Die Krankenhausbudgets 2018 und 2019 im Vergleich

Gregor Leclerque und Carina Mostert

Inhaltsverzeichnis

18.1	Einführung – 352
18.2	Allgemeine Budgetentwicklung – 353
18.3	Vereinbarte Preisentwicklung – 354
18.4	Vereinbarte Leistungsentwicklung – 358
18.4.1	Leistungsveränderung im DRG-Bereich – 358
18.4.2	Leistungsentwicklung im Zusatzentgelte-Bereich – 364
18.5	Umsetzung der Verhandlungsergebnisse – 367
18.6	Zusammenfassung und Diskussion – 368
	Anhang – 369
	Literatur – 372

■ ■ Zusammenfassung

Der Beitrag untersucht die Veränderungen in den jährlich zu vereinbarenden Budgets der Jahre 2018 und 2019 auf Basis von 1.181 somatischen Krankenhäusern. Deren Budgets (ohne Berücksichtigung von Ausgleichen) sind um 4,5 % gestiegen, was einem Mittelzuwachs von etwa 2,9 Mrd. Euro entspricht. Der Budgetanstieg liegt damit rund 1,4 Prozentpunkte höher als im Vorjahr. Budgeterhöhend hat sich dabei erneut vor allem die Preisentwicklung ausgewirkt. Hier ist neben der Entwicklung der LBFW auch das erhöhte Budgetvolumen der Zu- und Abschläge – und dabei insbesondere das Pflegestellenförderprogramm – von Bedeutung. Die Mengenentwicklung hingegen trägt nur geringfügig zum Budgetanstieg bei, wobei die Fallzahlen stagnieren und der moderate Anstieg vollständig auf strukturelle Entwicklungen zurückgeführt werden kann. Wenngleich die Gesamtentwicklung der Budgets durch den DRG-Bereich dominiert wird, so zeigt sich bei den Zusatzentgelten eine höhere Dynamik. Fortgesetzt hat sich die Tendenz zu deutlich späteren Verhandlungen und Genehmigungen der AEBs. Gemessen am Gesamtcasemixvolumen wurden 2019 nur knapp 38 % unterjährig umgesetzt.

This article analyses the changes in the annually agreed budgets in 2018 and 2019 on the basis of 1,181 somatic hospitals. The budgets of these hospitals have increased by 4.5 % after adjustment, which corresponds to an increase in funds of about 2.9 billion Euros. The budget increase is thus about 1.4 percentage points higher than in the previous year. The increase was again primarily due to price developments. In addition to the development of the LBFW, the increased budget volume of surcharges and discounts – and in particular the nursing care subsidy programme – is significant. Volume growth contributed only slightly to the budget increase, with case numbers stagnating and the moderate increase being en-

tirely attributable to structural developments. Although the overall budget development is dominated by the DRG sector, a higher dynamic can be observed in the supplementary charges. The trend towards significantly later negotiations and approvals of the AEBs has continued. Measured against the total casemix volume, only just under 38 % were implemented during the year 2019.

18.1 Einführung

Der vorliegende Beitrag analysiert die Veränderungen in den jährlich zu vereinbarenden Budgets somatischer Krankenhäuser zwischen den Jahren 2018 und 2019. Die Darstellung basiert auf den vorliegenden Unterlagen nach der amtlichen Aufstellung der Entgelte und Budgetberechnung (AEB) aus 1.181 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 2019 durch Schließungen aus dem Markt ausgeschieden oder durch Fusionen in anderen Häusern aufgegangen sind, bleiben unberücksichtigt. Die Grundgesamtheit repräsentiert 80,1 % der bundesweiten Leistungsmenge (DRG-Casemixsumme), wie sie im Rahmen der Vereinbarungen der Landesbasisfallwerte (LBFW) 2019 festgelegt worden ist (AOK-Bundesverband 2020).

Der Beitrag beginnt in ► Abschn. 18.2 mit der Darstellung der allgemeinen Budgetentwicklung und der Preis- und Mengenfaktoren. In ► Abschn. 18.3 werden die Preis- und in ► Abschn. 18.4 die Leistungsentwicklungen im DRG-Bereich und für Zusatzentgelte vertiefend analysiert. Abschließend thematisiert ► Abschn. 18.5 die Wirkung der Budgetergebnisse im Zusammenhang mit den Umsetzungszeitpunkten.

18.2 Allgemeine Budgetentwicklung

Das vereinbarte Gesamtbudget (ohne Ausgleiche), das die Beträge für DRGs, sonstige Entgelte nach § 6 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) sowie Zu- und Abschläge umfasst, steigt für die hier betrachteten Einrichtungen zwischen 2018 und 2019 um 4,5 % (2,9 Mrd. Euro) auf 66,1 Mrd. Euro an. ■ Tab. 18.1 stellt die Komponenten des vereinbarten Gesamtbudgets 2018 und 2019 dar. Das DRG-Budget ist aufgrund des großen Anteils am Gesamtbudget (91,0 %) mit einem Anstieg um knapp 1,5 Mrd. Euro beziehungsweise 2,6 % nach wie vor Haupttreiber der Entwicklung. Die Gesamtbeträge für Zusatzentgelte (+15,6 %) weisen deutlich stärkere, die der sonstigen Entgelte (+4,3 %) ähnliche Veränderungsraten wie das Gesamtbudget auf. Den nach wie vor geringsten Anteil am Gesamtbudget hat die Summe der Zu- und Abschläge, allerdings bedingt deren Anstieg von knapp 900 Mio. € 31,4 % des Gesamtbudgetanstiegs. Details zu den Veränderungen bei

Zusatzentgelten und Zu- und Abschlägen finden sich in den ► Abschn. 18.3 und 18.4.

Wird das vereinbarte Budget überschritten, werden Rückzahlungen der Krankenhäuser fällig. Kommt es hingegen zu Budgetunterschreitungen, resultieren Nachzahlungen der Krankenkassen. Diese Ausgleiche¹ werden mit den Budgets der Folgejahre verrechnet. Während die Summe aller Nach- und Rückzahlungen im Jahr 2018 207 Mio. Euro betrug, mussten die Krankenkassen im Jahr 2019 einen Betrag von 359 Mio. Euro ausgleichen. Daher steigt das Gesamtbudget unter Berücksichtigung der Ausgleichsbeträge um 4,7 % an.

