



Auswirkungen von DRGs auf Organisationen, Professionals, Patienten und Qualität

Dr. phil. Brigitte Sens, Paul Wenzlaff, Dr. med. Gerd Pommer, Prof. Dr. med. Horst von der Hardt

2004 wurden Diagnosis related groups (DRG) verbindlich als pauschaliertes Entgeltsystem für die stationäre Behandlung eingeführt. Seither werden immer wieder negative Auswirkungen einer stärker an Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten orientierten Patientenversorgung diskutiert: „Rosinenpickerei“, „blutige Entlassung“ und „Drehtüreffekt“ lauten die Schlagworte dazu. Was ist dran an Urteilen und Vorurteilen? - Auf Initiative und mit Förderung der Qualitätsinitiative e.V. legt das Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen (ZQ) eine bundesweit einmalige wissenschaftliche Studie dazu vor.

Mit der Einführung der DRG war die politische Intention verbunden, eine Schlüsselvoraussetzung für höhere Versorgungseffizienz zu schaffen und den Paradigmenwechsel für eine neue medizinische und ökonomische Orientierung im Gesundheitswesen zu gestalten. Die konkreten Zielsetzungen waren

- Optimierung der internen Leistungs- und Kostenstrukturen,
- Optimierung der Behandlungsprozesse,
- Transparenz über Art und Menge der Leistungen.

Krankenhäuser sollten diese Herausforderung nutzen, um professionelle, kosten- und qualitätsorientierte Leitungsstrukturen zu entwickeln und eine adäquate Verzahnung mit nachgelagerten Versorgungsangeboten zu realisieren.

Wenngleich es einzelne Studien zu Begleiteffekten der DRG-Einführung gab, fehlte bislang eine systematische Analyse tatsächlicher oder vermeintlicher Nebenwirkungen, und der Vorwurf der „Ökonomisierung der Patientenversorgung“ geisterte immer wieder durch Fachöffentlichkeit und Medien. So war es die Qualitätsinitiative¹, die 2007 ein Versorgungsforschungsprojekt zu den Auswirkungen der DRG-Einführung initiierte und finanzierte.

Zielsetzung

Auslöser des Projektes war die Vermutung, dass die DRG in hohem Ausmaß unerwünschte Nebenwirkungen („Kollateralschäden“) zur Folge haben. Gleichzeitig stellte sich die Frage, ob nicht auch positive Nebenwirkungen („Kollateralnutzen“) belegt werden können.

Zielsetzung war somit eine umfassende und neutrale Analyse DRG-induzierter Auswirkungen auf das aktuelle Versorgungsgeschehen für

- die Organisation Krankenhaus,
- die Patienten und ihre Angehörigen,
- die in der Patientenversorgung unmittelbar tätigen Berufsgruppen,
- die Zuweiser und die nachgelagerten Versorgungsbereiche.

Studiendesign

Da DRG bereits seit 2004 eingeführt waren und gleichzeitig die DRG-Effekte aus dem multifaktoriellen Einflusspektrum isoliert werden sollten, wurde ein pyramidenförmiger methodischer Ansatz entwickelt. Dieser ist konzeptionelles Grundgerüst wie auch Vorgehensmodell für die Projektdurchführung (Abb. 1).

Das Projekt wurde mit 30 repräsentativ ausgewählten Krankenhäusern aller Versorgungsstufen aus Niedersachsen unter Berücksichtigung der Trägerschaft (öffentlich, freigemeinnützig, privat) und der Versorgungsregion (Stadt, Land) durchgeführt (Tab. 1). Um die qualitativen Aussagen der Befragten zu verifizieren, wurden Leistungskennzahlen herangezogen (Fallzahlen, Mitarbeiterzahlen, Verweil-

¹ Qualitätsinitiative - Niedersächsischer Verein zur Förderung der Qualität im Gesundheitswesen e.V.

