

Das Thema Ökonomie ist auch in der Medizin ein sehr weites Feld. Selbst wenn man sich nur auf DRG-bezogene Aspekte konzentriert, ist es trotzdem Bände füllend. Ziel des nachfolgenden Kapitels ist es, einen gleichermaßen stringenten, möglichst umfassenden und dennoch sinnvoll kurzen Überblick über die einzelnen Themengebiete zu geben. Es soll hauptsächlich Denkanstöße und Richtungen vermitteln und gleichzeitig in die Lage versetzen, die ökonomischen Grundlagen medizinischen Handelns möglicherweise in einem anderen Licht zu sehen.

DAS SYSTEM DER KRANKENVERSICHERUNG IN DEUTSCHLAND – EIN EXKURS

Vereinfacht dargestellt ist man in Deutschland – per gesetzliche Verpflichtung – entweder Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung oder der privaten Krankenversicherung. Daneben gibt es noch eine zunehmend kleiner werdende Gruppe von Personen ohne Krankenversicherungsschutz. Diese beläuft sich, den Ergebnissen des Mikrozensus 2011 folgend, auf etwa 0,2 % der Gesamtbevölkerung und hat praktisch keinen weiterführenden Anspruch auf Krankenversicherung.

Solche Personen stehen vor folgenden Problemen: Es waren meist wirtschaftliche Zwänge, die den Verzicht auf eine Krankenversicherung (quasi als Sparmaßnahme) scheinbar notwendig gemacht haben. Versicherungslose haben zwar seit Einführung der so genannten ausnahmslosen Versicherungspflicht wieder die Möglichkeit einer Versicherung – dann aber sind sie gezwungen, sämtliche noch ausstehenden Beiträge nach- bzw. zurückzuzahlen. Zusätzlich zu den Beiträgen haben sie dann noch die fälligen Säumniszuschläge (seit 01.08.2013 1 %) zu tragen. Dadurch erhöht sich der (empfundene) wirtschaftliche Druck weiter. Ob es fair ist, dass die Kasse zwar die Beiträge für die nicht versicherte Zeit nachfordert, sich gleichzeitig jedoch weigert, für die nicht versicherte Zeit nachträglich Leistungen zu zahlen, muss jeder für sich selbst entscheiden.

Außerdem beschränkt sich ohne Krankenversicherungsschutz die Leistungspflicht bzw. der Leistungsanspruch für diese Personen auf die Behandlung von akuten Schmerzen und die Abwendung lebensbedrohlicher Zustände. Daraus resultiert eine gewisse medizinische Unterversorgung – besonders in Hinblick auf chronische Begleiterkrankungen. Das dürfte sicherlich nicht geeignet sein, die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit dieser Personen auf dem freien Arbeitsmarkt zu stabilisieren und wird sie kaum in die Lage versetzen, ihre wirtschaftliche Situation eigenständig zu verbessern. Der Teufelskreis ist geschlossen.

Während die verschiedenen Kassen der privaten Krankenversicherung ca. 10 % der in Deutschland krankenversicherten Patienten vertreten, sind die anderen 90 % Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Die GKV ist ein wesentlicher Eckpfeiler des deutschen Sozialversicherungssystems. Seine Wurzeln reichen weit zurück – nämlich bis in das Jahr 1883 mit der Sozialgesetzgebung Otto von Bismarcks. Durch das Reichsgesetz vom 15. Juni 1883 und seiner Novelle vom 10. April 1892 wurde dieser Teil des deutschen sozialversicherungsrechtlichen Solidarsystems eingeführt. Das „Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter“ galt zunächst nur für einige ausgewählte Gewerbebranchen und war in seiner Anwendung begrenzt auf abhängig Beschäftigte mit einem Jahreseinkommen von höchstens 2000 Reichsmark.

Ein Teil der Idee war sicherlich, die Arbeiterschaft für den Staat zu gewinnen. Allerdings ging dieser Schuss mehr als gründlich nach hinten los und trieb die avisierte Bevölkerung eher in die Arme der Sozialdemokratie. Wirft man einen kurzen Blick auf die Geldströme, kann man zumindest das Warum erahnen: Die Beiträge wurden etwa zu zwei Dritteln durch die Arbeiter selbst, zu etwa einem Drittel durch den Arbeitgeber und ergänzend durch Zuschüsse der Regierung getragen. Im Krankheitsfall erhielten die Versicherten wiederum nur Leistungen in Höhe von etwa 60 % des Lohns. Die Hauptkritik lautete also, dass man gerade den ärmeren Bevölkerungsanteilen zusätzliche Ausgaben aufzwang, von denen sie im Leistungsfall kaum Nutzen hatten. Letztlich waren 60 % eines sehr geringen Einkommens wohl kaum mehr als ein Tropfen auf den heißen Stein.

Sehr weit sind wir von dem ursprünglichen Ansatz auch heute nicht entfernt. Aus technisch-administrativer Sicht besteht derzeit in Deutschland eine gesetzliche Zwangsmemberschaft für abhängig Beschäftigte mit einem Bruttoeinkommen unterhalb einer Jahresarbeitsentgeltgrenze – wenngleich Letztere auch von Jahr zu Jahr flexibel gehandhabt wird. Privatkrankenversichern können sich also nur Menschen mit einem über dieser so genannten „Beitragsbemessungsgrenze“ liegenden Einkommen (2016 sind das 50.850 Euro) oder bestimmte Gruppen wie Beamte. Die gesetzliche Krankenversicherung wird über das Sozialgesetzbuch Bd. 5 (SGB V) geregelt, welches formal auf die private Krankenversicherung keine Anwendung findet. Eine Vielzahl weiterer Gesetze existiert für die Teilaspekte des deutschen Gesundheitswesens.

GESUNDHEITSPOLITISCHE UND GESETZLICHE RAHMENBEDINGUNGEN – EIN EXKURS

Mittlerweile findet man für alles – so auch Gesetze – sehr gute, ausführliche und zuverlässige Quellen im Internet. Daher sei dem Leser an dieser Stelle die sicherlich ermüdende, detailgetreue Auseinandersetzung mit den einzelnen Gesetzen des deutschen Sozialversicherungsrechts erspart. Alle relevanten Aspekte, die die GKV betreffen, finden sich im SGB V. Es ist daher empfehlenswert, sich zum Beispiel auf der offiziellen Seite des Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz (www.gesetze-im-internet.de) oder aber der Seite Sozialgesetzbuch.de umzusehen.

Zunächst regelte ab 1914 die so genannte Reichsversicherungsordnung (RVO) die deutsche Sozialversicherung. Erst ab dem Jahre 1976 traten sukzessive die so genannten Sozialgesetzbücher (SGB) an ihre Stelle. Das SGB V ersetzte erst 1989 die entsprechenden Anteile des zweiten Buchs der RVO. Dabei gehört das SGB V sicherlich zu den am häufigsten geänderten Gesetzen Deutschlands. Eine sehr gute und detailtiefe Übersicht über die einzelnen Änderungen, deren Ziele und Inhalte und vor allem auch die jeweiligen Konsequenzen für die einzelnen Partner bzw. Aspekte des Gesundheitswesens (Versicherte, Ärzte, Krankenhäuser, Krankenkassen, Finanzierung etc.) finden sich auf der Seite des AOK-Bundesverbandes (AOK-Bundesverband 2016). Viele dieser Gesetze regelten die Beziehungen der einzelnen Akteure des Gesundheitswesens zueinander neu bzw. anders. Einige aber führten zu tief greifenden Veränderungen des Gesundheitswesens – ein gutes Beispiel hierfür ist das Krankenhaus-Entgeltgesetz aus dem Jahre 2003, das die DRG einführt. Die meisten Gesetze hatten eine Senkung oder mindestens Stabilisierung der Beitragssätze zur Krankenversicherung als explizites oder implizites Ziel; einige trugen dies sogar im Namen, wie zum Beispiel das Beitragssatzsicherungsgesetz aus dem Jahre 2003.

Den Erfolg dieser Bemühungen kann man wohlwollend als mäßig bezeichnen. Bei Einführung des Gesundheitsreformgesetzes im Jahre 1989 lag der durchschnittliche Beitragssatz zur gesetzlichen Krankenversicherung bei 12,9 %. Historisch wurden dabei die Beiträge je zur Hälfte von Arbeitgeber und Arbeitnehmer getragen. Zwar gab es in einzelnen Jahren eine gewisse Senkung des durchschnittlichen Beitragssatzes (z. B. Anfang 2005 von 14,3 % auf 13,8 %) – im Wesentlichen jedoch stieg der Beitragssatz kontinuierlich. Ab Mitte 2005 griff der deutsche Gesetzgeber auf die „Erfolge“ der bismarckschen Sozialgesetzgebung zurück und verteilte die Beitragslast erneut asymmetrisch, steigerte also den Arbeitnehmeranteil auf über 50 %. Dies wurde 2015 scheinbar beendet. Seither sind die Beitragssätze erneut paritätisch zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern verteilt und auch der Beitragssatz ist von 15,5 % auf 14,6 % zurückgegangen. Jedoch sollte man bedenken, dass die Krankenkassen einen Zusatzbeitrag zum allgemeinen Beitragssatz erheben können (wovon sie durchaus Gebrauch machen), welcher allein vom Arbeitnehmer getragen wird. Die Zusatzbeiträge schwankten 2016 zwischen 0,0 und 1,5 %, eine Übersicht findet sich unter <http://www.krankenkasseninfo.de/krankenkassen/zusatzbeitrag-2016/>.

Eine wesentliche Besonderheit der Krankenversicherung innerhalb der GKV liegt in dem Dreiecksverhältnis zwischen Versichertem, Krankenkasse und Leistungserbringer sowohl bei den Leistungen als

auch bei den Entgeltflüssen. Der Versicherte zahlt die Beiträge an die einzelne Krankenkasse und erwirbt damit dieser gegenüber einen Leistungsanspruch. Die Krankenkasse wiederum tritt an die jeweiligen Leistungserbringer im Gesundheitswesen heran und erwirbt einen Leistungsanspruch gegen Entgeltzahlung. In welcher Form (pauschaliert, individuell, kumulativ, gedeckelt etc.) dieser Leistungsanspruch ausgeglichen wird, soll an dieser Stelle nicht weiter interessieren. Das heißt: Die jeweiligen Leistungserbringer erbringen ihre Leistung nicht gegenüber demjenigen, der diesen Leistungsanspruch unmittelbar erwirbt, während derjenige, der die Leistung in Anspruch nimmt, nicht in die Vergütungsentscheidungen eingebunden ist. In der Realität aber steht der Patient vor seinem behandelnden Arzt, gleichermaßen mit seiner Erkrankung wie mit seinem Leistungsanspruch (oft im doppelten Sinne).

Eine wichtige Spannungsquelle liegt dabei im § 12 SGB V, dem so genannten Wirtschaftlichkeitsgebot. Dort steht im Abs. 1 wörtlich: „Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.“ Übersetzt bedeutet das, dass ein gesetzlich Krankenversicherter eben nicht das Anrecht auf die jeweils neueste, beste oder sonst wie optimale Therapie hat. In der täglichen Praxis aber formuliert der Patient seinen Leistungsanspruch allerdings nicht gegenüber der Stelle, an der er ihn erworben hat (Krankenversicherung), sondern gegenüber dem Leistungserbringer. Der Leistungserbringer jedoch kann seinen Ausgleichsanspruch aufgrund dieses Dreiecksverhältnisses nicht dem Empfänger gegenüber geltend machen. Eine wichtige Aufgabe der Solidargemeinschaft liegt also darin, den Konsens darüber, auf welche Leistungen ein Anspruch besteht, in gleicher Form und gleichen Inhalts an allen drei Seiten des Dreiecks zu formulieren.

Auch die Finanzierung der deutschen Krankenhäuser wandelte sich im Laufe der Zeit. Bis 1936 existierte die so genannte freie Krankenhausfinanzierung. Zwischen 1936 und der Einführung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) im Jahr 1972 erfolgte die Krankenhausfinanzierung monistisch, d. h. allein durch den Staat. Das KHG änderte dies auf eine duale Krankenhausfinanzierung. Das bedeutet, dass die krankenhausbezogenen Investitionskosten durch die Bundesländer gemäß Krankenhausplan getragen werden. Die Betriebskosten – die so genannten pflegesatzfähigen Kosten – tragen die Krankenversicherungen. Faktisch sind wir heute, nicht zuletzt durch den Investitionsstau der Länder, bei einer trialen Krankenhausfinanzierung angelangt. Den zwei offiziellen Finanzierungsströmen (durch Land und Krankenkassen) wird ein dritter in Form von Subventionen oder Zuschüssen durch beispielsweise die Stadt oder den Kreis hinzugefügt. Dass wir derzeit die Abkehr von der dualen Krankenhausfinanzierung hin zu einer monistischen Krankenhausfinanzierung diskutieren, ist ein schönes Beispiel für den ewigen Kreislauf des Lebens.

