

Gedanken zu ökonomischen Aspekten der Behandlung Schwerverletzter unter den Bedingungen der „diagnosis related groups“ (DRG)

Eine Initiative des Berufsständischen Ausschusses der DGU

Bei der geplanten Änderung des Abrechnungssystems mittels „diagnosis related groups“ (DRG) werden in der Behandlung von stationär zu versorgenden Patienten erhebliche Umschichtungen der Vergütung befürchtet. Die genaue Eingrenzung der betroffenen Patientengruppen bzw. Fachdisziplinen war bisher schwierig. Als sicher identifizierbar erscheinen zzt. Einschnitte bzw. Unterdeckungen für Patienten mit onkologischen Erkrankungen, welche einer Chemotherapie unterzogen werden, sowie intensivpflichtige Patienten [5, 6]. Beide Patientengruppen nehmen sowohl hinsichtlich der Gefahren medizinischer Komplikationen, als auch seitens der Vergütung eine Sonderstellung ein.

Darüber hinaus wurde von verschiedenen Seiten die Befürchtung ausgesprochen, dass die Berücksichtigung des Vorhandenseins einer Polytraumatisierung innerhalb des G-DRG-Systems zu keiner adäquaten Abbildung führt, da kostenintensive Behandlungssegmente (multiple Operationen, Verabreichung von Blutkonserven, prolongierter Aufenthalt auf einer Intensivstation etc.) wegen der großen Variabilität nicht adäquat berücksichtigt werden können [4, 7, 8]. Allerdings fehlte

bisher dieser Nachweis anhand reproduzierbarer Kosten-/Erlös-Berechnungen. Dies gründet sich einerseits auf die mangelnde Verfügbarkeit der deutschen G-DRG-Vorgaben bis zum Ende des Jahres 2002, andererseits aufgrund des Fehlens verwertbarer Daten. Insbesondere erscheint die Abschätzung der Behandlungskosten schwerverletzter Patienten in der Praxis schwierig, da Vorhaltekosten, Konsiliarleistungen und andere Posten, welche zwischen Krankenhäusern der Maximal- und der Grundversorgung differenzieren, ungenügend berücksichtigt werden konnten. Vor diesem Hintergrund ist seitens der AG Polytrauma des Deutschen Traumaregisters vor kurzem ein Berechnungsmodul entwickelt worden, welches ermöglichen soll, diese Vorhaltekosten und weitere standardisierbare Prozeduren (z. B. Schockraumversorgung) möglichst genau und standardisiert abzuschätzen [3].

Für die Berechnung der Kosten-/Erlös-Verhältnisse und für Vergleiche zwischen einzelnen Abteilungen eines Krankenhauses werden allerdings mit hoher Wahrscheinlichkeit auch in der Zukunft die dem Krankenhaus eigenen Daten der jeweiligen Controllingabteilung verwen-

det werden. Es ist davon auszugehen, dass aufgrund solcher Berechnungen auch Zielvereinbarungen zur Planung der Patientenversorgung in der Zukunft Verwendung finden.

Aufgrund dessen wurde in der vorliegenden Untersuchung eine Berechnung der Rentabilität einer Einzelklinik unter Berücksichtigung von Daten, die den Controllingabteilungen vorliegen, unter G-DRG-Bedingungen durchgeführt.

Methodik

Definitionen

Die Verletzungsschwere wurde nach „abbreviated injury scale“ (AIS) und nach „injury severity score“ (ISS) berechnet [1]. Eine Einteilung in leicht verletzte Patienten (ISS < 16 Punkte) und schwerer verletzte Patienten (ISS ≥ 16 Punkte) wurde getroffen. Um dieser medizinischen Grundlage Rechnung zu tragen, wurden Patienten in leicht- (ISS < 16 Punkte) und schwerverletzte Patienten (ISS ≥ 16 Punkte) unterteilt.

