

## "Ärzte brauchen auch ein ökonomisches Gewissen"

Freies Wort

Michael Thieme vom SRH-Zentralklinikum Suhl zu Finanzfragen im Krankenhaus

Ärzte sind heute mehr denn je dazu angehalten, nicht nur über die beste medizinische Betreuung der Patienten zu befinden, sondern auch über das ökonomisch orientierte Management der Behandlung. Mit den vor etwa einem Jahr eingeführten Fallpauschalen, die sich unter der Abkürzung DRG (Diagnose Related Groups) einen Namen gemacht haben, stehen alle Krankenhäuser vor dieser Herausforderung. Michael Thieme, Leiter des strategischen Medizincontrolling im SRH-Zentralklinikum hat ein Modul entwickelt, das Ärzten bei ihren Entscheidungen hilft. Dafür hat er bei einem Wettbewerb des Bayerischen Gesundheitsforums einen Preis bekommen. Freies Wort sprach mit Michael Thieme über die Visitenliste, die Fallpauschalen und was das für Ärzte und Patienten bedeutet.

Was hat sich mit der Einführung von Fallpauschalen für Ärzte verändert?

M. Thieme: Früher hatten die Ärzte mit Abrechnungen fast nichts am Hut. Für erbrachte Leistungen brauchten sie nur wenige Schlüsselnummern angeben und fertig. Die Krankenhäuser haben sich über Tagespflegesätze finanziert. Fallpauschalen, also die Bezahlung auf Basis von Diagnosen und Leistungen, sind nur im operativen Bereich schon zum Einsatz gekommen. Das hat dort bislang etwa 20 Prozent der Abrechnungen ausgemacht. Jetzt aber sind 100 Prozent gefordert. Das heißt, dass alle über die Fallpauschalen abrechnen müssen, damit das Geld kommt.

Das klingt nach mehr Schreibtischarbeit für die Ärzte.

M. Thieme: In der Tat. Ärzte und Pflegekräfte müssen jede Diagnose und erbrachte Leistung genau dokumentieren. In einem computerisierten Verfahren (Grouping) erfolgt die Zuordnung in die jeweilige Fallpauschale (DRG). Für diese DRG sind dann Liegedauer und Entgelt kalkuliert. Somit stellt auch die Einhaltung der Krankenhausverweildauer ein wesentlichen Aspekt in der Kostendeckung dar.

Also, Entlassung auf Teufel komm raus? Was aber, wenn es bei einem Patienten Komplikationen gibt oder seine Konstitution eine längere Behandlung beansprucht?

M. Thieme: Für diese Fälle sind Sicherheitsmechanismen eingebaut worden, um so genannte blutige Entlassungen auszuschließen. Das wird sich auch kein Haus leisten. Denn werden erstmal solche Fälle spruchreif, ist das Image verdorben und die Patienten bleiben weg. Dagegen sprechen aber vor allem ethische Gründe - kein Arzt wird einen Patienten eher als vertretbar entlassen. Hinzu kommt, dass die kostengünstige Variante frühzeitiger Entlassung schnell in die denkbar kostengünstigste abrutschen kann. Nämlich dann, wenn ein zu zeitig entlassener Patient wieder aufgenommen werden muss. Bei allen Appellen an das ökonomische Gewissen der Ärzte - der ethische Grundsatz steht ganz oben an. Hinzu kommt, dass die Fallpauschalen nichts statisches sind. Gut 10% der Krankenhäuser, die nach dem DRG-System arbeiten liefern permanent Daten über Diagnosen, Behandlungszeit und Liegedauer. Auch das Zentralklinikum Suhl beteiligt sich von Anfang an. Aus diesen Erhebungen kommt es jährlich zu angepassten Werten hinsichtlich der Liegedauer pro DRG und entsprechender Bezahlung.

Wie hoch ist der Prozentsatz der Patienten, die am Zentralklinikum wieder eingeliefert werden mussten?

M. Thieme: Der liegt aktuell bei 0,15 Prozent und damit deutschlandweit im guten Mittelfeld.

Tut sich da nicht ein Spannungsfeld auf zwischen medizinischer Behandlung und wirtschaftlichem Denken auf?

M. Thieme: Ich sehe mich da in einer Vermittlerrolle. Ich fordere von den Ärzten auch ein gesundheitsökonomisches Denken und dass sie nur das in hoher Qualität tun, was

medizinisch auch notwendig ist. Die wirtschaftlichen Reserven sind angesichts der aktuellen Gesundheitspolitik ausgeschöpft. Und ich habe hier - ich bin seit 2005 am Zentralklinikum beschäftigt - eine sehr engagier-te DRG-Gruppe um Chefarzt Dr. Thomas Körner vorgefunden. Es versperrt sich hier niemand. Und wie gesagt: Das Wohl der Patienten ist und bleibt oberster Grundsatz.

