

Krankenhaus-Report 2012

„Regionalität“

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

Schattauer (Stuttgart) 2012

Auszug Seite 315-339



18	Die Krankenhausbudgets 2009 und 2010 unter dem Einfluss des KHRG	315
	<i>Helena Kramer, Gregor Leclerque und Jörg Friedrich</i>	
18.1	Einführung	315
18.2	Gesetzliche Rahmenbedingungen für die Budgetermittlung 2009 und 2010	316
18.3	Allgemeine Budgetentwicklung	318
18.4	Leistungsentwicklung	323
18.4.1	Leistungsentwicklung im DRG-Bereich	323
18.4.2	Leistungsentwicklung im DRG-Bereich nach Partitionen	324
18.4.3	Leistungsentwicklung im DRG-Bereich nach Hauptdiagnosegruppen	325
18.4.4	Entwicklung der belegärztlichen Leistungserbringung	326
18.4.5	Leistungsentwicklung im Zusatzentgelte-Bereich	327
18.5	Preisentwicklung im DRG-Bereich	331
18.5.1	Entwicklung der Basisfallwerte	331
18.5.2	Preiseffekt aus dem Ende der Konvergenz	332
18.5.3	Preiseffekt aus dem Wegfall des Mehrleistungsabschlags	332
18.5.4	Einfluss des Pflegesonderprogramms	333
18.6	Umsetzung der Vereinbarungsergebnisse	333
18.6.1	Umsetzungszeitpunkte	333
18.6.2	Entwicklung der Zahlbasisfallwerte (Z-Bax)	335
18.7	Fazit	337
	Anhang	338
	Literatur	338

18 Die Krankenhausbudgets 2009 und 2010 unter dem Einfluss des KHRG

Helena Kramer, Gregor Leclerque und Jörg Friedrich

Abstract

Die im Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) verankerten Maßnahmen zur Aufstockung des Finanzierungsvolumens der Krankenhäuser entfalten nach den starken Budgetzuwächsen des Jahres 2009 im Jahr 2010 ihre umfassende Wirkung. Mit dem Wegfall der ausschließlich im Jahr 2009 relevanten Regelungen zur Ausgabenbegrenzung der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung wie dem Abschlag für vereinbarte Mehrleistungen und der Konvergenzverlängerung steigen die vereinbarten Krankenhausbudgets im Jahr 2010 ein zweites Mal in Folge sehr deutlich an. Neben den Preiseffekten aus den Regelungen des KHRG ist aber auch 2010 weiterhin eine deutliche Leistungsausweitung in den vereinbarten Krankenhausbudgets festzustellen.

The provisions made by the hospital financing reform act (KHRG) for increasing the volume of hospital financing will take full effect on the budgets in 2010, following the strong budget increases of 2009. With the removal of regulations to limit expenditure of statutory and private health insurance which were relevant only for the year 2009, such as a deduction for agreed additional benefits and an extended convergence, the agreed hospital budgets clearly increased in 2010 for the second consecutive year. However, in spite of the price effects of the KHRG regulations, a significant service volume increase is still reflected in the agreed hospital budgets in 2010.

18.1 Einführung

Der vorliegende Beitrag befasst sich mit den Budgets der Jahre 2009 und 2010 für die somatischen Krankenhäuser in Deutschland, deren Entwicklung maßgeblich von Auswirkungen des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes (KHRG) geprägt wurde. Die gesetzlichen Änderungen des KHRG regelten zwar vordergründig die Budgetfindung 2009, zeigten jedoch auch im Jahr 2010 erhebliche Auswirkungen. Die im KHRG verankerte Aufstockung des Finanzierungsvolumens 2009 wurde im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens durch einmalig im Jahr 2009 gültige Regelungen abgedeckt, um zeitgleich die Ausgaben der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung zu entlasten. Die nur einmalig im Jahr 2009 gültigen Abschläge wirken bei sonst konstanten Budgetparametern automatisch im Folgejahr in gleicher Höhe budgetsteigernd.

Die nachfolgend dargestellten Analysen basieren auf jenen 1480 Häusern, für die in den beiden betrachteten Jahren 2009 und 2010 Vereinbarungsdaten vorlagen und die als eigenständige Einrichtungen auf dem Markt tätig waren, also beispielsweise nicht im Rahmen einer Fusion in einem anderen Krankenhaus aufgegangen sind. Diese Häuser entsprechen mehr als 91 % derjenigen Krankenhäuser, die im Jahr 2010 DRGs abgerechnet haben. Bezogen auf die Casemixsumme, die 2010 bei den Verhandlungen der Landesbasisfallwerte (LBFW) zugrunde gelegt wurden¹, repräsentieren sie ungefähr 95 % der gesamten Casemixsumme.

Dazu liefert Abschnitt 18.2 zunächst einen kurzen Überblick über die wichtigsten Parameter und Entwicklungen im Kontext der Krankenhausbudgetverhandlungen. Abschnitt 18.3 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 (18.4) sowie in die Ausführungen zur Preiskomponente im anschließenden Abschnitt 18.5. Die Wirkung der Budgetergebnisse im Zusammenhang mit den Umsetzungszeitpunkten wird im Abschnitt 18.6 beschrieben.

18.2 Gesetzliche Rahmenbedingungen für die Budgetermittlung 2009 und 2010

Da die Einflussfaktoren der Budgets 2010 in Abhängigkeit der gesetzlichen Regelungen zur Budgetfindung 2009 stehen, ist eine kurze Rückschau auf das Jahr 2009 hilfreich.

In den beiden Jahren beeinflusste wie in den Vorjahren die Grundlohn-Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen die Entwicklungen der Landesbasisfallwerte.

Darüber hinaus war 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 Tariflohnerhöhungsrate 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 wurden. Insbesondere die nur im Jahr 2009 relevanten Zu- und Abschläge aufgrund der Konvergenzverlängerung sowie der Abschlag für Mehrleistungen entfalten aufgrund der wegfallenden gesetzlichen Grundlage im Jahr 2010 ihre Wirkung. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen 2010 werden im Nachfolgenden näher betrachtet.

¹ Der Casemixanteil der betrachteten Krankenhäuser wird am gesamten Casemixvolumen gemessen, das nach § 10 Abs. 9 S. 3 KHEntG für das Jahr 2010 an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) gemeldet wurde.

Wegfall der Tarifierhöhungsrates

Die Tariflohnentwicklung der Jahre 2008 und 2009 wurde bundesweit über die basiswirksame Verrechnung der Tarifierhöhungsrates² im Landesbasisfallwert (LBFW) 2009 anteilig finanziert³. Die Berücksichtigung im LBFW hatte zur Folge, dass diese Finanzmittel allen Einrichtungen – unabhängig der individuellen Tariflohnentwicklung – zur Verfügung gestellt wurden. Krankenhäuser, die eine Lohnentwicklung unterhalb des bundesweiten Niveaus aufwiesen, vereinbarten einmalig im Jahr 2009 einen entsprechenden Abschlag⁴. Dieser Abschlag verlor im Folgejahr die gesetzliche Grundlage und somit erhöhen sich in 2010 die Budgets der betroffenen Krankenhäuser bei ansonsten gleich bleibenden Parametern automatisch um diesen Betrag.

Entwicklung des Pflegesonderprogramms

Zur Verbesserung der Situation in der Pflege wurde das Pflegesonderprogramm⁵ aufgelegt, das über drei Jahre, von 2009 bis einschließlich 2011, laufen soll. Die Krankenhäuser haben demnach pro Jahr einen Anspruch auf eine Förderung in Höhe von bis zu 0,48 % ihres Budgets (des sogenannten Gesamtbetrags nach § 4 Absatz 3 Satz 1 KHEntgG). 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.

Wegfall des Zu- oder Abschlags Konvergenzverlängerung

Während der Konvergenzphase in den Jahren 2005 bis 2008 hatte sich das tatsächlich durchschnittlich vereinbarte Preisniveau auf Hausebene von den LBFW entfernt – der so genannte Divergenzeffekt.⁶ Der Wegfall der hausindividuellen Basisfallwerte und der Bewertung von DRG-Leistungen mit dem LBFW führten im Jahr

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

3 Geregelt in: § 10 Abs. 5 KHEntgG.

4 Geregelt in: § 4 Abs. 2a S. 2 KHEntgG.

5 Geregelt in: § 4 Abs. 10 KHEntgG.

6 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.

2009 zu einem deutlichen Anstieg des Preisniveaus. Mit der im KHRG fixierten Verlängerung der Konvergenz um ein Jahr⁷ 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.⁸

Wegfall des Mehrleistungsabschlags 2009

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 Mehrleistungsabschlag⁹ 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. Im Folgejahr 2010 sind die Leistungen keine Mehrleistungen und werden somit zu 100 % des Landesbasisfallwerts im Budget berücksichtigt. Zusätzlich hat der Gesetzgeber keinen Abschlag für Mehrleistungen 2010 im Gesetz verankert, folglich werden Mehrleistungen 2010, analog den Minderleistungen, im Budget in voller Höhe des Landesbasisfallwerts eingestellt.

