Z-Bax

der (aG-)DRG-Preisindikator des WIdO
Datenstand: 08.10.21

WIdO | Wissenschaftliches Institut der AOK

Rosenthaler Str. 31
10178 Berlin
www.wido.de

Postanschrift:
Postfach 11 02 46
10832 Berlin

© Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) 2021

1. Einführung

Die Abrechnung vollstationärer Krankenhausfälle über DRGs liefert auch einen Beitrag zur verbesserten Transparenz der Preiskomponente, die neben der Leistungsmengenveränderung entscheidend für die Ausgabenentwicklung im stationären Bereich ist. Der Rechnungsbetrag für eine DRG berechnet sich aus dem Produkt ihrer spezifischen Bewertungsrelation, die im jährlichen Kalkulationsverfahren des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) ermittelt wird, und dem Basisfallwert (BFW).

Die zugrunde liegenden Ergebnisse aus Budgetvereinbarungen gelten bezüglich der Mengen und Preise zwar für das gesamte Budgetjahr, Preisveränderungen treten aber immer erst nach Abschluss einer entsprechenden Vereinbarung und deren Genehmigung in Kraft. Bei unterjähriger Umsetzung einer Budgetvereinbarung wird mittels des Zahlbasisfallwertes sichergestellt, dass über die Restlaufzeit bis zum Ende des Kalenderjahres das Gesamtvolumen der Preisveränderung realisiert wird: So führt eine vereinbarte Erhöhung im BFW (Preiserhöhung) von 10,- Euro bei einer Umsetzung in der zweiten Jahreshälfte zu einem Preisanstieg von 20,- Euro im Wechsel von Juni auf den Juli. Je später also eine Umsetzung im Jahr erfolgt, desto stärker ist auch der resultierende Sprung im Vergütungsniveau.

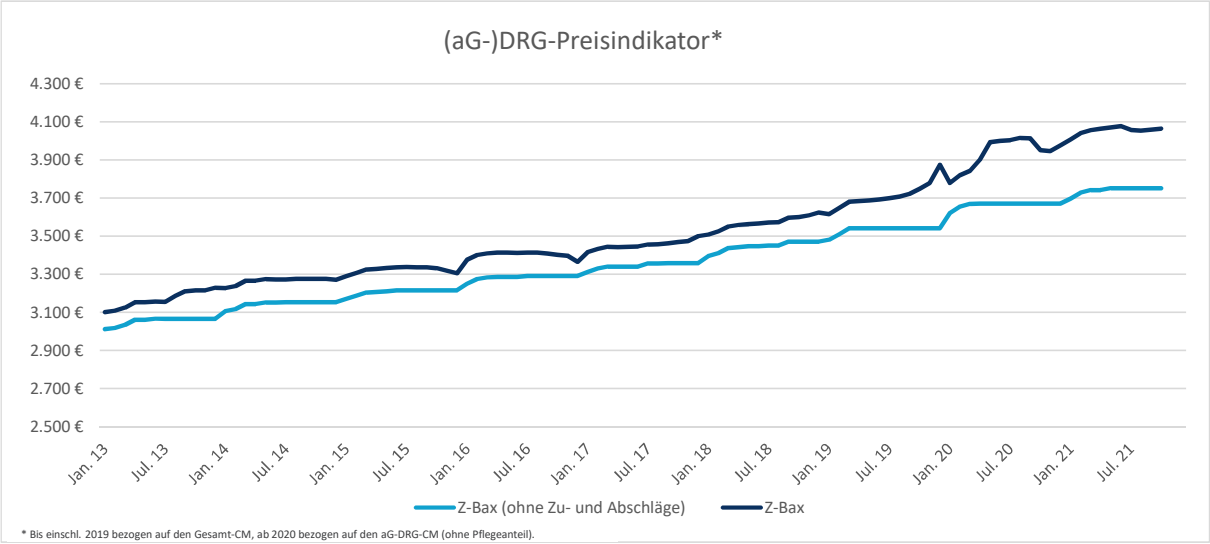
Auch wenn die gesetzlichen Regelungen von prospektiven Budgetabschlüssen ausgehen, dominierten in den bisherigen Jahren der DRG-Abrechnung unterjährige und nicht selten retrospektive Umsetzungen. Demenstprechend verzögert sind die entgültigen Preiswirkungen neuer gesetzlicher Vorgaben sichtbar. Somit kann es z.B. vorkommen, dass Preiserhöhungen für das akuelle Jahr, erst im Folgejahr zur Zahlung kommen.

