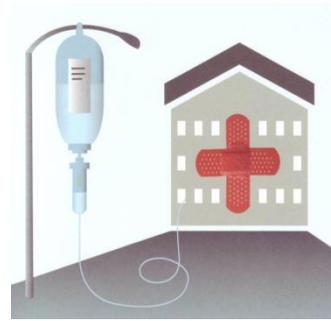


Bericht aus der Praxis – Ethische Fragen und Probleme im Alltag

**Arved Weimann
Klinikum St. Georg
Leipzig**

Vom Krankenhaus zum kranken Haus ?



Dilemma

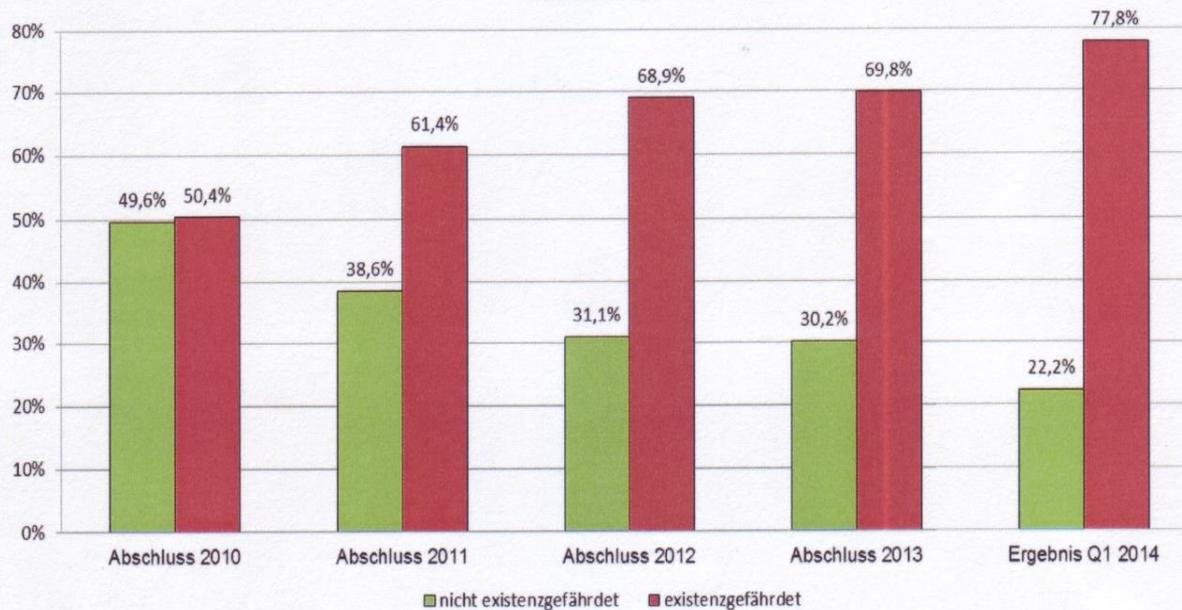
- Verknappung der Ressourcen
- ausgeschöpftes Rationalisierungspotenzial
- aber steigende Qualitätsanforderungen und
- Anspruchshaltung von Patienten und Angehörigen im
- Wettbewerb der Krankenhäuser

2/3 DRITTEL

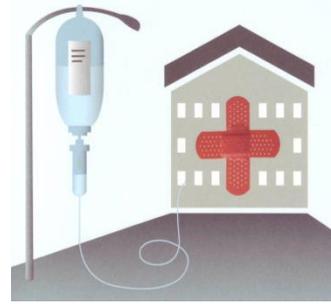
NIEDERSACHSENS KRAKENHÄUSERN DROHT DAS AUS

"Wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser" - Umfrage Frühjahr 2014 -

Stand 25.03.2014



Vom Krankenhaus zum kranken Haus ?

