

Die Einführung der Diagnosis-related Codes und der Budgetverantwortung der Klinikleiter an Beispielen aus Deutschland

# Ärztliches Denken und Handeln im Spital im Wandel

Richard Otto Binswanger

Chefarzt Radiologie der Spital Thurgau AG am Kantonsspital Münsterlingen und Präsident der Thurgauischen Vereinigung Leitender Spitalärzte

## Einleitung

In öffentlichen Spitälern der Schweiz galt für die Rechnungsstellung bei allgemeinversicherten Patienten\* bis vor kurzem fast überall das Prinzip von *Tagespauschalen*. Dieses System ist im Wandel. In Zukunft soll die Abgeltung der Leistung des Spitals über *Diagnosis-related Codes (DRG)* erfolgen. Die Abgeltung wird dabei pauschal für den ganzen Spitalaufenthalt erhoben und variiert in ihrer Höhe entsprechend der Diagnose des Patienten. So wird in Zukunft für einen Patienten mit Herzinfarkt eine andere Pauschale verrechnet werden als bei einem Patienten mit einer akuten Blinddarmentzündung. Die Pauschalen werden aufgrund der durchschnittlichen Liegedauer sowie der Höhe des personellen und apparativen Aufwandes des Spitals ermittelt. Der politische Hintergrund dieses Wandels sind die hohen Kosten, deren Anstieg begrenzt werden soll.

Das System der DRG entstand in angelsächsischen Ländern und hat jetzt auch in Deutschland Einzug gefunden. Die Schweiz ist im Vergleich dazu in Verzug, was aber die Chance beinhaltet, die Erfahrungen im Ausland in den politischen Entscheidungsprozess einzubeziehen. Zusätzlich sollen in Zukunft die Klinikchefs verstärkt Managementaufgaben übernehmen, im besonderen die Verantwortung für ihre Budgets und deren Einhaltung.

Werner Vogd, Privatdozent im Arbeitsbereich «Qualitative Bildungsforschung» der Freien Universität Berlin, publizierte 2006 eine Monographie mit dem Titel «Die Organisation Krankenhaus im Wandel» [1]. Als Grundlage dafür wurden Erhebungen in grossen Krankenhäusern in Berlin durchgeführt, und zwar in der Form einer mehrwöchigen Begleitung von Ärzten unterschiedlicher Funktionsbereiche. Deren Umgang mit Patienten, untereinander und mit dem übrigen Personal wurde schriftlich aufgezeichnet. Zusätzlich fanden Interviews statt. Die Arbeit basiert auf einer Beobachtungsperiode im Jahre 2000, die mit dem Jahr 2004 verglichen wurde. Im Jahre 2003 kam es zur Einführung der

DRGs. Es liegt somit also eine sehr systematische Beobachtung des ärztlichen Denkens und Handelns unter den neuen Bedingungen vor.

## Ergebnisse

Unter den Voraussetzungen der DRGs erhält die Liegedauer des Patienten einen zentralen Stellenwert für die Einhaltung der vorgegebenen Budgets. Gleichzeitig wird eine Erhöhung der Zahl der behandelten Patienten angestrebt, um allfällige Einnahmeausfälle zu kompensieren. Der Einsatz teurer apparativer Untersuchungen wird sehr kritisch begleitet, da diese dem Budget der verordnenden Klinik belastet werden. Gewinnbringend sind Patienten mit einfachen Krankheitsbildern sowie solche mit einfachen und komplikationsfreien Eingriffen, die früh entlassen werden können. Alle andern Patienten werden vom ärztlichen Personal als verlustbringend wahrgenommen, was mittelbar und unmittelbar dem Patienten mitgeteilt wird.

Die Abteilungen stehen unter einem hohen Rationalisierungsdruck und antworten darauf mit einer Zergliederung des Diagnose- und Behandlungsprozesses. Abklärungen vor Eingriffen werden nach Möglichkeit in den ambulanten Bereich vorverlegt, ebenso die Eintrittsuntersuchung. Ärzte der Chirurgie pendeln laufend zwischen Operationssaal, Patientenabteilung und Aufnahmestation, werden von ihrem jeweiligen Arbeitsort aber ständig abgerufen, so dass angefangene Arbeiten nicht abgeschlossen an Kollegen übergeben werden müssen.

Die Krankenhäuser unterstützen die Ärzte mit EDV-Mitteln, heute steht jedem Arzt ein Computer zur Verfügung. Das Ausmass der am PC zu erledigenden Administrativarbeiten hat stark zugenommen. Jeder Patient muss für die Abrechnung mit einem oder mehreren Diagnosecodes versehen werden. In den EDV-Systemen sind Termine für die Administrativarbeiten, also auch für Berichte usw., vorgegeben und werden vom System überwacht. So setzen sich die Ärzte in jedem freien Moment an die PCs und erledigen die termingebundenen Administrativarbeiten.