Im Jahr 2020 hat die Rückkehr zur Selbstkostendeckung bei der Vergütung von Pflegepersonalkosten dazu geführt, dass das über Fallpauschalen vergütete CM-Volumen um rund 21% abgesenkt wurde. Der in den Fallpauschalen verbleibende CM wird als aG-DRG-CM bezeichnet. Da der Z-Bax als Indikator für die Entwicklung der Zahlbasisfallwerte einen Überblick über das tatsächliche bundesweite Preisniveau für Krankenhausleistungen liefert, die über Fallpauschalen vergütet werden, bezieht er sich ab 2020 nur noch auf den aG-DRG-CM und somit nur noch auf bis zu 80% des Rechnungsbetrages (vgl. 5.).

Der Z-Bax wird wöchentlich aktualisiert und informiert zeitnah über das (aG-)DRG-Preisgeschehen im Zeitverlauf. Er umfasst den überwiegenden Teil der relevanten Zu- und Abschläge und beschreibt so die Preiskomponente nahezu vollständig (vgl. 7.).

2. Der Z-Bax nach Monaten

Als Folge der unterjährigen Umsetzungszeitpunkte von Budgetvereinbarungen ergibt sich eine monatliche Änderung des bundesweiten Zahlbasisfallwerts für DRG-Leistungen. Die nachfolgende Abbildung stellt den Z-Bax nach Monaten dar.



* Bis einschl. 2019 bezogen auf den Gesamt-CM, ab 2020 bezogen auf den aG-DRG-CM (ohne Pflegeanteil).

Datenstand: 08.10.21

© Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) 2021

Nach Vorliegen einer genehmigten Vereinbarung auf Landesebene erfolgt seit dem Jahr 2009 eine einheitliche Abrechnung über den jeweiligen Landesbasisfallwert. Alle übrigen Zu- und Abschläge sind auf Hausebene zu vereinbaren und können daher erst mit vorliegenen der Budgetvereinbarung, also häufig später im Jahr bzw. bei retrospektiver Vereinbarung im Folgejahr umgesetzt werden. Auch Mengenveränderungen können sich auf das Preisniveau im Folgejahr auswirken: Im Falle einer Budgetüberschreitung im aktuellen Jahr wird in der Folgeperiode der Zahlbetrag nach unten korrigiert, damit die Mehrerlöse anteilig an die Kostenträger zurückfließen. Für Minderleistungen gilt dies analog.

Im Jahr 2011 sorgt das GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG) für die Wiedereinführung des Abschlag für vereinbarte Mehrleistungen auf Hausebene. Im Jahr 2012 wird im Psych-Entgeltgesetz (PsychEntgG) als Vorgriff auf die Einführung des Orientierungs- bzw. Veränderungswerts eine anteilige Refinanzierung der Tarifsteigerungen 2012 geregelt. Die Vertragspartner auf Bundesebene vereinbarten die Erhöhungsrate nach § 10 Abs. 5 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) im August 2012 mit 0,51%. Im Nachgang wurden die bereits vereinbarten Landesbasisfallwerte erneut erhöht, was zu einem entsprechenden Anstieg der DRG-Preise im letzten Quartal 2012 führt.

Mit dem im Juni 2013 beschlossenen Beitragsschuldengesetz wurde noch im gleichen Jahr der Versorgungszuschlag eingeführt, um die sog. "doppelte Degression" aus Mehrleistungsabschlägen und der Mengenberücksichtigung in den Landesbasisfallwerten zu neutralisieren. Er beträgt ab dem 01.08.2013 1,00% und ab dem 01.09.2013 inkl. der vereinbarten Tarifberichtigungsrate nach § 10 Abs. 5 Satz 6 KHEntgG 1,64% für vollstationäre DRG-Fälle. In den Jahren 2014 bis 2016 beträgt er jeweils ganzjährig 0,80%.

