

Diagnoseorientiertes Fallpauschalengesetz für Krankenhäuser (DRG)

Wo liegen die Probleme für das Krankenhaus?

Kein Thema hat die Krankenhauslandschaft in den letzten Jahren so dominiert wie die Einführung des neuen Entgeltsystems. Mit keinem Thema haben sich die Beschäftigten in den Krankenhäusern, das Management und die Träger derart intensiv befasst, wie mit der Vorbereitung und der Einführung des diagnoseorientierten Fallpauschalengesetzes. „*Mir reicht's.... Ich kann es nicht mehr hören Ich bin Chirurg und will mich meinen ärztlichen Aufgaben zuwenden Soll sich doch die Verwaltung um die DRGs kümmern!*“ Wiederholt und verstärkt sind derartige Reaktionen von Klinikärzten zu vernehmen, wenn das Thema „*Einführung der DRG*“ auf der Tagesordnung steht.

Problemwahrnehmungen

Warum wendet sich eine Unfallmedizinische Tagung dennoch diesem Thema zu? Was wird als Problem wahrgenommen? Die Bedeutung der DRG für die Zukunft der Krankenhäuser ist bekannt, ebenso, wie die mit der Einführung des Systems verbundene Mehrbelastung – für die Ärzte, aber nicht nur für diese. Das ist es nicht! Die besondere Problematik der Einführung von DRG für Berufsgenossenschaften sowie die Sicherung von Qualität und Versorgung werden an anderer Stelle die-

ser Tagung thematisiert. Dieser Beitrag greift deshalb folgende Probleme auf:

- zunächst die Anforderungen und Aufgaben bei der Organisation der Einführung von DRG,
- den aktuellen Stand der Einführung und die dabei deutlich zu Tage tretenden Unzulänglichkeiten,
- die Schwierigkeiten und Unsicherheiten hinsichtlich der Weiterentwicklung des Entgeltsystems.

Diesen Ansprüchen, Aufgaben, offenen Fragen, Schwierigkeiten – eben Problemen bzw. Problemwahrnehmungen – wird vor dem Hintergrund des Bergmannsheil nachgegangen. Als berufsgenossenschaftliche Unfallklinik und Universitätsklinik der Medizinischen Fakultät der Ruhr-Universität Bochum hat das Bergmannsheil zwei besondere Versorgungsaufträge zu integrieren. Es hat darüber hinaus am Kalkulationsverfahren zu den ersten deutschen Bewertungsrelationen für das G-DRG System teilgenommen und vor dem 31.10.2002 für den freiwilligen, budgetneutralen Umstieg auf das neue Entgeltsystem optiert (s. § 17 b, Abs. 4 KHG). Das lässt erkennen, dass das Bergmannsheil wie auch andere BG-Kliniken dem DRG-System durchaus offen begegnen. Dies gilt im übrigen für die gesamte

Krankenhauslandschaft: Grundsätzlich wird die Einführung der DRG begrüßt!

Lästigkeiten, Ungereimtheiten, Widersprüchlichkeiten der prospektiven Budgetverhandlungen in der letzten Dekade haben bei vielen Krankenhäusern zu dieser Einschätzung beigetragen: „*Leistungs- oder besser: „Produkttransparenz“*“, „*Vermeidung von Fehlanreizen*“, „*Geld folgt der Leistung*“ oder mit anderen Worten „*leistungsgerechte Vergütung*“ waren die Formeln, mit denen erfolgreich die Zustimmungen der Krankenhäuser auch politisch eingeworben wurden. Erste vorsichtige, dann deutlichere Hinweise, dass diese Ziele im politisch vorgegebenen Zeitrahmen, verbunden mit der „*100%-Maßgabe*“, nicht realisierbar sind, wurden leider missachtet und haben zur heutigen, deutlich kritischeren Einschätzung beigetragen. Was sind nun die Gründe für die zwischenzeitlich kritischere Einstellung zum DRG-System?

