

Die Haupt-Missverständnisse beim Krankenhausvergleich der Krankenkassen

Von Jens-Martin Hoyer, Jutta Linnenbürger und Dieter Paffrath

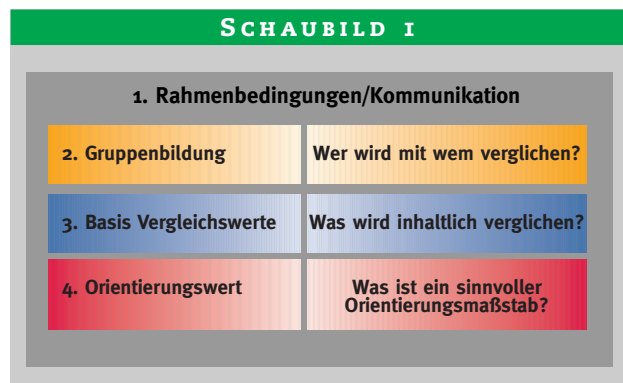
Die Gesundheitsreform 2000 hat die Stellung des Krankenhausvergleichs gestärkt.¹ Gleichzeitig beherrschen Missverständnisse über dessen Arbeitsweise das Feld. Der folgende Beitrag versucht, die wichtigsten Missverständnisse aufzuklären. Ordnungspolitisch lassen sich die Krankenkassen hierbei von der Vorstellung leiten, dass der Betriebsvergleich eine Art Marktsimulation leisten soll. Bei richtiger Anwendung kann auf diesem Weg dem Marktmechanismus in einem durch den Kontrahierungszwang geprägten Vertragsverhältnis mehr Geltung verschafft werden.

Der vorliegende Beitrag unterscheidet dabei die im *Schaubild I* dargestellten Ebenen. Es hat sich gezeigt, dass diese Ebenen in der Diskussion strikt zu trennen sind. Gleichwohl bestehen Interdependenzen zwischen diesen Ebenen, die Beachtung verdienen.

1 Rahmenbedingungen und Kommunikation

1.1 „Für einen Parteivergleich fehlt die gesetzliche Grundlage“

Als Standardargument gegen den Krankenhausvergleich der Krankenkassen wird vorgebracht, dass es sich um einen Parteivergleich handelt, der aufgrund seiner Einseitigkeit nicht herangezogen werden könne. Die Gesetzeslage ist aber eindeutig: Solange ein gemeinsamer Krankenhausvergleich auf Bundesebene nach § 5 Abs. 1 BPflV nicht vorliegt, „sind die Pflegesatzparteien verpflichtet, im Rahmen der Pflegesatzfindung Orientierungsdaten zu berücksichtigen, die von der jeweiligen Verbandsseite einseitig erstellt worden sind.“² Zu dieser grundsätzlichen Position sind z.B. auch die Schiedsstellen in Rheinland-Pfalz und im Rheinland gelangt.³ Von Leber wird ferner ausgeführt, dass es zu einer Veränderung



der Darlegungs- und Beweislast führt, wenn sich die Kostenträger auf Vergleichsdaten berufen.⁴ In dieser Hinsicht äußert sich auch Möcks⁵: „Ein Krankenhausvergleich der Krankenkasse ist für die Schiedsstellen ein rechtserheblicher Hinweis, dass die Budgetforderung des Krankenhauses einer Begründung bedarf, um Bestand zu haben. Wenn das Krankenhaus dann nicht in der Lage ist, den Vergleich zu erschüttern, sondern – wie es ein Schiedstellenvorsitzender formuliert hat – Argumentationsarmut zeigt, hat zwar noch nicht die Krankenkasse mit ihrer Forderung nach Budgetabsenkung obsiegt, es liegt aber bei der Schiedsstelle, ob sie von einem sachgerechten Vergleich ausgeht und wie sie die Budgetforderung des Krankenhauses bewertet.“⁶

1.2 „Krankenkassen legen ihre Methoden und Daten nicht offen“

Häufig wird von Vertretern der Krankenhauseite geäußert, der Vergleich der Krankenkassen sei für die Verhandlungspartner nicht transparent und gleiche somit einer „Black Box“.⁷ Die Antwort auf diesen Vorwurf muss nach Methoden und Daten ge-

trennt gegeben werden. Die bei der AOK zur Erfassung, Plausibilitätsprüfung und Auswertung der Krankenhausdaten eingeführte Software wurde im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WiDO) entwickelt und heißt WiDO-KLIP⁸. Die Vorgehensweise beim Vergleich der AOK auf Basis der Software WiDO-KLIP ist kein Betriebsgeheimnis. Sowohl die Software als auch die damit möglichen Auswertungsverfahren werden laufend in vielen Präsentationen und Vorträgen zur Information der Krankenhäuser, Krankenhausgesellschaften, Schiedsstellen, Kassenverbände sowie weiterer Fachkreise vorgestellt und intensiv erörtert. Die Krankenkassen haben ein starkes Interesse, die praxiserprobten Verfahren für alle Beteiligten transparent zu machen, weil anders Akzeptanz für den Einsatz im Pflegetatbestand nicht zu erreichen ist. Darüber hinaus stehen aber auch diverse Publikationen⁹ zur Methodenfrage zur Verfügung.

Anders als bei der Methodik ist die Situation bei den Daten. Die Offenlegung der Daten, insbesondere die einzelner, in den Vergleich einbezogener Krankenhäuser könnte durchaus im Interesse der Krankenkassen sein, widerspricht aber hier dem Schutzbedürfnis der untereinander im Wettbewerb stehenden Krankenhäuser.¹⁰ In der Praxis der heute schon existierenden Krankenhausvergleiche, die von der Krankenhausseite kommen, und den Planungen zum gemeinsamen Vergleich¹¹ wird ebenfalls i.d.R. mit anonymisierten Daten bzw. sogar ohne die Einzeldaten oder Rückschlussmöglichkeiten auf die einbezogenen Häuser gearbeitet.

