ECONSTOR
Make Your Publications Visible.

A Service of

ZBW Leibniz-Informationszentrum Wirtschaft
Leibniz Information Centre for Economics

Bäuml, Matthias; Kifmann, Mathias; Kümpel, Christian

Article — Published Version

Entwicklung des Krankenhausmarktes

Wirtschaftsdienst

Suggested Citation: Bäuml, Matthias; Kifmann, Mathias; Kümpel, Christian (2016) : Entwicklung des Krankenhausmarktes, Wirtschaftsdienst, ISSN 1613-978X, Springer, Heidelberg, Vol. 96, Iss. 12, pp. 932-934, https://doi.org/10.1007/s10273-016-2074-1

This Version is available at:
https://hdl.handle.net/10419/156441

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

WWW.ECONSTOR.EU

Mitglied der Leibniz-Gemeinschaft

DOI: 10.1007/s10273-016-2074-1

Matthias Bäuml, Mathias Kifmann, Christian Kümpel

Entwicklung des Krankenhausmarktes

Seit 2005 werden in Deutschland die Krankenhäuser für deren Betriebskosten auf Grundlage der für Deutschland adaptierten diagnosebezogenen Fallgruppen (Diagnosis Related Groups – DRG) vergütet. Bei diesem System werden die Patientengruppen anhand klinischer Parameter wie z.B. Diagnosen, Prozeduren sowie weiteren demografischen und administrativen Parametern (wie z.B. Alter oder Tod im Krankenhaus) zugeordnet. Für jede Patientengruppe wird ein relatives Kostengewicht berechnet, das den relativen Ressourcenverbrauch in den Krankenhäusern widerspiegeln soll. Dieses Relativgewicht kann um Zu- bzw. Abschläge für besonders lange oder kurze Aufenthalte ergänzt werden. Der entsprechende Geldbetrag ergibt sich dann durch Multiplikation mit dem Landesbasisfallwert. Zusätzlich können Sonderentgelte anfallen, z.B. für neue Behandlungsformen. Insgesamt beträgt der Erlös für einen Patienten:

DRG-Vergütung = (Relativgewicht + Zu-/Abschläge)
x Basisfallwert + Sonderentgelte

Die relativen Kostengewichte und Zu- und Abschläge werden vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) basierend auf den durchschnittlichen Kosten für ca. 20% der Fälle von freiwillig übermittelnden Krankenhäusern berechnet.[1] Seit 2010 werden die landesspezifischen Basisfallwerte jährlich in Richtung eines Bundesbasisfallwertes angepasst und liegen 2016 zwischen 3278 und 3465 Euro.[2] Im Extremfall kann die DRG-Vergütung pro Fall auf bis zu ca. 236 242 Euro steigen.[3] Die Erlöse aus dem DRG-System decken ca. 96% aller Betriebskosten.[4]

1 Vgl. Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK): Abschlussbericht, 2014.
2 Vgl. GKV-Spitzenverband: Landesbasisfallwerte 2016.
3 Vgl. Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK): Fallpauschalen-Katalog 2016.
4 Eigene Berechnung, Daten gemäß §21 KHEntgG.

Dr. Matthias Bäuml, Prof. Dr. Mathias Kifmann und Christian Kümpel, M.A., sind Mitarbeiter am Hamburg Center for Health Economics (hche).

Ziele und Anreize des DRG-Systems

Der Gesetzgeber und die Selbstverwaltungspartner verfolgten bei der Einführung des DRG-Systems mehrere Ziele.[5] Erstens stand eine größere Transparenz für die erbrachten Dienstleistungen und eine damit verbundene Leistungsbezogenheit im Fokus. Krankenhäuser sollten für ähnliche Patienten und eine identische Leistung die gleiche Vergütung erhalten. Zweitens sollten Krankenhäuser ihre produktive Effizienz steigern, indem sie insbesondere die im internationalen Vergleich hohe Verweildauer reduzieren. Drittens sollte mit dem DRG-System der Anstieg der Gesundheitsausgaben gebremst werden.

