

Leistungserbringern eine sektorübergreifende Vollversorgung aller etwa 31.000 Versicherten der beiden Krankenkassen. Sie koordiniert Versorgungsprozesse über verschiedene Sektoren hinweg und nutzt Disease-Management-Programme. Ein Patientenbeirat berät die Entscheidungsgremien. Schulungsprogramme und Therapiezielvereinbarungen stärken die Patienten in der Arzt-Patient-Beziehung. Ersten vorläufigen Ergebnissen zufolge verbessern sich die Qualität der Behandlung und die Behandlungsergebnisse bei gleichzeitiger Reduzierung der Kosten.

IV-Verträge bieten also offensichtlich – je nach Ausgestaltung – die Möglichkeit für eine bessere Versorgung zu geringeren Kosten. Der SVR Gesundheit empfiehlt, dass Projekte zur IV stets sektorübergreifend sein sollten, verpflichtend mit Kontrollgruppendesign evaluiert werden und indikationsübergreifende Versorgungskonzepte mit Populationsbezug unter Einbezug der Pflege bevorzugt werden sollten. Die Attraktivität integrierter Versorgungsformen für Krankenkassen und Krankenhäuser sollte durch Veränderung einiger Rahmenbedingungen erhöht werden (SVR Gesundheit 2012 Abschnitt 7.8).

Vertiefung

- Integrierte Versorgung Gesundes Kinzigtal <http://www.gesundes-kinzigtal.de>
- Hildebrandt H (2013): Integrierte Versorgung: Wo stehen wir? Eine Public Health orientierte Bestandsaufnahme. In: Public Health Forum 21 (78): 2-4
- SVR Gesundheit (2012). Gutachten 2012. Kapitel 7: Effizienz- und Effektivitätsverbesserungen durch selektive Verträge <http://tinyurl.com/qg4wode>

7.8 Stationäre Krankenversorgung

Krankenhäuser sind laut Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) »Einrichtungen, in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistungen Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt,

geheilt oder gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird und in denen die zu versorgenden Personen untergebracht und gepflegt werden können.« (§ 2 KHG)

In Krankenhäusern werden Patienten mit medizinischen und pflegerischen Leistungen versorgt, wenn Art und Schwere der Erkrankung eine Versorgung erfordern, die ambulant nicht zu erbringen ist.

Krankenhäuser werden entsprechend ihrem Versorgungsziel in Akutkrankenhäuser und Rehabilitationskliniken unterteilt (§ 107 SGB V).

Krankenhäuser sind im SGB V definiert als Einrichtungen, die

- der Krankenhausbehandlung oder Geburtshilfe dienen
- fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende, ihrem Versorgungsauftrag entsprechende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und nach wissenschaftlich anerkannten Methoden arbeiten
- mit Hilfe von jederzeit verfügbarem ärztlichem, Pflege-, Funktions- und medizinisch-technischem Personal darauf eingerichtet sind, vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten der Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten, und in denen die Patienten untergebracht und gepflegt werden können.

Vorsorgeeinrichtungen dienen der Beseitigung einer »Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde« oder dem Entgegenwirken einer »Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes«. **Rehabilitationseinrichtungen** dienen dazu, »eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern oder im Anschluss an Krankenhausbehandlung den dabei erzielten Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen, auch mit dem Ziel, eine dro-

Jahr	2000	2005	2013
Krankenhäuser	2.242	2.139	1.996
öffentliche Trägerschaft	844	751	596
frei-gemeinnützige Trägerschaft	912	818	706
private Trägerschaft	486	570	694
aufgestellte Betten Anzahl	559.651	523.824	500.671
öffentliche Trägerschaft	k.a.	273.721	240.623
frei-gemeinnützige Trägerschaft	k.a.	184.752	170.086
private Trägerschaft	k.a.	65.351	89.953
je 100.000 E	681	635	621

Abbildung 7.16 Krankenhäuser und aufgestellte Betten nach Trägerschaft.
Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes <http://tinyurl.com/o73hccj>

Krankenhausfälle	2000	2005	2010	2013
Fallzahl	17.262.929	16.539.398	18.032.903	18.787.168
je 100.000 E	21.004	20.056	22.057	23.296
Belegungstage in 1.000	167.789	143.244	141.942	141.340
Verweildauer in Tagen	9,7	8,7	7,9	7,5
Bettenauslastung in %	81,9	74,9	77,4	77,3

Abbildung 7.17 Krankenhaufälle, Verweildauer und Bettenauslastung.
Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes <http://tinyurl.com/o73hccj>

hende Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern.« (§ 107 SGB V)

Indikatoren zur Entwicklung der stationären Versorgung

Die Abbildungen 7.16 bis 7.19 geben anhand zentraler Indikatoren einen Einblick in die Entwicklung der stationären Versorgung.

Abbildung 7.16 zeigt die zunehmende Zahl der Krankenhaufälle bei gleichzeitiger Abnahme der Verweildauer und der Berechnungs- und Belegungstage sowie sinkender Bettenauslastung.

