

Bernard Braun Petra Buhr Sebastian Klinko
Rolf Müller Rolf Rosenbrock

Pauschalpatienten, Kurzlieger und Draufzahler – Auswirkungen der DRGs auf Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus

Braun/Buhr/Klinke/Müller/
Rosenbrock
**Pauschalpatienten, Kurzlieger
und Draufzahler**

Verlag Hans Huber
Programmbereich Gesundheit

Wissenschaftlicher Beirat:
Felix Gutzwiller, Zürich
Manfred Haubrock, Osnabrück
Klaus Hurrelmann, Berlin
Petra Kolip, Bremen
Doris Schaeffer, Bielefeld

HUBER



Bücher aus verwandten Sachgebieten

Haubrock/Schär (Hrsg.)

**Betriebswirtschaft und Management
in der Gesundheitswirtschaft**

5. Aufl. 2009. ISBN 978-3-456-84664-4

Greiner / v. d. Schulenburg / Vauth (Hrsg.)

Gesundheitsbetriebslehre

Management von Gesundheits-
unternehmen

2008. ISBN 978-3-456-84596-8

Loffing/Geise (Hrsg.)

**Management und Betriebswirtschaft
in der ambulanten und stationären
Altenpflege**

2005. ISBN 978-3-456-84189-2

Braun von Reinersdorff

Strategische Krankenhausführung

Vom Lean Management zum Balanced
Hospital Management

2007. ISBN 978-3-456-84469-5

Fischer

**Diagnosis Related Groups (DRGs)
und Pflege**

Grundlagen, Codierungssysteme,
Integrationsmöglichkeiten

2002. ISBN 978-3-456-83576-1

Malk / Kampmann / Indra (Hrsg.)

DRG-Handbuch Schweiz

Grundlagen, Anwendungen,
Auswirkungen und praktische Tipps
für Anwender

2006. ISBN 978-3-456-84280-6

Ewers / Schaeffer (Hrsg.)

**Case Management in Theorie
und Praxis**

2. Aufl. 2005. ISBN 978-3-456-84272-1

Dykes / Wheeler (Hrsg.)

**Critical Pathways – Interdisziplinäre
Versorgungspfade**

DRG-Management-Instrumente
2002. ISBN 978-3-456-83258-6

Johnson (Hrsg.)

**Interdisziplinäre Versorgungspfade
Pathways of Care**

2002. ISBN 978-3-456-83315-6

Wingenfeld

Die Entlassung aus dem Krankenhaus

Institutionelle Übergänge und
gesundheitlich bedingte Transitionen

2005. ISBN 978-3-456-84216-5

Bernard Braun
Petra Buhr
Sebastian Klinke
Rolf Müller
Rolf Rosenbrock

Pauschalpatienten, Kurzlieger und Draufzahler – Auswirkungen der DRGs auf Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus

Verlag Hans Huber

Lektorat: Dr. Klaus Reinhardt
Druckvorstufe: Sabine Steger
Umschlaggestaltung: Claude Borer, Basel
Druck und buchbinderische Verarbeitung: AZ Druck und Datentechnik GmbH, Kempten
Printed in Germany

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.



Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen oder Warenbezeichnungen in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen-Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

Anregungen und Zuschriften bitte an:

Verlag Hans Huber
Lektorat Medizin/Gesundheit
Länggass-Strasse 76
CH-3000 Bern 9
Tel: 0041 (0)31 300 4500
Fax: 0041 (0)31 300 4593
verlag@hanshuber.com
www.verlag-hanshuber.com

