

Wege zur Integration – Die deutsche Integrationsdebatte und ihre neuen Perspektiven

Editorial

Henner Schellschmidt, Jürgen Klauber und Bernt-Peter Robra

Wie in der Wirtschaft insgesamt, so führt auch in der Gesundheitsversorgung die Arbeitsteilung zwischen Professionen und Institutionen zu einer leistungssteigernden Spezialisierung. Das Risiko einer Spezialisierung ist, dass an den Schnittstellen einer ausdifferenzierten Produktionsstruktur unzureichend aufeinander abgestimmte Übergänge mit Informationsverlust und Versorgungsdiskontinuitäten entstehen. Grenzen zwischen Sektoren und Professionen im Gesundheitswesen werden dann zum Problem, wenn die am Bedarf und den Interessen der Patienten orientierte Versorgung nicht ausreichend organisiert wird. Das Problem verschärft sich, wenn – wie in Deutschland – sektorale und professionelle Trennungen durch separate Budgets ökonomisch verstärkt und damit integrierte Sichten behindert werden.

In immer neuen Anläufen versuchen Gesetzgeber, Krankenkassen und einzelne Leistungserbringer, die Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung sowie innerhalb der Sektoren aufzubrechen und zu einer verbesserten Re-Integration im Dienste der Patienten zu gelangen. Neue Hoffnungen knüpfen sich an die im Jahr 2004 mit dem GMG verabschiedeten §§ 140a-d SGB V, die mit weitgehender Vertragsfreiheit und einem definierten Budgetvolumen die integrierte Versorgung (IV) voranbringen sollen. Medizinische Versorgungszentren, neue Netzideen im ambulanten Bereich, Komplexpauschalen zur integrierten Vergütung von Krankenhaus und Reha, dies sind einige der Stichworte in der Diskussion. Doch noch ist das Feld relativ offen und neue, zukunftsfähige Modelle sind nicht eindeutig erkennbar.

Das Thema „integrierte Versorgung“ ruft zunächst ein gewisses Déjà-vu-Gefühl hervor. Es ist in der Tat ein „Klassiker“ der gesundheitspolitischen Diskussion und wurde auch im Krankenhaus-Report unter den Stichworten Neue Versorgungsstrukturen (1995), Managed Care (1996) oder Sektorübergreifende Versorgung (1997) schon mehrfach behandelt. Auch lange vorher gab es entsprechende Debatten, man denke nur an die damals viel diskutierte WSI-Studie „Integrierte Medizinische Versorgung – Notwendigkeit, Möglichkeiten, Grenzen“ aus dem Jahr 1975. Integrierte Medizin stand damals unter dem Vorwurf der „sozialistischen Medizin“. Dies ist heute zum Glück anders.

An der langen Tradition der Debatte wird aber deutlich, dass das Thema Integration sowohl als Managementaufgabe der Leistungserbringer als auch als Entwicklungsaufgabe für das Gesundheitssystem eine dauerhafte und sich stets erneuernde Herausforderung darstellt. Der Impuls durch das GMG ist ein neuerliches Zeichen dafür, dass nach vorherrschender Meinung der Status quo weder versorgungspolitisch noch ökonomisch zufrieden stellt und die bisherigen Schritte zur

Versorgungsintegration nicht ausreichen. Das theoretische Rüstzeug für die Analyse von Fragen der Versorgungsintegration ist allerdings spätestens seit der Managed-Care-Diskussion in Deutschland Mitte der 90er Jahre ausreichend aufgearbeitet (*Beitrag Amelung/Janus*).

Integrierte Versorgung hat heute mindestens zwei zentrale Zielebenen: Da ist zunächst das ordnungspolitische Ziel, das Vertrags- und Regulierungssystem im Gesundheitswesen zu reformieren, weg von der Dominanz neokorporatistischer Arrangements des Gemeinsam- und Einheitlichen hin zu mehr Einzelverträgen. Zum zweiten gibt es das medizinisch-versorgungspolitische Ziel, die skizzierten Schnittstellenprobleme im Sinne einer stärker am Patienten orientierten nahtlosen und kontinuierlichen Versorgung abzubauen. Das politische Reformziel, die vorhandenen Strukturen zu überwinden, leitet sich zweifellos her aus der Absicht, einen optimierten Versorgungsprozess mit hoher Qualität und eine wirtschaftlichere Leistungserbringung zu gewährleisten. Aber man sollte die doppelte Zielorientierung der Debatte stets im Auge behalten, denn es kann durchaus sein, dass die ordnungspolitischen Ziele erreicht werden, ohne dass die Erwartungen an eine besser verzahnte Versorgung durch die integrierte Versorgung erfüllt werden. Natürlich wäre eine solche Trennung nicht zu wünschen.