Grundsätzlich kann jeder, natürlich unter Beachtung der gesetzlichen Vorschriften, ein Krankenhaus bauen und betreiben. Was genau für den Gesetzgeber ein Krankenhaus ist, regelt § 107 SGB V. Für die Finanzierung dieses Krankenhauses ist es jedoch von essenzieller Bedeutung, in den Krankenhausplan des jeweiligen Landes aufgenommen zu sein. Nur dann handelt es sich um ein „zugelassenes Krankenhaus“ im Sinne des § 108 SGB V. Ist ein Krankenhaus zugelassen, besteht ein Anspruch auf Investitionskostenfinanzierung und gemäß § 109 SGB V ein Kontrahierungszwang (also Zwang zur Vereinbarung von Entgelten für Krankenhausleistungen) der gesetzlichen Krankenversicherung – anderenfalls eben nicht. Den Umgang der Vertragspartner regelt dann der § 112 SGB V auf Landesebene. Deswegen heißen diese Verträge auch 112er- oder Landes-Verträge. Sie sind zwischen den einzelnen Bundesländern zwar thematisch sehr ähnlich, inhaltlich jedoch hoch variabel.

SEKTORALE TRENNUNG DER KRANKENVERSORGUNG – AMBULANT VS. STATIONÄR

Innerhalb Deutschlands existiert eine klare institutionelle Trennung der Leistungserbringung – die so genannten Sektoren. Traditionell beschränkt sich die Versorgung durch Krankenhäuser auf die stationäre Behandlung (stationärer Sektor). Die haus- und fachärztliche Versorgung bezeichnet man als ambulanten Sektor. Der Öffentliche Gesundheitsdienst stellt den dritten Sektor dar. Auf formaler, administrativer

und legislativer Ebene herrscht ein komplexes Wechsel- und Zusammenspiel zwischen diesen drei Sektoren. In der täglichen Krankenversorgung jedoch gibt es eine klare Trennung. Eine Vielzahl an Bemühungen seitens des Gesetzgebers zielt darauf ab, die sehr starren praktischen Grenzen zwischen diesen Sektoren zu überwinden.

Besonders die Übergangsphase zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung birgt für den Patienten ein relevantes Risiko- und Gefährdungspotenzial. An dieser Stelle setzt das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz vom 11. Juni 2015 gleich in mehreren Punkten an. Beim gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) wird ein Innovationsfonds eingerichtet, der solche Vorhaben fördern soll, die eine Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung zum Ziel haben. Explizit benannte Förderschwerpunkte sind dabei die Telemedizin, Modelle mit Delegation ärztlicher Leistung, Versorgungsmodelle für strukturschwache Gebiete, Modellprojekte zur Arzneimittelversorgung multimorbider Patienten und Projekte der verbesserten geriatrischen Versorgung. Der wesentliche andere Eckpfeiler ist die engere Verzahnung zwischen den Sektoren durch die Etablierung eines bei den Krankenhäusern angesiedelten Entlassmanagements. Dabei wurden den Krankenhäusern passagere Rechte eingeräumt, die ansonsten klar in den Zuständigkeitsbereich der ambulanten Krankenversorgung fallen. Das beinhaltet zum Beispiel die Berechtigung zur Verordnung von Arzneimitteln, häuslicher Krankenpflege, Heil- und Hilfsmitteln oder aber auch die Möglichkeit zur Ausstellung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung. Ergänzt wird dieses Paket durch den unmittelbaren Rechtsanspruch der Krankenversicherten gegenüber ihrer Krankenkasse auf Unterstützung.

Grundsätzlich herrscht im Rahmen der Versorgung innerhalb der GKV freie Arztwahl, von der lediglich Privatkliniken und Ärzte ohne Kassenzulassung ausgenommen sind. Für die ambulante Krankenversorgung regelt § 76 SGB V, dass die gesetzlich versicherten Patienten einen Hausarzt wählen und möglichst innerhalb eines Abrechnungsquartals nicht wechseln sollen. Faktisch wird das jedoch weder reglementiert noch kontrolliert. Auch der Versuch, die Patientenströme mittels einer Praxisgebühr zu lenken, wurde aufgrund von Ineffizienz 2014 beendet.

Eine etablierte Verzahnung des ambulanten in den stationären Sektor hinein stellt die Leistungserbringung gemäß Ambulanten Operierens (AOP, formal gemäß § 115b SGB V) dar. Auf die verschiedenen Möglichkeiten der Kooperation des ambulanten mit dem stationären Sektor wird weiter unten noch eingegangen.

Auch im Rahmen der stationären Krankenversorgung gilt die freie Wahlmöglichkeit. Diese greift aber meist nur, solange keine Einweisung ausgestellt worden ist. Im Rahmen der Ausstellung einer Einweisung zur stationären Krankenhausbehandlung ist der Arzt gehalten, wenigstens zwei Krankenhäuser zu empfehlen, die für die Behandlung infrage kommen. An diese Entscheidung ist der Patient üblicherweise gebunden. Wählt er dennoch eine andere Einrichtung der stationären Krankenversorgung, so trägt er die anfallenden Mehrkosten (zum Beispiel höhere Fahrtkosten).

Auch auf Seiten der Krankenhäuser existieren derzeit bereits einige Verzahnungen mit Bezug auf eine mögliche ambulante Leistungserbringung. Beispielfähig seien hier die ambulante Leistungserbringung gemäß § 115b SGB V, ambulante Leistungen bei festgestellter Unterversorgung (§ 116a), ambulante spezialfachärztliche Versorgung (§ 116b), Hochschulambulanzen (§ 117) oder die Kooperation im Rahmen von MVZ erwähnt.

EINFÜHRUNG IN DIE STATIONÄRE ABRECHNUNG – DAS DRG-SYSTEM

HISTORISCHE ASPEKTE

Das Akronym DRG steht für Diagnosis Related Groups, also diagnosebezogene Fallgruppen. Die Ursprünge des DRG-Systems gehen zurück auf Fetter und Thompson. Diese entwickelten etwa ab 1967 ein Patientenklassifikationssystem, welches sie für betriebswirtschaftliche Lösungsansätze in der ökonomischen Betrachtung von Krankenhäusern einsetzen wollten. Kernpunkt ihres 1975 publizierten Vorschlags war keineswegs die Schaffung eines Vergütungssystems, sondern die Beschreibung von Managementwerkzeugen zur Steuerung, Evaluation und Messung von Krankenhausbehandlungen als abstraktes Konstrukt (Thompson et al. 1975). Diese so genannten Yale-DRG traten dennoch in ihrer Anwendung als Vergütungssystem immer Siegeszug um die Welt an, wobei der ursprünglich enthaltene Steuerungsaspekt (scheduling) in allen heute bekannten internationalen Lösungen verloren gegangen ist.

Möchte man einen Stammbaum des deutschen DRG-Systems (G-DRG) zeichnen, so beginnt dieser mit der ersten Modifikation der Yale-DRG, den so genannten HCFA-DRG der Health Care Financing Administration aus dem Jahr 1983. Über die AP- und APR-DRG (all patients – refined) und AN-DRG (Australian national) der Jahre 1990–1992 entwickelten sich die AR-DRG (Australian refined) des Jahres 1999 und schließlich im Jahre 2003 die G-DRG. Dabei kennzeichnet die G-DRG ein klares Alleinstellungsmerkmal gegenüber allen anderen DRG-Systemen weltweit: In keinem anderen Gesundheitssystem wird auch nur der Versuch unternommen, die gesamte Komplexität des jeweiligen Abrechnungssystems so weit zu standardisieren, dass quasi ausnahmslos alle Fälle über das DRG-System abgerechnet werden.

An dieser Stelle soll noch mit einem weiteren Gerücht aufgeräumt werden. Immer wieder heißt es, dass die Australier, von denen wir unser DRG-System geerbt haben, gerade dabei sind, es wieder abzuschaffen. Das wird dann als Beleg dafür genommen, dass wir Deutschen in geradezu soldatischer Sturheit an längst Überholtem festhalten. Wie jedoch auf der Seite der australischen Regierung – Department of Health – nachzulesen ist, wird das AR-DRG-System in regelmäßigen, festgelegten Abständen revidiert und auf den neuesten Stand gebracht. Es dient jedoch nicht, wie in Deutschland, der Vergütung eines Einzelfalls, sondern der Steuerung der Krankenhausfinanzierung auf Bundeslandebene.

■ DIE „PLAYER“ IM DRG-SYSTEM

Die beiden relevanten Player im Sinne der DRG-bezogenen Leistungserbringung und -abrechnung sind sicherlich die Krankenhäuser selbst sowie die Krankenkassen. Bleiben wir bei den Krankenkassen. Etwa 90 % aller Deutschen, und damit ca. 71 Millionen Menschen, sind Mitglied in einer gesetzlichen Krankenkasse. Krankenkassen sind Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung, die eigenverantwortlich unter Beachtung spezifischer gesetzlicher Vorgaben ihren Haushalt regeln. Dabei nimmt die Zahl der gesetzlichen Krankenkassen kontinuierlich ab. Von den ursprünglich 1815 Krankenkassen im Jahr 1970 waren im Jahr 2000 noch 420 übrig geblieben. Mit Stand Januar 2016 sind es nunmehr noch 118 (GKV-Spitzenverband 2016).

Gemäß § 175 SGB V hat jeder Versicherte ein Kassenwahlrecht. Dadurch wird eigentlich auch die Unterscheidung in so genannte primäre Träger (Primärkassen) und Ersatzkassen hinfällig. Man unterscheidet folgende Kassenarten: Die Ersatzkassen und die allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) sind mit jeweils etwa einem Drittel aller versicherten Personen sicherlich die zahlenmäßig größten Versicherungsarten. Daneben gibt es eine große Anzahl von Betriebskrankenkassen (BKK), welche grundsätzlich auch betriebsfremden Personen offenstehen, jedoch nur von Arbeitgebern mit mindestens 1000 versicherungspflichtig beschäftigten Personen gegründet werden können. Die restlichen Versicherten verteilen sich auf Innungskrankenkassen (IKK), landwirtschaftliche Krankenkassen (LKK) und die Knappschaft (KBS).

Die Finanzierung der GKV ruht auf drei Säulen: Gesundheitsfonds, Zusatzbeiträge und Steuern. Die Mittelzuweisung an die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds erfolgt unter Berücksichtigung von Verteilungsaspekten über den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich oder kurz „Morbi-RSA“ (Alter, Geschlecht, Krankheiten der Versicherten) und den Einkommensausgleich (Zuweisung von Zusatzbeiträgen nach Einkommensausgleich im Gesundheitsfonds).

Die Beiträge zum Gesundheitsfonds kommen von den Arbeitnehmern, Arbeitgebern, der Rentenversicherung, der Bundesagentur für Arbeit, der Künstlersozialkasse und der Minijobzentrale. Während alle Letztgenannten direkt in den Gesundheitsfonds einzahlen, werden die Beiträge der Arbeitgeber und Arbeitnehmer (Mitglieder) von den Krankenkassen eingezogen und kalendertäglich an den Gesundheitsfonds weitergeleitet. Die dritte Säule (Steuern) existiert in Form eines Bundeszuschusses für versicherungsfremde Leistungen und betrug im Jahr 2015 11,5 Milliarden €. Neben dem allgemeinen Beitragssatz von 14,6 %, welcher sich zu gleichen Teilen auf Arbeitgeber und Arbeitnehmer verteilt, können Krankenkassen einkommensabhängige Zusatzbeiträge erheben und tun dies auch in letzter Zeit zunehmend häufiger mit bis zu 1,5 %.

Damit man einen besseren Eindruck von den Geldmittelflüssen bekommt, sei an dieser Stelle die Faustformel des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zur Schätzung der Krankenversicherungsfinanzen aufgeführt: Ändert sich 2015 der Beitragssatz um einen

Punkt, bedeutet dies eine Veränderung um 11,9 Milliarden €; ändert sich umgekehrt die Entwicklung der Ausgaben um 1 % (also mehr Defizit bzw. weniger Überschuss), entspricht dies einer Veränderung um 2,0 Milliarden €.

