

# VI. Medizinische Fallbeispiele



---

# Fall 1: Therapeutisches Splitting zur Maximierung des DRG-Erlöses

Rafael Rosch

Eine 41-jährige, bisher gesunde Bäckerei-Fachverkäuferin wird als Notfall mit kolikartigen Oberbauchschmerzen in die Innere Medizin eingeliefert. Nach zweitägiger Diagnostik wird als Ursache ein Gallensteinleiden diagnostiziert. Die Oberbauchkoliken waren durch einen Steinabgang entstanden. Eine konservative Akuttherapie mittels Schmerzmitteln und Spasmolytika verläuft erfolgreich. Die nun beschwerdefreie Patientin wird im Anschluss konsiliarisch in der Chirurgie vorgestellt, und in Übereinstimmung mit den Leitlinien wird die Indikation zur früh-elektiven, also planbaren Gallenblasenentfernung gestellt. Mit Einverständnis der Patientin wird die sofortige Übernahme sowie eine Operation am Folgetag angeboten. Die noch behandelnde Abteilung für Innere Medizin lehnt jedoch ab und schlägt stattdessen vor, die Patientin zunächst zu entlassen und in sechs Wochen zur Operation wieder aufzunehmen. Nur so vermeide man eine Teilung der DRG-Ziffer zwischen Innerer Medizin und Chirurgie und könne stattdessen den Erlös für beide beteiligten Kliniken maximieren. Zudem widerspreche dieses Vorgehen auch nicht den medizinischen Leitlinien, die ja nur allgemein und ohne Zeitvorgabe eine früh-elektive Entfernung der Gallenblase empfehlen würden.

## *Hintergrundinformation*

Um den gleichen Fall zweimal nach dem DRG-System abzurechnen, müssen zwischen den Behandlungsräumen mindestens 30 Tage liegen.

*Frage zur Diskussion*

Darf die verstärkte Wettbewerbssituation und die Abrechnung über Pauschalen dazu führen, dass Behandlungen allein aus diesen Erwägungen gestreckt werden?

*Kommentare:*

**Manfred Weber**

Dieser Fall eines symptomatischen Gallensteinleidens bringt das Fallsplitting zur Erlösoptimierung auf den Punkt. Nach den Leitlinien soll nach Abklingen der Erstsymptomatik eine Cholezystektomie im beschwerdefreien Intervall durchgeführt werden. Dieser Eingriff soll früh-elektiv erfolgen. Ob unter dem Terminus „früh-elektiv“ ein Zeitraum von unter 30 Tagen oder über 30 Tagen nach Erstsymptomatik gemeint ist, bleibt Auslegungssache. Zur Erlösoptimierung wird aber auch in unserem Hause die internistische und chirurgische Behandlung so getrennt, dass die Cholezystektomie erst nach Ablauf von 30 Tagen empfohlen wird. Die Frage muss demnach wie folgt beantwortet werden: Ein derartiges Fallsplitting ist üblich. Es verbietet sich erst dann, wenn durch Untersuchungen belegt würde, dass ein derartiges Vorgehen für den Patienten von Nachteil wäre. Dies ist hier offenbar nicht der Fall. Mit der Angst vor einer erneuten Gallenkolik während des Wartens auf die OP bleibt der Patient jedoch allein.

**Nikolaus Knoepffler**

*Allgemeine Vorbemerkung*

Allen Fallbeispielen gemeinsam ist die ökonomische Komponente. Durch die geltenden Rahmenbedingungen besteht ein finanzieller Anreiz für die Ärzte bzw. die Klinik-

verantwortlichen, den Patienten nicht die bestmögliche Behandlung zu gewährleisten, sondern sie möglichst kosteneffizient zu behandeln. Was die Ärzte angeht, widerspricht dies dem traditionellen hippokratischen Berufsethos des Arztes, wonach die zentrale Aufgabe des Arztes darin besteht, sich um das Wohl des Patienten zu kümmern und dabei alles zu tun, um von ihm Schaden abzuwenden: das Prinzip des „*Nil nocere*“. Es widerspricht auch dem modernen amerikanischen ärztlichen Berufsethos, wonach der Arzt in Respekt vor der Autonomie des Patienten („*principle of autonomy*“) um dessen Wohl besorgt zu sein hat. Er wird darum ebenfalls dem Nichtschadensprinzip („*principle of non-maleficence*“) folgen und alles tun, damit der Patient eine möglichst gute Fürsorge und Behandlung erhält („*principle of beneficence*“). Die Behandlungsgrenze ist dann erreicht, wenn die Behandlung eines Patienten unverhältnismäßig die Behandlungsmöglichkeiten anderer Patienten einschränkt, also gegen das Gerechtigkeitsprinzip („*principle of justice*“) verstößt. Eine wesentliche Aufgabe bei der Gestaltung eines gerechten und dem ärztlichen Beruf angemessenen Gesundheitssystems bestünde in einer Änderung der Anreizstrukturen dieses Systems. Was damit gemeint ist, kann andeutungsweise im Rahmen der Behandlung der einzelnen Fallbeispiele exemplifiziert werden.

