

# Krankenhaus-Report 2011

## „Qualität durch Wettbewerb“

Jürgen Klauber / Max Geraedts /  
Jörg Friedrich / Jürgen Wasem (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2011

Auszug Seite 261-283



<b>17</b>	<b>Die Krankenhausbudgets 2008 und 2009 unter dem Einfluss des KHRG .....</b>	<b>261</b>
	<i>Helena Kramer, Gregor Leclerque und Jörg Friedrich</i>	
17.1	Einführung.....	262
17.2	Gesetzliche Rahmenbedingungen für die Budgetermittlung 2009 .....	262
17.3	Allgemeine Budgetentwicklung .....	264
17.4	Leistungsentwicklung im DRG-Bereich.....	267
17.4.1	Leistungsentwicklung nach Partitionen.....	267
17.4.2	Leistungsentwicklung nach Hauptdiagnosegruppen.....	269
17.4.3	Leistungsentwicklung nach haupt- und belegärztlicher Erbringung .....	271
17.5	Preisentwicklung im DRG-Bereich .....	272
17.5.1	Entwicklung der Basisfallwerte .....	272
17.5.2	Einfluss des Abschlags Tariferhöhungsrate .....	273
17.5.3	Einfluss des Pflegesonderprogramms.....	274
17.5.4	Einfluss der Konvergenz.....	274
17.5.5	Einfluss des Mehrleistungsabschlags.....	276
17.6	Umsetzung der Vereinbarungsergebnisse .....	277
17.6.1	Umsetzungszeitpunkte.....	277
17.6.2	Konsequenzen für das reale DRG-Preisniveau (Z-Bax) .....	279
17.7	Fazit.....	281
17.8	Anhang .....	282
17.9	Literatur .....	282

# 17 Die Krankenhausbudgets 2008 und 2009 unter dem Einfluss des KHRG

Helena Kramer, Gregor Leclerque und Jörg Friedrich

## Abstract

Zum Ende der Konvergenzphase 2005–2008 sind mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) die Normierungen zur Budgetfindung stationärer Einrichtungen ab 2009 modifiziert worden. Die im KHRG verankerte Aufstockung des Finanzierungsvolumens hat dazu geführt, dass Krankenhausbudgets des Jahres 2009 deutlich stärker angewachsen sind als in den Jahren zuvor. Im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens wurden einmalig im Jahr 2009 gültige Regelungen implementiert, welche die Ausgaben der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung in diesem Jahr noch entlasten. Durch deren Wegfall im Jahr 2010 ist aber für das Folgejahr eine entsprechende weitere Budgetsteigerung vorprogrammiert.

Das späte Inkrafttreten des KHRG hat die prospektive Vereinbarung der Budgets weitestgehend verhindert, die Vielzahl an neuen und teilweise auch sehr Streitbefangenen Regelungen hat zudem den Verhandlungsprozess verlangsamt. Dennoch haben die Regelungen zur Abrechnung von DRG-Leistungen dazu geführt, dass das zahlungswirksame Preisniveau 2009 die Ergebnisse der retrospektiv geschlossenen Ergebnisse in weiten Teilen vorweggenommen hat.

With the Hospital Financing Reform Act (KHRG), the norms for the determination of hospital budgets were modified as of 2009. The increased financing volume specified in the KHRG has resulted in a significantly higher increase of hospital budgets in 2009 than in previous years. During the legislative process, one-time regulations applicable in 2009 only were implemented which relieve the expenditure of public and private health insurance funds for the current year. Their absence in 2010, however, means that the budget will continue to rise in the following year correspondingly.

The fact that the KHRG came into force rather late largely prevented prospective budget agreements. The multitude of new and sometimes impugned regulations has also slowed down the negotiating process. Nevertheless the regulations for the billing of DRGs meant that the 2009 price level effective for payment anticipated the results of the retrospective results to a large extent.

## 17.1 Einführung

Der vorliegende Beitrag befasst sich mit den Budgets der Jahre 2008 und 2009 für die deutschen Krankenhäuser, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) finanziert werden. Deren Entwicklung wurde maßgeblich vom Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) geprägt. Diese gesetzlichen Änderungen des KHRG resultieren zum einen aus dem ursprünglich geplanten Ende der Konvergenzphase zum 31.12.2008 und zum anderen aus der vom Gesetzgeber als notwendig erachteten Verbesserung der finanziellen Situation, um die Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser zu sichern<sup>1</sup>. Die im KHRG verankerte Aufstockung des Finanzierungsvolumens wurde im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens durch einmalig im Jahr 2009 gültige Regelungen abgefedert, um zeitgleich die Ausgaben der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung zu entlasten.

Die folgenden Ausführungen basieren auf den Vereinbarungen für jene Häuser, zu denen für beide Jahre Daten vorlagen und die als eigenständige Einrichtungen am Markt tätig waren, also beispielsweise nicht im Rahmen einer Fusion in einem anderen Krankenhaus aufgegangen sind. Anhand dieser Kriterien konnten Daten für 1 451 Krankenhäuser verwendet werden; dies entspricht etwa 90 % der Häuser, die im Jahr 2009 DRGs abrechneten bzw. diese repräsentieren rund 92 % des Casemixvolumens, das bei den Landesbasisfallwertvereinbarungen (LBFW) 2009 zugrunde gelegt wurde<sup>2</sup>.

Dazu liefert der Abschnitt 17.2 zunächst einen kurzen Überblick über die wichtigsten Änderungen aus dem KHRG im Kontext der Krankenhausbudgetverhandlungen. Abschnitt 17.3 illustriert die allgemeine Budgetentwicklung sowie den Einfluss der Komponenten Fallzahl, Leistungsstruktur und Preis. Die nähere Betrachtung dieser Komponenten ist untergliedert in den Abschnitt zur Mengenentwicklung (17.4) sowie in die Ausführungen zur Preiskomponente im anschließenden Abschnitt 17.5. Die Wirkung der Budgetergebnisse im Zusammenhang mit den Umsetzungszeitpunkten ist im Abschnitt 17.6 beschrieben.

# 17

## 17.2 Gesetzliche Rahmenbedingungen für die Budgetermittlung 2009

Wie in den Jahren zuvor beeinflusst die Grundlohn-Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen sowie die bestehende Regelung zur Finanzierung von Maßnahmen zur Arbeitszeitverbesserung (im Nachfolgenden AZV genannt) das Vergütungsniveau 2009.

Darüber hinaus ist die Budgetermittlung 2009 durch die Änderungen des KHRG geprägt. Maßgebliche Auswirkungen auf die Budgets der DRG-Krankenhäuser hatten insbesondere die Neuregelungen zur anteiligen Finanzierung der Tariflohnerhö-

<sup>1</sup> Vgl. BT-Drucks. 16/11429 vom 17.12.2010.

<sup>2</sup> Der Casemixanteil der betrachteten Krankenhäuser wird am gesamten Casemixvolumen, das nach § 10 Abs. 9 S. 3 KHEntgG für das Jahr 2009 an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) gemeldet wurde, gemessen.

hungsrate 2008 und 2009 (im Folgenden „Tariferhöhungsrate“) sowie des Förderprogramms zur Verbesserung der Situation des Pflegepersonals (im Folgenden „Pflegesonderprogramm“), die Abschläge zur Vergütung von Mehrleistungen (im Folgenden „Mehrleistungsabschlag“) sowie die Verlängerung der Konvergenzphase um ein weiteres Jahr, die über die sogenannten Zu- oder Abschläge zur Konvergenzverlängerung budgetwirksam werden. Die genannten gesetzlichen Änderungen werden im Nachfolgenden näher betrachtet.

### **Tariferhöhungsrate**

Die Tariflohnentwicklung der Jahre 2008 und 2009 wird bundesweit über die basiswirksame Verrechnung der Tariferhöhungsrate<sup>3</sup> im Landesbasisfallwert (LBFW) 2009 anteilig finanziert<sup>4</sup>. Die Berücksichtigung im LBFW hat zur Folge, dass diese Finanzmittel allen Einrichtungen – unabhängig der individuellen Tariflohnentwicklung – zur Verfügung gestellt werden. Krankenhäuser, die eine Lohnentwicklung unterhalb des bundesweiten Niveaus aufweisen, vereinbaren einmalig im Jahr 2009 einen entsprechenden Abschlag<sup>5</sup>. Von der Abschlagsregelung explizit ausgeschlossen sind sogenannte Notlagentarifverträge.

### **Pflegesonderprogramm**

Zur Verbesserung der Situation in der Pflege wurde das Pflegesonderprogramm<sup>6</sup> aufgelegt, das über drei Jahre, von 2009 bis einschließlich 2011, laufen soll. Die Krankenhäuser haben demnach einen Anspruch auf eine Förderung in Höhe von 0,48 % ihres Budgets (des sogenannten Gesamtbetrags nach § 4 Absatz 3 Satz 1 KHEntG). Davon können bis zu fünf Prozent für die Erprobung neuer Arbeitsorganisationsformen eingesetzt werden. Demnach sind mindestens 95 % zweckgebunden für die Einstellung neuer Pflegekräfte oder die Aufstockung der Arbeitszeit bereits bestehender Teilzeitstellen zu verwenden. Die Mittelverwendung muss durch die Bestätigung eines Jahresabschlussprüfers nachgewiesen werden. Entscheidend ist hierbei, dass gegenüber dem 30. Juni 2008 als Stichtag eine entsprechende Aufstockung der Arbeitskräfte (in Vollkraftäquivalenten) erfolgt sein muss.

Die durch die Stellenausweitung entstehenden Kosten werden maximal zu 90 % aus dem Programm finanziert, die restlichen 10 % der Kosten sind vom Krankenhaus zu tragen.

