

Krankenhaus-Report 2018

„Bedarf und Bedarfsgerechtigkeit“

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

Schattauer (Stuttgart) 2018

Auszug Seite 317-339



18	Die Krankenhausbudgets 2015 und 2016 im Vergleich	317
	<i>Carina Mostert, Jörg Friedrich und Gregor Leclerque</i>	
18.1	Einführung	317
18.2	Allgemeine Budgetentwicklung	318
18.3	Vereinbarte Preisentwicklung	320
18.4	Vereinbarte Leistungsentwicklung	323
18.4.1	Leistungsveränderung im DRG-Bereich	323
18.4.2	Leistungsentwicklung im Bereich der Zusatzentgelte.....	330
18.5	Zusammenfassung und Diskussion	334

18 Die Krankenhausbudgets 2015 und 2016 im Vergleich

Carina Mostert, Jörg Friedrich und Gregor Leclerque

Abstract

Der Beitrag untersucht die Veränderungen in den jährlich zu vereinbarenden Budgets der Jahre 2015 und 2016 auf Basis 1 289 somatischer Krankenhäuser. Deren Budgets sind ausgleichsbereinigt um 5,0% gestiegen, was einem Mittelzuwachs von etwa 2,9 Mrd. Euro entspricht. Die ermittelte Budgetsteigerungsrate ist die höchste seit 2010. Sondereinflüsse auf die Preisentwicklung aus dem Psych-Entgeltgesetz (PsychEntgG) und dem Beitragsschuldengesetz wie in den Vorperioden fehlen, die Regelungen beider Jahre sind deckungsgleich. In der Summe resultiert ein ausgleichsbereinigter Preiseffekt von 2,3%, der sich mit der Veränderung der Landesbasisfallwerte nahezu deckt. Die vereinbarte Mengenentwicklung ist mit einem Plus von 2,7% so hoch wie seit vier Jahren nicht mehr. Die Unsicherheit über die künftigen Abschläge bei der Vereinbarung von Mehrmengen führt sehr wahrscheinlich zu spürbaren Vorholeffekten.

The paper examines the changes in the budgets to be agreed annually upon for the years 2015 and 2016 based on 1 289 hospitals. Their budgets have increased by 5.0% after adjustment, which corresponds to an increase in funds of around 2.9 billion euros. This is the highest budget increase rate since 2010. There are no special influences on the development of prices due to the Psychiatry Remuneration Act (PsychEntgG) and the Contribution Liabilities Act as in previous periods; the regulations of both years are identical. In total, there is a compensatory adjusted price effect of 2.3%, which is almost identical with the change in the base rates of the German states. The agreed volume increase of 2.7% is the highest in four years. Uncertainty about the future discounts in the agreement of excess quantities is very likely to lead to noticeable pre-emptive effects.

18.1 Einführung

Der vorliegende Beitrag analysiert die Veränderungen in den jährlich zu vereinbarenden Budgets somatischer Krankenhäuser der Jahre 2015 und 2016. Die Darstellung basiert auf den vorliegenden Unterlagen nach der amtlichen Aufstellungen der Entgelte und Budgetberechnung (AEB) aus 1 289 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 2016 durch Schließungen aus dem Markt ausgeschieden oder durch Fusionen in anderen Häusern aufgegangen sind, bleiben unberücksichtigt. Die Grundgesamtheit repräsentiert 87,1% der bundes-

weiten Leistungsmenge (DRG-Casemixsumme), wie sie im Rahmen der Vereinbarung der Landesbasisfallwerte 2016 festgelegt worden ist.

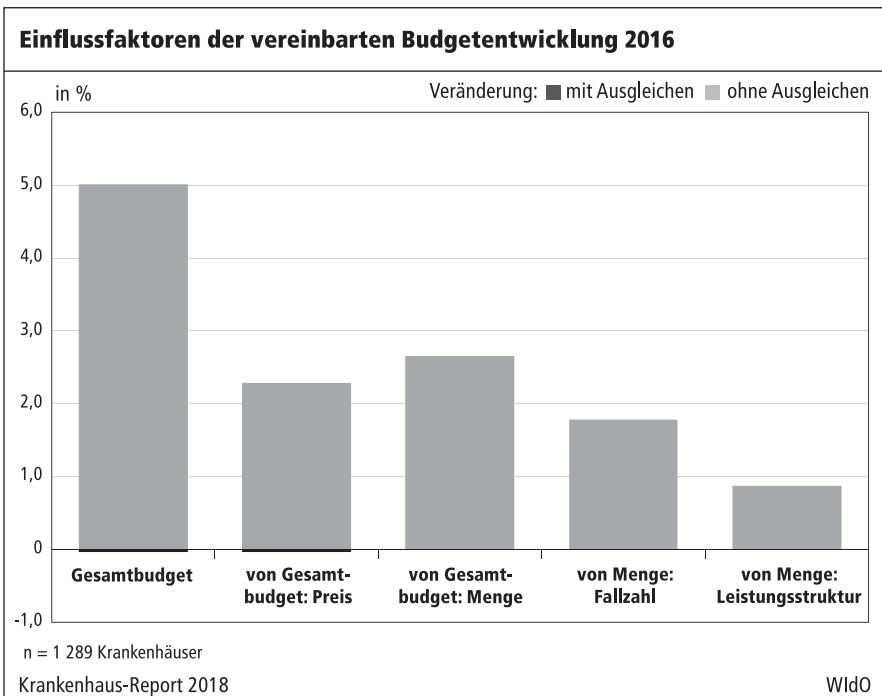
Der Beitrag beginnt in Abschnitt 18.2 mit der Darstellung der allgemeinen Budgetentwicklung und der Preis- und Mengenfaktoren. In Abschnitt 18.3 werden die Preis- und in Abschnitt 18.4 die Leistungsentwicklungen im DRG-Bereich und für Zusatzentgelte vertiefend analysiert.

18.2 Allgemeine Budgetentwicklung

Das vereinbarte Gesamtbudget steigt zwischen 2015 und 2016 um 5,0% auf 61 Mrd. Euro an und umfasst die Beträge für DRGs, Sonstige Entgelte nach § 6 KHEntgG sowie Zu- und Abschläge (Abbildung 18–1). Diese Veränderungsrate ist die höchste seit 2010. Von 2014 nach 2015 betrug der Anstieg noch 3,6%.

Maßgeblich für diesen vergleichsweise deutlichen Budgetanstieg ist das vereinbarte Mengenwachstum von 2,7%, das in den letzten Jahren deutlich geringer ausfiel und letztmals 2012 erreicht wurde (Tabelle 18–1).¹

Abbildung 18–1



¹ Vgl. Kramer et al. 2011 und 2012 sowie Mostert et al. 2013, 2014, 2015, 2016 und 2017.

Tabelle 18–1

Jährliche Budgetveränderung und der Einfluss von Menge und Preis (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%

Krankenhaus-Report 2018

WIdO

Mit rund 93,2% vom Gesamtbudget ist das DRG-Budget der Haupttreiber der Entwicklung: Dieser Bereich geht mit einem Plus von rund 2,7 Mrd. Euro bzw. 5,1% ein. Die Gesamtbeträge für Zusatzentgelte und Sonstige Entgelte weisen vergleichbare Veränderungsraten auf. Die Summe der Zu- und Abschläge geht um –18,5% zurück (Tabelle 18–2). Details zu den Veränderungen bei Zusatzentgelten und Zu- und Abschlägen finden sich in den Abschnitten 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 Ausgleiche werden mit den Budgets der Folgejahre verrechnet. Im Jahr 2016 sind die Nach- und Rückzahlungen nahezu ausgeglichen.

