

Zum Stand der deutschen DRG-Einführung: Erkenntnisse, Erfahrungen und Meinungen

Ferdinand Rau, Norbert Roeder, Peter Hensen

1 Hintergrund und Rückblick

Im Kontext des im Jahr 1972 in Kraft getretenen Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser war eine Expansion des Krankenhaussektors zu verzeichnen und damit verknüpft auch eine Ausgabensteigerung im deutschen Gesundheitswesen. Das in der Krankenhausfinanzierung verankerte Selbstkostendeckungsprinzip förderte eine wirtschaftliche Orientierung der Krankenhäuser nicht, weil die Gegenfinanzierung aller nachgewiesenen Aufwendungen und angefallenen Kosten sichergestellt war. In den Folgejahren bemühten sich verschiedene Kostendämpfungsgesetze, der Ausgabensteigerung entgegenzuwirken. Das Selbstkostendeckungsprinzip wurde jedoch erst ab 1993 mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) sukzessive neutralisiert, womit die Ära der medizinisch leistungsrechten Krankenhausbudgets begann. Nach einer kurzen Übergangsphase trat am 1. Januar 1996 ein Vergütungssystem in Kraft, das durch die Komponenten der Fallpauschalen und Sonderentgelte bereits im Kern einen leistungsorientierten Ansatz in sich trug. Die Einführung einer leistungsbezogenen Fallpauschalierung mit staatlich festgelegten Vergütungen sollte Anreize zur Wirtschaftlichkeit und Qualitätsverbesserung schaffen. Trotz Verweildauerreduzierung waren im seinerzeitigen Mischsystem gleichzeitig jedoch Ausweichreaktionen in den anteilig bedeutsameren Budgetbereich der tagesgleichen Pflegesätze möglich. Insgesamt waren keine wesentlichen positiven finanziellen Effekte im Krankenhaussektor zu verzeichnen. Um die weitere Ausgabenentwicklung dennoch wirksam bremsen zu können, galten unter anderem Obergrenzen für Budgetsteigerungen (Grundlohnratensteigerung) und Erlösausgleichsregelungen (Mehr- und Mindererlöse), deren Grundsätze in modifizierter Form weiterhin Bestand hatten.

Aus der Gemengelage eines praktischen Stillstands bei der inhaltlichen Weiterentwicklung der Fallpauschalen und Sonderentgelte einerseits sowie der Limitationen und Unzulänglichkeiten des damalig geltenden Mischsystems andererseits entstand der politische Wille zu einem grundlegenden Paradigmenwechsel in der Finanzierung allgemeiner Krankenhausleistungen. Mit der GKV-Gesundheitsreform 2000 wurde durch die Einfügung des § 17b („Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems“) in das Krankenhausfinanzierungsgesetz der Grundstein für ein „durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem“ für Krankenhausleistungen auf der Grundlage der Diagnosis Related Groups (DRG) gelegt. Auf der Basis eines leistungsorientierten Fallpauschalensystems sollen langfristig nicht mehr Budgetabschlüsse, sondern die auf Landesebene vereinbarten Vergütungshöhen (Basisfallwerte) und die regelmäßige Überprüfung und Fortschreibung der Leistungskalkulationen (Bewertungsrelationen) im Mittelpunkt der Ausgabensteuerung stehen. Damit soll sowohl den Zielen der Beitragssatzstabilität als auch dem medizinischen Versorgungsbedarf gleichermaßen Rechnung getragen werden.

Am 27. Juni 2000 einigten sich die Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene nach umfangreichen systemtheoretischen Vorarbeiten (Fischer 2000) sowie empirischen Vergleichen aller seinerzeit maßgeblichen DRG-Systeme (Roeder und Rochell 2000; Roeder et al. 2001)

Zum Stand der deutschen DRG-Einführung

auf die Systematik der Australian Refined Diagnosis Related Groups (AR-DRG) Version 4.1 als Basis für die Entwicklung eines deutschen DRG-Systems. Eine erste Version in deutscher Sprache lag am 30. November 2000 vor, der insbesondere eine Übersetzung der Handbücher und ergänzender System beschreibender Materialien (Hierarchisierungstabellen, Überleitungstabellen auf deutsche Diagnosen- und Prozedurenkodes) vorausgegangen war. Damit wurde die Ausgangsplattform für die kalkulationsbasierte Anpassung auf deutsche Behandlungs- und Versorgungsverhältnisse geschaffen. Die Anpassung sollte nicht durch Übernahme international bereits eingesetzter Bewertungsrelationen (synonym Kostengewichte bzw. Relativgewichte) erfolgen, sondern im Interesse einer unverzerrten Abbildung des Leistungsgeschehens in deutschen Kliniken durch die eigenständige Kalkulation deutscher Bewertungsrelationen auf Basis bundesdeutscher Daten. Seit dem werden für die Entwicklung und Fortschreibung des Fallpauschalensystems und der Bewertungsrelationen patienten- bzw. kostenartenbezogene Daten auf der Grundlage eines Ist-Kostenansatzes in deutschen Krankenhäusern erhoben. Repräsentativität bei der Auswahl der an der Kalkulation beteiligten Krankenhäuser ist anzustreben, wobei die Einhaltung methodischer Anforderungen eine zwingende Voraussetzung für die Teilnahme an der Kalkulation sein muss. Die Datenerhebung erfolgt retrospektiv und bezieht sich grundsätzlich auf ein abgeschlossenes Kalenderjahr. Die Bewertungsrelationen werden jährlich anhand eines verbindlichen Kalkulationsschemas und der zur Verfügung stehenden Daten geprüft und kalkuliert.