Abbildung 7.16 zeigt die abnehmende Zahl von Krankenhäusern und Betten von öffentlichen und frei-gemeinnützigen Trägern. Gleich-

zeitig nimmt die Zahl der privaten Kliniken zu, ihr Bettenanteil liegt aber immer noch unter 20%. Nicht jedes weniger gezählte Krankenhaus wurde geschlossen, vielmehr entstand in manchen Fällen durch Fusionierung aus zwei Krankenhäusern eines. Beispielsweise werden in Berlin neun Vivantes-Kliniken, die früher als jeweils eigenständige Krankenhaus in die Statistik eingingen, als ein Krankenhaus (Vivantes-Klinikum) gezählt.

Die Zahl der Vollzeitstellen nahm schon vor dem Jahr 2000 kontinuierlich ab. Der Bereich der Pflege erreichte 2007 einen Tiefpunkt, seitdem steigen die Beschäftigtenzahlen aber wieder an. Gegen den Trend steigt die Zahl der Vollzeitstellen für Ärzte seit Mitte der 1990er-Jahre, u.a. im Zusammenhang mit der Begren-

	1995	2000	2005	2010	2013
Beschäftigte (Kopfzahl)		1.100.471	1.063.154	1.112.959	1.164.145
in Vollzeitstellen	887.563	834.585	796.097	816.257	850.099
ärztlicher Dienst	101.591	108.696	121.610	134.847	146.988
Personalbelastungszahl je Vollkraft	24,4	21,0	16,2	14,4	13,1
nicht-ärztlicher Dienst	785.974	725.889	674.488	681.411	703.111
Pflegedienst	350.572	332.269	302.346	306.213	316.275
durchschnittlich zu versorgende Betten pro Arbeitstag	7,1	6,9	6,5	6,3	6,1

Abbildung 7.18 Beschäftigte im Krankenhaus und zu versorgende Betten.
Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes www.gbe-bund.de

	2000	2005	2010	2013
Bereinigte Kosten	51.603.471	56.732.375	68.602.870	76.825.428
Personalkosten	35.168.197	40.957.758	47.463.378	53.825.553
Ärztlicher Dienst	7.700.413	10.392.370	13.901.239	16.671.295
Pflegedienst	13.792.315	14.005.417	15.150.485	16.510.181
Sachkosten insgesamt	17.414.485	22.621.447	30.310.976	33.760.283

Abbildung 7.19 Krankenhauskosten in 1000 Euro.
Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes <http://www.gbe-bund.de/gbe10/i?i=820D>

zung überlanger Arbeitszeiten. Einen Anhalt für die Arbeitsbelastung gibt die am Arbeitstag zu versorgende Zahl von Patienten bzw. Betten. Diese Zahl ist sowohl bei den Ärzten als auch in der Pflege gesunken. In Zusammenhang mit der verkürzten Verweildauer, der erhöhten Fallzahl (Abbildung 7.17), dem erhöhten Aufwand für die Dokumentation und – im Bereich der Pflege – der Übernahme ärztlicher Tätigkeiten ist trotzdem von einer Verdichtung der Arbeit und einer Erhöhung der Anforderungen auszugehen.

Abbildung 7.19 zeigt die kontinuierliche Zunahme der Krankenhauskosten. Unter den OECD-Ländern liegt Deutschland bezüglich der Zahl der Krankenhausbetten (Abbildung 7.20), der Zahl stationär behandelter Patienten

(Abbildung 7.21) und der Zahl der durchgeführten Operationen jeweils im Spitzenfeld. Vergleichbare Länder kommen mit weniger als der Hälfte der Krankenhausbetten pro 1000 Einwohner aus. In keinem OECD-Land werden mehr Operationen zu Hüftgelenkersatz, Kniegelenkersatz, Gefäßprothesen (Stent) der Herzkranzgefäße und Leistenbruch durchgeführt als in Deutschland. Dies ist umso bemerkenswerter, weil in Deutschland, anders als in anderen Ländern, die fachärztliche Versorgung doppelt vorgehalten wird, nämlich sowohl durch niedergelassene Ärzte als auch durch die Fachabteilungen der Krankenhäuser (»doppelte Facharztschiene«). Dem Krankenhausbereich bescheinigt auch der SVR Gesundheit Überkapazitäten (2014, Ziffer 405). Ein Rückbau der stationären