Der vorsichtige Umgang mit der Offenbarung von Krankenhausdaten darf andererseits natürlich nicht dazu führen, dass Daten willkürlich verwendet werden könnten. Die Krankenkassen gehen bei ihren Vergleichen davon aus, dass spätestens in den Schiedsstellen oder im Rechtsstreit die Vergleichsdaten in angemessener Weise überprüft werden. Diese Erwartung schützt die Krankenhäuser vor der befürchteten Willkür.

2 Wer wird mit wem verglichen?

2.1 „Krankenkassen vergleichen Äpfel mit Birnen“

Die in der Verhandlungspraxis zum Thema „Krankenhausvergleich der Krankenkassen“ vermutlich am häufigsten verwendete Metapher ist die des Vergleichs von Äpfeln mit Birnen. Ist eine einzelne Vergleichsabteilung oder eine Vergleichsgruppe bekannt, werden von Krankenhausseite üblicherweise die Unterschiede hierzu betont. Von diesen gibt es immer nahezu unendlich viele. Trotzdem verfängt der Vorwurf nicht, denn: Vergleichbarkeit ist nicht Identität. Hätte der Gesetzgeber gewollt, dass nur „Fachabteilungs-Klone“ verglichen

werden können, hätte er das gesagt. Er hat dieses wahrscheinlich unterlassen, weil er wusste, dass die Forderung nach (Nahezu-)Identität zu vergleichender Abteilungen in der Praxis nicht zu erfüllen ist und Vergleiche unmöglich machen würde. Daher muss der Anspruch praxistgerecht reduziert werden auf den Vergleich „ähnlicher“ Fachabteilungen.

Fraglich ist aber auch, ob das Unvergleichbarkeitsargument den Krankenhäusern mittelfristig wirklich nützt. Denn es muss bedacht werden: Wer sich dem Vergleich entzieht, sich also eine ökologische Nische baut, in der er sich versteckt, hat nur einen kurzfristigen Erfolg; er schwächt sich in Wirklichkeit langfristig selbst, indem er auch innerorganisatorisch keine Signale mehr gibt, dass das Haus wettbewerbsfähiger werden muss.

Als Grundlage des Krankenhausvergleichs hat der Verordnungsgeber den LKA-Datensatz inklusive L4 und L5 für die Verhandlung medizinisch leistungsrechtlicher Budgets und somit auch für den in diesem Zusammenhang einzusetzenden Krankenhausvergleich vorgeschrieben. Dieser – leider eingeschränkte – Datensatz wird von den Krankenkassen analog zu den Vereinbarungen zum gemeinsamen Vergleich nach § 5 BpflV genutzt, um das medizinische Leistungsspektrum eines Krankenhauses möglichst vollständig und auf der Grundlage der vom Krankenhaus selbst gelieferten Informationen würdigen zu können.

Die Frage der Aggregationsebene eines leistungsorientierten Vergleichs führt zum nächsten Missverständnis beim Krankenhausvergleich:

2.2 „Gesetz fordert Krankenhausvergleich, Krankenkassen konzipieren einen eigenen Fachabteilungsvergleich“

§ 5 BpflV spricht von einem Krankenhausvergleich. Häufig wird dieser Wortlaut genutzt, um die berechnete Forderung (auch der Krankenhäuser!) nach einem differenzierten und leistungsorientierten Vergleich, der überwiegend nur zwischen Fachabteilungen sinnvoll ist, ad absurdum zu führen.¹²

Die Schiedsstelle im Rheinland hat hierzu ausgeführt: „... aus dem Gesamtzusammenhang des Gesetzes und der Verordnung sowie der abteilungsbezogenen Ausgestaltung des Entgeltsystems muss zwingend entnommen werden, dass der Gesetzgeber selbst in § 5 BpflV vom abteilungsbezogenen Krankenhausvergleich ausgegangen ist, wie auch die Vereinbarungen gemäss § 5 BpflV belegen.“¹³ Selbstverständlich ist zusätzlich die Entwicklung des Gesamtbudgets in beiderseitigem Interesse zu berücksichtigen – z.B. bei der Einhaltung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität nach § 6 BpflV.

Auch aus der betriebswirtschaftlichen Logik heraus sind bei einem leistungsorientierten Vergleich die Abteilun-

gen als betriebliche Einheiten der Leistungserbringung („Profit- oder Costcenter“) zu analysieren. Andererseits ist der Basisbereich, über den keine medizinischen, sondern die nicht-medizinischen Leistungen bzw. die Vorhaltung der allgemeinen Leistungsbereitschaft vergütet werden sollen, auf Krankenhausebene zu vergleichen.¹⁴

Ein weiteres Argument ist durch die Datenbasis gegeben: Bekanntlich werden zum Beispiel die L4-Statistiken fachabteilungsbezogen geliefert und eine Aggregation auf Gesamt-Krankenhausebene ist wegen der internen Verlegungen nicht unproblematisch. Warum hätte der Verordnungsgeber den Vertragspartnern eine Datenstruktur an die Hand geben sollen, die seinen vermeintlichen Intentionen widerspricht? Vielmehr spricht auch die Systematik der L4/L5-Daten für den Krankenhausvergleich auf Abteilungsebene!

