

# Einführung der DRGs: Auswirkungen und Konsequenzen für die stationäre Versorgung in der Dermatologie

C. E. Orfanos

*Introduction of DGR's: Influence and Consequences for the In-Patient Treatment in Dermatology*

Originalarbeit

## Zusammenfassung

Die Einführung des DRG-Abrechnungssystems in den Krankenhäusern der Maximalversorgung bzw. in den Universitätskliniken in Deutschland setzt bei der stationären Versorgung ein Umdenken voraus und wird zu Veränderungen der täglichen Abläufe im Krankenhaus führen. Das neue System hat lediglich ökonomische Ziele, seine Eignung im Hinblick auf die soziale und medizinische Qualität der Gesundheitsstrukturen in Deutschland wurde weder geprüft noch diskutiert. Zusammen mit dem zurzeit aus betriebswirtschaftlichen Gründen begonnenen Bettenabbau sind Engpässe der stationären Finanzierung zu erwarten und Management-Defizite werden offenbar. Als strategische Antwort darauf müssten die Ärzte während ihrer Weiterbildung auf das neue System eingestellt werden und die Krankenhausverwaltungen müssten gesonderte Dokumentations-Assistenten bzw. Medizin-Controller einführen, die ihrerseits die Leistungserfassung der Ärzte erlösorientiert optimal kodieren sollen. Damit bleibt die ethische Transparenz gewahrt, die gerade in den Krankenhäusern der Maximalversorgung unabdingbar ist. Hierzu müssten die internen Kommunikationswege elektronisch umgestellt und das Krankenhaus-Management müsste gründlich umstrukturiert werden. Ohne diese und weitere Anpassungsschritte die fällig sind, z. B. gesonderte Budgetierungen für die einzelnen Kliniken, ihre Beteiligung an eventuellen Überschüssen, verbesserte Serviceleistungen für Selbstzahler etc., wird der bürokratische Aufwand in den Kliniken zunehmen, das neue Abrechnungssystem aber wird seinen Zweck eher verfehlen. In jedem Fall muss-

## Abstract

The introduction of the DRG-System in the administration of large hospitals particularly in university medical centers in Germany will cause a change of our thinking and will modify our routine hospital care procedures. The new system has clearly monetary targets, its applicability concerning the maintenance of social and medical quality of health care in Germany was not investigated and has not been discussed. Together with the reduction of the number of beds for inpatients that takes place presently, the introduction of DRGs may lead to difficulties for financing appropriate management for inpatients and deficits in management will surface. As a strategic answer, hospital physicians should be made appropriately acquainted to the system and units for medical controlling specialized to optimize the coding system should be established, separately from the physicians directly involved in treating patients, for ensuring ethical transparency. In addition, internal communication hospital systems should be updated, and the overall management of university hospitals should be restructured. Without these measures and other adjustments, such as separate budgets for each Department, their participation in economic benefits, improved services for private patients etc., the bureaucratic procedures will increase, the quality of hospital health care will not improve, however, the new system will probably fail its goal. The impact of the DRG's on the social and medical part of the system should be carefully analyzed before its implementation, in order to avoid damage in the quality of university medicine in Germany.

223

## Institutsangaben

Klinik für Dermatologie, Universitätsklinikum Benjamin Franklin, Freie Universität Berlin

## Anmerkung

Nach einem Vortrag anlässlich der Frühjahrstagung der Berliner Dermatologischen Gesellschaft, Dermatologisches Forum, Berlin, April 2003

## Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Prof. h. c. C. E. Orfanos · Klinik für Dermatologie · Universitätsklinikum Benjamin Franklin · Freie Universität Berlin · Fabbeckstraße 60 – 62 · 14195 Berlin · E-mail: c.orfanos@medizin.fu-berlin.de

## Bibliografie

Akt Dermatol 2003; 29: 223–229 © Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York · ISSN 0340-2541

ten neben der Wirtschaftlichkeit auch die sozialen und medizinischen Auswirkungen des DRG-Systems vor seiner Einführung analysiert werden, um Schäden in der Qualität der Universitätsmedizin in Deutschland abzuwenden.

In den nächsten Monaten wird zum Zwecke der stationären Abrechnung in einigen Krankenhäusern der Maximalversorgung, so auch im Universitätsklinikum Benjamin Franklin der FUB, das System der *diagnose-related-groups* (DRGs) eingeführt. Andere große Krankenhäuser haben damit bereits erste Erfahrungen gesammelt. Die Klinik für Dermatologie der FU hat mit dem bisherigen Abrechnungssystem nach Pfliegetagen sowohl während der Zeit im Haupthaus als auch nach ihrem Umzug in das ehemalige US-Hospital Gewinne für das Klinikum erwirtschaftet. Hautleiden sprechen auf relativ einfache äußerliche Behandlungsmaßnahmen an, die wirtschaftlich sind und keiner großen Investitionen bedürfen. Dazu kommt, dass in der Dermatologie viele, z.T. teure Medikamente wegen ihrer Nebenwirkungen häufig abgesetzt werden, und auch die diagnostischen Maßnahmen selbst in den Universitätsklinikum weniger umfangreich und daher insgesamt preiswert sind.