Organisation und Einführung von DRG: Anforderungen und Aufgaben

Die Einführung des DRG-Systems fällt für die Krankenhäuser in eine Zeit, in der die finanziellen Handlungsspielräume eingeschränkt sind, wie selten zuvor. Stichworte wie „*Schere zwischen Budget- und Tarifsteigerungen*“ und „*Belastungen aus*

Tabelle 1

Kosteneffekte bei Verlegungen aus anderen Krankenhäusern

DRG	Kosten pro Fall bei zuverlegten Patienten
I13C: Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk ohne schwere CC	+26%
I19Z: Andere Eingriffe an Ellenbogengelenk oder Unterarm	+21%
I12C: Knochen- und Gelenkinfektionen/-entzündung mit verschiedenen Eingriffen am Muskel-Skelett-System ohne schwere CC	+71%
I64A: Osteomyelitis mit äußerst schweren oder schweren CC	+28%

den Sozialversicherungsbeitragssteigerungen“ sollen dazu genügen. Den Krankenhäusern fällt es schwer, die mit der Einführung verbundenen zusätzlichen Aufwendungen zu refinanzieren. Aufwendungen für u. a.

- die Schaffung von EDV-technischen Voraussetzungen für das DRG-System,
- die Restrukturierung von Leistungserbringungsprozessen,
- Kodierungsschulungen für Mitarbeiter des ärztlichen, des pflegerischen und des Verwaltungsdiensts,
- personellen Ausgleich für den Kodieraufwand der Ärzte.

Dennoch belegt das vom Deutschen Krankenhausinstitut veröffentlichte Krankenhausbarometer der Herbstumfrage 2002, basierend auf einer Stichprobe von 389 Krankenhäusern, die weithin gute Vorbereitung der Krankenhäuser (Deutsches Krankenhausinstitut e.V., Herausgeber): Krankenhausbarometer, Herbstumfrage 2002, Düsseldorf, Februar 2003, S. 14) Schulungen der Ärzte zur Einführung des Fallpauschalensystems wurden in 3/4 aller Krankenhäuser durchgeführt; Kodierschulungen, Möglichkeiten für Probeverschlüsselungen, Rückmeldungen über Kodierqualitäten sind als motivierende Maßnahmen erkannt und großflächig umgesetzt.

In fast allen Krankenhäusern liegt die Zuständigkeit für die Verschlüsselung von Haupt- und Nebendiagnosen bei den Ärzten. Dort wo das Medizincontrolling tätig wird, erfolgt dies in der Regel zusätzlich zum Ärztlichen Dienst (ebenda, S. 15). Gleiches gilt für die Verschlüsselung von

Prozeduren, wobei hier den Funktionsbereichen eine etwas größere und unterstützende Aufgabe zukommt. Ein zentraler Konfliktpunkt der Einführung der DRG war die Organisation der ärztlichen Verschlüsselung: zentral oder dezentral? Nach der Studie des DKI werden in 80% der Krankenhäuser Diagnosen/Prozeduren von dem Arzt verschlüsselt, der diese festgestellt hat (ebenda, S. 19).

Die Organisation der DRG-Verschlüsselung im Bergmannsheil entspricht den Erhebungen der DKI-Stichprobe: Aus den Funktionsbereichen werden Vorschläge für Prozeduren- und Diagnoseverschlüsselungen EDV-gestützt an die behandelnden Ärzte gegeben. Diese prüfen, ergänzen und geben frei. Die dokumentationsverantwortlichen Ärzte in den bettenführenden Kliniken und Abteilungen sind zuständig für die zeitnahe, möglichst vollständige und korrekte Verschlüsselung der Diagnosen und Leistungen. Den DRG-Koordinatoren obliegen Schulungsaufgaben sowie die Entwicklung von disziplinenbezogenen Tools zur Optimierung der Verschlüsselung. Die der kaufmännischen Direktion unterstehende „Medizinische Dokumentation“ prüft Plausibilitäten und entwickelt gemeinsam mit der Patientennabrechnung und dem Controlling das Berichtswesen für die Betriebsleitung. Doch der Alltag verläuft hingegen keineswegs so strukturiert und glatt wie es die **Abb. 1** suggerieren könnte: Trotz aller Bemühungen bleiben die Schwierigkeiten, die Motivation des Ärztlichen Dienstes für die Zuständigkeit der Verschlüsselung immer wieder neu hervorzurufen, die Einsicht in die Notwendigkeit der Vollständigkeit (Anzahl der verschlüsselten Diagnosen und Prozeduren)

