

# Krankenhaus-Report 2015

## „Strukturwandel“

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

Schattauer (Stuttgart) 2015

Auszug Seite 303-324



<b>19</b>	<b>Die Krankenhausbudgets 2012 und 2013 im Vergleich .....</b>	<b>303</b>
	<i>Carina Mostert, Jörg Friedrich und Gregor Leclerque</i>	
19.1	Einführung .....	303
19.2	Allgemeine Budgetentwicklung .....	304
19.3	Vereinbarte Preisentwicklung .....	306
19.4	Vereinbarte Leistungsentwicklung .....	309
19.4.1	Leistungsveränderung im DRG-Bereich.....	309
19.4.2	Leistungsentwicklung im Zusatzentgelte-Bereich .....	316
19.5	Zusammenfassung und Diskussion .....	320
	Literatur .....	321

# 19 Die Krankenhausbudgets 2012 und 2013 im Vergleich

Carina Mostert, Jörg Friedrich und Gregor Leclerque

## Abstract

Der Beitrag untersucht die vereinbarte Budgetentwicklung für 1 387 Krankenhäuser der Jahre 2012 und 2013. Im Ergebnis sind die Krankenhausbudgets für diese Einrichtungen ausgleichsbereinigt um 4,5 % gestiegen, was einem Mittelzuwachs von knapp über 2,6 Mrd. Euro entspricht. Verglichen mit den Vorjahren hatte die vereinbarte Mengenentwicklung mit einem Plus von 1,6 % eine geringere Bedeutung für die Budgetentwicklung von 2012 nach 2013. Der entscheidende Faktor war die Preisdeterminante, was insbesondere auf die Mittel aus dem Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung (Beitragsschuldengesetz) zurückzuführen ist. Inklusive der dort geregelten nachträglichen Tarifberichtigungen und dem Versorgungszuschlag resultiert ein ausgleichsbereinigter Preiseffekt von 2,9 %. Aufgrund des späten Inkrafttretens des Gesetzes sind die Mittel zur Förderung der Krankenhaushygiene in dieser Betrachtung noch nicht enthalten; ihre Wirkungen können erst 2014 budgetwirksam abgebildet werden.

The paper examines the agreed budget development for 1 387 hospitals for 2012 and 2013. The analysis shows that hospital budgets increased by 4.5%, which corresponds to just over 2.6 billion euros. Compared with previous years, the agreed volume increase of 1.6% was less important for the budget development from 2012 to 2013. The decisive factor was the price determinant which is mainly due to funds from the Elimination of Social Overburdening by Contribution Liabilities in Health Insurance Act (Contribution Liabilities Act). Including subsequent tariff adjustments and provision surcharge regulated therein, the adjusted price effect amounts to 2.9%. Because of the late entry into force of the act, the payments for promoting hospital hygiene are not included in this analysis; their effect on the budget will only be visible in the 2014 budget.

## 19.1 Einführung

Der Beitrag stellt die Entwicklung der Budgets somatischer Krankenhäuser der Jahre 2012 und 2013 gegenüber. Die Analyse basiert auf den Vereinbarungen, wie sie nach der amtlichen Aufstellungen der Entgelte und Budgetberechnung (AEB) zu dokumentieren sind. Dabei gehen ausschließlich solche Häuser 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. Für 1 387 Kliniken lagen die Daten

in dieser Form vor. Dies entspricht 87,6% derjenigen Häuser, die im Jahr 2013 DRGs abgerechnet haben, beziehungsweise 91,2% der bundesweiten Leistungsmenge (DRG-Casemixsumme), wie sie im Rahmen der Vereinbarung der Landesbasisfallwerte 2013 fixiert worden ist.

Der Beitrag liefert in Abschnitt 19.2 einen Überblick über die allgemeine Budgetentwicklung mit der Darstellung der Preis- und Mengenfaktoren. In Abschnitt 19.3 werden die Preis- und in Abschnitt 19.4 die Leistungsentwicklungen im DRG-Bereich und für Zusatzentgelte vertiefend analysiert.

## 19.2 Allgemeine Budgetentwicklung

Das vereinbarte Gesamtbudget, das sich aus den Beträgen für DRGs, den sonstigen Entgelten nach § 6 KHEntgG sowie den Zu- und Abschlägen zusammensetzt, stieg zwischen 2012 und 2013 um 4,5% von 57,6 auf 60,2 Mrd. Euro (vgl. Tabelle 19–1). Damit fiel der Zuwachs deutlicher aus als in den Jahren 2012 und 2011, in denen er 4,0% bzw. 2,9% betrug (vgl. Mostert et al. 2014).

Da die Entgeltsummen aus den DRGs inklusive der Zusatzentgelte rund 96% des Gesamtbudgets ausmachen, ist deren Entwicklung mit einem Plus von rund 2,0 Mrd. Euro Hauptdeterminante der Entwicklung. Der Gesamtbetrag für die Zusatzentgelte stieg mit 7,0% zwar überdurchschnittlich, fiel aufgrund seines geringen Anteils am Gesamtbudget aber kaum ins Gewicht. Die Entwicklung der einzelnen Zusatzentgelte wird in Abschnitt 19.4.2 beschrieben.

Die Sonstigen Entgelte stiegen ab 2012 etwas schwächer als die Zusatzentgelte und hatten 2013 mit 3,3% einen nahezu gleich hohen Anteil wie diese am Gesamtbudget.

Die Zu- und Abschläge stellten nach wie vor den kleinsten Kostenblock dar. Es fällt folglich kaum ins Gewicht, dass ihre budgetsteigernde Wirkung 2013 fast doppelt so hoch war wie die budgetsenkende im Jahr 2012. Hauptursache für den Anstieg ist der 2013 eingeführte Versorgungszuschlag. Gleichzeitig gingen bspw. die vereinbarten Mehrleistungsabschläge zurück. In Abschnitt 19.3 werden die Veränderungen bei den Zu- und Abschlägen ausführlich dargestellt.

Wird das vereinbarte Budget über- oder unterschritten, werden Rückzahlungen der Krankenhäuser bzw. Nachzahlungen der Krankenkassen fällig. Diese werden in der Regel mit dem Erlösbudget des Folgejahres<sup>1</sup> verrechnet. Im Jahr 2013 hatten die Krankenkassen einen Betrag von 111,2 Mill. Euro auszugleichen. Unter Berücksichtigung der Ausgleichsbeträge steigt das Gesamtbudget mit 4,7% stärker.

Vereinbarte Preise<sup>2</sup> und Mengen determinieren das Budget. In den letzten Jahren war die Budgetentwicklung maßgeblich von der Leistungsmenge getrieben (vgl. Mostert et al. 2014; Kramer et al. 2012). Für die Entwicklung 2012 nach 2013 zeigt Abbildung 19–1 eine andere Gewichtung: Die Preisentwicklung ist für zwei Drittel

1 Auch eine Verrechnung mit dem Erlösbudget späterer Jahre ist zulässig.

2 Effekte aus der jährlichen Neukalkulation des DRG-Kataloges sind auf dieser Ebene nicht von Bedeutung (vgl. Abschnitt 19.4.1 und Heimig 2012).

des Gesamtbudgetanstiegs verantwortlich. Mehrmengen bedingen nur ein Drittel des Anstiegs.

Der Mengenentwicklung ist maßgeblich auf gestiegene Fallzahlen zurückzuführen, sie erklären etwa 1,0% des Gesamtbudgetanstiegs. Der Einfluss einer geänderten Leistungsstruktur ist nur knapp halb so hoch, bedingt durch eine gestiegene durchschnittliche Fallschwere und einem Budgetanstieg bei Zusatzentgelten.

