

Auswertung des BMG-Fragenkatalogs zu den Erfahrungen mit der DRG-Einführung

Das Krankenhausfinanzierungsrecht regelt die Einführung und Weiterentwicklung des DRG-Vergütungssystems im Krankenhausbereich bis zum Jahresende 2008. Die ordnungspolitischen Rahmenbedingungen für die Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 sollen durch ein Gesetz, das voraussichtlich zum 1. Januar 2009 in Kraft treten wird, geschaffen werden. Zur Vorbereitung dieses Gesetzes haben bei Bund, Ländern und Verbänden entsprechende Diskussionen begonnen.

Wichtig für anstehende Entscheidungen ist die Frage, wie sich das neue DRG-Vergütungssystem bisher ausgewirkt hat. Da nach einer budgetneutralen Einführungsphase in den Jahren 2003 und 2004 die ökonomischen Auswirkungen des Systems erst im Jahr 2005 mit einer schrittweisen Angleichung der bisher krankenhaushausindividuellen Basisfallwerte (Budgets) an ein einheitliches Preisniveau auf Landesebene begonnen haben (Konvergenzphase), liegen auswertbare quantitative Daten für alle DRG-Krankenhäuser grundsätzlich nur für dieses erste Jahr der ökonomisch wirksamen DRG-Anwendung vor. Die vom Gesetzgeber vorgeschriebene Begleitforschung, die durch die für das DRG-System zuständigen Selbstverwaltungspartner nach § 17b Abs. 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) durchzuführen ist (§ 17b Abs. 8 KHG), ist erst noch zu vergeben, so dass daraus keine Informationen zur Verfügung stehen.

Vor diesem Hintergrund hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) mit Schreiben vom 23. März 2007 eine Umfrage insbesondere bei Verbänden von Krankenhäusern, Krankenkassen und der Krankenpflege, der Bundesärztekammer, den medizinischen Fachgesellschaften und der Arzneimittel- und Medizinprodukteindustrie durchgeführt, mit der Erfahrungen über die DRG-Einführung und deren erste Auswirkungen erhoben werden sollten.

Angesichts des Umfangs der Rückmeldungen, der auch durch Einzelrückmeldungen vieler medizinischer Fachgesellschaften bedingt ist, ist eine Zusammenfassung unverzichtbar. Zudem wurden die Antworten im Hinblick auf die Vielzahl an Ausführungen zu Detailfragen, die für die Systementwicklung von Interesse sind, dem DRG-Institut der Selbstverwaltungspartner (InEK) zur Verfügung gestellt.

Bei der nachfolgenden Zusammenfassung werden die eingegangenen Stellungnahmen unverändert und ungeprüft auf ihren Wahrheitsgehalt wiedergegeben. Die Stellungnahmen stellen Einschätzungen und Meinungsäußerungen aus der Sicht der jeweiligen Verbände und ihrer Mitglieder dar. Bei den Antworten werden die dem DRG-System zuzurechnenden Wirkungen nicht immer getrennt von anderen Einflussfaktoren, z. B. die allgemeine Begrenzung der Ressourcen durch den Grundsatz der Beitragssatzstabilität, die Dokumentationsanforderungen in Folge der Qualitätssicherung und Änderungen durch das GKV-WSG (Gesundheitsreform 2007). Da die Antworten zudem häufig keinen Anspruch auf Repräsentativität erheben können, sind sie eher als Stimmungsbilder einzelner Institutionen und Personen einzustufen. Auch werden positive Entwicklungen in der Regel nicht oder nicht so umfangreich dargestellt wie einzelne kritisch angesehene Wirkungen der DRG-Einführung. Gleichwohl zeigen sie eingetretene Veränderungen und bestehende oder empfundene Problemfel-

der im Bereich der Krankenhausversorgung sowie Auswirkungen auf angrenzende Sektoren auf. Vor diesem Hintergrund sind im Rahmen des „lernenden Systems“ der DRG-Einführung die für die Einführung zuständigen Selbstverwaltungspartner nach § 17b Abs. 2 KHG aufgefordert, den aufgezeigten Handlungsbedarf zu prüfen. Dies gilt insbesondere für die Weiterentwicklung des DRG-Kataloges, die Weiterentwicklung und Anwendung der Abrechnungs- und Kodierregeln oder für die Umsetzung des Verfahrens zur Integration von Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Im Zusammenhang mit dem anstehenden Gesetzgebungsverfahren zur Ausgestaltung der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 wird zudem über ggf. bestehende gesetzgeberische Handlungsbedarfe zu diskutieren sein.

Das BMG hat seinen Fragebogen an folgende Verbände und Institutionen versandt: die DRG-Einführung zuständigen Selbstverwaltungspartner (DKG, GKV, PKV), Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), Verband der Krankenhausedirektoren (VKD), Verband der Universitätskliniken (VUD), Deutscher Pflegerat (DPR), Bundesärztekammer (BÄK), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Spitzenorganisationen der pharmazeutischen Industrie und der Industrie für Medizinprodukte (BPI, VFA, BAH; BVMed), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (DVfR), Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), Deutscher Behindertenrat (DBR), BundesArbeitsGemeinschaft der PatientInnenstellen und -initiativen (BAGP), Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (DAG SHG), Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv), Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung (GQMG), Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Die Antworten wurden bis 15. Mai 2007 erbeten. Bis Mitte Juni 2007 lagen von KBV, BAH, BAR, DBR, BAGP, DAG SHG und GQMG keine Rückmeldungen vor.

Auf die kursiv abgedruckten Fragen wurden folgende wesentliche Antworten gegeben:

I. DRG-System allgemein

1. *Wie beurteilen Sie die **Akzeptanz und Zufriedenheit** mit dem DRG-System und mit dem bisher verlaufenen Einführungsprozess?*

Zusammenfassung: Insgesamt sind Akzeptanz und Zufriedenheit mit dem DRG-System und dem bisherigen Einführungsprozess hoch. Kritisch werden insbesondere der angestiegene Dokumentationsaufwand, die Arbeitsverdichtung, die Zahl der Anfragen von Krankenkassen und MDK-Prüfungen sowie die erreichte Komplexität des Systems eingestuft.

GKV und **PKV** heben hervor, dass das DRG-System und die Arbeit des InEK grundsätzlich akzeptiert seien. Dem Argument der „blutigen Entlassungen“ sei von vornherein durch die untere Grenzverweildauer begegnet worden. Informationen, dass Patienten signifikant schlechter behandelt würden, lägen nicht vor. Die DRG-Einführung sei unter Versorgungsgesichtspunkten erfolgreich verlaufen.

Die **DKG** sieht generell eine breite Zustimmung, wobei Akzeptanz und Zustimmung aus Sicht der Gewinner und Verlierer naturgemäß differenziert betrachtet würden. Der Einführungsprozess sei aufgrund der Anstrengungen der Krankenhäuser weitestgehend reibungslos von statten gegangen. Die DKG weist auf den erheblichen Umstellungsaufwand der Krankenhäuser und insbesondere den erhöhten Kodieraufwand des ärztlichen Personals hin. Auf Akzeptanzprobleme aufgrund eines erhöhten administrativen Aufwands (u. a. wegen intensi-

viertem Kodieraufwand, vermehrten MDK-Prüfungen) weisen auch **VKD** und **VUD** hin. Der **VKD** unterstreicht zudem, dass komplexe Fälle (Kostenausreißer) häufig nicht sachgerecht abgebildet seien. Der **VUD** führt aus, dass nach anfänglichen erheblichen Akzeptanzproblemen mit dem DRG-System das Vertrauen der Universitätsklinik durch die erreichten Systemverbesserungen gewachsen sei. Das System sei von den Klinikleitungen nunmehr in seinen Grundzügen weitgehend akzeptiert. Kritisch sei jedoch der überproportionale Schulungs- und Investitionsbedarf im IT-Bereich.

Die **BÄK** stellt fest, dass der „Einführungsprozess des DRG-Systems [...] unter Berücksichtigung der Komplexität der Umstellung des Finanzsystems überwiegend stabil“ verlief. Das Grundprinzip des „lernenden Systems“ habe die Akzeptanz deutlich gesteigert. Auch die Möglichkeit des kontinuierlichen Dialogs zur jährlichen Weiterentwicklung des DRG-Systems habe sich als Ziel führend erwiesen. Angesichts der Umsetzungsprobleme im klinischen Alltag (u. a. sehr hohe Arbeitsbelastungen durch Schulungen, Dokumentationen, Kodierungen, Beteiligung an Budgetverhandlungen) könne aber noch von keiner Zufriedenheit die Rede sein. Positiv seien Ansätze, in Kliniken Ärztinnen und Ärzten „wieder vermehrt eine vorwiegend medizinische Tätigkeit zu ermöglichen“. Bei der gesetzlich vorgeschriebenen Begleitforschung durch die Selbstverwaltungspartner wird angesichts der „in nicht ausreichender Form“ vorliegenden Zwischenergebnisse „noch erheblicher Verbesserungsbedarf“ gesehen.

Der **DPR** geht davon aus, dass sich die Arbeitszufriedenheit im Pflegebereich durch die DRG-Einführung eher negativ entwickelt (Stellenabbau, steigende Arbeitsbelastung, Arbeitsverdichtung). Im Ergebnis habe die „Akzeptanz und Zufriedenheit aus der Perspektive der Pflege stark abgenommen“. Es sei eine Abwertung der Pflege zu befürchten. Pflegetätigkeiten und Tätigkeiten im Bereich der Pflegedokumentation und -organisation hätten abgenommen, wogegen Unterstützungsleistungen der Pflege für den ärztlichen Bereich zugenommen hätten.

Der **BVMed** hebt hervor, dass medizin-technologische Standard-Prozesse in der Regel im DRG-System integriert seien, wogegen innovative Verfahren oftmals unzureichend abgebildet seien. Die zunehmende Transparenz im DRG-System führe zu einem erheblichen Preisdruck auf Sachleistungen. Dies habe negative Folgen für die Patientenversorgung (fortschrittliche Technologien würden nur noch eingeschränkt verwendet). Es bestehe die Gefahr, dass mit Blick auf das betriebswirtschaftliche Ergebnis nicht mehr die Qualität von Produkten das maßgebliche Entscheidungskriterium sei.

Der **BPI** erkennt trotz Anmerkungen zu Verbesserungen im Detail an, dass „den Regelungslücken des Systems mittels eines Zusatzentgelt-Katalogs flexibel begegnet wurde und die Versorgung des Patienten mit teuren Arzneimitteln im ökonomischen Kontext dadurch entspannt werden konnte“. Auch nach Einschätzung des **VFA** hat sich die DRG-Einführung „rückblickend grundsätzlich bewährt“. Hierzu habe u. a. die immer bessere Ausdifferenzierung des Entgeltsystems beigetragen.

Die Rückmeldungen der **Medizinischen Fachgesellschaften** umfassen ein weitgestecktes Feld von „Akzeptanz des Systems in dieser Form und Durchführung schlecht, Zufriedenheit sehr mäßig bis ungenügend“, „immer noch geringer“ Akzeptanz und Zufriedenheit, „notgedrungenere Akzeptanz“, „Akzeptanz der Ärzte nur begrenzt aber zunehmend zu registrieren“ über „trotz ausgeprägter anfänglicher Bedenken und Unsicherheiten [...] nun [...] gute Akzeptanz und Zufriedenheit“, „nach Anfangsschwierigkeiten nunmehr akzeptiert und in den klinischen Alltag integriert“, „gute Akzeptanz und Zufriedenheit“, „zweifelloso gewisse Vorteile für die Krankenhäuser und die dort tätigen Ärzte“ bis hin zu „hoher Akzeptanz und ausreichende Zufriedenheit“, Akzeptanz, „da es prinzipiell Leistungsgerechtigkeit ermöglicht“. „Insgesamt muss aber gesagt werden, dass wahrscheinlich die Akzeptanz des DRG-Systems im einzelnen Krankenhaus bzw. in der einzelnen Abteilung auch stark davon abhängig ist, inwieweit

die jeweilige ärztliche Führungsebene die Notwendigkeit von ökonomisch orientiertem Handeln sieht und auf eine richtige, vollständige und konsistente DRG-Dokumentation Wert legt.“ **Kritisch** sei insbesondere eine hohe ärztliche Belastung durch ständig wachsende Dokumentationspflichten. Im Zusammenhang mit der Kodierung wird eine „deutliche Verlagerung der Verwaltungsaufgaben in den Bereich der ärztlichen Tätigkeit“ beklagt, die zu Lasten der Patientenversorgung gehe. Der Preis für die höhere Abbildungsgenauigkeit des DRG-Systems ist im Vergleich zu den tagesgleichen Pflegesätzen der BpflV „wesentlich höherer personeller, zeitlicher und technischer Aufwand“. Beklagt werden Belastungen, die aus einer Zunahme von Auseinandersetzungen mit den Kostenträgern (u. a. Kassenanfragen, MDK-Prüfungen) resultierten: „Bei ohnehin kurzen Liegezeiten werden bei Tangieren der unteren Grenzverweildauer durch die Kostenträger erhebliche Eingriffe in den Behandlungsablauf versucht, die auf eine weitere Verweildauerreduktion – und damit auf die Realisierung eines Abschlags – abzielen. In diesem Zuge hat auch die Bearbeitung von Einzelfallprüfungen nach § 17c durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) stark zugenommen.“ Der Druck werde erhöht, da durch Benchmarking die Konkurrenz innerhalb und außerhalb eines Krankenhauses wachse. Durch die gestiegene Komplexität des Gesamtsystems würde zunehmend die Anwenderfreundlichkeit leiden. Die „weitere Detaillierung des Systems“ führe dazu, „dass am Schluss in einer DRG sehr unterschiedliche Leistungen abgebildet“ würden, so dass internen Transparenz- und Steuerungsbemühungen der Klinika zunehmend die Basis genommen werde. Mit dem Ziel, das DRG-System nicht zu überfrachten, sei bei schwer abbildbaren Bereichen eine Finanzierung über alternative oder additive Vergütungselemente zu fordern. Kritisch wird auch eine langsame Reaktionsfähigkeit des DRG-Systems beurteilt, wodurch viele Krankenhäuser an den Rand ihrer Finanzierungsmöglichkeiten gebracht würden.

Positiv angemerkt wird, dass die Einführung relativ reibungslos von statten ging und die medizinischen Verbesserungsvorschläge gut berücksichtigt wurden. Es würde eine „wesentlich sachgerechtere Leistungs-Erlös-Relation“ bzw. „höhere Abrechnungsgenauigkeit des DRG-Systems gegenüber einer Abrechnung nach Pflögetagen“ erreicht, u. a. im Bereich der Onkologie. Durch das DRG-System wird ein „intensiver Dialog zwischen der ärztlichen Seite und der Verwaltung“ notwendig, was im Sinne einer vermehrten Kooperation als positiv angesehen werden kann.“ Mit der Einführung des DRG-Systems hat „mehr Objektivität und Vergleichbarkeit“ in die Leistungsstrukturen und deren Finanzierung Einzug gehalten“.

2. *Wie beurteilen Sie **Struktur, Differenzierungsgrad und Abbildungsgenauigkeit** des Entgeltsystems? Bitte berücksichtigen Sie bei Ihrer Antwort neben den DRG-Fallpauschalen und den Zusatzentgelten auch die Möglichkeiten zur Vereinbarung krankenhausindividueller Entgelte und von Innovationsentgelten.*

Zusammenfassung: Die Abbildungsgenauigkeit des Entgeltsystems wird seit seiner Einführung in Deutschland als erheblich verbessert eingestuft. Dies gilt insbesondere für Leistungen der Maximal- und Spezialversorgung. Zugleich wird hier jedoch in einzelnen Fachgebieten weiterer Entwicklungsbedarf gesehen. Differenzierungsgrad und Abbildungsgenauigkeit werden in bestimmten Bereichen als unzureichend eingestuft, in anderen als zu differenziert. Kritisch werden die erreichte Komplexität des Entgeltsystems und die Umsetzung von krankenhausindividuellen Entgeltvereinbarungen in der Praxis bewertet. Vielfach wird gefordert, dass das Entgeltsystem neben einer ökonomischen Homogenität u. a. für Planungs- und Qualitätssicherungszwecke auch eine medizinische Homogenität haben müsse. Dies sei derzeit oftmals nicht gewährleistet.

GKV und **PKV** beklagen, dass der Differenzierungsgrad des von den Selbstverwaltungspartnern vereinbarten DRG-Systems mittlerweile eher in Richtung einer Einzelleistungsvergütung gehe. Übersichtlichkeit und Handhabbarkeit des Systems gingen verloren. Insbesondere die Vielzahl an krankenhausindividuellen Entgelten sowie die hohe Anzahl an Zuschlägen würde zu einer Intransparenz und mangelnden Vergleichbarkeit führen. Die starke Zunahme der DRGs in den letzten Jahren habe nicht zu einer nennenswerten Zunahme der Varianzreduktion geführt. Der **IKK-Bundesverband** weist zusätzlich darauf hin, dass sich mit der jährlichen Fortschreibung die Anzahl der Entgelte und damit die Abbildungsgenauigkeit ständig verbessert habe. Darüber hinaus würden Besonderheiten über die Zusatzentgelte gesondert berücksichtigt. Vor diesem Hintergrund müsse mit der Vereinbarung krankenhausindividueller Entgelte sehr zurückhaltend umgegangen werden. Innovationen könnten durch das Verfahren zu Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB-Verfahren) zeitnah ins System eingebracht und umgesetzt werden. Das NUB-Verfahren sei geeignet, um zwischen Scheininnovationen und tatsächlichen Verbesserungen zu unterscheiden.

DKG, **VKD** und **VUD** führen aus, dass erhebliche Fortschritte bei der Abbildungsqualität des DRG-Systems gemacht wurden. Die DKG benennt Anstrengungen zur Abbildung hochkomplexer Behandlungen, von Mehrfachleistungen und spezialisierten Versorgungsformen, die gute Resultate erzielt hätten. Zusatzentgelte seien ein wichtiges flankierendes Vergütungselement zur sachgerechten Finanzierung von klassifikatorisch nur schwer abbildbaren teuren Leistungen. Die Möglichkeit zur Vereinbarung von Innovationsentgelten stelle ein wichtiges Verfahren zur Integration von Innovationen in das DRG-System dar. Der VUD moniert jedoch, dass die Vereinbarung von Innovationsentgelten in der „praktischen Umsetzung oft an der Blockade der Kostenträger vor Ort“ scheitere (auch: DPR, BVMed). Trotz des insgesamt guten Entwicklungsgrades seien in einigen Teilbereichen noch weitere Verbesserungen des DRG-Systems erforderlich (z. B. hochteure Behandlungsfälle, Intensivmedizin, Mehrfacheingriffe, spezialisierte Fachbereiche, Weiterentwicklungspotential bei den Zusatzentgelten). Besondere Herausforderungen sehen DKG, VKD und VUD bei der Anpassung der hochkomplexen Schweregradmatrix (CC-Matrix) an deutsche Verhältnisse. Öffnungsklauseln für die Vereinbarung krankenhausindividueller Entgelte sind nach Einschätzung von DKG, VKD und VUD weiterhin unerlässlich. In der Qualität der Kalkulation seien weitere Fortschritte erforderlich. Der VUD fordert mit Blick auf die steigende Komplexität des Entgeltsystems und die zunehmende Differenzierung von Diagnosen und Prozeduren, die immer geringere Anteile am Umsatz der Krankenhäuser ausmachen, „insbesondere für relativ seltene, extrem teure oder neuartige Therapien alternative Konzepte zur Vergütung außerhalb des DRG-Systems“ zu prüfen (ähnlich: BÄK). Die „hochgradig differenzierte Kindermedizin an den Universitätsklinika“ sei dauerhaft nur über den Status als Besondere Einrichtung möglich. Bei der Vereinbarung von Zu- und Abschlägen moniert der VUD dringend zu behebende Defizite, z. B. bestehe für die ärztliche Weiterbildung nach wie vor keine Zuschlagslösung, die Abschläge für die Nicht-Teilnahme an der Notfallversorgung würden unzureichend genutzt (z. B. keine Differenzierung nach der Intensität der Teilnahme an der Notfallversorgung): „Statt notwendiger Preisdifferenzierung findet jedoch Preisdeckelung auf möglichst niedrigem Niveau statt.“

Das **InEK** (DRG-Institut) weist darauf hin, dass Struktur, Differenzierungsgrad und Abbildungsgenauigkeit des Entgeltsystems durch die Realität vorgegeben seien. Normative Vorgaben sollten vermieden werden. Den größten Handlungsbedarf für die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems sieht das InEK für die DRG-Kataloge der Jahre 2008 und 2009 in der grundsätzlichen Analyse von Extremkostenfällen, die auch die Abbildung von seltenen hochaufwändigen Krankheitsbildern umfasst. Durch Verbesserungen im Kalkulationsverfahren wird die Entdeckung entsprechender Konstellationen unterstützt. Weitere Verbesserungen in der Abbildung werden u. a. im Bereich der Onkologie und der spezifischeren Leistungsbe-

schreibung in der Frührehabilitation angestrebt. Auch im Bereich der Pädiatrie wird eine Weiterentwicklung angestrebt. Es ist mit einer Aufwertung hochspezifischer Leistungen, bei jedoch gleichzeitiger Abwertung von Standardleistungen zu rechnen. Für die Zukunft geht das InEK von Folgendem aus: „Perspektivisch muss davon ausgegangen werden, dass eine jährliche Überprüfung und ggf. Anpassung des G-DRG-Kataloges weiterhin erforderlich ist, um den sich ständig wechselnden Behandlungsabläufen in den deutschen Krankenhäusern sowie der zügigen Integration von neuen Untersuchungs- und Behandlungsleistungen in das DRG-Vergütungssystem Rechnung zu tragen. Gleichwohl kann davon ausgegangen werden, dass die größten Umbauarbeiten am Klassifikationssystem abgeschlossen und das DRG-Vergütungssystem ab 2009/2010 eine gewisse Systemstabilität erreicht haben wird.“ Hinsichtlich der Möglichkeiten für krankenhausespezifische Entgelte (§ 6 Abs. 1 KHEntgG), gesonderte Zusatzentgelte für hochspezialisierte Leistungen (§ 6 Abs. 2a KHEntgG) sowie die Bestimmung von Besonderen Einrichtungen (§ 17b Abs. 1 Satz 15 KHG) „kann aus Systementwicklersicht festgehalten werden, dass die gesetzlichen Öffnungsregelungen richtig, sachgerecht und ausreichend sind.“ Angesichts dieser Öffnungsregeln sowie der verbesserten Abbildungsgenauigkeit des Entgeltsystems sieht das InEK keine Notwendigkeit für eine dauerhafte gesetzliche Ausnahme einzelner Fachgebiete. Dies gelte auch für die Versorgung von Kindern, die der „am intensivsten untersuchte Bereich mit entsprechenden Erfolgen in der Abbildungsgenauigkeit im Rahmen der Weiterentwicklung des DRG-Vergütungssystems“ sei.

Die **BÄK** stellt eine deutliche Verbesserung von Struktur, Differenzierungsgrad und Abbildungsgenauigkeit des Entgeltsystems fest. Bei der Abbildung von Extremkostenfällen, konservativen Leistungen und teilstationären Leistungen bestünde jedoch noch erheblicher Verbesserungsbedarf. Auch wenn das Instrument der krankenhausespezifischen Entgelte prinzipiell als positiv eingeschätzt wird, so würden die Rückmeldungen hierzu dennoch ergeben, „dass sich die Verhandlungen mit den lokalen Krankenkassen/Krankenkassenverbänden äußerst kompliziert und zeitaufwendig gestalten.“ Die Schaffung und Differenzierung der Zusatzentgelte wird zwar begrüßt, aber die damit „verbundene Dokumentation und Erfassung in den Kliniken bedarf einer deutlichen Verschlanung.“

Auch der **DPR** stellt eine zunehmend bessere Abbildung fest, weist aber andererseits darauf hin, dass die Struktur „jährlich schwieriger und undurchsichtiger“ würde. Besonders problematisch sei in diesem Zusammenhang die große Anzahl von Zusatzentgelten. Die Realisierung krankenhausespezifischer Vereinbarungen habe Grenzen: „Die Kalkulationen für individuelle Entgelte, die in Vorbereitung zu den Budgetverhandlungen durchgeführt werden, sind extrem aufwendig und werden im Rahmen der Verhandlungen durch Dumpingpreise wieder ausgehebelt.“

Der **BVMed** wendet sich gegen eine vollständig pauschalierte Abbildung von Medizintechnologien. Auch zukünftig müssten mit hohen Sachkosten verbundene Therapien differenziert dargestellt werden können. Hierzu würden krankenhausespezifische Entgelte eine sinnvolle Möglichkeit bieten. Die Innovationsregelung würde ihrer eigentlichen Funktion, die schnelle Einführung von Innovationen zu unterstützen, nur sehr eingeschränkt nachkommen, u. a. weil krankenhausespezifische Entgeltvereinbarungen durch langwierige Verhandlungen und Interessengegensätze erheblich behindert und blockiert würden.