Tabelle 1

Häufigkeitsverteilung und Angaben zur Kosten-Erlös-Situation der Polytrauma-DRG bei 128 Patienten, die im Jahr 2002 in der Medizinischen Hochschule Hannover therapiert wurden

DRG	Beschreibung	Fälle (n)	Verweildauer gesamt [Tage]	Verweildauer intensiv [Tage]	Verlegungsfälle [%]	Kosten []	DRG-Erlös []	Deckung []
W01Z	Polytrauma, Beatmung oder Kraniotomie	81	30,9	19,8	31	40.082	29.704	-11.098
W02Z	Polytrauma mit Eingriffen an Hüfte	13	27,2	3,1	23	15.381	14.445	-936
W03Z	Polytrauma mit abdominalen Eingriffen	0						
W04Z	Polytrauma mit anderen OR-Prozeduren	13	22,6	3,4	0	13.352	12.282	-1.070
W60Z	Polytrauma, verstorben oder verlegt <5 Tage	12	1,7	1,0	17	6.889	3.906	-2.983
W61Z	Polytrauma ohne signifikante Eingriffe	9	10,6	3,1	11	5.554	4.232	-1.322
	Zusammenfassung	128	25,5	13,5	24	29.775	22.175	-7.599

Tabelle 2

Auflistung kostenrelevanter Faktoren für Patienten mit derjenigen DRG, welche die schlechteste Kostendeckung ergibt (W01Z). Diese ist gleichzeitig auch diejenige, welche am häufigsten zur Verwendung kommen wird.

Beschreibung	Fälle (n)	Verweildauer gesamt [Tage]	Verweildauer intensiv [Tage]	Verlegungsfälle [%]	ISS	Kosten []	DRG-Erlös []	Deckung []
Polytrauma, Beatmung oder Kraniotomie	81	30,9	19,8	31	25,2	40.082	29.704	-11.098
Verlegt in ein anderes Krankenhaus	25	26,5	23,2	100	28,2	39.462	21.658	-17.803
Nicht verlegt	56	32,9	18,3	0	24,2	41.400	33.296	-8.105
OSS≤16	19	31,5	21,6	21	12,1	31.324	28.751	-2.573
OSS>16	59	28,5	13,9	36	29,8	44.047	29.879	-14.167

Einschlusskriterien

In die Untersuchungen wurden mehrfach-verletzte Patienten aufgenommen, wenn die folgenden Kriterien erfüllt waren:

- stationäre Entlassung im Zeitraum 01.01.2002–31.12.2002,
- Eingruppierung in die DRG W01Z bis W04Z oder W60Z und W61Z (zertifizierte G-DRG Grouper Version 1.0 der Fa. SBG®),
- vollständige Dokumentation der Kostendatensätze,
- Klassifikation aller Verletzungen nach ISS.

Kostenkalkulation

Die Fallkosten wurden durch die Abteilung Medizincontrolling der Medizinischen Hochschule Hannover im Rahmen der Teilnahme der MHH an der bundesweiten DRG-Kalkulation kalkuliert und nach dem dafür vorgeschriebenen Verfahren [12] ermittelt. Durch den vorgeschriebenen Vollkostenansatz sind in den ermittelten Fallkosten auch alle Sekundär- und Tertiärdienstleister wie z. B. Zen-

trallabor und Radiologie oder Apotheke und Verwaltung vollständig enthalten.

Erlösberechnung

Alle untersuchten Fälle wurden in die für polytraumatisierte Patienten vorgesehenen DRG W01Z bis W04Z oder W60Z und W61Z eingruppiert. Die Erlöse wurden unter der Annahme eines fiktiven Basisfallwertes von 2900 € und unter Verwendung des im Rahmen der Rechtsverordnung zum Optionsmodell 2003 festgesetzten deutschen Fallpauschalenkatalogs (BMGS) inklusive aller Zu- und Abschläge für Lang- oder Kurzlieger sowie für Frühverlegte errechnet.

Ergebnisse

Die Datensätze von 128 Patienten wurden evaluiert. Diese wiesen eine mittlere Verletzungsschwere von 26,2 Punkten auf, eine mittlere Verweildauer von 13,5 Tagen und eine Verlegungsrate von 31%.

In **■ Tabelle 1** sind Basisdaten und Inzidenzen der Patienten dokumentiert, welche den 6 Polytrauma-DRG zugeordnet

sind. Im Untersuchungszeitraum wurde kein Patient mit Polytrauma und abdominalen Eingriffen im Sinne einer führenden Diagnose behandelt. Die am häufigsten diagnostizierte DRG (W01Z) war diejenige mit den höchsten Kosten und der stärksten Unterdeckung (-11.098 €).