Tabelle 19-1

**Vereinbarte Budgets 2012 und 2013 (in Mio. Euro)**

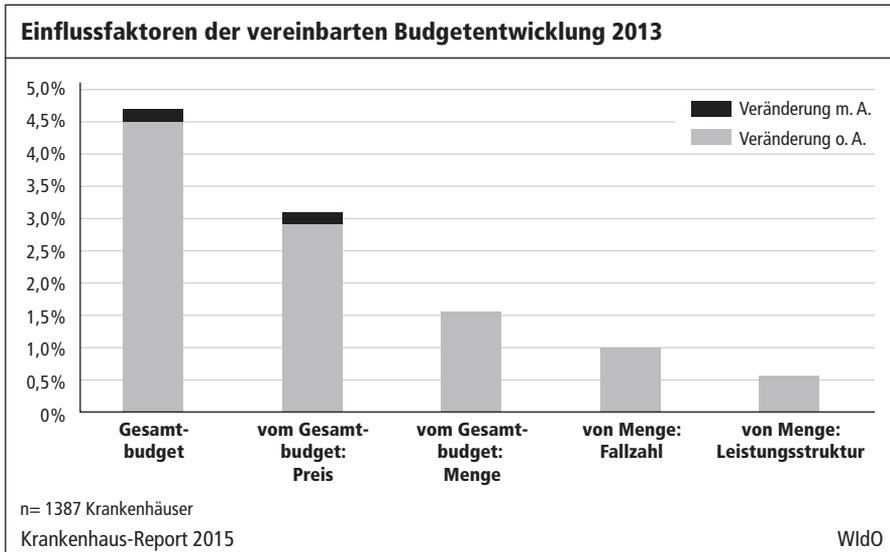
	2012	2013	Veränderung
DRG-Budget	55 858,3	57 886,9	3,6 %
davon: Zusatzentgelte:	1 849,0	1 979,1	7,0 %
Sonstige Entgelte	1 873,5	1 984,7	5,9 %
Zu- und Abschläge (ohne Ausbildung)	-158,6	314,2	-298,1 %
Gesamtbudget	57 573,1	60 185,9	4,5 %
<i>Ausgleiche</i>	<i>-0,9</i>	<i>111,2</i>	<i>-12 991,1 %</i>
<i>Gesamtbudget mA</i>	<i>57 572,3</i>	<i>60 297,1</i>	<i>4,7 %</i>

n = 1 387 Krankenhäuser

Krankenhaus-Report 2015

WIdO

Abbildung 19-1



## 19.3 Vereinbarte Preisentwicklung

Die Preisentwicklung für DRG-Leistungen ist maßgeblich vom Vergütungsniveau stationärer Leistungen im somatischen Bereich geprägt. Im Wechsel von 2012 nach 2013 brachten dabei die folgenden beiden Gesetze relevante Änderungen mit sich:

Zum einen beinhaltet das im August 2012 in Kraft getretenen Psych-Entgeltgesetz (PsychEntgG) auch für den somatischen Krankenhausbereich wesentliche Regelungen, die im Jahr 2013 wirkten. So wurde die Veränderungsrate gemäß § 71 SGB V (Grundlohnrate) erstmals durch den Veränderungswert abgelöst. Zudem enthielt das Gesetz Änderungen zum Mehrleistungsabschlag.

Zum anderen ließ der Gesetzgeber im August 2013 das Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung (Beitragsschuldengesetz) in Kraft treten, welches ebenfalls Änderungen für die Preisvereinbarungen im Jahr 2013 beinhaltet. Dazu gehörte die Einführung eines Versorgungszuschlags für die Jahre 2013 und 2014, die anteilige Tarifierfinanzierung für das Jahr 2013 sowie das Hygiene-Förderprogramm zur Neueinstellung bzw. Fort- und Weiterbildung von Hygienefachkräften.

Diese Änderungen werden im Folgenden inklusive ihrer Auswirkungen auf die Budgetentwicklung beschrieben, bevor anschließend die Preisentwicklung insgesamt thematisiert wird.

### **Obergrenze für die Preisentwicklung der Landesbasisfallwerte (Grundlohnrate/Veränderungswert)**

Seit Einführung der Landesbasisfallwerte galt die sog. Grundlohnrate, die sich aus der Einnahmenentwicklung der gesetzlichen Krankenkassen ableitet, als Obergrenze für vereinbarte Preisveränderungen. Für das Jahr 2013 lag dieser Wert bei 2,03 %. Ab 2013 sollte sich diese Obergrenze stärker an den Kosten der Krankenhäuser orientieren. Dazu berechnet das Statistische Bundesamt mit dem sog. Orientierungswert die Kostenentwicklung der Inputfaktoren für Krankenhausleistungen, was einer krankenhausspezifischen Inflationsrate gleichkommt. Für 2013 wurde der Orientierungswert in Höhe von 2,00 % ermittelt.

Aufgrund der Unterschreitung der Grundlohnrate waren die Verhandlungen über den Veränderungswert hinfällig. Der volle Orientierungswert kam als Veränderungswert zur Anwendung. Für 2013 galten folglich die 2,00 % als Obergrenze für die Preisentwicklung in den Landesbasisfallwerten.

### **Nachträgliche Tarifberichtigung**

Im Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung wurde den Krankenhäusern – wie bereits im Vorjahr – eine anteilige Refinanzierung der Tarifsteigerungen für das Jahr 2013 zugestanden. Die anteilige Refinanzierung soll ein Drittel der Differenz aus Tarifraterate und Veränderungswert betragen.

Im August 2013 wurde in den Verhandlungen zwischen der Deutschen Krankenhausesellschaft und dem GKV-Spitzenverband die Tarifraterate von 2,64 % für 2013 geeint. Hieraus ergibt sich eine Erhöhungsrate von 0,64 %. Somit beträgt die anteilige Tarifierhöhungsrate für das Jahr 2013 0,21 %, bezogen auf die vereinbarten

Budgets der hier untersuchten Krankenhäuser beläuft sich dieser Betrag in Summe auf 118,4 Mio. Euro.

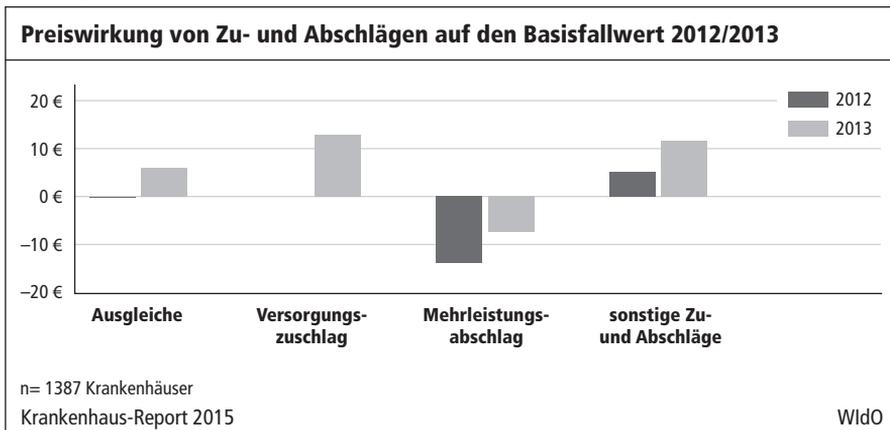
### Hygiene-Förderprogramm

Ebenfalls mit dem Beitragsschuldengesetz wurde die Förderung der Krankenhaushygiene im KHEntgG eingeführt. In den Jahren 2013 bis 2016 können Krankenhäuser Mittel für die Neueinstellung und Weiterbildung von ärztlichem und pflegerischem Hygienepersonal erhalten. Mit Inkrafttreten des gesetzlichen Rahmens im August 2013 war schon ein großer Anteil der Budgetvereinbarungen des Jahres geschlossen. I. d. R. liegen Absprachen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen bzw. auf Landesebene vor, die Förderungsbeträge aus 2013 im Rahmen der Budgetverhandlungen 2014 zu berücksichtigen. Daher sind die dokumentierten Budgets in den hier untersuchten Krankenhäusern mit 2,7 Mio. Euro deutlich unterzeichnet. Der GKV-Spitzenverband schätzt die zahlungswirksame Fördersumme unter Berücksichtigung von vorläufigen Abschlägen auf 24 Mio. Euro (GKV-SV 2014).