Es ist sicherlich korrekt, dass die Ausgaben der GKV im Gesundheitswesen im Allgemeinen und die Krankenhausaussgaben der GKV im Speziellen kontinuierlich steigen. Gleichzeitig – und durchaus in gleicher Weise – steigen aber auch die Verwaltungskosten der Krankenkassen: von 5,1 % (5,2 Milliarden €) im Jahr 1992 auf über 5,5 % (10,01 Milliarden €) im Jahr 2014 (Destatis 2016). Dieser Umstand wird weit weniger offensiv kommuniziert. Zudem gibt es einen sehr interessanten Projektbericht des renommierten RWI (RWI, ADMED 2010) aus dem Jahre 2010. Dieser schlussfolgert im Wesentlichen, dass allein durch mehr Effizienz in der Verwaltung bei den gesetzlichen Krankenkassen jährlich etwa 1,4 Milliarden € eingespart werden können. Die zugrunde liegende Methodik dieser Aussage ist denkbar simpel und wird seit 2004 bereits flächendeckend gegenüber den Krankenhäusern angewendet: Adaptiert man die Grundidee des DRG-Systems (nämlich eine mittelwertbasierte Vergütung) auf die Krankenkassen und legt hinsichtlich der Verwaltungskosten einfach eine GKV-Benchmark zugrunde, so kommt man auf diese Summe. Dabei beträgt die Differenz der namentlich in dem Projektbericht genannten BIG-Krankenkasse zum GKV-Mittel stolze 100 %.

■ DIE „HERREN DER DATEN“

Die Hoheit über die DRG-bezogenen Daten liegt zum einen beim InEK, dem „Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus“, und zum anderen beim DIMDI, dem „Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information“. Vereinfacht ausgedrückt, regelt das InEK die Zahlen und verwaltet die Daten, während das DIMDI die dafür notwendigen klassifikatorischen Grundlagen schafft und regelt.

Das InEK ist eine gemeinnützige GmbH mit Sitz in Siegburg bei Bonn, derzeit unter Leitung von Herrn Dr. Heimig als Geschäftsführer. Es wurde am 10. Mai 2001 gegründet. Die Homepage listet vier, jeweils gesondert über eine E-Mail-Adresse kontaktierbare Abteilungen: EDV und Statistik, Medizin, Ökonomie und die Stabsstelle Verwaltung. Die Gesellschafter der GmbH sind der GKV-Spitzenverband, der Verband der privaten Krankenversicherungen sowie die deutsche Krankenhausgesellschaft. Seine Basisfinanzierung erfolgt über den so genannten DRG-Systemzuschlag gemäß § 17b Abs. 5 KHG – also einen Zuschlag für jeden abzurechnenden Krankenhausfall.

Gemäß eigener Darstellung liegen die Aufgaben des InEK im Zusammenhang mit der Einführung, Weiterentwicklung und Pflege des DRG-Vergütungssystems – es unterstützt die Vertragspartner der Selbstverwaltung und die von ihnen gebildeten Gremien bei der gesetzlich vorgeschriebenen Einführung und kontinuierlichen Weiterentwicklung des DRG-Systems auf der Grundlage des § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG). Über einen langen Zeitraum wurden lediglich Fälle aus der somatischen Medizin über das pauschalierte Entgeltsystem des DRG-Systems abgerechnet. Erst wesentlich später kamen die Leistungen aus dem Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik hinzu, die bis dahin weiter über die Bundespflegegesetzverordnung nach Tagessätzen abgerechnet worden waren. Dieser Umstand spiegelt sich auch darin wider, dass trotz großer Strukturhomologie für diese Leistungen eine eigenständige Abkürzung geschaffen wurde – das PEPP (pauschaliertes Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen). Der Vereinfachung halber werden im Folgenden beide unter dem Begriff DRG-System subsumiert.

Auf der Webseite des InEK (www.g-drg.de) findet man alle relevanten Informationen, Regelungen und Datenveröffentlichungen in Zusammenhang mit dem DRG-System, die in den Zuständigkeitsbereich des InEK fallen, als kostenlosen Download. Vor allem sind das:

- die jährliche Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser einschließlich des dazugehörigen Fallpauschalen-Katalogs und der Migrationstabelle (die „Wanderung“ einzelner Fälle aus ursprünglich einer DRG im letzten Jahr in verschiedene DRG dieses Jahres)
- die verschiedenen Versionen der jeweiligen Definitionshandbücher (die Sammlung der Zuordnungslogik in Form von Entscheidungsdiagrammen und Definitionstabellen für jede einzelne DRG)
- die jährlich aktualisierten Kodierrichtlinien (die Vorgaben zur Übersetzung medizinischer Diagnosen und Prozeduren in ICD-10 und OPS-Schlüssel)

- die Informationen in Zusammenhang mit dem Verfahren für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) gemäß § 6 Abs. 2 Krankenhausentgeltgesetz
- der jährliche Abschlussbericht zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems einschließlich des dazugehörigen Report-Browsers
- die Datenveröffentlichung gemäß § 21 Krankenhausentgeltgesetz
- die Veröffentlichung zur Begleitforschung gemäß § 17b Abs. 8 Krankenhausfinanzierungsgesetz

Darüber hinaus koordiniert das InEK die für die Weiterentwicklung des DRG-Systems notwendigen Vorschlagsverfahren – den so genannten strukturierten Dialog zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverständes und das NUB-Verfahren.

Für das DRG-System-Jahr 2012 kam es zu einer eindrucklichen Demonstration, wie genau die Aussage „... unterstützt die Vertragspartner der Selbstverwaltung und die von ihnen gebildeten Gremien bei der ... kontinuierlichen Weiterentwicklung des DRG-Systems ...“ zu verstehen ist: Tatsächlich beschließt (im Wortsinne) das InEK nicht den Fallpauschalenkatalog (die Zusammenstellung der Entgelte in Form von Relativgewichten für jede DRG), es schlägt ihn lediglich vor. Als 2011 für 2012 der Übergang der Pflegefördermittel in die landesweiten Basisfallwerte gerechnet wurde, konnten die Vertragsparteien auf Bundesebene keine Einigung auf den durch das InEK gerechneten Vorschlag erzielen. Tatsächlich wurde eine Konsentierung so ausdauernd verweigert, dass das Bundesministerium für Gesundheit mit Datum vom 28.11.2011 die Verordnung zum DRG-Entgeltkatalog für das Jahr 2012 durch Ersatzvornahme in Kraft setzen musste.

Im Gegensatz zum InEK ist das DIMDI keine GmbH, sondern eine nachgeordnete Behörde des Bundesministeriums für Gesundheit. Der Sitz des DIMDI ist Köln. Es versteht seine Tätigkeit wie folgt: „Die Aufgaben des DIMDI basieren auf gesetzlichen Aufträgen und damit verbundenen Verordnungen sowie Einzelaufträgen des Bundesministeriums für Gesundheit. Diese Aufträge umfassen im Kern folgende Tätigkeitsbereiche:

- Herausgabe von amtlichen Klassifikationen
- Pflege von medizinischen Terminologien
- Informationssystem Arzneimittel
- Informationssystem Medizinprodukte
- Informationssystem Versorgungsdaten (Datentransparenz)
- Informationssystem Health Technology Assessment (HTA)
- ergänzende Datenbanken für die öffentliche Recherche
- Serviceleistungen

... In allen Aufgabenbereichen arbeitet das DIMDI eng mit nationalen und internationalen Institutionen zusammen, unter anderem mit der Weltgesundheitsorganisation und EU-Behörden.“

Wenn man mit Bezug auf das Gesundheitswesen irgendeine Form von Klassifikation, Terminologie oder Standard sucht, ist man auf der Webseite des DIMDI richtig. Für das DRG-System relevant sind dabei vor allem die Veröffentlichungen der ICD-10 und OPS-Kataloge. Anders als beim InEK jedoch sind die jeweiligen PDF nur in ihrer Basisversion als Download kostenfrei. Diese Files findet man auf der Webseite des DIMDI (www.dimdi.de) im so genannten Downloadcenter. Es gibt jeweils einen eigenen Link für die aktuelle Version, die unmittelbare Vorgängerversion, die farblich markierte Zusammenstellung der Veränderungen zwischen beiden Versionen, die Sammlung der sonstigen Vorgängerversionen und die Zusammenstellung der Vorschläge aus dem Vorschlagsverfahren. Im Rahmen dieses Vorschlagsverfahrens sammelt das DIMDI zentral über elektronische Vorschlagsformulare, welche per Mail versandt werden müssen, alle Vorschläge/Wünsche bezüglich der Weiterentwicklung der Klassifikationssysteme nach ICD-10 und OPS. Dies ist quasi das Äquivalent zum strukturierten Dialog zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverständes des InEK.

■ MEDIZINISCHER SACHVERSTAND AUßERHALB DES KRANKENHAUSES

Tendenziell arbeiten wahrscheinlich eher weniger voll ausgebildete, geschweige denn voll approbierte Ärzte in der Kundenbetreuung und den Verwaltungen der Krankenkassen. Diese eher offensichtliche Tatsache wird dann relevant, wenn man bedenkt, dass eine Kasse aber tagtäglich vor die Aufgabe gestellt wird, Leistungsansprüche ihrer Versicherten zu prüfen oder die Angemessenheit der Leistungserbringung ihren Versicherten gegenüber zu beurteilen. Dass dies nicht oh-

ne medizinischen Sachverstand geht, ist klar. Dieser medizinische Sachverstand existiert in Form des medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK; www.mdk.de). Seine Rolle beschreibt der MDK so: „Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein. Mit dem medizinischen und pflegerischen Wissen der MDK stellen die Kranken- und Pflegekassen dies sicher.“

Der MDK besteht aus 15 Arbeitsgemeinschaften, welche von den Landesverbänden der Krankenkassen gemäß § 278 SGB V gegründet wurden. Spannenderweise haben diese Arbeitsgemeinschaften in den alten Bundesländern eher die Rechtsform einer Körperschaft des öffentlichen Rechtes, während sie in den neuen Bundesländern eher die Rechtsform eines eingetragenen Vereins gewählt haben. Diese 15 Arbeitsgemeinschaften verteilen sich (Stand 2012) auf 141 MDK-Beratungsstellen. Kumulativ stehen den ca. 70.900.000 Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung (Stand Januar 2016), ca. 103.000 vertragsärztlichen/psychologisch-psychotherapeutischen Einrichtungen (Stand 31.12.2014) und 1980 Krankenhäusern (Stand 31.12.2014) auf Seiten des MDK 8406 Mitarbeiter (7540 Vollstellen) gegenüber. Davon sind 2204 Ärzte/Ärztinnen und 2528 Pflegefachkräfte (Stand Ende 2014).

Der MDK wird auf Landesebene jeweils von den Trägern (also den Kranken- und Pflegekassen) finanziert. Dabei richtet sich die Höhe des Beitrages der jeweiligen Kasse nach der Anzahl ihrer Mitglieder. Für 2013 beliefen sich die Gesamtausgaben der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung für die Dienste der einzelnen MDK auf kumulativ 680 Millionen €. Die einzelnen Arbeitsgemeinschaften unterliegen gemäß § 281 Abs. 3 SGB V staatlicher Aufsicht.

Die Hauptaufgaben des MDK liegen in der Begutachtung für die Krankenversicherung (z. B. Arbeitsunfähigkeit, Rehabilitationsleistungen bzw. -maßnahmen, Verordnungen, Krankenhausbehandlungen, häusliche Krankenpflege), Beratung in medizinischen Versorgungsfragen (Qualitätssicherung, Krankenhausplanung, Weiterentwicklung der Vergütungssysteme, Wirksamkeits- und Wirtschaftlichkeitsanalysen) sowie Begutachtungen für die Pflegeversicherung (Pflegestufen, Pflegeleistungen etc.). An dieser Stelle sei dringlich davor gewarnt, den MDK als Gegner anzusehen. Eigentlich ist es simpel: Die einen (z. B. die Krankenhäuser) wollen das Geld, die anderen (die Kassen) sollen es ausgeben – damit dürften die gegensätzlichen Interessen offensichtlich sein. Dennoch, oder vielleicht gerade deswegen, ist der MDK unser Partner. Denn medizinische Sachfragen sollten auf Augenhöhe besprochen werden.

Der Vollständigkeit halber sei an dieser Stelle noch der medizinische Dienst des Spitzenverbandes (MDS) erwähnt. Auch wenn es vielleicht ein bisschen so klingt, der MDS ist nicht der Chef des MDK. Vielmehr ist es Aufgabe des MDS, den Spitzenverband des Bundes der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen in medizinischen und pflegefachlichen Grundsatzfragen zu beraten. Er legt alle drei Jahre einen Bericht über die Qualität in der ambulanten und stationären Pflege vor. Tatsächlich koordiniert er die fachliche Arbeit der medizinischen Dienste bezüglich Beratung und Begutachtung zur Förderung eines einheitlichen Vorgehens in organisatorischen Fragen. Gemäß § 282 SGB V ist das allein entscheidungsbefugte Mitglied der Spitzenverband des Bundes der Krankenkassen.