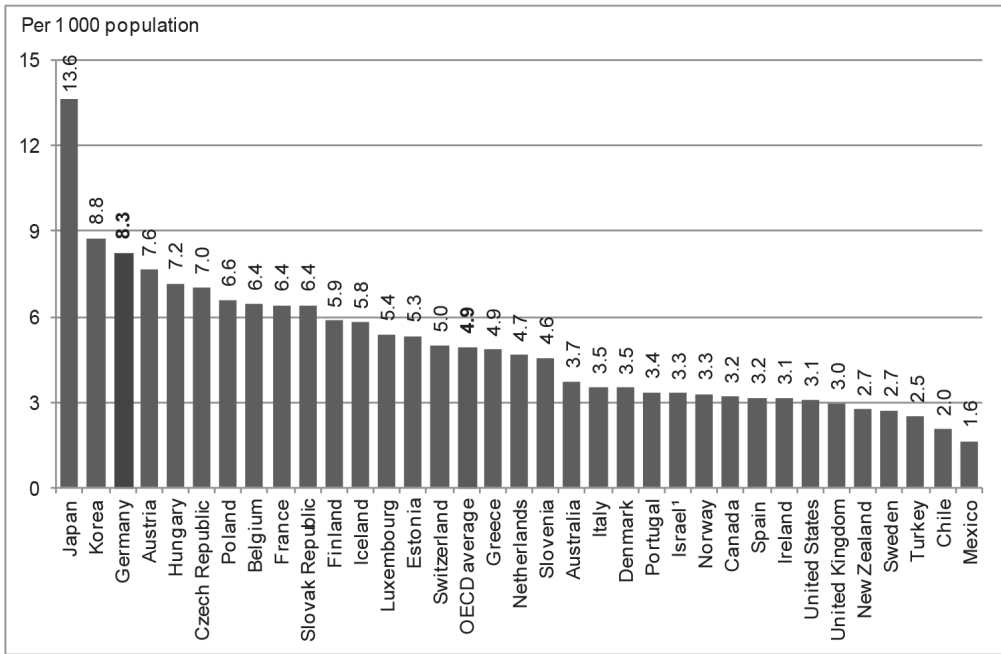


Abbildung 7.20 Krankenhausbetten pro 1000 Einwohner im Jahr 2010 (oder dem Jahr mit den neuesten verfügbaren Zahlen)
Quelle: OECD 2013, S. 1

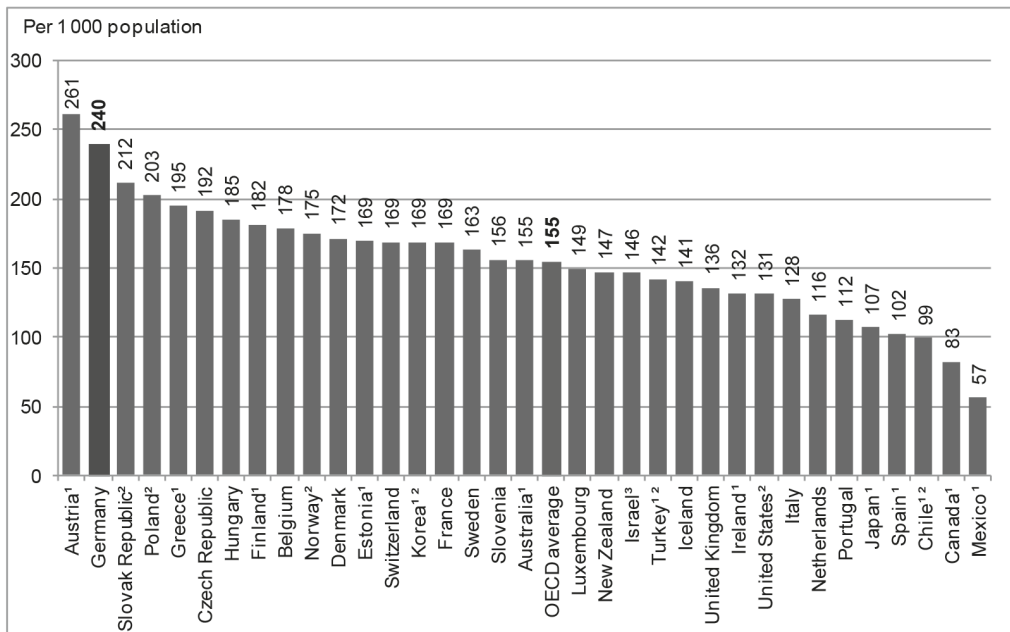


Abbildung 7.21 Entlassungen aus dem Krankenhaus pro 1000 Einwohner im Jahr 2010 (oder dem Jahr mit den neuesten verfügbaren Zahlen)
Quelle: OECD 2013, S. 5

Kapazitäten dürfte eher zu einem Gewinn als zu einem Verlust an Versorgungsqualität führen, insbesondere wenn gleichzeitig die Vorschläge des SVR Gesundheit aus seinen Gutachten 2009 und 2012 bezüglich einer besser koordinierten, sektorübergreifenden und zielorientierten Versorgung beherzigt würden.

Auf den Punkt gebracht

Der Krankenhaussektor ist in Deutschland durch Überkapazitäten gekennzeichnet. Die Entwicklung zeigt eine Abnahme der Zahl der Krankenhäuser, der Krankenhausbetten, des Personals (bis ca. 2007) und der Verweildauer, eine Intensivierung der Arbeit sowie einen Anstieg der Mitarbeiterzahlen seit etwa 2007, der Behandlungsfälle, der Operationen und der Kosten. Ein sorgfältig geplanter Rückbau der Krankenhauskapazitäten mit Umschichtung von Ressourcen in den ambulanten Bereich dürfte zu einer höheren Versorgungsqualität führen.

Vertiefung

- Statistisches Bundesamt, Publikationen im Bereich Krankenhäuser, Fachserie 12 <http://tinyurl.com/opvxqg4>
- Grunddaten der Krankenhäuser Reihe 6.1.1
- Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern Reihe 6.2.1
- Kostennachweis der Krankenhäuser Reihe 6.3
- Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik) Reihe 6.4

Erst mit der Einführung der DRGs werden die Leistungsdaten der Krankenhäuser, wie z.B. Operationen und Untersuchungen, systematisch dokumentiert. Bis dahin erfuhren die Kostenträger nicht, was sie ihren Zahlungen finanzierten.

