

TECHNISCHE UNIVERSITÄT MÜNCHEN

Klinikum Bogenhausen
Städtisches Klinikum München GmbH
Lehrkrankenhaus der Technischen Universität München
Klinik für Plastische, Rekonstruktive, Hand- und Verbrennungschirurgie
(Chefarzt: apl. Prof. Dr. M. Ninkovic)

**Auswirkungen der Einführung der DRGs auf den ärztlichen Arbeitsalltag
am Beispiel der Plastischen Chirurgie-
Eine prospektive Studie.**

Thomas Thiede

Vollständiger Abdruck der von der Fakultät für Medizin der Technischen Universität
München zur Erlangung des akademischen Grades eines

Doktors der Medizin

genehmigten Dissertation.

Vorsitzender: Univ.-Prof. Dr. D. Neumeier

Prüfer der Dissertation:

1. apl. Prof. Dr. M. Ninkovic
2. Univ.-Prof. Dr. H.-G. Machens

Die Dissertation wurde am 08.05.2009 bei der Technischen Universität München
eingereicht und durch die Fakultät für Medizin am 19.05.2010 angenommen.

GLIEDERUNG:

1. EINLEITUNG	Seite
1.1. Geschichte und Eigenschaften der Diagnosis Related Groups	1
1.2. Krankenhausfinanzierung in der BRD bis zum 31.12.2002	4
1.2.1. Fallpauschalen	5
1.2.2. Sonderentgelte	7
1.2.3. Abteilungs- und Basispflegesatz	7
1.3. Einführung der Diagnosis Related Groups in Deutschland	8
1.3.1. Zeitlicher Ablauf der DRG- Einführung in Deutschland	9
1.4. Internationale Abrechnungssysteme	17
1.4.1. HCFA- DRG: DRGs der Health Care Financing Administration (USA)	17
1.4.2. AP- DRG: All patient DRG	18
1.4.3. APR- DRG: All patient refined DRG	18
1.4.4. NORD- DRG	18
1.4.5. GHM: Groupes homogenes malades (Frankreich)	19
1.4.6. LDF: Leistungsbezogene Diagnose- Fallgruppen (Österreich)	19
1.4.7. AN- DRG und AR-DRG: Australian national DRGs und Australian refined DRGs	19
1.5. Ziele der Einführung des DRG- Systems in Deutschland	20
2. ZIEL DER ARBEIT	21

3. MATERIAL UND METHODEN; PATIENTENGUT	22
3.1. Material und Methoden	22
3.2. Patienten	24
4. ERGEBNISSE	26
4.1. Diagnosen	26
4.2. Prozeduren	35
5. DISKUSSION	45
5.1. Ziel unserer Studie und Ergebnisse	45
5.2. Das neue System bedeutet Mehrarbeit- wer übernimmt diese?	48
5.3. Auswirkungen des neuen Abrechnungssystems auf die Ausbildung des klinischen Nachwuchses, den Klinikalltag und die Patientenbetreuung	50
5.4. Der „Medizin-Controller“- Alternative zur Verschlüsselung durch Ärzte?	54
5.5. Das „Medizin-Management“- Ausweg aus dem Dilemma des unfreiwilligen „ärztlichen Verwalters“?	58
5.6. Positive Auswirkungen einer zeitnahen und kontinuierlichen Verschlüsselung durch ärztliches Personal	63
5.7. DRGs wirken sich auf die gesamte Kliniklandschaft aus	64
5.8. Die Aufenthaltsdauer sinkt- Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung?	65
5.9. Ein Kostenanstieg im Gesundheitssystem ist zu erwarten	67
5.10. Die Spezialisierung der Häuser und Abteilungen steigt- was sind die Folgen für die Bevölkerung?	68
5.11. Auswirkungen auf die Peripherie und den ländlichen Raum im Hinblick auf die Notfallversorgung und die speziellen Strukturen des Trauma-Managements	70
5.12. In Australien wird nur ca. ein Drittel der klinischen Versorgung durch Fallpauschalen abgedeckt- ein kurzer Vergleich	73

5.13. Werden medizinische Hochleistungen durch das deutsche DRG-System unterfinanziert?	73
5.14. Die Plastische Chirurgie und die Traumaversorgung als DRG-Problemfelder	76
5.15. Kostenverschiebung anstatt Kosteneinsparung durch Fallpauschalen	78
6. ZUSAMMENFASSUNG	80
7. LITERATURVERZEICHNIS	85
8. ABBILDUNGSVERZEICHNIS	107
9. LEGENDE ZU DEN ABBILDUNGEN 9,10,18 UND 19	109
10. VERWENDETE ABKÜRZUNGEN	110
11. WISSENSCHAFTLICHE PUBLIKATIONEN IM RAHMEN DER ARBEIT	1 1 1
12. DANKSAGUNG	112

1. EINLEITUNG:

1.1. GESCHICHTE DER DIAGNOSIS RELATED GROUPS

An der Yale University in New Haven, Connecticut (USA), wurde Ende der 60er Jahre die Entwicklung der Patientenklassifikationssysteme in die Wege geleitet (120). Damals war das vorrangige Ziel, ein Hilfsmittel zu finden, mit welchem Krankenhäuser wirtschaftlich vergleichbar gemacht werden könnten. Über die 70er Jahre hinweg wurde das System kontinuierlich verbessert, bis es schließlich 1983 als Fundament der Krankenhausleistungs-Abrechnung von der US- amerikanischen Medicare- Versicherung Verwendung fand.

Diagnosis Related Groups bedeutet übersetzt soviel wie „diagnosebezogene Fallgruppen“. Mit ihrer Hilfe ist es möglich, bestimmte medizinische Behandlungsfälle spezifischen Fallgruppen zuzuordnen. In diesen Fallgruppen sind wiederum ähnliche Behandlungsfälle auf Basis der vorliegenden Diagnosen, Prozeduren, erbrachten Leistungen und entstandenen Kosten zusammengefasst. Es werden also quasi künstliche Patientengruppen gebildet, die unter medizinischer und ökonomischer Betrachtung möglichst homogen sind (4,75,77). Ökonomische Homogenität entsteht durch den etwa gleichen Behandlungs- bzw. Kostenaufwand der in der Gruppe zusammengefassten Fälle, medizinische Homogenität durch die aus medizinischer Sicht ähnlichen erbrachten Leistungen im Rahmen der Behandlung (59). Fallpauschalen oder DRGs sollen also die gesamte Behandlung eines Patienten über einen Festpreis vergüten und bundesweit für annähernd alle Krankenhäuser gelten, die teil- oder vollstationäre medizinische Leistungen erbringen (67).

Diagnosis Related Groups werden mittlerweile in zahlreichen Ländern mit jeweils landestypischen Ausprägungen angewandt. All diese unterschiedlichen, landesspezifischen Versionen der DRG-Abrechnung haben die Grundstruktur gemeinsam, dass die Eingruppierung der Fälle auf der Basis von Hauptdiagnose, (operativer) Prozedur und weiteren Diagnosen, sog. Nebendiagnosen, erfolgt. Einige wichtige internationale Ausprägungen werden unter 1.4. beispielhaft erläutert.

Mit dem Beschluss der Einführung einer „diagnoseorientierten Fallpauschalensystematik für Krankenhäuser“ durch die Selbstverwaltung im Juni 2000 wurde ein Kernelement der Gesundheitsreform 2000 umgesetzt (50,66). Mit dem neuen System der DRGs als Finanzierungs- und Abrechnungsverfahren werden sich die rechtlichen, finanziellen,

organisatorischen und wettbewerblichen Rahmenbedingungen für die Krankenhauswirtschaft grundlegend ändern (15). Die Kliniken sind nun durch das Wegfallen von Ausweichmöglichkeiten z.B. in Form von zu langen Liegezeiten angehalten, sich mit der Optimierung von existierenden Behandlungs- und Leistungserstellungsprozessen zu beschäftigen und dadurch die vorgegebenen Ressourcen sinnvoll zu nutzen (2). Das australische System wurde von den Verantwortlichen in Deutschland ausgesucht, weil es den höchsten Differenzierungsgrad bezüglich der jeweiligen Fallschwere aufweist (61).

Es gibt zahlreiche Gründe, die für Neuerungen auf diesem Gebiet sprechen. So entfällt der größte Anteil der Gesamtausgaben der Bundesrepublik Deutschland für Gesundheit auf den stationären und teilstationären Sektor der Gesundheitsversorgung. Allein die Kosten je Pflage tag hatten sich im Zeitraum von 1992 bis 1995 von 180 auf 258 Euro um 42,9 % erhöht (4). Zwar wurde die Zahl der Betten in den deutschen Kliniken schon leicht abgebaut- so im Zeitraum 1998 bis 1999 um 4824 Stück-, jedoch ist der deutsche Bettenbestand im internationalen Vergleich nach wie vor ausnehmend hoch (4). Auch die durchschnittliche Verweildauer der Patienten war bisher in der BRD vergleichsweise lang (39). So lag der deutsche Durchschnittswert für das Jahr 2000 bei 9,6 Tagen. Dem stehen z.B. in Österreich und den USA 5,9 Tage, in Frankreich 5,5 Tage und in Australien 5,4 Tage gegenüber (4). Dies sind zwei wichtige Beispiele, deren Kostenintensität mit Hilfe des neuen Abrechnungssystems der Fallpauschalen verringert werden soll. Auch ein Anstieg der Tagesfälle, also z. B. eintägiger, ambulanter Behandlungen in Australien in den letzten Jahren ist zu bemerken und auf die Einführung der DRG- basierten Vergütung zurückzuführen (60). Insgesamt verspricht ein solches einheitliches Preissystem eine höhere Transparenz, Vergleichbarkeit der Leistungserbringer und einen fairen, weil übersichtlicheren Wettbewerb. Die Leitung einer mit DRGs arbeitenden Klinik kann jederzeit nachvollziehen, wo und wie welche Kosten der einzelnen Abteilungen verursacht werden. So sollen unwirtschaftliche Arbeitsweisen eliminiert werden und unnötige Kosten, die fast allen Kliniken hierzulande Sorgen bereiten, möglichst vermieden werden (6,20).

Allerdings hält dieses Abrechnungssystem einige Probleme und- an anderen Stellen als das alte System- auch kostentreibende Faktoren bereit, wie die Erfahrungen anderer Länder, die mit Fallpauschalen arbeiten, zeigen. Schon die Vorbereitungen auf das neue System sind zeit-, personal- und kostenaufwendig- der Bedarf an Sachmittelinvestitionen für Einzelkliniken geht in die Millionen (12).

Ärzte fast aller Fachrichtungen werden in Zukunft noch mehr Arbeitszeit mit dem Computer verbringen, um alle Fälle bezüglich Haupt- und Nebendiagnosen, Komorbidität und

Komplikationslevel sowie die Prozeduren korrekt abzubilden. Sie werden sich mit allgemeinen und speziellen Kodierrichtlinien für Syndrome, Verdachtsdiagnosen und Kombinationskategorien auseinandersetzen müssen sowie mit den Feinheiten von Doppelt- und Mehrfachcodierungen. Das ärztliche Personal muss in finanziell und zeitlich aufwendigen Kursen die korrekte Verschlüsselung von Diagnosen und Prozeduren erlernen, denn nicht alles, was in deutschen Kliniken für oder an den Patienten getan wird, kann bzw. darf auch verschlüsselt werden und damit in die Honorierung eingehen. Ein Arzt sollte zukünftig wissen, wie mit Prozedurenkomponenten umzugehen ist und in welcher Reihenfolge man korrekt codiert. Was früher unter „nicht näher bezeichnet“ subsumiert wurde, muss heute aufgezählt und verschlüsselt werden. Die Kenntnis der Kombinationscodes und spezieller Richtlinien sind nun- je nach Fachrichtung natürlich unterschiedlich stark ausgeprägt- für die tägliche Arbeit notwendig. Diese Richtlinien finden sich z.B. für HIV-Erkrankungen, für Komplikationen im Zusammenhang mit Tumorbehandlungen, oder auch simpler für Patienten, die als Tagesfall oder innerhalb mehrtägiger Aufenthalte behandelt werden. Auch Besonderheiten für Bluttransfusionen, maschinelle Beatmung und den Bereich der Geburtshilfe müssen beachtet werden (61).

Von welchem Blickwinkel aus man es auch betrachtet: Es ist zu erwarten, dass die DRGs sich zunehmend stark auf den Arbeitsalltag der Mediziner auswirken werden. Das Kodieren, Gruppieren und die Supervision der Datensätze sind neue tägliche Tätigkeiten, zu denen der Kliniker nach § 301 des Sozialgesetzbuchs V gesetzlich verpflichtet ist (84,110). Infolge dessen wird der Krankenhausarzt nicht nur seine Denkweise in Bezug auf Patientennutzen und Wirtschaftlichkeit umstellen, sondern auch eine erhebliche Mehrarbeit im administrativen Bereich erbringen müssen. Kritiker weisen darauf hin, dass diese Mehrbelastung letztlich auf Kosten der eigentlichen ärztlichen Tätigkeit und Ausbildung und damit auf Kosten der Patienten erbracht werden muss (1,5,6,12). Die Dokumentation des zusätzlichen Zeitaufwandes, den die DRGs für den ärztlichen Arbeitsalltag mit sich bringen, ist Ziel dieser Arbeit und wird in ihrem Rahmen am Beispiel der Plastischen Chirurgie festgehalten und dargestellt. Es wird beispielhaft beschrieben, wie die Zusatzbelastungen im deutschen Klinikalltag zum Zeitpunkt der Studie, d.h. im Winter 2001/2002, und aktuell verteilt und bewältigt wurden bzw. werden. Lösungsvorschläge verschiedener Autoren und aus anderen Ländern, wie man diese Belastungen bewältigen könnte, ohne die Masse der Ärzteschaft mit immer zahlreicher werdenden administrativen Tätigkeiten zu beauftragen oder diese zumindest in Grenzen zu halten, werden vorgestellt und diskutiert. Auch die aus dem Zeitdruck und der zunehmenden administrativen Arbeitsbelastung der Klinikärzte

resultierenden Folgen für die Qualität der allgemeinen Patientenversorgung und für die Qualität der ärztlichen Weiterbildung werden in dieser Arbeit erörtert.

Des Weiteren wird auf die oben schon angedeuteten weiterreichenden Folgen der Fallpauschaleneinführung eingegangen, die sich in der allgemeinen medizinischen Versorgung der Bevölkerung negativ niederschlagen könnten oder aber durch die als „lernendes System“ gedachte neue Abrechnungssystematik weitgehend aufgefangen werden könnten (68).

Die unmittelbaren Anreize für die Kliniken sind beim kommenden Übergang von Tagespauschalen auf Fallpauschalen recht deutlich erkennbar. Die Verweildauer verliert ihre Bedeutung als erlösmaximierende Größe, an ihre Stelle rücken die Fallkosten in den Brennpunkt der finanziellen Betrachtungen. Liegen die Fallkosten über den DRG-Erlösen, macht das Krankenhaus Verluste. Liegen sie unter den Erlösen, so fährt das Haus Gewinne ein. Der naheliegende Gedanke ist, dass eine Klinik in Zukunft versuchen wird, teure und/oder zeitaufwendige Patientenfälle zu vermeiden und gewinnträchtige Kostenfälle unter Bevorzugung zu behandeln. Innerhalb der eigentlichen Behandlung werden generell kostenträchtige Maßnahmen in Zukunft eher vermieden werden. Das bedeutet unter anderem zunehmende Spezialisierungen der einzelnen Kliniken- Schlagwort „Zentrenbildung“- aber vielleicht auch zunehmend kostengünstige und damit möglicherweise qualitativ minderwertige Patientenbehandlungen (49).

Zunächst soll aber ein Überblick über die Grundlagen der bisherigen und zukünftigen Abrechnungssysteme, sprich die Fallpauschalen, Sonderentgelte und Basispflegesätze, gegeben werden. Dem folgt eine Darstellung des zeitlichen Ablaufs der Einführung der Fallpauschalen in der BRD und eine Darstellung der DRG- Verhältnisse in anderen Ländern.

1.2. KRANKENHAUSFINANZIERUNG IN DER BRD BIS ZUM 31.12.2002

1996 trat ein neues Vergütungssystem in Kraft, welches neben den Abteilungs- und Basispflegesätzen erstmals auch Fallpauschalen und Sonderentgelte enthielt- die Bundespflegesatzverordnung (BPflV). Diese Pauschalen wurden weiter ausgebaut und machten zum Studienzeitpunkt 2001/2002 etwa 30 % des Gesamtbudgets der Krankenhäuser aus. Die übrigen Leistungen- gerundet ca. 70 %- wurden also bis zur endgültigen Einführung der Diagnosis Related Groups überwiegend durch Abteilungs- und Basispflegesätze bzw.

pauschalierte Tagespflegesätze abgegolten (89,107). Ein kleiner Anteil entfiel zudem auf teilstationäre Pflegesätze, ambulante Operationen, Pflegesätze für belegärztliche Behandlungen und auf vor- bzw. nachstationäre Leistungen (4). 2005 bilden diese Pauschalen annähernd 100 % des Behandlungskatalogs der Krankenhäuser. Ausnahmen bestehen im Bereich der Psychiatrie sowie für besondere medizinische Einrichtungen, deren Portfolio nicht durch das Fallpauschalensystem abgebildet werden kann, z.B. die Behandlung von spastischer Zerebralparese auf dem Gebiet der Neurologie (4). Die Abbildbarkeit diverser Fachgebiete bzw. derer Subspezialitäten ist ein immer noch aktueller Streitpunkt (1,13). So wird auch in dieser Arbeit noch auf die Problematik der Traumaversorgung unter DRG-Bedingungen eingegangen.

Nachstehend wird auf die seit Fallpauschaleneinführung bestehenden grundsätzlichen Abrechnungsregeln eingegangen. Die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen wird im § 10 der BpflV geregelt. Diese allgemeinen Leistungen werden danach durch Pflegesätze nach § 11 (Fallpauschalen und Sonderentgelte) und durch einen Gesamtbetrag nach § 12 (Budget) und durch tagesgleiche Pflegesätze nach § 13, durch die das Budget den Patienten bzw. deren Kostenträgern anteilig berechnet wird, vergütet.

Die Zuordnung zu einer Fallpauschale oder einem Sonderentgelt ergibt sich aus der erbrachten Hauptleistung verbunden mit der Hauptdiagnose oder einer Nebendiagnose. Hauptdiagnose wird die Einweisungsdiagnose.

Der hohe Anteil der Tagessätze an der Abrechnung ließ eine tiefer gehende Transparenz hinsichtlich erbrachter Leistungen vermissen, da nur die Fallpauschalen und Sonderentgelte einen nachvollziehbaren Leistungsbezug hatten- ein entscheidender Grund für die Einführung eines DRG- Systems in Deutschland.

1.2.1. FALLPAUSCHALEN (DRGs)

Mit Hilfe der Fallpauschalen werden nach der Bundespflegesatzverordnung die „Allgemeinen Krankenhausleistungen“ **für einen bestimmten, in der Anlage 1 zur Bundespflegesatzverordnung aufgelisteten Behandlungsfall vergütet** (62). Sämtliche direkt patientenbezogenen Leistungen und alle sonstigen Leistungen wie Versorgungs- und Verwaltungsleistungen **werden also mit dieser Pauschale abgegolten. Die Bewertungsrelationen der Fallpauschalen gelten bundeseinheitlich. Abrechnungstechnisch hat eine Fallpauschale immer Vorrang vor den Sonderentgelten und den Tagespflegesätzen.**

Innerhalb der Fallpauschale sind sämtliche Leistungen für eine bestimmte Grenzverweildauer des Patienten festgesetzt. Wenn diese Grenzverweildauer überschritten wird, können ab diesem Zeitpunkt des Überschreitens Abteilungs- und Pflegebasissätze abgerechnet werden (§§ 11 und 14 BpflV). Ein Beispiel aus der Plastischen Chirurgie: Für eine stationäre Behandlung im Zusammenhang mit einer Narbenkorrektur (DRG J11Z bei ICD-10 L90.5 und OPS-301 5-894.14) ergibt sich zum Studienzeitpunkt beim Verschlüsseln mit dem Online-Groupier der Universität Münster (106) eine mittlere Verweildauer von 4 Tagen bei einer unteren Verweildauergrenze, sprich Mindestverweildauer, von 1 Tag und einer oberen Verweildauergrenze von 19 Tagen (106). Wenn nun z.B. aufgrund von Komplikationen eine längere stationäre Behandlung als 19 Tage nötig wird, kann die Klinik ab dem Überschreiten der Grenzverweildauer Tagespflegesätze abrechnen.

Problematisch bei der bisherigen Vergütung mit Fallpauschalen war, dass die Abrechnungsbestimmungen unterschiedlich ausgelegt werden konnten, was in der Vergangenheit auch schon zu Rechtsstreitigkeiten zwischen Kliniken und Kassen geführt hat. Es gab für verschiedene Operationen, z.B. am Stütz- und Bewegungsapparat, sogenannte A- und B- Pauschalen. Dabei vergütete die A- Fallpauschale alle Leistungen im Zusammenhang mit den Operationen bis hin zum Tag, an welchem die Wundheilung durch Ärztemeinung als abgeschlossen bezeichnet wurde. War der Patient zu diesem Zeitpunkt noch nicht rehabilitationsfähig und war eine weitere stationäre Behandlung erforderlich, konnte die behandelnde Klinik die B-Fallpauschale abrechnen (4). Damit diese abgerechnet werden konnte, musste aber wiederum eine Mindestbelegzeit vom Tag der Wundheilung bis zur Entlassung erfüllt sein. Auffälligerweise verkürzte sich nach der Einführung dieser Regelung aber die Zeit zwischen Operationstermin und festgestelltem Abschluss der Wundheilung immer mehr, ohne dass der Großteil der Patienten dann auch rehabilitationsfähig gewesen wäre. Auf diese Weise konnten immer beide Fallpauschalen bei dennoch möglichst kurz gehaltenem Patientenaufenthalt abgerechnet werden, was vorteilhaft für die Kliniken, aber nachteilhaft für die Kassen war. Um diese Situation für die Kassen zu verbessern, konnten nun nach einem Urteil des Bundessozialgerichtes die Krankenhäuser Tagespflegesätze abrechnen, wenn die Voraussetzungen für eine B-Pauschale nicht gegeben waren (4). Nach endgültiger Einführung der Fallpauschalen gilt nun bei Überschreitung der oben erläuterten Grenzverweildauer die Abrechnung mit bestimmten Tagessätzen, die aber gegenüber den DRGs eine deutliche Wertminderung zeigen. Seit Einführung der Fallpauschalen fällt weiterhin auf, dass Patienten zunehmend sehr früh, d.h. unter der oder gerade eben an der kalkulierten Mindestverweildauergrenze, entlassen werden. Das Überschreiten der

Grenzverweildauer hingegen wird selten gesehen. Diese Tendenzen sind in anderen Ländern, in denen DRGs angewendet werden, seit langem zu beobachten (1,4).

1.2.2. SONDERENTGELTE

Auch die Sonderentgelte sind bundeseinheitlich geregelt. Sie werden neben den Tagespflegesätzen abgerechnet. Mit den Sonderentgelten werden momentan Teile der allgemeinen Krankenhausleistungen für einen bestimmten, in der Anlage 2 zur Bundespflegesatzverordnung aufgelisteten Leistungskomplex eines Behandlungsfalles vergütet (62) - in der Regel werden damit nur die unmittelbaren Personal- und Sachkosten für die operative Leistung und die mit dieser in Zusammenhang stehenden Leistungen abgegolten. Wenn Sonderentgelte vergolten werden, ist der parallel gezahlte Tagespflegesatz nach den §§ 11 und 14 der BpflV während der ersten 12 Berechnungstage um 20 % zu mindern, wobei diese Regelung nicht für Intensivbehandlungen greift (4,44).

1.2.3. ABTEILUNGS- UND BASISPFLEGESATZ

Die Abteilungs- und Basispflegesätze werden auf der Grundlage des Budgets und der voraussichtlichen Belegung vereinbart. Entsprechend wird bei den teilstationären Pflegesätzen vorgegangen. Die voraussichtliche Leistungsstruktur und deren Entwicklung einer Klinik bilden die Grundlage für das Budget. Budget und Pflegesätze müssen der medizinischen Leistung des Hauses entsprechen und dem Krankenhaus bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seinem Versorgungsauftrag entsprechend zu arbeiten. Durch den Grundsatz der Beitragsstabilität aus dem Jahr 2000 ist sichergestellt, dass die Krankenhausentgelte nicht stärker steigen dürfen als die beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der GKV (§§ 3, 6, 12, 13 BpflV)(4).

Der Abteilungspflegesatz ist das Entgelt für die ärztlichen und pflegerischen Tätigkeiten und Weisungen und die durch diese verursachten Leistungen für alle bettenführenden Abteilungen, welche organisatorisch selbständig sind und von einem auf fachlicher Ebene nicht weisungsgebundenen Facharzt geleitet werden. Dabei greift der Abteilungspflegesatz dann, wenn diese Leistungen nicht durch Fallpauschalen oder Sonderentgelte vergütet werden (4).

Der Basispflegesatz hingegen vergütet die nicht durch ärztliche oder pflegerische Tätigkeiten oder Weisungen veranlassten Kosten wie die Unterkunft, Verpflegung und Verwaltung. Diese beiden Pflegesätze werden ab und einschließlich dem Aufnahmetag sowie jeden weiteren Tag eines Klinikaufenthaltes berechnet. Entlassungs- oder Verlegungstage werden nur bei teilstationären Behandlungen angerechnet, sofern sie nicht mit dem Aufnahmetag zusammenfallen.

Problematisch bei dieser Art der Finanzierung ist der besondere Anreiz für die Krankenhäuser, ihre Patienten länger in der stationären Behandlung zu behalten, als es medizinisch notwendig wäre- jeder zusätzliche Tag bedeutet bares Geld für die Kliniken. Auch hieraus resultieren die zuvor schon angesprochenen hohen Werte der durchschnittlichen deutschen Verweildauer im internationalen Vergleich. Auch die Parallelabrechnung von Tagessätzen und Sonderentgelten ist aus Krankenhaussicht sehr lukrativ- aus dieser Konstellation ergibt sich übrigens ein großes Potential für verschärfte Prüfungen der Krankenhausabrechnungen durch die Medizinischen Dienste der Kassen. Diese Überprüfungen können nur medizinischer Art sein, weshalb die Ansprechpartner der Kassen in den Kliniken vornehmlich Ärzte sein werden (81,84)- ein weiterer Belastungsaspekt im Hinblick auf die Folgen der DRG- Einführung für den ärztlichen Arbeitsalltag, auf den in der Diskussion noch näher eingegangen wird.

1.3. EINFÜHRUNG DER DIAGNOSIS RELATED GROUPS IN DEUTSCHLAND

Seit langem ist in Deutschland der Ruf nach einem leistungsgerechteren, transparenteren und damit besser nachzuvollziehendem Entgeltsystem für den Krankenhausbereich zu hören. Die Einführung der Fallpauschalen und Sonderentgelte 1996 war ein klarer Schritt in diese Richtung (79). Zunächst unterblieb jedoch eine umfassende Ausweitung dieser Fallpauschalenabrechnung und die tagesgleichen Pflegesätze wurden nicht abgelöst. Mit der Gesundheitsreform 2000 wurde dann der Selbstverwaltung der gesetzliche Auftrag erteilt, ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Abrechnungs- und Vergütungssystem zu schaffen, welches sich an einem international eingeführten System auf Grundlage der Diagnosis Related Groups orientiert. Der Begriff „durchgängig“ besagt dabei, dass durch die DRGs sämtliche stationären und teilstationären Leistungen mit teilweiser Ausnahme der psychiatrischen Kliniken und Abteilungen erfasst werden. Diese fast hundertprozentige Abdeckung der klinischen Versorgung ist allerdings auch im

internationalen Vergleich neu (92). So ist die BRD weltweit das einzige Land, in dem die DRGs mit Ausnahme von Teilen der Psychiatrie alle klinischen Versorgungsbereiche einschließlich der Notfallversorgung und den damit verbundenen Vorhaltekosten- umfassen und abbilden sollen (61). In anderen DRG- Nationen sind bestimmte Bereiche des Gesundheitswesens, in denen nach dortiger Expertenmeinung und Erfahrung das System nicht sinnvoll einzusetzen ist oder gar die Versorgung gefährdet, nicht durch die Pauschalierung abgedeckt. In Australien z.B., dessen AR- DRG Pate für das neue deutsche System stand, sind, abhängig von der Regelung der einzelnen Bundesstaaten, nur zwischen 25 und 60 % der gesamten klinischen Versorgung durch die Fallpauschalen abgedeckt (12,36,56,61). Die Fallpauschalen werden dort auch überwiegend zur Bemessung und Verhandlung des vierteljährlich erteilten Krankenhausbudgets angewandt (62). Diese Tatsache bereitet vielen deutschen Klinikern und Gesundheitsökonomen Sorgen, da durch das „Überstülpen“ der Fallpauschalen über beinahe sämtliche klinische Bereiche aller Voraussicht nach einige geradezu existentielle Probleme auf die deutsche Gesundheitslandschaft zukommen, auf welche im Diskussionsteil dieser Arbeit beispielhaft eingegangen werden soll. Allerdings wurden seit Einführung des Systems in Deutschland regelmässig Veränderungen vorgenommen, die eine gewisse Abkehr vom 100 %-igen DRG-Ansatz bedeuten und vermutlich in den nächsten Jahren der verlängerten Konvergenz noch vertieft werden (26). „Leistungsorientiert“ meint die Abhängigkeit des Entgelts von Art, Umfang, Qualität und auch Dauer der Krankenhausleistung. Der Begriff des „pauschalierenden Vergütungssystems“ besagt, dass gleichartige Fälle zu Fallgruppen zusammengefasst werden. Aus den durchschnittlichen Fallkosten dieser Gruppen werden schließlich die Entgelte ermittelt (4).

1.3.1. ZEITLICHER ABLAUF DER DRG- EINFÜHRUNG IN DER BRD

22.12.1999:

Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000/GKV- Gesundheitsreformgesetz 2000.

Zum Krankenhausfinanzierungsgesetz wurde der § 17b hinzugefügt. Mit diesem wurde die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherer beauftragt, bis zum 1. Januar des Jahres 2003 ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem zur Vergütung der voll- und teilstationären Klinikleistungen mit Ausnahme der psychotherapeutischen

Behandlungsbereiche zu entwickeln und zunächst optional einzuführen. Das neue deutsche System soll sich an einem bereits erprobten, international eingeführten System auf Grundlage der DRGs orientieren (4).

27.06.2000:

Vereinbarung über die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems nach § 17b KHG. Die Partner der Selbstverwaltung beschlossen, das australische AR-DRG-System als Vorbild für die deutsche Klassifikation zu nehmen. Die Übersetzung des australischen Regelwerkes sollte bis zum 30.11.2000 erfolgen, um als Grundlage für die deutsche Kalkulation zu dienen. Eine Obergrenze von maximal 800 DRGs für alle teil- und vollstationären Fallgruppen wurde festgelegt- im aktuellen Jahr 2005 gibt es 845 bewertete DRGs, und vermutlich wird sich diese Zahl im Sinne des „lernenden Systems“ immer wieder verändern (26). Ebenfalls bis zum 30.11.2000 sollen einheitliche Kodierregeln zur Dokumentation der Diagnosen, Prozeduren und anderer gruppierungsrelevanter Merkmale erstellt werden. Die Relativgewichte für das deutsche System sollen auf der Basis bundesdeutscher Daten bis zum 31.12.2001 ermittelt werden. Bis zum 31.12.2001 sollen auch Zu- und Abschläge für Leistungen, die nicht an allen Häusern erbracht werden, ermittelt werden sowie eine Festlegung der Kalkulationsmethodik erfolgen (4,26).

02.11.2000:

Vertragsabschluss zwischen dem Commonwealth of Australia und der DKG sowie dem Verband der Angestellten- Krankenkassen über die Nutzung des australischen Klassifikationssystems AR- DRG. Die Übersetzung und Anpassung der allgemeinen Kodierrichtlinien aus dem Australischen soll bis 31.01.2001 abgeschlossen sein (4,75).

15.11.2000:

Die neue Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD), 10. Revision, Sozialgesetzbuch Ausgabe V, Version 2.0 (kurz: ICD-10) und der Operationsschlüssel nach § 301, Sozialgesetzbuch Ausgabe V, Version 2.0 (kurz: OPS-301) werden veröffentlicht. Sie sollen ab dem 01.01.2001 zur Anwendung kommen. Die Diagnosen- und Prozedurenklassifikation wurde im Hinblick auf die DRG- Einführung vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums (BGM) überarbeitet (4).

13.02.2001:

Eckpunktepapierentwurf des BMG zur „Einführung eines DRG- Fallpauschalensystems im Krankenhausbereich“ (4).

15.03.2001:

Vereinbarung zur Durchführung eines Methoden-Testlaufs zur Vorbereitung der Kalkulation von Fallkosten im zukünftigen deutschen DRG- System.

Wie im Juni 2000 vereinbart, sollen die Relativgewichte aufgrund einer bundesdeutschen Datenerhebung ermittelt und entwickelt werden. Dazu wird ein Vorlauf als Methodentest geplant, an dem nur etwa 20 Kliniken über 3 Monate mitwirken sollen. Dann erfolgt die eigentliche Erstkalkulation auf Basis einer repräsentativen Stichprobe- dazu wurde von den Vertragsparteien ein Kalkulationsschema zur Ermittlung der Basisfallkosten vereinbart, welches als Grundlage zur Ermittlung der deutschen Relativgewichte dienen soll. Ein Auswertungsbericht soll bis zum 31.10.2001 fertig gestellt und bis zum 30.11.2001 veröffentlicht werden (4).

27.04.2001:

Gesetz zur Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und der Bundespflegesatzverordnung (DRG- Systemzuschlagsgesetz).

Durch dieses Gesetz wird die rechtliche Grundlage für die am 03.05.2001 geschlossene Vereinbarung zur Umsetzung des DRG- Systemzuschlagsgesetzes nach § 17b des KHG geschaffen. Danach kann für jeden abgerechneten voll- und teilstationären Krankenhausfall ein DRG- Systemzuschlag berechnet werden.

Vor der tatsächlichen Einführung der Fallpauschalen muss die australische Klassifikation an die deutschen Versorgungsstrukturen und deren Besonderheiten angepasst werden, z.B. die Kalkulation der Fallpauschalen. Nach der Einführung muss das neue System weiterhin jeweils neuen Umständen angepasst werden- so z.B. an neue medizinische und medizintechnische Entwicklungen oder Kostenentwicklungen, bzw. -änderungen. Hierzu wird ein sog. DRG- Institut geschaffen. Bis dieses Institut arbeitsfähig ist, wird eine Projektstelle eingerichtet, die die Leitung aller anfallenden Aufgaben im Zusammenhang mit der DRG- Einführung übernimmt. Weil diese zusätzlich anfallenden Probleme und Aufgaben nicht kostenneutral bewerkstelligt werden können, wurde der schon genannte Systemzuschlag geschaffen. Dieser Betrag wird von den Kliniken den Krankenkassen zusätzlich in Rechnung gestellt. Die

Kliniken wiederum führen den Betrag an die Vertragspartner auf Bundesebene weiter- also an die DKG, die Spitzenverbände der Krankenkassen und den Verband der privaten Krankenversicherer.