DIE ZUSAMMENSETZUNG VON KRANKENHAUSBUDGETS AUS SICHT DER DRG

Wirft man einen Blick auf die Eckzahlen unseres Gesundheitssystems, so sind diese beeindruckend: Im Jahr 2013 lagen die kumulativen Gesundheitsausgaben bei 314,9 Milliarden €. Diese kamen zu 57,6 % aus der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. zu 9,2 % aus der privaten Krankenversicherung und wurden in 26,1 % für Krankenhäuser und 14,7 % für Arztpraxen ausgegeben. In den 1980 Krankenhäusern des Jahres 2014 wurden 19,1 Millionen Patientenfälle mit einer durchschnittlichen Verweildauer von 7,4 Tagen in 500.686 Betten und einer Bettenauslastung von 77,4 % durch 875.875 Vollzeitkräfte behandelt.

Von diesen Krankenhäusern erwirtschafteten im Jahr 2014 nur 56 % einen Jahresüberschuss, 32 % jedoch einen Jahresfehlbetrag, was gegenüber dem Jahr 2013 eine gewisse Stabilisierung, leider aber keine Besserung der wirtschaftlichen Situation bedeutet. Es waren besonders die mittleren Krankenhäuser (300–600 Betten), die ein überwiegend positives Jahresergebnis erzielen konnten, während gerade große Krankenhäuser (ab 600 Betten) am schlechtesten abschnitten.

■ EINNAHMENSEITE DES KRANKENHAUSBUDGETS

In einer ersten Näherung teilt sich die Einnahmenseite in die Deckung der Investitionskosten und die Deckung der Betriebskosten. Die Investitionskosten kommen vom Land, falls das Krankenhaus im Landeskrankenhausplan geführt ist. Hier ist das Wort Investitionsstau in aller Munde, aber selbst das ist noch geschönt. Egal, aus welchem Blickwinkel man die Statistik betrachten möchte, die Kurve zeigt stets in dieselbe Richtung: abwärts! Bezogen auf das Jahr 2002, bestand 2012 ein Defizit von -19,1 % (2,615 Milliarden €). Lag noch 1992 die Quote der KHG-Fördermittel zu den bereinigten Gesamtkosten der Krankenhäuser bei über 9,5 %, so betrug sie 2013 nur noch 3,5 %. Vergleicht man Krankenhäuser mit einem Industrieunternehmen, zeigt sich Folgendes: Bezieht man (nur zu Vergleichbarkeitszwecken) die Investitionsquote auf das Bruttoinlandsprodukt, so liegt die Quote für Krankenhäuser im Jahr 2013 bei 0,1 %, während sie für Industrieunternehmen 20 % beträgt. Man muss nicht besonders gut in Wirtschaftsmathematik sein, um sofort zu verstehen, dass allein der Strukturverlust bei einem Zweihundertstel (!) der üblichen Investitionsquote schwierig sein dürfte. Bedenkt man jetzt noch den gravierenden Unterschied zwischen ostdeutschen und westdeutschen Krankenhäusern – bezogen auf 1991 (= 100 %) liegen die relativen Fördermittel in Westdeutschland bei etwa 85 %, in Ostdeutschland jedoch nur bei etwa 50 % –, so ist das potenzielle Szenario der ostdeutschen Krankenhauslandschaft erschreckend.

In der Konsequenz sehen sich viele Krankenhäuser gezwungen, die Investitionen aus eigenen Mitteln zu stemmen. Das aber bedeutet eine Umwidmung von Betriebskosten, für die eigentlich die Krankenkasse zuständig ist. Da buchhalterisch Ausgaben für Kreditzinsen tatsächlich den laufenden Betriebskosten zuzuordnen sind, erfolgt bereits auf diese Weise eine schleichende Quersubventionierung der Länder durch die Krankenkassen – und damit am Ende durch die Solidargemeinschaft. Noch schwerwiegender allerdings ist, dass intern durch diese Umwidmung relevante Summen an anderer Stelle eingespart werden müssen. Man sollte sich einmal in die Perspektive eines Patienten versetzen und überlegen, ob man das Geld im Rahmen der eigenen Versorgung am liebsten bei den Sachmitteln, der Pflege oder den Ärzten einsparen wolle.

Bereits seit einiger Zeit wird die Abklärung von der dualen Finanzierung und hin zu einer erneuten monistischen Finanzierung diskutiert. Im Jahr 2009 wurde im Krankenhausfinanzierungsreformgesetz das Ziel einer Reformierung der Investitionskostenfinanzierung der Krankenhäuser verankert. Nachdem sich 2010 die Selbstverwaltungspartner auf die grundlegenden Strukturen zur Entwicklung einer Investitionsförderung anhand leistungsorientierter Pauschalen geeinigt hatten, erfasst nunmehr das InEK das jährliche Investitionsgeschehen in einer Auswahl von Krankenhäusern und berechnet daraus die so genannte Investitionsbewertungsrelationen (IBR). Auch diese stehen in jährlich aktualisierter Form auf der Webseite des InEK (www.g-drg.de) als Download zur Verfügung.

Unter praktischen Gesichtspunkten kann man die Einnahmen aus dem laufenden Betrieb zum einen in stationär versus ambulant und zum anderen in budgetär versus extrabudgetär trennen.

Stationär versus ambulant: Stationäre Einnahmen kommen aus den DRG, den Zusatzentgelten (ZE) und den NUB. Im Sinne des pauschalierten Entgeltsystems kann das Entgelt für eine DRG oder ein ZE durch das InEK festgelegt oder erst noch im Rahmen der Budgetverhandlung festzulegen sein. Bei den DRG nennt man das bewertet oder unbewertet, bei den ZE bepreist oder unbepreist. Ambulante Einnahmen können Krankenhäuser u. a. über stationärsersetzende Maßnahmen (AOP; § 115 b SGB V), Unterversorgung (§ 116 a), Ermächtigungen, Spezialambulanzen (§ 116 b), Hochschulambulanzen (§ 117) oder MVZ erzielen.

Budgetär versus extrabudgetär: Einmal jährlich wird durch jedes Krankenhaus das jeweilige Krankenhausbudget mit den Vertretern der Kasse im Rahmen der so genannten Budgetverhandlung verhandelt. Die Positionen, die im Rahmen dieser Budgetverhandlung gemeinsam abgehandelt werden, nennt man deswegen auch budgetäre Einnahmen. Die anderen Positionen der Einnahmenseite werden als extrabudgetär bezeichnet, obgleich ein relevanter Teil von ihnen ebenfalls mit den Vertretern der Kasse zu vereinbaren sein wird. Budgetäre Entgeltanteile sind die DRG (E1), die ZE (E2) und die sonstigen Entgelte (E3), gemäß § 6 Krankenhausentgeltgesetz auch als krankenhausspezifisch verhandelte Entgelte bezeichnet. Die Buchstaben in Klammern geben die Bezeichnung des Formulars wieder, mit dem die

entsprechenden Leistungen des vorhergehenden Jahres durch das Krankenhaus in Vorbereitung der Budgetverhandlungen an die Vertreter der Kassen weitergeleitet werden. Diese Formulare sind eigentlich eine Anlage zum Krankenhausentgeltgesetz. Da bereits beim Thema Verwaltungskosten das Konzept „Symmetrie der Partner im Gesundheitswesen“ kurz angeschnitten wurde, kann erneut die Interpretation der folgenden Passage dem Leser überlassen werden: „Es hat sich gezeigt, dass das ursprüngliche gesetzliche Formular E1 für die Berechnung eines krankenhausspezifischen Preises nicht geeignet war. Der AOK-Bundesverband entwickelte deshalb ein erweitertes E1plus-Formular, mit dem ein Basisfallwert transparent errechnet werden kann.“

In der Betrachtung der extrabudgetären Positionen ist es wichtig zu verstehen, woher das dazugehörige Geld kommt. Klar muss sein, dass in der aktuellen Konzeption des Gesundheitssystems Zusatzeinnahmen nur in sehr seltenen Fällen auch tatsächlich zusätzliches Geld im System bedeuten. Wesentlich häufiger handelt es sich dabei um Umverteilungen. Leistungen aus AOP werden EBM-assoziert abgerechnet, wobei die entsprechenden Mittel aus dem globalen Krankenhausbudget ausgegliedert werden. Da die Leistungserbringung gemäß § 115 b grundsätzlich allen zugelassenen Leistungserbringern offensteht, kommt es hier in einem gewissen Umfang zu einer Mittelverschiebung aus dem stationären in den ambulanten Sektor. Jährlich wird durch die Vertragspartner der AOP-Katalog aktualisiert und im Netz als Download zur Verfügung gestellt. Er gliedert sich in drei Abschnitte: Abschnitt 1 sind diejenigen Eingriffe, deren zugehörige EBM in Anhang 2 zu Kapitel 31 enthalten sind; Abschnitt 2 sind diejenigen Eingriffe, bei denen keine eindeutige Zuordnung des OPS-Codes zu EBM-Ziffern möglich ist; Abschnitt 3 sind diejenigen Eingriffe, die keine OPS-Zuordnung haben.

Umgekehrt stammen die Mittel für Ambulanzen oder MVZ aus dem Regelleistungsvolumen der KV, was einen gegenläufigen Mittelfluss bewirkt. Ähnlich verhält es sich mit den Verträgen zur integrierten Versorgung (IGV; § 140 ff SGB V), wo es im § 140 d Abs. 1 heißt „Die Vertragspartner ... haben den [sonstigen] Behandlungsbedarf ... entsprechend der Zahl und der Mobilitätsstruktur ... sowie dem ... Versorgungsbedarf zu bereinigen.“

Sicherlich eine Sonderposition nehmen die so genannten Verbringungsleistungen ein. Wann genau die Definition Verbringung erfüllt ist, ist im jeweiligen Landesvertrag (112er-Vertrag) geregelt und bedeutet für jedes einzelne Bundesland etwas sehr Individuelles. Gemeinsam ist den jeweiligen Definitionen, dass die Leistungserbringung im erbringenden Krankenhaus auf Veranlassung, unter Verantwortung und Hoheit des jeweils verbringenden Krankenhauses erfolgt. Während die Abrechnung der Leistung durch das erbringende Krankenhaus gegenüber dem verbringenden Krankenhaus individuell und gemäß EBM erfolgt, rechnet das verbringende Krankenhaus diese Leistung der Kasse gegenüber pauschaliert und damit nach DRG ab.

NUB sind tatsächlich sowohl extrabudgetär als auch zusätzliches Geld. Dennoch zeigt die Realität der Budgetverhandlungen, dass auch hier kontinuierlich der Versuch einer Bereinigung des jeweilig zu verhandelnden Krankenhausbudgets erfolgt. Ansonsten wären da auf Einnahmenseite noch die Positionen, die keinerlei gesonderter Verhandlungen bedürfen, wie z. B. die Behandlung ausländischer Patienten, Wahlleistungen, Einnahmen aus Nebenbetrieben etc.

■ AUSGABENSEITE DES KRANKENHAUSBUDGETS UND INEK-MATRIX

Im Jahr 2014 hatten die einzelnen Krankenhäuser Brutto-Gesamtkosten von jeweils durchschnittlich 47 Millionen € – 62 % davon in Form von Personalkosten. Diese sind neben den Sachkosten damit auch fixer Bestandteil einer jeden krankenhausspezifischen oder abteilungsbezogenen Budgetaufstellung. Üblicherweise beinhalten solche Aufstellungen dann noch die Position der so genannten ILV (innerbetriebliche Leistungsverrechnung). Die ILV ist deswegen notwendig, weil einzelne Abteilungen eines Krankenhauses keinerlei direkte DRG-Abrechnung haben, z. B. das Labor, die Blutbank oder auch die Radiologie. Vielmehr erbringen diese Dienstleistungen für bettenführende Abteilung und werden über die ILV finanziert. In welcher Form und nach welchem Schlüssel diese Leistungen auf die anfordernden Fachabteilungen verrechnet werden, ist sicherlich Gegenstand kontinuierlicher Diskussionen.

Bereits an dieser Stelle ist das Ausmaß des Dilemmas erkennbar, in das der Investitionsstau die Krankenhäuser bringt. Wenn ein Teil der notwendigen Investitionskosten aus Eigenmitteln erbracht werden, aber zwei Drittel ihrer Ausgaben Personalkosten sind, dann können

Einsparungen im Sachmittelbudget nicht in gleichem Umfang zu dieser aufgezwungenen Quersubventionierung beitragen wie eine Reduktion der Personalkosten.

