Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

Hochschule Neubrandenburg
Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management
Studiengang Management im Gesundheitswesen – Krankenhausmanagement

PATIENT:INNEN OHNE FESTEN WOHNSITZ IM KRANKENHAUS - EINE BETRACHTUNG AUS MEDIZINISCHER UND BUDGETÄRER SICHT

MASTERARBEIT

urn:nbn:de:gbv:519-thesis2022-0630-5

Vorgelegt von: Dr. med. Martin Abendroth

Betreuer: Prof. Dr. Roman Oppermann LL.M., M.A.
2. Betreuer: Dr. rer. med. Hagen Rogalski

Tag der Einreichung: 28.10. 2022

Inhalt

1 Einleitung 1

2 Fragestellung 2

3 Methodik 3

3.1 Untersuchtes Patient:innenkollektiv 3

3.2 Finanzierung im Gesundheitssystem 4

3.2.1 Pauschalisierte Vergütung 5

3.2.1.1 DRG – Diagnosis Related Groups 5

3.2.1.2 InEK 6

3.2.1.3 Vergütung im aG-DRG-System 8

3.2.2 Ambulant – EBM 9

3.3 Berechnung der Erlöse 10

3.3.1 Berechnung der Erlöse nach EBM 10

3.3.2 Berechnung der Erlöse im DRG-System 14

3.4 Konversionsrate 16

3.5 Defizitäre ambulante Notfallversorgung 17

3.5.1 Nicht ausreichende Refinanzierung im EBM 17

3.5.2 Die kurzstationäre Behandlung – INKA 17

3.6 Auswertung der Diagnosen nach ICD-10-GM 18

4 Ergebnisse 20

4.1 Ambulante Fälle 20

4.1.1 Konsile in der Notaufnahme 20

4.1.2 Entlassdiagnosen ambulant 21

4.2 Stationäre Fälle 23

4.2.1 Konversionsrate 23

4.2.2 Konsile in der Notaufnahme 24

4.2.3 Intensivstation vs. Normalstation 24

4.2.4 Entlassdiagnosen stationär 25
4.3 Kostenträger 27
4.4 Erlöse/Erlösdefizit 28
4.4.1 Ambulante Fälle 28
4.4.2 Stationäre Fälle 29
5 Einordnung der Ergebnisse 31
5.1 Ambulante Behandlung 31
5.1.1 Leitdiagramm vs. Entlassdiagnose 31
5.1.2 Die Abrechnung im EBM 33
5.2 Stationäre Fälle 35
5.2.1 Konversionsrate 35
5.2.2 Intensiv- vs. Normalstation 36
5.2.3 Entlassdiagnose 37
5.2.4 Erkrankungsschwere 39
5.2.5 Erlösdefizit 39
6 Diskussion 41
7 Fazit 42
8 Anhang 43
8.1 Abkürzungsverzeichnis 43
8.2 Grafiken/Abbildungen 44
8.3 Tabellen 44
8.4 Literatur 46
9 Eidesstattliche Erklärung 48

1 Einleitung

Bereits im Rahmen der vorausgegangenen Forschungsarbeit konnte die Bedeutung von Patient:innen ohne festen Wohnsitz (ofW) für zwei Berliner Notaufnahmen ermittelt und quantifiziert werden. Auffällig war der relativ hohe prozentuale Anteil am Gesamtkollektiv aller Patient:innen. Im Klinikum im Friedrichshain (KFH) belief sich dieser mit 1500 Fällen auf 2,2 % aller Patientenkontakte, während es im Klinikum Kaulsdorf (KHD) 298 Fälle waren, was 1,2 % aller Patientenkontakte entsprach. Hierbei können jedoch explizit nur die Behandlungsfälle bzw. die einzelnen Notaufnahmekontakte betrachtet werden – eine weitere Differenzierung einzelner Patient:innen und etwaiger Mehrfachkontakte im Untersuchungszeitraum ist aufgrund der Datenbasis nicht möglich. In älteren internationalen Auswertungen wurde ein Anteil von Patient:innen ofW von 0,5 % bis 0,65 % an allen Notaufnahmepatient:innen ermittelt [1].

Während sich die Forschungsarbeit primär auf den Triageprozess beschränkte, ist es das Ziel der vorliegenden Masterarbeit, den Fokus auf die medizinischen Aspekte sowie auf die betriebswirtschaftliche Bedeutung dieser Patient:innen zu legen. Bei der Betrachtung der medizinischen Aspekte soll der Fokus primär auf die Ebene der Behandlungsdiagnosen gelegt werden, so dass eine differenzierte und valide Beurteilung der aktuellen Behandlungsbedarfe möglich ist. Sofern möglich, sollen dabei auch die einzelnen Bestandteile der Behandlung in der Notaufnahme erfasst werden.

Das bisherige System der ambulanten und stationären Vergütung im Krankenhaussektor beruht auf einer patientenindividuellen Abrechnung von erbrachten Leistungen gegenüber den Kostenträgern bzw. Krankenkassen. Es ist zu vermuten, dass Patient:innen ohne festen Wohnsitz keine reguläre Krankenversicherung besitzen, so dass deren Behandlung nicht adäquat vergütet wird. Es ist daher das Ziel der Masterarbeit, die Behandlung dieser Patient:innen auch unter budgetären Aspekten zu analysieren. Hierbei sollen in einem ersten Schritt die relevanten Abrechnungssummen ermittelt und in einem zweiten Schritt deren Refinanzierung durch die Kostenträger überprüft werden.

2 Fragestellung

Notaufnahmen decken ein breites medizinisches Versorgungsspektrum ab. Die Behandlung kann hierbei je nach Indikation ambulant oder kurzstationär erfolgen. Patient:innen mit erweitertem Versorgungsbedarf können darüber hinaus vollstationär in das Krankenhaus aufgenommen werden, wobei hier weiter zwischen Normalstation und Intensivstation zu unterscheiden ist. Die Verteilung der einzelnen Versorgungsformen soll zunächst unter quantitativen Aspekten betrachtet und in einem weiteren Schritt in Relation zu den Versorgungssektoren des Gesamtkollektivs gesetzt werden.

Während in der Forschungsarbeit zunächst das zur Vorstellung führende Leitsymptom betrachtet wurde, sollen jetzt darauf aufbauend die Behandlungsdiagnosen nach Internationaler statistischer Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification (ICD-10-GM) ausgewertet werden. Diese erlaubt eine deutlich feingranuliertere Betrachtung sowie eine Einordnung in den internationalen Kontext.

Im Gegensatz zu ambulanten Versorgungseinrichtungen für Patient:innen ofW oder Patient:innen ohne Krankenversicherung, die das Versorgungsangebot bei ausbleibender Finanzierung durch Spenden oder Fördermittel ggf. einschränken können bzw. müssen, obliegt den Krankenhäusern ein durchgängiger Versorgungsauftrag. Die Behandlung der Patient:innen ofW soll daher auch unter Aspekten der Kostendeckung bzw. eines möglichen Finanzierungsdefizits untersucht werden. Hierzu sollen unterschiedliche Bereiche der Vergütung (ambulant und stationär somatisch) für das Patient:innenkollektiv analysiert und ausgewertet werden. Die Vergütung in der Psychiatrie ist klar abgegrenzt von der somatischer Erkrankungen, so dass hier der Fokus ausschließlich auf somatische Behandlungen gelegt werden soll.

3 Methodik

3.1 Untersuchtes Patient:innenkollektiv

Die Datenbasis für die Untersuchungen dieser Masterarbeit bilden Routinedaten der klinischen Krankenversorgung in zwei Berliner Notaufnahmen. Untersuchungen des Robert Koch-Institutes zeigten einen 40%igen Rückgang der Behandlungsfälle in Notaufnahmen mit Beginn der Pandemie 2020 [2]. Daher wurde das Jahr 2019 als letzter repräsentativer Zeitraum vor Beginn der Pandemie gewählt.

Bei den ausgewählten Notaufnahmen handelt es sich um das Vivantes Klinikum im Friedrichshain (KFH) als großem innerstädtischen Maximalversorger sowie das Vivantes Klinikum in Kaulsdorf als Grund- und Regelversorger am Stadtrand (KHD). Insbesondere das Klinikum im Friedrichshain zeichnet sich durch eine hochfrequentierte Nutzung durch Patient:innen ofW aus. Eine Untersuchung der Berliner Feuerwehr zur Inanspruchnahme des Rettungsdienstes durch frequent user ohne festen Wohnsitz ermittelte allein für den Einzugsbereich des KFH ca. 700 Fälle im Jahr 2020 [3], wobei hier davon auszugehen ist, dass ein Großteil der Patient:innen nicht vor Ort behandelt, sondern in das nächstgelegene Krankenhaus verbracht wurde.

Aus beiden Kliniken lagen für diesen Zeitraum insgesamt 94 637 Behandlungsfälle vor (67 753 Datensätze aus dem KHF und 26 884 Datensätze aus dem KHD). Diese Fälle wurden in einem mehrstufigen Verfahren ausgewertet, um so Patient:innen ofW zu identifizieren. Die einzelnen Schritte waren:

1. Filterung nach Datensätzen mit fehlenden Adressdaten
2. Filterung nach Datensätzen mit dem Freitextvermerk ‚ohne festen Wohnsitz‘, ‚obdachlos‘ oder ‚ofW‘
3. Manuelle Prüfung aller im ersten Schritt gewonnenen Datensätze auf relevante Freitextinformationen und Plausibilität. Sofern z. B. der Vermerk ‚Tourist‘ oder ‚aus dem Club‘ enthalten war, ist von einem festen Wohnsitz auszugehen.

Eine alleinige Selektion von Behandlungsfällen ohne Adressdaten wäre nicht ausreichend. Insbesondere bei deutschen Staatsbürgern mit noch bestehendem

Versicherungsschutz trotz Wohnungslosigkeit liegt teilweise noch eine (ehemalige) Adresse im System vor bzw. ist auf der Versichertenkarte gespeichert.
Insgesamt konnten so 1500 Datensätze aus dem KFH und 298 Datensätze aus dem KHD selektiert werden. Aufgrund der gesonderten Finanzierung der stationären psychiatrischen Behandlung wurden diese Patient:innen in einem weiteren Schritt herausgefiltert, so dass insgesamt 1694 Patient:innen in die Auswertung einflossen.
Eine Selektion mithilfe der zuvor genannten Kriterien bietet insgesamt eine eingeschränkte Sensitivität im Hinblick auf die Identifizierung aller Patient:innen ofW, ermöglicht jedoch unter Berücksichtigung der retrospektiven Auswertung und der eingeschränkten Datengrundlage eine näherungsweise Selektion der Zielkohorte.

3.2 Finanzierung im Gesundheitssystem

Mit Ausnahme weniger Sonderfälle (z. B. Hochschulambulanzen, Ermächtigung von Krankenhausärzten, ambulante spezialfachärztliche Versorgung) existieren im deutschen Gesundheitssystem zwei relativ strikt voneinander getrennte Versorgungssektoren. Hierbei ist insbesondere die ‚doppelte Facharztschiene' eine deutsche Besonderheit. Darunter wird die Vorhaltung spezialisierter Fachärzte (z. B. Kardiologen, Gastroenterologen) sowohl in den ambulanten Praxen als auch in den Fachabteilungen des Krankenhauses verstanden. Folge der strikten sektoralen Trennung sind drei separate Finanzierungssysteme. Dies sind für die stationäre Somatik die Vergütung mithilfe der Diagnosis Related Groups (DRGs), für die stationäre Psychiatrie und Psychosomatik die Vergütung nach pauschalisierendem Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) sowie für den ambulanten Bereich der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM). Wie zuvor bereits ausgeführt, sollen Patient:innen, deren Behandlung nach PEPP abgerechnet wird, in dieser Arbeit keine Berücksichtigung finden.

3.2.1 Pauschalisierte Vergütung

3.2.1.1 DRG – Diagnosis Related Groups

Mit der Veröffentlichung des ‚Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000' im Jahr 1999 wurde die Einführung eines pauschalisierten Entgeltsystems gesetzlich beschlossen [4]. Dort heißt es in Artikel 4 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes) Absatz 2:

> Nach § 17a wird folgender § 17b eingefügt: „§ 17b Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems
> (1) Für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen ist für alle Krankenhäuser, für die die Bundespflegesatzverordnung gilt, ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem einzuführen; dies gilt nicht für die Leistungen der in § 1 Abs. 2 der Psychiatrie-Personalverordnung genannten Einrichtungen, soweit in der Verordnung nach § 16 Satz 1 Nr. 1 nichts Abweichendes bestimmt wird. Das Vergütungssystem hat Komplexitäten und Comorbiditäten abzubilden; sein Differenzierungsgrad soll praktikabel sein. Mit den Entgelten nach Satz 1 werden die allgemeinen vollstationären und teilstationären Krankenhausleistungen für einen Behandlungsfall vergütet."

Damit wurde in Deutschland erstmalig das bis dahin geltende Selbstkostendeckungsprinzip durch ein pauschalisiertes, den Wettbewerb förderndes Vergütungssystem ersetzt. Als geeignetes Instrument für eine solche Vergütung wurde das bereits in Australien verwendete AR-DRG-System identifiziert, das nach einer Anpassung an die deutschen Gegebenheiten seitdem als GM-DRG (German Modification) firmiert. Bei Einführung im Jahr 2003 war eine Teilnahme zunächst noch optional, ab dem Jahr 2004 jedoch schließlich verpflichtend.

Die Vergütung mittels DRG dient ausschließlich der Deckung der laufenden Betriebs- und Personalkosten. Investitionskosten werden im Rahmen der dualen Finanzierung durch die Länder getragen. Aufgrund des zunehmenden Investitionsdefizits seitens der Länder sahen sich Krankenhäuser jedoch oft zur

Zweckentfremdung dieser Gelder genötigt. Um einer Zweckentfremdung von Pflegeerlösen entgegenzuwirken, wurde das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) zum 01. Januar 2020 umgesetzt. Dieses gliedert die Kosten für die Dienstart Pflege aus der bisherigen pauschalisierten Vergütung mittels DRG aus und bewirkt eine gesonderte Vergütung. Seitdem firmiert das bisherige G-DRG-System als aG-DRG-System, wobei ‚a' für die Ausgliederung der Pflege steht.

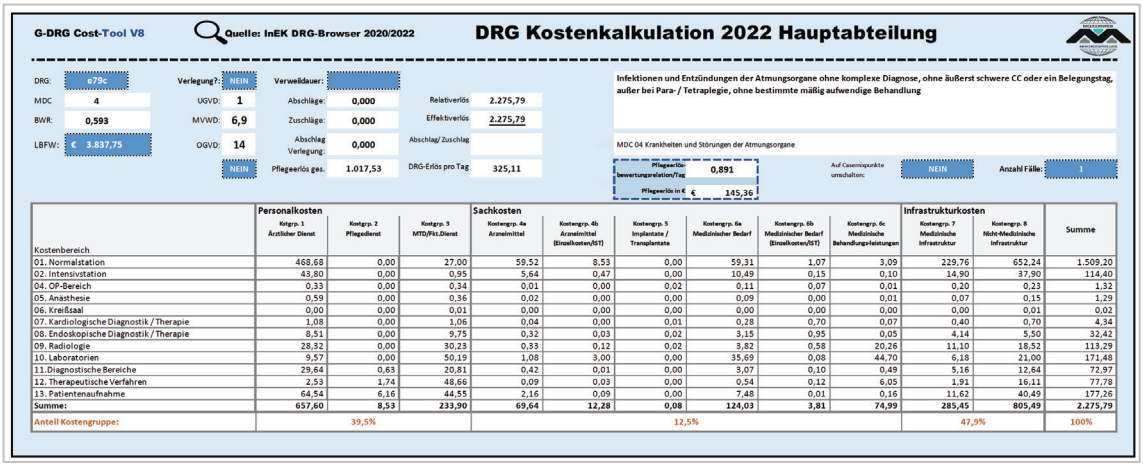
3.2.1.2 InEK

Am 10.05.2001 gründeten die Spitzenverbände der Krankenkassen, der Verband der Privaten Krankenversicherung sowie die Deutsche Krankenhausgesellschaft das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK GmbH), das seitdem das deutsche DRG-System pflegt und weiterentwickelt. Das InEK wertet hierzu jährlich die Behandlungsdaten aller nach § 17b KHG (s. o.) vergüteten Krankenhausbehandlungen aus, die nach § 21 KHEntgG regelmäßig von den Krankenhäusern übermittelt werden müssen. Ergänzt werden diese Informationen durch detaillierte Kostendaten einzelner Kalkulationskrankenhäuser, die neben demografischen Daten und Diagnosen zusätzlich Informationen zur Kostenarten- und Kostenstellenrechnung übermitteln. Die Teilnahme am System ist freiwillig und wird gesondert vergütet. Da die auf dieser Basis gewonnenen Daten jedoch für eine differenzierte Kalkulation nicht ausreichend sind, trafen die o. g. Gesellschafter des InEK eine „Vereinbarung gemäß § 17b Absatz 3 Satz 6 KHG zur Erhöhung der Repräsentativität der Kalkulation" [5]. Auf Grundlage dieser Vereinbarung wurden „erstmals zum 31.10.2016 mittels Losverfahren unter notarieller Begleitung zufällig 40 Krankenhäuser aus dem Entgeltbereich DRG ausgewählt, die für fünf Jahre zur Erhöhung der Repräsentativität der Kalkulation durch verpflichtende Kalkulationsteilnahme beitragen. Basis der Ziehung sind Krankenhäuser, die aufgrund ihres Leistungsspektrums und ihrer Trägerschaft einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der Repräsentativität leisten können" [6].