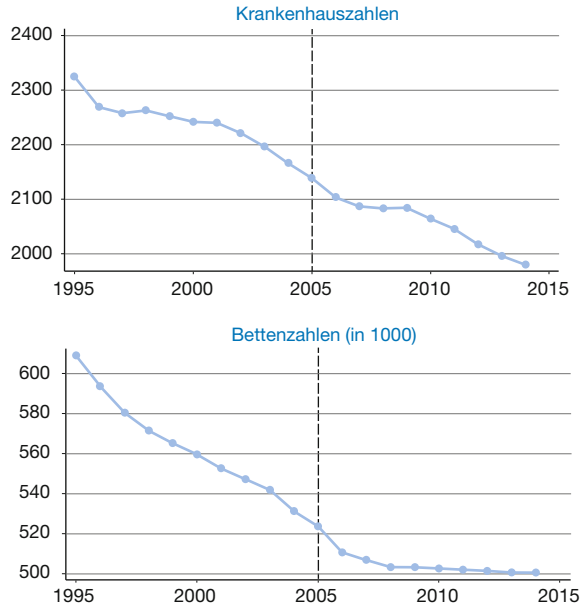
Die finanziellen Anreize des DRG-Systems sind jedoch vielfältig. Grundsätzlich besteht der Anreiz, die Kosten für einen Patienten so gering wie möglich zu halten, weil zusätzliche Kosten vom Krankenhaus selbst getragen werden müssen. Allerdings sind DRG-Vergütungen vielfach abhängig von Prozeduren, so dass der Anreiz besteht, intensivere Behandlungen zu wählen, wenn diese lukrativer sind.[6] Ein weiterer problematischer Anreiz besteht darin, die Fallschwere zu hoch anzugeben, um dadurch eine höhere Vergütung zu erzielen (Upcoding). Darüber hinaus sind DRG-Vergütungen auf Grundlage der durchschnittlichen Fallkosten kalkuliert. Die Grenzkosten können erheblich geringer sein. Dies gibt Krankenhäusern den Anreiz zur Mengenausweitung. Hiergegen wirkt jedoch die Budgetierung der Krankenhäuser, die jährlich mit den Kostenträgern über die geplanten leistungsspezifischen Fallzahlen und damit auch die erreichbaren, abschlagsfreien Umsätze verhandeln. Zudem erfolgt eine Vorgabe der Bettenzahl, die von den Landesbehörden in regelmäßigen Abständen geplant bzw. verhandelt wird.

Weniger Krankenhäuser, aber konstante Bettenzahl

Mit einem Vergleich der Entwicklung, die jeweils zehn Jahre vor und nach Einführung des DRG-Systems umfasst, lassen sich einige interessante Trends identifizieren. Abbildung 1 zeigt die Entwicklung des Krankenhausmarktes

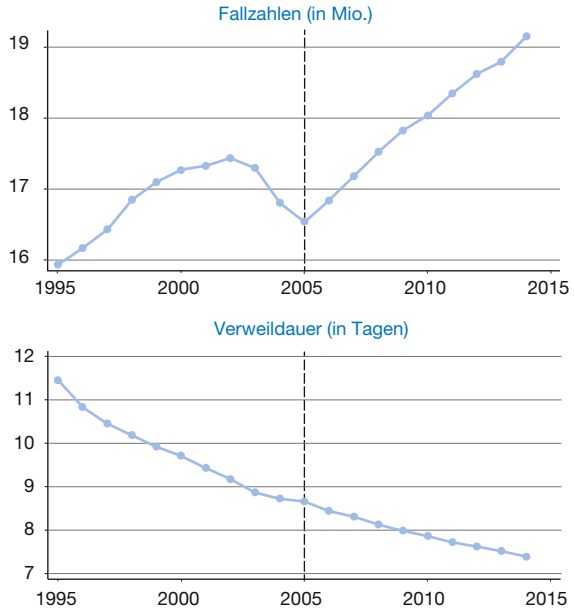
5 Vgl. Deutscher Bundestag: Entwurf eines Gesetzes zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz-FPG), Bundesdrucksache 14/6893, 2001.
6 Vgl. E. Hafsteinsdottir, L. Siciliani: DRG Prospective Payment Systems: Refine or not Refine?, in: Health Economics, 19. Jg. (2010), H. 10, S. 1226-1239.

Abbildung 1
Entwicklung der Krankenhaus- und Bettenzahlen



Quelle: Statistisches Bundesamt: Gesundheit: Grunddaten der Krankenhäuser 2014, Fachserie 12 Reihe 6.1.1., 2015.

Abbildung 2
Entwicklung der Fallzahlen und Verweildauer



Quelle: Statistisches Bundesamt: Gesundheit: Grunddaten der Krankenhäuser 2014, Fachserie 12 Reihe 6.1.1., 2015.

hinsichtlich der Zahl der Krankenhäuser und der Zahl aufgestellter Betten. Von 2139 Krankenhäusern im Jahr 2005 ist die Zahl bis 2014 auf 1980 Krankenhäuser zurückgegangen und folgt damit der bereits vor der Einführung des DRG-Systems beobachtbaren Konsolidierung durch Schließung, Trägerwechsel sowie Zusammenschlüsse. Die Zahl der Krankenhäuser von öffentlichen (ca. -21%) und freigemeinnützigen (ca. -15%) Trägern ist gesunken, die Zahl der Krankenhäuser von privaten Trägern hingegen gestiegen (ca. +21%).[7]

