

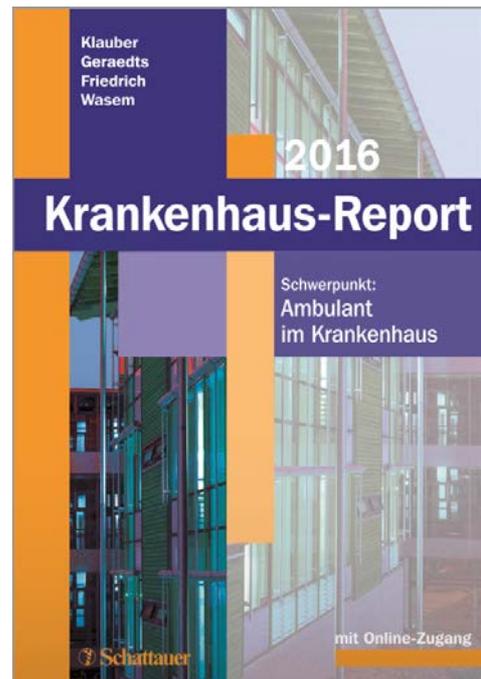
Krankenhaus-Report 2016

„Ambulant im Krankenhaus“

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

Schattauer (Stuttgart) 2016

Auszug Seite 283-306



17	Die Krankenhausbudgets 2013 und 2014 im Vergleich	283
	<i>Carina Mostert, Jörg Friedrich und Gregor Leclerque</i>	
17.1	Einführung	283
17.2	Allgemeine Budgetentwicklung	284
17.3	Vereinbarte Preisentwicklung	286
17.4	Vereinbarte Leistungsentwicklung	289
17.4.1	Leistungsveränderung im DRG-Bereich	290
17.4.2	Leistungsentwicklung im Zusatzentgelte-Bereich	297
17.5	Zusammenfassung und Diskussion	302

17 Die Krankenhausbudgets 2013 und 2014 im Vergleich

Carina Mostert, Jörg Friedrich und Gregor Leclerque

Abstract

Der vorliegende Beitrag untersucht die vereinbarte Budgetentwicklung für 1 368 Krankenhäuser der Jahre 2013 und 2014. Im Ergebnis sind die Krankenhausbudgets für diese Einrichtungen ausgleichsbereinigt um 4,4% gestiegen, was einem Mittelzuwachs von ca. 2,6 Mrd. Euro entspricht. Damit deckt sich die Budgetentwicklung weitestgehend mit den Eckwerten des Vorjahres. Der entscheidende Faktor war auch in diesem Jahr die Preisdeterminante, maßgeblich getrieben vom Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung (Beitragschuldengesetz). Insbesondere die Regelungen zum Versorgungszuschlag und die Änderungen zur Ermittlung der Obergrenze für die Preisentwicklung in den Landesbasisfallwerten führten zu einem ausgleichsbereinigten Preiseffekt von 2,9%. Wie im Vorjahr hatte die vereinbarte Mengenveränderung mit einem Plus von 1,5% eine geringere Bedeutung für die Budgetentwicklung als während der Konvergenzphase und im direkten Anschluss.

The paper examines the agreed budget development for 1 368 hospitals for 2013 and 2014. The analysis shows that hospital budgets increased by 4.4%, which corresponds to just over 2.6 billion euros. Compared with the previous year, the budget development remains largely unchanged. The decisive factor was again 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 a provision surcharge on DRGs and the changes concerning the determination of the upper limit of the price development in the base rates at state level, the adjusted price effect amounts to 2.9%. As in the previous year, the agreed volume increase of 1.5% was less important for the budget development than during the convergence phase and immediately afterwards.

17.1 Einführung

Der Beitrag untersucht die jährlich zu vereinbarenden Budgets somatischer Krankenhäuser der Jahre 2013 und 2014. Die Analyse basiert auf den vorliegenden Unterlagen nach der amtlichen Aufstellung der Entgelte und Budgetberechnung (AEB) aus 1 368 Kliniken. Sie beschränkt sich auf solche Einrichtungen, für die in beiden Jahren Vereinbarungen vorliegen und 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 Häu-

sern aufgegangen sind. Diese Stichprobe enthält somit 87,6% derjenigen Häuser, die im Jahr 2014 DRGs abgerechnet haben. Die Einrichtungen repräsentieren 91,6% der bundesweiten Leistungsmenge (DRG-Casemixsumme), wie sie im Rahmen der Vereinbarung der Landesbasisfallwerte 2014 fixiert worden ist.

Der Beitrag liefert in Abschnitt 17.2 einen Überblick über die allgemeine Budgetentwicklung mit der Darstellung der Preis- und Mengenfaktoren. In Abschnitt 17.3 werden die Preis- und in Abschnitt 17.4 die Leistungsentwicklungen im DRG-Bereich und für Zusatzentgelte vertiefend analysiert.

17.2 Allgemeine Budgetentwicklung

Für die hier untersuchten Krankenhäuser betrug im Jahr 2014 das vereinbarte Gesamtbudget aus DRGs, den sonstigen Entgelten nach § 6 KHEntgG sowie den Zu- und Abschlägen rund 59,2 Mrd. Euro (Tabelle 17–1). Dies entspricht einem Zuwachs von etwas über 2,4 Mrd. Euro (4,4%) im Vergleich zum Vorjahr. Die Veränderungsrate fällt folglich um 0,2%-Punkte geringer aus als von 2012 nach 2013, aber deutlicher als von 2011 nach 2012 und von 2010 nach 2011, als sie 4,0% bzw. 2,9% betrug (vgl. Mostert et al. 2015, 2014 und 2013).

Das Gesamtbudget besteht zu 96,0% aus den Entgeltsummen für DRGs inklusive der Zusatzentgelte. Folglich stellen diese auch die Hauptdeterminante für die Entwicklung dar. Allein die Entgeltsummen für DRGs wuchsen von 2013 auf 2014 um rund 2,3 Mrd. Euro. Der Gesamtbetrag für die Zusatzentgelte stieg mit 7,0% zwar überdurchschnittlich, fiel aufgrund seines geringen Anteils am Gesamtbudget von 3,4% aber kaum ins Gewicht. Die Entwicklung der einzelnen Zusatzentgelte wird in Abschnitt 17.4.2 beschrieben.

Die Sonstigen Entgelte stiegen mit 7,2% etwas stärker als die Zusatzentgelte und hatten in beiden Jahren einen nahezu gleich hohen Anteil wie diese am Gesamtbudget.

Die Zu- und Abschläge stellen nach wie vor den kleinsten Kostenblock dar. Ihr Gesamtbudget entwickelte sich zwischen 2013 und 2014 zudem nur geringfügig. Trotzdem gab es Veränderungen auf der Entgeltebene, die im Abschnitt 17.3 näher dargestellt werden.

Darüber hinaus sind für die Betrachtung der Gesamtbudgetentwicklung die Ausgleichsbeträge von Bedeutung. Diese bezahlen die Krankenkassen an die Krankenhäuser, wenn das vereinbarte Gesamtbudget überschritten wurde. Im Falle von Unterschreitungen fließen hingegen Gelder von den Krankenhäusern zurück an die Krankenkassen. Im Jahr 2014 hatten die Krankenkassen einen Betrag von fast 100 Mio. Euro auszugleichen, also 19,3% mehr als 2013.