### **Zu- oder Abschlag Konvergenzverlängerung**

Während der Konvergenzphase in den Jahren 2005 bis 2008 hatte sich das tatsächlich durchschnittlich vereinbarte Preisniveau auf Hausebene von den LBFWs ent-

3 Die vom GKV-Spitzenverband, dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und der Deutschen Krankenhausgesellschaft gemeinsam vereinbarte Tarifraten 2008/2009 in Höhe von 7,65 % führt nach Abzug der Grundlohn-Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen zu einer Erhöhungsraten nach § 10 Abs. 5 Satz 4 KHEntG in Höhe von 6,24 %. Aufgrund der gesetzlichen anteiligen Finanzierung in Höhe von 50 % bezogen auf den im Landesbasisfallwert enthaltenden Personalkostenanteil, ist eine Tariferhöhungsrate in Höhe von 2,08 % im jeweiligen Landesbasisfallwert 2009 zu berücksichtigen.

4 geregelt in: § 10 Abs. 5 KHEntG.

5 geregelt in: § 4 Abs. 2a S. 2 KHEntG.

6 geregelt in: § 4 Abs. 10 KHEntG.

fernt. Diese Entwicklung wird als Divergenzeffekt bezeichnet.<sup>7</sup> Der Wegfall der hausindividuellen Basisfallwerte und der Bewertung von DRG-Leistungen mit dem LBFW führt schließlich zu einem deutlichen Anstieg des Preisniveaus. Mit der im KHRG fixierten Verlängerung der Konvergenz um ein Jahr<sup>8</sup> wird der Preissprung auf zwei Jahre aufgesplittet. Auf der Krankenhausebene ist die Differenz zwischen dem LBFW 2008 und dem jeweiligen hausindividuellen Basisfallwert in Höhe von 50 % als Zu- oder Abschlag zu vereinbaren.<sup>9</sup>

### Mehrleistungsabschlag

Während der Konvergenzphase 2005–2008 galten verbindliche Vergütungssätze für vereinbarte Leistungsveränderungen auf Einzelhausebene, die beginnend mit 33 % im Jahr 2005 bis auf 80 % im Jahr 2008 angestiegen sind. Diese Vergütungssätze wurden über den hausindividuellen Preis verrechnet und sind in ihrer Wirkung mit einem Abschlag vergleichbar.

Mit dem Mehrleistungsabschlag<sup>10</sup> hat der Gesetzgeber über das KHRG für das Jahr 2009 einen Abschlag auf Hausebene festgelegt, der gegenüber den Regelungen der Konvergenzphase zwei Unterschiede aufwies: Zum einen greift die Regel nur noch bei der Vereinbarung von positiven Leistungsveränderungen, zum anderen ist die Höhe des Abschlags (bez. der Finanzierung) 2009 nicht mehr in § 4 des KHEntgG festgelegt, sondern wird im Rahmen der Budgetverhandlungen vereinbart.

## 17.3 Allgemeine Budgetentwicklung

Die beschriebenen Änderungen aus dem Inkrafttreten des KHRG haben 2009 erwartungsgemäß zu einer stärkeren Budgeterhöhung geführt als in den Jahren zuvor. Für die hier untersuchten Krankenhäuser ist das Gesamtbudget aus DRGs, sonstigen Entgelten nach § 6 KHEntgG und Zu- und Abschlägen 2009 um 7,0 % gegenüber dem Vorjahr gestiegen. Dies entspricht einem absoluten Mittelzuwachs von mehr als 3,3 Mrd. Euro für die hier untersuchten 1451 Krankenhäuser (Tabelle 17–1). In den Jahren 2007 und 2008 lagen die Steigerungsraten noch bei 2,9 % bzw. 5,1 %.<sup>11</sup>

Wie bereits beschrieben, entfaltete die Tariferhöhungsrate starke Wirkung auf die Preisentwicklung in den Landesbasisfallwerten. Da diese neben der Leistungsmenge die bestimmenden Einflussfaktoren auf das DRG-Budget darstellen, sind die Steigerungen in diesem Budgetsegment mit 8,4 % auch am deutlichsten ausge-

7 Eine ausführliche Darstellung des Konvergenzmechanismus und des resultierenden Divergenzeffektes findet sich in Leber und Wolff 2009, Klauber und Friedrich 2008 und Leclerque und Friedrich 2010.

8 geregelt in: §5 Abs. 6 KHEntgG.

9 geregelt in: §5 Abs. 6 KHEntgG.

10 geregelt in: §4 Abs. 2 a Satz 1 KHEntgG.

11 Vgl. Leclerque und Friedrich 2010. Diese Veränderungsdaten beziehen sich auf die Budgets ohne Zu- und Abschläge.

Tabelle 17–1

**Budgets 2008 und 2009 (in Mio. Euro)**

	2008	2009	Veränderung
DRG-Budget inklusive Zusatzentgelte	44 321,5	48 046,6	8,4 %
Sonstige Entgelte	1 688,2	1 634,0	–3,2 %
Zu- und Abschläge (ohne Ausbildungsfinanzierung)	453,4	51,9	–88,5 %
Gesamtbudget	46 463,0	49 732,5	7,0 %
Ausgleiche	–792,1	–393,2	–50,4 %

Krankenhaus-Report 2011

WIdO

prägt.<sup>12</sup> Dieser Effekt ist für die Gesamtentwicklung in den beobachteten Häusern letztlich entscheidend, entfielen doch im Jahr 2009 96,6% des Gesamtbudgets auf den DRG-Bereich inkl. der bundesweit bepreisten Zusatzentgelte. Letztere machen im Jahr 2009 einen Anteil von 1,9% aus.

Für den Bereich der auf Einzelhausebene zu verhandelnden sonstigen Entgelte ist mit einer Veränderung um –3,2% dagegen ein relativ deutlicher Rückgang festzustellen, der vorrangig auf die Weiterentwicklung des DRG-Kataloges zurückzuführen ist. Der Anteil der sonstigen Entgelte am Gesamtbudget beträgt im Jahr 2009 noch 3,3%.

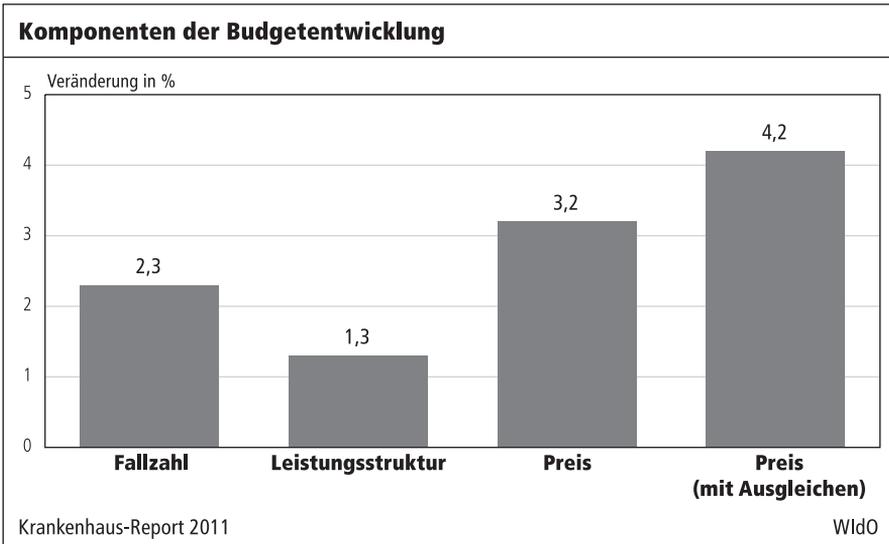
Zu- und Abschläge haben sich in ihrer Bedeutung für die Krankenhausbudgets am deutlichsten gewandelt. Während der Konvergenzphase bis 2008 wurden – abgesehen vom Abschlag für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung – lediglich Zuschläge vereinbart, wie z. B. zur Finanzierung von Arbeitszeitverbesserungen, Zentren und Schwerpunkten oder Begleitpersonen. Im Jahr 2008 entfiel 1,0% des Gesamtbudgets auf die Summe dieser Zuschläge.<sup>13</sup> 2009 sorgen insbesondere Mehrleistungsabschläge sowie die Verlängerung der Konvergenz zu einem Absinken auf 51,9 Mio Euro, was einem Rückgang von –88,5% gleichkommt.

Im Rahmen der Budgetverhandlungen werden auch Ausgleichszahlungen für Budgetunter- beziehungsweise -überschreitungen in Vorperioden festgelegt. In der Summe resultierten sowohl 2008 als auch 2009 negative Ausgleichbeträge, also Rückzahlungen an die Krankenkassen für Budgetüberschreitungen in den Vorjahren. Während in den Jahren 2006 bis 2008 die Rückzahlungen an die Kassen stetig angestiegen sind, ist für den Wechsel zum Budgetjahr 2009 ein Rückgang um –50,4% zu verzeichnen. Für die untersuchten Häuser beträgt der Effekt aus Ausgleichen im Jahr 2009 noch –0,8% bezogen auf das Gesamtbudget, 2008 betrug er noch –1,7%. Das Budget mit Ausgleichen ist entsprechend um 8,0% gestiegen.

12 Die Steigerungsrate ist aufgrund der Vergleichbarkeit um den Effekt des Arztes im Praktikum bereinigt. Die Verrechnung des Zuschlags zur Finanzierung des Wegfalls des Arztes im Praktikum (AiP) im Landesbasisfallwerts 2009 führt dazu, dass das Zuschlagsvolumen AiP 2008 im DRG-Budget 2008 berücksichtigt wird.

