

> Zehn Jahre Fallpauschalen in Kliniken DRG – ein chronischer Patienten

Berlin – Vor mittlerweile rund zehn Jahren wurden für deutsche Krankenhäuser Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups, kurz DRG) verpflichtend eingeführt. Diese sollten für mehr Wirtschaftlichkeit in der stationären Versorgung sorgen. Mit Erfolg? Eine kurze Bestandsaufnahme.

Erst kürzlich hat Prof. Hans-Peter Bruch, Vorsitzender des Berufsverbandes der Chirurgen, in einem Zeitungsinterview konstatiert, dass der Mensch mit Einführung der DRG nicht mehr ein Patient „sondern ein Wirtschaftssubjekt“ sei. Auch beim 13. Nationalen DRG-Forum im März in Berlin wurde das Jubiläum zum Anlass genommen, um Bilanz zu ziehen.



Ferdinand Rau, Bundesministerium für Gesundheit
© pag, Maybaum

Rau: „Die DRG-Einführung war richtig.“

Ferdinand Rau vom Bundesgesundheitsministerium erinnert an die Ziele der DRG-Einführung und nennt die Schlagworte mehr Transparenz, Wirtschaftlichkeit, Qualität. 10 Jahre DRG-System haben für Rau folgende Effekte: „Wir haben eine bessere interne und externe Vergleichbarkeit statt eine Fortschreibung historisch gewachsener Budgets.“ Er konstatiert des Weiteren eine stärkere Leistungsorientierung der Vergütung, eine bessere Allokationseffizienz, Nutzung zusätzlicher Wirtschaftlichkeitsreserven (Verweildauer,

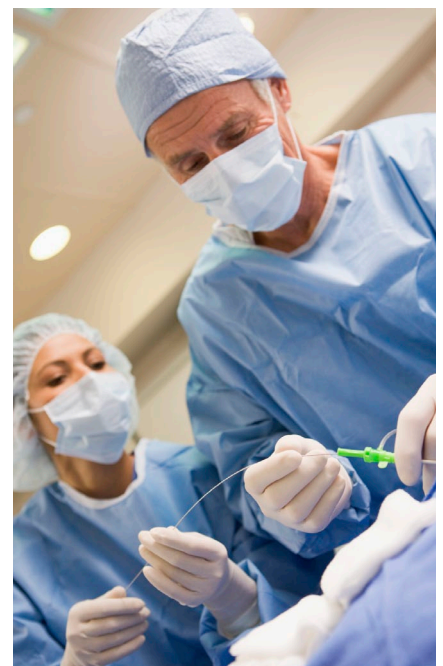
Optimierung der Ablauf- und Aufbauorganisation). Er nimmt verbesserte Anknüpfungspunkte für die Qualitätssicherung wahr. Keine Hinweise gebe es laut DRG-Begleitforschung auf eine Verschlechterung der Patientenzufriedenheit, wobei Rau als Grundproblem der Begleitforschung identifiziert, „dass oftmals keine Trennung zwischen DRG-Effekten und anderen Einflussgrößen möglich ist“. Er resümiert: „Die DRG-Einführung als leistungsorientiertes Entgeltsystem war richtig.“

InEK-Chef spricht vom chronischen Patienten

Über den Stand der Dinge hat zuvor Dr. Frank Heimig, Geschäftsführer des InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus), informiert. Sein Institut ist beauftragt, jährlich einen Extremkostenbericht zu erstellen, erstmals zum 31. Dezember 2014. Dabei sollen auch Gründe für Kostenausreißerfälle und Belastungsunterschiede zwischen Krankenhäusern dargelegt werden. Darüber hinaus sollen



Dr. Frank Heimig, Geschäftsführer des InEK © pag, Maybaum



DRG sollen für mehr Transparenz, Wirtschaftlichkeit und Qualität bei der stationären Behandlung sorgen. © Monkeybusinessimages – iStockphoto

geeignete Regelungen entwickelt werden, wie die Kostenausreißer sachgerecht vergütet werden können. Ein „hehres Ziel“, sagt Heimig. Es sei schon schwierig genug, Extremkostenfälle zu identifizieren. Zum Auftrag der Selbstverwaltungspartner an das InEK gehöre aber auch, eine Abgrenzung zu Unwirtschaftlichkeiten zu ermöglichen. Sich dazu zu äußern, findet Heimig problematisch: „Alles andere bis dahin ist Mathematik, das wollen wir auch gern liefern.“ Insgesamt lautet Heimigs Einschätzung: „Das DRG ist ein chronischer Patient, aber es ist die beste Alternative.“ <<<

> Umfrage unter Experten

Der Einfluss der DRG auf die Versorgung

Berlin – Wie haben die Fallpauschalen die Versorgung verändert? Das wollten wir von denjenigen wissen, die sich damit auskennen: von Patienten, Ärzten, Kliniken, Krankenkassen und Wissenschaftlern. Die meisten von ihnen sehen durchaus positive Effekte, mahnen aber auch Korrekturen an.



