

Die DRG-Einführung aus gesundheitspolitischer Sicht. Eine Zwischenbilanz

Thomas Braun, Ferdinand Rau und Karl Heinz Tuschen

Abstract

Wesentliches inhaltliches Ziel der DRG-Einführung ist die Etablierung eines leistungsorientierten Entgeltsystems, das die Wirtschaftlichkeit, Transparenz und Qualität im Krankenhausbereich fördert. Die Systemziele stellen auf ein möglichst umfassendes, handhabbares deutsches DRG-System ab, das regelgebunden und transparent weiterentwickelt wird. Die gesetzlich vorgeschriebene Begleitforschung wurde bisher von den Selbstverwaltungspartnern nicht durchgeführt. Mit Blick auf das bevorstehende Gesetzgebungsverfahren zum ordnungspolitischen Rahmen ist es erforderlich, eine Zwischenbilanz zu ziehen. In diesem Beitrag werden bisher vorliegende relevante Ergebnisse und Entwicklungen aufgezeigt.

A substantial goal of the DRG introduction in Germany is the establishment of a performance-oriented payment system which promotes efficiency, transparency and quality in the hospital sector. The German DRG system is intended to be comprehensive and manageable and should develop transparently and according to rules. The legally prescribed accompanying research has, however, not been accomplished so far by the responsible self-governing bodies. With view to the forthcoming legislative process for the future political framework, an interim stocktaking should be made. The article points out relevant results and developments.

1.1 Zwischenbilanz

Mit den Grundentscheidungen zur Einführung eines DRG-Fallpauschalensystems wurde die Krankenhausfinanzierung umfassend neu ausgerichtet. Es war die Rede von der „größten Strukturreform im Gesundheitswesen seit knapp 30 Jahren“ (BMG 2002). Fünf Jahre nach der DRG-Einführung und mit Blick auf das Gesetzgebungsverfahren zum ordnungspolitischen Rahmen ab dem Jahr 2009 ist eine Zwischenbilanz zu ziehen.

1.1.1 Zielsetzungen

Die mit der GKV-Gesundheitsreform 2000 gelegte gesetzliche Grundlage zur Einführung eines „durchgängigen, leistungsorientierten und pauschalierten Vergütungssystems“ (§ 17b Abs. 1 Satz 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz, KHG) zielte

in erster Linie auf eine „Verbesserung der Wirtschaftlichkeit der Krankenhausversorgung“ (Deutscher Bundestag 1999) ab. Mit dem Fallpauschalengesetz (FPG), das die detaillierten gesetzlichen Grundlagen der DRG-Einführung begründete, wurden im Jahr 2001 mit der Trias „mehr Transparenz, Wirtschaftlichkeit und Qualität“ (BMG 2001) die Zielsetzungen für das neue Entgeltsystem wesentlich umfassender formuliert. Jenseits dieser inhaltlichen Zielsetzungen, die der Gesetzgeber noch weiter spezifiziert hat, lassen sich ferner Ziele für die Einführung und Ausgestaltung des neuen Vergütungssystems nennen.

1.1.1.1 Inhaltliche Ziele

Nach der Begründung zum Gesetzentwurf des FPG (Deutscher Bundestag 2001) soll durch die DRG-Einführung das Leistungsgeschehen im Krankenhausbereich *transparenter* werden. Infolge der erhöhten Leistungstransparenz und der neu eingeführten Maßnahmen zur Qualitätssicherung (z. B. strukturierte Qualitätsberichte, Mindestmengen) ging der Gesetzgeber von einer „deutlichen Verbesserung der *Qualität* in der stationären Versorgung“ aus.

Die angestrebte Förderung der *Wirtschaftlichkeit* ist mit folgenden vom Gesetzgeber erwähnten Zielsetzungen verbindbar:

- Beseitigung der *Fehlanreize* der tagesgleichen Pflegesätze insbesondere zur Verlängerung der *Verweildauer*.
- Krankenhausintern wie auch krankenhausesübergreifend soll ein *bedarfsgerechter und effizienterer Ressourceneinsatz* erfolgen.
- Bestehende Hemmnisse für einen leistungsorientierten Fluss der Finanzmittel, die z. B. bei Leistungsverlagerungen oder Patientenwanderungen von Interesse sind, sollen abgebaut werden und das *Geld den Leistungen folgen* können.
- Die leistungsorientierte Vergütung der Krankenhäuser soll zu *mehr Wettbewerb* und
- zu einer stärker am tatsächlichen Bedarf orientierten Entwicklung der *Leistungsstrukturen und Leistungskapazitäten* führen.

1.1.1.2 Ziele zur Ausgestaltung des G-DRG-Systems

Der Gesetzgeber hat in § 17b Abs. 1 KHG sowie in der Begründung zum FPG (Deutscher Bundestag 2001) ferner die folgenden Ziele für die Einführung und die Ausgestaltung des neuen Entgeltsystems festgelegt:

- Entwicklung eines Entgeltsystems mit *praktikablem Differenzierungsgrad* (§ 17b Abs. 1 Satz 2 KHG).
- Mit den Fallpauschalen sind die allgemeinen *voll- und teilstationären* Krankenhausleistungen zu vergüten (§ 17b Abs. 1 Satz 2 KHG).
- Mit Ausnahme der psychiatrischen Leistungen sollten somit zunächst alle stationären Leistungen über Fallpauschalen vergütet werden. Damit wurde eine *Abschaffung* des seit 1996 praktizierten *Mischsystems* von Fallpauschalen und Sonderentgelten einerseits und tagesgleichen Pflegesätzen für den überwiegenden Teil der Krankenhausleistungen andererseits verfolgt. Mit dem Zweiten Fallpauschalenänderungsgesetz (2. FPÄndG) vom 15. Dezember 2004 wurde jedoch im Rahmen des erforderlichen Vermittlungsverfahrens von Bundestag

und Bundesrat diese Zielsetzung relativiert. Hintergrund war, dass in den Anhörungen zur Beratung des Gesetzentwurfs vom DRG-Institut und anderen Experten die Auffassung vertreten wurde, dass dauerhaft von Leistungen auszugehen sei, für die Fallpauschalen nicht erfolgreich kalkuliert werden können und insofern auch dauerhaft die Notwendigkeit zur Verhandlung krankenhausspezifischer Entgelte bestehe. Der strikte programmatische Ansatz wurde somit zu Gunsten eines unverändert um umfassende Abbildung bemühten, aber pragmatischen Ansatzes fallen gelassen.

- Die DRG-Einführung soll im Rahmen eines *lernenden Systems* mit stetigen Verbesserungs- und Anpassungsschritten erfolgen.
- Mit dem Ziel der praktischen Funktionsfähigkeit und für die Akzeptanz bei allen Beteiligten sollen *regelgebundene und transparente Verfahren zur Pflege und Weiterentwicklung* des Systems entwickelt werden.
- Schließlich hat der Gesetzgeber auch *systematische Beobachtungen der Auswirkungen* der Systemeinführung als erforderlich erachtet und den Selbstverwaltungspartnern die Durchführung einer Begleitforschung auferlegt.

1.1.2 Zielerreichung

Für eine Zwischenbilanz zur Einführung des DRG-Systems ist einerseits zu unterscheiden, inwiefern sich die stationäre Versorgung in Deutschland durch das neue Krankenhausvergütungssystem verändert hat. Andererseits ist darauf einzugehen, inwiefern durch das entwickelte DRG-System den Anforderungen des Gesetzgebers Rechnung getragen werden konnte.

1.1.2.1 Bisherige Auswirkungen auf die Krankenhäuser

Über 1 750 Krankenhäuser rechnen mittlerweile DRG-Fallpauschalen ab, das sind mehr als 95 Prozent der DRG-Krankenhäuser (AOK-Bundesverband 2007). Im Jahr 2006 gab es nach Informationen des AOK-Bundesverbandes 88 Besondere Einrichtungen, die von der DRG-Abrechnung ausgenommen waren und krankenhausspezifische Entgelte vereinbart haben.

Die DRG-Fallpauschalen entfalten seit dem Beginn der Konvergenzphase im Jahr 2005 ökonomische Wirksamkeit. Viele Krankenhäuser befinden sich zur Zeit in einem Umstrukturierungsprozess, um ihre wirtschaftliche Situation zu optimieren und besser für den Wettbewerb aufgestellt zu sein. Folgende Auswirkungen sind bereits erkennbar:

Fallzahlen

Die vollstationären *Fallzahlen* sind aus unterschiedlichen Gründen rückläufig. Es handelt sich hierbei um eine Unterbrechung des langfristigen Trends zu steigenden Fallzahlen, von einer dauerhaften Trendumkehr ist jedoch nicht auszugehen. Der Fallzahlrückgang in Deutschland nach der DRG-Einführung geht grundsätzlich nicht mit internationalen Erfahrungen einher, nach der durch die Einführung von DRG-Systemen ein hoher Anreiz zur Fallzahlsteigerung besteht (Coffey 1999, Park et al. 2007). In Deutschland ist der Fallzahlrückgang in erster Linie auf die Ausweitung und Umstellung des Katalogs ambulanter Operationen und stationärs-

zender Eingriffe nach § 115b SGB V zurückzuführen. Die erhöhte Transparenz des DRG-Systems dürfte hier unterstützend gewirkt haben (Deutscher Bundestag 2007). Diese hatte im Wesentlichen zwei Effekte:

- Die Krankenkassen konnten verstärkt darauf hinwirken, dass die nicht unbedingt stationär zu behandelnden Fälle in den ambulanten Bereich verlagert wurden.
- Die Krankenhäuser hatten ein großes Interesse, tragfähige Leistungsschwerpunkte – auch im ambulanten Bereich – zu bilden, um sich von anderen, konkurrierenden Krankenhäusern abgrenzen zu können.

