



# Die Krankenhausbudgets 2017 und 2018 im Vergleich

*Corinna Hentschker, Gregor Leclerque und Carina Mostert*

- 20.1 Einführung – 388**
- 20.2 Allgemeine Budgetentwicklung – 388**
- 20.3 Vereinbarte Preisentwicklung – 390**
- 20.4 Vereinbarte Leistungsentwicklung – 394**
  - 20.4.1 Leistungsveränderung im DRG-Bereich – 394
  - 20.4.2 Leistungsentwicklung im Zusatzentgelte-Bereich – 401
- 20.5 Umsetzung der Verhandlungsergebnisse – 404**
- 20.6 Zusammenfassung und Diskussion – 405**
  
- Anhang – 407**
  
- Literatur – 410**

## ■ ■ Zusammenfassung

Der Beitrag untersucht die Veränderungen in den jährlich zu vereinbarenden Budgets der Jahre 2017 und 2018 auf Basis von 1.240 somatischen Krankenhäuser. Deren Budgets (ohne Berücksichtigung von Ausgleichen) sind um 3,1 % gestiegen, was einem Mittelzuwachs von etwa 1,9 Mrd. Euro entspricht. Der Budgetanstieg bewegt sich damit im gleichen Rahmen wie im Vorjahr. Budgeterhöhend hat sich dabei erneut vor allem die Preisentwicklung ausgewirkt. Die Mengenentwicklung hingegen trägt nur geringfügig zum Budgetanstieg bei. Tatsächlich weisen die Fallzahlen erstmals sogar einen leichten Rückgang auf; dass die Mengenentwicklung dennoch – wenngleich in geringem Maße – budgeterhöhend wirkt, liegt an entsprechenden strukturellen Änderungen. Fortgesetzt hat sich die Tendenz zu deutlich späteren Verhandlungen und Genehmigungen der AEBs. Gemessen am Gesamtbudgetvolumen wurde 2018 nur knapp 40 % unterjährig umgesetzt.

*This article analyses the changes in the annually agreed budgets for 2017 and 2018 on the basis of 1,240 somatic hospitals. The budgets of these hospitals increased by 3.1 % after adjustment, which corresponds to an increase in funds of around 1.9 billion euros. The budget increase is thus within the same range as in the previous year. The increase was again primarily due to price developments, while volume growth contributed only marginally. In fact, the number of cases even slightly decreased for the first time. However, the fact that the volume trend – albeit to a small extent – has a budget-increasing effect is due to corresponding structural changes. The trend towards much later negotiations and AEB approvals has continued. Only just under 40 % of the total budget volume was implemented during the course of the year 2018.*

### 20.1 Einführung

Der Beitrag analysiert die Veränderungen in den jährlich zu vereinbarenden Budgets so-

matischer Krankenhäuser zwischen den Jahren 2017 und 2018. Die Darstellung basiert auf den vorliegenden Unterlagen nach der amtlichen Aufstellungen der Entgelte und Budgetberechnung (AEB) aus 1.240 Kliniken. Es werden nur Einrichtungen betrachtet, zu denen in beiden Jahren Budgetvereinbarungen vorliegen und die über den beobachteten Zeitraum hinweg als eigenständige Leistungserbringer am Markt präsent waren. Einrichtungen, die 2018 durch Schließungen aus dem Markt ausgeschieden oder durch Fusionen in anderen Häusern aufgegangen sind, bleiben unberücksichtigt. Die Grundgesamtheit repräsentiert 83,2 % der bundesweiten Leistungsmenge (DRG-Casemixsumme), wie sie im Rahmen der Vereinbarungen der Landesbasisfallwerte (LBFW) 2018 festgelegt worden ist (AOK-Bundesverband 2019).

Der Beitrag beginnt in ► Abschn. 20.2 mit der Darstellung der allgemeinen Budgetentwicklung und der Preis- und Mengenfaktoren. In ► Abschn. 20.3 werden die Preis- und in ► Abschn. 20.4 die Leistungsentwicklungen im DRG-Bereich und für Zusatzentgelte vertiefend analysiert. In einem Exkurs wird im Hinblick auf die anstehende Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem DRG-System auf die unterschiedlichen Pflegekostenanteile in den Krankenhäusern eingegangen. Abschließend thematisiert ► Abschn. 20.5 die Wirkung der Budgetergebnisse im Zusammenhang mit den Umsetzungszeitpunkten.

### 20.2 Allgemeine Budgetentwicklung

Das vereinbarte Gesamtbudget (ohne Ausgleich), das die Beträge für DRGs, sonstige Entgelte nach § 6 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) sowie Zu- und Abschläge umfasst, steigt für die hier betrachteten Einrichtungen zwischen 2017 und 2018 um 3,1 % auf 64,9 Mrd. Euro an. ■ Tab. 20.1 stellt die Komponenten des vereinbarten Gesamtbudgets 2017 und 2018 dar. Das DRG-Budget ist aufgrund

**■ Tabelle 20.1** Vereinbarte Budgets 2017 und 2018 (in Mio. Euro)

	2017	2018	Veränderung	
			(in Mio. €)	(in %)
DRG-Budget	60.917	62.668	1.752	2,9 %
Zusatzentgelte	2.311	2.511	199	8,6 %
Sonstige Entgelte	1.815	1.873	58	3,2 %
Zu- und Abschläge (ohne Ausbildung)	235	358	123	52,2 %
<b>Gesamtbudget</b>	<b>62.967</b>	<b>64.898</b>	<b>1.932</b>	<b>3,1 %</b>
Ausgleiche	–9	190	200	–2189,3 %
<b>Gesamtbudget mit Ausgleichen</b>	<b>62.957</b>	<b>65.089</b>	<b>2.131</b>	<b>3,4 %</b>

n = 1.240 Krankenhäuser  
Krankenhaus-Report 2020

des großen Anteils am Gesamtbudget (96,6 %) mit einem Anstieg um 1,8 Mrd. Euro beziehungsweise 2,9 % von 2017 nach 2018 nach wie vor Haupttreiber der Entwicklung. Die Gesamtbeträge für Zusatzentgelte (+8,6 %) weisen deutlich stärkere, die der sonstigen Entgelte (+3,2 %) ähnliche Veränderungsraten auf. Aufgrund des geringen Anteils am Gesamtbudget fällt die Entwicklung der Zu- und Abschläge (+52,2 %) kaum ins Gewicht. Details zu den Veränderungen bei Zusatzentgelten und Zu- und Abschlägen finden sich in den ► Abschn. 20.3 und 20.4.

Wird das vereinbarte Budget überschritten, werden Rückzahlungen der Krankenhäuser fällig. Kommt es hingegen zu Budgetüberschreitungen, resultieren Nachzahlungen der Krankenkassen. Diese Ausgleiche<sup>1</sup> werden mit den Budgets der Folgejahre verrechnet. Während die Nach- und Rückzahlungen im Jahr 2017 nahezu ausgeglichen waren, mussten die Krankenkassen im Jahr 2018 einen Betrag von 190,5 Mio. Euro ausgleichen. Daher steigt das Gesamtbudget unter Berücksichtigung der Ausgleichsbeträge um 3,4 % an.

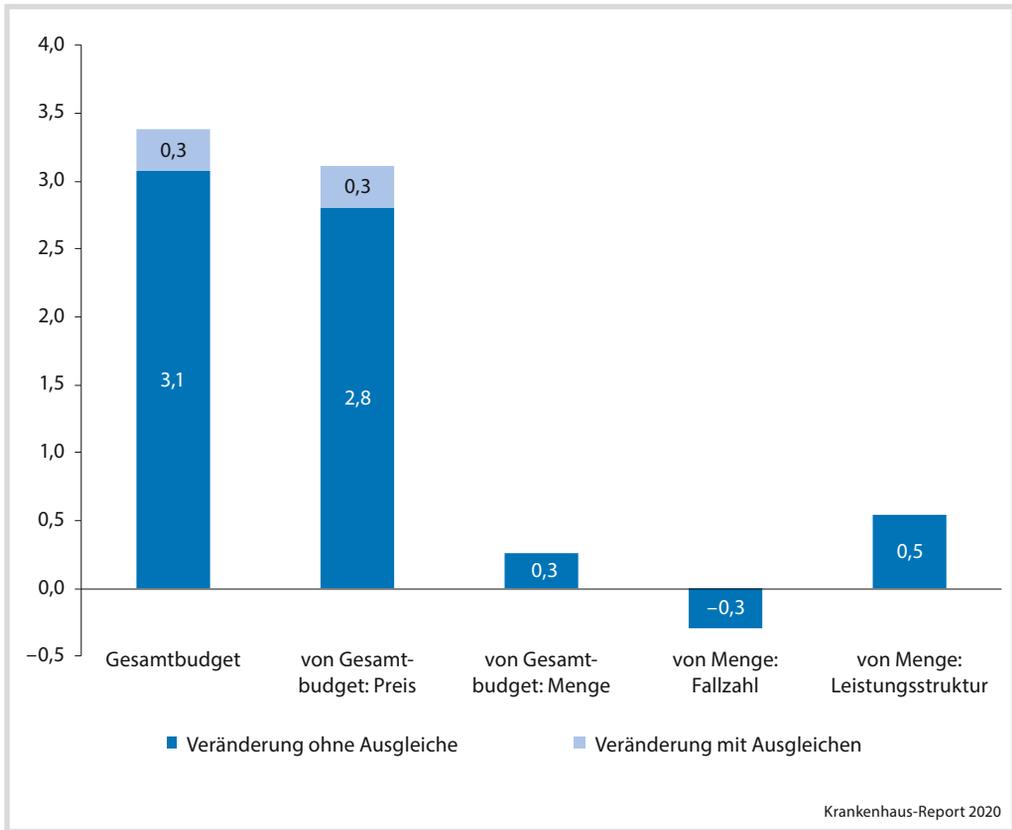
<sup>1</sup> Nicht berücksichtigt werden sogenannte Zahlbetragsausgleiche. Diese kommen zustande, wenn im Falle von retrospektiven Vereinbarungen Entgelte des abgelaufenen Jahres weiter erhoben wurden.