Der Anstieg des Gesamtbudgets von 4,4% wird von einer Preis¹- und einer Mengenveränderung determiniert. Bis 2012 war der Einfluss der Mengenentwicklung der stärkere von beiden (vgl. Mostert et al. 2015, 2014 und 2013). Bereits 2013

¹ Effekte aus der jährlichen Neukalkulation des DRG-Kataloges sind auf dieser Ebene nicht von Bedeutung (vgl. Abschnitt 17.4.1 und InEK 2013).

war hingegen die Preisentwicklung für ungefähr zwei Drittel der Budgetveränderung verantwortlich. Dieses Muster wiederholt sich auch im Jahreswechsel von 2013 nach 2014, wie Abbildung 17–1 zeigt. Verglichen mit der Vorjahresentwick-

Tabelle 17–1

Vereinbarte Budgets 2013 und 2014 (in Mio. Euro)

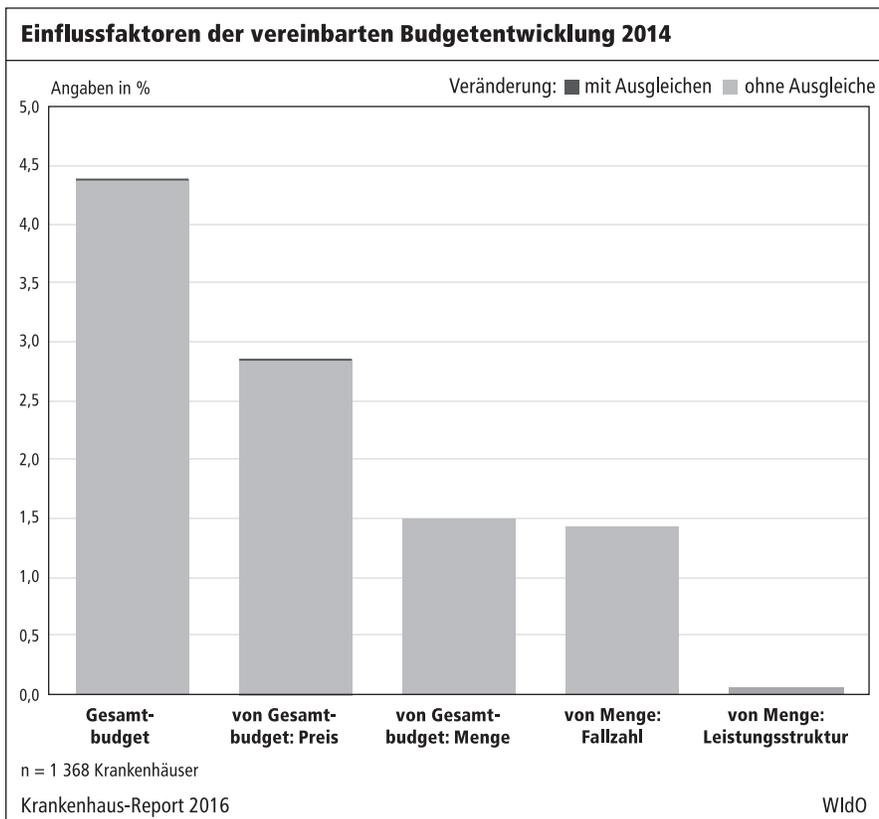
	2013	2014	Veränderung
DRG-Budget	56 902,5	59 332,9	4,3 %
davon: Zusatzentgelte:	1 944,7	2 080,2	7,0 %
Sonstige Entgelte	2 011,1	2 155,9	7,2 %
Zu- und Abschläge (ohne Ausbildung)	303,9	312,5	2,8 %
Gesamtbudget	59 217,5	61 801,3	4,4 %
Ausgleiche	83,8	99,9	19,3 %
Gesamtbudget mA	59 301,3	61 901,2	4,4 %

n = 1 368 Krankenhäuser

Krankenhaus-Report 2016

WIdO

Abbildung 17–1



lung wurde die verbleibende Mengenentwicklung fast ausschließlich durch den Anstieg der Fallzahl hervorgerufen. Die Leistungsstruktur hat sich nur minimal verändert und besitzt somit fast keinen Einfluss auf die Mengen- und Budgetentwicklung mehr.

17.3 Vereinbarte Preisentwicklung

Das Vergütungsniveau stationärer Leistungen im somatischen Bereich wurde wie eingangs beschrieben im betrachteten Zeitraum vor allem von der Preisentwicklung für DRG-Leistungen determiniert. Im Folgenden werden die maßgeblichen Einflussgrößen inklusive ihrer Auswirkungen auf die Budgetentwicklung dargelegt und anschließend die Preisentwicklung insgesamt analysiert.

Nachträgliche Tarifberichtigung im Jahr 2013

Das Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung (Beitragschuldengesetz) sicherte den Krankenhäusern – wie bereits im Vorjahr – eine anteilige Refinanzierung der Tarifsteigerungen für das Jahr 2013 zu.² Dieser Regelung liegt der Gedanke zugrunde, dass diese Tarifsteigerungen nicht umfänglich in den vereinbarten Landesbasisfallwerten enthalten waren. Die anteilige Tarifierhöhungsrate für das Jahr 2013 betrug 0,21 %, bezogen auf die vereinbarten Budgets der hier untersuchten Krankenhäuser belief sich dieser Betrag in Summe auf 116,4 Mio. Euro. Diese Tarifberücksichtigung wurde im Jahreswechsel nach 2014 in die Landesbasisfallwerte überführt.

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. Das im August 2012 in Kraft getretene Psych-Entgeltgesetz (PsychEntgG) regelte, dass erstmals für 2013 neben der Grundlohnrate der Orientierungswert in den Veränderungswert einging, der bis zum 31. Oktober zwischen dem GKV-Spitzenverband, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Verband der Privaten Krankenversicherung für das Folgejahr vereinbart wurde. Lag die Kostenentwicklung der Krankenhäuser oberhalb der Einnahmenentwicklung der Krankenkassen,

² Die anteilige Refinanzierung soll ein Drittel der Differenz aus Tarifraten und Veränderungswert betragen. Im August 2013 haben sich die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der GKV-Spitzenverband auf eine Tarifraten von 2,64 % für 2013 geeinigt. Hieraus ergibt sich eine Erhöhungsrate von 0,64 %, die zu einem Drittel finanzwirksam wurde.

konnte ein Veränderungswert oberhalb der Grundlohnsumme vereinbart werden. Diese Regelung galt aber nur für ein Jahr.³

Mit dem im August 2013 in Kraft getretenen Beitragsschuldengesetz wurde die im Vorjahr eingeführte Ablösung der Grundlohnrate durch den Orientierungswert teilweise rückgängig gemacht: Liegt der Orientierungswert unterhalb der Grundlohnrate, so entfällt ab 2014 die Verhandlung und der Veränderungswert entspricht der Grundlohnrate. Ob sich die Preise kosten- oder einnahmenorientiert entwickeln sollen, hängt somit seitdem davon ab, welcher Wert im jeweiligen Jahr der höhere ist.

Der vom Statistischen Bundesamt veröffentlichte Orientierungswert für das Jahr 2014 lag mit 2,02% unterhalb der veröffentlichten Veränderungsrate nach § 71 SGB V Abs. 3 in Höhe von 2,81%. Somit galt die Grundlohnsumme als Obergrenze für die Veränderung der Landesbasisfallwerte.

Im gewichteten Mittel stiegen die Landesbasisfallwerte von 3 064,10 Euro im Jahr 2013 um 2,85% auf 3 151,47 Euro im Jahr 2014, allerdings inkl. der Integration der anteiligen Tarifierhöhungsrate aus 2013. Bereinigt um diesen Effekt entspricht das einer Steigerung um 2,64%,

Hygienesonderprogramm

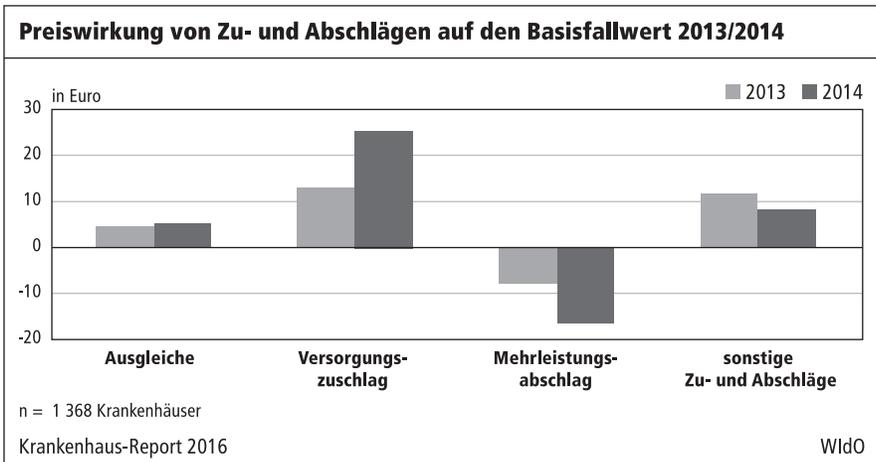
Ebenfalls mit dem Beitragsschuldengesetz wurde die Förderung der Krankenhaushygiene im KHEntgG eingeführt. In den Jahren 2013 bis 2016 können Krankenhäuser zusätzliche Mittel für die Neueinstellung und Weiterbildung von ärztlichem und pflegerischem Hygienepersonal erhalten. Mit Inkrafttreten des gesetzlichen Rahmens im August 2013 war schon ein großer Anteil der Budgetvereinbarungen des Jahres geschlossen, daher sind die dokumentierten Budgets für 2013 in den hier untersuchten Krankenhäusern mit 4,3 Mio. Euro deutlich unterzeichnet. 2014 betrug das vereinbarte Budgetvolumen für das Hygienesonderprogramm 49,3 Mio. Euro (vgl. GKV-Spitzenverband 2015).

