
DRG-System 2006

Weiterentwicklung aus Sicht der AOK

KGNW-Forum

Düsseldorf 10.11.2005

Dr. Wulf-Dietrich Leber

AOK-Bundesverband

Gang der Handlung

- 1 Der DRG-Katalog 2006
- 2 Das Problem „Teilstationär“
- 3 Wozu eigentlich DRG-Mengen vereinbaren?
- 4 Weitere Elemente des DRG-Systems 2006
- 5 Aktuelles aus der Qualitätssicherung

Kalkulationsbasis Krankenhäuser

• Krankenhäuser mit Kalkulationsvertrag	221
• Krankenhäuser mit Datenlieferung	214
davon Kalkulationshaus in 2004	133
davon „Neueinsteiger“	81
• Kalkulationshäuser aus 2004 ohne neue Vereinbarung	13
• Universitätsklinika	9
• „Aussteiger“	14

G-DRG-System 2006

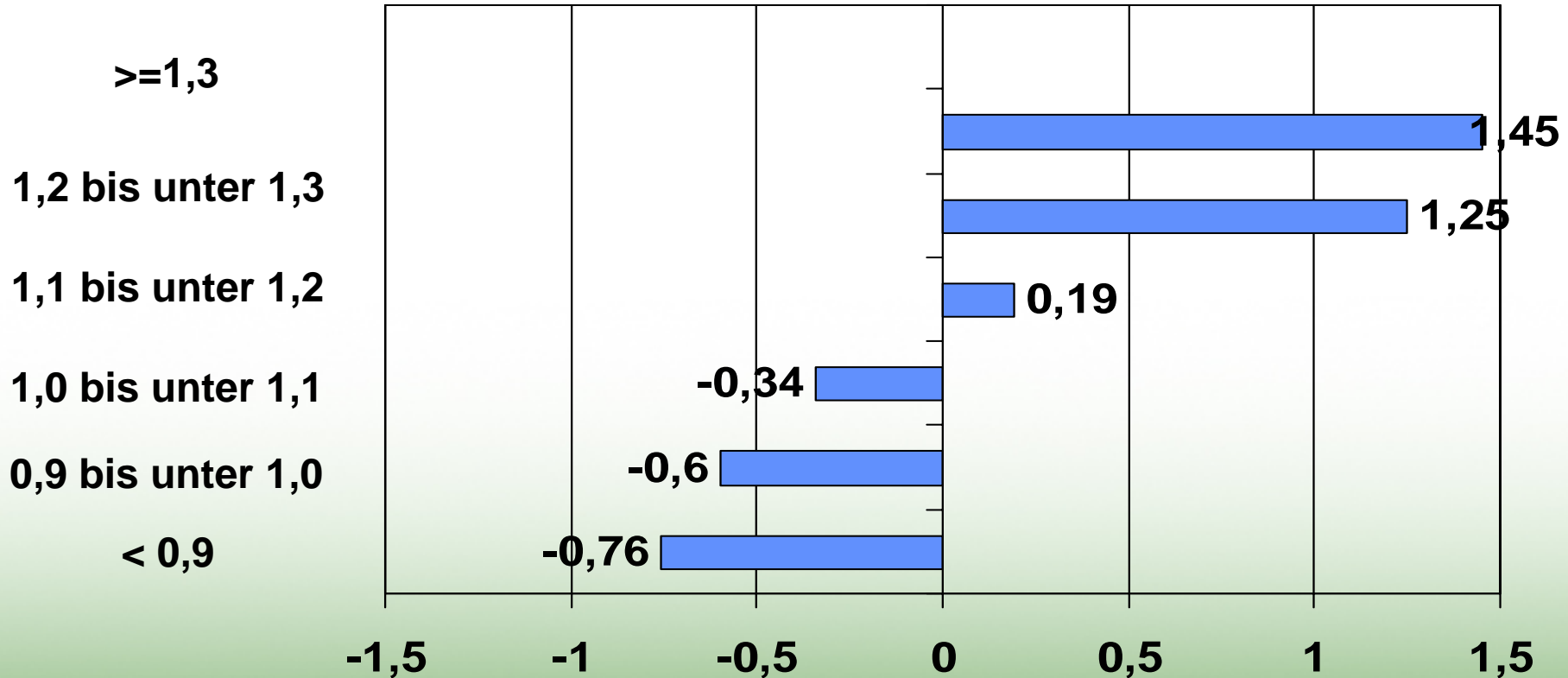
• DRGs	956 (+ 78)
– davon im FP-Katalog	913 (+ 68)
– davon nicht bewertet (Anlage 3)	39 (+ 6)
– davon rein teilstationäre DRGs	4 (+ 4)
• Ein-Belegungstag-DRGs	
– explizit	17 (- 2)
– implizit	241 (+ 25)

Zusatzentgelte

Zusatzentgelte mit Bewertung (Anlage 2)	40 (+ 5)
---	----------

Zusatzentgelte ohne Bewertung (Anlage 4)	42 (+ 6)
--	----------

CMI-Analyse: Gewinner und Verlierer



CC-Matrix

bisher keine wesentliche Änderungen im Vergleich zum australischen System

Bereinigung von eklatanten „Unstimmigkeiten“

Aufnahme von 183 Kodes in die CC-Matrix

Streichung von 8 Kodes aus der CC-Matrix

diesjähriger Umbau ist kein Komplettumbau

Intensivmedizin

Etablierung TISS/SAPS als alternatives Splitkriterium in den Beatmungs-DRGs A06, A07, A11, A13

3 neue DRGs für nicht-langzeitbeatmete Patienten (operativ, z.T. auch konservativ) in den MDCs Herz/Kreislauf, Magen / Darm, Polytrauma

jeweils hohe Einstiegsschwelle zur Minimierung von Missbrauchsmöglichkeiten (> 1.100 Punkte → mindestens 10 - 14 Tage maximal intensivbehandlungspflichtig)