Tabelle 18–2

Vereinbarte Budgets 2015 und 2016 (in Mio. Euro)

	2015	2016	Veränderung
DRG-Budget	56 242,4	59 097,2	5,1%
davon: Zusatzentgelte	2 091,9	2 195,5	5,0%
Sonstige Entgelte	1 711,9	1 805,2	5,4%
Zu- und Abschläge (ohne Ausbildung)	155,0	126,3	–18,5%
Gesamtbudget	58 109,3	61 028,8	5,0%
Ausgleiche	15,4	2,3	–85,3%
Gesamtbudget mA	58 124,7	61 031,0	5,0%

n = 1 289 Krankenhäuser

Krankenhaus-Report 2018

WIdO

18.3 Vereinbarte Preisentwicklung

Das Vergütungsniveau stationärer Leistungen im somatischen Bereich wird wie oben beschrieben maßgeblich von der Preisentwicklung für DRG-Leistungen bestimmt. Im Folgenden werden die bedeutenden Einflussgrößen dargestellt sowie die Preisentwicklung insgesamt analysiert.

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

Mit Einführung der Landesbasisfallwerte im Jahr 2005 galt die Veränderungsrate nach § 71 SGB V Abs. 3 (Grundlohnrate) als Obergrenze für vereinbarte Preisveränderungen. Die Grundlohnrate spiegelt die Einnahmenentwicklung der gesetzlichen Krankenkassen wider. 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 2016 liegt mit 1,57% fast eineinhalb Prozentpunkte unterhalb der veröffentlichten Veränderungsrate nach § 71 SGB V Abs. 3 in Höhe von 2,95%. Daher galt 2016 wiederholt die Grundlohnsumme als Obergrenze für die Veränderung der Landesbasisfallwerte. Im gewichteten Mittel stiegen die Landesbasisfallwerte von 3217 Euro im Jahr 2015 um 2,38% auf 3294 Euro im Jahr 2016. Somit blieb die vereinbarte Preisveränderung mit 0,58 Prozentpunkten deutlich unterhalb der geltenden Obergrenze.

Hygienesonderprogramm

Ebenfalls mit dem Beitragsschuldengesetz wurde die Förderung der Krankenhaushygiene im Krankenhausentgeltgesetz (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.

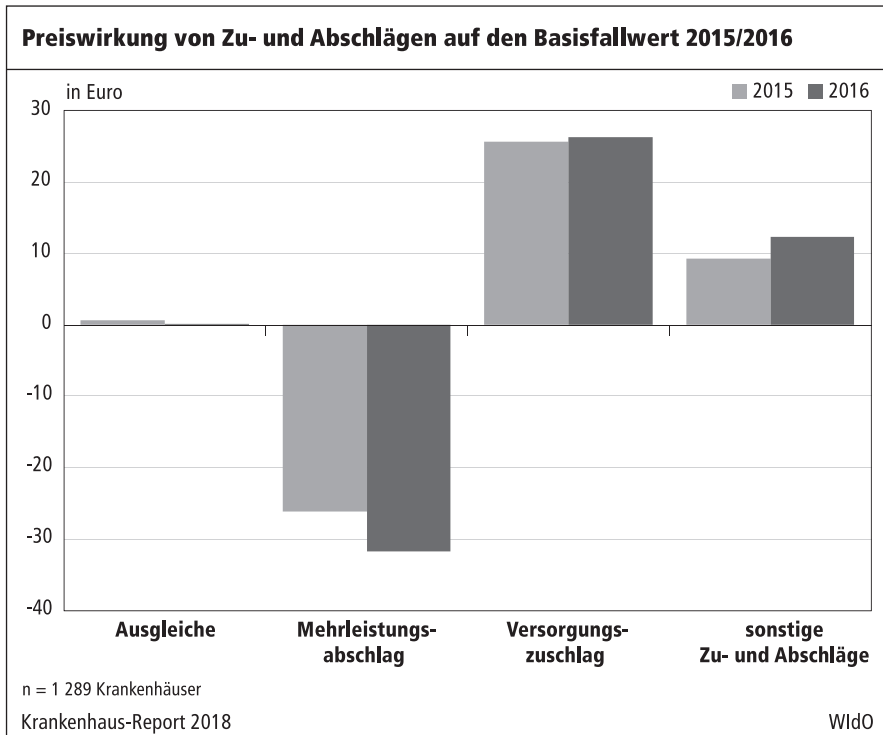
Für das Jahr 2015 beträgt das vereinbarte Budgetvolumen in den hier untersuchten Krankenhäusern für das Hygienesonderprogramm 66,5 Mio. Euro und steigt 2016 um 11,6% auf 74,2 Mio. Euro.²

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 stei-

² Vgl. GK V-Spitzenverband 2017.

Abbildung 18–2



gende 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 in 2012 verabschiedeten Psych-Entgeltgesetz (PsychEntgG) wurde der Mehrleistungsabschlag ab 2013 mit einer Geltungsdauer von zwei Jahren auf 25 % festgelegt. Mit dem ersten Pflegestärkungsgesetz (PSG I) aus 2014 wurde eine Verlängerung der Geltungsdauer auf drei Jahre geregelt. Von den Regelungen ausgenommen sind Mehrleistungen aus DRGs mit einem Sachkostenanteil von mehr als 66,7% oder solche, die aus krankhausplanerischen Maßnahmen resultieren.

Das vereinbarte Gesamtvolumen für den Mehrleistungsabschlag 2016 inkl. der weitergeltenden Beträge aus den Vorjahren beläuft sich auf 568,6 Mio. Euro. Dies entspricht einem vereinbarten Preiseffekt von –31,67 Euro. Im Jahr 2015 betrug dieser Effekt basierend auf einem Abschlagsvolumen von 457,9 Mio. Euro noch –26,17 Euro (vgl. Abbildung 18–2). Maßgeblich für die steigenden Beträge aus dem Mehrleistungsabschlag sind die deutlich höheren Mehrleistungen in den Vereinbarungen des Jahres 2016: In diesem Jahr vereinbarten 718 Häuser einen Mehrleistungsabschlag für neue Mehrleistungen, im Jahr 2015 waren es noch 632.

Die starke Zunahme vereinbarter Mehrmengen im Jahr 2016 ist weniger ein Indiz für eine erneute Dynamisierung der Mengenentwicklung, sondern ist mutmaßlich vielmehr auf Vorholeffekte zurückzuführen: Mit Inkrafttreten des Kran-

kenhausstrukturgesetzes (KHSKG) 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. Die konkrete Ausgestaltung des FDA stand im Verlauf des Jahres 2016 im Zentrum sehr kontroverser Diskussionen. Die Unsicherheit über die künftige Abschlagshöhe hat wahrscheinlich viele Krankenhäuser dazu bewogen, die Vereinbarung von Mengensteigerungen in das Jahr 2016 vorzuziehen.

Versorgungszuschlag

Seit 2013 erhalten somatische Krankenhäuser einen Versorgungszuschlag. Dieser wurde mit dem Beitragsschuldengesetz eingeführt, um die sogenannte „doppelte Degression“ zu neutralisieren. Der Begriff „doppelte Degression“ bezieht sich auf die Regelung, dass vereinbarte Mehrmengen sowohl in den Landesbasisfallwerten als auch über den Mehrleistungsabschlag auf Hausebene preisdämpfend wirkten (s. o.). Der Versorgungszuschlag wurde aber nicht so konzipiert, dass er die Summe der Mehrleistungsabschläge ausschüttet, sondern als ein fixer prozentualer Aufschlag auf DRG-Fallpauschalen. Für die Jahre 2015 und 2016 betrug der Zuschlag 0,8%.

