Jahr 2012 auf über 184 Mrd. €. Bis auf das Jahr 2010 lagen die GKV-Einnahmen seit der Einführung des DRG-Systems in 2005 immer über den Ausgaben. Im Jahr 2012 lagen die Einnahmen bei knapp 190 Mrd. €. Für Krankenhausbehandlungen insgesamt musste die GKV im Jahr 2012 mit rund 62 Mrd. € aufkommen (Abb. 5). Das macht einen Anteil von ca. 34 % an den Gesamtausgaben aus.⁶⁶

6.2 Basisfallwert

Die krankenhausesindividuellen BFW sollen schrittweise durch LBFW ersetzt werden. Darüber hinaus ist die Anpassung des LBFWs an einen bundeseinheitlichen BFW vorgesehen. Die Ermittlung eines einheitlichen BFWs wurde mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz in § 10 Abs. 9 KHEntgG festgehalten:

„Die Vertragsparteien auf Bundesebene beauftragen ihr DRG-Institut, einen einheitlichen Basisfallwert und einen einheitlichen Basisfallwertkorridor nach Maßgabe der folgenden Sätze auf der Grundlage der in den Ländern jeweils geltenden, abzurechnenden Basisfallwerte zu berechnen.“

⁶⁵ (BMG, Gesetzliche Krankenversicherung, 2013)

⁶⁶ Eigene Berechnung

Der bundesweite BFW dient dazu, dass sich zwischen 2010 und 2014 stark voneinander abweichende LBFW aneinander angleichen sollen. Der LBFW muss sich in einem Korridor von - 1,25 % bis + 2,5 % zum BFW bewegen.⁶⁷

Die Bestimmung des LBFW erfolgt durch die im Land vereinbarten effektiven BWR und der Erlössumme des laufenden Kalenderjahres. Auf dieser Grundlage werden voraussichtliche Entwicklungen für das folgende Kalenderjahr geschätzt. Die Bestimmung ist in § 10 Abs. 1 KHEntgG geregelt. In Absatz 3 werden weitere Tatbestände aufgelistet, die für die Bestimmung zu berücksichtigen sind.

Die folgende Grafik zeigt die ungewichteten Mittelwerte der LBFW (ohne Ausgleiche):

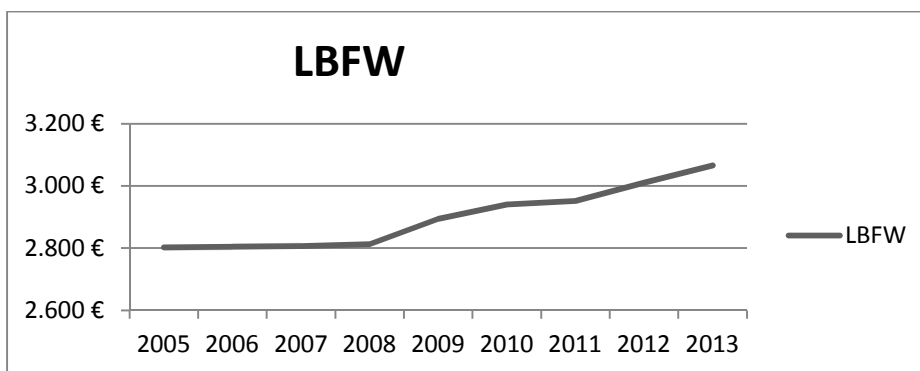


Abbildung 6: LBFW⁶⁸

Die ungewichteten Mittelwerte der LBFW zeigen eine steigende Tendenz (Abb. 6).

Die LBFW bestimmen das Preisniveau der Fallpauschalen. Es gilt:

$$\text{Fallpauschale} = \text{LBFW} \times \text{BWR}$$

6.3 Kosten der Krankenhäuser

Die GKV hat ein Interesse daran, die Kosten der Krankenhäuser so gering wie möglich zu halten, weil dann wahrscheinlich auch ihre Ausgaben stabil bleiben. Die Betriebskosten der Krankenhäuser setzen sich aus den Personal- und den Sachkosten zusammen. Die Kosten müssen den Krankenhäusern bekannt sein weil sie als Grundlage für die Budgetverhandlung dienen, da genau diese Kosten von der GKV vergütet werden sollen.

⁶⁷ (GKV-Spitzenverband, 2012)

⁶⁸Eigene Darstellung mit Werten von: (AOK, *Übersicht der Landesbasisfallwerte 2005-2012 und 2013*, 2013)

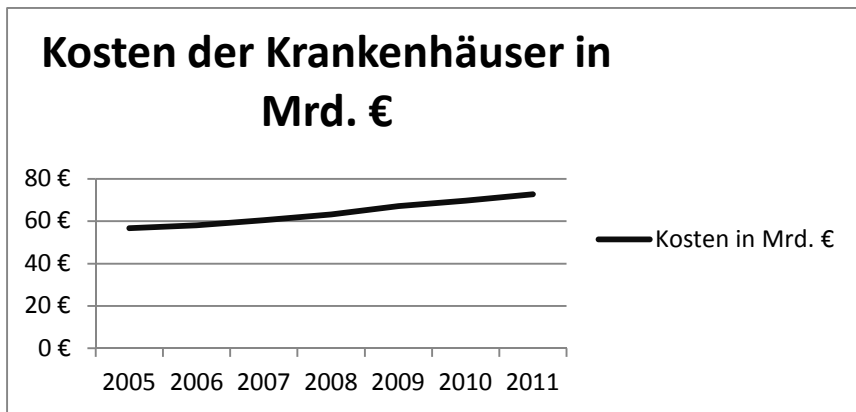


Abbildung 7: Kosten der Krankenhäuser⁶⁹

Die Kosten zeigen eine steigende Tendenz (Abb. 7). Sie sind von rund 57 Mrd. € im Jahr 2005 auf knapp 73 Mrd. € im Jahr 2011 angestiegen. Von diesen knapp 73 Mrd. € werden rund 62 Mrd. € von der GKV vergütet.

Ein Krankenhaus muss nach § 17 Abs. 1 KHG Verluste wie ein Wirtschaftsunternehmen tragen. Dies ist der Fall, wenn die Kostenentwicklung des Krankenhauses über dem Veränderungswert liegt. Die laufenden Betriebskosten nehmen in ihrer Veränderung keine Rücksicht auf den Veränderungswert. Umgekehrt berücksichtigt der Veränderungswert nicht oder nur zum Teil die Betriebskosten, die z. B. durch Tarifveränderungen stärker beeinflusst werden können.⁷⁰

Der vom Statistischen Bundesamt eingeführte Orientierungswert soll die Kosten der Krankenhäuser berücksichtigen, da der Veränderungswert nicht den Finanzbedarf der Krankenhäuser widerspiegelt. Unterschreitet der Orientierungswert den Veränderungswert, gilt dieser in voller Höhe. Im Falle einer Überschreitung des Veränderungswerts, kann dieser bis zu 1/3 der Differenz erhöht werden. Damit findet die Kostenentwicklung der Krankenhäuser eine stärkere Berücksichtigung und ist nicht ausschließlich an die Grundlohnsumme gekoppelt. Ab Ende September 2012 soll der Orientierungswert in der Krankenhausfinanzierung Anwendung finden.⁷¹

6.4 Fall- und Operationszahlen

Die Fallzahlen stellen dar, wie viele Patienten im Krankenhaus pro Jahr stationär behandelt wurden. Sie stellen eine absolute Größe dar. Die Fallzahlen werden ebenfalls für die MDC 08 als gesamte Fallzahlen dargestellt. Jedoch wird nicht unterschieden, welche Fälle davon nach DRG und welche anderweitig abgerechnet wurden.

⁶⁹ (Statistisches Bundesamt, *Kostennachweis KH*, 2005-2011)

⁷⁰ (Behrends, 2013)

⁷¹ (Böhm, Beck, Klernt, & Peter, 2012)

Jeder Fall bedeutet Kosten für die GKV, da jeder Fall eine Leistung des Krankenhauses bedeutet, die diese gegenüber der GKV in Rechnung stellen kann. Je mehr Patienten im Krankenhaus behandelt werden, umso höher sind die Erlöse der Krankenhäuser und die Ausgaben der GKV.⁷²

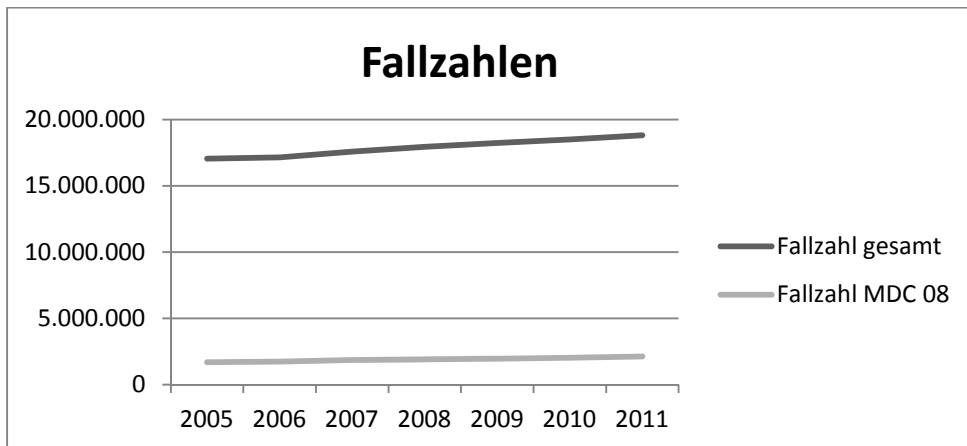


Abbildung 8: Fallzahlen⁷³

Die Fallzahlen gesamt sind von 17.033.775 im Jahr 2005 auf 18.797.989 im Jahr 2011 gestiegen. Die Fallzahlen in der MDC 08 sind ebenfalls gestiegen. Von 1.680.524 im Jahr 2005 auf 2.117.072 im Jahr 2011 (Abb. 8). Der Trend der Fallzahlen ist steigend, wobei die Stärke des Anstieges schwankt. Die Veränderung der Fallzahlen von 2010 zu 2011 beträgt 1,67 %, die Veränderung der Fallzahlen der MDC 08 von 2010 auf 2011 beträgt 4,8 %. Die Veränderung von 2005 bis 2011 liegt bei 10,36 % für die Fallzahlen insgesamt und bei 25,97 % für die MDC 08.⁷⁴ Damit sind die Fallzahlen in der MDC 08 sehr viel stärker angestiegen als die Fallzahlen insgesamt, auch wenn die Grafik dies nicht vermuten lässt.

Der häufigste Grund für einen stationären Krankenhausaufenthalt ist eine Operation. Es gibt sehr viele unterschiedliche Operationen, die im Krankenhaus durchgeführt werden. In der Diskussion um die Mengenexpansion geraten besonders die Operationen am Muskel-Skelett-System in den Fokus. Der Vorwurf besteht darin, dass hier die Zahlen der Operationen besonders stark ansteigen.⁷⁵

Eine Operation ist immer mit Kosten für das Krankenhaus und Ausgaben für die GKV verbunden. Aufgrund der unterschiedlichen LBFW kann die Höhe der Erlöse und der Ausgaben für die gleiche Operation unterschiedlich ausfallen.