Die Veränderungsrate des Gesamtbudgets kann in einen Preis- und einen Mengeneffekt unterteilt werden. Insgesamt liegt die Veränderungsrate auf einem ähnlichen Niveau wie 2018. Die Preiskomponente ist mit 3,9 % im Vergleich zu 2018 erneut angestiegen (■ Tab. 18.2) und erreicht den höchsten Wert seit Beendigung der Konvergenzphase der LBFW. Damit macht die Preisentwicklung von 2018 nach 2019 86,5 % der Gesamtbudgetveränderung aus, allerdings fällt auch der Mengeneffekt mit 0,6 % im Vergleich zur Vor-

■ **Tabelle 18.1** Vereinbarte Budgets 2018 und 2019 (in Mio. Euro)

	2018	2019	Veränderung	
DRG-Budget	58.656	60.163	1.506	2,6 %
Zusatzentgelte	2.410	2.786	376	15,6 %
Sonstige Entgelte	1.821	1.900	79	4,3 %
Zu- und Abschläge (ohne Ausbildung)	366	1.265	899	245,8 %
Gesamtbudget	63.253	66.114	2.860	4,5 %
Ausgleiche	207	359	152	73,7 %
Gesamtbudget mit Ausgleichen	63.460	66.473	3.013	4,7 %

n = 1.181 Krankenhäuser
Krankenhaus-Report 2021

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

■ Tabelle 18.2 Jährliche Budgetveränderung und der Einfluss von Menge und Preis ohne Ausgleiche (in %)

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
2019	4,5	0,6	3,9

Krankenhaus-Report 2021

jahresveränderung wieder etwas stärker aus (+0,3 Prozentpunkte).

■ Abb. 18.1 stellt die Einflussfaktoren der vereinbarten Budgetentwicklung von 2018 nach 2019 dar. Die Ausgleiche werden dem Preiseffekt zugeordnet, der mit insgesamt 4,1 Prozentpunkten den weitaus größten Teil der Gesamtbudgetveränderung determiniert. Der Einfluss des Mengeneffekts lässt sich noch einmal in zwei Faktoren untergliedern: in die Veränderung der Fallzahl und der Leistungsstruktur, wobei die Fallzahlveränderung 2018 nach 2019 einen minimalen Einfluss auf die Mengenentwicklung ausübte. Das Plus von 0,6 Prozentpunkten ist vollständig auf die Veränderung der Leistungsstruktur zurückzuführen.

■ Abb. 18.1 Einflussfaktoren der vereinbarten Budgetentwicklung 2019 (in %). n = 1.181 Krankenhäuser

18.3 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 Krankenhausebene verwendete Basisfallwert für die hier untersuchten Einrichtungen beträgt im Jahr 2018 im Mit-

■ **Abb. 18.2** Preiswirkung von Zu- und Abschlägen auf den Basisfallwert 2018/2019 (in %). n = 1.181 Krankenhäuser

tel 3.452 € und steigt im Folgejahr um 2,5 % auf 3.538 € an. Unter Berücksichtigung der Zu- und Abschläge resultiert eine Veränderung um 4,0 %. Unter Berücksichtigung der Ausgleichszahlungen für Vorperioden liegt die Preissteigerung bei 4,2 %. Im Folgenden werden die bedeutenden Einflussgrößen im Detail dargestellt sowie deren Einfluss auf die Gesamtentwicklung analysiert. ■ **Abb. 18.2** zeigt ergänzend die Preiswirkung von Zu- und Abschlägen auf die Basisfallwerte 2018 und 2019.

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

Mit Einführung der LBFV 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 sogenannten 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 2019 liegt mit 1,96 %² deutlich unterhalb der veröffentlichten Veränderungsrate nach § 71 SGB V Abs. 3 in Höhe von 2,65 %. Daher galt im Jahr 2019 wiederholt die Grundlohnsumme als Obergrenze für die Veränderung der LBFW. Im gewichteten Mittel stiegen die LBFW mit Ausgleichen von 3.456 € im Jahr 2018 um 2,46 % auf 3.541 € im Jahr 2019. Somit blieb die durchschnittlich vereinbarte Preisveränderung 0,2 Prozentpunkte unter der geltenden Obergrenze. Eine Tarifierhöhungsrate gemäß der Vereinbarung nach § 9 Abs. 1 Nr. 7 KHEntgG war nicht zu berücksichtigen.³

■ ■ 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 Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PsychEntgG) wurde der Mehrleistungsabschlag ab 2013 mit einer Geltung für zwei Jahren auf 25 % festgelegt. Mit dem ersten Pflegestärkungsgesetz (PSG I) aus dem Jahr 2014 wurde eine Verlängerung der Geltungsdauer auf drei Jahre geregelt.⁴ Mit Inkrafttreten des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) am 1. 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.). Durch die dreijährige Geltungsdauer des Mehrleistungsabschlages war dieser Tatbestand im Jahr 2018 letztmals budgetwirksam.

Das vereinbarte Gesamtvolumen für den Mehrleistungsabschlag belief sich aufgrund der weiter geltenden Beträge aus den Vorjahren im Jahr 2018 auf –209,2 Mio. Euro. Dies entspricht einem vereinbarten Preiseffekt von –12,31 € im selben Jahr.

■ ■ Fixkostendegressionsabschlag

Der FDA ersetzt seit seiner Einführung im Jahr 2017 nicht nur den gleichzeitig entfallenden Mehrleistungsabschlag für neu zu vereinbarenden Mengensteigerungen, sondern zusätzlich die bis dato auf Landesebene im LBFW wirksame Mengendegression. Da für den FDA eine Laufzeit von drei Jahren vorgesehen ist, 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 die Vergütung um 35 % gekürzt wird. Der FDA-Regelsatz gilt für alle Regelleistungen, die nicht unter einen Ausnahmetatbestand⁵ oder eine Sonderregelung⁶ fallen. Ein erhöh-

2 Die zugrundeliegenden, vom Statistischen Bundesamt ermittelten Teilorientierungswerte für Personal- und Sachkosten liegen bei 2,39 bzw. 1,26 %.

3 „Vereinbarung gemäß § 9 Abs. 1 Nr. 7 KHEntgG – Erhöhungsrate für das Jahr 2018 und 2019 vom 12.11.2019“.

4 Von den Regelungen ausgenommen sind Mehrleistungen aus DRGs mit einem Sachkostenanteil von mehr als 66,7 % oder solche, die aus krankhausplanerischen Maßnahmen resultieren.

5 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 zwei Dritteln und DRGs, deren Bewertungsrelationen im Katalog abgesenkt wurden, weil Anhaltspunkte für wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen in der Vergangenheit vorliegen.

