

Krankenhaus-Report 2014

„Patientensicherheit“

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

Schattauer (Stuttgart) 2014

Auszug Seite 267-291



18	Die Krankenhausbudgets 2011 und 2012 im Vergleich.....	267
	<i>Carina Mostert, Gregor Leclerque und Jörg Friedrich</i>	
18.1	Einführung	267
18.2	Allgemeine Budgetentwicklung	268
18.3	Vereinbarte Preisentwicklung	270
18.4	Vereinbarte Leistungsentwicklung	273
18.4.1	Leistungsveränderung im DRG-Bereich	273
18.4.2	Leistungsentwicklung im Zusatzentgelte-Bereich	281
18.5	Zusammenfassung und Diskussion	286
	Literatur	287
	Anhang	288

18 Die Krankenhausbudgets 2011 und 2012 im Vergleich

Carina Mostert, Gregor Leclerque und Jörg Friedrich

Abstract

Der vorliegende Beitrag untersucht die vereinbarte Budgetentwicklung für 1 420 Krankenhäuser zwischen den Jahren 2011 und 2012. Im Ergebnis sind die Krankenhausbudgets ausgleichsbereinigt um 4,0% gestiegen, was einem Mittelzuwachs von knapp über 2,2 Mrd. Euro entspricht. Dabei ist die vereinbarte Mengenentwicklung mit einem Plus von 2,7 Prozentpunkten der entscheidende Faktor für die Budgetentwicklung 2011. Die Mengenentwicklung wird deutlich dadurch bedingt, dass die Fallzahlen um 2,2 Prozentpunkte steigen, während die Veränderung der Leistungsstruktur hin zu höherpreisigen Krankenhausleistungen lediglich 0,5 Prozentpunkte der Budgetentwicklung erklärt. Die Preisdeterminante der Budgetentwicklung 2012 wird zum einen überlagert von der anteiligen Überführung des Pflegesonderprogramms in die Landesbasisfallwerte. Zum anderen führen die Änderungen aus dem „Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden Entgelt-systems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen“ (PsychEntG) zu einer nachträglichen Tarifberichtigung in den Landesbasisfallwerten. In der Summe resultiert ein ausgleichsbereinigter Preiseffekt von 1,3 Prozentpunkten.

This paper examines the development of agreed budgets for 1 420 hospitals between 2011 and 2012. Hospital budgets increased by 4.0%, which corresponds to an increase of just over 2.2 billion euros. The crucial factor for the budget development in 2011 is the agreed volume increase of 2.7%. The volume increase was caused by an increase of the number of cases of 2.2%, while a switch to higher-priced hospital services only explains 0.5% of the budget development. On the one hand, the price determinant of the budget development of 2012 is superimposed by a partial transfer of the *Pflegesonderprogramm*, a special regulation which includes a promotion of the costs of hiring additional nursing staff in hospitals, into the base rates at state level. On the other hand, the changes resulting from the Psychiatry Remuneration Act (PsychEntG) lead to a subsequent tariff adjustment in the state base rates. This resulted in an adjusted price effect of 1.3%.

18.1 Einführung

Der Beitrag stellt die Entwicklung der Budgets somatischer Krankenhäuser in den Jahren 2011 und 2012 dar. Er basiert auf der Analyse der Vereinbarungsdaten, wie sie in den amtlichen Aufstellungen der Entgelte und Budgetberechnung (AEB) vorliegen. Dabei fließen ausschließlich diejenigen Häuser in die Analyse ein, die über

den betrachteten Zeitraum hinweg als eigenständige Leistungserbringer am Markt präsent waren, also nicht durch Schließungen aus dem Markt ausgeschieden oder durch Fusionen in anderen Häusern aufgegangen sind. Auf diese Weise flossen die Daten für 1 420 Kliniken in die Analyse ein. Dies entspricht 90,9% derjenigen Häuser, die im Jahr 2012 DRGs abgerechnet haben beziehungsweise 90,7% der gesamten Leistungsmenge (DRG-Casemixsumme), wie sie im Rahmen der Vereinbarung der Landesbasisfallwerte 2012 festgestellt worden ist.

Der Beitrag beginnt in Abschnitt 18.2 mit einem Überblick über die allgemeine Budgetentwicklung. In diesem Zusammenhang wird der jeweilige Einfluss von Preis- und Mengenfaktoren dargestellt. In Abschnitt 18.3 folgt zunächst eine eingehendere Analyse der Preisentwicklung. Abschnitt 18.4 ergänzt dies durch eine differenzierte Betrachtung der Leistungsentwicklung im DRG-Bereich der Zusatzentgelte, die zusätzlich zu den Fallpauschalen abgerechnet werden können.

18.2 Allgemeine Budgetentwicklung

Für die hier untersuchten Krankenhäuser beträgt das vereinbarte Gesamtbudget aus DRGs, den sonstigen Entgelten nach § 6 KHEntgG sowie den Zu- und Abschlägen rund 57,6 Mrd. Euro (Tabelle 18–1). Dies entspricht einem Zuwachs von etwas über 2,2 Mrd. Euro bzw. 4,0% im Vergleich zum Vorjahr. Die Veränderungsrate fällt folglich höher aus als im Jahr 2011, bleibt aber unter dem Niveau von 2010. In diesen Jahren wurde ein Gesamtbudgetanstieg um 2,9% bzw. um 5,8%¹ vereinbart.

Hauptdeterminante für die Höhe und für die Entwicklung des Gesamtbudgets sind die Entgeltsummen aus den DRGs inklusive der Zusatzentgelte. Ihr Anteil hat sich weiter vergrößert und betrug 2012 97,0%. Allein die Entgeltsummen für DRGs stiegen um rund 2,4 Mrd. Euro. Eine Ursache für den zeitgleichen Anstieg der Zusatzentgelte ist die Überführung der Sonderzahlungen aus dem Pflegesonderprogramm in eine dauerhafte Zusatzfinanzierung im DRG-System 2012. Dies geschieht einerseits über eine Erhöhung der Landesbasisfallwerte und andererseits über zwei neue Zusatzentgelte. Welche Beträge mit Letzteren verbunden sind, wird in Abschnitt 18.4.2 darstellt.

Das vereinbarte Budget für die Sonstigen Entgelte, der zweite Kostenblock des Gesamtbudgets, bleibt mit einem Rückgang um 17 Mill. Euro nahezu konstant. Insgesamt haben die Sonstigen Entgelte 2012 nur noch einen geringfügig höheren Anteil am Gesamtbudget als die Zusatzentgelte.

Auch die vereinbarten Ausgaben für die Zu- und Abschläge sind gegenüber dem Vorjahr deutlich gesunken, was auf die o. g. Überführung des Pflegesonderprogramms zurückzuführen ist. Aufgrund ihrer geringen Bedeutung für das Gesamtbudget haben die Zu- und Abschläge trotz des deutlichen prozentualen Rückgangs um 158% nur eine leicht budgetabsenkende Wirkung.

Für die Betrachtung der Gesamtbudgetentwicklung sind zusätzlich die Ausgleichsbeträge für Budgetabweichung in den Vorjahren von Bedeutung. Kranken-

1 Vgl. Mostert et al. 2013 und Kramer et al. 2012.

Tabelle 18–1

Vereinbarte Budgets 2011 und 2012 (in Mio. Euro)

	2011	2012	Veränderung
DRG-Budget	53 150,9	55 848,8	5,1 %
davon: Zusatzentgelte:	1 577,1	1 838,9	16,6 %
Sonstige Entgelte	1 927,3	1 910,0	-0,9 %
Zu- und Abschläge (ohne Ausbildung)	282,5	-163,5	-157,9 %
Gesamtbudget	55 360,6	57 595,3	4,0 %
<i>Ausgleiche</i>	3,6	23	545,7 %
<i>Gesamtbudget mA</i>	55 364,2	57 618,3	4,1 %

n = 1 420 Krankenhäuser

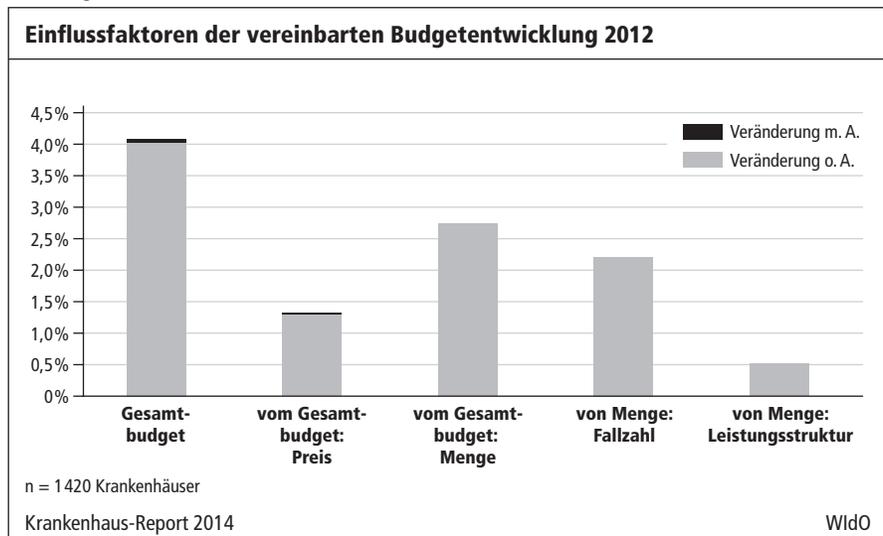
Krankenhaus-Report 2014

WlD0

häuser erhalten diese von den Krankenkassen, wenn das vereinbarte Gesamtbudget unterschritten wurde. Im Falle von Überschreitungen fließen hingegen Gelder von den Krankenhäusern zurück an die Krankenkassen. Ihre Berücksichtigung führt zu einem zusätzlichen Budgetanstieg von 0,1 Prozentpunkten, sodass beim Gesamtbudget mit Berücksichtigung der Ausgleichszahlungen ein Anstieg von 4,1 % zu verzeichnen ist.