Ausgehend von den durch die Kalkulationskrankenhäuser übermittelten medizinischen und kalkulatorischen Daten kann das InEK für jede DRG spezifische Angaben zu Kostenstellen und -arten machen. Beispielsweise wird die Diagnose J18.1 *Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet* bei Fehlen von

Cofaktoren in die DRG E79C (*Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, außer bei Para-/Tetraplegie, ohne bestimmte mäßig aufwendige Behandlung*) gruppiert. Die Kosten innerhalb dieser DRG lassen sich, wie in Abbildung 1 dargestellt, differenziert auf die jeweiligen Kostenarten und -stellen aufschlüsseln.

Die teilnehmenden Kalkulationshäuser übermitteln neben Kostendaten auch Daten zur Verweildauer der Patient:innen, mit Hilfe derer das InEK einen durchschnittlichen Verweildauerkorridor ermitteln kann. Innerhalb dieses Korridors bleibt die Vergütung aufgrund der pauschalisierten Vergütung konstant. Eine Über- oder Unterschreitung des Korridors führt zu Auf- bzw. Abschlägen in der Vergütung. Der Verweildauerkorridor für die DRG E79C ist in Abbildung 2 dargestellt.



G-DRG Cost-Tool V8 — Quelle: InEK DRG-Browser 2020/2022

DRG Kostenkalkulation 2022 Hauptabteilung

DRG:	e79c	Verlegung?:	NEIN	Verweildauer:			
MDC	4	UGVD:	1	Abschläge:	0,000	Relativerlös	2.275,79
BWR:	0,593	MVWD:	6,9	Zuschläge:	0,000	Effektiverlös	2.275,79
LBFW:	€ 3.837,75	OGVD:	14	Abschlag Verlegung:	0,000	Abschlag/ Zuschlag	
			NEIN	Pflegeerlös ges.	1.017,53	DRG-Erlös pro Tag	325,11

Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, außer bei Para- / Tetraplegie, ohne bestimmte mäßig aufwendige Behandlung

MDC 04 Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane

Pflegeerlös-bewertungsrelation/Tag: 0,891
Pflegeerlös in €: € 145,36

Auf Casemixpunkte umschalten: NEIN

Anzahl Fälle: 1

Kostenbereich	Personalkosten: Kstgrp. 1 Ärztlicher Dienst	Kstgrp. 2 Pflegedienst	Kstgrp. 3 MTD/Fkt.Dienst	Sachkosten: Kostengrp. 4a Arzneimittel	Kostengrp. 4b Arzneimittel (Einzelkosten/IST)	Kostengrp. 5 Implantate / Transplantate	Kostengrp. 6a Medizinischer Bedarf	Kostengrp. 6b Medizinischer Bedarf (Einzelkosten/IST)	Kostengrp. 6c Medizinische Behandlungsleistungen	Infrastrukturkosten: Kostengrp. 7 Medizinische Infrastruktur	Kostengrp. 8 Nicht-Medizinische Infrastruktur	Summe
01. Normalstation	468,68	0,00	27,00	59,52	8,53	0,00	59,31	1,07	3,09	229,76	652,24	1.509,20
02. Intensivstation	43,80	0,00	0,95	5,64	0,47	0,00	10,49	0,15	0,10	14,90	37,90	114,40
04. OP-Bereich	0,33	0,00	0,34	0,01	0,00	0,02	0,11	0,07	0,01	0,20	0,23	1,32
05. Anästhesie	0,59	0,00	0,36	0,02	0,00	0,00	0,09	0,00	0,01	0,07	0,15	1,29
06. Kreißsaal	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,02
07. Kardiologische Diagnostik / Therapie	1,08	0,00	1,06	0,04	0,00	0,01	0,28	0,70	0,07	0,40	0,70	4,34
08. Endoskopische Diagnostik / Therapie	8,51	0,00	9,75	0,32	0,03	0,02	3,15	0,95	0,05	4,14	5,50	32,42
09. Radiologie	28,32	0,00	30,23	0,33	0,12	0,02	3,82	0,58	20,26	11,10	18,52	113,29
10. Laboratorien	9,57	0,00	50,19	1,08	3,00	0,00	35,69	0,08	44,70	6,18	21,00	171,48
11.Diagnostische Bereiche	29,64	0,63	20,81	0,42	0,01	0,00	3,07	0,10	0,49	5,16	12,64	72,97
12. Therapeutische Verfahren	2,53	1,74	48,66	0,09	0,03	0,00	0,54	0,12	6,05	1,91	16,11	77,78
13. Patientenaufnahme	64,54	6,16	44,55	2,16	0,09	0,00	7,48	0,01	0,16	11,62	40,49	177,26
Summe:	**657,60**	**8,53**	**233,90**	**69,64**	**12,28**	**0,08**	**124,03**	**3,81**	**74,99**	**285,45**	**805,49**	**2.275,79**
Anteil Kostengruppe:		39,5%				12,5%				47,9%		100%

Abbildung 1: Kalkulationsmatrix für DRG E79C (aus [7])

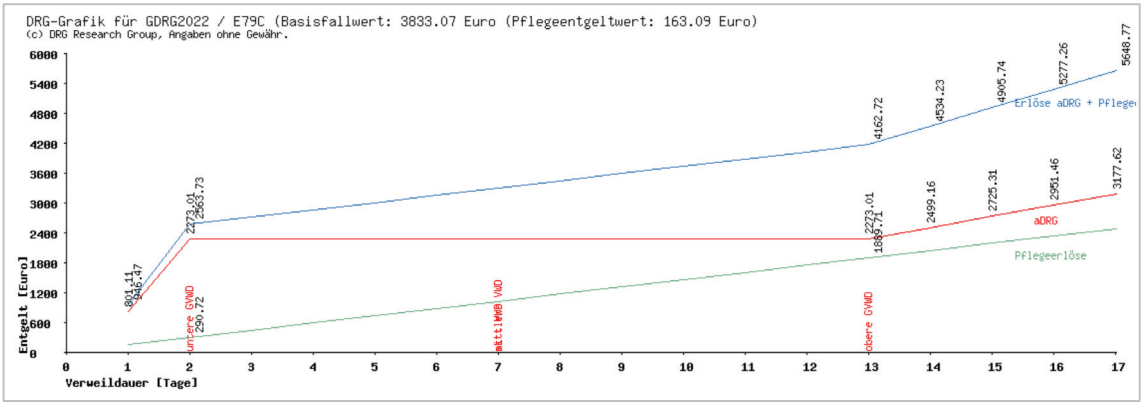


Abbildung 2: Verweildauer für DRG E79C (aus [8])

3.2.1.3 Vergütung im aG-DRG-System

Die Vergütung im aG-DRG-System setzt sich zusammen aus einem Entgelt gemäß DRG, etwaigen Zusatzentgelten (z. B. bei der interventionellen Schlaganfallbehandlung) sowie Entgelten für Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB). Die jährlichen Angaben des InEK weisen hierbei jedoch keine expliziten Geldbeträge aus, sondern beschränken sich auf die Angabe einer ‚Bewertungsrelation' (BWR) [9], die dann mit dem jeweiligen Landesbasisfallwert multipliziert wird. Dieser wird jährlich von den Krankenhausgesellschaften und Krankenkassen auf Landesebene vereinbart. Für das Jahr 2022 bewegt er sich in einem Bereich von 3.825,10 € (u. a. Thüringen) bis 3.925 € in Rheinland-Pfalz. Für das Jahr 2019 betrug der Basisfallwert in Berlin 3.532,50 €.

Die Zuordnung von Behandlungsfällen zur jeweiligen DRG erfolgt mittels vom InEK zertifizierter Softwarealgorithmen, den sog. Groupern. Diese Grouper berücksichtigen u. a. neben Alter und Geschlecht, den Behandlungsdiagnosen und relevanten Begleitdiagnosen auch durchgeführte Prozeduren sowie die Verweildauer und etwaige Intensiv- und Beatmungszeiten. Tabelle 1 listet beispielhaft die unterschiedlichen Schweregrade der Pneumonie und deren Einordnung in die jeweiligen DRGs auf. Mit Zunahme der Erkrankungsschwere erfolgt die Gruppierung in eine höhere DRG. Der Buchstabe A an vierter Stelle kennzeichnet hierbei immer die am höchsten bewertete DRG.

Tabelle 1: Bewertungsrelationen in Abhängigkeit vom Schweregrad (Auszug aus [9])

DRG	Bezeichnung	Bewertungs-relation bei Hauptabtei-lung	Mittlere Verweildauer	Untere Grenz-verweildauer: Erster Tag mit Abschlag
E79A	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag oder mit äußerst schweren CC mit bestimmten Infektionen oder Entzündungen	1,059	11,5	3
E79B	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, bei Para-/Tetraplegie oder mit bestimmter mäßig aufwendiger Behandlung oder mit bestimmter Pneumonie, mehr als ein Belegungstag	0,747	8,0	2
E79C	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, außer bei Para-/Tetraplegie, ohne bestimmte mäßig aufwendige Behandlung	0,593	6,9	1

In der Spalte ‚Bewertungsrelation bei Hauptabteilung' ist sichtbar, wie mit steigendem Schweregrad die Bewertungsrelation in der Hauptabteilung steigt (0,593–1,059). Eine genaue Definition der zugrundeliegenden Logik und Wichtungsfaktoren für die jeweiligen Parameter werden in den jährlich angepassten Definitionshandbüchern veröffentlicht [10].

Die Mischkalkulation der Kosten innerhalb des Verweildauerkorridors führt dazu, dass die Verweildauer einen relevanten Faktor zur Erlössteuerung im Krankenhaus darstellt, da bei Unterschreiten der mittleren Verweildauer der Erlös gleich bleibt, Sach- und Personalkosten je Behandlungsfall jedoch geringer ausfallen.

3.2.2 Ambulant – EBM

Basis der ambulanten Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen ist der bundesweit einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM), dessen gesetzliche Grundlage § 87 SGB V ist. Dort heißt es:

> „(1) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vereinbaren mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen durch Bewertungsausschüsse als Bestandteil der Bundesmantelverträge einen einheitlichen Bewertungsmaßstab für die ärztlichen und einen einheitlichen Bewertungsmaßstab für die zahnärztlichen Leistungen, im ärztlichen Bereich einschließlich der Sachkosten.
> […]
> (2) Der einheitliche Bewertungsmaßstab bestimmt den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander."

Während das pauschalisierte System der DRGs (mit Ausnahme der Zusatzentgelte) alle relevanten Prozeduren und Leistungen unter Berücksichtigung der Behandlungsdiagnosen in einer einzelnen vergütungsrelevanten DRG zusammenfasst, handelt es sich bei der Abrechnung im EBM um eine Einzelleistungsabrechnung mit Hilfe von Abrechnungsziffern.

Der Wert der jeweiligen Ziffer wird nicht in einem fixen Betrag angegeben, sondern – wie gesetzlich gefordert – in einem Punktwert [11]. Diesem Punktwert wird von den regionalen Selbstverwaltungspartnern ein jeweils regional festgelegter Euro-Betrag zugeordnet, der sich wiederum am sog. Orientierungswert ausrichtet. Der Punktwert jeder Ziffer sowie der Geldwert des Orientierungswertes werden jährlich vom paritätisch besetzten Bewertungsausschuss (drei Vertreter Kassenärztliche Bundesvereinigung [KBV], drei Vertreter Gesetzliche Krankenversicherung [GKV]) festgelegt. Der Orientierungswert beträgt für das Jahr 2022 insgesamt 11,2662 Cent [12], während er für das Jahr 2019 bei 10,8226 Cent lag [13].

Falls sich innerhalb des Bewertungsausschusses keine Mehrheit für eine Entscheidung findet, kann der Erweiterte Bewertungsausschuss (EBA) angerufen werden. Neben den Vertretern der KBV und der GKV besteht dieser aus einem unparteiischen Vorsitzenden sowie zwei zusätzlichen von der KBV/GKV benannten unparteiischen Mitgliedern [14].

Tabelle 2 zeigt beispielhaft einen Auszug aus dem EBM. Die angegebenen Geldwerte sind unter Zugrundelegung des Orientierungswertes berechnet.

Tabelle 2: Auszug aus dem einheitlichen Bewertungsmaßstab 2022 ([11])

Ziffer	Bezeichnung	Punkte	Geldwert in €
01207	Notfallpauschale im organisierten Not(-fall)dienst und für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser für die Abklärung der Behandlungsnotwendigkeit bei Inanspruchnahme	80	9,01
27322	Aufzeichnung eines Langzeit-EKGs von mindestens 18 Stunden Dauer	48	5,41
13256	Bestimmung des Säurebasenhaushalts und Blutgasanalyse	84	9,46

3.3 Berechnung der Erlöse

3.3.1 Berechnung der Erlöse nach EBM

Wie bereits ausgeführt, umfasst die Behandlung nach EBM keine pauschalisierte Vergütung, sondern ein dezidiertes System aus Abrechnungsziffern mit daran gekoppeltem Punktewert. Welche Ziffern wann und wie zur Abrechnung gebracht werden können, ist im EBM explizit geregelt. Hierbei ist die reguläre fachärztliche Versorgung klar von der Versorgung von Notfallpatient:innen abzugrenzen. Letztere werden weiter unterschieden in Akutfälle (können prinzipiell vertragsärztlich mit dem vollen Spektrum der ambulanten Ressourcen versorgt werden) und Notfälle im engeren Sinne. Nach geltender Rechtsprechung ist die Versorgung dieser Patient:innen in der Notaufnahme stets auf das

Leistungsspektrum des Bereitschaftsdienstes beschränkt [15]. Im Urteil heißt es, dass „nur die ärztlichen Behandlungsmaßnahmen zu ergreifen sind, die in der jeweiligen gesundheitlichen Situation des Versicherten unverzichtbar sind“. Diese werden davon abhängig gemacht, „dass die Versorgung durch einen Vertragsarzt nicht möglich oder aufgrund der Umstände nicht vertretbar ist“. Bereits in einem Urteil 2012 hat das Bundessozialgericht (BSG) folgendes ausgeführt: „Der Arzt im Notfalldienst muss sich auf die Erstversorgung mit dem Ziel beschränken, Gefahren für Leib und Leben zu begegnen sowie die Notwendigkeit einer stationären Behandlung abzuklären. Laboruntersuchungen der Blutalkoholkonzentration und des C-reaktiven Proteins gehören im Regelfall nicht zur Basisversorgung des Notfalldienstes.“ [16]

Ausgehend von diesen rechtlichen Rahmenbedingungen ist die Anzahl an zur Abrechnung zu bringenden Ziffern stark eingeschränkt. Gemäß Handreichung der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin sind u. a. die u. g. Ziffern zur Abrechnung in Erste-Hilfe-Stellen zugelassen [17]. Dort heißt es u. a. auch: „aus dem Kapitel 33 (anm.: Ultraschalldiagnostik) des EBM sind ALLE GOP (anm.: Gebührenordnungspositionen) berechnungsfähig“. Gleiches gilt darüber hinaus für das Kapitel 34 (Diagnostische und interventionelle Radiologie).