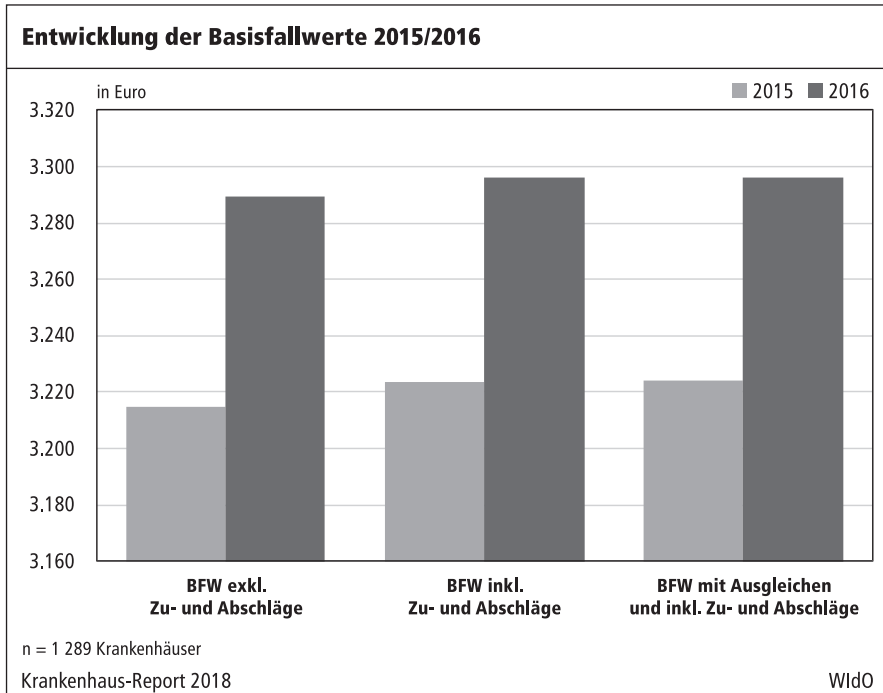
Für 2015 beläuft sich der Versorgungszuschlag für die hier untersuchten Krankenhäuser in Summe auf 449,9 Mio. Euro, was nahezu der Summe der Mehrleistungsabschläge entspricht. Aufgrund der großen Mehrmengenvereinbarungen unterschreitet der Versorgungszuschlag im Jahr 2016 mit 472,4 Mio. Euro erstmals die Beträge für den Mehrleistungsabschlag. (vgl. Abbildung 18–2). Der Preiseffekt in den Jahren 2015 und 2016 bleibt nahezu unverändert und beträgt +25,72 Euro bzw. +26,31 Euro.

Preisentwicklung im DRG-Bereich

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

Der in den Budgetverhandlungen auf Krankenhausebene verwendete Basisfallwert entspricht dem Landesbasisfallwert. Für die hier untersuchten Einrichtungen beträgt dieser im Jahr 2015 im Mittel 3 215 Euro und steigt im Folgejahr um 2,33% auf 3 289 Euro an (vgl. Abbildung 18–3). Unter Berücksichtigung der Zu- und Abschläge resultiert eine Veränderung um 2,26%. Unter Berücksichtigung der Ausgleichszahlungen für Vorperioden liegt die Preissteigerung leicht verändert bei 2,24%.

Abbildung 18–3



18.4 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 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 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 2015/2016 werden im Folgenden dargelegt.

Auswirkungen aus der G-DRG-Katalogrevision 2015/2016 (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 Krankenhaus-

Tabelle 18–3

Verteilung der Katalogeffekte auf Einzelhausebene

	Katalogeffekt
1. Quintil	negativer als –0,68 %
2. Quintil	zwischen –0,68 % und –0,15 %
3. Quintil	zwischen –0,15 % und 0,17 %
4. Quintil	zwischen 0,17 % und 0,46 %
5. Quintil	positiver als 0,46 %

n = 1 289 Krankenhäuser

Krankenhaus-Report 2018

WIdO

leistungen auch zu strukturellen Veränderungen des Entgeltsystems. Die Auswirkungen dieser Revisionen werden im Weiteren Katalogeffekt genannt.

Auf tiefergegliederten Ebenen, wie den Major Diagnostic Categories (MDCs) und deren Partitionen, aber auch auf Krankenhaus- oder Landesebene sind zum Teil deutliche Katalogeffekte nicht unüblich. Aus ihnen resultiert eine entsprechende Veränderung der Vergütungs- und damit Budgethöhe ohne reale Leistungsveränderung. Um diese Störgröße zu neutralisieren, werden für alle vergleichenden Darstellungen in den folgenden Kapiteln die vereinbarten DRG-Leistungen des Jahres 2015 in den Katalog des Jahres 2016 überführt.³

Mit Überleitung der Vereinbarungen des Jahres 2015 auf den G-DRG-Katalog 2016 sinkt der CM für die hier betrachteten Einrichtungen um knapp 700 Bewertungsrelationen (BR), was einem neutralen Katalogeffekt gleichkommt. Die individuellen Katalogeffekte der Krankenhäuser liegen zwischen –10,0 % und 13,2 %. Die 20 % der Häuser mit der negativsten katalogbedingten Veränderung verzeichnen einen CM-Rückgang von mehr als –0,7 %. Für 20 % der Krankenhäuser erfolgt eine Aufwertung des vereinbarten CM-Volumens um mindestens 0,5 % (Tabelle 18–3). Somit fällt die Spreizung der Katalogeffekte auf Hausebene deutlich stärker aus als im Vorjahr.⁴

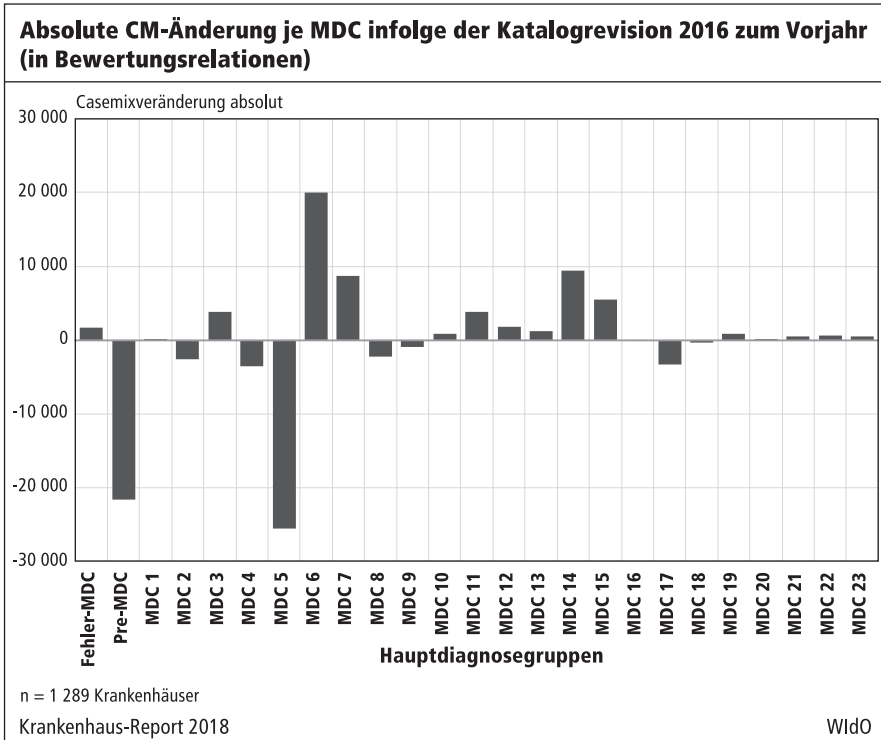
Auf Ebene der 25 Major Diagnostic Categories (MDCs)⁵ sind die Veränderungen der in den vorangegangenen Jahren mengendynamischen MDC 5 (Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems) am deutlichsten (Abbildung 18–4). Sie verliert aufgrund der Katalogrevision 25 500 BR, was einem Effekt von –0,8 % entspricht. Die MDC 6 (Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane) wurde wie in den Jahren zuvor erneut aufgewertet. Für die hier untersuchten Einrichtungen summiert sich der Katalogeffekt in der MDC 6 auf zusätzliche 19 900 BR, was einem Effekt von +1,3 % gleichkommt.

