

8 Basisfallwerte – zur Preis- und Produktivitätsentwicklung stationärer Leistungen

Jörg Friedrich, Wulf-Dietrich Leber und Johannes Wolff

Abstract

Krankenhausmärkte sind traditionell stark reguliert. Da das deutsche Finanzierungssystem mit DRG-Fallpauschalen keine Mengensteuerung kennt, ist der Basisfallwert der entscheidende Regulierungsparameter. In der ökonomischen Theorie entspricht dies dem Modell einer Price-Cap-Regulation. Als Beobachtungsinstrument für das tatsächliche Preisniveau wurde vom WIdO der Z-Bax entwickelt. Er zeigt starke Ausschläge am Jahresende seit 2003 und einen Ausgabensprung zum Jahresende 2009. Ursächlich hierfür sind die Regelungen des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes (KHRG). Dies sieht für die Zukunft eine einseitig kostenorientierte Weiterentwicklung der Basisfallwerte vor. Eine ergänzende produktivitätsorientierte Fortschreibung steht noch aus.

Hospital markets have traditionally always been strictly regulated. As the German DRG hospital financing system operates without volume control, the base rate is the key regulatory parameter. According to economic theory, this corresponds to a model of price cap regulation. The AOK Research Institute (WIdO) developed the so-called Z-Bax as an observation instrument for the actual price level. It shows strong fluctuations towards the end of every year since 2003 and a sharp rise in expenditure at the end of 2009. This is due to the regulations of the Hospital Financing Reform Act (KHRG) which stipulates for the future a one-sided cost-oriented development of base rates. Additional productivity-oriented legislation is still pending.

8.1 Einleitung

Der Krankenhausmarkt ist in mehrfacher Hinsicht ein spezieller Markt und wird deswegen von jeher umfassend reguliert. In der Phase der Selbstkostendeckung und der Budgetierung war er von allokativer Ineffizienz, fehlenden Anreizen zur Effizienzverbesserung und in der Folge steigenden Ausgaben geprägt. Ende der 90er Jahre entschied sich die Politik für den Wechsel des Regulierungsregimes hin zur Vergütung nach DRG-Fallpauschalen, der mit folgenden Zielen verbunden war:

1. „Verkürzung der Verweildauern der Patienten im Krankenhaus, die sowohl im internationalen Vergleich als auch aus medizinischer Sicht zu lang waren

2. Stabilisierung der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung durch Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven
3. leistungsbezogene Vergütung der Krankenhäuser
4. mehr Transparenz über Leistungen und Kosten der Krankenhäuser
5. mehr Wettbewerb der Krankenhäuser untereinander
6. Förderung des Strukturwandels sowie
7. Umsetzung des Prinzips „Geld folgt Leistung“ bei Strukturveränderungen im Krankenhausbereich und bei Patientenwanderungen zwischen Krankenhäusern.“ (Tuschen 2007; 3)

Die Stabilisierung der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung sollte also durch die Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven im Krankenhausbereich erfolgen. Und die Versicherten sollten an der Produktivitätsentwicklung in Folge der neu gesetzten Anreizwirkungen partizipieren. Weil im Zuge der DRG-Einführung dem gesamten Krankenhaussektor kein Geld entzogen wurde, sondern sie budgetneutral erfolgte, waren diese Wirtschaftlichkeitsreserven durch die Wirkungsweise des DRG-Systems selbst zu erschließen.

Da im stationären Sektor quasi keine direkte Mengensteuerung existiert, ist die Vergütungshöhe der wesentliche Hebel zur Steuerung auf Makroebene. In DRG-Fallpauschalsystemen ist der Basisfallwert (englisch: base rate) die entscheidende Preisdeterminante. Da fast 85% des Ausgabevolumens stationärer Leistungen via DRG-Fallpauschalen abgerechnet werden, bestimmt die Entwicklung der Basisfallwerte das Einnahmenniveau der Krankenhäuser und die Ausgabenentwicklung der Krankenkassen maßgeblich. Politische Auseinandersetzungen zur adäquaten Finanzierung stationärer Leistungen werden sich also auch nach dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) vorrangig um die Bestimmungsgrößen dieser Determinante drehen. In den folgenden Abschnitten soll ein Beitrag geleistet werden, die unterschiedlichen Einflussgrößen theoretisch und empirisch aufzuarbeiten und das Steuerungsmodell auf Makroebene weiterzuentwickeln.

Dazu wird Abschnitt 8.2 zunächst in das DRG-Preissystem einführen, das diverse Basisfallwerte kennt: Vereinbarung von hausspezifischen Basisfallwerten, Landesbasisfallwerten und ab 2010 ein Bundesbasisfallwert. Dabei ist zu beachten, dass Basiswerte nicht mit einer durchschnittlichen Vergütung je Fall gleichzusetzen sind. Diese liegt i. d. R. deutlich darüber, weil weitere Vergütungskomponenten wie z. B. Zu- und Abschläge sowie Zusatzentgelte existieren.

Die bestehende Regulierung der Basisfallwerte steht grundsätzlich im Einklang mit der ökonomischen Theorie. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen entsprechen weitestgehend dem Modell der „Price Cap Regulation“, wie Abschnitt 8.3 zeigt. Sie lassen den Akteuren weiterhin ökonomische Freiheit, begrenzen allerdings die Produzentengewinne durch die prospektive Festsetzung einer Preisobergrenze. In die Findung dieser Preisobergrenze gehen neben der Kostenentwicklung der Leistungserbringer auch die Entwicklung der Produktivität ein.

Im konkreten gesetzlichen Rahmen spielen aufgrund des hohen Fixkostenanteils stationärer Leistungen Skaleneffekte aus Leistungsveränderungen eine herausragende Rolle für die hilfsweise Ermittlung der Produktivitätsentwicklung. Vor dem Hintergrund der überaus dynamischen Leistungsentwicklungen waren sie auch in der praktischen Umsetzung außerordentlich relevant. Dabei wurde häufig

vernachlässigt, dass Produktivitätsfortschritte auch ohne jegliche Leistungsveränderungen schon allein aus den Anreizwirkungen des DRG-Systems resultieren.

Die Wirkungen aus den Regelungen zur Berücksichtigung von Skaleneffekten lassen sich im realen Verlauf der DRG-Vergütungshöhe nachvollziehen. Maßgeblich für die konkreten Zahlungsströme sind die sogenannten Zahlbasisfallwerte. Sie sind hausspezifisch, weichen aufgrund von Erlösausgleichen vom vereinbarten Basisfallwert ab und ändern sich unterjährig. Als Indikator für diese multiplen Zahlbasisfallwerte wurde der Z-Bax entwickelt. Abschnitt 8.4 führt in dessen grundsätzliche Logik der Preisbeobachtung ein und analysiert die bisherigen Preisentwicklung seit DRG-Einführung. Dabei zeigt sich neben den Preiseffekten aus prospektiv vereinbarten Leistungsveränderungen auch die starke Wirkung retrospektiver Preiskorrektur aufgrund von Ausgleichen für Budgetüberschreitungen in Vorperioden. Auch diese folgen der Logik, dass sich Mengenausweiterungen real nicht zu 100 % in den resultierenden Kosten niederschlagen, sondern nur in Form der variablen Anteile. Es wird aber auch deutlich, dass die Praxis der theoretischen und gesetzlichen Forderung nach Prospektivität der Preisgestaltung nicht gerecht wird.

Mit Ende der Konvergenzphase ist ein wichtiges Ziel der DRG-Einführung erreicht: Über die leistungsbezogenen Umverteilung hin zu effizienten Krankenhäusern wurde die allokativen Effizienz verbessert. Die Balance zwischen den unterschiedlichen Einflussgrößen auf den Basisfallwert hat aber auch andere verteilungspolitische Implikationen. Die konkrete Umsetzung entscheidet darüber, ob vorrangig Krankenhäuser oder Beitragszahler von Produktivitätsfortschritten profitieren. Die gesetzgeberischen Regularien versuchen diesen Konflikt zu regeln. Der bislang geltende Grundsatz der Beitragsstabilität besagt, dass das durchschnittliche Vergütungsniveau der Krankenhäuser steigen darf, solange es nicht über die allgemeine Entwicklung des Beitragsaufkommens der Versicherten hinausgeht.

Das KHRG modifiziert diese bisherige Verteilungssymmetrie: Sie setzt an die Stelle einer Konsumentenorientierung eine Produzentenorientierung: Bestimmende Größe ist nicht mehr die Beitragsentwicklung der gesetzlich Versicherten, sondern die Kostenentwicklung der Leistungserbringer. Dabei wird auf der einen Seite künftig die Kostenentwicklung in einem statistisch aufwändigen Verfahren ermittelt, während auf der anderen Seite die Berücksichtigung der Produktivitätsentwicklung unbestimmt bleibt. Deren gleichwertige und regelhafte Berücksichtigung bei der Fortentwicklung der Basisfallwerte steht noch aus. Die Ausführungen enden deshalb in Abschnitt 8.5 mit einem Plädoyer für ein Preissystem, das neben der Kosten- auch die Produktivitätsentwicklung gleichberechtigt berücksichtigt.