Zu diesem Zeitpunkt ist nach wie vor unklar, welche zusätzlichen Kosten durch die Entwicklung, Einführung und die laufende Pflege des DRG- Fallpauschalensystems anfallen werden. Allein die bisher angefallenen Kosten für die Gründung des DRG- Institutes der Selbstverwaltungspartner sollen bei ca. 1,75 Millionen Euro liegen, hinzu kommen bisher 0,75 Millionen Euro für Aufträge an Dritte. Die Kosten für die einzelnen Krankenhäuser einschließlich neu entstehender Personalkosten scheinen bisher komplett außer Acht gelassen worden zu sein. Auf dieser Basis wurde nun ein aktueller Systemzuschlag von 0,30 Euro pro Krankenhausfall errechnet.

Bis zum 30.04.2001 sollen die speziellen Kodierrichtlinien an deutsche Verhältnisse angepasst und übersetzt sein. Es sollen Kodier- und Dokumentationsregeln erstellt werden, die bereits ab 2001 angewandt werden sollen (4).

01.06.2001:

Arbeitsentwurf des BMG für ein DRG- Einführungsgesetz (4).

10.07.2001:

Referentenentwurf zum DRG- Einführungsgesetz mit anschließender Anhörung dazu im BMG am 30.07.2001 (4).

16.08.2001:

Bekanntgabe des neu überarbeiteten Operationsschlüssels in der Version 2.1 durch das DIMDI- Anwendung ab 01.01.2002 (4).

29.08.2001:

Kabinettsbeschluss zum Entwurf des Fallpauschalengesetzes und Anhörung dazu im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages geplant am 09.11.2001 (4).

04.09.2001:

Vereinbarung zu den Deutschen Kodierrichtlinien Version 2002 für das G- DRG- System gemäß § 17b KHG.

Veröffentlichung der Allgemeinen und Speziellen Kodierrichtlinien für die Verschlüsselung der Krankheiten und Prozeduren. Diese Kodierrichtlinien gelten für die Gesamtheit der in § 17b erwähnten Einrichtungen und Abteilungen, die ihre Entgelte zukünftig über DRGs abrechnen werden (4).

14.12.2001:

Das Fallpauschalengesetz wird nach der 3. Lesung durch den Deutschen Bundestag verabschiedet (4).

17.12.2001:

Vereinbarung über die Teilnahme an der Kalkulation der zukünftigen Fallpauschalen in einem deutschen DRG- System.

Durch diese Vereinbarung wird die Gewinnung der nötigen Datengrundlagen (prospektive Datenerhebung im Jahr 2001 und Überprüfung und Anpassung der für 2003 zu ermittelnden Relativgewichte) für die Erstellung eines deutschen DRG- Systems auf der Basis spezifisch deutscher Kalkulationsdaten geregelt. Alle nun 270 Häuser, die ab 01.01.2002 an der Erhebung der Grunddaten bzw. an der Kalkulation der Fallpauschalen teilnehmen, müssen diese Vereinbarung unterschreiben. Die von den teilnehmenden Kliniken gesammelten Daten werden durch das von den Vertragsparteien nach § 17b KHG eigens gegründete Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) gesammelt und ausgewertet (4).

01.01.2002:

Verbindliche Einführung der Deutschen Kodierrichtlinien 2002, Einführung des OPS-301 Version 2.1 und Beginn des Zeitraumes der Datenerfassung zur Kalkulation der deutschen Relativgewichte (4).

16.01.2002:

Der Bundesrat stimmt dem Gesetz zu (4).

17.01.2002:

Der Bundesratsinnenausschuss empfiehlt, den Vermittlungsausschuss einzubinden (4).

01.02.2002:

Das Fallpauschalengesetz scheitert im 2. Durchgang ohne Anruf des Vermittlungsausschusses. Der Bundesregierung wird die Entscheidung überlassen, den Vermittlungsausschuss anzustrengen (4).

06.02.2002:

Anruf des Vermittlungsausschusses durch die Bundesregierung (4).

26.02.2002:

Beratung und Empfehlung des Vermittlungsausschusses (4).

28.02.2002:

Zustimmung im Bundestag zum Fallpauschalengesetz (4).

01.03.2002:

Der Bundesrat verabschiedet das Fallpauschalengesetz (4).

24.06.2002:

Die Verhandlungen zum Optionsmodell (Entwicklung des Fallpauschalensystems für das Jahr 2003) mit den Spitzenverbänden der Gesetzlichen Krankenversicherung und dem Verband der privaten Krankenversicherer werden von der Deutschen Krankenhausgesellschaft offiziell als für gescheitert erklärt.

Damit ist das Optionsmodell nicht endgültig aufgehoben, da im Fallpauschalengesetz eine Regelung enthalten ist, die dem BMG ermöglicht, die notwendigen Einführungsmodalitäten für 2003 durch eine Rechtsverordnung zu regeln. Unter Rücksichtnahme auf die bereits im Mai gescheiterten Verhandlungen bezüglich der Abrechnungsregeln besteht nun Regelungsbedarf in Bezug auf Erstellung der Abrechnungsregeln, Kalkulation der Relativgewichte und Aufstellung des Fallpauschalenkatalogs (4).

01.01.2003:

Das neue Fallpauschalensystem wird nun als sogenanntes Optionsmodell eingeführt, nachdem ein erster Katalog mit deutschen Relativgewichten erstellt, eine Definition der Grenzverweildauern vorgenommen, ein Basisfallwert für 2003 vereinbart, die tagesgleichen Pflegesätze bei Verweildauerüberschreitungen festgelegt und der Katalog der Zusatzentgelte

definiert worden waren. Optionsmodell bedeutet die freiwillige, budgetneutrale Einführung des DRG- Systems (4,89).

Für die teilnehmenden Krankenhäuser gilt das Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG). Diese Häuser müssen bis zum 31.10.2002 gegenüber den Kassen erklären, dass sie bereits ab 2003 nach dem neuen Vergütungssystem abrechnen werden. Die Teilnahme ist den Häusern nur dann möglich, wenn sie voraussichtlich mindestens 90 % ihrer stationären Leistungen auf Basis des DRG- Systems abrechnen können (4).

Für teilnehmende Kliniken gelten bei sich ergebenden Mehr- oder Mindererlösen Ausgleichsätze. Mindererlöse werden nach § 3 des KHEntgG zu 95 % statt bisher 40 % ausgeglichen, Mehrerlöse zu 75 % statt bisher 85 bzw. 90 %. Das bedeutet, dass die Kassen für nicht erbrachte Leistungen in den Krankenhäusern 95 % bis zum Gesamtbetrag ausgleichen müssen, während die Krankenhäuser nur 75 % der Summe über Gesamtbetrag an die Kassen abgeben müssen. Erhöhte Mehrausgaben der Kassen sind also mit Beginn des Optionsmodells quasi vorprogrammiert. Krankenhäuser dagegen könnten durch bewusstes Steuern Mehreinnahmen erzielen, ohne die entsprechende Leistung erbracht zu haben.

Es ist außerdem vorgesehen, dass bis zum 31.03.2003 Änderungswünsche und sonstige Eingaben hinsichtlich des G- DRG- Systems an das InEK weitergegeben werden (4,25).

01.01.2004:

Das neue Fallpauschalengesetz gilt nun für alle Krankenhäuser. Die bisherigen Regelungen über die Pflegesatzfähigkeit (siehe oben) treten außer Kraft (58).

Der Fallpauschalenkatalog soll nun an die deutschen Versorgungsverhältnisse angepasst und mit deutschen Relativgewichten ausgestattet sein. Kann in den Jahren 2003 und 2004 wegen zu geringer Fallzahlen bei den an der Kalkulation teilnehmenden Kliniken für bestimmte Fallgruppen kein Relativgewicht bestimmt werden, so werden die australischen Relativgewichte angewandt. Die betroffenen Fallgruppen müssen dann in den folgenden Jahren nachkalkuliert werden. Auch wegen des engen Zeitplanes wird die 100- prozentige Kalkulation auf bundesdeutscher Datenbasis vermutlich nicht möglich sein. Ab dem 01.01.2004 gelten bezüglich der Ausgleichsätze neue Bedingungen: Mindererlöse werden nun zu 40 %, Mehrerlöse zu 65 % ausgeglichen womit sich die oben erläuterte Situation für Kassen und Krankenhäuser wieder ändert.

Außerdem gilt für 2003 und 2004 eine sogenannte budgetneutrale Phase, in der das Verhandlungsverfahren bezüglich Budget- und Pflegesätzen zwischen den beteiligten Parteien auf das neue DRG- System zugeschnitten wird (4,18). Nach bisheriger Regelung wird ein

Gesamtbetrag aus der Summe der Fallpauschalen und der Zusatzentgelte (entspricht dem Erlösbudget) sowie der fall- und tagesbezogenen Entgelte gebildet. Aus dem Erlösbudget wiederum errechnet sich der krankenhaushausindividuelle Basisfallwert (4).

01.01.2005 und 01.01.2006:

Für das Jahr 2005 wird erstmalig ein landesweit gültiger Basisfallwert vereinbart und veröffentlicht.

Die beiden Jahre 2005 und 2006 sollten die sog. Konvergenzphase bilden, innerhalb welcher stufenweise die krankenhaushausindividuellen Basisfallwerte nach und nach an den landeseinheitlichen Basisfallwert angepasst werden sollten, d. h. es erfolgt eine Angleichung aller Krankenhäuser mit dem Ziel, gleiche Preise für gleiche DRGs unabhängig vom Krankentyp und der Versorgungsstufe zu zahlen (62,64). Problematisch ist dabei die teilweise sehr unterschiedliche Auftragsausrichtung verschiedener Kliniken. So ist die Abrechnungslage eines ländlichen Kreiskrankenhauses eine grundlegend andere als die eines hochspezialisierten Zentrums, worauf in dieser Arbeit noch eingegangen wird.

Diese Phase wurde Ende 2004 um weitere 2 Jahre verlängert, da sich abzeichnete, dass die Anpassung an einen landesweiten Basisfallwert im geplanten Zeitrahmen nicht möglich sein würde.

01.01.2007:

Es sollte für alle Krankenhäuser ein bundesweit gültiger Krankenhausfallwert/Basisfallwert gelten und das DRG- System mit voller Wirkung verfügbar sein.

Außerdem soll nun ein Gesetz zur budgetrelevanten Anwendung des deutschen DRG- Systems eingeführt werden.

Zumindest die Einführung des bundesweiten Basisfallwertes und damit die Anwendung des Systems mit voller Wirkung ist mit zunächst 1- jähriger, dann 2- jähriger Verlängerung der Konvergenzphase aktuell auf den **01.01.2009** verschoben worden (114). In dieser Zeit wird weiterhin eine sachgerechtere Abbildung der medizinischen Leistungen angestrebt, wobei es bisher zu jährlichen „Updates“ kam, so von 2003 auf 2004 und von 2004 auf 2005. Ab 2005 soll in vier zu absolvierenden Konvergenzstufen bis 2009 die einhundertprozentige DRG- Anwendung in Deutschland erreicht werden (114). In diesen „Zwischenbilanzen“ wird nun regelmäßig eine Aktualisierung des Fallpauschalenkataloges vorgenommen, um Ungerechtigkeiten, Unter- und Überdeckungen und sonstige Mängel möglichst effizient zu verbessern. Damit ergeben sich natürlich jeweils neue Rahmenbedingungen für die Kliniken,

die teils vor -positiv wie negativ- geringfügig bis völlig veränderten Budgetrealitäten stehen und mit diesen zumindest bis zur nächsten Änderung des Kataloges zurecht kommen müssen. Es ist auch geplant, Krankenhäuser, die nicht an der Notfallversorgung teilnehmen, mit reduzierten Pauschalen zu entgelten, um der oben angesprochenen Problematik wenigstens teilweise zu begegnen. Das Ziel der Konvergenzphase ist dabei, letztendlich auf ein ausgewogenes System zu kommen, wobei sich derzeit am „Fallpauschalenhorizont“ abzeichnet, dass eine vollständige, sachgerechte Abbildung durch ein reines Fallpauschalensystem unter Umständen nie erreicht werden wird, da das Leistungsgeschehen schlicht zu komplex ist (26).

Momentan (seit 2005) zeichnet sich eine Bedeutungszunahme der Prozeduren und eine Einflussverringerung der Nebendiagnosen ab. Auch über ein Herausnehmen bestimmter, in der Regel im Bereich der so genannten „Hochleistungsmedizin“ liegender Bereiche (Verbrennungsmedizin, Intensivmedizin, Traumaversorgung, Notfallmedizin, Fälle mit sehr langen Liegedauern wie Para- und Tetraplegiker, etc.) aus der fallpauschalierten Abrechnung nach australischem Vorbild wird wieder lauter diskutiert.

1.4. INTERNATIONALE ABRECHNUNGSSYSTEME

1.4.1. HCFA-DRG: DRGs der Health Care Financing Administration (USA)

Das HCFA-System war 1983 das erste in großem Umfang eingeführte DRG-System in den Vereinigten Staaten (31). Damit wurden und werden Behandlungsfälle in Belegarztspitälern durch die Seniorenversicherung Medicare, deren Klientel ausschließlich aus Personen über 65 Jahren besteht, abgerechnet (31). Es gibt 25 Hauptkategorien, denen die Patienten aufgrund ihrer Hauptdiagnose zugeordnet werden. Diese Hauptkategorien werden nach operativen und nicht- operativen Behandlungen unterteilt. Die Zuteilung zu dem medizinischen DRGs erfolgt aufgrund der Hauptdiagnose, die Zuweisung zu den operativen DRGs aufgrund der wichtigsten Operation. Auch evt. Begleiterkrankungen nehmen Einfluss auf die Zuordnung zu einer bestimmten DRG. Jeder stationäre Behandlungsfall erhält am Aufenthaltsende genau eine DRG. Mit den HCFA-DRGs sollen ausschließlich die Kosten abgebildet werden. Das System wird u.a. in Italien, Spanien und in Portugal zur Budgetverteilung oder zur leistungsorientierten Budgetanpassung verwendet (4).

1.4.2. AP-DRG: All Patient DRGs

Als Erweiterung des HCFA-DRG-Systems wurde dieses System Ende der 80er Jahre in den USA entwickelt, um für Patienten aller Versicherer benutzt werden zu können. Daher war es nötig, Krankheitsbilder differenzierter abbilden zu können- z.B. Infektionskrankheiten oder Polytraumata- bzw. sie zu ergänzen- z.B. Kategorien für Neugeborenenmedizin oder Drogenmissbrauch. Seit 1990 wird das Konzept der „Schwerwiegenden Begleiterkrankungen“ („Major Comorbidity“) angewandt, um eine einfachere Unterteilung in Fälle mit oder ohne Begleiterkrankungen zu ermöglichen. Dieses System wird z.B. in New York und einigen anderen Bundesstaaten der USA angewandt (4).

1.4.3. APR-DRG: All Patient Refined DRGs

1991 wurden in den Vereinigten Staaten die APR-DRGs aus den AP-DRGs weiterentwickelt. Hierbei werden Basis-DRGs durchgehend in vier Schweregradstufen eingeteilt, wobei als Neuheit neben den schwerwiegendsten Nebendiagnosen auch das Alter des Patienten und gewisse nicht-chirurgische Prozeduren wie z. B. die Dialyse, welche auf einen höheren Schweregrad der Erkrankungen hinweisen, berücksichtigt werden (4).

1.4.4. NORD-DRG:

Ab 1995 begannen die skandinavischen Länder Dänemark, Finnland, Norwegen und Schweden ihre eigene Version der oben beschriebenen amerikanischen HCFA-DRGs zu entwickeln und auf ihre nationalen Bedürfnisse zuzuschneiden. 1999 wurde als Ergebnis die Nordic Classification of Surgical Procedures (NCSP) zur Kodierung der Prozeduren präsentiert und eingeführt. Die Anwendung des Systems ist den einzelnen Regionen überlassen. In Norwegen erfolgen z.B. etwa 50 % der Krankenhausfinanzierung mittels DRGs, der Rest wird über direkte Zuweisung der Patienten durch die staatlich finanzierten Gesundheitszentren oder die wenigen niedergelassenen Ärzte finanziert. In Schweden hängt die Anwendung des Systems von der individuellen Entscheidung der Bezirke ab (4).

1.4.5. GHM: Groupes Homogenes de Malades (Frankreich)

Das französische GHM-System basiert ebenfalls auf dem amerikanischen HCFA-System und wurde 1997 um AP-DRG-Elemente erweitert. Es entspricht also weitgehend dem oben erläuterten Grundkonzept. In Frankreich wird es im Rahmen der Krankenhausbudgetierungen verwendet.

Es wurden außerdem zusätzliche Hauptkategorien geschaffen, welche die Ein-Tages-Fälle und teilstationäre Behandlungen abdecken. Zukünftig sollen die verschiedenen Schweregradstufen abgeschafft werden. Stattdessen werden jedem Behandlungsfall eine oder mehrere Basis-GHMs zugeordnet, was die Berechnung des Kostengewichts pro Fall erleichtern soll (4).

1.4.6. LDF: Leistungsbezogene Diagnose-Fallgruppen (Österreich)

Österreich entwickelte Mitte der neunziger Jahre ein eigenes Patientenklassifikationssystem und führte dieses 1997 ein. Die Grundidee entspricht dem der DRGs, es gibt jedoch einige Unterschiede und Besonderheiten. Die LDF sind Behandlungsfallgruppen, die auf der ersten Stufe aufgrund der Hauptdiagnosegruppen (HDG) oder aufgrund spezieller medizinischer Einzelleistungen (MEL) gewählt werden. Davon ausgenommen sind intensivmedizinischen Maßnahmen, die eine separate Wertung erfahren. Die HDG- und MEL-Gruppen werden abhängig vom Patientenalter und von zusätzlichen Nebendiagnosen in verschiedene LDFs eingeteilt. **Die LDFs bilden den Grundbestandteil des österreichischen Krankenhausfinanzierungssystems, das als „Leistungsorientierte Krankenhausfinanzierung (LKF)“ bezeichnet wird.** Etwa 60 bis 90 % der Krankenhausausgaben werden über dieses LKF-System finanziert (4).

1.4.7. AN-DRG UND AR-DRG: Australian National Diagnosis Related Groups und Australian Refined Diagnosis Related Groups

In Australien wurden 1992 auf Basis des amerikanischen APR-DRG und des AP-DRG die ersten australischen DRGs entwickelt (AN-DRG). 1995 begann eine Überarbeitung der AN-DRG-Systematik, welche 1998 unter dem Namen AR-DRG veröffentlicht wurde. Eine

Besonderheit an diesem System ist, dass jede Nebendiagnose nach ihrer tatsächlichen Ressourcenintensität bewertet wird und nicht nur die schwerwiegendste in die Wertung genommen wird. Des Weiteren findet eine Unterteilung der Hauptkategorien in chirurgische und medizinische DRGs sowie in nicht-chirurgische Prozeduren statt. Diese Spezialitäten ermöglichen eine bessere ökonomische und medizinische Homogenität der Fallgruppen, als dies in den meisten anderen Systemen der Fall ist.

In Australien werden nur etwa 25 bis 60 % der klinischen Versorgung durch die Abrechnung mit Fallpauschalen abgedeckt (12,36,56).

Das australische AR-DRG-System stand Pate für die Entwicklung des zukünftigen deutschen DRG-Systems, nachdem die Selbstverwaltung im Juni 2006 diese Entscheidung mit der Begründung, dass es im internationalen Vergleich das modernste und am besten anpassbare DRG-System sei, bekannt gegeben hatte (4,12,19,31,40).

1.5. ZIELE DER EINFÜHRUNG DES DRG- SYSTEMS IN DEUTSCHLAND

Der Gesetzgeber möchte mit der Einführung der Diagnosis Related Groups folgende Ziele erreichen (4):

- Steigerung der Leistungs- und Kostentransparenz im stationären sowie teilstationären und ambulanten Bereich des deutschen Gesundheitssystems
- Nutzung von bisher brachliegenden Wirtschaftlichkeitsreserven und Steigerung der Effizienz, z.B. auch durch Umverteilung aus dem stationären in den ambulanten Sektor
- leistungsgerechte Vergütung bei Abschaffung „falscher“ Anreize
- Verbesserung der Versorgungsqualität und Sicherung derselben
- Vergleichbarkeit der Daten
- Steigerung des Wettbewerbs auf dem Gebiet der stationären Versorgung

Wie die genannten Ziele erreicht werden können und welche Hindernisse auf diesem Weg bestehen können, soll in dieser Arbeit erörtert werden. Mögliche positive und negative Auswirkungen insbesondere auf den ärztlichen Arbeitsalltag und die Patientenversorgung werden am Beispiel der plastischen Chirurgie ohne Anspruch auf Vollständigkeit diskutiert.

2. ZIEL DER ARBEIT:

Im Rahmen der Diskussion über die Einführung der diagnosebezogenen Fallpauschalen/DRGs in die Leistungsabrechnung der deutschen Kliniken befassen sich nur wenige Studien und Publikationen mit dem hiermit verbundenen Problem der erheblichen Mehrarbeit der Ärzte im administrativen Bereich. Diese Mehrarbeit kommt in erster Linie durch Verschlüsselung der Diagnosen, Erfassung der Prozeduren und durch die Supervision, also Überprüfung derselben, sowie Schulungen zur Materie zustande.

Ziel der dieser Arbeit zugrunde liegenden prospektiven Studie war es, die durch Verschlüsselung und Supervision der Diagnosen und Prozeduren entstehende zeitliche Mehrbelastung in einer Abteilung für Plastische, Wiederherstellungs- und Handchirurgie objektiv zu erfassen und beispielhaft darzustellen. Aufgrund der entsprechend objektiv ermittelten Daten wird in dieser Arbeit die zusätzliche Arbeitsbelastung der Ärzte durch die reinen Dokumentationsaufgaben dargestellt. Auf Basis dieser Erhebungen und auf Basis von Literatursichtungen werden allgemeine Folgen dieser Mehrarbeit und der DRG- Einführung für die Plastische Chirurgie und andere Sektoren der so genannten „Hochleistungsmedizin“ diskutiert.

3. MATERIAL UND METHODEN; PATIENTENGUT:

3.1. MATERIAL UND METHODEN

Über einen Zeitraum von 9 Wochen wurden Ende des Jahres 2001 für alle Patienten der allgemeinen Station der Klinik für Plastische, Rekonstruktive, Hand- und Verbrennungschirurgie des Klinikums Bogenhausen die Prozeduren und die Haupt- und Nebendiagnosen erfasst (Abb. 1). Die Erfassung erfolgte mit dem krankenhausspezifischen Informationssystem SAP R3 Version 4.0b (SAP AG, Walldorf, Deutschland), mit dem Programm ID Diacos 5.1 (ID- GMBH, Berlin) und der ICD-10 Version 2.0 (Deutsches Institut für medizinische Dokumentation, DIMDI, Köln) bzw. dem OPS Version 2.0 (ebenfalls DIMDI, Köln).

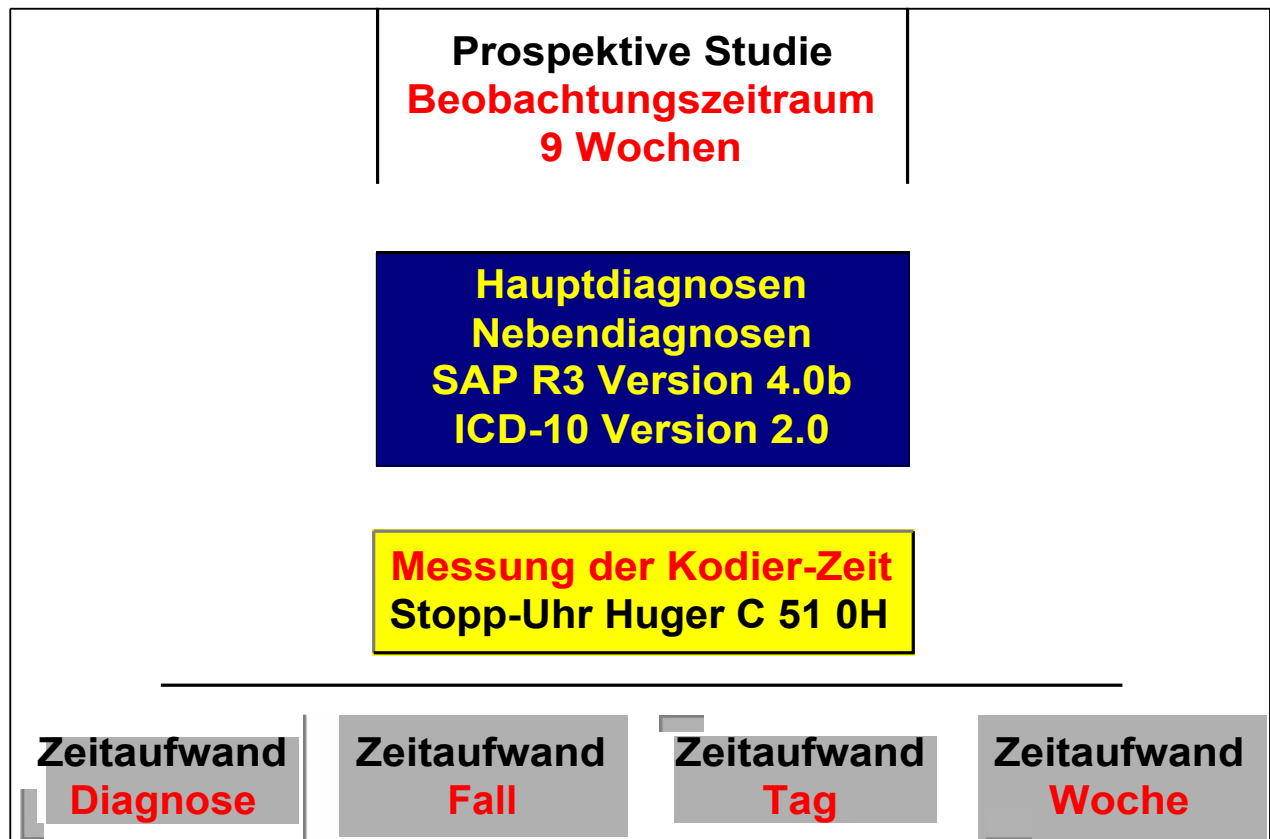


Abb. 1: Studienmodell am Beispiel der Diagnosen. Für die Prozeduren gilt das entsprechende Prinzip.

Die durchschnittliche Anzahl der Diagnosen (Haupt- und Nebendiagnosen) und die durchschnittliche Anzahl der Prozeduren je Patient wurden errechnet.

Zusätzlich erfolgte die Messung der jeweils erforderlichen Zeit zur Verschlüsselung der Prozeduren und der Haupt- und Nebendiagnosen je Fall mit einer handelsüblichen Uhr mit Stoppfunktion (Huger C 510 H).

Aus diesen Werten wurde die benötigte Gesamtzeit zur Kodierung der Diagnosen und Prozeduren aller Patienten des genannten Zeitraumes errechnet, in einem weiteren Schritt wurde dann die durchschnittliche Verschlüsselungszeit pro Patient und Diagnose bzw. pro Patient und Prozedur bestimmt.

Weiterhin erfolgte eine objektive Messung der benötigten Zeit zur Überprüfung der Daten von Aufnahme- und Entlassungsdiagnosen sowie der Prozeduren auf ihre Richtigkeit (sog. Supervision der Datensätze) pro Fall mit der Stoppuhr. Verschlüsselungszeit und Supervisionszeit wurden schließlich jeweils für die Diagnosen und Prozeduren addiert und die für die Generierung eines Datensatzes benötigte Gesamtzeit pro Patient ermittelt.

Auf diese Weise konnte die durchschnittliche Mehrbelastung je Arbeitstag, die alleine durch die Kodierarbeiten entsteht, ermittelt werden und daraus die zusätzliche Mehrbelastung pro Woche errechnet werden.

Nicht in die Messungen miteinbezogen wurden Tätigkeiten, die die oben geschilderte Kodierarbeit im Stationsalltag flankieren, wie z.B. das Hochfahren von benötigten Stationscomputern und der entsprechenden Software oder das zur Verschlüsselung meist nötige vorhergehende Suchen von Patientenakten und Operationsberichten mitsamt Studium derselben. Unter Berücksichtigung dieser Tätigkeiten wäre mit einer klaren Erhöhung der hier präsentierten Werte zu rechnen.

Die Auswertung der Daten sowie die Erstellung der Graphiken erfolgte mit den Programmen Access 2000, Excel 2000 und Powerpoint 2003 (Microsoft Corporation).

Der Autor versichert, dass keine Verbindungen mit einer Firma, die oder deren Produkte in dieser Arbeit erwähnt werden, oder mit einer Firma, die ein Konkurrenzprodukt vertreibt, bestehen.

3.2. PATIENTEN

Das Klinikum Bogenhausen ist ein akademisches Lehrkrankenhaus der Technischen Universität München und ein Haus der höchsten Versorgungsstufe (Abb. 2 und 3).

Fachgebiete des Klinikums Bogenhausen

- 1. Med. Abt. - Kardiologie und Pneumologie
- 2. Med. Abt. - Gastroenterologie, Hepatologie u. gastroentero. Onkologie
- 3. Med. Abt. - Angiologie, Endokrinologie u. Diabetologie
- 4. Med. Abt. - Rheumatologie Klinische Immunologie u. Osteologie
- Abt. für Physikalische Medizin und Medizinische Rehabilitation
- Abt. für Neurologie und Klinische Neurophysiologie
- Abt. für Neuropsychologie
- Abt. für Chirurgie
- Abt. für Neurochirurgie

Abt. für Plastische, Rekonstruktive und Handchirurgie, Zentrum für Schwerbrandverletzte

- Abt. für Orthopädie u. Sportorthopädie
- Abt. für Urologie
- Abt. für Anaesthesiologie und Operative Intensivmedizin
- Abt. für Herzchirurgie
- Abt. für Röntgendiagnostik und Nuklearmedizin
- Institut für Pathologie
- Institut für Klinische Chemie
- Institut für Med. Mikrobiologie, Immunologie u. Krankenhaushygiene
- Apotheke

Abb. 2: Fachgebiete des Klinikum Bogenhausen

Abbildung 2 zeigt die Fachabteilungen des Krankenhauses im Überblick, während Abb. 3 einige Zahlen des Hauses präsentiert.

Das Klinikum Bogenhausen in Zahlen:

- O 1000 Betten
- O 30 Tagesklinikplätze
- O 2100 MitarbeiterInnen
- O 18 Fachabteilungen
- O 7 Intensivstationen
davon 8 Intensivbetten für Schwerbrandverletzte
- O 12 OP- Säle plus 1 OP-Saal auf der Intensivstation= 13 OP-Säle plus 4 ambul. OP-Säle der Urologie und der plast. Chirurgie
- O interdisziplinäre Nothilfe
- O Hubschrauberlandeplatz

Abb. 3: Das Klinikum Bogenhausen in Zahlen

Die Klinik für Plastische, Rekonstruktive und Handchirurgie mit Zentrum für Schwerstbrandverletzte umfasst 40 Betten, davon 16 Post- Intensiv- Betten und leichter Verbrannte sowie eine Intensivstation mit 8 Betten und unterhält 4 OP- Säle (Abb. 4).

Abteilungsstruktur der Klinik für Plast. Chirurgie:

Plastische, Rekonstruktive und Handchirurgie: 40 Betten,
davon Post- Intensivpatienten und leichter Verbrannte: 16 Betten

Operationssäle: 4

Intensivstation: 8 Betten

Abb. 4: Die Abteilungsstruktur der Klinik für Plastische Chirurgie

Für diese prospektive Studie wurden ausschließlich Patienten betrachtet, die in der Abteilung für Plastische, Rekonstruktive und Handchirurgie aufgenommen, behandelt und entlassen wurden. Patienten des Zentrums für Schwerbrandverletzte oder anderer Abteilungen des Klinikums Bogenhausen wurden nicht in dieser Studie berücksichtigt.

4. ERGEBNISSE:

Die Ergebnisse werden im Folgenden für die Diagnosen und die Prozeduren nacheinander und getrennt beschrieben.

4.1. DIAGNOSEN:

Für insgesamt 244 Patienten konnten 769 Diagnosen in einem Zeitraum von 9 Wochen dokumentiert werden.

