

1 EINFÜHRUNG

1.1 Begriff und Stellenwert der Verweildauer

Neben dem nachvollziehbaren Patientenwunsch nach einem möglichst kurzen Krankenhausaufenthalt kommt der Evaluation von Verweildauern v.a. seit der Einführung eines teilweise pauschalierenden Vergütungssystems für stationäre Leistungen im Jahre 1996 sowie im Hinblick auf die Installation eines „durchgängigen, leistungsorientierten und pauschalierenden Vergütungssystems“ in Form der Diagnosis Related Groups (DRG) bis zum Januar 2003 auch in Deutschland eine erhebliche Bedeutung zu. Im Gesetzestext zur Änderung der Bundespflegesatzverordnung vom Dezember 1999 wurde die Verkürzung der Verweildauern in einer kurzen Auflistung kostenreduzierender Maßnahmen an erster Stelle genannt [7].

Die Verweildauer gibt die Zahl der Tage an, die ein Patient durchschnittlich in stationärer Behandlung verbringt. Sie wird berechnet, indem man die Anzahl der Pfl egetage durch die Zahl der Patienten dividiert. Die Anzahl der Pfl egetage ist definiert als die Summe der an den einzelnen Tagen des Berichtszeitraumes um 24:00 Uhr vollstationär untergebrachten Patienten [45]. Bei der Analyse eines einzelnen Krankenhausaufenthaltes wird die Verweildauer durch Bildung der Differenz zwischen Entlassungs- und Aufnahmedatum ermittelt; bei dieser Art der Berechnung ist sie im Durchschnitt etwas höher als bei ihrer Bestimmung mit Hilfe der Pfl egetage [38, 45]. Die praeoperative Verweildauer umfasst die Dauer des stationären Aufenthaltes vor dem operativen Eingriff; der Tag der Operation wird nicht mitgezählt. Analog dazu beschreibt die postoperative Verweildauer den Zeitraum ab dem ersten postoperativen Tag, auch hier ist der OP-Tag nicht eingeschlossen.

Die durchschnittliche Verweildauer sämtlicher Patienten aller Krankenhäuser in Deutschland lag 1998 bei 10,7 Tagen ; in den USA 1996 bei 7,5 Tagen (dort bislang keine Daten zum Vergleichszeitraum) [17, 33]. Patienten, die sich 1998 im Bundesgebiet der operativen Therapie einer benignen Schilddrüsenerkrankung unterzogen, verbrachten durchschnittlich 7,1 Tage im Krankenhaus. Im Vergleich der Bundesländer variiert dieser Wert zwischen 5,7 (Schleswig-Holstein) und 7,6 Tagen (Brandenburg, Sachsen-Anhalt) [46].

1.2 Vergütungssystem für stationäre Leistungen in Deutschland

Um den Stellenwert der Krankenhausverweildauer zwischen anderen Kostenfaktoren im Gesundheitswesen einordnen zu können, wird im Folgenden ein kurzer Überblick über das Vergütungssystem für stationäre Leistungen in Deutschland gegeben.

Seit Inkrafttreten der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) vom 26.09.1994 am 01.01.1996 existiert in der Bundesrepublik Deutschland ein Mischsystem zur Vergütung von Krankenhausleistungen [27]. Derzeit gültige Fassung ist die 5. Änderungsverordnung (5. ÄndV) der BPfIV vom 09.12.1997 [6]. Es werden drei unterschiedliche Abrechnungsformen vorgegeben: tagesgleiche Pflegesätze, fallbezogene Entgelte (Fallpauschalen) und leistungsbezogene Entgelte (Sonderentgelte). Darüber hinaus verfügte der Gesetzgeber gesonderte Abrechnungsregeln für vor- und nachstationäre Behandlung sowie das ambulante Operieren.

Die tagesgleichen Pflegesätze gliedern sich in Basispflegesatz (Entgelt für nicht durch ärztliche oder pflegerische Tätigkeit veranlasste Leistungen des Krankenhauses), Abteilungspflegesätze (Entgelt für ärztliche und pflegerische Tätigkeit sowie die durch Ärzte und Pflegepersonal veranlassten Leistungen) und teilstationäre Pflegesätze (abgeleitet aus den vollstationären Pflegesätzen) [28]. Abteilungs- und Basispflegesätze werden in Abstimmung mit den örtlichen Krankenkassen krankenhausesindividuell berechnet.

Fallpauschalen stellen die Vergütung für einen bestimmten vollstationären Behandlungsfall dar; der bundesweit gültige Katalog der relevanten Fälle enthält derzeit 94 Fallpauschalen (Anlage 1 BPfIV). Der Bewertungsmaßstab der Fallpauschalen ist in Form von Punktzahlen bundesweit festgelegt, der Wert der Punkte wird auf Landesebene vereinbart [29]. In der Anlage 1 BPfIV aufgeführte Verweildauern bilden die Grundlage der Fallpauschalen.