Der **BPI** stellt fest, dass die jährliche Weiterentwicklung des G-DRG-Systems durch das InEK zu einer deutlich leistungsgerechteren Abbildung auch der Arzneimitteltherapie geführt hat. Kritisch sei jedoch, dass es zurzeit keine transparente, plausible Systematik für die Entwicklung von Zusatzentgelten bei Arzneimitteln in der jetzigen Form gebe. Die gewählten Dosierungsstufen würden in wichtigen Bereichen nicht der wissenschaftlichen und in der Fachinformation dokumentierten und geforderten Anweisung entsprechen; sie gefährdeten

die Arzneimittelsicherheit oder seien über „Medication Error“ ein Risiko. Trotz der immer besseren Ausdifferenzierung des Entgeltsystems sieht der **VFA** Defizite hinsichtlich des Einsatzes und der Vergütung neuer und insbesondere hochpreisiger Arzneimittel.

Auch die **Medizinischen Fachgesellschaften** sehen erhebliche Verbesserungen bei der Abbildungsgenauigkeit des Entgeltsystems. Das System der Zusatzentgelte und Innovationsentgelte habe zu einer deutlichen Abbildungsverbesserung bei den Maximalversorgern geführt. Sowohl der Umfang der bisherigen Verbesserungen als auch weiterhin bestehender Verbesserungsbedarf wird von den einzelnen Fachgesellschaften naturgemäß unterschiedlich eingestuft. Entwicklungsbedarf wird u. a. gesehen bei Extremkostenfällen, Frührehabilitation, komplexen Fällen in der Schädelbasischirurgie, Plastische- und Handchirurgie, Abbildung seltener und heterogener Fallkollektive.

Stichpunkte aus den Stellungnahmen der einzelnen Fachgesellschaften sind:

- Verbesserungsbedarf bei der Abgrenzung bestimmter Hauptdiagnosegruppen (MDCs).
- PCCL-Matrixsystem (Patientenbezogener Gesamtschweregrad) ist als negatives Strukturmerkmal anzusehen, „weil fast keine ICD-10 Diagnose eine Schlussfolgerung über den sich dahinter verbergenden Aufwand erlaubt“.
- „Die Struktur des Entgeltsystems trägt durch den modularen Aufbau in Erlösbudget und Erlössumme nicht zur Übersichtlichkeit und damit nicht zu einer endgültigen Vergleichbarkeit bei.“ Vorschlag: „Aufgabe der strikten Trennung der Entgeltmodule und Umrechnung aller Preise auf Relativgewichte“.
- Übersichtlichkeit des Systems hat durch die Zusammenfassung unterschiedlicher Leistungsinhalte in gemeinsame (kostenhomogene) DRGs gelitten, dies ist aufzulösen, auch wenn daraus 100 bis 200 zusätzliche DRGs entstehen.
- „Die Abbildungsgenauigkeit und Differenzierung des G-DRG-Systems hat über die Jahre stetig mit der Begleiterscheinung einer hohen Komplexität und eingeschränkter Nutzbarkeit für nicht abrechnungsgebundene Zwecke (Leistungs-/Bedarfsplanung, Qualitätssicherung) zugenommen“.
- Differenzierungsgrad und Abbildungsgenauigkeit sind in bestimmten Bereichen unzureichend, in anderen zu differenziert.
- „Eine wesentliche weitere Differenzierung (und damit Komplizierung) des Systems sollte besser nicht stattfinden“.
- „Dem klinisch tätigen Arzt ist die Komplexität des Entgeltsystems schwer zu vermitteln.“
- „Der Arbeitsaufwand und die Bindung ärztlicher Leistung an den Dokumentationsaufwand sind zu hoch und gehen der Patientenversorgung verloren.“
- Entgeltsystem ist „viel zu voluminös geworden“, statt der Abbildung „jedes kleinsten Details“ einzelner Fachrichtungen sei eine Opt-Out-Regelung erforderlich, um finanzielle Schäden von den Behandlern abzuhalten (Alternativ: Nutzung alternativer oder additiver Vergütungselemente zur Reduktion von Aufwandshomogenitäten).
- „Ungelöst ist die Abbildung einer Behandlung von zwei oder sogar mehr voneinander unabhängigen medizinischen Problemen, wenn diese nacheinander und ohne dazwischen liegende Entlassung erfolgt. Eine getrennte Behandlung der Einzelprobleme wäre wünschenswert.“
- „Hauptmanko ist und bleibt aber das Problem der fehlenden Ausgleichsmöglichkeiten für spezialisierte Fachrichtungen.“
- „Die Vereinbarung krankenhausesindividueller Entgelte ist theoretisch ein guter Ansatz, in der Praxis im Umgang mit den Krankenkassen außerordentlich schwierig und zeitaufwändig durchzusetzen.“ Ferner: „sehr komplex und mühsam und für einzelne Kranken-

häuser ohne entsprechende organisatorische bzw. logistische Unterstützung kurzfristig kaum umzusetzen“.

- „Die Innovationsentgelte sind im Prinzip wichtig, sie haben Relevanz allerdings praktisch nur für Universitätskliniken.“
- „Probleme der Vorhaltung und der flächendeckenden Versorgung werden sich auch längerfristig nicht über fallbezogene Vergütungselemente sachgerecht finanzieren lassen.“

3. Wie beurteilen Sie **Entwicklungsstand** und **Handhabbarkeit** der
- a) Abrechnungsregeln?
 - b) Kodierrichtlinien?
- Inwieweit sehen Sie Bedarf für Änderungen?

Zusammenfassung: Der Entwicklungsstand der Abrechnungsregeln und der Kodierrichtlinien wird als gefestigt und hinreichend ausdifferenziert eingeschätzt; die praktische Umsetzung sei mit erheblichem Aufwand verbunden. Die Abrechnungsregeln werden zwar als komplex eingestuft. Dies liege aber in der Natur der Sache eines leistungsorientierten Entgeltsystems. Aufgrund der EDV-Unterstützung würde sich der administrative Aufwand jedoch in Grenzen gehalten. Bei den Kodierrichtlinien wird eine „zunehmend strategische Auslegung“ beklagt. Hier wird Handlungsbedarf für eine übergeordnete Klärung strittiger Kodierungsfragen gesehen. Bei den Abrechnungsregeln wird Handlungsbedarf insbesondere hinsichtlich der Klärung des Komplikationsbegriffs gesehen, der für die Fallzusammenführung bei Komplikationen relevant ist.

GKV und **PKV** weisen darauf hin, dass die Abrechnungsregeln in den letzten zwei Jahren nur noch geringe Veränderungen erfahren haben; es zeige sich, dass das System „gefestigt und akzeptiert“ sein. Die Deutschen Kodierrichtlinien (DKR), die mit der Version 2007 inzwischen in der fünften Überarbeitung vorlägen, seien durch Vereinfachung und eine übersichtlichere Gestaltung im Entwicklungsverlauf anwenderfreundlicher geworden. „Das Kodieren von Diagnosen und Prozeduren ist nach fünf Jahren akzeptiert und gehört zum Alltag aller Anwender.“ Unnötige fachliche und medizinische Erläuterungen wie auch Überschneidungen mit der ICD-10-GM und dem OPS wurden gestrichen. Die Zahl der Kodierrichtlinien hat sich von 193 im Jahr 2004 auf 106 im Jahr 2007 vermindert. Eine weitere Straffung der Kodierrichtlinien werde angestrebt. Durch Klarstellungen in einigen problematischen Bereichen sei mehr Eindeutigkeit geschaffen worden, dennoch blieben Interpretationsspielräume, deren Verminderung jedoch langwierig sei.

Die **DKG** führt aus, dass sich die Abrechnungsbestimmungen im Allgemeinen bewährt haben und bei den Anwendern weitestgehend akzeptiert seien; **VUD** haben „einen guten Stand erreicht“. Das gelte u. a. für den Grundsatz der eigenständigen Abrechnung einer Fallpauschale, die Zu- und Abschlagsregelungen und die Regelungen beim krankenhauserinneren Wechsel zwischen den Entgeltbereichen sowie von voll- auf teilstationäre Behandlung. Ebenso habe sich mittlerweile bei den Vorgaben zur Fallzusammenführung bei Wiederaufnahmen und Rückverlegungen trotz ihrer Komplexität eine gewisse Routine eingestellt, auch wenn aus Gründen der Praktikabilität eine Vereinheitlichung in Verbindung mit einer Vereinfachung wünschenswert erscheine. Die bestehende Komplexität der Abrechnungsregeln sei systemimmanent durch die Zielsetzung der Leistungsorientierung sowie durch die Verhinderung von Fehlanreizen, die mit einem Fallpauschalensystem einhergehen. Bei aller Komplexität und Detailtiefe würde durch den Sachverhalt, dass die einzelnen Regelungen größtenteils EDV-gestützt umsetzbar seien, eine Begrenzung des administrativen Aufwands für die Anwender erreicht. Handlungsbedarf wird angesichts der fehlenden Defini-

tion des Komplikationsbegriffs bei der Wiederaufnahmeregelung bei Komplikationen gesehen. Hier bestünden in der Abrechnungspraxis erhebliche Probleme. Da „keinerlei Anzeichen dafür existierten, dass die vom Gesetzgeber mit der Einführung des Fallpauschalensystems befürchteten frühzeitigen („blutigen“) Entlassungen eingetreten sind“, könnten die Abrechnungsprobleme durch Streichung der gesetzlichen Vorgabe nach § 8 Abs. 5 KHEntgG zur Fallzusammenführung bei Wiederaufnahme von Patienten, die innerhalb der oberen Grenzverweildauer aufgrund einer Komplikation erneut in dasselbe Krankenhaus aufgenommen werden, vermieden werden.

Die Kodierrichtlinien haben nach Einschätzung der DKG eine kontinuierliche Weiterentwicklung erfahren und könnten insgesamt als praktikabel betrachtet werden. Die zunehmende Transparenz bezüglich der finanziellen Auswirkungen einzelner Kodiervorschriften führe zu einer zunehmend strategischen Auslegung der Kodierrichtlinien bei sich verschärfenden Abrechnungsprüfungen. Dies sei insofern kritisch, da Grundintention der Kodierrichtlinien die Gewährleistung einer einheitlich sachgerechten Abbildung stationärer Behandlungsfälle zu Vergütungszwecken sei. Die Abrechnungsprüfungen seien aber oftmals gekennzeichnet durch eine „neue und kreativ falsche Auslegung der Kodierrichtlinien mit dem Ziel, die Anzahl der Diagnosen und Prozeduren künstlich zu reduzieren“. Der **VUD** beklagt, dass die Kodierrichtlinien „noch zu unpräzise“ seien. Dies zeige sich daran, dass der MDK für die Abrechnungsprüfung zunehmend eigene umfangreiche Kodierregeln vorgebe: „Hier ist unklar, in welchem Verhältnis die MDK-Regeln zu den in der Selbstverwaltung konsentierten Regeln stehen.“ Der **VKD** moniert in diesem Zusammenhang einen hohen administrativen Aufwand für die Schulung und Beachtung der Kodierrichtlinien sowie durch Streitigkeiten mit den Krankenkassen und dem MDK. Der **VUD** sieht Verbesserungsbedarf bei der Abbildung aufwändiger Ausschlussdiagnostik.

Auch aus Sicht des **InEK** ist die Anwendung der Kodierrichtlinien in der Praxis verbesserungsbedürftig. Es führt aus: „Wenn es den Selbstverwaltungspartner nach § 17b KHG gelingt, beispielsweise ein Schlichtungsverfahren oder eine standardisierte Beantwortung strittiger Kodierungen zu etablieren, kann dem die Akzeptanz des G-DRG-Systems gefährdenden Problem begegnet werden.“

Die **BÄK** stuft die Abrechnungsregeln als relativ komplex ein, in der Regel seien weitere Erläuterungen erforderlich. Die Handhabung müsse vereinfacht und besser durchführbar gemacht werden (z. B. Wiederaufnahmeregelung). Bei den Kodierrichtlinien habe sich eine gewisse Praktikabilität der Umsetzung etabliert. Als „nicht akzeptabel“ wird die unterschiedliche Auslegung der Kodierrichtlinien eingestuft. „Insbesondere die neben den offiziellen DKR wiederholt im Umlauf befindlichen und nicht durch die Selbstverwaltungspartner konsentierten Kodierempfehlungen des MDK stehen hier zur Diskussion.“

Der **DPR** schätzt die Abrechnungsregeln und die Kodierrichtlinien als weitgehend stabil und die durchgeführten Änderungen als sinnvoll ein. Weiterer gravierender Änderungsbedarf wird nicht gesehen.

Der erreichte Entwicklungsstand der Abrechnungsregeln und Kodierrichtlinien wird von den **Medizinischen Fachgesellschaften** insgesamt als gut eingestuft. Die Handhabbarkeit leide jedoch oft unter der z. T. bestehenden Komplexität. Die in der Praxis entstandene zeitliche und personelle Ressourcenbindung wird kritisiert. Insbesondere werden im Zusammenhang mit den Kodierrichtlinien zeitintensive Auseinandersetzungen mit den Krankenkassen und dem MDK angeführt, die durch eine Orientierung an ökonomischen Gesichtspunkten statt an der medizinischen Sachlage resultieren würden. Bei den Kodierrichtlinien wird eine positive Entwicklungstendenz anerkannt, dennoch bestehen z. T. Änderungswünsche und Klarstellungsbedarf insbesondere dort, wo es gehäuft zu MDK-Begutachtungen kommt. Bei den Ab-

rechnungsregeln wird insbesondere Handlungsbedarf bei Definition und Handhabbarkeit des Komplikationsbegriffs gesehen.

Stichpunkte aus den Stellungnahmen der einzelnen Fachgesellschaften sind:

Abrechnungsregeln:

- „Die meisten Abrechnungsregeln haben sich bewährt“.
- „Die Abrechnungsregeln der Fallpauschalenvereinbarung sind in mehreren Punkten problematisch und sollten überarbeitet werden“, z. B. nicht ausreichende Definition des Komplikationsbegriffs bei der Fallzusammenführung.
- Beim Komplikationsbegriff „sollte ebenfalls an einer technischen und allgemeingültigen Lösung gearbeitet werden, die Auseinandersetzungen mit den Kostenträgern und klinischen Stellungnahmen für jeden Einzelfall vermeidet.“
- Die Wiederaufnahme bei Komplikationen ist schwierig vermittelbar. „Hier wurde von Seiten der Fachgesellschaft seit einigen Jahren beantragt, solche Aufenthalte oder Wiederaufnahmen aus der Zusammenführungsregel herauszunehmen, bei denen eine Wiederaufnahme in Folge einer adäquat durchgeführten Therapie, in der Regel einer Chemotherapie, eingetreten ist. [...] Eine Kodierbarkeit von „Wiederaufnahme wegen Nebenwirkungen“ bzw. von „Wiederaufnahme wegen Komplikation“ ist zudem nicht gegeben.“

Kodierrichtlinien:

- „Einige Richtlinien wurden lediglich in Hinweise der ICD 10 verlagert. So dass neben der Vereinfachung der Kodierrichtlinien eine Zunahme von Hinweisen in der ICD 10 existiert.“
- „Die Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) wurden bislang im Wesentlichen nur entschlackt, redaktionell überarbeitet und jeweils auf die neuen Klassifikationssysteme (ICD-10-GM und OPS) angepasst. Wesentliche Änderungen von Kodierprinzipien oder Klarstellungen von Grauzonen sind nicht erfolgt.“
- „Für den Bereich Orthopädie und Unfallchirurgie bestehen schon seit einigen Jahren keine speziellen Kodierregeln mehr, bzw. sind ausschließlich durch Hinweise, Inklusiva und Exklusiva in den jeweiligen Klassifikationen geregelt. Dies ist an vielen Stellen nicht ausreichend.“
- „Sämtliche Kodierempfehlungen und Kodierleitfäden stellen Interpretationen der DKR für konkrete Situationen dar und widersprechen sich gelegentlich. Eine Klarstellung über verbindliche Deutsche Kodierrichtlinien wäre sinnvoll.“
- Kodierrichtlinien würden „leider aber zunehmend durch die Kassenvertreter und den MDK [...] umgedeutet, so dass nicht mehr die medizinische Sachlage bestimmend dafür ist, was man kodieren darf, sondern das, was gerade aktuell die jeweils niedrigste vergütete DRG triggert.“
- „Die Kodierrichtlinien sollten evtl. dort ergänzt werden, wo es gehäuft zu Begutachtungen durch den MDK kommt.“
- Angesichts der Komplexität der Kodierung sollte geprüft werden, ob zumindest in Teilbereichen spezielle Kodierer eingesetzt werden sollten.
- Kritisiert wird, dass es kein Vorschlagsverfahren für die DKR gibt.

4. *Haben sich die Möglichkeiten der **Abrechnungsprüfung** bewährt?*

Zusammenfassung: Insgesamt ist festzustellen, dass die DRG-Einführung zu einem deutlichen Anstieg der Einzelfallprüfungen durch den MDK geführt hat. Von der Stichprobenprüfung wird demgegenüber nur wenig Gebrauch gemacht. Die Erklärungsansätze hierfür sind

unterschiedlich: Einerseits werden fehlende Möglichkeiten einer kassenspezifischen Realisierung der finanziellen Prüffolgen genannt (GKV) und andererseits der Umstand, dass für die Einzelfallprüfung im Gegensatz zur Stichprobenprüfung nur fragmentarische Verfahrensregelungen existierten (DKG). Von Seiten der Krankenhäuser, der Ärzteschaft und der Pflege wird dabei insbesondere der damit einhergehende zusätzliche Personal- und Zeitaufwand kritisiert, der nicht für die Patientenversorgung zur Verfügung stehe. Hinausgehend über die Maßnahmen des GKV-WSG wird insofern weiterhin Bedarf für eine Verminderung des damit einhergehenden Aufwandes gesehen, z. B. durch eine Vereinheitlichung des offensichtlich sehr unterschiedlichen Prüfgeschehens.

GKV und **PKV** führen aus, dass die Nutzung der Stichprobenprüfung nach § 17c KHG insbesondere durch „die fehlende kassenspezifische Möglichkeit, das Ergebnis der Prüfungen im Rahmen der nächsten Budgetverhandlungen hochzurechnen und entsprechende Rückforderungen geltend zu machen“ behindert werde. Die mit dem GKV-WSG vorgenommenen Änderungen der Einzelfallprüfung nach § 275 SGB V (Aufwandspauschale, sechswöchige Prüfeinleitungsfrist) werden als unangebracht kritisiert, da „Anteile des bürokratischen Aufwandes der Krankenhäuser auf das Rechnungslegungsverhalten der Krankenhäuser selbst zurückgehen“.

DKG, **VKD** und **VUD** monieren einen „enormen Anstieg“ der Zahl der Einzelfallprüfungen. Dies führe in den Krankenhäusern zu einem erhöhten Verwaltungsaufwand, höheren Kosten und einer starken Personalbindung. Kritisch sei zudem die Dauer der Prüfung und damit einhergehende Zahlungsverzögerungen. Die Einzelfallprüfung würde in der Regel anstelle der Stichprobenprüfung genutzt, da hier im Gegensatz zur Stichprobenprüfung nur fragmentarische Verfahrensregelungen existierten (auch: **VKD**). Mit dem GKV-WSG hätte der Gesetzgeber zwar die Problematik der intensiven Nutzung der Einzelfallprüfung erkannt, die ergriffenen Maßnahmen seien jedoch nicht ausreichend. Erforderlich sei u. a. die Verpflichtung zur Darlegung der prüfauslösenden Verdachtsmomente vor Prüfeinleitung, die Vorgabe eines Facharztstandards für den MDK-Prüfarzt sowie die Verpflichtung des MDK auf die Vereinbarungen nach § 112 Abs. 2 SGB V und die Empfehlungen zu § 17c KHG. Der **VKD** kritisiert, dass in einzelnen Ländern mit weniger Bürokratieaufwand verbundene Sammelbesprechungen, die „Paketlösungen“ ermöglichten, mit dem MDK durchgeführt werden, dies in anderen Ländern aber nicht möglich sei. Der **VUD** moniert zudem, dass Krankenkassen und MDK bei „bestimmten hochgradig innovativen medizinischen Leistungen“ die einzelne Leistungen innerhalb einer stationären Behandlung prüften, um eine Veränderung der Gruppierung bzw. der Abrechnung einzelner Zusatzentgelte zu erreichen. Der MDK fordere dabei die Herausgabe der Studienunterlagen zum Zwecke der Abrechnungsprüfung, obgleich § 8 Abs. 1 Satz 2 KHEntgG die abrechnungsmäßige Gleichstellung von Patienten innerhalb und außerhalb klinischer Studien regle.

Die **BÄK** teilt auf der Grundlage „verschiedenster Rückmeldungen aus der Ärzteschaft und den Fachgesellschaften“ mit, dass „nicht davon ausgegangen werden kann, dass sich die Abrechnungsregeln und -prüfungen überwiegend bewährt haben“. Die Einzelfallprüfungen hätten bei allen Beteiligten zu einem erheblichen Arbeitsaufwand geführt, der angesichts des Prüfungsumfangs „in keinem Verhältnis zur Prüfung einer systematischen Fehlabbrechnung oder Fehlbelegung“ stehe. Die BÄK schlägt vor, dass die für eine Optimierung der Abrechnungsprüfungen notwendige Rechtssicherheit durch eine erforderliche Koordination und Harmonisierung der Prüfungen auf der Landesebene im Rahmen des § 112 SGB V erfolgen könnte.

Auch der **DPR** weist darauf hin, dass die Krankenkassen von den Möglichkeiten der Abrechnungsprüfungen „regen Gebrauch“ machen. Zudem würde „versucht, die Prüfungen durch

den MDK zu umgehen, indem einzelne Kassen die Vereinbarung eines individuellen „Prüfverfahrens“ mit dem Krankenhaus anstreben.“

Die **Medizinischen Fachgesellschaften** klagen über eine enorme Zunahme der Einzelfallprüfungen, die zu einem erheblichen bürokratischen Aufwand führen würden, der zudem zu Lasten der Patientenversorgung ging. Von Stichprobenprüfungen würde demgegenüber nur in sehr geringem Umfang Gebrauch gemacht. Die Abrechnungsprüfungen würden nicht genutzt, um eine systematische Ausnutzung der Anreize der fallpauschalierten DRG-Vergütung zu verhindern, sondern oftmals „systematisch missbraucht“, um einseitige Rechnungskürzungen vornehmen zu können. Angesichts der z. T. sehr unterschiedlichen Prüfungen wird auch eine Vereinheitlichung des Prüfverfahrens, der -kriterien und deren Anwendung gefordert.