„Komplizierende Prozeduren“ als Kostentrenner bestätigt

3 neue Altersplits (< 16 Jahre) in den Langzeit-Beatmungs-DRGs A06, A09, A13

Ausgangssituation/Problemstellung

bisher 59 DRGs nach Alter gesplittet (exklusive Kapitel Neugeborene)

erneute Hinweise auf zusätzlich zu etablierende Alterssplits

Ergebnis für 2006

51 DRGs neu nach Alter gesplittet (insgesamt 110)

4 neue DRGs für Frühgeborene unter 1.000 g mit signifikanter
OR-Prozedur

Schlaganfall-Behandlung

Split „Schlaganfall-DRGs“ B69 und B70
anhand „Komplexbehandlung Schlaganfall“

(24 bis 72 Std., > 72 Std. oder ab 24 Std.)

7 neue DRGs „Komplexbehandlung Schlaganfall“ zusätzlich
zu 6 bestehenden DRGs

Entkondensation

- F07Z Amputation mit zusätzlichem Gefäßeingriff oder andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter < 1 Jahr oder mit komplizierenden Prozeduren oder komplexer Operation

aufgetrennt in

- F28A Amputation mit zusätzlichem Gefäßeingriff
- F07Z Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter < 1 Jahr oder mit komplizierenden Prozeduren oder komplexer Operation

ABC versus ZZZ

Im letzten Jahr erhielten aufgrund der Sortierung einige DRGs einen neuen Basis-DRG-Namen (F19A/B vs. F19Z/F55Z).

DRGs erhielten den früheren Basis-DRG-Namen bei einfachen Splitbedingungen wie PCCL, Alter, Diagnosen, Belegungstage

einfacher Schweregradsplit dadurch wieder erkennbar

81 DRGs wurden dementsprechend umbenannt
die Umbenennungen sind in der Migrationstabelle aufgeführt

Von ZZZ zu ABC – ein Beispiel

F19Z andere perkutan-transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen mit äußerst schweren CC

F55Z andere perkutan-transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen ohne äußerst schwere CC

heißen nun

F19A andere perkutan-transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen mit äußerst schweren CC

F19B andere perkutan-transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen ohne äußerst schwere CC

Anteil der Ausgaben je Splitkriterienklasse 2003

Anz. DRGs	(P) Proz	(D) Diagn	(P) VD	(D) CC	(D) Alter	(P) Beatm.	(P) Entl.	(D) Poly.	(D) Aufn. gew.	Summe von Kosten
4										116.885.190,20 €
76		x								1.187.576.184,10 €
2		x							x	54.574.630,20 €
1		x						x		5.350.964,00 €
1		x					x			20.630.170,80 €
3		x				x				458.912.727,20 €
5		x				x			x	46.179.440,50 €
21		x			x					492.633.338,50 €
149		x		x						4.792.972.764,10 €
64		x		x	x					1.252.400.411,90 €
4		x	x							20.596.574,30 €
3		x	x	x						126.189.785,10 €
121	x	x								4.162.269.169,90 €
2	x	x							x	260.868.690,90 €
3	x	x						x		16.404.815,70 €
1	x	x					x	x		1.945.337,40 €
1	x	x				x				336.439.266,00 €
8	x	x				x			x	77.693.575,20 €
1	x	x				x		x		37.037.674,80 €
5	x	x			x					236.473.534,20 €
4	x	x			x	x			x	36.955.114,70 €
132	x	x		x						4.851.219.733,90 €
18	x	x		x	x					386.227.475,20 €
4	x	x		x	x	x				14.910.689,30 €
4	x	x	x							96.388.489,00 €
3	x	x	x		x	x	x			1.271.693,50 €
2	x	x	x	x						154.153.368,60 €

2003:

Ca. 40 Prozent der Ausgaben entfallen auf Diagnose-orientierte DRGs.

Ca. 60 Prozent der Ausgaben entfallen auf Prozeduren-orientierte DRGs.

Katalog 2003

Kosten (D = 40,45%): 7.785.508.292,80 €
 Kosten (P = 59,55): 11.459.652.516,40 €
 Gesamtkosten: 19.245.160.809,20 €

Anteil der Ausgaben je Splitkriterienklasse 2005

Anz. DRGs	(P) Proz	(D) Diagn	(P) VD	(D) CC	(D) Alter	(P) Beatm.	(P) Entl.	(D) Poly.	(D) Aufn gew.	Summe von Kosten
4										137.990.297
86		x								1.308.741.403
1		x						x		5.342.496
6		x					x		x	51.930.996
8		x				x				274.906.762
12		x				x			x	125.695.213
5		x			x					154.757.050
105		x		x						2.957.679.814
1		x		x			x			15.128.500
1		x		x		x				8.193.161
23		x		x	x					484.239.291
33		x	x							857.396.255
1		x	x				x			5.424.024
1		x	x				x	x		1.346.052
2		x	x			x			x	176.493.809
2		x	x			x	x			1.982.078
2		x	x		x					2.386.906
27		x	x	x						779.150.824
14		x	x	x	x					385.107.614
257	x	x								5.240.340.432
2	x	x						x		15.139.958
20	x	x				x				413.528.792
13	x	x				x			x	43.357.842
6	x	x				x		x		120.111.513
16	x	x			x					405.248.975
119	x	x		x						2.587.503.555
10	x	x		x		x				190.976.029
2	x	x		x		x		x		12.034.919
21	x	x		x	x					306.161.549
20	x	x	x							201.025.802
2	x	x	x			x				31.104.023
1	x	x	x			x	x			177.956
17	x	x	x	x						532.216.184
5	x	x	x	x	x					19.212.909

2005:

Ca. 27 Prozent der Ausgaben entfallen auf Diagnose-orientierte DRGs.