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 für deren Berücksichtigung in den Budgetverhandlungen. Mit dem PsychEntgG wurde der Mehrleistungsabschlag ab 2013 mit 25% festgelegt. Der für das Jahr 2013 ermittelte Abschlag galt auch im Jahr 2014 weiter, sofern das Krankenhaus die Leistungen dann noch erbrachte. Die für das Jahr 2014 erstmals vereinbarten Mehrleistungen waren ebenfalls mit einem Abschlag in Höhe von 25% zu versehen. Von den Regelungen ausgenommen sind Mehrleistungen aus DRGs mit einem Sachkostenanteil

³ Konkret galt als Korridorgrenze: die Grundlohnrate plus ein Drittel der Differenz von Orientierungswert und Grundlohnrate. Für 2013 wurde der Orientierungswert in Höhe von 2,00% ermittelt, während die Grundlohnrate mit 2,03% knapp darüber lag. Da die Grundlohnrate unterschritten wurde, waren die Verhandlungen über den Veränderungswert hinfällig und der Orientierungswert kam als Veränderungswert zur Anwendung.

Abbildung 17–2



von mehr als 66,7% oder solche, die aus krankenhauserischen Maßnahmen resultieren.

Für die hier untersuchten Krankenhäuser ergab sich aus dem Mehrleistungsabschlag eine Budgetabsenkung von $-0,26\%$ im Jahr 2013 bzw. $-0,46\%$ im Jahr 2014 (vgl. Abbildung 17–2). 2014 vereinbarten 582 Häuser einen solchen Mehrleistungsabschlag für neue Mehrleistungen, 2013 waren es 561. Das vereinbarte Gesamtvolumen für 2014 inkl. der Weitergeltung betrug 299,6 Mio. Euro. Dies entspricht einem vereinbarten Preiseffekt von $-16,34$ Euro. Im Jahr 2013 betrug dieser Effekt basierend auf einem Abschlagsvolumen von 142,4 Mio. Euro noch $-7,86$ Euro. Maßgeblich für die steigenden Beträge aus dem Mehrleistungsabschlag ist, dass die Vorjahresbeträge 2014 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 Mehrmengen 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. Ab dem 1. August 2013 galt dieser Zuschlag i. H. v. $1,0\%$, was auf das Gesamtjahr bezogen $0,42\%$ entspricht. Für 2014 betrug der Zuschlag $0,8\%$.

Für 2014 belief sich der Versorgungszuschlag für die hier untersuchten Krankenhäuser in der Summe auf 462,2 Mio. Euro, im Jahr davor waren es noch 232,8 Mio. Euro. Die Überkompensation des Mehrleistungsabschlags führte 2013 zu einer Budgetsteigerung um 90,4 Mio. Euro, die im Jahr 2014 mit 162,6 Mio. Euro noch deutlicher ausfiel (vgl. Abbildung 17–2). Der Preiseffekt betrug 2013 $+12,86$ Euro und stieg 2014 auf $+25,20$ Euro.

Preisentwicklung im DRG-Bereich

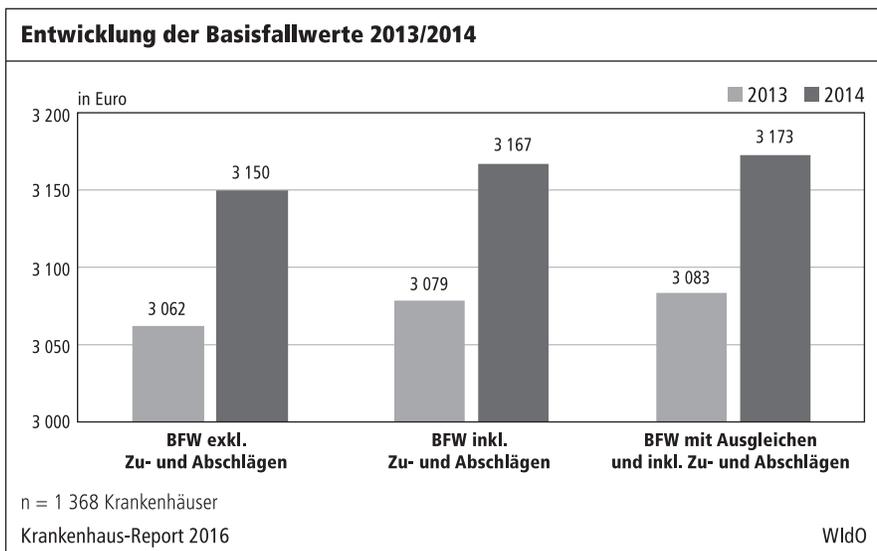
Die DRG-Preiskomponente setzt sich aus den Determinanten Basisfallwert, Zu- und Abschläge sowie periodenfremden Ausgleiche für Budgetabweichungen aus den Vorjahren zusammen. Die sogenannten Sonstigen Entgelte nach § 6 KHEntgG, deren Preise hausindividuell zu vereinbaren sind, spielen wie eingangs beschrieben 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 betrug dieser 3 061,95 Euro im Jahr 2013 und stieg im Folgejahr um 2,88 % auf 3 150,27 Euro an (vgl. Abbildung 17–3). Dabei ist zu beachten, dass diese Veränderung durch die Integration der anteiligen Tariffinanzierung aus 2013 um 0,21 Prozentpunkte überzeichnet ist. Unter Berücksichtigung der Zu- und Abschläge resultiert eine Veränderung um 2,88 %, die oberhalb der bereinigten BFW-Entwicklung liegt. Dies ist in erster Linie auf die steigende Überkompensation des Mehrleistungsabschlags durch den Versorgungszuschlag zurückzuführen. Unter Berücksichtigung der Ausgleichszahlungen für Vorperioden lag die Preissteigerung quasi unverändert bei 2,90 %.

17.4 Vereinbarte Leistungsentwicklung

Die folgenden zwei Abschnitte widmen sich der vereinbarten Leistungsentwicklung in den Bereichen DRG und Zusatzentgelte. Mit der Methode der Komponentenzerlegung werden dabei die wesentlichen Determinanten identifiziert und quantifiziert.

Abbildung 17–3



17.4.1 Leistungsveränderung im DRG-Bereich

Die Leistungsmenge im DRG-Bereich wird über die Kennzahl Casemix (CM) ausgedrückt. Sie lässt sich durch die Multiplikation der Komponenten Fallzahl und durchschnittliche Fallschwere (CMI) berechnen. 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 2013/2014 (Katalogeffekt)

Die seit 2006 verwendete Normierungsmethode des G-DRG-Katalogs soll sicherstellen, dass die Anwendung eines neuen G-DRG-Systems 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 national konstanten Casemixsumme neben der Neubewertung der jeweiligen Krankenhausleistungen auch zu strukturelle Änderungen am Entgeltsystem. Die Auswirkungen dieser Revisionen werden im Weiteren Katalogeffekt genannt.

