



Fotos: picture-alliance/scmpix

AUSWIRKUNGEN DER DRG-EINFÜHRUNG

Die ökonomische Logik wird zum Maß der Dinge

Mit der Einführung der diagnosebezogenen Fallpauschalen nimmt die Orientierung an wirtschaftlichen Zielen weiter zu. Dies wirkt sich negativ auf die Patientenversorgung und auf den Arbeitsalltag der Ärztinnen und Ärzte aus.

„Ich muss mir eigentlich schon, wenn der Patient zur Station reinkommt, überlegen, wann geht er wieder raus und wie geht er wieder raus. Ich muss praktisch am ersten Tag alles in die Wege leiten, damit er gesichert draußen weiterversorgt werden kann.“ (Stationsleitung)

Seit 2004 rechnen die Krankenhäuser nicht mehr nach Tagessätzen ab, sondern auf der Basis diagnosebezogener Fallpauschalen (DRG = Diagnosis Related Groups). Im Vergleich zum alten System der Tagessätze werden unter DRG-Bedingungen

stärkere Anreize für ein wirtschaftliches Verhalten gesetzt: Gestaltet sich die Behandlung eines Patienten aufwendiger, als durch die pauschale Vergütung gedeckt, macht das Krankenhaus Verlust. Gelingt es aber, wirtschaftlicher zu arbeiten, als bei der Kalkulation der DRG-Pauschale berechnet, lässt sich ein Gewinn erzielen. Mit der DRG-Einführung sollten Fehlanreize im System beseitigt, die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung in den Kliniken erhöht und die Kosten gesenkt werden. Um die Folgen der DRG-Einführung in den Kranken-

häusern zu evaluieren, hat der Gesetzgeber eine Begleitforschung vorgeschrieben (§ 17 b Abs. 8 Krankenhausfinanzierungsgesetz) – die drei Jahre nach dem Start aber noch immer nicht begonnen wurde.

Welche Auswirkungen die Umstellung von Tagessätzen auf Fallpauschalen auf die Patienten und die Beschäftigten in den Kliniken hat, untersuchen derweil zwei voneinander unabhängige Forschungsvorhaben: ein Projekt an der Universität Bayreuth sowie eine gemeinsame Untersuchung von Forschern des Wissenschaftszentrums Berlin und

der Universität Bremen (siehe *Infokasten*). Die folgenden Ausführungen basieren auf den bisherigen Ergebnissen dieser Projekte, die beide im Wesentlichen auf ausführlichen Experteninterviews mit Ärzten, Pflegekräften, Seelsorgern und Mitarbeitern der Verwaltung beruhen.

Zur Versorgungsqualität

Die Einführung des DRG-Systems hat direkte und indirekte Effekte auf die Patientenversorgung. Einerseits gibt es bestimmte Regeln im System, die die Behandlung direkt betreffen, etwa die untere und obere Grenzverweildauer oder Anreize zur Fragmentierung von Behandlungen. Andererseits verstärkt die DRG-Einführung den seit Jahren bestehenden Druck auf die Krankenhäuser, Kosten zu sparen.

„Da müssen wir Patienten, die noch nicht 100-prozentig heil sind, nach Hause schicken – und das erhöht leider die Komplikationsrate.“
(Assistenzarzt)

Nach übereinstimmender Meinung der Studienteilnehmer trägt die DRG-Einführung zur weiteren Verkürzung der Liegezeiten bei. Dadurch kommt es aber wohl nur vereinzelt zu den im Vorfeld befürchteten „blutigen“ Entlassungen. Die meisten Ärzte und Pflegekräfte geben an, dass der Entlassungszeitpunkt in der Regel nach medizinischen und nicht nach wirtschaftlichen Kriterien festgelegt wird. Kritisiert wird jedoch, dass zu viele Patienten zu einem Zeitpunkt entlassen würden, zu dem sie noch nicht wieder gesund sind, noch Schmerzen haben beziehungsweise ihre Selbstständigkeit noch nicht wieder voll erlangt haben. Dadurch müsse der Genesungsprozess teilweise außerhalb des Krankenhauses stattfinden. Dies sei vor allem für ältere Menschen eine Belastung.

Die Verkürzung der Liegezeiten geht einher mit einer Verlagerung von Leistungen in den vor- und nachstationären Bereich. Ein Teil der Behandlungskette wird den niedergelassenen Ärzten überantwortet, wodurch die Gefahr besteht, dass die Kontinuität der Behand-

lung unterbrochen wird. Außerdem sind die niedergelassenen Ärzte wegen der Budgetrestriktionen oft nicht auf die zusätzlichen Patienten eingestellt. Die im Krankenhaus begonnene Behandlung werde deshalb teilweise nicht weitergeführt, teure Medikamente substituiert oder ganz abgesetzt, monieren einige Klinikärzte.

