

**Dirk Knüppel**

**Die Einführung der Diagnosis Related  
Groups (DRGs) in den USA und  
Deutschland am Beispiel zweier Kliniken**

**Diplomarbeit**

# BEI GRIN MACHT SICH IHR WISSEN BEZAHLT



- Wir veröffentlichen Ihre Hausarbeit, Bachelor- und Masterarbeit
- Ihr eigenes eBook und Buch - weltweit in allen wichtigen Shops
- Verdienen Sie an jedem Verkauf

Jetzt bei [www.GRIN.com](http://www.GRIN.com) hochladen  
und kostenlos publizieren



# Die Einführung der Diagnosis Related Groups (DRGs) in den USA und Deutschland am Beispiel zweier Kliniken



Diplomarbeit  
für die  
Prüfung zum Diplom-Betriebswirt (Berufsakademie)  
im  
Ausbildungsbereich Wirtschaft  
Fachrichtung Öffentliche Wirtschaft  
der  
Berufsakademie Mannheim

Betreuender Dozent: Prof. Dr. Dr. S. Schwab

Kurs: WÖW 98A

Vorname, Name: Dr. Dirk Knüppel

Anschrift: Elisabethenstr. 17  
63225 Langen

Abgabetermin: 15.09.2001

## Inhaltsverzeichnis

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS .....	3
ABBILDUNGSVERZEICHNIS .....	5
1. EINLEITUNG .....	6
2. GRUNDZÜGE UND ENTWICKLUNG DES DRG SYSTEMS .....	8
2.1. THEORETISCHE ENTWICKLUNGSPHASE .....	8
2.2. GRUNDZÜGE UND AUFBAU .....	13
2.3. ENTWICKLUNG VERSCHIEDENER DRG-SYSTEME .....	19
2.4. KRITIK AM DRG-SYSTEM .....	30
3. DIE EINFÜHRUNG DER DRGS IN DEN USA.....	37
3.1. GRUNDZÜGE DES GESUNDHEITSSYSTEMS IN DEN USA.....	37
3.2. EINFÜHRUNG DES DRG-SYSTEMS IM BEREICH DER STAATLICHEN VERSICHERUNG .....	50
3.3. AUSWIRKUNGEN UND PROBLEME DER EINFÜHRUNG .....	54
3.4. EINFÜHRUNG DER DRGS AM BEISPIEL DES THOMAS JEFFERSON UNIVERSITY HOSPITAL PHILADELPHIA .....	63
4. DIE EINFÜHRUNG DER DRGS IN EUROPA UND AUSTRALIEN.....	78
4.1. SCHWEIZ .....	78
4.2. ITALIEN .....	79
4.3. PORTUGAL UND SPANIEN .....	80
4.4. SKANDINAVIEN .....	81
4.5. GROSSBRITANNIEN UND IRLAND.....	82
4.6. ÖSTERREICH .....	83
4.7. FRANKREICH .....	84
4.8. AUSTRALIEN .....	84
5. DIE EINFÜHRUNG DER DRGS IN DEUTSCHLAND .....	89
5.1. GRUNDZÜGE DES GESUNDHEITSSYSTEMS IN DEUTSCHLAND .....	89
5.2. GESETZLICHE GRUNDLAGEN UND ENTSCHEIDUNGEN DER SELBSTVERWALTUNG.....	105
5.3. AUSWIRKUNGEN DER EINFÜHRUNG.....	117
5.4. EINFÜHRUNG DER DRGS AM BEISPIEL DES DIAKONIEKRANKENHAUSES MANNHEIM.....	123
6. VERGLEICH USA - DEUTSCHLAND .....	131
6.1. EINFÜHRUNGSVORAUSSETZUNGEN .....	131
6.2. GRÜNDE FÜR DIE EINFÜHRUNG.....	136
6.3. ENTWICKLUNG IN DEN USA UND ERWARTETE ENTWICKLUNG IN DEUTSCHLAND .....	138
6.4. WEITERENTWICKLUNG DER DRGS .....	142
7. AUSBLICK.....	144
8. ZUSAMMENFASSUNG .....	152
LITERATURVERZEICHNIS .....	156
ANHANG .....	164