Eine Möglichkeit, seine Ausgaben über das DRG-System nachzuverfolgen, ist der DRG-individuelle Vergleich mit der DRG-Matrix. Letztlich ist die DRG-Matrix eine an die Krankenhauskalkulation angepasste Form der Kostenträgerrechnung in Form einer fallbezogenen Kostenstellen-/Kostenartenrechnung. Dazu kann von der Website des InEK der für das jeweilige Jahr aktuelle DRG-Browser aufgerufen werden. Dieser Browser liefert gleich eine Fülle an Informationen zur Kalkulation der DRG. Er beinhaltet einen allgemeinen Statistik-Teil dazu, mittels welchen Hauptdiagnosen, Nebendiagnosen und Verfahren die individuelle DRG angesteuert wurde, aus wie vielen Fällen das InEK die Bewertungsrelation kalkuliert hat, und wie die Verteilung von Alter, Geschlecht, Verweildauer, Fallschwere und Fallkosten lautet.

Darüber hinaus listet er detailliert in Euro die Verteilung der Kosten innerhalb einer Matrix aus elf Kostenbereichen und zehn Kostenarten auf. Die Kostenbereiche sind: Normalstation, Intensivstation, OP-Bereich, Anästhesie, kardiologische Diagnostik/Therapie, endoskopische Diagnostik/Therapie, Radiologie, Laboratorien, übrige diagnostische und therapeutische Bereiche. Die entsprechenden Kostenarten teilen sich auf in Personalkosten (ärztlicher Dienst, Pflegedienst, medizinisch-technischer Dienst), Sachkosten (Arzneimittel, Implantate/Transplantate, übrige medizinischer Bedarf) und sonstige Personal- und Sachkosten (medizinische Infrastruktur, nicht medizinische Infrastruktur).

Es ist jedoch vor einem allzu enthusiastischen Gebrauch der DRG-Matrix als Vergleichsstool für das eigene Krankenhaus zu warnen. Eine jede DRG stellt immer eine bundesweite Mittelwertbetrachtung dar. Es ist also grundsätzlich vorstellbar (genau genommen sogar relativ wahrscheinlich), dass selbst innerhalb eines Krankenhauses ein Teil der Fälle in der Kostenstruktur weit oberhalb des Bundesdurchschnitts, ein anderer Teil aber deutlich unterhalb des Bundesdurchschnitts liegt. Das Gleiche trifft auch auf die individuelle Kostenzusammensetzung innerhalb einer einzelnen DRG zu. Nur, weil sie in einzelnen Kostenanteilen oberhalb der in der Matrix genannten Beträge liegen, bedeutet das nicht automatisch Ineffizienz oder Verschwendung. Wichtig ist, dass bei der Betrachtung stets im Hinterkopf behalten wird, dass es sich bei der DRG um eine Mischkalkulation aus Fällen handelt und deswegen ökonomisches Arbeiten auch nur bedeuten kann, dass in der Mischkalkulation aller Fälle eines Hauses oder einer Abteilung am Ende ein positiver Deckungsbeitrag übrig behalten wird. Zu Bedenken ist: Per Definition liegen 50 % der Fälle, die das InEK als Grundlage zur Erstellung der Matrix herangezogen hat, sowohl global als auch bezüglich individueller Kostenpositionen oberhalb der dargestellten Beträge. Dennoch bietet diese Matrix eine interessante Orientierungshilfe, die besonders für den Bereich der Sachkostenabbildung eine Einschätzung der Position im Vergleich zum bundesdeutschen Durchschnitt zulässt. So nutzen eine Menge Krankenhäuser gerade diese Positionen der InEK-Matrix für die jährlich anstehenden Verhandlungen mit den Herstellern von Medizinprodukten.

WAS IST EINE DRG UND WIE ENTSTEHT SIE?

Der Begriff DRG wird gleichermaßen auf das pauschalierte Abrechnungsverfahren von Krankenhausesfällen wie auch auf die individuelle Fallpauschale angewendet. Das DRG-System stellt ein kostenbasiertes Umlagemodell dar, in dem der durchschnittliche betriebliche Aufwand der stationären Leistungserbringung eines Jahres die Grundlage für die Berechnung der einzelnen DRG des übernächsten Jahres bildet. In dem Jahr zwischen dem Datenjahr und dem Systemjahr erfolgt die Rechnung. Die Tatsache, dass mittelwertbasierte Rechnungen einen Trend gegen einen unteren Grenzwert aufweisen, ist der implizite Stimulus im System, der eine effektive Kostenbremse bewirken soll. Auf den Zusammenhang zwischen Verhalten in Hinblick auf Ressourcenverbrauch und Entwicklung der Vergütung wird weiter unten noch eingegangen. Dass damit eine Bereinigung der Krankenhauslandschaft intendiert war, wird zumindest seitens der Kostenträger relativ unumwunden zugegeben (WIdO 2015).

Jede individuelle DRG ist über bestimmte Kenngrößen definiert. Die wichtigsten sind dabei das so genannte Relativgewicht (RG) und die (Grenz-)Verweildauern (untere, mittlere, obere) mit den jeweiligen Abschlagsbeträgen. Diese Kenngrößen können im Fallpauschalen-

lenkatalog nachgeschlagen werden, den man auf der Webseite des InEK findet. Dieser Fallpauschalenkatalog weist die Vergütung einer DRG nicht in Euro, sondern in eben dem Relativgewicht aus. Das Relativgewicht heißt so, weil es die ökonomische Fallschwere einer jeden DRG relativ zur mittleren ökonomischen Fallschwere aller bundesdeutschen Krankenhausesfälle abbildet. Anders ausgedrückt: Die Summe aller Ausgaben aller bundesdeutschen Krankenhausesfälle, geteilt durch die Anzahl dieser Fälle, ergibt 1,000 Relativgewichte. Das ist explizit nur eine Aussage über den relativen Ressourcenverbrauch und eben nicht über Wertigkeit oder gar Gewinnerwartung.

Tatsächlich kommen die fallbezogenen ökonomischen Daten nicht von allen bundesdeutschen Krankenhäusern, sondern lediglich von den so genannten Kalkulationshäusern. Das aber sind, je nach Jahr, meist nur 220–250 Häuser. Ob und in welchem Umfang deren ökonomische Fallstruktur bzw. Leistungserbringung repräsentativ für alle bundesdeutschen Häuser ist, ist sicherlich kritisch zu hinterfragen. Das InEK selbst hat bereits die fehlende Repräsentativität der Kalkulationsstichprobe zugegeben (z. B. in der Wirbelsäulenchirurgie), weshalb der Gesetzgeber ab 2016 im KHSG eine Pflichtteilnahme von Krankenhäusern an der Kalkulation eingeführt hat.

Man erkennt sicher die Schönheit der Logik: Man trifft über das Relativgewicht nur eine Aussage über das jeweilige Vergütungsverhältnis zueinander, nicht jedoch über die absolute Höhe der Vergütung. Ein Eurobetrag wird aus dem Relativgewicht erst über Multiplikation mit dem so genannten Basisfallwert. Der Basisfallwert (Baserate, BR) ist eine Rechengröße, die man im Durchschnitt je Betrachtungseinheit angibt. Es gibt also Haus-, Landes-, und Bundesbasisfallwerte.

Vereinfacht ausgedrückt, ergibt die Multiplikation von Basisfallwert, erwarteter Fallzahl und der Summe aller Relativgewichte das bundesdeutsche Krankenhausbudget. Da sich aber die Fallzahlen nur begrenzt steuern lassen und das Relativgewicht lediglich eine relative Maßeinheit darstellt, erfolgt die ökonomische Steuerung über die Adjustierung der Basisfallwerte. Mit der verbindlichen Einführung des DRG-Systems 2004 begann die Konvergenz der hausindividuellen Basisfallwerte auf den Landesbasisfallwert. Ursprünglich sollte dies im Jahr 2008 abgeschlossen werden, wurde dann aber um ein weiteres Jahr verlängert. Als Konvergenzgewinner wurden dabei diejenigen Häuser bezeichnet, deren individueller Basisfallwert unterhalb des Landesbasisfallwerts lag, da diese bei Abrechnung des höheren Basisfallwerts zusätzliche Einnahmen erzielen konnten. Die Absenkung der Häuser, deren Basisfallwert oberhalb des Landesbasisfallwerts lag, erfolgte zwar theoretisch in der gleichen Geschwindigkeit wie die Anhebung der Häuser unterhalb des Basisfallwerts, war praktisch aber über eine Kappungsgrenze limitiert. Die im Anschluss geplante Konvergenz der Landesbasisfallwerte auf einen Bundesbasisfallwert erwies sich als so schwierig, dass wir jetzt statt eines einheitlichen Bundesbasisfallwerts einen Zielwertkorridor mit einer Breite von +2,5 % nach oben und –1,25 % nach unten um den Bundesbasisfallwert haben.

Der Basisfallwert wird im Rahmen von Verhandlungen auf Basis des § 10 Krankenhausentgeltgesetz ermittelt. Dabei nimmt man die vereinbarten Leistungsmengen, berücksichtigt die voraussichtliche allgemeine Kostenentwicklung, Verschiebungen innerhalb der jeweiligen Leistungen (Fallzahl und Schweregrad), Wirtschaftlichkeitsreserven und Ausgaben aus Leistungsbereichen, die nicht mit DRG vergütet werden, und schätzt damit prospektiv im Hinblick auf das folgende Kalenderjahr. Potenzielle Verschiebungen, die sich lediglich aus einer Änderung des Kodierverhaltens (Diagnosen, Prozeduren) ergeben, müssen vollständig ausgeglichen werden. Außerdem darf gemäß § 10 Abs. 4 Satz 1 Krankenhausentgeltgesetz die Steigerung des neu vereinbarten Basisfallwerts den Wert des letzten Jahres nicht um die so genannte Veränderungsrate (§ 71 SGB V) übersteigen.

Die Bezeichnung einer jeden DRG besteht aus einem großen Buchstaben, einer zweistelligen Zahl und einem weiteren großen Buchstaben. Der erste Buchstabe steht für die so genannte Krankheitsgruppe (MDC, major diagnostic category oder Hauptdiagnosegruppe). Es gibt insgesamt 23 MDC (B-DRG bis Z-DRG), eine Prä-MDC (A-DRG) und die „Fehler“-DRG (9er DRG). Die zweistellige Zahl verschlüsselt die so genannte Partition. Von 01–39 liegt die operative Partition (O), von 40–59 die „andere“ (A) und von 60–99 die medizinische Partition (M). Der letzte Buchstabe verschlüsselt die verschiedenen Schweregradstufen (A bis I), wobei A die aufwändigste DRG beschreibt. Wird eine DRG nicht hinsichtlich Schweregradstufen unterteilt, erhält sie ein Z.

Eine DRG wird mittels einer zertifizierten Software, dem so genannten Grouper, ermittelt. Der dazugehörige Algorithmus ist in den Definitionshandbüchern des InEK veröffentlicht. Es ist sicherlich nicht notwendig, dass der Leser die einzelnen Schritte der Gruppierung nachvollziehen kann. Eine gewisse Grundkenntnis trägt aber enorm zu dem Verständnis bei, warum der MDK bestimmte Fallkonstellationen quasi immer, andere aber fast nie prüft. Im ersten Schritt führt der Grouper die Plausibilitätsprüfung durch (Schwangerschaft beim Mann) und sortiert hier die Fehler-DRG aus. Danach wird, hauptsächlich über Beatmungszeit und die Intensivkomplexe, die A-DRG aussortiert. Die Bestimmung der MDC erfolgt anhand der Krankenhaushauptdiagnose (KHD). Die so genannte Basis-DRG (die ersten drei Stellen) werden in relevantem Umfang über die verschlüsselten OPS angesteuert. Erst in einem letzten Schritt erfolgt die Schweregradzuweisung.

Die Übersetzung medizinischer Sachverhalte in Diagnosecodes (ICD-10) und Prozedurschlüssel (OPS) hat einem eigenständigen Berufsbild massiven Aufwind beschert – dem Kodierassistenten. Ob, wann und welche dieser ICD-10/OPS-Schlüssel dann auch tatsächlich für den Fall zu kodieren sind und welche der ICD-10 die Krankenhaushauptdiagnose darstellt, folgt einem komplexen Regelwerk, festgehalten in der Deutschen Kodierrichtlinie (DKR). Auch diese kann auf der Internetseite des InEK kostenlos heruntergeladen werden.