Wirtschaftlichkeit, Transparenz und Qualität bilden die Eckpfeiler, die mit der Entwicklung und der Einführung eines deutschen G-DRG-Fallpauschalensystems im Krankenhausbereich gleichermaßen gefördert werden sollen (BMG 2001). Als Zielgrößen werden dabei die Erreichung einer leistungsgerechten Mittelverteilung, Verbesserung der Wirtschaftlichkeit der Krankenhausversorgung sowie eine weit reichende Strukturveränderung des Krankenhaussektors einschließlich einer Reduzierung von Überkapazitäten z.B. bei den Bettenzahlen genannt.

2 Begleitforschung

2.1 Gesetzlicher Auftrag

Deutschland befindet sich 2008 im fünften Jahr der Einführung eines diagnose-orientierten Fallpauschalensystems. Dienten vor der G-DRG-Einführung in Deutschland vor allem internationale, empirische Vergleichsuntersuchungen der Entscheidungsfindung für oder gegen die Auswahl eines DRG-Systems als Vergütungsinstrument, kommt nunmehr der begleitenden Evaluation dieses Systems hinsichtlich der Auswirkungen und Veränderungen auf die nationale Versorgungslandschaft eine wichtige Bedeutung zu. Für die Gestaltung und Weiterentwicklung bedarfs- und bedürfnisgerechter Versorgungs- und Vergütungsstrukturen im deutschen Gesundheitswesen sind jedoch qualifizierte Daten und entsprechende Methodiken erforderlich.

Der Gesetzgeber hat die Selbstverwaltungspartner auf der Bundesebene daher verpflichtet, parallel zur Einführung des DRG-Vergütungssystems eine Begleitforschung zu dessen Auswirkungen zu etablieren (§ 17b Abs. 8 KHG). Dem gesetzlichen Auftrag zufolge sollen die Selbstverwaltungspartner insbesondere Veränderungen der Versorgungsstrukturen und -qualität, der Auswirkungen auf andere Versorgungsbereiche sowie Art und Umfang von Leistungsverlagerungen im Einzelnen untersuchen. Die Frage der Auswirkungen der DRG-Einführung ist von grundsätzlichem gesundheitspolitischen Interesse, was sich einerseits bereits in dem beschrie-

benen Auftrag zur Durchführung einer Begleitforschung manifestiert, andererseits auch daran deutlich wird, dass die Thematik mittlerweile Gegenstand zahlreicher parlamentarischer Anfragen war (Deutscher Bundestag 2007a, 2007b) und die Bundesländer die Begleitforschung nunmehr als „dringend erforderlich“ (AOLG 2007, S. 3) einstufen. Auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR 2007, S. 407) hat die unverzügliche Durchführung der Begleitforschung mit Nachdruck angemahnt.

Auch wenn erste Ergebnisse bereits im Jahr 2005 zu veröffentlichen waren, liegen bislang keine inhaltlichen Datenanalysen vor. Eine Vergabe der Begleitforschung erfolgt nach Durchführung einer europaweiten Ausschreibung zum Jahresende 2008.

2.2 Erste Daten zur Begleitforschung

Da mit den sog. § 21-Daten nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) zudem eine umfassende und standardisierte Datenbasis aus den deutschen Krankenhäusern vorliegt, hat der Gesetzgeber ferner die Vertragsparteien auf der Bundesebene verpflichtet, das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) zu beauftragen, die Daten aus der verpflichtenden Datenlieferung im Rahmen der Begleitforschung gemäß § 17b Abs. 8 KHG auszuwerten. Die ergänzende Datenbereitstellung gemäß § 21 Abs. 3 Satz 3 KHEntgG wurde zwischenzeitlich in eine Datenbank der Auswertungen im Rahmen der Begleitforschung integriert. Mittlerweile stehen aggregierte Aufbereitungen für die Datenjahre 2004, 2005 und 2006 zur Verfügung (www.g-drg.de).

Die Datenauswertung ist in fünf Datengruppen gegliedert:

- A. Datenbasis (Beteiligung an der Datenübermittlung, Datenqualität),
- B. Krankenhaus-Strukturdaten (Klassifizierung nach Bettenzahl, Fallzahl, CMI),
- C. vollstationäre Falldaten (jeweils für Versorgung durch Hauptabteilungen und belegärztliche Versorgung: demografische und medizinische Fallmerkmale wie Hauptdiagnosen, Prozeduren, Alter, Geschlecht sowie Angaben zum Versorgungsgeschehen im Krankenhaus wie Fallzahl, Verweildauer, CMI),
- D. teilstationäre Falldaten (Hauptdiagnosen und Prozeduren teilstationärer Fälle),
- E. G-DRG-System (hoch bzw. niedrig bewertete Fallgruppen, häufige Leistungen).

