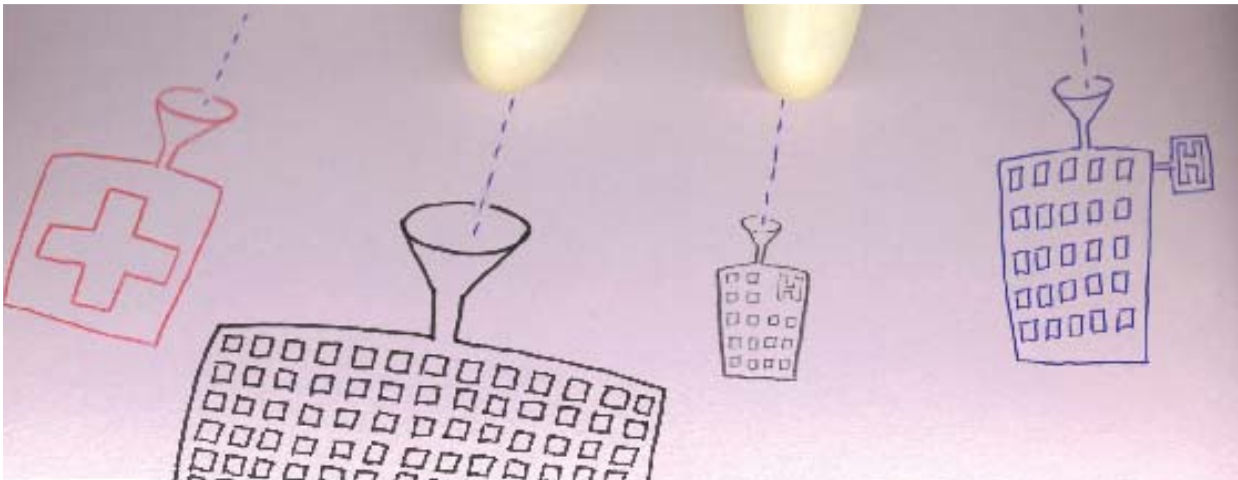




# Jetzt wird abgerechnet

Seit zwei Jahren bekommen deutsche Krankenhäuser ihr Geld auf Grundlage des Abrechnungssystems der Diagnosis Related Groups (DRG). Die Umstellung soll die Effizienz erhöhen und Kosten deckeln. Teilweise klappt das schon, oft genug noch nicht – warum und wieso, ist auch für Experten schwer nachzuvollziehen.

[Ein Erklärungsversuch.](#)



☒ „Kommt ein Mann zum Arzt ...“ – so fangen viele Witze an. Kommt ein Patient ins Krankenhaus, wird es weniger lustig. Zumindest finanziell betrachtet. Denn bis vor kurzem sah die Pointe so aus: Der Patient wurde behandelt, am Ende wurde mit der Krankenkasse abgerechnet. Wie im Hotel nach Tagen. Je mehr, desto einträglicher für die Kliniken. Da musste der Kranke schon mal ein zusätzliches Wochenende im Bett bleiben – ohne dringende medizinische Notwendigkeit. Hinzu kam ein Mischmasch aus Zusatz- und Einzelleistungen, den niemand mehr durchschaute, auch keine prüfende Kasse. Es spielte keine Rolle, ob eine Klinik effizient arbeitete – die Versicherung zahlte, was gemacht worden war. Wie und warum eine Leistung erbracht wurde? Egal. Es war ein eingespieltes System, bei dem die Solidargemeinschaft am Ende die Zeche zahlte. So stiegen die deutschen Krankenhauskosten beharrlich auf zuletzt rund 60 Milliarden Euro. Jährlich.