## Abkürzungsverzeichnis

ACCC	Australian Casemix Clinical Committee
AHA	American Hospital Association
AID	Automated Interaction Detector
AN-DRG	Australian Nation Diagnosis Related Group
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
AP-DRG	All Patient Diagnosis Related Group
APR-DRG	All Patient Refined Diagnosis Related Group
AR-DRG	Australian-Refined Diagnosis Related Group
BÄK	Bundesärztekammer
BAT	Bundes-Angestellten-Tarifvertrag
BC/BS	Blue Cross/Blue Shield
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BKK	Betriebskrankenkasse
BMA	Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BWKG	Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft
CC	Comorbidities and Complications
CMI	Case Mix Index
DBF	Diagnose basierte Fallpauschale
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DRG	Diagnosis Related Group
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
FP	Fallpauschale
FR	Frankfurter Rundschau
G-DRG	German Diagnosis Related Group
GHM	Groupes Homogènes de Malades
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GSG	Gesundheitsstrukturgesetz
HBG	Health Benefit Groups
HCFA	Health Care Financing Administration
HMO	Health Maintenance Organizations
HRG	Healthcare Resource Groups
IAP-DRG	International All Patient Diagnosis Related Group
IBC	Independence Blue Cross
ICD	International Classification of Diseases
ICD-9-CM	International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification
IKK	Innungskrankenkasse
InEiK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
JHS	Jefferson Health System
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KZV	Kassenzahnärztliche Vereinigung

## Die Einführung der Diagnosis Related Groups (DRGs)

---

<b>LDF</b>	Leistungsbezogene Diagnose-Fallgruppen
<b>LKF</b>	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
<b>MCC</b>	Major Comorbidities and Complications
<b>MDC</b>	Major Diagnostic Category
<b>MDK</b>	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
<b>MEDPAC</b>	Medicare Payment Advisory Commission
<b>NHS</b>	National Health Service
<b>NOMESCO</b>	Nordic Medico Statistical Committee
<b>NordDRG</b>	Bezeichnung der spezifischen Form Diagnosis Related Groups in Skandinavien
<b>OECD</b>	Organization for Economic Cooperation and Development
<b>OPS-301</b>	Operationsschlüssel gemäß § 301 SGB V
<b>PKV</b>	Private Krankenversicherung
<b>PMC</b>	Patient Management Categories
<b>PMSI</b>	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
<b>POS</b>	Point of Service Provider
<b>PPO</b>	Preferred Provider Organizations
<b>PPS</b>	Prospective Payment System
<b>PRO</b>	Peer Review Organization
<b>ProPAC</b>	Prospective Payment Assessment Commission
<b>PV</b>	Pflegeversicherung
<b>QM</b>	Qualitätsmanagement
<b>RDRG</b>	Refined Diagnosis Related Group
<b>RSA</b>	Risikostrukturausgleich
<b>RV</b>	Rentenversicherung
<b>SE</b>	Sonderentgelt
<b>SGB</b>	Sozialgesetzbuch
<b>TEFRA</b>	Tax Equity and Fiscal Responsibility Act
<b>TJU</b>	Thomas Jefferson University
<b>TJUH</b>	Thomas Jefferson University Hospital
<b>UHC</b>	University HealthSystem Consortium
<b>UHDDS</b>	Uniform Hospital Discharge Data Set
<b>UV</b>	Unfallversicherung
<b>WHO</b>	World Health Organization

## Abbildungsverzeichnis

- Abb. Deckblatt: Patientenklassifikation mit DRGs
- Abb. 1: Produktdefinition im Krankenhaus
- Abb. 2: Richtlinien zur Erstellung von Patientenfallgruppen
- Abb. 3: Notwendige Daten zur Zuordnung eines Behandlungsfalles zu einer DRG
- Abb. 4: Schema der DRG-Zuweisung zu einem Behandlungsfall
- Abb. 5: Die DRG-Familie
- Abb. 6: Erlösrelevante Daten im AR-DRG-System
- Abb. 7: Sonderfälle der Pre-MDC
- Abb. 8: Fehler-DRGs
- Abb. 9: Gruppierungsalgorithmus im AR-DRG-System
- Abb. 10: Der ethische Konflikt des Arztes im DRG-System
- Abb. 11: Charakteristika des Gesundheitswesens der USA
- Abb. 12: Versicherte in den staatlichen Versicherungen der USA
- Abb. 13: Finanzierung von Medicare
- Abb. 14: Finanzierung des Gesundheitssystems in den USA
- Abb. 15: Leistungsanbieter im US-Gesundheitssystem 1998
- Abb. 16: Ausgaben im US-Gesundheitswesen
- Abb. 17: Patientenzufriedenheit und Gesundheitsausgaben in ausgewählten Ländern
- Abb. 18: Einsparungen bei Untersuchungen aufgrund des PPS
- Abb. 19: Anstieg des Kostenbewusstseins der Ärzte
- Abb. 20: Logo der TJU
- Abb. 21: Logo des TJUH
- Abb. 22: Qualitätsprobleme im Pflegebereich
- Abb. 23: Standardisierte Behandlung durch Leitlinien
- Abb. 24: Finanzierung des Gesundheitssystems in Australien
- Abb. 25: Charakteristika des deutschen Gesundheitswesens
- Abb. 26: Anzahl der Versicherten in der GKV nach Versichertenstatus, Stand Juli 2000
- Abb. 27: Ausgaben der GKV nach Leistungsart, Stand 1999
- Abb. 28: Zuzahlungen im deutschen Gesundheitswesen
- Abb. 29: Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträger 1998
- Abb. 30: Finanzierung des deutschen Gesundheitswesens
- Abb. 31: Krankenhäuser in Deutschland 1999
- Abb. 32: Berufstätige Ärzte in Deutschland 2000
- Abb. 33: Die organisatorischen Beziehungen der Hauptakteure im deutschen Gesundheitswesen
- Abb. 34: Ziele der DRG-Einführung in Deutschland
- Abb. 35: Zeitplan der DRG-Einführung in Deutschland
- Abb. 36: Fallkostenermittlung im Kontext der DRG-Einführung
- Abb. 37: Angleichung der Basisfallwerte
- Abb. 38: Entgeltformen nach BMG-Referentenentwurf
- Abb. 39: Eine bessere Zusammenarbeit ist notwendig...
- Abb. 40: Logo des Diakoniekrankenhauses Mannheim
- Abb. 41: Folgen der Kostendämpfung
- Abb. 42: Bettenabbau
- Abb. 43: Das veränderte Arzt-Patienten-Verhältnis
- Abb. 44: Budgets
- Abb. 45: Haupttätigkeit des Arztes nach der DRG-Einführung
- Abb. 46: Folgen der Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitssystems ?