„Wenn ich alle drei Befunde auf einmal operiere, dann kriege ich nur für einen Geld. Das kann dann dazu führen, dass man sagt: ‚Ich mache erst einmal die Galle, und in fünf Wochen kommst Du wieder mit den Leisten.‘ Da ist doch der Patient das Objekt, mit dem Profit gemacht wird.“
(Oberarzt)

Unter DRG-Bedingungen hat sich der Trend zur Fragmentierung von Behandlungen verstärkt. Um mehrere Fälle abrechnen zu können, be-

DRG-System darüber hinaus die Gefahr, dass Nebenerkrankungen weniger ernst genommen werden oder ihre Behandlung an andere Stellen verlagert wird – ein Problem, das vor allem von den Pflegekräften thematisiert wird. In einigen Krankenhäusern werden Nebenerkrankungen zumindest weiterhin als eine Art „Serviceleistung“ mitbehandelt.

„Ich habe jüngst mit einer Krankenschwester geredet, deren Patient gestorben war und die jetzt, nachdem sie ihn länger begleitet hatte, sehr durcheinander war und eigentlich momentan nicht mehr weiterarbeiten konnte. Wir haben eine halbe Stunde geredet. Und das hat die Frau etwas stabilisiert. Und dann hat sie gesagt: Das muss ich jetzt bei anderen Patienten wieder reinarbeiten.“
(Klinikseelsorger)



steht jetzt ein finanzieller Anreiz, aus einem längeren Aufenthalt mehrere kurze zu machen. Für ein Krankenhaus ist es weniger wirtschaftlich, mehrere Erkrankungen eines Patienten während eines stationären Aufenthalts zu behandeln. Denn dann kann jeweils nur eine Hauptdiagnose abgerechnet werden.

Durch die Einteilung in Haupt- und Nebendiagnosen besteht im

Die Zeit für eine nicht-funktionale (zwischenmenschliche) Kommunikation ist unter DRG-Bedingungen nicht vorgesehen. Ärzte und Pflegekräfte berichten, dass sie immer weniger Zeit haben, umfassend auf den Patienten und seine Bedürfnisse einzugehen. Als Gründe hierfür werden die enge Personaldecke, die Belastung durch administrative Tätigkeiten, aber auch die Verkür-

zung der Liegezeiten angeführt. Die Beschleunigung und Verdichtung der Arbeit in der DRG-Systematik unterläuft somit mitmenschliche Kontakte – für Fürsorge fehlt die nötige Zeit. Wohlwollen und Zuwendung gehen mehr und mehr zugunsten der Erlösmaximierung verloren.

Obwohl Ärzte und Pflegekräfte die Bedeutung von menschlichen Kontakten, hinreichender Kommunikation und des Aufbaus von vertrauensvollen Beziehungen immer wieder betonen, belegen die Interviews, dass die DRG-Systematik diesen Anspruch unterläuft. „Die menschlichen Kontakte werden durch die ökonomische Logik getaktet“, meint Dr. theol. Arne Manzeschke, der die Bayreuther Studie leitet. Ausführliche Erklärungen gegenüber den Patienten und die persönliche Zuwendung kommen dadurch zu kurz.

„Ich sehe genau, welche Patienten jetzt hier wenig Erlös bringen, aber relativ viel Aufwand in stationärer Diagnostik erfordern.“ (Oberarzt)

Ob und wie sich die DRG-Einführung auf die Diagnostik auswirkt, wird unterschiedlich eingeschätzt. Einige Ärzte sehen (noch) keinen Einfluss der DRG auf die Diagnostik, weil man schon immer bestrebt gewesen sei, möglichst wenig Diagnostik zu betreiben und teure Untersuchungen möglichst zu vermeiden. Andere Ärzte nehmen dagegen durchaus Veränderungen wahr. Da die Liegezeiten möglichst kurz gehalten werden sollen und die Abrechnung nicht mehr nach Tagessätzen erfolgt, wird auch eine schnelle Diagnosestellung angestrebt.

Falls früher auch überflüssige Untersuchungen stattgefunden haben, liegt eine Einschränkung diagnostischer Maßnahmen durchaus im Interesse der Patienten. „Andererseits besteht die Gefahr, dass aus wirtschaftlichen Erwägungen notwendige Untersuchungen unterbleiben oder Therapieentscheidungen nicht abgesichert werden“, befürchten Petra Buhr und Sebastian Klinke vom Berlin-Bremen-Projekt.