Deshalb beschloss die Politik im Jahr 1999, dass die Krankenhäuser und Krankenkassen ein neues Vergütungssystem installieren müssen – die Abrechnung über DRG, die „Diagnosis Related Groups“. Das Prinzip ist einfach: Jeder Fall wird entsprechend seinem medizinischen Aufwand →

über eine Pauschale vergütet – statt wie bisher nach Tagen. Und da Einzelvergütungen aufgrund Tausender möglicher Diagnosen zu kompliziert wären, werden bestimmte Fallgruppen gebildet. Jede Fallgruppe ist einen bestimmten Geldbetrag wert, den die Klinik abrechnen darf. Am Ende sollen innerhalb eines Bundeslandes alle Häuser dieselbe Summe für die gleiche Leistung erhalten. Im Jahr 2009 soll die Umstellung auf das neue System abgeschlossen sein.

In der Theorie ein durchdachtes, kostensenkendes System. Teure Kliniken bekommen so mit der Zeit weniger Geld. In der Praxis aber funktioniert der Spareffekt nicht so einfach. Denn die Gesamtausgaben für die Krankenhausversorgung sinken durch die DRG keineswegs. Zudem birgt die Abrechnung über Fallgruppen Umsetzungsprobleme: Es bedarf passender Gruppen, die nicht einfach zu bestimmen sind, die Kliniken müssen ihre konkreten Fälle auch in die richtige Gruppe einordnen. Und schließlich braucht jede Fallgruppe einen angemessenen Geldwert, damit die Krankenhäuser für ihren Aufwand richtig bezahlt werden.

#### **DRG sollen medizinische Leistungen vergleichbar machen**

Diese Hürden erklären den Ärger, den das DRG-System bei vielen Beteiligten verursacht. Beispielsweise bei der Ermittlung der Fallgruppen. Die Grundfrage lautet: Welche medizinischen Leistungen haben einen ähnlichen Aufwand? Schwer zu beantworten, angesichts von rund 17 Millionen Patienten, also 17 Millionen Einzelfällen, die jährlich in deutschen Krankenhäusern behandelt werden. Um diese Fälle dennoch in Gruppen zu ordnen, setzen die Initiatoren des Systems auf internationale Erfahrungen. In Deutschland sind DRG zwar ein Novum, entwickelt wurden sie aber schon vor 30 Jahren. Sie wurden erfunden, um medizinische Leistungen zu erfassen und zu vergleichen. Bei dieser Kalkulation spielt die Diagnose eine Rolle, der Schweregrad der Erkrankung und die Behandlung. Eine einfache Blinddarm-Operation zum Beispiel ist weniger aufwendig als die gleiche Operation, bei der der Patient zusätzlich eine Sepsis – eine „Blutvergiftung“ – entwickelt hat. Für beide Varianten gibt es unterschiedliche DRG.

Als Ausgangsbasis hat Deutschland ein australisches DRG-System mit 661 Diagnose-Gruppen gekauft. Für die Übertragung auf deutsche Verhältnisse ist das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) in Siegburg zuständig, in Trägerschaft von Kliniken und Krankenkassen. ↩

„Das DRG-System ist als lernendes System konzipiert“, sagt InEK-Geschäftsführer Frank Heimig. Denn das übernommene australische Modell bildete die deutsche Klinik-Realität mit ihren Fällen nicht adäquat ab – das war immer klar, und deshalb wird es mit der Zeit verfeinert. Jedes Jahr werden die DRG nach Vorschlägen von Kassen und Kliniken überarbeitet, ergänzende DRG kommen hinzu. Nächstes Jahr müssen die Kliniken ihre konkreten Fälle in mehr als 1000 Gruppen einordnen.

Kodieren heißt dieser Vorgang im Fachjargon, und er ist der Alptraum jedes Arztes, der sich damit beschäftigt. Denn die Kodierrichtlinien des InEK füllen wahre Folianten, die jeder Arzt jedes Jahr neu verstehen muss. Vor allem aber stößt den Medizinern der Arbeitsaufwand sauer auf. „Bis zu einem Drittel unserer Arbeitszeit geht dafür drauf“, sagt Heidrun Gitter, Klinikärztin und 2. Vorsitzende des Marburger Bundes in Bremen, der Standesvertretung der angestellten und beamteten Ärzte. „Das Problem ist die Umsetzung“, meint auch Stefan Paech, Berater beim Deutschen Krankenhausinstitut (DKI) in Düsseldorf. Dafür seien allerdings die Kliniken selbst verantwortlich, die für reibungslose Abläufe sorgen müssten.