⁷² (GKV-Spitzenverband, 2013)

⁷³ (Statistisches Bundesamt, *Diagnosedaten*, 2013)

⁷⁴ Eigene Berechnungen

⁷⁵ (AOK-Bundesverband, 2012)

Die Operationshäufigkeit steht im besonderen Interesse der Versorgungsforschung, da eine mögliche Überversorgung aufgezeigt werden kann.⁷⁶

Vor allem die Kostenträger wollen eine Überversorgung unbedingt vermeiden um Kosten einzusparen. Leistungen unterliegen dem Wirtschaftlichkeitsgebot nach §12 Abs. 1 SGB V:

„Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.“

Die Krankenkassen lassen stichprobenartig Fälle vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) auf medizinische Notwendigkeit der Leistung etc. überprüfen.⁷⁷ Man unterscheidet in primäre und sekundäre Fehlbelegung. Stellt sich nach einer Prüfung heraus, dass eine stationäre Leistung auch ambulant hätte erbracht werden können, ist das eine primäre Fehlbelegung und der Fall fällt aus den Statistiken raus, da dieser nicht vergütet wird. Stellt sich heraus, dass eine stationäre Krankenhausbehandlung notwendig, aber zu lang war, wird dieser Fall in den Statistiken mit berücksichtigt da dieser mit Abschlägen für die Verweildauer vergütet wird.⁷⁸

Seit 2005 bis zum Jahr 2011 gab es einen Anstieg in den Operationszahlen von 12.129.075 Operationen im Jahr 2005 auf 15.373.497 Operationen im Jahr 2011.⁷⁹ Dies entspricht einem Anstieg von 26,7 %.⁸⁰

Im besonderen Fokus der Mengensteigerung stehen die Operationen der Hüft- und Knieendoprothetik.

⁷⁶ (Schäfer, et al., 2012)

⁷⁷ § 275 Abs. 1 und 2 SGB V

⁷⁸ (MDK - Medizinischer Dienst der Krankenversicherung, 2013)

⁷⁹ (Statistisches Bundesamt, *Operationen und Prozeduren*, 2013)

⁸⁰ Eigene Berechnung

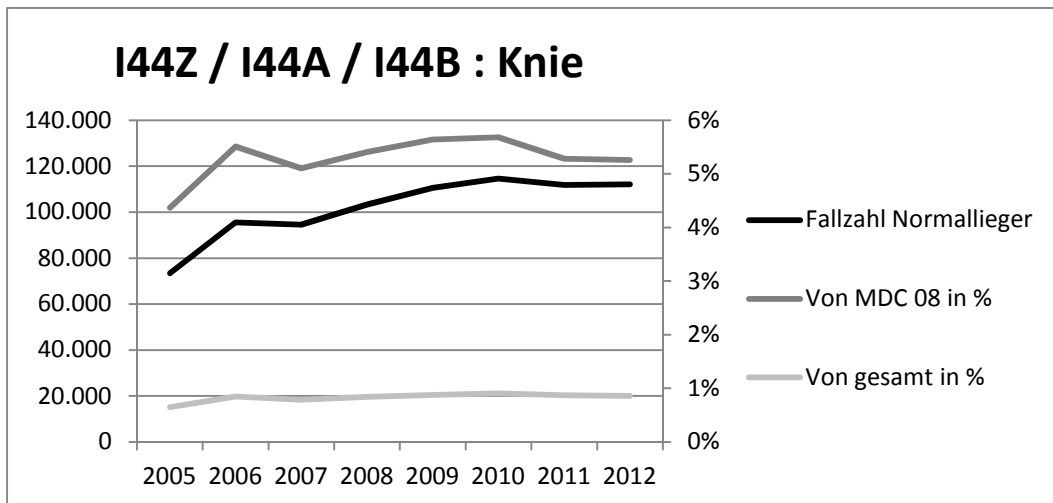


Abbildung 9: Fallzahlen I44Z / I44A / I44B: Knie⁸¹

Die Fallzahlen der Normallieger sind von 73.386 im Jahr 2005 auf 112.091 im Jahr 2012 angestiegen. Dies macht einen Anstieg des Anteils an der MDC 08 von 4,37 % auf 5,26 % und an den Fallzahlen gesamt von 0,65 % auf 0,86 % aus. Die Zahl der Operation am Knie hat zwar seit 2005 stark zugenommen, steigt seit 2009 aber nur noch leicht an. Von 2010 auf 2011 kann sogar ein Rückgang verzeichnet werden. Der Anteil der Operation an der MDC 08 und an den gesamten Operationen ist seit 2010 ebenfalls sinkend (Abb. 9).

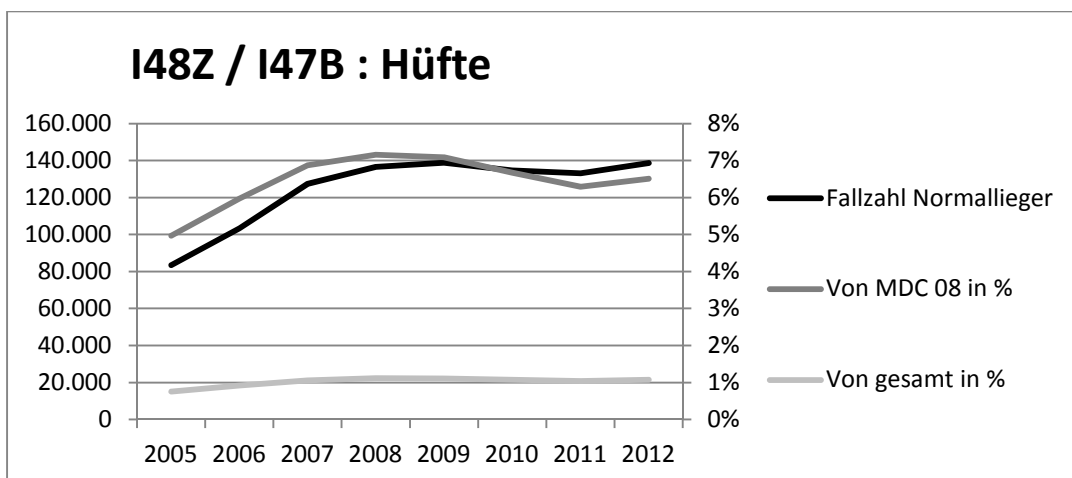


Abbildung 10: Fallzahlen I48Z / I47B: Hüfte⁸²

Die Fallzahlen der Hüft-DRG sind von 2005 bis 2012 von 83.500 auf 138.719 angestiegen. Der Anteil an der MDC 08 ist von 4,97 % auf 6,91 % angestiegen. Der Anteil der Fallzahlen der Hüft-DRG an den Fallzahlen gesamt ist von 0,76 % auf 1,07 % angestiegen (Abb. 10).

Der Anteil der Hüftoperation an der MDC 08 ist etwas höher als bei den Knieoperationen. Damit ist auch der Anteil an den gesamten Operationen höher.

⁸¹ (InEK, Datenveröffentlichung gem. § 21 KHEntgG, 2005 - 2012)

⁸² (InEK, Datenveröffentlichung gem. § 21 KHEntgG, 2005 - 2012)

Für die spätere Verknüpfung von möglichen Einflussfaktoren mit den Operationszahlen, stellen die folgenden Tabellen eine Übersicht über die Altersstruktur innerhalb der zwei Schwerpunkt-DRGs dar.

Da der Anteil der unter 55-Jährigen gering war, wurden diese Daten folgend vernachlässigt.

I44Z / I44A / I44B : Knie				
Alter	2005	2010	2011	2012
55-59	6,64 %	8,70 %	8,94 %	8,89 %
60-64	13,18 %	11,59 %	12,51 %	13,44 %
65-74	45,51 %	43,90 %	41,88 %	40,30 %
75-79	19,84 %	18,57 %	18,98 %	19,23 %
80+	9,73 %	10,68 %	10,75 %	11,04 %

Tabelle 2: Altersverteilung I44Z / I44A / I44B: Knie⁸³

Gestiegen sind die Anteile an 55-59-Jährigen um 2,25 Prozentpunkte und der 80-Jährigen und älter um 1,31 Prozentpunkte im Fall der Knie-DRG. Ganz leicht ist in der Gesamtbetrachtung auch der Anteil an 60-64-Jährigen gestiegen, jedoch mit einigen Schwankungen. Dagegen ist der Anteil der 65-74-Jährigen gesunken. Der Anteil der 75-79-Jährigen bleibt relativ konstant (Tab. 2).

I48Z / I47B : Hüfte				
Alter	2005	2010	2011	2012
55-59	7,67 %	8,51 %	8,55 %	8,54 %
60-64	14,49 %	9,90 %	10,41 %	11,11 %
65-74	41,26 %	37,43 %	36,30 %	34,77 %
75-79	14,68 %	15,36 %	16,13 %	16,59 %
80+	9,96 %	17,88 %	17,68 %	18,32 %

Tabelle 3: Altersverteilung I48Z / I47B: Hüfte⁸⁴

Bei der Hüft-DRG sind die Anteile an 55-59-Jährigen ganz leicht um 0,87 Prozentpunkte gestiegen. Bei den 75-79-Jährigen gibt es einen Anstieg um 1,91 Prozentpunkte und bei den 80-Jährigen und älter um 8,36 Prozentpunkte. Dagegen sinken die Anteile der 60-64-Jährigen und der 65-74-Jährigen (Tab. 3).

⁸³ (InEK, Datenveröffentlichung gem. § 21 KHEntgG, 2005 - 2012)

⁸⁴ (InEK, Datenveröffentlichung gem. § 21 KHEntgG, 2005 - 2012)

6.5 Patientenbezogener Gesamtschweregrad

Eine Operation kann mit Komplikationen verbunden sein. Diese können im Falle von patientenbezogenen Komplikationen (Patient Clinical Complexity Level (PCCL)) vom Krankenhaus nicht beeinflusst werden.

Je schwerer die Komplikationen sind, umso höher ist die Vergütung durch Fallpauschalen, da sich die BWR erhöht und damit auch die Ausgaben der GKV für die Krankenhäuser. Durch die Erhöhung der BWR geht ein Case-Mix-Anstieg einher, der sich wiederum mindernd auf den LBFW auswirkt.⁸⁵

Schweregrad „0“ beinhaltet Komplikationen und Komorbiditäten, die eng mit der Hauptdiagnose zusammenhängen und damit zur Basis-DRG zählen. Der Schweregrad „4“ zählt nicht zur Definition „B“ der beiden DRGs und wird daher vernachlässigt.

Die folgenden Grafiken zeigen vereinfacht den Verlauf der Schweregrade mit den Werten von 2005 und 2012:

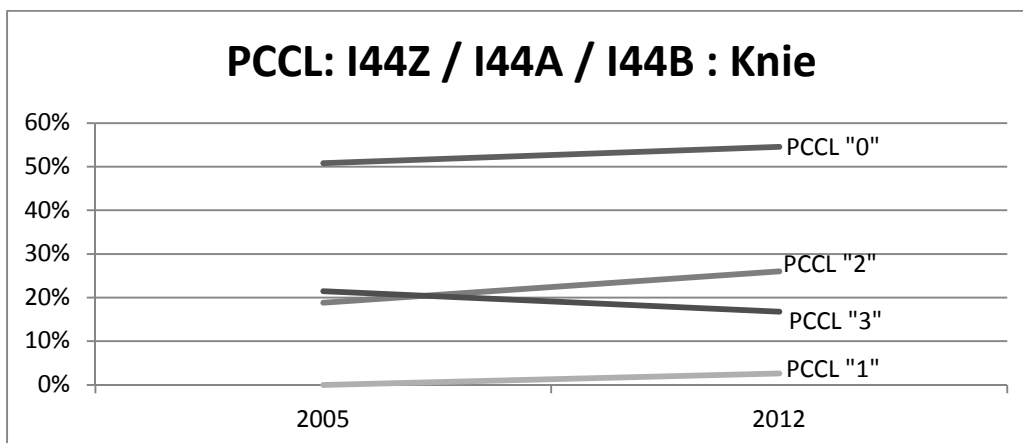


Abbildung 11: PCCL: I44Z / I44A / I44B: Knie⁸⁶

Im Fall der Knie-DRG bleibt der Schweregrad „0“ relativ konstant mit einem Anteil von um die 50-55 %. Damit tritt bei mehr als jeder zweiten Operation dieser DRG nur Basis-DRG verwandte Komplikationen auf. Dagegen steigt der Schweregrad „2“ seit 2005 nahezu kontinuierlich an. Der Anteil der Operationen in dieser DRG mit dem Schweregrad „3“ sinkt dagegen immer (Abb.11).

