

---

**35. Berliner Krankenhaus-Seminar  
am 14.06.2006**

---

**Landesbasisfallwert –  
Ermittlung und Auswirkung auf  
Krankenkassen und Krankenhäuser**

Rolf D. Müller  
AOK Berlin – Die Gesundheitskasse  
Vorsitzender des Vorstandes

---



---

***Agenda***

---

1. Rahmenbedingungen
  2. Ermittlung des Landesbasisfallwertes
  3. Auswirkungen
  4. Zusammenfassung und Ausblick
- 



2

---

## 1. Rahmenbedingungen

---

- Bei der DRG-Systematik (**D**iagnosis **R**elated **G**roups) handelt es sich um ein Patientenklassifikationssystem, bei dem diagnosebezogene Fallgruppen zusammengeführt und entsprechend des Ressourcenverbrauches bewertet werden.
- Die Entscheidung für die flächendeckende Einführung der DRG in Deutschland fiel im Jahr 2001.
- Unter Berücksichtigung von in Deutschland zugrunde liegenden Gegebenheiten ist eine Ausrichtung am australischen DRG-System erfolgt.
- Das deutsche DRG-System ist als „lernendes System“ konzipiert. Das InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH) übernimmt als Institut die qualitätsgesicherte Weiterentwicklung des Systems durch die Verarbeitung der jährlich gelieferten Daten.



3

---

## 1. Rahmenbedingungen

---

### **Zielsetzung der DRG-Vergütung**

- Transparenz über die Leistungen
- allgemein gültige Vergleichsbasis
- Berücksichtigung des Schweregrades der Fälle und Leistungsstruktur
- medizinisch-leistungsgerechte Verteilung der finanziellen Ressourcen
- Darstellung der Wirtschaftlichkeit!

***Gleicher Preis für gleiche Leistung wird angestrebt.***

---



4

---

## 1. Rahmenbedingungen

---

- Im Jahre 2003 erhielten die Krankenhäuser die Option, frühzeitig auf das neue System umzusteigen. Dies nutzen 15 Berliner Krankenhäuser.
- Im Jahr 2004 folgte die verbindliche Einführung des DRG-Vergütungssystems (Ausnahme: Bereich Psychiatrie/ Psychosomatik).
- Zunächst wurde die Konvergenzphase bis zum Jahr 2007 festgesetzt. Damit war die „Scharfstellung“ der DRGs für das Jahr 2008 geplant.



5

---

## 1. Rahmenbedingungen

---

- Durch das 2. Fallpauschalenänderungsgesetz im Dezember 2004 wurde die Konvergenzphase um zwei weitere Jahre verlängert. Damit wird eine „Scharfstellung“ der DRGs im Jahr 2010 verfolgt.
- Zusätzlich wurde eine „Kappungsgrenze“ eingeführt, die Krankenhäusern mit stark überhöhtem Budget schrittweise an eine Preisanpassung heranführen soll, z.B. Universitätskliniken.
- In den 16 Bundesländern werden Landesbasisfallwerte zwischen den Krankenkassenverbänden und den Krankenhausgesellschaften verhandelt.