Die Entwicklung des Gesamtbudgets wird von einer Preis²- und einer Mengenveränderung determiniert. Abbildung 18–1 veranschaulicht, dass die Preisentwick-

Abbildung 18–1



2 Effekte aus der jährlichen Neukalkulation des DRG-Kataloges sind auf dieser Ebene nicht von Bedeutung (vgl. Abschnitt 18.4.1.1).

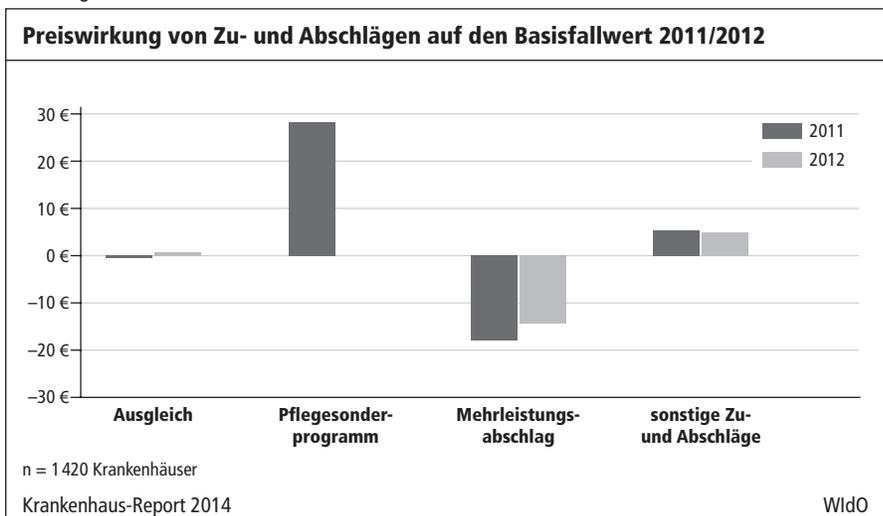
lung ca. ein Drittel (1,3 Prozentpunkte) des Gesamtanstieges ausmacht. Im Vergleich zur Entwicklung von 2010 nach 2011 hat sie folglich wieder etwas an Bedeutung gewonnen.

Die stärkere budgeterhöhende Wirkung geht mit 2,7 Prozentpunkten von der Mengenentwicklung aus, die durch die Fallzahl und die Leistungsstruktur bedingt wird. Veränderungen in der Leistungsstruktur, die sich durch eine gestiegene durchschnittliche Fallschwere unter Berücksichtigung der Zusatzentgelte zusammensetzen, bedingen nur einen 0,5%igen Budgetanstieg, während der Einfluss der Fallzahl mit 2,2% mehr als viermal so hoch ist. Die Fallzahsentwicklung ist folglich insgesamt für über die Hälfte des Gesamtbudgetanstiegs verantwortlich.

18.3 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 der Jahre 2011 und 2012 verändert. Zu den neuen Rahmenbedingungen gehören Regelungen zur eingeschränkten Berücksichtigung der Grundlohnrate und die Wiedereinführungen von Abschlägen bei vereinbarten Mehrleistungen. Darüber hinaus wurde das zwischen den Jahren 2009 und 2011 laufende Programm zur Verbesserung der Personalausstattung in der Pflege in die Landesbasisfallwerte 2012 überführt. Nicht zuletzt werden mit dem im Juni 2012 verabschiedeten „Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen“ (PsychEntgG) Finanzierungshilfen in Höhe von 280 Millionen Euro zum Ausgleich von steigenden Personalkosten der Krankenhäuser verankert, die in Form einer

Abbildung 18-2



nachträglichen Tarifberichtigung über eine Erhöhung der Landesbasisfallwerte zur Verfügung gestellt werden. Diese Änderungen werden im Folgenden inklusive ihrer Auswirkungen auf die Budgetentwicklung beschrieben, bevor anschließend die Preisentwicklung insgesamt thematisiert wird (Abbildung 18–2).

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.³ Für das Jahr 2012 galt nach GKV-FinG nicht die volle Veränderungsrate der Grundlohnsumme als Obergrenze für die Preisentwicklung, sondern eine um 0,5 Prozentpunkte gekürzte. Die vom Bundesministerium für Gesundheit veröffentlichte Grundlohnrate für 2012 beträgt 1,98%, womit eine maximale Steigerung der Landesbasisfallwerte um 1,48% zulässig war.

Nachträgliche Tarifberichtigung nach § 10 Abs. 5 KHEntgG

Nach Inkrafttreten des PsychEntgG verständigten sich die Vertragspartner auf Bundesebene am 14.08.2012 auf die Tarifberichtigungsrate 2012.⁴ Alle bis zu diesem Zeitpunkt vereinbarten Landesbasisfallwerte für das Jahr 2012 waren im Nachgang um 0,51% zu erhöhen.

DRG-Entgeltkatalogverordnung 2012 (DRG-EKV 2012)

Anders als in den Jahren zuvor sind Verhandlungen zum G-DRG System zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft für 2012 gescheitert. Hintergrund war die Überführung der Finanzmittel aus dem Pflegesonderprogramm in die Landesbasisfallwerte vor dem Hintergrund der im G-DRG-Katalog 2012 neu enthaltenen Zusatzentgelte für hochaufwendige Pflege. Der GKV-Spitzenverband sah die Gefahr einer Doppelfinanzierung, eine gemeinsame Empfehlung gem. § 9 Abs. 1 Satz 2 KHEntgG für die Berücksichtigung der Zusatzentgelte für hochaufwendige Pflege bei der Vereinbarung der Landesbasisfallwerte kam nicht zustande. Am 28.11.2011 hat das BMG die Ersatzvornahme zum DRG-Vergütungssystem unterzeichnet und somit den G-DRG-Katalog 2012 in der ursprünglichen Form in Kraft gesetzt. Die verspätete Verfügbarkeit der amtlichen Kataloge hat zu einer entsprechenden Verzögerung der Verhandlungsrunde 2012 geführt.

Integration der Beträge des Pflegesonderprogramms in den LBFW 2012

Das auf drei Jahre angesetzte Pflegesonderprogramm⁵ endete 2011. Hauptzielsetzung dieses Programms war die Schaffung zusätzlicher Stellen, um die Personalsituation der Pflege in den Krankenhäusern zu verbessern. Im Jahr 2011 haben 979

3 Geregelt in: § 10, Abs. 4 KHEntgG.

4 Geregelt in: § 10 Abs. 5 KHEntgG. Ausgehend von einer Tarifraten in Höhe von 3,0% beträgt die Erhöhungsraten 1,52%. Alle Landesbasisfallwerte des Jahres 2012 sind um ein Drittel dieser Rate, d. h. um 0,51% zu erhöhen.

5 Geregelt in: § 4 Abs. 10 KHEntgG. Während der Laufzeit verfügen die Krankenhäuser über einen Anspruch auf zusätzliche Fördermittel von bis zu 0,48% ihres Budgets pro Jahr.

der hier untersuchten Krankenhäuser mit DRG-Budgets eine Vereinbarung über das Pflegesonderprogramm geschlossen, das entspricht einem Stichprobenanteil von ca. 70 %. Das Volumen der für die Pflegekräfte zusätzlich vereinbarten Finanzmittel beläuft sich in 2011 auf 503,9 Mio. Euro.

Im Jahr 2012 werden die vereinbarten Beträge in die Landesbasisfallwerte überführt⁶, allerdings mussten diese dabei um den Erlösanteil bereinigt werden, der künftig über die neuen Zusatzentgelte für hochaufwendige Pflege vergütet wird, um eine Doppelfinanzierung zu vermeiden (s. o.).

Mehrleistungsabschlag

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. Mit dem GKV-FinG wurde der Mehrleistungsabschlag ab 2011 mit einem festen Satz von 30 % wieder eingeführt. Von den Regelungen ausgenommen waren Mehrleistungen aus DRGs mit einem Sachkostenanteil von mehr als 66,7 % oder solche, die aus krankenhauplanerischen Maßnahmen resultieren.

Der Mehrleistungsabschlag führt für die hier untersuchten Krankenhäuser isoliert betrachtet zu einer Budgetabsenkung im Jahr 2011 von -0,6 % bzw. -0,47 % im Jahr 2012. Bundesweit vereinbarten 711 der hier betrachteten Krankenhäuser 2012 einen solchen Mehrleistungsabschlag mit einem Gesamtvolumen i. H. v. 255,6 Mio. Euro, was einem vereinbarten Preiseffekt von -14,10 Euro entspricht. Im Jahr 2011 betrug dieser Effekt basierend auf einem Abschlagsvolumen von 322,7 Mio. Euro noch -18,25 Euro.

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. 2013 um die o. g. 255,6 Mio. Euro steigen.