6 Für DRGs aus dem Katalog der „nicht mengenanfälligen Leistungen“ kommt ein um die Hälfte reduzierter Abschlag zur Anwendung. Gleiches gilt im Falle von Leistungsverlagerungen im Einzugsgebiet eines Krankenhauses.

ter Abschlag von bis zu 50 % konnte zunächst für zusätzliche Leistungen mit höherer Fixkostendegression vereinbart werden oder wenn in hohem Maße wirtschaftlich begründete Mengensteigerungen vorliegen. Ab 2019 entfällt entsprechend den Vorgaben im Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) die Möglichkeit, einen höheren FDA als 35 % zu vereinbaren.

Die Summe der vereinbarten Fixkostendegressionsabschlüsse im Jahr 2018 setzt sich aus neu vereinbarten Beträgen sowie der Weitergeltung aus 2017 zusammen und betrug 223,2 Mio. Euro. Bis auf wenige Ausnahmefälle galten diese Beträge 2019 weiter. Hinzu kommen Vereinbarungen für neue Mehrleistungen in den selben oder anderen Krankenhäusern. Das vereinbarte FDA-Gesamtvolumen in insgesamt 564 Krankenhäusern lag im Jahr 2019 bei 292,4 Mio. €. Der Effekt auf den Preis von DRG-Leistungen betrug entsprechend –13,14 € im Jahr 2018 und –17,20 € im Jahr 2019.

■ ■ G-BA-Mehrkostenzuschlag

Darüber hinaus wurden mit dem KHSBG befristete Zuschläge für die Finanzierung von Mehrkosten aufgrund von Qualitätssicherungsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) etabliert. Im April 2017 trat die entsprechende Vereinbarung zwischen den Vertragspartnern auf Bundesebene in Kraft.⁷ 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.

Die für die Budgetjahre 2018 und 2019 vereinbarte Budgetsumme ist mit 62,8 bzw. 65,2 Mio. € fast identisch. Der Effekt auf den Preis von DRG-Leistungen beträgt jeweils 3,83 €.

⁷ „Vereinbarung gemäß § 9 Abs. 1a Nr. 1 KHEntgG zur Finanzierung von Mehrkosten aufgrund der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung (G-BA-Mehrkostenzuschlagsvereinbarung)“.

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

Für das Jahr 2018 betrug das vereinbarte Budgetvolumen in den hier untersuchten Krankenhäusern für das Hygienesonderprogramm 86,1 Mio. €. Es stieg 2019 um 9,6 % auf 94,4 Mio. €, was im Jahr 2019 mit einer Preiswirkung auf die DRG-Leistungen von 5,55 € einherging.

■ ■ Pflegestellenförderprogramm

Mit dem KHSBG 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 die Neueinstellung oder Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen im Pflegedienst vereinbaren. Dabei hatten die Krankenhäuser zunächst einen Eigenanteil von 10 % aufzubringen, was sich mit den Vorgaben vom ersten Förderprogramm deckt. Mit dem PpSG wurde das Pflegestellenförderprogramm nachträglich um ein weiteres Jahr verlängert und etwas verändert. Im Jahr 2019 entfiel der Eigenanteil der Krankenhäuser und die Obergrenze für die Summe der Fördermittel.

Im Vergleich zu den vereinbarten 170,4 Mio. Euro aus dem Jahr 2018 hat sich der Betrag in 2019 bei den hier betrachteten Krankenhäusern um den Faktor 3,6 erhöht und betrug 618,2 Mio. €. Die Auswirkungen des Pflegestellenförderprogramms auf den Preis von DRG-Leistungen summieren sich 2019 auf 36,36 €.

■ ■ Pflegezuschlag

Das erste Pflegestärkungsgesetz (PSG I) regelte ab 2017 den Übergang des Versorgungs-

zuschlags 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. 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 summierte sich im Jahr 2018 auf rund 399,0 Mio. € und im Jahr 2019 auf 404,5 Mio. €. Der Preiseffekt lag 2019 folglich mit 23,79 € auf einem vergleichbaren Niveau wie 2018.

■ ■ Zu- und Abschläge für die (Nicht-)Teilnahme an der Notfallversorgung

Bis einschließlich 2018 konnten für Krankenhäuser, die nicht an der Notfallversorgung teilgenommen haben, Abschläge von 50 € je Fall vereinbart werden. 2019 trat der Beschluss des G-BA in Kraft, der die Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern (§ 136c Abs. 4 SGB V) beinhaltete. Je nach Art und Umfang der strukturellen, personellen und medizinisch-technischen Ausstattung werden die Krankenhausstandorte in ein dreistufiges System eingeteilt. Für Standorte, welche die Kriterien der Basisnotfallversorgung (Stufe 1) erfüllen, ist ein Zuschlag von 150.000 €, für die der erweiterten Notfallversorgung (Stufe 2) von 450.000 € und für die der umfassenden Notfallversorgung (Stufe 3) von 700.000 € vorgegeben.⁸ Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, hausindividuelle Zuschläge für speziell-

le Notfallversorgungsangebote⁹ zu vereinbaren. Für Krankenhäuser, die sich gar nicht an der Notfallversorgung beteiligen, ist ein Abschlag von 60 € je Fall vorgesehen.

Im Jahr 2018 wurde nach den alten Regelungen in den Budgetvereinbarungen von 68 Krankenhäusern ein Abschlag mit dem Gesamtbetrag von 4,5 Mio. € für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung vereinbart. Nach den neuen Regelungen im Jahr 2019 summierte sich der vereinbarte Abschlag von insgesamt 294 Nichtteilnehmern auf 35,8 Mio. €. 773 Krankenhäuser erhielten, summiert über die zugrunde liegenden Standorte, Notfallstufenzuschläge von insgesamt 280,6 Mio. Euro. Folglich ergab sich insgesamt eine Preiswirkung von 14,40 € je Fall.

18.4 Vereinbarte Leistungsentwicklung

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

18.4.1 Leistungsveränderung im DRG-Bereich

Die Leistungsmenge im DRG-Bereich wird über den Casemix (CM) ausgedrückt. Er ergibt sich aus der Multiplikation der Komponenten Fallzahl und durchschnittliche 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-

⁸ „Vereinbarung über Zu- und Abschläge für eine Teilnahme oder Nichtteilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung gemäß § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG i. V. m. § 136c Abs. 4 SGB V (Notfallstufenvergütungsvereinbarung)“ vom 10.12.2018.

⁹ Dazu gehören die Schwerverletztenversorgung, die Kindernotfallversorgung, die Versorgung von Schlaganfällen sowie die Versorgung von Durchblutungsstörungen am Herzen.

Katalogwechsel 2018/2019 werden im Folgenden dargestellt.