Die **■ Tabelle 2** untersucht Patienten, die der DRG W01Z zugeordnet waren. Die Unterscheidung dieser Patienten in diejenigen, welche sekundär verlegt waren ($n=25$) vs. solche, die primär aufgenommen wurden ($n=56$) zeigt einen um 4 Punkte höheren Verletzungsschweregrad nach ISS auf und eine um 200% erhöhte Unterdeckung (17.803 €). Differenziert man nach Verletzungsschweregrad, so ist bei Patienten mit ISS<16 Punkten eine um 1 Woche kürzere Verweildauer zu verzeichnen und knapp 15.000 € weniger Erlös, als bei Patienten mit ISS>16 Punkten. Letztere weisen trotzdem eine um mehr als das fünffache erhöhte Unterdeckung auf.

Aufgrund der mangelnden Deckung in allen bisherigen Kosten-Nutzen-Ermittlungen wurde eine separate Untersuchung der Subgruppen nach ISS durchgeführt.

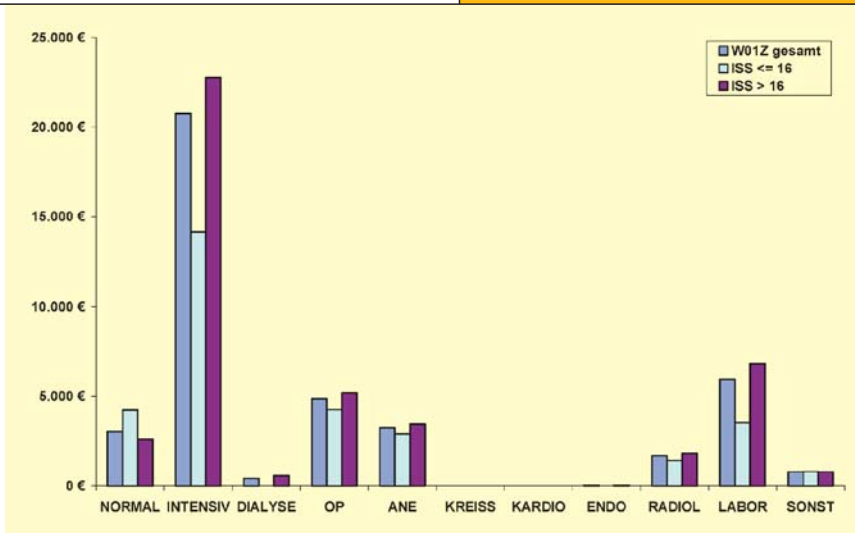


Abb. 1 ▲ Auswertung von Patienten, die der ODRG W01Z zugeordnet wurden. Eine standardisierte Auflistung gemäß der Differenzierung nach Kostenstellengruppen mit Subgruppenanalyse gemäß des ISS erlaubt die Beurteilung des Einflusses der Verletzungsschwere auf die Kostenentwicklung

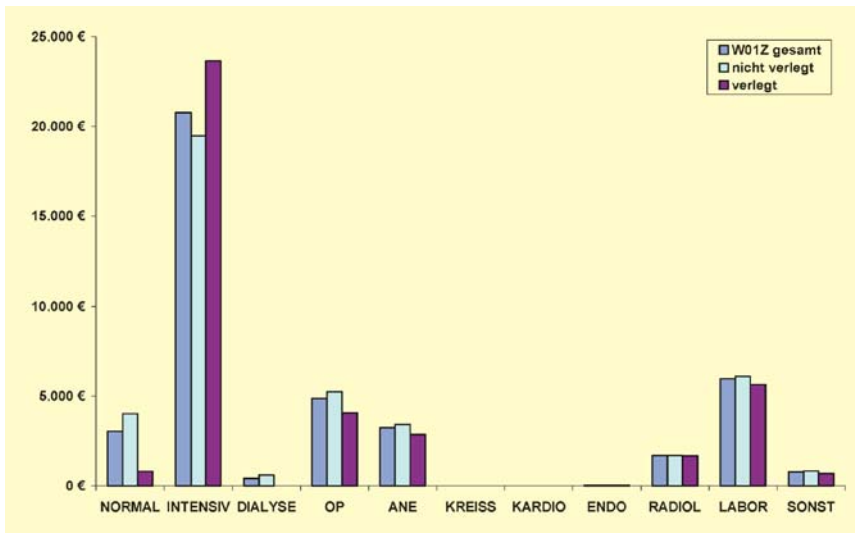


Abb. 2 ▲ Auswertung von Patienten, die der DRG W01Z zugeordnet wurden. Die Differenzierung der Kostenstellengruppen wird danach gesplittet, ob ein Patient verlegt wurde, oder primär behandelt wurde

Hier zeigt sich eine erhebliche Spannweite, wenn die jeweils teuersten und kostengünstigsten Patienten betrachtet werden. Die kostendeckenden Patientensubgruppen sind diejenigen mit der kürzesten Verweildauer. Bei der Subgruppe der Schwerverletzten sind dies solche, die ohne Erreichen der Intensivstation im Schockraum versterben.

