

Masterstudiengang "Health Care Management" (MBA) 2007
an der Fachhochschule Deggendorf

**Welche Änderungen haben sich in den Krankenhäusern in
Deutschland nach der DRG-Einführung ergeben und wie
bewerten Sie diese Veränderungen?**

Studienarbeit

im Modul Medizincontrolling

von

Dr. med. Paul Andermann

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	2
2	Begriffsdefinitionen und gesetzliche Grundlagen	4
2.1	Begriffsdefinitionen	4
2.2	Gesetzliche Grundlagen	7
3	Vergütung von Gesundheitsleistungen	8
3.1	Patientenklassifikationssysteme	8
3.2	Finanzierung der stationären Versorgung vor DRG-Einführung	9
4	Diagnosis Related Groups (DRGs)	11
4.1	DRGs als Patientenklassifikationssystem.....	11
4.2	Kurzer historischer Exkurs	15
4.3	Wie haben sich die DRGs in anderen Ländern bewährt?	16
5	Änderungen nach Einführung der G-DRGs und deren Bewertung	19
5.1	Positive Veränderungen durch die G-DRGs.....	20
5.2	Negative Veränderungen durch die G-DRGs	24
6	Offene Fragen und Diskussionspunkte	31
7	Zusammenfassung	34
8	Literaturverzeichnis	36
9	Abkürzungsverzeichnis	44
10	Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	45

1 Einleitung

Deutschland steht vor einer demographischen Entwicklung, die massive Auswirkungen auf unsere sozialen Sicherungssysteme haben wird. Auf der einen Seite nimmt durch die steigende Lebenserwartung der prozentuale Anteil älterer Menschen an der Gesellschaft stetig zu; auf der anderen Seite stagniert die Neugeborenenrate seit über 25 Jahren auf niedrigem Niveau und kann die Sterberate nicht mehr kompensieren. Diese Tendenz wird sich in den nächsten Jahren noch verstärken. Berechnungen des Statistischen Bundesamtes zufolge wird bei einer annähernd konstanten Geburtenrate von 1,4 Kindern je Frau und einer Zunahme der Sterbefälle die Bevölkerungszahl in Deutschland von aktuell 82,4 Millionen Einwohnern 2050 auf knapp 69 Millionen bis 74 Millionen absinken. Damit geht eine Abnahme der Bevölkerung im Erwerbsalter um etwa 22 Prozent bis 29 Prozent, je nach Ausmaß der Zuwanderung, einher.¹ Auf die ideologischen Hintergründe dieser Entwicklung hat der Sozialforscher Meinhard Miegel bereits vor über 15 Jahren hingewiesen.² Infolgedessen ist mit erheblichen Auswirkungen auf das Verhältnis von Leistungsempfängern zu Beitragszahlern zu rechnen. Vereinfacht ausgedrückt müssen immer weniger Beitragszahler für immer mehr Leistungsempfänger aufkommen. Durch die Überalterung der Bevölkerung nimmt sowohl in der Kranken- als auch in der Pflegeversicherung die Zahl derjenigen zu, die im Vergleich zum Durchschnitt einen erhöhten Leistungsbedarf haben. Die steigende Lebenserwartung führt zudem zu einem zeitlich längeren Bezug von Leistungen. Dies verursacht wachsende Probleme im Gesundheitswesen bei der Finanzierung von Krankenhausleistungen.

Als Ausdruck der verschärften Kostenproblematik im deutschen Krankensektor wurde bereits 1999 in einer vielbeachteten Studie den Akutkrankenhäusern ein Bettenrückgang um 30% bis zum Jahr 2015 prognostiziert.³ In einer nicht weniger bedeutsamen Studie von Ernst & Young stellen die Autoren heraus, dass sich das Gesamtvolumen des Gesundheitsmarktes bis zum Jahr 2020 von derzeit 234 Milliarden auf dann 500 Milliarden Euro mehr als verdoppeln wird.⁴ Gleichzeitig werde der Zwang zum kostendeckenden Wirtschaften bei den Krankenhäusern dramatisch zunehmen. Viele kleine und oft wenig effizient geführte Krankenhäuser würden dem Kostendruck und der

¹ Vgl. Statistisches Bundesamt Deutschland: Pressemitteilung Nr. 464 vom 7.11.06.

² Vgl. Miegel, M./Wahl, S.: Das Ende des Individualismus. München 1993.

³ Vgl. Arthur Andersen: Krankenhaus 2015 – Wege aus dem Paragraphenschlingel. 1999.

⁴ Vgl. Ernst & Young: Gesundheitsversorgung 2020. Frankfurt 2005.

wachsenden privaten Konkurrenz nicht standhalten können, so die Experten. Einer Umfrage zufolge konnten kurz vor Einführung der Fallpauschalen 46 Prozent der Krankenhäuser keinen positiven bzw. ausgeglichenen Jahresabschluss vorlegen, 55 Prozent erwarteten für das Folgejahr ein negatives Betriebsergebnis.⁵

Diese Entwicklungen machten es unausweichlich, die Krankenhausfinanzierung auf eine neue Grundlage zu stellen und nach Begriffen wie Wettbewerb und Leistung auszurichten. In dieser Hinsicht hatte das alte Vergütungssystem der tagesgleichen Pflegesätze keinerlei Anreize zu bieten. Daher erfolgt seit 2004 die Abrechnung der Krankenhausleistungen nicht mehr nach dem Selbstkostendeckungsprinzip, sondern auf der Basis diagnosebezogener Fallpauschalen, der *Diagnosis Related Groups (DRGs)*, einem der folgenreichsten Reformelemente in der Gesundheitspolitik der letzten Jahrzehnte. Manche sprechen sogar von der „einschneidenden Reform“ des Krankensektors und dem „weltweit vielleicht größten Steuerungsexperiment im Krankenhauswesen“.⁶ Der Gesetzgeber und andere Verfechter der DRGs erwarten sich, dass die so erzwungenen Effizienzsteigerungen über die Etablierung von Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu einer Kostendämpfung führen bei gleichzeitiger Steigerung der Versorgungsqualität für die Patienten.

Die Einführung des neuen Entgeltsystems bedeutet einen vorläufigen Endpunkt einer Reihe von Krankenhausreformen, bei denen die politischen Akteure aufgrund von teilweise schlecht gemachten Gesetzen nicht immer eine glückliche Hand bewiesen. Es ist nämlich immer noch völlig unklar, inwieweit die positiven Reformziele realisiert werden können und welche unerwünschten Effekte möglicherweise dabei auftreten.

Vom heutigen Standpunkt aus lässt sich aus kritischer Distanz ein erstes Fazit ziehen, welche Änderungen sich in den Krankenhäusern in Deutschland durch die Einführung des DRG-Systems bisher ergeben haben und wie diese vorläufig zu bewerten sind. Aufgrund der Komplexität des G-DRG-Systems (englisch: German DRGs) und seiner Abrechnungsregeln kann in diesem Rahmen keine erschöpfende Abhandlung des Themas erfolgen. Vielmehr sollen einige Schlaglichter auf die wichtigsten positiven und negativen Aspekte des Fallmanagements im Krankenhaus geworfen und offene Fragen thematisiert werden.

⁵ Vgl. Buscher, F.: Bericht zur Lage der Krankenhäuser in Deutschland bei der Einführung der Fallpauschalen. In: *das Krankenhaus*, Heft 3/05, S. 181-185.

⁶ Vgl. Schölkopf, M./Stapf-Finé, H.: Deutsche Hospitäler besser als ihr Ruf. In: *Soziale Sicherheit*, Heft 12/02, S. 402-411.

2 Begriffsdefinitionen und gesetzliche Grundlagen

2.1 Begriffsdefinitionen^{7,8}

Diagnosebezogene Fallgruppen (DRGs) werden definiert als „ein Patientenklassifikationssystem, das in einer klinisch relevanten und nachvollziehbaren Weise Art und Anzahl der behandelten Krankenhausfälle in Bezug zum Ressourcenverbrauch des Krankenhauses setzt.“⁹ Dabei werden Patienten anhand ihrer Diagnosen und der durchgeführten Therapie Fallgruppen zugeordnet, die nach dem für die Behandlung erforderlichen ökonomischen Aufwand (Behandlungskosten) differenziert werden.

DRGs werden mittlerweile in vielen europäischen Ländern wie Großbritannien, Spanien, Italien, Skandinavien, aber auch in den USA zur Abrechnung von Krankenhausleistungen eingesetzt. Im Unterschied zu den meisten anderen Ländern, wo mit Hilfe der DRGs staatliche Gelder und Versicherungsleistungen auf die Krankenhäuser verteilt werden, wurde das DRG-System in Deutschland zu einem Fallpauschalensystem modifiziert und wird zur Vergütung einzelner Krankenhausfälle eingesetzt.¹⁰ Dennoch können durch die Gesamtdeckelung der Krankenausgaben auch die deutschen DRGs als ein Instrument zur Verteilung staatlicher Gelder betrachtet werden.

Die Zuordnung einer stationären Behandlung zu einer DRG erfolgt nach computergestützten Verfahrensvorschriften, sogenannten Algorithmen. Berücksichtigt werden auch etwaige Komorbiditäten und Komplikationen, die in die Formel einfließen. Dadurch ergibt sich ein patientenbezogener Gesamtschweregrad (*Relativgewicht* oder *Bewertungsrelation* des DRG-Falls). Dieser ist die Basis für das *Erlösäquivalent*, das anhand einer differenzierten Kostenkalkulation, aufgeschlüsselt nach Kostenstellen und Kostenarten, vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) individuell für jede DRG festgelegt wird. Diese Daten werden jährlich auf der Homepage des InEK publiziert.¹¹ Allerdings sollte an dieser Stelle kritisch angemerkt werden, dass die InEK-Kalkulation aufgrund ihrer Methodik keine vergleichbaren und verursachungsgerecht bemessenen Kosten ermitteln kann und daher für ein Benchmarking nur bedingt geeignet ist.¹² Zudem lässt sich in der Literatur kein Beleg darüber finden, ob die Kostenkalkulation des InEK von extern überprüft wurde.

⁷ Vgl. Rochell, B.: Aktueller Stand der Umsetzung des § 17b KHG. Referat vom 19.8.00.

⁸ Vgl. http://de.wikipedia.org/wiki/Diagnosis_Related_Groups.

⁹ InEK: G-DRG German Diagnosis Related Groups, Version 2008, Definitionshandbuch, S. 1.

¹⁰ Vgl. http://de.wikipedia.org/wiki/Diagnosis_Related_Groups.

¹¹ Vgl. http://www.g-drg.de/cms/index.php/inek_site_de/G-DRG-System_2009.

¹² Vgl. Scheer, A.-W./Jost, W./Hess, H./Kronz, A. (Hrsg.): Corporate Performance Management. ARIS in der Praxis. Berlin/Heidelberg 2005, S. 256.

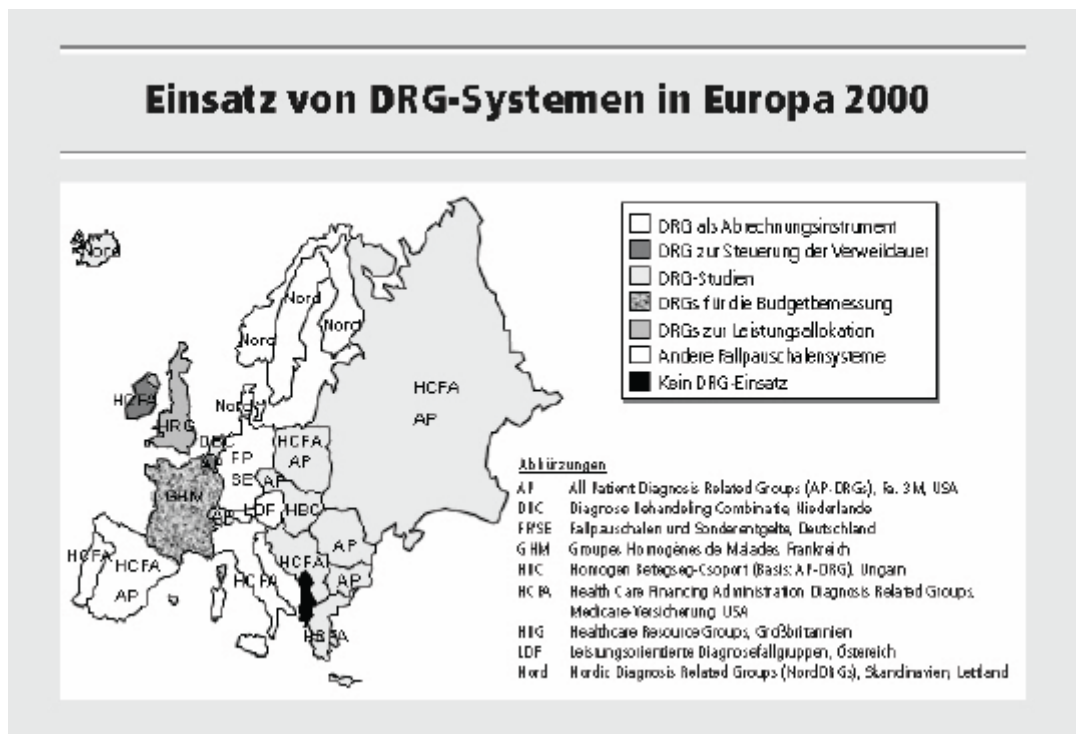


Abb. 1: DRG-Systeme in Europa vor Einführung der G-DRGs.
(Quelle: Vorlesung Gesundheitsökonomie II, Prof. Rothgang, Bremen)

Berechnet man den Durchschnitt aller individuellen Relativgewichte, so erhält man die sogenannte *Basisrate* (englisch: *base rate*), den krankenhausindividuellen DRG-Basiserlös je Fall:

$$\text{Basisrate} = \text{Durchschnitt aller individuellen Relativgewichte}$$

Die DRG-Einzelfallvergütung lässt sich damit wie folgt berechnen:

$$\text{Fall-Erlös} = \text{Basisrate} \times \text{Relativgewicht des einzelnen DRG-Falls}$$

Werden die Relativgewichte aller innerhalb einer Zeiteinheit erbrachten DRG-Fälle addiert und durch die Gesamtzahl aller Fälle dividiert, erhält man die durchschnittliche ökonomische Fallschwere, ausgedrückt im *Fallschwere-Index* (*Case-Mix-Index*, *CMI*):

$$\text{Case-Mix-Index} = \text{Summe aller Relativgewichte pro Zeiteinheit} / \text{Fallzahl}$$

Die so ermittelten Parameter werden für die Berechnung des DRG-Budgets eines Krankenhauses benötigt:

$$\text{DRG-Budget} = \text{CMI} \times \text{Fallzahl} \times \text{Basisrate}$$

Durch einen Vergleich des hauseigenen Durchschnittserlöses mit dem *Landesbasisfallwert (LBFW)* können Krankenhäuser berechnen, ob sie gut gewirtschaftet haben oder nicht. Bei letzterem handelt es sich um den erstmals für das Jahr 2005 von den Landeskrankenhausesgesellschaften und den Krankenkassen vereinbarten durchschnittlichen DRG-Erlös aller stationären Fälle pro Bundesland. Am landeseinheitlichen Basisfallwert orientieren sich die individuellen Basisfallwerte der einzelnen Krankenhäuser, die bis zum Abschluss der Konvergenzphase Ende 2009 schrittweise an ihn angepasst werden sollen.¹³