Die folgenden Tabellen zeigen eine Auswahl an für die Untersuchungskohorte relevanten GOP-Ziffern auf Basis des EBM 2019 ([18]):

Tabelle 3: Abrechnungsziffern zur Abklärung des Vorliegens eines Notfalls

Ziffer	Bezeichnung	Punkte	Geldwert in €
01205	Notfallpauschale im organisierten Not(-fall)dienst und für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser für die Abklärung der Behandlungsnotwendigkeit *zwischen 07:00 und 19:00 Uhr (außer an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen und am 24.12. und 31.12.)*	45	4,87
01207	Notfallpauschale im organisierten Not(-fall)dienst und für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser für die Abklärung der Behandlungsnotwendigkeit bei Inanspruchnahme *zwischen 19:00 und 07:00 Uhr des Folgetages, ganztägig an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen und am 24.12. und 31.12.*	80	8,66

Tabelle 4: Für die Notfallbehandlung abzurechnende Ziffern

Ziffer	Bezeichnung	Punkte	Geldwert in €
01210	Notfallpauschale im organisierten Not(-fall)dienst und für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser *zwischen 07:00 und 19:00 Uhr (außer an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen und am 24.12. und 31.12.)*	120	12,99
01212	Notfallpauschale im organisierten Not(-fall)dienst und für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser *zwischen 19:00 und 07:00 Uhr des Folgetages, ganztägig an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen und am 24.12. und 31.12.*	195	21,10

21220	Psychiatrisches Gespräch, Psychiatrische Behandlung, Beratung, Erörterung und/oder Abklärung *Nicht zusammen mit 01210 oder 01212*	136	14,72

Tabelle 5: Abrechnungsziffern für die erneute Konsultation innerhalb eines Quartals (dann anstelle der Ziffern 01210 und 01212)

Ziffer	Bezeichnung	Punkte	Geldwert in €
01218	Notfallkonsultationspauschale III im organisierten Not(-fall)dienst und für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser *zwischen 22:00 und 7:00 Uhr, an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und 31.12. zwischen 19:00 und 7:00 Uhr*	170	18,40
01216	Notfallkonsultationspauschale II im organisierten Not(-fall)dienst und für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser *zwischen 19:00 und 22:00 Uhr, an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und 31.12. zwischen 07:00 und 19:00 Uhr*	140	15,15
01214	Notfallkonsultationspauschale I im organisierten Not(-fall)dienst und für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser	50	5,41

Tabelle 6: Zuschläge zu 01210 und 01212 aufgrund komplizierender Faktoren

Ziffer	Bezeichnung	Punkte	Geldwert in €
01223	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01210 bei Erfüllung der Voraussetzungen gemäß Nr. 8 der Bestimmung zum Abschnitt 1.2*, einmal im Behandlungsfall	128	13,85
01224	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01212 bei Erfüllung der Voraussetzungen gemäß Nr. 8 der Bestimmung zum Abschnitt 1.2*, einmal im Behandlungsfall	195	21,10
01226	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01212 bei Erfüllung der Voraussetzungen gemäß Nr. 9 der Bestimmung zum Abschnitt 1.2**, einmal im Behandlungsfall	90	9,74

**Die Gebührenordnungspositionen 01223 und 01224 sind ausschließlich bei Patienten berechnungsfähig, die aufgrund der Art, Schwere und Komplexität der Behandlungsdiagnose einer besonders aufwändigen Versorgung im Rahmen der Notfallversorgung bedürfen. Die Gebührenordnungspositionen 01223 und 01224 können nur bei Erfüllung mindestens einer der nachfolgenden gesicherten Behandlungsdiagnosen berechnet werden: Frakturen im Bereich der Extremitäten proximal des Metacarpus, und Metatarsus, Schädel-Hirn-Trauma mit Bewusstlosigkeit von weniger als 30 Minuten (S06.0 und S06.70), Akute tiefe Beinvenenthrombose, Hypertensive Krise, Angina pectoris (ausgenommen: ICD I20.9), Pneumonie, Akute Divertikulitis. In Fällen, in denen diese Kriterien nicht erfüllt werden, aber auf Grund der Art, Schwere und Komplexität der Behandlungsdiagnose eine besonders aufwändige Versorgung im Rahmen der Notfallversorgung notwendig ist, können die Gebührenordnungspositionen 01223 und 01224 mit ausführlicher schriftlicher medizinischer Begründung im Ausnahmefall berechnet werden. Hierbei ist insbesondere die Schwere und Komplexität der Behandlungsdiagnose darzulegen.*

***Die Gebührenordnungsposition 01226 ist nur berechnungsfähig bei Neugeborenen, Säuglingen und Kleinkindern oder Patienten mit krankheitsbedingt erheblich komplexer Beeinträchtigung kognitiver, emotionaler und verhaltensbezogener Art (ausgenommen Beeinträchtigung kognitiver, emotionaler und verhaltensbezogener Art infolge psychotroper Substanzen) und/oder Patienten ab dem vollendeten 70. Lebensjahr mit geriatrischem Versorgungsbedarf und Frailty-Syndrom (Kombination von unbeabsichtigtem Gewichtsverlust, körperlicher und/oder geistiger Erschöpfung, muskulärer Schwäche, verringerter Ganggeschwindigkeit und verminderter körperlicher Aktivität) und/oder Patienten mit einer der folgenden Erkrankungen: F00-F02 dementielle Erkrankungen, G30 Alzheimer-Erkrankung, G20.1 Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung und G20.2 Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung.*

Tabelle 7: Separat abzurechnende therapeutische Interventionen am Patienten

Ziffer	Bezeichnung	Punkte	Geldwert in €
02100	Infusion *Obligater Leistungsinhalt: Infusion intravenös und/oder in das Knochenmark und/oder mittels Portsystem und/oder intraarteriell. Dauer mindestens 10 Minuten*	57	6,17
02300	Kleinchirurgischer Eingriff I und/oder primäre Wundversorgung und/oder Epilation *Obligater Leistungsinhalt: Operativer Eingriff mit einer Dauer von bis zu 5 Minuten und/oder Primäre Wundversorgung und/oder Epilation durch Elektrokoagulation im Gesicht und/oder an den Händen bei krankhaftem und entstellendem Haarwuchs, einmal am Behandlungstag*	57	6,17
02301	Kleinchirurgischer Eingriff II und/oder primäre Wundversorgung mittels Naht *Obligater Leistungsinhalt: Primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern und/oder Primäre Wundversorgung mittels Naht und/oder Gewebekleber und/oder Koagulation und/oder Kauterisation krankhafter Haut- und/oder Schleimhautveränderungen und/oder Operative Entfernung einer oder mehrerer Geschwülste an der Harnröhrenmündung und/oder Operative Entfernung eines unter der Oberfläche von Haut oder Schleimhaut gelegenen Fremdkörpers nach Aufsuchen durch Schnitt und/oder Öffnung eines Körperkanalverschlusses an der Körperoberfläche oder Eröffnung eines Abszesses oder Exzision eines Furunkels und/oder Verschiebeplastik zur Deckung eines Hautdefektes und/oder Eröffnung eines subcutanen Panaritiums oder einer Paronychie, einmal am Behandlungstag*	129	13,96
02350	Fixierender Verband mit Einschluss mindestens eines großen Gelenkes unter Verwendung unelastischer, individuell anmodellierbarer, nicht weiter verwendbarer Materialien (anm.: ‚Gips') Nicht zusammen mit 02300 oder 02301	106	11,47
02360	Behandlung mit Lokalanästhesie	94	10,17

Tabelle 8: Separat abzurechnende diagnostische Untersuchungen am Patienten

Ziffer	Bezeichnung	Punkte	Geldwert in €
33042	Abdominelle Sonographie	157	16,99
33020	Echokardiographische Untersuchung mittels M-Mode- und B-Mode-Verfahren	269	29,11
34220	Röntgenaufnahme des knöchernen Thorax und/oder seiner Teile	95	10,28
34240	Röntgenübersichtsaufnahme(n) der Brustorgane in zwei Ebenen	152	16,45

34231	Röntgen Schulter	141	15,26
34233	Röntgenaufnahmen der Extremitäten oder deren Teile, zwei Ebenen	106	11,47
34232	Röntgen Hand, Fuß, andere Teile	106	11,47
34237	Röntgenteilaufnahmen des Beckens in mindestens zwei Ebenen	141	15,26
34310	CT-Untersuchungen des Neurocraniums	614	66,45
34311	CT-Untersuchung von Teilen der Wirbelsäule	743	80,41
34320	CT-Untersuchung des Gesichtsschädels	744	80,52
34330	CT-Untersuchung des Thorax	660	71,43
34341	CT-Untersuchung des gesamten Abdomens	819	88,64
34343	Zuschlag zu 34330 oder 34341 bei Kontrastmittelgabe	492	53,25
32120	Komplexuntersuchung Blutbild		0,50
32058	Bilirubin gesamt		0,25
32059	Bilirubin direkt		0,40
32064	Harnsäure		0,25
32067	Kreatinin enzymatisch		0,40
32068	Alkalische Phosphatase		0,25
32070	GPT		0,25
32071	Gamma-GT		0,25
32073	Lipase		0,40
32074	Creatinkinase (CK)		0,25
32081	Kalium		0,25
32082	Calcium		0,25
32083	Natrium		0,25
32084	Chlorid		0,25
32101	Thyrotropin (TSH)		3,00
32112	PTT		0,60
32113	Thromboplastinzeit		0,60
32117	Qualitativer Nachweis von Fibrinmonomeren, z. B. D-Dimeren		4,60

In der Regel werden Laboruntersuchungen als diagnostisches Panel durchgeführt, d. h. es werden standardmäßig Laborwerte kombiniert. Da zu den zu untersuchenden Behandlungsfällen keine Details vorliegen, wird für die weitere Analyse davon ausgegangen, dass die in Tabelle 8 als **fett** markierten Laborwerte bestimmt wurden. Der Geldwert der zugehörigen Ziffern beläuft sich zusammen auf 4,50 €.

Die in Tabelle 3 aufgeführten Ziffern finden in der klinischen Versorgung de facto keine Verwendung, da der allein durch die ärztliche Abklärung der Behandlungsbedürftigkeit bedingte Aufwand mit 4,87 € bzw. 8,66 € nicht adäquat vergütet wird, so dass regelhaft stattdessen eine Ziffer der Tabelle 4 zur Abrechnung kommt. Die vorliegenden Datensätze beinhalten keine Namen, weshalb Wiedervorstellungen, die eine Abrechnung der Ziffern der Tabelle 5 bedingen würden, nicht identifiziert werden können.

Zur Berechnung des EBM-Erlöses je Fall wurde wie folgt vorgegangen:

1. In Abhängigkeit vom Zeitpunkt der Vorstellung (unter Berücksichtigung von Wochenenden/Feiertagen) wurde entweder die Ziffer 01210 oder

01212 veranschlagt, bei psychiatrischen Patient:innen stattdessen die Ziffer 21220.

2. Sollten keine Triagedaten (und somit kein Zeitpunkt der Vorstellung) vorliegen, wurde die Ziffer 01210 (Behandlung werktags 7-19°° Uhr) bzw. 21220 (Psychiatrie) veranschlagt.
3. Basierend auf der Behandlungsdiagnose nach ICD-10-GM wurde geprüft, ob Zuschläge gemäß 01223, 01224 oder 01226 veranschlagt werden können (Hierzu wurden die ICD-10-GM-Diagnosen S06.0, S06.70, I80.-, I10.11, I20.-, J12.- bis J18.-, K57.-, F00.- bis F02.-, G30, G20.1 und G20.2 als Trigger definiert. Bei Frakturen wurde einzelfallbezogen die Frakturlokalisation identifiziert und ggf. berücksichtigt).
4. Bei Patient:innen mit Behandlungsdiagnose aus dem internistischen oder neurologischen Spektrum (Bewusstlosigkeit, Krampfanfall) wurde die Ziffer 02100 veranschlagt, weil davon auszugehen ist, dass diese Patient:innen regelhaft eine intravenöse Therapie erhalten. Weiterhin wurde großteilig (in Abhängigkeit von der jeweiligen Diagnose) das Laborpanel veranschlagt. Spezifische Laboruntersuchungen wurden (ebenfalls in Abhängigkeit von der Diagnose) zusätzlich ergänzt (z. B. Thyreotropin bei Hyperthyreose).
5. Bei Patient:innen mit Behandlungsdiagnose aus dem chirurgischen Spektrum wurde geprüft, ob die Diagnose mit hoher Wahrscheinlichkeit mit einer Wundversorgung oder Wundnaht einhergeht. In diesem Fall wurde die Ziffer 02300 bzw. 02301 berechnet. Bei Diagnosen, die auf Traumafolgen hinweisen, wurden zusätzlich radiologische Ziffern abgerechnet sowie ggf. eine Ziffer für eine Gips-Versorgung (02350).

Je Behandlungsfall wurden die aufgrund der Behandlungsziffern zu veranschlagenden Euro-Summen addiert.

3.3.2 Berechnung der Erlöse im DRG-System

Der der Forschungsarbeit und der Masterarbeit zugrundeliegende Datensatz umfasst keine Angaben zur stationären Verweildauer, zu relevanten Begleit- und Nebendiagnosen oder zum Geschlecht. Auch Angaben zum Alter sind nicht für alle Datensätze vorhanden. Somit fehlen relevante Informationen für ein

vollständiges Grouping (siehe Vergütung im aG-DRG-System oben). Näherungsweise wird daher ein Grouping auf Basis der Hauptdiagnose unter Zugrundelegung der mittleren Verweildauer für die jeweilige DRG durchgeführt. Daten einer Berliner Obdachlosenzählung ermittelten, dass 84 % der Menschen ofW in Berlin männlichen Geschlechts sind [19], so dass für das Grouping ein männliches Geschlecht angenommen wurde. Das Alter wurde basierend auf den Daten der Forschungsarbeit sowie der Berliner Obdachlosenzählung auf 43 Jahre festgelegt.

Das Grouping wird mithilfe des kostenlosen Webgroupers der DRG Research Group [8] durchgeführt. Datenbasis sind die Daten des G-DRG-Systems 2019 mit einem Landesbasisfallwert für Berlin von 3.532,50 € im Jahr 2019.

Abbildung 3: Beispielhaftes Grouping einer Pneumonie (mit Hilfe von [8])

Der genaue Prozess des Groupings je Behandlungsfall verlief wie folgt:

1. Einheitliche Basisdaten: Geschlecht männlich, Alter 43 Jahre, Aufnahme in der Hauptabteilung, vollstationär, als Notfall, Verweildauer fünf Tage
2. Grouping unter Zugrundelegung der Hauptdiagnose nach ICD-10-GM
3. Sofern die mittlere Verweildauer für die DRG von den zugrundegelegten fünf Tagen abweicht, wird die mittlere Verweildauer für die DRG als Verweildauer für den Behandlungsfall verwendet. Nachkommastellen werden hierbei kaufmännisch gerundet.

4. Erneutes Grouping
5. Übernahme von effektivem DRG-Entgelt und effektiver DRG-Bewertungsrelation

Einen Sonderfall beim Grouping stellen die Kurzlieger dar. Diese auf der Interdisziplinären Kurzaufnahmestation (INKA) behandelten Patient:innen werden für einen geplanten Zeitraum von 24 Stunden aufgenommen (siehe hierzu auch Kapitel 3.5.2). Wie bereits erläutert, basiert die pauschalisierte Vergütung mittels DRG auf der Berücksichtigung eines durchschnittlichen Verweildauerkorridors, der für jede DRG separat festgelegt wird. Für die in Abbildung 3 kalkulierte Pneumonie stellt sich dieser Verweildauerkorridor wie folgt dar:

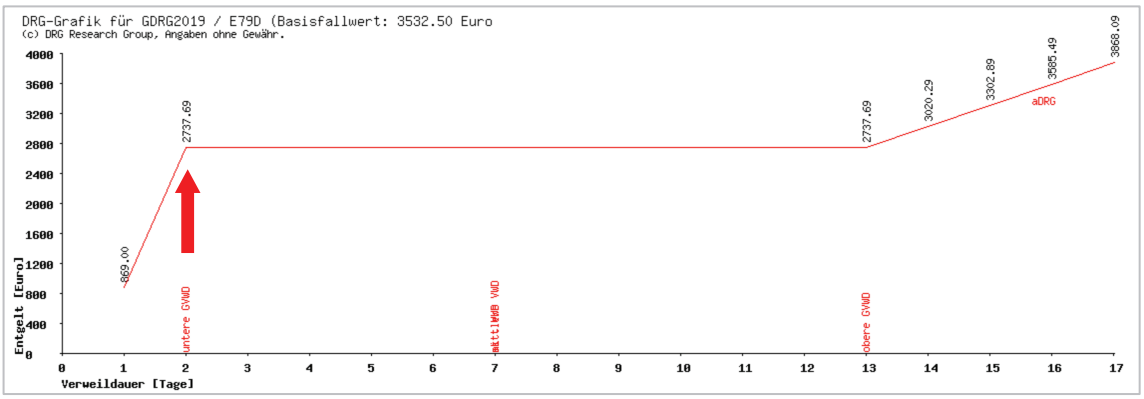


Abbildung 4: Grafische Darstellung der Verweildauer für DRG E79D (mithilfe von [8]), Pfeil markiert die untere Grenzverweildauer

Da bei Patient:innen auf der INKA die Verweildauer maximal 24 Stunden beträgt, unterschreitet die Verweildauer die sog. untere Grenzverweildauer (siehe Pfeil Abbildung 4), so dass es hier zu Abschlägen in der DRG kommt. Beträgt die reguläre DRG-Vergütung für die im Beispiel aufgeführte Pneumonie 2.737,69 €, so fällt diese auf 869,00 € bei einem Eintagesaufenthalt.