„Aber man kann die Zahl der Diagnosen/Fälle, bei denen wir Geld drauflegen, nicht unendlich steigen lassen. Das darf immer nur ein kleinerer Teil sein und muss sich die Waage mit Fällen halten, bei denen man Überschüsse macht. Und wenn das nicht mehr funktioniert, dann kommt das Krankenhaus in eine Schiefelage. Und das muss man auch als Arzt erkennen und muss da dann steuern.“ (Chefarzt)

Das neue Abrechnungssystem führt tendenziell zu einer Patientenselektion. Manzeschke: „Lukrative Patienten werden Hofiert, weniger lukrative – ‚nicht DRG-relevant‘ – nach Möglichkeit weitergereicht.“ Vor allem Schwerverletzte und chronisch kranke Patienten sind nicht ausreichend im DRG-System abgebildet.

Behandlungsfälle, die sich für das Krankenhaus nicht rechnen, müssen den Angaben zufolge bereits auf „begründete Ausnahmefälle“ begrenzt bleiben, um die wirtschaftliche Situation nicht zu gefährden. In dem Maß, in dem der wirtschaftliche

Druck auf die Krankenhäuser gegen Ende der Konvergenzphase zunimmt, erwarten Buhr und Klinke, dass Konflikte mit der Verwaltung, zum Beispiel über die Aufnahme von Patienten oder die Durchführung von teuren Behandlungen, zunehmen.

„Aufs Ganze gesehen mindert der ökonomisch induzierte Stress im DRG-System die Qualität der medizinischen Leistungen“, schlussfolgert Manzeschke. „Die Folgen für die Ganzheitlichkeit der Behandlung sind am ausgeprägtesten: Einerseits gerät der kranke Mensch mit all seinen Problemen und Bedürfnissen aus dem Blickfeld, andererseits wird die Kontinuität der Behandlung tendenziell aufgehoben und einer Fragmentierung Vorschub geleistet“, meinen Buhr und Klinke.

Zum Arbeitsalltag

Die Interviews belegen, dass die Einführung des neuen Entgeltsystems auch bereits weitreichende Folgen auf das Handeln der Professionen in den Krankenhäusern hat.

„Das Bewusstsein hat sich geändert. Es ist nicht mehr so wichtig, wie viele Betten Du hast, Du musst halt deine Fallzahlen bringen. Früher war das Bett das Statussymbol.“ (Chefarzt)

Durch die DRG-Abrechnung ergeben sich mit den Fallzahlen neue Orientierungspunkte. Es kommt zu Statusveränderungen und zu einer Umbildung der Hierarchie: Die Chefarzte verlieren an Macht, im Gegenzug steigt der Einfluss der Manager und Betriebswirte. Das ärztliche Personal wirkt angesichts dieser Machtverschiebungen zuweilen verunsichert. Anders als in anderen Ländern hat die Bedeutung der Pflege im Zuge der DRG-Einführung hierzulande bislang jedoch eher abgenommen.

„Die Motivation hat in den letzten Jahren stark abgenommen. Ganz besonders bei denen, die länger im Beruf drin sind. Die, die neu reinkommen, die kennen es nicht anders. Darin liegt zwar eine gewisse Chance, aber sonst hat die Motivation stark abgenommen – bis hin zu

DIE STUDIEN

Die Folgen der DRG-Einführung für Patienten und Beschäftigte untersuchen derzeit zwei Projekte:

Bremen/Berlin

Das Projekt „Wandel von Medizin und Pflege im DRG-System“ (WAMP) (www.wamp-drg.de) wird von der Hans-Böckler-Stiftung, Verdi, der GEK sowie der Landesärztekammer Hessen gefördert und vom Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung und dem Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen durchgeführt. Petra Buhr und Sebastian Klinke haben jetzt erste Ergebnisse der Teilstudie von WAMP vorgestellt. In drei kommunalen und einem konfessionellen Krankenhaus wurden 48 Interviews geführt.

Bayreuth

„Diakonie und Ökonomie. Die Auswirkungen von DRG und fallpauschalisiertem Medizin- und Qualitätsmanagement auf das Handeln in Krankenhäusern. Eine sozialwissenschaftliche Untersuchung und sozioethische Bewertung“ (www.ethik.uni-bayreuth.de) heißt das Projekt am Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften der Universität Bayreuth. Die Hans-Lilje-Stiftung, Hannover, der Diakonische Dienst Hannover und die Andrea-von-Braun-Stiftung unterstützen die Studie von Dr. theol. Arne Manzeschke und Thomas Pelz. Für das Projekt wurden 80 Mitarbeiter aus sieben Krankenhäusern (zwei kommunale, vier konfessionelle und ein privates) interviewt.