Eine Zusammenstellung der Einnahmen im Vergleich zu den Sach- und Personalkosten der Berliner Hautklinik im UKBF wurde im vergangenen Jahr erstellt, die dies dokumentiert. Diese Daten belegen auch, dass eine Nichtfortführung des dermatologischen Lehrstuhls an der FUB – wie von der Expertenkommission im Jahr 2002 vorgeschlagen wurde – keine Einsparungen, sondern Verluste für das Klinikum der FU zur Folge hätte, unabhängig davon, dass die Dermatologie als erfolgreiches, forschungssintensives Fach im Kanon der medizinischen Pflichtfächer an der FU fehlen würde. Insbesondere den Schwerpunkt Dermato-Onkologie gilt es, unter allen Umständen zu erhalten, da sowohl von der Aktualität und der Zahl der Fälle, als auch von seiner Bedeutung her dieses Patientenkollektiv viele Vorteile bietet.

### Einführung des DRG-Systems

Die Einführung des neuen Abrechnungssystems in den Universitätsklinikum und anderen Krankenhäusern der Maximalversorgung im Jahre 2003 wird die medizinische Versorgung und die Abläufe im stationären Bereich der konservativen Abteilungen gründlich verändern. Für die betroffenen Kranken wird mittelfristig die hohe Qualität einer in Europa lang erprobten, *umfassenden Versorgungsmedizin* zugunsten einer *interventionellen Notfallmedizin* nach australischem oder amerikanischem Muster aufgegeben. Derjenige, der diese Länder gut kennt, weiß wie hochkarätig die konservative medizinische Versorgung in Deutschland war und noch ist, im Vergleich zu den Umständen dort.

Obwohl das Jahr 2003 als Übergangsjahr gilt und eine volle Umstellung auf das DRG-Abrechnungssystem erst für das Jahr 2004 geplant ist, erscheint es bereits jetzt sinnvoll, über die Konsequenzen, die auf die behandelnden Klinikärzte demnächst zukommen, nachzudenken und die Änderungen in den ärztlichen Abläufen, die zu erwarten sind, zu beleuchten.

Die Ärzte müssen sich rechtzeitig mit den Kodierrichtlinien vertraut machen, zumal die Deutsche Dermatologische Gesellschaft hierfür einen Leitfaden herausgebracht hat [1,2].

### Fallpauschalen und Kodierungsqualität

Die Vergütung für die stationäre Behandlung von Hautkranken ist nach dem neuen DRG-System je nach Diagnose pauschaliert, wobei die Besonderheiten des Einzelfalls, Nebendiagnosen, Komplikationen etc. für die Vergütungshöhe mitentscheidend sind. Mit anderen Worten, der Erlös den ein Krankenhaus für die Behandlung eines stationären Kranken bekommt, errechnet sich aus einem *Basisfallpreis* und einem *DRG-Relativgewicht*. Hierzu gehören: *Alter des Patienten, Hypertonie, Diabetes, Anämie, Leukopenie, Herzinsuffizienz, Kreislaufstörungen, Arzneimittelreaktionen, Depressionen*, u.v.a. Diese Nebendiagnosen und Besonderheiten des Einzelkranken spielen eine wichtige Rolle und müssen miterfasst bzw. entsprechend kodiert werden, damit man künftig eine angemessene Vergütungshöhe erreichen kann. Die dermatologischen Hauptdiagnosen allein reichen in der Regel nicht aus, um einen Krankenhausaufenthalt von mehreren Tagen oder gar Wochen zwecks konservativer Versorgung zu finanzieren. Wichtig ist, dass bestimmte Kombinationen eine entscheidend höhere Vergütung erzielen als andere. Eine umfassende Erfassung und Kodierung aller Diagnosen, Nebendiagnosen, Prozeduren und Besonderheiten des Einzelfalles kann eine wirtschaftlich günstige Fallpauschale ergeben, während eine unvollständige zu finanziellen Verlusten für das Krankenhaus führen muss. Ähnliche Abrechnungsmodalitäten und Systemdenken waren bisher in Deutschland nur aus den Praxen der niedergelassenen Ärzte bekannt, doch für die Kliniken, insbesondere im universitären Bereich, sind sie *neu* und werden nicht ohne Nachwirkungen bleiben.

In diesem Zusammenhang muss unterstrichen werden, dass das Medizinstudium in Deutschland nicht darauf eingestellt ist, den Studenten beizubringen in spezifizierten GOÄ- oder DRG-Kategorien zu denken. Im Gegenteil, gerade in unserer Zeit wird einer *Ganzheitsmedizin* der Vorzug gegeben, was im Prinzip dem ärztlichen Ethos besser entspricht. Der „gute“ Arzt soll ohnehin jeden Patienten als Ganzes sehen, als leidendes, hilfesuchendes Individuum, nicht etwa als physikalisches Konstrukt, dessen Einzelteile erkrankt sind. Die jungen Ärzte sind auch nicht daran interessiert, in Rechenkünsten ausgebildet zu werden, die sie später für ihre ärztliche Tätigkeit kaum brauchen werden, soweit heute übersehbar. Insofern müssten die Krankenhaus-Verwaltungen die Kodierungen, die die jungen Stationsärzte nebenher eingeben, durch Spezialisten überprüfen und deren Qualität *optimieren*, um eine erfolgreiche Wirtschaftsführung zu erzielen [3].