Mit Blick auf die gegenwärtige Diskussion kann man allerdings mit Fug und Recht behaupten, dass die ordnungspolitische Zielebene dominiert. Gewollt ist die Veränderung des Regulierungsrahmens, die Auswirkungen auf die Versorgung werden implizit mit erwartet. Aus dieser Sicht wäre die IV dann erfolgreich, wenn der Einstieg in ein Einzelvertragssystem gelingt und nachgewiesen werden kann, dass der Wettbewerb gegenüber dem Status quo der Regulierung überlegen ist.

Integrierte Versorgung ist in diesem Sinne Prüfstein einer politischen Programmatik, die weitgehend parteiunabhängig auf der gesundheitspolitischen Agenda steht. Allerdings kann der Erfolg der Einführung von IV-Modellen nicht daran gemessen werden, ob eine irgendwie als relevant erachtete Zahl von Verträgen abgeschlossen werden, sondern mittel- und langfristig nur daran, ob Qualitätsverbesserungen und eine größere Wirtschaftlichkeit in der Patientenversorgung nachgewiesen werden können. Mit der politischen Agenda muss also das versorgungspraktische Ziel der integrierten Versorgung substanziell und marktrelevant eingelöst werden (*Beitrag Knieps*).

Grundlage der ordnungspolitischen wie der versorgungsbezogenen Zielebene ist eine gemeinsame Defizitanalyse: Man erkennt die Grenzen des Kollektivvertragssystems, man nimmt es als Effizienzhindernis und als Ursache einer diffusen Qualitätsverantwortung wahr. Separierte Sektoren mit jeweils eigenen Budgets setzen Anreize zur Externalisierung und zur Verschiebung von Verantwortung. Bei der Realisierung integrierter Versorgungsmodelle kommt der Leistungsvergütung eine zentrale Bedeutung zu; mittelfristig könnte sie sogar über deren Erfolg entscheiden. Der Bedeutung finanzieller Anreize zur Überwindung von Integrationshemmnissen hat auch die Politik mit der Neuregelung der §§ 140 a–d entsprochen. Sie setzt nicht mehr wie vorher – z. B. im Rahmen der 1. und 2. Neuordnungsgesetze – vorrangig auf die Eröffnung von Handlungsräumen durch Modelle oder Strukturverträge, sondern deutlich klarer auf ökonomische Anreize, um bestehende Budgetrationalitäten zu überwinden. Eine systematische Analyse der möglichen Vergütungsformen sowie der Frage, welche Anpassungen der bestehenden Vergü-

tungssysteme für die Förderung der Integration erforderlich sind, liefert der *Beitrag Neubauer*.

Entscheidend ist zudem, wer der wesentliche Treiber einer Integration ist. Insbesondere interessiert hier die mögliche Definitionsmacht der Krankenhäuser. Beim Blick auf die bei der BQS-Registrierungsstelle gemeldeten Verträge fällt auf, dass die Krankenhäuser zwar eine zentrale Rolle als Vertragspartner im Rahmen der IV eingenommen haben. Sie setzen aber im Wesentlichen nicht auf eine vertikale Integration im Sinne einer Neuverteilung von Versorgungsaufgaben zu Lasten anderer Leistungserbringer, sondern eher auf eine Verbesserung ihrer Konkurrenzposition gegenüber anderen Krankenhäusern durch Fallzahlsicherung oder Fallzahlzuwachs. Der Weg über die Gründung medizinischer Versorgungszentren, in deren Rahmen das Krankenhaus mehr als bisher auch ambulant-fachärztliche Leistungen erbringt und damit in Konkurrenz zu Leistungserbringern anderer Sektoren tritt, ist grundsätzlich möglich. Er ist aber in seiner quantitativen und qualitativen Bedeutung noch nicht abschätzbar.