6

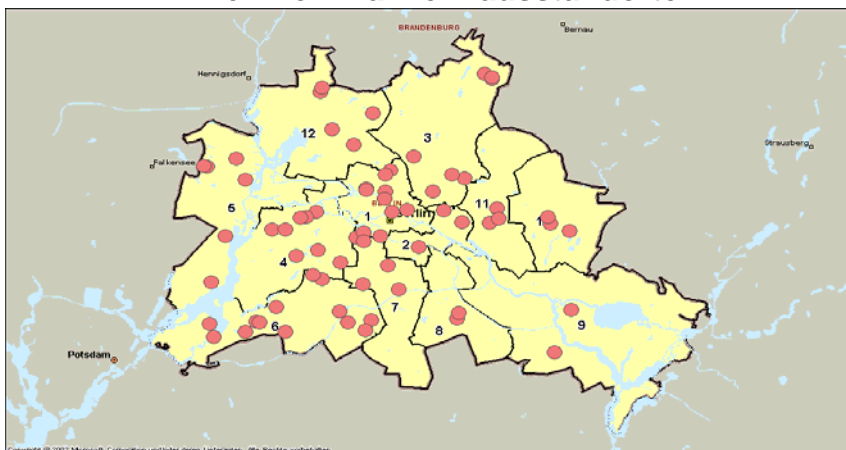
## 1. Rahmenbedingungen

### Wichtigste Definitionen

|                            |  |
|----------------------------|--|
| <b>Relativgewicht</b>      | Bewertungsrelation für Krankenhauskosten in einer Fallgruppe zusammengefasster Patientenfälle (jährliche Ermittlung anhand von Krankenhausdaten durch das Institut für Entgeltkalkulation) |
| <b>Basisfallwert</b>       | Setzt sich aus dem für das Krankenhausbudget hausindividuellen Tatbeständen zusammen und ist somit für jedes Krankenhaus unterschiedlich hoch.   |
| <b>DRG-Fallpreis</b>       | effektives Relativgewicht x Basisfallwert  |
| <b>Landesbasisfallwert</b> | ist der bewertete durchschnittliche Fallerlös aller stationären Fälle in einem Bundesland  |
| <b>Konvergenz</b>          | schrittweise Angleichung der bisher individuellen Basisfallwerte an den Landesbasisfallwert  |

## 1. Rahmenbedingungen

### Berliner Krankenhausstandorte



# 1. Rahmenbedingungen

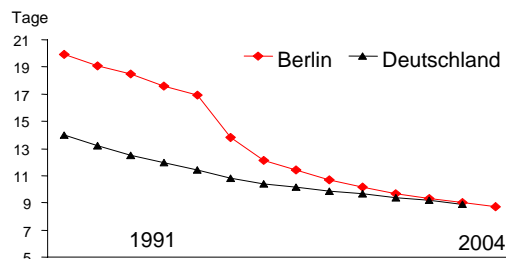
## Gesundheitsstruktur in Berlin

| Umland-Versorgung             | <table border="1"> <tr> <th>Hamburg</th> <th>Bremen</th> <th>Berlin</th> </tr> <tr> <td>20,8%</td> <td>36,3%</td> <td>9,8%</td> </tr> </table>   | Hamburg    | Bremen   | Berlin     | 20,8%           | 36,3% | 9,8% | Der überregionale Schwerpunkt der Hochleistungsmedizin muss weiter ausgebaut werden                           |       |       |  |
|-------------------------------|--|------------|----------|------------|-----------------|-------|------|---|-------|-------|--|
| Hamburg                       | Bremen   | Berlin     |          |            |                 |       |      |   |       |       |  |
| 20,8%                         | 36,3%  | 9,8%       |          |            |                 |       |      |   |       |       |  |
| Trägerschaft<br>Budgetanteile | <table border="1"> <tr> <th>Uni</th> <th>Vivantes</th> <th>öffentlich</th> </tr> <tr> <td>21,6%</td> <td>25,1%</td> <td>7,5%</td> </tr> </table>   | Uni        | Vivantes | öffentlich | 21,6%           | 25,1% | 7,5% | Eine veränderte Gewichtung der Trägerschaft zu mehr Pluralität stärkt den Wettbewerb um Leistung und Qualität |       |       |  |
| Uni                           | Vivantes   | öffentlich |          |            |                 |       |      |   |       |       |  |
| 21,6%                         | 25,1%  | 7,5%       |          |            |                 |       |      |   |       |       |  |
| Ambulante<br>Versorgung       | <table border="1"> <tr> <th></th> <th>Bund</th> <th>Berlin</th> </tr> <tr> <td>Einwohner/ Arzt</td> <td>632</td> <td>509</td> </tr> <tr> <td>Einwohner/ Zahnarzt</td> <td>1.490</td> <td>1.091</td> </tr> </table> |            | Bund     | Berlin     | Einwohner/ Arzt | 632   | 509  | Einwohner/ Zahnarzt   | 1.490 | 1.091 | Auch im ambulanten Bereich ist die Versorgungsdichte sehr hoch |
|                               | Bund   | Berlin     |          |            |                 |       |      |   |       |       |  |
| Einwohner/ Arzt               | 632  | 509        |          |            |                 |       |      |   |       |       |  |
| Einwohner/ Zahnarzt           | 1.490  | 1.091      |          |            |                 |       |      |   |       |       |  |

