

# Krankenhaus-Report 2017

„Zukunft gestalten“

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

Schattauer (Stuttgart) 2017

Auszug Seite 231-253



<b>16</b>	<b>Die Krankenhausbudgets 2014 und 2015 im Vergleich.....</b>	<b>231</b>
	<i>Carina Mostert, Jörg Friedrich und Gregor Leclerque</i>	
16.1	Einführung .....	231
16.2	Allgemeine Budgetentwicklung .....	232
16.3	Vereinbarte Preisentwicklung .....	234
16.4	Vereinbarte Leistungsentwicklung .....	237
16.4.1	Leistungsveränderung im DRG-Bereich .....	237
16.4.2	Leistungsentwicklung im Bereich der Zusatzentgelte.....	244
16.5	Zusammenfassung und Diskussion .....	249

# 16 Die Krankenhausbudgets 2014 und 2015 im Vergleich

Carina Mostert, Jörg Friedrich und Gregor Leclerque

## Abstract

Der vorliegende Beitrag untersucht die vereinbarte Budgetentwicklung für 1 331 Krankenhäuser der Jahre 2014 und 2015. Im Ergebnis sind die Krankenhausbudgets für diese Einrichtungen ausgleichsbereinigt um 3,6% gestiegen, was einem Mittelzuwachs von ca. 2,2 Mrd. Euro entspricht. Damit bewegt sich die Budgetentwicklung etwas unterhalb der Eckwerte des Vorjahres, in denen insbesondere die Änderungen aus dem PsychEntG und dem Beitragsschuldengesetz zu einer deutlichen Erhöhung der vereinbarten Preiskomponenten führten. Die erstmals wirksame Laufzeitverlängerung des Mehrleistungsabschlags auf drei Jahre im Jahr 2015 und die in der Folge entfallende Überkompensation durch den Versorgungszuschlag führt in der Summe zu einem ausgleichsbereinigten Preiseffekt von 1,8%, der unterhalb der Veränderung der Landesbasisfallwerte liegt. Dagegen fällt die vereinbarte Mengenveränderung mit einem Plus von 1,9% stärker aus als in den Vorjahren. Sie ist erneut weitestgehend auf gestiegene Fallzahlen zurückzuführen.

The paper examines the agreed budget development for 1 331 hospitals for the years 2014 and 2015. The analysis shows that hospital budgets increased by 3.6%, which corresponds to just over 2.2 billion euros. The budget development was slightly below the benchmarks of the previous year, when the changes from the PsychEntG and the Contribution Liabilities Act caused a significant increase in the agreed price components. For the first time, the extension of the discount on additional services to three years in 2015 and the subsequent overcompensation by the health care provision surcharge results in a compensated price effect of 1.8%, which is below the changed base rates at state level. However, with a plus of 1.9%, the agreed volume change is more pronounced than in previous years. Once again, this is largely due to an increased number of cases.

16

## 16.1 Einführung

Der vorliegende Beitrag untersucht die Veränderungen in den jährlich zu vereinbarenden Budgets somatischer Krankenhäuser der Jahre 2014 und 2015. Er basiert auf den vorliegenden Unterlagen nach der amtlichen Aufstellungen der Entgelte und Budgetberechnung (AEB) aus 1 331 Kliniken. Es sind nur Einrichtungen berücksichtigt, zu denen in beiden Jahren Budgetvereinbarungen vorliegen und die über den betrachteten Zeitraum hinweg als eigenständige Leistungserbringer am Markt präsent waren. Somit bleiben Einrichtungen unberücksichtigt, die im Jahr 2015

durch Schließungen aus dem Markt ausgeschieden oder durch Fusionen in anderen Häusern aufgegangen sind. Diese Stichprobe enthält 87,8% derjenigen Häuser, die im Jahr 2015 DRGs abgerechnet haben. Die Einrichtung repräsentieren 87,3% der bundesweiten Leistungsmenge (DRG-Casemixsumme), wie sie im Rahmen der Vereinbarung der Landesbasisfallwerte 2015 fixiert worden ist.

Der Beitrag illustriert in Abschnitt 16.2 die allgemeine Budgetentwicklung mit der Darstellung der Preis- und Mengenfaktoren. In Abschnitt 16.3 werden die Preis- und in Abschnitt 16.4 die Leistungsentwicklungen im DRG-Bereich und für Zusatzentgelte vertiefend analysiert.

## 16.2 Allgemeine Budgetentwicklung

Das vereinbarte Gesamtbudget im Jahr 2015 beträgt für die hier untersuchten Krankenhäuser rund 60,2 Mrd. Euro (Tabelle 16–1). Dies entspricht einem Zuwachs von knapp 2,2 Mrd. Euro (3,6%) im Vergleich zum Vorjahr. Damit fällt die Veränderungsrate des Budgets für DRGs, die Zusatzentgelte und die sonstigen Entgelte nach § 6 KHEntgG sowie die Zu- und Abschläge etwas geringer aus als in den letzten zwei Jahren, in denen jeweils ein Anstieg zwischen 4,0% und 4,5% zu verzeichnen war (vgl. Mostert et al. 2015 und 2016).

Der größte und somit determinierende Budgetanteil, die Entgeltsumme für DRGs, steigt von 2014 nach 2015 mit 3,8% etwas stärker als das Gesamtbudget insgesamt. Deutlicher fallen die Steigerungsraten bei den Gesamtbeträgen für Zusatzentgelte und den Sonstigen Entgelten aus: Sie nehmen um 5,9% bzw. 6,4% zu. Allerdings fallen ihre Steigerungsraten beim Gesamtbudget aufgrund ihres relativ kleinen Budgetvolumens kaum ins Gewicht.

Rückläufig ist das Budgetvolumen der Zu- und Abschläge. Diese haben sich 2015 im Vergleich zum Vorjahr nahezu halbiert. Wie sich die einzelnen Zusatzentgelte und Zu- und Abschläge entwickeln, wird in den Kapiteln 16.3 und 16.4 beschrieben.

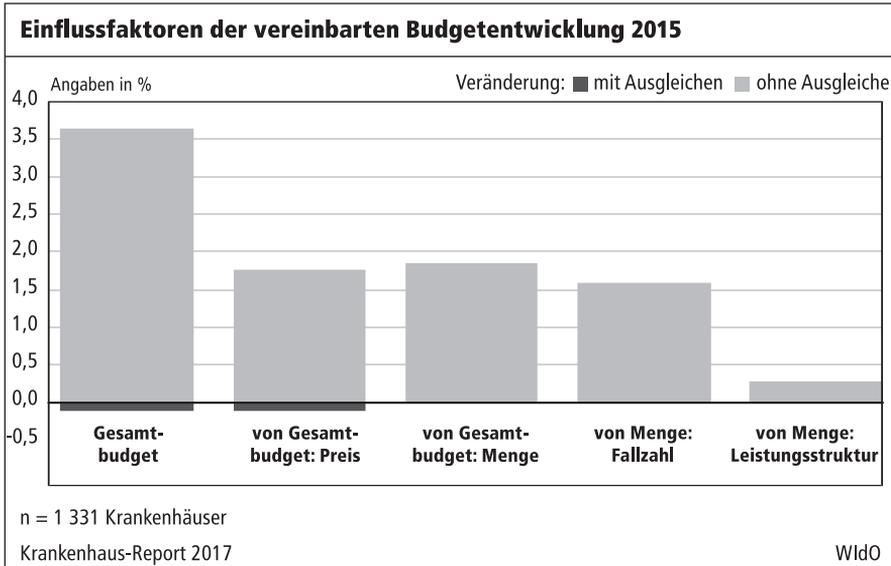
Tabelle 16–1

### Vereinbarte Budgets 2014 und 2015 (in Mio. Euro)

	2014	2015	Veränderung
DRG-Budget	56 197,4	58 351,8	3,8%
Zusatzentgelte	1 942,2	2 056,3	5,9%
Sonstige Entgelte	1 603,2	1 705,8	6,4%
Zu- und Abschläge (ohne Ausbildung)	301,8	161,9	-46,4%
Gesamtbudget	58 102,4	60 219,5	3,6%
Ausgleiche	75,9	16,1	-78,7%
Gesamtbudget mA	58 178,3	60 235,6	3,5%

n = 1 331 Krankenhäuser

Abbildung 16–1



Wird das vereinbarte Budget über- oder unterschritten, resultieren Rückzahlungen der Krankenhäuser bzw. Nachzahlungen der Krankenkassen. Diese werden in der Regel mit den Budgets der Folgejahre verrechnet. Im Jahr 2015 hatten die Krankenkassen einen Betrag von 16,1 Mio. Euro – und damit weniger als im letzten Jahr – auszugleichen. Entsprechend steigt das Gesamtbudget unter Berücksichtigung der Ausgleichsbeträge mit 3,5% etwas weniger.