3.4 Konversionsrate

Die vorliegenden vom Vivantes Controlling zur Verfügung gestellten Daten zur stationären und ambulanten Behandlung sind teilweise inkongruent im Hinblick auf die Form der Versorgung. Der Datensatz beinhaltet eine Spalte mit binären Daten (ambulant 0/1) sowie eine zusätzliche Spalte mit Angabe der Station. Es

liegen jedoch sowohl Daten mit Angabe einer ambulanten Behandlung (ambulant = 1) und dennoch vorhandener Stationsangabe als auch Datensätze mit fehlender Angabe bzgl. ambulanter Behandlung bei gleichzeitig eingetragener Station vor. Aufgrund dieser Angaben ist keine valide Auswertung möglich.
Für die Auswertung wurden daher alle Fälle mit Angabe einer Station (unabhängig vom Attribut ‚ambulant') als stationäre Fälle gewertet.

3.5 Defizitäre ambulante Notfallversorgung

3.5.1 Nicht ausreichende Refinanzierung im EBM

Wie bereits ausgeführt, befindet sich die medizinische Versorgung in der Notaufnahme an der Grenzfläche zwischen ambulanter und stationärer Krankenversorgung. Einige Patient:innen werden hier unter Nutzung der speziellen und erweiterten Ressourcen des Krankenhauses behandelt, ohne dazu vollstationär aufgenommen zu werden. Ein typisches Beispiel wäre z. B. die Verdachtsdiagnose einer Lungenembolie. Dabei handelt es sich um einen lebensgefährlichen Verschluss eines Blutgefäßes in der Lunge, so dass hier aufgrund der potentiell vitalen Bedrohung eine unmittelbare Diagnostik notwendig ist und somit eine Versorgung über die ambulanten fachärztlichen Strukturen medizinisch nicht vertretbar wäre. Andererseits besteht mit Ausschluss der Erkrankung keine weitere Indikation zur stationären Diagnostik und Therapie. Innerhalb der Notaufnahme findet daher in diesem Fall bereits eine breite Diagnostik statt, bestehend aus Anamnese, körperlicher Untersuchung, umfangreichen Laboruntersuchungen, Ultraschall und Computertomographie.
Die Abrechnung mittels EBM kann hierbei allerdings nicht alle in der Notaufnahme durchgeführten Leistungen vollumfänglich abbilden (z. B. Laborwert C-reaktives Protein) bzw. die Vergütung für bestimmte Leistungen liegt unter den Kosten in der internen Leistungsverrechnung (z. B. Laborwert D-Dimere, interne Leistungsverrechnung ca. 8 €, Erstattung im EBM 4,60 €).

3.5.2 Die kurzstationäre Behandlung – INKA

Zur Deckung dieser Finanzierungslücke wurde bei Vivantes das Konzept der Interdisziplinären Kurzaufnahmestation (INKA) entwickelt (im KHD Bezeichnung KULI für Kurzlieger). Patient:innen mit erweitertem Versorgungsbedarf, aber

einer voraussichtlichen Verweildauer von 24 Stunden werden nicht vollstationär in den regulären Stationsbetrieb integriert, sondern erhalten ihre Behandlung auf einer der Notaufnahme angeschlossenen Kurzliegerstation. Damit wird die begrenzte Einzelzifferabrechnung nach EBM gegen eine pauschalisierte Abrechnung gemäß DRG – unter Inkaufnahme von Abschlägen bei Unterschreitung der Mindestverweildauer – ersetzt (s. o).

Grundlage hierfür sind die bereits in Kapitel 3.3.1 zitierten Urteile. Sofern sich die Erstversorgung ausschließlich auf das Ziel beschränkt, „Gefahren für Leib und Leben zu begegnen“, so kann alles, was darüber hinaus geht, nicht mehr Teil der Notfallbehandlung sein und entspricht somit einer (stationären) Krankenhausleistung (siehe Fallbeispiel Lungenembolie oben).

Ausschlaggebend für die stationäre Behandlung ist darüber hinaus die ‚ex ante‘ Einschätzung des aufnehmenden Arztes. Hier hat das Bundessozialgericht bereits im Jahr 2000 folgendes klargestellt: „Stellt sich die Entscheidung (anm.: zur stationären Behandlung) nachträglich – vollständig oder in einzelnen Teilen – als unrichtig heraus, ist die KK (anm.: Krankenkasse) nur dann nicht an die Entscheidung des Krankenhausarztes gebunden, wenn dieser vorausschauend (‚ex ante‘) hätte erkennen können, daß die geklagten Beschwerden nicht die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung begründeten, de lege artis also eine Fehlentscheidung getroffen wurde.“ [20]

3.6 Auswertung der Diagnosen nach ICD-10-GM

Für die Auswertung der Diagnosen wurden die Entlassdiagnosen berücksichtigt. Die ermittelten Diagnosen werden auf die ersten drei Stellen der Diagnose nach ICD-10-GM gekürzt, so dass ähnliche Entitäten einer Erkrankung subsumiert werden (siehe Beispiel Tabelle 9).

Nicht alle vorliegenden Datensätze enthalten Angaben zur ICD-10-GM. Fälle mit fehlender Diagnoseangabe können dementsprechend nicht ausgewertet werden, finden jedoch ggf. bei der Auswertung anderer Parameter (z. B. bei der ambulanten Erlösberechnung) Berücksichtigung. Dies resultiert in teils unterschiedlichen Angaben bezüglich der Anzahl der in die Auswertung eingeflossenen Fälle.

Tabelle 9: Drei- vs. Viersteller ICD-10

ICD-10	Bezeichnung
F10.-	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol
F10.0	Akute Intoxikation
F10.1	Schädlicher Gebrauch
F10.2	Abhängigkeitssyndrom
F10.3	Entzugssyndrom

Innerhalb des ICD-10-GM-Kataloges werden thematisch ähnliche Diagnosen in Kapiteln zusammengefasst. Hierbei können einzelne Kapitel sowohl einen Kodebereich auf Dreistellerebene (z. B. Kapitel V *Psychische und Verhaltensstörungen,* F00-F99) als auch mehrere Kodebereiche (z. B. Kapitel XIX *Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen*, S00-T98) umfassen. Eine entsprechende Auswertung ermöglicht es daher, Diagnosen auf einer abstrakteren, thematischen Ebene zu betrachten.

4 Ergebnisse

4.1 Ambulante Fälle

Die ambulante Behandlung in der Notaufnahme wird durch die primär für das Leitsymptom zuständige Fachabteilung ausgeführt und ist in ihrem Umfang stark variabel. Sie kann von der reinen Gesprächsintervention, z. B. in der Psychiatrie oder der Inneren Medizin, bis hin zur aufwendigen Wundversorgung und radiologischen Diagnostik reichen.

Im KFH wurden 84,8 % der Patient:innen ofW ambulant behandelt, während es im KHD 56 % waren.

Zeitpunkt der Vorstellung, Leitsymptom und betreuende Fachrichtung wurden bereits in der Forschungsarbeit analysiert, so dass an dieser Stelle nicht weiter darauf eingegangen werden soll.

4.1.1 Konsile in der Notaufnahme

Im Gegensatz zum angloamerikanischen Raum ist in Deutschland bisher kein expliziter Facharzt für Notfallmedizin etabliert. Daher werden insbesondere Patient:innen mit komplexen oder unterschiedlichen Beschwerdebildern von Ärzt:innen anderer Fachdisziplinen mitbeurteilt und mitbehandelt. Hier wird von einem sog. Konsil gesprochen. Das bei Vivantes verwendete Klinikinformationssystem (KIS) Orbis Dedalus stellt Funktionen zur Verfügung, um diese gesondert zu erfassen. Insgesamt 73 der 1272 ambulanten Behandlungsfälle im KFH erhielten mindestens ein Konsil (entsprechend 5,7 %). Im KHD werden Konsile nicht gesondert erfasst. Konsile werden vornehmlich von den Fachrichtungen Unfallchirurgie (45,2 %) sowie Innere Medizin (37,0 %) veranlasst.

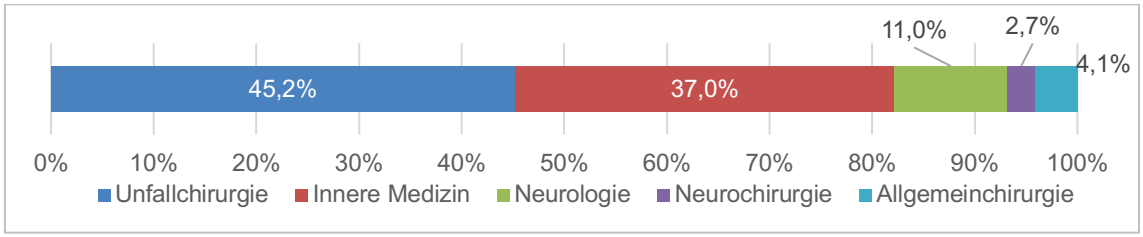


Abbildung 5: Konsile in der Notaufnahme bei ambulanter Behandlung, anfordernde Fachrichtung, KFH

4.1.2 Entlassdiagnosen ambulant

Für die ambulant behandelten Fälle konnten für das KFH 1075 und für das KHD 154 Fälle mit Behandlungsdiagnose identifiziert werden. Bei Auswertung auf Dreistellerebene ergaben sich daraus für das KFH 127 verschiedene Behandlungsdiagnosen und für das KHD 42 unterschiedliche Diagnosen.

Tabelle 10: Anzahl der unterschiedlichen Diagnosen je Krankenhaus (ambulante Fälle)

	KFH	KHD
Anzahl der ambulanten Fälle mit Diagnoseangabe	1075	154
Anzahl der unterschiedlichen Diagnosen (Dreisteller)	127	42

Werden die zehn häufigsten Diagnosen (Tabelle 11 bzw. Abbildung 6) betrachtet, so dominiert bei beiden Standorten F10.- *Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol* mit 43,2 % bzw. 46,8 % (KFH/KHD). Wird zusätzlich T51 *Toxische Wirkung von Alkohol* miteinbezogen, so steigt der Anteil alkoholassoziierter Diagnosen auf 61,6 % für das KFH und 53,3 % für das KHD. In beiden Häusern werden insgesamt ca. 78 % aller Behandlungsfälle durch die in Tabelle 11 aufgeführten Diagnosen abgedeckt.

Tabelle 11: Die zehn häufigsten ambulanten Behandlungsdiagnosen je Standort

ICD	Bezeichnung	KFH	KHD
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	43,2 %	46,8 %
T51	Toxische Wirkung von Alkohol	18,4 %	6,5 %
F20	Schizophrenie		5,8 %
F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen	1,3 %	5,2 %
S01	Offene Wunde des Kopfes	3,0 %	
F31	Bipolare affektive Störung		2,6 %
F60	Spezifische Persönlichkeitsstörungen		2,6 %
S00	Oberflächliche Verletzung des Kopfes	2,4 %	2,6 %
T65	Toxische Wirkung sonstiger und nicht näher bezeichneter Substanzen	2,3 %	
Z76	Personen, die das Gesundheitswesen aus sonstigen Gründen in Anspruch nehmen	2,3 %	
G40	Epilepsie	2,2 %	
F11	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide		1,9 %
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen		1,9 %
R07	Hals- und Brustschmerzen		1,9 %
Z53	Personen, die Einrichtungen des Gesundheitswesens wegen spezifischer Maßnahmen aufgesucht haben, die aber nicht durchgeführt wurden	1,7 %	
T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	1,4 %	
	Rest	**21,8 %**	**22,1 %**

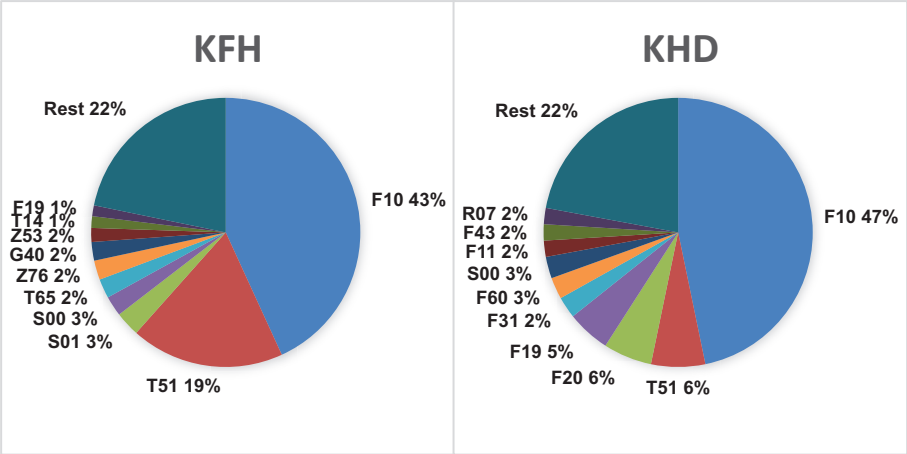


Abbildung 6: Verteilung ambulante Behandlungsdiagnosen auf Dreistellerebene KFH/KHD

Abbildung 7 stellt die Auswertung der Diagnosen auf Kapitelebene dar. Anzumerken ist, dass das Kapitel *Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen* ICD-10-GM-Kodes im Bereich S00-T98 beinhaltet. Zur Differenzierung sind diese hier getrennt nach S & T aufgeführt. Gleiches gilt für das Kapitel *Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten*, das Diagnosen des Bereichs A00-B99 umfasst.

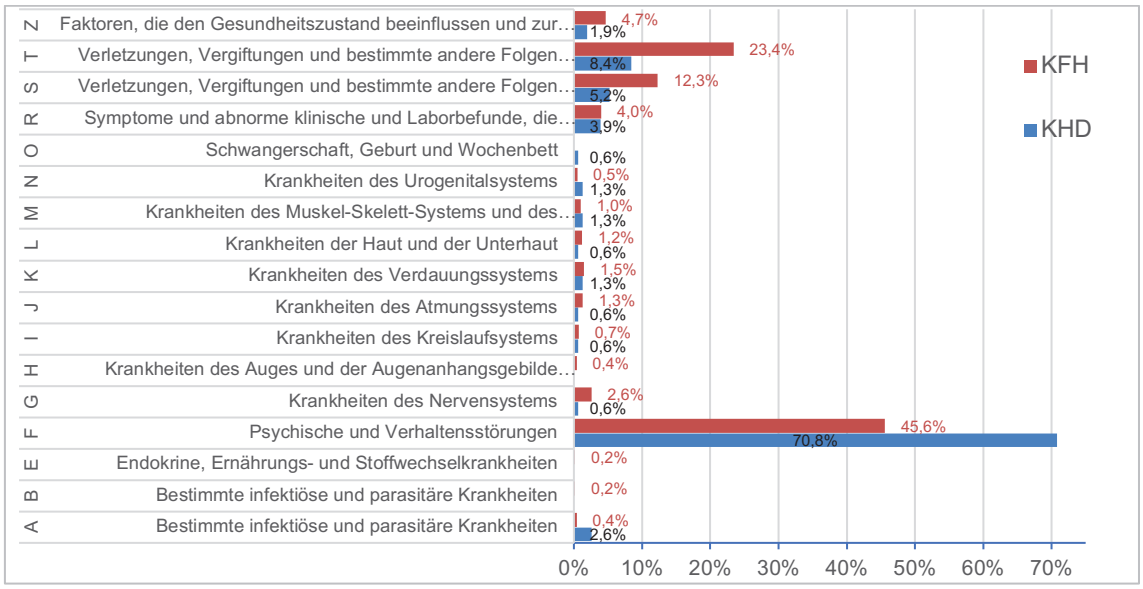


Abbildung 7: Behandlungsdiagnosen ambulant gemäß Kapitel ICD-10-GM

In der Auswertung auf Kapitelniveau ist klar ersichtlich, dass sowohl im KFH als auch im KHD psychiatrische Diagnosen des Kapitels F dominieren. Im KHD sind dies 70,8 % aller Behandlungsfälle (KFH 45,6 %). An zweiter Stelle stehen Diagnosen aus dem Kapitel *Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere*

Folgen äußerer Ursachen, die im KHD 13,6 % und im KFH 35,7 % aller Behandlungen umfassen. Zusammengefasst decken somit zwei Diagnosebereiche 84,4 % im KHD und 81,3 % aller Behandlungsfälle im KFH ab.