3 Die Abbildung der Vereinbarungen des Jahres 2015 nach G-DRG-Katalog 2016 erfolgt mit dem Verfahren der „Vereinbarungsgewichteten Überleitung“. Dieses Verfahren gewichtet die vereinbarten Mengen des Jahres 2015 je DRG mit einer hausspezifischen Überleitungstabelle auf Basis von §301-Daten von AOK-Versicherten (vergl. Friedrich und Paschen 2005).

4 Vgl. Mostert et al. 2017.

5 Die deutsche Bezeichnung für MDC lautet Hauptdiagnosegruppe. Eine Aufstellung aller MDCs findet sich in Tabelle 18–4.

Abbildung 18–4



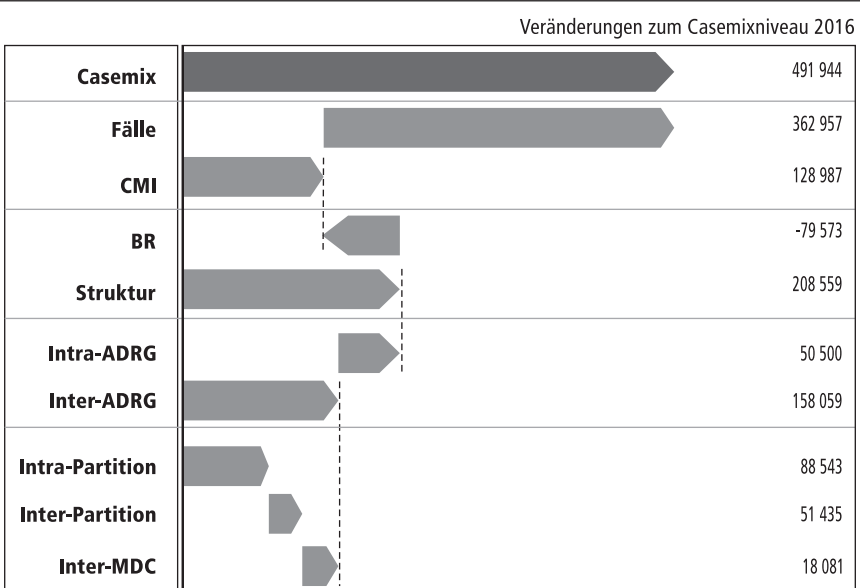
Komponentenzerlegung der vereinbarten CM-Veränderung im DRG-Bereich

Nach Bereinigung des Katalogeffekts erhöht sich das vereinbarte Leistungsvolumen von 2015 nach 2016 um ca. 492 000 CM-Punkte (2,9%) (vgl. Abbildung 18–5). Im Jahr 2015 lag noch ein Anstieg von 320 000 (1,9%) Punkten vor. Zur detaillierten Analyse der Leistungsentwicklung im DRG-Bereich wird im Folgenden das Konzept der Komponentenzerlegung⁶ angewendet. Sie quantifiziert den Einfluss von Fallzahl und Fallschwere (CMI) und zerlegt die CMI-Entwicklung in weitere Teilkomponenten.

Der CM-Anstieg von 2,9% ist zum größten Teil auf die Fallzahlkomponente zurückzuführen (vgl. Abbildung 18–5). 2016 werden im Vergleich zum Vorjahr 2,1% mehr DRG-Fälle vereinbart. Isoliert betrachtet führt demnach allein der Fall-

6 Für die Anwendung der Komponentenzerlegung müssen zwei Bedingungen erfüllt sein: eine Produktthomogenität und eine ausgeprägte Produkthierarchie. Erstere wird dadurch gewährleistet, dass die Vereinbarungen beider Jahre über den DRG-Katalog 2016 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.

Abbildung 18–5

Komponenten der vereinbarten Casemix-Entwicklung 2015/2016

n = 1 289 Krankenhäuser

Krankenhaus-Report 2018

WlDO

zahlenanstieg zu einem Zuwachs von 363 000 CM-Punkten, ist also für ca. drei Viertel der Gesamtveränderung verantwortlich. Der restliche Teil des Anstiegs resultiert aus der durchschnittlichen Fallschwere (CMI).⁷

Die BR-Komponente beeinflusst die durchschnittliche Fallschwere und somit auch die CM-Entwicklung absenkend um $-0,5\%$. Der Trend hin zu kürzeren Verweildauern setzt sich also weiter fort. Der Einfluss der Strukturkomponente fällt mit $1,2\%$ im Vergleich zum Vorjahr um $0,5\%$ -Punkte stärker aus⁸. Die Tendenz zur Vereinbarung höher bewerteter Leistungen ist schon seit vielen Jahren zu beobachten.⁹

Verschiebungen innerhalb von Basis-DRGs (**Intra-ADRG-Komponente**) gehen mit einem Effekt von $0,3\%$ ein. Bei 16 der 552 ADRGs kommt es zu einem CM-Anstieg durch den Wechsel in höhere Schweregrade von jeweils mehr als 1 000 CM-Punkten. Der größte Teil des Struktureffekts ist auf die **Inter-ADRG-Komponente** zurückzuführen. Sie beträgt im Übergang von 2015 nach 2016 $0,9\%$. Im

7 Mostert et al. 2017.

8 Im Übergang von 2015 nach 2016 betrug der CM-steigernde Einfluss der Strukturkomponente $0,7\%$, von 2013 nach 2014 bzw. 2012 nach 2013 lag er bei $0,2\%$ bzw. $0,5\%$ (vgl. Mostert et al. 2017).

