

Krankenhaus-Report 2010

„Krankenhausversorgung in der Krise?“

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

Schattauer (Stuttgart) 2010

Auszug Seite 305-318



17	Die Krankenhausbudgets 2006 bis 2008 unter dem Einfluss der Konvergenz	305
	<i>Gregor Leclerque und Jörg Friedrich</i>	
17.1	Einführung.....	306
17.2	Auswirkung der Konvergenz auf die Krankenhausbudgets	307
17.2.1	Gewinner und Verlierer	307
17.2.2	Abstand zum LBFW	308
17.2.3	Annäherung an den LBFW	310
17.3	Allgemeine Budgetentwicklung	310
17.3.1	Budget aus DRGs, sonstigen Entgelten und Zusatzentgelten.....	310
17.3.2	Budgetverteilung.....	313
17.3.3	Ausgleiche für Vorjahre	315
17.4	Entwicklung der Basisfallwerte	316
17.5	Fazit	317
17.6	Literatur.....	318

17 Die Krankenhausbudgets 2006 bis 2008 unter dem Einfluss der Konvergenz

Gregor Leclerque und Jörg Friedrich

Abstract

Die Budgetentwicklung bundesdeutscher DRG-Krankenhäuser ist zum Ende der Konvergenzphase deutlich positiver als in den Vorjahren. Basierend auf den Vereinbarungen von 1 461 Krankenhäusern ist für 2008 ein Budgetanstieg von mehr als 5 % gegenüber dem Vorjahr festzustellen. Dies entspricht allein für die untersuchten Einrichtungen einer Budgeterhöhung um fast 2,2 Mrd. € in einem Jahr, in dem die Diskussion über die finanzielle Situation der Krankenhäuser zu einer zusätzlichen und deutlichen Besserstellung durch das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz ab 2009 führte. Ein Großteil dieses Budgetanstiegs geht auf die Vereinbarung von Leistungssteigerungen zurück, die sich im Zeitraum 2006 bis 2008 weiterhin außerordentlich dynamisch entwickelt.

Unterdessen hat sich in den drei hier betrachteten Jahren die Konvergenz der hausindividuellen Preise fortgesetzt. Die Spannweite bezüglich der Abweichungen vom LBFW hat sich erneut deutlich verringert. Dies gilt ungeachtet der Tatsache, dass sich einzelne Häuser vom LBFW entfernen und ein Fünftel zwischen Verlierer- und Gewinnerstatus wechselt.

By the end of the convergence phase, the budget development of German DRG hospitals is significantly more positive than in previous years. Based on agreements of 1 461 hospitals with the health care funds, budgets increased by more than 5 % compared with the previous year. For the investigated hospitals alone, this corresponds to a budget increase of almost € 2.2 billion in the same year the discussion about the financial situation of hospitals lead to an additional and significant improvement of their position from 2009 due to the Hospital Financing Reform Act. The greater part of the budget increase is based on agreements of increased volumes of benefits, which have developed extremely dynamically in the period 2006 to 2008.

Meanwhile, during the three years analysed in this article, the convergence of prices of individual hospitals continued. The range of the deviations from the base rates of the federal states (LBFW) has again significantly decreased – despite the fact that individual houses move away from the LBFW and 20 percent oscillate between the winner and loser status.

17.1 Einführung

Die Einführung der G-DRGs sah eine schrittweise Anpassung der Vergütung von Krankenhausleistungen auf ein einheitliches Niveau vor. Dazu wurde jährlich ab 2005 auf Ebene der Bundesländer ein Orientierungswert vereinbart, der sogenannte Landesbasisfallwert (LBFW). Basisfallwerte stellen den Preis für eine Bewertungsrelation dar. Die Bewertungsrelationen werden für jede einzelne Leistung in den G-DRG-Katalogen jährlich neu kalkuliert und sind ein Ausdruck für die spezifische Fallschwere der entsprechenden Leistung. In der Konvergenzphase von 2005 bis 2009 wurden die Krankenhausbudgets unter Verwendung des jeweiligen LBFW schrittweise angepasst. Diese Budgetanpassungen führten zu einer erwünschten Harmonisierung der Preisniveaus in den Bundesländern. Ziel war es, dass bis 2009 alle erbrachten Leistungen mit dem LBFW pro Bewertungsrelation vergütet werden sollten. Diejenigen Häuser, die bislang unterdurchschnittliche Basisfallwerte pro Bewertungsrelation abgerechnet hatten, erhielten schrittweise eine höhere Vergütung, bei den überdurchschnittlich teuren Häusern war es umgekehrt.

Insgesamt sollten die Budgetverluste bei den ursprünglich teureren Häusern ein Spiegelbild der hinzugewonnenen bei den wirtschaftlicheren Häusern darstellen, mit der Einschränkung, dass im Zuge einer sogenannten Obergrenzenregelung Krankenhäuser vor einer allzu großen Reduktion ihrer Budgets in der Konvergenzphase geschont werden sollten. Ein Haus konnte maximal einen (jährlich ansteigenden) bestimmten Anteil seines Budgets verlieren. Insofern war es möglich, dass diese Krankenhäuser, obschon auch sie sich dem LBFW annäherten, dauerhaft oberhalb dieses Zielwertes verblieben (Abbildung 17–1). Eine spiegelbildliche Kürzungsregel für Häuser mit Budgetgewinnen existierte nicht.¹

Bereits in zwei vorangegangenen Beiträgen² wurde dargelegt, dass dieser Konvergenzprozess nicht in der idealtypischen Form verläuft, die Abbildung 17–1 suggeriert. Diese unterstellt ja, dass sich alle Häuser entweder von oben oder von unten an den LBFW annähern. Tatsächlich ließ sich feststellen, dass ein erklecklicher Anteil der Häuser vom Verlierer- in den Gewinnerstatus wechselte oder umgekehrt, also im Laufe der Entwicklung die gedachte Linie des LBFW überschritt. Dennoch konnte konstatiert werden, dass sich die Bandbreite der hausindividuellen Basisfallwerte im Zeitverlauf verringert hat; in diesem Sinne ließ sich also tatsächlich eine Konvergenz ausmachen.