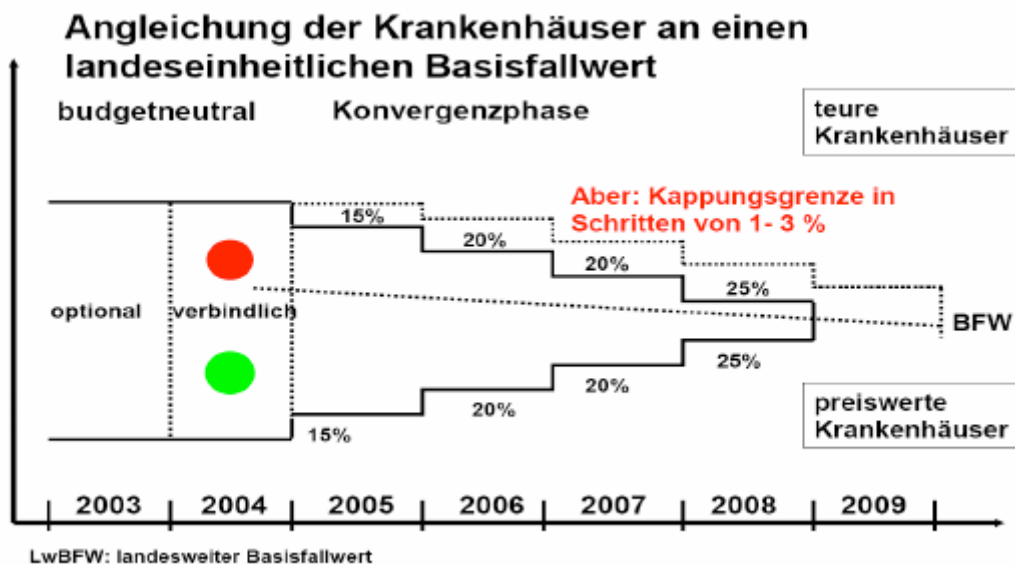


Abb. 2: Schrittweise Anpassung des Basisfallwerts der Krankenhäuser an einen landeseinheitlichen Basisfallwert (Konvergenzphase).
(Quelle: Prof. Norbert Wrobel: Geriatrie-Komplexleistung im DRG-Abrechnungssystem)

¹³ Vgl. <http://www.wirtschaftslexikon24.net>.

Bundesland	LBFW 2008 in €
Baden-Württemberg	2832,69
Bayern	2806,14
Berlin	2898,00
Brandenburg	2767,76
Bremen	2871,36
Hamburg	2824,00
Hessen	2811,12
Mecklenburg-Vorpommern	2727,00
Niedersachsen	2763,26
Nordrhein-Westfalen	2729,00
Rheinland-Pfalz	2956,53
Saarland	2933,38
Sachsen	2740,63
Sachsen-Anhalt	2755,00
Schleswig-Holstein	2682,00
Thüringen	2751,00

Tab. 1: Übersicht über die Landesbasisfallwerte (LBFW) 2008 in Euro pro Bundesland. (Quelle: AOK-Bundesverband)

2.2 Gesetzliche Grundlagen

Mit der Gesundheitsreform 2000 fiel in Deutschland die Entscheidung für die Einführung eines leistungsorientierten und pauschalierenden DRG-Vergütungssystems für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen ab dem Jahr 2003. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen hierfür schaffte der neu eingeführte § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG). Dieser verpflichtete die Selbstverwaltungsorgane, die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) sowie den Verband der privaten Krankenversicherungen (PKV), ein einheitliches Entgeltsystem für stationäre Krankenhausleistungen zu entwickeln, das sich an einem international erprobten Vergütungssystem auf der Basis von DRGs orientieren sollte. Näheres wäre durch das Fallpauschalengesetz (FPG) und als dessen Artikel 5 das Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) zu regeln.¹⁴ Die Einführung des DRG-Systems erfolgte zunächst budgetneutral, das heißt, die Einnahmen sollten vollständig die Ausgaben decken. Dies hatte zur Folge, dass die DRG-Fallpauschalen in Abhängigkeit vom jeweiligen Krankenhaus unterschiedlich hoch ausfielen. Als Endpunkt soll dann gemäß § 10 KHEntgG ein landesweit einheitlicher Basisfallwert gelten.

¹⁴ Vgl. Fallpauschalengesetz (FPG) und Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) vom 23.4.02.

Zur kontinuierlichen Weiterentwicklung des DRG-Systems gründeten die Selbstverwaltungspartner im Gesundheitswesen 2001 auf der Basis von § 17b KHG das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK). Zusätzlich zur Einführung eines politisch-ökonomischen Steuerungssystems wurden die Krankenhäuser nach § 135a Sozialgesetzbuch (SGB) V verpflichtet, ein internes Qualitätsmanagement einzuführen und sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu beteiligen.

3 Vergütung von Gesundheitsleistungen

3.1 Patientenklassifikationssysteme

Der Patient als Behandlungsfall im Krankenhaus ist keine homogene Größe. Vielmehr muss er nach unterschiedlichen Merkmalen wie Art der Krankheit (Hauptdiagnose), Schwere und Stadium der Erkrankung, Begleitkrankheiten (Nebendiagnosen) und Patienteneigenschaften wie Alter und Geschlecht differenziert werden. Durch geeignete Patientenklassifikationssysteme kann Ordnung in die Heterogenität des Patientenspektrums gebracht werden. Ziel derartiger Fallklassifikationen ist es, vergleichbare Krankenhausleistungen zu vergleichbaren Klassen zusammenzufassen. Leistungen können dann miteinander verglichen werden, wenn sie für die Behandlung von Krankheitsfällen einen gleichwertigen Ressourcenaufwand zum Ziel haben.¹⁵

Um die Fallzusammensetzung eines Krankenhauses zu bestimmen, lassen sich verschiedene Ansätze wählen. Die drei wichtigsten Systeme zur Fallgruppenbildung sind die *International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)*, die *Diagnosis Related Groups (DRGs)* und die *Patient Management Categories (PMCs)*.

Die *ICD* wurde ursprünglich für epidemiologische Untersuchungen entwickelt und erst später für die Fallgruppenbildung im Krankenhaus verwendet. Sie ist eine von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegebene internationale Klassifikation und wurde im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) ins Deutsche übertragen. Seit 1.1.2000 sind in Deutschland Ärzte im stationären und im vertragsärztlichen Bereich nach den §§ 295 und 301 SGB V zur Diagnoseverschlüsselung nach der ICD-10 verpflichtet.¹⁶ Ab dem 1.1.2009 ist in Deutschland die ICD-10-German Modification (ICD-10-GM) Version 2009 anzuwenden.¹⁷

¹⁵ Vgl. Neubauer, G./Demmler, G.: Leistungssteuerung im Krankenhaus. Landsberg 1989.

¹⁶ Vgl. <http://www.kliniken.de/lexikon/Medizin/Medizinstatistik>.

¹⁷ Vgl. <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/index.htm>.

Auf die DRGs als Patientenklassifikationssystem wird in Punkt 4.1 näher eingegangen. Die PMCs wurden zwischen 1978 und 1984 in den USA vor allem unter klinisch-medizinischen Gesichtspunkten entwickelt, da die DRGs den Prozess der medizinischen Versorgung nicht ausreichend widerspiegeln. Im Vergleich mit den DRGs ist bei den PMCs eine noch stärkere medizinische Leistungsbezogenheit gegeben.¹⁸

3.2 Finanzierung der stationären Versorgung vor DRG-Einführung

Die Finanzierung des Krankenhaussektors verfolgt grundsätzlich das Ziel, eine leistungsgerechte Vergütung von Krankenhausleistungen mit einer ökonomischen Gesamtstrategie und einem möglichst hohen Qualitätsstandard zu kombinieren. Entsprechend variantenreich fiel daher auch die Krankenhausvergütung in den letzten Jahrzehnten aus.

Bis 1972 galt das System der *monistischen Finanzierung*, bei dem die monetäre Verantwortung für die Krankenhäuser allein den Krankenkassen oblag. Damals herrschte eine chronische Unterfinanzierung der Krankenhäuser, die mit Versorgungsengpässen einherging.

Um diese zu beseitigen, wurde gemäß Krankenhausfinanzierungsgesetz von 1972 und Bundespflegesatzverordnung (BPflV) von 1973 in Deutschland eine *dualistische Krankenhausfinanzierung* eingeführt (vgl. § 4 KHG), mit der die Kosten aufgeteilt wurden: die Investitionskosten sollten von den Ländern aus Steuermitteln getragen, die laufenden Betriebskosten über die Krankenkassen beitragsfinanziert werden. Ein kleiner Teil sollte über tagesbezogene Zuzahlungen auf die Patienten entfallen. Nach diesem als *Selbstkostendeckungsprinzip* bezeichneten Vergütungsmodell erfolgte die Finanzierung bis 1985 kostendeckend durch pauschale tagesgleiche Pflegesätze, die innerhalb der Krankenhäuser und von Klinik zu Klinik durchaus variieren konnten. Durch dieses auf *retrospektiver Selbstkostendeckung* beruhende System waren die Krankenhäuser bestrebt, die Verweildauer der Patienten möglichst lange auszudehnen bei gleichzeitiger Minimierung der Behandlungsleistungen, was im Widerspruch zur ökonomischen Vernunft stand.

Durch das Krankenhaus-Neuordnungsgesetz wurden die Pflegesätze ab 1985 im Vorhinein vereinbart (*prospektive Selbstkostendeckung*). Differenzen zwischen geplanten

¹⁸ Vgl. Keun, F./Prött, R.: Einführung in die Krankenhaus-Kostenrechnung. Wiesbaden 2006, S. 207.

und tatsächlichen Selbstkosten hatten die Krankenhäuser zu tragen. Damit waren die ökonomischen Fehlanreize einer selbstkostenbasierten Vergütung jedoch nicht beseitigt. Auf der einen Seite mussten die hohen Kosten unwirtschaftlich arbeitender Krankenhäuser von den Krankenkassen erstattet werden, auf der anderen Seite bestand für effizient wirtschaftende Kliniken kein Belohnungsanreiz.

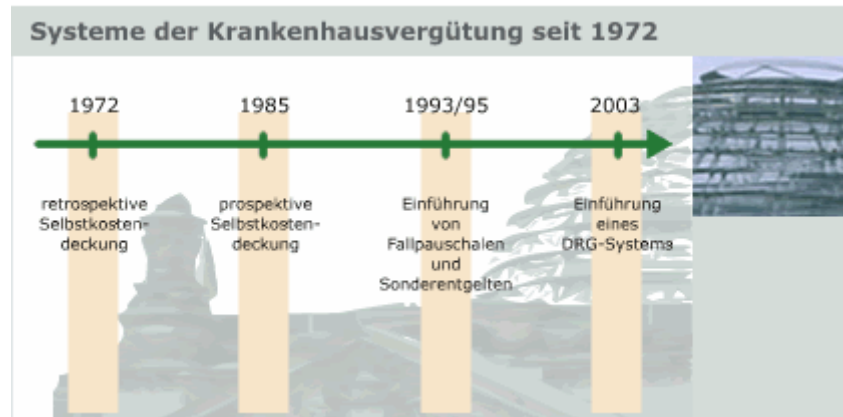


Abb. 3: Systeme der Krankenhausvergütung seit 1972.
(Quelle: Bundeszentrale für politische Bildung: Gesundheitswesen in Deutschland)

Diese Situation änderte sich erst mit der Abschaffung des Selbstkostendeckungsprinzips durch das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) 1993 und der Änderung der Bundespflegesatzverordnung 1995. Der Anspruch auf Deckung der voraussichtlichen Selbstkosten wurde von einer leistungsgerechten Vergütung abgelöst, die sich aus den weiter bestehenden tagesgleichen Pflegesätzen, Fallpauschalen für bestimmte Krankenhausleistungen und Sonderentgelten für ausgewählte Einzelleistungen zusammensetzte. Durch diese Fallpauschalen und Sonderentgelte, die allerdings nur 25 Prozent aller Krankenhausleistungen betrafen, wurden für Krankenhäuser zum ersten Mal Anreize geschaffen, die eigene Leistungsfähigkeit zu steigern und kosteneffizient zu wirtschaften. In der Folgezeit gelang es jedoch – anders als geplant – nicht, diesen Anteil sukzessive deutlich auszubauen.¹⁹

Erst mit dem Gesundheitsreformgesetz im Jahr 2000 wurde beschlossen, mit der Einführung eines diagnoseorientierten DRG-Fallpauschalensystems ab dem Jahr 2003 und einem komplementär dazu vorgeschriebenen Qualitätsmanagement (QM) in Krankenhäusern die Anreize zu einer unwirtschaftlichen Leistungserbringung grundlegend

¹⁹ Vgl. Bundeszentrale für politische Bildung: Gesundheitswesen in Deutschland. Stationäre Versorgung Teil 2: Finanzierung und Vergütung.

zu ändern. Hierfür wurde allerdings kein Neuland beschritten, sondern auf bereits bestehende internationale Erfahrungen zurückgegriffen (siehe auch 4.2). Damit gehören die tagesgleichen Pflegesätze aber nicht komplett der Vergangenheit an. Diese können auch im G-DRG-System bei Überschreitung der oberen Grenzverweildauer, also der ausschließlich für die Abrechnung der Fallpauschale vorgesehenen stationären Verweilzeit, zur Anwendung kommen.²⁰ In Ausnahmefällen kann es tagesgleiche Pflegesätze auch für Leistungen geben, die mit den Entgeltkatalogen noch nicht sachgerecht²¹ oder überhaupt noch nicht mit DRG-Fallpauschalen vergütet werden.²²

4 Diagnosis Related Groups (DRGs)

4.1 DRGs als Patientenklassifikationssystem

Die Differenzierung der Gesamtheit an Patienten in klinisch definierte Gruppen mit ähnlichen Behandlungskosten erfolgt aus einer klinischen und einer ökonomischen Perspektive. Die klinische Perspektive orientiert sich an der optimalen Behandlung, die ökonomische konzentriert sich auf den Kostenaspekt des Einzelfalls und möchte davon ausgehend Leistungseinheiten definieren mit dem Ziel einer ausgeglichenen Balance zwischen Ertrag und Kosten.

Dem DRG-System als Patientenklassifikationssystem liegen folgende charakteristische Merkmale zugrunde:²³

- Hauptziel ist die Zusammenfassung aller stationären Behandlungen in klinisch definierte Gruppen mit vergleichbarer Kostenstruktur.
- Primär steht bei den DRGs die Hauptdiagnose im Mittelpunkt und bei chirurgischen Eingriffen die wichtigste Prozedur. Daneben werden Patienteneigenschaften wie Alter und Geschlecht berücksichtigt.
- Jedem Patienten wird aufgrund des elektronischen Falldatensatzes (§ 301 SGB V) *genau eine* DRG zugeordnet. Die Zuordnung erfolgt automatisch mittels einer Gruppierungssoftware (*Groupier*) nach manueller Festlegung der Hauptdiagnose.
- Multimorbiden Patienten wird durch die Berücksichtigung von Nebendiagnosen Rechnung getragen. Sie gelten als Indikator für den Schweregrad der Erkrankung.

