



Kliniken klagen über Geldmangel, Krankenkassen verzeichnen stetig steigende Kosten für die stationäre Versorgung: höchste Zeit für eine umfassende Krankenhaus-Finanzreform. Doch das vorliegende Gesetz löst weder das Problem der Investitionskosten-Finanzierung noch stärkt es den Vertragswettbewerb.

Ein Kommentar von Simone Burmann
und Jürgen Malzahn

Flickwerk statt Finanzreform

Die fast eineinhalb Jahre währende Debatte um den ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ist zu Ende: Im Dezember 2008 hat der Bundestag das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) in zweiter und dritter Lesung verabschiedet. Obwohl es frühestens im März in Kraft tritt, sind Änderungen an dem zustimmungsfreien Gesetz bis dahin eher unwahrscheinlich.

Wie wirkt sich das KHRG auf Kassen, Kliniken und Patienten aus? Was wird sich mit dem Gesetz ändern, welche Bausteine bleiben? Die Erwartungen der Experten an das Gesetz waren hoch: Geht es doch darum, die Investitionskosten-Finanzierung neu zu regeln und den Einstieg in Einzelverträge zwischen Kliniken und Kassen zu ermöglichen. Beiden Anforderungen wird das KHRG nicht gerecht.

Einzelverträge blockiert. Bei der Investitionskosten-Finanzierung wird trotz der seit Jahren rückläufigen Förderquote der Bundesländer im Wesentlichen alles beim Alten bleiben (siehe Abbildung „Immer weniger Geld für Neubau und Sanierung“ auf Seite 29). Das KHRG verpflichtet die Länder nicht, mehr Mittel für Krankenhaus-Investitionen zur Verfügung zu stellen. Zudem können Kliniken frei zwischen der Förderung durch leistungsorientierte Investitionspauschalen und der bisherigen Einzel- und Pauschalförderung (siehe Glossar) wählen. Damit haben die Bundesländer erneut unter Beweis gestellt, dass sie sich bei der Verantwortung für die Investitionskosten-Finanzierung keinesfalls festlegen lassen wollen.

Auch hinsichtlich einer modernen Vertragsgestaltung zeigen sich die Bundesländer eher innovationsfeindlich, indem sie Möglichkeiten für Einzelverträge und eine Lockerung des Kontrahierungszwangs zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen blockieren. Obwohl der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, die Monopolkommission (ein Beratungsgremium für die Bundesregierung auf den Gebieten der Wettbewerbspolitik und Regulierung)

und zahlreiche Kostenträger Einzelverträge beispielsweise bei planbaren Leistungen, wie etwa der Entfernung einer Gallenblase, befürworten, wurden im Gesetzgebungsverfahren derartige Optionen am Ende leider nicht berücksichtigt. Dadurch wird eine Stärkung des Vertragswettbewerbs im stationären Sektor vollständig verhindert.

Kostenprognosen unterscheiden sich. So kommt auch der Einzelsachverständige Professor Jürgen Wasem, Universität Duisburg-Essen, in seiner prägnanten Stellungnahme zum KHRG zu der Einschätzung, dass die genannten beiden großen Reformthemen des Krankenhausbereichs nicht in einem annähernd befriedigenden Maße behandelt werden (siehe Interview „Wir brauchen eine konsequente wettbewerbliche Orientierung“ auf Seite 28). Ebenso ist den Ausführungen Dr. Wulf-Dietrich Lebers vom GKV-Spitzenverband zu-