## 1. Einleitung

In Deutschland werden seit 1996 rund 20-25% der stationären Leistungen in Form von Fallpauschalen und Sonderentgelten vergütet. Die Vergütung der übrigen Leistungen erfolgt auf der Basis von Tagessätzen, wobei sowohl Fallpauschalen und Sonderentgelte als auch Tagessätze krankenhausesindividuell budgetiert sind. Durch die Einführung des § 17 b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) soll ab dem 01.01.2003 ein pauschalierendes Vergütungssystem für allgemeine voll- und teilstationäre Leistungen auf der Grundlage der Diagnosis Related Groups (DRGs) das bisherige System ablösen. Dies stellt eine der gravierendsten Änderungen im deutschen Gesundheitssystem in den letzten Jahrzehnten dar und wirft eine Vielzahl von Fragen auf.

Die vorliegende Diplomarbeit versucht eine Reihe dieser Fragen zu beantworten, indem ein vergleichender Blick auf die USA geworfen wird. Dort werden seit rund 20 Jahren DRGs in bestimmten Bereichen als Basis eines Vergütungssystems zur Abrechnung stationärer Behandlungen verwendet. Sie werden dabei im Sinne eines Preissystems, wie dies auch in Deutschland vorgesehen ist, eingesetzt.

Zunächst wird die Entwicklung der DRGs aufgezeigt, gefolgt von einer Beschreibung des Gesundheitssystems der USA. Nach der Beschreibung der Einführung dieses Vergütungssystems in den USA im Allgemeinen geht die Arbeit auf die Probleme und Auswirkungen der DRGs im Thomas Jefferson University Hospital, Philadelphia, USA, ein. Dort hat der Autor im Februar und März 2001 ein zweimonatiges Praktikum absolviert und sich durch zahlreiche Gespräche mit führenden Mitarbeitern sowie Literaturstudien einen Einblick in die Problematik verschafft.

Auch wenn Deutschland DRGs erst ab 2003 einsetzt, so ist das System nicht neu in Europa und anderen Teilen der Welt. Daher werden die Erfahrungen in verschiedenen europäischen Ländern vergleichend und zusammenfassend beschrieben. Die Anwendung der DRGs in Australien macht detaillierte Ausführungen notwendig, da die Selbstverwaltungsorgane des Gesundheitswesens in Deutschland am 27.06.2000 für die Australian-Refined DRGs (AR-DRGs) votierten.



Nach einer Übersicht über das deutsche Gesundheitssystem beschreibt die Arbeit den Prozess und wichtige Entscheidungen zur Einführung der DRGs in Deutschland sowie die zu erwartenden Auswirkungen dieser Systemveränderung im Allgemeinen. Am Beispiel des Diakoniekrankenhauses Mannheim, wo der Autor ein dreimonatiges Praktikum absolvierte, wird sodann die spezielle Problematik der Einführung erläutert.

Ein eigenständiges Kapitel verschafft eine vergleichende Übersicht über Unterschiede und Übereinstimmungen bzgl. der Voraussetzungen, der Erwartungen, der Probleme und der weiteren Entwicklung in Zusammenhang mit der Einführung der DRGs in den USA und Deutschland. Hieraus werden vermeidbare Fehler und Fehlentwicklungen abgeleitet und dargestellt, die sich auch im abschließenden Ausblick widerspiegeln.