Ca. 72 Prozent der Ausgaben entfallen auf Prozeduren-orientierte DRGs.

Katalog 2005

Kosten (D= 27,51 %)

4.910.760.054

Kosten (P= 72, 48%)

12.941.272.925

Gesamtkosten:

17.852.032.979

Gang der Handlung

- 1 Der DRG-Katalog 2006
- 2 Das Problem „teilstationär“
- 3 Wozu eigentlich DRG-Mengen vereinbaren?
- 4 Weitere Elemente des DRG-Systems 2006
- 5 Aktuelles aus der Qualitätssicherung

Teilstationäre Leistungen: InEK-Auftrag

expliziter Kalkulationsauftrag der Selbstverwaltung

Vorbereitung: AG der Kalkulationshäuser

Ergänzung des Kalkulationshandbuches

Änderung Übermittlungsverpflichtung in § 21-Datensatz

Bekanntgabe Änderungen 17.12.2004

Umstellung auf kontaktbezogene Kalkulation

im Mittel 5 Kontakte je Behandlungsfall

Ziel: Fallzusammenführung über Patientennummer

Kalkulationsbedingungen

mindestens 150 Kontakte je DRG (ca. 30 Fälle)

mindestens 3 Krankenhäuser

Dominanzkriterium maximal 66 % für 1 Haus

Dominanzkriterium maximal 95 % für 2 Häuser

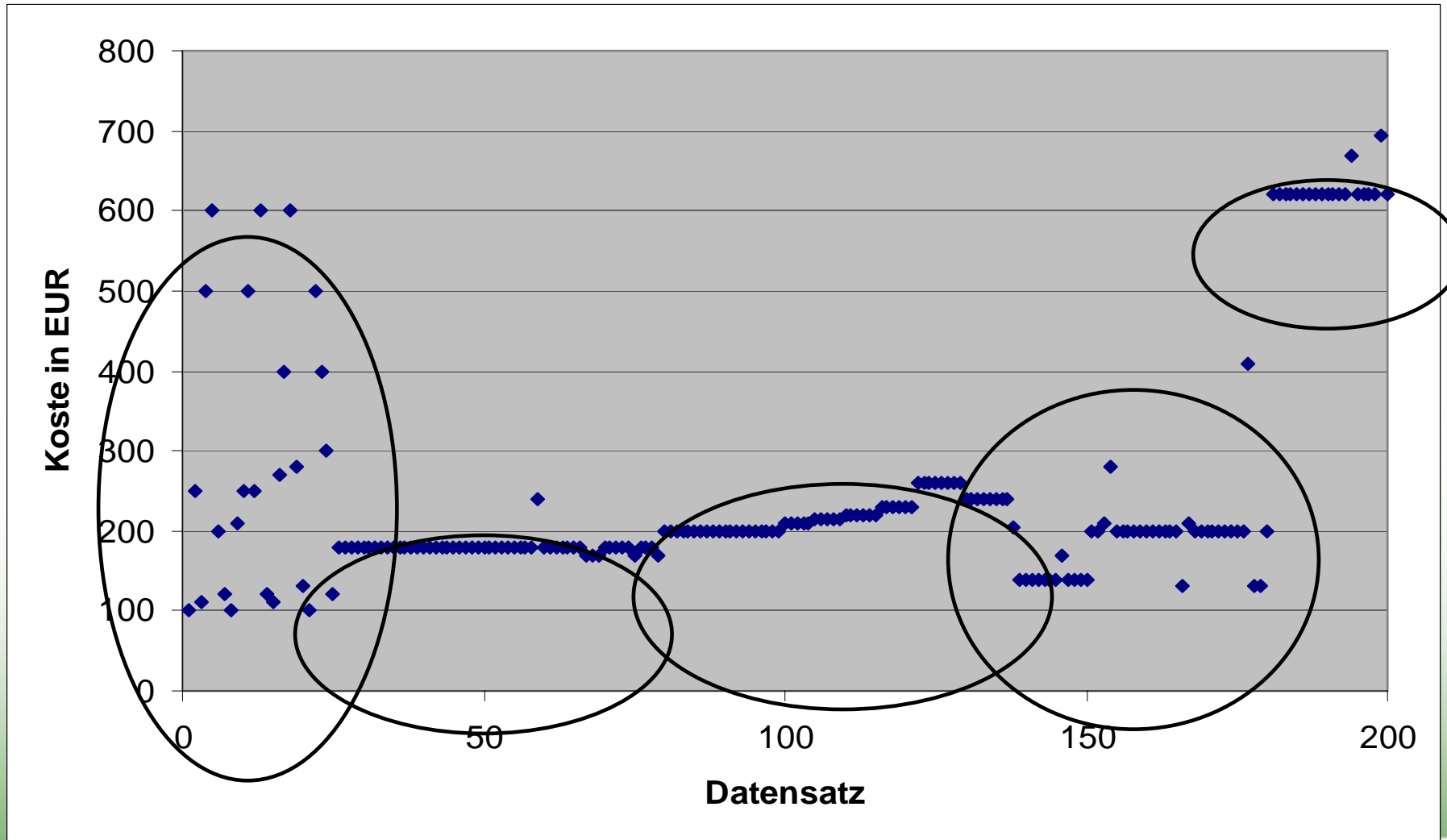
Homogenitätskoeffizient mindestens 55 %

Problem der fehlenden Leistungsbeschreibung

Beispiel Kopfschmerzen (B77Z)

- einmaliger Kontakt wegen Ausschlussdiagnostik (z.B. CT)
- einmaliger Kontakt wegen medikamentöser Einstellung (Schmerztherapie)
- mehrere Kontakte wegen Behandlung (z.B. Akupunktur)
- Kontakt (1x im Quartal) in Schmerzsprechstunde
- Episode wegen Schmerz-Wochenschulung (Gruppentherapie)
- invasive Schmerzbehandlungen können auch in chirurgische Partition führen