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 dass sich die Leistungen real geändert hätten. Um diese Störgröße zu neutralisieren, werden für alle vergleichenden Darstellungen in den folgenden Abschnitten die vereinbarten DRG-Leistungen des Jahres 2013 in den Katalog des Jahres 2014 überführt.⁴

Mit Überleitung der Vereinbarungen des Jahres 2013 auf den G-DRG-Katalog 2014 erhöht sich der CM für die hier betrachteten Einrichtungen um 1416 Bewertungsrelationen (BR), was einem Effekt von +0,01 % entspricht.⁵ Die individuellen Katalogeffekte der Krankenhäuser differieren zwischen -10,54 % und +4,19 %. Die 20 % der Häuser mit der negativsten Veränderung verzeichneten einen CM-Rückgang von mehr als -0,95 %. Die vereinbarte Budgetsumme sank c. p. für diese Einrichtung entsprechend. Für 20 % der Krankenhäuser wurde das vereinbarte CM-Volumen um mindestens 0,56 % aufgewertet (Tabelle 17-2). Somit fällt die Spreizung der Katalogeffekte auf Hausebene etwas größer aus als im Vorjahr (vgl. Mostert et al. 2015).

Bei der Analyse der Katalogeffekte auf Ebene der 25 Major Diagnostic Categories (MDCs)⁶ sind die Veränderungen der in den vorangegangenen Jahren mengen-dynamischen MDC 5 (Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems) am deut-

4 Die Abbildung der Vereinbarungen des Jahres 2013 nach G-DRG-Katalog 2014 erfolgt mit dem Verfahren der „Vereinbarungsgewichteten Überleitung“. Dieses Verfahren gewichtet die vereinbarten Mengen des Jahres 2013 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 2014 von den bundesweit erbrachten Krankenhausleistungen des Jahres 2012, dem Datenjahr für die Katalogkalkulation.

6 Die deutsche Bezeichnung für MDC lautet Hauptdiagnosegruppe. Eine Aufstellung aller MDCs findet sich in Tabelle 17-3.

lichsten (Abbildung 17–4). Sie verlor aufgrund der Katalogrevision 63,5 Tausend BR, was einem Effekt von –2,02% entspricht. Nach vergleichsweise deutlicher Abwertung im Vorjahr hat die MDC 8 (Krankheiten und Störungen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe) mit diesem Katalogwechsel wieder eine leichte Aufwertung erfahren. Die MDC 6 (Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane) wurde wie in den Jahren zuvor erneut aufgewertet. Für die hier untersuchten Ein-

Tabelle 17–2

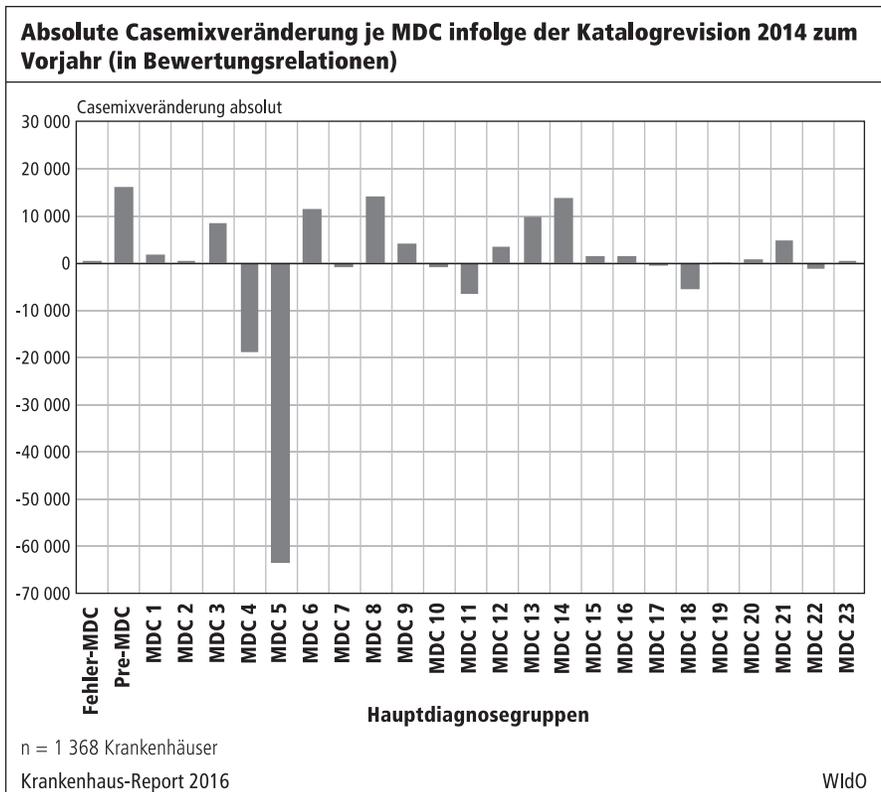
Verteilung der Katalogeffekte auf Einzelhausebene

Katalogeffekt	
1. Quintil	negativer als –0,95 %
2. Quintil	zwischen –0,95 % und –0,27 %
3. Quintil	zwischen –0,27 % und 0,11 %
4. Quintil	zwischen 0,11 % und 0,55 %
5. Quintil	positiver als 0,56 %

Krankenhaus-Report 2016

WIdO

Abbildung 17–4



WIdO

richtungen summiert sich der Katalogeffekt in der MDC 6 auf zusätzliche 11,5 Tausend BR, was einem Effekt von +0,68% gleichkommt.

Komponentenzerlegung der vereinbarten CM-Veränderung im DRG-Bereich

Nach Bereinigung des Katalogeffektes ergibt sich von 2013 nach 2014 eine Erhöhung des vereinbarten Leistungsvolumens um knapp 244 500 CM-Punkte (1,4%) (vgl. Abbildung 17–5). Zur detaillierten Analyse der Leistungsentwicklung im DRG-Bereich wird im Folgenden das Konzept der Komponentenzerlegung⁷ angewendet. Dadurch kann aufgezeigt werden, welche Einflusstärken der Fallzahl und der Fallschwere bei der Mengenentwicklung zukommen. Darüber hinaus es möglich, auch die CMI-Entwicklung in ihre Teilkomponenten zu zerlegen und deren Relevanz zu bestimmen.

Die um 1,4% ansteigende Entwicklung des CM ist ausschließlich auf die Fallzahlkomponente zurückzuführen (vgl. Abbildung 17–5). 2014 wurden im Vergleich zum Vorjahr rund 1,5% mehr DRG-Fälle vereinbart, was isoliert betrachtet einen CM-Anstieg von über 267 000 CM-Punkten bewirkte. Damit war der Fallzahlanstieg wieder etwas deutlicher als zwischen den Jahren 2012 und 2013. Im Gegensatz dazu bewirkte die durchschnittliche Fallschwere einen leichten CM-Rückgang von 0,1% bzw. 22 900 Punkten (Mostert et al. 2015). Dies ist im Vergleich zu den letzten Jahren eine neue Entwicklung, da zuvor immer ein CMI-Anstieg vereinbart wurde. Da der DRG-Bereich wie in Abschnitt 17.1 beschrieben den größten Teil des Gesamtbudgets darstellt, ist der hier aufgezeigte CMI-Rückgang im DRG-Bereich auch maßgeblich für die schwache Strukturkomponente auf globaler Ebene verantwortlich. Da in Abbildung 17–1 jedoch auch die Entwicklung der Sonstigen und Zusatzentgelte berücksichtigt ist, hat die Strukturkomponente dort ein anderes Vorzeichen.