Stichpunkte aus den Stellungnahmen der einzelnen Fachgesellschaften sind:

- „Der resultierende alltägliche bürokratische Aufwand ist immens. Nahezu jede Nebendiagnose oder kritische Prozedur ist bei Entgeltrelevanz Objekt einer Überprüfung und kann zur Anforderung entsprechender Dokumentationen führen. Je differenzierter die Klassifikationen gestaltet werden und zu entsprechenden abgestuften Vergütungen führen, desto wahrscheinlicher wird die dezidierte Nachprüfung des Einzelfalles, in der Regel mit mehrfachem Schriftverkehr und Einsichtnahme in Patientenakte, Verordnungspläne, Entlassungsbrief oder OP-Bericht.“
- „Die ursprünglich vorgesehenen Stichprobenprüfungen als Ersatz für aufwändige Einzelfallprüfungen sind offenbar bundesweit nicht umgesetzt worden, an der künftigen Umsetzung dieses Verfahrens scheint auch von Seiten der Kostenträger kein Interesse zu bestehen.“
- „Es fällt auf, dass es regional sehr unterschiedliche Überprüfungen gibt. Fraglich ist, ob der Föderalismus, nach dem auch der Medizinische Dienst organisiert ist, die richtige Antwort ist auf ein bundesweit einheitliches System.“
- „Die Möglichkeiten der Abrechnungsprüfung haben sich keinesfalls bewährt. Der MDK überzieht unsere Kliniken mit Routineabfragen [...]. Hier kann keinesfalls von fall- und sachbezogenen Stichproben gesprochen werden, sondern es werden teilweise 15, 20 % aller behandelten Patienten „geprüft“.“
- „Das derzeitige MDK-Prüfsystem halten wir für eine katastrophale Fehlentwicklung, hier werden in hohem Maße Arbeitszeit und Ressourcen der Kliniken vergeudet. Hauptproblem sind hier die Kurzlieger-DRGs/implizite 1-Tages-DRGs, bei denen es aufgrund der unteren Grenzverweildauer in großem Maß Streitigkeiten mit dem MDK gibt.“
- „Die bisherigen gesetzlichen Regelungen zu den Abrechnungsprüfungen haben sich nicht bewährt, was daran ersichtlich ist, dass sie häufig nicht eingehalten werden. Leistungserbringer und Kostenträger haben nicht selten unter Umgehung des MDK vor Ort eigene pragmatische Regelungen gefunden. Ob die neuen Regelungen durch das GKV-WSG zu einer nennenswerten Entlastung führen, ist zweifelhaft. Hinzu kommen die sehr heterogenen Abrechnungsprüfungen durch die privaten Krankenkassen und Berufsgenossenschaften.“
- „Ziel der Rechnungsprüfungen sollte es sein, eine systematische Ausnutzung der Anreize der fallpauschalierten DRG-Vergütung zu verhindern (Upcoding, Fallsplitting, Generierung von Casemix und Fallzahl durch Fehlbelegung). Die hierzu am besten geeignete Stichprobenprüfung nach § 17c KHG hat aus vielerlei Gründen bislang nicht die Bedeutung erhalten, die ihr der Gesetzgeber zugedacht hat. Im Gegensatz dazu wurden die Einzelfallprüfungen nach § 275 SGB V bislang von vielen Kostenträgern systematisch missbraucht, um einseitige Rechnungskürzungen vornehmen zu können. Die Rech-

nungsprüfungen gingen in vielen Fällen weit über das zur Identifikation von systematischer Falschabrechnung und Fehlbelegung notwendige Maß hinaus.“

- „Eine Fallprüfung kann nur dann sachgerecht erfolgen, wenn eindeutige Prüfungskriterien und eine allgemein anerkannte Interpretation derselben existieren und bundesweit umgesetzt werden. Die Prüfungsrealität zeigt, dass trotz bisheriger Koordinierungsversuche des MDS (SEG 4), Gutachten des MDK für vergleichbare Sachverhalte zu höchst unterschiedlichen Ergebnissen führen können. Das liegt einerseits sicherlich daran, dass die zugrunde liegenden Kriterien (Kodierrichtlinien, G-AEP-Kriterien, Kriterien für sekundäre Fehlbelegung) Raum für Interpretationen bieten und zu einer niedrigen Interrater-Reliabilität führen, andererseits aber auch an der explizit unterschiedlichen Auslegung durch die einzelnen Länder-MDKs.“
- „Durch die zunehmende Prozedurenorientierung (z. B. Komplexbehandlungs-OPS, Zusatzentgelte) können Fallprüfungen häufig nur noch auf Basis der gesamten Patientenakte erfolgen. Diese enthält eine Vielzahl medizinischer und persönlicher Informationen über die Patienten.“
- „Wenn die untere Grenzverweildauer unterschritten wird, wird hinterfragt, ob die Behandlung nicht auch ambulant erfolgen konnte. Wenn die untere Grenzverweildauer erreicht wird, wird zunehmend geprüft, ob nicht eine kürzere Verweildauer ausgereicht hätte, mit der man dann die untere Grenzverweildauer unterschritten hätte. Es ist offensichtlich, dass das ausschließliche Ziel dieser Prüfungen Einsparungen für die Krankenkassen sind, denn die Argumentation des Medizinischen Dienstes ist häufig nicht nachvollziehbar und unrealistisch.“
- „Einer einheitlichen Interpretation, der durch den Gesetzgeber formulierten Anforderungen an den Umgang mit den Prüfmechanismen, ist vermehrte Aufmerksamkeit zu schenken.“

5. Wie beurteilen Sie **Klarheit und Verständlichkeit der Rechnungen** im DRG-System?

Zusammenfassung: Es dominieren zwei Sichtweisen: Die eine Auffassung, der u. a. GKV, PKV, DKG zuneigen, dass die Rechnungen angesichts der Aufführung diverser Zuschläge zwar durchaus komplex, aber grundsätzlich verständlich seien. Sofern stationäre Krankenhausleistungen direkt Patientinnen und Patienten in Rechnung gestellt würden, erhielten diese nähere Erläuterungen zur Abrechnung und zu den Entgelten. Die andere Einschätzung problematisiert die trotz ausgehändigter Erläuterungen aus Patientensicht nicht bestehende Verständlichkeit der Rechnungen, insbesondere irreführende Informationen durch die auf der Rechnung aufgeführten DRG-Bezeichnungen sowie resultierende Rückfragen zu den Rechnungen.

GKV und **PKV** sind der Auffassung, dass sich im „Zeitalter des maschinellen Abrechnungswesens gemäß § 301 SGB V die Frage von allein beantwortet“. Der IKK-Bundesverband ergänzt, dass eine Rechnung mit Hilfe der nach § 301 SGB V zu liefernden Daten und unter Zuhilfenahme der entsprechenden Software nachvollziehbar, wenn auch nicht immer plausibler werde. Nicht zuletzt mit den vielen Zu- und Abschlägen habe die Komplexität der Rechnung zugenommen.

Auch die **DKG** weist darauf hin, dass über die Krankenhausrechnung eine Vielzahl von Zuschlägen abgewickelt wird, die keinen unmittelbaren Zusammenhang zur Krankenhausleistung besitzen und somit nur durchlaufende Posten darstellen (z. B. Zuschlag zur Finanzierung des G-BA). Nach Einschätzung von **VKD** und **VUD** leidet die Klarheit und Verständlichkeit der Rechnungen durch die vielen Zuschläge. Die Abrechnung der Krankenhausrechnungen

gen mit den Krankenkassen laufe im Datenaustauschverfahren nach § 301 SGB V (Sachleistungsprinzip); DKG und **VUD** sehen in diesem Bereich keine Probleme bei der Art der Rechnungsstellung, die hier akzeptiert sei. Patienten würden dort meist auf die Möglichkeit der Rechnungsanforderung verzichten. Bei Direktabrechnungen erhielten selbstzahlende Patienten nähere Erläuterungen zur Abrechnung und zu den Entgelten über den Behandlungsvertrag inkl. der dazugehörigen allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) des Krankenhauses. Dies ist auch nach Einschätzung des VUD erforderlich, da die DRG-Rechnungen aus sich heraus für die Patientinnen und Patienten unverständlich seien.

Die **BÄK** führt aus, dass verschiedenste Rückmeldungen von PKV-Patienten, Selbstzahlern und Patienten aus dem Ausland zeigten, dass es immer wieder Missverständnisse zwischen der erbrachten medizinischen Leistung und der aus der DRG-Bezeichnung zu entnehmenden medizinischen Leistung gebe.

Der **DPR** moniert, dass die Rechnungen für die Patientinnen und Patienten unverständlich seien und zu Rückfragen führten. Dies gelte z. B. für die unterschiedlichen Zuschläge und die DRG-Texte, die für die Patienten oftmals nicht eindeutig im Zusammenhang mit ihrer Erkrankung zu stehen scheinen.

Auch bei den **Medizinischen Fachgesellschaften** sind die beiden geschilderten Sichtweisen (verständlich vs. unverständlich) zu finden. Sofern die Rechnungen als unverständlich eingestuft werden, wird darin auch ein weiteres Argument für die Notwendigkeit nicht nur ökonomisch, sondern auch medizinisch homogener DRGs gesehen.

Stichpunkte aus den Stellungnahmen der einzelnen Fachgesellschaften sind:

- „Die Klarheit und Verständlichkeit der Rechnungen im DRG-System ist gut.“
- „Die Rechnungen sind einfach nachvollziehbar. DRG Preis plus /minus Zuschläge und Abschläge. Kein Problem.“
- „Die Rechnungen sind nicht verständlich.“
- „Die Verständlichkeit der Rechnung wird mit zunehmender Differenzierung des Systems problematisch.“
- „Da immer mehr sehr spezielle Sachverhalte zur Abbildung kommen, wird die Klarheit und die Verständlichkeit des Systems kompromittiert.“
- „Die Rechnungsstellung erfolgt in sehr uneinheitlichen Formatierungen und ist durch die verwendete Software geprägt. Die Rückübersetzung von Codes und Schlüssel ist häufig unvollständig und nicht verständlich. Klartexte fehlen oder sind verstümmelt. Codes werden häufig nicht in der standardisierten Schreibweise wiedergegeben, sondern in eigenwilligen Formatierungen, z.B. 5399BX statt 5-399.bx.“
- „Die Bezeichnungen der resultierenden, unspezifischen DRGs sind bestenfalls irreführend, können jedoch auch diskriminierend sein.“
- „Die DRG-basierten Rechnungen sind für nicht professionell in der DRG-Abrechnung Tätige nicht mehr nachvollziehbar. Immer wieder treten Probleme mit Selbstzahlern und kleineren oder ausländischen Kostenträgern auf. Die Bezeichnung von G-DRGs suggeriert medizinische Zusammenhänge, die nicht gegeben sein müssen. So werden z. B. viele Schlafstörungen (hoher Anteil an Selbstzahlern) in die G-DRG U64Z (Angststörungen oder andere affektive und somatoforme Störungen) gruppiert, was häufig als diskriminierend empfunden wird. Aufgrund der Entwicklung des G-DRG-Systems in den letzten Jahren sollte prinzipiell über den Nutzen der Benennung der DRG-Abrechnungsziffern nachgedacht werden.“

- „Für Privatpatienten, die ihre Rechnungen persönlich erhalten, sind diese häufig eine Katastrophe, da die verwirrenden Bezeichnungen der DRGs auf den Rechnungen mit und/oder-Bezeichnungen den Patienten völlig irritieren.“
- „Diese sind nur für „Eingeweihte“ erkenn- und lesbar, die meisten Patienten verstehen die Abrechnung nicht. Die Erläuterungen des Systems von Seiten des Krankenhauses erfordern zusätzliche Personalkapazitäten.“

II. Weiterentwicklung des DRG-Systems

6. *Haben sich die Verfahren zur Weiterentwicklung des DRG-Systems bewährt?*

- a) **Vorschlagsverfahren** („strukturierter Dialog“) der Selbstverwaltungspartner zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverständes bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems.
- b) **Kalkulationsverfahren**, das auf Ist-Kosten und -Leistungen basiert.
- c) Verfahren zur Integration von **Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden** (NUB-Verfahren) (Informationseinholung beim InEK, Vereinbarung krankenhausesindividueller NUB-Entgelte, Meldung der Entgelte und Kalkulationsunterlagen an InEK).

Vorschlagsverfahren:

Zusammenfassung: Insgesamt wird das Vorschlagsverfahren als bewährt, gut angenommen und unverzichtbar bewertet.

GKV und **PKV** führen aus, dass das Vorschlagsverfahren die Einbindung auch externen Sachverständes gewährleiste und aufgrund der Internetbasierung das InEK zur sachgerechten Prüfung der Anträge in die Lage versetze. Der **IKK-Bundesverband** unterstreicht, dass sich die vereinbarten Verfahren bewährt hätten, sie eine ausreichende Mitsprache der beteiligten Institutionen und eine größtmögliche Transparenz gewährleisteten.

Die **DKG** stellt heraus, dass mit dem Vorschlagsverfahren ein geeignetes und strukturiertes Instrument zur Einbindung externen Sachverständes bei der DRG-Weiterentwicklung geschaffen wurde. Zugleich fördere es die Akzeptanz des G-DRG-Systems. Das Verfahren sei zunehmend etabliert und gut angenommen. Es habe sich u. a. angesichts von 1.019 Einzelvorschlägen für das Jahr 2007, davon mehr als die Hälfte rechenbar, bewährt und sollte dringend beibehalten werden. Auch der **VKD** sieht im Vorschlagsverfahren einen „zunehmend etablierten und wichtigen, unverzichtbaren Bestandteil der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems“. Auch der **VUD** unterstreicht die Bewährtheit des Vorschlagsverfahrens. Vorteilhaft sei insbesondere, dass medizinischer und wissenschaftlicher Sachverstand genutzt und einbezogen werde.

Das **InEK** stuft die etablierten Verfahren als geeignet ein. Beteiligung und Ergebnisse seien international beispiellos.

Auch aus Sicht der **BÄK** ist das beim Vorschlagsverfahren verwendete Instrument des strukturierten Dialogs etabliert und hat sich bisher überwiegend bewährt. Ärzte und Fachgesellschaften haben sich an dem Verfahren konstruktiv und engagiert beteiligt. Bewährt hätten sich ebenfalls die zwischen einzelnen Fachgesellschaften und dem InEK über einzelne Details und Problemkonstellationen etablierten Gespräche. Kritisch sei jedoch, dass angesichts der erheblich gesteigerten Komplexität des DRG-Systems auch die zielgenaue Einbringung medizinischer Gesichtspunkte deutlich komplizierter werde, oftmals sei dies nur über Spezialgutachten möglich. Für die Verbesserungsvorschläge komme dem Zugang zu den zur weiteren Ausgestaltung notwendigen Daten entscheidende Bedeutung zu.

Der **DPR** führt aus, dass sich die Interessenvertreter der Pflege beim Vorschlagsverfahren derzeit weitgehend nicht beteiligten.

Der **BVMed** weist darauf hin, dass im Prozess der Entwicklung des DRG-Kataloges eine Beteiligung und Stellungnahme der Medizinprodukteindustrie als sinnvoll zu erachten sei.

Aus Sicht des **VFA** hat sich das Vorschlagsverfahren grundsätzlich bewährt. Die angesichts der zweijährigen Kalkulationsdifferenz bestehende zeitliche Trägheit sei kritisch. „Das vom InEK praktizierte Verfahren, unbepreiste Zusatzentgelte in bepreiste zu überführen bzw. NUB Status 1 im Folgejahr auf die Integrationsmöglichkeit in den DRG-Katalog zu prüfen, vereinfacht das Antragstellungsverfahren und ist daher positiv zu bewerten.“

Auch aus Sicht der **Medizinischen Fachgesellschaften** hat sich das Vorschlagsverfahren grundsätzlich bewährt. Es wird u. a. als gut strukturiert und etabliert eingestuft. Verbesserungsbedarf wird insbesondere hinsichtlich der verfügbaren Datengrundlagen und der Fristen für die Einreichung von qualifizierten Vorschlägen gesehen.

Stichpunkte aus den Stellungnahmen der einzelnen Fachgesellschaften sind:

- „Das Vorschlagsverfahren ist geeignet die Weiterentwicklung des DRG-Systems zu ermöglichen; wir nutzen im Rahmen der koordinierten Bemühungen unserer Fachgesellschaft das Vorschlagsverfahren regelmäßig.“
- „Das Vorschlagsverfahren halten wir für ausgezeichnet und durch das InEK sehr fachkundig betreut. Ein Problem ist allerdings, dass Vorschläge nicht auf Sinnhaftigkeit überprüft werden. Die Teilnahme der Industrie am Vorschlagsverfahren sollte daher u. E. eingeschränkt werden, um hier nicht zu starkem Lobbyismus Vorschub zu leisten.“
- „Der strukturierte Dialog hat sich im Prinzip bewährt. Durch die Zunahme der Komplexität des G-DRG-Systems, insbesondere aber durch die Diskrepanz zwischen medizinischen Kollektiven und G-DRGs und die Auswirkungen der Abfragehierarchie (splittgenaue und partitionsübergreifende Abfragealgorithmen, resultierende Migrationseffekte) ist es äußerst schwierig, noch medizinische Gesichtspunkte in die Weiterentwicklung einzubringen. Die zurückgehende Anzahl der differenzierten Anpassungsvorschläge von Fachgesellschaften und Institutionen ist sicherlich dadurch mitbedingt.“
- Beim Vorschlagsverfahren bestehe Verbesserungsbedarf in vier Punkten (u. a. keine ausreichenden Informationen, Datengrundlagen zur Erarbeitung und Einbringung qualifizierter Vorschläge);
- „Ein Hauptproblem ist, dass wir das neue System ja erst jeweils ab dem 1. Januar jeden Jahres kennenlernen. Dann müssen wir schon zum 28.2. bzw. zum 31.3. Korrekturvorschläge einreichen. Diese Frist ist extrem knapp. Denn bevor ein Vorschlag reift, muss man ja erst Erfahrungen sammeln können.“

Kalkulationsverfahren:

Zusammenfassung: Die Beteiligung in einem Umfang der international einmalig ist und die erreichten verbesserten Kalkulationsergebnisse werden positiv hervorgehoben. Maßnahmen zur Verbesserung der Kalkulationsqualität werden weiterhin kontinuierlich etabliert. Aus Sicht der Krankenhäuser und der Ärzteschaft besteht hier weiterhin Verbesserungsbedarf.

GKV und **PKV** führen aus, dass das Kalkulationsverfahren auf dem international bereits erprobten 100-Prozentansatz basiere, wobei angesichts der Vielzahl an zusätzlichen und modifizierenden Entgeltelementen der Streit um die Auslegung des 100-Prozentansatzes der Vergangenheit angehören dürfe.

Die **DKG** merkt an, dass sich das Kalkulationsverfahren mit der Erhebung von Ist-Kosten und –Leistungen insgesamt bewährt habe. Dies sieht grundsätzlich auch der **VKD** so, weist aber zugleich auf mutmaßliche Schwächen einer Ist-Kosten-Kalkulation bei „angezogener Handbremse“ hin (u. a. fragt er: „Bekommt der Patient heute noch alles, was notwendig und sinnvoll ist?“). Die DKG führt aus, dass das Kalkulationsniveau schrittweise hin zu einer möglichst verursachungsgerechten Verteilung der Kosten auf die Behandlungsfälle gesteigert

worden sei. Der **VKD** sieht bei dem aktuellen Kalkulationsverfahren angesichts nach wie vor bestehender grober Pauschalierungen in der Kalkulationspraxis Bedarf für konkretere Vorgaben (z. B. für medizinische und nicht-medizinische Infrastruktur). Auch der **VUD** sieht angesichts zu pauschaler oder verweildauerbasierter Kostenzuordnungen noch Verbesserungsbedarf. Die Aufwandsentschädigungen, die an Krankenhäuser für eine auf freiwilliger Grundlage erfolgende Kalkulationsteilnahme gezahlt werden, sind nach Einschätzung der DKG ein wichtiges Mittel, um Krankenhäuser zur Teilnahme zu motivieren und damit eine möglichst repräsentative Stichprobe zu erreichen, um Daten mit einer hohen Qualität einfordern zu können und um ergänzende Daten und Informationen abzufragen. Der **VKD** fordert eine vollständige Refinanzierung der mit der Teilnahme an der Kalkulation verbundenen Kosten.

Das **InEK** stuft die etablierten Verfahren als geeignet ein. Beteiligung und Ergebnisse seien international beispiellos. Zugleich sieht das InEK den größten Handlungsbedarf für die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems in der möglichst genauen Messung des Aufwands der Leistungserbringung in den Krankenhäusern. „Die künftig vorgesehene Zertifizierung der Kalkulationskrankenhäuser stellt sowohl die korrekte Kostenabgrenzung zwischen DRG-relevanten und nicht DRG-relevanten Bereichen als auch die aufwandsgerecht differenzierte Kostenzuordnung auf die einzelnen Behandlungsfälle sicher. Gleichzeitig wird damit die Datenqualität in der Kalkulationsstichprobe auf einem hohen Niveau gesichert. Die Abgrenzung von Extremkostenfällen wird durch die aufwandsgerechte Kalkulation ebenfalls geschärft. Der bereits eingeschlagene Weg einer kontinuierlichen Anhebung der Voraussetzungen zur Kalkulationsteilnahme wird auch in Zukunft konsequent weiter verfolgt. Durch die bislang umgesetzten Anhebungen und die erfolgreiche Umsetzung in den Kalkulationskrankenhäusern wird die Herausgabe einer aktualisierten Fassung des Kalkulationshandbuchs erforderlich, die noch in der ersten Jahreshälfte 2007 erfolgen wird.“ Das InEK weist im Zusammenhang mit der aktualisierten Fassung des Kalkulationshandbuchs allerdings darauf hin, man könne „zum jetzigen Zeitpunkt nicht gesichert davon ausgehen, dass die erhöhten Anforderungen in allen Kalkulationskrankenhäusern in den kommenden zwei Kalkulationsrunden vollständig abgeschlossen sein werden.“

Die **BÄK** unterstreicht die aus unterschiedlichen Gründen zunehmende Datenqualität für die DRG-Weiterentwicklung, sieht aber weiterhin deutlichen Verbesserungsbedarf.

Der **DPR** moniert, dass einerseits die Kalkulation unabhängig von Qualitätsindikatoren erfolge und somit die Finanzierung auf einem „nicht evaluierten Qualitätsniveau“ basiere. Andererseits sei eine Verbesserung des Kalkulationsverfahrens hin zu einer verursachungsgerechten, fallbezogenen Zuordnung der Kosten erforderlich (Prozesskostenrechnung, „Pfadkostenrechnung“).

Der **BVMed** beklagt, dass bei der jährlichen Neukalkulation und Anpassung des DRG-Systems aufgrund der zweijährigen Kalkulationsdifferenz und der nicht flächendeckenden Kalkulationsbeteiligung erhebliche Abbildungsungenauigkeiten bei der Berücksichtigung innovativer Medizintechnologien in der Patientenbehandlung bestünden.

BPI und **VFA** kritisieren, dass die Kosten auf der Basis der Kalkulationskrankenhäuser für kostenrelevante Arzneimittel an Schwerpunktabteilungen nicht repräsentativ seien, da die Stichprobe die Versorgungssituation nicht wiedergebe. Auch würden die Euro-Durchschnittsbeträge für Zusatzentgelte, die sich an Preisen vor zwei Jahren orientierten, die von den Krankenhäusern in freien Verhandlungen verhandelten Preise weder zeit- noch marktgerecht wiedergeben.

Bei den **Medizinischen Fachgesellschaften** besteht in weiten Teilen eine kritische Grundhaltung gegenüber dem Kalkulationsverfahren. Es wird als undurchsichtig und intransparent

angesehen. Es herrscht Skepsis hinsichtlich der Datenqualität und der -erhebung in den Krankenhäusern (durch die Verwaltungen) sowie im Hinblick auf die Repräsentativität der Daten (insbesondere auch für Leistungen mit geringen Fallzahlen).