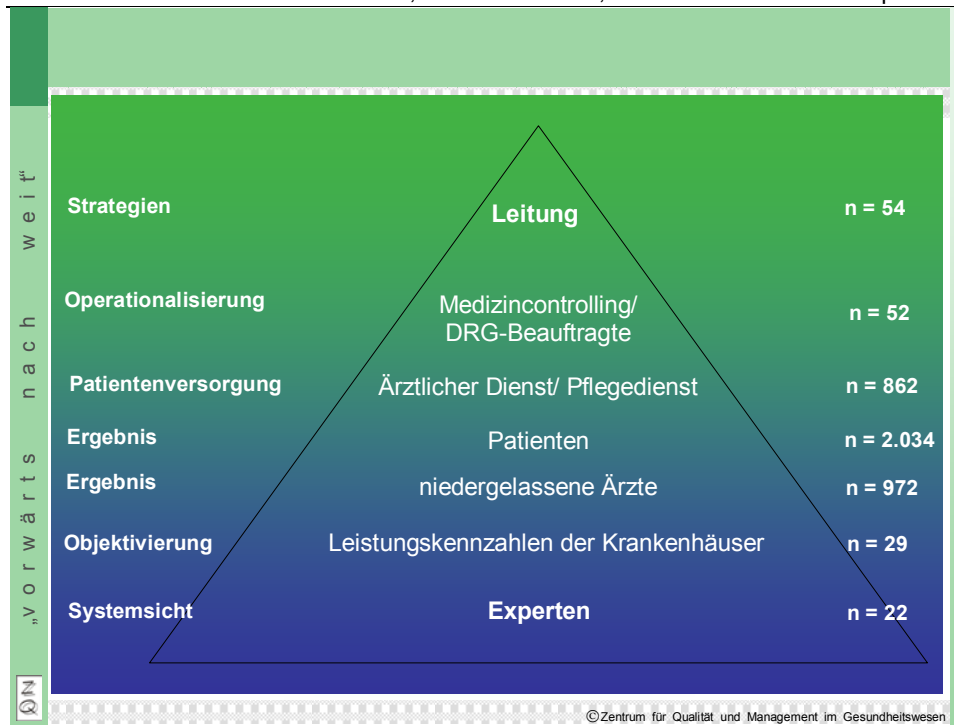


Abb. 1: Konzeptionelles Grundgerüst und Vorgehensmodell des DRG-Projektes

dauer, Top 10-DRG, Casemix-Index, ambulante Operationen u.a.m.). Ergänzt wurden die Ergebnisse um eine repräsentative Zuweiserbefragung (Allgemeinmediziner, Internisten, Orthopäden) aus den Einzugsgebieten der Projektkrankenhäuser sowie Interviews mit Experten aus verschiedenen Bereichen des Gesundheitssystems („Systemsicht“).

Marienhospital Anklam-Bersenbrück	Anklam
Leinebergland-Klinken Krankenhaus Alfeld	Alfeld
HELIOS Klinik Band Gandersheim	Bad Gandersheim
Ev. Bathildeskrankenhaus	Bad Pyrmont
Ev.-luth. Diakonissenanstalt Marienstift Braunschweig	Braunschweig
Krankenhaus St. Josef-Stift	Celle
Allgemeines Krankenhaus	Celle
Asklepios Harzklinden	Clausthal-Zellerfeld
Sertürner-Krankenhaus	Einbeck
Asklepios Harzklinden	Goslar
Krankenhaus Neu-Mariahilf	Göttingen
Krankenhaus Klinikum Nordstadt	Hannover
Vinzenzkrankenhaus	Hannover
Kreiskrankenhaus St. Marienberg	Helmstedt
Klinikum Hildesheim	Hildesheim
St. Bernward-Krankenhaus	Hildesheim
St.-Bonifatius Hospital	Lingen
Städtisches Krankenhaus	Lüneburg
HELIOS Albert-Schweitzer-Klinik	Northeim
Euregio Klinik Hannover-Straße	Nordhorn
Euregio-Klinik Albert-Schweitzer-Straße	Nordhorn
Klinikum Oldenburg	Oldenburg
PIUS Hospital	Oldenburg
Kreiskrankenhaus Osterholz	Osterholz-Scharmbeck
Klinikum Peine	Peine
Diakoniekrankenhaus	Rotenburg/Wümme
Heidekreis-Klinikum, Krankenhaus Soltau	Soltau
Krankenhaus Charlottenstift	Stadoldendorf
St. Marienhospital	Vechta
Klinikum der Stadt Wolfsburg	Wolfsburg