Gemäß den geltenden Regeln haben sich alle Beteiligten korrekt verhalten, denn um den Erlös zu maximieren, wird die 41-jährige Patientin nach der Beendigung der Kolik nicht sofort operiert (was möglich gewesen wäre), sondern erst zu einem Zeitpunkt, an dem der DRG-Erlös gesteigert werden kann. Damit wird freilich der eigentliche Sinn der DRG-Regel aus finanziellen Gründen umgangen und der Patientin zugemutet, nochmals einige Wochen mit der Furcht vor einer weiteren Kolik und den damit verbundenen Schmerzen leben zu müssen. Nach dem ärztlichen Be-

rufsethos ist darum eine derartige Entscheidung nicht die bestmögliche, nach den geltenden Regeln aber die derzeit von den Anreizstrukturen her wohl in den meisten derartigen Fällen präferierte. Diese Situation zeigt geradezu typisch auf, wie Fehlanreize ein Verhalten hervorrufen, durch das eine der Beteiligten, nämlich die Patientin, kurzfristig und alle anderen Beteiligten langfristig benachteiligt werden. Die Patientin wird schlechtergestellt, weil die sofortige Entfernung der Gallenblase ihr jede Angst vor neuen Komplikationen genommen hätte und ihr den zusätzlichen Aufwand erspart hätte, der sich aus der späteren Behandlung ergibt. Die Ärzte werden benachteiligt, weil sie nicht nach medizinischen, sondern nach ökonomischen Kriterien die Behandlung zeitlich festlegen. Langfristig profitieren aber auch die Krankenhäuser nicht von diesem Vorgehen, weil damit zu rechnen ist, dass alle diesen Trick anwenden, sodass am Ende kein Krankenhaus dadurch bessergestellt ist, wenn man davon ausgeht, dass das Budget insgesamt gedeckelt ist. Eine Lösung der Problematik kann in diesem Fall nicht vom Handeln der beteiligten Personen und Institutionen erwartet werden, sondern von einer Änderung der Splittingregel.

### **Rolf-Werner Bock**

Bei dieser Fallkonstellation darf das Behandlungsgagieren nicht aus rein abrechnungstechnischen Erwägungen „gestreckt“ werden. Ein solches Handeln stellt vielmehr einen Verstoß gegen das sozialrechtliche Gebot zweckmäßiger und wirtschaftlicher sowie auch indikationsgerechter Leistungserbringung dar.

Offensichtlich entspricht die für den Folgetag angesetzte Durchführung der Operation dem bei der Patientin einzuhaltenden Standard – auch im Einklang mit den einschlägigen Leitlinien –, wobei die Patientin in dieses Pro-

zedere sogar bereits eingewilligt hat. Offenbar kam also auch der Patientin selbst das initial vorgeschlagene Behandlungsprozedere entgegen, womit dem sozialrechtlichen Erfordernis wirtschaftlicher Leistungserbringung also „zwanglos“ Rechnung getragen werden konnte.

### **Wolfgang Thielmann**

Ja, der Arzt darf Behandlungen strecken, aber er muss mehr Koordinaten berücksichtigen, als hier aufgeführt sind. Zu den wichtigsten gehört das Wohl der Patientin: Was ist zu ihrer Gesundung machbar und vertretbar? Die Ökonomie muss den Patienten dienen, nicht umgekehrt.

Wenn es zu wirtschaftlichen Engpässen kommt, muss das Krankenhaus das Gespräch mit der Politik suchen. Und eine kluge Krankenhausführung bedient sich des leitenden Arztes, um ihre Argumente wasserdicht vorzutragen.

## **Fall 2: Beeinflussung des Behandlungskonzepts zur Erlösverbesserung**

### **Rafael Rosch**

Ein 61-jähriger selbständiger Architekt leidet an einem Leistenbruch beidseits. Auf der Suche nach dem besten Operateur stellt sich der Patient zunächst in einer Universitätsklinik nahe des Heimatorts vor. Dort wird ihm empfohlen, in zwei Eingriffen beidseits je eine laparoskopische Hernienreparation mit Einlage eines Kunststoffnetzes vornehmen zu lassen. Zudem solle zwischen den Operationen

ein Abstand von fünf Wochen liegen. Auf Nachfrage wird zusätzlich erklärt, dass die laparoskopische Hernienreparation nicht nur ein gutes Verfahren sei, sondern auch leichter stationär abgerechnet werden könnte. Mit der zweizeitigen Durchführung des Eingriffs – man operiere erst den größeren Bruch und dann fünf Wochen später die kleinere Gegenseite – sei es der Klinik zudem möglich, die entsprechende Pauschalvergütung zweimal zu bekommen. Andernfalls lohne sich der Eingriff für die Klinik nicht.

Dem Patienten ist dieser Ablauf jedoch zu langwierig. Er stellt sich deshalb in einer ca. 300 km entfernten anderen Universitätsklinik vor. Dort werden im weiteren Verlauf beide Leistenbrüche in einem kurzstationären Aufenthalt von zweieinhalb Tagen konventionell – d. h. mit einem Nahtverfahren – in Lokalanästhesie versorgt. Der erzielte Erlös liegt dabei allerdings deutlich unter der Planung der erstberatenden Klinik und ist kaum kostendeckend.

#### *Hintergrundinformation*

Die beiden OP-Verfahren – laparoskopische Netzeinlage und konventionelle Naht – sind etabliert und nach bisheriger Erkenntnis der Wissenschaft in der Therapie des primären Leistenbruchs gleichwertig. Um bei einem beidseitigen Leistenbruch beide Seiten separat abrechnen zu können, müssen zwischen den Eingriffen mindestens 30 Tage liegen. Grundsätzlich sollen Leistenbrüche ambulant versorgt werden. Eine stationäre Therapie muss begründet werden. Dies gelingt bei dem aufwendigeren laparoskopischen Verfahren in der Regel leichter.

#### *Frage zur Diskussion*

Dürfen der Wettbewerbsdruck und die berechtigten ökonomischen Interessen eines Behandlungsteams sowohl die Therapiewahl als auch die Ablaufplanung in diesem Maße beeinflussen?