Die Auslegung der DKR jedoch ist Gegenstand zahlloser Verfahren vor den Sozialgerichten. Nachdem man den Algorithmus zur Bildung einer DRG kennengelernt hat, wird man sicherlich gut verstehen, dass bestimmte ICD-10 als KHD deswegen systematisch angefragt werden, weil sie in eine besser vergütete DRG münden. Ähnlich verhält es sich mit dem Sachverhalt, dass gelegentlich nicht die Verschlüsselbarkeit einer bestimmten Begleiterkrankung angezweifelt wird, sehr wohl aber der dazu verwendete ICD-10. Umgekehrt erkennt man aber auch die monetäre Relevanz und Brisanz, die in der Auswahl guter Kodierfachkräfte und der Organisation eines möglichst reibungslosen Dokumentations- und Kodierprozesses liegt. Wer sich in diese Materie tiefer einlesen möchte, dem sei eine der vielen verfügbaren kommentierten Kodierrichtlinien empfohlen oder aber das Studium des DRG-Kurzlehrbuchs des Autors dieses Kapitels („DRG kodieren Schritt für Schritt“).

PERIODISCHE/JÄHRLICHE WEITERENTWICKLUNGEN IM DRG-SYSTEM

Das DRG-System ist ein lernendes System mit zyklischen, hauptsächlich jährlichen Veränderungen. Über die Einbindung des medizinischen Sachverstandes wurde weiter oben bereits berichtet. Dies führt dazu, dass die Kataloge für ICD-10 und OPS jährlich aktualisiert werden. Glücklicherweise veröffentlicht das DIMDI begleitend ein Changelog, mit dem man die Veränderungen gut nachvollziehen kann. Beim InEK existieren gleich zwei, zum Teil parallele Prozesse, die zu Veränderungen im DRG-System führen.

Die Einbindung des medizinischen Sachverstandes trägt an das InEK Änderungsvorschläge zu allen Aspekten des DRG-Systems heran: Veränderung der Zuweisungslogik zu einzelnen DRG, Aufnahme oder Streichung einzelner ICD-10 oder OPS in den Definitionstabellen, Zuweisung zu existenten oder Schaffung neuer ZE, Veränderung der CCL-Wertigkeit einzelner Diagnosen usw. Die Veränderung in der Zuweisung zu einzelnen DRG wird durch das InEK in Form einer so genannten Migrationstabelle veröffentlicht. Diese komplexen Veränderungen führen zu einem Phänomen, dass man als Katalogeffekt bezeichnet. Der Katalogeffekt ist definiert als die veränderte Bewertung identischer Fälle in unterschiedlichen DRG-Versionen. Diese Differenz, die praktisch dann entstünde, wenn man in diesem Jahr noch einmal ganz genau die Fälle des letzten Jahres behandelt, aber innerhalb des DRG-Systems dieses Jahres abrechnen würden, ist eine relevante Unsicherheit für viele Abteilungen. Mindestens, wenn man in Budgetverhandlungen mit der Krankenhausleitung tritt, muss man diesen Katalogeffekt kennen. Denn wenn sich trotz identischen Ressourcenverbrauchs und identischer Fallstruktur die Einnahmensituation signifikant ändern kann, dann muss das im aktuellen Budget abgebildet sein.

Sowohl beim DIMDI als auch beim InEK sind die Vorschlagsverfahren an feste Fristen gebunden. In der Regel beginnt das Verfahren beim DIMDI am 01.12. eines jeden Jahres. Redaktionsschluss ist der 28.02. des Folgejahres. Die Vorschläge werden mittels spezifischer elektronischer Formulare per E-Mail versandt und gegebenenfalls im Revisionsverfahren für das nächste Jahr berücksichtigt. Das Vor-

schlagsverfahren des InEK beginnt am 30.11. eines Jahres. Auch hier werden spezifische elektronische Formulare verwandt, die jedoch nicht per Mail, sondern über ein spezifisches Portal eingereicht werden. Der Redaktionsschluss dieses Verfahrens ist der 31.03. (also ein Monat später als das DIMDI), allerdings erfolgen Rückfragen zur Präzisierung seitens des InEK nur bis zum 28.02.

In der Konsequenz ergibt sich folgender Epizyklus: Wenn man bis Ende Februar 2016 beim DIMDI einen Vorschlag einreicht, wird dieser auch 2016 in der Revision berücksichtigt und mündet in einem, ab 2017 verschlüsselbaren, OPS. Die damit verknüpften Wirtschaftsdaten werden 2018 gesammelt und dienen als Basis für die (2018 neu kalkulierte) DRG des Jahres 2019. Die Mindestdauer bis zur Abbildung einer neuen Technologie im DRG-System auf dem Standardweg beträgt also vier Jahre.

Dieser Zyklus erklärt aber auch, warum es die Krankenhäuser selbst sind, die in relevantem Umfang zum Katalogeffekt beitragen. Wenn sie nämlich aufgrund der vielen, bereits im Vorfeld ausführlich diskutierten wirtschaftlichen Zwänge in diesem Jahr sparen, dann ist dies die Datenbasis zur Berechnung der Fallpauschalen, welche im nächsten Jahr stattfindet. Daraus wird dann das neue Relativgewicht des übernächsten Jahres. Selbst wenn sie es dann noch schaffen, ihre Sparquote aufrechtzuerhalten, wird sie das nur noch mit einer schwarzen Null zurücklassen. Dieses Phänomen wird auch Kostendegressionseffekt genannt.

Eine Abkürzung des Epizyklus des DRG-Systems bietet das NUB. Voraussetzung für die Beantragung einer solchen Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode ist, dass die Methode sowohl neu (im medizinisch-technologischen Sinne) als auch aktuell im DRG-System unzureichend wirtschaftlich abgebildet ist. Das NUB-Verfahren beim InEK beginnt am 01.09. eines Jahres. Redaktionsschluss ist der 31.10. desselben Jahres. Die Liste der Entscheidungen (Status) wird Ende Januar/Anfang Februar des Folgejahres veröffentlicht. Jedes Krankenhaus muss jede Leistung, die es erbringen möchte, individuell und selbst als NUB-Antrag formulieren. Diejenigen NUB, die einen Status 1 erhalten haben, können dann durch das jeweilige Krankenhaus im Rahmen der Entgeltverhandlungen individuell in ihrer Höhe verhandelt werden. Einer der Vorteile liegt in der potenziellen Geschwindigkeit der Abbildung neuer Technologien im DRG-System. Für eine im Jahr 2016 beantragte und 2017 positiv beschiedene Leistung erfolgt die Leistungserbringung 2017 und parallel dazu eine ergänzende Datenabfrage und Kalkulation durch das InEK. Diese kann 2018 bereits in einer Abbildung im DRG-System münden.

ABRECHNUNG IM DRG-SYSTEM UND IHRE BESONDERHEITEN

Ablauf: Nach Entlassung eines Patienten übermittelt das Krankenhaus der Kasse den so genannten Entlassdatensatz. Da dieser sich aus Anlage 5 § 301 SGB V ergibt, bezeichnet man ihn auch als 301er Datensatz. Die Frist dazu beträgt drei Tage ab Entlassung, spätestens jedoch mit Schlussrechnung. Praktisch ist jedoch bei verspäteter Abgabe kaum mit Konsequenzen seitens der Kasse zu rechnen. Der Grund dafür ist schlicht, dass das daraus resultierende Liquiditätsproblem allein beim Krankenhaus liegt. Mit Stellen der Schlussrechnung beginnt zum einen die Zahlungsfrist der Kasse, welche sich nach dem jeweiligen Landesvertrag richtet, und zum anderen die Prüffrist.

Fallsplitting: Grundsätzlich wird bei der Abrechnung einer DRG nicht geteilt – nicht zwischen Häusern und schon gar nicht zwischen Abteilungen eines Hauses. Es gilt klar: ein Fall, eine DRG. Das bedeutet nicht, dass nicht bei Verlegung zwischen Häusern aufgrund Verweildauer-abhängiger Abschläge und der Verschiebung der Verweildauer-Grenzen nicht eine gewisse Erlösreduktion auf beiden Seiten (letztlich quasi eine Aufteilung) stattfindet. Auf formaler Ebene jedoch rechnet jedes Haus eine eigene DRG ab. Das gegenteilige Szenario jedoch, die Fallzusammenführung, findet sehr regelmäßig und in hohem Ausmaß statt.

Aus makroökonomischer Sicht gibt es auch überhaupt keinen Grund, warum innerhalb eines Hauses ein Fall geteilt werden sollte. Der einzige Grund, warum das dennoch tägliche Praxis darstellt, ist die Existenz abteilungsbezogener Budgets. Es gibt vielfältige Möglichkeiten der Fallteilung zwischen Abteilungen: Mittels einfacher Zuordnung kann man einen Fall zum Beispiel der aufnehmenden oder der entlassenden Fachabteilung zuordnen. Man könnte den Erlös des Falles gemäß seiner jeweiligen Verweildauern (mit oder ohne abteilungsbezogener Wichtung) verteilen oder aber relative Anteile über fiktive DRG innerhalb der jeweiligen Abteilung bilden. Eine der komplexes-

ten Versionen der Teilung ist sicherlich die Aufteilung gemäß dem abteilungsindividuellen Ressourcenverbrauch. Dafür aber benötigt man eine Kostenträgerrechnung, welche in Deutschland bei Weitem nicht alle Häuser nutzen. Eigentlich aber ist es egal, wie komplex oder einfach man die Aufteilung vornimmt. Solange die assoziierten Kosten den jeweiligen Erlösen in ihrer Zuweisung folgen, ist die Welt in Ordnung. Wenn man also zum Beispiel tatsächlich einen Fall immer der entlassenden Abteilung zuordnet, so muss man auch die gesamten Fallkosten dieser Abteilung zuweisen.

Fallzusammenführung: Die Regeln der Fallzusammenführung sind komplex. Grob skizziert, läuft das so: Wenn ein Patient innerhalb der oberen Grenzverweildauer der DRG, mit der er entlassen wurde, in das entlassende Krankenhaus zurückkehrt und der Fall dabei in dieselbe Basis-DRG geht (die ersten drei Stellen der DRG), dann werden beide Fälle zu einem zusammengefasst. Ebenso verhält es sich, wenn der Patient innerhalb der Frist der oberen Grenzverweildauer aufgrund einer Komplikation wieder aufgenommen wird. Eine andere Frist, nämlich 30 Kalendertage, gilt, wenn ein Patient mit einem Fall aus der gleichen MDC wieder aufgenommen wird und dabei die erste DRG der Partition M oder A angehört, die zweite aber der Partition O zuzuordnen ist. Dieser so genannte Partitionen-Switch tritt regelmäßig immer dann auf, wenn zum Beispiel ein Patient nach invasiver kardiologischer Diagnostik entlassen und im Verlauf einer kardiologischen Operation zugeführt wird. Auch wenn das jetzt noch nicht sonderlich komplex erscheint, gerade bei mehrfachen Verlegungen und der Notwendigkeit, diese Regeln für jeden einzelnen Teilfall zu prüfen, kann es schnell unübersichtlich werden.

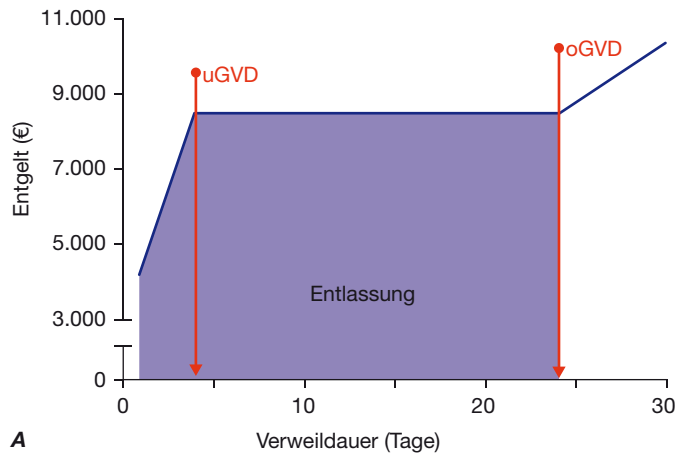
Zu- und Abschläge: Hinsichtlich des Erlöses kann es oft einen Unterschied machen, ob man den Patienten nach Hause entlässt oder in ein anderes Haus verlegt. Der Erlös einer jeden DRG ist zeitabhängig. Er steigt bis zum Erreichen der unteren Grenzverweildauer linear an. Oder anders: Bei einer Entlassung vor Erreichen der unteren Grenzverweildauer wird für jeden Tag Differenz ein Abschlag fällig („Kurzliegerabschlag“). Die untere Grenzverweildauer und den dazugehörigen Abschlag findet man für jede DRG im Fallpauschalenkatalog (InEK). Ab unterer Grenzverweildauer steigt der DRG-Erlös nicht weiter an. Erst mit Erreichen der oberen Grenzverweildauer bekommt man für jeden Tag der Überschreitung einen bestimmten Zuschlag („Langliegerzuschlag“). Dieser Zuschlag aber ist grundsätzlich weit weniger hoch als der korrespondierende Abschlag an der unteren Grenzverweildauer. **Abbildung 15e-1** veranschaulicht den Sachverhalt noch einmal.