Rechnen und verhandeln: So ergibt sich das Budget

Seit 2004 werden die meisten stationären Leistungen über Diagnosis Related Groups (DRGs) pauschal vergütet. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus kalkuliert für jede DRG Bewertungsrelationen. Sie spiegeln die geschätzten Kosten wider. **Bei den Vergütungsverhandlungen legen Krankenhaussträger und die örtliche Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassen zuerst die Leistungsmenge fest.** Entscheidend ist dabei der Leistungsumfang in der Vergangenheit. Zudem wird geprüft, ob die beantragten DRGs dem Versorgungsauftrag entsprechen. Der Versorgungsauftrag ist Ländersache. Er regelt unter anderem, welche Fachabteilungen ein Krankenhaus vorhalten darf. **Aus der Leistungsmenge wird der „Casemix“ (Summe der Bewertungsrelationen) des Krankenhauses abgeleitet.** Dieser Casemix wird ab 2009 mit dem landesweit gültigen Basisfallwert (Landesbasisfallwert) multipliziert. Das Produkt daraus entspricht der Höhe der Krankenhausvergütung für ein Jahr. Nach Abschluss der Verhandlungen muss die Vereinbarung behördlich geprüft und genehmigt werden. **Erwirtschaftet eine Klinik aufgrund von Preis- oder Leistungsabweichungen Mehr- oder Mindererlöse, findet im folgenden Jahr ein Erlösausgleich statt.**

zustimmen, der in der Zeitung „Neues Deutschland“ kommentiert: „Weder das Problem der rückläufigen Investitionsfinanzierung wird gelöst, noch wird die überfällige Einführung wettbewerblicher Steuerungselemente in Angriff genommen. Im Kern handelt es sich um ein Krankenhausmehrfinanzierungsgesetz – auf Kosten der Beitragszahler.“

Die Gesamtausgaben im akutstationären Sektor werden mit dem KHRG mutmaßlich um circa 4,6 Milliarden Euro steigen – die Bundesregierung hatte hingegen lediglich 3,5 Milliarden Euro Kostensteigerung veranschlagt. Wie schon bei der Festlegung des einheitlichen Beitragsatzes zur gesetzlichen Krankenversicherung auf 15,5 Prozent unterscheiden sich die Prognosen der Bundesregierung und der Krankenkassen erheblich. Wer Recht behalten wird, kann nur die Zeit zeigen, weil die Auswirkungen einiger neuer Gesetzesformulierungen nicht sicher vorherzusagen sind.

Einheitliche Preise erhöhen die Ausgaben. Bis zur letzten Minute war offen, wie im KHRG mit dem sogenannten Konvergenzsaldo und der Mehrleistungsfinanzierung verfahren werden soll. Ursache des Konvergenzsaldo ist, dass die gewichteten krankenhausindividuellen Basisfallwerte in der überwiegenden Zahl der Bundesländer unterhalb des jeweiligen Landesbasisfallwerts gelegen haben (siehe Glossar). Beim letzten Konvergenzschritt auf den Landesbasisfallwert im Rahmen der Konvergenzphase (der schrittweisen Anpassung der hausindividuellen Basisfallwerte an den jeweiligen Landesbasisfallwert) wird diese Lücke zugunsten der Krankenhäuser automatisch geschlossen. Durch diesen Effekt müssen die Krankenkassen im Jahr 2009 insgesamt rund 820 Millionen Euro zusätzlich aufbringen.

Im KHRG hat das Parlament jetzt eine Verlängerung der Konvergenzphase festgelegt: Der erste Teil des automatischen Lückenschlusses soll im Jahr 2009 und der zweite Teil im Jahr 2010 erfolgen. Aus Kassensicht ist dieses Vorgehen höchst zweifelhaft, denn die fehlerhafte Entwicklung wird nicht

korrigiert, sondern lediglich zeitlich gestreckt. Unabhängig davon, dass der Gesetzgeber die Lücke in den Konvergenzphasen nicht beseitigen will, eröffnet der abschließende Gesetzestext erheblichen operativen Interpretationsspielraum bei der Festlegung der Landesbasisfallwerte.