Das Jahr 2009 war ursprünglich als Ende der Konvergenz vorgesehen. Mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) wurde die Konvergenz um ein weiteres Jahr verlängert. Denn in den Jahren 2005 bis 2008 hatten sich die tatsächlich vereinbarten Preisniveaus auf Hausebene im Mittel von den LBFW entfernt – der sogenannte Divergenzeffekt.³ Mit Wechsel nach 2009 resultierte daraus bundesweit ein deutlicher Sprung des Vergütungsniveaus nach oben (siehe Abschnitt 17.4). Daher sieht das KHRG die Aufteilung dieses Preissprungs auf zwei Jahre vor.

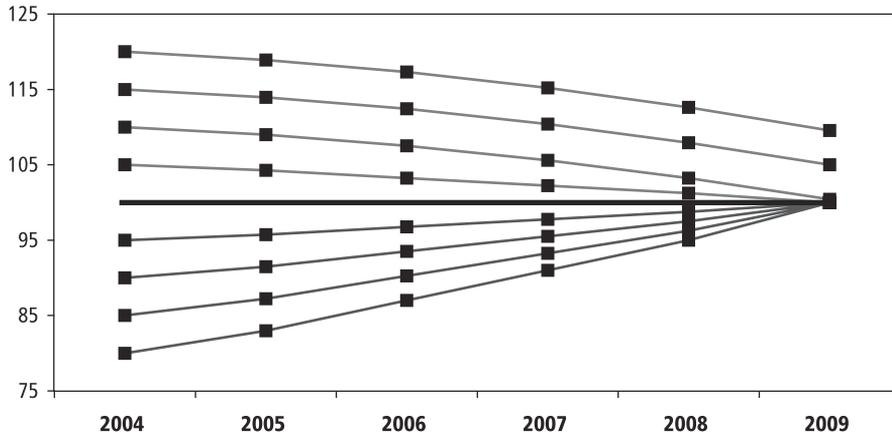
1 Eine ausführlichere Darstellung des Konvergenzmechanismus findet sich im Krankenhaus-Report 2007 (Friedrich et al. 2008); S. 259–61.

2 Friedrich et al. 2008; Leclerque und Friedrich 2009

3 vgl. Klauber und Friedrich 2008

Abbildung 17-1

Idealtypische Darstellung der Konvergenz von Basisfallwerten gegen den LBFW, indiziert auf 2004



Krankenhaus-Report 2010

WIdO

Der vorliegende Beitrag basiert auf den Vereinbarungs-AEBs⁴ der Jahre 2006 bis einschließlich 2008 für jene Häuser, bei denen für alle drei 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. Basierend auf diesen Kriterien konnten Daten für 1 461 Krankenhäuser verwendet werden; dies entspricht etwa 91 % derjenigen Häuser, die im Jahr 2008 DRGs ab-rechneten.

17.2 Auswirkung der Konvergenz auf die Krankenhausbudgets

17.2.1 Gewinner und Verlierer

Wie bereits in der Einleitung dargelegt, basiert der Konvergenzprozess auf dem Gedanken, dass Krankenhäuser mit einer Vergütung unterhalb des LBFW im Zuge des Angleichungsprozesses Budget hinzugewinnen, während die übrigen Häuser Budgetteile abgeben müssen. Über die Jahre hinweg hat der Anteil der Gewinnerhäuser zugenommen. 2008 waren rund zwei Drittel der Krankenhäuser auf der Gewinner-, ein Drittel auf der Verliererseite.

Im Rahmen der Umverteilung flossen 2008 701,0 Mio. € an die Gewinner; die Budgetreduktionen bei den Verliererhäusern machten hingegen nur 150,3 Mio. €

4 AEB steht für „Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung“.

Tabelle 17–1

Gewinner, Verlierer und Geschonte in 2006 bis 2008

	Gewinner	Verlierer	davon: geschont
Anteile der Krankenhäuser (in %)			
2006	60,2	39,8	40,2
2007	64,8	35,2	34,2
2008	67,3	32,7	32,0
Budgetanpassung (in Mio. €)			Schonbetrag
2006	326,8	–185,8	78,7
2007	448,1	–176,0	54,9
2008	701,0	–150,3	52,5
Bereinigt um den Effekt aus vereinbarten Leistungsveränderungen			
2006	230,6	–236,4	
2007	303,8	–218,9	
2008	485,6	–192,1	

Krankenhaus-Report 2010

WlD0

aus. Damit flossen allein im Jahr 2008 550,7 Mio. € zusätzlich in den Krankenhaussektor (Tabelle 17–1). Ein großer Teil davon lässt sich über die vereinbarte Leistungsmehrung in der jeweiligen Periode erklären. Die Konvergenzmechanik sieht vor, dass im Rahmen der Budgetumverteilung Beträge aus vereinbarten Leistungsveränderungen anteilig fließen (vgl. Fußnote 9). Bereinigt um diesen Effekt weisen die Gewinner 2008 einen Mittelzufluss i. H. v. 485,6 Mio. € auf, der sich nicht auf die konkret vereinbarten Leistungsveränderungen in diesem Jahr zurückführen lässt. Für die Verlierer resultierte eine entsprechende Budgetanpassung um –192,1 Mio. €. In der Summe ist eine Budgeterhöhung von 293,5 Mio. € im Jahr 2008 festzustellen, dieser Betrag ist im Verlauf der Konvergenz stetig gestiegen und geht auch auf den Divergenzeffekt zurück, der im Abschnitt 17.4 näher erläutert wird.

Bei einem guten Drittel der Verliererhäuser wurde nicht die gesamte, sich rechnerisch ergebende Budgetanpassung wirksam. Grund hierfür war die bereits erwähnte Obergrenzenregelung, nach der ein Krankenhaus maximal einen bestimmten, gesetzlich festgelegten Anteil seines Budgets abgeben muss.

Die Höhe dieses Maximalanteils nimmt von Jahr zu Jahr zu. Aus diesem Grunde sinkt der Anteil der geschonten Häuser über die drei betrachteten Jahre hinweg von knapp 40 % auf 32 %; ebenso geht der Schonbetrag, also jener Betrag, welcher rechnerisch fällig geworden wäre, den die Häuser aber aufgrund der Obergrenzenregelung nicht abgeben mussten, von 78,7 Mio. € auf 52,5 Mio. € zurück.

