

## Kurzfassung

In Deutschland wurde nach einer einjährigen freiwilligen „Testphase“ im Jahr 2004 für nahezu alle stationär behandelten Patienten ein neues diagnose- und prozedurenbasiertes fallpauschalierendes Vergütungssystem eingeführt. Mit Hilfe dieses [G-]DRG-Systems ([German-] Diagnosis-Related Groups) und den hieraus resultierenden einheitlichen „Produktdefinitionen“ der stationären Leistungen werden die Krankenhausbudgets leistungsbezogen prospektiv ermittelt und die individuellen Vergütungen der einzelnen Behandlungsfälle bestimmt. Durch die Einführung eines DRG-Systems sollten die Wirtschaftlichkeit, der Wettbewerb und die bedarfsorientierte Entwicklung der Leistungsstrukturen gefördert, die Transparenz des stationären Versorgungssektors erhöht und die Qualität in der stationären Versorgung gesichert werden.

Eine identische Leistungserstellung führt im G DRG-System (bei gleichen Basisfallwerten) zur identischen Vergütung. Durch diese bundesweit einheitliche Systematik sollte nunmehr „das Geld der Leistung folgen“. Ziel bei Einführung des G-DRG-Systems war es somit nicht, die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen und der privaten Krankenversicherungsunternehmen für stationäre Leistungen kurzfristig zu beeinflussen.

Eine solch grundlegende Veränderung der Anreizstrukturen von im Gesundheitswesen tätigen und wirtschaftenden Organisationen kann neben den gewünschten auch unerwünschte und ggf. unerwartete Entwicklungen mit sich bringen.

Der Gesetzgeber hatte daher die Selbstverwaltungspartner in § 17b Abs. 8 KHG verpflichtet, eine Begleitforschung zu den Auswirkungen des neuen Vergütungssystems, insbesondere zu Veränderungen der Versorgungsstruktur und der Qualität der Versorgung sowie zu Auswirkungen auf andere Versorgungsbereiche einschließlich Art und Umfang von Leistungsverlagerungen, durchzuführen.

Die Funktion eines „Frühwarnsystems“ kann die Begleitforschung sechs Jahre nach Systemeingabe nicht mehr wahrnehmen. Das deutsche DRG-Institut (InEK) hatte in den vergangenen Jahren jedoch bereits umfangreiche Datenauswertungen veröffentlicht. Hiermit konnte jedoch nicht allen Anforderungen an die Begleitforschung entsprochen werden. Die Selbstverwaltungspartner des stationären Versorgungssektors (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Spitzenverband Bund der Gesetzlichen Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherungen) hatten daher ein Forschungskonzept zur Begleitforschung gem. § 17b Abs. 8 KHG entwickelt und die Durchführung im Mai 2008 öffentlich ausgeschrieben. Das

IGES Institut wurde mit der Umsetzung dieses Forschungskonzepts beauftragt.

Der erste Forschungszyklus der G-DRG-Begleitforschung bezieht sich ausschließlich auf die Einführungsphase des G-DRG-Systems, also die Jahre 2004 bis 2006, und betrachtet somit einen relativ kurzen Zeitraum unmittelbar nach Systemeinführung. Eine Vielzahl von Anpassungsreaktionen der Akteure auf die Einführung des G-DRG-Systems wird möglicherweise erst in einem längeren Betrachtungszeitraum sichtbar. Aus diesem Grund wird ein zweiter Forschungszyklus, dessen Veröffentlichung für 2010 vorgesehen ist, den Zeitraum des Kerns der Konvergenzphase, also die Jahre 2006 bis 2008, untersuchen. Ein optionaler dritter Forschungszyklus würde den Zeitraum des Endes der Konvergenzphase, also die Jahre 2008 bis 2010, betrachten. Durch diese Gliederung der Begleitforschung in drei Phasen kann das Forschungskonzept ggf. auch angepasst werden, um neue Entwicklungen oder Erkenntnisse zu berücksichtigen.

Die Begleitforschung stützt sich auf eine breite empirische Datenbasis. Hierzu zählen schriftliche Befragungen aller nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser, aller gesetzlichen Krankenkassen und privaten Krankenversicherungsunternehmen, aller Medizinischen Dienste der Krankenversicherung sowie der für den stationären Versorgungssektor relevanten Akteure und Interessengruppen. Weiterhin stehen hochaggregierte Auswertungen der G-DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG, der vom Statistischen Bundesamt gem. Krankenhausstatistik-Verordnung erhobenen Daten sowie der Daten der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung zur Verfügung. Diese Daten sind Bestandteil der Begleitforschung und können auf der Internetseite des InEK in Form einer anwenderfreundlichen Datenbank heruntergeladen werden.