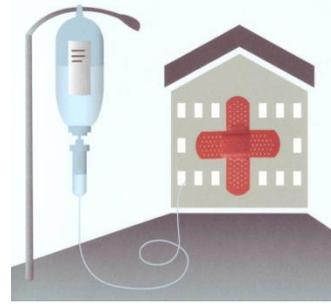


**„Sie sind als Chefarzt in der Lage,
betriebswirtschaftlich zu denken und zu
handeln“**

Dilemma:

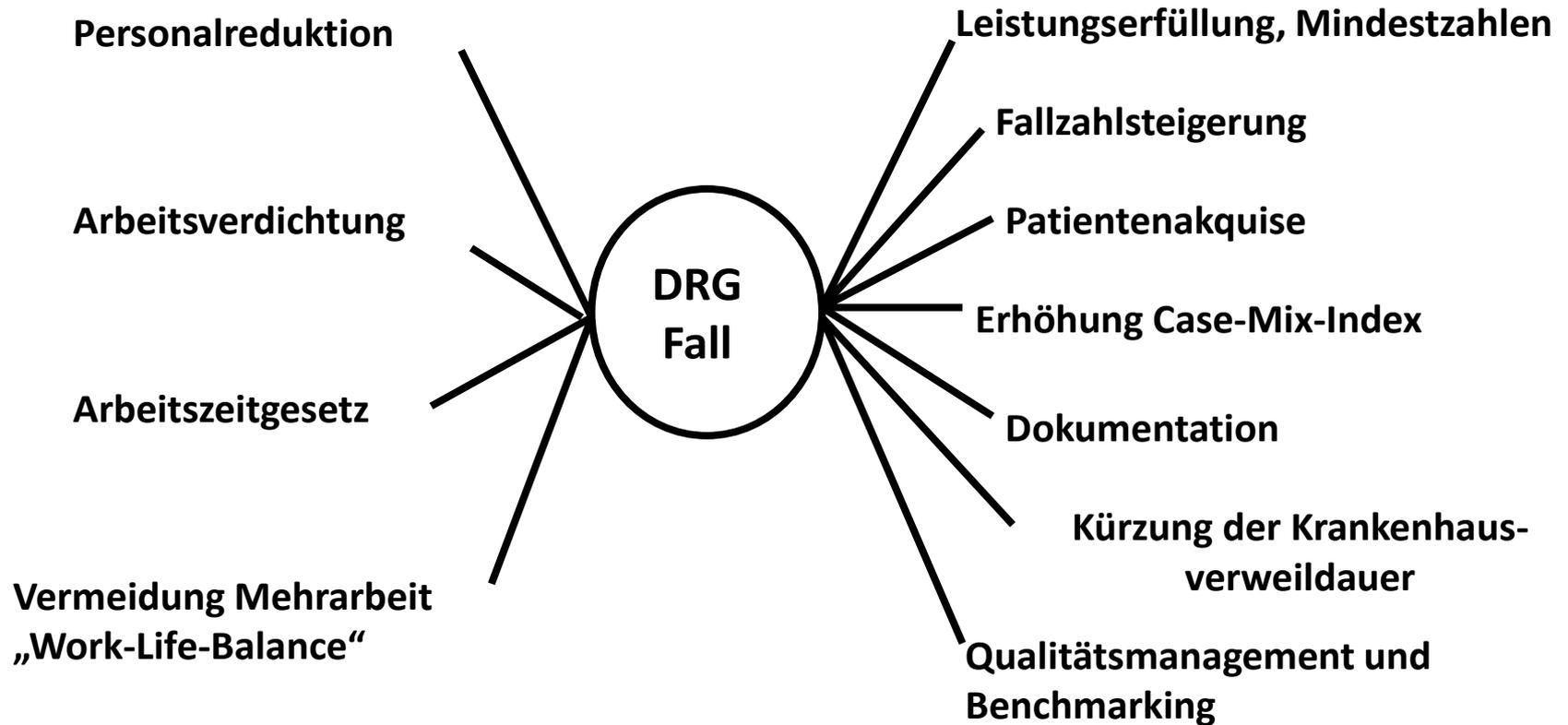
**Überformung ärztlicher Berufsethik durch
„Gewöhnung“ an eine ökonomisierte
Berufspraxis (M. Simon)**

Vom Krankenhaus zum kranken Haus ?