■ **Auswirkungen aus der G-DRG-Katalogrevision 2018/2019 (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 Entgeltsystem 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 tiefer gegliederten Ebenen, wie den Major Diagnostic Categories (MDCs)¹⁰ 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 Abschnitten die vereinbarten DRG-Leistungen des Jahres 2018 in den Katalog des Jahres 2019 überführt.¹¹

Mit Überleitung der Vereinbarungen aus 2018 auf den G-DRG-Katalog 2019 sinkt der CM für die hier betrachteten Einrichtungen um rund –14.505 Bewertungsrelationen (BR), was einem Katalogeffekt von –0,09 % ent-

■ **Tabelle 18.3** Verteilung der Katalogeffekte 2018 nach 2019 auf Einzelhausebene

	Katalogeffekt
1. Quintil	Negativer als –0,78 %
2. Quintil	Zwischen –0,78 und –0,16 %
3. Quintil	Zwischen –0,16 und 0,13 %
4. Quintil	Zwischen 0,13 und 0,45 %
5. Quintil	Positiver als 0,45 %
n = 1.181 Krankenhäuser Krankenhaus-Report 2021	

spricht.¹² Die individuellen Katalogeffekte der Krankenhäuser liegen zwischen –10,0 und 6,6 %. Die 20 % der Häuser mit der negativsten katalogbedingten Veränderung verzeichnen einen CM-Rückgang von mehr als 0,78 %. Für 20 % der Krankenhäuser erfolgt eine Aufwertung des vereinbarten CM-Volumens um mindestens 0,45 % (■ Tab. 18.3). Somit fällt die Spreizung der Katalogeffekte auf Hausebene etwas deutlicher aus als im Vorjahr.¹³

Auf Ebene der 26 MDCs war die Abwertung der in den vorangegangenen Jahren mengendynamischen MDC 5 (Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems) erneut am deutlichsten (■ Abb. 18.3): Sie verlor aufgrund der Katalogrevision –42.505 BR, was einem Effekt von –1,47 % entspricht. Die prozentual deutlichste Abwertung gab es mit –2,84 % bei der MDC 19 (Psychiatrische Krankheiten und Störungen) und die prozentual deutlichste Aufwertung mit 3,43 % in der MDC 14 (Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett).

10 Die deutsche Bezeichnung für MDC lautet Hauptdiagnosegruppe. Eine Aufstellung aller MDCs findet sich in ■ Tab. 18.4.
11 Die Abbildung der Vereinbarungen des Jahres 2018 nach G-DRG-Katalog 2019 erfolgt mit dem Verfahren der „Vereinbarungsgewichteten Überleitung“. Dieses Verfahren gewichtet die vereinbarten Mengen des Jahres 2018 je DRG mit einer hausspezifischen Überleitungstabelle auf Basis von § 301-Daten von AOK-Versicherten (Friedrich und Paschen 2005).

12 Der nationale Katalogeffekt aus der Normierung des G-DRG Systems für das Datenjahr 2017 betrug nach Auskunft des InEK in der finalen Version –0,0911 %. Davon gehen –0,078 bzw. –0,011 % auf die Ausgliederung im Zusammenhang mit dem ZE Nusi-nersen bzw. dem ZE Palliativdienst zurück, weitere –0,002 % auf neue – nicht näher bezeichnete – NUBs.
13 Hentschker et al. (2020).

Abb. 18.3 Absolute CM-Veränderung je MDC infolge der Katalogrevision 2019 zum Vorjahr (in BR). n = 1.181 Krankenhäuser

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

Nach Bereinigung des Katalogeffektes ergibt sich eine vereinbarte Leistungsentwicklung im DRG-Bereich von 2018 nach 2019 von ca. 33.079 CM-Punkten (+0,2 %) (Abb. 18.4). Zur detaillierten Analyse wird im Folgenden das Konzept der Komponentenzerlegung¹⁴ angewendet. Sie quantifiziert den Einfluss von Fallzahl und Fallschwere

(CMI) und zerlegt die CMI-Entwicklung in weitere Teilkomponenten. Isoliert betrachtet führte die Fallzahlentwicklung lediglich zu einem Anstieg von 3.157 CM-Punkten (0,0 %). Die Leistungsentwicklung war somit nahezu vollständig durch die gestiegene durchschnittliche Fallschwere (CMI) bedingt, die zu einem Anstieg von 29.922 CM-Punkten (+0,3 %) geführt hat.

Die Komponente CMI lässt sich unterteilen in die Bewertungsrelations- und 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, die sich an der positiven Strukturkomponente ablesen lässt, ist ebenfalls schon seit vielen Jahren zu beobachten. Sie lag mit +0,5 % etwas niedriger als im Vorjahr (+0,8 %).¹⁵

¹⁴ 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 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) und Fürstenberg et al. 2013. Für eine ausführliche Beschreibung weiterer theoretischer Grundlagen der Komponentenzerlegung siehe Reichelt 1988.

¹⁵ Hentschker et al. 2020.

■ **Abb. 18.4** Komponenten der vereinbarten CM-Entwicklung 2018/2019, n = 1.181 Krankenhäuser

Verschiebungen innerhalb von Basis-DRGs (**Intra-ADRG-Komponente**) gehen mit einem Effekt von 0,2 % ein. Der größere Teil des Struktureffekts ist auf die Verschiebungen zwischen den Basis-DRGs (**Inter-ADRG-Komponente**) zurückzuführen (+0,3 %). Im hierarchischen Aufbau des DRG-Systems können diese Verschiebungen

- innerhalb der gleichen MDC und Partition (**Intra-Partition**) (+0,2 %),
- innerhalb der gleichen MDC, aber in unterschiedlichen Partitionen (**Inter-Partition**) (+0,2 %) und
- zwischen unterschiedlichen MDCs (**Inter-MDC**) (-0,1 %)

stattfinden.

■ **Tab. 18.4** zeigt die Komponenten der vereinbarten CM-Entwicklung je MDC und ■ **Abb. 18.5** die Bedeutung der einzelnen MDCs für die Gesamt-CM-Veränderung von 2018 nach 2019. Absolut gesehen treten die größten CM-Veränderungen bei denjenigen MDCs auf, die das größte Volumen aufweisen, also beispielsweise bei der MDC 5 (Kreislaufsystem, +35.057 CM-Punkte), der MDC 8 (Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, 28.817 CM-Punkte) oder der MDC -1 (Prä-MDC, -29.210 CM-Punkte). Relativ gesehen sind die Veränderungen bei kleinen MDCs am größten, wie bei der MDC 22 (Verbrennungen, -3,8 %) und der MDC 20 (Alkohol- und Drogengebrauch, -3,6 %).