Verweildauer

Wichtiges gesundheitspolitisches Ziel seit Mitte der 90er Jahre ist es, die im internationalen Vergleich hohe durchschnittliche *Verweildauer* in den deutschen Krankenhäusern zu reduzieren. Das war schon eines der Hauptziele bei der Einführung der Fallpauschalen nach der Bundespflegesatzverordnung im Jahr 1995. Mit der DRG-Einführung wurde dieses Ziel weiter verfolgt. Der Fehlanreiz einer tagesbasierten Vergütung, Patienten länger als medizinisch notwendig im Krankenhaus zu behalten, wird durch die Fallpauschalen grundsätzlich beseitigt. Die durchschnittliche Verweildauer ist bereits seit langem rückläufig, im Zeitraum 1995 bis 2002 bei Akutkliniken jahresdurchschnittlich um 3,9 Prozent. Im Zeitraum 2002 bis 2005 belief sich der Verweildauerrückgang demgegenüber nur auf jahresdurchschnittlich rd. 2 Prozent, im Jahr 2005 lag die Verweildauer bei durchschnittlich noch 8,1 Tagen (Tabelle 1–1).

Bei einer Betrachtung der durchschnittlichen Verweildauerveränderungen, die zwischen 2004 und 2006 bei den 25 am häufigsten abgerechneten DRGs eingetreten sind (Daten jeweils gegroupt mit dem DRG-System 2006), ging die Verweildauer um 9,2 Prozent von 6,3 Tagen auf 5,7 Tage jedoch weit dynamischer zurück als bei den akuten Krankenhausfällen insgesamt. Eine besonders hohe Verweildauerreduktion von über 15 Prozent gab es in Teilbereichen der Neurologie (Apoplex: B70E; Anfälle ein Belegungstag: B76E) und der Hernienbehandlung (G24Z). Auch innerhalb einzelner Hauptdiagnosegruppen nach der ICD-10 ist der anhaltende Trend zur Verkürzung der Verweildauern in den meisten Krankheitsgruppen zu beobachten.

Mutmaßlich werden Patienten auch schneller in Versorgungsbereiche verlegt, die nicht der DRG-Vergütung unterliegen. Zum Beispiel fällt eine drastische Reduzierung der Verweildauer im ICD-Kapitel für psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen von 12,7 Tagen im Jahr 2002 auf 6,3 Tage im Jahr 2005 auf. Fälle mit psychiatrischer Hauptdiagnose, die früher im Akutbereich behandelt wurden, werden nunmehr vermutlich im psychiatrischen Bereich weiterbehandelt (Eigene Ermittlung auf Basis der Auswertungen der Datenlieferungen gemäß § 21 KHEntgG durch das DRG-Institut, <http://www.g-drg.de>).

Es kann festgehalten werden, dass neben statistischen Gründen (veränderte Abgrenzung der Akutkliniken durch das Statistische Bundesamt in den Jahren 2002 bis 2004, siehe Tabelle 1–1, Anmerkung ***) vor allem strukturelle Veränderungen im Leistungsspektrum der Krankenhäuser Ursache für eine Abschwächung des statistisch ermittelten durchschnittlichen Verweildauerrückgangs sind. Insbesondere infolge der weit reichenden Leistungstransparenz, die mit der Einführung des DRG-Systems erreicht werden konnte, ist der stationäre Fallzahlrückgang dadurch zu

Tabelle 1–1

Kennzahlen der Allgemeinen Krankenhäuser

	2003	2004	2005	Durchschnitt der jährlichen Veränderung in %	
				2002 bis 2005	1995 bis 2002
Statistisches Bundesamt					
Allgemeine Krankenhäuser	1 868	1 827	1 846	-0,91 % (-1,61%) ³	-1,29 % (-1,01%) ³
davon öffentlich	689	671	647	-3,14%	-2,70%
davon freigemeinnützig	737	712	712	-2,05%	-1,52%
davon in privater Träger-schaft	442	444	487	4,47%	2,12%
Aufgestellte Betten	499 785	489 433	484 955	-1,32%	-1,59%
Nutzungsgrad der Betten	76,8	74,4	74,5	-2,09%	-0,34%
Berechnungs-/Belegungstage ¹	140 036 993	133 201 873	131 892 453	-3,37%	-1,92%
Entlassungen aus vollstationärer Behandlung (Fälle) ²	16 395 090	15 898 135	15 991 274	-1,09 % (-1,79%) ⁴	1,21%
durchschnittl. Verweildauer	8,3	8,2	8,1	-1,97%	-3,93%
Ärztlicher Dienst (Vollkräfte)	108 840	112 242	116 336	2,68%	1,42%
Pflegedienst (Vollkräfte)	293 020	282 890	278 118	-2,44%	-1,03%
§ 21-Daten des InEK					
Krankenhäuser mit Datenübermittlung	1 748	1 779	1 725	0,18%	–
Vollstationäre Fälle	16 598 546	16 158 279	14 989 953	-2,26%	–
Teilstationäre Fälle	544 971	654 319	794 610	12,20%	–
durchschnittliche Verweildauer (vollstationäre Fälle)	8,0	7,8	7,8	-3,41%	–

¹ Von 1995 bis 2000 Pflegetage.² Von 1995 bis 2000 Entlassungen aus dem Krankenhaus.³ In den Jahren 2002 bis 2004 wurden Krankenhäuser mit ausschließlich neurologischen Betten nicht den allgemeinen Krankenhäusern zugeordnet. Rechnet man sie für diese Jahre dazu, ergibt sich der Wert in Klammern.⁴ Seit dem Jahr 2005 werden gesunde Neugeborene als eigene Fälle gezählt. Bei nachträglichem Abzug dieser Fälle im Jahr 2005 ergibt sich der Wert in Klammern.Quellen: Statistisches Bundesamt und InEK (<http://www.g-drg.de>).

Krankenhaus-Report 2007

WIdO

erklären, dass in erheblichem Umfang vollstationäre Fälle aus den Krankenhausbudgets ausgegliedert und dem ambulanten Bereich zugeordnet wurden (z. B. beim ambulanten Operieren). Nach Verlagerung der leichteren Fälle mit kurzer Verweildauer aus dem vollstationären Bereich in den ambulanten Bereich sind tendenziell schwerere Fälle mit längerer Verweildauer verblieben. Dadurch ist die durchschnittliche Verweildauer langsamer gesunken als allein durch den Einfluss der DRG-Einführung zu erwarten gewesen wäre.

1 Kapazitäten

2 Die *Krankenhauskapazitäten*, gemessen an der Anzahl und dem Nutzungsgrad der
3 Betten, sind ebenfalls seit Mitte der 90er Jahre rückläufig. Während der Abbau
4 der Bettenzahl langsamer voranschreitet, hat die DRG-Einführung zu einem starken
5 Rückgang des Nutzungsgrades geführt. Im internationalen Vergleich hat Deutsch-
6 land jedoch immer noch Überkapazitäten in der stationären Versorgung. Nach
7 OECD-Daten wurden 2004 in Deutschland 6,4 Betten pro 1.000 Einwohner vor-
8 gehalten, in Schweden waren lediglich 2,2, in Frankreich und der Schweiz 3,8, in
9 Großbritannien 3,6 Betten verfügbar (OECD Health Data 2006). In Zukunft ist auch
10 in Deutschland eine weitere Reduzierung der Bettenkapazitäten zu erwarten, ins-
11 besondere durch eine weitere Verkürzung der Verweildauern und durch zunehmend
12 ambulante Behandlungsmöglichkeiten. Wegen der oft noch bettenbezogenen Kran-
13 kenhausplanung der Bundesländer ist die Anzahl der Betten bisher eher langsam
14 gesunken. Vielfach werden Fördermittel der Länder noch bettenbezogen an die
15 Krankenhäuser gezahlt. Solange diese Praxis anhält, wird vermutlich auch in Zu-
16 kunft der Nutzungsgrad der Betten stärker zurückgehen als die in der Statistik aus-
17 gewiesenen Betten reduziert werden. In vielen Ländern wurde die Krankenhaus-
18 planung seit der DRG-Einführung kaum an die geänderten Rahmenbedingungen
19 angepasst (Rutz 2006). Im Krankenhaus Rating Report 2007 des Rheinisch-West-
20 fälischen Instituts für Wirtschaftsforschung wird prognostiziert, dass sich bis zum
21 Jahr 2020 bei einer Ausweitung der Behandlungsfälle um 18 Prozent die Betten-
22 überkapazitäten auf 30 bis 35 Prozent erhöhen werden. Grund hierfür ist nach Auf-
23 fassung der Autoren die weiter anhaltende Verweildauerreduktion und verstärktes
24 ambulantes Operieren (Augursky et al. 2007).

26 Personal

27 Beim *Personal* ist seit der Einführung des DRG-Systems einerseits ein Abbau im
28 Pflegebereich und andererseits ein Anstieg der Vollkräfte im ärztlichen Dienst fest-
29 zustellen. Dafür gibt es unterschiedliche Gründe. Der Stellenabbau in der Pflege
30 wird in der Regel mit Einsparungsmaßnahmen im Krankenhausbereich in Verbin-
31 dung gebracht. Die Schaffung zusätzlicher Arztstellen ist zum einen maßgeblich
32 auf die in dieser Zeit erfolgte Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes zurückzuführen,
33 insbesondere forciert durch die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes
34 und das Arbeitszeitprogramm der Bundesregierung. Daneben hat der erhöhte Be-
35 darf an Ärzten im medizinischen Controlling zu dem Ansteigen der Arztstellen bei-
36 getragen. Für die interne Steuerung des Krankenhauses hat das Medizincontrolling
37 stark an Bedeutung gewonnen. Auch im Wettbewerb mit anderen Krankenhäusern
38 ist der Bedarf an ärztlicher Kompetenz im Managementbereich der Krankenhäuser
39 gestiegen.