Mit dem neuen System müssen die Ärzte während ihrer Weiterbildung angehalten werden darauf zu achten, die Nebendiagnosen, Komplikationen, Nebenwirkungen und sonstige Besonderheiten im Einzelfall, viele die bisher im Rahmen des ärztlichen Versorgungsdenkens selbstverständlich mitgepflegt und mitbehandelt wurden ohne sie gesondert anzuführen, zu vermerken bzw. in den Verlaufsbogen, Krankenblättern, Arztbriefen etc. besonders hervorzuheben. Diese Betrachtungsweise, die vor allem auf die Vergütung gerichtet ist, wird nicht immer gelingen. Ohne

eine Optimierung durch Kodierungs-Spezialisten wird es jedenfalls in Zukunft nicht mehr möglich sein, eine Klinik zu führen, genauso wie es heute nicht möglich ist, eine Praxis zu führen ohne sich in den Abrechnungsmodalitäten der GOÄ auszukennen.

*Ist dies ein sinnvolles System für die Gesamtmedizin?* Die Zeit wird es zeigen. Jedenfalls werden nur diejenigen Kliniken die DRGs überleben, die mit dem neuen Abrechnungs-System optimal umgehen können.

## Interne Organisation und Management

Wenn man auch unter DRG-Bedingungen die stationäre Krankenversorgung wirtschaftlich gestalten oder gar in eine Gewinnzone hinführen möchte, ist für alle Fächer ein gezieltes Management notwendig, das vom unmittelbar am Patienten tätigen ärztlichen und Krankenpflegepersonal verstärkte Anstrengungen abverlangt. Hierzu ist es eine unabdingbare Voraussetzung, dass die Verwaltungsabläufe reorganisiert, neu strukturiert und dem System angepasst werden müssen, um die Herausforderungen zu bestehen. Insbesondere werden die Verwaltungsvorgänge künftig rapide zunehmen, so dass es auf eine schnellere interne Kommunikation mittels elektronischer Speicherung und Automatisierung der Daten ankommen wird.

Die Dermatologie könnte sich auch nach der Einführung des neuen Abrechnungssystems aufgrund ihres umfangreichen klinischen „Know-how“ durchaus behaupten, zumal das Fach außerordentlich breit angelegt ist. Die besonderen Teilgebiete, die nach dem DRG-System wirtschaftlich begünstigt werden, können mit entsprechender Steuerung durch erfahrene Ärzte betont und intensiv gepflegt werden. Zu diesem Zweck müssten die DRG-Diagnosenkomplexe, die in der Dermatologie besonders wirtschaftlich sind, gezielt berücksichtigt, Patienten über nur wenige Tage stationär behandelt und zügig in die ambulante Versorgung entlassen werden. Ziel wäre vor allem die Fallzahl zu erhöhen, um die Finanzierung zu sichern. Bereits hier wird sichtbar, wie sehr sich die künftige Zielsetzung von den bisherigen Forderungen, die an die universitäre Medizin gestellt wurden, abweichen wird.

Eine gründlich durchdachte Kodierung der stationären Fälle wird für eine wirtschaftliche Führung unabdingbare Voraussetzung. Da Ärzte im Allgemeinen weder *Kodierungs-Spezialisten* sind, noch werden können, ist es unumgänglich, *geeignete Dokumentationsassistenten/innen* damit zu beauftragen oder aber Ärzte, die doch bereit sind, sich intensiv damit zu befassen und die Möglichkeiten des Systems im Interesse der Kliniken voll auszunutzen. Leider sind derartige Stellen in den Personalplänen der Universitäts-Kliniken bisher nicht vorgesehen (z. B. *Medizin-Controller, Stationsassistent, clinical supervisor*), und müssen erst geschaffen werden [4]. Die Verwaltungsdirektoren müssten schnell reagieren. In keiner Weise darf man sich darauf verlassen, dass unerfahrene AiPs und junge Stationsärzte die Kodierung nebenher übernehmen, unabhängig davon, dass sie dadurch ihre *ärztlichen Kernkompetenzen* vernachlässigen müssten. Aus diesen und weiteren Gründen einer *ethischen Transparenz* halte ich es für unabdingbar, dass die unmittelbar behandelnden Ärzte von

den erlösorientiert kodierenden Kräften im Krankenhaus getrennt agieren.

Gerade in der Dermatologie erscheint jedenfalls die Erfassung der *DRG-begünstigten Diagnosekomplexe* wichtig, weil dermatologische Hauptdiagnosen allein nicht ausreichen, um hohe DRG-Punkte zu erzielen und die notwendigen Kosten für eine umfassende konservative Versorgung des Kranken abzudecken, die personalintensiv ist. Dazu kommt, dass die Dermatologie relativ wenige Leistungen als DRG-relevante Prozeduren anbieten kann, etwa im Vergleich zur Chirurgie [5].