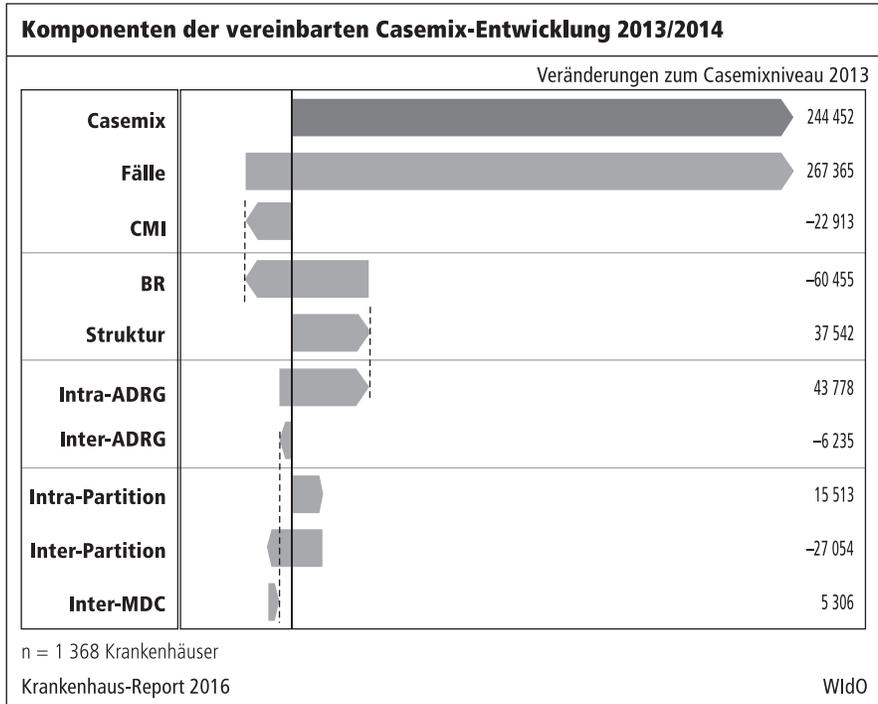
Der Einfluss der BR-Komponente auf den CM ist mit rund –0,3% auf dem gleichen Niveau wie von 2012 nach 2013, der Trend hin zu einer sinkenden Fallschwere aufgrund von kürzeren Verweildauern hat sich demnach nicht verändert.

Dass der CMI in der Summe geringfügiger absank, ist auf eine Veränderung der Strukturkomponente im DRG-Bereich zurückzuführen. Mit einem CM-Plus von knapp 0,2% bestand zwar noch eine leichte Tendenz zur Vereinbarung höher bewerteter Leistungen, diese ist im Vergleich zu den letzten Jahren aber geringer: Im Übergang von 2011 nach 2012 betrug der CM-steigernde Einfluss der Strukturkomponente noch 1,2% und von 2012 nach 2013 noch 0,5% (Mostert et al. 2013 und 2015).

Dabei sind Verschiebungen innerhalb einer Basis-DRG (Intra-ADRG-Komponente) mit etwas über 0,2% in etwa auf dem Niveau der Veränderung des Vorjahres. In 53,5% der in Schweregrade unterteilten DRGs bestand eine Tendenz zur Verein-

⁷ 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 2014 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 und bei Fürstenberg et al. 2013. Für eine ausführliche Beschreibung weiterer theoretischer Grundlagen der Komponentenzerlegung siehe Reichelt 1988.

Abbildung 17–5



barung höher bewerteter Leistungen. Vier der zehn ADRGs mit dem prozentual deutlichsten Intra-ADRG-Effekt kommen aus der MDC 5 (Kreislaufsystem), so bspw. die ADRG F50 „Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie“. Der Fallzahlanteil im Schweregrad A stieg hier von 39,7% auf 44,9%.

Leicht rückläufig war hingegen die Inter-ADRG-Komponente. 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.

Insbesondere der Einfluss von Verschiebungen innerhalb der gleichen MDC und Partition hat sich verringert, sodass der negative Einfluss auf den CM von Verschiebungen innerhalb der gleichen MDC, aber in unterschiedlichen Partitionen stärker ins Gewicht fiel. Verschiebungen zwischen unterschiedlichen MDCs hatten in Summe so gut wie gar keinen Einfluss auf den CM.

Auf Ebene der einzelnen MDC zeigen sich jedoch dynamische Entwicklungen (vgl. Tabelle 17–3): 19 MDCs hatten entweder einen positiven Intra- oder Inter-Partitions-Effekt, bei vier von ihnen traf das auf beide Effekte zu. Zu letzteren gehört auch die 2014 fallzahlstärkste MDC 5 (Kreislauf). Besonders deutlich sind Verschiebungen innerhalb einer MDC und Partition bspw. bei der operativen MDC 8

Tabelle 17-3

Komponenten der vereinbarten CM-Veränderung 2013/2014 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	davon	
				Intra- Partition							Inter- Partition	
MDC 2	Auge	205244	345	1,3 %	1,3%	0,0%	-0,1 %	0,1 %	0,0 %	0,1 %	0,4 %	-0,3 %
MDC 3	HNO	568534	768	-0,4%	-0,3 %	-0,1 %	-0,3 %	0,2 %	0,2 %	0,0 %	0,5 %	-0,5 %
MDC 4	Atmung	1118624	1244	0,0%	-0,3 %	0,3%	-0,5%	0,8%	0,3 %	0,5 %	-0,5 %	1,0 %
MDC 5	Kreislauf	3163697	2609	2,3%	1,7 %	0,6%	-0,4%	1,0%	0,4 %	0,6 %	0,5 %	0,1 %
MDC 6	Verdauung	1699088	1959	0,0%	1,0 %	-1,0%	-0,5%	-0,5%	0,0 %	-0,5%	-0,1 %	-0,4 %
MDC 7	hepatobiliäres System	586555	512	2,1%	1,7 %	0,4%	-0,2%	0,6%	0,4 %	0,2 %	0,1 %	0,2 %
MDC 8	Muskel-Skelett-System	3368557	2510	1,4%	1,4 %	0,0%	-0,3%	0,3%	0,3 %	0,0 %	0,7 %	-0,7 %
MDC 9	Haut	618835	760	1,8%	2,4 %	-0,6%	-0,7%	0,2%	0,1 %	0,1 %	0,2 %	-0,1 %
MDC 10	Stoffwechsel	387565	429	1,1%	0,8 %	0,3%	-0,5%	0,8%	0,7 %	0,1 %	0,4 %	-0,3 %
MDC 11	Harnorgane	739789	1114	2,2%	4,3%	-2,0%	-1,1%	-0,9%	0,4 %	-1,3%	-0,4 %	-0,9 %
MDC 12	männl. Geschlechtsorgane	210217	209	-4,4%	-2,8 %	-1,6%	-0,1%	-1,5%	0,2 %	-1,7%	-1,6 %	-0,1 %
MDC 13	weibl. Geschlechtsorgane	387230	381	-3,0%	-2,1 %	-0,9%	-0,1%	-0,9%	-0,1 %	-0,8%	-0,7 %	-0,1 %
MDC 14	Schwangerschaft	511938	859	2,4%	2,6 %	-0,2%	-0,2%	0,0%	0,2 %	-0,1 %	0,1 %	-0,2 %
MDC 15	Neugeborene	417042	627	1,8%	2,7 %	-0,8%	0,4%	-1,2%	-0,6%	-0,7%	-1,3 %	0,6 %
MDC 16	Blut und Immunsystem	117750	138	2,8%	3,1 %	-0,3%	-0,3%	-0,1%	0,0 %	-0,1 %	0,0 %	0,0 %
MDC 17	Neubildungen	257768	179	0,8%	1,0 %	-0,2%	-0,3%	0,1%	0,2 %	-0,1 %	-0,4 %	0,3 %
MDC 18	Infektionen	256561	213	7,6%	7,4 %	0,2%	-0,4%	0,6%	0,4 %	0,2 %	0,6 %	-0,4 %