Aufgrund der flächendeckenden zeitgleichen Systemeinführung kann sich die Begleitforschung nur auf Daten von Krankenhäusern stützen, die an der G-DRG-Einführung teilnahmen. Somit können zwar Veränderungen im Zeitverlauf beschrieben werden, über die Ursachen dieser Veränderungen sind jedoch nicht immer zuverlässige Aussagen möglich, weil es keine Referenzbedingung gibt. Zudem ist zu berücksichtigen, dass neben der G-DRG-Einführung eine Vielfalt von weiteren parallel verlaufenden Entwicklungen den stationären Sektor und damit die im Rahmen der Evaluation analysierten Parameter beeinflusst haben dürften. Die Trennung zwischen einem spezifischen "G-DRG-Effekt" und anderen plausiblen Einflussfaktoren ist zumeist nicht möglich. Aus methodischer Perspektive können von der Begleitforschung daher vielfach nur Veränderungen beschrieben werden, aber keine abschließenden Aussagen zur Kausalität bzw. zum kausalen Beitrag der Einführung des neuen Vergütungssystems getroffen werden. Es empfiehlt sich daher zukünftig, bei vergleichbar umfassenden Reformen vor der Systemeinführung zumindest eine Festlegung

des Evaluationsdesigns vorzunehmen, damit die vorgesehenen Daten prospektiv erhoben werden können.

### **Auswirkungen auf Strukturen und Leistungen des Krankenhaussektors**

Um einen möglichen Einfluss der G DRG-Einführung auf die Angebotsstrukturen identifizieren zu können, wurden die relevanten Kenngrößen, sofern methodisch möglich, für längere Zeiträume analysiert. Im Ergebnis zeigte sich, dass die Entwicklung zentraler Strukturparameter des Krankenhaussektors in den Jahren 2003 bis 2006 weiter den bereits länger laufenden Trends folgte, die G DRG-Einführung somit zu keiner auffälligen Verstärkung oder Abschwächung der laufenden Entwicklungen geführt hat. So verringerte sich die Angebotsdichte (Zahl der Krankenhäuser, Betten je 100.000 Einwohner) auch im Untersuchungszeitraum leicht; kurzfristig eingetretene umfassende Anpassungen der Kapazitäten waren auch auf Ebene der Bundesländer oder bei der nach Bettengrößenklassen der Krankenhäuser differenzierten Betrachtung nicht zu beobachten. Lediglich der Rückgang der Anzahl der von den Krankenhäusern ausgewiesenen Fachabteilungen vollzog sich zwischen 2003 und 2006 in einem deutlich über dem langjährigen Durchschnitt liegenden Umfang. Diese Entwicklung wurde maßgeblich von der Reduzierung der Fachabteilungszahl in den Fachgebieten Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Innere Medizin, Chirurgie und Hals-Nasen-Ohrenheilkunde getrieben und entsprach jeweils in etwa der Höhe des Rückgangs der Krankenhauszahl. Im selben Zeitraum kam es in einzelnen, vergleichsweise selten vorgehaltenen, medizinischen Fachgebieten auch zu einer Ausweitung der Fachabteilungszahl (Neurochirurgie, Plastische Chirurgie, Kinderchirurgie). Eine alleinige Zuschreibung dieser Entwicklungen auf die Einführung des G-DRG-Systems ist jedoch aufgrund einer Vielzahl von Störvariablen nicht möglich.

Das G-DRG-System hat nach den Daten der für die Begleitforschung durchgeführten Krankenhausbefragung im Zeitraum 2004 bis 2006 starke Impulse für Anpassungen sowohl der Aufbau- als auch der Ablauforganisation in den Krankenhäusern ausgelöst. So verbinden die Krankenhäuser sowohl die verbreitete Weiterentwicklung ihrer Strukturen in den medizinischen und pflegerischen Bereichen (z. B. Zentrenbildung, Auf- bzw. Ausbau von Versorgungsschwerpunkten, Spezialisierungen auf Ebene der Fachgebiete etc.) als auch den deutlichen Auf- und Ausbau der Abteilungen oder Positionen für Medizincontrolling, Dokumentationsassistenten und Entlassungsmanagement zu einem überwiegenden Anteil mit der Einführung des G-DRG-Systems. Für diese internen Reorganisationsaktivitäten wurden vor allem die vom G DRG-System gesetzten Anreize für eine wirtschaftlichere innerbetriebliche Leistungserstellung als ausschlaggebend gesehen. Vom G DRG-System ausgehende Anreize wurden von den

Krankenhäusern auch als primär ausschlaggebend für die breit vollzogenen ablauforganisatorischen Anpassungen – z. B. für die Weiterentwicklung der fachabteilungsübergreifenden Zusammenarbeit (Interdisziplinarität), für den Einsatz von EDV und von Controllinginstrumenten – angesehen. Im Gegensatz hierzu werden die von einem hohen Anteil der Krankenhäuser durchgeführten aufbauorganisatorischen Veränderungen im sekundärmedizinischen und nicht medizinischen Bereich – z. B. Zentralisierungen im Laborbereich, im Einkauf und im Verwaltungsbereich – überwiegend nicht mit Anreizen des G-DRG-Systems begründet.