Da die DRGs in den USA entwickelt wurden und in Deutschland die australischen DRGs verwendet werden, ist es unvermeidlich, eine größere Anzahl englischer Begriffe in der Diplomarbeit zu verwenden. Der Autor hat versucht, wo immer es möglich und passend ist, deutsche Begriffe zu benutzen. In vielen Fällen ist dies jedoch nicht möglich gewesen, da eine adäquate deutsche Übersetzung der Begriffe nicht existiert.

***Die Gesundheit ist zwar nicht alles, aber ohne Gesundheit ist alles nichts***  
*(Arthur Schopenhauer)*

## 2. Grundzüge und Entwicklung des DRG Systems

Um eine bessere Übersicht über das komplexe Thema der Entwicklung der DRGs zu ermöglichen, ist dieses Kapitel in mehrere Unterpunkte gegliedert worden. Durch zahlreiche Querverweise soll eine Verknüpfung innerhalb der Unterkapitel und mit den anderen Abschnitten dieser Arbeit vereinfacht werden.

Der erste Teil beschäftigt sich mit der frühen Entwicklung der DRGs in den USA bis zu ihrer landesweiten Implementierung 1983. Die Zeitspanne ab 1983 wird in Kapitel 3.2. erläutert. Der zweite Abschnitt beschreibt den prinzipiellen Aufbau des DRG-Systems, der im Kern in allen entwickelten und verwendeten Systemen vergleichbar ist. Der dritte Teil zeigt die Entwicklung der verschiedenen Systeme und die Gründe auf, warum sie entwickelt wurden. Ein Teil dieser Systeme wird im Kapitel 4 bei der Beschreibung des Einsatzes der DRGs in verschiedenen Ländern weitergehend dargelegt. Der letzte Abschnitt gibt die Kritik an DRG-Systemen wieder.

### 2.1. Theoretische Entwicklungsphase

1967 wurde in den USA eine Gesetzesänderung wirksam, die von Krankenhäusern, die staatlich versicherte Patienten (siehe 3.1.) behandeln, verlangte, an einem Programm zur Qualitätsverbesserung und Ressourcenkontrolle teilzunehmen, sofern sie finanzielle Unterstützung von der Bundesregierung erhalten wollen. Eine Gruppe von Ärzten der Universitätsklinik der Yale University trat darauf an das Center for Health Studies, Institution for Social and Policy Studies, der gleichen Universität heran. Dieses Zentrum wurde von den Professoren Fetter und Thompson geleitet, die in den Folgejahren die Entwicklung der DRGs maßgeblich beeinflussten. Die Frage der Ärzte war, ob sich die Methoden der Industrie zur Kosten- und Qualitätskontrolle auch auf die „Krankenhaus-Industrie“ anwenden ließen. Außerdem wollten sie wissen, wie man einen Prozess der Messung und Auswertung von Krankenhausleistungen beginnen kann, um die Abläufe im Krankenhaus und damit gleichzeitig Effizienz und Effektivität im Ressourcenverbrauch zu verbessern. Dies war der

Ausgangspunkt eines langjährigen Prozesses, die Produkte bzw. den Output der Krankenhäuser zu beschreiben<sup>1</sup>.

Die Idee, Konzepte der Industrie auf Kliniken zu übertragen war keineswegs neu. Das Problem war allerdings, wie man Produktivität in Kliniken messen bzw. deren Produkte beschreiben kann. Da die Vergütung der Krankenhausleistungen seitens der Versicherung auf Tagessätzen beruhte, welche die Kosten in jedem Falle abdeckten, gab es auch nur einen geringen Anreiz, sich näher mit dieser Problematik zu beschäftigen. Außerdem war (und ist) der Markt der Krankenhausleistungen kein offener Markt, da die Konsumenten (Patienten) nur in seltenen Fällen für die Leistungen direkt bezahlen und auch ein sonst üblicher Qualitätsvergleich der Produkte kaum möglich ist<sup>2</sup>.

Andererseits stiegen die Kosten für stationäre Leistungen in den USA zwischen 1960 und 1974 um mehr als 250%, sowohl pro Tag als auch pro Krankenhausfall. Selbst unter Berücksichtigung von Inflation und Bevölkerungswachstum stiegen die Kosten noch um mehr als 100%. Daher entschloss sich die Regierung in Washington als Träger eines nicht unerheblichen Teils der Ausgaben (siehe 3.1. und 3.2.), die Forschergruppe um Fetter und Thompson mit weiteren Forschungen auf diesem Gebiet zu beauftragen<sup>3</sup>.

Die Initialzündung zur Entwicklung der DRGs war also das Problem, Krankenhausleistungen zu bestimmen und zu messen, um dem Management Werkzeuge an die Hand zu geben, die Leistungen effizienter und effektiver zu erbringen. Die heutige Anwendung der DRGs zu Abrechnungszwecken kam erst Jahre später.

