

seite eins

Krankenhäuser:
Keine Wunderwaffe 125

DDR-Gesundheitswesen:
Kontinuität? Oder Wandel 125

AKTUELLE POLITIK

**Qualitätssicherung in der
kassenärztlichen Versorgung:
Strategien zur Verbesserung 133**

Dr. med. Günter Flatten

„Forum“ mit DDR-Teilnehmern 135

Die Glosse

Schwarzwaldbalken – Konzertierte Ak-
tion – Sonnenschein-Inspektoren 136

Der Kommentar

Diskussionsbedarf:
Hochschulen und Freie Berufe 137

Nachrichten

DDR: Millionen für bessere medizini-
sche Versorgung in der DDR – Partner-
schaften mit DDR-Kliniken – . . . desto
mehr Ärzte bleiben – Oppositionsgrup-
pe auf Informationssuche – Ärztekam-
mer, Niederlassung, Privilegienabbau –
Pflegepersonal und Ärzte aus der DDR
– Spenden an die Hans-Neuffer-
Stiftung – Ärzte aus der DDR inte-
grieren 138, 139

Aus Bund und Ländern: AWMF: Politi-
scher Schriftwechsel – Großdruckbü-
cher – Immer mehr ältere Menschen:
Krankenhäuser müssen sich umstellen –
Hilfe zur Suchtüberwindung: Entwöh-
nungsbehandlung – Verfassungsbe-
schwerde gegen das GRG 140

THEMEN DER ZEIT

Ein Modell aus den USA:

**Diagnosebezogene Fallpauschalen:
Die Nachteile überwiegen 141**

Thomas Manky, Christoph M. Erben, Peter C.
Scriba

Zur Titelseite: In den USA wird
seit 1983 das neue System der
„diagnosebezogenen Fallpauschalen
erprobt. – Fotos steuerten bei:
d-e-w (o. l.); Wolfgang Breyer (u.
l.); Walter Neusch (r.). Gestal-
tung: Katrin Jäger.

INHALT

4

DEUTSCHES ÄRZTEBLATT

Herausgeber:
Bundesärztekammer und
Kassenärztliche
Bundesvereinigung

Redaktion: Herbert-Lewin-Straße 5,
5000 Köln 41 (Lindenthal) · Telefon 0221-40040

Kernproblem: Das Sterbenlassen	144
---	-----

EDITORIAL

Adjuvante oder neo-adjuvante Chemotherapie?	146
Prof. Dr. med. Dr. h. c. Rudolf Gross	

Die Übersicht

Unikausales Ausschlußdenken und zwei weitere Aspekte der Sozialmedizin	148
Dr. med. Hans Händel	

Kongreßberichte

Der Notfall in der Intensivstation	151
Dr. med. Egbert Schlüter Dr. med. Bernhard Thülig	

Radiologische Untersuchungsstrategie bei Osteoporoseverdacht	152
Dr. med. Andreas Kasperczyk Prof. Dr. med. Jürgen Freyschmidt	

Notizen

Typ II-Diabetiker: Qualitätssicherung durch Handlungsleitlinien für niedergelassene Ärzte	154
Dr. med. Wolfgang Sohn	

Merkblätter über Berufskrankheiten	154
---	-----

Lithotripsie von Gallen- und Nierensteinen	160
Prof. Dr. med. Klaus Dahm Dr. med. Rolf-Dietrich Jänz	

AKTUELLE MEDIZIN

Ersatzanspruch der verletzten Hausfrau	155
Prof. Dr. med. Günther Hierholzer Dr. med. Elmar Ludolph	

Kurzberichte

Diagnose und Therapie maligner Knochen- und Weichteiltumoren	162
Prof. Dr. med. Kurt Winkler	

Sexualverhalten von Studenten	163
Privatdozent Dr. med. Heinz Letzel Johannes Fuger Prof. Dr. med. Frank-D. Goebel	

Für Sie referiert

Colitis ulcerosa: Rauchen hilft nicht	160
--	-----

BEKANNTMACHUNGEN

Kassenärztliche Bundesvereinigung

Kassenarztsitze 165

Bundesärztekammer

Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft / Durchsicht des Ärztemusterbestandes – Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft informiert: Nachtrag zur Bekanntgabe: „Vorbeugung von Mehrlingsschwangerschaften und Überstimulation bei Ovulations-Induktion“ (Deutsches Ärzteblatt Heft 31-32/1989) 165, 166