Der Ausbau der apparativen Ausstattung der Krankenhäuser, der in den Krankenhäusern aller Bettengrößenklassen zu beobachten war, verlief in der Einführungsphase der G DRGs deutlich schneller als noch zwischen 2002 und 2003. Die Befragung der Krankenhäuser zeigt, dass die Hälfte aller Krankenhäuser ihre Investitionen in (Medizin-)Technik aufgrund der Einführung des G-DRG-Systems getätigt hat und die neu angeschafften Geräte zu hohen Anteilen im Rahmen von Kooperationen (insbesondere mit niedergelassenen Ärzten und MVZs) nutzt.

Die Entwicklungen der Vollkräftezahlen und der unter Bezug auf die Fallzahl und die Belegungstage abgeleiteten Personalbelastungszahlen verliefen im Zeitraum 2003 bis 2006 in den einzelnen Dienstarten uneinheitlich, weisen jedoch insgesamt auf eine Kontinuität bereits länger laufender Trends hin. Für einzelne Dienstarten war im Betrachtungszeitraum allerdings eine Trendverstärkung gegenüber den Vorperioden zu beobachten (z. B. stärkere Verringerung der von einer Vollkraft des Ärztlichen Dienstes durchschnittlich versorgten vollstationären Fälle, Abschwächung der Abnahme der auf jede Pflegekraft durchschnittlich entfallenden Belegungstage). Limitierungen bei der Bezugsgenauigkeit der Indikatoren und die vielfältigen, den Personalbestand der Krankenhäuser beeinflussenden Faktoren (z. B. Veränderungen des Behandlungsbedarfes der vollstationären Patienten) verhindern eine Abgrenzung des alleinigen Einflusses des G-DRG-Systems.

Mögliche Auswirkungen der G-DRG-Einführung auf die Zufriedenheit der Mitarbeiter in Krankenhäusern wurden anhand einer systematischen Literaturanalyse untersucht. Der mögliche Einfluss von Veränderungen der Vergütungssystematik ist jedoch regelmäßig nicht Gegenstand von Forschungsvorhaben zur Mitarbeiterzufriedenheit. Eine verbesserte Studienlage wäre hier – ebenso wie bei der Beurteilung der Patientenzufriedenheit – wünschenswert. Aus der Studie „Wandel von Medizin und Pflege im DRG-System“ ergeben sich für die Berufsgruppe der Ärzte und Pflegekräfte die folgenden Ergebnisse zur Mitarbeiterzufriedenheit:

Zwar beurteilen 70% der Ärzte den Effekt der G-DRG-Einführung in Bezug auf Motivation und Zufriedenheit und 80% in Bezug auf die allgemeinen Arbeitsbedingungen negativ, dennoch sind positiv empfundene

Arbeitsbedingungen weit verbreitet, und der Anteil der Ärzte mit positiv empfundenen Arbeitsbedingungen veränderte sich zwischen den Erhebungszeitpunkten 2004 und 2006 nicht. Der Anteil der Ärzte, die den Beruf noch einmal wählen würde, ist zwischen 2004 und 2006 signifikant gestiegen. Etwa die Hälfte der Pflegekräfte sieht einen negativen Effekt der G-DRG-Einführung auf Motivation und Zufriedenheit sowie auf die allgemeinen Arbeitsbedingungen. Der Anteil derer, die einen negativen Effekt auf die allgemeinen Arbeitsbedingungen sehen, ist 2006 stark angestiegen. Im Unterschied zu den befragten Ärzten ist der Anteil der Pflegekräfte, die schon einmal über einen Berufswechsel nachgedacht haben, signifikant gestiegen.

Eine eindeutige, durch die Einführung des G-DRG-Systems bedingte Veränderung der Arbeitszufriedenheit von Pflegenden und Ärzten konnte anhand der publizierten Studien jedoch nicht festgestellt werden. Allerdings wird der Effekt der G-DRG-Einführung in Bezug auf Motivation und Zufriedenheit bzw. in Bezug auf die allgemeinen Arbeitsbedingungen durch die Mitarbeiter eher negativ eingeschätzt. Zu ähnlich negativen Einschätzungen kommen auch die im Rahmen der Begleitforschung befragten Krankenhäuser und Akteure.