**■ Tabelle 20.2** Jährliche Budgetveränderung und der Einfluss von Menge und Preis ohne Ausgleiche

Jahr	Gesamtbudget	Menge	Preis
2009	7,0 %	3,6 %	3,2 %
2010	5,8 %	3,3 %	2,5 %
2011	2,9 %	2,9 %	0,0 %
2012	4,0 %	2,7 %	1,3 %
2013	4,5 %	1,6 %	2,9 %
2014	4,4 %	1,5 %	2,8 %
2015	3,6 %	1,9 %	1,8 %
2016	5,0 %	2,7 %	2,3 %
2017	3,0 %	0,9 %	2,2 %
2018	3,1 %	0,3 %	2,8 %

Krankenhaus-Report 2020

Die Veränderungsrate des Gesamtbudgets kann in einen Preis- und einen Mengeneffekt unterteilt werden. Insgesamt liegt die Veränderungsrate auf einem ähnlichen Niveau wie 2017, jedoch nimmt die Bedeutung des Mengenwachstums mit 0,3 % weiter ab. Hingegen ist die Preiskomponente in Höhe von 2,8 % im Vergleich zu 2017 erneut angestiegen, (► Tab. 20.2). Damit macht die Preisentwicklung



■ **Abb. 20.1** Einflussfaktoren der vereinbarten Budgetentwicklung 2018 (in %) (n = 1.240 Krankenhäuser)

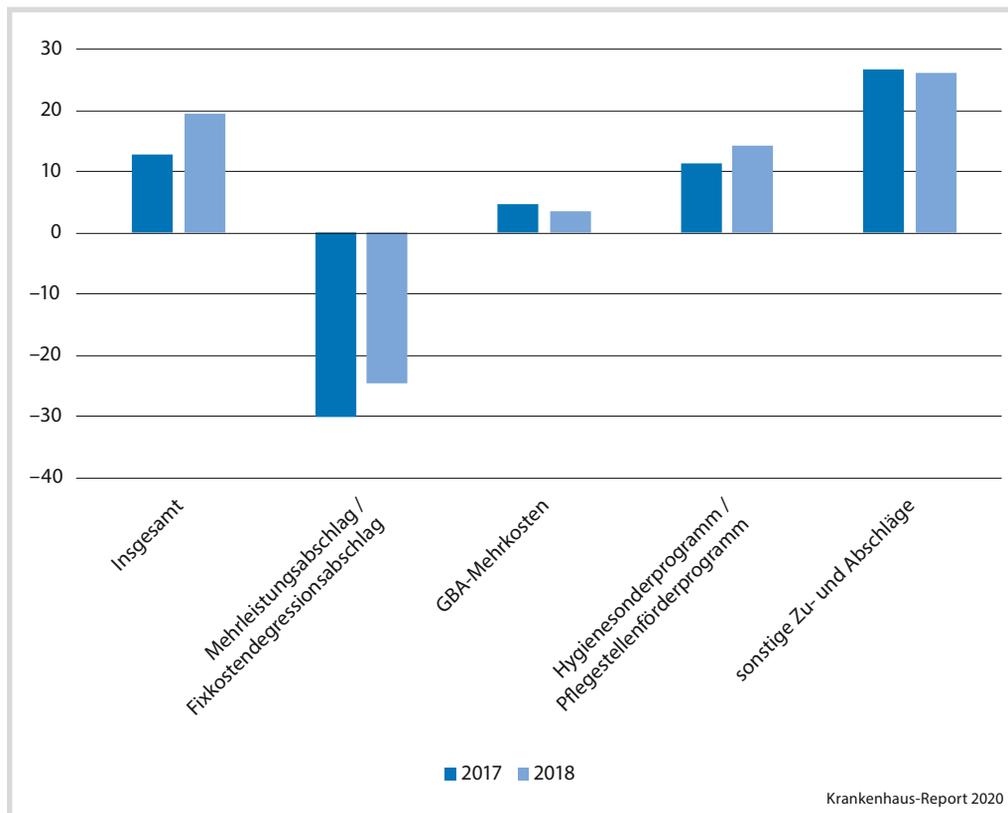
lung von 2017 nach 2018 über 90 % der Gesamtbudgetveränderung aus.

■ **Abb. 20.1** stellt die Einflussfaktoren der vereinbarten Budgetentwicklung von 2017 nach 2018 dar. Die Ausgleiche werden dem Preiseffekt zugeordnet. Die Veränderungsrate der Menge lässt sich noch einmal in zwei Faktoren untergliedern: in die Veränderung der Fallzahl und die der Leistungsstruktur. Durch einen Rückgang der vereinbarten Fallzahl sank das vereinbarte Budget von 2017 nach 2018 sogar um 0,3 %. Die Veränderung der Leistungsstruktur hat hingegen einen Budgetanstieg um 0,5 % verursacht.

## 20.3 Vereinbarte Preisentwicklung

Das Vergütungsniveau stationärer Leistungen im somatischen Bereich wird wie oben beschrieben hauptsächlich von der Preisentwicklung für DRG-Leistungen bestimmt. Die sogenannten sonstigen Entgelte nach § 6 KHEntgG, deren Preise hausindividuell zu vereinbaren sind, spielen für die Gesamtentwicklung auf Bundesebene eine nachgeordnete Rolle und werden daher im Weiteren nicht näher untersucht.

Die DRG-Preiskomponente setzt sich maßgeblich aus den Komponenten Basisfallwert, Zu- und Abschläge sowie periodenfremde Ausgleiche für Budgetabweichungen in den Vorjahren zusammen. Der in den Budgetverhandlungen auf Krankensebene verwendete Ba-



■ **Abb. 20.2** Preiswirkung von Zu- und Abschlägen auf den Basisfallwert 2017/2018 (in €) (n = 1.240 Krankenhäuser)

sisfallwert für die hier untersuchten Einrichtungen beträgt im Jahr 2017 im Mittel 3.358 Euro und steigt im Folgejahr um 2,9 % auf 3.455 Euro an. Unter Berücksichtigung der Zu- und Abschläge resultiert eine Veränderung um 2,9 %. Unter Berücksichtigung der Ausgleichszahlungen für Vorperioden liegt die Preissteigerung bei 3,1 %. Im Folgenden werden die bedeutenden Einflussgrößen im Detail dargestellt sowie deren Einfluss auf die Gesamtentwicklung analysiert. ■ **Abb. 20.2** zeigt ergänzend die Preiswirkung von Zu- und Abschlägen auf den Basisfallwert 2017/2018.

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

Mit Einführung der LBFW 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. Seit 2013 soll sich die Obergrenze stärker an den Kosten der Krankenhäuser orientieren. Dazu berechnet das Statistische Bundesamt mit dem sog. Orientierungswert die Kostenentwicklung der Inputfaktoren für Krankenhausleistungen. Diese entspricht einer krankenhausspezifischen Inflationsrate. Die aktuell gültige Regelung für die Obergrenze der Preisentwicklung wurde mit dem Beitragsschuldengesetz 2014 eingeführt. Ob sich die Preise kosten- oder einnahmeorientiert entwickeln sollen, hängt seitdem davon ab, ob der Orientierungswert oder die Grundlohnrate höher ist. Der höhere Wert gilt als Obergrenze.

Der vom Statistischen Bundesamt veröffentlichte Orientierungswert für das Jahr 2018 liegt mit 2,11 %<sup>2</sup> deutlich unterhalb der veröffentlichten Veränderungsrate nach § 71 SGB V Abs. 3 in Höhe von 2,97 %. Daher galt 2018 wiederholt die Grundlohnsumme als Obergrenze für die Veränderung der LBFW. Im gewichteten Mittel stiegen die LBFW mit Ausgleichen von 3.359 Euro im Jahr 2017 um 2,9 % auf 3.456 Euro im Jahr 2018. Somit blieb die durchschnittlich vereinbarte Preisveränderung nur minimal unter der geltenden Obergrenze. Die nachträgliche Berücksichtigung der Tarifierhöhungsrate 2017 in den LBFW 2018 ist hierbei ein entscheidender Faktor.

#### ■ ■ Tarifierhöhungsrate 2017

Im Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung wurde einmalig eine anteilige Refinanzierung der Tarifsteigerungen für das Jahr 2013 vorgesehen.<sup>3</sup> Mit dem Krankenhausstrukturgesetz wurde in Form der Tarifierhöhungsrate eine dauerhafte Tarifrefinanzierung eingeführt. Ab 2016 vereinbaren die DKG, die PKV und der GKV-Spitzenverband jährlich die Differenz zwischen der Obergrenze und den Tariflohnsteigerungen und weisen diese als Erhöhungsraten aus. Im Jahr 2016 war dieser Wert nicht zu vereinbaren, da die Tarifierhöhungen unterhalb des Veränderungswertes von 2,95 % lagen. Für 2017 vereinbarten die Vertragsparteien eine Tarifierhöhungsrate von 0,48 %, was eine anteilige Erhöhungsraten im DRG-Bereich von 0,16 % nach sich zog. In ihrer gemeinsamen Empfehlung zur Umsetzung dieser Erhöhungsraten vom Ende September 2017 einigten sich Vertragsparteien darauf, diese Erhöhung erst im LBFW des Jahres 2018 zu berücksichtigen.<sup>4</sup> Somit hatte die Tarifierhöhungsrate 2017 erst im Jahr 2018 eine Wirkung.

<sup>2</sup> Die vom Statistischen Bundesamt ermittelten Teilorientierungswerte für Personal- und Sachkosten liegen bei 2,73 % bzw. 1,11 %.

<sup>3</sup> Mostert et al. 2015.

<sup>4</sup> „Vereinbarung gemäß § 9 Abs. 1 Nr. 7 KHEntG – Erhöhungsraten für das Jahr 2017 – vom 29.09.2017“.

#### ■ ■ Mehrleistungsabschlag

Hinsichtlich der Vergütung von vereinbarten Leistungsveränderungen bestehen seit Beginn der Konvergenzphase im Jahr 2005 unterschiedliche gesetzliche Auflagen, die in den Budgetverhandlungen zu berücksichtigen sind. Hintergrund ist, dass steigende Mengen in den meisten Leistungsbereichen c. p. zu sinkenden Durchschnittskosten führen, da sich lediglich die variablen Kosten verändern und die Fixkosten konstant bleiben.

Mit dem im Jahr 2012 verabschiedeten Psych-Entgeltgesetz (PsychEntgG) wurde der Mehrleistungsabschlag ab 2013 mit einer Geltung für zwei Jahren auf 25 % festgelegt. Mit dem ersten Pflegestärkungsgesetz (PSG I) aus 2014 wurde eine Verlängerung der Geltungsdauer auf drei Jahre geregelt.<sup>5</sup> Mit Inkrafttreten des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) am 01. Januar 2016 wurden die Regelungen zur Steuerung und Budgetberücksichtigung von Leistungsveränderungen für das Folgejahr deutlich geändert: Ab dem Jahr 2017 entfällt der Mehrleistungsabschlag für neu vereinbarte Mehrmengen und mit dem Fixkostendegressionsabschlag (FDA) wird ein neues Instrumentarium eingeführt (s. u.).

Das vereinbarte Gesamtvolumen für den Mehrleistungsabschlag beläuft sich aufgrund der weiter geltenden Beträge aus den Vorjahren 2017 auf –396,9 Mio. Euro und 2018 auf –213,2 Mio. Euro. Dies entspricht einem vereinbarten Preiseffekt von –21,90 bzw. –11,76 Euro.