Monographie-Entwürfe
des Bundesgesundheitsamtes 166

Personalia 167, 168

LESERDIENST

Wirtschaft

Kostensenkungsprogramm - ein Steuermodell – Recht und Steuer – Börsebius: Aktien mit „Ost-Appeal“ – Kapitalmarkt 169, 170, 171

Auto und Verkehr 172

Bücher/Neueingänge 174, 175

Aus der Industrie

Mehr pro als contra:
Vorteile der Streßulkus-Prophylaxe
bei Intensivpatienten 176
Dr. med. Monika Deitermann

Bildung + Erziehung

Sonderseiten 177 bis 190

Post scriptum

Kinderwelt 191

VORNE IM HEFT

Leserbriefe

Gesundheitsrisiken: Risikofaktoren
vermischt – Ergänzung – Ernährung:
Beutelschneiderei – Gedenkmäler:
Friedhofsmuseum im Illertal – Rotes
Kreuz: Aufmerksamer Journalismus –
Lücken schließen – Krankenhaus: Fehl-
entwicklung 130, 132

Ein Modell aus den USA:

Diagnosebezogene Fallpauschalen:

Im Rahmen der Kostendiskussion im Gesundheitswesen wird auch in der Bundesrepublik Deutschland über diagnosebezogene Fallpauschalen in der stationären Versorgung nachgedacht. Umfassende Erfahrungen mit dem praktischen, landesweiten Einsatz eines derartigen Systems konnten in den Vereinigten Staaten gesammelt werden, wo die staatliche Medicare-Versicherung seit 1983 Fallpauschalen als Teil des sogenannten „prospective payment system“ (PPS) zur Abrechnung einsetzt (26, 27). Auch in der Bundesrepublik wurde darüber wieder-

Fallpauschalsysteme beruhen auf dem Versuch, das Krankenhaus als einen Betrieb zu begreifen, der eine Reihe zwar individueller, im statistischen Sinne aber standardisierbarer Produkte (Dienstleistungen) erzeugt (17, 40). Nach dem Verständnis der Autoren, die das amerikanische System entwickelten, soll die Behandlung eines Patienten in einer Fallgruppe demnach ein vom benötigten Behandlungsaufwand her vergleichbares, quasi industrielles Produkt repräsentieren, das aus einem vorhersehbaren Satz von Leistungen besteht, die im Rahmen des Behandlungsprozesses erbracht werden (17, 40, 50). Der Überblick über die gesamte „Produktpalette“ in Form der Fallstruktur („case-mix“) soll die vergleichende Beurteilung der Krankenhäuser ermöglichen.

Die Befürworter des Systems sehen einen wesentlichen Vorteil in wirtschaftlichen Anreizen zu Kosteneinsparungen: sowohl diejenigen

Die Nachteile überwiegen

Thomas Mansky
Christoph M. Erben
Peter C. Scriba

holt aus unterschiedlicher Perspektive berichtet (2, 4, 8, 11, 30, 53). Im nachfolgenden Beitrag wird versucht, anhand der Literatur einige Probleme des PPS aus ärztlicher Sicht darzustellen.

Krankenhäuser, deren Kosten über den im voraus festgesetzten Fallpauschalen liegen und die Verluste erwirtschaften, als auch diejenigen, deren Kosten unter der Pauschale liegen und die Gewinne machen, werden zu sparsamerem Verhalten angeregt. Darüber hinaus erlauben Fallpauschalen auch eine administrative Kostensteuerung.

1. Definition der Fallgruppen

Wichtigste Voraussetzung und gleichzeitig eines der größten Probleme bei der Einführung eines Fallpauschalsystems ist die adäquate Definition der Fallgruppen. Aus dem Universum aller möglichen Krankheitszustände müssen die („Produkt-“)Gruppen isoliert werden, in denen der Behandlungsaufwand etwa vergleichbar und deren Vergütung damit pauschalierbar ist. Die in den USA benutzten „diagnosis rela-

ted groups“ (DRG, zur Zeit 475 Gruppen) wurden empirisch bestimmt. Als Maßstab für den Behandlungsaufwand diente ein wesentlicher, als repräsentativ angesehener Kostenfaktor, nämlich die Verweildauer (50).

