

# **Ordnungspolitisches Resetting des DRG-Systems steht an?**

Günter Neubauer und Andreas Beivers  
Institut für Gesundheitsökonomik München

## **Schwarz-gelber Koalitionsvertrag als Anstoß**

Der Koalitionsvertrag der neuen Bundesregierung widmet der Krankenhausversorgung direkt 14 Zeilen. Als Einzelpunkte werden eine innovative, wohnortnahe Patientenversorgung, der Bedarf einer besseren Patientenversorgung, insbesondere durch eine Stärkung des Belegarztsystems und eine kritische Prüfung des §116b SGBV, genannt. Das DRG-System soll weiter beobachtet und, wo notwendig, weiterentwickelt werden. Und exakt an diesem Punkt setzen unsere Überlegungen an. Zum einen sind nämlich die oben genannten Ziele nicht ohne eine entsprechende Weiterentwicklung des DRG-Systems erreichbar und zum anderen ist das Instrument DRG auf seine ordnungspolitische Ausrichtung hin zu überprüfen. Das Instrument darf nicht zum Ziel werden!

## **DRG-Einführung organisatorisch erfolgreich abgeschlossen**

Aus heutiger Sicht kann die Einführung des G-DRG-Systems als erfolgreich abgeschlossen bezeichnet werden. Im Jahre 2009 bzw. 2010 wird die Konvergenzphase auf Länderebene umgesetzt sein, eine Konvergenz zu einem Bundesbasisfallwert ist nach der Koalitionsvereinbarung nicht vorgesehen. Die laufende Überprüfung und Anpassung der Relativgewichte für die einzelnen Fallgruppen erfolgt routinemäßig durch das Institut für Entgelt (InEK). Hier ist man mittlerweile in den Alltagsbetrieb übergegangen.

Die aktuellen Anpassungen für das Jahr 2010 zeigen, dass das DRG-System aus technischer Sicht weitgehend ausgereift ist. Was nun Jahr für Jahr erfolgt, sind entsprechende Umsetzungen von medizinisch-technischen, aber auch ökonomischen Veränderungen. Gerade weil die organisatorisch-technischen Anfangsprobleme überwunden sind, muss nun über die ordnungspolitische Neubestimmung bzw. Ausrichtung des DRG-Systems nachgedacht werden. Schließlich wird die Krankenhausversorgung zu etwa 80% bis 90 % über das DRG-System finanziert und damit auch gesteuert. Die Koordination und Steuerung der Krankenhausleistungen weist aber aus ordnungspolitischer Sicht einige Mängel, die es zu beheben gilt. Wir wollen hier einige zur Diskussion stellen.

## **Kritische Punkte des DRG-Vergütungssystems**

Der Weiterentwicklungsbedarf des DRG-Vergütungssystem kann an drei zentralen Fragen festgemacht werden, die zu einer ordnungspolitischen Neuausrichtung führen:

- Sind DRGs in erster Linie ein Abrechnungs- oder Steuerungssystem?
- Sind DRGs eine Hürde für eine stationär-ambulante Verzahnung?
- Können DRGs die Basis für eine verstärkte Mitwirkung von Patienten und Versicherten bilden oder fungieren sie eher als Ersatz dafür?

## **DRGs: In erster Linie ein Abrechnungssystem**

DRGs dienen in Deutschland, wie in einigen europäischen Ländern auch – vorwiegend als Abrechnungseinheiten. Abgerechnet werden mit Kosten gewichtete Fälle. Die Summe der vereinbarten Kostengewichte wird, multipliziert mit dem landesweiten Basisfallwert, zum Budget. Patienten werden dem vereinbarten Budget entsprechend abgerechnet.

Eine Steuerung erfolgt lediglich über die Menge der geplanten Case-Mix-Punkte. Die Krankenhäuser versuchen nun die Patientenzahl durch einen kostensteigernden Qualitätswettbewerb zu erhöhen. Die Patienten folgen diesem Wettbewerb, da sie die Preise nicht spüren und daher auch nicht kennen. Im Qualitätswettbewerb sind die Häuser der Grundversorgung die Verlierer, da bei faktisch freier Krankenhauswahl und hoher Patientenmobilität immer 10% bis 20% der Patienten bereit sind in ein Haus höherer Versorgungsstufe abzuwandern. So wird zugleich das Ziel der wohnortnahen Patientenversorgung gefährdet.