Es wurden durchschnittlich 3,15 Diagnosen (Minimum 1 - Maximum 12) pro Fall verschlüsselt und dokumentiert. Insgesamt hatten 77 % der Fälle 4 und weniger Diagnosen, 29 % der Fälle nur 1 Diagnose. Nur etwa 2 % der Fälle hatten mehr als 8 Diagnosen. (Abb. 5 und Abb. 6)

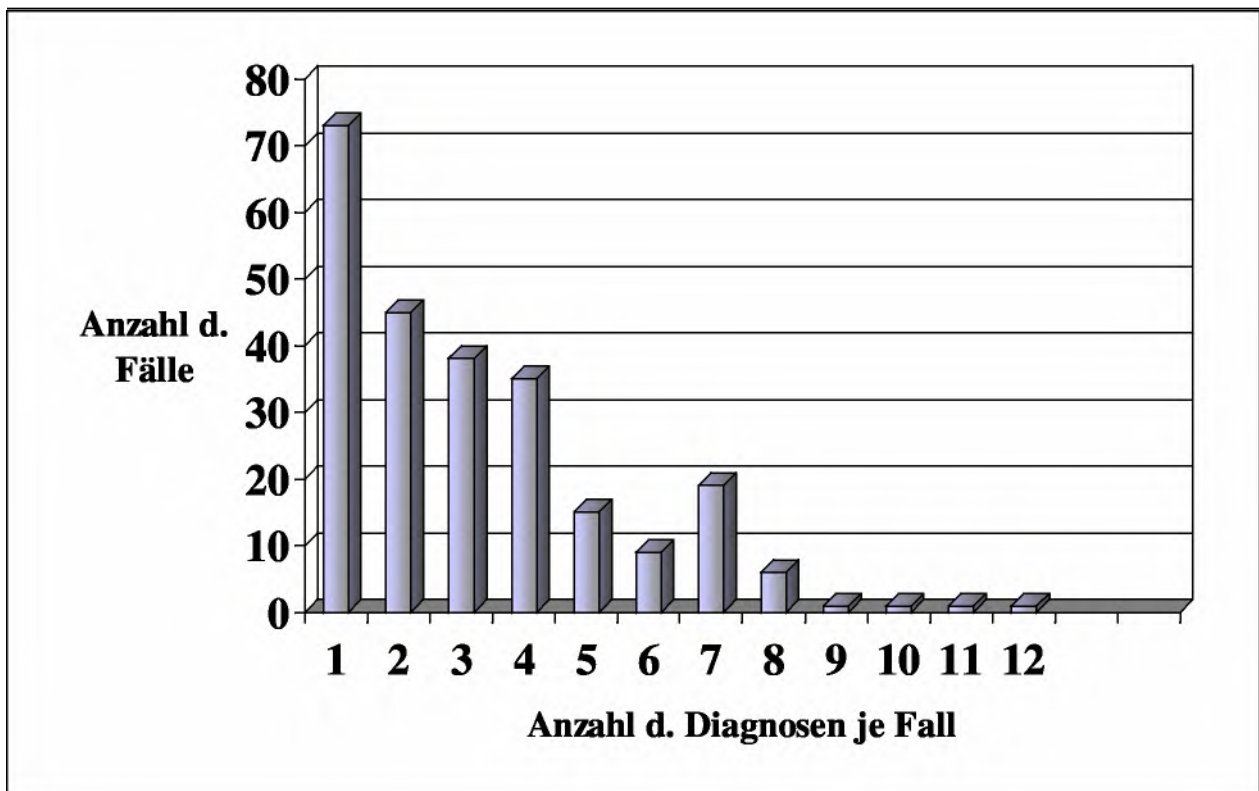


Abb.5: Absolute Anzahl der Fälle je Diagnosenanzahl

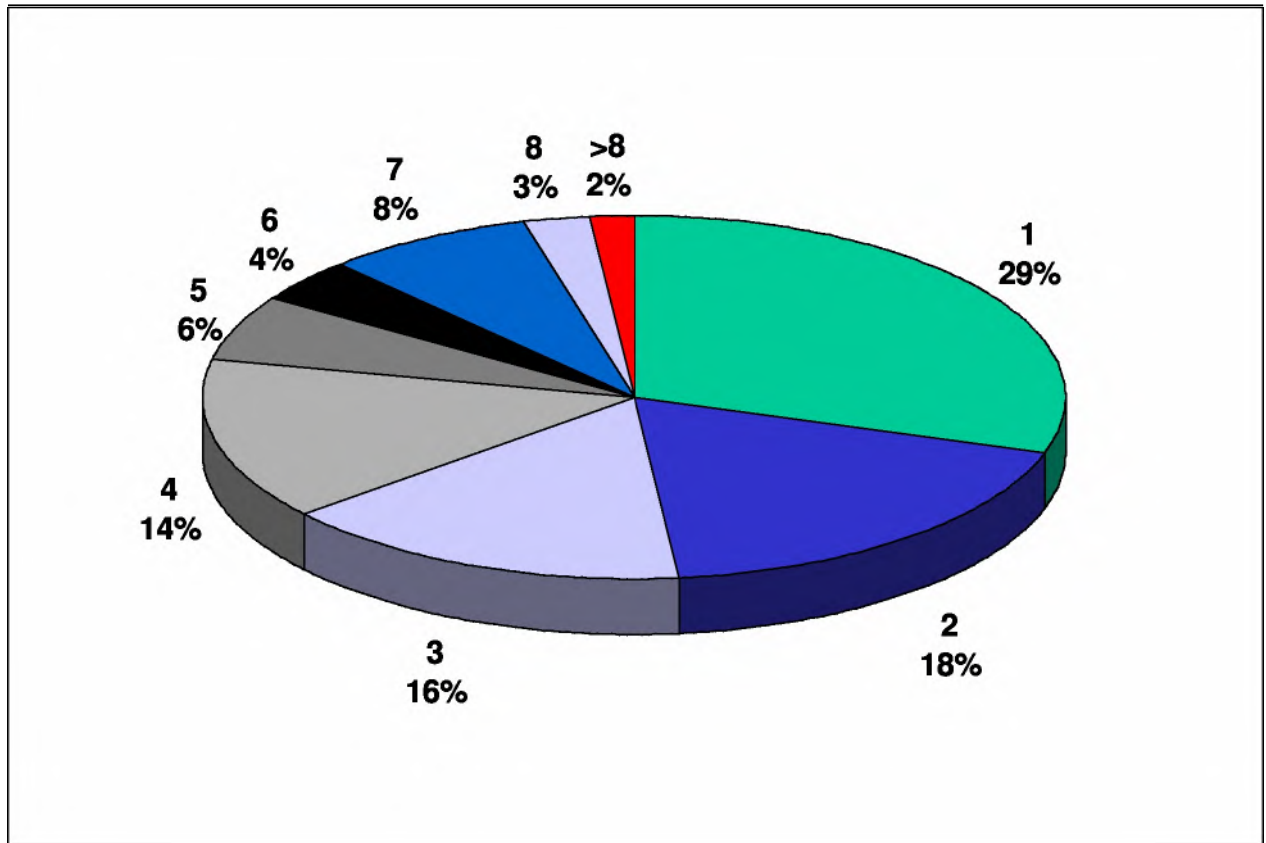


Abb. 6: Relative Anzahl der Fälle je Diagnosenanzahl

Das Durchschnittsalter der so erfassten Patienten betrug 45,1 Jahre (Minimum 5 Jahre – Maximum 94 Jahre).

Die benötigte Gesamtzeit zur Verschlüsselung der 769 Diagnosen betrug 1069 Minuten und 28 Sekunden bzw. 1069,46 Minuten, das entspricht 17,82 Stunden.

Die durchschnittlich benötigte Zeit für die Eingabe einer Diagnose betrug 1,38 Minuten (Range 0,18 – 6,39 Minuten). Die Mindestverschlüsselungszeit für eine Diagnose lag bei 0,27 Minuten (Woche 4), die maximale Verschlüsselungszeit für eine Diagnose lag bei 6,65 Minuten (Woche 1). (Abb. 7)

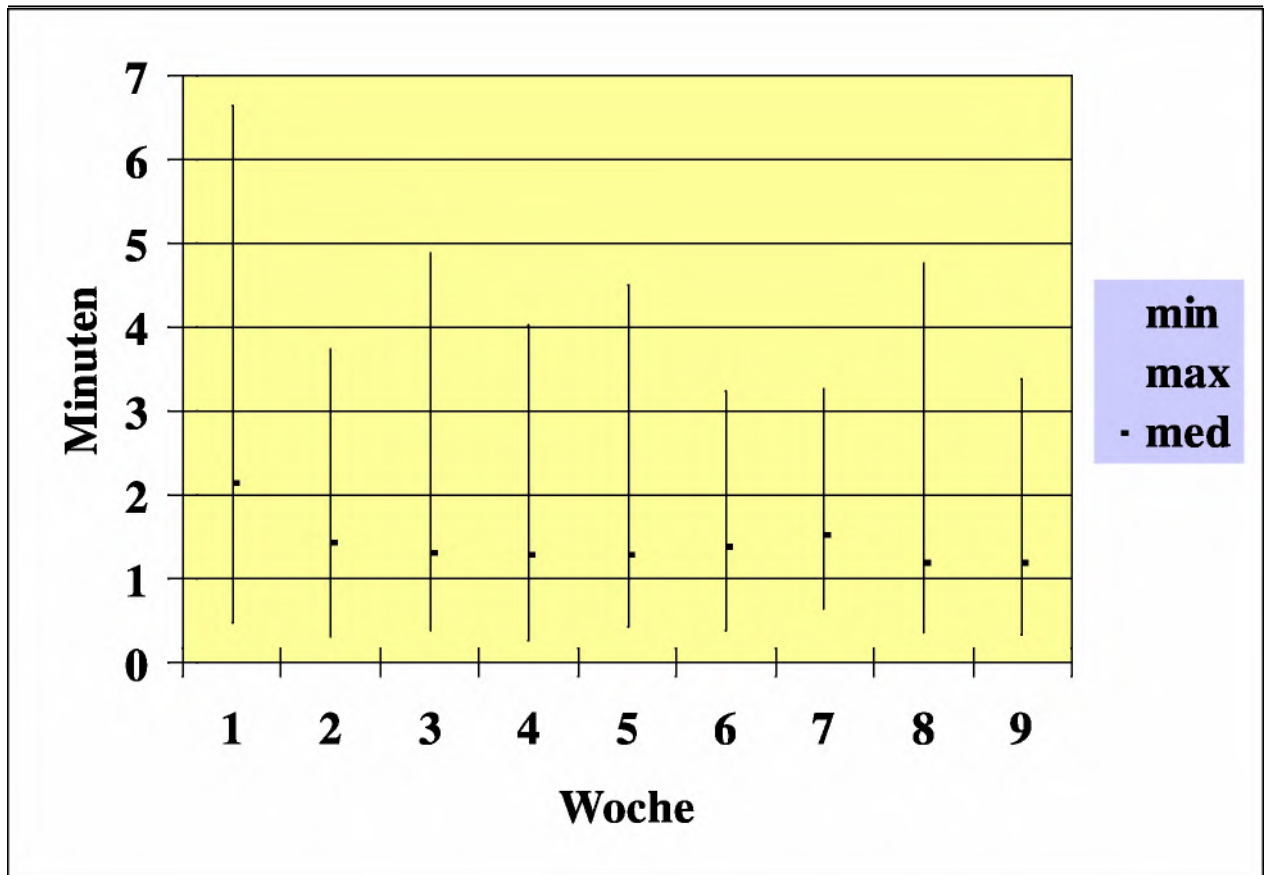


Abb. 7: Verschlüsselungszeit einer Diagnose je Woche

Der Mittelwert der Verschlüsselungszeit der Diagnosen pro Patient betrug 4,38 Minuten (0,73 – 12,6 Minuten). Die tabellarische Darstellung der Anzahl der Diagnosen und der pro Patient benötigten Verschlüsselungszeit in Sekunden, die in Relation zu willkürlich gebildeten Altersgruppen gesetzt werden, zeigt Abbildung 8. Hier zeigt sich, dass in den Altersgruppen bis 80 Jahre relativ geringe Unterschiede in den durchschnittlichen Diagnosenanzahlen und den zur Verschlüsselung benötigten Zeiten bestehen.

Alter		Anzahl Diagnosen	Zeit pro Patient in sec.
-20	Median	2.00	199.00
	Minimum	1	99
	Maximum	7	488
	Mean	2.38	230.38
	Std. Deviation	1.590	93.969
	N	29	29
21-40	Median	2.00	210.00
	Minimum	1	51
	Maximum	9	744
	Mean	2.96	242.73
	Std. Deviation	2.046	144.007
	N	81	81
41-60	Median	3.00	225.00
	Minimum	1	44
	Maximum	8	727
	Mean	2.94	264.19
	Std. Deviation	1.887	151.128
	N	70	70
61-80	Median	3.00	246.00
	Minimum	1	45
	Maximum	11	758
	Mean	3.67	289.56
	Std. Deviation	2.510	176.559
	N	57	57
>80	Median	7.00	419.00
	Minimum	1	192
	Maximum	12	610
	Mean	6.43	404.00
	Std. Deviation	3.505	174.022
	N	7	7
Total	Median	3.00	225.00
	Minimum	1	44
	Maximum	12	758
	Mean	3.15	262.98
	Std. Deviation	2.214	152.527
	N	244	244

Abb. 8: Anzahl der Diagnosen und Verschlüsselungszeit pro Patient in Sekunden in Abhängigkeit von Altersklassen der Patienten

Allerdings steigt die Diagnoseanzahl mit jeder dieser Altersgruppen an. (Abb. 9) In der Patientengruppe mit über 80 Lebensjahren machen beide Wertklassen einen Sprung nach oben, sowohl die Anzahl der Diagnosen als auch der Verschlüsselungsaufwand steigen. (Abb. 9 und 10)

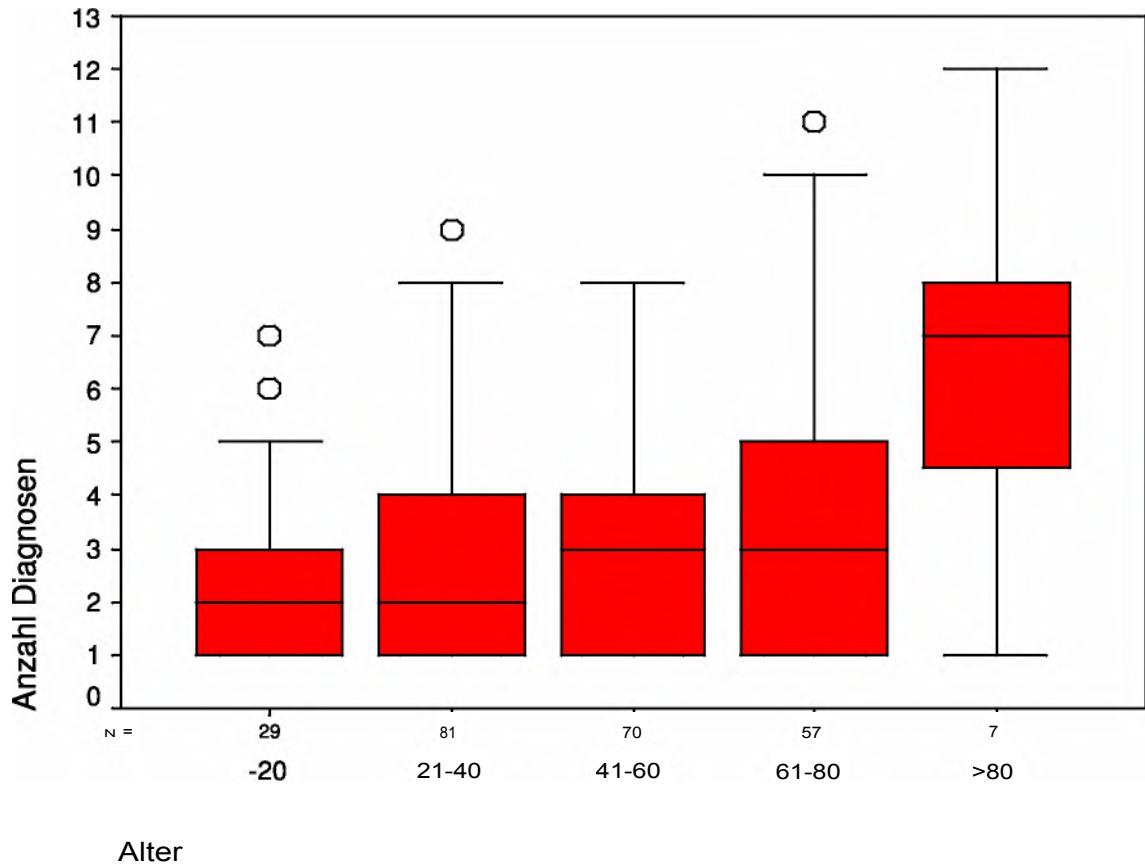


Abb. 9: Anzahl der Diagnosen in Abhängigkeit von Altersklassen

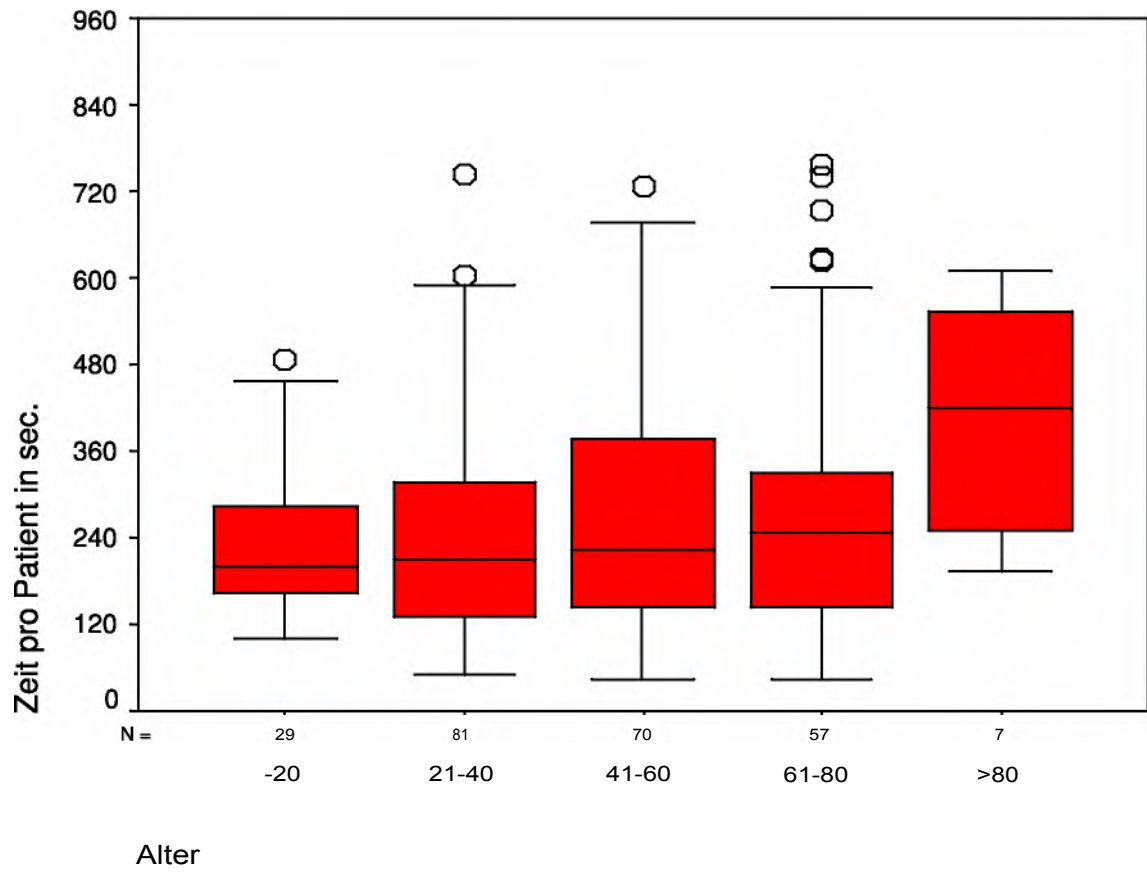


Abb. 10: Verschlüsselungszeit pro Pat. in Sekunden in Abhängigkeit von der Altersklasse

Im berücksichtigten Zeitraum von 9 Wochen wurden mindestens 59 Diagnosen pro Woche und höchstens 123 Diagnosen pro Woche erfasst. (Abb.11)

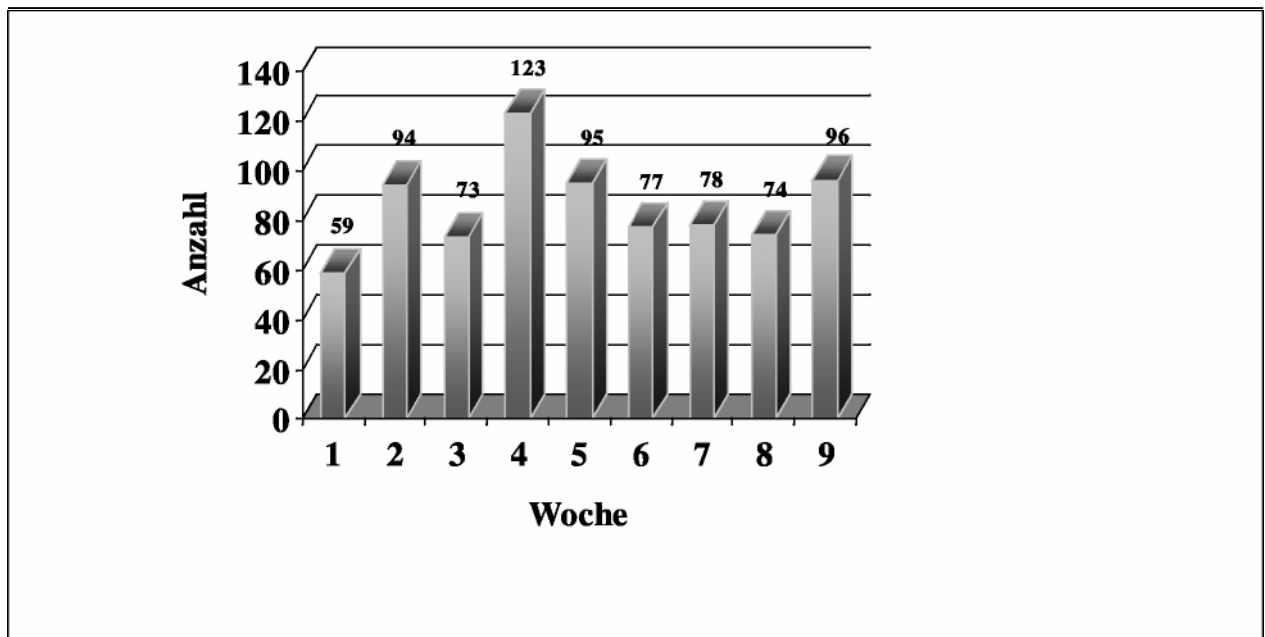


Abb. 11: Anzahl kodierter Diagnosen je Woche

In dem berücksichtigtem Zeitraum von 9 Wochen fielen nach Abzug von Wochenenden und Feiertagen insgesamt 43 Arbeitstage an.

Damit ergibt sich unter Berücksichtigung der normalen Wochentage eine durchschnittliche zeitliche Mehrbelastung von 24,9 Minuten pro Tag bzw. 124,5 Minuten pro Woche allein für die Verschlüsselung der Diagnosen. Pro Woche waren dabei mindestens 90 Minuten bzw. 1,5 Stunden und maximal 159 Minuten bzw. 2,65 Stunden zur Erfassung der Fälle und Diagnosen nötig. (Abb. 12 und Abb. 13)

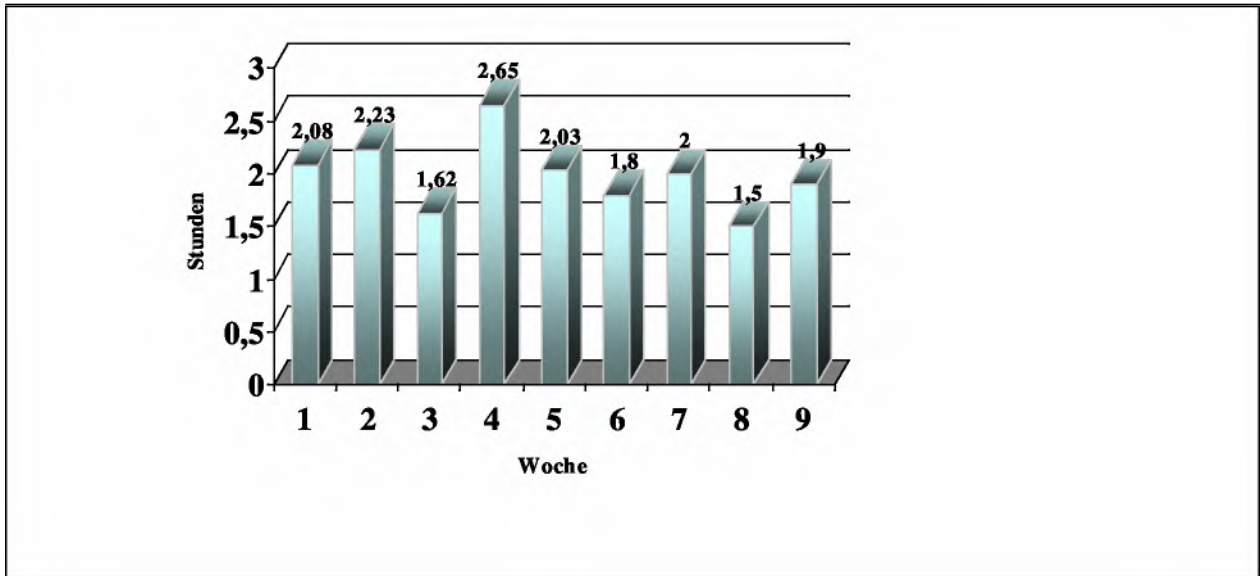


Abb. 12: Diagnosen- Verschlüsselungszeit je Woche

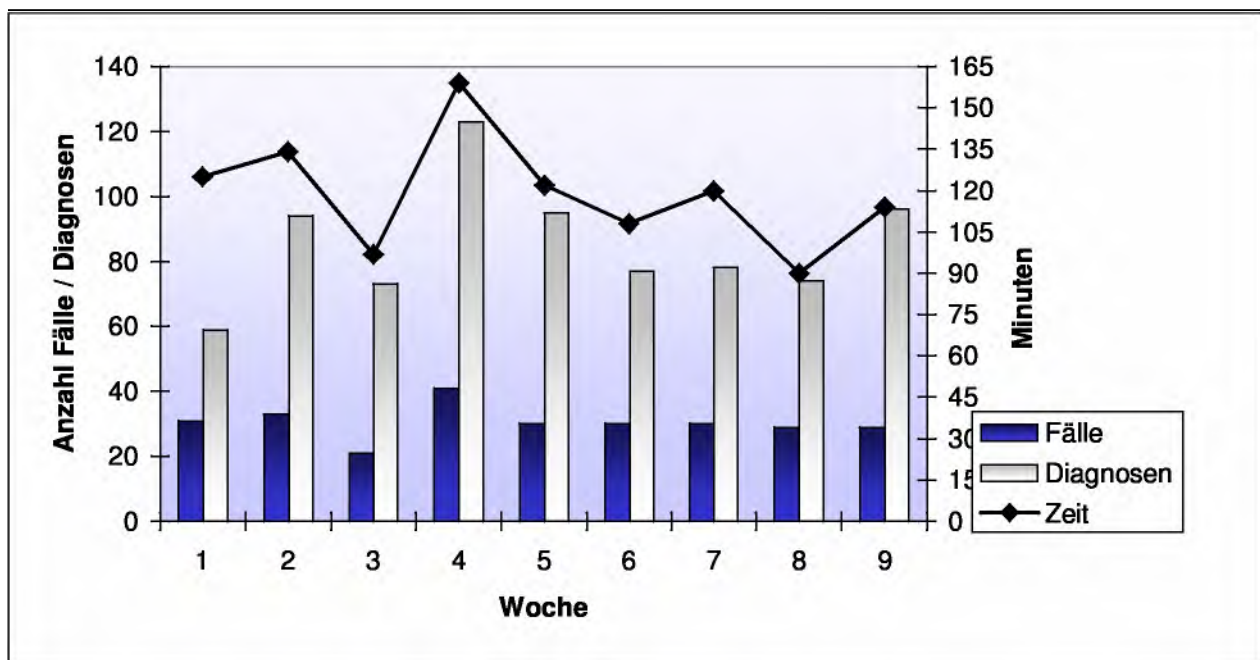


Abb. 13: Übersicht über kodierte Fälle, Diagnosen und Zeit je Woche

In den 9 Wochen der prospektiven Studie wurden pro Woche durchschnittlich 85 Diagnosen bei durchschnittlich 30 Fällen ermittelt, wobei die Fallzahl mit mindestens 21 Fällen und maximal 41 Fällen pro Woche eher konstant blieb, die dazugehörige Diagnosenanzahl mit

mindestens 59 Diagnosen pro Woche und maximal 123 Diagnosen pro Woche im Vergleich stärkere Divergenzen zeigte. (ebenfalls Abb. 13)

Im genannten Zeitraum wurde bei den oben genannten 244 Patienten eine Supervision der mit dem ICD- 10 erstellten Diagnosendatensätze durchgeführt. Die Anzahl der Aufnahme- und Entlassungssupervisionen betrug 395. Hierfür wurden insgesamt 7,96 Stunden benötigt. Die durchschnittliche Zeit pro Aufnahme- oder Entlassungssupervision betrug 1,21 Minuten (0,31 – 8,4 Minuten).

Bezogen auf die 244 untersuchten Patientendatensätze wurden pro Patient im Durchschnitt 1,62 (Minimum 1 – Maximum 5) Supervisionen durchgeführt. Die durchschnittlich dafür benötigte Zeit der Supervision pro Patient betrug 1,96 Minuten (Minimum 0,35 – Maximum 10,5).

Bei separater Auswertung der Aufnahme- und Entlassungsdiagnose finden sich 171 Aufnahmesupervisionen mit einer Gesamtzeit von 3,79 Stunden und einer durchschnittlichen Supervisionszeit je Aufnahme von 1,31 Minuten (Minimum 0,38 - Maximum 8,4 Minuten).

Die Anzahl der Entlassungssupervisionen beträgt 224 mit einer hierfür benötigten Gesamtzeit von 4,18 Stunden bzw. durchschnittlich 1,11 Minuten pro Supervision (Minimum 0,31 – Maximum 5,31 Minuten).

Zur alleinigen Supervision der Diagnosendatensätze ergibt sich somit eine zeitliche Mehrbelastung von 0,18 Stunden bzw. 11,1 Minuten pro Wochentag.

Insgesamt beansprucht die Verschlüsselung der Diagnosen mit entsprechender Supervision in unserer Abteilung durchschnittlich 0.6 Stunden bzw. 35,98 Minuten an zusätzlicher täglicher Arbeitszeit.

Ermittelt man nun die pro Patient benötigte Zeit für Diagnosenverschlüsselung und dazugehörige Supervision der Aufnahme- und Entlassungsdiagnosen, ergibt sich eine Gesamtzeit von 6,34 Minuten pro Patient.

Probleme bei der Verschlüsselung traten bei 30 von 769 eingegebenen Diagnosen auf (3,9%), wobei für 13 im Klinikalltag gestellte Diagnosen keine passende Diagnose im Katalog gefunden wurde (43%) und bei 17 Diagnosen PC- Probleme auftraten (57%).

Die mittlere Verschlüsselungszeit pro Diagnose bei Auftreten eines Problems betrug 2 Minuten und 40 Sekunden (Minimum 35 Sekunden – Maximum 4 Minuten und 53 Sekunden). Bei weiterer Unterteilung der aufgetretenen Probleme in PC-Probleme (57%) und Katalog- Probleme (43%) betrug die entsprechenden Verschlüsselungszeiten 2 Minuten 35 Sekunden (Minimum 1 Minute 24 Sekunden – Maximum 4 Minuten 17 Sekunden) für PC-

Probleme bzw. 2 Minuten und 46 Sekunden (Minimum 35 Sekunden – Maximum 4 Minuten 53 Sekunden) bei Katalog- Problemen.

4.2. PROZEDUREN:

Für insgesamt 209 Patienten konnten 393 Prozeduren in einem Zeitraum von 9 Wochen dokumentiert werden.

Es wurden durchschnittlich 1,88 Prozeduren (Minimum 1 – Maximum 8) pro Fall verschlüsselt. Insgesamt hatten 91 % der Fälle 3 und weniger Prozeduren, 52 % der Fälle nur 1 Prozedur. Nur etwa 2 % der Fälle hatten mehr als 5 Prozeduren. (Abb. 14 und 15)

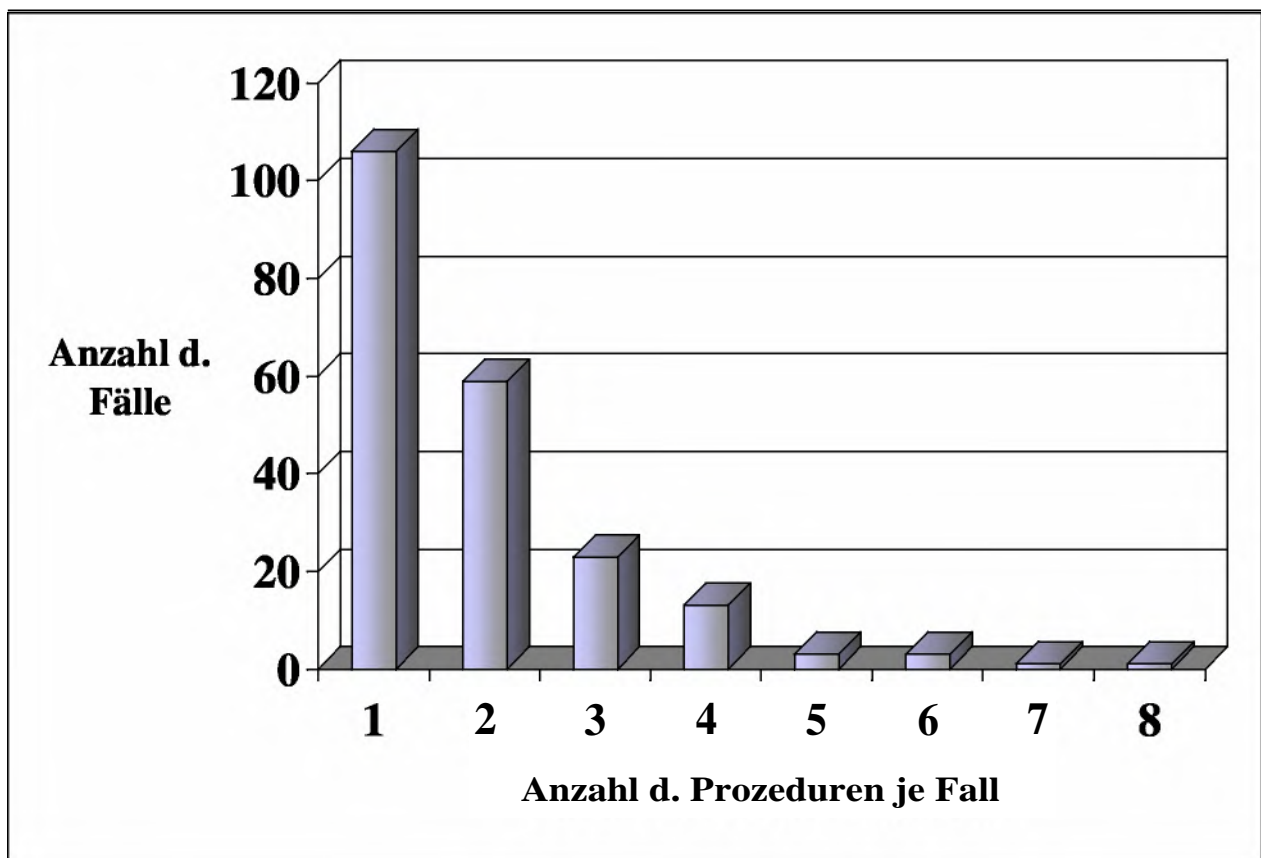


Abb. 14: Absolute Anzahl der Fälle je Prozedurenanzahl

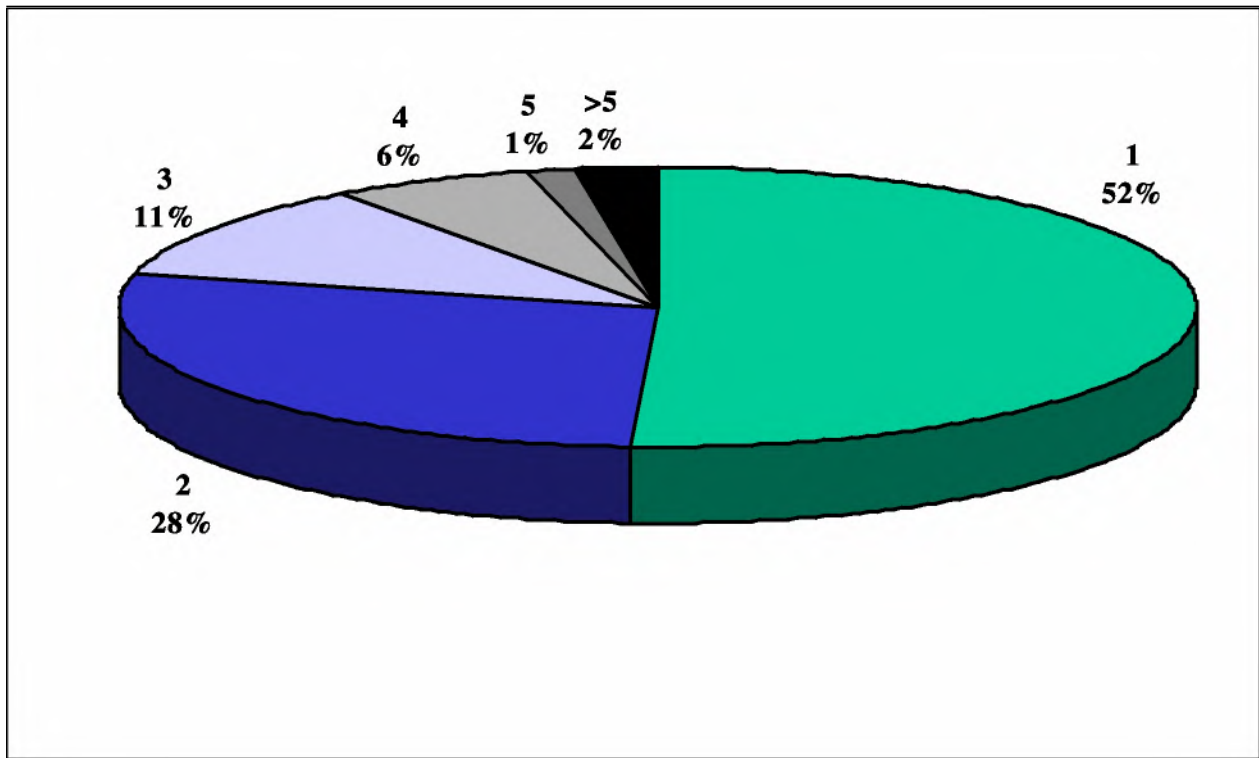


Abb. 15: Relative Anzahl der Fälle je Prozedurenanzahl

Das Durchschnittsalter der so erfassten Patienten betrug 45,1 Jahre (Minimum 5 Jahre – Maximum 94 Jahre).