\* Es wird die männliche Form verwendet, die weibliche ist eingeschlossen.

Korrespondenz:  
Dr. med. R. O. Binswanger  
STG AG  
Kantonsspital  
Radiologie  
CH-8596 Münsterlingen  
Tel. 071 686 23 30  
Fax 071 686 26 47  
richard.binswanger@stgag.ch  
www.vlss.ch

Unter diesen Umständen leiden nicht formal kontrollierbare Arbeitsschritte. Insbesondere hat sich die Zeit, die für einen Patienten zur Verfügung steht, erheblich reduziert, was als Beeinträchtigung der Arzt-Patienten-Beziehung wahrgenommen wird. Zur Optimierung der Arbeitsabläufe in Routinefällen wird vermehrt Standarddiagnostik angewendet. Entscheide werden nach der Aktenlage und nicht mehr «face to face» mit dem Patienten getroffen.

Als zusätzlicher Einflussfaktor kommt die Beschränkung der Arbeitszeit hinzu, die für Assistenz- und Oberärzte auf unter 50 Stunden reduziert wurde. Dies führt verstärkt zu Diskontinuitäten in der Patientenversorgung. Da die Verkürzung der Liegedauer angestrebt wird, kommt es bei diagnostischen Unsicherheiten zu vermehrtem Einsatz apparativer Diagnostik, selbst wenn nicht sicher ist, dass eine solche Untersuchung einen Beitrag zur Diagnose liefert.

Namentlich den Assistenzärzten ist eine volle Erfüllung ihrer Aufgabe nicht mehr möglich, was in den Kliniken zu einer informellen Prioritätensetzung geführt hat. So werden Qualitätsverluste bei der Führung der Krankengeschichte in Kauf genommen, ebenso wie die Streichung der systematischen Arztvisite an Wochenenden und Feiertagen. Patienten mit nicht dringlichen Krankheitsbildern werden an Wochenenden ohne genauere Abklärung auf die Bettenstation verlegt, wo sie erst am Montag von den Ärzten genauer untersucht werden. Ins Zentrum der Aufmerksamkeit gerückt sind die «schwierigen Fälle» mit unklarer Diagnose, zusätzlichen Krankheitserscheinungen vor Eingriffen und Komplikationen. Über diese Fälle muss eine möglichst grosse Zahl von Ärzten Bescheid wissen, um angesichts der Fragmentierung des ärztlichen Handelns jederzeit reagieren zu können.

Unter den Gegebenheiten schmaler Budgets kommt die Interdisziplinarität in Bedrängnis, da Konsilien von Fachärzten aus andern Kliniken kostenpflichtig sind. Da während eines einzelnen Krankenhausaufenthaltes nur einmal die DRG-Pauschale verrechnet werden kann, erfolgen bei Verlegung von Patienten in eine andere Abteilung innerhalb des Spitals zeitraubende Abwägungen. Verlegungen von Patienten in nachgeordnete Institutionen werden früh veranlasst, auch wenn eine Behandlung noch nicht abgeschlossen ist. Dabei ist den Ärzten bewusst, dass die nachgeordnete Institution, z.B. ein Pflegeheim, für die Behandlung des Krankheitsbildes weniger gut gerüstet ist als das Spital. Auffallend ist, dass grosse Anstrengungen unternommen werden, um die Qualität der ärztlichen Versorgung aufrechtzuerhalten. Die Grundsätze der

ärztlichen Ethik und des möglichst ganzheitlichen Managements der Patienten sind zwar bedroht, werden aber, wenn immer möglich, durchgesetzt.

Der Rationalisierungsdruck hat zu einer Verflachung der ärztlichen Hierarchie geführt, so sind Chefärzte jetzt leichter erreichbar als früher, allerdings zu Lasten der Zeitautonomie der Klinikleiter. Sie können nicht mehr selbst bestimmen, wann sie sich einer Frage annehmen wollen, sondern sie müssen jederzeit für Entscheidungen bereitstehen. Ebenfalls im Sinne eines Anpassungsprozesses werden technische Hilfsmittel wie Mobiltelefone und PCs viel mehr genutzt als früher. Insgesamt kommt es zu einer Erhöhung der Effizienz.