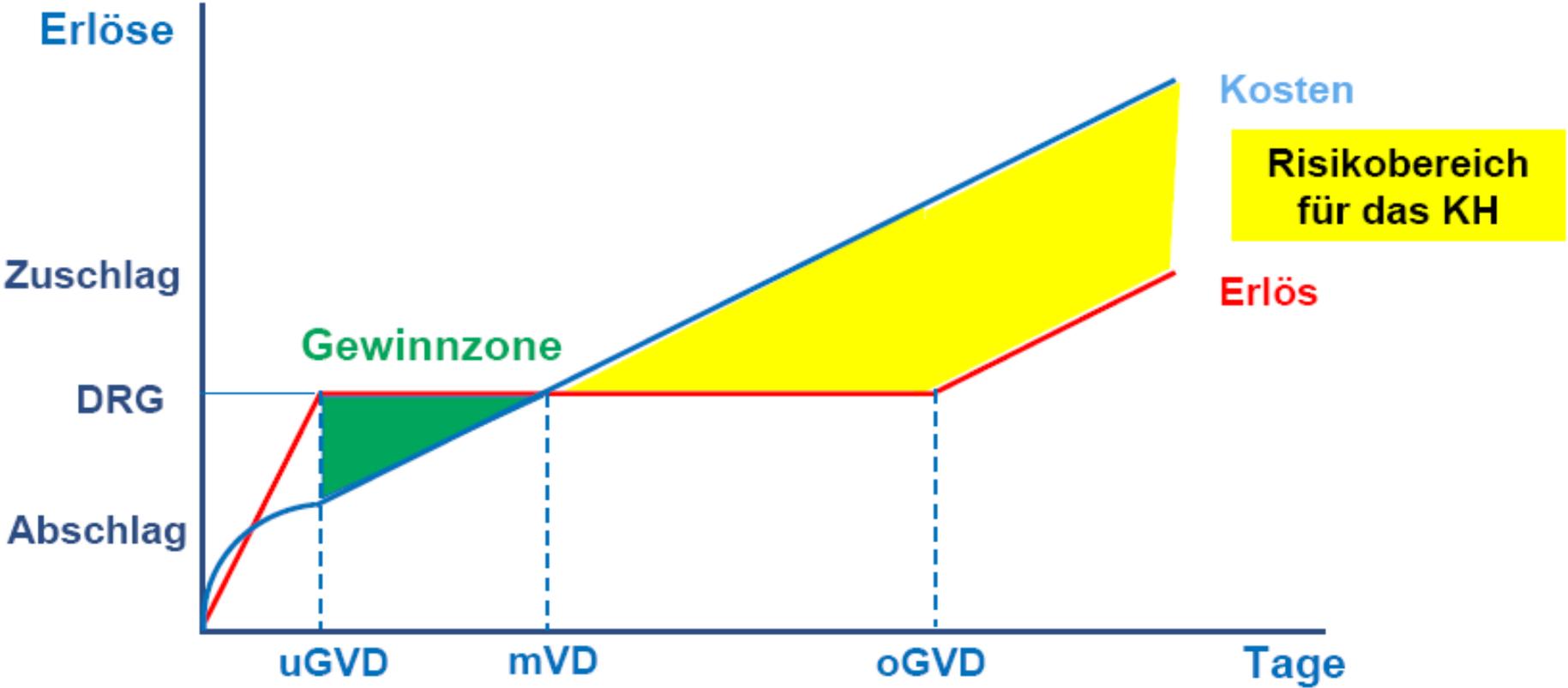


Personalressource

Zielvorgabe

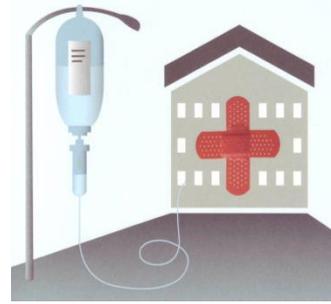


Krankenhaus – Erlösstruktur im DRG System



uGVD/oGVD: untere/obere Grenzverweildauer, mVD: mittlere Verweildauer

Vom Krankenhaus zum kranken Haus ?