Scheinhomogenität



Teilstationäre DRGs 2006

Teilstationäre DRGs:

- L90A Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter < 15 Jahre (ohne Bewertungsrelation)
- L90B Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre

Bewertung aus Sicht der AOK:

- Kaum Veränderung zur Situation im Jahr 2005
- Finanzierung der teilstationären Leistungen mit einer Ausnahme weiterhin über § 6 Abs. 1 KHEntgG

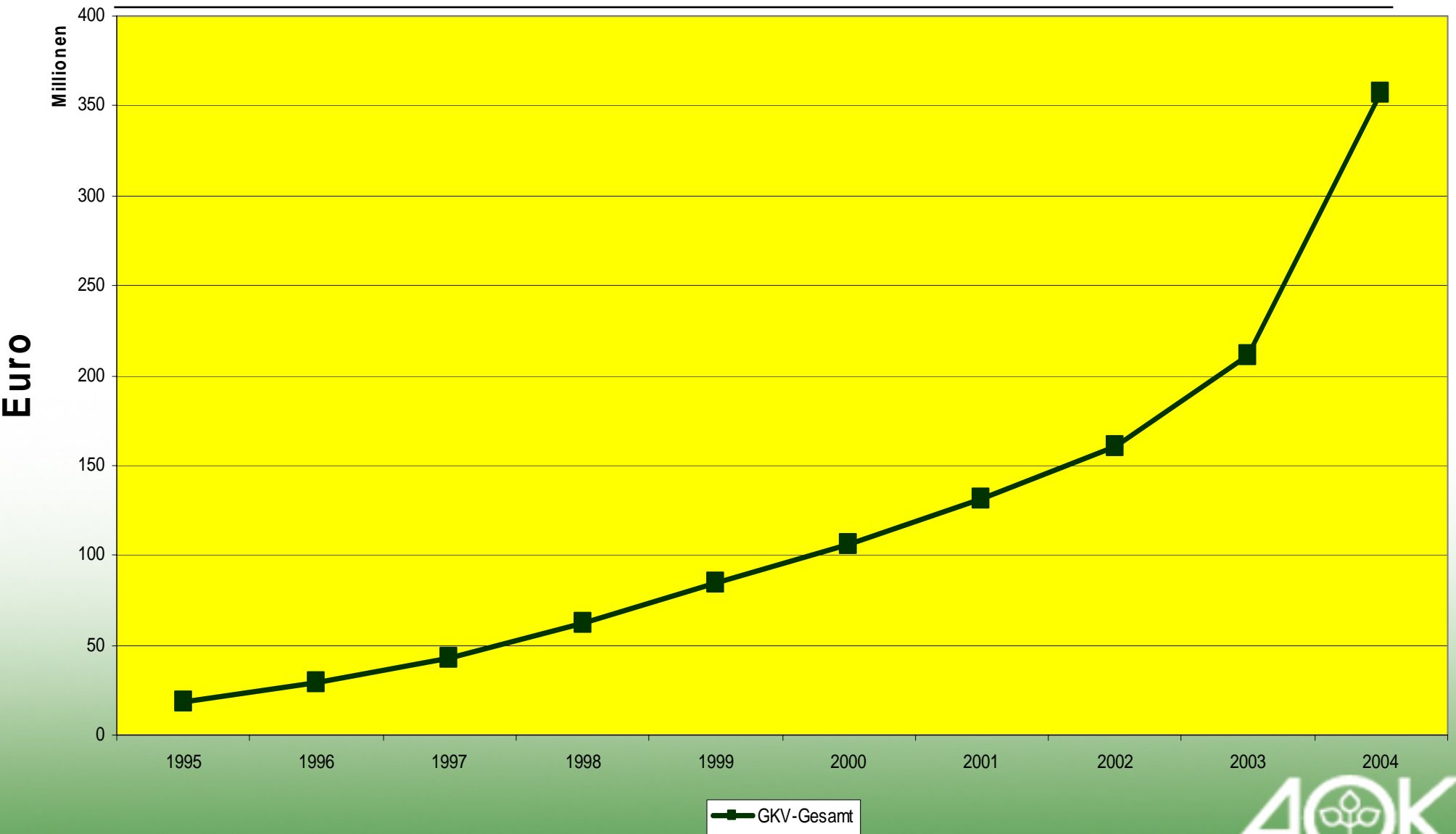
Ergebnis „teilstationäre DRGs“

Teilstationäre Leistungen sind ganz überwiegend ambulante fachärztliche Leistungen. Es ist kein Wunder, dass die durch ein Fallpauschalsystem für vollstationäre Leistungen nicht ordentlich abgebildet werden.

Der gleiche Auftrag wird auch 2007 nicht zum Erfolg führen. Die Abbildung der geriatrischen Tageskliniken dürfte aber gelingen.

Es muss über ein Vergütungssystem für tagesstationäre Leistung nachgedacht werden. Vor allem aber sind ganz grundlegende Fragen der Öffnung der Krankenhäuser zu klären.

Ausgabenanstieg (GKV) Ambulantes Operieren 2003-2004



Zulassung

115b Ambulantes Operieren

Zulassung per Zuruf nicht akzeptabel.
Abstimmung mit ambulantem Sektor
und Verhandlung der Mengen
notwendig.

116b Hochspezial. Leistungen...

Aus Kassensicht ok; DKG fordert
Anspruch auf Vertrag

Hochschulambulanz

Anspruch; Kasseneinvernehmen fehlt

Teilstationär

Per Krankenhausplanung; Kassenein-
vernehmen fehlt

Pseudostationär

Zulassung „durch die kalte Küche“

Refinanzierung

115b Ambulantes Operieren ansatzweise in BPfIV

116b Hochspezial. Leistungen... fehlt völlig !!!