Preisabschläge bei Mehrleistungen unzureichend? Auch die Regelungen zur Vergütung von Mehrleistungen (siehe Glossar) werden die Ausgaben für die stationäre Versorgung erhöhen – ungewiss ist, in welchem Ausmaß. Der Grund: Das KHRG berücksichtigt den Effekt der Kostendegression unzureichend. Je mehr Leistungen ein Krankenhaus nämlich erbringt, desto stärker sinken die Durchschnittskosten, weil lediglich die variablen Kosten (beispielsweise für Medikamente und Verbandsmaterial) steigen, die Fixkosten (unter anderem Personalkosten) aber zunächst konstant bleiben.

Diese Kostendegression müsste sich auf die Vergütung von Mehrleistungen auswirken. Doch nach dem Willen des Gesetzgebers sind für Mehrleistungen ausschließlich im Jahr 2009 auf der Ebene des einzelnen Krankenhauses Preisnachlässe zu vereinbaren. Ob die Durchsetzung der Regelung bei den Verhandlungen mit den einzelnen Häusern gelingen wird, weiß niemand. Sicher hingegen ist, dass den Krankenkassen die Schuld gegeben wird, wenn die Schiedsstellen und Sozialgerichte zu Gunsten der Krankenhäuser entscheiden, damit Preisnachlässe für Mehrleistungen verhindern oder verringern und deshalb die Einnahmen der Kassen nicht zur Finanzierung der Krankenausgaben ausreichen. Dabei hatte der GKV-Spitzenverband klare Vorschläge unterbreitet, die sowohl den Konvergenzsaldo nivelliert als auch eine Berücksichtigung von Mehrleistungen lediglich in Höhe der variablen Kosten gewährleistet hätten.

Höhere Entschädigung für Rechnungsprüfung. Auch eine weitere Neuregelung muss Erstaunen hervorrufen: Die Aufwandspauschale, die Krankenkassen den Krankenhäusern zu zahlen

Interview

„Wir brauchen eine konsequente wettbewerbliche Orientierung“



Jürgen Wasem ist Professor für Medizinmanagement an der Universität Duisburg-Essen.

G+G: Welche Erwartungen sollte das Krankenhausfinanzierungsgesetz erfüllen?

Wasem: Alle GesundheitsökonomInnen sind sich einig: Wir brauchen eine konsequente wettbewerbliche Orientierung auch bei den Krankenhäusern. Und wir brauchen einen Übergang zur monistischen Finanzierung, ohne dass bei der Einführung die Länder per saldo entlastet und die Krankenkassen belastet werden. Dazu hätte das Reformgesetz die Weichen stellen sollen.

G+G: Was enttäuscht Sie am vorliegenden Gesetz am meisten?

Wasem: Die Bundesländer haben eine auch nur halbwegs schlüssige Weiter-

entwicklung des ordnungspolitischen Rahmens verhindert. Wettbewerbliche Weiterentwicklung: Fehlanzeige. Einstieg in die Monistik: Fehlanzeige. Stattdessen ein halbherziger Auftrag an die Selbstverwaltung und das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, Kalkulationsgrundlagen für Investitionspauschalen zu entwickeln.

G+G: Gibt es noch eine echte Chance für Klinik-Einzelverträge? Welche Voraussetzungen müssten dafür geschaffen werden?

Wasem: Als Minimum bräuchten wir eine Regelung analog zu den Einzelverträgen über besondere Versorgungsaufträge in der vertragsärztlichen Versorgung nach Paragraph 73b und 73c Sozialgesetzbuch V. Sinnvoller wäre es allerdings, den Kontrahierungszwang für Teile der stationären Versorgung zu beseitigen, sodass diese Leistungen dann zwingend über Einzelverträge zwischen Kliniken und Krankenkassen geregelt werden müssten.



Die Gesamtausgaben im Krankenhausbereich werden voraussichtlich um 4,6 Milliarden Euro steigen – die Bundesregierung hatte lediglich 3,5 Milliarden veranschlagt.

haben, wenn der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) bei der Prüfung von Klinikrechnungen keine Abrechnungsfehler findet, wird von 100 auf 300 Euro pro Fall erhöht. Der MDK prüft zurzeit ungefähr zehn Prozent der Krankenhausrechnungen. Die Summe der erfolgreich zurückgeforderten Beträge im Krankenhausbereich beläuft sich auf über eine Milliarde Euro, was einem Anteil von mehr als zwei Prozent der Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung entspricht.

