

# Krankenhaus-Report 2013

## „Mengendynamik: mehr Menge, mehr Nutzen?“

Jürgen Klauber / Max Geraedts /  
Jörg Friedrich / Jürgen Wasem (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2013

Auszug Seite 21-47



<b>2</b>	<b>Eckdaten der Leistungsentwicklung im Krankenhausmarkt 2011 .....</b>	<b>21</b>
	<i>Carina Mostert, Gregor Leclerque und Jörg Friedrich</i>	
2.1	Einführung.....	21
2.2	Allgemeine Budgetentwicklung .....	22
2.3	Vereinbarte Preisentwicklung.....	24
2.4	Vereinbarte Leistungsentwicklung .....	28
2.4.1	Leistungsveränderung im DRG-Bereich.....	28
2.4.2	Leistungsentwicklung im Bereich der Zusatzentgelte.....	34
2.5	Zusammenfassung und Diskussion .....	42
	Literatur .....	43
	Anhang.....	43

# 2 Eckdaten der Leistungs- entwicklung im Krankenhaus- markt 2011

Carina Mostert, Gregor Leclerque und Jörg Friedrich

## Abstract

Im Ergebnis sind die Krankenhausbudgets der hier untersuchten 1 446 Krankenhäuser ausgleichsbereinigt um 2,9 % gestiegen, was einem Mittelzuwachs von knapp über 1,5 Mrd. Euro entspricht. Dabei ist die vereinbarte Mengenveränderung mit einem Plus von 2,9 % der entscheidende Faktor für die Budgetentwicklung 2011. Diese Mengenentwicklung wird deutlich von dem Effekt aus um 2,1 % steigende Fallzahlen bedingt, während die Veränderung der Leistungsstruktur hin zu höherpreisigen Krankenhausleistungen nur 0,8 % der Budgetentwicklung erklärt. In den Jahren 2009 und 2010 war die Budgetveränderung deutscher Krankenhäuser noch maßgeblich von der Aufstockung des Finanzierungsvolumens aus dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) dominiert. Ohne diese Sondereffekte der Vorjahre ist der Einfluss des Preisfaktors auf die Krankenhausbudgets 2011 quasi neutral, was u. a. auf die Wiedereinführung des Abschlags für vereinbarte Mehrmengen zurückzuführen ist.

The budgets of the 1 446 hospitals analysed in this article have increased by 2.9 %, which corresponds to an increase in funds of nearly 1.5 billion euros. The crucial factor for the development of the budgets in 2011. is an agreed-upon volume increase of 2.9 %. The main reason for the volumes development is the fact that the number of cases increased by +2.1 %, while the change in the service structure towards more expensive hospital services only explains 0.8 % of the budget development. In the years 2009 and 2010, the budget development of German hospitals was still largely dominated by an increase in the financing volume due to the Hospital Funding Reform Act (KHRG). Not counting these effects in the previous years, the influence of the price factor on the hospital budgets of 2011 is more or less neutral, which is mainly due to the re-introduction of the discount for exceeding volumes.

## 2.1 Einführung

Der folgende Beitrag befasst sich mit der Budgetentwicklung somatischer Krankenhäuser im Vergleich der Jahre 2011 und 2010 und der Bedeutung von Leistungssteigerungen im Bereich von DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten. Die Analysen basieren auf den Vereinbarungsdaten für 1 446 Krankenhäuser, für die aus beiden betrachteten Jahre Daten vorlagen und die durchgängig eigenständig am Markt auf-

getreten sind. Die Krankenhäuser in der Stichprobe repräsentieren 91,8% der gesamten Leistungsmenge, die in den Vereinbarungen aller Landesbasisfallwerte in 2011 festgesetzt wurde.

Der Beitrag gibt in Abschnitt 2.2 zunächst einen Überblick über die allgemeine Budgetentwicklung und nimmt eine erste globale Betrachtung nach Preis- und Mengenfaktoren vor. Mit Abschnitt 2.3 folgt zunächst eine differenzierte Betrachtung der Preisentwicklung. Abschnitt 2.4 komplettiert die Analyse mit einem detaillierteren Blick auf die Leistungsentwicklung im Bereich der DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelte.

## 2.2 Allgemeine Budgetentwicklung

Der in den vergangenen Jahren zu verzeichnende Anstieg des Gesamtbudgets hat sich im Jahr 2011 fortgesetzt. Die Entgeltsumme aus DRGs, den sonstigen Entgelten nach § 6 KHEntG sowie den Zu- und Abschlägen ist gegenüber 2010 um 2,9% bzw. rund 1,5 Mrd. Euro gewachsen (Tabelle 2–1). Im Vergleich zu den Entwicklungen der letzten zwei Jahre hat sich die Steigerungsrate allerdings abgeschwächt: 2010 ist das Gesamtbudget um 5,8% und 2009 um 7,0% im Vergleich zum Vorjahr gestiegen. Ein Grund dieser rückläufigen Entwicklung der Steigerungsrate ist, dass in den beiden Vorjahren die im Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) verankerten Maßnahmen zur Aufstockung des Finanzierungsvolumens<sup>1</sup> wirksam waren.

Der größte Anteil am Gesamtbudget entfällt 2011 mit über 96,2% auf die DRG-Budgets inklusive der Zusatzentgelte. Dementsprechend ist die dortige Zuwachsrate von 3,2% im betrachteten Zeitraum die Hauptdeterminante der Gesamtentwicklung. Den zweitgrößten Kostenblock stellen die Sonstigen Entgelte dar: Sie haben

Tabelle 2–1

### Vereinbarte Budgets 2010 und 2011 (in Mio. Euro)

	2010	2011	Veränderung
DRG-Budget	50953,9	52591,0	3,2%
davon: Zusatzentgelte	1384,7	1528,9	10,4%
Sonstige Entgelte	1780,3	1830,9	2,8%
Zu- und Abschläge (ohne Ausbildung)	429,6	267,7	-37,7%
Gesamtbudget	53163,8	54689,6	2,9%
<i>Ausgleiche</i>	-90,7	9,6	-110,6%
<i>Gesamtbudget mA</i>	53073,1	54699,2	3,1%

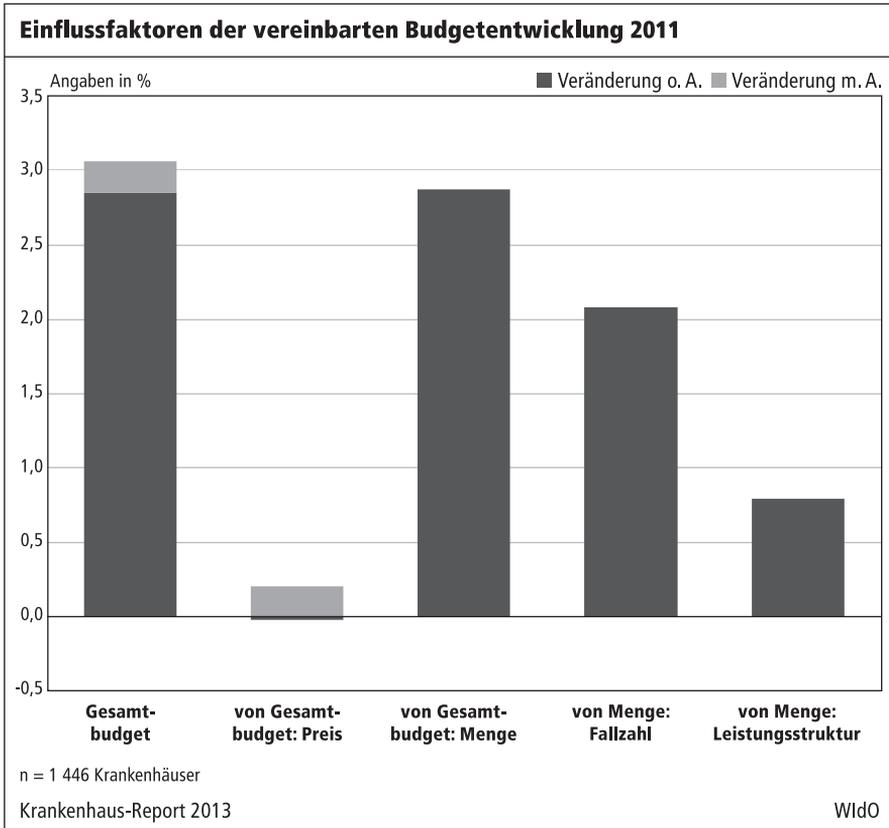
n=1446 Krankenhäuser

Krankenhaus-Report 2013

WIdO

<sup>1</sup> Dazu gehören die Regelungen zu der Tarifierhöhungsrate, den Mehrleistungsabschlägen sowie zur Verlängerung der Konvergenzphase um ein weiteres Jahr, die über die sogenannten Zu- oder Abschläge wirksam werden (Vgl. Kramer et al. 2011 und Kramer et al. 2012).

Abbildung 2–1



einen Anteil von 3,3% am Gesamtbudget und steigen um 2,8%. Der dritte und zugleich dynamischste Ausgabenblock in Form der Zu- und Abschläge<sup>2</sup> ist 2011 gegenüber 2010 hingegen um 37,7% rückläufig. Hauptursache hierfür ist die Wiedereinführung der Mehrleistungsabschläge. Die gesamte Preiswirkung von Zu- und Abschlägen wird im Abschnitt 2.3 noch näher thematisiert.

Falls das Krankenhaus die vereinbarte Budgetsumme in Vorperioden unter- oder überschritten hat, legen die Vertragsparteien im Rahmen der Budgetverhandlungen Ausgleichszahlungen fest. 2011 fiel die Summe der bundesweiten Ausgleichsbeträge erstmals positiv aus und im Vergleich zum Vorjahr ist eine Steigerung von rund 100 Mio. Euro zu verzeichnen. Werden diese Ausgleichszahlungen in der gesamten Budgetentwicklung zwischen 2010 und 2011 berücksichtigt, ergibt sich eine um 0,2% deutlichere Steigerungsrate. Sie beträgt dann 3,1%.

Für eine nähere Betrachtung der Gesamtbudgetentwicklung auf Bundesebene illustriert Abbildung 2–1 den Einfluss der Faktoren Fallzahl-, Leistungsstruktur-<sup>3</sup>

<sup>2</sup> Zuschläge im Bereich der Ausbildungsfinanzierung sind hier grundsätzlich nicht enthalten.

<sup>3</sup> Effekte aus der jährlichen Neukalkulation des DRG-Kataloges haben auf dieser Ebene keine Relevanz. Vgl. Abschnitt 2.4.1. sowie Heimig 2010.

und Preisveränderung. Der Einfluss des Preisfaktors berechnet sich aus der Entwicklung der Landesbasisfallwerte sowie aller Zu- und Abschläge. Im Gegensatz zu den letzten Jahren, in denen der Preis der für den Budgetanstieg am meisten ausschlaggebende Faktor war<sup>4</sup>, hat sich sein Einfluss deutlich verändert. Die Preisentwicklung ist um 0,02 % rückläufig und bewirkt folglich sogar einen leichten Rückgang des Gesamtbudgets. Berücksichtigt man zusätzlich die Ausgleichzahlungen, ergibt sich zwar insgesamt ein budgetsteigernder Einfluss, der mit einem Wert von 0,2 % allerdings immer noch gering ist.