Das DRG-System wird vor allen Dingen dazu verwendet, deutschlandweit Einheitspreise zu etablieren. Das Schlagwort lautet „gleiche Leistung, gleicher Preis“. Dabei wird unter gleicher Leistung die gleiche DRG-Eingruppierung verstanden, und daraus der Anspruch auf eine bundesweit einheitliche Vergütung abgeleitet. Dies ist aber aus ökonomischer Sicht schlichtweg falsch. Die DRG-Eingruppierung ist allenfalls eine Gleichstellung der Patienten aus medizinisch-technischer Sicht. Völlig unberücksichtigt bleibt dabei die Erreichbarkeit der Behandlung, d. h., die zeitliche und örtliche Verfügbarkeit und schließlich auch die Qualität. Aber auch die Versorgungslage schlägt sich üblicherweise in der Preishöhe nieder. Alle letztgenannten Faktoren werden im DRG-System ausgeblendet. Dies muss zu einer Unter-, Über- und Fehlversorgung im Krankenhausbereich führen, die sich bei uns mehr und mehr bemerkbar macht (vgl. Neubauer (2008)). Wer mit DRGs die Versorgung steuern will kommt um eine flexible Preissteuerung nicht herum! Wie das aussehen kann, soll weiter unten dargestellt werden.

## **DRGs: Eine Hürde für integrierte Versorgung**

Das DRG-System hat die ambulant-stationäre Verzahnung nicht etwa erleichtert, sondern erschwert. Insbesondere die deutlichen Vergütungsunterschiede zwischen der ambulanten, spezialärztlichen Versorgung und der entsprechenden fachärztlichen Krankenhausversorgung vertiefen die Kluft zwischen dem stationären und ambulanten Versorgungsbereich.

Die Vorstellung, dass die jeweiligen Kosten die Vergütung bestimmen soll, wird zwar offiziell abgelehnt, jedoch überall praktiziert.

Ein ähnlicher Fall sind die belegärztlichen DRGs. Die belegärztlichen DRGs werden allein deswegen niedriger vergütet, weil die kalkulierten Kosten niedriger liegen. Dadurch wird aber eine wirtschaftliche Versorgungsform durch eine niedrigere Vergütung diskriminiert. Dies kann nicht Sinn der DRGs sein. Hinzu kommt noch, dass die belegärztlichen Leistungen selbst über einen insuffizienten EBM vergütet werden und hier wiederum ein deutlicher Vergütungsrückstand gegenüber der Krankenhausvergütung besteht.

Ein wenig diskutiertes Hemmnis für eine integrierte Patientenversorgung stellt die untere Grenzverweildauer im DRG-System dar. Die untere Grenzverweildauer führt dazu, dass bei ihrem Unterschreiten ein Vergütungsabschlag ausgelöst wird, der in der Regel ein Krankenhaus betriebswirtschaftlich schlechter stellt. Folglich vermeiden Krankenhäuser diese Schwelle zu überschreiten, auch wenn es medizinisch möglich wäre. So kommt es, dass in Deutschland immer noch die Verweildauer relativ hoch ist (vgl. Abbildung 1), und auch die Krankenhaushäufigkeit deutlich über dem Durchschnitt der OECD Länder liegt.

**Abbildung 1:** Internationaler Vergleich wichtiger Kennzahlen (Vergleichsjahr: 2007)

Land	akutstationäre Verweildauer	Akutbetten je 1.000 Einwohner	Krankenhausfälle pro 100 Einwohner
Schweden	4,6	2,2	16,2
Finnland	4,8	3,1	19,6
Frankreich	5,4	3,7	28,4
Spanien	6,7	2,5	10,7
<b>OECD-Durchschnitt</b> (entspricht 100%)	<b>6,3</b> (100%)	<b>3,8</b> (100%)	<b>16,3</b> (100%)
<b>Deutschland</b> (in % des OECD- Durchschnitts)	<b>8,5</b> (135%)	<b>6,2</b> (163%)	<b>20,2</b> (124%)

Datenquelle: Deutsche Krankenhausgesellschaft (2009)