40 Im Kontext der DRG-Einführung – sicherlich aber auch verursacht durch andere
41 Einflussfaktoren –, dem daraus resultierenden Druck auf die Verweildauern und
42 dem Personalabbau im Pflegebereich gibt es Hinweise auf eine Arbeitsverdichtung
43 und eine Zunahme administrativer Tätigkeiten (Grabbe et al. 2005, S. 53 f). Die
44 Zeit für mitmenschliche Kontakte, Zuwendung und Fürsorge sowie für Erklärungen
45 gegenüber Patientinnen und Patienten werde vermindert (Hausner et al. 2005; Klin-
46 ke 2007; Manzeschke 2006, S. 8; Vogd 2006a, 2006b). Die Autoren befürchten,
47 dass die „psychosoziale Versorgung [...] abgesenkt [wird], mit der Folge, dass Ver-

sorgungsbedarfe weniger durchsetzungsfähiger Patientengruppen unentdeckt bleiben“ (Klinke 2007, S. 132). In einer Untersuchung zum Einfluss des Medizincontrollings auf eine internistische Abteilung kommt Vogd im Hinblick auf die Organisation der ärztlichen Arbeit zu dem Ergebnis, dass nur noch im Ausnahmefall eine persönliche Beziehung zum Patienten hergestellt werden kann. Bei „der Zahl der Behandlungen, bei den Routinefällen, wird nun nach Aktenlage und aufgrund von Standarddiagnostik entschieden. Nur bei den Problemfällen wird eine kommunikations- und reflexionsintensive Expertise angefahren“ (Vogd 2006b, S. 104).

Verlegungen und Entlassungen

Erkennbar ist außerdem, dass bei *Verlegungen* mit der DRG-Einführung Aufwärtsverlegungen in Krankenhäuser höherer Versorgungsstufen zugenommen haben. Während der Patientenzugang aus anderen Krankenhäusern bei den Akutkliniken im Zeitraum 2002 bis 2005 insgesamt um 2,7 Prozent abgenommen hat, stiegen die Zuverlegungen bei Hochschulklinika um 11,1 Prozent an. Der Patientenzugang aus anderen Krankenhäusern nahm bei großen Akutkliniken mit mehr als 15 Fachabteilungen um 10,1 Prozent von 21,7 auf 24,6 Prozent zu (eigene Berechnung auf Basis der Grunddaten des Statistischen Bundesamtes). Ob mit diesen Entwicklungen in der Mehrzahl der Fälle positive Veränderungen wie eine größere Spezialisierung verbunden sind oder ob dahinter vielmehr bei einzelnen Behandlungsfällen wirtschaftlich motivierte Verlust-Vermeidungs-Strategien stecken, kann aus heutiger Sicht nicht beurteilt werden.

In Bezug auf frühere Entlassungen in die Rehabilitation gibt es erste Hinweise, dass die Erkrankungsschwere bei orthopädischen und kardiologischen Indikationen in der Rehabilitation 2005/2006 gegenüber 2003/2004 zugenommen hat (Orthopädie: Zunahme von Wundheilungsstörungen und Hämatomen, Kardiologie: Häufung von Perikard- und Pleuraergüssen bei Bypass-Patienten). Verlagerungen des Behandlungsaufwandes vom Akutkrankenhaus in die Rehabilitation mit der Folge einer Zunahme des Pflegeaufwandes und einer Veränderung des notwendigen therapeutischen und medikamentösen Betreuungsbedarfs im Rehabilitationsbereich wurden nur tendenziell nachgewiesen. Erst mit einer geplanten dritten Studienphase der sogenannten REDIA-Studie im Jahr 2008 wird mit der Möglichkeit gerechnet, eine langfristige Betrachtung möglicher DRG-Auswirkungen auf die medizinische Rehabilitation durchführen zu können. Zudem wurden Rückgänge bei den Akutverweildauern, den Verlegungszeiten und den Reha-Aufenthaltsdauern festgestellt, die zu einer zeitlichen Reduktion des Gesamtbehandlungsprozesses von über 11 Prozent innerhalb der beiden Jahre führten. Berichteten Anfang 2004 nur 44 Prozent der Reha-Mediziner von spürbaren DRG-Auswirkungen, waren es Anfang 2006 bereits 83 Prozent, die sich im Rahmen der Anschlussheilbehandlung betroffen fühlten und von tendenziell höheren Behandlungskosten ausgingen (von Eiff et al. 2007a, 2007b). Klinke sieht angesichts einer stärkeren „Fragmentierung“ der Behandlung und „nur sporadischer Feedback-Schleifen“ nach der Entlassung der Patienten aus der stationären Behandlung „gravierende Schnittstellenprobleme“ (Klinke 2007, S. 131 f). Er resümiert: „Die DRG-Einführung verstärkt [...] viele Entwicklungen, die bereits vorher unter den Bedingungen der Budgetierung begonnen haben“ (Klinke 2007, S. 129).

1 Wirtschaftlichkeit

2 Ein weiteres Ziel der DRG-Einführung ist es, die Krankenhausressourcen bedarfs-
 3 gerechter und effizienter einzusetzen. Die Konvergenzphase, mit der die Ressour-
 4 cenenallokation zwischen den Krankenhäusern verändert wird, ist hierzu ein wichtiges
 5 Instrument. Die Zunahme von *Fusionen und Kooperationen* der Krankenhäuser
 6 sind ein Resultat des gestiegenen wirtschaftlichen Drucks. Nach einer Befragung
 7 der Arbeitsgemeinschaft Krankenhauswesen der Arbeitsgemeinschaft der Obersten
 8 Landesgesundheitsbehörden bei ca. 1.100 Krankenhäusern in den Jahren 2004 bis
 9 2006 haben „hochgerechnet in den drei Erhebungsjahren“ ca. 270 Krankenhäuser
 10 fusioniert; 270 Kliniken haben im Jahr 2006 eine Fusion geprüft (Arbeitsgemein-
 11 schaft Krankenhauswesen der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesund-
 12 heitsbehörden 2006, S. 8).

13 Seit der DRG-Einführung ist auch eine verstärkte Zunahme der Krankenhäuser
 14 in privater Trägerschaft zu beobachten (siehe Tabelle 1–1). Während die Anzahl
 15 der Krankenhäuser in öffentlicher oder freigemeinnütziger Trägerschaft seit Mitte
 16 der 90er Jahre rückläufig ist, steigt der Anteil der Krankenhäuser mit privatem Trä-
 17 ger kontinuierlich an. Von 2002 bis 2005 lag der Durchschnitt der Zuwachsrates
 18 bei 4,5 Prozent und hat sich damit im Vergleich zu dem Zeitraum von 1995 bis
 19 2002, in dem die Rate bei 2,1 Prozent lag, mehr als verdoppelt. Die Ursachen dafür
 20 sind vielfältig: Die im Jahr 1993 erfolgte Abschaffung des Selbstkostendeckungs-
 21prinzips und die anschließend langjährig vorgegebenen Budgetbegrenzungen haben
 22 zu einer Ressourcenbegrenzung und verstärktem Wettbewerb im Krankenhausbe-
 23 reich geführt. Etliche öffentliche Träger waren der dadurch freigesetzten Dynamik
 24 im Krankenhausbereich nicht mehr gewachsen, sodass private Träger die Kranken-
 25 häuser übernommen haben. Die DRG-Einführung hat den wirtschaftlichen Druck
 26 und den Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern nochmals verstärkt.

27 Der Krankenhaus Rating Report 2007 kommt in einer Untersuchung zur wirt-
 28 schaftlichen Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser zu dem Ergebnis, dass die
 29 Mehrzahl der Krankenhäuser ein gutes Rating¹ habe. Insgesamt resümieren die
 30 Autoren der Studie, dass sich die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser in
 31 den letzten Jahren verbessert hat und Optimierungsmaßnahmen in den Kranken-
 32 häusern zu wirken beginnen. Ein Großteil der Krankenhäuser gehe seine Probleme
 33 an. Diese Entwicklung wird auch durch die Befragungsergebnisse des Deutschen
 34 Krankenhausinstituts (DKI) bestätigt, die im Rahmen der repräsentativen „Kranken-
 35 haus-Barometer“-Umfragen erzielt wurden. Die Entwicklung der Jahresergeb-
 36 nisse der Krankenhäuser in den Jahren 2002 bis 2005 stellt sich danach wie in Ta-
 37 belle 1–2 aufgeführt dar:

38 Ziel der Konvergenzphase ist die *Verbesserung der Ressourcenallokation* durch
 39 Überführung der historisch krankenhausesindividuell und kostenorientiert vereinbar-
 40 ten Krankenhausbudgets an ein leistungsbezogenes Preisniveau auf Landesebene
 41 im Jahr 2009. Folge dieser Überleitung ist die Umverteilung von Finanzmitteln
 42 zwischen den Krankenhäusern. Nach Auswertungen des WIdO für 2006 erhalten
 43

44
 45 ¹ Mit dem Rating wird die Zahlungsfähigkeit eines Krankenhauses bewertet. Das heißt, wie die
 46 Zahlungsfähigkeit eines Krankenhauses in Bezug auf z. B. gegebene Kredite eingeschätzt wird
 47 (Ausfallwahrscheinlichkeit). Basis der Studie sind 593 Jahresabschlüsse von Krankenhäusern und
 die veröffentlichten Qualitätsberichte des Jahres 2004.