Hochschulambulanz fehlt

Teilstationär „budgetintern“

Pseudostationär „budgetintern“

Gang der Handlung

- 1 Der DRG-Katalog 2006
- 2 Das Problem „teilstationär“
- 3 Wozu eigentlich DRG-Mengen vereinbaren?
- 4 Weitere Elemente des DRG-Systems 2006
- 5 Aktuelles aus der Qualitätssicherung

Abrechnung Zusatzentgelte Anlage 2 und 4

Klarstellung der grundsätzlichen Abrechenbarkeit der bundeseinheitlichen Zusatzentgelte (Anlage 2) ab dem 01.01.06 bei fehlendem 2006er Budgetabschluss (§ 10 Abs. 1)

Grundsätzliche Abrechenbarkeit von 600,- € je krankenhausindividuellem Zusatzentgelt (Anlage 4) ...

- ab dem 01.01.06 bei fehlendem 2006er Budgetabschluss, sofern die Entgelthöhe aus dem Vorjahr nicht weitergilt (§ 5 Abs. 2 Satz 3 und 4)
- für nicht vereinbarte Entgelte im Einzelfall (§ 5 Abs. 2 Satz 5)

Irrelevanz der DRG-Mengenvereinbarung beenden !

Das gegenwärtige Krankenhausrecht macht keinerlei Unterschied zwischen vereinbarten und nicht vereinbarten DRGs (und Zusatzentgelte). Mann könnte sich auch die ganze E1-Verhandlung ersparen und nur die Endsumme verhandeln.

Die nächste Reform muss eine Differenzierung bringen.

Nicht-Abrechenbarkeit von nicht vereinbarten DRGs ist keine Lösung, aber differenzierte Abrechnungssätze, andere Behandlung bei Ausgleichen, reduzierter Mehrleistungsprozentsatz,.... darüber muss nachgedacht werden.

Gang der Handlung

- 1 Der DRG-Katalog 2006
- 2 Das Problem „teilstationär“
- 3 Wozu eigentlich DRG-Mengen vereinbaren?
- 4 Weitere Elemente des DRG-Systems 2006
- 5 Aktuelles aus der Qualitätssicherung

Weitere Bestandteile des DRG-Systems 2006

Kodierrichtlinien sind vereinbart.

Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden wieder über InEK-Verfahren)

Unverändert gelten fort:

- Vereinbarung zur Vergütung von Begleitpersonen
- Sicherstellungszuschlag
- Notfallversorgung
- Zuschläge für Zentren

Besondere Einrichtungen (Einigung auf Basis der letzten Ersatzvornahme)

Gang der Handlung

- 1 Der DRG-Katalog 2006
- 2 Das Problem „teilstationär“
- 3 Wozu eigentlich DRG-Mengen vereinbaren?
- 4 Weitere Elemente des DRG-Systems 2006
- 5 Aktuelles aus der Qualitätssicherung