1. Auflage 2010
© 2010 by Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern
ISBN 978-3-456-84825-9

Inhaltsverzeichnis

1	Vorwort	9
2	Executive Summary	13
2.1	Ergebnisse und Erkenntnisse auf der Makroebene: Grundzüge der Gesundheitspolitik der letzten 30 Jahre	14
2.2	Ergebnisse und Erkenntnisse auf der Mikroebene.....	14
2.3	Methodische Herausforderungen, Beschränkungen und Vorteile.....	24
3	Ausgangspunkte, Fragestellungen und Forschungsweise	27
4	Das DRG-System und sein erwarteter Einfluss auf den Wandel im Gesundheitswesen	33
4.1	Das DRG-System	33
4.2	Erwarteter Einfluss der DRGs auf einen Makrowandel im Gesundheitswesen	38
4.3	Erwarteter Einfluss der DRG auf die Mesoebene des Gesundheitswesens	41
4.4	Erwarteter Einfluss der DRGs auf einen Mikrowandel im Gesundheitswesen	42
5	DRG-Folgenforschung	45
5.1	Ergebnisse der DRG-Folgenforschung in anderen Ländern	45
5.2	Stand der DRG-Folgenforschung in Deutschland	47
5.3	Zusammenfassung	54

6	Politische Einflüsse auf die Krankenhausversorgung auf der Makroebene.....	57
6.1	Ordnungspolitischer Status quo und ordnungspolitische Leitbilder	60
6.2	Ordnungspolitische Leitbilder als Kristallisationspunkt eines ordnungspolitischen Wandels	63
6.3	Grundzüge des gesundheitspolitischen Makrowandels 1977-2008 und Schluss-folgerungen	66
7	Empirische Ergebnisse zu den Auswirkungen des DRG-Systems auf Arbeitsbedingungen, berufliches Selbstverständnis und die Versorgungsqualität.....	73
7.1	Persönliche und institutionelle Merkmale der Befragten ...	73
7.1.1	Persönliche Merkmale der Ärzte.....	73
7.1.2	Persönliche Merkmale der Pflegekräfte	74
7.1.3	Persönliche Merkmale der Patienten.....	74
7.1.4	Trägerschaft	75
7.1.5	Krankenhausgröße	75
7.1.6	Fachabteilungen	76
7.1.7	Wirtschaftliche Lage.....	77
7.2	Direkte Bewertung des DRG-Einflusses auf Strukturmerkmale durch das Personal	77
7.2.1	Strukturierte Versorgung.....	78
7.2.2	Macht- und Entscheidungsverhältnisse im Krankenhaus.....	79
7.2.3	Einfluss interner und externer Akteure auf Versorgungsentscheidungen	79

7.2.4	Einfluss der Verwaltung.....	80
7.2.5	Einfluss der Krankenkassen	86
7.3	Information und Kooperation	90
7.3.1	Informationsfluss	92
7.3.2	Kooperation und Arbeitsteilung zwischen Ärzten und Pflegekräften	99
7.3.3	Zusammenfassung und Schlussfolgerungen	106
7.4	Formen, Umfang und Verwendung der Arbeitszeit	108
7.4.1	Art und Ausmaß der Arbeitszeit	109
7.4.2	Verwendung der Arbeitszeit: Anteil medizinischer oder pflegerischer Tätigkeiten vs. administrativer Tätigkeiten.....	109
7.4.3	Arbeitspensum zu schaffen oder auch nicht.....	114
7.5	Arbeitsbelastungen, Ressourcen und Arbeitszufriedenheit	116
7.5.1	Veränderung der Arbeitsbedingungen durch Personalabbau	118
7.5.2	Ressourcen	123
7.5.3	Arbeitsbelastungen.....	128
7.5.4	Direkte Bewertung des DRG-Einflusses auf die Ressourcen und Belastungen durch das Personal.....	138
7.5.5	Zufriedenheit – Wechselwunsch	139
7.6	Berufliches Selbstverständnis von Ärzten und Pflegekräften	142
7.6.1	Soll-Einstellungen der Ärzte zum Anreiz zu Leistungsbegrenzungen..	143
7.6.2	Soll-Einstellungen der Pflegekräfte zum Anreiz zu Leistungsbegrenzungen.....	162
7.6.3	Soll-Einstellungen der Patienten zum Anreiz zu Leistungsbegrenzungen.....	169
7.6.4	Zusammenfassung der Soll-Einstellungen zur Leistungsbegrenzung	170
7.7	Versorgungsqualität	173
7.7.1	Aufnahme.....	173