9 Mostert et al. 2016 und 2017.

Tabelle 18–4

Komponenten der vereinbarten CM-Veränderung 2015/2016 je MDC

Hauptdiagnosegruppe	Casemix 2016	Fälle 2016 (in Tsd.)	Veränderungswerte (Komponentenzerlegung)										
			Casemix	davon		davon				davon		davon	
				Fälle	CMI	BR-Index	Strukturindex	Intra-ADRG	Inter-ADRG	Intra-Partition	Inter-Partition		
Fehler-MDC	81 941	36	0,3 %	0,4%	–0,1 %	–0,4%	0,3%	0,1%	0,2%	0,3%	–0,0%		
Prä-MDC	1 342 715	121	5,8%	4,4%	1,3%	–0,4%	1,8%	0,7%	1,0%	0,7%	0,3%		
MDC 1 Nervensystem	1 408 787	1 341	3,4%	2,7%	0,6%	–0,6%	1,2%	0,4%	0,8%	0,2%	0,6%		
MDC 2 Auge	193 609	321	0,5%	–0,2%	0,7%	–0,4%	1,1%	0,0%	1,1%	1,1%	–0,0%		
MDC 3 HNO	532 112	717	0,8%	1,4%	–0,7%	–0,4%	–0,3%	0,1%	–0,4%	0,5%	–0,8%		
MDC 4 Atmung	1 105 452	1 247	2,8%	2,3%	0,5%	–0,4%	0,9%	0,2%	0,7%	–0,0%	0,7%		
MDC 5 Kreislauf	3 143 488	2 540	3,6%	2,6%	1,0%	–0,6%	1,5%	0,3%	1,2%	0,6%	0,7%		
MDC 6 Verdauung	1 653 812	1 872	1,0%	1,4%	–0,4%	–0,7%	0,3%	0,1%	0,1%	–0,0%	0,1%		
MDC 7 hepatobiliäres System	589 468	502	4,7%	3,8%	0,8%	–0,6%	1,5%	0,9%	0,6%	0,3%	0,3%		
MDC 8 Muskel-Skelett-System	3 358 506	2 433	3,5%	1,7%	1,7%	–0,4%	2,1%	0,3%	1,8%	1,3%	0,5%		
MDC 9 Haut	587 148	733	1,6%	2,6%	–0,9%	–0,6%	–0,3%	0,1%	–0,5%	–0,3%	–0,2%		
MDC 10 Stoffwechsel	384 280	422	3,2%	2,4%	0,8%	–0,4%	1,2%	0,6%	0,6%	0,5%	0,2%		
MDC 11 Harnorgane	717 384	1 017	3,2%	3,0%	0,2%	–0,5%	0,7%	0,3%	0,4%	0,1%	0,3%		
MDC 12 männl. Geschlechtsorgane	203 796	198	–11,1%	–11,3%	0,2%	–0,8%	1,0%	0,3%	0,6%	3,9%	–3,2%		
MDC 13 weibl. Geschlechtsorgane	354 812	348	–1,1%	–1,0%	–0,2%	–0,2%	0,1%	0,1%	–0,0%	–0,0%	0,0%		
MDC 14 Schwangerschaft	526 852	873	4,8%	5,0%	–0,2%	0,2%	–0,4%	–0,1%	–0,3%	0,0%	–0,3%		

Tabelle 18–4

Fortsetzung

Hauptdiagnosegruppe		Casemix 2016	Fälle 2016 (in Tsd.)	Veränderungswerte (Komponentenzerlegung)								
				Casemix	davon		davon		davon		davon	
		Fälle	CMI		BR-Index	Struktur- index	Intra- ADRG	Inter- ADRG	davon			
				Intra- Partition					Inter- Partition			
MDC 15	Neugeborene	427 794	644	5,7 %	5,2 %	0,5 %	0,6 %	-0,1 %	-0,5 %	0,4 %	-0,0 %	0,5 %
MDC 16	Blut und Immunsystem	107 264	128	-1,4 %	-1,5 %	0,1 %	-0,6 %	0,7 %	0,5 %	0,1 %	-0,1 %	0,2 %
MDC 17	Neubildungen	239 544	168	0,5 %	1,4 %	-0,9 %	-0,9 %	0,0 %	-0,0 %	0,0 %	-0,0 %	0,0 %
MDC 18	Infektionen	271 296	222	5,6 %	5,6 %	0,0 %	-0,3 %	0,3 %	0,2 %	0,1 %	0,0 %	0,1 %
MDC 19	Psychiatrische Krankheiten	38 292	69	-3,3 %	-2,1 %	-1,3 %	-0,4 %	-0,9 %	-0,1 %	-0,9 %	-0,9 %	0,0 %
MDC 20	Alkohol und Drogen	50 168	145	-1,0 %	0,7 %	-1,7 %	-1,1 %	-0,5 %	-0,3 %	-0,2 %	0,0 %	-0,3 %
MDC 21	Vergiftung	160 457	194	-1,5 %	-1,7 %	0,2 %	-0,8 %	1,0 %	0,4 %	0,6 %	0,5 %	0,1 %
MDC 22	Verbrennungen	15 489	12	3,5 %	2,5 %	1,0 %	-0,1 %	1,1 %	-0,7 %	1,8 %	-2,4 %	4,3 %
MDC 23	sonstige Faktoren	43 334	88	3,6 %	2,4 %	1,3 %	-0,1 %	1,4 %	0,5 %	0,8 %	-0,2 %	1,0 %

n = 1 289 Krankenhäuser

Krankenhaus-Report 2018

WIdO

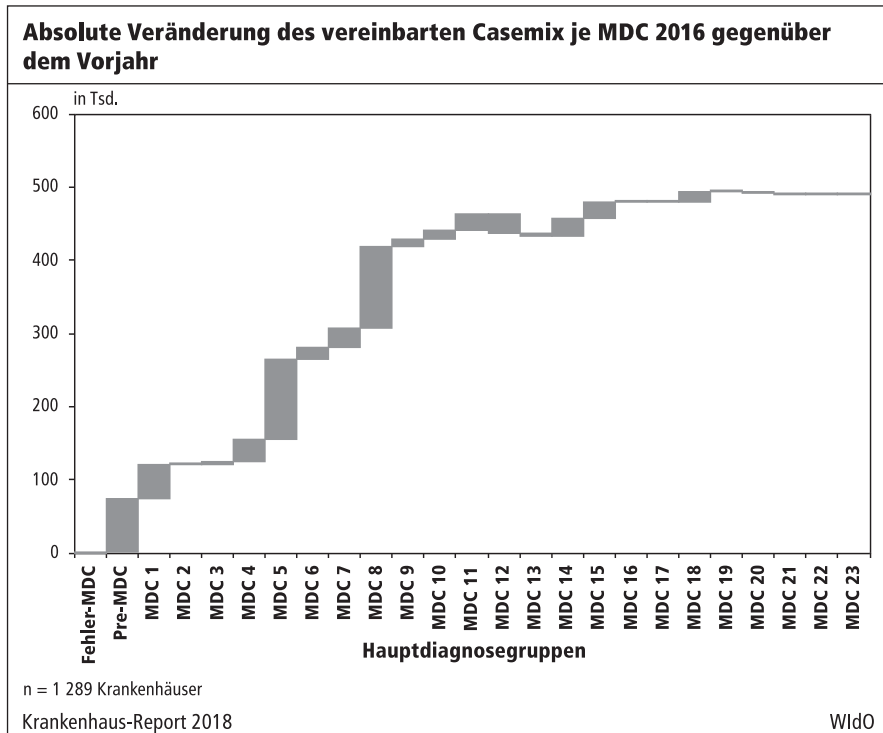
hierarchischen Aufbau des DRG-Systems können diese Verschiebungen zwischen verschiedenen Basis-DRGs

- innerhalb der gleichen MDC und Partition (Intra-Partition),
 - innerhalb der gleichen MDC aber unterschiedlichen Partitionen (Inter-Partition) und
 - zwischen unterschiedlichen MDCs (Inter-MDC)
- stattfinden.

Die Einflüsse von Verschiebungen innerhalb der gleichen MDC und Partition sowie zwischen unterschiedlichen MDCs sind mit +0,5% bzw. +0,1% zu beziffern. Verschiebungen zwischen unterschiedlichen Partitionen bedingen einen CM-Anstieg von 0,3%. Absolut betrachtet weist die MDC 8 den stärksten Intra-Partitions-Effekt auf, wobei hier vor allem in der operativen Partition ein CM-Zuwachs zu verzeichnen ist. Die MDC 5 hat den stärksten Inter-Partitions-Effekt.