Fallpauschalensysteme beinhalten theoretisch den ökonomischen (Fehl-)Anreiz zu einer Fallzahlvermehrung. Durch eine Aufteilung einer stationären Behandlung in mehrere Behandlungsfälle (Fallsplitting) könnte insgesamt eine höhere Vergütung erzielt werden. Die Systemausgestaltung des G-DRG-Systems beinhaltet Regelungen, eine solche Fallzahlvermehrung zu verhindern. Nach Einführung des G-DRG-Systems konnte keine Fallzahlvermehrung beobachtet werden. Die vollstationäre Fallzahl stieg in der Einführungsphase des G-DRG-Systems nur marginal um jahresdurchschnittlich 0,2% auf 16,23 Mio. Fälle, altersstandardisiert sank die Fallzahl in diesem Zeitraum um 0,4%. Eine Veränderung der Zahl und Struktur von Verlegungsfällen ist nicht zu beobachten.

Ein Ziel der Einführung des G-DRG-Systems war es, den Anreiz zur Verweildauerverlängerung, der im System der tagesgleichen Pflegesätze bestand, zu reduzieren. Die Verweildauerentwicklung nach Systemeinführung zeigt eine weiter kontinuierliche Verweildauerreduzierung nahezu im gesamten Leistungsspektrum, aber keine Verstärkung des langjährig bestehenden Trends zur Verweildauerreduzierung. Die Verweildauer ist im Zeitraum 2004 bis 2006 von 7,77 Tage auf 7,47 Tage um jahresdurchschnittlich 1,9% gesunken. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Veränderung der Bevölkerungsstruktur (Alterung) die Verweildauerentwicklung ebenfalls beeinflusst: Bei gleichbleibender Altersstruktur wäre die Verweildauer in diesem Zeitraum leicht stärker um jahresdurchschnittlich 2,5% gesunken. Auch die Zahl der Belegungstage reduzierte sich mit jahresdurchschnittlich 1,7% der langfristigen Entwicklung folgend.

Der Case-Mix-Index der Behandlungsfälle stieg hingegen in der Einführungsphase des G-DRG-Systems deutlich um jahresdurchschnittlich 2,0%, der Case-Mix um jahresdurchschnittlich 2,2%. Diese Veränderungen können durch Veränderungen im Dokumentationsverhalten, durch Veränderungen des G-DRG-Kataloges oder der Abrechnungsbestimmungen und durch Veränderungen der Fallschwere bedingt sein. Eine Quantifizierung der jeweiligen Parameter ist aufgrund des hohen Datenaggregationsniveaus nicht möglich.

Für das einzelne Krankenhaus besteht in einem Fallpauschalensystem theoretisch der Anreiz, profitable Fallpauschalen vermehrt zu erbringen und möglicherweise auch Risikoselektion zu betreiben (Patienten, die für das Krankenhaus ein hohes ökonomisches Risiko darstellen, möglichst nicht zu behandeln). Dies kann Auswirkungen auf die angebotene Leistungsstruktur der Krankenhäuser und den Zugang zu stationären Leistungen entfalten. Die Leistungsstruktur der Krankenhäuser hat sich im Zeitraum 2004 bis 2006 verändert. Ein direkter Effekt des G-DRG-Systems lässt sich jedoch nicht ermitteln. Einflussfaktoren wie die demographische Entwicklung und damit einhergehende Verschiebungen der Krankheitsprävalenzen, Auswirkungen des Kataloges gem. § 115b SGB V oder Entwicklungen in anderen Versorgungssektoren haben Auswirkungen auf die Leistungsstruktur. Bei der Untersuchung der Leistungsspezialisierung oder -diversifikation (anhand der Anzahl der von den Krankenhäusern im Durchschnitt durch 80%, 90% oder 100% der Basis-DRGs abgebildeten Fälle) der Krankenhäuser zwischen 2004 und 2006 wurden insgesamt keine ausgeprägten Veränderungen festgestellt. Eine in der Breite vollzogene Leistungsspezialisierung konnte somit nicht nachgewiesen werden. Dennoch hat sich die Anzahl bzw. der Anteil leistungserbringender Krankenhäuser in einigen Leistungsbereichen deutlich verändert. Regelmäßig stehen diese Veränderungen (z. B. in der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde oder der Geburtshilfe) in Zusammenhang mit einer deutlichen Veränderung (hier einer Reduzierung) der Fachabteilungszahlen. Leistungskonzentrationen sind z. B. im Bereich der Brustkrebsversorgung feststellbar, Leistungsdiversifikationen z. B. im Bereich der invasiven Kardiologie. Ein systematischer Einfluss der Einführung des G-DRG-Systems auf die Leistungsspezialisierung oder die Leistungsdiversifikation der Krankenhäuser konnte jedoch nicht ermittelt werden.

Entsprechend hat sich der Zugang zu stationären Leistungen, der anhand der durchschnittlichen Entfernung zwischen Wohn- und Behandlungsort der Patienten ermittelt wurde, im Bundesdurchschnitt nicht verändert. Sowohl die durchschnittliche kürzeste (Straßen-) Entfernung zwischen Wohn- und Behandlungsort der Patienten (22,9 km) als auch die kürzeste Fahrtzeit (22,3 min) sind im Zeitraum 2004 bis 2006 unverändert geblieben. Regional unterschiedliche Versorgungsstrukturen und deren Veränderungen konnten nicht erfasst werden. Dennoch haben strukturelle Veränderungen

den Zugang zu einzelnen Leistungen verändert. Veränderungen der Zahl der Fachabteilungen und des bestehenden Versorgungsangebots bestimmen zu großen Teilen die Veränderungen des Zuganges zu spezifischen stationären Leistungen. Ein direkter Einfluss des Vergütungssystems kann hieraus nicht abgeleitet werden.