7.7.2	Wartezeit vor und während der Aufnahme ins Krankenhaus.....	174
7.7.3	Strukturqualität des Aufnahmegeschehens	176
7.7.4	Schnittstelle ambulant – stationär: Information vorhanden?.....	177
7.7.5	Medizinische und pflegerische Versorgung.....	179
7.7.6	Entlassung.....	214
7.7.7	Direkte Bewertung des DRG-Einflusses auf die Versorgungsqualität durch die Beschäftigten im Krankenhaus.....	231
8	Schlussfolgerungen	239
9	Literatur	243
10	Anhang	261
10.1	Wie misst man den Einfluss der DRG? – Überblick zum Forschungskonzept	261
10.1.1	Dienstleistungsqualität im Krankenhaus.....	262
10.1.2	Wirkmodell	264
10.2	Methoden und Modell der empirischen Analyse	267
10.2.1	Methodisches Design der Messung von DRG-Effekten im Projekt WAMP	268
10.2.2	Design der qualitativen Fallstudien.....	273
10.2.3	Design der schriftlich standardisierten Befragungen	277
10.2.4	Multivariate Modelle zur Messung der Zusammenhänge.....	280
10.3	Operationalisierung der einzelnen Begriffe.....	281
10.4	Entwicklung des Krankenhausesektors.....	289
10.4.1	Grunddaten zur Krankenhausversorgung.....	289
10.4.2	Ausgaben für den Krankenhausesektor.....	302
10.4.3	Finanzierung	306
10.4.4	Qualitätssicherung und Versorgungsforschung	308
	AutorInnen	312

1 Vorwort

Seitdem mit der Einführung von Budgets die Finanzierung der stationären Versorgung Anfang der 1990er Jahre von einer retrospektiven auf eine prospektive Orientierung umgestellt wurde, gibt es mehr oder weniger heftig geführte Debatten und geäußerte Erwartungen oder Befürchtungen über das Eintreten erwünschter aber auch unerwünschter Wirkungen auf die Höhe der Gesamtausgaben, die Handlungsweisen von Beschäftigten und letztlich auch die Qualität der Patientenversorgung. Dies setzt sich auf den weiteren Etappen zu einem strukturellen Umbau der Finanzierung von Krankenhausversorgung zu einer prospektiven Finanzierung, d. h. der Einführung von Fallpauschalen ab dem Jahr 1996 und dem Einstieg in die Welt der „diagnosis related groups“ (DRG) ab dem Jahr 2003, unvermindert fort.

Trotz der stufenweisen Entwicklung und trotz einer vom Gesetzgeber für die DRG-Einführung vorgeschriebenen mehrjährigen Lernphase verstrichen allerdings fast alle Gelegenheiten, mehr bzw. aussagekräftige Transparenz über die tatsächlichen Wirkungen zu gewinnen. Bis heute gibt es weder systematische interdisziplinäre Untersuchungen zu den Aushandlungsprozessen der Krankenhausbudgets noch Analysen zu den Wirkungen der Budgets auf das soziale System Krankenhaus und seine Hauptakteure. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) verzichtete nach der Einführung der Fallpauschalen trotz eines gegenteiligen Votums des Bundesrats¹ vorsätzlich² auf eine Analyse der Auswirkungen auf die Versorgungsqualität. Und trotz klarer gesetzlicher Verpflichtung, eine „Begleit“forschung zu den

