

Sina Hilgers

DRG-Vergütung in deutschen Krankenhäusern

Auswirkungen auf Verweildauer
und Behandlungsqualität

Mit einem Geleitwort von Prof. Dr. Eberhard Feess



RESEARCH

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Ausgangssituation	1
1.2	Zielsetzung	4
1.3	Vorgehensweise und Aufbau der Arbeit	5
2	Einführung in den deutschen Krankenhaussektor	9
2.1	Marktversagen im Krankenhaussektor	10
2.2	Struktur des Krankenhaussektors	12
2.2.1	Krankenhausträger	12
2.2.2	Krankenhausplanung und Versorgungsauftrag	15
2.2.3	Arten der Krankenhausversorgung	16
2.3	Ordnungspolitischer Rahmen	18
2.4	Quantitative Eckdaten	21
2.4.1	Entwicklung der Leistungsparameter	21
2.4.2	Kostenentwicklung	24
3	Vergütung stationärer Krankenhausleistungen	27
3.1	Das deutsche Entgeltsystem vor der Einführung der DRGs	28
3.2	Das G-DRG-System	31
3.2.1	Patientenklassifikation im G-DRG-System	31
3.2.2	G-DRG-Vergütung	34
3.2.3	Die Systemumstellung	36
3.3	Anreizwirkungen der Vergütungssysteme	38
3.3.1	Anreize der Vergütung nach Pflegesätzen	38
3.3.2	Anreize des G-DRG-Systems	40

4	Qualitätssicherung in der stationären Versorgung	47
4.1	Der Qualitätsbegriff	48
4.2	Arten der Qualitätsmessung	49
4.3	Maßnahmen der Qualitätssicherung im Rahmen der DRG-Einführung	51
4.3.1	Gesetzliche Regelungen	51
4.3.2	Konkretisierung der gesetzlichen Vorgaben durch den Gemein- samen Bundesausschuss	54
4.3.3	Einrichtungsinterne Maßnahmen	56
4.4	Fazit und Einordnung des in der Empirie verwendeten Qualitätsbegriffs	59
5	Einordnung in die theoretische Literatur	63
5.1	Die Prinzipal-Agent-Theorie als Grundlage theoretischer Arbeiten . .	64
5.2	Arbeiten zu den Anreizen prospektiver Vergütungsformen	65
5.2.1	Kostensenkungsanreize	66
5.2.2	Qualitätsanreize	68
5.3	Das Benchmark-Modell von Feess et al.	72
6	Einordnung in die empirische Literatur	75
6.1	Empirische Arbeiten zum amerikanischen DRG-System	76
6.1.1	Auswirkungen auf die Verweildauer	76
6.1.2	Auswirkungen auf die Behandlungsqualität	79
6.2	Stand der Forschung zum deutschen DRG-System	83
6.2.1	Forschungsiniciativen auf bundespolitischer Ebene	83
6.2.2	Studien im Rahmen des WAMP-Projekts	84
6.2.3	Weitere Forschungsarbeiten	86
6.3	Sonstige relevante Studien zur Versorgungsqualität in Krankenhäusern	88
7	Grundlagen der empirischen Untersuchung	91
7.1	Zielsetzung der Empirie	92
7.2	Operationalisierung der Qualitätsfrage	93
7.3	Datenbasis	98
7.3.1	Datenquellen	98
7.3.2	Datenaufbereitung	100
7.4	Verwendete Variablen und Methodik	102

8 Ergebnisse der empirischen Untersuchung	107
8.1 Deskriptive Statistik	108
8.2 Auswirkungen auf die Verweildauer	114
8.2.1 Benchmark-Modelle	114
8.2.2 Robustheitschecks	118
8.3 Auswirkungen auf die Wiederaufnahmerate	122
8.3.1 Benchmark-Modelle	122
8.3.2 Robustheitschecks	128
8.4 Auswirkungen der Bestimmungen zur Fallzusammenführung	131
8.4.1 Benchmark-Modelle	131
8.4.2 Robustheitschecks	134
9 Diskussion der Ergebnisse und Fazit	137
9.1 Zusammenfassung der DRG-Effekte	138
9.2 Limitationen und mögliche Erweiterungen der Empirie	141
9.3 Ausblick und Optionen zur weiteren Qualitätsverbesserung	144
9.4 Fazit	148
A Auswertungsmethoden	151
B Weitere Robustheitschecks und Tests der Modellprämissen	163
C Reformgesetze, Grunddaten der Krankenhäuser, ICD-Kapitel	171
Literatur	175