

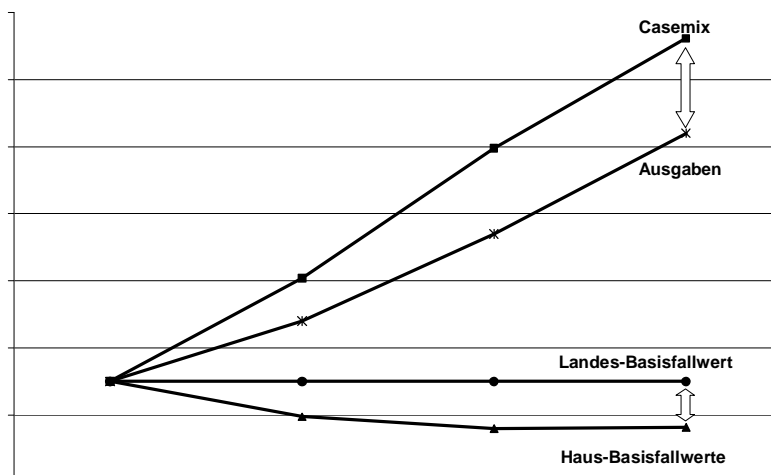
GKV-Spitzenverband  
Mittelstraße 51  
10117 Berlin

Telefon +49 (0) 30 206 288-0  
Fax +49 (0) 30 206 288-88  
Mail [info@gkv-spitzenverband.de](mailto:info@gkv-spitzenverband.de)  
Internet [www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)



## Divergente Basisfallwerte

Zur Ausgabenwirkung divergierender Landes- und Krankenhaus-Basisfallwerte am Ende der Konvergenzphase



Dr. Wulf-Dietrich Leber  
Frank Reinermann  
Johannes Wolff

Berlin 06.11.2008



## Divergente Basisfallwerte

### Zur Ausgabenwirkung divergierender Landes- und Krankenhaus-Basisfallwerte am Ende der Konvergenzphase

Am Ende der DRG-Konvergenzphase hat das deutsche Gesundheitswesen ein Divergenzproblem. Die Basisfallwerte der Krankenhäuser sollten eigentlich auf den jeweiligen Landes-Basisfallwert konvergieren. Ein Blick auf die Verhandlungsergebnisse zeigt jedoch, dass die Landes-Basisfallwerte in fast allen Bundesländern deutlich über den durchschnittlichen Basisfallwerten der Häuser liegen. Würden die Krankenhäuser spontan nach Landes-Basisfallwert vergütet – was prinzipiell für 2009 vorgesehen ist –, käme es zu einem Erlösprung von rund 900 Mio. Euro – und zwar ganz unabhängig von den anderen Erlössteigerungen, die im Entwurf des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes (KHRG) vorgesehen sind.

Die im KHRG vorgesehenen Erlössteigerungen (Durchreichen von Tarifsteigerungen, Wegfall von Integrations- und Sanierungsabschlag,...) addieren sich zusammen mit der Erlösprungproblematik und absehbarer Mengensteigerung zu einer Mehrbelastung der gesetzlichen Krankenversicherung, die nicht mit dem inzwischen fixierten Beitragssatz von 15,5 Prozent finanzierbar ist. Es bedarf deshalb gesetzgeberischer Maßnahmen, um das Ausgabenwachstum in 2009 insgesamt auf die politisch zugesagten 3,5 Mrd. Euro zu begrenzen.

Da ab 2009 im Krankenhausbereich keine Budgetsteuerung mehr vorgesehen ist, müssen solche Ausgaben steuernden Interventionen am Landes-Basisfallwert ansetzen. Den Krankenhäusern wird durch diesen Vorschlag kein Geld weggenommen. Selbst wenn der Basisfallwert aufgrund der vorgeschlagenen Adjustierung abgesenkt wird, bekommen die Krankenhäuser nicht weniger. Es wird lediglich der Erlöszuwachs begrenzt.

Die Ursache für die Divergenzproblematik ist nicht ganz trivial. Sie beruht im Kern darauf, dass Mengensteigerungen auf der Ebene der Haus-Basisfallwerte absenkend verhandelt worden sind, während dies auf Landesebene (fälschlicherweise) nicht oder nicht ausreichend geschehen ist.

Im Folgenden wird die Divergenzproblematik analytisch aufbereitet und empirisch fundiert. Es sei darauf hingewiesen, dass es sich nicht um eine Erlösausgleichsproblematik handelt: Die Probleme haben nichts mit Mehr- oder Mindererlösausgleichen zu tun. Das Divergenzproblem ist auch unabhängig von Überlegungen, die Landes-Basisfallwerte zu einem Bundes-Basisfallwert konvergieren zu lassen.

---

De facto geht es beim drohenden Ausgabensprung um zwei Teilprobleme:

1. Das Mehrleistungsproblem

In welchem Ausmaß müssen die Basisfallwerte angepasst werden, wenn es nicht als Folge einer Mengenausweitung zu ungerechtfertigten Ausgabensteigerungen kommen soll? Dies ist ein grundsätzliches Problem, das sich auch über 2009 hinaus stellt.

2. Das Sprungproblem

Am Ende der Konvergenzphase „springen“ die Basisfallwerte der Krankenhäuser auf den Landes-Basisfallwert. Liegt dieser signifikant über dem gewichteten Durchschnitt der Haus-Basisfallwerte, dann kommt es zu einem vom Gesetzgeber nicht beabsichtigten Ausgabensprung. Dieses Problem existiert nur einmal im Jahr 2009.

