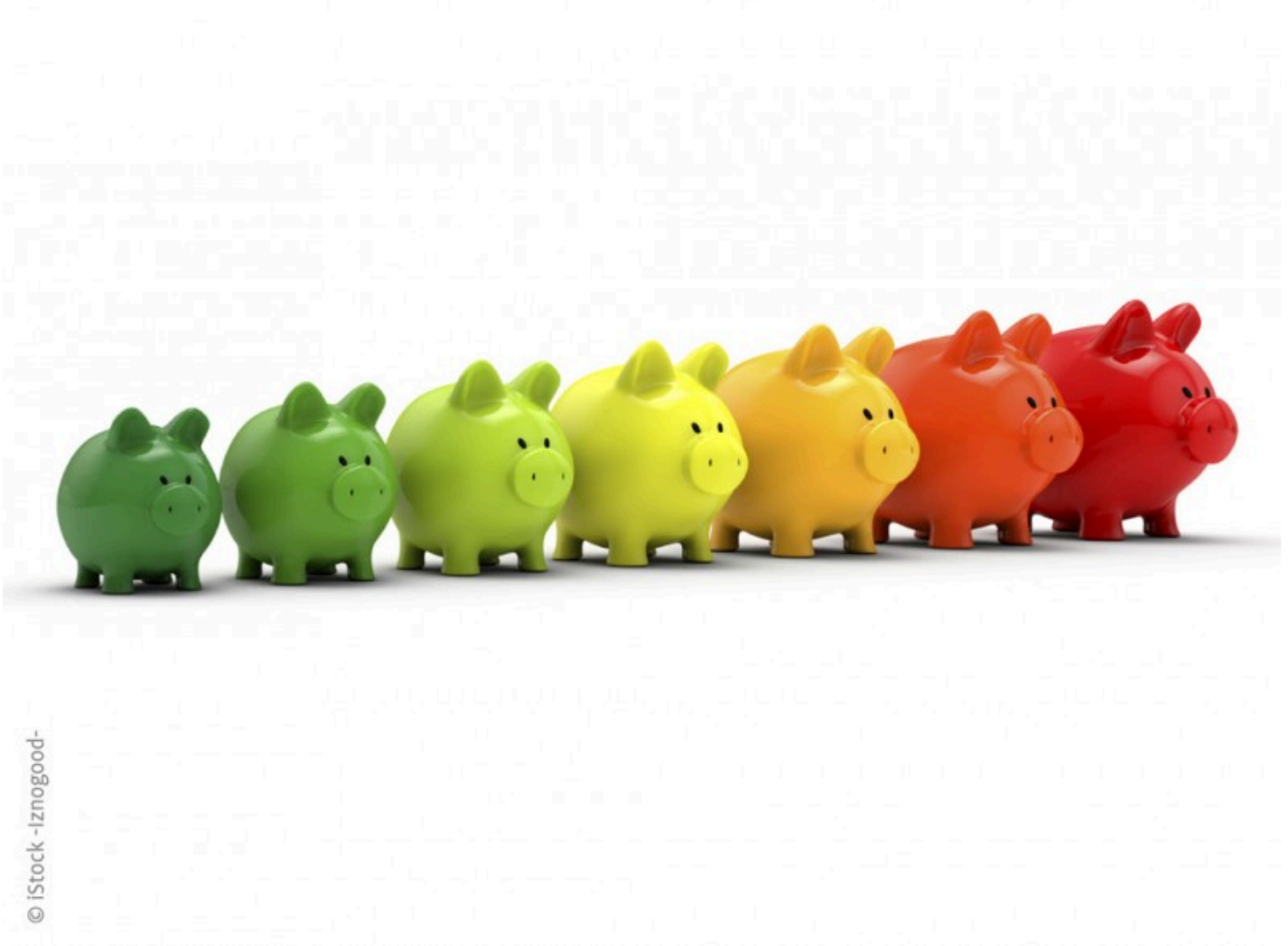


Wirtschaftlichkeit kommt vor medizinischer Qualität



© iStock - iznogood-

Ärzte unter Zugzwang – Erlös-Instrumente sind Schreckensszenario

In der täglichen Arbeit erleben leitende Chef- und Klinikärzte einen Widerspruch zwischen Qualität der medizinischen Versorgung und Wirtschaftlichkeit. Dieser wird nicht immer zugunsten der medizinischen Qualität aufgelöst. Das hat Prof. Dr. Hans Hoffmann, Leitender Oberarzt und Chirurgie der Thoraxklinik am Universitätsklinikum Heidelberg, auf der Veranstaltung „Qualität als Währung in der Versorgung“ der Deutschen Krebsgesellschaft am 13. November erklärt.

