

# Ein Vabanque-Spiel?

*Zwischen „griechischer Budgetierung“ und Berliner Rationierung: Die Neubewertung der Sachkosten in den DRG wird zu heftigen Veränderungen führen. Kliniken werden versuchen, den durch die Übervergütungsregelung ausgelösten Kostendruck über harte Preisverhandlungen auf die Industrie abzuwälzen, mit Personalabbau reagieren oder verstärkt Billigprodukte einkaufen. Ein Kommentar zur Sachkosten-Übervergütung.*

*Von Prof. Dr. Dr. Wilfried von Eiff*



*Prof. Dr. Dr. Wilfried von Eiff arbeitet am Ludwig Fresenius Center for Health Care Management and Regulation an der HHL Leipzig Graduate School of Management und als Leiter des Centrums für Krankenhaus-Management (Uni Münster).*

Der gesetzliche Auftrag (§ 17b Absatz 1 Satz 6 KHG) zur Korrektur der Vergütung von Fallpauschalen mit hohen Sachkosten basiert auf der Annahme, dass erstens eine systematische Übervergütung der Sachkostenanteile vorliegt und dadurch zweitens möglicherweise Fehlanreize ausgelöst werden, die zu sachlich unangemessenen Mengenausweitungen führen.

Das Vorliegen einer systematischen Übervergütung wird begründet durch zwei Überlegungen: Dies ist einerseits die Annahme, es gäbe einen generellen Trend zur Verringerung des Preisniveaus für Medizinprodukte, belegt durch das Konzept der Lebenszykluskurve. Andererseits wird erklärt, die aktuelle Kohorte der Kalkulationskrankenhäuser sei nicht repräsentativ, weil Krankenhäuser privater Gesundheitsketten nicht vertreten seien. Diese aber könnten durch Marktmacht im Einkauf zu erheblich günstigeren Preisen beschaffen. Daraus resultiere eine nicht sachgerechte Vergütungskalkulation, die es zu korrigieren gelte.

Fakt ist, dass in einem Vergütungssystem mit administrierten Preisen, wie im deutschen DRG-System, die Möglichkeiten zum Erzielen von Ge-

winnen und betriebswirtschaftlich mobilisierbaren Rationalisierungseffekten im Wesentlichen in der Beschaffungspolitik eines Krankenhauses liegen. Vergleichsweise teure Produkte mit hoher Funktionalität ermöglichen eine präzisere Handhabe und damit höhere medizinische Qualität sowie verbessertes Patientenbefinden (Outcome). Durch den Einsatz solcher Produkte lässt sich zum Beispiel die OP-Belegungszeit reduzieren und die Umlaufzeit für Instrumente in der ZSVA verkürzen. Diese Zeiteinsparungen lassen sich medizinisch und ökonomisch nutzen.

## Der Kalkulationsansatz

Der Ansatz des InEK zum Abbau der Übervergütung von Sachkosten zielt auf eine Veränderung der DRG-Vergütungssystematik, indem eine „systematische“ Umverteilung von Sachkosten zu Personal- und Infrastrukturkosten erfolgt. Es findet also keine einzelfallbezogene Analyse statt, sondern es wird das generelle Vorliegen einer Übervergütung unterstellt. Begründet wird dies durch die Hebelwirkung des Landesbasisfallwer-

tes, der über der Bezugsgröße liegt. Das heißt, die tatsächliche Vergütung liegt über den mittleren Kosten. Diese Hebelwirkung, die grundsätzlich für alle Kostenarten (also auch für Personal- und Infrastrukturkosten) gilt, ist aber kein Zeichen von Übervergütung, sondern eine Kalkulationssystematik, die Krankenhäuser dazu anreizt, besser als der Durchschnitt zu sein und durch intelligente Investition in Medizinprodukte Prozesse zu optimieren, Kosten zu senken und Gewinne zu erzielen, um Investitionen zur Qualitätssicherung zu finanzieren.

Mit der Einführung der Übervergütungsregelung werden die Möglichkeiten, Gewinne zu erzielen, insbesondere bei Krankenhäusern mit hohen Vorhaltekosten (zum Beispiel Katheter-Labore, zentrale Notfallaufnahme, Hybrid-OP), spürbar eingeschränkt.

