Le passage à une rétribution forfaitaire des prestations hospitalières selon DRG est, à juste titre, lié à certaines craintes. Conscient des effets délétères possibles d'un tel système, le corps médical s'est toujours engagé pour conserver sa liberté thérapeutique dans les pays concernés. L'article ci-dessous, basé sur certaines expériences négatives vécues en Allemagne, représente un point de vue particulier qui ne reflète pas l'opinion officielle de la Bundesärztekammer à ce sujet. D'autre part, bien que soulevant un certain nombre de problèmes légitimes, cette analyse ne tient pas compte des réalités de notre pays ni de la méthode de travail de SwissDRG. Elle ignore également les expériences accumulées depuis plusieurs années par les cantons qui facturent les séjours hospitaliers au moyen des DRG: bon nombre de prédictions apocalyptiques ne s'y sont pas produites.

Dr P.-F. Cuénoud, Membre du Comité Central de la FMH, Responsable du domaine SwissDRG

Das Ruiniert das Gesundheitssystem: DRGs – Risiken und Nebenwirkungen

Gerhard Rogler

Einleitung

Bei Medikamenten wird gefordert, dass Risiken und Nebenwirkungen ausführlich erläutert werden, so dass der Patient nach Abwägen von Nutzen und Risiken einer Therapie zustimmen kann oder auch nicht [1]. Gleiches gilt für die Durchführung von diagnostischen oder therapeutischen Eingriffen. Die Einwilligung nach Abwägen von Nutzen und Risiko ist die Voraussetzung dafür, dass ein medizinischer Eingriff durchgeführt werden darf [2]. Die Nicht-Beachtung dieses Prinzips führt zum Tatbestand der Körperverletzung.

Dennoch wird der in der neueren Geschichte der Schweiz schwerwiegendste Eingriff in das Gesundheitssystem ohne ausreichende Aufklärung der betroffenen Bevölkerung umgesetzt. Nachdem die Gesundheitsreform als Paket gescheitert war, wurde sie in nicht zustimmungspflichtige Segmente aufgeteilt. Hinweise auf Risiken und Nebenwirkungen wurden mit dem Hinweis vom Tisch gefegt, dass die Schweiz die Fehler anderer Länder nicht machen werde. Zudem initiiere man ja «begleitende Forschung». Das Argument, dass die Sachlage für einen Volksentscheid zu schwierig sei, erstaunt. Das würde bedeuten, dass die Betroffenen nicht intelligent genug sind, um über ihr Gesundheitssystem zu entscheiden. Würden Ärzte dieses Argument bei der Information von Patienten über therapeutische Massnahmen verwenden, wäre es – wie erwähnt – Körperverletzung.

Als jemand, der die Einführung der DRGs an einem Universitätsspital in Deutschland erlebt hat, der mit der Fall-Kodierung Erfahrungen gemacht und die Auswirkungen der DRGs auf die Spitallandschaft beobachtet hat, ist es mir ein Anliegen, Risiken und Nebenwirkungen der DRGs zu diskutieren.

Wie sieht es mit dem scheinbaren Nutzen des DRG-Systems wirklich aus?

Senken DRGs die Kosten im Gesundheitssystem?

Inzwischen betonen bereits Befürworter der DRGs wie der Leiter der SwissDRG AG, Dr. Simon Hölzer, dass man sich keine allzu grossen Hoffnungen auf eine Kostensenkung machen dürfe [3]. Durch die Einführung der DRGs sei es in Deutschland jedoch «nicht mehr zu einer jährlichen Steigerung der Gesundheitskosten um 10%, sondern nur noch um 3%» gekommen. Dies sei auch ein realistisches Ziel für die Schweiz. Gleichzeitig mit den DRGs wurde in Deutschland jedoch auch eine Deckelung der Kosten in vielen Gesundheits-Bereichen beschlossen. D. h., es wurden für viele Bereiche definierte Summen als Vergütungsobergrenze festgelegt. Das führte u. a. dazu, dass in manchen Kliniken in Deutschland im Dezember nur noch Notfall-Operationen durchgeführt wurden, da der Kostendeckel erreicht war [4]. Man kann also genauso argumentieren (ohne dass das eine wie das andere jemals beweisbar wäre), dass die Reduktion der Kostensteigerung durch die Deckelung, nicht aber durch die DRGs erreicht wurde. Zudem mussten im letzten Jahr in Deutschland zur Rettung von Spitälern 3,2 Milliarden Euro akut eingesetzt werden [5]. Dies bedeutet, dass die reale Reduktion der Gesundheitskosten viel geringer war als behauptet.