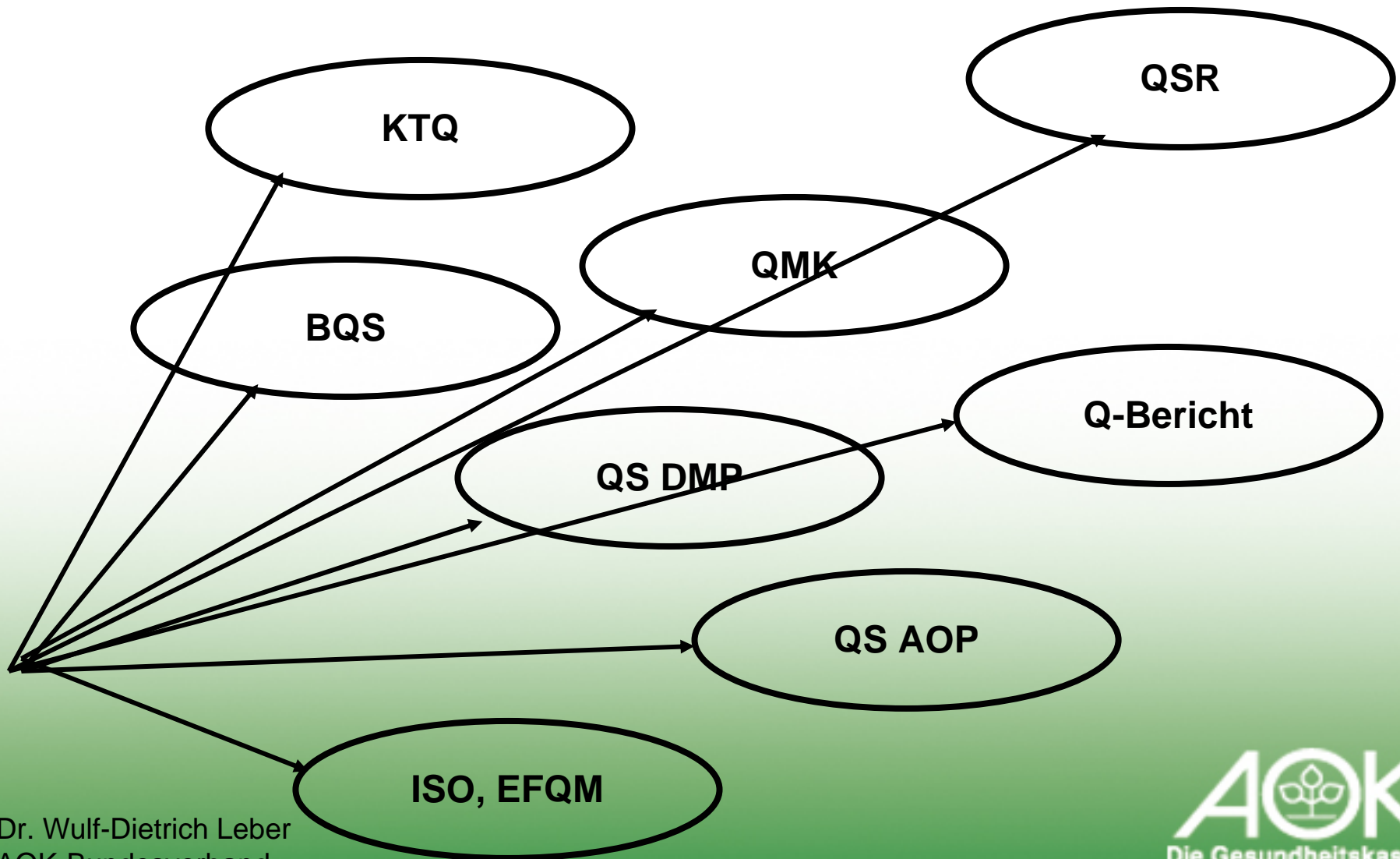
Frage des Patienten im Mittelpunkt

In welchem Krankenhaus werde ich
mit meiner Krankheit am besten behandelt?

Die traditionelle Mediziner-Antwort lautet: „Lieber Patient, Sie werden überall gut behandelt. Wir sorgen durch Qualitätssicherung (Sicherung eines Mindeststandards) dafür, dass sich Ihre Frage gar nicht stellt. Im übrigen weiß der einweisende Arzt, welche Krankheit in welchem Krankenhaus behandelt wird.“

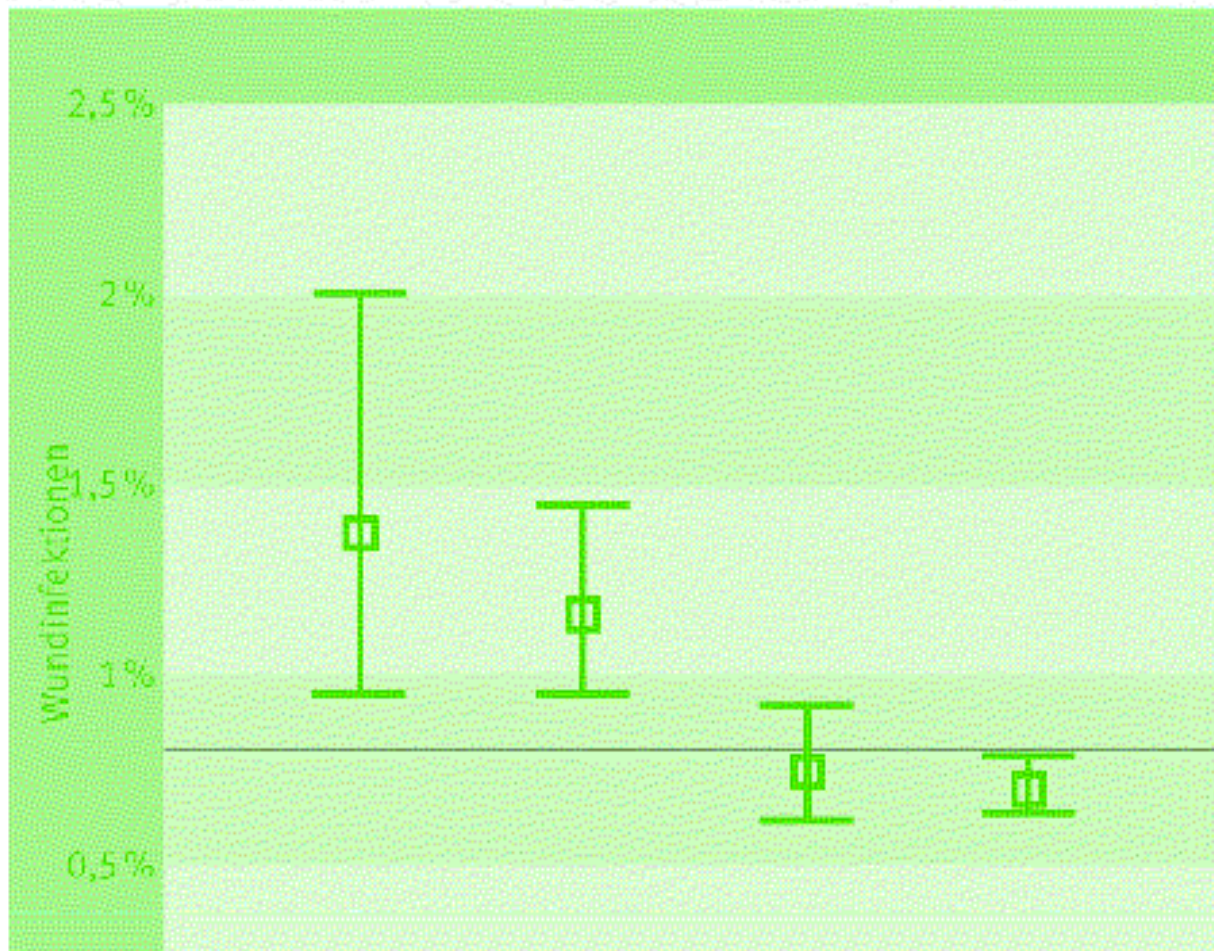
Die „moderne“ Qualitätssicherung versucht dem Patienten durch Transparenz über Ergebnisqualität eine Antwort zu geben. In dieser neuen Welt gibt es Patienten, die sich „ihr“ Krankenhaus auswählen und Krankenhäuser, die im Wettbewerb um diese Patienten stehen.