Stichpunkte aus den Stellungnahmen der einzelnen Fachgesellschaften sind:

- „Das Verfahren ist auf dem richtigen Weg, die Datenqualität allerdings noch nicht ausreichend. Insbesondere die Kalkulation der Personalkosten ist dringend überarbeitungsbedürftig. Die Daten werden derzeit schon zum Benchmarking verwendet, sind dafür aber definitiv noch ungeeignet. Hier sollte eine Klarstellung erfolgen.“
- Obgleich sich durch verschiedene Maßnahmen die Qualität der DRG-Kostenkalkulation kontinuierlich verbessert habe, blieben weiterhin bedeutende methodische Probleme der Kalkulation bestehen (z. B. kalkulatorische Berücksichtigung der Fallzusammenführung).
- „Das Kalkulationsverfahren ist noch nicht ausgereift und stringent genug“ (Verbesserungsbedarf bei der fallbezogenen Kostenverrechnung).
- „Der Differenzierungsgrad der von den kalkulierenden Krankenhäusern gemeldeten Kosten ist unzureichend.“
- „Die Erfassung der Ist-Kosten ist nur teilweise realitätsgerecht und bedarf der Verbesserung (Mitgenommener Fehler aus der Vergangenheit).“
- „Das Kalkulationsverfahren ist sicherlich zur Ermittlung der Kosten bei sehr häufig abgerechneten DRGs ein sinnvolles Instrument, jedoch können hiermit – aufgrund der geringen Fallzahl – die Kosten für die höchst bewerteten DRGs [des Fachgebiets] kaum realistisch abgeschätzt werden.“
- „Es besteht das Problem, dass die Daten immer zwei Jahre alt sind.“ Hieraus entstünden Missinterpretationen z. B. bei Verhandlungen über Implantatpreise oder Stellenschlüssel. Kritisch sei bei den Kalkulationsdaten zudem, dass „in Deutschland die ärztliche Arbeitszeit weiterhin nicht adäquat dokumentiert wird.“
- Kalkulationsverfahren bewährt? „Nein, da Kosten häufig administriert und nicht tatsächlich.“
- „Das Kalkulationsverfahren ist aus Sicht unserer Fachgesellschaft undurchsichtig und nicht transparent.“
- „Bei der anstehenden Überarbeitung der Kalkulationsmethodik wäre die Einbeziehung der Ärzteschaft eine sachgerechte Maßnahme, die wir sehr begrüßen würden.“

NUB-Verfahren:

Zusammenfassung: Das NUB-Verfahren wird insgesamt als sinnvoll und geeignet zur Berücksichtigung von Innovationen eingestuft. Für das Antragsverfahren beim InEK wird insbesondere Bedarf für eine größere Transparenz über die Datengrundlage, die Entscheidungskriterien und die Entscheidungsfindung gesehen. Bei der krankenhausesindividuellen Vereinbarung von Innovationsentgelten auf der Ortsebene werden bestehende „Blockaden“ moniert, die häufig eine praktische Umsetzung der Finanzierung von Innovationen verhindern.

GKV und **PKV** weisen darauf hin, dass das DRG-System wichtige Anreize für die Umsetzung von Prozessinnovationen setze, die bestehende Untersuchungs- und Behandlungsmethoden bei gleichen Kosten zum Nutzen der Patienten verbessere oder Verfahren bei gleicher Qualität Ressourcen schonender einzusetzen vermöge. Mit zusätzlichen Kosten verbundene Produktinnovationen seien integraler Bestandteil der DRG-Systempflege; dabei verkürze das InEK die zeitliche Spanne zur Berücksichtigung von Produktinnovationen durch Sondererhebungen und diverse Spezialanalysen von fünf auf z. T. drei Jahre. Das NUB-Verfahren stelle ergänzend eine geeignete Grundlage zur unmittelbaren Berücksichtigung

von Innovationen im DRG-System dar, so dass Innovationen zeitnah und unbürokratisch in das DRG-System eingingen und finanziert würden. Problematisch seien die zu kurzen, gesetzlich vorgegebenen Fristen zur Prüfung der Anträge durch das InEK (§ 6 Abs. 2 KHEntgG), die letztlich dazu führten, dass „zu viele Altverfahren hierunter subsumiert werden“. Der **IKK-Bundesverband** ergänzt, dass die jetzige Vorgehensweise eine Berücksichtigung von medizinischem Fortschritt unter Einhaltung der Systembedingungen gewährleiste.

Aus Sicht von **DKG** und **VUD** ist das NUB-Verfahren „insgesamt betrachtet ein geeignetes Instrument zur angemessenen Berücksichtigung von Innovationen“. Durch die Verfahrenseckpunkte der Selbstverwaltungspartner für das NUB-Verfahren werde dem InEK ermöglicht, vorliegende Anträge zügig und objektiv zu prüfen und innerhalb der vorgegebenen Fristen festzustellen, ob die Vereinbarung eines krankenhausespezifischen Innovationsentgelts zulässig sei. Der **VKD** moniert, dass „der Umsetzungsgrad der eingereichten Vorschläge nach wie vor als zu gering anzusehen“ sei. Der **VUD** beklagt, dass bislang rein diagnostische neuartige Verfahren von der Möglichkeit der Finanzierung über NUB-Entgelte quasi ausgeschlossen seien sowie dass das InEK ablehnende Bescheide von NUB-Anträgen nicht begründen müsse. Hinsichtlich der Vereinbarung der krankenhausespezifischen Innovationsentgelte existiere allerdings noch ein „deutliches Verbesserungspotential“ (auch: **VKD**). Der **VUD** moniert, dass „diese im Ansatz sinnvollen gesetzlichen Regelungen in der praktischen Umsetzung oft an der Blockade der Kostenträger vor Ort“ scheiterten.

Das **InEK** führt aus, dass eine kontinuierliche Verfahrensüberprüfung und -weiterentwicklung in den Details des NUB-Anfragetools erforderlich sei, um mit dem Erkenntnisgewinn in den Krankenhäusern Schritt halten zu können. Darüber hinaus merkt das InEK an, dass die z. T. geforderte Ermöglichung einer gemeinsamen Anfragestellung im NUB-Verfahren „auf keinen Fall geeignet erscheint, um die momentane Güte der Anfragen aufrecht zu erhalten“. Einerseits liefere das bestehende Verfahren „frühzeitig essentielle Hinweise auf Veränderungen im medizinischen Leistungsgeschehen für die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems“. Andererseits verhindere das krankenhausespezifische Anfrageverfahren die Möglichkeit, das NUB-Verfahren zu einem industriegetriebenen Verfahren degenerieren zu lassen.

Die **BÄK** sieht beim NUB-Verfahren Bedarf für eine größere Transparenz über die Datengrundlage sowie die Entscheidungskriterien und die Entscheidungsfindung. Die derzeitige Praxis, „dass Krankenkassen trotz Anerkennung eines neuen Untersuchungs- und Behandlungsverfahrens die Zusage vor Ort verzögern bzw. Budgetvereinbarungen erst Ende des Budgetjahres geschlossen werden, geht mit einer deutlichen Planungsunsicherheit für die Leistungserbringer einher.“ Zukünftig sollte beim NUB-Verfahren die „Möglichkeit einer verbesserten Koordination unter Nutzung der medizinisch-wissenschaftlichen Kompetenz der Ärzteschaft und der Fachgesellschaften geprüft werden“. Insgesamt sei das NUB-Verfahren so zu optimieren, dass der Zugang von medizinischem Fortschritt und Innovationen zeitnah und bei ausreichender Planungssicherheit für alle Beteiligten erfolgen könne.

Der **DPR** führt aus, dass das NUB-Verfahren „ausgesprochen aufwendig, aber grundsätzlich sinnvoll“ sei.

Der **BVMed** kritisiert, dass sich die Innovationsregelung in der praktischen Anwendung nicht bewährt habe und einer Verbesserung bedürfe. Auch der **VFA** sieht das Erfordernis, das NUB-Verfahren „deutlich praxistauglicher“ auszugestalten. **BVMed** und **VFA** fordern jeweils, das NUB-Verfahren bedürfe einer Entbürokratisierung sowie einer erhöhten Transparenz beim InEK-Antragsverfahren und einer aktiven Beteiligungsmöglichkeit der Medizinprodukte- und der Arzneimittelhersteller.

Die **Medizinischen Fachgesellschaften** stufen das NUB-Verfahren insgesamt als in der Theorie gut ein, kritisieren jedoch insbesondere das Scheitern krankenhausespezifischer Ent-

geltvereinbarungen in der praktischen Umsetzung. Diverse Vorschläge zur Verbesserung werden gemacht.

Stichpunkte aus den Stellungnahmen der einzelnen Fachgesellschaften sind:

- „Das NUB-Verfahren erlaubt in ausgewählten Situationen die relativ rasche Umsetzung der Finanzierung von Innovationen. Verhandlungen mit Kostenträgern können jedoch sehr zäh verlaufen, die Anzahl tatsächlich vereinbarter NUBs ist offenbar wesentlich geringer als die Zahl der mit Status 1 beschiedenen Anträge.“
- „[...] Das Ergebnis ist das gleiche als sei der NUB-Antrag vom InEK abgelehnt worden, obwohl er in der Wirklichkeit „freigeschaltet“ wurde.“
- Im NUB-Verfahren sollten u. a. folgende Verbesserungen eingeführt werden: „Mit Status 1 bewertete NUB können von jedem Krankenhaus verhandelt werden [und] die Höhe der vereinbarten Entgelte werden in einer zentralen Datenbank gesammelt und allen Interessierten zur Verfügung gestellt“.
- „Das Verfahren ist sinnvoll und notwendig, hat allerdings nur sehr geringe Breitenwirkung und praktisch nur Auswirkungen für Universitätskliniken. Dennoch sollte es beibehalten werden, die NUBs sollten jeweils zügig in das nächstjährige DRG-System überführt werden oder bis zur Überführung zumindest ihren Status erhalten, um jährliche Neuansfragen vermeiden zu können.“
- „Zu langsam, kompliziert und bürokratisch“.
- „Das Verfahren ist umständlich, der Ausgang trotz eines positiven Bescheids vom InEK vor dem Hintergrund der Budgetgestaltung in den Verhandlungen mit den Kostenträgern ungewiss. Es fehlt die Transparenz der Begründung bei abschlägigen Bescheiden eindeutig innovativer Verfahren.“
- „Die Tatsache, dass keine klaren Regeln zur Beurteilung vorhanden sind, ist problematisch.“
- „Das Verfahren zur Integration von Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) hat sich in der bisherigen Form weitestgehend nicht bewährt. Die meisten Kliniken, die NUB-Leistungen einsetzen, erreichen - wenn überhaupt - den Abschluss ihrer Entgeltverhandlung gegen Ende des Budgetjahres. Würden NUB-Leistungen bis zu diesem Zeitpunkt eingesetzt, so tritt das Krankenhaus in Vorleistung, ohne zu wissen, ob eine adäquate Refinanzierung erfolgt. Krankenhäuser setzen damit sachkostenlastige Innovationen in der Regel erst nach entsprechender Berücksichtigung im Budget um. Die Regelung nach § 6 Abs. 2 KHEntG verliert dadurch ihren ursprünglichen Sinn und die Einführung von Innovationen wird entgegen dem Willen des Gesetzgebers verzögert. Eine Abtrennung der Verhandlung der NUB-Entgelte von den übrigen Leistungs- und Entgeltverhandlungen wäre notwendig, um zu gewährleisten, dass neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden auch kurzfristig Einzug in die klinische Praxis finden.“
- „Die meisten neuen, oftmals teuren Operationstechniken sind nicht hinreichend auf ihre Effizienz untersucht worden und stellen noch keine etablierte Behandlungsmethode mit jahrelangem Erfahrungsschatz und entsprechender wissenschaftlicher Evidenz dar, obwohl dies als wesentliche Voraussetzung für die Aufnahme in das System postuliert wurde. Es stimmt, dass die Ärzteschaft zum Systemstart ein zu starres, nicht innovationsfreudiges Entgeltsystem befürchtete. Wir wissen nun, dass dies nicht der Fall ist und begrüßen diese Tatsache nachhaltig. Es kann allerdings nicht sein, dass nun auch der Gegenbeweis, dass wirklich jede teure Medizintechnik abbildbar sein muss, durch unsere Anstrengungen angetreten werden soll, um Fehlanreize abzufangen.“

III. Krankenhausbudget und Landes-Basisfallwert

7. *Wie beurteilen Sie den verändernden Einfluss des DRG-Systems auf die **Verhandlung** der Entgelte und die Budgetermittlung beim **einzelnen Krankenhaus**? Bitte berücksichtigen Sie bei Ihrer Antwort auch die Verhandlung des krankenhausesindividuell zu verhandelnden Budgetbereichs und die Überleitung der Leistungen zwischen DRG-Katalogen.*

Zusammenfassung: Die gewonnene Leistungsorientierung bei der Budgetfindung wird insgesamt positiv hervorgehoben. Kritische Ausführungen finden 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 ist.

GKV und **PKV** bewerten positiv, dass sich die Vertragsparteien bei Budgetvereinbarungen zwischenzeitlich intensiver mit dem Leistungsspektrum eines Krankenhauses auseinandersetzen müssen. Allerdings seien Planungssicherheit und sachgerechtes Verhandeln durch die Anzahl der krankenhausesindividuell verhandelbaren Entgelte und die jährlich starken Veränderungen zwischen den DRG-Systemen erschwert bzw. nahezu unmöglich. Der **IKK-Bundesverband** ergänzt, dass durch den Katalogwechsel jährlich auftretende Unterschiede zwischen DRG-Leistungen und individuell zu vereinbarenden Leistungen über die Formulare zur Budgetermittlung (insbesondere B2) abgebildet und bewertet werden könnten.

Die **DKG** begrüßt den mit der DRG-Einführung gemachten Schritt hin zu einer leistungsorientierten Budgetfindung wegen der damit einhergehenden höheren Leistungstransparenz und Vergütungsgerechtigkeit gegenüber den früheren tagesgleichen Pflegesätzen. Der **VUD** ergänzt dies um den Hinweis, dass die Leistungsentwicklung besser als im alten System berücksichtigt werden könne. Andererseits habe sich mit dem DRG-System die Komplexität der Budget- und Entgeltverhandlungen nicht reduziert. Die Krankenhäuser müssten sich jährlich auf neue DRG-Kataloge einstellen, die eine Überleitung ihrer DRG-Leistungen vom laufenden Jahr auf den Vereinbarungszeitraum notwendig machten. Auch wenn dabei von zunehmender Routine auszugehen sei, stelle der Katalogwechsel und die erforderliche Überleitung vielfach eine Ursache für Probleme bei den Verhandlungen dar. Die Möglichkeiten zur Verhandlung krankenhausesindividueller Entgelte sollten erhalten bleiben; bei ggf. entstehenden Auffassungsunterschieden im Zusammenhang mit der Verhandlung (wg. der Entgelthöhe oder der Aus- oder Wiedereingliederung in das Erlösbudget) könne die Schiedsstelle angerufen werden. Ein zentrales Problemfeld seien die Erlösausgleiche zur Berücksichtigung von Kodiereffekten (§ 4 Abs. 9 KHEntgG). Angesichts des damit verbundenen enormen Aufwandes und der Streitbehauptung sowie aufgrund der Tatsache, dass mit Lerneffekten bei der Kodierung nur etwa in den ersten vier Jahren nach Einführung des DRG-Systems gerechnet wurde, sei diese Regelung für die Zukunft abzuschaffen. Der **VKD** weist darauf hin, dass hinsichtlich der konkret zu planenden Leistungsmengen vielfach große Unsicherheiten bestünden. Abweichungen zwischen Vereinbarung und Ist-Situation würden oftmals zu langen Diskussionen bei den Budgetverhandlungen führen. Hieraus würden auch Anreize für eine retrospektive statt eine prospektive Budgetvereinbarung entstehen. Die fehlende Prospektivität der Budgetabschlüsse stuft der **VUD** als Manko ein. Der **VKD** schlägt in der Konsequenz vor, auf eine konkrete Mengenfestlegung in E1 zu verzichten und stattdessen nur noch die Summe der Relativgewichte zu vereinbaren.

Der **DPR** beklagt, dass die für die Budgetverhandlungen vorzunehmende Leistungsplanung „extrem aufwendig und personalintensiv“ sei. Wanderungen zwischen den Entgeltbereichen seien schwer und umständlich nachzuweisen, die Rückwirkungen einzelner Entgeltbereiche, u. a. auf das Gesamtbudget des Krankenhauses, seien komplex. Ausgleichsberechnungen

seien so kompliziert geworden, dass sie extreme Ressourcen binden würden und nur noch von wenigen Experten im Krankenhaus durchgeführt werden könnten.

Die einzelnen Äußerungen **Medizinischer Fachgesellschaften** zu diesem Thema sind ebenfalls von der als kritisch empfundenen Komplexität der Budgetverhandlungen und der Erlösausgleiche dominiert.

Stichpunkte aus den Stellungnahmen der einzelnen Fachgesellschaften sind:

- „Die Entgeltverhandlungen sind insgesamt technokratischer geworden, so dass weniger dem reinen Verhandlungsgeschäft überlassen bleibt als vor Einführung des DRG-Systems. Durch die erhebliche Zunahme der Komplexität sind die Verhandlungen aber keinesfalls einfacher und überschaubarer geworden.“
- „Das DRG-System hat die Budgetverhandlungen im Vergleich zur Bundespflegesatzverordnung aufwendiger gemacht, da die erbrachten Leistungsmengen (E1-Statistik) in Anlagen ausführlich begründet werden müssen.“
- „Aus Sicht des einzelnen Krankenhauses gestalten sich die Budgetabschlüsse und die Budgetermittlung oftmals sehr schwierig, werden erst spät unterjährig im Budgetjahr erzielt und sind oft streitig.“
- „Die Budgetverhandlungen sind zunehmend geprägt von wirtschaftlichen Erwägungen. Inhalte der Diskussionen stellen häufig nicht medizinisch-fachliche Auseinandersetzungen über die Erforderlichkeit einer Leistungsvorhaltung bzw. -erbringung dar, sondern Fallzahlen und CMI-Werte.“
- „Da der Budgetrahmen sowohl unter tagesgleichen Pflegesätzen als auch unter DRGs vorgegeben ist, sehen wir keine Änderung im Aufwand bei den Budgetverhandlungen. Lediglich die Diskussionen um die Endpunkte haben sich verlagert.“
- „Die derzeitigen im KHEntgG und der BPfIV verankerten hoch komplexen und häufig nur noch mit echtem Expertenwissen nachvollziehbaren Erlösausgleichsregelungen entsprechen nicht mehr der Komplexität des G-DRG-Systems und passen zudem nicht zu einem Preissystem. [...] Allenfalls wären verhandelte Rabattierungen bei Überschreitung der vereinbarten Leistungsmenge denkbar.“
- Der von Krankenhäusern zu führende Nachweis, dass Mehrerlöse nicht kodierbedingt, sondern durch tatsächliche Leistungsstrukturveränderungen verursacht seien, „ist unangemessen schwierig und aufwändig“. Zudem führe dies „in fast allen Leistungs- und Entgeltverhandlungen zu erheblichen Konflikten und oft genug dazu, dass eine endgültige Verständigung über den jeweils betroffenen Ausgleich ausbleibt, so dass entweder die Schiedsstelle eingreifen muss oder zunächst lediglich ein Abschlag auf den endgültigen Ausgleich vereinbart werden kann“. Eine Anpassung des § 4 Abs. 9 KHEntgG sei erforderlich.
- „In die Verhandlung und die Ermittlung der DRG-Entgelte beim einzelnen Krankenhaus müssten die Aufwendungen der Weiterbildung (mindestens ein Gleichzeitigkeitsfaktor von 0,5) unbedingt berücksichtigt werden (z. B. Modell Niederlande).“

8. *Wie stellen sich aus Ihrer Sicht die Erfahrungen mit der **Verhandlung der Landes-Basisfallwerte** dar?*

Zusammenfassung: Es wird erkennbar, dass sich bei den komplexen Verhandlungen zum Landes-Basisfallwert eine gewisse Routine herausbildet. Unterschiede in der Höhe der Landes-Basisfallwerte sind aus Sicht der Krankenkassen oftmals nicht erklärlich. Die Leistungs-

erbringerseite sieht Bedarf, die Begrenzung durch die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen bei der Verhandlung der Landes-Basisfallwerte zu durchbrechen.

GKV und **PKV** führen aus, dass bei der Verhandlung der Landes-Basisfallwerte nach einmaliger Klärung bestimmter Fragen eine „deutliche Befriedung“ eingetreten sei. Früher in jedem Haus zu klärende gesamtwirtschaftliche Fragen (z. B. BAT-Anrechnung, Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen, Ausnahmetatbestände) wären für eine grundsätzliche Klärung auf die Landesebene verlagert. Die Unterschiede in der Höhe der Landes-Basisfallwerte seien vielfach unerklärlich. Es bleibe zu hinterfragen, warum z. T. Länder mit größtenteils ländlichen Versorgungsgebieten die höchsten Landes-Basisfallwerte aufwiesen.

Die **DKG** unterstreicht die enormen Herausforderungen, die bei der Verhandlung des Landes-Basisfallwerts angesichts des zu beschreitenden Neulandes sowie des erheblichen Verantwortungszuwachses verbunden waren. Die DKG sieht gesetzlichen Anpassungsbedarf, um die bei der Verhandlung des Landes-Basisfallwerts zur berücksichtigenden Tatbestände präziser zu fassen (§ 10 Abs. 3 KHEntgG); hier bestünde enormes Konfliktpotenzial. Der **VKD** moniert die „in vielen Fällen sehr überprüfungsbedürftige“ Qualität der Daten, die von den Krankenkassen bei den Verhandlungen zum Landes-Basisfallwert vorgelegt würden, sowie Strategien der Krankenkassen in den Einzelbudgetverhandlungen, die den Landes-Basisfallwert schädigen würden. Der **VUD** weist auf regional sehr unterschiedliche Verhandlungserfahrungen hin (in einigen Ländern zeitnahe und eigenständige Einigung durch die Vertragsparteien auf der Landesebene, in anderen Ländern Entscheidung durch Schiedsstelle oder politische Entscheidung durch Landesregierung erforderlich). Die Möglichkeit, außerordentliche Kostensteigerungen (z. B. Tarifabschlüsse, VBL-Umlageerhöhung, Steigerung der Energiekosten, Mehrwertsteuererhöhung) bei der Verhandlung des Landes-Basisfallwertes zu berücksichtigen, fehle und müsse dringend geschaffen werden.

BÄK, DPR, die Medizin- und Arzneimittelindustrie sowie die medizinischen Fachgesellschaften machen zur Verhandlung des Landes-Basisfallwerts grundsätzlich keine Ausführungen. Eine Fachgesellschaft verweist vor dem Hintergrund der Komplexität der Aufgabe sowie schwieriger und langwieriger Verhandlungen darauf hin, dass sich im Jahr 2007 gegenüber dem Jahr 2005 die Situation deutlich verbessert hätte und viele Landes-Basisfallwerte sogar prospektiv und im Vereinbarungswege festgelegt werden konnten. Inhaltlich unbefriedigend sei die Begrenzung des Zuwachses des Landes-Basisfallwertes auf die Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen, so dass hohe exogene Kostensteigerungen nicht angemessen berücksichtigt werden können. Hier seien Ausnahmetatbestände wünschenswert, die eine Durchbrechung der Obergrenze zuließen.

9. Sind die bestehenden **Konfliktlösungsmechanismen** ausreichend bei der Verhandlung
- a) des Krankenhausbudgets?
 - b) des Landes-Basisfallwerts?
 - c) des DRG-Systems und der Abrechnungsregeln?

Zusammenfassung: Die bestehenden Konfliktlösungsmechanismen werden insgesamt als ausreichend und bewährt eingeschätzt. Die Krankenhausesseite sieht für die Verhandlung von krankenhausesindividuellen Entgelten, für die die Regelungen der Bundespflegesatzverordnung Anwendung finden, Handlungsbedarf hinsichtlich der Aufhebung der bislang ausgeschlossenen Schiedsstellenfähigkeit.

GKV und **PKV** weisen darauf hin, dass sich die Schiedsstelle nach § 18a KHG bewährt habe. Hinsichtlich der Konfliktlösung zur DRG-Systementwicklung führen sie aus: „Aufgrund der gewonnenen Erfahrungen mit Ersatzvornahmen im Rahmen der DRG-Systementwicklung hat die Einigungsbereitschaft der Selbstverwaltungspartner stark zugenommen.“ Der **IKK-Bundesverband** fordert, dass bei krankenhausesindividuellen Entgelten nur das Vereinbarungsprinzip gelten solle (keine Möglichkeit zur Anrufung einer Schiedsstelle).