Tabelle 18.4 Komponenten der vereinbarten CM-Entwicklung 2018/2019

	Casemix	Fälle	Veränderungswerte relativ			Davon			Davon			Davon	
			Casemix	Fälle	CMI	BR- Index	Struktur- Index	Intra- ADRG	Inter- ADRG	Intra- Partition	Inter- Partition		
	Gesamt	16.597.544	15.443.361	0,2 %	0,0 %	0,2 %	0,5 %	0,2 %	0,3 %	0,2 %	0,2 %		
-1	Pre-MDC	1.240.272	111.958	-2,3 %	-2,3 %	0,0 %	0,0 %	0,6 %	-0,6 %	-0,4 %	-0,2 %		
1	Nervensystem	1.315.314	1.212.898	-0,2 %	-0,5 %	0,3 %	0,6 %	-0,1 %	0,7 %	0,4 %	0,3 %		
2	Auge	183.690	294.560	3,0 %	1,1 %	1,9 %	1,4 %	0,0 %	1,3 %	1,0 %	0,3 %		
3	HNO-Bereich	504.234	664.503	0,0 %	-0,3 %	0,2 %	0,4 %	0,0 %	0,4 %	0,6 %	-0,2 %		
4	Atmungsorgane	1.080.359	1.172.691	-1,1 %	-1,5 %	0,4 %	1,0 %	0,2 %	0,7 %	0,2 %	0,5 %		
5	Kreislaufsystem	2.881.212	2.374.955	1,2 %	0,5 %	0,7 %	1,1 %	0,3 %	0,7 %	0,5 %	0,2 %		
6	Verdaunungsorgane	1.580.080	1.767.645	0,3 %	0,9 %	-0,5 %	-0,1 %	-0,1 %	0,0 %	-0,2 %	0,2 %		
7	Hepatobiliäres System und Pankreas	558.888	480.287	0,8 %	1,4 %	-0,6 %	-0,3 %	0,0 %	-0,4 %	-0,6 %	0,2 %		
8	Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	3.130.659	2.271.198	0,9 %	0,1 %	0,8 %	1,1 %	0,2 %	0,9 %	0,5 %	0,4 %		
9	Haut, Unterhaut und Mamma	554.915	698.599	0,2 %	0,5 %	-0,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	-0,2 %	0,2 %		
10	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	371.714	406.453	0,8 %	0,0 %	0,7 %	1,1 %	0,3 %	0,8 %	0,7 %	0,1 %		
11	Harnorgane	689.027	999.826	0,8 %	0,5 %	0,3 %	0,6 %	-0,1 %	0,7 %	0,4 %	0,3 %		
12	Männliche Geschlechtsorgane	221.091	208.495	2,1 %	2,1 %	0,0 %	0,3 %	0,1 %	0,2 %	0,6 %	-0,4 %		
13	Weibliche Geschlechtsorgane	330.738	313.328	-0,1 %	-0,4 %	0,3 %	0,3 %	0,1 %	0,2 %	0,3 %	-0,1 %		

Tabelle 18.4 (Fortsetzung)

	Casemix	Fälle	Veränderungswerte relativ	Davon			Davon			Davon	
				Casemix	Fälle	CMI	BR- Index	Struktur- Index	Intra- ADRG	Inter- ADRG	Inter- Partition
14	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	526.580	829.707	-1,4 %	-1,3 %	-0,2 %	-0,1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	-0,1 %
15	Neugeborene	444.947	636.078	-1,9 %	-0,8 %	-1,1 %	-0,4 %	-0,8 %	0,4 %	-1,1 %	0,6 %
16	Blut, blutbildende Organe und Immunsystem	98.469	119.563	0,7 %	1,1 %	-0,4 %	-0,4 %	0,0 %	-0,3 %	0,3 %	0,2 %
17	Hämatologische und solide Neubildungen	232.194	165.732	1,7 %	1,1 %	0,6 %	-0,1 %	0,7 %	0,5 %	0,2 %	-0,1 %
18	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	274.791	225.703	0,2 %	0,7 %	-0,5 %	-0,3 %	-0,2 %	-0,4 %	0,2 %	0,1 %
19	Psychiatrische Krankheiten und Störungen	57.960	73.984	0,0 %	-3,4 %	3,5 %	0,4 %	3,1 %	0,8 %	2,3 %	2,7 %
20	Alkohol- und Drogengebrauch	45.257	127.144	-3,6 %	-2,9 %	-0,7 %	-0,1 %	-0,6 %	0,2 %	-0,7 %	-0,7 %
21	Verletzungen, Vergiftungen u.a.	151.109	166.884	-0,6 %	-1,4 %	0,7 %	-0,2 %	0,9 %	-0,1 %	1,1 %	0,5 %
22	Verbrennungen	17.190	12.518	-3,8 %	-1,8 %	-2,0 %	0,7 %	-2,6 %	-2,5 %	-0,2 %	1,6 %
23	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen	40.506	83.845	-1,2 %	-1,0 %	-0,2 %	-0,2 %	0,0 %	-0,4 %	0,4 %	0,8 %
24	Sonstige DRG	66.346	24.807	-0,7 %	-1,4 %	0,7 %	0,0 %	0,7 %	0,6 %	0,2 %	-0,1 %

n = 1.181 Krankenhäuser
Anmerkung: Die Inter-MDC-Komponente entfällt in dieser Tabelle, da diese auf MDC-Ebene nicht abgebildet werden kann.
Krankenhaus-Report 2021

Abb. 18.5 Absolute Veränderung des vereinbarten CM je MDC im Jahr 2019 gegenüber dem Vorjahr. n = 1.181 Krankenhäuser

18.4.2 Leistungsentwicklung im Zusatzentgelte-Bereich

Zwischen 2018 und 2019 ist das Volumen der vereinbarten Zusatzentgelte für die hier betrachteten Häuser um 15,6% auf 2.785,9 Mio. € gestiegen. Ihr Anteil am Gesamtbudget betrug 2019 in Summe 4,2%.

Für einen Teil der Zusatzentgelte werden die Preise individuell mit einzelnen Krankenhäusern vereinbart, weil noch keine ausreichende 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.

Der vereinbarte Betrag der E3.2-Zusatzentgelte ist von 2018 nach 2019 stark angestiegen. 2018 lag er bei 967,5 Mio. €, 2019 bei

1.316,7 Mio. €. Dies entspricht einem Anstieg um 36,1%.¹⁶ Die E3.2-Entgelte machen mittlerweile mit 47,3% fast die Hälfte am gesamten Budget für Zusatzentgelte aus. Das Budget der bundesweit einheitlich vergüteten Zusatzentgelte hingegen wuchs nur um 1,8% und blieb bei einem Volumen von 1.469,2 Mio. € im Jahr 2019 praktisch unverändert.