8.2 Basisfallwerte – die Preisbasis in DRG-Systemen

Der Rechnungsbetrag für eine DRG wird als Produkt aus einer fallspezifischen Bewertungsrelation und dem Basisfallwert berechnet:

$$\text{Bewertungsrelation} \times \text{Basisfallwert} = \text{Fallpauschalenvergütung}$$

Auf aggregierter Krankenhaus-, Landes- oder Bundesebene beschreibt der sogenannte Casemix die Summe der Bewertungsrelationen aller Fälle und damit die gesamte DRG-Leistungsmenge. Multipliziert mit dem Basisfallwert ergibt sich das Vergütungsvolumen für DRG-Leistungen.

$$\text{Casemix} \times \text{Basisfallwert} = \text{Krankenhausvergütung}$$

8

Die Bewertungsrelationen werden vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) mit jedem G-DRG Katalog jährlich neu kalkuliert und bestimmen die relativen Werte der DRGs untereinander.¹ Basisfallwerte sind aber insbesondere aus dreierlei Gründen etwas anderes als die durchschnittlichen Fallerlöse:

1. Der Durchschnitt der Bewertungsrelationen, oder auch Casemix-Index (CMI), liegt in der Praxis nicht genau bei 1,0 und ist seit DRG-Einführung stetig gestiegen.
2. Für ebenfalls vom InEK definierte Einzelleistungen werden sog. Zusatzentgelte, Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) sowie für hochspezialisierte Leistungen vergütet, deren Anzahl und Umfang seit DRG-Einführung ebenfalls stetig angewachsen sind.²
3. Nicht zuletzt existieren über zahlreiche Zu- und Abschläge weitere Vergütungselemente, die auf die durchschnittlich Fallvergütung wirken. Diese dienen z. B. der Finanzierung von Arbeitszeitverbesserungen, der Ausbildungsfinanzierung o. ä. und werden im Weiteren näher beleuchtet.

Basisfallwerte existieren auf verschiedenen Ebenen: Auf der Hausebene definieren sie das Vergütungsniveau des einzelnen Krankenhauses, auf Landesebene geben sie während der Konvergenzphase den Richtwert für die Angleichung der hausspezifischen Basisfallwerte vor und stellen ab 2009 die einheitliche Vergütungshöhe je Bundesland dar. Perspektivisch soll der Bundesbasisfallwert dafür sorgen, dass sich in einer weiteren Konvergenzphase die Landesbasisfallwerte nicht mehr außerhalb eines definierten Korridors bewegen.

¹ Wenn in diesem Beitrag von Bewertungsrelationen (BR) oder Casemix (CM) die Rede ist, so schließen diese Werte die Zuschläge für Langlieger- und Abschläge für Kurzlieger- und Verlegungsfälle mit ein.

² Vgl. den Beitrag von Leclerque und Friedrich, Kapitel 17 in diesem Band.

8.3 Price-Cap-Regulation der Basisfallwerte

Wie bereits einleitend erwähnt, ist der Markt für stationäre Leistungen aufgrund seiner zahlreichen Besonderheiten reguliert. In der Theorie werden insbesondere zwei Regulierungsregime diskutiert: das Price-Cap- und das Cost-plus-Modell (vgl. Brunckreeft 2000; Helm und Yarrow 1988). Beim Cost-plus-Ansatz wird dem regulierten Unternehmen unter direkter Bezugnahme auf seine Kosten ein Preisniveau vorgegeben. Fallen die Kosten des Unternehmens, so muss auch das Preisniveau sinken. Cost-plus-Ansätze sind also als Ex-post-Regulierung zu begreifen. Dem Unternehmen wird lediglich ein angemessener Aufschlag auf seine Kosten zugestanden. Gewinne entstehen nur im Rahmen des erlaubten Aufschlags. Durch die direkte Orientierung an den Kosten des Unternehmens besteht nur ein geringer Anreiz zur Kostenminimierung. Es ist sogar vorstellbar, dass ein Anreiz zur Kostensteigerung besteht.

Dagegen erhält im Falle einer Price-Cap-Regulierung das von der Regulierung betroffene Unternehmen im Vorfeld der Regulierungsperiode (ex ante) eine Höchstpreisvorgabe für ein bestimmtes Produkt bzw. Produktbündel. Dies kann grundsätzlich auch ohne Bezug auf die durchschnittlichen Kosten geschehen. Das so festgelegte Preisniveau darf, korrigiert um Inflation und Produktivitätssteigerung innerhalb der Regulierungsperiode, nicht steigen. Erwirtschaftet das Unternehmen durch Kostensenkungen Gewinne, so dürfen diese im Unternehmen verbleiben.

Das Price-Cap-Modell entspricht dem der Preisregulierung der Landesbasisfallwerte und ist das derzeit wohl am häufigsten verbreitete Regulierungsinstrument. Es zeichnet sich durch folgende Vorgehensweise aus:

- Es wird ein Warenkorb an Produkten definiert.
- Es wird ein Regulierungszeitraum festgelegt.
- Es wird eine Preisobergrenze für den Warenkorb innerhalb der Regulierungsperiode festgelegt.
- Die Festlegung der Preisobergrenze erfolgt streng prospektiv.
- Die Unternehmen dürfen die erwirtschafteten Gewinne der Regulierungsperiode behalten.

Die Notwendigkeit prospektiver Verhandlungen

Ohne in extenso auf die konkreten Details und Ausgestaltungsmöglichkeiten der beiden verschiedenen Regulierungsmodelle einzugehen, wird bereits jetzt der zentrale Unterschied deutlich. Price-Cap-Ansätze regulieren ex ante, Cost-plus-Ansätze ex post. Auf den Krankenhaussektor bezogen bedeutet dies, dass der Grad der Prospektivität der Verhandlungen der Landesbasisfallwerte den Grad der jeweiligen Anreizstruktur bestimmt. Wird wie vom Gesetzgeber vorgesehen prospektiv verhandelt, befindet man sich in einer klaren Price-Cap-Struktur, wird retrospektiv verhandelt, ähnelt das Regime einem Cost-plus-Ansatz. Vor dem Hintergrund, dass Cost-plus-Ansätze nur geringe Anreize zur Kostenminimierung setzen, wird die Wichtigkeit prospektiver Verhandlungen im Zusammenhang mit dem Regulierungsregime deutlich. Die theoretische Konstruktion der Verhandlungen des Landesbasisfallwertes entspricht in seiner Grundkonstruktion eindeutig dem Gedanken einer Price-Cap-Regulierung. Kostensteigerungen, Wirtschaftlichkeitsreserven und

Produktivitätsfortschritte sind prospektiv zu schätzen und gelten in der Regulierungsphase für ein Jahr.

Die Forderung nach Prospektivität betrifft aber nicht nur die Vereinbarungen als solches, sondern selbstverständlich auch den ordnungspolitischen Rahmen. Dieser wird seit langem eher ad hoc gesteuert, wie z. B. das späte Inkrafttreten des KHRG zeigt – ein Umstand, der Krankenhäuser wie Krankenkassen gleichermaßen trifft und im Sinne einer Ex-ante-Koordination als sehr negativ zu bewerten ist. Die Glaubwürdigkeit der ex ante gesetzten Regulierungsgrundsätze ist zentral. Nur unter der Maßgabe prospektiver Verhandlungen lassen sich auch die durch Krankenhäuser realisierten Gewinne im derzeitigen System der Regulierung mit Effizienzreizen verbinden. Diese Forderung wird – wie im Weiteren dargestellt – von der aktuellen Praxis nicht erfüllt.

8

Das DRG-System als Produktdefinition

Ein weiteres Kernelement des Price-Cap-Modells ist die Vorgabe einer durchschnittlichen Preisobergrenze für eine definierte Produktpalette des Unternehmens. Die Vergleichbarkeit stationärer Leistungen ist also nicht nur ein Wert an sich, sondern auch Voraussetzung für die effiziente Gestaltung des Krankenhausmarktes. Mit Einführung des DRG-Systems mit seinen mittlerweile über 1 000 Klassen und Kombinationsmöglichkeiten mit Zusatzentgelten etc. liegt eine definierte Produktstruktur vor.³

Die Länge der Regulierungsperiode

Anstelle der sonst bei Price-Cap-Modellen üblichen drei bis fünf Jahre gilt für Basisfallwerte i. d. R. ein Regulierungszeitraum von einem Jahr. Auf der einen Seite ist dies aus Sicht der Aktualisierung des Preisgefüges in Form des DRG-Kataloges notwendig, auf der anderen Seite ist der betrachtete Zeitraum für langfristige bzw. strategische Unternehmensentscheidungen aus Sicht der Krankenhäuser und Krankenkassen sehr kurz.

Zudem fokussieren sich die G-DRG-Katalogumbauten zunehmend auf die verbesserte Abbildung besonderer Bereiche, während das System im Kern aber an Stabilität gewinnt. Daher entwickelt sich langsam die Diskussion, ob die jährliche Überarbeitung des DRG-Systems perspektivisch überhaupt noch notwendig ist. Dabei ist allerdings zu beachten, dass im Falle einer weiterhin dynamischen Verweildauerreduktion die Überarbeitung der DRG-Kataloge sicherstellt, dass diese zeitnah in die Überarbeitung der Grenzverweildauern insbesondere für Abschlagstatbestände eingeht (s. Friedrich und Günster 2006). Die jährliche Katalogrevision setzt so immer auch einen wichtigen Anreiz für die Verbesserung der Produktivität stationärer Leistungserbringung.

³ Lässt sich bei Produktpalette (DRG-System) und Preisobergrenze (Landesbasisfallwert) noch große Übereinstimmung zwischen den Regularien des Krankenhausbereichs und dem Modell entdecken, so findet eine der wesentlichen Ideen des Price Cap keine Anwendung: die Bestimmung der Preise der Krankenhäuser für ihre Leistungen selbst. Hier sei auf das Konzept für die selektivvertragliche Öffnung für elektive Leistungen unter einem Höchstpreissystem verwiesen. Vgl. Leber et al. 2008.

Die Wahl der richtigen Preisobergrenze

Die Festsetzung der Preisobergrenze ist der zentrale Bestandteil des Price-Cap-Modells. Die allgemeine Form einer Price-Cap-Formel für den Krankenhausbereich in Anlehnung an den Laspeyres-Index lautet:

$$\sum_{i=1}^n p_t \times q_{i,t-1} \leq \sum_{i=1}^n p_{t-1} \times q_{i,t-1} \times (1 + I - X_w - X_L) \leq \sum_{i=1}^n p_{t-1} \times q_{i,t-1} \times (1 + O)$$

für $i = 1, 2, \dots, n$.