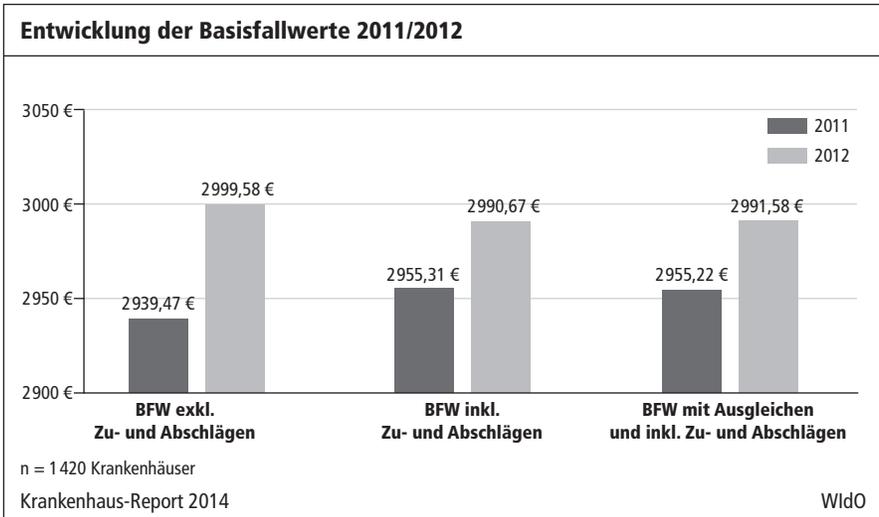
Preisentwicklung im DRG-Bereich

Die DRG-Preiskomponente setzt sich aus den Determinanten Basisfallwert, den Zu- und Abschlägen sowie den periodenfremden Ausgleichen 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 beleuchtet.

Der Preissockel des Basisfallwerts ist ein Resultat aus den vereinbarten Landesbasisfallwerten. Für die hier untersuchten Einrichtungen beträgt dieser 2939,47 Euro im Jahr 2011 und steigt im Folgejahr auf 2999,58 Euro an. Dies entspricht einer relativen Steigerung von 2,4 % und ist durch die anteilige Integration des Pflegesonderprogramms in die Landesbasisfallwerte 2012 überzeichnet. Zutreffender

⁶ Geregelt in: § 10 Abs. 12 KHEntG.

Abbildung 18–3



ist der Vergleich der DRG-Preise unter Berücksichtigung der Zu- und Abschläge – hier resultiert eine Veränderung um 1,20%. Unter Berücksichtigung der Ausgleichszahlungen für Vorperioden ergibt sich eine Veränderung um 1,23%. Die vereinbarten Ausgleichszahlungen 2012 erhöhen den Preis um durchschnittlich 0,90 Euro, im Vorjahr waren es noch 0,09 Euro (Abbildung 18–3).

18.4 Vereinbarte Leistungsentwicklung

In den nächsten beiden Abschnitten wird die vereinbarte Leistungsentwicklung zunächst im DRG- und anschließend im Zusatzentgeltbereich thematisiert. Zur Veranschaulichung der wesentlichen Determinanten der beobachteten Veränderungen wird die Methode der Komponentenerlegung verwendet.

18.4.1 Leistungsveränderung im DRG-Bereich

Die Höhe des vereinbarten DRG-Budgets ist maßgeblich vom Leistungsvolumen abhängig. Dieses wird über den Casemix (CM) ausgedrückt und aus der Multiplikation der Komponenten Fallzahl und durchschnittliche Fallschwere (CMI) berechnet. Ein korrekter Vergleich des vereinbarten Leistungsvolumens zweier Jahre ist nur möglich, wenn die Veränderungen zwischen den jeweils gültigen DRG-Katalogen berücksichtigt werden.

Auswirkungen aus der G-DRG-Katalogrevision 2011/2012 (Katalogeffekt)

Der Begriff Katalogeffekt beschreibt die Veränderungen aus der 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.⁷ 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.

Allerdings sind deutliche Katalogeffekte auf tieferen Ebene, wie MDCs und Partitionen, aber auch auf Krankenhaus- oder Landesebene nicht unüblich. Aus ihnen resultiert eine entsprechende Veränderung der Vergütungs- und damit Budgethöhe ohne reale Leistungsveränderung. Für alle vergleichenden Darstellungen in den folgenden Abschnitten werden daher die vereinbarten DRG-Leistungen des Jahres 2011 in den Katalog des Jahres 2012 übergeleitet, um diese Störgröße zu neutralisieren.⁸

Für die hier betrachteten Einrichtungen resultiert aus der Überleitung der Vereinbarungen des Jahres 2011 auf den G-DRG-Katalog 2012 ein CM-Rückgang von ca. 8 700 Bewertungsrelationen (BR), was einem Effekt von $-0,05\%$ entspricht.⁹ Die Katalogeffekte der hier untersuchten Krankenhäuser differieren zwischen $-6,69\%$ und $11,89\%$. Die 20% der Häuser mit der negativsten Veränderung verzeichnen einen CM-Rückgang von mehr als $-0,64\%$. Die vereinbarte Budgetsumme sinkt für diese Einrichtung entsprechend. Für 20% der Krankenhäuser erfolgt

Tabelle 18–2

Verteilung der Katalogeffekte auf Einzelhausebene

	Katalogeffekt
1. Quintil	negativer als $-0,64\%$
2. Quintil	zwischen $-0,64\%$ und $-0,19\%$
3. Quintil	zwischen $-0,19\%$ und $0,1\%$
4. Quintil	zwischen $0,1\%$ und $0,49\%$
5. Quintil	positiver als $0,49\%$

n = 1 420 Krankenhäuser

Krankenhaus-Report 2014

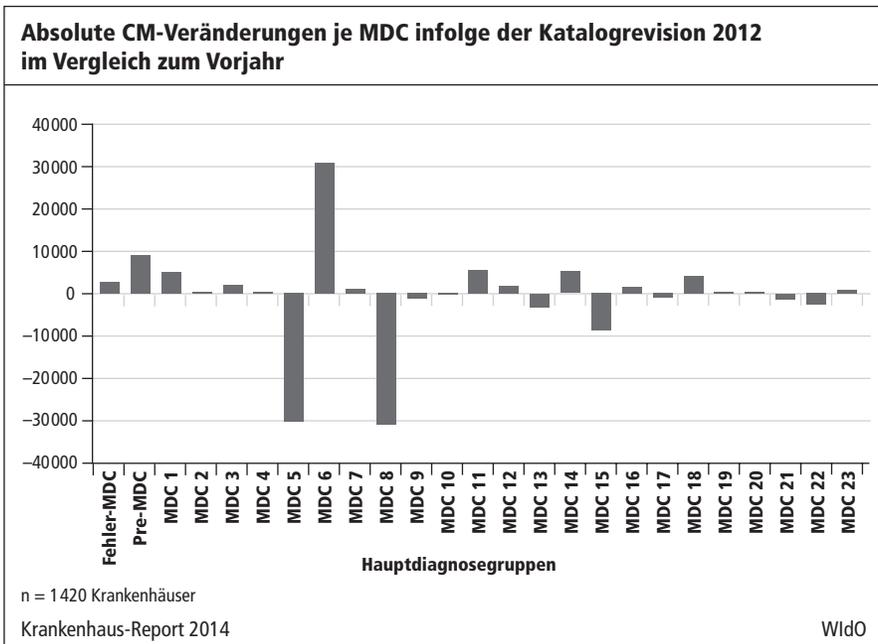
WIdO

7 Wie z. B. die geänderte Einordnung von intensivmedizinischen Leistungen bei Kindern beim Katalogwechsel 2011/2012 (vgl. Heimig 2011).

8 Die Abbildung der Vereinbarungen des Jahres 2011 nach G-DRG-Katalog 2012 erfolgt mit dem Verfahren der „Vereinbarungsgewichteten Überleitung“. Dieses Verfahren gewichtet die vereinbarten Mengen des Jahres 2011 je DRG mit einer hausspezifischen Überleitungstabelle auf Basis von § 301-Daten von AOK-Versicherten (vgl. Friedrich und Paschen 2005).

9 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 2012 von den bundesweit erbrachten Krankenhausleistungen des Jahres 2010, dem Datenjahr für die Katalogkalkulation.

Abbildung 18–4



eine Aufwertung des vereinbarten CM-Volumens um mindestens 0,49% (Tabelle 18–2). Somit fällt die Spreizung der Katalogeffekte auf Hausebene deutlicher aus als im Vorjahr.¹⁰

Der Beitrag der 25 Major Diagnostic Categories (MDCs) am gemessenen Katalogeffekt von ca. –9300 BR in den hier untersuchten Einrichtungen variiert sehr deutlich (Abbildung 18–4).¹¹ Die mengendynamischen MDCs 5 (Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems) und 8 (Krankheiten und Störungen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe) verlieren aufgrund der Katalogrevision 30 bzw. 31 Tausend BR, was einem Effekt von –1,00% und –0,94% entspricht. Die MDC 6 (Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane) wird hingegen um ca. 31 000 BR aufgewertet, was einem Effekt von +1,88% gleichkommt.

¹⁰ Vgl. Mostert et al. 2013.

¹¹ Die deutsche Bezeichnung für MDC lautet Hauptdiagnosegruppe. Eine Aufstellung aller MDCs findet sich in Tabelle 18–3.

