

16 Länder, ein Ziel

Johannes Wolff, Uwe Klein-Hitpaß

Die Konvergenz auf den einheitlichen Basisfallwertkorridor sollte hinsichtlich der Angleichung der Vergütungsniveaus zwischen den Bundesländern wirken, aber gegenüber anderen Tatbeständen und Sachverhalten neutral sein. Diese Neutralität ist in mehrfacher Hinsicht verletzt. Insbesondere der Einfluss auf die Landesbasisfallwertverhandlungen wird ohne Reformen ab 2014 zu gravierenden Veränderungen führen.

Der Übergang vormalig krankenhausspezifischer, an historischen Kostenstrukturen orientierter Budgets hin zur leistungsorientierten Vergütung war und ist politisch erklärter Wille. Ebenso wird weiterhin an der Vorgabe „das Geld soll der Leistung folgen“ festgehalten. Für den Übergang bedient sich die Politik regelmäßig im ambulanten wie stationären Bereich sogenannter Konvergenzphasen, die einen gesetzestechnischen Rahmen hinsichtlich Zeitraum und Mechanik der Angleichung bilden. Im DRG-Bereich wurde die Überführung der krankenhausspezifischen Preisniveaus an ein landeseinheitliches Preisniveau 2009 nach fünf Jahren abgeschlossen.

Es hat sich gezeigt, dass gesetzestechnische Fehler teuer werden können – ein Umstand, den es bei der derzeit im stationären Bereich laufenden Bundesbasisfallwertkonvergenz mit ihren enormen Umverteilungsvolumina zu vermeiden gilt. Bereits in 2011 sind nahezu ganz Mittel- und Norddeutschland (ohne Stadtstaaten) Konvergenzgewinner. Lediglich zwei von 16 Bundesländern müssen sich im Rahmen der Konvergenz nach unten orientieren (Abb.). Hinzu kommt das Problem, dass das Ende der Konvergenz in der strikten Anwendung der Korridor Grenzen mündet und die Verhandlungen der Landesbasisfallwerte in vielen Bundesländern massiv beeinflusst.

Im DRG-System wirken bisher zwei Konvergenzphasen. Die erste glich 2005 bis 2009 die krankenhausspezifischen Basisfallwerte an einen landeseinheitlichen Basisfallwert an. Dem Prinzip „gleicher Preis für gleiche Leistung“ wurde damit auf Landesebene Rechnung getragen. Auf einen einheitlichen Bundesbasisfallwert hingegen wurde verzichtet, da er politisch im Zuge des Gesetzgebungsverfahrens zum Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) nicht konsensfähig war. Seit 2010 glich die zweite Konvergenzphase die Landesbasisfallwerte bis 2014 an bundeseinheitliche Korridor Grenzen an. Der Bundesbasisfallwertkorridor besitzt dabei nur für die Länder

Foto: Fotolia

direkte Relevanz, die sich außerhalb des Korridors befinden. Die nach dem Abschluss dieser zweiten Konvergenz ursprünglich noch vorgesehene Anschlussgesetzgebung ab 2015 wurde mit dem GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG) gestrichen.

Die Bundesbasisfallwertkonvergenz: Vier Fehler

Der gesetzestechnische Mechanismus der aktuellen Bundesbasisfallwertkonvergenz hat prinzipiell nur einer Regel zu folgen: Er soll hinsichtlich der angestrebten leistungsbezogenen Umverteilung wirken, aber gegenüber anderen Tatbeständen und Sachverhalten neutral sein. Ausgabenneutralität muss als Wesenszug der Konvergenz a priori gelten. Die derzeit gewählte Berechnungsform des Bundesbasisfallwerts als Casemix gewichteter Mittelwert der Landesbasisfallwerte des Vorjahrs zuzüglich der vollen Veränderungsrate ist aufgrund der unflexiblen Vorgehensweise sehr fehleranfällig. Jede Verletzung der Ausgabenneutralität der Konvergenz wirkt sich gegenwärtig nicht nur einmalig aus, sondern in der Basis und kumuliert sich über die Jahre. Derzeit gibt es vor diesem Hintergrund in der Ausgestaltung der aktuellen Konvergenz vier große Fehler:

1. Kappungsregelung
2. starre Korridor Grenzen
3. Gravitationseffekt
4. Eingriff in die Verhandlung auf Landesebene.

Nicht alle Fehler werden allerdings „nur“ teuer: Es sind auch enorme Auswirkungen auf das Verhandlungsgeschäft zu erwarten.