Zusammenfassung · Abstract

Trauma Berufskrankh
2004 · 6 [Suppl 3] : S316–S320
DOI 10.1007/s10039-003-0752-x
© Springer-Verlag 2003

H.-W. Kick

Diagnoseorientiertes Fallpauschalengesetz für Krankenhäuser (DRG). Wo liegen die Probleme für das Krankenhaus?

Zusammenfassung

Die Einführung des neuen Entgeltsystems für Krankenhäuser (G-DRG) ist mit vielen Problemen behaftet. Ausgehend von den Erfahrungen einer Klinik der Maximalversorgung werden die Aufgaben und Anforderungen bei der Organisation der Einführung von DRG im Krankenhaus skizziert, die Unzulänglichkeiten des Entwicklungsstands des deutschen DRG-Systems beispielhaft mit Daten belegt und die Defizite des Verfahrens zur Kalkulation der deutschen Bewertungsrelationen umrissen. Abschließend werden Unsicherheiten der Weiterentwicklung des neuen Entgeltsystems angesprochen sowie die damit fehlenden Planungsgrundlagen für die deutschen Krankenhäuser.

Schlüsselwörter

G-DRG · DRG-Kodierung · Kalkulation der deutschen Bewertungsrelationen · Kompressionseffekt

Diagnosis related groups – a “new” law for German hospital care. Problems in hospital management

Abstract

The implementation of the new system of hospital care, “G-DRG 1.0”, has many problems. The responsibilities and demands of the introduction of DGRs are given from the standpoint of a university hospital, together with the demonstrated systematic errors and pitfalls within the current version the German DRG system. The deficits of the procedure for the calculation of the cost weighting are also outlined. Finally, the needs and critical issues of the new financing system will be targeted in the context of further DRG-development and hospital related long-term planning.

Keywords

G (German)-DRG · DRG-coding · Calculation of German cost weightings · Compression effect