Das vereinbarte Gesamtbudget ist von den Preis- und Mengenentwicklungen<sup>1</sup> abhängig. Nachdem in den vorangegangenen beiden Jahren die Preise ca. zwei Drittel der Gesamtbudgetveränderung erklärten, ist 2015 die Menge die etwas stärkere Determinante. 1,8 Prozentpunkte der Gesamtbudgetveränderung ohne Ausgleiche sind auf steigende Preise und 1,9 Prozentpunkte auf steigende Mengen zurückzuführen, die damit etwas dynamischer wachsen als in den Vorjahren. Die vereinbarte Mengenentwicklung ist weitestgehend fallzahlgetrieben (1,6 Prozentpunkte). Der Einfluss der Leistungsstruktur beträgt lediglich 0,3 Prozentpunkte.

Das zu den Vorjahren vergleichsweise schwächere Budgetwachstum ist folglich in erster Linie auf eine moderatere Preisentwicklung zurückzuführen (vgl. Mostert et al. 2016). Werden die Ausgleiche in die Analyse der Budgetentwicklung einbezogen, fällt die Preisentwicklung und somit auch die Veränderung des Gesamtbudgets um 0,1 Prozentpunkte geringer aus (Abbildung 16–1).

<sup>1</sup> Effekte aus der jährlichen Neukalkulation des DRG-Katalogs sind auf dieser Ebene nicht von Bedeutung (vgl. Kapitel 16.4.1 und InEK 2014).

## 16.3 Vereinbarte Preisentwicklung

Das Vergütungsniveau stationärer Leistungen im somatischen Bereich wird wie eingangs beschrieben maßgeblich von der Preisentwicklung für DRG-Leistungen bestimmt. Im Folgenden werden die bedeutendsten Einflussgrößen auf die Vergütungshöhe dargelegt und die Preisentwicklung insgesamt analysiert.

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

Mit Einführung der Landesbasisfallwerte im Jahr 2005 galt die Veränderungsrate nach § 71 SGB V Abs. 3 (Grundlohnrate) als Obergrenze für vereinbarte Preisveränderungen. Die Grundlohnrate spiegelt die Einnahmenentwicklung der gesetzlichen Krankenkassen wider.

Ab 2013 sollte sich diese Obergrenze statt an den Einnahmen der Kassen stärker an den Kosten der Krankenhäuser orientieren. Dazu berechnet das Statistische Bundesamt mit dem sog. Orientierungswert die Kostenentwicklung der Inputfaktoren für Krankenhausleistungen, die einer krankenhausspezifischen Inflationsrate entspricht. Liegt die Kostenentwicklung der Krankenhäuser oberhalb der Einnahmenentwicklung der Krankenkassen, konnte ein Veränderungswert oberhalb der Grundlohnsumme vereinbart werden

Mit dem im August 2013 in Kraft getretenen Beitragsschuldengesetz wurde der Umgang mit dem Orientierungswert ab 2014 wie folgt neu geregelt: Liegt die Grundlohnrate oberhalb des Orientierungswerts, so gilt diese als maximaler Veränderungswert für die Preisentwicklung. Liegt die Kostenentwicklung der Krankenhäuser oberhalb der Einnahmenentwicklung der Krankenkassen, kann auf Bundesebene ein Veränderungswert oberhalb der Grundlohnsumme vereinbart werden.<sup>2</sup> Ob sich die Preise kosten- oder einnahmenorientiert entwickeln sollen, hängt seit 2014 somit davon ab, welcher Wert im jeweiligen Jahr der höhere ist.

Der vom Statistischen Bundesamt veröffentlichte Orientierungswert für das Jahr 2015 lag mit 1,44% mehr als einen Prozentpunkt unterhalb der veröffentlichten Veränderungsrate nach § 71 SGB V Abs. 3 in Höhe von 2,53%. Somit galt die Grundlohnsumme als Obergrenze für die Veränderung der Landesbasisfallwerte. Im gewichteten Mittel stiegen die Landesbasisfallwerte von 3 151,47 Euro im Jahr 2014 um 2,08% auf 3 217,07 Euro im Jahr 2015. Somit blieb die vereinbarte Preisveränderung deutlich unterhalb der geltenden Obergrenze.

### **Hygienesonderprogramm**

Ebenfalls mit dem Beitragsschuldengesetz wurde mit dem KHEntg die Förderung der Krankenhaushygiene eingeführt. Ursprünglich sollten Krankenhäuser zusätzliche Mittel für die Neueinstellung und Weiterbildung von ärztlichem und pflegerischem Hygienepersonal für die Jahre 2013 bis 2016 erhalten. Mit dem Kranken-

<sup>2</sup> Diese Vereinbarung ist in einem solchen Fall bis zum 31. Oktober zwischen dem GKV-Spitzenverband, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Verband der Privaten Krankenversicherung für das Folgejahr zu schließen. Konkret gilt als Korridorgrenze die Grundlohnrate plus ein Drittel der Differenz von Orientierungswert und Grundlohnrate.

hausstrukturgesetz (KHSG) aus dem Jahr 2016 wurde das Programm um weitere drei Jahre bis 2019 verlängert.

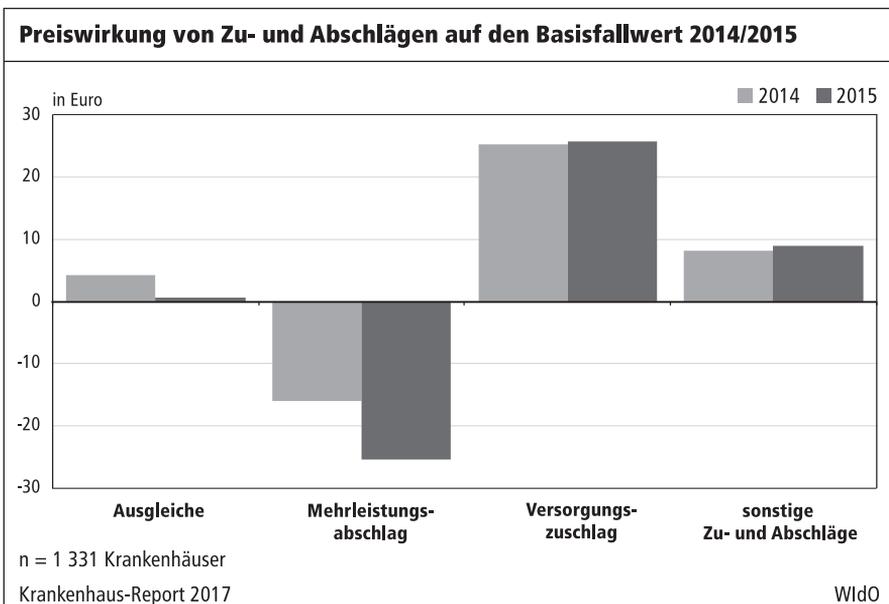
Für das Jahr 2014 beträgt das vereinbarte Budgetvolumen in den hier untersuchten Krankenhäuser für das Hygienesonderprogramm 48,7 Mio. Euro und steigt 2015 um 33,4% auf 64,9 Mio. Euro (vgl. GKV-Spitzenverband 2016).