Für das Datenjahr 2006 liegen bei einer Gesamtzahl von 18.348.426 Fällen Daten von insgesamt 1.701 deutschen Krankenhäusern vor. Diese machten 99,76 % aller nach § 21 übermittelten Falldaten aus, lediglich 43.400 Falldatensätze (0,24 %) wurden aus qualitativen Gründen abgewiesen. Es bietet sich mit diesen für die Jahre 2004–2006 verfügbaren aggregierten Daten zwar ein recht unspezifischer, aber aufgrund der Anzahl der beteiligten Krankenhäuser doch umfassender Blick auf das Versorgungsgeschehen in deutschen Krankenhäusern. So geben die Daten zum Beispiel DRG- oder bundeslandspezifisch Aufschluss über wichtige Struktur- und Versorgungsparameter, die mit den § 21-Daten grundsätzlich verfügbar sind (z.B. Verweildauer, Case Mix Index oder Fallzahlen). Die Daten sind öffentlich und bieten wissenschaftlich – eher im Längsschnittvergleich als in der Absolutbetrachtung – Möglichkeiten des empirischen Vergleichs und der Ableitung von Erkenntnissen im Rahmen der Versorgungsforschung. Die Datenbasis liefert trotz zu prüfender möglicher Limitationen hinsichtlich ihrer Aussagekraft einen wertvollen Ansatz, in Zukunft die vorhandenen Krankenhausdaten verstärkt auch für versorgungsrelevante Fragestellungen zu nutzen. Jedoch muss zum jetzigen Zeitpunkt konstatiert werden, dass damit trotzdem keine echten Auswertungen und Ergebnisse der Begleitforschung, sondern vielmehr Daten *für* eine Begleitforschung vorliegen.

3 BMG-Fragenkatalog zu den Erfahrungen mit der G-DRG-Einführung

Um Einschätzungen zu vorliegenden Erfahrungen mit der G-DRG-Einführung zu erhalten, hat das BMG im März 2007 bei 29 Verbänden und Instituten, insbesondere bei Verbänden von Krankenhäusern, Krankenkassen und der Krankenpflege, der Bundesärztekammer, den medizinischen Fachgesellschaften, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Arzneimittel- und Medizinprodukteindustrie eine Befragung durchgeführt (BMG 2007a). Zielsetzung war dabei nicht, die gesetzlich vorgegebene Begleitforschung zu ersetzen, sondern das Bemühen, Hinweise zu den positiven und verbesserungsbedürftigen Aspekten des Einführungsprozesses zu erhalten. Rückmeldungen kamen von 21 Verbänden und Instituten sowie von mehr als 30 einzelnen medizinischen Fachgesellschaften. Auch wenn die Antworten keinen Anspruch auf Repräsentativität erheben können, geben sie doch Stimmungsbilder einzelner Institutionen und Personen wider. Die Umfrageergebnisse (BMG 2007b; Rau 2007) spiegeln eingetretene Veränderungen und geben Hinweise auf bestehende oder empfundene Problemfelder im Bereich der Krankenhausversorgung sowie Auswirkungen auf angrenzende Sektoren.

Ergebnisse dieser Umfrage auf der Bundesebene waren, dass Akzeptanz und Zufriedenheit mit dem G-DRG-System und dem bisherigen Einführungsprozess insgesamt hoch waren. Kritisch wurde jedoch insbesondere der gestiegene Dokumentationsaufwand, die Arbeitsverdichtung, die erhöhte Zahl der Anfragen von Krankenkassen und Prüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) sowie die erreichte Komplexität des G-DRG-Systems eingestuft. Die Abbildungsgenauigkeit des Entgeltsystems habe sich seit seiner Einführung in Deutschland erheblich verbessert. Dies gilt insbesondere für Leistungen der Maximal- und Spezialversorgung. Zugleich wurde jedoch in einzelnen Fachgebieten weiterer Entwicklungsbedarf gesehen.

Der Entwicklungsstand der Abrechnungsregeln und der Kodierrichtlinien wurde insgesamt als gefestigt und hinreichend ausdifferenziert eingeschätzt. Die praktische Umsetzung sei jedoch mit erheblichem Aufwand verbunden. Die Frage, inwieweit sich die bestehenden Möglichkeiten der Abrechnungsprüfung bewährt haben, wurde naturgemäß von Seiten der Kostenträger und der Leistungserbringer unterschiedlich beurteilt. Einigkeit bestand jedoch darin, dass die DRG-Einführung zu einem deutlichen Anstieg der MDK-Einzelfallprüfungen geführt habe, jedoch demgegenüber von der Stichprobenprüfung nur wenig Gebrauch gemacht würde.

Das vom InEK durchgeführte Vorschlagsverfahren („strukturierter Dialog“) zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverständigen bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems wurde als bewährt, gut angenommen und unverzichtbar bewertet. Beim Kalkulationsverfahren wurden die Beteiligung in einem Umfang, der international einmalig ist, und die erreichten verbesserten Kalkulationsergebnisse positiv hervorgehoben. Maßnahmen zur Verbesserung der Kalkulationsqualität werden weiterhin kontinuierlich etabliert. Das Verfahren für eine sachgerechte Finanzierung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der stationären Versorgung wurde – trotz Kritik im Detail – insgesamt als sinnvoll und geeignet zur Berücksichtigung von Innovationen eingestuft.

Die gewonnene Leistungsorientierung bei der Budgetermittlung des einzelnen Krankenhauses wurde insgesamt positiv hervorgehoben. Kritische Ausführungen fanden sich jedoch hinsichtlich der gestiegenen Komplexität, die insbesondere durch die jährliche Weiterentwicklung der Entgeltkataloge und das damit verbundene Erfordernis von Überleitungen sowie die (kodierbedingten) Erlösausgleiche verursacht werde. Der Verlauf des Konvergenzprozesses wurde als insgesamt technisch reibungslos eingestuft. Von Seiten der medizinischen Fachgesellschaften wurden die erreichten Abbildungsverbesserungen im Laufe der Konvergenzphase (Dekompression) sowie die Einführung von Obergrenzen positiv bewertet.