Die absolute Bettenzahl folgte zunächst ebenfalls einem abnehmenden Trend. Der Abbauprozess ist jedoch seit 2009 nahezu gestoppt und stagniert bei ca. 500 000 Betten. Die durchschnittliche Bettenzahl pro Krankenhaus ist von 245 (2005) auf 253 (2014) gestiegen.[8] Mit 6,18 Betten pro 1000 Einwohnern (2014) liegt Deutschland jedoch weit über dem Durchschnitt aller OECD-Staaten (3,84 Betten pro 1000 Einwohner 2014).[9]

Steigende Fallzahlen, Verweildauer sinkt stetig

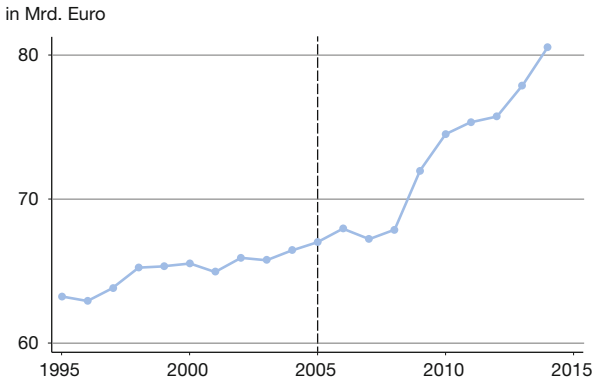
Die stationären Fallzahlen sind nach einem kurzen abnehmenden Trend seit 2005 wieder kontinuierlich angestiegen (vgl. Abbildung 2). Sie lagen 2005 bei ca. 16,5 Mio. Fällen und 2014 bei ca. 19,1 Mio. Fällen. Ein vom Gesetzgeber initiierter Forschungsauftrag hat bei der detaillierten Analyse der Entwicklung der Fallzahlen in Deutschland aufgedeckt, dass vor allem die planbaren Dienstleistungen, die in den Hauptgeschäftszeiten von Montag bis Freitag zwischen 6 Uhr und 16 Uhr erbracht werden, den Großteil dieses kontinuierlichen Anstiegs erklären. Eher nicht planbare Leistungen, die in den Nebenzeiten, nachts und am Wochenende erbracht werden, weisen hingegen nur wenig Veränderung zwischen 2005 und 2014 auf.[10] Die gesamte Fallzahlerhöhung geht mit einer sinkenden durchschnittlichen Verweildauer der Patienten von 8,6 Tagen (2005) auf 7,4 Tagen (2014) einher.[11] Im OECD-Vergleich der Fallzahlen pro 100 000 Einwohner liegt Deutschland mit ca. 23 500 (2014) damit ebenfalls deutlich oberhalb des Durchschnitts von ca. 15 000.[12]

Starkes Ausgabenwachstum, Zunahme der kodierten Fallschwere bis 2010

Die Ausgabenentwicklung verläuft wie bereits vor Einführung des DRG-Systems ansteigend (vgl. Abbildung 3). Von 67,1 Mrd. Euro 2005 stiegen die Gesamtausgaben

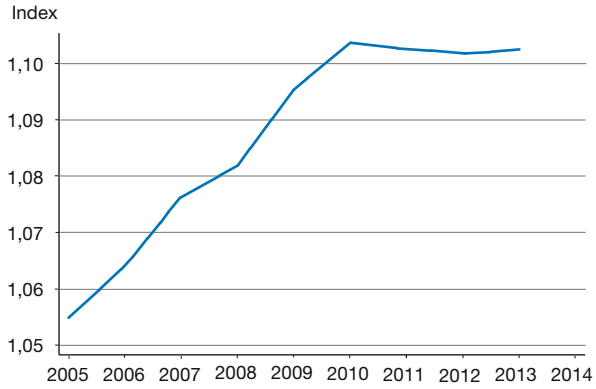
7 Eigene Berechnung, vgl. Statistisches Bundesamt: Gesundheit: Grunddaten der Krankenhäuser 2014, Fachserie 12 Reihe 6.1.1., 2015.
8 Vgl. ebenda.
9 Vgl. OECD: Health Statistics 2016: Health Care Resources.
10 Vgl. J. Schreyögg et al.: Forschungsauftrag zur Mengenentwicklung nach §17b Abs. 9 KHG, 2014.
11 Vgl. Statistisches Bundesamt, a.a.O.
12 Vgl. OECD, a.a.O.