Letzteres wird dadurch verursacht, dass das deutsche und DRG-System quasi keine tagesklinischen Behandlungsfälle kennt und so das beträchtliche Ambulantisierungspotenzial der stationären Behandlungsfälle nicht genutzt wird (vgl. Neubauer (2003) und Neubauer, Beivers (2008)). Schließlich ist es, wie schon oben angedeutet, für ein Krankenhaus wenig attraktiv, stationäre Fälle unterhalb der unteren Grenzverweildauer zu entlassen, und andererseits ist es noch weniger attraktiv, stationäre Patienten ambulant zu behandeln. Das heißt aber, dass in Deutschland mehr Menschen stationär behandelt werden, als dies medizinisch-technisch erforderlich wäre. An dieser Stelle bedarf das DRG-System einer deutlichen Korrektur!

### **DRG: Ersatz für die Mitwirkung der Patienten und Versicherten**

Die DRGs geben den Kostenträgern einen weitgehenden Einblick in das Leistungsgeschehen eines Krankenhauses. Dieser Einblick wird auch mehr und mehr über die Qualitätsberichte der Krankenhäuser den Laien, d. h. den aktuellen und den möglichen Patienten, nämlich den Versicherten, zugänglich gemacht. Schließlich erhalten auch die einweisenden Ärzte einen hervorragenden Einblick in das Leistungsvermögen einzelner Krankenhäuser. Diese Transparenz der Krankenhäuser ist aber einseitig. Es wird nur über das Leistungsvermögen eines Krankenhauses informiert. Völlig ausgeblendet bleiben die Preise der Leistungen bzw die Vergütungen der Krankenhäuser, die bei der Durchführung eines entsprechenden Falles abgerechnet werden. Selbst bei landesweiten Einheitspreisen ergäbe sich eine psychologisch wichtige Transparenzfunktion, wenn den Patienten die Preise der erhaltenen Leistungen bekannt gemacht würden.

Sinnvoller freilich ist es, wenn bei flexiblen Preisen die Patienten in die Bewertung des Preis-Leistungsverhältnisses eines Krankenhauses eingebunden werden. Ob die Patienten nur die hohe Versorgungsqualität schätzen und nicht auch preisgünstigere Versorgungsformen haben wollen wird in der Qualitätsdiskussion ausgeblendet. Eine ähnliche Diskussion wurde auch im Flugverkehr geführt, solange nationale Monopolisten den Verkehr beherrschten.

Das rasche Entstehen von Billigfluglinien – nach europäischen Deregulierungsmaßnahmen – hat die Monopolisten völlig überrascht, aber auch gezwungen ihre Preispolitik zu überdenken. Andererseits können sich Millionen Menschen seitdem eine Flugreise leisten. Wer aber nur Qualitätswettbewerb bei Festpreisen zulässt darf sich nicht wundern, wenn die Versorgung immer teurer wird.

## **Ordnungspolitische Neuorientierung angesagt**

### **Mit DRGs mehr Preissteuerung und weniger Mengenregulierung**

Wie wir schon oben angesprochen haben, ist das DRG-System letztlich als ein Festpreis-System etabliert worden. Aber nicht nur feste Preise, sondern auch deutschlandweit einheitliche Preise werden aus dem DRG-System abgeleitet. Beides ist zwar nicht zwingend, jedoch durchaus verführerisch aufgrund der DRG-Philosophie, Krankenhausleistungen ökonomisch vergleichbar zumachen. Wir sind hingegen der Meinung, dass auch die Krankenhäuser über flexible Preise vorteilhafter zu steuern sind, als über eine Mengenregulierung. Dass die Krankenhäuser nicht ohne Mengenregulierung auskommen, so lange die Preise als Fixpreise gelten, haben wir in den letzten 10 Jahren erlebt. Es ist auch ein Trugschluss zu glauben, dass die Krankenkassen im Weiteren auf eine Mengenregulierung verzichten können, ohne ihre finanzielle Grundlage zu gefährden. Aus diesem Grunde schlagen wir eine Flexibilisierung der Preise in der Form vor, dass zwar weiterhin kollektive Preisverhandlungen durchgeführt werden, jedoch einzelnen Krankenhäusern und auch einzelnen Krankenkassen individuelle Preisnachverhandlungen erlaubt sind. Das heißt also, nach den kollektiven Verhandlungen der Landesbasisfallwerte steht es den Krankenhäusern und auch den Krankenkassen frei, davon abweichende individuelle Vereinbarungen zu treffen. Diese kommen aber nur zustande, wenn beide Seiten einverstanden sind. Ein Schiedsverfahren scheidet demnach aus.