Festzuhalten ist, dass (qualitative oder quantitative) Daten zur Bewertung des Einflusses des DRG-Systems auf die Qualität der Versorgung oftmals vermisst wurden. Diesbezügliche Einschätzungen blieben dadurch weitgehend spekulativ. Sie reichten von der Vermutung einer tendenziellen Verbesserung über die Einschätzung, dass zwar die Art der Leistungserbringung, nicht aber die Versorgungsqualität selbst beeinflusst werde, bis hin zu Hinweisen auf eine Beeinträchtigung der Versorgungsqualität in verschiedenen Punkten und Bereichen (z.B. Verminderung der pflegerischen Versorgungsqualität, fehlendes bzw. Probleme bei der Etablierung eines Überleitungsmanagements, verfrühte Entlassungen in den rehabilitativen Versorgungsbereich). Durch die verkürzten Behandlungsverläufe wurde insbesondere für chronisch Kranke, multimorbide und alte Menschen eine Erhöhung der Belastungen für die Patienten und deren häusliches Umfeld gesehen (z.B. wegen vermehrter Durchführung präoperativer Leistungen im Rahmen eines gesonderten Krankenhausbesuchs, Operation direkt am Aufnahmetag). Eindeutige Hinweise auf eine gestiegene Komplikationsrate fanden sich jedoch bislang nicht.

Hinsichtlich des Einflusses des DRG-Systems auf die Wirtschaftlichkeit überwog eindeutig die Haltung, dass es die Wirtschaftlichkeit der Versorgung im Krankenhausbereich erhöht hat. Neben der Benennung einzelner Maßnahmen wurde u.a. auf einen davon ausgehenden „Zwang zur Optimierung von Strukturen und Prozessen“ verwiesen. Empirisch fundierte Hinweise zu einer Verbesserung der Wirtschaftlichkeit des Gesundheitssystems insgesamt würden bislang nicht vorliegen. Auf mit der DRG-Einführung verbundene Verlagerungstendenzen von Leistungen in den präoperativen Bereich, den ambulanten und rehabilitativen Sektor wurde verwiesen; damit sei jedoch noch keine Verbesserung der Wirtschaftlichkeit verbunden.

Unstrittig ist, dass die DRG-Einführung zu mannigfaltigen Veränderungen der Strukturen und Prozesse geführt hat. In den Krankenhäusern würden vielfach Struktur- und Prozessänderungen vorgenommen (z.B. Umsetzung des „Zentrums-Prinzips“, Einführung von Aufnahme-, Verlegungs- und Entlassmanagement, Etablierung von klinischen Behandlungspfaden). Zwischen den Krankenhäusern sei eine Tendenz zu vermehrten Fusionen, Kooperationen und Spezialisierungen erkennbar. Auch Absprachen über Sektorengrenzen hinweg wurden genannt. Die Krankenkassen nannten den Aufbau medizinischer Kompetenz sowie eine Zunahme von Abrechnungs-/MDK-Prüfungen.

Aussagefähige Daten zur Frage sektoraler Verlagerungen lagen nicht vor. Eindeutig ist, dass parallel zur DRG-Einführung die Zahl ambulanter Operationen, die von Krankenhäusern durchgeführt werden, deutlich zugenommen hat. Inwieweit dies durch die DRG-Einführung oder andere Einflussfaktoren bedingt ist, blieb unklar. Mangels belastbarer Daten wurden vielfach insbesondere Einschätzungen hinsichtlich einer Verlagerung von z.B. Voruntersuchungen auf niedergelassene Ärzte, von Pflegeleistungen auf gesonderte ambulante oder stationäre Pflegeeinrichtungen oder auf Rehabilitationseinrichtungen geäußert. Die medizinischen Fachgesellschaften berichteten überwiegend von Verlagerungstendenzen. Art und Umfangstellten sich aus Sicht der einzelnen Fachgebiete jedoch sehr unterschiedlich dar, z.T. bestanden auch keine Verlagerungsmöglichkeiten.

4 Zwischenbilanz zu den Auswirkungen der DRG-Einführung

Vor allem den Krankenhäusern und den unterschiedlichen Professionen im Gesundheitswesen wurden im Kontext der G-DRG-Einführung in den letzten Jahren große Anstrengungen abverlangt. Aber auch die Kostenträger, Krankenhausgesellschaften und Verbände haben ihren Beitrag zur bisher durchweg professionellen Umsetzung geleistet. Was aber sind die Auswirkun-

Zum Stand der deutschen DRG-Einführung

gen des neuen Entgeltsystems im Krankenhausbereich? Welche Veränderungen gehen mit der Umstellung auf ein pauschaliertes und leistungsorientiertes Vergütungssystem in der Versorgung einher? Welche Änderungseinflüsse hat es auf das Krankenhausmanagement? Wie positionieren sich Krankenkassen neu? Inwieweit hat es Rückwirkungen auf die Krankenhausplanung der Länder?