Tabelle 1-2

Jahresergebnisse der Krankenhäuser

	2002	2003	2004	2005
Jahresüberschuss	43,7%	39,5%	51,1%	46,7%
Ausgeglichenes Ergebnis	11,4%	14,6%	11,3%	16,8%
Fehlbetrag	41,3%	44,0%	34,5%	32,8%

Quelle: Eigene Zusammenstellung nach den DKI-Krankenhaus Barometern 2003 bis 2006.

Krankenhaus-Report 2007

WIdO

fast 60 Prozent (59,3 Prozent) der Krankenhäuser zusätzliche Zahlungen aus der konvergenzbedingten Umverteilung (2005: 52,6 Prozent), 40 Prozent der Krankenhäuser verlieren Budgetanteile. Ungefähr 17 Prozent (= 260 Krankenhäuser) der vom WIdO untersuchten 1.539 Krankenhäuser fielen im Jahr 2006 unter die Obergrenzenregel (§ 4 Abs. 6 KHEntgG), die eine Budgetreduzierung im Jahr 2006 auf maximal 1,5 Prozent begrenzt. Die meisten Krankenhäuser profitieren somit von der leistungsbezogenen DRG-Vergütung. Auch wenn große Krankenhäuser bisher im Rahmen der DRG-Konvergenz in der Regel Budgetanteile verloren haben, hat sich von 2005 auf 2006 der Anteil der „Gewinner-Krankenhäuser“ mit mehr als 1.000 Betten nach den Daten des WIdO von 5,1 Prozent auf 11,9 Prozent mehr als verdoppelt (WIdO 2007). Dass mittlerweile auch verstärkt große Kliniken und damit auch Maximalversorger zu den Krankenhäusern mit Budgetzuwächsen gehören, zeugt von der erreichten hohen Qualität des DRG-Katalogs. Maßgeblich für den Verlauf der Konvergenz in den Ländern ist der jeweilige Landesbasisfallwert (siehe Abschnitt Transparenz).

Der Druck und die Anreize zu mehr Wirtschaftlichkeit im Krankenhausbereich haben jedoch bislang nicht zu einer Verminderung der Ausgabensteigerung der gesetzlichen Krankenversicherung für die Krankenhausversorgung geführt. Lag der Ausgabenzuwachs zwischen 1995 und 2002 noch bei 2,1 Prozent, so stieg er zwischen 2002 und 2006 moderat auf 2,3 Prozent an (eigene Berechnungen auf Basis der KJ1-Statistik, <http://www.bmg.bund.de>). Ob und inwieweit dies DRG-bedingt ist oder nicht, kann nicht belegt werden. Weitere Einflussfaktoren wie die gesetzlich vorgegebene zusätzliche Finanzierung von neuen Aufgaben wie das von 2003 bis 2009 laufende Programm zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen (§ 4 Abs. 13 KHEntgG), die Finanzierung der Mehrkosten infolge der Abschaffung des Arztes im Praktikum (§ 4 Abs. 14 KHEntgG) oder die Mehrkosten durch die Novellierung der Krankenpflegeausbildung (§ 17a KHG) sind zu nennen. Festzuhalten bleibt jedoch: Im Kontext der DRG-Einführung ist bislang keine Verminderung des Ausgabenanstiegs der gesetzlichen Krankenversicherung zu verzeichnen.

Transparenz

Mit den Fallpauschalen ist die *Transparenz* über Art und Menge der von den Krankenhäusern erbrachten Leistungen sowie über Kostenstrukturen stark erhöht worden. Es stehen mittlerweile umfangreiche Daten über die Krankenhausleistungen zur Verfügung. Dazu gehören vor allem:

- 1 • die fallbezogenen Leistungsdaten und die krankenhausbezogenen Strukturda-
- 2 ten, die jedes Jahr von allen Akutkrankenhäusern an das DRG-Institut über-
- 3 mittelt werden (sogenannte § 21-Daten) und
- 4 • die fallbezogenen Kostendaten, die freiwillig von den Kalkulationskrankenhäu-
- 5 sern für die DRG-Kalkulation zur Verfügung gestellt werden.

6
7 Diese Daten geben umfangreich Auskunft über Diagnosen und erbrachte Prozedu-
8 ren und enthalten wichtige Strukturinformationen zu den Krankenhäusern. Veröf-
9 fentlicht werden die Daten sowohl vom DRG-Institut in Form einer Datenbank
10 (<http://www.g-drg.de>) als auch vom Statistischen Bundesamt in der im Jahr 2007
11 erstmals erschienenen DRG-Statistik (Statistisches Bundesamt 2007).

12 Mit der Transparenz des DRG-Systems ist es auch möglich geworden, die Leis-
13 tungen in den einzelnen Bundesländern zu erfassen und auf bundeseinheitlicher
14 Basis miteinander zu vergleichen. Der Case Mix Index (CMI) setzt die Summe der
15 Bewertungsrelationen nach dem DRG-Katalog (Case Mix) in Verbindung zu den
16 Fällen ($CMI = \text{Case Mix} / \text{Fälle}$). Der landesbezogene CMI beschreibt somit die
17 mittlere Fallschwere eines Landes. Ein hoher CMI bedeutet, dass im jeweiligen
18 Bundesland ein hoher Anteil von Fällen mit hoher Bewertungsrelation behandelt
19 wurde. Ein niedriger CMI errechnet sich, wenn der Anteil von Fällen mit niedriger
20 Bewertungsrelation nach dem DRG-Katalog größer ist.

21 Zwischen den Bundesländern schwankte der CMI im Jahr 2006 zwischen 0,933
22 in Rheinland-Pfalz und 1,199 in Hamburg (Tabelle 1–3). Da es unwahrscheinlich
23 ist, dass der Schweregrad der Fälle in den jeweiligen Ländern die Hauptursache
24 der Abweichungen ist, liegt nahe, dass auch die unterschiedlichen Krankenhaus-
25 strukturen in den Ländern einen bedeutenden Einfluss haben. In Rheinland-Pfalz,
26 Bayern oder Baden-Württemberg ist der niedrige CMI unter anderem durch den
27 hohen Anteil der belegärztlichen Versorgung in diesen Ländern zu erklären. In den
28 Ausgaben für den Krankenhausbereich und auch in den Bewertungsrelationen für
29 Belegfallpauschalen sind die Vergütungen für den Belegarzt nicht enthalten, da die-
30 se aus den Gesamtvergütungen des vertragsärztlichen Bereichs gezahlt werden. Die
31 Fälle werden jedoch bei der Ermittlung des CMI voll gezahlt. Dadurch ist dieser
32 dementsprechend niedrig (Divisoreffekt). Die höchsten CMI-Werte in Hamburg
33 und Berlin sind vermutlich durch den hohen Anteil schwerer Fälle zu erklären, weil
34 diese Metropolen auch die Versorgung mit aufwändigen Leistungen für das ländlich
35 geprägte Umland mit übernehmen.

36 Die Landesbasisfallwerte werden seit dem Jahr 2005 jedes Jahr von den Kran-
37 kenkassenverbänden auf der Landesebene und den Krankenhausgesellschaften ver-
38 einbart bzw. von den Schiedsstellen festgelegt. Grundlage dafür sind das Aus-
39 gabenvolumen im Land und die erbrachten Leistungen nach dem DRG-Fallpau-
40 schalenkatalog. Demnach bedeutet ein hoher Landesbasisfallwert, dass im Ver-
41 gleich zu anderen Bundesländern das Landesbudget (Ausgabenvolumen) für die
42 erbrachte Leistungsmenge zu hoch ist. Vereinfacht gesagt spiegeln die Landesba-
43 sisfallwerte die Durchschnittspreise für eine Krankenhausbehandlung im jeweiligen
44 Land wider.

45 Auch wenn sich die Varianz der Landesbasisfallwerte zwischen den Ländern
46 seit dem Beginn der Konvergenzphase im Jahr 2005 bis zum Jahr 2007 verringert
47 hat, gibt es noch große Unterschiede. Für das Jahr 2007 gilt in Schleswig-Holstein

Tabelle 1–3

Länderunterschiede beim Case Mix Index (CMI) und Landesbasisfallwert (mit Kappung und Ausgleichen)

Bundesländer	Case Mix Index (CMI) im Jahr 2006	Landesbasisfallwerte	
		im Jahr 2006	im Jahr 2007
Rheinland-Pfalz	0,933	2 956,53 €	2 956,53 €
Mecklenburg-Vorpommern	0,953	2 625,00 €	2 664,00 €
Bremen	0,966	2 849,57 €	2 849,57 €
Nordrhein-Westfalen	0,967	2 687,23 €	2 687,99 €
Saarland	0,969	2 902,82 €	2 934,05 €
Hessen	0,984	2 786,58 €	2 775,92 €
Baden-Württemberg	0,985	2 814,85 €	2 805,70 €
Bayern	0,996	2 737,07 €	2 787,19 €
Brandenburg	1,000	2 642,56 €	2 719,27 €
Niedersachsen	1,017	2 756,03 €	2 766,58 €
Sachsen	1,026	2 711,18 €	2 736,63 €
Schleswig-Holstein	1,029	2 653,10 €	2 666,00 €
Sachsen-Anhalt	1,037	2 730,00 €	2 750,00 €
Thüringen	1,062	2 722,50 €	2 731,00 €
Berlin	1,078	2 955,00 €	2 930,00 €
Hamburg	1,199	2 847,39 €	2 830,00 €

Quellen: Landesbasisfallwerte: <http://www.aok-gesundheitspartner.de/bundesverband/krankenhaus/-budgetverhandlung/landesbasisfallwert/>; die CMI-Angaben wurden vorab vom WIdO übermittelt und finden sich am Ende des Krankenhaus-Reports im Krankenhaus-Directory.