¹ Der Bundesrat stimmte der neuen Bundespflegesatzordnung am 8. Juli 1994 nur zu, wenn es zu einer umfassenden Evaluation käme: „Neben den betriebswirtschaftlichen Fragen, die mit der Einführung von Fallpauschalen und Sonderentgelten verbunden sind, sollen insbesondere auch deren Auswirkungen auf Leistungsqualität und Leistungsstruktur in die Untersuchung einbezogen werden“ (BR-Drs. 381/2/94: 14). (Zugriff am 12. März 2009: <http://dip21.bundestag.de/doc/brd/1994/D381+94>)

² Diese Bewertung basiert darauf, dass der BMG trotz gegenteiliger Meinung eines Beirats eine Begleitforschung nur zu den betriebswirtschaftlichen Veränderungen, nicht aber zu Versorgungsrisiken für erforderlich hielt. Die beauftragten Institute hatten dem BMG in Kenntnis der Anforderung des Bundesrats zwei Untersuchungsmodule vorgelegt, ein Modul zu den rein ökonomischen Auswirkungen – beispielsweise zum durchschnittlichen Anteil der Fallpauschalen und Sonderentgelte an den Krankenhausbudgets – und ein zweites zu den Auswirkungen auf die Patientenversorgung. Das BMG finanzierte jedoch lediglich Teile des ersten, rein betriebswirtschaftlichen Moduls, lehnte die von den Instituten geplante Expertenbefragung ab und beendete das Forschungsprojekt zudem ein Jahr früher als geplant (DKI/Gesundheitsforschung 1999: 15). Aus der Beschränkung des Untersuchungsauftrages auf rein ökonomische Fragen ergab sich aus Sicht der beauftragten Institute, "dass mögliche Veränderungen auf der Patientenebene im Hinblick auf die Behandlung nicht bzw. nur unzureichend einbezogen werden können und somit ein zentraler Aspekt der Wirkungen auf die Leistungsqualität unberücksichtigt bleibt" (DKI/I+G Gesundheitsforschung 1999: 14). Zu weiteren Details Simon 1998.

Wirkungen der DRG durchzuführen, startet sie erst 2009, also fast am Ende der Einführungs- oder Konvergenzphase gestartet und frühestens 2010 werden erste Ergebnisse vorliegen. Abzusehen ist dabei für die überwiegend auf die Analyse der Abrechnungsdaten seit DRG-Einführung gestützten Analysen, dass sie nur einen beschränkten Ausschnitt der Wirklichkeit untersuchen werden. Mögliche weitere Analysen wie die Befragung von „Krankenhäusern“ haben zum einen mit den Erkenntnisbarrieren retrospektiver Analysen zu kämpfen. Zum anderen bilden aber derart adressierte Erhebungen meist nur die Erfahrungen und Sichtweisen der Krankenhausleitungen und dort häufig der Verwaltungen ab und damit nur einen kleinen Teil der Wahrnehmungen und Wirkungen von DRGs.

Die dafür verantwortlichen Akteure sind aktiv die Spitzenverbände der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV), die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und der Verband der privaten Krankenversicherungen sowie ihr als GmbH gegründetes Ausführungsorgan, das „Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK)“. Ebenfalls verantwortlich ist das BMG, das zwar nach eigenem Bekunden „in den letzten Jahren beständig auf eine zeitnahe Ausschreibung und Vergabe von Forschungsaufträgen für die Durchführung der Begleitforschung gedrängt“ (Brief an die Hans Böckler-Stiftung vom 4. Juni 2009) hat, aber bei weitem nicht seine administrativen und politischen Möglichkeiten der Einflussnahme ausgeschöpft hat. Dem Gesetzgeber kann im Nachhinein vorgehalten werden, er hätte niemals die Akteure, die maßgeblich das DRG-System entwickelten, mit der Initiierung und Fokussierung der Begleitforschung beauftragen dürfen.

Dass es trotzdem einige Erkenntnisse über die Wirkungen von Fallpauschalen und DRGs gibt, liegt an einer Reihe von Initiativen wissenschaftlicher Institute oder Einzel ForscherInnen, über die im Kapitel DRG-Forschung in Deutschland konkreter berichtet wird.