Die benötigte Gesamtzeit zur Verschlüsselung der 393 Prozeduren betrug 818 Minuten und 24 Sekunden bzw. 818,4 Minuten, das entspricht 13,64 Stunden.

Die durchschnittlich benötigte Zeit für die Eingabe einer Prozedur betrug 2,08 Minuten (Range 0,36 – 7,53 Minuten). Die Mindestverschlüsselungszeit für eine Prozedur lag bei 0,37 Minuten (Woche 1), die maximale Verschlüsselungszeit für eine Prozedur lag bei 7,53 Minuten (Woche 8). (Abb. 16)

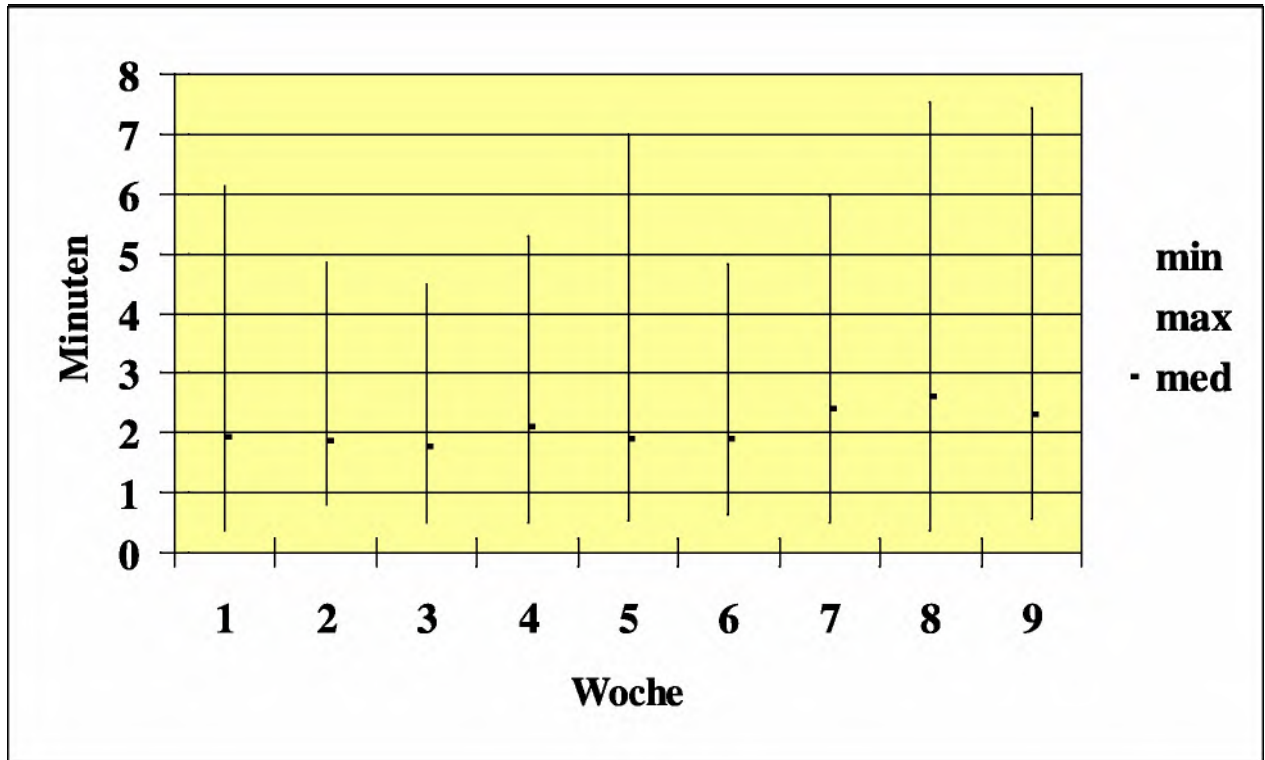


Abb. 16: Verschlüsselungszeit einer Prozedur je Woche

Der Mittelwert der Verschlüsselungszeit pro Patient betrug 3,91 Minuten (0,36 – 15,42 Minuten). Die tabellarische Darstellung der Anzahl der Prozeduren und der pro Patient benötigten Verschlüsselungszeit in Sekunden, die in Relation zu willkürlich gebildeten Altersgruppen gesetzt werden, zeigt Abbildung 17. Hier zeigt sich, dass im Vergleich der Altersgruppen bis 80 Jahre die Jüngsten und die Ältesten die durchschnittlich meisten Prozeduren (> 2) haben, jedoch die jüngste Patientenklasse eine durchschnittlich längere Verschlüsselungszeit pro Patient in Sekunden einfordert (etwa 40 Sekunden) als die übrigen Altersklassen.

Alter		Anzahl Prozeduren	Zeit pro Patient in sec.
-20	Median	2.00	192.00
	Minimum	1	70
	Maximum	8	925
	Mean	2.12	270.32
	Std. Deviation	1.787	198.859
	N	25	25
	Sum	53	6758
21-40	Median	1.00	189.00
	Minimum	1	66
	Maximum	6	856
	Mean	1.76	226.39
	Std. Deviation	1.135	137.619
	N	70	70
	Sum	123	15847
41-60	Median	2.00	202.00
	Minimum	1	56
	Maximum	6	596
	Mean	1.88	233.21
	Std. Deviation	1.171	130.771
	N	58	58
	Sum	109	13526
61-80	Median	2.00	206.00
	Minimum	1	70
	Maximum	5	539
	Mean	1.88	231.92
	Std. Deviation	1.070	123.423
	N	51	51
	Sum	96	11828
>80	Median	2.00	202.00
	Minimum	1	70
	Maximum	4	368
	Mean	2.40	233.60
	Std. Deviation	1.517	124.625
	N	5	5
	Sum	12	1168
Total	Median	1.00	200.00
	Minimum	1	56
	Maximum	8	925
	Mean	1.88	235.06
	Std. Deviation	1.229	140.252
	N	209	209
	Sum	393	49127

Abb. 17: Anzahl der Prozeduren und Verschlüsselungszeit pro Patient in Sekunden in Abhängigkeit von Altersklassen der Patienten

Die Medianwerte für die Verschlüsselungszeiten bleiben in allen Altersklassen etwa gleichwertig (Abb. 17 und 19), die durchschnittliche Anzahl der Prozeduren bleibt ebenfalls über alle Altersklassen etwa gleich. (Abb. 18)

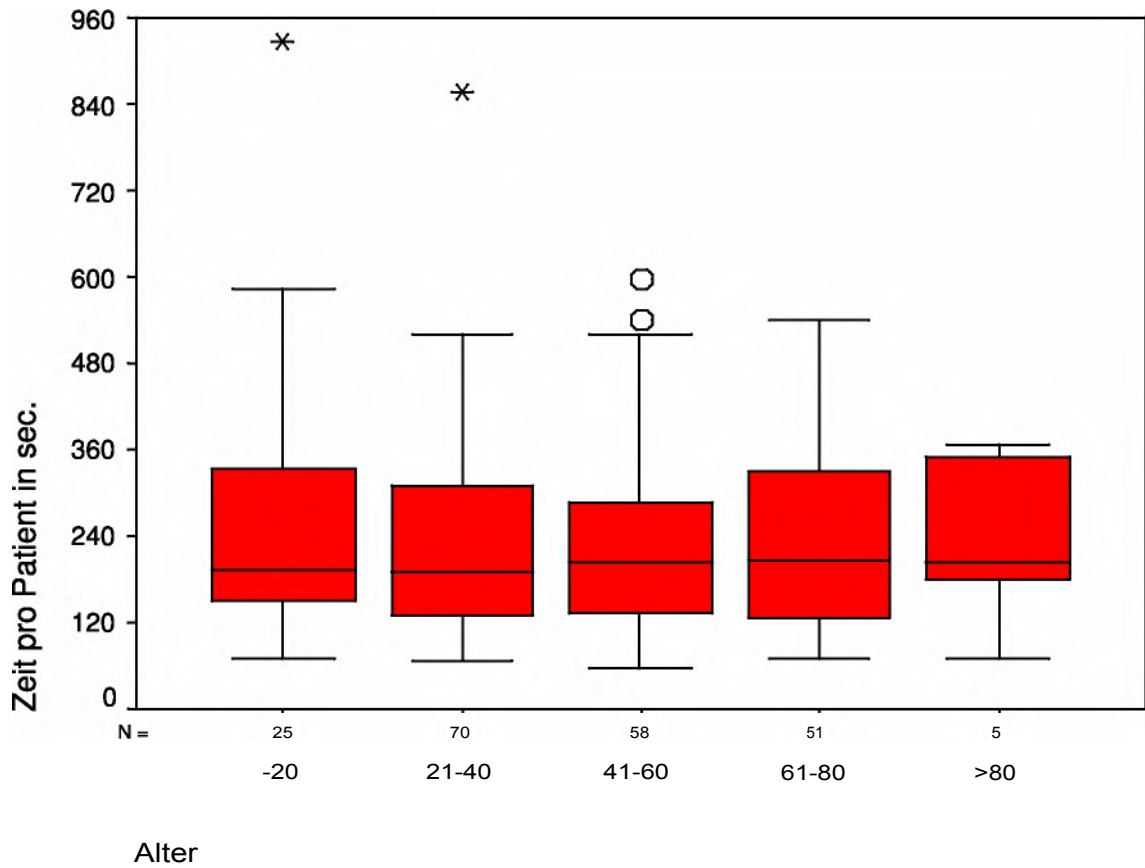


Abb. 18: Verschlüsselungszeit pro Patient in Sekunden in Abhängigkeit von der Altersklasse

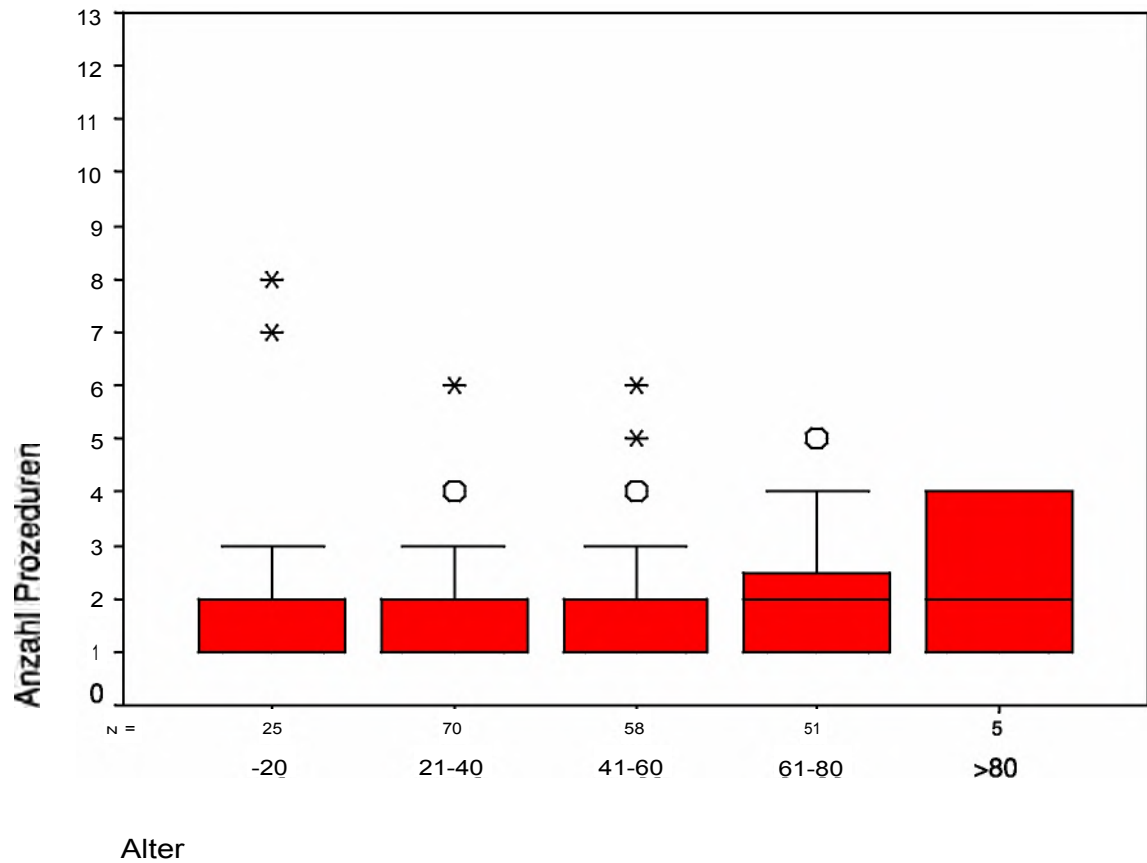


Abb. 19: Anzahl der Prozeduren in Abhängigkeit von der Altersklasse

Im berücksichtigten Zeitraum von 9 Wochen wurden mindestens 23 Prozeduren pro Woche und höchstens 60 Prozeduren pro Woche erfasst. (Abb. 20)

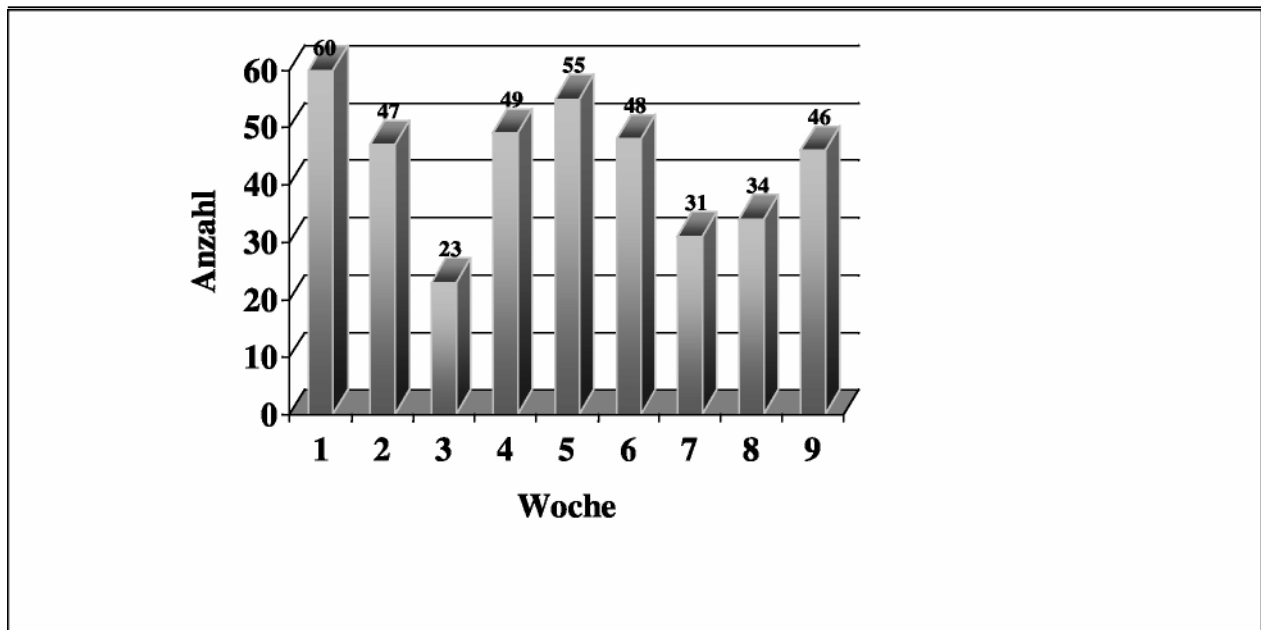


Abb. 20: Anzahl kodierter Prozeduren je Woche

Wie oben bereits beschrieben, fielen im berücksichtigten Zeitraum von 9 Wochen nach Abzug der Wochenend- und Feiertage 43 Arbeitstage an.

Damit ergab sich unter Berücksichtigung der normalen Wochentage eine zeitliche Mehrbelastung von 19,03 Minuten pro Tag allein für die Verschlüsselung der Prozeduren. Pro Woche waren dabei mindestens 41 Minuten bzw. 0,68 Stunden und maximal 117 Minuten bzw. 1,95 Stunden zur Erfassung der Fälle und Prozeduren nötig. (Abb. 21 und 22)

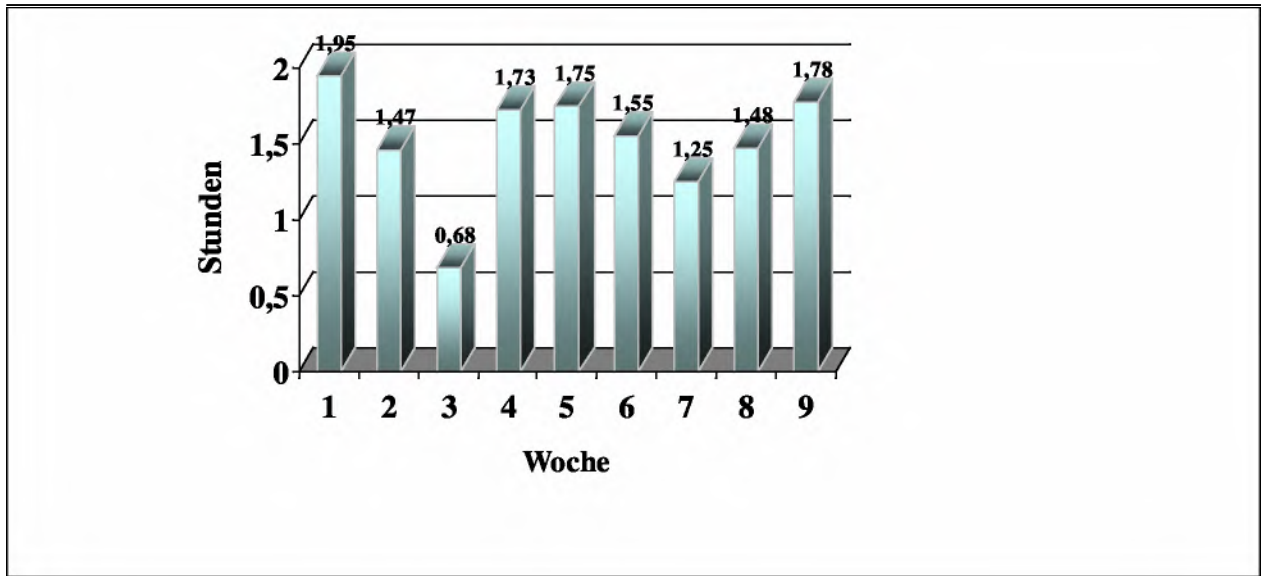


Abb. 21: Verschlüsselungszeit Prozeduren je Woche

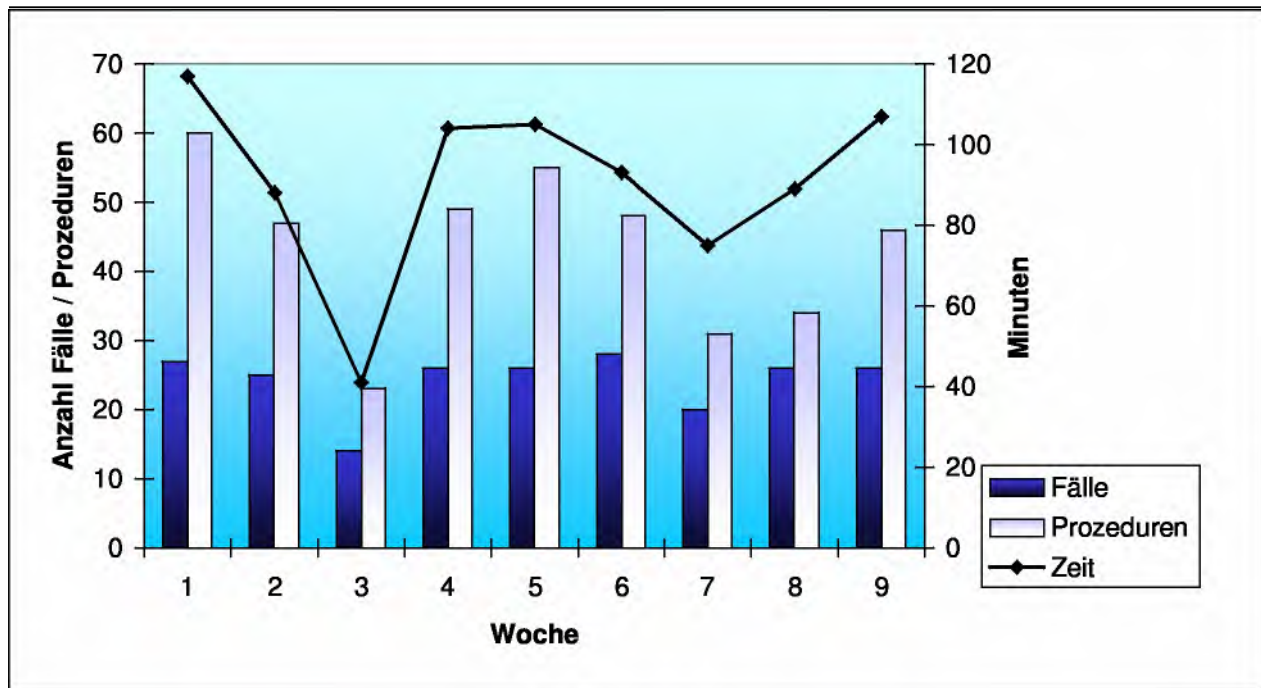


Abb. 22: Übersicht über kodierte Fälle, Prozeduren und Zeit je Woche:

In den 9 Wochen der Studie wurden pro Woche durchschnittlich 44 Prozeduren bei durchschnittlich 24 Fällen ermittelt, wobei die Fallzahl mit mindestens 14 Fällen und maximal 28 Fällen pro Woche eher konstant blieb, die dazugehörige Prozedurenanzahl mit mindestens

23 Prozeduren pro Woche und maximal 60 Prozeduren pro Woche im Vergleich stärkere Divergenzen zeigte. (ebenfalls Abb. 22)

Im genannten Zeitraum wurde bei oben genannten 209 Patienten eine Supervision der mit dem OPS 301 erstellten Prozedurendatensätze durchgeführt. Die Anzahl der Supervisionen betrug 220. Dies entspricht durchschnittlich 1,06 Supervisionen (Minimum 1 – Maximum 2) pro Patient. Für diese Überprüfung der Datensätze wurden insgesamt 3,74 Stunden bzw. 224,4 Minuten benötigt.

Die durchschnittliche Zeit pro Supervision ließ sich mit 1,02 Minuten (Minimum 0,33 – Maximum 5,93) ermitteln.

Für die im untersuchten Zeitraum dokumentierten 209 Fälle war für die 220 Supervisionen der Prozedurendatensätze ein zusätzlicher Zeitbedarf von 3,74 Stunden bzw. 224,4 Minuten erforderlich, dies ergibt eine zeitliche Mehrbelastung von 5,2 Minuten pro Wochentag.

	PROZEDUREN	DIAGNOSEN	GESAMTZEITAUFWAND PROZ. U. DIAGNOSEN
DURCHSCHNITTLICHER ZEITAUFWAND PRO PATIENT	3,91 MIN	4,38 MIN	8,29 MIN
DURCHSCHNITTLICHER ZEITAUFWAND PRO TAG	19,03 MIN	24,9 MIN	43,93 MIN
DURCHSCHNITTLICHE SUPERVISIONDAUER PRO TAG	5,2 MIN	11,1 MIN	16,3 MIN
DURCHSCHNITTLICHER GESAMTER ZEITAUFWAND PRO TAG	24,23 MIN	35,98 MIN	60,21 MIN
DURCHSCHNITTLICHER GESAMTER ZEITAUFWAND PRO WOCHE	121,15 MIN BZW 2,019 H	179,9 MIN BZW 2,99 H	301,05 MIN BZW 5,02 H
DURCHSCHNITTLICHER GESAMTER ZEITAUFWAND PRO MONAT	484,6 MIN BZW 8,07 H	719,6 MIN BZW 11,99 H	1204,2 MIN BZW 20,07 H

Abb. 23: Durchschnittliche Zeitaufwände/Verschlüsselungsergebnisse Diagnosen und Prozeduren

Aus diesen Werten lässt sich abschließend für die Verschlüsselung der Prozeduren mit entsprechender Supervision ein zusätzlicher täglicher Zeitbedarf von durchschnittlich 24,23 Minuten ermitteln. Dies entspricht einem durchschnittlichen Zeitbedarf von 4,98 Minuten für die Verschlüsselung und Supervision pro Patient.

Probleme beim Verschlüsseln traten bei 29 von 393 eingegebenen Prozeduren auf, dies entspricht 7,4 %. Für 26 Operationen konnte keine adäquate Prozedur im OPS- 301- Katalog gefunden werden, das entspricht 6,6 %.

Die durchschnittliche Kodierzeit pro Prozedur bei Auftreten eines PC- Problems (Hardware oder Software) verlängerte sich im Mittel auf 3,2 Minuten (Minimum 1 – Maximum 7,53).

Zusammenfassend lässt sich nun aus den oben genannten Werten errechnen, dass bei einer durchschnittlichen Verschlüsselungs- und Supervisionszeit von 35,98 Minuten pro Tag für die Diagnosen nach ICD- 10 und einer durchschnittlichen Verschlüsselungs- und Supervisionszeit von 24,23 Minuten pro Tag für die Prozeduren nach OPS 301 für das ausführende Personal eine zusätzliche Arbeitsbelastung von durchschnittlich 60,21 Minuten pro Tag entsteht. (Abb. 23)

5. DISKUSSION:

5.1. Ziele unserer Studie und Zusammenfassung der Ergebnisse

Durch die Einführung der DRG-basierten Vergütung in Deutschland wird eine lückenlose Dokumentation aller Diagnosen und Prozeduren erforderlich. Hierfür standen während der Durchführung unserer Studie 2001 in Form des ICD-10 Version 2.0 und des OPS Version 2.0 rund 12000 Diagnosen und 23000 Prozeduren zur Verfügung (81). Die im Zuge der jährlichen Verbesserungen jeweils aktuelle deutsche DRG-Version ist mittlerweile mehrfach im Internet abrufbar, so z.B. auf der Online-Groupen-Seite der Universität Münster oder der Internet-Seite der Selbstverwaltung für German Refined-Diagnosis Related Groups (88,106). Ergänzend dazu liegt ein Definitionshandbuch vor, das fünf Bände mit je 350 bis 550 Seiten umfasst (61). Unter Experten ist man sich allgemein einig, dass das neue Abrechnungssystem eine klare zusätzliche Arbeitsbelastung für die Ärzte in den deutschen Kliniken darstellt (12,53,81). (Abb. 24)

PROBLEM DER DRG-EINFÜHRUNG:
Erhebliche Mehrarbeit im administrativen Bereich für die Ärzte:

- Verschlüsselung von Diagnosen
- Verschlüsselung von Prozeduren
- Supervision und
- Freigabe der Datensätze an das Controlling
- „Groupen“ zur Optimierung des Fallerlöses

Abb. 24: Probleme der Mehrarbeit durch DRG- Einführung

Nach dem Vorsitzenden des Marburger Bundes, Dr. Frank Ulrich Montgomery, waren die Auswirkungen des neuen Systems bereits bald nach seiner Einführung spürbar, jedoch nicht im noch zu erwartendem Maß, da die Krankenhausärzte noch den Mehraufwand durch unbezahlte Überstunden kompensierten. Dabei wird von knapp 6 Millionen Überstunden bzw. etwa 130 Millionen Euro nicht bezahltem Lohn pro Jahr ausgegangen (1). Auch in der zugänglichen Literatur finden sich viele Hinweise auf die sich abzeichnende zusätzliche Arbeitsbelastung, welche das neue Abrechnungssystem für die Ärzteschaft mit sich bringt. So schreibt z.B. van Landeghem, dass die Auswertung eines komplizierten Polytraumas mit entsprechender Kodierung einen Zeitaufwand von bis zu 3 Stunden benötigt (43,101). Für 50 komplizierte Polytraumata soll die benötigte Verschlüsselungszeit über 120 Stunden pro Jahr liegen. Es werden hier jedoch keine Angaben gemacht, ob diese Zeitwerte objektiv erfasst oder nur dokumentierte „Einzelfall- Zeiten“ sind. Eine andere Arbeit gibt die zusätzlich anfallende Dokumentationszeit mit 30 – 70 Minuten pro Fall an, doch auch hier fehlen objektive Kriterien zum Beweis dieser Zeitwerte (91).

Es finden sich somit kaum Angaben auf wissenschaftlicher Basis zur benötigten Zeit für die Verschlüsselung und Kontrolle der Diagnosen und Prozeduren nach den oben genannten Katalogen.

In der vorliegenden Arbeit wurde über einen Zeitraum von 9 Wochen der Zeitaufwand für die Verschlüsselung und Supervision der Diagnosen und Prozeduren nach dem ICD- 10 und den OPS- 301- Richtlinien am Beispiel der Plastischen Chirurgie objektiv erfasst und gemessen. (Abb. 25)

ZIEL DER STUDIE

- Objektive Erfassung der Zeit zur Kodierung der Diagnosen und Prozeduren**
- Dokumentation des Mehraufwandes für ÄRZTE**

Abb. 25: Ziele der Studie

Alle im Rahmen dieser Arbeit erfassten Diagnosen und Prozeduren wurden auf der o.g. Station im Fachbereich der Plastischen Chirurgie gestellt bzw. erbracht, sowohl stationär als auch tageschirurgisch.

Bei 244 Patienten mit dazugehörigen 769 Diagnosen lag die durchschnittliche Verschlüsselungszeit pro Patient bei 4,38 Minuten. Die tägliche Verschlüsselungszeit für die Diagnosen lag bei durchschnittlich 24,9 Minuten. Mit der dazukommenden durchschnittlichen Supervisionszeit von 11,1 Minuten pro Wochentag ergibt sich allein für die Diagnosenpflege eine Zusatzbelastung von durchschnittlich 36 Minuten pro Werktag. Hochgerechnet auf eine Woche ergibt sich hier eine zeitliche Zusatzbelastung von 180 Minuten, bzw. 3 Stunden.

Für den Bereich des Operationsschlüssels OPS-301 lagen bei insgesamt 209 Patienten 393 Prozeduren vor, hier lag die durchschnittliche Verschlüsselungszeit pro Patient bei 3,91 Minuten. Die tägliche Verschlüsselungszeit lag bei durchschnittlich 19,03 Minuten. Mit der dazukommenden durchschnittlichen Supervisionszeit von hier 5,2 Minuten pro Wochentag ergibt sich für die Prozedurenpflege eine Zusatzbelastung von durchschnittlich 24,23 Minuten pro Werktag. Hochgerechnet auf eine Woche ergibt sich hier eine zeitliche Zusatzbelastung von 121,15 Minuten, das sind 2,02 Stunden.

Rechnet man die Werte für Diagnosen und Prozeduren zusammen, so ergibt sich für das ausführende Personal alleine durch Verschlüsselung und Supervision der Fälle eine zusätzliche Arbeitsbelastung von durchschnittlich 60,21 Minuten, also rund 1 Stunde pro Tag bzw. 301,05 Minuten oder 5,02 Stunden pro Woche. (Abb.17) Im Monat ergibt dies also eine durchschnittliche zusätzliche Arbeitszeitbelastung von etwa 20 Stunden pro Abteilung. Tätigkeiten wie die schriftliche Beantwortung der nicht seltenen Anfragen von Kostenträgern oder des medizinischen Dienstes der Krankenkassen oder die tägliche Verlaufspflege der einzelnen Fälle, welche für die Endabrechnung eine enorme Rolle spielen können, wurden in dieser Studie ausdrücklich nicht berücksichtigt- andere Autoren sprechen von einem diese und andere Tätigkeiten einschließenden Gesamt-Dokumentationsaufwand in den chirurgischen Disziplinen von bis zu 2,75 Stunden, in der Inneren Medizin gar bis zu 3,25 Stunden pro Tag (10). Auch die Dokumentationsaufwände auf der zur Abteilung gehörenden Intensivstation für Schwerbrandverletzte gingen nicht in diese Arbeit ein. Unter Berücksichtigung dieser alltäglichen ärztlichen Verwaltungstätigkeiten wäre mit klar höheren Werten zu rechnen gewesen.

5.2. Das neue System bedeutet Mehrarbeit- Wer übernimmt diese?

Bei Anfall einer zusätzlichen zeitlichen Arbeitsbelastung für eine Station von mindestens 5 Stunden pro Woche durch die reine Verschlüsselungs- und Überwachungstätigkeit im Rahmen der Abrechnung mittels DRGs stellt sich als ein zentrales Problem die Frage, wessen Aufgabe diese Arbeiten in den Krankenhäusern eigentlich sind. Die offizielle Antwort geben ein Blick in die Bundespflegesatzverordnung (BpflV) und der §301 des Sozialgesetzbuches V. Hier ist festgelegt, dass zum einen die Krankenhäuser in der Pflicht stehen, den Kostenträgern alle erforderlichen Daten zu liefern, und zum anderen innerhalb des Krankenhauses die Ärzte Verantwortung dafür tragen, dem Krankenhausträger die Informationen in codierter Form zu liefern (71,84,110).

Es soll hier nicht bestritten werden, dass die Dokumentation und Auswertung der Daten letztlich unter ärztlicher Leitung erfolgen soll. Es stellt sich aber die Frage, wie diese grundsätzliche Regelung auf eine sinnvolle Art und Weise durchgeführt und beibehalten werden kann, ohne den Arzt an der gewissenhaften Wahrnehmung seiner eigentlichen klinischen Aufgaben und Arbeitsfeldern zu hindern.