Krankenhaus-Report 2007

WIdO

mit 2.666,00 Euro (mit Kappung und Ausgleichen) ein fast 300 Euro niedrigerer Wert als in Rheinland-Pfalz, wo der Basisfallwert für 2007 bei 2.956,53 Euro liegt (Tabelle 1–3).

Diese Unterschiede sind zum einen historisch bedingt. Die mit dem neuen DRG-System einhergehende Transparenz hat die zwischen den Ländern bestehenden Unterschiede bei den Ausgaben der Krankenkassen für die Krankenhausversorgung im Land sichtbarer als bisher gemacht. Ursache der abweichenden Krankenhausaussgaben ist vermutlich auch die unterschiedliche Finanzkraft der Krankenkassen in den Ländern. Zum anderen verläuft die Verhandlungs- und Vereinbarungspraxis zur Festlegung des Landesbasisfallwerts trotz der bundesweiten Vorgaben des Krankenhausentgeltgesetzes sehr unterschiedlich. In einigen Ländern gehen die Werte direkt auf die Budget- und Leistungsdaten der Krankenhäuser zurück, in anderen Ländern sind die Basisfallwerte stärker das Ergebnis von Verhandlungen der Verbände von Krankenkassen und Krankenhäusern. Faktoren, die die vorliegenden Unterschiede konkret erklären können, sind bislang nicht bekannt. Ansatzpunkte bieten z. B. die bei einem hohen Anteil von öffentlichen Krankenhäusern in einem Land stärker ins Gewicht fallenden hohen Zahlungsverpflichtungen für die Zusatz-

versorgung (z.B. Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder, VBL). Einige Länder vermuten auch, dass Unterschiede in den Versorgungsstrukturen einen Einfluss haben. Theoretisch müssten diese bei einem ausdifferenzierten DRG-System jedoch neutralisiert werden und dürften den Landesbasisfallwert nicht maßgeblich verändern. Die Gesundheitsministerkonferenz hat die Fachebene der Länder im März 2007 beauftragt zu analysieren, warum die Werte in den Ländern so unterschiedlich sind. Ob wegen der bestehenden Unterschiede der Landesbasisfallwerte nach Abschluss der Konvergenzphase im Jahr 2009 ein Bundesbasisfallwert eingeführt werden soll, wird im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zur Ausgestaltung der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 zu entscheiden sein.

Wichtig für die Diskussion der Länderunterschiede ist, dass es in einem ausdifferenzierten DRG-System keinen inhaltlichen oder mathematischen Zusammenhang zwischen CMI und Landesbasisfallwert gibt. Das heißt, ein niedriger CMI ist keine Erklärung für einen hohen Landesbasisfallwert und umgekehrt.

Qualitätssicherung

Zur Verhinderung ungewollter, negativer Effekte durch die Einführung des diagnosebezogenen Fallpauschalensystems hat der Gesetzgeber zeitgleich zur DRG-Einführung auch die Maßnahmen zur *Qualitätssicherung* gestärkt. Dazu gehören vor allem die strukturierten Qualitätsberichte, die erstmals im Jahr 2005 für das Jahr 2004 veröffentlicht wurden (§ 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V). Für die nächste Veröffentlichung im Jahr 2007 hat der Gemeinsame Bundesausschuss wichtige neue Vorgaben zur Übersichtlichkeit und Verständlichkeit, zur maschinenlesbaren und damit besser auswertbaren Form (siehe auch Änderungen des § 137 Abs. 3 Nr. 4 SGB V durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz) sowie zur Aufnahme von Indikatoren der externen Qualitätssicherung beschlossen.

Darüber hinaus soll auch der mit dem Fallpauschalengesetz eingeführte Mindestmengenkatalog für planbare Leistungen (§ 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 SGB V) zu einer Kontrolle und Verbesserung der Qualität beitragen. So können seit 2004 Krankenhäuser von der Leistungserbringung ausgeschlossen werden, wenn die von den Selbstverwaltungspartnern auf der Bundesebene (DKG, GKV, PKV) vereinbarten Mindestmengen von einzelnen Krankenhäusern nicht erfüllt werden. Es gibt jedoch Hinweise, dass Krankenhäuser sich aus Erlös- und Wettbewerbsgründen auf bestimmte Leistungen konzentrieren. Oft wird die Indikationsstellung ausgeweitet, nur um die vorgegebene Mindestmenge (z.B. bei Knie-TEPs) zu erreichen. Für Patientinnen und Patienten besteht angesichts der zunehmenden Spezialisierung dennoch grundsätzlich die Chance, von einer Qualitätsverbesserung zu profitieren.

Abrechnung

Die *Abrechnung* nach dem DRG-System hat in Deutschland von Beginn an gut funktioniert. Das vor der Einführung von manchen prognostizierte Abrechnungschaos ist ausgeblieben. Hierzu haben auch die Krankenkassen einen wichtigen Beitrag geleistet. Da im DRG-System für jeden Krankenhausaufenthalt eine Fallpauschale abgerechnet werden kann, besteht grundsätzlich der Fehlanreiz, dass eine Behandlung aus Abrechnungsgründen auf mehrere Krankenhausaufenthalte verteilt wird. Um ein solches Fallsplitting zu verhindern, hat das Bundesgesundheitsministerium bereits im Rahmen der Ersatzvornahme zu den Abrechnungsbestimmun-

gen für das Jahr 2004 eine Wiederaufnahmeregelung vorgegeben (Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung 2003). Danach sind mehrere Krankenhausaufenthalte unter bestimmten Voraussetzungen abrechnungstechnisch zu einem Aufenthalt zusammenzuführen. Diese Regelung wurde von den Selbstverwaltungspartnern in deren Fallpauschalenvereinbarungen übernommen und grundsätzlich bis heute beibehalten. Auch die Wiederaufnahmeregelung hat dazu beigetragen, dass es seit der DRG-Einführung nicht zu einem Fallzahlenanstieg gekommen ist.

Um die Richtigkeit der DRG-Abrechnung umfassender überprüfen zu können, wurde den Krankenkassen mit dem Fallpauschalengesetz vom April 2002 die Möglichkeit eingeräumt, neben verdachtsabhängigen Einzelfallprüfungen (§ 275 Abs. 1c SGB V) auch verdachtsunabhängige Stichprobenprüfungen (§ 17c KHG) durchzuführen. Diese kollektiv für die Krankenkassen bestehende Möglichkeit wurde bisher kaum in Anspruch genommen. Vielmehr nutzen die Krankenkassen angesichts des hierbei kassenindividuell entstehenden Vorteils von direkten Ausgabenminderungen regelmäßig und z. T. sehr umfassend die Einzelfallprüfungen. Hier muss insbesondere von einigen Krankenkassen mit mehr Augenmaß vorgegangen werden, um die Krankenhäuser nicht mit unangemessener Bürokratie zu belasten.

Begleitforschung

Auch wenn die Aussagekraft der bislang vorliegenden Kennzahlen begrenzt ist, weil sie lediglich über das erste Jahr der Konvergenz Auskunft geben, kann ein erstes gesundheitspolitisch relevantes Ergebnis festgehalten werden: Das DRG-System wirkt. Die Krankenhausversorgung entwickelt sich – soweit erkennbar – grundsätzlich in die mit der DRG-Einführung gewollte Richtung zu mehr Wirtschaftlichkeit.

Zweifelsohne ist jedoch die gesetzlich vorgesehene und von den Selbstverwaltungspartnern durchzuführende *Begleitforschung* zu den Auswirkungen der DRG-Einführung von hoher Relevanz. Erste Ergebnisse wären 2005 zu veröffentlichen gewesen, liegen jedoch bis heute faktisch nicht vor – die jährliche Aufbereitung der § 21er Daten durch das InEK erfüllt die gesetzliche Zielsetzung nicht. Hier besteht aus gesundheitspolitischer Sicht dringender Handlungsbedarf. Dies unterstreichen auch einzelne Studien, die auf mehr oder minder breiter Datenbasis erste, z. T. noch zu erhärtende Hinweise auf ggf. kritische Tendenzen der DRG-Einführung geben (Hausner et al. 2005; Klink 2007; Manzeschke 2006; Vogd 2006a, 2006b; von Eiff et al. 2007a, 2007b). Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat die zügige Durchführung der Begleitforschung bei den Selbstverwaltungspartnern mehrfach angemahnt. Um kurzfristig Einschätzungen zu den Auswirkungen des DRG-Systems zu erhalten, hat das BMG einen eigenen Fragebogen erarbeitet und sowohl die Selbstverwaltungspartner als auch weitere maßgebliche Beteiligte bis Mai 2007 um Beantwortung gebeten (Rau 2007). Zusammenfassend kann anhand der Antworten eine insgesamt hohe Akzeptanz und Zufriedenheit mit dem entwickelten DRG-System festgestellt werden. Allerdings werden die – um der Sachgerechtigkeit der Abbildung willen – erreichte Komplexität des Systems und der Abrechnungsregeln sowie der damit einhergehende stärkere Dokumentationsaufwand kritisch bewertet. Die Ergebnisse der Umfrage können und sollen jedoch die durch die Selbstverwaltungspartner durchzuführende gesetzliche Begleitforschung nicht ersetzen.