Erhebliche Kostensteigerungen gab es dagegen bei der Dokumentation. Alle Spitäler stellten «DRG-Kodierer» ein. Zudem hat sich mit Einführung der DRGs in Deutschland die Zahl sogenannter «verdachtsabhängiger Einzelfallprüfungen» durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) zu einem flächendeckenden Screening entwickelt. Nach einer Erhebung an 347 Krankenhäusern war der Anteil der Einzelfallprüfungen an den stationären Fällen im Jahr 2007 bei 11% (was rund 2 Millionen Fällen

Korrespondenz:
Prof. Dr. med. Gerhard Rogler
Klinik für Gastroenterologie
und Hepatologie
Departement für
Innere Medizin
UniversitätsSpital Zürich
Rämistrasse 100
CH-8091 Zürich

Gerhard.Rogler@usz.ch

entspricht) [6]. In der Mehrzahl dieser Prüfungen (56,6%) blieb der Rechnungsbetrag unverändert. Der durchschnittliche Arbeitsaufwand zur Bearbeitung einer Einzelfallprüfung lag für den ärztlichen Bereich bei rund 25 Minuten und für den Verwaltungsdienst bei 39 Minuten (was bei 2 Millionen Fällen dann 2 Millionen Stunden sind). Dieser Arbeitsaufwand führte zur Verschiebung von Personalstellen in die Dokumentation und Verwaltung. In durchschnittlichen Spitälern in Deutschland sind mehr als ein Arzt und zwei Verwaltungsangestellte damit beschäftigt, Einzelfallprüfungen zu bearbeiten. Der durch die Rechnungsabschläge eingesparte Betrag dürfte nicht ausreichen, um die entsprechenden Verwaltungs-, Prüf- bzw. Personalkosten zu decken.

Fazit: DRGs senkten die Kosten im Gesundheitswesen in Deutschland nicht. Als Nebenwirkung ist eine Verschiebung von Personal von der Patientenversorgung hin zur Dokumentation notwendig.

Machen DRGs das Gesundheitssystem transparenter?

Der Wunsch nach Transparenz der Kosten im Gesundheitssystem erscheint legitim. «Transparenz» steht im Gegensatz zu «Verschleierung» oder «Betrug». Da die Offenlegung von Daten Missbrauch verhindern soll, impliziert dies gleichzeitig einen adäquateren Einsatz der Mittel im Gesundheitssystem.

Die aktuellen Kosten werden als intransparent angesehen, weil schlecht nachvollziehbar ist, was für den einzelnen Patienten ausgegeben wird. Der Dokumentations-Aufwand würde jedoch enorm werden, wenn jede Spitalleistung für jeden Patienten dokumentiert würde. Da das nicht leistbar ist, werden statistische Mittel für bestimmte Fälle definiert: durchschnittliche Liegezeiten und durchschnittliche Kosten. Damit wird jedoch nicht erfasst, wie schwer ein Patient erkrankt und wie umfangreich eine Leistung wirklich war. Bestimmte Zusatzinstrumente sollen die Schwere eines Falles miterfassen. In der Realität bedeutet dies, dass nicht der individuelle Patient und seine Probleme im Mittelpunkt stehen, sondern die übermittelte(n) Diagnose(n). Symptome und Diagnosen haben zwar meist miteinander zu tun, sind in den seltensten Fällen jedoch «deckungsgleich». Ein vielfach benutztes Beispiel ist hier der «Verdacht auf Appendizitis» bei rechtsseitigen Unterbauchschmerzen, der nicht als «Verdacht» verschlüsselt werden kann, sondern nur als «Appendizitis» und daher auch als solche behandelt wird – selbst wenn es nur eine Magenverstimmung war.