### 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 Leistungsänderungen 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. Ab dem Jahr 2012 war die Höhe des Mehrleistungsabschlags krankenhausesindividuell zu vereinbaren. Mit dem PsychEntgG wurde der Mehrleistungsabschlag ab 2013 auf 25% geändert und auf die Jahre 2013 und 2014 befristet. Der für das Jahr 2013 ermittelte Abschlag hat eine Laufzeit über zwei Jahre und gilt auch im Jahr 2014, soweit die Leistungen dann noch vom Krankenhaus erbracht werden. Die für das Jahr 2014 erstmals vereinbarten Mehrleistungen fallen nur einmal unter den Ab-

Abbildung 19–2



schlag in Höhe von 25 %. Von den Regelungen ausgenommen sind Mehrleistungen aus DRGs mit einem Sachkostenanteil von mehr als 66,7% oder solche, die aus krankenhausplanerischen Maßnahmen resultieren.

Der Mehrleistungsabschlag führte für die hier untersuchten Krankenhäuser isoliert betrachtet zu einer Budgetabsenkung im Jahr 2012 von  $-0,46\%$  bzw.  $-0,24\%$  im Jahr 2013 (vgl. Abbildung 19–2). 2013 vereinbarten 547 der hier betrachteten Krankenhäuser einen solchen Mehrleistungsabschlag mit einem Gesamtvolumen i. H. v. 137,7 Mio. Euro. Dies entspricht einem vereinbarten Preiseffekt von  $-7,48$  Euro. Im Jahr 2012 betrug dieser Effekt basierend auf einem Abschlagsvolumen von 252,2 Mio. Euro noch  $-13,90$  Euro. Maßgebliche Ursache für die rückläufigen Beträge aus dem Mehrleistungsabschlag ist eine geringere vereinbarte Leistungssteigerung als in den Vorjahren.

### **Versorgungszuschlag**

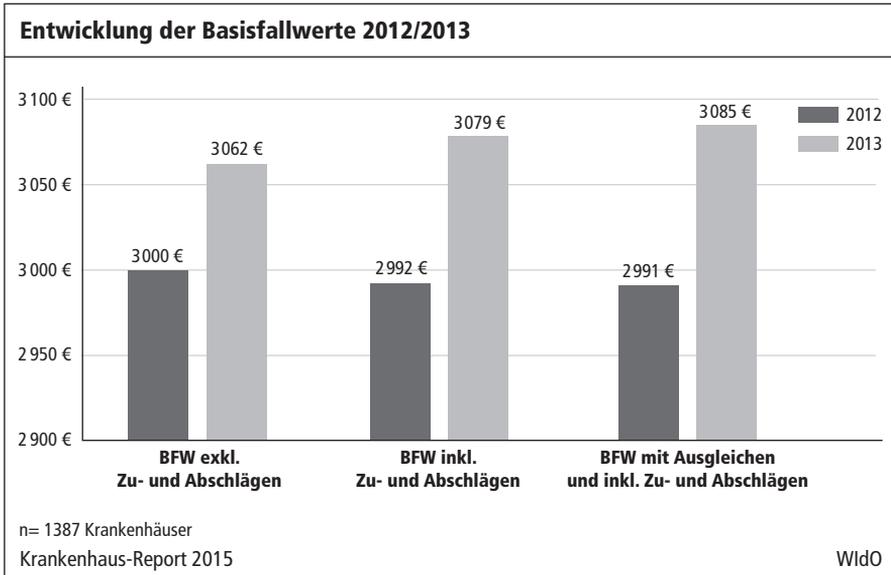
Ebenfalls mit Inkrafttreten des Beitragsschuldengesetzes sollten somatische Krankenhäuser im Jahr 2013 einen Versorgungszuschlag erhalten, mit dem Ziel die sogenannte „doppelte Degression“ über die Krankenhäuser bundesweit insgesamt zu neutralisieren. Der Begriff „Doppelte Degression“ bezieht sich auf die Regelung, dass vereinbarte Mehrmengen sowohl in den Landesbasisfallwerten als auch über den Mehrleistungsabschlag auf Hausebene degressiv wirken (s. o.). Der Versorgungszuschlag wurde aber in der praktischen Umsetzung nicht so konzipiert, dass er die bei einer Teilmenge der Krankenhäuser wirkenden Mehrleistungsabschläge an die Gesamtheit der Krankenhäuser wieder ausschüttet, sondern als ein prozentualer Aufschlag auf die DRG-Fallpauschalen. Ab dem 1. August 2013 galt dieser Zuschlag i. H. v. 1,0%. Bezogen auf die 2013 vereinbarten Budgets der hier untersuchten Krankenhäuser beläuft sich der Versorgungszuschlag in der Summe auf 236,9 Mio. Euro, damit überkompensiert er die vereinbarten Mehrleistungsabschläge um ca. 100 Mio. Euro (vgl. Abbildung 19–2). Der Preiseffekt für 2013 beträgt  $+12,86$  Euro.

### **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. Die sogenannten Sonstigen 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 Basisfallwert ist ein Resultat aus den vereinbarten Landesbasisfallwerten. Für die hier untersuchten Einrichtungen beträgt dieser 3 000,41 Euro im Jahr 2012 und steigt im Folgejahr um 2,06% auf 3 062,19 Euro an (vgl. Abbildung 19–3). Unter Berücksichtigung der Zu- und Abschläge resultiert eine Veränderung um 2,93%. Unter Berücksichtigung der Ausgleichszahlungen für Vorperioden ergibt sich eine Veränderung um 3,13%.

Abbildung 19–3



## 19.4 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 Komponentenzerlegung verwendet.

### 19.4.1 Leistungsveränderung im DRG-Bereich

Das Leistungsvolumen wird im DRG-Bereich 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 2012/2013 (Katalogeffekt)

Der G-DRG-Katalog wird jährlich durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) neu kalkuliert. Die Auswirkungen dieser Revisionen werden im weiteren Katalogeffekt genannt. Neben der Neubewertung der jeweiligen Krankenhausleistungen werden in diesem Rahmen auch strukturelle Änderungen am G-DRG-Katalog vorgenommen.<sup>3</sup> Die seit 2006 verwendete Normierungsmethode des

<sup>3</sup> Wie z.B. die geänderte Einordnung von Eingriffen an der Wirbelsäule beim Katalogwechsel 2012/2013 (vgl. Heimig 2012).

Tabelle 19–2

**Verteilung der Katalogeffekte auf Einzelhausebene**

	Katalogeffekt
1. Quintil	negativer als –0,58 %
2. Quintil	zwischen –0,58 % und –0,19 %
3. Quintil	zwischen –0,19 % und 0,07 %
4. Quintil	zwischen 0,07 % und 0,34 %
5. Quintil	positiver als 0,34 %

Krankenhaus-Report 2015

WIdO

G-DRG-Katalogs soll sicherstellen, dass die Anwendung eines neuen G-DRG-Systems gegenüber der Vorgängerversion auf nationaler Ebene zum gleichen CM-Volumen führt.

Auf tieferen Ebenen, wie MDCs und Partitionen, aber auch auf Krankenhaus- oder Landesebene sind z. T. deutliche Katalogeffekte nicht unüblich. Aus ihnen resultiert eine entsprechende Veränderung der Vergütungs- und damit Budgethöhe ohne reale Leistungsveränderung. Um diese Störgröße zu neutralisieren, werden für alle vergleichenden Darstellungen in den folgenden Kapiteln die vereinbarten DRG-Leistungen des Jahres 2012 in den Katalog des Jahres 2013 überführt.<sup>4</sup>

Mit Überleitung der Vereinbarungen des Jahres 2012 auf den G-DRG-Katalog 2013 reduziert sich der CM für die hier betrachteten Einrichtungen um ca. 3016 BR, was einem Effekt von –0,02 % entspricht.<sup>5</sup> Die Katalogeffekte der Krankenhäuser differieren zwischen –10,94 % und 4,24 %. Die 20 % der Häuser mit der negativsten Veränderung verzeichnen einen CM-Rückgang von mehr als –0,58 %. Die vereinbarte Budgetsumme sinkt für diese Einrichtung entsprechend. Für 20 % der Krankenhäuser erfolgt eine Aufwertung des vereinbarten CM-Volumens um mindestens 0,34 % (Tabelle 19–2). Somit fällt die Spreizung der Katalogeffekte auf Hausebene geringer aus als im Vorjahr (vgl. Mostert et al. 2013).