### 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 bestehen seit Beginn der Konvergenzphase im Jahr 2005 unterschiedliche gesetzliche Auflagen, die in den Budgetverhandlungen zu berücksichtigen sind. Mit dem Psych-Entgeltgesetz (PsychEntgG) aus dem Jahr 2012 wurde der Mehrleistungsabschlag ab 2013 gültig für zwei Jahre auf 25% festgelegt. Mit dem ersten Pflegestärkungsgesetz (PSG I) aus dem Jahr 2014 wurde eine Verlängerung der Geltungsdauer auf drei Jahre geregelt. Somit gilt der für das Jahr 2013 ermittelte Abschlag erstmals auch im dritten Jahr 2015 weiter, soweit die Leistungen dann noch vom Krankenhaus erbracht werden. Die für die Jahre 2014 und 2015 erstmals vereinbarten Mehrleistungen sind ebenfalls mit einem Abschlag in Höhe von 25% für drei Jahre zu versehen. Von den Regelungen ausgenommen sind Mehrleistungen aus DRGs mit einem Sachkostenanteil von mehr als 66,7% oder solche, die aus krankenhauplanerischen Maßnahmen resultieren.

Für die hier untersuchten Krankenhäuser resultierte aus dem Mehrleistungsabschlag eine Budgetabsenkung im Jahr 2014 von -0,51% bzw. -0,79% im Jahr 2015

Abbildung 16-2



(Abbildung 16–2). 2015 vereinbarten 612 Häuser einen solchen Mehrleistungsabschlag für neue Mehrleistungen, 2014 waren es 561. Das vereinbarte Gesamtvolumen für den Mehrleistungsabschlag 2015 inkl. der weitergeltenden Beträge aus den Vorjahren beläuft sich auf 450,3 Mio. Euro. Dies entspricht einem vereinbarten Preiseffekt von –25,47 Euro. Im Jahr 2014 betrug dieser Effekt basierend auf einem Abschlagsvolumen von 278,2 Mio. Euro noch –16,03 Euro. Maßgeblich für die steigenden Beträge aus dem Mehrleistungsabschlag ist, dass die Vorjahresbeträge im Jahr 2015 erstmals weiter gelten.

### Versorgungszuschlag

Ebenfalls mit Inkrafttreten des Beitragsschuldengesetzes sollten somatische Krankenhäuser ab 2013 einen Versorgungszuschlag erhalten. Damit war die Zielsetzung verbunden, die sogenannte „doppelte Degression“ insgesamt zu neutralisieren. Der Begriff „Doppelte Degression“ bezieht sich auf die Regelung, dass vereinbarte Mengengen sowohl in den Landesbasisfallwerten als auch über den Mehrleistungsabschlag auf Hausebene preisdämpfend wirken (s. o.). Der Versorgungszuschlag wurde aber nicht so konzipiert, dass er die Summe der Mehrleistungsabschläge ausschüttet, sondern als fixer prozentualer Aufschlag auf DRG-Fallpauschalen. Für die Jahre 2014 und 2015 betrug der Zuschlag 0,8 %.

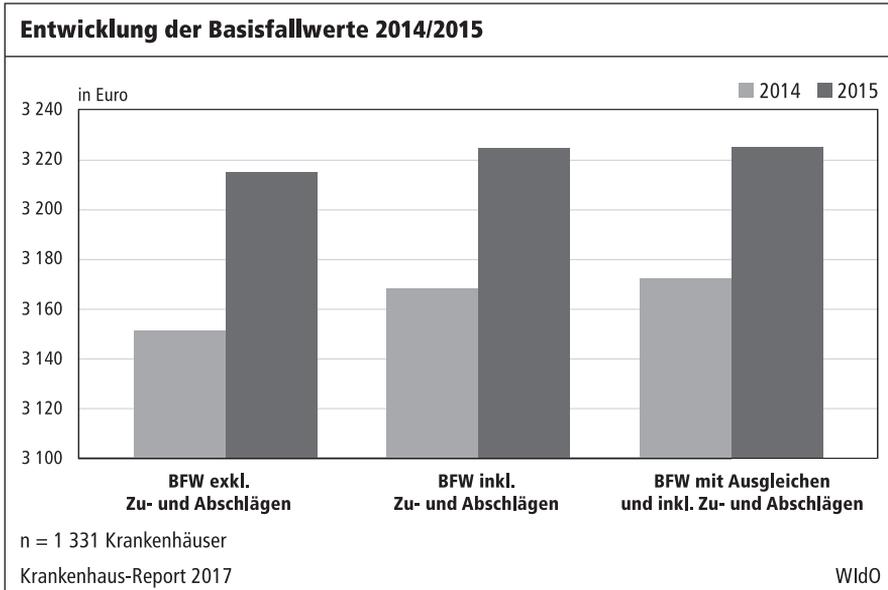
Für 2014 beläuft sich der Versorgungszuschlag für die hier untersuchten Krankenhäuser in Summe auf 437,5 Mio. Euro, was einer Überkompensation des Mehrleistungsabschlags um 159,3 Mio. Euro gleichkommt. Für das Jahr 2015 entspricht der Versorgungszuschlag mit 454,7 Mio. Euro erstmals annähernd den vereinbarten Beträgen für den Mehrleistungsabschlag. (Abbildung 16–2). Der Preiseffekt in den Jahren 2014 und 2015 bleibt nahezu unverändert und beträgt +25,21 Euro bzw. +25,72 Euro.

### Preisentwicklung im DRG-Bereich

Die DRG-Preiskomponente setzt sich maßgeblich aus den Komponenten Basisfallwert, Zu- und Abschläge sowie periodenfremde Ausgleichs für Budgetabweichungen in Vorjahren zusammen. Die sogenannten Sonstigen Entgelte nach § 6 KHEntgG, deren Preise hausindividuell zu vereinbaren sind, spielen wie eingangs beschrieben für die Gesamtentwicklung auf Bundesebene eine nachgeordnete Rolle und werden daher im Weiteren nicht näher untersucht.

Der in den Budgetverhandlungen verwendete Basisfallwert ist der jeweils vereinbarte Landesbasisfallwert. Für die hier untersuchten Einrichtungen beträgt dieser im Durchschnitt 3 151,07 Euro im Jahr 2014 und steigt im Folgejahr um 2,04 % auf 3 215,25 Euro an (Abbildung 16–3). Unter Berücksichtigung der Zu- und Abschläge resultiert eine Veränderung um 1,77 %, die unterhalb der bereinigten BFW-Entwicklung liegt. Dies ist in erster Linie auf die erstmalige Weitergeltung des Mehrleistungsabschlags im dritten Jahr zurückzuführen. Unter Berücksichtigung der Ausgleichszahlungen für Vorperioden liegt die Preissteigerung leicht verändert bei +1,65 %.

Abbildung 16–3



## 16.4 Vereinbarte Leistungsentwicklung

Die folgenden beiden Unterkapitel widmen sich der vereinbarten Leistungsentwicklung in den Bereichen DRG und Zusatzentgelte. U. a. mit der Methode der Komponentenzerlegung werden dabei die wesentlichen Determinanten identifiziert und quantifiziert.

16

### 16.4.1 Leistungsveränderung im DRG-Bereich

Die Leistungsmenge im DRG-Bereich wird über den Casemix (CM) ausgedrückt. Er ergibt sich aus Multiplikation der Komponenten Fallzahl und durchschnittliche Fallschwere (CMI). Für einen zutreffenden Vergleich der vereinbarten Leistungsvolumina zweier Jahre ist es notwendig, die Veränderungen zwischen den jeweils gültigen DRG-Katalogen zu berücksichtigen. Die Effekte aus dem G-DRG-Katalogwechsel 2014/2015 werden im Folgenden dargelegt.

