

## **Leserbrief**

**Zu dem Beitrag „Rambøll-Gutachten, Datenbasis noch unbefriedigend - Empfehlungen für die Politik,,**

**von Kaiser, Köhler, Popovic und Stüwe in Heft 34/35 Deutsches Ärzteblatt, 29.8.05**

*Im Beitrag von Kaiser, Köhler, Popovic und Stüwe wird ein Gutachten der Unternehmensberatung Rambøll zum Ausstieg von Ärztinnen und Ärzten aus der kurativen ärztlichen Berufstätigkeit zitiert und mit den Daten und Erfahrungen der Landesärztekammer Hessen verglichen. In dem Artikel werden repräsentative Befragungen, Stichproben und subjektive Meinungen miteinander vermischt. Es soll hier nicht auf die Bewertung der Datenlage, die online Befragung und die Handlungsempfehlungen eingegangen werden. Die Ausführung zur „Krankenhausorganisation“ bedürfen aber einer Richtigstellung und Ergänzung. Die Autoren empfehlen „zur Steigerung der Attraktivität der Berufsausübung die Reduzierung bürokratischer Belastungen vor allem die Delegation von Verwaltungs- und Dokumentationstätigkeit an Assistenzkräfte“.*

*Die Forderung nach Bürokratieabbau fehlt zur Zeit in keiner politischen Diskussion. Sie wird aber den komplexen zugrundeliegenden Problemen in den Krankenhäusern während der Phase der Umstellung auf ein deutsches DRG-Fallpauschalensystem nicht gerecht. Zu den wichtigsten Veränderungen in den deutschen Krankenhäusern seit dem Jahr 2000, dem Prozess der DRG Einführung und zur gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätssicherung finden sich im Artikel keine Angaben. Der Gesetzgeber hat jedoch eindeutig festgelegt, dass die Einführung und Umsetzung der G-DRG ureigene Aufgabe der Krankenhäuser ist. (SGB V, § 17c KHG). Zusätzlich wurden Maßnahmen der Qualitätssicherung verpflichtend eingeführt (§ 137 SGB V). Damit kamen zusätzliche Aufgaben auf die Klinikärztinnen und -ärzte, jede Abteilung und jedes Krankenhaus zu. Denn anders als in Australien ist die Kodierung in Deutschland Aufgabe der Klinikärzte und nicht von klinischen Kodierern. Der Medizinischen Dienst hat lediglich die Aufgabe, die Einhaltung dieser Aufgaben durch Stichproben zu prüfen (§ 17c Abs. 2). Dass das sinnvoll und notwendig ist, zeigen Studien über die Belegung und Kodierqualität (Röder 2002, Hesse 2004, Holzwarth 2005, Klaus 2005, Strausberg 2005) .*

*Wer die Verantwortung für Bürokratie, Verwaltungs- und Dokumentationstätigkeiten dem Medizinischen Dienst zuschiebt, verwechselt Ursache und Wirkung. („Die Prüfpraxis des MDK nervt die Klinikärzte.“ „Diese Fehlentwicklung sollte sofort gestoppt werden.“)*

*Zu den zahlreichen anderen Gründen für einen Ausstieg von Ärztinnen und Ärzten aus der Patientenversorgung (hohe Arbeitsbelastung, Entlohnung, mangelnde Vereinbarkeit von Beruf und Familie) gibt es im Artikel keine „Handlungsempfehlungen“. Eine kritische Diskussion der Führungsstrukturen, der Bezahlung der Ärztinnen und Ärzte und der Arbeitszeiten kommen zu kurz.*

*Wer jedoch die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen, die Organisations- und Hierarchiestrukturen in den Krankenhäusern, die Arbeitszeitbelastung und die Umstellung der Finanzierung der Krankenhäuser auf Fallpauschalen vernachlässigt, wird den gravierenden Problemen in den Krankenhäusern nicht gerecht und wird an dem Ausstieg von Ärztinnen und Ärzten aus der kurativen Tätigkeit langfristig nichts ändern.*

*Dr. C. Krüger,*

*Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS), Essen  
(Literatur beim Verfasser)*