### **Auswirkungen auf die Wirtschaftlichkeit**

Die bereinigten Gesamtkosten der Krankenhäuser haben sich im Zeitraum 2003 bis 2006 mit jahresdurchschnittlich 1,4% deutlich langsamer erhöht als im Durchschnitt der Jahre 1991 bis 2006 (jahresdurchschnittlich 3,7%). Die durchschnittlichen bereinigten Kosten je vollstationärem Fall sind hingegen mit jahresdurchschnittlich 2,4% zwischen 2003 bis 2006 leicht stärker als zwischen 1991 und 2006 (jahresdurchschnittlich 2,3%) gestiegen. Die Kostensteigerungen im Untersuchungszeitraum resultieren vorrangig aus einer Erhöhung der Sachkosten um insgesamt 3,24 Mrd. Euro (darunter 1,4 Mrd. Euro Mehrkosten des Medizinischen Sachbedarfs), während sich die Personalkostensteigerung auf 0,86 Mrd. Euro belief. Die vergleichsweise moderate Zunahme der Personalkosten ist überwiegend auf die Reduzierung der Kosten für den Pflegedienst zurückzuführen, die sich noch im Jahr vor Einführung des G-DRG-Systems leicht erhöht hatten.

Der gegenüber der Vorperiode deutlich erhöhte Anstieg der Sachkosten von jahresdurchschnittlich 5,2% zwischen 2003 und 2006 lässt sich nur in wenigen Sachkostenbereichen als mit dem G DRG-System verbundene Entwicklung interpretieren. Während sich in vielen der Sachkostenbereiche mit überdurchschnittlichen Kostensteigerungen (z. B. Energie und Brennstoffe) keine Bezüge zur Systemeinführung finden, dürften der Ausbau und die Pflege der informationstechnologischen Infrastruktur, den die Krankenhäuser in der Befragung zumeist mit der Einführung des G DRG-Systems begründeten, zu dem überdurchschnittlichen Anstieg des Verwaltungsbedarfes beigetragen haben.

Die Investitionsquoten der Krankenhäuser waren nach Angaben der Krankenhäuser zwischen 2004 und 2006 zwar insgesamt leicht rückläufig, aufgrund der Einführung des G DRG-Systems wurden jedoch Investitionen in den Ausbau informationstechnologischer Infrastruktur und in (Medizin) Technik vorgenommen. Hier scheint ein direkter Zusammenhang zwischen der Umstellung der Betriebskostenfinanzierung auf Fallpauschalen und dem Investitionsverhalten der Krankenhäuser vorzuliegen.

Da die aus der Einführung des G DRG Systems auf die Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung resultierenden Wirkungen mittels der verfügbaren Datengrundlagen nicht direkt abgeleitet werden können, wurden die im Rahmen der Begleitforschung befragten Krankenhäuser und Akteure um ihre Bewertung der Wirtschaftlichkeitseffekte gebeten. Die Wirtschaft-

lichkeit der stationären Versorgung ist nach überwiegender Ansicht der Befragten durch die Einführung des G-DRG-Systems trotz der entstandenen Zusatzkosten, die etwa in den Bereichen EDV, Medizincontrolling oder Administration entstanden seien, insgesamt gestiegen.

Seit der Einführung des G-DRG-Systems hat sich das Prüfaufkommen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung deutlich erhöht. Der Anteil der geprüften Fälle an allen vollstationär behandelten Fällen (Prüfquote) ist nach Angaben der Krankenhäuser in diesem Zeitraum von 7% auf 10% um 3 Prozentpunkte gestiegen und entsprechend hat die Anzahl der Einzelfallprüfungen sehr deutlich zugenommen. Der Anteil der Fälle mit einer Rechnungskorrektur ist im Untersuchungszeitraum ebenso wie der durchschnittliche Rechnungskorrekturbetrag stabil geblieben.

Mit der deutlich gestiegenen Zahl von Prüfungen durch den MDK in Verbindung stand die deutliche Aufstockung des Personals, das auf Seiten der Krankenhäuser in die Prüfverfahren eingebunden war. Entsprechende Veränderungen konnten auch bei den Krankenkassen und Krankenversicherungsunternehmen beobachtet werden, die insbesondere im Zeitraum zwischen 2002 und 2004 Personal für die Durchführung der Abrechnungsprüfung einstellten und seitdem kontinuierlich weiterbildeten.