## Reduzierung der Verweildauer

Aus vorläufigen Berechnungen gewinnt man den Eindruck, dass mit dem DRG-Abrechnungssystem im Durchschnitt mit einer Grundvergütung von ca. 2000 oder allenfalls 3000 € pro Fall und Krankenhausaufenthalt zu rechnen ist (*base rate* des *case mix*: 0.8–1.0). Dieser Betrag reicht mit Sicherheit nicht aus, um eine ausgedehnte Psoriasis oder ein ausgedehntes Ekzem ausreichend über 2 oder gar 3 Wochen in einer Universitätsklinik zu behandeln, wie es bisher oft der Fall war. Es ist überhaupt die Frage, ob in Zukunft *genügend Betten* vorhanden sein werden, um einen Patienten mit einer chronischen Dermatose 2–3 Wochen im Krankenhaus zu behalten. Die Verweildauer in den Krankenhäusern wird jedenfalls drastisch reduziert werden müssen, um die Kosten zu senken. Dazu wird sicherlich auch der Bettenabbau führen, der gleichzeitig überall im Lande im Gange ist (s. u.). Hoffentlich wird man durch den übermäßigen Druck, den die Ökonomie auf die Krankenhäuser der Maximalversorgung ausübt, nicht dazu kommen, dass 1 Million Patienten auch bei uns auf ein Krankenhausbett warten, wie in Großbritannien, oder andere, ähnliche Lücken im Gesundheitssystem entstehen, wie in den skandinavischen Ländern.

Sollten die bisher errechneten und den Kostenträgern in Rechnung gestellten Tagespflegesätze der Universitätsklinik den tatsächlichen Kosten entsprechen, die ein Patient pro Tag einer Klinik verursacht (Tab. 1), kann ein Hautpatient künftig bis zu allenfalls 6–8 Tagen im Krankenhaus bleiben, damit die entstehenden Kosten auch mit den DRG-Tarifen gedeckt bleiben. Wird ein Patient etwa in der Mitte einer Woche aufgenommen, so könnte der Aufenthalt noch etwas länger dauern, da die diagnostischen und sonstigen Sachkosten über die Wochenenden im Durchschnitt geringer sind.

Tab.1 Daten aus der Klinik für Dermatologie im UKBF, Berlin (2002/03)

Basispflegesatz:	ca. 110€	(Zimmer, Verpflegung, Basisservice)
abteilungsspezifischer Pflegesatz:	ca. 280€	(diagnostische und therapeutische Maßnahmen, Personalkosten)
Summe	ca. 400€/Tag	
durchschnittliche Verweildauer	11,1 Tage	= 4440 € pro Fall

Da mittels der bisher errechneten und der Vergütung zugrunde gelegten Sätze die Hautkliniken bisher in aller Regel Gewinne erwirtschafteten, kann man davon ausgehen, dass Hautpatienten künftig *höchstens bis zu 10 Tage* im Krankenhaus behandelt werden könnten, ohne zusätzliche Kosten für das Haus zu verursachen (Tab. 2).

Tab. 2 Casemix-Index und Kalkulation der Fallgewichte nach DRG in den Hautkliniken

Casemix-Index errechnet aus den Daten von 19 innerhalb der DDG kooperierenden Kliniken (meist städtisch)	0,85
voraussichtliches Fallgewicht der „base rate“	1,0 = ca. 2900€ pro Fall (variabel) + evtl. Zusatzentgelte und Zuschläge (bundesweit bzw. landesweit einheitlich)

Man muss jedenfalls davon ausgehen, dass ein künftiger Krankenhausaufenthalt von mehr als 10 Tagen mit den vom DRG-System vorgesehenen Pauschalen nicht finanziert werden kann, selbst wenn man alle Möglichkeiten des Kodierungssystems ausgeschöpft hat. Demnach muss die Verweildauer der Hautpatienten in den Kliniken rigoros *auf 6–8 Tage* im Durchschnittsfall, in besonders schweren Fällen *auf höchstens 10–12 Tage reduziert werden*. Damit werden Bettenkapazitäten frei, um die Fallzahl selbst bei einer Minderung der Betten zu erhalten oder gar zu erhöhen. *Dies ist allerdings nur dann möglich, wenn die Arztlzahl der Kliniken nicht auch reduziert, sondern an die Fallzahl gekoppelt wird.*

Zweifellos wird dieses Vorgehen auf die *Behandlungsqualität*, vor allem aber auf die *Lebensqualität* der vielen Patienten mit subchronischen oder chronischen Hautkrankheiten einen Einfluss haben. So bedauerlich das ist, haben die zu erwartende Einbuße an Qualität nicht die Ärzte zu verantworten. Auf der anderen Seite wird das System die *Interaktion mit den niedergelassenen Ärzten* intensivieren und stärken müssen, sofern von Seiten des praktizierenden Arztes Potenzen vorhanden sind und der heutige Trend zur Kosmetik dies gestattet.