17.2.2 Abstand zum LBFW

Die Dynamik im Laufe des Konvergenzprozesses wird im Folgenden anhand von zehn Vergleichsgruppen dargestellt. Dafür werden, basierend auf dem Jahr 2006, zunächst Gewinner- und Verliererhäuser voneinander unterschieden. Anschließend werden diese beiden Gruppen jeweils in Quintile unterteilt; als Kriterium dient hierbei die Abweichung des jeweiligen Hauses vom LBFW, das heißt, wie hoch der

Tabelle 17-2

Beschreibung der Gruppen und Verhalten im Konvergenzverlauf

Gruppe	2006			Weiterentwicklung 2006 bis 2008		
	Anzahl KH	durchschn. Bettenzahl	Grenzen der Positionierung ggü. LBFW 2006	davon: Statuswechsler von 2006 nach 2008		Annäherung an den LBFW 2008
				absolut	in %	
V5	116	254	-11,4%	7	6,0	81,9%
V4	116	368	-6,5%	23	19,8	87,9%
V3	116	342	-3,7%	41	35,3	82,8%
V2	116	425	-1,4%	51	44,0	54,3%
V1	116	419	0,0%	74	63,8	22,4%
G1	176	326	0,0%	46	26,1	19,9%
G2	176	316	2,3%	23	13,1	50,0%
G3	176	302	5,1%	14	8,0	74,4%
G4	176	264	8,7%	2	1,1	89,2%
G5	177	163	14,4%	5	2,8	94,4%
Verlierer	580	361	-	196	33,8	65,9%
Gewinner	881	274	-	90	10,2	65,6%
Gesamt	1461	318	-	286	19,6	65,7%

Krankenhaus-Report 2010

WlD0

Anteil am eigenen Budget gewesen wäre, den das Krankenhaus bei einer sofortigen Umstellung der Vergütung auf den LBFW (der sogenannten „Spontankonvergenz“) hinzugewonnen oder verloren hätte.⁵ Dieser Wert drückt unter Berücksichtigung aller an der Konvergenz beteiligten Budgetanteile aus, wie weit jedes einzelne Krankenhaus vom jeweiligen Landesbasisfallwert entfernt liegt und ist somit einer Berechnung anhand des Verhältnisses vom BFW zum LBFW überlegen.⁶ Bezeichnet werden diese Gruppen mit „V“ für Verlierer beziehungsweise „G“ für Gewinner und einer Kennzahl von eins bis fünf, je nachdem wie groß der (relative) Abstand vom LBFW ist. „5“ markiert den größten Abstand.

Im Ergebnis zeigt sich, dass die Gruppe V5, also diejenigen Verlierer mit dem größten Abstand zum LBFW, mindestens 11,4% ihres Budgets bei Spontankonvergenz hätten abgeben müssen. Umgekehrt hätten die deutlichsten Gewinner, die Gruppe G5, mindestens 14,4% an Budget hinzugewonnen. Hingegen bewegt sich die Gruppe G1 in einem Korridor zwischen 0,0% und 2,3% Abweichung vom LBFW; die Verlierergruppe V1 liegt sogar noch näher am Referenzwert mit einer maximalen Abweichung vom LBFW von lediglich 1,4%. Tendenziell sind die Gewinnerhäuser, gemessen an der Bettenzahl, kleiner als die Verlierer (Tabelle 17-2).

5 Konkret: B2 Position 21 „Zwischenergebnis“ / B2 Position 15 „Veränderter Ausgangswert nach Absatz 4“.

6 An dieser Stelle sei auf die Rolle der Überlieger am Jahresbeginn verwiesen, deren Berücksichtigung bundesweit variiert.

17.2.3 Annäherung an den LBFW

Gemessen daran, dass das in Abbildung 17–1 gezeichnete Idealbild der Konvergenz lediglich eine Annäherung an den LBFW zulässt, sei es von oben oder von unten, ist es überraschend, dass nur für circa zwei Drittel der Häuser im Verlauf der drei Jahre von 2006 bis 2008 überhaupt eine Bewegung in Richtung auf den LBFW konstatiert werden kann. Etwas mehr als ein Drittel der Häuser hat sich hingegen vom LBFW entfernt. Dabei besteht interessanterweise kein Unterschied zwischen der Gewinner- und der Verliererseite.

Die Neigung, sich vom LBFW zu entfernen, ist umso größer, je näher die Häuser ursprünglich bereits am Gravitationspunkt waren. Bei der Gruppe V1 hat sich weniger als ein Viertel, bei der Gruppe G1 sogar nur knapp ein Fünftel der Häuser in die richtige Richtung entwickelt. Dies mag freilich auch damit zusammenhängen, dass Krankenhäuser bei der Konvergenz quasi über das Ziel hinausschießen, indem sie von Gewinnern zu Verlierern werden und sich dabei – gewissermaßen auf der anderen Seite – weiter vom LBFW entfernen. Tatsächlich lässt sich feststellen, dass circa 20% der Häuser ihren Status wechseln, also von Verlierern zu Gewinnern werden oder umgekehrt. Naturgemäß ist der Anteil der Statuswechsler in den mittleren Gruppen G1 und V1 besonders hoch, doch gab es durchaus auch solche Häuser, die sich von starken Gewinnern in Verlierer verwandelten oder von deutlichen Verlierern in Gewinner.

Ruft man sich das Idealbild der Konvergenz vor Augen, so muss es verwundern, dass fast ein Fünftel der betrachteten Krankenhäuser einen solchen Statuswechsel vollzieht.

17.3 Allgemeine Budgetentwicklung

17.3.1 Budget aus DRGs, sonstigen Entgelten und Zusatzentgelten

17

Das Gesamtbudget eines Krankenhauses setzt sich aus einer Vielzahl von Teilbudgets zusammen, von denen nicht alle Teil der Vereinbarung nach den vorliegenden Formularen der AEB sind. Hierbei seien beispielhaft Ausbildung, Zentren und Schwerpunkte oder auch psychiatrische Fachabteilungen genannt, die ja nicht über DRGs vergütet werden. Im Folgenden werden die Budgets aus den Komponenten DRGs, sonstige Entgelte und Zusatzentgelte betrachtet. Damit ist der weitest- und größte Teil der Gesamtbudgets erfasst. Sonstige Entgelte sind Entgelte, für die keine bundesweit vereinbarten Bewertungsrelationen oder Preise existieren. Zusatzentgelten hingegen können ergänzend zu DRGs in Abrechnung gebracht werden.