Krankenhausplanung

Die *Planung der Krankenhausversorgung* ist Aufgabe der Bundesländer. Das Krankenhausfi-

nanzierungsgesetz von 1972 stellt als Bundesgesetz das notwendige Maß an Einheitlichkeit her, u.a. für die Planung und Finanzierung der Krankenhäuser. Jedes Bundesland regelt die Krankenhausplanung und die Krankenhausförderung in einem eigenen Landeskrankenhausgesetz.

Ziel der *Krankenhausplanung* ist die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit »leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern« zu sozial tragbaren Pflegesätzen (§ 1 KHG). Dazu haben die Bundesländer Krankenhauspläne und Investitionspläne aufzustellen (§ 6 KHG). Die Ausgestaltung der Krankenhauspläne bestimmen die Krankenhausgesetze der Länder. Die für die Deckung des Bedarfs erforderlichen Krankenhäuser sind in den jährlich fortzuschreibenden Krankenhausplan aufzunehmen.

Die *gemeinsame Selbstverwaltung* hat die Aufgabe, die allgemein gehaltenen Rechtsvorschriften zu konkretisieren und umzusetzen. Auf der Landesebene stehen sich die Landesverbände der GKV und der PKV auf der einen und die Landeskrankenhausverbände auf der anderen Seite gegenüber. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG, www.dkgev.de) ist der Zusammenschluss von 16 Landesverbänden und 12 Spitzenverbänden der Krankenhausträger. Sie versteht sich als Sprachrohr ihrer Mitglieder und vertritt deren Interessen in der Politik und in der Öffentlichkeit. Die Krankenhausgesellschaften erfüllen öffentliche Aufgaben, sind jedoch keine Körperschaften des öffentlichen Rechts.

Krankenhäuser können ihrem Versorgungsumfang entsprechend in Krankenhäuser der Grundversorgung, der Regelversorgung, der Schwerpunktversorgung und der Maximalversorgung eingeteilt werden. Die Zuordnung richtet sich nach den vorhandenen Fachabteilungen. Ein Krankenhaus der Grundversorgung bietet zumindest eine Abteilung für Innere Medizin oder Chirurgie an.

Auf den Punkt gebracht

Der Sicherstellungsauftrag für die Krankenhausversorgung liegt bei den Bundesländern. Jedes Bundesland erstellt einen Krankenhausplan und einen Investitionsplan.

Ein ausdrückliches Ziel des KHG ist die Förderung der Trägervielfalt. Als Krankenhausträger werden juristische oder natürliche Personen bezeichnet, die ein Krankenhaus betreiben. Nach der Trägerschaft sind öffentliche, freigemeinnützige und private Krankenhäuser zu unterscheiden. Öffentliche Träger sind die Kommunen für die wohnortnahen Krankenhäuser, die Länder für die Universitätskliniken und der Bund für die Bundeswehrkrankenhäuser.

Einen Versorgungsauftrag erteilt das Land, indem es ein Krankenhaus in den Krankenhausplan aufnimmt. Dieser Versorgungsauftrag verpflichtet die Krankenkassen, den Plankrankenhäusern ein Budget für die laufenden Behandlungskosten zur Verfügung zu stellen, dessen Höhe im Rahmen von Verhandlungen individuell für jedes Krankenhaus festgelegt wird. Die Krankenhäuser sind im Gegenzug dazu verpflichtet, GKV-Versicherte zu versorgen. Krankenhäuser, die nicht in den Krankenhausplan aufgenommen wurden, dürfen GKV-Versicherte nicht auf Kosten der gesetzlichen Krankenkassen behandeln, es sei denn, sie haben einen gesonderten Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen abgeschlossen.

Krankenhausfinanzierung

Das KHG bildet die rechtliche Grundlage für die Krankenhausfinanzierung. Mit dem KHG wurde 1972 die duale Finanzierung der Krankenhäuser eingeführt. Diesem Prinzip zufolge hat der Staat die Aufgabe, die Krankenhausinfrastruktur aus Steuergeldern sicherzustellen. Die laufenden, durch die Behandlung entstehenden Kosten sind hingegen von den Nutzern bzw. ihren Kostenträgern (gesetzliche Kranken-

kasse bzw. private Krankenversicherung) über Benutzerentgelte (Fallpauschalen, Pflegesätze) zu bezahlen.

Investitionskosten sind nach dem KHG (§ 9) die Kosten der Errichtung (Neubau, Umbau, Erweiterungsbau) von Krankenhäusern und der Anschaffung und Wiederbeschaffung der zum Krankenhaus gehörenden Anlagegüter (z.B. Betten, Medizingeräte). Jedes Bundesland regelt seine Investitionsförderung in einem Investitionsplan (§ 6 Abs. 1 KHG), der in die Bereiche Pauschalförderung und Einzelförderung gegliedert ist. Seit dem 1.1.2012 können die Länder jedoch auch sog. leistungsorientierte Investitionspauschalen zahlen.

Als zentrales Problem der Investitionsfinanzierung gilt die Vernachlässigung der Investitionen durch die Bundesländer. Einer Statistik der Deutschen Krankenhausgesellschaft zufolge sanken die KHG-Fördermittel von 3,6 Mrd. Euro im Jahr 1991 auf knapp 2,7 Mrd. Euro im Jahr 2013 (DKG 2014, S. 102).