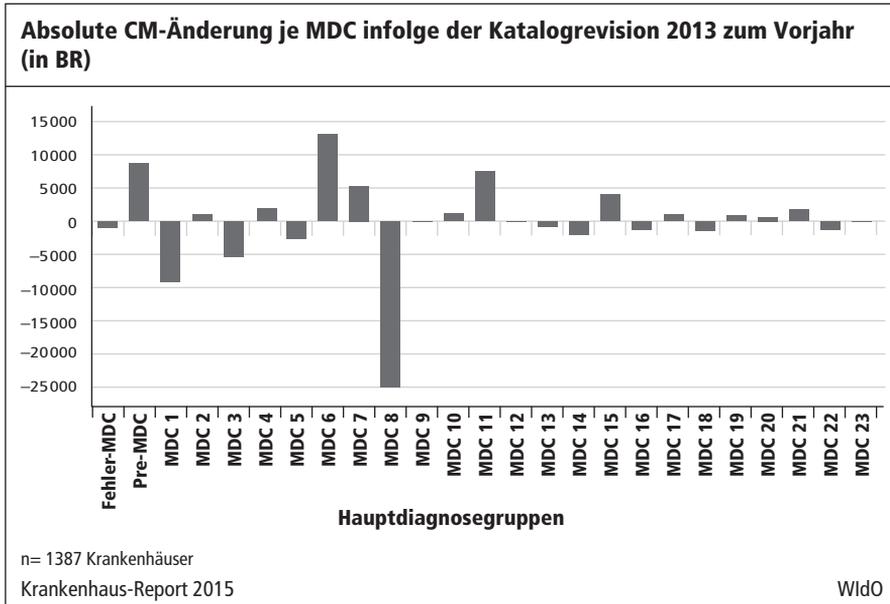
Unterschiede ergeben sich auch auf Ebene der 25 Major Diagnostic Categories (MDCs) (Abbildung 19–4).<sup>6</sup> Die in den vorangegangenen Jahren mengendynamische MDC 8 (Krankheiten und Störungen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe) verliert aufgrund der Katalogrevision 25000 BR, was einem Effekt von –0,75 % entspricht. Anders als in den Jahren zuvor hat die MDC 5 (Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems) mit diesem Katalogwechsel keine nennenswerte Abwertung erfahren. Die MDC 6 (Krankheiten und Störungen der Verdauungsorga-

4 Die Abbildung der Vereinbarungen des Jahres 2012 nach G-DRG-Katalog 2013 erfolgt mit dem Verfahren der „Vereinbarungsgewichteten Überleitung“. Dieses Verfahren gewichtet die vereinbarten Mengen des Jahres 2012 je DRG mit einer hausspezifischen Überleitungstabelle auf Basis von § 301-Daten von AOK-Versicherten (vgl. Friedrich und Paschen 2005).

5 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 2013 von den bundesweit erbrachten Krankenhausleistungen des Jahres 2011, dem Datenjahr für die Katalogkalkulation.

6 Die deutsche Bezeichnung für MDC lautet Hauptdiagnosegruppe. Eine Aufstellung aller MDCs findet sich in Tabelle 19–3.

Abbildung 19–4



ne) wurde zeitgleich erneut aufgewertet. Für die hier untersuchten Einrichtungen summiert sich der Katalogeffekt auf zusätzliche 13 000 BR, was einem Effekt von +0,76 % gleichkommt.

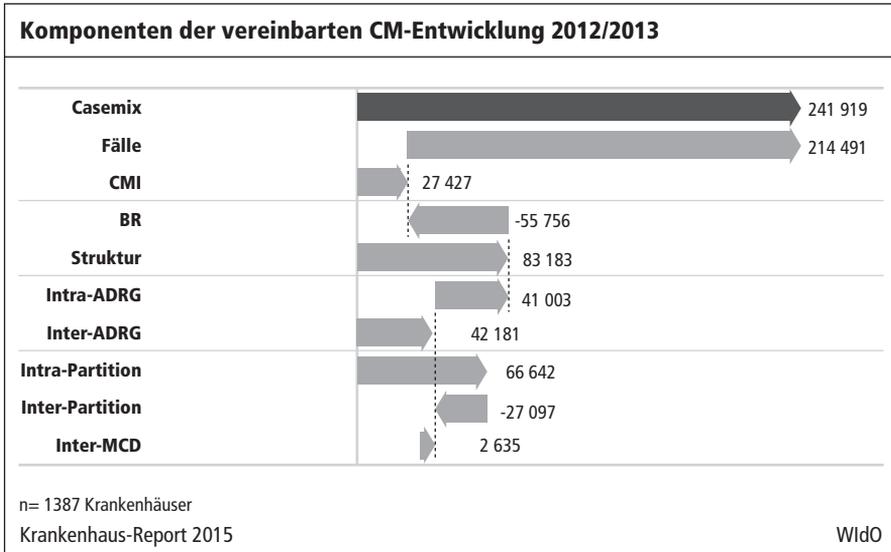
### Komponentenzerlegung der vereinbarten CM-Veränderung im DRG-Bereich

Nach Bereinigung des Katalogeffekts ergibt sich von 2012 nach 2013 eine Erhöhung des vereinbarten Leistungsvolumens um knapp 242 000 CM-Punkte (1,4 %) (vgl. Abbildung 19–5). Zur detaillierten Analyse wird im Folgenden das Konzept der Komponentenzerlegung<sup>7</sup> angewendet. Durch seine Anwendung kann aufgezeigt werden, welche Einflusstärke der Fallzahl und der Fallschwere bei der Mengenentwicklung zukommen. Darüber hinaus es möglich, auch die CMI-Entwicklung in seine Teilkomponenten zu zerlegen und deren Relevanz zu bestimmen.

Knapp 89 % des CM-Anstieges wird von der Fallzahlkomponente determiniert (vgl. Abbildung 19–5). 2013 wurden im Vergleich zum Vorjahr rund 1,2 % mehr Fälle vereinbart, während der CMI nur um 0,2 % stieg. Von 2011 nach 2012 fiel die

<sup>7</sup> 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.

Abbildung 19–5



CM-steigernde Wirkung der Fallzahlentwicklung noch um 1,3%-Punkte stärker aus, die Veränderungen bei der Fallschwere lagen hingegen auf einem ähnlichen Niveau (Mostert et al. 2014).

Die geringe Veränderung der Fallschwere ist durch die entgegengesetzte Wirkung der BR- und der Strukturkomponente zu begründen. Die **BR-Komponente** (–0,3%-Punkte) ergibt sich aus sinkenden effektiven Bewertungsrelationen je DRG, die aus der verkürzten durchschnittliche Verweildauer resultieren. Die positive **Struktur-Komponente**<sup>8</sup> (+0,5%-Punkte) quantifiziert die Tendenz zur Vereinbarung höher bewerteter Leistungen.

Etwa die Hälfte der höher bewerteten Leistungen sind durch Verschiebungen innerhalb einer Basis-DRG bedingt (**Intra-ADRG-Komponente**). In 59% der in Schweregrade unterteilten DRGs wurde ein höherer CMI vereinbart.

Die verbleibenden 0,2% des CM-Anstieges im Struktureffekt werden von der **Inter-ADRG-Komponente** bedingt. Im 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.