In **Abb. 1** werden die Kostenanalysen hinsichtlich der Differenzierung nach Verletzungsschweregrad für verschiedene Funktionsräume aufgelistet. Es zeigt sich ein mäßiger Einfluss der schwereren Verletzung, insbesondere bei Labor- und In-

tensivstationskosten. In **Abb. 2** ist eine Differenzierung nach dem Kriterium „Primäraufnahme/Sekundärverlegung“ dokumentiert. Eine erhöhte Kostendokumentation zeigt sich insbesondere für die Intensivstation.

Diskussion

Die vorliegende Analyse wurde anhand einer größeren Zahl real erkrankter und behandelter Patienten der Unfallchirurgischen Klinik der Mediz. Hochschule Hannover des Jahres 2002 erhoben. Die Berechnung nach G-DRG zeigt eindeutig

eine fehlende Kostendeckung in fast allen Bereichen der Versorgung mehrfachverletzter Patienten. Dieses betrifft sowohl die Betrachtung aller dokumentierten Patienten, als auch die Analyse der Untergruppen nach Verletzungsschweregrad und nach dem Kriterium einer Sekundärverlegung. Somit erscheint nach den bisher vorhandenen G-DRG-Katalogwerten der schwerverletzte Patient unzureichend finanziert. In der Analyse der einzelnen G-DRG zeigt sich, dass diejenigen Patienten am stärksten defizitär waren, welche in die – auch am häufigsten durch die Stichprobenfälle belegte – G-DRG W01Z eingeordnet wurden. Diese Ergebnisse sprechen eindeutig gegen die Theorie, dass sich eine Unterfinanzierung einzelner DRG durch die Deckung aus anderen DRG ausgleicht.

Die Detailanalyse der defizitärsten DRG (W01Z) zeigt, dass folgende Situationen besonders kritisch zu werten sind:

- Patienten, die einer Verlegung zugeführt wurden und
- Patienten mit einem höheren Verletzungsschweregrad (ISS>16) (Tabelle 3).

Wenn eine gewisse Validität der Kostendaten und auch der Erlöse nach G-DRG vorausgesetzt wird, kann vermutet werden, dass folgende negative Auswirkungen der Einführung des G-DRG-Systems für mehrfachverletzte Patienten eintreten:

Es ist zu erwarten, dass Traumazentren wahrscheinlich besonders negativ von der Einführung des neuen Entgeltsystems betroffen sind. Die Analyse der Einzelkosten für diese Fallgruppe zeigt, dass bei Patienten mit einem ISS>16 die deutlich höheren Intensivkosten stark ins Gewicht fallen. Die bekannt hohen Kosten für Blutprodukte sind in der hier vorliegenden Auflistung in Laborkosten enthalten, da Blutbank in Fallkostenkalkulation unter der Rubrik „Labor“ geführt wird.

Bei Verlegungsfällen (s. **Abb. 2**) sind ebenfalls die Kosten für den Aufenthalt auf einer Intensivstation höher, aber bei insgesamt noch vergleichbarer Kostenstruktur liegt der Hauptunterschied auf Erlösseite. Hier macht sich die Regelung der Verlegungsabschläge negativ auf der Erlösseite bemerkbar. Durch zu hoch kal-

Tabelle 3

Berechnungen der Gesamtkosten und der Vergütung nach G-DRG bei Patienten, welche den schwerverletzten (ISS>16) bzw. leichtverletzten (ISS<16) zugeordnet werden

		Kosten []	Vergütung G-DRG []	Verweildauer [Tage]	Intensivstation [Tage]	Operationen (n)
Subgruppe ISS<16	5 teuerste Patienten	53.650	30.350	38,8	15	18
	5 billigste Patienten	3.660	6.400	7	0,4	0,6
Subgruppe ISS>16	5 teuerste Patienten	124.400	39.800	63,4	45	48
	5 billigste Patienten	2.180	3.386	1	0	1,6

kulierte oder zu früh einsetzende Verlegungsabschlüsse werden hier möglicherweise Fehlanreize gegen medizinisch begründete und eigentlich auch ökonomisch sinnvolle Verlegungen zwischen den vollstationären Versorgungsstufen gesetzt.