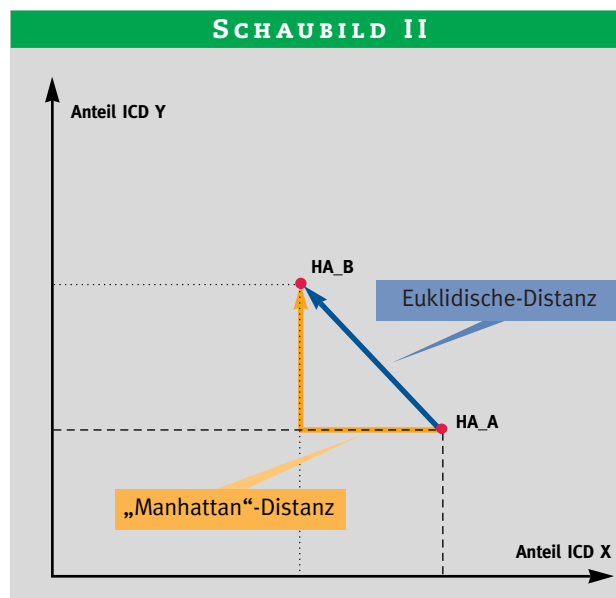
2.3 „Die Krankenkassen verwenden nur den dreistelligen ICD und können dadurch das ICD-Spektrum nicht adäquat berücksichtigen“

Im Zusammenhang mit der Datenbasis der Krankenkassen wird behauptet, dass der ICD ausschließlich 3-stellig und nicht 4-stellig einbezogen wird und somit relevante Informationen abgeschnitten würden.¹⁵ Richtig ist, dass der 3-stellige ICD zum Einstieg in die mathematischen bzw. statistischen Verfahren der Gruppenbildung herangezogen wird. Dabei werden allerdings nicht die Obergruppen (wie gelegentlich behauptet¹⁶) verwendet, sondern alle Einzel-ICDs ohne Berücksichtigung der vierten Stelle.¹⁷ Dies ist mit dem Ziel der Analyse zu begründen:

Es sollen in sich leistungshomogene Gruppen, die von anderen Gruppen klar zu unterscheiden sind, gebildet werden. Auf Basis dieser Gruppen können dann vertiefende Analysen durchgeführt werden. Umfassende Analysen auf dem großen Datenbestand des WIdO haben gezeigt, dass – in Bezug auf die Gruppenbildung – eine sinkende Grenzproduktivität weiterer Informationsmengen festzustellen ist. In der Realität werden zur Zeit mehr als 900 ICDs beim Clusterverfahren berücksichtigt. Die Hoffnung auf eine Verbesserung der Gruppenbildung (hinsichtlich dieser Kriterien: Separierbarkeit nach außen und Homogenität nach innen) durch die Berücksichtigung von noch mehr Informationen, also von mehr als 5000 vierstelligen ICDs, ist verfehlt. Es ergibt sich am Ende eine nahezu identische Zuordnung. Zudem ist die präzisere Diagnose häufig nur ein Scheingewinn. Dann nämlich, wenn die präzisere Angabe fehleranfälliger ist.¹⁸

Dies soll aber nicht heißen, dass die Diagnosen nicht auch in ihrer 4-stelligen Verschlüsselung Berücksichtigung finden. Mit Hilfe der Software WIdO-KLIP können umfassende Analysen (graphisch und quantitativ) zur weiteren Interpretation der Vergleichs- bzw. Orientierungswerte herangezogen werden.

SCHAUBILD II



2.4 „Krankenkassen quantifizieren die Ähnlichkeit zwischen Fachabteilungen falsch“

Nicht selten finden wir Kritik an den von den Krankenkassen verwendeten Maßen für die Ähnlichkeit zwischen Fachabteilungen im Hinblick auf ihr Diagnoseprofil.

Das *Schaubild II* zeigt die grundsätzlichen Alternativen einer Distanzmessung an einem Beispiel mit nur zwei Diagnosen, das auf beliebig viele Diagnosen erweitert werden kann. Hauptabteilung A hat einen hohen Anteil der Diagnose X und einen niedrigen der Diagnose Y. Bei Hauptabteilung B ist die Lage genau umgekehrt: ICD X liegt niedrig, ICD Y hoch. Das in diesem Fall recht simple Diagnosespektrum wird durch die Punkte HA_A und HA_B repräsentiert. Läge uns die Häufigkeit einer dritten Diagnose Z vor, befänden sich die Punkte HA_A und HA_B im dreidimensionalen Raum. Auch bei tausend Diagnosen würde das gleiche Prinzip gelten: Das Diagnosespektrum einer jeden Abteilung würde durch genau einen Punkt (im 1000-dimensionalen Raum) repräsentiert.

Die „Ähnlichkeit“ zwischen den beiden Hauptabteilungen A und B ist die Distanz zwischen den beiden Punkten HA_A und HA_B. Sie kann offenbar auf verschiedene Arten gemessen werden. Bewegt man sich von HA_A zu HA_B jeweils rechtwinklig auf den Achsen und addiert die zurückgelegten Strecken, so ist die Entfernung ähnlich der, die ein Taxifahrer zurücklegt, der in Manhattan auf dem Weg vom Start zum Ziel um die Wohnblöcke herumfährt. Daher heißt diese Methode auch „Manhattan-“, „Block-“ und (seit Krämer auch) „Taxifahrer-“ Methode¹⁹.

Tatsächlich ist diese Art der Berechnung recht leicht nachzuvollziehen und wird daher sowohl bei realen Vergleichen (zum Beispiel von der AG der Westfälischen Krankenhausverbände²⁰) als auch didaktisch eingesetzt. Allerdings ist der sich ergebende Wert immer erläuterungs-

bedürftig.²¹ Einleuchtender wird die Ähnlichkeit zwischen zwei Hauptabteilungen durch die „Luftliniendistanz“ zwischen den beiden Punkten angegeben, die ihr Diagnosespektrum repräsentieren. Diese heißt „euklidische Distanz“.

Im Rahmen von Krankenhausvergleichen der Krankenkassen wird die so genannte euklidische Distanz berechnet und in Clusteranalysen weiterverarbeitet. Auf dieses Maß trifft die zitierte Kritik nicht zu.

Darüber hinaus ist die mit Hilfe des Distanzmaßes ermittelte Rangfolge der Ähnlichkeit kritisch zu betrachten. Die Gruppen sollen nicht durch einen infinitesimalen Unterschied (Überschreitung eines normativen Grenzwertes) getrennt werden, sondern sich durch klare Separierbarkeit zwischen den Gruppen auszeichnen. Dies ist das Ziel der Gruppenbildung auf der Basis einer Clusteranalyse. Schließlich ist die Homogenität innerhalb der Vergleichsgruppe höher zu bewerten als die fiktive Rangfolge einer Ähnlichkeit aus dem Blickwinkel einer einzelnen Abteilung. Wird also – wie in den Ausführungen von Winkelmann²² nachzulesen – durch die Einbeziehung der vierten Stelle der ICD nur eine andere „Ähnlichkeitsrangfolge“ bei gleicher Gruppenzusammensetzung nachgewiesen, so ist nichts erreicht.