### Kodieren kostet Zeit, Nerven und Geld

Daran hapert es. Patientenakten sind in der Regel Papieransammlungen – die DRG dagegen werden am Computer kodiert. So werden Daten mühsam erblättert oder gehen gleich ganz verloren. Nur an wenigen Häusern übernehmen spezialisierte Kodierassistenten den bürokratischen Sortieraufwand. Viel häufiger bleibt der Job an überforderten Medizinern hängen, die ihn Assistenzärzten zuschieben oder lustlos und schlecht geschult selbst erledigen, weil sie mögliche Vorarbeiten aus mangelndem Vertrauen nicht an Kollegen oder an das Pflegepersonal delegieren wollen. Die Folgen der Defizite sind beträchtlich: „Wir haben im Schnitt eine Fehlzuordnung von 30 Prozent“, sagt Stefan Paech.

Wichtiger als die Belastung durch das Kodieren ist jedoch, ob die DRG den medizinischen Aufwand korrekt widerspiegeln – das klappt bis heute nicht immer. Zum Leidwesen der Krankenhäuser, deren Erträge von der Bewertung abhängen. Ohnehin meinen viele Kliniken, sie würden im DRG-System für ihre Leistungen nicht angemessen bezahlt. Dabei unterliegen sie allerdings oft einem Irrglauben: dass es bei der Vergütung über DRG um die Erstattung der realen Kosten gehe. Tatsächlich geht es um die Vergütung →

möglichst niedriger Kosten – und was möglich ist, bestimmt ein errechneter Mittelwert.

Dafür ist das InEK zuständig. Es schreibt einem bestimmten Fall keinen festen Geldbetrag zu, denn „DRG sind nur eine Art Krücke, um auf einen fairen Preis zu kommen“, sagt InEK-Chef Frank Heimig. Bei der Bestimmung des DRG-bezogenen Erlöses legt das Institut lediglich Verhältnisse fest. Die Frage lautet: Um wie viel teurer oder billiger ist ein konkreter DRG-Fall verglichen mit einem Durchschnittsfall?

Um das herauszufinden, prüft das InEK jedes Jahr vier Millionen Behandlungsfälle, die es aus rund 200 sogenannten Kalkulationskrankenhäusern bezieht. Zunächst errechnet das Institut den durchschnittlichen Kostenbetrag – über alle gemeldeten Fälle hinweg. Dieser Betrag ist der Bezugspunkt für die Kalkulation der einzelnen DRG. Im zweiten Schritt berechnet das InEK aus den Daten aller Kalkulationskrankenhäuser den Durchschnittskostenbetrag für die einzelnen DRG. Anschließend werden die DRG-Kosten mit den absoluten Durchschnittskosten aller Fälle in Relation gesetzt. Daraus ergibt sich, welche DRG-Fälle billiger sind als der Durchschnitt und welche teurer. Entsprechend erhalten die Fälle ein Relativgewicht. Ein Beispiel: Eine Tumorendoprothese am Kniegelenk verursacht einen Aufwand, der rechnerisch 7,1-mal so hoch ist wie der Durchschnittsfall – das Relativgewicht der entsprechenden DRG beträgt 7,1. Eine simple Arthroskopie ist nur etwa halb so aufwendig wie der Durchschnittsfall – ihr Relativgewicht beträgt 0,55. Diese Relativgewichte gelten bundesweit.