⁸⁵ § 10 Abs. 3 KHEntgG

⁸⁶ (InEK, Datenveröffentlichung gem. § 21 KHEntgG, 2005 - 2012)



Abbildung 12: PCCL: I48Z / I47B: Hüfte ⁸⁷

Bei der Hüft-DRG sieht es im Vergleich zur Knie-DRG beim Schweregrad „0“ anders aus. Hier sinkt der Anteil von Jahr zu Jahr immer weiter. Damit ist mehr als jede zweite Operation mit Komplikationen verbunden. Auch der Schweregrad „2“ steigt an wogegen der Schweregrad „3“ leicht gesunken ist (Abb. 12).

7. Einflussfaktoren auf die Krankenhausnachfrage

Mengenregulierend wirkende Instrumente können nur optimale Effekte erzielen, wenn das diskutierte Mengenproblem daraus resultiert, dass die medizinische Notwendigkeit einer Leistung in den Hintergrund rückt und die Mengenausweitung eher aufgrund finanzieller Vorzüge passiert. Andernfalls könnte eine Rationierungsdebatte aufkeimen, in der es um ethische Fragen gehen könnte, inwieweit von einem Mengenproblem gesprochen werden kann, wenn eine Operation medizinisch notwendig ist und zum Wohl des Patienten beiträgt.

Darum sollen in diesem Kapitel mögliche Einflussfaktoren der Krankenhausnachfrage erläutert werden. Mit dieser Grundlage soll zum späteren Zeitpunkt die Mengendynamik erklärt werden um damit die erzielten Effekte der Instrumente und deren Auswirkungen auf die medizinische Versorgung zu untersuchen.

7.1 Demografische Entwicklung

Die demografische Entwicklung wird, neben den ökonomischen Anreizen, häufig für die steigende Krankenhausnachfrage verantwortlich gemacht. Der Anstieg der GKV-Ausgaben wird zum Teil mit dem demografischen Wandel begründet. Berechnungen der Barmer GEK ergaben, dass knapp 1 / 5 der GKV-Gesamtausgaben auf die alternde Bevölkerung zurückzuführen ist.⁸⁸

Sehr viele Krankheitsbilder tauchen erst im Alter auf. Man könnte also sagen, je älter die Bevölkerung eines Landes wird, umso größer ist die Belastung des Gesundheitssystems durch

⁸⁷ (InEK, Datenveröffentlichung gem. § 21 KHEntgG, 2005 - 2012)

⁸⁸ (Repschläger, 2012)

höhere Kosten. Um diese Kosten im Solidarsystem tragen zu können, bedarf es einer hohen Anzahl an Beiträgen und somit einer hohen Anzahl Erwerbstätiger.

Die Zahl der Erwerbstätigen ist insbesondere für die GKV interessant, da mehr Erwerbstätige eine höhere Anzahl an Beitragszahler und somit höhere Einnahmen der GKV bedeuten. Im Januar 2011 gab es in Deutschland 40,6 Mio. Erwerbstätige. Im Mai 2013 wurden 41,8 Mio. Erwerbstätige gezählt. Bis auf leichte Schwankungen ist ein steigender Trend zu beobachten. Damit sind im Mai 2013 insgesamt 64,0 % aller erwerbsfähigen Personen im Alter von 15 bis 74 Jahre erwerbstätig.⁸⁹

Überblick über die demografische Entwicklung der Jahre 2005 bis 2011 in Deutschland:

Jahr	Insgesamt	Unter 20	20-30	30-60	60-80	80 und älter
2005	82.438,00	16.486,00	9.706,00	35.706,00	16.859,00	3.681,00
2011	81.844,00	14.913,00	9.951,00	35.202,00	17.378,00	4.401,00

Tabelle 4: Übersicht Demografie Deutschland⁹⁰

Die Zahl der über 60-Jährigen steigt Jahr für Jahr immer weiter an, wohingegen die Zahl der unter 20-Jährigen immer weiter sinkt (Tab. 4). Die Lebenserwartung in Deutschland ist in den letzten Jahrzehnten auf über 80 Jahre angestiegen.⁹¹

Da die sinkende Zahl der unter 20-Jährigen eine niedrigere Geburtenrate erkennen lässt und die höhere Lebenserwartung die Menschen immer älter werden lässt, ist die Folge, dass die deutsche Bevölkerung insgesamt immer älter wird.

Die durchschnittlichen Gesundheitsausgaben erhöhen sich mit zunehmendem Alter. So lagen im Jahr 2010 die durchschnittlichen Kosten pro Kopf der höheren Altersgruppen beim sechsfachen im Vergleich zu den unteren Altersgruppen. Bei den über 85-Jährigen liegen die durchschnittlichen Kosten bei ca. 6.000 €, bei 20-Jährigen um die 1.000 €.⁹²

7.2 Ökonomische Anreize

In der heutigen Zeit agieren Krankenhäuser als Wirtschaftsunternehmen auf dem deutschen Gesundheitsmarkt. Nach § 17 Absatz KHG sind Verluste vom Krankenhaus zu tragen und Überschüsse verbleiben ebenso im Krankenhaus.

Eine freie Preisgestaltung ist den Krankenhäusern verwehrt. Die Preise für Leistungen sind durch das DRG-System gegeben.

⁸⁹ (Statistisches Bundesamt, *Pressemitteilung*, 2013)

⁹⁰ (Statistisches Bundesamt, *Bevölkerungsfortschreibung*, 2013)

⁹¹ (Statistisches Bundesamt, *Bevölkerung: Sterbefälle, Lebenserwartung*, 2012)

⁹² (Repschläger, 2012)

Der Anstieg der GKV-Ausgaben für den Krankenhausbereich sei nach GKV-Auffassung in erster Linie auf den Fallzahlanstieg zurückzuführen, aber auch auf die ökonomischen Anreize des DRG-Systems.⁹³

Notwendige Leistungen werden von Krankenhäusern erbracht und von der GKV vergütet. Diese Leistungen sollten sachgerecht und kostendeckend sein. Mit Einführung des Fallpauschalensystems hat das Gesetz die Bildung leistungsgerechter Erlöse vorgegeben.⁹⁴ Im pauschalierenden Vergütungssystem spielen die einzelnen Kosten des Krankenhauses für das Erlösbudget keine Rolle.⁹⁵

Die in einer Kostenmatrix dargestellten Kalkulationsergebnisse des InEK beruhen auf den übermittelten Ist-Kosten-Daten der Kalkulationskrankenhäuser. Nur DRG relevante Kosten dürfen in die Fallkostenkalkulation einfließen. Diese Daten werden nach Kostenartengruppen (Personalkosten, usw.) und Kostenstellengruppen (Intensivstation, OP usw.) für jede einzelne DRG aufgeschlüsselt. Die Kostendaten orientieren sich an den Normalliegern, bei denen keine Abschläge am Erlös zu befürchten sind und die ausgewiesene mittlere Verweildauer eine scheinbare Grenze darstellt, auf die alle Kosten gemittelt und analysiert werden können. Auf Basis dieser Kostendaten kann das InEK die einzelnen DRGs mit kostenabhängigen BWR versehen.⁹⁶ Grundlage dieser BWR ist demnach ein Durchschnittskostenansatz der sich an den bundesweiten Durchschnittskosten orientiert.

Für die Kalkulation der Budgets, auf Grundlage der LBFW und der BWR, gilt der Grundsatz der Prospektivität.⁹⁷ Das heißt, die Budgets sind für zukünftige Zeiträume (ein Kalenderjahr) zu vereinbaren. Damit gibt es eine Abkehr vom Selbstkostendeckungsprinzip hin zu einem leistungsgerechten Finanzierungssystem.⁹⁸

Für die planerischen und klinischen Zwecke im Krankenhauswesen ist es wichtig, dass die Fallgruppen überschaubar bleiben. Im Jahr 2013 gibt es insgesamt 1.187 DRGs.⁹⁹ Der Anstieg der Anzahl von Fallgruppen kann ein Anzeichen dafür sein, dass Leistungen gerechter definiert und somit auch vergütet werden.

Im Folgenden werden die Veränderungen der Schwerpunkt-DRGs dargestellt. Dies soll einen Überblick darüber verschaffen, wie viel diese Leistung an Erlös bringt. Die Fallpauschale bildet

⁹³ (BARMER GEK, 2013)

⁹⁴ 4 Abs. 2 KHEntgG

⁹⁵ (Behrends, 2009)

⁹⁶ (Raddatz & Domurath, 2013)

⁹⁷ § 11 Abs. 1 Satz 2 KHEntgG

⁹⁸ (Bundeszentrale für politische Bildung, *Stationäre Versorgung*, 2012)

⁹⁹ (InEK, *Definitionshandbuch 2013*, 2012)

nur den Preis ab, den das Krankenhaus für die Erbringung der Leistung bekommt, nicht aber die tatsächlichen Kosten, die im Krankenhaus entstehen.

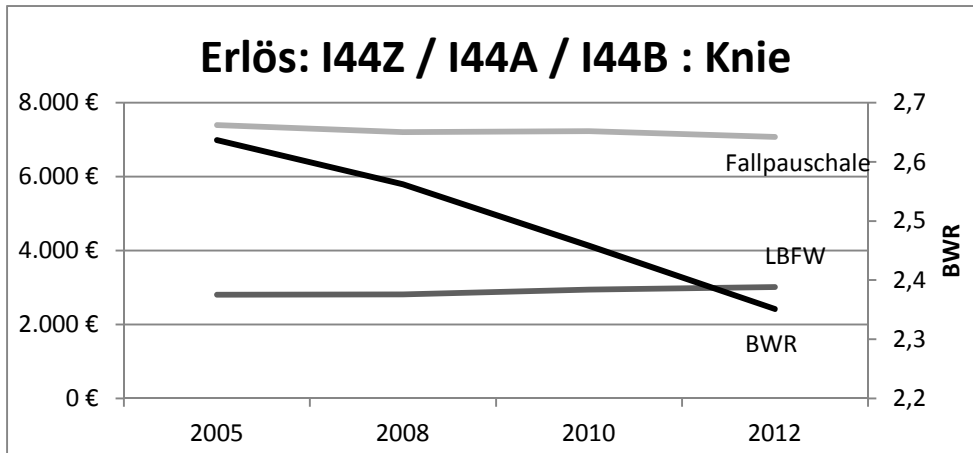


Abbildung 13: Erlös: I44Z / I44A / I44B: Knie¹⁰⁰

Die BWR der Knie-DRG hat sich in jedem Jahr verändert, wodurch sich auch die Fallpauschale jedes Jahr verändert hat. In Folge einer stetig sinkenden BWR sinkt auch die Fallpauschale leicht, wobei dies durch einen höher werdenden LBFW nahezu ausgeglichen werden kann (Abb. 13).

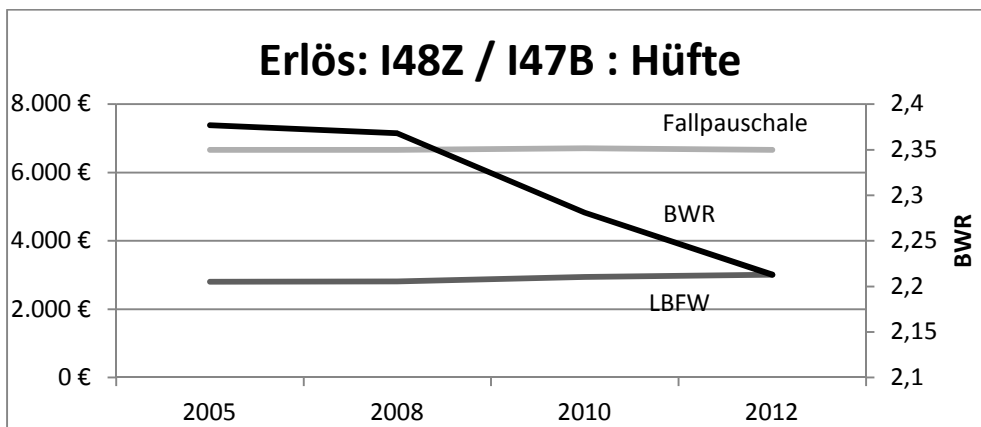


Abbildung 14: Erlös: I48Z / I47 B: Hüfte¹⁰¹

Auch im Falle der Hüft-DRG wird die BWR immer geringer. Die Fallpauschale bleibt jedoch relativ konstant durch den leicht steigenden LBFW (Abb. 14).