13 Zuschläge zur Ausbildungsfinanzierung sind hier grundsätzlich nicht enthalten.

Abbildung 17–1



Nach Zerlegung der Budgetveränderung in die Komponenten Fallzahl, Leistungsstruktur und Preis zeigt sich die herausragende Bedeutung der Preisentwicklung: Sie beträgt 3,2% und geht maßgeblich auf die vereinbarte Veränderung der Basisfallwerte inklusive aller Zu- und Abschläge zurück. Effekte aus der Konvergenzverlängerung im Jahr 2009, dem Mehrleistungsabschlag oder der Einführung des Pflegesonderprogramms sind in diesem Wert also enthalten. Aufgrund der sinkenden Rückzahlungen an die Krankenkassen steigt der Preis inklusive Ausgleichen mit 4,2% deutlicher an.

Die vereinbarte Fallzahlentwicklung im DRG-Vergütungsbereich für hausindividuell zu vereinbarende Fall- bzw. Tagespauschalen sowie in Besonderen Einrichtungen wirkt mit 2,3% auf die Budgets der hier untersuchten Krankenhäuser. Die Veränderung der Leistungsstruktur, die in Form der mittleren Fallschwere für DRG-Leistungen (CMI) oder auch dem Anteil vereinbarter Zusatzentgelte beschrieben wird, trägt mit 1,3% zur festgestellten Budgetentwicklung bei. Da den Budgets der beiden Jahre auch unterschiedliche G-DRG-Kataloge zugrunde liegen, ist im Struktureffekt auch die Wirkung aus der Weiterentwicklung des Kataloges enthalten. Auf Ebene dieser großen Zahl an untersuchten Krankenhäusern ist dieser Effekt allerdings zu vernachlässigen, sorgt doch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) im Rahmen der Normierung des G-DRG-Systems dafür, dass der nationale Casemix zwischen zwei Jahren durch die Katalogveränderungen konstant bleibt.<sup>14</sup> Auf Ebene einzelner Krankenhäuser oder Leistungsbereiche sind die Katalogeffekte deutlich stärker ausgeprägt.

<sup>14</sup> vgl. Heimig 2007 und Heimig 2008.

Der Effekt aus der gestiegenen Leistungsmenge rechnet sich aus dem Produkt der Komponenten Fallzahl und Leistungsstruktur. Er wirkt in den vereinbarten Budgets 2009 stärker als die Preisentwicklung ohne periodenfremde Ausgleiche, daher werden im Folgenden zunächst die vereinbarten Leistungsveränderungen näher untersucht.

## 17.4 Leistungsentwicklung im DRG-Bereich

Da der DRG-Bereich nicht nur den mit Abstand größten Teil des Krankenhausbudgets ausmacht, sondern auch mit einem Anstieg von 8,4% am deutlichsten zum Budgetwachstum beiträgt, beschränkt sich die nachfolgende Darstellung auf dieses Budgetsegment. Die Leistungsmenge für DRGs wird durch die Summe aller Bewertungsrelationen, den Casemix, ausgedrückt. Dieser ergibt sich aus dem Produkt von Fallzahl und Casemix-Index (CMI), der durchschnittlichen Fallschwere. Auf der Ebene der DRGs entspricht der Einfluss des CMI somit dem oben dargestellten Leistungsstruktureffekt. Ein Vergleich zwischen zwei Budgetjahren ist allerdings durch einige Faktoren erschwert. Zum einen resultiert die CMI-Entwicklung aus der Veränderung der tatsächlichen Fallschwere, die einen originär aufgetretenen Wandel im medizinischen Leistungsgeschehen bedeutet. Hierbei können auch Verlagerungen von Leistungen zwischen dem stationären und ambulanten Sektor, beispielsweise im Rahmen des § 115b SGB V, eine Rolle spielen. Zum anderen enthält die CMI-Veränderung auch Effekte aus der jährlichen Weiterentwicklung des G-DRG-Katalogs (sogenannter Katalogeffekt) sowie aus verändertem Kodierverhalten.

### 17.4.1 Leistungsentwicklung nach Partitionen

Das gesamte Leistungsvolumen im DRG-Bereich kann in drei Teilbereiche untergliedert werden, die sogenannten Partitionen, die einen recht unterschiedlichen Anteil an der Leistungsmenge besitzen. Mehr als 60% des Casemixvolumens entfallen auf die operative Partition, welche diejenigen Leistungen umfasst, für die ein OP-Saal notwendig ist. Andererseits dominiert die medizinische Partition hinsichtlich der Fallzahlen. Dieser Unterschied kommt dadurch zustande, dass in der operativen Partition in starkem Maße die höher bewerteten Fälle versammelt sind. Die Partition sonstiger Behandlungen spielt hingegen weder bezüglich der Leistungsmenge noch hinsichtlich der Fallzahlen eine große Rolle (Abbildung 17–2).

Der Anstieg der Leistungsmenge ist in allen drei Partitionen stärker auf einen Anstieg der Fallzahlen zurückzuführen als auf den Struktureffekt. In der medizinischen Partition war der CMI sogar rückläufig und zwar um 1,9%. Die höchsten Zuwächse, allerdings insgesamt auf niedrigem Niveau, weist die sonstige Partition auf (Abbildung 17–3).

Abbildung 17-2

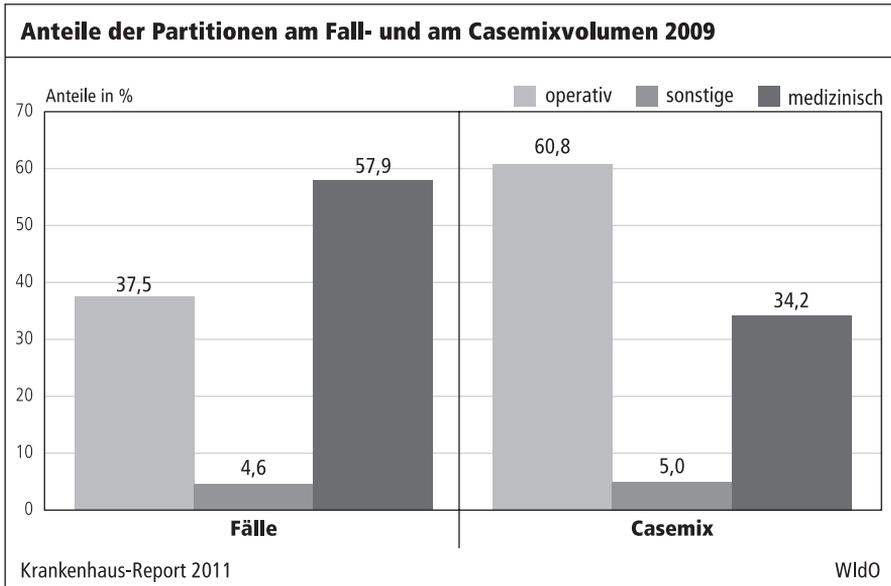
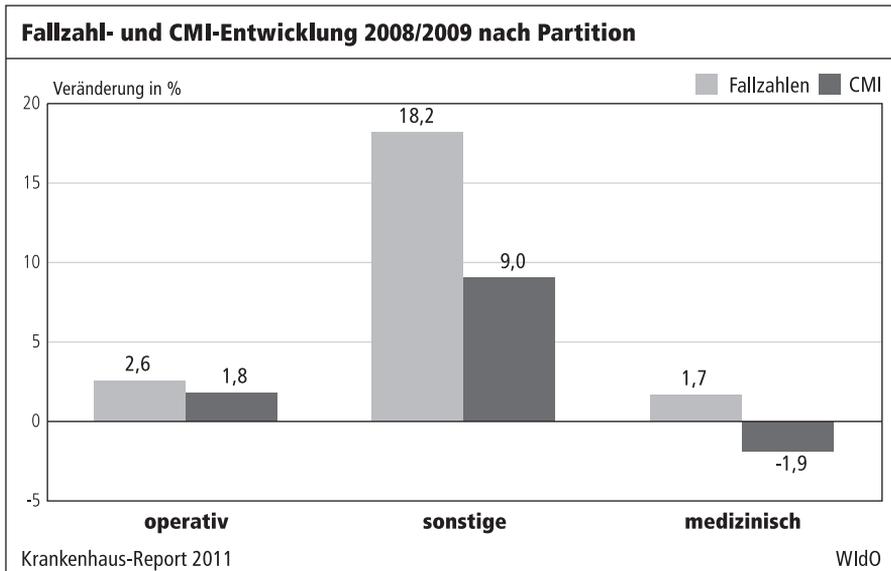


Abbildung 17-3



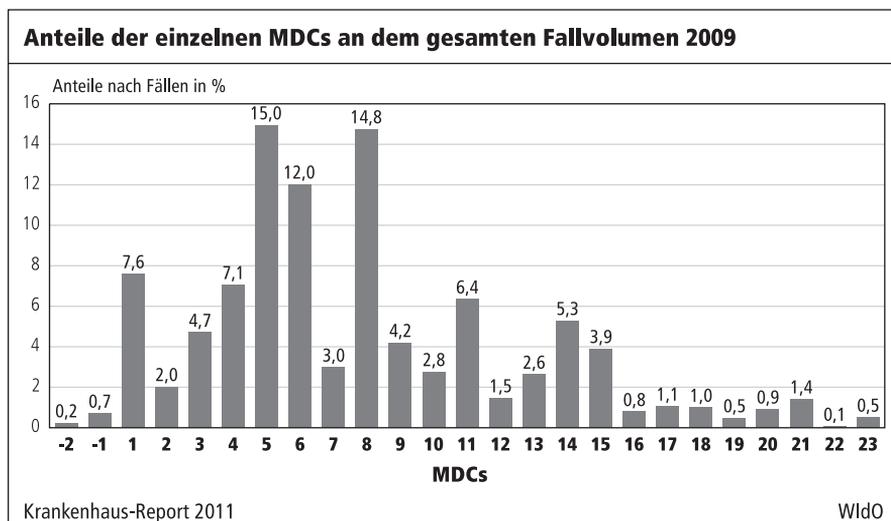
## 17.4.2 Leistungsentwicklung nach Hauptdiagnosegruppen

Die fünfundzwanzig Hauptdiagnosegruppen, die sogenannten MDCs (Major Diagnostic Categories), machen sehr unterschiedliche Anteile an dem gesamten Leistungsspektrum aus (Abbildung 17–4).<sup>15</sup> Die deutlich größten Anteile besitzen die MDCs 5 (Kreislaufsystem) und 8 (Muskel-Skelett-System und Bindegewebe), die gemeinsam fast ein Drittel des Leistungsspektrums abdecken, gefolgt von der MDC 6 (Verdauungsorgane) mit noch einmal zwölf Prozent. Danach folgen die MDCs 1 (Nervensystem) und 4 (Atmungsorgane), die jeweils zwischen sieben und acht Prozent des Leistungsspektrums ausmachen.