Wie viel das Krankenhaus von der Kasse verlangen darf, kommt zunächst auf die durchschnittlichen Fallkosten in der jeweiligen Klinik an. →

Dieser Durchschnittskostenbetrag wurde in den vergangenen Jahren jährlich neu für jedes Haus berechnet. Nach der Formel: Budget, geteilt durch die Fälle inklusive Schweregrad. Der Erlös für die Klinik aus einer bestimmten DRG ergibt sich aus einer letzten Rechnung: das Relativgewicht des Falls, multipliziert mit den krankenhouseigenen Durchschnittskosten.

### Maximalversorger müssen Erlöse umverteilen

Weil das DRG-System also lediglich Mittelwerte aus den Kosten bildet, die schon jetzt in deutschen Krankenhäusern verursacht werden, müssen die Kliniken diesen Wert nach Ansicht von InEK-Chef Frank Heimig auch nicht überschreiten: „Unsere Berechnungen basieren sowohl auf teuer arbeitenden Kliniken als auch auf sehr effizienten. Das ist fair. Wir zwingen niemandem einen Preis auf, den es in der Realität gar nicht gibt.“

Das funktioniert allerdings nur, solange die DRG passgenau bewertet werden – was bis heute noch nicht vollständig gelungen ist. Zwar versucht das System, unvorhergesehene Fälle mit Zusatzentgelten und Zuschlägen aufzufangen. Doch vor allem bei Maximalversorgern wie Universitätskliniken greift die Kategorisierung oft noch nicht. Sie müssen viele besonders schwere und ungewöhnliche Fälle versorgen, beispielsweise Mehrfach-erkrankungen oder Brandverletzungen, für die angemessene Fallschweren kompliziert zu ermitteln sind – weil es nur wenige Fälle gibt, lässt sich kaum ein Mittelwert finden. „In diesen Bereichen sind auskömmliche Berechnungen zurzeit nicht möglich“, sagt Andreas Tecklenburg, Vorstand Krankenversorgung der Medizinischen Hochschule Hannover, einem Maximalversorger mit 1400 Betten. „Die entsprechenden DRG sind zu niedrig bewertet.“ Die besonders teuren Patienten verteilen sich über das gesamte DRG-Spektrum. Um die jeweiligen Abteilungen im Haus trotzdem zu finanzieren, schichtet Tecklenburg Millionenbeträge um. Aus Bereichen, in denen die DRG relativ hoch bewertet sind, etwa der Herzchirurgie.

Trotz dieser Systemmängel kommen die Krankenhäuser nicht an den DRG vorbei – und sind versucht, mit Tricks zu arbeiten, um ihre Einkünfte zu sichern. Kassen und Kliniken streiten weit häufiger als früher. Jede zehnte Abrechnung landet beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen (MDK), der Prüfinstanz. Deren Ergebnisse sind oft ernüchternd. Der MDK Westfalen-Lippe etwa beanstandete bei einer Stichprobe knapp die Hälfte aller Fälle. Rund 40 Prozent seien zu hoch abgerechnet worden, ↵

nur fünf Prozent zu niedrig. Häufigster Streitpunkt: Nebendiagnosen, mit denen sich DRG gehörig aufpumpen lassen. So kann beispielsweise die Beurteilung, ob der Pflegeaufwand für einen bestimmten Fall wirklich gerechtfertigt ist, Kliniken und Krankenkassen entzweien. Was bleibt, ist tiefes Misstrauen.

Gleichzeitig steigt der Druck. Bis Ende 2004 waren die DRG nur ein anderes Abrechnungssystem, zum Üben. Doch seit Anfang vergangenen Jahres macht das System ernst mit dem Gleichheitsprinzip. Die DRG ersetzen allmählich die etablierten Budgets. Ab jetzt wird Geld umverteilt. Es gibt Gewinner und Verlierer.

