

Dr. med. Antje Völkel
Niederwaldplatz 6
01277 Dresden

2. 7. 2001

Ärzteblatt Sachsen
Redaktion
Postfach 10 04 65
01074 Dresden

Sehr geehrtes Redaktionskollegium, mein Leserbrief nimmt Bezug auf den Artikel: „Vorbereitung zur Einführung des DRG-Abrechnungssystems an einem Krankenhaus der Regelversorgung“ von M. Kaufhold, H. Diettrich und M. Halm im „Ärzteblatt Sachsen“ 6/2001. Bitte leiten Sie ihn an den erstgenannten Autoren weiter.

Sehr geehrter Herr Kaufhold, ich habe Ihren Artikel über die Einführung des DRG-Abrechnungssystems mit Interesse und gehöriger emotionaler Bewegung gelesen. Obwohl gegenwärtig Erziehungsurlauberin, fühle ich mich der Krankenhausärzteschaft zugehörig und möchte Ihnen aus dieser Perspektive schildern, was mich bewegte.

Sie haben die Zeichen der Zeit erkannt und schnell reagiert – Gratulation dazu. Dass in Ihrer Klinik bereits DRG-gerechte Software, spezielle Datenbanken und funktionierende personelle Strukturen installiert sind, und dass Sie über DRG-Praxis publizieren, während andere noch lamentieren, weist Sie als Vorreiter aus. Sich auf wohl unvermeidliches vorzubereiten, ist zweifellos notwendig. Aber mich befremdet, wie bereitwillig und vorbehaltlos Sie und Ihre Kollegen sich auf eine Aufgabe einlassen, die hohe Opfer fordert und eigentlich nur marginal mit ärztlichem Selbstverständnis zu tun hat. Immerhin bedarf es einer Arbeitsgruppe, eines Halbtags-Spezialisten und der engagierten Zuarbeit aller Kollegen, um sich in Handbücher und Software einzuarbeiten, die lukrativsten Codierungsvarianten auszutüfteln, einander beim Verschlüsseln zu belehren und zu kontrollieren. Mit den 30 Pfennig, die die Krankenkassen pro Behandlungsfall für zusätzlichen Codierungsaufwand veranschlagen, können

keine Extra-Mitarbeiter finanziert werden. Folglich kann die eigentliche ärztliche Arbeit – sich um Patienten kümmern, sich oder andere fachlich weiterbilden – nur in noch kürzerer Zeit oder „nebenbei“ oder in weiteren Überstunden erledigt werden.

Sie beweisen mit Ihrer Publikation, dass DRG-Codierung mit genügend Enthusiasmus durchaus machbar ist. Sollte Ihr Beispiel wirklich Modellcharakter besitzen, so wird es bald zum allgemeinen Standard, dass Kliniken wertvolle Arbeitskräfte und/oder Ärzte mehr Freizeit opfern müssen, um möglichst raffiniert zu codieren, clever abzurechnen und damit ihr wirtschaftliches Überleben zu sichern. Aus meiner (natürlich etwas distanzierteren) Perspektive scheint es nötig, bei allem Aktionismus öfter eine Besinnungspause einzulegen. Ihre Stichworte: „Grenzbelastung“ (für Ärzte) und „Opfer ... unsere Patienten“ sind solche Stellen, an denen zu fragen und zu diskutieren wäre, ob man wirklich dieser Entwicklung aktiv Vorschub leisten möchte, ob Aufwand und Ergebnis in angemessenem Verhältnis stehen, und ob es nicht doch noch Handlungsalternativen gibt. Dazu wünsche ich Ihnen weitblickende und streitbare Kollegen und Kolleginnen.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen
Antje Völkel

Erwiderung zum Leserbrief an die Redaktion des „Ärzteblatt Sachsen“ betreffs des Artikels „Vorbereitung zur Einführung des DRG-Abrechnungssystems an einem Krankenhaus der Regelversorgung“ (Juniheft 2001) von M. Kaufhold, H. Diettrich und M. Halm

Sehr geehrte Frau Kollegin Völkel, mit Interesse und ausdrücklichem Dank nehmen wir Ihren Leserbrief bezüglich unseres Artikels „Vorbereitung der Einführung des DRG-Abrechnungssystems

an einem Krankenhaus der Regelversorgung“ entgegen.

Da Ihr Schreiben einige Punkte enthält, die unseres Erachtens öffentlich diskutiert werden sollten, gestatten Sie uns, Folgendes zu entgegnen:

Wir haben in dem grau unterlegten Vorspann wohl eindeutig unsere Haltung zur beschlossenen Rahmengesetzgebung dargelegt. Damit wollen wir eingangs die von Ihnen als „bereitwillig“ und „vorbehaltlos“ bezeichnete Herangehensweise ausdrücklich mit Kritik an die für die Rahmenbedingungen Verantwortlichen versehen.