Die Bezeichnung „diagnosebezogen“ beschreibt die Gruppen nur unzureichend und ist eher irreführend. Da die Hauptdiagnose allein nicht ausreicht, um homogene Gruppen zu bilden, werden als zusätzliche Zuordnungskriterien das Alter sowie – falls notwendig – eine Nebendiagnose, das angewandte operative Behandlungsverfahren (gegebenenfalls auch eine Sekundär-OP) und eventuelle Komplikationen berücksichtigt (11, 17, 40).

Anhand dieser Kriterien wurde an der Yale Universität mit Hilfe statistischer Verfahren unter interaktiver Mitwirkung von Klinikern eine überschaubare und handhabbare („manageable“) Zahl von Fallgruppen aus einer Stichprobe von rund 700 000 Krankenhausfällen aus insgesamt 169 Kliniken so abgeleitet, daß die gebildeten Gruppen möglichst homogene Verweildauerwerte aufwiesen (17).

Die Gruppen wurden später auf der Basis der 9. Revision der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (in Form der sehr detaillierten klinischen Modifikation ICD-9-CM) aktualisiert (11). Da in der Psychiatrie bisher keine hinlänglich homogenen DRG gebildet werden konnten, ist dieses Fachgebiet vom DRG-Abrechnungssystem ausgeschlossen (14, 44).

Die Autoren stellten die DRG ursprünglich als Hilfsmittel vor, um Variationen der Kostenfaktoren, der Behandlung und der Therapieerfolge erkennen und ihre Ursachen besser verstehen und bewerten zu können (17). Als ein (vereinfachendes) Modell einer komplexen Realität berücksichtigen die DRG nur einen Teil der Faktoren, die die Verweildauer beziehungsweise die Kosten beeinflussen.

Abweichungen von den für jede DRG festgestellten mittleren Kosten dürfen daher schon aus theoretischen Gründen nicht einseitig als Hinweis für eine medizinisch unan-

gemessene Behandlung interpretiert werden. Sie können vielmehr (abgesehen von statistischen Streuungen) ebensogut auf eine unzureichende Homogenität der DRG beziehungsweise auf unberücksichtigte weitere Einflußfaktoren zurückzuführen sein. Die Einführung als Abrechnungsinstrument erhob die DRG-Pauschalen jedoch de facto in den Rang einer Art Sollwert-Vorgabe für den materiellen Umfang der stationären Behandlung.

2. Bemessung der Fallpauschalen

Mit der Definition der Fallgruppen ist noch nicht die Frage nach der medizinisch angemessenen Bezahlung beantwortet.

Die Pauschale muß so bemessen sein, daß unter Anwendung medizinisch optimaler und effizienter Behandlungsmethoden das „bestmögliche Behandlungsergebnis“ bei „geringstmöglichem Ressourcenverbrauch“ erreicht wird.

Notwendige Bedingung für die Feststellung derart definierter Pau-

3. Auswirkungen des DRG-Systems

Die Probleme des amerikanischen Fallpauschalensystems, die vor allem in unerwünschten Anreizen zu medizinisch nicht adäquatem Verhalten der Krankenhäuser sowie – als Folge – einer möglichen Abnahme der Behandlungsqualität zu sehen sind, haben zu einer heftigen Diskussion um das PPS sowie zu einer erheblichen Sensibilisierung in Fragen der Versorgungsqualität geführt (4, 5, 11, 28, 43). Als Indiz für erhebliche Qualitätseinbußen sind beispielsweise Hinweise zu werten, daß in Krankenhäusern, die unter erhöhtem Kostendruck stehen, die Mortalität während des Klinikaufenthaltes meßbar höher ist als in anderen, ansonsten vergleichbaren Kliniken (45).

Negative Folgen ergeben sich besonders aus der *unzureichenden Homogenität* der DRG (11, 12, 24, 32). Diese mag zum Teil darauf zu-

schalen wäre eine Überwachung des Therapieerfolges über einen im Verhältnis zum Krankheitsverlauf angemessenen Zeitraum in kontrollierten Studien (9, 51). Angesichts der Vielzahl der Fallgruppen, die medizinisch gesehen in sich nicht homogen sind (es gibt mehr als 475 Krankheiten und Krankheitskombinationen), ist es wegen des erforderlichen Aufwandes unmöglich, die benötigten Studien zu erstellen und fortlaufend zu aktualisieren (22). Demgegenüber ist die Festsetzung der Pauschalen auf der Basis analytisch gewonnener Ist-Werte nicht unproblematisch, da die „bestmögliche“ Behandlungsmethode nicht immer bekannt beziehungsweise oft umstritten ist.