### Wer sparsam arbeitet, wird jetzt belohnt

„Gleiches Geld für gleiche Leistung“ über viele Kliniken hinweg – das funktioniert wie beim einzelnen Krankenhaus. Nur gilt der Mittelwert, der den Erlös definiert, nun auf der Ebene der Bundesländer. Irgendwo muss man ja anfangen. Deshalb haben Kassen und Krankenhäuser aus dem Status quo bundeslandweite Durchschnittskostenbeträge über alle Krankenhausfälle hinweg ermittelt, die sogenannten Landesbasisfallwerte. Multipliziert mit dem jeweils passenden, für alle Krankenhäuser gleichen Relativgewicht pro DRG, ergibt sich der Erlös, den eine Klinik mit der Kasse abrechnen darf. Jede Klinik eines Bundeslandes erhält nun für die gleiche Leistung den identischen Betrag. Ein Blinddarm ist ein Blinddarm. Ein Blinddarm mit Sepsis ist ein Blinddarm mit Sepsis.

Die Umstellung führt zu gravierenden Veränderungen in der Finanzierung. Kliniken, deren durchschnittliche Fallkosten bisher über dem landesweiten Durchschnitt lagen, erhalten weniger Geld als vorher, Krankenhäuser mit niedrigeren durchschnittlichen Fallkosten bekommen mehr. Damit will die Politik teure Kliniken zwingen, ihre Durchschnittskosten zu senken. Wie unterschiedlich die Summen von Haus zu Haus sind, zeigt ein Vergleich: Am Universitätsklinikum Essen betragen die durchschnittlichen Fallkosten 2892 Euro, das St.-Marien-Hospital in Bonn kam nur auf 2567 Euro. Der Landesfallwert für Nordrhein-Westfalen wurde auf 2679,80 Euro festgelegt – Bonn gewinnt Geld hinzu, Essen verliert.

Diese Form der Vergütungssteuerung nimmt wenig Rücksicht darauf, warum einzelne Krankenhäuser hohe Durchschnittskosten haben. Schlechtes Management kann immer dahinterstecken. Bei Maximalversorgern und Universitätskliniken allerdings geht vor allem der medizinische Aufwand ↙



„Unsere Berechnungen basieren sowohl auf teuer arbeitenden Kliniken als auch auf sehr effizienten. Wir zwingen niemandem einen Preis auf, den es in der Realität gar nicht gibt.“

Frank Heimig, Geschäftsführer des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK)

ins Geld. Sie müssen für jeden schweren Fall gewappnet sein, teure Apparate unterhalten, viel hoch qualifiziertes Personal beschäftigen, Betten vorhalten – das treibt die Betriebskosten in die Höhe, damit auch die Ausgaben pro Behandlungsfall und die Durchschnittskosten.

Ganz fair ist das nicht, aber die Ungerechtigkeit ist der Preis für ein sinnvolles Ziel: nur so viel für eine medizinische Leistung zu vergüten, wie nötig ist, damit die Krankenhauskosten insgesamt nicht aus dem Ruder laufen. Diesen Anspruch erfüllt das DRG-System, das bislang lediglich Gelder umverteilt. Und es sorgt für einen sanften Umstieg, sodass zunächst kaum ein Krankenhaus schließen muss. Tatsächlich könnte die Scharfstellung der DRG teure Kliniken von heute auf morgen ruinieren – schlagartige Einnahmeverluste von 20 Prozent wären keine Seltenheit. Um ein massenhaftes Kliniksterben zu verhindern, hat die Politik deshalb eine Übergangsphase installiert. Während dieser Zeit können Kliniken pro Jahr nur einen geringen Prozentsatz ihres Vorjahresbudgets verlieren. Dafür sorgen Kappungsgrenzen. Erst 2009 gilt: „Gleiches Geld für gleiche Leistung.“

Die Auswirkungen der Umverteilung sind schon jetzt sichtbar. Nach Angaben der AOK waren im vergangenen Jahr 36 Prozent aller Kliniken Konkursverlierer, die bei den Budgetvereinbarungen Mindereinnahmen hinnehmen mussten. Auf ihnen lastet ein zusätzlicher Druck, effizienter zu arbeiten: Der Landesfallwert wird jährlich neu berechnet und sinkt bei jeder Kalkulationsrunde, weil auch die Durchschnittskosten in den Kliniken als Berechnungsgrundlage sinken werden.