Komponentenzerlegung der vereinbarten CM-Veränderung im DRG-Bereich

Nach Bereinigung des Katalogeffektes ergibt sich von 2011 nach 2012 eine Erhöhung des vereinbarten Leistungsvolumens um 451 600 (2,6 %) CM-Punkte. Für eine genauere Analyse dieser Steigerung eignet sich das Konzept der Komponentenzerlegung¹², das auf den Methoden der volkswirtschaftlichen Indextheorie beruht. Unter seiner Anwendung kann aufgezeigt werden, wie stark die CM-Veränderung von der Fallzahl bzw. der Fallschwere beeinflusst wird. Darüber hinaus es möglich, auch die CMI-Entwicklung in ihre Teilkomponenten zu zerlegen und deren Relevanz zu bestimmen (Abbildung 18–5).

Die Steigerungsrate des CM liegt auf einem identischen Niveau wie die von 2010 nach 2011¹³. Die Einflusstärke der Fallzahl- und der CMI-Komponente hat sich allerdings verschoben: 2011 wurde die CM-Veränderung noch zu etwas über einem Drittel vom Anstieg der Fallschwere bedingt, wohingegen 2012 die **Fallzahl-Komponente** fast allein für den CM-Anstieg verantwortlich ist. 2,5 Prozentpunkte der CM-Veränderung gehen auf steigende Fallzahlen zurück, der CMI bleibt insgesamt nahezu unverändert.

Eine detaillierte Analyse der CMI-Entwicklung zeigt jedoch, dass sich die vereinbarte DRG-Struktur durchaus verändert hat. Der CM-Einfluss der **BR-Komponente** von rund –0,4 Prozentpunkten ergibt sich aus sinkenden effektiven Bewertungsrelationen je DRG. Da sie sich aus dem Verhältnis von Lang-, Normal- und Kurzliegern zusammensetzt, kann ihr negativer Einfluss auf den CM für verkürzte durchschnittliche Verweildauern stehen. Diese Entwicklung wird durch die CM-steigernde Wirkung der **Struktur-Komponente**¹⁴ überkompensiert. Demnach besteht eine Tendenz zur Vereinbarung höher bewerteter Leistungen. Ob diese Verschiebungen verstärkt innerhalb oder zwischen Basis-DRGs stattgefunden haben, lässt sich durch eine weitere Zerlegung der Strukturkomponente erkennen¹⁵.

Finden innerhalb von Basisfallgruppen einzelner DRGs Verschiebungen zu höher bewerteten Leistungen statt, werden sie als **Intra-ADRG-Komponente** bezeichnet. Hätten sie nicht stattgefunden, wäre der CM um 0,3 Prozentpunkte weniger gestiegen. Bei einem Drittel der insgesamt 559 Basis-DRGs sind Verlagerungen zu einer höheren und bei einem Viertel zu einer geringeren Fallschwere zu verzeich-

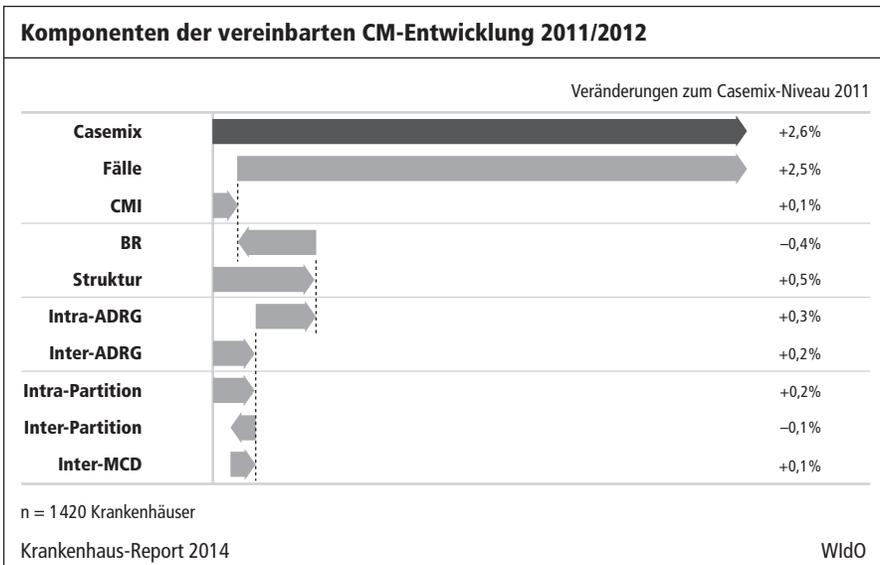
12 Für die Anwendung der Komponentenzerlegung müssen zwei Bedingungen erfüllt sein: eine Produkthomogenität und eine ausgeprägte Produkthierarchie. Erstere wird dadurch gewährleistet, dass die Vereinbarungen beider Jahre über den DRG-Katalog 2012 abgebildet werden. Die zweite Bedingung ist durch die natürlichen Eigenschaften des DRG-Systems erfüllt, da es die Ebenen DRG, Basis-DRG, Partition und MDC vorsieht. Für Analysen im DRG-System hat das Konzept bereits mehrmals Anwendung gefunden, wie bspw. bei Friedrich und Günster 2006, Fürstenberg et al. 2011, RWI 2012. Für eine ausführliche Beschreibung weiterer theoretischer Grundlagen der Komponentenzerlegung siehe Reichelt 1988.

13 Mostert et al. 2013.

14 Da in diesem Abschnitt ausschließlich die Krankenhausleistungen im DRG-Bereich betrachtet werden, weichen die Werte von den in Abschnitt 18.2 genannten ab.

15 Bei der Betrachtung der DRG-Leistungen auf nationaler Ebene spielt die Warenkorbkomponente keine Rolle, da alle DRGs sowohl 2011 als auch 2012 vereinbart wurden (vgl. Günster 2008).

Abbildung 18–5



nen.¹⁶ In der Basis-DRG A36 (Intensivmedizinische Komplexbehandlung) ist der Intra-ADRG-Effekt mit prozentual 4,0% am stärksten ausgeprägt. In der Basis-DRG B70 (Schlaganfall) geht mit rund 4 900 Punkten das deutlichste absolute CM-Plus aus dem Intra-ADRG-Effekt hervor.

Die verbleibenden +0,2% des CM-Anstiegs im Struktureffekt werden von der **Inter-ADRG-Komponente** bedingt. Durch den hierarchischen Aufbau des DRG-Systems können diese Verschiebungen zwischen verschiedenen Basis-DRGs

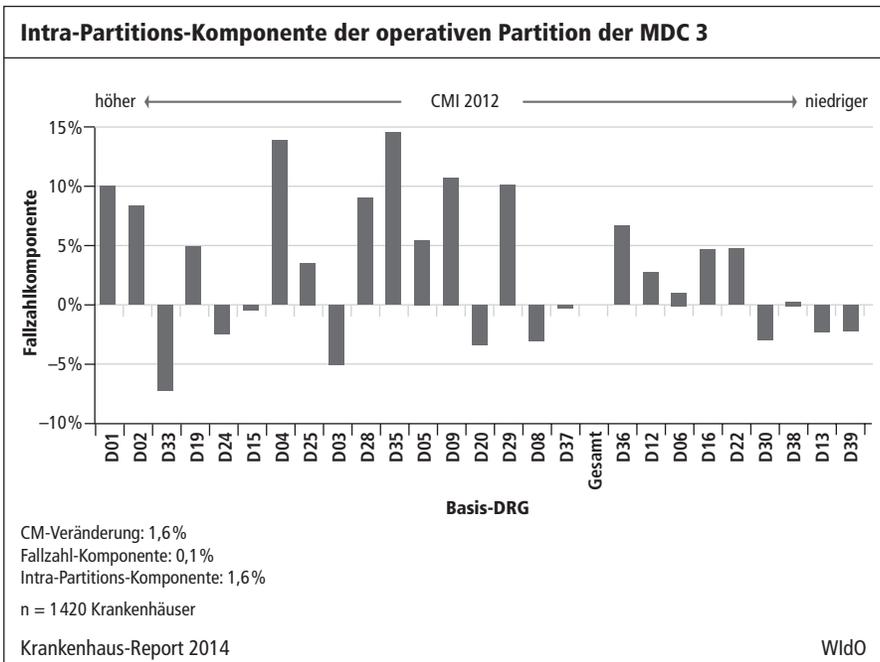
- innerhalb der gleichen MDC und Partition (Intra-Partition),
- innerhalb der gleichen MDC aber unterschiedlichen Partitionen (Inter-Partition) und
- zwischen unterschiedlichen MDCs (Inter-MDC) stattfinden.

Trotz des eher geringen Einflusses dieser Teilkomponenten auf den Gesamt-CM sind auf Ebene der einzelnen MDCs und Partitionen z. T. deutliche Verschiebungen zu beobachten. Die **Intra-Partitions-Komponente** bewirkt auf globaler Ebene einen CM-Anstieg von 25 000 Punkten. Beispielsweise in der operativen Partition der MDC 3 (HNO-Bereich) hat dieser Effekt eine größere Bedeutung: Der hier zu verzeichnende CM-Anstieg wird zu 95% durch Fallzahlverschiebungen innerhalb der gleichen MDC und Partition bedingt. Abbildung 18–6 veranschaulicht, dass die deutlichsten Fallzahlanstiege eher in den Basis-DRGs¹⁷ mit einem überdurchschnittlichen CMI zu verzeichnen sind.