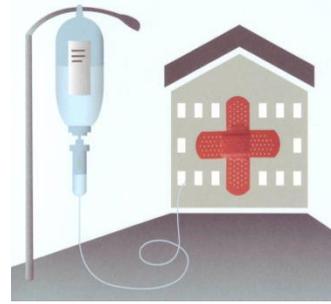
Dilemma:

Der **Patient als Werkstück** in einem industriellen Prozess mit Qualität - und das Rad dreht immer schneller

und gleichzeitig

„Humane Medizin zwischen Leistungserbringung und Sorge um den Anderen“ (G. Maio, 2014)

Vom Krankenhaus zum kranken Haus ?

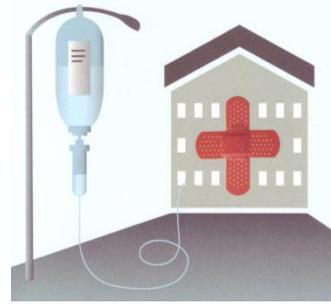


Qualität braucht Zeit

„Zeit“

Rationalisierung oder Rationierung ?

Vom Krankenhaus zum kranken Haus ?

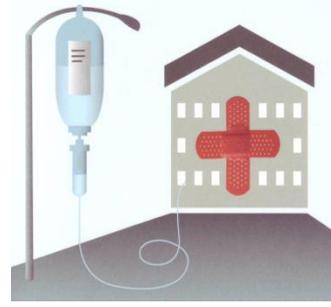


Dilemma:

Im DRG-System nicht abgebildet:

- **Besondere Zuwendung und Kommunikation mit Patient und Angehörigen**
- **Beratung und Diskussion in Konferenzen**

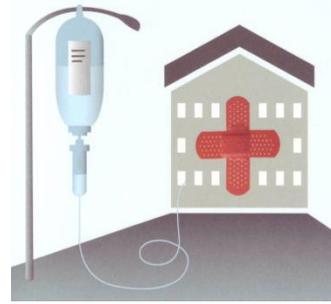
Vom Krankenhaus zum kranken Haus ?



Dilemma:

**Zur Kürzung der Krankenhausverweildauer die Entlassung zu forcieren kann für alleinstehende alte Menschen in häuslicher Umgebung trotz ambulanter Pflegedienste Versorgungsprobleme schaffen –
konterkariert den Anspruch an Patientensicherheit und fördert den „Drehtüreffekt“**

Vom Krankenhaus zum kranken Haus ?



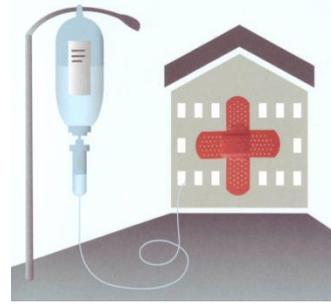
Abrechnungstechnisch ist es günstig,

-aus einem Fall mehrere zu „generieren“,

**-Operationen zweier Fachgebiete nicht synchron,
sondern zweizeitig durchzuführen**

**-den Fall optimal „schwer“ abzubilden – Gefahr des
„Upcoding“**

Vom Krankenhaus zum kranken Haus ?