Zunächst sei die Grundsatzproblematik von Erlösentwicklung und Basisfallwerten bei steigenden Leistungsmengen diskutiert.

## Das Mehrleistungsproblem

In DRG-Systemen ergibt sich die Vergütung für Krankenhausfälle als Produkt aus Bewertungsrelationen (Casemix) und Basisfallwert (Preis). Im deutschen DRG-System wird der Durchschnitt der Bewertungsrelationen so justiert, dass für die Summe aller Vergütungen beim Wechsel von einer DRG-Version zur nächsten keine „Katalogeffekte“ entstehen. Katalogeffekte können auf der Ebene einzelner Häuser, Abteilungen, Länder oder Krankenhausgruppen auftreten, werden aber für Deutschland insgesamt durch die Wahl einer sogenannten Bezugsgröße ausgeschlossen. Für die weiteren Überlegungen heißt das, dass man die DRG-Katalogwechsel nicht berücksichtigen muss.

Die Gesamterlösentwicklung ist bei unverändertem Katalog abhängig von der Basisfallwert- und der Casemixveränderung, wobei letztere wiederum aufgespalten werden kann in eine Fallzahlveränderung und eine Schweregradveränderung.

Bleibt der Basisfallwert über die Jahre unverändert, dann entwickelt sich das Ausgabenvolumen und damit die Belastung für die gesetzliche Krankenversicherung direkt proportional zur Casemixänderung. Für das bundesdeutsche Gesundheitswesen würde ein Prinzip unveränderter Basisfallwerte jährliche Ausgabensteigerungen in Größenordnungen von etwas über drei Prozent bewirken (Tabelle 1).

Tabelle 1: Casemixänderungen 2004 – 2009

Jahr	Casemix gemäß § 21 KHEntgG	Delta Casemix gegenüber dem Vorjahr	Prozentuale Casemix- steigerung
2004	15.476.804		
2005	16.033.965	557.161	3,60 %
2006	16.528.236	494.271	3,08 %
2007	17.148.731	620.495	3,75 %
2008*	17.674.447	525.716	3,07 %
2009*	18.225.452	551.005	3,12 %

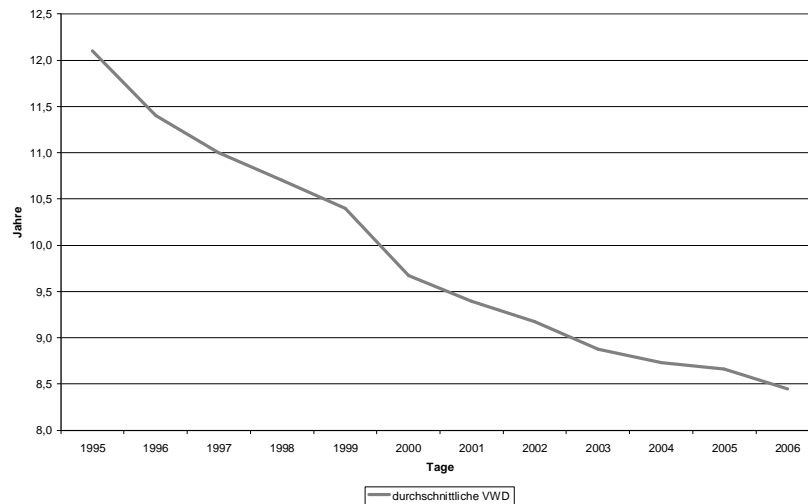
\*Der CM-Wert 2008 und 2009 ist auf Basis einer Trendrechnung der Jahre 2004 bis 2007 geschätzt.

Quelle: Katalogpräsentationen des InEK der Jahre 2005 bis 2009, Daten gemäß § 21 KHEntgG

Konstante Basisfallwerte haben den Fehler, intuitiv als gerecht empfunden zu werden. Es gibt jedoch gute Gründe dafür, dass Basisfallwerte tendenziell eher „Fall-Werte“ sein sollten, also im Wert sanft fallen sollten. Immer dann, wenn der Ressourcenverbrauch zur „Produktion“ der Leistung sinkt, käme es im Falle eines konstanten Wertes zu einer Überfinanzierung der Leistungen. Wenn im Schnitt die Kosten eines Falles sinken, dann sollte der Basisfallwert diese Entwicklung reflektieren. Es gibt ausreichend Evidenz dafür, dass die Krankenhausfälle kostengünstiger erbracht werden können und auch kostengünstiger erbracht werden.

Der erste Grund ist die krankenhausspezifische Produktivitätsentwicklung: Durch den medizinischen Fortschritt können viele Krankheiten wirksamer und vor allen Dingen schneller behandelt werden. Der nach wie vor beeindruckende Verweildauerrückgang ist sichtbares Zeichen dieser Produktivitätsentwicklung (Abbildung 1). Er wäre übrigens noch größer, wären nicht durch Erweiterung des Kataloges für ambulante Operationen rund 600.000 „Tagesfälle“ aus dem stationären in den ambulanten Bereich gewandert.