¹⁶ Die restlichen Basis DRGs werden im DRG-Katalog 2012 nicht nach Schweregraden unterteilt. Ein Intra-ADRG-Effekt kann bei ihnen nicht auftreten.

¹⁷ Eine Tabelle mit den Bedeutungen der einzelnen Basis-DRGs befindet sich im Anhang.

Abbildung 18–6



Die **Inter-Partitions-Komponente** hat mit $-0,1\%$ insgesamt einen leicht negativen Einfluss auf die CM-Entwicklung. Dennoch gibt es 12 MDCs, bei denen Verschiebungen innerhalb der gleichen MDC, aber in unterschiedlichen Partitionen einen CM-Anstieg bewirken (Tabelle 18–3).

Abbildung 18–7 veranschaulicht am Beispiel der MDC 3 (HNO), wie sich die Fallzahlanteile zugunsten der CM-schwächeren Partitionen verschieben. In der medizinischen und der anderen Partition ist ein Fallzahlenanstieg um $5,6\%$ bzw. $3,6\%$ zu verzeichnen, wohingegen die Fallzahlen in der operativen Partition um $0,1\%$ steigen.

Die mit $0,1$ Prozentpunkten CM-erhöhend wirkende Inter-MDC-Komponente offenbart, dass insgesamt nur eine leichte Tendenz zur Vereinbarung höherwertiger MDCs vorliegt. Hier besteht eine z. T. viel dynamischere CM-Entwicklung auf Ebene der einzelnen MDCs, die sich global betrachtet weitestgehend gegenseitig ausgleichen. In insgesamt 21 der 25 MDCs wurde 2012 im Vergleich zum Vorjahr mehr und in vier MDCs weniger CM (Tabelle 18–3) vereinbart. Der deutlichste prozentuale CM-Anstieg findet mit $9,2\%$ in der MDC 18 (Infektionen) und der deutlichste Rückgang mit $-2,0\%$ in der MDC 12 (Krankheiten der männlichen Geschlechtsorgane) statt. Absolut betrachtet zeigt sich eine andere Reihenfolge: Die fallzahlstärkste MDC 5 (Kreislauf) steht vor der zweitstärksten MDC 8 (Muskel-Skelettsystem). Mit ihren CM-Steigerungsraten von $3,7\%$ bzw. $2,3\%$ erklären sie folglich $41,2\%$ des Gesamtanstiegs. Abbildung 18–8 zeigt die Bedeutung der einzelnen MDCs an der vereinbarten CM-Veränderung.

Tabelle 18–3

Komponenten der vereinbarten CM-Veränderung 2011/2012 je MDC

	Casemix 2011	Fälle 2011 (in Tsd.)	Veränderungswerte (Komponentenzerlegung)										
			Casemix	davon		davon						davon	
				Fälle	CMI	BR- Index	Struktur- index	davon		Intra- ADRG	Inter- ADRG	davon	
					Intra- Partition			Inter- Partition					
Fehler-MDC	91 674	42	3,6%	4,3%	-0,7%	-0,3%	-0,3%	-0,3%	0,0%	0,1%	0,0%		
Pre-MDC	1 408 694	125	1,5%	2,6%	-1,1%	0,0%	-1,0%	0,1%	-1,1%	-0,3%	-0,8%		
MDC 1	Nervensystem	1 387 419	1 315	4,0%	3,6%	0,3%	-0,3%	0,6%	0,5%	0,1%	0,1%	0,0%	
MDC 2	Auge	200 642	338	1,6%	1,2%	0,3%	-0,6%	0,9%	-0,1%	1,0%	1,1%	0,0%	
MDC 3	HNO	560 163	760	2,6%	2,2%	0,4%	-0,1%	0,5%	0,1%	0,4%	1,2%	-0,8%	
MDC 4	Atmung	1 083 562	11 209	4,6%	4,2%	0,4%	-0,6%	1,0%	0,5%	0,5%	0,0%	0,5%	
MDC 5	Kreislauf	3 118 984	21 559	3,7%	3,0%	0,6%	-0,5%	1,1%	0,5%	0,7%	0,3%	0,3%	
MDC 6	Verdauung	1 711 445	11 970	2,0%	3,1%	-1,1%	-0,5%	-0,6%	0,0%	-0,6%	-0,4%	-0,3%	
MDC 7	hepatobiliäres System	565 151	500	2,5%	2,9%	-0,3%	-0,5%	0,2%	0,3%	-0,1%	0,0%	-0,1%	
MDC 8	Muskel-Skelett-System	3 375 419	21 510	2,3%	2,2%	0,1%	-0,4%	0,5%	0,4%	0,1%	0,5%	-0,4%	
MDC 9	Haut	593 279	723	3,2%	4,1%	-0,8%	-0,7%	-0,2%	0,2%	-0,3%	-0,5%	0,2%	
MDC 10	Stoffwechsel	386 748	427	1,5%	1,4%	0,1%	-0,2%	0,4%	0,3%	0,0%	0,4%	-0,4%	
MDC 11	Harnorgane	718 853	11 096	3,4%	2,5%	0,9%	-0,4%	1,3%	0,2%	1,1%	0,9%	0,2%	
MDC 12	männl. Geschlechtsorgane	232 639	229	-2,0%	-0,8%	-1,2%	-0,4%	-0,8%	0,3%	-1,1%	-0,8%	-0,3%	
MDC 13	weibl. Geschlechtsorgane	408 924	406	-0,9%	-0,4%	-0,5%	-0,3%	-0,1%	0,3%	-0,4%	-0,3%	-0,2%	
MDC 14	Schwangerschaft	490 849	842	-0,3%	-0,6%	0,3%	0,0%	0,3%	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%	
MDC 15	Neugeborene	415 751	620	-1,3%	-1,2%	0,0%	1,0%	-1,0%	-0,7%	-0,3%	-1,5%	1,2%	

Tabelle 18-3

Fortsetzung

		Casemix 2011	Fälle 2011 (in Tsd.)	Veränderungswerte (Komponentenzerlegung)												
				Casemix	davon		davon		davon		davon					
					Fälle	CMI	BR- Index	Struktur- index	Intra- ADRG	Inter- ADRG	Intra- Partition	Inter- Partition				
				MDC 16	Blut und Immunsystem	114405	133	3,3 %	3,3 %	0,0 %	-0,3 %	0,3 %	0,4 %	0,0 %	0,1 %	-0,1 %
				MDC 17	Neubildungen	263 739	180	3,2 %	3,9 %	-0,7 %	-0,5 %	-0,2 %	0,1 %	-0,2 %	-0,1 %	-0,1 %
MDC 18	Infektionen	228692	187	9,2 %	8,1 %	1,1 %	-0,5 %	1,6 %	0,9 %	0,7 %	0,2 %	0,5 %				
MDC 19	Psychiatrische Krankheiten	41 545	76	2,8 %	2,4 %	0,4 %	-0,4 %	0,8 %	-0,1 %	0,8 %	0,3 %	0,5 %				
MDC 20	Alkohol und Drogen	50626	149	0,9 %	2,1 %	-1,2 %	-0,8 %	-0,4 %	-0,6 %	0,2 %	0,0 %	0,2 %				
MDC 21	Vergiftung	187467	233	4,2 %	3,4 %	0,8 %	-1,1 %	1,9 %	0,4 %	1,5 %	0,2 %	1,3 %				
MDC 22	Verbrennungen	17636	12	5,7 %	3,4 %	2,2 %	-1,5 %	3,7 %	0,0 %	3,7 %	1,7 %	1,9 %				
MDC 23	sonstige Faktoren	42 618	89	6,0 %	5,4 %	0,6 %	-1,1 %	1,6 %	-0,1 %	1,7 %	0,2 %	1,5 %				