#### Auswirkungen aus der G-DRG-Katalogrevision 2014/2015 (Katalogeffekt)

Die seit 2006 verwendete Normierungsmethode des G-DRG-Katalogs soll sicherstellen, dass die Anwendung eines neuen Katalogs gegenüber der Vorgängerversion auf nationaler Ebene zum gleichen CM-Volumen führt. Die jährliche Kalkulation des G-DRG-Katalogs durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) führt aber unterhalb einer konstanten CM-Summe auf nationaler Ebene außer zu einer Neubewertung der jeweiligen Krankenhausleistungen auch zu struktu-

Tabelle 16–2

**Verteilung der Katalogeffekte auf Einzelhausebene**

Katalogeffekt	
1. Quintil	negativer als –0,4 %
2. Quintil	zwischen –0,4 % und –0,1 %
3. Quintil	zwischen –0,1 % und 0,08 %
4. Quintil	zwischen 0,08 % und 0,3 %
5. Quintil	positiver als 0,3 %

n = 1331 Krankenhäuser

Krankenhaus-Report 2017

WlD0

rellen Änderungen am Entgeltsystem. Die Auswirkungen dieser Revisionen werden im Weiteren als Katalogeffekt bezeichnet.

Auf tieferen Ebenen, wie MDCs und Partitionen, aber auch auf Krankenhaus- oder Landesebene sind zum Teil 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 2014 in den Katalog des Jahres 2015 überführt.<sup>3</sup>

Mit Überleitung der Vereinbarungen des Jahres 2014 auf den G-DRG-Katalog 2015 sinkt der CM für die hier betrachteten Einrichtungen um ca. 2056 BR, was einem Effekt von –0,01 % entspricht.<sup>4</sup> Die individuellen Katalogeffekte der Krankenhäuser differieren zwischen –6,13 % und +6,31 %. Die 20 % der Häuser mit der negativsten Veränderung verzeichnen einen CM-Rückgang um mehr als –0,4 %. Die vereinbarte Budgetsumme sinkt für diese Einrichtung entsprechend. Für 20 % der Krankenhäuser erfolgt eine Aufwertung des vereinbarten CM-Volumens um mindestens +0,3 % (Tabelle 16–2). Somit fällt die Spreizung der Katalogeffekte auf Hausebene geringer aus als im Vorjahr (vgl. Mostert et al. 2016).

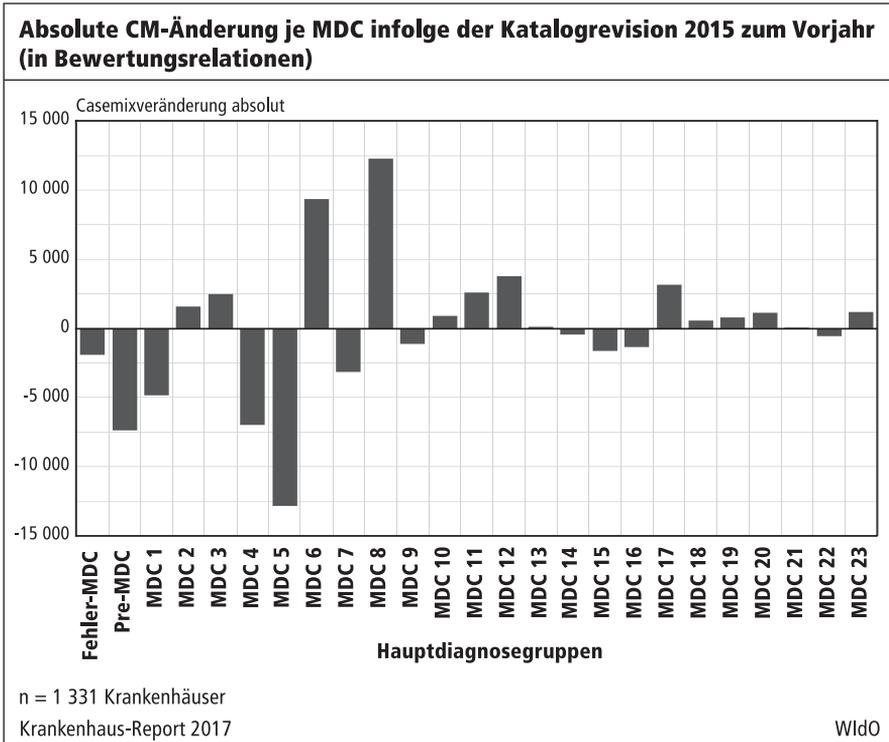
Bei der Analyse der Katalogeffekte auf Ebene der 25 Major Diagnostic Categories (MDCs)<sup>5</sup> sind die Veränderungen der in den vorangegangenen Jahren mengen-dynamischen MDC 5 (Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems) am deutlichsten (Abbildung 16–4). Sie verliert aufgrund der Katalogrevision 12 800 BR, was einem Effekt von –0,43 % entspricht. Die MDC 6 (Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane) wurde wie in den Jahren zuvor erneut aufgewertet. Nach vergleichsweise deutlicher Abwertung in der Vergangenheit hat die MDC 8 (Krank-

3 Die Vereinbarungen des Jahres 2014 nach G-DRG-Katalog 2015 werden mithilfe des Verfahrens der „Vereinbarungsgewichteten Überleitung“ abgebildet. Dieses Verfahren gewichtet die vereinbarten Mengen des Jahres 2014 je DRG mit einer hausspezifischen Überleitungstabelle auf Basis von § 301-Daten von AOK-Versicherten (vgl. Friedrich und Paschen 2005).

4 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 2014 von den bundesweit erbrachten Krankenhausleistungen des Jahres 2013, dem Datenjahr für die Katalogkalkulation.

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

Abbildung 16–4



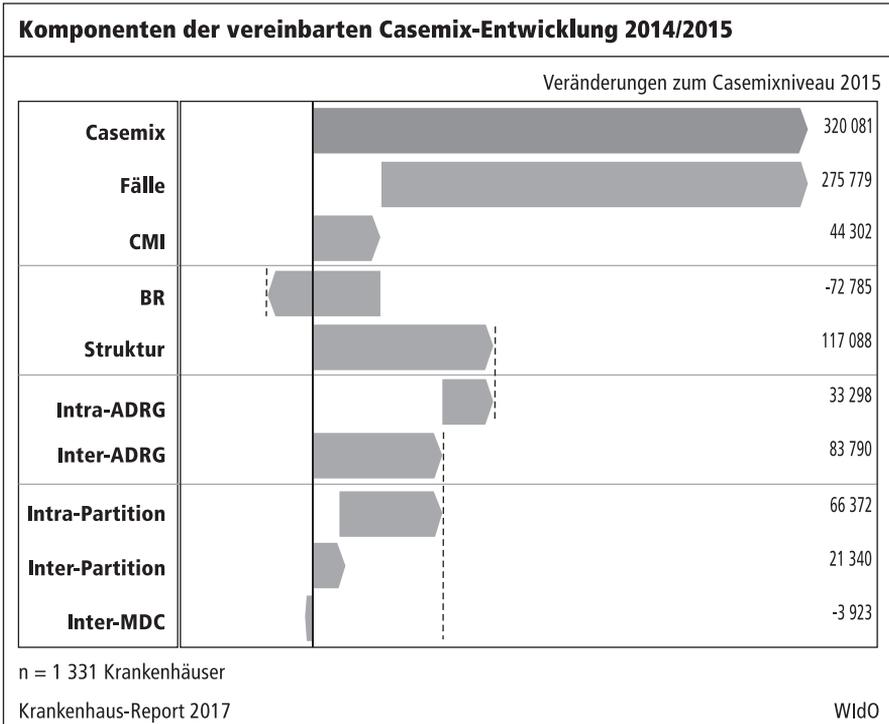
heiten und Störungen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe) ebenfalls wie im Vorjahr wieder eine leichte Aufwertung erfahren. Für die hier untersuchten Einrichtungen summiert sich der Katalogeffekt in der MDC 8 auf zusätzliche 12,3 Tausend BR, was einem Effekt von +0,38% gleichkommt.

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

Nach Bereinigung des Katalogeffekts erhöht sich das vereinbarte Leistungsvolumens von 2014 nach 2015 um ca. 320 000 CM-Punkte (+1,9%) (Abbildung 16–5). Zur detaillierten Analyse der Leistungsentwicklung im DRG-Bereich wird im Folgenden das Konzept der Komponentenzerlegung<sup>6</sup> angewendet. Dadurch kann aufgezeigt werden, welche Einflussstärken der Fallzahl und der Fallschwere (CMI) bei

6 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 2015 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. 2013. Für eine ausführliche Beschreibung weiterer theoretischer Grundlagen der Komponentenzerlegung siehe Reichelt 1988.