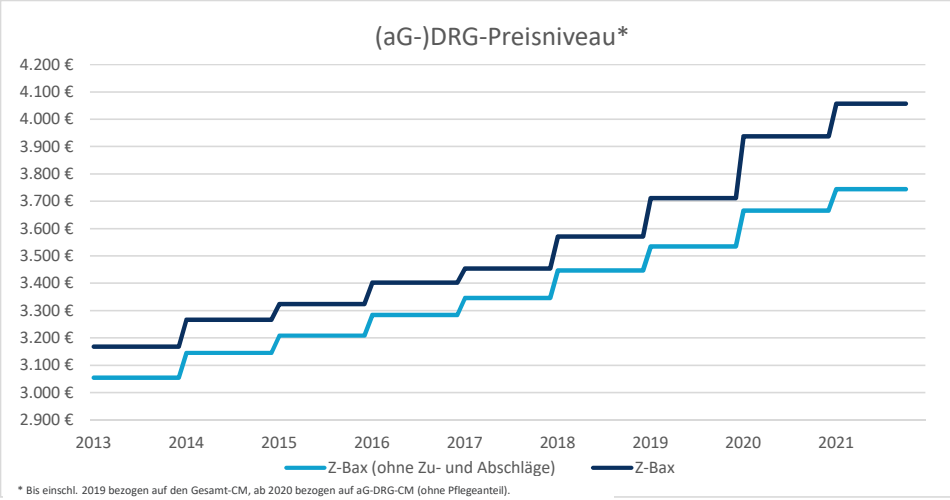
Das zum 01.01.2016 in Kraft getretenen Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) regelte die Ablösung des bisherigen Versorgungszuschlags durch den hausindividuellen Pflegezuschlag in 2017 sowie die Einführung eines Zuschlags für klinische Sektionen. Nicht zuletzt wurde die Berücksichtigung von Mengensteigerungen in der DRG-Vergütung grundsätzlich verändert: Statt der seit 2005 gültigen Berücksichtigung in den Landesbasisfallwerten wird die degressive Wirkung von vereinbarten Mehrmengen zeitlich befristet und hausindividuell über den Fixkostendegressionsabschlag (FDA) abgegolten. Im gleichen Zuge ist auch der Mehrleistungsabschlag entfallen, aufgrund der dreijährigen Gültigkeit wirkt er allerdings in den Jahren 2017 und 2018 nach. Das gestufte System von Notfallstrukturen mit den dazugehörigen Zu- und Abschlägen ist seit dem Jahr 2019 budgetwirksam.

Das Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz (PpSG) gibt die Ausgliederung der Pflege aus dem DRG-System zum 01.01.2020 vor. Zum Zeitpunkt der Ausgliederung wurden somit ca. 21% der Gesamtkosten in die Selbstkostendeckung überführt. Ebenfalls mit dem PpSG wurden Änderungen im Pflegepersonalförderprogramm vorgenommen, was in den Budgetvereinbarungen 2019 zu erhöhtem Fördervolumen geführt hat. Im Jahr 2020 gibt es zusätzlich noch eine, den Preiseffekt im aG-DRG-CM erhöhende, Nachwirkung aus dem PpSG: Ab dem 1.4 gilt ein Preiszuschlag von 0,042% auf jeden Rechnungsbetrag, um etwaige nicht refinanzierte Tarifsteigerungen in der Pflege auszugleichen.

Daneben gibt es im Jahr 2020 zahlreiche pandemiebedingte Sondereffekte. Dazu gehört der fallbezogene Zuschlag für erhöhte Materialkosten, der zum 1. April eingeführt wurde. Außerdem zeichnet sich ab, dass die Budgetverhandlungen aufgrund zahlreicher Unsicherheiten noch später als in den letzten Jahren geeint werden.

3. Der Z-Bax im Jahresmittel

Abstrahiert man von den unterjährigen Schwankungen des Z-Bax, dann zeigt sich ein geglätteter Verlauf: Die nachfolgende Abbildung stellt die Zahlbasisfallwerte im Jahresmittel dar.



* Bis einschl. 2019 bezogen auf den Gesamt-CM, ab 2020 bezogen auf aG-DRG-CM (ohne Pflegeanteil).

