

Krankenhaus-Report 2007

„Krankenhausvergütung – Ende der Konvergenzphase“

Jürgen Klauber / Bernt-Peter Robra /
Henner Schellschmidt (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2008

Auszug Seite 257-276



15	Die Krankenhausbudgets 2004 bis 2006 unter dem Einfluss der Konvergenz	257
	<i>Jörg Friedrich, Gregor Leclerque und Katrin Paschen</i>	
15.1	Einführung.....	258
15.2	Der Mechanismus der Budgetkonvergenz	259
15.3	Auswirkungen der Konvergenz auf die Krankenhausbudgets.....	261
15.3.1	Datenbasis.....	261
15.3.2	Gewinner und Verlierer der Konvergenz	261
15.3.3	Abstand zum LBFW	262
15.3.4	Statuswechsler.....	264
15.3.5	Annäherung an den Landesbasisfallwert 2006	265
15.4	Allgemeine Budgetentwicklung	265
15.4.1	Budget aus DRGs, sonstigen Entgelten und Zusatzentgelten	265
15.4.2	Budgetbereinigungstatbestände.....	266
15.4.3	Leistungsveränderungen	268
15.4.4	Budgetverteilung.....	269
15.5	Entwicklung der Basisfallwerte	273
15.6	Fazit	275
15.7	Literatur.....	276

15 Die Krankenhausbudgets 2004 bis 2006 unter dem Einfluss der Konvergenz

Jörg Friedrich, Gregor Leclerque und Katrin Paschen

Abstract

Im Rahmen der G-DRG-Einführung wurde mit der sogenannte Konvergenzphase eine Übergangsperiode vorgesehen, an deren Ende idealtypischerweise eine landeseinheitliche Vergütungshöhe für DRG-Entgelte umgesetzt ist. Als Folge einer Budgetumverteilung zwischen den Krankenhäusern eines Bundeslandes nähern sich die hausinternen Basisfallwerte der Krankenhäuser kontinuierlich an den jeweiligen Landesbasisfallwert an. Der vorliegende Beitrag untersucht ausgehend vom Basisjahr 2004, wie weit dieser Konvergenzprozess bis 2006 bereits fortgeschritten ist und ob die tatsächliche Entwicklung der idealtypischen Vorstellung entsprochen hat. Tatsächlich ist festzustellen, dass die Konvergenz der hausindividuellen BFW gegen die LBFW vorangeschritten ist. Allerdings folgt die Annäherung auf der Ebene des Einzelhauses nicht notwendigerweise der idealtypischen Vorgabe, sondern unterliegt auch anderen Einflussfaktoren, wie z. B. den jährlichen G-DRG-Katalogrevisionen. Dabei überwiegt die Zahl der Krankenhäuser, die im Lauf der Zeit von der BFW-Angleichung profitieren. Zudem lässt sich für das Jahr 2006 zeigen, dass der Konvergenzprozess nicht aufkommensneutral erfolgt ist.

In the context of the G-DRG introduction, the so-called convergence phase is a period of transition which is to result in uniform DRG payments for each federal state. As a consequence of a re-distribution of budgets between the hospitals of a federal state, hospital-specific base rates continuously approach the base rate of the respective state. Starting from the year 2004, the article examines how the convergence process has progressed until 2006 and whether the actual development corresponded to the conception. The convergence of the hospitals' individual base rates has indeed progressed toward the base rates of the federal states. However, the approximation does not necessarily follow the ideal default on the level of the individual hospital, but is subject to other factors as well, such as the annual revisions of the G-DRG catalogue. It can be stated that the greater number of hospitals profit from the adjustment of base rates in the course of time. Besides, it can be shown for the year 2006 that the sum of gains outweighs the sum of losses, resulting in an increase of the overall hospital budget.

15.1 Einführung

Mit dem Fallpauschalengesetz wurde im Jahr 2001 der Grundstein für eine grundlegende Umgestaltung der Vergütung von Krankenhausleistungen in Deutschland gelegt. Vorrangiges Instrument ist die Einführung von DRGs zum Zwecke der Einzelfallvergütung wie auch der Budgetfindung. Seit Januar 2003 rechnen die ersten Kliniken ihre Leistungen mit DRGs ab. Ab 2004 wurde die Anwendung für alle Krankenhäuser verpflichtend.¹

Auf diese Weise ist eine gemeinsame Klassifikation in Verbindung mit einem einheitlichen Maßstab für einen Großteil der erbrachten stationären Leistungen entstanden. Dies ist eine entscheidende Voraussetzung dafür, dass gleiche Leistungen perspektivisch auch gleich vergütet werden können, mit der Konsequenz, dass Transparenz und Verteilungsgerechtigkeit zwischen den Leistungserbringern verbessert werden.

Dieser einheitliche Maßstab drückt sich in den Bewertungsrelationen (BR) oder auch Relativgewichten je DRG aus, die als ein Ergebnis der jährlichen Überarbeitung des G-DRG-Systems durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) kalkuliert werden.² Der Casemix (CM) stellt die Summe aller Bewertungsrelationen eines Krankenhauses bzw. eines Landes dar und repräsentiert das Leistungsvolumen bewertet nach dem jeweils gültigen G-DRG-Katalog. Maßgeblich für die Vergütung des Einzelfalls ist der Basisfallwert (BFW) des Krankenhauses, der sich aus dem DRG-Budget eines Krankenhauses geteilt durch dessen Casemix berechnet. Ein überdurchschnittlicher Basisfallwert ist somit ein Indikator für ein unwirtschaftlich hohes Budget im entsprechenden Krankenhaus, für unterdurchschnittliche gilt dies invers. Diese Deutung setzt voraus, dass das jeweils verwendete G-DRG-System den Aufwand der Leistungen sachgerecht abbildet.

Der Umstieg auf das neue Finanzierungssystem war in den ersten Jahren für die Krankenhäuser budgetneutral. Mit dem Jahr 2005 begann der Einstieg in die Konvergenzphase bis 2009, in der sich die Budgets der einzelnen Krankenhäuser schrittweise dem jeweils gültigen Landesbasisfallwert (LBFW) annähern. In der Folge kommt es auf Landesebene zu einer Umverteilung von Budgetanteilen von Krankenhäusern mit einem überdurchschnittlichen Basisfallwert hin zu solchen Einrichtungen mit unterdurchschnittlichem Preisniveau.

Nach einer kurzen Einführung in die Mechanismen der Budgetkonvergenz untersucht der vorliegende Beitrag deren Auswirkungen auf die vereinbarten Budgets der betroffenen Krankenhäuser für die Jahre 2004 bis 2006. Dabei werden auch die Teile des Krankenhausbudgets berücksichtigt, die nicht von der Konvergenz betroffen sind. Gleiches gilt für Einflussfaktoren jenseits des gesetzlich vorgeschriebenen Konvergenzmechanismus.

1 Geregelt in § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG). Der tatsächliche Umstieg auf eine Abrechnung nach DRGs erfolgt erst nach Abschluss einer Budgetvereinbarung nach § 3 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG). Für 1 586 KH ist dies bis Dezember 2004 gelungen. Im Januar 2004 lag die Zahl noch bei 1 059.

2 Siehe Beitrag Röder et al. in diesem Band.

15.2 Der Mechanismus der Budgetkonvergenz

Für DRG-Krankenhäuser sind im Rahmen der Budgetverhandlungen als ein zentrales Element einer Vereinbarung die amtlichen Formulare gemäß Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) auszufüllen: Die „Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung“ (AEB).³ Der Mechanismus der Budgetkonvergenz ist dort im Formular B2 abgebildet.⁴ Kernelement ist die Gegenüberstellung des bestehenden Ausgangsbudgets des Krankenhauses mit einem errechneten Zielbudget.