Kappungsregelung verzögert die Konvergenzen: Ein nicht unwesentlicher Teil des Konvergenzsaldos beruht auf dem *ersten Fehler* der Bundesbasisfallwertkonvergenz: der Kappungsregelung. Die Einführung einer Überforderungsregelung aus Gerechtigkeitsaspekten verkompliziert den grundsätzlich einfachen Konvergenzmechanismus sehr. Erinnert sei nur an die iterative Ermittlung des Kappungsbetrags im Rahmen der DRG-Konvergenz. Die Kappungsregelung der Bun-

desbasisfallwertkonvergenz soll die Absenkung des Landesbasisfallwerts in sehr teuren Bundesländern begrenzen. Die Absenkung des Landesbasisfallwerts ist dabei auf 0,3 Prozent, das heißt auf maximal zirka zehn Euro begrenzt (§ 10 Absatz 8 Satz 5 KHEntgG). 2011 werden lediglich die Leistungserbringer des Bundeslandes Rheinland-Pfalz durch die Kappung geschont, obwohl der Landesbasisfallwert von Rheinland-Pfalz steigt. Allein die Kappung von Rheinland-Pfalz führte im Jahr 2011 zu einer Mehrbelastung in Höhe von rund 14 Millionen Euro. Zudem führt die Kappungsregelung unweigerlich jährlich zu einem falsch hohen Korridor und Bundesbasisfallwert, da der rheinland-pfälzische Landesbasisfallwert aufgrund der Kappung „zu hoch“ in die Kalkulation des Bundesbasisfallwerts einfließt.

Auf Basis der vorliegenden Kappungsregelung wird es voraussichtlich eine weit über das vorgesehene Ende der Konvergenz im Jahr 2014 dauernde Angleichung des Landesbasisfallwerts an den Korridor geben (§ 10 Absatz 8 Satz 5 KHEntgG). Da eine Anschlussgesetzgebung nach Streichung der Vorschrift mit dem GKV-FinG ab 2014 nicht mehr vorgesehen ist, ist ein Ende der Bundesbasisfallwertkonvergenz für Kappungsländer auf absehbare Zeit nicht zu erkennen – bei der gegenwärtigen Entwicklung des rheinland-pfälzischen Landesbasisfallwerts kein unrealistisches Szenario. Diesen Aspekt sollte ein dauerhaft einheitlicher Preiskorridor berücksichtigen.

Statische Korridor Grenzen produzieren übermäßig viele Konvergenzgewinner: Ausgabensteigerungen durch eine Angleichung der Landesbasisfallwerte unterhalb des Korridors an die untere Korridor Grenze sollten den Einsparungen durch die Absenkung der Landesbasisfallwerte oberhalb des Korridors an die obere Korridor Grenze entsprechen. In der Konvergenzphase spielt dieser Grundsatz auch in der Wahl der Höhe der Korridor Grenzen eine Rolle. Diese aus Sicht der GKV zentrale Voraussetzung für eine kor-