DKG und **VUD** erachten die bei der Verhandlung des Krankenhausbudgets bestehenden Konfliktlösungsmechanismen grundsätzlich als ausreichend. Jedoch fordern sie die Aufhebung der ausgeschlossenen Schiedsstellenfähigkeit, die für besondere Einrichtungen und Einrichtungen gelten, deren Leistungen weitgehend über krankenhausesindividuell vereinbarte Entgelte abgerechnet werden. Für die Verhandlung des Landes-Basisfallwerts sieht die DKG keinen Bedarf für eine Änderung der bestehenden Konfliktlösungsmechanismen. Auch die DKG kommt vor dem Hintergrund einer zeitnahen Entscheidungsfindung bei Auffassungsunterschieden zum DRG-System und zu den Abrechnungsregeln zu dem Ergebnis, dass sich „die Ersatzvornahme als Konfliktlösungsmechanismus bewährt hat“ (auch: VUD). Der **VKD** stuft die bestehenden Konfliktlösungsmechanismen insgesamt als ausreichend ein.

BÄK, DPR, die Medizin- und Arzneimittelindustrie sowie die medizinischen Fachgesellschaften machen zur Verhandlung des Landes-Basisfallwerts grundsätzlich keine Ausführungen. Eine Fachgesellschaft führt aus, dass die „Komplexität der Verhandlungsgegenstände sowohl auf der Orts- wie auch auf der Landesebene ein Niveau erreicht, dass der jeweilige Vorsitzende der Schiedsstelle häufig am Rande der Überforderung agiert und nur noch unter großen Mühen zur endgültigen Entscheidung beitragen kann. Mittlerweile werden die entsprechenden Genehmigungen von Schiedsstellenentscheidungen häufiger beklagt als früher. [... Es] wäre aber wahrscheinlich eine Vereinfachung des Systems eher zielführend, als der Austausch der bestehenden Konfliktlösungsmechanismen.“

10. Wie beurteilen Sie Verlauf und Umsetzung des **DRG-Konvergenzprozesses** einschließlich der geltenden Obergrenzen bei Budgetminderungen?

Zusammenfassung: Der Konvergenzprozess scheint insgesamt technisch reibungslos zu verlaufen. Die Einführung einer Kappungsgrenze wird hinsichtlich eines fristgerechten Endes der Konvergenzphase von den Krankenkassen weiterhin sehr kritisch gesehen, wogegen von Krankenhausesseite z. T. bereits eine Anschlussregelung nach dem Jahr 2009 gefordert wird.

GKV und **PKV** beklagen, dass die Kappungsgrenze einen „sachgerechten Konvergenzprozess“ und ein „sachgerechtes Ende der Konvergenz 2009“ verhindere. Probleme, die bei Krankenhäusern mit der DRG-Einführung bestanden hätten, seien hierdurch nicht gelöst,

sondern nur zeitlich geschoben worden. Auch der **IKK-Bundesverband** befürchtet, dass noch ausstehende Budgetabsenkungen bei Krankenhäusern, die unter die Obergrenze fallen, im Rahmen des anstehenden Gesetzgebungsverfahrens zur Ausgestaltung der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 argumentativ zur weiteren Verzögerung für einen Abschluss der Konvergenzphase eingebracht werden.

Der **DKG** sind technische Probleme bei der Umsetzung des Konvergenzprozesses nicht bekannt. Die maßgeblichen gesetzlichen Regelungen sind „klar gefasst, beinhalten keinen Verhandlungsspielraum und insofern auch kein Konfliktpotenzial bei den Budgetverhandlungen vor Ort.“ Auch der **VUD** schätzt den Verlauf des Konvergenzprozesses in technischer Hinsicht als „weitgehend reibungslos“ ein. Kritisch seien jedoch die alleine durch die unzureichende Abbildung des Leistungsspektrums der Universitätsklinika in den ersten Jahren der Konvergenz entstandenen Erlöseinbußen zu werten, für die es bislang keine Kompensation gegeben hätte. Für die abschließende Beurteilung der Konvergenz werde der Reifegrad des DRG-Systems in 2009 und die dann erreichte Abbildungsqualität der Hochleistungsmedizin entscheidend sein. Der **VKD** erachtet eine „Anschlussregelung nach 2009 als erforderlich an, da auch bis dahin viele Leistungen/Bereiche noch nicht adäquat abgebildet sein werden.“

Aus Sicht der **BÄK** ist wesentlich, dass „mögliche Verwerfungen durch unzureichende Abbildung spezifischer Leistungen rechtzeitig durch Anpassung im DRG-Katalog erkannt und vermieden werden können.“ Nach Kenntnis der BÄK sei die Inanspruchnahme der Kappungsgrenzen durch Kliniken rückläufig.

Eine ausgeprägte einheitliche Haltung der **Medizinischen Fachgesellschaften** zu diesem Thema kann nicht zusammengefasst werden. Positiv werden die erreichten Abbildungsverbesserungen im Laufe der Konvergenzphase (Dekompression) sowie die Einführung von Obergrenzen bewertet.

Stichpunkte aus den Stellungnahmen der einzelnen Fachgesellschaften sind:

- „Seit 2005 kommt es konvergenzbedingt zu einer Budgetumverteilung zwischen Krankenhäusern. Die Zahlen verdeutlichen, dass es sich hierbei auch um eine Umverteilung zwischen Versorgungsstrukturen handelt. Krankenhäuser der Maximal- und Spezialversorgung geben tendenziell Budgetanteile ab, während die „Standardversorgung“ Budgetanteile tendenziell hinzugewinnen konnte. Durch die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems hat das Ausmaß der unsachgerechten Umverteilung deutlich abgenommen, so dass vermutlich nur noch wenige Krankenhäuser für 2007 die Kappungsgrenze in Anspruch nehmen müssen. Entsprechend haben sich auch die Kappungsbeiträge der Landesbasisfallwerte deutlich reduziert.“
- „Bislang konnten Budgetverluste der Maximal- und Spezialversorgung durch Kostenreduktion und Leistungssteigerungen kompensiert werden. Die Rationalisierungsreserven sind jedoch endlich und dürften in einigen Krankenhäusern bereits weitgehend erschöpft sein.“
- „Fachlich erscheint der Konvergenzprozess hin zu einem Preissystem als gelungen. Die Einführung der Obergrenzen war ein wichtiges Instrument, um teure Maximalversorgungskliniken vor allzu großen, nicht zu schulternden Budgetverlusten zu schützen.“
- „Eine Umverteilung zwischen Behandlungsstrukturen, die nicht auf Unwirtschaftlichkeit, sondern auf Abbildungsschwächen des G-DRG-Systems beruht, muss vermieden werden. Ungerechtfertigte Budgetumverteilungen in die „Standardversorgungsstrukturen“ bewirken weder eine Leistungs- noch Effizienzsteigerung für das Gesundheitssystem.“
- „Mit einer Zunahme der „Dekompression“ der Bewertungsrelationen im aktuellen Entgeltkatalog hat sich die Problematik bereits ein wenig entspannt. Es bleibt aber zu fordern, dass dieser Prozess in den kommenden Jahren noch intensiviert wird, d. h. nach Lösun-

gen gesucht wird, teure Fälle besser als bisher zu identifizieren und höheren Vergütungen zuzuführen und einfachere Fälle entsprechend abzusenken. Die Mechanismen der Quersubventionierung teurer Fälle durch leichtere Fälle wurden offenbar bisher nicht richtig eingeschätzt, da sich diese Fälle nicht gleichmäßig auf alle Leistungserbringer verteilen, sondern sich die teuren Fälle bei Spezialkliniken und Maximalversorgern konzentrieren, ohne dass auf entsprechende Kompensationsmöglichkeiten im erforderlichen Maße zurückgegriffen werden kann.“

- „Sollte um 1-2 Jahre verlängert werden. Die Umstrukturierungen durch die (teils ungerechtfertigten und durch Systemfehler verursachten) Erlöseinbrüche erfordern insbesondere im öffentlich-rechtlichen Bereich Zeit, wenn betriebsbedingte Kündigungen vermieden werden sollen.“
- „Ob durch die immer neuen [gesetzlichen] Abfederungen das Ziel erricht wird, dass es zu bundesweit gleichen Preisen bei gleicher Leistung kommt, erscheint offen.“

IV. Veränderungen in der Versorgung

11. *Wie beurteilen Sie den Einfluss des DRG-Systems auf die **Qualität** der Versorgung? Sehen Sie Verbesserungen oder Verschlechterungen der Qualität von Diagnostik und Therapie (z. B. Abbau unnötig langer Verweildauern oder zu frühe Entlassungen)? Sehen Sie DRG-induzierte Fehlentwicklungen (z. B. Fallsplitting, Komplikationsrate)? Bitte legen Sie auch dar, auf welchen Anhaltspunkten oder Daten Ihre Einschätzung beruht.*

Zusammenfassung: Es kann festgehalten werden, dass (qualitative oder quantitative) Daten, um den Einfluss des DRG-Systems auf die Qualität der Versorgung beantworten zu können, vielfach vermisst werden. Dies gilt auch für die Begleitforschung, deren Fehlen insbesondere von Seiten der BÄK, des DPR, DVfR, DEGEMED und der medizinischen Fachgesellschaften beklagt und eine zeitnahe Durchführung eingefordert wird. Hingewiesen wird in diesem Zusammenhang auch, dass Veränderungen angesichts der dynamischen Entwicklungen im Krankenhausbereich wie in angrenzenden Sektoren im Gesundheitswesen nicht allein auf die DRG-Einführung zurückführbar seien; andere Einflussfaktoren seien ggf. zu berücksichtigen. Die Einschätzungen zum Einfluss auf die Versorgungsqualität verbleiben dadurch weitgehend spekulativ und sind beeinflusst von der jeweiligen Position und Interessenlage im Gesundheitswesen. Sie reichen von der Vermutung einer tendenziellen Verbesserung der Versorgungsqualität über die Einschätzung, dass zwar die Art der Leistungserbringung, nicht aber die Versorgungsqualität selber beeinflusst werde, bis hin zu Hinweisen auf eine Beeinträchtigung der Versorgungsqualität in verschiedenen Punkten und Bereichen (z. B. Verminderung der pflegerischen Versorgungsqualität, Probleme bei der Etablierung eines Überleitungsmanagements bzw. fehlendes Überleitungsmanagement, verfrühte Entlassungen in die Reha).

GKV und **PKV** sind der Auffassung, dass die „zunehmende Spezialisierung und die Standardisierung von Behandlungsabläufen tendenziell zu einer besseren Behandlungsqualität beigetragen hat.“ Der **IKK-Bundesverband** ergänzt, dass es zum jetzigen Zeitpunkt „zu früh [sei], um über die Auswirkungen des DRG-Systems auf die Versorgung zu urteilen.“ Vorliegende Daten (Statistisches Bundesamt, § 21er Daten) ließen im Vergleich zur „Vor-DRG-Zeit“ keine Trendbrüche erkennen. „Ob die von der BQS dargestellten Veränderungen in der Versorgung (Ergebnisbericht 2005), die überwiegend positiver Natur waren, auf die DRGs zurückzuführen sind oder auf die externe stationäre Qualitätssicherung mit Datenvalidierung und strukturiertem Dialog, vermag ebenfalls niemand zu sagen. [...] Erkennbar wird aller-

dings eine verstärkte Kooperation und Abstimmung der Krankenhausträger einer Region. Von daher wird ein Trend zur Spezialisierung erkennbar.“

Der **DKG** liegen bislang „noch keine belastbaren Informationen“ über eine durch das DRG-System bewirkte Reduktion 'unnötig langer Verweildauern' oder umgekehrt 'zu früher Entlassungen' sowie weitere Einflüsse auf die Qualität von Diagnostik und Therapie vor. „Unter anderem darüber soll in Zukunft die Begleitforschung Aufschluss ergeben. Dies gilt auch für unterstellte DRG-induzierte Fehlentwicklungen wie Fallsplitting und erhöhte Komplikationsraten, über die bisher keine Hinweise vorliegen. Mit den Abrechnungsbestimmungen werden durch entsprechende Regelungen zur Fallzusammenführung derartigen möglichen Fehlansätzen des DRG-Systems entgegengewirkt.“ Grundsätzlich könne sich die Einführung eines leistungsorientierten Entgeltsystems bei ausreichender Qualitätstransparenz und freier Krankenhauswahl für die Patienten positiv auf einen Wettbewerb um Leistung und Qualität zwischen den Krankenhäusern auswirken. Negative Einflüsse auf die Qualität hätten demgegenüber Maßnahmen, die zu einer mangelnden Refinanzierung der Kosten der Krankenhäuser führten. Der **VKD** vermutet, dass „die Qualität der „Kernleistung“ in vielen Fällen sogar besser geworden ist, wegen stringenterer Leistungserbringung, zügiger Diagnostik. Auch die Kommunikation zwischen den Berufsgruppen insbesondere bei der Erbringung fachübergreifender Leistungen ist besser geworden.“ Andererseits fehlten durch den finanziellen Druck und die damit verbundene Personalreduktion auch in patientennahen Bereichen sowie die Zunahme von administrativen Tätigkeiten bei Ärzten „Ressourcen für den Bereich der persönlichen Zuwendung und das Gespräch mit dem Patienten“. Daten über veränderte Komplikationsraten oder Verlagerungen des Aufwandes in nachgelagerte Bereiche lägen nicht vor. Bei manchen Maximalversorgern sei jedoch der „Eindruck entstanden, dass das DRG-System und die unzureichende Vergütung bestimmter Leistungen andere Häuser dazu veranlasst, defizitäre Fälle schnell weiter zu verlegen bzw. erst gar nicht aufzunehmen.“ Der **VUD** führt aus, dass die Klinikleitungen die „potenziell problematischen Auswirkungen des DRG-Systems auf die Versorgungsqualität erkannt und darauf mit zahlreichen Qualitätsinitiativen (Entlassmanagement, Risikomanagement, Qualitätsmanagement, Benchmarking etc.) reagiert [haben], die zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität beitragen.“ Fehlentwicklungen wie Fallsplitting, erhöhte Komplikationsraten und zu frühe Entlassungen würden nur in Einzelfällen auftreten, seien aber kein prägendes Element des Systems. Da von den Kurzliegerabschlägen tendenziell negative Anreizwirkungen ausgingen, sind diese nach Auffassung des VKD abzuschaffen (ähnlich: VUD). Der VUD weist auf eine Publikation hin, wonach das System in den konservativen Fächern zur Folge habe, „die Hauptdiagnose qualitativ hochwertig zu versorgen, weiteren Verdachts- oder Nebendiagnosen jedoch nicht weiter nachzugehen bzw. diese an den ambulanten Sektor zu delegieren (Quelle: z. B. Vogd 2006). Zu beobachten ist weiterhin im Bereich der Hochleistungsmedizin die Tendenz, in der Diagnostik von sehr teuren Verfahren auf weniger teure Verfahren umzustellen. [...] Die Möglichkeit einer Krankenhausbehandlung „zur Abklärung“ ist weitgehend entfallen.“

Der **G-BA** beobachtet bei der Qualität in den Krankenhäusern sowohl Verbesserungen wie auch Verschlechterungen. Inwieweit dies auf die DRG-Einführung zurückzuführen sei, welche Auswirkungen die gleichzeitige Einführung von Qualitätsmanagement-Instrumenten und Qualitätssicherungssystemen habe und welche Wechselwirkungen bestünden sowie welche äußeren Faktoren eine Rolle spielten, ist aus Sicht des G-BA unklar. Auf Grundlage der für ca. 20 Prozent der stationären Leistungen vorliegenden Daten der externen stationären Qualitätssicherung (BQS-Verfahren) seien bei kleinen Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung Struktur- und Prozessdefizite erkennbar, die häufige Eingriffe oder Diagnosen betreffen; genannt werden Operationen bei Schenkelhalsbruch und Kaiserschnitte in der Geburtshilfe. Zudem könne „nicht ausgeschlossen [werden], dass auch im Bereich der inneren Medizin Defizite bestehen.“ Es könne allerdings nicht differenziert werden, „ob diese

Struktur- und Prozessdefizite eine Auswirkung der DRG allein sind oder auch schon vor der Einführung der DRG bestanden“. Als mutmaßliche Folge des mit der DRG-Einführung zwischen den Krankenhäusern gestärkten Wettbewerbs beobachtet der G-BA eine „Tendenz von kleinen und mittleren Krankenhäusern, zunehmend hochspezialisierte Leistungen anzubieten, die jedoch nicht mit der oft nötigen Erfahrung erbracht werden können, so dass die Qualität sich dort verschlechtert.“ Konkret benennt der G-BA in diesem Zusammenhang Erfahrungen bei der Umsetzung des Strukturqualitätskonzepts zur Versorgung von Früh- und Neugeborenen sowie Veränderungen durch die Einführung der Mindestmengenregelung bei Knie-TEP: „Durch den direkten Kontakt mit einzelnen Krankenhäusern durch die Übergangsregelung (Knie-TEP-Karenzregelung und Einzelfallprüfung durch den G-BA) wurde deutlich, dass insbesondere kleine Krankenhäuser durch den Wettbewerb versuchen, finanziell lukrative hochspezialisierte Leistungen (Knie-TEP) zu erbringen, die Indikationsstellung jedoch sehr großzügig gestellt wurde und auch die technische operative Leistung der Implantation von Fachexperten sehr kritisch beurteilt wurde.“

Das **IQWiG** kommt bei einer Literaturliteraturauswertung im Rahmen einer „schnellen orientierenden Einschätzung“ u. a. zu dem Ergebnis, dass die meisten verfügbaren Untersuchungen keine „patientenrelevanten Endpunkte“ erfassten, sondern „solche Merkmale [...], aus denen nur indirekte Schlüsse auf die DRG-induzierten Qualitätsveränderungen gezogen werden können (z. B. Veränderungen der Arbeitsinhalte und -belastungen des Krankenhauspersonals).“ Zudem würden „Unterscheidungen zwischen DRG-induzierten Auswirkungen und Effekten anderer Entwicklungen im Gesundheitswesen [...] nicht hinreichend vorgenommen.“ Vor diesem Hintergrund gelangt das IQWiG u. a. zu der Einschätzung, dass die „DRG-induzierten Effekte auf die Versorgungsqualität [...] noch nicht bzw. nicht vollständig eingetreten zu sein“ scheinen, sich aber „durchaus erhebliche Veränderungen des Versorgungsgeschehens und der Versorgungsqualität in den nächsten Jahren zeigen könnten“. Die verfügbare Literatur lege ferner nahe, dass sich die DRG-Einführung „bisher stärker auf das Leistungsgeschehen (Leistungsmengen, Zuweiserverhalten, Arbeitsbelastung, Leistungsverlagerungen) als auf die Versorgungsqualität ausgewirkt zu haben [scheint ... und ...] sich offenbar stärker auf die einrichtungsinterne Struktur- und Prozessqualität ausgewirkt [hat] als auf die Ergebnisqualität“. Die bislang versäumte Begleitforschung ließe sich nur bedingt durch Nutzung retrospektiver Daten und Verknüpfung mit prospektiven Erhebungen nachholen.

Die **BÄK** moniert, dass Grundlage für entsprechende Informationen eigentlich die weiterhin als notwendig erachtete Begleitforschung sein müsse, für die jedoch bis Mai 2007 keine Zwischenergebnisse vorgelegen hätte: „Es fehlt bisher die Frühwarnfunktion einer suffizienten Begleitforschung und Versorgungsforschung, mit deren Hilfe eine Unter- oder Fehlversorgung in bestimmten Bereichen rechtzeitig erkannt, gesellschaftlich diskutiert und (u. a. auch) mittels des DRG-Systems gegenreguliert werden kann.“ Auf der Grundlage von „Erfahrungen und Eindrücken“ aus dem ärztlichen Bereich berichtet die BÄK, dass seit Einführung der DRGs in nahezu allen medizinischen Fachdisziplinen eine Verweildauerreduktion zu verzeichnen sei und „vermehrt von Einzelfällen berichtet wurde, in denen die nachgeordnete ambulante Versorgung nur bedingt möglich war, da der Krankheitszustand bei Entlassung gegenüber vergleichbaren Patienten vor Einführung der DRGs schlechter gewesen sein soll.“ Zudem verweist die BÄK u. a. auf strukturelle Veränderungen wie den „Wegfall vieler [...] notwendiger Weiterbildungsstellen“, eine mutmaßlich nachlassende Innovationskraft sowie eine „Ausdünnung verschiedener medizinischer Versorgungsstrukturen in der Fläche“.

Der **DPR** fordert u. a. eine „ernsthafte Begleitforschung bezüglich der Auswirkungen der DRG-Systematik und zwar einrichtungsübergreifend auf den Versorgungsprozess bezogen.“ Im Übrigen skizziert er auf der Grundlage einzelner Literaturangaben kritische Aspekte für die Versorgungsqualität, die im Zusammenhang mit der DRG-Einführung diskutiert würden (z. B. Gefahr der Fragmentierung des Versorgungsprozesses, Vernachlässigung des Auf-

baus nachsorgender Versorgungsstrukturen, Unklarheit nach Entlassung, ob die weitere Versorgung sichergestellt ist, Hinweise auf eine Verminderung der pflegerischen Versorgungsqualität).

Die **DVfR** kommt auf der Grundlage von Rückmeldungen aus ihrem Mitgliederkreis zu der Einschätzung, dass anstelle einer umfassenden Befundermittlung eine Einschränkung der Diagnostik stattfände und angesichts einer verkürzten Verweildauer „eine in sich abgeschlossene, für die Akutphase erforderliche Therapie mit den Patienten kaum möglich“ sei. Vor allem in den Therapiebereichen (Physiotherapie, Ergotherapie u. a.) würden Therapieentscheidungen „immer weniger“ nach medizinischer Notwendigkeit, sondern überwiegend unter wirtschaftlichen Aspekten getroffen. Durch verkürzte Krankenhausverweildauern würden auch vermehrt Unter-, Über- oder Fehlversorgungen mit Hilfsmitteln entstehen, da zu dem früheren Entlassungszeitpunkt oftmals die Prognose für die Patienten noch unklar sei. Auch in der Bewilligungspraxis von Hilfsmitteln gebe es erhebliche Schnittstellenprobleme. Daten legt die DVfR nicht vor.