Die **Betriebskosten** sind die laufenden Kosten des Krankenhausbetriebs. Den größten Anteil daran haben die Personalkosten. Die Gesamtheit der Regelungen zur Vergütung der Betriebskosten durch die Kostenträger wird als Entgeltsystem bezeichnet. Im Rahmen der großen Krankenhausreform von 1972 erhielten die Krankenhäuser das Anrecht auf Pflegesätze, mit denen die tatsächlichen Kosten bzw. die eines »wirtschaftlich arbeitenden Krankenhauses« gedeckt wurden. Dafür wurde im Nachhinein der »tagesgleiche vollpauschalierte Pflegesatz« kalkuliert, den das Krankenhaus für jeden Patienten abrechnen konnte, der um Mitternacht ein Bett belegte. Praktisch erhielten die Krankenhäuser somit alles erstattet, was sie ausgaben. Anreize zum sparsamen Umgang mit den Ressourcen setzte dieses Entgeltsystem also eher nicht. Daher wurde dieses Selbstkostendeckungsprinzip mit der Gesundheitsreform 1993 durch ein System von Krankenhausbudgets so-

wie Fallpauschalen und Sonderentgelten abgelöst. Die Bundespflegesatzverordnung enthielt 1995 bereits 73 Fallpauschalen und 147 Sonderentgelte. Mit dem Fallpauschalengesetz von 2002 wurde das Entgeltsystem auf ein diagnoseorientiertes Fallpauschalensystem umgestellt.

Diagnosis Related Groups

Diagnosis Related Groups (DRG, diagnosebezogene Fallgruppen) sind ein System der Kategorisierung von Patienten. Aufgrund definierter Merkmale – in erster Linie der Diagnosen – werden Patienten einer Gruppe zugeordnet. Die Merkmale sollen mit einem vergleichbaren Leistungsbedarf einhergehen. Bezüglich der Kosten soll die Gruppe dadurch möglichst homogen sein, die Kosten des einzelnen Patienten sollen also keine erheblichen Abweichungen von den durchschnittlichen Kosten aufweisen.

»Erfunden« wurden die DRG Anfang der 1970er Jahre von John Thompson, einem Public Health-Wissenschaftler und früheren Krankenhausepfleger in Zusammenarbeit mit Robert Fetter, einem Ökonomen, beide Professoren an der Yale University. Thompson war die große Variabilität der Kosten für Patienten mit gleichen Diagnosen in den 35 Krankenhäusern von Connecticut aufgefallen. Zur weiteren Analyse bildeten Thompson und Fetter diagnosebezogene Kategorien und verglichen den Ressourcenverbrauch der einzelnen Patienten (Mayes 2006, S. 31 ff.). Ausgangspunkt der DRG war also die Frage nach dem sinnvollen Einsatz von Ressourcen, nach Transparenz des Leistungsgeschehens und nach der medizinischen Qualität.

Nach einem Testlauf in New Jersey wurden die DRG 1983 auf Beschluss der amerikanischen Regierung für die Abrechnung der Krankenhausbehandlung von Medicare-Patienten eingeführt. Dazu wurden auf Grundlage umfangreicher Daten 467 DRG gebildet, die mit festen Preisen vergütet wurden (Iglehart 1982, 1983). Bereits 1984 fanden in Europa und in Australi-

en Tagungen statt, die zum Ausgangspunkt der mittlerweile weltweiten Verbreitung der DRG wurden. Die Formen und Anwendungen von DRG sind vielfältig. Sie werden in unterschiedlichen Formen zur Leistungsvergütung und Budgetberechnung eingesetzt, jedoch auch zu anderen Zwecken wie Steuerung und Planung von Leistungen, Berechnung und Qualitätssicherung (Busse et al. 2011).

Definition

DRG bilden ein Patientenklassifikationssystem, mit dem einzelne stationäre Behandlungsfälle anhand bestimmter Kriterien (Diagnose nach dem ICD-Schlüssel/ICD 10, Schweregrad der Erkrankung, Alter des Patienten, Komplikationen, Entlassungsgrund u.ä.) zu Fallgruppen zusammengefasst werden. Die Zuweisung eines Behandlungsfalles zu einer Fallgruppe erfolgt in einem definierten Verfahren. Es werden solche Behandlungsfälle zusammengefasst, die medizinisch ähnlich und hinsichtlich des Behandlungskostenaufwands möglichst homogen sind. (G-BA, Glossar <http://tinyurl.com/p5ghsx6>)

Vertiefung

- Mayes R (2006). The Origins, Development, and Passage of Medicare's Revolutionary Prospective Payment System. *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences* 62:21–55 <http://tinyurl.com/bm7tpk9>
- Busse R, Geissler A, Quentin W, Wiley M (2011). Diagnosis-related groups in Europe. *European Observatory on Health Systems and Policies* <http://tinyurl.com/pdrsbbe> (kostenloser Download) *umfassende Darstellung*

DRG in der Somatik

Die Einführung von DRG als neue Grundlage der Krankenhausvergütung wurde 1999 in Zusammenhang mit der Gesundheitsreform 2000 beschlossen und durch § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz und das Fallpauschalengesetz geregelt.

Die Entwicklung, Weiterentwicklung und Pflege des neuen Systems wurde den Selbstverwaltungspartnern GKV-Spitzenverband sowie der Deutsche Krankenhausgesellschaft und Privaten Krankenversicherung zugewiesen, die für diese Zwecke das DRG-Institut InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus) gründeten. Das neu entwickelte deutsche DRG-System (German-DRG, G-DRG) orientierte sich am australischen DRG-System. Die Einführung begann 2002 und wurde 2010 abgeschlossen.