Nach Angaben des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) liegt der Anteil der tatsächlich zu beanstandenden Rechnungen bei rund 40 Prozent. Aufgrund dieser Datenlage fällt es schwer, die Neuregelung zu verstehen. Obwohl der TÜV beim Autocheck auf eine geringere Beanstandungsquote kommt, käme kein Mensch auf die Idee, den TÜV dazu zu verpflichten, bei unauffälligen Autos den Haltern eine Aufwandsentschädigung zu gewähren. Auch bei Finanzämtern ist es unüblich, Steuerzahler für korrekte Steuererklärungen mit einer Aufwandsentschädigung zu belohnen.

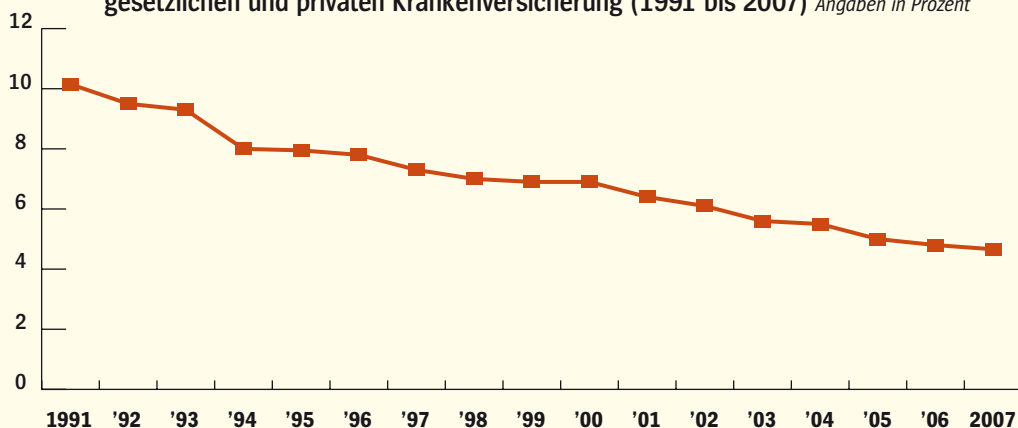
Wenn fast jede zweite Klinikrechnung zu beanstanden ist, kann keinesfalls von einer generell zu bürokratischen Prüf-

mentalität ausgegangen werden, sondern es ist schlicht festzustellen, dass die Rechnungsstellung ein erhebliches Verbesserungspotenzial besitzt. Bedauerlich an dem Irrweg der Aufwandsentschädigung sind vor allem die Zusatzkosten für die Versicherten. Wenn man die Anzahl der Prüfungen und die Prüferfolge als Konstanten setzt, werden die Erfolge der Rechnungsprüfung um rund 200 Millionen Euro gemindert – so viel müssen die Kassen für MDK-Prüfungen mehr zahlen.

Neuer Kostenindex für Kliniken. Auch die Einführung des Orientierungs- beziehungsweise Veränderungswertes (*siehe Glossar*) könnte zu Lasten der Krankenkassen gehen. Ab 2010 berechnet das Statistische Bundesamt den Orientierungswert als einen krankenhausspezifischen Kostenindex. Dieser soll explizit die Krankenhauskosten und -strukturen berücksichtigen. Der Orientierungswert kann vom Bundesministerium für Gesundheit per Rechtsverordnung korrigiert werden und trägt dann den Namen Veränderungswert (er ist ein Anteil des Orientierungswertes). Dieser Veränderungswert wird dann die relevante Stellgröße für die Festlegung der Obergrenze der Anpassung der Landesbasisfallwerte und löst die Grundlohnsumme in dieser Funktion ab.