Hoffmann beruft sich dabei nicht auf eine Studie, sondern berichtet aus Gesprächen, die er mit befreundeten Chefärzten und Klinikdirektoren geführt hat. So habe ein Lehrstuhlinhaber für Innere Medizin an einer berühmten deutschen Universität erklärt: „Wir werden dazu angeleitet, wie wir das System ausbeuten können.“ Ein Chefarzt für Chirurgie habe gesagt: „Das DRG-System hat alle Patienten zu Privatpatienten gemacht. Nicht im Sinne der optimalen Versorgung, sondern im Sinne der optimierten Erlösgenerierung.“

Problematisch ist aus Sicht von Hoffmann, dass Chefärzte für jedes Jahr Zielvereinbarungen unterschreiben müssen. Diese hätten immer ein Renditeziel und ein Wachstumsziel – meist zwischen drei und fünf Prozent. Das sei zwar in den allermeisten Betrieben und für Führungskräfte üblich, sagt er. In der Medizin werde es aber „zunehmend zum Problem“ – zumal das Instrument der Prozessoptimierung in den Krankenhäusern weitgehend ausgeschöpft sei. Um die Ziele zu erreichen, könne man in einem geregelten System nur noch die Kosten reduzieren oder die Menge erhöhen.

Personalabbau gängiges „Drohinstrument“

Für die kaufmännischen Direktoren gehe Kostenabbau in der Regel mit Personalabbau einher. „Das ist das gängigste Drohinstrument, wenn das Budget nicht erreicht wird“, erklärt Hoffmann. Gerade bei den Grund- und Regelversorgern sei der Personalstamm aber ohnehin schon das größte Problem, berichtet der Oberarzt. Wenn ein leitender Arzt nicht auf weiteres Personal verzichten wolle, könne er auf diverse „Instrumente zur Erlössteigerung“ zurückgreifen. Selten könne eine Klinik Patientenzahlen steigern. Häufiger würde die

Indikation zu Operationen oder Interventionen ausgeweitet. „Das heißt, ich kann Patienten operieren, die eigentlich besser nicht operiert werden sollten“, sagt er. Oder es könnten Interventionen vorgenommen werden, die nicht gemacht werden sollten oder nicht für den Patienten nützlich seien.

Gerade in der Onkologie gebe es ganz viele palliative Interventionen wie zum Beispiel Stent- oder Kathetereinlagen, die in den letzten Tagen oder Wochen vor dem Tod genutzt würden, die aber nicht notwendig seien. Hoffmann zufolge ist es für Chirurgen auch relativ einfach den Eingriff auszuweiten und damit Geld zu verdienen. Zum Beispiel gehöre zu jeder onkologischen Operation auch die Entfernung der Lymphknoten in der Umgebung, um die Ausbreitung des Tumors in die umgebenden Lymphknoten zu diagnostizieren und dann gegebenenfalls eine zusätzliche Therapie zu indizieren. „Ich muss diese Lymphknoten entfernen, um ein Stadium der Erkrankung nach der Operation zu definieren. In meinem Fachgebiet in der Thoraxchirurgie ist die Lungenlappenentfernung die Standardoperation. Die Vergütung ist aber unabhängig immer gleich – ob ich die Lymphknoten entferne oder nicht“, sagt Hoffmann.

Das Problem für die Klinik: Durch die Entfernung der Lymphknoten verlängert sich die Operationszeit Hoffmann zufolge um ungefähr 30 Prozent. Die Pathologiekosten verdoppeln sich. Beides werde aber in keiner Weise mit einer höheren Vergütung abgebildet. Hoffmann weist darauf hin, dass andererseits die Operation mit einem kleinen Schnitt in den Herzbeutel ausgeweitet werden könne. Daran verdiene die Klinik 3.000 Euro zusätzlich. „Das kostet zehn Sekunden und beim geübten Operateur gefährdet es den Patienten auch nicht“, sagt Hoffmann. Er betont, in der Praxis würde beides gemacht. Es würden die Lymphknoten entfernt, die nicht vergütet würden. Und es werde der Herzbeutel eröffnet, der vergütet werde. „Ein Beispiel, wie man damit umgeht“, meint der Leitende Oberarzt.