*Kommentare:*

### **Manfred Weber**

Im vorliegenden Fall geht es bei der Behandlung von zwei Leistenbrüchen (rechts und links) zunächst um die Frage, ob von den beiden zur Verfügung stehenden Operationsverfahren – Einlage eines Kunststoffnetzes versus Nahtverfahren – ein Verfahren medizinisch bessere Ergebnisse ergibt. Dies ist nicht der Fall. Nach derzeitigem Wissensstand sind beide OP-Verfahren gleichwertig. Allerdings macht die Netzeinlage eine Vollnarkose notwendig, das Nahtverfahren ist in Lokalanästhesie durchführbar. Insofern besteht bei Wahl des letzten Verfahrens für den Patienten ein geringeres Anästhesie- bzw. Narkoserisiko. Die gestellte Frage ist somit medizinisch-ethisch eindeutig zu beantworten.

Wettbewerbsdruck und ökonomische Interessen sollten die Therapiewahl und die Ablaufplanung nicht beeinflussen. Der klinische Alltag sieht jedoch bereits heute anders aus. Da die Krankenhausbudgets auf die einzelnen Kliniken „heruntergebrochen“ werden, muss jeder Chefarzt bzw. Klinikdirektor dafür sorgen, dass seine Abteilung wirtschaftlich arbeitet. Verfahren, die erkennbar defizitär sind, werden den Patienten möglicherweise gar nicht mehr angeboten. Dies ist zwar im geschilderten Fall nicht so gewesen, auf die Unterdeckung wird jedoch hingewiesen. Insofern ist es durchaus üblich geworden, eine gewisse „Erlösoptimierung“ zu betreiben und einem gewissen Prozentsatz der Patienten das laparoskopische Netzverfahren zu empfehlen. Auch das sog. „Fallsplitting“, d. h. die Aufteilung einer ärztlichen Maßnahme in zwei voneinander getrennte stationäre Phasen, ist gang und gäbe und eine Folge des DRG-Systems. Dies ließe sich nur dann vermeiden, wenn die tatsächlichen ärztlichen Leistungen auch im DRG-System vollständig vergütet würden. Ein derartiges

Prozedere käme jedoch einer Einzelabrechnung der jeweiligen Leistungen bei einem Patienten gleich, also einer Form der Abrechnung, die bei Einführung des DRG-Systems gerade nicht gewollt wurde. Vielmehr wollte man durch finanziellen Druck eine Verminderung des ärztlichen Leistungsumfangs bewirken.

### Nikolaus Knoepffler

Das Fallbeispiel des 61-jährigen Ingenieurs, der sich einer beidseitigen Leistenoperation unterziehen muss, zeigt besonders deutlich, wie wenig die Bedürfnisse und Wünsche der Patienten und damit auch die sog. Patientenautonomie ernst genommen werden. Das Behandlungskonzept wird im ersten Krankenhaus davon diktiert, womit der Erlös am besten zu steigern ist. Erneut werden die behandelnden Ärzte zu einem Handeln gedrängt, das ihrem ärztlichen Ethos widerspricht und gerade nicht zu ihren Aufgaben gehören sollte. Erneut zeigt sich, dass die Rahmenordnung nicht funktioniert. Sie könnte funktionieren, wenn der Arzt, der mit dem Patienten nach der bestmöglichen Therapie für die spezifische Erkrankung sucht, in keiner Weise von finanziellen Erwägungen betroffen wäre. Also wäre es nötig, das System so zu bauen, dass die Entscheidung für die Therapie unabhängig von der Institution getroffen würde, die die konkrete Behandlung vornimmt. Diese Trennung könnte funktionieren, wenn in unserem Fall das Krankenhaus ein *medizinisches* Vetorecht behielte: Das Therapieersuchen könnte ja aus medizinischen Gründen nicht sinnvoll sein, da sich der diagnostizierende Arzt geirrt haben könnte. Anders formuliert: Ärzte, die die Diagnose stellen und eine Behandlung vorschlagen, sollten dies völlig autonom und unabhängig von ökonomischen Zwängen tun dürfen. Umgekehrt sind die Kostenerstattungen für Behandlungen so festzulegen, dass diejenigen be-

lohnt werden, die gleichwertige kostengünstigere Behandlungsmöglichkeiten realisieren.

### **Rolf-Werner Bock**

Zur rechtlichen Bewertung dieses Falles muss zunächst die Frage aufgeworfen werden, welches Behandlungsagieren hier *lege artis* „indiziert“ war: konventionell versus laparoskopisch, einzeitig versus zweizeitig, ambulant versus stationär, und diese Kriterien eventuell in verschiedenen Kombinationen.

Die mitgeteilten rein „vergütungstechnischen“ Überlegungen dürfen bei der Indikationsstellung bzw. Therapiewahl keine Rolle spielen. Anderenfalls würde gegen das sozialrechtliche Gebot zweckmäßiger und wirtschaftlicher Leistungserbringung verstoßen.

Impliziert die Indikationsstellung zur möglichen Behandlung *lege artis* echte Alternativen im Rahmen gegebener Methodenfreiheit, gilt zudem Folgendes:

- Generell bleibt die sozialrechtliche Maßgabe „ambulant vor stationär“ zu veranschlagen.
- Falls Behandlungsalternativen bestehen, ist der Patient darüber aufzuklären, dass sie bestehen und welche Vor- und Nachteile bzw. Risiken jeweils mit ihnen verbunden sind.
- Dazu gehört bei vorliegender Fallkonstellation ggf. auch die Aufklärung darüber, dass im Hause lediglich die eine Behandlungsalternative (z. B. konventionelle Operationsdurchführung) angeboten werde, während wegen der alternativen (beispielsweise laparoskopischen) Behandlungsmethode eine Vorstellung andernorts erforderlich sei. (Dabei mag auch die Alternative stationär versus ambulant gerade für einen selbstständig Berufstätigen aus wirtschaftlichen Gründen besondere Bedeutung haben.)