Eine dieser Einzelinitiativen ist die des Wissenschaftszentrums Berlin (WZB) und des Zentrums für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen, die seit 2003 mit Unterstützung der Hans Böckler Stiftung, der Gmünder Ersatzkasse (GEK), der Landesärztekammer Hessen und der Techniker Krankenkasse (TK) das Projekt „Wandel von Medizin und Pflege im DRG-System (WAMP)“ bearbeitet, das mehrere inhaltliche und methodische Besonderheiten aufweist: Zum ersten handelt es sich – so weit wie dies unter wirklichen sozialen Bedingungen möglich ist – um eine prospektive, d. h. die Einführung begleitende Untersuchung. Zweitens untersucht das Projekt mittels mehrfacher Erhebungen das Eintreten und die Kraft von vermutlich DRG-assoziierten Wirkungen. Drittens konzentriert sich das Projekt als sozialwissenschaftliches vorrangig darauf, die Wirkungen auf die Krankenhaus-Patienten sowie die Krankenhausärzte und –Pflegekräfte zu erheben.

Der Aufbau dieses Buches versucht dem Leser so schnell wie möglich Einblick in die wichtigsten Ergebnisse zu geben. Deshalb beginnen wir mit einer umfangreichen Zusammenfassung der inhaltlichen Ergebnisse und der bei ihrer Bewertung zu berücksichtigenden methodischen Aspekte. Dem schließt sich ein Überblick zu der Art und den Inhalten der von uns ausgewählten und überprüften Hypothesen über die DRG-Wirkungen an. Es folgt eine knappe Zusammenfassung der Erkenntnisse der wesentlichen internationalen und wenigen deutschen DRG-Forschungspro-

jekte. Danach folgen knappe Ausführungen zu dem größeren politischen oder „Ordnungs“-Rahmen, dessen Ausdruck DRGs zum Teil sind oder sein könnten.

Wem der sich anschließende „Sprung“ in die analytischen empirischen Resultate von WAMP zu unvermittelt erfolgt, wer also etwas zum Wirkmodell von DRG wissen will, das WAMP zugrunde liegt oder etwas über die Messmethoden oder die Operationalisierung von Merkmalen erfahren will, die in den statistischen Analysen auftauchen, findet dazu ausführliche Darstellungen im Anhang 10.3. Er enthält auch eine Analyse der zeitlichen Entwicklung wichtiger ausgewählter Indikatoren des Krankenhausgeschehens.

Ein empirisches Projekt dieser Größenordnung kann nur durch das Engagement und die Mitarbeit einer Vielzahl von Personen und Institutionen gelingen. Diesen dafür zu danken, ist uns daher ein besonderes Anliegen. Wenn auch nur anonym richtet sich dieser Dank vor allem an die tausenden PatientInnen, Pflegekräfte und Ärzte, die unsere umfangreichen Fragebögen nahezu durchweg lückenlos beantworteten und zusätzlich nahezu jede Möglichkeit der freien Darstellung ihrer Situation ausführlich und facettenreich nutzten. Der Dank gilt auch allen Verantwortlichen und Gesprächspartnern in den Fallstudien-Krankenhäusern, die uns Zugang gewährten und zwei Mal viele Stunden Rede und Antwort standen.

Die einzigen Personen, denen wir einzeln ausdrücklich namentlich danken können und wollen, sind PD Dr. rer. pol. Hagen Kühn (WZB-Projektleiter bis Ende 2006), Dr. med. Roland Kaiser (Landesärztekammer Hessen) und Dr. phil. Erika Mezger (ehemalige Leiterin der Forschungsförderung der Hans Böckler Stiftung). Ohne deren Erfahrungsschatz, Kenntnis- und Ideenreichtum, bohrenden Fragen, interdisziplinären Kooperationsbereitschaft, Anregungen und ihrer Geduld mit manchen Umwegen des facettenreichen Projekts lägen viele der folgenden Erkenntnisse nicht vor. Dies gilt für das gesamte Manuskript, das ohne die ständige Bereitschaft von Sabine Steger, Geschaffenes wieder über den Haufen zu schmeißen und in neue Formen zu bringen, nicht vor uns liegen würde.