Auffällig ist die große Bedeutung, die mittlerweile pflegebezogene Zusatzentgelte innerhalb der E2-Zusatzentgelte aufweisen. Das ZE130 „Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen“ war auch in den vergangenen Jahren auf dem ersten Platz der umsatzstärksten im E2-Bereich (Tab. 18.5). 2019 machte ZE130

¹⁶ Hierbei muss allerdings berücksichtigt werden, dass Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUBs) in den Vereinbarungsdaten nur unvollkommen abgebildet werden. Ein Teil der beobachteten Dynamik kann daher auch darauf zurückzuführen sein, dass Zusatzentgelte, die 2018 noch NUBs waren, 2019 diesen Status verloren haben und daher nun in den Vereinbarungen voll erfasst werden.

Tabelle 18.5 Komponenten der vereinbarten Budgetveränderung für die 15 umsatzstärksten Zusatzentgelte 2019										
Zusatzentgelt	Segment ^a	Anzahl (in Tsd.)	Budget (in Mio. Euro)	Budget-anteil	Budget-veränderung zum Vorjahr	Davon Mengenkomponente	Preis-komponente	Struktur-komponente		
Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	ZE130	286	355,5	25,3 %	5,1 %	5,2 %	0,3 %	-0,4 %		
Erhöhter Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten (DRG-Tabelle 2)	ZE163	436	99,7	7,1 %	38,8 %	33,3 %	4,1 %	0,0 %		
Gabe von Human-Immunglobulin, polyvalent, parenteral	ZE93	31	91,2	6,5 %	-0,8 %	0,0 %	0,2 %	-1,0 %		
Hämodialyse, intermittierend	ZE01	338	80,1	5,7 %	-0,6 %	-3,1 %	2,4 %	0,0 %		
Hämodialyse, kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD)	ZE120	30	52,6	3,7 %	7,3 %	2,8 %	4,8 %	-0,4 %		
Gabe von Apherese-Thrombozyten-konzentraten	ZE147	24	46,3	3,3 %	-11,0 %	-5,3 %	-6,8 %	0,8 %		
Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung	ZE145	25	45,2	3,2 %	3,1 %	2,3 %	0,4 %	0,4 %		
Gabe von Bevacizumab, parenteral	ZE74	16	42,3	3,0 %	-7,6 %	-7,4 %	-0,3 %	0,1 %		
Palliativmedizinische Komplexbehandlung	ZE60	25	37,5	2,7 %	-3,6 %	-5,5 %	1,7 %	0,3 %		
Medikamente-freisetzende Koronarstents	ZE101	278	31,0	2,2 %	-8,4 %	2,3 %	-9,7 %	-0,8 %		
Plasmapherese	ZE36	5	28,5	2,0 %	-3,1 %	-0,2 %	-0,5 %	-2,5 %		
Gabe von Erythrozytenkonzentraten	ZE107	13	27,3	1,9 %	-7,1 %	-7,8 %	0,8 %	0,0 %		
Erhöhter Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten (DRG-Tabelle 1)	ZE162	246	26,1	1,9 %	52,0 %	53,6 %	-1,0 %	0,0 %		

■ **Tabelle 18.5** (Fortsetzung)

Zusatzentgelt	Segment ^a	Anzahl (in Tsd.)	Budget (in Mio. Euro)	Budget- anteil	Budget- veränderung zum Vorjahr	Davon Mengen- komponente	Preis- komponente	Struktur- komponente
Perkutan-transluminale Fremdkörper- entfernung und Thrombektomie an intrakraniellen Gefäßen unter Verwendung eines Stentrevier-Systems	ZE152	10	24,5	1,7 %	18,0 %	21,8 %	-3,9 %	0,8 %
Extrakorporale Photopherese; OPS 8-824	ZE37	18	23,3	1,7 %	-6,8 %	-6,8 %	0,0 %	0,0 %
Alle E2-Zusatzentgelte		2.098	1.407,3	100,0 %	1,7 %	10,8 %	-0,6 %	-7,6 %

^a „M“ = Medikamentengabe; „D“ = Dialyse; „S“ = Sonstige
n = 1.181 Krankenhäuser
Krankenhaus-Report 2021

mit einem Budgetvolumen von 355,5 Mio. Euro allein rund ein Viertel des E2-Budgets aus. Gegenüber dem Vorjahr ist das Budget für dieses Zusatzentgelt um 5,1 % gestiegen. Noch viel höher fallen die Zuwächse bei den Zusatzentgelten 162 und 163 aus, die beide den erhöhten Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten abbilden. ZE163 ist gegenüber 2018 um 38,8 %, ZE162 sogar um 52,0 % gestiegen. Sie machten 2019 ein Budget von 99,7 beziehungsweise 26,1 Mio. € aus. In beiden Fällen ist der Budgetanstieg auf das Mengenwachstum zurückzuführen.

■ Tab. 18.5 zerlegt die Budgetveränderung für die 15 umsatzstärksten E2-Zusatzentgelte in Mengen-, Preis- und Struktureffekte, wie zum Beispiel Verschiebungen zwischen Dosierungsklassen bei Medikamenten. Auf diese Weise lässt sich erkennen, dass bei zahlreichen nach wie vor zu den umsatzstärksten zählenden Zusatzentgelten ein Budgetrückgang stattgefunden hat. Dies betrifft insbesondere einige Medikamentengaben und geht teilweise auf einen Mengenrückgang zurück, beispielsweise beim ZE74 „Gabe von Bevacizumab“ oder beim ZE107 „Gabe von Erythrozytenkonzentraten“. Hingegen ist der Budgetrückgang beim ZE147 „Gabe von Apherese-Thrombozytenkonzentraten“ stärker in einem Preis- statt in einem – ebenfalls stattfindenden – Mengenrückgang begründet. Nach wie vor zeichnet sich das ZE101 „Medikamentefreisetzende Koronarstents“ durch einen deutlichen Budgetrückgang bei leicht steigenden Mengen aus; dieser wird durch einen ausgeprägten Preisrückgang hervorgerufen.

Bezogen auf alle E2-Entgelte lässt sich erkennen, dass die Mengenkomponente eindeutig budgetsteigernd wirkt, während die Strukturkomponente eine dämpfende Wirkung ausübt und die Preiskomponente kaum ins Gewicht fällt.