Quellen: KH-Plan Fortschreibung 1999, Seite 12; Daten 2004, Statistisches Bundesamt 2005, Umlandversorgung im Bundesländervergleich, eigene Darstellung



# 1. Rahmenbedingungen



### Verweildauer in Tagen

|             | 1991 | 2004 |
|-------------|------|------|
| Berlin      | 19,9 | 8,7  |
| Deutschland | 14,0 | 8,7  |

- Im Jahr 1991 übertraf die durchschnittliche Verweildauer in Berliner Krankenhäusern den Bundesdurchschnitt um 42 %.
- Bis zum Jahr 2004 wurden die Verweildauern an den Bundesdurchschnitt angeglichen.
- Seitdem wurde versucht, die Ressourcen der Krankenhäuser entsprechend anzupassen.

### Aufgestellte Betten

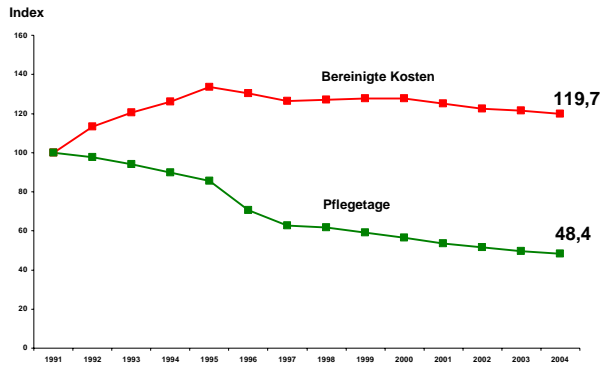
|                     | 1991   | 2004   |
|---------------------|--------|--------|
| absolut             | 39.895 | 20.531 |
| Je 10.000 Einwohner | 116    | 61     |

Quelle: Statistisches Landesamt Berlin 2005, Teil I Grunddaten



# 1. Rahmenbedingungen

Index bereinigte Kosten insg. in Berlin und  
Index Pfl egetage in Berlin 1991 = 100



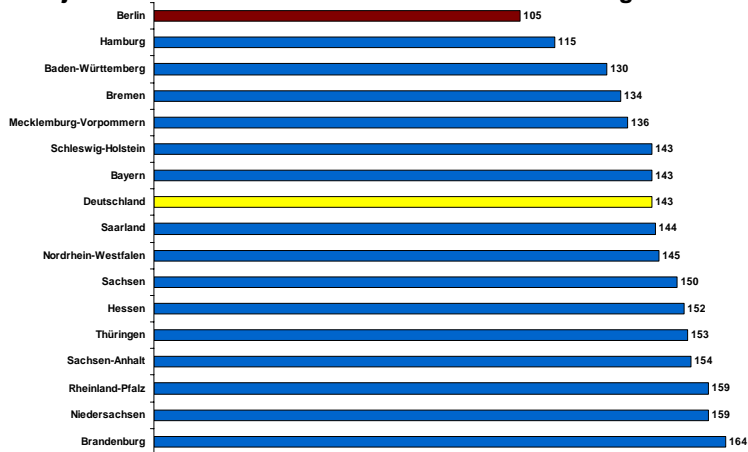
Mit der sinkenden Verweildauer reduzieren sich auch die Pfl egetage. Das Problem: Die bereinigten Kosten sinken nicht in gleichem Maße und haben fast die gleiche Höhe wie 1993.

Quelle: Statistisches Landesamt Berlin 2005, Teil I Grunddaten und Teil III Kosten