1.1.2.2 Weiterentwicklung des DRG-Systems

Grundlage für die DRG-Einführung im Jahr 2003 war der australische DRG-Katalog, für den anhand von Ist-Kostendaten deutscher Krankenhäuser die entsprechenden Bewertungsrelationen kalkuliert wurden. Dieser erste Fallpauschalen-Katalog beinhaltete insgesamt 664 DRG-Fallpauschalen und noch keine Zusatzentgelte. Inzwischen konnte dieser Katalog erfolgreich zu einem eigenständigen deutschen Fallpauschalensystem weiterentwickelt werden. Die Sachgerechtigkeit der Abbildung und die Leistungsorientierung der Vergütung wurden kontinuierlich verbessert. Grundsätzlich konnte mit den bisherigen DRG-Katalogen von Jahr zu Jahr eine bessere Differenzierung der Bewertungsrelationen zwischen einfachen und teuren Leistungen erzielt werden. Damit wurde insbesondere eine bessere und sachgerechtere Vergütung der Hochleistungsmedizin erreicht. Der noch zu Beginn der DRG-Einführung bestehende Kompressionseffekt, durch den teure Leistungen im Fallpauschalen-Katalog unterbewertet und einfache Leistungen überbewertet waren, konnte nachhaltig vermindert werden. Einen wichtigen Beitrag hierzu leisten die vom DRG-Institut sukzessive erhöhten Anforderungen an die Kalkulationsqualität sowie die ebenfalls verbesserten Plausibilitätsprüfungen. Mit Hilfe deutscher Besonderheiten, wie z. B. den Zusatzentgelten für patientenindividuell sehr unterschiedlich teure Medikamentenaufwände in der Chemotherapie, Prozedurenschlüsseln für besonders anspruchsvolle Komplexleistungen und DRGs für Mehrfacheingriffe, konnte eine leistungsorientierte Finanzierung weitgehend umgesetzt werden. Nach vier Überarbeitungsschritten hat die deutsche DRG-Klassifikation eine Spitzenposition im internationalen Vergleich erreicht und wurde bereits von anderen Ländern übernommen.

Bis zum Katalog für das Jahr 2007 hat sich dadurch die Anzahl der DRG-Fallpauschalen auf 1.082 erhöht. Daneben stehen mittlerweile 105 Zusatzentgelte – überwiegend für teure Medikamente und Medizinprodukte – zur Verfügung, die zusätzlich zu den Fallpauschalen abgerechnet werden können (Tabelle 1–4).

Für den teilstationären Bereich steht die DRG-Entwicklung noch am Anfang. Bis auf eine teilstationäre DRG (Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre ohne Peritonealdialyse) wurden bisher keine kalkulierten DRG-Fallpauschalen in den DRG-Katalog aufgenommen. Ursächlich hierfür waren Probleme bei der Fallabgrenzung (Definition) und der Kalkulation sowie die Abgrenzung zur ambulanten Leistung.

Es wurde ein leistungsfähiges Verfahren zur Pflege und Weiterentwicklung des DRG-Systems unter konstruktiver Beteiligung der relevanten Akteure etabliert. Das DRG-Institut führt als Arbeitseinheit der Selbstverwaltungspartner die erforderlichen Arbeiten durch. Das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und

Tabelle 1–4

Entwicklung der Anzahl der DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelte von 2003 bis 2007

	2003	2004	2005	2006	2007
DRG-Fallpauschalen	664	824	878	954	1 082
Zusatzentgelte	0	26	71	82	105

Information (DIMDI) bearbeitet die für die DRG-Einstufung wichtigen Diagnosen- und Prozedurenklassifikationen ICD und OPS.

Für eine kontinuierliche Verbesserung des DRG-Systems war außerdem von großer Bedeutung,

- dass sich die medizinischen Fachgesellschaften und die sonstigen Betroffenen an dem „strukturierten Dialog“ mit dem DRG-Institut beteiligt haben, indem sie Vorschläge zur Verbesserung der DRG-Fallpauschalen eingereicht haben und
- dass sich zum Beispiel im Jahr 2006 263 Krankenhäuser (nach Bereinigung: 225 Krankenhäuser) freiwillig an der Kalkulation des DRG-Systems beteiligt und insgesamt über 4,2 Mio. differenzierte Kalkulationsdaten an das DRG-Institut geliefert haben (nach Plausibilisierung 2,8 Mio Datensätze) (InEK 2006).

1.1.3. Beteiligung der Akteure

Bereits bei der Weiterentwicklung des mit der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) im Jahr 1995 eingeführten Fallpauschalenkatalogs, der auf ausgewählte operative Leistungen begrenzt war, und bei der Ergänzung des Katalogs von Sonderentgelten hatte sich gezeigt, dass die damit beauftragten Selbstverwaltungspartner aufgrund von Interessenkonflikten kaum in der Lage waren, diesen weiterzuentwickeln. Gleichwohl hat der Gesetzgeber mit der Einführung und Weiterentwicklung des DRG-Fallpauschalensystems erneut die Selbstverwaltungspartner beauftragt. Diese entschieden sich am 27. Juni 2000 für das australische AR-DRG-System als Ausgangsbasis für die DRG-Einführung in der Bundesrepublik Deutschland. Aufgrund unterschiedlicher Interessen wurde zunächst eine Begrenzung des Systems auf 800 Fallpauschalen vereinbart, die sich jedoch im weiteren Verlauf als nicht zweckmäßig erwies. Die Selbstverwaltungspartner schufen in der Folgezeit die Voraussetzungen für die Einführung der DRG. Sie ließen den australischen Katalog übersetzen, vereinbarten die ersten deutschen Kodierrichtlinien und ließen den Fallpauschalen die deutsche Fassung der ICD-Diagnosenklassifikation und der OPS-Prozedurenklassifikation zuordnen. Zudem veranlassten sie die Erarbeitung eines Kalkulationshandbuchs.

Gleichwohl war es ihnen wegen grundlegender Interessenkonflikte zunächst nicht möglich, die für den Erfolg wichtigen Entscheidungen selbst zu treffen. So konnten sie sich bei der erstmaligen Kalkulation der DRGs für das Jahr 2003 nicht auf die Vergabe des Kalkulationsauftrags und die Abrechnungsregeln einigen. Entsprechend der gesetzlichen Vorgaben in § 17b Abs. 7 KHG nahm das BMG eine Ersatzvornahme durch Rechtsverordnung vor. Eine Ersatzvornahme war ebenfalls für das Jahr 2004 erforderlich, bei der auch die Abrechnungsregeln weiterentwickelt wurden; erstmals führte das neu eingerichtete DRG-Institut der Selbstverwaltungspartner die Kalkulation durch. Seit dem Jahr 2005 wurden die jeweiligen Fallpauschalenkataloge von den Selbstverwaltungspartnern selbst vereinbart. Wesentliche Voraussetzung dafür war, dass man sich bei der Festlegung von Details zurückhielt und stattdessen dem DRG-Institut einen Generalauftrag zur Weiterentwicklung der Entgeltkataloge erteilte.

Angesichts des durch die Ersatzvornahmen geschaffenen Grundbestands an Abrechnungsregeln und Vorgaben für die Bestimmung besonderer Einrichtungen so

1 wie aufgrund des Konfliktlösungsmechanismus der Ersatzvornahme durch das
 2 BMG hat inzwischen die Einigungsfähigkeit der Selbstverwaltungspartner zuge-
 3 nommen. Gleichwohl bestehen weiterhin Interessenkonflikte, welche die Unters-
 4 suchungen oder Lösungen in Detailfragen und insbesondere die Klärung und Gestal-
 5 tung neuer Themen verhindern. Dies gilt z. B. für die Vereinbarung von Zu- und
 6 Abschlägen für die Notfallversorgung, die Frage einer gesonderten Finanzierung
 7 des mit der Weiterbildung von Ärzten verbundenen Mehraufwands und die Kal-
 8 kulation von Richtwerten für die Finanzierung von Ausbildungsstätten. Ungeklärte
 9 Fragen, die auf der Bundesebene nicht gelöst werden, führen häufig auf der Orts-
 10 ebene zu aufwändigen Auseinandersetzungen.

11 12 13 **1.2 Zielsetzungen für die Krankenhausfinanzierung** 14 **ab 2009** 15 16

17 Die ordnungspolitischen Rahmenbedingungen für die Krankenhausfinanzierung ab
 18 dem Jahr 2009, also nach dem Abschluss der Konvergenzphase, sind durch ein
 19 gesondertes Gesetzgebungsverfahren neu vorzugeben. Dabei sind die mit der Ein-
 20 führung des DRG-Vergütungssystems bereits erreichten Zielsetzungen fortzuführen.
 21 Die Wirtschaftlichkeit im einzelnen Krankenhaus und im Krankenhausbereich
 22 insgesamt ist weiter zu verbessern. Die Qualität der Leistungen ist abzusichern,
 23 auch durch verbesserte Information der Patienten über Qualitätsunterschiede von
 24 Krankenhäusern.