Das ex ante um die Inflation und die Produktivitätssteigerung korrigierte Niveau des Landesbasisfallwertes darf demnach nicht über eine Obergrenze hinaus steigen.⁴ Eine Vorgabe, die den gesetzlichen Regelungen für die Vereinbarung von Landesbasisfallwerten sehr nahe kommt: Auch hier bestimmte sich die Entwicklung des Landesbasisfallwertes seit 2005 im Wesentlichen als Veränderung bzw. Weiterentwicklung des Vorperiodenwertes.

Für die Wirksamkeit der Anreizwirkungen ist die prospektive Vorgabe und Unveränderlichkeit der im Vorfeld verhandelten Werte essenziell. Überdurchschnittliche Produktivitätsentwicklungen eines Unternehmens führen ceteris paribus zu gerechtfertigten Gewinnen: Hohe Anstrengungen zahlen sich durch hohe Renditen aus, die nicht abschöpft werden sollen. Umgekehrt muss dieses Vorgehen aber auch gelten, unrentable Unternehmen machen Verluste und müssten im Extremfall – unter Beachtung des Sicherstellungsauftrags – auch aus dem Markt ausscheiden.

Aus den Faktoren Inflationsrate, Wirtschaftlichkeitsreserven und der Effekte aus Leistungsveränderungen (I , X_w und X_L) ergibt sich in der Summe nichts anderes als die Entwicklung der Preiskomponente. Dies wiederum kann unter Einbezug der Leistungsmenge als das neue Verhältnis von Casemix je eingesetztem Euro verstanden werden und somit als Produktivitätsmaß dienen. Die die Preiskomponente verändernden Faktoren sind ex ante – so zumindest die Theorie – im landesweiten Preisniveau zu berücksichtigen, da es aus Sicht des Regulierers gilt, die Kostensenkungsanreize in der ganzen Regulierungsperiode zu erhalten. Die erwähnten Faktoren finden sich dementsprechend als Vorgaben für die Verhandlung von Landesbasisfallwerten in § 10 Abs. 3 KHEntgG in seiner Fassung ab 2009 wieder:

- „... voraussichtliche allgemeine Kostenentwicklungen
- Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven, soweit diese nicht bereits durch die Weiterentwicklung der Bewertungsrelationen erfasst worden sind

⁴ Hierbei steht p (Landesbasisfallwert) für den Preis der jeweiligen Produkte i (DRG-Fallpauschale) des Warenkorbs in der Periode t . Die Mengen (Casemix) der Vorperiode werden mit q_{t-1} bezeichnet. Verkürzt bedeutet dies, dass die Summe des Produktes aus Casemix der Vorperiode und aktuellem Landesbasisfallwert kleiner oder gleich der Summe des Produktes aus Casemix der Vorperiode und Landesbasisfallwert der Vorperiode sein muss, korrigiert um die geschätzte Inflationsrate I , die geschätzten Wirtschaftlichkeitsreserven X_w und die geschätzten Produktivitätsfortschritte im Bereich der Leistungsveränderungen X_L . Die so entwickelte Ungleichung wiederum muss kleiner oder gleich dem Produkt aus Casemix der Vorperiode und Landesbasisfallwert der Vorperiode sein, das sich bei Anwendung der Obergrenze O (Grundlohnrentenentwicklung bzw. zukünftig der Veränderungswert – vgl. unten im Text) ergibt.

- Leistungsveränderungen (Fallzahl und Schweregrade), soweit diese nicht Folge einer veränderten Kodierung der Diagnosen und Prozeduren sind, in Höhe des geschätzten Anteils der variablen Kosten an den Fallpauschalen...“

Das KHEntgG berücksichtigt in § 10 noch weitere wichtige DRG-spezifische Einflussfaktoren, wie die Weiterentwicklung der DRG-Kataloge und der Abrechnungsregeln sowie eine geänderte Kodierung ohne realen Leistungshintergrund, deren Bedeutung unbestritten ist, die im Rahmen dieses Beitrags aber nicht näher beleuchtet werden sollen.

Die bestehenden Regularien sehen die Berücksichtigung von Produktivitätsfortschritten insbesondere bei Leistungsausweitungen vor: Aufgrund der Fixkostendegression werden nur deren variable Mehrkosten erstattet. Produktivitätsfortschritte kommen im konkreten Marktgeschehen jedoch auch aus einer Vielzahl von weiteren Gründen zustande. Marktabgänge in Form von Klinikschließungen führen durch die Verteilung der Leistungen auf die umliegenden Einrichtungen zu Skaleneffekten, ohne dass auf der Makroebene eine Leistungsveränderung festzustellen wäre. Zudem generiert der medizinisch-technische Fortschritt und die zunehmende Professionalisierung und Standardisierung von Behandlungsabläufen im Krankenhaus ganz unabhängig von der Mengenentwicklung eine Senkung der Kosten je Fall. Solche Erfolge manifestieren sich z. B. im Rückgang der durchschnittlichen Verweildauer und der Steigerung der erbrachten DRG-Leistungsmenge je Belegungstag, die im Abschnitt 8.5 noch empirisch quantifiziert werden.

Im folgenden Abschnitt soll aber zunächst der reale Verlauf des DRG-Vergütungsniveaus seit 2003 unter besonderer Berücksichtigung der Preiseffekte aus Produktivitätsfortschritten analysiert werden.

8.4 Z-Bax – die DRG-Preisentwicklung im Zeitverlauf

Für die Vergütung der Krankenhausfälle einer laufenden Periode ist der Zahlbasisfallwert maßgeblich, der auch Transferzahlungen aus vergangenen Perioden, sogenannte Erlösausgleiche, berücksichtigt. Außerdem dient der Zahlbasisfallwert auch der sachgerechten Umsetzung unterjährig vereinbarter Gesamtjahreswerte. Der Casemix-gewichtete Zahlbasisfallwert der Krankenhäuser (Z-Bax) kann als Preisindikator stationärer Leistungen im DRG-Bereich verwendet werden.⁵ Der Z-Bax basiert auf den Zahlbasisfallwerten aller deutschen Krankenhäuser aus den Preisdatenbanken für Krankenhausentgelte der AOK, die noch vor dem Eingang der ersten Leistungsdaten einer Periode vorliegen. Er veranschaulicht damit zeitnah, welcher Zahlbetrag in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zum betreffenden Zeit-

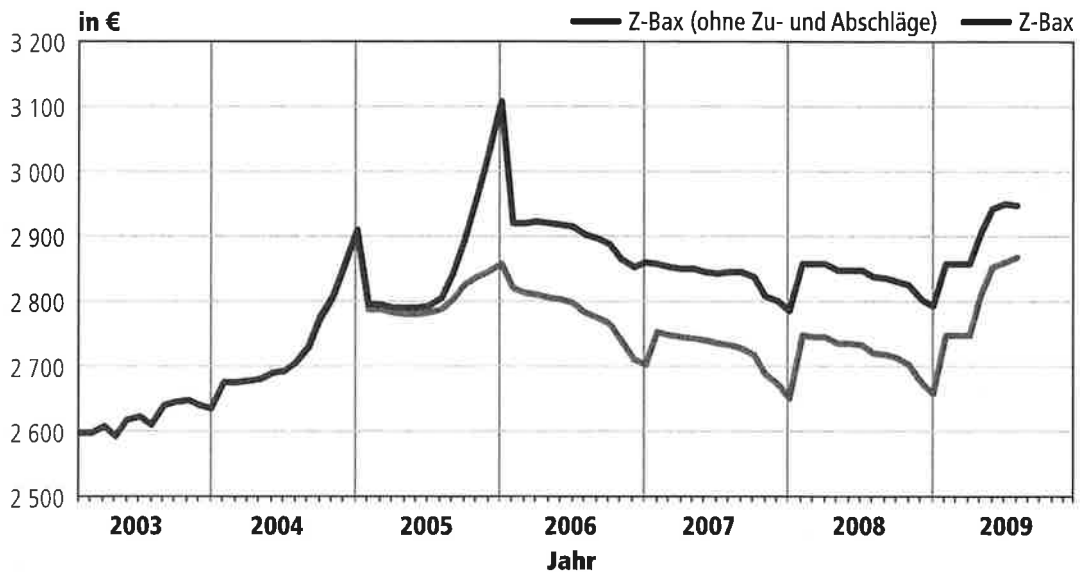
⁵ GKV-weite Informationen über den abgerechneten Casemix liegen auf Hausebene unvollständig und erheblich zeitverzögert vor. Daher erfolgt der Rückgriff auf Vereinbarungsdaten aus den „Aufstellungen der Entgelte und Budgetermittlung“ (AEB) gemäß KHEntgG. Im Falle fehlender Daten finden die Vorjahreswerte Eingang. Die vereinbarten Leistungsmengen unterscheiden sich i. d. R. von den Werten, daher führt die Verwendung von Vereinbarungsdaten zu einer leichten Verzerrung, die ab 2009 allerdings mit einheitlicher Abrechnung eines Landesbasisfallwerts deutlich geringer ausfällt.

punkt im Mittel tatsächlich geleistet wurde (vgl. Abbildung 8–1). Abstrahiert man von den unterjährigen Schwankungen des Z-Bax, dann zeigt sich ein geglätteter Verlauf: Abbildung 8–2 stellt die Zahlbasisfallwerte im Jahresmittel dar.