Schließlich wollen wir aber auch noch kollektiv allen Mitgliedern des Beirates dieses Projektes danken, der sich u. a. aus Pflege- und GesundheitswissenschaftlerInnen, Medizinsoziologen, Chefärzten und anderen MedizinerInnen, Pflegekräften, VertreterInnen von gesetzlichen Krankenkassen und des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) zusammensetzten. Ihre Hinweise und Anregungen trugen vielfach zur Stimmigkeit und Prägnanz von Aussagen und Schlussfolgerungen bei. Sie ermutigten die Projektbearbeiter außerdem darin, nicht alles erkennen oder erklären zu können und zu wollen und stattdessen auf die Notwendigkeit weiterer Forschung zu setzen.

Berlin, Bremen September 2009

Bernard Braun

Petra Buhr

Sebastian Klinke

Rolf Müller

Rolf Rosenbrock

2 Executive Summary

Bei den im Folgenden und insbesondere im Teil über die Mikroebene vorgestellten empirischen Ergebnissen des Projekts „Wandel von Medizin und Pflege im DRG-System“ (WAMP) handelt es sich um Ergebnisse der Untersuchung einer Reihe von Hypothesen, die vor allem die politisch und wissenschaftlich kommunizierten Risiken und Chancen der DRG-Einführung vor und zu Beginn des Einführungsprozesses aufgreifen und außerdem Erkenntnisse früherer, zum Teil eigener Forschung berücksichtigen. Es handelt sich also **nicht** um Antworten auf willkürlich oder pragmatisch ausgewählte inhaltliche Aspekte der Veränderungen im Krankenhausbereich. Ebenso wenig handelt es sich um Ergebnisse des Versuchs, eine elaborierte Theorie zu den Struktur- und Handlungsbedingungen des sozialen Systems Krankenhaus zu verifizieren oder zu falsifizieren.

In einigen Ländern existieren prospektive Krankenhaus-Finanzierungssysteme, wie z. B. DRG-Fallpauschalen, schon länger als in Deutschland. Nach den Erfahrungen aus diesen Ländern haben DRGs insbesondere Auswirkungen auf die Kriterien der stationären Behandlungsnotwendigkeit, die Verweildauer im Krankenhaus und die Schnittstellen zur nachstationären Versorgung, die Versorgung älterer und multimorbider Patienten sowie die Arbeitsbedingungen der Pflegenden. Insgesamt gesehen sind die nachweisbaren Folgen für die Versorgungsqualität jedoch weniger eindeutig als erwartet. Vor allem in jüngster Zeit gibt es allerdings Hinweise darauf, dass Personalabbau in der Pflege zu einer Verschlechterung der Versorgungsqualität führt (z. B. erhöhte Mortalitätsraten). Unklar ist, ob und wieweit die Erfahrungen anderer Länder mit unterschiedlichen Gesundheitssystemen, unterschiedlichen Versorgungsansprüchen (Grundversorgung versus Vollversorgung) und unterschiedlichen Deckungsgraden (Teilfinanzierung durch Fallpauschalen versus Vollfinanzierung) auf Deutschland übertragen werden können. Ihre Ergebnisse werden in diesem Projekt gleichwohl genutzt, um vorhandene Hypothesen zu unterstreichen oder zusätzliche zu generieren.