Bei einer Verlegung gelten andere Grenzen. Der Verlegungsabschlag orientiert sich an der mittleren Verweildauer einer DRG. Die zugrunde liegende Logik ist, dass die mittlere Verweildauer dem arithmetischen Mittel der Fälle dieser DRG entspricht. Wenn man also vorher verlegt, hat man wahrscheinlich weniger getan als das bundesdeutsche Mittel und bekommt deswegen weniger Geld. Auch die mittlere Verweildauer und den dazugehörigen Verlegungsabschlag findet man im DRG-Fallpauschalenkatalog. Den Verlauf der Erlöskurve bei Verlegung demonstriert **Abbildung 15e-1**.

Prä- und poststationäre Behandlung: Im Laufe des stationären Aufenthaltes muss der Krankenhausarzt für jeden einzelnen Tag prüfen, ob für die Behandlung des Patienten tatsächlich die besonderen Mittel des Krankenhauses notwendig sind. Dies gilt insbesondere für die Aufnahmesituation. Fällt die Prüfung bei Aufnahme negativ aus, darf keine Krankenhausbehandlung erfolgen. Die dabei entstandenen Kosten kann ein Krankenhaus als so genannte prästationäre Pauschale gemäß § 115 a SGB V abrechnen. Der § 115 a SGB V regelt darüber hinaus auch, dass ein Krankenhaus zu Vorbereitungszielen und für einen Zeitraum von längstens drei Behandlungstagen innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung prästationär behandeln und die Pauschale damit abrechnen darf. Praktisch jedoch verweigern die Kassen unter Verweis auf die Vergütung der sich anschließenden DRG die Zahlung. In der Umsetzung der Rechtsprechung an den Sozialgerichten bekommen sie dabei üblicherweise Recht.

Das Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 12 SGB V) verpflichtet Krankenhäuser dazu, die stationäre Behandlung zu beenden, sobald die besonderen Mittel des Krankenhauses zur weiteren Behandlung nicht mehr zwingend notwendig sind. Oft aber ist in dieser Konstellation die Behandlung des Patienten noch nicht abgeschlossen. Derselbe § 115 b SGB V regelt, dass Krankenhäuser über einen Zeitraum von maximal sieben Behandlungstagen innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung

Erlössituation der DRG F24A bei Entlassung



Erlössituation der DRG F24A bei Verlegung

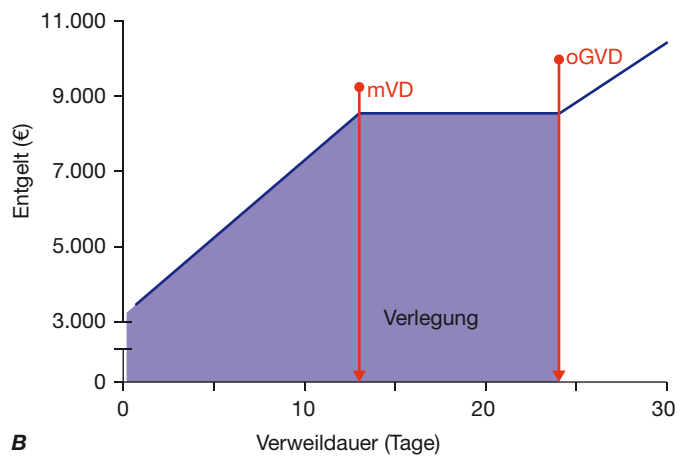


Abbildung 15e-1 Erlössituation der DRG F24A bei Entlassung (A) und bei Verlegung (B).

der stationären Krankenhausbehandlung die poststationäre/nachstationäre Behandlung zur Sicherung oder Festigung des Behandlungserfolgs vornehmen können. Für die poststationäre Behandlung gibt es keine Pauschalen, jedoch zählen die Behandlungstage zur Verweildauer der Entlass-DRG dazu. Kommt es dadurch zu Überschreitung der oberen Grenzverweildauer, können die entsprechenden Zuschläge berechnet werden. In der Praxis darf ein Krankenhaus in dieser Konstellation jedoch mit einer besonders intensiven Prüfung der so genannten sekundären Fehlbelegung durch den MDK rechnen.

ANDERE ANWENDUNGEN VON DRG

LEISTUNGSPLANUNG

Die Motivation, eine neue Leistung einzuführen, ist aus ärztlicher Sicht oft einfach: der Drang, besser zu werden. Dieses „besser“ ist allerdings für jeden etwas anderes: Eine Verbesserung der Patientenversorgung (qualitativ, quantitativ, effizienter) oder aber der Forscherdrang, der dem Erlernen einer neuen Methode innewohnt, sind auf der Liste sicherlich ganz oben. Bereits aus medizinischer, aber ganz sicher aus ökonomischer Sicht sollte man sich über einige grundlegende Fragen klar sein, auf die im Folgenden näher eingegangen werden soll.

Ein guter Weg, sich gleichermaßen über die medizinischen wie auch die ökonomischen Konsequenzen klar zu werden, ist sicherlich die so genannte Budget-Impact-Analyse. Diese komplexe Methode, zu der man eine Vielzahl guter Anleitungen und Bücher bereits im Internet findet, sollte immer als „round-table“ durchgeführt werden. Die Mindestteilnehmer sind dabei das Finanzcontrolling, das Medizincontrolling und natürlich die betreffende Fachabteilung. In relevantem Umfang steht und fällt alles mit der Datenbasis, also dem Ausmaß, in dem man vor die Entscheidung „wissen versus schätzen“ gestellt wird. Zu folgenden vier Bereichen wird man valide Aussagen

brauchen: Materialeinsatz, Personaleinsatz, Infrastrukturbedarf und Vergütungssituation.

Der Infrastrukturbedarf ist sicherlich ein Killerkriterium. Während die anderen drei Positionen zueinander komplementär und potenziell im laufenden Betrieb kurzfristig kompensierbar sind, ist er es nicht. Die Infrastruktur gehört, wie auch die Anschaffung teurerer Geräte für die Durchführung der neuen Leistung, zu den Investitionskosten und ist damit Ländersache. Also: Wo (in welchem Gebäude/Raum) soll diese Leistung genau erbracht werden? Welche neue Gerätegrundausrüstung benötigt man dafür? An dieser Stelle wird auch indirekt das erste Mal die Fallzahl relevant.

Für den Material- und Personaleinsatz kann man für eine erste Idee oft auf die Angaben der jeweiligen Firmenvertreter zurückgreifen. Meist haben diese, z. B. für die Darstellung der neuen Leistung gegenüber dem InEK, diesbezüglich relativ detaillierte Auflistungen. Für beide Positionen kann man darüber hinaus – so die angesteuerte DRG bekannt ist –, die entsprechenden Vergütungsanteile der InEK-Matrix nachsehen. Für den Punkt „Personal“ muss darüber hinaus noch beachtet werden, dass nicht nur die pure Verfügbarkeit, sondern auch der nötige Ausbildungsstand und die so genannte Lernkurve relevant werden können.

An dieser Stelle wird oft der neben dem Investitionsbedarf zweite essenzielle Punkt übersehen: Konkurrenz! Die neue Leistung (und mit ihr das Haus selbst) befindet sich in sehr vielfältigen Konkurrenzsituationen. Zum einen ist dies bereits im Haus selbst die Konkurrenz zu bestehenden Leistungen: Sind für die Erbringung der neuen Leistung andere Bereiche (Intensivstation) nötig? Ist die nötige OP-Kapazität vorhanden? Da (glücklicherweise) die wenigsten Häuser den „Luxus“ von Leerstand oder Leerlauf haben, muss Klarheit über diesen Punkt herrschen. Solange man sich dabei innerhalb der eigenen Abteilung bewegt, ist das Problem meist gering, aber spätestens bei fachabteilungsübergreifenden Entscheidungen muss das strategische Gesamtkonzept des Hauses im Auge behalten werden.

Die zweite Konkurrenzsituation liegt selbstverständlich in dem Wechselspiel aus Einzugsgebiet und Konkurrenzhäusern. Dies ist die zweite Stelle, an der indirekt die Fallzahl relevant wird: Bei selteneren Leistungen reicht der Blick auf die derzeitige Konkurrenz, um die Sinnhaftigkeit der Erbringung im eigenen Hause zu beurteilen. Bei häufigeren Leistungen muss auch die Wahrscheinlichkeit zukünftiger Leistungserbringung durch Konkurrenzhäuser in Betracht gezogen werden.

Diese bisherigen Überlegungen stehen als „Voraussetzungen für die Leistungserbringung“ dann gleichermaßen der Vergütungssituation wie auch der Einbettung in ein strategisches Gesamtkonzept des Hauses gegenüber. Bezüglich der Vergütungssituation sollte mindestens über folgende Fragestellungen Klarheit herrschen: Kann/darf diese Leistung überhaupt erbracht werden (Versorgungsstufe des Hauses)? Ist die Leistung derzeit kostendeckend im DRG-System, abgebildet? Falls nein: Müssen gegebenenfalls unbepreiste ZE oder aber NUB beantragt/verhandelt werden?

Zu guter Letzt müssen man sich sowohl über die Intentionen als auch die Strategie der Abteilung und des Hauses klar sein: Will man einfach nur Geld verdienen, springt man gerade auf einen Zug auf, will man ein Alleinstellungsmerkmal schaffen oder ist die neue Leistung Teil eines strategischen Gesamtkonzeptes zur Etablierung einer „Marke“? In Abhängigkeit von den Antworten wird der Umgang mit den oben aufgeführten Punkten unterschiedlich sein.

■ BUDGETFINDUNG UND -VEREINBARUNG

Mindestens genauso komplex wie die Planung neuer Leistungen ist die Budgetfindung. Dabei ist es unerheblich, ob man sich auf Abteilungs- oder Krankenhausebene befindet. Wenden wir uns zunächst der Krankenhausebene zu.

Folgende Begriffe sollte man kennen: Mindermenge (man hat am Ende des Jahres weniger geschafft als zuvor mit den Kassen vereinbart wurde); Mindererlös (die Konsequenz einer Mindermenge im Jahreserlös des Hauses); Mehrmenge (komplementär zur Mindermenge); Mehrerlös (deren Konsequenz). Alle diese Begriffe beziehen sich auf das aktuelle Budget des laufenden bzw. abgeschlossenen Jahres. Soll für das nächste Jahr geplant mehr gemacht werden, dann bezeichnet man dies als Mehrleistung. Sowohl der Mehrerlös der Mehrmenge als auch die Mehrleistung sind mit gesetzlich verankerten Mindereinnahmen (bezogen auf die jeweils abzurechnenden DRG) verbunden. Dabei folgen der so genannte Mehrerlösausgleich, der Mehrleistungsabschluss und auch der Mindererlösausgleich der gleichen Theorie.

Die Gesamtkosten der Leistungserbringung bestehen aus zwei Anteilen: den Fixkosten und den variablen Kosten. Wird mehr gemacht, als vereinbart wurde (oder soll das gerade prospektiv vereinbart werden), dann sind wesentliche Anteile von Personal und Infrastruktur bereits vorhanden, müssen also bei der Erbringung zusätzlicher Leistungen nicht extra/neu vergütet werden. Umgekehrt ist bei Leistungseinbrüchen (Mindererlösausgleich) zum Beispiel das Personal dennoch vorhanden. Der Mindererlös dient damit theoretisch dem Schutz des Hauses insofern, als dass er bei ungeplanten Leistungseinbrüchen den Fixkostenanteil der Differenz zum geplanten Jahresbudget erstattet. Bezugsgröße ist aber immer das Gesamtbudget, also bewertete und unbewertete DRG und ZE. Umgekehrt dient der Mehrerlösausgleich dem Schutz der Kasse, und damit der Solidargemeinschaft, vor ausufernder, ungeplanter Leistungserweiterung, indem hier nur der variable Kostenanteil erstattet wird. Die Realität ist, wie immer, etwas komplexer. Dem erbringenden Arzt sollten aber zumindest die Konsequenzen veränderter Leistungserbringung für das Krankenhaus und dessen Budgetverhandlungen bekannt sein.

Verhandelt ein Haus mit den Vertretern der Kassen prospektiv sein Budget, so fließen darin ganz verschiedene Aspekte ein: Zuerst sollen die Budgetverhandlungen Planungssicherheit auf beiden Seiten bedeuten. Sie sollen Strukturveränderung genauso berücksichtigen wie Fortschritt, dabei aber gleichermaßen das Wirtschaftlichkeitsgebot wie den Versorgungsauftrag berücksichtigen. Seitens des Krankenhauses werden im Vorfeld über spezifisch dafür geschaffene Formulare die Leistungen des Vorjahres detailliert aufgeführt und daraus wird die Budgetplanung abgeleitet. Diese Formulare werden den Vertretern der Kasse zur Vorbereitung der Budgetverhandlungen zugeleitet. Da sich aber in der Medizin grundsätzlich überhaupt nichts präzise messen lässt, ist eine Budgetverhandlung in der Folge dann genau das: eine Verhandlung.

