

## Z-Bax

der aktuelle DRG-Preisindikator des WiDO  
Datenstand: 28.12.18



Wissenschaftliches Institut der AOK (WiDO)

Rosenthaler Str. 31  
10178 Berlin  
[www.wido.de](http://www.wido.de)

Postanschrift:  
Postfach 11 02 46  
10832 Berlin

© 2019 Wissenschaftliches Institut der AOK (WiDO)

### 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, und damit für das bestimmende Element der Krankenhausvergütung, 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). Der Z-Bax als Indikator für die Entwicklung der Zahlbasisfallwerte liefert einen Überblick über das tatsächliche bundesweite Preisniveau für Krankenhausleistungen, die nach DRGs vergütet werden.

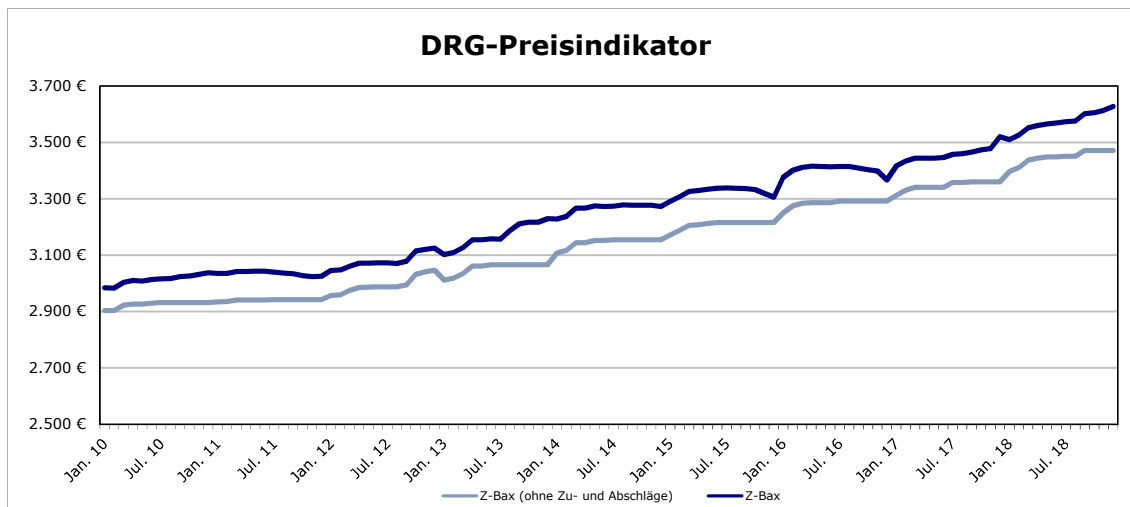
Die zu Grunde liegenden Ergebnisse aus Budgetvereinbarungen gelten bez. der Mengen und Preise zwar für das gesamte Budgetjahr, Preisveränderungen treten aber immer erst nach Abschluss einer entsprechenden Vereinbarung und deren Genehmigung in Kraft. Bei unterjähriger Umsetzung einer Budgetvereinbarung wird mittels des Zahlbasisfallwerts sichergestellt, dass über die Restlaufzeit bis zum Ende des Kalenderjahres das Gesamtvolumen der Preisveränderung realisiert wird: So führt eine vereinbarte 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. Z. B. die für das Jahr 2009 entscheidenden Regelungen aus dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) standen erst zum 25.03.2009 fest. Somit lag der frühestmögliche Beginn von Budgetverhandlungen deutlich später als in den Jahren zuvor, in einigen Ländern traten die endgültigen Preiswirkungen des KHRG erst in 2010 ein. Seitdem geht die Entwicklung wieder in Richtung früherer Budgetabschlüsse.

Der Z-Bax wird wöchentlich aktualisiert und informiert zeitnah über das 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.



Datenstand: 28.12.18

© 2019 Wissenschaftliches Institut der AOK (WiDO)

In 2005, dem ersten Jahr der Budgetkonvergenz gegen einen Landesbasisfallwert, ist der Umstieg auf die DRG-Abrechnung weitestgehend abgeschlossen. Zuschläge wie z.B. zur Finanzierung der Ausbildungsvergütung halten erstmals Einzug. Ab 2006 beginnt eine Phase der stagnierenden Zahlbasisfallwerte, die aus den anteilig berücksichtigten Kostendegressionseffekten aufgrund vereinbarter Mehrleistungen von ca. 3-4% p.a. resultieren. Mehrleistungen wirken in dieser Phase zudem über einen zweiten Mechanismus: Im Falle einer Budgetüberschreitung wird in der Folgeperiode der Zahlbetrag dahingehend nach unten korrigiert, dass die ebenfalls anteiligen Mehrerlösausgleiche an die Kostenträger zurückfließen. Für Minderleistungen gilt dies analog. Aufgrund der anteiligen Berücksichtigung im Preisniveau führten die Mengenausweitungen zu steigenden Krankenhausaussgaben bzw. Erlösen.

