

## Von der Assistenzärztin zur Abrechnungsfachfrau

Die neuen Vergütungsformen im Krankenhaus aus der Sicht einer jungen Medizinerin\*

Als ich vor sechs Jahren meine erste Beschäftigung im Krankenhaus in einem operativen Fach aufnahm, war das Berufsbild der Assistenzärztin im Krankenhaus sehr klar abgegrenzt. Man assistierte bei operativen Eingriffen, führte erst kleinere, dann auch größere Operationen selber durch und erhob die Krankengeschichten von den neu aufzunehmenden Patienten. Darüber hinaus oblagen den Assistenzärzten verschiedene andere Aufgaben bei der Betreuung der behandelten Patienten: Blutabnahmen, Anordnung von Untersuchungen, Verbandswechsel, Punktionen, Entfernung von Drainagen, Aufklärung von Patienten und Angehörigen.

Der Patient wurde vom niedergelassenen Kollegen mit einer Einweisung oder Überweisung ins Krankenhaus geschickt und dort entsprechend behandelt. Das Krankenhaus wurde hierfür im wesentlichen nach tagesgleichen Pflegesätzen bezahlt. Das hatte zur Folge, daß Patienten eher länger im Krankenhaus blieben, da die Bettenbelegung entscheidend für die Bezahlung und den Personalschlüssel war. Es bestand kein finanzieller Druck, Patienten früher nach Hause zu entlassen. Damit konnte das Krankenhaus zum Teil auch die soziale Funktion übernehmen, Patienten und Angehörige kurzfristig vom Arbeits- und Familienalltag zu entlasten.

1995 erhielten alle Krankenhausärzte durch im Land herumreisende Experten eine Einführung in die Umstellung des Vergütungs- und Abrechnungswesens – Stichwort: Fallpauschalen. Ein Großteil der in diesem Zusammenhang erforderlichen Eingruppierung der Behandlungsfälle nach dem ICD (International Classification of Diseases) und dem ICPM (International Classification of Procedures in Medicine) mußten die Assistenzärzte übernehmen, so daß in einigen Krankenhäusern sogar Stellenabbau in der Verwaltung möglich war. Vorher gab es keine Codierung in dieser Form.

Seit der Umstellung des Vergütungssystems im Krankenhausesektor und dem hiermit verbundenen »Splitting« in »Fallpauschalenpatienten«,

---

\* Name der Redaktion bekannt.

»Sonderentgeltpatienten« und »Pfleagesatzpatienten« werden die Entscheidungen darüber, wie lange ein Patient aufgenommen wird und in welcher Reihenfolge bei ihm therapeutische Maßnahmen durchgeführt werden, entscheidend von der jeweiligen Abrechnungsform bestimmt.

Ein Beispiel: Patientin X kommt zur Hysterektomie bei Blutungsstörung. Eine Fallpauschale rentiert sich für das Krankenhaus nur, wenn diese Patientin möglichst wenige Tage stationär bleibt. Dies hat vielfältige Konsequenzen für den Klinikalltag:

1. Die Patientin kann nur an bestimmten Tagen der Woche aufgenommen werden, da sie sofort am nächsten Tag operiert werden muß.
2. Voruntersuchungen wie eine internistische Abklärung sind nur noch am Tag der Aufnahme möglich, da jeder weitere »verschenkte« präoperative Tag finanzielle Einbußen für das Krankenhaus nach sich zieht.
3. Multimorbide Patienten versucht man aus der Fallpauschale herauszugruppieren, in dem hier genannten Beispiel etwa dadurch, daß man als Diagnose Unterbauchschmerzen statt Blutungsstörung codiert, womit eine Herausnahme dieser Patientin aus der Fallpauschale und deren Eingruppierung als Sonderentgeltpatientin bzw. Pfleagesatzpatientin möglich ist.
4. Nach der Operation wird möglichst bald auf Entlassung der Fallpauschalenpatienten gedrängt. Die Krankenhäuser stehen andererseits jedoch unter dem Druck der Landesregierungen, die durch Liegezeitverkürzung bedingte Minderbelegungen von Betten mit der Streichung von Planbetten sanktionieren. Daher versucht man zur Kompensation bei »Nicht-Fallpauschalen-Patienten« die Verweildauer auszuweiten: z.B. »muß« dann eben die ältere Patientin, die wegen eines Corpuspolypen zur Ausschabung kommt, länger im Krankenhaus bleiben.
5. Die Entscheidung, ob beispielsweise eine Patientin eine erforderliche Chemotherapie bereits im Laufe der postoperativen Erholung oder aber erst im Rahmen eines erneuten Aufenthaltes erhält, wird ebenfalls durch die Abrechnungsmodalitäten bestimmt. Hat die Wundheilung der Patientin sich verzögert, wird die erforderliche Chemotherapie bereits im Rahmen des ersten Klinikaufenthaltes infundiert. Dies ist problemlos möglich, da die Patientin dann keine Fallpauschalenpatientin mehr ist, sondern als Sonderentgeltpatientin abgerechnet wird. Erholt sich die Patientin hingegen schnell, muß sie vor der Chemotherapie noch mindestens einen Tag nach Hause, da man sonst nicht die Fallpauschale abrechnen kann.

6. Eine Sonderstellung in diesem Abrechnungspoker nehmen die Privatpatienten ein. Da diese wie in der Praxis nach Einzelleistungen abgerechnet werden, ist bei ihnen auch jede Form der Eingruppierung sowie jede Form der ambulanten Behandlung möglich.

Da die Verwaltungsaufgaben auf Station zum großen Teil den Assistenzärzten obliegen, hat infolge der genannten Entwicklungen neben dem Stethoskop auch der Taschenrechner in der Kitteltasche eine entscheidende Bedeutung erlangt.

Von der Aufnahme bis zur Entlassung bestimmen – wie schon vorher in der Privatpraxis – Abrechnungsmodalitäten die Behandlung der Patienten. Für jeden Patienten sind mindestens eine Aufnahmemeldung und eine Entlassungscodierung handschriftlich und im Computer mit ICD- und ICPM-Codierung anzufertigen. Der Assistenzarzt muß dabei im Hinterkopf haben, daß die Verwaltung gegenüber den Krankenkassen nur eine gewisse Anzahl an Fallpauschalen und Sonderentgelten projiziert hat. Wird diese Anzahl überschritten, hat das für das Krankenhaus ungünstige finanzielle Konsequenzen. Bei geschicktem Jonglieren mit den verschiedenen neuen Vergütungsformen kann man unter Umständen aber auch mehr Geld abrechnen als bei der vorher geltenden Finanzierung nach Pfllegetagen.

Nach meiner Erfahrung ist die Betreuung der Patienten durch die Einführung der neuen Abrechnungsformen deutlich schlechter geworden, da die für die eigentliche Pflege und psychosoziale Betreuung der Patienten aufgewandte Zeit unter diesen Bedingungen zunehmend »knapp« wird. Mit der Einführung von Fallpauschalen haben sich die Verweildauern in den operativen Fächern verkürzt. Gleiche Leistungen sind von einer gleichen Anzahl von Personal in einer kürzeren Zeit zu erbringen.

Dadurch, daß auch im Krankenhaus immer mehr Operationen ambulant durchgeführt werden, beschleunigt sich hier der »Patientendurchfluß« zusätzlich – mit der Folge weiterer Arbeitsverdichtung. Auch bei diesen Patienten müssen gleiche Leistungen in kürzerer Zeit erbracht werden, ohne daß auch nur eine Stelle neu geschaffen wurde. Die an den ambulanten Einrichtungen zu Recht kritisierte »Fünf-Minuten-Medizin« hat wegen der Ausweitung von Verwaltungsaufgaben – insbesondere in der Abrechnung – sowie aufgrund der Zunahme der zu behandelnden Patienten auch Einzug in das Krankenhaus gehalten.

Die Einführung der neuen Abrechnungsformen – so mein Fazit – verschlechtert im Zusammenspiel mit anderen strukturellen Veränderungen die qualitative Versorgung der Patienten, ohne daß sie mit nennenswerten Einsparungseffekten verbunden wäre.