- Handelt es sich um einen Privatpatienten, bedarf es zudem der „wirtschaftlichen Aufklärung“ über eventuell von ihm selbst zu tragende Kosten (bzw. darüber, inwieweit er insofern Informationen einholen sollte).

### **Wolfgang Thielmann**

Hier liegt ein ärgerlicher Fall vor. Der Anspruch des Mannes erscheint mir hypertroph. Einen Standardeingriff wie einen Leistenbruch kann das nächstgelegene Krankenhaus vornehmen. Aber wir haben einen Gesundheitsmarkt. Der Arzt kann die Behandlung strecken, wenn er dadurch Mittel freisetzt für andere Fälle.

Der Fall ist aus einem zweiten Grund ärgerlich: Vermutlich ist eine Streckung nur besser abzurechnen, aber nicht wirklich günstiger.

## **Fall 3: Heimatferne Verlegung wegen zu hoher Kosten**

### **Rafael Rosch**

Ein Kreiskrankenhaus bittet um die Übernahme einer 72-jährigen Patientin in die chirurgische Abteilung des 30 km entfernten Universitätsklinikums. Bei der Patientin besteht ein akuter Darmverschluss (Ileus) mit der Notwendigkeit einer sofortigen Notoperation. Als Begründung für die Verlegung wird zunächst auf verschiedene Nebenerkrankungen (Adipositas permagna, Diabetes mellitus, früherer Herzinfarkt, Blutverdünnung mit Marcumar) verwiesen. Die eigene Kapa-

zität auf der Intensivstation werde dadurch übermäßig blockiert und so das OP-Programm des Folgetags beeinträchtigt. Zudem belaste die Patientin durch die Nebenerkrankungen das Budget des Kreiskrankenhauses zu stark.

Nach der Übernahme und nach einer Gerinnungsstabilisierung durch Gabe teurer Gerinnungsfaktoren erfolgt die Notoperation. Hierbei findet sich als Ursache des Darmverschlusses ein bösartiger Tumor des Dickdarms, welcher entfernt wird. Im postoperativen Verlauf tritt als Komplikation eine Lungenentzündung auf, durch die eine erneute künstliche Beatmung und eine Breitbandantibiose notwendig werden. Durch den verlängerten Intensivaufenthalt von insgesamt zwei Wochen ist ein Intensivplatz blockiert und damit auch in der Universitätsklinik die Planung weiterer chirurgischer Eingriffe erschwert. Da ferner ein multiresistenter Keim (MRSA) nachgewiesen wird, muss die Patientin später auf der Normalstation zusätzlich isoliert und eine spezifische Antibiotikatherapie durchgeführt werden. Nach drei Wochen ist die Patientin kostaufgebaut, teilmobilisiert und verlegungsfähig. Aufgrund des noch reduzierten Allgemeinzustandes und der kardialen Vorgeschichte wird zunächst von einer weiteren Chemotherapie Abstand genommen. Eine Rückübernahme der Patientin in das initial behandelnde Krankenhaus sowie die anschließende Verlegung in eine Frührehabilitationseinrichtung erfolgt wegen des multiresistenten Keims bzw. wegen der dort mangelnden Isolationskapazität insgesamt jedoch mit einer Verzögerung von weiteren zwei Wochen.

### *Hintergrundinformation*

Nach Abschluss der Konvergenzphase des DRG-Systems werden vom Jahr 2009 an alle Krankenhäuser landesweit gleich vergütet.

*Frage zur Diskussion*

Ist die heimatferne Verlegung multimorbider und damit kostenträchtiger Patienten im Wettbewerb akzeptabel?

*Kommentare:*

**Manfred Weber**

Im vorliegenden Fall wird die Verlegung einer multimorbiden Patientin mit akutem Darmverschluss seitens des verlegenden Krankenhauses mit wirtschaftlichen Zwängen begründet: „Die eigene Kapazität auf der Intensivstation werde dadurch übermäßig blockiert ... Zudem belaste die Patientin durch die Nebenerkrankungen das Budget des Kreiskrankenhauses zu stark.“ Diese Begründung ist nicht akzeptabel. Jedes Krankenhaus hat in seinem Einzugsbereich die Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Auch die fehlende Rückübernahme der Patientin nach der Primärversorgung und trotz klinischer Verlegungsfähigkeit ist nicht akzeptabel. Probleme mit multiresistenten Keimen haben alle Krankenhäuser. Die notwendige Isolation von Patienten und das hierzu notwendige vorübergehende Schließen von Betten aus Hygienegründen (z. B. in 2-Bett-Zimmern) stellt für jedes Haus eine wirtschaftliche Belastung dar. Das primär versorgende Krankenhaus des Einzugsgebietes muss jedoch diejenigen Patienten zurückübernehmen, die aus seinem Einzugsgebiet kommen.

So klar die Verhaltensregeln bei diesem Fall sind, so sehr versuchen Krankenhäuser jedoch andererseits, wirtschaftliche Risiken auf Universitätskliniken oder Krankenhäuser der Maximalversorgung zu verschieben. Die Begründungen sind im Regelfall nicht derart ehrlich und transparent, wie hier beschrieben. Wenn das verlegende Krankenhaus z. B. medizinisch argumentiert und etwa darauf verwiesen hätte,