In der Vermittlerrolle kommt Ihnen bestimmt zu pass, dass Sie von Haus aus Facharzt für Anästhesie sind.

M. Thieme: Ich denke, dass die Durchsetzung dieser Abrechnungsmethode nicht ohne medizinische Kompetenz geht. Ich habe mich seit 1999 im Bereich Medizin-Informatik und Gesundheitsökonomie qualifiziert und habe 2002 den weißen Kittel an den berühmten Nagel gehangen. So kann ich ökonomischen Diskussionen mit Chefärzten auf Augenhöhe führen, was auch zwingend notwendig ist.

Wie aber soll sich ein Arzt die insgesamt 848 Fallpauschalen die es für alles - von der Gallen-OP bis Knöchelbruch gibt - merken? Wie kann er im Abrechnungssystem einarbeiten, was am Tag der Diagnose-Stellung nicht abzusehen war und dabei die Liegezeit des Patienten einhalten?

M. Thieme: Vor dem Problem stehen Ärzte täglich. Es gibt zwar einen Katalog, aber bisher fehlt es an Transparenz von DRG-Daten, kodierten Diagnosen und Prozeduren genau zum Zeitpunkt der Entscheidung über das weitere Vorgehen für ein ärztliches Entlassungsmanagement. Hier habe ich mit der Entwicklung der Visitenliste angesetzt, die dem Arzt am Krankenbett zur Verfügung steht.

Dafür haben Sie beim hochkarätigen Bayerischen Gesundheitsforum einen Preis erhalten. Was kann die Visitenliste, welche Vorteile bringt sie dem Arzt?

M. Thieme: In einem Satz gesagt: Sie hilft dabei, dass ärztliche Entscheidungen auch ökonomisch verantwortungsvoll und im Rahmen der DRG getroffen werden können. Der Arzt kann während der Visite am Krankenbett täglich die Fallpauschalen überprüfen und Veränderungen einarbeiten, die sich durch notwendige therapeutische Maßnahmen oder Nebendiagnosen ergeben. Daraus lassen sich die aktuelle Fallpauschale, der Erlös und schließlich auch die Verweildauer des Patienten in der Klinik ermitteln.

Wie muss man sich das ganz praktisch vorstellen?

M. Thieme: Noch besteht diese Lösung in Papierform, sodass der Arzt die Listen zur Visite bei sich trägt, sie direkt am Bett des Patienten abgleicht und entsprechend der Behandlung ändert oder ergänzt. Künftig wird das alles auf digitalem Weg vonstatten gehen - per Laptop, PDA oder - was sich ja mit dem neuen Bettenhaus regelrecht anbietet - über den Patientenmonitor. Direkt am Bett die neue Diagnose eingeben und ein aktuelles Ergebnis für die DRG bekommen - da wollen wir hin.

Und was bringt das dem Patienten?

M. Thieme: Zuerst natürlich, dass er nicht länger als notwendig im Krankenhaus behalten wird, was früher immer mal praktiziert wurde, um die Bettenbelegung hoch zu halten. Der Punkt ist doch, dass dieses System auf Erschließung wirtschaftlicher Reserven ausgerichtet ist. Das schließt auch eine viel engere Kooperation des ambulanten und stationären Bereiches ein. Für den Patienten bringt das unter anderem den Vorteil, dass Belastungen durch Doppel-Untersuchungen - beispielsweise beim Röntgen und im Labor - entfallen.

Also ist der niedergelassene Kollege auch für das DRG-System wichtiger Partner.

M. Thieme. Absolut. Er hat mit seinem Einweisungsverhalten Einfluss auf unser Budget. Also müssen wir ihn quasi hofieren, auf seine Wünsche eingehen - beispielsweise nach kurzen Wegen für die Übermittlung von Befunden, damit er nicht ewig auf sie warten muss. Auch hier kommt es zu Doppel-Untersuchungen, weil Befunde einfach nicht da sind. Also muss die Kommunikationsstrecke ausgebaut werden. Für ganz wichtig halte ich auch, dass der Behandlungsplan mit dem Patienten bis zum Tag der Entlassung

besprochen wird. Denn dass sich dieser Gott ergeben in die Hände der Weißkittel begibt, das kann heute nicht mehr sein.

Sie haben mehrfach auf gesundheitspolitische Aspekte verwiesen. Was ist mit einem möglichen Regierungswechsel zu erwarten?

M. Thieme: Denkbar und zum Teil wünschenswert wäre, dass nicht 100 Prozent aller Krankenhausleistungen nach dem neuen System abgerechnet werden müssen, sondern vielleicht nur noch 80-90 Prozent. Denn besonders im Bereich der Intensiv-Medizin oder auch bei der Behandlung von Kindern lassen sich die Fälle schwer in eine Schablone pressen. Kinder sind eben keine kleinen Erwachsenen, sie erfordern einen ungleich höheren Betreuungsaufwand.

Das Interview führte: Heike Huechtemann  
Freies Wort, 24.06.2005