### Bettenabbau, Höhe der Fallzahl und Auswirkungen auf Krankenversorgung und Lehre

Die *Höhe der Fallzahl* wird somit in Zukunft der wichtigste Parameter sein, der die Einnahmen einer Klinik bestimmt, und eine hohe Fallzahl müsste bei einer möglichst geringen Bettenzahl erreicht werden, um die Personalkosten niedrig zu halten. Da beispielsweise die Klinik für Dermatologie der FU im UKBF über die Jahre eine ca. 80–85%ige Auslastung ihrer Betten (früher 68, jetzt 50) vorweisen konnte, erscheint heute bei strenger Beachtung der Wirtschaftlichkeit eine 10–15%ige Reduzierung der Bettenzahl ohne Einbußen in der Fallzahl vertretbar. Bei Optimierung der Auslastung erscheint auch eine Reduzierung bis zu 20% (d.h. auf 40 Betten) möglich. Eine darüber hinausgehende

Minderung der Betten würde allerdings zu einer spürbaren Minderung der Fallzahl und damit zu einer deutlichen Reduzierung der Einnahmen aus der stationären Krankenversorgung führen.

Um eine Minderung der Fallzahl in den dermatologischen Kliniken nach Einführung der DRGs durch Steigerung der Auslastung möglichst niedrig zu halten oder sie gar abzuwenden, wird man es nicht vermeiden können, *das ärztliche Verhalten dem Gebot der Ökonomie anzupassen*. Hier wird man auf ein sehr durchdachtes Vorgehen der jüngeren Stationsärzte angewiesen sein, um die Sicherheit der Patienten nicht zu gefährden. Wie bereits oben angeführt, ist eine solche Maßnahme nur dann möglich, wenn nicht auch die Arztstellen reduziert werden, ein Schritt, der völlig in die falsche Richtung gehen und das System völlig aus den Angeln heben würde. Sollten sowohl die Betten drastisch reduziert – wie es die Krankenkassen wollen – als auch die Arztstellen zahlenmäßig eingeschränkt werden – wie manche Verwaltungen es ins Auge gefasst haben – wäre das System nicht mehr in der Lage, die Versorgung zu sichern, und auch die wirtschaftlichen Defizite würden größer werden, statt kleiner.

Welche Auswirkungen die Bettenreduzierung auf die *studentische Lehre* haben wird, hängt von der Studentenzahl ab und wurde in den bisherigen Überlegungen und Vorschlägen zur Strukturreform der Hochschulmedizin in Berlin praktisch nicht berücksichtigt. In Anbetracht der weiterhin hohen Studentenzahlen (im WS 2002 wurden wiederum *1061 Studenten* der Humanmedizin an der FU und HU in Berlin zugelassen!) bleibt als einziger Ausweg die *Verlagerung großer Teile der Pflichtkurse und Vorlesungen in städtische Lehrkrankenhäuser*. Möglicherweise wird dadurch die Lehrqualität der studentischen Lehre künftig einen anderen Charakter bekommen, mit nachhaltiger Betonung der praktischen Orientierung.

### Gezielte stationäre Aufnahme von Hautkranken

Wenn man den wirtschaftlichen Aspekten hohe Priorität einräumt, müssten in der Dermatologie gesonderte Krankheitskollektive für eine stationäre Aufnahme bevorzugt werden, die nach Möglichkeit zu kostengünstigeren Fallpauschalen führen. Ebenso Selbstzahler, die weitere ökonomische Vorteile bieten. Unabdingbar wäre es dabei ärztliche Aufgaben nicht zu vernachlässigen. Hier sind folgende Krankheitsgruppen zu nennen:

- Ausgedehnte Ekzeme mit Superinfektion* durch Staphylokokken, E. coli, Streptokokken, Pseudomonas (Sepsisgefahr etc), sowie Candidosen, insbesondere der Schleimhäute (oropharyngeal, Ösophagitis, urogenital).
- Schwere, generalisierte Infektionen* der Haut durch Bakterien und Viren (nekrotisierender Zoster, Ekzema herpeticatum, Phlegmonen, Erysipele, Abszesse, nekrotisierende Faszitis etc.), vor allem bei abgeschwächter bzw. brachliegender Immunabwehr, iatrogenen Immunsuppression (Kortison), Lokalisation an den Schleimhäuten, Diabetes, u. v. a.
- Schwere Dermatosen* meist auf immunologischer Basis, z. B. LE, Sklerodermie, Dermatomyositis, bullöse Dermatosen. Hier wird man gezielt ältere multimorbide Kranke mit Diabetes mellitus, Herz- und Kreislaufstörungen, Niereninsuffizienz, Arthropathie etc. für eine stationäre Aufnahme gezielt berücksichtigen müssen.



- d) *Unverträglichkeitsreaktionen* (z. B. toxische oder/und allergische Arzneimittelschäden, anaphylaktischer Schock, Serumkrankheit) und multiple Allergien bei älteren Patienten mit Superinfektion, Immunsuppression, Diabetes mellitus etc.
- e) *Bösartige Neubildungen der Haut* mit Operations- oder/und Chemotherapiebedarf.
- f) *Alle weiteren Indikationen der Dermatochirurgie:*
  - Wundheilungsstörungen (chronische Wunden, chronische Ulzera), z.B. bei Varikosis, vor allem mit Indikation zur Hauttransplantation, großflächigem operativem Débridement u. a.
  - Sonstige Operationen an der Haut und an den Schleimhäuten (Varikosis, Narbenkorrekturen, Keloide, Hämorrhoidal-leiden)
- g) *Patienten mit HIV-Infektion*, d. h. solche mit opportunistischen Infektionen und HIV-assoziierten Tumoren der Haut.
- h) *Selbstzahler* aller Art, insbesondere solche, die operative Leistungen voraussetzen bzw. wünschen (medizinisch indizierte oder elektive Behandlungsmaßnahmen).