Dagegen hat die Fallzahlentwicklung die deutlichste budgeterhöhende Wirkung. Sie erklärt mit einem Plus von 2,1 % den Budgetzuwachs zu über zwei Dritteln. Die Veränderung der Leistungsstruktur trägt dementsprechend mit 0,8 % zur Gesamtveränderung des Budgets bei. Sie ergibt sich aus der gestiegenen durchschnittlichen Fallschwere unter Berücksichtigung der Zusatzentgelte. Das um 2,9 % angestiegene Budget wird also ausschließlich von der vereinbarten Mengenausweitung – dem Produkt aus Fallzahl- und Leistungsstrukturentwicklung – bedingt. Bei Berücksichtigung der Ausgleichzahlungen für Vorperioden verändert sich dieses Ergebnis nur geringfügig.

### 2.3 Vereinbarte Preisentwicklung

Das Vergütungsniveau stationärer Leistungen im somatischen Bereich wird maßgeblich von der Preisentwicklung für DRG-Leistungen geprägt. Ende Dezember 2010 hat der Gesetzgeber das GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG) beschlossen und damit die Rahmenbedingungen für die Preisvereinbarungen im Jahr 2011 verändert. Zu den neuen Rahmenbedingungen gehören Regelungen zur eingeschränkten Berücksichtigung der Grundlohnrate und die Wiedereinführung von Abschlägen bei vereinbarten Mehrleistungen. Darüber hinaus war das seit dem Jahr 2009 laufende Programm zur Verbesserung der Personalausstattung in der Pflege eine wichtige gesetzliche Rahmenbedingung für die Budgetermittlung 2011. Diese Aspekte werden im Folgenden inklusive ihrer Auswirkungen auf die Budgetentwicklung beschrieben, bevor anschließend die Preisentwicklung insgesamt thematisiert wird.

#### Absenkung der Grundlohnrate

Seit Einführung der Landesbasiswerte im Jahr 2005 ist im Krankenhausentgeltgesetz verankert, dass die Steigerungsrate des jeweiligen Landesbasisfallwerts die Grundlohnrate – also die Veränderung der beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkassen – nicht übersteigen darf.<sup>5</sup> Für das Jahr 2011 galt nach GKV-FinG nicht die volle, sondern drei Viertel der Veränderungsrate der Grundlohnsumme als Obergrenze für die Preisentwicklung. Die vom Bundesministerium für Gesundheit veröffentlichte Grundlohnrate für 2011 beträgt 1,15 %, womit eine maximale Steige-

4 Vgl. Kramer et al. 2012.

5 Geregelt in: § 10 Abs. 4 KHEntgG.

rung der Landesbasisfallwerte um 0,9% zulässig war. Aber auch die abgesenkte Obergrenze wurde in den Vereinbarungen nicht voll ausgeschöpft. Die Landesbasisfallwerte stiegen bundesweit nur um 0,3%.

### **Wiedereinführung des Mehrleistungsabschlags**

Steigende Leistungsmengen führen c. p. zu sinkenden Durchschnittskosten, da lediglich die variablen Kosten steigen und die Fixkosten konstant bleiben. Hinsichtlich der Vergütung von vereinbarten Leistungsveränderungen auf Ebene eines einzelnen Krankenhauses bestehen seit Beginn der Konvergenzphase im Jahr 2005 unterschiedliche gesetzliche Auflagen. Für das Jahr 2009 wurde ein frei verhandelbarer Abschlag für vereinbarte Mehrleistungen auf Einzelhausebene eingeführt (Mehrleistungsabschlag), der für 2010 zunächst wieder abgeschafft wurde. Mit dem GKV-FinG wurde der Mehrleistungsabschlag für 2011 mit einem festen Satz von 30% dann wieder eingeführt. Von den Regelungen ausgenommen waren Mehrleistungen aus DRGs mit einem Sachkostenanteil von mehr als 66,7%<sup>6</sup> oder solche, die aus krankenhauplanerischen Maßnahmen resultieren.

Die Wiedereinführung des Mehrleistungsabschlags führte isoliert betrachtet zu einer Budgetabsenkung im Jahr 2011 von -0,6%. Bundesweit vereinbarten im gleichen Jahr 807 der hier betrachteten Krankenhäuser einen solchen Mehrleistungsabschlag mit einem Gesamtvolumen i. H. v. 317,6 Mio. Euro, was einem vereinbarten Preiseffekt von -18,15 Euro entspricht. Im Jahr 2009 betrug dieser Effekt basierend auf einem Abschlagsvolumen von 395,7 Mio. Euro noch -26,89 Euro.<sup>7</sup>

Die im Rahmen des Mehrleistungsabschlags bestehenden Ausnahmeregelungen entfalten 2011 eine deutliche Wirkung. Bei einer Gegenüberstellung des vereinbarten Leistungsvolumens des Jahres 2011 mit dem Vorjahreswert<sup>8</sup> weisen 977 Krankenhäuser vereinbarte Mehrleistungen auf. Dies entspricht fast 70% der Stichprobe. Unter Verwendung des gesetzlichen Abschlagssatzes von 30% für alle Leistungssteigerungen hätte ein Mehrleistungsabschlag von -462,0 Mio. Euro resultiert. Die Wirkung der Ausnahmeregelungen kann also mit +144,4 Mio. Euro beziffert werden, ca. ein Drittel der vereinbarten Mengenausweitung wurde nicht mit Abschlägen belegt, ca. 18% der Häuser mussten trotz Mehrleistungen im Jahr 2011 keinen Mehrleistungsabschlag gegen sich gelten lassen.

Auch wenn an dieser Stelle die Preiswirksamkeit von vereinbarten Mehrleistungen in Form eines Abschlags im Fokus steht, führen Mehrleistungen in erster Linie zu einem Budgetwachstum. Die Krankenhäuser mit vereinbarten Mehrleistungen weisen trotz Mehrleistungsabschlag ein preisbereinigtes Budgetwachstum von 1,0 Mrd. Euro auf. Da der Mehrleistungsabschlag auf ein Jahr begrenzt ist, werden deren Budgets c. p. im Jahr 2012 um die o. g. 317,6 Mio. Euro steigen.

6 Im G-DRG-Katalog des Jahres 2011 weisen nur zehn von insgesamt 1 147 vollstationären DRGs einen patientennahen Sachkostenanteil von über 66,7% auf.

7 Vgl. Kramer et al. 2012.

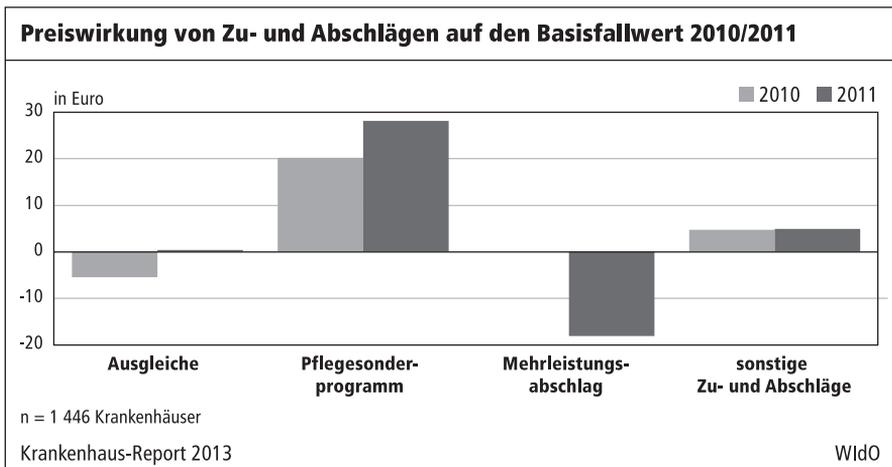
8 Dieser Wert wurde dafür um die Leistungsveränderungen bereinigt, die aus einer Neubewertung von DRG-Leistungen seitens des InEK hervorgehen (Katalogeffekt). Der Katalogeffekt wird in Abschnitt 2.4.1.1 näher thematisiert.

### Abschluss des Pflegesonderprogramms

Das auf drei Jahre angesetzte Pflegesonderprogramm<sup>9</sup> endet 2011. Hauptziel dieses Programms war es, zusätzliche Stellen zu schaffen, um die Personalsituation der Pflege in den Krankenhäusern zu verbessern. Im Jahr 2011 haben 989 der hier untersuchten Krankenhäuser mit DRG-Budgets eine Vereinbarung über das Pflegesonderprogramm geschlossen; das entspricht einem Anteil von ca. 70 %. Das Volumen der für die Pflegekräfte zusätzlich vereinbarten Finanzmittel beläuft sich im Jahr 2010 auf 346,3 Mio. Euro und steigt 2011 auf 495,0 Mio. Euro. Dies entspricht einem Gesamteffekt auf das Budget i. H. v. 0,3 %. Über die Gesamtlaufzeit von drei Jahren sind für die hier untersuchten Einrichtungen 1 014,2 Mio. Euro budgetwirksam bereitgestellt worden.<sup>10</sup>

80,6 % der Krankenhäuser mit einem vereinbarten Budget für das Pflegesonderprogramm im Jahr 2010 haben im Folgejahr einen höheren Betrag vereinbart. Für 12,1 % dieser Einrichtungen bleibt das Teilbudget konstant und für 7,3 % ist ein rückläufiges Budget festzustellen. In die Vereinbarungen im dritten Jahr des Programms gehen bereits die Erfahrungen aus der tatsächlichen Umsetzung von Neueinstellungen in den jeweiligen Krankenhäusern ein. Führten vereinbarte Budgetsummen der Jahre 2009 und 2010 – aus welchen Gründen auch immer – nicht zu tatsächlichen Neueinstellung, konnte dies 2011 zu einer Reduzierung des bereitgestellten Betrages führen. Die Auswirkungen des Pflegesonderprogramms auf den Preis von DRG-Leistungen summieren sich 2011 auf 28,27 Euro; im Vorjahr betrug

Abbildung 2–2



9 Während der Laufzeit verfügen die Krankenhäuser über einen Anspruch auf zusätzliche Fördermittel von bis zu 0,48 % ihres Budgets pro Jahr. Davon müssen sie mindestens 95 % für die Einstellung neuer Vollzeitkräfte oder für den Ausbau vorhandener Teilzeitstellen verwenden. Die verbleibenden 5 % können sie in die Erprobung neuer arbeitsorganisatorischer Modelle investieren (geregelt in § 4 Abs. 10 KHEntgG).

10 Der Gesetzgeber geht in der Gesetzesbegründung des KRHG davon aus, dass sich die Fördersumme zum Ende des über drei Jahre laufenden Programms auf insgesamt 660 Mio. Euro belaufen wird, mit denen 17 000 neue Stellen finanziert werden können.

dieser Wert noch 20,32 Euro je Casemix- (CM-)Punkt. Bezogen auf die gesetzlich festgelegte Obergrenze für die Finanzierung des Programms i. H. v. 0,48 % der Erlösbudgets beträgt der Umsetzungsgrad des Programms ca. 60 % (Abbildung 2–2).