Immer weniger Geld für Neubau und Sanierung

Investitionsfördermittel der Länder im Verhältnis zu den Klinikausgaben der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung (1991 bis 2007) Angaben in Prozent



Während die Krankenkassen für die laufenden Betriebskosten der Kliniken aufkommen, sind die Bundesländer für die Finanzierung der Investitionen zuständig. Doch die Länder kommen ihrer Verpflichtung immer weniger nach: Lagen ihre Investitionsfördermittel 1997 noch bei rund 10,2 Prozent der Klinikausgaben der Krankenversicherung, waren es 2007 nur noch rund 4,7 Prozent. Quelle: AOK-Bundesverband

Das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz als PDF zum Download unter www.aok-gesundheitspartner.de -> Krankenhaus -> Aktuelle Gesetzgebung

- W.-D. Leber, J. Malzahn, J. Wolff: **Neuer Rahmen für Kliniken**. G+G 7-8/2007
- W.-D. Leber: **Geldregen für überholte Strukturen**. Neues Deutschland, Ausgabe vom 19.10.2008, Seite 14.
- W.-D. Leber, F. Reinermann, J. Wolff: **Divergente Basisfallwerte – Zur Ausgabenwirkung divergierender Landes- und Krankenhaus-Basisfallwerte am Ende der Konvergenzphase**. GKV-Spitzenverband, 6. November 2008.
- J. Friedrich, J. Klauber: **Preissprung auf der Klinikrechnung**. G+G 12/2008
- S. Burmann, J. Malzahn, C. Wehner: **Kliniken in Not?** G+G 6/2008, als PDF-Download unter www.aok-gesundheitspartner.de -> Krankenhaus -> Publikationen
- B. Augurzky et al.: **Effizienzreserven im Gesundheitswesen**. RWI-Materialien, Heft 49
- Medizinischer Dienst des GKV-Spitzenverbandes der Krankenkassen: **Weihnachtsgeschenk für Krankenhäuser – Erhöhung der Aufwands-pauschale bei DRG-Prüfungen**. unter: www.mds-ev.org/3135.htm (Zugriff am 12.1.2009)

Man kann sicherlich berechtigt fragen, ob die Grundlohnsummenanbindung das richtige Maß für die jährliche Vergütungssteigerung der Kliniken ist – obwohl sich Krankenhausausgaben und Grundlohnsumme in den letzten Jahren so wieso schon auseinander entwickelt haben (siehe *Abbildung unten*: „*Klinikausgaben steigen stärker als die Löhne*“). Aber letzten Endes muss jeder, der die Grundlohnsummenanbindung auf der Ausgabenseite gänzlich zur Disposition stellt, die Frage nach der Einnahmenseite beantworten. Wenn die Grundlohnsumme als maßgeblicher Parameter für die Ausgabenentwicklung im stationären Sektor wegfällt und die Einnahmenseite nicht angepasst wird, fehlt den Kassen Geld und sie müssen eine Zusatzprämie erheben.

Nachhaltigkeit Integrierter Versorgung sichern. Wenn das Gesundheitsministerium die Höhe des GKV-Beitragsatzes und den Veränderungswert festlegt, ist das deutsche Gesundheitswesen auf dem Weg in die Staatsmedizin einen großen Schritt vorangekommen. Für die Krankenkassen wird daher der Aufbruch in die Welt der Einzelverträge (Selektivverträge) zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern zur Verpflichtung, wenn sie den Schritt vom Payer zum Player wirklich vollziehen wollen. Solange die Möglichkeiten der Kassen für Verhandlungen im Kollektivvertragsrecht sowohl ambulant als auch stationär immer mehr geschwächt werden, muss die strategische Antwort zwangsläufig darin liegen, neue Vertragsformen auf den Weg zu bringen. Aufgrund der bestehenden gesetzlichen Grundlagen müssen Einzelverträge im Jahr 2009 sowohl im stationären als auch im vertragsärztlichen Sektor unter einem anderen Blickwinkel gesehen werden.