Datenstand: 08.10.21

© Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) 2021

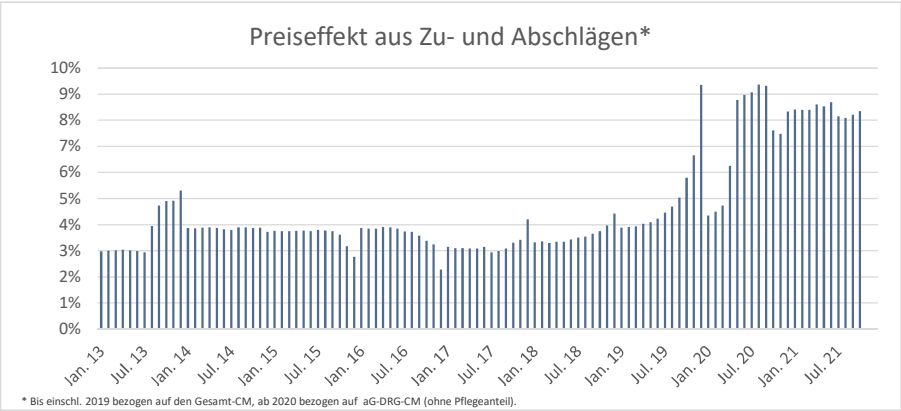
Jahr	Z-Bax		Z-Bax (ohne Zu- und Abschläge)	
2013	3.168		3.054	
2014	3.267	3,10%	3.145	2,98%
2015	3.324	1,76%	3.208	2,00%
2016	3.403	2,36%	3.285	2,39%
2017	3.455	1,52%	3.347	1,89%
2018	3.571	3,38%	3.448	3,02%
2019	3.712	3,95%	3.535	2,53%
2020	3.938	6,07%	3.666	3,71%
2021*	4.056	3,14%	3.742	2,11%

* bis 10/2021 (Vergl. zum Vorjahreszeitraum). Ab 2020 bezogen auf aG-DRG-CM (ohne Pflegeanteil).

© Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) 2021

4. Der Preiseffekt aus Zu- und Abschlägen

Die folgende Abbildung stellt die Wirkungen von Zu- und Abschlägen auf den Z-Bax nach Monaten dar, die sich in der Regel jährlich verändern (siehe 7. Methodische Hinweise).



* Bis einschl. 2019 bezogen auf den Gesamt-CM, ab 2020 bezogen auf aG-DRG-CM (ohne Pflegeanteil).

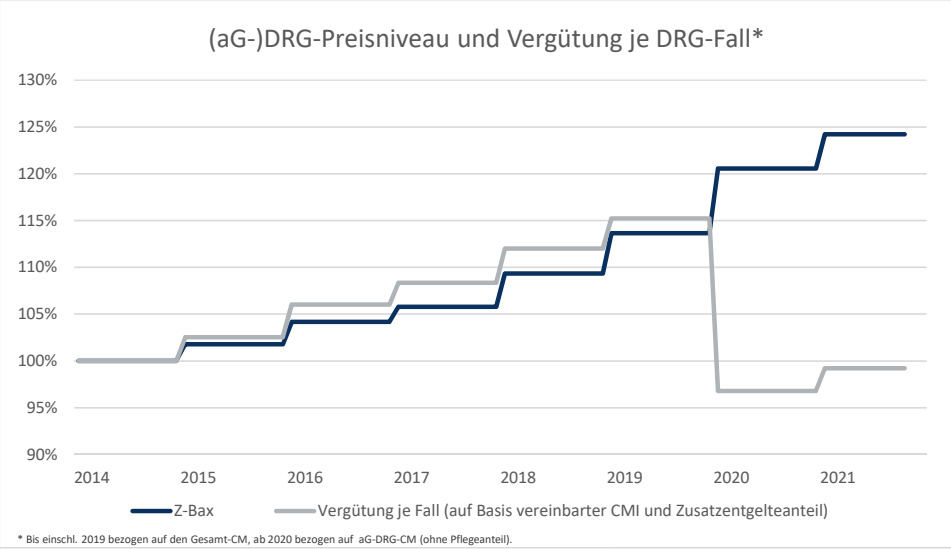
Datenstand: 08.10.21

© Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) 2021

Mit Inkrafttreten des KHRG haben im Jahr 2009 Zu- und Abschläge nochmals an Bedeutung gewonnen: Zum einen werden neue Sachverhalte in Form neuer Entgeltarten aufgenommen, zum anderen werden Tatbestände, die bislang im Basisfallwert enthalten waren, künftig separat berechnet. Dies soll formal der Forderung Rechnung tragen, gleiche Leistungen innerhalb eines Landes einheitlich per Landesbasisfallwert abzurechnen. Vor dem Hintergrund der Vielzahl von Zu- und Abschlagstatbeständen ist der Preis für (aG-)DRG-Leistungen trotz Abrechnung des LBFWs real weiterhin hausindividuell.