### Preisentwicklung im DRG-Bereich

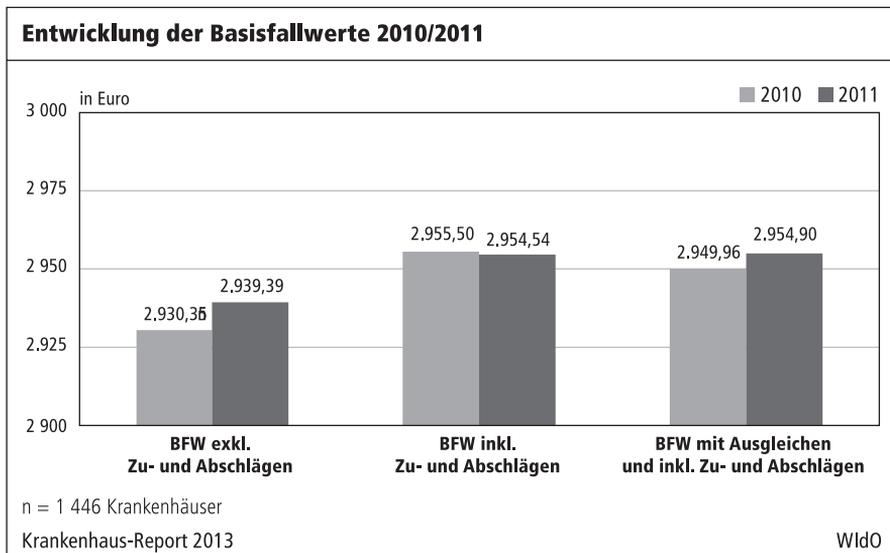
Die DRG-Preiskomponente setzt sich aus den Determinanten Basisfallwert, Zu- und Abschläge sowie periodenfremde Ausgleiche für Budgetabweichungen aus den Vorjahren zusammen. Sonstige Entgelte, deren Preise hausindividuell zu vereinbaren sind, spielen für die Gesamtentwicklung auf Bundesebene eine nachgeordnete Rolle und werden daher im Weiteren nicht näher untersucht.

Der Preissockel des Basisfallwerts ist ein Resultat aus den vereinbarten Landesbasisfallwerten. Für die hier untersuchten Einrichtungen beträgt er 2930,35 Euro im Jahr 2010 und steigt im Folgejahr auf 2939,39 Euro an. Dies entspricht einer relativen Steigerung von 0,3 % (Abbildung 2–3).

Die DRG-Preise unter Berücksichtigung der Zu- und Abschläge sinken dagegen leicht. Im Jahr 2010 wirkt deren Summe noch mit 25,15 Euro auf den Preis, im Folgejahr entfalten sie dagegen nur noch eine Preiswirkung i. H. v. 15,15 Euro. Dieser Preiseffekt geht maßgeblich auf die Wiedereinführung des Mehrleistungsabschlags zurück. Es resultiert eine Entwicklung der Basisfallwerte inkl. der Zu- und Abschläge von –0,03 %.

Wie in Abschnitt 2.2 beschrieben, wechselt die Determinante der Ausgleichzahlungen nach einer langen Phase der rückläufigen Entwicklung 2011 das Vorzeichen: Erstmals seit Beginn der Konvergenzphase werden in der Summe für Vorperioden Ausgleiche zugunsten der Krankenhäuser vereinbart. Die Ausgleichzahlungen 2011 erhöhen den Preis um durchschnittlich 0,36 Euro, wohingegen im Vorjahr das Preisniveau um –5,54 Euro abgesenkt wurde. Das abrechnungsrelevante Preisniveau,

Abbildung 2–3



d. h. der Basisfallwert inklusive Zu- und Abschlägen und Ausgleichen, steigt somit um 0,2 % und damit schwächer als im Vorjahr.<sup>11</sup>

## 2.4 Vereinbarte Leistungsentwicklung

Die nachfolgenden Abschnitte widmen sich der vereinbarten Mengenerwicklung zunächst im Bereich der DRGs und anschließend in dem der Zusatzentgelte. Dabei wird die Methode der Komponentenerlegung angewendet, bei der eine Gesamterwicklung analytisch in einzelne Komponenten aufgespalten wird. Auf diese Weise lassen sich die wesentlichen Determinanten der beobachteten Leistungsveränderungen veranschaulichen.

### 2.4.1 Leistungsveränderung im DRG-Bereich

Der überwiegende Teil des Gesamtbudgets der hier betrachteten Krankenhäuser wird über DRGs dargestellt. Das DRG-Leistungsvolumen wird in der Summe durch den Casemix (CM) – dem Produkt aus der Fallzahl und der durchschnittlichen Bewertungsrelation (BR) – und dem sogenannten Casemix-Index (CMI) als Ausdruck der mittleren Fallschwere dargestellt. Bei der Bemessung der Veränderung des DRG-Leistungsvolumens zwischen zwei Vereinbarungsjahren ist es sinnvoll, jene Effekte herauszurechnen, die einzig aus der jährlichen Katalogrevision resultieren.

#### 2.4.1.1 Auswirkungen aus der G-DRG-Katalogrevision 2010/2011 (Katalogeffekt)

Der Begriff Katalogeffekt bezeichnet die Auswirkungen aus der jährlichen G-DRG-Kalkulation durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) gegenüber dem Vorjahr. Neben der Neubewertung der einzelnen Krankenhausleistungen werden in diesem Rahmen auch strukturelle Änderungen am G-DRG-Katalog vollzogen.<sup>12</sup> Im Verfahrensschritt der Normierung des G-DRG-Katalogs soll seit 2006 sichergestellt werden, dass die Anwendung eines neuen G-DRG-Systems gegenüber der Vorgängerversion auf nationaler Ebene zu einem identischen CM-Volumen führt.<sup>13</sup>

Auf strukturellen Subebenen wie MDCs und Partitionen, aber auch auf Krankenhaus- oder Landesebene können durchaus deutliche Katalogeffekte resultieren. Diese führen c. p. zu einer Änderung der Vergütungs- und damit Budgethöhe ohne reale Leistungsveränderung. Um diese Störgröße zu eliminieren, wurden für alle

<sup>11</sup> Vgl. Kramer et al. 2012.

<sup>12</sup> Wie z. B. die veränderte Einordnung des „diabetischen Fußes“ von der MDC 10 in die MDC 5 beim Katalogwechsel 2010/2011. Vgl. Heimig 2010.

<sup>13</sup> Die Normierung des DRG-Systems z. B. des Jahres 2011 muss aus methodischen Gründen auf den bundesweiten Leistungsdaten nach § 21 des Jahres 2009 erfolgen. Im Falle von Veränderungen der Leistungsstruktur gegenüber 2009 kann allerdings beim abrechnungsrelevanten Jahreswechsel 2010 nach 2011 ein Katalogeffekt auf Bundesebene resultieren. Vgl. Heimig 2010.

Tabelle 2–2

**Verteilung der Katalogeffekte auf Einzelhausbene**

	Katalogeffekt
1. Quintil	negativer als –0,48 %
2. Quintil	zwischen –0,48 % und –0,21 %
3. Quintil	zwischen –0,21 % und 0,02 %
4. Quintil	zwischen 0,02 % und 0,27 %
5. Quintil	positiver als 0,27 %

n = 1 446 Krankenhäuser

Krankenhaus-Report 2013

WlD0

2

vergleichenden Darstellungen in den folgenden Kapiteln die vereinbarten DRG-Leistungen des Jahres 2010 in den Katalog des Jahres 2011 überführt.<sup>14</sup>

Für die hier betrachteten Einrichtungen ergibt sich nach Überleitung der Vereinbarungen des Jahres 2010 auf den G-DRG-Katalog 2011 ein um 0,04 % erhöhter CM.<sup>15</sup> Die Katalogeffekte der hier untersuchten Krankenhäuser differieren zwischen –5,9 % und 7,2 %. Die 20 % der Häuser mit der negativsten Veränderung weisen eine CM-Veränderung von kleiner als –0,48 % auf. Die vereinbarte Budgetsumme sinkt für diese Einrichtung entsprechend. Für 20 % der Krankenhäuser erfolgt eine Aufwertung des vereinbarten CM-Volumens um mindestens 0,27 % (Tabelle 2–2).

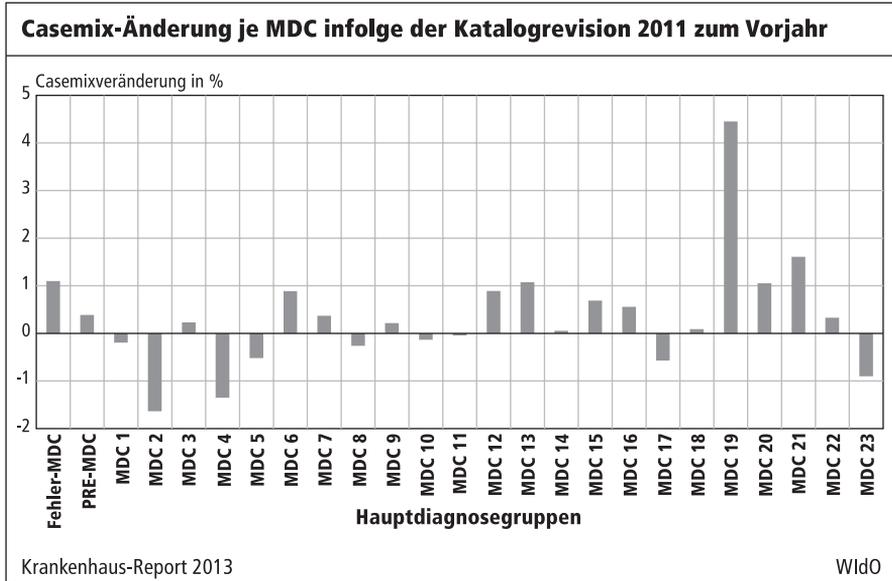
Der G-DRG-Katalog gliedert sich in 25 Major Diagnostic Categories (MDC).<sup>16</sup> Die Katalogeffekte auf Ebene der MDCs variieren zwischen –1,6 % und 4,5 % (Abbildung 2–4). Der positivste Veränderungswert mit 4,5 % ist für die MDC 19 (Psychische Krankheiten) festzustellen, gefolgt von der MDC 21 (Polytraumata sowie Wirkungen von Drogen und Medikamenten) mit 1,6 %. Abgewertet wurden die MDCs 2 (Auge) und 4 (Atmungsorgane) mit –1,6 % respektive –1,4 %. Die umsatzstärksten MDCs 5 und 8 wurden jeweils leicht um –0,5 % bzw. –0,3 % abgewertet, mit den entsprechenden Budgeteffekten für die betroffenen Einrichtungen.

14 Die Abbildung der Vereinbarungen des Jahres 2010 nach G-DRG-Katalog 2011 erfolgt mit dem Verfahren der „Vereinbarungsgewichteten Überleitung“. Dieses Verfahren gewichtet die vereinbarten Mengen des Jahres 2010 je DRG mit einer hausspezifischen Überleitungstabelle auf Basis von § 301-Daten von AOK-Versicherten. Die Auswirkungen einer veränderten Verweildauer auf die resultierenden Zu- und Abschlagstatbestände werden genauso berücksichtigt wie die Wanderungen zwischen den Formularen E1 und E3 (1) und E3 (3) aus der Aufstellung der Entgelte und Budgetberechnung (AEB). Für den Fall, dass eine 2010 vereinbarte DRG gar nicht bzw. nicht für AOK-Versicherte vom entsprechenden Krankenhaus erbracht wurde, wird auf eine Überleitungstabelle auf Landesebene zurückgegriffen (vgl. Friedrich und Paschen 2005).