Um die Produkte von Krankenhäusern definieren zu können, musste zunächst die Funktion der Klinik beschrieben werden: Demnach liegt die hauptsächliche Funktion von Kliniken darin, diagnostische und therapeutische Leistungen zur Verfügung zu stellen, die die Ärzte in der klinischen Behandlung ihrer Patienten benötigen. Daneben werden im wesentlichen noch verschiedene Hotel-, Pflege- soziale Leistungen erbracht. Mit Hilfe dieser Definition wurde nun der Input, der Output und die Produkte beschrieben. Historisch gesehen wurde der Output von Krankenhäusern in Pflgetagen sowie Anzahl der Aufnahmen und Entlassungen beschrieben. Als Input wurden Arbeit, Material, Ausstattung und Management gesehen<sup>4</sup>.

---

<sup>1</sup> Fetter, 1991, S. 4f.

<sup>2</sup> Fetter, 1991, S 8

<sup>3</sup> Fetter, 1976, S.123; Fetter, 1991, S.8

<sup>4</sup> Fetter, 1980, S. 1 ; Fetter, 1991, S. 8f.

## Die Einführung der Diagnosis Related Groups (DRGs)

In der neuen Betrachtung ist nur der Input gleichgeblieben, zum Output oder Zwischenprodukt wurden Pflgetage, Mahlzeiten, Labortätigkeit, Operationen, Medikation etc. Das eigentliche Produkt ist die Behandlung eines Patienten bzw. eines Falles.

Abbildung 1 stellt diese Definition nochmals grafisch dar.

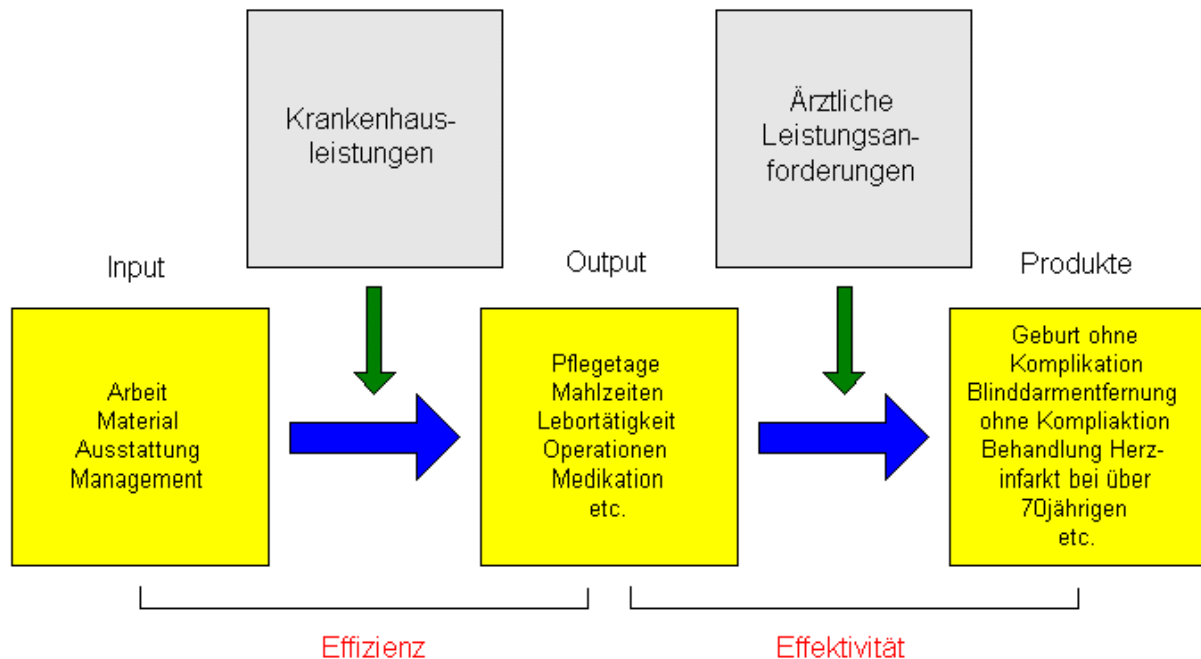


Abbildung 1: Produktdefinition im Krankenhaus (abgeleitet von Fetter, 1991, S. 10)

Effizienz bedeutet in diesem Zusammenhang, dass das Krankenhaus seine Leistungen zu möglichst niedrigen Kosten erbringt. Effektivität heißt, dass die Ärzte diese Leistungen nur im Bedarfsfall und zum Vorteil des Patienten anfordern.