Mit Inkrafttreten des KHRG in 2009 steigen die Durchschnittspreise wieder an. Nach Vorliegen einer genehmigten Vereinbarung auf Landesebene erfolgt erstmals die einheitliche Abrechnung über den jeweiligen Landesbasisfallwert, sowie des Zu-/Abschlags für die Verlängerung der Konvergenz. Im bisherigen Verlauf der Konvergenz sind die Landesbasisfallwerte den tatsächlich vereinbarten Preisniveaus auf Hausebene nicht gefolgt ("Divergenzeffekt"). Daher wurde im Rahmen des KHRG auch eine Konvergenzverlängerung um ein weiteres Jahr geregelt. Alle übrigen Zu- und Abschläge sind weiterhin auf Hausebene zu vereinbaren und können daher erst später im Jahr bzw. bei retrospektiver Vereinbarung im Folgejahr umgesetzt werden.

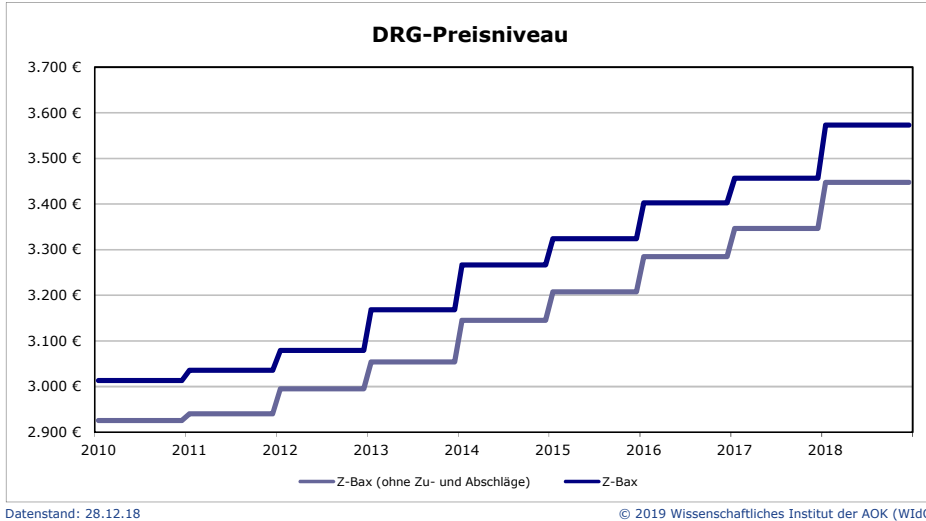
In 2010 laufen preisreduzierende Regelungen des KHRG wie die Konvergenzverlängerung und der Abschlag für vereinbarte Mehrleistungen aus. Zudem wirken bei retrospektiver Umsetzung von Vereinbarungen aus dem Budgetjahr 2009 die übrigen Regelungen aus dem KHRG in 2010 nach. Im Jahr 2011 sorgt das GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG) für die Wiedereinführung des Abschlag für vereinbarte Mehrleistungen auf Hausebene. Im Jahr 2012 wird im PsychEntG als Vorgriff auf die Einführung des Orientierungs- bzw. Veränderungswerts eine anteilige Refinanzierung der Tarifsteigerungen 2012 geregelt. Die Vertragspartner auf Bundesebene vereinbarten die Erhöhungsrates nach § 10 Abs. 5 KHEntG 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 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 KHEntG 1,64% für vollstationäre DRG-Fälle. In den Jahren 2014 bis 2016 beträgt er jeweils ganzjährig 0,8%.

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.