**Im DRG-System werden Leistungen vom InEK
anhand der Daten von
„Kalkulationskrankenhäusern“ jährlich neu
bewertet.**

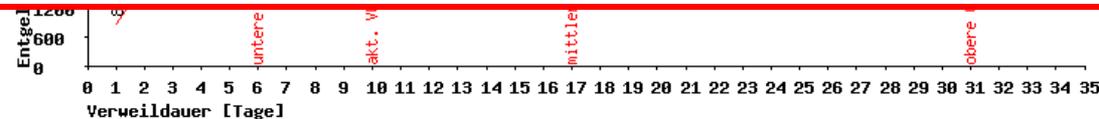
**Dieselbe Leistung kann dann weniger wert sein:
„Katalogeffekt“**

Kodierung:
Multimorbider
älterer Patient
mit Parkinson-Demenz

Basisfallpreis:	2963.82 €		
G-DRG 2011	Gruppieren	Neuer Fall	
Gruppierungsergebnis (G-DRG 2011)			
MDC	01	Krankheiten und Störungen des Nervensystems	
DRG	B67A	Morbus Parkinson mit äußerst schweren CC oder schwerster Beeinträchtigung	
PCCL	4	Status: normales Grouping (GetDRG-Grupper 2011) (GetDRG V10.0.0)	
Verweildauer	aktuelle VWD:	10	1. Tag Abschlag: 5
	mittl. VWD (arith.):	17.3	1. Tag Zuschlag:
Kostengewicht	Basiskostengewicht:	1.691	eff. Kostengewicht: 1.691
	Entgelt	Basisentgelt: 5011.82 €	eff. Entgelt: 5011.82 €
Diagnosen (ICD-10-GM 2011)			
	Code	Bezeichnung	Verwendet
	G20.10	Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung: Ohne Wirkungsfuktuation	J
	I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung	N
		[Diagnose in dem Katalog nicht vorhanden]	N
	E43	Nicht näher bezeichnete erhebliche Energie- und Eiweißmangelernährung	N
Prozeduren (OPS Version 2011)			
	Code	Bezeichnung	Verwendet

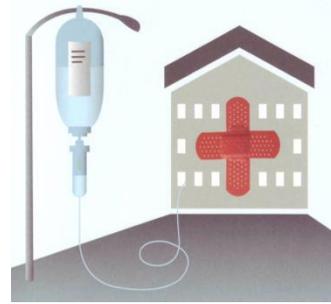
Mehrerlös: € 1547,11

Das „selbst lernende DRG System“ Kodierung 2014: Der CCL der Nebendiagnose E 43 wurde gesenkt, daher bleibt der Fall in der B67B und würde nur mit mehr als einer weiteren CCL2-relevanten ND in die höhere DRG kommen



M. Pirlich
Abteilung Innere
Medizin -
Evangelische
Elisabeth Klinik
Berlin
28.06.2014

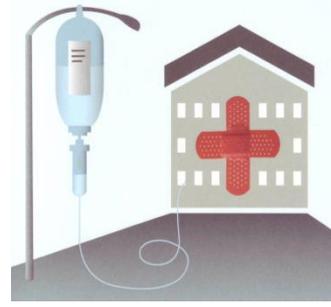
Vom Krankenhaus zum kranken Haus ?



Dilemma

- **Verschiebung schlecht abrechenbarer Fälle in Kliniken mit „größerer Expertise“**

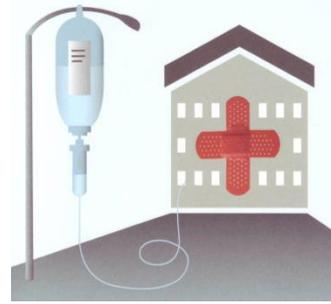
Vom Krankenhaus zum kranken Haus ?



In Deutschland wird zuviel operiert ?

Im DRG - System wird eine geringere Zahl an Operationen betriebswirtschaftlich bestraft und mehr selbst beim Eintreten schwerer Komplikationen durch Erhöhung des Relativgewichts des Falls unter Umständen sogar belohnt

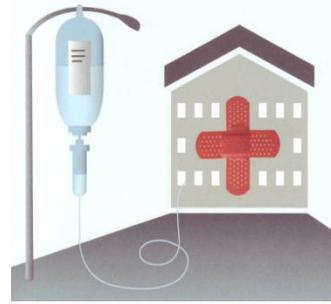
Vom Krankenhaus zum kranken Haus ?