Im Grossteil aller Krankenhäuser ist derzeit wohl zumindest theoretisch vorgesehen, dass ein Facharzt, der in den operativen Gebieten in der Regel gleichzeitig Operateur ist, die Kodierung durchführt (85). Andere Autoren schlagen vor, dass die Kodierverantwortlichen Oberärzte sein sollten, die für die Kodierqualität in ihrem Wirkungsbereich verantwortlich zeichnen und diese fortwährend überprüfen und wenn nötig verbessern (81).

Im realen Klinikalltag, wie auch teilweise auf der teilnehmenden Station, erfolgt die Primärerfassung der Patientendaten allerdings häufig durch einen Stationsarzt, der oft A.i.P.-Status bzw. nach Abschaffung des A.i.P. den Status des klinischen Anfängers hat. Die Gründe dafür liegen auf der Hand: Die Oberärzte und die Fachärzte stellen in aller Regel die Gruppe der Leistungsträger der Fachabteilungen, die aufgrund ihrer Routine im Operationssaal, in der Ambulanz und Sprechstunde sowie auf den Stationen täglich Überstunden machen und für langwierige Dokumentationsaufgaben im Arbeitsalltag oft schlicht keine Zeit finden. Folglich werden diese wohl auch eher als unangenehm betrachteten Aufgaben in der Hierarchiekette nach unten weiter gegeben, über die Fachärzte zu den Assistenzärzten und Berufsanfängern- es werden in so manchem Hause Studenten im Praktischen Jahr oder Famulanten für derartige Aufgaben herangezogen, wie der Autor dieser Arbeit aus eigener Erfahrung weiß. Dieser Personenkreis hat in aller Regel keinerlei Kodierungserfahrung und ist sehr selten bis nie durch DRG-spezifische Schulungen gegangen. Dieses „Weiterreichen“ der täglichen

Kodierungsaufgaben bringt unweigerlich eine zunehmende zeitliche und auch personelle Distanz zwischen die ursprüngliche Tätigkeit der Diagnosenstellung bzw. Prozedurenausführung und deren Kodierung, so dass im schlechtesten Falle die Verschlüsselung und auch die Supervision häufig durch Personen geschieht, die an der eigentlichen Behandlung des Patienten nicht im geringsten beteiligt waren und vielleicht nicht einmal die jeweiligen Patienten kennen. Im besten Falle werden die delegierten Aufgaben durch den eigentlichen Verantwortungsträger, z.B. den operierenden Fach- oder Oberarzt, zu späterem Zeitpunkt zumindest kontrolliert. Man kann in diesem Zusammenhang durchaus von einer echten Fehlbelegung der personellen Ressourcen sprechen.

Auch mag und darf es für einen ausgebildeten Mediziner durchaus fraglich sein, wie eine stetige Zunahme des Verwaltungsanteils bei gleichzeitiger Abnahme der Zeit für den tatsächlichen ärztlichen Auftrag, nämlich der Patientenversorgung, im Zusammenhang mit steigenden Patientenzahlen bei verkürzten Liegezeiten mit seiner Berufsauffassung und Motivation zu vereinbaren sind- die stetige Zunahme des Verwaltungsanteils ist sicherlich ein Hauptgrund für die zunehmende Abwanderung studierter Mediziner in andere Berufsfelder wie Wirtschaft und Journalismus oder auch in das Ausland. So drückte im Jahr 2001 der Chefarzt der Heidelberger Universitätshautklinik, Prof. Detlef Petzold, diesbezüglich seine Hoffnung aus, „dass dieser Kelch an uns vorübergehen wird, weil man so etwas nicht ernsthaft von einem Arzt verlangen kann“ (1).

Problematisch ist die eben dargestellte Kodierungsrealität vor allem im Hinblick auf die oft fehlende Sachkenntnis, der zunehmende Komplexität der korrekten Verschlüsselung und den daraus folgenden Schwierigkeiten und Fehlern der unerfahrenen bzw. nicht entsprechend geschulten Ärzte bezüglich des Groupens und Kodierens im DRG- System- es mag für einen Arzt eines bestimmten Fachgebiets noch möglich sein, die einschlägigen Nummern und Kombinationen der täglichen Routine im Kopf zu behalten und damit zeitsparend auf Abruf bereit zu haben. Schwieriger wird es schon, die diversen Schweregrade jeder DRG zu beherrschen. Undurchführbar dürfte der Versuch sein, sämtliche denkbaren Nebendiagnosen, Komplikationen und Eingriffe, aus denen sich diese Schweregrade errechnen, auswendig zu lernen und sie entsprechend korrekt und effizient anwenden zu wollen. Selbst ein routinierter Kodierer wird immer wieder auf das Nachschlagen in den bekannten Handbüchern und Software-Programmen angewiesen sein- die Handbücher enthalten u.a. die einzelnen Definitionen der DRGs, die Nummerierung und die textlichen Definitionen (32). Beispielsweise ergeben sich schon für die Kombinationen aller Hauptdiagnosen mit jeweils einer zulässigen Nebendiagnose laut Hoffmann mehrere hundert Millionen

Kombinationsmöglichkeiten (37). Eine korrekte Kodierung der medizinischen Daten hat aber erhebliche Auswirkungen auf die Erlössituation und die Darstellung der tatsächlichen Fallschwere eines Krankenhauses. Bei unvollständiger medizinischer Dokumentation am Tag der Entlassung eines Patienten z.B. ist der entsprechende Fall nicht korrekt abrechenbar (45,75,110). Der Ruf nach vollständiger, rechtzeitiger und korrekter Dokumentation und damit Abrechnung mag banal wirken, ist jedoch unter den oben geschilderten Begebenheiten tatsächlich nicht ohne weiteres durchzuführen. Denn zur Ausschöpfung der Kodiermöglichkeiten sind recht umfassende Kenntnisse und vor allem auch die im Klinikalltag knappe Zeit nötig, um nach abteilungsbezogener DRG- Analyse durch optimierte und trotzdem korrekte Kodierung die jeweilige fallbezogene Kostenschwelle mindestens zu erreichen (56). Analysen des Codierverhaltens haben gezeigt, dass Unterschiede im Erlös bis zu 20 % je nach Können des Codierenden auftreten können: Der verschlüsselnde Arzt entscheidet über die Erlössituation seines Hauses, was allerdings enorme Kräfte und sehr viel Zeit der Ärzte bindet, welche der eigentlichen ärztlichen Arbeit am Patienten verloren geht, wie unsere Arbeit und andere im Rahmen dieser Arbeit noch zu zitierende Studien zeigen (18,74). Die Krankenhäuser leisten einen hohen Aufwand, um die Ärzte für diese Tätigkeiten zu schulen- sie müssen mit aller Kraft die Optimierung der Kodierqualität vorantreiben (76). All das muss möglichst kostenneutral im Rahmen der Arbeitszeit ohne zusätzliche Vergütungen geschehen (61)- wieder eine „Minusrechnung“ im Hinblick auf die Patientenversorgung!

5.3. Auswirkungen des neuen Systems auf ärztlichen Klinikalltag, Ausbildung des Ärztenachwuchses und Patientenbetreuung

Ein hiermit verbundenes weiteres Problem ist die immer langwieriger und schlechter werdende klinische Ausbildung des bundesdeutschen Ärztenachwuchses, die in direkter Relation zum Zeitmangel in den Kliniken steht, welcher wiederum durch den zunehmenden Verwaltungsaufwand für die ausbildende und auszubildende Ärzteschaft steigt. Aber auch andere Gründe im direkten Zusammenhang mit Diagnosis Related Groups lassen einen erheblichen Qualitätsverlust im Ausbildungssektor besonders der chirurgischen Fächer erwarten. Viele Autoren weisen auf eine trotz der schon geschehenen deutlichen Verbesserungen und Anpassungen des DRG- Systems bestehende Unterfinanzierung bestimmter Felder hin (3,8,70). So wurden zahlreiche Mängel im System von 2003 auf 2004

und auch von 2004 auf 2005 beseitigt oder verbessert, speziell in Gebieten der „Hochleistungsmedizin“ wie z.B. Intensivtherapie, extreme Langlieger und Notfallversorgung aber bestehen noch teilweise Fehlfinanzierungen (9). Diese Fehlfinanzierungen betreffen nach Billing et al. auch die Ausbildung des ärztlichen Nachwuchses, welche unter DRG-Bedingungen inadäquat bewertet sei. Auch Himmler und Knappich berichten über in nächster Zukunft zu erwartende Ausbildungsmängel, die nicht nur mit oben genanntem Zeitmangel zu tun haben (35). Durch die Einführung der DRGs ist die alte, indirekte Finanzierungsform der Ausbildung des ärztlichen Nachwuchses über Tagessatz und alte Fallpauschalen weggefallen, die unabhängig davon, ob eine Klinik oder Abteilung auch tatsächlich ausgebildet hat, gezahlt wurde. Mit dem neuen System soll gerade in den aktuellen, finanziell kargen Zeiten eine höhere Gerechtigkeit in der Verteilung der Ressourcen walten. So wurde Ende Mai 2004 ein offizieller Referentenentwurf des BMGS zur Änderung des Fallpauschalengesetzes vorgelegt, der auch einen Vorschlag zur „Sicherstellung der wettbewerbsneutralen Ausbildungsfinanzierung“ (§17a KHG) beinhaltete. So soll die Finanzierung der Ausbildung nun nicht mehr über pauschalisierte Ausbildungszuschläge erfolgen, sondern sich an bundesweit kalkulierten Richtwerten orientieren. Diese Richtwerte bilden die Grundlage für die Verhandlung der Ausbildungsbudgets. Sollten durch Abschluss solcher Strukturverträge trotzdem keine wirtschaftlichen Ausbildungsstrukturen erreicht werden können, eine Ausbildungsstätte zur Sicherstellung der Ausbildung in der besagten Region aber notwendig sein, sind nach oben genannten Entwurf auch langfristig Ausbildungskosten zu akzeptieren, die über den Richtwerten liegen. Damit soll der Gefahr einer Reduzierung der Ausbildungsbereitschaft unter Erhaltung eines gewissen Wirtschaftlichkeitsdrucks entgegengearbeitet werden. Bis zur endgültigen Verabschiedung des entsprechenden Gesetzes besteht nach den Autoren Himmler und Knappich ein juristisches Vakuum, welches Häusern, die sich nicht an der Ausbildung des ärztlichen Nachwuchses beteiligen, große finanzielle Vorteile bietet, da durch die Diagnosen- und Prozedurenabhängigkeit der DRGs eben diese Häuser bei wesentlich weniger Aufwand gleichwertige Einnahmen bekommen. Als Beispiel werden Operationen bei Leistenbruch gebracht: Operierte im Hause der Autoren 2003 ein Facharzt unter Assistenz eines jungen, nicht-fachärztlichen Kollegen, wurden pro Mitglied des OP- Teams durchschnittlich insgesamt 110 Minuten Schnitt- Naht- Zeit und Rüstzeit erreicht. War der Assistenzarzt Operateur und der Facharzt assistierte ihm, verlängerte sich der Zeitaufwand im Schnitt um 25 Minuten, das Team war 135 Minuten gebunden. Dabei wurde außer Acht gelassen, dass jüngere, unerfahrenere Operateure in aller Regel einfachere Befunde operieren, so dass bei gleichmässiger Verteilung aller Schwierigkeitsgrade der

Operationen noch größere Zeitunterschiede aufkämen. Wenn nun, wie in einigen Häusern und bei Belegärzten durchaus schon üblich, ein unerfahrener Assistent durch die Kamera führende und instrumentierende Pflegekraft ersetzt wird, kann man das OP- Team um eine Person verringern und den Zeitbedarf des gesamten Teams um bis zu 260 Minuten pro Operation senken. Bei 100 assistierten Leistenoperationen pro Jahr bedeutet dies eine maximale Differenz von 26.000 Minuten oder ca. 430 Stunden im Jahr, was etwa einer Viertel-Arztstelle entspricht. Die geschilderte Reduzierung des OP- Teams um einen Arzt durch mitanfassende Pflegekräfte oder mechanische Vorrichtungen ist bei den meisten Standardoperationen möglich- nicht nur in der allgemeinen Chirurgie (35).

Die Rahmenbedingungen der Einführung der DRGs in den Kliniken sind gezeichnet von zunehmenden Kostendruck und steigenden Leistungsanforderungen (30). Sowohl die Qualität der klinischen Ausbildung des Medizinternachwuchses als auch die Qualität der medizinischen Kernleistung, nämlich der Patientenversorgung, leiden unter diesen Begebenheiten. Die Bundesärztekammer geht in ihrer Dokumentation des 104. Deutschen Ärztetages gar davon aus, dass die Verwaltung und Dokumentation der ärztlichen Leistungen heute mehr Zeit in Anspruch nimmt als die ärztlichen Leistungen selber (104). Jedoch spielt die Qualität der medizinischen Kernleistung aus Sicht der Patienten, der zuweisenden Ärzte und hoffentlich auch der Krankenversicherungen die entscheidende Rolle (34). Diese Behandlungsqualität lässt sich definieren als Grad, mit dem die medizinischen Leistungen die Wahrscheinlichkeit zur Erreichung gewünschter Ergebnisse für einzelne Patientenfälle und Gruppen verbessern und sie im Einklang stehen mit aktuellen Standards des medizinischen Wissens (49). Um diese Qualität zumindest auf aktuellem Niveau halten zu können, möglichst aber noch zu verbessern, muss die Ärzteschaft von nicht-ärztlichen Tätigkeiten so weit wie möglich entlastet werden, worüber im Verlauf dieser Arbeit noch diskutiert werden wird. Wie Bühnen treffend schreibt, wird der erhebliche Mehraufwand im sog. Sekundärbereich, nämlich dem Verwaltungsbereich, „keinen einzigen individuellen Patienten gesünder machen“, jedoch klar zu Lasten des sog. Primärbereichs, nämlich des diagnostischen und therapeutischen Geschehens gehen (12).

Eine andere Möglichkeit der Aufgabenverteilung wurde bereits weiter oben angedeutet: Fach- und Oberärzte mit der Kodierungsverantwortung zu betreuen und diese quasi auch auf diese Tätigkeiten zu verpflichten, hätte den Vorteil, dass der Kodierende- entsprechende Schulung vorausgesetzt- wirklich wüsste, wie er was zu verschlüsseln oder zu supervisionieren hätte. Der Leistungserbringer verschlüsselt in diesem Fall die Patientendaten seines direkten Verantwortungsbereichs, im Idealfall unmittelbar nach Vollendung der betreffenden Tätigkeit

im Operationssaal oder auf Station, ohne dass wichtige Daten durch wiederholtes Weiterleiten an andere Kollegen verloren gehen könnten oder gar vollkommen falsche Verschlüsselungen zur Abrechnung kämen. Entsprechende Computerprogramme, die die „Online-Verschlüsselung“ im jeweiligen Arbeitsbereich möglich machen, erleichtern dieses Konzept erheblich- kosten aber wiederum Geld. Ob diese Lösung aufgrund der oben schon angesprochenen Arbeitsbedingungen der diskutierten Ärztegruppe überhaupt durchführbar ist, ist zweifelhaft. Allerdings würde sie auch aufgrund der neuerdings starken Zunahme der Überprüfungsfreudigkeit der Krankenkassen nach Umstellung auf die Vollpauschalierung Vorteile bieten (81). Besagter Prüfauftrag von Seiten der Kassen kann nur ein medizinischer sein- z.B. die Überprüfung der korrekten Diagnosewahl und Diagnoseverschlüsselung- womit der Kommunikationsbedarf zwischen Kliniken und Medizinischen Diensten der Kassen (MDK) auch weiter stark steigen wird, gerade auch weil der MDK im Rahmen des Fallpauschalengesetzes erweiterte Kompetenzen in Bezug auf Klinikkontrolle und Umsetzung der DRG- Anwendung erhält (17,84). Adäquate Antworten auf solcherlei Anfragen der Kassen kann aber nur ein Mediziner geben, der möglichst direkt mit den fraglichen Vorgängen vertraut ist. Dies aber bedeutet wiederum eine erhebliche Mehrbelastung für die Gesamtheit der diversen Fachrichtungen. (Abb. 26)

ABRECHNUNG IM DRG- ZEITALTER

- + **Wer erfasst die Daten?**
- + **Wer kontrolliert die Daten?**
- + **Wer analysiert die Daten?**
- + **Wer garantiert die Abrechnungsvorbereitung?**
- + **Wer kommuniziert mit den Kostenträgern/ MDK?**
- + **Wer trägt die Verantwortung vor dem Gesetz?**

MEDIZINER!

Abb. 26: Abrechnung im DRG- Zeitalter

5.4. Der „medizinische Controller“- Alternative zur Verschlüsselung durch Ärzte?

Eine weitere Möglichkeit, mit dem Dokumentations- und Verwaltungsaufwand fertig zu werden, wird teilweise z.B. in Australien und auch in zunehmender Zahl an Kliniken in Deutschland derzeit angewandt: sämtliche gestellte Diagnosen und sämtliche diagnostische und therapeutische Maßnahmen werden umgehend vom jeweils ausführenden Arzt auf dafür vorgesehenen handschriftlich oder auch „online“ auszufüllenden Formularen dokumentiert und anschließend an speziell geschulte „Medizin-Controller“ oder „Coder“ weitergegeben, die die endgültige Verschlüsselung termingerecht vornehmen können. Hierbei spielt der Status des behandelnden Arztes letztlich keine Rolle: der Berufsanfänger kann nach einer entsprechenden Einweisung seine Anamnese und Aufnahmediagnose oder seinem Tätigkeitsfeld entsprechende diagnostische und therapeutische Maßnahmen sicher genauso gut auf dem vorgesehenen „Laufzettel“ dokumentieren und diesen weiterreichen, wie es ein Fach-, Ober- oder Chefarzt nach spezielleren Tätigkeiten wie z.B. Operationen kann. Ein Nachteil dieser Lösung ist die sog. redundante Dokumentation, was bedeutet, dass für ein und denselben Patienten dieselben Diagnosen von verschiedenen Ärzten- z.B. im Rahmen diverser Konsile oder nach Verlegungen innerhalb eines Krankenhausaufenthaltes- mehrmals erfasst und dokumentiert werden, ohne dass dies einen wirtschaftlichen Zweck erfüllen würde.

Mit der Weitergabe der schriftlich fixierten ärztlichen Tätigkeiten an die sog. „Coder“ hat man zumindest in Australien gute Erfahrungen gemacht, wo das Kodieren, ähnlich wie in den USA, Aufgabe dieser speziellen Berufsgruppe ist (38). Ein in der Literatur genanntes Beispiel ist das St. Vincent's Hospital in Melbourne (42), ein zentral gelegenes 350- Betten- Haus, das pro Jahr einschließlich der Tagespatienten ca. 38.000 Fälle versorgt und dabei eine durchschnittliche Verweildauer von 3 Tagen vorweisen kann. Mit Einführung der DRGs 1993 wurden hier zeitgleich „Clinical Coders“ für die Verschlüsselung der medizinischen Daten eingestellt. Kuhlmeier weist auf die prägnante Tatsache hin, dass diese Leute 4 bis 5 Jahre an Lernphase benötigten, um das australische DRG- System optimal auch zu Abrechnungszwecken nutzen zu können (42). Wenn man diese Tatsache mit der hiesigen, oben schon beschriebenen Praxis vergleicht, klinische Anfänger für entsprechende Aufgaben ohne fachspezifische Ausbildung und unfreiwillig heranzuziehen, kann man gewisse Rückschlüsse auf die Effizienz der hiesigen Gebräuchlichkeiten ziehen. Diese Coder stehen im ständigen Dialog mit den Ärzten und überprüfen auf diese Art die Verschlüsselung. Am oben genannten Haus sind 6 Coder als Vollkräfte angestellt, was knapp 60 Betten pro Coder bedeutet. Jeder einzelne von ihnen ist in der Lage, pro Tag 30- 40 Fälle abschließend zu

bearbeiten. Wer in Australien als Coder arbeiten will, muß eine Ausbildung durchlaufen und ein staatliches Zertifikat erwerben- dieses Verfahren steht für die Qualität der Coder. Viele der dortigen Kodierungsspezialisten haben eine zusätzliche Ausbildung als sog. Health-Information- Manager, welche in Form eines Studiums abläuft. Ähnlich angelegte Ideen für entsprechende Berufsbilder in Deutschland wurden hierzulande bereits präsentiert. So kommen in Bezug auf Ausbildung und Tätigkeit derzeit die Medizinischen Dokumentare bzw. Medizinische Dokumentationsassistenten dem Berufsbild der „Clinical Coder“ am nächsten (45,46,105). Allerdings wäre eine vermehrte berufsübergreifende Teambildung der an der Verschlüsselung beteiligten Gruppen in Deutschland wünschenswert- nicht zuletzt um eine gewisse Dominanz oder zumindest einen gewissen Widerstand ärztlicher Rationalität gegenüber der rein wirtschaftlichen Rationalität zu gewährleisten.

Die korrekte Abrechnung wird in Australien dadurch gewährleistet, dass die Coder sich verpflichten, keine höher gewichteten Verschlüsselungen vorzunehmen, als gerechtfertigt ist. Die Genauigkeit ihrer Codierungen wird stichprobenartig durch die National Health Association überprüft, bei Ungenauigkeiten oder Fehlcodierungen greifen Strafmaßnahmen in Form von Rückzahlungseinforderungen gegen die Kliniken. Um im Vorfeld der Abrechnung Missverständnisse zu vermeiden und die Verschlüsselung zu optimieren, ist zwischen Ärzten, Pflegekräften und Codern genau festgelegt, wie die Krankenakten zu führen sind, damit die Coder möglichst zweifelsfrei und ohne lange Rückfragen codieren können (42). Auch die Zusammenarbeit dieser verschiedenen Berufsgruppen innerhalb der Kliniken wurde durch dieses System offenbar verbessert- in den australischen Kliniken, die bereits mehrere Jahre mit DRGs arbeiten, scheint der Teamgeist auf der Suche nach der besten gemeinsamen Lösung gewachsen zu sein- zumindest, was die Problematik der Wirtschaftlichkeit, der finanziellen Stabilität der Häuser und damit die der Arbeitsplatzsicherheit betrifft (107).

Zusammenfassend lassen sich also Vor- und Nachteile der Dokumentation und Kodierung durch Ärzte oder Coder aufzählen. (Abb. 27) Ein Vorteil der Dokumentation durch die Ärzteschaft ist sicherlich, dass die Daten durch die Berufsgruppe mit der höchsten medizinisch- fachlichen Kompetenz erfasst und verschlüsselt werden. Außerdem ist der behandelnde Arzt aus dem Verlauf der Behandlung eines Falles am ehesten dazu geeignet, die Diagnosen und Prozeduren festzulegen. Nachteilig ist bei dieser Lösung, dass die Ärzte noch mehr dem Prozess der Patientenversorgung und damit der Weiter- und Erfahrungsbildung entzogen werden, was Folgen für die Zufriedenheit des Patienten und des Arztes hat- auch hinsichtlich des zunehmenden Ärztemangels ist dies ein gewichtiger Punkt. Außerdem ist die Fluktuation in der Berufsgruppe der Ärzte- und hier besonders unter den sich in der

Facharztausbildung befindlichen Assistenzärzten- durch Stations- und Klinikwechsel ausnehmend hoch, was zur Folge hat, dass der DRG- bezügliche Schulungsaufwand für diese Gruppe kontinuierlich hoch bleiben wird und außerdem die Gefahr von hohen Fehlerraten in der Dokumentation gegeben ist.

	CODER	ÄRZTE
VORTEILE	<ul style="list-style-type: none"> -geringer Schulungsaufwand bei Richtlinienänderungen -Codierung durch speziell geschultes Personal -Berufsmotivation hoch -niedrigere Personalfluktuaton als bei Ärzten -Entlastung der Ärzteschaft, somit mehr Zeit für die eigentlichen ärztlichen Aufgaben 	<ul style="list-style-type: none"> -Dokumentation durch Berufsgruppe mit höchster medizinischer Kompetenz -der behandelnde Arzt ist aus dem Behandlungsverlauf heraus am Besten in der Lage, Diagnosen und Prozeduren festzulegen
NACHTEILE	<ul style="list-style-type: none"> -Gefahr der fachfremden Bewertung eines Falles -Dokumentationstiefe durch vorausgehende ärztliche Klartext- erfassung evt. niedriger -höhere Fehlerrate bei Datenübertragung möglich 	<ul style="list-style-type: none"> -Zunahmen der bürokratischen Aufgaben für Ärzteschaft -Ärzte werden der Patientenversorgung noch mehr entzogen -relativ hoher Schulungsaufwand durch die Fluktuation innerhalb der Ärzteschaft -geringe Motivation

Abb. 27: Vergleich der Dokumentation durch Ärzte oder Coder

Nicht zu unterschätzen bleibt der Motivationsfaktor, da die wenigsten Ärzte tatsächlich begeistert über die neuen Aufgaben sein dürften und diese primär als Verwaltungsarbeit ansehen werden.

Bei den Codern dürfte die Motivation kein Problem sein, da diese mit diesen Aufgaben ihren freiwillig gewählten Beruf ausüben, bei dem sie gut verdienen und der sie aufgrund einer fundierten und professionellen Ausbildung auch vor weit weniger Fallstricke stellen dürfte, als dies bei einem ärztlichen Kollegen der Fall sein dürfte (42). Vorteilhaft ist auch, dass die Codierung hierbei durch gut geschultes und speziell weitergebildetes Personal erfolgt, das die neuesten Entwicklungen der Abrechnungspolitik kennt und entsprechend

leicht und professionell mit diesen umgehen kann. Auch ist deshalb der Schulungs- bzw. Weiterbildungsaufwand bei Änderungen der Codierungsrichtlinien hier in Relation zu den Ärzten gering. Die Personalfuktuation spielt eine weitaus geringere Rolle als bei den Ärzten, da es für die Gruppe der Coder wenig berufsbedingte Gründe gibt, häufig den Arbeitsplatz zu wechseln. Auch hinsichtlich des oben genannten Ärztemangels ist dies mit in die Überlegungen einzubeziehen. Es sollte durch die Entlastung der Ärzte von den Verschlüsselungsaufgaben möglich sein, dringend benötigte ärztliche Arbeitskraft freizusetzen und auch die Fort- und Weiterbildung der Ärzteschaft weiter zu sichern.

Nachteilig bei der Dokumentation durch die Coder ist die nicht zu unterschätzende Gefahr einer Verzerrung durch fachfremde Bewertung eines Falles, die allerdings durch die oben schon erwähnte fortwährende Kommunikation zwischen Codern und Ärzten und durch genau festgelegte Dokumentationsvorschriften weitgehend ausgeschaltet werden kann. Auch könnte die Ärzteschaft so zu geringerer Dokumentationstiefe verführt werden. Nicht zu unterschätzen ist auch, dass die Fehlerrate durch die Übertragung der Daten vom Ärzteniveau auf das Coderniveau steigen könnte- diese Erfahrung wurde in Australien leider auch gemacht, da die Schnittstelle zwischen Arzt und Coder mit dem Risiko des Informationsverlustes behaftet ist (42,81).

Bei nochmaliger Betrachtung der derzeitigen Verschlüsselungsrealität in Deutschland und der offensichtlichen Nachteile der Datendokumentation als alleinige Aufgabe der Ärzteschaft und den daraus entstehenden Folgen für die Qualität der medizinischen Kernleistungen kommt man zu dem Schluss, dass Ärzte von nicht-ärztlichen Tätigkeiten möglichst weitgehend entlastet gehören, um diesen negativen Entwicklungen entgegenzuwirken und um Zufriedenheit auf Seiten der Ärzte, aber auch auf Seiten der Patienten, der Versicherungen und nicht zuletzt der zuweisenden Ärzte zu sichern. Dabei ist klar, dass die Primärdaten in den Fachabteilungen selbst und damit von der dortigen Ärzteschaft erfasst werden müssen. Einen „Arzt für alles“, der auf der einen Seite hervorragende klinische Leistungen bringen soll und gleichzeitig für die komplette Datendokumentation und betriebswirtschaftlichen Budgets seiner Abteilung allein verantwortlich gemacht wird, kann es realistisch betrachtet nicht geben- etwas vergleichbares findet man auch in keiner anderen Berufsgruppe (45). Man stelle sich vor, ein Verwaltungsangestellter müsste neben seinen täglichen betriebswirtschaftlichen Aufgaben auch medizinisch relevante Entscheidungen zum Behandlungsablauf mehrerer Patienten treffen und dafür entsprechende Rechenschaft ablegen- ein selbstverständlich nicht vorstellbares Szenario.

5.5 Das „Medizinische Controlling/Medizinmanagement“- Ausweg aus dem Dilemma des unfreiwilligen „ärztlichen Verwalters“?

Ein konsequenter Ansatz zur Koordinierung des neuen Abrechnungssystems mit der Notwendigkeit der legalen Erlösoptimierung und Effizienzsteigerungen für die Kliniken und mit den Anliegen der Ärzteschaft unter Berücksichtigung der Gesetzgebung ist die Idee des „Medizinmanagements“ oder „Medizinischen Controllings“ (30). Dieser Bereich nimmt eine Schlüsselposition **zwischen Leistungserbringung, betriebswirtschaftlicher Kontrolle/Controlling und der Leistungsabrechnung** ein (81). (Abb. 28)

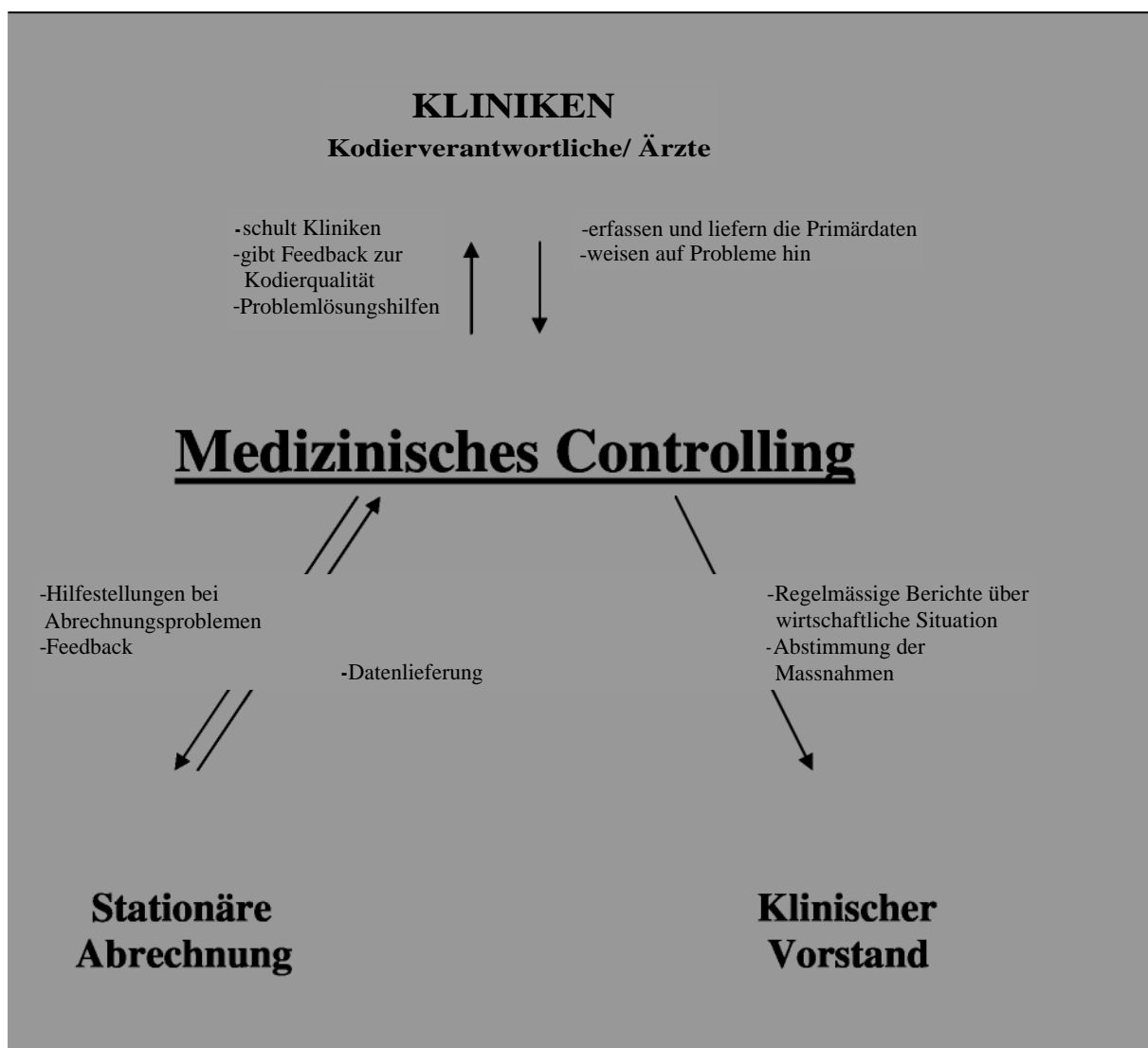


Abb. 28: Medizinisches Controlling

Der Bereich des Medizinmanagement wird durch eine Teambildung aus studierten Medizinern, Pflegefachkräften, speziell ausgebildeten medizinischen Dokumentationskräften, die über betriebswirtschaftliche Kenntnisse verfügen, sowie Ökonomen mit klinikspezifischen Zusatzausbildungen, die detailliert in die DRG-Systematik eingearbeitet sind und über Erfahrung im Qualitätsmanagement verfügen, erstellt (75). Dieses Team ist in der Lage, den gesamten Prozess von der Leistungserbringung bis zur Schlussabrechnung zu überblicken und Teilaufgaben daraus zu übernehmen. Des Weiteren stellt es die Kommunikation zwischen den verschiedenen, an diesem Prozess beteiligten Parteien sicher, insbesondere zwischen den Leistungserbringern, also der Ärzteschaft, und der Administration der Klinik. Der eben erwähnten Qualitätssicherung kommt hierbei eine besondere Wichtigkeit zu, weil hiervon die Gewinnoptimierung und die Liquiditätssicherung des jeweiligen Hauses abhängt.

Das Medizinmanagement kann, abhängig von der Größe eines Hauses, zentral oder dezentral organisiert werden. Am Beispiel des seit 2001 bestehenden Medizinmanagement der Universität Münster, die auch einen realen Online-Groupier zur freien Benutzung anbietet, sollen die Aufgabenbereiche dieser Einrichtungen erläutert werden (81,106):

- **Überwachung der Datenqualität** mit entsprechender regelmäßiger, z.B. monatlicher, **Auswertung und Rückmeldung** an die jeweiligen Abteilungen und die Klinikleitung (75,81) sowie Erstellung von Leistungsbilanzen mit Vergleichen der aktuellen Leistung mit früheren; später ist auch ein Bilanzenvergleich mit vergleichbaren Abteilungen des eigenen Hauses oder mit konkurrierenden Kliniken durchaus denkbar (Benchmarkvergleiche). **Die Primärdaten sind von den Fachabteilungen selber zu erfassen** (siehe unten) und werden vom Medizinmanagement auf Vollständigkeit und Qualität geprüft- hier laufen die aus den unterschiedlichen Leistungsbereichen der Klinik stammenden Diagnosen, Prozeduren, Beatmungszeiten und andere Daten zusammen und werden kontrolliert. Die Qualitätskontrolle erfolgt in Form von **Plausibilitätschecks**- dabei wird z.B. geprüft, ob jeder Prozedur eine Diagnose zugeordnet ist oder ob z.B. eine zu lange Verweildauer durch entsprechende Diagnosen bzw. Komplikationen zu erklären ist. Auch die Regeln, nach denen die Datenkontrolle erfolgt, werden hier erstellt (81).