Des Weiteren zeigt sich eindeutig, dass die (außerhalb der bundesweiten G-DRG-Mischkalkulation durch das InEK) erhobenen Daten der G-DRG zu anderen Werten führen. Hier sind bei fehlender Kostendeckungsoption durch andere Patientengruppen tatsächlich höhere Einbußen zu erwarten. Allerdings sind die oben genannten Schlussfolgerungen vorbehaltlich einiger Aspekte zu sehen, welche im folgenden aufgeführt sind.

Die Berechnung der G-DRG-Vergütung ist wegen derzeit noch mangelnder Verfügbarkeit anhand der noch nicht korrigierten Datensätze des Institutes für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK GmbH) geschehen. Somit erscheint es möglich, dass in einer erneuten Berechnung derselben Patienten mit einer neuen Berechnungsgrundlage ein anderes, möglicherweise günstigeres Bild entsteht.

Die Verletzungsverteilung der hier eingegangenen Patienten einer einzelnen Klinik entsprechen nicht vollständig der Verteilung, wie sie in der zzt. besten Übersicht der Verletztenverteilung der Bundesrepublik Deutschland (dem Traumaregister) dokumentiert ist. Hingegen weisen Patienten des Traumaregisters eine höhere Inzidenz von Kopfverletzungen auf, und weniger schwere Verletzungen der Extremitäten.

Die Evaluation der Kostensituation wurde anhand der standardisiert vorgenommenen Dokumentation des Medizincontrollings vorgenommen, d. h. ohne eine spezielle Berücksichtigung der Overhead-

kosten und Konsiliartätigkeiten eines Traumazentrums.

Diese Einflüsse können voraussichtlich erst frühestens gegen Ende des Jahres 2003 berücksichtigt werden. Zu diesem Zeitpunkt ist zu erwarten, dass die Neuberechnung der G-DRG durch das InEK vollständig erfolgt und zugänglich gemacht sein wird.

Nach Erhalt der Daten des Traumaregisters wird eine Überarbeitung der Daten der hier erhobenen Patienten durchgeführt. Im Sinne einer „matched pair“-Analyse werden ähnliche Berechnungen durchgeführt, die eine der Verteilung des Traumaregisters vergleichbares Kollektiv des Jahres 2002 enthalten.

Seitens der Kostenevaluation existieren aus verschiedenen Kliniken in Deutschland (Essen, München, Ulm) Kalkulationen dieser Entität im bisherigen System der Bundespflegesatzverordnung [2, 9, 10, 11]. Diese zeigten allesamt schon erhebliche Kosten auf und wiesen auf die erhebliche Bedeutung der Vorhaltekosten hin.

Seitens der Arbeitsgemeinschaft „Polytrauma“ der DGU existiert seit 2001 eine „Gruppe Ökonomie“, die mithilfe des Institutes für Versicherungsbetriebslehre in Hannover eine Evaluation der Mindestkosten nach Bundespflegesatzverordnung durchgeführt hat. Allerdings muss konstatiert werden, dass trotz des auch bei dieser Studie durchgeführten erheblichen Aufwands eine vollständige Erhebung (1:1-Abbildung) der Realkosten im Normalfall nach wie vor schwierig ist.

Darüber hinaus ist es wahrscheinlich, dass auch in der Zukunft für die Berechnungen der Rentabilität einer Abteilung und für Planungen an einer einzelnen Klinik die der jeweiligen Controllingabteilung zugänglichen Daten als Grundlage

verwendet werden. Exaktere Untersuchungen werden aufgrund ihres erheblichen Aufwands kaum als sinnvoll erachtet werden. Deshalb erschien es uns sinnvoll, auch für die vorliegende Studie eine solche Berechnung der Realsituation anhand der akut zugänglichen Kostendaten der Abteilung Medizincontrolling vorzunehmen, obgleich im Normalfall nicht alle wahren Kosten abgebildet werden. Seitens der Kostenevaluation ist somit von einer Unterschätzung der realen Situation auszugehen.