Auf Abteilungsebene sieht das letztlich sehr ähnlich aus, wenngleich die Gewichtung anders liegt. Die Zielvereinbarungen einer Abteilung beinhalten immer die Einnahmen- und die Ausgabenseite. Auf der Einnahmenseite können in Abhängigkeit von der Struktur des Hauses gleichermaßen DRG-bezogene Ziele wie auch Ambulanzbezogene Ziele stehen. Während klassisch Casemix (unter Umständen als Casemix-verrechnet), Fallzahl, Anzahl ambulanter Scheine, AOP-Fallzahl (§ 115 b) und Umsatz/Punktevolumen der AOP-Leistungserbringung feste Positionen einer solchen Budgetvereinbarung sind, sind NUB genauso wie ZE nur eingeschränkt planbar. Auf der Ausgabenseite findet man Angaben, mit welchem Personal- und Sachmitteleinsatz diese Leistungen zu erbringen sein sollten. Falls hier ein zu hohes Maß an Misstrauen herrschen sollte, kann man erneut diese Positionen über die im letzten Jahr erbrachten DRG mittels der InEK-Matrix in erster Näherung prüfen.

Völlig unabhängig aber von dem Umgang mit diesen Zahlen sollte absolute Klarheit zu folgenden Themen herrschen: Welches ist die Ausgangsbasis für Steigerungsraten? Welche Auswirkung/Schlüssel hinsichtlich Sach-/Personalmittel werden angewandt? Welche Auswirkungen hat der Katalogeffekt? Wie wird die Privatliquidation behandelt? Welche Einbettung, insbesondere für Innovation/teure Verfahren, in das strategische Gesamtkonzept der Klinik wird in welcher Form budgetär begleitet?

MEDIZIN AUS SICHT VON POLITIK, ÖKONOMIE, VOLKS- UND BETRIEBSWIRTEN – EINE INTERPRETATIONSHILFE FÜR ÄRZTE

Nach ausführlicher Beschreibung der ökonomischen Grundzüge medizinischen Handelns sollen nun einige wenige, ausgewählte Aspekte bzw. Sichtweisen der verschiedenen Partner bei der Leistungserbringung dargestellt werden.

Lässt man die rein medizinischen Aspekte der Leistungserbringung außen vor und überlegt sich, wie ein Krankenhaus zu führen ist – als Klinikumsvorstand –, wären die Ziele kurz zusammengefasst Balance und die Annäherung an das Optimum. Völlig unabhängig davon, wer die Stars eines Krankenhauses sind, ist die Balance zwischen den Fachabteilungen geradezu überlebenswichtig. Das beginnt als einfachstes Beispiel damit, dass die beiden großen Fachdisziplinen (Chirurgie und Innere Medizin) aufs Engste aufeinander angewiesen sind. Selbst wenn also eine dieser beiden Fachdisziplinen klar schwächer ist, wird die stärkere der beiden ihr Leistungsniveau nicht halten können, wenn die schwächere benachteiligt wird. Oder wie soll die prä- und postoperative Versorgung ohne internistische Mitbetreuung/Konsile aussehen? Im einfachsten Fall bedeutet dies mindestens, dass der

übermäßigen Expansion einer Fachabteilung zulasten der anderen Grenzen gesetzt sein werden.

Auch für die Etablierung eines Hauses am Markt kann es unter Umständen notwendig sein, sogar scheinbar vollständig unlukrative Fachabteilungen nicht nur zu halten, sondern sogar aufzubauen. Diesen Aspekt eines Portfolios verstehen üblicherweise Aktienmakler deutlich besser als Ärzte. Betrachten wir es einmal von dieser Seite: Wenn man der Bevölkerung eines Einzugsgebietes zweifelsfrei vermitteln kann, dass sie mit jedem beliebigen Problem in einem bestimmten Haus richtig ist, wird sich auch für die attraktiven Fälle nicht die Frage stellen, in welches Haus man gehen soll. In der Gesamtbetrachtung aller Fälle wird das meist eine positive Budgetwirkung entfalten. Auch das muss man im Auge behalten, wenn man sich über das Optimum an Divergenz oder Spezialisierung hinsichtlich der Leistungserbringung und Zusammensetzung des Fachabteilungsspektrums Gedanken macht.

Sowohl die volkswirtschaftliche als auch die politische Sicht auf Leistungserbringung im Gesundheitswesen birgt noch einmal eine völlig andere Perspektive. Der Staat hat seinen Bürgern gegenüber eine Fürsorgepflicht. Diese bedingt einen gewissen Sicherstellungsauftrag. Gleichzeitig aber ist die Zufriedenheit der Bürger (und damit der Erfolg in der nächsten Wahl) daran geknüpft, welche Auswirkung die politische Entscheidungsfindung auf das Portemonnaie des Einzelnen hat. Gerade in Bezug auf Letzteres beobachtet man ein interessantes Phänomen: Die Bereitschaft von Patienten oder unmittelbaren Angehörigen selbiger, für die medizinische Leistungserbringung mehr Geld zur Verfügung zu stellen (wohl gemerkt als Beitrag der Solidargemeinschaft), ist sehr hoch, während die Bereitschaft gesunder Personen, für die gleiche Leistung Geldmittel in gleichem Umfang zur Verfügung zu stellen, deutlich geringer ist. Das ist eine quasi unlösbare Situation, die dem psychologischen Konzept der Doppelbindungstheorie sehr nahe kommt.

Noch komplexer allerdings wird die Situation, wenn folgende Faktoren in Betracht gezogen werden (eine Auswahl):

- Hinsichtlich quasi aller Aspekte vorhandener Information herrscht im Gesundheitswesen an so gut wie allen Stellen eine ausgeprägte Asymmetrie. Das bedeutet, dass Verfügbarkeit, Verständnis, Interpretationsmöglichkeit und -richtung, Grundwissen etc. der einzelnen Akteure grundlegend unterschiedlich sind.
- Ab einer gewissen Grenze führen zusätzliche Ausgaben im Gesundheitswesen nur noch zu sehr geringen Veränderungen des Outcome. Zum Beispiel kommt es im Ländervergleich ab einer gewissen Schwelle der Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben nur zu einer marginalen Zunahme der Lebenserwartung (OECD 2013).
- Qualität der medizinischen Versorgung lässt sich notorisch schwer in messbaren Dimensionen universell definieren (Donabedian 2005). So ist bereits die Wahl des korrekten Outcome-Indikators komplex. Wenn man dem die oben aufgeführte Asymmetrie der Information hinzufügt, erkennt man die Komplexität qualitätsbasierter Entscheidungs- und Vergütungssysteme.
- Ein jedes Budget ist endlich und man kann Geld nur einmal ausgeben. Auch wenn das eher offensichtlich klingt, bedeutet es doch, dass eine Finanzierungsentscheidung für eine medizinische Leistung implizit eine Finanzierungsentscheidung gegen eine andere bedeutet.
- Die Inanspruchnahme medizinischer Leistung ist klar vom Ausmaß der Kostensubstitution abhängig (Co-Payment). Umgekehrt ist das Outcome innerhalb bestimmter Grenzen nur in geringem Ausmaß von dem Umfang der Inanspruchnahme medizinischer Leistung abhängig (Manning et al. 1987).
- Für diesen Zusammenhang besteht eine klare Abhängigkeit vom Grundeinkommen: Wie schon beim Ländervergleich kommt es auch für den Vergleich innerhalb eines Landes/einer Ökonomie nur für die unteren Einkommensschichten zu einer klaren Verbesserung des Outcome bei zunehmendem Mitteleinsatz. Ab einer gewissen Grenze ist dieser Zusammenhang nur noch sehr gering ausgeprägt. Dieser Aspekt ist besonders für die Solidarfinanzierung des Gesundheitswesens von Relevanz.

Es ist so: Die Dinge, Zusammenhänge und Abhängigkeiten sehen schlicht anders aus, wenn sie nicht mehr auf der Ebene Individuum, sondern der Ebene Kohorte oder Population definiert sind. Auch Po-

litiker und Volkswirte sorgen sich sehr wohl um das Wohlergehen der Patienten – nur eben auf der Ebene Population. Demzufolge reflektieren ihre Entscheidungen auch primär diesen Level. Hier herrscht ganz sicher für uns als Ärzte eine Asymmetrie der Information. Oder hätte man auch nur eine Grundvorstellung davon, welche Auswirkungen auf die anderen Säulen des Sozialsystems innerhalb Deutschlands zum Beispiel die Vergütungsentscheidung hinsichtlich der direkten oralen Antikoagulanzen (DOAK) zulasten der GKV hatte?

In der Vergangenheit bedeuteten neue Technologien fast ausnahmslos immer auch neue Kosten. Die meisten von ihnen waren aber mit dem Versprechen von verbesserter Effizienz angetreten. Natürlich ist es schwierig und sicherlich auch nicht besonders ethisch als Ansatz, Gesundheit – geschweige denn ein Menschenleben – in Geld auszudrücken. In der freien Wirtschaft würde sich an einer solchen Stelle die Frage nach dem Verhältnis von marginalen Kosten und marginalem Nutzen stellen, soll heißen, wie viel mehr an Kosten ist für welche Veränderung an Outcome gerade noch akzeptabel. Spätestens an dieser Stelle sind wir tief in der Domäne von Health Technology Assessment (HTA) und comparative effectiveness research. Diese Ansätze gehen weit über ein einfaches Kosten-Nutzen-Verhältnis hinaus. Viele Länder haben dazu eigene Institutionen ins Leben gerufen, die, obwohl räumlich und zeitlich getrennt, klare Gemeinsamkeiten aufweisen (Chalkidou et al. 2009). Man sollte sich dazu noch vor Augen führen, dass eine Vielzahl hoch gelobter Technologien nach massivem initialem Hype und fast exponentiell wachsender Leistungserbringung später in der Anwendungsbeobachtung und den Phase-4-Studien nicht nur enttäuschten, sondern mit Pauken und Trompeten durchfielen. Vielleicht versteht man dann ein wenig besser, warum Entscheidungsträger in Politik und Ausschüssen immer auch eine gewisse Skepsis walten lassen müssen.

DANKSAGUNG

Ich bedanke mich an dieser Stelle ganz herzlich für die konstruktive, sehr lehrreiche und fachlich extrem wertvolle Unterstützung bei der Erstellung dieses Kapitels durch Herrn Dr. med. Markus Thalheimer, Leiter der Abteilung Qualitätsmanagement/Medizincontrolling am Universitätsklinikum Heidelberg, und Herrn Dr. med. Tobias Täger, DRG-Beauftragter der Abteilung Kardiologie, Angiologie, Pulmologie am Universitätsklinikum Heidelberg.

WEITERFÜHRENDE LITERATUR

- AOK-BUNDESVERBAND: Reformdatenbank – die Suchmaschine zu Gesundheitspolitik. 2016. <http://www.aok-bv.de/politik/reformaktuell/reformdatenbank/>
- CHALKIDOU K et al: Comparative effectiveness research and evidence-based health policy: experience from four countries. *Milbank Q* 87 (2):339–67, 2009
- DESTATIS: Einnahmen und Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung. RKI/DESTATIS, 2016
- DONABEDIAN A: Evaluating the quality of medical care. *Milbank Q* 83 (4):691–729, 2005
- GKV-SPITZENVERBAND. Die gesetzlichen Krankenkassen. Krankenversicherung – Grundprinzipien. 2016. https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenversicherung_grundprinzipien/alle_gesetzlichen_krankenkassen/alle_gesetzlichen_krankenkassen.jsp
- MANNING WG et al: Health Insurance and the Demand for Medical Care: Evidence from a Randomized Experiment. *American Economic Review* 77(3), 1987
- ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD): Health at a Glance 2013: OECD Indicators. Annual: Health at a Glance, 2013. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en
- RHEINISCH-WESTFÄLISCHES INSTITUT FÜR WIRTSCHAFTSFORSCHUNG (RWI), ADMED: Einsparpotenziale bei den Verwaltungskosten gesetzlicher Krankenversicherungen. RWI Projektberichte, 2010
- THOMPSON JD, FETTER RB, MROSS CD: Case mix and resource use. *Inquiry* 12(4):300–12, 1975
- WISSENSCHAFTLICHES INSTITUT DER AOK (WIDÖ): Krankenhaus-Report 2015: Strukturwandel. Krankenhaus-Report, 2015. http://www.wido.de/khr_2015.html