Beide DRGs werden also abgewertet und der Erlös für das Krankenhaus und damit die Ausgaben der GKV sinken.

¹⁰⁰ BWR: (InEK, Datenveröffentlichung gem. § 21 KHEntgG, 2005 - 2012), Mittelwerte der LBFW: (AOK, Übersicht der Landesbasisfallwerte 2005-2012 und 2013, 2013), die Fallpauschale beruht auf der Multiplikation von BWR und den Mittelwerten der LBFW

¹⁰¹ BWR: (InEK, Datenveröffentlichung gem. § 21 KHEntgG, 2005 - 2012), Mittelwerte der LBFW: (AOK, Übersicht der Landesbasisfallwerte 2005-2012 und 2013, 2013), die Fallpauschale beruht auf der Multiplikation von BWR und den Mittelwerten der LBFW

Die Veränderung der BWR und der Fallpauschalen ist aber allein noch nicht aussagekräftig. Daher soll im Folgenden auf den Kompressionseffekt eingegangen werden.¹⁰² Dieser zeigt, wie sich die Leistungsstruktur differenziert verändert hat. Es geht hier insbesondere um die sachgerechte Abbildung von Leistungen durch BWR. Die folgende Grafik zeigt, wie sich die BWR in der MDC 08 für die Partition „O“ (operative Eingriffe) im Gegensatz zu den Schwerpunkt-DRGs verändert haben. Dazu wurden für die jeweils einzelnen Jahre die höchste und niedrigste BWR der MDC 08 mit den BWR der Schwerpunkt-DRGs verglichen.

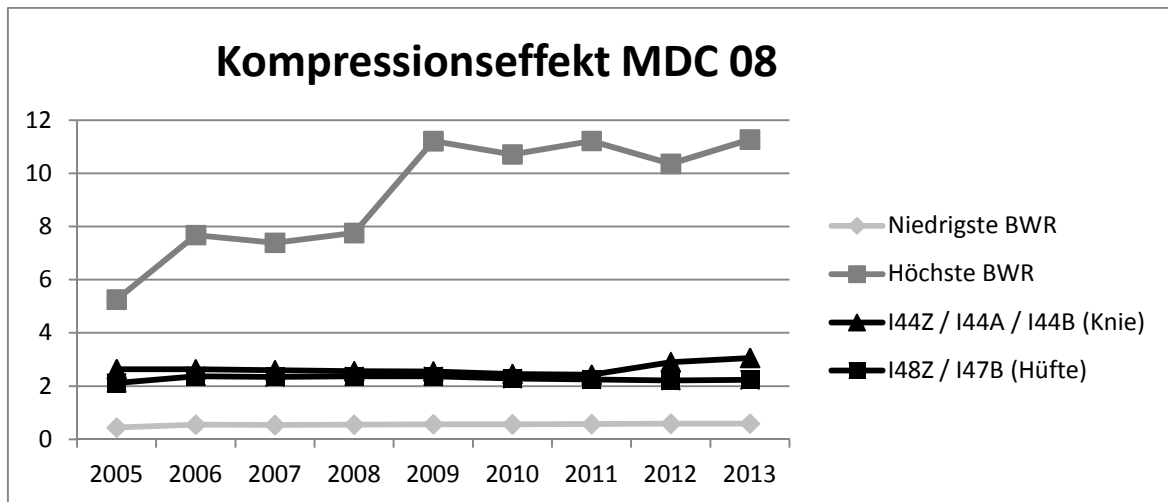


Abbildung 15: Kompressionseffekt MDC 08¹⁰³

Das DRG-System wurde als lernendes System eingeführt. Medizinische Leistungen werden immer detaillierter abgebildet und der Kompressionseffekt wurde weitestgehend eingedämmt.¹⁰⁴

Der Abstand der minimalen und maximalen Bewertungsrelation hat sich seit 2005 deutlich erhöht. Damit wurden die anfänglichen Schwachpunkte deutlich verringert (Abb. 15). Im Fall der Schwerpunkt-DRGs zeigen sich keine großartigen Veränderungen. Die BWR bleiben im unteren Viertel. Daher kann davon ausgegangen werden, dass die Schwerpunkt DRGs sachgerechter vergütet werden und die BWR sich recht kostenhomogen verhalten.

¹⁰² Kompressionseffekt bedeutet, dass teure Leistungen unterbewertet und einfache Leistungen überbewertet wurden (Braun, Rau, & Tuschen, 2007).

¹⁰³ Eigene Darstellung mit Werten von: (InEK, *Fallpauschalenkatalog*, 2013)

¹⁰⁴ (Behrends, 2013)

8. Ergebnisse

Im Folgenden sollen die in der Zielstellung genannten Fragestellungen mit den zuvor dargestellten Sachverhalten und Kennzahlen beantwortet werden:

Welche Effekte der mengenregulierenden Instrumente haben zu den steigenden Fallzahlen und GKV-Ausgaben geführt?

Welche Auswirkungen hat das Eingreifen mengenregulierender Instrumente auf die medizinische Versorgung durch Krankenhäuser?

Das wichtigste Ziel der mengensteuernden Instrumente ist die Stabilisation der GKV-Ausgaben. Sowohl die Gesamtausgaben als auch die Ausgaben für den Krankenhaussektor steigen an, jedoch nicht so stark wie erwartet. Dies kann ein Indiz dafür sein, dass die Instrumente teilweise den gewünschten Effekt erzielen. Noch dazu sind die GKV-Einnahmen höher als die Ausgaben wodurch Überschüsse erzielt werden (Abb. 5). Die Anzahl der Erwerbstätigen zeigt einen steigenden Trend, wodurch die Einnahmen durch Versichertenbeiträge ebenfalls stabil gehalten werden. Auch wenn die GKV-Ausgaben für den Krankenhausbereich nicht so stark steigen und die Einnahmen höher sind als die Ausgaben, steigen die Ausgaben trotzdem an obwohl diese stabil gehalten werden sollten. Als Grund dafür können die steigenden Fallzahlen (Abb. 8) genannt werden. Steigende Fallzahlen bedeuten höhere Erlöse für das Krankenhaus und damit höhere Ausgaben für die GKV. Welche Effekte haben also dazu geführt, dass die Ausgaben insgesamt eine steigende Tendenz aufweisen und damit eine umfassende Debatte um Mehrleistungen in Fachkreisen auslöst? Und was kann dies für die medizinische Versorgung bedeuten?

Die Kapazitäten sind über den Krankenhausplan durch die Länder vorgegeben. In diesem Rahmen haben Krankenhäuser die Möglichkeit zu handeln und Leistungen zu erbringen. Leistungen außerhalb des Krankenhausplans / Versorgungsauftrags werden von der GKV nicht vergütet. Nach dem Sayschen Theorem schafft sich jedes Angebot seine Nachfrage. Je höher also z. B. die Bettenzahl im Krankenhaus geplant wird, desto höher kann der Anreiz zur Mengenausweitung sein da die vielen Kapazitäten Platz für das Erbringen von mehr Leistungen bieten. Mit den 2.045 Krankenhäusern in Deutschland wird dieses zahlreiche Angebot noch verstärkt, in denen Leistungen erbracht werden und damit die GKV-Ausgaben in die Höhe treiben können. Die Zahl der Krankenhäuser hat sich jedoch um 94 reduziert. Damit wurde das Angebot verknappt. Außerdem sind die Anzahl der Betten und die durchschnittliche Verweildauer gesunken. In der Verhandlung um den Krankenhausplan besteht die Chance, mögliche Überkapazitäten abzubauen um die Ausweitung von Leistungen zu begrenzen. Laut der vorliegenden Daten bestehen ca. 8 % der Bettenauslastung an Überkapazitäten in Deutschland, die eine mögliche Mengenausweitung begünstigen können. Jedoch führt eine kürzere Verweildauer zu einer niedrigeren Bettenauslastung.

Daher kann nicht pauschal angenommen werden, dass tatsächlich Überkapazitäten bestehen, die abgebaut werden müssen. Außerdem war eine kürzere Verweildauer ein Ziel der DRG-Einführung. Sollten diese (Über-)Kapazitäten, auch die Anzahl der Krankenhäuser, weiter abgebaut werden, hat dies zur Folge, dass für die verbleibenden Krankenhäuser ein niedrigeres Erlösbudget vereinbart wird mit dem alle Kosten gedeckt werden müssen. Daraus folgend muss mehr Menge „produziert“ werden um die Kosten decken zu können, die wiederum mit dem Mehrleistungsabschlag versehen werden. Außerdem wird durch den Abbau der Kapazitäten nicht die Nachfrage nach Leistungen reduziert. Die Fallzahlen sind trotzdem gestiegen (Abb. 8). Demnach hat sich die Nachfrage nicht an das verknappte Angebot angepasst und es kann zu Warteschlangen kommen und durch weiteren Kapazitätsabbau zu einer möglichen Unterversorgung. Es wird deutlich, dass die Bedarfsplanung im Gesundheitsbereich schwierig ist und die zu vereinbarenden Budgets von dieser Planung abhängig sind.

Das Erlösbudget wirkt rationierend auf der Makroebene und zu Gunsten der GKV-Ausgaben, da das Erlösbudget an die Grundlohnsumme der GKV-Versicherten gekoppelt ist und aufgrund des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität nur um den Veränderungswert steigen darf. Grundsätzlich können unendlich viele Leistungen vereinbart werden, das Erlösbudget kann jedoch lediglich begrenzt steigen. Im Rahmen der Budgetverhandlung kann die GKV Leistungen bewilligen oder nicht und somit steuernd auf die Art und Menge der Leistungen einwirken. Alle mehr vereinbarten oder erbrachten Leistungen im Krankenhaus werden nur mit Abschlägen vergütet. Der mit dem Erlösbudget verhandelte Mehrleistungsabschlag wirkt zusätzlich steuernd auf die Ausgaben der GKV und die Leistungsmenge. Die steigenden Fallzahlen und GKV-Ausgaben zeigen, dass der Mehrleistungsabschlag nicht vollständig den gewünschten Effekt erzielt. Vielmehr kann ein gegenteiliger Effekt durch den Mehrleistungsabschlag entstehen. Da der Mehrleistungsabschlag schon in der Budgetverhandlung vereinbart wird, wird dadurch der Anreiz gegeben, die Leistungen für das zukünftige Kalenderjahr so zukunftsorientiert wie möglich zu planen. Plant ein Krankenhaus Mehrleistungen für das folgende Kalenderjahr ein, muss der Mehrleistungsabschlag schon erbracht werden, unabhängig davon, ob diese Mehrleistungen tatsächlich erbracht werden oder nicht. Sollte ein Krankenhaus also Mehrleistungen vereinbart haben und feststellen, dass die vereinbarten Leistungen möglicherweise nicht erbracht werden können, kann dies einen Anreiz dazu geben die Menge, anderweitig als rein medizinisch induziert, auszuweiten. Denn der Mehrleistungsabschlag wurde schon entrichtet und wird nicht an das Krankenhaus zurückvergütet, auch wenn die Mehrleistungen nicht erbracht wurden. Um Verluste zu vermeiden, kann ein Krankenhaus mengensteuernd auf die Ärzte einwirken, damit das vereinbarte Erlösbudget, mit dem die Betriebskosten gedeckt werden sollen, auch erreicht wird.