Natürlich kann man bei einer solchen Auflockerung des Vertragsrechtes davon ausgehen, dass vor allen Dingen große Krankenkassen und auch große, bzw. regional

starke Krankenhausgruppen sich auf individuelle Preisverhandlungen einigen werden. Aber auch regionale Sonderlagen können besser berücksichtigt werden.

Unser Ansatz unterscheidet sich grundsätzlich von dem Vorschlag, den die Kassen hin und wieder in die Diskussion einbringen, nach dem elektive Leistungen selektiv verhandelt oder gar ausgeschrieben werden sollten, dadurch, dass hier nicht nur Teile von Krankenhausleistungen neu vereinbart werden, sondern das gesamte Leistungsspektrum eines Krankenhauses mit einer Krankenkasse insgesamt vereinbart wird. Allerdings sollten die Krankenkassen auch für DRG-Leistungsgruppen individuelle Preisauf- bzw. -abschläge mit den Krankenhäusern vereinbaren dürfen. Auf diesem Wege wird auch keine Gefährdung bzw. Aushöhlung der Notfallversorgung durch Krankenhäuser eingeleitet.

### **Notaufnahmen gesondert bewerten**

Notaufnahmen werden derzeit nicht gesondert bewertet und müssen aufgrund des höheren Aufwandes über die übrigen Aufnahmen quer subventioniert werden. Je nach dem Verhältnis von Notaufnahmen zu Elektivaufnahmen ist ein Krankenhaus begünstigt oder benachteiligt.

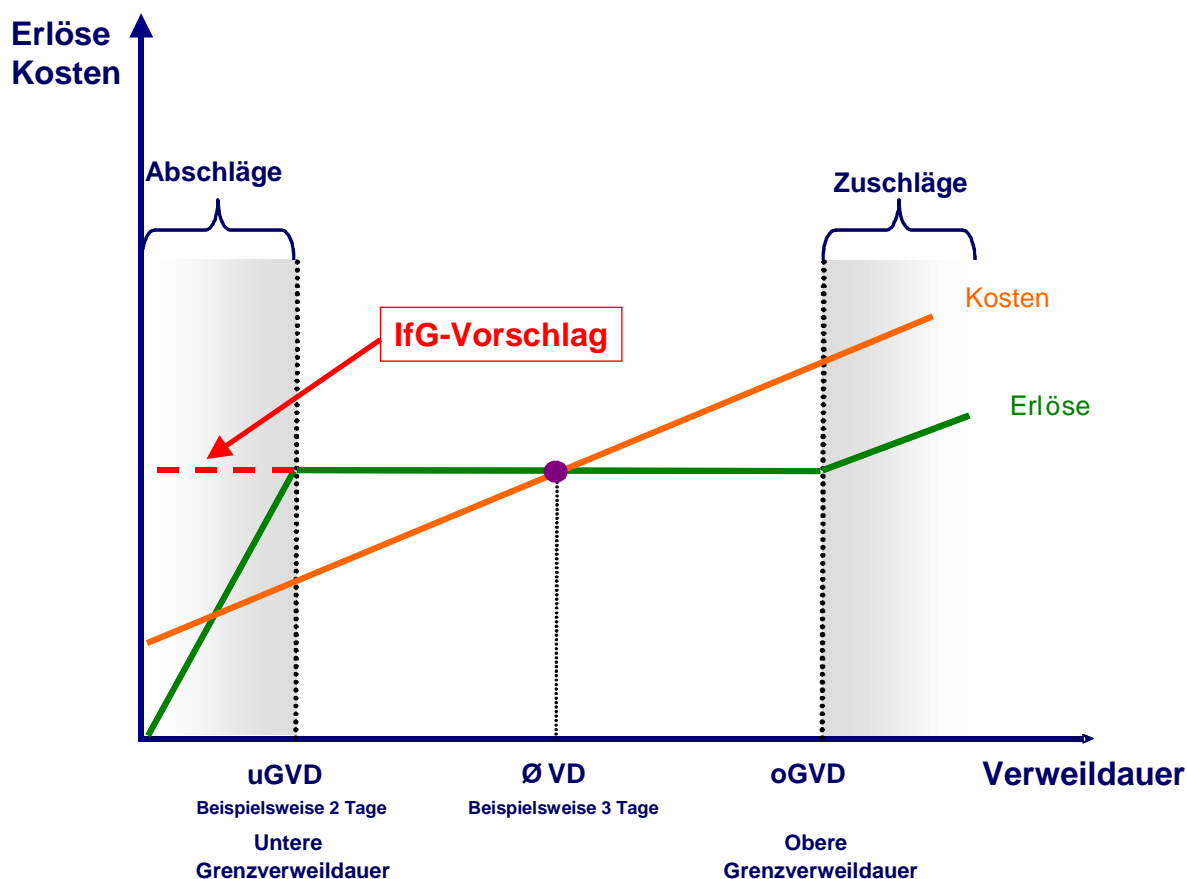
Entsprechend versuchen Krankenhäuser sich zu optimieren. Abhilfe kann hier eine Sonderbewertung oder auch ein relativer Vergütungsaufschlag für Notaufnahmen schaffen. Beispielhaft wird dies in Großbritannien bereits praktiziert. Hier werden Notfalleintritte unabhängig von einer anschließenden Hospitalisation mit einem dreistufigen Notfalltarif abgedeckt. Die zusätzlichen Kosten, die bei notfallmäßigen Hospitalisationen auftreten sind in den nicht-elektiven HRG-Pauschalen (Healthcare Resource Groups) des Krankenhausaufenthaltes berücksichtigt. (vgl. Fischer (2009)). Dies könnte auch für Deutschland ein gangbarer Weg sein.