### 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.

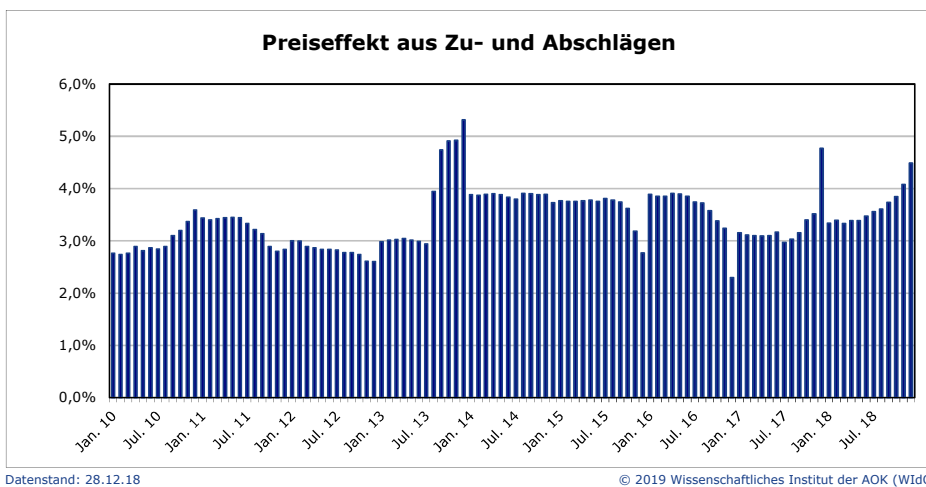


Jahr	Z-Bax		Z-Bax (ohne Zu- und Abschläge)	
2010	3.013		2.926	
2011	3.035	0,75%	2.940	0,51%
2012	3.079	1,44%	2.995	1,86%
2013	3.168	2,90%	3.054	1,97%
2014	3.267	3,10%	3.145	2,98%
2015	3.324	1,76%	3.208	2,00%
2016	3.403	2,37%	3.285	2,39%
2017	3.457	1,58%	3.347	1,88%
2018*	3.573	3,36%	3.448	3,02%

\* bis 1/2019 (Vergl. zum Vorjahreszeitraum) © 2019 Wissenschaftliches Institut der AOK (WiDO)

### 4. Der Preiseffekt aus Zu- und Abschlägen

Die Konvergenz gegen den Landesbasisfallwert (LBFW) ab 2005 stellt höhere Anforderungen an die Vergleichbarkeit von Krankenhausbudgets im Land als dies zu Beginn der DRG-Einführung die Regel war: Daher wurden Budgetanteile für die Ausbildung von Pflegeberufen ausgegliedert und können ab 2005 in Form von Zuschlägen erstmals separiert werden. In den folgenden Jahren sind weitere Zu- und Abschlagstatbestände hinzugekommen (s. Methodische Hinweise). Die folgende Abbildung stellt die Wirkungen von Zu- und Abschlägen auf den Z-Bax nach Monaten dar.

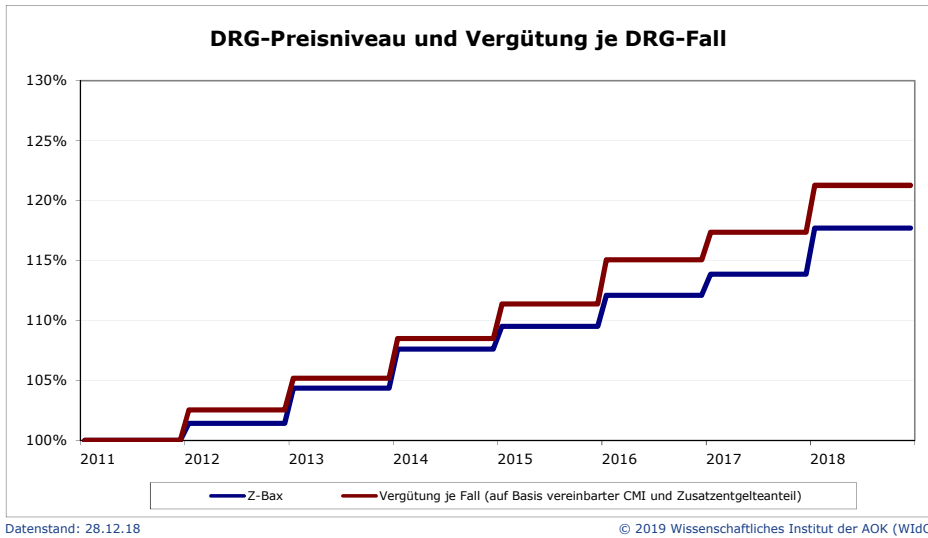


Mit Inkrafttreten des KHRG haben in 2009 Zu- und Abschläge nochmal an Bedeutung gewonnen: Zum einen werden neue Sachverhalte in Form neuer Entgeltarten aufgenommen, zum anderen werden Tatbestände, die bislang im Basisfallwert enthalten waren, künftig separat berechnet. Dies soll formal der Forderung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