Eine Zwischenbilanz der QS-Ansätze



Ergebnis-Mengen-Zusammenhang bei Wundinfektion

Abbildung 10.3: Vertrauensbereichsgrafik:
Wundinfektionsraten der vier Fallzahlklassen



Dr. Wulf-Dietrich Leber
AOK-Bundesverband

Knie-TEP 2002

Fallzahl	Σ KHS	%
1 - 19 Fälle	235	1,37
20 - 49 Fälle	206	1,16
50 - 99 Fälle	170	0,75
> 100 Fälle	208	0,70

Quelle

Erste Impressionen

Ein gewaltiger Kraftakt der deutschen Kliniken !

Ein Zufallsstichprobe ergab: Der Umfang liegt zwischen 13 und 276 Seiten – im Schnitt rund 60 Seiten. Bei 2000 Krankenhäusern bedeutet das rund 120.000 Seiten – und die wollen erst mal geschrieben sein.

Konzeptionell und typografisch sind die QBs sehr heterogen. Bei einigen Berichten findet sich etwas wie „QS-Marketing“.

Jede vierte Klinik veröffentlicht ausgewählte Daten zu Ergebnisqualität aus dem BQS-Verfahren. Das ist ein fulminanter Einstieg in den Qualitätswettbewerb. Die Darstellung ist möglicherweise selektiv.



Eine neue Vielfalt an Krankenhausinformationen

AOK KRANKENHAUS-NAVIGATOR

KRANKENHAUS  KOMPASS

Klinik-Konsil
Krankenhausinformationen der AOK für Ärzte

KLINIK  LOTSE

qualitäts
KRANKENHAUS
berichte

sanopilot.de

 klinikpilot

 **qualitätsbericht.de**
Qualitätsberichte deutscher Krankenhäuser
» Patientenbereich » Klinik suchen

120.000 Seiten Lektüre ?

Erst die Aufbereitung macht die Qualitätsberichte für Versicherte und Fachöffentlichkeit nutzbar.

Dafür müssen die Daten in einer Datenbank abrufbar gemacht werden.

Einigung zwischen GKV und BDPK auf XML-Datensatz, aber nur rund 300 Krankenhäuser haben dies genutzt.

Klinik-Konsil (seit Ende September freigeschaltet)



Die Gesundheitskasse.

Klinik-Konsil
Krankenhausinformationen der AOK für Ärzte

Home Kontakt Impressum Datenschutz

Klinik-Konsil

Diagnose (ICD)

Behandlung (OPS)

Qualitätsberichte (PDF)

Methodik / Hilfe

Apotheke

Arzt und Praxis

Heilberufe

Hilfsmittelanbieter

Krankenhaus

Krankentransport

Pflege

Reha / Vorsorge

Zahnheilkunde

Service Versicherte

Service Firmenkunden

AOK-Bundesverband

WIdO

Start



Klinik-Konsil
Krankenhausinformationen der AOK für Ärzte

Suchen Sie Krankenhäuser ...

[▶ ... zu einer Diagnose \(ICD\)](#)

[▶ ... zu einer Behandlung \(OPS\)](#)

[▶ ... Qualitätsberichte \(in PDF-Version\)](#)

[▶ ... Methodik / Hilfe](#)

Die Informationen des Klinik-Konsil beruhen auf den Qualitätsberichten der Krankenhäuser nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V und Erkenntnissen der AOK. Sie ersetzen nicht die individuelle Beratung durch die behandelnden Ärzte oder sonstige Dritte. Klicken Sie [hier](#) für weitere Erläuterungen.


 Seite drucken

Top ▲

Professioneller Zugang für Ärzte



Die Gesundheitskasse.



Klinik-Konsil
Krankenhausinformationen der AOK für Ärzte

[Home](#) [Kontakt](#) [Impressum](#) [Datenschutz](#)

Klinik-Konsil

- Diagnose (ICD)**
- Behandlung (OPS)
- Qualitätsberichte (PDF)
- Methodik / Hilfe

- Apotheke
- Arzt und Praxis
- Heilberufe
- Hilfsmittelanbieter
- Krankenhaus
- Krankentransport
- Pflege
- Reha / Vorsorge
- Zahnheilkunde

[Service Versicherte](#)
[Service Firmenkunden](#)
[AOK-Bundesverband](#)
[WIdO](#)

Krankenhaussuche zu einer Diagnose ⓘ [→ Tipp: Suchpfad ändern](#)

Suchpfad: [Start](#) / Kode der Diagnose

[▶ Neue Suche](#) [▶ Methodik / Hilfe](#)

Bitte spezifizieren Sie Ihre Anfrage:

Suche starten

ODER


wählen Sie einen ICD-Kode aus:

Um welchen ICD3-Kode geht es?
Bitte wählen Sie ein Kapitel und dann einen ICD3-Bereich aus!

ICD-Kapitel

- ▶ **A00-B99** I: Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten
- ▶ **C00-D48** II: Neubildungen
- ▶ **D50-D90** III: Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems
- ▶ **E00-E90** IV: Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
- ▶ **F00-F99** V: Psychische und Verhaltensstörungen
- ▶ **G00-G99** VI: Krankheiten des Nervensystems
- ▶ **H00-H59** VII: Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde
- ▶ **H60-H95** VIII: Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes

Trefferliste bei Diagnoserecherche mit Häufigkeitsangaben



Klinik-Konsil
 Krankenhausinformationen der AOK für Ärzte

Home Kontakt Impressum Datenschutz

[Klinik-Konsil](#)
[Diagnose \(ICD\)](#)
[Behandlung \(OPS\)](#)
[Qualitätsberichte \(PDF\)](#)
[Methodik / Hilfe](#)

[Apotheke](#)
[Arzt und Praxis](#)
[Heilberufe](#)
[Hilfsmittelanbieter](#)
[Krankenhaus](#)
[Krankentransport](#)
[Pflege](#)
[Reha / Vorsorge](#)
[Zahnheilkunde](#)