n = 1 420 Krankenhäuser

Krankenhaus-Report 2014

WIdO

Abbildung 18–7

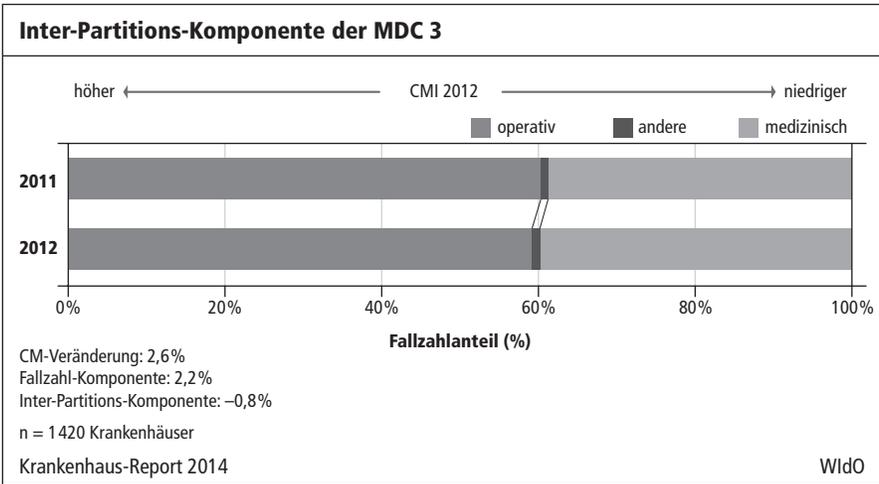
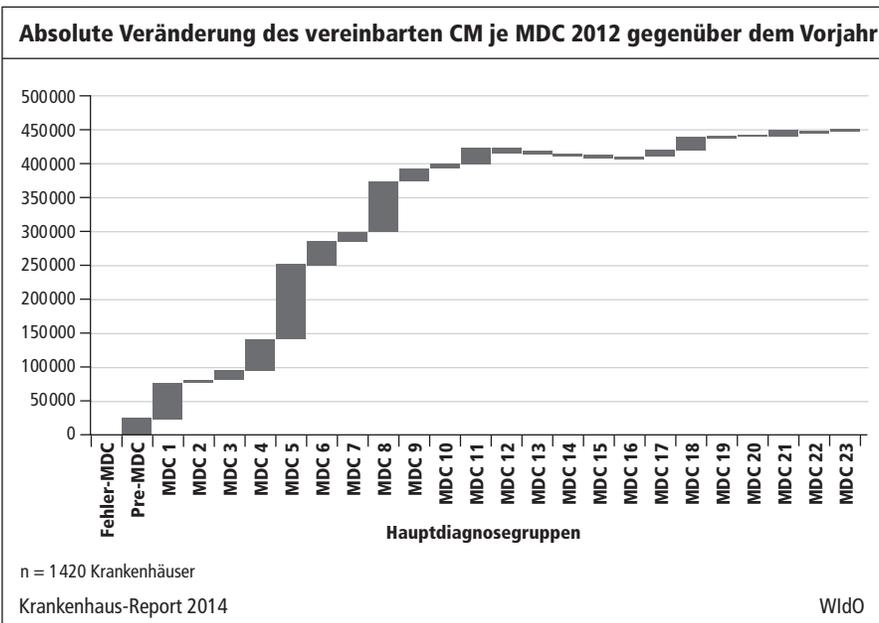


Abbildung 18–8



18.4.2 Leistungsentwicklung im Zusatzentgelte-Bereich

Zusatzentgelte können ergänzend zu Fallpauschalen abgerechnet werden. Zwischen 2011 und 2012 hat das Volumen der Zusatzentgelte für die hier betrachteten Häuser von 1 577,1 Mio. Euro auf 1 838,9 Mio. Euro (+16,6%) zugenommen. Der Bereich der Zusatzentgelte macht somit zwar mit einem Anteil von rund 3,2% nur einen

geringen Teil der gesamten Budgetsumme aus, allerdings lässt sich bei diesem Budgetteil eine ausgeprägte Dynamik feststellen.

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.¹⁸ 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. Auf sie entfällt ein Budgetvolumen von rund 1 379,5 Mio. Euro im Jahr 2012, was nahezu drei Viertel am gesamten Budget für Zusatzentgelte entspricht. Die weitere Darstellung beschränkt sich auf diesen Teil der Zusatzentgelte.

Das mit rund 193 Mio. Euro umsatzstärkste E2-Zusatzentgelt ist im Jahr 2012 das ZE130 „Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen“, das somit einen Anteil von mehr als 14 % ausmacht. Dieses Zusatzentgelt wurde nach dem Auslaufen des Pflege-sonderprogramms neu in den Katalog 2012 aufgenommen, gemeinsam mit dem Zusatzentgelt ZE131 „Hochaufwendige Pflege von Kleinkindern oder von Kindern und Jugendlichen“. An zweiter Stelle folgen die medikamente-freisetzenden Koronarstents mit fast 99 Mio. Euro und einem Anteil von mehr als 7 %. Dieses Zusatzentgelt wurde 2012 deutlich häufiger vereinbart als noch im Vorjahr. Der Mengenzuwachs beträgt etwa 21 %. Ein gleichzeitiger Preisrückgang führt jedoch dazu, dass das Budget für dieses ZE um 0,3 % gesunken ist. Ein vergleichbares Phänomen ließ sich bereits im vorangegangenen Jahr 2011 beobachten. Vermutlich geht die Mengenausweitung dieses Zusatzentgelts mit deutlichen Skaleneffekten einher, die stark sinkende Beschaffungspreise zur Folge haben. Über die jährliche Neukalkulation spiegelt sich dieser Kostenrückgang auch in der Vergütung wider. In der Regel führen starke Mengenanstiege auch zu vergleichbar ausgeprägten Budgetanstiegen, wie sich anhand der Zusatzentgelte ZE60 „Palliativmedizinische Komplexbehandlung“ (Menge +34 %; Budget +33 %), ZE71 „Gabe von Pegfilgrastim“ (Menge +23 %; Budget +23 %) oder ZE53 „Gabe von Pemetrexed“ (Menge +23 %; Budget +21 %) zeigen lässt (Tabelle 18–4).

Im Rahmen der vorliegenden Analyse wird die Gesamtheit der E2-Zusatzentgelte in drei Segmente unterteilt, die so nicht im Katalog zu finden sind. Es handelt sich hierbei um die Zusatzentgelte für Dialyseverfahren, um Medikamentengaben sowie um die sonstigen Zusatzentgelte. Das letzte Segment ist recht heterogen, umfasst jedoch insbesondere auch besondere Behandlungsverfahren. Auch die neu geschaffenen Zusatzentgelte ZE130 und ZE131 sind hier zu finden.

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 weniger als 14 % vergleichsweise gering. Ihr Budget hat sich mit 1,2 % nur moderat verändert, was im Wesentlichen auf eine Strukturverschiebung von niedriger zu höher vergüteten Zusatzentgelten innerhalb dieses Segments zurückzuführen ist. Die Medikamenten-

¹⁸ Zu dieser Gruppe zählen auch Zusatzentgelte für Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB).

Tabelle 18–4

Komponenten der vereinbarten Budgetveränderung für die 15 umsatzstärksten Zusatzentgelte 2012

Zusatzentgelt	Segment ^{a)}	Anzahl (in Tsd.)	Budget 2012 (in Mio. Euro)	Budget- anteil 2012	Budget- veränderung zum Vorjahr	davon			
						Mengen- komponente	Preis- komponente	Struktur- komponente	
Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	ZE130	S	149	192,8	14,4%	–	–	–	
Medikamente-freisetzende Koronarstents	ZE101	S	161	98,9	7,4%	–0,3%	21,1%	–18,1%	0,5%
Hämodialyse, intermittierend	ZE01	D	435	96,4	7,2%	–1,7%	–1,6%	–0,1%	0,0%
Gabe von Rituximab	ZE82	M	32	95,2	7,1%	14,9%	9,9%	3,7%	0,8%
Gabe von Apherese-Thrombozytenkonzentraten	ZE84	M	40	78,7	5,9%	–0,1%	3,0%	–2,3%	–0,7%
Gabe von Human-Immunglobulin	ZE93	M	23	69,1	5,2%	0,4%	7,0%	–10,8%	5,2%
Palliativmedizinische Komplexbehandlung	ZE60	S	38	67,0	5,0%	32,5%	34,0%	–1,1%	0,0%
Gabe von Caspofungin	ZE109	M	11	45,8	3,4%	7,6%	14,3%	–3,5%	–2,5%
Gabe von Erythrozytenkonzentraten	ZE107	M	20	39,4	2,9%	–5,3%	–3,2%	–1,1%	–1,1%
Gabe von Pemetrexed	ZE53	M	13	39,3	2,9%	20,9%	22,7%	–1,6%	0,1%
Plasmapherese	ZE36	S	5	31,2	2,3%	3,0%	–0,1%	–3,0%	6,2%
Gabe von Bevacizumab	ZE74	M	14	31,0	2,3%	16,1%	9,4%	4,9%	1,2%
Hämodialyse, kontinuierlich,	ZE120	D	21	29,8	2,2%	13,5%	8,7%	–0,9%	5,3%
Hämodiafiltration, kontinuierlich	ZE121	D	15	22,2	1,7%	0,2%	1,2%	–3,9%	3,0%
Gabe von Thrombozytenkonzentraten	ZE94	M	10	19,6	1,5%	–5,0%	–4,9%	–0,4%	0,4%
alle E2-Zusatzentgelte			1 245	1 379,5	100,0%	20,8%	15,8%	–4,2%	8,9%

^{a)} „M“ = Medikamentengabe; „D“ = Dialyse; „S“ = Sonstige
n = 1 420 Krankenhäuser