Aus der **Intra-Partitionskomponente** geht ein CM-Plus von knapp 67000 CM-Punkten (0,4%) hervor. Die negative **Inter-Partitionskomponente** (–0,2%)

<sup>8</sup> Bei der Betrachtung der DRG-Leistungen auf nationaler Ebene spielt die Warenkorbbkomponente keine Rolle, da alle DRGs sowohl 2012 als auch 2013 vereinbart wurden (vgl. Günster 2008).

Tabelle 19–3

## Komponenten der vereinbarten CM-Veränderung 2012/2013 je MDC

	Casemix 2013	Fälle 2013 (in Tsd.)	Veränderungswerte (Komponentenzerlegung)										
			Casemix	davon		davon				davon		davon	
				Fälle	CMI	BR- Index	Struktur- index	Intra- ADRG	Inter- ADRG	Intra- Partition	Inter- Partition		
Fehler-MDC	93 223	43	1,8%	1,8%	0,0%	-0,8%	0,8%	0,4%	0,4%	0,3%	0,1%		
Pre-MDC	1 429 079	126	0,9%	1,6%	-0,7%	0,2%	-0,9%	-0,6%	-0,3%	0,0%	-0,3%		
MDC 1	Nervensystem	1 398 610	1 340	2,0%	2,0%	0,0%	-0,4%	0,4%	0,6%	-0,2%	0,2%	-0,4%	
MDC 2	Auge	204 844	346	0,2%	0,3%	0,0%	-0,3%	0,3%	0,1%	0,2%	0,5%	-0,2%	
MDC 3	HNO	570 366	783	0,8%	1,3%	-0,5%	-0,1%	-0,4%	-0,1%	-0,2%	0,6%	-0,9%	
MDC 4	Atmung	1 161 047	1 270	7,7%	6,0%	1,6%	-0,5%	2,1%	0,9%	1,2%	0,6%	0,6%	
MDC 5	Kreislauf	3 210 542	2 617	2,3%	1,8%	0,5%	-0,5%	1,0%	0,5%	0,5%	0,8%	-0,2%	
MDC 6	Verdauung	1 723 688	1 978	0,0%	0,4%	-0,4%	-0,4%	0,0%	0,1%	0,0%	0,2%	-0,2%	
MDC 7	hepatobiliäres System	584 216	513	1,3%	1,7%	-0,4%	-0,5%	0,1%	0,3%	-0,2%	0,0%	-0,2%	
MDC 8	Muskel-Skelett-System	3 320 545	2 497	0,0%	0,0%	0,0%	-0,3%	0,3%	0,2%	0,1%	0,4%	-0,3%	
MDC 9	Haut	612 621	751	2,2%	2,8%	-0,6%	-0,5%	0,0%	0,3%	-0,3%	-0,2%	-0,1%	
MDC 10	Stoffwechsel	391 253	434	0,9%	1,0%	-0,1%	-0,4%	0,3%	0,4%	-0,1%	0,6%	-0,7%	
MDC 11	Harnorgane	743 012	1 090	2,1%	-0,2%	2,3%	0,1%	2,2%	0,3%	1,9%	1,7%	0,1%	
MDC 12	männl. Geschlechtsorgane	219 685	218	-5,1%	-4,5%	-0,6%	-0,1%	-0,4%	0,4%	-0,9%	-1,0%	0,1%	
MDC 13	weibl. Geschlechtsorgane	401 708	401	-2,8%	-2,3%	-0,4%	-0,3%	-0,1%	0,2%	-0,3%	-0,2%	-0,2%	
MDC 14	Schwangerschaft	500 247	862	1,8%	1,9%	0,0%	-0,2%	0,2%	0,3%	-0,1%	-0,1%	0,0%	
MDC 15	Neugeborene	414 491	631	0,9%	1,4%	-0,5%	-0,1%	-0,4%	-0,6%	0,2%	0,7%	-0,4%	
MDC 16	Blut und Immunsystem	115 462	136	1,7%	1,8%	-0,1%	-0,6%	0,5%	0,6%	-0,1%	-0,2%	0,0%	
MDC 17	Neubildungen	261 125	180	-2,2%	-0,8%	-1,4%	-0,5%	-0,8%	-0,2%	-0,6%	-0,6%	0,0%	

Tabelle 19–3  
Fortsetzung

		Casemix 2013	Fälle 2013 (in Tsd.)	Veränderungswerte (Komponentenzerlegung)								
				Casemix	davon		davon		davon		davon	
	Fälle	CMI	BR- Index		Struktur- index	Intra- ADRG	Inter- ADRG	Intra- Partition	Inter- Partition			
MDC 18	Infektionen	248 539	202	9,1 %	7,7 %	1,3 %	–0,5 %	1,8 %	0,6 %	1,2 %	0,9 %	0,3 %
MDC 19	Psychiatrische Krankheiten	41 615	76	–1,3 %	–0,8 %	–0,4 %	0,6 %	–1,0 %	–0,1 %	–0,9 %	–1,0 %	0,1 %
MDC 20	Alkohol und Drogen	52 162	152	1,2 %	1,7 %	–0,5 %	–0,5 %	0,0 %	–0,4 %	0,4 %	0,0 %	0,4 %
MDC 21	Vergiftung	180 867	217	–4,4 %	–7,0 %	2,8 %	0,0 %	2,8 %	0,2 %	2,6 %	0,1 %	2,5 %
MDC 22	Verbrennungen	16 483	12	6,6 %	2,5 %	4,0 %	–0,7 %	4,7 %	0,2 %	4,5 %	0,2 %	4,3 %
MDC 23	sonstige Faktoren	44 372	92	2,1 %	1,1 %	0,9 %	–0,1 %	1,0 %	0,7 %	0,2 %	–0,2 %	0,4 %

n = 1 387 Krankenhäuser

Krankenhaus-Report 2015

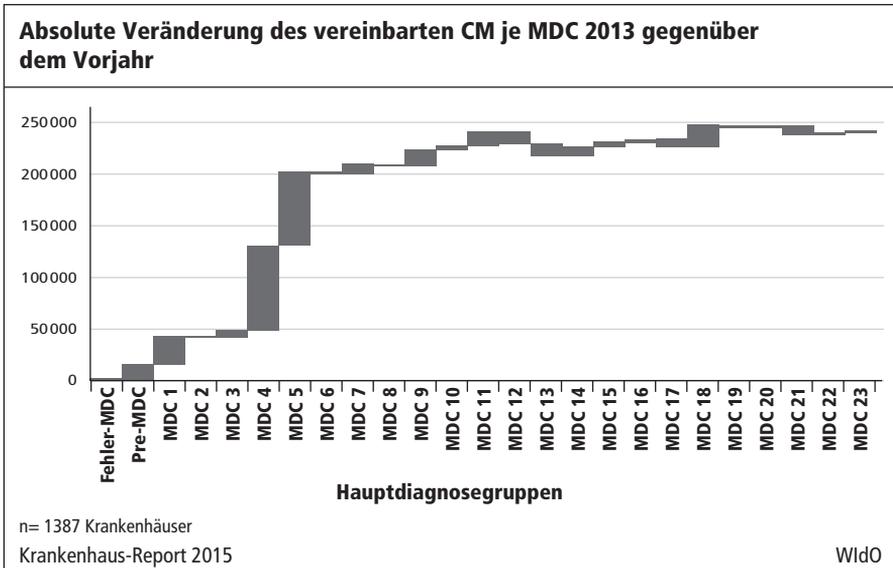
WIDO

wirkt diesem Effekt auf globaler Ebene allerdings entgegen. Die Auswirkungen der beiden Effekte sind folglich eher gering, auf Ebene der einzelnen MDC gibt es jedoch durchaus dynamische Entwicklungen (vgl. Tabelle 19–3). Insgesamt ist bei 15 MDCs ein positiver Intra- und bei 11 MDCs ein positiver Inter-Partitionseffekt nachzuweisen. Besonders deutlich ist die CMI-steigernde Wirkung durch Verschiebungen innerhalb einer Partition in der medizinischen Partition der MDC 11 (Harnorgane). Durch Verschiebungen zwischen Partitionen kommt es bei der MDC 22 (Verbrennungen) zum deutlichsten CMI-Anstieg. Die Fallzahl in der operativen Partition steigt, die in der medizinischen sinkt. Dabei liegt in der operativen Partition mit 2,8 Punkten ein um das 7-fache höherer CMI vor als in der medizinischen Partition. Beispielsweise kommt es auch in der MDC 4 (Atmungsorgane), die im Jahr 2013 auch die fünfthöchste Gesamt-Fallzahl und die zweitdeutlichste Veränderungsrate beim CM ausweist, durch eine Fallzahlverschiebung zugunsten der CMI-stärksten operativen MDC zu einem Anstieg der Fallschwere.