Tabelle 17–3
Fortsetzung

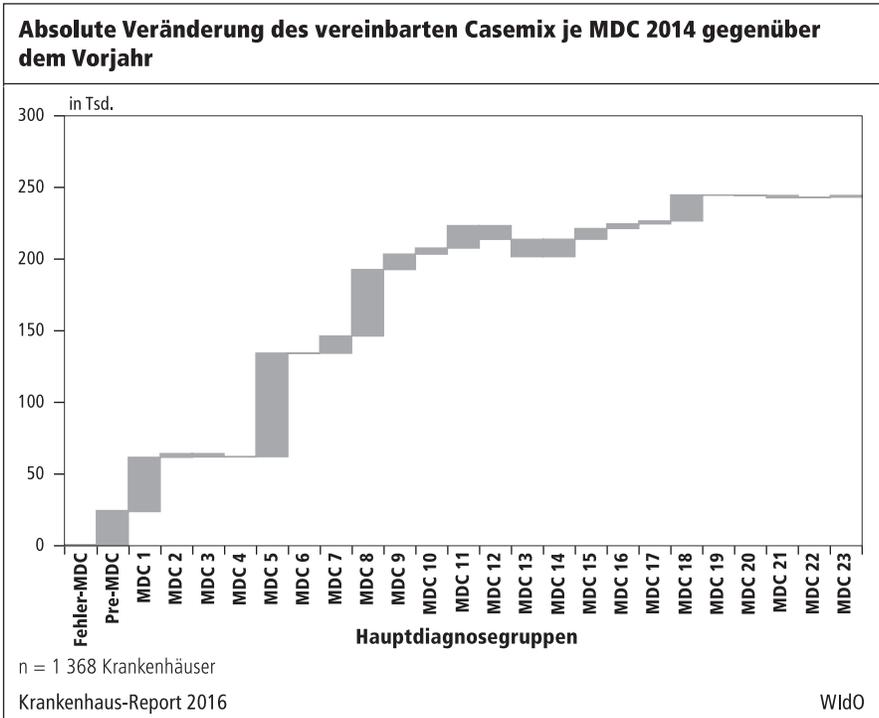
		Casemix 2013	Fälle 2013 (in Tsd.)	Veränderungswerte (Komponentenzerlegung)								
				Casemix	davon		davon		davon		davon	
					Fälle	CMI	BR- Index	Struktur- index	Intra- ADRG	Inter- ADRG	Intra- Partition	Inter- Partition
MDC 19	Psychiatrische Krankheiten	41 373	76	-0,2%								
MDC 20	Alkohol und Drogen	52 875	151	-0,5%	0,2%	-0,7%	-1,2%	0,5%	-0,2%	0,8%	0,1%	0,6%
MDC 21	Vergiftung	181 300	212	-0,8%	-0,8%	0,0%	-0,9%	0,8%	-0,1%	0,9%	1,8%	-0,9%
MDC 22	Verbrennungen	15 678	12	2,6%	-0,8%	3,4%	-0,8%	4,3%	-0,1%	4,4%	-0,3%	4,7%
MDC 23	sonstige Faktoren	45 808	94	2,7%	2,8%	0,0%	-0,7%	0,6%	0,3%	0,3%	-0,3%	0,6%

n = 1368 Krankenhäuser

Krankenhaus-Report 2016

WIdO

Abbildung 17–6



(Muskel-Skelett-System). Der prozentual deutlichste Inter-Partitions-Effekt lag bei der MDC 4 (Atmungsorgane) vor: Diese MDC hatte im Jahr 2014 die fünfhöchste Gesamt-Fallzahl. Durch Fallverschiebungen zugunsten der CMI-stärkeren Partitionen „operativ“ und „andere“ kam es zu einem Anstieg der Fallschwere.

Auch der sehr geringe Einfluss der Inter-MDC-Komponente bedeutet nicht, dass es keine Zu- und Abnahmen des CM auf Ebene der einzelnen MDCs gab. Der CM der MDC 18 (Infektionen) nahm mit 7,6% am stärksten zu, der der MDC 12 (Krankheiten der männlichen Geschlechtsorgane) mit -4,8% am deutlichsten ab (vgl. Tabelle 17–3). Auch in den letzten Jahren standen diese beiden MDCs ganz oben bzw. unten auf der Liste (vgl. Mostert et al. 2014 und 2015).

Abbildung 17–6 zeigt ergänzend die Bedeutungen der einzelnen MDCs an der vereinbarten Gesamt-CM-Veränderung. An der Spitze stehen hier die fallzahlstärksten MDCs 5 (Kreislauf) und 8 (Muskel-Skelett-System). Somit haben diese im Vergleich zu der im letzten Jahr führenden MDC 4 (Atmungsorgane) wieder an Bedeutung gewonnen (vgl. Mostert et al. 2015).

17.4.2 Leistungsentwicklung im Zusatzentgelte-Bereich

Zusatzentgelte können ergänzend zu Fallpauschalen abgerechnet werden. Zwischen 2013 und 2014 nahm das Volumen der Zusatzentgelte für die hier betrachteten Häuser um 7,0% auf 2 080,2 Mio. Euro zu. Ihr Anteil am Gesamtbudget betrug 2014 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.⁸ Für den überwiegenden Teil der Zusatzentgelte ist jedoch ein bundesweit einheitlicher Preis festgelegt. Da diese einheitlich vergüteten Zusatzentgelte im Formular E2 der AEB erfasst werden, werden sie im Folgenden als E2-Zusatzentgelte bezeichnet. Auf sie entfiel im Jahr 2014 ein Budgetvolumen von rund 1 493,5 Mio. Euro; sie machten somit nahezu drei Viertel am gesamten Budget für Zusatzentgelte aus. Die weitere Darstellung beschränkt sich auf diesen Teil der Zusatzentgelte.

Wie bereits im Vorjahr war das ZE130 „Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen“ 2014 das umsatzstärkste E2-Zusatzentgelt (vgl. Tabelle 17–4). 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 hatte allein ein Budgetvolumen von 241,9 Mio. Euro, was einem Anstieg von 13,2% entspricht, und machte damit 16,2% des gesamten Budgetvolumens der E2-Zusatzentgelte aus. An zweiter Stelle stand das ZE82, die Gabe von Rituximab. Bei einem Budgetvolumen von 115,7 Mio. Euro ist es gegenüber dem Vorjahr um 10,9% gestiegen. Somit wiesen diejenigen Zusatzentgelte, die wie bereits im Vorjahr die größten Budgetanteile ausmachten, gleichzeitig auch überdurchschnittlich hohe Zuwachsraten auf.

Über die Komponentenzerlegung lässt sich auch für die E2-Entgelte feststellen, ob eine Budgetveränderung eher auf eine Veränderung der Menge oder des Preises zurückzuführen ist oder ob strukturelle Ursachen vorliegen, bei einer Medikamentengabe beispielsweise der Wechsel zu anderen Dosierungsklassen. Hier zeigt sich, dass beispielsweise das starke Wachstum beim ZE130 überwiegend auf die Mengenkomponekte zurückzuführen ist. Ähnliches zeigt sich zum Beispiel auch bei der Gabe von Caspofungin, dem ZE109. Ein besonderer Fall sind die Medikamentenfreisetzenden Koronarstents (ZE101). Bereits im dritten Jahr in Folge wiesen sie eine deutlich positive Mengenentwicklung bei einem gleichzeitigen markanten Preisrückgang auf. 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. Während 2013 der Mengenanstieg jedoch die Preisentwicklung überwog und damit insgesamt ein Budgetwachstum vorlag, sank das Budget 2014 um 17,3%. Hintergrund ist, dass die Mengenausweitung um 14,4% durch den Preisrückgang um 29,3% deutlich überkompensiert wurde.

⁸ Zu dieser Gruppe zählen auch Zusatzentgelte für Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB).

Tabelle 17-4

Komponenten der vereinbarten Budgetveränderung für die 15 umsatzstärksten Zusatzentgelte 2014