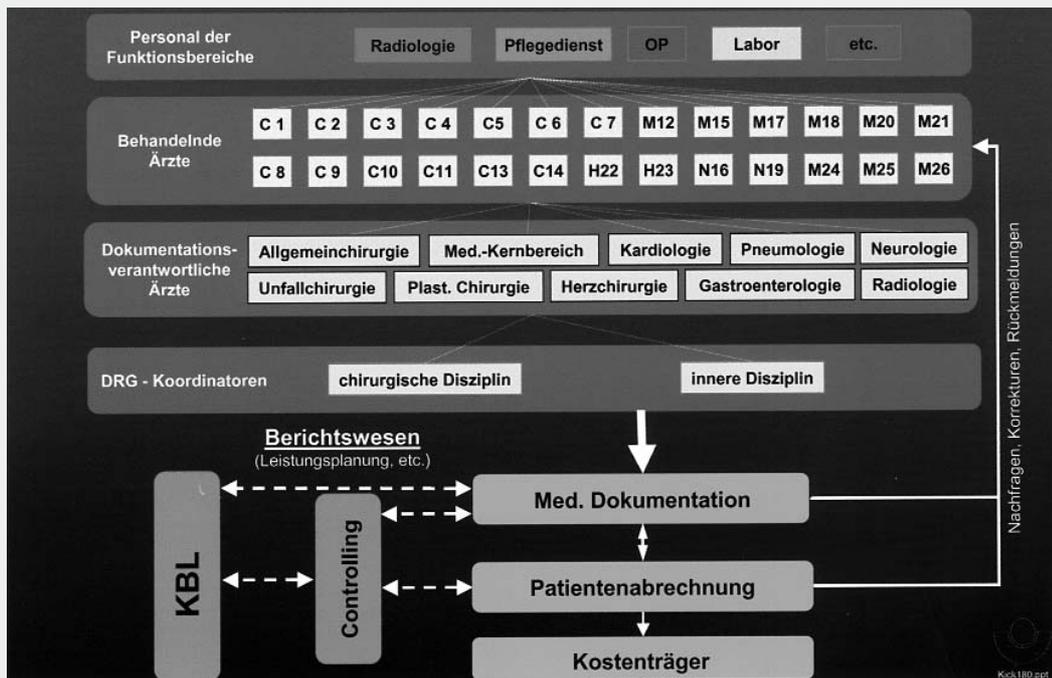


Abb. 1 ◀ **Organisation der DRG-Verschlüsselung im Bergmannsheil**

und der Richtigkeit (Anwendung der speziellen Kodierregeln) sicherzustellen; den Know-how-Verlust im ärztlichen Dienst der Krankenhäuser der Maximalversorgung und Universitätskliniken durch hohe Fluktuation immer wieder auszugleichen und den nach wie vor hohen Bedarf an EDV-technischer Vernetzung organisatorisch und finanziell sicherzustellen.

Der aktuelle Stand der Einführung der DRG: Unzulänglichkeiten

Jedes Krankenhaus ist aufgefordert die aus der DRG-Einführung vorstehend nur skizzierten Aufgaben und Schwierigkeiten zu lösen. Dies wird mit Sicherheit auch geschehen. Was von den Krankenhäusern jedoch nur marginal beeinflusst werden kann, sind die gegenwärtigen Rahmenbedingungen der Einführung des DRG-Systems: Alles, was das DRG-System an Unzulänglichkeiten enthält, wurde und wird mit dem Hinweis, dass es sich um ein *Lernendes System* handelt und die Abstellung der Defizite im *nächsten* Implementationsschritt des DRG-Systems erfolgen wird, vom Tisch gewischt: Waren es zunächst die noch nicht auf deutsche Verhältnisse transformierten Leistungsbezeichnungen und die Definitionen des G-DRG-Systems, von deren Anpassung we-

sentliche Verbesserungen in Aussicht gestellt wurden, so wurde dann vertröstet auf die ersten deutschen Bewertungsrelationen und nun auf die nächsten Schritte der Weiterentwicklung des DRG-Systems durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, InEK. (Die Spitzenverbände der Krankenkassen, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft haben das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, InEK gGmbH, gegründet. Das Institut unterstützt die Vertragspartner der Selbstverwaltung und die von ihnen gebildeten Gremien bei der gesetzlich vorgeschriebenen Einführung und kontinuierlichen Weiterentwicklung des DRG-Systems auf der Grundlage des § 17 b KHG).

Drei kurze Beispiele für Unzulänglichkeiten sollen dies mit Datenmaterial aus dem Bergmannsheil veranschaulichen:

1. In den ersten 4 Monaten des Jahres 2002 wurden im Rahmen der Teilnahme am Kalkulationsverfahren für die Bewertungsrelationen der deutschen DRGs im Bergmannsheil die Kosten für jeden stationären Patienten kalkuliert. Dabei konnten knapp 70% der Gesamtkosten dem jeweiligen einzelnen Patienten unmittelbar

zugeordnet werden – nur ca. 30% über allgemeine Schlüssel wie Fallzahlen und Pflegetage. Betrachtet man nun die 10 häufigsten DRG der Unfallchirurgie mit insgesamt 2187 Fällen pro Jahr zeigt sich bei *jeder* der DRG, dass der Median der Kosten – z. T. sehr deutlich – unter dem arithmetischen Mittel der Kosten rangiert. Allein diese Differenz zwischen Median und arithmetischem Mittel summiert sich für diese 10 DRG für das gesamte Kalenderjahr auf 1,614 Mio. € (Dabei ist auch der Median kein Indikator für einen ausgeglichenen Fallmix).