18.3 Allgemeine Budgetentwicklung

Das Gesamtbudget aus DRGs, sonstigen Entgelten nach § 6 KHEntgG sowie Zu- und Abschlägen ist 2010 gegenüber dem Vorjahr erneut deutlich angestiegen. Der Zuwachs beläuft sich auf etwa drei Mrd. Euro; das entspricht einem Anstieg um 5,8 %¹⁰. Damit liegt der Budgetanstieg zwar niedriger als im Vorjahr, in dem das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) zu einem besonders hohen Anstieg von 7 % geführt hatte; er ist jedoch nicht wieder auf das vorherige Niveau der Jahre 2007 (circa 3 %) und 2008 (circa 5 %) zurückgegangen (Tabelle 18–1). Dabei ist zu berücksichtigen, dass diesen Werten lediglich die hier betrachteten 1480 Krankenhäuser zugrunde liegen; der tatsächliche absolute Budgetanstieg liegt dem-

⁷ Geregelt in: § 5 Abs. 6 KHEntgG.

⁸ Geregelt in: § 5 Abs. 6 KHEntgG.

⁹ Geregelt in: § 4 Abs. 2 a Satz 1 KHEntgG.

¹⁰ Die Steigerungsrate ist aufgrund der Vergleichbarkeit um den Effekt des Zuschlagsbudgets zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen (AZV) bereinigt. Die Verrechnung des Zuschlags AZV im Landesbasisfallwerts 2010 führt dazu, dass das Zuschlagsvolumen AZV 2009 im DRG-Budget von 2009 berücksichtigt wird.

Tabelle 18–1

Budgets 2009 und 2010 (in Mio. Euro)

	2009	2010	Veränderung
DRG-Budget inklusive Zusatzentgelte	50 400,0	52 400,0	4,0 %
Sonstige Entgelte	1 702,8	1 766,7	3,8 %
Zu- und Abschläge (ohne Ausbildungsfinanzierung)	-478,9	441,9	-192,3 %
Gesamtbudget	51 623,9	54 608,5	5,8 %
<i>Ausgleiche</i>	-383,5	-102,4	-73,3 %
<i>Gesamtbudget mA</i>	51 240,4	54 506,	6,4 %

Krankenhaus-Report 2012

WIdO

entsprechend noch etwas höher.¹¹ Der Wegfall der Zu- und Abschläge aufgrund der Konvergenzverlängerung sowie des Abschlags für Mehrleistungen hatten im Vorjahr eine budgetsenkende Wirkung von -1,5 %, diese allein verursachen folglich schon einen Budgetanstieg in analoger Höhe.

Das DRG-Budget einschließlich der Zusatzentgelte macht den mit Abstand größten Teil – nahezu 96 % – des Gesamtbudgets aus. Daher hat der Anstieg des DRG-Budgets um 4,0 % auch einen dominierenden Einfluss auf die Gesamtveränderungsrate. Die sonstigen Entgelte sind um 3,8 % angestiegen, nachdem sie im Vorjahr gesunken waren. Allerdings machen sie nur etwas mehr als 3 % des Gesamtbudgets aus. Die stärkste Dynamik weisen die Zu- und Abschläge auf.

Bereits im Jahr 2009 hat sich ihre Bedeutung für die Krankenhausbudgets deutlich gewandelt, wohingegen in den Vorjahren die Vielfalt sowie die Anzahl der vereinbarten Zuschlagsbudgets deutlich geringer waren.¹² Im Jahr 2009 sorgten insbesondere Mehrleistungsabschläge sowie die Verlängerung der Konvergenz zu einem Absinken der Zuschlagsvolumina. Die entfallende gesetzliche Grundlage dieser beiden Zu- und Abschlagsbudgets und die Umsetzung der zweiten Stufe des Pflegeteilerprogramms führen mit einer Steigerung von -192,3 % zu einem überproportionalen Anstieg der Zu- und Abschlagsvolumina.

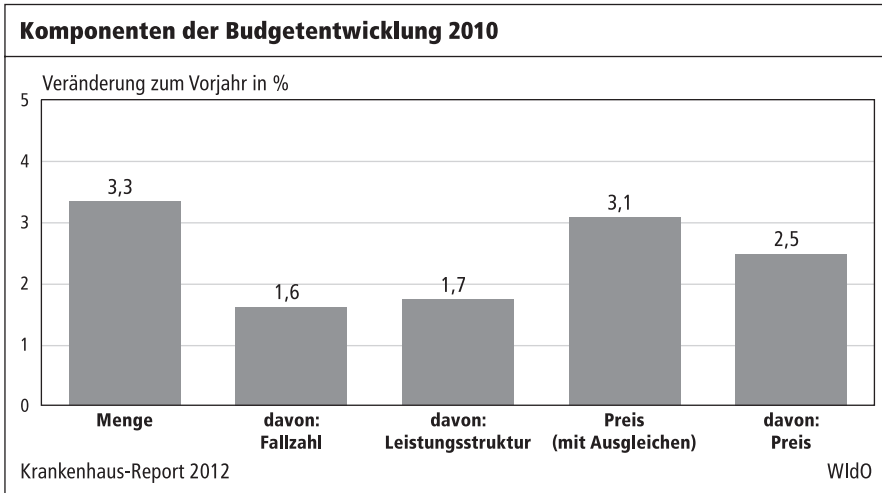
Bei der Budgetbetrachtung muss berücksichtigt werden, dass in aller Regel Ausgleichszahlungen für Budgetunter- beziehungsweise -überschreitungen fällig werden. In den vergangenen Jahren überwogen dabei die negativen Ausgleichsbeträge, also Rückzahlungen seitens der Krankenhäuser an die Krankenkassen infolge von Budgetüberschreitungen. Das Ausmaß dieser Rückzahlungen ist allerdings in den letzten Jahren zurückgegangen. 2010 wurden noch 102 Mio. Euro zurückgezahlt; im Jahr davor war dieser Betrag mehr als dreimal so hoch gewesen. Dementsprechend steigt das Gesamtbudget im Vorjahresvergleich auch stärker an, wenn man die Ausgleichsleistungen zusätzlich berücksichtigt, nämlich um 6,4 % statt um 5,8 %.

Bei der Zerlegung der Gesamtbudgetveränderung in die drei Komponenten Fallzahlentwicklung, Änderung der Leistungsstruktur und Preisveränderung zeigt sich, dass die Preiskomponente mit 2,5 % einen dominierenden Einfluss aufweist (Abbil-

¹¹ Vergleiche Leclerque und Friedrich 2010 sowie Kramer et al. 2011. Diese Veränderungsdaten beziehen sich auf die Budgets ohne Zu- und Abschläge.

¹² Zuschläge zur Ausbildungsfinanzierung sind hier grundsätzlich nicht enthalten.

Abbildung 18–1



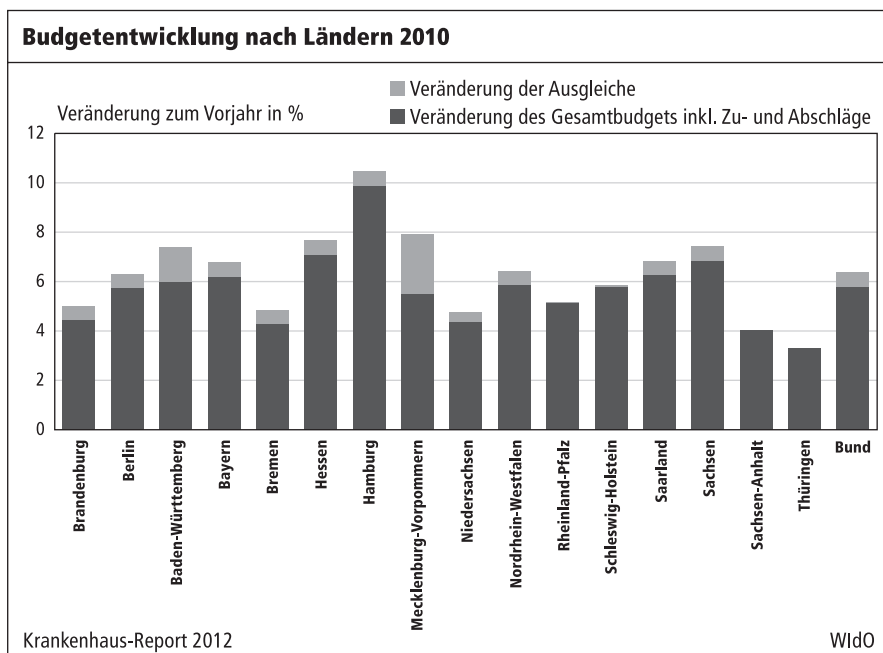
dung 18–1). Berücksichtigt man in der Preisentwicklung zusätzlich den Effekt der (sinkenden) Ausgleichszahlungen seitens der Kliniken an die Krankenkassen, so steigt der Einfluss dieser Komponente sogar auf 3,1% an. Demgegenüber nehmen sich die beiden übrigen Komponenten deutlich geringer aus, doch auch sie besitzen einen positiven, das heißt budgeterhöhenden Einfluss. Die Veränderung der Leistungsstruktur, die maßgeblich auf einen Anstieg der durchschnittlichen Fallschwere – des CMI – und der Mengensteigerungen im Bereich der vereinbarten Zusatzentgelte zurückgeht, schlägt mit 1,7% zu Buche, der Effekt des Fallzahlenanstiegs ist mit 1,6% praktisch ebenso hoch.

Streng genommen muss bei dieser Analyse berücksichtigt werden, dass den beiden betrachteten Jahren unterschiedliche G-DRG-Kataloge zugrunde liegen. In der Leistungsstrukturkomponente sind daher auch Einflüsse aus der Weiterentwicklung des Katalogs enthalten. Allerdings nimmt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), dem die Fortentwicklung des Katalogs obliegt, eine Normierung vor, sodass sich auf nationaler Ebene der Casemix nicht infolge der Kataloganpassung verändert.¹³ Aufgrund der großen Anzahl der in die Analyse einfließenden Häuser kann daher dieser Katalogeffekt bei der Gesamt- und Regionsbetrachtung vernachlässigt werden. Bei der Betrachtung kleinerer Einheiten oder insbesondere auf der Ebene einzelner Krankenhäuser kann sich der Einfluss der Katalogweiterentwicklung hingegen durchaus bemerkbar machen.