Insgesamt weisen die anteilsstärksten MDCs auch die absolut größten Veränderungen hinsichtlich der Leistungsentwicklung auf. Dies ist sowohl durch einen Anstieg der Fallzahlen als auch durch ein Wachstum des CMI bedingt, wobei die Fallzahlentwicklung deutlich dominiert (Abbildung 17–5). Hinter dem Wachstum der MDC 5 beispielsweise, das sich mit 2,7% für die Fallzahlen und 0,6% beim CMI im Vergleich zu manch anderer MDC moderat ausmacht, verbirgt sich ein sehr starker Fallzahlenanstieg hinsichtlich der Implantation von Herzschrittmachern (DRG F12). Das Wachstum bei der MDC 8 ist in starkem Maße auf den Anstieg bei der DRG I69 (Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien) zurückzuführen.

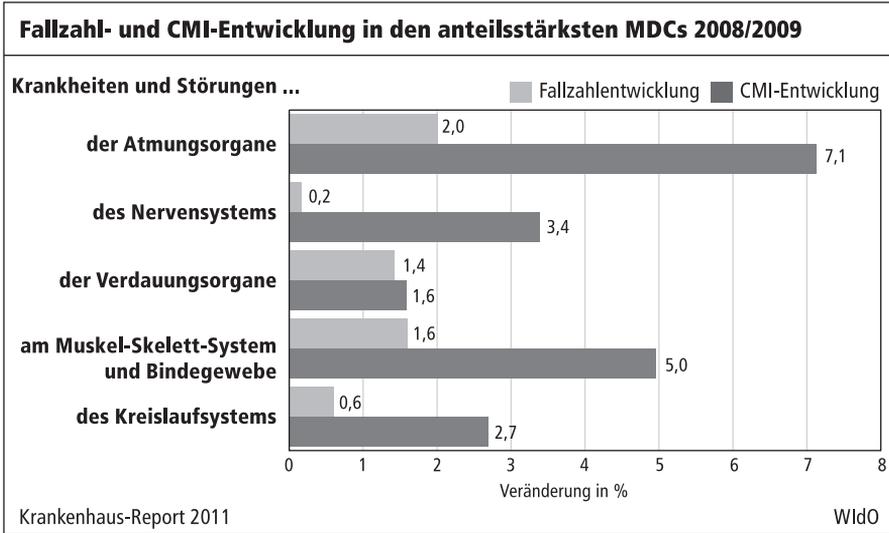
Dabei ist zu beachten, dass nicht in allen MDCs ein Fallzahl- und CMI-Anstieg zu beobachten ist. Bezüglich der Fallzahlen weisen sieben MDCs einen Rückgang und achtzehn einen Anstieg auf. Den stärksten Rückgang zwischen 2008 und 2009 zeigt die MDC 13 „Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane“ mit fast –6,6%. Andere MDCs verzeichnen hingegen umgekehrt Fallzahlerhö-

Abbildung 17–4



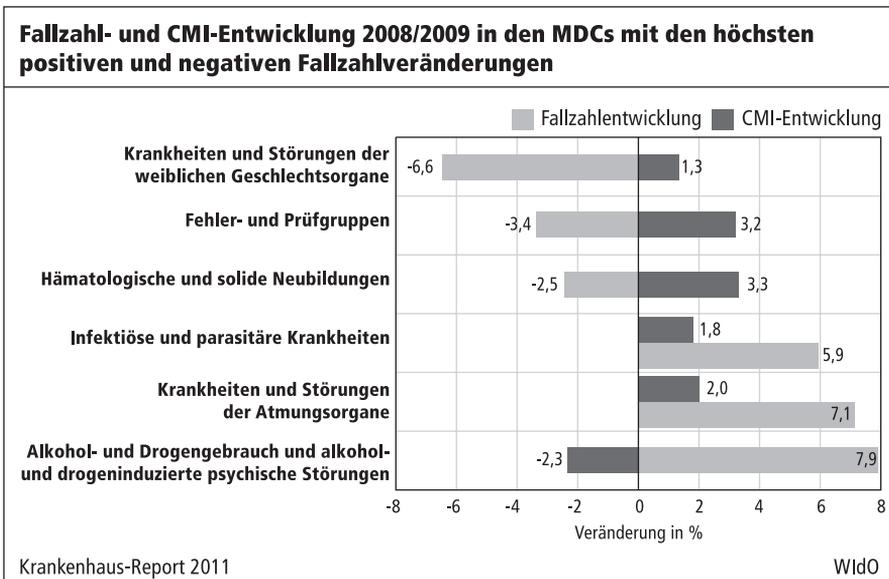
15 Eine Aufstellung aller MDCs findet sich im Anhang dieses Beitrags.

Abbildung 17-5



lungen in mitunter noch größerem Ausmaß. Am stärksten ist der Anstieg bei der MDC 20 „Alkohol- und Drogengebrauch“ mit 7,9% (Abbildung 17-6). Betrachtet man den Struktureffekt, so lässt sich bei zehn MDCs ein sinkender CMI feststellen. In den allermeisten Fällen übertrifft der Mengen- den Struktureffekt, sodass die Entwicklung der Leistungsmenge wesentlich auf die Veränderung der Fallzahlen

Abbildung 17-6



zurückgeführt werden kann. Es existieren jedoch auch Ausnahmen, beispielsweise bei der MDC 17 „Hämatologische und solide Neubildungen“, bei der ein Fallzahlenrückgang um 2,5 % durch einen positiven Struktureffekt von 3,3 % überkompensiert wird.

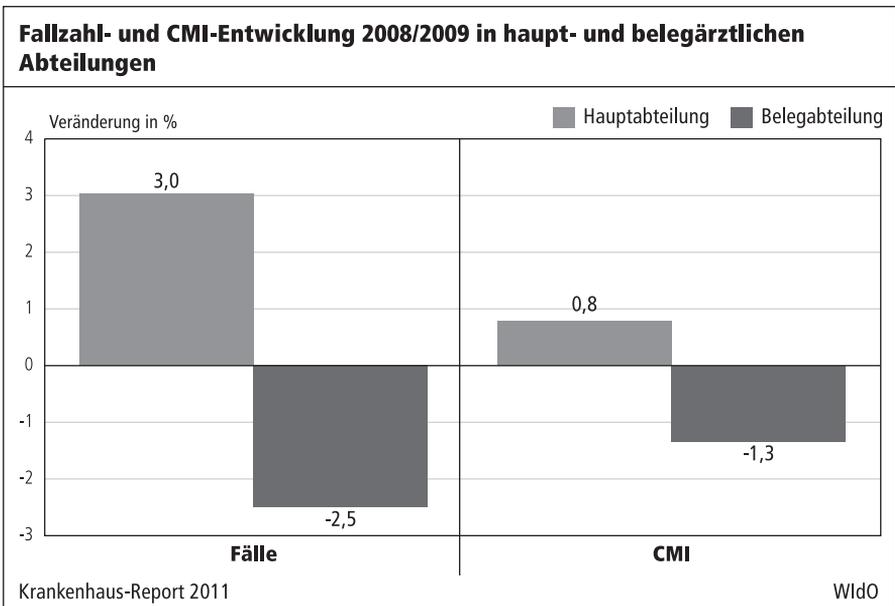
Im Endergebnis bewirken die beiden hier betrachteten Effekte bei neunzehn MDCs einen Leistungsmengenanstieg; nur sechs MDCs wiesen einen Rückgang des Casemix zwischen den Jahren 2008 und 2009 auf.

### 17.4.3 Leistungsentwicklung nach haupt- und belegärztlicher Erbringung

Entgegen der allgemeinen Entwicklung ging die Leistungserbringung in den Belegabteilungen zurück. Betrachtet man die beiden Effekte getrennt voneinander, so wird deutlich, dass dieser Rückgang abermals stärker durch die Entwicklung der Fallzahlen bedingt war als durch den Struktureffekt. Zwar war auch der CMI mit einer Entwicklung von -1,3 % rückläufig; den stärkeren Einfluss hatte jedoch die Fallzahlentwicklung mit einem Rückgang von -2,5 % (Abbildung 17-7). Absolut betrachtet war dies eine Abnahme der Fallzahlen in den belegärztlichen Abteilungen von 810 000 im Jahr 2008 auf 790 000 ein Jahr später. Somit ist ein gewisser Bedeutungsverlust der belegärztlichen Abteilungen feststellbar.

Allerdings besitzt die belegärztliche Leistungserbringung in den Ländern einen sehr unterschiedlichen Stellenwert. In Bayern und Hessen beispielsweise entfallen auf sie rund zwölf respektive zehn Prozent der Fälle; in anderen Ländern, zum Beispiel in Brandenburg, Bremen, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen, spielt

Abbildung 17-7



sie hingegen praktisch überhaupt keine Rolle. Entgegen der allgemeinen Entwicklung nimmt die Leistungserbringung in belegärztlichen Abteilungen in Brandenburg, dem Saarland und insbesondere in Hamburg zu.