## 5. Z-Bax und durchschnittliche Fallvergütung

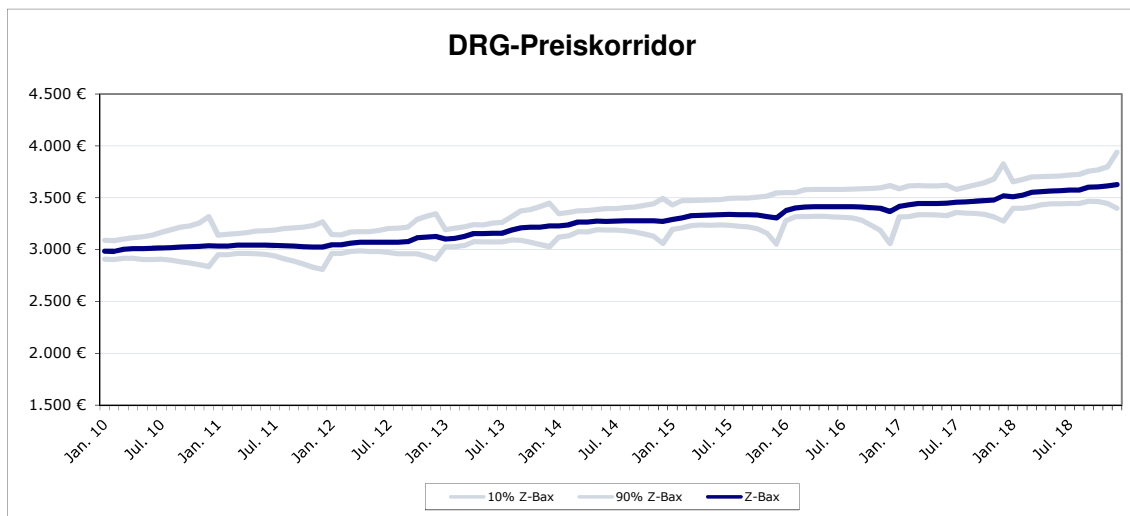
Der Z-Bax stellt mit dem Zahlbasisfallwert zwar das bestimmende Element der Krankenhausvergütung dar, gibt aber noch keine abschließende Antwort auf die Entwicklung der durchschnittlichen Fallvergütung im DRG-Bereich. Die Fallvergütung ist neben dem Basisfallwert auch maßgeblich von der mittleren DRG-Fallschwere (Casemix-Index / CMI) und dem Umfang von Zusatzentgelten abhängig. Sowohl CMI als auch Zusatzentgeltevolumen sind seit DRG-Einführung bundesweit kontinuierlich gestiegen.

Die nachfolgende Darstellung zeigt die auf das Jahr 2010 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) und des Zusatzentgelteanteils aus den vorliegenden Vereinbarungen geschätzt.



## 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 verdeutlichen dies.



Die Preisspanne zwischen den oberen und unteren 10% der Zahlbasisfallwerte (inkl. Zu- und Abschlägen) sinkt in den Jahren 2010 bis 2018 von 276 Euro um -30 Euro bzw. -11% auf 306 Euro. Der entsprechende Korridor der Zahlbasisfallwerte ohne Zu- und Abschläge verringert sich im selben Zeitraum ausgehend von 98 Euro um -21,1%, was einem Betrag von -21 Euro entspricht.

Jahr	Z-Bax: mittlerer 80%-Korridor		Z-Bax (ohne Zu- und Abschläge): mittlerer 80%-Korridor	
2010	277		126	
2011	276	-0,57%	98	-22,37%
2012	252	-8,63%	117	19,64%
2013	236	-6,45%	108	-7,55%
2014	246	4,16%	91	-15,86%
2015	286	16,35%	76	-16,44%
2016	310	8,40%	60	-21,27%
2017	306	-1,23%	54	-9,25%
2018*	306	0,05%	118	117,88%

\* bis 1/2019

© 2019 Wissenschaftliches Institut der AOK (WiDO)

## 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 AIP, Zuschlag AZV, Zuschlag Ausbildung, Investitionszuschlag, QS-Zuschlag, Sicherstellungszuschlag, Zuschlag für Vorhaltekosten BE, Abschlag Tarifierhöhung, Abschlag für die Anschubfinanzierung IV, Abschlag für Mehrleistungen in 2009 sowie ab 2011, Abschlag für Nichtteilnahme am DTA, Abschlag für Nichtteilnahme an der Notfallversorgung, Sanierungsabschlag, Ausgleiche, Kappung, Konvergenzverlängerung, Konvergenz Besondere Einrichtungen, Pflegesonderprogramm, Hygieneförderprogramm, Mehrkosten G-BA, Versorgungszuschlag und erhöhter Versorgungszuschlag, sowie ab 2017 Pflegezuschlag, Zuschlag für Klinische Sektionen und der Fixkostendegressionsabschlag. Unberücksichtigt bleiben Zuschläge für Begleitpersonen und für Zentren und Schwerpunkte.

Dabei werden alle fallbezogenen Zuschläge (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 Divergenzeffekt:*

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

### *Divergenzeffekt:*

Klauber J / Friedrich J: Preissprung auf der Klinikrechnung, in: Gesundheit und Gesellschaft, Ausgabe 12/2008, Berlin; S. 18f

### *Einfluss der G-DRG-Katalogentwicklung auf die Harmonisierung des Preisniveaus:*

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

### *Allgemeine Budgetentwicklung:*

Kramer H / Leclerque G / Friedrich J: Die Krankenhausbudgets 2008 und 2009 unter dem Einfluss des KHRG. In: Klauber J et al. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2011, Stuttgart / New York 2011; S. 261ff