Tabelle 18–5

Komponenten der vereinbarten Budgetveränderung nach Segmenten 2012

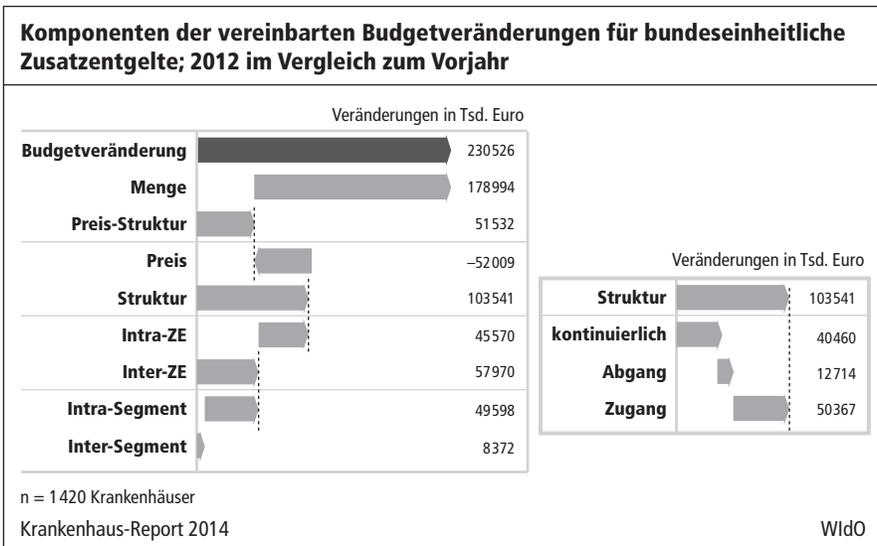
Segment	Anzahl (in Tsd.)	Budget (in Mio. Euro)	Budget- anteil	Budget- veränderung zum Vorjahr	davon			davon in der Warenkorbkomponente:		
					Mengen- komponente	Preis- komponente	Struktur- komponente	kontinuier- lich	Abgänge	Zugänge
Sonstige	408	511	38,2 %	81,8 %	93,5 %	–9,3 %	3,6 %	–1,8 %	–0,1 %	5,6 %
Dialyse	548	186	13,9 %	1,2 %	–0,5 %	–0,4 %	2,1 %	2,1 %	0,0 %	0,0 %
Medikamentengabe	289	643	48,0 %	–0,3 %	–8,0 %	–3,0 %	11,7 %	2,3 %	9,2 %	0,0 %
alle E2-Zusatzentgelte	1 245	1 380	100,0 %	20,8 %	15,8 %	–4,2 %	8,9 %	3,4 %	1,0 %	4,2 %

n = 1 420 Krankenhäuser

Krankenhaus-Report 2014

WIdO

Abbildung 18–9



gaben machen trotz einer vergleichsweise geringen Anzahl fast die Hälfte des Gesamtbudgets aus. Auch hier lässt sich ein ausgeprägter Struktureffekt, also beispielsweise ein Wechsel hin zu teureren Dosierungsklassen, feststellen, der allerdings durch einen gegenläufigen Mengeneffekt ausgeglichen wird. Der Struktureffekt geht in starkem Maße auf den Wegfall verschiedener Zusatzentgelte zurück, wie z. B. Gabe von Docetaxel.

Die deutlichste Veränderung gegenüber dem Vorjahr betrifft das Segment der „Sonstigen“. 2011 entfiel ungefähr ein Viertel der Budgetsumme auf dieses Segment, 2012 sind es bereits 38%. Der Budgetanstieg in diesem Segment um nahezu 82% ist wesentlich auf die Mengenkomponente mit einer Steigerung von 93,5% zurückzuführen. Auch innerhalb der Strukturkomponente zeigt sich, dass die Zugänge neuer Entgelte einen hohen Einfluss auf die Gesamtentwicklung ausüben (Tabelle 18–5).

Die maßgeblichen Einflussfaktoren für die vereinbarten Budgetveränderungen für bundeseinheitliche Zusatzentgelte werden im Weiteren ebenfalls mit der Methode der Komponentenzerlegung gemessen (Abbildung 18–9).¹⁹

Auf Gesamtmarktebene ist das Budget für bundeseinheitliche Zusatzentgelte von 2011 nach 2012 um 231 Mio. Euro gestiegen. Insgesamt ist dieser Anstieg zum überwiegenden Teil auf den Mengenanstieg zurückzuführen: Die steigende Zahl vereinbarter Zusatzentgelte erklärt nahezu 179 Mio. Euro des Budgetzuwachses. Auch bei dieser Betrachtung zeigt sich also sehr deutlich der Einfluss, den das neue ZE130 ausübt. Der restliche Anstieg um circa 52 Mio. Euro geht auf Preisveränderungen und Strukturverschiebungen zurück (**Preis-Struktur-Komponente**). Die

¹⁹ Zu den methodischen Voraussetzungen der Anwendung der Komponentenzerlegung auf den Bereich der E2-Zusatzentgelte vgl. Mostert et al. 2013, Fußnote 23 auf S. 38.

isolierte **Preiskomponente** hat das Budget für Zusatzentgelte um 52 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 104 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-Komponente. Bei der **Intra-ZE-Komponente** handelt es sich 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 46 Mio. Euro Budgetzuwachs. Die **Inter-ZE-Komponente** besitzt mit 58 Mio. Euro einen höheren Einfluss auf die Budgetentwicklung und beschreibt Veränderungen in den Anteilen zwischen den Zusatzentgelten.

Diese Veränderungen in der Inter-ZE-Komponente können sich innerhalb desselben Segments abspielen, oder über die Segmentgrenzen hinweg. Die **Intra-Segment-Komponente** zeichnet für 50 Mio. Euro verantwortlich. Ein Wechsel zwischen den verschiedenen Segmenten spielt mit etwas über 8 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 2012.²⁰ Der Wegfall von Zusatzentgelten führt zu einem Rückgang um 13 Mio. Euro, der jedoch von einer Zugangskomponente von mehr als 50 Mio. Euro deutlich überkompensiert wird. Auch hier zeigt sich deutlich der Einfluss des ZE130. Tatsächlich ist der strukturelle Effekt in höherem Maße auf Neuzugänge zurückzuführen als auf strukturelle Verschiebungen innerhalb der fortbestehenden Zusatzentgelte.

18.5 Zusammenfassung und Diskussion

In den Jahren 2011 und 2012 waren die Rahmenbedingungen für die Budgetfindung zwar maßgeblich vom GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG) beeinflusst, mit dem im Juni 2012 verabschiedeten „Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen“ (PsychEntgG) sind allerdings Finanzierungshilfen in Höhe von 280 Millionen Euro noch in die Budgets des gleichen Jahres eingeflossen. Die Beträge zur nachträglichen Tarifberichtigung in den Landesbasisfallwerten führten letztlich zu einem ausgleichsbereinigter Preiseffekt von 1,3 %.

Die Preisdeterminante der Budgetentwicklung 2012 wird aber auch überlagert von der nur anteiligen Überführung des Pflegesonderprogramms in die Landesbasisfallwerte. Aufgrund der Einführung neuer Zusatzentgelte zur Vergütung aufwändiger Pflegeleistungen werden Teile des Pflegesonderprogramms nicht gleichför-

²⁰ Eine ausführliche Beschreibung der theoretischen Grundlagen der Warenkorbbkomponenten in der Komponentenzerlegung findet sich bei Günster 2008.

mit über die Landesbasisfallwerte an alle Krankenhäuser verteilt, sondern an solche Einrichtungen, die solche Pflegeleistungen auch erbringen. In der Logik des vorliegenden Beitrags werden somit Preiskomponenten zu Mengenkomponten. Entsprechend deutlich wirkt sich die Einführung der neuen Zusatzentgelte auf den betroffenen Budgetblock aus.

Entscheidend für die Mengenkomponten ist allerdings der DRG-Bereich selbst. Im Vergleich zur Entwicklung von 2010 nach 2011 wurde im Jahr 2012 ein Case-mix-Anstieg auf gleichem Niveau vereinbart, allerdings geht er in diesem Jahr fast ausschließlich auf Fallzahlsteigerungen zurück. Die vereinbarte Fallschwere hat sich auf globaler Ebene kaum verändert, da Verschiebungen zu insgesamt etwas höher bewerteten Leistungen fast vollständig durch eine geringere effektive BR je DRG ausgeglichen werden. Auf Ebene der einzelnen Basis-DRGs, MDCs oder Partitionen lassen sich jedoch deutlichere Veränderungen in der Fallschwere und im Leistungsvolumen erkennen.

Die vereinbarte Mengenentwicklung bleibt mit einem Plus von 2,7% der entscheidende Faktor für die Budgetentwicklung. Im Ergebnis sind die Budgets der untersuchten 1420 Krankenhäuser ausgleichsbereinigt um 4,0% gestiegen, was einem Mittelzuwachs von knapp über 2,2 Mrd. Euro entspricht.

Literatur

- Friedrich J, Günster C. Determinanten der CM Entwicklung 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“, in: f&w 2005; 5 (22): 464–8.
- Fürstenberg T, Laschat M, Zich K, Klein S, Gierling P, Noting H-P, Schmidt T. G-DRG-Begleitforschung gemäß § 17b Abs. 8 KHG, Endbericht des zweiten Forschungszyklus (2006-2008). Siegburg 2011. <http://www.g-drg.de/cms/content/view/full/2944> (09. Oktober 2013).
- Günster C. Komponentenzerlegung und Warenkorbänderungen. In: Klauber J, Robra, B-P, Schellschmidt, H (Hrsg): Krankenhaus-Report 2007. Stuttgart: Schattauer 2008; 185–94.
- Heimig, F. G-DRGs 2012. Klassifikation und Bewertung, Ergebnispräsentation zugunsten der Selbstverwaltungspartner nach §17b KHG, Berlin, 19. August 2011.
- 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; S. 315–39.
- Mostert C, Leclerque G, Friedrich J Eckdaten der Leistungsentwicklung im Krankenhausmarkt 2011. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem, J (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2013, Stuttgart: Schattauer 2013; 21–47.
- Reichelt H. Eine Methode der statistischen Komponentenerlegung. WIdO-Materialien 31. Bonn: Wissenschaftliches Institut der AOK 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 in der operativen Partition der MDC 3 „HNO-Bereich“