5. Z-Bax und durchschnittliche Fallvergütung

Der Z-Bax stellt mit dem Zahlbasisfallwert zwar ein zentrales bestimmende Element der Krankenhausvergütung dar, gibt aber noch keine abschließende Antwort auf die Entwicklung der durchschnittlichen Fallvergütung im DRG-Bereich. Die Fallvergütung ist neben dem Basisfallwert auch maßgeblich von der mittleren (aG-)DRG-Fallschwere (Casemix-Index / CMI), dem Umfang von Zusatzentgelten und ab 2020 auch den Pflegepersonalkosten abhängig. Sowohl CMI als auch Zusatzentgeltevolumen sind seit DRG-Einführung bundesweit kontinuierlich gestiegen, ähnliches ist für die Pflegepersonalkosten zu erwarten.
Die nachfolgende Darstellung zeigt die auf das Jahr 2013 indexierte Veränderung der Fallvergütung im Jahresvergleich gegenüber der Veränderung des Z-Bax im selben Zeitraum. Die durchschnittliche Fallvergütung wird unter Verwendung der durchschnittlichen Fallschwere (CMI), des Zusatzentgelteanteils und dem Pflegepersonlkostenanteil aus den vorliegenden Vereinbarungen geschätzt.

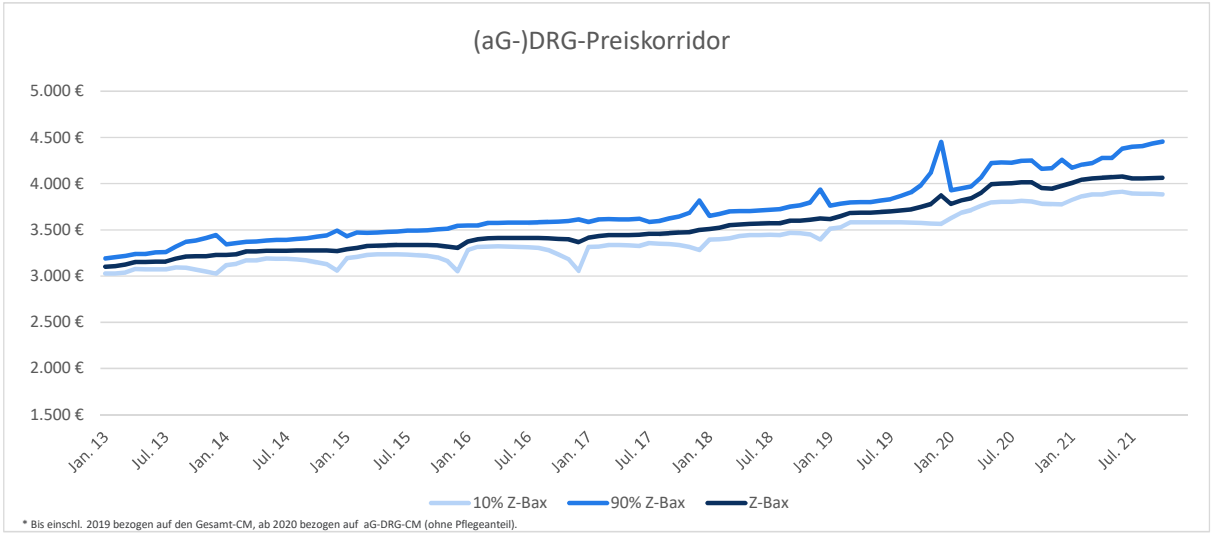


Datenstand: 08.10.21

© Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) 2021

6. Z-Bax Korridore

Neben der jährlichen Weiterentwicklung des G-DRG-Kataloges führen insb. die Konvergenz der Basisfallwerte gegen den jeweiligen Landesbasisfallwert in den Jahren 2005 bis 2010 sowie der Konvergenz der Landesbasisfallwerte gegen den Bundesbasisfallwertkorridor ab 2010 zu einer Harmonisierung des bundesweiten DRG-Preisniveaus im Zeitverlauf. Die folgenden Abbildungen zeigen den Verlauf im Anschluss an die Konvergenzphase.