Tabelle 1: Projektkrankenhäuser

Ergebnisse

Die Qualität der unmittelbaren Patientenversorgung im Krankenhaus hat sich aufgrund der DRG-Einführung im Großen und Ganzen nicht verändert: 97% der Krankenhausleitungen und 87% der Medizincontroller/DRG-Beauftragten bewerten die Versorgungsqualität als gleich geblieben oder - aufgrund stringenter organisierter und bewusst gestalteter Patientenversorgung - sogar verbessert (Abb. 2).

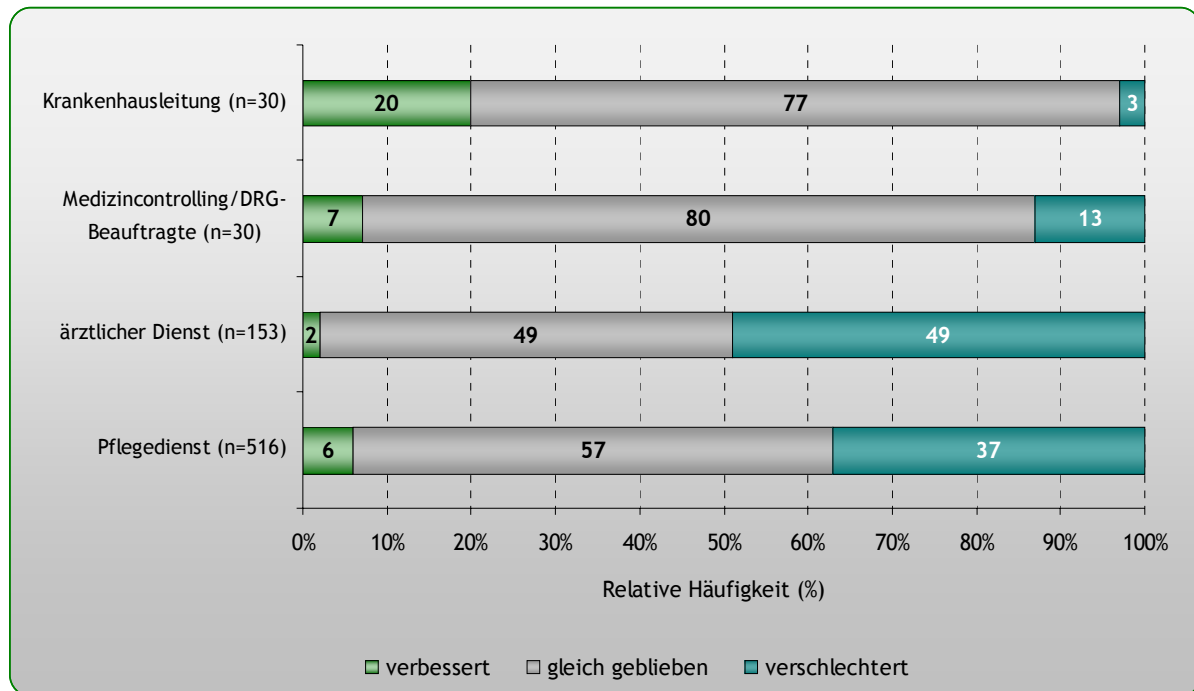


Abb. 2: Veränderung der Qualität der Patientenversorgung auf Grund der DRG-Einführung aus Sicht der Krankenhausleitung, des Medizincontrolling und den Mitarbeitern in den chirurgischen und internistischen Fachabteilungen im Krankenhaus.