Transparent ist das System also nur hinsichtlich der durchschnittlichen Kosten pro verschlüsselten Fall, nicht hinsichtlich der notwendigen und sinnvollen Leistungen, der tatsächlichen Erkrankung oder der individuellen Erkrankungsausprägung. Diese werden intransparenter. Wir gewinnen mehr «Kostentransparenz» auf Kosten der «Erkrankungstransparenz». Dies geschieht nicht – wie behauptet wird – aufgrund der unethisch handelnden Ärzte, die das DRG-System ausnutzen, sondern ist im System angelegt und entwickelt sich notwendigerweise aus den Vorgaben: Das Individuum muss zugunsten des Durchschnitts zurücktreten. «Der Patient als Kunde» muss so zu einer unrealistischen Formel degenerieren. Der jeweilige Patient wird zu einer zufälligen Manifestation eines «Falles». Es ist der Fall, der bei der Kodierung zählt, nicht der Mensch.

Fazit: Eine Nebenwirkung des DRG-Systems ist eine zunehmende Intransparenz hinsichtlich der wirklichen Patientenbedürfnisse. Die Transparenz hinsichtlich der Kosten gilt nur in einem selbst definierten System von Fällen, das Individualität nicht zulässt.

Ist das DRG-System gerechter?

Dies ist ein Postulat, das in Diskussionen von den Befürwortern der DRGs Gebetsmühlen-gleich wiederholt wird. Die Formulierung impliziert, dass es gerechter ist als das bestehende, sonst hätte die Steigerungsform keinen Sinn. Warum wird aber das bestehende System nicht als gerecht empfunden? Ein Argument ist, dass Liegezeiten, nicht aber effektive Leistungen bezahlt würden. Nun wurde bereits erwähnt, dass das Erfassen der realen Leistungen für jeden Patienten ein nicht lösbares Problem darstellt.

Der in der neueren Geschichte der Schweiz schwerwiegendste Eingriff in das Gesundheitssystem wird ohne ausreichende Aufklärung der betroffenen Bevölkerung umgesetzt

Wem gegenüber ist das DRG-System gerechter und in welcher Hinsicht? Ist es für die Krankenkassen gerechter, für die Patienten, für die Pharmaunternehmen oder für die Spitäler? Da hier unterschiedliche Interessen vorhanden sind, kann das DRG-System nicht allen Beteiligten gleichermassen mehr Gerechtigkeit verschaffen. Im DRG-System werden Fälle, aber auch «Prozeduren» verschlüsselt. So ergeben z. B. bestimmte Operationen, Beatmungstage auf der Intensivstation oder apparative Untersuchungen hohe Punktewerte. Das Problem liegt nun im Begriff der «Prozeduren» und hängt mit dem der «Leistungserfassung» zusammen. Am leichtesten lassen sich apparative Leistungen und mechanische Prozeduren erfassen und dokumentieren. Eine Computertomographie

Wie werden die Diagnosis Related Groups die Versorgung im Spital verändern?