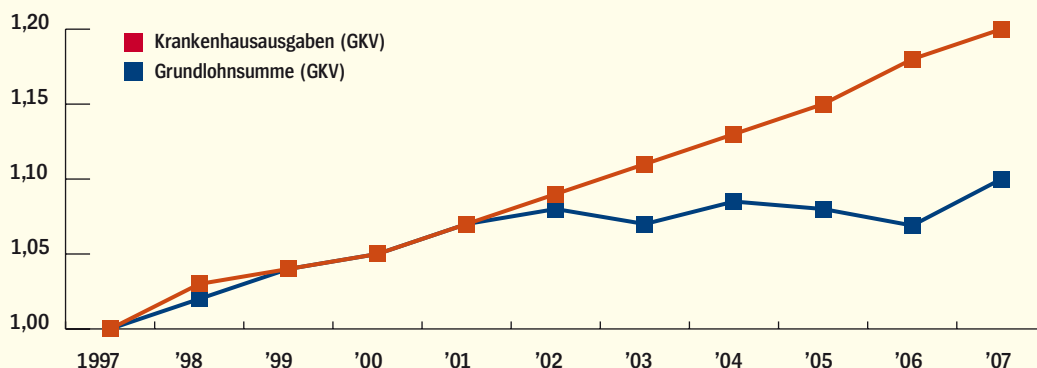
Im Bereich der Integrierten Versorgung ist die Anschubfinanzierung in Höhe von einem Prozent der Gesamtvergütung zum 31. Dezember 2008 ausgelaufen. Dennoch ist die Zahl der Verträge zur Integrierten Versorgung (IV) im dritten Quartal 2008 nochmals angestiegen. Das Vergütungsvolumen beläuft sich bei 5.895 laufenden IV-Verträgen auf rund 819 Millionen Euro. Nach Erhebungen der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung sind bei rund 50 Prozent der gemeldeten Verträge Krankenhäuser direkte Vertragspartner. Durch

den Wegfall der Anschubfinanzierung treten im Jahr 2009 besondere Anforderungen an die IV-Verträge: Es ist mehr Innovationskraft gefordert, damit die Einsparungen (höhere Wirtschaftlichkeit) nicht durch Transaktionskosten wie beispielsweise Einschreibungs- und Koordinierungskosten überkompensiert werden. Nur unter diesen Voraussetzungen ist die Nachhaltigkeit der IV-Verträge gesichert.

Hausarztverträge als Katalysator. Die Verpflichtung, im vertragsärztlichen Bereich bis Mitte des Jahres 2009 Verträge zur Hausarztzentrierten Versorgung abzuschließen, kann als ein Katalysator für Selektivverträge wirken. Die Hausarztverträge zeigen den Versicherten, dass eine Krankenkasse auf der Leistungsseite Stärken hat. Bei den Verhandlungen mit Hausärzten sind die Kassen zwar mit Blick auf die Vergütung in keiner einfachen Position, weil der Abschluss der Verträge gesetzlich verpflichtend ist. Allerdings gibt es gute Chancen, die Verträge

Klinikausgaben steigen stärker als die Löhne

Indexierte Entwicklung der Krankenhausausgaben und der Grundlohnsumme von 1997 bis 2007 (Basisjahr: 1997 = 1)



Nach dem Willen des Gesetzgebers sollte sich die Krankenhausvergütung bisher an der Grundlohnsumme orientieren. Doch Löhne und Klinikausgaben entwickelten sich seit 2002 deutlich auseinander.
Quelle: KJ1-Statistik

zur Integrierten Versorgung als Pflichtbestandteil der Hausarztzentrierten Versorgung anzuhängen.