Für den insgesamt zu beobachtenden Bedeutungsverlust der belegärztlichen Abteilungen kann es verschiedene Gründe geben, beispielsweise die Umwandlung von beleg- in hauptärztliche Abteilungen in den Krankenhäusern. Darüber hinaus trat zum Jahresbeginn 2007 das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz in Kraft. Dieses Gesetz räumt den Ärzten größere Freiräume bei der Ausübung ihrer Tätigkeit ein. Insbesondere besteht nun die Möglichkeit, die Berufsausübung als Vertragsarzt mit einer Nebentätigkeit im Krankenhaus zu verbinden, sei es als angestellter, sei es als Konsiliararzt. Damit betrifft das Gesetz einen Tätigkeitsbereich, der zuvor Belegärzten vorbehalten blieb. Es besteht die Möglichkeit, dass die Betätigung als Belegarzt zunehmend von dieser Ausgestaltung überlagert wird.

## 17.5 Preisentwicklung im DRG-Bereich

Das Preisniveau wird beeinflusst durch die Preisentwicklung der DRG-Leistungen sowie der sonstigen Entgelte. Aufgrund des geringen Anteils am Gesamtbudget werden im Folgenden die sonstigen Entgelte nicht näher betrachtet.

Die DRG-Preiskomponente ist geprägt von den Determinanten des Basisfallwerts (exklusive Zu- und Abschläge), der Zu- und Abschläge sowie der periodenfremden Zahlungen aus Vorjahren. Auch in Entwicklung dieser Determinanten zeichnen sich die Änderungen des KHRG ab, die im Abschnitt 17.2 zur Budgetentwicklung beschrieben sind.

### 17.5.1 Entwicklung der Basisfallwerte

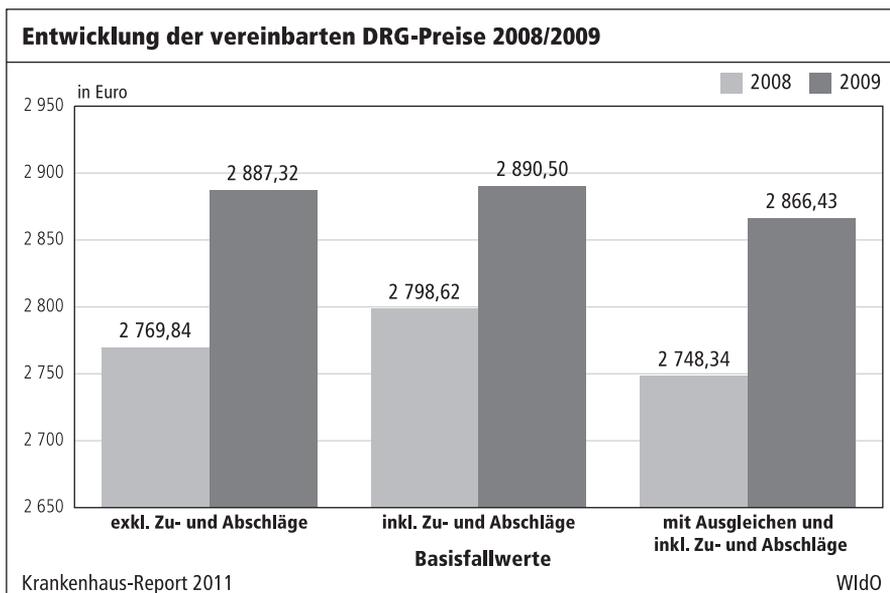
Das Preisniveau für DRG-Leistungen entwickelt sich im Jahr 2009 gegenüber dem Vorjahr überdurchschnittlich positiv. Es steigt um 3,3 %, wohingegen die Preissteigerung inklusive der sonstigen Entgelte nur bei 3,2 % liegt (vgl. Abbildung 17–1).

Die einzelnen Determinanten des DRG-Preises prägen diesen unterschiedlich (vgl. Abbildung 17–8). Der Preissockel wird von der Determinante des „reinen“ Basisfallwerts (ohne Zu- und Abschläge) gebildet; dieser beträgt im Jahr 2008 2 769,84 Euro und steigt im Folgejahr auf 2 887,32 Euro an. Dies entspricht einer relativen Steigerung von 4,2%.<sup>16</sup>

Die Betrachtung der Preisentwicklung unter Berücksichtigung der Zu- und Abschläge für die Konvergenzverlängerung, die Mehrleistungen, das Pflegesonderprogramm, die AZV etc. verdeutlicht, dass die Abschlagsvolumina im Jahr 2009 an Bedeutung gewinnen. In der Konsequenz ist die Summe der Zu- und Abschläge 2009 rückläufig. Im Jahr 2008 wirken die Zu- und Abschlagsbudget mit 28,77 Euro erhöhend auf den Preis, im Folgejahr reduziert sich diese Preiswirkung auf nur 3,18

<sup>16</sup> Die Steigerungsrate in Höhe von 4,2% ist aufgrund der Vergleichbarkeit um den Effekt des Arztes im Praktikum bereinigt. Die unbereinigte Veränderung der Basisfallwerte beträgt 4,8%.

Abbildung 17–8



Euro. Dieser Rückgang ist ursächlich dafür, dass der Basisfallwert inklusive Zu- und Abschläge im Jahr 2009 mit einer Steigerung von 3,3 % unterhalb der Veränderungsrate des Preisniveaus ohne Zu- und Abschläge liegt.

Auch die Determinante der Ausgleichszahlungen für Vorperioden ist rückläufig. Die Ausgleichszahlungen 2009 reduzieren den Preis um durchschnittlich –24,07 Euro, wohingegen im Vorjahr das Preisniveau um –50,27 Euro abgesenkt wurde. Das abrechnungsrelevante Preisniveau, d. h. der Basisfallwert inklusive Zu- und Abschläge und Ausgleiche, steigt somit um 4,3 %.

## 17.5.2 Einfluss des Abschlags Tarifierhöhungsrates

Hauptinflussfaktor der Basisfallwertentwicklung (ohne Zu- und Abschläge) ist – wie bereits erläutert – die Verrechnung der Tarifierhöhungsrates im Landesbasisfallwert. Um jedoch eine unsachgerechte Finanzierung der Tarifierhöhungsrates bei Krankenhäusern mit Lohnentwicklungen unterhalb des bundesweiten Niveaus zu vermeiden, musste in diesen Konstellationen ein Abschlagsbudget auf die Tarifierhöhungsrates vereinbart werden. Diese Maßnahme sollte zu einer Entlastung der GKV-Ausgaben i. H. v. 150 Mio. Euro<sup>17</sup> im Jahr 2009 führen.

Von den betrachteten Einrichtungen hatten 110 eine Tariflohnentwicklung, die zur Vereinbarung eines Abschlagsvolumens in Höhe von 16,6 Mio. Euro führte. Durchschnittlich wird durch diesen Preisabschlag das Niveau um 1,02 Euro abgesenkt.

<sup>17</sup> „Insgesamt erwartet der Gesetzgeber, dass durch diese Regelung im Jahr 2009 eine Verringerung der GKV-Mehrausgaben in Höhe von 150 Mio. € erreicht werden kann.“ (vgl. Rau 2009)

### 17.5.3 Einfluss des Pflegesonderprogramms

Im Jahr 2009 haben 969 Krankenhäuser eine Vereinbarung über das Pflegesonderprogramm geschlossen. Das Volumen der für Pflegekräfte zusätzlich vereinbarten Finanzmittel beläuft sich auf 171,7 Mio. Euro. Rechnerisch reicht dieser Betrag – bei einer 90%igen Finanzierung – für circa 4420 neue Vollzeitstellen.<sup>18</sup>

Es liegt nun die Vermutung nahe, dass eine Erhöhung des Personalbestands, wie ihn das Pflegesonderprogramm erlaubt, insbesondere von Krankenhäusern vorgenommen wird, die einen Anstieg der Leistungsmenge zu verzeichnen hatten. Dies ist tatsächlich der Fall. Von den Häusern mit Mehrleistungsabschlag nahmen 74,3% am Pflegesonderprogramm teil; bei denjenigen ohne Mehrleistungsabschlag waren es vergleichsweise niedrige 57,0%.

Es ist in diesem Zusammenhang freilich zu berücksichtigen, dass die Mengenausweitung bereits zu einem Anstieg der Vergütung führt. Der Casemixanstieg für die hier betrachteten Häuser beträgt rund 546000 Casemixpunkte. Mit dem Basisfallwert 2009 ohne Ausgleich, bereinigt um Zu- und Abschläge, bewertet und unter Berücksichtigung der Mehrleistungsabschläge macht dies einen Budgetanstieg von rund 1,2 Mrd. Euro aus. Über die Kostendaten des InEK lässt sich ermitteln, dass ungefähr 21,4% dieser Kosten dem Pflegebereich zuzuordnen sind (vgl. Tabelle 17–2). Das wiederum bedeutet, dass durch die Leistungsentwicklung mehr als 252 Mio. Euro zusätzlich für Pflegekräfte zur Verfügung standen, was ungefähr 5850 VKÄ entspricht. Zusammen mit den über das Pflegesonderprogramm finanzierten zusätzlichen Stellen müsste das im Krankenhaussektor beschäftigte Pflegepersonal somit um mehr als 10000 Vollkraftäquivalente erhöht werden können. Anders als die über das Pflegesonderprogramm zufließenden Mittel ist die Vergütung für die Mengenausweitung freilich nicht zweckgebunden.

### 17.5.4 Einfluss der Konvergenz

Die Auswirkung des Divergenzeffektes ist durch die um ein Jahr verlängerte Konvergenz nach dem KHRG auf die Jahre 2009 und 2010 aufgeteilt, diese wird über die Vereinbarung der Zu- und Abschläge Konvergenzverlängerung budgetwirksam. Von den betrachteten Einrichtungen haben 25,9% ein Zuschlagsvolumen von insgesamt 127,2 Mio. Euro. Durchschnittlich erhöht der Zuschlag den Preis 2009 für diese Krankenhäuser um 38,91 Euro.