#### ■ ■ Fixkostendegressionsabschlag

Trotz seiner auf den ersten Blick großen Ähnlichkeiten zum im gleichen Jahr entfallenden Mehrleistungsabschlag ersetzt der mit dem KHSG ab 2017 eingeführte Fixkostendegressionsabschlag (FDA) zusätzlich die bisher auf Landesebene im LBFW wirksame Mengendegression. Für den FDA ist eine Laufzeit von

<sup>5</sup> Von den Regelungen ausgenommen sind Mehrleistungen aus DRGs mit einem Sachkostenanteil von mehr als 66,7 % oder solche, die aus krankenhauplanerischen Maßnahmen resultieren.

drei Jahren vorgesehen. Somit tritt ein befristeter krankenhausesindividueller Abschlag an die Stelle einer dauerhaften Wirkung im LBFW, um die Skaleneffekte aus der Erbringung von Mehrleistungen abzubilden. Für die Jahre 2017 und 2018 wurde der FDA-Regelsatz auf 35 % gesetzlich festgelegt. Das bedeutet, dass für erbrachte Mehrleistungen eine Kürzung der Vergütung um 35 % erfolgt. Der FDA-Regelsatz gilt für alle Regelleistungen, die nicht unter einen Ausnahmetatbestand<sup>6</sup> oder eine Sonderregelung<sup>7</sup> fallen, die den Abschlag auf die Hälfte reduziert. Ein erhöhter Abschlag von bis zu 50 % kann für zusätzliche Leistungen mit höherer Fixkostendegression vereinbart werden oder wenn in hohem Maße wirtschaftlich begründete Mengensteigerungen vorliegen. Ab 2019 entfällt entsprechend der Vorgaben im PpSG die Möglichkeit, einen höheren FDA zu vereinbaren.

Die Summe der neu vereinbarten Fixkostendegressionsabschlüsse beträgt im Jahr 2017 149,4 Mio. Euro aus 328 Budgetvereinbarungen. Bis auf wenige Ausnahmefälle gelten diese Beträge im Jahr 2018 weiter. Hinzu kommen Vereinbarungen für neue Mehrleistungen in den selben oder anderen Krankenhäusern. Daran, dass das vereinbarte Gesamtvolumen im Jahr 2018 bei 233,9 Mio. Euro liegt, ist zu erkennen, dass die Summe der neuvereinbarten Beträge im Vergleich zum Vorjahr gesunken ist. Der Effekt auf den Preis von DRG-Leistungen beträgt entsprechend 2017 –8,24 Euro und 2018 –12,90 Euro.

<sup>6</sup> Komplette vom FDA ausgenommen sind Mehrleistungen aus den Bereichen Transplantationen, Polytraumata, Versorgung Schwerbrandverletzter, Versorgung Frühgeborener, Leistungen für zusätzliche Versorgungsaufträge sowie Leistungen von Zentren. Ferner sind Leistungen mit einem Sachkostenanteil von mehr als 2/3 und DRGs, deren Bewertungsrelationen im Katalog abgesenkt wurden, weil Anhaltspunkte für wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen in der Vergangenheit vorliegen.

<sup>7</sup> Der hälftige FDA kommt für DRGs aus dem Katalog der „nicht mengenanfälliger Leistungen“ zur Anwendung. Gleiches gilt im Falle von Leistungsverlagerungen im Einzugsgebiet eines Krankenhauses.

### ■ ■ G-BA-Mehrkostenzuschlag

Darüber hinaus wurden mit dem KHSG befristete Zuschläge für die Finanzierung von Mehrkosten aufgrund von Qualitätssicherungsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses etabliert. Im April 2017 trat die entsprechende Vereinbarung zwischen den Vertragspartnern auf Bundesebene in Kraft.<sup>8</sup> In deren Anlage 1 wird auch die konkrete Zuschlagsfinanzierung der bislang einzigen Richtlinie geregelt, die Vorgaben für die Versorgung von Früh- und Reifgeborenen (QFR-RL) macht. Sie legt die Geltungsdauer der befristeten Zuschläge vom 05.11.2015 bis zum 31.12.2021 fest, wobei die Zuschlagsfinanzierung für die Jahre 2015 und 2016 in den Budgets ab 2017 erfolgt.

Die für das Budgetjahr 2017 vereinbarte Budgetsumme in Höhe 85,0 Mio. Euro reduzierte sich im Jahr 2018 auf 63,3 Mio. Euro. Gleichzeitig ist die Zahl der Krankenhäuser mit einem solchen Zuschlag in der Stichprobe um 18,3 % auf 155 angestiegen. Der Effekt auf den Preis von DRG-Leistungen im Jahr 2018 beträgt 3,49 Euro.

### ■ ■ Hygienesonderprogramm

Ebenfalls mit dem Beitragsschuldengesetz wurde die Förderung der Krankenhaushygiene im KHEntgG 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 Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) aus 2016 wurde das Programm um weitere drei Jahre bis 2019 verlängert.

Für das Jahr 2017 beträgt das vereinbarte Budgetvolumen in den hier untersuchten Krankenhäusern für das Hygienesonderprogramm 82,0 Mio. Euro. Es steigt 2018 um 9,3 % auf 89,6 Mio. Euro, was mit einer Preiswirkung auf die DRG-Leistungen von 4,49 Euro einhergeht.

<sup>8</sup> „Vereinbarung gemäß § 9 Abs. 1a Nr. 1 KHEntgG zur Finanzierung von Mehrkosten aufgrund der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung (G-BA-Mehrkostenzuschlagsvereinbarung)“.

### ■ ■ Pflegestellenförderprogramm

Mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) wurde das zweite Pflegestellenförderprogramm für die Budgetjahre 2016 bis 2018 beschlossen. In diesem Zeitraum können die Verhandlungspartner jährlich bis zu 0,15 % des Krankenhausbudgets zusätzlich für Neueinstellung oder Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen im Pflegedienst vereinbaren. Dabei haben die Krankenhäuser einen Eigenanteil von 10 % aufzubringen, was sich mit den Vorgaben vom ersten Förderprogramm deckt. Mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) wurde das Pflegestellenförderprogramm nachträglich um ein weiteres Jahr verlängert. Im Jahr 2019 entfällt der Eigenanteil der Krankenhäuser und die Obergrenze für die Summe der Fördermittel.

Im Vergleich zu den 122,1 Mio. Euro aus 2017 hat sich bei den hier betrachteten Krankenhäusern das vereinbarte Volumen 2018 mit 171,4 Mio. Euro um 40,3 % erhöht. Die Auswirkungen des Pflegestellenförderprogramms auf den Preis von DRG-Leistungen summieren sich 2018 auf 9,45 Euro.

### ■ ■ Pflegezuschlag

Das erste Pflegestärkungsgesetz (PSG I) regelte ab 2017 den Übergang des Versorgungszuschlags in den Pflegezuschlag, obwohl mit der gleichzeitigen Abschaffung der Mengenberücksichtigung in den LBFW die sogenannte „doppelte Degression“ nicht mehr vorlag. Die Fördersumme jedes einzelnen Hauses leitet sich aus dessen Anteil an den Personalkosten für das Pflegepersonal aller allgemeinen Krankenhäuser im Bund ab.<sup>9</sup> Somit erfolgt die Ausschüttung nicht mehr pauschal über die

Gesamterlöse im DRG-Bereich (Versorgungszuschlag), sondern über den konkreteren Aufwand für Pflegepersonal (Pflegezuschlag).

Das vereinbarte Volumen des Pflegezuschlags im Jahr 2017 summiert sich auf rund 425,8 Mio. Euro und auf 428,8 Mio. Euro im Jahr 2018. Der Preiseffekt liegt 2018 folglich mit 23,65 Euro auf einem vergleichbaren Niveau wie 2017.

## 20.4 Vereinbarte Leistungsentwicklung

Die folgenden beiden Abschnitte widmen sich der vereinbarten Leistungsentwicklung in den Bereichen DRG und Zusatzentgelte. Die wesentlichen Determinanten werden mit der Methode der Komponentenerlegung identifiziert und quantifiziert.

### 20.4.1 Leistungsveränderung im DRG-Bereich

Die Leistungsmenge im DRG-Bereich wird über den Casemix (CM) ausgedrückt. Er ergibt sich aus Multiplikation der Komponenten Fallzahl und durchschnittlicher Fallschwere (CMI). Für einen zutreffenden Vergleich der vereinbarten Leistungsvolumina zweier Jahre ist es erforderlich, die Veränderungen zwischen den jeweils gültigen DRG-Katalogen zu berücksichtigen. Die Effekte aus dem G-DRG-Katalogwechsel 2017/2018 werden im Folgenden dargelegt.

### ■ ■ Auswirkungen aus der G-DRG-Katalogrevision 2017/2018 (Katalogeffekt)

Die seit 2006 für den G-DRG-Katalog verwendete Normierungsmethode soll sicherstellen, dass die Anwendung eines neuen Kataloges gegenüber der Vorgängerversion auf nationaler Ebene zum gleichen CM-Volumen führt. Die jährliche Kalkulation des G-DRG-Katalogs durch das Institut für das Entgeltsys-

<sup>9</sup> Für das Jahr 2018 handelt es sich dabei konkret um 15.614.091.906 Euro, wie sie als Personalkosten im Pflegedienst für allgemeine Krankenhäuser für das Jahr 2015 in der Fachserie 12 Reihe 6.3 des Statistischen Bundesamts ausgewiesen sind. Der Anteil eines einzelnen Krankenhauses an diesem Betrag definiert den Anteil am Gesamtfördervolumen von 500 Mio. Euro. Für die Ermittlung werden die vom Krankenhaus gemeldeten Pflegekräfte mit den durchschnittlichen Pflegepersonalkosten des jeweiligen Bundeslandes multipliziert.

tem im Krankenhaus (InEK) führt aber neben der Neubewertung der jeweiligen Krankenhausleistungen auch zu strukturellen Änderungen des Entgeltsystems. Die Auswirkungen dieser Revisionen werden im Weiteren Katalogeffekt genannt.

Auf tiefergegliederten Ebenen, wie den Major Diagnostic Categories (MDCs)<sup>10</sup> und deren Partitionen, aber auch auf Krankenhaus- oder Landesebene sind zum Teil deutliche Katalogeffekte nicht unüblich. Aus ihnen resultiert eine entsprechende Änderung 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 2017 in den Katalog des Jahres 2018 überführt.<sup>11</sup>

Mit Überleitung der Vereinbarungen des Jahres 2017 auf den G-DRG-Katalog 2018 sinkt der CM für die hier betrachteten Einrichtungen um rund 31.291 Bewertungsrelationen (BR), was einem Katalogeffekt von  $-0,17\%$  entspricht. Der leicht negative Wert ist primär auf die Ausgliederung der neuen Zusatzentgelte ZE162 und ZE163 zurückzuführen.<sup>12</sup> Die individuellen Katalogeffekte der Krankenhäuser liegen zwischen  $-14,7\%$  und  $6,1\%$ .