Die betrachteten Budgets sind 2007 gegenüber dem Vorjahr um 2,9% angestiegen. 2008 lag der Anstieg bei 5,1%. Für den hier betrachteten Zwei-Jahres-Zeitraum bedeutet dies ein Anwachsen der Budgets um 8,1%. Dies kommt für die betrachtete Teilmenge aller deutschen Krankenhäuser einem Budgetzuwachs in Höhe von 3 462 Mio. € gleich. Dabei haben alle Gruppen Budgetzuwächse erfahren. Im Sinne der Konvergenz fielen die Zuwächse bei den Gewinnern höher aus als bei den

Tabelle 17-3

Budgets für die Vergütung nach DRG, Zusatzentgelten und sonstigen Entgelten nach Konvergenzverlierern und -gewinnern (V5 bis G5)

Gruppe	absolut (in Mio. €)			Veränderung (in %)		
	2006	2007	2008	2007 zu 2006	2008 zu 2007	2008 zu 2006
V5	2 570,4	2 572,5	2 606,6	0,1	1,3	1,4
V4	4 846,6	4 906,4	5 032,6	1,2	2,6	3,8
V3	3 847,6	3 917,3	4 073,3	1,8	4,0	5,9
V2	5 033,2	5 156,6	5 409,6	2,5	4,9	7,5
V1	5 218,3	5 318,6	5 588,4	1,9	5,1	7,1
G1	5 303,6	5 471,7	5 740,1	3,2	4,9	8,2
G2	5 070,7	5 242,9	5 534,4	3,4	5,6	9,1
G3	4 638,3	4 804,3	5 129,4	3,6	6,8	10,6
G4	4 008,3	4 197,9	4 495,7	4,7	7,1	12,2
G5	2 263,9	2 444,9	2 653,0	8,0	8,5	17,2
Verlierer	21 516,1	21 871,3	22 710,4	1,7	3,8	5,6
Gewinner	21 284,8	22 161,8	23 552,7	4,1	6,3	10,7
gesamt	42 800,9	44 033,1	46 263,1	2,9	5,1	8,1

Krankenhaus-Report 2010

WIdO

Verlierern und sind erwartungsgemäß umso höher, je weiter die entsprechende Gruppe vom LBFW entfernt lag. Zwischen 2006 und 2007 sind die Budgets der Gewinnergruppen um 2 268 Mio. € gewachsen. Dies entspricht einem Plus von 10,7%. Bei den Verlierern hatten umgekehrt die weit vom LBFW entfernt liegenden Krankenhäuser vergleichsweise geringe Budgetzuwächse zu verzeichnen. Insgesamt betrug der Budgetanstieg der Verliererhäuser 1 194 Mio € oder 5,6% (Tabelle 17-3).

Dass die Konvergenzverlierer überhaupt Budgetzuwächse aufwiesen, ist zum einen der allgemeinen Budgetentwicklung geschuldet. Neben der allgemeinen Entwicklung des Orientierungswerts LBFW⁷ resultieren sie z. B. aus der TVöD-Berichtigungsrate, der TVöD-Ost-West-Angleichung sowie der allgemeinen Veränderungsrate.⁸

7 „Das Vorzeichen der Entwicklung eines Landesbasisfallwerts im Zeitverlauf allein lässt keinen Rückschluss auf die Wirkungen auf die allgemeine Budgetentwicklung zu. Auch bei sinkenden LBFW können im Ergebnis steigende Budgets vorliegen und umgekehrt. Vielmehr ist entscheidend, inwieweit die Wirkungen aus den Katalogrevisionen, aus der Obergrenzenregelung, aus Rightcoding (als Casemix erhöhender Effekt ohne Leistungsveränderungen) und aus budgetwirksamen Leistungsveränderungen auf die hausindividuellen Vereinbarungen bereits bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts korrekt prognostiziert wurden.“ (Friedrich et al. 2007)

8 Geregelt in § 4 Abs. 4 Satz 2 KHEntG und § 71 Abs. 3 Satz 1 in Verbindung mit Abs. 2 SGB V. Die Vereinbarungen TVöD-Ost-West-Anpassung lagen für 2006 bei maximal 1% bezogen auf die Gesamtkosten. Die TVöD-Berichtigungsrate betrug 2006 0,00%, weil die Tarifsteigerungen unterhalb der Veränderungsrate lagen, und 2007 0,20%. Die Veränderungsrate lag für 2006 bei 0,63%, 2007 bei 0,40% und für 2008 bei 0,64%.

Zum anderen spielen in diesem Zusammenhang die Vereinbarung von Leistungsveränderungen eine wichtige Rolle, die in den betrachteten Jahren durchgängig positiv waren. Sowohl Gewinner- als auch Verliererhäuser tendieren dazu, mehr Leistungen zu vereinbaren als im Jahr zuvor. So lässt sich im Jahr 2008 bei mehr als 70 % der Krankenhäuser ein Anstieg der vereinbarten Leistung feststellen. Hingegen vereinbarten immer weniger Häuser geringere Leistungen als im Vorjahr; 2008 waren dies nur noch etwa 15 %.

Das Volumen der vereinbarten Mehrleistungen ist in den Jahren 2006 bis 2008 durchgängig gestiegen. Wurden für die betrachtete Teilmenge der bundesdeutschen Krankenhäuser im Jahr 2006 noch 480 Mio € für Mehrleistungen vereinbart, waren es 2008 bereits 1 286 Mio €. Letzterer Wert entspricht bezogen auf das Gesamtbudget 2007 einer Budgeterhöhung von +3,0 % allein aus Mehrleistungen. Der Anstieg der Eurobeträge für die vereinbarten Mehrleistungen geht auch auf die ansteigende anteilige Anrechnung auf das Krankenhausbudget zurück, wie sie in § 4 Abs. 4 KHEntgG geregelt ist. Sie wächst während der Konvergenzphase von 33 % im Jahr 2005 über 50 % im Jahr 2006 und 65 % im Jahr 2007 auf 80 % im Jahr 2008 unter Verwendung des jeweils gültigen Landesbasisfallwerts an⁹, was wiederum den Anreiz für Krankenhäuser stetig erhöht, Mehrleistungen zu vereinbaren (Tabelle 17–4).