²⁰ Vgl. <http://www.mdk.de/882.htm>.

²¹ Vgl. § 17b Abs.1 Satz 15 KHG.

²² Vgl. <http://www.mdk.de/882.htm>.

²³ Vgl. http://de.wikipedia.org/wiki/Diagnosis_Related_Groups.

- Jeder einzelnen DRG wird ein Relativgewicht zugeordnet, durch das die Kostendifferenz zwischen den verschiedenen DRGs zum Ausdruck kommt. Daraus lässt sich ableiten, dass es sich bei dem DRG-System in erster Linie um eine ökonomische und nur bedingt um eine medizinische Klassifikation handelt.
- Behandlungsfälle mit überdurchschnittlicher Verweildauer, sogenannte *Outliners*, werden über festgelegte Grenzwerte identifiziert und gesondert berücksichtigt.

Voraussetzung für die Eingruppierung eines Patienten in eine G-DRG ist die Verschlüsselung der aus Fragestellung und Diagnostik abgeleiteten Hauptdiagnose und gegebenenfalls von behandlungsrelevanten Nebendiagnosen und Komplikationen als *ICD-Code* (Erfassung des Schweregrades der Fälle) sowie der wesentlichen am Patienten durchgeführten Leistungen im Operationen- und Prozedurenschlüssel (*OPS-Code*), beide gültig in ihrer aktuellen Fassung als ICD-10-GM Version 2009 und als OPS Version 2009²⁴.

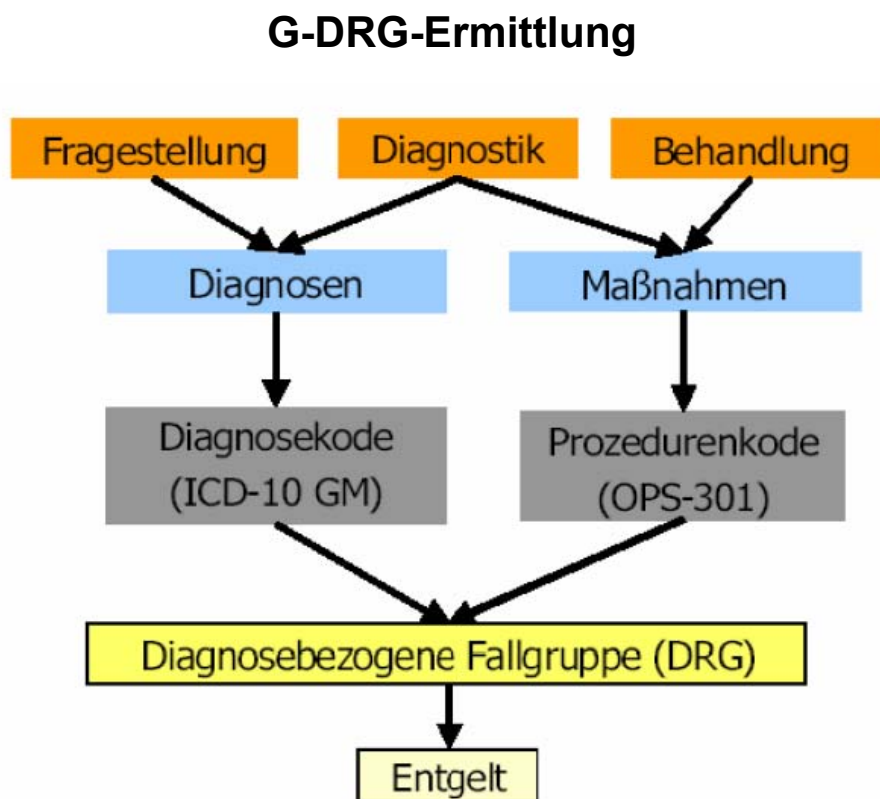


Abb. 4: G-DRG-Ermittlung aus Diagnosekode ICD-10-GM und Prozedurenkode OPS-301. (Quelle: Universitätsklinikum Erlangen: Abrechnungssysteme im Krankenhaus)

²⁴ <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/prozeduren/ops301/index.htm>.

Im Laufe der Zeit hat sich innerhalb der DRG-Familie eine Vielzahl von Varianten herausgebildet. Alle Systeme verwenden eine gleichartige Struktur von Hauptkategorien (*Major Diagnostic Categories, MDCs*), die überwiegend an Organen und Organsystemen oder an Krankheitsursachen ausgerichtet sind. In einer zweiten Stufe wird die Therapieart berücksichtigt und in operative und konservative Fallgruppen eingeteilt. Diese sogenannten Basis-DRGs werden in Stufe 3 noch nach Schweregraden, also nach relevanten Nebendiagnosen und Komplikationen differenziert. Dabei unterscheidet man zwischen alltäglichen (*Comorbidities or Complications, CCs*) und schwerwiegenden Begleiterkrankungen (*Major Comorbidities or Complications, MCCs*). Am Ende ergibt sich die Gesamtzahl abrechenbarer DRGs. Die derzeitigen Varianten unterscheiden sich vornehmlich durch den Differenzierungsgrad (Anzahl der Fallgruppen), durch Modifikationen bei den Begleiterkrankungen (CC-Stufen) sowie nach Altersgruppen.

In der Tabelle auf der folgenden Seite soll die Komplexität der Berechnungsmodalitäten nach dem G-DRG-System durch ein vereinfachtes Beispiel zur Budget-Ermittlung in einem Krankenhaus nach der Konvergenzphase 2009 veranschaulicht werden.

Folgende Seite:

Tab. 2: Vereinfachtes Beispiel zur Budget-Ermittlung für ein Krankenhaus im DRG-System nach der Konvergenzphase.

(Quelle: Keun, F./Prott, R.: Einführung in die Krankenhaus-Kostenrechnung. Wiesbaden 2006, S. 109)

G-DRG	F41A Invasive kardiologische Diagnostik bei akutem Myokardinfarkt mit äußerst schweren CC	H02Z Komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen	O60D Vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose
Fachabteilung	Kardiologie	Chirurgie	Geburtshilfe
MDC	05 Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	07 Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System/ Pankreas	14 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett
Partition	medizinische	operative	andere
Basis-DRG	F41 Invasive kardiologische Diagnostik bei akutem Myokardinfarkt	H02 Komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen	O60 Vaginale Entbindung
Schweregrad	A mit äußerst schweren CC (aufwendigste DRG)	Z Basis-DRG enthält nur eine Schweregradgruppe	D ohne komplizierende Diagnose (einfachste DRG)
Relativgewicht	2,115	3,748	0,554
Anzahl der Behandlungsfälle	180	50	600
Case-Mix der Fachabteilung	$2,115 \times 180 = 380,7$	$3,748 \times 50 = 187,4$	$0,554 \times 600 = 332,4$
CMI Fachabteilung	$380,7 / 180 = 2,115$	$187,4 / 50 = 3,748$	$332,4 / 600 = 0,554$
Aussagekraft des CMI	Die Fälle der Kardiologie sind überdurchschnittlich schwerwiegend.	Die Chirurgie behandelt ökonomisch relativ schwere Fälle.	Die Geburtshilfe behandelt „leichte“ Fälle (im Hinblick auf den Ressourcenverbrauch)
„altes“ Abteilungsbudget	1.075.000 €	600.000 €	900.000 €
Basisfallwert der Fachabteilung	$1.075.000 \text{ €} / 380,7 = 2.824 \text{ €}$	$600.000 \text{ €} / 187,4 = 3.202 \text{ €}$	$900.000 \text{ €} / 332,4 = 2.708 \text{ €}$
Landeseinheitlicher Basisfallwert	2.900 €		
DRG-Fallerlös	$2,115 \times 2.900 \text{ €} = 6.134 \text{ €}$	$3,748 \times 2.900 \text{ €} = 10.869 \text{ €}$	$0,554 \times 2.900 \text{ €} = 1.607 \text{ €}$
DRG-Budget für die Fachabteilung	$380,7 \times 2.900 \text{ €} = 1.104.030 \text{ €}$	$187,4 \times 2.900 \text{ €} = 543.460 \text{ €}$	$332,4 \times 2.900 \text{ €} = 963.960 \text{ €}$
Σ Anzahl der Behandlungsfälle	$180 + 50 + 600 = 830$		
Case-Mix des Krankenhauses	$2,115 \times 180 + 3,748 \times 50 + 0,554 \times 600 = 900,5$		
CMI Krankenhaus	$900,5 / 830 = 1,0849$		
„altes“ Budget des Krankenhauses	$1.075.000 \text{ €} + 600.000 \text{ €} + 900.000 \text{ €} = 2.575.000 \text{ €}$		
Basisfallwert des Krankenhauses	$2.575.000 \text{ €} / 900,5 = 2.860 \text{ €}$		
DRG-Budget für das Krankenhaus	$900,5 \times 2.900 \text{ €} = 2.611.450 \text{ €}$		
Aussage	Das hier beispielhaft dargestellte Krankenhaus wird im DRG-System nach der Konvergenzphase voraussichtlich zu den „Gewinnern“ gehören, d.h. ein höheres Budget bekommen. Der krankenhausesindividuelle Basisfallwert ist ab 2009 nicht mehr relevant.		

4.2 Kurzer historischer Exkurs

Die erste Phase der DRG-Evolution begann ab 1967 mit der Entwicklung der „Yale-DRGs“ an der US-amerikanischen Yale University (New Haven, CT) als Basis für eine prospektive Vergütung von Krankenhausleistungen. Sie bildeten die Keimzelle für alle folgenden Ausdifferenzierungen.

Der Durchbruch erfolgte in der zweiten Phase mit den *HCFA-DRGs*, benannt nach der Health Care Financing Administration, der Trägerin von Medicare, der staatlichen Krankenversicherung für Rentner in den USA. Medicare übernahm dieses System 1983 anstelle der retrospektiven Kostenerstattung. Ein wesentlicher Kritikpunkt besteht darin, dass die HCFA-DRGs verstärkt die Krankheitsbilder der älteren Bevölkerung abbilden und damit nicht unbedingt auf eine Gesamtpopulation übertragbar sind.

In Anlehnung an die HCFA-DRGs wurden die skandinavischen *NordDRGs*, die britischen *Healthcare Resource Groups (HRGs)* und die französischen *Groupes Homogènes de Malades (GHM)* entwickelt.

Aus Unzufriedenheit mit dem HCFA-DRG-System aufgrund der bereits erwähnten Kritik erarbeitete die Firma 3M in der dritten Phase ab 1987 eine neue Variante für die Abrechnung akutstationärer Behandlungsfälle aller Altersgruppen, die *All Patients-DRGs (AP-DRGs)*. Dieses System wies deutlich mehr Fallgruppen auf und zeigte sich verbessert in der Abbildung der Fallschwere. Parallel dazu entwickelte sich der australische Ableger der DRGs, die *Australian National-DRGs (AN-DRGs)*.

In der vierten Phase während der 1990er Jahre verfolgte man das Ziel, die DRG-Kernsysteme zu verfeinern. Dadurch entstanden DRG-Varianten, die teilweise nur in Benchmarking- und Qualitätssicherungsprojekten eingesetzt werden.²⁵

Im Jahr 2000 wurden die Selbstverwaltungsorgane des deutschen Gesundheitswesens von der Politik aufgefordert, ein bereits existierendes DRG-System als Grundlage für ein neu aufzubauendes deutsches fallpauschaliertes Vergütungssystem auszuwählen.²⁶ Zunächst stand aufgrund hohen Zeitdrucks die Übernahme des AP-DRG-Systems zur Diskussion, für das eine deutsche Übersetzung sowie eine Anpassung an die ICD-10 existiert.²⁷ Letztendlich fiel die Wahl auf die *Australian Refined-DRGs (AR-DRGs)*, einerseits aus Kostengründen, andererseits weil die AR-DRGs als das weltweit modernste und am weitesten entwickelte Fallpauschalensystem galten und weil sie die

²⁵ Vgl. Fischer, W.: *Diagnosis Related Groups (DRGs) und verwandte Patientenklassifikationssysteme*. Wolfertswil 2000.

²⁶ Vgl. http://de.wikipedia.org/wiki/Diagnosis_Related_Groups.

²⁷ Vgl. Lauterbach, K. W./Lüngen, M.: Auswirkungen von DRGs auf die Krankenhausfinanzierung. In: *das Krankenhaus*, Heft 3/00, S. 168-175.

höchste Kostenhomogenität in den Fallgruppen garantierten.²⁸ Mit der Adaptation an die deutschen Verhältnisse und der jährlichen Überarbeitung beauftragt ist das im Mai 2001 gegründete Institut für das Entgeltsystem in Krankenhaus (InEK).²⁹ Allerdings bleibt festzuhalten, dass in Australien insgesamt nur ca. 60 Prozent der existierenden Diagnosen in Form von DRGs übernommen wurden. Damit stellt das australische DRG-System neben anderen Finanzierungsmodulen nur *einen* Grundpfeiler der Krankenhausfinanzierung dar.³⁰

4.3 Wie haben sich die DRGs in anderen Ländern bewährt?

In vielen Ländern der westlichen Welt erfolgte die Einführung eines fallpauschalierten Vergütungssystems zum Teil lange vor dem deutschen. Aufgrund der längeren Erfahrungen sind in diesen Ländern retrospektiv daher schon verlässlichere Aussagen möglich als bei den G-DRGs. Exemplarisch sollen kurz die Auswirkungen des US-amerikanischen und des australischen Systems beleuchtet werden.

Bereits 1983 wurde in den USA ein DRG-System im Medicare-Bereich eingeführt. Die amerikanischen DRGs der HCFA werden allerdings in vollem Umfang nur für die Bevölkerung über 65 Jahre, die durch das staatliche Medicare-Programm versichert ist, angewendet.³¹

Zum einen kam es zu einer Verschiebung von stationären hin zu mehr ambulanten Leistungen. Zum anderen zeigt sich bei den Krankenhäusern eine Verbesserung der Infrastruktur. Aus Kodierabteilungen wurden Informationsquellen, und integrierte Management-Informationssysteme wurden zur Basis einer effizienten betriebsinternen Steuerung. Teilweise wurden ganze Abteilungen ausgegliedert und Dienstleistungen vom stationären in den ambulanten Sektor übertragen. Zunächst befürchtete negative Auswirkungen auf die Behandlungsqualität waren nicht signifikant ausgeprägt. Allerdings nahm die Anzahl instabiler Patienten bei Entlassung zu. Der Case-Mix-Index stieg pro Jahr zwischen 4% und 6% an, wobei etwa die Hälfte der kodierten Fälle auf Anpassungen beim Kodierungsprozess selbst zurückzuführen waren.

²⁸ Vgl. Aßmann, J.: Diagnosis Related Groups. Vortrag im Arbeitskreis sozialmedizinisch interessierter Ärzte am 14.1.03 in der Ärztekammer Hamburg.