Die Betrachtung der Budgetentwicklungen in den einzelnen Bundesländern zeigt deutliche regionale Unterschiede (Abbildung 18–2). Zwar steigen in allen Ländern die Budgets im Jahreswechsel deutlich an, der Veränderungswert ohne periodenfremde Ausgleiche variiert allerdings zwischen 3,3% in Thüringen und 9,9% in Hamburg, die Spannweite der Budgets mit Ausgleichen liegt zwischen 3,0% und 10,5%.

¹³ Vergleiche Heimig 2009 und Heimig 2010.

Abbildung 18–2



Die unterschiedlichen Gesamtentwicklungen finden sich in den Komponenten Preis und Menge entsprechend wieder (Tabelle 18–2). Insbesondere die Preiskomponente ist von den regional unterschiedlichen Landesbasisfallwerten und deren Veränderung geprägt. Beispielsweise entwickelt sich die Preiskomponente (ohne Ausgleiche) in den Ländern Hamburg und Mecklenburg-Vorpommern mit 4,3% bzw. 4,5% überdurchschnittlich stark. Die vergleichbar hohe Steigerungsrate wird jedoch in beiden Ländern unterschiedlich verursacht. So steigt in Mecklenburg-Vorpommern der Landesbasisfallwert 2010 mit Ausgleichen, der für die Budgetermittlung nach § 4 KHEntgG relevant ist, gegenüber dem Vorjahr mit rund 4% überdurchschnittlich stark. In Hamburg dagegen entwickelte sich der Landesbasisfallwert mit Ausgleichen mit 1,6% im Mittel. Die überdurchschnittliche Entwicklung der Preiskomponente ist hier auf die Entwicklung der Zu- und Abschlagsbudgets in Höhe von 3,5% zurückzuführen. Auch in Thüringen wird die maßgebliche Wirkung der Landesbasisfallwertentwicklung in der Veränderung der Preiskomponente sichtbar. Der Landesbasisfallwert mit Ausgleichen weist im Jahreswechsel die geringste Steigerungsrate im Bundesgebiet auf. Sachsen-Anhalt ist das einzige Bundesland in dem der Wegfall des Zu- oder Abschlags aufgrund der Konvergenzverlängerung in der Entwicklung der Zu- und Abschlagsbudgets dämpfend wirkt, da hier über alle Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt in der Summe ein Zuschlag aufgrund der Konvergenzverlängerung finanziert wurde.

Die Preisänderung inklusive der Ausgleiche für Mehr- oder Mindererlöse aus Vorjahren wirken in den meisten Bundesländern erhöhend auf die Preiskomponente. In den meisten Bundesländern wurden sowohl 2009 als auch 2010 Mehr-

Tabelle 18–2

Komponenten der Budgetentwicklung nach Ländern

Bundesland	Umsetzungsstand	Mengenkomponente	Preiskomponente ohne Ausgleiche	Preiskomponente mit Ausgleichen
Baden-Württemberg	99 %	3,6 %	2,4 %	3,7 %
Bayern	98 %	3,4 %	2,5 %	3,1 %
Berlin	92 %	3,3 %	2,3 %	2,9 %
Brandenburg	88 %	3,0 %	1,2 %	1,8 %
Bremen	100 %	2,0 %	2,3 %	2,9 %
Hamburg	80 %	5,3 %	4,5 %	5,1 %
Hessen	92 %	3,3 %	1,6 %	2,3 %
Mecklenburg-Vorpommern	74 %	1,3 %	4,3 %	6,8 %
Niedersachsen	100 %	2,5 %	1,9 %	2,3 %
Nordrhein-Westfalen	94 %	2,9 %	3,1 %	3,7 %
Rheinland-Pfalz	81 %	2,9 %	2,1 %	2,2 %
Saarland	96 %	4,2 %	2,0 %	2,5 %
Sachsen	100 %	4,6 %	2,3 %	3,2 %
Sachsen-Anhalt	99 %	1,8 %	2,0 %	1,6 %
Schleswig-Holstein	87 %	3,1 %	3,2 %	3,1 %
Thüringen	100 %	2,8 %	0,6 %	0,3 %

Krankenhaus-Report 2012

WIdO

lösausgleiche für Vorjahre gezahlt, wohingegen das Volumen im Jahr 2010 geringer ist. Dies hat zur Folge, dass die Veränderungsrate der Preiskomponente inklusive der Ausgleiche zusätzlich gesteigert wird. Lediglich in den Ländern Thüringen und Sachsen-Anhalt wirken die Veränderungen der Ausgleiche absenkend auf die Preiskomponente. In Rheinland-Pfalz bleibt die Summe der Ausgleiche konstant, auch wenn sich die Verteilung unter den Krankenhäusern im Jahresvergleich verändert.

Betrachtet man die Mengenkompente im Bundesvergleich, so schwanken die Raten zwischen 1,3 % in Mecklenburg-Vorpommern und 5,4 % in Hamburg. Da sich die Mengenkompente wiederum aus Fallzahl und Struktur zusammensetzen, sind auch hier die Ursachen vergleichbarer Veränderungsrate unterschiedlich zu begründen. Die Länder Bayern 3,4 % und Baden-Württemberg 3,6 % liegen mit ihren Veränderungsdaten leicht über den Durchschnitt i. H. v. 3,3 %. Die Zusammensetzung dieser Entwicklungen ist jedoch sehr unterschiedlich. In Bayern wird die Mengenkompente hauptsächlich von der Fallzahentwicklung beeinflusst, wohingegen in Baden-Württemberg nahezu ausschließlich die Strukturkomponente wirkt.

Die Länder Hessen und Hamburg weisen mit 5,5 % bzw. 5,4 % eine vergleichbar starke Mengenentwicklung auf. Auch hier basiert eine vergleichbare Steigerungsrate der Mengenkompente auf unterschiedlichen Entwicklungen der Einzelkomponenten von Fallzahl und Struktur. Bei der Aufschlüsselung der Mengenentwicklung in Hamburg und Hessen wird erkennbar, dass in Hamburg die Veränderung hauptsächlich durch eine Fallzahlsteigerung verursacht wird, während in Hessen die Entwicklung der Fallzahl und Struktur in gleichen Teilen wirkt.

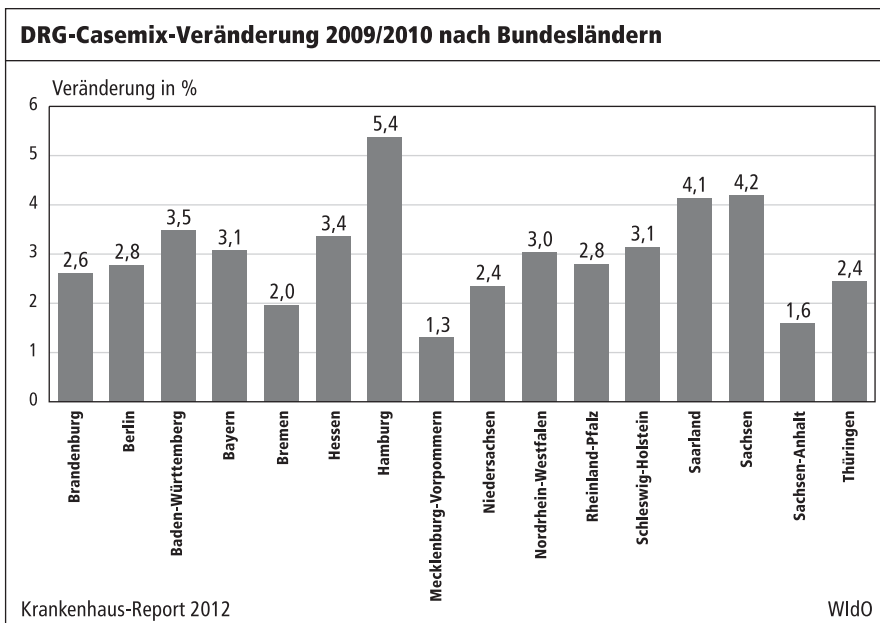
Im folgenden Abschnitt wird die Mengenkompente, d. h. Fallzahl und Struktur näher analysiert. Die dominierende Komponente der Preisentwicklung wird dann im anschließenden Abschnitt behandelt werden.

18.4 Leistungsentwicklung

18.4.1 Leistungsentwicklung im DRG-Bereich

Wie dargestellt, bildet das DRG-Budget den mit Abstand größten Teil des Gesamtbudgets. Die nachfolgende Darstellung beschreibt die Entwicklung der vereinbarten Leistungen in diesem dominanten Bereich. Als Maßzahl für den Leistungsumfang wird der Casemix verwendet, also die Summe aller auf die Fallpauschalen bezogenen Bewertungsrelationen. Der Casemix ist auch das Produkt aus der Fallzahl und der durchschnittlichen Fallschwere, also dem Casemix-Index (CMI). Bundesweit ist der Casemix im DRG-Bereich um 3,0% gestiegen. Diese Entwicklung geht sowohl auf einen Anstieg der Fallzahlen um 1,6% zurück, als auch auf eine Erhöhung des CMI um 1,7%. Betrachtet man die einzelnen Bundesländer, so liegt die Bandbreite des Anstiegs zwischen 1,3% in Mecklenburg-Vorpommern und 5,4% in Hamburg. Einen Casemixrückgang gab es in keinem Bundesland (Abbildung 18-3).