2. Betrachtet man die jeweils 10 TOP-DRG der Abteilungen für „Unfallchirurgie“, „Neurotraumatologie und Rückenmarkverletzte“ und „Plastische Chirurgie“ und ersetzt die von jeder DRG 2,5% teuersten Fälle durch Fälle mit durchschnittlichen Kosten, so errechnet sich daraus eine jährliche Kostendifferenz von 2,45 Mio. €. Mit anderen Worten: Würde das Krankenhaus in diesem Szenario die Behandlung jener 69 Patienten, die die 2,5% teuersten Fälle jeder DRG ausmachen (und um mehr Patienten im gesamten Jahr handelt es sich nicht!) durch Patienten mit durch-

schnittlichen Kosten ersetzen, ergäbe sich daraus die entsprechend verbesserte Kostensituation im Umfang von 2,45 Mio. €.

3. Auf der Suche nach den Ursachen für die Kostensituation der Chirurgie im Bergmannsheil wurde dann eine weitere Auswertung vorgenommen: Zufällig ausgewählt wurden 4 DRG (■ **Tabelle 1**) und diese auf unterschiedliche Kostenstrukturen der durch das Krankenhaus aufgenommenen Patienten oder der von anderen Krankenhäusern zuverlegten Patienten ausgewertet. Dabei war festzustellen, dass die zuverlegten Fälle durchschnittlich deutlich höhere Kosten aufwiesen als die unmittelbar vom Krankenhaus aufgenommenen Patienten. Die Abweichungen der durchschnittlichen Kosten der DRG wiesen ein um durchschnittlich 21–71% höheres Kostenvolumen der zuverlegten Patienten auf.

Wie lassen sich diese Daten erklären? Dem Bergmannsheil ist es nicht gelungen, auf der Basis der gegenwärtigen Kostenstrukturen einen ausgeglichenen *Patientenmix* sicherzustellen. Dies ist insofern auch nicht erstaunlich, als Universitätskliniken und Häuser der Maximalversorgung in vielen Bereichen gar nicht die Chance haben, hier entsprechend zu steuern: Notarztwagen, Rettungshubschrauber etc. präferieren von vornherein diese Kliniken für besonders schwierige, komplizierte und damit kostenaufwendige Patienten. Häuser niedrigerer Versorgungsstufen hingegen haben zunehmend weniger den Anspruch, z. B. eine entzündete TEP zu behandeln. Darüber hinaus ist festzustellen – vermehrt in den zurückliegenden Monaten –, dass Verlegungsbegehren anderer Krankenhäuser nicht nur medizinisch indiziert sind, was aus Gründen der Qualitätssicherung durchaus zu begrüßen wäre, sondern ausschließlich finanziell. Das medizinische Know-how läge durchaus vor, die erwartete hohe Kostenbelastung legt jedoch eine Überweisung in ein anderes Krankenhaus nahe! Fazit: Der den DRG zugrunde liegende „One-house-Ansatz“, nachdem durch einen Patientenmix innerhalb der jeweiligen DRG ein Ausgleich zwischen Fällen

mit hohen und niedrigen Kosten entsteht, greift nicht.

Den politischen Entscheidungsträgern ist die Problematik bekannt. In der Regel wird ihr mit dem Hinweis begegnet: „*Das lernende System wird alle diese Probleme beseitigen!*“ Gelegentlich wird jedoch auch auf das im gegenwärtigen System der Abteilungspflegesätze und Fallpauschalen vergleichbare Problem verwiesen. Dem ist jedoch in der Praxis nicht so: Neben den bereits definierten Fallpauschalen besteht gegenwärtig die Möglichkeit, derartige Konstellationen in örtlichen, oft mehrere Tage andauernden Budgetverhandlungen mit den Sozialleistungsträgern zu belegen und zu verhandeln. Nicht ohne Grund weist das Bergmannsheil die höchsten Fallerlöse der Unfallchirurgie in Westfalen-Lippe auf – anerkannt und gebilligt von den Sozialleistungsträgern. Diese Möglichkeit der leistungsadäquaten Vergütung entfällt zukünftig.