Das vorliegende Buch zieht eine Zwischenbilanz aus verschiedenen Blickwinkeln. Im Kontext der DRG-Einführung in Deutschland feststellbare Einflüsse auf die medizinische und pflegerische Versorgung, das Krankenhausmanagement, die Krankenkassen und Krankenhausplanung werden beleuchtet. Neben einer kurzen Zwischenbilanz aus der Sicht gesundheitspolitisch relevanter Verbände wird eine Zusammenfassung des bislang vorhandenen wissenschaftlichen Kenntnisstands gegeben. Einen Schwerpunkt bilden empirische Erkenntnisse über die Auswirkungen des neuen Entgeltsystems. Hierbei geht es vor allem darum, Veränderungen und Tendenzen auszumachen, die auf die DRG-Einführung zurückzuführen sind. Auch wenn sich wissenschaftlich-empirisch durchaus verschiedene Veränderungen nachweisen lassen, fällt dabei oftmals eine Trennung von anderen, zeitgleich und grundsätzlich unabhängig verlaufenden Einflussfaktoren schwer. Die wissenschaftlichen Erkenntnisse werden durch eine Zusammenfassung des bislang vorhandenen Kenntnisstandes aus der Praxis ergänzt. Im Folgenden wird ein jeweils kurzer Überblick über die einzelnen Standpunkte, Erkenntnisse und Erfahrungen gegeben.

4.1 Zwischenbilanz aus verbandspolitischer Sicht

Baum zieht aus Sicht der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) eine insgesamt positive Bilanz des DRG-Einführungsprozesses. Dabei unterstreicht er die von den Krankenhäusern unternommenen Anstrengungen und Investitionsbedarfe. Er wirbt für die Aufrechterhaltung bestehender Regelungen z.B. bei krankenhausindividuell zu vereinbarenden Entgelten. Als positiv für die G-DRG-Systementwicklung und die Akzeptanz des Systems hebt er die Vorschlagsverfahren beim DRG-Institut und beim DIMDI (Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information) hervor. Mit Blick auf die Diskussion um die Ausgestaltung der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 spricht er sich für einen Qualitätswettbewerb und gegen einen Preiswettbewerb aus. Systematische Hinweise für eine Verschlechterung der Qualität der Versorgung sieht er nicht.

von Stackelberg führt aus, dass die Abrechnung stationärer Leistungen in Deutschland zur Routine geworden sei. Die Selbstverwaltung habe bei der DRG-Einführung ihre Handlungsfähigkeit gezeigt. Es sei an der Zeit, den üblichen Konfliktlösungsmechanismus über die Schiedsstelle anstatt der Ersatzvornahme durch das BMG zu etablieren. Die Systementwicklung laufe regelgebunden und datengetrieben. Ebenso wie auch bereits die DKG sieht er keine Katastrophenzenarien hinsichtlich einer Verschlechterung der Qualität der Versorgung. Aus Krankenkassensicht sei es nun angezeigt, intelligente Wettbewerbskonzepte zu verwirklichen, die neben Qualitätsaspekten auch preisliche Komponenten berücksichtigten.

Müller stellt die konstruktive Mitarbeit der Pflege bei der Weiterentwicklung des DRG-Systems heraus. Neben positiven Aspekten wie z.B. der erhöhten Transparenz über das Leistungsgeschehen und Veränderungen der Leistungsstrukturen wird insbesondere der begleitend zur DRG-Einführung dynamisch verlaufende Abbau beim Pflegepersonal in den Krankenhäusern kritisch beurteilt. Gefordert werden „kurzfristig regulierende Gegenmaßnahmen“, damit funktionierende Strukturen erhalten und eine Gefährdung der Patienten verhindert werde. Sie vertritt die Auffassung, dass der heutige Stand des G-DRG-Systems nicht haltbar und einer

gründlichen Revision zu unterziehen sei. Es müsse das Ziel sein, den Krankenhäusern eine optimierte, ökonomische Ausrichtung des Behandlungsprozesses auf der Basis gesicherter medizinischer und pflegerischer Qualitätsindikatoren zur Verfügung zu stellen.

Encke zieht aus Sicht der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften eine gemischte Zwischenbilanz der DRG-Einführung. Einerseits beurteilt er die Akzeptanz des G-DRG-Systems und die sachgerechte Abbildung einzelner Fachgebiete grundsätzlich positiv. Kritisch sei jedoch andererseits der angestiegene Aufwand für die Dokumentation und die Prüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, die Arbeitsverdichtung sowie die erreichte Komplexität des Entgeltsystems. Handlungsbedarf sieht er insbesondere bei der Durchführung der gesetzlichen Begleitforschung und der Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung.

4.2 Empirische Befunde

Spindler und *Bölt* geben für das Statistische Bundesamt auf Basis der amtlichen Krankenhausstatistiken einen Überblick über wesentliche strukturelle Veränderungen im Krankenhausbereich seit 1991. Gesondert gewürdigt wird dabei jeweils die Entwicklung seit 2003 als dem Startjahr der DRG-Einführung. Detailanalysen befassen sich mit der Entwicklung von Stundenfällen und von prä- und poststationären Leistungen der Krankenhäuser sowie mit der Entwicklung des Diagnose- und Prozedurenspektrums im Kontext der DRG-Einführung. Auf der Grundlage von altersstandardisierten Fallzahlen ist erkennbar, dass der zwischen 2003 und 2006 feststellbare vollstationäre Fallzahrrückgang durch die demografische Entwicklung beeinflusst wird und ohne demografische Einflüsse 1,5 Mal höher gewesen wäre. Der Beitrag vermittelt einen guten Eindruck davon, was sich aus Sicht der amtlichen Statistik derzeit zu den DRG-Auswirkungen sagen lässt, aber auch davon, wo es nur „schwer möglich [ist] kausale Zusammenhänge herzustellen“.