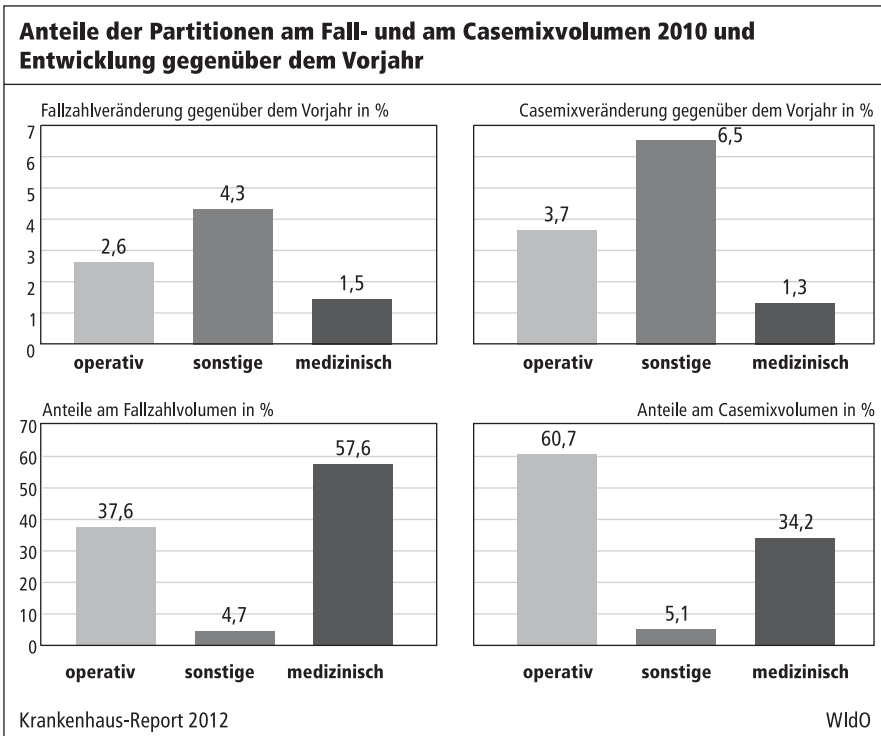
Abbildung 18-3



18.4.2 Leistungsentwicklung im DRG-Bereich nach Partitionen

Die gesamte Leistungserbringung im DRG-Bereich kann in die drei Partitionen „operativ“, „medizinisch“ und „sonstige“ unterteilt werden. Aufgrund von Unterschieden in der durchschnittlichen Fallschwere differieren hierbei die Anteile der einzelnen Partitionen am Gesamtvolumen je nachdem, ob man die Fallzahl oder den Casemix betrachtet. In die operative Partition entfallen jene Leistungen, für die ein OP-Saal notwendig ist. Sie machen etwas mehr als ein Drittel der Fälle aus, aufgrund eines hohen durchschnittlichen CMI jedoch mehr als 60% des gesamten Casemixvolumens. In der medizinischen Partition ist das Verhältnis umgekehrt mit einem hohen Anteil von fast 58% an der Gesamtfallzahl, jedoch vergleichsweise geringen 34% am Casemixvolumen. Die sonstige Partition nimmt sowohl bei den Fallzahlen als auch beim Casemix nur eine untergeordnete Rolle ein. Allerdings weist die sonstige Partition sowohl bezüglich der Fallzahlen als auch beim Casemix den stärksten prozentualen Anstieg auf. Auch bei den beiden übrigen Partitionen sind sowohl die Fallzahl- als auch die Casemixentwicklung positiv, wenngleich weniger stark ausgeprägt. (Abbildung 18–4). Etwas anders sieht es beim CMI als Maß der (durchschnittlichen) Fallschwere aus. Im Vergleich zu Fallzahlen- und Casemixentwicklung sind die Veränderungen hier minimal. Während der – im Durchschnitt ohnehin vergleichsweise hohe – CMI in der operativen Partition weiter an-

Abbildung 18–4



gestiegen ist (um circa 1 %), ging der CMI in der medizinischen Partition minimal um 0,1 % zurück.

Bei der Bewertung des CMI ist zu beachten, dass neben der Veränderung der durchschnittlichen Fallschwere auch andere Effekte mit einfließen, insbesondere die Verweildauerentwicklung, aber auch die Veränderung im Kodierverhalten ohne zugrunde liegende Änderung in der medizinischen Behandlung oder die bereits angesprochene Weiterentwicklung des G-DRG-Katalogs, der so genannte Katalogeffekt.

18.4.3 Leistungsentwicklung im DRG-Bereich nach Hauptdiagnosegruppen

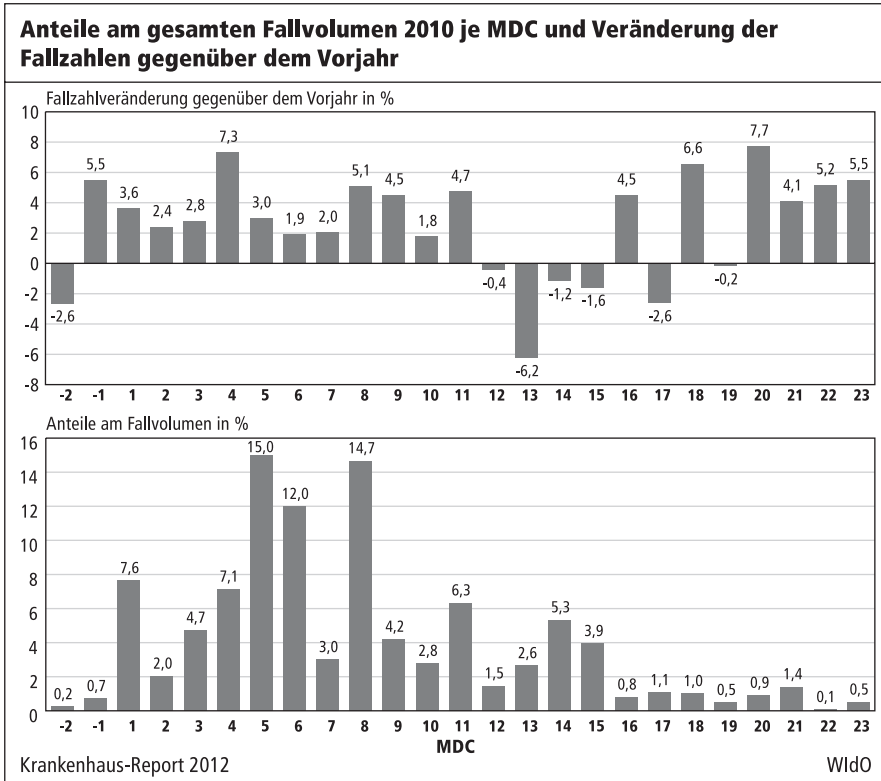
Das gesamte Leistungsspektrum, das mit DRGs abgebildet wird, kann in fünfundzwanzig Hauptdiagnosegruppen unterteilt werden, den so genannten MDCs (Major Diagnostic Categories).¹⁴ Die einzelnen MDCs machen – gemessen an den Fallzahlen und am Casemix – sehr unterschiedliche Anteile am gesamten Leistungsvolumen aus. Nach Maßgabe der Fallzahl besitzen die MDCs 5 (Kreislaufsystem) und 8 (Muskel-Skelett-System und Bindegewebe) mit jeweils etwa 15 % Anteil am gesamten Leistungsvolumen das größte Gewicht. An dritter Stelle steht die MDC 6 (Verdauungsorgane), die nochmals etwa 12 % der Fälle umfasst. Alle übrigen MDCs folgen in weitem Abstand (Abbildung 18–5).

Bei allen drei fallzahlenstärksten MDCs ist zwischen 2009 und 2010 ein Casemixanstieg zu verzeichnen. Dieser ging in stärkerem Maße auf einen Fallzahlenanstieg zurück, obwohl auch die CMI-Entwicklung bei diesen drei MDCs positiv war. Hinter dem circa siebenprozentigen Casemixanstieg der MDC 8 (Muskel-Skelett-System) verbirgt sich beispielsweise einerseits ein Zuwachs um fast 114 000 Fälle oder knapp 5 %. Andererseits ist auch der CMI um 1,7 % angestiegen. Aus dem Zusammenwirken dieser beiden Faktoren resultiert im Bereich dieser MDC ein Anstieg der Casemixsumme um mehr als 205 000 Bewertungsrelationen. Damit trägt diese MDC allein mehr als ein Drittel zu dem gesamten Casemixwachstum von 602 730 Bewertungsrelationen bei. Weitere 16,8 % des Zuwachses oder mehr als 100 000 Bewertungsrelationen entfallen auf die MDC 22 (Verbrennungen) (Abbildung 18–6).

Insgesamt lassen sich ein Fallzahlenanstieg um etwa 450 000 Fälle und ein CM-Zuwachs um mehr als 600 000 Bewertungsrelationen konstatieren. Dabei existieren durchaus MDCs mit einer negativen Fallzahlenentwicklung oder einem Rückgang des CMI. Den stärksten Fallzahlenrückgang wies zwischen 2009 und 2010 die MDC 13 (Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane) auf. Der moderate Anstieg des CMI konnte diesen Rückgang nicht kompensieren, sodass in der MDC 13 der Casemix um mehr als 21 000 Bewertungsrelationen sank. Umgekehrt ist die Lage in der MDC 20 (Alkohol- und Drogengebrauch). Trotz eines Rückgangs der durchschnittlichen Fallschwere führte der starke Fallzahlenanstieg um fast 8 % im Jahresvergleich zu einem Casemixanstieg in diesem Bereich. Insgesamt standen sieben MDCs mit negativer Fallzahlenentwicklung achtzehn mit einem Fallzahlenzu-

¹⁴ Dabei handelt es sich um 23 „echte“ MDCs, eine Prä-MDC für Sonderfälle wie Beatmungen und Transplantationen und eine Fehler-MCD. Eine Aufstellung aller MDCs findet sich im Anhang dieses Beitrags.