### Ärztliches Vorgehen bei der stationären Versorgung

Bisher ist man in nahezu allen konservativen Fächern in der Form vorgegangen, dass man erst die Diagnose gestellt, dann die Therapie eingesetzt und schließlich den Patienten in der Regel nach dem ersten Anzeichen einer Besserung bzw. Stabilisierung entlassen hat. In Zukunft wird man in den nicht-operativen Fällen dieses Vorgehen oft „stückeln“ müssen, da eine sichere Diagnosestellung und eine anschließende Behandlung in wenigen Tagen praktisch unmöglich ist, vor allem nicht in der Dermatologie.

#### Einige denkbare Beispiele

- a) Patienten mit *klassischen Krankheitsbildern der Haut* (z. B. Psoriasis, Neurodermitis, bullöse Dermatosen) werden zur Erst- bzw. Akutversorgung und Sicherung der Diagnose aufgenommen und nach 5–6 Tagen entlassen. Der Einsatz einer gezielten Therapie nach entsprechender Testung, Kultur, Eingang der Histologie etc. wird ambulant erfolgen müssen. Bei Behandlungsmisserfolg, Unverträglichkeit oder sonstigen Komplikationen wird der Kranke erneut aufgenommen, um eine neue, bessere oder intensivere Therapie einzusetzen. Als Einweisungs- bzw. Hauptdiagnose für die zweite Aufnahme würde dann die jeweilige Komplikation oder Unverträglichkeit gelten müssen.
- b) Patienten mit *ausgedehnten Ekzemen* bzw. *ekzematisierten Dermatosen* (Kontaktallergien, fototoxische Reaktionen, Erythrodermien) werden kurzfristig zur Linderung der klinischen Symptomatik aufgenommen und nach erster Besserung nach 6–12, höchstens nach 14 Tagen entlassen. Die diagnostischen Maßnahmen (Allergie-Testung, Lichttestung u. a.) und alle Nachbehandlungs-Maßnahmen einschließlich Stabilisierung müssten in einem späteren, zweiten stationären Aufenthalt erfolgen, sofern sie nicht ambulant möglich sind.
- c) Patienten mit *Hautinfektionen* durch Bakterien und Viren (z. B. Pyodermien, Erysipele, Zoster) werden antibiotisch bzw. virustatisch mittels intensiver parenteraler Applikation über 5–6 Tage behandelt, die Fortsetzung der Therapie wird auf oralem Wege ambulant erfolgen müssen. Bei Nichterfolg

oder Rezidiv bzw. zur Behandlung eventueller Komplikationen werden die Patienten ambulant betreut bzw. erneut aufgenommen.

- d) Bei *Hauttumoren und sonstigen operativen Indikationen* (Melanom, Karzinom, Basaliom) werden die Patienten aufgenommen, kurzfristig operiert und 4–5 Tage danach entlassen werden müssen. Eine evtl. notwendige postoperative, adjuvante Therapie würde in einem zweiten stationären Aufenthalt eingesetzt werden, ebenso wie die Behandlung von eventuellen Komplikationen (postoperative Wundinfektion, nicht ausreichende Tumorexzision etc.).
- e) Bei *Chemotherapien* werden die Patienten mithilfe der notwendigen Medikamente behandelt und 1–2 Tage danach entlassen. Treten Leukopenien oder sonstige Komplikationen auf, wird der Kranke erneut aufgenommen werden müssen. Eine kalkulierte *Leukopenie-Prophylaxe* nach Abschluss der Behandlung, die bei Melanom-Patienten gelegentlich praktiziert wird, könnte künftig nur in ausgesprochen hochgefährdeten Fällen eingesetzt werden.

Diese Beispiele sind für viele andere exemplarisch und zeigen, in welch hohem Maße *ein unterschiedliches ärztliches Verhalten vor und nach der DRG-Einführung erforderlich sein wird*. Möglicherweise wird man eine kurzfristige Entlassung und Wiederaufnahme des Kranken nutzen wollen, um die Fallzahl zu erhöhen, sofern dies die Gesundheit des Kranken nicht gefährdet. Obwohl diese Vorgehensweise das ärztliche Sicherheitsnetz stark beansprucht wird, ist es möglich, dass sie die Zustimmung vieler Patienten findet, die das Ausmaß einer möglichen Gefährdung nicht erkennen können und den Aufenthalt im Krankenhaus aus persönlichen Gründen kürzen bzw. unterbrechen möchten.

Der *bürokratische Aufwand* wird für den Klinikarzt unter den DRG-Bedingungen in jedem Fall zunehmen, und die Verwaltungsvorgänge werden sich auf diese Weise in hohem Maße vervielfältigen, womit der Personalaufwand belastet wird. Beispielsweise müssten Patienten von einer Abteilung in die andere nicht verlegt, sondern vorzugsweise entlassen und mit einer neuen, fachspezifischen Diagnose wieder aufgenommen werden. Auch die gleichzeitige Behandlung von zwei verschiedenen Diagnosen in einem einzigen Krankenhausaufenthalt wird aus Gründen der Wirtschaftlichkeit praktisch ausbleiben, sondern zwei getrennte stationäre Aufenthalte werden vorgezogen. Die *Personalausstattung* der Kliniken muss selbstverständlich an derartige Umstände angepasst sein, wenn eine Optimierung der Wirtschaftlichkeit realistisch angestrebt werden soll.