### **Bewertung der Ergebnisse**

Die Einführung der DRGs und der Budgetverantwortung der Klinikleiter, gepaart mit Budgetkürzungen und Beschränkungen der Arbeitszeit, haben die beobachteten Kliniken unter einen enormen Anpassungsdruck gebracht. Die Liegedauer der Patienten erhält höchste Priorität, gleichzeitig muss die Zahl der zu behandelnden Patienten erhöht werden, was nur durch neue Organisationsformen möglich ist. Die Arbeitsteilung im Behandlungsprozess nimmt zu, er wird zergliedert. Vorabklärungen werden in den ambulanten Bereich verschoben. Die Weiterbehandlung erfolgt in weniger geeigneten, nachgelagerten Institutionen. Der Arzt-Patienten-Kontakt wird auf ein Minimum reduziert, standardisiert, es wird vermehrt apparative Diagnostik eingesetzt. Die Aufmerksamkeit der Ärzte wird auf schwierige Patienten konzentriert unter Inkaufnahme von Qualitätsverlusten bei der Betreuung einfacher Fälle und der Führung der Krankengeschichten sowie Verlusten in der Interdisziplinarität. Noch hat sich das System in den beobachteten Kliniken nicht stabilisiert, die Qualitätsverluste konnten durch organisatorische Massnahmen bisher nicht ausgeglichen werden.

Die Institutionen optimieren ihr eigenes Budget. Ob sich dies auf die Gesamtkosten des Gesundheitswesens positiv auswirkt, ist fraglich und noch nicht ermittelt. Besonders bemerkenswert ist, dass die Forderungen der ärztlichen Ethik in bezug auf eine ganzheitliche und patientengerechte Medizin nach wie vor hochgehalten werden, ihre Bedrohung wird aber stark wahrgenommen.

### **Folgerungen für die Schweiz**

Das Gesundheitssystem in Deutschland steht unter einem noch viel grösseren ökonomischen Druck als in der Schweiz. Gegenwärtig findet ein

Exodus von Ärzten und qualifiziertem nichtärztlichem Personal aus Deutschland statt, eine «Abstimmung mit den Füßen». Die Politik in der Schweiz vertraut zur Lösung der eigenen Probleme ebenfalls auf DRG und die Budgetverantwortung. Ausserdem sollen Qualitätssicherungssysteme und Netzwerke die Versorgung sichern helfen. Die Verkürzung der Arbeitszeiten der Ärzte ist schon heute Realität in der Schweiz.

Die Schweizer Spitalärzte sind in der Verantwortung bei der Umsetzung der neuen ökonomischen Vorgaben. Ihre Aufgabe ist eine ganzheitliche patientengerechte Versorgung. Sie müssen mit Entscheidungsbefugnissen ausgestattet werden, die im Regelfall medizinischen Erwägungen vor ökonomischen das Primat einräumen. *Diese Aufgabe kann nur erfüllt werden, wenn die Stellung der Kaderärzte in der Führung der Spitäler entsprechend ihrer Verantwortung gestärkt und nicht weiter geschwächt wird. Dies bedeutet eine Umkehrung des aktuellen Trends, der sich nur dann verwirklichen lässt, wenn sie von den Spitalärzten entschlossen eingefordert wird. Es ist zu hoffen, dass die Politik und die andern Anspruchsgruppen im Gesundheitswesen dies als Fortschritt erkennen werden.*

#### Literatur

- 1 Vogd W. Die Organisation Krankenhaus im Wandel. Eine dokumentarische Evaluation aus Sicht der ärztlichen Akteure. Bern: Huber; 2006.

#### Textauszüge aus der Monographie von W. Vogd

Im Stationsalltag wird nun deutlich zwischen den komplizierten Fallproblematiken und den Routinefällen unterschieden. Letztere werden – anders als früher – nur noch oberflächlich untersucht. In ihrer Betreuung werden seitens der Stationsärzte Lücken in der Versorgung in Kauf genommen, und die Oberärzte widmen diesen Patienten unter den knappen Zeitvorgaben kaum noch Aufmerksamkeit. Darüber hinaus sind generell die Zeiten für die Arzt-Patienten-Gespräche erheblich reduziert worden, ebenso die Zeiträume für die Arzt-Arzt-Kommunikation. Es finden weniger Gruppensitzungen statt, und die Dienstübergaben laufen in der Regel in schriftlicher und nicht mehr zusätzlich noch in mündlicher Form ab. In gewisser Weise gleicht der Akt, die medizinischen und organisatorischen Anforderungen in Balance zu halten, nun einem schwierigen Tanz auf dem Hochseil, der im Laufschrift zu vollziehen ist. Man muss Lücken in Kauf nehmen, personelle Diskontinuitäten überbrücken, hat weniger Zeit für Informationsübergaben und hat das hiermit verbundene Risiko und Fehlermanagement zu betreiben, um die zwangsläufig entstehenden Brüche korrigieren zu können. Unter dem Primat kurzer Liegezeiten geschehen diese Prozesse in einem wesentlich kleineren Zeitfenster. Entsprechend der nicht hintergehbaren medizinischen Orientierung geschieht hier unter dem Strich nicht weniger Medizin, sondern schnellere Medizin.