Eigentlich kann und muss man von den Krankenhäusern noch mehr erwarten: Ihnen ist von ihrer organisatorischen Kompetenz her ein besonderes Potenzial zuzuschreiben, die komplexe Aufgabe einer weitergehenden Integration zu lösen und vertragspolitisch in Verhandlungen mit den Krankenkassen einzubringen. Erfolgreiche Integration braucht die Zusammenführung von Behandlungsprozessen, betrieblicher Organisation und Vergütung und deren Einbindung unter eine homogene Direktionsmacht. Krankenhäuser sind hierfür grundsätzlich gut geeignet. IV birgt neue Chancen für die lange von Krankenhausesseite vorgetragene Idee des Krankenhauses als Gesundheitszentrum. Allerdings ist der unsichere politische Rahmen eine Eintrittsbarriere für das zentral wichtige Investitionskapital. Freies Kapital für den Gesundheitsbereich fließt derzeit eher in die Übernahme bestehender Einrichtungen. Anscheinend gilt dieses Engagement als vergleichsweise weniger risikobehaftet als Investitionen in den Aufbau weitergehender Integrationssysteme. Falls sich Krankenhäuser aber zu integrierten Vollversorgern zu entwickeln trachten, die eine umfassende medizinische Versorgung für Versicherte einer Krankenkasse anbieten, dann – so die These – werden es keine Krankenhäuser im bekannten Sinne sein, sondern Gesundheitsunternehmen einer neuen, eigenen Art (*Beitrag Schröder/Zich*).

Interessant ist die Frage, ob sich im Zuge der Integration der Versorgung regionale Monopole bilden werden. Gerade für die neuen Bundesländer knüpfen sich regional- und strukturpolitische Hoffnungen an die Möglichkeiten einer Versorgungsintegration im Gesundheitswesen. Viele sehen in den reformierten §§ 140 a–d eine Chance, in strukturschwachen Gebieten neue Angebotskonstellationen im Gefüge stationärer und ambulanter Leistungen zu entwickeln (*Beitrag Jendges et al.*). Oft wird aber übersehen, dass gerade dort, wo mögliche Versorgungsengpässe bestehen, nämlich im hausärztlichen Bereich, Integrationsmodelle nicht unbedingt adäquate Lösungen bieten, weil sie vornehmlich bei der Integration im fachärztlichen Bereich ansetzen. Paradoxerweise bestehen bei der fachärztlichen Versorgung insbesondere in verdichteten Räumen mit tendenzieller Überversorgung besondere Chancen zum Aufbau integrierter Angebote. Gleichzeitig sind in den traditionell stark besetzten verdichteten Räumen mit einem gut ausgebauten parallelen Angebot traditioneller Strukturen die Möglichkeiten der Marktpenetration kritisch einzu-

schätzen. Integrationsansätze in per se überversorgten Regionen ohne Substitution sind fragwürdig.

Sollte es jedoch gelingen, Integrationsangebote in strukturschwachen Gebieten durch Vertragsnetze von regional stark präsenten Krankenkassen oder durch Integrationsleistungen von regional ebenfalls starken Leistungserbringern aufzubauen, dann ist dies zunächst eine Chance. Zugleich besteht die Gefahr, dass sich regionale Monopole bilden. Für den stationären Bereich in Ostdeutschland hat sich die Kartellbehörde bereits in Fusions- und Acquireaktivitäten von privaten Krankenhausketten eingeschaltet. Die Kartellfrage würde sich auch bei funktionierenden regionalen Integrationsmodellen mit Populationsbezug stellen. Das „Spiel“ ist unverändert noch sehr offen.