## Die Konsequenzen

■ Eine flächendeckende Reduzierung der Übervergütungsregel führt tendenziell zu einer regelhaften Beschaffung von „End-of-Pipe“-Technologien; das heißt, innovative Produkte kommen mangels Finanzierungsmöglichkeit nicht mehr zum Einsatz.

■ Auch Produkte, deren Einsatz zwar mit höheren Beschaffungskosten verbunden ist, aber zu Prozessverbesserungseffekten führt, werden weniger oft eingesetzt werden.

■ Eine besondere Gefahr ist darin zu sehen, dass der niedrigste am Markt anzutreffende Preis für ein Medizinprodukt zur Kalkulationsgrundlage gemacht wird. Diese Praxis für die Festlegung der Höhe eines Sachmittelbudgets (auch „griechische Budgetierung“ genannt) unterstellt, dass Basisfunktionalität und Basisqualität eines Billigprodukts ausreichend sind.

■ Durch die Übervergütungsregel werden auch die Themen „Reparatur von OP-Instrumentarien“ und „Wiederaufbereitung von Einmalprodukten“ als Quellen der Kostensenkung neu belebt.

■ Wenn der ökonomische Druck auf die Refinanzierbarkeit innovativer Medizinprodukte zunimmt, ist zu befürchten, dass prozessoptimierende und den Patientennutzen verbes-

sernde Produkte aus Kostengründen weniger häufig eingesetzt werden, wodurch Rationierungseffekte eintreten könnten.

■ Krankenhäuser, die bisher sachkostenintensive Eingriffe aus deutlich ökonomischer Motivation durchgeführt haben, werden genau kalkulieren müssen, inwieweit die mit niedrigeren Deckungsbeiträgen verbundenen Korrekturen bei den Sachkosten ausreichen, bei begrenzter Eingriffszahl die hohen Vorhaltekosten zu refinanzieren. Hier ist ein Konzentrationsprozess zu erwarten, der einerseits versorgungsstrukturelle Effekte auslöst, andererseits aber auch mit einer Verbesserung der Eingriffsqualität einhergehen kann.

Die Konsequenzen der Neubewertung des medizinischen Sachbedarfs bei sachkostenlastigen Leistungen sind im Hinblick auf die Einkaufs- und Personalentscheidungen eines Krankenhauses umstritten. Es steht zu befürchten, dass die Absenkung des Kalkulationssatzes für Sachkosten mittelfristig zu einer spürbaren Reduktion des DRG-Ertrags von Maximalversorgern, Spezialkliniken und insbesondere in den innovativen Häusern führen wird.

Die Reaktionsmöglichkeiten der Krankenhäuser sind unterschiedlich: Sie reichen von einer mit Qualitätseinbußen sowie Patientenrisiken verbundenen preisorientierten Einkaufspolitik bis hin zu Personalabbau und versteckter Rationierung.

Das neue InEK-Sachkostenkonzept ist ordnungspolitisch nur dann zielführend, wenn gleichzeitig korrespondierende Regeln etabliert werden, die klarmachen, wie Innovationen zeitnah in das System kommen, welche Anreize für wirtschaftliches Verhalten bestehen und wie sichergestellt wird, dass die Länder die entstehende Selbstfinanzierungslücke durch Investitionsfinanzierung in ausreichender Höhe decken. Weiterhin muss die Kalkulationsmethodik angepasst werden in den Leistungsbereichen, in denen nachweislich eine deutliche Unterfinanzierung existiert; dies betrifft die Finanzierung von Innovationen, den Bereich der Extremkostenfälle, die Notfallversorgung und die Weiterbildung des ärztlichen Nachwuchses. ■



# Bibliomed

Personalmarketing

## Denn der Mensch macht Medizin erfolgreich.

Werden Sie sichtbar für die Mitarbeiter von morgen, und gewinnen Sie noch heute die Besten für sich.



Arbeitgeber-Markencheck



Web-basierte Personalgewinnung



Personal- und Arbeitgebermarketing



Mediaplanung und Anzeigenmanagement

Bibliomed Medizinische Verlagsgesellschaft mbH  
Kontakt: Anna-Katharina Fischer  
Telefon: 0 56 61 / 73 44-27

[www.bibliomed.de](http://www.bibliomed.de)