dass die eigene ärztliche Kompetenz nicht ausreichen würde, um den Fall operativ zu versorgen, sähe der beschriebene Fall vollkommen anders aus: Die Universitätsklinik hätte übernehmen müssen. (Auch habe ich schon erlebt, dass man Patienten zu verlegen versuchte mit der Begründung, dies sei ein interessanter Fall für den studentischen Unterricht.) Der Fall zeigt andererseits, dass das DRG-System die Leistungen der Universitätskliniken und der Kliniken der Maximalversorgung nur unzureichend abbildet. Üblicherweise wird davon ausgegangen, dass der Schweregrad der Erkrankungen in etwa einer Gauss-Verteilung folgt mit gleich vielen leichten und schweren Fällen, die um einen Mittelwert pendeln. Durch die Zuverlegungen findet sich bei Maximalversorgern jedoch eine bimodale Verteilung. Der erste Gipfel wird durch die Patienten des eigenen Einzugsgebietes generiert, der zweite Gipfel durch Fälle, die in die Universitätsklinik verlegt werden aufgrund der dort vorhandenen ärztlichen Kompetenz. Zwar wird der Schweregrad des einzelnen Falles bei einer korrekten Codierung im DRG-System zu einer weitgehenden Abbildung der Behandlungskosten führen; die Vorhaltekosten von Intensivstationen, Dialyseeinrichtungen, OP-Sälen scheinen jedoch nur unzureichend abgebildet und finanziert zu werden.

### **Nikolaus Knoepffler**

Der Fall der multimorbiden und kostenträchtigen Frau lässt sich ethisch nur bewerten, wenn man die Zusatzannahme macht, dass das kleinere Krankenhaus die Frau tatsächlich hätte behandeln können und nicht doch durch die Multimorbidität medizinisch überfordert gewesen wäre. Wenn das kleinere Krankenhaus die Frau grundsätzlich hätte behandeln können, dann hängt eine Bewertung in diesem Fall auch sehr davon ab, wie sehr eine derartige Patientin die Kapazität der Intensivstation belastet hätte. Hier kommt näm-

lich das Gerechtigkeitsprinzip ins Spiel. Es kann darum sinnvoll und nötig sein, eine derartige Patientin zu verlegen, wenn sonst die Gefahr besteht, zu viele andere Patienten zu belasten. Angenommen, der eigentliche Grund für die Verlegung bestünde darin, Kosten für das Kreiskrankenhaus zu vermeiden, dann spielt dieses Kreiskrankenhaus in doppelter Weise ein „böses“ Spiel – freilich durch verfehlte Anreizstrukturen induziert: Zum einen schiebt es den „Schwarzen Peter“ hinsichtlich der Kosten an die Uniklinik weiter, was unfair ist, und zum anderen mutet es der Patientin unnötig das Risiko der Verlegung zu, was gerade nicht die bestmögliche Behandlung bedeutet.

### **Rolf-Werner Bock**

Bei der Patientin bestand offenbar die Indikation zur notfallmäßigen operativen Behandlung. Zur Eingriffsdurchführung erfolgte ihre Verlegung vom initial behandelnden Kreiskrankenhaus in ein Universitätsklinikum, wo dann postoperativ über mehrere Wochen komplexe Behandlungsmaßnahmen erforderlich wurden.

Unter sozialrechtlichen Aspekten muss die Krankenbehandlung „ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muss in der fachlich gebotenen Qualität sowie wirtschaftlich erbracht werden“ (vgl. § 70 Abs. 1 Satz 2 SGB V). Haftungsrechtlich entspricht der „im Verkehr erforderlichen Sorgfalt“ eine Behandlung der Patienten gemäß den Regeln der ärztlichen Kunst bzw. dem für den konkreten Einzelfall einschlägigen „medizinischen Standard“.

Vor diesem Hintergrund stellt sich hier die Frage, ob überhaupt eine „Indikation“ zur Verlegung der Patientin bestand. Sie war gegeben, sofern zum Verlegungszeitpunkt absehbar *lege artis* „notwendig“ bessere Versorgungsmöglichkeiten im Universitätsklinikum in Anspruch zu nehmen waren.



Die genannten wirtschaftlichen Aspekte vermochten insofern keine Begründung darzustellen. Sofern eine solche medizinische Indikation nicht vorlag, wurde mit der Verlegung der Patientin keiner haftungsrechtlichen Anforderung entsprochen (eventuell implizierte die Verlegung sogar eine sorgfaltspflichtwidrige Risikoerhöhung), und es wurde zudem gegen sozialrechtliche Maßgaben verstoßen.

### **Wolfgang Thielmann**

Eine heimatferne Verlegung ist akzeptabel, wenn sie medizinisch begründbar, ethisch vertretbar und persönlich machbar ist. Dabei wäre die ärztliche Stimme in Beratung mit dem Pflegepersonal die ausschlaggebende.

In diesem Fall jedoch ist eine Behandlung im Kreiskrankenhaus leistbar. Das Argument einer „übermäßigen Blockierung“ der Intensivstation ist schwer nachvollziehbar. Zudem ist Heimatferne eigentlich nicht erwünscht und zunächst zu vermeiden. Hier kommt hinzu, dass die Verlegung nichts gebracht hat und ex post abzulehnen ist.

## **Fall 4: Ökonomisch reduzierte Kapazität von Intensivplätzen**

### **Rafael Rosch**

Ein 38-jähriger Radiologe kollidiert in einer Großstadt als Radfahrer mit einem Pkw. Vor Ort muss der (trotz Helm) schwer an Schädel und Gehirn Verletzte zunächst reanimiert werden. Nach Stabilisierung ist der Transport in ein

neurochirurgisches Zentrum geplant. Die drei in der Stadt vorhandenen neurochirurgischen Kliniken, von denen die nächstgelegene mit dem Rettungswagen in fünf Minuten zu erreichen wäre, lehnen die Übernahme mangels Kapazität ab. Der Notarzt vor Ort ordert in Absprache mit der Rettungsleitstelle der Feuerwehr daraufhin sofort einen Hubschrauber. Nach Aufnahme des weiterhin sehr grenzwertig stabilen Patienten fliegt man, um eine weitere Verzögerung der dringend erforderlichen Versorgung zu vermeiden, nach telefonischer Anfrage das nächstgelegene auswärtige Zentrum in einer 50 km entfernten Nachbarstadt an. Während der Hubschrauber schon in der Luft ist, wird auch dort die Übernahme abgesagt, sodass er kurz vor der Ankunft in der Nachbarstadt nochmals in eine 80 km entfernte Stadt umgeleitet wird. Dort diagnostiziert das Polytrauma-Team ohne weitere Verzögerung als einzige relevante Unfallfolge eine große Hirnblutung. Wegen der Größe der mittlerweile fortgeschrittenen Blutung sind die hirnversorgenden Blutgefäße jedoch komplett abgeklemmt, sodass nach Feststellung des Hirntods die weitere Behandlung eingestellt wird.