### **DRGs: Eine Brücke für stationär-ambulante Verzahnung**

Wie oben schon angedeutet, darf die spezialärztliche Versorgung nicht deswegen unterschiedlich vergütet werden, weil die betriebswirtschaftlichen Kosten unterschiedlich sind. Eine leistungsbezogene Vergütung hat die Leistung aus Sicht der Patienten in den Mittelpunkt zu stellen. Erforderlich ist es daher, die ambulanten und die entsprechenden stationären Leistungsbereiche in ihren Vergütungen anzugleichen. Die Einführung von fachärztlichen DRGs sollte daher beschleunigt werden. Ambulant tätige Fachärzte dürfen Patienten nicht aus Vergütungsgründen ins Krankenhaus einweisen, sondern sollten dies aus medizinischem Anlass heraus tun. Anderenfalls führt dies zu einer Verdrängung der kostengünstigeren Versorgungsformen und stabilisiert gleichzeitig eine aufwändigere stationäre Versorgung.

Schließlich ist zur besseren Verzahnung der ambulant-stationären Behandlung die untere Grenzverweildauer bei den DRGs entsprechend zu modifizieren. Zu fordern ist, dass in allen DRGs, bei denen die mittlere Verweildauer bei drei Tagen und die untere Grenzverweildauer bei zwei Tagen, oder gar einem Tag liegt, die Krankenhäuser eine tagesklinische Behandlung durchführen können, ohne dass die Vergütung abgestuft wird. Durch eine solche Vorgehensweise würden die Krankenhäuser einen massiven Anreiz erhalten, die Patienten, wo immer es nur möglich ist, tagesklinisch zu behandeln, um so einen höheren Erlösüberschuss über die Kosten zu realisieren.

**Abbildung 2:** Zu- und Abschläge durch oGVD bzw. uGVD und IfG-Vorschlag



Quelle: Eigene Darstellung

Das Aufheben der unteren Grenzverweildauer als Vergütungsbremse würde den Krankenhäusern einen massiven Anreiz geben, entsprechende DRG-Patienten auf eine tagesklinische Versorgung umzustellen. Von daher ist zu fordern, dass die tagesklinische Behandlung vom Krankenhaus gleichzeitig den Nachweis der adäquaten Nachversorgung verlangen muss. Das würde aber bedeuten, dass Krankenhäuser, die ihre Kurzzeit-DRGs Patienten auf Tagesklinik umstellen, sich um die entsprechende Nachsorge bemühen müssten. Hier wären vor allem die Hausärzte, aber auch entsprechende Fachärzte, wichtige Kooperationspartner.