Der wichtigste Bestandteil dieses Zielbudgets berechnet sich aus dem vereinbarten Casemix für DRG-Leistungen multipliziert mit dem gültigen Landesbasisfallwert. Dabei sind auch die Leistungen für Überlieger am Jahresbeginn sachgerecht zu berücksichtigen, deren tatsächliche Vergütung auf Basis des G-DRG-Katalogs des Vorjahres erfolgt. Diese Summe wird um das vereinbarte Budget für bundesweit einheitlich bepreiste Zusatzentgelte aufgestockt. Ebenfalls zu berücksichtigen sind Leistungen für hochspezialisierte Leistungen, die bezüglich ihres Volumens bislang noch von nachrangiger Bedeutung sind, sowie Abschläge wegen Nichtteilnahme an der Notfallversorgung. Das gegenübergestellte Krankenhausbudget beschränkt sich entsprechend auf die genannten Budgetpositionen.⁵

Der aus der Gegenüberstellung des tatsächlichen Budgets mit dem Zielbudget resultierende Differenzbetrag wird Jahr für Jahr um einen vorgegebenen Anteil abgeschmolzen. Bezogen auf die Gesamtkonvergenz in Höhe von 100% betragen die Anteile 15% im Jahr 2005, in den Jahren 2006, 2007 und 2008 jeweils 20% und schließlich 2009 die verbliebenen 25%.⁶

Krankenhäuser oberhalb des Landesbasisfallwerts geben folglich in der Konvergenzphase Budgetanteile ab und werden daher im Weiteren als „Verlierer“ bezeichnet. Krankenhäuser, die während der Konvergenzphase hinzugewinnen, werden im Weiteren mit „Gewinner“ umschrieben. Verlierer erhalten vor und während der Konvergenzphase für eine identische Leistung eine höhere Vergütung als die Gewinner. Ihre Verliererposition bezieht sich also auf den Vergleich mit ihrer eigenen Situation vor der Konvergenzphase. Gegenüber den übrigen stationären Leistungserbringern sind sie bezüglich der Vergütungshöhe im Vorteil.

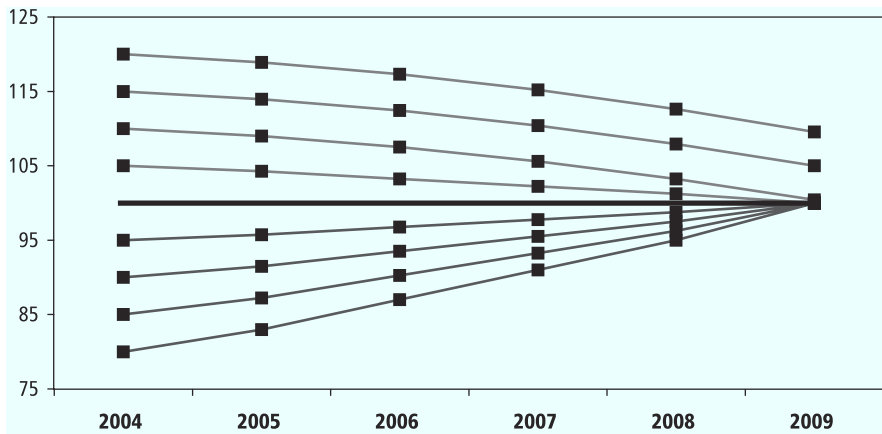
3 Die AEB umfasst nicht das gesamte Budget eines Krankenhauses. Unberücksichtigt bleiben z. B. Investitionskosten, Leistungen in psychiatrischen Fachabteilungen, ambulante Operationen nach §115b SGB V, Sicherstellungszuschläge, Zuschläge für die Abschaffung des Arztes im Praktikum (AIP) sowie zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen, welche allesamt gesondert finanziert werden und nur in Teilen budgetiert sind.

4 Die ausgeschriebene Bezeichnung des Formulars B2 lautet: „Erlösbudget und Basisfallwert nach § 4 KHEntG ab dem Kalenderjahr 2005“.

5 Der Zielwert, und damit die Konvergenz, berücksichtigt demnach nicht alle Budgetpositionen, die über die AEB erfasst werden. Unberücksichtigt vom Konvergenzprozess bleiben tages- oder fallbezogene Sonstige Entgelte, Zusatzentgelte gem. § 6 Abs. 1 KHEntG, ein großer Teil der teilstationären Leistungen, Besondere Einrichtungen sowie neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Diese werden bezüglich ihrer Vergütungshöhe auch weiterhin hausindividuell vereinbart.

6 Bezogen auf die jeweilige jährliche Differenz betragen die Prozentsätze 15% im Jahr 2005, 23,5% 2006, 30,8% 2007 und 44,4% 2008. Geregelt in § 4 Abs. 5 KHEntG.

Abbildung 15–1

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

Krankenhaus-Report 2007

Wido

Aus der Berechnungsmechanik erschließt sich die außerordentlich hohe Bedeutung der jährlichen G-DRG-Katalogrevisionen auf den Konvergenzprozess. Werden die Leistungen eines einzelnen Krankenhauses im Rahmen einer Revision deutlich aufgewertet oder partizipiert diese Einrichtung überdurchschnittlich an neu eingeführten bundeseinheitlichen Zusatzentgelten, so steigt auch das Zielbudget entsprechend an. Somit könnte diese Einrichtung ohne Leistungsveränderungen von einem Konvergenzverlierer zum Gewinner werden und umgekehrt.

Bei der Berechnung der Budgetanpassung ist die Obergrenzenregelung zu beachten, welche die Budgetminderung der Verlierer auf folgenden Anteil des Budgets begrenzt: 1% im Jahr 2005, 1,5% im Jahr 2006, 2% im Jahr 2007, 2,5% im Jahr 2008 und 3% im Jahr 2009.⁷ Verlierer, die aufgrund der Obergrenzenregelung vor einer kompletten Umsetzung der Konvergenzschritte bewahrt werden, werden im Weiteren als „Geschonte“ bezeichnet. Eine spiegelbildliche Regelung, welche Zuwächse für die Gewinner begrenzt, existiert nicht.

Da geschonte Krankenhäuser oberhalb des Landesbasisfallwerts nicht den gesamten Konvergenzschritt umsetzen, Budgeterhöhungen aber komplett realisiert werden, muss die Summe der geschätzten Schonbeträge, die in Folge der Obergrenze bei den Geschonten verbleiben, bei der Ermittlung des Landesbasisfallwerts berücksichtigt werden. In der Folge wird der LBFW nach unten korrigiert, damit der Saldo aus positiven und negativen Budgetanpassungen ausgeglichen wird. Anderenfalls würden die Konvergenzgewinner in der Summe mehr Budgeterhöhung erhalten, als den Verlierern abgezogen wird.⁸

⁷ Geregelt in: § 4 Abs. 6 KHEntgG.

⁸ Siehe Günster (2005).

Abbildung 15–1 illustriert den idealtypischen Verlauf der Konvergenzphase mit der Annäherung der hausindividuellen BFW gegen den LBFW, an dessen Ende aufgrund der Obergrenzenregelung nicht alle Krankenhäuser den Landesbasisfallwert erreicht haben werden. Unter Fortschreibung der 1 654 für das Jahr 2006 vorliegenden Vereinbarungen lägen ca. 200 Krankenhäuser 2009 weiterhin oberhalb des LBFW.

Zentrale Annahmen sowohl dieser Schätzung als auch der idealtypischen Darstellung in Abbildung 15–1 gehen an der Realität vorbei: Die Landesbasisfallwerte, das G-DRG-System sowie die vereinbarten Leistungsvolumina werden nämlich jeweils als konstant unterstellt. Tatsächlich aber verändern sich diese für die Konvergenz wichtigen Determinanten im Zeitverlauf, sodass in der Folge der reale Verlauf vom idealtypischen abweicht. Die Auswirkungen dieser Veränderungen werden in den folgenden Kapiteln näher untersucht.

15.3 Auswirkungen der Konvergenz auf die Krankenhausbudgets

15.3.1 Datenbasis

Die hier vorliegenden Analysen basieren auf den Vereinbarungs-AEBs der Jahre 2004, 2005 und 2006 für diejenigen 1 487 Krankenhäuser, die über den gesamten Zeitraum beobachtet werden konnten. Diese Zahl entspricht ca. 94% derjenigen Häuser, die bis Mai 2005 auf die DRG-Abrechnung umgestiegen und im gesamten Zeitraum als eingeständige Einrichtung am Markt präsent, also nicht von Fusionen, Marktzu- oder -abgang betroffen waren.

15.3.2 Gewinner und Verlierer der Konvergenz

Im Jahr 2005 zählte mit 53,3% die Mehrzahl der betrachteten 1 487 Einrichtungen zu den Konvergenzgewinnern. Sie erhielten eine positive Budgetanpassung von insgesamt 183,2 Mio Euro, während die Verlierer der Budgetkonvergenz des Jahres 2005 insgesamt 179,1 Mio Euro Budget abgeben mussten. Knapp die Hälfte (48,6%) der Verlierer wurde aufgrund der Obergrenzenregelung von der kompletten Umsetzung des Konvergenzschrittes verschont. Ohne die Obergrenzenregelung hätten sie bei identischem Landesbasisfallwert weitere 85,5 Mio Euro Budgetabsenkung hinnehmen müssen (Tabelle 15–1).