Peter Asché

Präsidiumsmitglied und Pressesprecher des Verbands der Krankenhausdirektoren Deutschlands, sowie Kaufmännischer Direktor und Vorstand der Uniklinik Aachen © Uniklinik Aachen



Georg Baum

Geschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft © pag, Maybaum

> Drängende Korrekturen

„Wesentliche Ziele der DRG-Einführung wurden erreicht, nämlich: deutliche Reduzierung der Verweildauern, Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven und Optimierung der klinischen Prozesse, erhöhte Leistungs- und Kostentransparenz, zunehmender Wettbewerb und Fokus auf Versorgungsqualität. Bei aller ‚Zehn-Jahre-DRG-Euphorie‘ sind jedoch auch die negativen Effekte nicht zu verschweigen: Bürokratisierungsschub durch MDK und neue administrative Tätigkeiten, enorme Arbeits- und Leistungsverdichtung der Beschäftigten aller Berufsgruppen und chronische Unterfinanzierung, die in den Folgewirkungen immer mehr Krankenhäuser in die roten Zahlen treiben. Es ist zu hoffen, dass die Korrekturen dieser Fehlentwicklungen keine weiteren zehn Jahre dauern.“

> Umfassende und folgenreiche Veränderung

„Die Einführung des G-DRG-Systems im Jahr 2003 war eine der umfassendsten und folgenreichsten Veränderungen des Systems der Krankenhausfinanzierung der vergangenen Jahrzehnte. Das bestehende Finanzierungssystem war im Wesentlichen zu einer bloßen Fortschreibung gedeckelter Budgets degeneriert, das nicht mehr als zukunftsfähig angesehen wurde. Die in drei Zyklen durchgeführte Begleitforschung hat in Bezug auf die Versorgung folgende Ergebnisse hervorgebracht: Rückgang der durchschnittlichen Verweildauer, aber keine Beschleunigung der

bereits vor Einführung der Fallpauschalen zu beobachtenden Entwicklung, keine Veränderung beim Zugang der Patienten zur stationären Versorgung, kein Trend zur Leistungsverlagerung in den vertragsärztlichen Bereich, keine Verlagerungseffekte in Rehabilitationseinrichtungen, kein Anstieg von Verlegungen zwischen den Krankenhäusern, kontinuierliche Reduktion der poststationären Sterblichkeit, positive Entwicklung bei verfügbaren Qualitätsindikatoren.“



Prof. Dr. Ulrich Frei

Ärztlicher Direktor der Charité © Charité Universitätsmedizin Berlin

> System überwiegend positiv

„An der Charité sehen wir das System als überwiegend positiv an. Im Zuge tiefgreifender Reformen haben wir dafür gesorgt, dass die Krankenversorgung in der Summe unserer Kliniken mit den DRG-Pauschalen bezahlt werden kann: Das DRG-System zielte ja letztlich darauf ab, die Kostenstruktur im Krankenhaussektor transparenter zu gestalten. Das gilt sowohl für die Regelversorgung als auch nach einigen Anpassungen für die Hochleistungsmedizin, wie sie die Charité betreibt. Die Transparenz hat uns geholfen, zielgenau in Kliniken mit wirtschaftlichen Defiziten gegenzusteuern. Leider hat das



DRG-System auch Fehlanreize ausgelöst, die nicht immer ausschließlich im Patienteninteresse sind. Für uns jedoch steht bei allem Streben nach Wirtschaftlichkeit immer die qualitativ hochwertige Versorgung unserer Patienten an erster Stelle.“