Eine Möglichkeit der Kostenreduktion ist der Bettenabbau. Bezogen auf die Auslastung, gibt es in Deutschland 47 000 Krankenhausbetten zu viel, die absolute Bettenanzahl hat sich im Vergleich zum Jahr 2002 um rund drei Prozent verringert. Ein anderer Weg: die bessere Auslastung der vorhandenen Betten, um die Erlöse zu steigern. Über ausgedehnte Tagessätze ist dies nicht mehr möglich, auch deshalb sank die durchschnittliche Verweildauer der Patienten seit 2002 von 9,2 Tagen auf 8,7 Tage im Jahr 2004.

Im Bestreben, genügend Patienten für einen wirtschaftlichen Betrieb zu bekommen, werden Krankenhäuser zu Konkurrenten – einer der wesentlichen Effekte des DRG-Systems. Und so gründen seit Einführung des Abrechnungsmodells Kliniken im ganzen Land Spezialabteilungen, schärfen ihre Leistungsprofile, integrieren Pflegeeinrichtungen und Reha-Zentren, veranstalten Tage der offenen Tür und rufen Qualitätsoffensiven aus. Das Werben um den Patienten ist voll entbrannt. →

Durch den DRG-bedingten Konkurrenzdruck unter den Kliniken entfaltet sich schon jetzt die von der Politik gewünschte Dynamik, an deren Ende eine gestutzte Krankenhauslandschaft stehen soll, die so viel leistet wie nötig. Die gewonnenen Patienten der einen sind die verlorenen der anderen. Das deutsche Krankenhausbudget bleibt gedeckelt – der Kuchen bleibt gleich groß und wird durch die DRG nur neu verteilt. Es wird Kliniken geben, die schlicht nicht mehr genügend Patienten haben, um überlebensnotwendige Erlöse zu erzielen. Andere Häuser werden es nicht schaffen, ihre Durchschnittskosten so weit zu senken, dass sie mit dem bestehenden Patientenaufkommen keine Verluste mehr machen.

#### Wie viele Kliniken braucht das Land?

Setzt deshalb ein Krankenhaussterben ein, ist die Versorgung gefährdet? Die Meinungen dazu sind geteilt – allerdings wirkt das DRG-System erst seit knapp zwei Jahren geldrelevant, und die möglichen Verluste für einzelne Häuser sind wegen der schrittweisen Anpassung an das System bislang eng begrenzt. „Die wahren Konsequenzen werden erst noch folgen“, sagt Rudolf Kösters, Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft. „Es wird zu Schließungen kommen, aber wie viele es sein werden, ist Spekulation. Lassen wir den Wettbewerb entscheiden, wie viele Kliniken wir brauchen.“ Eine konkretere Prognose wagt McKinsey & Company in einer aktuellen Studie zur Zukunft der Krankenhausversorgung in Deutschland: Mittelfristig sei jedes dritte Haus von der Schließung oder Zusammenlegung mit anderen Kliniken bedroht, heißt es in der Untersuchung. ↵

## GEWINNER UND VERLIERER DES DRG-SYSTEMS

Seit 2005 bekommen alle Kliniken innerhalb eines Bundeslandes denselben Betrag für die gleiche Leistung. Wer kostengünstig arbeitet, profitiert davon – das zeigt die Beispielrechnung für die Vergütung zweier DRG mit unterschiedlichen Relativgewichten an zwei verschiedenen Krankenhäusern.

**DRG I95A: Tumorendoprothese am Kniegelenk**

Relativgewicht: 7,109

**DRG I24Z: Arthroskopie (Gelenkspiegelung)**

Relativgewicht 0,549

(Zur Vereinfachung wird davon ausgegangen, dass die jeweiligen Diagnosegruppen und Relativgewichte unverändert bleiben.)