Im Folgejahr ist der Anteil der Gewinner auf 59,4% angestiegen, während der Anteil der geschonten Einrichtungen an den Verlierern auf 42,1% zurückging. Dies ist eine Folge der geänderten Obergrenzenregelung: Während 2005 die maximale Budgetabsenkung auf 1% beschränkt war, stieg diese Grenze im Jahr 2006 auf 1,5%. Somit sank die Wahrscheinlichkeit, dass die Obergrenze überhaupt greift. Greift sie jedoch, ist die negative Budgetanpassung naturgemäß größer und der Schonbetrag entsprechend kleiner als bei einer geringeren Obergrenze. Der Schonbetrag sank entsprechend gegenüber 2005 um 9,7 Mio Euro auf 75,8 Mio Euro. Aus geringeren Schonbeträgen resultieren wiederum auch höhere Landesbasisfall-

Tabelle 15–1

Gewinner, Verlierer und Geschonte 2005 und 2006

Anteile der Krankenhäuser			
	Gewinner	Verlierer	davon: geschont
2005	53,3%	46,7%	48,6%
2006	59,4%	40,6%	42,1%
Budgetanpassung			Schonbetrag
2005	183,2 Mio €	-179,1 Mio €	84,5 Mio €
2006	323,5 Mio €	-187,0 Mio €	75,8 Mio €
Simulation: Anteile der Krankenhäuser bei LBFW o. Obergrenzenregelung			
2005	63,2%	36,8%	–
2006	65,3%	34,7%	–

Krankenhaus-Report 2007

Wido

werte. Je höher das Niveau des LBFW ist, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit, dass ein Verlierer unter die Obergrenzenregelung fällt.

Während 2005 der Saldo aus positiven und negativen Budgetanpassungen mit 4,0 Mio Euro sehr gering ausfiel, standen den 187,0 Mio Euro Budgetabsenkung der Verlierer 2006 323,5 Mio Euro Budgeterhöhung seitens der Konvergenzgewinner gegenüber. Der Differenzbetrag von 136,5 Mio Euro kommt einem Mittelzufluss von 0,3% des Gesamtbudgets gleich. Zumindest für die hier beobachteten 1 487 Krankenhäuser lässt sich feststellen, dass die Landesbasisfallwerte im Vorfeld überhöht vereinbart wurden. Ob der Mittelzufluss dauerhaft bei den Krankenhäusern verbleibt, hängt allerdings von zukünftigen Berichtigungen und Ausgleichen der Landesbasisfallwerte ab.

Die sachgerechte Berücksichtigung der Obergrenzenregelung führt zwangsläufig zu einer Absenkung des Landesbasisfallwerts, mit der Konsequenz, dass der Anteil der Gewinner ceteris paribus kleiner wird. In den Vereinbarungen der Landesbasisfallwerte werden die berücksichtigten Korrekturen festgehalten, daher lässt sich nicht nur der vereinbarte Wert ohne Berücksichtigung der Obergrenzenregelung, sondern auch deren Auswirkungen auf die Gewinner- und Verliererquoten ermitteln: Demnach wären ohne Obergrenzenregelung im Jahr 2005 63,2% (statt 53,3%) der beobachteten Einrichtungen in den Genuss einer Budgeterhöhung im Rahmen der Konvergenz gekommen. Dies entspräche 148 zusätzlichen Gewinnern, alle übrigen Gewinner hätten wegen des höheren LBFW eine größere Budgeterhöhung erhalten. Die geschonten Einrichtungen hätten allerdings im Gegenzug den kompletten Konvergenzschrift vollziehen müssen. Für das Jahr 2006 wäre die Gewinnerquote von 59,4% auf 65,3% gestiegen, was 88 zusätzlichen Budgetgewinnern gleichkäme.

15.3.3 Abstand zum LBFW

Für die Definition, ob es sich auf Einzelhausebene um Konvergenzgewinner oder -verlierer handelt, ist das Vorzeichen der Budgetanpassung im jeweiligen Jahr entscheidend, nicht jedoch die Höhe. Im Folgenden sollen die betrachteten Kranken-

Tabelle 15–2

Beschreibung der Gruppen und Verhalten im Konvergenzverlauf

Gruppe	2005			Weiterentwicklung 2006		
	Anzahl KH	durchschn. Bettenzahl	Grenzen der Positionierung gegen-über LBFW 2005	davon: Statuswechsler von 2005 nach 2006	entspricht	Annäherung an den LBFW in 2006
V5	139	302	–12,1 %	3	2,2%	75,5 %
V4	139	378	–7,9%	8	5,8%	71,9%
V3	139	429	–4,8%	18	12,9%	79,9%
V2	139	370	–1,8%	44	31,7%	75,5%
V1	139	373	0,0%	79	56,8%	72,7%
G1	158	293	0,0%	42	26,6%	41,8%
G2	159	297	2,5%	11	6,9%	47,2%
G3	158	270	5,5%	3	1,9%	57,6%
G4	159	256	9,5%	4	2,5%	71,7%
G5	158	152	15,7%	1	0,6%	85,4%
Verlierer	695	370		152	21,9%	75,1%
Gewinner	792	253		61	7,7%	60,7%
Gesamt	1 487	308		213	14,3%	67,5%

Krankenhaus-Report 2007

Wido

häuser gegenüber dem jeweiligen Landesbasisfallwert des Jahres 2005 positioniert werden. Zu diesem Zweck wird die aus einer angenommenen „Spontankonvergenz“ resultierende prozentuale Budgetanpassung berechnet, also aus der sofortigen Konvergenz ohne die gesetzlich festgeschriebenen Angleichungsschritte.⁹ 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.¹⁰

Auf Basis dieser Positionierung werden zehn Gruppen gebildet, die im Weiteren näher untersucht werden sollen. Bei diesen Gruppen handelt es sich um die Gewinnerquintile mit den Bezeichnungen G1–G5 und die Verliererquintile V1–V5. Die Ordnungszahl an letzter Stelle gibt den relativen Abstand zum jeweiligen LBFW wieder: Je größer dieser Wert, desto größer ist deren Abstand. Bei der Gruppe V5 handelt es folglich um die 20% der Verlierer des Jahres 2005, die am weitesten vom LBFW entfernt lagen. Diese Krankenhäuser hätten bei Spontankonvergenz im Jahr 2005 mindestens 12,1% ihres Budgets abgeben müssen (Tabelle 15–2). Die Gruppe V1, die

⁹ Konkret: B2 Position 21 „Zwischenergebnis“ / B2 Position 15 „Veränderter Ausgangswert nach Absatz 4“.

¹⁰ An dieser Stelle sei auf die Rolle der Überlieger am Jahresbeginn verwiesen, deren Berücksichtigung bundesweit variiert.

dem LBFW am nächsten liegende Gruppe der Verlierer, befindet sich in einem Korridor zwischen 0,0% und 1,8% oberhalb des LBFW.

Die Distanz der Konvergenzgewinner zum Landesbasisfallwert ist etwas größer als die der Verlierer: Die entfernteste Gruppe G5 hätte bei Spontankonvergenz im Jahr 2005 mindestens 15,7% mehr DRG-Budget erhalten.

In Tabelle 15–2 ist ersichtlich, dass es sich bei den Verlierern des Jahres 2005, nach denen hier die Gruppen geschnitten wurden, nach Bettenzahlen um die im Durchschnitt größeren Einrichtungen handelt. Eine Darstellung nach Budgetvolumen stützt diese Aussage und findet sich in Abschnitt 15.4.1. Im Budgetjahr 2006 finden sich zunehmend größere Einrichtungen unter den Konvergenzgewinnern.¹¹

15.3.4 Statuswechsler

In der beobachteten Gruppe wechseln 213 Einrichtungen vom Jahr 2005 nach 2006 ihren Status zwischen Budgetgewinner und -verlierer; das entspricht 14,3%. Diese werden im Weiteren als „Statuswechsler“ bezeichnet. Die Zahl der Verlierer des Jahres 2005, die im Folgejahr eine Budgeterhöhung im Rahmen der Konvergenz erhielten, übersteigt die Zahl der Krankenhäuser mit umgekehrter Entwicklung. Der größte Teil dieser Statuswechsler befindet sich erwartungsgemäß in einem Korridor mit relativer Nähe zum LBFW, allerdings ist auch zu beobachten, dass Einrichtungen aus den entferntesten Gruppen V5 und G5 im Folgejahr ihren Status verändern (Tabelle 15–2).