Braun et al. referieren in Form von Zwischenergebnissen aus dem Projekt „Wandel von Medizin und Pflege im DRG-System (WAMP)“ über Auswirkungen der DRG-Einführung auf die Prozesse im Krankenhaus, die Kooperation der Berufsgruppen, die Arbeitsbelastung und das berufliche Selbstverständnis. Sie sehen vielfältige Hinweise auf erwünschte und unerwünschte Auswirkungen der DRGs auf Arbeitsbedingungen und Versorgungsqualität. Die grundsätzlich positiv zu bewertende Beschleunigung der Prozesse würde zu Problemen in der Patientenversorgung führen, weil diese Beschleunigung nicht von notwendigen organisatorisch-strukturellen Verbesserungen in der Versorgung flankiert wurde. Problematisch sei, dass die Kostendämpfung vielfach nicht primär durch sinnvolle und mindestens qualitätsneutrale Rationalisierungen, sondern insbesondere über kurzfristig realisierbare und wirksame Maßnahmen – vor allem Personaleinsparungen – angestrebt wurde.

Isfort und *Weidner* unterstreichen, dass es seitens der Pflege keine fundamentalen Einwände gegen die G-DRGs gab und gibt. Dennoch sei festzustellen, dass sich der bereits seit Mitte der 1990er Jahre verlaufende Personalabbau in der Pflege begleitend zur G-DRG-Einführung weiter verschärft. Dass bei der aus Sicht der Pflege erforderlichen verbesserten Abbildbarkeit des Pflegeaufwands keine Fortschritte gemacht werden, sei wohl auf die bislang erreichte, relativ hohe Kostenvarianzaufklärung der G-DRG-Fallpauschalen zurückzuführen. In Folge des Pflegepersonalabbaus würden Aspekte der Auswirkungen auf die Versorgungsqualität und die Patientensicherheit an Bedeutung gewinnen. Zudem erwarten die Autoren, dass der weiterhin anhaltende Kostendruck auf die Krankenhäuser diese bewegen wird, mittels innovativer

Zum Stand der deutschen DRG-Einführung

Berufs- und Tätigkeitsprofile und der vermehrten Delegation Kosten zu sparen und die Effizienz der Krankenhausleistungen zu erhöhen.

Von Eiff und Meyer stellen Ergebnisse der multizentrischen REDIA-Studie zur Rehabilitation aus den bisherigen beiden Erhebungsphasen in den Jahren 2003/04 und 2005/06 vor. Die Studie fußt auf Daten von 1.342 Anschlussheilbehandlungspatienten der Kardiologie und der Orthopädie. Ergebnisse sind, dass durch signifikant kürzere Akutverweildauern und Verlegungszeiten die Patienten an einer früheren Stelle des Krankheitsprozesses in die Rehabilitation aufgenommen werden. Signifikante Verlagerungen des Behandlungsaufwands vom Akutkrankenhaus in die Rehabilitation durch eine Zunahme des Pflegeaufwands bzw. eine Veränderung des notwendigen therapeutischen und medikamentösen Betreuungsbedarfs wurden bisher nicht nachgewiesen. Bei den Auswertungen und Analysen des Datenmaterials konnten von der ersten zur zweiten Phase keine statistisch signifikanten Einschränkungen der Reha-Fähigkeit der Studienpatienten identifiziert werden. Allerdings wurde eine Zunahme von Wundproblemen in der Orthopädie (Wundheilstörungen, Hämatome) verifiziert; die Bypass-Patienten wiesen eine Häufung von Perikard- und Pleuraergüssen auf. Zudem nahm die Verabreichung von Medikamenten zur Thromboseprophylaxe wie Heparin oder Clopidogrel zu, was auf eine Verlagerung des Behandlungsaufwands hindeutet.

De Cruppé et al. führen eine Evaluation der seit 2004 geltenden Mindestmengen durch. Dabei untersuchen sie Fragen der Ergebnisqualität, der Versorgungsstruktur und der Beurteilung durch die Krankenhäuser. Neben empirischen Ergebnissen für einzelne Indikationen und der Würdigung ihrer Aussagekraft gelangen die Autoren anhand von Befragungsergebnissen zu der Schlussfolgerung, dass die Mindestmengenvereinbarung bisher keine einschneidenden Auswirkungen für die Krankenhäuser zu haben scheint. Sie schließen hieraus, dass sich die Frage nach dem Zusammenhang zwischen Mindestmengenvereinbarung und Fallpauschalen in der praktischen Vergütung bis jetzt selten stellt.

Vogg analysiert aus organisationsssoziologischer Sicht, welchen Einfluss die DRG-Einführung auf das ärztliche Handeln von Krankenhausärzten haben kann. Er zieht seine Schlussfolgerungen auf der Grundlage einer Längsschnittstudie, die in den Jahren 2000/2002 und 2004/2005 in einer internistischen und einer chirurgischen Abteilung zweier städtischer Krankenhäuser der Maximalversorgung durchgeführt wurde. Vogg sieht Anzeichen dafür, dass einerseits eine Entkopplung von ärztlicher/medizinischer Handlungslogik und Abrechnungslogik eintritt. Andererseits sieht er aber auch Hinweise für eine Anpassung der Organisation der Behandlungsprozesse an die Logik des Fallpauschalensystems.