4.2 Stationäre Fälle

4.2.1 Konversionsrate

Als Konversionsrate wird der prozentuale Anteil der stationären Aufnahmen an allen Behandlungsfällen bzw. den Behandlungsfällen der Zielkohorte bezeichnet. Patient:innen, deren Behandlung auf der INKA erfolgte, wurden hierbei nicht berücksichtigt.

Tabelle 12: Stationäre Aufnahmen

	KFH	KHD
Behandlungsfälle gesamt	67.753	26.884
Behandlungsfälle ofW	1500	298
Fälle mit Angabe einer Station	228	130
- davon Aufnahme INKA/Kurzlieger	59	3
- davon Aufnahme extern	2	1
- davon Aufnahme Psychiatrie		102
Konversionsrate vollstationär im Haus (ohne INKA)	11,3 %	42,3 %

In der differenzierten Betrachtung der Konversionsraten in Abhängigkeit von der behandelnden Fachabteilung zeigen sich deutliche Unterschiede. Generalistische Fachabteilungen wie Innere Medizin und Unfallchirurgie (die eine Primärsichtung der meisten Patient:innen in der Notaufnahme vornehmen) haben relativ geringe Konversionsraten (KFH 9,1 % / 10,7 %, KHD 18,2 % / 18,8 %), wohingegen spezialisierte Fachabteilungen Konversionsraten bis zu 71,4 % (Plastische Chirurgie) aufweisen.

Tabelle 13: Konversionsrate je Fachrichtung auf Basis aller je Fachrichtung behandelten Fälle

Fachdisziplin	KFH	KHD
Unfallchirurgie	10,7 %	18,8 %
Innere Medizin	9,1 %	18,2 %
Psychiatrie		64,7 %
Neurologie	16,7 %	
Gynäkologie		33,3 %
Plastische Chirurgie	71,4 %	
Allgemeinchirurgie	33,3 %	25,0 %
Dermatologie	70,0 %	
Urologie	60,0 %	

Neurochirurgie	20,0 %	
HNO	11,1 %	

4.2.2 Konsile in der Notaufnahme

Wie bereits bei den ambulanten Fällen, so sind auch bei den stationären Fällen im KHD keine gesonderten Konsile im System erfasst, so dass hier keine Auswertung möglich ist.

Werden die Fälle im KFH betrachtet, so erhielten hier 62 Patient:innen (von 228), die voll- oder kurzstationär aufgenommen wurden, ein oder mehrere Notfallkonsile in der Notaufnahme. Dies entspricht einem Prozentsatz von 27,2 % aller Aufnahmen. In der differenzierten Betrachtung fällt auf, dass vornehmlich aus den Fachrichtungen Innere Medizin sowie Unfallchirurgie Konsile angefordert wurden. Welche Fachrichtung konsiliarisch hinzugezogen wurde, geht aus den Daten nicht hervor.

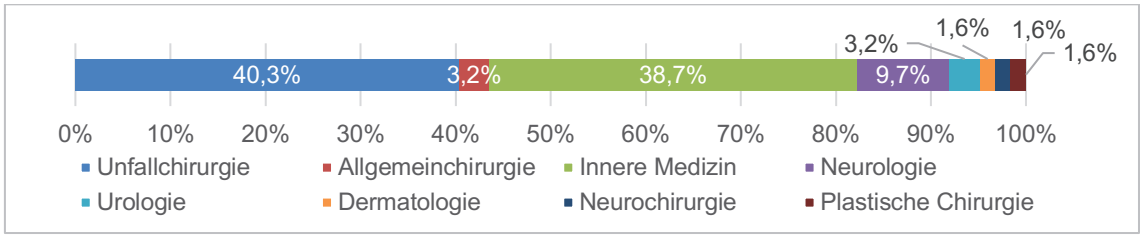


Abbildung 8: Konsile in der Notaufnahme bei stationärer Aufnahme, anfordernde Fachrichtung, KFH

4.2.3 Intensivstation vs. Normalstation

In Abhängigkeit von der Erkrankungsschwere kann eine stationäre Behandlung auf einer Normalstation oder auf einer Intensiv- bzw. Überwachungsstation (Intermediate Care Station, IMC) notwendig werden. Im direkten Vergleich zeigt sich, dass im KFH der Anteil an überwachungspflichtigen Patient:innen mit 19,5 % aller Fälle 2,8-mal so hoch ist wie im KHD. Aufgrund der geringen Anzahl an Intensiv-/IMC-Aufnahmen im KHD ist die prozentuale Auswertung nur eingeschränkt belastbar. Dennoch fällt auf, dass sowohl der Anteil an internistischen (KFH 45,5 %, KHD 44,4 %) als auch der Anteil an unfallchirurgischen Patient:innen (KFH 34,1 %, KHD 33,3 %) weitestgehend identisch ist.

Tabelle 14: Patient:innenverbleib Normal- vs. Intensiv-/Intermediate-Care(IMC)-Station

Verbleib	KFH			KHD		
	Fälle	Anteil an stationären Aufnahmen	Anteil an allen Patient:innen ofW	Fälle	Anteil an stationären Aufnahmen	Anteil an allen Patient:innen ofW
Intensiv-/IMC-Station	44	19,5 %	2,9 %	9	7,0 %	3,0 %
Normalstation	182	80,5 %	12,1 %	120	93,0 %	40,1 %
	226	**100 %**	**15 %**	**129**	**100 %**	**43,1 %**

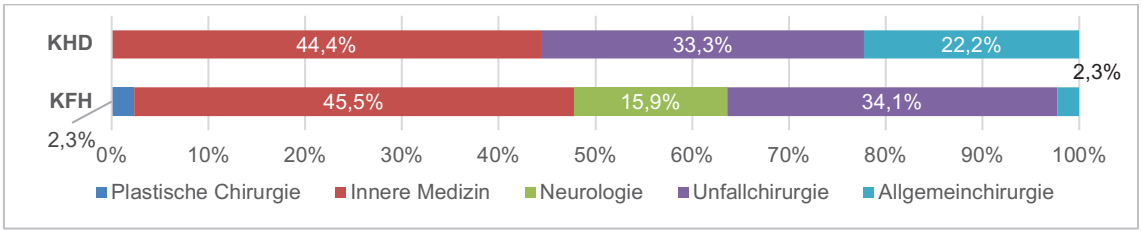


Abbildung 9: Fachabteilungen, die eine Aufnahme auf die Intensiv-/IMC-Station veranlasst haben, KFH/KHD

4.2.4 Entlassdiagnosen stationär

Für die stationär behandelten Fälle konnten 167 bzw. 114 Fälle mit Hauptdiagnose identifiziert werden. Fälle, bei denen zwar eine Stationszuordnung vorlag, jedoch keine Diagnose kodiert wurde, wurden nicht berücksichtigt. Bei Auswertung auf Dreistellerebene ergaben sich daraus für das KFH 82 verschiedene Behandlungsdiagnosen und für das KHD 21 unterschiedliche Diagnosen.

Tabelle 15: Anzahl der unterschiedlichen Hauptdiagnosen je Krankenhaus (stationäre Fälle)

	KFH	KHD
Anzahl der vollstationären Fälle mit Diagnoseangabe*	167	114
Anzahl der unterschiedlichen Diagnosen (Dreisteller)	82	21
*kurzstationäre Fälle auf der INKA/KULI ausgenommen		

Während bei der ambulanten Behandlung eine deutliche Dominanz der alkoholassoziierten Diagnosen festgestellt werden musste, stellt sich das vollstationäre Diagnosenspektrum weitaus differenzierter dar. Im KHD dominieren weiterhin psychiatrische Diagnosen (Alkohol, Schizophrenie, Anpassungsstörung, bipolare Störung), die für 63,2 % der stationären Behandlungen verantwortlich sind. Insgesamt decken die zehn häufigsten Hauptdiagnosen 86 % aller vollstationären Behandlungen im KHD ab. Im KFH sind alkoholassoziierte Diagnosen nur für 16,2 % der stationären Fälle

verantwortlich. Erstaunlich ist, dass die zehn häufigsten Diagnosen in diesem Fall deutlich weniger, nämlich nur 43,1 % aller stationären Behandlungen, abdecken.

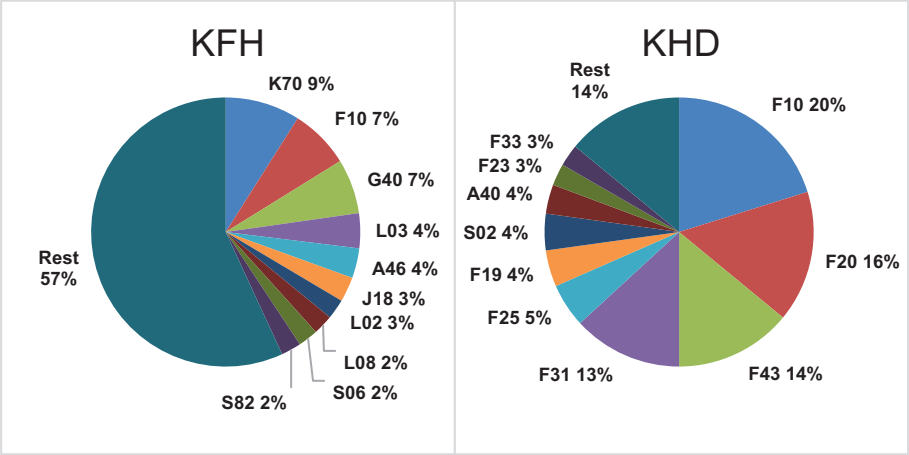


Abbildung 10: Verteilung stationärer Hauptdiagnosen auf Dreistellerebene KFH/KHD

Tabelle 16: Die zehn häufigsten stationären Hauptdiagnosen je Standort

ICD	Bezeichnung	KFH	KHD
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	7,2 %	20,2 %
F20	Schizophrenie		15,8 %
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen		14,0 %
F31	Bipolare affektive Störung		13,2 %
K70	Alkoholische Leberkrankheit	9,0 %	
G40	Epilepsie	6,6 %	
F25	Schizoaffektive Störung		5,3 %
F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen		4,4 %
S02	Fraktur des Schädels und der Gesichtsschädelknochen		4,4 %
L03	Phlegmone	4,2 %	
A46	Erysipel [Wundrose]	3,6 %	
A40	Streptokokkensepsis		3,5 %
J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	3,0 %	
F23	Akute vorübergehende psychotische Störungen		2,6 %
F33	Rezidivierende depressive Störung		2,6 %
L02	Hautabszess, Furunkel und Karbunkel	2,4 %	
L08	Sonstige lokale Infektionen der Haut und der Unterhaut	2,4 %	
S06	Intrakranielle Verletzung	2,4 %	
S82	Fraktur des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	2,4 %	
	Rest	**56,9 %**	**14,0 %**

Wie für die ambulanten Fälle ist neben der Auswertung auf Diagnosenebene auch eine Analyse auf Ebene der Kapitel des ICD-10-GM möglich (Abbildung 11). Hier überwiegen im KHD mit 81,6 % aller Fälle eindeutig die psychiatrischen Diagnosen des Kapitels F. Im KHD hingegen sind die relevanten Kapitel deutlich breiter gestreut, wobei K *Krankheiten des Verdauungssystems* mit 19,8 % und die Kodebereiche S und T *Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen* mit zusammen 19,8 % den Großteil ausmachen.

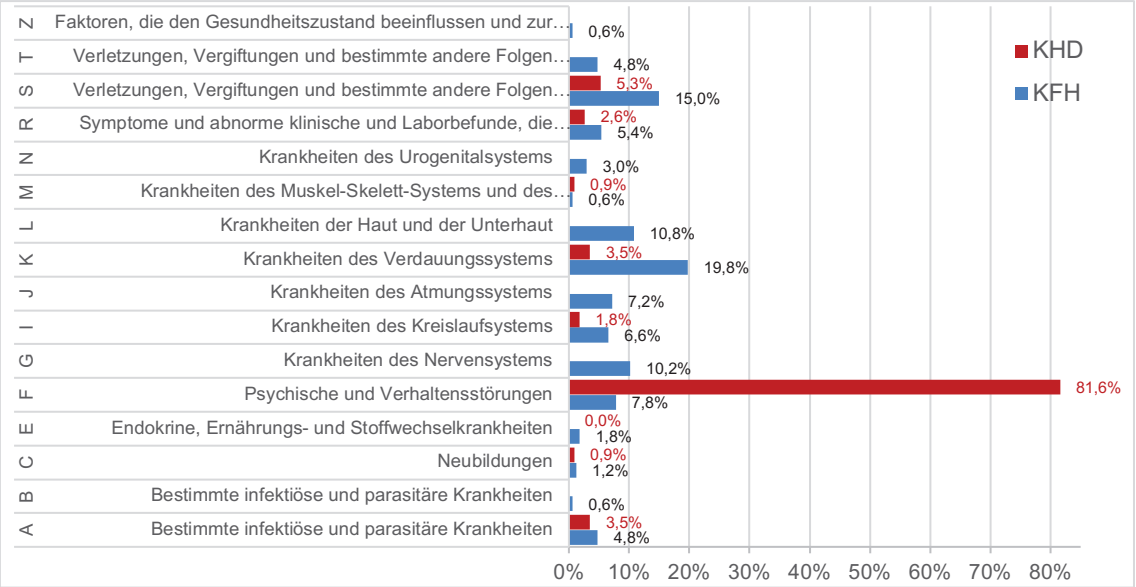


Abbildung 11: Stationäre Hauptdiagnosen gemäß Kapitel ICD-10-GM

4.3 Kostenträger

Für die ambulanten Behandlungsfälle wurde ein Anteil von 84,4 % (KFH) bzw. 55,6 % (KHD) ohne Kostenträger ermittelt. Ähnlich stellte sich auch die Situation sowohl im vollstationären als auch im kurzstationären Bereich dar. Dort wies ebenfalls ein signifikanter Anteil der Patient:innen keinen Versicherungsschutz auf (KFH 52,7 % bzw. 74,6 %; KHD 27,0 % bzw. 33,3 %). Im direkten Vergleich zwischen beiden Häusern fiel der prozentuale Anteil an Fällen ohne Kostenträger im KHD deutlich geringer aus und betrug ca. die Hälfte.

Tabelle 17: Ambulante und stationäre Behandlungsfälle ohne Angaben eines Kostenträgers

	KFH		KHD	
Behandlungsfälle ofW	1.500		298	
Ambulante Fälle	**1.272**		**169**	
> Davon **ohne** Angabe eines Kostenträgers*	1074	84,4 %	94	55,6 %
Fälle mit Angabe einer Station	**228**		**129**	
> Davon Fälle mit vollstationärer Behandlung im KFH/KHD	167	73,2 %	126	97,7 %
>> Davon **ohne** Angabe eines Kostenträgers*	88	52,7 %	34	27,0 %
> Davon Fälle mit kurzstationärer Behandlung	59	25,9 %	3	2,3 %
>> Davon **ohne** Angabe eines Kostenträgers*	44	74,6 %	1	33,3 %
*ohne Angabe Kostenträger entsprechend kein Eintrag, Eintrag N/A oder Selbstzahler				

4.4 Erlöse/Erlösdefizit

4.4.1 Ambulante Fälle

Die angewandte Herangehensweise zur Ermittlung möglicher Abrechnungsziffern ist insgesamt ungenau und erlaubt nur eine grobe Abschätzung.

Bei 197 Fällen im KFH (15,5 %) bzw. 13 Fällen im KHD (7,7 %) war keine Diagnose hinterlegt, so dass in diesen Fällen ausschließlich die Pauschale gemäß Tabelle 4 veranschlagt werden konnte. Sofern kein Zeitpunkt der Triage dokumentiert wurde, wurde die Ziffer 01210 (Vorstellung werktags 7°°–19°° Uhr) gewählt.

Tabelle 18: Anzahl abgerechneter Abrechnungsziffern für Notfallbehandlung

	KFH		KHD	
Behandlungsfälle ambulant gesamt	1.272		167	
> davon werktags 7°°–19°° Uhr (01210, 12,99 €)	480	37,7 %	43	25,8 %
> davon 19°°–7°° Uhr bzw. Sa/So/Feiertag (01212, 21,10 €)	792	62,3 %	62	37,1 %
> davon Psychiatrie, 10 Minuten (21220, 14,72 €)			62	37,1 %

Tabelle 19 listet die unter Berücksichtigung der zuvor genannten Limitationen ermittelten Erlöse auf. In beiden Häusern überwiegt der hohe Anteil an Fällen ohne Kostenträger. Im KHD liegen sowohl der durchschnittliche Erlös je Fall als auch die Spannweite der Erlöse deutlich unterhalb der entsprechenden Werte im KFH.