#### Berechnung für die DRG-Phase bis Ende 2004

Bis Ende 2004 waren die je nach Krankenhaus unterschiedlichen Klinikbasisfallwerte (Durchschnittskosten im jeweiligen Krankenhaus) die Grundlage für den Erlös:

**Klinik 1: St.-Marien-Hospital Bonn**

Klinikbasisfallwert 2004: 2567,64 Euro

DRG I95A ergibt: 2567,64 Euro x 7,109 = 18 253,35 Euro

DRG I24Z ergibt: 2567,64 Euro x 0,549 = 1409,63 Euro

**Klinik 2: Universitätsklinikum Essen**

Klinikbasisfallwert 2004: 2892,03 Euro

DRG I95A ergibt: 2892,03 Euro x 7,109 = 20 559,44 Euro

DRG I24Z ergibt: 2892,03 Euro x 0,549 = 1587,72 Euro ↵

Ob die übriggebliebenen auch die richtigen – die versorgungsrelevanten, etwa in Maximal- oder ländlicher Grundversorgung – sein werden, steht auf einem anderen Blatt. Theo Riegel, Leiter Stationäre Einrichtungen beim Verband der Angestellten-Krankenkassen, betrachtet die Unwägbarkeit als ein großes Manko. „Die DRG sollten auch zur Steuerung verwendet werden, indem man versorgungswichtige DRG höher bewertet als weniger relevante.“ Damit ist nicht zu rechnen, und so bleibt die Versorgungssicherheit dem freien Spiel der Kräfte unterworfen. Für Wulf-Dietrich Leber vom AOK-Bundesverband ist das nicht unbedingt ein Problem: „Überall, wo es Konkurrenz gibt, kann ein Krankenhaus auch schließen. Das Allgemein-krankenhaus auf dem Land wird es immer geben. Aber es wird nicht mehr so viele Leistungen anbieten.“ Das DRG-System wird die deutsche Kliniklandschaft verändern, so oder so. Patienten werden mitunter längere Wege auf sich nehmen müssen, weil Krankenhäuser dichtmachen. Andere Kliniken werden weiterhin unter Kostendruck stehen und an der Effizienzschraube drehen. Sie werden ihre Patienten nicht automatisch schlechter versorgen, viele werden ihre Qualität sogar steigern.

### **Erfolg heißt: gleichbleibende Kosten**

Eines jedoch wird das DRG-System nicht schaffen, zumindest nicht bis zum Ende der Konvergenzphase im Jahr 2009: die Gesamtausgaben für die deutschen Krankenhausleistungen abzusenken. Nicht zuletzt, weil die bisherigen Einsparungen wieder aufgefressen werden. Denn selbst wenn Kliniken schließen – die Menschen werden nicht seltener krank. Und auch wenn die Behandlungskosten pro Fall sinken: Künftig müssen Kliniken deutlich mehr und auch deutlich schwerere Fälle versorgen. Die Bevölkerung altert, und jede Heilung macht eine Neuerkrankung wahrscheinlicher. Hinzu kommen die Kosten für den medizinischen Fortschritt. „Es wäre schon ein Riesenerfolg, wenn wir den Kostenanstieg dämpfen könnten“, sagt InEK-Geschäftsführer Heimig. „Das eigentliche Ziel ist für mich, mehr Menschen mit denselben Gesamtkosten behandeln zu können. Die DRG können bewirken, dass für die einzelnen Behandlungsfälle nur das bezahlt wird, was nötig ist. Nur so bleibt Geld übrig für komplizierte Eingriffe und für die zusätzlichen Leistungen, die in Zukunft notwendig werden.“

Der Blick nach vorn betrifft auch das DRG-Modell als Ganzes. Was wird aus dem System, wenn 2009 alle Krankenhäuser eines Bundeslandes endgültig dasselbe Geld für die gleiche Leistung erhalten? Einige Länder →

fordern, dass sich im Anschluss alle Kliniken auf einen deutschlandweiten Mittelwert zubewegen müssen – eine neue Konvergenzphase mit Festpreisen würde beginnen. Feste Preise jedoch sind mit einem echten Wettbewerb unvereinbar. Und nur der Wettbewerb birgt überhaupt die Chance auf sinkende Kosten pro Fall.