Es sei erwähnt, daß die Fallpauschalen durch Zuschläge (beispielsweise für Lehrkrankenhäuser und für „outliers“, das heißt Fälle mit begründeter, überlanger Verweildauer) beziehungsweise Korrekturfaktoren (etwa: regionale Differenzierungen) ebenso wie durch Übergangsregelungen ergänzt werden, die aber das Konzept des Systems nicht wesentlich verändern.

rückzuführen sein, daß in der für die Bildung der DRG benutzten Stichprobe seltenere Diagnosen unterrepräsentiert waren oder nicht hinreichend berücksichtigt wurden. Vor allem reichen aber offenbar die genannten, bei der Spezifizierung der DRG berücksichtigten Kriterien nicht aus, um ausreichend homogene Fallgruppen zu bilden (insbesondere fehlt eine adäquate Einbeziehung der Krankheitsschweregrade). Auch medizinische Neuerungen gefährden zusätzlich die Homogenität der aus unterschiedlichen Krankheitsbildern zusammengesetzten DRG, sofern sie sich nicht auf alle Krankheiten einer Gruppe gleich auswirken, das heißt, systemimmanent ist mit einer zunehmenden Divergenz von DRG-Pauschalen und realen Kosten zu rechnen.

Dabei sind übrigens kostensteigernde Verbesserungen der Behandlungsverfahren nur schwer, meist nur mit Verlust oder nach langwierigen Verhandlungen (37, 48), einzufüh-

ren, auch wenn sie medizinisch sinnvoll und berechtigt sind.

Inhomogenitäten innerhalb der DRG können zu erheblichen Differenzen zwischen tatsächlichen Kosten und der Erstattung auf DRG-Basis führen, durch die ganze Kliniken oder Fachabteilungen systematisch benachteiligt werden. Infolge personeller Besetzungen und/oder technischer Ausstattung gibt es auch bei Krankenhäusern *gleicher Versorgungsstufe* in vergleichbaren Fachabteilungen unterschiedliche, medizinisch und ökonomisch durchaus sinnvolle und erwünschte Spezialisierungen. Bei entsprechender Ausrichtung einer Klinik können sich aus einer Selektion schwerer Ausprägungen eines Krankheitsbildes mit im Mittel höheren Kosten pro DRG oder aus einer Selektion ganz bestimmter Krankheiten, die infolge der Inhomogenität der DRG unzureichend vergütet werden, erhebliche Nachteile ergeben (3, 23, 32, 38, 39, 41). Das DRG-System läßt ferner außer acht, daß selbst bei gleichen Krankheitsbildern ein höherer Behandlungsaufwand zu einem besseren Ergebnis führen kann und höhere Aufwendungen damit unter Umständen gerechtfertigt sind (19, 20).

Insgesamt führt es zu einer Benachteiligung spezialisierter Krankenhäuser mit qualitativ hochwertiger und oft entsprechend teurer Versorgung (49) und erlaubt Kliniken, die derart spezialisierte Diagnose- und Therapieverfahren nicht anbieten, ungerechtfertigte Gewinne (16). Das DRG-System belohnt in diesem Fall eine qualitativ schlechtere Versorgung und wirkt so qualitätsmindernd.

Negative Auswirkungen ergeben sich nicht nur auf institutioneller Ebene, sondern auch für den einzelnen Patienten. Das System schafft hier unerwünschte Anreize zur Selektion und bevorzugten Aufnahme weniger kranker, profitablerer Fälle innerhalb jeder DRG (in den USA aus der Sicht des Krankenhauses als „Gewinner“ bezeichnet) und zur möglichst raschen Entlassung oder vorzeitigen Verlegung Schwerkranker („Verlierer“) (1, 28, 44). Über einen Druck auf die Ärzteschaft zu

entsprechenden Verhaltensänderungen wurde wiederholt berichtet (1, 29, 30, 44). Objektive Folgen derartiger Veränderungen zeigen sich beispielsweise in einer Arbeit, die nachweist, daß der Ort, an dem Patienten versterben, sich seit Einführung des DRG-Systems zunehmend vom Krankenhaus in Pflegeheime verlagert hat, was als Hinweis auf die vermehrte Verlegung terminal Kranker zu verstehen ist (43). Die Autoren weisen darauf hin, daß die Frage, ob diese Verlegungen medizinisch adäquat sind, noch ungeklärt ist.