# 1. Rahmenbedingungen

Fälle je Vollkraft Ärztlicher Dienst im Bundesländervergleich 2004

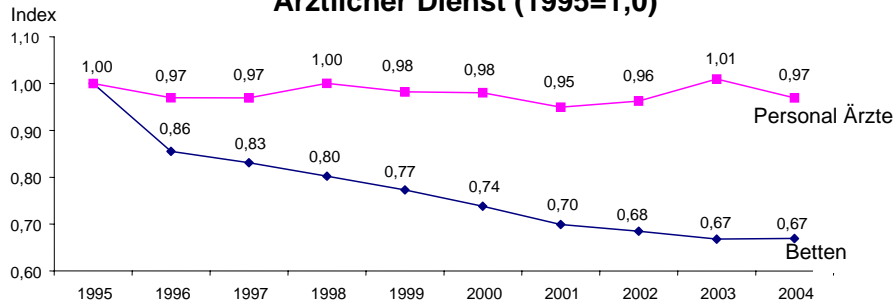


Quelle: Statistisches Bundesamt 2005, Fachserie 12, Reihe 6.1.1



## 1. Rahmenbedingungen

### Verhältnis Bettenzahlentwicklung zu Personalbesetzung Ärztlicher Dienst (1995=1,0)



Quellen: Ordnungsbehördlich genehmigte hauptamtliche Ärzte (inkl. Ärzte im Praktikum); Vertragsbetten der Krankenkassen und Statistisches Landesamt 2005



13

## 2. Ermittlung des Landesbasisfallwertes

### Finanzierung = A

Budget aller Krankenhäuser des Landes bereinigt um:

- Allgemeine Kostenentwicklung
- Wirtschaftlichkeitsreserven
- Beträge durch Gesetz zur Änderung der Bundesärzteordnung (Wegfall Arzt im Praktikum)
- Beträge für individuelle- und bundes-einheitliche Zusatzentgelte
- Beträge aus Leistungsverlagerungen
- Kostendegression bei Fallzahlsteigerung
- Ausgabenentwicklung anderer Leistungsbereiche

### Leistung = B

Summe aller erbrachten Bewertungs-Relationen (BR) im Vorjahr:

- +/- BR aus Mehr- oder Minderleistungen
- +/- BR aus Leistungsverlagerungen
- +/- BR aus Leistungsveränderungen im laufenden Jahr

$$\frac{A}{B} = \text{Landesbasisfallwert}$$

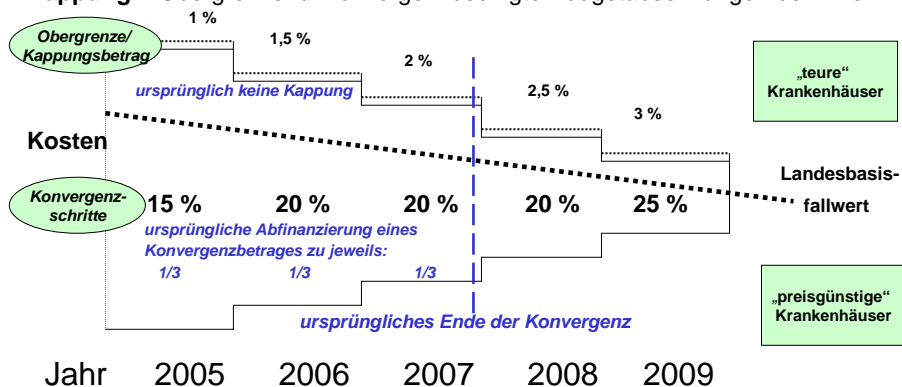


14

## 2. Ermittlung des Landesbasisfallwertes

**Konvergenzphase** = Zeitraum der stufenweisen Anpassung einzelner Krankenhausbudgets an das landeseinheitliche Preisniveau

**Kappung** = Obergrenze für konvergenzbedingte Budgetabsenkungen bei Krhs.



Quelle: Karl Heinz Tuschen, BMGS, eigene Darstellung



15

## 2. Ermittlung des Landesbasisfallwertes

- Im Jahr 2005 wurden erstmals die Landesbasisfallwerte vereinbart.
- Der Berliner Landesbasisfallwert 2005 ist durch die Schiedsstelle im September 2005 festgesetzt worden:
  - 3.086,81 € vor Kappung
  - 2.999,81 € nach Kappung
- Im Jahr 2006 ist es den Berliner Krankenkassenverbänden gelungen, mit der Berliner Krankenhausgesellschaft eine 2-Jahres-Vereinbarung zu erzielen:
  - Landesbasisfallwert Berlin für das Jahr 2006 beträgt 2.955 € nach Kappung und 2.990 € vor Kappung.
  - Landesbasisfallwert Berlin für das Jahr 2007 beträgt 2.930 € nach Kappung und 2.960 € vor Kappung.