Demgegenüber stehen 74,1% der Krankenhäuser, die aufgrund der Konvergenzverlängerung einen Abschlag auf den durchschnittlichen Preis hinnehmen

<sup>18</sup> Tatsächlich dürfte das Fördervolumen letztlich noch deutlich höher liegen. Der Gesetzgeber geht in der Gesetzesbegründung davon aus, dass sich die Fördersumme zum Ende des über drei Jahre laufenden Programms auf insgesamt 660 Mio. Euro belaufen wird, mit denen 17000 neue Stellen finanziert werden könnten. Rein rechnerisch ergäbe sich hieraus eine jährliche Förderung von 220 Mio. Euro und 5667 Stellen. Aufgrund erwarteter Umsetzungsschwierigkeiten zu Beginn des Programms kann eine nicht genutzte Förderung für 2009 im folgenden Jahr 2010 nachgeholt werden (§ 4 Abs. 10 Satz 3 KHEntgG). Es ist daher mit einem deutlichen Wachstum der vereinbarten Mittel für das Pflegesonderprogramm zu rechnen, das zumindest teilweise dem Jahr 2009 zugerechnet werden müsste (vgl. GKV-Spitzenverband 2010).

Tabelle 17-2

**Kostenverteilung für das vereinbarte G-DRG-Spektrum gemäß DRG-Kalkulationsstichprobe (in %)**

G-DRG-Katalog	Personalkosten				Sachkosten				Personal- und Sachkosten		
	ins-gesamt	davon:			ins-gesamt	davon:			ins-gesamt	davon:	
		ärztlicher Dienst	Pflegedienst	med.-tech. Dienst		Arzneimittel	Implantate	übriger med. Bedarf		med. Infrastruktur	nicht-med. Infrastruktur
2008	50,9	17,4	21,8	11,6	18,4	4,5	4,3	9,6	30,8	6,7	24,1
2009	51,2	18,3	21,4	11,5	18,9	4,5	4,4	10,0	29,9	7,1	22,8

Krankenhaus-Report 2011

WlD0

mussten. Die Summe der vereinbarten Abschlagsbudgets entspricht einem Volumen von –501,8 Mio. Euro und einer Preisabsenkung von –40,76 Euro.

Über alle betrachteten Krankenhäuser wirkte die Konvergenzverlängerung in der Summe als Abschlag i. H. v. –374,5 Mio. Euro budgetmindernd, der Divergenzeffekt beträgt demnach ca. 750 Mio Euro. Das bundesweite Preisniveau ist durchschnittlich um –22,95 Euro herabgesetzt. Mit dem letzten Sprung auf den Landesbasisfallwert im Jahr 2010 werden diese Abschläge entfallen.

Einrichtungen, die aufgrund der Angleichung an den Landesbasisfallwert Budgetanteile verlieren, durften im Jahr 2008 nicht mehr als 2,5 % und im Jahr 2009 nicht mehr als 3,0 % des Budgets abgeben. Das heißt der Angleichungsbetrag des Konvergenzschrittes wird gekappt und das Krankenhaus erhält budgeterhöhend den sogenannten Schonbetrag. Im Jahr 2008 wurden 9,9 % von den betrachteten Krankenhäusern mit einem Schonbetragsvolumen von 48,4 Mio. Euro gekappt. Im Jahr 2009 ist der Anteil der gekappten Krankenhäuser mit 6,4 % geringer, jedoch steigt die Summe der Schonbeträge auf ein Volumen von 61,5 Mio. Euro.

Die im Rahmen des KHRG eingeführte Konvergenzverlängerung wurde vom Gesetzgeber in der Regelung zur Kappung nicht nachvollzogen. Infolgedessen wird bei der Ermittlung des Kappungsbetrags im Jahr 2009 die 100 %ige Angleichung auf den LBFW zugrunde gelegt. Diese vollständige Angleichung auf den LBFW führt im Vergleich zum Vorjahr zu einer anteilig höheren Budgetreduzierung und folglich auch zu einem höheren Schonbetrag.

### 17.5.5 Einfluss des Mehrleistungsabschlags

Steigende Leistungszahlen in Krankenhäusern führen c. p. zu sinkenden Durchschnittskosten, weil lediglich die variablen Kosten steigen und die Fixkosten konstant bleiben. Dieser betriebswirtschaftliche Grundsatz findet sich nicht nur seit jeher in den Regelungen zu Mehr- und Mindererlösgleichen wieder, sondern auch in den gesetzlichen Vorgaben zur Budgetvereinbarung im KHEntG.

Während in der Konvergenzphase 2005–2008 verbindliche Vergütungssätze für vereinbarte Leistungsveränderungen auf Einzelhausebene galten und diese direkt auf den Basisfallwert des Krankenhauses wirkten, hat der Gesetzgeber über das KHRG im Jahr 2009 einen individuell zu vereinbarenden Abschlag auf Hausebene vorgesehen.<sup>19</sup>

Bundesweit haben 820 der hier betrachteten Einrichtungen 2009 einen solchen Mehrleistungsabschlag vereinbart. Dies entspricht bezogen auf die 1420 Einrichtungen mit DRG-Budget einem Anteil von 57,8 %, der somit geringer ausfällt als mit 72,1 % im Jahr 2008.<sup>20</sup> Diese Entwicklung ist aber auch darauf zurückzuführen, dass im Jahr 2009 in einzelnen Regionen Korridore für Leistungsveränderungen

19 Für Mehrerlösausgleiche werden wegen der großen Personalkostenanteile in der stationären Versorgung üblicherweise 35 % variable und 65 % Fixkosten angenommen. Für die Vereinbarungen auf Einzelhausebene während der Konvergenzphase wurden nicht diese 35 % angesetzt. § 4 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntG) schreibt für 2005 vor, dass Leistungsveränderungen zu 33 % des jeweils geltenden Landesbasisfallwerts budgetwirksam werden. Im Verlauf der Konvergenzphase steigt dieser Anteil stufenweise an: über 50 % in 2006, 65 % in 2007 bis 80 % in 2008.

20 Vergl.: Leclerque und Friedrich 2010.

verabredet wurden, in denen kein Mehrleistungsabschlag Anwendung fand. In der Summe wurde für die o. g. 820 Krankenhäuser ein Abschlagsvolumen i. H. v. 373,2 Mio. Euro festgelegt, was einem vereinbarten Preiseffekt von -22,84 Euro entspricht. Im Jahr 2008 wurden vereinbarte Leistungsveränderungen zu 80% budgetwirksam. Diese anteilige Berücksichtigung kommt einem Abschlag von 20% gleich, der sich für die hier untersuchten Häuser auf 335,1 Mio. Euro summiert.

Informationen über den vereinbarten Abschlagssatz im Jahr 2009 liegen nur für 442 Krankenhäuser vor. Aber schon in diesen Krankenhäusern offenbart sich die enorme Spannweite der vereinbarten Abschläge, die zwischen 10% und 75% rangieren, der gemittelte Mehrleistungsabschlag liegt in diesen Häusern bei -24,9%. Gemessen an den Degressionswirkungen, wie sie in den Mehrerlösausgleichen i. H. v. 65% angesetzt sind oder wie sie die Kostenverteilung aus der G-DRG-Kalkulationsstichprobe<sup>21</sup> nahelegt (Tabelle 17-2), ist dieser Abschlag vergleichsweise moderat vereinbart. Durch die Befristung des Mehrleistungsabschlags auf das Jahr 2009 entfällt der Abschlag im Folgejahr, was isoliert betrachtet einer Budgetsteigerung um 0,8% im Jahr 2010 entspricht.

## 17.6 Umsetzung der Vereinbarungsergebnisse

### 17.6.1 Umsetzungszeitpunkte

Das KHRG hat aber neben den zahlreichen Änderungen auch eine deutliche Verzögerung im Verhandlungsverlauf sowohl auf der Landes- als auch auf der Ortsebene mit sich gebracht. Das späte Inkrafttreten des KHRG am 25. März 2009 führte dazu, dass in den acht Bundesländern<sup>22</sup>, in denen zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes bereits ein Landesbasisfallwert 2009 vereinbart war, nachverhandelt werden musste. Daher finden sich in Tabelle 17-3 für diese Länder zwei LBFWs. In den übrigen Bundesländern wurde der Landesbasisfallwert 2009 erst nach Inkrafttreten des KHRG vereinbart. Der für das Jahr 2009 tatsächlich relevante Landesbasisfallwert wurde somit in weiten Teilen der Republik deutlich später abgeschlossen als in den Jahren zuvor (Tabelle 17-3). Wurden die Verhandlungen zum LBFW 2008 im Schnitt im Februar 2008 abgeschlossen, so verschieben sich die Vereinbarungen 2009 um vier Monate nach hinten.

In der Konsequenz wurden auch die Verhandlungen der Krankenhausbudgets erst später abgeschlossen als in den Jahren zuvor. Abbildung 17-9 verdeutlicht dies. So waren unterjährig im Jahr 2008 68,8% des DRG-Casemixvolumens der betrachteten Krankenhäuser vereinbart, wohingegen im Jahr 2009 bei diesen Häusern unter-

21 „G-DRG-Browser“; InEK (2007) und InEK (2008). Die Kostendaten, die für die Kalkulation des G-DRG-Systems Verwendung finden, sind zwei Jahre älter als das Jahr, in dem der Katalog zur Anwendung kommt: Die Bewertungsrelationen des G-DRG-Katalogs 2007 beruhen auf den Kostendaten des Jahres 2007.