<sup>10</sup> Die deutsche Bezeichnung für MDC lautet Hauptdiagnosegruppe. Eine Aufstellung aller MDCs findet sich in [Tab. 20.4](#).

<sup>11</sup> Die Abbildung der Vereinbarungen des Jahres 2017 nach G-DRG-Katalog 2018 erfolgt mit dem Verfahren der „Vereinbarungsgewichteten Überleitung“. Dieses Verfahren gewichtet die vereinbarten Mengen des Jahres 2017 je DRG mit einer hausspezifischen Überleitungstabelle auf Basis von § 301-Daten von AOK-Versicherten (Friedrich und Paschen 2005).

<sup>12</sup> Der nationale Katalogeffekt aus der Normierung des G-DRG Systems für das Datenjahr 2017 beträgt nach Auskunft des InEKs in der finalen Version  $-0,204\%$ . Davon gehen  $-0,180\%$  auf die Ausgliederung der neuen Zusatzentgelte ZE162 und ZE163 zurück, weitere  $-0,024\%$  auf neue – nicht näher bezeichnete – NUBs. Die Umsetzung der endgültigen Bereinigung i. H. v. 130 Mio Euro für die neuen Zusatzentgelte für Pflegegrade erfolgte auf Basis der definitorischen Festlegung, dass der ursprüngliche Korrektur-CM einem Betrag von 80 Mio. Euro entsprach. Beide Werte wurden im Rahmen des Spitzengesprächs so festgelegt.

**Tab. 20.3** Verteilung der Katalogeffekte 2017 nach 2018 auf Einzelhausbene

	Katalogeffekt
1. Quintil	negativer als $-0,55\%$
2. Quintil	zwischen $-0,55\%$ und $-0,14\%$
3. Quintil	zwischen $-0,14\%$ und $0,12\%$
4. Quintil	zwischen $0,12\%$ und $0,38\%$
5. Quintil	positiver als $0,38\%$

n = 1.240 Krankenhäuser  
Krankenhaus-Report 2020

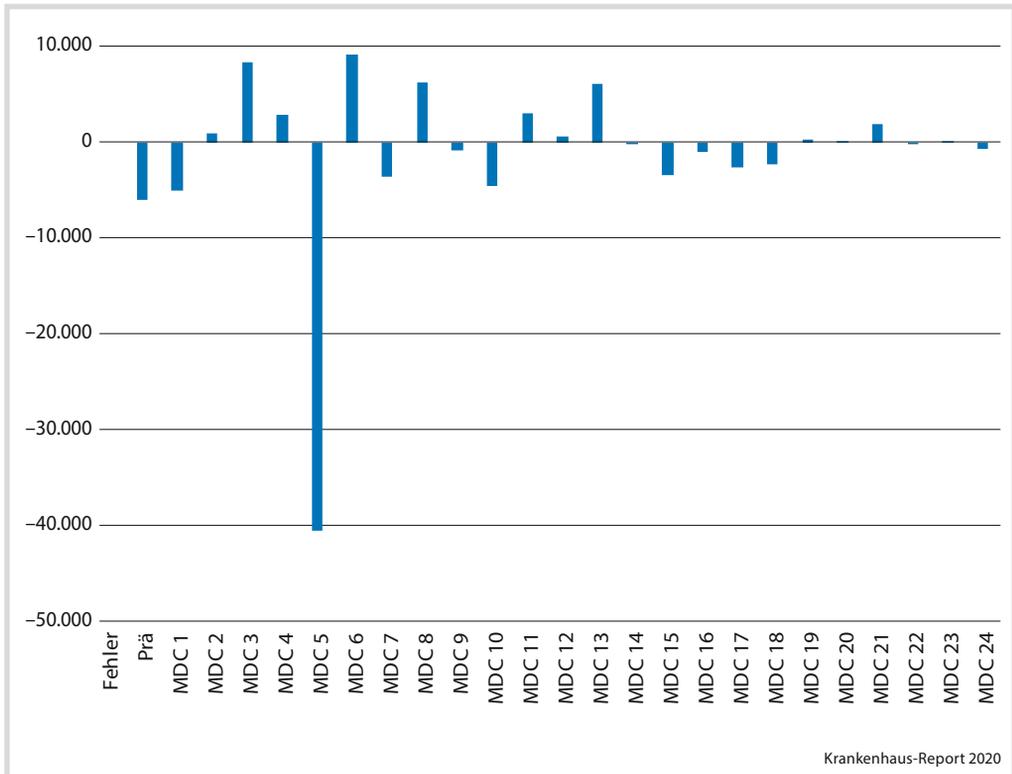
Die 20 % der Häuser mit der negativsten katalogbedingten Veränderung verzeichnen einen CM-Rückgang von mehr als  $0,55\%$ . Für 20 % der Krankenhäuser erfolgt eine Aufwertung des vereinbarten CM-Volumens um mindestens  $0,38\%$  ([Tab. 20.3](#)). Somit fällt die Spreizung der Katalogeffekte auf Hausbene etwas schwächer aus als im Vorjahr.<sup>13</sup>

Auf Ebene der 26 MDCs ist die Abwertung der in den vorangegangenen Jahren mengen-dynamischen MDC 5 (Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems) am deutlichsten ([Abb. 20.3](#)). Sie verliert aufgrund der Katalogrevision 40.575 BR, was einem Effekt von  $-1,28\%$  entspricht. Die prozentual deutlichsten Aufwertungen gab es mit  $1,7\%$  und  $1,6\%$  in den MDCs 13 (Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane) und MDC 3 (Krankheiten und Störungen im HNO-Bereich).

#### ■ ■ Komponentenzерlegung der vereinbarten CM-Veränderung im DRG-Bereich

Nach Bereinigung des Katalogeffektes ergibt sich eine vereinbarte Leistungsentwicklung von 2017 nach 2018 von ca. 31.250 CM-Punkten ( $+0,2\%$ ) ([Abb. 20.4](#)). Zur detaillierten Analyse der Leistungsentwicklung im DRG-Bereich wird im Folgenden das Konzept der Kom-

<sup>13</sup> Mostert et al. 2019.



**Abb. 20.3** Absolute CM-Änderung je MDC infolge der Katalogrevision 2018 zum Vorjahr (in BR) (n = 1.240 Krankenhäuser)

ponentenzerlegung<sup>14</sup> angewendet. Sie quantifiziert den Einfluss von Fallzahl und Fallschwere (CMI) und zerlegt die CMI-Entwicklung in weitere Teilkomponenten. Isoliert betrachtet führt der Fallzahlrückgang zu einem Rückgang

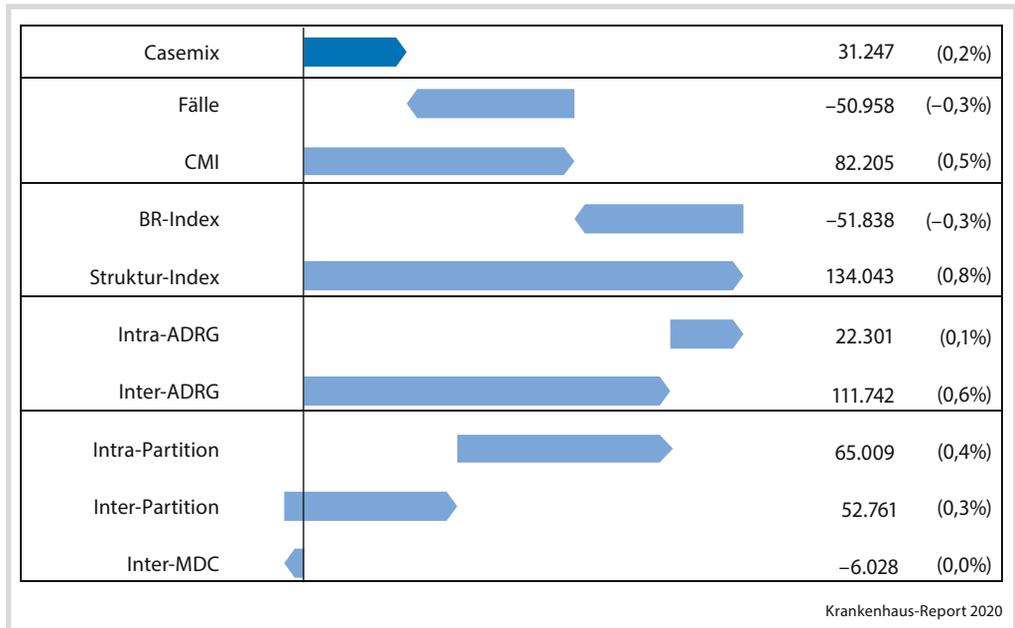
von 51.000 CM-Punkten (−0,3 %). Hingegen führt die durchschnittliche Fallschwere (CMI) zu einem Anstieg von 82.200 CM-Punkten (+0,5 %).

Die Komponente CMI lässt sich unterteilen in die Bewertungsrelation- und in die Strukturkomponente. Dass sich der Trend hin zu kürzeren Verweildauern fortsetzt, zeigt der absenkende Einfluss (−0,3 %) der BR-Komponente. Eine Tendenz zur Vereinbarung höher bewerteter Leistungen, der sich an der positiven Strukturkomponente ablesen lässt, ist ebenfalls schon seit vielen Jahren zu beobachten. Sie liegt mit +0,8 % etwas höher als im Vorjahr (+0,5 %).<sup>15</sup>

Verschiebungen innerhalb von Basis-DRGs (**Intra-ADRG-Komponente**) gehen mit einem

<sup>14</sup> Für die Anwendung der Komponentenerlegung müssen zwei Bedingungen erfüllt sein: eine Produktthomogenität und eine ausgeprägte Produkthierarchie. Erstere wird dadurch gewährleistet, dass die Vereinbarungen beider Jahre über den DRG-Katalog 2018 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 Komponentenerlegung siehe Reichelt 1988.

<sup>15</sup> Mostert et al. 2019.



■ **Abb. 20.4** Komponenten der vereinbarten CM-Entwicklung 2017/2018 (n = 1.240 Krankenhäuser)

Effekt von 0,1 % ein. Der größte Teil des Struktureffekts ist auf die Verschiebungen zwischen den Basis-DRGs (**Inter-ADRG-Komponente**) zurückzuführen (+0,6 %). Im hierarchischen Aufbau des DRG-Systems können diese Verschiebungen

- innerhalb der gleichen MDC und Partition (**Intra-Partition**) (+0,4 %),
- innerhalb der gleichen MDC aber unterschiedlichen Partitionen (**Inter-Partition**) (+0,3 %) und
- zwischen unterschiedlichen MDCs (**Inter-MDC**) (0,0 %)

stattfinden.