Mögliche Effizienzvorteile des G-DRG-Systems werden so teilweise durch steigende Ressourcenverbräuche auf Seiten der Krankenhäuser, Krankenkassen und MDK verringert.

### **Leistungsverlagerung**

Die Untersuchung von möglichen Verlagerungen von Leistungen der Krankenhäuser auf andere Leistungserbringer bzw. andere Sektoren konzentrierte sich im ersten Forschungszyklus auf den Sektor der stationären Rehabilitation, das ambulante Operieren im Krankenhaus und auf den Bereich der Ausgaben der GKV für Häusliche Krankenpflege und wird im zweiten Forschungszyklus auf die vertragsärztliche Versorgung der Patienten nach Krankenhausaufenthalt ausgedehnt.

Die zwischen 2003 und 2006 vollzogene weitere Verringerung des Leistungsvolumens (Fallzahl und Belegungstage) der stationären Rehabilitation und die, trotz verringerter akutstationärer Verweildauer, leichte Reduzierung der Verweildauer der Rehabilitationspatienten deuten nicht auf eine Verlagerung von Leistungen oder Aufgaben der Krankenhäuser in die Rehabilitation hin. Ein solcher Zusammenhang lässt sich auch aus der im Untersuchungszeitraum zu beobachtenden weiteren Erhöhung des Anteils der Patientenzugänge mit „Verlegungen aus Krankenhäusern“ an allen Patientenzugängen in die Rehabilitation nicht ableiten, da für diese Rate auch in längerer Betrachtungsperspektive eine kontinuierliche Entwicklung festzustellen ist. Der Anteil der Patienten mit Abgang „Verlegung in



Krankenhäuser“ an allen Patientenabgängen erhöhte sich zwischen 2003 und 2006 und wird im zweiten Forschungszyklus weiter beobachtet. Aus den für die G-DRG-Begleitforschung zur Verfügung stehenden Daten ergeben sich insgesamt keine belastbaren Hinweise auf eine durch die Einführung des G-DRG-Systems induzierte Verlagerung oder Übertragung von Leistungen oder Aufgaben aus der akutstationären Versorgung auf den Rehabilitationssektor, die mit vorzeitigen Verlegungen der Krankenhäuser aus wirtschaftlichen Gründen im Zusammenhang stehen.

Die maßgeblichen Impulse für die ab dem Jahr 2004 deutlich gestiegene Anzahl der ambulanten Operationen im Krankenhaus dürften von dem im selben Jahr neu gefassten Vertrag nach § 115b SGB V in Verbindung mit der Neufassung des Kataloges Ambulantes Operieren und stationsersetzende Eingriffe im Krankenhaus sowie den erweiterten Optionen für die Fehlbelegungsprüfungen durch die Krankenkassen ausgegangen sein. Gegebenenfalls hat die G-DRG-Einführung durch eine einheitliche Produktdefinition der vollstationären Leistungen der Krankenhäuser mit zur Erhöhung der Anzahl der ambulanten Operationen im Krankenhaus beigetragen.

Der zwischen 2003 und 2006 von einem niedrigen Niveau ausgehende leichte Rückgang der Ausgaben für Häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 Satz 1 und Satz 5 SGB V (anstelle oder zur Vermeidung von Krankenhausbehandlung) deutet nicht auf Leistungsverlagerungen aus den Krankenhäusern in diesen Leistungsbereich hin.

### **Auswirkungen auf die Qualität**

Eines der zentralen Ziele der Einführung des G-DRG-Systems bestand in der Sicherung der Qualität der Patientenversorgung, trotz des systemimmanenten Anreizes für Krankenhäuser, die Leistungsintensität innerhalb einer G-DRG zu reduzieren. Die Messung der Prozess- und Ergebnisqualität der stationären Krankenhausversorgung erfolgte im Zeitraum 2004 bis 2006 in einer Reihe von Leistungsbereichen im Rahmen des Verfahrens der externen Qualitätssicherung der Krankenhäuser nach § 137 SGB V. Bei der überwiegenden Mehrheit der im Betrachtungszeitraum methodisch vergleichbaren Indikatoren bzw. Kennzahlen der Prozess- und Ergebnisqualität aus diesem Verfahren („BQS-Verfahren“) waren leicht verbesserte oder stabile Gesamtergebnisse zu beobachten. Bei Verschlechterungen der Gesamtergebnisse einzelner Indikatoren (beispielsweise in den herzchirurgischen Leistungsbereichen) werden in den BQS-Qualitätsreports in der Regel Begründungen angeführt, die diese Entwicklungen zumeist erklären (können). Diese Begründungen enthalten regelhaft keine Bezüge zur Einführung des G-DRG-Systems. Aus der Analyse der Gesamtergebnisentwicklung der betrachteten Indikatoren und Kennzahlen aus dem Verfahren der externen Qualitätssicherung der Krankenhäuser nach § 137 SGB

V lässt sich für die Einführungsphase des G-DRG-Systems eine stabile oder verbesserte Prozess- und Ergebnisqualität im Krankenhaussektor ableiten. Diese Feststellung jedoch kann nur für die betrachteten Leistungsbereiche und die in diesen Bereichen über das Indikatorenset abgedeckten Versorgungsaspekte getroffen werden.