Abbildung 18–5

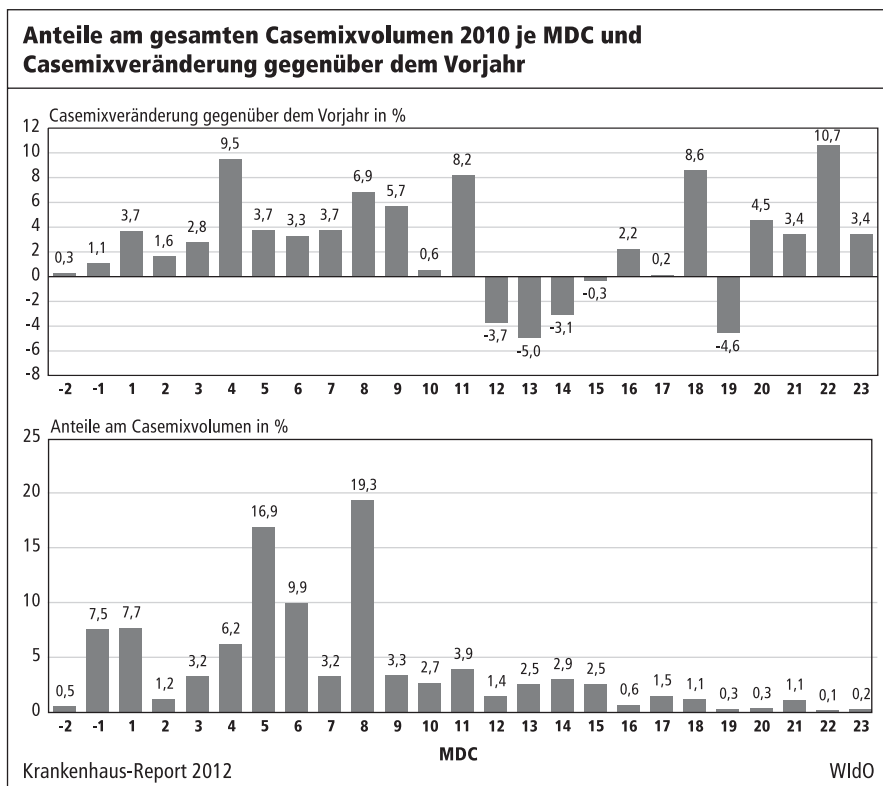


wachs gegenüber. Hinsichtlich der CMI-Entwicklung war das Verhältnis ausgeglichener: Vierzehn MDCs wiesen einen CMI-Anstieg und elf einen CMI-Rückgang auf. In der Kombination überwiegt jedoch in den allermeisten Fällen der Einfluss der Fallzahlentwicklung. Bei praktisch allen MDCs geht ein Fallzahlenanstieg auch mit einem Zuwachs der Casemixsumme einher. Lediglich in der MDC 17 (Hämatologische und solide Neubildungen) führt ein starker CMI-Anstieg um 2,9% dazu, dass ein Fallzahlenrückgang um fast 2,8% leicht überkompensiert wird. Im Endeffekt bedeutet dies, dass bei neunzehn der fünfundzwanzig MDCs ein Anstieg der Casemixsumme von 2009 auf 2010 zu beobachten ist.

18.4.4 Entwicklung der belegärztlichen Leistungserbringung

Wie bereits im vergangenen Jahr lässt sich ein Rückgang der Leistungserbringung in belegärztlichen Abteilungen feststellen. Im Vergleich zum Vorjahr ist die Anzahl belegärztlich erbrachter Fälle um 3,5% zurückgegangen, während die Fallzahl in den Hauptabteilungen erwartungsgemäß gestiegen ist. Dies war ein noch stärkerer Rückgang als im Vorjahr. Anders als zwischen 2008 und 2009 war der Struktureffekt jedoch positiv; der CMI hat sich – wenn auch nur moderat – zwischen 2009 und 2010 erhöht. In der Kombination beider Effekte überwiegt der Einfluss der

Abbildung 18–6



Fallzahlenentwicklung, mithin ist das Casemixvolumen in den Belegabteilungen insgesamt rückläufig, und zwar um knapp 3%.

Was den Fallzahlenrückgang angeht, lassen sich hier die Auswirkungen des 2007 in Kraft getretenen Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes vermuten, die zu einer fortschreitenden Ersetzung belegärztlicher Leistungserbringung durch andere Modelle, beispielsweise den Einsatz von angestellten Ärzten oder von Konsiliarärzten, führt. Der ansteigende CMI unterstützt allerdings nur bedingt die These, dass insbesondere komplexe Fälle aus der belegärztlichen Leistungserbringung ausgegliedert werden und somit nur einfachere Fälle in den Belegabteilungen verblieben. Dies geschieht allenfalls in der Form, dass der Struktureffekt im belegärztlichen Bereich langsamer abläuft als in der sonstigen Leistungserbringung.

18.4.5 Leistungsentwicklung im Zusatzentgelte-Bereich

Zusätzlich zu den Fallpauschalen können Zusatzentgelte für ergänzende Leistungen abgerechnet werden. Insgesamt hat sich das Budget für Zusatzentgelte im Jahr 2010 von 1 290,8 Mio. Euro 2009 auf 1 428,6 Mio. Euro gesteigert. Dieser Anstieg von etwa 10,7% macht deutlich, dass Zusatzentgelte einen besonders dynamischen Teil

Abbildung 18–7



der Krankenhausbudgets darstellen. Zudem ist deren Anteil am Gesamtbudget im selben Zeitraum von 1,8% auf 2,0% angestiegen.

Bei der Darstellung der Budgetveränderungsraten nach Bundesländern zeigen sich auch hier sehr deutliche Unterschiede. Die stärkste Leistungssteigerung bei Zusatzentgelten ist mit 24,9% in Sachsen-Anhalt zu beobachten, gefolgt von Hamburg mit 19,4%. Anders als im DRG-Bereich ist mit Bremen ein Bundesland mit einer negativer Budgetentwicklung vertreten (-2,0%), die zweitniedrigste Veränderungsrate ist für Schleswig-Holstein zu konstatieren (Abbildung 18–7).

Für die Vergütung von Zusatzentgelten existieren zwei unterschiedliche Methoden der Festsetzung. Für den Teil der Zusatzentgelte, deren Preis nicht im Rahmen der jährlichen G-DRG-Kalkulation bundesweit festgelegt wurden, erfolgt die Preisfestsetzung individuell in den Budgetverhandlungen auf Einzelhausbene; in dieser Gruppe sind z. B. auch Zusatzentgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) enthalten.

Für den überwiegenden Teil findet dagegen eine bundesweit gültige Preisfestsetzung statt, die entsprechend unabhängig vom jeweiligen Landesbasisfallwert gilt. Diese bundesweit bepreisten Zusatzentgelte finden sich im Formular E2 der AEB und stellen 71,2% des Zusatzentgeltvolumens im Jahr 2009 bzw. 74,2% im Jahr 2010. Deren Budgetveränderung um 15,3% von 919,1 Mio. Euro auf 1 059,8 Mio. Euro ist deutlich stärker ausgeprägt als in der Gesamtmenge der Zusatzentgelte, was auch auf Entgeltwanderungen vom hausindividuellen ins bundesweit kalkulierte Segment zurückzuführen ist. Im Weiteren werden die Entwicklungen im Bereich der bundeseinheitlich vergüteten Zusatzentgelte näher untersucht.

Anders als im DRG-Bereich, in dem die vereinbarten Preise im Wechsel nach 2010 deutlich ansteigen, sind die kalkulierten Preise bundeseinheitlich vergüteter Zusatzentgelte gesunken. Der isolierte Preiseffekt beträgt $-3,2\%$ bzw. $-27,3$ Mio. Euro. Der Budgetanstieg geht maßgeblich auf die starke Mengenausweitung von $11,6\%$ bzw. $98,0$ Mio Euro zurück, auf die Strukturveränderung in Richtung höher vergüteter Zusatzentgelte entfallen $6,9\%$ des Gesamteffekts, was einem absoluten Einfluss i. H. v. $58,3$ Mio. Euro entspricht.

Tabelle 18–3 illustriert, dass sich ein großer Teil dieser Budgetsumme auf wenige Zusatzentgelte konzentriert. Im Jahr 2009 machten beispielsweise die Zusatzentgelte für Hämodialyse und für Medikamenten-freisetzende Koronarstents jeweils mehr als zehn Prozent der gesamten Budgetsumme für Zusatzentgelte aus. Diese Anteile sind 2010 etwas zurückgegangen, aber mit $8,9\%$ respektive $9,3\%$ immer noch hoch. Es folgen die Gabe von Apherese-Thrombozytenkonzentraten ($7,5\%$), die Gabe von Rituximab ($6,8\%$) und die Gabe von Human-Immunglobulin ($5,9\%$).