Die Notwendigkeit zum zügigen Ausbau des Vertragswettbewerbs wird aktuell durch eine Studie im Auftrag der Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft bestätigt (*siehe Web- und Lesetipps*). Die Studie beziffert die Effizienzreserven, die durch einen stärkeren Wettbewerb zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern zu nutzen wären, auf GKV-weit bis zu 9,8 Milliarden Euro. Als mögliche Instrumente zur Hebung dieser Wirtschaftlichkeitspotenziale werden unter anderem Preisverhandlungen, die Aufhebung der Preisregulierung, die Finanzierung der Krankenhäuser aus einer Hand und die Aufbrechung der sektoralen Trennung vorgeschlagen.

Aus Sicht des selektiven Kontrahierens sind die Verschlechterungen im Kollektivvertragsrecht folglich nicht ausschließlich negativ zu betrachten: Aus ökonomischer Perspektive erhöht das den Druck auf die Einführung alternativer sektorenübergreifender Vollversorgungsverträge. Hinzu kommen die Wirkungen der letzten Gesundheitsreform. Das primäre Unterscheidungsmerkmal für Krankenkassen, das in den vergangenen Jahren der Beitragsatz gewesen ist, wurde durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz abgeschafft. Voraussichtlich wird deshalb das konkrete Angebot von qualitativ hochwertigen Versorgungsleistungen bei der Kassenwahl stärker in den Vordergrund rücken.

Entwicklungspotenziale nutzen. Insgesamt kann das KHRG als Reformgesetz für den stationären Sektor nicht überzeugen. Das Gesetz enthält Mehrausgaben in umstrittener Höhe, ein Wahlgeschenk an die Gewerkschaften in Form des Pflege-Sonderprogramms (in den Jahren 2009 bis 2011 werden bei Neueinstellung von ausgebildetem Pflegepersonal die Personalkosten zu 90 Prozent durch die GKV finanziert) und mit dem Veränderungswert die Perspektive der stärkeren staatlichen Einmischung. Für die Weiterentwicklung des Kollektivvertragsrechts im stationären Sektor ist aus Kassensicht mit dieser Reform eine unzureichende Basis gelegt worden.

Die Kostenträger müssen abwägen, welche Entwicklungspotenziale in der aktuellen Situation liegen. Letzten Endes ist es wahrscheinlich, dass die Politik auch in naher Zukunft die Kernprobleme – Investitionskosten-Finanzierung und wettbewerbliche Ausgestaltung des Vertragsrahmens im stationären Sektor – nicht lösen können wird. Es gibt für die Bundesländer nach dieser Reform überhaupt keinen Grund, künftig reformfreudiger zu sein. Wenn also ab dem Jahr 2011 der Orientierungs- und Veränderungswert greifen, sind Ausgabensteigerungen in Abhängigkeit von Wahlterminen vorprogrammiert.

Der unkalkulierbaren Finanzierung können die Kassen und Krankenhäuser sich nur durch einen quantitativ relevanten Aufbau von Einzelverträgen entziehen. Damit wird die Planungssicherheit für die Vertragspartner erhöht und der Staatseinfluss auf das Gesundheitswesen vermindert. ■

Jürgen Malzahn leitet die Abteilung „Stationäre Versorgung“ im AOK-Bundesverband. **Simone Burmann** ist Referentin in dieser Abteilung.
Kontakt: Simone.Burmann@bv.aok.de, Juergen.Malzahn@bv.aok.de

Basisfallwert: Der Basisfallwert ist der Eurobetrag, aus dem sich nach Multiplikation mit der Bewertungsrelation einer Fallpauschale der Preis der jeweiligen stationären Leistung ergibt. Er wird bis Ende 2008 auf Klinikenebene vereinbart.

Landesbasisfallwert: Der Landesbasisfallwert wird jährlich vereinbart und dient während der Konvergenzphase als Zielwert für die Angleichung der hausindividuellen Basisfallwerte. Ab 2009 ist er alleinige Berechnungsgrundlage für die Vergütungshöhe für stationäre Leistungen.