Zusatzentgelt		Segment ^{a)}	Anzahl (in Tsd.)	Budget 2014 (in Mio. Euro)	Budget- anteil 2014	Budget- verände- rung zum Vorjahr	davon		
							Mengen- kompo- nente	Preis- kompo- nente	Struktur- kompo- nente
ZE130	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	S	179	241,9	16,2 %	13,2 %	13,0 %	1,1 %	-0,9 %
ZE82	Gabe von Rituximab, parenteral	M	38	115,7	7,7 %	10,9 %	9,7 %	0,3 %	0,8 %
ZE01	Hämodialyse, intermittierend	D	399	90,5	6,1 %	0,8 %	-1,7 %	2,6 %	0,0 %
ZE101	Medikamente-freisetzen- de Koronarstents	S	223	87	5,8 %	-17,3 %	14,4 %	-29,3 %	2,2 %
ZE93	Gabe von Human-Immunglobulin, polyvalent, parenteral	M	27	68,7	4,6 %	-3,0 %	7,4 %	-13,4 %	4,3 %
ZE84	Gabe von Apherese-Thrombozyten- konzentraten	M	37	67,3	4,5 %	-2,3 %	-3,0 %	1,4 %	-0,7 %
ZE109	Gabe von Caspofungin, parenteral	M	15	58,6	3,9 %	8,8 %	13,4 %	-1,0 %	-3,1 %
ZE74	Gabe von Bevacizumab, parenteral	M	18	46,8	3,1 %	15,9 %	10,1 %	-2,0 %	7,5 %
ZE53	Gabe von Pemetrexed, parenteral	M	14	43,6	2,9 %	5,2 %	3,4 %	1,3 %	0,5 %
ZE60	Palliativmedizinische Komplexbe- handlung	S	28	43	2,9 %	-34,1 %	-31,1 %	-3,3 %	-1,1 %
ZE107	Gabe von Erythrozytenkonzentrat- en	M	17	36	2,4 %	-5,4 %	-5,1 %	-0,1 %	-0,3 %
ZE145	Spezialisierte stationäre palliativ- medizinische Komplexbehandlung	S	18	34	2,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
ZE120	Hämodialyse, kontinuierlich, veno- venös, pumpengetrieben (CVVHD)	D	24	33,5	2,2 %	4,2 %	4,0 %	-1,8 %	2,0 %
ZE36	Plasmapherese	S	5	30,4	2,0 %	6,3 %	7,9 %	0,4 %	-1,8 %
ZE37	Extrakorporale Photopherese	S	19	23,8	1,6 %	13,2 %	10,8 %	2,2 %	0,0 %
alle E2-Zusatzentgelte			1384	1493,5	100,0 %	5,7 %	6,2 %	-3,1 %	2,6 %

^{a)} „M“ = Medikamentengabe; „D“ = Dialyse; „S“ = Sonstige
n = 1 368 Krankenhäuser

Die Abbildung von palliativmedizinischen Leistungen erfolgt im Katalog 2014 differenzierter als in den Vorjahren. Neben dem bisherigen Zusatzentgelt ZE60 existiert ab diesem Jahr das ZE145 für die spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung. Deshalb weist das ZE60 isoliert betrachtet einen Mengenrückgang auf; das zugeordnete Budgetvolumen sank von 65,2 Mio. Euro auf 43,0 Mio. Euro und rutschte vom siebten auf den zehnten Platz. Das neu geschaffene ZE145 stand mit einem Budgetvolumen von 34,0 Mio. Euro im Jahr 2014 auf Anhieb an zwölfter Stelle der umsatzstärksten E2-Zusatzentgelte. Rechnet man diese beiden Zusatzentgelte zusammen, so ergibt sich eine Budgetsumme von rund 77 Mio. Euro, was einer deutlichen Ausweitung palliativmedizinischer Entgelte gleichkommt.

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 zum Beispiel ZE130 und ZE131 für die hochaufwendige Pflege.

Die Bedeutung der einzelnen Segmente ist sehr unterschiedlich, je nachdem, ob man die Anzahl der vereinbarten Zusatzentgelte betrachtet oder ihr Budgetvolumen. Das Segment Dialyse lag hinsichtlich der Anzahl der Zusatzentgelte knapp hinter dem Segment der „sonstigen“ Zusatzentgelte, sein Anteil am Gesamtbudget betrug jedoch nur 12,3%. Darüber hinaus zeichnete es sich durch eine sehr geringe Dynamik aus. Bei den Medikamentengaben erhöhte sich das Budget gegenüber dem Vorjahr um 6,0%, was im Wesentlichen auf ein Mengenwachstum zurückzuführen ist. Das Budgetwachstum um 6,7% im Segment der „sonstigen“ Zusatzentgelte war ebenfalls sehr stark mengenbedingt. Eine Mengenkomponente von über 14,0% überwog hier deutlich den Einfluss des Preisrückgangs von 5,9% gegenüber 2013. Auffällig ist hier außerdem, dass innerhalb der Strukturkomponente neu hinzugekommene Zusatzentgelte eine gewisse Wirkung entfalteten. Konkret handelt es sich dabei um die bereits oben angesprochene neu eingeführte Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung (ZE145) (Tabelle 17–5).

Die maßgeblichen Einflussfaktoren für die vereinbarten Budgetveränderungen für bundeseinheitliche Zusatzentgelte werden im Weiteren ebenfalls mit der Methode der Komponentenzerlegung gemessen.⁹

Der Anstieg des Budgets für bundeseinheitliche Zusatzentgelte von 2013 nach 2014 von 5,7% belief sich absolut betrachtet auf 79,9 Mio. Euro (Abbildung 17–7). Das prozentuale Wachstum bei den Zusatzentgelten lag somit höher als die Steigerungsrate des Gesamtbudgets. Dieses relativ gesehen stärkere Gewicht spiegelt sich auch in dem in Abbildung 17–1 ausgewiesenen leicht positiven Struktureffekt für das Gesamtbudget wider, da die dort ausgewiesene Strukturveränderung unter anderem auch ein verhältnismäßig höheres Gewicht der beinhaltenen Zusatzentgelte berücksichtigt. Dort fließen allerdings – anders als in der hier betrachteten Kompo-

⁹ Zu den methodischen Voraussetzungen der Anwendung der Komponentenzerlegung auf den Bereich der E2-Zusatzentgelte vgl. Mostert et al. 2013, Fußnote 23 auf S. 38

Tabelle 17-5

Komponenten der vereinbarten Budgetveränderung nach Segmenten 2014

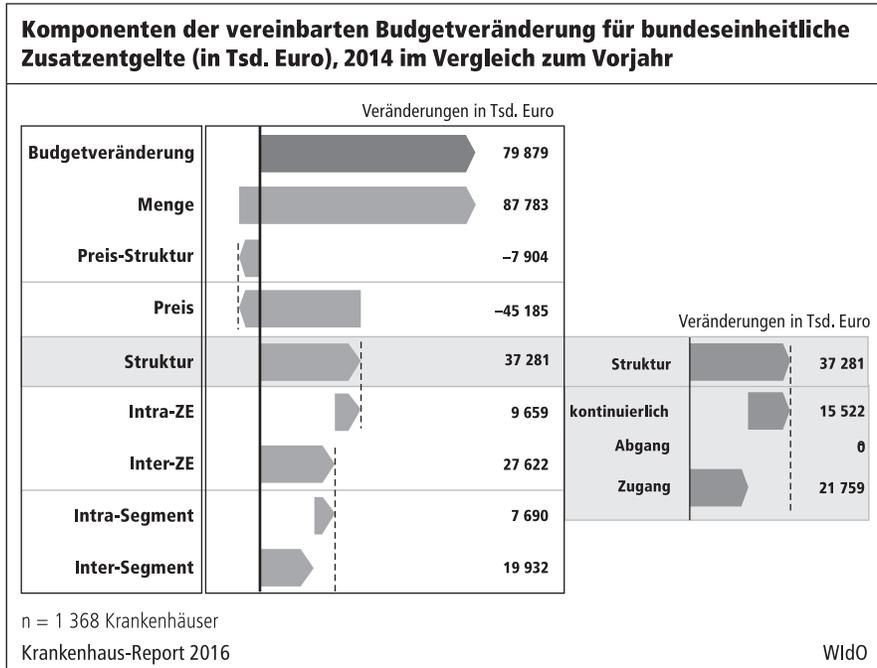
Segment	Anzahl (in Tsd.)	Budget (in Mio. Euro)	Budget- anteil	Budget- veränderung zum Vorjahr	davon:			davon in der Warenkorbkomponente:		
					Mengen- komponente	Preis- komponente	Struktur- komponente	kontinuier- lich	Abgänge	Zugänge
Sonstige	548	604,4	40,5 %	6,7%	14,0 %	-5,9 %	-0,5 %	-2,9%	0,0 %	2,5 %
Dialyse	525	184,0	12,3 %	0,9%	-0,1 %	0,3 %	0,7 %	0,7 %	0,0 %	0,0 %
Medikamentengabe	311	705,1	47,2 %	6,0%	4,9 %	-1,6 %	2,8 %	1,9 %	0,0 %	0,8 %
alle E2-Zusatzgelte	1 384	1 493,5	100,0 %	5,7%	6,2 %	-3,1 %	2,6 %	1,1 %	0,0 %	1,5 %

n = 1 368 Krankenhäuser

Krankenhaus-Report 2016

WIdO

Abbildung 17-7



mentenzerlegung – auch die nicht bundesweit bepreisten Zusatzentgelte ein, die ein noch stärkeres Budgetwachstum aufwiesen.