kann qualitativ gut oder schlecht sein; es ist jedoch nachprüfbar, ob sie durchgeführt wurde. Sie stellt eine klare abrechnungstechnische Einheit dar. Ein Gespräch, ein Konsil, eine Anamnese sind schlecht standardisierbare und nachprüfbare Leistungen. Unter dem Gesichtspunkt der konsequenten Nachprüfbarkeit und Standardisierung von medizinischen Leistungen ist ein Gespräch, ein Konsil, eine Anamnese schlecht abbildbar. Daher werden diese Dinge aus dem System verdrängt. Ein Patient mit einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung profitiert oft von einem 30-minütigen Gespräch weit mehr als von einer Darmspiegelung. Die Darmspiegelung ist jedoch «messbar» (vollständig oder nicht vollständig; mit Biopsien oder ohne), das Gespräch ist es nicht. Der Trend weg von einer sprechenden Medizin hin zu einer Apparatemedizin wird so verstärkt. Das wird auch von Protagonisten des DRG-Systems bestätigt. Es wird als notwendiges Übel gesehen, das für das gerechtere System in Kauf genommen wird. Wir sind also wieder bei der Frage: «Gerechter für wen»? Und wir kommen zum Schluss, dass DRGs nicht gerechter für diejenigen Disziplinen sind, die eine «sprechende Medizin» betreiben; auch nicht gerechter für diejenigen, denen eine «sprechende Medizin» nützen würde, also viele Patienten.

Zwar sind Psychiatrie und Palliativmedizin aus dem DRG-System ausgenommen. Dies belegt aber nur die grundsätzliche Problematik, die soeben dargestellt wurde. Sie lassen sich im DRG-System eben nicht abbilden, was die Defizite klar aufzeigt.

Fazit: Ein Risiko des DRG-Systems ist die Verlagerung von Leistungen der «sprechenden Medizin» hin zur «apparativen Medizin», also eine Umgestaltung der medizinischen Handlungsweise durch das Abrechnungssystem. Mehr «Gerechtigkeit» auf der einen Seite bedingt mehr «Ungerechtigkeit» auf der anderen.

Führt das DRG-System zur Schliessung unrentabler Spitäler?

Ein erklärtes Ziel der Politik ist, dass die Einführung des DRG-Systems in unrentablen Spitälern zu wirtschaftlichen Schwierigkeiten und damit zu einer «Bereinigung der Spitallandschaft» führen soll. Als unrentable Spitäler werden normalerweise kleine Häuser mit Bettenzahlen unter 100 betrachtet. Sie müssen mit Belegärzten arbeiten, die hauptberuflich eine Praxis betreuen. Zudem ist allein durch die Fallzahlen evident, dass Prozeduren seltener durchgeführt werden, weswegen die Erfahrung mit spezifischen Krankheitsbildern geringer sein muss.

Die vorliegenden Statistiken aus Deutschland zeigen, dass es durch die DRGs nicht zu einer Schliessung kleinerer Spitäler gekommen ist. Ganz im Gegenteil wurde die Zahl der grossen und mittelgrossen Spitäler kleiner. Das liegt eben daran, dass bei einer durchschnittlichen Bezahlung von Fällen an den kleineren Spitälern eher die leichten (und damit weniger aufwendigen und weniger teuren) Ausprägungen einer bestimmten Erkrankung behandelt werden. Daher sind im DRG-System die kleineren Spitäler relativ bevorzugt. Dies kann durch regulierende Massnahmen kaum ausgeglichen werden.

Zudem betreiben grössere öffentliche Spitäler und besonders die Uni-Spitäler Nachwuchsausbildung. Es ist offensichtlich, wie wichtig, aber auch teuer diese Nachwuchsausbildung ist. Sie ist im DRG-System nicht berücksichtigt und kann nicht in den Fallwert eingehen. Ausbildende Spitäler sind also benachteiligt [7].

Wohin dies führen kann, zeigt das Beispiel des Uniklinikums Marburg/Giessen, das privatisiert wurde. Ein Kollege berichtete mir, dass er nun an den Träger des Klinikums Miete für Raumnutzung bezahlen muss, weil er eine Sekretärin über Drittmittel eingestellt hat, die medizinische Fortbildungen organisiert. Weitere Unispitäler in Deutschland sind kurz vor dem wirtschaftlichen Zusammenbruch. Es besteht ein enormer Investitionsstau, der zur Überalterung der Infrastruktur der Unispitäler führt.