Die hausbezogenen Entgeltinformationen zu den oben genannten Zu- und Abschlagstatbeständen finden ebenfalls Eingang in den Z-Bax. Deren Vergütung wird

Abbildung 8–1

Der DRG-Preisindex Januar 2003 bis Juli 2009 je Bewertungsrelation (Z-Bax)

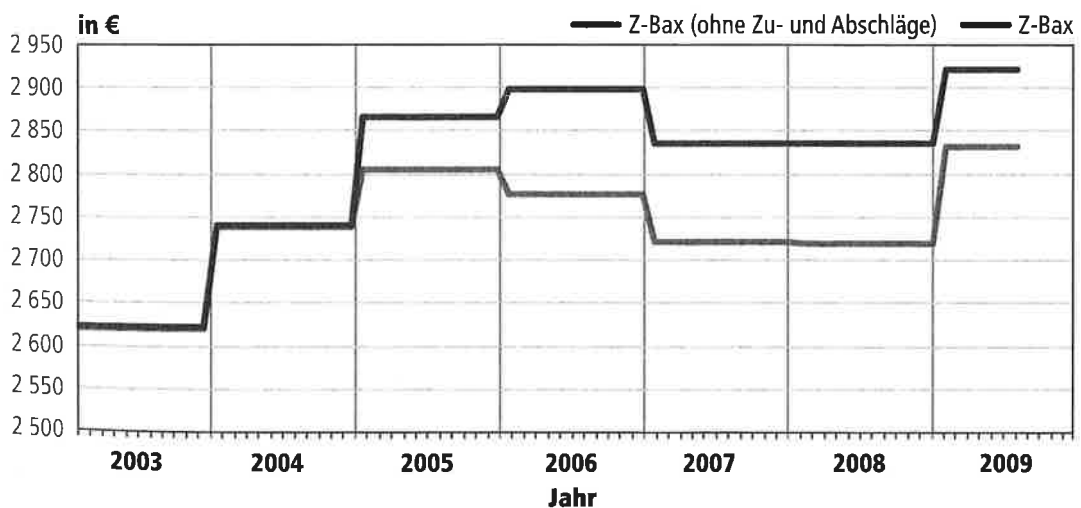


Krankenhaus-Report 2010

WidO

Abbildung 8–2

Das DRG-Preisniveau Januar 2003 bis Juli 2009 je Bewertungsrelation (Z-Bax)

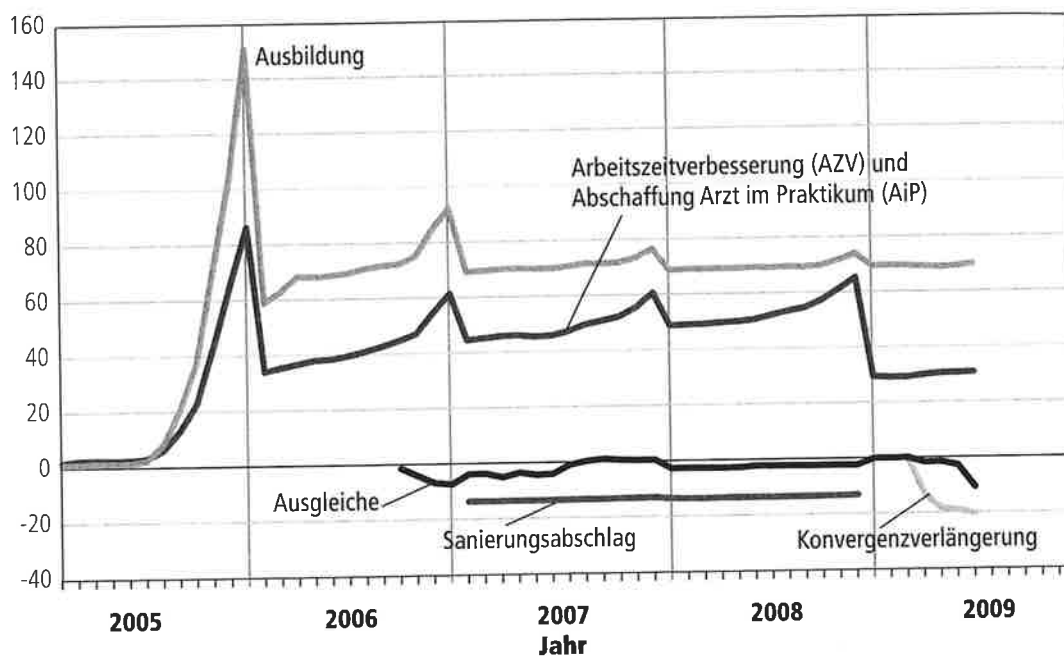


Krankenhaus-Report 2010

WidO

Abbildung 8-3

Einfluss ausgewählter Zu- und Abschläge auf das DRG-Preisniveau je Bewertungsrelation



Krankenhaus-Report 2010

WlD0

ebenfalls je Bewertungsrelation, also analog dem Basisfallwert, ausgedrückt.⁶ Daher darf z. B. aus dem relativ konstanten Verlauf der Zuschläge zur Ausbildungsfinanzierung von 2006 bis 2008 in Abbildung 8-3 nicht geschlossen werden, dass auch die absolute Vergütungshöhe diesem Verlauf folgt. Denn der entscheidende Faktor Casemix ist in diesem Zeitraum deutlich angestiegen. Für diejenigen 1 477 Krankenhäuser, zu denen von 2005 bis 2008 fusionsbereinigt durchgängig Vereinbarungen vorliegen, ist der vereinbarte Casemix für DRG-Leistungen in Hauptabteilungen um 13,4% gestiegen (Tabelle 8-4).

Mit Inkrafttreten des KHRG haben Zu- und Abschläge an Bedeutung gewonnen: Zum einen werden neue Sachverhalte in Form neuer Entgeltarten aufgenommen, zum anderen werden Tatbestände, die bislang im Basisfallwert enthalten waren, künftig separat berechnet. Dies soll formal der Forderung Rechnung tragen, gleiche Leistungen innerhalb eines Landes einheitlich per Landesbasisfallwert ab-

⁶ Alle fallbezogenen Zuschläge werden bei Anrechnung im Z-Bax durch den vereinbarten CMI des Hauses dividiert. Der tagesbezogene Investitionszuschlag wird näherungsweise über die mittlere Verweildauer der vereinbarten DRGs ermittelt. Die berücksichtigten Zuschläge im Z-Bax lauten z. Zt.: Zuschlag Abschaffung des Arztes im Praktikum (AiP), Zuschlag Finanzierung von Arbeitszeitverbesserungen (AZV), Zuschlag Ausbildungsfinanzierung, Investitionszuschlag, Qualitätssicherungszuschlag, Sicherstellungszuschlag, Zuschlag Zentren und Schwerpunkte, Zuschlag Vorhaltekosten Besonderer Einrichtungen, Abschlag Tarifierhöhung, Abschlag für Anschubfinanzierung Integrierter Versorgung, Abschlag Mehrleistungen in 2009, Abschlag Nichtteilnahme am Datenträgeraustausch, Abschlag Nichtteilnahme an Notfallversorgung, Sanierungsabschlag, Ausgleiche, Kappung, Konvergenzverlängerung und Konvergenz Besondere Einrichtungen.

zurechnen. Vor dem Hintergrund der Vielzahl von Zu- und Abschlagstatbeständen ist der Preis für DRG-Leistungen real weiterhin hausspezifisch.⁷

Die Umsetzung der Vorgabe zur Prospektivität in der Praxis

Der Verlauf des Z-Bax zeigt in den verschiedenen Jahren auffällige Spitzen. Ende 2004 und noch stärker zum Jahresende 2005 sind Ausschläge nach oben erkennbar. Dafür sind zum Jahresende 2007, 2008 und 2009 jeweils Ausschläge nach unten sichtbar. Solche unterjährigen Verläufe ergeben sich aus dem Zusammenspiel von Vergütungsentwicklung, Abwicklung von Erlösausgleichen sowie des Umsetzungszeitpunkts.⁸

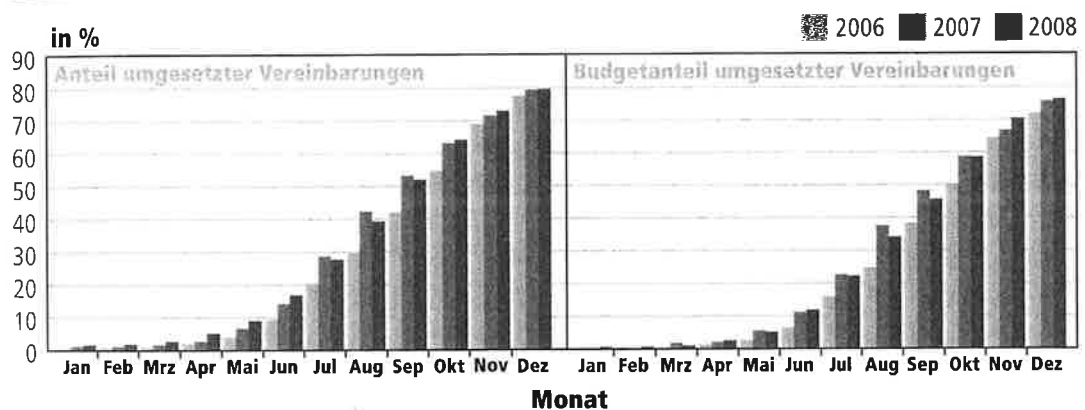
Abbildung 8–4 gibt einen Überblick zum unterjährigen Verhandlungsverlauf der Jahre 2006 bis 2008. Zur Jahresmitte sind in der Regel erst ein Viertel der Krankenhausvereinbarungen umgesetzt. Für über 20% des Budgetvolumens erfolgt die Umsetzung erst im Folgejahr, also gänzlich retrospektiv. Vom gesetzlichen Gebot der prospektiven Verhandlung kann in der Praxis keine Rede sein.