Datenstand: 08.10.21

© Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) 2021

Die Preisspanne zwischen den oberen und unteren 10% der Zahlbasisfallwerte (inkl. Zu- und Abschlägen) sinkt in den Jahren 2013 bis 2021 von 246 Euro um -193 Euro bzw. -78,7% auf 439 Euro. Der entsprechende Korridor der Zahlbasisfallwerte ohne Zu- und Abschläge verringert sich im selben Zeitraum ausgehend von 91 Euro um 45,2%, was einem Betrag von 41 Euro entspricht.

	Z-Bax: mittlerer 80%-Korridor		Z-Bax (ohne Zu- und Abschläge): mittlerer 80%-Korridor	
2013	235		108	
2014	246	4,45%	91	-15,86%
2015	285	15,93%	76	-16,44%
2016	309	8,46%	60	-21,27%
2017	305	-1,21%	54	-9,25%
2018	303	-0,58%	118	117,88%
2019	341	12,53%	34	-71,16%
2020	377	10,59%	37	7,02%
2021*	439	16,31%	50	36,42%

* bis 10/2021. Ab 2020 bezogen auf aG-DRG-CM (ohne Pflegeanteil).

© Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) 2021

7. Methodische Hinweise

Die verwendeten Preisinformationen stammen aus den operativen Datenbanken der AOK. Die Gewichtung basiert auf den vorliegenden Vereinbarungsdaten aus den "Aufstellungen der Entgelte und Budgetermittlung" (AEB) gemäß Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG). Im Falle fehlender Vereinbarungsdaten erfolgt ein Rückgriff auf die Vorjahreswerte. Diese Daten stellen auch die Basis für die Ermittlung der durchschnittlichen Fallvergütung.

Die berücksichtigten Zu- und Abschläge lauten z. Zt.: Zuschlag Ausbildung, Investitionszuschlag, Zu- und Abschlag Qualität, Sicherstellungszuschläge, Zuschlag für Vorhaltekosten Besonderer Einrichtungen, Abschlag für Mehrleistungen, Abschlag für Nichtteilnahme am DTA, Zu- und Abschlag für die (Nicht-) Teilnahme an der Notfallversorgung, Ausgleiche, Konvergenz Besondere Einrichtungen, Pflegesonderprogramm, Hygieneförderprogramm, Mehrkosten G-BA, Fixkostendegressionsabschlag, Versorgungszuschlag, Pflegezuschlag sowie Zuschläge Klinische Sektionen, einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme, Bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf, Nicht-Einhaltung von Pflegpersonaluntergrenzen, Tarifrefinanzierung Hebammenförderprogramm, elektonische Patienenakte, LBFW-Konvergenz an Korridorgrenzen, Pandemiebedingte Erlössausgleiche, Persönliche Schutzausrüstung sowie Abschlagszahlungen. Unberücksichtigt bleiben Zuschläge für Begleitpersonen, Zentren und Schwerpunkte und Telematik sowie der erhöhte Zuschlag für Persönliche Schutzausrüstung je COVID-19-Fall.

Dabei werden alle fallbezogenen Zu- und Abschläge (wie Ausbildung o. ä.) vor der Anrechnung im Z-Bax durch den vereinbarten CMI des Hauses dividiert. Der tagesbezogene Investitionszuschlag kann nur näherungsweise ermittelt werden: Der Preis pro Tag wird mit dem gewichteten Mittel der mittleren VWD aus dem DRG-Katalog und der entsprechenden VB-AEB multipliziert.

8. Literaturhinweise

Z-Bax, Bezugsgrößen- und Katalogentwicklung:

Friedrich J / Leber W-D / Wolff J: Basisfallwerte – zur Preis- und Produktivitätsentwicklung stationärer Leistungen. In: Klauber J et al. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2010, Stuttgart / New York 2010; S. 122ff

Leber W-D / Wolff J: G-DRG-Entwicklung aus der Sicht der Krankenkassen, in: Kompendium zum G-DRG-System 2009, Roeder N et al. (Hrsg.), Düsseldorf 2009; S. 49ff

Friedrich J / Leclerque G / Paschen K: Die Katalogrevision beeinflusst die Konvergenz, in: f&w, Ausgabe 04/2007, Melsungen; S. 425ff

Allgemeine Budgetentwicklung und Umsetzungszeitpunkte:

Leclerque G / Mostert C: Die Krankenhausbudgets 2018 und 2019 im Vergleich. In: Klauber J et al. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2021, Berlin 2021; S. 351ff