Tabelle 19: Erlöse je ambulanten Fall, gesamt, mit und ohne Kostenträger

	KFH					KHD				
	Anzahl	Ø	Min	Max	**Summe**	Anzahl	Ø	Min	Max	**Summe**
Erlös je Fall in €	1.272	29,83	12,99	191,62	**37.941,91**	167	22,72	12,99	90,11	**3.794,96**
> davon mit Kostenträger	198	30,17	12,99	191,62	**5.973,47**	73	18,52	12,99	45,23	**1.352,16**
> davon ohne Kostenträger	1074	29,77	12,99	189,06	**31.968,44**	94	25,99	12,99	90,11	**2.442,80**

Wird bei fehlendem Kostenträger davon ausgegangen, dass die veranschlagten Erlöse nicht realisiert werden konnten, so beläuft sich das Defizit im KFH auf 31.968,44 € und im KHD auf 2.442,80 €. Hierbei muss jedoch berücksichtigt werden, dass die der Vergütung zugrunde gelegten Ziffern die durchgeführten Leistungen nicht in Gänze abbilden und daher die nicht realisierten Erlöse deutlich unterschätzt werden.

4.4.2 Stationäre Fälle

Die ausführliche Erläuterung zur Berechnung der Erlöse im DRG-System findet sich unter Kapitel 3.3.2. Berücksichtigt wurden ausschließlich Fälle, die im G-DRG-System vergütet wurden. Psychiatrische Behandlungen, deren Abrechnung auf PEPP basiert, wurden ausgelassen.

Tabelle 20 zeigt die relevanten Daten der Patient:innen ofW aus dem KFH, Tabelle 21 die des KHD. Insgesamt lagen im KFH 167 Fälle mit Behandlungsdiagnose vor. Die durchschnittliche Verweildauer für die zugrundeliegenden DRGs beträgt 5,0 Tage mit einer breiten Range von 2,2 bis 11,1 Tagen. Im KHD liegt die durchschnittliche Verweildauer mit 5,4 Tagen etwas höher, während die Range mit 2,3 bis 8,7 Tagen insgesamt schmaler ist.

Die ausgewiesenen Bewertungsrelationen (BWR) subsumieren den jeweiligen Behandlungsaufwand je Fall und stellen damit auch einen Surrogatparameter für die Fallkomplexität dar. Anhand des deutlichen Unterschiedes von Ø 0,643 bzw. Ø 0,723 (KFH/KHD) für die vollstationären Fälle und Ø 0,245 bzw. Ø 0,186 (KFH/KHD) für die kurzstationären Fälle wird ersichtlich, dass die kurzstationären Fälle insgesamt weniger komplex bzw. aufwendig waren.

Werden die vollstationären Fälle im KFH und im KHD betrachtet, fällt auf, dass die durchschnittliche BWR je Fall im KHD grundsätzlich höher war, die Range der BWR jedoch insgesamt geringer.

Wie bereits ausgeführt, ist der Anteil an Patient:innen ohne Kostenträger in beiden Häusern sowohl für die vollstationären als auch für die kurzstationären Fälle sehr hoch. Die für diese Fälle ausgewiesenen potentiellen Erlöse konnten nicht realisiert werden. Im KFH beträgt die Gesamtsumme (vollstationär plus kurzstationär) 228.312,59 € bzw. Ø 2.181,62 € für jeden vollstationären Fall und Ø 875,26 € für jeden Kurzlieger.

Da der Anteil an somatischen Patient:innen im KHD sehr gering ausfällt, addiert sich das Erlösdefizit dort auf lediglich 17.429,86 €. Je somatischen, vollstationären Fall ohne Kostenträger beträgt das Erlösdefizit Ø 2.070,93 €.

Tabelle 20: Verweildauer, Erlöse, BWR, KFH

	Anzahl	Ø Verweildauer gemäß DRG in Tagen				Erlöse in €				Bewertungsrelation			
		Ø	Min	Max	**Summe**	Ø	Min	Max	**Summe**	Ø	Min	Max	**Summe**
Vollstationäre Fälle gesamt	166*	5,0	2,2	11,1	**831,5**	2.270,72	1.261,10	5.012,62	**376.938,98**	0,643	0,357	1,419	**106,706**
> davon Fälle mit Kostenträger	79	5,3	2,4	11,1	**417,6**	2.368,83	1.388,27	5.012,62	**187.137,69**	0,671	0,393	1,419	**52,976**
> davon Fälle ohne Kostenträger	87	4,8	2,6	6,7	**413,9**	2.181,62	1.261,10	4.383,83	**189.801,29**	0,618	0,357	1,241	**53,73**
Kurzstationäre Fälle gesamt	59	1	1	1	**59**	866,60	586,39	1.148,06	**51.129,41**	0,245	0,166	0,325	**14,474**
> davon Fälle mit Kostenträger	15	1	1	1	**15**	841,21	688,84	1.133,93	**12.618,11**	0,238	0,195	0,321	**3,572**
> davon Fälle ohne Kostenträger	44	1	1	1	**44**	875,26	586,39	1.148,06	**38.511,30**	0,248	0,166	0,325	**10,902**

*ein Fall offensichtlicher Fehlkodierung (*klimakterische Störungen* mit unfallchirurgischer Behandlungsleitung) – dieser wurde nicht ausgewertet

Tabelle 21: Verweildauer, Erlöse, BWR, KHD

	Anzahl	Ø Verweildauer gemäß DRG in Tagen				Erlöse in €				Bewertungsrelation			
		Ø	Min	Max	**Summe**	Ø	Min	Max	**Summe**	Ø	Min	Max	**Summe**
Vollstationäre Fälle Somatik gesamt*	22	5,4	2,3	8,7	**118,9**	2.554,8	1.307,03	3.829,23	**56.205,60**	0,723	0,370	1,084	**15,911**
> davon Fälle mit Kostenträger	14	6,2	2,3	8,7	**87,3**	2.831,30	1.307,03	3.829,23	**39.638,18**	0,802	0,370	1,084	**11,221**
> davon Fälle ohne Kostenträger	8	4,0	3,4	6,5	**31,6**	2.070,93	1.667,34	2.698,83	**16.567,42**	0,586	0,472	0,764	**4,690**
Kurzstationäre Fälle gesamt	3	1	1	1	**3**	711,67	636,29	862,44	**2.135,02**	0,186	0,166	0,225	**0,557**
> davon Fälle mit Kostenträger	2	1	1	1	**2**	636,29	636,29	636,29	**1.272,58**	0,166	0,166	0,166	**0,332**
> davon Fälle ohne Kostenträger	1	1	1	1	**1**	862,44	862,44	862,44	862,44	0,225	0,225	0,225	**0,226**

*Psychiatrische Fälle werden aufgrund des differenten Abrechnungssystems (PEPP) nicht berücksichtigt

5 Einordnung der Ergebnisse

5.1 Ambulante Behandlung

Die ambulante Behandlung stellt den Großteil der Versorgung bei Patient:innen ofW dar. Im KFH sind dies 84,8% aller Behandlungen und im KHD 56 %. Im Umkehrschluss werden somit 15,2 % bzw. 44 % der Fälle (kurz-) stationär behandelt. Wird dies in Relation zur durchschnittlichen Konversionsrate in deutschen Notaufnahmen von 38 % [21] gesetzt, so wird ersichtlich, dass der Anteil ambulanter Behandlungen insbesondere im KFH ausgesprochen hoch ist. Ursächlich hierfür ist a. e. der hohe Anteil an alkohol- und intoxikationsassoziierten Gesundheitsproblemen, der in beiden Häusern mehr als die Hälfte der ambulanten Behandlungen bedingt (KFH 65,2 %, KHD 60,4 %). Hier ist oft nach einer mehrstündigen Überwachung eine Entlassung aus der Notaufnahme möglich.

5.1.1 Leitdiagramm vs. Entlassdiagnose

In der Forschungsarbeit wurde die Zuordnung von Patient:innen zu einzelnen Fachabteilungen auf Basis der Triage, d. h. auf Grundlage eines Leitsymptoms, untersucht. Diese Zuordnung ermöglicht jedoch keine differenzierte Analyse des tatsächlichen medizinischen Behandlungsbedarfs. Ziel der Masterarbeit war es daher, eine Betrachtung auf Diagnoseebene gemäß ICD-10-GM durchzuführen (siehe Kapitel 4.1.2). In Tabelle 22 wurden die in der Forschungsarbeit ermittelten Fachabteilungen einer Auswertung der tatsächlichen Entlassdiagnosen im ICD-10-GM-System gegenübergestellt. Hierzu wurden bestimmte Kapitel im ICD einzelnen Fachabteilungen zugeordnet. Das Kapitel XIX (Kodebereich S00-T98) umfasst allerdings sowohl Traumafolgen als auch Vergiftungen, so dass hier eine trennscharfe Abgrenzung zwischen Unfallchirurgie und z. B. Innerer Medizin nicht möglich ist. Dennoch fällt auf, dass insbesondere für den Bereich der Inneren Medizin die Fachabteilungszuordnung auf Basis der Triage (KFH 61,2 % bzw. KHD 31,5 %) in deutlichem Widerspruch zu einer Zuordnung auf ICD-Ebene steht. Für den Bereich der psychiatrischen Diagnosen (Kapitel F) ist limitierend anzumerken, dass Erkrankungen aus diesem Kapitel im KFH primär internistisch betreut werden.

In einer Gesamtbetrachtung lassen sich folgende Diagnosegruppen als primärer Anlass für eine Inanspruchnahme der Notaufnahme identifizieren: 1. Psychiatrische Erkrankungen/Intoxikation, 2. Traumafolgen, 3. Internistische Erkrankungen.

Diese Ergebnisse unterscheiden sich hierbei von Studien aus dem Ausland. Eine Untersuchung z. B. unter obdachlosen, amerikanischen Veteranen erbrachte als vorrangige Diagnosekategorien muskuloskelettale Beschwerden, alkoholassoziierte Erkrankungen, suizidales Verhalten sowie Rückenschmerzen [22].

Tabelle 22: Fachabteilung nach Triage vs. ICD-10-GM-Diagnose

	KFH		KHD	
	ICD-10-GM	Fachabteilung nach Triage+	ICD-10-GM	Fachabteilung nach Triage+
Unfallchirurgie	36,7 %*	28,8 %	14,6 %*	14,1 %
Innere Medizin	8,3 % **	61,2 %	9 %**	31,5 %
Psychiatrie	45,6 %***		70,8 %***	53,4 %
* Kapitel T, S, M, ** Kapitel R, K, J, I, E, B, A, *** Kapitel F; + Daten der Forschungsarbeit				

Auch im Vergleich zur Gesamtpopulation fällt bei den Patient:innen ofW ein deutlicher Unterschied in der Diagnosenverteilung auf. Die DGINA-Daten (Abbildung 12) aus dem Jahr 2015 weisen hier vornehmlich Diagnosen aus den Kapiteln 19 (Kodebereich S & T), 13 (Kodebereich M) und 18 (Kodebereich R) aus. Insbesondere psychiatrische Diagnosen stellen in der regelhaften Notfallversorgung nur einen marginalen Anteil dar.

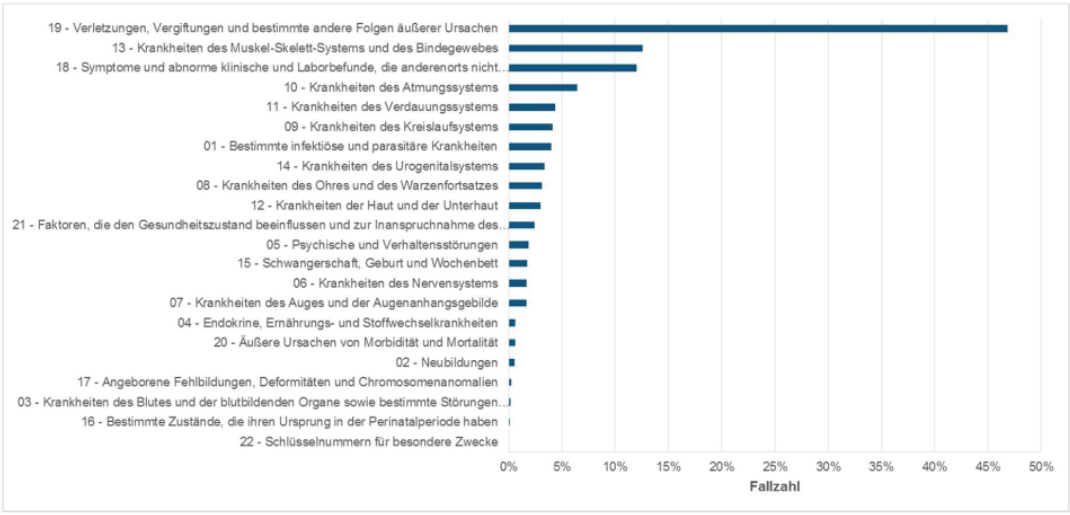


Abbildung 12: Ambulante Hauptdiagnosen gemäß Kapitel ICD-10-GM, Gesamtpopulation DGINA-Studie (nach [21])

5.1.2 Die Abrechnung im EBM

Wie bereits erläutert, ist die retrospektive Ableitung möglicher Abrechnungsziffern einzig auf Basis der ICD-10-GM-Diagnose fehleranfällig und kann nur als grobe Abschätzung dienen.

Die durchgeführte Diagnostik und Therapie kann nur aufgrund von Erfahrungswerten vermutet bzw. hergeleitet werden. So ist bei Kodierung einer Fraktur davon auszugehen, dass zuvor eine Röntgendiagnostik erfolgte und anschließend ein Gips angelegt wurde. Mehrfachdiagnostik im Sinne mehrerer Röntgenbilder oder parallel durchgeführter Schnittbildgebung mittels CT lässt sich in diesem Fall nicht herleiten. Als Beispiel sei ein Sturz mit Kopfanprall genannt. Es erfolgen ein CT des Kopfes zum Ausschluss von Traumafolgen sowie mehrere Röntgenuntersuchungen. Kodiert wird schließlich nur die Unterarmfraktur. Auch parallel durchgeführte Labordiagnostik ist auf Basis chirurgischer Diagnosen nicht sicher herzuleiten. Auf der anderen Seite ist bei internistischen und neurologischen Patient:innen mit hoher Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass eine Laborentnahme und eine i. v. Medikation erfolgte – eine 100%ige Sicherheit besteht jedoch nicht. Nicht zu ermitteln sind darüber hinaus die im Rahmen konsiliarischer Mitbeurteilungen durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen. Wird ein internistischer Patient mit Intoxikation z. B. aufgrund eines Sturzes der Unfallchirurgie zur konsiliarischen Mitbeurteilung vorgestellt, so lässt sich aus den vorliegenden Daten nicht herleiten, ob ggf. ein Röntgen durchgeführt wurde.

Trotz der zahlreichen Unsicherheiten im Hinblick auf die Datengrundlage wird aus den vorliegenden Daten klar ersichtlich, dass die durchgeführten Behandlungen zu einem Defizit führen. Mit 31.968,44 € im KFH und 2.442,80 € im KHD scheinen die Summen nicht allzu relevant, es ist jedoch zu beachten, dass es sich hierbei nur um die nicht realisierte Vergütung handelt und die tatsächlichen Sach- und Personalkosten keine Berücksichtigung finden.

Die DGINA hat in ihrer Untersuchung im Jahr 2015 durchschnittliche Kosten von 126 € pro Notaufnahmefall ermittelt [21]. Die Spannweite der Kosten variiert hierbei zwischen 89 € für pädiatrische Patient:innen bis hin zu 242 € für Patient:innen, die mittels Notarzt in die Klinik kommen. Demgegenüber steht ein durchschnittlicher Erlös von 32 € pro Fall. Dieser liegt oberhalb des für die

Studienkohorten ermittelten durchschnittlichen Erlöses von 29,83 € im KFH bzw. 22,72 € im KHD.
Werden nur die Behandlungsfälle ohne Kostenträger (KFH 1074, KHD 94) unter Zugrundelegung der durchschnittlichen Fallkosten von 126 € je Fall betrachtet, so beläuft sich das mögliche Defizit auf nunmehr 135.324 € im KFH und auf 11.744 € im KHD. Für das KHD ist ggf. auch von einem niedrigeren Defizit auszugehen, da aufgrund des hohen Anteils psychiatrischer Patient:innen weniger Sachmittel bzw. diagnostische Verfahren zum Einsatz kommen.