Im Ergebnis führen vereinbarte Mehrleistungen zu sinkenden hausindividuellen Basisfallwerten. Dies ist auch sachlogisch, weil im Zuge von Mengenausweitungen die Kosten für die Krankenhäuser nicht proportional steigen, sondern lediglich in Höhe der variablen Kosten. Gemeinhin geht man im Krankenhausbereich von 35 % variablen Kosten aus. Der sinkende Basisfallwert ist somit lediglich ein Ausdruck für den mengenbedingten Rückgang der Stückkosten.¹⁰

Vereinbarte Leistungsveränderungen erklären damit nicht nur Budgetveränderungen im Zeitverlauf, sondern haben auch einen starken Einfluss auf die Konvergenz, da sie den BFW beeinflussen. Vereinbarte Mehrleistungen bei Konvergenzgewinnern wirken der Konvergenz entgegen, während sie bei Verlierern zu einer zusätzlichen Annäherung an den LBFW führen. Die Vereinbarung eines Leistungsrückgangs hat genau die entgegengesetzte Wirkung.

9 Mehrleistungen gehen in das Leistungsgestütze zu 100 % ein, während das Krankenhausbudget vor Konvergenz nur anteilig erhöht wird. Vereinbarte ein Krankenhaus einen zusätzlichen Casemix i. H. v. 100 Bewertungsrelationen (BR), so würde der Zielwert um $100 \text{ BR} * \text{LBFW}$ steigen. Das Krankenhausbudget vor Konvergenz steigt dagegen langsamer, nämlich um $100 \text{ BR} * \text{LBFW} * 34,7\%$ (2006). Im Rahmen der Konvergenz gegen den LBFW erfolgt die Restfinanzierung, sodass am Ende die Mehrleistungen 2006 zu 50 % Eingang finden. Dieses Beispiel beschränkt sich hier auf die Vereinbarung zusätzlicher DRG-Leistungen. Für zusätzliche Leistungen im Bereich der Zusatzentgelte gilt dies analog. Die monetäre Bewertung erfolgt hier nicht auf Basis des Landesbasisfallwerts, sondern des bundeseinheitlichen Preises. So erklärt es sich auch, dass der Saldo der Umverteilungsbeträge zwischen Gewinnern und Verlierern in Phasen von Leistungsvereinbarungen positiv ist (s. o.).

10 vgl. Leber/Wolff S. 92ff.

Tabelle 17-4

Vereinbarte Leistungsveränderungen 2006 bis 2008 für die Gewinner- und Verliererquintile

Gruppe	Vereinbarte Leistungs- veränderung (inkl. Konvergenzanteil)			Anteil der Krankenhäuser mit positiver Leistungs- veränderung			Anteil der Krankenhäuser mit negativer Leistungs- veränderung		
	absolut (in Mio. €)			(in %)			(in %)		
	2006	2007	2008	2006	2007	2008	2006	2007	2008
V5	-4,0	39,6	78,5	32,8	56,9	60,3	40,5	25,9	23,3
V4	32,9	99,0	131,4	49,1	65,5	68,1	29,3	22,4	18,1
V3	38,5	71,1	127,1	62,1	63,8	72,4	17,2	17,2	16,4
V2	72,7	103,8	132,6	51,7	67,2	78,4	24,1	19,8	16,4
V1	24,4	73,8	177,9	50,9	61,2	76,7	22,4	21,6	14,7
G1	73,3	101,1	140,1	62,5	71,0	74,4	16,5	13,1	13,1
G2	68,6	106,9	171,0	62,5	72,7	79,0	10,8	10,8	9,7
G3	59,9	73,1	143,5	58,5	64,2	72,2	15,9	13,1	11,9
G4	66,0	67,2	124,3	64,2	71,0	78,4	10,2	13,1	9,7
G5	47,7	44,9	59,6	49,7	55,4	54,8	18,1	18,1	23,2
Verlierer	164,6	387,3	647,5	49,3	62,9	71,2	26,7	21,4	17,8
Gewinner	315,5	393,1	638,5	59,5	66,9	71,7	14,3	13,6	13,5
gesamt	480,0	780,5	1 286,0	55,4	65,3	71,5	19,2	16,7	15,2

Krankenhaus-Report 2010

WlD0

17.3.2 Budgetverteilung

Bei der Betrachtung der Budgets aus DRGs, sonstigen Entgelten und Zusatzentgelten machen DRGs den überwiegenden Teil des Budgets aus. Betrachtet man die DRGs gemeinsam mit den Entgelten für Jahresüberlieger, die ja ebenfalls nach DRGs – allerdings nach denjenigen des Vorjahres – vergütet werden, so hat man bereits zwischen 94% und 97% des gesamten Budgets erklärt. Aufgrund der Ausweitung der Kataloge für Zusatzentgelte ist deren Budgetanteil im Zeitverlauf von 2,0% auf 2,4% gestiegen. Der Anteil der sonstigen Entgelte ist im Zeitverlauf nahezu konstant geblieben, in der Folge gehen die Anteile für DRGs leicht zurück (Tabelle 17-5).

Tabelle 17-6 wählt einen etwas anderen Blickwinkel auf die Budgets: Statt der Entgeltart wird hier die Budgetstruktur nach Teilname an der Konvergenz betrachtet. Auch hier zeigt sich deutlich die Dominanz der gegen den LBFW konvergierenden DRGs und Überliegerentgelte. Aufschlussreich ist aber auch hier wieder die Unterscheidung der oben gebildeten Gruppen. Der stärkere Rückgriff der Verliererhäuser auf Zusatzentgelte zeigt sich ebenso bei der vergleichsweise höheren Bedeutung der gegen einen bundesweiten Preis konvergierenden Budgetbestandteile, wengleich der jeweilige Anteil am Gesamtbudget mit knapp 2% (bei den Verlierern) beziehungsweise etwa 1% (bei den Gewinnern) sehr gering bleibt.