Abbildung 1: Verweildauerrückgang 1995 – 2006



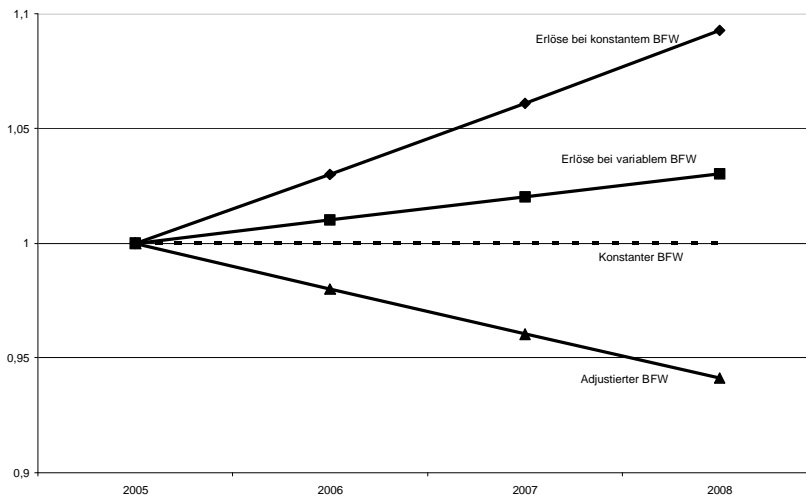
Quelle: Statistisches Bundesamt, destatis Fachserie 12

Ein zweiter guter Grund für sinkende Produktionskosten ist die Fallzahlmehring im Verbund mit Fixkostendegression. Mit steigender Menge sinken die Durchschnittskosten, weil lediglich die variablen Kosten steigen. Nimmt man die im Krankenhausbereich übliche Quote von 35 Prozent variabler Kosten, dann ist beispielsweise eine Fallzahlsteigerung von 100 auf 110 Fälle schon mit einer Erlössteigerung von 100 auf 103,5 finanzierbar. Folgt man dem vernünftigen Grundsatz, die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung nur so stark steigen zu lassen, wie dies zur Finanzierung der „Produktionskosten“ notwendig ist, so bedarf es einer zur Mengenentwicklung komplementären Absenkung des Basisfallwertes (auf ca. 94 Prozent).

Abbildung 2 zeigt schematisch die kostenkompatible Absenkung des Basisfallwertes bei einer Mengenentwicklung von drei Prozent und einer 35-Prozent-Quote für variable Kosten. Bei konstantem Basisfallwert entwickeln sich die Erlöse gemäß oberem Entwicklungspfad. Bei „adjustiertem“ Basisfallwert (sinkende Linie) wird die Erlösentwicklung auf die zusätzlichen Kosten beschränkt (Mittellinie: „Erlöse bei variablem BFW“).

Von zentraler Bedeutung ist die gegenläufige Entwicklung von Basisfallwert und Ausgaben- bzw. Budgetentwicklung: Der Basisfallwert sinkt und trotzdem steigt das Gesamtvolumen der Krankenhauserlöse respektive die Ausgaben der Krankenkassen. Im Abschnitt „Empirie der Divergenz“ wird gezeigt, dass diese hier schematisch gezeigte Entwicklung durchaus der realen Entwicklung in den letzten Jahren entsprach.

Abbildung 2: Steigende Erlöse bei sinkendem Basisfallwert (schematische Darstellung)



Natürlich gibt es neben den „Abwertungstatbeständen“ für Basisfallwerte, wie der Produktivitätsentwicklung, auch Aufwertungstatbestände, so z.B. die Inflation. Wichtig ist, dass ein konstanter Basisfallwert alles andere als „natürlich gegeben“ und alles andere als ein „gerechtes“ Vergütungsprinzip ist.

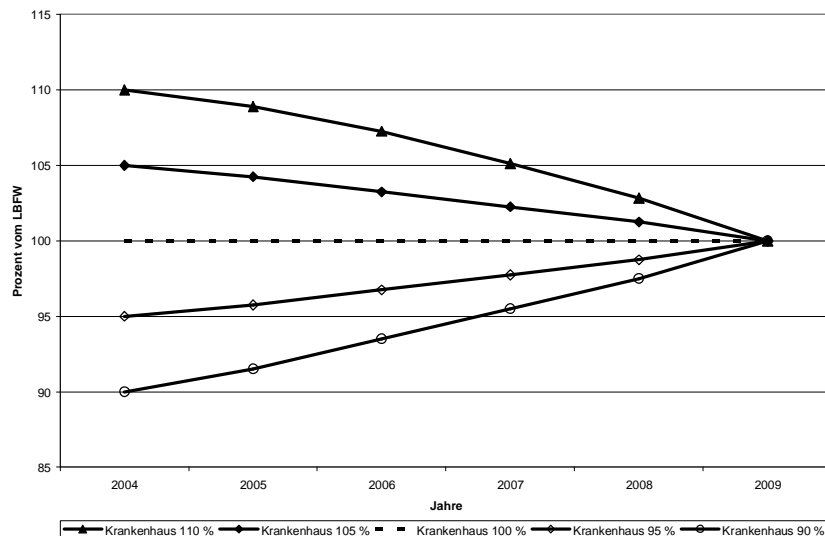
Um sich die Ausgabenwirkung der Casemixzunahme der letzten Jahre in Bezug auf die gesamtdeutsche Situation ab 2009 zu verdeutlichen, hilft folgende kurze Rechnung (vgl. Tabelle 1). Von den geschätzten drei Prozent zusätzlichen Casemixvolumens sind rund zwei Drittel auf Fallzahlsteigerung zurückzuführen. Dies entspricht einem Volumen von rund einer Milliarde Euro. Damit die Ausgabenzuwächse auf die Zuwächse der variablen Kosten reduziert werden, müsste eine Absenkung der Basisfallwerte erfolgen. Dieses Prinzip sollte auch umsetzungssicher im Gesetz verankert werden. Im Ergebnis sollte der Ausgabenzuwachs durch Mengensteigerungen in 2009 zu einer maximalen Mehrbelastung der GKV in einer Größenordnung von etwas über 350 Mio. Euro führen.