Probleme des Kalkulationsverfahrens

Für das Bergmannsheil ist festzustellen, dass in einer ganzen Reihe von Abteilungen die im Kalkulationsverfahren ermittelten Kosten- und Erlösrelationen nicht auskömmlich sein werden. Hier schlagen die Probleme des bisherigen Kalkulationsverfahren der deutschen DRG voll durch: Zunächst waren an der ersten Kalkulationsrunde, mit Ausnahme des Bergmannsheil, keine Universitätskliniken beteiligt. Dies soll sich im Rahmen des *lernenden Systems* ändern. Darüber hinaus gibt es jedoch weitere Schwierigkeiten, die an einer zukünftig für aufwendige Leistungen gerechten Vergütung zweifeln lassen. Dies sind u. a. folgende Punkte (vgl. u.a. Wahnschaffe P./Schneider T.: Wie gut können die ersten deutschen DRG-Kostengewichte sein? Die Methodik der DRG-Kalkulation aus der Sicht der Kalkulationspraxis, in: das Krankenhaus, Heft 5, 2002, S. 379–387):

- Viele Krankenhäuser verfügen nur über eine einfache interne Leistungsverrechnung. Wenn Kosten nicht verursachungsgerecht zugeordnet werden, wirkt sich dies nivellierend auf komplexe Leistungen aus.

- In vielen Krankenhäusern wird für die Kalkulation in zu großem Umfang auf nivellierende Umlagegrößen wie Fallzahlen und Pflegetage zurückgegriffen.
- Unzureichende Kostenstellenrechnungen führen zu fehlerhaften Verrechnungspreisen.
- Fehlende Leistungsdaten führen zu Verzerrungen. Dies ist zwar im Gesamtvolumen des Hauses nicht von Bedeutung, für die Kalkulation einzelner DRG aber von hoher Relevanz.
- Die fallbezogene Zuordnung teurer Materialverbräuche ist nicht sichergestellt.
- Der unterschiedliche Ressourcenverbrauch auf den Intensivstationen wird nicht erfasst und verursachungsgerecht zugeordnet.

Diese systematischen Defizite, diskutiert auch unter dem Begriff *Kompressions-effekt*, führen dazu, dass Leistungen mit hohem Ressourcenverbrauch unterbewertet, Leistungen mit niedrigem Ressourcenverbrauch eher überbewertet werden.

Und damit haben alle Krankenhäuser ein Problem! Folgt man nämlich dieser zuvor formulierten Annahme, dann werden bei zukünftig wenig Veränderungen in den DRG-Gewichten Kliniken der Maximalversorgung ihren Betrieb einstellen bzw. ihr Leistungsspektrum ändern müssen, woran unter dem Aspekt der *Versorgungssicherheit* kein Interesse bestehen dürfte. Führt das *lernende System* jedoch zu Änderungen der DRG-Gewichte, wird es für viele jener Krankenhäuser, deren Leistungsspektrum gegenwärtig überbewertet ist, zu einem möglicherweise bösen Erwachen kommen.

Wie geht es weiter? Schwierigkeiten und Unsicherheiten

Am 26.02.2003 hat die Bundesregierung den Entwurf eines Fallpauschalenänderungsgesetzes (FPÄndG) beschlossen. Dort heißt es: „*Es zeigt sich zunehmend, dass die von den Selbstverwaltungspartnern als Ausgangsbasis für die DRG-Einführung ausgewählte australische DRG-Klassifikation in einer Reihe von Leistungsbereichen noch an die speziellen Ver-*

sorgungsstrukturen und Behandlungsweisen in der Bundesrepublik Deutschland angepasst werden muss“ (Gesetzentwurf der Bundesregierung zum Fallpauschalenänderungsgesetz (FPÄndG), Drucksache 131.03 Einzelbegründung, S. 12). Damit lässt auch der Gesetzgeber erstmals Anpassungs- und Änderungsbedarf erkennen. Durch sachgerechtere Differenzierung der Vergütungen (Splitting einzelner DRG; Einführung weiterer Schweregrade; zusätzliche Vergütung über Zusatzentgelte) oder die befristete Ausklammerung von Leistungsbereichen und spezialisierten Einrichtungen soll den Anpassungserfordernissen entsprochen werden, ohne jedoch die Zielsetzung, das DRG-Fallpauschalensystem so vollständig wie möglich einzuführen, aufzugeben.