■ Abb. 18.6 stellt die maßgeblichen Einflussfaktoren für die vereinbarten Budgetveränderungen bundeseinheitlich bepreister Zusatzentgelte insgesamt nach der Methode der

■ **Abb. 18.6** Komponenten der vereinbarten Budgetveränderung für bundeseinheitliche Zusatzentgelte (in Tsd. Euro), 2019 im Vergleich zum Vorjahr. n = 1.181 Krankenhäuser

Komponentenzerlegung dar.¹⁷ Auch hier zeigt sich, dass der sehr stark budgeterhöhende Mengeneffekt durch die Entwicklung bei Preisen und Struktur nahezu aufgehoben wird, wobei der Preiseffekt für sich allein betrachtet nur eine geringe budgetsenkende Wirkung aufweist. Die strukturellen Veränderungen stellen sich insbesondere innerhalb der einzelnen Segmente in Form eines Wechsels zwischen verschiedenen Zusatzentgelten dar.

18.5 Umsetzung der Verhandlungsergebnisse

Der § 4 Abs. 2 Satz 1 KHEntgG gibt eine leistungsorientierte Erlösbudgetermittlung vor, die sich nach den voraussichtlich zu erbringenden Leistungen richten soll, also eigentlich eine prospektive Budgetvereinbarung ist. In den vergangenen Jahren war ein Trend hin zu späteren Umsetzungszeitpunkten zu beobachten, der für zunehmend unterjährige oder

retrospektive Verhandlungen beziehungsweise Einigungen steht.¹⁸ Diese Entwicklung zeigt sich auch im Vergleich der Jahre 2018 und 2019.¹⁹ Gemessen an dem in Summe über alle LBFW vereinbarten CM-Volumina wurden für das Budgetjahr 2018 ca. 39 % und für das Budgetjahr 2019 38 % in den Einzelhausverhandlungen unterjährig umgesetzt (■ Abb. 18.7). Zugleich ist eine verzögerte Umsetzung bis zum Herbst sichtbar: Im September 2019 bestand nur für 12 % des CM-Volumens Planungssicherheit; im Vorjahr galt dies immerhin für fast 19 %. Dafür wurde aber im letzten Quartal 2019 entsprechend mehr umgesetzt. Als Hauptursache für die verzögerte Umsetzung können die in ihrer Komplexität und Budgetrelevanz zunehmenden Verhandlungsgegenstände in Form von Zu- und Abschlägen

17 Zu den methodischen Voraussetzungen der Anwendung der Komponentenzerlegung auf den Bereich der E2-Zusatzentgelte vergleiche Mostert et al. 2013.

18 Im Jahr 2011 lag die unterjährige Umsetzungsquote bei 72,5 %. Der Wert verringerte sich bis 2017 durchschnittlich um 4,6 Prozentpunkte p. a.

19 Für die Analyse der Umsetzungszeitpunkte wurde von der Stichprobe der 1.181 Krankenhäuser, zu denen in 2018 und 2019 eine Budgetvereinbarung vorliegt, abgewichen. Stattdessen wurden alle im jeweiligen Budgetjahr vorliegenden Verhandlungsergebnisse einbezogen.

Abb. 18.7 Umsetzungszeitpunkte 2018 und 2019 nach kumulierten CM-Anteilen (in %). n = 1.340 Krankenhäuser im Jahr 2018 und 1.165 Häuser im Jahr 2019

angesehen werden. Dazu gehören im Jahr 2019 z. B. die neuen Regelungen zur Teilnahme an der Notfallversorgung sowie das Pflegestellenförderprogramm (siehe auch ► Abschn. 18.3). Letzteres könnte vor allem zu Jahresbeginn zu Verzögerungen geführt haben, wohingegen zum Jahresende zunehmend festgestanden haben müsste, wie viele Neueinstellungen tatsächlich erfolgen konnten.

18.6 Zusammenfassung und Diskussion

Verschiedene Entwicklungen, die sich bereits im vergangenen Jahr im Krankenhausbereich abgezeichnet haben, setzen sich auch 2019 mitunter verstärkt fort. Das Gesamtbudget stieg um 4,5 %, was einem absoluten Wachstum von fast 2,9 Mrd. € entspricht. Hierbei spielte allerdings die Mengenentwicklung seit einigen Jahren nur noch eine untergeordnete Rolle: Sie trug lediglich mit 0,6 Prozentpunkten zur Budgeterhöhung bei, wohingegen der Preiseffekt insgesamt einen Anstieg von 3,9 Prozentpunkten bedingte. Da-

bei ging der Mengeneffekt ausschließlich auf den Struktureffekt – das heißt auf den Anstieg der durchschnittlichen Fallschwere – zurück, während die Fallzahl stagnierte. Dennoch fielen beide MengenkompONENTEN im Vergleich zum Vorjahreswechsel, bei dem sogar rückläufige Fallzahlen zu verzeichnen waren, wieder etwas stärker aus. Ein kleiner Teil des deutlicheren Mengeneffekts im Vergleich zum Vorjahreswechsel ist auch auf den Budgetanstieg der Zusatzentgelte und Sonstigen Entgelte zurückzuführen, wobei letztere insgesamt die dynamischere Entwicklung verzeichneten. Bei den Zusatzentgelten ist insbesondere auf die Entwicklung bei den relativ neuen, pflegebezogenen Zusatzentgelten hinzuweisen, deren größter Budgetanteil 2020 allerdings im Pflegebudget aufgehen wird.

Die Preis- und somit auch die Gesamtbudgetentwicklung war 2019 weiterhin im Wesentlichen durch die Preissteigerung im DRG-Bereich bedingt. Der in den Budgetverhandlungen zugrunde gelegte Basisfallwert stieg zwischen 2018 und 2019 um 2,5 % an. Weitere 1,5 Prozentpunkte trugen die Zu- und Abschläge zum Budgetwachstum bei, deren Gesamtvolumen sich im Vergleich zum Vorjahr um den Faktor 3,5 – und somit stärker als in den Vorjahren – erhöht hat. Dabei schlagen insbesondere der starke Anstieg beim Pflegestellenförderprogramm (2018: 170,4 Mio. €; 2019: 618,1 Mio. €) sowie die Entwicklung der Zu- und Abschläge für die (Nicht-)Teilnahme an der Notfallversorgung (2018: –4,5 Mio. €; 2019: 244,9 Mio. €) zu Buche.

Wie in der Vergangenheit setzte sich auch 2019 der Trend zu einem späteren Abschluss der Budgetverhandlungen fort. Gemessen am Casemixvolumen bestand zum Jahresende nur für rund 38 % der Krankenhäuser Planungssicherheit. Dies ist ein erneuter Rückgang des ohnehin schon niedrigen Wertes aus dem Vorjahr und ein Indiz dafür, dass die Budgetverhandlungen nach wie vor komplex und konfliktträchtig sind.