## Das Sprungproblem

Für die Konvergenzphase hat der Gesetzgeber einen fünfjährigen Anpassungspfad vorgesehen, bei dem die Basisfallwerte der Häuser mit wachsenden Prozentzahlen an den Landes-Basisfallwert herangeführt werden (Abbildung 3). Budgettechnisch erfolgt der Annäherungsprozess durch sogenannte Angleichungsbeträge: das historische Budget eines Hauses wird dem Zielbudget, also jenem bei Gültigkeit des Landes-Basisfallwertes, zu einem bestimmten Prozentsatz angenähert. Der Vorgang ist symmetrisch angelegt: Die Angleichungsbeträge

zwecks Absenkung überdurchschnittlich teurer Häuser und die korrespondierenden Beträge unterdurchschnittlicher Häuser sollen sich in jedem Jahr ausgleichen.

Abbildung 3: Symmetrische Konvergenz



Für den letzten Angleichungsschritt von 2008 auf 2009, dem ersten Jahr mit einheitlichem Basisfallwert, gibt es quasi keine prozentuale Angleichung mehr, sondern den vollen Angleichungsschritt: die Basisfallwerte der Krankenhäuser springen auf den Landes-Basisfallwert.

Der Sprung auf den Landes-Basisfallwert ist dann kein Problem, wenn – um im Bild zu bleiben – die eine Hälfte der Krankenhäuser runter und die andere Hälfte hoch springt. Leider ist das Szenario für den Übergang zu 2009 jedoch ein anderes. Es werden – wenn man nichts tut – wesentlich mehr Häuser einen Basisfallwertsprung nach oben machen. Die meisten Landes-Basisfallwerte liegen derzeit oberhalb des durchschnittlichen Basisfallwertes der Krankenhäuser. Es gibt sozusagen keinen Sprung auf die mittlere Höhe, sondern nach oben. Das würde für die Krankenkassen einen Ausgabensprung in einer Größenordnung von fast einer Milliarde Euro bedeuten und bedarf deshalb der Korrektur.

## Divergenz von § 4 und § 10 KHEntgG

Wie kann es dazu kommen, dass der (mit Casemix gewichtete) Landes-Basisfallwert nicht dem Durchschnitt der Haus-Basisfallwerte entspricht? Die Ursache für das Problem liegt in zwei unterschiedlichen Verhandlungsprozessen und in zwei unterschiedlichen Arten, mit Mengensteigerungen umzugehen. Zum einen gibt es die Verhandlung der Landes-Basisfallwerte zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und der jeweiligen Lan-

des Krankenhausgesellschaft. Zum anderen gibt es „vor Ort“ die Verhandlung des einzelnen Krankenhausbudgets inklusive krankenhausspezifischem Basisfallwert. Beteiligt an letzterer Verhandlung sind das Krankenhaus und alle Krankenkassen, die mehr als fünf Prozent der Patienten im Krankenhaus haben. Voraussetzung für die Budgetverhandlung auf Hausebene ist jeweils ein genehmigter Landes-Basisfallwert, da andernfalls unklar wäre, an welchen Wert der Haus-Basisfallwert angeglichen werden müsste.

Die gesetzlichen Vorgaben der beiden Verhandlungsebenen für den Umgang mit Mengensteigerungen sind unterschiedlich. § 10 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) regelt die Festsetzung für den Landes-Basisfallwert und hat – neben vielen anderen Einflussgrößen – die Formulierung:

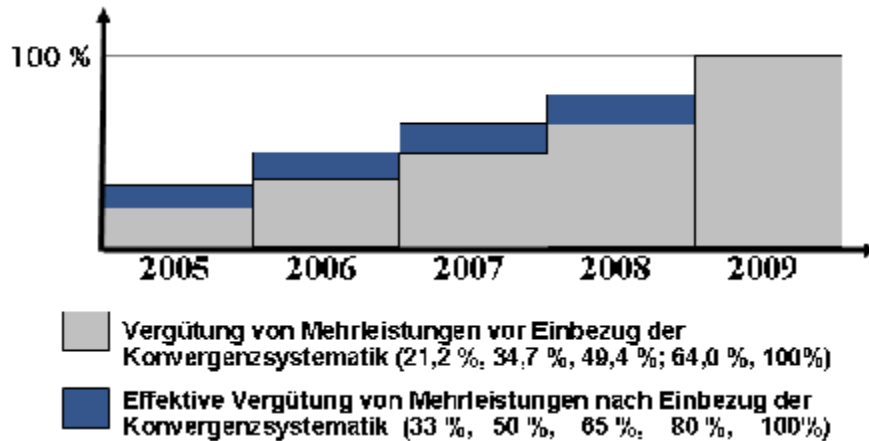
„(3) In den Folgejahren sind bei der Vereinbarung insbesondere zu berücksichtigen: [...] 4. die allgemeine Kostendegression bei Fallzahlsteigerungen, ...“

Das ist in isolierter Betrachtung eine Art „Absenkungsgebot“: Der Landes-Basisfallwert soll abgesenkt werden, damit Mengensteigerungen nur im Umfang der variablen Kosten ausgabenwirksam werden (siehe oben). § 10 stellt dabei ausschließlich auf die Steigerung der Fallzahlen ab. Veränderungen des Schweregrades führen hingegen nicht zu einer Absenkung des Basisfallwertes, obwohl die sogenannte Fixkostendegression ähnlich wie bei Fallzahlsteigerungen existieren dürfte.