Die Tendenz zur möglichst frühzeitigen Entlassung – auch ohne ausreichende Rücksicht auf den tatsächlichen Gesundheitszustand des Patienten, das heißt: „quicker and sicker“ (4, 29) – macht, abgesehen von der möglichen Minderung der Behandlungsqualität, häufig vermehrte und pflegeintensivere Aufenthalte in Nachsorgeeinrichtungen und/oder intensivere ambulante Nachsorgemaßnahmen erforderlich (29). Daher ist anzunehmen, daß zumindest ein Teil der eingesparten Kosten an anderer Stelle verbraucht oder auf andere Kostenträger oder den Patienten selbst verlagert wird (43). Die Verkürzung der Liegezeiten kann auch andere nachteilige Folgen haben. Für bestimmte Patientengruppen zeigte sich zum Beispiel, daß sie unter Einwirkung des DRG-Systems infolge kürzerer präoperativer Vorbereitungszeiten in schlechterem Zustand zur Operation gelangen und höhere Komplikationsraten, das heißt ein schlechteres Behandlungsergebnis aufweisen (33).

Von eher geringerer Bedeutung ist es demgegenüber, daß die Anwendung des Systems zu deutlich veränderten Kodierungen führt. Die Folge: Die Krankenhäuser wählen zur Abrechnung im Zweifelsfall unter mehreren möglichen die „profitablere“ Diagnose aus („DRG creep“) (7, 25, 46, 48). Häufigere Wiederaufnahmen (mit mehrfacher Abrechnung derselben DRG-Pauschale) konnten dagegen nach Einführung des PPS nicht beobachtet werden (42). Das DRG-System fördert auch die Konzentration im Krankenhausbereich, da große Kliniken vielfach billiger arbeiten können.

Diese Entwicklung war zwar von Ökonomen für wünschenswert gehalten worden; die Schließung gerade kleinerer, ländlicher Krankenhäuser stößt jedoch zunehmend an die Grenzen der politischen Durchsetzbarkeit (29).

Das Problem des Zugangs von nicht-krankenversicherten Personen (1986 in den USA 16 Prozent der Bevölkerung) (29, 47, 52) zur stationären Behandlung ist zwar auf hiesige Verhältnisse nicht übertragbar, aber doch zumindest unter dem Gesichtspunkt einer möglichen Kostenverlagerung von Interesse. Die Versorgung der betroffenen sozialen Randgruppen, die zuvor – meist mit stillschweigender Billigung der Beteiligten – von den Versicherten über höhere Pflegesätze in den regional besonders betroffenen Kliniken teilweise mitfinanziert (subventioniert) wurde, ist durch die einheitliche, meist knapp bemessene Bezahlung im DRG-System gefährdet (1, 18, 29, 48). Einsparungen gehen also wenigstens teilweise zu Lasten dieses Personenkreises.

Insgesamt dürfte angesichts der fundierten, methodisch gut abgesi-

cherten Arbeiten, die auf erhebliche Qualitätsprobleme hinweisen, eine gewisse Skepsis gegenüber vergleichsweise weniger gesicherten, pauschalen Feststellungen, daß die Behandlungsqualität durch das PPS nicht beeinträchtigt sei (10, 31, 47), angebracht sein. Die Untersuchungsmethoden, auf denen diese Arbeiten basieren, wurden von verschiedenen Autoren in Frage gestellt (5, 6, 13, 47). Die zitierten Belege für Qualitätseinbußen weisen ferner darauf hin, daß die in den USA eingeleiteten Maßnahmen zur Sicherung der Behandlungsqualität (1, 4), auf die hier nicht näher eingegangen werden kann, bisher nicht alle negativen Auswirkungen des DRG-Systems verhindern konnten.