Zu den Zielen der G-DRG-Einführung zählen (Deutscher Bundestag 2001, S. 26):

- leistungsorientierte Krankenhausvergütung
- Transparenz des Leistungsgeschehens
- Verkürzung der Verweildauer
- bedarfsgerechter und effizienter Ressourceneinsatz
- mehr Wettbewerb und stärker am tatsächlichen Bedarf orientierte Entwicklung der Leistungsstrukturen und Leistungskapazitäten
- Qualitätssicherung.

Die DRG des Krankheitsfalls wird über Angaben zu den folgenden Bereichen ermittelt (IGES Institut 2013 f.):

- demographische Informationen wie z.B. Alter und Geschlecht
- Informationen zur Morbidität wie z.B. Hauptdiagnose und Nebendiagnose(n)
- Informationen über erbrachte Leistungen wie z.B. Prozeduren, Zahl an Beatmungstunden
- Informationen über den stationären Aufenthalt wie z.B. Verweildauer, Art der Aufnahme, Art der Entlassung.

Die Diagnosen werden in die Patientendokumentation nach der ICD-10-GM eingegeben, die Prozeduren entsprechend der aktuellen Version des Operationen- und Prozedurenschlüssel OPS (<http://tinyurl.com/no7n3fh>).

Die Zuordnung von Behandlungsfällen zu einer DRG beruht auf einem Gruppierungsalgorith-

mus, der auf Daten beruht, die bei der Entlassung vorliegen. Wichtigstes Zuordnungskriterium ist die Hauptdiagnose, die den Behandlungsfall in eine von 25 Hauptdiagnosegruppen (Major Disease Category – MDC) verweist. In der nächsten Ebene wird der Fall – hauptsächlich aufgrund von erbrachten bzw. nicht erbrachten Prozeduren – einer von zumeist drei »Partitionen« zugeteilt. Die weitere Verästelung ist an anderer Stelle beschrieben (IGES Institut 2013, S. 13 ff.). Die praktische Durchführung des recht komplizierten Verfahrens erfolgt mit Hilfe einer speziellen zertifizierten Software, dem sog. DRG-Grouper.

Die DRG haben die Analyse und Bewertung des Leistungsgeschehens im Krankenhaus auf eine neue Grundlage gestellt. Dies geht mit einer Fülle neuer spezifischer Begriffe und Rechengrößen einher, von denen hier eine kleine Auswahl genannt wird:

Die **Bewertungsrelation** (auch: Relativgewicht) definiert den durchschnittlichen Ressourcenverbrauch einer DRG im Verhältnis zu den anderen DRG. Dieses Verhältnis wird dimensionslos ausgedrückt. Die Bewertungsrelation 1,0 entspricht dem durchschnittlichen ökonomischen Aufwand aller Behandlungsfälle. Die Umrechnung in einen Geldbetrag erfolgt durch Multiplikation mit dem Basisfallwert. Die Bewertungsrelationen der DRG sind im Fallpauschalenkatalog festgehalten. In der Version 2015 erhält beispielsweise die G-DRG A05A (Herztransplantation mit Beatmung > 179 Stunden oder Alter < 16 Jahre) die Bewertungsrelation 40,786, die G-DRG E70A (Keuchhusten und akute Bronchiolitis, Alter < 3 Jahre) die Bewertungsrelation 0,711.

Der **Basisfallwert** (engl.: baserate) ist der »Preis« für den Basisfall, also den Fall, der mit einer Bewertungsrelation von 1 bewertet wird. Der GKV-Spitzenverband und der Verband der Privaten Krankenversicherung auf der einen Seite und die Deutsche Krankenhausgesellschaft

auf der anderen Seite vereinbaren für jeweils ein Jahr einen »Bundesbasisfallwert« (2015 323I,20 Euro), um den herum mit einem »Basisfallwertkorridor« die Landesbasisfallwerte ausgehandelt werden (§ 10 Abs. 9 KHEntG). Die Vergütung einer DRG ergibt sich aus der Multiplikation ihrer Bewertungsrelation mit dem (Landes-)Basisfallwert (GKV-Spitzenverband <http://tinyurl.com/pjakd25>).

Der *Case-Mix* (CM) ist die Summe der Bewertungsrelationen (also des durchschnittlichen Ressourcenverbrauchs pro Fall) aller Krankenhausfälle in einem Zeitraum, z.B. alle Fälle einer Abteilung, eines Krankenhauses oder eines Bundeslandes innerhalb eines Jahres. Der Case-Mix einer Abteilung bzw. eines Krankenhauses ergibt in Verbindung mit dem Landesbasisfallwert die Vergütung.

Der *Case-Mix-Index* (CMI) beschreibt die durchschnittliche Bewertungsrelation einer Abteilung oder eines Krankenhauses. Berechnet wird der CMI, indem der CM, also die Summe der Bewertungsrelationen aller Behandlungsfälle eines Zeitraums, durch die Anzahl der Behandlungsfälle in diesem Zeitraum geteilt wird.