Die Vorgaben zur Berücksichtigung einer Mengensteigerung auf Ebene des einzelnen Krankenhauses finden sich in § 4 KHEntgG und sind etwas komplexer. Sie geben eine im Zeitablauf zunehmende Mehrleistungsfinanzierung vor. Hintergrund ist der Abschied von der Budgetierung. Bei herkömmlicher grundlohnorientierter Budgetierung wird eine Mengensteigerung maximal bis zur Entwicklung der Grundlohnsumme ausgabenwirksam; darüber hinausgehende Mengensteigerungen wirken Fallwert senkend. Da mit der Einführung der DRGs gleichzeitig die Aufhebung der Budgetierung politisch verbunden wurde, ist eine prozentual wachsende Mehrleistungsfinanzierung gesetzlich festgelegt worden (Abbildung 4), wobei sich der Unterschied zwischen nominaler und effektiver Mehrleistungsquote nur dem fortgeschrittenen Prozentrechner erschließen wird. § 4 geht übrigens, anders als § 10, von einer Berücksichtigung beider Komponenten der Mehrleistungen aus – von Fallzahl- und von Schweregradsteigerungen.



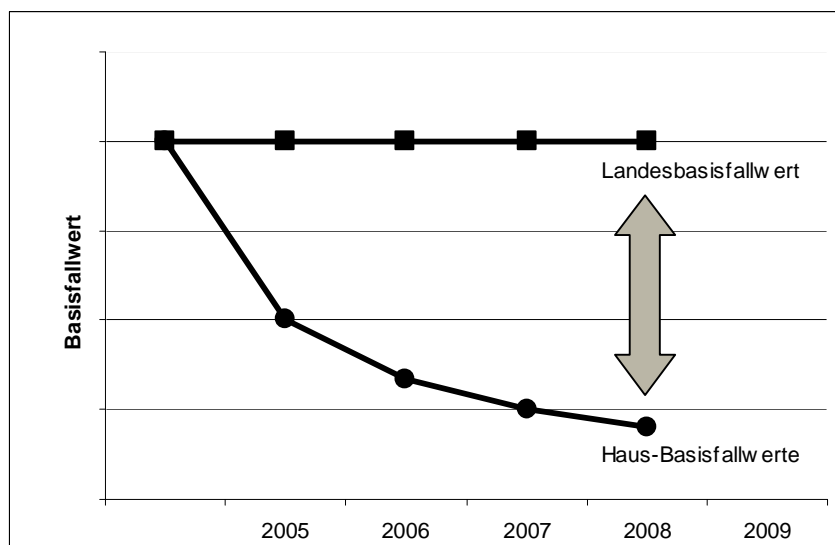
Abbildung 4: Mehrleistungsquoten gemäß § 4 KHEntgG



Fakt ist: Die Vorgaben für den Umgang mit Mengensteigerungen divergieren. Und sie haben folglich eine Divergenz hervorgebracht. Die Regelung auf Hausebene ist vergleichsweise strenger und hat bei gleicher Mengenentwicklung zu einem sinkenden Basisfallwertverlauf geführt.

Setzt man den Landes-Basisfallwert konstant, dann sinken die Haus-Basisfallwerte und es entsteht die besagte Divergenz (Abbildung 5). Die divergente Entwicklung war besonders groß in der Anfangsphase, als noch die Budgettierung eine Absenkung der Haus-Basisfallwerte nach sich zog.

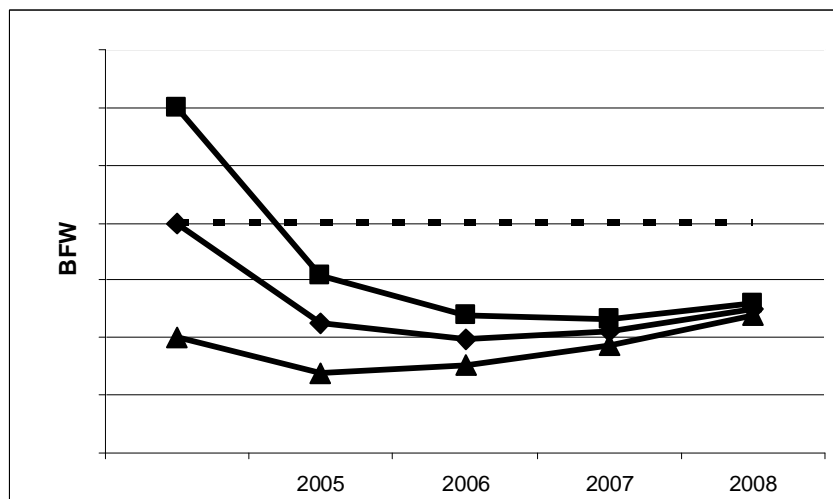
Abbildung 5: Divergenz von Landes- und Haus-Basisfallwerten aufgrund unterschiedlicher Berücksichtigung von Mehrleistungen (schematische Darstellung ohne Konvergenz)



Dass sich Hauswerte und Landeswerte nicht weiter auseinander bewegen, sondern nach anfänglichem Abfall parallel verlaufen und fast wieder aufeinander zulaufen (Abbildung 6), hängt mit zwei Effekten zusammen:

1. Die zunehmende Mehrleistungsfinanzierung auf Hausebene und
2. die Konvergenz, die die Hauswerte zum Landes-Basisfallwert „hinzieht“.