Aufschlussreich ist auch jener Bereich, für den hausindividuelle Preise vereinbart werden, bei dem also gar keine Konvergenz wirkt. Bei den Gewinnern machen

die hausindividuellen Preise – gemessen an ihrem Anteil am Budget – nur etwas über 2% aus. Bei den Verliererhäusern liegt der entsprechende Anteil bei etwa 4%; besonders ausgeprägt ist er bei den stärksten Verlierern, der Gruppe V5, in einer Größenordnung zwischen 6,5% und 6,8%.

Tabelle 17-5

Budgetverteilung nach DRGs, Zusatzentgelten und sonstigen Entgelten 2006 bis 2008 für die Gewinner- und Verliererquintile (Anteile in %)

Gruppe	DRG			Jahresüberlieger			Sonstige Entgelte			Zusatzentgelte		
	2006	2007	2008	2006	2007	2008	2006	2007	2008	2006	2007	2008
V5	90,6	90,6	90,2	1,4	1,5	1,5	5,5	5,2	5,4	2,5	2,8	2,9
V4	91,4	90,7	90,5	2,7	2,8	2,7	3,1	3,3	3,3	2,8	3,1	3,5
V3	93,7	93,4	92,8	2,2	2,2	2,4	1,8	1,8	1,9	2,4	2,6	2,9
V2	93,2	92,8	92,6	1,8	1,9	2,0	2,1	2,1	2,0	2,9	3,2	3,4
V1	92,1	92,5	91,9	2,1	2,0	2,3	2,9	2,3	2,3	2,9	3,2	3,6
G1	94,7	94,7	94,4	2,1	2,0	2,2	1,7	1,6	1,6	1,6	1,7	1,8
G2	94,9	94,8	94,6	2,1	2,0	2,1	1,7	1,7	1,7	1,3	1,4	1,6
G3	94,5	94,6	94,4	2,2	2,1	2,2	2,2	2,2	2,1	1,1	1,2	1,3
G4	95,8	95,6	95,4	2,0	1,9	2,1	1,3	1,4	1,3	0,9	1,0	1,1
G5	94,9	94,8	94,4	1,6	1,6	1,7	2,6	2,6	2,9	1,0	1,0	1,1
Verlierer	92,3	92,1	91,7	2,1	2,1	2,2	2,9	2,7	2,7	2,7	3,0	3,3
Gewinner	94,9	94,9	94,7	2,0	2,0	2,1	1,9	1,8	1,8	1,2	1,3	1,4
gesamt	93,6	93,5	93,2	2,1	2,1	2,2	2,4	2,3	2,3	2,0	2,2	2,4

Krankenhaus-Report 2010

WIdO

Tabelle 17-6

Budgetverteilung nach Preismechanismus für die Gewinner- und Verliererquintile 2005 bis 2007 (in %)

Gruppe	Konvergenz gegen LBFW			Konvergenz gegen bundesweiten Preis			keine Konvergenz: hausindividuelle Preise		
	2006	2007	2008	2006	2007	2008	2006	2007	2008
V5	92,0	92,1	91,7	1,3	1,5	1,6	6,7	6,5	6,8
V4	94,1	93,5	93,2	1,6	1,9	2,2	4,3	4,6	4,6
V3	95,9	95,6	95,2	1,4	1,6	1,9	2,7	2,9	2,9
V2	95,0	94,7	94,6	1,7	2,0	2,1	3,3	3,3	3,2
V1	94,2	94,5	94,2	1,7	2,0	2,2	4,1	3,5	3,6
G1	96,7	96,7	96,6	1,1	1,2	1,3	2,2	2,1	2,1
G2	97,0	96,8	96,7	0,7	0,9	1,0	2,3	2,3	2,3
G3	96,7	96,7	96,6	0,7	0,8	0,9	2,6	2,5	2,5
G4	97,8	97,5	97,5	0,6	0,7	0,8	1,6	1,7	1,7
G5	96,4	96,4	96,1	0,6	0,5	0,6	3,0	3,1	3,3
Verlierer	94,4	94,2	94,0	1,6	1,8	2,0	4,0	4,0	4,0
Gewinner	96,9	96,9	96,8	0,8	0,9	1,0	2,3	2,3	2,3
gesamt	95,7	95,5	95,4	1,2	1,3	1,5	3,1	3,1	3,1

Krankenhaus-Report 2010

WIdO

17.3.3 Ausgleiche für Vorjahre

Im Rahmen der Budgetverhandlungen werden auch die Ausgleiche zur Korrektur von Budgetüber- und -unterschreitungen der vorangegangenen Jahre vereinbart. Mindererlöse werden grundsätzlich zu 20 % ausgeglichen und Mehrerlöse zu 65 %. Allerdings weichen die anzuwendenden Ausgleichssätze für bestimmte Konstellationen ab: So sind zum Beispiel Mehrerlöse aufgrund geänderter Codierung immer zu 100 % an die Kostenträger zurückzuführen, da dieser Erlösausweitung gar keine reale Leistungsveränderung zugrunde liegt. Für besonders sachkostenintensive Leistungen wie Zusatzentgelte für Arzneimittel und Medikalprodukte verbleibt im Falle von Mehrleistungen ein größerer Anteil im Krankenhaus – hier sind nur 25 % zurückzuzahlen. Im Umkehrschluss erfolgt aber auch kein Ausgleich für Mindererlöse.

Insgesamt belaufen sich die (im Saldo negativen) Ausgleiche auf ein Volumen von –829 Mio. €. Bei den Verliererhäusern werden –525,7 Mio. € fällig, wohingegen bei den Gewinnern in der Summe negative Ausgleiche von –303,3 Mio. € in Anrechnung zu bringen sind. Diese Beträge weisen zunächst auf einen zunehmenden Umfang an Budgetüberschreitungen in den jeweiligen Vorjahren hin. Unter vereinfachter Verwendung des allgemeinen Ausgleichssatzes für Mehrleistungen i. H. v. 65% würden allein die –829,0 Mio. € vereinbarten Ausgleiche im Jahr 2008 auf 1 275,4 Mio. € Budgetüberschreitung in den Vorjahren hindeuten (Tabelle 17–7).

