

# Qualität und Wirtschaftlichkeit als Widersacher?

**Wirtschaftlichkeit und Qualität medizinischer Leistungen werden sich mit der Einführung von Fallkostenpauschalen in einem neuem Licht präsentieren. Dabei stellt sich die Frage, ob und wie sich diese neue wirtschaftliche Logik in der Medizin auf die Behandlungsqualität auswirkt. Eine deutsche Studie zeigt, dass Fallkostenpauschalen die ärztlichen Handlungs- und Entscheidungsprozesse deutlich beeinflussen können.**

**Peter Berchtold**

Die schweizerische Gesundheitsversorgung spielt qualitativ und preislich auf hohem Niveau. So oder ähnlich lässt sich die breite Meinung zu Qualität und Wirtschaftlichkeit zusammenfassen. Die neuste OECD-Studie [1] bestätigt unser Gesundheitssystem als das zweitbeste weltweit und weist gleichzeitig auf die «vielen Qualitätsmanagement-Initiativen der Leistungsanbieter auf lokaler Ebene» hin. So weit sind sich alle Akteure einig. Wird aber Wirtschaftlichkeit<sup>1</sup> ins Spiel gebracht, scheiden sich die finanzierenden und leistungserbringenden Geister rasch, gerade so, als gäbe es eine fixe gegensätzliche Beziehung zwischen Qualität und Wirtschaftlichkeit. Ist dem so? Haben wir uns einfach zu stark an die Formel «gut gleich teuer» gewöhnt, oder was müsste sein, damit Qualität und Wirtschaftlichkeit zusammengehen?

<sup>1</sup> definiert als Quotient von Ertrag und Aufwand

## Neue Situation durch DRG

Kein Versicherer würde offen nach Wirtschaftlichkeit auf Kosten der Qualität rufen (siehe Beitrag S. 24ff.). Und kein Leistungserbringer würde offen Qualität ohne jegliche Kostenberücksichtigung fordern. So weit herrscht nochmals Einigkeit, mindestens in dieser grundsätzlichen Betrachtung. Diese Einigkeit besteht zu einem Zeitpunkt, in welchem noch keine wirklich griffigen – ausser den intrinsisch vorhandenen – Anreize zu Qualität und Wirtschaftlichkeit existieren. Das wird sich mit der Einführung der diagnosebezogenen Fallkostenpauschalen (DRG) – mindestens im Spitalsektor – gründlich ändern: Ab 2009, so die Planung, soll jede stationäre Behandlung aufgrund einer der 668 Fallgruppen vergütet werden. Hospitalisationsdauer, aufwendige Untersuchungen oder teure Implantate spielen dann keine Rolle mehr. Zwar werden die Geldbeträge pro Fallgruppe differenziert berechnet beziehungsweise verhandelt, die Vergütung der individuellen Behandlung wird aber nur aufgrund einer dieser 668 Fallgruppen erfolgen [2].

## Wirtschaftlichkeit im Spital

Die Absichten (sprich Anreize) dieses Vergütungssystems sind klar: Da die Versicherer nur noch einen (prospektiv festgelegten) Betrag pro Behandlungsfall bezahlen, obliegt es neu den Behandelnden beziehungsweise dem Spital, nicht nur die Behandlungen selbst, sondern auch den damit verbundenen Ressourcenaufwand zu verantworten. Während früher beispielsweise eine lange Hospitalisationsdauer durch die Taggeld-



**Peter Berchtold**

pauschalen auch mit einer höheren Vergütung honoriert wurde, wird mit den Fallkostenpauschalen eine kurze Aufenthaltsdauer belohnt.

Damit dieser Anreiz bis in den klinischen Alltag eine Wirkung entfaltet, werden gleichzeitig die Kostenrechnungen der Spitäler optimiert (das heisst auf Kostenträgerrechnung umgestellt) und damit ein Medizincontrolling (sprich eine Medizin-«Steuerung») bisher unbekanntes Ausmasses ermöglicht. So wird man beispielsweise berechnen können, ob sich die Behandlung bestimmter Fallgruppen für das Spital finanziell lohnt oder nicht. Die Wirtschaftlichkeit schleicht sich also, vorerst noch auf leisen Sohlen, immer näher ans Patientenbett.

### Vorurteile oder berechtigte Skepsis?

Höchste Zeit, meinen die einen, denn wer über teure Behandlungen und lange Hospitalisationen entscheidet, soll die Ressourcenfolgen dieser Entscheide angemessen mitverantworten. Diese Mitverantwortung sei unverantwortlich, denn sie gefährde die Qualität von Behandlung und Versorgung, meinen die andern: Spitäler und Kliniken würden versuchen, komplexe (und teure) Fälle «abzuschieben», Patienten zu früh nach Hause zu schicken (und im Falle eines komplikationsbedingten Wiedereintritts die Fallpauschale ein zweites Mal zu kassieren) oder primär günstige (statt effektive) Behandlungsmassnahmen wählen.