Auch mit einer landeseinheitlichen Vergütung nach Ende der Konvergenzphase reicht die Aggregation von Landesbasisfallwerten als Preisindex nicht aus. Durch den Einfluss der Umsetzungszeitpunkte ergeben sich auch nach Ende der Konver-

8

Abbildung 8–4

Umsetzungszeitpunkte von Budgetvereinbarungen 2006 bis 2008



Krankenhaus-Report 2010

WlD

⁷ Aufgrund noch fehlender Vereinbarungen zeigen sich die Wirkungen aus den neuen Zu- und Abschlägen aus dem KHRG bis Juli 2009 noch nicht umfänglich. Ein Gegenbeispiel zur Ausdifferenzierung von Zu- und Abschlägen ist der AiP-Zuschlag. Dieser vormals hausspezifische Tatbestand ist ab 2009 im Landesbasisfallwert verortet.

⁸ Die Ergebnisse einer Budgetverhandlung gelten formal für das gesamte Budgetjahr, Preisveränderungen treten aber erst nach Genehmigung in Kraft. Bei unterjähriger Umsetzung soll der Zahlbasisfallwert sicherstellen, dass bis zum Ende des Kalenderjahres das vereinbarte Gesamtvolumen transferiert wird. So führt die Vereinbarung einer Basisfallwerterhöhung um 10 Euro bei einer Umsetzung zur Jahresmitte in der zweiten Jahreshälfte zu einer Erhöhung des Zahlbasisfallwertes um 20 Euro. Je später im Jahr verhandelt wird, desto größer sind die Ausschläge im Z-Bax.

genzphase letztlich krankenhausesindividuelle Preise.⁹ Die Entwicklung des Z-Bax soll im Folgenden genauer erläutert werden.

Die DRG-Einführungsphase 2003 bis 2004

Bei der Bewertung des Z-Bax im Optionsjahr 2003, dem Jahr des freiwilligen Umstiegs auf die DRG-Abrechnung, ist zu beachten, dass neu hinzukommende Basisfallwerte den Bundesdurchschnitt stark beeinflussen. Die Zahl der Umsteiger wächst im Jahr 2003 von 294 im Januar auf 1 051 im Dezember an. Bis Dezember 2004 rechnen bereits 1 580 Krankenhäuser ihre Leistungen über DRGs ab.

Auffällig ist der stark steigende unterjährige Verlauf im Jahr 2004. Der steile Anstieg zum Jahresende korreliert mit der Zahl der erstmals verhandelten Häuser (vgl. Leber und Wolff 2007). Die Absenkung zum Beginn des Folgejahres ist darauf zurückzuführen, dass ab Januar jeweils die Basisfallwerte ohne Ausgleiche gelten. In Phasen von steigenden Preisen steigen die Zahlbeträge stark an, um sich im Januar des Folgejahres auf das tatsächlich vereinbarte Preisniveau zu reduzieren. Das bundesweite DRG-Preisniveau steigt im Vergleich ausgehend von 2 621 Euro in 2003 nach 2004 um + 4,5 % auf 2 739 Euro (vgl. Abbildung 8–2).

Einstieg in die Budgetkonvergenz 2005

Im Jahr 2005, dem ersten Konvergenzjahr, ist der Umstieg auf die DRG-Abrechnung weitestgehend abgeschlossen. Der unterjährige Verlauf des Z-Bax weist eine beachtliche Steigung auf: Er wächst von 2 794 Euro im Januar um 11,2 % auf 3 107 Euro im Dezember an. Auch das gemittelte Preisniveau von 2 865 Euro stellt im Vergleich zum Vorjahr 2004 eine deutliche Erhöhung um 4,6 % dar. Diese Entwicklung hat vielfältige Ursachen.

Die Konvergenz gegen den Landesbasisfallwert stellt höhere Anforderungen an die Vergleichbarkeit von Krankenhausbudgets im Land als dies zuvor die Regel war: Daher wurden Budgetanteile für die Ausbildung von Pflegeberufen ausgegliedert und können ab 2005 in Form von Zuschlägen erstmals separiert werden. Der Beitrag der Zuschläge im Z-Bax steigt bis Dezember 2005 auf 249,83 Euro an (vgl. Abbildung 8–3). Daneben spielen positive Ausgleiche für Mindererlöse in den Vorjahren eine Rolle, die in den Zahlbasisfallwerten enthalten sind (Tabelle 8–1).

Nicht zuletzt hatte auch ein technischer Effekt aus der Normierung des DRG-Systems einen wichtigen Einfluss auf den Preisanstieg in 2005: der sogenannte „Bezugsgrößeneffekt“.¹⁰ Nach Adjustierung des G-DRG-Kataloges 2005 waren im Ergebnis die Bewertungsrelationen aller DRGs linear um –4,8395 % gegenüber dem Vorjahr abgesenkt, was zu einer entsprechenden Erhöhung der Basisfallwerte führte.¹¹

9 Das KHRG wirkt sich diesbezüglich im Jahr 2009 widersprüchlich aus: Einerseits sorgt es dafür, dass vereinbarte Landesbasisfallwerte sofort zur Abrechnung kommen. Andererseits werden Budgetverhandlungen später geführt als in den Jahren zuvor, da das Gesetz erst mit Wirkung zum 25.03.2009 in Kraft trat. Umfangreichere Änderungen in den Rahmenbedingungen wirken dem Ansatz prospektiver Vereinbarungen i. d. R. entgegen.

10 Eine detaillierte Erläuterung findet sich z. B. in Leber und Wolff (2009).

11 Für Krankenhäuser resultierte ein Liquiditätsnachteil zu Jahresbeginn, da die Preiskorrektur erst nach Abschluss der Vereinbarung und damit später im Jahr erfolgte. Vgl. InEK (2005); 37 ff.

Tabelle 8–1

Vereinbarte periodenfremde Ausgleiche und deren Preiseffekte

Budget-jahr	Anzahl vorliegender Vereinbarungen (DRG)	Summe Ausgleiche	vereinbarter Preiseffekt auf den BFW aus Ausgleichen	entspricht
2005	1 676	286 192 986	18,14	0,7 %
2006	1 641	-172 846 594	-10,71	-0,4 %
2007	1 604	-806 143 535	-49,00	-1,8 %
2008	1 508	-856 210 425	-52,64	-1,9 %

Krankenhaus-Report 2010

WlD0

Ab 2006 hat die geänderte Normierung des G-DRG Systems bundesweit quasi keine Liquiditätswirkungen mehr und der Einfluss der jährlichen DRG-Anpassung auf den Z-Bax ist zu vernachlässigen.

Dass trotz des starken Bezugsgrößeneffekts und der zusätzlichen Ausgleichszahlungen im Wechsel nach 2005 lediglich eine reale Preiserhöhung von 4,6 % resultierte, ist neben der Berücksichtigung geänderter Kodierung auf die preissenkende Wirkung von vereinbarten Mehrleistungen zurückzuführen. Wären alle Vereinbarungen des Jahres 2005 im selben Jahr umgesetzt worden, hätte der Effekt geschätzt auf Basis der vorliegenden Vereinbarungsdaten -43,30 Euro betragen (vgl. Tabelle 8–2).

Stagnierende Basisfallwerte während der Konvergenzphase 2006 bis 2008

Nach den überaus starken Sondereffekten des Jahres 2005 beginnt ab 2006 eine Phase weitgehend stagnierender Preise. Im Wechsel von 2005 nach 2006 steigt der Z-Bax zunächst um 1,2 % oder 33,08 Euro auf 2 858,98 Euro. Mit dem Jahr 2007 erfolgt ein Rückgang um -2,2 % bzw. 62,87 Euro auf den Betrag von 2 834,72 Euro. 2008 steigt der Z-Bax wieder leicht gegenüber dem Vorjahr um 0,10 % auf 2 836,36 Euro. Dass sich die Zahlbasisfallwerte in dieser Periode über drei Jahre vergleichsweise moderat entwickelten, ist aus zweierlei Gründen auf Leistungsausweitungen der Krankenhäuser zurückzuführen.

Tabelle 8–2

Vereinbarte Mehrleistungsbudgets und deren Preiseffekte

Budget-jahr	Anzahl vorliegender Vereinbarungen (DRG)	Vergütung von Mehrleistungen nach Einbezug der Konvergenzsystematik	Vereinbarte Mehrleistungen nach Einbezug der Konvergenzsystematik (in EUR)	vereinbarter Preiseffekt auf den BFW (in EUR)	entspricht
2005	1 676	33,0 %	336 479 470	-43,30	-1,5 %
2006	1 641	50,0 %	487 548 279	-30,20	-1,1 %
2007	1 604	65,0 %	835 273 880	-27,30	-1,0 %
2008	1 508	80,0 %	1 321 789 073	-20,30	-0,7 %

Krankenhaus-Report 2010

WlD0

Zum einen kehrt sich in diesem Zeitraum das Vorzeichen der Ausgleichszahlungen gegenüber 2005 um. Wirkten diese im Jahr 2005 noch preiserhöhend, dominieren ab 2006 negative Ausgleichs aufgrund von in den jeweiligen Vorjahren nicht vereinbarten Leistungsausweitungen (Tabelle 8-1).