4. Kosteneinsparung durch DRG?

Prinzipiell ermöglicht das DRG-System – abgesehen von den Anreizen zur Kostensenkung – über die Festlegung der Fallpauschalen eine administrative Steuerung der Kostenentwicklung, die wie folgt charakterisiert wurde: „Jeder Käufer der den Preis selbst festsetzen kann, erzielt substantielle Einsparungen – gleichviel, ob er mit Glasperlen, sonstigen Werten oder DRG bezahlt.“ (37). Ob und inwieweit das ursprüngliche Ziel der Kostendämpfung erreicht werden konnte, ist dennoch umstritten (11, 15).

Eine jüngst erschienene Studie (42) zeigt, daß das PPS zumindest gegenüber den letzten Vorausschätzungen aus der Zeit vor Einführung des Systems zu Einsparungen im Sinne einer Verringerung des Medicare-Kostenanstiegs im stationären Bereich geführt hat. Die Kosten für die ambulante Behandlung sollen nach Ansicht dieser Autoren dadurch nicht angestiegen sein. Andere Autoren betonen, daß auch vor Einführung des neuen Abrechnungssystems bereits eine Abflachung des Kostenanstiegs erkennbar gewesen sei (21). Gleichzeitig wird auf die bereits erwähnte Kostenverlagerung hingewiesen, die – da nicht vom Versicherungssystem getragen – bei den bisher durchgeführten Kostenanaly-

Nicht transferierbar

„... Sämtliche Voraussetzungen für die Einführung diagnoseabhängiger Fallpauschalsysteme in der Bundesrepublik Deutschland müssen erst neu geschaffen werden. Eine kurzfristige Entwicklung und Erprobung fallgruppenbezogener Abrechnungssysteme erscheint uns in dieser Situation weder realisierbar noch empfehlenswert ... Insbesondere aus ärztlicher Sicht wird ... jede Form einer fallgruppenbezogenen Vergütung als äußerst problematisch angesehen, da sie ... eine unerwünschte Einengung der Behandlungsfreiheit im Einzelfall ... bewirken würde.“

Aus: „Vorstudie zu diagnose-abhängigen Fallpauschalen. Modellversuche zu alternativen Pflegesatzformen in Krankenhäusern“, Forschungsbericht Nr. 143, herausgegeben vom Bundesarbeitsministerium, Bonn 1987

sen keine Berücksichtigung findet (21, 43). Einige Autoren monieren außerdem zu hohe administrative Ausgaben infolge des umfangreichen zusätzlichen Aufwandes im Bereich der Dokumentation und Leistungsabrechnung und übrigens auch eine im Vergleich zum kanadischen System (welches nicht auf DRG beruht) geringere Effizienz hinsichtlich der Kostendämpfung (15).

5. Indirekter Bezug zur Bundespflegesatzverordnung

Es soll an dieser Stelle nicht die mögliche Übertragbarkeit des US-amerikanischen Fallpauschalsystems erörtert werden – darauf wurde im Gutachten des Bundesarbeitsministeriums ausführlich eingegangen (11). Einen *Teilaspekt* der in den USA gesammelten Erfahrungen halten wir aber auch im Hinblick auf die derzeit gültige Bundespflegesatzverordnung für bedeutsam. Die danach vorgeschriebene sogenannte L1-Statistik, in der (Haupt-)Diagnosegrup-

6. Fazit

Die Einführung des prospektiven, auf diagnosebezogenen Fallpauschalen beruhenden Abrechnungssystems für einen Teil der Krankenversicherten in den USA verband sich mit großen Hoffnungen auf eine Eindämmung des Kostenanstiegs im Krankenhausbereich. Obwohl es Indizien dafür gibt, daß die Kostendämpfung trotz nach wie vor hoher Steigerungsraten teilweise gelungen ist, steht der Nachweis aus, daß die im Bereich der Krankenversicherung eingesparten Kosten nicht in andere Bereiche verlagert wurden.

Darüber hinaus ergeben sich aus einer Vielzahl von Arbeiten sehr konkrete Anhaltspunkte dafür, daß das neue Abrechnungssystem, dessen wirtschaftliche Anreize ausschließlich auf eine Kostensenkung zielen, die Qualität der stationären Versorgung (systembedingt) negativ beeinflussen kann. Es ist unter diesen Umständen nicht verwunderlich, daß gerade die Bemühungen um die

pen lediglich dreistellig nach der ICE-9 erfaßt und eventuell durchgeführte Operationen bisher – abgesehen von der reinen Anzahl – nicht näher spezifiziert werden, soll nach den Vorstellungen des Gesetzgebers in die Pflegesatzverhandlungen eingehen.