Während sich die Koronarstents unterdurchschnittlich erhöht haben und die Hämodialyse praktisch unverändert geblieben ist, verzeichnen die Gabe von Human-Immunglobulin und insbesondere von Rituximab ein überdurchschnittliches Wachstum. Eine besonders große Steigerung, allerdings auf deutlich niedrigerem Niveau ($3,9\%$ Budgetanteil), weist die Palliativmedizinische Komplexbehandlung auf; die hierfür aufgewendeten Mittel haben sich von circa 25 Mio. Euro auf über 40 Mio. Euro gesteigert, ein Anstieg um etwa 63% . Der Preiseffekt auf Zusatzentgeltenebene ist in der Regel moderat bzw. negativ. Hier stellt die Palliativmedizinische Komplexbehandlung eine Ausnahme dar. Hintergrund ist eine Aufspaltung des Zusatzentgelts ZE60 bei der Neufestsetzung des Katalogs für das Jahr 2010, die mit einer starken Preiserhöhung in Abhängigkeit von den Behandlungstagen einhergegangen ist.

In aller Regel hat sich die Anzahl der Häuser, die ein entsprechendes Zusatzentgelt vereinbart haben, im Jahresvergleich erhöht. Unter den hier betrachteten fünfzehn umsatzstärksten Zusatzentgelten ist lediglich bei den Apherese-Thrombozytenkonzentraten 2010 in weniger Häusern eine Vereinbarung geschlossen worden als 2009 – immer bezogen auf die Grundgesamtheit der in dieser Analyse betrachteten 1480 Häuser. Auch bei den Erythrozytenkonzentraten liegt de facto ein Rückgang vor; hier hat das Zusatzentgelt ZE107 das bis in Jahr 2009 gültige Zusatzentgelt ZE54 ersetzt. Ähnlich liegt der Fall bei der Gabe von Caspofungin (2009: ZE39; 2010: ZE109), allerdings sind hier Anzahl der Vereinbarungen und Budgetvolumen weiter angestiegen. Die Zusatzentgelte ZE120 (Hämodialyse, kontinuierlich, venovenös pumpengetrieben) und ZE121 (Hämodiafiltration, kontinuierlich) sind im Jahr 2010 neu zum Katalog hinzugekommen. Das Zusatzentgelt ZE36 (Plasmapherese) wurde im Katalog zwischen 2009 und 2010 um die Doppelfiltrationsplasmapheresen ergänzt. Vielleicht ist dies ein Grund dafür, weshalb trotz einer wachsenden Zahl von Vereinbarungen die Budgetsumme in diesem Fall gesunken ist.

Tabelle 18–3

Die fünfzehn umsatzstärksten Zusatzentgelte 2010

Zusatzentgelt	Nr.	Anzahl Vereinbarungen	Veränderung zum Vorjahr	Budgetanteil 2010	Budget 2010 in Mio. Euro	Veränderung zum Vorjahr	davon: Mengeneffekt	davon: Preiseffekt
Medikamente-freisetzende Koronarstents	ZE101	524	10,3 %	9,3 %	98,3	6,0 %	25,1 %	–19,1 %
Hämodialyse, intermittierend	ZE01	721	4,9 %	8,9 %	93,9	0,3 %	0,8 %	–0,5 %
Gabe von Apherese-Thrombozytenkonzentraten	ZE84	584	–2,5 %	7,5 %	79,3	0,5 %	4,5 %	–4,0 %
Gabe von Rituximab	ZE82	513	3,4 %	6,8 %	72,0	17,8 %	15,3 %	2,5 %
Gabe von Human-Immunglobulin	ZE93	658	8,9 %	5,9 %	62,3	16,3 %	19,7 %	–3,3 %
Palliativmedizinische Komplexbehandlung	ZE60	362	17,5 %	3,9 %	41,4	62,6 %	27,0 %	35,6 %
Gabe von Erythrozytenkonzentraten	ZE54 ZE107	873	–4,0 %	3,7 %	38,9	–1,2 %	–1,5 %	0,3 %
Gabe von Caspofungin	ZE39 ZE109	397	11,2 %	3,5 %	36,8	18,2 %	26,0 %	–7,7 %
Gabe von Docetaxel	ZE80	581	1,6 %	2,7 %	28,3	1,2 %	4,1 %	–3,0 %
Gabe von Pemetrexed	ZE53	341	13,3 %	2,5 %	26,8	20,3 %	23,5 %	–3,1 %
Gabe von Bevacizumab	ZE74	431	7,2 %	2,4 %	25,6	15,1 %	10,6 %	4,4 %
Plasmapherese	ZE36	317	4,3 %	2,3 %	24,7	–2,8 %	0,6 %	–3,4 %
Hämodialyse, kontinuierlich, veno-venös, pumpengetrieben	ZE120	336		2,1 %	22,5			
Hämodiafiltration, kontinuierlich	ZE121	407		2,0 %	21,3			
Gabe von Thrombozytenkonzentraten	ZE94	632	18,6 %	2,0 %	21,1	10,9 %	13,8 %	–2,9 %
<i>alle E2-Zusatzentgelte</i>		<i>1 226</i>	<i>1,8 %</i>	<i>100,0 %</i>	<i>1 015,4</i>	<i>15,3 %</i>	<i>11,6 %</i>	<i>3,7 %</i>

18.5 Preisentwicklung im DRG-Bereich

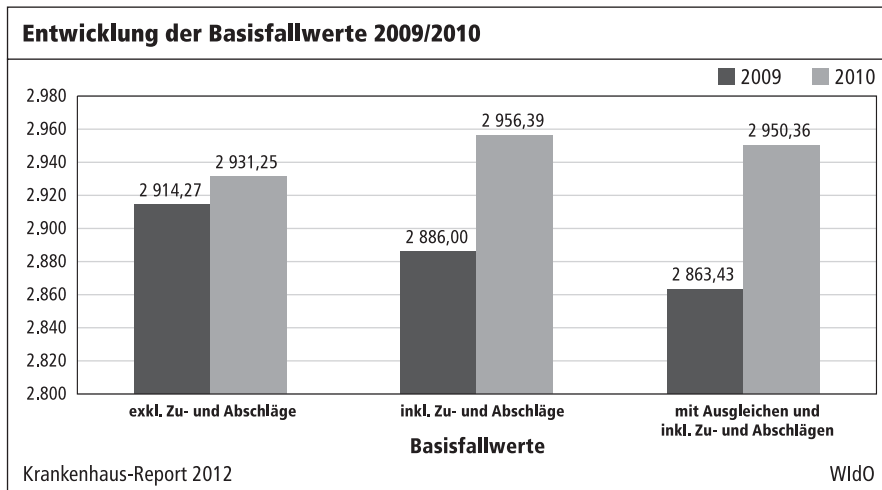
Das Vergütungsniveau Stationärer Leistungen im somatischen Bereich wird maßgeblich von der Preisentwicklung für DRG-Leistungen geprägt. Die DRG-Preis-komponente setzt sich aus den Determinanten Basisfallwert (exklusive Zu- und Abschläge), den Zu- und Abschlägen sowie den periodenfremden Ausgleichen für Budgetabweichungen aus den Vorjahren zusammen. Sonstige Entgelte, deren Preise hausindividuell zu vereinbaren sind, spielen für die Gesamtentwicklung auf Bundesebene eine nachgeordnete Rolle und werden daher im Weiteren nicht näher untersucht.

18.5.1 Entwicklung der Basisfallwerte

Das Preisniveau für DRG-Leistungen steigt im Jahr 2010 gegenüber dem Vorjahr durchschnittlich um 2,4%. Die einzelnen Determinanten des DRG-Preises verhalten sich im Wechsel nach 2010 unterschiedlich (vgl. Abbildung 18–8). Der Preissockel wird von der Determinante des „reinen“ Basisfallwerts (ohne Zu- und Abschläge) gebildet, dieser beträgt im Jahr 2009 2 914,27 Euro und steigt im Folgejahr auf 2 931,25 Euro an. Dies entspricht einer relativen Steigerung von 0,6%¹⁵.

Die DRG-Preise unter Berücksichtigung der Zu- und Abschläge steigen dagegen deutlich stärker an. Im Jahr 2009 wirkte die Summe der Zu- und Abschlagsbudgets mit –28,26 Euro noch deutlich absenkend auf den Preis, im Folgejahr entfalten sie dagegen eine positive Preiswirkung i. H. v. 25,14 Euro. In der Folge liegt die Preisentwicklung der Basisfallwert inklusive Zu- und Abschläge im Jahr 2009 mit 2,4%

Abbildung 18–8



¹⁵ Die Steigerungsrate in Höhe von 0,6% ist aufgrund der Vergleichbarkeit um den Effekt des Zuschlags Finanzierung von Arbeitszeitverbesserungen bereinigt, der im Jahr 2010 in den LBFW einbezogen wurde. Die unbereinigte Veränderung der Basisfallwerte beträgt 1,6%.

deutlich oberhalb der Veränderungsrate des Preisniveaus ohne Zu- und Abschläge. Dieser überaus starke Preiseffekt von mehr als 50 Euro auf den Basisfallwert geht maßgeblich auf den Wegfall der auf das Jahr 2009 befristeten Regelungen zur Konvergenzverlängerung und des Mehrleistungsabschlags zurück.