Betrachtet man das Gesamtergebnis aus Budgeterhöhungen und -reduktionen für die einzelnen Krankenhäuser über die beiden Jahre 2005 und 2006, so stellt sich die Gruppe der Statuswechsler, die zunächst Budget abgeben und dann 2006 zugewinnen, über zwei Jahre als Budgetgewinner dar. Dieses Ergebnis liegt auch in der Veränderung der Konvergenzschritte zwischen den beiden Jahren begründet. Im ersten Jahr als Verlierer mussten diese Einrichtungen 15% des Anpassungsschrittes umsetzen und wurden ab einer Obergrenze von 1% geschont. Im Folgejahr können sie dagegen 23,5% der rechnerisch positiven Budgetanpassung realisieren.

Für die Statuswechsler in die andere Richtung resultiert in der Zweijahresbetrachtung eine negative Budgetanpassung aus der Konvergenz. Im ersten Jahr als Gewinner realisieren sie nur 15% des rechnerischen Anpassungsbetrags, im folgenden Jahr geben sie aber 23,5% ab. Zudem greift die Obergrenzenregelung der maximalen Budgetreduzierung erst bei 1,5%.

Somit entspricht der bisherige Verlauf der Konvergenzphase nicht dem Idealbild, in dem ein Konvergenzverlierer seinen Status bis zum Erreichen des LBFW beibehält. Vielmehr gibt es zahlreiche Einflussfaktoren auf die Budgetentwicklung, die es ermöglichen, den Status zu wechseln. Einige davon werden im Weiteren noch näher untersucht werden.

¹¹ Siehe Krankenhaus-Directory im Krankenhaus-Report 2006 im Vergleich zu dieser Ausgabe sowie Friedrich et al. (2007).

15.3.5 Annäherung an den Landesbasisfallwert 2006

Das Idealbild der Konvergenzphase in Abbildung 15–1 suggeriert eine stetige Annäherung an den Landesbasisfallwert. Tatsächlich lässt sich für 67,5% der hier untersuchten Krankenhäuser feststellen, dass sie im Jahr 2006 näher am LBFW lagen als im Vorjahr, 32,5% haben sich dagegen vom LBFW entfernt (Tabelle 15–2).

Besonders auffällig ist die Weiterentwicklung der Gruppen G1 und G2, also derjenigen Gewinner des Jahres 2005 mit relativer Nähe zum Landesbasisfallwert. Von diesen Krankenhäusern hat sich bei deutlich mehr als der Hälfte die Distanz zum Landesbasisfallwert vergrößert.

15.4 Allgemeine Budgetentwicklung

15.4.1 Budget aus DRGs, sonstigen Entgelten und Zusatzentgelten

Für alle betrachteten Einrichtungen ist über den Zeitraum von 2004 bis 2006 eine positive Budgetentwicklung für DRGs, sonstige Entgelte und Zusatzentgelte von +4,0% festzustellen.¹² Mit Ausnahme der Gruppe V5 im Wechsel von 2005 nach 2006 ist für alle Gruppen in allen Perioden ein Budgetanstieg zu verzeichnen. Dass dieser für Verlierer geringer ausfällt als für Gewinner, liegt in der Logik der Konvergenz begründet (Tabelle 15–3).

Budgetzuwächse bei Konvergenzverlierern resultieren z.B. aus der BAT-Ost-West-Angleichung sowie der allgemeinen Veränderungsrate.¹³ Vor dem Hintergrund, dass es sich bei den Konvergenzverlierern definitionsgemäß um Einrichtungen handelt, die sich nach Abbildung im aktuellen G-DRG-System als unwirtschaftlich darstellen, ist die Vereinbarung dieser budgeterhöhenden Einflüsse nicht unumstritten.¹⁴

Zudem besteht im Rahmen der AEB die Möglichkeit, Leistungsveränderungen budgetwirksam umzusetzen. Deren Beitrag auf die allgemeine Budgetentwicklung sowie den Konvergenzprozess wird im Weiteren noch detaillierter ausgeführt.

Nicht zuletzt haben die Veränderungen der Landesbasisfallwerte von 2005 nach 2006 einen Einfluss auf die allgemeine Budgetentwicklung. 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

12 Bei den hier dargestellten Budgetinformationen handelt es sich um die Werte ohne Ausgleich für die Abweichungen der Ist-Erlöse vom vereinbarten Budget aus Vorperioden. Zu hier nicht berücksichtigten Budgetpositionen siehe Fußnote 3.

13 Geregelt in § 4 Abs. 4 Satz 2 KHEntgG und § 71 Abs. 3 Satz 1 in Verbindung mit Abs. 2 SGB V. Die Vereinbarungen BAT-Ost-West-Angleichung lagen für 2006 bei maximal 1% bezogen auf die Gesamtkosten. Die Veränderungsrate lag für 2006 bei 0,63%.

14 Vgl. die Beschlüsse der Schiedsstelle für die Festsetzung von Krankenhauspflegesätzen Berlin vom 13.04.2006 sowie der Schiedsstelle für die Festsetzung von Krankenhauspflegesätzen in Hessen vom 29.01.2007.

Tabelle 15-3

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

	Budgets für DRGs, sonstige Entgelte und Zusatzentgelte					
	absolut (in Mio €)			Veränderung (in %)		
	2004	2005	2006	2005 zu 2004	2006 zu 2005	2006 zu 2004
V5	4 189,9	4 212,2	4 208,3	0,5	-0,1	0,4
V4	5 566,9	5 573,5	5 647,7	0,1	1,3	1,5
V3	6 104,9	6 103,2	6 164,3	0,0	1,0	1,0
V2	4 890,2	4 951,7	5 042,2	1,3	1,8	3,1
V1	4 586,9	4 662,0	4 734,5	1,6	1,6	3,2
G1	3 832,0	3 924,0	4 023,5	2,4	2,5	5,0
G2	3 795,5	3 930,0	4 119,4	3,5	4,8	8,5
G3	3 484,4	3 556,2	3 703,5	2,1	4,1	6,3
G4	3 182,4	3 295,3	3 436,9	3,5	4,3	8,0
G5	1 657,3	1 732,8	1 864,3	4,6	7,6	12,5
Verlierer	25 338,7	25 502,6	25 796,9	0,6	1,2	1,8
Gewinner	15 951,7	16 437,8	17 147,5	3,0	4,3	7,5
Summe	41 290,4	41 940,4	42 944,4	1,6	2,4	4,0

Krankenhaus-Report 2007

WlD0

ohne Leistungsveränderungen) und aus budgetwirksamen Leistungsveränderungen auf die hausindividuellen Vereinbarungen bereits bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts korrekt prognostiziert wurden.

Zur Gewährleistung der Vergleichbarkeit zwischen den Perioden wurden die Budgets der Jahre 2004 und 2005 um solche Budgetanteile bereinigt, die in den Folgejahren aus der AEB-Systematik ausgegliedert wurden. Diese Teilbudgets werden im folgenden Kapitel im Detail aufgeschlüsselt.

15.4.2 Budgetbereinigungstatbestände

Mit dem Einstieg in die Konvergenzphase im Jahre 2005 wurden die AEB-Budgets um solche Bereiche bereinigt, die nicht an der Konvergenz über den Landesbasisfallwert teilnehmen sollen. Dabei handelt es sich insbesondere um die Budgets für Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütung, um Zuschläge für Zentren und Schwerpunkte sowie für die Aufnahme von Begleitpersonen.¹⁵ Wäre dies nicht erfolgt, würde bei zwei Einrichtungen mit identischem Leistungsgerüst diejenige Einrichtung in der Konvergenz unwirtschaftlicher erscheinen, die z. B. eine Ausbildungsstätte betreibt. Um die Vergleichbarkeit der Budgets über alle drei Jahre herzustellen, wurden diese Budgetbereinigungen auch für die jeweiligen Vorjahre vorgenommen. Somit beschreiben die oben genannten Werte durchgängig die Bud-

¹⁵ Geregelt in § 4 Abs. 4 (KHEntgG).