Prof. Bertram Häussler

Vorsitzender der
Geschäftsführung
des IGES Instituts
© pag, Maybaum

> Mission (not) completed

„Mission completed' wenn man die Effizienzsteigerung als zentrale Begründung der DRG-Einführung betrachtet: Gemessen an den Arbeitnehmerentgelten sind die Preise für Krankenhausleistungen seit 2006 um 10 Prozent gefallen! Erzielt wird dies durch eine Preismaschine, die durch die Einsparerfolge von 250 Krankenhäusern angetrieben wird. Die Kliniken sehen sich in einem Hamsterrad, das zu einem fragwürdigen Kampf um mehr Fälle führt. ‚Mission not completed' wenn man den Anspruch an eine echte Modernisierung der Krankenhausversorgung erhebt.“

Rudolf Henke

Vorsitzender des
Marburger Bundes,
Bundestagsabgeordneter (CDU)
© pag, Maybaum



> Fehlanreize müssen beendet werden

„Die DRGs haben zweifellos mehr Transparenz bei der Vergütung stationärer Leistungen bewirkt. Zugleich aber ist der administrative

Aufwand durch Primärdokumentation und Kodierung, Abrechnungsvorbereitungen und Plausibilisierungen erheblich gewachsen. Besonders problematisch ist, dass die unterschiedlichen Gewinnmargen der verschiedenen Fallpauschalen die Krankenhäuser dazu verleiten, stärker auf die Erbringung von Leistungen zu drängen, die mit ‚rentablen DRGs' vergütet werden. Diese Fehlanreize müssen beendet werden. Wir brauchen mehr Flexibilität, beispielsweise durch krankenhausespezifische Zuschläge für Vorhaltekosten.“



Dr. Wulf-Dietrich Leber

Abteilungsleiter
Krankenhäuser beim
GKV-Spitzenverband
© pag, Maybaum

> Versicherte profitieren von Leistungstransparenz

„Das DRG-System hat das gemacht, was es sollte: Es hat die alte selbstkostenorientierte tagesbezogene Vergütung durch ein effizientes leistungsbezogenes Vergütungssystem ersetzt. Im Großen und Ganzen folgt jetzt das Geld der Leistung. Es wurde allerdings versäumt, die Rahmenbedingungen zu modernisieren. Aufgrund fehlender Mengensteuerung ist zunehmend eine medizinisch zweifelhafte Mengenentwicklung entstanden. Die Investitionsförderung der Länder ist weitgehend versiegt und die notwendige Bereinigung der Krankenhausstrukturen ausgeblieben. Genug Aufgaben also für die nächste Krankenhausreform. Die Versicherten profitieren durch die DRG-Einführung jedoch schon heute von der gewachsenen Leistungstransparenz. Die Integration von Qualitätsaspekten wird die große Herausforderung der nächsten DRG-Dekade.“

Jens-Peter Zacharias

Gesundheitspolitischer
Sprecher des Bundes-
verbandes Prostata-
krebs Selbsthilfe
© pag, Maybaum



> Optimierte Klinikstrukturen entwickeln

Von Hoffnungen und Skepsis war die Einführung der DRG-Methodik begleitet. In der Folge gingen die Klinikverweilzeiten weiter zurück und die Bettenzahlen folgten. Im internationalen Vergleich der Industrieländer sind die Kliniken noch immer klein und die Spezialisierung zu gering. Die blutigen Entlassungen blieben Einzelfälle, aber die Klagen des Pflegepersonals nahmen zu. Unser Gesundheitswesen wurde wirtschaftlicher! Allerdings wird die Übertherapie verstärkt angesprochen und auf das falsche Anreizsystem zurückgeführt. Ich möchte die Akteure im Gesundheitswesen an ihren Eid erinnern, dass sie dem Patienten nicht schaden dürfen! Offenbar wurden die Strukturanpassungsprobleme nur teilweise gelöst, unsere Politiker werden sie uns noch eine Weile erhalten. Im G-BA und auf der politischen Bühne bemühen wir uns um die sektorenübergreifende Qualitätssicherung und verstehbare und aussagefähige Qualitätsberichte. Wir begrüßen das neue QS-Institut zur Auswertung der Routinedaten. Wir regen an, dass nach dem Vorbild der Exzellenzuniversitäten optimierte Klinikstrukturen entwickelt und durchgesetzt werden. Über 400 Kliniken führen heute Prostata-Krebs-Ektomien durch, 120 davon sind zertifiziert. Die gewählte, erforderliche Anzahl muss sich an den besten Ergebnissen der Industrieländer orientieren. So reduzieren wir Leid, sparen Ressourcen und kommen zu besten Ergebnissen. So müssen wir gemeinsam unser Gesundheitswesen umgestalten! <<<