Bei den Mitarbeitern auf chirurgischen und internistischen Stationen fällt das Urteil weniger positiv aus: für etwas mehr als die Hälfte (55%) ist die Qualität im Wesentlichen gleich geblieben, 40% sehen eine Verschlechterung. Unterschiede zeigen sich zwischen Ärzten und Pflegekräften: 51% der Ärzte sagen, die Qualität sei gleich geblieben oder habe sich sogar verbessert, während dies in der Pflege von 63% angegeben wird. Deutlich mehr Ärzte (49%) als Pflegekräfte (37%) sehen also eine Verschlechterung. Andererseits beurteilen die Ärzte die aktuelle Versorgungsqualität der eigenen Fachabteilung weit überwiegend als gut bis hervorragend, während die Pflegekräfte hier zurückhaltender sind (Abb. 3). Unabhängig von Versorgungsstufen und Fachbereichen wird demnach die aktuelle Versorgungsqualität von den Pflegenden kritischer beurteilt als von den Ärzten.

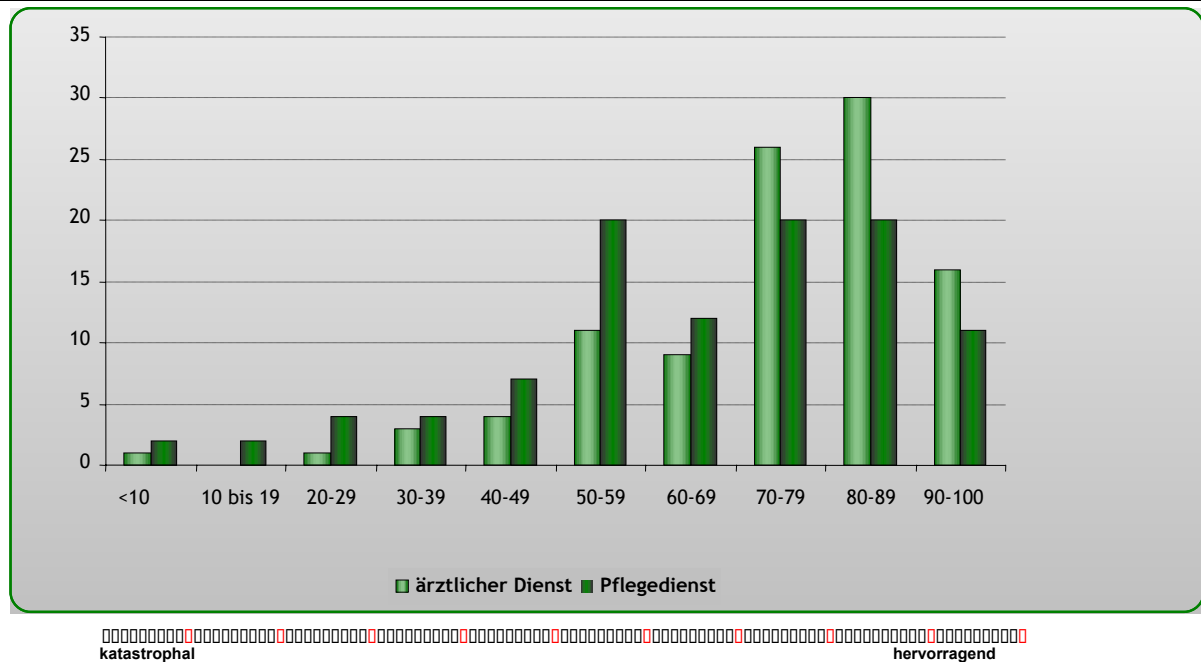


Abb. 3: Beurteilung der aktuellen Versorgungsqualität durch die Berufsgruppen im Krankenhaus