Der Fall bzw. die Fallkosten pro Patient oder Erkrankung wurden in der historischen Sichtweise völlig vernachlässigt. Den Fall in den Mittelpunkt dieser Betrachtung zu rücken, stellt also die wesentliche Neuerung dar. Definiert man nun jeden Fall als Produkt, so hat ein mittelgroßes Krankenhaus schon eine fast unübersehbare Anzahl von Produkten. Allerdings existieren bestimmte diagnostische und therapeutische Charakteristika, die sich bei verschiedenen Fällen ähneln<sup>5</sup>. Trotz dieser fallorientierten Betrachtungsweise erwies es sich als problematisch, den Fällen (Produkten) einen genauen Ressourcenverbrauch (Kosten) zuzuordnen.

<sup>5</sup> Fetter, 1984, S. 337

Hierfür wurden 3 Gründe verantwortlich gemacht<sup>6</sup>:

1. Nicht alle Krankheitsbilder sind gleichermaßen bezüglich Ursache und Auswirkungen verstanden. Daher gibt es häufig Schwierigkeiten, diese Krankheiten zu definieren.
2. Es existieren (große) Unterschiede in der Behandlung ein und derselben Erkrankung, was die Zuordnung des Ressourcenverbrauchs sehr erschwert.
3. Die Verschlüsselung einer Erkrankung in einen alphanumerischen Kode ist unabhängig vom tatsächlich verwendeten Kodiersystem in vielen Fällen schwierig.

Trotz dieser Schwierigkeiten, die insbesondere zu Variabilität im Ressourcenverbrauch führen, wurde das DRG-System entwickelt. Um diese Variabilität zu minimieren, wurde auf eine Vielzahl von standardisierten, bereits von den Kliniken gesammelte Daten zurückgegriffen, das „Uniform Hospital Discharge Data Set“. Die Kliniken waren schon seit langem dazu verpflichtet, die Entlassungsdaten eines Patienten standardisiert zu erfassen, so dass man zunächst ohne größere Mehrarbeit seitens der Kliniken eine große Anzahl von Daten zur Verfügung hatte.

Um die theoretische Vielzahl von Fällen (jede Krankenhausbehandlung ein Fall) zusammenzufassen und den dazugehörigen Ressourcenverbrauch festzustellen ohne den Aufwand hierfür zu groß werden zu lassen, wurden bei den frühen DRG-Versionen die in Abbildung 2 genannten Richtlinien beachtet<sup>7</sup>:

- |  |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. Definition der Gruppen aufgrund routinemäßig erfasster Krankenhausdaten</li><li>2. Übersichtliche Anzahl von Gruppen</li><li>3. Vergleichbarer Ressourcenverbrauch innerhalb einer Gruppe</li><li>4. Medizinische Kohärenz innerhalb einer Gruppe</li></ol> |
|--|

Abbildung 2: Richtlinien zur Erstellung von Patientenfallgruppen

Unter Punkt 4 versteht man, dass eine Gruppe nur aus ähnlichen Patienten bzw. Krankheitsbildern bestehen soll, auch wenn die Zuordnung einer Krankheit allein aufgrund des Ressourcenverbrauchs auch in eine andere Gruppe möglich wäre. Diese frühen Richtlinien gelten nach wie vor in der (Weiter-)Entwicklung der DRGs. Da man zunächst

---

<sup>6</sup> Fetter, 1991, S. 11

<sup>7</sup> Fetter, 1991, S. 12; Averill, 1991, S. 31

keine verlässlicheren Daten hatte, wurde der Ressourcenverbrauch mittels der Verweildauer in einer stationären Einrichtung bestimmt<sup>8</sup>.

Bereits der erste Ansatz in der Entwicklung und Einteilung der DRGs war richtungsweisend und gilt prinzipiell auch heute noch (siehe auch 2.2.): Zunächst werden alle in Frage kommenden Diagnosen in Hauptdiagnosen (Major Diagnostic Categories, MDC) eingeteilt. Diese MDC orientieren sich am betroffenen Organsystem oder der Krankheitsursache (Ätiologie) und werden dann weiter in Untergruppen, die DRGs, gemäß obiger Prinzipien eingeteilt<sup>9</sup>. Hierzu wurde anfänglich neben einer Grobeinteilung durch Ärztegremien und einem speziellen Algorithmus (Automated Interaction Detector, AID) auch eine spezielle Gruppierungssoftware benutzt, das AUTOGRP Programm, woraus sich später sogenannte „grouper“ entwickelten, also Programme zur Zuteilung von Patienten zu bestimmten DRGs aufgrund verschiedener Merkmale (siehe 2.2.).

Die allererste Version der DRGs wies 1973 54 MDCs und 333 Untergruppen auf, die zunächst als „patient groups“ bezeichnet wurden. Die für die Einteilung notwendigen Daten wurden vor allem von Krankenhäusern des Staates Connecticut gewonnen. Zum genauen Prinzip der Einteilung siehe nächste Kapitel.