15 Mögliche Erklärungen für die marginale Abweichung von der angestrebten Erlösneutralität im Rahmen der Katalognormierung liegen mutmaßlich in der Abweichung des vereinbarten DRG-Spektrums des Jahres 2011 von den bundesweit erbrachten Krankenhausleistungen des Jahres 2009 (vgl. Fußnote 13).

16 Die deutsche Bezeichnung für MDC lautet Hauptdiagnosegruppe. Eine Aufstellung aller MDCs findet sich in Tabelle 2–3.

Abbildung 2–4



#### 2.4.1.2 Komponentenzzerlegung der vereinbarten CM-Veränderung im DRG-Bereich

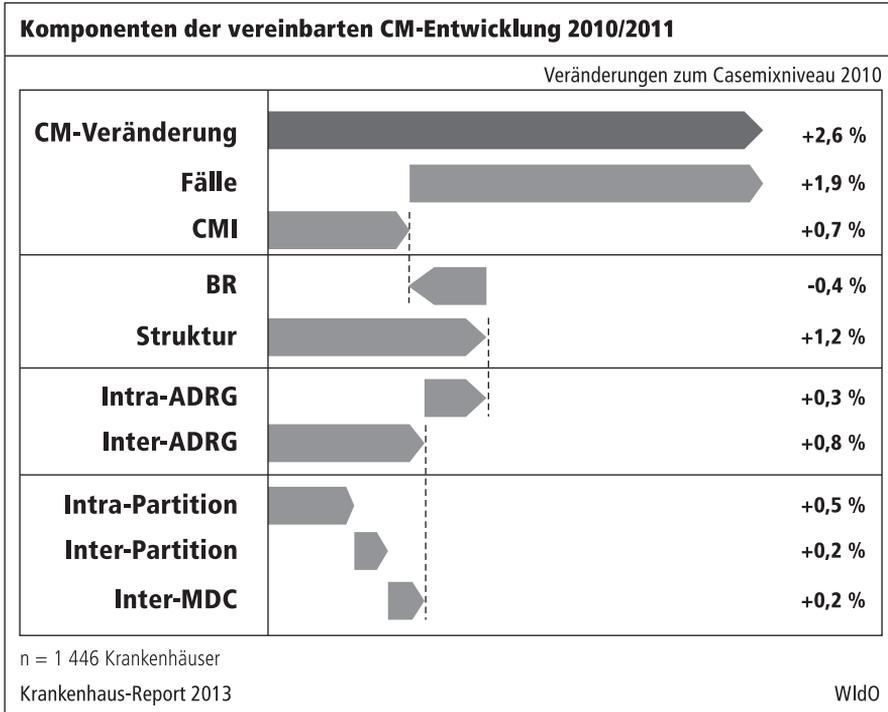
Nach Bereinigung des Katalogeffektes ist die Veränderung des vereinbarten CM ausschließlich von einer Mengen- und einer Strukturkomponente abhängig, also den Fallzahlen und dem CMI. Die Strukturkomponente kann wiederum in verschiedene Teilkomponenten zerlegt werden, deren Effekte im Weiteren anhand der Methode der Komponentenzzerlegung gemessen werden.<sup>17</sup> Die Komponentenzzerlegung beruht auf dem volkswirtschaftlichen Konzept der Indextheorie und hat nach erstmaliger Anwendung im Jahr 2006 Eingang in zahlreiche Analysen der DRG-Marktentwicklung gefunden.<sup>18</sup>

Im Jahr 2011 werden im Vergleich zum Vorjahr 421 000 mehr CM-Punkte vereinbart, was einer **CM-Veränderung** von +2,6 % entspricht (Abbildung 2–5). Steigende Fallzahlen erklären diese Veränderung mit +1,9 % zu mehr als zwei Dritteln (**Fallzahl-Komponente**). Die verbleibenden +0,7 % des CM-Anstiegs resultieren aus der Erhöhung des vereinbarten CMIs, der sich in die BR- und Strukturkomponente zerlegen lässt.

17 Für die Anwendung der Komponentenzzerlegung bedarf es einer Homogenität der Produkte, wie sie durch die Überführung der Vereinbarungen des Jahres 2010 nach G-DRG-Katalog 2011 gewährleistet ist. Die zweite wesentliche Voraussetzung ist eine ausgeprägte Produkthierarchie, die das G-DRG-System generell erfüllt. Die Hierarchieebenen des G-DRG-Systems lauten DRG, Basis-DRG, Partition und MDC. Eine ausführliche Beschreibung der theoretischen Grundlagen der Komponentenzzerlegung findet sich z. B. bei Reichelt 1988; Friedrich und Günster 2006.

18 Vgl. Fürstenberg et al. 2011; RWI 2012.

Abbildung 2–5



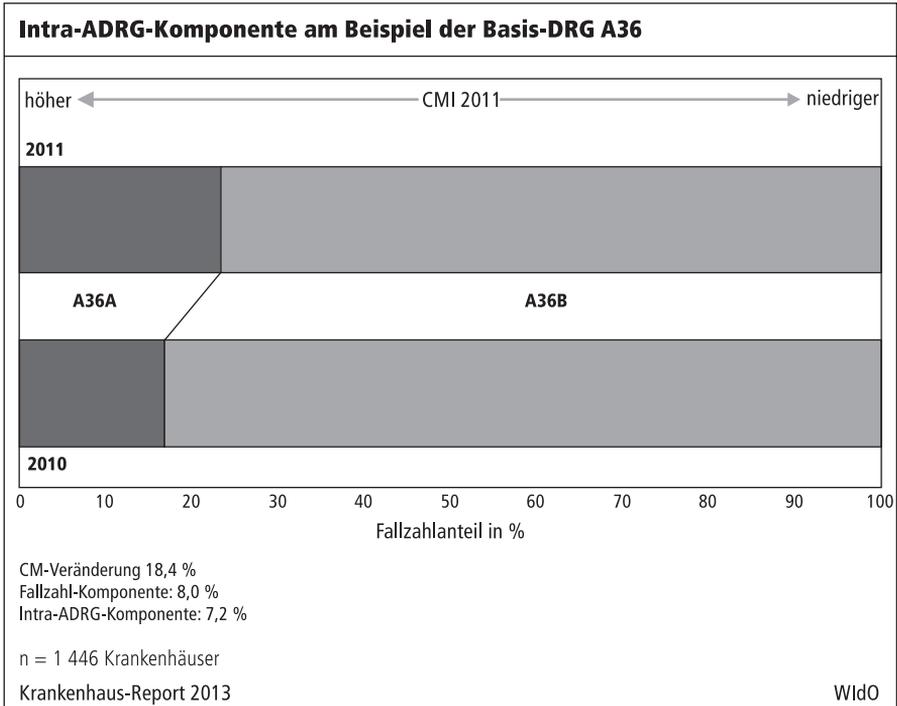
Die **BR-Komponente** setzt sich aus Verschiebungen von Anteilen der Lang-, Kurz- und Normallieger auf Ebene der jeweiligen DRG zusammen und kann mit einer Wirkung von  $-0,4\%$  für eine verkürzte durchschnittliche Verweildauer im Vergleich der Perioden stehen. Die mit  $+1,2\%$  positive **Struktur-Komponente** zeigt hingegen, dass verstärkt höher bewertete Leistungen vereinbart werden.<sup>19</sup> Ihre weitere Aufteilung in die Intra- und Inter-ADRG-Komponente illustriert, an welcher Stelle diese Verschiebungen zu höher bewerteten Leistungen stattfinden.<sup>20</sup>

Die **Intra-ADRG-Komponente** beschreibt den Effekt aus Verschiebungen innerhalb der jeweiligen Basisfallgruppen und erklärt einen  $0,3\%$ -igen Anstieg des gesamten CM der hier betrachteten Krankenhäuser. Auf der Ebene der einzelnen Basis-DRGs ist der Einfluss sehr unterschiedlich. Am Beispiel der Basis-DRG A36 (Intensivmedizinische Komplexbehandlung), die mit  $7,2\%$  die höchste Ausprägung der Intra-ADRG-Komponente aufweist, lassen sich die Verschiebungen gut veranschaulichen. Abbildung 2–6 zeigt, wie im Vergleich zwischen 2010 und 2011 der Anteil der hoch bewerteten Behandlungsfälle der DRG A36A

19 Die unterschiedlichen Prozentwerte im Vergleich zu Abschnitt 2.3 kommen dadurch zustande, dass in diesem Teil nicht alle Krankenhausleistungen, sondern nur die im DRG-Bereich betrachtet werden.

20 Die Warenkorbkomponente spielt bei der Betrachtung der DRG-Leistungen auf nationaler Ebene keine Rolle, da alle DRGs sowohl 2010 als auch 2011 vereinbart wurden (vgl. Günster 2008).

Abbildung 2–6



zunimmt, während derjenige der niedriger bewerteten A36B abnimmt. Insgesamt betrachtet erklärt die Intra-ADRГ-Komponente den CM-Anstieg bei der A36 zu mehr als einem Drittel.

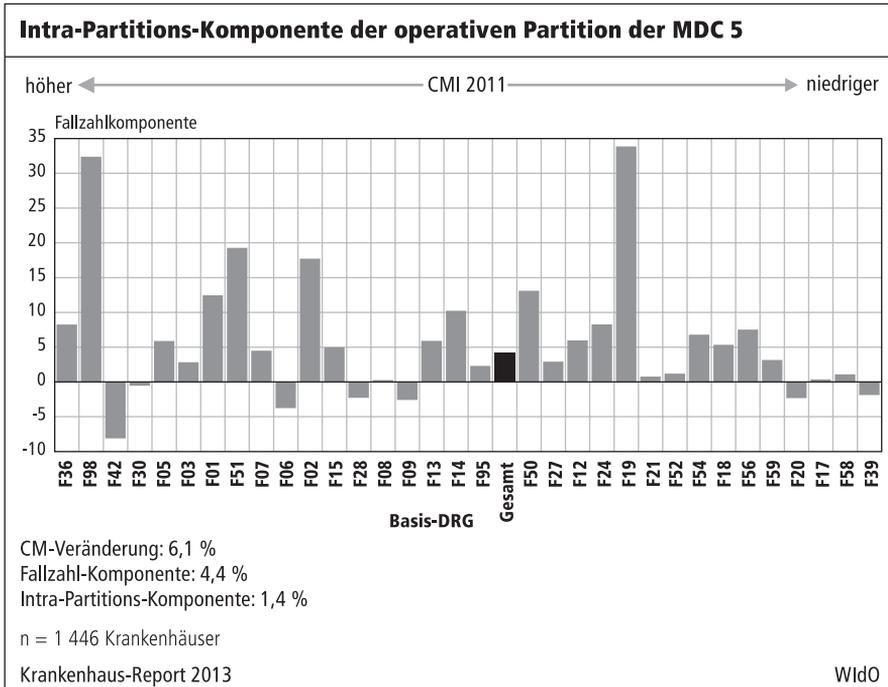
Analog zur Intra-ADRГ-Komponente werden die Effekte aus Verschiebungen zwischen den einzelnen Basis-DRGs als **Inter-ADRГ-Komponente** bezeichnet. Diese bedingt +0,8 % des vereinbarten CM-Anstiegs und lässt sich wiederum in drei Komponenten zerlegen: In Verschiebungen zwischen den einzelnen Basisfallgruppen

- innerhalb der gleichen MDC und Partition (Intra-Partition),
- innerhalb der gleichen MDC, aber unterschiedlichen Partitionen (Inter-Partition) und
- zwischen unterschiedlichen MDCs (Inter-MDC).