Sicherlich werden weitere Untersuchungen notwendig sein, um genauere Analysen der Finanzierbarkeit der Leistungserbringung von Kliniken unter G-DRG-Bedingungen durchzuführen. Zu Beginn des Jahres 2003 waren ausschließlich die vorliegenden Daten erhältlich, sodass diese für die Eingaben an das Institut für Erlössicherung im Krankenhaus (InEK) verwendet wurden. Die Analyse von Patienten des Traumaregisters selbst wird in Kürze möglich sein, da die notwendigen Daten G-DRG in dem Datensatz von 2002 erstmals mitdokumentiert werden.

Hier wäre dann zu prüfen, inwieweit tatsächlich die folgenden Befürchtungen von Kliniken der Maximalversorgung berechtigt sind:

- systematische Unterfinanzierung von Kliniken mit einem hohen Anteil an Akutversorgungen,
- Versuch der Vermeidung der Aufnahme von Patienten mit Mehrfachverletzungen (Patientenselektion),
- potentiell schlechtere Versorgung dieses hochrisikobehafteten Patientenspektrums gipfeln, mit der Inkaufnahme medizinisch minderwertiger Behandlungsqualität.

Ob aus diesen Befürchtungen auch die Forderung eine Sonderstellung der Finanzierung der Behandlung Schwerverletzter, muss abgewartet werden.

Korrespondierender Autor

Prof. Dr. H.-C. Pape

Unfallchirurgische Klinik, Medizinische Hochschule,
Carl Neubergstraße 1, 30625 Hannover
E-Mail: Pape.Hans-Christoph@MH-Hannover.de

Literatur

1. Baker S, O'Neill B, Haddon WJ, Long W (1974) The Injury Severity Score: a method for describing patients with multiple injuries and evaluating emergency care. *J Trauma* 14: 187–196
2. Obertacke U, Neudeck F, Wihs HJ, Schmit-Neuerburg KP (1997) Kostenanalyse der Primärversorgung und intensivmedizinischen Behandlung polytraumatisierter Patienten. *Unfallchirurg* 100: 44–49
3. Pape HC, Grotz M, Schwermann T et al. (2003) Entwicklung eines Modells zur Berechnung der Kosten der Versorgung schwer Verletzter – eine Initiative des Traumaregisters der DGU. *Unfallchirurg* 106: 348–357
4. Reith HB (2002) Welche Auswirkungen wird die Einführung von G-DRGs auf chirurgische Abteilungen haben? *Zentralbl Chir* 127: 651–655
5. Roeder N (2002) DRGs in der Onkologie. *Forum DKG Sonderheft* 2: 14–17
6. Roeder N, Glocker S, Marshall N, Rochell B (2002) Perspektiven und Limitationen bei der Abbildung des Aufwandes von Krankenhausleistungen durch australische DRGs. *Krankenhaus* 2002: 388–397
7. Roeder N, Rochell B, Glocker S (2002) Gleiche DRG-Leistung = Gleiche Real-Leistung, Teil I. *Krankenhaus* 2002: 702–709
8. Roeder N, Rochell B, Glocker S (2003) Gleiche DRG-Leistung = Gleiche Real-Leistung, Teil II. *Krankenhaus* 2002: 794–800
9. Rösch M, Klose T, Leidl R, Gebhard F, Kinzl L, Ebinger T (2000) Kostenanalyse der Behandlung polytraumatisierter Patienten. *Unfallchirurg* 103: 632–639
10. Ruchholtz S, Nast-Kolb D, Waydhas C, Stuber R, Lewan U, Schweiberer L (1995) Kostenanalyse der klinischen Behandlung polytraumatisierter Patienten. *Chirurg* 66: 684–692
11. Schmelz A, Ziegler D, Beck A, Kinzl L, Gebhard F (2002) Akutstationäre Behandlungskosten polytraumatisierter Patienten. *Unfallchirurg* 105: 1043–1048
12. Selbstverwaltung für German refined-diagnosis related groups (2003) Vereinbarung Methodentest: http://www.g-drg.de/systemgrundlagen/drg_vertest.htm

Unfallchirurg 2003 · 106:873 DOI 10.1007/s00113-003-0672-z © Springer-Verlag 2003