Der Neuansatz zum Aufbau integrierter Versorgungsformen kommt zur Zeit erstaunlicherweise ohne große Reminiszenz an die Managed-Care-Diskussion anglo-amerikanischer Prägung aus. Nur wenig deutet darauf hin, dass – anders als vor einigen Jahren – im Zuge der IV-Entwicklung auch eine Integration von Versorgung und Versicherung nach dem Muster der amerikanischen HMOs für Deutschland erwartet wird. Es ist sicherlich so, dass ein vertikal hoch integrierter Leistungserbringer quasi als Vollversorger in der Lage wäre, auch Krankenversicherungsleistungen incl. Beitragskalkulation, Beitragseinzug und Kostenträgerschaft als Leistung anzubieten. Umgekehrt könnten auch eine Krankenkasse ihrerseits im Rahmen eines engen und exklusiven vertraglichen Gefüges mit Leistungserbringern quasi als Vollversorger mit Versicherungs- und Versorgungsleistungen auftreten. Doch nichts spricht derzeit dafür, dass die bestehende Institutionenlogik in Deutschland mit ihrer Trennung zwischen Leistungserbringung und Kostenträgerschaft angetastet werden soll. Dafür war bislang die Widerstandskraft und -fähigkeit der Akteure zu ausgeprägt. Bereits die alten Regelungen des § 140 wurden durch die Regelung zur Mitwirkung der Kassenärztlichen Vereinigungen und das Beitrittsrecht für Konkurrenten eingefangen. Auch die Umsetzung der DMP hat am bestehenden Institutionengefüge nicht maßgeblich rütteln können.

HMOs nach amerikanischem Muster sind also eher nicht zu erwarten. Trotzdem ist es interessant, erneut die Entwicklung jenseits des Atlantiks mit der in Deutschland zu vergleichen. Und es wäre sicherlich falsch, den angeblichen Niedergang oder „backlash“ von Managed Care in den USA vorschnell als Abgang für entsprechende Ansätze in Deutschland zu verstehen. Es gibt einige Gründe, die Entwicklung in Amerika nicht eins zu eins auf die Integrationskonzepte hierzulande zu übertragen (*Beitrag Jacobs/Schulze*).

Jenseits aller ordnungspolitischen Ziele ist in versorgungspolitischer Hinsicht der Patient der zentrale Adressat einer verbesserten Versorgungsintegration. Er ist derjenige, der vornehmlich von einer Verbesserung der Koordination an den Schnittstellen des professionellen Systems profitieren soll. Gleichwohl wird immer wieder beklagt, dass die Patienteninteressen bei der Planung integrierter Versorgungskonzepte nicht ausreichend bedacht werden und statt dessen professionelle Perspektiven und Interessen dominieren. Nun ist es eine sehr grundsätzliche Frage, ob eine vom professionellen System oder den Krankenkassen betriebene Reorganisation der Versorgung im Sinne der IV und eine Glättung der Schnittstellen den Patienten noch stärker zum Objekt des professionellen Systems macht oder ob auch er von einer solchen IV-orientierten Reorganisation profitiert.

Man stelle sich ein gut durchorganisiertes integriertes System vor, in dem der Patient vorgezeichnete Wege im Sinne der IV zu gehen hat. Die freie Arzt- und Krankenhauswahl, dies haben jüngste Untersuchungen erneut gezeigt, hat aus Sicht der Patienten eine extrem hohe Bedeutung und würde nur gegen einen bedeutsamen ökonomischen Vorteil – etwa in Form von Beitragsermäßigungen – aufgegeben. Auch von den USA wissen wir, dass HMOs mit strikten Vorgaben zur Arztwahl zu weichen Steuerungskonzepten mit mehr Wahlfreiheiten z. B. mit bevorzugten Anbietern (preferred provider) übergegangen sind. Macht aber nicht der Autonomieanspruch der Patienten beispielsweise bei der Arztwahl jedes organisierte, durch Vorbestimmungen gekennzeichnete Integrationskonzept zunichte? Umgekehrt gefragt: Ist ein zersplittertes Angebotssystem notwendiges Pendant eines von freier Wahl gekennzeichneten Systems? Es ist grundsätzlich zu klären, wie Autonomie und Selbstbestimmung gewahrt bleiben können, wenn – durchaus im meritorischen, also wohlmeinenden Interesse der Patienten – bestimmte Vorstrukturierungen vorgenommen und qualifizierte Korridore der Versorgerwahl gesetzt werden. Reicht eine freie Wahl der Versicherung schon aus, um dem Autonomieanspruch der Patienten zu entsprechen und damit mögliche eingeschränkte Freiheitsgrade bei der Versorgerwahl auszugleichen? Ist es zwingend, dem Anspruch auf Patientenautonomie auf einzelärztlicher Ebene zu begegnen und damit weitergehenden externen Steuerungsideen im Sinne der integrierten Versorgung grundsätzlich kritisch gegenüberzutreten? Ist eine stärkere Lenkung durch eine integrierte Versorgungsorganisation dann vertretbar, wenn auf der anderen Seite erkenn- und belegbare Vorteile für die Patienten nachgewiesen werden können? Das Problem ist Folgendes: Wer heute die Integrationsaufgabe nicht an einen Vertreter seiner Wahl – einen Agenten im Sinne des Principal-Agent-Ansatzes – delegiert, der bekommt keine Integration oder muss sie sich selber organisieren. Hinsichtlich Patientenautonomie und Delegationserfordernissen bedarf es weiterer Diskussionen.