■ **Tab. 20.4** zeigt die Komponenten der vereinbarten CM-Entwicklung je MDC und ■ **Abb. 20.5** die Bedeutung der einzelnen MDCs für die Gesamt-CM-Veränderung von 2017 nach 2018. Die negativste und positivste relative CM-Veränderungsrate liegen bei MDCs mit kleineren CM-Volumen vor: MDC 20 (Alkohol und Drogengebrauch) -3,2 % und MDC 19 (Psychiatrische Krankheiten und Störungen)

+8,4 %. Insgesamt machen die sechs CM-stärksten MDCs 2018 einen Anteil von 67,8 % des gesamten CM-Volumens aus. Aufgrund des hohen Volumens führen hier bereits kleine relative Änderungsraten zu größeren absoluten CM-Veränderungen. So verzeichnet die MDC 4 (Atmungsorgane) den stärksten absoluten Anstieg um rund 20.400 CM-Punkte (+1,8 %) und die MDC 5 (Kreislaufsystem) den stärksten absoluten Rückgang um rund 18.500 CM-Punkten (-0,6 %).

■ **Abb. 20.6** stellt die jährlichen relativen CM-Veränderungsraten im Zeitverlauf ab 2014 für die sechs CM-stärksten MDCs im Jahr 2018 dar. Es zeigt sich, dass bis auf MDC 6 (Verdauungsorgane) und MDC 4 (Atmungsorgane) alle hier gezeigten MDCs bis zum Jahr 2016 ein starkes Wachstum aufweisen. Ab dem Jahr 2017 sind nur noch schwächere Zuwächse zu verzeichnen oder sogar Rückgänge im CM-Volumen. Die MDC 4 (Atmungsorgane) weist in den Jahren 2017 und 2018 die stärksten Zuwachsraten in der Gruppe der CM-stärksten MDCs auf.

**Tabelle 20.4** Komponenten der vereinbarten CM-Entwicklung 2017/2018 und Anteil Pflege-Casemix je MDC

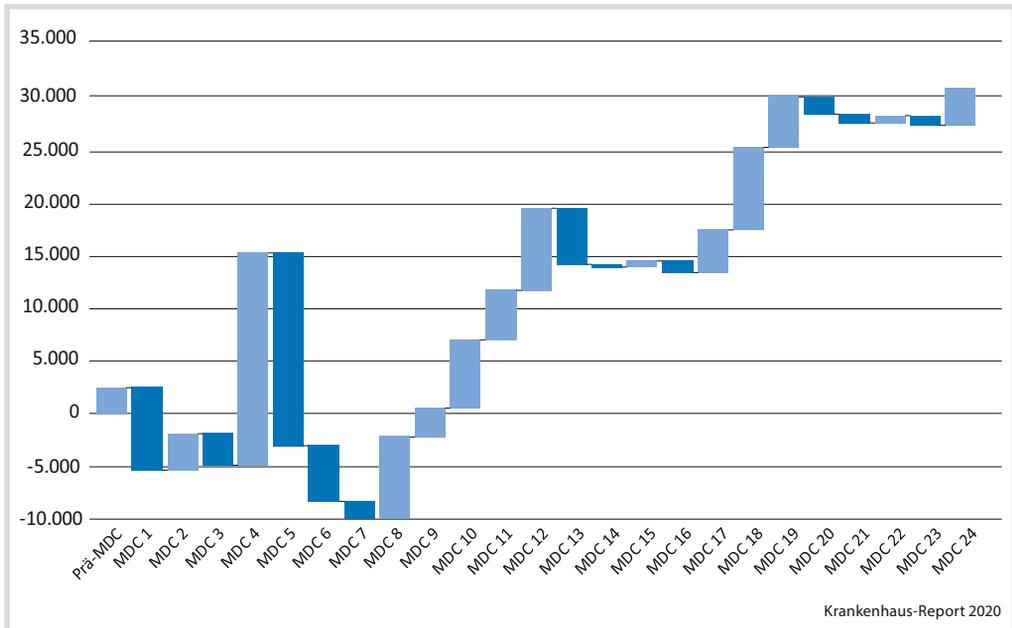
	Casemix 2018	Fälle 2018 (in Tsd.)	Veränderungswerte (Komponentenzerlegung)										Anteil Pflege-Casemix 2018	
			Case-mix		davon		davon		davon		davon			Inter-Partiti- on
			Fälle	CMI	BR-Index	Strukturindex	Intra-ADRG	Inter-ADRG	Intra-Partiti- on					
Gesamt	17.666.459	16.469	0,2 %	-0,3 %	0,5 %	-0,3 %	0,8 %	0,1 %	0,6 %	0,4 %	0,3 %	20,4 %		
Prä-MDC	1.341.826	121	0,2 %	0,2 %	0,0 %	-0,1 %	0,1 %	-0,4 %	0,5 %	0,4 %	0,1 %	31,6 %		
MDC 1	1.391.567	1.305	-0,6 %	-1,1 %	0,5 %	-0,3 %	0,8 %	0,0 %	0,8 %	0,3 %	0,4 %	23,1 %		
MDC 2	199.963	319	1,8 %	1,0 %	0,7 %	-0,4 %	1,2 %	0,1 %	1,0 %	1,0 %	0,0 %	16,5 %		
MDC 3	531.654	708	-0,6 %	-0,6 %	0,0 %	-0,1 %	0,1 %	0,0 %	0,1 %	0,7 %	-0,7 %	17,6 %		
MDC 4	1.155.994	1.265	1,8 %	1,1 %	0,6 %	-0,3 %	1,0 %	0,1 %	0,9 %	0,4 %	0,4 %	25,0 %		
MDC 5	3.111.536	2.531	-0,6 %	-1,5 %	0,9 %	-0,4 %	1,4 %	0,3 %	1,0 %	0,4 %	0,7 %	17,4 %		
MDC 6	1.660.466	1.870	-0,3 %	-0,4 %	0,1 %	-0,4 %	0,6 %	0,0 %	0,5 %	0,2 %	0,4 %	18,8 %		
MDC 7	584.978	505	-0,3 %	-0,2 %	0,0 %	-0,3 %	0,3 %	0,4 %	-0,1 %	0,0 %	0,0 %	17,8 %		
MDC 8	3.316.182	2.393	0,2 %	-0,9 %	1,1 %	-0,4 %	1,5 %	0,4 %	1,1 %	0,7 %	0,4 %	16,0 %		
MDC 9	591.768	745	0,5 %	0,8 %	-0,3 %	-0,5 %	0,2 %	0,2 %	0,0 %	0,2 %	-0,2 %	19,2 %		

**Tab. 20.4** (Fortsetzung)

MDC 10	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	388.985	428	1,7 %	1,6 %	0,0 %	-0,1 %	0,1 %	0,3 %	-0,3 %	0,4 %	-0,6 %	20,9 %
MDC 11	Harnorgane	731.045	1.059	0,7 %	0,2 %	0,5 %	-0,3 %	0,7 %	0,0 %	0,8 %	0,4 %	0,4 %	20,8 %
MDC 12	Männliche Geschlechtsorgane	228.758	218	3,6 %	3,6 %	0,0 %	-0,3 %	0,3 %	-0,2 %	0,4 %	0,5 %	-0,1 %	16,1 %
MDC 13	Weibliche Geschlechtsorgane	351.080	339	-1,5 %	-1,4 %	-0,2 %	-0,1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,1 %	-0,1 %	14,9 %
MDC 14	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	554.562	902	-0,1 %	-0,4 %	0,3 %	0,0 %	0,3 %	0,0 %	0,3 %	0,3 %	0,1 %	16,9 %
MDC 15	Neugeborene	460.353	685	0,1 %	0,7 %	-0,5 %	0,0 %	-0,6 %	-0,1 %	-0,4 %	-0,5 %	0,1 %	38,1 %
MDC 16	Blut, blutbildende Organe und Immunsystem	104.642	125	-1,1 %	-0,8 %	-0,3 %	-0,4 %	0,1 %	0,1 %	-0,1 %	-0,1 %	0,0 %	20,9 %
MDC 17	Hämatologische und solide Neubildungen	251.646	175	1,7 %	1,9 %	-0,3 %	0,0 %	-0,3 %	-0,2 %	-0,1 %	0,5 %	-0,5 %	20,5 %
MDC 18	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	288.696	237	2,8 %	2,7 %	0,1 %	0,1 %	0,0 %	-0,2 %	0,1 %	0,1 %	0,0 %	26,7 %
MDC 19	Psychiatrische Krankheiten und Störungen	61.669	80	8,6 %	1,8 %	6,7 %	0,3 %	6,3 %	0,1 %	6,2 %	-0,3 %	6,5 %	22,0 %
MDC 20	Alkohol- und Drogengebrauch	49.417	138	-3,2 %	-4,0 %	0,8 %	0,0 %	0,9 %	-0,2 %	1,0 %	0,0 %	1,0 %	24,6 %
MDC 21	Verletzungen, Vergiftungen u.a.	160.558	180	-0,5 %	-0,3 %	-0,3 %	-0,4 %	0,1 %	-0,4 %	0,6 %	-0,1 %	0,6 %	21,6 %
MDC 22	Verbrennungen	16.939	13	4,3 %	1,5 %	2,7 %	-0,1 %	2,9 %	-0,4 %	3,3 %	0,8 %	2,4 %	26,8 %
MDC 23	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen	43.805	89	-2,2 %	-1,7 %	-0,5 %	-0,6 %	0,1 %	-0,3 %	0,5 %	0,1 %	0,4 %	21,6 %
MDC 24	Sonstige DRG	88.369	39	4,3 %	4,9 %	-0,6 %	-0,3 %	-0,3 %	-0,1 %	-0,3 %	-0,2 %	0,0 %	20,7 %

n = 1.240 Krankenhäuser

 Anmerkung: Die Inter-MDC-Komponente entfällt in dieser Tabelle, da diese auf MDC-Ebene nicht abgebildet werden kann.  
 Krankenhaus-Report 2020