Die Determinante der Ausgleichszahlungen für Vorperioden ist auch in diesem Jahr rückläufig. Die Ausgleichszahlungen 2010 reduzieren den Preis um durchschnittlich –6,03 Euro, wohingegen das Preisniveau im Vorjahr um –22,57 Euro abgesenkt wurde. Das abrechnungsrelevante Preisniveau, d. h. der Basisfallwert inklusive Zu- und Abschlägen und Ausgleichen steigt somit um 3,0% und damit schwächer als im Vorjahr.¹⁶

18.5.2 Preiseffekt aus dem Ende der Konvergenz

Als Reaktion auf den sog. Divergenzeffekt wurde mit dem KHRG das Ende der Konvergenz auf das Jahr 2010 verschoben und für das Jahr 2009 über die Vereinbarung von Zu- und Abschlägen zur Konvergenzverlängerung budgetwirksam. Über alle betrachteten Krankenhäuser wirkte die Konvergenzverlängerung 2009 budgetmindernd i. H. v. –397,4 Mio. Euro. Das bundesweite Preisniveau ist durchschnittlich um –27,04 Euro herabgesetzt. Mit dem letzten Sprung auf den Landesbasisfallwert im Jahr 2010 sind diese Abschläge entfallen.

Einrichtungen, die aufgrund der Angleichung an den Landesbasisfallwert Budgetanteile verlieren, durften im Jahr 2009 nicht mehr als 3,0% des Budgets abgeben. D. h. der Angleichungsbetrag des Konvergenzschrittes wird gekappt und das Krankenhaus erhält budgeterhöhend den sog. Schonbetrag. Im Jahr 2009 haben 97 der untersuchten Krankenhäuser solche Schonbeträge vereinbart, die sich auf ein Volumen von 70,1 Mio. Euro summieren und im Jahr 2010 entfallen. Sie entsprechen einem Preiseffekt von 4,13 Euro auf den Basisfallwert.

18.5.3 Preiseffekt aus dem Wegfall des Mehrleistungsabschlags

Steigende Leistungsmengen führen c. p. zu sinkenden Durchschnittskosten, da 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 der Konvergenzphase 2005–2008 galten verbindliche Vergütungssätze für vereinbarte Leistungsveränderungen auf Einzelhausebene, für das Jahr 2009 hat der Gesetzgeber über das KHRG einen individuell zu vereinbarenden Abschlag auf Hausebene vorgesehen, der im Jahr 2010 gänzlich entfallen ist.¹⁷

¹⁶ Vergleiche Kramer et al. 2011.

¹⁷ 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: auf über 50% in 2006, 65% in 2007 bis 80% in 2008.

Die Befristung des Mehrleistungsabschlags führt isoliert betrachtet zu einer Budgetsteigerung 2010 von 0,8%. Bundesweit haben 2009 857 der hier betrachteten Einrichtungen einen solchen Mehrleistungsabschlag mit einem Gesamtvolumen i. H. v. 395,7 Mio. Euro vereinbart, was einem vereinbarten Preiseffekt von -26,89 Euro entspricht.

18.5.4 Einfluss des Pflegesonderprogramms

Im Jahr 2009 haben 981 der hier untersuchten Krankenhäuser eine Vereinbarung über das Pflegesonderprogramm geschlossen, im Jahr 2010 waren es bereits 1027. Das Volumen der für Pflegekräfte zusätzlich vereinbarten Finanzmittel beläuft sich 2009 auf 176,4 Mio. Euro und steigt 2010 auf 353,2 Mio. Euro, was einem Gesamteffekt auf das Budget i. H. v. 0,3% entspricht. In den ersten zwei Jahren sind also in den hier untersuchten Einrichtungen 529,6 Mio. budgetwirksam bereitgestellt worden. Der Gesetzgeber geht in der Gesetzesbegründung des KHRG 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.

18.6 Umsetzung der Vereinbarungsergebnisse

18.6.1 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 die für 2009 relevanten Landesbasisfallwerte in weiten Teilen der Republik deutlich später abgeschlossen wurden als in den Jahren zuvor (Tabelle 18-4). Wurden die Verhandlungen zum LBFW 2008 im Schnitt im Februar 2008 abgeschlossen, so verschieben sich die Vereinbarungen 2009 um vier Monate nach hinten.

Die Vereinbarungen der Landesbasisfallwerte 2010 waren wiederum deutlich früher abgeschlossen. So wurden in vier Bundesländern bereits im Jahr 2009 der Landesbasisfallwert 2010 vereinbart, sodass dieser direkt zum Jahreswechsel zur Abrechnung kommen konnte.

In der Konsequenz wurden 2010 auch die Verhandlungen der Krankenhausbudgets früher abgeschlossen als im Vorjahr. Abbildung 18-9 verdeutlicht dies. So waren unterjährig im Jahr 2009 46,6% des DRG-Casemixvolumens der betrachteten Krankenhäuser vereinbart, wohingegen im Jahr 2010 bei diesen Häusern unterjährig bereits 63,6%¹⁸ des betrachteten DRG-Casemixvolumens geeint wurde. Im Ergebnis sank im Jahr 2010 der Anteil der retrospektiv geschlossenen Vereinbarungen.

¹⁸ Die Quote der prospektiven Vereinbarungen 2010 in Höhe von 67,3% gemessen am Gesamtvolumen der betrachteten Häuser ist überschätzt im Vergleich zu dem Gesamtcasemixvolumen nach § 10 Abs. 9 S. 3 KHEntgG in Höhe von rund. 18,5 Tds. Casemixpunkten. Gemessen am Gesamtcasemixvolumen beträgt die Quote der prospektiven Vereinbarungen 63,3%.

Tabelle 18–4

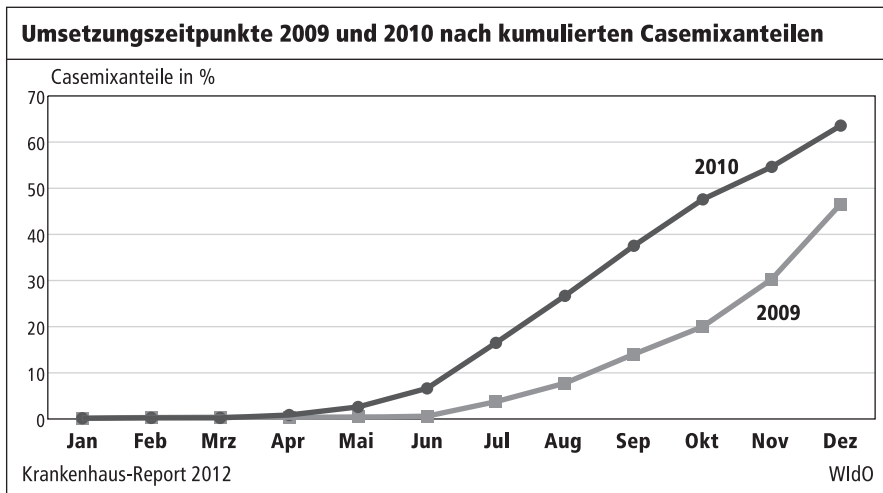
Vereinbarungszeitpunkte für die Landesbasisfallwerte 2009 und 2010

Bundesland	2009	2009 nach KHRG	2010
Baden-Württemberg		Juli 2009	Februar 2010
Bayern	April 2009	Oktober 2009	Dezember 2009
Berlin		Juni 2009	Mai 2010
Brandenburg	Dezember 2008	Mai 2009	Mai 2010
Bremen		März 2009	Juni 2010
Hamburg	März 2009	Juli 2009	Mai 2010
Hessen	März 2009	Juni 2007	Dezember 2009
Mecklenburg-Vorpommern		März 2010	Juni 2010
Niedersachsen	Dezember 2008	April 2009	Dezember 2009
Nordrhein-Westfalen	März 2009	April 2009	Februar 2010
Rheinland-Pfalz	November 2008	Mai 2009	November 2009
Saarland		März 2009	März 2010
Sachsen		April 2009	März 2010
Sachsen-Anhalt	Dezember 2007	August 2009	Februar 2010
Schleswig-Holstein		Mai 2009	Januar 2010
Thüringen		April 2009	Januar 2010

Krankenhaus-Report 2012

WIdO

Abbildung 18–9



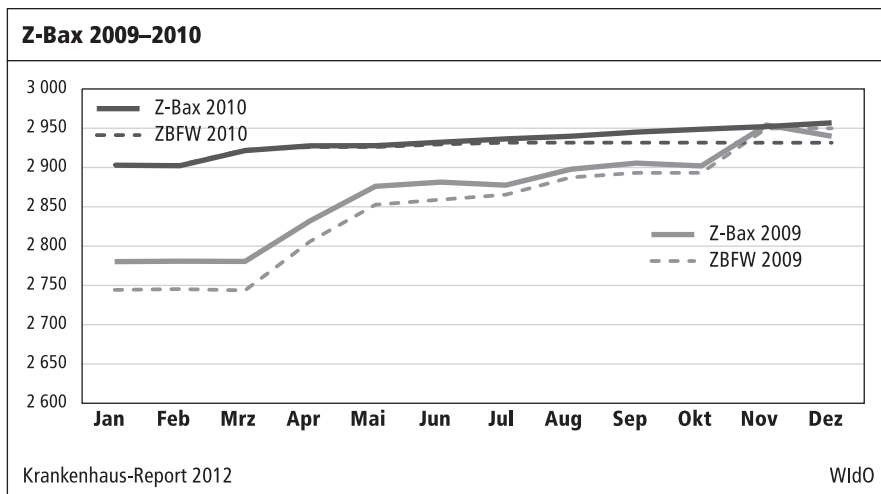
18.6.2 Entwicklung der Zahlbasisfallwerte (Z-Bax)

Mit der Umsetzung einer geschlossenen Vereinbarung ändert sich zu diesem Zeitpunkt auch das Preisniveau für die Vergütung von DRG-Leistungen, und zwar sowohl mit Genehmigung einer Vereinbarung auf Hausebene als auch mit Vorliegen eines genehmigten Landesbasisfallwerts für das laufende Jahr. Dieser vergütungsrelevante Basisfallwert entspricht i. d. R. nicht dem vereinbarten Basisfallwert inklusive Ausgleichen, da dieser auch Zahlbetragskorrekturen bei unterjährigen oder retrospektiven Umsetzungen beinhaltet. Der Casemix-gewichtete Zahlbasisfallwert der hier untersuchten Krankenhäuser (Z-Bax) illustriert, wie vereinbarte Preisänderungen in den Jahren 2009 und 2010 in die reale Vergütung von DRG-Leistungen eingeflossen sind. Der Z-Bax enthält neben den Ausgleichen für Vorperioden auch unterjährige Zahlbetragsausgleiche sowie alle Zu- und Abschläge, mit Ausnahme der Finanzierung von Ausbildungsstätten.¹⁹

Das zahlungswirksame Preisniveau der untersuchten Krankenhäuser im Z-Bax steigt im Mittel mit 2,3 % deutlich geringer an als der vereinbarte Basisfallwert inklusive aller Zu- und Abschläge sowie Ausgleichen mit 3,0 % (Abbildung 18–10).