Für eine chirurgische Klinik ist die Zahl der Operationen eine Kenngröße, an der ihre „ökonomische“ Leistungsfähigkeit gemessen wird

- Attraktivität für Einweiser**
- Personalschlüssel**
- interne Ressourcenverteilung**

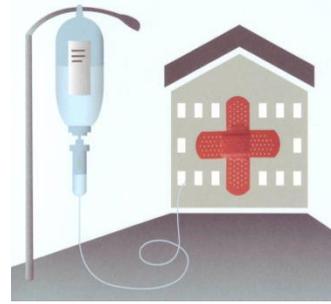
Vom Krankenhaus zum kranken Haus ?



**82 jähriger Patient mit asymptomatischer
Leistenhernie – mäßige Komorbidität**

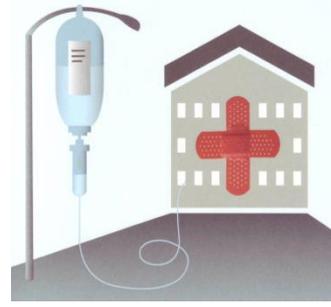
Operieren oder Zuwarten - “Watchful waiting” ?

Vom Krankenhaus zum kranken Haus ?



**Ethisches Dilemma kann schon der
Korridor der Operationsindikation sein**

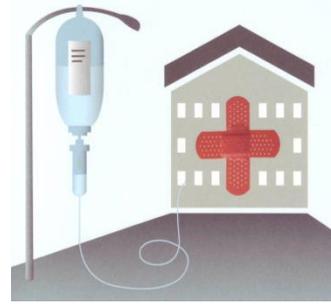
Vom Krankenhaus zum kranken Haus ?



Dilemma:

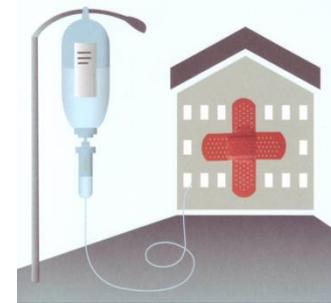
**Mindestmengen bei komplexen Operationen
als Voraussetzung der Erstattungsfähigkeit**

Vom Krankenhaus zum kranken Haus ?



Dilemma:

Ab welchem Zeitpunkt dient der Wettbewerb nicht mehr der Qualität, sondern gefährdet die Patientensicherheit ?



GLOBAL HEALTH

By Flemming Madsen, Steen Ladelund, and Allan Linneberg

High Levels Of Bed Occupancy Associated With Increased Inpatient And Thirty-Day Hospital Mortality In Denmark

DOI: 10.1377/hlthaff.2013.1303
HEALTH AFFAIRS 33,
NO. 7 (2014): 1236-1244
©2014 Project HOPE—
The People-to-People Health
Foundation, Inc.

- erhöhte Letalität auch bei Aufnahme als Notfall in der Nacht, an Wochenenden oder Feiertagen

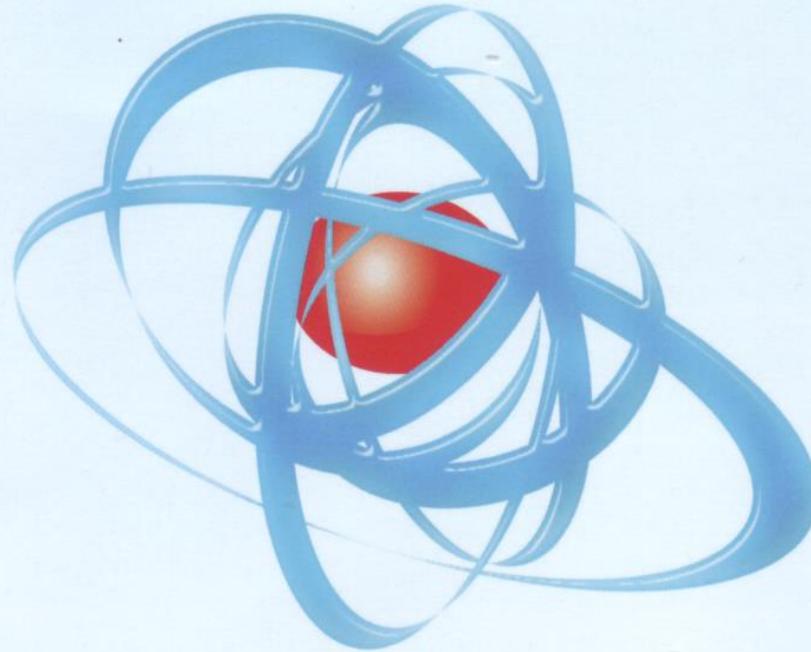
Vom Krankenhaus zum kranken Haus ?