Der Mehrleistungsabschlag wirkt nicht nur auf Krankenhausebene, sondern ebenfalls auf Landesebene, da sich der Mehrleistungsabschlag absenkend auf den LBFW auswirkt. Sollte

lediglich ein einziges Krankenhaus Mehrleistungen vereinbaren, senkt sich für alle Krankenhäuser das Erlösbudget. Um die Kosten decken zu können, werden alle Krankenhäuser dazu veranlasst ebenfalls mehr Leistungen zu erbringen, da sie mit einem niedrigeren LBFW mehr Menge erbringen müssen um das gleiche Erlösbudget zu erreichen. In der Abb. 6 zeigt sich aber, dass der LBFW eine steigende Tendenz aufweist und der Effekt des Mehrleistungsabschlages nur begrenzt absenkend ausfällt. Jedoch zeigt diese Abbildung nur die ungewichteten Durchschnittswerte aller LBFW und kann dadurch die Auswirkungen des Mehrleistungsabschlages auf die LBFW verzerren. Durch den gegebenen Preis (LBFW) für Leistungen werden Krankenhäuser eingeschränkt. Der Preis kommt nicht durch ein Marktgleichgewicht von Angebot und Nachfrage zustande. Daher haben Krankenhäuser keinen Einfluss darauf. Sie haben nur die Möglichkeit ihre Erlöse über die Menge zu steuern. Ein weiterer möglicher Grund, warum die Fallzahlen steigen.

Der Mehrerlösausgleich kann ebenfalls einen negativen Effekt auf die Erlösseite des Krankenhauses haben. Dagegen fällt der Effekt für die GKV positiv aus. Die erbrachten Leistungen haben Kosten in voller Höhe für das Krankenhaus entstehen lassen und werden nur zu einem geringen Anteil vergütet. Dadurch wird der Anreiz zur Mengenausweitung zusätzlich zum vereinbarten Erlösbudget auf Seiten der Krankenhäuser gedämpft. Die „unsichtbare Obergrenze“ von Mehrleistungen stellt eine Form von Rationierung dar, da das Krankenhaus auf eine sachgerechte Vergütung verzichten muss, sollte ein medizinischer Bedarf festgestellt und eine Leistung erbracht worden sein. Mögliche Folge davon könnte sein, dass Krankenhäuser die Behandlung von Patienten ablehnen, wenn das Erlösbudget schon ausgeschöpft ist, um Verluste zu vermeiden. Da die Fallzahlen, trotz nicht ausreichend gedeckter Kosten der Krankenhäuser (Abb. 16) durch die Erlöse der GKV, steigen, wird nicht davon ausgegangen, dass das Krankenhaus Patienten ablehnt. Mögliche Folge daraus kann sein, dass sich einige Krankenhäuser wirtschaftlich nicht mehr halten können. Das kann einer der Gründe sein, warum es immer weniger Krankenhäuser gibt und sich vermehrt Krankenhäuser in privater als in öffentlicher und freigemeinnütziger Trägerschaft befinden (siehe dazu Punkt 4.2).

Für das Krankenhaus ist es günstiger, den Mehrleistungsabschlag von 25 % in Kauf zu nehmen wenn es mit einer zunehmenden Menge an Leistungen rechnet, anstelle des Mehrerlösausgleichs mit einem Abschlag von 65 % für ein und dieselbe erbrachte Leistung. Dadurch werden Krankenhäuser dazu gedrängt, ihre Menge planerisch in der Budgetverhandlung auszuweiten um den Mehrerlösausgleich zu vermeiden. Dies kann wiederum zum mengenausweitenden Effekt des Mehrleistungsabschlages führen. Sollten die planerisch verhandelten Mehrleistungen nicht erbracht werden können kann die Menge ökonomisch induziert ausgeweitet werden. Das alles führt zu steigenden Fallzahlen, steigenden Kosten der Krankenhäuser und steigenden GKV-Ausgaben, jedoch aufgrund der Abschläge in gedämpfter Form.

Der Mindererlösausgleich kann eine mengenmindernde Wirkung haben. Diese Wirkung lässt sich nicht erkennen, da die Fallzahlen stetig steigen. Da die nicht erbrachten Leistungen nur zu 20 % ausgeglichen werden, besteht hier ein Grund, warum der Mindererlösausgleich keine Wirkung entfaltet. Es ist nicht vorstellbar, dass die 20 % ausreichend sind um den durch Minderleistungen verursachten Verlust auszugleichen. Daher werden Krankenhäuser eher die Mehrleistungen erbringen, als den Mindererlösausgleich anzuwenden, damit mehr Kosten gedeckt werden können und das Krankenhaus so am Markt bestehen bleiben kann. Danach bewirkt ein für die Mengen- / und Ausgabenbegrenzung eingeführter Ausgleich wieder einen gegenteiligen Effekt und provoziert eher Mehrleistungen anstelle von Minderleistungen.

Um die Qualität von Leistungen zu sichern, gibt es Mindestmengen für Krankenhäuser. Diese vereinbarte Menge muss mindestens erbracht werden, ansonsten verliert das Krankenhaus den Versorgungsauftrag für diese Leistung. Mit dieser Vereinbarung induziert nicht nur die GKV die Erbringung von Leistungen, sondern Krankenhäuser können sich genötigt fühlen die Anzahl an Leistungen zu erbringen. Denn sollten sie den Versorgungsauftrag verlieren, können sie dadurch nur ein niedrigeres Erlösbudget vereinbaren. Dies wiederum kann aufgrund geringerer Leistungskapazitäten zu einer Absenkung des LBFW führen. Dadurch müssten alle Krankenhäuser kollektiv dafür haften und einen niedrigeren LBFW durch eine Ausweitung der Leistungsmenge kompensieren, was wiederum zu steigenden Fallzahlen führt.

Durch diese Effekte können die steigenden Fallzahlen erklärt werden. Es kann zu einer anbieterinduzierten Nachfrage auf Seiten der Krankenhäuser kommen. Die Fehlanreize des Systems im Sinne des ökonomischen Anreizes können zumindest in der Hinsicht bestätigt werden, dass in einigen Fällen Leistungen, aufgrund von Regelungen und Gesetzen der Politik, ausgeweitet werden müssen, um ein Krankenhaus wirtschaftlich zu sichern. Dies ist nur möglich, wenn der Patient auch mit der Behandlung einverstanden ist. Der Informationsmangel der Patienten gegenüber spezialisierten Ärzten kann dazu führen, dass Leistungen gegen die medizinische Vernunft ausgeweitet werden um den eigenen Nutzen zu maximieren. Damit kann die Theorie des Moral Hazards verstärkend auf die anbieterinduzierte Nachfrage einwirken. Die Effekte des Erlösbudgets und des Mehrleistungsabschlags zeigen, wie Krankenhäuser in die Menge getrieben werden, um ihre Kosten decken zu können.

Ein ökonomischer Anreiz zur Ausweitung bestimmter Leistungen kann bestehen, wenn die Kosten einer Leistung unter den Erlösen liegen.

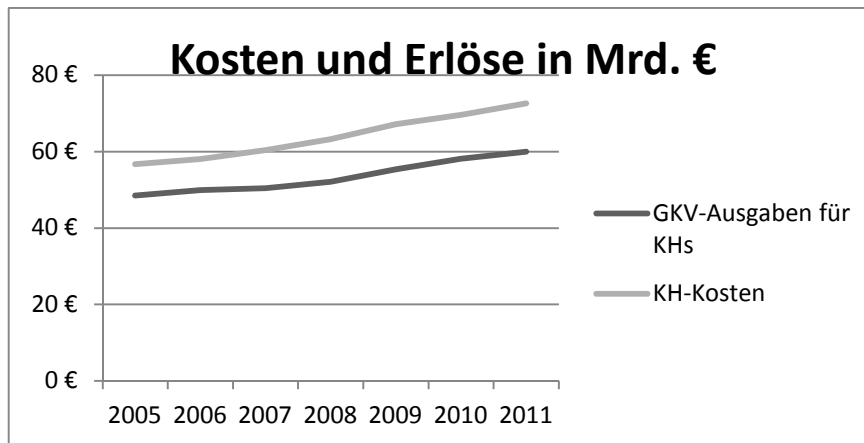


Abbildung 16: Kosten und Erlöse

In der Gesamtbetrachtung liegen die Ausgaben der GKV, also die Erlöse der Krankenhäuser unter den tatsächlichen Kosten der Krankenhäuser. Damit sind die Krankenhäuser insgesamt unterfinanziert und ein ökonomischer Anreiz kann für die Gesamtbetrachtung nicht bestätigt werden. Ein Anreiz besteht jedoch, wenn die Erlöse (durch Mengenausweitung) gesteigert werden können, ohne dass die Kosten wesentlich steigen. Dazu müssten die Krankenhäuser das Kosten- / Erlös-Verhältnis für gezielte DRGs aufstellen um herauszufinden, welche DRGs Gewinnpotential aufweisen und welche nicht. Gegen die Theorie, dass es DRGs gibt die ein Gewinnpotential aufweisen spricht der Kompressionseffekt. Dieser zeigt, dass Leistungen immer sachgerechter und damit kostendeckender vergütet werden. Als Folge müssten die Kosten der Krankenhäuser mit den Ausgaben der GKV für Krankenhäuser deckend sein. Dagegen spricht, dass durch das „gedeckelte“ Erlösbudget, dem Mehrerlösausgleich und den Mehrleistungsabschlag die Ausgaben der GKV begrenzt werden und die Kosten der Krankenhäuser nicht gedeckt werden. Daraus folgt, dass die Kosten der Krankenhäuser über den GKV-Ausgaben für Krankenhäuser liegen. Im Fall der DRGs der Hüft- und Knieendoprothetik zeigt sich, dass diese seit 2005 abgewertet wurden und damit die Erlöse gesunken sind. Dies kann auf den Kompressionseffekt zurückgeführt werden. Die Veränderungen in den BWR zeigen, dass sich die Erlöse an die durchschnittlichen Kosten anpassen. Inwieweit die Kosten durch diese Erlöse gedeckt werden und mögliches Gewinnpotential besteht, ist nicht bekannt. Ein Anreiz, Leistungen ökonomisch induziert auszuweiten, die stetig abgewertet werden und dessen Erlöse von Jahr zu Jahr sinken, wird nicht vermutet.

Viel mehr können die steigenden Operationszahlen in diesen DRGs mit dem demografischen Wandel erklärt werden. Die Bevölkerungsstruktur zeigt, dass die Anzahl der Personen in den niedrigeren Altersklassen sinkt und in den höheren Altersklassen steigt (Tab. 4). Diese Entwicklung spiegelt sich auch in den Schwerpunkt-DRGs der Hüft- und Knieendoprothetik wider. In beiden DRGs lässt sich erkennen, dass die Altersstruktur vermehrt im gehobenen Alter liegt (Tab. 2 und 3). Das höhere Alter der Patienten bringt auch einen höheren personenbezogenen Schweregrad mit sich. So ist bei der Hüft- und Knieendoprothetik der Anteil an Operationen mit

Komplikationen steigend. Bei den Hüftoperationen ist der Anteil an Operationen ohne Komplikationen sogar sinkend. Ein höherer Schweregrad erhöht den Case-Mix und damit die Erlöse für das Krankenhaus und die Ausgaben der GKV. Demnach kann der demografische Wandel nicht nur eine Erklärung für die steigenden Operationszahlen bieten, sondern auch für die steigenden Ausgaben der GKV aufgrund der mit dem höheren Alter verbundenen Komplikationen und den höheren Durchschnittskosten.