Lüngen und Rath geben einen Überblick über internationale DRG-Erfahrungen mit einem Fokus auf Europa. Sie gelangen zu dem Schluss, dass DRGs mittlerweile als ein wichtiger Schritt zur Steigerung der Effizienz in der Versorgung anerkannt sind. Dabei folgt die Einführung in der Regel etwa gleichen Stufen. Die Erfahrung zeigt auch, dass Länder sehr gut von einander lernen könnten, wie DRGs technisch umgesetzt werden (z.B. Kalkulation von Bewertungsrelationen). Die gelte jedoch nicht für die politische Umsetzung, die von den unterschiedlichen nationalen Rahmenbedingungen der einzelnen Gesundheitssysteme geprägt sei. Für die Zukunft gehen sie davon aus, dass sich die Diskussion um DRGs von technischen Vorgaben stärker auf die Auswirkungen auf Management, Qualität und Krankenhausplanung verlagere.

Fürstenberg und Klein diskutieren den Einfluss der DRG-Einführung auf die Morbiditätsorientierung in der Vergütung von Gesundheitsleistungen. Sie führen aus, dass bis zur Einführung der Fallpauschalen die Morbidität bei der Leistungsvergütung kaum berücksichtigt wurde. Mit erfolgreicher Einführung des G-DRG-Systems hat die Morbiditätsorientierung auch in anderen Bereichen unseres Gesundheitssystems, z.B. bei der ambulanten Vergütung und beim morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich, deutlich an Einfluss gewonnen. Angesichts dieser Veränderungen erwarten die Autoren bei exakter Messung der Morbidität eine zielgenauere Vergütung als bisher.

4.3 Medizinische Analysen und Einschätzungen

Fiori und *Bunzemeier* ziehen über die Entwicklung des DRG-Systems seit 2003 eine umfassende Bilanz. Sie gelangen u.a. zu dem Ergebnis, dass das deutsche G-DRG-System „wahrscheinlich das weltweit beste Patientenklassifikationssystem“ sei, „welches im Sinne eines Preissystems eingesetzt werden kann“. Obgleich die Abbildung der Standardversorgung weitestgehend gelungen sein dürfte, sehen sie z.B. bei der sachgerechten Abbildung von Spezialisierungen und Kostenausreißern weiteren Handlungsbedarf. Abschließend diskutieren sie Ansatzpunkte zur Weiterentwicklung des Entgeltsystems und der Krankenhausfinanzierung.

Bauer und *Bartkowski* geben aus chirurgischer Sicht einen Überblick über die Veränderungen durch die DRG-Einführung, die zu grundlegenden Umwälzungen bei der chirurgischen Patientenversorgung geführt habe. Das festzustellende gesteigerte Kostenbewusstsein sei grundsätzlich zu begrüßen. Negative Auswirkungen auf die Behandlungsqualität, aber auch auf die Lebensqualität der Patienten könnten allerdings bislang nicht ausgeschlossen werden. Hier bestehe Handlungsbedarf für weitere Evaluationen. Kritisch sei auch das Ausmaß der Prüfung primärer und sekundärer Fehlbelegungen, das ein kaum noch zu bewältigendes Ausmaß angenommen habe und besonders die operativen Fächer betreffe.

Müller skizziert für den Bereich der stationären Dermatologie die Entwicklungen und erreichten Verbesserungen bei einer sachgerechten Leistungsabbildung. Auch wenn nicht alle Forderungen der Dermatologie bei der Weiterentwicklung des Systems berücksichtigt wurden, präsentierte sich das G-DRG-System nach insgesamt fünf Jahren kontinuierlicher Entwicklung mittlerweile deutlich verbessert. Dadurch hätten die Befürchtungen zu Beginn der Systemeinführung ausgeräumt werden können. Empirische Untersuchungen belegen Veränderungen im DRG-Kontext insbesondere zu Fallzahlsteigerungen sowie zur Verweildauerreduktion und zeigen Verschiebungen des Fallmixes hin zu schwereren Erkrankungen mit oft multimorbidem Patienten.

Alberty und *Franz* skizzieren die differenzierten und erfolgreichen Anpassungen der aus Australien übernommenen DRG-Systematik an die Behandlungsstrukturen der HNO-Heilkunde in Deutschland. Durch die DRG-Einführung und den starken ökonomischen Druck auf die Krankenhäuser sei eine starke Beschleunigung eines bereits zuvor begonnenen Strukturwandels in der klinischen HNO-Heilkunde zu konstatieren. Die Verkürzung der stationären Verweildauern sowie die Veränderungen der ökonomischen Rahmenbedingungen stellten seither hohe Anforderungen an Mitarbeiter und Patienten der HNO-Kliniken.

Lakomek stellt die Schritte dar, die für eine sachgerechte Abbildung der Rheumatologie im G-DRG-System ergriffen wurden. Im Ergebnis wird das G-DRG-System nunmehr als Entgeltssystem mit Schrittmacherfunktion für Veränderungsprozesse in der Rheumatologie beurteilt.