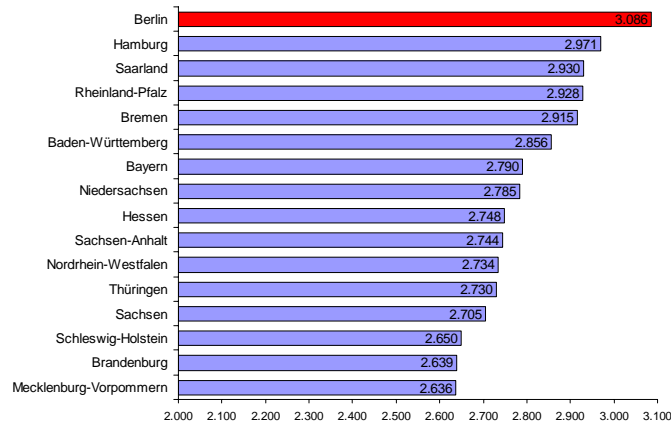


16



## 2. Ermittlung des Landesbasisfallwertes

### Landesbasisfallwerte 2005 (ohne Kappung)



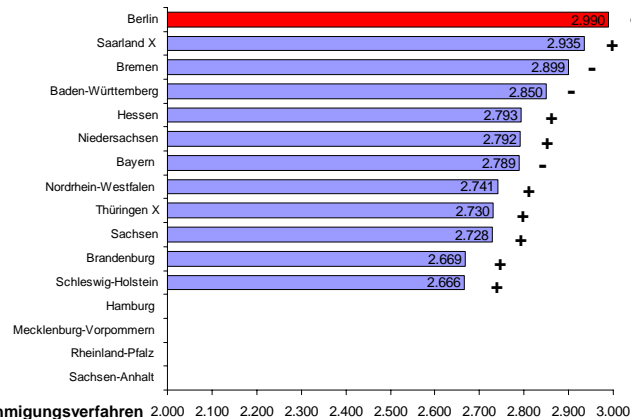
Quelle: eigene Darstellung



17

## 2. Ermittlung des Landesbasisfallwertes

### Landesbasisfallwerte 2006 (ohne Kappung) und Veränderung zum Vorjahr (Stand 12.06.2006)



X = im Genehmigungsverfahren

Quelle: AOK Bundesverband, eigene Darstellung



18

### 3. Auswirkungen

Frankfurter Allgemeine Zeitung  
Mittwoch, 3. Mai 2006, Nr. 102 / Seite 15

#### McKinsey: Jedes dritte Krankenhaus ist gefährdet

FRANKFURT, 2. Mai (AP). Jedes dritte Krankenhaus in Deutschland ist nach einer Studie der McKinsey-Unternehmensberatung auf mittlere Sicht von Zusammenlegung oder gar Schließung bedroht. Trotz intensiver Sanierungsmaßnahmen und einiger deutlich verbesserten Wettbewerbsfähigkeit könnten viele Kliniken nicht kostendeckend arbeiten. Ein Drittel sei angesichts des deutlichen Bettenabbaus, der Umstrukturierungen und verbesserten Abläufe auf absehbare Zeit nicht in der Lage, wirtschaftlich zu arbeiten. Damit sei der deutschen Krankenhauslandschaft ein weiterer dramatischer Umbau bevor. Als Hauptgrund sehen die Autoren die Gesundheitsreform. Sie verweisen besonders auf die schrittweise Umstellung der Vergütung von der Einzelleistungserstattung auf einheitliche Honorare für Behandlungen, die sogenannten Fallpauschalen. Diese sollen auf Landesebene bis spätestens 2009 überall eingeführt werden. Ziel ist, die Kliniken zu einer nachhaltigen Amalgamierung zu zwingen, weil sie mit 27 Prozent der größte Kostblock im deutschen Gesundheitssystem sind.