Da sich in diesem Fall erkennen lässt, dass der demografische Wandel einen großen Einfluss auf die Fall- und Operationszahlen und damit auf die GKV-Ausgaben hat, ist die Diskussion um unnötige Leistungen und Mengengrenzung durch politisch-rechtliche Vorgaben fragwürdig und kann zu einer ethischen Debatte führen. Da gerade in den höheren Altersklassen die Operationszahlen steigen, kann die Folge sein, dass die GKV-Ausgaben durch Leistungsausschlüsse begrenzt werden sollen. Leistungsausschlüsse in dem Sinne, dass z. B. Versicherte ab einem bestimmten Alter, z. B. ab Renteneintritt, keinen Anspruch mehr auf eine Hüftendoprothese haben, da dies möglicherweise nicht mehr „wirtschaftlich“ ist. Diese Form von Rationierung kann daraus folgen, dass die GKV-Ausgaben durch den demografischen Wandel und einer höheren Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen immer weiter steigen werden. Da die GKV jedoch nicht über eine Beitragsautonomie verfügt um dadurch ihre Einnahmen steigern zu können, kann sie die Ausgaben über den Leistungskatalog und damit über Leistungsausschlüsse steuern. Insbesondere in der MDC 08 und den zwei Schwerpunkt DRGs konnte festgestellt werden, dass es Fallzahlsteigerungen gibt, die auch auf den demografischen Wandel zurückzuführen sind. Seit 2005 gab es einen Anstieg von knapp 26 % in der MDC 08, worunter auch die zwei Schwerpunkt DRGs fallen in denen der Altersdurchschnitt in den höheren Altersklassen liegt. Daher ist es naheliegend, dass die Ausgabensteigerungen in dieser MDC vermutet werden und um den Ausgabensteigerungen entgegenzuwirken, Leistungskürzungen in Form von Rationierung vorgenommen werden könnten. Das könnte die Zwei-Klassen Medizin begünstigen, da Selbstzahler trotzdem eine Hüftendoprothese erhalten könnten, wohingegen Versicherte, die es sich nicht leisten können, auf eine Hüftendoprothese verzichten müssten und nur die notwendigsten Leistungen (z. B. zur Schmerzreduktion) erhalten würden. Das Solidarsystem könnte dadurch in Gefahr geraten.

Die pauschale Behauptung, dass Leistungen die nicht durch die Demografie erklärbar sind, unnötig sind, kann nicht geteilt werden. Ob eine Leistung notwendig war oder nicht, muss individuell geklärt werden. Vielmehr wird durch die stichprobenartigen Prüfungen des MDKs der Anreiz gegeben, die Indikation so genau wie möglich zu stellen um die Vergütung der Leistung zu sichern. Denn sollte sich herausstellen, dass eine stationäre Leistung tatsächlich nicht notwendig war, müssen die Krankenhäuser die Kosten selber tragen, da solche Leistung nicht vergütet werden. Der Moral Hazard auf Seiten des Versicherungsnehmers kann die Fall- und Operationszahlsteigerung

begünstigen, da der Preis für eine Leistung nicht vom Versicherten gezahlt werden muss. Unabhängig von der Beitragshöhe erhält der Versicherte Leistungen. Damit kann auch durch die GKV und dem Leistungskatalog eine anbieterinduzierte Nachfrage erzeugt werden.

Die Wechselwirkungen zwischen den mengensteuernd wirkenden Instrumenten und den demografisch bedingten Fall- und Operationszahlsteigerungen führen zu ungleichen Bedingungen auf dem Gesundheitsmarkt. Diese, zum Teil durch den demografischen Wandel bedingten, Fallzahlsteigerungen führen zu Mehrleistungen und damit zu Abschlägen auf die Erlöse des Krankenhauses. Im Gegensatz dazu wirken sich die Instrumente positiv auf die Steigung der GKV-Ausgaben aus. Die Kosten der Krankenhäuser finden zu wenig Berücksichtigung. Die Effekte bewirken eine Kreislaufbewegung und führen nicht dazu, dass die Ausgaben stabil gehalten werden, sondern führen eher zu Ausweitungen der Menge und damit zu höheren Erlösen für die Krankenhäuser die nur mit Abschlägen vergütet werden wodurch die GKV-Ausgaben gedämpft werden aber aufgrund der höheren Fallzahlen trotzdem steigen.

9. Diskussion

Die Diskussion um Mehrleistungen wird besonders von Interessengruppen, also Politik, GKV und Krankenhäusern geführt. Erst Ende 2012 Anfang 2013 wurden die ersten Berichte zu diesem Thema veröffentlicht. Daher ist die Auswahl an Vergleichsmaterial in Form von Untersuchungen, Studien und Veröffentlichungen relativ gering. Außerdem können Studien von Interessengruppen einen Bias hervorrufen, da eine Gruppe das für sie beste Ergebnis darstellen will und dadurch z. B. den Beobachtungszeitraum verlängert oder verkürzt, um das Ergebnis besser wirken zu lassen.

Da nur ausgewählte Variablen verwendet wurden, kann die Wirklichkeit nicht abgebildet werden und somit nur zu vereinfachten Annahmen führen. Neben den hier aufgeführten Variablen werden weitere Einflussfaktoren benannt, die sich auf die Mengendynamik im Krankenhaus auswirken. Dazu zählen z. B. Innovationen im medizinisch-technischen Bereich die sich mengenausweitend auswirken können, da dadurch mehr Patienten behandelt werden können.¹⁰⁵ Dies spielt insbesondere für die höheren Altersklassen eine Rolle.

Außerdem ist die vorliegende Arbeit beschränkt auf schon vorhandene Instrumente. Im Gegensatz dazu diskutiert insbesondere das RWI in seiner Veröffentlichung neue Steuerungsinstrumente¹⁰⁶ und untersucht deren Auswirkungen auf die Mengendynamik. Diese Mengendynamik in Form von Fallzahlsteigerungen und steigenden GKV-Ausgaben konnten nicht nur in den Veröffentlichungen des DKI und des RWI festgestellt werden, sondern auch in der vorliegenden Arbeit. Dabei unterscheiden sich aber die Betrachtungszeiträume und demnach auch die Ergebnisse.

¹⁰⁵ (DKI, 2012)

¹⁰⁶ Direktverträge, Preisanpassungen, Verbesserung der Indikationsqualität etc. (RWI, 2012)

	Vorliegende Arbeit	DKI	RWI
Betrachtungszeitraum	2005 bis 2011	2007 bis 2011	2006 bis 2010
Fallzahlsteigerung gesamt	10,36 %	6,7 %	8,1 %
MDC 08	25,97 %	12,5 %	15 %

Tabelle 5: Ergebnisvergleich der Fallzahlen¹⁰⁷

Die vorliegende Arbeit betrachtet die längste Zeitspanne, weil die Auswirkungen des DRG-Systems berücksichtigt werden sollten. Da die Studien des DKI und des RWI von Interessengruppen sind, wurden möglicherweise dadurch die Betrachtungszeiträume verändert um gezielt Effekte hervorzurufen. Die unterschiedlichen Methoden und Betrachtungszeiträume machen einen Vergleich der Ergebnisse nicht oder nur begrenzt möglich. Besonders der große Unterschied in den Werten der MDC 08 wirft Fragen auf, die es zu beantworten gilt.

Die vorliegenden Daten zeigen Überkapazitäten anhand der Bettenauslastung von ca. 8 %. Inwiefern diese 8 % wirklich eine Überkapazität zeigen, ist unklar, da die Bettenauslastung in dieser Arbeit nur gesamt betrachtet wird. Das heißt, dass in einigen Krankenhäusern sogar Kapazitäten fehlen könnten. Allerdings wird auch im Krankenhaus-Report 2013 die Differenz von 85 % zu 77,3 % als ein Beweis für Überkapazitäten gehalten. Im Krankenhaus-Report heißt es weiter, dass diese Überkapazitäten die primäre Ursache für die Mengenausweitung seien.¹⁰⁸ Dies konnte in dieser Arbeit aufgrund der Datenlage nicht festgestellt werden. Trotzdem ist es eine denkbare Schlussfolgerung, da ohne genügend Kapazitäten die Mengen nicht ausgeweitet werden können. Jedoch wird die Bettenauslastung von der Verweildauer beeinflusst. Da die Verweildauer von durchschnittlich 8,6 Tagen in 2005 auf durchschnittlich 7,7 Tagen in 2011 sinkt, kann dadurch auch die Bettenauslastung sinken. Dies ist lediglich eine Vermutung, da die Daten nur die gesamte Bettenauslastung wiedergeben und nicht die Bettenauslastung einzelner Krankenhäuser und Fachrichtungen. Um Rückschlüsse ziehen zu können, inwieweit Überkapazitäten bestehen und die Mengendynamik beeinflussen, bedarf es detaillierteren Daten.

Im Krankenhaus-Report wird eine „Erlösorientierte Anreizwirkung“¹⁰⁹ des DRG-Systems beschrieben. Diese Anreizwirkung kann zu einer angebotsorientierten Nachfrage führen. Damit wird bestätigt, dass das DRG-System eine anderweitig als medizinische begründete Ausweitungen der Leistungen induzieren kann. Diese Anreizwirkung kann damit auf den Mehrleistungsabschlag bezogen werden.

¹⁰⁷ (Abbildung 8, S. 18), (DKI, 2012, S. 9), (RWI, 2012, S. 22)

¹⁰⁸ (Malzahn & Wehner, 2012)

¹⁰⁹ (Reifferscheid, Thomas, & Wasem, 2012, S. 7)

Der Effekt, dass sich der Mehrleistungsabschlag absenkend auf den LBFW auswirkt, ist gesetzlich festgeschrieben und wird auch vielfach als „doppelte Degression“ beschrieben.¹¹⁰ Dass diese Kollektivhaftung einen leistungssteigernden Effekt haben kann und damit die Fallzahlsteigerung erklären könnte, wird von der Krankenseite angesprochen. „Häuser, die unterdurchschnittlich oder gar keine Mengensteigerungen haben, bekommen ein massives Problem, weil sie mit reduzierten Erlösen für die Mehrleistungen der Kliniken mit Leistungssteigerungen ‚bezahlen‘.“¹¹¹ Inwieweit dieser Effekt für die Fallzahlsteigerungen verantwortlich ist, wird hier nicht weiter erläutert. Das RWI schließt diesen Effekt, der auch als „Hamsterradefekt“ bezeichnet wird, aus. Laut RWI soll es keine empirische Bestätigung für diesen Effekt geben.¹¹² In dieser Arbeit konnte eine absenkende Wirkung des Mehrleistungsabschlages auf den LBFW nicht erkannt werden. Wobei hier ein ungewichteter Durchschnittswert aller LBFW verwendet wurde und dadurch die Intensität in der Veränderung beeinflusst werden kann. Laut RWI sollen die LBFW sogar im Durchschnitt um 4,8 % von 2008 bis 2010 gestiegen sein. Und nach deren Berechnungen soll die Leistungssteigerung etwa 3 % betragen.¹¹³ Damit begründet das RWI den Leistungsanstieg mit einem steigenden LBFW und kommt damit zu einem von der Theorie abweichenden Ergebnis, demzufolge ein niedrigerer LBFW zu steigenden Leistungszahlen führen müsste und bestätigt damit auch das Ergebnis der vorliegenden Arbeit. Der Krankenhaus-Report schließt den mengenausweitenden Effekt aufgrund eines zu niedrigen LBFW aus, da sich der LBFW positiv entwickle und dementsprechend die Fallzahlen.¹¹⁴ An anderer Stelle wird im Krankenhaus-Report 2013 bestätigt, dass der Mehrleistungsabschlag zu einer Absenkung des Budgets um -0,6 % im Jahr 2011 führte.¹¹⁵ Demnach ist trotz steigender Fallzahlen und einem steigenden LBFW das Budget gesunken. Der positive Effekt des Mehrleistungsabschlages auf die GKV-Ausgaben und negativer Effekt auf die Erlöse der Krankenseite kann demnach bestätigt werden.

Inwiefern Leistungen planerisch ausgeweitet werden um den Mehrerlösausgleich zu umgehen wird weder von der Krankenseite, noch von der GKV und auch nicht von der Politik bestätigt oder dementiert.