Die eingehende Diskussion dieses Befundes führte zu einem der überraschenden Ergebnisse der Studie: Die Pflegenden beurteilen die Qualität der Patientenversorgung tendenziell schlechter, weil sie eine höhere Erwartung an ihre eigene Leistung für die Patienten haben, und sich durch weniger zeitliche Zuwendung eher negativ einschätzen. Die Ärzte wiederum geben ihr Urteil vorwiegend unter dem Eindruck der kürzeren Verweildauer ab, die für sie selbst andere Anforderungen an die Entscheidungsprozesse und die Arbeitsorganisation auf den Zielzeitpunkt der Entlassung bedeutet. Indirekt erzeugen also traditionelles Berufsverständnis, kürzere Verweildauern und höhere Fallzahlen das Qualitätsurteil. Hier scheint sich in den letzten Jahren eine Diskrepanz zwischen professionellem Selbstverständnis, bisher etabliertem ärztlichen Organisationshabitus und erforderlichem prozessualen Denken und Handeln entwickelt zu haben - allenfalls getriggert, aber nicht ausgelöst durch DRG.

Ein sehr hoher Anteil der Patienten (83%) ist mit der Qualität der Krankenhausversorgung insgesamt zufrieden, 53% geben sogar mit 9 bzw. 10 Punkten die Höchstnoten. Diese sehr guten Bewertungen bestätigen zum einen das Phänomen einer häufig sehr hohen Patientenzufriedenheit, zum anderen mag mangelnde Motivation zu differenzierten Antworten eine Rolle gespielt haben. Häufig sind gerade ältere Patienten eher noch so eingestellt, Dinge auszuhalten und keine Kritik zu üben, also ein noch sehr traditionelles Patientenselbstverständnis.

Nur 44% der Zuweiser bewerten die Versorgungsqualität in den Krankenhäusern ihrer Umgebung als gut bis hervorragend - von allen Befragungsergebnissen die niedrigste Einschätzung des Qualitätsniveaus. 15% bewerten die Krankenhausqualität als schlecht, und mit 70% nehmen die einweisenden Ärzte am deutlichsten eine Verschlechterung der Qualität seit der DRG-Einführung wahr. Auch hierfür - analog zu den Krankenhausärzten - geben die Einweiser aber am häufigsten die frühere Entlassung oder die Entlassung am Wochenende an (23%), auf die weder die Patienten noch der ambulante Sektor vorbereitet sind. Vielfach kann also das Entlassungsmanagement noch nicht die kürzeren Verweildauern kompensieren, wie es durch optimale Überleitungsprozesse möglich wäre - auch dies kein unmittelbar DRG-attributabler Effekt.

In den Interviews mit 22 Experten aus Politik, Verbänden und Fachgesellschaften im Gesundheitswesen haben 16 übereinstimmend zum Ausdruck gebracht, dass die Qualität der Versorgung seit der DRG-Einführung im Wesentlichen gleich geblieben sei; drei sehen sogar eine Verbesserung. Lediglich drei Experten beobachten eine Verschlechterung der unmittelbaren Versorgungsqualität - wobei die Defizite, wie oben beschrieben, insbesondere der bislang nicht gelungenen Vernetzung zwischen stationärem und ambulantem Sektor geschuldet sind.



Für eine gezielte Selektion lukrativer Behandlungsfälle („Rosinenpickerei“) gibt es keine Belege. Die Krankenhausleitungen betonen übereinstimmend, dass sie einen Versorgungsauftrag zu erfüllen haben und Patienten nicht unbegründet abweisen. Die Leistungskennzahlen der Projektkrankenhäuser (Top 10- und teilweise Top 20-DRG von 2003 - 2007) bestätigen, dass mit Einführung der DRG Spezialisierungen und Schwerpunktbildungen erfolgten, aber keine Patientenauswahl. Sofern Patienten im Einzelfall nicht aufgenommen werden können, sind Bettenmangel oder personelle Engpässe die Gründe.