#### *Hintergrundinformation*

In den Universitäts- und Großkliniken werden im Rahmen von Sparmaßnahmen aktuell Beatmungsplätze auf den operativen Intensivstationen abgebaut und in kostengünstigere Intermediate-Care-Stationen (ohne Beatmungsmöglichkeit) umgewandelt. Seitdem werden auch notfallmäßige Übernahmen intensivpflichtiger Patienten immer wieder verzögert.

#### *Frage zur Diskussion*

Wie weit ist die ökonomisch begründete Einschränkung von Intensivkapazitäten in Kliniken der Maximalversorgung vertretbar?

*Kommentare:*

### **Manfred Weber**

Dieser tragische Fall zeigt exemplarisch die „Verbetriebswirtschaftlichung“ der medizinischen Versorgungsstrukturen. Die rückläufige Finanzierung medizinischer Leistungen innerhalb der Konvergenzphase des DRG-Systems, die unter dem Schlagwort *Wettbewerb um Effizienz und Qualität* geführt wird, hat dazu geführt, dass Krankenhäuser teure Vorhalteleistungen abgebaut haben. Dies betrifft die Krankenhausbetten generell, aber auch die Kapazität an Intensivplätzen oder die Verfügbarkeit von Operationssälen. War ein Krankenhaus vor wenigen Jahren noch mit einer Bettenbelegung von 85 % gut ausgelastet, versucht man heute eine Zielbelegung von 90 oder gar 95 % zu erreichen. Auch wurden in vielen Fällen „klinikeigene“ Betten zugunsten einer fachgebietübergreifenden Belegung aufgelöst sowie Stationen geschlossen und Pflegepersonal entlassen, um eine höhere Wirtschaftlichkeit zu erreichen. Diese betriebswirtschaftlichen Entscheidungen, die durch die politisch gewollten Rahmenbedingungen geradezu erzwungen werden, führen nun dazu, dass in Notfällen ausreichende Behandlungsstrukturen nicht mehr verfügbar sind.

Der geschilderte Fall setzt ja voraus, dass (1.) ein freier Operationssaal mit (2.) einem kompetenten chirurgischen und anästhesiologischen Behandlungsteam „vorgehalten“ werden muss. Ferner muss (3.) nachfolgend auch auf der Intensivstation ein freies „Beatmungsbett“ vorgehalten werden, um den Patienten postoperativ weiterbetreuen zu können. Dieses Vorhalten von Krankenhausleistungen sowohl im personellen als auch im strukturellen Bereich kostet Geld, da die Ressourcen, die für den Notfall bereitstehen sollen, im Übrigen gar nicht oder nur in einer betriebswirtschaftlich ineffektiven Weise genutzt werden können. Kran-

kenhäuser, die für Notfälle eine ausreichende Versorgung vorhalten, werden betriebswirtschaftlich schlechtere Zahlen erwirtschaften und somit als Verlierer im Wettbewerb identifiziert werden.

Ethisch ist die Frage somit schnell beantwortet: Die Krankenhäuser müssen eine ausreichende Intensiv- und OP-Kapazität vorhalten. Solange diese Vorhalteleistungen jedoch ökonomisch nicht ausreichend abgebildet und vergütet werden, wird man mit derartigen Fällen auch zukünftig rechnen müssen.

Um diese krisenhafte Entwicklung zu bremsen, wurde verschiedentlich vorgeschlagen, Krankenhäuser der Maximalversorgung und Universitätskliniken mit einem DRG-Zuschlag besser zu stellen. Alternativ wäre es möglich, die Vorhalteleistung aus Steuermitteln zu bezahlen: Schließlich ist die Sicherstellung der Notfallversorgung im Interesse der Allgemeinbevölkerung.

### **Nikolaus Knoepffler**

Das Fallbeispiel des verunglückten 38-jährigen Radiologen verlangt erneut eine Fallunterscheidung: Wenn die absagenden Krankenhäuser den Patienten abgelehnt haben, weil tatsächlich keinerlei Behandlungsmöglichkeit gegeben war, dann handelt es sich um eine Verkettung tragischer Umstände, die mit dem Hirntod des Patienten endete. Aus dem Fall wäre zu lernen, dass es nötig ist, mehr Beatmungsplätze auf Intensivstationen vorzuhalten, und dass die Anreizstrukturen so zu setzen sind, dass sich derartige Beatmungsplätze für Krankenhäuser lohnen. Wenn dagegen die Entscheidung auch nur eines der Krankenhäuser, die abgesagt haben, nicht aufgrund des Mangels an Plätzen, sondern rein aus Kostengründen getroffen worden ist, dann ist den Betroffenen eine schwere Verletzung des ärztlichen Berufsethos vorzuwerfen, wenn es sich um

Ärzte handelt. Handelt es sich um Angestellte aus der Verwaltung, so haben sie zumindest das zentrale Gebot der Hilfeleistung verletzt. Kann ihnen dieses Vergehen auch nachgewiesen werden, sollten sie dafür straf- und zivilrechtlich zur Verantwortung gezogen werden.