Zwar ist nicht näher definiert, in welcher Form dies geschehen soll; naheliegender wäre aber der Gedanke an die vergleichende Beurteilung der Krankenhäuser. Dazu eignen sich allerdings die im Hinblick auf den Behandlungsaufwand sehr heterogenen Diagnosegruppen der ICD-9 nicht. Aus den Erfahrungen in den USA ergibt sich, daß selbst die gezielt für diese Zwecke entworfenen, nach wesentlich differenzierteren Kriterien gebildeten DRG vielfach nicht ausreichen, um homogene Fallgruppen zu bilden. Da diese letztlich nicht nur für ein Fallpauschalsystem, sondern auch für sinnvolle Krankenhausvergleiche erforderlich sind, halten wir es – wie bereits früher festgestellt (34, 35, 36) – für fraglich, ob die L1-Statistik für derartige Zwecke einsetzbar ist.

Qualitätssicherungs seit Einführung dieses Systems in den USA einen deutlichen Aufschwung erfahren haben (4).

Auch wenn eine endgültige Entscheidung über Nutzen oder Schaden des Medicare-Fallpauschalsystems derzeit noch nicht getroffen werden kann, sollte eine Erkenntnis aus den USA auch bei uns gebührende Berücksichtigung finden: „There is a fine line between cost containment and compromised care.“ (6).

(Literatur bei den Verfassern. Die Ziffern in Klammern beziehen sich auf die Literatur beim Sonderdruck.)

Anschrift der Verfasser:

Dr. med. Thomas Mansky
Dipl.-Psych. Christoph M. Erben
Prof. Dr. med. Peter C. Scriba
Medizinische Universität zu Lübeck
Klinik für Innere Medizin
(Direktor: Prof. Dr. med. Peter C. Scriba)
Ratzeburger Allee 160
2400 Lübeck

Kernproblem: Das Sterbenlassen

„Intensivmedizin – Leben um jeden Preis?“ fragte die Süddeutsche Zeitung auf ihrem „Gesundheitsforum“ in München. Eine eindeutige, allseits zufriedenstellende Antwort gab es nicht. Immerhin führte die Aussprache zu einigen Ergebnissen, auf die man sich bei der weiteren Suche nach der Wahrheit stützen kann. Zum Beispiel, daß die Entscheidung über Beginn und Ende einer Intensivbehandlung eine Sache des Diskurses unter Einbeziehung aller Beteiligten sein müsse; daß sie möglichst öffentlich zu geschehen habe; daß der Patient, soweit er dazu in der Lage sei, das letzte Wort haben sollte; daß intensivmedizinische Maßnahmen nicht von juristischen Regeln, sondern nur vom ärztlichen Gewissen abhängen dürften. Aber auch, daß im Bereich der Intensivmedizin von „Lebensqualität“ nur mit äußerster Vorsicht gesprochen werden dürfe, weil dieser Modebegriff sich mit den subjektiven Einschätzungen des einzelnen Patienten nicht in Einklang bringen lasse. Allerdings schloß die Ausschau nach verbindlichen Festpunkten für intensivmedizinisches Handeln bei den Ärzten nicht aus, daß sie sich bezüglich dieser jungen, fachübergreifenden Sparte schon auf einem sicheren Boden bewegen.

In den millionenfach bewährten drei Kategorien der Rettung von Leben unter schwierigsten Bedingungen – Behandlung, Pflege und Überwachung – wollten sie am liebsten gar keine Besonderheit, sondern nur die Spitze einer stetigen Entwicklung sehen, die mit der Ausweitung des ärztlichen Aktionsfeldes im Zeitalter der Aufklärung begonnen hat. Über ständige Fortschritte in Diagnostik und Therapie habe sie zunächst zur gesamten „modernen“ Medizin und nunmehr zu bislang unvorstellbaren ärztlichen Methoden und Maßnahmen geführt. Doch eben weil – allen sichtbaren Erfolgen zum Trotz – die Intensivmedizin immer noch an Vermessenhaftigkeit denken lasse, brauche man nunmehr Verhaltensregeln, die