Abbildung 16–5



der Mengenentwicklung zukommen. Darüber hinaus es möglich, auch die CMI-Entwicklung in Teilkomponenten zu zerlegen und deren Relevanz zu bestimmen.

Der CM-Anstieg um 1,9% ist zum größten Teil auf die Fallzahlkomponente zurückzuführen (Abbildung 16–5). 2015 wurden im Vergleich zum Vorjahr 1,6% mehr DRG-Fälle vereinbart, was isoliert betrachtet einen Anstieg von über 275 000 CM-Punkten bewirkt. Damit setzt sich der Fallzahlanstieg der letzten Jahre weiter fort. Auch die durchschnittliche Fallschwere nimmt wieder zu, nachdem hier im Vorjahr ein leichter Rückgang zu verzeichnen war (vgl. Mostert et al. 2016).

Dabei beeinflusst die BR-Komponente die durchschnittliche Fallschwere und somit auch die CM-Entwicklung negativ (-0,4%). Somit setzt sich der Trend hin zu kürzeren Verweildauern fort, mit einer leichten Verstärkung im Vergleich zum letzten Jahr.

Auch der Einfluss der Strukturkomponente fällt im Vergleich zum Vorjahr stärker aus, allerdings mit einem positiven Vorzeichen. Mit einem CM-Plus von knapp 0,7% besteht wieder eine deutlichere Tendenz zur Vereinbarung höher bewerteter Leistungen. Im Übergang von 2013 nach 2014 bzw. 2012 nach 2013 betrug der CM-steigernde Einfluss der Strukturkomponente nur +0,2% bzw. +0,5%, der CM-senkende Einfluss der BR-Komponente lag jeweils bei -0,3% (vgl. Mostert et al. 2015 und 2016).

Dabei liegen die Verschiebungen innerhalb einer Basis-DRG (**Intra-ADRG-Komponente**) mit etwas über 0,2% in etwa auf dem Niveau der Vorjahresverände-

rungen. Fünf der zehn ADRGs mit dem prozentual deutlichsten Intra-ADRGEffekt kommen aus der operativen Partition. Der prozentual deutlichste Intra-ADRGEffekt weist allerdings die ADRG R63 „Andere Akute Leukämie“ auf: Der Fallzahlanteil in den leichtesten Schweregraden G und H sinkt hier um knapp 5%. Aufgrund des höheren Gesamt-CM fällt absolut betrachtet bspw. die Verschiebung zwischen den Schweregraden in ADRG F62 „Herzinsuffizienz und Schock“ noch etwas deutlicher ins Gewicht.

Folglich ist der Anstieg der Strukturkomponente auf eine im Vergleich zum letzten Jahr andere Wirkung der **Inter-ADRGEffekte** zurückzuführen, sie beträgt im Übergang von 2014 nach 2015 0,5% und hatte im Wechsel von 2013 nach 2014 so gut wie gar keinen Einfluss auf den CM. 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.

Der Einfluss von Verschiebungen innerhalb der gleichen MDC und Partition hat sich etwas mehr als verdoppelt und liegt jetzt bei +0,4%. Verschiebungen zwischen unterschiedlichen Partitionen innerhalb der gleichen MDC (+0,1%) sowie Verschiebungen zwischen unterschiedlichen MDCs haben insgesamt kaum Einfluss auf die vereinbarte CM-Summe.

Trotz des schwachen Inter-MDC Effekts zeigen sich auf Ebene der einzelnen MDC dynamische Entwicklungen (Tabelle 16–3). 13 MDCs haben entweder einen Intra- oder Inter-Partitionseffekt von mehr als 0,5%. Bei sechs von ihnen sind beide Effekte positiv. Dazu gehört auch wieder die fallzahlstärkste MDC5 (Kreislauf), im Gegensatz zum Vorjahr haben auch in der MDC 11 (Harnorgane) beide Effekte ein positives Vorzeichen. Die zweit- und dritt-fallzahlstärksten MDCs 8 (Muskel-Skelettsystem) und 6 (Verdauung) weisen einen positiven Intra-Partitions-Effekt, aber zugleich einen negativen Inter-Partition auf. In der MDC 15 (Neugeborene) bedingen Verschiebungen zwischen den unterschiedlichen Partitionen den deutlichsten CM-Rückgang.

Auch die insgesamt schwache **Inter-MDC-Komponente** bedeutet nicht, dass es keine Zu- und Abnahmen im CM auf Ebene der einzelnen MDCs gibt. Der CM der MDC 12 (männliche Geschlechtsorgane) nimmt mit 14,5% am stärksten zu (Tabelle 16–3), hier waren in den letzten Jahren Rückgänge zu verzeichnen (vgl. Mostert et al. 2015 und 2016).

Abbildung 16–6 zeigt ergänzend die Bedeutungen der einzelnen MDCs an der vereinbarten Gesamt-CM-Veränderung. An der Spitze steht hier mit einem Anteil von über 25% die fallzahlstärkste MDC 5 (Kreislauf), gefolgt von der MDC 8 (Muskel-Skelettsystem) (13%).

Tabelle 16–3

## Komponenten der vereinbarten CM-Veränderung 2014/2015 je MDC

	Casemix 2014	Fälle 2014 (in Tsd.)	Veränderungswerte (Komponentenzerlegung)										
			Casemix	davon		davon						davon	
				Fälle	CMI	BR- Index	Struktur- index	davon		davon			
			Intra- ADRG	Inter- ADRG	davon			Intra- Partition	Inter- Partition				
					Intra- ADRG	Inter- ADRG	Intra- Partition			Inter- Partition			
Fehler-MDC	82 885	37	0,8 %	1,1 %	-0,3 %	0,0 %	-0,3 %	0,2 %	-0,5 %	-0,5 %	0,0 %		
Pre-MDC	1 346 898	120	1,4 %	1,5 %	-0,1 %	0,3 %	-0,4 %	0,0 %	-0,4 %	-1,0 %	0,6 %		
MDC 1	Nervensystem	1 379 417	1 326	1,9 %	1,7 %	0,2 %	-0,5 %	0,7 %	0,4 %	0,4 %	0,0 %	0,3 %	
MDC 2	Auge	200 874	329	1,6 %	0,9 %	0,7 %	-0,4 %	1,1 %	0,2 %	0,9 %	0,7 %	0,2 %	
MDC 3	HNO	537 050	725	0,2 %	0,0 %	0,2 %	-0,3 %	0,5 %	0,0 %	0,5 %	1,0 %	-0,4 %	
MDC 4	Atmung	1 086 783	1 229	3,8 %	3,7 %	0,1 %	-0,6 %	0,7 %	0,3 %	0,5 %	0,0 %	0,5 %	
MDC 5	Kreislauf	3 107 906	2 547	3,0 %	1,9 %	1,1 %	-0,6 %	1,7 %	0,5 %	1,1 %	0,7 %	0,5 %	
MDC 6	Verdauung	1 639 634	1 890	-0,7 %	0,1 %	-0,8 %	-0,6 %	-0,2 %	0,2 %	-0,4 %	0,1 %	-0,5 %	
MDC 7	hepatobiliäres System	565 393	493	1,2 %	1,1 %	0,0 %	-0,7 %	0,7 %	0,5 %	0,2 %	0,4 %	-0,2 %	
MDC 8	Muskel-Skelett-System	3 273 740	2 418	1,4 %	0,6 %	0,8 %	-0,4 %	1,2 %	0,1 %	1,2 %	1,3 %	-0,1 %	
MDC 9	Haut	586 745	727	0,4 %	1,1 %	-0,6 %	-0,7 %	0,1 %	0,2 %	-0,1 %	-0,1 %	0,1 %	
MDC 10	Stoffwechsel	380 725	420	1,7 %	1,7 %	0,0 %	-0,2 %	0,2 %	0,5 %	-0,3 %	0,3 %	-0,6 %	
MDC 11	Harnorgane	705 318	1 039	0,7 %	0,0 %	0,7 %	-0,4 %	1,0 %	0,0 %	1,0 %	0,8 %	0,2 %	
MDC 12	männl. Geschlechtsorgane	231 675	227	14,5 %	15,9 %	-1,2 %	0,1 %	-1,2 %	-0,6 %	-0,6 %	-3,0 %	2,4 %	
MDC 13	weibl. Geschlechtsorgane	366 094	360	-2,5 %	-2,4 %	-0,1 %	-0,4 %	0,3 %	0,1 %	0,3 %	0,5 %	-0,2 %	
MDC 14	Schwangerschaft	509 065	858	3,0 %	3,3 %	-0,4 %	-0,4 %	0,1 %	-0,1 %	0,2 %	0,1 %	0,1 %	