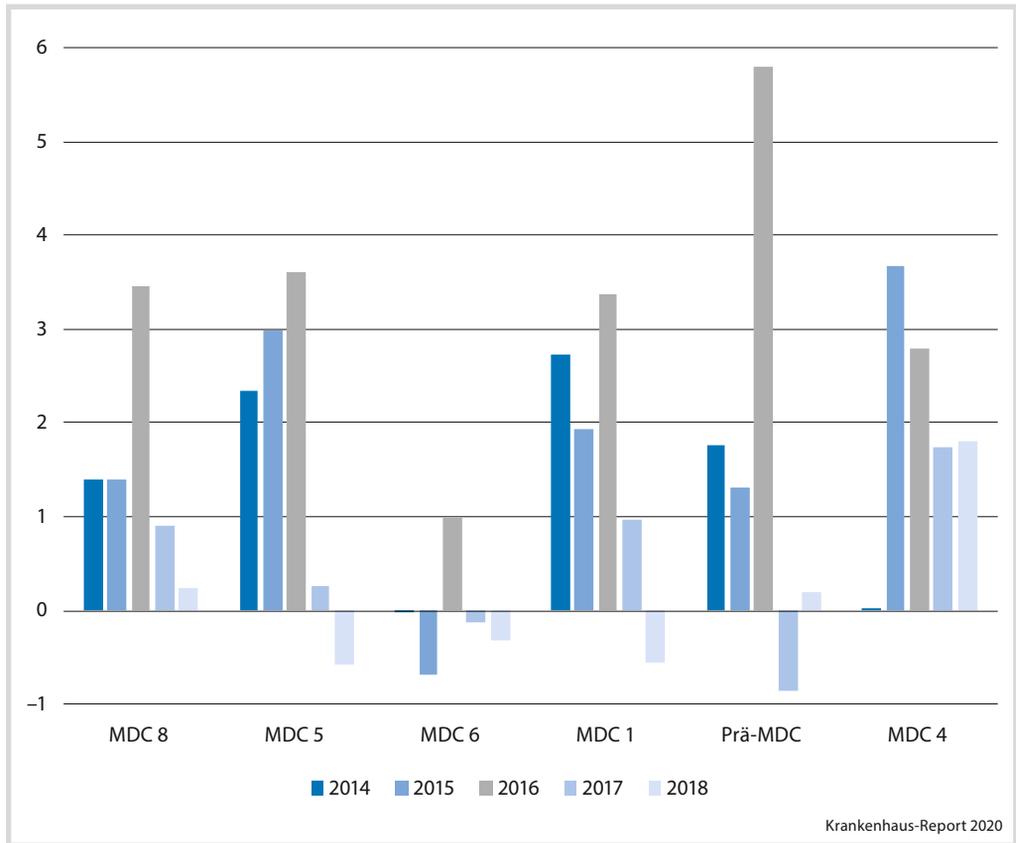
■ **Abb. 20.5** Absolute Veränderung des vereinbarten CM je MDC 2018 gegenüber dem Vorjahr (n = 1.240 Krankenhäuser)

### ■ ■ Exkurs: Pflegekostenanteile

Aufgrund der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem DRG-System kommt es ab dem Jahr 2020 zu größeren Änderungen. Die Pflege wird künftig über ein krankenhausesindividuelles Pflegebudget nach dem Selbstkostendeckungsprinzip vergütet. Ausgliedert werden die Pflegepersonalkosten der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Abteilungen. Auf Basis der InEK-Kostenmatrix handelt es sich hierbei um die Personalkosten des Pflegedienstes auf der Normal- und Intensivstation sowie in der Dialyseabteilung. Für die Patientenaufnahme wurde im Folgenden angenommen, dass 50 % des Casemix der „Pflege am Bett“ zuzuordnen sind (GKV-SV et al. 2019).<sup>16</sup>

Im bisherigen DRG-System sind in der Stichprobe circa 20 % des CM der Pflege zugeordnet. Jedoch zeigen sich deutliche Unterschiede nach MDC. So beinhalten die MDC 13 (Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane) und die MDC 8 (Krankheiten und Störungen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe) nur einen Pflegeanteil von 14,9 % bzw. 16,0 %. Hingegen weisen die MDC 15 (Neugeborene) und die MDC 22 (Verbrennungen) einen Pflegeanteil von 38,1 % bzw. 26,8 % auf (■ Tab. 20.4, letzte Spalte). Da Krankenhäuser ein unterschiedliches Leistungsspektrum aufweisen, hat die Ausgliederung der Personalkosten unterschiedliche Auswirkungen. Bei 6 % der Krankenhäuser in der Stichprobe werden nur bis zu 15 % Prozent des ursprünglichen Casemix ausgegliedert. Hingegen liegt der Anteil des Pflege-Casemix bei 10 % der Krankenhäuser bei 25 % und höher. Somit verbleiben bei 6 % der Krankenhäuser mehr als 85 % des ursprünglichen CM-Volumens in der DRG und bei 10 % der Krankenhäuser nur 75 % oder we-

<sup>16</sup> Bei der Erstellung des Beitrags war noch unklar, wie hoch der Anteil der „Pflege am Bett“ in der Patientenaufnahme ist. Der Anteil der Patientenaufnahme insgesamt an den Personalkosten im Pflegedienst liegt jedoch auch nur bei 0,9 % und spielt daher eine untergeordnete Rolle.



**Abb. 20.6** Prozentuale Veränderung des vereinbarten CM 2014–2018 der CM-stärksten MDCs 2018 (n = 1.240 Krankenhäuser)

niger. Durch das Selbstkostendeckungsprinzip wird sich die Höhe der vergüteten Pflegekosten zukünftig unabhängig von den Preismechanismen im DRG-System entwickeln. Inwiefern sich das auf die gesamte Budgetentwicklung auswirkt, bleibt abzuwarten.

### 20.4.2 Leistungsentwicklung im Zusatzentgelte-Bereich

Zwischen 2017 und 2018 ist das Volumen der vereinbarten Zusatzentgelte für die hier betrachteten Häuser um 8,6% auf 2.510,8 Mio. Euro gestiegen. Ihr Anteil am Gesamtbudget beträgt 2018 in Summe 3,9%.

Für einen kleineren Teil der Zusatzentgelte werden die Preise individuell mit einzelnen Krankenhäusern vereinbart, weil noch keine ausreichende beziehungsweise 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 39,5% den kleineren Teil der Zusatzentgelte aus.<sup>17</sup> Rechnerisch wächst ihr Bud-

<sup>17</sup> Zu dieser Gruppe zählen auch Zusatzentgelte für Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

get mit 31,8 % auf 991,8 Mio. Euro sehr stark an. Dies ist jedoch durch den Umstand bedingt, dass fünf Arzneimittel, darunter auch recht umsatzstarke, aus dem E2- in den E3.2-Bereich gewechselt sind.<sup>18</sup>

Auf die bundesweit einheitlich vergüteten Zusatzentgelte entfällt ein Budgetvolumen von 1.519,0 Mio. Euro im Jahr 2018. Das E2-Budgetvolumen sinkt damit um 2,6 %.

Wie bereits in den Vorjahren ist das ZE130 „Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen“ 2018 mit 362,2 Mio. Euro das umsatzstärkste E2-Zusatzentgelt (Tab. 20.5). Es weist darüber hinaus einen überdurchschnittlichen Anstieg von 13,3 % auf. Dieses Zusatzentgelt macht allein praktisch ein Viertel des gesamten Budgets für E2-Zusatzentgelte aus. Das in der Vergangenheit ebenfalls als sehr umsatzstark zu Buche schlagende ZE148 „Gabe von Rituximab, intravenös“ ist aus dem E2-Bereich in den E3.2-Bereich gewechselt, das heißt zu den unbewerteten Zusatzentgelten, und taucht daher in der vorliegenden Betrachtung nicht mehr auf. Neu hinzugekommen ist hingegen das ZE163 „Erhöhter Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten (DRG-Tabelle 2)“ mit einem Budget von 75,1 Mio. Euro.

Tab. 20.5 zerlegt die Budgetveränderung für die 15 umsatzstärksten Zusatzentgelte in Mengen-, Preis- und Struktureffekte, wie zum Beispiel Verschiebungen zwischen Dosierungsklassen bei Medikamenten. So geht der starke Budgetanstieg beim ZE130 klar auf die Mengenkomponekte zurück, sein Preis steigt hingegen nur verhältnismäßig gering an. Eine Besonderheit stellt das ZE101 („Medikamentefreisetzung Koronarstents“) dar. Bei diesem ist bereits seit Jahren ein deutlicher Budgetrückgang bei leicht steigenden Mengen festzustellen, bedingt durch einen sehr ausgeprägten Preisrückgang.<sup>19</sup> Bezogen auf alle E2-Entgelte lässt sich jedoch erkennen, dass eindeutig die Mengenkomponekte budgetstei-

gernd wirkt, während die Preis- und insbesondere die Strukturkomponente eine dämpfende Wirkung ausüben.

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. Tab. 20.6 stellt die Mengen-, Preis- und Struktureffekte für diese drei Segmente dar. Das Segment „sonstige Zusatzentgelte“ ist heterogen und umfasst auch besondere Behandlungsverfahren, wie zum Beispiel ZE130 und ZE131 für die hochaufwendige Pflege. Gerade dieses Segment ist 2018 gegenüber dem Vorjahr sehr stark angewachsen, was nicht zuletzt darauf zurückzuführen ist, dass die umsatzstarken neuen Zusatzentgelte ZE162 und ZE163 („erhöhter Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten“) in diesen Bereich gehören. Das Budget dieses Segments wuchs um 18,8 %, was auf einen enormen Mengenanstieg von 76,3 % zurückzuführen ist.

Im Gegensatz hierzu ist das Segment der Medikamentengabe um mehr als ein Viertel gesunken, was insbesondere einem Mengenrückgang geschuldet ist; aber auch die Strukturkomponente hat sich budgetsenkend ausgewirkt. Auch die Ausgliederung einer ganzen Reihe von Medikamenten aus dem E2 in das E3.2 spielt hierbei eine Rolle (ZE49 „Bortezomib“; ZE66 „Adalimumab“; ZE68 „Infliximab“; ZE79 „Busulfan“; ZE148 „Rituximab“).

Insgesamt haben sich damit innerhalb des E2 zwischen den Segmenten deutliche Verschiebungen ergeben. Mehr als die Hälfte des E2-Budgets entfällt mittlerweile auf die sonstigen Zusatzentgelte, was insbesondere zulasten der Medikamente geht, deren Anteil von über 40 % im Jahr 2017 auf 31,8 % zurückgeht. Hintergrund ist, dass vermehrt Pflegeleistungen über Zusatzentgelte erfasst werden, während Medikamente in das unbepreiste E3.2 überwechseln. In der Summe ist das E2-Budget allerdings um 2,5 % gesunken, was einen etwas stärkeren Rückgang darstellt als im Vorjahr (−2,0 %).

(NUB) und hochspezialisierte Leistungen nach § 6 Abs. 2a KHEntgG.

<sup>18</sup> InEK 2017 S. 149.

<sup>19</sup> Mostert et al. 2019.