Die **DEGEMED** weist darauf hin, dass die gewünschte Untermauerung von Ausführungen derzeit nicht mit Daten möglich sei, da es an einer erforderlichen qualifizierten Studie zu den Auswirkungen und sektoralen Kostenverschiebungen derzeit fehle. Zu den Folgen der DRG-Einführung für die Rehabilitation laufe derzeit die REDIA-Studie, die in den beiden durchgeführten Zyklen (2003/2004 und 2005/2006) bislang „zwar einige kurzfristige Effekte der DRG-Einführung ermitteln [konnte], mehr jedoch nicht.“ Vor diesem Hintergrund könne die DEGEMED ihre Ausführungen nur auf Erfahrungen aus der Perspektive der Einzelklinik stützen. Feststellen ließe sich, dass „viele Akutkrankenhäuser mit der Kürzung der Verweildauer auch die Inhalte der Behandlung kürzen, so dass die DRG-Vergütung in diesem Sinne nicht mehr adäquat ist. Die fehlenden Behandlungsbestandteile werden in den nachgelagerten Behandlungsabschnitt – in unserem Falle: die Medizinische Rehabilitation – verschoben, was dort entsprechende Kostensteigerungen zur Folge hat.“ Jedoch scheine sich das Verhalten der Akuthäuser in Großstädten von dem in dünner besiedelten Gebieten zu unterscheiden, so dass sich „die Behauptung: „Die Patienten kommen immer früher und werden immer kränker ...“ in dieser Allgemeinheit nicht halten“ lasse. „Ferner läßt sich beobachten, daß die Patienten früher aus der Akutklinik entlassen werden. Naturgemäß sind dabei viele Patienten nicht gut oder gar nicht mobilisiert, da sie trotz der vom Krankenhaus angebotenen Frührehabilitation infolge der kurzen Liegedauer noch gar nicht mobilisierbar waren. Bei vielen Patienten ist das Nahtmaterial noch vorhanden und muß in der Reha-Klinik entfernt werden. Auch der medikamentöse Aufwand [...] sowie der Aufwand für Verbandsmittel ist deutlich gestiegen. Viele Patienten benötigen zu Beginn der Rehabilitation noch eine intensive medizinische und pflegerische Betreuung [...]. Aufgrund der unvollständigen Heilung können sie in den ersten Tagen nicht belastet werden. So können z. B. auch Wasseranwendungen noch nicht verordnet werden. Auf diese Weise kommt es zu einer deutlichen Verlagerung der Kosten vom Akutkrankenhaus auf die Reha-Klinik.“ In der neurologischen Rehabilitation kämen „Schlaganfallpatienten in einem wesentlich schlechteren Allgemeinzustand in die Anschlussrehabilitation. Nach der BAR-Klassifikation würden 11% - 15 % der Patienten zur Phase B gehören, also zur Krankenhausbehandlung. Der Anteil der nicht ausdiagnostizierten Patienten hat erheblich zugenommen.“ In der kardiologischen Rehabilitation würde „vielen Patienten nach Herzinfarkt und interventioneller Behandlung neuerdings die Anschluss-Rehabilitation gleichsam vorenthalten.“ Die Ursache sei in dem bei den Krankenhäusern bestehenden Mangel an Zeit und Personal für Aufklärung und Antragsstellung zu suchen, so dass „die Möglichkeiten des Sozialdienstes eingeschränkt [sei], ein umfassendes Überleitungsmanagement durchzuführen.“ Als Reaktion auf die früheren Verlegungen im Bereich der Kardiologie mussten „in mehreren Reha-Kliniken weitere Pflegekräfte und zusätzliche Nachtdienstkräfte eingestellt werden, um die stark gestiegene Zahl kaum mobilisierter Pati-

enten [...] mit der notwendigen Versorgung zu versehen.“ In der orthopädischen Rehabilitation sei der Aufwand für Pflege seit etwa Ende 2003 kontinuierlich angestiegen, da die Patienten in einem schlechteren Zustand in die Anschluss-Rehabilitation geschickt würden. „Das hat zur Folge, daß der pflegerische Zeitaufwand allein im Laufe dieser zwei Jahre um etwa 80% gestiegen ist. Die Folge davon ist, daß die Reha-Kliniken „neue“ Leistungen erbringen müssen (wie Wundversorgung, Fädenziehen).“

Zusammenfassend sind sich die **Medizinischen Fachgesellschaften** einig, dass zur Beantwortung der Auswirkungen des DRG-Systems auf die Versorgungsqualität eine Begleitforschung dringend erforderlich ist. Die Einschätzung der einzelnen Fachgesellschaft fallen unterschiedlich aus. Teils werden keine negativen Auswirkungen auf die Versorgungsqualität gesehen, teils wird z. B. von verfrühten Entlassungen oder Verlagerungen von Leistungen in den ambulanten oder rehabilitativen Bereich berichtet, mit damit mutmaßlich verbundenen Qualitätsbeeinträchtigungen. Vermutlich wird die fachliche Einschätzung u. a. auch durch die aufwandsgerechte Abbildung der Leistungen des Fachgebiets im DRG-System beeinflusst. Durch die verkürzten Behandlungsabläufe wird zudem 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 finden sich bislang nicht.

Stichpunkte aus den Stellungnahmen der einzelnen Fachgesellschaften sind:

- „Ausreichend Daten zur Ergebnisqualität und deren Veränderung liegen aufgrund weitgehend fehlender Versorgungsforschung nicht vor, so dass über Einflüsse größtenteils gemutmaßt werden muss.“
- „Diese Frage kann nur, aufgrund fehlender valider Daten, spekulativ beantwortet werden. Wir gehen davon aus, dass der Einfluss des DRG-Systems auf die Qualität der Versorgung nur gering ist und sicher geringer als er erwartet worden ist. Insgesamt ist hier zu bemängeln, dass eine begleitende Versorgungsforschung bei der Einführung des DRG-Systems im Wesentlichen nicht stattgefunden hat. Diese wäre notwendig, um quantitativ nachweisen zu können wie sich die Qualität der Versorgung im DRG-System verändert hat.“
- „Wir halten eine wissenschaftliche Begleitung der DRG-Einführung im Sinne einer Versorgungsforschung vor Ende der Konvergenzphase für unerlässlich.“
- „Das DRG-System bewirkte aus dem Blickwinkel des Krankenhauses zur Zeit keine sichtbaren negativen Auswirkungen der Versorgung. Wartelisten wurden bisher nicht in größerem Umfang beobachtet. Blutige Entlassungen blieben aus. [...] Es] ist ein professionelles Monitoring von Komplikationen nötig, um ein Umschlagen in eine schlechtere Behandlungsqualität zu verhindern. [...] Aus dem Blickwinkel des Patienten, führt die durch die Kostenträger forcierte Reduktion von präoperativen Verweildauern zu zusätzlichen Wegezeiten zu präoperativen Sprechstunden und Ambulanzen, was in ländlichen Regionen und bei älteren Patienten und Singlehaushalten zu Belastungen führen kann.“
- „Nach dem bisherigen Kenntnisstand gibt es in den chirurgischen Fachgebieten keine Hinweise auf eine Verschlechterung der Ergebnisqualität, jedoch auch nicht auf eine Verbesserung. Die Unzufriedenheit von Patienten und Hausärzten infolge früher Entlassungen belastet dagegen das Verhältnis zu den Krankenhausärzten, die sich hier einem erheblichen Druck durch Fehlbelegungsvorwürfe der Kostenträger ausgesetzt sehen. Eine höhere Rate an Wiederaufnahmen ist als unmittelbare Folge der Verweildauerverkürzung erkennbar.“

- „Der Einfluss des DRG-Systems auf die Qualität der Versorgung ist zwiespältig. Einerseits wird durch die eingetretene Transparenz eine Vergleichbarkeit von Behandlungsabläufen und letztlich auch von Behandlungsergebnissen grundsätzlich möglich, so dass ein Wettbewerb um Qualität einsetzen kann. Andererseits führen die starken Anreize zur Verweildauerverkürzung oft zu nicht hinnehmbaren Härten für die betroffenen Patienten. Dies betrifft vor allem häufige operative Eingriffe des Fachgebietes. Vermehrt wird die Erbringung belastender operativer Eingriffe am Aufnahmetag eingefordert. Patienten müssen dann notwendige Voruntersuchungen vorstationär absolvieren. Dies führt gerade bei größeren Entfernungen zu spezialisierten Einrichtungen und im ländlichen Bereich zu einer deutlichen Belastung und einer verminderten Behandlungsqualität. Betroffen sind vor allem weniger mobile, ältere oder morbide Patienten.“
- „Andererseits gibt es sicherlich einzelne Bereiche, wo es zu einer Qualitätsverschlechterung kommt, z. B. in der Inneren Medizin bei multimorbiden, komplexkranken Patienten. [...] Ohne Frage sind die Kliniken gezwungen, ein Fallsplitting durchzuführen und wo dies möglich ist, findet dies auch statt.“
- „Die medizinische Qualität ist grundsätzlich gleich geblieben, bzw. hat keine wesentlichen Einbußen durch das DRG-System hinnehmen müssen. Allerdings bedeutet die angestrebte Verkürzung der Verweildauern vor allem bei schwer oder chronisch kranken Patienten eine höhere Belastung des häuslichen Umfeldes. Die medizinische Qualität ist bei sehr stark gestiegenem Kostendruck noch gleich geblieben, droht sich aber zu verschlechtern. Die Arbeit hat sich für die meisten Mitarbeiter sehr verdichtet und daraus werden Risiken entstehen. Frühe Entlassungen kommen vor, daraus resultieren auch in Einzelfällen Wiederaufnahmen.“
- „Festzustellen ist aber, dass zunehmende Verweildauerverkürzungen im stationären Bereich [...] eine Reduzierung auf das medizinisch notwendige Versorgungsmaß zur Folge hat. Nicht- oder im DRG-System nur schwierig abbildbare Behandlungsoptionen (z. B. supportive Behandlungsverfahren), die zusätzlich zum Behandlungserfolg beitragen, aber nicht zwingend medizinisch notwendig sind, sind zunehmend in Gefahr.“
- „Zusatzdiagnostik, die prinzipiell im Krankenhaus erbracht werden könnte, wird zunehmend in den ambulanten Sektor verlagert.“
- „Das befürchtete Fallsplitting ist aufgrund der Regelungen zur Fallzusammenführung wirksam unterbunden worden. Aus diesem Grunde sollten jetzt sinnvolle Lockerungen vorgenommen werden, die insbesondere bei Wiederaufnahmen zu weiteren Operationen, zumindest bei Tumorpatienten, auf Fallzusammenführungen verzichten. Es kann bei dem bestehenden wirtschaftlichen Druck leider nicht ausgeschlossen werden, dass es in der Praxis zu Steuerungen der Wiederaufnahme kommt, die sich im Einzelfall nachteilig auf die Behandlungsqualität der Patienten auswirken können.“
- „Die Mehrzahl der Kliniken [des Fachgebiets] sind defizitär und es besteht daher aus unserer Sicht eine deutliche Gefahr, dass sich Qualität von Diagnostik und Therapie unseres Fachgebiets unter dem DRG-System künftig massiv verschlechtern.“
- „Die Qualität der Versorgung hat sich dahingehend verändert, dass in der Klinik nur das „jetzt Geforderte“ gemacht wird und alles „Zweitrangige“ in einen anderen Bereich verlagert wird, sei es in den ambulanten Bereich, sei es in einen neuen stationären Aufenthalt. Das System erlaubt während des stationären Aufenthaltes keine „ganzheitliche“ Patientenversorgung (mehr). Das DRG-System erfordert die Konzentration aller Ressourcen auf die Hauptdiagnose, die zur Aufnahme des Patienten geführt hat. Die Ressourcen zur Behandlung der Nebendiagnosen werden dadurch nachrangig eingesetzt.“
- „Zumindest in den konservativen Fächern gibt es die Tendenz, die Hauptdiagnose qualitativ hochwertig zu versorgen, weiteren Verdachts- oder Nebendiagnosen jedoch nicht

weiter nachzugehen (bzw. dies an den ambulanten Sektor zu delegieren). Aufwärtsverlegung kostenträchtiger Patienten wird vermehrt genutzt und belastet die Maximalversorger [...]. Die Möglichkeit von Krankenhausbehandlung „zur Abklärung“ ist weitgehend entfallen. Hier wird dem ambulanten Sektor auch ein Risiko aufgebürdet, weil sich das „Vier-Augen-Prinzip“ (zwei gut ausgebildete Ärzte untersuchen und diskutieren den Patienten) ambulant kaum realisieren lässt. Hier wäre die spezialisierte ambulante Versorgung über den § 116b hinaus oder eine stationäre Behandlungsoption zu entwickeln.“

- Aus der DRG-Einführung „resultierte ein ungeheurer Druck zur Rationalisierung und Ökonomisierung im Krankenhaus: Das hat einen erheblichen Personalabbau mit entsprechender Abnahme von Zuwendung an die Patienten zur Folge. Besonders unglücklich ist jedoch, dass durch das DRG-System kein Raum für Ausbildung und insbesondere Weiterbildung von Ärzten bleibt. Das System führt indirekt zu einer dramatischen Verschlechterung der Weiterbildung von Fachärzten, da eine solche Weiterbildung kosten- und zeitaufwendig und im System nicht wirklich abgebildet ist. Ein Mangel an qualifizierten Ärzten ist absehbar.“
- „Das System zwingt zu unsinnigem Belegungsverhalten der Kliniken (Ausdehnung der Belegung bei Kurzlieger-DRGs um den Abschlag zu vermeiden, mit dem eine DRG nicht mehr kostendeckend ist) sowie insg. Verkürzung von Liegedauern mit entsprechender Überlastung der Hausärzte und der Pflegedienste.“
- „Das G-DRG-System stellt immer noch eine gewisse Bedrohung für die heutige wie auch die zukünftige Abbildung chronisch erkrankter Patienten dar, da der sich meist ergebende Mehraufwand von den Krankenhausträgern bei fehlender Gegenfinanzierung Entscheidungen begünstigt, entsprechende Fachgebiete längerfristig nicht mehr vorzuhalten.“
- „Die Verkürzung stationärer Verweildauern im stationären Krankenhausbereich führt zu einer Verlagerung der Morbiditätslast in den rehabilitativen und ambulanten Sektor und erfordert hier eine entsprechende Nachjustierung der Ressourcenbereitstellung. Zugleich ist aber auch mit Sorge zu beobachten, dass die Zunahme des Verwaltungsaufwandes und der patientenfernen Arbeiten die direkte Ressourcenbereitstellung für die unmittelbare Patientenversorgung bedroht.“
- „Keine objektiven Beobachtungsphasen mehr möglich (bei komplizierter Therapie). Kein validiertes Erproben einer Medikation oder nicht-medikamentösen Maßnahme [...] mehr möglich. Deutliches Nachlassen der Qualität der Nachbetreuung, da stationär [...] nur noch eingeschränkt möglich. Das wirkt sich negativ auf die Compliance der Patienten mit einer nächtlichen Beatmungstherapie aus.“
- „Zusammenfassung:
 1. Qualität insgesamt schlechter, u. a. in der postoperativen Versorgung.
 2. Fehlentwicklungen sind vorhanden, z. B. zu lange ambulante Behandlung [wegen AOP-Katalog nach § 115b SGB V] und Verlegung von schweren Fällen erst nach Ausschöpfung der DRG-Ressourcen (bzw. Erfüllung der Mindestanforderungen).
 3. Patientenselektion (nach DRG-Profit-Kriterien) mit Verlagerung der Hochrisikopatienten in spezialisierte Kliniken, die dann mit der üblichen DRG-Rechtlastigkeit diese Patienten nicht kostendeckend versorgen können.
 4. Rasche Entlassungen
 5. Häufigere Reha-/Pflegeverlegungen
 6. Wartelisten für Patienten/Fallkonstellationen, für die man Unterdeckung befürchtet und die man eigentlich - rein ökonomisch - gar nicht behandeln möchte.“
- „Wir möchten jedoch eine ernsthafte Begleitforschung und Strategieentwicklungen zur Vermeidung von Fehlanreizen [...] anmahnen, um auch weiterhin eine breite medizinische Versorgung auf angemessenen Niveau garantieren zu können.“

12. Halten Sie die Einführung **zusätzlicher Instrumente der Qualitätssicherung** im Zusammenhang mit der Weiterentwicklung des DRG-Systems für erforderlich und wenn ja, welche Maßnahmen sollten das sein?

Zusammenfassung: Es kann festgehalten werden, dass die im Krankenhausbereich bestehenden und zusätzlich mit dem GKV-WSG eingeführten Qualitätssicherungsinstrumente bereits ein sehr umfangreiches Niveau haben. Bedarf für zusätzliche Instrumente wird insofern nicht von allen Akteuren gesehen. Sofern Bedarf für eine Fortentwicklung gesehen wird, dann bestehe dieser u. a. hinsichtlich der Patientenorientierung, der Abbildung der Ergebnisqualität und der geringeren Verwaltungsaufwändigkeit der Regelungen. Von Leistungserbringerseite wird zudem die Vorgabe von Strukturqualitätsvorgaben gefordert.

GKV und **PKV** unterstreichen, dass es „dringend erforderlich ist, dass ein ergänzendes Qualitätssicherungsverfahren mit den Routinedaten nach § 21 KHEntgG etabliert wird. Dabei ist die krankenhausbegleitende Offenlegung der Ergebnisse zwingende Voraussetzung.“ Der IKK-Bundesverband ergänzt, dass auch die Durchführung von Zusatzerhebungen bei allen Leistungserbringern möglich sein müsse.

Die **DKG** sieht angesichts der Vielzahl der Qualitätssicherungsmaßnahmen im Krankenhausbereich (externe vergleichende Qualitätssicherung, Strukturqualitätsmaßnahmen, Mindestmengenregelungen, strukturierter Qualitätsbericht, einrichtungsinternes Qualitätsmanagement, Fortbildungsverpflichtungen für Fachärzte) sowie aufgrund deren Umfang (in der externen vergleichenden Qualitätssicherung würde z. B. ein weltweit unerreichter Wert von 20 Prozent der Krankenhausleistungen erreicht) kein Erfordernis für die Einführung zusätzlicher Qualitätssicherungsinstrumente. Der **VKD** weist auf den Qualitätsfaktor Personal und fordert eine Finanzierung der Weiterbildung als Faktor der Strukturqualität. Der **VUD** sieht noch erhebliche Defizite bei der Abbildung der Ergebnisqualität. „Wünschenswert wäre in diesem Zusammenhang insbesondere ein Qualitätsmanagementsystem, das Sektoren übergreifend auch poststationäre Daten (Morbidität und Mortalität) nach drei oder sechs Monaten einbezieht.“ Der **VUD** fordert ferner eine intensivere Nutzung des Instruments der Mindestmengen, plädiert für die stärkere Nutzung des Instruments der „Strukturqualitätsvorgaben“ und fordert die Finanzierung der laufenden Kosten und der Investitionskosten für die Umsetzung zusätzlicher Qualitätssicherungsanforderungen.

Der **G-BA** erachtet neben der intensivierten Nutzung vorhandener Instrumente und der neuen Instrumente des GKV-WSG (u. a. Nutzung von Routinedaten) zusätzliche Maßnahmen als erforderlich. Zur Sicherstellung der Indikationsqualität wird - analog zum ambulanten Bereich (§ 136 SGB V) - die Einführung von Stichprobenprüfungen im Krankenhaus vorgeschlagen. Zur Sicherstellung von Struktur- und Prozessqualität votiert er für den pragmatischen Einsatz von Mindestmengen durch Streichung der Vorgabe, dass es einen direkten Zusammenhang zwischen der Menge und der Ergebnisqualität geben muss. Er weist darauf hin, dass die Fachgesellschaften inzwischen die Festlegung von Mindestmengen für viele Bereiche fordern. Zudem sieht der **G-BA** Handlungsbedarf im Hinblick auf die Qualität der Versorgung in kleinen Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung (insbesondere Akut- und Notfallversorgung) und bei der Versorgung von Kindern im Krankenhaus.

Das **IQWiG** empfiehlt, dass bei Indikationen, bei denen am ehesten Qualitätsänderungen zu erwarten sind, die bestehende Datenbasis erweitert werden solle. Dabei sollten „vulnerable Gruppen, wie z. B. ältere und chronisch kranke Menschen,“ besonders berücksichtigt werden. Zudem solle das nach § 137a SGB V mit Verfahren der Messung und Darstellung der Versorgungsqualität durch den **G-BA** zu beauftragende fachlich unabhängige Institut „eine

herausragende Rolle auch bei der DRG-Begleitforschung spielen“. Erstrebenswert scheine zudem der „Aufbau zeitnaher und sektorenübergreifender Feedback-Schleifen zum Versorgungsgeschehen und seiner Qualität in einzelnen Einrichtungen und Bundesländern/ Regionen unter Berücksichtigung von Schnittstellen zwischen den Versorgungssektoren“. Schließlich sollten „Wirksamkeit und Effizienz von Qualitätssicherungsverfahren [...] kontextspezifisch evaluiert werden“.

Die **BÄK** sieht für die Etablierung von Rating-Instrumenten zur medizinischen Qualität im Krankenhausbereich Diskussionsbedarf. „Die Ermöglichung einer reinen Ratingstruktur wird als nicht sinnvolle Kombination von Qualitätssicherung und Fallpauschalenvergütungssystem gesehen.“ Zudem fordert sie „ausreichende Schutzmechanismen zu diskutieren, damit die auf vertrauensvoller Basis übermittelten Daten der medizinischen Qualitätssicherung nicht im Nachgang durch Krankenkassen und MDK zu ökonomisch motivierten Selektionen von Leistungserbringern genutzt“ werden.

Der **DPR** betont, dass die Qualität aufgrund der ergriffenen flankierenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (z. B. verpflichtender Qualitätsbericht, KTQ-Zertifizierung, BQS) „deutlich verbessert“ erscheint. Jedoch „sollten weitere Maßnahmen zur Qualitätssicherung installiert werden, insbesondere wenn die Kliniken in einen Preiswettbewerb eintreten. Zur Absicherung der Zulassung nach § 108 SGB V und zur kontinuierlichen und systematischen Überprüfungen im laufenden Betrieb sind insbesondere die Struktur- und Prozessqualität zu sichern.“

Der **vzbv** unterstreicht, dass die DRG-Einführung mit Qualitätssicherungsmaßnahmen zu begleiten sei. Neben der externen stationären Qualitätssicherung müsse dabei auch auf sektorübergreifende Abrechnungs- und Routinedaten zurückgegriffen werden, um „längerfristige Krankheits- und Behandlungsverläufe rekonstruieren zu können“. Bei der Umsetzung des mit dem GKV-WSG neu eingeführten Auftrags zur sektorübergreifenden Qualitätssicherung nach § 137a SGB V sei auf eine systematische Erfassung von „Ergebnisdaten der Prozessqualität (z. B. Aufnahme- und Entlassungsmanagement)“ zu achten sowie darauf, dass „die Qualitätsdaten der Krankenhäuser vergleichbar und in verständlicher Form Verbraucherinnen und Verbrauchern transparent gemacht werden“.

Die **DVfR** fordert ein Qualitätssicherungsinstrument, dass nach der Entlassung „den Patienten in seiner weiteren Entwicklung und seinen Versorgungsbedarfen (Reha-Klinik, Ambulanz, zu Hause) wahrnimmt.“ Dabei solle auch eine Beurteilung der Versorgungsqualität im Krankenhaus durch den Patienten vorgesehen werden.

Zusammenfassend stellt sich auch bei den **Medizinischen Fachgesellschaften** ein gespaltenes Bild zwischen einerseits eindeutiger Ablehnung zusätzlicher Qualitätssicherungsmaßnahmen (u. a. wg. keine Notwendigkeit, zu verwaltungsaufwendig) und andererseits Befürwortung einzelner zusätzlicher Maßnahmen (u. a. Erhebung Ergebnisqualität, Begleitung der DRG-Auswirkungen, Patientenzufriedenheit, Strukturqualitätskonzepte).