Tabelle 16–3  
Fortsetzung

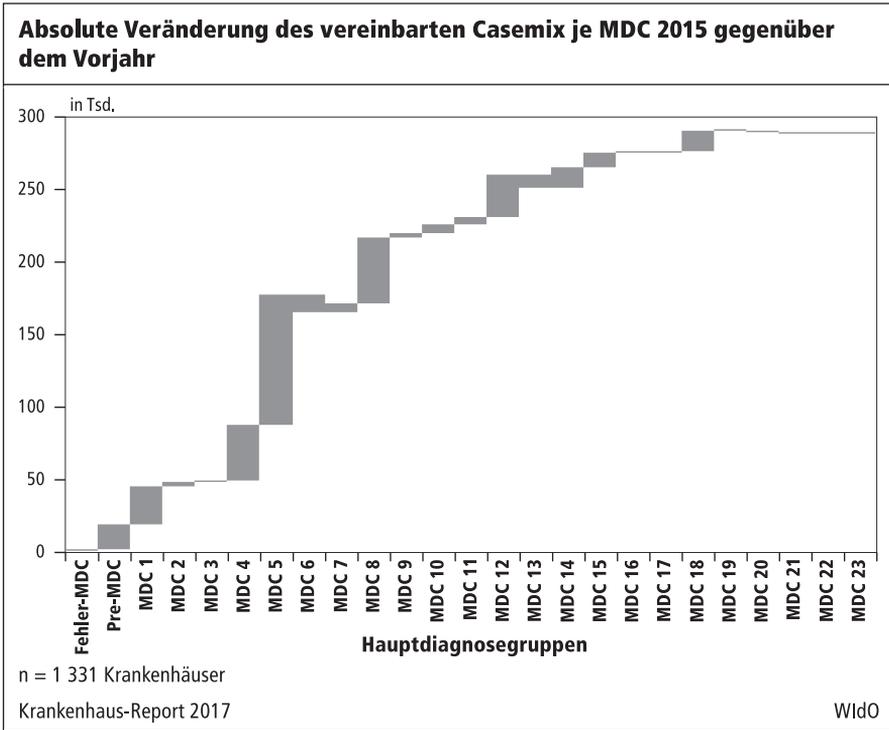
		Casemix 2014	Fälle 2014 (in Tsd.)	Veränderungswerte (Komponentenzerlegung)								
				Casemix	davon		davon		davon		davon	
					Fälle	CMI	BR- Index	Struktur- index	Intra- ADRG	Inter- ADRG	davon	
				Intra- Partition							Inter- Partition	
MDC 15	Neugeborene	409 577	631	2,5 %	3,7 %	-1,2 %	0,1 %	-1,3 %	-0,3 %	-1,0 %	0,0 %	-1,0 %
MDC 16	Blut und Immunsystem	111 190	133	0,4 %	0,9 %	-0,4 %	-0,6 %	0,2 %	0,4 %	-0,2 %	-0,1 %	-0,1 %
MDC 17	Neubildungen	246 098	169	0,4 %	0,0 %	0,5 %	-0,1 %	0,5 %	0,4 %	0,1 %	-0,1 %	0,1 %
MDC 18	Infektionen	258 389	214	5,9 %	5,2 %	0,6 %	-0,5 %	1,1 %	0,1 %	1,0 %	1,1 %	-0,1 %
MDC 19	Psychiatrische Krankheiten	40 264	72	-1,4 %	-1,8 %	0,4 %	0,7 %	-0,2 %	0,0 %	-0,2 %	-0,7 %	0,5 %
MDC 20	Alkohol und Drogen	51 777	147	-1,2 %	0,1 %	-1,3 %	-1,1 %	-0,2 %	0,0 %	-0,2 %	0,1 %	-0,3 %
MDC 21	Vergiftung	171 578	201	-1,0 %	-1,2 %	0,3 %	-0,4 %	0,7 %	-0,2 %	0,9 %	-0,4 %	1,2 %
MDC 22	Verbrennungen	13 636	11	0,7 %	0,8 %	-0,1 %	-1,5 %	1,4 %	-5,5 %	7,3 %	3,7 %	3,5 %
MDC 23	sonstige Faktoren	45 803	91	2,7 %	1,5 %	1,2 %	-0,5 %	1,7 %	0,0 %	1,7 %	-0,2 %	1,8 %

n = 1 331 Krankenhäuser

Krankenhaus-Report 2017

WIdO

Abbildung 16–6



## 16.4.2 Leistungsentwicklung im Bereich der Zusatzentgelte

16

Zwischen 2014 und 2015 ist das Volumen der vereinbarten Zusatzentgelte für die hier betrachteten Häuser um 5,9% auf 2 056,3 Mio. Euro angestiegen. Ihr Anteil am Gesamtbudget beträgt 2015 in Summe 3,4%.

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. Für den überwiegenden Teil der Zusatzentgelte ist jedoch ein bundesweit einheitlicher Preis festgelegt. Die bundesweit einheitlich bepreisten Zusatzentgelte werden in der AEB im E2-Formular erfasst, die hausindividuell vergüteten im E3.2-Formular.

Die E3.2-Zusatzentgelte machen mit einem Anteil von knapp 30% den kleineren Teil der Zusatzentgelte aus.<sup>7</sup> Ihr Budget wächst mit +13,7% deutlich stärker als das der E2-Zusatzentgelte. Ca. 10% des Anstiegs geht auf neue E3.2-Zusatzentgel-

<sup>7</sup> Zu dieser Gruppe zählen auch Zusatzentgelte für Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) und hochspezialisierte Leistungen nach § 6 Abs. 2a KHentgG.

te zurück, die im Wesentlichen aus dem E2-Bereich gewandert sind.<sup>8</sup> Rund 20 % des vereinbarten Budgetanstiegs resultieren aus den zweit- und drittumsatzstärksten E3.2-Entgeltgruppen, den Bereichen ECMO und PECLA<sup>9</sup> sowie Neurostimulatoren zur Hirn- oder Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems.

Auf die bundesweit einheitlich vergüteten Zusatzentgelte entfällt ein Budgetvolumen von 1 449,3 Mio. Euro im Jahr 2015. Zur Abbildung neu verfügbarer Darreichungsformen von Medikamenten wurden insgesamt sechs Zusatzentgelte aus dem 2014er Katalog im Jahr 2015 in jeweils zwei neue aufgeteilt. Für alle diese Zusatzentgelte gibt es eine neue Entsprechung im E2 sowie eine neue hausindividuell zu vereinbarende Variante.<sup>10</sup> In der nachfolgenden Analyse werden diese inhaltlich weitgehend entsprechenden E2-Zusatzentgelte zur besseren Lesbarkeit zusammengeführt. Darüber hinaus weist der Katalog des Jahres 2015 nur zwei originäre Neuzugänge auf: das ZE152 „Perkutan-transluminale Fremdkörperentfernung und Thrombektomie an intrakraniellen Gefäßen unter Verwendung eines Stentretreiver-Systems“ und das ZE153 „Zügeloperation mit alloplastischem Material, adjustierbar“.<sup>11</sup>

Wie bereits in den Vorjahren ist das ZE130 „Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen“ im Jahr 2015 mit 250,6 Mio. Euro das umsatzstärkste E2-Zusatzentgelt (Tabelle 16–4). Es weist mit + 9,1 % gegenüber dem Vorjahr einen überdurchschnittlichen Budgetanstieg auf. An zweiter Stelle steht das ZE148, die „Gabe von Rituximab, intravenös“. Hierbei handelt es sich um die weitgehende Entsprechung des ZE82 aus dem Jahr 2014.<sup>12</sup> Insgesamt machen diese beiden Entgelte etwa ein Viertel des gesamten Budgets für E2-Zusatzentgelte aus.