Die unterjährigen Verläufe der Jahre 2009 und 2010 verhalten sich in der Tendenz zwar gleichermaßen aufsteigend, aber bezüglich der Steigung unterschiedlich. Im Jahr 2009 dominiert eine stufenartige Entwicklung nach oben, die aus einer steigenden Zahl vereinbarter Landesbasisfallwerte resultiert. Das leichte Absinken

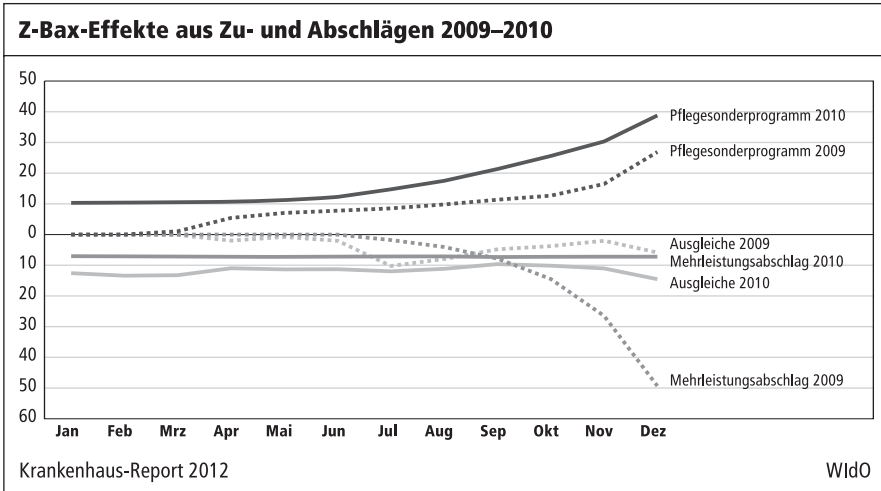
Abbildung 18–10



zum Jahresende geht auf die Preisdegression aufgrund vereinbarter Mehrleistungen

¹⁹ Eine umfassende Erläuterung des Z-Bax findet sich in Friedrich et al. 2010. Zudem kann unter www.wido.de der wochenaktuelle Z-Bax aller bundesdeutschen Krankenhäuser heruntergeladen werden. Die Onlineversion enthält abweichend zu der hier dargestellten auch die Zuschläge zur Ausbildungsfinanzierung.

Abbildung 18–11



zurück. 2010 steigt der Z-Bax nach einem Sprung im Monat März stetig an; zu diesem Zeitpunkt waren die Landesbasisfallwerte 2010 weitestgehend geeint und die umgesetzten Vereinbarungen des Jahres 2010 zu Ausgleichen sowie Zu- und Abschlägen werden schrittweise preiswirksam. Deren Preiswirkungen sollen im Weiteren exemplarisch näher untersucht werden.

Der Blick auf die Zahlungswirksamkeit einzelner Zu- und Abschläge im Verlauf der Jahre 2009 und 2010 macht die Entwicklung des Z-Bax nachvollziehbarer (Abbildung 18–11). Während Entgelte der Konvergenzverlängerung im Jahr 2009 weitestgehend zur Abrechnung gebracht wurden und im Jahr 2010 keine Relevanz mehr aufweisen, verhält es sich beim Abschlag für vereinbarte Mehrleistungen, der budgetseitig ja ebenfalls auf das Jahr 2009 beschränkt ist, anders: Im Jahresmittel beträgt die Wirkung des Mehrleistungsabschlags auf den Z-Bax des Jahres 2009 –8,83 Euro, verbleibt aber in 2010 bei –6,76 Euro. Von den 395,7 Mio. Euro im Jahr 2009 vereinbarten Mehrleistungsabschlägen wurden nur 47,0% noch im selben Jahr umgesetzt. Die übrigen Vereinbarungsergebnisse entfalteten erst im Folgejahr ihre Zahlungswirksamkeit und senkten so den Z-Bax des Jahres 2010. Dabei kam nicht immer der Entgeltschlüssel des Mehrleistungsabschlags zur Anwendung, sondern alternativ auch ein Schlüssel für Ausgleiche (s. u.).

Die Preiswirkungen aus den Zuschlägen zur Finanzierung des Pflegesonderprogramms auf den Z-Bax betragen im Jahr 2009 9,02 Euro und im Jahr 2010 17,88 Euro. Dass der in 2009 vereinbarte Zuschlag für das Pflegesonderprogramm i. H. v. 10,46 Euro trotz eines unterjährigen Umsetzungsanteils von 52,4% weitgehend preiswirksam wurde, geht auf die besondere Regelung zurück, dass anders als bei den übrigen Zu- und Abschlägen Krankenhäuser noch vor Abschluss einer Vereinbarung maximal 0,48% für die Teilnahme am Pflegesonderprogramm in Rechnung stellen konnten. Daher fließen diese Vergütungsanteile auch bereits relativ früh und umfangreich im Jahr 2009.

Ausgleiche wirken im Jahr 2009 mit $-3,42$ Euro absenkend auf das DRG-Preisniveau, dieser Wert ist 2010 mit $-12,44$ Euro deutlich stärker, obwohl die Summe der vereinbarten Rückzahlungen deutlich geringer ausfällt als noch im Vorjahr (vgl. Abschnitt 18.3). Dies ist zum einen darauf zurückzuführen, dass von den 2009 vereinbarten 393,0 Mio. Euro Rückzahlung an die Krankenkassen nur 39,5 % im selben Jahr umgesetzt wurden. Zum anderen enthalten die Entgelte für Ausgleiche im Jahr 2010 auch anteilig retrospektiv abgeholte Mehrleistungsabschläge (s. o.).

Aufgrund der deutlich verspäteten Budgetverhandlungen im Jahr 2009 und einer Verbesserung im Jahr 2010 zeigt der Z-Bax, dass die vereinbarten Effekte auf das DRG-Preisniveau erst im Folgejahr wirken. Die Verschiebung preisabsenkender Preiskomponenten hat dazu geführt, dass im Wechsel von 2009 nach 2010 das zahlungswirksame Preisniveau für DRG-Leistungen für die untersuchten Einrichtungen moderater ansteigt als die vereinbarten Werte.

18.7 Fazit

Mit den Budgetabschlüssen des Jahres 2010 haben die Maßnahmen des KHRG ihre umfassende Wirkung entfaltet. Im Jahr 2009 waren trotz dämpfender Maßnahmen wie Mehrleistungsabschlag und Konvergenzverlängerung die Budgets im Vergleich zum Vorjahr um ca. 7 % gestiegen. Im Jahr 2010 hat sich dieser Anstieg nur geringfügig abgeschwächt; die Wachstumsrate lag knapp unter 6 %, was einem absoluten Mittelzuwachs von rund drei Milliarden Euro entspricht. Da lediglich 1 480 Krankenhäuser in die Analyse einbezogen werden konnten, stellt dies sogar noch eine Unterzeichnung des tatsächlichen Budgetanstiegs dar.

Aufgrund der zweistufigen Wirkungen aus dem KHRG hat der Preiseffekt auch im Jahr 2010 mit 2,5 % bzw. 3,1 % inklusive periodenfremder Ausgleiche einen sehr starken Einfluss auf die Budgetsteigerung. Die Mengenentwicklung ist mit einem Fallzahlenanstieg von 1,6 % und einer Änderung der Leistungsstruktur in Richtung höher vergüteter Leistungen von 1,7 % in der Summe weiterhin als dynamisch zu bezeichnen. Einen sehr großen Anteil am Anstieg der Leistungsmenge haben die Muskel-Skelett-Erkrankungen, auf die mehr als ein Drittel des Casemixanstiegs entfällt.

Im regionalen Vergleich existieren allerdings große Unterschiede. Die Budgetsteigerungsraten zwischen den Bundesländern weisen eine enorme Spannweite zwischen 3,3 % und 9,9 % auf. Der Einfluss von Preis- und Mengenentwicklungen ist dabei ebenso variabel ausgeprägt.

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 am hepatobiliären 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.

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.
- Kramer H, Leclerque G, Friedrich J. Die Krankenhausbudgets 2008 und 2009 unter dem Einfluss des KHRG. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg). *Krankenhaus-Report* 2011. Stuttgart: Schattauer 2011; 261–83.
- 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* 2008/2009. 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.