25 Im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens werden voraussichtlich folgende The-
 26 men diskutiert:

- 27 • die künftige Rolle der Krankenhausplanung der Länder vor dem Hintergrund
 28 bestehender Überkapazitäten in den Ballungsgebieten und des verschärften
 29 Wettbewerbs der Krankenhäuser untereinander sowie die Frage des Marktzu-
 30 gangs,
- 31 • die Frage, ob die Investitionen der Krankenhäuser künftig nicht mehr durch di-
 32 rekte Fördermittelzahlungen der Länder (duale Finanzierung), sondern über die
 33 DRG-Vergütung finanziert werden sollen (monistische Finanzierung),
- 34 • die Frage, ob es künftig neben einem Qualitätswettbewerb der Krankenhäuser
 35 auch einen Preiswettbewerb geben soll und wie dieser organisiert werden kann,
- 36 • die Frage, ob die unterschiedlich hohen Landesbasisfallwerte schrittweise an
 37 einen einheitlichen Bundesbasisfallwert angeglichen werden sollen mit dem
 38 Ziel „gleiche Preise für gleiche Leistungen“.

39
40 Die Länder haben auf der Sonderkonferenz der Gesundheitsminister am 8. März
 41 2007 deutlich gemacht, dass die Gewährleistung der Krankenhausversorgung staat-
 42 liche Länderaufgabe ist und durch Ländergesetze geregelt wird. Konsens ist, dass
 43 die einzelnen Länder die Detailtiefe der Planung in eigener Zuständigkeit zugunsten
 44 einer Rahmenplanung zurückführen können.

45 Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) hat ein konservatives Konzept
 46 vorgelegt, bei dem das bisherige Recht weitgehend unverändert bleiben soll (DKG
 47 2007). Die Krankenhausplanung soll wie bisher durchgeführt werden, ein Übergang

zu einer Finanzierung der Investitionskosten über die Entgelte (monistische Finanzierung) soll nur bei ausreichender Mittelausstattung und Abbau des eingetretenen Investitionsstaus erfolgen. Der Wettbewerb der Krankenhäuser soll über die Qualität der Leistungen, nicht über die Preise stattfinden. Alle Krankenhausverbände (DKG, BDPK und VKD) fordern weiterhin Landesbasisfallwerte als Einheitspreise.

Die Krankenkassenseite vertritt unterschiedliche Auffassungen. Der Verband der Angestelltenkrankenkassen (VdAK) und der Verband der privaten Krankenversicherung (PKV) wollen grundsätzlich weiterhin gemeinsam mit dem einzelnen Krankenhaus verhandeln; Ausnahmen soll es für bestimmte, auf Bundesebene festgelegte Leistungskomplexe geben. Ein Bundesbasisfallwert soll die Funktion eines Richtwerts für die Vereinbarung von Landesbasisfallwerten übernehmen. Demgegenüber spricht sich die AOK – und in der Grundtendenz auch einzelne Ersatzkassen – dafür aus, das gemeinsame Verhandeln der Krankenkassen auf die Notfallversorgung zu begrenzen. Die übrigen, elektiven Leistungen sollen von der einzelnen Krankenkasse selektiv mit einzelnen Krankenhäusern vereinbart werden; dafür ist die Krankenhausplanung auf eine regionale Rahmenplanung umzustellen (Leber et al. 2007). Alle Krankenkassen sprechen sich für Höchstpreise und somit für Rabattverhandlungen aus.

Das BMG hat die Diskussion um die Weiterentwicklung des DRG-Vergütungssystems Anfang Juni 2007 mit einem Diskussionsentwurf für Eckpunkte zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung eröffnet (vgl. z. B. gid 2007; Tuschen et al. 2007). Darin wird vorgeschlagen, dass den einzelnen Krankenkassen die Möglichkeit eröffnet wird, bei geeigneten planbaren und hochstandardisierten Leistungen Einzelverträge mit einem Krankenhaus zu schließen (selektives Kontrahieren). Diese Leistungen sollen in einem gesonderten Katalog auf Bundesebene gesetzlich vorgegeben und von den Selbstverwaltungspartnern weiterentwickelt werden. Die Einzelverträge regeln Qualität und Preis der Leistungen. Der Landesbasisfallwert kann unterschritten werden (Höchstpreissystem). Das einzelne Krankenhaus und die einzelne Krankenkasse entscheiden eigenständig, ob sie eine derartige Vereinbarung treffen (nicht schiedsstellenfähig). Soweit Krankenhäuser von der Möglichkeit des selektiven Kontrahierens keinen Gebrauch machen, werden die Leistungen zum Landesbasisfallwert vergütet. Für alle nicht in dem Katalog erfassten Leistungen wie die Notfallversorgung und für nicht planbare Leistungen sollen die Krankenkassen weiterhin gemeinsam und einheitlich ein Erlösbudget mit prospektiven Mengenvereinbarungen verhandeln. Patientinnen und Patienten sollen bei der Auswahl eines Krankenhauses grundsätzlich weiterhin Wahlfreiheit haben. Die Möglichkeit der Krankenkassen, Patienten durch Informationen und Anreize zur Wahl bestimmter Krankenhäuser zu bewegen, sollen gestärkt werden, auch durch verbesserte krankenhausbegleitende Informationen über die Ergebnisqualität der Leistungen. Zudem wird vorgeschlagen, in einer Konvergenzphase von zehn Jahren die Landesbasisfallwerte durch einen Bundesbasisfallwert zu ersetzen. Unter Anerkennung der verfassungsrechtlich verankerten Verantwortung der Länder, die Krankenhausversorgung sicherzustellen, wird gefordert, dass diese ihre Krankenhausplanung sektorübergreifend als integrierte Versorgungsplanung ausgestalten. Dabei sollte eine zu detaillierte Planungs- und Regulierungstiefe zurückgeführt werden in Richtung auf eine an Kenndaten ausgegerichtete Rahmenplanung. Die Zulassung aller Plankrankenhäuser zur Leistungser-

1 bringung in der gesetzlichen Krankenversicherung bleibt unberührt. Allerdings
2 wird – wie dargelegt – die Pflicht zur Durchführung von Budgetverhandlungen mit
3 allen Plankrankenhäusern für die katalogisierten planbaren und hochstandardisier-
4 ten Leistungen aufgehoben. Bei diesen Leistungen werden Verhandlungen nur noch
5 mit bestimmten Krankenhäusern (Vertragskrankenhäuser) geführt. Gleichwohl
6 werden diese Leistungen zum Landesbasisfallwert abgerechnet, wenn Versicherte
7 einer Krankenkasse diese Leistungen in Nicht-Vertragskrankenhäusern in An-
8 spruch nehmen. Die Versorgungssicherheit bleibt so trotz des gestärkten Wettbe-
9 werbs gewahrt. Darüber hinaus wird vorgeschlagen, die Investitionsfinanzierung
10 ab dem Jahr 2009 in einem Übergangszeitraum von zehn bis fünfzehn Jahren in
11 eine monistische Finanzierung zu überführen. Über die DRG-Fallpauschalen sollen
12 die Krankenhäuser auf betriebswirtschaftlicher Grundlage bundeseinheitliche In-
13 vestitionspauschalen erhalten. Die mit der Einführung der monistischen Finanze-
14 rung verbundene finanzielle Entlastung der Länder muss durch eine Kompensation
15 ausgeglichen werden.

16 Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheits-
17 wesen schlägt in seinem Gutachten vom 3. Juli 2007 vor, das DRG-System zunächst
18 als Festpreissystem (Einheitspreise) mit einem einheitlichen Landesbasisfallwert
19 weiterzuentwickeln. Für bestimmte elektive Leistungen aus dem Bereich der Ba-
20 sisversorgung sollen individuelle Rabattverhandlungen zwischen einzelnen Kran-
21 kenkassen und Krankenhäusern zugelassen werden (selektives Kontrahieren, parti-
22 tielle Höchstpreislösung). Krankenkassen sollten ihren Patienten entsprechende
23 Wahltarife anbieten können. Die Krankenhausplanung sollte auf eine Rahmenpla-
24 nung zurückgeführt werden, bei der die Länder die Versorgungsstrukturen beob-
25 achten (Monitoring) und die Versorgung im Falle festgestellter oder drohender Un-
26 terversorgung regulieren. Die Investitionsfinanzierung sollte auf eine monistische
27 Finanzierung über die DRG-Fallpauschalen umgestellt werden. Dabei sollten die
28 Investitionskostenzuschläge zweckgebunden sein, insbesondere jedoch nicht für
29 Defizitdeckungen und Übernahmen anderer Krankenhäuser verwendet werden kön-
30 nen (SVR 2007).

31 32 33 34 **1.3 Fazit und Ausblick** 35

36 Die Phase der Einführung des DRG-Vergütungssystems ist insgesamt positiv ver-
37 laufen. Es gilt in der noch verbliebenen Konvergenzphase bis zum 1. Januar 2009
38 den DRG-Fallpauschalenkatalog, die ergänzenden Zusatzentgelte sowie die Zu-
39 und Abschläge so zu gestalten, dass auch komplexe und aufwändige Leistungen
40 sowie Leistungen für Patienten mit extremen Kostenverläufen (sog. Kostenaus-
41 reißer) noch sachgerechter vergütet werden. Es ist Aufgabe der Politik, mit einer
42 Weiterentwicklung des Krankenhausfinanzierungsrechts den ordnungspolitischen
43 Rahmen für die Finanzierung der Krankenhäuser ab dem Jahr 2009 so auszuge-
44 stalten, dass einerseits die Versorgung insbesondere in ländlichen Gebieten si-
45 chergestellt ist und andererseits die derzeit bereits positiv wirkenden Anreize zur
46 Intensivierung des Wettbewerbs mit dem Ziel einer Optimierung des Leistungs-
47 angebots sowie einer Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der

Leistungen gestärkt werden. Die vom BMG und auch vom Sachverständigenrat in die Diskussion eingebrachten Änderungsvorschläge erhöhen die wettbewerbliche Ausrichtung des Systems maßvoll, vermeiden jedoch radikale Änderungen. Insoweit kann die Weiterentwicklung wie bisher im Rahmen eines lernenden Systems erfolgen, bei dem Auswirkungen beobachtet und bei weiteren Entwicklungsschritten berücksichtigt werden. Um so dringlicher wird in diesem Zusammenhang die vom Gesetzgeber vorgeschriebene Begleitforschung, die Auskunft über positive oder negative Entwicklungen in der praktischen Anwendung des Systems – auch sektorenübergreifend – liefern soll.