Das Phänomen einer systematischen „blutigen Entlassung“ kann nicht belegt werden. Sowohl in den Projektkrankenhäusern (im Mittel 8,2 Tage im Jahr 2000 → 7,4 Tage im Jahr 2007) als auch in Niedersachsen (9,9 → 7,8 Tage) zeigt sich ein kontinuierlicher Rückgang der stationären Verweildauer, also unabhängig von DRG. Gleichzeitig hat die Zahl der ambulanten Operationen in den Krankenhäusern erheblich zugenommen. Ärzte und Pflegende beurteilen den Zeitpunkt der Entlassung unterschiedlich: Ärzte eher zu kurz („Arztbrief noch nicht fertig“), Pflegende eher zu lang („Patient könnte eigentlich nach Hause gehen“). Die Patienten bewerten den Entlassungszeitpunkt als „genau richtig“ (82%). DRG haben somit nicht zu systematisch verkürzten Krankenhausaufenthalten geführt.

Eine Zunahme ungeplanter Wiederaufnahmen („Drehtüreffekt“) im Zuge der DRG-Einführung ist nicht nachweisbar. Trotz kürzerer Verweildauern ist die Rate von Wiederaufnahmen zur gleichen Diagnose mit 1,2% bis 1,6% über die Jahre konstant. Dies entspricht der internationalen Literatur. „Echte“ Wiederaufnahmen aufgrund unerwarteter Komplikationen betragen <1%.

Die Krankenhäuser haben die essentiellen Voraussetzungen für die operative Umsetzung des DRG-Systems geschaffen; eine zukunftsfähige strategische Ausrichtung sowie eine durchgängige Prozessgestaltung ist nur zum Teil umgesetzt worden. Für die Hälfte der Krankenhäuser war die DRG-Einführung allein kein Anlass zur strategischen Neuausrichtung: insbesondere für Krankenhäuser der Maximalversorgung als große Unternehmen spielen andere Gründe als die DRG-Einführung die entscheidende Rolle, Strategien zu ändern und sich entsprechend den zu erwartenden Rahmenbedingungen zu positionieren. Demgegenüber hat Hälfte der Schwerpunktkrankenhäuser die DRG-Einführung als Treiber für Strategieveränderung genutzt und sich auch ökonomisch erfolgreich behauptet. Eine durchgängige Gestaltung und Optimierung der Behandlungsabläufe ist bisher nur in der Hälfte der Krankenhäuser umgesetzt worden, immerhin haben aber 80% das Entlassungsmanagement verbessert.

Die Arbeitsbedingungen haben sich im Zuge der DRG-Einführung verändert, wobei der Dokumentations- und Kodieraufwand überschätzt wird. Neue Teamstrukturen (15%), veränderte Arbeitsinhalte (rund 30%) und arbeitsteiliges Arbeiten (<10%) spielen weniger eine Rolle als Arbeitsverdichtung (35%) und hoher Dokumentationsaufwand (gut 60%). Wenngleich letzterer praktisch von allen Berufen beklagt wird, belegen die Zahlen, dass mit 42% der größte Anteil von Ärzten und Pflegenden nur bis zu 10% der Arbeitszeit mit DRG-Dokumentation und Kodierung verbringt. Es wird auch zu wenig reflektiert, dass Dokumentation ein elementarer Teil der Berufsausübung am Patienten ist. Die Arztzahlen (Vollkräfte) haben seit der DRG-Einführung um 6% zugenommen, in den chirurgischen und internistischen Fachabteilungen sogar um 15%, in den Schwerpunktkrankenhäusern um 20%. Demgegenüber wurde im Bereich der Pflege rund 10% Personal abgebaut. Den neuen Anforderungen an die Arbeitsorganisation unter Effizienzgesichtspunkten (Verweildauerverkürzung und Fallzahlsteigerung) ist - siehe oben - nicht überall durch konsequent umgesetzte Prozessorientierung begegnet worden. Erstmals kann nun mit Zahlen belegt werden, dass dies der richtige Weg ist: am Beispiel „Erreichbarkeit für die Patienten“ zeigen die Krankenhäuser mit Prozessorientierung deutlich bessere Ergebnisse (Abb. 4).