22 Brandenburg, Bayern, Hessen, Hamburg, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz sowie Sachsen-Anhalt.

Tabelle 17-3

**Vereinbarungszeitpunkte für die Landesbasisfallwerte 2005 bis 2010**

	2005	2006	2007	2008	2009	2009 nach KHRG
Brandenburg	Mai-05	Mai-06	Feb-07	Jan-08	Dez-08	Mai-09
Berlin	Sep-05	Mai-06	Mai-06	Jun-08		Jun-09
Baden-Württemberg	Jun-05	Apr-06	Mrz-07	Feb-08		Jul-09
Bayern	Mai-05	Mai-06	Dez-06	Feb-08	Apr-09	Okt-09
Bremen	Jul-05	Mrz-06	Mrz-07	Mrz-08		Mrz-09
Hessen	Jun-05	Mai-06	Apr-07	Feb-08	Mrz-09	Jun-07
Hamburg	Jun-05	Nov-06	Feb-07	Feb-08	Mrz-09	Jul-09
Mecklenburg-Vorpommern	Jun-05	Okt-06	Okt-06	Mai-08		Mrz-10
Niedersachsen	Apr-05	Feb-06	Dez-06	Dez-07	Dez-08	Apr-09
Nordrhein-Westfalen	Jul-05	Mai-06	Mrz-07	Mrz-08	Mrz-09	Apr-09
Rheinland-Pfalz	Jul-05	Jul-06	Jul-06	Jul-07	Nov-08	Mai-09
Schleswig-Holstein	Apr-05	Apr-06	Mrz-07	Mrz-08		Mai-09
Saarland	Apr-05	Jun-06	Mrz-07	Feb-08		Mrz-09
Sachsen	Mai-05	Mai-06	Apr-07	Apr-07		Apr-09
Sachsen-Anhalt	Jul-05	Aug-06	Aug-06	Dez-07	Dez-07	Aug-09
Thüringen	Jun-05	Jun-06	Mrz-07	Feb-08		Apr-09

Krankenhaus-Report 2011

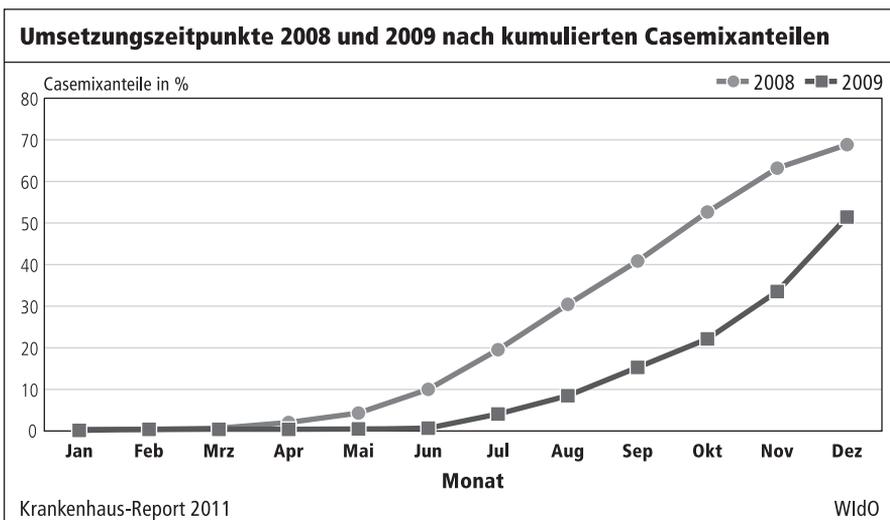
Wido

jährig nur 51,4%<sup>23</sup> des betrachteten DRG-Casemixvolumens geeint wurde. Insbesondere in der zweiten Jahreshälfte verzögerte sich der Verhandlungsfortschritt; im Ergebnis stieg im Jahr 2009 der Anteil der retrospektiv geschlossenen Vereinbarungen. Ursächlich hierfür sind aber nicht nur die späten Vereinbarungen zum LBFW, sondern auch die streitbefangenen Gesetzesauslegungen der Neuregelungen des KHRG.

Die eingetretene Verzögerung des Verhandlungsprozesses und die in der Konsequenz spätere Zahlungswirksamkeit der Budgetergebnisse 2009 wurden vom Gesetzgeber erwartet. Um jedoch den Häusern die zugesicherten Finanzmittel zeitnah zur Verfügung stellen zu können, wurde im Gesetz die Möglichkeit eingeräumt, den Zuschlag des Pflegesonderprogramms bereits vor Genehmigung des Budgets abzurechnen, wie auch den Zu- oder Abschlag aufgrund der Konvergenzverlängerung. Durch die Abrechnungsrelevanz des LBFW unabhängig von der hausindividuellen Budgetgenehmigung wurde die Tarifierhöhungsrates ebenfalls zeitnah finanzwirksam.

23 Die Quote der prospektiven Vereinbarungen 2009 in Höhe von 51,4% gemessen am Gesamtvolumen der betrachteten Häuser ist unterschätzt im Vergleich zu dem Gesamtcasemixvolumen nach § 10 Abs. 9 S. 3 KHEntgG in Höhe von rund 17,8 Tsd. Punkten. Gemessen am Gesamtcasemixvolumen beträgt die Quote der prospektiven Vereinbarungen nur rund 47,1%.

Abbildung 17–9



### 17.6.2 Konsequenzen für das reale DRG-Preisniveau (Z-Bax)

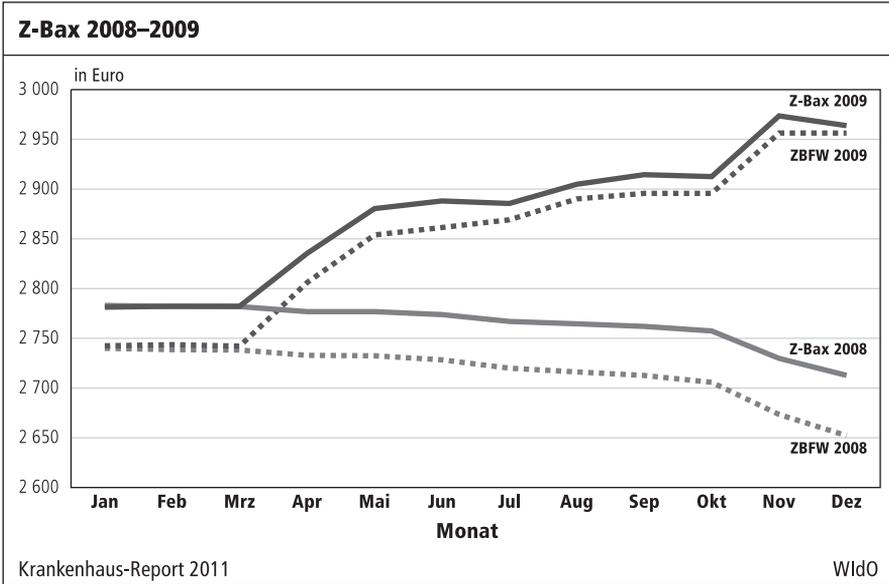
Für das DRG-Preisniveau einer laufenden Periode ist nicht der vereinbarte Basisfallwert mit Ausgleichen, sondern der sogenannte Zahlbasisfallwert (ZBFW) maßgeblich. Er ändert sich mit Genehmigung einer Vereinbarung auf Hausebene und ab Inkrafttreten des KHRG im Jahr 2009 auch mit Vorliegen eines genehmigten Landesbasisfallwerts. Der Casemix-gewichtete Zahlbasisfallwert der hier untersuchten Krankenhäuser (Z-Bax) illustriert, wie die vereinbarten Preisveränderungen im Wechsel von 2008 nach 2009 in das reale Vergütungsniveau Einzug hielten. Der Z-Bax enthält neben den Ausgleichen für Vorperioden auch unterjährige Zahlbetragsausgleiche sowie alle Zu- und Abschläge mit Ausnahme der Finanzierung von Ausbildungsstätten.<sup>24</sup>

Das zahlungswirksame Preisniveau der untersuchten Krankenhäuser im Z-Bax steigt im Mittel mit 4,0% etwas geringer an als der vereinbarte Basisfallwert inklusive aller Zu- und Abschläge sowie Ausgleichen mit 4,3%. Hierfür ist der hohe Anteil der nicht mehr im Jahr 2009 umgesetzten Vereinbarungen verantwortlich. Zwar werden vereinbarte Landesbasisfallwerte wie bereits erwähnt direkt nach Genehmigung preiswirksam, die Zahlbetragsausgleiche für die ersten Monate, in denen der LBFW noch nicht vorlag, erfolgten aber erst mit Abschluss der Vereinbarung auf Einzelhausebene (Abbildung 17–10).

Die unterjährigsten Verläufe der Jahre 2008 und 2009 sind sehr unterschiedlich. 2008 sinkt der Z-Bax stetig ab, da mit Umsetzung der Vereinbarungen enthaltene Ausgleichs sowie die Kostendegression für Mehrleistungen preiswirksam werden.

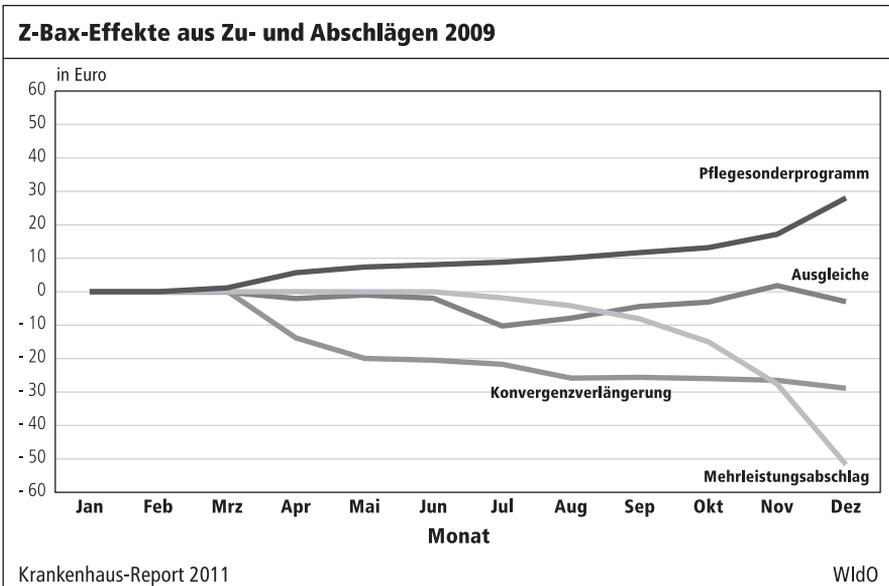
<sup>24</sup> Eine umfassende Erläuterung des Z-Bax findet sich in Friedrich et al. 2010. Zudem steht der Z-Bax aller bundesdeutschen Krankenhäuser wochenaktuell unter [www.wido.de](http://www.wido.de) zum Download zur Verfügung. Die Onlineversion enthält abweichend zu der hier dargestellten auch die Zuschläge zur Ausbildungsfinanzierung.