Anhand einer systematischen Literaturanalyse wurde auch geprüft, ob Effekte der G-DRG-Einführung auf die Patientenzufriedenheit nachweisbar sind. In der einzigen publizierten Studie („Wandel von Medizin und Pflege im DRG-System“) sind die Ergebnisse hierzu uneinheitlich. Verbesserungen der relevanten Parameter stehen jedoch im Vordergrund.

Ausgewählte Aspekte der krankenhauses internen Etablierung von Strukturen und Verfahren des Qualitätsmanagements wurden im Rahmen der Krankenhausbefragung erhoben. Sowohl die Anzahl des mit Aufgaben des Qualitätsmanagements betrauten Personals als auch der Anteil dieses Personals an allen Beschäftigten der Krankenhäuser hat sich zwischen 2003 und 2006 erhöht. Strukturen und Instrumente des Qualitätsmanagements fanden im Betrachtungszeitraum ebenso weitere Verbreitung wie die Durchführung von Zertifizierungen. Der Ausbau des Qualitätsmanagements begründet sich jedoch nicht vorrangig aus der Einführung des G DRG-Systems, sondern wird primär auf die gesetzlichen Vorgaben (§ 135a SGB V) zurückgeführt. Auch klinische Pfade haben in den Krankenhäusern zwischen 2004 und 2006 eine zunehmende Verbreitung gefunden. Ausschlaggebend für diese Entwicklung waren nach Angaben der Krankenhäuser die aus der Einführung des G DRG-Systems resultierenden Impulse.

Insgesamt dürften sich aus diesen Entwicklungen, unabhängig vom Begründungszusammenhang, positive Effekte auf die Qualität der Versorgung bzw. der Versorgungsprozesse ergeben haben. Eine weitergehende Bewertung der Entwicklung der Strukturqualität, deren Veränderung sich u. a. über die Entwicklung der Krankenhauskapazitäten, der Fachabteilungsstrukturen, der personellen und apparativen Ausstattung sowie ggf. der Personalbelastungskennzahlen ausdrücken kann, war mittels der zur Verfügung stehenden Daten nicht möglich.

Daher wurde in der durchgeführten Befragung der Krankenhäuser und Akteure auch die Bewertung der Konsequenzen aus der Umstellung des Vergütungssystems auf die Qualität der Versorgung erhoben. Diese Konsequenzen werden von den Interessengruppen und den Krankenhäusern insgesamt sehr unterschiedlich bewertet. Mehrfach wird betont, dass in weiten Teilen Prozessverbesserungen erzielt werden konnten, etwa durch die vom System induzierte Notwendigkeit der besseren Planung und Organisation der Behandlungsabläufe. Der gestiegene Dokumentationsaufwand führe in Verbindung mit der gesunkenen Verweildauer jedoch zu einer Arbeitsverdichtung, die zum Teil zu Lasten der Patientenversorgung

ginge. Überwiegend positiv zu bewerten sei hingegen die Zunahme an Aktivitäten zur Qualitätssicherung und zum systematischen Qualitätsmanagement, die allerdings vielfach weniger auf das G-DRG-System zurückgeführt wird als auf die diesbezügliche Gesetzgebung. Beispielsweise durch die verbesserten Möglichkeiten zu Benchmarkinganalysen könnten allerdings Qualitätsverbesserungen in der stationären Versorgung erzielt werden, wobei stets der Gefahr einer Vernachlässigung von Qualität aufgrund des gestiegenen Kostendrucks entgegengewirkt werden müsse.

### **Auswirkungen auf die Transparenz**

Durch die für ein diagnosebezogenes Fallpauschalensystem notwendige Standardisierung der Dokumentation konnte mit Einführung des G-DRG-Systems eine neuartige, standardisierte und detaillierte Datengrundlage geschaffen werden. Diese ermöglicht durch ihren Produktbezug für nahezu alle Anspruchsgruppen (z. B. Krankenhäuser, Versicherte, Krankenkassen, Fachöffentlichkeit, Politik und Selbstverwaltungsgremien) eine deutlich transparentere Abbildung des stationären Versorgungsgeschehens, als es unter den vorher geltenden Bedingungen möglich war. Unabhängig von den (potenziellen) Möglichkeiten zur Transparenzverbesserung wurden alle gesetzlichen Anforderungen an die Datenveröffentlichungen erfüllt. Hierzu zählen die G-DRG-Daten, die G-DRG-Kostendaten und die Daten zur Begleitforschung. Die für die unterschiedlichen Anspruchsgruppen relevanten Informationen in Bezug auf die Qualität, die Kosten sowie die Leistungsarten bzw. -mengen in der stationären Versorgung stehen nunmehr umfassend zur Verfügung. Die Informationen aus diesen unterschiedlichen Datenquellen werden in verständlicher Form aufbereitet und veröffentlicht und stellen den Anspruchsgruppen in der Regel aussagekräftige und relevante Informationen zur Verfügung. Auch die kontinuierliche Weiterentwicklung des G-DRG-Systems selbst ist transparent ausgestaltet.