Von diesen dreien ist der Effekt aus Leistungsverlagerung zu höherwertigen DRGs innerhalb der jeweiligen Partition am stärksten ausgeprägt. Die **Intra-Partitions-Komponente** erklärt insgesamt einen Zuwachs von 0,5 %. Besonders deutlich fällt dieser Effekt in der operativen Partition der MDC 5 (Kreislaufsystem) aus. Der dortige Einfluss der Intra-Partitions-Komponente auf die Gesamt-CM-Veränderung von 6,1 % beträgt 1,4 %. Abbildung 2–7 zeigt, wie sich die Fallzahlen in den unterschiedlichen Basis-DRGs der MDC 5 entwickeln<sup>21</sup>. Drei der vier deutlichsten Fall-

<sup>21</sup> Eine Tabelle mit den Bedeutungen der einzelnen Basis-DRGs befindet sich im Anhang.

Abbildung 2–7



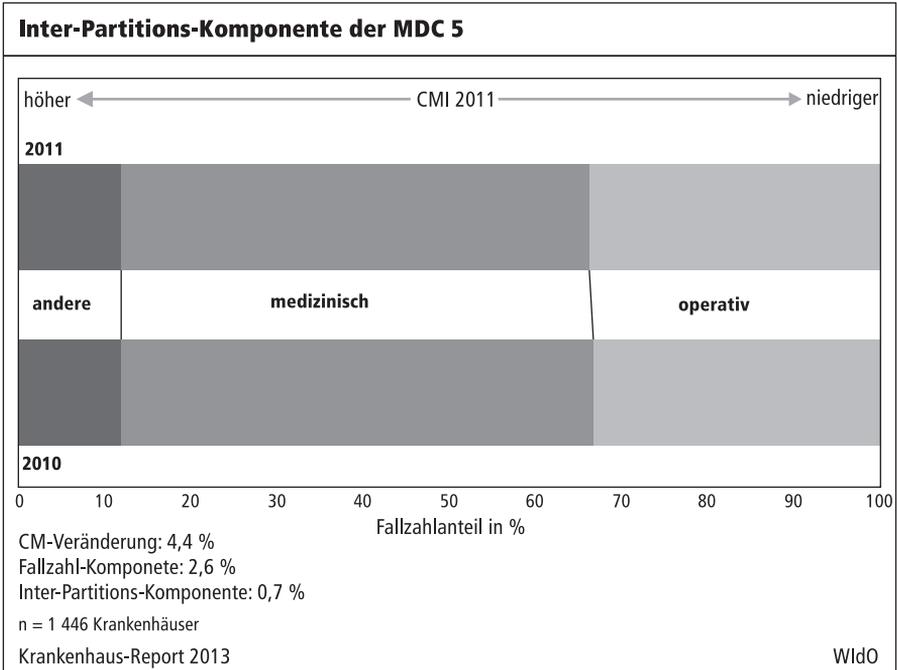
zahlveränderungen vollziehen sich in Basis-DRGs mit einem überdurchschnittlichen CMI.

Die **Inter-Partitions-Komponente** als zweite Teilkomponente des Inter-ADRG-Effekts erklärt einen Anteil von +0,2 % an der vereinbarten CM-Veränderung. Abbildung 2–8 veranschaulicht beispielhaft, wie sich die Fallzahlanteile zwischen den Partitionen der MDC 5 verschieben. Die Fallzahl aller Partitionen steigt im Jahr 2011 gegenüber 2010 an. Allerdings ist der Zuwachs in der operativen Partition mit 4,3 % deutlicher als in der medizinischen oder der anderen Partition mit 1,7 % bzw. 1,9 %. Demzufolge verschieben sich die Gesamtanteile der Partitionen in der MDC 5 zugunsten der operativen Partition, die medizinische Partition ist allerdings nach wie vor die fallzahlstärkste. Hier resultiert ein Inter-Partitions-Effekt von 0,7 %.

Auf der Ebene der gesamten CM-Veränderung zwischen den Jahren 2010 und 2011 liegt der Einfluss der **Inter-MDC-Komponente**, also des Effekts aus der Verschiebung zwischen den Hauptdiagnosegruppen, mit +0,2 % auf dem gleichen Niveau wie der des Inter-Partitions-Effekts. Die leicht positive Inter-MDC-Komponente beschreibt die Gesamttendenz einer Verschiebung in Richtung höherwertiger MDCs.

Zwar ist der Einfluss der Inter-MDC-Komponente auf die CM-Veränderung im Beobachtungszeitraum auf globaler Ebene gering, trotzdem lassen sich auf Ebene der einzelnen MDCs Veränderungen des CM-Volumens beobachten. In fast allen MDCs wurde von 2010 nach 2011 ein CM-Anstieg vereinbart, und zwar am stärk-

Abbildung 2–8



ten in den MDCs 18 (Infektionen) und 22 (Verbrennungen) mit 7,3 % bzw. 9,3 % (Tabelle 2–3). Nur in zwei MDCs ist ein Leistungsrückgang zu erkennen, nämlich in der MDC 12 (Krankheiten der männlichen Geschlechtsorgane) um 1,0 % und 13 (Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane) um 0,3 %. Es dominieren die MDCs 5 und 8, auch aufgrund ihres hohen Anteils am CM-Volumen. Darüber hinaus weisen diese beiden MDCs mit 4,4 % beziehungsweise 3,2 % ein überdurchschnittliches CM-Wachstum auf. Gemeinsam mit der Pre-MDC, die Transplantationen und Beatmungsfälle umfasst, erklären sie allein 61,8 % des vereinbarten CM-Zuwachses. Im Gegensatz hierzu fallen die MDCs 18 und 22 trotz deutlich überdurchschnittlicher Wachstumsraten kaum ins Gewicht.

Abbildung 2–9 zeigt den Beitrag der einzelnen MDCs an der absolut vereinbarten CM-Veränderung. Der trotz moderater Wachstumsraten dominierende Einfluss der MDCs 5 und 8 ist auf ihren hohen Gesamtanteil am CM-Volumen zurückzuführen.

## 2.4.2 Leistungsentwicklung im Bereich der Zusatzentgelte

Zusatzentgelte können ergänzend zu Fallpauschalen abgerechnet werden. Zwischen 2010 und 2011 hat das Volumen der Zusatzentgelte für die hier betrachteten Häuser von 1 379,2 Mio. Euro auf 1 523,4 Mio. Euro (+10,5 %) zugenommen. Der Bereich der Zusatzentgelte macht somit zwar mit einem Anteil von rund 2,7 % nur einen geringen Teil der gesamten Budgetsumme aus, es lässt sich allerdings bei diesem Teil des Budgets eine ausgeprägte Dynamik feststellen.

Tabelle 2–3

## Komponenten der vereinbarten CM-Veränderung 2010/2011 je MDC

		CM 2011	Fälle 2011 (in Tsd.)	Veränderungswerte (Komponentenzerlegung)									
				CM	davon		davon			davon		davon	
					Fälle	CMI	BR	Struktur	Intra- ADRG	Inter- ADRG	Intra- Partition	Inter- Partition	
Fehler-MDC		85 616	40	4,9%	5,2 %	-0,3%	-0,2%	0,0%	0,3%	-0,3%	-0,3%	0,0%	
Pre-MDC		1 323 958	117	3,2%	2,7%	0,5%	0,2%	0,3%	-0,2%	0,4%	0,4%	0,0%	
MDC 1	Nervensystem	1 278 136	1 231	2,0%	1,5%	0,5%	-0,6%	1,1%	0,7%	0,4%	0,2%	0,2%	
MDC 2	Auge	1 907 16	324	0,3%	0,0%	0,2%	-0,5%	0,7%	0,3%	0,4%	0,7%	-0,3%	
MDC 3	HNO	531 994	734	0,4%	-0,3%	0,8%	-0,5%	1,3%	-0,1%	1,4%	1,3%	0,1%	
MDC 4	Atmung	1 025 567	1 149	2,7%	2,0%	0,7%	-0,6%	1,3%	0,3%	1,0%	0,0%	0,9%	
MDC 5	Kreislauf	3 007 977	2 478	4,4%	2,6%	1,8%	-0,5%	2,3%	0,7%	1,6%	0,9%	0,7%	
MDC 6	Verdauung	1 645 806	1 913	0,8%	1,2%	-0,4%	-0,6%	0,2%	0,0%	0,2%	0,3%	-0,1%	
MDC 7	hepatobiliäres System	546 878	485	1,7%	1,4%	0,3%	-0,6%	0,9%	0,6%	0,3%	0,2%	0,0%	
MDC 8	Muskel-Skelett-System	3 341 626	2 467	3,2%	2,9%	0,3%	-0,4%	0,7%	0,3%	0,4%	0,6%	-0,2%	
MDC 9	Haut	568 435	686	3,0%	2,4%	0,6%	-0,6%	1,2%	0,4%	0,8%	0,4%	0,4%	
MDC 10	Stoffwechsel	383 649	423	2,9%	2,9%	0,0%	-0,4%	0,4%	0,3%	0,1%	0,5%	-0,4%	
MDC 11	Hamorgane	678 826	1 071	2,9%	3,5%	-0,6%	-0,8%	0,2%	0,5%	-0,3%	-0,1%	-0,2%	
MDC 12	männl. Geschlechtsorgane	231 819	228	-1,0%	-1,1%	0,1%	-0,2%	0,2%	0,2%	0,1%	0,4%	-0,3%	
MDC 13	weibl. Geschlechtsorgane	413 204	406	-0,3%	-1,1%	0,8%	-0,3%	1,1%	0,4%	0,7%	0,6%	0,1%	
MDC 14	Schwangerschaft	484 227	845	1,0%	0,7%	0,3%	0,0%	0,3%	0,1%	0,3%	0,0%	0,3%	
MDC 15	Neugeborene	413 986	625	1,0%	0,9%	0,2%	0,4%	-0,2%	0,0%	-0,1%	-0,1%	0,0%	
MDC 16	Blut und Immunsystem	1 079 79	127	2,0%	1,7%	0,3%	-0,5%	0,8%	0,4%	0,5%	0,3%	0,1%	
MDC 17	Neubildungen	251 751	170	1,7%	1,2%	0,5%	-0,4%	0,9%	0,3%	0,6%	0,7%	-0,1%	
MDC 18	Infektionen	201 676	170	7,3%	5,6%	1,6%	-0,3%	1,9%	0,9%	1,0%	1,0%	0,0%	