- Erstellung von **Konzepten zur Verbesserung der Kodier- bzw. Datenqualität** in ständiger Zusammenarbeit mit den Fachabteilungen bzw. deren Kodierverantwortlichen (auf diese wird weiter unten eingegangen) (81).
- **Schulung und Aufklärung aller an der Datenerfassung beteiligten Mitarbeiter** des Hauses in Bezug auf Neuerungen und Veränderungen auf dem Gebiet der Abrechnungsproblematik, **wofür auch die Erarbeitung von Handlungsempfehlungen und Problemlösungsskizzen** als Entscheidungsgrundlage für die Verschlüsselnden nötig ist. **Abteilungsspezifische Problemanalysen** zur gezielten Beseitigung von abteilungsspezifischen Kodierfehlern erhöhen die Effektivität und Akzeptanz dieser Schulungen (81).
- Idee der „**Hotline-Funktion**“ des **Medizinmanagements**: Das Medizinmanagement soll Anlaufstelle bei allen denkbaren Problemen im Zusammenhang mit der Kodierung sein. Kompetente Mitarbeiter sollen immer erreichbar sein, um zielorientierte Unterstützung zu gewährleisten (81).
- Unterstützung der einzelnen Fachbereiche bei **Entwicklung und Verbesserung der fachspezifischen und fachübergreifenden Aufnahme-, Behandlungs-, und Dokumentationsstandards**, bei der Verbesserung der entsprechenden Arbeitsabläufe und bei Aufbau und Koordination von Qualitätsmanagementmaßnahmen (81).
- **Entwicklung von Strategien zur Erlössicherung und -steigerung** bzw. Gewinnoptimierung in enger Zusammenarbeit mit den Fachgebieten (34) - (z.B. Spezialisierung des Leistungsangebotes einzelner Abteilungen auf möglichst gewinnbringende Diagnosen und Prozeduren mit möglichst kurzem stationären Aufenthalt- die problematischen Folgen dieses für das Überleben einzelner Abteilungen und Häusern notwendigen Verfahrens auf den Versorgungsauftrag vieler Häuser wurde oben bereits angeschnitten und wird im Folgenden noch weiter diskutiert werden).
- Die **Kostenkalkulation bzw. die Kalkulation von Relativgewichten** ist ebenfalls Aufgabe des Medizinmanagements. Die Kostenkalkulation ist sowohl betriebswirtschaftlich als auch medizinisch relevant. Wo falsch kodiert wird, werden

nicht sachgerechte Fallgruppen gebildet und die falsch kalkulierten Fallkosten tragen zur Mittelwertbildung in den falschen Gruppen bei. Somit ist bei der Interpretation der Kalkulationsergebnisse neben betriebswirtschaftlicher Kenntnis medizinisches Fachwissen gefragt, denn Kostendifferenzen lassen sich zum Teil erst aus dem medizinischen Kontext heraus erklären und sind nicht automatisch aus den Diagnose- und Prozedurendaten abzulesen- hierin liegt eine weitere Begründung, warum ein Medizinmanagement- Team auch aus Ärzten bestehen muss (111). Auch **Kosten-Nutzen-Analysen und die Unterstützung der Abteilungen bei der Analyse von Schwachstellen** und deren Elimination zur Nutzung von Wirtschaftlichkeitsreserven sind Aufgabe des Medizinmanagements (8 1,111).

Der Bereich des Medizinmanagements sollte der Klinikleitung möglichst direkt unterstellt sein, möglich ist hier z.B. die Errichtung einer eigenen „Stabsstelle“ oder, vor allem bei kleineren Häusern, die Eingliederung in eine schon vorhandene betriebswirtschaftliche Abteilung. In jedem Fall soll das Medizinmanagement seine Aufgaben in engster Zusammenarbeit mit den Fachabteilungen, der Pflege, dem Finanzmanagement der Klinik und der medizinischen Informatik erfüllen.

Die Primärdatenerfassung ist im geschilderten Konzept keine Aufgabe des Medizinmanagements- sie wird durch die Fachabteilungen bzw. die jeweiligen Kliniken bei entsprechender Ausstattung idealerweise „online“, d.h. innerhalb eines Kliniknetzwerks/Intranets erbracht. Ohne flächendeckende EDV-Unterstützung in Operationssälen, Arztzimmern, auf Stationen und in den Funktionsräumen ist diese Form der Kodierung nur mit sehr hohem Personalaufwand durchzuführen- beim derzeitigen EDV-Standard der Großzahl der bundesdeutschen Kliniken besteht hier nach wie vor Handlungsbedarf, der bei der Planung der DRG-Einführung nicht in die Rechnungen miteinbezogen wurde. Allerdings liegt die Zuständigkeit für diesen Bereich bei der Medizinischen Informatik, nicht beim Medizinmanagement. Es ist aber in Erwägung zu ziehen, diese getrennten Bereiche zu einem Zuständigkeitsbereich umzuwandeln, was an einigen kleineren Häusern schon vollzogen wurde. Hier liegt dann die Gesamtverantwortung für die Bereitstellung von EDV-Ausrüstung, Datenerhebung und Kontrolle derselben in einer Hand (81).

Die Schnittstelle mit der Ärzteschaft der einzelnen Fachabteilungen- und damit der Ebene der Primärdatenerfassung- wird durch Kodierverantwortliche in denselben gebildet. Dies sollten nach Roeder Oberärzte sein, die für die Kodierqualität in ihrem Bereich verantwortlich

zeichnen- sie bilden quasi die dezentrale Komponente des Medizinmanagements in den Kliniken (81). Den anfallenden Aufgaben und den damit verbundenen Zeitaufwand in diesem Bereich könnte durch entsprechende Dienstplanerstellung und auch finanzielle Zuwendungen für diese Personen entsprochen werden. Auf diese Weise wird zwar nicht der Rest der Ärzteschaft einer Station von den Basisdokumentationsaufgaben komplett entbunden, aber durch die Schaffung einer zentralen „Anlauf- und Kontrollstelle“ auf jeder Station in Form eines entsprechend eingewiesenen Oberarztes, der die jeweiligen Behandlungs- und Datenabläufe seines Bereichs kennt und zu beurteilen weiß, werden die Kommunikation und die einzelnen Arbeitsabläufe im Dokumentationsbereich weitgehend vereinfacht.

Wie schon erläutert, besteht das Team des Medizinmanagements zwangsläufig auch aus Ärzten. Der „Arzt für alles“, der schon angesprochen wurde, der grundsätzlich für Medizin, für die optimale Dokumentation und für die betriebswirtschaftlichen Fragen verantwortlich ist, ist für dieses Konzept in einer gewissen Ausprägung zwar nötig, allerdings verhindert das Medizinmanagement, dass fortan „jeder Arzt alles können muss“ (45,81). Es sind eben spezialisierte Ärzte, die für das Medizinmanagement in den Kliniken verantwortlich sind- wobei diese Spezialisierung möglichst freiwillig erfolgen sollte, möglicherweise auch auf Basis finanzieller Anreize. Die für das neue Abrechnungssystem notwendige Basisarbeit wird natürlich noch von den klinisch tätigen Ärzten erbracht werden müssen: Diagnosen- und Prozedurenverschlüsselung und Lieferung dieser an die Klinikleitung bzw. das Medizinmanagement ist von Gesetz wegen wie bereits erläutert Pflicht der Ärzte. Ob es sinnvoll ist, die oben beispielhaft für Australien dargestellte Möglichkeit der Einführung von professionellen Codern zu nutzen, welche die notierten Diagnosen und Prozeduren von den Ärzten übernehmen und dann die Verschlüsselungsarbeit ausführen, ist fraglich. Zu bedenken ist dabei, dass die letzte Verantwortung für die Kodierung per Gesetzgebung in jedem Fall auf der Ärzteseite verbleibt- damit bleibt im hier geschilderten Konzept des Medizinmanagement für den Coder eher eine Aufgabe im Bereich des Controllings, wie etwa die Sicherung der Kodierqualität oder die Durchführung von Schulungen für die kodierenden Ärzte. Auch der oben erwähnte mögliche Informationsverlust an der Schnittstelle Arzt/Coder und die dadurch evt. entstehenden Folgen für die Erlössituation der Häuser sind zu bedenken (81).

Als vorsichtiges Fazit lässt sich sagen, dass das Problem der zusätzlichen Arbeitsbelastung durch das DRG- System und die daraus entstehenden Verteilungsproblematik dieser Zusatzaufgaben an den meisten deutschen Kliniken auch nach nun einigen Jahren Erfahrung vor allem aus Sicht der Ärzte nach wie vor unbefriedigend gelöst ist. Die Einrichtung eines Medizinmanagements wie an der Universitätsklinik Münster oder einer ebenbürtigen

Einrichtung ist ein guter Lösungsansatz und dürfte für das Bestehen eines Hauses auf dem zukünftig zu erwartendem Anbietermarkt unverzichtbar sein. Natürlich erfordert auch die Einrichtung eines solchen Bereichs eine bemerkenswerte finanzielle Investition. Roeder und seine Mitarbeiter vom Medizinmanagement Münster geben aber an, dass diese sich innerhalb relativ kurzer Zeit bezahlt macht, da auf diesem Weg auf Dauer höhere Budgeteinbußen durch schlechte Datenerhebung und -qualität vermieden werden (81). Außerdem trägt eine gut aufgebaute, klare Abrechnungsvorbereitung, sprich die Verschlüsselung und Supervision der Fälle, zur Liquiditätssteigerung bei, weil die Rechnungen rasch gestellt werden und die Zahlungen rasch erfolgen können- Hauptgründe für Zahlungsverweigerungen bzw. – Verzögerungen von Seiten der Kassen sind tatsächliche und vorgebliche Prüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen. Gegenüber 79,8% der Kliniken werden diese Prüfungen mittlerweile geltend gemacht, meistens aufgrund Abrechnungsschwierigkeiten im Zusammenhang mit dem Datenaustausch, welche häufig in direktem Zusammenhang mit der ärztlichen Dokumentation stehen (11).

Das Krankenhaus profitiert also vom Spezialwissen des Medizinmanagements und die klinisch tätigen Ärzte werden von administrativen Aufgaben zumindest teilweise befreit. Auch steht nach Aussagen der Münsteraner Experten um Roeder zu erwarten, dass sich ein effektives Medizinmanagement mit Hilfe einer entsprechenden Budget- und Liquiditätssicherung problemlos selbst finanziert.

5.6. Positive Auswirkungen einer zeitnahen und kontinuierlichen Verschlüsselung durch ärztliches Personal

Der positive Effekt eines zeitnahen, kontinuierlichen und qualifizierten ärztlichen Controllings der DRG- Diagnosen- und Prozedurenkodierung oder wenigstens der zugrunde liegenden medizinischen Dokumentation erschien auch einer Gruppe Internisten der Universitätsklinik Regensburg als unverzichtbar (68). Ihre Studie aus dem Jahr 2003 zeigte deutlich, dass vor allem unter finanziellen Gesichtspunkten eine solche Kontrolle der dokumentierenden Ärzte unverzichtbar ist. Es wurde ein Assistent für eine Dauer von 9 Wochen zum DRG- Assistenten abgestellt, der die Aufgabe hatte, sämtliche Fehlerhaftigkeiten bei täglicher Kontrolle der Dokumentation durch Rücksprache und kontinuierliche Mahnungen zu verbessern. Der Erlös der Klinik steigerte sich in den genannten 9 Wochen gemessen am Relativgewicht von 1,75 auf 1,84 pro Fall. In harten Euros

ausgedrückt entspricht das einem Mehrerlös von ca. 80.000 Euro für den genannten 9-Wochen- Zeitraum- auf ein Jahr hochgerechnet wären also etwa 462.200 Euro mehr Einkommen für die beteiligte Abteilung mit 84 Betten. Nach den 9 Wochen der Studie unter verschärften Kontrollbedingungen wurde der DRG- Assistent unmittelbar abgesetzt, woraufhin innerhalb von 3 Wochen das Relativgewicht bis auf 1,14 sank- sogar weitaus niedriger als vor Studienbeginn und einem Verlust pro Fall von 1200 Euro entsprechend! Abgesehen vom offensichtlich schlechteren Funktionieren der Dokumentation ohne eine Kontroll- und Verbesserungsinstanz- sei es ein Medizinmanagement wie oben beschrieben oder ein abteilungsinterner, möglichst hauptberuflicher Kontrolleur- stellt sich nochmals die Frage, weshalb das Codieren und Supervisionieren so schlechte Ergebnisse bringt, sobald es auf die Schultern der gesamten Ärzteschaft einer wie auch immer gearteten Abteilung gelegt wird. Ist dafür Faulheit und Lustlosigkeit bei Desinteresse an der finanziellen Lage der eigenen Abteilung und damit letztlich an der eigenen finanziellen Situation verantwortlich? Oder ist es doch die meist sowieso vorhandene Überlastung der Ärzteschaft, welche nun auch noch stundenlange Dokumentationsaufgaben übernehmen soll, dies aber oft schlicht nicht bewältigt? Wie auch immer die Antwort lautet, so scheint es bei Betrachtung verschiedener Studien und Meinungen als gute Lösung, die über eine Basisdokumentation hinausgehenden Aufgaben einem dafür ausgebildeten und somit normalerweise auch motivierten, möglichst ursprünglich ärztlichem Mitarbeiter anzuvertrauen, um optimale wirtschaftliche Ergebnisse und vielleicht auch etwas zufriedener, (nicht nur) ärztliche Mitarbeiter zu bekommen.

5.7. DRGs wirken sich auf die gesamte Kliniklandschaft aus

Auch unter anderen Gesichtspunkten sind durch die DRG- Einführung einschneidende Folgen zu erwarten. Der abzusehende wirtschaftliche Druck wird Änderungen für die Kliniken erzwingen- auch in anderen Ländern, die mit DRGs Erfahrungen gesammelt haben, war und ist dies deutlich zu sehen (4,24). Der Rahmen ist in Deutschland aber noch weiter gesteckt, hier sollen die stationären Behandlungskosten in international bisher unerreichtem Ausmaß vollständig (mit teilweisen Ausnahme der Psychiatrie, wobei auch hier nochmalige Veränderungen im Sinne einer zunehmenden Pauschalierung zu erwarten sind) auf der Basis der Fallpauschalen vergütet werden (4,12,24,61). Die Rahmenbedingungen des geplanten bzw. schon angelaufenen DRG- Einsatzes lassen den Kliniker aufhorchen: Wenn diese Vergütungsform als Preissystem unter vornehmlich betriebswirtschaftlichen Anreizen

wirksam wird, besteht die Gefahr, dass die Krankenhausfinanzierung von der schon vor Jahren verworfenen Selbstkostendeckung in das Extrem der Wettbewerbsmedizin verfällt (48,49,104). Unter dieser starren, sektoralen Budgetierung wird dieser Wettbewerb aller Wahrscheinlichkeit nach kurz- und langfristig auf dem Rücken der Patienten ausgetragen werden, da er zulasten der Behandlungsqualität ablaufen wird. Insbesondere aufwendige medizinische Fächer bzw. Fächer, die ein eher „interdisziplinäres“ Aufgabenspektrum haben wie die Plastische Chirurgie (Abb.29)- werden diese Budgetierung handfest zu spüren bekommen (56), da diese Disziplinen oft Gefahr laufen, mit aufwendigen Fällen den gegebenen Finanzierungsrahmen zu sprengen und damit unterfinanziert zu werden bzw. durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Endabrechnung unterzugehen (12,52,56).

DRG- PROBLEMFELD PLASTISCHE CHIRURGIE?
„Interdisziplinäres“ Fachgebiet der OP-Techniken? OOP-Spektrum mit GRENZÜBERSCHNEIDUNGEN:
-Traumatologie
-Hals-Nasen-Ohren
-Orthopädie
-Neurochirurgie
-Gynäkologie
-Dermatologie
-Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
-Onkologie
-geringer auch Kinderchirurgie, Ophtalmologie etc.

Abb. 29: DRG- Problemfeld Plastische Chirurgie?

5.8. Die Aufenthaltsdauer sinkt- Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung?

Wird aber der Gewinn zur führenden oder alleinigen Leitlinie der zukünftigen bundesdeutschen Krankenhausmedizin, werden diejenigen Häuser belohnt, die schwerstkranken und/oder komplizierte Patienten unter fast ausschließlicher Berücksichtigung der Kostenfrage behandeln und diese baldmöglichst nach Erreichen der Mindestverweildauer in andere Versorgungsbereiche des hiesigen Gesundheitswesens wie die Rehabilitation und den ambulanten Sektor entlassen- oder aber bestimmte Fälle gar nicht erst aufnehmen. Das bedeutet, dass eine gravierende Auswirkung der DRGs die zunehmende Verkürzung der stationären Verweildauer sein wird, wie sie in den letzten Jahren schon deutlich zu beobachten ist (58). Die Auszahlung der Fallpauschale nämlich steht dem Krankenhaus in jedem Fall zu, solange der Patient mit seinem Aufenthalt die für den jeweiligen Fall definierte

Grenzverweildauer nicht überschreitet, bzw. ihren Mindestwert nicht unterschreitet. Dabei ist es egal, ob der Patient nur beispielsweise 5 Tage statt der maximal möglichen 10 Tage stationär behandelt wird- die Klinik bekommt denselben Satz bei wesentlich geringeren Kosten und Aufwand, weshalb sie verständlicherweise versucht wird, wirtschaftlich zu arbeiten und Patienten nach möglichst kurzer Aufenthaltsdauer zu entlassen. Auch wenn der Begriff der „blutigen Entlassung“, der vor allem aus den Vereinigten Staaten bekannt ist, hierzulande auch bis 2007 nicht Realität wurde, ist doch der Handlungsspielraum, der bisher dem Arzt die nötige Freiheit gegeben hat, auf individuelle Nöte und Probleme der Patienten auch unter zeitlichem Aspekt einzugehen, deutlich eingeengt- auch der deutsche Ärztetag befürchtete mit der Einführung des DRG-Systems eine deutliche Verschlechterung der Versorgung durch einen Verlust an Qualität und Humanität (24,75). Ansatzweise ist diese entlassungsfördernde Wirkungsweise der Fallpauschalen schon jetzt in Deutschland zu beobachten (28). In den Vereinigten Staaten z.B. dezimierte sich die durchschnittliche Verweildauer im Zeitraum von 1980 bis 1996 von 7,6 Tagen auf 5,1 Tage um 32,9 %. In Australien verkürzte sich dieser Durchschnittswert im Zeitraum von 1996 bis 1999 von 3,68 auf 3,35 Tage- immerhin 9 % innerhalb von 3 Jahren. Auch bei unseren österreichischen Nachbarn verringerte sich die durchschnittliche Verweildauer innerhalb eines Jahres von 1996 bis 1997 um 2,8 % (4). Es ist bereits jetzt zu spüren, dass sich gerade in Deutschland mit seiner im internationalen Vergleich hohen Durchschnittsverweildauer von 9,6 Tagen diese Begleiterscheinung des DRG- Systems besonders stark auswirken wird, auch wenn durch medizinische Neuerungen wie z.B. der immer bedeutender werdenden minimal- invasiven Chirurgie diesen neuen Anforderungen entgegen gekommen wird (7,13). Es drängt sich die Vermutung auf, dass durch diese Auswirkungen die Qualität der gesamten Krankenhausbehandlung auf Dauer abnimmt und dass das neue Abrechnungssystem bewirken könnte, dass in Deutschland in zunehmendem Maß das billigste Behandlungsverfahren an die Stelle des Besten treten wird. In den USA z.B. konnte eine zwar nur sehr schwache Abnahme der Qualität der eigentlichen klinischen Behandlung festgestellt werden, jedoch ist dort zu beobachten, dass die Patienten bei der Entlassung allesamt eine geringere gesundheitliche Stabilität haben als vor der DRG- Einführung (4)- es gibt allerdings auch Studien auf Basis von Patientenbefragungen, die besagen, dass die Einführung der DRGs keine Auswirkung auf deren postoperative Lebensqualität im Vergleich zur präoperativen hatte (47).

5.9. Ein Kostenanstieg im Gesundheitssystem ist zu erwarten

Allerdings wurde in anderen Ländern keine echte Einsparung für die Kostenträger beobachtet, sondern lediglich eine Verschiebung der Kosten in andere medizinische und pflegerische Bereiche mit daraus folgender finanzieller und personeller Überlastung derselben (63)- es steht auch in Deutschland zu erwarten, dass die Fälle, die ohnehin stationär versorgt werden müssen, in Zukunft häufiger als bisher nahtlos von Akuthäusern in einem eher schlechtem Zustand in die Rehabilitation bzw. den ambulanten Pflegesektor „abgeschoben“ werden (16). So beklagten sich im Rahmen der 13. Australischen Casemix- Konferenz Ende 2001 die teilnehmenden Physiotherapeuten darüber, dass die notwendige postoperative und behandlungsbegleitende Physiotherapie aufgrund der zunehmend schlechter werdenden Verfassung der Patienten immer weniger angewandt werden könne- mit entsprechenden Folgen für die Patienten. Da die Patienten immer häufiger so früh wie irgend möglich entlassen werden, bekommen immer weniger von ihnen die notwendige postoperative Behandlung, da die ambulanten Bereiche keine freien Kapazitäten für die erforderliche Nachsorge haben. Zunehmende Komplikationsraten und Rückfälle bis hin zur endgültigen Pflegebedürftigkeit von zu früh entlassenen Patienten sind zu erwarten.

Auch wurde in anderen Ländern- z.B. in Österreich- die Erfahrung gemacht, dass es nicht nur zu einer Kostenverschiebung kommt, sondern die Kosten durch die Verlagerung des Behandlungsschwerpunktes- weg von den Kliniken, hin zum ambulanten Bereich- noch erhöht werden (1). Hier stiegen z.B. im Burgenland die durchschnittlichen Kosten pro Behandlungstag um satte 8,2 %. In den USA war zu beobachten, dass sich zwar der Gesamtanstieg der Krankenhauskosten pro Patient verringert hat, die Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen im Zeitraum von 1980 bis 1999 aber weiterhin anstiegen- von 9 % auf 14 %. Der Grund dafür liegt hier hauptsächlich in der Verlagerung der Leistungen und Kosten vom stationären in den ambulanten Bereich. Auch in Australien stiegen die durchschnittlichen Behandlungskosten von 1996 bis 1999 um 10 %. In jedem Land, in dem die DRGs als neues Abrechnungssystem eingeführt wurden, stiegen die Kosten für das Gesundheitswesen (4). Dies ist aus schon genannten Gründen auch in der Bundesrepublik abzusehen- allein die Einführung der von Politikseite als besonders ökonomisch bewerteten Fallpauschalen kostet den Steuerzahler etwa 2,5 Millionen Euro, wobei hier die schon genannten Investitionen im Rahmen der Abrechnungsumstellung und deren Management, die auf jede einzelne Klinik zukommen, nicht eingerechnet sind. Aufgrund der Erfahrungen zahlreicher anderer Länder hätte also klar sein können, dass die Einführung der Fallpauschalen eher nicht als der ersehnte

Kostendämpfer für unser Gesundheitssystem wirken wird, sondern sogar die konkrete Gefahr besteht, damit die Kosten auf Dauer noch weiter in die Höhe zu treiben.

Die eben schon erwähnte höhere Rate an Komplikationen, die durch die verkürzten Verweildauern provoziert werden, führte in einigen Ländern zu einem Anstieg der Fallzahlen. So stiegen in Norwegen nach Einführung der NordDRG im Zeitraum zwischen 1994 und 1998 die Fallzahlen um 9,8 %, in Australien zwischen 1991 und 1997 um 22 % (4). Dies hängt wie schon erläutert mit den erhöhten Komplikationsraten, die ggf. aus einer zu frühen vorhergehenden Entlassung resultieren, zusammen. Allerdings werden von den Kliniken auch häufig bewusst Operationen auf verschiedene Krankenhausaufenthalte verteilt, obwohl diese während eines einzigen Aufenthaltes durchzuführen wären. Die Verkürzung der Verweildauer auf Mindestlänge und die erneut erfolgende Aufnahme des Patienten unter anderer Fallnummer bringt Vorteile für die Kliniken- erstens kostet ein kürzerer Aufenthalt bei gleicher ärztlicher Leistung die Klinik weniger, zweitens bringt der „neue“ Patient eine neue Fallpauschale. Dies ist sicher nicht Sinn der neuen Abrechnungsart, aber durch den Zwang zur Wirtschaftlichkeit versuchen offenbar einige Kliniken auf diese Art Gewinn zu machen. Die Gesamtkosten für das System dürften mit häufigeren Behandlungen und damit verbundenen Zahlungen an die Kliniken freilich steigen.

5.10. Die Spezialisierung der Häuser und Abteilungen steigt- Folgen für die Bevölkerung?

Durch diesen Zwang zur Wirtschaftlichkeit in der Leistungserbringung werden sich mehr und mehr Häuser überlegen, welche gewinnträchtigen medizinischen Spezialitäten der diversen Disziplinen sie vermehrt anzubieten in der Lage sind oder sein könnten (48,49) oder wie sie sonst wirtschaftlicher, sprich finanziell lohnender arbeiten könnten, z.B. durch vermehrtes ambulantes Operieren (93). Die Häuser werden mehr und mehr bestmögliche Spezialisierung anbieten, um im zunehmenden Konkurrenzkampf durch hervorstechende Qualitäten bestehen zu können (14). Ebenso werden Abteilungen und Häuser, die schon auf solche Spezialgebiete eingespielt sind, diese noch weiter ausbauen und ihr Angebot zu verbessern suchen, denn Spezialisierung bedeutet die Möglichkeit, effektiver und ökonomischer (z.B. durch hohe Auslastung der hauseigenen Infrastruktur, sprich Geräte und Operationssäle) arbeiten zu können als mit einem sehr breiten Leistungsspektrum. Die Qualität der Leistungen dürfte hierdurch steigen, denn durch Routine und zunehmende Erfahrungen des Personals in einem bestimmten Spektrum steigt natürlich die Souveränität entsprechend mehr, als wenn man

„von allem ein bisschen“ kann (34). Qualitätsmängel weit unter Niveau der Konkurrenz wird sich eine Klinik in Zukunft nicht mehr leisten können (40). Dies sind mit Sicherheit Punkte, an denen sich das DRG- System auch für den Patienten positiv auszahlen kann. Diese positiven Aspekte des Schwerpunktkonzeptes werfen aber gleichzeitig auch Fragen auf: ein Problem stellen z.B. die zahlreichen kleineren, öffentlichen Häuser in den Peripherien und auf dem Lande dar- insbesondere sie haben einen breiten Versorgungsauftrag. Spezialisierung ist hier schon aus dieser „Auftragslage“ heraus wenn überhaupt sehr begrenzt gefragt, da diese Häuser bekanntlich eine Art Auffangbecken in der alltäglichen medizinischen Grundversorgung der Bürger darstellen- diese Aufgabe kann aber nach medizinischer Schwerpunktbildung und Vernachlässigung der Allgemeinversorgung nicht mehr erfüllt werden. Diese Häuser dürfen und wollen z.B. keine Patienten abweisen, was vor dem Hintergrund der gerade geschilderten Punkte eine große und vor allem finanziell bestimmte Problematik produziert (1,34). Dieses Abweisen von bestimmten Patientengruppen aber ist in Folge der DRG- Abrechnung in einigen Ländern schon schlechter Brauch geworden. So haben Berichten zufolge z.B. multimorbide und alte Patienten mit zu erwartender langer Behandlungs- und Liegezeit und entsprechend hohen Kosten für die Kliniken in Australien teilweise enorme Schwierigkeiten, für notwendige Behandlungen überhaupt einen Klinikplatz zu finden (98). Auch in den Vereinigten Staaten ist dieses Problem bekannt. Ältere Patienten, die häufig langwierigere Behandlungen benötigen, oder Patienten, die Diagnosen haben, welche sich für die Kliniken „nicht rechnen“, werden häufig von den Krankenhäusern gar nicht erst aufgenommen oder eben unzureichend und/oder zu kurz behandelt, um die zulässige Verweildauer nicht zu überschreiten- es entstand eine regelrechte „Schnäppchenmedizin“(61). Das Resultat daraus ist eine zunehmende Zahl von Pflegefällen- im genannten Beispiel USA stieg der Anteil der Patienten, die in Pflegeheime entlassen wurden, während der „DRG-Zeitrechnung“ von 21% auf 48 % an. Deutschland hat im Vergleich zu den Vereinigten Staaten und zu Australien einen klar höheren Anteil an alten Menschen. Hierzulande ist der Anteil der über 65- Jährigen um 33% höher als in diesen Ländern (4). Somit dürfte die Zahl der Pflegefälle in Deutschland enorm ansteigen- in der Konsequenz muss damit gerechnet werden, dass die bisherige Finanzierung der Pflegeversicherung evt. nicht mehr ausreichen wird (4). Auch diese Punkte scheinen in der Finanzierungsplanung der DRG- Einführung von Seiten der Politik nicht berücksichtigt. Ein weiteres Mittel um wirtschaftlicher zu arbeiten ist die Verlegung von operativen Eingriffen vom stationär betreuten Sektor in den ambulanten Bereich- ein Anstieg der ambulanten Operationen zeichnet sich jetzt schon stark ab und wird zunehmen. In den USA stieg die Zahl der ambulanten Operationen zwischen 1980 und 1993

um 211 % an. Parallel dazu stieg das Angebot der von den US-Kliniken erbrachten ambulanten Eingriffe zwischen 1980 und 1996 von 16,3 auf etwa 60 % (4). Diese Entwicklung beruht darauf, dass zum einen vor der Einführung der Fallpauschalen zahlreiche Patienten stationär versorgt wurden, obwohl eine ambulante Versorgung genügt hätte- ein auch in Deutschland bekanntes Problem. Zum anderen werden nun Eingriffe, die sich im Fallpauschalenkatalog stationär nicht mehr rechnen, vermehrt ambulant abgewickelt- mit den schon genannten Auswirkungen für die Patienten.

5.11. Auswirkungen auf die Peripherie und den ländlichen Raum im Hinblick auf Notfallversorgung und die speziellen Strukturen des Trauma-Managements

Wie die oben genannten, in Peripherie und ländlichen Gegenden liegenden Häuser der Grundversorgung in Zukunft finanziell bestehen sollen, ist auch aktuell noch nicht geklärt (70). Wie die eigentlich zur Grundversorgung zu zählende Notfallversorgung sichergestellt werden kann, ist auch aktuell fraglich. Es bestehen hier auch nach der der neuesten Änderung des Fallpauschalenkataloges von 2004 auf 2005 noch finanzielle Risiken, obwohl schon Verbesserungen vorgenommen worden (26,70). Die Abbildungsqualität von Polytraumafällen beispielsweise war seit Einführung der DRGs problematisch, aufgrund mangelnder Differenzierungsfähigkeit auf G- DRG- Ebene und der Nicht- Berücksichtigung von speziellen Versorgungsstrukturen des Polytraumamanagements. Auch nach der neuesten Modernisierung des Fallpauschalenkataloges von 2004 auf 2005 ist keine einschneidende Verbesserung für die Erbringung der angesprochenen Leistungen bemerkbar. Zwar wurden Details teilweise verbessert (Langzeitbeatmung) oder werden bestimmte DRGs nicht mehr über den Fallpauschalenkatalog vergütet, sind also, wie von Kritikern von Anfang an gefordert, aus dem Katalog herausgenommen worden (Frührehabilitation bei Polytrauma mit Kraniotomie), jedoch ist die bundeseinheitliche, sachgerechte Abbildung der Polytraumabehandlung immer noch nicht gegeben. Zwar wurde das bisher erhebliche Fallplanungsrisiko für diese Patienten- bzw. Fallgruppen wie auch für die Behandlung Schwerbrandverletzter deutlich gemindert. Allerdings ist fraglich, ob unter echten Konvergenzbedingungen ab 2007 bzw. 2009 ungerechtfertigte Nachteile zu Lasten der Traumaversorgung (chirurgische Fächer, Anästhesie, Plastische Chirurgie, Rehabilitation etc.) verhindert werden. Es ist sehr kritisch zu hinterfragen, ob Patienten mit schweren Mehrfachverletzungen oder –Erkrankungen überhaupt über Fallpauschalen abrechenbar sind,

da die Kosten abhängig von den Verletzungsmustern, sprich der individuellen Fallkonstellation, und von allgemeinen Faktoren wie Komorbidität, Alter etc. sehr stark variieren (70). Diese Begleitfaktoren lassen sich allerdings nur marginal in einem Fallpauschalensystem berücksichtigen. **Die erheblichen Unterschiede in den Behandlungskosten** ergeben sich hierbei aus der vom Erkrankungsmuster abhängigen Verweildauer, sowie insbesondere aus den unterschiedlichen operativen wie konservativen Behandlungsmassnahmen, die bei dieser Patientengruppe notwendig werden. Häufig sind hier während desselben Aufenthaltes interdisziplinäre, unterschiedliche und multiple Operationen nötig. Wenn nun ein Krankenhaus eine kleine Fallzahl an polytraumatisierten Patienten pro Zeitraum behandelt, erhöht sich das Risiko, dass die Gesamtkosten der behandlungsführenden Abteilung (z.B. Unfallchirurgie, bei Verbrennungen z.B. Plastische Chirurgie) durch diese wenigen polytraumatisierten Fälle in die eine oder andere Richtung beeinflusst werden, erheblich. Je größer also die Gesamtzahl an behandelten polytraumatisierten Fällen ist, desto geringer wird das gesamtökonomische Risiko für die behandelnde Klinik (70). Wurden z. B. vor der DRG- Einführung in den meisten peripher gelegenen unfallchirurgischen Abteilungen noch regelmässig Polytraumen behandelt und versorgt, so bildet diese Patientengruppe für solcherlei Häuser heute ein finanzielles Risiko. Die Aufnahme solcher und vergleichbarer komplizierter Fallmuster wird soweit möglich vermieden- „Vermeidung schlechter Risiken“. Polytraumatisierte Patienten oder andere hochkomplizierte Fälle, die früher durchaus auf hohem Niveau in der Peripherie versorgt wurden, werden heute zunehmend an Zentren mit hoher Spezialisierung verwiesen (70). Während nun bei hochspezialisierten Wahleingriffen oder z.B. entsprechenden internistischen Behandlungen ein solches Verfahren im Sinne der Wettbewerbsmedizin und im Sinne des Patienten zu begrüßen wäre, kann man dies bei der Notfallbehandlung nicht als geeignete Lösung betrachten. Es entstehen auf diese Weise Risiken für die Aufrechterhaltung einer allen Bevölkerungsteilen zugänglichen hochqualitativen und flächendeckenden Versorgung. Die Chancen, ein Polytrauma, einen Verbrennungsunfall oder einen schweren apoplektischen Insult mit möglichst geringfügigen Residuen zu überleben, steigen mit der Verkürzung des Zeitraumes zwischen Ereignis und Beginn der Erstbehandlung. Dazu gehört ein möglichst kurzer Transportweg. Würde nun die entsprechende Behandlung bzw. ihr Beginn auf wenige Zentren reduziert, resultierten lange Transportwege, die das Leben des Patienten mit gefährden können und zum anderen ihrerseits bezüglich der finanziellen Deckung aktuell nicht gesichert sind. Daher sollte ein Versorgungsnetz für akut Verletzte und Erkrankte eng genug sein, um eine bei aller

erforderlichen und zu begrüßenden Spezialisierung eine flächendeckende Grundversorgung gewährleistet ist (70).