Ängsten, bis hin zur Resignation, bis hin zur Depression, bis hin zur Berufsunfähigkeit.“ (Klinikseelsorger)

Die Motivation der Pflegekräfte und der Ärzte ist mehrheitlich gesunken. Als Gründe dafür werden professionelle und soziale Verunsicherungen genannt. Viele Mitarbeiter fühlen sich überfordert, besonders Ärzte sind frustriert, werden den eigenen Ansprüchen nicht gerecht. Die Ärzte betonen durchweg, dass sie gern mehr Zeit für ihre Patienten hätten, sie aber im DRG-Zeitalter zur zeitaufwendigen Dokumentation verpflichtet seien.

„Es ist nicht mehr so lustbetont, das heißt, der Spaß geht verloren. Wenn man die Leute anguckt, dann sieht man, dass das Lächeln verschwunden ist. Verschwindet aber das Lächeln, dann merkt der Patient das. Und in dem Moment ist eigentlich der Patient nicht mehr im Mittelpunkt.“ (Oberarzt)

Im DRG-System steigt der Druck auf den einzelnen Arzt, gute und als solche messbare Leistungen zu erbringen. Denn die Transparenz ist höher als im alten System. Dadurch steigt die Anspannung. Verliert der Arzt aber seine Lockerheit und seine Freude am Beruf, so spürt dies der Patient. Dadurch sinkt das Vertrauen in die ärztliche Heilkunst. Dies wiederum kann sich negativ auf den Behandlungserfolg auswirken.

„Die Verwirtschaftlichung der Medizin stellt viele Dinge der Arzt-Patienten-Beziehung auf den Kopf. Denn eine Komplikation ist etwas anderes, als wenn ich ein Auto abgebe und nach einiger Zeit ist der Schaden noch nicht richtig repariert. Es gibt Dinge, die man nicht übertragen kann aus der Wirtschaft auf eine Arzt-Patienten-Beziehung.“ (Chefarzt)

Das Krankenhaus wandelt sich von einer Fürsorgeanstalt zu einem Dienstleistungsunternehmen, das auf Kundenbindung angewiesen ist und seine Wettbewerbsfähigkeit am Markt durch spezifische Alleinstellungsmerkmale zu gewinnen sucht. Der Patient wird zum Produktions-



faktor, der möglichst gewinnbringend eingesetzt werden muss.

Viele Ärzte verfolgen diese Entwicklung hin zur Ökonomisierung des Gesundheitswesens mit Sorge. Die langen Arbeitszeiten, die schlechte Bezahlung und die miesen Arbeitsbedingungen in den Kliniken haben die meisten von ihnen lange Jahre nur ertragen, weil sie Kraft und Befriedigung aus der Arzt-Patienten-Beziehung gezogen haben. Ein Dankeschön, ein Lächeln oder die Gewissheit, dass ein Patient zurück in den Alltag gefunden hat, ließ so manches Ärgernis in den Hintergrund treten. Sind diese Zeiten vorbei?

„Als ich angefangen habe vor 20 Jahren, war mein Ansatz, dass ich gesagt habe, ich will möglichst viel von den Patienten wissen, und ich möchte möglichst genau meine Anamnese, meine Diagnosen erhoben haben und mir möglichst viel Gedanken darüber machen. Heute ist es so, dass, wenn ein Patient kommt, ich

mich wirklich tunlichst als erstes frage, wann will ich ihn entlassen? Ich habe sicher noch ein Berufsleben von 20 Jahren vor mir. Ob sich die DRG so lange halten? Wenn ich wetten müsste, würde ich sagen, nein. Ich denke, ich könnte es noch erleben, dass kluge Köpfe uns die Vorteile des tagesgleichen Pflegesatzes wieder erläutern.“ (Assistenzarzt) ■

Jens Flintrop

LITERATUR

1. Buhr P, Klink S: Qualitative Folgen der DRG-Einführung für Arbeitsbedingungen und Versorgung im Krankenhaus unter Bedingungen fortgesetzter Budgetierung, Bd. SP I 2006-311, WZB Discussion Paper. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung 2006.
2. Buhr P, Klink S: Versorgungsqualität im DRG-Zeitalter. Erste Ergebnisse einer qualitativen Studie in vier Krankenhäusern. ZeS-Arbeitspapier Nr. 6/2006. Bremen: Zentrum für Sozialpolitik 2006.
3. Manzeschke A: Global Health – Wirtschaftsethische Anmerkungen zur Ökonomisierung des deutschen Gesundheitswesens. In: Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik, Band 10, Berlin: De Gruyter 2005; 129–49.