Bei der Prä-MDC sowie den MDCs 15 (Neugeborene) und 18 (Infektionen) steigt der Gesamt-CM um über 5,0%. Die MDC 12 (männliche Geschlechtsorgane) weist mit -11,1% den mit Abstand deutlichsten Rückgang auf (Tabelle 18-4). Abbildung 18-6 zeigt ergänzend die Bedeutungen der einzelnen MDCs an der vereinbarten Gesamtveränderung. An der Spitze stehen die beiden fallzahlstärksten MDCs 5 und 8. Insgesamt machen sie wie im Vorjahr knapp 40% des gesamten CM-Anstiegs aus. Weitere 13,1% des Gesamtanstiegs gehen auf die Prä-MDC zurück.

Abbildung 18-6



18.4.2 Leistungsentwicklung im Bereich der Zusatzentgelte

Zwischen 2015 und 2016 ist das Volumen der vereinbarten Zusatzentgelte für die hier betrachteten Häuser um 5,0% auf 2 195,5 Mio. Euro gestiegen. Ihr Anteil am Gesamtbudget beträgt 2016 in Summe 3,6%.

Für einen kleineren Teil der Zusatzentgelte werden die Preise individuell mit einzelnen Krankenhäusern vereinbart, weil noch keine ausreichende bzw. ausreichend homogene Datengrundlage zur Kalkulation bundeseinheitlicher Preise durch das InEK existiert. Für den überwiegenden Teil der Zusatzentgelte ist jedoch ein bundesweit einheitlicher Preis festgelegt. Die bundesweit einheitlich bepreisten Zusatzentgelte werden in der AEB im E2-Formular erfasst, die hausindividuell vergüteten im E3.2-Formular.

Die E3.2-Zusatzentgelte machen mit einem Anteil von 27,6% den kleineren Teil der Zusatzentgelte aus.¹⁰ Ihr Budget wächst mit 7,1% stärker als das der E2-Zusatzentgelte. Auf die bundesweit einheitlich vergüteten Zusatzentgelte entfällt ein Budgetvolumen von 1 521,0 Mio. Euro im Jahr 2016.

Wie bereits in den Vorjahren ist das ZE130 „Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen“ 2016 mit 278,0 Mio. Euro das umsatzstärkste E2-Zusatzentgelt (vergl. Tabelle 18–5). Es weist darüber hinaus einen überdurchschnittlichen Anstieg von 10,2% auf. An zweiter Stelle steht erneut das ZE148 „Gabe von Rituximab, intravenös“. Insgesamt machen beide Entgelte mehr als ein Viertel des gesamten Budgets für E2-Zusatzentgelte aus.

Die Tabelle 18–5 zerlegt die Budgetveränderung in Mengen-, Preis- und Struktureffekte, wie zum Beispiel Verschiebungen zwischen Dosierungsklassen bei Medikamenten.¹¹ So geht der starke Budgetanstieg beim ZE130 nahezu ausschließlich auf die Mengenkompente zurück. Eine Besonderheit stellt das ZE101 („Medikamente-freisetzen der Koronarstenen“) dar. Bei diesem ist bereits seit Jahren ein deutlicher Budgetrückgang bei steigenden Mengen festzustellen. Ursächlich ist hier der erneut deutliche Preisrückgang um –30,9%.

Eine andere Betrachtungsweise bietet die Unterteilung der E2-Zusatzentgelte nach Segmenten, die so nicht im Katalog zu finden sind. Es handelt sich hierbei um die Zusatzentgelte für Dialyseverfahren, um Medikamentengaben sowie um die Sonstigen Zusatzentgelte. Das letzte Segment ist heterogen und umfasst auch besondere Behandlungsverfahren, wie zum Beispiel ZE130 und ZE131 für die hochaufwendige Pflege.

Das Segment Dialyse und die Sonstigen Zusatzentgelte weisen einen unterdurchschnittlichen Zuwachs von 3,2% auf. Bei den Medikamentengaben, die fast

10 Zu dieser Gruppe zählen auch Zusatzentgelte für Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) und hochspezialisierte Leistungen nach § 6 Abs. 2a KHEntgG.

11 Beim Übergang des 2014er Katalog in das Jahr 2015 waren bei insgesamt sechs Medikamentengaben aufgrund einer neuen Darreichungsform neue Zusatzentgelte geschaffen worden. Beim Katalogübergang 2015/2016 ist dies nur noch bei einem Zusatzentgelt der Fall; aus dem ZE129 („Gabe von Tocilizumab, parenteral“) wurde das ZE157 („Gabe von Tocilizumab, intravenös“) in der nachfolgenden Analyse werden diese inhaltlich weitgehend entsprechenden E2-Zusatzentgelte zusammengeführt. Vgl. die Gegenüberstellung der Zusatzentgelte 2015 und 2016 im Anhang.

Tabelle 18–5

Komponenten der vereinbarten Budgetveränderung für die 15 umsatzstärksten Zusatzentgelte 2016

Zusatzentgelt	Seg- ment ^{a)}	Anzahl (in Tsd.)	Budget 2016 (in Mio. Euro)	Budget- anteil 2016	Budget- verände- rung zum Vorjahr	davon			
						Mengen- kompo- nente	Preis- kompo- nente	Struktur- kompo- nente	
Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	ZE130	S	218	278	18,3 %	10,2 %	12,3 %	-0,6 %	-1,3 %
Gabe von Rituximab, intravenös	ZE148	M	38	115,8	7,6 %	4,1 %	4,5 %	-0,2 %	-0,2 %
Gabe von Human-Immunglobulin, polyvalent, parenteral	ZE93	M	30	85,9	5,6 %	17,5 %	10,6 %	3,7 %	2,4 %
Hämodialyse, intermittierend	ZE01	D	368	82,8	5,4 %	-2,2 %	-1,1 %	-1,1 %	0,0 %
Gabe von Apherese-Thrombozytenkonzentraten	ZE147	M	32	62,0	4,1 %	-2,7 %	-8,2 %	2,7 %	3,3 %
Gabe von Caspofungin, parenteral	ZE109	M	16	60,8	4,0 %	6,3 %	7,1 %	-2,2 %	1,5 %
Medikamente-freisetzende Koronarstents	ZE101	S	253	53,3	3,5 %	-21,0 %	11,1 %	-30,9 %	2,9 %
Gabe von Bevacizumab, parenteral	ZE74	M	18	47,3	3,1 %	2,8 %	1,4 %	0,2 %	1,2 %
Gabe von Pemetrexed, parenteral	ZE53	M	15	47,1	3,1 %	1,8 %	0,0 %	1,1 %	0,6 %
Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung	ZE145	S	22	39,7	2,6 %	13,0 %	11,9 %	1,1 %	-0,1 %
Hämodialyse, kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD)	ZE120	D	26	39,3	2,6 %	18,9 %	15,4 %	1,0 %	2,1 %
Palliativmedizinische Komplexbehandlung	ZE60	S	29	38,0	2,5 %	-4,6 %	4,7 %	-7,7 %	-1,2 %
Gabe von Erythrozytenkonzentraten	ZE107	M	15	31,2	2,0 %	-3,3 %	-2,2 %	-0,4 %	-0,7 %
Plasmapherese	ZE36	S	5	29,3	1,9 %	-3,3 %	-3,0 %	-0,1 %	-0,1 %
Extrakorporale Photopherese	ZE37	S	20	25,6	1,7 %	4,6 %	3,3 %	1,3 %	0,0 %
alle E2-Zusatzentgelte			1 437	1 521,0	100,0 %	5,2 %	5,5 %	-1,9 %	1,6 %

^{a)} „M“ = Medikamentengabe; „D“ = Dialyse; „S“ = Sonstige
n = 1 289 Krankenhäuser