1.4 Literatur

- AOK-Bundesverband 2007. <http://www.aok-gesundheitspartner.de/bundesverband/krankenhaus/>.
- Augursky B, Engel D, Krolop S, Schmidt C, Terkatz S. Krankenhaus Rating Report 2007. Die Spreu trennt sich vom Weizen. Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) Materialien, Heft 32, Executive Summary, Essen 2007.
- Arbeitsgemeinschaft Krankenhauswesen der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden. 3. Bericht zur Lage der Krankenhäuser in Deutschland bei Einführung der Fallpauschalen 2006, http://www.krankenhauswegweiser.bremen.de/sixcms/media.php/13/Bericht_zur%20Lage_der_Krankenhauser.pdf.
- Bundesministerium für Gesundheit. Der Weg für die größte Strukturreform im Gesundheitswesen seit knapp 30 Jahren ist frei. Pressemitteilung vom 01.03.2002.
- Bundesministerium für Gesundheit. Kabinett beschließt Gesetzentwurf für ein Fallpauschalengesetz. Leistungsgerechte Vergütung durch diagnose-orientierte Fallpauschalen verbessert Qualität, Transparenz und Wirtschaftlichkeit in der stationären Versorgung, Pressemitteilung vom 29.08.2001.
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung. Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2004 (Fallpauschalenverordnung 2004 – KFPV 2004) vom 13. Oktober 2003 (BGBl. I S. 1995).
- Coffey RM. Case Mix in the USA: Fifteen Years of DRG-Based Hospital Financing in the United States. CASEMIX Quarterly, Volume 1 Number 1, 31st March 1999.
- Deutscher Bundestag. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zur Finanzierung, Versorgungsstrukturen und Versorgungsqualität im Krankenhausbereich nach Einführung der diagnose-bezogenen Fallpauschalen (DRG), BT-Drs. 16/3918 vom 02.01.2007.
- Deutscher Bundestag. Entwurf eines Gesetzes zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz – FPG), BT-Drs. 14/6893 vom 11.09.2001; 26.
- Deutscher Bundestag. Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreform 2000), BT-Drs. 14/1977 vom 03.11.1999; 149.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG). Konzept für die Ausgestaltung des ordnungspolitischen Rahmens ab dem Jahr 2009. Berlin 2007, <http://www.dkgev.de/pdf/1633.pdf>.
- Deutsches Krankenhausinstitut e.V. (Hrsg.). Krankenhaus Barometer. Umfrage 2006, <http://dki.com.netinfo.de/PDF/Bericht%202006.pdf>.
- Deutsches Krankenhausinstitut e.V. (Hrsg.). Krankenhaus Barometer. Umfrage 2005, http://dki.com.netinfo.de/PDF/Umfrage_2005.pdf.
- Deutsches Krankenhausinstitut e.V. (Hrsg.). Krankenhaus Barometer. Umfrage 2004, http://dki.com.netinfo.de/PDF/Umfrage_2004.pdf.
- Deutsches Krankenhausinstitut e.V. (Hrsg.). Krankenhaus Barometer. Umfrage 2003, http://dki.com.netinfo.de/PDF/Umfrage_2003.pdf.

- 1 Gesundheitspolitischer Informationsdienst (gid). BMG-Eckpunkte zur Krankenhausfinanzierung kur-
 2 sieren. Nr. 19 vom 18.06.2007; 14–6.
- 3 Grabbe Y, Nolting HD, Loos S. DAK-BGW Gesundheitsreport 2005. Stationäre Krankenpflege. Ar-
 4 beitsbedingungen und Gesundheit von Pflegenden in Einrichtungen der stationären Kranken-
 5 pflege in Deutschland vor dem Hintergrund eines sich wandelnden Gesundheitswesens, Berlin
 6 2005. http://www.dak.de/content/filesopen/KrankenpflegeGesamt_110106.pdf.
- 7 Hausner E, Juchems S, Richter I, Schulze-Geiping A, Simon M, Voß K, Wiedemann R, Donath E,
 8 Bartholomeyczik S. Arbeitsstrukturen in der Pflege im Krankenhaus und die Einführung der
 9 DRGs. *Pflege & Gesellschaft*, 3/2005; 125–30.
- 10 Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK). Weiterentwicklung des G-DRG-Sys-
 11 tems für das Jahr 2007. Abschlussbericht. Siegburg 2006. <http://www.g-drug.de>.
- 12 Klinko S. Auswirkungen des DRG-Entgeltsystems auf Arbeitsbedingungen und berufliches Selbst-
 13 verständnis von Ärzten und die Versorgungsqualität in deutschen Krankenhäusern. Teil II:
 14 Detailergebnisse einer Befragung Hessischer Krankenhausärzte im Jahre 2004. Wissenschafts-
 15 zentrum Berlin für Sozialforschung, Berlin 2007. <http://skylla.wz-berlin.de/pdf/2007/i07-301.pdf>.
- 16 Leber WD, Malzahn J, Wolff J. Elektiv wird selektiv. Ein Vorschlag für einen nach Krankenhaus-
 17 leistungen differenzierenden Ordnungsrahmen ab 2009. [http://www.aok-gesundheitspartner.de/
 18 inc_ges/download/dl.php/bundesverband/krankenhaus/imperia/md/content/gesundheitspartner/
 19 bund/krankenhaus/publikationen/elektiv_wird_selektiv_23_04_2007.pdf](http://www.aok-gesundheitspartner.de/inc_ges/download/dl.php/bundesverband/krankenhaus/imperia/md/content/gesundheitspartner/bund/krankenhaus/publikationen/elektiv_wird_selektiv_23_04_2007.pdf).
- 20 Manzeschke A. „Wenn das Lächeln verloren geht“. Beobachtungen zur Profession und Ethos in den
 21 Gesundheitsberufen. *sozialersinn*, 2/2006; 251–72.
- 22 OECD Health Data 2006. Version: 26. Juni 2006.
- 23 Park M, Braun T, Carrin G, Evans D. Provider Payments and Cost-Containment. Lessons learnt
 24 from OECD countries. World Health Organization – Technical Briefs for Policy Makers, Num-
 25 ber 2/2007, Genf 2007. [http://www.who.int/health_financing/documents/pb_07_2-provider_
 26 payments.pdf](http://www.who.int/health_financing/documents/pb_07_2-provider_payments.pdf).
- 27 Rau F. Das DRG-System zwingt zu besseren Prozessen. Umfrage des BMG zeigt Akzeptanz der
 28 Entgeltform und fließt in Entwicklung der Klinikfinanzierung ein. *führen und wirtschaften im
 29 Krankenhaus (f&w)*, 4/2007; 378–379.
- 30 Rutz S. Die Einführung von Diagnosis Related Groups in Deutschland. Erste Ergebnisse. Lohmar
 31 2006.
- 32 Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR), Kooperation und
 33 Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten 2007.
- 34 Statistisches Bundesamt. Gesundheitswesen. Grunddaten der Krankenhäuser, 1995 bis 2005, Fach-
 35 serie 12. [https://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?cmspath=struk-
 36 tur,sfgsuchergebnis.csp&action=newsearch&op_EVASNr=startswith&search_EVASNr=2311](https://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?cmspath=struktur,sfgsuchergebnis.csp&action=newsearch&op_EVASNr=startswith&search_EVASNr=2311).
- 37 Statistisches Bundesamt. Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik). Fachserie
 38 12, Reihe 6.4. Wiesbaden 2007.
- 39 Tuschen KH, Braun T, Rau F. Mehr Wettbewerb, Transparenz und Qualität. In der Diskussion um
 40 die Krankenhausfinanzierung beziehen die Beteiligten Position. *führen und wirtschaften im
 41 Krankenhaus (f&w)* 4/2007; 370–5.
- 42 Vogd W. Die Organisation Krankenhaus im Wandel. Eine dokumentarische Evaluation aus Sicht
 43 der ärztlichen Akteure. Bern 2006. [zitiert als Vogd 2006a]
- 44 Vogd W. Von der Organisation Krankenhaus zum Behandlungsnetzwerk? *Berliner Journal Sozio-
 45 logie* 4/2006; 97–119. [zitiert als Vogd 2006b]
- 46 Von Eiff W, Meyer N, Klemann A, Greitemann B, Karoff M, Klemann A. Rehabilitation und Dia-
 47 gnosis Related Groups (REDIA-Studie): Auswirkungen der DRG-Einführung im Akutbereich
 auf die medizinische Rehabilitation. *Die Rehabilitation* 2/2007; 74–81. [zitiert als von Eiff et
 al. 2007a]
- Von Eiff W, Klemann A, Meyer N. REDIA-Studie II. Auswirkungen der DRG-Einführung auf die
 medizinische Rehabilitation. Reihe: Münsteraner Schriften zur Gesundheitsökonomie. Band 4,
 Berlin 2007. [zitiert als von Eiff et al. 2007b]
- Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO). Persönliche Mitteilung vom 14.05.2007.