### **Rolf-Werner Bock**

Der Fall impliziert zwei Problemstellungen:

Zum einen ist zu akzeptieren, dass auch in wohlorganisierten Versorgungsstrukturen unter Einschluss von Notfallvorhaltungen objektiv Kapazitätsgrenzen erreicht werden können. Dann muss – und kann nur – die nächsterreichbare Einrichtung in Anspruch genommen werden. Allerdings bedarf es auch für diese Situation organisatorischer Vorkehrungen: „Sperrungen“ sind rechtzeitig mitzuteilen, damit potenziell geeignete Versorgungseinrichtungen ohne Zeitverzug von vornherein in ein Behandlungsregime einbezogen werden können. Dadurch ist dann ein „Rettungs-Tourismus“ vermeidbar.

Zum anderen stellt sich die Frage nach der adäquaten Ausstattung von Behandlungseinrichtungen nach Maßgabe der jeweiligen Versorgungsstufe. Insoweit vorgegebene Versorgungsaufträge und damit verbundene Ausstattungsmerkmale dürfen nicht unterschritten werden. Anderenfalls läge darin der Mangel, falls eine Patientenaufnahme abgelehnt werden „muss“. So hat insbesondere die Einrichtung von Intermediate-Care-Stationen eigentlich auch nicht den Sinn, gemäß dem Versorgungsauftrag vorgegebene Intensivplätze (mit Beatmungsmöglichkeit) zu reduzieren. Vielmehr sollen planmäßig vorzuhaltende Beatmungsplätze gerade den Patienten zur Verfügung stehen können, welche sie tatsächlich benötigen.

Generell darf nicht außer Acht bleiben, dass aus ökonomischen Gründen faktisch beschränkte Ressourcen

keine Reduzierung des Haftungs- und Strafbarkeitsmaßstabes zur Folge haben. Bei bloßer „Mangelverwaltung“ besteht das Risiko, dass ein Organisations- oder Übernahmeverschulden festgestellt werden muss.

### **Wolfgang Thielmann**

Auch wenn der Fall juristisch anders zu beurteilen ist: Das ist unterlassene Hilfeleistung. Das Handeln des Notarztes ist, wenn eine perakute Verschlechterung droht, nicht lege artis. Er hätte sich nicht abwimmeln lassen dürfen. Er sitzt im Notfall am längeren Hebel. Die rheinische Regel „Einer geht noch“ hätte an der ersten Klinik durchgesetzt werden müssen.

Fälle wie dieser können sein, aber sie dürfen nicht sein. Die ökonomisch begründete Einschränkung von Intensivplätzen ist etwas phantasielos. Da müssen Gespräche mit der Politik geführt werden.

## **Fall 5: Blutige Entlassung**

### **Rafael Rosch**

Eine 83 Jahre alte alleinstehende und allein lebende Dame erhält die Diagnose eines großen, operationsbedürftigen Dickdarmtumors. Bei mäßig erhöhtem Risikoprofil bleiben Vorbereitung, OP und postoperativer Verlauf frei von Komplikationen. Am zehnten Tag nach der Operation ist die Patientin grundsätzlich entlassungsfähig, benötigt aber noch Wundkontrollen und darüber hinaus noch verschiedene Hilfestellungen in ihrem Alltag, sodass sie noch nicht wie-

der allein leben kann. Die einzige Angehörige vor Ort (Tochter) kann die Patientin aus Platzgründen nicht aufnehmen. Weitere Angehörige leben in 600 km Entfernung und stehen nicht mehr in Kontakt zur Patientin. Der Hausarzt führt keine Hausbesuche durch und lehnt telefonisch die Verantwortung für die noch notwendige Behandlung ab. Ein Antrag auf Übernahme der Kosten für eine geriatrisch ausgerichtete Rehabilitation wird frühzeitig an die Krankenkasse gestellt. Die Kostenübernahme verzögert sich allerdings durch wiederholte bürokratische Prüfungen der Rehabilitationsfähigkeit der Patientin. Erst nach Erhalt der schriftlichen Kostenübernahme kann ein Rehabilitationsplatz besorgt werden. Schließlich kann die Patientin am 23. postoperativen Tag in eine Rehabilitationsabteilung für alte Menschen verlegt werden. Zu diesem Zeitpunkt ist die DRG in Relation zur Liegedauer – also der pro Liegetag zu erreichende Erlös – so vermindert, dass die behandelnde Klinik, welche intern budgetiert wird, für den Fall mehr ausgibt, als sie einnimmt.

#### *Hintergrundinformation*

In vielen Kliniken werden die einzelnen Abteilungen intern budgetiert, was bedeutet, dass alle angeforderten Leistungen und Materialausgaben aus dem eigenen Budget bestritten werden müssen. Auf der Einnahmenseite des Budgets stehen die DRG-Erlöse.

#### *Frage zur Diskussion*

Darf das DRG-System sich in seiner Erlösstruktur allein an den medizinischen Gegebenheiten und Maßnahmen ausrichten und damit die sog. „blutige Entlassung“ fördern?

*Kommentare:*

### **Manfred Weber**

Hier handelt es sich um einen Fall, bei dem das Entlassmanagement organisatorische Defizite aufweist. Als Erstes ist kritisch anzumerken, dass der Hausarzt nicht berechtigt ist, die Verantwortung für die noch notwendige Wundbehandlung abzulehnen. Er hat durch Übernahme des Kasensarztsitzes auch einen Versorgungsauftrag übernommen, den er zu erfüllen hat. Die nächste Schwachstelle – die Verzögerung bei der Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse für die geriatrische Rehabilitation – ist ein Standardproblem, welches in diesem Falle dazu führt, dass die Patientin 13 Tage länger im Krankenhaus verbleiben muss. Sie belegt damit ein Bett, welches bereits für einen neuen Fall (und damit neue Einnahmen) genutzt werden könnte. Außerdem überschreitet sie die obere Grenzverweildauer, die im Rahmen des DRG-Systems festgelegt ist. Für das betreuende Krankenhaus führt eine so lange Liegezeit zu Abschlägen bei der Vergütung.