2.5 „Die Krankenkassen berücksichtigen die Prozeduren aus L5 nicht“

Bei einigen Kritikern²³ finden wir den Hinweis, eine Gruppenbildung allein auf der Grundlage des Diagnosespektrums greife zu kurz. Es müsse auch das Spektrum der Prozeduren berücksichtigt werden. Richtig ist, dass die Prozeduren in Form der ICPM von den Krankenkassen bei der Gruppenbildung nicht direkt einbezogen werden. Aufgrund der Struktur des gesetzlich vorgegebenen Datensatzes ist keine fallbezogene Zusammenführung von ICD und ICPM möglich, was eine simultane Berücksichtigung bei der Gruppenbildung verhindert.²⁴ Statt dessen ist zu entscheiden, ob der Einstieg in die Gruppenbildung entweder über die Diagnosen oder die Prozeduren erfolgen soll.

Vor dem Hintergrund der Aussagekraft der ICPM in der L5-Statistik²⁵ musste diese Entscheidung zugunsten der Diagnosen gefällt werden. Darüber hinaus finden wir einen hohen Anteil von Fällen, die zwar eine Diagnose, aber keine medizinische Prozedur aufweisen und somit bei der Gruppenbildung über ICPMs keine Berücksichtigung finden würden.

Analog zur Diskussion um die vierte Stelle der ICD werden – nach erfolgter Gruppenbildung – die Informationen aus der L5-Statistik mit der Software WIdO-KLIP ebenfalls durch umfassende Analysemöglichkeiten bei der Interpretation der Vergleichs- beziehungsweise Orientierungswerte einbezogen.

2.6 „Diagnosen und Prozeduren sind nicht kostengewichtet, keine Berücksichtigung des Schweregrades“

Die Behauptung, Diagnosen und Prozeduren würden von den Krankenkassen nicht kostengewichtet berücksichtigt,²⁶ ist korrekt, zeigt aber auch, dass von den Kritikern des Krankenhausvergleichs hier die gegebenen Rahmenbedingungen nicht beachtet werden.

Verfügten wir in Deutschland über Kostengewichte, dann wäre eine der größten Herausforderungen der deutschen Gesundheitsökonomie bezwungen. Leider ist dieses bisher noch niemandem gelungen. Von daher erscheint es nicht ganz fair, diese Leistung nun en passant vom Krankenhausvergleich der Krankenkassen zu erwarten.

Bekanntermaßen treten die Krankenkassen allerdings für die Behebung dieses Defizits ein, indem sie die Einführung eines vollständig pauschalierten Entgeltsystems auf der Basis von DRGs befürworten. Wesentliches Merkmal der DRGs ist ja die umfassende Abbildung von Schweregraden, Multimorbiditäten usw., die dann zu Zwecken des Vergleichs in eine entsprechend differenzierte Beschreibung des Fallspektrums anhand des Case-Mix-Index münden.

Die Voraussetzung für die Klassifikation nach DRGs ist jedoch ein Datensatz, der wesentlich umfassender sein muss als der derzeit durch die LKA bereitgestellte. Der Krankenhausvergleich der Krankenkassen kann – genauso wie der gemeinsame Vergleich nach § 5 BpflV – durch Datentechnik oder Vergleichsmethodik nicht die Unvollständigkeit des gesetzlich vorgegebenen Datensatzes beheben. Insofern ist der Krankenhausvergleich der Krankenkassen der beste, der auf der verfügbaren Datenbasis derzeit machbar ist.

2.7 „Krankenkassen ignorieren Fallzahlen“

Den Krankenkassen wird vorgeworfen, sie würden den Case-Mix nur anhand der relativen und nicht der absoluten Diagnosehäufigkeiten messen.²⁷ Natürlich könnten die Krankenkassen auch mit absoluten ICD-Häufigkeiten arbeiten. Es ergibt sich dann allerdings, dass der euklidische Abstand zweier vom ICD-Profil her ähnlicher Abteilungen fast nur noch von der Fallzahldifferenz abhängt. In der Praxis zeigt sich schlicht, dass z.B. das Clusterverfahren dann die Diagnoseprofile nahezu gar nicht mehr berücksichtigt, sondern Gruppen nach Fall- bzw. sogar Bettenzahlen bildet. Eine medizinische Leistungsorientierung wäre dann nicht mehr gegeben.

Dass die absoluten Fallzahlen für die Gruppenbildung nicht maßgeblich sind, heißt aber nicht, dass die Höhe und Entwicklung der Fallzahlen nicht umfassend analysiert werden muss. Schließlich wird über die Fallzahl der Fallwert als eine zentrale Kennziffer für die Beurteilung einer medizinisch leistungsgerechten Vergütung direkt beeinflusst.

Die in der Literatur erhobene Forderung absolute Fallzahlen zu analysieren, um z.B. „Skaleneffekte“ zu erkennen, hat für die Krankenkassen durchaus seinen Reiz, geht aber in die falsche Richtung. So wird von Krämer/Feldmann²⁸ auf eine degressive Kostenfunktion im Zusammenhang mit steigenden Fallzahlen hingewiesen, die zu einer Anpassung der Vergütung führen müsse.

Leider erfolgt diese Argumentation strikt nach dem Muster des abgeschafften Selbstkostendeckungsprinzips und würde so zu einer Bestrafung der leistungsfähigen Krankenhäuser führen. Die Kostenfunktion eines Krankenhauses ist nicht mehr Maßstab für die Höhe der Vergütung, sondern die Leistungen. Sinngemäß sind daher bei hohen Leistungsmengen Rabatte (Abschläge), zur Sicherstellung der Versorgung dagegen Zuschläge zu verhandeln.