Upcoding (DRG-Creep) bezeichnet bewusst vorgenommene Veränderungen der dokumentierten Fallschwere eines Patienten, um eine DRG mit einer höheren Bewertungsrelation zu erreichen (IGES Institut 2013, S. 585). *Rightcoding* bezeichnet hingegen die korrekt dokumentierte Fallschwere.

Auswirkungen der G-DRG auf die Versorgung

Die Einführung der G-DRG bedeutete tiefgreifende Veränderungen eines komplexen und kostenträchtigen Versorgungssektors. Erwünschte und unerwünschte Wirkungen waren zu erwarten. Der Gesetzgeber hatte daher von Beginn an die Vertragspartner GKV-Spitzenverband und Deutsche Krankenhausgesellschaft zu einer Begleitforschung »zu den Auswirkungen des neuen

Vergütungssystems, insbesondere zur Veränderung der Versorgungsstrukturen und zur Qualität der Versorgung« verpflichtet; zu untersuchen seien auch »die Auswirkungen auf die anderen Versorgungsbe- reiche sowie die Art und der Umfang von Leistungs- verlagerungen« (§ 17b Abs. 8 KHG).

An dieser Stelle sind gravierende Versäumnisse festzustellen. Um überhaupt Veränderungen als Folge der DRG festzustellen zu können, hätte die Begleitforschung – wie im Falle der Schweiz auch von der Schweizer Ethikkommission gefordert (Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin 2008) – vor der Umstellung einsetzen müssen. Dies wurde aber – vor den Augen aller Verantwortlichen – versäumt. Erst gegen Ende der Einführungsphase, im Jahr 2008, wurde der Auftrag zur Begleitforschung an ein externes Institut erteilt. Der erste Bericht über den Zeitraum 2006 bis 2008 wurde im Jahr 2011 veröffentlicht. In einer weiteren, unabhängigen Studie wurden Krankenhauspatienten, Pflegekräfte und Ärzte parallel zur DRG-Einführung in den Jahren 2002 bis 2008 mehrmals befragt (Braun et al. 2008). Anzumerken ist, dass die erfassten zeitlichen Trends nicht automatisch ursächlich auf die DRG bezogen werden dürfen, sondern auch anderen Einflussfaktoren unterliegen.

Hier einige Schlaglichter aus beiden Studien:

- der Trend zur Verkürzung der Verweildauer hielt an
- der Trend zum Abbau von Krankenhauskapazitäten hielt an
- keine Erhöhung der Zahl frühzeitiger (»blutiger«) Entlassungen
- hohe Transparenz des Leistungsgeschehens, z.B. DRG-Statistik des Statistischen Bundesamtes
- Anstieg von Zahl und Schweregrad der Fälle
- Rückgang der Belegungstage
- Verdichtung der Arbeit insbesondere in der Pflege
- keine deutlichen Verbesserungen der Versorgungsabläufe im Krankenhaus

- Verschlechterung der Zusammenarbeit von Ärzten und Verwaltung.

Vertiefung

- Bormann R, Engelmann D, Franke E, Friedrich J, Gaß G, Gruhl M, et al. (2013). Zukunft der Krankenhäuser. Mehr Qualität, flächendeckende Versorgung und gerechte Finanzierung. Positionspapier der Arbeitsgruppe »Stationäre Versorgung« der Friedrich-Ebert-Stiftung. WISO Diskurs <http://tinyurl.com/qccqd9v>
- Braun B (2010). Dreimal »Auswirkungen der DRG«: Ähnliche und völlig unterschiedliche Ergebnisse und Bewertungen dreier Politikfolgen-Studien. Überblick über Studien zu den Folgen der DRG-Einführung <http://tinyurl.com/pnq7a99>
- IGES Institut (2013). G-DRG-Begleitforschung gemäß 17b Abs. 8 KHK. Endbericht des 3. Forschungszyklus (2008 bis 2010). *DRG-System gut erklärt* <http://tinyurl.com/pg9050n>
- Fallpauschalenkatalog (Version 2015 174 Seiten), Kodierrichtlinien (Version 2015 186 Seiten) Definitionshandbuch (Version 2015 in 5 Bänden mit insgesamt 5121 Seiten) und weitere Materialien stehen dem interessierten Leser in der jeweils aktuellen Version kostenlos als Download auf der InEK-Website www.inek.de zur Verfügung.

Pauschalierende Tagesentgelte in der Psychiatrie und Psychosomatik

Für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen wurde beginnend mit dem Jahr 2013 die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten beschlossen (§ 17d Krankenhausfinanzierungsgesetz). Vertragsparteien sind auch hier der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung auf der einen und die

Deutsche Krankenhausgesellschaft auf der anderen Seite.

Bei den Pauschalierenden Entgelten Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) geht es ähnlich wie bei den DRG um die Bildung von Gruppen, die im Ressourcenverbrauch vergleichbar sind. Allerdings sollen hier weiterhin tagesgleiche Pauschalen abgerechnet werden. Welche Merkmale dabei im ersten Schritt im Vordergrund stehen, ergibt sich aus dem Definitionshandbuch 2015 des InEK (2014). Strittig ist, ob die dort vorgegebene primäre Diagnoseorientierung das richtige Eingangskriterium für eine aufwandsbezogene Klassifikation ist, oder ob es nicht vielmehr bestimmte Syndrome (wie Suizidalität) oder Aufwände (wie pflegerische 1:1-Betreuung) gibt, die diagnoseunabhängig und übergreifend die eigentlichen Kostentrenner sein müssen, auch um Fehlanreize (»Dreh-türpsychiatrie«) bzw. Fehlallokationen von Ressourcen zu vermeiden.