Bei aller Anerkennung der ordnungspolitischen Zielsetzung der IV-Reform ist eines von zentraler Bedeutung: Nicht die Veränderung des Regulierungssystems als solches entscheidet über den Erfolg oder Misserfolg der IV, sondern die damit erzielten Effekte in der Patientenversorgung. Auf politischer Ebene wird man sich zunächst darauf beschränken können, das Regulierungsgefüge zu beobachten, die Zahl und Reichweite der Verträge zu bewerten und zu prüfen, welche Beteiligten für welche Leistungen, Krankheitsarten oder Regionen welche Art von Verträgen abgeschlossen haben. Das bei der BQS geführte Register kommt diesem Interesse grundsätzlich nach. Es wäre allerdings zu wünschen, dass sich das Register einer Vertragsevaluation im erweiterten Sinne öffnen könnte. Mittel- bis langfristig wird sich erweisen, ob sich weitergehende Implikationen für die Idee des Vertragswettbewerbs auf Grundlage der Erfahrungen mit IV ergeben und eine Verschiebung zwischen einzelvertraglich und kollektivvertraglich geregelten Bereichen erfolgt. Hinsichtlich der ökonomischen Effekte sollte man für die Verträge im bestehenden Rechtsrahmen keine großen Erwartungen hegen: Selbst wenn man Einsparwirkungen nachweisen könnte, blieben diese aufgrund des selektiven Klientels auf Seiten der Anbieter und einbezogenen Patienten kaum verallgemeinerbar.

Wie aber könnte eine Evaluation der IV hinsichtlich der Patientenversorgung aussehen? Zunächst ist festzustellen, dass die geltende Befristung auf drei Jahre der politischen Absicht einer vorsichtigen und letztlich nicht auf die Regelversor-

gung durchschlagenden Erprobung entspricht. Diese Frist ist auf jeden Fall zu kurz, um Ergebnisse zu bewerten und mittelfristige Gesundheitseffekte nachweisen zu können. Selbst für das Ziel der Erprobung eines neuen Regulierungskonzepts erscheint die Drei-Jahres-Frist recht knapp. Entsprechend werden Stimmen zugunsten einer Verlängerung – ggf. mit einer Ausweitung des 1%-Budgetanteils – laut.

Wie bei anderen institutionellen Entwicklungsaufgaben im Gesundheitswesen auch kann und sollte die IV formativ evaluiert werden, indem sich die Evaluation nicht nur analytisch neben die zu bewertenden Prozesse stellt, sondern sich gleichzeitig auch befördernd und befähigend in die Prozesse einbringt. In diesem Sinne muss über die Veränderungen von Kommunikationsaktivitäten und in der Verteilung von Leistungsvolumina im Vorher-Nachher- oder im regionalen Vergleich berichtet werden. Notwendig ist auch die Nutzung von GKV-Prozessdaten über die Daten der IV-Dokumentation hinaus, um sektorübergreifende und Längsschnittanalysen zu ermöglichen. Nötig sind weiterhin die Entwicklung und Erhebung von Prozessindikatoren sowie die Durchführung von Zufriedenheitsuntersuchungen mit Blick auf die IV.