rekte Konvergenz ist der *zweite Fehler* der Bundesbasisfallwertkonvergenz. Im Rahmen der jährlichen Annäherung der Landesbasisfallwerte wird derzeit keinerlei Bezug zum tatsächlichen Umverteilungsvolumen – auf Leistungsmengen und Ausgabenvolumina – genommen. Die Breite des politisch gewollten Korridors wurde für die Konvergenzphase notwendigerweise normativ gesetzt, da es noch keine Untersuchungen zur gerechtfertigten Streubreite der Landesbasisfallwerte gibt. Einer Korridorobergrenze in Höhe von +2,5 Prozent steht eine Korridoruntergrenze in Höhe von -1,25 Prozent gegenüber. Dass diese Grenzen dabei nicht symmetrisch sind, liegt in der Notwendigkeit einer ausgabenneutralen Umverteilung zwischen Gewinnern und Verlierern begründet. In Bezug auf die Ausgabenneutralität sind asymmetrische Korridor Grenzen aufgrund der unterschiedlichen Größe der Bundesländer (gemessen am Leistungsvolumen) und ihrer relativen Lage zum rechnerischen Bundesbasisfallwert in der Konvergenzphase zwingend notwendig. Mag das Umverteilungsvolumen im ersten Jahr der Bundesbasisfallwertkonvergenz gemessen an den bestehenden Korridor Grenzen noch halbwegs korrekt gewesen sein, so bringen die statischen Grenzen in den Folgejahren eine steigende und systematische jährliche Verzerrung des Konvergenzsaldos und daraus resultierend eine Mehrbelastung der GKV. Werden die maßgeblichen Casemixvolumina betrachtet, befinden sich in 2011 bereits 52 Prozent auf der „Gewinnerseite“ unterhalb des Korridors, wohingegen lediglich sechs Prozent des Casemixvolumens oberhalb des Korridors auf der „Verliererseite“ angesiedelt sind. Der Fehler besteht demnach nicht in der Asymmetrie der Korridor Grenzen per se, sondern darin, diese in den Folgejahren nicht flexibel zu halten. Die Korridor Grenzen müssten in der Konvergenzphase jährlich neu adjustiert werden.

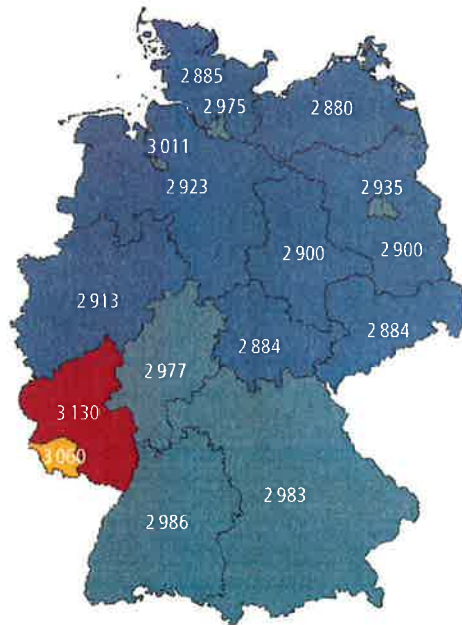
Nach der Konvergenzphase ab 2015 gestaltet sich die Situation grundlegend anders. Ein dauerhaft asymmetrischer Preiskorridor lässt sich theore-

Gewinner und Verlierer – Konvergenzstatus der Bundesländer

vereinbarte Landesbasisfallwerte 2011
in der Konvergenz (gerundet)

- unterhalb des Korridors
- im Korridor
- oberhalb des Korridors
- oberhalb des Korridors + Kappung

Angaben in Euro



Quelle: Abfrage des GKV-Spitzenverbandes

tisch nicht begründen. Zwar ist es plausibel anzunehmen, dass Preise innerhalb eines Korridors streuen können beziehungsweise dürfen (etwa bei Stadt-Land-Unterschieden in den Lohnniveaus). Allerdings wird erstens dieses sich kaum ausgeprägt zwischen Bundesländern zeigen und zweitens symmetrisch um ein mittleres Preisniveau (Bundesbasisfallwert) verteilt sein. Die Breite des Preiskorridors nach der Konvergenzphase hängt davon ab, in welchem Umfang Preisstreuung tatsächlich auf Basis fundamentaler und relevanter Tatbestände zu begründen ist. Ein dauerhafter Preiskorridor sollte diese Aspekte aufgreifen.