Wie geht es für die Krankenhäuser weiter? Die Aufgaben und Anforderungen zur krankenhausinternen Vorbereitung sind intensiviert fortzusetzen: Sicherstellung zeitnaher, vollständiger und korrekter Dokumentation; Aufbau eines DRG-bezogenen Berichtswesens; Weiterentwicklung und Optimierung der Leistungs- und Kostenrechnung. Die in den zurückliegenden Jahren verstärkt zu beobachtenden Kooperationen zwischen Krankenhäusern, u. a. zur Abstimmung von Leistungsschwerpunkten, aber auch mit komplementären Einrichtungen wie ambulanten Pflegediensten und Reha-Kliniken, werden zusätzlichen Schub erhalten. Von größerer Bedeutung wird mit Sicherheit auch die Zusammenarbeit mit Krankenkassen und dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen werden, da insbesondere in der Anfangszeit eine Vielzahl von Klärungsbedarfen (um den Begriff „Streitigkeiten“ zu vermeiden) zur Leistungsverschlüsselung produziert werden. Im Spektrum der Maßnahmen zur Prozessoptimierung wird u. a. das „Entlassungsmanagement“ an weiterer Bedeutung gewinnen. In der Organisation der Leistungserbringungsprozesse wird ein Umdenken erforderlich werden, so z. B. für die zurzeit durchaus patientenfreundlich vorgenommenen „Kettenbehandlungen“ (Behandlung zweier unabhängig von einander vorliegender Erkrankungen in einem stationären Aufenthalt – davon wird zukünftig nur eine bezahlt!). Viel Ungeklärtes und Offenes begleitet die Einführung der DRG. Zu-

kunftsplanungen werden schwieriger denn je: Woran soll das Krankenhaus seine strategischen Entscheidungen über Geschäftsfelder und Kerngeschäfte orientieren? Wie kann das einzelne Krankenhaus die gegenwärtige Situation nicht nur überleben, sondern gestärkt daraus hervorgehen? Instrumente, die die Ungewissheit ausschalten, gibt es nicht. Der Ruf nach Sicherheit und Gewissheit wird verhallen.

Korrespondierender Autor

H.-W. Kick

Berufsgenossenschaftliche Kliniken Bergmannsheil, Klinikum der Ruhr-Universität, Bürkle-de-la-Camp-Platz 1, 44789 Bochum, E-Mail: hans-werner.kick@bergmannsheil.de

TraumaundBerufskrankheit.springer.de

„Online First“

Trauma und Berufskrankheit informiert Sie regelmäßig über praxisrelevante Themen und die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse Ihres Fachgebiets. Um die Publikationszeiten zu verkürzen und Ihnen einen noch schnelleren Zugriff auf aktuelle Beiträge zu ermöglichen, heißt es ab sofort „Online First“.

Unter dem Begriff „Archiv“ finden Sie auf der Zeitschriftenhomepage den Zugang zum elektronischen Volltextarchiv Ihrer Zeitschrift. Hier stehen Ihnen unter „Online First“ aktuelle Beiträge bereits vor dem Erscheinen der gedruckten Ausgabe als HTML-Version zur Verfügung. Jeder „Online-First“-Beitrag ist durch eine elektronische Identifizierungsnummer, den Digital Object Identifier (DOI), eindeutig gekennzeichnet, sofort zitierfähig und suchbar.

Als besonderen Zusatznutzen enthält die HTML-Version Referenz-Verlinkungen, die Sie direkt zu den Originalzitaten auf SpringerLink, ChemPort und Pubmed führen. Ein Service, der Ihnen ein Mehr an Informationen in Ihrem Fachgebiet sichert.

Haben Sie noch Fragen oder Anmerkungen?

**Wir freuen uns über Ihre E-Mail an springerlink@springer-sbm.com
Ihre Redaktion Fachzeitschriften
Medizin/Psychologie**