Die Krankenhaus- und Versorgungslandschaft wird unter anderem durch verschärften Konkurrenzkampf aller Voraussicht nach eine vollständige Neuordnung erfahren. Wie weiter oben erläutert, ist bereits heute zu spüren, dass Geschäfts- bzw. Behandlungsfelder des Gesundheitssektors, die unter den neuen Abrechnungsgesichtspunkten hohe Erlöse in Aussicht stellen, verstärkt ausgebaut oder ergründet werden, während andere, eher risikoreiche Felder gerne abgetreten werden (36). Ein mit den soeben erörterten Problemen der akuten Schwerverletzten- und Schwerkrankenversorgung direkt zusammenhängendes problematisches Beispiel ist die Notfallversorgung der Bevölkerung vom Rettungsdienst bis hin zum schon diskutierten, hochspezialisierten Traumazentrum, das Schwerverletzte jederzeit aufnehmen und effektiv behandeln kann. Diese Notfallversorgung erscheint aus dem aktuellen DRG- Blickwinkel auch deshalb finanziell nicht attraktiv, weil insbesondere die sog. Vorhaltekosten, die für eine effektive Notfall- und Akutmedizin zwangsläufig notwendig sind, nicht abgebildet werden. Das bedeutet, dass die bisher im Rahmen der Mischkalkulation nach dem „Feuerwehrprinzip“ sichergestellten Vorhaltekosten für Kompetenzzentren wie z.B. Intensivstationen für Schwerbrandverletzte, aber auch für die bisher gewohnte Aufnahmebereitschaft rund um die Uhr für Schwerstverletzte nicht mehr finanziert sind (12). Viele auf bestimmte, eher elektive Spezialitäten ausgerichtete Häuser werden diese finanziell mit hohem Risiko behafteten Geschäftsfelder gerne der Konkurrenz überlassen. Dies wird zu einer Konzentration der Notfallversorgung an relativ wenigen Kompetenzzentren führen- allerdings sind die Vorhaltekosten eben auch für diese hochspezialisierten Zentren bisher nicht vorgesehen. Eine weitere erhebliche finanzielle Rolle wird der erhöhte Transportbedarf von Patienten ab Notfallort oder als Interhospitaltransfer spielen, der durch den wettbewerbsbedingten Verlust an Krankenhausdichte und Notfallversorgungskompetenz erzeugt wird. Aufgrund der ohnehin schon knappen Ressourcen und vorhandener Vollaustattung im Bereich der Rettungsdienste kann der Steigerung der Transporthäufigkeit und der Verlängerung der Transportwege wohl nicht zufriedenstellend entgegnet werden. Wenn nun also das gesundheitspolitische Ziel der Konzentration der Notfalleistungen verfolgt werden soll, so muss eine entsprechende Ressourcenanpassung im Bereich der Primärrettung und der Sekundärtransporte erfolgen. Allerdings drängt sich bei all diesen Überlegungen die gesellschaftspolitische Frage auf, ob der Bereich der Notfallversorgung der Bevölkerung überhaupt dem freien Spiel der wirtschaftlichen Kräfte überlassen werden darf (36).

5.12. In Australien wird nur ca. ein Drittel der klinischen Versorgung durch Fallpauschalen abgedeckt- ein kurzer Vergleich

Das einheitliche Preissystem der DRGs verspricht zumindest für elektive Eingriffe Transparenz, Vergleichbarkeit und einen fairen Wettbewerb um beste Qualität und Spezialisierung und wurde daher grundsätzlich von allen Beteiligten positiv aufgenommen (41,49). Allerdings wurde nach Meinung mehrerer Kritiker in Deutschland der Fehler gemacht, einige sehr sinnvolle Grundprinzipien des australischen Systems nicht zu übernehmen. Tatsächlich wird in Australien nur etwa ein Drittel der klinischen Versorgung durch die Fallpauschalen abgedeckt (56). Man hat dort die Bereiche, in denen das System nicht anwendbar erschien oder aber im Zuge des Systems die Versorgung gefährdet war, ausgenommen- dies trifft z.B. weitgehend auf den eben schon angesprochenen Bereich der Akutversorgung von Unfallverletzten zu, aber auch auf „zeitintensive“ Gebiete wie Geriatrie und Neurologie (19). Allerdings sind bei der Änderung des Fallpauschalenkataloges 2005 - wenn auch sehr dezente- Angleichungen an das australische System erfolgt, z.B. die Herausnahme von 3 DRGs aus der Fallpauschalierung im Gebiet der Polytraumaversorgung (70). Auch andere Unterschiede zum fünften Kontinent wurden hierzulande in den Planungen nicht berücksichtigt- so ist z.B. das Prinzip der Selbstverwaltung in Australien völlig unbekannt, es erfolgt eine quasi eindimensionale Finanzierung öffentlicher Häuser zwischen Staat und jeweiliger Klinik, wobei „Preise“ im Sinne des deutschen DRG- Systems nicht existieren (69).

5.13. Werden medizinische Hochleistungen durch das deutsche DRG-System unterfinanziert?

Das Hineinpressen in die Fallpauschalen von dafür wenig geeigneten Gebieten der Medizin aber ist in Deutschland grundsätzlich immer noch vorgesehen und wird für die eben angesprochenen Bereiche und besonders deren Patientengut sehr negative Folgen haben. Beispielsweise spielt es hierzulande in der Plastischen bzw. Handchirurgie in Zukunft keine Rolle, ob z.B. ein, zwei oder fünf Finger replantiert werden- es wird ein und dieselbe Fallpauschale bei höchst verschiedenem Arbeits-, Material- und Zeitaufwand ausgezahlt, wobei schon die Kosten für die einzelne Replantation nicht durch die Fallpauschale gedeckt sind (12,52). So haben die Plastischen Chirurgen der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik in Tübingen als Maximalversorger Beispielrechnungen erhoben, die nachdenklich machen

(52). Nach ihren Angaben ergab zum Zeitpunkt der Studie im Jahr 2002 die Replantation eines Daumens- eine Operation von ca. dreistündiger Dauer mit anspruchsvollem mikrochirurgischem Aufwand- bei einer Verweildauer des Patienten von 21 Tagen Kosten in Höhe von 6312 Euro für das Krankenhaus. Der DRG- Erlös lag für diesen Fall bei 3420 Euro, was einem Verlust von 2892 Euro für das Haus gleichkommt. Wie oben schon erwähnt, würde das Entgelt durch Erhöhung der Anzahl der einzelnen Replantationen bei 2, 3 oder mehr abgetrennten Fingern- z.B. bei den nicht seltenen Kreissägenverletzungen- nicht angeglichen werden, sondern gleich bleiben. Wenn man aber bei isolierter traumatischer Amputation anstelle der Replantation eine Stumpfbildung mit einer Verweildauer von 4 Tagen vorgenommen hätte, so wären für das Klinikum Kosten in Höhe von 1734 Euro bei einem DRG- Erlös von 2237 Euro entstanden- also ein Gewinn von 503 Euro für das Haus. Die Amputation eines Fingers wird also höher und sogar gewinnbringend für das Haus vergütet als eine aufwendige Rekonstruktion und Wiederherstellung der für den Patienten so wichtigen Handfunktionen- es ist also unklar, wie gut bzw. lohnend solch komplexe plastisch-chirurgische Eingriffe in Zukunft überhaupt noch finanzierbar sein werden (108). Allerdings wurden in den Jahren nach erstmaliger DRG-Einführung durchaus schon Verbesserungen der kalkulatorischen Grundlagen im Rahmen der einvernehmlichen Weiterentwicklung des Kataloges durch die Beteiligten- nämlich die InEK, DKG, dem Verband der privaten Krankenkassen und durch die Spitzenverbände der Krankenkassen- erreicht (22,68,107,111). Ein anderes Beispiel der Tübinger Spezialisten ist die Erhaltung eines Beines mit großem Hautweichteildefekt in Kombination mit einer Knochenverletzung im Unterschenkelbereich durch einen mikrovaskulären Gewebettransfer, wie man sie z.B. nach Verkehrsunfällen häufiger sieht- hier wurden 3 Patienten in die Beispielrechnung miteinbezogen. Die Kosten des Hauses für die operative und stationäre Behandlung dieser Patienten lagen nach Tübinger Angaben zwischen 8634 und 13980 Euro. Die Verweildauer betrug hier zwischen 27 und 48 Tagen. Der DRG- Erlös lag für jeden dieser Fälle bei 9740 Euro, hätte also teilweise Verluste von bis zu 4000 Euro für die Klinik bedeutet. Hätten sich die Tübinger Ärzte in diesen Fällen mit gleicher vorausgehender Erkrankung für eine Amputation des Unterschenkels entschieden, wäre bei einem DRG- Erlös von 7317 Euro bei geringerem Personal- und Instrumentariumsaufwand und im Akutstadium weniger aufwendiger Pflege letztlich ein Gewinn erwirtschaftet worden. Im DRG- System werden also Amputationen besser honoriert als aufwendige Rekonstruktionen und Erhaltung von Extremitäten, deren Kosten häufig weit höher liegen als die Erlöse (52). Auch Fehler in den Systemen der DRG- Eingruppierung, z. B. das in bestimmten Fällen durch Verschlüsselung von additiven Prozeduren eine Abwertung

des gesamten Falles verursacht wird, erhärtet das Bild von der Plastischen Chirurgie als DRG-Problemdisziplin. Eine weitere hochbrisante Problemzone sind Krankheitsbilder, die bevorzugt bei Patienten mit langen Liegedauern, alten und pflegebedürftigen Menschen (Schlagwort Dekubitusversorgung) oder medizinisch extrem komplizierten Fällen wie Querschnittslähmungen und Verbrennungen auftreten (77). So wurde z.B. die fach- und damit patientengerechte Versorgung von Dekubitalulzera mit plastisch- chirurgischen Rekonstruktionen durch lokale Lappenplastiken ebenfalls von den Tübinger Ärzten in Bezug auf Kosten und Gewinn analysiert (52). Hierbei wurden 13 Beispielpatienten mit einer durchschnittlichen Verweildauer von 23 Tagen in die Berechnungen einbezogen. Die mittleren Kosten aller 13 Patienten lagen bei 10885 Euro pro Fall. Der DRG- Erlös hätte 2002 bei lediglich 5990 Euro pro Fall gelegen, woraus eine Unterdeckung von 4895 Euro pro Fall resultiert- bei den genannten 13 Fällen insgesamt 63635 Euro zuwenig bei einem für plastisch- chirurgische Stationen typischen und häufigen Krankheitsbild. Diese Beispiele zeigen auf eindringliche Art, in welche Richtung die Hochleistungsmedizin nach derzeitigen gesundheitspolitischen Vorstellungen gedrängt wird und welche Konsequenzen sich daraus für die entsprechenden Kliniken und Stationen und deren Patienten ergeben, wenn es auch inzwischen Nachbesserungen in die richtige Richtung gab. Das Beispiel der alten und/oder sehr pflegebedürftigen Patienten, deren begründete Behandlung offenbar nicht mehr ausreichend finanziert werden wird, lässt erahnen, wie in Zukunft hierzulande mit dieser Klientel umgegangen werden soll. Schon Erfahrungen aus den Vereinigten Staaten aus dem Jahre 1987 haben gezeigt, dass gerade die ältere Klientel der Plastischen Chirurgie mit einem Alter über 65 Jahre im DRG- Abrechnungssystem finanziell eher Verluste verursacht, da ihre Krankenhausaufenthalte in der Regel länger dauern und sie naturgemäß eher Anfälligkeiten zu Komplikationen zeigen (58). Das alles bedeutet für das Fachzentrum bei idealer Leistungserbringung im Sinne des Patienten und nicht zuletzt des hippokratischen Eides eine ethische und finanzielle Negativbilanz, da die Kosten der zwar patientenfreundlicheren, aber teureren Lösung oft nicht gedeckt werden können- das billigere Verfahren droht an die Stelle des besseren zu treten (23). Eine diese Themenkreise betreffende Anfrage des Präsidenten der Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen, Prof. Dr. Steinau von den BG- Universitätskliniken Bergmannsheil in Bochum, bei der derzeitigen Gesundheitsministerin Schmidt mit der Bitte um Stellungnahme und evt. Richtlinienvorgabe zu Mittelbegrenzung und **zu erwartenden Abrechnungsmodalitäten für Schwerbrandverletzte, Querschnittsgelähmte, Tumorrekonstruktionen, Replantationsoperationen und schwere Extremitätenverletzungen**, blieb seit Ende Juni 2002 von Seiten des Ministeriums unbestätigt

und unbeantwortet (100). Allerdings wurden und werden im Rahmen der stetigen Nachbesserungen des „lernenden Systems“ bis zur Beendigung der so genannten Konvergenzphase, die 2005 begann und 2009 beendet sein soll, inzwischen z.B. die mikrochirurgischen Gewebetransfer mit höheren Relativgewichten versehen, aber auch zahlreiche andere traumatologische DRGs in den Katalog eingefügt (22,24,68,89). So findet hier inzwischen ein besserer finanzieller Ausgleich der Klinikkosten statt und wird wohl auch weiterhin stattfinden, da die Abbildungsgenauigkeit stets weiterverbessert wird (68). So war zuletzt im aktuellen DRG-Katalog 2007 im Vergleich zu den Vorjahren eine offenbar bemerkenswerte Zunahme der Abbildungsgenauigkeit festzustellen (30).

5.14. Die Plastische Chirurgie und die Traumaversorgung als DRG-Problemfelder

Aus den Tübinger Ausführungen kann man jedoch folgern, dass es in Zukunft auf dem Gebiet der Plastischen und Handchirurgie durch unüberlegte und teilweise falsche Kalkulation der Kosten zu einer starken Verschlechterung der Patientenversorgung kommen wird, weil aufwendige, z.B. mikrochirurgische Operationen und plastisch-chirurgische Rekonstruktionen teilweise nicht kostendeckend finanziert werden (52). Die Plastische Chirurgie stellt im DRG-System unter den Aspekten der erlös- und leistungsgerechten Fallabbildung ein echtes Problemfeld dar (54,55). Auch aus anderen chirurgischen Fachbereichen gibt es Beispielrechnungen, die darauf hinweisen, dass wirtschaftlich sinnvolle Versorgungen bestimmter Fälle unter DRG-Anwendung nicht mehr möglich sind. So rechnen z.B. Traumatologen der Ulmer Universitätskliniken bei der Versorgung ihrer Wirbelsäulenpatienten schon ohne neurologische Komplikationen mit einem Deckungsbeitragdefizit von etwa 4600 Euro pro Fall (33). Eine andere Ulmer Autorengruppe errechnete schon im Jahr 2000 für die Behandlung von Polytraumatisierten inklusive der operativen Maßnahmen und der Intensivbehandlung ein durchschnittliches Defizit zwischen tatsächlichen Kosten und Erstattungsbeiträgen der Krankenversicherer von damals 23.211 DM, also etwa 11.600 Euro (83). Auch eine Studie anhand des Traumaregisters der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie, die zum Jahresbeginn 2004 veröffentlicht wurde, kam auf eine im Schnitt 12893 Euro betragende Unterdeckung der Behandlungskosten für Polytraumen durch die zu erwartenden G-DRG-Erträge (31). Ähnliche Entwicklungen erwartet Prof. Bühnen von der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik in Murnau. Auch er weist in einem Artikel darauf hin, dass für Traumazentren und auf Rekonstruktionen

spezialisierte Abteilungen eine große Gefahr der Unterdeckung für hochspezialisierte Leistungen wie z.B. die Handchirurgie und Querschnittsbehandlungen besteht und geht spezifisch auf das Problem der nicht finanzierten Vorhaltekosten für notfallmedizinische Kompetenzzentren ein (12). Zieht man noch einmal das für das zukünftige deutsche Abrechnungssystem Modell stehende australische DRG-System zum Vergleich heran, so stellt man fest, dass in Australien nicht einmal der Versuch unternommen wurde, die komplizierte Organisation und den hochaufwendigen Betrieb z.B. eines Replantationszentrums durch Abrechnung mit Fallpauschalen zu finanzieren. Auch andere aufwendige Spezialitäten wie die akute Versorgung und spätere Rehabilitation von Querschnittpatienten, Schwerbrandverletzten sowie die Polytraumaversorgung bleiben auf dem fünften Kontinent bei der DRG-Abrechnung außen vor (12,56,65,92). Auch in Österreich sind akutmedizinische und intensivmedizinische Maßnahmen aus dem dortigen sog. LDF-System ausgenommen (4). Das hat gute Gründe, die hierzulande offenbar ignoriert werden. So erfordert die Bereitschaft, einen Schwerverletzten jederzeit und nach einem definierten Standard aufnehmen und adäquat behandeln zu können, immense Summen an Vorhaltekosten besonders im Personalbereich (112). Man kann diese Vorhaltekosten aber nicht an einer theoretisch erstellten voraussichtlichen Fallzahl- z.B. 50 oder 230 zu erwartende Patienten pro Jahr- festmachen. Folglich sind die Vorhaltekosten an sämtlichen beteiligten Kliniken ungefähr gleich zu veranschlagen, während die tatsächlich entstehenden Erlössummen zwischen den einzelnen Kliniken sehr stark variieren können. Unter dem künftig zu erwartenden finanziellen Druck wird es somit zu einem großflächigen Ausstieg von Krankenhäusern aus der Notfallversorgung kommen, die eigentlich prinzipiell kompetent wären. Nach Bühren lässt sich bei rationeller Betrachtung die chirurgische Notfallversorgung auf Maximalniveau nicht einmal annähernd aufrechterhalten, wenn sie tatsächlich fallbezogen entgolten wird- wobei evt. Aufschläge keinen effektiven Unterschied bewirken würden. Die aus medizinischer Sicht anzustrebende Lösung, um den gewohnten Standard in der Akutmedizin zu halten, ist eine Risikoabdeckung nach dem Feuerwehrprinzip mit Übernahme tatsächlich entstehender Kosten- auch die Feuerwehren stehen 365 Tage im Jahr rund um die Uhr bereit, selbst wenn es monatelang nicht brennt.

5.15. Kostenverschiebung anstatt Kosteneinsparung durch Fallpauschalen

Auch die Theorie vieler DRG-Kritiker, dass die Pauschalenabrechnung keine echte Kostenverminderung, sondern eine Kostenverschiebung vom Klinikbereich in den Reha-Bereich bewirkt, ist unter akutmedizinischen Gesichtspunkten nicht von der Hand zu weisen. Beispielsweise definieren die gesetzlichen Unfallversicherer in Deutschland den Begriff „Rehabilitation“ unter anderem folgendermaßen: „Die Rehabilitation beginnt an der Unfallstelle und endet mit der sozialen Wiedereingliederung“ (12). Das bedeutet, dass evt. abrechnungstechnisch erzwungene Versäumnisse in der Akutbehandlung von Verletzten in der späteren Rehabilitationsphase nur schwer wettzumachen sind und so die Gefahr entsteht, dass zuweilen erhebliche Dauerschäden verbleiben. Diese Dauerschäden werden dann z.B. von den Berufsgenossenschaften mit Unfallrenten auf Lebenszeit vergolten, deren Geldwert die Kosten einer medizinisch vernünftigen Akutbehandlung weit übersteigen dürfte (12).

Nun wird das hohe Ideal der bestmöglichen Versorgung eines jeden Patienten durch das System der Fallpauschalen unter diesem Blickwinkel regelrecht konterkariert. Die Notwendigkeit, medizinische Akutsituationen möglichst kostengünstig und im Bezug auf die Aufenthaltsdauer möglichst rasch zu verwalten, zieht fast zwangsläufig eine Verschiebung der eigentlichen Problemlösung „nach hinten“ mit sich- in den Bereich der ambulanten Versorgung, **der Rehabilitation und in den Bereich der Renten- und Arbeitslosenversicherungen.**

Fallbezogene Entgeltsysteme bieten ohne Zweifel Vorteile hinsichtlich Vergleichbarkeit und positiven Leistungsanreizen. Die Schaffung einer erhöhten Transparenz im stationären Bereich wird aus sämtlichen Ländern, in denen das DRG- System eingeführt wurde, berichtet. Die Kliniken können erkennen, welche Kosten wie in welchen Abteilungen entstehen. Auch können elektive Patienten bzw. deren einweisende Ärzte aufgrund des Wettbewerbs der Kliniken oft die ihnen am geeignetsten und fähigsten erscheinenden Häuser aussuchen. Es kann aber weder aus gesellschaftlicher noch aus gesundheitspolitischer Sicht ausschließliches Ziel der chirurgischen Leistungserbringer sein, Therapieanzeigen und Behandlungsabläufe den stromlinienförmig vorgegebenen Rahmenbedingungen anzupassen (5). Auch der vor- und nachstationäre Bereich des Gesundheitswesens wird in Deutschland Probleme machen- in anderen Ländern wurde er ausgebaut, um die Verweildauer zu kürzen. Hierzulande dürften die ambulant niedergelassenen Ärzte Schwierigkeiten bekommen, die zwangsläufig zunehmenden Patientenzahlen bei gleichbleibendem Budget zu versorgen (4). Ob hinsichtlich dieser Problematiken eine Kursänderung erfolgen wird, hängt durchaus auch von der

Offenheit und Korrekturbereitschaft der maßgebenden Politik ab. Zahlreiche sinnvolle Verbesserungsvorschläge aus den Reihen der Mediziner verhallen bisher von den Experten und Gesundheitsökonomern der Regierung ungehört- es wurde den Medizinern sogar vorgeworfen, sie seien reaktionär, reformunwillig und unflexibel, wenn sie klare und realistische Finanzierungskonzepte und eine Reduktion der ausufernden administrativen Tätigkeiten zugunsten der Arbeit für den Patienten forderten (100). Auch der deutschen Gesellschaft und damit allen potentiellen und tatsächlichen Patienten scheint nicht wirklich bewusst, wie tief einschneidend und weitreichend die Folgen der neuen Gesetzgebung nach dem aktuellem Stand der Dinge für jedes einzelne ihrer Mitglieder sein werden. Es sollte somit weiterhin von ärztlicher Seite auch in der Öffentlichkeit mit Nachdruck auf die potentiellen und jetzt schon absehbaren Schwächen und Fehler einer fast ausschließlich fallbezogenen und an finanziellen Gesichtspunkten festgemachten chirurgischen Versorgung hingewiesen werden und versucht werden, eine für wirklich alle Seiten annehmbare Lösung zu finden und durchzusetzen.

6. ZUSAMMENFASSUNG:

Mit Einführung der Diagnosis Related Groups oder DRGs in Deutschland als Fundament der fallpauschalisierten Abrechnung und Vergütung der Klinikleistungen wird eine lückenlose Dokumentation aller Diagnosen und Prozeduren erforderlich. Dazu stehen in Form des ICD-10 Version 2.0 und des OPS Version 2.0 etwa 12000 Diagnosen und 23000 Prozeduren zur Verfügung. Unter Experten ist man sich allgemein einig, dass das neue Abrechnungssystem in der derzeit angepeilten Form eine klare zusätzliche Arbeitsbelastung für die in den deutschen Krankenhäusern tätigen Ärzte darstellt. In der medizinischen und krankenhaushwirtschaftlichen Fachliteratur finden sich zahlreiche Hinweise auf die sich abzeichnende zusätzliche Arbeitsbelastung für das ärztliche Personal, allerdings finden sich kaum Angaben auf wissenschaftlicher Basis zum tatsächlichen Zeitaufwand.

In der vorliegenden Arbeit wurde über einen Zeitraum von 9 Wochen der Zeitaufwand für die Verschlüsselung und Supervision der Diagnosen und Prozeduren nach den neuen Richtlinien am Beispiel der Plastischen und Rekonstruktiven Chirurgie objektiv erfasst und gemessen. Alle im Rahmen dieser Studie erfassten Diagnosen und Prozeduren wurden in der Abteilung für Plastische-, Wiederherstellungs- und Handchirurgie am Städtischen Krankenhaus München- Bogenhausen gestellt bzw. erbracht, sowohl stationär als auch tageschirurgisch.

Die hier präsentierten Werte beziehen sich ausschließlich auf die Basistätigkeit des Verschlüsseln und die Supervision der Diagnosen und Prozeduren. Mit diesen Tätigkeiten zwangsläufig verbundene alltägliche Aktivitäten wie z.B. das Suchen von Patientenakten oder Lösen von überraschend auftretenden PC-Problemen sowie anderweitige dokumentarische Aufgaben der Ärzteschaft gingen ausdrücklich nicht mit in die Messung ein.

Bei 244 Patienten mit dazugehörigen 769 Diagnosen lag die durchschnittliche Verschlüsselungszeit pro Patient bei 4,38 Minuten. Die durchschnittliche tägliche Verschlüsselungszeit für die Diagnosen lag bei 24,9 Minuten. Nimmt man die durchschnittliche Supervisionszeit von 11,1 Minuten pro Wochentag hinzu, ergibt sich allein für die Diagnosenpflege eine durchschnittliche Zusatzbelastung von ca. 36 Minuten pro Werktag. Hochgerechnet auf eine Woche mit 5 Werktagen ergibt sich hier eine zeitliche Zusatzbelastung von 180 Minuten oder 3 Stunden.

Für den Bereich des Operationsschlüssels OPS- 301 lagen im betrachteten Zeitraum bei insgesamt 209 Patienten 393 Prozeduren vor, hier lag die durchschnittliche Verschlüsselungszeit pro Patient bei 3,91 Minuten. Die tägliche Verschlüsselungszeit betrug durchschnittlich 19,03 Minuten. Mit der dazukommenden durchschnittlichen Supervisionszeit

von 5,2 Minuten pro Wochentag ergibt sich für die Prozedurenpflege eine durchschnittliche Zusatzbelastung von 24,23 Minuten pro Werktag. Hochgerechnet auf eine Woche mit 5 Werktagen ergibt sich hier eine zeitliche Zusatzbelastung von ca. 121 Minuten oder gute 2 Stunden.

Rechnet man die Zeitwerte für Diagnosen und Prozeduren zusammen, ergibt sich für das kodierende Personal eine zusätzliche Arbeitsbelastung von durchschnittlich 60,21 Minuten pro Tag bzw. 301,05 Minuten oder 5,02 Stunden pro 5-Tage-Woche. Auf einen Monat mit 20 Arbeitstagen hochgerechnet ergibt sich eine zusätzliche zeitliche Arbeitsbelastung von 20,08 Stunden.

Dass die Erbringung dieser zusätzlichen Leistung Aufgabe der Ärzteschaft ist, ist durch die Bundespflegesatzverordnung und den §301 des Sozialgesetzbuches geregelt. Wie diese grundsätzliche theoretische Regelung zum Zeitpunkt der Studie (2001/2002) und in den Jahren darauf in der Realität umgesetzt wurde und welche Möglichkeiten es gibt, die Ärzte zukünftig möglichst weitgehend von Verwaltungsaufgaben zu entlasten, ohne dadurch die Pflicht der Datenlieferung zu vernachlässigen, wird anhand von Beispielen aus der BRD und dem Ausland in dieser Arbeit dargestellt. Ausführlicher wird dabei auf die Idee des Medizinmanagements eingegangen, welche am Beispiel der Universität Münster ausführlich dargestellt wird. Das Medizinmanagement wird dort aus einem Team aus Medizinern, Pflegekräften, Dokumentaren und Ökonomen gebildet und nimmt eine Schlüsselposition zwischen Leistungserbringung, betriebswirtschaftlicher Kontrolle und Leistungsabrechnung ein. Durch die partnerschaftliche Zusammenarbeit mit DRG- Beauftragten der Stationen, die möglichst aus Oberärzten mit entsprechender Schulung und Aufgabenstellung bestehen sollen, wird der Abrechnungsprozess vereinfacht und die klinisch tätige Ärzteschaft weitgehend von den Verschlüsselungs- und Abrechnungsproblematiken entlastet.

Des weiteren wird im Diskussionsteil auch die Möglichkeit der Übertragung der Kodierungsaufgaben weg von den Ärzten auf speziell ausgebildetes Personal, wie dies in Australien teilweise mit Einführung des in dieser Arbeit vorgestellten Berufsbildes des „Coders“ geschehen ist, mit ihren Vor- und Nachteilen erarbeitet.

Auch abgesehen von der Problematik der zusätzlichen Arbeitsbelastung für die Ärzteschaft ergeben sich aus der Sicht des klinisch tätigen Mediziners betrachtet Punkte, die verbesserungswürdig erscheinen. Einige von ihnen werden im Rahmen dieser Arbeit beispielhaft aufgezeigt und dargestellt.

Erfahrungen aus dem Ausland weisen auf sinkende Verweildauern und damit offenbar in Zusammenhang stehenden steigenden Komplikationsraten hin. Auch die Fallzahlen stiegen

nach DRG- Einführung im Ausland an, was auf eine Aufteilung von medizinischen Prozeduren, die eigentlich während eines einzigen Aufenthaltes zu erledigen wären, auf mehrere Aufenthalte zurückzuführen ist. So können Kliniken mit ein und demselben Patienten mehr Gewinn erwirtschaften. Auch der Verdacht, dass das DRG- System die Kosten im Gesundheitswesen nicht tatsächlich sinken lässt, sondern sie vor allem vom stationären auf andere Bereiche wie die ambulante Versorgung verteilt oder sie durch den resultierenden Kostenanstieg in eben diesen Bereichen sogar steigen lässt, wurde mehrfach im Ausland bestätigt.

Auch die Zahl der Pflegefälle stieg in anderen Ländern mit Einführung der DRGs an, da vermehrt Patienten mit sich nicht rechnenden Diagnosen und/oder entsprechend hohem Alter von Kliniken nicht aufgenommen werden oder zu früh nach unzureichender Behandlung entlassen werden, um die Verweildauergrenzen nicht zu überschreiten. In Deutschland dürfte dieser Effekt aufgrund des hohen Anteils der alten Menschen in unserer Gesellschaft stark zu spüren sein.

Ein Anstieg der ambulanten Operationen steht ebenfalls zu erwarten- zum einen, weil vor der Einführung der DRGs viele Fälle aus finanziellen Gründen stationär versorgt wurden, obwohl eine ambulante Operation möglich gewesen wäre, was auch in der BRD weit verbreitet war und noch ist. Zum anderen, weil nun Eingriffe, die sich im Fallpauschalensystem stationär nicht rechnen, vermehrt ambulant abgewickelt werden dürften.

Experten gehen davon aus, dass sich - wie bereits zuvor in anderen Ländern- viele Kliniken vor allem auf bestimmte finanziell lohnende diagnostische und operative Tätigkeiten spezialisieren werden. Auch ist die Befürchtung nicht völlig von der Hand zu weisen, dass weniger spezialisierte Häuser, die bisher die breite medizinische Grundversorgung der Bevölkerung sicherstellten, in dem daraus zu erwartendem Konkurrenzkampf untergehen werden und es zu einem Kliniksterben kommt, da diese Kliniken aus ihrer bisherigen Auftragslage heraus nicht für Spezialisierungen - und damit nicht für den zukünftigen Wettbewerb der Spezialisten- konzipiert sind. Es zeichnet sich eine aufkommende Wettbewerbsmedizin ab, die aus der Fallpauschalisierung und den mit ihr untrennbar verbundenen möglichst kurz zu haltenden Liegezeiten der Patienten resultiert. Es steht zu befürchten, dass zumindest teilweise die billigste und schnellstmögliche Lösung medizinischer Probleme an die Stelle der im Patientensinne bestmöglichen Medizin tritt.

Aus Sicht der diversen chirurgischen Disziplinen und insbesondere aus Sicht der Plastischen Chirurgie besteht das Problem der Unterfinanzierung von medizinischen Hochleistungen, welche dazu führt, Einsparungsmedizin zu betreiben - die billigere Behandlung eines Falles

wird der besseren vorgezogen, auch wenn dies für den Patienten nachteilhaft ist. Beispielhafte Rechnungen der Plastischen Chirurgen der BG- Unfallklinik Tübingen zu diesem gesundheitspolitisch aufgezwungenen zukünftigen Behandlungsgrundsatz werden im Diskussionsteil zitiert und ausführlich dargelegt.

Auch das Hineinzwängen der Notfallversorgung durch sämtliche chirurgische (und andere) Disziplinen in das Fallpauschalenkorsett ist ein in Fachkreisen vieldiskutierter Kritikpunkt. Dass die komplexe Organisation und die sehr hohen materiellen und personellen Vorhaltekosten, die z.B. zum Betrieb eines handchirurgischen Replantationszentrums, eines Schwerbrandverletzententrums oder eines interdisziplinären Schockraums nötig sind, durch das DRG- System bisher nicht finanziert sind, wird weitreichende Folgen haben. Grundsätzlich kompetente Kliniken werden aus der Notfallversorgung aussteigen, weil sie sonst finanziell untergehen würden. Daraus folgt ein dünner werdendes Netz der Notfallzentren mit länger werdenden Transportzeiten und entsprechend höheren Komplikationsraten und Transportkosten. In Australien, dessen DRG- System für das deutsche Pate stand, und in anderen Ländern sind diese Felder und andere medizinische Bereiche, in denen das System keinen Sinn macht oder die angemessene Versorgung der Patienten gefährdet, aus der Abrechnung per Fallpauschalen ausgenommen.

Sollte an den grundlegenden Problematiken der Aufgabenverteilung im neuen Abrechnungssystem nichts geändert werden, so müsste als Minimallösung zumindest mehr ärztliches Personal eingestellt werden, um die klinische Versorgung aufrecht zu erhalten und gleichzeitig den Anforderungen der Kodierung gerecht zu werden.

In einem solidarisch finanzierten System gilt die Art des Umgangs mit dem Kranken, dem leidenden Menschen immer noch als Kriterium für den Wert einer Gesellschaft. Sowohl kurzfristige Strategien als auch mittel- bis langfristig angelegte qualitative Umgestaltungen können dazu führen, dass dieses System Schaden nimmt. Es wird die entscheidende Prüfung sein, ob die Ökonomie mithilft, das System und seine Idee zu erhalten, oder ob sie es zerstört. Dies wird in den nächsten Jahren sicherlich Gegenstand gesellschaftlicher und politischer Debatten sein müssen.