Tabelle 18–6

Komponenten der vereinbarten Budgetveränderung nach Segmenten 2016

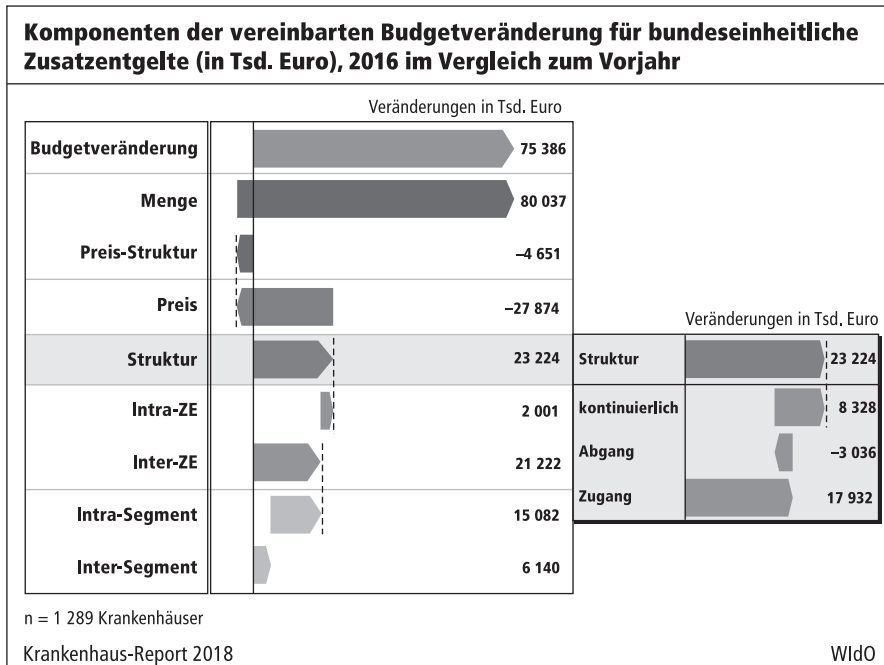
Segment	Anzahl (in Tsd.)	Budget (in Mio. Euro)	Budget- anteil	Budget- veränderung zum Vorjahr	davon:			davon in der Warenkorbkomponente:		
					Mengen- komponente	Preis- komponente	Struktur- komponente	kontinuier- lich	Abgänge	Zugänge
Sonstige	630	602,2	39,6%	3,2%	10,8%	-5,0%	-1,9%	-1,7%	-0,5%	0,4%
Dialyse	493	177,2	11,6%	3,2%	0,6%	-0,3%	2,9%	2,9%	0,0%	0,0%
Medikamentengabe	313	741,6	48,8%	7,4%	3,7%	0,4%	3,2%	1,3%	0,0%	1,9%
alle E2-Zusatzgelte	1 437	1 521,0	100,0%	5,2%	5,5%	-1,9%	1,6%	0,6%	-0,2%	1,2%

n = 1 289 Krankenhäuser

Krankenhaus-Report 2018

WlD0

Abbildung 18–7



die Hälfte des Budgetvolumens der E2-Zusatzentgelte ausmachen, ist ein starker Budgetanstieg von 7,4% festzustellen. Dieser geht sowohl auf die Mengen- als auch auf die Strukturkomponente zurück. (Tabelle 18–6).

Über alle E2-Zusatzentgelte bewirkt die Mengenentwicklung isoliert betrachtet einen Budgetanstieg von 5,5%. Die positive Struktur- und die negative Preiskomponente heben einander in ihrer Wirkung gegenseitig auf.

Abbildung 18–7 stellt die maßgeblichen Einflussfaktoren für die vereinbarten Budgetveränderungen bundeseinheitlicher Zusatzentgelte insgesamt nach der Methode der Komponentenzerlegung dar.¹² Sie verdeutlicht insbesondere den gegenläufigen Effekt von budgetsenkendem Preis- und budgeterhöhendem Struktur-effekt.

¹² Zu den methodischen Voraussetzungen der Anwendung der Komponentenzerlegung auf den Bereich der E2-Zusatzentgelte vgl. Mostert et al. 2013.

18.5 Zusammenfassung und Diskussion

Das Krankenhausstrukturgesetz wirft bereits in der Budgetrunde 2016 seine Schatten voraus. Auch wenn sich die dort geregelten Änderungen in der Budgetfindung – wie die Einführung des Fixkostendegressionsabschlages – erst im Jahr 2017 auswirken, führte wahrscheinlich die Unsicherheit über die künftigen Abschlüsse bei Vereinbarung von Mengemengen zu spürbaren Vorholeffekten. In der Folge ist die vereinbarte Mengenentwicklung mit einem Plus von 2,7% so hoch wie seit Jahren nicht mehr. Sie ist erneut weitestgehend fallzahlgetrieben. Die Veränderung der mittleren Fallschwere auf globaler Ebene ist mit 0,9% aber ebenfalls stärker als in den Vorjahren.

Sondereinflüsse auf die Preisentwicklung aus dem PsychEntgG und dem Beitragsschuldengesetz wie in den Vorperioden fehlen im Jahr 2016. Die Regelungen entsprechen denen des Vorjahrs. Die expansiven Mengenvereinbarungen führen zu Mehrleistungsabschlüssen von nahezu 570 Mio. Euro – ein Rekordwert. Dieser kann erstmals nicht durch den Versorgungszuschlag kompensiert werden. In der Summe resultiert ein ausgleichsbereinigter Preiseffekt von 2,3%, der sich mit der Veränderung der Landesbasisfallwerte nahezu deckt.

Im Ergebnis sind die Budgets der untersuchten 1 289 Krankenhäuser ausgleichsbereinigt um 5,0% gestiegen, was einem Mittelzuwachs von knapp über 2,9 Mrd. Euro entspricht. Damit erreicht die Budgetsteigerungsrate den höchsten Wert seit 2010.

Literatur

- Friedrich J, Günster C. Determinanten der CM Entwicklung in Deutschland während der Einführung von DRGs (2002 bis 2004). In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg). Krankenhaus-Report 2005. Stuttgart: Schattauer 20016; 153–202.
- Friedrich J, Paschen K (2005) Schätzfehler bei der Überleitung von Leistungsdaten verringern – das WIdO-Verfahren der „vereinbarungsgewichteten Überleitung“. *f&w* 2005; 5 (22): 464–8.
- Fürstenberg T, Laschat M, Zich K, Klein S, Gierling P, Noting HP, Schmidt T. G-DRG-Begleitforschung gemäß § 17b Abs. 8 KHG, Endbericht des dritten Forschungszyklus (2008–2010). 2013. http://www.g-drg.de/cms/Begleitforschung_gem_17b_Abs_8_KHG (19 Oktober 2017).
- GKV-Spitzenverband. Bericht des GKV-Spitzenverbandes zum Hygienesonderprogramm in den Förderjahren 2013 bis 2016. Berlin 2017.
- Günster C. Komponentenzerlegung und Warenkorbänderungen. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg). Krankenhaus-Report 2007. Stuttgart: Schattauer 2008; 185–94.
- InEK (2015) Abschlussbericht. Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2016. Siegburg 2015.
- Kramer H, Leclerque G, Friedrich J. Die Krankenhausbudgets 2008 und 2009 unter dem Einfluss des KHRG. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J (Hrsg) Krankenhaus-Report 2011. Stuttgart: Schattauer 2011; 261–83.
- Kramer H, Leclerque G, Friedrich J. Die Krankenhausbudgets 2009 und 2010 unter dem Einfluss des KHRG. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J (Hrsg). Krankenhaus-Report 2012. Stuttgart: Schattauer 2012; 315–39.
- Mostert C, Leclerque G, Friedrich J. Eckdaten der Leistungsentwicklung im Krankenhausmarkt 2011. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem, J (Hrsg). Krankenhaus-Report 2013. Stuttgart: Schattauer 2013; 21–46.