1977 war dann die zweite Version in Zusammenarbeit mit der Social Security Administration im Hinblick auf ein prospektives Vergütungssystem fertiggestellt. Die Zahl der MDCs erhöhte sich auf 83, die der DRGs auf 383<sup>10</sup>. Diese Version lenkte erstmals eine erhöhte öffentliche Aufmerksamkeit auf sich, da sie in einer weiterentwickelten dritten Version ab 1980 in New Jersey Anwendung zur Vergütung von Krankenhausleistungen fand. Diese Ersteinführung der DRGs in New Jersey geht auf einen 1976 unterzeichneten Vertrag zwischen dem Gesundheitsministerium des Staates New Jersey und der bundesstaatlichen Krankenversicherung Medicare (siehe 3.1.) zurück, in dem ein prospektives Vergütungssystem für Krankenhausleistungen geplant wurde. 1978 schuf der Staat dann die gesetzlichen Voraussetzungen hierfür<sup>11</sup>.

---

<sup>8</sup> Fetter, 1985, S. 18; Fetter, 1980, S. 5

<sup>9</sup> Averill, 1991, S. 34

<sup>10</sup> McGuire, 1991, S. 104

<sup>11</sup> Iglehart, 1982, S1655f

Einer der wesentlichen Überlegungen auf staatlicher Seite war, mit Hilfe der DRGs der Behauptung vieler Krankenhäuser auf den Grund zu gehen, dass in ihrem Krankenhaus jeweils viel schwerer erkrankte Patienten behandelt werden als in anderen Krankenhäusern<sup>12</sup>. Eine Behauptung also, die nach Erfahrungen des Autors auch in Deutschland sehr verbreitet ist. Zudem hatte die DRG-Einführung einen experimentellen Charakter und wurde von der US-Regierung in Washington gefördert, um daraus gegebenenfalls ein System für die ganze USA zu entwickeln.

Zunächst begann man 1980 in 26 Krankenhäusern New Jerseys mit der Einführung, binnen 2 Jahren wurde das System dann auf 113 von 116 Hospitälern ausgedehnt<sup>13</sup>.

1982 trat der Tax Equity and Fiscal Responsibility Act (TEFRA) als erster Schritt hin zu einem prospektiven Vergütungssystem in den gesamten USA in Kraft. Hierdurch wurde erstmals das Prinzip der Vergütung stationärer Leistungen aufgrund von Ist-Kosten durchbrochen, indem eine bestimmte Summe pro entlassenem Patient bezahlt wurde<sup>14</sup>. Mit Hilfe der ausschließlich in New Jersey gewonnen praktischen Erfahrungen und dieses ersten Schrittes weg vom System der Kostenvergütung wurde das DRG-System so weiterentwickelt, dass es in der vierten Version ab dem 1. Oktober 1983 landesweit (mit Ausnahme von 4 Bundesstaaten, siehe 3.2.) mit 23 MDCs und 467 DRGs eingeführt werden konnte<sup>15</sup>.

## **2.2. Grundzüge und Aufbau**

Die Prinzipien zur Einteilung der MDCs und DRGs haben sich in den Anfangsjahren nicht wesentlich geändert, außer dass man die MDCs mehr und mehr organzentriert gestaltete und dadurch reduzieren konnte. Diese Grundprinzipien finden auch noch bei den heute verwendeten Systemen (siehe auch 2.3.) größtenteils ihre Anwendung, so dass sie hier näher beschrieben werden sollen. Insbesondere bei den weiterentwickelten Systemen, die bisher praktisch keine Verwendung finden, ist allerdings eine größere Anzahl von meist krankheitsspezifischen Zusatzinformationen notwendig, wodurch das Einteilungssystem verfeinert werden soll. Darauf wird in Kapitel 2.3. näher eingegangen, so dass sich dieses Kapitel ausschließlich auf die Grundzüge konzentrieren kann.

---

<sup>12</sup> Iezzoni, 1997, S. 1600

<sup>13</sup> Iglehart, 1982, S. 1656ff

<sup>14</sup> Chulis, 1991, S. 169f

<sup>15</sup> Fetter, 1985, S. 18f

Hauptziel der DRGs ist es, alle stationären Behandlungen in Akutkrankenhäusern zu bestimmten Gruppen nach definierten Kriterien zusammenzufassen. Im wesentlichen existieren hierfür 2 Kriterien:

- klinische Übereinstimmung innerhalb einer Gruppe, also vergleichbare Erkrankungen
- ähnliche Behandlungskosten

Es muss also versucht werden, 2 prinzipiell unterschiedliche Sichtweisen eines Behandlungsfalles, nämlich die medizinische und die ökonomische, ausgewogen zu berücksichtigen.