Tabelle 15-4

Berücksichtigte Budgetbereinigungstatbestände für die Gewinner- und Verliererquoten; absolut (in Mio €) und als Anteil am Gesamtbudget (in %)

	Zuschlagsbudgets		Ausbildung		Leistungsverlagerungen			
	2005	2005	2005	2005	2005	2006	2006	2006
V5	22,2	0,5%	71,4	1,7%	25,2	0,6%	15,9	0,4%
V4	28,0	0,5%	101,0	1,8%	29,0	0,5%	11,8	0,2%
V3	27,4	0,4%	110,7	1,8%	6,2	0,1%	11,9	0,2%
V2	25,5	0,5%	92,8	1,9%	13,0	0,3%	5,0	0,1%
V1	20,3	0,4%	96,0	2,1%	6,9	0,1%	1,7	0,0%
G1	18,7	0,5%	83,6	2,1%	6,2	0,2%	3,9	0,1%
G2	17,8	0,5%	76,6	1,9%	7,2	0,2%	4,3	0,1%
G3	14,8	0,4%	78,2	2,2%	6,8	0,2%	2,6	0,1%
G4	14,4	0,4%	75,1	2,3%	6,9	0,2%	4,1	0,1%
G5	5,8	0,3%	33,7	1,9%	2,7	0,2%	1,8	0,1%
Verlierer	123,3	0,5%	471,9	1,9%	80,4	0,3%	46,2	0,2%
Gewinner	71,4	0,4%	347,1	2,1%	29,8	0,2%	16,8	0,1%
Summe	194,7	0,5%	819,0	2,0%	110,2	0,3%	63,0	0,1%

Krankenhaus-Report 2007

Wido

gets exklusive dieser Zu- und Abschläge. Die Vergütung dieser Leistungen erfolgt in der Folge in Form von Zuschlagsbudgets, die zusätzlich neben den hier beschriebenen existieren. Im Jahr 2005 wurden mit 194,7 Mio Euro ca. 0,5% der Budgets für die Zuschlagsbudgets Zentren/Schwerpunkte und Begleitpersonen ausgliedert, mit 818,9 Mio Euro weitere 2,0% für die Vergütung der Ausbildung und Ausbildungsstätten (Tabelle 15-4).

Zudem wurden Verlagerungen in andere Leistungsbereiche vereinbart. Dabei handelt es sich i. d. R. um die Substitution stationärer Behandlungen durch ambulante Operationen bzw. konservative ambulante Behandlungen. Zumindest für den Bereich der ambulanten Operationen gilt, dass große Teile der ausgegliederten Leistungen auch danach in den entsprechenden Krankenhäusern erbracht werden. Über Art und Höhe dieser Budgets liegen allerdings keine Informationen vor. Diese Leistungsverlagerungen wurden ebenfalls für die vorangegangenen Budgetjahre herausgerechnet; die Vergütung erfolgt für die Leistungsbereiche, die weiterhin am Krankenhaus erbracht werden, über separate Budgets. Im Jahr 2005 wurden mit 110,2 Mio Euro ca. 0,3% des Budgets zur Erbringung in anderen Leistungsbereichen ausgliedert und im Jahr 2006 mit 62,9 Mio Euro weitere 0,1%.

Diese Budgetpositionen existieren additiv zu den hier dargestellten und entwickeln sich nach der Ausgliederung aus dem AEB-Budget unabhängig von der Budgetkonvergenz im DRG-Bereich weiter.

15.4.3 Leistungsveränderungen

Im Rahmen der Budgetverhandlungen besteht die Möglichkeit, Leistungsveränderungen budgetwirksam zu vereinbaren. Diese Veränderungen haben einen starken Einfluss auf den Konvergenzmechanismus. Dies liegt darin begründet, dass vereinbarte Mehrleistungen in das Leistungsgerüst – und damit in den Zielwert der Budgetkonvergenz – zu 100 % eingehen, in das Krankenhausbudget vor Konvergenz aber nur anteilig. Die anteilige Anrechnung auf das Krankenhausbudget steigt während der Konvergenzphase an: 21,2 % in 2005, 34,7 % in 2006, 49,4 % in 2007 und 64,0 % in 2008 unter Verwendung des jeweils gültigen Landesbasisfallwerts.

Vereinbarte ein Krankenhaus einen zusätzlichen Casemix i. H. v. 100 BR, so würde der Zielwert um $100 \text{ BR} * \text{LBFW}$ steigen. Das Krankenhausbudget vor Konvergenz steigt dagegen langsamer, nämlich um $100 \text{ BR} * \text{LBFW} * 21,2\%$ (2005).¹⁶ Steigt der Casemix stärker als das Budget, so sinkt der hausindividuelle BFW vor Konvergenz. Und damit ändert sich auch der Abstand zum LBFW mit den entsprechenden Wirkungen auf die Budgetanpassung im Konvergenzprozess.¹⁷ Die Vereinbarung eines Leistungsrückgangs wirkt genau entgegengesetzt.

Für die hier betrachteten Einrichtungen ist von 2005 nach 2006 festzustellen, dass der Anteil der Krankenhäuser mit vereinbarter Leistungssteigerung von 39,9 % auf 54,9 % anstieg (Tabelle 15–5). Die in den Jahren 2005 und 2006 vereinbarten Leistungserweiterungen entsprechen +0,4 % bzw. +0,7 % des Gesamtbudgets. In absoluten Zahlen war dies ein Anstieg von 183,4 Mio Euro im Jahr 2005 auf 299,7 Mio Euro im Jahr 2006, was einem Zuwachs von 63,4 % entspricht. Der zusätzlich vereinbarte Casemix blieb dagegen von 2005 nach 2006 mit –0,2 % nahezu konstant. Die ansteigende Budgetwirksamkeit der Mehrleistungen von 21,2 % in 2005 auf 34,7 % in 2006 zeigt hier Wirkung. Vor dem Hintergrund der weiter steigenden Anrechnungsquoten bis 2009 ist eine steigende Dynamik in diesem Bereich wahrscheinlich.

Die Budgetverlierer vereinbaren ihre positiven Leistungsveränderungen später als die Gewinner. Während der Anteil der Verlierer mit vereinbarten Leistungssteigerungen von 37,0 % in 2005 auf 58,6 % in 2006 anstieg, veränderte sich die Quote für die Gewinner von 42,4 % auf 51,8 % langsamer. Neben einer Vielzahl von Parametern, die bei einer Entscheidung für oder gegen die Vereinbarung von Mehrleistungen zu beachten sind, unterscheiden sich Gewinner und Verlierer in der Höhe ihres BFW. Da Mehrleistungen mit dem LBFW bewertet werden, ist dies für Gewinner vergleichsweise attraktiver, weil deren BFW definitionsgemäß unterhalb des LBFW liegt. Damit konnte die verglichen mit 2006 niedrigere Budgetanrechnungsquote von 21,2 % in 2005 in Teilen kompensiert werden.

Eine ungleiche Verteilung der vereinbarten Mehrleistungen zwischen Gewinnern und Verlierern wirkt auch auf die Spreizung zwischen den BFW: Vereinbaren Gewinner Leistungssteigerungen in einem größeren Maße als Verlierer, so nimmt die Spreizung zu, weil die BFW der Gewinner stärker fallen als die der Verlierer.

¹⁶ Geregelt in § 4 Abs. 4 (KHEntgG).

¹⁷ Das 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.

Tabelle 15–5

Vereinbarte Leistungsveränderungen 2005 und 2006 für die Gewinner- und Verliererquintile

	Vereinbarte Leistungsveränderung				Anteil der Krankenhäuser mit positiver Leistungsveränderung	
	Absolut (in Mio €)		Anteil am Budget (in %)		(in %)	
	2005	2006	2005	2006	2005	2006
V5	-9,3	24,3	-0,2	0,6	23,7	48,2
V4	36,1	50,3	0,6	0,9	35,3	59,0
V3	19,6	37,6	0,3	0,6	38,8	63,3
V2	24,5	44,0	0,5	0,9	44,6	58,3
V1	19,1	26,5	0,4	0,6	42,4	64,0
G1	21,0	29,4	0,5	0,7	41,8	58,2
G2	22,0	31,2	0,6	0,8	49,7	57,9
G3	13,4	26,7	0,4	0,8	39,9	53,8
G4	23,8	26,9	0,7	0,8	45,3	54,1
G5	13,4	2,9	0,8	0,2	35,4	34,8
Verlierer	89,9	182,6	0,4	0,7	37,0	58,6
Gewinner	93,5	117,1	0,6	0,7	42,4	51,8
Summe	183,4	299,7	0,4	0,7	39,9	54,9

Krankenhaus-Report 2007

WIdO

Umgekehrt ist die Spreizung rückläufig, da die BFW der Gewinner schwächer fallen als die der Verlierer.