Dazu müsste künftig auch die *Unterbewertung der konservativen und pflegerischen Leistungen* im DRG-System entschieden nachgebessert werden, eine Forderung die mit Nachdruck durchzusetzen ist.

### Künftige Möglichkeiten für eine Optimierung der Wirtschaftlichkeit in der Dermatologie

Für die baldmögliche Realisierung einer wirtschaftlichen Aufnahme- und Versorgungspolitik im stationären Bereich im Zeitalter der DRGs werden in den dermatologischen Kliniken vor allem *interventionell und operativ tätige Ärzte* benötigt, insbeson-

dere auf dem Gebiet der klassischen Dermatochirurgie. Beispielsweise verfügt die Klinik für Dermatologie im UKBF zur Zeit über nur 1 operativ tätigen Arzt, der darüber hinaus das gesamte Indikationsfeld nicht abdecken kann. Da bereits zwei Planstellen der Klinik, die mit Dermatochirurgen besetzt waren, in den letzten Jahren aus Gründen der Kostenersparnis gestrichen oder gesperrt wurden, müsste die *dermatochirurgische Kapazität* künftig verstärkt werden, um den Anforderungen des DRG-Systems standzuhalten. Zumindest die Einstellung von 1–2 weiteren Kollegen, die am besten über 2–3 Jahre chirurgische Erfahrungen verfügen, wäre erforderlich, um die notwendige DRG-Orientierung zu stärken und mögliche Indikationsbereiche zu erweitern. Insbesondere müsste die Zahl der DRG-vergüteten Prozeduren pro Patient im dermatologisch-konservativen Bereich erhöht werden, um den *Casemix-Index* möglichst zu erhöhen. Hier sind operative Fächer im Vorteil (Tab. 3).

Tab. 3 Abteilungsbezogener Casemix-Index (nach einer vorläufigen Leistungserfassung UKBF/Berlin, 2003)

Intensiv-Versorgung	2,2–5,8
Chirurgische Abteilungen	1,4–1,8
Infektiologie/Kardiologie/Pulmologie	um 1,4
Konservative Abteilungen (Innere Medizin, Dermatologie u. a.)	0,8–1,2
Kinderheilkunde Psychosomatik	0,6–0,7

Sollte es weiterhin möglich sein, für nachstationäre ambulante Patienten höhere Entgelte mit den Kostenträgern zu vereinbaren, so wäre es angebracht, die nachstationäre Betreuung von Hautkranken zu verstärken. Auch die verstärkte Nutzung von Tageskliniken bzw. einer teilstationären Versorgung wäre sinnvoll, um die Betreuung der in der Regel früh entlassenen stationären Kranken zu gewährleisten, falls hierfür günstige Pauschalen mit den Kostenträgern vereinbart werden könnten. Damit wäre es vertretbar, die stationäre Verweildauer radikal zu kürzen und die Fallzahl zu erhöhen, ohne die ärztlichen Belange zu vernachlässigen und die Sicherung der Krankenversorgung zu gefährden.

Weitere Möglichkeiten, die Wirtschaftlichkeit in Anbetracht der bevorstehenden DRG-Einführung zu verbessern, wären folgende:

- Als sehr sinnvoll muss die Möglichkeit überdacht werden, eine *eigene Budgetierung* für jede Klinik aufzustellen, die mit Unterstützung der Verwaltung direkt von der Klinikleitung überwacht und gestaltet wird.
- Stimulierend für alle Anstrengungen der klinisch tätigen Ärzte wäre es, im Falle einer gewinnbringenden Wirtschaftsführung eine *anteilige Teilnahme und Bevorzugung an evtl. Überschüssen* zu vereinbaren, die dem Budget der betroffenen Klinik direkt zufließen.
- Im poliklinischen Bereich wäre es unter den neuen wirtschaftlichen Aspekten denkbar, den *Anteil der Selbstzahler* – der in der Hautpoliklinik im UKBF ohnehin die höchste im Klinikum ist – noch mehr zu erhöhen und die Einzelleistungsabrechnung unter Heranziehung eines erfahrenen Dokumenta-

tionsassistenten gründlich zu nutzen. Ein Wunsch für die Zukunft wäre, eine Einzelleistungsabrechnung für die Kassenpatienten, die in den universitären Polikliniken betreut werden, einzuführen.

- Ebenso wäre es sinnvoll zu überlegen, inwieweit es mit den bisherigen universitären Regeln vereinbar ist, das *Liquidationsrecht* auf mehrere Professoren evtl. auch auf spezialisierte Fachärzte einer Universitätsklinik auszudehnen, vor allem im ambulanten, möglicherweise auch für den stationären Bereich, um den Kontakt mit den Patienten stärker zu personalisieren und die Motivation für die wirtschaftlichen Aspekte zu stärken.
- Als Weiteres wäre für die Dermatologie die Möglichkeit überlegenswert, mit vereinten Kräften *Verbünde für Dermatologie, Allergologie und Laser* (bestehend aus einer Poliklinik, einer klinischen Station und 1–2 oder mehr Praxen) zu konstruieren, um ambulante bzw. stationäre ärztliche Leistungen enger zu koppeln und der Öffentlichkeit näher zu bringen. Eventuell wäre auch an „Fotodiagnostik- und Fototherapie-Zentren“ zu denken.