²⁹ Vgl. http://de.wikipedia.org/wiki/Diagnosis_Related_Groups.

³⁰ Vgl. Latasch, L./Knipfer, E.: Anästhesie Intensivmedizin Intensivpflege. München 2004, S. 30.

³¹ Vgl. <http://www.fmc.ch/index.php?id=72>.

Bei den Krankenhausärzten, die in den USA überwiegend Belegärzte sind, kam es zu deutlichen Verhaltensänderungen. Ältere Patienten wurden weniger häufig eingewiesen, und eingewiesene Patienten waren schwerer krank. Die Verweildauer der Patienten im Krankenhaus nahm signifikant ab bei gleichzeitigem Anstieg der Versorgungsleistungen außerhalb des Krankenhauses.

Eine effektive Reduzierung der Gesundheitsausgaben durch das DRG-System konnte nicht registriert werden, im Gegenteil. Die Gesamtausgaben im Gesundheitswesen der USA stiegen von 9 Prozent des BIP im Jahr 1980 auf ca. 14 Prozent des BIP im Jahr 1999. Allerdings hat sich der Kostenanstieg pro Medicare-Patient innerhalb von 15 Jahren von zwei- auf nur noch einstellige Zuwachsraten verlangsamt, was auf Managed-Care-Aktivitäten der Kostenträger zurückgeführt wird.³²

Eine weitere Folge der DRG-Einführung in den USA sind Maßnahmen wie das sogenannte *Upcoding*, auch „DRG-Creep“ oder „illegales Gaming“ genannt, also die manipulative Fallschwereerhöhung im Case Mix eines Krankenhauses, um höhere Preise zu erzielen (zu Upcoding in Deutschland siehe 5.2). Häufig wird gerade Upcoding als Grund genannt, warum ein DRG-System keine leistungsgerechte Vergütung darstellt.^{33,34}

Wird bei multimorbiden Patienten die Behandlung einer festgestellten Nebendiagnose als Hauptdiagnose lukrativer, so führt dies zur Entlassung und anschließenden Neuaufnahme nach einem begrenzten Zeitraum. Darüber hinaus bietet sich ein Anreiz zur Patientenselektion innerhalb einer DRG, d. h. bei gleicher Vergütung werden kostengünstigere Behandlungsfälle bevorzugt aufgenommen.³⁵

In *Australien* wurde bis 1992 ein erstes eigenes DRG-System entwickelt und später immer wieder verfeinert, nachdem sich ein zunächst verwendetes US-amerikanisches Fallpauschalensystem wegen der Unterschiede in der klinischen Praxis zwischen den USA und Australien als unzureichend erwiesen hatte.³⁶

³² Vgl. Coffey/Louis 2000, zitiert nach Fischer, W.: Diagnosis Related Groups (DRGs) und verwandte Patientenklassifikationssysteme. Wolfertswil 2000, S. 38 ff.

³³ Vgl. Sloan, F. A.: Erfahrungen mit dem diagnosespezifischen Entgelt von Krankenhausleistungen in den USA: Das DRG-Experiment. Gerlingen 1991, S. 177-205.

³⁴ Vgl. Lungen, M./Lauterbach, K. W.: Upcoding – eine Gefahr für den Einsatz von Diagnosis Related Groups (DRG)? In: *Dtsch Med Wochenschr*, Heft 28-29/00, S. 852-856.

³⁵ Vgl. Sloan, F. A.: Erfahrungen mit dem diagnosespezifischen Entgelt von Krankenhausleistungen in den USA: Das DRG-Experiment. Gerlingen 1991, S. 177-205.

³⁶ Vgl. http://www.pflege-im-op.de/Veroffentlichungen/Report_2000/report_2000.html.

Die Erfahrungen in Australien zeigen, dass durch die Einführung des DRG-Systems die stationäre Verweildauer stark zurückging (etwa um 20 bis 25 Prozent³⁷) und die Produktivität der Krankenhäuser anstieg. Damit war aber auch eine Kostensteigerung je Behandlungsfall verbunden. Darüber hinaus nahm die Fallschwere zu, was vermutlich darauf zurückzuführen ist, dass besser und durchgängiger dokumentiert wird als vor der Einführung des Systems.³⁸

Da in Australien die Kosten der ambulanten und stationären Versorgung aus einem staatlichen Gesamtbudget finanziert werden, hat das australische DRG-System einen wesentlich höheren integrativen Ansatz als das US-amerikanische. Infolgedessen besteht in Australien eine stärkere Tendenz zur ambulanten Behandlung von Patienten.³⁹ Ambulante Operationen werden hier sogar wie stationäre Leistungen vergütet.⁴⁰ In Abhängigkeit vom jeweiligen Bundesstaat dient das AR-DRG-System nicht nur zur leistungsgerechten Verteilung des Krankenhausbudgets, sondern auch zur Budgetierung der Ausgaben, als Grundlage für Leistungsvergleiche, zur Qualitätssicherung, zur Krankenhausplanung und zu krankenhausinternen Steuerungszwecken.⁴¹

Nach Meinung einschlägiger Beobachter⁴² kommt das australische System den Bedürfnissen eines sozialen Gesundheitswesens eher entgegen als das US-amerikanische. Die Behandlungsintensität und die Komorbidität würden bei der Fallbestimmung angemessen berücksichtigt. Hinzu kämen die stringenter Logik, die einfachere Handhabung und die leichtere Nutzung für Kostenzuordnungen.

Ähnlich wie in den USA war in Australien eine teilweise Verlagerung von Dienstleistungen in den ambulanten Bereich zu beobachten. So wuchs insbesondere die häusliche Pflege (*Home Care*) um etwa 30 Prozent an. Tendenzen zur Fehleinstufung (*Upgrading*) wurde mit Forderungen nach unabhängiger Überprüfung des Kodierungsprozesses begegnet. Ausgelöst durch das DRG-System erfolgte eine Entwicklung hin zu einer evidenzbasierten Medizin (*Evidence-based Medicine*) mit der Anwendung von Qualitätsindikatoren und klinischen Behandlungspfaden (*Clinical Pathways*).⁴³

³⁷ Vgl. Pfaff, M.: Rede im Deutschen Bundestag zur Beratung des Entwurfs des DRG-Systemzuschlags-Gesetzes am 16.3.01 in Berlin.

³⁸ Vgl. Reiner, C.: Von Kosten und Krankheiten. Info 5/04.

³⁹ Vgl. Roeder, N./Rochell, B.: Case-Mix in der Praxis. Köln 2003.

⁴⁰ Vgl. Brökelmann, J.: Wie hoch ist die Vergütung von Operationen nach DRGs in Australien? In: <http://www.arzt-in-europa.de>. 2004.

⁴¹ Vgl. Roeder, N./Rochell, B.: Case-Mix in der Praxis. Köln 2003.

⁴² Vgl. Pfaff, M.: Rede im Deutschen Bundestag zur Beratung des Entwurfs des DRG-Systemzuschlags-Gesetzes am 16.3.01 in Berlin.

⁴³ Vgl. ebd.

Durch einen bewerteten Vergleich unterschiedlicher, bereits etablierter DRG-Systeme konnte gezeigt werden, dass keines der beurteilten Systeme den anderen deutlich überlegen war.⁴⁴ In Deutschland ging es jedoch von vornherein um eine Adaptation und nicht um eine Übernahme eines Fallpauschalensystems. Daher ist die Transparenz der Systemarchitektur und deren Adaptationsfähigkeit von besonderer Bedeutung. In dieser Hinsicht kann die Übernahme der australischen AR-DRGs als gute Wahl bezeichnet werden. Man könnte einwenden, dass mit dieser Wahl kein international kompatibles System ausgewählt wurde. Das ist richtig. Nur sollte ebenfalls festgehalten werden, dass es heute eine bunte Vielfalt von DRG-Systemen gibt und dass sich bislang keines dieser Systeme als internationaler Standard durchgesetzt hat. In Europa sind unter anderem auch Frankreich und Grossbritannien eigene Wege gegangen.⁴⁵

5 Änderungen nach Einführung der G-DRGs und deren Bewertung

Auch in Deutschland sind mittlerweile einige Jahre seit der Einführung des G-DRG-Systems vergangen. Eine der wichtigsten Fragen, nämlich welche Auswirkungen das G-DRG-System tatsächlich bisher auf die Leistungserbringer in den Kliniken gehabt hat, bleibt jedoch auch im Jahr 2009 zumindest offiziell noch unbeantwortet. Denn trotz einer gesetzlich vorgeschriebenen Verpflichtung zur Durchführung einer DRG-Begleitforschung nach § 17b Abs. 8 KHG wurde diese erst 2008 durch das InEK öffentlich ausgeschrieben. Bisher liegen also keine substanziellen Forschungsergebnisse vor, weshalb die veröffentlichten Aussagen zu den Auswirkungen des G-DRG-Systems eher als spekulativ anzusehen sind. Erste tragfähige Ergebnisse sind wohl erst im Laufe des Jahres 2009 zu erwarten. Eine der wichtigsten Aufgaben der Begleitforschung wird wohl darin bestehen, mit verlässlichen Ergebnissen eine Basis für die politischen Entscheidungsträger zu schaffen, damit die Patienten nicht zu den Verlierern des DRG-Systems werden.⁴⁶ Die Initiierung der Forschung und die Verteilung von Forschungsgeldern an eine Organisation der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen kann jedoch den Gesetzgeber nicht von seiner genuin politischen Steuerungsaufgabe entbinden. Es bleibt daher unverständlich und problematisch, dass der Staat bzw. die

⁴⁴ Vgl. Fischer, W.: *Diagnosis Related Groups (DRGs) und verwandte Patientenklassifikationssysteme*. ZIM. Wolfertswil 2000, S. 117 ff.

⁴⁵ Vgl. Fischer, W.: *Das AR-DRG-System ist klinisch und ökonomisch sehr flexibel*. In: *f&w*, Nr. 4/00, S. 336-337.

⁴⁶ Vgl. Roeder, N./Franz, D.: *DRG-Begleitforschung – welche Auswirkungen zeigt die Einführung des fallpauschalierten Entgeltsystems?* In: *„Gesundheitsdienst“* der AWO, 4/08, S. 6.

beauftragten Korporationen so wenig Interesse an einer kritischen Evaluation der Versorgungsstrukturen haben.

Trotz dieses Mankos sind jedoch rückblickend erste Änderungen im deutschen Krankenhaussektor seit Einführung der G-DRGs festzustellen. Die wichtigsten sollen – ohne Anspruch auf Vollständigkeit – nachfolgend beschrieben und einer kritischen vorläufigen Bewertung unterzogen werden.

5.1 Positive Veränderungen durch die G-DRGs

Nach einer fünfjährigen Einführungsphase fällt die Zwischenbewertung des G-DRG-Systems in der Laien- und Fachpresse überwiegend positiv aus. Die Süddeutsche Zeitung spricht gar von einem „Exportschlager“.⁴⁷ Zumindest können Erfolge vermeldet werden, was die Beseitigung von Fehlanreizen im Vorgängermodell und die Erhöhung einer wirtschaftlichen Leistungserbringung betrifft.⁴⁸ Jedoch muss kritisch hinterfragt werden, ob alle positiven Bewertungen einer genaueren Überprüfung standhalten.

Nach den Erfahrungen bei den Sana-Kliniken zeigte das DRG-System schon kurz nach seiner Einführung positive Wirkungen: Das neue Abrechnungssystem mache das tatsächliche medizinische Leistungsspektrum einer Klinik sichtbar und ermögliche Qualitätsvergleiche, so Dr. Michael Philippi von der Geschäftsleitung des Klinik Konzerns.⁴⁹ Die im Zuge der DRG-Einführung gesteigerte Kostentransparenz erlaubt den Kliniken zudem wesentlich fundiertere abteilungs- und betriebsvergleichende Wirtschaftlichkeitsberechnungen⁵⁰ und zieht wohl bei nachgewiesener Ineffizienz einen Kapazitätsabbau unwirtschaftlicher Strukturen nach sich. Dies kann zwar zu einer Verschlinkung des Organisationsaufbaus und zu einer Effizienzsteigerung im Krankenhaussektor führen, birgt aber die Gefahr, dass der Einsparwille mancher Kliniken auch zu Lasten des Personals geht.

Bisher haben die Krankenhäuser in Deutschland trotz DRGs so weit wie möglich am Selbstkostendeckungsprinzip festgehalten mit dem Versuch, das G-DRG-System dem „alten“ Vergütungssystem über Strukturzuschläge anzupassen. Diese sollen Kostendifferenzen, beispielsweise durch Teilnahme an der Notversorgung, ausgleichen, die ge-

⁴⁷ Vgl. Stausberg, J.: DRG-System: Ein Erfolgsmodell? In: *Dtsch Ärztebl*, Heft 6/09, S. A 226.

⁴⁸ Vgl. Flintrop, J.: Auswirkungen der DRG-Einführung: Die ökonomische Logik wird zum Maß der Dinge. In: *Dtsch Ärztebl*, Heft 46/06, S. A 3082-3085.

⁴⁹ Vgl. Ärzte Zeitung: Sana-Kliniken: DRG-System sorgt für Transparenz. 26.8.04.

⁵⁰ Vgl. AWMF online: Umfrage des BMG zur DRG-Einführung. 4-5/07.

sellschaftlich bzw. politisch akzeptiert sind. Durch diese Zuschläge sind unterschiedlich strukturierte Krankenhäuser in der Lage, für einen Patienten mit identischer DRG eine unterschiedliche, jeweils hausabhängige Gesamtvergütung zu erlösen.⁵¹ Dieser Effekt hat sich für viele Krankenhäuser in den vergangenen Jahren sicher positiv auf die Bilanz ausgewirkt, solange das DRG-System während der Konvergenzphase noch nicht vollständig umgesetzt wurde. Nach der Konvergenzphase werden derartige Kostendeckungszuschüsse der Vergangenheit angehören, was den Wettbewerbsdruck noch einmal enorm verstärken wird. Endgültig wird man die DRGs erst nach der „Scharfstellung“, d. h. ohne Kostendeckungszuschüsse, beurteilen können.

Ein weiterer positiver Effekt durch das G-DRG-System besteht in einem Informationsvorsprung vor allem für große Krankenhausträger und Klinikketten durch wesentlich umfassendere betriebsinterne Vergleichs- und Steuerungsmöglichkeiten mit dem Ziel, Wettbewerbsvorteile zu erreichen. Die Umsetzung einer patientenorientierten Ablaufsteuerung in der Klinik bringt mögliche Verbesserungen der Prozessqualität und die Chance, standardisierte Behandlungsabläufe mit einer strategisch orientierten Kosten- und Erlösberechnung zu verknüpfen.⁵²

Zudem lässt sich eine Verringerung der mittleren Verweildauer konstatieren, wobei der Zeitpunkt der Entlassung nach wie vor nach medizinischen und nicht nach wirtschaftlichen Kriterien festgelegt wird.⁵³ Anders als beim Vorgängersystem der tagesgleichen Pflegesätze entstehen nun höhere Kosten nicht mehr allein aufgrund einer verlängerten Verweildauer. Da die Pauschalvergütung für einen Behandlungsfall von der Liegedauer eines Patienten abgekoppelt wurde, ist jedes Krankenhaus bestrebt, die Patientenverweildauer lediglich nach dem medizinisch Notwendigen auszurichten. Dies stärkt den Gedanken der Leistungsorientierung und ist gleichzeitig als zeitwerter Vorteil für die Patienten anzusehen. Von einem Nachteil ist dann zu sprechen, wenn ein Patient für eine Operation, die eigentlich ambulant erbracht werden kann, stationär behandelt wird und der Fall damit eine DRG- anstatt einer EBM-Vergütung auslöst. Diese Behandlung geht auch zu Lasten des Patienten.