Und selbstverständlich gibt es auch schon Forderungen, vom DRG-Modell Abschied zu nehmen. Der Gesundheitsökonom Günter Neubauer etwa plädiert für einen radikalen Wechsel: hin zu einem System mit flexiblen Preisen, allenfalls mit bestimmten Ober- und Untergrenzen, die Kassen und Kliniken individuell miteinander vereinbaren können. „Leistungen kosten in der Realität eben nicht überall dasselbe“, sagt Neubauer, „die Idee, einen Mittelwert festzulegen, ist nicht Ökonomie, sondern staatlicher Dirigismus.“

In der Tat bilden Mittelwerte nicht überall das preislich Mögliche ab. In einem Wettbewerbssystem würde sich der Preis je nach Region auf den jeweils angemessenen Wert einpendeln. Außerdem würde ein echtes Preissystem die Rolle der Patienten stärken und den Druck auf die Kliniken weiter erhöhen. Bislang kann dem Patienten der Preis egal sein. Im Wettbewerb aber schlagen sich günstige Krankenhauskosten in den Kassenbeiträgen nieder. Der Patient würde diejenige Kasse wählen, die möglichst geringe Klinikpreise verhandelt und die Ersparnis auf die Beiträge umlegt. „Noch besser wäre es, wenn die Kassen ihren Mitgliedern auch einen Kostenbeteiligungstarif anbieten“, sagt Neubauer. Dann würde der Patient merken, wie teuer ihn ein Klinikaufenthalt wirklich zu stehen kommt. Er könnte Preis und Leistung abwägen und dann seine Entscheidung treffen. Zumindest davon bleiben die deutschen Krankenhäuser bis auf Weiteres verschont. ☒

### Berechnung für die DRG-Phase seit 2005

**Seit 2005 ist der einheitliche Landesbasisfallwert (Durchschnittskosten aller Kliniken) die Basis für den Erlös. Landesbasisfallwert NRW 2005 (mit Kappung): 2679,80 Euro**

#### Klinik 1: St.-Marien-Hospital Bonn

**DRG I95A ergibt: 2679,80 Euro x 7,109 = 19 050,70 Euro**

**DRG I24Z ergibt: 2679,80 Euro x 0,549 = 1471,21 Euro**

#### Klinik 2: Universitätsklinikum Essen

**DRG I95A ergibt: 2679,80 Euro x 7,109 = 19 050,70 Euro**

**DRG I24Z ergibt: 2679,80 Euro x 0,549 = 1471,21 Euro**

**Verglichen mit den Erlösen von 2004 erhält Bonn also mehr Geld für diese DRG, Essen dagegen verliert Geld.**

### Unterschiede zwischen den Bundesländern

**Jedes Bundesland hat einen eigenen Landesbasisfallwert, daher erhalten Kliniken unterschiedlicher Länder für dieselben DRG unterschiedlich viel Geld.**

**Das zeigt der Vergleich zwischen NRW und dem Land Berlin:**

**Landesbasisfallwert NRW (mit Kappung): 2679,80 Euro**

**Landesbasisfallwert Land Berlin (mit Kappung): 2999,81 Euro**

#### **Kliniken in NRW erhalten für**

**DRG I95A: 2679,80 Euro x 7,109 = 19 050,70 Euro**

**DRG I24Z: 2679,80 Euro x 0,549 = 1471,21 Euro**

#### **Kliniken in Berlin erhalten für**

**DRG I95A: 2999,81 Euro x 7,109 = 21 325,58 Euro**

**DRG I24Z: 2999,81 Euro x 0,549 = 1646,90 Euro**