Von dieser Maßnahme erwarten wir uns, dass in Deutschland etwa ein Drittel der Patienten, die heute als stationäre Patienten behandelt werden, auf eine tagesklinische Versorgung umgestellt werden können. Damit käme Deutschland im Bereich der Krankenhaushäufigkeit in die Nähe anderer Länder, wie etwa Frankreich, Spanien oder England (vgl. Abbildung 1).

## **Angleichung der belegärztlichen DRGs**

Die belegärztliche Tätigkeit sollte ganz über Hauptabteilungs-DRGs, also inklusive den ärztlichen Leistungen, abgerechnet werden. Die Belegärzte könnten ihre Vergütungen hierzu direkt mit den Krankenhäusern vereinbaren, ein Weg der in der Schweiz beschritten wird. Eine weniger zielführende Alternative könnte sein, die Krankenkassen verhandeln direkt mit den Belegärzten oder mit der KBV die Vergütungen aus und stellen dafür ein eigenes Budget bereit. Der erste Lösungsansatz verdient dabei jedoch den Vorzug, da dies sowohl für die Kliniken wie für die Belegärzte attraktiver wäre als die gegenwärtige Regelung. Zugleich wird so die ländliche Facharztversorgung gestützt.

## **DRGs als Basis für die Mitwirkung von Patienten und Versicherten**

Die Beurteilung des Preis-Leistungsverhältnisses von Krankenhäusern kann nicht alleine den Krankenversicherungen überlassen werden. Es müssen sowohl Patienten wie Versicherte in die Bewertung eingebunden werden. Im derzeitigen System, indem die Preise aller Kliniken für die Patienten gleich sind und sie diese weder direkt noch indirekt spüren, informieren sich die Patienten nur über die Qualität eines Krankenhauses.

Bei flexiblen Preisen und einer prozentualen Beteiligung der Patienten an ihren Behandlungskosten würde zumindest ein Teil der Patienten auch die Preishöhe in ihre Krankenhauswahl mit einbeziehen.

Zwar ist es richtig, dass niemand ein Krankenhaus freiwillig aufsucht, doch wird immerhin bei der Auswahl des Krankenhauses die Mehrzahl der Patienten durchaus gezielt tätig. Bei einer prozentualen obligatorischen Kostenbeteiligung, die bei 5 bis 10 Prozent der Behandlungskosten liegen sollte, und auf 500 € pro Fall begrenzt werden könnte, würden sich Patienten gezielter über das Preis-Leistungsverhältnis des jeweiligen Krankenhauses, das sie aufsuchen, informieren.

Die Möglichkeiten hierzu wären relativ einfach und schnell mit Hilfe des DRG-Systems zu schaffen, bzw. sind diese schon gegeben. Schließlich bräuchte der Patient lediglich die Basisfallwerte der infrage kommenden Kliniken zu vergleichen.

Um so Steuerungswirkungen zu entfalten würde es genügen, wenn sich lediglich 10 bis 20% der rund 17 Millionen Patienten preisreagibel verhalten. Ein solcher Mitwirkungsprozess der Patienten würde im übrigen auch die kleineren, aber kostengünstigeren Krankenhäuser unterstützen, da sie nun gegenüber den großen und spezialisierten Krankenhäusern den gegebenen Ausstattungsnachteil durch Preisvorteile zumindest teilweise kompensieren könnten. Zudem unterstützen preiselastische Patienten die Krankenkassen und Krankenhäuser, die sich in individuellen Preisverhandlungen um preisgünstige Behandlungsformen bemühen. Insofern wären auch stationersetzende und tagesklinische Behandlungen in die Zuzahlungspflicht einzubeziehen.

Neben der Beteiligung der Patienten sind aber auch die Versicherten direkt in die Bewertung der Krankenhäuser einzubeziehen. Dies sollte und könnte durch entsprechende Kostenbeteiligungstarife der Krankenkassen erfolgen. Versicherte, die sich bereit erklären von vornherein eine Kostenbeteiligung oberhalb der obligatorischen 500 € zu übernehmen, sind im Beitrag entsprechend zu begünstigen. Ebenso wäre den Patienten die freie Krankenhauswahl offen zu halten, sofern sie über Kostenerstattung Krankenhäuser aufsuchen. Das würde bedeuten, dass solche Versicherten auch Nicht-Planhäuser oder Nicht-Vertragshäuser der Krankenkassen aufsuchen dürfen, sofern diese entsprechend von der Qualität her akkreditiert sind.