Die Sonderentgelte sind ebenfalls in einem bundeseinheitlichen Katalog festgelegt. In der 5. ÄndV BPfIV werden 146 Sonderentgelte vorgesehen (Anlage 2 BPfIV), die zusätzlich zum Abteilungs- und Basispflegesatz oder zu den entsprechenden teilstationären Pflegesätzen abgerechnet werden.

Sonderentgelte definieren sich durch den „Operationsschlüssel nach § 301 SGB V – internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin (OPS-301)“, der im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit vom Deutschen Institut für Medizinische

Dokumentation und Information (DIMDI) auf der Basis der Internationalen Klassifikation der Prozeduren in der Medizin (ICPM) erstellt wird [40]. Zur Zeit wird die Version 2.0 des OPS-301 eingesetzt, um medizinische Prozeduren im Krankenhaus zu verschlüsseln. Das Vorliegen des entsprechenden OPS-301-Codes ist Voraussetzung für die Berechnung eines Sonderentgeltes.

Krankheitsbilder werden nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen in der 10. Revision (ICD-10) verschlüsselt. Die ICD wurde wie die ICPM von der Weltgesundheitsorganisation erstellt und vom DIMDI auf das deutsche Gesundheitssystem übertragen; der offizielle Titel lautet danach „ICD-10 – Ausgabe für die Zwecke des SGB V“ (ICD-10 SGB V). Zur Zeit gilt hier Version 2.0. Die einzelnen Entgeltformen können z.T. kombiniert angewendet werden, so wird beispielsweise der Basispflegesatz immer neben dem Abteilungspflegesatz und in den meisten Fällen zusätzlich zu den Sonderentgelten abgerechnet [30]. Von wenigen Ausnahmen abgesehen lassen sich aber tagesgleiche Pflegesätze und Sonderentgelte nicht neben einer Fallpauschale berechnen – die Abrechnung der Fallpauschale hat Vorrang.

Am 01.01.2000 trat eine Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) vom 10.04.1991 in Kraft [5]. Der neue § 17b KHG sieht die Einführung eines „durchgängigen, leistungsorientierten und pauschalierenden Vergütungssystems“ zum 01.01.2003 vor [7]. Die Spitzenverbände der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft wurden in der Novellierung des Gesetzes mit der Auflage versehen, sich bei der Konstruktion des neuen Systems an einem „international bereits eingesetzten Vergütungssystem auf der Grundlage von Diagnosis Related Groups (DRG)“ zu orientieren. Mit Ausnahme der Psychiatrie werden sämtliche klinische Fachbereiche abgedeckt.

Fallbezogene Vergütungssysteme nach dem Muster der DRGs existieren seit mehreren Jahren u.a. in Australien, einigen skandinavischen Ländern sowie den Vereinigten Staaten von Amerika. Wie die Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft am 30.06.2000 mitteilten, haben sich die Spitzenorgane der selbstverwalteten Gremien auf das Australian Refined Diagnosis Related Group (AR-DRG) -System als Ausgangsgrundlage für ein deutsches Vergütungs- und Abrechnungssystem verständigt.

1.3 Zielsetzung und Arbeitshypothese

Da in Diagnostik und operativer Therapie benigner Schilddrüsenerkrankungen zu einem erheblichen Teil standardisierte Schemata zur Anwendung kommen, lassen sich Aufwand und Therapieerfolg innerhalb und zwischen Krankenhäusern und ihren Abteilungen relativ gut miteinander vergleichen [13].

Die vorliegende Arbeit möchte durch die Identifikation bzw. Analyse von Einflussfaktoren, die die prae- und postoperativen Krankenhausverweildauern von Patienten in der Schilddrüsenchirurgie determinieren, einen Beitrag zu Qualitätssicherung und Standardisierung in der Chirurgie – auch im Hinblick auf die Wirtschaftlichkeit – leisten.

Zu diesem Zweck wird der Zusammenhang zwischen den mittleren Gesamt-, prae- sowie postoperativen Krankenhausverweildauern und folgenden Faktoren untersucht:

- Alter bzw. Geschlecht der Patienten
- Vorliegen praeoperativer diagnostischer Befunde
- Einstufung des perioperativen Risikos der Patienten nach der Klassifikation der American Society of Anaesthesiology (ASA) [32]
- Vorliegen spezifischer Risikofaktoren für die Chirurgie der Schilddrüse
- Indikation des Eingriffs
- Praeoperative Therapie
- Art der operativen Therapie
- Auftreten intraoperativer Komplikationen
- Qualifikation des Operateurs
- Dauer der Operation
- Auftreten postoperativer Komplikationen
- Auftreten postoperativer Rekurrensparesen und Hypokalzämien

Die Ergebnisse der Berechnungen waren im Hinblick auf die Einführung eines pauschalierenden Vergütungssystems (DRG) in Deutschland sowie der Möglichkeit ambulanter Eingriffe in der Schilddrüsenchirurgie zu werten.