3 Was wird inhaltlich verglichen?

Wir kommen nun zur dritten Ebene der eingangs dargestellten Systematik. Der Prozess der Bildung leistungshomogener Vergleichsgruppen wird von nun an als abgeschlossen betrachtet. Als Basis für die folgenden Ausführungen wird eine gegebene Zuordnung von Krankenhaus-Fachabteilungen zu Vergleichsgruppen unterstellt und es werden Missverständnisse im Zusammenhang mit den Daten angesprochen, die innerhalb dieser gegebenen Gruppe verglichen werden.

3.1 „Die Krankenkassen ziehen bei Vergleichen die Vereinbarungswerte heran. Dadurch vergleichen sie nicht die Wirtschaftlichkeit, sondern die Härte der Verhandlung“

Das Argument, die Krankenkassen würden nicht Wirtschaftlichkeit, sondern Verhandlungsmacht messen,²⁹ zielt darauf ab, die LKA-Daten prinzipiell als ungeeignet für einen Krankenhausvergleich zu deklarieren. Hierzu stellen jedoch Beck und Becker fest: „Zur Festlegung, ob ein Budget medizinisch leistungsgerecht ist, müssen zwangsläufig die Kostendaten der LKA mit einbezogen werden. Dabei kann es aus Sicht der Kostenträger nicht von Bedeutung sein, ob es sich um Ist- oder Soll-Kosten handelt, da der Gesetzgeber im § 5 Abs. 2 BpflV ausdrücklich auf die Daten der letzten Budgetvereinbarung verweist und somit eindeutig die LKA als Grundlage für den Vergleich wertet.“³⁰

Die Krankenkassen lassen sich, wie einleitend dargestellt, in geeigneten Fällen vom Paradigma des Marktmechanismus leiten. Der Konsument betrachtet auch bei den Vergleichen, die ihm in der Regel möglich sind, nicht Kosten, sondern Preise, die sich auf dem Markt, also durch freie Vereinbarung zwischen Marktpartnern, bilden. Nicht anders ist die Situation hier zu sehen,

denn die Budgetvereinbarungen tragen die Unterschriften zweier Seiten, die offenbar zu der Auffassung gelangt sind, mit diesem Verhandlungsergebnis leben zu können.

Im Gegensatz zu diesem Ansatz käme die Berücksichtigung der Kosten einer Einführung des Selbstkostendeckungsprinzips durch die Hintertür gleich. Daher ist es zu begrüßen, dass die Planungen zum gemeinsamen Vergleich ebenfalls die LKA-Daten als selbstverständliche Datengrundlage sehen.

Ferner ist zu beachten, dass nach dem Willen des Gesetzgebers durch den Krankenhausvergleich keine zusätzlichen Ressourcen in das System fließen. Vor dem Hintergrund begrenzter volkswirtschaftlicher Ressourcen sollen durch den Krankenhausvergleich die für den Krankenhausbereich insgesamt verfügbaren Mittel möglichst gerecht (medizinisch leistungsgerecht) den einzelnen Häusern zugeordnet werden.³¹ Es kann daher nicht argumentiert werden, dass die im Zusammenhang mit dem Grundsatz der Beitragsatzstabilität einhergehende Budgetierung gegen einen Vergleich von Vereinbarungsdaten spricht.

3.2 „Die Krankenkassen berücksichtigen die Abhängigkeit ihrer Berechnungen von der innerbetrieblichen Leistungsverrechnung nicht“

Bei einer fachabteilungsbezogenen Analyse von Fallwerten ist natürlich die Zuordnung der Fachabteilungsbudgets (K7 der LKA) eine maßgebliche Ausgangsgröße. Die Bestimmung der Fachabteilungsbudgets ist in der Krankenhaus-Buchführungsverordnung (KHBV) geregelt und fordert eine „sachgerechte“ Zuordnung der Erlöse. Darunter wird i.d.R. eine Zuordnung analog zu den Kostenstrukturen verstanden. Gravierende Unterschiede in der innerbetrieblichen Leistungsverrechnung (wie von Kritikern³² des Vergleichs angeführt) können auch als Unterstellung interpretiert werden, dass die Krankenhäuser nicht zu einer sachgerechten Kostenstellenrechnung in der Lage seien oder das Recht großzügig auslegten. Aus Sicht der Krankenkassen ist aber von der Erfüllung der Anforderung gemäß KHBV auszugehen.

Auch hier sei nochmals erwähnt, dass nach Abschaffung des Selbstkostendeckungsprinzips die Kosten der Krankenhäuser im Zusammenhang mit der Budgetfindung keine Rolle mehr spielen.³³

4 Was ist ein sinnvoller Orientierungsmaßstab?

Unter einem Orientierungswert darf keinesfalls ein mathematischer Selbstläufer oder ein nicht mehr beeinflussbarer Automatismus zur Berechnung des Budgets verstanden werden. Es ist ein Vergleichswert (z.B. ein Fallwert), der es unter Berücksichtigung aller weiteren zur Verfügung stehenden Informationen (wie z.B. ICD-4-stellig, Altersstruk-

turen, OP-Quoten usw.) erlaubt, sich der Entwicklung eines medizinisch leistungsgerechten Budgets zu nähern. So ist die Bewertung der einzelnen Abteilung bzw. des Krankenhauses im Rahmen eines Vergleichs im Einzelfall natürlich auch abhängig von der individuellen Situation vorzunehmen. Die Auswahl der geeigneten Orientierungsgröße ist auch vor dem Hintergrund des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität zu sehen. Kennzahlen bzw. Konstrukte wie z.B. „Mittelwert plus X%“ scheiden daher von vornherein aus. Des weiteren sollte ein Orientierungswert folgenden Anforderungen genügen:

- Stabilität gegenüber Ausreißern in der Grundgesamtheit
- kein systematischer „Kellertreppeneffekt“
- Abbildung von „Wirtschaftlichkeit statt Durchschnittlichkeit“³⁴