**Tab. 20.5** Komponenten der vereinbarten Budgetveränderung für die 15 umsatzstärksten Zusatzentgelte 2018

Zusatzentgelt	Segment <sup>a</sup>	Anzahl (in Tsd.)	Budget (in Mio. Euro)	Budget- anteil	Budgetver- änderung zum Vorjahr	davon Mengen- komponente	Preis- kompo- nente	Struktur- kompo- nente
Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	S	292	362,2	24,9 %	13,3 %	11,7 %	1,5 %	-0,1 %
Gabe von Human-Immunglobulin, polyvalent, parenteral	M	33	97,0	6,7 %	7,6 %	4,4 %	1,0 %	2,0 %
Hämodialyse, intermittierend	D	372	85,9	5,9 %	-0,4 %	-2,7 %	2,4 %	0,0 %
erhöhter Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten (DRG-Tabelle 2)	S	342	75,1	5,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Gabe von Apherese-Thrombozyten-konzentraten	M	26	51,7	3,6 %	-8,5 %	-6,6 %	-1,9 %	-0,2 %
Hämodialyse, kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD)	D	30	49,5	3,4 %	15,1 %	6,1 %	6,7 %	1,6 %
Gabe von Bevacizumab, parenteral	M	18	48,4	3,3 %	-1,6 %	-0,6 %	-0,2 %	-0,8 %
Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbe- handlung	S	25	45,7	3,1 %	-0,5 %	3,3 %	-4,3 %	0,7 %
Palliativmedizinische Komplexbehandlung	S	29	42,5	2,9 %	-2,9 %	-4,3 %	1,4 %	0,2 %
Medikamente-freisetzende Koronarstents	S	291	36,3	2,5 %	-29,2 %	1,9 %	-31,5 %	1,4 %
Plasmapherese	S	5	30,4	2,1 %	-1,6 %	-1,2 %	1,1 %	-1,5 %
Gabe von Erythrozytenkonzentraten	M	14	29,7	2,0 %	-2,3 %	-2,3 %	-0,5 %	0,5 %
Extrakorporale Photopherese	S	20	25,2	1,7 %	2,7 %	1,2 %	1,5 %	0,0 %
Hämodiafiltration, kontinuierlich	D	15	23,9	1,6 %	7,7 %	-1,5 %	6,4 %	2,8 %
Gabe von Thrombozytenkonzentraten	M	12	23,1	1,6 %	8,1 %	1,6 %	0,3 %	6,0 %
alle E2-Zusatzentgelte		2.000	1.454,4	100,0 %	-2,5 %	31,6 %	-1,3 %	-25,0 %

<sup>a</sup> „M“ = Medikamentengabe; „D“ = Dialyse; „S“ = Sonstige  
n = 1.240 Krankenhäuser  
Krankenhaus-Report 2020

**Tabelle 20.6** Komponenten der vereinbarten Budgetveränderung nach Segmenten 2018

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	kontinu- ierlich	Abgänge	Zugänge	
Sonstige	1.278	797,3	54,8 %	18,8 %	76,3 %	-2,5 %	-30,9 %	1,4 %	0,0 %	0,0 %	-31,8 %
Dialyse	502	195,4	13,4 %	3,8 %	-2,4 %	4,3 %	1,9 %	1,9 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Medikamentengabe	220	461,8	31,8 %	-27,0 %	-21,5 %	-1,6 %	-5,6 %	1,0 %	-6,5 %	0,0 %	0,0 %
alle E2-Zusatzentgelte	2.000	1.454,4	100,0 %	-2,5 %	31,6 %	-1,3 %	-25,0 %	1,5 %	-7,6 %	-20,0 %	

n = 1.240 Krankenhäuser  
Krankenhaus-Report 2020

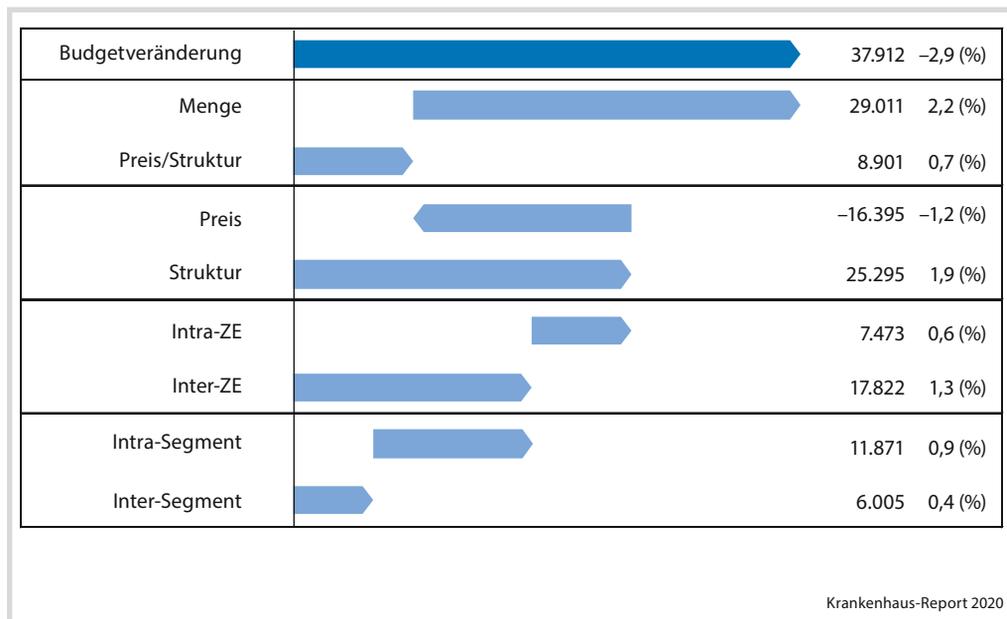
Abb. 20.7 stellt die maßgeblichen Einflussfaktoren für die vereinbarten Budgetveränderungen bundeseinheitlicher Zusatzentgelte insgesamt nach der Methode der Komponentenzерlegung dar.<sup>20</sup> Anders als bei der bisherigen Betrachtung werden hierbei nur diejenigen Entgelte betrachtet, die sowohl 2017 als auch 2018 dem E2 zugeordnet sind; Zu- und Abgänge werden nicht berücksichtigt. Beispielsweise fällt der starke Einfluss der fünf aus dem E2 ausgegliederten Medikamentengaben somit weg. Ebenso wird beispielsweise der umsatzstarke Neuzugang ZE163 nicht berücksichtigt. Auch bei dieser Betrachtungsweise bestätigt sich der starke Einfluss der Mengenentwicklung auf das Budget. Während die Preisentwicklung budgetsenkend wirkt, ist der Struktureffekt hier – anders als bei der oben gewählten Betrachtungsweise, die die Zu- und Abgänge einschloss – klar positiv. Mit anderen Worten: Bei den in beiden Jahren im Katalog befindlichen Zusatzentgelten zeichnet sich eine klare Entwicklung zu höherer Komplexität ab, beispielsweise in Form einer Tendenz zur Vereinbarung höherer Dosierungsklassen bei Medikamenten.

## 20.5 Umsetzung der Verhandlungsergebnisse

Der § 4 Abs. 2 Satz 1 KHEntgG gibt eine leistungsorientierte Erlösbudgetermittlung vor, die sich nach den vorrausichtlich zu erbringenden Leistungen richten soll, also eigentlich eine prospektive Budgetvereinbarung ist. Bereits in den vergangenen Jahren war ein Trend hin zu späteren Umsetzungszeitpunkten zu beobachten, der für zunehmend unterjährige oder retrospektive Verhandlungen beziehungsweise Einigungen steht.<sup>21</sup> Diese Entwicklung zeigt sich auch im Vergleich der Jah-

<sup>20</sup> Zu den methodischen Voraussetzungen der Anwendung der Komponentenzерlegung auf den Bereich der E2-Zusatzentgelte vergleiche Mostert et al. 2013.

<sup>21</sup> Im Jahr 2011 lag die unterjährige Umsetzungsquote bei 72,5 %. Der Wert verringerte sich bis 2016 durchschnittlich um 3,7 Prozentpunkte p. a.



■ **Abb. 20.7** Komponenten der vereinbarten Budgetveränderung für bundeseinheitliche Zusatzentgelte (in Tsd. Euro), 2018 im Vergleich zum Vorjahr (n = 1.240 Krankenhäuser)

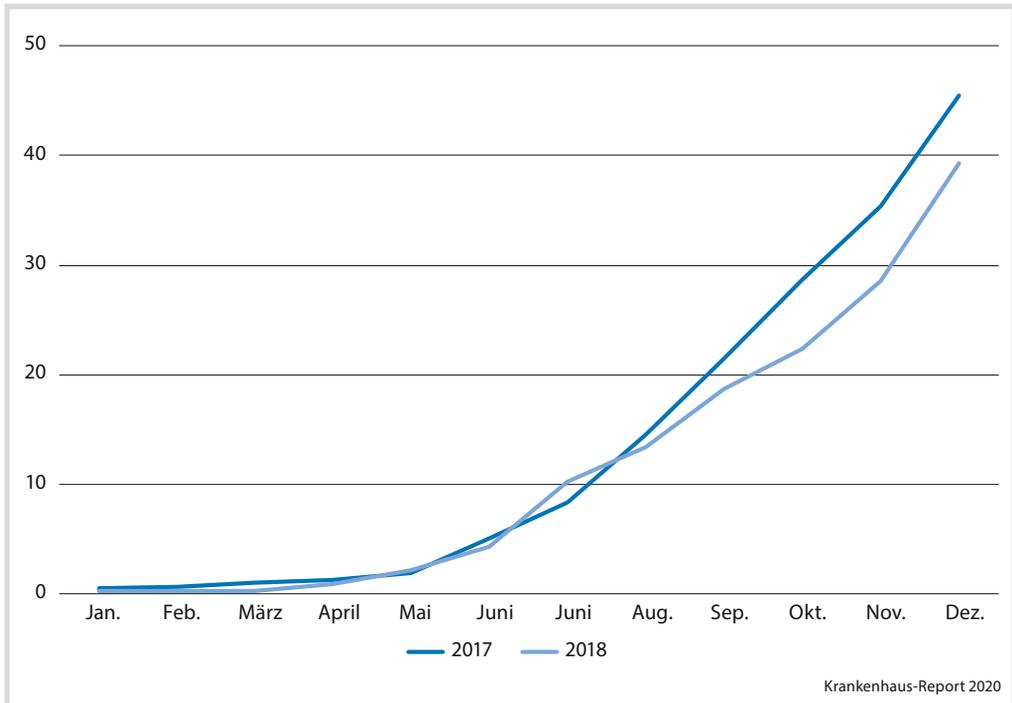
re 2017 und 2018<sup>22</sup>: Für das Budgetjahr 2017 wurde gemessen an dem in Summe über alle LBFW vereinbarten CM-Volumen ca. 46 % in den Einzelhausverhandlungen unterjährig umgesetzt (■ Abb. 20.8). 2018 wurden vor allem in den letzten vier Monaten weniger Verhandlungsergebnisse genehmigt, sodass am Jahresende nur für ca. 39 % des CM-Volumens im LBFW Planungssicherheit bestand. Als Hauptursache für die verzögerte Umsetzung können die zunehmend komplexer werdenden Verhandlungstatbestände gelten. Dazu gehört zum Beispiel der im Jahr 2017 neu eingeführte FDA, der u. a. durch seine mehrjährige Geltung auch bei retrospektiven Vereinbarungen Diskussionspotenzial bietet. Ferner sind Verschiebeeffekte schlecht wieder aufzuholen,

da in der Regel nicht für ein Krankenhaus zwei Vereinbarungen in einem Jahr geeint werden.