Die Tabelle 16–4 zeigt, inwieweit eine Budgetveränderung auf Mengen, Preise oder auf strukturelle Ursachen zurückzuführen sind, wie z. B. Verschiebungen zwischen Dosierungsklassen bei Medikamenten. Hier zeigt sich, dass beispielsweise das starke Mengenwachstum bei der „Spezialisierten stationären palliativmedizinischen Komplexbehandlung“ (ZE145) durch eine negative Preisentwicklung ansatzweise kompensiert wird. Bereits im vierten Jahr in Folge weisen die „Medikamentefreisetzenden Koronarstents“ (ZE101) eine deutlich positive Mengenentwicklung bei einem gleichzeitigen markanten Preisrückgang auf, der im Ergebnis zu einem Budgetrückgang von 14,9 % gegenüber 2014 führt.

Eine andere Betrachtungsweise bietet die Unterteilung der E2-Zusatzentgelte nach Segmenten, 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 beson-

8 So teilt sich z. B. das Zusatzentgelt ZE118 „Gabe von Abatacept, parenteral“ aus 2014 im Jahr 2015 in ZE151 „Gabe von Abatacept, intravenös“ und das hausindividuell zu vereinbarende ZE2015-106 „Gabe von Abatacept, subkutan“ auf.

9 Dabei handelt es sich um zwei Formen der extrakorporalen Membranoxygenierung, bei denen die Atemfunktionen vollständig oder teilweise durch Maschinen übernommen werden.

10 Siehe Fußnote 16.

11 vgl. die Gegenüberstellung der Zusatzentgelte 2014 und 2015 im Anhang.

12 Im Jahr 2014: „Gabe von Rituximab, parenteral“.

Tabelle 16-4

## Komponenten der vereinbarten Budgetveränderung für die 15 umsatzstärksten Zusatzentgelte 2015

Zusatzentgelt		Segment <sup>a)</sup>	Anzahl (in Tsd.)	Budget 2015 (in Mio. Euro)	Budget- anteil 2015	Budgetverän- derung zum Vorjahr	davon		
							Mengen- komponente	Preiskom- ponente	Struktur- komponente
ZE130	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	S	193	250,6	17,3 %	9,1 %	13,2 %	-2,1 %	-1,5 %
ZE148	Gabe von Rituximab, intravenös	M	38	113,7	7,8 %	2,5 %	2,5 %	0,1 %	-0,1 %
ZE01	Hämodialyse, intermittierend	D	379	86,3	6,0 %	-1,2 %	-1,8 %	0,6 %	0,0 %
ZE93	Gabe von Human-Immunglobulin, polyvalent, parenteral	M	27	72,6	5,0 %	11,6 %	8,9 %	0,4 %	2,1 %
ZE101	Medikamente-freisetzende Koronarstents	S	234	69,5	4,8 %	-14,9 %	12,1 %	-26,4 %	3,2 %
ZE147	Gabe von Apherese-Thrombozytenkonzentraten	M	34	62,9	4,3 %	-1,7 %	-5,1 %	-0,6 %	4,1 %
ZE109	Gabe von Caspofungin, parenteral	M	15	58,1	4,0 %	6,6 %	8,9 %	-2,2 %	0,1 %
ZE74	Gabe von Bevacizumab, parenteral	M	18	47,7	3,3 %	4,7 %	2,2 %	-0,1 %	2,5 %
ZE53	Gabe von Pemetrexed, parenteral	M	14	45,4	3,1 %	10,1 %	9,3 %	1,3 %	-0,6 %
ZE60	Palliativmedizinische Komplexbehandlung	S	27	39,3	2,7 %	-2,2 %	2,4 %	-4,8 %	0,3 %
ZE145	Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung	S	20	36,	2,5 %	11,9 %	17,6 %	-5,1 %	0,3 %
ZE107	Gabe von Erythrozytenkonzentraten	M	15	32,6	2,3 %	-2,8 %	-5,0 %	2,2 %	0,0 %
ZE120	Hämodialyse, kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD)	D	23	31,8	2,2 %	4,9 %	3,8 %	0,8 %	0,3 %
ZE36	Plasmapherese	S	5	31,5	2,2 %	9,8 %	-1,4 %	0,1 %	11,2 %
ZE37	Extrakorporale Photopherese	S	18	23,	1,6 %	5,9 %	5,7 %	0,2 %	0,0 %
alle E2-Zusatzentgelte			1 377	1 449,3	100,0 %	3,1 %	5,3 %	-2,9 %	0,8 %

a) „M“ = Medikamentengabe; „D“ = Dialyse; „S“ = Sonstige  
n = 1 331 Krankenhäuser

Tabelle 16–5

**Komponenten der vereinbarten Budgetveränderung nach Segmenten 2015**

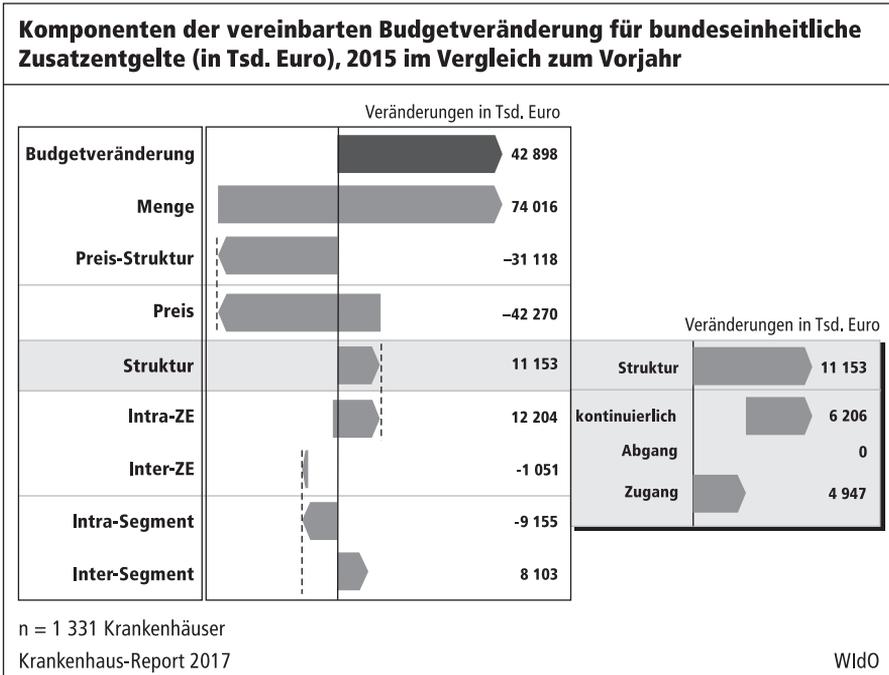
Segment	Anzahl (in Tsd.)	Budget (in Mio. Euro)	Budget- anteil	Budget- veränderung zum Vorjahr	davon:			davon in der Warenkorbkomponente:		
					Mengen- komponente	Preiskom- ponente	Struktur- komponente	kontinuier- lich	Abgänge	Zugänge
Sonstige	575	582,8	40,2 %	2,6 %	11,7 %	–7,0 %	–1,3 %	–2,1 %	0,0 %	0,9 %
Dialyse	501	173,0	11,9 %	0,8 %	0,2 %	0,4 %	0,3 %	0,3 %	0,0 %	0,0 %
Medikamentengabe	301	693,5	47,9 %	4,0 %	2,9 %	–0,3 %	1,4 %	1,4 %	0,0 %	0,0 %
alle E2-Zusatzengelte	1 377	1 449,3	100,0 %	3,1 %	5,3 %	–2,9 %	0,8 %	0,4 %	0,0 %	0,3 %

n = 1 331 Krankenhäuser

Krankenhaus-Report 2017

WlD0

Abbildung 16–7



dere Behandlungsverfahren, wie zum Beispiel ZE130 und ZE131 für die hochaufwendige Pflege.