Über die Definition und Wirkungsweise des unteren Quartils als dem von den Krankenkassen präferierten Orientierungswert kursieren jedoch einige Gerüchte, die es aufzuklären gilt:

4.1 „Was ist das untere Quartil und ist es als Orientierungsgröße angemessen? Seine Anwendung führt zum ‘Kellertreppeneffekt’.“

Das untere Quartil wird häufig abgelehnt, weil man vermutet, es sei ungefähr die Hälfte des arithmetischen Mittels oder des Medians. Diese Vermutung hält der statistischen Überprüfung nicht stand. Die Abbildung einer tatsächlichen Verteilung der Fallwerte eines Clusters aus inneren Abteilungen (siehe *Schaubild III*) zeigt den typischen Effekt, dass das untere Quartil relativ nahe bei Median und arithmetischem Mittel liegen kann. Hintergrund dieser Feststellung ist, dass das Minimum der Fallwerte

natürlich nicht bei Null, sondern bei einem realistisch niedrigen Wert liegt und sich von dort beginnend eine so genannte rechtsschiefe Verteilung der Fallwerte ergeben kann.

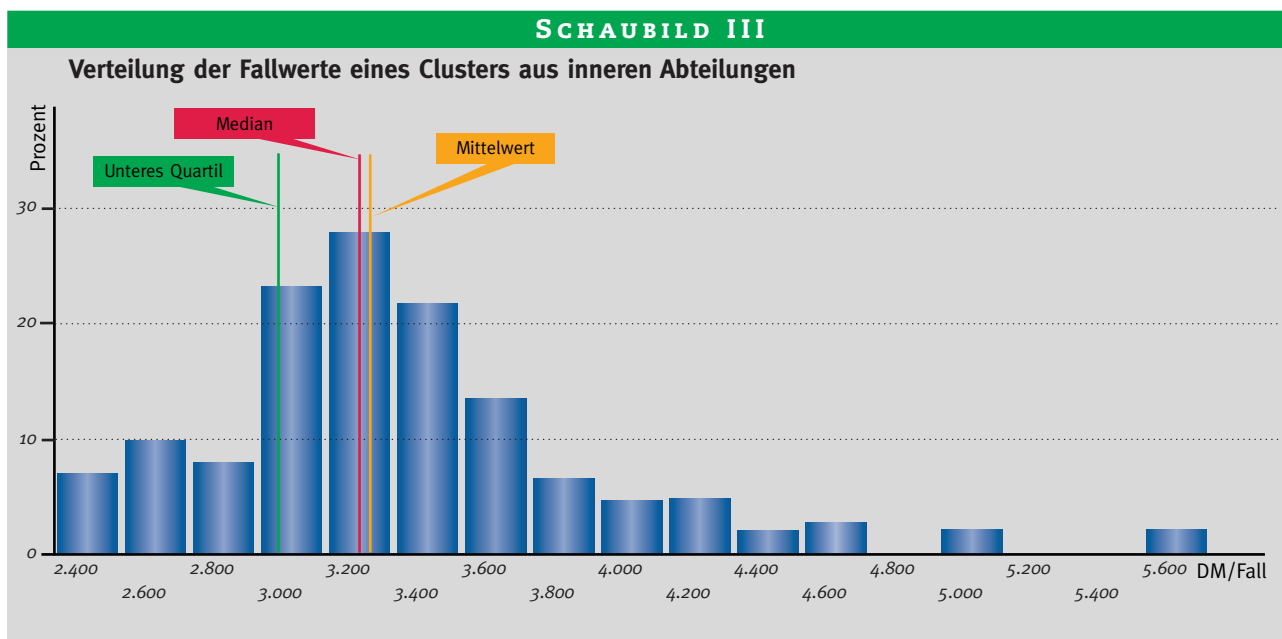
Auch die Vermutung des Kellertreppeneffektes ist irrig. Ein fiktives Zahlenbeispiel (siehe *Schaubild IV*) verdeutlicht die Entwicklung der einzelnen Lageparameter bei der Anpassung von Fallwerten: Es zeigt sich, dass immer 25% der Fachabteilungen mit ihrem Fallwert unter dem Orientierungswert liegen – man kann somit von durchschnittlicher Wirtschaftlichkeit sprechen. Die Anpassung von Ausreißern mit sehr hohen Fallwerten nach unten beeinflusst das untere Quartil nicht, da dieser Lageparameter gerade so konzipiert ist, dass er gegen diese Problematik immun ist. Ein Kellertreppeneffekt (also ein im Zeitablauf sich fortsetzendes Sinken des Orientierungswertes) ist beim unteren Quartil gerade nicht zu erwarten!

Dies trifft auf den Mittelwert nicht zu und das Beispiel zeigt, dass der Mittelwert sogar unter das untere Quartil fallen kann. Werden ferner bei der Gruppenbildung einzelne „grenzwertige“ Abteilungen (z.B. aufgrund mangelhafter L4 Statistiken) mit entsprechenden Fallwerten in die Vergleichsgruppe einbezogen, hat dies keinen oder nur einen untergeordneten Einfluss auf die Quartile. Der Mittelwert wird jedoch in jedem Fall beeinflusst, wenn nicht sogar verzerrt.

Aufgrund des „Kellertreppeneffekts“ und der „Anfälligkeit“ gegenüber Ausreißern ist daher der Mittelwert als maßgeblicher Orientierungswert zur Beurteilung eines Krankenhaus- bzw. Abteilungsbudgets abzulehnen.