15.4.4 Budgetverteilung

Bei der Betrachtung der Verteilung des Budgets auf die Bereiche DRG, sonstige Entgelte und Zusatzentgelte ist erwartungsgemäß festzustellen, dass der überwiegende Anteil auf die über DRGs vergüteten Leistungen entfällt. Dieser war von 2004 bis 2006 leicht rückläufig, nämlich von 97,6% auf 96,1%. Für die Konvergenzverlierer des Jahres 2005 sank der Anteil folgerichtig stärker als bei den Gewinnern, da auf diesen Budgetbereich die Konvergenz gegen den Landesbasisfallwert originär wirkt (Tabelle 15–6).

Bei sonstigen Entgelten handelt es sich um Leistungen, die das InEK im G-DRG-Katalog des jeweiligen Jahres zwar eindeutig definiert hat und die somit auch von der Grouper-Software ermittelt werden, für die aber keine bundesweiten Bewertungsrelationen kalkuliert wurden bzw. werden konnten. Die Gründe können in einer zu niedrigen Fallzahl bzw. fehlender Kostenhomogenität in der Kalkulationsstichprobe liegen.¹⁸ Zudem finden sich hier die Leistungen für die Ausnahmebereiche der besonderen Einrichtungen und teilstationären Behandlungsformen, allerdings nicht für den Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik. Aufgrund der

18 Vgl. InEK (2004), S. 15.

Tabelle 15–6

Budgetverteilung nach DRGs, Zusatzentgelten und sonstigen Entgelten 2004 bis 2006 für die Gewinner- und Verliererquintile (Anteile in %)

	DRG			Sonstige Entgelte			Zusatzentgelte		
	2004	2005	2006	2004	2005	2006	2004	2005	2006
V5	96,1	94,1	93,6	3,0	3,6	3,5	0,9	2,3	2,9
V4	96,3	94,1	93,6	2,7	3,6	3,5	1,0	2,3	2,9
V3	96,7	94,4	94,5	2,4	2,8	2,3	1,0	2,7	3,2
V2	98,0	96,3	96,3	1,4	2,1	1,8	0,5	1,6	2,0
V1	97,6	96,4	96,6	1,9	2,3	1,8	0,4	1,3	1,5
G1	98,9	97,7	97,6	0,9	1,5	1,4	0,3	0,8	1,0
G2	98,6	97,7	97,8	1,2	1,6	1,3	0,2	0,8	0,9
G3	98,5	97,8	98,0	1,3	1,4	1,1	0,2	0,8	0,9
G4	99,1	98,4	98,5	0,7	0,9	0,7	0,2	0,7	0,8
G5	97,6	97,2	97,5	2,1	2,1	1,7	0,3	0,7	0,8
Verlierer	96,9	95,0	94,9	2,3	2,9	2,6	0,8	2,1	2,5
Gewinner	98,6	97,8	97,9	1,2	1,4	1,2	0,2	0,7	0,9
Summe	97,6	96,1	96,1	1,8	2,3	2,0	0,6	1,6	1,9

Krankenhaus-Report 2007

WIdO

fehlenden bundesweiten Bewertungsrelationen sind alle sonstigen Entgelte in ihrer Höhe hausindividuell zu vereinbaren. Sie können sowohl als tagesgleiches Entgelt als auch in Form einer Fallpauschale vereinbart werden und nehmen nicht an der Konvergenz gegen den Landesbasisfallwert teil.

Der budgetmäßige Anteil der sonstigen Entgelte am Gesamtvolumen der Leistungen stieg von 2004 nach 2005 insgesamt von 1,8% auf 2,0% an. Dieser Gesamtanstieg geht maßgeblich auf die Konvergenzverlierer des Jahres 2005 zurück, die schon 2004 mit im Schnitt 2,3% einen größeren Anteil an sonstigen Entgelten aufwiesen als die Gewinner mit 1,2%. Bei den Mitgliedern der Gruppen V1–V5 entwickelte sich dieser Anteil auf 2,6% in 2006, während er bei den Gewinnergruppen G1–G5 im Mittel bei 1,2% verblieb.

Aufgrund der jährlichen G-DRG-Katalogrevisionen variieren Art und Umfang der sonstigen Entgelte. Im Wechsel von 2005 nach 2006 konnte ein Großteil der teilstationären Dialysen aus dem Budgetbereich der sonstigen Entgelte erfolgreich hin zu einer Vergütung nach DRGs überführt werden. Diese G-DRG-Katalogänderung hat entsprechende Auswirkungen auf die Höhe der vereinbarten Budgets für sonstige Entgelte ab 2006 und deren Anteil am Gesamtbudget. Betrachtet man die relativen Veränderungen der Budgets für sonstige Entgelte von 2005 nach 2006, so sanken diese um –11,7%; für den Gesamtzeitraum 2004–2006 ist aber immer noch eine Steigerung um 12,7% festzustellen. Unter Ausschluss der teilstationären Dialysen zeigt sich eine Budgetentwicklung für sonstige Entgelte von +6,9% von 2005 nach 2006 und von +40,8% im Zweijahresvergleich 2004–2006 (Tabelle 15–7).

Tabelle 15–7

Sonstige Entgelte mit und ohne teilstationäre Dialysen 2004 bis 2006

	absolut (in Mio €)			Veränderung (in %)		
	2004	2005	2006	2005 zu 2004	2006 zu 2005	2006 zu 2004
inkl. teilstationäre Dialyse	770,0	982,4	867,7	27,6	-11,7	12,7
exkl. teilstationäre Dialyse	616,0	811,4	867,3	31,7	6,9	40,8

Krankenhaus-Report 2007

WlD0

Bei Zusatzentgelten handelt es sich um solche Leistungen, die additiv zu einer DRG oder einem sonstigen Entgelt abgerechnet werden können. In diesem Pool finden sich zum einen solche Leistungen, die vom InEK im G-DRG-Katalog des jeweiligen Jahres eindeutig definiert und mit einem bundeseinheitlichen Preis versehen werden. Da sie in der Zielwertberechnung für die Budgetkonvergenz im Formular B2 der AEB Berücksichtigung finden, erfolgt für diese Leistungen eine Konvergenz gegen einen bundeseinheitlichen Preis und nicht gegen den Landesbasisfallwert. Im Pool finden sich allerdings auch Zusatzentgelte, die vom InEK zwar definiert, aber nicht kalkuliert wurden und die wie die fall- und tagesbezogenen sonstigen Entgelte individuell zu vereinbaren sind. Gleiches gilt auch für Zusatzentgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) und hochspezialisierte Leistungen (HSL). Alle hausindividuellen Zusatzentgelte sind von der Budgetkonvergenz grundsätzlich ausgenommen.

Mit der im Zeitverlauf steigenden Zahl an definierten Zusatzentgelten in den G-DRG-Katalogen¹⁹ ist auch ein Anstieg des vereinbarten Budgetvolumens für diesen Entgeltbereich zu erwarten. Tatsächlich haben sich die vereinbarten Teilbudgets für Zusatzentgelte der hier untersuchten Krankenhäuser (Tabelle 15–6) im Zeitverlauf von 2004 bis 2006 mit einer Steigerung von 0,6 % auf 1,9 % des Gesamtbudgets um 1,3 Prozentpunkte oder 238,3 % mehr als verdreifacht, und zwar von 236,5 Mio auf 799,9 Mio Euro. Dabei ist der größere Teil auf den Wechsel von 2004 auf 2005 zurückzuführen, für den ein Anstieg um 178,8 % zu verzeichnen ist. Aber auch beim Übergang in das Jahr 2006 ist die Budgetentwicklung von +21,3 % sehr dynamisch.

Die Konvergenzverlierer des Jahres 2005 weisen bereits 2004 mit im Schnitt 0,8 % einen größeren Anteil an Zusatzentgelten auf als die Gewinner mit 0,2 %. Die Mitglieder der Gruppen V1–V5 entwickelten diesen Anteil auf 2,5 % im Jahr 2006, in den Gewinnergruppen G1–G5 stieg der Wert im Mittel auf 0,9 % (Tabelle 15–6).