Da Privatkliniken im Allgemeinen nur Fachärzte oder Ärzte einstellen, die ihre Weiterbildung nahezu abgeschlossen haben, entstehen für sie weniger zusätzliche Kosten durch Ausbildung. Zudem können Privatkliniken die Erkrankungsschwere ihrer Patienten besser steuern. In bestimmten Röhn-Kliniken ging die Mortalität auf die Hälfte zurück, was von der Direktion zur Werbung verwandt wird, was aber nur zeigt, dass Schwerkranke nicht mehr aufgenommen werden.

Zudem ist belegt, dass der sozioökonomische Status eines Patienten ein Prädiktor für die Dauer seines Spitalaufenthaltes ist [8]. Die Analyse von 61 Krankenhäusern hinsichtlich des sozioökonomischen Status der Patienten ergab eine signifikante Auswirkung auf die Dauer der Behandlung. Demzufolge sind Patienten in den oberen Einkommensschichten, angestellte und selbständige Patienten für Spitäler wegen ihrer kürzeren Aufenthalte vorteilhaft [8]. Arbeitslose Patienten oder solche mit niedrigem Einkommen bedeuten Verluste.

Benachteiligungen der ausbildenden Spitäler und chronisch kranker Patienten durch die DRGs sind unvermeidbar

Es ist daher nicht so, dass durch das DRG-System aufgedeckt wird, welche Kliniken rentabel arbeiten und welche nicht. Vielmehr definiert das System neu, was rentabel ist. Das DRG-System monitoriert nicht die Rentabilität, es schafft neue Bedingungen. Es ist nicht passiv und bewertet nur, es greift aktiv in die Bedingungen ein. Es begünstigt massiv Privatkliniken. Es benachteiligt Spitäler, die ausbilden.

Fazit: Eine Nebenwirkung des DRG-Systems ist die Neudefinition von Rentabiliät und Versorgungsbedingungen. Privatkliniken finden (beabsichtigt?) bessere Bedingungen. Es besteht das Risiko der Benachteiligung von Spitälern, die den Nachwuchs ausbilden. Kleinere, unrentable Spitäler werden nicht geschlossen.

Verbessert das DRG-System die Qualität der Behandlung?

Das DRG-System misst die Qualität der Behandlung nicht. Von Befürwortern der DRGs wird jedoch immer wieder betont, dass die Spitäler heute an den von ihnen erzeugten Komplikationen über die verlängerten Liegezeiten verdienen würden. Dies sei im DRG-System vermieden, da eine Wiederaufnahme innerhalb von zwei Wochen als Komplikation der Grunddiagnose gewertet würde und keinen neuen Fall erzeugt.

Die Erfahrungen in Deutschland zeigen jedoch, dass sich die Behandlungsqualität der Patienten keinesfalls verbessert hat. Der Fokus einer Behandlung liegt aus wirtschaftlichen Gründen allein auf den Fallassoziierten Parametern. Eine ausführliche Anamnese ist wirtschaftlich gesehen nicht sinnvoll (Nebendiagnosen, die weitere Abklärungen nach sich ziehen würden, könnten entdeckt werden). Der Patient muss aus wirtschaftlichen Gründen als «Fall» kategorisiert werden.

Multimorbide und chronisch-kranke Patienten sind im DRG-System die unrentabelsten. Das hat zu einer Verschlechterung der Versorgung dieser Patienten geführt. Es besteht das Risiko, dass ein Patient mit chronischer Herzinsuffizienz oder einem Asthma nach kurzer Zeit wieder hospitalisiert werden muss. Das wird als Komplikation des vorherigen Falles gewertet und bringt finanzielle Nachteile. Daher wird der betriebswirtschaftliche Leiter eines Spitals seine Chefärzte anweisen, solche Patienten nicht aufzunehmen und an andere Spitäler weiterzuleiten. Wer selbst als Notarzt – wie ich vor einigen Jahren – mit einer solchen Patientin von Spital zu Spital gefahren ist, kann ein Lied davon singen.