Neben den nicht vereinbarten Leistungsausweitungen führten in diesen Jahren zum anderen auch vereinbarte Leistungsveränderungen zu sinkenden Preisen. Ab 2005 ist das vereinbarte Leistungsvolumen kontinuierlich gestiegen. Dass sich in Phasen von Diskussionen über zunehmend steigenden Kostendruck der Krankenhäuser die Preise für deren Leistungen nur moderat entwickeln, mag auf den ersten Blick überraschen. Auf den zweiten Blick sind sie vor dem Hintergrund steigender Leistungsmengen erklärbar. Steigende Leistungszahlen in Krankenhäusern führen zu sinkenden Durchschnittskosten, weil lediglich die variablen Kosten steigen und die Fixkosten konstant bleiben.¹² Aufgrund der bindenden Vorgaben des § 4 KHEntG führten vereinbarte Leistungsveränderungen immer auch zu einer Anpassung des Preises. In den Verhandlungen auf Einzelhausebene lag bei Mehrleistungsvereinbarungen ein „Automatismus“ zur Preisdegression vor.¹³

Für vereinbarte Mehrleistungen ist eine periodengenaue Zuordnung der Preiswirkung nicht möglich, auf Basis der vorliegenden Vereinbarungsdaten lässt er sich für das Jahr 2006 in der Größenordnung von ca. -30 EUR, für 2007 mit -27 EUR und für 2008 mit -20 EUR schätzen (Tabelle 8-2). Ab 2007 gilt zudem der bis Ende 2008 begrenzte sogenannte Sanierungsabschlag, der sich mit durchschnittlich ca. 13,50 Euro preissenkend auswirkt (vgl. Abbildung 8-3).

Die in der Summe stagnierenden Preise in dieser Phase dürfen allerdings nicht darüber hinwegtäuschen, dass aufgrund der nur anteiligen Berücksichtigung im Preisniveau die aufgetretenen Mengenausweitungen zu steigenden Krankenhausaussgaben bzw. Erlösen führten. Zudem sind die vereinbarten Fallerlöse inkl. Zusatzentgelte trotz sinkender Basisfallwerte angestiegen, was auf die Steigerung der durchschnittlichen Fallschwere (CMI) und die Ausweitung von Zusatzentgelten zurückzuführen ist (Tabelle 8-3). Dies ist bei der Bewertung der Basisfallwertentwicklung zu beachten.

Divergenzproblematik am Ende der Konvergenzphase 2009

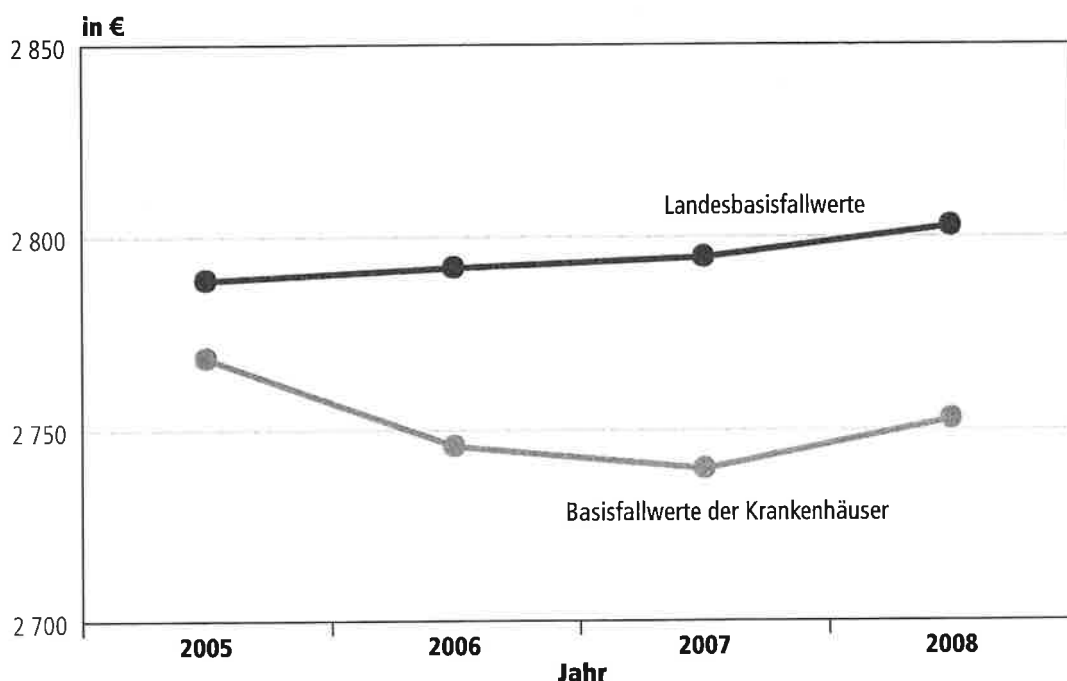
Zum Ende der Konvergenzphase – einer Phase mit steigenden Mengen und stagnierenden Preisen – entsprachen die Landesbasisfallwerte nicht dem Durchschnitt der Hausbasisfallwerte. Die Landesbasisfallwerte waren dem Preisverfall auf Hausebene nicht entsprechend gefolgt.

Anders als auf Hausebene bestand auf Ebene der Verhandlungen von Landesbasisfallwerten kein „Automatismus“ zur Preisdegression. Der entsprechende § 10 KHEntG enthält zwar ein „Absenkungsgebot“, damit Mengensteigerungen nur im Umfang der variablen Kosten ausgabenwirksam werden, schreibt aber die prozen-

12 Für Mehrerlösausgleichs werden wegen der großen Personalkostenanteile in der stationären Versorgung üblicherweise 35% variable und 65% Fixkosten angenommen.

13 Dabei werden allerdings nicht die oben genannten 35% angesetzt. § 4 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntG) schreibt für 2005 vor, dass Leistungsveränderungen zu 33% des jeweils geltenden Landesbasisfallwerts budgetwirksam werden. Im Verlauf der Konvergenzphase steigt dieser Anteil stufenweise an: über 50% in 2006, 65% in 2007 bis 80% in 2008.

Abbildung 8–5
Der bundesweite Divergenzeffekt 2005 bis 2008



Krankenhaus-Report 2010

WlD0

tuale Anrechnung von Mehrleistungen nicht fest. Zudem erfolgt anders als auf Hausebene eine Verrechnung mit der allgemeinen Kostenentwicklung. Die divergierenden Vorgaben für den Umgang mit Mengensteigerungen haben in der Folge eine Divergenz zwischen den Basisfallwerten auf Haus- und Landesebene hervorgebracht (Abbildung 8–5). Die vergleichsweise strengere Regelung auf Hausebene hat bei gleicher Mengenentwicklung zu niedrigeren Basisfallwerten geführt als auf Landesebene. In der Summe lagen die Basisfallwerte 2008 um ca. 50 Euro auseinander, was einer Größenordnung von 800 Mio. Euro gleichkommt (vgl. Leber und Wolff 2009; Klauber und Friedrich 2008). Damit diese Summe nicht vollständig im Jahr 2009 finanzwirksam für die Krankenkassen wurde, entschied sich der Gesetzgeber, die Konvergenzphase zu verlängern und die Hälfte des letzten Konvergenzschrittes um ein Jahr zu verschieben.

Preissprung im Jahr 2009

Mit in Kraft treten des KHRG im Jahr 2009 und dem Vorliegen einer Vereinbarung auf Landesebene erfolgt erstmals die einheitliche Abrechnung über den jeweiligen Landesbasisfallwert¹⁴ und die Durchschnittspreise steigen wieder an. Mit Datenstand im Juli 2009 steigt der Z-Bax verglichen zum Vorjahr um 3,0 % oder 84,14 Euro auf 2.920,50 Euro (vgl. Abbildung 8–2). Da dieser Preissprung mit ca. 25,- auf die

¹⁴ Abgesehen von den Einrichtungen, die 2009 noch unter die Obergrenzenregelung fallen, welche die Budgetminderung auf 3 % begrenzt (geregelt in § 4 Abs. 6 KHEntgG).

hälftige Berücksichtigung des Divergenzeffekts und ca. 14,- Euro auf den Wegfall des Sanierungsabschlags zurückzuführen ist, geht der Großteil der Preisveränderungen aus den anderen Regelungen des KHRG hervor, sorgt doch z. B. die verbindliche Berücksichtigung der Tariferhöhungsrate gemäß § 10 Abs. 5 KHEntgG zu deutlichen Erhöhungen der Landesbasisfallwerte selbst.

Diese Ergebnisse aus den ersten sieben Monaten stehen allerdings unter einigen Vorbehalten. Bis Juli sind noch nicht alle Landesbasisfallwerte des Jahres 2009 umgesetzt, so fehlen noch die Preisänderungen aus z. B. Hamburg und Baden Württemberg. Diese werden in den übrigen Monaten des Jahres deutlich in Richtung einer zusätzlichen Preissteigerung wirken. Da zu diesem Zeitpunkt aufgrund des späten Inkrafttretens des ordnungspolitischen Rahmens nur eine geringe Zahl an Vereinbarungen für das Jahr 2009 vorliegt, stehen die Preiseffekte aus den weiterhin auf Einzelhausebene zu vereinbarenden Entgelten noch aus.

8

8.5 Produktivitätsorientierte Basisfallwertentwicklung

Basisfallwerte, Fallkosten und Fallerlöse

Mit dem Jahr 2008 geht eine Phase stagnierender Basisfallwerte zu Ende. Abgesehen von den Preiseffekten aus Ausgleichen für Mehrerlösen in Vorperioden waren vor allem vereinbarte Mehrleistungen auf Ebene der Einzelhäuser für diese Entwicklung verantwortlich. Mehrleistungen hatten sich aufgrund der verbindlichen Regelungen in § 4 KHEntgG „automatisch“ absenkend auf die vereinbarten Basisfallwerte ausgewirkt. Ab dem Jahr 2009 werden diese Wirkungen zurückgenommen. Das Vergütungsniveau der Krankenhäuser springt in zwei Schritten bis 2010 auf das Niveau der Landesbasisfallwerte, als hätte es diese absenkenden Regelungen nie gegeben.