### Schlussbetrachtung

Insgesamt ist die Einführung der DRGs eine entscheidende neue Maßnahme für den universitären Bereich, die *ausschließlich eine bessere Wirtschaftlichkeit* zum Ziele hat, wobei erfinderische Spielereien mit der Kodierung, auch „Kodierqualität“ genannt, die Finanzierung sichern [6]. Die Erhaltung bzw. Anhebung der Qualität der Lehre, die dringend notwendig ist, oder etwa diejenige der Krankenversorgung, die auch Lücken hat, bleiben in diesem System unberücksichtigt. Es ist bedauerlich, dass eine Diskussion darüber ausgeblieben ist.

Im Gegenteil, auf die *sozialen Komponenten*, die in vielerlei Hinsicht noch bei vielen, vor allem älteren Patienten, eine Rolle spielten, wird die universitäre Medizin in Deutschland mit dem DRG-System gänzlich verzichten müssen. Ihr Gesicht wird sich entscheidend verändern. Lange Zeit haben Teile der Öffentlichkeit und die Medien der universitären Medizin vorgehalten, sie sei erbarmungslos und der Patient oft eine Nummer. Die Ärzte haben sich stets dagegen gewehrt. Jetzt zwingen die Politik und andere Umstände die Ärzte dazu, ihre Leistungen als transparente Kodenummer zu betrachten: Das ist das Ende der „Barmherzigkeit der Intransparenz“ [7]. Lediglich das unverzichtbare Ziel der Optimierung steht den Krankenhäusern als wichtigste Aufgabe vor Augen, während Kodenummern für die ärztliche Zuwendung fehlen. Wie lange wird es dauern, bis der Patient im Krankenhaus tatsächlich eine Nummer wird?

Zweifellos werden mit dem DRG-System manche eingefahrene Bequemlichkeiten in den großen Krankenhäusern ausgeräumt und die ärztlichen Sachleistungen werden einen übersehbaren und kalkulierbaren Preis bekommen, doch die betroffenen Kranken werden in ihrem Anspruch nach einer umfassenden, humanen ärztlichen Betreuung die Verlierer sein. Es ist zu befürchten, dass wieder die Ärzte aufgerufen werden, die Mängel des neuen Systems abzufedern und für den Patienten erträglich zu machen. Wird es diesmal gelingen?

Bei weitem wäre es besser, wenn die unmittelbaren Urheber und Befürworter des DRG-Systems und seiner Einführung in den Krankenhäusern der Maximalversorgung in Deutschland nicht nur die wirtschaftliche, sondern auch seine *soziale und medizinische Qualität* des neuen Abrechnungssystems in ihrer gesamten Tragweite gründlich durchleuchten würden, bevor es in den Universitätsklinika definitiv eingeführt wird. Letztere müssten schließlich nicht nur gut wirtschaften, sondern auch *konzeptionell in Wissenschaft und Forschung richtungweisend bleiben*.

In vielerlei Hinsicht blieb bisher die Diskussion über die DRGs unvollständig, und von den zu erwartenden Konsequenzen hat die Öffentlichkeit bis heute kaum etwas erfahren. Es ist unbedingt erforderlich, dass sie noch nachgeholt wird.

## Literatur

- <sup>1</sup> Anonymus. Deutsche Kodierrichtlinien. Allgemeine und spezielle Kodierrichtlinien für die Verschlüsselung von Krankheiten und Prozeduren. Kulmbach: Baumann Fachverlag, 2002: 1 – 229
- <sup>2</sup> Deutsche Dermatologische Gesellschaft DDG. Kodierrichtlinien Dermatologie. Ein Leitfaden für die Praxis. Münster: Schöningh Verlag, 2002: 1 – 89
- <sup>3</sup> Hensen P, Fiori W, Inhra Ch et al. DRGs in der Dermatologie: Erlösoptimierung durch Sicherung der Kodierqualität. J Dtsch Dermatol Ges 2003; 1: 37 – 45
- <sup>4</sup> Hensen P, Fiori W, Irps S et al. Operatives Medizincontrolling als strategische Antwort auf die DRG-Einführung. das Krankenhaus. 2002; 11: 890 – 896
- <sup>5</sup> Mieth M, Wolkener F, Schmidt J et al. Chirurgische Leistungsdokumentation. Hilft viel wirklich viel? Chirurg 2002; 73: 492 – 499
- <sup>6</sup> Roeder N, Irps S, Intra C et al. Erlöse sichern durch Kodierqualität. das Krankenhaus 2002; 12: 117 – 127
- <sup>7</sup> Neumann H, Hellwig A. Fallpauschalen im Krankenhaus. Das Ende der „Barmherzigkeit der Intransparenz“. Dtsch Ärzteblatt 2002; 99: A3387 – A3391