Abbildung 6: Konvergenz von Haus-Basisfallwerten unterhalb eines konstant gesetzten Landes-Basisfallwertes (zunehmende Mehrleistungsfinanzierung)



Die schematische Modellierung zeigt bei konstantem Landes-Basisfallwert und anteiliger Mehrleistungsfinanzierung auf Hausebene (gemäß § 4 KHEntgG) statt der symmetrischen Konvergenz (Abbildung 3) einen nach unten schwingenden Basisfallwertverlauf (Abbildung 6), der für unterschiedliche Haustypen etwas variiert:

1. Vermeintliche Verliererhäuser mit starken Casemixsteigerungen, wie z.B. Universitäten, finden sich unverhofft unterhalb des Landes-Basisfallwertes und konvergieren nunmehr als „Gewinner“ (oberste Linie).
2. Basisfallwerte von Durchschnittshäusern (Ausgangspunkt identisch mit Landes-Basisfallwert) zeigen eine Art U-förmigen Basisfallwertverlauf.
3. Klassische Konvergenzgewinner, also Häuser mit historisch niedrigem Basisfallwert, sinken aufgrund der Mengenentwicklung zunächst leicht ab, bevor der erwartete Pfad in Richtung Landes-Basisfallwert führt.

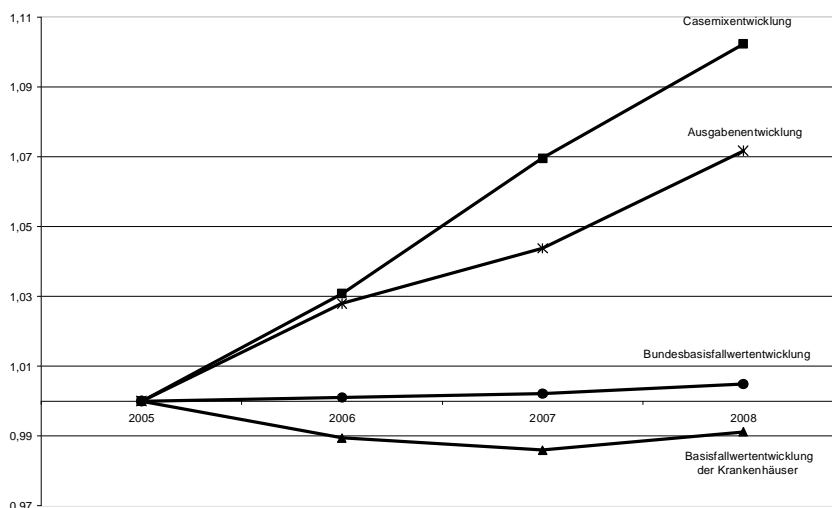
Zur Erinnerung: Die hier gezeigten sinkenden Basisfallwerte gehen durchaus mit einem steigenden Erlösvolumen einher!

## Empirie der Divergenz

Die im letzten Abschnitt modellhaft abgeleiteten Fallwertverläufe finden sich in beeindruckender Übereinstimmung in der realen Vergütungswelt wieder (Abbildung 7):

- Die Landes-Basisfallwerte (hier aggregiert zu einem Bundes-Landes-Basisfallwert) sind quasi unverändert geblieben.
- Die Haus-Basisfallwerte sinken leicht. Es ist ersichtlich, dass die Leistungssteigerungen absenkend berücksichtigt wurden.
- Die Ausgabenentwicklung wurde durch diese zahlungswirksamen Haus-Basisfallwerte bestimmt.
- Dementsprechend liegt die Ausgabenentwicklung unterhalb der Casemixentwicklung.

Abbildung 7: Erlösentwicklung, Landes- und Haus-Basisfallwerte 2005 – 2008



Quellen: KJ1, Katalogpräsentationen des InEK 2005 bis 2009, Daten gemäß § 21 KHEntgG, VB Cube des VdAK: 2008 Indexentwicklung des Casemix des Jahres 2008 als Trend der Vorjahre. Index des BFFW errechnet auf Basis der LBFW (ohne Ausgleichs und ohne Kappung) gewichtet durch den vereinbarten Casemix für das Jahr 2008. Indexentwicklung der KJ1 für das Jahr 2008 als Trend aus den Jahren 2004 bis 2007. Indexentwicklung der BFW der Krankenhäuser für das Jahr 2008 nur für Teile der Krankenhäuser.

Hier setzt die Sprungproblematik ein: Würden die Häuser spontan auf den Landes-Basisfallwert springen, dann springen die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung auf den oberen Strahl, jenen Strahl, der sich ergeben hätte, wenn immer schon nach Landes-Basisfallwert vergütet worden wäre.