4.2 „Die Krankenkassen vergleichen grundsätzlich über die Grenzen der Bundesländer hinweg“

Nach § 5 Abs. 1 Satz 2 BPfIV soll der Vergleich länderbezogen erfolgen, soweit dies ausreichend ist. Wann ein landes-



OSCHAUBILD IV

Abteilung	Ausgangslage		Anpassung 1		Anpassung 2	
	FW	LP	FW	LP	FW	LP
Abt. 1	1.000		1.000		1.000	
Abt. 2	1.270		1.270		1.270	
Abt. 3	1.280		1.280		1.280	
Abt. 4	1.300		1.300		1.300	
unteres Quartil		1.310		1.310		1.310
Abt. 5	1.320		1.320		1.320	
Abt. 6	1.330		1.330		1.330	
Abt. 7	1.360		1.360		1.320	
Abt. 8	1.380		1.380		1.320	
Median – Abt. 9	1.400	1.400	1.400	1.400	1.320	1.320
Abt. 10	1.420		1.420		1.320	
Abt. 11	1.440		1.440		1.320	
Abt. 12	1.500		1.500		1.320	
Abt. 13	1.550		1.550		1.320	
oberes Quartil		1.565		1.565		1.320
Abt. 14	1.580		1.580		1.320	
Abt. 15	2.300		1.600		1.320	
Abt. 16	2.900		1.600		1.320	
Abt. 17	3.000		1.600		1.320	
Mittelwert		1.608		1.408		1.295

bezogener Vergleich ausreichend ist, muss im Zusammenhang mit der zu fordernden Größe einer Vergleichsgruppe bewertet werden. Sollen die Vorteile eines zum Beispiel „ausreißerresistenten“ Orientierungswertes zum Tragen kommen, muss natürlich eine gewisse Gruppengröße vorliegen.

In großen Flächenstaaten mit entsprechend hoher Anzahl an Krankenhäusern bzw. Fachabteilungen führen die Krankenkassen daher aufgrund der ausreichenden Gruppengrößen grundsätzlich landesweite Vergleiche durch. Nur wenn die Länder relativ klein sind oder der fragliche Klinik-/Fachabteilungstyp eher selten vertreten ist, muss über die Landesgrenzen hinweggeschaut werden.

Immer wieder erhobene Forderungen, dass grundsätzlich nur Universitätskliniken oder Krankenhäuser der Maximalversorgung landesübergreifend verglichen werden sollen, erscheinen hingegen willkürlich und sind insbesondere vor dem geforderten Fachabteilungsbezug nicht nachvollziehbar.

Es soll aber auch nicht verschwiegen werden (im Gegenteil, es zeigt die Güte des Verfahrens), dass für einzelne Fachabteilungen aufgrund der vorliegenden L4-Statistiken keine Vergleichsgruppen gebildet werden können. Diese „Exoten“ können nicht mit Hilfe des Krankenhausvergleichs der Krankenkassen beurteilt werden.

5 Zusammenfassung

Schaut man sich die Liste der Missverständnisse noch einmal zusammenfassend an, so kann man leicht zu dem Schluss kommen, dass sich bei einigen der aufgeführten Punkte sicherlich auch eine gemeinsame Auffassung finden ließe. Voraussetzung hierfür ist die Verbesserung der Information über das, was der jeweils andere denkt und tut. Wir hoffen, hiermit von Seiten der Krankenkassen gegenüber unseren Partnern auf der Krankenseite einen kleinen Schritt getan zu haben.

Abschließend soll noch einmal darauf hingewiesen werden, dass der hier beschriebene Krankenhausvergleich der Krankenkassen weitestgehend den Planungen zum gemeinsamen Vergleich nach § 5 BpflV entspricht. Im Zusammenhang mit den noch rudimentären Festlegungen auf der Ebene des Gruppenbildungsverfahrens ist die AOK gerne bereit, ihre umfangreiche Praxiserfahrung einfließen zu lassen, um zu einem Verfahren zu kommen, das einer wissenschaftlichen Evaluation standhält.

Jens-Martin Hoyer, Projektleiter Verhandlungsmanagement Krankenhäuser im AOK-Bundesverband, **Jutta Linnenbürger**, AOK-Consult GmbH, **Dr. Dieter Paffrath**, Geschäftsbereichsleiter Krankenhausmanagement der AOK Westfalen-Lippe. Anschrift des Autorenteam: AOK-Bundesverband, Kortrijker Str. 1, 53177 Bonn