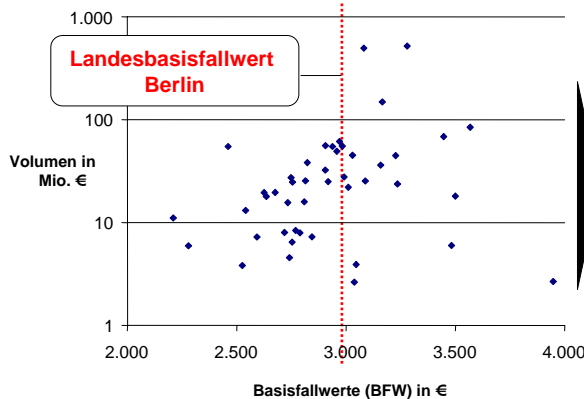
Die flächendeckende Einführung von Fallpauschalen erfordert demnach weitestgehende Kostensenkungen von schätzungsweise 5 Milliarden Euro. Der Studie liegt eine Analyse von rund 1000 Akutkrankenhäusern in Deutschland zugrunde. Danach drohen knapp 600 zu Verlierern des neuen Preissystems zu werden. Sie repräsentieren zur Zeit 41 Prozent aller Behandlungsfälle. In deutschen Krankenhäusern sind mehr als 45 Prozent der Gesamtkosten dieses Sektors. In den vergangenen Jahren hätten viele Krankenhäuser bereits erhebliche Produktivitätsfortschritte erzielt. So kommen in den besten Kliniken rein rechnerisch auf jeden Angestellten 80 Patienten. In weniger leistungsfähigen Häusern liege dieses Verhältnis bei eins zu 21. Allein zwischen 2000 und 2004 seien in Deutschland rund 28 000 Krankenhausbetten abgebaut worden. Dies entspricht den Angaben zufolge 5 Prozent der zuvor vorhandenen Bettenkapazität. Beste Zukunftsaussichten haben nach Einschätzung von McKinsey spezialisierte Kliniken mit bis zu drei Fachrichtungen und rund 150 Betten, Allgemeinkrankenhäuser mit einem breiten Leistungsspektrum und 200 bis 400 Betten sowie Häuser der Schwerpunkt- und Maximalversorgung mit 500 bis 700 Betten.

#### Studie McKinsey

- Bedrohung jedes dritten Krankenhauses trotz Umstrukturierung
- Hauptgrund: Fallpauschalen!
- Analyse: 1.600 Akutkrankenhäuser
- 600 Verlierer des Preissystems repräsentieren 41% der Fälle
- Produktivitätsfortschritte in Krankenhäusern in den besten Kliniken 80 Patienten/ Angestellten in den weniger Leistungsfähigen 21 Patienten/ Angestellten
- 2000 – 2004: 28.000 Betten (5%) in Deutschland abgebaut
- Beste Zukunftsaussichten:
  1. Spezialisierte Kliniken bis 3 Fachrichtungen mit 150 Betten
  2. Allgemeinkrankenhäuser mit 200 – 400 Betten
  3. Maximalversorger mit 500 – 700 Betten

### 3. Auswirkungen

#### Basisfallwerte Berliner Krankenhäuser im Jahr 2005

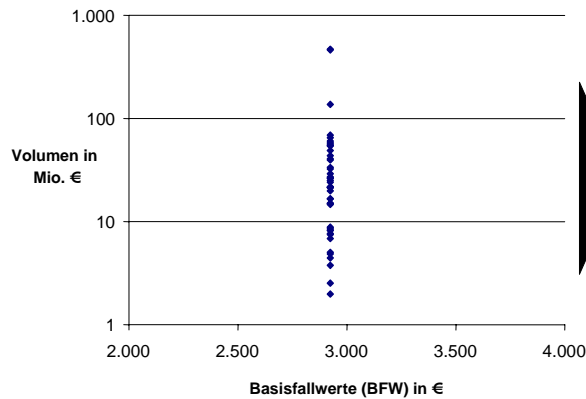


#### Situation

- 140 Mio. € Budget werden umverteilt, davon sind:
- 50 Mio. € Wirtschaftlichkeitspotential und
  - 90 Mio. € fließen den in der Konvergenz gewinnenden Krankenhäusern zu.

### 3. Auswirkungen

#### Angleichung auf Landesniveau im Jahr 2010



#### Ausblick

- Einheitlicher Preis
- Wettbewerb um Qualität
- Spezialisierung der Krankenhäuser
- Marktberreinigung

### 3. Auswirkungen

#### Der Landesbasisfallwert für Berlin bedeutet:

- Durch die Konvergenzphase findet eine Umverteilung zu Lasten der teuren Krankenhäuser und zu Gunsten der effizienten Krankenhäuser statt.
- Sehr teure Krankenhäuser sind gezwungen, effizientere Strukturen aufzubauen.
- Bisher effiziente Krankenhäuser haben die Möglichkeit Investitionen zu tätigen.
- Der gesamte Berliner Krankenhausmarkt wird damit einer grundlegenden Bereinigung unterzogen.