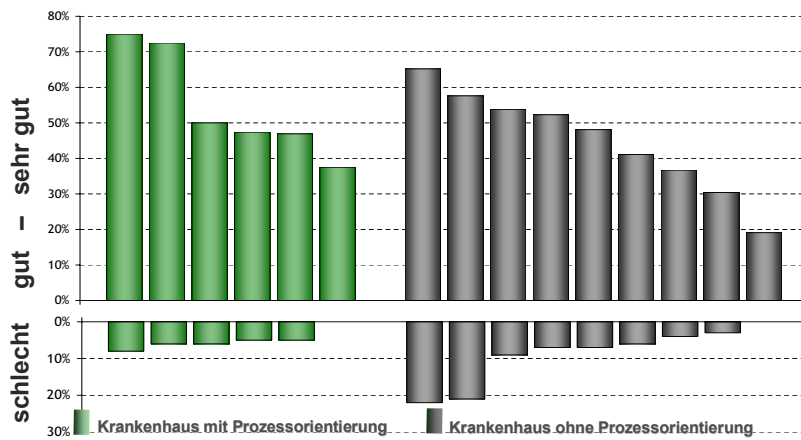


Abb. 4: Einschätzung der Mitarbeiter ihrer eigenen Erreichbarkeit und Ansprechbarkeit für die Patienten in Krankenhäusern mit und ohne Prozessorientierung.

Die mittleren und großen Krankenhäuser sind auch unter DRG-Bedingungen überwiegend ökonomisch erfolgreich, weil sie die Möglichkeiten zur strategischen Neuausrichtung nutzen können, während dies für die kleineren Krankenhäuser deutlich schwieriger ist. 16 der 30 Krankenhäuser gaben eine kostendeckende bzw. zufriedenstellende Erlössituation an, und 12 zudem einen positiven Trend (Tab. 2). Bei konsequenter strategischer Entwicklung sind also durchaus ökonomische Erfolge zu verzeichnen, dies ist aber für die kleineren Krankenhäuser wegen geringer Fallzahlen und der eingeschränkten Möglichkeit zur Spezialisierung deutlich schwieriger. Auch die einweisenden Ärzte registrieren finanzielle Auswirkungen seit der DRG-Einführung: knapp die Hälfte gibt höhere Ausgaben für poststationäre Behandlung (Verbandwechsel, Hausbesuche, Medikation, Therapie u.a.m.) an. Auch hier ist die kontinuierliche Verweildauerverkürzung Auslöser dieser Verschiebung in den ambulanten Sektor, nicht jedoch die DRG-Einführung an sich.

Versorgungsstufe	Erlös kostendeckend	Trend			gesamt
		Plus	Gleich	Minus	
Maximalversorgung (n=6)	ja	3	1	1	5 83%
	nein	1			1 17%
Schwerpunktversorgung (n=8)	ja	4	2		6 75%
	nein	1		1	2 26%
Grundversorgung (n=16)	ja	2	2	1	5 31%
	nein	1	2	8	11 69%

Tabelle 2: Erlössituation und finanzieller Trend in den Krankenhäusern (2007)



Fazit

Aus den umfangreichen Analysen auf der Basis der 30 repräsentativ ausgewählten Krankenhäusern kann folgendes Fazit gezogen werden:

- Die politische Zielsetzung, mit dem Instrument eines pauschalierten Entgeltsystems für die stationäre Versorgung eine nachhaltige Veränderungsdynamik, eine weitreichende Strukturveränderung der Krankenhauslandschaft anzustoßen (Wirtschaftlichkeit - Transparenz - Qualität), ist (bislang) nur in Ansätzen erreicht worden - die Veränderungsresistenz in Deutschland ist beachtenswert, die Ablösung von alten Konzepten fällt schwer.
- Auf die Herausforderung der Effizienz- und Qualitätssteigerung ist in den Krankenhäusern nicht im erforderlichen Umfang und mit der erforderlichen Konsequenz mit durchgängiger Prozessgestaltung reagiert worden - das Potential der zielgerichteten Prozessorientierung mit Vorteilen für die Organisationen, Professionals, Patienten und Qualität wurde (noch) nicht ausgeschöpft.
- Wenn ein DRG-attributabler „Kollateralschaden“ zu konstatieren ist, dann an der Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Versorgung: bei Einführung der DRG ist versäumt worden, Zuständigkeiten und Finanzierungsmodalitäten für eine durchgängige, sektorübergreifende Patientenversorgung festzulegen; die ohnehin vorhandene Problematik sektoral getrennter Versorgungsbereiche hat sich durch die Verweildauerverkürzung noch verstärkt.
- Ein großer Teil der echten und der empfundenen Probleme im Zusammenhang mit der DRG-Einführung wird bei den Professionals durch ein nicht den aktuellen Anforderungen entsprechendes, traditionelles Berufsbild hervorgerufen; weder sind sie auf neue Rollen, Versorgungserfordernisse und teamorientierte Zusammenarbeit vorbereitet, noch werden sie adäquat unterstützt. Dies gilt sowohl im ambulanten wie im stationären Sektor.
- Die Patienten sind (wie es im Wort selbst impliziert wird) immer noch geduldig: sie sind mit der Behandlungsleistung und den Ergebnissen im Großen und Ganzen zufrieden; hier bleibt abzuwarten, inwieweit dieses traditionelle Patientenverständnis, noch wenig fordernd, informiert und mitentscheidungsfähig, die traditionell gestalteten Versorgungsabläufe und die noch nicht optimalen Überleitungsprozesse toleriert.

Aus diesem Fazit zu DRG-induzierten Veränderungen und ihren Auswirkungen auf Organisationen, Professionals, Patienten und Qualität ergibt sich somit folgender Handlungsbedarf:

- Krankenhäuser müssen ihre Strategie stärker an den prioritären Zielen einer effizienten und qualitätsorientierten Patientenversorgung ausrichten. Qualität als künftig wichtiges Alleinstellungsmerkmal und Transparenz über das Leistungsgeschehen werden dies erfordern. Prozessorientierung muss - soweit noch nicht umfassend geschehen - intern und für die externen Kooperationspartner sektorübergreifend aktiv vorangetrieben werden.
- Auf der Ebene der berufsständischen Organisationen muss daraufhin gearbeitet werden, dass das professionelle Selbstverständnis von Ärzten, Pflegenden und weiteren Gesundheitsberufe nicht so sehr von einem allumfassenden Qualitätsanspruch geprägt wird, sondern Qualität und Wirtschaftlichkeit als einander bedingende Komponenten der Patientenversorgung verstanden werden. Dementsprechend müssen Ausbildungsgänge und deren Inhalte diesen aktuellen Anforderungen entsprechend gestaltet werden.
- Die gesundheitspolitische Ebene muss bei der Weiterentwicklung des Gesundheitssystems - analog zu den Eckpfeilern Wirtschaftlichkeit, Transparenz und Qualität – den mit der DRG-Einführung verfolgten Weg konsequent weiter verfolgen. Dazu müssen die aus der sektoralen Trennung resultierenden Probleme gelöst werden und qualitätsorientierte Finanzströme so gelenkt werden, dass eine qualitativ hochwertige und patientenzentrierte Versorgung die Zukunft bestimmt.