Konvergenzsaldo: Mit Einführung diagnoseorientierter Fallpauschalen haben sich Klinikindividuelle Preise und Landesbasisfallwerte auseinanderentwickelt. Während 2005 die Differenz zwischen den individuellen Basisfallwerten und den Landesbasisfallwerten noch durchschnittlich rund 20 Euro betrug, stieg der Abstand 2007 auf rund 55 Euro und wird 2008 voraussichtlich bei 46 Euro liegen. In der Gesamtbetrachtung aller Klinikabrechnungen ergibt sich daraus der sogenannte Konvergenzsaldo – im Jahr 2009 führt er für die Krankenkassen zu Mehrausgaben von rund 820 Millionen Euro.

Mehrleistungen/Mehrleistungsvergütung: Bei den Vergütungsverhandlungen legen Krankenhaus und Krankenkassen die Leistungen nach Art und Umfang fest. Geht der Leistungsumfang einer Klinik in der aktuellen Verhandlungsrunde über die im vorhergehenden Jahr vereinbarten Mengen hinaus, spricht man von Mehrleistungen. Die Höhe der Mehrleistungsvergütung für 2009 muss krankenhausesindividuell vereinbart werden und wird ab 2010 wie zuvor bei der Verhandlung der Landesbasisfallwerte berücksichtigt.

Orientierungswert: Der durch das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz neu geschaffene Orientierungswert für Krankenhäuser soll die Kostenstrukturen und -entwicklungen berücksichtigen und die bislang veranschlagte Veränderungsrate (Entwicklung der Grundlohnsumme) ablösen. Das Statistische Bundesamt soll den Orientierungswert erstmals bis zum 30. Juni 2010 ermitteln.

Veränderungswert: Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) bestimmt den zu finanzierenden Anteil des Orientierungswertes – den Veränderungswert. Nach Anhörung der Bundesländer gibt das BMG per Rechtsverordnung den Zeitpunkt der Anwendung und die Höhe des Veränderungswertes vor (2011 erstmals möglich).

Investitionsförderung (Einzel- und Pauschalförderung): Mit der Einzelförderung finanzieren die Bundesländer langfristige Investitionen, zum Beispiel Neubauten oder Sanierungsmaßnahmen. Zudem finanzieren sie kleinere bauliche Maßnahmen sowie die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter durch feste jährliche Pauschalbeträge. Diese Pauschalförderung wird je Bett bemessen. Das KHRG ergänzt diese Förderungspraxis mit leistungsorientierten Investitionspauschalen. Die Investitionspauschalen sollen den in Zusammenhang mit bestimmten Leistungen stehenden Investitionsbedarf in pauschalierter Form abbilden.

Duale Krankenhausfinanzierung: Seit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz von 1972 sollen sich die Bundesländer und die gesetzlichen Krankenkassen die Krankenhausfinanzierung teilen. Die Investitionskosten sollen im Wege der öffentlichen Förderung durch die Bundesländer getragen werden, die Krankenkassen finanzieren die laufenden Betriebskosten im Rahmen der Krankenhausvergütung.

Monistische Krankenhausfinanzierung: System der Krankenhausfinanzierung, bei dem die Entscheidungs- und die Finanzverantwortung für laufende Betriebskosten und Investitionskosten in einer Hand (z.B. Krankenkassen) gebündelt werden.

Kontrahierungszwang bezeichnet die gesetzlich auferlegte Pflicht zur Annahme eines Vertragsangebotes. Die gesetzlichen Krankenkassen müssen die Behandlung ihrer Versicherten in allen zugelassenen Krankenhäusern finanzieren.

Selektivvertrag: Im Gegensatz zum Kollektivvertrag wird beim Selektivvertrag ein Versorgungsvertrag nur zwischen einer Krankenkasse und einem bestimmten Leistungserbringer, zum Beispiel einem einzelnen Krankenhaus, geschlossen.