---

### **3. Auswirkungen**

---

#### **Krankenhäuser**

- Konvergenz-“Gewinner“ und –“Verlierer“
- Anpassung der Versorgungsstrukturen, z.B. verstärkte Kooperationen mit anderen Leistungsanbietern
- Spezialisierung und Leistungskonzentration infolge des Konvergenzdruckes
- Verstärkte Qualitätsoffensive und aktives Patienten- bzw. Kundenmarketing

---

### **3. Auswirkungen**

---

#### **Krankenkassen**

- Die Konvergenz ist eine Budgetumverteilung zwischen “Gewinner-“ und „Verliererkrankenhäusern“.
- Ein landesweites Ausgabevolumen bleibt dem Grundsatz nach infolge der Konvergenz unverändert.
- Weitere Wirtschaftlichkeitsreserven erreichen die Krankenkassen nur, wenn der Landesbasisfallwert in den Folgejahren entsprechend abgesenkt wird.

---

## 3. Auswirkungen

---

### Krankenkassen

- Es erfolgt eine Umstellung vom bisherigen Abrechnungssystem auf ein vollständig neues.
- Die Aufbau- und Ablaufprozesse werden in den relevanten Geschäftsbereichen neu ausgerichtet und Organisationsstrukturen optimiert.
- Es werden veränderte Arbeitsanforderungen an die Mitarbeiter bei der AOK Berlin gestellt, z.B. wird ein verstärktes medizinisches Fachwissen bei den Leistungsverhandlungen erforderlich.



25

---

## 3. Auswirkungen

---

### Patienten

- Der Patient wird als verstärkt als „Kunde“ wahrgenommen im Wettbewerb unter den Krankenhäusern.
- Eine Verbesserung der Versorgungsqualität wird gesichert durch, u.a.:
  - Weiterentwicklung von vernetzten, ganzheitlichen und leitlinienorientierten Behandlungskonzepten sowie
  - Definition und Erhöhung von Qualitätsstandards, z.B. bei Mindestmengenregelungen durch Vorhaltung bestimmter Versorgungsvoraussetzungen bei seltenen und hoch spezialisierten Leistungen
- Ein wirtschaftlicher, leistungsgerechter und zwecksgebundener Einsatz von finanziellen Mitteln führt auch zu Beitragsentlastungen für gesetzlich versicherte Mitglieder.



26

---

## **4. Zusammenfassung und Ausblick**

---

- Mit dem Landesbasisfallwert und dessen “Scharfstellung“ ist auch das Ende der bisherigen Budgetermittlung verbunden.
- Die Konvergenzphase wird die ersten Erfahrungen aufzeigen und den Weg für den weiteren gesetzlichen Rahmen bestimmen.
- Eine Abkehr von der Wettbewerbs- und Leistungsorientierung scheint ausgeschlossen.

---

## **4. Zusammenfassung und Ausblick**

---

- Mit einer vollständigen Freigabe des Marktes könnte die finanzielle Gefahr einer angebotsinduzierten Nachfrage entstehen!
- Die Einführung eines bundeseinheitlichen Basisfallwertes wird diskutiert.
- Spezialisierungen von Krankenhäusern auf ihre Kernkompetenzen wird ein elementarer Punkt der Unternehmensstrategie.
- Die Ausgestaltung der Krankenhausplanung wird im Zuge der anstehenden Reformen mit festgelegt werden müssen.

---

## **4. Zusammenfassung und Ausblick**

---

### **Politischer Handlungsbedarf - Themenfelder**

- Wird es und wo wird es Ausnahmen von der Pauschalierung nach 2009 geben?
- Wettbewerbsparameter der Zukunft: Menge, Qualität oder Preis?
- Entwicklung der Fallpauschalen als Festpreis, Richtpreis oder Höchstpreis?
- Zukünftige Krankenhausplanung: Rahmen- oder Standortplanung?

---

---

**“Werte kann man nur durch  
Veränderung bewahren“**

**Prof. Dr. phil. Richard Löwenthal**  
deutsch-brit. Politologe (1908-1991)

---

---

**Vielen Dank,  
dass Sie mir zugehört haben.**

---