Auch der fast nicht vorhandene Einfluss der **Inter-MDC-Komponente** bedeutet nicht, dass es keine CM- Zu- und Abnahmen auf Ebene der einzelnen MDCs gibt. Der CM der MDC 18 nimmt mit 9,1% am stärksten zu, der der MDC (Krankheiten der männlichen Geschlechtsorgane) mit –5,1% am deutlichsten ab (vergl. Tabelle 19–3). Von 2011 nach 2012 waren diese beiden MDCs ebenfalls an diesen beiden Positionen (vgl. Mostert et al. 2014).

Abbildung 19–6 zeigt ergänzend die Bedeutungen der einzelnen MDCs an der vereinbarten Gesamt-CM-Veränderung. An der Spitze steht hier die fallzahlstarke MDC 4. In den vergangenen Jahren haben noch die fallzahlstärksten MDCs 5 (Kreislauf) und 8 (Muskel-Skelett-System) die CM-Entwicklung hauptsächlich bestimmt (vgl. Mostert et al. 2013 und 2014).

Abbildung 19–6



## 19.4.2 Leistungsentwicklung im Zusatzentgelte-Bereich

Zusatzentgelte können ergänzend zu Fallpauschalen abgerechnet werden. Zwischen 2012 und 2013 hat das Volumen der Zusatzentgelte für die hier betrachteten Häuser um 7,0% auf 1 979,1 Mio. Euro zugenommen. Ihr Anteil am Gesamtbudget beträgt 2013 3,3%.

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>9</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. Auf sie entfällt ein Budgetvolumen von rund 1 492,7 Mio. Euro im Jahr 2013; sie machen somit nahezu drei Viertel am gesamten Budget für Zusatzentgelte aus. Die weitere Darstellung beschränkt sich auf diesen Teil der Zusatzentgelte.

Wie bereits im Vorjahr ist das ZE130 „Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen“ 2013 das umsatzstärkste E2-Zusatzentgelt (Tabelle 19–4). Es wurde nach dem Auslaufen des Pflegesonderprogramms neu in den Katalog 2012 aufgenommen, gemeinsam mit dem Zusatzentgelt ZE131 „Hochaufwendige Pflege von Kleinkindern oder von Kindern und Jugendlichen“. Das ZE130 hat allein ein Budgetvolumen von 212,4 Mio. Euro, was einem Anstieg von 11,2% entspricht, und macht damit 15,0% des gesamten Budgetvolumens der E2-Zusatzentgelte aus. Einen ähnlich hohen prozentualen Zuwachs zeigt das ZE82, die Gabe von Rituximab. Mit einem Budgetvolumen von 108,3 Mio. Euro ist es gegenüber dem Vorjahr von der vierten an die zweite Stelle gerückt, was wesentlich auf den Mengenanstieg um 9,5% zurückzuführen ist.

Ein Beispiel für deutliche Preissenkungen ist die Gabe von Apherese-Thrombozytenkonzentraten mit einem Rückgang um –9,3%. Die Medikamente-freisetzen-den Koronarstents (ZE101) sind ein Beispiel für erhebliche Mengensteigerungen bei gleichzeitigem Preisrückgang: Die Mengenanstieg um 18,4% wurde durch um 13,3% gesunkene Preise in weiten Teilen kompensiert. Eine vergleichbare Entwicklung hatte sich bereits im Vorjahr gezeigt. Es steht zu vermuten, dass die starke Mengenausweitung dieses Zusatzentgelts über Skaleneffekte zu einem Rückgang der Beschaffungspreise führt. Über die Neukalkulation findet sich dieser Effekt auch in der Vergütung wieder.

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 heterogen und umfasst auch besondere Behandlungsverfahren, wie z. B. ZE130 und ZE131 für die hochaufwendige Pflege.

<sup>9</sup> Zu dieser Gruppe zählen auch Zusatzentgelte für Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB).

Tabelle 19–4

## Komponenten der vereinbarten Budgetveränderung für die 15 umsatzstärksten Zusatzentgelte 2013

Zusatzentgelt	Seg- ment <sup>a)</sup>	Anzahl (in Tsd.)	Budget 2013 (in Mio. Euro)	Budget- anteil 2013	Budget- verände- rung zum Vorjahr	davon			
						Mengen- kompo- nente	Preis- kompo- nente	Struktur- kompo- nente	
Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	ZE130	S	159	214,3	15,0%	11,2 %	6,6%	-7,6 %	12,8 %
Gabe von Rituximab, parenteral	ZE82	M	36	108,3	7,6%	10,8%	9,5%	1,0 %	0,2 %
Medikamente-freisetzende Koronarstents	ZE101	S	193	103,9	7,3%	4,1 %	18,6%	-13,3 %	1,3 %
Hämodialyse, intermittierend	ZE01	D	423	93,4	6,5%	-2,9%	-2,7%	-0,2%	0,0%
Gabe von Human-Immunglobulin, polyvalent, parenteral	ZE93	M	25	70,8	5,0%	5,9%	8,4%	-7,1 %	5,3 %
Gabe von Apherese-Thrombozytenkonzentraten	ZE84	M	40	70,7	4,9%	-9,8%	-0,3%	-9,3 %	-0,3 %
Palliativmedizinische Komplexbehandlung	ZE60	S	42	66,0	4,6%	-2,7%	8,0%	-10,0 %	0,1 %
Gabe von Caspofungin, parenteral	ZE109	M	13	55,4	3,9%	21,2%	19,5%	-0,2%	1,6%
Gabe von Pemetrexed, parenteral	ZE53	M	14	42,0	2,9%	8,9%	9,8%	-0,3 %	-0,5 %
Gabe von Bevacizumab, parenteral	ZE74	M	17	39,9	2,8%	28,3%	17,2%	-0,6 %	10,1 %
Gabe von Erythrozytenkonzentraten	ZE107	M	19	38,8	2,7%	-1,1%	-5,1%	3,1 %	1,1 %
Hämodialyse, kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD)	ZE120	D	23	32,0	2,2%	6,6%	5,3%	2,1 %	-0,9 %
Plasmapherese	ZE36	S	5	28,9	2,0%	-5,4%	-0,4%	-0,1 %	-4,9 %
Hämodiafiltration, kontinuierlich	ZE121	D	16	23,5	1,6%	4,0%	3,0%	4,9 %	-3,8 %
Extrakorporale Photopherese	ZE37	S	17	21,4	1,5%	8,8%	8,5%	0,2 %	0,0 %
alle E2-Zusatzentgelte			1324	1429,9	100,0%	6,7%	6,3%	-3,9%	4,5%

<sup>a)</sup> „M“ = Medikamentengabe; „D“ = Dialyse; „S“ = Sonstige  
n = 1 387 Krankenhäuser