Da aber die IV gegenwärtig ein Erprobungsfeld mit bewusst begrenzter Bedeutung in der Regelversorgung ist, werden alle Evaluationsansätze darunter leiden, dass nur begrenzte Effekte auf Basis selektiver Patienten- und Leistungserbringergruppen gemessen werden können. Es wird sich hinsichtlich Qualität und Wirtschaftlichkeit kein umfassendes analytisches Material ergeben, das für oder gegen die Ausweitung des IV-Bereiches verwendet werden kann. Folglich wird ein vornehmlich politisches Urteil darüber entscheiden, ob die mit der IV-Einführung verbundene ordnungspolitische Entscheidung für mehr Wettbewerb Bestand hat, für die Versorgungsqualität zumindest unbedenklich ist und daher weitergeführt bzw. ausgebaut werden kann.

Im Vergleich zu früheren Krankenhaus-Reporten ist die Rubrik „Zur Diskussion“ in dieser Ausgabe relativ umfangreich ausgefallen. Dies liegt an einer Fülle interessanter Materials, das dem Krankenhaus-Report in diesem Jahr angeboten wurde und berichtenswert erschien.

Einige Beiträge im Diskussionsteil haben Bezüge zum diesjährigen Schwerpunkt, hierzu gehört das Konzept der integrierten Versorgungsplanung, welches die Möglichkeiten einer leistungsorientierten Leistungsplanung auf Grundlage von DRGs in der Schweiz vorstellt und sicherlich anregend ist für entsprechende Anwendungen hierzulande, insbesondere auch deshalb, weil es Potenzialanalysen und Szenarien an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung enthält (*Beitrag Rüschmann/Roth/Krauss*).

Eine weitere Detailanalyse beschäftigt sich mit den unterschiedlichen Rationalitäten bei der Einweisung von Patienten ins Krankenhaus. Thema des hier vorgestellten Projekts aus dem Förderprogramm der Versorgungsforschung ist die Analyse der Bewertungs- und Entscheidungskriterien von Ärzten bei der Einweisung ins Krankenhaus mittels Fallprofilen (Vignetten). Im Mittelpunkt des Beitrags stehen die Unterschiede zwischen den erklärten und den offenbarten Präferenzen der Ärzte und ihr Umgang mit Wahrscheinlichkeiten (*Beitrag Robra et al.*).

Unmittelbaren Anschluss an den letzten Krankenhaus-Report 2004 mit seinem Schwerpunktthema Qualitätstransparenz nimmt der *Beitrag Flasbarth/Francke*.

Sein Thema sind die rechtlichen Grundlagen der Qualitätstransparenz im stationären Bereich, wobei er engen Bezug nimmt auf das im Krankenhaus-Report 2003 vorgestellte Projekt „Qualitätssicherung mit Routinedaten“ (QSR). Die Autoren diskutieren zunächst die Regelungen zur Qualitätstransparenz im gegenwärtigen Sozialrecht, um im Anschluss daran die verfassungs-, wettbewerbs- und datenschutzrechtlichen Aspekte eines Qualitätsberichtssystems für Deutschland zu prüfen. Unter Bezug auf den verfassungsrechtlichen Impetus zugunsten der Schaffung von Qualitätstransparenz auch im Gesundheitswesen folgern sie, dass vergleichende Qualitätsberichte nicht generell unzulässig seien, sondern nur solche, die „schlecht gemacht“ sind. Und sie weisen darauf hin, dass selbst angesichts möglicher nachteiliger Folgen Krankenhäuser nicht durch solche Berichte im Marktpositioniert, sondern lediglich bestehende Positionierungen im Markt transparent gemacht würden. Die Qualitätsberichte nach § 137 SGB V sind ein Schritt in Richtung mehr Qualitätstransparenz im deutschen Krankenhausmarkt, allerdings ist er nicht ausreichend. Die hier vorgelegte Analyse skizziert über den aktuell normierten Bereich hinausgehende Handlungsmöglichkeiten insbesondere der Krankenkassen, mehr Qualitätstransparenz in Deutschland zu erreichen.