„ aber es darf nicht sein, dass **krankte Kinder und Jugendliche die Verlierer** in einem schlecht überlegten Krankenhausfinanzierungssystem sind, welches auf falsche Anreize setzt .“

Prof. Dr. N. Wagner,
Präsident der Deutschen Gesellschaft
für Kinder- und Jugendmedizin e.V., 12.9.14

Deutsche
Gesellschaft
für Chirurgie

132. Kongress
28. April – 1. Mai 2015
München / ICM



Chirurgische
im Werte-Wandel
Heilkunst

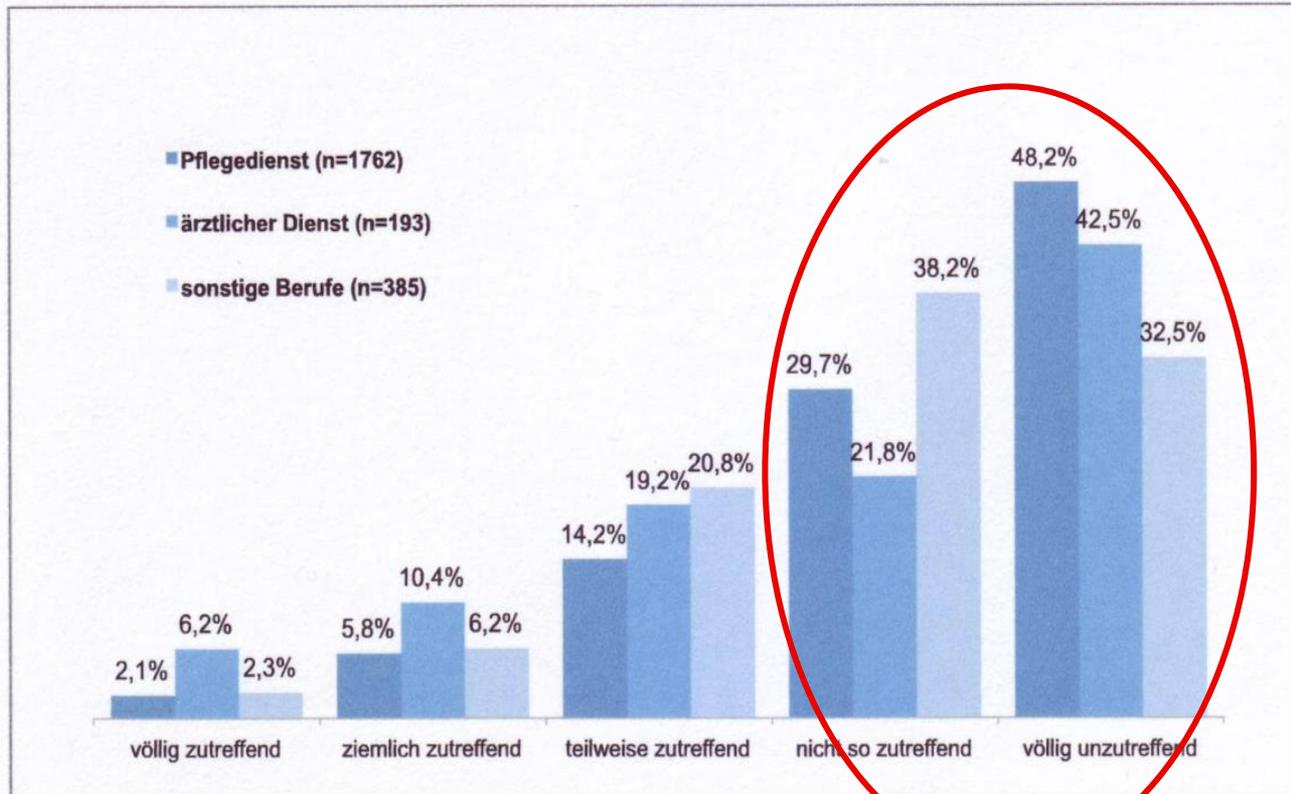
Vom Krankenhaus zum kranken Haus ?

