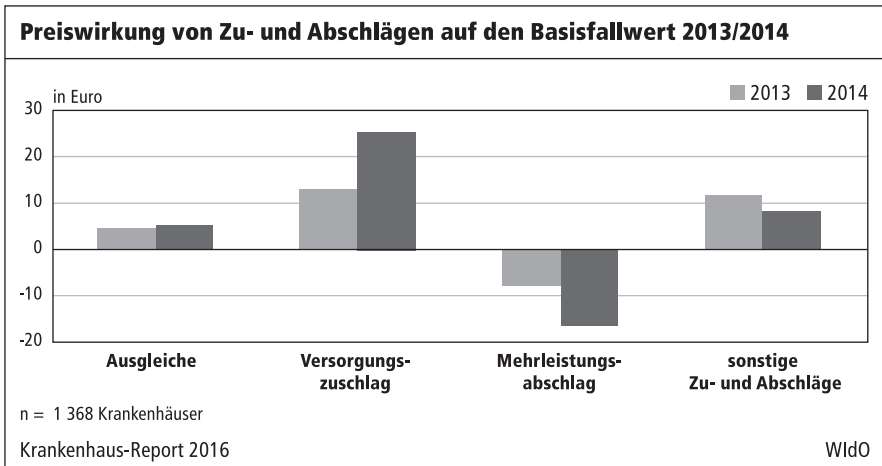


Abbildung 17–2



von mehr als 66,7% oder solche, die aus krankenhauserischen Maßnahmen resultieren.

Für die hier untersuchten Krankenhäuser ergab sich aus dem Mehrleistungsabschlag eine Budgetabsenkung von  $-0,26\%$  im Jahr 2013 bzw.  $-0,46\%$  im Jahr 2014 (vgl. Abbildung 17–2). 2014 vereinbarten 582 Häuser einen solchen Mehrleistungsabschlag für neue Mehrleistungen, 2013 waren es 561. Das vereinbarte Gesamtvolumen für 2014 inkl. der Weitergeltung betrug 299,6 Mio. Euro. Dies entspricht einem vereinbarten Preiseffekt von  $-16,34$  Euro. Im Jahr 2013 betrug dieser Effekt basierend auf einem Abschlagsvolumen von 142,4 Mio. Euro noch  $-7,86$  Euro. Maßgeblich für die steigenden Beträge aus dem Mehrleistungsabschlag ist, dass die Vorjahresbeträge 2014 weiter gelten.

### Versorgungszuschlag

Ebenfalls mit Inkrafttreten des Beitragsschuldengesetzes sollten somatische Krankenhäuser ab 2013 einen Versorgungszuschlag erhalten. Damit war die Zielsetzung verbunden, die sogenannte „doppelte Degression“ insgesamt zu neutralisieren. Der Begriff „doppelte Degression“ bezieht sich auf die Regelung, dass vereinbarte Mehrmengen sowohl in den Landesbasisfallwerten als auch über den Mehrleistungsabschlag auf Hausebene preisdämpfend wirken (s. o.). Der Versorgungszuschlag wurde aber nicht so konzipiert, dass er die Summe der Mehrleistungsabschläge ausschüttet, sondern als fixer prozentualer Aufschlag auf DRG-Fallpauschalen. Ab dem 1. August 2013 galt dieser Zuschlag i. H. v.  $1,0\%$ , was auf das Gesamtjahr bezogen  $0,42\%$  entspricht. Für 2014 betrug der Zuschlag  $0,8\%$ .

Für 2014 belief sich der Versorgungszuschlag für die hier untersuchten Krankenhäuser in der Summe auf 462,2 Mio. Euro, im Jahr davor waren es noch 232,8 Mio. Euro. Die Überkompensation des Mehrleistungsabschlags führte 2013 zu einer Budgetsteigerung um 90,4 Mio. Euro, die im Jahr 2014 mit 162,6 Mio. Euro noch deutlicher ausfiel (vgl. Abbildung 17–2). Der Preiseffekt betrug 2013  $+12,86$  Euro und stieg 2014 auf  $+25,20$  Euro.

### Preisentwicklung im DRG-Bereich

Die DRG-Preiskomponente setzt sich aus den Determinanten Basisfallwert, Zu- und Abschläge sowie periodenfremden Ausgleiche für Budgetabweichungen aus den Vorjahren zusammen. Die sogenannten Sonstigen Entgelte nach § 6 KHEntgG, deren Preise hausindividuell zu vereinbaren sind, spielen wie eingangs beschrieben für die Gesamtentwicklung auf Bundesebene eine nachgeordnete Rolle und werden daher im Weiteren nicht näher untersucht.

Der in den Budgetverhandlungen verwendete Basisfallwert ist der jeweils vereinbarte Landesbasisfallwert. Für die hier untersuchten Einrichtungen betrug dieser 3 061,95 Euro im Jahr 2013 und stieg im Folgejahr um 2,88 % auf 3 150,27 Euro an (vgl. Abbildung 17–3). Dabei ist zu beachten, dass diese Veränderung durch die Integration der anteiligen Tariffinanzierung aus 2013 um 0,21 Prozentpunkte überzeichnet ist. Unter Berücksichtigung der Zu- und Abschläge resultiert eine Veränderung um 2,88 %, die oberhalb der bereinigten BFW-Entwicklung liegt. Dies ist in erster Linie auf die steigende Überkompensation des Mehrleistungsabschlags durch den Versorgungszuschlag zurückzuführen. Unter Berücksichtigung der Ausgleichszahlungen für Vorperioden lag die Preissteigerung quasi unverändert bei 2,90 %.

## 17.4 Vereinbarte Leistungsentwicklung

Die folgenden zwei Abschnitte widmen sich der vereinbarten Leistungsentwicklung in den Bereichen DRG und Zusatzentgelte. Mit der Methode der Komponentenzerlegung werden dabei die wesentlichen Determinanten identifiziert und quantifiziert.

Abbildung 17–3