Krankenhaus-Report 2015

WIdO

Tabelle 19-5

**Komponenten der vereinbarten Budgetveränderung nach Segmenten 2013**

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	480	567	39,7%	11,1%	17,3%	-7,6%	2,5%	2,1%	-2,6%	3,1%
Dialyse	541	186	13,0%	0,5%	-0,9%	0,7%	0,7%	0,7%	0,0%	0,0%
Medikamentengabe	302	676	47,3%	5,1%	4,2%	-2,3%	3,2%	2,6%	0,8%	-0,3%
alle E2-Zusatzgelte	1 324	1 430	100,0%	6,7%	6,3%	-3,9%	4,5%	4,1%	-1,1%	1,4%

n = 1 387 Krankenhäuser

Krankenhaus-Report 2015

WIdO

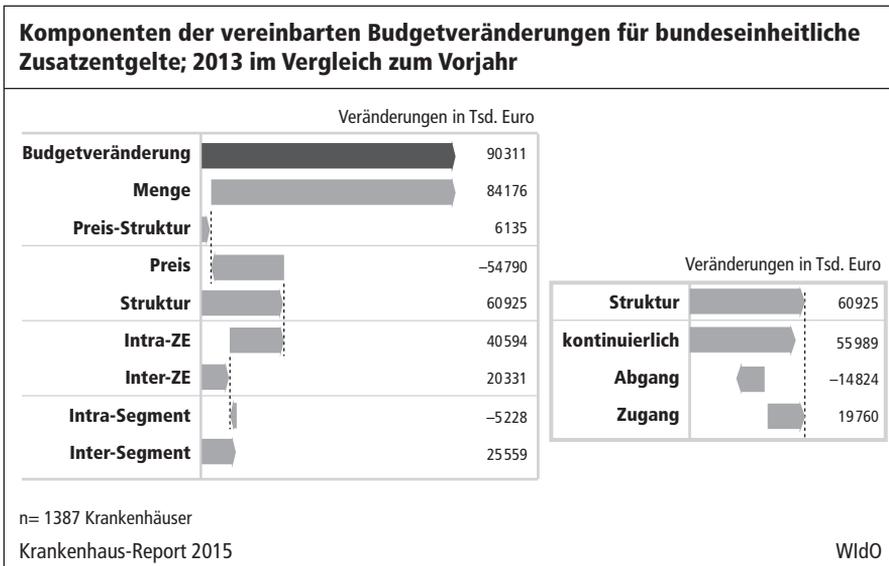
Gemessen an der Anzahl der vereinbarten Zusatzentgelte nimmt die Dialyse die Spitzenposition ein. Aufgrund einer vergleichsweise niedrigen Vergütung ist ihr Anteil von 13,0% am Gesamtbudget für E2-Zusatzentgelte jedoch eher gering. Zusatzentgelte für Medikamentengaben machen aufgrund hoher Preise mit einem Anteil von 47,3% fast die Hälfte des Gesamtbudgets aus. Das Budget für die Medikamentengabe ist 2013 im Vergleich zum Vorjahr um 5,1% gestiegen, was zum einen auf eine Mengensteigerung zurückzuführen ist, zum anderen auf einen Struktureffekt, also auf einen Wechsel von niedriger zu höher vergüteten Zusatzentgelten innerhalb des Segments.

Die stärkste Dynamik besteht in dem Segment der „sonstigen“ Zusatzentgelte. Hier ist ein Budgetwachstum von 11,1% festzustellen, wobei die deutliche Mengenausweitung von 17,3% mit einer negativen Preiskomponente von -7,6% einhergeht. In diesem Segment haben Zu- und Abgängen eine vergleichsweise große Bedeutung. Es umfasst im Katalogwechsel von 2012 auf 2013 einige neue beziehungsweise neu gefasste Zusatzentgelte, wie beispielsweise die Medikamente-freisetzenden Ballons oder Neurostimulatoren. Nicht mehr im Katalog vorhandene Zusatzentgelte führten zu einem Budgetrückgang um 2,6%, während umgekehrt Zugänge das Budget um 3,1% ansteigen ließen. (Tabelle 19–5).

Die maßgeblichen Einflussfaktoren für die vereinbarten Budgetveränderungen für bundeseinheitliche Zusatzentgelte werden im Weiteren ebenfalls mit der Methode der Komponentenzerlegung gemessen.<sup>10</sup>

Der Anstieg des Budgets für bundeseinheitliche Zusatzentgelte von 2012 nach 2013 von 6,7% beläuft sich absolut betrachtet auf 90,3 Mio. Euro (Abbildung 19–7).

Abbildung 19–7



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

Insgesamt ist dieser Anstieg zum überwiegenden Teil auf den Mengenanstieg zurückzuführen: Die steigende Zahl vereinbarter Zusatzentgelte erklärt nahezu 84,1 Mio. Euro des Budgetzuwachses. Der restliche Anstieg um circa 6,1 Mio. Euro geht auf Preisveränderungen und Strukturverschiebungen zurück (**Preis-Struktur-Komponente**). Die isolierte **Preiskomponente** hat das Budget für Zusatzentgelte um 54,7 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 60,9 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 40,5 Mio. Euro Budgetzuwachs. Die **Inter-ZE-Komponente** besitzt mit 20,3 Mio. Euro einen vergleichsweise geringen 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** besitzt im Vergleich zwischen 2012 und 2013 nur einen geringen Einfluss von -5,2 Mio. Euro. Demgegenüber verursacht ein Wechsel zwischen verschiedenen Segmenten, also die **Inter-Segment-Komponente**, einen positiven Effekt in Höhe von 25,5 Mio. Euro.

Die **Warenkorbbkomponente** misst den Effekt aus dem Wegfall beziehungsweise dem erstmaligen Auftreten von Zusatzentgelten im ZE-Katalog 2013.<sup>11</sup> Der Wegfall von Zusatzentgelten führt zu einem Rückgang um 14,8 Mio. Euro, der jedoch von einer Zugangskomponente von etwa 19,7 Mio. Euro überkompensiert wird. Auch hier zeigt sich der Einfluss der oben angesprochenen neu hinzugekommenen Zusatzentgelte im „sonstigen“ Segment. Den weitaus größten Einfluss innerhalb des „Warenkorbes“ besitzen jedoch diejenigen strukturellen Verschiebungen, die sich innerhalb der bereits bestehenden und fortexistierenden Zusatzentgelte abspielen. Insgesamt beläuft sich das finanzielle Gewicht dieser kontinuierlichen Warenkorbbkomponente auf ein Budgetwachstum um 55,9 Mio. Euro.

## 19.5 Zusammenfassung und Diskussion

Im Jahr 2012 sind mit dem PsychEntgG Finanzierungshilfen in Höhe von 280 Mio. Euro in die Budgets des gleichen Jahres eingeflossen. Im Folgejahr hat das Beitragsschuldengesetz zu einer erneuten Verbesserung der finanziellen Situation der Krankenhäuser geführt. Für die hier untersuchten Krankenhäuser summieren sich nachträgliche Tarifnachfinanzierung und Versorgungszuschläge auf 355,3 Mio.

<sup>11</sup> Eine ausführliche Beschreibung der theoretischen Grundlagen der Warenkorbbkomponenten in der Komponentenzerlegung findet sich bei Günster 2008.

Euro. Letztere haben die Wirkungen aus dem Mehrleistungsabschlag um 100 Mio. deutlich überkompensiert, was in der Summe zu einem ausgleichsbereinigten Preiseffekt von 2,9% führte. Darin fehlen noch die Mittel zur Förderung der Krankenhaushygiene für 2013, die erst in den Budgetverhandlungen 2014 vollständig dokumentiert werden.

Die vereinbarte Mengenentwicklung hat mit einem Plus von 1,6% verglichen zu den Vorjahren einen geringeren Einfluss auf die Budgets. Entscheidender Treiber der Mengenkomponente bleibt jedoch die Fallzahlentwicklung mit +1,0%. Verglichen damit hat sich die vereinbarte Fallschwere auf globaler Ebene mit 0,6% moderater entwickelt, auch weil Verlagerungen in höher bewertete Leistungen deutlich durch eine geringere effektive BR je DRG, also einer rückläufigen Verweildauer, kompensiert werden. Auf Ebene der einzelnen Basis-DRGs, MDCs oder Partitionen lassen sich jedoch stärkere Veränderungen in der Fallschwere und im Leistungsvolumen erkennen.