Rochell et al. führen aus Sicht des vertragsärztlichen Bereichs die Diskussion über Verlagerungseffekte. Dabei wird der Bogen weit gespannt und auch die Auswirkungen von grundsätzlich G-DRG-unabhängigen Verzahnungsansätzen der letzten Gesundheitsreformen einbezogen. In Anbetracht einer zunehmend engeren Indikationsstellung zur stationären Aufnahme, sich verkürzender stationärer Verweildauern, einer zunehmenden Komplexität ambulant zu versorgender Krankheiten und aus Sicht der KBV feststellbarer Leistungsverlagerungen in die vertragsärztliche Versorgung bestünde Anhalt dafür, dass infolge der DRG-Einführung seit dem Jahr 2003 im vertragsärztlichen Bereich ein deutlich quantifizierbares zusätzliches Leistungsvolumen induziert wurde.

Polonius diskutiert die Auswirkungen der G-DRG-Einführung auf die ärztliche Weiterbildung. Er vertritt die Auffassung, dass die Weiterbildung im Kontext der G-DRG-Einführung angesichts der mit der Weiterbildung verbundenen Kosten sowie der eingetretenen Arbeitsverdichtung von vielen Krankenhäusern in Frage gestellt werde.

Zum Stand der deutschen DRG-Einführung

Von Wichert setzt sich kritisch mit dem G-DRG-System auseinander, insbesondere mit der mutmaßlichen Inkompatibilität des aufwandsorientierten Ansatzes dieses Systems mit der Logik der medizinischen Wissenschaften, die auf die Kausalität der Krankheitsentwicklung ausgerichtet sei. Überlegungen zu möglichen Auswirkungen auf Diagnostik und Therapie werden angestellt.

4.4 Verändertes Krankenhausmanagement

Goedereis legt dar, dass im Kontext der G-DRG-Einführung die Versorgungslandschaft – nicht nur im stationären Bereich – in Umbruch geraten ist. Es seien Reorganisationen innerhalb des Krankenhausbetriebs und Leistungsabstimmungen sowie Vernetzungen auf horizontaler Ebene (zwischen Krankenhäusern) und auf vertikaler Ebene (zwischen Krankenhäusern und z. B. Vertragsärzten oder dem Rehabilitationsbereich) erforderlich, um die Struktur der Versorgungslandschaft tiefgreifend und nachhaltig gestalten zu können.

Tecklenburg stellt vor dem Hintergrund der mit der G-DRG-Einführung verbesserten Transparenz und der geänderten Anreizlage Konzepte und Maßnahmen im Krankenhausmanagement vor. Die Krankenhausversorgung sei nach der DRG-Einführung, die „die Welt der Krankenhäuser mehr verändert [hat], als alle Gesundheitsreformen vorher zusammen“, nunmehr zwingend so ökonomisch effizient und effektiv wie möglich zu gestalten. Es gehe darum, dass das Krankenhaus die richtigen Patienten (z. B. entsprechend des Versorgungsauftrags) zum richtigen Zeitpunkt mit der richtigen und effektiven Diagnostik und Therapie versorge, mit einem minimalen Ressourcenaufwand und gleichzeitig hoher Qualität. Konkrete Maßnahmen, um diese Ziele zu erreichen, werden beschrieben. Dabei müsse aufgrund der Heterogenität der Krankenhäuser in Bezug auf Größe, Versorgungsauftrag, Umfeld, Konkurrenz und bauliche Gegebenheiten jedes Krankenhausmanagement im Detail eigene Antworten auf die einzelnen Problembereiche finden.

Rong beleuchtet die Frage, durch welche organisatorischen Anpassungsmaßnahmen Krankenhäuser bereits auf die Einführung der G-DRGs – operativ und strategisch – reagiert haben bzw. noch Handlungsbedarf besteht. Dabei werden aufbau- und ablauforganisatorische Handlungsalternativen unterschieden. Er wirbt u. a. für ein Überdenken der berufsgruppenbezogen getrennten Organisation, damit medizinischer Sachverstand als integraler Bestandteil der Entscheidungsstrukturen genutzt werden kann und sich die bisher oft abgegrenzte Verwaltung zum Dienstleister des klinischen Kernprozesses entwickle. Ablauforganisatorisch sei die Einführung durchgängiger Prozesse – von der Aufnahme bis zur Entlassung – und perspektivisch auch unter Einbindung von Akteuren außerhalb des Krankenhauses erforderlich. Der Beitrag gibt zudem Beispiele für richtungsweisende Organisationsstrukturangepassungen.

Debatin und *Terrahe* präsentieren Ansatzpunkte für Wachstumsstrategien von Kliniken der Maximalversorgung. Um in dem an Dynamik schnell zunehmenden Gesundheitsmarkt zu überleben, seien Krankenhäuser heute mehr denn je gezwungen, effiziente Führungsstrukturen aufzubauen und sich auf ihre medizinischen Stärken zu fokussieren. Eine wichtige Rolle spielen dabei innovative Strukturen wie z. B. die Bildung von Zentren, das Angebot innovativer und qualitativ herausragender Krankenhausleistungen sowie die Bildung von Kooperationen und Netzwerken zwischen Krankenhäusern und an den Schnittstellen mit anderen Leistungsbereichen. Angesichts der stärker wettbewerblichen Ausrichtung des Gesundheitsmarktes seien die Krankenhäuser insgesamt unter Zugzwang, ihr Profil und Portfolio zu schärfen.

Lohmann skizziert Ansatzpunkte für neue Geschäftsmodelle und eine stärker wettbewerbsorientierte Ausrichtung des Gesundheitssystems. Chancen der Gesundheitswirtschaft, die u. a.