Um einem Patienten genau eine DRG pro stationärem Aufenthalt zuordnen zu können, müssen verschiedene Daten erhoben werden. Dies sind im allgemeinen:

- Hauptdiagnose,
- (wichtigste) Operation bzw. Prozedur (diagnostischer und/oder therapeutischer Eingriff),
- Alter,
- Geschlecht,
- Begleiterkrankungen und/oder Komplikationen (im Englischen als CC = Comorbidities and Complications bezeichnet),
- Entlassungsart
- und in einigen Klassifikationssystemen Geburtsgewicht sowie Dauer der maschinellen Beatmung (siehe Abbildung 3)<sup>16</sup>.

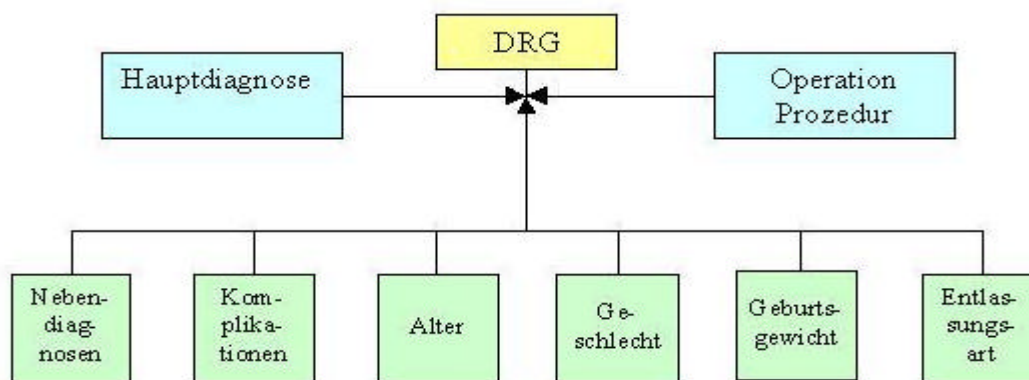


Abbildung 3: Notwendige Daten zur Zuordnung eines Behandlungsfalles zu einer DRG (abgeleitet von Fischer, 2001, S. 16)

---

<sup>16</sup> Fischer, 2001, S. 13ff



Bei weiterentwickelten DRG-Systemen (siehe 2.3.) wird neben dem Auftreten von Begleiterkrankungen bzw. Komplikationen insbesondere deren Schwere in verschiedene Grade eingeteilt und zur Zuteilung einer DRG herangezogen. Begleiterkrankungen bzw. Komplikationen finden allerdings nur Berücksichtigung, wenn sie zu einem erhöhten Ressourcenverbrauch führen, wobei diese Erhöhung in den verschiedenen DRG-Systemen unterschiedlich gemessen wird<sup>17</sup>. Bei der Entlassungsart unterscheidet man die Entlassung nach Hause, Entlassung gegen ärztlichen Rat, Entlassung in eine weiterbehandelnde Institution und Tod.

Bei der Zuteilung eines Behandlungsfalles, also eines stationär behandelten Patienten, zu einer DRG wird – nach dem Ausschluß von Sonderfällen und Fehlergruppen – primär von der Hauptdiagnose ausgegangen. Diese wird in der Regel vom behandelten Arzt festgelegt und ist im allgemeinen die Diagnose, weswegen der Patient stationär aufgenommen wurde oder die Diagnose, die zum größten Ressourcenverbrauch geführt hat (zur Definition der Hauptdiagnose in Deutschland siehe 5.3.). Aufgrund der Hauptdiagnose erfolgt die Zuordnung zu einer Hauptkategorie (MDC). Diese sind primär nach Organsystemen geordnet und in vielen DRG-Systemen sehr ähnlich (siehe Anhang 1). Im nächsten Schritt stellt sich die Frage, ob der Patient operiert wurde oder nicht, wobei als Operation jeder Eingriff in einem Operationssaal angesehen wird. Wurde der Patient operiert, erfolgt die weitere Einteilung aufgrund der Hauptoperation. Ist keine OP durchgeführt worden, so ist die Hauptdiagnose das wichtigste weitere Zuteilungskriterium.

Durch die Hauptoperation bzw. die Hauptdiagnose gelangt man zur Basis-DRG. Der Hauptoperation bzw. der Hauptdiagnose nachgeordnete Kriterien (siehe Abbildung 3 auf Seite 9) – z.B. Nebendiagnosen, Komplikationen, Alter, Geschlecht – dienen zur letztendlichen Zuweisung einer DRG, wenn bei einer Hauptoperation bzw. Hauptdiagnose mehrere DRGs in Frage kommen. Jeder Basis-DRG können also mehrere DRGs zugeordnet sein. Genau diese Möglichkeit, verschiedene Parameter in der letztendlichen Zuweisung einer DRG zu berücksichtigen, unterscheidet viele der in 2.3. genannten DRG-Systeme. Je mehr Parameter an diesem Punkt Berücksichtigung finden, desto größer ist im allgemeinen die Zahl der DRGs.

---

<sup>17</sup> Averill, 1991, S. 37