Abbildung 17–10



Im Jahr 2009 dagegen dominiert eine stufenartige Entwicklung nach oben, die aus einer steigenden Zahl vereinbarter Landesbasisfallwerte resultiert. Das leichte Absinken zum Jahresende geht dann wie im Vorjahr auf die Preisdegression aufgrund vereinbarter Mehrleistungen zurück. Anders als im Jahr zuvor spielen Ausgleiche dagegen eine geringere Rolle.

Abbildung 17–11



Der Blick auf die Zahlungswirksamkeit der einzelnen Zu- und Abschläge im Verlauf des Jahres 2009 verdeutlicht dies (Abbildung 17–11). Mit Inkrafttreten des jeweiligen Landesbasisfallwerts werden auch die Entgelte zur Konvergenzverlängerung zur Abrechnung gebracht, eben weil sie dem finalen Sprung auf das Niveau des Landesbasiswerts um 50 % entgegenwirken sollen. Daher besitzt dieses Entgelt schon früh im Jahr einen starken Einfluss auf das Vergütungsniveau.

Die Zuschläge zur Finanzierung des Pflegesonderprogramms kommen zwar nicht automatisch zur Abrechnung, konnten aber von Krankenhäusern noch vor Abschluss einer Vereinbarung mit maximal 0,48 % in Rechnung gestellt werden. Daher fließen diese Vergütungsanteile auch bereits relativ früh im Jahr 2009.

Anders verhält es sich beim Abschlag für vereinbarte Mehrleistungen, der naturgemäß erst mit Umsetzung einer Vereinbarung des Jahres 2009 zur Abrechnung kommt. Entsprechend spät im Jahr entfaltet er seine Wirkungen auf das Preisniveau.

Die Preiskomponente der Ausgleiche bewegt sich dagegen fast durchgängig im Jahr in einem Korridor um die Nulllinie herum, obwohl sie sowohl bezüglich des vereinbarten Volumens als auch der Umsetzungszeitpunkte mit dem Mehrleistungsabschlag vergleichbar ist. Dieser Verlauf ist darauf zurückzuführen, dass sich bei Verrechnung die Rückzahlungen an die Krankenkassen für Budgetüberschreitungen in Vorperioden und die entgangenen Erlöse in den Monaten vor Inkrafttreten der LBFWs nahezu neutralisieren.

Trotz der gegenüber den Vorjahren deutlich verspäteten Budgetverhandlungen zeigt der Z-Bax, dass das zahlungswirksame Niveau für DRG-Leistungen in den untersuchten Einrichtungen die vereinbarten Preissteigerungen weitestgehend vorwegnimmt.

## 17.7 Fazit

Die Krankenhausbudgets des Jahres 2009 sind deutlich stärker angewachsen als in den Jahren der Budgetkonvergenz zuvor. Entscheidend dafür ist zum einen, dass die vom Gesetzgeber mit dem KHRG initiierten Preissteigerungen für Krankenhausleistungen in den Budgets umgesetzt wurden. Dies gilt für die Gesamtentwicklung der Budgets genauso wie für Detailbereiche wie das Pflegesonderprogramm. Zum anderen zeigen die Ergebnisse dieses Beitrages, dass die Dynamik der vereinbarten Mengenausweitungen auch 2009 anhält. In der Summe resultiert für die untersuchten 1 451 Krankenhäuser eine Budgetsteigerung i. H. v. 7,0%.

Ohne die auf das Jahr begrenzten Maßnahmen Mehrleistungsabschlag und Konvergenzverlängerung zur Budgetbegrenzung hätte eine Budgetsteigerung von 8,6 % resultiert. Daher ist schon jetzt absehbar, dass mit dem Wegfall beider Regelungen im Jahr 2010 die Budgets entsprechend ansteigen werden.

Das späte Inkrafttreten des KHRG hat die prospektive Vereinbarung der Budgets weitestgehend verhindert, die Vielzahl an neuen und teilweise auch sehr streitbefangenen Regelungen hat zudem den Verhandlungsprozess verlangsamt. Dennoch haben die Regelungen zur Abrechnung von DRG-Leistungen dazu geführt, dass das zahlungswirksame Preisniveau 2009 die Ergebnisse der retrospektiv geschlossenen Ergebnisse in weiten Teilen vorweggenommen hat. Für das Jahr 2010

ist wieder mit einer deutlich größeren Zahl an prospektiven und unterjährigen Budgetabschlüssen zu rechnen.

## 17.8 Anhang

Die Nummern der MDCs bedeuten Folgendes:

- 2 Fehler-DRGs und sonstige DRGs
- 1 Pre-MDC
- 1 Krankheiten und Störungen des Nervensystems
- 2 Krankheiten und Störungen des Auges
- 3 Krankheiten und Störungen im HNO-Bereich
- 4 Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane
- 5 Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems
- 6 Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
- 7 Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
- 8 Krankheiten und Störungen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
- 9 Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma
- 10 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
- 11 Krankheiten und Störungen der Harnorgane
- 12 Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane
- 13 Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane
- 14 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett
- 15 Neugeborene
- 16 Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems
- 17 Hämatologische und solide Neubildungen
- 18 Infektiöse und parasitäre Krankheiten
- 19 Psychiatrische Krankheiten und Störungen
- 20 Alkohol- und Drogengebrauch und alkohol- und drogeninduzierte psychische Störungen
- 21 Verletzungen, Vergiftungen und toxische Nebenwirkungen von Drogen und Medikamenten
- 22 Verbrennungen
- 23 Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und andere Inanspruchnahmen des Gesundheitswesens.

## 17.9 Literatur

- Burmann S, Malzahn J, Wehner Ch. Kliniken in Not? Gesundheit und Gesellschaft 2008; 6: 30–5.
- Friedrich J, Leclerque G, Paschen K. Die Krankenhausbudgets 2004 bis 2006 unter dem Einfluss der Konvergenz. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg). Krankenhaus-Report 2007. Stuttgart: Schattauer 2008; 257–76.
- Friedrich J, Leber WD, Wolff J. Basisfallwerte – zur Preis- und Produktivitätsentwicklung stationärer Leistungen. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J (Hrsg). Krankenhaus-Report 2010. Stuttgart: Schattauer 2010; 127–47.

- Friedrich J, Leclerque G, Paschen K. Die Katalogrevision beeinflusst die Konvergenz. *f&w* 2007; 04: 425–7.
- GKV-Spitzenverband. Bericht des GKV-Spitzenverbandes zum Pflegesonderprogramm gemäß § 4 Abs. 10 Satz 12 Krankenhausentgeltgesetz für das Budgetjahr 2009. Berlin 2010.
- Günster C. Bestimmung des Landesbasisfallwert mit Kappungsgrenze. Bonn: Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) (Hrsg) 2005.
- Heimig F. G-DRGs 2008. Klassifikation und Bewertung, Ergebnispräsentation zugunsten der Selbstverwaltungspartner nach § 17b KHG. Siegburg, 24. August 2007.
- Heimig F. G-DRGs 2009. Klassifikation und Bewertung, Ergebnispräsentation zugunsten der Selbstverwaltungspartner nach § 17b KHG. Siegburg, 22. August 2008.
- Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK). G-DRG V2006/2008 Report-Browser. Siegburg 2007. <http://www.g-drg.de>.
- Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK). G-DRG V2008/2009 Report-Browser. Siegburg 2008. <http://www.g-drg.de>.
- Klauber J, Friedrich J. Preissprung auf der Klinikrechnung. *Gesundheit und Gesellschaft* 2008; 12: 18f.
- Krankenhaus-Directory – DRG-Krankenhäuser 2005. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg). *Krankenhaus-Report 2006*. Stuttgart: Schattauer 2007; 365–434.
- Krankenhaus-Directory – DRG-Krankenhäuser 2006. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg). *Krankenhaus-Report 2007*. Stuttgart: Schattauer 2008; 393–471.
- Krankenhaus-Directory – DRG-Krankenhäuser 2007. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg). *Krankenhaus-Report 2008*. Stuttgart: Schattauer 2009; 359–432.
- Leber WD, Wolff J. G-DRG-Entwicklung aus der Sicht der Krankenkassen. In: Roeder N, Bunzemeier H (Hrsg). *Kompodium zum G-DRG-System 2009*. Düsseldorf: Deutsche Krankenhausverlagsgesellschaft 2009; 49ff.
- Leclerque G, Friedrich J. Die Krankenhausbudgets 2005 bis 2007 unter dem Einfluss der Konvergenz. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg). *Krankenhaus-Report 2008/2009*. Stuttgart: Schattauer 2009; 229–40.
- Leclerque G, Friedrich J. Die Krankenhausbudgets 2006 bis 2008 unter dem Einfluss der Konvergenz. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J (Hrsg). *Krankenhaus-Report 2010*. Stuttgart: Schattauer 2010; 305–18.
- Rau F. Regelungen des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes. *das Krankenhaus* 2009; 03: 198ff.