Leider erweist sich die Stärke der Ärzteverbände als nicht kraftvoll genug, eine solche neue Abrechnungsform zu verhindern.

Es war weniger unsere Absicht, ein für alle vergleichbaren Kliniken nachzuahmendes „Rezept“ zum Umgang mit den neuen Abrechnungsmodalitäten zu liefern. Vielmehr haben wir vor Nachahmung ausdrücklich gewarnt.

Unsere Intention ist es, denjenigen Kliniken, die die Phase des „Lamentierens“ hinter sich gelassen haben, zu zeigen, dass ein nahezu durchgängig pauschaliertes Entgeltsystem auf der Basis der australischen DRG's kein undurchschaubares bürokratieverursachendes Monstrum sein muss, sondern dass man den Umgang mit einem solchen System überschaubar organisieren kann. Darauf bezog sich die in unserem Artikel formulierte „helfende Absicht“.

Den Krankenhäusern und Krankenhausärzten, die sich auf eine kreative Umsetzung des neuen Entgeltsystems einlassen, bieten sich aus unserer Sicht folgende Vorteile:

1. Sie genügen den bereits geltenden gesetzlichen Bestimmungen (§ 17b KHG, Dokumentationspflicht laut ärztlicher Berufsordnung); von „vorausseilend“ kann eigentlich keine Rede sein.

2. Sie erlangen die „informationelle Selbstbestimmung“ über Ihre Arbeitsleistung. Wie ist das zu verstehen?

Seit Einführung der Institution „Pflegesatzverhandlungen“ starren die deutschen Krankenhausverwaltungen und mit ihnen das gesamte Krankenhauspersonal wie gebannt auf dieses jährlich wiederkehrende Ritual, an dessen Ende regelmäßig zumindest die Drohung weitreichenden Betten- und Kapazitätsabbaus oder Mittelkürzungen steht. Daran ändern dann auch die händeringenden Beteuerungen der Verhandlungspartner auf Krankenhausseite, dass man längst am Ende der Leistungsfähigkeit angelangt sei und Kapazitäten eher ausgeweitet werden müssten, nichts. Und warum ist das so? Weil Beteuerungen eben nichts beweisen! Mit der Erfassung unserer Leistungen in Form der behandelten Diagnosen und der wichtigsten Prozeduren mit der Möglichkeit der statistischen Aufarbeitung hätten wir erstmals wirkliche (einklagbare!) Argumente, um den Nachweis über die von uns geleistete Arbeit zu führen. Dadurch werden wir nicht mehr Geld bekommen, aber das Geld könnte zumindest tendenziell gerechter verteilt werden.

3. Auf der anderen Seite sind nicht mehr die im Vorteil, die am cleversten am grünen Tisch verhandeln, sondern vielleicht doch eher diejenigen, die die schwerer erkrankten und aufwendigeren Patienten behandeln (und, zugegebenermaßen, die behandelten Diagnosen und durchgeführten Prozeduren gewissenhaft erfassen und verschlüsseln).

4. Man würde der immer mehr in das Bewusstsein der angestellten Ärzteschaft rückenden Tatsache Rechnung tragen, dass der verantwortungsvolle und indikationsgerechte Einsatz materieller Ressourcen durchaus etwas mit ärztlichem Selbstverständnis zu tun hat. (Im sogenannten „niedergelassenen“ Bereich ist das längst selbstverständlich; die Mittelverteilung wird dort als vordringliche ärztliche Aufgabe gesehen, die von Kassenärztlichen Vereinigungen wahrgenommen wird). In einer Zeit, in der auch in der

Bundesrepublik Deutschland niemand mehr aus dem Vollen schöpfen kann, müssen unseres Erachtens auch Ärzte darauf hinwirken, die vorhandenen Mittel denjenigen Patienten zukommen zu lassen, die sie auch wirklich benötigen. Oder, anders formuliert, ist es bereits absehbar, dass dem mit dem Willen zu Helfen an den Patienten herantretenden Arzt die Hände gebunden sein werden, wenn die dazu erforderlichen Mittel aufgebraucht oder an anderer Stelle sinnlos vertan sind. Die Verteilung der Mittel für den stationären Krankenhausbereich auf der Basis von DRG's bietet unserer Meinung nach eine Möglichkeit, dieser sich abzeichnenden Entwicklung entgegenzuwirken.

Lassen Sie mich abschließend noch auf folgenden Irrtum hinweisen: Der mit der Einführung des DRG-Systems in Verbindung gebrachte Zuschlag zu den Behandlungskosten von DM 0,30 pro Fall ist nicht als Vergütung für den zusätzlichen Aufwand an den Krankenhäusern gedacht, sondern soll der Finanzierung des Deutschen DRG-Institutes („Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus – InEK) dienen und ist von den Krankenhäusern an diese Institution abzuführen.

2. August 2001

Mit freundlichen Grüßen
Mathias Kaufhold