Die empirische Ermittlung der Ausgabenbelastung durch einen solchen Sprung auf den Landes-Basisfallwert scheint zunächst eine einfache Rechenaufgabe: Man nehme die verhandelten Basisfallwerte der Häuser (ohne Ausgleich) und multipliziere die Differenz zum Landes-Basisfallwert mit dem Casemix des jeweiligen Hauses. Realiter ist selbst jetzt, wo sich das Jahr dem Ende zuneigt, kaum mehr als die Hälfte der Häuser verhandelt. Und außerdem sind die Ergebnisse nicht offiziell veröffentlicht. Die Haus-Basisfallwerte sind allerdings über die Webseite des AOK-Bundesverbandes zugänglich. Brauchbare Datenbanken mit Basisfallwerten und Casemix aller deutscher Krankenhäuser liegen unseres Wissens nur bei der AOK und den Ersatzkassen vor. Die nachstehenden Übersichten basieren auf diesen Datenbanken. Sie stellen wegen der noch nicht abgeschlossenen Budgetrunde 2008 nur eine Momentaufnahme dar.

Erwartungsgemäß ist das Ausmaß des Sprungproblems nach Ländern unterschiedlich (Tabelle 2). Die Differenz zwischen durchschnittlichen Haus-Basisfallwerten (HBFW) und Landes-Basisfallwerten (LBFW) beträgt im Durchschnitt 47 Euro und streut zwischen - 7 Euro (Sachsen-Anhalt; HBFW > LBFW) und 69 Euro (Nordrhein-Westfalen; HBFW < LBFW). Über die Gründe, warum der Durchschnitt der Hauswerte – entgegen der hier vorgetragenen Analyse – in zwei Ländern über den Landes-Basisfallwerten liegt, soll hier nicht spekuliert werden; es handelt sich um Verhandlungsprozesse.

Bundesweit würde der Sprung auf den jeweiligen Landes-Basisfallwert eine Mehrbelastung (für GKV und PKV) von über 900 Mio. Euro bringen. Damit diese politisch nicht vorgesehene Mehrbelastung nicht wirksam wird, bedarf es einer Neuadjustierung der Landes-Basisfallwerte. Die Tatsache, dass fast zwei Drittel des Absenkungsvolumens aus drei Ländern kommen, die dem Vernehmen nach in der großen Koalition nicht ohne Einfluss sind (Nordrhein-Westfalen, Bayern, Baden-Württemberg), dürfte die Aufgabe der Bundesregierung, eine inhaltlich nachvollziehbare Korrektur der Basisfallwerte vorzunehmen, nicht einfacher machen. Allerdings verbieten sich pauschale Absenkungen.

Tabelle 2: Divergenz nach Ländern

Land	LBFW 2008 ohne Ausgleiche und ohne Kappung	Differenz des LBFW 2008 ohne Ausgleiche und ohne Kappung zum Basisfallwert der Krankenhäuser ohne Ausgleiche (Hochrechnung)	Budgetvolumen- differenz in Mio. Euro
Nordrhein-Westfalen	2.755 €	69 €	271
Bayern	2.819 €	53 €	135
Baden-Württemberg	2.854 €	49 €	106
Berlin	2.898 €	98 €	84
Niedersachsen	2.785 €	39 €	61
Hessen	2.826 €	45 €	56
Rheinland-Pfalz	2.960 €	61 €	39
Hamburg	2.824 €	64 €	32
Mecklenburg-Vorpommern	2.733 €	41 €	17
Schleswig-Holstein	2.685 €	23 €	13
Thüringen	2.761 €	18 €	11
Saarland	2.935 €	8 €	2
Bremen/Bremerhaven	2.878 €	8 €	2
Brandenburg	2.765 €	2 €	1
Sachsen	2.754 €	- 2 €	- 2
Sachsen-Anhalt	2.775 €	- 7 €	- 4
<b>Bund</b>	<b>2.803 €</b>	<b>47 €</b>	<b>824</b>

Quelle: Eigene Berechnungen

Bliebe noch darauf hinzuweisen, dass die veränderten Basisfallwerte auch die Konvergenz-szenarien für einen Bundes-Basisfallwert tangieren. Modellrechnungen zeigen jedoch, dass sich nichts Grundlegendes ändert.

### GKV-Ausgabenfixum

Mit dem Gesundheitsfonds beginnt eine neue Zeitrechnung im deutschen Gesundheitswesen. Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung werden nicht mehr alleine über einkommensbezogene Beiträge refinanziert. Dies geschieht nur noch in einem von der Bundesregierung festgelegten Beitragsrahmen, dem jährlich festzusetzenden Beitragssatz für den Gesundheitsfonds. Benötigt eine Kasse zur Ausgabendeckung mehr als jene Finanzmittel, die ihr via morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich aus dem Gesundheitsfonds zugewiesen werden, so muss sie zusätzliche Prämien erheben, die direkt beim Versicherten zu erheben sind (kassenindividueller Zusatzbeitrag nach § 242 SGB V).

Über die Sinnhaftigkeit des Gesundheitsfonds soll an dieser Stelle nicht diskutiert werden. Entscheidend für die hier zu erörternde Ausgabenentwicklung im Krankenhausbereich ist

die gesetzliche Vorgabe, den Gesundheitsfonds im Jahr 2009 Ausgaben deckend einzuführen. § 220 Abs. 1 SGB V besagt: „Die Beiträge sind bei der erstmaligen Festsetzung des allgemeinen Beitragssatzes nach § 241 Abs. 1 so zu bemessen, dass die voraussichtlichen Beitragseinnahmen zusammen mit der Beteiligung des Bundes nach § 221 und den voraussichtlichen sonstigen Einnahmen des Gesundheitsfonds die voraussichtlichen Ausgaben der Krankenkassen sowie den vorgeschriebenen Aufbau der Liquiditätsreserve für den Gesundheitsfonds nach § 271 decken.“