- **45%** der Chefarzte nehmen im Alltag häufig Entscheidungskonflikte zwischen ärztlichen und wirtschaftlichen Zielsetzungen wahr
- **46%** der Chefarzte haben einem Patienten zumindest einmal in den vergangenen sechs Monaten eine nützliche Leistung vorenthalten

Umfrage zum „Umgang mit Mittelknappheit im Krankenhaus“ von
J. Wasem, Univ. Duisburg-Essen, DÄB 12.9.2014, B1287-1288

Arbeitszufriedenheit im Krankenhaus

Abbildung 20: „Meine Arbeitsbedingungen haben sich in den letzten 5 Jahren verbessert.“

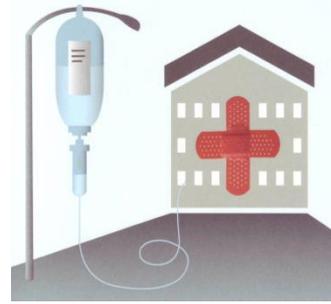


Quelle: IAT

Bräutigam et al, Arbeitspapier Nr. 306

Arbeitsreport Krankenhaus der Hans-Böckler Stiftung, August 2014

Vom Krankenhaus zum kranken Haus ?



Dilemma: Ausbildung des Nachwuchses ist im DRG-System nicht abgebildet

Rationalisierung mit Personalreduktion und „Facharztstandard“ ist ausbildungsfeindlich – favorisiert Erhöhung des Facharztanteils zu Ungunsten von Assistenzarztstellen und Qualität der Ausbildung

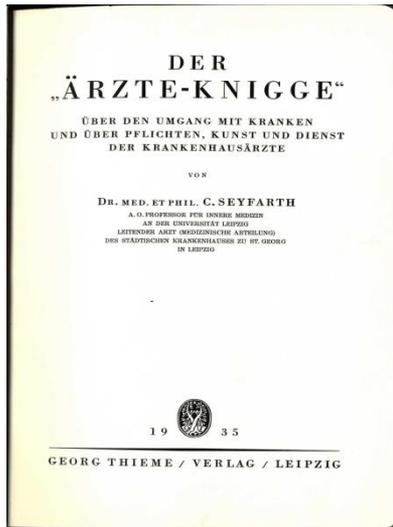


ÄRZTLICHER STELLENMARKT

Will bald niemand mehr Chefarzt werden?

Nun scheint der Ärztemangel auch auf der Chefarzzebene angekommen zu sein: Zumindest

Es bewerben sich immer weniger Oberärztinnen und Oberärzte auf eine Chefarztposition.



**Der Weg des Arztes ist ein schmaler Pfad
zwischen Hochgefühl, Erfolg und Befriedigung auf der
einen Seite und drückender Verantwortung,
Undank und Missgefühl auf der anderen.
Der ärztliche Beruf ist dennoch der schönste,
den ich kenne.**

Carly Seyfarth, „Ärzteknigge“ 1935

Chefarzt für Innere Medizin und Ärztlicher Direktor des Sankt Georg Krankenhaus 1929-1950