Im Ergebnis sind die Budgets der untersuchten 1 387 Krankenhäuser ausgleichsbereinigt um 4,5% gestiegen, was einem Mittelzuwachs von knapp über 2,6 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.
- GKV-SV. Kurzbericht des GKV-Spitzenverbandes zum Hygienesonderprogramm gemäß § 4 Abs. 11 Satz 5 i. V. m. Abs. 10 Satz 12 KHEntgG. Berlin 2014.
- Günster C. Komponentenzerlegung und Warenkorbänderungen. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg) Krankenhaus-Report 2007. Stuttgart: Schattauer 2008; 185–94.
- Heimig F. Abschlussbericht. Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2013. Siegburg, September 2012.
- 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.
- 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; 21–46.
- Mostert C, Leclerque G, Friedrich J. Die Krankenhausbudgets 2011 und 2012 im Vergleich. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg) Krankenhaus-Report 2014. Stuttgart: Schattauer 2014; 267–91.
- Reichelt H. Eine Methode der statistischen Komponentenzerlegung. WiDO-Materialien 31. Bonn 1988.

## Anhang

## Zusatzentgelte 2012 und 2013

ZE-Nr	Segment <sup>a)</sup>	Bezeichnung	2012	2013
ZE 01	D	Hämodialyse, intermittierend	X	X
ZE 02	D	Hämodiafiltration, intermittierend	X	X
ZE 09	S	Vollimplantierbare Medikamentenpumpe mit programmierbarem variablen Tagesprofil	X	X
ZE 10	S	Künstlicher Blasenschließmuskel, Eingriffe bei artifiziellem Harnblasensphinkter	X	X
ZE 11	S	Wirbelkörperersatz, Wirbelkörperersatz und komplexe Rekonstruktion der Wirbelsäule	X	X
ZE 13	M	Gabe von Alemtuzumab, parenteral	X	
ZE 17	M	Gabe von Gemcitabin, parenteral	X	X
ZE 19	M	Gabe von Irinotecan, parenteral	X	X
ZE 27	M	Gabe von Trastuzumab, parenteral	X	X
ZE 30	M	Gabe von Prothrombinkomplex, parenteral	X	X
ZE 36	S	Plasmapherese	X	X
ZE 37	S	Extrakorporale Photopherese	X	X
ZE 40	M	Gabe von Filgrastim, parenteral	X	X
ZE 42	M	Gabe von Lenograstim, parenteral	X	X
ZE 44	M	Gabe von Topotecan, parenteral	X	
ZE 47	M	Gabe von Antithrombin III, parenteral	X	X
ZE 48	M	Gabe von Aldesleukin, parenteral	X	X
ZE 49	M	Gabe von Bortezomib, parenteral	X	X
ZE 50	M	Gabe von Cetuximab, parenteral	X	X
ZE 51	M	Gabe von Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Hepatitis-B-surface-Antigen, parenteral	X	X
ZE 52	M	Gabe von Liposomalem Doxorubicin, parenteral	X	X
ZE 53	M	Gabe von Pemetrexed, parenteral	X	X
ZE 56	S	Vollimplantierbare Medikamentenpumpe mit konstanter Flussrate	X	X
ZE 58	S	Hydraulische Penisprothesen, Andere Operationen am Penis	X	X
ZE 60	S	Palliativmedizinische Komplexbehandlung	X	X
ZE 61	S	LDL-Apherese	X	X
ZE 62	D	Hämofiltration, intermittierend	X	X
ZE 63	M	Gabe von Paclitaxel, parenteral		X
ZE 64	M	Gabe von Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Zytomegalie-Virus, parenteral	X	X
ZE 66	M	Gabe von Adalimumab, parenteral	X	X
ZE 67	M	Gabe von Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Varicella-Zoster-Virus, parenteral	X	X
ZE 68	M	Gabe von Infliximab, parenteral	X	X
ZE 70	M	Gabe von C1-Esteraseinhibitor, parenteral	X	X
ZE 71	M	Gabe von Pegfilgrastim, parenteral	X	X
ZE 72	M	Gabe von Pegyliertem liposomalem Doxorubicin, parenteral	X	X
ZE 73	M	Gabe von Rekombinantem aktivierten Protein C, parenteral	X	
ZE 74	M	Gabe von Bevacizumab, parenteral	X	X
ZE 75	M	Gabe von Liposomalem Cytarabin, intrathekal	X	X

Anhang

Fortsetzung

ZE-Nr	Segment <sup>a)</sup>	Bezeichnung	2012	2013
ZE 76	M	Gabe von Etanercept, parenteral	X	X
ZE 78	M	Gabe von Temozolomid, oral	X	X
ZE 79	M	Gabe von Busulfan, parenteral	X	X
ZE 80	M	Gabe von Docetaxel, parenteral		X
ZE 82	M	Gabe von Rituximab, parenteral	X	X
ZE 84	M	Gabe von Apherese-Thrombozytenkonzentraten	X	X
ZE 86	S	Neurostimulatoren zur Hirnstimulation, Einkanalssystem	X	X
ZE 87	S	Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems	X	
ZE 92	M	Gabe von Imatinib, oral	X	X
ZE 93	M	Gabe von Human-Immunglobulin, polyvalent, parenteral	X	X
ZE 94	M	Gabe von Thrombozytenkonzentraten	X	X
ZE 95	M	Gabe von Palifermin, parenteral	X	X
ZE 96	M	Gabe von Carmustin-Implantaten, intrathekal	X	X
ZE 97	M	Gabe von Natalizumab, parenteral	X	X
ZE 98	M	Gabe von Palivizumab, parenteral	X	X
ZE 99	S	Distraktionsmarknagel, nicht motorisiert	X	X
ZE100	S	Implantation eines endobronchialen Klappensystems, Andere Operationen an Lunge und Bronchien	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 oder mit großlumigem Gefäßverschlusskörper	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	Hämofiltration, kontinuierlich	X	X
ZE120	D	Hämodialyse, kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD)	X	X
ZE121	D	Hämodiafiltration, kontinuierlich	X	X
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	X

Anhang  
Fortsetzung

ZE-Nr	Segment <sup>a)</sup>	Bezeichnung	2012	2013
ZE125	S	Implantation oder Wechsel eines interspinösen Spreizers, Andere Operationen an der Wirbelsäule	X	X
ZE126	S	Autogene / Autologe matrixinduzierte Chondrozytentransplantation	X	X
ZE127	S	Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems	X	
ZE128	M	Gabe von Micafungin, parenteral	X	X
ZE129	M	Gabe von Tocilizumab, parenteral	X	X
ZE130	S	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	X	X
ZE131	S	Hochaufwendige Pflege von Kleinkindern oder von Kindern und Jugendlichen	X	X
ZE132	S	Implantation eines Wachstumsstents	X	X
ZE133	S	Perkutan-transluminale Fremdkörperentfernung und Thrombektomie an intrakraniellen Gefäßen unter Verwendung eines Mikrodrahtretriever-Systems	X	X
ZE134	S	Verschiedene Harnkontinenztherapien	X	X
ZE135	M	Gabe von Vinflunin, parenteral		X
ZE136	S	Medikamente-freisetzende Ballons an Koronargefäßen		X
ZE137	S	Medikamente-freisetzende Ballons an anderen Gefäßen		X
ZE138	S	Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder Stimulation des peripheren Nervensystems, Einkanalssystem, mit Sondenimplantation		X
ZE139	S	Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder Stimulation des peripheren Nervensystems, Einkanalssystem, ohne Sondenimplantation		X
ZE140	S	Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalsystem, nicht wiederaufladbar, mit Sondenimplantation		X
ZE141	S	Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalsystem, nicht wiederaufladbar, ohne Sondenimplantation		X

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