- Mostert C, Leclerque G, Friedrich J. Die Krankenhausbudgets 2012 und 2013 im Vergleich. In: Klau-ber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem, J (Hrsg). Krankenhaus-Report 2015. Stuttgart: Schattauer 2015; 303–24.
- Mostert C, Leclerque G, Friedrich J. Die Krankenhausbudgets 2013 und 2014 im Vergleich. In: Klau-ber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem, J (Hrsg). Krankenhaus-Report 2016. Stuttgart: Schattauer 2016; 283–306.
- Mostert C, Leclerque G, Friedrich J. Die Krankenhausbudgets 2014 und 2015 im Vergleich. In: Klau-ber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg). Krankenhaus-Report 2017. Stuttgart: Schattauer 2017; 231–53.
- Reichelt H. Eine Methode der statistischen Komponentenerlegung. WIdO-Materialien Bd 31. Bonn 1988.

Anhang

Zusatzentgelte 2015 und 2016

ZE-Nr.	Segment³⁾	Bezeichnung	2015	2016
ZE01	D	Hämodialyse, intermittierend	X	X
ZE02	D	Hämodiafiltration, intermittierend	X	X
ZE09	S	Vollimplantierbare Medikamentenpumpe mit programmierbarem Tagesprofil	X	X
ZE10	S	Künstlicher Blasenschließmuskel, Eingriffe bei artifiziellem Harnblasensphinkter	X	X
ZE11	S	Wirbelkörperersatz, Wirbelkörperersatz und komplexe Rekonstruktion der Wirbelsäule	X	X
ZE17	M	Gabe von Gemcitabin, parenteral	X	X
ZE19	M	Gabe von Irinotecan, parenteral	X	X
ZE30	M	Gabe von Prothrombin-komplex, parenteral	X	X
ZE36	S	Plasmapherese	X	X
ZE37	S	Extrakorporale Photopherese	X	X
ZE40	M	Gabe von Filgrastim, parenteral	X	X
ZE42	M	Gabe von Lenograstim, parenteral	X	X
ZE44	M	Gabe von Topotecan, parenteral	X	X
ZE47	M	Gabe von Antithrombin III, parenteral	X	X
ZE48	M	Gabe von Aldesleukin, parenteral	X	X
ZE49	M	Gabe von Bortezomib, parenteral	X	X
ZE50	M	Gabe von Cetuximab, parenteral	X	X
ZE51	M	Gabe von Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Hepatitis-B-surface-Antigen, parenteral	X	X
ZE52	M	Gabe von Liposomalem Doxorubicin, parenteral	X	X
ZE53	M	Gabe von Pemetrexed, parenteral	X	X
ZE56	S	Vollimplantierbare Medikamentenpumpe mit konstanter Flussrate	X	X
ZE58	S	Hydraulische Penisprothesen, andere Operationen am Penis	X	X
ZE60	S	Palliativmedizinische Komplexbehandlung	X	X
ZE61	S	LDL-Apherese	X	X
ZE62	D	Hämofiltration, intermittierend	X	X
ZE63	M	Gabe von Paclitaxel, parenteral	X	X
ZE64	M	Gabe von Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Zytomegalie-Virus, parenteral	X	X
ZE66	M	Gabe von Adalimumab, parenteral	X	X
ZE67	M	Gabe von Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Varicella-Zoster-Virus, parenteral	X	X
ZE68	M	Gabe von Infliximab, parenteral	X	X
ZE70	M	Gabe von C1-Esteraseinhibitor, parenteral	X	X
ZE71	M	Gabe von Pegfilgrastim, parenteral	X	X
ZE72	M	Gabe von Pegyliertem liposomalem Doxorubicin, parenteral	X	X
ZE74	M	Gabe von Bevacizumab, parenteral	X	X
ZE75	M	Gabe von Liposomalem Cytarabin, intrathekal	X	X

Anhang

Fortsetzung

ZE-Nr.	Segment ^{a)}	Bezeichnung	2015	2016
ZE76	M	Gabe von Etanercept, parenteral	X	X
ZE78	M	Gabe von Temozolomid, oral	X	X
ZE79	M	Gabe von Busulfan, parenteral	X	X
ZE80	M	Gabe von Docetaxel, parenteral	X	X
ZE86	S	Neurostimulatoren zur Hirnstimulation, Einkanalssystem	X	
ZE92	M	Gabe von Imatinib, oral	X	X
ZE93	M	Gabe von Human-Immun-globulin, polyvalent, parenteral	X	X
ZE95	M	Gabe von Palifermin, parenteral	X	X
ZE96	M	Gabe von Carmustin-Implantaten, intrathekal	X	X
ZE97	M	Gabe von Natalizumab, parenteral	X	X
ZE98	M	Gabe von Palivizumab, parenteral	X	X
ZE99	S	Distraktionsmarknagel, nicht motorisiert	X	
ZE100	S	Implantation eines endobronchialen Klappensystems, andere Operationen an Lunge und Bronchien	X	X
ZE101	S	Medikamente-freisetzende Koronarstents	X	X
ZE102	S	Vagusnervstimulationssysteme	X	
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
ZE109	M	Gabe von Caspofungin, parenteral	X	X
ZE110	M	Gabe von Liposomalem Amphotericin B, parenteral	X	X
ZE111	M	Gabe von Voriconazol, oral	X	X
ZE112	M	Gabe von Voriconazol, parenteral	X	X
ZE113	M	Gabe von Itraconazol, parenteral	X	X
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	Hämodialyse, kontinuierlich	X	X
ZE120	D	Hämodialyse, kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD)	X	X
ZE121	D	Hämodiafiltration, kontinuierlich	X	X
ZE122	D	Peritonealdialyse, intermittierend, maschinell unterstützt (IPD)	X	X
ZE123	D	Peritonealdialyse, kontinuierlich, nicht maschinell unterstützt (CAPD)	X	X
ZE124	M	Gabe von Azacytidin, parenteral	X	X
ZE125	S	Implantation oder Wechsel eines interspinösen Spreizers, andere Operationen an der Wirbelsäule	X	X

Anhang

Fortsetzung

ZE-Nr.	Segment ^{a)}	Bezeichnung	2015	2016
ZE126	S	Autogene/autologe matrixinduzierte Chondrozytentransplantation	X	X
ZE128	M	Gabe von Micafungin, parenteral	X	X
ZE129	M	Gabe von Tocilizumab, parenteral	X	in ZE157
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	X
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 Stentrevriever-Systems	X	X
ZE153	S	Zügeloperation mit alloplastischem Material, adjustierbar	X	X
ZE154	M	Gabe von Eculizumab, parenteral		X
ZE155	M	Gabe von Ofatumumab, parenteral		X

Anhang

Fortsetzung

ZE-Nr.	Segment^{a)}	Bezeichnung	2015	2016
ZE156	M	Gabe von Decitabine, parenteral		X
ZE157	M	Gabe von Tocilizumab, intravenös	aus ZE129	X
ZE158	S	Vagusnervstimulationssysteme, mit Sondenimplantation		X
ZE159	S	Vagusnervstimulationssysteme, ohne Sondenimplantation		X

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

Krankenhaus-Report 2018

WIdO