Anhang

Zusatzentgelte 2018 und 2019

ZE-Nr.	Segment ^a	Bezeichnung	2018	2019
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 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

ZE-Nr.	Segment ^a	Bezeichnung	2018	2019
ZE 67	M	Gabe von Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Varicella-Zoster-Virus, 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
ZE 75	M	Gabe von Liposomalem Cytarabin, intrathekal	X	X
ZE 78	M	Gabe von Temozolomid, oral	X	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	
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 100	S	Implantation eines endobronchialen Klappensystems, andere Operationen an Lunge und Bronchien	X	X
ZE 101	S	Medikamente-freisetzende Koronarstents	X	X
ZE 105	S	Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils) an Kopf, Hals (intra- und extrakraniell) und spinalen Gefäßen oder mit großlumigem Gefäßverschlusskörper	X	X
ZE 106	S	Selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils), andere Lokalisation	X	X
ZE 107	M	Gabe von Erythrozytenkonzentraten	X	X
ZE 108	M	Gabe von patientenbezogenen Thrombozytenkonzentraten	X	X
ZE 110	M	Gabe von Liposomalem Amphotericin B, parenteral	X	X
ZE 113	S	Gabe von Itraconazol, parenteral	X	X
ZE 115	M	Gabe von Anidulafungin, parenteral	X	
ZE 116	M	Gabe von Panitumumab, parenteral	X	X
ZE 117	M	Gabe von Trabectedin, parenteral	X	X
ZE 119	D	Hämofiltration, kontinuierlich	X	X
ZE 120	D	Hämodialyse, kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD)	X	X
ZE 121	D	Hämodiafiltration, kontinuierlich	X	X
ZE 122	D	Peritonealdialyse, intermittierend, maschinell unterstützt (IPD)	X	X
ZE 123	D	Peritonealdialyse, kontinuierlich, nicht maschinell unterstützt (CAPD)	X	X
ZE 124	M	Gabe von Azacytidin, parenteral	X	X

18.6 · Zusammenfassung und Diskussion

ZE-Nr.	Segment ^a	Bezeichnung	2018	2019
ZE 125	S	Implantation oder Wechsel eines interspinösen Spreizers, andere Operationen an der Wirbelsäule	X	X
ZE 126	S	Autogene/autologe matrixinduzierte Chondrozytentransplantation	X	X
ZE 128	M	Gabe von Micafungin, parenteral	X	X
ZE 130	S	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	X	X
ZE 131	S	Hochaufwendige Pflege von Kleinkindern oder von Kindern und Jugendlichen	X	X
ZE 132	S	Implantation eines Wachstumsstents	X	X
ZE 133	S	Perkutan transluminale Fremdkörperentfernung und Thrombektomie an intrakraniellen Gefäßen unter Verwendung eines Mikrodrahtretriever-Systems	X	X
ZE 134	S	Verschiedene Harnkontinenztherapien	X	X
ZE 135	M	Gabe von Vinflunin, parenteral	X	X
ZE 136	S	Medikamente-freisetzende Ballons an Koronargefäßen	X	X
ZE 137	S	Medikamente-freisetzende Ballons an anderen Gefäßen	X	X
ZE 138	S	Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Einkanalssystem, mit Sondenimplantation	X	X
ZE 139	S	Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Einkanalssystem, ohne Sondenimplantation	X	X
ZE 140	S	Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalsystem, nicht wiederaufladbar, mit Sondenimplantation	X	X
ZE 141	S	Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalsystem, nicht wiederaufladbar, ohne Sondenimplantation	X	X
ZE 142	M	Gabe von Clofarabin, parenteral	X	X
ZE 143	M	Gabe von Plerixafor, parenteral	X	X
ZE 144	M	Gabe von Romiplostim, parenteral	X	X
ZE 145	S	Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung	X	X
ZE 146	M	Gabe von Thrombozytenkonzentraten	X	X
ZE 147	M	Gabe von Apherese-Thrombozytenkonzentrat	X	X
ZE 149	M	Gabe von Trastuzumab, intravenös	X	
ZE 150	M	Gabe von Posaconazol, oral	X	X
ZE 151	M	Gabe von Abatacept, intravenös	X	X
ZE 152	S	Perkutan-transluminale Fremdkörperentfernung und Thrombektomie an intrakraniellen Gefäßen unter Verwendung eines Stentrevriever-Systems	X	X

ZE-Nr.	Segment ^a	Bezeichnung	2018	2019
ZE 153	S	Zügeloperation mit alloplastischem Material, adjustierbar	X	X
ZE 154	M	Gabe von Eculizumab, parenteral	X	X
ZE 155	M	Gabe von Ofatumumab, parenteral	X	X
ZE 156	M	Gabe von Decitabine, parenteral	X	X
ZE 157	M	Gabe von Tocilizumab, intravenös	X	X
ZE 158	S	Vagusnervstimulationssysteme, mit Sondenimplantation	X	X
ZE 159	S	Vagusnervstimulationssysteme, ohne Sondenimplantation	X	X
ZE 160	M	Gabe von Lipegfilgrastim, parenteral	X	X
ZE 161	S	Radiofrequenzablation Ösophagus	X	X
ZE 162	S	Erhöhter Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten (DRG-Tabelle 1)	X	X
ZE 163	S	Erhöhter Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten (DRG-Tabelle 2)	X	X
ZE 164	M	Gabe von pathogeninaktivierten Thrombozytenkonzentraten	X	X
ZE 165	M	Gabe von pathogeninaktivierten Apherese-Thrombozytenkonzentraten	X	X
ZE 166	M	Gabe von Posaconazol, oral		X
ZE 167	M	Gabe von Ipilimumab, parenteral		X

^a „M“ = Medikamentengabe; „D“ = Dialyse; „S“ = Sonstige Krankenhaus-Report 2021

Literatur

AOK-Bundesverband (2020) Übersicht über die für 2020 gültigen Landesbasisfallwerte in den einzelnen Bundesländern. https://www.aok.de/gp/fileadmin/user_upload/Krankenhaus/Verwaltung/Landesbasisfallwerte/lbfw_2020_140420.pdf. Zugriffen: 11. Dez. 2020

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, 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). InEK 2013. http://www.g-drg.de/cms/Begleitforschung_gem_17b_Abs_8_KHG. Zugriffen: 22. Jan. 2021

Hentschker C, Leclerque G, Mostert C (2020) Die Krankenhausbudgets 2017 und 2018 im Vergleich. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg) Krankenhaus-Report 2020. Springer, Berlin Heidelberg, S 387–411

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

Reichelt H (1988) Eine Methode der statistischen Komponentenzurlegung. 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.