Die folgende Darstellung folgt nicht mehr der Logik von Entgeltarten, sondern der Art der Teilnahme an der Budgetkonvergenz. Das DRG-Budget entwickelt sich im Rahmen der Konvergenz in Abhängigkeit vom Landesbasisfallwert. Sein Anteil am Gesamtbudget ist von 97,6 % in 2004 auf 96,1 % in 2006 leicht rückläufig (Tabelle 15–8).

Der Anteil der Zusatzentgelte, die mittels eines bundeseinheitlichen Preises an der Budgetkonvergenz beteiligt sind, stieg in der Summe von 0,2 % auf 1,2 %. Hier

19 Vgl. Heimig (2004) und Heimig (2005) sowie Beitrag Roeder et al. in diesem Band.

Tabelle 15–8

Budgetverteilung nach Preismechanismus für die Gewinner- und Verliererquintile (Anteile in %) 2004 bis 2006

	Konvergenz gegen Landesbasisfallwert			Konvergenz gegen bundesweiten Preis			Keine Konvergenz: hausindividuelle Preise		
	2004	2005	2006	2004	2005	2006	2004	2005	2006
V5	96,1	94,1	93,6	0,2	1,4	1,7	3,7	4,5	4,7
V4	96,3	94,1	93,6	0,2	1,4	1,8	3,6	4,5	4,6
V3	96,7	94,4	94,5	0,2	1,7	1,9	3,1	3,9	3,5
V2	98,0	96,3	96,3	0,2	1,0	1,2	1,8	2,7	2,5
V1	97,6	96,4	96,6	0,2	0,9	1,0	2,2	2,7	2,4
G1	98,9	97,7	97,6	0,1	0,5	0,7	1,0	1,8	1,7
G2	98,6	97,7	97,8	0,1	0,6	0,6	1,3	1,8	1,6
G3	98,5	97,8	98,0	0,1	0,6	0,7	1,4	1,6	1,4
G4	99,1	98,4	98,5	0,1	0,5	0,6	0,8	1,1	0,9
G5	97,6	97,2	97,5	0,1	0,5	0,5	2,3	2,3	2,0
Verlierer	96,9	95,0	94,9	0,2	1,3	1,6	2,9	3,7	3,5
Gewinner	98,6	97,8	97,9	0,1	0,5	0,6	1,3	1,7	1,5
Summe	97,6	96,1	96,1	0,2	1,0	1,2	2,3	2,9	2,7

Krankenhaus-Report 2007

WlIdO

sind für die Verlierergruppen V1–V5 stark überdurchschnittliche Anteile festzustellen. Ein hoher Anteil dieser Zusatzentgelte sichert trotz der Konvergenz gegen einen bundesweit gültigen Preis ein entsprechend höheres Budget, als wenn diese Leistungen nicht vereinbart worden wären. Denn die Vereinbarung von Zusatzentgelten als isolierter Vorgang hat keinen Einfluss auf die Höhe des Casemixes, der multipliziert mit dem Landesbasisfallwert die wichtigste Determinante des Zielbudgets im Rahmen der Budgetkonvergenz darstellt. Mit steigendem Volumen an Zusatzentgelten steigt in der Folge auch das Zielbudget. Für Konvergenzverlierer resultierte hieraus eine geringere Budgetminderung. Für die Konvergenzgewinner führten höhere Anteile an Zusatzentgelten zwar auch zu einem höheren Zielbudget und damit zu einer größeren Budgeterhöhung im Rahmen der Konvergenz. Hier ist allerdings zu vermuten, dass deren Gestaltungsdruck aufgrund ihres Status geringer ausgeprägt ist. Zudem sind die im Durchschnitt kleineren Einrichtungen der Konvergenzgewinner vermutlich nicht im selben Umfang in der Lage, die spezialisierten Leistungen, die über Zusatzentgelte abgebildet werden, anzubieten.

Der Anteil der Budgetposten, die aufgrund einer hausindividuellen Vereinbarung nicht an der Budgetkonvergenz teilnehmen, stieg von 2,3% in 2004 auf 2,7% in 2006. Dass sich auch für diesen Bereich ein überdurchschnittlicher Anteil in den Verlierergruppen V1–V5 findet, ist ebenfalls folgerichtig. Das Bestreben, Budgetanteile aus der Konvergenz gegen den Landesbasisfallwert zu Gunsten einer hausindividuellen Preisgestaltung auszugliedern, ist naturgemäß bei Einrichtungen, die bei der Abbildung im DRG-Budget als unwirtschaftlich gelten, entsprechend stärker ausgeprägt als bei solchen Krankenhäusern, die mit einer Budgeterhöhung im Rah-

men der Konvergenz rechnen können. Aber auch hier gilt, dass den im Durchschnitt größeren Einrichtungen in den Verlierergruppen V1–V5 größere Möglichkeiten zu unterstellen sind, Leistungsbereiche wie besondere Einrichtungen oder neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden anzubieten als den vergleichsweise kleineren Einrichtungen in den Gewinnergruppen.

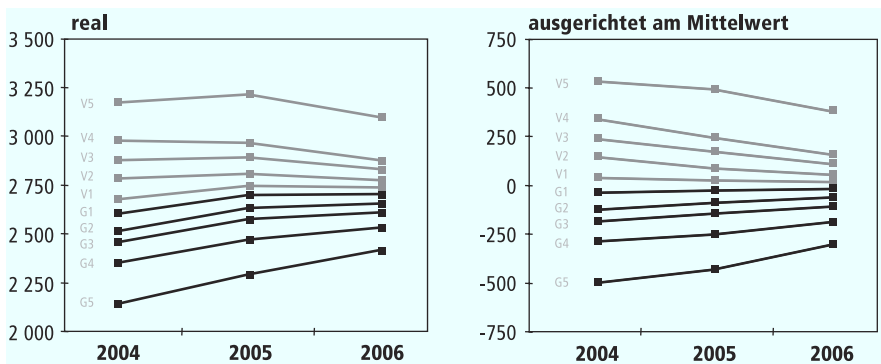
15.5 Entwicklung der Basisfallwerte

Es wurde bereits festgestellt, dass die Konvergenz auf Einzelhausebene nicht immer dem idealtypischen Bild der Abbildung 15–1 folgt. Betrachtet man die Entwicklung der Basisfallwerte ohne Ausgleiche auf Ebene der zehn untersuchten Gruppen im Zeitverlauf, so zeigt sich, dass die Spannweite zwischen den BFW der Gruppen V5 und G5 deutlich sank.²⁰ Betrug die Differenz zwischen V5 und G5 2004 noch 1 031 Euro, so war sie 2006 bereits auf 683 Euro gesunken (Tabelle 15–9).

Abbildung 15–2 illustriert den Verlauf der Basisfallwerte auf zwei Arten. Die rechte Darstellungsform orientiert sich durch die Herausrechnung von Niveaufekten an der idealtypischen, während die linke den realen, wenngleich bereinigten Verlauf wiedergibt.²¹ Dass die Niveaus von 2004 nach 2005 zunächst deutlich an-

Abbildung 15–2

Bereinigte Basisfallwerte ohne Ausgleiche für die untersuchten Gruppen, links real, rechts ausgerichtet am Mittelwert (V1, G1)



Krankenhaus-Report 2007

WlD0

20 Auch hier handelt es sich um den Wert ohne Ausgleiche für die Abweichungen der Ist-Erlöse vom vereinbarten Budget aus Vorperioden.

21 Zur Gewährleistung der Vergleichbarkeit zwischen den Perioden wurden die im Abschnitt 15.4.2 „Budgetbereinigungstatbestände“ genannten Korrekturen auch für die Berechnung der BFW herangezogen. Für Leistungsverlagerungen (B2 Position 5) gelingt dies allerdings nicht, da in den AEB-Unterlagen keine entsprechenden Leistungsvolumina dokumentiert sind, sondern nur der monetäre Ausgliederungsbetrag. Ohne Informationen über das ausgegliederte Leistungsvolumen lässt sich der BFW nicht um diesen Effekt bereinigen.