Abbildung 3
Ausgabenentwicklung Krankenhausversorgung
in Preisen von 2010



Quelle: eigene Berechnung; vgl. Statistisches Bundesamt: Gesundheit: Deutschland, Jahre, Einrichtungen, GENESIS-Online Datenbank 2016.

Abbildung 4
Entwicklung Fallschwere-Index
in Preisen von 2010 (effektive Relativgewichte)



Quelle: eigene Berechnung; Daten gemäß §21 KHEntgG.

2014 auf 80,6 Mrd. Euro (in Preisen von 2010). Dies entspricht einer durchschnittlichen jährlichen Wachstumsrate von ca. 2% und liegt damit 0,2 Prozentpunkte über der korrespondierenden Wachstumsrate der Gesamtausgaben im Gesundheitswesen (1,8%).[13] Bemerkenswert ist die Steigerung der Wachstumsrate bei den Kosten nach Einführung des DRG-Systems. Im Vergleich dazu lag die durchschnittliche jährliche bereinigte Wachstumsrate des Bruttoinlandsprodukts in Deutschland im gleichen Zeitraum bei ca. 1,4%.[14]

Abbildung 4 zeigt den Fallschwere-Index (Case-Mix-Index – CMI) von 2005 bis 2013. Hierfür wurden sämtliche DRG-Fälle mit den Relativgewichten des Jahres 2010 bewertet und für jedes Jahr der Durchschnitt gebildet. Der Fallschwere-Index gibt somit die durchschnittliche kodierte Fallschwere wieder. Nach Einführung des DRG-System hat diese deutlich zugenommen. Von 2005 bis 2010 ist ein Anstieg um ca. 5% zu verzeichnen. Von 2010 bis 2013 zeigen sich keine Veränderungen im Fallschwere-Index.

Diskussion

Zweifelsfrei hat die Einführung des DRG-Systems die Transparenz für die erbrachten Dienstleistungen erhöht, da zahlreiche klinische, demografische und administrative Parameter nun routinemäßig erfasst werden. Unklar ist jedoch, inwieweit das DRG-System zu einer effizienteren Versorgung beigetragen hat. Zwar ist die Verweildauer gesunken; dieser Trend bestand jedoch schon vor Einführung des Systems. Auffällig ist die starke Zunahme der Fallzahlen und der Fallschwere. Hierzu könnte das DRG-System beigetragen haben, da die Grenzkosten für weitere Behandlungen vielfach unterhalb der DRG-Vergütung liegen. Hinzu kommt, dass intensivere Behandlungen für Krankenhäuser lukrativ sein können. Ein kontrovers diskutiertes Thema ist, ob die zusätzlichen Fälle und Behandlungen im Sinne der Patienten sind. Kritiker werfen dem DRG-System vor, die Zahl der unnötigen Operationen erhöht zu haben.[15]

Nach Einführung des DRG-Systems ist die kodierte Fallschwere merklich gestiegen. Ursachen hierfür können aufwändigere Fälle oder ein verändertes Kodierverhalten sein. Evidenz für letzteres finden Hendrik Jürges und Juliane Köberlein.[16] Sie schätzen, dass in den ersten acht Jahren des DRG-Systems die Geburtsgewichte von mindestens 12 000 Frühgeborenen falsch kodiert wurden, um eine höhere Vergütung zu erreichen. Bemerkenswert ist, dass einem Krankenhaus bei erfolgreichem Aufdecken einer profitablen Fehlkodierung keine Strafe droht. Lediglich der zu viel in Rechnung gestellte Betrag muss zurück bezahlt werden. Den Kostenträgern wird allerdings für jede erfolglose Abrechnungsprüfung eine Aufwandspauschale in Höhe von 300 Euro in Rechnung gestellt.

13 Eigene Berechnung, vgl. Statistisches Bundesamt: Gesundheit: Ausgaben 2014, Fachserie 12 Reihe 7.1.1., 2016.
14 Eigene Berechnung, vgl. Statistisches Bundesamt: Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung: Bruttoinlandsprodukt ab 1970, 2. Vierteljahr 2016.
15 Vgl. z.B. das Interview mit dem Präsidenten der Bundesärztekammer Frank Ulrich Montgomery: Bundesärztekammer: Zu viele unnötige Operationen, Berliner Zeitung vom 29.11.2014, http://www.bz-berlin.de/berlin/chef-der-bundesaerztekammer-ueber-unnoetige-operationen-drg (29.11.2016).
16 Vgl. H. Jürges, J. Köberlein: What explains DRG upcoding in neonatology? The roles of financial incentives and infant health, in: Journal of Health Economics, 43. Jg. (2015), H. 1, S. 13-26.