Das Segment Dialyse mit einem Anteil am Gesamtbudget von 11,9% weist eine nur sehr geringe Dynamik aus. Bei den Medikamentengaben hat sich das Budget gegenüber dem Vorjahr um 4,0% erhöht, was im Wesentlichen auf ein Mengenwachstum zurückzuführen ist. Das Budgetwachstum um +2,6% bei „sonstigen“ Zusatzentgelten ist ebenfalls sehr stark mengenbedingt bei einem gleichzeitigen Preisrückgang von 7,0% gegenüber 2014. (Tabelle 16–5).

Über alle E2-Zusatzentgelte bewirkt die Mengenentwicklung isoliert betrachtet einen Budgetanstieg von +5,3% und die Preiskomponente einen Rückgang um -2,9%. Hinter dem positiven Struktureffekt verbergen sich strukturelle Verschiebungen in Richtung höher vergüteter Zusatzentgelte.

Abbildung 16–7 stellt die maßgeblichen Einflussfaktoren für die vereinbarten Budgetveränderungen bundeseinheitlicher Zusatzentgelte insgesamt nach der Methode der Komponentenerlegung dar.<sup>13</sup> Sie verdeutlicht, dass der positive Struktureffekt hauptsächlich aus Veränderungen innerhalb ein und desselben Zusatzentgelts, z. B. einer Verschiebung hin zu höher vergüteten Dosierungsklassen, resultiert.

<sup>13</sup> Zu den methodischen Voraussetzungen der Anwendung der Komponentenerlegung auf den Bereich der E2-Zusatzentgelte vgl. Mostert et al. 2013.

## 16.5 Zusammenfassung und Diskussion

In den Vorjahren führten die Änderungen aus dem PsychEntgG und dem Beitragsschuldengesetz zu einer deutlichen Erhöhung der vereinbarten Preiskomponenten mit den entsprechenden Wirkungen auf die Krankenhausbudgets. Im Vergleich dazu entwickeln sich die vereinbarten Preise im Jahr 2015 moderater. Die erstmals wirksame Laufzeitverlängerung des Mehrleistungsabschlags auf drei Jahre führt zu einem preisdämpfenden Effekt i. H. v. –171,1 Mio. Euro, im Gegenzug ist die Überkompensation der Wirkungen aus dem Mehrleistungsabschlag durch den Versorgungszuschlag 2015 entfallen. In der Summe resultiert ein ausgleichsbereinigter Preiseffekt von 1,8%, der unterhalb der Veränderung der Landesbasisfallwerte liegt.

Die vereinbarte Mengenentwicklung mit einem Plus von 1,9% fällt 2015 dagegen stärker aus als in den Vorjahren. Sie ist erneut weitestgehend auf die Fallzahlentwicklung zurückzuführen. Die Veränderung der mittleren Fallschwere auf globaler Ebene ist mit 0,3% vergleichsweise unbedeutend. 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 1 331 Krankenhäuser ausgleichsbereinigt um 3,6% 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“. *f&w* 2005; 5 (22): 464–8.
- Fürstenberg T, Laschat M, Zich K, Klein S, Gierling P, Noting HP, Schmidt T. G-DRG-Begleitforschung gemäß § 17b Abs. 8 KHG, Endbericht des dritten Forschungszyklus (2008–2010). InEK 2013. [http://www.g-drg.de/cms/Begleitforschung\\_gem\\_17b\\_Abs\\_8\\_KHG](http://www.g-drg.de/cms/Begleitforschung_gem_17b_Abs_8_KHG).
- GKV-Spitzenverband. Bericht des GKV-Spitzenverbandes zum Hygienesonderprogramm in 2013/2014. Berlin 2015.
- Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK). Abschlussbericht. Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2015. Siegburg 2014.
- 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 2013 und 2014 im Vergleich. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg). Krankenhaus-Report 2016, Stuttgart: Schattauer 2016; 283–306.
- Mostert C, Leclerque G, Friedrich J. Die Krankenhausbudgets 2012 und 2013 im Vergleich. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg). Krankenhaus-Report 2015, Stuttgart: Schattauer 2015; 303–24.
- Reichelt H. Eine Methode der statistischen Komponentenerlegung. WiDO-Materialien 31. Bonn 1988.

Anhang

**Zusatzentgelte 2014 und 2015**

<b>ZE-Nr</b>	<b>Segment<sup>a)</sup></b>	<b>Bezeichnung</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
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 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	in ZE149
ZE 30	M	Gabe von Prothrombin-komplex, 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	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	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

Anhang

## Fortsetzung

ZE-Nr	Segment <sup>a)</sup>	Bezeichnung	2014	2015
ZE 72	M	Gabe von Pegyliertem liposomalen Doxorubicin, parenteral	X	X
ZE 74	M	Gabe von Bevacizumab, parenteral	X	X
ZE 75	M	Gabe von Liposomalem Cytarabin, intrathekal	X	X
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	X
ZE 82	M	Gabe von Rituximab, parenteral	X	in ZE148
ZE 84	M	Gabe von Apherese-Thrombozytenkonzentraten	X	in ZE147
ZE 86	S	Neurostimulatoren zur Hirnstimulation, Einkanalssystem	X	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	in ZE146
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	Distractionsmarknagel, 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	in ZE150
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	in ZE151
ZE119	D	Hämofiltration, kontinuierlich	X	X

Anhang

## Fortsetzung

ZE-Nr	Segment <sup>a)</sup>	Bezeichnung	2014	2015
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
ZE125	S	Implantation oder Wechsel eines interspinösen Spreizers, Andere Operationen an der Wirbelsäule	X	X
ZE126	S	Autogene / Autologe matrixinduzierte Chondrozytentransplantation	X	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	X
ZE136	S	Medikamente-freisetzende Ballons an Koronargefäßen	X	X
ZE137	S	Medikamente-freisetzende Ballons an anderen Gefäßen	X	X
ZE138	S	Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder Stimulation des peripheren Nervensystems, Einkanal-system, mit Sondenimplantation	X	X
ZE139	S	Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder Stimulation des peripheren Nervensystems, Einkanal-system, ohne Sondenimplantation	X	X
ZE140	S	Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanal-system, nicht wiederaufladbar, mit Sondenimplantation	X	X
ZE141	S	Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanal-system, nicht wiederaufladbar, ohne Sondenimplantation	X	X
ZE142	M	Gabe von Clofarabin, parenteral	X	X
ZE143	M	Gabe von Plerixafor, parenteral	X	X
ZE144	M	Gabe von Romiplostim, parenteral	X	X
ZE145	S	Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplex-behandlung	X	X
ZE146	M	Gabe von Thrombozytenkonzentraten	aus ZE 94	X
ZE147	M	Gabe von Apherese-Thrombozytenkonzentraten	aus ZE 84	X

Anhang

**Fortsetzung**

ZE-Nr	Segment <sup>a)</sup>	Bezeichnung	2014	2015
ZE148	M	Gabe von Rituximab, intravenös	aus ZE 82	X
ZE149	M	Gabe von Trastuzumab, intravenös	aus ZE 27	X
ZE150	M	Gabe von Posaconazol, oral	aus ZE114	X
ZE151	M	Gabe von Abatacept, intravenös	aus ZE118	X
ZE152	S	Perkutan-transluminale Fremdkörperentfernung und Thrombektomie an intrakraniellen Gefäßen unter Verwendung eines Stentretreiver-Systems		X
ZE153	S	Zügeloperation mit alloplastischem Material, adjustierbar		X

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

Krankenhaus-Report 2017

WIdO