Was das Budgetwachstum bei den E2-Entgelten angeht, so ist dieses vornehmlich auf den Mengenanstieg zurückzuführen: Die steigende Zahl vereinbarter Zusatzentgelte führte sogar zu einem Budgetanstieg um 87,8 Mio. Euro (Mengenkomponente). Dem steht allerdings eine geringfügige dämpfende Wirkung der Preis-Struktur-Komponente gegenüber, die ein um rund 7,9 Mio. Euro reduziertes Budget bewirkte.

Hinter diesen 7,9 Mio. Euro stehen zwei ausgeprägte gegenläufige Effekte. Für sich betrachtet haben sinkende Preise das Budget um 45,2 Mio. Euro reduziert (Preiskomponente). Dies ist eine Folge der jährlichen Neukalkulation durch das InEK auf Basis von Erzeugerpreisen in einem sehr mengendynamischen Marktgeschehen. Auch in den vergangenen Jahren war stets ein ausgeprägter Preisrückgang festzustellen. Dies wird allerdings regelmäßig durch die Strukturkomponente ausgeglichen, oftmals sogar überkompensiert. 2014 fiel die Strukturkomponente allerdings absolut betrachtet niedriger aus als die Preiskomponente. Sie bewirkte einen Budgetanstieg um 37,3 Mio. Euro. Dahinter verbergen sich strukturelle Verschiebungen in Richtung höher vergüteter Zusatzentgelte.

Den größten Anteil an diesen strukturellen Effekten hatte die Inter-ZE-Komponente, also die Verschiebungen zwischen verschiedenen Zusatzentgelten. 27,6 Mio. Euro sind auf derartige Effekte zurückzuführen. Der Einfluss der Intra-ZE-Komponente fiel mit 9,7 Mio. Euro geringer aus. Hierbei handelt es sich um strukturelle

Veränderungen innerhalb desselben Zusatzentgeltes, beispielsweise bei einer Medikamentengabe um eine Verschiebung hin zu höheren – und damit höher vergüteten – Dosierungsklassen.

Bei der Inter-ZE-Komponente können sowohl Verschiebungen innerhalb eines Segments eine Rolle spielen als auch solche über Segmentgrenzen hinweg. Zwischen 2013 und 2014 besaß die Intra-Segment-Komponente nur einen geringen Einfluss von 7,7 Mio. Euro. Demgegenüber verursachte ein Wechsel zwischen verschiedenen Segmenten, also die Inter-Segment-Komponente, einen vergleichsweise höheren Effekt von 19,9 Mio. Euro.

Die Warenkorbkomponente stellt eine alternative Analyse der Strukturkomponente dar. Sie misst den Effekt aus dem Wegfall beziehungsweise dem erstmaligen Auftreten von Zusatzentgelten im ZE-Katalog.¹⁰ Dabei fällt der ausgesprochen große Einfluss neu hinzugekommener Zusatzentgelte im Jahr 2014 auf. Hierbei handelt es sich insbesondere um die neu in den Katalog aufgenommenen Medikamente Clofarabin (ZE 142) und Plerixafor (ZE 143), vor allem aber um die Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung (ZE 145) (s. o.). Insgesamt gehen innerhalb der Strukturkomponente mit einem Volumen von 37,3 Mio. Euro rund 21,8 Mio. Euro allein auf Zugänge zurück. Strukturelle Verschiebungen innerhalb der fortbestehenden Zusatzentgelte sind hingegen nur für die restlichen 15,5 Mio. Euro verantwortlich. Da zwischen 2013 und 2014 keine Zusatzentgelte weggefallen sind, spielt die Abgangskomponente keine Rolle.

17.5 Zusammenfassung und Diskussion

Ein Jahr nach den Finanzierungshilfen aus dem PsychEntgG hat das Beitragsschuldengesetz für die Jahre 2013 und 2014 zu einer erneuten Verbesserung der finanziellen Situation der Krankenhäuser geführt. Für das Jahr 2013 summieren sich nachträgliche Tarifnachfinanzierung und Versorgungszuschläge auf 349,2 Mio. Euro. Die Tarifnachfinanzierung wurde 2014 basiswirksam und damit dauerhaft in die Landesbasisfallwerte übernommen, die Erhöhung des Versorgungszuschlags führte im Vergleich zu 2013 zu einem Mittelzufluss von weiteren 229,4 Mio. Euro. Dabei hat sich die Überkompensation der Wirkungen aus dem Mehrleistungsabschlag durch den Versorgungszuschlag von 90,4 Mio. auf 162,6 Mio. Euro noch einmal deutlich erhöht.

In der Summe resultiert ein ausgleichsbereinigter Preiseffekt von 2,9%. Dieser fiel auch deswegen so hoch aus, weil 2014 nach nur einem Jahr vom strikten Prinzip der Kostenorientierung bei der Ermittlung der Preisobergrenze wieder abgerückt wurde. Hätte wie 2013 der kostenorientierte Orientierungswert als Obergrenze gegolten, wäre die Steigerung um ca. 0,6%-Punkte niedriger ausgefallen.

Die vereinbarte Mengenentwicklung mit einem Plus von 1,5% entspricht dem Wert des Vorjahres, hat aber verglichen mit den Vorvorjahren einen deutlich gerin-

¹⁰ Eine ausführliche Beschreibung der theoretischen Grundlagen der Warenkorbkomponenten in der Komponentenzerlegung findet sich bei Günster 2008.

geren Einfluss auf die Budgets. Quasi alleinverantwortlich war in diesem Jahr die Fallzahlentwicklung. Die Veränderung der mittleren Fallschwere auf globaler Ebene war mit 0,1 % vergleichsweise unbedeutend, der leicht rückläufige CMI in den vereinbarten DRG-Leistungen wurde durch den Zuwachs bei den Zusatzentgelten leicht überkompensiert. 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 1 368 Krankenhäuser ausgleichsbereinigt um 4,4 % 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.
- 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.
- GKV-Spitzenverband. Bericht des GKV-Spitzenverbandes zum Hygienesonderprogramm in 2013/2014. Berlin 2015.
- Günster C. Komponentenerlegung und Warenkorbänderungen. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg). Krankenhaus-Report 2007. Stuttgart: Schattauer 2008; 185–94.
- Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK). Abschlussbericht. Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2014. Siegburg 2013.
- 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.
- 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 2013 und 2014

ZE-Nr	Segment^{a)}	Bezeichnung	2013	2014
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 Blaseschließmuskel, 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	X
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
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
ZE 72	M	Gabe von Pegyliertem liposomalen Doxorubicin, parenteral	X	X
ZE 74	M	Gabe von Bevacizumab, parenteral	X	X

Anhang

Fortsetzung

ZE-Nr	Segment ^{a)}	Bezeichnung	2013	2014
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	X
ZE 84	M	Gabe von Apherese-Thrombozytenkonzentraten	X	X
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	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	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	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	Hämodilfiltration, kontinuierlich	X	X
ZE120	D	Hämodialyse, kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD)	X	X
ZE121	D	Hämodiafiltration, kontinuierlich	X	X

Anhang

Fortsetzung

ZE-Nr	Segment^{a)}	Bezeichnung	2013	2014
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, Einkanalssystem, mit Sondenimplantation	X	X
ZE139	S	Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder Stimulation des peripheren Nervensystems, Einkanalssystem, ohne Sondenimplantation	X	X
ZE140	S	Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalsystem, nicht wiederaufladbar, mit Sondenimplantation	X	X
ZE141	S	Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalsystem, nicht wiederaufladbar, ohne Sondenimplantation	X	X
ZE142	M	Gabe von Clofarabin, parenteral		X
ZE143	M	Gabe von Plerixafor, parenteral		X
ZE144	M	Gabe von Romiplostim, parenteral		X
ZE145	S	Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung		X

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