Krankenhaussuche zu einer Diagnose

[→ Tipp: Suchpfad ändern](#)

Suchpfad: [Start](#) / [Kode der Diagnose](#) / [Suchradius](#) / Treffer-Auswahl

Kode, Bezeichnung: **E10**, Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-I-Diabetes]

PLZ, Stadt, Radius: 49076, Osnabrück, 10 km

[▶ Neue Suche](#) [▶ Methodik / Hilfe](#)

Suchergebnis: 4 Treffer **Anzeigebereich:** 1 - 4

Anfang | << | < | **1** | > | >> | Ende

Name Krankenhaus	Stadt	Anzahl Betten (KH)	Entfernung (km)	Qualitätsbericht (pdf)
sortieren	sortieren	sort.	sort.	
Klinikum Osnabrück GmbH	Osnabrück	563	0	pdf
Paracelsus-Klinik	Osnabrück	318	0	pdf
Marienhospital	Osnabrück	541	5	pdf
Kinderhospital	Osnabrück	112	7	noch nicht vorliegend

Anfang | << | < | **1** | > | >> | Ende

AOK-Daten-Auswertung zu Ihrer Recherche (Bezugsebene Krankenhaus)

rel. Häufigkeit (KH)	VWD (KH)	mittl. Alter (KH)
sort.	sort.	
	8,8	45,9
	12,3	64,0
	17,7	38,6
	6,4	10,3

* Gilt für den gesamten Abrechnungs-Verbund

Das Krankenhaus gehört zu den 25% aller Krankenhäuser, die die Leistung **am häufigsten** erbringen

Das Krankenhaus gehört zu den 50% aller Krankenhäuser, die die Leistung **durchschnittlich häufig** erbringen

Das Krankenhaus gehört zu den 25% aller Krankenhäuser, die die Leistung **am seltensten** erbringen

Krankenhaus-Homepage (externer Link)

http://www.marien-hospital-bonn.de/245.0.html

 Getting Started  Latest Headlines

**ST.-MARIEN-HOSPITAL**

**Gynäkologie
und Geburtshilfe**
Leitung
Prof. Dr. med. Volker Belzer

Klinikinfo **Fachabteilungen** **Patienteninfo** **Pflege**



Home | St.-Marien-Hospital | Fachabteilungen | Gynäkologie und Geburtshilfe | Geburtshilfe

Der Storch weiß, wohin er fliegt

Bei uns sind Sie gut aufgehoben und herzlich willkommen mit einer „unauffälligen Schwangerschaft“ als auch mit einer Risikogeburt. Das St.-Marien-Hospital gehört zu den größten Geburtskliniken in Deutschland und ist eine geburtshilflich – neonatologische Schwerpunktlinik des Landes Nordrhein – Westfalen.



[Leistungen](#)
[Ausstattung](#)
[Geburtsplatz](#)
[Kurse](#)
[Hebamme](#)
[Die Geburt](#)
[Untersuchung](#)
[Stationen](#)
[Pflege](#)
[allgemeine](#)
[Information](#)
[Service](#)



DKG-Kritik, aber beeindruckendes Interesse der Versicherten

Kritik der DKG wegen angeblicher Wettbewerbsverzerrungen

Vereinzelte Kritik an der Hochrechnung auf Basis von AOK-Fällen (z.B. wegen Unterschätzung aufgrund starkem PKV-Anteil)

Vereinzelte Kritik, dass Leistungsvolumina nicht mit Qualität gleichgesetzt werden können – aber das trifft auch den Qualitätsbericht

Seit Freischaltung am 26.08.2005 weit über 300.000 Seitenaufrufe im Navigator !

Zahlreiche Korrekturen wurden nach Hinweis durch die Krankenhäuser durchgeführt.

Fazit

Das DRG-System geht seinen Gang. Von den teilstationären Leistungen sind wahrscheinlich nur Dialyse und geriatrische Tageskliniken vernünftig abbildbar.

Ordnungspolitisch besteht in puncto DRGs kein kurzfristiger Handlungsbedarf. Regelungsbedürftig ist die Formenvielfalt ambulanter Leistungen von Krankenhäusern.

Das DRG-System - eigentlich eher als ökonomisches Steuerungsinstrument gedacht – hat einen Quantensprung in der Qualitätssicherung ermöglicht. Die nächsten Jahre werden ein gigantischen Zuwachs an Transparenz bringen – mal zu Freude, mal zum Ärger von Krankenhäusern und Krankenkassen.

Apotheke
Arzt und Praxis
Heilberufe
Hilfsmittelanbieter
Krankenhaus

▶ DRG-System
▶ Budget
▶ Abrechnung
▶ Qualitäts
▶ Ambulante
▶ Aktuelle Gesetzge
Vereinbarungen auf
Bundesebene
▶ Publikationen
Klin
Int

Kranke
Pflege
Reha / Vorsorge
Zahnheilkunde

Klinik-Konsil - Krankenhausinformationen der
AOK für Ärzte



Wählen Sie
Ihre Region

Bitte auswählen:

**Herzlichen Dank
für Ihre
Aufmerksamkeit!**

Konsil

bank der AOK
de Ärzte.
000
ngen und
en (vierstellige
und dreistellige
CDs) ermöglichen die
gezielte Recherche.
Zusätzlich abrufbar sind
die Qualitätsberichte der
Krankenhäuser. [Klinik-](#)

<http://www.aok-gesundheitspartner.de/>

einreichen. Damit wird die gesetzliche Abgabefrist um
zwei Wochen verlängert. [mehr...](#)

passen
möchten, können Sie
unseren Newsletter akut
bestellen. Damit erhalten
Sie monatlich alle
Meldungen der Startseite