Welches Bild von Krankheit die Befürworter des DRG-Systems vor sich haben, wird deutlich, wenn sie statt von Patienten von «Konsumenten von Gesundheitsleistungen» sprechen. Das Vermeiden des Wortes «Krankheit» zeigt das ganze Ausmass des Selbstbetruges. Der Patient mit einem Tumorleiden, das Kind mit Diabetes, Betroffene mit Asthma, Herzinsuffizienz oder Niereninsuffizienz sind keine «Konsumenten von Gesundheitsleistungen». Sie sind schlicht krank. Sie entscheiden sich nicht selbstbestimmt, gewisse Leistungen zu konsumieren, die ihre «Wellness» steigern. Sie suchen nach einer Chance zu überleben, Schmerzen in den Griff zu bekommen, Normalität in ihrem Leben zu finden. Ihr Ziel ist es nicht, etwas zu konsumieren, sondern Hilfe zu bekommen.

Fazit: Eine Nebenwirkung des DRG-Systems ist eine Benachteiligung chronisch Kranker und multimorbider Patienten. Ihnen wird das System nicht «gerecht».

Unterstützt das DRG-System Spitzenmedizin?

Spitzenmedizin ist teuer, sie liegt in ihren Kosten über dem im DRG-System betonten Durchschnitt. Sie kann mit Fallpauschalen nicht zurechtkommen. Für die Abbildbarkeit von Leistungen im DRG-System ist eine Vorlaufzeit nötig. Neue Verfahren müssen erst in den «Katalog» aufgenommen werden. Das bedeutet eine Verzögerung der Vergütung von innovativen Verfahren von mindestens zwei Jahren, wenn nicht in Einzelfällen schnellere Sonderregelungen getroffen werden können. Spitäler der Maximalversorgung, die innovative Leistungen anbieten, müssen u. U. die Kosten selbst tragen (was ein weiterer Wettbewerbsnachteil ist) – oder sie bieten innovative Leistungen erst an, wenn sie im DRG-System abgebildet sind, was die medizinische Versorgung nivelliert. Auch hier zeigt sich, dass eine Orientierung an durchschnittlichen Kosten eine Nivellierung der Medizin bedeutet. Für ein Land mit hohen Lohnkosten wie die Schweiz ist es aber gerade das Innovationspotential, das die Wettbewerbfähigkeit erhält.

Im DRG-System ist eine zentrale Prüfung neuer Verfahren notwendig. In Deutschland wurde hierfür das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen IQWiG gegründet. Seitdem IQWiG seine Arbeit aufgenommen hat, ist es zu einer Vielzahl von schweren Streitfällen zwischen Medizinern und

dem Institut gekommen. Diese Kontroversen sind eine unvermeidbare Konsequenz aus der Funktion des Instituts. Das IQWiG hat 75 Mitarbeiter, die Gutachten zu neuen Medikamenten oder Verfahren erstellen. Das Themenspektrum reicht von der Bewertung neuer Arzneimittel oder Varianten der Stammzelltransplantation bis hin zur Beurteilung von Gehörtests bei Neugeborenen. Die wissenschaftlichen Gutachten des IQWiG liefern eine Grundlage für die Entscheidung, welche Leistungen im DRG-System abbildbar sind. Häufig sind Aussagen des IQWiG mit denen anerkannter Experten nicht konform.

Innovationen können sich also nicht mehr durch die medizinische Anwendung und Erfahrung bewähren. Es werden externe Gutachter bestellt, um die Vergütbarkeit und Abbildbarkeit im DRG-System zu beurteilen. Man muss also in Zukunft die Entwicklungen der Spitzenmedizin anderen Ländern ohne DRG-System überlassen.

Fazit: Eine Nebenwirkung des DRG-Systems ist eine Benachteiligung der Spitzenmedizin und eine Verzögerung von Innovationen. Ein Risiko des Systems ist es, dass es nur verzögert auf neue Entwicklungen reagieren kann.

Hilft die Begleitforschung, Fehler zu vermeiden?