Tabelle 15–9

Spannweite der BFW zwischen den Gruppen V5 und G5 2004 bis 2006

	absolut (in €)			Veränderung von 2004 nach 2006 (in €)
	2004	2005	2006	
BFW	1 031	921	683	– 348
o. Konvergenz m. Leistungsveränderungen	1 031	1 034	948	– 83
o. Konvergenz o. Leistungsveränderungen	1 031	943	893	– 138

Krankenhaus-Report 2007

WIdO

stiegen, im Wechsel von 2005 nach 2006 aber konstant blieben, ist maßgeblich auf die Umstellung der InEK-Verfahren zur Normierung des G-DRG-Systems zurückzuführen.²²

Die beobachtete rückläufige Spannweite zwischen den BFW der Gruppen V5 und G5 während der Konvergenzphase entspricht den Erwartungen. Um den Einfluss der vereinbarten Leistungsveränderungen und der G-DRG-Katalogrevisionen näher zu bestimmen, werden in zwei Berechnungsschritten zunächst die Auswirkungen der Budgetkonvergenz und dann zusätzlich die der vereinbarten Leistungsveränderungen aus den BFW eliminiert (Tabelle 15–9).

Dabei zeigt sich, dass auch ohne die Effekte der gesetzlich vorgegebenen Budgetkonvergenz eine Annäherung der BFW zu beobachten ist, wenngleich auch deutlich schwächer ausgeprägt. Die Spannweite sank zwischen den Gruppen V5 und G5 im betrachteten Zeitraum um –83 Euro von 1 031 Euro auf 984 Euro. Allerdings ist auch festzustellen, dass die Spannweite von 2004 nach 2005 zunächst zunimmt.

Nach Herausrechnung der Effekte aus vereinbarten Leistungsveränderungen konvergieren die BFW wieder durchgängig und in der Summe deutlicher: Die Spannweite zwischen den Gruppen V5 und G5 reduziert sich nun von 1 031 Euro auf 893 Euro. Dieser Rückgang der Spreizung um –138 Euro ist eine Anhaltzahl für die unterstützenden Wirkungen der G-DRG-Katalogrevisionen auf den Konvergenzprozess. Die Katalogänderungen im Zeitverlauf entlasten die Verlierer, indem sie deren Leistungen tendenziell aufwerten und damit ihr Zielbudget erhöhen.²³ In der Folge reduzieren sich sowohl deren Abstand zum LBFW wie auch die negative Budgetanpassung. Für die Konvergenzgewinner gilt dies andersherum; sie werden wegen der tendenziellen Abwertung ihres Leistungsvolumens durch die Katalogwechsel belastet.

Die ungleiche Verteilung der vereinbarten Mehrleistungen zwischen Gewinnern und Verlierern wirkt dagegen in Richtung einer stärkeren Spreizung, also gegen die Konvergenz der Basisfallwerte. Setzte sich der von 2005 nach 2006 festzustellende Trend fort, dass Verlierer einen späteren Zeitpunkt für die Vereinbarung von Mehrleistungen wählen, könnte sich dieser Effekt umkehren.

22 Vgl. Leber/Wolff (2007), S. 60, InEK (2005), S. 14, Heimig (2004), Folie 10 sowie Heimig (2005), Folien 51-56.

23 Vgl. Heimig (2004), Folie 116, sowie Heimig (2005), Folie 121.

15.6 Fazit

Im Ergebnis ist festzustellen, dass mit Einstieg in die Konvergenzphase die Mehrzahl der betroffenen Krankenhäuser von der Budgetumverteilung profitiert. Zudem steigt der Anteil der Gewinner im Zeitverlauf an. Die Krankenhaus-Basisfallwerte als Indikatoren für das hausindividuelle Preisniveau verhalten sich erwartungsgemäß und nähern sich aneinander an. Zwar sind alle Häuser gleichermaßen dem Konvergenzmechanismus unterworfen, dessen Effekte können aber auf Ebene der Einzelhäuser durch andere Einflussfaktoren kompensiert werden. Vereinbarte Leistungsveränderungen und G-DRG-Katalogrevisionen sind wichtige Ursachen dafür, dass Krankenhäuser häufig nicht dem idealtypischen Verlauf der Konvergenz folgen. Dieser Umstand erschwert die Vereinbarung sachgerechter Landesbasisfallwerte, bei denen alle Entwicklungen auf Einzelhausbene im Vorfeld geschätzt werden müssen. Der unausgeglichene Saldo aus den Anpassungsbeträgen des Jahres 2006 ist ein Indiz dafür, dass dies nicht immer gelingt. Den gleichen Restriktionen unterliegen auch Prognosen über die Situation zum Ende der Konvergenz.

Von der insgesamt positiven Budgetentwicklung profitieren die Konvergenzgewinner naturgemäß überproportional. Aber auch die Gruppen der Budgetverlierer weisen fast durchgängig positive Veränderungsraten ihrer Budgets auf. Erst mit dem Wechsel von 2005 nach 2006 ist für die Gruppe der dem LBFW entferntesten Verlierer eine Budgetreduzierung festzustellen. Dies ist auch eine Folge der stetig steigenden Anpassungsschritte und der rückläufigen Schutzmechanismen aus der Obergrenzenregelung.

Bei der Verteilung der Teilbudgets zeichnet sich trotz erfolgreicher Überführung vormals hausindividuell zu vereinbarenden Leistungen in den G-DRG-Katalog eine deutliche Vergrößerung DRG-fremder Budgetanteile ab. Der bundesweite Anteil von Zusatz-, insbesondere aber der von sonstigen Entgelten ist in der vorliegenden Untersuchung unterschätzt, da solche Einrichtungen unberücksichtigt bleiben, die als besondere Einrichtung ausschließlich hausindividuelle Entgelte vereinbaren und somit von den Wirkungen der Konvergenz gänzlich befreit sind.

Eine vertiefende Analyse zur Rolle der Landesbasisfallwerte im Kontext der allgemeinen Budgetentwicklung steht derzeit noch aus. Überdies existieren seit 2005 weitere Budgetpositionen, die unabhängig von den Regeln der Budgetkonvergenz in der Folge eine eigene Dynamik entwickeln werden. Hierbei ist sowohl an Budgetposten zu denken, die aus dem Budget ausgegliedert wurden – wie beispielsweise die Ausbildungsvergütung – als auch an solche, die neu hinzugekommen sind, namentlich die Zuschläge für die Abschaffung des AIP und für die Verbesserung der Arbeitsbedingungen. Mit verbesserter Datenlage können hierzu Analysen folgen, welche das Gesamtbild komplettieren.

15.7 Literatur

- Carter GM, Newhouse JP, Relles DA. Has DRG Creep Crept Up? Decomposing the Case Mix Index Change Between 1987 and 1988. R-4098-HCFA/ProPAC, 1991.
- 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.
- Friedrich J, Leclerque G, Paschen K. Die Katalogrevision beeinflusst die Konvergenz. f&w 04/2007; 425–7.
- Fischer W. Grundzüge von DRG-Systemen. In: Arnold M, Litsch M, Schellschmidt H (Hrsg). Krankenhaus-Report 2000. Stuttgart: Schattauer 2001; 13–31.
- Günster C, Mansky T, Repschläger U. Das deutsche DRG-Entgeltsystem. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg). Krankenhaus-Report 2003. Stuttgart: Schattauer 2004; 43–67.
- Günster C. Bestimmung des Landesbasisfallwert mit Kappungsgrenze. Wissenschaftliches Institut der AOK (WiDO) (Hrsg), Bonn 2005.
- Heimig, F. „G-DRGs2005“ Klassifikation und Bewertung. Ergebnispräsentation zugunsten der Selbstverwaltungspartner nach § 17b KHG. Siegburg, den 24. August 2004.
- Heimig, F. „G-DRGs2006“ Klassifikation und Bewertung. Ergebnispräsentation zugunsten der Selbstverwaltungspartner nach § 17b KHG. Siegburg, den 24. August 2005.
- InEK. Abschlussbericht Weiterentwicklung des G-DRG Systems für das Jahr 2005. Teil I Projektbericht. Siegburg den 12. Dezember 2004.
- InEK. Abschlussbericht Weiterentwicklung des G-DRG Systems für das Jahr 2006. Teil I Projektbericht. Siegburg den 20. Dezember 2005.
- 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 Krankenhaus-Verlagsgesellschaft 2007; 47–83.
- Krankenhaus-Report 2006. Krankenhaus-Directory – DRG-Krankenhäuser im Jahr 1 der Budgetkonvergenz. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg). Krankenhaus-Report 2006. Stuttgart: Schattauer 2007; 365–434.