2. Zusatzentgelte 2011 und 2012

Anhang 1

Basis-DRGs in der operativen Partition der MDC 3 „HNO-Bereich“

D01	Kochleaimplantation, unilateral
D02	Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals
D03	Operative Korrektur einer Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte oder plastische Rekonstruktion der Ohrmuschel mit Knorpeltransplantat
D04	Bignathe Osteotomie und komplexe Eingriffe am Kiefer oder Rekonstruktion der Trachea oder plastische Rekonstruktion der Ohrmuschel mit mikrovaskulärem Lappen
D05	Komplexe Eingriffe an den Speicheldrüsen oder komplexe Parotidektomien
D06	Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, komplexe Eingriffe am Mittelohr und andere Eingriffe an den Speicheldrüsen
D08	Eingriffe an Mundhöhle und Mund bei bösartiger Neubildung
D09	Tonsillektomie bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals mit äußerst schweren CC
D12	Andere Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals
D13	Kleine Eingriffe an Nase, Ohr und Mund
D15	Tracheostomie oder Implantation einer Kiefergelenkendoprothese
D16	Materialentfernung an Kiefer und Gesicht
D19	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, mehr als ein Belegungstag, mehr als 10 Bestrahlungen
D20	Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, mehr als ein Belegungstag
D22	Eingriffe an Mundhöhle und Mund
D24	Komplexe Hautplastiken und große Eingriffe an Kopf und Hals
D25	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals
D28	Monognathe Osteotomie und komplexe Eingriffe an Kopf und Hals oder andere Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung oder Rekonstruktion mit Gesichtsephthesen
D29	Operationen am Kiefer und andere Eingriffe an Kopf und Hals außer bei bösartiger Neubildung
D30	Tonsillektomie außer bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals ohne äußerst schwere CC
D33	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses
D35	Eingriffe an Nase und Nasennebenhöhlen bei bösartiger Neubildung
D36	Sehr komplexe Eingriffe an den Nasennebenhöhlen
D37	Sehr komplexe Eingriffe an der Nase
D38	Mäßig komplexe Eingriffe an der Nase oder an den Nasennebenhöhlen
D39	Andere Eingriffe an der Nase

Anhang 2

Zusatzentgelte 2011 und 2012

	Seg- ment ¹⁾	Bezeichnung	2011	2012
ZE-Nr	D	Hämodialyse, intermittierend	X	X
ZE01	D	Hämodiafiltration, intermittierend	X	X
ZE02	S	Vollimplantierbare Medikamentenpumpe mit programmierbarem variablen Tagesprofil	X	X
ZE09	S	Künstlicher Blasenschließmuskel, Eingriffe bei artifiziellem Harnblasensphinkter	X	X
ZE10	S	Wirbelkörperersatz, Wirbelkörperersatz und komplexe Rekonstruktion der Wirbelsäule	X	X
ZE11	M	Gabe von Alemtuzumab, parenteral	X	X
ZE13	M	Gabe von Gemcitabin, parenteral	X	X
ZE17	M	Gabe von Irinotecan, parenteral	X	X
ZE19	M	Gabe von Trastuzumab, parenteral	X	X
ZE27	M	Gabe von Prothrombin-komplex, parenteral	X	X
ZE30	S	Plasmapherese	X	X
ZE36	S	Extrakorporale Photopherese	X	X
ZE37	M	Gabe von Filgrastim, parenteral	X	X
ZE40	M	Gabe von Lenograstim, parenteral	X	X
ZE42	M	Gabe von Topotecan, parenteral	X	X
ZE44	M	Gabe von Antithrombin III, parenteral	X	X
ZE47	M	Gabe von Aldesleukin, parenteral	X	X
ZE48	M	Gabe von Bortezomib, parenteral	X	X
ZE49	M	Gabe von Cetuximab, parenteral	X	X
ZE50	M	Gabe von Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Hepatitis-B-surface-Antigen, parenteral	X	X
ZE51	M	Gabe von Liposomalem Doxorubicin, parenteral	X	X
ZE52	M	Gabe von Pemetrexed, parenteral	X	X
ZE53	S	Vollimplantierbare Medikamentenpumpe mit konstanter Flussrate	X	X
ZE56	S	Hydraulische Penisprothesen, Andere Operationen am Penis	X	X
ZE58	S	Palliativmedizinische Komplexbehandlung	X	X
ZE60	S	LDL-Apherese	X	X
ZE61	D	Hämofiltration, intermittierend	X	X
ZE62	M	Gabe von Paclitaxel, parenteral	X	
ZE63	M	Gabe von Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Zytomegalie-Virus, parenteral	X	X
ZE64	M	Gabe von Adalimumab, parenteral	X	X
ZE66	M	Gabe von Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Varicella-Zoster-Virus, parenteral	X	X
ZE67	M	Gabe von Infliximab, parenteral	X	X
ZE68	M	Gabe von C1-Esteraseinhibitor, parenteral	X	X
ZE70	M	Gabe von Pegfilgrastim, parenteral	X	X
ZE71	M	Gabe von Pegyliertem liposomalen Doxorubicin, parenteral	X	X
ZE72	M	Gabe von Rekombinantem aktivierten Protein C, parenteral	X	X
ZE73	M	Gabe von Bevacizumab, parenteral	X	X
ZE74	M	Gabe von Liposomalem Cytarabin, intrathekal	X	X
ZE75	M	Gabe von Etanercept, parenteral	X	X

Anhang 2

Fortsetzung

	Segment ^{b)}	Bezeichnung	2011	2012
	ZE76	M Gabe von Temozolomid, oral	X	X
	ZE78	M Gabe von Busulfan, parenteral	X	X
	ZE79	M Gabe von Docetaxel, parenteral	X	
	ZE80	M Gabe von Rituximab, parenteral	X	X
	ZE82	M Gabe von Apherese-Thrombozyten-konzentraten	X	X
	ZE84	S Neurostimulatoren zur Hirnstimulation, Einkanalssystem	X	X
	ZE86	S Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems	X	X
	ZE87	S Adjustierbare Harnkontinenztherapie	X	
	ZE90	M Gabe von Imatinib, oral	X	X
	ZE92	M Gabe von Human-Immunglobulin, polyvalent, parenteral	X	X
	ZE93	M Gabe von Thrombozytenkonzentraten	X	X
	ZE94	M Gabe von Palifermin, parenteral	X	X
	ZE95	M Gabe von Carmustin-Implantaten, intrathekal	X	X
	ZE96	M Gabe von Natalizumab, parenteral	X	X
	ZE97	M Gabe von Palivizumab, parenteral	X	X
	ZE98	S Distraktionsmarknagel, nicht motorisiert	X	X
	ZE99	S Implantation eines endobronchialen Klappensystems, Andere Operationen an Lunge und Bronchien	X	X
	ZE100	S Medikamente-freisetzende Koronarstents	X	X
	ZE101	S Vagusnervstimulationssysteme	X	X
	ZE102	S Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils) an Kopf, Hals (intra- und extrakraniell) und spinalen Gefäßen oder mit großlumigem Gefäßverschlusskörper	X	X
	ZE105	S Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisationen	X	X
	ZE106	M Gabe von Erythrozytenkonzentraten	X	X
	ZE107	M Gabe von patientenbezogenen Thrombozytenkonzentraten	X	X
	ZE108	M Gabe von Caspofungin, parenteral	X	X
	ZE109	M Gabe von Liposomalem Amphotericin B, parenteral	X	X
	ZE110	M Gabe von Voriconazol, oral	X	X
	ZE111	M Gabe von Voriconazol, parenteral	X	X
	ZE112	M Gabe von Itraconazol, parenteral	X	X
	ZE113	M Gabe von Posaconazol, oral	X	X
	ZE114	M Gabe von Anidulafungin, parenteral	X	X
	ZE115	M Gabe von Panitumumab, parenteral	X	X
	ZE116	M Gabe von Trabectedin, parenteral	X	X
	ZE117	M Gabe von Abatacept, parenteral	X	X
	ZE118	D Hämofiltration, kontinuierlich	X	X
	ZE119	D Hämodialyse, kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD)	X	X
	ZE120	D Hämodiafiltration, kontinuierlich	X	X
	ZE121	D Peritonealdialyse, intermittierend, maschinell unterstützt (IPD)	X	X
	ZE122	D Peritonealdialyse, kontinuierlich, nicht maschinell unterstützt (CAPD)	X	X
	ZE123	M Gabe von Azacytidin, parenteral	X	X
	ZE124	S Implantation oder Wechsel eines interspinösen Spreizers, Andere Operationen an der Wirbelsäule	X	X

Anhang 2

Fortsetzung

	Seg- ment ^{a)}	Bezeichnung	2011	2012
ZE125	S	Autogene/Autologe matrixinduzierte Chondrozytentransplantation	X	X
ZE126	S	Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems	X	X
ZE127	M	Gabe von Micafungin, parenteral		X
ZE128	M	Gabe von Tocilizumab, parenteral		X
ZE129	S	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen		X
ZE130	S	Hochaufwendige Pflege von Kleinkindern oder von Kindern und Jugendlichen		X
ZE131	S	Implantation eines Wachstumsstents		X
ZE132	S	Perkutan-transluminale Fremdkörperentfernung und Thrombektomie an intrakraniellen Gefäßen unter Verwendung eines Mikrodrahtretriever-Systems		X
ZE133	S	Verschiedene Harnkontinenztherapien		X
ZE134				

^{a)} „M“ = Medikamentengabe; „D“ = Dialyse; „S“ = Sonstige