Tabelle 2-3

## Fortsetzung

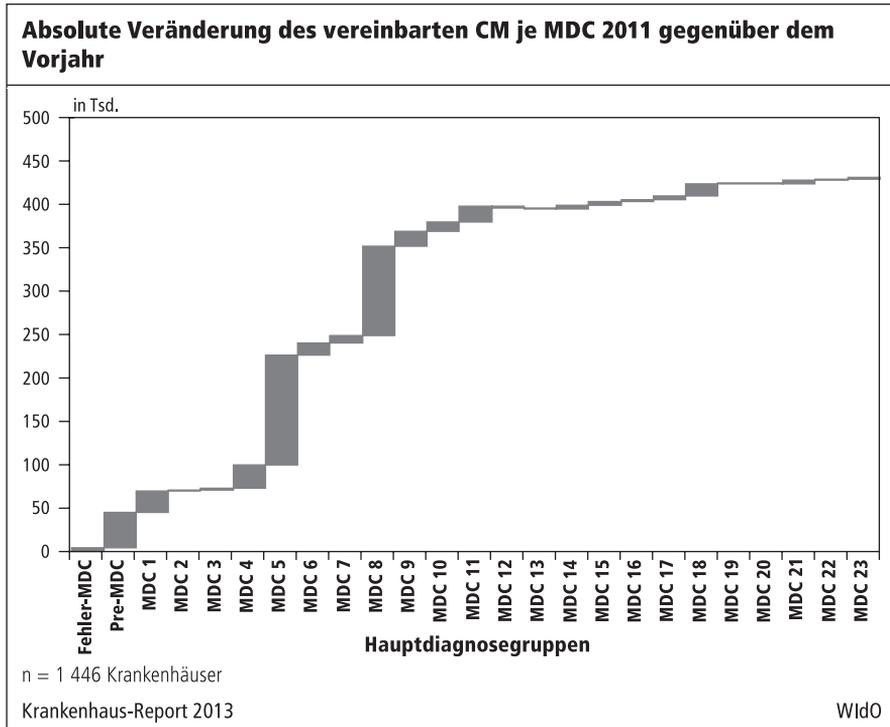
		CM 2011	Fälle 2011 (in Tsd.)	Veränderungswerte (Komponentenzerlegung)								
				CM	davon		davon		davon		davon	
					Fälle	CMI	BR	Struktur	Intra- ADRG	Inter- ADRG	Intra- Partition	Inter- Partition
MDC 19	Psychiatrische Krankh.	38952	72	0,6 %	1,8 %	-1,2 %	-0,2 %	-1,0 %	-0,1 %	-0,9 %	-0,8 %	-0,2 %
MDC 20	Alkohol und Drogen	50902	146	0,2 %	1,1 %	-0,9 %	-1,2 %	0,2 %	-0,2 %	0,4 %	0,1 %	0,3 %
MDC 21	Vergiftung	180486	225	2,3 %	1,7 %	0,6 %	0,2 %	0,4 %	0,2 %	0,2 %	-0,8 %	1,0 %
MDC 22	Verbrennungen	19073	12	9,3 %	3,3 %	5,8 %	-1,2 %	7,1 %	-1,4 %	8,7 %	2,1 %	6,5 %
MDC 23	sonstige Faktoren	37315	82	3,6 %	2,0 %	1,6 %	-0,6 %	2,2 %	0,7 %	1,5 %	0,4 %	1,1 %

n = 1 446 Krankenhäuser

Krankenhaus-Report 2013

WIdO

Abbildung 2–9



Für einen kleineren Teil der Zusatzentgelte werden die Preise individuell mit einzelnen Krankenhäusern vereinbart, weil noch keine ausreichende bzw. ausreichend homogene Datengrundlage zur Kalkulation bundeseinheitlicher Preise durch das InEK existiert.<sup>22</sup> Für den überwiegenden Teil der Zusatzentgelte ist jedoch ein bundesweit einheitlicher Preis festgelegt. Da diese einheitlich vergüteten Zusatzentgelte im Formular E2 der Aufstellung der Entgelte und Budgetberechnung (AEB) erfasst werden, werden sie im Folgenden als E2-Zusatzentgelte bezeichnet. Die weitere Darstellung beschränkt sich auf diesen Teil, der über 70% am gesamten Budget für Zusatzentgelte ausmacht. Dies entspricht einem Budgetvolumen von rund 1 076,2 Mio. Euro im Jahr 2011.

Medikamente-freisetzende Koronarstents stellen – mit über 99 Mio. Euro und einem Anteil von mehr als 9% – nicht nur die umsatzstärksten Zusatzentgelte 2011 dar, sie haben mit einem Plus von 25,5% auch die stärksten Mengenzuwächse. Allerdings werden diese seit Jahren sehr mengendynamischen Leistungen durch die Neukalkulation um 18,0% niedriger vergütet. Hintergrund ist wahrscheinlich, dass die deutlich steigenden Mengen in den Krankenhäusern der Kalkulationsstichprobe zu ebenso deutlichen Skaleneffekten, also niedrigeren Erzeuger- bzw. Beschaf-

<sup>22</sup> Zu dieser Gruppe zählen auch Zusatzentgelte für Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB).

fungspreisen, geführt haben. Ein vergleichbarer Preisverfall ist bei keinem anderen der TOP-15-Zusatzentgelte zu beobachten (Tabelle 2–4). Vergleichbare Mengenentwicklungen finden sich allerdings bei zahlreichen anderen Zusatzentgelten wie z. B. Caspofungin, Pemetrexed sowie der Palliativmedizinischen Komplexbehandlung, die seit ihrer Einführung 2009 überaus starke Zuwächse verzeichnet haben.

Im Rahmen der vorliegenden Analyse wird die Gesamtheit der E2-Zusatzentgelte in drei Segmente unterteilt, die so nicht im Katalog zu finden sind. Hierbei handelt es sich um die Zusatzentgelte für Dialyseverfahren, um Medikamentengaben sowie um die sonstigen Zusatzentgelte. Das letzte Segment ist vergleichsweise heterogen und umfasst insbesondere operative Behandlungsverfahren.

Bei einer Betrachtung nach Segmenten machen die Zusatzentgelte der Dialyse den größten Teil der Zusatzentgelte aus. Aufgrund unterdurchschnittlicher Preise ist ihr Anteil am gesamten Budget für E2-Zusatzentgelte jedoch mit 16,2 % vergleichsweise gering. Ihre Preisentwicklung ist zwischen den Jahren 2010 und 2011 fast neutral und die Mengenentwicklung mit einem Plus von 2,8 % unterdurchschnittlich. Die Preise der mengendynamischen Zusatzentgelte für Medikamente und operative Verfahren sind mit –5,6 % bzw. –7,6 % dagegen deutlich gefallen. Der starke Budgetanstieg von 17,8 % im Segment „Sonstige“ geht wesentlich auf die Mengenkompente von 26,6 % zurück. Bei den Medikamentengaben hingegen ist die Budgetveränderung von 7,5 % vornehmlich auf die Verlagerung in Richtung teurerer Zusatzentgelte bzw. höherer Dosierungsklassen zurückzuführen (Tabelle 2–5).

Die maßgeblichen Einflussfaktoren für die vereinbarten Budgetveränderungen für bundeseinheitliche Zusatzentgelte werden im Weiteren ebenfalls mit der Methode der Komponentenerlegung gemessen.<sup>23</sup>

Auf Gesamtmarktebene ist das Budget für bundeseinheitliche Zusatzentgelte von 2010 nach 2011 um 92,7 Mio. Euro gestiegen, was in der Summe zu mehr als zwei Dritteln auf die **Mengenkompente** zurückgeht: Die steigende Zahl vereinbarter Zusatzentgelte erklärt nahezu 63 Mio. Euro des Budgetzuwachses (Abbildung 2–10). Der restliche Anstieg um nicht ganz 30 Mio. Euro geht auf Preisveränderungen und Strukturverschiebungen zurück (**Preis-Struktur-Kompente**). Die isolierte **Preiskompente** hat das Budget für Zusatzentgelte um fast 54 Mio. Euro reduziert, eine Folge der jährlichen Neukalkulation durch das InEK auf Basis von Erzeugerpreisen in einem sehr mengendynamischen Marktgeschehen. Sie wird allerdings mit einem Plus von rund 84 Mio. Euro aus der **Strukturkomponente**, also der Verschiebung in Richtung teurerer Zusatzentgelte, deutlich überkompensiert.

Die strukturellen Verschiebungen verteilen sich relativ gleichmäßig auf die Intra- und die Inter-ZE-Kompente. Bei der **Intra-ZE-Kompente** handelt es sich

23 Die notwendigen methodischen Voraussetzungen, namentlich die Produkthomogenität, sind gegeben. Die Leistungsbeschreibungen für Zusatzentgelte sind zwischen den Jahren 2010 und 2011 konstant. Daher muss anders als bei der oben dargestellten Komponentenerlegung für DRG-Leistungen keine Überleitung der vereinbarten Zusatzentgelte aus 2010 auf den Katalog 2011 erfolgen. Darüber hinaus existiert eine Hierarchie. Zum einen existieren, analog zu den Schweregraden bei den Fallpauschalen, Unterscheidungen, insbesondere Dosierungsklassen für Medikamente. Zum anderen wird für die vorliegende Analyse die Gesamtheit der Zusatzentgelte in drei „Segmente“ unterteilt. Eine Übersicht über die Zusatzentgelte der Jahre 2010 und 2011 sowie deren Hierarchisierung findet sich im Anhang.

Tabelle 2–4

## Komponenten der vereinbarten Budgetveränderung für die 15 umsatzstärksten Zusatzentgelte 2011

Zusatzentgelt	Segment <sup>a)</sup>		Anzahl (in Tsd.)	Budget 2011 (in Mio. Euro)	Budget- anteil 2011	Budget- veränderung zum Vorjahr	davon Mengen- komponente	Preis- komponente	Struktur- komponente
Medikamente freisetzende Koronarstents	ZE101	S	133	99,1	9,2 %	5,1 %	25,5 %	-18,0 %	2,1 %
Hämodialyse, intermittierend	ZE01	D	418	92,7	8,6 %	2,3 %	2,1 %	0,1 %	0,0 %
Gabe von Rituximab	ZE82	M	29	81,6	7,6 %	13,3 %	11,5 %	1,1 %	0,4 %
Gabe von Apherese-Thrombozytenkonzentraten	ZE84	M	36	74,1	6,9 %	-3,5 %	5,9 %	-8,9 %	0,0 %
Gabe von Human-Immunglobulin	ZE93	M	21	65,1	6,0 %	10,0 %	12,7 %	-9,9 %	8,4 %
Palliativmedizinische Komplexbehandlung	ZE60	S	30	52,4	4,9 %	25,6 %	22,5 %	0,4 %	2,0 %
Gabe von Caspofungin	ZE109	M	9	39,7	3,7 %	15,1 %	25,5 %	-2,3 %	-6,1 %
Gabe von Erythrozytenkonzentraten	ZE107	M	19	39,1	3,6 %	4,5 %	4,3 %	-0,1 %	0,2 %
Gabe von Pemetrexed	ZE53	M	10	32,3	3,0 %	21,2 %	24,4 %	-2,4 %	-0,2 %
Gabe von Docetaxel	ZE80	M	24	28,9	2,7 %	4,0 %	0,9 %	-0,4 %	3,4 %
Plasmapherese	ZE36	S	5	27,7	2,6 %	17,8 %	4,3 %	0,0 %	12,9 %
Gabe von Bevacizumab	ZE74	M	13	27,4	2,5 %	9,3 %	7,2 %	-2,8 %	5,0 %
Hämodialyse, kontinuierlich,	ZE120	D	19	25,5	2,4 %	19,5 %	7,6 %	-0,7 %	11,7 %
Hämodiafiltration, kontinuierlich	ZE121	D	14	21,4	2,0 %	4,2 %	-0,6 %	-0,5 %	5,3 %
Gabe von Thrombozytenkonzentraten	ZE94	M	11	20,1	1,9 %	-1,5 %	8,3 %	-6,4 %	-2,7 %
alle E2-Zusatzentgelte			1 038	1 076,2	100,0 %	9,4 %	6,3 %	-5,1 %	8,5 %