In seinem Jahresbericht weist das Statistische Bundesamt für das Jahr 2019 in Berlin 606 114 Notfallbehandlungen aus, die zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) abgerechnet wurden. Dies bedeutet, dass Behandlungen von Patient:innen mit privater Krankenversicherung oder ohne Krankenversicherung nicht enthalten sind [23]. In der Forschungsarbeit betrug der Anteil der Patient:innen ofW 1,2 % bis 2,2 % aller Notaufnahmekontakte; Daten aus den USA beziffern den Anteil auf ca. 0,65 % [1]. Wird nun bei vorsichtiger Schätzung davon ausgegangen, dass im berlinweiten Durchschnitt ca. 1 % aller Notaufnahmekontakte durch Patient:innen ofW bedingt sind, so entspräche dies ungefähr 6000 Behandlungsfällen pro Jahr. Bei durchschnittlichen Kosten von 126 € pro Fall gemäß DGINA beliefen sich die Gesamtkosten somit auf 756.000 € allein für die ambulante Notfallversorgung von Patient:innen ofW.

Die fehlende Refinanzierung von Notfallbehandlungen wird seit vielen Jahren auf zahlreichen Ebenen diskutiert. Die Ursachen sind hierbei vielschichtig. Ein Teil der erbrachten Leistungen kann gar nicht gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet werden. Bei vielen Leistungen deckt die Vergütung nicht die tatsächlichen Kosten bzw. die Kosten in der internen Leistungsverrechnung. Hinzu kommt, dass die im EBM festgelegten Punktwerte unter Vorstellung eines regelhaften Praxisbetriebs mit hoher Auslastung festgelegt wurden. Zeiten geringer Auslastung (z. B. nachts) mit weitestgehend gleichbleibenden Fixkosten für Personal und Infrastruktur werden hierbei nicht ausreichend berücksichtigt. Der Koalitionsvertrag der aktuellen Koalition hat einige der genannten Missstände aufgegriffen und sieht neben einer kompletten

Reform der Notfallversorgung auch die Einführung erlösunabhängiger Vorhaltepauschalen vor [24].

5.2 Stationäre Fälle

5.2.1 Konversionsrate

Werden die Konversionsraten beider Häuser im direkten Vergleich betrachtet, so übertrifft das KHD (42,3 %) das KFH (11,3 %) um 31 Prozentpunkte bzw. um das 3,7-fache. Auffällig ist hier die ausgeprägte Spannweite zwischen beiden Häusern. Bei Analyse der Konversionsraten auf Fachabteilungsebene wird jedoch deutlich, dass hierfür im KHD vorwiegend die Psychiatrie verantwortlich ist. Die fachspezifische Konversionsrate beträgt 64,7 % und 102 der 126 im KHD aufgenommenen Patient:innen sind der Psychiatrie zugehörig (entsprechend 81 % aller aufgenommenen Patienten). Bei Betrachtung auf Diagnoseebene wird ersichtlich, dass vornehmlich Diagnosen aus dem Bereich *Psychische Störungen durch Alkohol*, *Schizophrenie* und *Belastungs- und Anpassungsstörungen* Anlass zur stationären Behandlung waren. Hier ist häufig bei akuter Exazerbation der Grunderkrankung eine Kurzintervention in der Notaufnahme nicht ausreichend, so dass die Notwendigkeit einer stationären Therapie besteht.

Weiterhin auffällig ist jedoch auch die im KHD höhere fachspezifische Konversionsrate in der Unfallchirurgie und in der Inneren Medizin. Die möglichen Ursachen hierfür sind unterschiedlich. Aufnahmen über die Notaufnahme gelten häufig als gängiges Mittel zur Optimierung der Belegungssituation im Haus. Dagegen spricht jedoch die durchschnittliche BWR von 0,723 je vollstationärem Fall im KHD. Die BWR kann als Ausdruck der Fallkomplexität und somit auch der Erkrankungsschwere gewertet werden. Die durchschnittliche BWR im KHD liegt über der des KFH (0,643), so dass die Patient:innen im KHD in ihrer Grundgesamtheit als schwerer erkrankt einzuschätzen sind.

Daten einer deutschen Erhebung aus dem Jahr 2015 haben für die Gesamtheit aller Notaufnahmepatient:innen eine Konversionsrate von 38 % ermittelt [21]. Selbst der verhältnismäßig hohe Anteil an stationären Aufnahmen im KHD liegt damit noch innerhalb des bundesweiten Durchschnitts. Das KFH liegt hingegen deutlich darunter. Eine Studie der Universität Manchester ermittelte für obdachlose Patient:innen eine Rate an stationären Aufnahmen, die 1,65-mal

höher war als bei Patient:innen mit festem Wohnsitz [25]. Dies lässt sich in den erhobenen Daten nicht bestätigen.

In internationalen Studien liegt die Konversionsrate für alle Notaufnahmepatient:innen zwischen 21,6 % und 29,1 % [26, 27]. Es ist jedoch anzumerken, dass die Notwendigkeit einer stationären Aufnahme mit dem Alter zunimmt und dass in den internationalen Studien nur 13 % bis 21 % der Patient:innen älter als 65 Jahre waren, wohingegen aktuelle deutsche Zahlen den Anteil der über 70-Jährigen auf 24 % bis 30 % beziffern [28, 29].

5.2.2 Intensiv- vs. Normalstation

Eine Aufnahme auf die Intensivstation kann verschiedene Gründe haben. Neben der Unterstützung bzw. Aufrechterhaltung kritischer Vitalfunktionen (Blutdruck, Atmung) kann auch die Überwachung bei eingeschränkter Vigilanz bzw. bei eingeschränkten Schutzreflexen eine Aufnahmeindikation darstellen.

Werden beide Häuser miteinander verglichen, so wird im KFH ein deutlich größerer Anteil der stationären Aufnahmen auf eine Intensivstation aufgenommen (19,5 % vs. 7,0 %). Dies liegt a. e. an der Struktur des jeweiligen Patientenkollektivs in den Notaufnahmen. Wie bereits erläutert, wurden im KHD überwiegend psychiatrische Patient:innen vorstellig, die nur in seltenen Fällen einer Intensivüberwachung bedürfen. Darüber hinaus wird das KHD als Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung wahrscheinlich nicht primär mit vital gefährdeten oder instabilen Patienten angefahren, da in 2 km Entfernung das Unfallkrankenhaus Berlin als großer Maximalversorger zur Verfügung steht.

Diese These wird gestützt durch die in Abbildung 13 dargestellten Daten der Forschungsarbeit. Patient:innen mit gefährdetem Atemweg, unzureichender Atmung oder Schock sind regelhaft intensivpflichtig und erhalten im Manchester-Triage-System (MTS) die Kategorie Rot. Da jedoch im KHD die Kategorie Rot nicht vergeben wurde, ist davon auszugehen, dass keine instabilen, intensivpflichtigen Patient:innen vorstellig wurden.

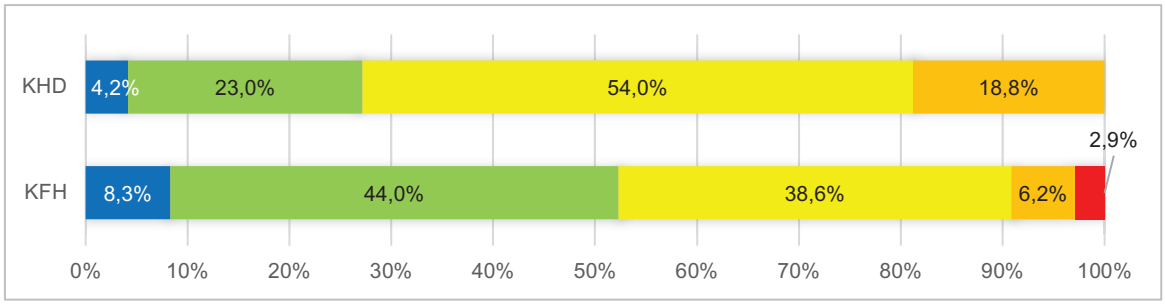


Abbildung 13: Triagekategorien bei Pat. ofW, Farbe entsprechend der Triagekategorie im MTS (entnommen aus Forschungsarbeit)

Wird der Anteil der Intensivaufnahmen in Relation zu allen behandelten Patient:innen ofW gesetzt, so relativiert sich dieser etwas. Allerdings liegen die ermittelten Werte für Patient:innen ofW sowohl im KFH (2,9 %) als auch im KHD (3,0 %) deutlich über dem Durchschnitt in großen Erhebungen an der Gesamtpopulation aller Notaufnahmefälle. Zachariasse et al. ermittelten hier einen Anteil von 0,2 % bis 1,7 % aller Notaufnahmekontakte [27]. Eine US-amerikanische Studie ermittelte im Jahr 2009 einen Anteil von 1,6 % [30].
In Kombination mit dem hohen Anteil an als vital bedroht triagierten Patient:innen (Kategorie Orange bzw. Rot) lässt sich schlussfolgern, dass die Patient:innen ofW bei Vorstellung in der Notaufnahme insgesamt kränker sind als die Gesamtpopulation.

5.2.3 Entlassdiagnose

Wie bereits in der Auswertung der ambulanten und stationären Diagnosen ersichtlich war, ist das Spektrum für den stationären Bereich teils deutlich inhomogener und breiter gestreut als im ambulanten Bereich. Hierbei zeigt sich jedoch ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Häusern. Bedingt durch die vornehmlich psychiatrischen Aufnahmen im KHD (81,6 % der Aufnahmen haben eine Diagnose aus dem F-Bereich) decken dort zehn Diagnosen 86 % aller stationären Behandlungsfälle ab. Das KFH hingegen ist deutlich größer und verfügt über mehr Fachrichtungen. Daher sind hier beispielsweise auch Diagnosen wie G40 *Epilepsie* mit 6,6 % aller stationären Fälle vertreten. Besonders deutlich werden die unterschiedliche Verteilung und das breite Spektrum der Behandlungsdiagnosen in der grafischen Übersicht (Abbildung 14). Auf prozentuale Angaben wurde aus Gründen der Übersichtlichkeit bewusst verzichtet.

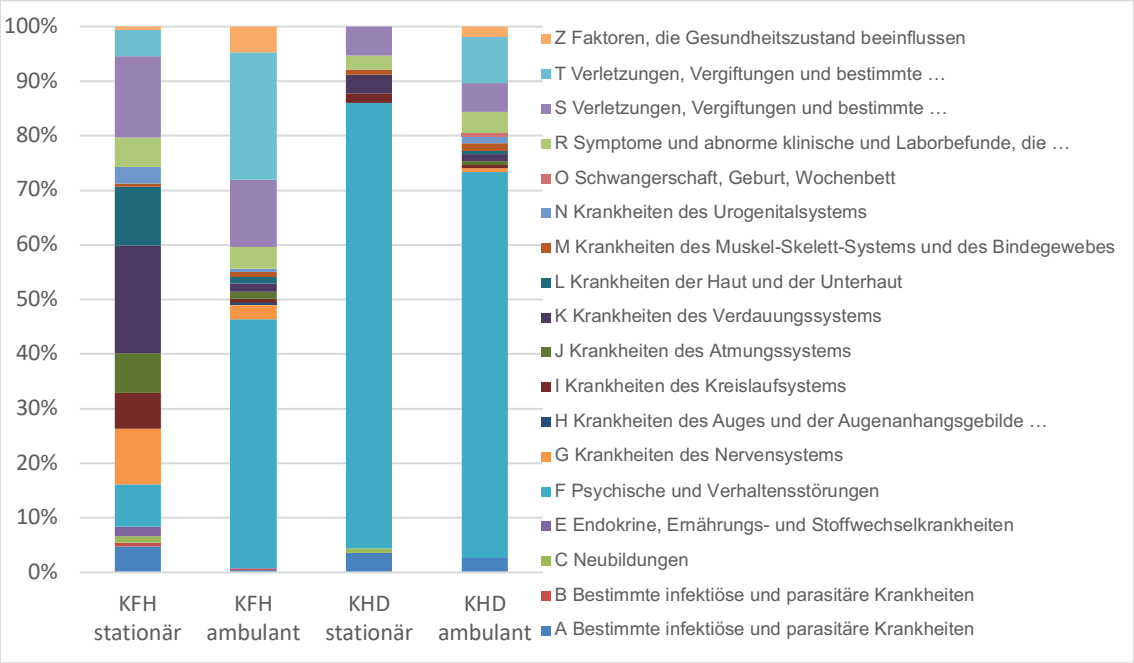


Abbildung 14: Behandlungsdiagnosen nach Kapitel ICD-10-GM, ambulant vs. stationär, KFH und KHD

Während insbesondere im ambulanten Bereich die Versorgungsschwerpunkte Psychiatrische Erkrankungen/Intoxikationen sowie Traumafolgen führend waren, wird am Beispiel des KFH deutlich, dass der stationäre Versorgungsbedarf von Patient:innen ofW de facto das gesamte Spektrum der Medizin umfasst. Gynäkologie und Geburtshilfe sind aufgrund der vornehmlich männlichen Obdachlosen ausgenommen.

In einer britischen Studie wurden im Zeitraum 2013 bis 2018 stationäre Aufnahmen von Obdachlosen ausgewertet. Dort wurden 26 % der Aufnahmen mit ‚Diagnosis not classifiable' definiert und 14 % durch Vergiftungen sowie 9 % durch psychiatrische Erkrankungen verursacht. [25]. Hierbei handelt es sich jedoch um standortübergreifende, kumulative retrospektive Daten aus dem National Health Service in Großbritannien, so dass kein direkter Vergleich mit der Diagnoseverteilung einzelner Häuser möglich ist, da hier ausgeprägte regionale Unterschiede bestehen.

5.2.4 Erkrankungsschwere

Um den grundsätzlichen medizinischen Versorgungsbedarf von Menschen ofW abzuschätzen, ist es relevant, nicht nur etwaige Behandlungsdiagnosen zu berücksichtigen, sondern auch auf die Erkrankungsschwere einzugehen.

Wie im Methodenteil erläutert, ermöglicht das DRG-System in Abhängigkeit von etwaigen Comorbiditäten, durchgeführten Prozeduren und z. B. Aufenthalten auf Intensivstationen die Abbildung verschiedener Schweregrade derselben Diagnose, sofern diese im Grouping-Prozess eingepflegt werden. Da im vorliegenden Datensatz nur die Hauptdiagnosen vorliegen, wurde der Schweregrad ausschließlich auf Basis dieser ermittelt.

Eingeschränkte Selbstfürsorge und fehlender Zugang zur regelhaften Gesundheitsversorgung lassen vermuten, dass Patient:innen ofW oft eine höhere Erkrankungsschwere aufweisen, als dies in der Gesamtbevölkerung der Fall ist. Trotz der zuvor genannten Limitationen im Hinblick auf den Grouping-Prozess (Fehlen von Nebendiagnosen) kann die Bewertungsrelation (BWR) je DRG als Surrogatmarker der Erkrankungsschwere herangezogen werden. Tabelle 23 listet hierzu nochmals die relevanten Kennzahlen für beide Häuser auf. Die Berliner Krankenhausgesellschaft gibt für das Jahr 2019 eine durchschnittliche Bewertungsrelation (Casemix-Index) von 1,11 auf Bundesebene und 1,24 für Berlin an [31]. Sowohl die Daten des KFH als auch die des KHD liegen hierbei jeweils deutlich unter dem Berliner Durchschnitt. Wird jedoch berücksichtigt, dass im Jahr 2019 bundesweit im Durchschnitt 6,4 Nebendiagnosen je Patient:in kodiert wurden (die im Rahmen des Groupings ggf. schweregradsteigernd wirken), ist dies nicht überraschend [32].

Tabelle 23: Bewertungsrelationen vollstationärer Fälle ofW (ohne Psychiatrie)

	Bewertungsrelationen aller vollstationären Fälle			
	Ø	Min	Max	**Summe**
KFH	0,643	0,357	1,419	**106,706**
KHD	0,723	0,370	1,084	**15,911**

5.2.5 Erlösdefizit

Die Kalkulation der möglichen Bewertungsrelationen (Tabelle 20, Tabelle 21) und der damit verbundenen Erlöse basiert ausschließlich auf einer einzigen Behandlungsdiagnose und unterschätzt damit die Fallkomplexität und somit auch

die Bewertungsrelation. Dies zeigte sich auch daran, dass die ermittelten Werte der BWR unter denen des Landesdurchschnitts lagen.

Werden jedoch die Erlösdefizite ausgehend von der durchschnittlichen Bewertungsrelation von 1,24 für Berlin für das Jahr 2019 berechnet, so beläuft sich dieses Defizit im KFH für vollstationäre Patient:innen ofW ohne Kostenträger auf 381.086,10 €, was einer Verdopplung des zuvor ermittelten Wertes entspricht. Für das KHD beträgt das so ermittelte Defizit 35.042,40 €, was einer Steigerung um den Faktor 2,1 entspricht.