Augen auf bei Verfahrensauswahl

Hoffmann erklärt, dass die Ärzte weitere Möglichkeiten nutzen können. Sie könnten etwa das Verfahren entsprechend der Vergütung wählen. „In Deutschland ist zum Beispiel die internistische Thorakoskopie weitgehend gestorben und durch die thoraxchirurgische Spiegelung des Brustkorbs ersetzt worden. Warum? Weil die Vergütung für die chirurgische Methode einfach sehr viel besser ist“, sagt Hoffmann. Er zählt weitere Instrumente auf: Demnach verlagern Kliniken Prozeduren ambulant und stationär, je nachdem wie es in den Systemen gerade mal besser vergütet ist. Knappe Ressourcen wie Intensivbetten werden überbucht. Zeitkorridore werden optimiert, damit ein Patient nicht unter der unteren Grenzverweildauer entlassen wird. Es gibt Zeitvorgaben bis eine bestimmte Vergütung erreicht wird. Mehr Erlöse generiert auch die DRG-Optimierung. Kliniken würden über externe Berater Tricks an die Hand gegeben, wie sie besser codieren. So seien Nebendiagnosen immer häufiger. „Wenn jemand mal einen Arztbrief gelesen hat, ist er sicher erschrocken, was er noch an zusätzlichen Diagnosen hat“, sagt Hoffmann.

In den vergangenen Jahren sei die Depression „sicher bei allen stationären Krankenhauspatienten als Nebendiagnose sehr viel häufiger geworden, weil sie den Schweregrad erhöht“. Und Nebendiagnose oder Hauptdiagnose, das sei häufig kein medizinisches Thema mehr, sondern lediglich eines der Erlösoptimierung.

Das alles sei „das Schreckensszenario an Möglichkeiten, die man als Arzt hat, um dem Kostendruck nachzugeben und seine Pflegekräfte und Assistenzärzte nicht abgeben zu müssen“. Um medizinische Qualität in Kliniken hochzuhalten, ist es aus Sicht von Hoffmann nötig, dass zertifizierte und qualitätsdokumentierte Einheiten besser vergütet werden als nichtzertifizierte Kliniken. „Qualität muss sich lohnen“, sagt er. Nötig seien auch die Finanzierung der Fort- und Weiterbildung von Ärzten, eine Flexibilisierung des DRG-Systems für Grund- und Regelversorger sowie für Universitätskliniken, eine Zentrenbildung und die Abschaffung betriebswirtschaftlicher Zielvereinbarungen.

Qualität und Ökonomie im Einklang? Kreativität ist gefragt

Dass Qualität und Ökonomie sich sehr wohl vereinbaren lassen, betont Dr. Felix Mehrhof, Kaufmännischer Zentrumsleiter des Charité Centrum 14 für Tumormedizin. Ein Weg, um aus der Bedrohungslage des Personalabbaus durch höhere Personalkosten zu entkommen, sei „kreative Lösungen“ zu finden, die die Versorgung insgesamt in der Klinik verbesserten. Mehrhof nennt ein Beispiel. Der Charité sei das gelungen, in dem sie Psychoonkologen und Spezialisten aus der Abteilung Palliativmedizin über einen palliativmedizinischen Konsildienst an andere Kliniken bzw. Abteilungen vermittelt hätten, die „nicht diesen Schwerpunkt auf den Ressourceneinsatz legen wollen, aber den Patienten mit Bedarf trotzdem haben“. Damit sei es gelungen, rund 140 Patienten außerhalb der Palliativstationen zu versorgen.

„Wir generieren mit dem palliativmedizinischen Konsildienst zusätzliche Erlöse im DRG-System durch die Abrechnung von Zusatzentgelten. Dadurch konnten wir zusätzliche 200.000 Euro in die Kasse holen“, sagt Mehrhof. Man habe auch ökonomisch günstig gehandelt, weil Liegezeit in spezialisierten Bereichen – zum Beispiel in der Neurochirurgie – hätten verkürzt werden können. Die Ressource des neurochirurgischen Betts habe man so schneller wieder den Neurochirurgen zur Verfügung stellen können. „Ich bin der Meinung, dass wir es damit geschafft haben, die medizinische Qualität – die Versorgungsqualität zu erhöhen und dadurch einen ökonomischen Erfolg zu generieren“, sagt er.