Die DRG-Folgenforschung in Deutschland ist trotz eines eindeutigen gesetzlichen Auftrags bisher nur in Ansätzen vorhanden. Die öffentlichen Qualitätsberichte behandeln vorrangig Struktur- und Prozessqualität, jedoch kaum die Ergebnisqualität. Es gibt bislang keine repräsentativen quantitativen und qualitativen Längsschnittstudien, die Veränderungen von Arbeitsbedingungen und Versorgungsqualität während der DRG-Einführung messen und dabei alle Gruppen im Krankenhaus zugleich in den Blick nehmen. Mit Ausnahme der REDIA-Studie, die sich mit den Folgen der DRG-Einführung für die Rehabilitation beschäftigt, ermöglicht keine der vorliegenden Studien einen Vorher-Nachher-Vergleich, da entsprechende Vergleichsdaten vor Einführung der DRG nicht erhoben wurden. Insoweit lässt sich anhand der vorliegenden Studien nicht abschätzen, welche Folgen die DRG-Einführung für die Patientenversorgung und die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten hat. Eine integrative Betrachtung aller am Dienstleistungsprozess im Krankenhaus beteiligten Gruppen ist soweit ersichtlich bisher in keinem Land vorgelegt worden.

2.1 Ergebnisse und Erkenntnisse auf der Makroebene: Grundzüge der Gesundheitspolitik der letzten 30 Jahre

Obwohl sich im SGB V weiterhin ein umfassender Versorgungsanspruch der Versicherten findet, ergänzt durch die Forderung nach Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots, ist die Tatsache auffällig, dass fast jedes der vielen Reformgesetze seit 1977 eigentlich nur ein Ziel hatte: Es ging darum, mit unterschiedlichen Instrumenten, unter Förderung oder Schwächung anderer Strukturprinzipien der GKV, das Wirtschaftlichkeitsgebot in einer spezifischen Interpretation, nämlich als Gebot zur Wahrung der Beitragssatzstabilität zu stärken.

Die Hauptwirkungsrichtungen der gesundheitspolitischen Reformgesetze lassen sich demnach als starke Aufwertung des Wirtschaftlichkeitsgebots, unter formaler Stärkung des durch Zentralisierung und weitgehenden Wegfall einer aktiven demokratischen Legitimation³ durch Wahlen geprägten Selbstverwaltungsprinzips und der Eigenverantwortung bei gleichzeitiger Abwertung des Sachleistungsprinzips, des Solidarprinzips sowie des Bedarfsprinzips darstellen.

Von den Veränderungen auf der Makroebene der Politik lässt sich also vor allem eine direkte oder indirekte Thematisierung von Konflikten zwischen Versorgungsgebot und Wirtschaftlichkeitsgebot bei den Akteuren auf der Mikroebene der Implementation (Krankenhaus) erwarten.

2.2 Ergebnisse und Erkenntnisse auf der Mikroebene

Eine Reihe der seit Beginn dieses Jahrzehnts befürchteten oder erhofften Veränderungen im Krankenhaus haben bereits vor der praktischen Implementation und damit Einwirkungsmöglichkeit der DRG begonnen. Offensichtlich bewirken auch andere Rahmenbedingungen und Interventionen als die DRG (z. B. die seit Beginn der 1990er Jahre gültige Budgetierung) Veränderungen, die man auch von den DRG erwarten könnte oder es handelt sich um einen Ankündigungseffekt der DRG, der manche Akteure veranlasste, sich frühzeitig „gut aufzustellen“.

Sowohl was die von den DRG befürchteten negativen Auswirkungen (z. B. „blutige Entlassungen“) als auch die erhofften Veränderungen des Versorgungsprozesses angeht, sieht die Wirklichkeit nach mehreren Jahren DRG-Alltag in vielen Punkten

³ Gemeint ist damit der seit Jahrzehnten zu beobachtende zunehmende oder auf hohem Niveau stabilisierte Ersatz der gesetzlich möglichen aktiven Wahl von Mitgliedern der Selbstverwaltungsorgane in der Sozialversicherung durch so genannte „Friedenswahlen“, bei denen es zu keinen Wahlakten mehr kommt. Zu dieser Entwicklung und einer juristisch-sozialwissenschaftlichen Bewertung siehe ausführlicher Braun et al. 2009a.