Die Einführung des neuen Entgeltsystems erfolgt schrittweise. Der freiwilligen Optionsphase von 2013/14 folgen die verlängerte freiwillige Optionsphase (2015/16), die verpflichtende Einführungsphase (2017/18) und die Konvergenzphase (2019 bis 2023).

Wie bei den DRG in der Somatik auch handelt es sich bei den PEPP um ein Instrument zur Erhöhung der Leistungstransparenz und zur Steuerung des Versorgungsgeschehens. Wie sich die PEPP tatsächlich auf die Versorgung psychiatrisch Erkrankter auswirken, hängt entscheidend von den Anreizen ab, die durch deren Ausgestaltung gesetzt werden. Derzeit erscheint offen, ob die Versorgungsrealität z.B. im Hinblick auf die Fallschwere und die individuell erforderliche Versorgung ausreichend abgebildet und finanziert werden. In ihrer aktuellen Form setzen sie eher Anreize zur stationären Versorgung, ohne bewährte Modelle der sektorübergreifenden, integrierten Versorgung zu fördern.

Vertiefung

- PEPP-Entgeltsystem 2015
<http://tinyurl.com/nj2wtea>
- Website PEPP-Gegner www.weg-mit-pepp.de

7.9 Ambulante und stationäre pflegerische Versorgung

Die Einführung der Pflegeversicherung als eigenständiger Zweig der Sozialversicherung im Jahr 1996 stand am Ende einer mehr als 2 Jahrzehnte dauernden Auseinandersetzung darüber, ob Pflegebedürftigkeit als ein soziales Risiko zu betrachten sei, dessen Bewältigung eine sozialstaatliche Aufgabe ist. Mit dem SGB XI wurde 1996 schließlich die soziale Pflegeversicherung für gesetzlich Versicherte (§ 1 Abs. 1) und die private Pflegeversicherung für Privatversicherte (§ 1 Abs. 2) geschaffen.

Zu den Zielen des Gesetzes zählen neben der sozialen Absicherung (§ 1) die Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen, der Vorrang der häuslichen Pflege sowie die Förderung der Pflegebereitschaft durch Angehörige (§ 3) sowie der Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation (§ 5).

Grundlegend für das System der pflegerischen Versorgung ist das Verständnis davon, was Pflegebedürftigkeit ausmacht. Das Pflegeversicherungsgesetz war von Anfang an einseitig auf die körperlichen Defizite der pflegebedürftigen orientiert, die durch pflegerische Betreuung und hauswirtschaftliche Unterstützung kompensiert werden sollten. Unterstützungsbedarf, der durch kognitive und psychische Einschränkungen, ausgelöst wird, begründete keinen Anspruch auf Leistungen. In der zum Redaktionsschluss (Juni 2015) laufenden Legislaturperiode wird die Pflegeversicherung auf einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff umgestellt, der körperliche, kognitive und psychische Funktionen gleichberechtigt einbezieht und sich am Ausmaß der Selbstständigkeit orientiert. Im Folgenden wird der zum Redaktionsschluss noch gül-

tige Pflegebedürftigkeitsbegriff und die damit verbundenen Leistungen dargestellt. Am Ende des Abschnitts wird ein Ausblick auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff gegeben.

Strukturen der Pflegeversicherung

Träger der sozialen Pflegeversicherung sind die Pflegekassen, ihre Aufgaben werden von den Krankenkassen wahrgenommen (§ 1 Abs. 3 SGB XI). Wie bei den gesetzlichen Krankenkassen handelt es sich um Körperschaften öffentlichen Rechts. Der *Sicherstellungsauftrag* für eine »bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse entsprechende pflegerische Versorgung der Versicherten« wurde den Pflegekassen, also den Kostenträgern zugewiesen (§ 69 SGB XI) – anders als bei der Versorgung mit ambulanten ärztlichen Leistungen (Sicherstellungsauftrag bei den Leistungserbringern) und der Versorgung mit Krankenhausleistungen (Sicherstellungsauftrag bei den Ländern). Die Pflegekassen sollen auf der regionalen und kommunalen Ebene die Beratung der Nutzer sowie die Kooperation und Koordination der verschiedenen Dienstleister sicherstellen (§ 12 SGB XI). Ziel der Leistungen der Pflegeversicherung, also der eigentliche Gesetzeszweck, ist die Unterstützung der Pflegebedürftigen bei der Führung eines möglichst selbständigen und selbstbestimmten Lebens trotz Hilfebedarfs sowie die Wiedergewinnung bzw. der Erhalt der körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte (§ 2 SGB XI).

Es besteht eine *Versicherungspflicht* für alle Bürger. Die *Beitragserhebung* in der sozialen Pflegeversicherung ist einkommensabhängig. Es besteht eine *Beitragsbemessungsgrenze* wie in der GKV.

Die Leistungen der Pflegeversicherung bestehen aus Dienst-, Sach- und Geldleistungen. Die Pflegeeinrichtungen rechnen die Leistungen, die sie für die Pflegebedürftigen erbringen, di-