Sind diese Krankenhäuser teurer als entsprechende verfügbare Plankrankenhäuser, ist der Patient auf eine Mehrkosten-Regelung hinzuweisen. Generell aber sollte Krankenhäusern auch außerhalb der Krankenhausplanung eine Chance gegeben werden, Patienten der GKV behandeln zu können. Wir gehen davon aus, dass eine solche Vorgehensweise sowohl den Preiswettbewerb der Krankenhäuser untereinander belebt, aber auch die Behandlungspreise für die Versicherten und Patienten transparent macht.

## Umstellung der Investitionsfinanzierung als Ergänzung

Je früher die oben genannten Schritte angegangen werden, umso schneller könnten die Krankenhäuser in dem Bereich der DRG-Vergütung entsprechend effizienter gesteuert werden. Wünschenswert ist es zwar, dass dann auch die staatliche Investitionsförderung auf eine monistische Investitionsfinanzierung über die Vergütung umgestellt wird, doch sind hier die Länder nach wie vor bremsend.

Ein Ansatz zur Gewinnung von Investitionsmitteln könnte sein, dass die Gesundheitsleistungen einer allgemeinen Mehrwertsteuer unterzogen werden und damit auch gleichzeitig ein Vorsteuerabzug eingeräumt wird. Auf längere Sicht ließen sich so, insbesondere durch die Absenkung der Mehrwertsteuer auf Arzneimittel, zusätzliche 2,8 Mrd. € an Mitteln generieren. Dass diese Mittel dann bei Bund und Ländern als Einnahmefehl beim Umsatzsteueraufkommen auftreten ist zwar richtig, doch könnte man notfalls hier eine Verrechnung mit den derzeitigen Steuerzuschüssen an die GKV vornehmen.

Doch sollte die ganze Diskussion um die Investitionsförderung, die eine andere politische Dimension hat als das ordnungspolitische Resetting der DRGs, nicht die Schritte, die getan werden können, aufhalten oder gar verhindern. Von daher halten wir ein ordnungspolitisches Resetting der DRGs - wie oben skizziert - in dieser Legislaturperiode nicht nur für geboten, sondern auch für möglich.

## Literatur

**Deutsche Krankenhausgesellschaft (2009)**, Zahlen, Daten, Fakten 2008/9, Verlag Deutsche Krankenhausgesellschaft mbH, Düsseldorf.

**Fischer, W. (2009)**, Notfallvergütung im Krankenhaus, Patientenklassifikationssysteme und Notfallpauschalen bei DRG-basierter Vergütung von stationären Behandlungen, Zentrum für Informatik und wirtschaftliche Medizin, ZIM, Wolfertswil.

**Neubauer, G., Beivers, A. (2008)**, Teilstationäre Versorgung – Brücke zwischen ambulanter und vollstationärer Patientenbehandlung, in: Schütze, L. [Hrsg.], Gesellschaftspolitische Kommentare gpk, 46. Jahrgang, Nr. 6, Juni 2008, Seiten 48-50, Berlin.

**Neubauer, G. (2008)**, Bundeseinheitlicher Basisfallwert für Krankenhausleistungen und seine Konsequenzen: ein falscher Weg aus ordnungspolitischer Sicht; Gutachten im Auftrag der AOK-Schleswig-Holstein, Institut für Gesundheitsökonomik, München.

**Neubauer, G. (2003)**, Ein erhebliches Potenzial – Möglichkeiten stationsersetzender Leistungen und Wege zu deren Ausschöpfung, in: ku krankenhaushaus umschau, KU-Spezial Controlling Nr. 21, 04/2003, Seiten 25-29, Berlin.

## **Die Autoren**

**Univ.-Prof. Dr. Günter Neubauer**

**Dipl.-Volksw. Andreas Beivers**

IfG Institut für Gesundheitsökonomik

Direktor: Univ.-Prof. Dr. rer. pol. G. Neubauer

Nixenweg 2b; D-81739 München

Tel. (089) 605198

Email: ifg@ifg-muenchen.de

Homepage: <http://www.ifg-muenchen.de>