Es konnte beobachtet werden, dass die Ärzte, um dem Primat der kurzen Liegezeiten zu entsprechen, insbesondere bei den komplexen Fällen schneller und parallel prozessierend, teure diagnostische Verfahren einsetzen. Möglicherweise wird hier aufwendige, im nachhinein betrachtet jedoch oft unnötige

#### Auswirkungen der DRGs und der Budgetverantwortung in Stichworten

- Verkürzung der Liegedauer erhält höchste Priorität.
- Als Ausgleich Erhöhung der Zahl der behandelten Patienten.
- Patienten als gewinn- oder verlustbringend wahrgenommen.
- Systematische Arbeitsteilung mit Zergliederung des Behandlungsprozesses.
- Vorverlegung von Abklärungen in den ambulanten Bereich.
- Erledigung termingebundener Administrativarbeiten mit Vorrang vor Arbeit am Patienten.
- Weniger Arztzeit am Patienten.
- Diskontinuität in der Patientenverantwortung.
- Standarddiagnostik und Entscheide nach Aktenlage in Routinefällen.
- Vermehrter Einsatz apparativer Diagnostik.
- Informelle Prioritätensetzung durch das nachgeordnete ärztliche Personal mit
  - Qualitätsverlusten bei der Führung der Krankengeschichte,
  - Streichung der systematischen Arztvisite an Wochenenden und Feiertagen.
- Konzentration der Aufmerksamkeit auf «schwierige» Fälle.
- Verlust an Interdisziplinarität.
- Zeitraubende Abwägungen bei Verlegung von Patienten innerhalb des Spitals.
- Verlegung von Patienten in nachgeordnete Institutionen vor Abschluss der Behandlung.
- Verflachung der ärztlichen Hierarchie, aber auch Verlust der Zeitautonomie der Klinikleiter.
- Vermehrter Einsatz technischer Hilfsmittel wie Mobiltelefone und PC.
- Trotz allem grosser Einsatz zugunsten ganzheitlicher patientenbezogener Entscheidungen.
- Fehlerzuschreibung an einzelne Ärzte und nicht ans System.

Medizin betrieben, deren Kosten höher liegen könnten als der pflegerische Aufwand, welcher für eine längere Liegezeit in Rechnung zu stellen wäre. Speziell bei den Internisten hat die Ökonomie des ärztlichen Arbeitseinsatzes zu einer «Triage» unter umgekehrten Vorzeichen geführt. Da Komplikationen und Notfälle Vorrang haben, werden Patienten mit leichteren Problemen dann für einen Tag oder ein Wochenende unversorgt gelassen. Die knappe Ressource «ärztlicher Arbeitskraft» führt zu einer medizinisch unnötigen Verlängerung der Liegezeit. Einige empirische Hinweise sprechen dafür, dass die erhebliche Verkürzung der Liegezeit nur zum Preis einer technisch teuer aufgerüsteten Medizin zu haben ist, die durch hoch ausgebildete Spezialisten getragen wird. Mit Blick auf die diesbezüglichen US-amerikanischen Erfahrungen muß die Reduktion der durchschnittlichen Patientenverweildauer also keineswegs zu geringeren stationären Behandlungskosten führen.

[...] ist die Gefahr nicht mehr von der Hand zu weisen, dass medizinische Abteilungen zusammenbrechen könnten, wenn die Spezialisten aus den Funktionsabteilungen abwandern. Womöglich könnte bald der Wendepunkt erreicht sein, an dem die Ärzte aus der Rolle der Duldsamen in die Position der Fordernenden kommen.

Darüber hinaus deuten sich schwere Brüche in der *Corporate identity* der Krankenhäuser an. Wenn man unter diesem Konzept nicht nur die formale Verkündung von Leitbildern, die graphische Gestaltung von Emblemen sowie Hochglanzbroschüren und Webauftritte versteht, sondern die habituelle Identifikation der Mitarbeiter mit ihrer Unternehmungskultur, dann muss die Situation als regelrecht dramatisch angesehen werden. Die Eliten unter den Ärzten, welche die medizinisch-wissenschaftliche Identität verkörpern, empfinden sich kaum noch als Teil der Organisation, für die sie arbeiten.