Die stagnierende Entwicklung der Basisfallwerte in der Vergangenheit könnte intuitiv als ungerecht empfunden werden, zeigen doch die Veröffentlichungen des Statistischen Bundesamts, dass im Zeitraum 2005–2007 die Kosten der Krankenhäuser je Fall leicht gestiegen sind. Aber wie bereits erwähnt führten die sinkenden Basisfallwerte nicht zu sinkenden Erlösen für Krankenhäuser bzw. sinkende Ausgaben für Krankenkassen, weil diese einerseits durch die Mengensteigerung überkompensiert wurden und andererseits die Erlöse der Krankenhäuser je DRG-Fall stiegen. Die Ursachen liegen in der Steigerung der durchschnittlichen Fallschwere (CMI) und der Ausweitung von Zusatzentgelten. Die vereinbarten Fallerlöse inkl. Zusatzentgelte sind trotz sinkender Basisfallwerte sogar stärker angestiegen als die Kosten je Behandlungsfall über alle Krankenhäuser (Tabelle 8–3).

Kosten und Produktivität

Der Preissprung des Jahres 2009 ist eine Folge der KHRG-Maßnahmen zur Besserstellung der Krankenhäuser insbesondere als Reaktion auf steigende Personalkosten. Bei einer Analyse der Eckdaten zur stationären Versorgung in Deutschland gibt es hingegen – neben den kostensteigernden Einflüssen wie der Tarifentwicklung – auch deutliche Hinweise auf eine steigende Produktivität der Leistungserbringung. Allenthalben sichtbar ist der Verweildauerrückgang: Im Vergleich der Datenjahre

Tabelle 8–3

Fallkosten- und Erlösentwicklung 2005–2008

	Jahr				Veränderung		
	2005	2006	2007	2008	2005/2006	2006/2007	2007/2008
Bereinigte Kosten (ohne Ausbildungsfonds) je Fall*	3 430	3 450	3 482	–	0,6%	0,9%	nb
vereinbarter BFW oA**	2 769	2 746	2 740	2 753	–0,8%	–0,2%	0,5%
Vereinbarte Erlöse je DRG-Fall inkl. Zusatzentgelte ohne Zuschläge**	2 872	2 937	2 965	3 014	2,3%	1,0%	1,6%

* Statistisches Bundesamt, Fachserie 12 Reihe 6.1.1 Grunddaten der Krankenhäuser und Reihe 6.3 Kostennachweis der Krankenhäuser

** für 1 477 Krankenhäuser, zu denen 2005–2008 durchgängig Vereinbarungsdaten vorlagen

Krankenhaus-Report 2010

WlD0

2006 und 2008 ist die durchschnittliche Verweildauer für DRG-Fälle in Hauptabteilungen, die länger als einen Tag im Krankenhaus verweilen, von 6,93 auf 6,49 Tage gesunken. Dies entspricht einem Rückgang von – 6,3%.¹⁵

Viel wichtiger als der Rückgang der durchschnittlichen Verweildauer für DRG-Fälle ist die entsprechende Steigerung der erwirtschafteten Leistungsmenge je Tag. Dieser fällt für die nach Alter und Geschlecht auf die GKV-Versichertenstruktur standardisierten Abrechnungsfälle der AOK aus den Jahren 2005 bis 2008 sogar deutlicher aus als der Verweildauerrückgang selbst: Demnach ging die Verweildauer über alle DRG-Leistungen in Haupt- und Belegabteilungen von 2005 bis 2008 um –6,8% zurück, während die erbrachten Casemixpunkte pro Tag um 10,4% angestiegen sind (Abbildung 8–6).

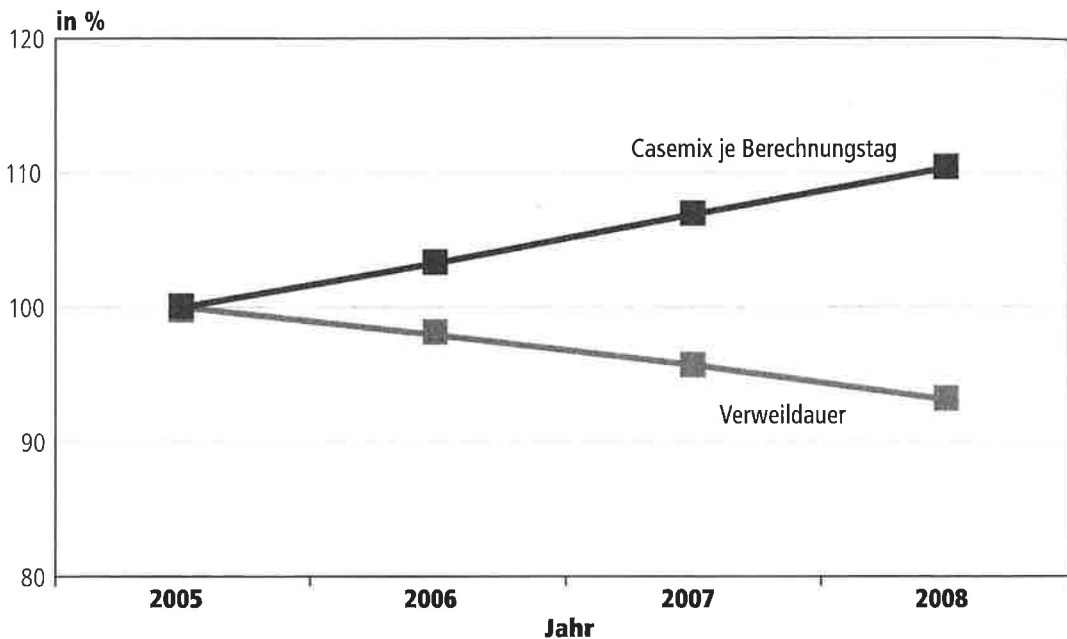
Verweisen diese Kennzahlen auf eine deutliche Produktivitätsentwicklung, so steht eine abschließende empirische Bewertung der Basisfallwerthöhe und -verläufe der vergangenen Jahre vor dem Hintergrund der Kosten- und Produktivitätsentwicklung aus vielfältigen Gründen noch aus. Den Daten des Statistischen Bundesamtes fehlt zum einen der notwendige Bezug auf DRG-Fälle und damit die Begrenzung auf jene Fälle, für die der Basisfallwert relevant ist. Zum anderen gehen auch Kosten ein, die gar nicht über den Basisfallwert vergütet werden, sondern z. B. über Zusatzentgelte.

Dies sind Einschränkungen, wie sie für die Veröffentlichungen des InEK zu den Kostenstrukturen der Normliegerfälle aus den jährlichen Kalkulationsstichproben nicht gelten. Zudem unterliegen die Daten umfangreichen Plausibilitätsprüfungen vor Eingang in die DRG-Kalkulation.¹⁶ Gewichtet mit den vereinbarten DRG-Fall-

¹⁵ Nach G-DRG-System 2008, für DRGs mit Fallzahl > 20 in Haupt- und Belegabteilung. Heimig (2009);123.

¹⁶ „G-DRG-Browser“; InEK (2004), InEK (2005), InEK (2006) und InEK (2007). Die Kostendaten, die für die Kalkulation des G-DRG-Systems Verwendung finden, sind zwei Jahre älter als das Jahr, in dem der Katalog zur Anwendung kommt: Die Bewertungsrelationen des G-DRG-Katalogs 2008 beruhen auf den Kostendaten des Jahres 2006. Die Daten beziehen sich lediglich auf Inlier, also Fälle innerhalb der Grenzverweildauern. Da das Volumen der Abschläge für Kurzlieger und Verlegungen das der Langliegerzuschläge überschreitet, sind die hier ausgewiesenen Fallkosten über-

Abbildung 8–6

Verweildauer und abgerechneter Casemix je Berechnungstag auf Basis AOK-DRG-Fälle 2005–2008 (standardisiert)

Krankenhaus-Report 2010

WldO

spektrum der o. g. 1477 Krankenhäuser lassen sich deutliche Rückgänge in den Kosten je Normliegerfall in Hauptabteilungen feststellen (Tabelle 8–4). Diese stehen allerdings unter dem Vorbehalt einer sich jährlich ändernden Zusammensetzung der Kalkulationsstichprobe, deren Auswirkungen unbekannt sind. Zudem stehen bei der Auswahl der Krankenhäuser für die DRG-Kalkulation nicht Repräsentativität bez. regionaler Verteilung, Größe, Spezialisierung oder Trägerschaft im Vordergrund, sondern die Bereitschaft und Befähigung zur Kalkulation von Fallkosten. Letztlich bleibt die Frage nach der angemessenen und empirisch basierten Berücksichtigung von Produktivitätsfortschritten z. Zt. unbeantwortet.

Einseitige Kostenorientierung im KHRG

Die Veränderung der Landesbasisfallwerte wurde bisher und wird zukünftig nach oben begrenzt sein: Die Obergrenze der Preisentwicklung wird sich nach den Regelungen aus dem KHRG künftig nicht mehr am Grundsatz der Beitragssatzstabilität orientieren, also der Veränderung der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder gemäß § 71 Abs. 3 SGB V. An die Stelle der GKV-Einnahmenorientierung tritt ab 2010 ein sogenannter „Orientierungswert“ (§ 10 Abs. 6 KHEntgG). Dazu wird das Statistische Bundesamt die Kostenentwicklung eines Warenkorb an Inputfaktoren für Krankenhausleistungen ermitteln, was einer krankenhausspezi-

schätzt: Für die analysierten 1477 Krankenhäuser liegt der vereinbarte effektive CMI (also inkl. Verlegungen, Kurz- und Langlieger) zwischen –4,1% (2005) und –1,7% (2007) unterhalb der Normlieger.