a) M = Medikamentengabe; D = Dialyse; S = Sonstige; n = 1 446 Krankenhäuser

Tabellen 2–5

**Komponenten der vereinbarten Budgetveränderung nach Segmenten**

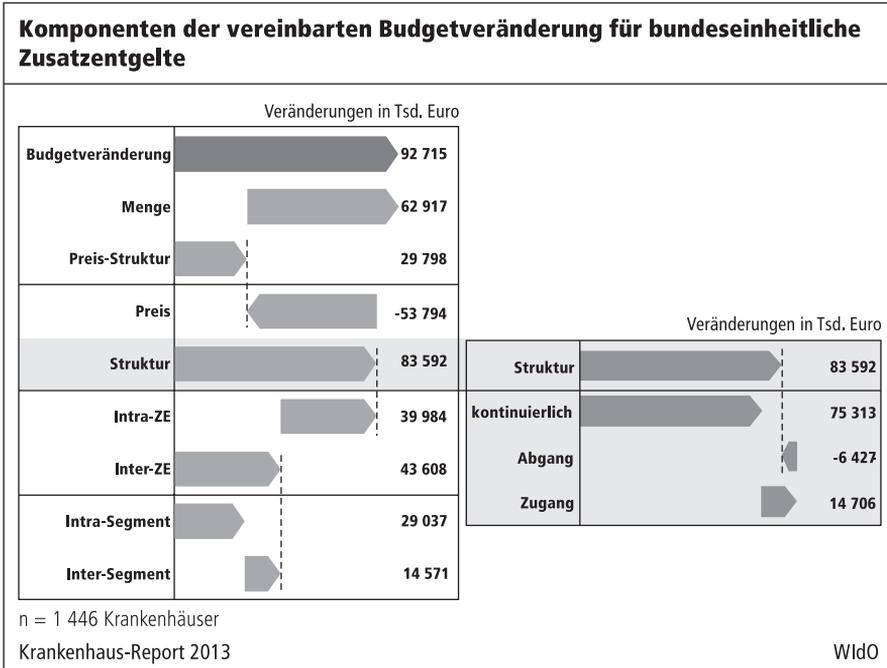
Segment	Anzahl (in Tsd.)	Budget 2011 (in Mio. Euro)	Budget- anteil 2011	Budgetver- änderung zum Vorjahr	davon			davon in der Warenkorb- komponente		
					Mengen- komponente	Preis- komponente	Struktur- komponente	kontinu- ierlich	Abgänge	Zugänge
Sonstige	210	276,9	25,7 %	17,8 %	26,6 %	-7,6 %	0,8 %	-0,7 %	-2,3 %	3,9 %
Dialyse	521	174,1	16,2 %	4,2 %	1,8 %	0,2 %	2,1 %	2,1 %	0,0 %	0,0 %
Medikamentengabe	307	625,2	58,1 %	7,5 %	2,8 %	-5,6 %	10,8 %	10,6 %	0,0 %	0,2 %
alle E2-Zusatzentgelte	1 038	1 076,2	100,0 %	9,4 %	6,3 %	-5,1 %	8,5 %	7,6 %	-0,6 %	1,4 %

n = 1 446 Krankenhäuser

Krankenhaus-Report 2013

WlD

Abbildung 2–10



um strukturelle Veränderungen, die sich innerhalb ein und desselben Zusatzentgelts abspielen, z. B. durch Verschiebung hin zu höheren Dosierungsklassen bei Medikamenten. Die Intra-ZE-Komponente erklärt in der Summe circa 40 Mio. Euro Budgetzuwachs. Die **Inter-ZE-Komponente** besitzt mit 43,6 Mio. Euro einen geringfügig höheren Einfluss auf die Budgetentwicklung. Sie beschreibt Veränderungen in den Anteilen zwischen den Zusatzentgelten. Diese Veränderungen können sich innerhalb desselben Segments abspielen, oder über die Segmentgrenzen hinweg. Die **Intra-Segment-Komponente** zeichnet für 29 Mio. Euro verantwortlich. Ein Wechsel zwischen den verschiedenen Segmenten spielt mit 14,6 Mio. Euro eine vergleichsweise geringe Rolle (**Inter-Segment-Komponente**).

Die **Warenkorbbkomponente** misst den Effekt aus dem Wegfall beziehungsweise dem erstmaligen Auftreten von Zusatzentgelten im ZE-Katalog 2011.<sup>24</sup> Der Wegfall von Zusatzentgelten führt zu einem Rückgang um 6,4 Mio. Euro, der jedoch von einer Zugangskomponente von 14,7 Mio. Euro überkompensiert wird.<sup>25</sup>

24 Eine ausführliche Beschreibung der theoretischen Grundlagen der Warenkorbbkomponenten in der Komponentenerlegung findet sich bei Günster 2008.

25 Konkret wurden die Zusatzentgelte für „Neurostimulatoren zur Stimulation von Rückenmark und peripherem Nervensystem“ neu gefasst. Durch Aufnahme der „Implantation oder Wechsels eines interspinösen Spreizers“ aus dem hausindividuellen in den bundeseinheitlichen Zusatzentgeltkatalog hat sich die Zahl der kalkulierten Zusatzentgelte um eines auf 82 erhöht.

## 2.5 Zusammenfassung und Diskussion

### 2

In den Jahren 2009 und 2010 war die Budgetentwicklung deutscher Krankenhäuser im DRG-Bereich maßgeblich von den Maßnahmen zur Aufstockung des Finanzierungsvolumens aus dem KHRG bestimmt, die über zwei Jahre wirkten. Ohne diese Sondereffekte der Vorjahre ist der Einfluss des Preisfaktors auf die Krankenhausbudgets 2011 quasi neutral und die vereinbarten zusätzlichen Mengen werden wieder zur bestimmenden Größe der Budgetentwicklung im Krankenhausbereich. Die Wiedereinführung des Mehrleistungsabschlags 2011 leistet mit einem Volumen von über 300 Mio. Euro einen bedeutenden Beitrag zur moderaten Preisentwicklung. Die Vereinbarungen des Jahres 2011 offenbaren aber auch, dass ein Drittel der vereinbarten Mehrleistungen im DRG-Bereich aufgrund von Ausnahmeregelungen nicht im Abschlag berücksichtigt werden.

Die auf den ersten Blick moderate Preisentwicklung im stationären Sektor ist neben dem Mehrleistungsabschlag auch in weiterer Hinsicht eine Folge steigender Leistungsmengen. Aus steigenden Mengen resultieren aufgrund des betriebswirtschaftlichen Grundsatzes der Kostendegression sinkende Stückkosten, wie es die jährliche Neukalkulation der DRG- und Zusatzentgeltkataloge verdeutlicht. Die in den vergangenen Jahren mengendynamischen Leistungsbereiche, wie z. B. die MDCs der Herz und Kreislaufkrankungen (MDC 5) sowie der Erkrankungen am Muskel-Skelett-System (MDC 8), sind auch mit der Katalogrevision 2011 erneut abgewertet worden – ein Synonym für vergleichsweise sinkende Durchschnittskosten in der Kalkulationsstichprobe für das G-DRG-System. Noch deutlicher zeigt sich dies am Preisverfall im sich äußerst dynamisch entwickelten Bereich der Zusatzentgelte. Deren deutliche Preisrückgänge für 2011 veranschaulichen aber auch, dass die erbringenden Krankenhäuser 2009 und 2010 entsprechend überhöhte Preise vereinnahmen konnten, denn die Ergebnisse der Kalkulation basieren auf den Daten des Jahres 2009. Dies erklärt, warum solche Leistungen trotz fallender Preise für die Krankenhäuser ökonomisch sehr interessant sind. In abgeschwächter Form gilt dies auch für die stetig rückläufige stationäre Verweildauer, die kalkulatorisch in die Zu- und Abschlagstatbestände für Lang- und Kurzlieger mündet. Die negative BR-Komponente im DRG-Bereich offenbart den Effekt, dass solche Effizienzgewinne erst mit zweijähriger Verzögerung in das G-DRG-System eingehen. Die jährliche Neukalkulation der Leistungskataloge ist auch dann unbedingt notwendig, wenn ansonsten keine größeren Systemumbauten vollzogen werden, damit die Versicherten auch künftig zeitversetzt an diesen Effizienzgewinnen partizipieren können.

Letztlich ist die vereinbarte Mengenentwicklung mit einem Plus von 2,9 % der entscheidende Faktor für die Budgetentwicklung 2011. In diesem Jahr dominiert abweichend von den Vorjahren der Effekt aus steigenden Fallzahlen mit 2,1 % deutlich, während die Veränderung der Leistungsstruktur hin zu höherpreisigen Krankenhausleistungen mit 0,8 % zur Budgetentwicklung beiträgt. Allerdings wird dieser Wert, wie oben erläutert, durch die Neukalkulation der Entgeltkataloge deutlich abgesenkt. Zudem zeigen sich erwartungsgemäß auf tieferen Ebenen weiterhin sehr deutliche Tendenzen einer Verlagerung in höherwertige Leistungen.

Für die absolute Leistungsentwicklung bleiben wie in den Vorjahren die umsatzstarken MDCs der Herz- und Kreislaufkrankungen, der Erkrankungen am Mus-

kel-Skelett-System sowie Beatmungen und Transplantationen bestimmend und erklären einen Großteil der vereinbarten Mehrmengen. Diese Ergebnisse für das Jahr 2011 decken sich mit den umfassenden Marktanalysen der jüngeren Vergangenheit. Dazu gehören der Endbericht des zweiten Forschungszyklus zur G-DRG-Begleitforschung des IGES oder die RWI-Studie zu Mengenentwicklung und Mengensteuerung stationärer Leistungen, die das Jahr 2011 noch nicht beinhalteten.<sup>26</sup>

Im Ergebnis sind die Krankenhausbudgets der hier untersuchten 1 446 Krankenhäuser ausgleichsbereinigt um 2,9 % gestiegen, was einem Mittelzuwachs von etwas über 1,5 Mrd. Euro entspricht.