N. Roeder · B. Rochell

Kommentar

Die Autoren schildern in ihrer Darstellung die Probleme der Abbildung des Behandlungsaufwandes polytraumatisierter Patienten in der G-DRG-Pauschalierung. In der vorliegenden Arbeit wurden die heutigen Vergütungen (Tagessätze) mit zu erwartenden Vergütungen unter DRGs (Relativgewichte des G-DRG-Kataloges Version 1.0) miteinander verglichen und Unterdeckungen errechnet. Als Basisfallwert wurden 2.900 Euro angelegt, ein extrem niedriger Wert für Maximalversorger. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass Maximalversorgungszentren mit einem Basisfallwert von 2.900 Euro bezogen auf das für das Jahr 2003 gültige Relativgewichtssystem nicht adäquat refinanziert werden. Dies ist vor allem auch darauf zurückzuführen, dass die Leistungen der Maximalversorgung auf Grund erheblicher Verzerrungen, insbesondere durch eine Kostenkompression der Bewertungsrelationen zu Lasten hoch-aufwändiger Behandlungsfälle noch nicht sachgerecht im Optionsmodell 2003 abgebildet sind (1). Aus diesem Grunde hat der Gesetzgeber festgelegt, dass das G-DRG-System im Jahr 2003 und 2004 budgetneutral eingeführt wird, was zur Folge hat, dass sich die G-DRG-Preise zwischen verschiedenen Krankenhäusern und insbesondere auch zwischen verschiedenen Versorgungsstufen noch unterscheiden werden. Vor diesem Hintergrund hätte der in der Arbeit angestellte Vergleich besser nicht auf den fiktiven G-DRG-Erlös, sondern stattdessen auf die im Projektbericht der G-DRG-Erstkalkulation (2) ausgewiesenen Sichproben-Kosten der betroffenen Polytrauma-DRGs bezogen werden sollen.

Ab 2005 soll dann ein stufenweiser Angleich der Preise an einen bundeslandweiten Mittelwert erfolgen (Konvergenzphase). Diese Angleichung wird ohne Versorgungseinbußen nur dann funktionieren, wenn das G-DRG-System ab 2005 auch die Leistungen differenziert genug abbildet. Dies ist für die Polytraumabehandlung nicht zu erwarten, sodass hier wahrscheinlich Sonderlösungen geschaffen werden müssen.

Während der in der vorgelegten Arbeit vorgenommene Vergleich von Kosten und Erlösen auf der Ebene der einzelnen G-DRG-Fallpauschale in der gegenwärtigen budgetneutralen Einführungsphase noch unzulässig ist, wird dieser mit Beginn der Konvergenzphase essenziell für die Beurteilung der Sachgerechtigkeit der G-DRG-Finanzierung der Polytraumaversorgung, sofern keine diesbezüglichen Ausgleichs- oder Sonderregelungen geschaffen werden. Angesichts der bis 2005 nur noch kurzen verfügbaren Zeitspanne für eine in allen Punkten leistungsgerechte Anpassung des G-DRG-Systems unter den geschützten Bedingungen der Budgetneutralität stellt die Initiative des Berufsständischen Ausschusses daher einen wertvollen Ansatz für die zur Sicherung einer adäquaten Finanzierung von für die Gesundheitsversorgung unverzichtbaren Komplexleistungen bereits in naher Zukunft unerlässlichen Kosten-Erlös-Vergleiche dar.

Die Unfallchirurgisch tätigen Kliniken können aus diesem Grund nur ermutigt werden, ihre Arbeiten zu vertiefen, um durch eine Analyse der Leistungsabbildung und -Finanzierung konstruktive Beiträge zur Anpassung des G-DRG-Vergütungssystems (Um- bzw. Neudefinition von G-DRG-Fallgruppen versus Schaffung von Ausnahmetatbeständen für polytraumatisierte Patienten) einzubringen. Sollte es letztendlich nicht möglich sein, die stark variierenden Behandlungsaufwände dieser besonderen Fallgruppen über G-DRG-Pauschalen zu finanzieren, müssen alternative Lösungen gefunden werden.

Literatur/Quellen

1. Roeder N, Rochell B, Bunzemeier H. (2003) Kommentar zum Projektbericht zur Kalkulation der ersten deutschen Bewertungsrelationen für die G-DRG Version 1.0, Sonderausgabe „G-DRG-Kalkulation“, „das Krankenhaus“, Kohlhammer Verlag
2. 3M HIS Institut Neuss (2002) Kalkulation der ersten deutschen Bewertungsrelationen für das G-DRG-System, Band 1: Projektbericht, Band 2: G-DRG-Tabellen, www.g-drg.de