Mögliche ökonomische Anreize konnten in dieser Arbeit festgestellt werden, z. B. zur Vermeidung von Verlusten durch den Mehrleistungsabschlag etc.. Im Gegensatz dazu konnte kein ökonomischer Anreiz zur Ausweitung einzelner, im speziellen der Schwerpunkt DRGs festgestellt werden. Dies basiert auf einer Gesamtbetrachtung der Kosten und Erlöse im Krankenhaus und dem Kompressionseffekt. Das RWI hat dagegen eine Betrachtung der Grenzkosten durchgeführt. Es

¹¹⁰ (Das Krankenhaus, 2012)

¹¹¹ (Einwag, 2013)

¹¹² (RWI, 2012, S. 4)

¹¹³ (RWI, 2012, S. 27)

¹¹⁴ (Klauber & Leclerque, 2012)

¹¹⁵ (Mostert, Leclerque, & Friedrich, 2012, S. 25)

kommt zu dem Ergebnis, dass in den Jahren 2006 bis 2010 die Fallzahlsteigerung mit einem hohen Gemeinkostenanteil einhergehen und ein hoher Gemeinkostenanteil einer DRG mit geringen Grenzkosten verbunden ist. Das führt das RWI zu dem Ergebnis, dass die Fallzahlsteigerungen ökonomisch induziert seien.¹¹⁶ Dieses Ergebnis beruht auf der Verwendung des „Regressionsmodells“ und mathematischen Berechnungen. Im Gegensatz dazu beruhen die Ergebnisse dieser Arbeit auf einer schlichten Betrachtung der Gesamtkosten und -erlöse der Krankenhäuser und es wurden keine speziellen Berechnungen durchgeführt.

Laut Aussagen des RWI sind nur 20 % der Fallzahlsteigerungen in der MDC 08 durch den demografischen Wandel zu erklären.¹¹⁷ Eine solche Berechnung, wie es das RWI durchgeführt hat, wurde in dieser Arbeit nicht gemacht. Die Annahme, dass insbesondere in den Schwerpunkt DRGs ein Anstieg der Leistungen durch die höhere Altersstruktur bedingt ist, basiert auf einer reinen Betrachtung der Veränderungen der Leistungszahlen nach Altersgruppen sortiert. Dagegen hält das DKI, dass ein demografischer Einfluss nicht direkt ermittelt werden kann, da „i. d. R. mehr als ein Krankheitsbild unter einer Fallpauschale subsumiert ist.“¹¹⁸ Daher stellt das DKI eine komplexe Berechnung auf, mit dem Ergebnis, dass die Demografie einen deutlich höheren Einfluss auf die Fallzahl hat als andere Einflussfaktoren. Würde also nur die Demografie wirken, wären die Fallzahlen deutlich höher. Im Zusammenhang mit weiteren Einflussfaktoren, wirkt die Demografie immer noch fallzahlsteigernd, aber diese Steigerung wird durch andere Einflussfaktoren gebremst, da diese eher eine fallzahlsenkende Wirkung haben.¹¹⁹ Da die Herangehensweise unterschiedlich sind, kann das Ergebnis dieser Arbeit nicht direkt anerkannt werden. Insbesondere deshalb, da keine komplexen Berechnungen gemacht wurden und sich keine weitere Veröffentlichung speziell mit den hier gewählten DRGs auseinandergesetzt haben. Trotzdem lässt sich ein Zusammenhang zwischen der Altersstruktur und den Operationszahlen feststellen, weshalb das Ergebnis der Arbeit auch nicht pauschal abgelehnt werden kann.

Das Interesse der GKV an stabilen Ausgaben und die in Zukunft durch die Demografie stärkere Beeinflussung dieser, lassen Rationierungen von Leistungen als denkbar erscheinen. Insbesondere von Leistungen, die im höheren Alter vorgenommen werden weil diese mit höheren Durchschnittskosten verbunden sind. Allerdings werden diese Vorwürfe von der GKV und auch von der Politik abgestritten. Allerdings wurde im Eckpunktepapier zur Krankenhausfinanzierung der CDU-/ CSU- und der FDP-Fraktion über ein Festhalten am Mehrleistungsabschlag beraten, um die Menge zu begrenzen und nicht vorrangig die GKV-Ausgaben.¹²⁰ Dies verstärkt die Vermutung, dass Rationierungen von Leistungen möglich sind und möglicherweise schon durchgeführt werden.

¹¹⁶ (RWI, 2012, S. 27-30)

¹¹⁷ (RWI, 2012, S. 22)

¹¹⁸ (DKI, 2012, S. 26)

¹¹⁹ (DKI, 2012, S. 41f.)

¹²⁰ (Siehe Punkt 5.3, S.13)

In welchem Ausmaß die Menge begrenzt werden soll, wird nicht näher erläutert. In seiner Rede zur Eröffnung des 114. Deutschen Ärztetages 2011 sagt der jetzige Bundesgesundheitsminister, Herr Daniel Bahr, „dass Debatten über Rationierung und auch Priorisierung unnötig werden.“¹²¹ Begründet wird es damit, dass der Ehrgeiz besteht, die Finanzierung so zu gestalten, dass sie nachhaltig wird und die Versorgungsstrukturen verbessert werden. Jedoch ist seine Aussage auf die Zukunft ausgerichtet. Also scheinen Debatten um Rationierung derzeit notwendig zu sein. Unklar ist, inwieweit Rationierung von Leistungen schon durchgeführt werden. Dazu äußern sich auch nicht das DKI und das RWI. Der mögliche Rationierungseffekt kann demnach nicht bestätigt werden. Dazu sind weitere Untersuchungen, z. B. des Leistungskataloges und dessen Veränderungen im Leistungsumfang notwendig.

In dieser Arbeit wurden nur deskriptive Statistiken genutzt und keine komplexen Berechnungen angewendet, wie es z. B. das RWI und das DKI getan haben. Daher wurden die unterschiedlichen Effekte nicht gewichtet, wie es das DKI mit dem demografischen Wandel durchgeführt hat. Des Weiteren wurden eher Makrodaten verwendet, die Rückschlüsse auf betriebswirtschaftliche Vorgehensweisen erschweren. Das macht auch die Verknüpfung von Theorie und Praxis kompliziert. Außerdem wurde eine Gesamtbetrachtung Deutschlands vorgenommen. Eine Differenzierung nach Standorten kann andere Ergebnisse erzielen. Eine Eingrenzung der Suchbegriffe in der Literaturrecherche kann auch dazu geführt haben, dass nicht alle wichtigen und relevanten Informationen gefunden wurden.

Trotz dieser Limitationen kann gesagt werden, dass diese Arbeit Effekte zeigt, die die Fallzahlen und GKV-Ausgaben steigend beeinflussen. Ökonomische Fehlanreize, die dem DRG-System nachgesagt werden, lassen sich nicht nur auf die Bewertung einzelner DRGs beziehen, sondern auch auf die Mengenregulierungsinstrumente, die ursprünglich eine ökonomisch begründete Mengenausweitung verhindern und nicht fördern sollten. Mögliche Auswirkungen auf die medizinische Versorgung durch das Eingreifen von mengenregulierende Instrumente konnten aufgedeckt werden. Auch wenn die Theorie nicht eins zu eins auf die Praxis übertragen werden kann, ist es schon denkbar, dass diese Effekte tatsächlich in der Praxis auftauchen. Obwohl in dieser Arbeit nur reduzierte Daten und Sachverhalte dargestellt werden konnten, wird durch die Erkenntnisse ein Beitrag zum aktuellen Wissensstand geleistet.

10. Fazit und Ausblick

Nach derzeitigem Stand kann gesagt werden, dass die bisherigen Steuerungselemente ihren Zweck zum Teil erfüllen. Die Perspektive der GKV würde dem jedoch widersprechen. Allerdings wurden Fehlanreize der Steuerungselemente festgestellt, deren Wirkungen sich bislang nicht für die

¹²¹ (Bahr, 2011, S. 7f.)

Zukunft abschätzen lassen. Daher besteht Handlungsbedarf, da die jetzigen Steuerungselemente, ausgehend von den vorliegenden Ergebnissen, ausweitende Effekte auf die Fallzahlentwicklung und die GKV-Ausgaben haben können, obwohl sie die Menge und die Ausgaben begrenzt halten sollten. Daraus lässt sich schließen, dass die bisherigen Steuerungselemente möglicherweise vor der Einführung nicht auf ihre möglichen Effekte hin untersucht worden sind. Anstatt neue Steuerungselemente zu diskutieren, wird empfohlen, die derzeitigen Instrumente zu überdenken und zu optimieren und ggf. Wechselwirkungen mit neuen Instrumenten im Vorwege zu untersuchen. Den Krankenhäusern darf nicht die alleinige Verantwortung für die derzeitigen Fehlanreize übertragen werden, da diese zum Teil politisch-rechtlich bedingt entstanden sind.

Neben den wirtschaftlichen Aspekten müssen ethische Aspekte in der Diskussion um Mehrleistungen berücksichtigt werden. Notwendige Leistungen dürfen nicht rationiert werden, nur weil die GKV ihre Ausgaben stabil halten will und muss.

Inwieweit noch in Zukunft die Mengendynamik im somatischen Bereich ein Thema ist, kann nicht abgeschätzt werden. Jedoch lässt der demografische Wandel darauf schließen, dass das Gesundheitssystem in Zukunft vor Herausforderungen gestellt wird und die Allokation begrenzter Ressourcen immer schwieriger wird. Dies darf jedoch nicht zu einer ethisch geprägten Debatte ausgeweitet werden.

Auffällig ist, dass in der Diskussion immer von einer Stabilisierung der GKV-Ausgaben, weil diese zu hoch seien, und einer Begrenzung der Fallzahlen gesprochen wird, sich aber keiner der Interessengruppen darüber äußert, welche Ausgaben und welche Höhe der Fallzahlen angemessen seien und angestrebt werden. Die Diskussion verfolgt demnach kein konkretes Ziel. Nur weil nicht alle Leistungen erklärbar sind bedeutet es nicht, dass sie automatisch unnötig sind.

Die hier aufgezeigten Effekte können dafür genutzt werden, um die Wirkungen des pauschalen Vergütungssystem im Psychiatrischen Bereich (PEPP) besser abschätzen zu können und möglicherweise von Anfang an auf andere Steuerungsinstrumente zurückzugreifen um eine Diskussion um ökonomische Fehlanreize und negative Auswirkungen auf die medizinische Versorgung zu umgehen.

Quellenverzeichnis

- AOK. (2005 - 2013). *Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen*. Abgerufen am 28. Juli 2013 von <http://www.aok-gesundheitspartner.de/plus/krankenhaus/lbfw/veraenderungsrage/index.html>
- AOK. (2013). *Aktuelle Gesetzgebung*. Von Finanzhilfen für Krankenhäuser: http://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/krankenhaus/gesetzgebung/index_09854.html abgerufen
- AOK. (16. April 2013). *Übersicht der Landesbasisfallwerte 2005-2012*. Abgerufen am 26. Juli 2013 von https://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bund/krankenhaus/budgetverhandlung/landesbasisfallwert/lbfw_uebersicht_2005_2012.pdf und *Landesbasisfallwerte 2013*. Abgerufen von https://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bund/krankenhaus/budgetverhandlung/landesbasisfallwert/lbfw_2013_uebersicht.pdf
- AOK-Bundesverband. (4. Mai 2012). *Uwe Deh: Schutz vor überflüssigen Operationen muss besser werden*. Abgerufen am 24. August 2013 von http://www.aok-bv.de/presse/pressemitteilungen/2012/index_08262.html
- Bahr, D. (8. Juli 2011). *Bundesärztekammer*. Von Rede von Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr zur Eröffnung des 114. Deutschen Ärztetages in Kiel: http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/114DAET_Bahr.pdf abgerufen
- BARMER GEK. (Juni 2013). *BARMER GEK Geschäftsbericht 2012*. Abgerufen am Juli 2013 von <http://presse.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Infothek/Daten-und-Fakten/Geschaeftsbericht/PDF-Geschaeftsbericht-2012,property=Data.pdf>
- Behrends, B. (2009). *Praxis des Krankenhausbudgets: nach dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Behrends, B. (2013). *Praxishandbuch Krankenhausfinanzierung*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin.
- BMG. (Juni 2013). *Broschüre: Ratgeber zur gesetzlichen Krankenversicherung*. Abgerufen am 19. August 2013 von https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Gesundheit/Broschueren/BMG_GKV_Ratgeber_screen_Juni2013.pdf
- BMG. (22. März 2013). *Eckpunkte zur Krankenhausfinanzierung*. Abgerufen am 8. Juli 2013 von http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/K/Krankenhausfinanzierung/130322_Eckpunkte_Krankenhausfinanzierung.pdf
- BMG. (Juli 2013). *Gesetzliche Krankenversicherung - Kennzahlen und Faustformeln*. Abgerufen am 24. August 2013 von http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/GKV/Kennzahlen_Daten/KF2013Bund_Juli_2013.pdf