## 20.6 Zusammenfassung und Diskussion

Verschiedene Entwicklungen, die sich bereits im vergangenen Jahr im Krankenhausbereich abgezeichnet haben, setzten sich auch 2018 mitunter verstärkt fort. Das Gesamtbudget stieg um 3,1 %, was einem absoluten Wachstum von mehr als 1,9 Mrd. Euro entspricht. Allerdings tritt dabei der budgeterhöhende Einfluss der Mengenentwicklung immer mehr in den Hintergrund. So wurde das erste Mal eine negative Fallzahlentwicklung (-0,3 %) vereinbart. Dass die Mengenentwicklung dennoch mit 0,3 % zur Budgeterhöhung beigetragen hat, ist auf die höhere vereinbarte Fallschwere zurückzuführen, die den Fallzahlrückgang überkompensiert.

<sup>22</sup> Für die Analyse der Umsetzungszeitpunkte wurde von der Stichprobe der 1.240 Krankenhäuser, zu denen in 2017 und 2018 eine Budgetvereinbarung vorliegt, abgewichen. Es wurden stattdessen alle im jeweiligen Budgetjahr vorliegenden Verhandlungsergebnisse einbezogen.



■ **Abb. 20.8** Umsetzungszeitpunkte 2017 und 2018 nach kumulierten CM-Anteilen (in %)

Die zurückhaltende vereinbarte Mengenentwicklung zeigt sich auch bei der Summe der vereinbarten Fixkostendegressionsabschläge. Zwar haben auch im Jahr 2018 wieder Krankenhäuser FDA für neue Mehrleistungen vereinbart, allerdings in einem geringeren Umfang, als es im Jahr 2017 der Fall war. Dieser Abschlag und weitere geänderte Rahmenbedingungen aus dem Krankenhausstrukturgesetz beeinflussen nach wie vor den Preiseffekt, der insgesamt bei 2,8 % liegt. Ein Sondereffekt in der Preisentwicklung im Jahr 2018 ist die anteilige Tarifrefinanzierung von 0,16 % für das Vorjahr. Zudem ist das Budgetvolumen im Pflegestellenförderprogramm deutlich angestiegen. Hier bereits einen Zusammenhang mit der anstehenden Ausgliederung der Pflegepersonalkosten herzustellen wäre verfrüht.

Allerdings wird die Entwicklung von Pflegepersonalkosten und Vollkräften im Hinblick auf die Budgetentwicklung an Bedeutung gewinnen. Die unterschiedlichen Pflegekostenanteile in den DRGs verdeutlichen, dass das auf Einzelhausebene je nach Leistungsspektrum unterschiedlich sein wird.

Dass unabhängig davon bereits seit einigen Jahren – auch durch die Regelungen im KHSG – die Budgetverhandlungen vermehrt komplexer und streitbefangener wurden, zeigen die zunehmend späteren Verhandlungen und Umsetzungszeitpunkte. 2018 wurden mit knapp unter 40 % noch einmal weniger Budgetvereinbarungen unterjährig umgesetzt als im Vorjahr, was sich entsprechend negativ auf die Planungssicherheit der Kostenträger und Krankenhäuser auswirkt.

## Anhang

Zusatzentgelte 2017 und 2018				
<b>ZE-Nr.</b>	<b>Segment</b>	<b>Bezeichnung</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
ZE 01	D	Hämodialyse, intermittierend	X	X
ZE 02	D	Hämodiafiltration, intermittierend	X	X
ZE 09	S	Vollimplantierbare Medikamentenpumpe mit programmierbarem 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 30	M	Gabe von Prothrombinkomplex, parenteral	X	X
ZE 36	S	Plasmapherese	X	X
ZE 37	S	Extrakorporale Photopherese	X	X
ZE 40	M	Gabe von Filgrastim, parenteral	X	X
ZE 42	M	Gabe von Lenograstim, parenteral	X	X
ZE 44	M	Gabe von Topotecan, parenteral	X	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	
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 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

Zusatzentgelte 2017 und 2018				
ZE-Nr.	Segment	Bezeichnung	2017	2018
ZE 66	M	Gabe von Adalimumab, parenteral	X	
ZE 67	M	Gabe von Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Varicella-Zoster-Virus, parenteral	X	X
ZE 68	M	Gabe von Infliximab, parenteral	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
ZE 75	M	Gabe von Liposomalem Cytarabin, intrathekal	X	X
ZE 78	M	Gabe von Temozolomid, oral	X	X
ZE 79	M	Gabe von Busulfan, parenteral	X	
ZE 80	M	Gabe von Docetaxel, parenteral	X	X
ZE 93	M	Gabe von Human-Immunglobulin, polyvalent, parenteral	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
ZE100	S	Implantation eines endobronchialen Klappensystems, andere Operationen an Lunge und Bronchien	X	X
ZE101	S	Medikamente-freisetzende Koronarstents	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 Lokalisation	X	X
ZE107	M	Gabe von Erythrozytenkonzentraten	X	X
ZE108	M	Gabe von patientenbezogenen Thrombozytenkonzentraten	X	X
ZE110	M	Gabe von Liposomalem Amphotericin B, parenteral	X	X
ZE113	M	Gabe von Itraconazol, parenteral	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
ZE119	D	Hämofiltration, kontinuierlich	X	X
ZE120	D	Hämodialyse, kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD)	X	X
ZE121	D	Hämodiafiltration, kontinuierlich	X	X

Zusatzentgelte 2017 und 2018				
<b>ZE-Nr.</b>	<b>Segment</b>	<b>Bezeichnung</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
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
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 zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Einkanalssystem, mit Sondenimplantation	X	X
ZE139	S	Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Einkanalssystem, ohne Sondenimplantation	X	X
ZE140	S	Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalsystem, nicht wiederaufladbar, mit Sondenimplantation	X	X
ZE141	S	Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalsystem, 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 Komplexbehandlung	X	X
ZE146	M	Gabe von Thrombozytenkonzentraten	X	X
ZE147	M	Gabe von Apherese-Thrombozytenkonzentrat	X	X
ZE148	M	Gabe von Rituximab, intravenös	X	

Zusatzentgelte 2017 und 2018				
ZE-Nr.	Segment	Bezeichnung	2017	2018
ZE149	M	Gabe von Trastuzumab, intravenös	X	X
ZE150	M	Gabe von Posaconazol, oral	X	X
ZE151	M	Gabe von Abatacept, intravenös	X	X
ZE152	S	Perkutan-transluminale Fremdkörperentfernung und Thrombektomie an intrakraniellen Gefäßen unter Verwendung eines Stentretreiver-Systems	X	X
ZE153	S	Zügeloperation mit alloplastischem Material, adjustierbar	X	X
ZE154	M	Gabe von Eculizumab, parenteral	X	X
ZE155	M	Gabe von Ofatumumab, parenteral	X	X
ZE156	M	Gabe von Decitabine, parenteral	X	X
ZE157	M	Gabe von Tocilizumab, intravenös	X	X
ZE158	S	Vagusnervstimulationssysteme, mit Sondenimplantation	X	X
ZE159	S	Vagusnervstimulationssysteme, ohne Sondenimplantation	X	X
ZE160	M	Gabe von Lipegfilgrastim, parenteral	X	X
ZE161	S	Radiofrequenzablation Ösophagus	X	X
ZE162	S	erhöhter Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten (DRG-Tabelle 1)		X
ZE163	S	erhöhter Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten (DRG-Tabelle 2)		X
ZE164	M	Gabe von pathogeninaktivierten Thrombozytenkonzentraten		X
ZE165	M	Gabe von pathogeninaktivierten Apherese-Thrombozytenkonzentraten		X

## Literatur

- AOK-Bundesverband (2019) Übersicht über die für 2019 gültigen Landesbasisfallwerte in den einzelnen Bundesländern. [https://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bund/krankenhaus/budgetverhandlung/landesbasisfallwert/kh\\_lbfw\\_2019.pdf](https://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bund/krankenhaus/budgetverhandlung/landesbasisfallwert/kh_lbfw_2019.pdf). Zugegriffen: 21. Nov. 2019
- Friedrich J, Günster C (2006) Determinanten der CM Entwicklung in Deutschland während der Einführung von DRGs (2002 bis 2004). In: Klauber J, Robra B-P, Schellschmidt H (Hrsg) Krankenhaus-Report 2005. Schattauer, Stuttgart, S 153–202
- Friedrich J, Paschen K (2005) Schätzfehler bei der Überleitung von Leistungsdaten verringern – das WIdO-Verfahren der „vereinbarungsgewichteten Überleitung“. f&w 5(22):464–468
- Fürstenberg T, Laschat M, Zick K, Klein S, Gierling P, Noting HP, Schmidt T (2013) G-DRG-Begleitforschung gemäß § 17b Abs. 8 KHG, Endbericht des dritten Forschungszyklus (2008-2010). Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), Siegburg. [https://www.g-drg.de/Datenbrowser\\_und\\_Begleitforschung/Begleitforschung\\_DRG/Endbericht\\_zum\\_dritten\\_Zyklus\\_der\\_G-DRG-Begleitforschung](https://www.g-drg.de/Datenbrowser_und_Begleitforschung/Begleitforschung_DRG/Endbericht_zum_dritten_Zyklus_der_G-DRG-Begleitforschung). Zugegriffen: 22. Nov. 2019
- GKV-Spitzenverband, Verband der Privaten Krankenversicherung, Deutsche Krankenhausgesellschaft (2019) Vereinbarung nach § 17b Abs 4 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) zur Definition der auszugliedern- den Pflegepersonalkosten und zur Zuordnung von Kosten von Pflegepersonal (Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung). <https://>

- [www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/krankhaeuser/drg/drg\\_2020/2019\\_02\\_18\\_KH\\_DRG\\_Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung.pdf](http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankhaeuser/drg/drg_2020/2019_02_18_KH_DRG_Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung.pdf). Zugegriffen: 22. Nov. 2019
- InEK (2017) Abschlussbericht Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2018. Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), Siegburg
- Mostert C, Leclerque G, Friedrich J (2013) Eckdaten der Leistungsentwicklung im Krankenhausmarkt 2011. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg) Krankenhaus-Report 2013. Schattauer, Stuttgart, S 21–46
- Mostert C, Leclerque G, Friedrich J (2015) Die Krankenhausbudgets 2012 und 2013 im Vergleich. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg) Krankenhaus-Report 2015. Schattauer, Stuttgart, S 303–324
- Mostert C, Leclerque G, Friedrich J (2019) Die Krankenhausbudgets 2016 und 2017 im Vergleich. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg) Krankenhaus-Report 2019. Springer, Berlin, Heidelberg, S 225–246
- Reichelt H (1988) Eine Methode der statistischen Komponentenerlegung. WIdO-Materialien 31. Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), Bonn

**Open Access** Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