⁵¹ Vgl. Lauterbach, K. W./Lüngen, M.: Auswirkungen von DRGs auf die Krankenhausfinanzierung. In: *das Krankenhaus*, Heft 3/00, S. 168-175.

⁵² Vgl. Bauer, H.: Chefärzte unter dem Druck des Pauschalentgeltsystems. In: *Dtsch Ärztebl*, Heft 3/03, S. A 94-96.

⁵³ Vgl. Flintrop, J.: Auswirkungen der DRG-Einführung: Die ökonomische Logik wird zum Maß der Dinge. In: *Dtsch Ärztebl*, Heft 46/06, S. A 3082-3085.

Eine weitere positive Auswirkung der DRG-Abrechnung kann in einer besseren Transparenz des Leistungsgeschehens im Krankenhaus gesehen werden, da sich theoretisch jede hochpreisige Maßnahme am medizinischen Erfolg messen und begründen lassen muss. Dadurch sollen fast automatisch medizinisch nicht notwendige oder nicht zielführende Untersuchungen und Therapiemaßnahmen unterbleiben,⁵⁴ was in der Praxis jedoch nicht immer bestätigt werden kann und daher kritisch zu beurteilen ist. Zu einer erhöhten Transparenz medizinischer Leistungen sollen auch die seit dem Jahr 2005 gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätsberichte beitragen, für die eine Veröffentlichungspflicht besteht.⁵⁵ Bislang jedoch nutzten die Krankenhäuser die Qualitätsberichte zur reinen Selbstdarstellung. Komplikationsraten o. ä. wurden nicht veröffentlicht. Der Qualitätsnachweis eines Krankenhauses, der aufgrund dieser Berichte objektiv fassbar werden soll, kann einmal einen nicht zu unterschätzenden Wettbewerbsfaktor im harten Konkurrenzkampf der Krankenhäuser darstellen, wenn eine für den Patienten verständliche Qualitätssicherung praktiziert wird. Die Kliniken sehen sich gezwungen, sich als wirtschaftlich agierende Unternehmen in einem kompetitiven Umfeld zu positionieren und zu behaupten, was der Forderung nach Wettbewerbs- und Leistungsorientierung Rechnung trägt. Eine aktuelle Studie geht sogar soweit zu behaupten, dass die durch DRGs hervorgerufenen Veränderungen nicht sinnvoll thematisiert werden könnten, solange man ihr Gegenstück und Korrektiv, die Verpflichtung der Krankenhäuser zu einem Qualitätsmanagement, außer Acht lasse.⁵⁶

Als zentrales Element eines abteilungs- und klinikinternen Qualitätsmanagements kann die Optimierung der medizinischen Ablaufsteuerung innerhalb eines Krankenhauses durch ein sogenanntes Workflow-Management mittels Behandlungspfaden (*Clinical Pathways*) angesehen werden,⁵⁷ wie es viele Kliniken bereits besitzen. Diese Behandlungspfade umfassen nicht nur die zeitliche Schiene, also die Termin- und Kapazitätsplanung, sondern ganz wesentlich auch die notwendige Art und Anzahl einzelner Diagnose- und Therapieleistungen. Dabei kommt es vor allem auf den bereichs- und berufsübergreifenden interdisziplinären Ansatz an, um Schnittstellenprobleme abzubauen. Dadurch sollen die Fallkosten gesenkt und gleichzeitig die Prozessqualität innerhalb

⁵⁴ Vgl. Hajen, L.: Ein Jahr Fallpauschalen – Segen oder Ruin für Hamburgs Krankenhäuser? Einleitungsreferat zur Podiumsdiskussion in der Hamburger Universität für Wirtschaft und Politik am 2.3.04.

⁵⁵ Vgl. § 137 Abs.1 Satz 3 Nr.6 SGB V.

⁵⁶ Vgl. http://www.ethik.uni-bayreuth.de/diakonie_oekonomie.html.

⁵⁷ Vgl. Krusch, A./Siegmond, T./Huber, P. et al.: Clinical Pathways und Case-Management als DRG-Managementinstrumente. In: *das Krankenhaus*, Heft 2/06, S. 124-128.

des Systems durch eine Absenkung der Fehlerquote verbessert werden. Ein weiterer positiver Effekt einer verbesserten Transparenz ergibt sich für die Patienten, die mit Hilfe einer Patientenversion jetzt möglichst schon vor Beginn der Behandlung über die anstehenden diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen informiert werden sollen. Nur was transparent ist, lässt sich nämlich in seinen Ursachen analysieren und auf diese Weise positiv beeinflussen.⁵⁸ Für ein erfolgreiches Prozessmanagement ist diese patientenorientierte Ablaufsteuerung ein unverzichtbarer Baustein und stellt eine Klammer zwischen Medizin und Ökonomie dar.

In puncto Verbesserung der Behandlungsqualität ist eine sinnvolle Bewertung bislang eher schwierig, da übergeordnete Kennzahlen fehlen und keine standardisierten Vergleiche zulassen. Allenfalls die Ergebnisse der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V, die etwa 15 bis 20 Prozent der stationären Behandlungsfälle abbilden, ließen sich für einen Vergleich heranziehen. Für die Zeit zwischen 2004 und 2007 weisen die bundesweit erhobenen Kennzahlen in der Mehrheit auf eine Verbesserung der Behandlungsqualität hin.⁵⁹

Die Einführung von Fallpauschalen zwingt die Manager von Krankenhäusern in Deutschland noch mehr als bisher zu betriebswirtschaftlichem Denken und Handeln. Allerdings muss einschränkend hinzugefügt werden, dass diese Manager Ärzte verleiten könnten, Wirtschaftlichkeit vorzutauschen (z.B. durch DRG-Upcoding, siehe 5.2). Ob sie also tatsächlich betriebswirtschaftlich denken lernen, muss hinterfragt werden. Mit dem Aufkauf vieler Krankenhäuser, die in öffentlicher Hand lagen, durch private Krankenhausträger rückt jedenfalls der Charakter eines Wirtschaftsunternehmens immer mehr in den Vordergrund. Dies haben manche private Häuser schon zu einem frühen Zeitpunkt erkannt. Die Vivantes-Gruppe beispielsweise hat bereits vor Jahren die Herausforderung angenommen, strukturelle Defizite nach betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten zu sanieren.⁶⁰ Gelingt es nämlich einer Klinik, kostengünstiger zu arbeiten als durch die DRG-Pauschale kalkuliert, lässt sich sogar ein Gewinn erzielen. Solange dabei der medizinische Versorgungsauftrag gewahrt bleibt und die medizini-

⁵⁸ Vgl. Bauer, H.: Chefärzte unter dem Druck des Pauschalentgeltsystems. In: *Dtsch Ärztebl*, Heft 3/03, S. A 94-96.

⁵⁹ Vgl. Stausberg, J.: DRG-System: Ein Erfolgsmodell? In: *Dtsch Ärztebl*, Heft 6/09, S. A 226.

⁶⁰ Vgl. Schäfer, W.: Struktur und Begrenzung der Aufgaben des deutschen Krankenhauses in Vergangenheit und Zukunft – Das Beispiel Vivantes. In: *Z ärztl Fortbild Qual Gesundheitswes*, Heft 8-9/03, S. 547-549.

sche Leistungsqualität gesichert ist, kann dies ebenfalls als positive Auswirkung beurteilt werden.

Eine weitere positive Auswirkung des G-DRG-Systems ist in den Statusveränderungen und in der Aufweichung der starren Hierarchiestrukturen im Krankenhaus zu sehen. Durch die neuen Abrechnungsmodalitäten über Fallzahlen verlieren die Chefärzte an Macht, während im Gegenzug der Einfluss der Klinikmanager und Gesundheitsökonomien ansteigt.⁶¹

5.2 Negative Veränderungen durch die G-DRGs

Trotz der geschilderten positiven Veränderungen für die deutschen Krankenhäuser hatte das G-DRG-System bisher auch eine ganze Reihe von Auswirkungen, die eher negativ zu beurteilen sind.

Eigentlich wurde mit den AR-DRGs ein System gewählt, das auf der Tradition der amerikanischen Systeme aufbaut, jedoch aufgrund der damit gemachten Erfahrungen neu und flexibel konzipiert worden ist. Dazu gehört insbesondere, dass das System sowohl aus klinischer als auch aus ökonomischer Sicht sehr adaptionsfähig ist.⁶² Dennoch leidet das G-DRG-System nach mannigfachen Überarbeitungen mehr denn je an Unübersichtlichkeit und Intransparenz. So hat sich die Zahl der Fallgruppen von 2003 bis zum Jahr 2009 auf knapp 1200 nahezu verdoppelt, die der Zusatzentgelte als weiterer Vergütungskomponente nahezu verfünffacht. Dies macht einen inhaltlichen Vergleich von Krankenhäusern praktisch unmöglich⁶³ und hat durch die erhöhte Ressourcenbindung den bürokratischen Aufwand für die deutschen Kliniken enorm gesteigert.

Ein Hauptziel, das mit der Einführung des G-DRG-Systems verbunden war, ist die Verringerung oder zumindest Stabilisierung der Kosten für die Krankenhäuser. Zwischenzeitlich muss jedoch festgestellt werden, dass die bereinigten Kosten allgemeiner Krankenhäuser zwischen 2003 und 2007 stärker gestiegen sind als im Zeitraum von 1995 bis 2003, also während der Zeit vor Einführung der DRGs. Die höchste Steigerung zum

⁶¹ Vgl. Flintrop, J.: Auswirkungen der DRG-Einführung: Die ökonomische Logik wird zum Maß der Dinge. In: *Dtsch Ärztebl*, Heft 46/06, S. A 3082-3085.

⁶² Vgl. Fischer, W.: Das AR-DRG-System ist klinisch und ökonomisch sehr flexibel. In: *f&w*, Nr. 4/00, S. 336-337.

⁶³ Vgl. Stausberg, J.: DRG-System: Ein Erfolgsmodell? In: *Dtsch Ärztebl*, Heft 6/09, S. A 226.

rung zum Vorjahr lag mit 4,2 Prozent sogar im Jahr 2007, als das DRG-System längst etabliert war. Das angestrebte Ziel einer Kostenreduktion wurde also bisher verfehlt.⁶⁴

Ein zentraler Kritikpunkt am Globalbudget besteht darin, dass der Erlös der Leistung zum Zeitpunkt der Leistungserbringung noch nicht feststeht. Daraus ergibt sich für weniger kostengünstig arbeitende Krankenhäuser die Gefahr, durch falsche Planungen Defizite zu erwirtschaften. Damit kommt es nicht durch Leistungswettbewerb, sondern durch die Budget-Problematik zu Rationalisierungen und Verdrängungsprozessen,⁶⁵ wodurch den Krankenhäusern die Chance genommen wird, ihre Stellung durch Wirtschaftlichkeitsdenken in einem kompetitiven Umfeld aus eigener Kraft zu behaupten.

Dass der Ausgabenanstieg bei den Krankenhäusern in den vergangenen Jahren nicht gebremst werden konnte, hängt auch mit dem sogenannten *DRG-Upcoding* zusammen. Darunter versteht man im deutschen DRG-System jeden CMI-Anstieg, dem nicht eine durchschnittliche Schweregraderhöhung zugrunde liegt, sondern der durch vorsätzliches Kodierfehlverhalten zustande gekommen ist. Davon abzugrenzen ist ein CMI-Anstieg durch bessere Kodierqualität, die ja auch erwünscht ist und gefördert wird.⁶⁶ Krankenkassen und Medizinischer Dienst der Krankenkassen (MDK) versuchen zwar, Fallabrechnungen mit fehlerhafter Fallschweredokumentation aufzuspüren. Dieses Vorgehen erweist sich jedoch in der Praxis als äußerst mühsam, da die Überprüfungen sehr ressourcenaufwendig sind und sich aus finanzieller Sicht kaum rechnen.⁶⁷ MDK und Krankenkassen berufen sich dabei auf § 4 Abs. 9 KHEntG, in dem es heißt: „...Mehrerlöse aus Fallpauschalen, die infolge einer veränderten Kodierung von Diagnosen und Prozeduren entstehen, werden vollständig ausgeglichen.“ Untersuchungen des MDK Baden-Württemberg zufolge konnten mehr als 100 Fallkonstellationen zu veränderter Prozeduren- und Hauptdiagnosen-Kodierung aus 11 MDCs ermittelt werden, bei denen kodierbedingte Mehrerlöse ohne tatsächliche Leistungsänderung möglich sind.⁶⁸ Durch diese übertriebene Darstellung der Fallschwere verlieren die DRGs an Aussagekraft, denn dadurch nimmt die Kostenheterogenität innerhalb der DRGs zu. Es besteht nämlich entweder der Anreiz, zu viele Patienten zu behandeln, oder aber

⁶⁴ Vgl. Stausberg, J.: DRG-System: Ein Erfolgsmodell? In: *Dtsch Ärzteztbl*, Heft 6/09, S. A 226.

⁶⁵ Vgl. Lauterbach, K. W./Lüngen, M.: Auswirkungen von DRGs auf die Krankenhausfinanzierung. In: *das Krankenhaus*, Heft 3/00, S. 168-175.

⁶⁶ Vgl. http://de.wikipedia.org/wiki/Diagnosis_Related_Groups#Upcoding.

⁶⁷ Vgl. Schönfelder, T./Klewer, J.: Verfahren zur Erkennung von DRG-Upcoding. In: *Heilberufe*, Ausgabe 12/08, S. 6-12.

⁶⁸ Vgl. Dirschedl, P.: Mehrerlöse durch veränderte Kodierung: Ein reines Nebendiagnosenproblem oder welche Rolle spielen die Prozeduren? 14.2.08.

die Patienten nach Fallschwere auszuwählen, falls aufgrund des durch Upcoding verursachten Ausgabenanstiegs die Vergütung pro DRG gesenkt werden sollte.⁶⁹ Dieses ökonomische Taktieren jenseits der Legalitätsgrenzen verschafft den betroffenen Krankenhäusern zwar mehr finanziellen Spielraum, verursacht aber in jedem Einzelfall einen finanziellen und immateriellen Schaden für die Solidargemeinschaft.