6 Diskussion

Patient:innen ofW stellen insbesondere im großstädtischen Bereich einen relevanten Anteil aller Notfallpatient:innen dar. Aufgrund des überdurchschnittlichen Versorgungsaufwandes bindet deren Behandlung einen relevanten Anteil an Ressourcen in der Notaufnahme.

Es stellt sich hierbei die Frage, ob alle Notaufnahmekontakte jedoch zwingend notwendig gewesen wären? Die progressive Verschlechterung von Erkrankungen bei fehlender bzw. nicht korrekter ambulanter Behandlung führt im weiteren Verlauf häufig zu einer kritischen Situation, die eine stationäre Behandlung erfordert.

In der regulären Gesundheitsversorgung ist das Konzept dieser sog. ‚ambulant-sensitiven Diagnosen' bereits seit den 90er Jahren bekannt. Es beruht darauf, Erkrankungen zu identifizieren, die bei korrekter ambulanter Behandlung in der Regel keiner stationären Aufnahme bedürfen [33]. Dies sind z. B. chronische Herzinsuffizienz, Angina Pectoris oder Diabetes mellitus. Auch wenn diese Diagnosen aufgrund des deutlich jüngeren Alters der Patient:innen ofW hier nicht relevant sind, ist davon auszugehen, dass ein Großteil sowohl der somatischen als auch der psychiatrischen stationären Aufnahmen bei adäquater ambulanter Behandlung vermeidbar wäre.

Für die Krankenhäuser führt dieses ambulante Versorgungsdefizit zu einer deutlichen Belastung (personell sowie finanziell), sowohl im ambulanten Setting der Notaufnahme als auch im stationären Bereich, die in keiner Weise im aktuellen System der Krankenhausfinanzierung berücksichtigt wird. Allein für das KFH beläuft sich die finanzielle Belastung auf ca. 516.000 € für das Jahr 2019 (stationäre Behandlung 381.086,10 €, ambulante Behandlung 135.324 €).

Strukturell können die Krankenhäuser hier kaum zur Lösung des Problems beitragen, so dass die Politik, aber auch die ambulanten Leistungserbringer gefordert sind, ein niederschwelliges Versorgungsangebot zu etablieren. In welchem finanziellen Umfang sich die gesetzliche Krankenversicherung, gemeinnützige Träger sowie die Politik daran beteiligen und in welcher Form die Umsetzung erfolgt, ist noch zu klären. Erst kürzlich ließ jedoch Gesundheitsminister Prof. Lauterbach verlauten, dass die Bundesregierung die Einrichtung von 1000 Gesundheitskiosken umsetzen will, um somit eine medizinische Versorgung in sozial benachteiligten Regionen anzubieten [34].

Deren Angebot soll sich explizit auch an Personen ohne Krankenversicherung richten.
Unabhängig von der praktischen Umsetzung der zuvor genannten Konzepte gilt es jedoch festzuhalten, dass der mit Abstand kostenintensivste Versorgungssektor in Form der Krankenhäuser die Versorgung von Patient:innen ofW weder übernehmen kann noch aus Gründen der Wirtschaftlichkeit übernehmen sollte. Nicht ohne Grund heißt es in § 12 SGB V: „Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein.“ Eine Behandlung im Krankenhaus ist in diesem Fall weder wirtschaftlich noch kann ein einzelner stationärer Aufenthalt oder eine kurze Behandlung in der Notaufnahme eine kontinuierliche ambulante Behandlung ersetzen.

7 Fazit

Wie die dargestellten Daten zeigen konnten, weisen Patient:innen ofW einen besonderen Versorgungsaufwand im Vergleich zum regulären Patient:innengut der Notaufnahme auf. Sie werden primär als kränker und vital bedrohter ersteingeschätzt, und auch wenn die Wahrscheinlichkeit einer stationären Aufnahme insgesamt geringer ist als im Gesamtkollektiv, müssen sie deutlich häufiger auf eine Intensivstation aufgenommen werden.
Im ambulanten Setting der Notaufnahme sind zumeist psychiatrische Erkrankungen/Intoxikationen sowie Traumafolgen Grund der medizinischen Behandlung. Im stationären Sektor hingegen besteht ein Bedarf in allen Bereichen der Medizin, wobei hier regional Schwerpunkte in Abhängigkeit vom jeweiligen Versorgungsangebot des Krankenhauses bestehen. Während traumatologische Aufnahmen häufig durch ein singuläres, teils nicht vermeidbares Ereignis ausgelöst werden (in der Regel Unfall), sind nicht traumatologische Aufnahmen oft multifaktorieller Genese und haben zumeist eine vorausgegangene Krankengeschichte.
Eine Versorgung im Krankenhaus kann daher nur als überbrückende Behandlung bis zur Errichtung angemessener ambulanter Versorgungsstrukturen verstanden werden. Bis diese flächendeckend verfügbar sind, muss jedoch auch sichergestellt werden, dass die in den Krankenhäusern erbrachten Leistungen adäquat vergütet werden.

8 Anhang

8.1 Abkürzungsverzeichnis

Tabelle 24: Liste aller verwendeten Abkürzungen

Abkürzung	Bezeichnung
aG-DRG	German Dianosis Related Groups mit ausgegliederter Pflege
BSG	Bundessozialgericht
BWR	Bewertungsrelation
CC	Complication or Comorbidity
CT	Computertomographie
DGINA	Deutsche Gesellschaft interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e.V.
EBA	Erweiterter Bewertungsausschuss
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GOP	Gebührenordnungspositionen
ICD-10-GM	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification
IMC	Intermediate Care Station
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
INKA	Interdisziplinäre Kurzaufnahmestation
KBV	Kasseärztliche Bundesvereinigung
KFH	Klinikum im Friedrichshain
KHD	Klinikum Kaulsdorf
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KIS	Klinikinformationssystem
KK	Krankenkasse
KULI	Kurzlieger
MDC	Major Diagnostic Categories
MTS	Manchester Triage System
NUB	Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
ofW	ohne festen Wohnsitz
PEPP	Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik
PpSG	Pflegepersonal-Stärkungsgesetz
SGB V	Sozialgesetzbuch V

8.2 Grafiken/Abbildungen

Abbildung 1: Kalkulationsmatrix für DRG E79C (aus [7]) 7
Abbildung 2: Verweildauer für DRG E79C (aus [8])..... 7
Abbildung 3: Beispielhaftes Grouping einer Pneumonie (mit Hilfe von [8])..... 15
Abbildung 4: grafische Darstellung der Verweildauer für DRG E79D (mithilfe von [8]), Pfeil markiert die untere Grenzverweildauer..... 16
Abbildung 5: Konsile in der Notaufnahme bei ambulanter Behandlung, anfordernde Fachrichtung, KFH 20
Abbildung 6: Verteilung ambulante Behandlungsdiagnosen auf Dreisteller-Ebene KFH/KHD..... 22
Abbildung 7: Behandlungsdiagnosen ambulant gemäß Kapitel ICD-10-GM 22
Abbildung 8: Konsile in der Notaufnahme bei stationärer Aufnahme, anfordernde Fachrichtung, KFH..... 24
Abbildung 9: Fachabteilungen, die eine Aufnahme auf die Intensiv-/IMC-Station veranlasst haben, KFH/KHD 25
Abbildung 10: Verteilung stationärer Hauptdiagnosen auf Dreisteller-Ebene KFH/KHD..... 26
Abbildung 11: stationäre Hauptdiagnosen gemäß Kapitel ICD-10-GM..... 27
Abbildung 12: ambulante Hauptdiagnosen gemäß Kapitel ICD-10-GM, Gesamtpopulation DGINA-Studie (nach [21])..... 32
Abbildung 13: Triagekategorien bei Pat. ofW, Farbe entsprechend der Triagekategorie im MTS (entnommen aus Forschungsarbeit)..... 37
Abbildung 14: Behandlungsdiagnosen nach Kapitel ICD-10-GM, ambulant vs. stationär, KFH und KHD 38

8.3 Tabellen

Tabelle 1: Bewertungsrelationen in Abhängigkeit vom Schweregrad (Auszug aus [9]) 8
Tabelle 2: Auszug aus dem einheitlichen Bewertungsmaßstab 2022 ([11]) 10
Tabelle 3: Abrechnungsziffern zur Abklärung des Vorliegens eines Notfalls 11
Tabelle 4: Für die Notfallbehandlung abzurechnende Ziffern 11
Tabelle 5: Abrechnungsziffern für die erneute Konsultation innerhalb eines Quartals (dann anstelle der Ziffern 01210 und 01212) 12

Tabelle 6: Zuschläge zu 01210 und 01212 aufgrund komplizierender Faktoren 12
Tabelle 7: Separat abzurechnende therapeutische Interventionen am Patienten 12
Tabelle 8: Separat abzurechnende diagnostische Untersuchungen am Patienten 12
Tabelle 9: Drei- vs. Viersteller ICD-10 19
Tabelle 10: Anzahl der unterschiedlichen Diagnosen je Krankenhaus (ambulante Fälle) 21
Tabelle 11: die 10 häufigsten ambulanten Behandlungsdiagnosen je Standort21
Tabelle 12: Stationäre Aufnahmen 23
Tabelle 13: Konversionsrate je Fachrichtung auf Basis aller je Fachrichtung behandelten Fälle 23
Tabelle 14: Patient:innenverbleib Normal- vs. Intensiv-/Intermediate Care (IMC) Station 25
Tabelle 15: Anzahl der unterschiedlichen Hauptdiagnosen je Krankenhaus (stationäre Fälle)..... 25
Tabelle 16: die 10 häufigsten stationären Hauptdiagnosen je Standort..... 26
Tabelle 17: ambulante und stationäre Behandlungsfälle ohne Angaben eines Kostenträgers 27
Tabelle 18: Anzahl abgerechneter Abrechnungsziffern für Notfallbehandlung . 28
Tabelle 19: Erlöse je ambulantem Fall, gesamt, mit und ohne Kostenträger.... 28
Tabelle 20: Verweildauer, Erlöse, BWR, KFH 30
Tabelle 21: Verweildauer, Erlöse, BWR, KHD 30
Tabelle 22: Fachabteilung nach Triage vs. ICD-10-GM Diagnose 32
Tabelle 23: Bewertungsrelationen vollstationärer Fälle ofW (ohne Psychiatrie)39
Tabelle 24: Liste aller verwendeten Abkürzungen 43

8.4 Literatur

1. Tadros, A., et al., *A 5-year comparison of ED visits by homeless and nonhomeless patients.* Am J Emerg Med, 2016. **34**(5): p. 805-8.
2. Boender, T., et al., *Inanspruchnahme deutscher Notaufnahmen während der COVID-19-Pandemie – der Notaufnahme-Situations- report (SitRep).* Epid Bull, 2020(27/28): p. 3-5.
3. Breuer, F., et al., *Alarmierungen der Berliner Notfallrettung zu obdachlosen Frequent Usern.* Der Notarzt, 2020. **36**(01): p. 16-23.
4. *Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000.* BGBl, 1999. **59**.
5. GKV-SV, V.d.P.K., ; DKG, *Vereinbarung gemäß § 17b Absatz 3 Satz 6 KHG zur Erhöhung der Repräsentativität der Kalkulation*. 2016.
6. InEK. *Erhöhung der Repräsentativität der Kalkulation*. 2016 24.04.2022]; Available from: https://www.g-drg.de/Kalkulation2/Erhoehung_der_Repraesentativitaet_der_Kalkulation.
7. medconweb.de. *G-DRG Cost-Tool – DRG Kostenkalkulation 2022 Hauptabteilung*. 25.08.2022]; Available from: https://www.medconweb.de/blog/finanzierung/drg/g-drg-cost-tool-drg-kostenkalkulation-2022/.
8. DRG-Research-Group. Available from: https://www.drg-research-group.de/.
9. InEK. *Fallpauschalen-Katalog 2022*. 2022 23.11.2021 24.04.2022]; Available from: https://www.g-drg.de/content/download/10833/78099/version/1/file/Fallpauschalenkatalog_2022_20211123.xlsx.
10. InEK, *Definitionshandbuch 2022 Band 1-3*. 2022.
11. KBV Kassenärztliche Bundesvereinigung, *Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM)*. 2022.
12. Kassenärztliche Bundesvereinigung. *Honorarverhandlungen für 2022 nach zähem Ringen beendet – Orientierungswert steigt um 1,275 Prozent*. 2021 30.04.2022]; Available from: https://www.kbv.de/html/1150_54381.php.
13. Fricke, A., *Honorar-Einigung erzielt!* ÄrzteZeitung, 2018.
14. Bewertungsausschuss für die ärztlichen Leistungen, *Geschäftsordnung des Bewertungsausschusses für die ärztlichen Leistungen nach § 87 Abs. 3e Nr. 2 SGB V*. 31.12.2020.
15. Bundessozialgericht, *B 6 KA 30/13 R*. 2014.
16. Bundessozialgericht, *B 6 KA 5/12 R*. 2012.
17. Berlin, K.V., *Gebührenordnungsposition zur Abrechnung in den Erste-Hilfe-Stellen.* unbekannt.
18. KBV Kassenärztliche Bundesvereinigung, *Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM), Stand: 4. Quartal 2019.* 2019.
19. *1.976 Obdachlose in Berlin gezählt*. Ärzteblatt 2020 07.02.2020; Available from: https://www.aerzteblatt.de/treffer?mode=s&wo=1041&typ=1&nid=109221&s=Obdachlosigkeit.
20. Bundessozialgericht, *B 3 KR 33/99 R*. 2000.
21. Schöpke, H.L., *Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus - Fallkostenkalkulation und Strukturanalyse*. 2015.

22. Tsai, J., D. Szymkowiak, and S.G. Kertesz, *Top 10 presenting diagnoses of homeless veterans seeking care at emergency departments.* Am J Emerg Med, 2021. **45**: p. 17-22.
23. Statistisches Bundesamt, *Gesundheit - Grunddaten der Krankenhäuser 2019.* 2021. **Fachserie 12 Reihe 6.1.1**.
24. SPD BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP, *Mehr Fortschritt Wagen, Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit, Koalitionsvertrag zwischen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP*. 2021.
25. Moss, C., et al., *Comparative 4-year risk and type of hospital admission among homeless and housed emergency department attendees: longitudinal study of hospital records in England 2013–2018.* BMJ Open, 2021. **11**(7): p. e049811.
26. van der Wulp, I., A.J. Schrijvers, and H.F. van Stel, *Predicting admission and mortality with the Emergency Severity Index and the Manchester Triage System: a retrospective observational study.* Emerg Med J, 2009. **26**(7): p. 506-9.
27. Zachariasse, J.M., et al., *Validity of the Manchester Triage System in emergency care: A prospective observational study.* PLoS One, 2017. **12**(2): p. e0170811.
28. Michael, M., et al., *Alters- und geschlechtsbezogene Verteilung von Zuführung, Ersteinschätzung, Entlassart und Verweildauer in der zentralen Notaufnahme.* Notfall + Rettungsmedizin, 2021.
29. Groening M, G.F., Hilmer T, Schuster S, Singler K, Somasundaram R, Wilke P, *ÄLPANO – erste Ergebnisse der DGINA-Umfrage zur Versorgung älterer Notfallpatienten.* Notfall + Rettungsmedizin, 2015. **18**.
30. Herring, A.A., et al., *Increasing Critical Care Admissions From U.S. Emergency Departments, 2001–2009*.* Critical Care Medicine, 2013. **41**(5): p. 1197-1204.
31. Krankenhausgesellschaft, B., *KRANKENHÄUSER IN BERLIN, ZAHLEN, DATEN, FAKTEN 2021.* 2021.
32. Spindler, J., *Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik: Diagnosen und Prozeduren der Krankenhauspatienten auf Basis der Daten nach § 21 Krankenhausentgeltgesetz*, in *Krankenhaus-Report 2021: Versorgungsketten – Der Patient im Mittelpunkt*, J. Klauber, et al., Editors. 2021, Springer Berlin Heidelberg: Berlin, Heidelberg. p. 441-474.
33. Burgdorf, F. and L. Sundmacher, *Potenziell vermeidbare Krankenhausfälle in Deutschland.* Dtsch Arztebl International, 2014. **111**(13): p. 215-223.
34. *1000 Gesundheitskioske für Deutschland*. Tagesschau.de 2022 31.08.2022; Available from: https://www.tagesschau.de/inland/gesundheitskiosk-103.html.

9 Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremdem Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken habe ich als solche kenntlich gemacht.

Ort, Datum Unterschrift