Stichpunkte aus den Stellungnahmen der einzelnen Fachgesellschaften sind:

- „Wir sehen keinerlei Notwendigkeit für die Einführung zusätzlicher Instrumente der Qualitätssicherung im Zusammenhang mit einer Weiterentwicklung des DRG-Systems. Bereits die heutigen bürokratischen Abläufe bei der Handhabung des Systems sind mehr als störend für die therapeutischen Abläufe in unseren Kliniken.“
- „Nein. Vorrang sollte die Stabilisierung der bereits eingeführten Instrumente haben.“
- „Qualitätssicherung macht nur Sinn, wenn die erhobenen Daten reflexiv Auswirkungen haben bzw. Verbesserungen im Versorgungsbereich zur Folge haben. Es sollten zunächst keine weiteren Instrumente etabliert werden, die ähnlich wie die BQS-Daten keine

wirklichen Veränderungen in der Versorgungspraxis bewirken. Vielmehr sollte zunächst daran gearbeitet werden, wie die vorhandenen Qualitätsindikatoren und -kennzahlen sinnvoll in der Versorgungspraxis genutzt werden. Die Einführung von QS-Modulen der externen Qualitätssicherung bedeutet einen enorm hohen Aufwand für die Krankenhäuser und die Kliniker.“

- Zusätzliche Instrumente der Qualitätssicherung „halten wir nicht für erforderlich, es muss jedoch genau geprüft werden, inwieweit die erhobenen Daten zur Ergebnisqualität doch publiziert werden sollten.“
- „Die Maßnahmen zur Qualitätssicherung sollten auf eine indikationsbezogene Erfassung der Ergebnisqualität ausgeweitet werden.“
- „In erster Linie scheint es erforderlich, die überbordende Bürokratie einzudämmen. [...] Die derzeitigen Module sind (§ 137) ein brauchbares Instrument, wenn es denn ernster genommen würde und für mehr Erkrankungen valide einsetzbar wäre. Das DRG-System kennt genug Möglichkeiten, nur mit DRG-Variablen QS-Indikatoren zu generieren (ICD/OPS/spezifische DRGs, Wiederaufnahmeregelung). Der QS-Bericht - in seiner jetzigen Fassung - ist für Patienten als Entscheidungshilfe und für Spezialisten und QS-Wächter NICHT GEEIGNET.“
- „Aus dem oben genannten wird deutlich, dass zusätzliche Instrumente der Qualitätssicherung und -steuerung unverzichtbar sind. Fachgesellschaften sollten dabei unterstützt werden, für ihre Fachgebiete aussagefähige Qualitätsindikatoren zu entwickeln. Es muss allerdings verhindert werden, dass zweifelhafte Qualitätsmessungen lediglich zum Ranking und zu Zwecken der Vertragsgestaltung „missbraucht“ werden. Routinedaten (= „Abrechnungsdaten“) eignen sich nur sehr eingeschränkt zur Messung von Qualität. Die berechnete Forderung nach mehr Transparenz in Bezug auf die Qualität der Leistungserbringung, darf nicht durch die kurzfristige und unkritische Nutzung fragwürdiger Daten konterkariert werden.“
- „Bei Einführung eines so komplexen und bundesweiten Systems wie dem DRG-System sind qualitätssichernde Maßnahmen unabdingbar. Nur so kann gewährleistet werden, dass das System auch in Zukunft in positiver Hinsicht weiterentwickelt wird.“ (Forderung einer begleitenden Versorgungsforschung).
- „Als zusätzliches Instrument der Qualitätssicherung wäre eine bundeseinheitliche Bewertung der Krankenhäuser durch die „Kunden“ anzustreben, die verpflichtend zu veröffentlichen ist. Hotelvermittlungsagenturen, Universitäten etc. evaluieren so die Qualität ihrer Leistungen.“
- „Zur Vermeidung einer Fall- und Therapieselektion und Spezifizierung der Qualitätsberichte ist eine Begleitforschung mit Evaluation risikoadjustierter Qualitätsindikatoren erforderlich.“
- „Mindestmengenregelungen und die Zulassung für die Behandlung hochspezialisierter Therapien nur an zertifizierten Einrichtungen sollten zukünftig eine hohe Behandlungsqualität sichern und den Prüfaufwand sowohl bei Krankenhäusern als auch Kostenträgern reduzieren. Zertifizierungen sind als kritisch anzusehen, insbesondere wenn sie durch die Kassen durchgeführt werden.“
- „Entsprechend der „Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen“ des G-BA wäre eine Anpassung des DRG-Systems dahingehend wünschenswert, dass Leistungen, die sich auf die dort beschriebenen Risikokonstellationen wie Frühgeburtlichkeit, Mehrlingsschangerschaften etc. beziehen, nur von Häusern der entsprechenden Versorgungsstufe abgerechnet werden können.“

13. *Wie beurteilen Sie den Einfluss des DRG-Systems auf die **Wirtschaftlichkeit** der Versorgung*
- a) *im Krankenhausbereich?*
 - b) *im Gesundheitssystem insgesamt?*

Zusammenfassung: Es überwiegt eindeutig die Haltung, dass das DRG-System die Wirtschaftlichkeit der Versorgung im Krankenhausbereich erhöht hat. Neben der Benennung einzelner Maßnahmen wird u. a. auf einen davon ausgehenden „Zwang zur Prozessoptimierung“ verwiesen. Aus Sicht der Patientinnen und Patienten ist jedoch ein besonderer Fokus darauf zu legen, dass der ökonomische Druck sich nicht qualitätsmindernd auswirkt, indem z. B. an qualifiziertem Personal insbesondere im pflegerischen Bereich gespart wird. Die Ausführungen der Kostenträger lassen auf eine enttäuschte Haltung dahingehend schließen, dass mit der DRG-Einführung keine Senkung der Krankenhausausgaben erreicht wurde. Kritisch von Seiten der Leistungserbringer werden mit der DRG-Einführung verbundene Aspekte wie nicht gegenfinanzierte Systemkosten und zusätzlicher Verwaltungsaufwand genannt. 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 wird verwiesen; damit sei jedoch noch keine Verbesserung der Wirtschaftlichkeit verbunden.

GKV und **PKV** beklagen, dass die gesetzlichen Vorgaben bislang verhindern würden, „dass die einzelwirtschaftliche Effizienzsteigerung zum gesamtwirtschaftlichen Erfolg beiträgt. Die seitens der Kostenträger mit der DRG-Einführung verbundenen Ziele konnten insofern nicht erreicht werden.“ Verlagerungseffekte und Auswirkungen auf das Gesamtsystem blieben abzuwarten und könnten derzeit nicht empirisch beantwortet werden. Der **IKK-Bundesverband** ergänzt, dass erkennbar sei, „dass Krankenhäuser verstärkt ein internes Kostenmanagement auf- und ausbauen. Von daher wird sich – wie erwartet – die Wirtschaftlichkeit der Versorgung verbessern. Erkennbar wird auch eine regionale Abstimmung des Versorgungsangebotes. Damit dürfte der stationäre Bereich insgesamt wirtschaftlicher werden.“

Die **DKG** führt aus, dass sich mit der DRG-Einführung und der damit einhergehenden erhöhten Transparenz über das Leistungsgeschehen das Bemühen der Krankenhäuser für mehr Wirtschaftlich „nochmals forciert“. Da eine Effizienzsteigerung ohne Abstriche an der Qualität jedoch in der Regel nur noch über Investitionen in die Betriebsabläufe der Krankenhäuser möglich sei, sei es „zwingend notwendig, dass der bereits bestehende massive Investitionsstau zügig abgebaut wird und den Krankenhäusern zukünftig die erforderlichen Investitionsmittel zeitnah und in voller Höhe bereit gestellt werden“ (auch: VUD). Der **VKD** moniert, dass Einspareffekte, die Krankenhäuser aufgrund einer stringenteren Leistungserbringung erreichen würden, durch die Systemkosten „(Medizincontroller, EDV-Kosten, Abrechnungsaufwand bei Krankenkassen und Krankenhäusern, MDK, Kalkulations- und Weiterentwicklungsaufwand etc)“ mehr als aufgebraucht würden. Der **VUD** führt aus, dass „das DRG-System insbesondere für die Maximalversorger einen enormen Rationalisierungsdruck erzeugt [hat]. Dies hat dazu geführt, dass die Uniklinika in den letzten Jahren in erheblichem Umfang Effizienzreserven ausgeschöpft haben.“ Zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit des Gesundheitssystems insgesamt ist nach Auffassung der DKG der „konsequente Abbau der sektoralen Trennung der ambulanten und stationären Versorgung“ erforderlich. Der VUD fordert in diesem Zusammenhang zudem eine „stärkere Vereinheitlichung und Verzahnung der Zulassungs- und Vergütungsregelungen für spezialisierte fachärztliche Leistungen, unabhängig davon, ob diese ambulant oder stationär erbracht werden“.

Nach Einschätzung der **BÄK** hat die DRG-Einführung „zu einem weiteren Schub der Kostendebatte und des Kostendrucks in den Kliniken geführt. Ärztinnen und Ärzte wurden verstärkt im Bereich des Controlling sowie des Qualitätsmanagement hauptamtlich tätig. Durch Prozessoptimierung, Reduktion von nicht zwingend notwendiger Diagnostik und Therapie, durch Leistungsverdichtung, Verweildauerverkürzung und Aufnahme- und Entlassungsmanagement wurde und wird versucht, den primär durch die Klinik gegenüber dem Patienten erbrachten medizinischen Leistungsprozess wirtschaftlich (teilweise auch medizinisch) zu optimieren. Der bürokratische Aufwand für Dokumentationen, Vorbereitung von Entgeltverhandlungen, Kodierung, medizinische Dokumentation [...] ist für die betroffenen Ärztinnen und Ärzte in der gleichen Zeit massiv gestiegen.“

Der **DPR** führt aus, dass die DRG-Einführung durch den „Zwang zur Prozessoptimierung“ die Wirtschaftlichkeit im Krankenhausbereich stark beeinflusst hat. „Der Einfluss des DRG-Systems ist hier eminent, da nur durch die Einführung überhaupt der Zwang zur Prozessoptimierung im Krankenhaus deutlich wurde.“ Hinsichtlich des wirtschaftlichen Einflusses auf das Gesundheitssystem insgesamt wird verwiesen auf die „Verschiebungen, die zum Teil zwischen den Bereichen stattgefunden haben, [...] die] relativ groß“ sind. Es „sind spezifische Patientengruppen vom vollstationären in den teilstationären bzw. in die ambulante Versorgung gewandert.“

Der **vzbv** sieht, dass Krankenhäuser durch die DRG-Einführung „unter einen stärkeren ökonomischen Druck [geraten]. Dies kann dazu führen, dass sie sich auf die von der jeweiligen Einrichtung besonders effizient und qualitativ hochwertig erbrachten Leistungen konzentrieren. Damit würde der allgemeine Trend zur Spezialisierung im stationären Bereich weiter unterstützt. Dies ist im Sinne einer verbesserten Versorgungsqualität durchaus zu begrüßen; allerdings muss sichergestellt sein, dass die entsprechenden Versorgungsangebote für die Patientinnen und Patienten in angemessener Entfernung verfügbar sind. Auf der anderen Seite kann der ökonomische Druck sich auch qualitätsmindernd auswirken, insofern an qualifiziertem Personal, insbesondere im pflegerischen Bereich, gespart wird. In Einzelfällen ist sogar zu beobachten, dass Patienten mit komplexem Behandlungsbedarf von Krankenhäusern abgewiesen“ würden.

Die **DVfR** stellt fest, dass „zwangsläufig [...] alle Professionen seit der DRG-Einführung wirtschaftlicher als vorher“ denken würden. Dies sei vielfach auch sinnvoll. Die Entwicklung von internen Leitlinien und Behandlungspfaden sei zu beobachten und zu begrüßen. „Bei komplizierten und komplexen Behandlungsverläufen, gerade in der Neurologie, laufen die anvisierten Einspareffekte allerdings ins Leere; zwar werden in der Akutphase Kosten eingespart, in der Folge aber fallen durch Komplikationen, erhöhten Pflegeaufwand und mehr Therapieeinsatz in der Rehabilitation und im ambulanten Bereich höhere Kosten an.“ Kritisch sei, dass bei „Entscheidungen über Therapieleistungen oft den lt. DRG vorgegebenen Begrenzungen der Zeit- und Finanzbudgets Vorrang eingeräumt [werde] vor der Frage, was notwendig und sinnvoll zum Wohl des Patienten beiträgt.“ Der bei früheren Entlassungen steigende Bedarf für „Leistungen an den Schnittstellen verschiedener Bereiche“ (genannt wird die Kommunikation mit den nachfolgenden Behandlern, Sanitätshäusern, Kostenträgern und Angehörigen) werde weniger bedient, da entsprechende Leistungen „nicht mehr oder nur noch sehr reduziert durchgeführt [werden], was sich auf die Qualität der weiteren therapeutischen Versorgung negativ auswirkt.“ Anstelle einer Kosteneinsparung im System finde eine Verlagerung statt.

Zusammenfassend sehen die **Medizinischen Fachgesellschaften** eine Steigerung der Wirtschaftlichkeit im Krankenhausbereich gegeben. Kritisch werden jedoch die mit der Systemanwendung verbundenen Kosten für die Krankenhäuser (z. B. Kodieraufwand, MDK-Prüfungen) und manche Veränderungen bei der Leistungserbringung (z. B. Fallsplitting bei

elektiven Eingriffen, Verlagerung von weiterführender Diagnostik und Nachbehandlung in andere Sektoren, Verminderung der Weiterbildung von Ärzten) bewertet. Für das Gesundheitswesen insgesamt wird angesichts der bestehenden Sektorengrenzen und der damit einhergehenden Anreize (u. a. für Verlagerungseffekte) eine erhöhte Wirtschaftlichkeit hinterfragt.

Stichpunkte aus den Stellungnahmen der einzelnen Fachgesellschaften sind:

Krankenhausbereich:

- „Wirtschaftlichkeit insgesamt verbessert.“
- „Zweifellos führt das DRG-System zu einem zunehmenden Kostenbewusstsein und damit zu mehr Wirtschaftlichkeit im Krankenhausbereich. Dies führt u. a. auch zu einem erheblichen Kostendruck bei Medikamenten und Medizintechnik [...]“.
- „Mit Einführung des vollpauschalierten Entgeltsystems wurde die Optimierung des notwendigen Ressourceneinsatzes verbessert. Der Umfang diagnostischer wie auch therapeutischer Maßnahmen hat sich vielfach verändert, hierbei hat und wird die Etablierung von klinischen Behandlungspfaden eine wichtige Hilfe im klinischen Alltag darstellen.“
- „Das DRG-System trägt zu einer deutlich wirtschaftlicheren Erbringung der Primärleistung durch Prozessoptimierung, Verzicht auf unnötige Diagnostik und Therapie, Verweildauerverkürzungen, Leistungsverdichtung, besseres Entlassungsmanagement und rationaleren Sachmitteleinsatz bei. Die wirtschaftliche Leistungserbringung im Gesamtkrankenhaus wird durch die erhöhten Anforderungen an Dokumentation (z.B. intensivmedizinische Aufwandsscores, Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern), die übermäßigen Fallprüfungen, NUB-Entgeltanträge und komplexen Vorbereitungen für die Entgeltverhandlungen allerdings wieder belastet. Ebenso tragen steigende Anforderungen an die prinzipiell wünschenswerte Qualitätssicherung zu einer höheren Quote an administrativen Tätigkeiten bei.“
- „Das DRG-System hat einen deutlichen Einfluss auf die Wirtschaftlichkeit, da insbesondere Verweildauern und sämtliche kostenintensiven Therapien ständiger Prüfungen unterzogen werden. Jedoch ist der Einsatz von Personal und know how beträchtlich, um diese Prüfungen selbst zu vollziehen.“
- „Es ist davon auszugehen, dass der mit dem DRG-System entstandene Kostendruck die Wirtschaftlichkeit in gewissem Maße erhöht. Leistungen werden kompakter angeboten, Wartezeiten werden vermieden oder Personal wird entsprechend seiner Ausbildung sinnvoller eingesetzt. Andererseits werden die im Krankenhaus noch vorhandenen Wirtschaftlichkeitsreserven oftmals überschätzt.“
- „Es kommt zu Einsparungen, die aber nicht immer nur positiv zu werten sind, da dem System eine inhärente Tendenz zu minderwertiger Versorgung zukommt.“
- „Im Krankenhausbereich hat die Einführung des DRG-Systems sicherlich zu einer Straffung und Umorganisation der Abläufe geführt und das Bewusstsein für betriebswirtschaftliches Denken verstärkt. Eine qualitative Veränderung in der Medizin zum positiven wurde bislang nie klar gezeigt und ist aufgrund der oben genannten Effekte unwahrscheinlich.“
- „Die Wirtschaftlichkeit im Krankenhausbereich und im Gesundheitssystem insgesamt wird sicherlich durch das DRG-System verbessert, d. h. es wird zu einer deutlichen Kostensenkung kommen. Dies wird erreicht durch eine Erhöhung des Drucks auf die im Gesundheitswesen tätigen Menschen, verbunden mit einer Reduzierung der Qualität.“
- „Die Einführung des G-DRG-Systems hat im Zusammenspiel mit anderen gesundheitspolitischen Entscheidungen auf der Ebene der Einzelfallbetrachtungen zu einer erhöhten Wirtschaftlichkeit geführt. Ob sich diese Fallkostenvorteile bei Betrachtung der Gesamt-

kosten der Behandlung eines Patienten oder gar gesamtgesellschaftlich betrachtet als wirtschaftlicher erweisen, darf zumindest als unbewiesen gelten.“

Gesundheitssystem insgesamt:

- „Sektorengrenzen und episodensorientierte Finanzierung können insbesondere bei chronischen Erkrankungen zukünftig einer qualitativ hochwertigen und wirtschaftlichen Leistungserbringung im Wege stehen.“
- „Keine Kostensenkung erreicht, sondern lediglich eine Verlagerung aus dem stationären in den ambulanten Bereich.“
- „Die Wirtschaftlichkeit wird unterstützt durch die Optimierung der Behandlungsprozesse im Krankenhaus, die Verlagerung von aufschiebbaren diagnostischen Maßnahmen oder Therapien in den ambulanten oder rehabilitativen Bereich ist festzustellen.“
- „Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen ist nur bedingt erreicht worden, weil die Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung nicht barrierefrei gestaltet sind, unterschiedliche Budgetbereiche bestehen und mit zunehmender Bürokratisierung zunehmend Ressourcen für die Gestaltung, Steuerung und Kontrolle der eingeführten Regelungen verbraucht werden.“

14. *Inwieweit hat die DRG-Einführung **Strukturen und Prozesse** verändert?*

- a) *Im Krankenhaus (z. B. Änderungen in der Ablauf- und Aufbauorganisation, Aufnahme- und Entlassmanagement, Zusammenarbeit zwischen Berufsgruppen, klinische Behandlungspfade).*
- b) *Zwischen Krankenhäusern (z. B. Fusionen, Kooperationen, Spezialisierungen, Veränderungen im Leistungsangebot z. B. durch Absprachen über Tätigkeitsbereiche).*
- c) *Bei den Kostenträgern (z. B. Änderungen bei der Fallprüfung, Einführung von Fallmanagement, Information der Versicherten, Bedarf zur Stärkung der medizinischen Kompetenz).*

Bitte legen Sie auch dar, auf welchen Anhaltspunkten oder Daten Ihre Einschätzungen beruhen.

Zusammenfassung: Es kann festgehalten werden, dass in den Krankenhäusern eindeutig vielfach Struktur- und Prozessänderungen vorgenommen wurden (z. B. Umsetzung des Zentrums-Prinzips, Einführung von Aufnahme-, Verlegungs- und Entlassmanagement, Etablierung von klinischen Behandlungspfaden). Zwischen den Krankenhäusern ist eine Tendenz zu vermehrten Fusionen, Kooperationen und Spezialisierungen erkennbar. Auch Absprachen über Sektorengrenzen hinweg werden genannt. Die Krankenhausverbände monieren, dass insbesondere durch das Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) neue Kooperationsformen und Fusionsmöglichkeiten blockiert würden. Von den Krankenkassen wird eine Erhöhung des Aufwands für die Abrechnungsprüfung und häufigere MDK-Einschaltungen genannt.

GKV und **PKV** führen aus, dass die Krankenhäuser Kapazitäten, die durch die Verweildauerreduzierung frei werden, für die „Öffnung zur ambulanten bzw. komplementären Behandlung“ nutzen würden. Bei den Krankenkassen sei der Aufwand für die Prüfung der Abrechnungen größer geworden, auch sei eine häufigere Einschaltung des MDK erforderlich. „Die kürzere Verweildauer und frühere Verlegungen stellen besondere Anforderungen an das Fallmanagement der Krankenkassen. Die Aktivitäten mussten seit der DRG-Einführung entsprechend ausgebaut werden.“ Der IKK-Bundesverband führt aus, dass die Fragen „zum jetzigen Zeitpunkt nur spekulativ zu beantworten sind, da verlässliche aussagekräftige Daten noch nicht

vorliegen. Eine isolierte Betrachtung der Auswirkungen des Entgeltsystems wird aufgrund der Gesamtentwicklungen der letzten Jahre nicht möglich sein.“

Nach Darstellung der **DKG** „resultierten vielerorts Veränderungen wie die Optimierung des Aufnahme- und Entlassmanagements, die Modifikation klinischer Abläufe, insbesondere auch durch die Einführung von klinischen Behandlungspfaden. Interdisziplinäre und fachübergreifende Versorgung sind hier weitere nennenswerte Aspekte“ (ähnlich: VKD, VUD). Das Bemühen der Krankenhäuser um Prozessoptimierung würde allerdings dort an deutliche Grenzen stoßen, wo „tiefgreifende Investitionen eine Voraussetzung für Änderungen“ seien; es bestehe die Notwendigkeit einer verlässlichen Investitionsförderung. Zwischen Krankenhäusern habe die DRG-Einführung zu „einem Umdenken der Krankenhauslandschaft geführt. [...] Dies umfasst zum einen die Bereitschaft der Krankenhäuser, sich einem Wettbewerb zu stellen, beinhaltet aber auch die Durchführung neuer Formen der Kooperation, die bis zur Fusion von Krankenhäusern führen können. [...] Der Wettbewerb muss daher auch zukünftig als Wettbewerb um die beste Qualität ausgestaltet sein.“ Der **VKD** sieht eine „tendenziell größere Bereitschaft für eine Intensivierung der Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern. Verstärkte Tendenz zu Kooperationen, Spezialisierungen. Absprachen über die Sektorengrenzen hinaus (Reha).“ Der **VUD** sieht gar, dass die DRGs „die Klinika zwingen, sich Kooperationspartner zu suchen, um Synergieeffekte erzielen zu können.“ **DKG**, **VKD** und **VUD** monieren, dass insbesondere durch das Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen (**GWB**) neue Kooperationsformen und Fusionsmöglichkeiten blockiert würden.

Die **BÄK** stellt fest, dass seit der DRG-Einführung die „Dynamik der Umgestaltungsprozesse in den Kliniken [...] deutlich zugenommen hat. In den meisten Kliniken haben sich erhebliche Änderungen im Bereich der Ablauf- und Aufbauorganisation ergeben. Einige ehemals rein ärztliche Aufgaben wurden auf andere Berufsgruppen verschoben.“ Es gebe einer Tendenz zur Stärkung der interdisziplinären Zusammenarbeit. Angesichts des fehlenden Fachabteilungsbezuges der DRGs setze „sich zunehmend die Philosophie der Bildung größerer Leistungsbereiche durch (Zentrums-Prinzip)“. Zwischen den Krankenhäusern seien vermehrte Kooperationen, eine zunehmende Tendenz zu Fusionen sowie zur Änderung der Trägerstrukturen erkennbar. Folge sei auch die „erste Privatisierung eines europäischen Universitätsklinikums“. Bei den Krankenkassen stellt die **BÄK** den Aufbau neuer Kompetenzen im Bereich der Fallprüfungen, des Fallmanagements und der Versicherten-Informationen fest.

Der **DPR** betont, dass die DRG-Einführung „vielfach dazu beigetragen hat, dass Umstrukturierungen deutlich schneller umgesetzt wurden.“ Folge seien auch neue, „qualitäts- und wirtschaftlichkeitsorientierte“ Aufgabenverteilungen, neue Formen der Delegation zwischen Berufsgruppen sowie die Entwicklung neuer Tätigkeitsfelder (Casemanager, Kodierfachkräfte). Zwischen Krankenhäusern haben Fusionen, Kooperationen und Spezialisierungen zugenommen; die Auswirkungen seien jedoch noch nicht einschätzbar. Bei den Krankenkassen wurden Fallprüfungen und Casemanagement eingeführt.

Der **DVfR** vertritt die Auffassung, dass sich vor dem Hintergrund stark verkürzter Verweildauern „die Kliniken als Leistungserbringer [...] aus wirtschaftlichen Gründen auf die Planung der Entlassung zum ökonomisch sinnvollen Zeitpunkt [konzentrieren]. Der Aspekt der umfassenden Rehaplanung und des Überleitungsmanagements wird zurückgestellt. Ökonomische Aspekte fließen offen in die Behandlungsplanung ein. Die nachstationäre Versorgungsplanung findet unter hohem Zeitdruck statt; es bleibt deutlich weniger Zeit für Beratung und psychosoziale Unterstützung von Patient und Angehörigen. Aufwändige Lösungsmöglichkeiten, komplexe Beratungen, Koordinierung verschiedener Versorgungsbereiche, Feststellung der Patientenwünsche und -ressourcen sowie Motivierung zur aktiven Mitarbeit können vielfach nicht realisiert werden. Die Gefahr von Fehl- oder Mangelversorgung nimmt zu (Pflegeheim

statt aufwändiger Versorgung zu Hause, fehlende Abstimmungen, „schnelle“ Lösungen, Drehtüreffekt, sehr frühe Verlegung in die Rehaklinik.“

Zusammenfassend berichten die **Medizinischen Fachgesellschaften** übereinstimmend von einem Überdenken der Strukturen und Prozesse in den Krankenhäusern, Abläufe seien deutlich gestrafft worden. Zwischen den Krankenhäusern würden vermehrt Absprachen hinsichtlich Spezialisierungen sowie Kooperationen erfolgen. Für die Kostenträger wird der Aufbau medizinischer Kompetenz sowie eine starke Zunahme von Abrechnungs-/ MDK-Prüfungen festgestellt.