Die postulierte Feststellung, dass aufgrund des medizinischen Fortschritts in vielen Fällen die Versorgung aus dem stationären in den ambulanten Bereich verlagert werden kann⁷⁰, hat sich seit Einführung der G-DRGs bisher nicht bewahrheitet. Dies wäre jedoch im Sinne der Patienten, aber auch zur Vermeidung unnötiger Kosten sehr begrüßenswert. Schon vor Einführung der G-DRGs wurde nämlich nachgewiesen, dass viele gängige Operationen auch ambulant etwa mit dem halben Kostenaufwand eines stationären Aufenthaltes durchführbar sind, ohne dass die Behandlungsqualität darunter leidet.⁷¹ Die Gründe für die ablehnende Haltung der Krankenhäuser liegen auf der Hand. Die wichtigste Rolle spielt die nicht kostendeckende Vergütung ambulanter Operationen.⁷² So liegen in Deutschland die DRG-Erlöse für stationäre Behandlungen um ein Vielfaches höher als für ambulante Leistungen. Nicht so im internationalen Vergleich mit anderen DRG-Systemen: In Australien beispielsweise gibt es keinen Unterschied bei der Vergütung stationärer und ambulanter Operationen.⁷³ Hinzu kommt, dass für ambulante Operationen spezielle Organisationsstrukturen wie der Bau und die Einrichtung ambulanter OP-Einheiten erforderlich wären, die von den Krankenhäusern selbst finanziert werden müssten. Außerdem würden damit finanzielle Einbußen der Chefärzte einhergehen. Viele gesetzlich versicherte Patienten besitzen zwar eine Zusatzversicherung für den stationären Bereich, die jedoch nicht für den ambulanten Sektor gilt. Damit würden diese Patienten dem Liquidationsbereich des Chefarztes entzogen werden.⁷⁴ Und auch die Strukturzuschläge, die während der Übergangsphase im DRG-System für Kliniken noch gezahlt werden, erklären die mangelnde Attraktivität

⁶⁹ Vgl. Breyer, F./Zweifel, P./Kifmann, M.: Gesundheitsökonomik. Berlin/Heidelberg 2005, S. 423 f.

⁷⁰ Vgl. Rosenbrock, R./Gerlinger, T.: Gesundheitspolitik. Bern 2006.

⁷¹ Vgl. Eichhorn, S./Eversmeyer, H.: Evaluierung endoskopischer Operationsverfahren im Krankenhaus und in der Praxis. Stuttgart 1999.

⁷² Vgl. „Warum tun sich die Krankenhäuser so schwer mit dem ambulanten Operieren?“ Interview mit Prof. W. Fack-Asmuth. In: *ambulant operieren*, Heft 2/05, S. 76-79

⁷³ Vgl. Brökelmann, J.: Über 5 Millionen stationäre Operationen in Deutschland auch ambulant möglich. In: *ambulant operieren*, Heft 1/06, S. 36-38.

⁷⁴ Vgl. „Warum tun sich die Krankenhäuser so schwer mit dem ambulanten Operieren?“ Interview mit Prof. W. Fack-Asmuth. In: *ambulant operieren*, Heft 2/05, S. 76-79.

von ambulanten Operationen für die Krankenhäuser. Dennoch lässt sich belegen, dass die stationär erbrachten Operationen abgenommen, die ambulanten Operationen im Krankenhaus zugenommen haben,⁷⁵ obwohl diese Leistungen viel geringer honoriert werden als stationäre. Diese paradoxe Situation lässt sich am ehesten dadurch erklären, dass viele Krankenhäuser keine genaue Kenntnis von ihren Kosten haben, dass gerade in öffentlich-rechtlichen Krankenhäusern auf politischen Druck hin ambulante Operationen forciert werden und dass letztendlich wohl auch auf Druck des MDK Krankenhäuser auf bestimmte stationäre Operationen verzichten müssen, die auch ambulant im Krankenhaus durchführbar sind.

Durch den vom Gesetzgeber intendierten Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern und durch die angestrebten Effizienzsteigerungen sind auch negative Effekte für die Patientenversorgung festzustellen. Diese betreffen den gesamten organisatorischen und therapeutischen Ablauf im Krankenhaus.

Bedingt durch frühzeitige Entlassungen muss der Genesungsprozess mittlerweile zu einem Teil außerhalb des Krankenhauses und damit ohne krankenhausesärztliche Überwachung stattfinden. Dies führt mitunter zu einer erhöhten Komplikationsrate und wird vor allem für ältere und allein lebende Menschen zu einer zunehmenden Belastung.⁷⁶ Die gerne zitierten „blutigen Entlassungen“ werden zwar immer wieder diskutiert, lassen sich aber nicht belegen. Durch die Verlagerung von Leistungen in den vor- und nachstationären Bereich wird ein Teil der Behandlungskette den niedergelassenen Ärzten überantwortet. Damit steigt die Gefahr, dass die Kontinuität der Behandlung unterbrochen wird. Um dies so weit wie möglich zu vermeiden, sollte dem Patienten unmittelbar bei der Entlassung der Arztbrief mitgegeben werden.

Außerdem hat sich der Trend zur Fragmentierung von Behandlungen verstärkt. Stationäre Aufenthalte werden in mehrere Einzelaufenthalte zergliedert, da im DRG-System jeweils nur eine Hauptdiagnose abgerechnet werden kann. Auf diese Weise lässt sich die Zahl der abrechenbaren Fälle künstlich in die Höhe treiben (Stichwort „Drehtür-Effekt“).⁷⁷ Durch die Einteilung in Haupt- und Nebendiagnosen werden sogenannte Nebenerkrankungen im DRG-System häufig weniger ernst genommen und deren Behandlung an andere Stellen verlagert. Für die Krankenhäuser greift das Abschieben

⁷⁵ Vgl. Brökelmann, J.: Zahl der Operationsfälle – es fehlen exakte Daten. In: *ambulant operieren*, Heft 3/08, S. 141-145.

⁷⁶ Vgl. Buhr, P./Klinke, S.: Qualitative Folgen der DRG-Einführung für Arbeitsbedingungen und Versorgung im Krankenhaus unter fortgesetzter Budgetierung. WZB. Berlin 2006.

⁷⁷ Vgl. Flintrop, J.: Augen zu und durch. In: *Dtsch Ärztebl*, Heft 34-35/07, S. A 2305.

von Verantwortung allerdings zu kurz, denn erhöhte Komplikationsraten und überforderte niedergelassene Kollegen führen indirekt wieder zu einer Mehrbelastung von Krankenhäusern, da diese Patienten schnell wieder den Weg zurück zu den Verursachern finden.

Was diagnostische Leistungen betrifft, so besteht die Gefahr, dass notwendige Untersuchungen unterbleiben oder Therapieentscheidungen nicht diagnostisch abgesichert werden.⁷⁸ Zudem besteht eine Tendenz zur Patientenselektion: lukrative Patienten werden bevorzugt aufgenommen, nicht DRG-relevante weitergereicht oder frühzeitig abgeschoben. Vor allem Schwerverletzte und chronisch Kranke sind im G-DRG-System nicht ausreichend abgebildet.⁷⁹ In den USA sind episodisch sogar Beobachtungen belegt, wonach alten Menschen oder Patienten mit hohem finanziellen Risiko die stationäre Aufnahme aus Kostenerwägungen verweigert wurde und die Verlegungsrate derartiger Patienten zwischen einzelnen Krankenhäusern anstieg.⁸⁰ Es wird bereits prognostiziert, dass ein vorläufiger Höhepunkt der Patientenselektion darin besteht, dass gegen Ende der Konvergenzphase Konflikte mit der Verwaltung über die Aufnahme von Patienten oder die Durchführung teurer Behandlungen auftreten werden.⁸¹ Dass in Deutschland medizinisch nicht notwendige Operationen durchgeführt werden, weil sie für das Haus ein günstiges Kosten/Erlös-Verhältnis versprechen, oder dass medizinisch nicht notwendige Verlegungen von Patienten auf pflegeintensivere und teurere Intensivstationen erfolgen, wurde offenbar nicht untersucht. Inwieweit ein derartiges Verhalten von Krankenhausleitungen geduldet oder sogar forciert wird, ist somit reine Spekulation.

Ob diese negativen Begleiterscheinungen der DRG-Einführung eher vereinzelt oder gehäuft auftreten, kann zum jetzigen Zeitpunkt noch niemand sagen. Da bisher noch keine belastbaren Zahlen durch die nach § 17b Abs. 8 KHG vorgeschriebene Begleitforschung vorliegen, bleibt es wohl vorerst bei der Feststellung von tendenziellen Entwicklungen bzw. Einzelfallberichten.⁸²

⁷⁸ Vgl. Flintrop, J.: Augen zu und durch. In: *Dtsch Ärztebl*, Heft 34-35/07, S. A 2305.

⁷⁹ Vgl. Manzeschke, A.: Global Health – Wirtschaftsethische Anmerkungen zur Ökonomisierung des deutschen Gesundheitswesens. In: *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik*, Bd. 10. Berlin 2005, S. 129-149.

⁸⁰ Vgl. Knüppel, D.: Die DRG-Einführung und ihre Folgen – Lehren aus den USA. In: *das Krankenhaus*, Heft 5/03, S. 387-391.

⁸¹ Vgl. Buhr, P./Klinke, S.: *Qualitative Folgen der DRG-Einführung für Arbeitsbedingungen und Versorgung im Krankenhaus unter fortgesetzter Budgetierung*. WZB. Berlin 2006.

⁸² Vgl. Flintrop, J.: Augen zu und durch. In: *Dtsch Ärztebl*, Heft 34-35/07, S. A 2305.

Die durch Fallpauschalen hervorgerufene Ökonomisierung des klinischen Alltags führt zu Zielvorstellungen wie Gewinnorientierung und Effizienz, die sich zu den herkömmlichen Zielen des Krankenhausbetriebes als konträr erweisen. Diese wurden in einer sozialwissenschaftlichen Untersuchung mit sozialetischer Bewertung untersucht.⁸³

Demnach ist der eigene Anspruch bei Pflegekräften und Ärzten, sich den Kranken helfend und heilend zuzuwenden, mit dem veränderten Anforderungsprofil des Berufsalltags nur noch schwer in Einklang zu bringen. Wichtige Ressourcen werden im aufwendigen Dokumentationsprozess und durch administrative Tätigkeiten vergeudet, was zusammen mit einer Beschleunigung und Verdichtung der Arbeit zu einer erhöhten Arbeitsbelastung der Ärzte und des Pflegepersonals und zu einer Reduzierung mitmenschlicher Kontakte führt. Der ökonomisch induzierte Stress mindert dabei die Qualität medizinischer Leistungen und unterläuft gleichzeitig systematisch den Aufbau menschlicher Kontakte und vertrauensvoller Beziehungen sowie einer hinreichenden Kommunikation.⁸⁴ Damit einhergehend sinkt die Motivation von Ärzten und Pflegekräften, was sich wiederum negativ auf den Behandlungserfolg auswirkt, da der Patient nicht mehr im Mittelpunkt der Bemühungen steht. In den Vordergrund tritt vielmehr die Erlösmaximierung, „der Patient wird zum Produktionsfaktor, der möglichst gewinnbringend eingesetzt werden muss“.⁸⁵ Wichtig ist, dass von Anfang an die Gefahr einer Dominanz des Wirtschaftlichkeitsdenkens über die Medizin zum Schaden des Patienten klar erkannt und ihr entgegengewirkt werden sollte. Außerdem sollte einer zunehmenden Belastung von Ärzten durch Dokumentations- und Verwaltungsaufgaben nicht zuletzt auch vor dem Hintergrund des derzeit herrschenden Ärztemangels entgegengewirkt werden. Bereits jetzt zeigen sich beim Personal Tendenzen zur Deprofessionalisierung und Demotivierung, die einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung diametral entgegenstehen.⁸⁶

Beim Thema Verweildauer im Krankenhaus ließ sich bisher kein nachhaltiger Effekt erzielen. Das Zwischenergebnis überrascht vielmehr: Zwar verringerte sich die Verweildauer zwischen 2003 und 2007 geringfügig (von 8,3 auf 7,8 Tage, was einem Mi-

⁸³ Vgl. Manzeschke, A.: Diakonie und Ökonomie. Die Auswirkungen von DRG und fallpauschalierendem Medizin- und Qualitätsmanagement auf das Handeln in Krankenhäusern.

⁸⁴ Vgl. ebd.

⁸⁵ Vgl. Flintrop, J.: Auswirkungen der DRG-Einführung: Die ökonomische Logik wird zum Maß der Dinge. In: *Dtsch Ärztebl*, Heft 46/06, S. A 3082-3085.

⁸⁶ Vgl. Manzeschke, A.: Diakonie und Ökonomie. Die Auswirkungen von DRG und fallpauschalierendem Medizin- und Qualitätsmanagement auf das Handeln in Krankenhäusern.

nus von sechs Prozent entspricht), ging jedoch zwischen 1995 und 2003 deutlich stärker zurück (im Durchschnitt um minus 14,7 Prozent). Es muss also vielmehr von einem sich abschwächenden Rückgang der Verweildauer gesprochen werden.⁸⁷

Negative Auswirkungen ergeben sich auch durch Statusveränderungen und Umbildungen in den hierarchischen Strukturen im Krankenhaus: Chefärzte verlieren an Mitspracherecht, während der Einfluss von Managern und Betriebswirten zunehmend an Bedeutung gewinnt.⁸⁸ Mitunter besteht darin eine Chance, die starren Führungsstrukturen aufzubrechen und mehr zu einem kollegialen Miteinander zu finden.

Bezogen auf die rein ökonomischen Ziele des G-DRG-Systems fällt somit eine erste Bewertung negativ aus, da die Kosten im Krankenhaussektor weiter angestiegen sind. Zudem wurde das Leistungsgeschehen nicht transparenter gestaltet, sondern unnötig verkompliziert. Zur Euphorie besteht also kein Anlass, da das DRG-System bisher im Großen und Ganzen wirkungslos geblieben ist. Zudem mangelt es immer noch an einer aussagekräftigen Begleitforschung durch das InEK bzw. von ihm beauftragter Organisationen. Gerade dabei drängt sich fast der Eindruck auf, dass die Verantwortlichen im Bundesgesundheitsministerium an einer derartigen Forschungsarbeit nicht interessiert sind, da möglicherweise negative Aspekte des DRG-Systems durch verlässliche Daten und Studien untermauert würden.

Auch in Ländern wie den USA oder Australien werden die auf DRG-Systemen basierenden Gesundheitssysteme nicht durchweg positiv beurteilt. In den USA klagen Ärztenverbände schon seit Jahren über immer mehr Bürokratie in den Kliniken und anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens bei gleichzeitig ansteigenden Gesamtausgaben.⁸⁹ Und auch in Australien konnte zehn Jahre nach DRG-Einführung die Ausgabenentwicklung im Gesundheitssektor noch nicht gebremst werden. Zudem haben Bettenabbau und Verweildauerverkürzung hier offenbar zu einer Verschlechterung der Krankenhausversorgung geführt.⁹⁰

⁸⁷ Vgl. Stausberg, J.: DRG-System: Ein Erfolgsmodell? In: *Dtsch Ärztebl*, Heft 6/09, S. A 226.

⁸⁸ Vgl. Flintrop, J.: Auswirkungen der DRG-Einführung: Die ökonomische Logik wird zum Maß der Dinge. In: *Dtsch Ärztebl*, Heft 46/06, S. A 3082 – 3085.

⁸⁹ Vgl. „Report: Verschwendung im US-amerikanischen Gesundheitssystem.“ In: *aerzteblatt.de* vom 9.1.08.