Nicht nur die Summen für vereinbarte Ausgleiche, auch die Zahl der Krankenhäuser mit Budgetüberschreitungen ist kontinuierlich gestiegen. Dieser Anstieg ist insbesondere bei den Verliererhäusern ausgeprägt, allerdings ausgehend von einem

Tabelle 17–7

Ausgleiche 2006 bis 2008 für die Gewinner- und Verliererquintile

Gruppe	Ausgleiche			Anteil der Krankenhäuser mit im Saldo positiven Ausgleichen			Anteil der Krankenhäuser mit im Saldo negativen Ausgleichen		
	absolut (in Tsd. €)			(in %)			(in %)		
	2006	2007	2008	2006	2007	2008	2006	2007	2008
V5	6 986	–52 248	–67 815	70,7	52,6	37,1	25,0	45,7	59,5
V4	–53 406	–128 069	–149 183	62,1	44,0	25,0	36,2	54,3	71,6
V3	–50 213	–84 034	–96 016	48,3	38,8	31,0	45,7	55,2	64,7
V2	2 939	–109 461	–126 255	57,8	43,1	28,4	40,5	54,3	68,1
V1	–3 878	–57 912	–86 410	56,9	44,0	44,0	35,3	49,1	53,4
G1	–5 539	–85 895	–87 053	53,4	42,0	31,8	44,3	55,1	64,2
G2	–57 401	–108 234	–74 417	39,2	34,1	35,8	60,2	64,2	63,1
G3	–28 947	–71 884	–73 762	44,9	35,8	26,7	50,6	62,5	71,6
G4	–6 170	–37 951	–43 350	47,2	38,1	35,8	50,6	57,4	60,2
G5	–58 302	–36 442	–24 743	46,9	40,7	44,1	49,7	57,1	52,5
Verlierer	–97 572	–431 725	–525 679	59,1	44,5	33,1	36,6	51,7	63,4
Gewinner	–156 360	–340 407	–303 326	46,3	38,1	34,8	51,1	59,3	62,3
gesamt	–253 931	–772 132	–829 006	51,4	40,7	34,2	45,3	56,3	62,8

vergleichsweise niedrigen Niveau. Hatte 2006 nur etwas mehr als ein Drittel der Verlierer negative Ausgleiche, die ja für in der Vergangenheit erbrachte Mehrleistungen stehen, so waren es zwei Jahre danach schon zwei Drittel. Sie hatten damit mit den Gewinnerhäusern gleichgezogen. Der Anteil der Häuser mit positiven Ausgleichen ist entsprechen spiegelbildlich gesunken. Zwischen den einzelnen Gruppen ergeben sich zwar deutliche Unterschiede, diese folgen jedoch keiner erkennbaren Systematik.

17.4 Entwicklung der Basisfallwerte

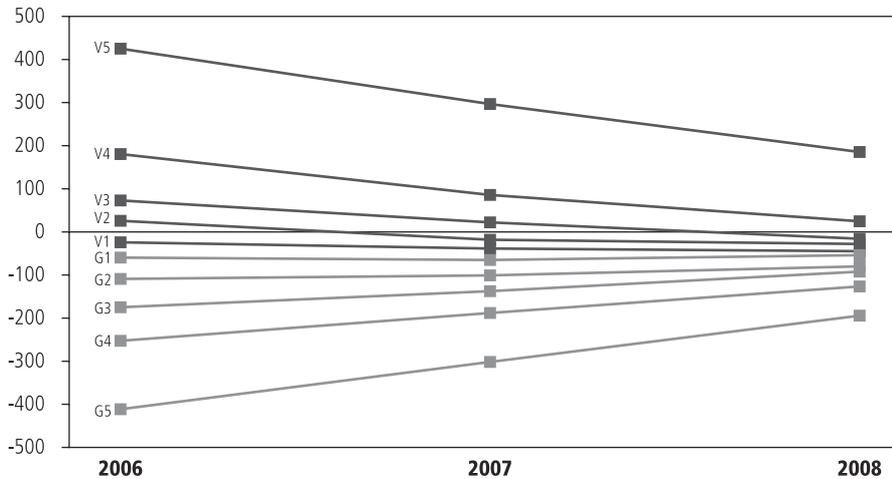
In der Konvergenzphase sind Mehrleistungen in erheblichem Umfang vereinbart worden. Für die Budgetverhandlungen auf Einzelhausebene setzt § 4 KHEntgG verbindliche Vorgaben, wie die Kostendegression bei Mehrleistungen umzusetzen ist. In der Folge wurden die Basisfallwerte der Einzelhäuser entsprechend abgesenkt (s. o.). Auf Ebene der Verhandlungen von Landesbasisfallwerten bestand dagegen dieser „Automatismus“ nicht: Der entsprechende § 10 (KHEntgG) schreibt die prozentuale Anrechnung von Mehrleistungen nicht fest und es erfolgt anders als auf Hausebene eine Verrechnung mit der allgemeinen Kostenentwicklung. Zudem sieht der Paragraph lediglich eine Kostendegression bei Fallzahlsteigerungen vor und schließt anders als in den Einzelhausverhandlungen CMI-Steigerungen aus.

In der Konsequenz sind die LBFW den Preisniveaus auf Hausebene nicht gefolgt und so sind Landesbasisfallwerte und der Durchschnitt der hausindividuellen Basisfallwerte auseinandergedriftet. Diese Entwicklung wird als „Divergenzeffekt“ bezeichnet. 2008 liegen die Landesbasisfallwerte deutlich oberhalb des Durchschnitts der hausindividuellen Basisfallwerte. Basierend auf dem hier verwendeten Sample von Häusern lässt sich eine Abweichung von knapp 50 € feststellen, in dieser Höhe beläuft sich die Differenz zwischen den Basisfallwerten ohne Ausgleiche (oA) und den Landesbasisfallwerten ohne Ausgleiche und ohne Kappung (oAoK)¹¹. Würde die Vergütung der Krankenhäuser mit dem Ende der Konvergenzphase von den hausindividuellen Basisfallwerten auf den Landesbasisfallwert angehoben, so beliefe sich der zusätzliche Mittelzufluss an die hier betrachteten Krankenhäuser auf etwa 784 Mio. € (Abbildung 17–2).