Gerne wird betont, dass parallel zur DRG-Einführung in der Schweiz Begleitforschung stattfinden wird. Auf die Frage, wie denn diese Begleitforschung konkret aussehen wird, bekommt man aktuell kaum Antworten.

Eine parallele Forschung ist aus objektiven Gründen sinnlos. Die Umsetzung der parallel zur Einführung des Systems erhobenen Daten in interpretierte Ergebnisse braucht Zeit. Es ist utopisch anzunehmen, dass die Begleitforschung dabei hilft, Fehler zu vermeiden. Sie wird bestenfalls Fehler feststellen, wenn diese eingetreten sind. Bis auf diese Forschungsergebnisse reagiert werden kann, ist der Schaden schon gesetzt. Zudem bedarf es auch dann Politiker, die bereit sind, diese Forschungsergebnisse zu hören und etwas zu verändern. Ein schönes Beispiel hierfür ist der seit Jahren nachgewiesene Klimawandel und die bestehende Blockade von Massnahmen zur Senkung von Treibhausgasen im Rahmen von «Klimagipfeln».

Fazit: Ein Risiko des DRG-Systems ist es, dass es relativ immun gegen Ergebnisse einer Begleitforschung sein wird.

In der Schweiz werden Erfahrungsberichte zu den DRGs aus Deutschland nicht gerne gehört. Ich habe deshalb versucht, die System-immanenten Probleme herauszuarbeiten, die nicht spezifisch für das deutsche, sondern für jedes ähnliche System sind. Ich wäre für die Patienten in der Schweiz, für meine Kollegen, die eine gute Medizin machen wollen, und für den Spitzenmedizinstandort Schweiz froh, wenn sich das DRG-System noch verhindern liesse.

Literatur

1 Verordnung des Schweizerischen Heilmittelinstituts über die Anforderungen an die Zulassung von Arzneimitteln (Arzneimittel-Zulassungsverordnung, AMZV) vom 9. November 2001 (Stand am 12. September 2006).

2 DFR-BGHSt 11, 111 – Einwilligung in ärztliche Heilbehandlung.

3 Anlässlich der Veranstaltung CARTA09, Cardiovascular Roundtable in Zürich im Oktober 2009.

4 Focus online 25.9.2008: Rudolf Henke, Vorsitzender der Ärztegesellschaft: «Das größte Problem der Kliniken … (ist) ... jedoch die Deckelung ihrer Budgets. Die Abhängigkeit der Budgets von den Einnahmen der Krankenkassen … (sei) … ein Grundübel, das beseitigt werden müsse: Gute medizinische Versorgung gibt es nur, wenn sich die Kliniketats an den Leistungen orientieren.»

5 Berliner Morgenpost, 25.9.2008: 3,2 Milliarden Euro Notpaket für marode Krankenhäuser: «Die finanziell angeschlagenen deutschen Kliniken sollen im kommenden Jahr 3,2 Milliarden Euro als Nothilfe bekommen. Das hat das Kabinett gestern beschlossen und somit den Plan von Gesundheitsministerin Ulla Schmidt umgesetzt. Die Klinikbetreiber halten dies für viel zu wenig und sehen die flächendeckende Versorgung der Patienten trotzdem in Gefahr. … Die Krankenhausgesellschaft beziffert den Finanzbedarf hingegen mit 6,7 Milliarden Euro. Werde diese Forderung nicht erfüllt, müssten weitere Kliniken schließen, die Versorgung der Patienten und 20 000 Arbeitsplätze seien in Gefahr, so der Verband.»

6 Blum K, Offermanns M, Perner P. MDK-Prüfungen – mehr als nur ein Einzelfall. Das Krankenhaus. 2.2009.

7 Schwartz WB, Newhouse JP, Williams AP. Is the teaching hospital an endangered species? N Engl J Med. 1985;313:157–62.

8 Perelman J, Shmueli A, Closon MC. Deriving a risk-adjustment formula for hospital financing: integrating the impact of socio-economic status on length of stay. Soc Sci Med. 2008;66:88–98.