Über die Prognose der Ausgaben für 2009 gab es erhebliche Auseinandersetzungen im sogenannten Schätzerkreis. Im Ergebnis seiner Sitzung am 02.10.2008 kam es zu keinem einheitlichen Votum, da die Vertreter der gesetzlichen Krankenversicherung einen Beitragssatz von 15,8 Prozent zur Ausgabendeckung für notwendig erachteten. Bundesversicherungsamt und BMG haben 15,5 Prozent „geschätzt“. Die Unterschiede zeigten sich vor allem darin, dass das BMG offensichtlich die Mengenentwicklung und die Sprungproblematik anders beurteilt (Tabelle 3, oberer Bereich). Andere Einflussgrößen, wie z.B. die Mehrausgaben durch Tarifsteigerungen, werden identisch bewertet.

Tabelle 3: Prognose der Mehrausgaben für Krankenhausleistungen in 2009 – GKV-SV und BMG

Mehrbelastungen ohne KHRG	Kosten/Mehrausgaben	
	GKV-SV	BMG
Ausgabensteigerung Grundlohnsumme (1,41 %)	750	(750)
Mehrleistungen und Konvergenz	1.600	(450)
Wegfall der IV-Anschubfinanzierung	300	(300)
<b>Mehrbelastungen ohne KHRG insgesamt:</b>	<b>2.650</b>	<b>1.500</b>

Zusätzliche Mehrbelastungen durch KHRG	Kosten/Mehrausgaben	
	GKV-SV	BMG
Ausgleich für Tariflohnsteigerungen	1.300	1.350
Sonderprogramm Pflegepersonal	235	220
Erweiterung der Ausbildungsfinanzierung um Praxisanleiter	145	150
Verbesserungen Psychiatriepersonalverordnung	70	60
Wegfall des Sanierungsbeitrags	250	230
<b>Mehrkosten KHRG insgesamt:</b>	<b>2.000</b>	<b>2.010</b>
<b>Gesamtbelastung der GKV 2009:</b>	<b>4.650</b>	<b>3.510</b>

Das Bundeskabinett hat in seiner Sitzung am 29.10.2008 einen allgemeinen Beitragssatz in Höhe von 15,5 Prozent beschlossen. Die gesetzliche Vorgabe, eine hundertprozentige Ausgabenfinanzierung zu garantieren, ist deshalb nur noch einzuhalten, wenn die KHRG-Regelungen so adjustiert werden, dass der Ausgabenzuwachs auf die politisch zugesagten 3,5 Mrd. Mehrausgaben begrenzt wird. Eine weitere Alternative besteht in einer Erhöhung der Bundeszuweisungen an den Gesundheitsfonds. Angesichts der jüngsten Verpflichtungen zur Alimentierung notleidender Banker dürfte die Neigung des Finanzministeriums, für Ausgabensteigerungen jenseits der politischen Zusagen auszuhelfen, eher gering sein.

## KHRG-Anpassungsbedarf

Da über wesentliche KHRG-Regelungen, wie das partielle Durchreichen von Tarifsteigerungen, im Wesentlichen Einigkeit in der Koalition besteht und die politische Zusagen, z.B. gegenüber den Pflegekräften, auch schwer zurückzunehmen sind, bleibt nur die Korrektur jener Divergenz- und Mengenprobleme, die oben im Einzelnen beschrieben worden sind. In einem Schreiben diverser Kassen und Bundesverbände und einem Schreiben des GKV-Spitzenverbandes wurden Mitte Oktober deshalb zwei Forderungen in den Mittelpunkt gestellt:

1. Schließung der Lücke zwischen den Landes-Basisfallwerten und den durchschnittlichen krankenhausindividuellen Basisfallwerten
2. Kürzung der Vergütung von Mehrleistungen der Krankenhäuser auf 35 Prozent

Ansatzpunkt für beide notwendigen Änderungen ist eine Ergänzung des § 10 KHEntgG. Konkret erfordert dies eine Neuadjustierung der Landes-Basisfallwerte auf den Durchschnitt der Haus-Basisfallwerte und eine umsetzungssichere anteilige Absenkung der Landes-Basisfallwerte bei Mehrleistungen. Um Mengenverschiebungen zwischen den Häusern zu ermöglichen, sollte die Finanzierung von vereinbarten Mehr- oder Minderleistungen auf Hausebene nach wie vor 100 Prozent betragen.

Nota bene: Den Krankenhäusern wird durch diesen Vorschlag kein Geld weggenommen. Selbst wenn der Basisfallwert aufgrund der vorgeschlagenen Adjustierung abgesenkt wird, bekommen die Krankenhäuser nicht weniger. Sie haben nie den Landes-Basisfallwert bekommen! Landes-Basisfallwerte sind Bubble. Die reale Vergütungswelt orientiert sich an den Haus-Basisfallwerten. Der Vorschlag besagt nichts anderes, als sich weiterhin daran zu orientieren.

Die Ausgaben für Krankenhausleistungen werden also weder gekürzt noch auf dem heutigen Niveau eingefroren. Die vorgeschlagene KHRG-Änderung zur Adjustierung der Landes-Basisfallwerte begrenzt lediglich den Erlöszuwachs auf 3,5 Mrd. Euro, damit der per Verordnung festgelegte Beitragssatz den gesetzlichen Vorgaben entsprechend zur Ausgabendeckung in 2009 ausreicht.