## Literatur

- Friedrich J, Günster C. Determinanten der Casemixentwicklung in Deutschland während der Einführung von DRGs (2002 bis 2004). In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg.) Krankenhaus-Report 2005. Stuttgart: Schattauer 2006; 153–202.
- Friedrich J, Paschen K. Schätzfehler bei der Überleitung von Leistungsdaten verringern – das WiDO-Verfahren der „vereinbarungsgewichteten Überleitung“. f&w 2005; 5 (22): 464–8.
- Fürstenberg T, Laschat M, Zich K, Klein S, Gierling P, Noting HP, Schmidt T. G-DRG-Begleitforschung gemäß § 17b Abs. 8 KHG. Endbericht des zweiten Forschungszyklus (2006–2008). Berlin 2011. <http://www.g-drg.de/cms/content/view/full/2944> (04. Oktober 2012).
- Günster C. Komponentenerlegung und Warenkorbänderungen. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg.) Krankenhaus-Report 2007. Stuttgart: Schattauer 2008; 185–94.
- Heimig F. G-DRGs 2011. Klassifikation und Bewertung, Ergebnispräsentation zugunsten der Selbstverwaltungspartner nach § 7b KHG. Siegburg, 20. August 2010.
- Kramer H, Leclerque G, Friedrich J. Die Krankenhausbudgets 2008 und 2009 unter dem Einfluss des KHRG. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J (Hrsg.) Krankenhaus-Report 2011. Stuttgart: Schattauer 2011; 261–83.
- Kramer H, Leclerque G, Friedrich J. Die Krankenhausbudgets 2009 und 2010 unter dem Einfluss des KHRG. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J (Hrsg.) Krankenhaus-Report 2012. Stuttgart: Schattauer 2012; 315–39.
- Reichelt H. Eine Methode der statistischen Komponentenerlegung. WiDO-Materialien 31. Bonn 1988.
- RWI (Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung). Mengenentwicklung und Mengensteuerung stationärer Leistungen. Endbericht. Forschungsprojekt im Auftrag des GKV Spitzenverbandes. RWI Projektbericht. Essen 2012.

## Anhang

1. Basis-DRGs der operativen Partition der MDC 5 „Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems“
2. Zusatzentgelte 2010 und 2011

<sup>26</sup> Vgl. Fürstenberg et al. 2011; RWI 2012.

## Anhang 1

**Basis-DRGs der operativen MDC 5 „Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems“**

2

F01	Neuimplantation Kardioverter / Defibrillator (AICD)
F02	Aggregatwechsel eines Kardioverters / Defibrillators (AICD)
F03	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine
F05	Koronare Bypass-Operation mit invasiver kardiologischer Diagnostik oder intraoperativer Ablation, mit komplizierender Konstellation oder Karotiseingriff oder bestimmte Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine in tiefer Hypothermie
F06	Koronare Bypass-Operation
F07	Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine
F08	Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine
F09	Andere kardiothorakale Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine
F12	Implantation eines Herzschrittmachers
F13	Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer Extremität und Zehen
F14	Komplexe oder mehrfache Gefäßeingriffe außer große rekonstruktive Eingriffe mit komplizierender Konstellation oder Revision oder komplizierender Diagnose oder Alter < 3 Jahre oder bestimmte beidseitige Gefäßeingriffe
F15	Perkutane Koronarangioplastie m. komplizierender Konstellation od. m. komplexer Diagn. u. hochkompl. Intervention od. m. perkut. Angioplastie, Alt. < 16 J. od. inv. kardiolog. Diagnostik, mehr als 2 Beleg.tage, m. kompliz. Konstellation od. Endokarditis
F17	Wechsel eines Herzschrittmachers
F18	Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters / Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel
F19	Andere perkutan-transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen
F20	Beidseitige Unterbindung und Stripping von Venen mit Ulzeration oder äußerst schweren oder schweren CC
F21	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen
F24	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose und hochkomplexer Intervention oder mit perkutaner Angioplastie, Alter > 15 Jahre
F27	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen
F28	Amputation
F30	Operation bei komplexem angeborenen Herzfehler oder Hybridchirurgie bei Kindern
F36	Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems
F39	Unterbindung und Stripping von Venen
F42	Operation b. kompl. angeb. Herzfehler, Hybridchirurgie, best. Herzklappeneingriffe od. and. Eingriffe m. Herz-Lungen-Maschine m. invas. kardiolog. Diagnostik bei Kindern od. best. rekonstruktive Gefäßeingriffe oh. Herz-Lungen-Maschine m. kompl. Eingriff
F50	Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie
F51	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta
F52	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose
F54	Komplexe oder mehrfache Gefäßeingriffe ohne kompliz. Konstell., ohne Revision, ohne kompliz. Diagn., Alter > 2 J., ohne bestimmte beidseitige Gefäßeingriffe od. mäßig kompl. Gefäßeingr. m. kompliz. Diagn., ohne auß. schw. CC, ohne Rotationsthrombektomie
F56	Perkutane Koronarangioplastie mit hochkomplexer Intervention
F58	Perkutane Koronarangioplastie
F59	Komplexe und mäßig komplexe Gefäßeingriffe
F95	Interventioneller Verschluss eines Atrium- oder Ventrikelseptumdefekts
F98	Endovaskuläre Implantation eines Herzklappenersatzes oder transapikaler Aortenklappenersatz

## Anhang 2

## Zusatzentgelte 2010 und 2011

ZE-Nr	Segment <sup>a)</sup>	Bezeichnung	2010	2011
ZE01	D	Hämodialyse	X	X
ZE02	D	Hämodiafiltration, intermittierend	X	X
ZE09	S	Vollimplantierbare Medikamentenpumpe mit programmierbarem variablen Tagesprofil	X	X
ZE10	S	Künstlicher Blasenschließmuskel	X	X
ZE11	S	Wirbelkörperersatz	X	X
ZE13	M	Gabe von Alemtuzumab, parenteral	X	X
ZE17	M	Gabe von Gemcitabin, parenteral	X	X
ZE19	M	Gabe von Irinotecan, parenteral	X	X
ZE27	M	Gabe von Trastuzumab, parenteral	X	X
ZE30	M	Gabe von Prothrombinkomplex, parenteral	X	X
ZE36	S	Plasmapherese	X	X
ZE37	S	Extrakorporale Photopherese	X	X
ZE40	M	Gabe von Filgrastim, parenteral	X	X
ZE42	M	Gabe von Lenograstim, parenteral	X	X
ZE44	M	Gabe von Topotecan, parenteral	X	X
ZE47	M	Gabe von Antithrombin III, parenteral	X	X
ZE48	M	Gabe von Aldesleukin, parenteral	X	X
ZE49	M	Gabe von Bortezomib, parenteral	X	X
ZE50	M	Gabe von Cetuximab, parenteral	X	X
ZE51	M	Gabe von Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Hepatitis-B-surface-Antigen, parenteral	X	X
ZE52	M	Gabe von Liposomalem Doxorubicin, parenteral	X	X
ZE53	M	Gabe von Pemetrexed, parenteral	X	X
ZE56	S	Vollimplantierbare Medikamentenpumpe mit konstanter Flussrate	X	X
ZE58	S	Hydraulische Penisprothesen	X	X
ZE60	S	Palliativmedizinische Komplexbehandlung	X	X
ZE61	S	LDL-Apherese	X	X
ZE62	D	Hämofiltration, intermittierend	X	X
ZE63	M	Gabe von Paclitaxel, parenteral	X	X
ZE64	M	Gabe von Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Zytomegalie-Virus, parenteral	X	X
ZE66	M	Gabe von Adalimumab, parenteral	X	X
ZE67	M	Gabe von Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Varicella-Zoster-Virus, parenteral	X	X
ZE68	M	Gabe von Infliximab, parenteral	X	X
ZE70	M	Gabe von C1-Esteraseinhibitor, parenteral	X	X
ZE71	M	Gabe von Pegfilgrastim, parenteral	X	X
ZE72	M	Gabe von Pegyliertem liposomalen Doxorubicin, parenteral	X	X
ZE73	M	Gabe von Rekombinantem aktivierten Protein C, parenteral	X	X
ZE74	M	Gabe von Bevacizumab, parenteral	X	X
ZE75	M	Gabe von Liposomalem Cytarabin, intrathekal	X	X
ZE76	M	Gabe von Etanercept, parenteral	X	X

## Anhang 2

## Fortsetzung

ZE-Nr	Segment <sup>a)</sup>	Bezeichnung	2010	2011
ZE78	M	Gabe von Temozolomid, oral	X	X
ZE79	M	Gabe von Busulfan, parenteral	X	X
ZE80	M	Gabe von Docetaxel, parenteral	X	X
ZE82	M	Gabe von Rituximab, parenteral	X	X
ZE84	M	Gabe von Apherese-Thrombozytenkonzentraten	X	X
ZE86	S	Neurostimulatoren zur Hirnstimulation, Einkanalssystem	X	X
ZE87	S	Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Einkanalssystem	X	X
ZE88	S	Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation, Mehrkanalsystem, nicht wiederaufladbar	X	X
ZE89	S	Neurostimulatoren zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalsystem, nicht wiederaufladbar	X	
ZE90	S	Adjustierbare Harnkontinenztherapie	X	X
ZE91	M	Gabe von Oxaliplatin, parenteral	X	
ZE92	M	Gabe von Imatinib, oral	X	X
ZE93	M	Gabe von Human-Immunglobulin, polyvalent, parenteral	X	X
ZE94	M	Gabe von Thrombozytenkonzentraten	X	X
ZE95	M	Gabe von Palifermin, parenteral	X	X
ZE96	M	Gabe von Carmustin-Implantaten, intrathekal	X	X
ZE97	M	Gabe von Natalizumab, parenteral	X	X
ZE98	M	Gabe von Palivizumab, parenteral	X	X
ZE99	S	Distraktionsmarknagel, nicht motorisiert	X	X
ZE100	S	Implantation eines endobronchialen Klappensystems	X	X
ZE101	S	Medikamente-freisetzende Koronarstents	X	X
ZE102	S	Vagusnervstimulationssysteme	X	X
ZE105	S	Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils) an Kopf, Hals (intra- und extrakraniell) und spinalen Gefäßen	X	X
ZE106	S	Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisationen	X	X
ZE107	M	Gabe von Erythrozytenkonzentraten	X	X
ZE108	M	Gabe von patientenbezogenen Thrombozytenkonzentraten	X	X
ZE109	M	Gabe von Caspofungin, parenteral	X	X
ZE110	M	Gabe von Liposomalem Amphotericin B, parenteral	X	X
ZE111	M	Gabe von Voriconazol, oral	X	X
ZE112	M	Gabe von Voriconazol, parenteral	X	X
ZE113	M	Gabe von Itraconazol, parenteral	X	X
ZE114	M	Gabe von Posaconazol, oral	X	X
ZE115	M	Gabe von Anidulafungin, parenteral	X	X
ZE116	M	Gabe von Panitumumab, parenteral	X	X
ZE117	M	Gabe von Trabectedin, parenteral	X	X
ZE118	M	Gabe von Abatacept, parenteral	X	X
ZE119	D	Hämodilution, kontinuierlich	X	X
ZE120	D	Hämodialyse, kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD)	X	X
ZE121	D	Hämodiafiltration, kontinuierlich	X	X

## Anhang 2

**Fortsetzung**

ZE-Nr	Seg- ment <sup>a)</sup>	Bezeichnung	2010	2011
ZE122	D	Peritonealdialyse, intermittierend, maschinell unterstützt (IPD)	X	X
ZE123	D	Peritonealdialyse, kontinuierlich, nicht maschinell unterstützt (CAPD)	X	X
ZE124	M	Gabe von Azacytidin, parenteral		X
ZE125	S	Implantation oder Wechsel eines interspinösen Spreizers		X
ZE126	S	Autogene / Autologe matrixinduzierte Chondrozytentransplantation		X
ZE127	S	Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalsystem, nicht wiederaufladbar		X

<sup>a)</sup> M = Medikamentengabe; D = Dialyse; S = Sonstige