Ein weiterer Beitrag (*Friedrich/Günster*) beschäftigt sich ausführlich mit den Wirkungen der DRG-Einführung auf die Leistungsentwicklung im stationären Sektor. Noch gibt es keine umfassenden, empirisch basierten Studien zu den Auswirkungen der DRG-Einführung auf die Leistungsentwicklung im stationären Bereich. Zwar steht man nach zwei Jahren noch ziemlich am Anfang des Weges. Doch angesichts der umfassenden Erwartungen an die Reform und der immer wieder vorgebrachten Einwände gegenüber dem Einführungsansatz in Deutschland ist es wichtig, so früh wie möglich datenbasierte Analysen vorzulegen, um zentrale Indikatoren wie Fall- und Verweildauerentwicklung, Verlagerungsprozesse in ambulante Behandlungsformen, den Einfluss von Demographie und Morbiditätsänderungen sowie Veränderungen in der Kodierung von Diagnosen und Prozeduren zu beleuchten und in ihrer Marktwirkung zu bewerten.

Eine solche Analyse erfolgt hier erstmals auf Basis von umfassenden Datenbeständen des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiO). Es handelt sich zum einen um eine globale Analyse von Abrechnungsdaten der Jahre 2002 bis 2004, zum anderen um eine Anwendung des Verfahrens der Komponentenzerlegung zur Analyse von Leistungsstrukturveränderungen und Kodiereffekten in den untersuchten Jahren. Die Komponentenzerlegung entspricht dem Konzept der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung (Indexanalyse), wird bereits seit langem zur Arzneimittelmakroanalyse im Gesundheitswesen eingesetzt und findet hier erstmals Anwendung für die Analyse des Krankenhausmarktes.

Die im Gesetz formulierte Verpflichtung zur Evaluation der DRG-Einführung wurde bislang noch nicht eingelöst. Erst langsam ergeben sich mit dem vollständigen Umstieg aller Krankenhäuser im Jahr 2004 Möglichkeiten, mehr über die Effekte der Vergütungsreform und die Veränderungen, die sich aufgrund neu gesetzter Anreize im Versorgungsalltag und seiner Dokumentation ergeben, zu erfahren. Die hier vorgelegten Analysen sind ein erster, umfassend ausgestalteter Versuch, den zum Teil auf sehr kleinen Datenbeständen für isolierte Problemstellungen beruhenden bisherigen Einzelanalysen unter Bezug auf die DRG-Einführung eine breit angelegte Studie gegenüberzustellen. Ihre Platzierung in der Rubrik

„Zur Diskussion“ kennzeichnet den Charakter, aber auch den anvisierten Impuls dieser Analyse für die Debatte über DRGs in Deutschland.

In engem thematischem Bezug zur DRG-Einführung steht ein weiterer Diskussionsbeitrag zur Krankenhausversorgung unter Raumordnungsaspekten, der in Zusammenarbeit des Bundesamts für Bauwesen und Raumordnung (BBR) mit dem WIdO entstanden ist (*Beitrag Spangenberg/Schürt*). Hier wird deutlich, wie sich die derzeitige Erreichbarkeit von Krankenhäusern in Deutschland hinsichtlich der drei Fachabteilungen der Grundversorgung – Innere Medizin, Chirurgie und Gynäkologie/Geburtshilfe – bei unterschiedlichen Siedlungsdichten darstellt. Szenarienanalysen erweitern die Sicht auf mögliche strukturelle Veränderungen in der Krankenhausversorgung unter Raumordnungs- und Erreichbarkeitsaspekten. Die Analyse hilft, die Diskussion um isolierte Lagen, Erreichbarkeiten und Bevölkerungsbedarfe auf eine rationale Basis zu stellen und Planungsverantwortlichen valides und handhabbares Material zur Verfügung zu stellen.

Die Krankenhauspolitische Chronik (*Visarius/Lehr*) setzt mit ihrer Berichterstattung über die für den stationären Bereich relevanten politischen und legislativen Vorgänge im August 2004 ein und reicht bis zum Juli 2005. Zusätzlich sind die Ereignisse der Jahre 2000 bis Juni 2004 auf der beiliegenden CD-ROM zu finden, womit die Chronik mittlerweile eine beachtliche Gesamtlänge erreicht hat. Als zusätzlichen Service finden sich erstmals auf der CD-ROM ausgewählte Dokumente und Texte zu den Ereignissen der Jahre 2004/05. Über die Jahre ergibt sich dadurch eine hoffentlich nützliche und spannende Chronologie des krankenhauspolitischen Geschehens mit seinen inneren Zusammenhängen, Verwicklungen und ggf. auch Irrungen.