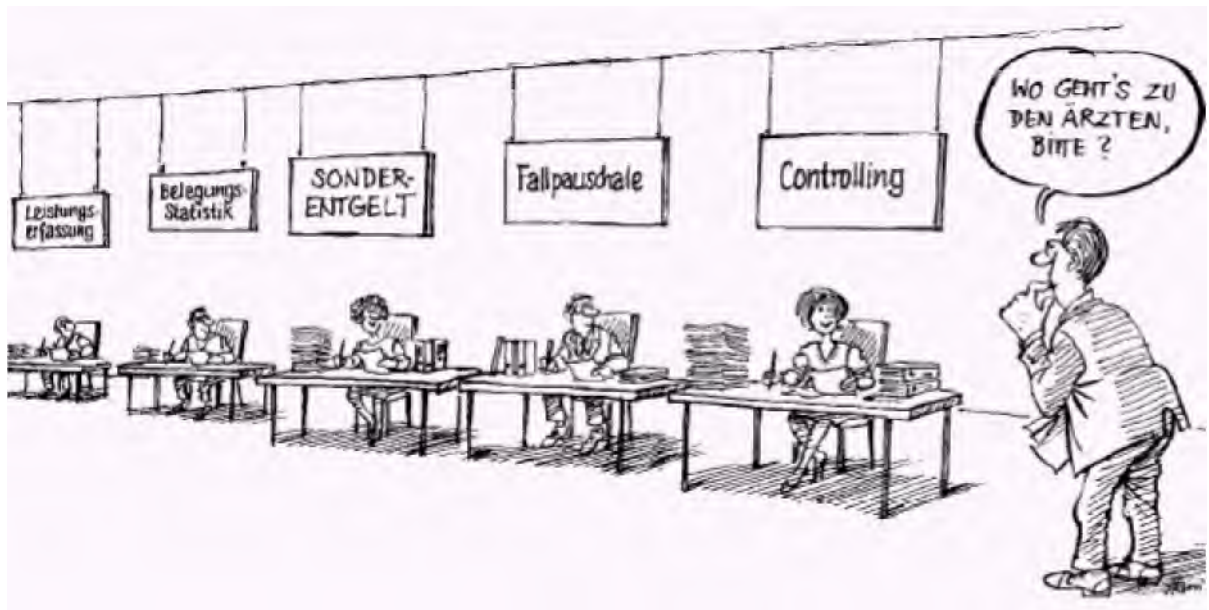


Abb. 30: Kein Kommentar!

7. LITERATURVERZEICHNIS:

1. Afflerbach F
DRGs- Damoklesschwert oder Silberstreif: Was ist nach aktuellem Stand vom neuen Fallpauschalensystem zu erwarten?
DMW 5, 2002, S.187-188

2. Ahrens U, Böcking W, Kirch W
DRG- Einführung in Deutschland- Handlungsoptionen für Krankenhäuser durch die Reform
Medizinische Klinik 1, 2005, S. 26-31

3. Baberg HAT, de Zeeuw J
Neuerungen in den Deutschen Kodierrichtlinien und im Fallpauschalenkatalog 2005:
Kardiologie
Medizinische Klinik 1, 2005, S. 51-52

4. Bartel- Schilbach C
AR-DRG- Auswirkungen auf die gesetzlichen Krankenkassen (neues Fallpauschalensystem im Krankenhausbereich ab 2003)
Diplomarbeit zur Erlangung des Grades Betriebswirt (VWA)
Verwaltungs- und Wirtschaftsakademie Berlin
2002

5. Bauer H
Der Strukturwandel in der stationären Versorgung als Herausforderung für die Chirurgie
Chirurg BDC 5, 2001, S. 130

6. Bauer H
Zur Umsetzung des Gesundheitsstrukturgesetzes- Erfahrungen mit diagnosebezogenen Fallpauschalen in der Chirurgie
Zentralblatt für Chirurgie 120, 1995, S.524-531

7. Beisse R, Potulski M, Temme C, Bühren V
Das endoskopisch kontrollierte Zwerchfellsplitting- Ein minimal- invasiver Zugang zur ventralen Versorgung thorakolumbaler Frakturen der Wirbelsäule
Unfallchirurg 8, 1998, S.619-627

8. Billing A, Thalhammer M, Eissner HJ, Jauch KW, Inthorn D
Ökonomische Aspekte in der Intensivmedizin: Kosten und Reimbursement unter DRG- Bedingungen 2004
Zentralblatt für Chirurgie 129, 2004, S. 440-446

9. Billing A, Thalhammer M, Hornung H, Eissner HJ, Jauch KW, Auburger G
DRG und Krankenhäuser der Maximalversorgung- Ausmaß und Ursachen der Unterfinanzierung
Chirurg BDC 9, 2004, S. 249-252

10. Blum K
Krankenhausärzte- Enormer Dokumentationsaufwand: Ergebnisse einer Untersuchung des Deutschen Krankenhausinstituts
DÄB Jg. 100, Nr.23, Juni 2003, S. 1310

11. Blum K, Offermanns M, Schilz P
Zahlungsverzögerungen und Zahlungsverweigerungen durch die gesetzlichen Krankenkassen
Krankenhaus 12, 2004, S. 989-992

12. Bühren V

Kommentar zum DRG- System aus Sicht des Unfallchirurgen
Chirurg BDC 9, 2001, S.238-240

13. Bühren V, Beisse R, Potulski M

Minimal- invasive Techniken in der Unfallchirurgie- Minimal- invasive ventrale
Spondylodesen bei Verletzungen der Brust- und Lendenwirbelsäule
Chirurg 68, 1997, S. 1076-1084

14. Chassin M

Assessing strategies for quality improvement
Health Affairs 5/6, 1997, S. 151-161

15. Clade H

Das Bedarfsdeckungsprinzip verliert an Bedeutung- Konsequenzen einer Umstellung
auf diagnosebezogene Fallpauschalen
DÄB Jg. 100, Nr. 17, April 2003, S. B- 924-925

16. Clade H

Rehabilitation- Der Leistungsdruck wächst
DÄB Jg.100, Nr. 17, April 2003, S. B- 922-924

17. Clade H

Medizinischer Dienst: In den Startlöchern
DÄB Jg. 99, Nr. 28, Juli 2002, S. A- 1929

18. Clade H

Krankenhäuser- Personalkosten komplett erfassen

DÄB Jg. 100, Nr. 19, Mai 2003, S. B-1039

19. Clade H

Privatkliniken: Umstieg auf das neue Preissystem- im Jahr 2003

DÄB Jg. 99, Nr. 30, Juli 2002, S. A- 2022

20. Daub D

Das Chefarztsystem im Zeitalter der DRGs

Chirurg BDC 7, 2003, M 207

21. Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie / DRG-Gruppe im Berufsständischen

Ausschuss

DRG-Fallpauschalen-Entgeltsystem: Punkt 1-4: Aktuelles; Verfahren zur Einbringung von Vorschlägen an das InEK; Kodier- und Einordnungsprobleme Unfallchirurgie/Orthopädie/Plastische Chirurgie und Handchirurgie; Aktuelle politische Entwicklung.

Abgerufen am 31.05.2005 unter <http://www.dgu-online.de/de/drg/gruppe/index.jsp?pagename=entgeldsystem>

22. Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie/ DRG-Arbeitskreis

Update g-DRG 2006

Abgerufen am 27.07.2006 unter <http://www.dgu-online.de>

23. Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie / DRG-Gruppe im Berufsständischen Ausschuss
Stellungnahme anlässlich einer Pressekonferenz in Berlin am 24.06.2002
„Kritisch Kranke passen nicht in das Korsett der neuen Fallpauschalen“
Abgerufen am 31.05.2005 unter <http://www.dgu-online.de>
24. Deutscher Bundestag, Drucksache 16/3991 vom 02.01.2007
Antwort der Bundesregierung auf die kleine Anfrage der Abgeordneten
Dr. Harald Terpe, Elisabeth Scharfenberg, Birgitt Bender, weiterer Abgeordneter und
der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen (Drucksache 16/3918):
Finanzierung, Versorgungsstrukturen und Versorgungsqualität im
Krankenhausbereich nach Einführung der diagnose-bezogenen Fallpauschalen (DRG)
25. DRG = Drastische Reduzierung von Gesundheitsleistungen?
Kein Autor, Bayerische Ärztekammer Intern
Münchener Ärztliche Anzeigen 10, März 2001, S. 14-15
26. Eversmeyer M
Das DRG- System stoppt in Australien nicht den Kostenanstieg
F&W 3, 2001, S. 230-232
27. Fallpauschalengesetz: das Wichtigste in Kürze
Kein Autor
Krankenhaus 10, 2001, S. 844-848
28. Fallpauschalenkatalog 2005: Besser, aber nicht optimal
Kein Autor
F&W 6, 2004, S. 553-557

29. Fiori W, Loskamp N, Roeder N
DRG- Dokumentation 2005- Vorstellung und Bewertung der Deutschen
Kodierrichtlinien
F&W 1, 2005, S. 62-72
30. Fischer W
Sprechen Sie DRG? G-DRG 2007: Statistische Optimierung zu Lasten
fachsprachlicher Verständlichkeit (Online Januar 2007)
Abgerufen am 22.03.2007 unter [http:// www.fischer-zim.ch/streiflicht/GDRG-2007-
Sprache-0701.htm](http://www.fischer-zim.ch/streiflicht/GDRG-2007-Sprache-0701.htm)
31. Fischer W
G-DRG, German Diagnosis Related Groups (Deutschland)
(Online November 2006)
Abgerufen am 22.03.2007 unter [http:// www.fischer-zim.ch/text-pcssa/t-ga-H4-
System-GDRG-0003 .htm](http://www.fischer-zim.ch/text-pcssa/t-ga-H4-System-GDRG-0003.htm)
32. Franz D, Roeder N, Kaufmann M, Siebert CH, Schwarz J, Siebert H
G-DRG-System 2005 – Was ändert sich für die Unfallchirurgie/Orthopädie?
Unfallchirurg 12, 2004, S.1200-1215
33. Flintrop J
Integrierte Versorgung- Neuer Schub durch Fallpauschalen
DÄB Jg. 100, Nr. 16, April 2003, S. B- 874-876
34. Goldschmidt A
10 Thesen und Antithesen zum DRG- System- Auswirkungen des DRG- Systems aus
der Sicht des Medizinischen Controllings
Krankenhaus Umschau 11, 1999, S. 858

35. Grotz M, Schwermann T, Lefering R, Ruchholtz S, Graf v. d. Schulenburg JM, Krettek C, Pape HC
DRG-Entlohnung beim Polytrauma – Ein Vergleich mit den tatsächlichen Krankenhauskosten anhand des DGU-Traumaregisters
Unfallchirurg 1, 2004, S.68-76
36. Haas N A
Fallpauschalen: Die australische Realität
Deutsches Ärzteblatt 103 vom 23.06.2006
Abgerufen am 22.03.2007 unter
<http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=51864>
37. Hartwig E, Schultheiss M, Bischoff M
Pauschalisiertes Vergütungssystem bei minimalinvasiver Versorgung instabiler Wirbelfrakturen- Eine Analyse der Kosten und Erträge
Unfallchirurg 8, 2002, S. 755-758
38. Heberer M, Hurlebaus T
Organisatorische Konsequenzen der Einführung von Diagnosis Related Groups (DRGs)
Chirurg BDC 7, 2001, S.180-181
39. www.helioskliniken.de/download/default/.htm
-Publikationen:
Grundzüge der Krankenhausfinanzierung in Deutschland (ohne Autor)

40. Himmeler C, Knappich P

Lehrbuch statt OP- Erfahrung- Chirurgische Ausbildung: Zu teuer, zu aufwendig, zu ineffizient?

Nahdran 4, 2004, S. 28-31

41. Höcherl E

Fallpauschalengesetz: Notfallversorgung Quo Vadis?

Chirurg BDC 6, 2002, M 162

42. Hoffmann G

Salto rückwärts- „Coding“ und „Reverse Coding“

KMA 4, 2001, S. 46-48

43. Hoffmann G

Im Regen alleine gelassen

KMA 4, 2001, S.49

44. Kienapfel H, Griss P, Hinrichs F

DRG- basierte Erlösentwicklung in der Orthopädischen Chirurgie

Z Orthop 141, 2003, S. 261-271

45. Koch K

Das nationale Medizinexperiment

Wissenschaftsbeilage der Süddeutschen Zeitung

Nr. 186, 14./15. 08. 2001, S. V2/7

46. Kölking H
Die Ethik der Ökonomie
KMA 9, 2002, S. 26-28
47. Kuhlmeier W
In Australien verschlüsseln „Coder“ die DRG- Daten
F&W 6, 2001, S. 568-569
48. Landeghem T van, Egbers HJ, Hinck- Kneip C
Einführung von DRGs: Kodieren in der Unfallchirurgie- der Finger in der Wunde
Unfallchirurg 12, 2001, S. 1189-1196
49. Lang G, Kolb C, Liewald F, Sunder- Plassmann L, Förster R
Wie teuer sind thoraxchirurgische Operationen? Eine prospektive Kostenanalyse
thoraxchirurgischer Eingriffe
Chirurg 70, 1990, S. 74-77
50. Linczak G
Soll es den „Arzt für alles“ geben? Neue Herausforderungen an die
Personalentwicklung der Krankenhäuser im DRG- Zeitalter
Krankenhaus- Umschau 10, 2000, S. 878-880
51. Linczak G
Die Ausbildung zu Fachangestellten für Medizinische Dokumentation im
Gesundheitswesen
Krankenhaus 2, 2002, S.128-130

52. Ljunggren B, Sjöden P

Patient- reported quality of life before, compared with after a DRG intervention
Int. Journal for Quality in Health Care 15, 2003, S. 433-440

53. Längen M

Möglichkeiten der ergebnisorientierten Vergütung stationärer Krankenhausleistungen
in Deutschland

Inauguraldissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Wirtschafts- und
Sozialwissenschaftlichen Fakultät der Universität zu Köln

2001

54. Längen M, Lauterbach KW

Verbessern oder verschlechtern DRGs die Versorgungsqualität?
Chirurg BDC 10, 2001, S. 270-273

55. Mansky T

Einführung der DRGs: Was ist zu tun?

www.helioskliniken.de/download/default.htm

-Publikationen

56. Mansky T, Rink- Brüne O, Krahwinkel W, Prinz JP

Vom DRG- System profitieren vor allem die Patienten
F&W 5, 2001, S.448-450

57. Mast P, Schadt A, Schaller HE

DRG und die Folgen für die Plastische und Handchirurgie
Plastische Chirurgie 4, 2002, S. 157-160

58. Mieth M, Wolkener F, Schmidt J, Glück E, Klar E, Kraus T
Chirurgische Leistungsdokumentation- Hilft viel wirklich viel?
Chirurg 5, 2002, S. 492-499
59. Möcklinghoff Ch
Beitrag im DRG-Forum der Homepage „MyDRG“ zum Thema „Fallabbildung in der
Plastischen Chirurgie“ vom 15.09.2002
Abgerufen am 31.05.2005 unter <http://www.mydrg.de/apboard>
60. Möcklinghoff Ch, Bartkowski R, Steinau HU
DRG- Übung 52 und 53- Plastische Chirurgie: Posttraumatischer Weichteildefekt am
Unterschenkel, Adipositaschirurgie
BDC- Online
[www. bdc.de/bdc/bdc.nsf/0/9EA5AC509CDBE857C1256D9B007944DC?Open...](http://www.bdc.de/bdc/bdc.nsf/0/9EA5AC509CDBE857C1256D9B007944DC?Open...)
abgerufen am 17.02.2004
61. Möcklinghoff Ch, Steinau HU
Die Plastische Chirurgie im G- DRG 1.0- Problemdisziplin in der DRG- Fall- und
Erlösabbildung?
Plastische Chirurgie 4, 2002, S. 147-152
62. Munoz E, Angus G, Calabro S, Mulloy K, Wise L
DRGs, Costs, and Outcome for Plastic Surgery Patients
Plastic and Reconstructive Surgery Vol. 82, No. 1, July 1988, S. 116-124

63. Neubauer G, Nowy R, Lindl C
Reduktion der Verweildauer durch DRGs- Was geschieht mit Kurzzeitfällen?
Krankenhaus 12, 2001, S. 1093-1098
64. Neubauer G, Nowy R
Wege zur Einführung eines leistungsorientierten und pauschalierenden
Vergütungssystems für operative und konservative Krankenhausleistungen in
Deutschland
Gutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft, IfG Institut für
Gesundheitsökonomie, Februar 2000
65. Neubauer G, Nowy R
DRGs in Australien- Fallkostenkalkulation, Vergütungsfindung und Zu- und
Abschläge
Krankenhaus 2, 2001, S. 123-129
66. Neumann H, Hellwig A
Fallpauschalen im Krankenhaus- Das Ende der „Barmherzigkeit der Intransparenz“
DÄB Jg. 99, Nr. 50, Dezember 2002, S. B 2851-2854
67. Nickel M
Kalkulation von Fallkosten für Diagnosis Related Groups (DRGs) in der Kardiologie
Inauguraldissertation zur Erlangung des doctor medicinae der Medizinischen Fakultät
der Westfälischen Wilhelms- Universität Münster
2004
68. Ossen P
G-DRG-System 2007 – Über 1000 Fallpauschalen
Krankenhaus 11, 2006, S. 1057-1062

69. Preusker UK

Von Australien lernen heißt überleben lernen

KMA 10, 2001, S.35-37

70. Quaas M, Dietz O

Das Fallpauschalengesetz- Welches Recht gilt an welchem Zeitpunkt?

Chirurg BDC 10, 2002, S. M297-300

71. „Querschnittslähmungen passen nicht ins Korsett der Fallpauschalen“-

Informationsbroschüre der Deutschsprachigen Medizinischen Gesellschaft Paraplegie e.V., 2001

72. Rau F

Fallpauschalengesetz: Was steht Neues im Kabinettentwurf?

F&W 5, 2001, S.430-434

73. Reinecke H, Bunzemeier H, Breithardt G, Scheld HH, Roeder N

Krankenhäuser/ Fallpauschalen: Schlecht abgebildet, nicht abgebildet und überhaupt nicht abbildbar

DÄB Jg 100, Nr. 34, August 2003, S. B 1838-1841

74. Reng CM, Blaas S, Bregenzer N, Hammond A, Schlottmann K

Effekte des ärztlichen Controllings auf die DRG- gerechte Diagnosenverschlüsselung

DMW 128, 2003, S. 2059-2064

75. Rieser S

DRGs und die Folgen: Eine Wissenschaft für sich

Deutsches Ärzteblatt 103 vom 16.06.2006

Abgerufen

am

22.03.2007

unter

<http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src=heft&id=51782>

76. Robbers J

Der Blick hinter die DRGs oder 24 Stunden bis zur Wahrheit

Krankenhaus 2, 2001, S. 85

77. Roeder N, Fiori W, Bunzemeier H, Hensen P, Loskamp N, Franz D, Fürstenberg T,

Wenke A, Irps S

G- DRG- System 2005: Was hat sich geändert? (III)

Problembereiche und zusammenfassende Bewertung

Krankenhaus 1, 2005, S. 23-37

78. Roeder N, Fiori W, Loskamp N, Bunzemeier H, Juhra C, Hensen P, Rochell B

Strategische Kodierung- Schlüssel zum DRG- Erfolg?

Krankenhaus 10, 2003, S. 780-788

79. Roeder N, Hensen P, Fiori W, Bunzemeier H, Loskamp N

DRGs, Wettbewerb und Strategie

Krankenhaus 9, 2004, S. 703-711

80. Roeder N, Glocker S, Marshall R, Rochell B

Perspektiven und Limitationen bei der Abbildung des Aufwands von

Krankenhausleistungen durch australische DRGs

Krankenhaus 5, 2002, S. 388-397

81. Roeder N, Irps S, Juhra C, Glocker S, Fiori W, Müller ML, Hecht A
Erlöse sichern durch Codierqualität
Krankenhaus 2, 2002, S 117-127
82. RoederN, Rochell B
Starthilfe DRGs- Die notwendige Vorbereitung im Krankenhaus
Krankenhaus- Medica Sonderheft 11/ 2000, S.1 ff
83. RoederN, Rochell B
Im DRG- System schreibt der Arzt mit der Kodierung die Rechnung
F&W 2, 2001, S. 162-168
84. Roeder N, Rochell B
Adaption des AR- DRG- Systems an die deutsche Behandlungswirklichkeit
Krankenhaus 12, 2001, S. 1081-1092
85. Roeder N, Rochell B, Bunzemeier H
DRG- Start in Deutschland auf Basis australischer Kostengewichte- Top oder Flop?
Krankenhaus 8, 2001, S. 668-672
86. Roeder N, Rochell B, Bunzemeier H
Klinische Kostenverteilungsmodelle- die Kür der DRG- Kostenkalkulation
F&W 5, 2001, S. 442- 447
87. Roeder N, Rochell B, Juhra C, Irps S, Glockner S, Fiori W, Hensen P
Die DRG- Abrechnung muss MDK- sicher sein
F&W 1, 2002, S. 14-17

88. Roeder N, Rochell B, Prokosch HU, Irps S, Bunzemeier H, Fugmann M
DRGs, Qualitätsmanagement und medizinische Leitlinien- Medizinmanagement tut
Not
Krankenhaus 2, 2001, S. 115-122
89. Roeder N, Siebers L, Frie M, Bunzemeier H
DRG-Akzeptanz verbessern- Kliniker erreichen mit klinischen Leistungsgruppen
Krankenhaus 5, 2006, S. 390-401
90. Roger F
Case mix use in 25 countries: a migration success but international comparisons
failure
Int. Journal of medical Informatics 7, 2003
91. Rösch M, Klose T, Leidl R, Gebhard F, Kinzl L, Ebinger T
Kostenanalyse der Behandlung polytraumatisierter Patienten
Unfallchirurg 8, 2000, S. 632-639
92. Selbstverwaltung für German Refined- Diagnosis Related Groups
Text auf der Webseite [„www.g-drg.de“](http://www.g-drg.de), § 17b KHG
93. Selbstverwaltung für German Refined- Diagnosis Related Groups
Vereinbarung über Zu- und Abschläge
Text auf der Webseite [„www.g-drg.de“](http://www.g-drg.de), Vereinbarung Zu- und Abschläge

94. Selbstverwaltung für German Refined- Diagnosis Related Groups
Vereinbarung Systemzuschlag
Text auf der Webseite www.g-drg.de. Vereinbarung Systemzuschlag
95. Sell S
Einführung eines durchgängig (fall)pauschalierenden Vergütungssystems für
Krankenhausleistungen auf DRG- Basis
Sozialer Fortschritt 5, 2000, S. 103-115
96. Serden L, Lindqvist R, Rosen M
Have DRG- based Prospective payment systems influenced the number of secondary
diagnosis in health care administrative data?
Health Policy 8, 2003, S. 101-107
97. Siebert H
DRG- DRG- DRG ohne Ende
Unfallchirurg 5, 2001, S.380
98. Siebert H, Landeghem T van
DRG: Wissenswertes und Aktuelles, Fallbeispiele und Lösungsvorschläge zur
Kodierung
DGU- Mitteilungen und Nachrichten 44, 2001, S. 25-28
99. Siebig J
Kritische Würdigung und Auswirkungen des geplanten DRG- Systems
F&W 4, 2001, S. 390-392

100. Siess M
Finanzierung von Innovationen im DRG- System
Chirurg BDC 9, 2002, S. M 262- 263
101. Siess M, Bauer H, Witte J
Kommentar der DRG- Kommission
Chirurg BDC 5, 2001, S.128
102. Sitzler G
Intensivmedizinische DRGs- Risiko für Maximalversorger?
KMA 10, 2001, S. 50-53
103. Smith DJ, Robson M, Meltzer T, Smith A, McHugh T, Heggors JP
DRG- Driven change in Burn Wound Management: A Success Story
Plastic And Reconstructive Surgery Vol. 82, No. 4, October 1988, S. 710-712
104. Standl E
Zweifel am australischen Modell
Leserbrief in der Süddeutschen Zeitung vom 20.06.2001
105. Steinau HU
Beitrag zum Editorial von A. Gandjour und K.W. Lauterbach- „Medizinische Ethik
und Ökonomie im Gesundheitswesen: Ein unvereinbarer Gegensatz?“,
ursprünglich erschienen in „Versicherungsmedizin“ 54, 2002, S. 57-58;
Plastische Chirurgie 4, 2002, S.164

106. Steinau HU
DRG- Abrechnung: Eine schöne Bescherung- Editorial zum Thema
„Krankenhausfinanzierungsreform“
Plastische Chirurgie 4, 2002, S. 129-131
107. Steiner P, Bussmann J, Koerdt S
Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (FPV 2007)
Abrechnung nach der FPV 2007
Redaktionsbeilage/FPV 2007
Krankenhaus 1, 2007, S.3-16
108. Stürmer KM
Polytrauma- Leitlinie für die Unfallchirurgische Diagnostik und Therapie
Unfallchirurg 9, 2001, S. 902
109. Schlottmann N
Die Anpassung der AR- DRGs und ihre Grenzen
Krankenhaus 1, 2002, S. 26-33
110. Schlottmann N, Raskop AM
Deutsche Kodierrichtlinien für Krankenhäuser
Krankenhaus 10, 2001, S. 849-863
111. Schlottmann N, Fahlenbrach C, Brändle G, Wittrich A
G-DRG-System 2007- Abbildungsgenauigkeit deutlich erhöht
Krankenhaus 11, 2006, S. 939-951

112. Schnabel M, Mann D, Efe T, Schrappe M, v.Garrel T, Gotzen L, Schaeg M
Die Vidierkonferenz
Chirurg 10, 2004, S. 1013-1020
113. Schmitz H, Längen M, Lauterbach KW
Ist Ihr Krankenhaus ausreichend auf DRG vorbereitet?
F&W 5, 2001, S. 458-459
114. Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer
Dokumentation zum 104. Deutschen Ärztetag
DÄB Jg. 98, Nr. 22, Juni 2001, S. B- 1255-1258
115. Tischendorf JJW, Crede S, Herrmann P, Bach N, Bömeke C, Manns MP, Schaefer
O, Trautwein C
Diagnosenverschlüsselung durch Medizinische Dokumentationsassistentin oder
Stationsarzt
DMW 129, 2004, S. 1731-1735
116. Universität Münster, Online- Grouper System
<http://drg.uni-muenster.de/index.html>
117. Visse R
AR- DRG haben die Krankenhäuser in Australien verändert
F&W 6, 2001, S. 570

118. Vogt P

Zwischen Ethik, Ästhetik und DRGs: Was tut die Plastische Chirurgie für Schwerverletzte?

Abrufbar unter:

[www.http://kuk.uni-freiburg.de/hosted/vdpc2003/presse/text_vogt.doc](http://kuk.uni-freiburg.de/hosted/vdpc2003/presse/text_vogt.doc)

119. Walger M

Qualitätssicherung bei zugelassenen Krankenhäusern

Krankenhaus 11, 2000, S. 862

120. www.wikipedia.de

Diagnosis Related Groups – Beitrag vom 29.06.2006

Abgerufen

am

31.07.2006

unter

http://de.wikipedia.org/wiki/Diagnosis_Related_Groups

121. Wilke MH

Die Codierung ist Aufgabe der Ärzte

F&W 6, 2001, S. 572-576

122. Wilke MH

DRG- Ende oder Anfang für Deutsche Krankenhäuser

Unfallchirurg 5, 2001, S. 372-379

123. Wilke MH, Höcherl E, Schere J, Janke L

Die Einführung des neuen DRG- basierten Entgeltsystems in Deutschen Krankenhäusern- Eine schwierige Operation?

Unfallchirurg 5, 2001, S. 372-379

124. Wolf M

DRG- Downgrading durch Zusatzprozeduren

Handchirurgie- Mikrochirurgie- Plastische Chirurgie 35, 2003, S. 399-402

125. www.bundesrat.de

Aktuelle Mitteilungen zu Themen der Gesundheitspolitik bzw. den entsprechenden Beschlüssen des Bundesrates dazu.

Zitat abrufbar unter

<http://www1.bundesrat.de/Site/Inhalt/DE/1 20Aktuelles/1.2.1 20Pressemitte...>

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

- Abb. 1: Studienmodell am Beispiel der Diagnosen. Entsprechendes Prinzip für die Prozeduren (S.22)
- Abb. 2: Fachgebiete des Städtischen Krankenhauses München- Bogenhausen (S.24)
- Abb. 3: Das Krankenhaus München- Bogenhausen in Zahlen (S.25)
- Abb. 4: Die Abteilungsstruktur der Abteilung für Plastischen Chirurgie (S.25)
- Abb. 5: Absolute Anzahl der Fälle je Diagnosenanzahl (S.26)
- Abb. 6: Relative Anzahl der Fälle je Diagnosenanzahl (S.27)
- Abb. 7: Verschlüsselungszeit einer Diagnose je Woche (S.28)
- Abb. 8: Anzahl der Diagnosen und Verschlüsselungszeit pro Patient in Sekunden in Abhängigkeit vom Alter der Patienten (S.29)
- Abb. 9: Anzahl der Diagnosen in Abhängigkeit vom Alter der Patienten (S.30)
- Abb. 10: Verschlüsselungszeit/ Diagnosen pro Patient in Sekunden in Abhängigkeit vom Alter der Patienten (S.31)
- Abb. 11: Anzahl codierter Diagnosen pro Woche (S.32)
- Abb. 12: Diagnosen- Verschlüsselungszeit pro Woche (S.33)
- Abb. 13: Übersicht über codierte Fälle, Diagnosen und Zeit pro Woche (S.33)
- Abb. 14: Absolute Anzahl der Fälle je Prozedurenanzahl (S.35)
- Abb. 15: Relative Anzahl der Fälle je Prozedurenanzahl (S.36)
- Abb. 16: Verschlüsselungszeit einer Prozedur je Woche (S.37)
- Abb. 17: Anzahl der Prozeduren und Verschlüsselungszeit pro Patient in Sekunden in Abhängigkeit vom Alter der Patienten (S.38)
- Abb. 18: Verschlüsselungszeit/ Prozeduren pro Patient in Sekunden in Abhängigkeit vom Alter der Patienten (S.39)
- Abb. 19: Anzahl der Prozeduren in Abhängigkeit vom Alter des Patienten (S. 40)
- Abb. 20: Anzahl codierter Prozeduren pro Woche (S.41)
- Abb. 21: Prozeduren- Verschlüsselungszeit pro Woche (S.42)

- Abb. 22: Übersicht über kodierte Fälle, Prozeduren und Zeit je Woche (S.42)
- Abb. 23: Durchschnittliche Verschlüsselungsergebnisse/ Zeitaufwand Diagnosen und Prozeduren (S.43)
- Abb. 24: Probleme der Mehrarbeit durch die DRG- Einführung (S.45)
- Abb. 25: Ziele der Studie (S.46)
- Abb. 26: Abrechnung im DRG- Zeitalter (S.53)
- Abb. 27: Vergleich der Dokumentation durch Ärzte und Coder (S. 56)
- Abb. 28: Medizinisches Controlling (S.58)
- Abb. 29: DRG- Problemfeld Plastische Chirurgie? (S.65)
- Abb. 30: Kein Kommentar! (S.83)

LEGENDE ZU DEN ABBILDUNGEN 9,10,18 und 19:

-Boxlänge entspricht dem Bereich 75%-Quartile bis 25%-Quartile

-Aussenlieger/Kringel:

Fälle mit Werten zwischen 1,5 und 3 Boxlängen von der Ober- oder Unterkante der Box. Die Länge der Box entspricht dem Bereich der Interquartile.

-Extreme Werte/Sterne:

Fälle mit Werten grösser als 3 Boxlängen von der Ober- oder Unterkante der Box. Die Länge der Box entspricht dem der Interquartile.

VERWENDETE ABKÜRZUNGEN

- AN- DRG: Australian national Diagnosis Related Groups
- AP- DRG: All patient DRG
- APR- DRG: All patient refined DRG
- AR- DRG: Australian refined DRG
- BGM/ BMGS: Bundesgesundheitsministerium/ Bundesministerium für Gesundheit und Soziales
- BpflV: Bundespflegegesetzverordnung
- DIMDI: Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information
- DKG: Deutsche Krankenhausgesellschaft
- DRG: Diagnosis Related Group
- G- DRG: German Diagnosis Related Group
- GHM: Groupes homogenes de maladies
- GKV: Gesetzliche Krankenversicherung
- HCFA- DRG: Healthcare- Financing- Administration- DRG
- HDG: Hauptdiagnosegruppe
- ICD: International classification of diseases
- InEK: Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
- KHEntgG: Krankenhausentgeltgesetz
- KHG: Krankenhausfinanzierungsgesetz
- LDF: Leistungsbezogene Diagnose- Fall- Gruppe
- LKF: Leistungsorientierte Krankenhausfinanzierung
- MDK: Medizinischer Dienst der Krankenkassen
- MEL: Medizinische Einzelleistung
- NCSP: Nordic classification of surgical procedures
- NORD- DRG: Skandinavisches DRG- System
- OPS: Operations- Prozeduren- Schlüssel

WISSENSCHAFTLICHE PUBLIKATIONEN IM RAHMEN DER ARBEIT

1. Heinze, R., Ninkovic, M., Thiede, T., Hoefter, E.
G-DRGs 2009 - ausgewählte Beispiele aus der Mammachirurgie: Wie differenziert bildet das DRG-System 2009 ab?
Handchir Mikrochir Plast Chir 2009; 41: 117-127
2. Hoefter E., Thiede T., Heinze R., Schmiedl S., Mühlbauer W., Ninkovic M.
Objektive Zeiterfassung zur Verschlüsselung von Diagnosen nach den ICD-10 Kodierrichtlinien
35. Jahrestagung der Vereinigung der Deutschen Plastischen Chirurgen,
Düsseldorf, 2004

DANKSAGUNG

Ich möchte mich herzlich bei meinem ersten Doktorvater Herrn Prof. Dr. Wolfgang Mühlbauer für die Überlassung des spannenden Themas bedanken sowie bei seinem Nachfolger und somit meinem zweiten und endgültigen Doktorvater Herrn Prof. Dr. univ. Milomir Ninkovic für die Übernahme der Arbeit inklusive des Doktoranden.

Mein herzlicher Dank gilt weiterhin Herrn Dr. Eugen Hoefter für die Betreuung und Anleitung in allen Phasen sowie manch schöne Segelstunde auf dem Starnberger See. Mein Dank geht natürlich auch an meinen Freund und Kommilitonen Ralph Heinze, langzeitiger Weggefährte in Sachen Studium und „Doktorwerdung“.

Weiterhin möchte ich mich bei Frau dipl. Math. Raymonde Busch vom Institut für Medizinische Statistik und Epidemiologie der Technischen Universität für die unbezahlbare Hilfe bei Erstellung und Auswertung der Statistiken und Graphiken bedanken.

Herzlichen Dank auch an die gesamte Belegschaft der Klinik für Plastische, Rekonstruktive, Hand- und Verbrennungschirurgie des Klinikums Bogenhausen für die lebenswerte Unterstützung der Arbeit insbesondere während der anfänglichen viermonatigen Studienphase.

Ausserdem gilt mein tiefster Dank meinen Eltern, meiner Alex und den Rolling Stones für entscheidende Beeinflussung und Verschönerung meiner bisherigen Jahre.

It's only Rock`n`Roll, but I like it...