- Böhm, K., Beck, M., Klernt, S., & Peter, F. (September 2012). *Orientierungswert für Krankenhäuser - Methodische Grundlagen*. Abgerufen am 4. August 2013 von https://www.destatis.de/DE/Publikationen/WirtschaftStatistik/Gesundheitswesen/OrientierungswertKrankenhaeuser_92012.pdf?__blob=publicationFile
- Braun, T., Rau, F., & Tuschen, K.-H. (2007). Die DRG-Einführung aus gesundheitspolitischer Sicht. Eine Zwischenbilanz. In J. Klauber, B.-P. Robra, & H. Schellschmid, *Krankenhaus-Report 2007* (S. 3-22 (16)). Stuttgart: Schattauer.
- Bundeszentrale für politische Bildung. (1. März 2012). *Die Vergütung von Krankenhausleistungen*. Abgerufen am 24. August 2013 von <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72027/verguetung-von-krankenhaus-leistungen>
- Bundeszentrale für politische Bildung. (1. März 2012). *Einer für alle, alle für einen - Das Solidarprinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung*. Abgerufen am 19. August 2013 von <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72358/solidarprinzip>
- Bundeszentrale für politische Bildung. (1. März 2012). *Krankenhausplanung- und finanzierung*. Abgerufen am 24. August 2013 von <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72022/krankenhausplanung-und-finanzierung>
- Bundeszentrale für politische Bildung. (1. März 2012). *Stationäre Versorgung. Teil 2: Finanzierung und Vergütung*. Abgerufen am 21. August 2013 von <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72656/stationaere-versorgung-2>
- Buscher, D. H., Dornau, D.-V. R., Heinemann, D. F., Köke, D. J., Schröder, D., Steiger, D.-K. M., . . . Szczeny, D.-W. A. (2009). *Wirtschaft heute*. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.
- Dänzer, A. (Februar 2013). Faire Finanzierung der Krankenhäuser notwendig. *Das Krankenhaus*, S. 126.
- Das Krankenhaus. (November 2012). Brisanz in den Krankenhäusern steigt. *Das Krankenhaus*, S. 1101 - 1105.
- DKG. (14. August 2012). *Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern*. Abgerufen am 24. August 2013 von http://www.dkgev.de/media/file/11986.DKG_Bestandsaufnahme_KH-Planung_Investitionsfinanzierung_030812.pdf
- DKI. (Dezember 2012). *Einflussfaktoren des Fallzahl- und Case Mix-Anstiegs in deutschen Krankenhäusern*. Abgerufen am 24. August 2013 von https://www.dki.de/sites/default/files/downloads/einflussfaktoren_des_fallzahl-_und_case_mix-anstiegs_in_deutschen_krankenhausern.pdf
- Einwag, M. (Januar 2013). Mehrleistungen im Krankenhaus: Mehr Sachlichkeit ist gefragt! *Das Krankenhaus*, S. 19.

- GKV-Spitzenverband. (17. Dezember 2012). *Bundesbasisfallwert (BBFW)*. Abgerufen am 27. Juli 2013 von <http://www.gkvspitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/budgetverhandlungen/bundesbasisfallwert/bundesbasisfallwert.jsp>
- GKV-Spitzenverband. (24. Juli 2013). *Thema: Krankenhausfinanzierung*. Abgerufen am August 2013 von http://www.gkvspitzenverband.de/presse/themen/krankenhausfinanzierung/thema_krankenhausfinanzierung.jsp
- Häckl, D. (2010). *Neue Technologien im Gesundheitswesen*. Wiesbaden: Gabler Verlag, Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH 2010.
- Hamburg Center for Health Economics. (29. Juli 2013). *Hamburg Center for Health Economics*. Abgerufen am 24. August 2013 von HCHE News: <http://www.hche.de/de/aktuelles.html#hamburg-center-for-health-economics-erhalt-den-forschungsauftrag-zu-mengenentwicklung-im-krankenhaus-35763>
- InEK . (2005 - 2012). *G-DRG-Browser: Datenveröffentlichung gem. § 21 KHEntgG (2005-2012)*. Abgerufen am Juli 2013 von http://www.g-drg.de/cms/Datenveroeffentlichung_gem._21_KHEntgG
- InEK . (2012). *Definitionshandbuch 2013 Kompaktversion Band 1 (S. xi)*. Abgerufen am 24. August 2013 von <http://www.g-drg.de/cms/content/view/full/3904>
- InEK . (2012). *Wir über uns*. Abgerufen am 24. August 2013 von http://www.g-drg.de/cms/Das_Institut/Wir_ueber_uns
- InEK . (27. März 2013). *Begleitforschung gem. § 17 Abs. 8 KHG*. Abgerufen am Juli 2013 von Bericht zur Begleitforschung 3. Zyklus: <http://www.g-drg.de/cms/content/view/full/4094>
- InEK . (2013). *Fallpauschalenkatalog Systemjahre 2005 - 2013*. Abgerufen am Juli 2013 von <http://www.g-drg.de/cms/Archiv>
- Klauber, J., & Leclerque, G. (2012). Einführung. In J. Klauber, M. Geraedts, J. Friedrich, & J. Wasem (Hrsg.), *Krankenhaus-Report 2013* (S. XV-XXII). Deutschland: Schattauer.
- Klauber, J., Geraedts, M., & Friedrich, J. (2012). *Krankenhaus-Report 2013*. (J. Wasem, Hrsg.) Stuttgart: Schattauer.
- Malzahn, J., & Wehner, C. (2012). Von der Mengenorientierung zur qualitätsorientierten Kapazitätssteuerung. In J. Klauber, M. Geraedts, J. Friedrich, & J. Wasem (Hrsg.), *Krankenhaus-Report 2013* (S. 223-239). Stuttgart: Schattauer.
- MDK - Medizinischer Dienst der Krankenversicherung. (2013). *Prüfung der Fehlbelegung*. Abgerufen am 19. Juli 2013 von <http://www.mdk.de/1321.htm>
- Mostert, C., Leclerque, G., & Friedrich, J. (2012). Eckdaten der Leistungsentwicklung im Krankenhausmarkt 2011. In J. Klauber, M. Geraedts, & J. Friedrich, *Krankenhaus-Report 2013* (S. 21-49). Stuttgart: Schattauer.

- Raddatz, J., & Domurath, D. B. (April 2013). Die Kostenmatrix des InEK - wenn nur alles so einfach wäre! *Das Krankenhaus*, S. 362 - 372.
- Reifferscheid, A., Thomas, D., & Wasem, J. (2012). Zehn Jahre DRG-System in Deutschland - Theoretische Anreizwirkungen und empirische Evidenz. In J. Klauber, M. Geraedts, J. Friedrich, & J. Wasem (Hrsg.), *Krankenhaus-Report 2013* (S. 3-21). Stuttgart: Schattauer.
- Reiners, H. (2006). Der homo oeconomicus im Gesundheitswesen. In H. Rebscher, *Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik* (S. 109 ff., 117ff.). Heidelberg: Economica in Medhochzwei.
- Repschläger, U. (30. August 2012). *Der Einfluss der demografischen Entwicklung und die Gesundheitsausgaben in Deutschland*. (B. GEK, Hrsg.) Abgerufen am August 2013 von <http://www.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Versicherte/Rundum-gutversichert/Infothek/Wissenschaft-Forschung/Publikationen/Gesundheitswesen-aktuell-2012/2-Repschlaeger-2012,property=Data.pdf>
- RWI. (Mai 2012). *Mengenentwicklung und Mengensteuerung stationärer Leistungen*. Abgerufen am 24. August 2013 von http://www.rwi-essen.de/media/content/pages/publikationen/rwi-projektberichte/PB_GKV_Menge_stat_Leistung.pdf
- Schäfer, T., Pritzkeleit, R., Hannemann, F., Günther, K.-P., Malzahn, J., Niethard, F., & Krauspe, R. (2012). Trends und regionale Unterschiede in der Inanspruchnahme von Wirbelsäulenoperationen. In J. Klauber, M. Geraedts, J. Friedrich, & J. Wasem (Hrsg.), *Krankenhaus-Report 2013* (S. 111-135). Stuttgart: Schattauer.
- Statistisches Bundesamt. (2005-2011). *Kostennachweis der Krankenhäuser*. Abgerufen am 1. Juli 2013 von Fachserie 12 Reihe 6.3 - 2011 (Tab. 1.1): <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/KostennachweisKrankenhaeuser.html>
- Statistisches Bundesamt. (10. Dezember 2008). *Krankenhauslandschaft im Umbruch*. Abgerufen am 23. August 2013 von https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressekonferenzen/2008/Krankenhaeuser/Statement_Weigl.pdf?__blob=publicationFile
- Statistisches Bundesamt. (2012). *Bevölkerung: Sterbefälle, Lebenserwartung*. Abgerufen am August 2013 von Durchschnittliche weitere Lebenserwartung nach Altersstufen: https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Sterbefaelle/Tabelle/Lebenserwartung.pdf?__blob=publicationFile
- Statistisches Bundesamt. (5. Mai 2013). *Bevölkerungsfortschreibung auf Grundlage der Volkszählung 1987 (Westen) bzw. 1990 (Osten)*. Abgerufen am Juli 2013 von Fachserie 1 Reihe 1.3 - 2011 (Tab. 1.1): <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Bevoelkerungsfortschreibung.html>
- Statistisches Bundesamt. (2013). *Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern (einschl. Sterbe- und Stundenfälle)*. Abgerufen am 4. August 2013 von Fachserie 12 Reihe 6.2.1 - 2005-2011 (Tab. 1.1, Tab. 2.1.1.2):

<https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/DiagnosedatenKrankenhaus.html>

Statistisches Bundesamt. (12. März 2013). *Grunddaten der Krankenhäuser*. Abgerufen am Juli 2013 von Fachserie 12 Reihe 6.1.1 - 2011 (Tab. 1.1, Tab. 1.4):

<https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/GrunddatenKrankenhaeuser.html>

Statistisches Bundesamt. (2013). *Operationen und Prozeduren der vollstationären Patientinnen und Patienten der Krankenhäuser (Tab. 1.1.1)*. Abgerufen am 2. Juli 2013 von 2005-2011: <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/OperationenProzeduren.html>

Statistisches Bundesamt. (27. Juni 2013). *Pressemitteilung: 41,8 Millionen Erwerbstätige im Mai 2013*. Von

https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2013/06/PD13_215_132.html abgerufen

Tuschen, K. H., Braun, D. T., & Rau, F. (November 2005). Erlösausgleiche im Krankenhausbereich: Eine Orientierungshilfe. *Das Krankenhaus*, S. 955-960.

Vetter, U. (2005). Krankenhausplanung - weiterhin Grundlage für die Leistungsplanung im Krankenhaus oder bald Geschichte im Zeitalter der DRGs? In U. Vetter, & L. Hoffmann, *Leistungsmanagement im Krankenhaus: G-DRGs* (S. 38 ff.). Berlin: Springer.

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit mit dem Thema „Die Untersuchung der Effekte der Mengenregulierung auf Grundlage der beobachteten Mengendynamik im Krankenhaus“ ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe.

Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen, einschließlich der Abbildungen und Tabellen, sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungskommission vorgelegt und auch nicht veröffentlicht.

Hamburg, den 27. August 2013

Kim Fiedler