Sind diese Gefahren, welche in letzter Zeit auch mediale Aufmerksamkeit gewonnen haben, Vorurteile ewiger Verhinderer, oder hat die Einführung von Wirtschaftlichkeit und ökonomischen Kalkülen eventuell nachteilige Auswirkungen auf Behandlung und Qualität? Für diese Frage aufschlussreich ist eine Studie, welche einen bedeutsamen Einfluss der DRG-Einführung beziehungsweise der damit verbundenen Ökonomisierung der klinischen Arbeit auf die ärztlichen Handlungs- und Entscheidungsprozesse in deutschen Spitälern und insbesondere in internistischen Abteilungen aufzeigt [3]. Diese dokumentarische Evaluation über mehrere Jahre schildert, dass

- Behandlung und Betreuung tayloristisch organisiert und in kurze und getrennt abzurechnende Teile zergliedert werden

- das internistische professionelle Ethos und der Anspruch, sich ein umfassendes Bild vom Patienten und dessen Krankheit zu machen, behindert werden
- aufwändige (und teure) Diagnostik das frühere (und billigere) «Warten und Beobachten» ersetzt
- neue umfangreiche Administrativaufgaben (DRG-Codierung u.a.m.) den direkten Kontakt der Ärzte mit den Patienten (und mit den Pflegenden) einschränken
- Arztvisiten – früher umfassende Arbeitsbesprechungen vor dem Patienten – sich zum ausschliesslichen Kontrollforum für Probleme wandeln
- in der Informationsübergabe und in den Behandlungsprozessen selbst Pannen und Brüche entstehen.

### Risiken und Herausforderungen

Bedeutsam sind diese Beobachtungen deshalb, weil sie exakt das Gegenteil von dem implizieren, was mit der Einführung von Anreizen zu besserer Wirtschaftlichkeit erreicht werden sollte: Erstens könnte das primäre Ziel der DRG-Vergütung, eine verbesserte Wirtschaftlichkeit, nicht erreicht werden, beispielsweise indem «eine erhebliche Verkürzung der Hospitalisationsdauer nur zum Preis einer technisch teuer aufgerüsteten Medizin zu haben ist» [3]. Zweitens könnte – mindestens aus ärztlicher Sicht – eine schlechtere Qualität von Behandlung und Versorgung resultieren. Oder im Sinn der Eingangsfrage formuliert: Qualität und Wirtschaftlichkeit als zukünftige (und ungewollte) Widersacher?

Die empirischen Resultate der erwähnten Studie wollen jedoch nicht als abschliessendes Verdikt, sondern als Beobachtungen von Risiken verstanden werden. Deshalb wurde auch bewusst die Formulierung «kann» gewählt. Welche begleitenden Rahmen und Massnahmen müssten also die Einführung der DRG-Vergütung flankieren, damit erwähnte Risiken minimiert werden können? An erster Stelle ist die Erkenntnis zu fordern – vor allem für allzu enthusiastische Versicherer und Finanzfachpersonen in den Spitälern –, dass die ökonomische Logik (der Wirtschaftlichkeit) mit der medizinischen Logik (der individuellen Patientenbetreuung) nur beschränkt in Deckung zu bringen

ist. Im Einzelnen heisst dies beispielsweise zu erkennen, dass kürzere Hospitalisationszeiten sowohl (volks-)wirtschaftlich wie qualitativ nachteilig sein können. Weiter kann eine Zergliederung der Behandlung zu Informationspannen und häufigeren Fehlern führen oder dazu, dass – wie in der Bundesrepublik Deutschland – «als Krankenhausarzt zu arbeiten keine attraktive Perspektive mehr darstellt». Ausserdem werden auf verschiedenen Ebenen (Klinik, Spital, Kanton, Bund) eine Reihe von flankierenden Feedbackmechanismen und -gremien einzurichten sein, welche die beschriebenen Entwicklungen aufdecken, kontinuierlich verfolgen und einer angemessenen Bearbeitung zuführen. Ob damit nur noch mehr Admini-

stration geschaffen wird oder aber Qualität und Wirtschaftlichkeit als Zwillinge statt Widersacher auferstehen, wird uns die Zukunft zeigen.

Autor:

**PD Dr. Peter Berchtold**

College-M

Freiburgstrasse 41

3010 Bern

peter.berchtold@college-m.ch

**Literatur:**

1. OECD-Bericht über Gesundheitssysteme: Schweiz, OECD 2006.
  2. Gerber P. Das Spital als Schraubenfabrik. VSAO Journal 2007; 1: 11–15.
  3. Vogd W: Die Organisation Krankenhaus im Wandel. Eine dokumentarische Evaluation aus Sicht der ärztlichen Akteure. Verlag Hans Huber, Bern 2006.
-