⁹⁰ Vgl. Eversmeyer, M.: Das DRG-System stoppt in Australien nicht den Ausgabenanstieg. In: *f&w*, Heft 3/01, S. 230-232.

6 Offene Fragen und Diskussionspunkte

DRGs stellen zweifelsohne ein wichtiges Steuerungselement für das Controlling im Krankenhaus dar und werden bisher in Deutschland auch nur im Krankenhausesektor eingesetzt. Dabei sollte jedoch nicht vergessen werden, dass DRGs nicht nur im stationären Bereich ihre Berechtigung haben. Verglichen mit anderen DRG-Systemen, die auch ambulante Leistungen mit einbeziehen, ergeben sich bei den G-DRGs noch erhebliche Einsparpotenziale. In Australien werden nur etwa 60 bis 70 Prozent aller medizinischen Leistungen als DRGs erfasst,⁹¹ wobei es sich allerdings um die wichtigsten und damit um jene mit dem höchsten prozentualen Anteil am Gesamtleistungsvolumen handelt. Der übrige Teil ist von den Fallpauschalen ausgenommen, da diese Fälle nur unzureichend im DRG-System abgebildet werden. So erfolgt beispielsweise die Abrechnung komplexer Fälle wie von Intensivbehandlungen im Bundesstaat South Australia über ein Tagessatzmodell.⁹² Für die G-DRGs lässt sich daraus die Überlegung ableiten, die Anzahl der DRGs auf ein sinnvolles Maß zu reduzieren, da beispielsweise komplexe OPS im DRG-System gar nicht abzubilden sind. Es müssen also nicht alle Krankenhausleistungen wie im Fall Deutschlands zu 100 Prozent in Fallpauschalen abgebildet sein, um ein effizientes Fallpauschalensystem zu unterhalten. Zudem ist das deutsche System nach vielen Überarbeitungen reichlich unübersichtlich geworden.⁹³ Möglicherweise handelt es sich dabei um einen jener unzähligen Auswüchse deutschen Regulierungswahns, der eher kontraproduktiv wirkt.

Die bisherigen Erfahrungen könnten darauf hinweisen, dass DRGs per se noch nicht zu einer Kostenreduktion im Krankenhaus führen. Einschränkend muss jedoch erwähnt werden, dass das DRG-System noch nicht endgültig „scharf gestellt“ ist und die Konvergenzphase erst Ende 2009 abgeschlossen sein wird. Bis dahin werden Krankenhäuser jene Kosten von den Kostenträgern auch erhalten, die sie einfordern. Insofern ist eine abschließende Bewertung des G-DRG-Systems noch nicht möglich.

Durch einfache Modifikationen im G-DRG-System könnte die Basis für einen grundlegenden Wandel bei der Abrechnung medizinischer Leistungen gelegt werden. Systemimmanent sind nämlich Prozesse der stationären Versorgung erheblich teurer als bei

⁹¹ Vgl. Strehl, R.: Universitätskliniken/Fallpauschalen: Die Hochleistungsmedizin bleibt auf der Strecke. In: *Dtsch Ärztebl*, Heft 39/04, S. A 2584–2590.

⁹² Vgl. Haas, N.: Fallpauschalen: Die australische Realität. In: *Dtsch Ärztebl*, Heft 25/06, S. A 1729–30.

⁹³ Vgl. Stausberg, J.: DRG-System: Ein Erfolgsmodell? In: *Dtsch Ärztebl*, Heft 6/09, S. A 226.

ambulant geführten Kleinbetrieben.⁹⁴ Gestützt wird diese Annahme durch eine Studie, die schon vor Einführung des G-DRG-Systems durchgeführt wurde, nach der die totalen Fallkosten von gängigen Tracer-Operationen bei ambulanter Durchführung etwa um die Hälfte kostengünstiger sind als bei stationärer Behandlung, und das auch noch bei gleichbleibendem Qualitätsstandard.⁹⁵ Diese Kostendiskrepanz liegt wohl am ehesten im Prozessmanagement von Krankenhäusern begründet, was jedoch erst noch genauer eruiert werden muss. Bislang besteht jedenfalls für Krankenhäuser keine finanzielle Veranlassung, bestimmte Operationen auch ambulant durchzuführen. Auf potenzielle Kosteneinsparungen muss keine Rücksicht genommen werden, da die Anreize hierfür fehlen. Das Beispiel Australien zeigt, dass die Durchführung von Operationen für Krankenhäuser nicht lohnenswert ist, wenn die gleichen DRGs auch für den ambulanten Bereich gelten.

Das DRG-System wurde von Australien übernommen, aber unverständlicherweise nur für den stationären Bereich. Damit wird die sektorale Trennung unter Beibehaltung unwirtschaftlicher Funktionsabläufe im Krankenhaus fortgesetzt. Kritiker fordern daher bereits die Abschaffung des G-DRG-Systems.⁹⁶ Jedoch sollten vor einer derartigen Forderung zunächst alle Aspekte des Systems diskutiert und die DRGs ähnlich wie in Australien auf den ambulanten Bereich ausgedehnt werden, um die Rahmenbedingungen für einen echten Wettbewerb zu schaffen. Im Gegensatz zur strikten Trennung in Deutschland haben sich in Australien die DRGs für stationäre *und* ambulante Leistungen durchgesetzt.⁹⁷ Nach neueren Zahlen könnten schätzungsweise 5 Millionen Operationen in Deutschland ambulant durchgeführt werden, was einem enormen Einsparpotenzial entspricht.⁹⁸ Andere Länder mit DRG-Systemen wie Kanada und die USA verzeichnen für ambulante Operationen bereits Anteile zwischen 80 und 90 Prozent.⁹⁹

⁹⁴ Vgl. Schulz, G.: Kosten und Erlöse des „Ambulanten Operierens“ unter den bestehenden sozialrechtlichen Rahmenbedingungen – eine exemplarische Analyse. In: *ambulant operieren*, Heft 3/08, S. 125-130.

⁹⁵ Vgl. Eichhorn, S./Eversmeyer, H.: Evaluierung endoskopischer Operationsverfahren im Krankenhaus und in der Praxis. Stuttgart 1999.

⁹⁶ Vgl. Stausberg, J.: DRG-System: Ein Erfolgsmodell? In: *Dtsch Ärztebl*, Heft 6/09, S. A 226.

⁹⁷ Vgl. Brökelmann, J.: Wie hoch ist die Vergütung von Operationen nach DRGs in Australien? In: <http://www.arzt-in-europa.de>. 2004.

⁹⁸ Vgl. Brökelmann, J.: Über 5 Millionen stationäre Operationen in Deutschland auch ambulant möglich. In: *ambulant operieren*, Heft 1/06, S. 36-38.

⁹⁹ Vgl. ebd.

Daher ist es nicht nachvollziehbar, warum in Deutschland der überwiegende Teil der operativen Eingriffe immer noch auf den stationären Sektor entfällt. Eine gravierende Folge dieser Entwicklung besteht darin, dass aufgrund der Kostenverknappung und der gesunkenen Erlöse durch den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) 2009 die ambulanten Operateure mittlerweile nicht mehr kostendeckend arbeiten können.¹⁰⁰

Die aktuelle Situation kann also nur als paradox bezeichnet werden: Einerseits sollen nicht notwendige vollstationäre Krankenhausbehandlungen vermieden werden, andererseits werden die Vergütungen für ambulante Operationen soweit abgesenkt, dass ein kostendeckendes Arbeiten weder im Krankenhaus noch in der Praxis möglich ist. Mit der Absenkung des Punktwertes für ambulante Operationen für 2009 von 5,11 Cent auf 3,5 Cent ist kostendeckendes Wirtschaften nicht mehr möglich. Dies führt dazu, dass zwangsläufig immer mehr Operationen in den stationären Bereich verlagert werden, was eine exorbitante Ausgabensteigerung bei den Krankenkassen zur Folge hat. Einerseits behaupten die Kassen, das ambulante Operieren fördern zu wollen, andererseits würden sie den operativen Eingriff im niedergelassenen Bereich nur höchstens halb so hoch vergüten wie unter stationären Bedingungen.^{101,102}

Es ist absehbar, dass in der deutschen Krankenhauslandschaft weitere Strukturveränderungen folgen werden. Nachdem die Verlierer der Konvergenzphase auf der Strecke geblieben sind, werden am Ende deutlich weniger Krankenhäuser mit noch weniger Betten, aber auch mit deutlich weniger Personal übrig bleiben.

In der Frage der ambulanten Operationen im Krankenhaus wird es auf eine Auseinandersetzung zwischen Gesundheitspolitik und der Krankenhausplanung hinauslaufen. Der augenblickliche Kurs in der deutschen Gesundheitspolitik deutet mit der Forcierung von MVZ eher in Richtung Staatsmedizin als in die Richtung eines freien Unternehmertums.

¹⁰⁰ Vgl. „Ambulantes Operieren nicht mehr möglich.“ Pressemeldung des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC) vom 30.11.08.

¹⁰¹ Vgl. „Ambulantes Operieren: In Bayern nicht mehr kostendeckend.“ In: *Schütze-Brief* vom 24.11.08.

¹⁰² Vgl. „Ambulantes Operieren nicht mehr möglich.“ Pressemeldung des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC) vom 30.11.08.

7 Zusammenfassung

Bei der flächendeckenden Einführung des deutschen DRG-Systems mit pauschalierter Vergütung von vollstationären Krankenhausleistungen im Jahr 2004 handelte es sich um eine grundlegende Reform des Krankenhaussektors. Infolgedessen befinden sich die Krankenhäuser in Deutschland in einem fundamentalen Wandel. Dabei bilden die G-DRGs ein Fallgruppensystem, das alle stationären Krankenhaufälle nach medizinischen Kriterien und ökonomischem Aufwand in vergleichbare Gruppen einteilt und eine Verbindung schafft zwischen der Bewertung der Krankenhausleistung und der Art der Behandlung. Mit dem neuen Finanzierungssystem geht auch die gesetzliche Verpflichtung der Krankenhausbetreiber einher, Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu ergreifen.

Bisher wurden die Budgets der Krankenhäuser, die auf dem Prinzip der Selbstkostendeckung basierten, nie leistungsorientiert verändert. Konkrete Behandlungen spielten keine Rolle und machten so das bisherige Abrechnungssystem sehr undurchsichtig und die Kostenrechnung reichlich unzulänglich. Hinzu kamen wirtschaftliche Rahmenbedingungen, die eine marktwirtschaftliche Organisation des deutschen Gesundheitswesens und einen freien Wettbewerb von Klinikbetreibern so gut wie nicht zuließen. Unter diesen Vorzeichen wurde ein bereits in anderen Ländern wie den USA oder Australien erprobtes DRG-System eingesetzt, dessen Eigendynamik bis zum Ende der sogenannten Konvergenzphase Ende 2009 noch nicht erkennbar ist, da die Vergütung noch kostenneutral gehandhabt wird.

Nachdem die im Rahmen des G-DRG-Systems gesetzlich vorgeschriebene Begleitforschung bisher nicht stattgefunden hat, gibt es zumindest keine wissenschaftlichen Aussagen zu möglichen positiven oder negativen Auswirkungen des Fallpauschalensystems. Es gibt aber ernstzunehmende publizierte Meinungen, dass das G-DRG-System weder eine Kostenreduktion im Krankenhaussektor noch eine wesentlich kürzere Verweildauer stationärer Patienten nach sich gezogen hat.

Zusammenfassend kann festgestellt werden: Das DRG-System ist ein leistungsorientiertes Bewertungssystem, jedoch noch kein leistungsgerechtes Vergütungssystem. Es gibt z. B. ökonomische Aspekte, die das Arzt-Patienten-Verhältnis belasten. Durch das DRG-System werden die verantwortlichen Klinikleiter dazu gedrängt, die Krankenhäu-

ser zu Dienstleistungsunternehmen umzugestalten, die auf Kundenbindung, Wettbewerbsfähigkeit im Gesundheitsmarkt und auf spezifische Alleinstellungsmerkmale angewiesen sind, um finanziell überleben zu können. Der Patient wird dabei immer mehr zum Produktionsfaktor, der möglichst gewinnbringend eingesetzt werden soll. Die Hauptverantwortung der Leitungsgremien im deutschen Krankenhauswesen muss darin bestehen, eine gelungene Synthese zwischen der unausweichlichen Ökonomisierung der Ablaufprozesse und den Bedürfnissen von Patienten und Personal zu schaffen.

8 Literaturverzeichnis

- **Ärzte Zeitung:** Sana-Kliniken: DRG-System sorgt für Transparenz. 26.8.2004.
- **„Ambulantes Operieren: In Bayern nicht mehr kostendeckend.“** In: *Schütze-Brief* vom 24.11.2008. Zitiert nach:
http://www.bncev.de/index.htm?/presse/spiegel08/20001_pressesp081128_a.htm
[22.2.09].
- **„Ambulantes Operieren nicht mehr möglich.“** Pressemeldung des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC) vom 30.11.2008.
[http://www.bdc.de/bdc/bdc.nsf/0/0705b5aa71b3e3ccc12575230033a03a/\\$FILE/01326976.pdf/PM_Ambulantes%20Operieren%20nicht%20mehr%20m%C3%B6glich.pdf](http://www.bdc.de/bdc/bdc.nsf/0/0705b5aa71b3e3ccc12575230033a03a/$FILE/01326976.pdf/PM_Ambulantes%20Operieren%20nicht%20mehr%20m%C3%B6glich.pdf) [22.2.09].
- **AOK-Bundesverband:** Übersicht über die für 2008 gültigen Landesbasisfallwerte in den einzelnen Bundesländern.
http://www.aok-gesundheitspartner.de/inc_ges/download/dl.php/bundesverband/krankenhaus/imperia/md/content/gesundheitspartner/bund/krankenhaus/budgetverhandlungen/lbfw_2008_uebersicht.pdf [21.1.09].
- **Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF online):** Zusammenfassende Auswertung des BMG-Fragenkatalogs zu den Erfahrungen mit der DRG-Einführung. 4 – 5/2007.
<http://www.uni-duesseldorf.de/awmf/pdf/bmg-drg-umfrage-zusammenfassung.pdf>
[13.2.09].
- **Arthur Andersen:** Krankenhaus 2015 – Wege aus dem Paragraphenschlingel. 1999. *Kurzfassung der Studie unter:*
[http://www.arthurandersen.de/AAHome.nsf/d7a25ae472384024c1256be7005ed714/Flyer_2000_Krankenhaus2015.pdf/\\$File/Flyer_2000_Krankenhaus2015.pdf](http://www.arthurandersen.de/AAHome.nsf/d7a25ae472384024c1256be7005ed714/Flyer_2000_Krankenhaus2015.pdf/$File/Flyer_2000_Krankenhaus2015.pdf)
[11.1.09].