Tabelle 8–4

Kosten je Normliegerfall und Bewertungsrelation aus den InEK-Kalkulationsstichproben 2003–2006

DRG-Katalogjahr/ Vereinbarungsjahr	Datenjahr Kosten- daten	Vereinbarter Casemix (vollstationär/ Hauptabteilungen)	DRG-Normlieger- kosten Haupt- abteilungen ohne Zusatzentgelte*	Kosten je Bewertungs- relation in Haupt- abteilungen*
2005	2003	13 496 104	3 170	2 975
2006	2004	14 123 848	3 038	2 836
2007	2005	14 642 721	2 949	2 736
2008	2006	15 309 962	2 932	2 681
Veränderung				
2005–2006	2003–2004	4,7 %	–4,2 %	–4,7 %
2006–2007	2004–2005	3,7 %	–2,9 %	–3,5 %
2007–2008	2005–2006	4,6 %	–0,6 %	–2,0 %
2005–2008	2003–2006	13,4 %	–7,5 %	–9,9 %

* Gewichtet mit dem vereinbarten DRG-Spektrum aus 1 477 Krankenhäusern, zu denen 2005–2008 durchgängig Vereinbarungsdaten vorlagen

Krankenhaus-Report 2010

WIdO

fischen Inflationsrate gleichkommt. Steigen nun beispielsweise die Personalkosten, so wird der Kostenindex um den gewichteten Anteil der Personalkosten am Warenkorb ansteigen. Ein solcher Warenkorb berücksichtigt dabei den Anteil der Inputfaktoren am Gesamtinput, nicht aber den absolut benötigten Input. Würde sich die Anzahl der Krankenhäuser ceteris paribus um 1 % reduzieren, hätte dies auf den Orientierungswert keinen Einfluss, auch wenn sich der abgerechnete Casemix unterproportional entwickelte.

Nach Anhörung der Bundesländer wird dieser Kostenindex durch das Bundesministerium für Gesundheit per Rechtsverordnung in einen Maximalwert der Basisfallwertveränderung überführt. Konkret wird dabei festgelegt, welcher Anteil des Kostenindices als Obergrenze für die Basisfallwertentwicklung Berücksichtigung findet (Veränderungswert). Diese Korrektur der ermittelten Kostenentwicklung in die letztlich gültige Obergrenze kann als zentralstaatliche Vorgabe für den Mindestwert der vereinbarten Produktivitätsentwicklung verstanden werden, denn die Landesbasisfallwerte können diesen Wert nicht ohne Weiteres überschreiten. Dabei wird also auch darüber entschieden, ob reale Produktivitätsfortschritte vorrangig den Krankenhäusern oder den Beitragszahlern zugute kommen.

Nicht nur deswegen wird die Abkehr vom Grundsatz der Beitragssatzstabilität und die Einführung eines kostenbasierten Orientierungswerts als Preisobergrenze kontrovers diskutiert. Auf der einen Seite kommt dieser Ansatz zwar der prospektiven Idee eines Price-Cap-Modells entgegen, auf der anderen Seite garantiert die Regelung keine stabilen Beitragssätze und öffnet das Tor für kurzfristigen Interventionismus. Eine diskretionäre Festsetzung des Anteils des zukünftig zu finanzierenden Orientierungswertes durch das Bundesministerium für Gesundheit führt zu politische Abhängigkeiten und unterwirft die Krankenhausfinanzierung der Logik

kurzfristiger (Partei-)Politik. Bedenklich aber ist vor allem die einseitige Orientierung an den Kosten der Krankenhäuser.

Das KHRG hat mit seinem Warenkorbkonzept für Krankenhauskosten also eine Schieflage zwischen den Bestimmungsgrößen der Landesbasisfallwerte geschaffen. Während Kostensteigerungen dezidiert erfasst und vom Statistischen Bundesamt ausgewertet werden, bleibt der Produktivitätsfortschritt weitestgehend im Dunkeln. Er wird nicht ermittelt und findet keine regelhafte Berücksichtigung bei der Entwicklung der Basisfallwerte.

8.6 Fazit

Im vorliegenden Beitrag wurde ein empirisches Instrumentarium zur zeitnahen Beobachtung und Analyse der realen Preisentwicklung vorgestellt und auf die bisherige Marktentwicklung seit DRG-Einführung angewendet. Vor allem aber wurde das aus Sicht der Autoren naheliegende Steuerungsmodell auf der Makroebene diskutiert, das sinnvoll als Price-Cap-Regulation zu beschreiben ist. Dabei wurde deutlich, dass aufgrund der mangelnden Prospektivität ein suboptimaler Wirkungsmechanismus besteht.

Nach dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz steht die nächste Reform der Krankenhausfinanzierung an. Sie wird unter anderem die Problematik rückläufiger Länderinvestitionen lösen müssen. Sie wird aller Wahrscheinlichkeit nach auch eine stärkere Wettbewerbsorientierung durch selektive Verträge schaffen. Sie wird aber auch die Basisfallwertentwicklung neu justieren. Für die angemessene Entwicklung der Basisfallwerte gibt es keine konfliktfreie Lösung. Die Verteilungskonflikte werden tendenziell entschärft, wenn die Produktivitätsfortschritte groß sind. Durch die Einführung eines leistungsorientierten Vergütungssystems sind dazu gute Voraussetzungen geschaffen worden.

Für eine regelgebundene Fortschreibung des Vergütungsniveaus jenseits der Grundlohnorientierung steht die methodische Debatte und die empirische Aufbereitung erst am Anfang. Das KHRG hat zunächst allein die Kostenseite verfahrensmäßig geregelt. Die produktivitätsorientierte Fortschreibung der Basisfallwerte steht noch aus.

8.7 Literatur

- Augurzky B, Krolop S, Gülker R, Schmidt C, Schmidt H, Schmitz H, Schwiertz C, Terkatz S. Krankenhaus Rating Report 2009: Im Auge des Orkans. RWI: Materialien 53. Essen: RWI 2009.
- Brunekreeft G. Kosten, Körbe, Konkurrenz: Price Caps in der Theorie. Schriftenreihe der Deutschen Verkehrswissenschaftlichen Gesellschaft: Price Cap-Regulierungen in Netzindustrien – Chancen und Risiken eines neuen Regulierungsinstrumentes. Reihe B, B 232, 2000; 18–41.
- Friedrich J, Günster, C. Determinanten der Casemixentwicklung in Deutschland während der Einführung von DRGs (2002 – 2004). In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg). Krankenhaus-Report 2005. Stuttgart: Schattauer 2006; 153–204.

- Heimig F. G-DRGs 2005 – Klassifikation und Bewertung“, Ergebnispräsentation zugunsten der Selbstverwaltungspartner nach § 17b KHG, Siegburg, 24.08.2004.
- Heimig F. G-DRGs 2006 – Klassifikation und Bewertung. Ergebnispräsentation zugunsten der Selbstverwaltungspartner nach § 17b KHG, Siegburg, 24.08.2005.
- Heimig F. G-DRGs 2007 – Klassifikation und Bewertung. Ergebnispräsentation zugunsten der Selbstverwaltungspartner nach § 17b KHG, Siegburg, den 24.08.2006.
- Heimig F. G-DRGs 2008 – Klassifikation und Bewertung. Ergebnispräsentation zugunsten der Selbstverwaltungspartner nach § 17b KHG, Siegburg, 24.08.2007.
- Heimig F. G-DRGs 2009 – Klassifikation und Bewertung. Ergebnispräsentation zugunsten der Selbstverwaltungspartner nach § 17b KHG, Siegburg, 22.08.2008.
- Heimig F. G-DRGs 2010 – Klassifikation und Bewertung. Ergebnispräsentation zugunsten der Selbstverwaltungspartner nach § 17b KHG, Siegburg, 21.08.2009.
- Helm D, Yarrow G. The assessment: the regulation of utilities. Oxford Review of Economic Policy 1988; Vol. 4, No. 2: i-xxvi.
- Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) (Hrsg). Abschlussbericht – Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2006. Siegburg 2005; 37 ff.
- Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK). G-DRG V2003/2005 Report-Browser. www.g-drg.de, Siegburg 2004.
- Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK). G-DRG V2004/2006 Report-Browser. www.g-drg.de, Siegburg 2005.
- Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK). G-DRG V2005/2007 Report-Browser. www.g-drg.de, Siegburg 2006.
- Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK). G-DRG V2006/2008 Report-Browser. www.g-drg.de, Siegburg 2007.
- Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK). Handbuch zur Kalkulation von Fallkosten, Version 3.0, Siegburg 2007.
- Klauber J, Friedrich J. Preissprung auf der Klinikrechnung. Gesundheit und Gesellschaft 2008; 12: 18 f.
- Leber WD, Malzahn J, Wolff J. Elektiv wird selektiv: Grundzüge eines wettbewerbsorientierten, nach Leistungen differenzierenden Ordnungsrahmens für Krankenhäuser ab dem Jahr 2009. In: Klauber J, Robra B, Schellschmidt H (Hrsg). Krankenhaus-Report 2007. Krankenhausvergütung – Ende der Konvergenzphase? Stuttgart: Schattauer 2008; 81–105.
- Leber WD, Wolff J. G-DRG-Entwicklung aus Sicht der Krankenkassen. In: Roeder N, Bunzemeier H (Hrsg). Kompendium zum G-DRG- System 2007. Düsseldorf: Deutsche Krankenhausverlagsgesellschaft 2007; 60.
- Leber WD, Wolff J. G-DRG-Entwicklung aus Sicht der Krankenkassen. In: Roeder N, Bunzemeier H (Hrsg). Kompendium zum G-DRG-System 2009. Düsseldorf: Deutsche Krankenhausverlagsgesellschaft 2009, S. 49 ff.
- 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 ff.
- Tuschen KH. Das DRG-System 2007. In: Roeder N, Bunzemeier H (Hrsg). Kompendium zum DRG-System 2007. Band IV. Düsseldorf: Deutsche Krankenhausverlagsgesellschaft 2007.