Falsche Rechenvorschrift verursacht „Gravitationseffekt“: Gewicht nach den finanziellen Risiken für die gesetzliche Krankenversicherung erscheint als größte Herausforderung jedoch die fehlende Berichtungsmöglichkeit des Bundesbasisfallwerts, welche aufgrund des sogenannten „Gravitationseffekts“ notwendig wird.

Dieser entsteht dadurch, dass die Vereinbarung der Landesbasisfallwerte aufgrund hoher Leistungszuwächse häufig auch unterhalb der Veränderungsrate liegt, der Bundesbasisfallwert aber immer prospektiv um die volle Veränderungsrate angehoben werden muss (§ 10 Absatz 9 Satz 5 KHEntgG). Über die Konvergenzvorschrift profitieren damit paradoxerweise auch jene Bundesländer von der vollen Veränderungsrate, die zuvor unterhalb der Veränderungsrate abgeschlossen haben. Der Bundesbasisfallwert als „Massezentrum“ zieht diese Länder auf den Pfad der vollen Veränderungsrate. Die systematisch falsch hohe prospektive Festsetzung des Bundesbasisfallwerts und -korridors ist der *dritte Fehler* der Bundesbasisfallwertkonvergenz. Eine nachträgliche Korrektur dieser prospektiven Schätzung auf Bundesebene ist im Gesetz nicht vorgesehen.

Es steht zu erwarten, dass sich diese Situation mit Anwendung des Orientierungswertes gemäß § 10 Absatz 6 KHEntgG noch verschärfen wird, da

der Orientierungswert zu einer Doppelfinanzierung von Kostensteigerungen im Krankenhausbereich führt. Kostensteigerungen werden bereits jetzt über steigende Erlöse durch zusätzliche Mengen zu einem Großteil refinanziert. Würde nun auch noch ein Preissetzungsspielraum im Umfang der Kostensteigerungen gewährt, würde nicht nur eine Doppelfinanzierung von Kostensteigerungen angereizt, sondern auch ein deutlich verstärkter Gravitationseffekt. Je höher die Veränderungsrate (künftig der Veränderungswert) als Obergrenze festgesetzt wird beziehungsweise je weiter die tatsächliche Preissteigerungsrate der Landesbasisfallwerte hinter der Veränderungsrate zurückbleibt, desto kostenträchtiger.

2014 enden die Verhandlungen: Der *vierte* und wohl inhaltlich schwerste *Fehler* der Bundesbasisfallwertkonvergenz ist aber die diktierte Abkehr von der Verhandlungslösung auf Landesebene. Ohne die, mit dem GKV-FinG gestrichene, Vorschrift einer Anschlussgesetzgebung endet die Bundesbasisfallwertkonvergenz mit der vollständigen Angleichung an den Bundesbasisfallwertkorridor. Gemäß § 10 Absatz 8 Satz 8 KHEntgG sind „nach der vollständigen Angleichung nach Satz 3 [...] Verhandlungsergebnisse, die außerhalb des einheitlichen Basisfallwertkorridors [...] liegen, jährlich in vollem Umfang an den jeweiligen Grenzwert dieser Bandbreite anzugleichen.“ Wie eine Platte mit einem Sprung wird das Ende der Bundesbasisfallwertkonvergenz jedes Jahr wiederholt. Für Krankenhäuser in Bundesländern an der unteren Korridor-grenze eine komfortable Situation. Verhandeln diese Bundesländer nicht, so erhalten sie per Automatismus gemäß § 10 Absatz 9 Satz 5 KHEntgG die volle Veränderungsrate (unabhängig zum Beispiel vom Nachweis der Notwendigkeit von Kostensteigerungen). Verhandeln lohnt sich für Krankenhäuser hingegen dann, wenn Ausnahmetatbestände von der Begrenzung auf die Obergrenze genutzt werden können. Die volle Veränderungsrate wird zum Minimalziel der Krankenhausverhandler auf Landesebene.