- **Aßmann, Jens:** Diagnosis Related Groups. Vortrag im Arbeitskreis sozialmedizinisch interessierter Ärzte am 14.1.2003 in der Fortbildungskammer der Ärztekammer Hamburg.
<http://www.sozialmediziner.de/fortbildung/mat/2003-01-Assmann.pdf> [27.1.09].
- **Bauer, Hartwig:** Chefärzte unter dem Druck des Pauschalentgeltsystems. In: *Deutsches Ärzteblatt*, Heft 3/2003, S. A 94 – 96.
- **Breyer, Friedrich/ Zweifel, Peter/ Kifmann, Mathias:** Gesundheitsökonomik. Berlin/Heidelberg⁵2005.
- **Brökelmann, Jost:** Über 5 Millionen stationäre Operationen in Deutschland auch ambulant möglich. In: *ambulant operieren*, Heft 1/2006, S. 36 – 38.
- **Brökelmann, Jost:** Wie hoch ist die Vergütung von Operationen nach DRGs in Australien? In: <http://www.arzt-in-europa.de>. 2004 [7.2.09].
- **Brökelmann, Jost:** Zahl der Operationsfälle 2006 – es fehlen exakte Daten. In: *ambulant operieren*, Heft 3/2008, S. 141 – 145.
- **Buhr, Petra/ Klinke, Sebastian:** Qualitative Folgen der DRG-Einführung für Arbeitsbedingungen und Versorgung im Krankenhaus unter Bedingungen fortgesetzter Budgetierung. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Public Health, Forschungsschwerpunkt Arbeit, Sozialstruktur und Sozialstaat, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB). Berlin 2006.
<http://bibliothek.wzb.eu/pdf/2006/i06-311.pdf> [19.2.09].
- **Bundeszentrale für politische Bildung (bpb):** Gesundheitswesen in Deutschland. Stationäre Versorgung Teil 2: Finanzierung und Vergütung.
http://www.bpb.de/themen/WZDR7I,0,Gesundheitspolitik_Lernobjekt.html?guid=AB207<=AAB383 [24.1.09].
- **Buscher, Frederik:** Bericht zur Lage der Krankenhäuser in Deutschland bei der Einführung der Fallpauschalen. In: *das Krankenhaus*, Heft 3/2005, S. 181 – 185.

- **Dirschedl, Peter:** Mehrerlöse durch veränderter Kodierung: Ein reines Nebendiagnosenproblem oder welche Rolle spielen die Prozeduren? SEG4/ MDK-Baden-Württemberg. 14.2.2008.
<http://www.mdk-rlp.de/download/08-Dirschedl.pdf> [18.2.09].
- **Eichhorn, Siegfried/ Eversmeyer, Heike:** Evaluierung endoskopischer Operationsverfahren im Krankenhaus und in der Praxis aus Sicht der Medizin, des Patienten und der Ökonomie. Stuttgart 1999.
- **Ernst & Young:** Konzentriert. Marktorientiert. Saniert. Gesundheitsversorgung 2020. Frankfurt 2005.
- **Eversmeyer, Martin:** Das DRG-System stoppt in Australien nicht den Ausgabenanstieg. In: *f&w*, Heft 3/2001, S. 230 – 232.
- **Fischer, Wolfram:** Das AR-DRG-System ist klinisch und ökonomisch sehr flexibel. In: *führen und wirtschaften im Krankenhaus (f&w)*, Nr. 4/2000, S. 336 – 337.
- **Fischer, Wolfram:** Diagnosis Related Groups (DRGs) und verwandte Patientenklassifikationssysteme. Zentrum für Informatik und wirtschaftliche Medizin (ZIM). Wolfertswil 2000.
<http://www.fischer-zim.ch/text-pcssa/index.htm> [26.1.09].
- **Flintrop, Jens:** Augen zu und durch. Nebenwirkungen der DRG-Einführung. In: *Deutsches Ärzteblatt*, Heft 34 – 35/2007, S. A 2305.
- **Flintrop, Jens:** Auswirkungen der DRG-Einführung: Die ökonomische Logik wird zum Maß der Dinge. In: *Deutsches Ärzteblatt*, Heft 46/2006, S. A 3082 – 3085.
- **Haas, Nikolaus A.:** Fallpauschalen: Die australische Realität. In: *Deutsches Ärzteblatt*, Heft 25/2006, S. A 1729 – 1730.

- **Hajen, Leonhard:** Ein Jahr Fallpauschalen – Segen oder Ruin für Hamburgs Krankenhäuser? Einleitungsreferat zur Podiumsdiskussion in der Hamburger Universität für Wirtschaft und Politik am 2.3.2004 im Rahmen einer Vortragsreihe zum Thema „Zukunftsmarkt Gesundheit“.
- **Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK):** G-DRG German Diagnosis Related Groups, Version 2008, Definitionshandbuch, Band 1. Siegburg 2007.
- **Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK):** G-DRG-System 2009. Abschlussbericht zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems und Report-Browser. http://www.g-drg.de/cms/index.php/inek_site_de/G-DRG-System_2009 [15.1.09].
- **Keun, Friedrich/ Prott, Roswitha:** Einführung in die Krankenhaus-Kostenrechnung. Anpassung an neue Rahmenbedingungen. Wiesbaden ⁶2006.
- **Knüppel, Dirk:** Die DRG-Einführung und ihre Folgen – Lehren aus den USA. In: *das Krankenhaus*, Heft 5/2003 – S. 387 – 391.
- **Krusch, Andreas/ Siegmund, Thorsten/ Huber, Peter et al.:** Clinical Pathways und Case-Management als DRG-Managementinstrumente. In: *das Krankenhaus*, Heft 2/2006, S. 124 – 128.
- **Latasch, Leo/ Knipfer, Eva (Hrsg.):** Anästhesie Intensivmedizin Intensivpflege. München ²2004.
- **Lauterbach, Karl W./ Lungen, Markus:** Auswirkungen von DRGs auf die Krankenhausfinanzierung. In: *das Krankenhaus*, Heft 3/2000, S. 168 – 175.
- **Lungen, Markus/ Lauterbach, Karl W.:** Upcoding – eine Gefahr für den Einsatz von Diagnosis Related Groups (DRG)? In: *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, Heft 28/29, 2000, S. 852 – 856.

- **Manzeschke, Arne:** Diakonie und Ökonomie. Die Auswirkungen von DRG und fallpauschalierendem Medizin- und Qualitätsmanagement auf das Handeln in Krankenhäusern. Eine sozialwissenschaftliche Untersuchung und sozialetische Bewertung. http://www.ethik.uni-bayreuth.de/diakonie_oekonomie.html [20.2.09].
- **Manzeschke, Arne:** Global Health – Wirtschaftsethische Anmerkungen zur Ökonomisierung des deutschen Gesundheitswesens. In: *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik*, Bd. 10. Berlin 2005, S. 129 – 149.
- **Miegel, Meinhard/ Wahl, Stefanie:** Das Ende des Individualismus. Die Kultur des Westens zerstört sich selbst. München 1993.
- **Neubauer, Günter/ Demmler, Gertrud:** Leistungssteuerung im Krankenhaus. Instrumente zur Sicherung der Qualität und Wirtschaftlichkeit in der stationären Versorgung. Landsberg/Lech 1989.
- **Pfaff, Martin:** Rede im Deutschen Bundestag zur Beratung des Entwurfs eines Gesetzes zur Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und der Bundespflegegesetzverordnung (DRG-Systemzuschlags-Gesetz) am 16.3.2001 in Berlin. <http://dip21.bundestag.de/dip21/btp/14/155/14159155.76.pdf> ff. [7.2.09].
- **Reiner, Carola:** Von Kosten und Krankheiten. Info 5/2004. http://www.ccr-unternehmensberatung.de/Haus/Carola_Reiner/VC31.pdf [7.2.09].
- **„Report: Verschwendung im US-amerikanischen Gesundheitssystem.“** In: *aerzteblatt.de* vom 09.01.2008. <http://www.aerzteblatt.de/v4/news/news.asp?id=30991> [20.2.09].
- **Rochell, Bernhard:** Aktueller Stand der Umsetzung des § 17b KHG. Referat im Rahmen der Sitzung des Arbeitskreises der Leiter der neurologischen Abteilungen im Bereich der ÄK W-L am 19.08.2000 in Wünnenberg. <http://www.imbi.uni-freiburg.de/medinf/lehre/kollss00/drgaglneuro2> [15.1.09].

- **Roeder, Norbert/ Franz, Dominik:** DRG-Begleitforschung – welche Auswirkungen zeigt die Einführung des fallpauschalierten Entgeltsystems? In: Unternehmenszeitung „*Gesundheitsdienst*“ der AWO Gesundheitsdienste gGmbH, Ausgabe 04/2008, S. 6.
- **Roeder, Norbert/ Rochell, Bernhard:** Case-Mix in der Praxis, Handbuch für die DRG-Umsetzung, Band 1. Köln 2003.
- **Rosenbrock, Rolf/ Gerlinger, Thomas:** Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. Bern ²2006.
- **Rothgang, Heinz:** Vorlesung Gesundheitsökonomie II. Modul: 23: Gesundheitsökonomie und Gesundheitsmanagement. Thema 7: Vergütung im stationären Sektor. Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen.
<http://mlecture.uni-bremen.de/intern/ss2007/fb11/vak-11-56-4-m23-1/20070604/fohlen.pdf> [15.1.09].
- **Schäfer, Wolfgang:** Struktur und Begrenzung der Aufgaben des deutschen Krankenhauses in Vergangenheit und Zukunft – Das Beispiel Vivantes. In: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (ZEFQ)*, Heft 8-9/20003, S. 547 – 549.
- **Scheer, August-Wilhelm/ Jost, Wolfram/ Heß, Helge/ Kronz, Andreas (Hrsg.):** Corporate Performance Management. ARIS in der Praxis. Berlin/Heidelberg 2005.
- **Schölkopf, Martin/ Stapf-Finé, Heinz:** Deutsche Hospitäler besser als ihr Ruf. In: *Soziale Sicherheit*, Heft 12/2002, S. 402 – 411.
- **Schönfelder, Tonio/ Klewer, Jörg:** Verfahren zur Erkennung von DRG-Upcoding. In: *Heilberufe*, Ausgabe 12/2008, S. 6 – 12.
- **Schulz, Gabriele:** Kosten und Erlöse des „Ambulanten Operierens“ unter den bestehenden sozialrechtlichen Rahmenbedingungen – eine exemplarische Analyse. In: *ambulant operieren*, Heft 3/2008, S. 125 – 130.

- **Sloan, Frank A.:** Erfahrungen mit dem diagnosespezifischen Entgelt von Krankenhausleistungen in den USA: Das DRG-Experiment. In: Neubauer, Günter/ Sieben Günter (Hrsg.): Alternative Entgeltverfahren in der Krankenhausversorgung, Beiträge zur Gesundheitsökonomie, Band 24. Gerlingen 1991, S. 177 – 205.
- **Statistisches Bundesamt Deutschland:** Im Jahr 2050 doppelt so viele 60-Jährige wie Neugeborene. Pressemitteilung Nr. 464 vom 07.11.2006.
http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pm/2006/11/PD06__464__12421,templateld=renderPrint.psml [11.1.09].
- **Stausberg, Jürgen:** DRG-System: Ein Erfolgsmodell? In: *Deutsches Ärzteblatt*, Heft 6/2009, S. A 226.
- **Strehl, Rüdiger:** Universitätskliniken/Fallpauschalen: Die Hochleistungsmedizin bleibt auf der Strecke. In: *Deutsches Ärzteblatt*, Heft 39/2004, S. A 2584 – 2590.
- **Universitätsklinikum Erlangen/ Institut für Medizininformatik, Biometrie und Epidemiologie:** Abrechnungssysteme im Krankenhaus.
http://www.imi.med.uni-erlangen.de/lehre/ws0405/medinfgrund_04.pdf [25.1.09]
- **„Warum tun sich die Krankenhäuser so schwer mit dem ambulanten Operieren?“** Interview mit Prof. Werner Fack-Asmuth. In: *ambulant operieren*, Heft 2/2005, S. 76 – 79.
- **Wikipedia:** Diagnosis Related Groups.
http://de.wikipedia.org/wiki/Diagnosis_Related_Groups [15.1.09].
- **Wrobel, Norbert:** Struktur und Organisation: Geriatrie-Komplexleistung im DRG-Abrechnungssystem. 12. Bremer Geriatrie-Symposium, Klinikum Bremen-Nord, 21.11.2007.
http://www.klinikum-bremen-nord.de/internet/kbn/de/Kliniken_Zentren/Geriatrie/Forschung_Lehre/Geriatrie_Komplexleistung_Struktur_Organisation_G-DRG_Geriatrie_Altersmedizin_2008_Wrobel.pdf [18.1.09].

Verzeichnis zitierter Internetquellen:

- <http://www.aok-gesundheitspartner.de/bundesverband/krankenhaus/budgetverhandlung/landesbasisfallwert/2008> [21.1.09]
- <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/index.htm> [22.1.09]
- <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/prozeduren/ops301/index.htm> [25.1.09]
- http://www.ethik.uni-bayreuth.de/diakonie_oekonomie.html [16.2.09]
- <http://www.fmc.ch/index.php?id=72> [30.1.09]
- http://www.g-drg.de/cms/index.php/inek_site_de/G-DRG-System_2009 [17.1.09]
- http://www.kliniken.de/lexikon/Medizin/Medizinstatistik/International_Statistical_Classification_of_Diseases_and_Related_Health_Problems.html [22.1.09]
- <http://www.mdk.de/882.htm> [24.1.09]
- http://www.pflege-im-op.de/Veroffentlichungen/Report_2000/report_2000.html [5.2.09]
- http://de.wikipedia.org/wiki/Diagnosis_Related_Groups#Upcoding [19.2.09]
- <http://www.wirtschaftslexikon24.net/d/landesbasisfallwert/landesbasisfallwert.htm> [18.1.09]

9 Abkürzungsverzeichnis

AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
AR-DRGs	Australian Refined Diagnosis Related Groups
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BPfIV	Bundespflegegesetzverordnung
BWR	Bewertungsrelation
CC	Comorbidity or Complication
CM	Case-Mix
CMI	Case-Mix-Index
CW	Cost Weight
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DRG	Diagnosis Related Group
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
FPG	Fallpauschalengesetz
G-DRG	German Diagnosis Related Group
GHM	Groupe Homogène de Malades
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GSG	Gesundheitsstrukturgesetz
HCFA	Health Care Financing Administration
HRG	Healthcare Resource Group
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
ICD-10-GM	ICD-10-German Modification
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
LBFW	Landesbasisfallwert
MCC	Major Comorbidity or Complication
MDC	Major Diagnostik Category

MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PKV	Private Krankenversicherung
PMC	Patient Management Category
QM	Qualitätsmanagement
RG	Relativgewicht
SGB	Sozialgesetzbuch

10 Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abb. 1:	DRG-Systeme in Europa vor Einführung der G-DRGs.....	5
Abb. 2:	Schrittweise Anpassung des Basisfallwerts der Krankenhäuser.....	6
Abb. 3:	Systeme der Krankenhausvergütung seit 1972.....	10
Abb. 4:	G-DRG-Ermittlung aus Diagnosekode und Prozedurenkode.....	12
Tab. 1:	Landesbasisfallwerte (LBFW) in Euro pro Bundesland für 2008.....	7
Tab. 2:	Vereinfachtes Beispiel zur Budget-Ermittlung im DRG-System	14