- 1** Nach § 6 Abs. 1 Ziffer 5 BpflV in der Fassung vom 22.12.1999 sind insbesondere die Ergebnisse von Krankenhausvergleichen zu berücksichtigen. Die zuvor bestehende Regelung wird hierdurch noch einmal betont.
- 2** Quaas, Michael (1999): Rechtsfragen zum Krankenhausbetriebsvergleich. Theoretische Grundlagen und Folgen für die Budgetfindung, in: das Krankenhaus 11/99, S. 745-752, hier S. 745.
- 3** Schiedsstelle Rheinland-Pfalz im Beschluß AZ: 07/98 ju und Schiedsstelle Rheinland Verf.-Nr. 61/98.
- 4** Leber, Wolfgang (1999): Rechtliche Rahmenbedingungen des Betriebsvergleichs, in: das Krankenhaus 11/99, S. 743-744, hier S. 744.
- 5** Geschäftsführer der Saarländischen Krankenhausgesellschaft e.V. in Saarbrücken.
- 6** Möcks, Günter; Puke, Stefan; Paffrath, Dieter; Riegel, Theo (1999): Meinungsspiegel Krankenhausbetriebsvergleich zwischen Anspruch und Wirklichkeit, Betriebswirtschaftliche Forschung und Praxis, Heft 5/1999, Herne/Berlin, S. 512-526, hier S. 516.
- 7** z.B. Krämer, Walter, Feldmann, Rainer (1999): Den einen und einzig wahren Krankenhaus-Betriebsvergleich gibt es nicht, in: f&w, 5/99, S. 431-437, hier S. 434 und Winkelmann, Hans-Jürgen (1999): Betriebsvergleich: Die Krankenhäuser sind bereit, in: Krankenhaus Umschau 12/1999, S. 972-977, hier S. 972.
- 8** KLIP ist die Abkürzung für: „Krankenhaus Leistungs- und Informationsprogramm“.
- 9** Gerste, Bettina (1996): Bildung von Krankenhausgruppen auf Fallmix-Basis, in: Arnold, Michael/Paffrath, Dieter, Hrsg.: Krankenhaus-Report '96, Schwerpunkt: Managed Care, Stuttgart, Jena, Lübeck, Ulm, S. 115-126. Kehr, Hans Helmut (1995): Vergleichbarkeit der Krankenhäuser: Entwicklung eines leistungsorientierten Krankenhaus-Betriebsvergleichs, in: Studium & Praxis, Heft 9/1995, S.13-19. Kehr, Hans Helmut (1998): Der Krankenhaus-Betriebsvergleich, in: f&w 3/98, S.194-197. Litsch, Martin (1998): Per Maus-Klick am Puls der Klinikkosten, in: G+G, Gesundheit und Gesellschaft, Heft 9/1998, S. 40-45. Litsch, Martin; Sieben, Günther (2000) Hrsg.: Krankenhausvergleich – Mehr Leistungsorientierung in Budgetverhandlungen. Berlin, Heidelberg, New York. In Druck. Neumann, Ulrich (1999): Der leistungsorientierte Krankenhausbetriebsvergleich. Preisverhandlungen aus Sicht der Kostenträger, in: f&w 5/99, S. 426-430. Sahlmüller, Helga; Schemken, Maryan (1999): Bundesweite Vereinbarungsdaten auf Basis der Leistungs- und Kalkulationsaufstellungen (LKA). Eine erste Analyse, in: Arnold, Michael/Litsch, Martin/Schwartz, Friedrich Wilhelm, Hrsg.: Krankenhaus-Report '99, Schwerpunkt: Versorgung chronisch Kranker. Stuttgart, New York, S. 323-341.
- 10** Zum Datenschutz siehe Leber (1999), S. 743.
- 11** § 9 der Vereinbarung nach § 5 BpflV zum gemeinsamen Vergleich lautet: „Alle Daten, aus denen eine direkte Identifikation des Krankenhauses und Verknüpfung zu dessen Daten vorgenommen werden kann, sind vor dem Zugriff oder der Kenntnisnahme von Dritten zu sichern“.
- 12** Kröger, Joachim; Sperling, Wolfgang (1999): Kosten pro Fall = Kostenfälle? Krankenhausvergleiche sind derzeit noch wenig aussagekräftig, in: Krankenhaus Umschau 2/1999, S. 92-98, hier S. 96 und Mohr, Friedrich W. (1999): Betriebsvergleich nach Recht und Gesetz. Rechtliche Relevanz des Krankenhausvergleichs und Folgen für die Budgetfindung, in: Krankenhaus Umschau 3/1999, S. 152-157, hier S. 153.
- 13** Schiedsstelle Rheinland, Verf.-Nr. 61/98. Ähnlich Tuschen/Quaas (Bundespflegesatzverordnung, Stuttgart, Berlin, Köln, 4. Auflage 1998, S. 192), wenn sie schreiben: „Es ist davon auszugehen, dass leistungsbezogene Vergleiche sich zunehmend auf einzelne Abteilungen des Krankenhauses beziehen müssen.“
- 14** Siehe hierzu auch die Amtliche Begründung zu § 13 Abs. 3 BpflV.
- 15** z.B. Koselowski, Gerd und Helga (1999): Krankenhausvergleich der Kassen. Auswirkungen und Strategien für die Krankenhäuser – eine kritische Analyse, in: Krankenhaus Umschau 3/1999, S.158-162, hier S. 158 und Krämer, Feldmann (1999), S. 432.
- 16** Siehe hierzu Winkelmann (1999), S. 972.
- 17** In den vergangenen Jahren wurden für die Gruppenbildung z.T. nur die 80% häufigsten Einzel-ICDs einbezogen.
- 18** In diesem Zusammenhang sei darauf verwiesen, dass ein hoher Aufwand betrieben wird, um die Daten überhaupt verarbeiten zu können.
- 19** Krämer, Feldmann (1999), S. 434.
- 20** Winkelmann (1999), S. 972-977.
- 21** Im Gegensatz z.B. zu Möcks, Günter; Lungen, Markus (1999): Vereinbarung nach § 5 BpflV zum Krankenhausvergleich, in: das Krankenhaus 2/99, S. 78-81, hier S. 80.
- 22** Winkelmann (1999), S. 976.
- 23** z.B. Koselowski, Gerd und Helga (1999), S. 161.
- 24** Siehe hierzu auch die Ausführungen von Winkelmann: Die angeführten Auswertungen der ICPM werden auf der Basis von über ICD gebildeten Gruppen durchgeführt. Es erfolgt keine neue Gruppenbildung, sondern lediglich eine Analyse der Homogenität der Gruppe, bezogen auf ein weiteres Kriterium.
- 25** z.B. nur eine ICPM pro Fall, obwohl viele Eingriffe nur durch eine Kombination von ICPMs beschrieben werden können. Dies ist eine gänzlich andere Aussagequalität als eine Hauptdiagnose mit ggf. Nebendiagnosen.
- 26** Krämer, Feldmann (1999), S. 432 und Koselowski, Gerd und Helga (1999), S. 159.
- 27** Krämer, Feldmann (1999), S. 432.
- 28** ebd.
- 29** Koselowski, Gerd und Helga (1999), S. 158.
- 30** Becker, Andreas; Beck, Udo (1999): Gegenstrategie zum „Parteivergleich“ (II), LKA-orientierte Analyse von Kostendaten; in: das Krankenhaus 11/99, S. 737-742, hier S. 737.
- 31** Quaas (1999), S. 746.
- 32** z.B. Kröger, Sperling (1999), S. 95 und Mohr (1999), S. 153.
- 33** In § 17 Abs. 1 Satz wurde zum 1.1.1999 ausdrücklich das Wort „Kosten“ gestrichen. Siehe auch Quaas, (1999), S. 748.
- 34** Neumann, Ulrich (1999), S. 428.