Stichpunkte aus den Stellungnahmen der einzelnen Fachgesellschaften sind:

- „Eine solche Beurteilung der Veränderung von Struktur und Prozessen durch das DRG-System wäre nur dann möglich, wenn Daten erhoben worden wären, die solche Fragen beantworten könnten, und wenn diese strukturiert ausgewertet würden. Eine solche Versorgungsforschung hat aber während der Einführung des DRG-Systems in Deutschland leider nicht stattgefunden. Daher lassen sich die Fragen auch nicht beantworten.“

Im Krankenhaus:

- „Das DRG-System hat zu einer grundlegenden Veränderung von Strukturen und Prozessen geführt. Neben gezieltem Aufnahme- und Entlassungsmanagement, werden auch zunehmend Prozesse während des stationären Aufenthaltes optimiert. Wesentlich für die krankenhausesinternen Strukturveränderungen ist der fehlende Fachabteilungsbezug von DRGs im Gegensatz zu den bisherigen Abteilungspflegesätzen. Anreize bestehen nun zu einer optimierten Zusammenarbeit von Fachabteilung und zur Bildung größerer interner Leistungsbereiche (Zentrumsbildung).“
- „Strukturen und Prozesse wurden zweifellos in der Mehrzahl der deutschen Krankenhäuser mittlerweile an die DRG-Situation angepasst. Dabei spielen das Aufnahme-, Verlegungs- und Entlassungsmanagement sowie die Einführung von Behandlungspfaden eine entscheidende Rolle. Neue Berufsgruppen wie Medizincontroller und Fachkräfte für die Kodierung (Medizinische Dokumentare/innen, Medizinische Dokumentationsassistenten/innen, Medizinische Kodierer/innen), CaseMix-Performer etc. sind die Antwort auf die neuen Herausforderungen.“
- Einführung regelmäßiger Berichte an Ärzte und Kliniken, Schaffung zentraler Notfallaufnahmen in vielen Krankenhäusern, Stärkung der Zusammenarbeit unterschiedlicher klinischer Bereiche eines Klinikums, bessere Verzahnung von klinischen und administrativen Bereichen.
- „Im Krankenhaus [Kliniken oder Abteilungen des Fachgebietes] mussten alle Abläufe überprüft werden, interdisziplinäre Arbeitsgruppen zur Prozessoptimierung wurden gegründet und berufsgruppenübergreifend klinische Behandlungspfade für die wichtigsten Behandlungsindikationen eingeführt.“
- „Deutliche Veränderungen, durchaus positiv einzuschätzen, in Abläufen. Inwieweit klinische Behandlungspfade individuell am Patienten so umgesetzt werden können, wie geplant, ist nicht hinreichend bekannt.“
- „Im Krankenhaus hat die DRG-Einführung Prozesse erheblich verändert, insbesondere Aufnahme- und Entlassungsmanagement, wie auch Behandlungsprozesse wurden erheblich geändert bzw. optimiert. Nicht ganz unproblematisch ist die machtvolle Stellung des Medizin-Controllings, was dazu führt, dass teilweise ökonomische Aspekte höher als medizinisch-qualitative bewertet werden.“
- „Die Einführung der DRGs hat ein Überdenken von Strukturen und Prozessen im Krankenhaus veranlasst. Etablierte Behandlungspfade wurden neu aufgestellt und die Zu-

sammenarbeit verschiedener Berufsgruppen und Fachabteilungen neu definiert. Die Abläufe sind deutlich straffer geworden. Kliniken und Abteilungen des Fachgebiets, die sich im größeren Umfang auch der Akutmedizin widmen und in die Notfallversorgung eingebunden sind, haben zunehmend Schwierigkeiten, für diese Notfälle ausreichend Ressourcen bereit zu stellen, ohne die Regelversorgung zu beeinträchtigen. Vorhaltekosten werden kaum berücksichtigt.“

- „Das System zwingt zur Verbesserung von Prozessen und Strukturen, was teilweise durchaus günstige Entwicklungen erbringt. Bedingt durch den finanziellen Druck entsteht jedoch erheblicher Druck im täglichen Arbeitsablauf mit gravierenden Problemen bezüglich Mitarbeitermotivation und Erhalt der Zuwendung zum Patienten, der Menschlichkeit im Krankenhaus.“
- „Verschlechterung der Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen, Ablauf- und Aufbauorganisation wurden verbessert.“
- „Aufgrund der aktuellen Begutachtungspraxis des MDK ist künftig auch damit zu rechnen, dass neue Abläufe im organisatorischen Management erforderlich werden, z. B. Routine-Entlassungen und Aufnahmen am Abend oder am Wochenende.“

Zwischen Krankenhäusern:

- „Verbesserte Kooperationen wurden aufgebaut, deren Nachhaltigkeit jedoch noch nicht evaluiert werden kann, da der Zeitraum der Anpassung noch zu kurz.“
- „Eine Spezialisierung und Zentrenbildung wird durch das DRG-System und seine Anreize zur wirtschaftlichen Leistungserbringung gefördert.“
- „Stark zugenommen, z. T. Spezialisierung auf best. Erkrankungen. Zunahme von Fusionen, Spezialisierungen, Bildung großer „Krankenhausketten“ mit Hauptaugenmerk auf Wirtschaftlichkeit (Konzernartige Strukturen).“
- „Auch im [Fachgebiet] gibt es mittlerweile zahlreiche Fusionen oder Kooperationen, die sich bzgl. der Qualität der Versorgung einerseits positiv auswirken, andererseits aber auch zu längeren Anfahrten [...] führen.“
- „Fachkrankenhäuser kooperieren zunehmend mit akut-stationären Einrichtungen anderer Fachgebiete, um komplexer betroffene [Patienten] sachgerecht und mit dem hierfür notwendigen Ressourcenaufwand abzubilden.“
- „Wie zu erwarten kommt es zunehmend zu Fusionen, Kooperationen und Übernahmen. Ziel sind neben der Kostenreduktion durch Synergieeffekt auch strategische Überlegungen.“

Bei den Kostenträgern:

- „Viele Krankenkassen haben in den letzten Jahren erhebliche medizinische Kompetenz aufgebaut bzw. kaufen diese von externen Dienstleistern ein. Kleinere Krankenkassen, insbesondere die Betriebskrankenkassen bündeln Aufgabenbereiche bereits kassenübergreifend. Zunehmender Wettbewerb, Vertragsfreiheit und Rückzug der öffentlichen Hand aus der konkreten Bedarfsplanung fordern den Aufbau medizinischer Kompetenz und die Bereitschaft zur zunehmenden Verantwortung bei der Leistungssteuerung.“
- „Die Kostenträger haben enorm für die Rechnungsprüfung aufgerüstet, jedoch mit ganz unterschiedlichem Fachwissen und Kompetenzen. Die Anzahl der Fallprüfungen ist exponentiell gewachsen.“
- „Aus Sicht des Krankenhauses erhebliche Zunahme an „Fallprüfungen“ durch elektronische Vereinfachung der Prüfbarkeit, jedoch nicht immer Fragestellungen mit der notwendigen fachlichen Kompetenz gegenüber der Klinik. Das führt auf Seiten der Krankenhäu-

ser zu Missstimmung und untergräbt eine vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Kassen und Kliniken.“

- „Der Kontakt mit den Kostenträgern und dem MDK ist nicht konsistent. Er verändert sich laufend, je nach Personen und nach Wünschen der Kassen. Insgesamt sehr unterschiedliche Erfahrung mit dem Medizinischen Dienst und auch mit den einzelnen Kassen. Der Kontakt ist sehr abhängig von der Kompetenz der Sachbearbeiter, da offensichtlich überregionale und einheitliche Standards der Fallprüfung fehlen. Es ist eigentlich eins der größten Mankos des DRG-Systems.“
- „Derzeit überwiegend Veränderung einer zunehmenden Kontrolladministration, Ansätze zur Stärkung der Versorgungskompetenz oder medizinischen Kompetenz nicht zu erkennen.“
- „Bezüglich des Umgangs mit den Kostenträgern sind schwerwiegende Probleme entstanden [...]. Die MDK-Prüfungen sprengen jeden sinnvollen Rahmen.“
- „Überflutung der Leistungserbringer mit Fragebögen. Starke Zunahme von MDK-Kontrollen und Gutachten mit dem Ziel möglichst viele Erlöse abzuerkennen!“

15. *Inwieweit hat die DRG-Einführung zu einer **Verlagerung** von bislang stationär erbrachten Leistungen in andere Sektoren geführt?*

- a) *Ambulante, prä- und poststationäre Versorgung durch Krankenhäuser.*
- b) *Ambulante Versorgung durch niedergelassene Ärzte.*
- c) *Rehabilitationsleistungen.*
- d) *Pflegedienstleistungen (z. B. häusliche Krankenpflege, Pflege in Pflegeeinrichtungen).*

Bitte beschreiben Sie Art und Umfang der Leistungsverlagerung möglichst genau und legen Sie auch dar, auf welchen Anhaltspunkten oder Daten Ihre Aussagen beruhen.

Zusammenfassung: Aussagefähige Daten zur Frage sektoraler Verlagerungen liegen bislang 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, bleibt unklar. Mangels belastbarer Daten werden vielfach insbesondere Vermutungen hinsichtlich einer Verlagerung von z. B. Voruntersuchungen auf niedergelassene Ärzte, von Pflegeleistungen auf gesonderte ambulante oder stationäre Pflegeeinrichtungen oder auf Rehabilitationseinrichtungen angestellt.

GKV und **PKV** führen aus, dass sich angesichts noch fehlender aussagekräftiger Daten, die über einen Versorgungssektor hinausgehen, diese Fragen derzeit noch nicht beantworten ließen. Eine isolierte Betrachtung der Auswirkungen des Entgeltsystems sei „aufgrund der Gesamtentwicklungen der letzten Jahre“ nicht möglich. Anhaltspunkte für eine Verminderung der „Gesamtbehandlungskosten der Patienten“ lägen nicht vor.

Die **DKG** verweist zur Beantwortung auf die auch an den Schnittstellen der stationären Versorgung intensivierten Kooperationsmöglichkeiten. „Da die Leistungsdichte in der stationären Versorgung und der Leistungsumfang in den Krankenhäusern unzweifelhaft stark zugenommen hat, ist es irreführend, systeminduzierte Leistungsverlagerungen aus dem stationären Sektor heraus zu unterstellen, da hiermit suggeriert wird, dass die Krankenhäuser weniger Leistungen erbringen würden.“ Zwar würden bestimmte Leistungen verstärkt ambulant erbracht, im Gegenzug komme es aber zu einer „Überkompensation der „verlagerten“ Leistungen“ durch die demographische Entwicklung und den medizinischen Fortschritt. Der **VKD** weist darauf hin, dass es zwar sicher eine Verlagerung von Leistungen gegeben habe, dass

diese jedoch nicht ausschließlich auf die DRG-Einführung zurückzuführen sei. Zu fordern sei für die Krankenhäuser eine „Behandlungsfreiheit nach Einweisung“. Der **VUD** führt aus, dass aufgrund fehlender Daten die Frage „weitgehend offen ist [...], inwieweit die Verweildauerverkürzung mit einer Leistungsverlagerung einhergeht oder alleine durch Leistungsverdichtung zu erklären ist“. Der massive Fallzahlenanstieg beim ambulanten Operieren zeige, dass die Ein-Tages-DRGs Verlagerungsanreize setzten. Ergänzend weist der VUD darauf hin, dass zwischen den Krankenhäusern „massive Verschiebungen bei den Fallzahlen zugunsten der Maximalversorger zu beobachten“ seien.

Im Hinblick auf die deutlichen Fallzahlsteigerungen beim ambulanten Operieren vermutet die **BÄK**, dass „das DRG-System als ergänzender Trigger gewirkt“ habe. Problematisch sei, „dass Patienten, bei denen in der Akutklinik keine zwingende Behandlungsnotwendigkeit mehr besteht, bei denen aber gleichzeitig keine Rehabilitationsfähigkeit zum aktuellen Zeitpunkt gegeben ist, teilweise zwischenzeitlich zur Überbrückung der Zeit nach Hause entlassen wurden.“

Der **DPR** führt aus, dass insbesondere „Krankenhäuser, die direkte Einrichtungen abgeschlossen oder Kooperationen eingegangen sind, [...] Leistungen in ambulante oder stationäre Pflegeeinrichtungen massiv ausgelagert“ hätten. Ermöglicht durch den „medizinischen Fortschritt (z. B. Onkologie, Verträglichkeit von Zytostatika verbessert) [...] sei eine Verschiebung in den ambulanten Bereich sehr wohl erkennbar. Allerdings lassen sich bei der Notfallversorgung Tendenzen erkennen, die sich mehr an Kliniken orientieren. Die Auswirkungen auf die Versorgungsqualität durch die Strukturveränderungen bleiben derzeit noch offen.“ Für Patienten in den Rehabilitationseinrichtungen sei angesichts der „demographischen Entwicklung sowie der deutlichen Verweildauerreduktion“ ein höherer Pflegebedarf erkennbar. Dies sei aber in den verschiedenen Bereichen sehr spezifisch und unterschiedlich zu sehen.

Der **vzbv** verweist auf in Einzelfällen zu machende Beobachtungen, „dass bestimmte Voruntersuchungen auf den ambulanten Arzt oder notwendige Nachsorge auf Reha-Einrichtungen abgeschoben werden, um die Kosten für die eigene Einrichtung zu minimieren.“

Auch die **DVfR** weist darauf hin, dass viele Patienten nicht mehr stationär aufgenommen, sondern ambulant von den Krankenhäusern betreut würden. Angesichts vermehrter Komplexbehandlungen (z. B. in der Geriatrie, Neurologie) würden die „Kostenträger die erfolgte Behandlung als ausreichend einstufen und eine weitergehende Rehabilitation ablehnen. Eine Behandlung im Akutkrankenhaus kann aber oftmals eine anschließende Rehabilitation nicht ersetzen, da hier andere Therapieziele verfolgt werden.“ Hinsichtlich der Frage der Verlagerung von Leistungen vom Krankenhaus in die Rehabilitation gelte: „Rehabilitationseinrichtungen stellen fest, dass sie aufgrund der frühzeitigen Entlassung zunehmend Methoden der Krankenbehandlung ausführen müssen, die üblicherweise nicht Aufgabe und Gegenstand der medizinischen Rehabilitation sind. Sie sind zwar fachlich in der Lage, diese Leistungen auszuführen, der damit verbundene Aufwand ist jedoch nicht Gegenstand der Vergütung der Rehabilitationsleistung.“ Befürchtet wird zudem, dass „durch sehr frühzeitige Entlassungen schwerstpflegebedürftiger Patienten in Pflegeeinrichtungen oder in die ambulante Pflege ein Mehraufwand entsteht, da die nachfolgenden Stellen und auch Angehörige sehr genau über die häufig äußerst aufwändige Pflege informiert werden müssen.“ Auch wird befürchtet, dass in Verbindung mit der „insgesamt unzureichenden medizinisch-pflegerischen Versorgung von Heimpatienten [...] (bei frühen Verlegungen aus dem Krankenhaus noch häufiger) die Patienten auch aus relativ geringem Anlass über den Notarzt in das Krankenhaus (wieder)eingewiesen werden [...] (Drehtüreffekt)“.

Zusammenfassend berichten die **Medizinischen Fachgesellschaften** überwiegend von Verlagerungstendenzen. Art und Umfang stellen sich in den einzelnen Fachgebieten jedoch sehr unterschiedlich dar, z. T. beständen auch keine Verlagerungsmöglichkeiten. Mehrheit-

lich wird insbesondere von einer deutlichen Zunahme ambulanter Eingriffe sowie prästationärer Leistungen durch Krankenhäuser berichtet. Als Gründe hierfür werden neben dem Katalog nach § 115b SGB V, den MDK-Fehlbelegungsprüfungen und der medizinischen und medizinisch-technischen Entwicklung auch die DRG-Einführung genannt. Auf niedergelassene Ärzte scheint teilweise eine Verlagerung der Diagnostik sowie der poststationären Versorgung zu erfolgen, jedoch gibt es auch Hinweise auf durch die Begrenzung der vertragsärztlichen Gesamtvergütungen bedingte Leistungsverlagerungen aus dem niedergelassenen Bereich. Für Rehabilitationseinrichtungen wird von einer früheren Verlegung und für die Pflege von einer zugenommenen und zunehmenden Inanspruchnahme häuslicher Krankenpflege und Pflege in Pflegeeinrichtungen berichtet. Beide Entwicklungen verlaufen jedoch wiederum nicht einheitlich für alle Fachgebiete. Abschließend ist festzuhalten, dass auch die Fachgesellschaften auf den Mangel valider Daten zum Thema Leistungsverlagerungen hinweisen, so dass alternativ subjektive Einschätzungen angestellt werden müssen.

Stichpunkte aus den Stellungnahmen der einzelnen Fachgesellschaften sind:

- „Valide Daten zu Leistungsverlagerungen liegen aufgrund weitgehend fehlender Versorgungsforschung nicht vor, so dass über Einflüsse größtenteils gemutmaßt bzw. an bei den Kostenträgern vorliegenden Abrechnungsdaten abgeschätzt werden muss.“

Ambulante, prä- und poststationäre Versorgung durch Krankenhäuser:

- „Eine ambulante, prä- oder poststationäre Versorgung durch Krankenhäuser wird im Zuge der Fehlbelegungsprüfung zunehmend von MDK bzw. Kostenträgern verlangt [...]“.
- „Der Druck von Kassenseite, alle ambulant zu erbringenden Leistungen auch ambulant durchzuführen, wächst jedoch stetig, oft zu Lasten der Patienten. Zunehmend müssen präoperative Tage ausgebucht oder als vorstationär abgerechnet werden.“
- „Die DRG-Einführung hat in unserem Fachgebiet zu einer Verlagerung von bisher stationär erbrachten Leistungen in den Bereich ambulante und prä- und poststationäre Versorgung durch die Krankenhäuser geführt.“
- „Die ambulante prä- und poststationäre Versorgung durch Krankenhäuser hat in [Fachgebiet] deutlich zugenommen.“
- „Krankenhäuser verzeichnen steigende Zahlen bei ambulanten Operationen nach § 115b SGB V (s. z. B. Krankenhausreport 2006, WIdO). Dabei ist zu beachten, dass es sich nicht ausschließlich um verlagerte Leistungen von bisher stationären Leistungen handelt.“
- „Die zunehmende Deckelung der ambulanten Versorgung führt zu immer größeren Patientenzahlen, die in den Klinikambulanzen vorgestellt werden ohne, dass dafür die Strukturen bestehen. Es muss daher eine konsequente Öffnung der Kliniken für ambulante Leistungen erfolgen.“
- „Es ist also eine ganz erhebliche Verlagerung in den ambulanten Bereich zu verzeichnen, was teilweise durchaus sinnvoll ist, teilweise aber extrem problematisch.“ (Gründe: § 115b, MDK-Fehlbelegungsprüfungen).
- „Hat in allen Bereichen des Krankenhauses deutlich zugenommen, mehr – naturgemäß – bei chirurgischen Fächern. Führt jedoch zu erheblichen Irritationen zwischen Kliniken und Niedergelassenen, auch durch Interaktionen der KV.“
- „Reine ambulante Versorgung (außer Notfallversorgung) im Krankenhaus bricht zunehmend weg, da niedergelassene Ärzte die im Krankenhaus vorhandenen Kassenzulassungen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen erhalten, die gleichzeitig dem Krankenhaus entzogen werden. So müssen Sprechstunden in Krankenhäusern geschlossen werden.“

Ambulante Versorgung durch niedergelassene Ärzte:

- „Zweifellos führt die Verweildauerverkürzung zu einer zunehmenden ambulanten Inanspruchnahme niedergelassener Ärzte und von Pflegediensten.“
- „Verstärkte ambulante prä- und poststationäre Versorgung ist eingetreten. Da jedoch die niedergelassenen Ärzte budgetiert sind, werden häufig die vorgeschlagenen Untersuchungen ambulant nicht durchgeführt, so dass hier eine Verschlechterung erfolgt.“
- „Teilweise Verlagerung der Diagnostik in ambulante Versorgung, poststationär in Rehabilitationseinrichtungen.“
- „Die wünschenswerte Verlagerung geeigneter prä- und poststationärer Leistungen zu wohnortnah niedergelassenen Ärzten (z. B. im ländlichen Raum) krankt an den unzureichend definierten Schnittstellen.“
- „[...] wird vieles neuerdings ambulant durch niedergelassene Kollegen erbracht, ohne dass hierdurch auch nur die bisherige Behandlungsqualität erhalten geblieben wäre, vielmehr ist deutlich zu verzeichnen, dass vermehrt Patienten mit Komplikationen nach vorangegangener ambulanter Behandlung bzw. Patienten mit Problemen auf Grund einer verzögerten fachspezifischen Therapie zur Behandlung vorgestellt werden.“
- „Gerade in [Fachgebiet] mit den sehr teuren Medikamenten hat sicher ein Trend stattgefunden, Patienten wann immer es geht ambulant und nicht mehr stationär zu behandeln. Allerdings ist dies kein unmittelbarer Ausdruck des DRG-Systems, sondern hat mit Verschiebungen innerhalb der Sektoren im Gesundheitswesen zu tun. Wiederum muss hier betont werden, dass ohne eine begleitende Versorgungsforschung Fragen wie sie hier gestellt werden nicht ausreichend gut beantwortet werden können.“
- „Eine Verlagerung von stationär erbrachten Leistungen in den ambulanten Sektor innerhalb [Fachgebiet] wurde vor allem durch den medizinisch-fachlichen Fortschritt erzielt. Darüber hinaus sind es auch die spezialisierten niedergelassenen Ärzte, die vorher stationäre Therapien in den ambulanten Sektor verlagert haben. Zwangsläufig hat auch eine Verschiebung von stationär in ambulant durch knapp oder schlecht bewertete DRG's stattgefunden [...].“
- „In Einzelfällen kommt es zu früheren Entlassungen als unter der Abrechnung nach tagesequivalenten Pflegesätzen, hierdurch wird die ambulante Versorgung durch niedergelassene Ärzte gering mehr gefordert.“

Rehabilitationsleistungen:

- „Bezüglich Rehabilitationsleistungen wird kein Änderungsbedarf gesehen.“
- Bei Rehabilitations- und Pflegedienstleistungen „hat es außer einem etwas gebesserten Entlassungsmanagement sicher keine weitere Verlagerung gegeben.“
- „Fachabhängig besteht die Gefahr, dass ambulanter und Rehasektor mehr Aufgaben ohne einen höheren Budgetanteil erhalten.“
- „Hier hat das DRG-System über die Vergütung als Pauschale eine zügige Verlagerung stationärer Patienten zu Rehabilitationseinrichtungen bewirkt.“
- „Frühere Überführung in Rehabilitationseinrichtungen.“
- „Durch optimiertes Entlassungsmanagement können einige Krankenhäuser möglicherweise eine frühere Verlegung in die Rehabilitation erzielen. [...] Problematisch sind allerdings Fälle, bei denen zwar keine akutmedizinische Behandlungsnotwendigkeit mehr besteht, aber eine Rehabilitationsfähigkeit noch nicht gegeben ist. Eine zwischenzeitliche Entlassung nach Hause oder in eine Kurzzeitpflege würde das medizinisch sinnvolle Konzept einer möglichst frühzeitig einsetzenden und kontinuierlichen Rehabilitation konterkarieren und ist bei einem Teil der Patienten auch gar nicht möglich. Es müssen Lö-

sungen gefunden werden, die klarstellen, wer in den jeweiligen Konstellationen Kostenträger ist und wie die erbrachten Leistungen zu vergüten sind. Analog entstehen Versorgungslücken an der Schnittstelle zur Pflege.“

Pflegedienstleistungen:

- „Aus unserer Sicht kommt insbesondere eine Verlagerung nach dem stationären Aufenthalt in häusliche Krankenpflege, Pflegeeinrichtungen und hin zum einweisenden Arzt zum Tragen.“
- „Die häusliche Kinderkrankenpflege ist bei einer frühen Entlassung in Einzelfällen auch mehr involviert, hierbei handelt es sich aber um seltene Situationen, weil meistens die Eltern mit der häuslichen Pflege nicht überfordert sind.“
- „Pflegedienstleistungen werden verstärkt in Anspruch genommen.“
- „Hier hat das DRG-System über die Vergütung als Pauschale eine zügige Verlagerung stationärer Patienten zu Pflegeeinrichtungen bewirkt.“
- „Zugenommene und zunehmende Inanspruchnahme häuslicher Krankenpflege und Pflege in Pflegeeinrichtungen.“