Anders verhält sich die Situation an der oberen Korridorngrenze, da hier weiterhin der volle Verhandlungsspielraum im Umfang der Veränderungsrate besteht. Beide Seiten haben hier weiter ein Verhandlungsinteresse. Die Veränderungsrate bildet lediglich bei Vorliegen von Ausnahmetatbeständen eine absolute Obergrenze – eine Ungleichbehandlung der Verhandlungspartner und ein massiver Eingriff in die Verhandlung.

Modifikationen sind notwendig

Es bleibt festzuhalten, dass eine Konvergenz im eigentlichen Wortsinne, also eine Angleichung der Preise, zwar erfolgt, Kosten- und Strategieneutralität der Konvergenzphase jedoch vergeblich gesucht werden. Schon allein ohne Basiseffekte summiert sich der Konvergenzgewinn der Bundesländer 2011 bereits auf rund 70 Millionen Euro, die Konvergenzverluste hingegen auf lediglich zehn Millionen Euro. Die Mehrbelastung der gesetzlichen Krankenversicherung wird bis 2014 aufgrund der höheren Angleichungsschritte aller Voraussicht nach noch deutlich ansteigen. Dabei ist zu beachten, dass der Bundesbasisfallwert zwar selbst nur als Richtgröße fungiert und direkt in keiner Weise für Zahlungen relevant wird, wohl aber indirekt durch seinen Einfluss auf die Korridorngrenzen und damit die Anhebung und Absenkung der Landesbasisfallwerte im Rahmen der Konvergenz.

Um das Ziel einer im positiven Sinne neutralen Angleichung im Rahmen der Bundesbasisfallwertkonvergenz umzusetzen, weiterhin eine rechnerische Ermittlung des Bundesbasisfallwerts durchführen zu können und eine ausgewogene Verhandlung der Landesbasisfallwerte **nicht zu gefährden, sind folgende Modifikationen aus Sicht der gesetzlichen Krankenversicherung in Analogie zu den aufgezeigten Problemen notwendig:**

1. Streichung der Kappung
2. regelmäßige Anpassung des Preiskorridors

3. Einführung von Fehlschätzungs-/ Berichtigungsmechanismen auf Bundesebene
4. Stärkung der Verhandlungen auf Landesebene ab 2014.

Da der Bundesbasisfallwert, wie die Landesbasisfallwerte, prospektiv wirkt, werden sich nicht alle Fehler vermeiden lassen. Wichtig ist nur, diese Effekte nicht dauerhaft finanz- und basiswirksam werden zu lassen. Vereinfacht lässt sich festhalten, dass im Bundesbasisfallwert des Folgejahrs all die Effekte einer Korrektur bedürfen, die die Neutralität der Umverteilung der Konvergenzphase und des Verhandlungsgeschäfts verletzen. Insbesondere das jährliche Ende der Konvergenzphase ab 2014 mit regelhafter Garantie der vollen Veränderungsrate für Bundesländer an der unteren Korridorngrenze und seiner damit enormen Wirkung auf die Verhandlungen muss korrigiert werden. Vorstellbar ist beispielsweise, anstelle der vollen Angleichung an die Korridorngrenzen eine dauerhafte, „sanfte“ Konvergenz vorzusehen (etwa zu einem Drittel), um entsprechende Verhandlungsanreize beizubehalten.

Grundsätzlich bleibt festzuhalten, dass ein zwischen Bundes- und Landesebene abgestimmtes Ausgleichs- und Berichtigungsverfahren aufgrund der dauerhaften Einrichtung eines prospektiv zu vereinbarenden Preiskorridors zwingend notwendig erscheint, um die aufgezeigten Probleme zu vermeiden.

Literaturhinweise bei den Verfassern und auf unserer Website www.bibliomed.de/fundv

Anschrift der Verfasser:

Johannes Wolff
Referatsleiter Krankenhausvergütung

Uwe Klein-Hitpaß
Referat Krankenhausvergütung

Abteilung Krankenhäuser
GKV-Spitzenverband
Mittelstraße 51
10117 Berlin
E-Mail: Johannes.Wolff@gkv-spitzenverband.de