Die Einführung des G-DRG-Systems hat somit zu einer deutlich verbesserten Transparenz über das stationäre Leistungsgeschehen geführt. Diese Transparenz ist seit Einführung des G-DRG-Systems weiter erhöht worden, und es ist anzustreben, diese auch weiterhin kontinuierlich zu verbessern.

### **Akzeptanz des G-DRG-Systems**

Die Einführungsphase des G-DRG-Systems wird im Hinblick auf die Systemweiterentwicklung von den befragten Krankenhäusern und Akteuren überwiegend positiv beurteilt. Vielfach wird hervorgehoben, dass es sich um einen fachlich sehr anspruchsvollen Einführungsprozess gehandelt habe, der von der Selbstverwaltung und dem InEK sehr transparent und professionell ausgestaltet worden sei. Die Mitwirkungsmöglichkeiten bei der

System-Weiterentwicklung werden jedoch zum Teil als zu aufwändig beschrieben, um auch für kleine Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung uneingeschränkt wahrnehmbar zu sein. Das G DRG-Vorschlagsverfahren wird insgesamt positiv beurteilt; ebenso das NUB-Verfahren, allerdings wird hier die Umsetzung auf Ortsebene als deutlich verbesserungsbedürftig eingestuft.

Den derzeitigen Entwicklungsstand (Stand 2008) des G DRG-Systems bewertet die Mehrheit der Befragten insgesamt positiv. Dies gilt sowohl für den erreichten Differenzierungsgrad des Systems (es wird allenfalls noch punktueller Anpassungsbedarf gesehen) als auch für die Abrechnungsregeln. Bemängelt werden hingegen die Handhabbarkeit und die Praxistauglichkeit sowie insbesondere die Auslegungsunterschiede zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen, wobei vielfach angeführt wird, dass divergierende Interpretationen angesichts der Interessengegensätze und der Komplexität des Systems kaum vermeidbar seien.

Die Budget- und Entgeltverhandlungen sind seit der Einführung des G DRG-Systems von einer höheren Leistungstransparenz und einer verbesserten Vergütungsgerechtigkeit geprägt, die jedoch auch mit einer erhöhten Komplexität und einem gestiegenen Vorbereitungsaufwand einhergehe.

Die Auswirkungen auf die Arbeitsbedingungen von Ärzten, Pflegenden und anderen Dienstarten werden durch die befragten Krankenhäuser und die befragten Akteure gleichermaßen als deutlich negativ eingeschätzt; hauptsächlich hinsichtlich der Arbeitsmenge, aber auch hinsichtlich qualitativer Aspekte (z. B. Übereinstimmung von Aufgaben und Qualifikation, Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten, Entscheidungsspielräumen).

Das G DRG-System und sein Einführungsprozess, aber auch die Auswirkungen auf die Wirtschaftlichkeit, werden somit insgesamt mehrheitlich positiv beurteilt. Als negative Begleiterscheinungen werden dagegen immer wieder die Arbeitsverdichtung für die Beschäftigten in den Krankenhäusern und der mit einer stärker betriebswirtschaftlich ausgerichteten Steuerung verbundene grundsätzliche Perspektivwechsel in der stationären Versorgung genannt.

## **Ausblick**

Die Ergebnisse der im Rahmen der G DRG-Begleitforschung gem. § 17b Abs. 8 KHG untersuchten Fragestellungen deuten darauf hin, dass das G DRG-System in seiner Einführungsphase eine Entwicklung in Richtung der intendierten Ziele angestoßen hat und dabei gleichzeitig viele der potenziell negativen Auswirkungen von fallpauschalisierten Vergütungssystemen nicht eingetreten sind. Sicherlich haben die deutlich verbesserte Transparenz – die auch eine intensive wissenschaftliche Diskussion während des gesamten

Einführungsprozesses ermöglicht hat – und die Ausgestaltung des Einführungsprozesses hierzu einen wichtigen Beitrag geleistet.

Dennoch ist der untersuchte Zeitraum der Einführungsphase des G DRG-Systems zu kurz, um bereits eine abschließende Bewertung treffen zu können. Ergebnisse des zweiten Forschungszyklus anhand einer längeren Zeitreihe und Ergebnisse neuerer Untersuchungen müssen hierbei berücksichtigt werden.