Die Konvergenz der Basisfallwerte macht dennoch Fortschritte: Wenngleich sich einzelne Häuser vom LBFW wegbewegen und ein Fünftel zwischen Verlierer- und Gewinnerstatus wechselt, ist insgesamt doch eine Entwicklung in die vorgesehene Richtung zu beobachten. Dementsprechend hat sich die Spannweite zwischen

¹¹ Der Kappungsbetrag beschreibt den Absenkungsbetrag, der notwendig ist, damit die Anwendung der Obergrenzenregelung nicht zu Mehrausgaben führt (vgl. Tabelle 17–1). Denn geschonte Häuser vollziehen nicht den rechnerischen Konvergenzschritt, sondern nur den bis zu einem Höchstsatz. Im Ergebnis ist das rechnerische Mittel aller Hausbasisfallwerte höher als der LBFW, gegen den konvergiert wurde. Bei idealtypischer Konvergenz und ohne den Einfluss von Leistungsveränderungen sorgt der LBFW mit Kappung dafür, dass als rechnerisches Ergebnis über alle Häuser der LBFW ohne Kappung resultiert. Letzterer ist der LBFW, der für die Konvergenz verwendet ist nur das Instrument, um den tatsächlichen zu erreichen.

Abbildung 17-2

Abweichung der BFW¹ vom LBFW² für die untersuchten Gruppen; 2006 bis 2008

¹ohne Ausgleich; ²ohne Ausgleich, ohne Kappung

Krankenhaus-Report 2010

WIdO

der Gruppe G5 und V5, also zwischen den beiden äußersten Gruppen, abermals deutlich reduziert. Hatte sie 2006 noch 837,40 € betragen, so sank sie 2007 auf 598,40 € und ging bis 2008 weiter bis auf 381,10 € zurück.

17.5 Fazit

Eine Betrachtung der Budgetentwicklung der Krankenhäuser über die vergangenen drei Jahre zeigt markante Zugewinne. Allein im Jahr 2008, in dem die finanziellen Engpässe der Krankenhäuser die Berichterstattungen und die Diskussionen dominierten, sind die Budgets um 5,1% angestiegen. Dies entspricht einem absoluten Anstieg um fast 2,2 Mrd. €, wobei das Ausmaß des Zugewinns noch unterzeichnet wird, da in der vorliegenden Untersuchung nur ein – allerdings umfangreiches – Sample an Krankenhäusern betrachtet wurde.

Ein Großteil dieses Budgetanstiegs geht auf die Vereinbarung von Leistungssteigerungen zurück, die sich im Zeitraum 2006 bis 2008 außerordentlich dynamisch entwickelt. In der Summe wurden in den drei Jahren 2,5 Mrd. € vereinbart, davon 1,3 Mrd. € allein in 2008.

Auch infolge dieser dynamischen Leistungsausweitung ergibt sich zum Abschluss der Konvergenzphase eine weitere Anhebung der Krankenhausbudgets. Aus dem finalen Sprung der tatsächlichen Preisniveaus für Krankenhausleistungen auf den Landesbasisfallwert resultiert ein Preisanstieg von 50,- € je Bewertungsrelation, dies entspricht für die hier untersuchten Krankenhäuser einer Summe von 780 Mio. €. Im Rahmen des Konvergenzprozesses sind im Saldo bereits

372,5 Mio. € geflossen, die auch in Teilen auf die Divergenz zwischen tatsächlichem Vergütungsniveau und Landesbasisfallwerten zurückzuführen sind. Diese Problematik hat den Gesetzgeber dazu veranlasst, den Konvergenzprozess um ein Jahr zu verlängern, aber spätestens 2010 wird der Preis- und Budgetsprung durch die Krankenhäuser realisiert.

Unterdessen hat sich in den drei hier betrachteten Jahren die Konvergenz der individuellen Basisfallwerte fortgesetzt, auch wenn sich einzelne Häuser vom LBFW entfernen und ein Fünftel zwischen Verlierer- und Gewinnerstatus wechselt. Dessen ungeachtet bewegt sich das gesamte Feld in die vorgesehene Richtung. Die Spannweite bezüglich der Abweichungen vom LBFW hat sich erneut deutlich verringert.

17.6 Literatur

- Burmann S, Malzahn J, Wehner C. Kliniken in Not? Gesundheit und Gesellschaft 2008; 6: 30–35.
- 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, Leclerque G, Paschen K. Die Katalogrevision beeinflusst die Konvergenz. f&w 2007; 4: 425–7.
- Günster C. Bestimmung des Landesbasisfallwert mit Kappungsgrenze. Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) (Hrsg.), Bonn 2005.
- Heimig F. „G-DRGs 2005“. Klassifikation und Bewertung, Ergebnispräsentation zugunsten der Selbstverwaltungspartner nach § 17b KHG. Siegburg, den 24. August 2004.
- Heimig F. „G-DRGs 2006“. Klassifikation und Bewertung, Ergebnispräsentation zugunsten der Selbstverwaltungspartner nach § 17b KHG. Siegburg, den 24. August 2005.
- Heimig F. „G-DRGs 2007“. Klassifikation und Bewertung, Ergebnispräsentation zugunsten der Selbstverwaltungspartner nach § 17b KHG. Siegburg, den 24. August 2006.
- Heimig F. „G-DRGs 2008“. Klassifikation und Bewertung, Ergebnispräsentation zugunsten der Selbstverwaltungspartner nach § 17b KHG. Siegburg, den 24. August 2007.
- Klauber J, Friedrich J. Preissprung auf der Klinikrechnung. Gesundheit und Gesellschaft 2008, 12: 17–19.
- Leber WD, Wolff J. G-DRG-Entwicklung aus der Sicht der Krankenkassen. In: Roeder N, Bunzemeier H (Hrsg.). Kompendium zum G-DRG-System 2009. Düsseldorf: Deutsche Krankenhaus-Vergesellschaft 2009; 47–83.
- 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; 229–240.
- Krankenhaus-Report 2006. Krankenhaus-Directory – DRG-Krankenhäuser 2005. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg.). Krankenhaus-Report 2006. Stuttgart: Schattauer 2007; 365–434.
- Krankenhaus-Report 2007. Krankenhaus-Directory – DRG-Krankenhäuser 2006. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg.). Krankenhaus-Report 2007. Stuttgart: Schattauer 2008; 393–471.
- Krankenhaus-Report 2008/2009. Krankenhaus-Directory – DRG-Krankenhäuser 2007. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg.). Krankenhaus-Report 2008. Stuttgart: Schattauer 2009; 359–433.