In gewohnter Platzierung, allerdings in der Struktur überarbeitet, finden sich die Kapitel des Statistischen Bundesamtes zu den Grund-, Kosten- und Diagnosedaten des Krankenhaus-Bereichs. Auffälligste Neuerung an dieser Stelle ist die eigenständige Darstellung der Grund- und Diagnosedaten für die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Mit den im Rahmen der Novellierung der Krankenhaus-Statistikverordnung ab 2003 neu verfügbaren Diagnosedaten auch für diesen Bereich (zumindest für Einrichtungen über 100 Betten) hat die Informationsmenge zum Reha-Bereich so weit zugenommen, dass es sinnvoll erschien, ein eigenes Kapitel hierfür vorzusehen.

Eine weitere wichtige Veränderung ergibt sich dadurch, dass mit Vorliegen der Daten für das Jahr 2003 die DRG-Vergütungsreform erstmals in die amtliche Statistik hineinreicht. Besonders augenfällige Veränderungen im Jahr 2003 gegenüber den Vorjahren zeigen sich dabei im Bereich der Diagnoseangaben. Sicherlich wird es für den fachkundigen Leser möglich sein, einzelne Veränderungen in den Diagnoseangaben gegenüber den Vorjahren vor dem Hintergrund der Einflüsse der DRG-Vergütungsreform selbst zu bewerten. Für einen besonders auffälligen Bereich – die geburtshilflichen Diagnosen – wurden medizinische Fachkollegen um einen gesonderten Kommentar gebeten. Im Beitrag *Heller/Schmidt* findet sich entsprechend eine detaillierte Analyse der Veränderungen im Bereich des Diagnosekapitels O, in dem sich sowohl relativ als auch absolut besonders starke Veränderungen zeigen. Die Einführung der DRGs beeinflusst die Kodiergewohnheiten nachhaltig: Die normale Entbindung wird zunehmend zurückgedrängt und durch Informationen über geburtshilfliche Probleme und Besonderheiten mit eige-

nen Diagnosekodes ersetzt. Solche neuen Zuordnungen zeigen sich erst mit der Vergütungsrelevanz. Ob und inwieweit hier reine Kodiereffekte oder aber reale Veränderungen im Versorgungsgeschehen vorliegen, lässt sich unter Bezug auf vergleichbare Datenerhebungen für den geburtshilflichen Bereich analysieren, selbst wenn auch hier tiefergehende Untersuchungen auf Basis differenzierter Diagnosekodierungen wünschenswert wären. Im Grundsatz kann hier jedoch die amtliche Statistik durch vergleichende Analysen ergänzt werden. Ob und inwieweit Veränderungen in anderen Diagnosekapiteln entsprechend untersucht werden können, muss in den betroffenen Fachkollegien diskutiert werden.

Abgeschlossen wird der diesjährige Krankenhaus-Report wie üblich durch das Krankenhaus-Directory. Dokumentiert werden für nunmehr 1694 Krankenhäuser zentrale DRG-Parameter auf Basis der Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung (AEB) für das Jahr 2004. Durch die Geltung von Landeswerten ist es erstmals möglich, auf Landesebene Vergleiche anzustellen. Entsprechend wurde das Directory nach Bundesländern neu gegliedert, unter Angabe gewichteter Mittelwerte zu zentralen DRG-Parametern (Basisfallwert, Casemix-Index, Anteile der Partitionen, Leistungsdichte nach Basis-DRGs sowie TOP-MDCs). In Verbindung mit den weitergehenden Analysen zu den Determinanten der Casemix-Entwicklung im Beitrag *Friedrich/Günster* ergeben sich im Directory erneut interessante Sichten auf die deutschen Krankenhäuser unter DRGs und ihre relative Position im Markt.

Damit schließt der diesjährige Krankenhaus-Report 2005, der mit seinen Daten und Analysen erneut zur Transparenz des Krankenhausmarktes in Deutschland beitragen und mit seinem Schwerpunktthema für die noch vielfältigen Wege zur Integration Orientierung bieten möchte.