Fall und Frage passen allerdings nicht gut zusammen. Die Erlösstruktur des DRG-Systems orientiert sich derzeit allein an den medizinischen Gegebenheiten und Maßnahmen. Diese waren in diesem Fall bereits nach dem zehnten Tag abgeschlossen, die Patientin war entlassungsfähig. Es handelte sich somit nicht um eine vorzeitige, sog. blutige Entlassung. Diese läge dann vor, wenn die betreuenden Ärzte die Patientin frühzeitig und vor Abschluss der medizinischen Maßnahmen in weiterbehandelnde Strukturen verlegt hätten. Umgekehrt sollte es jedoch genauso selbstverständlich sein, dass logistische Defizite in der Nachbetreuung nicht zulasten des erstversorgenden Krankenhauses gehen. Einerseits hätte sich der nachversorgende Hausarzt nicht weigern dürfen, die Patientin ambulant



nachzubetreuen. Ausreichende Vergütungsstrukturen (z. B. für Hausbesuche) müsste das System jedoch auch für ihn vorhalten. Die Verzögerung bei der Krankenkasse hat diese allein zu vertreten. Die zusätzlichen 13 Behandlungstage müssten somit von der Krankenkasse gesondert übernommen werden, was derzeit aber nicht der Fall ist. Der Fall schildert deshalb exemplarisch die Versorgungsdefizite, die in Deutschland an den Schnittstellen zwischen stationärer Versorgung, ambulanter Versorgung und Rehabilitation bestehen, sodass es derzeit regelmäßig zu Nachteilen für das primär versorgende Krankenhaus kommt. Er zeigt auch, dass die familiären Strukturen in Deutschland nicht mehr geeignet sind, diese Defizite durch familiäre Hilfeleistung aufzufangen. Änderungen zugunsten des Primärversorgers müssen daher dringlich angestrebt werden.

### Nikolaus Knoepffler

Der Fall der 83-jährigen Patientin zeigt ein vielfaches Versagen verschiedener Personen und Institutionen, beginnend bei der Patientin selbst. Sie muss sich fragen lassen, warum sie ihre Eigenverantwortung so wenig ernst genommen hat, dass es ihr an jedem sozialem Netz zu fehlen scheint. Was den Hausarzt angeht, so ist begrifflich zu fragen, ob ein solcher Arzt überhaupt den Namen *Hausarzt* verdient. Ethisch ist anzufragen, ob sich nicht aus seinem Berufsethos mitsamt der damit verbundenen Garantenstellung eine Verpflichtung ergeben würde, sich um eine derartige Patientin zu kümmern. Staatliche Stellen sind in doppelter Weise anzufragen: Mit welchem Recht können bürokratische Vorgänge in Notfällen so lange dauern, dass andere Institutionen damit belastet werden? Hier ließe sich eine einfache Lösung finden: Die Patientin könnte auch dann in eine Rehabilitation überstellt werden, wenn die Prüfung noch läuft. Kosten, die hierbei anfallen, könn-

ten, wenn sich herausstellt, dass eine solche Rehabilitation nicht nötig war, teilweise von der Krankenkasse, aber auch teilweise von der betreffenden Patientin übernommen werden. Zudem ist zu fragen, warum eine Institution, die eine „blutige“ Entlassung vermeidet und so mit dem Prinzip des „Nil nocere“ ernst macht, im Rahmen der Vergütungsspielregeln bestraft wird. Mit dieser Frage schließt sich der Kreis zu den eingangs gemachten Bemerkungen.

### **Rolf-Werner Bock**

Bei diesem Fall sollte zunächst der Terminus „blutige Entlassung“, der die Annahme eines unsachgemäßen Behandlungsganges nahelegen könnte, hinterfragt werden. So heißt es in der Falldarstellung explizit, die Patientin sei am zehnten postoperativen Tag nach den standardgemäß zu berücksichtigenden medizinischen Kriterien „entlassungsfähig“ gewesen. Es liegt in der Natur der Sache, dass heute beispielsweise ambulantes Operieren vielfach eine sog. „blutige Entlassung“ impliziert. Damit wird jedoch die erforderliche medizinische Nachsorge nicht obsolet, sondern lediglich in den außerklinischen bzw. außerstationären Bereich verlagert. Bezeichnet in diesem Sinne der Begriff „blutige Entlassung“ einerseits nichts grundsätzlich Abzulehnendes, dürfen andererseits allgemein wirtschaftliche und insbesondere vergütungstechnische Überlegungen nicht dazu führen, „zu frühe“ Entlassungen vorzusehen bzw. an einem einmal geplanten ambulanten Eingriff starr festzuhalten. Ein solches Handeln würde den medizinischen Standards widersprechen und somit auch die rechtliche Sorgfaltspflicht verletzen.

Infolgedessen muss es angesichts der Tatsache, dass grundsätzlich eine möglichst frühe Entlassung der Patienten aus der Behandlung anzustreben ist, pragmatisch darum gehen, die daraus resultierenden Organisationserfor-

dernisse möglichst zeitgerecht zu veranlassen. Dazu gehört beispielsweise im Zusammenhang mit ambulanten Eingriffen insbesondere auch, rechtzeitig eine Sozialanamnese des Patienten zu erheben, um die daraus resultierenden Maßnahmen einleiten zu können. Dabei könnte sich dann beispielsweise ergeben, dass bereits präoperativ eine weitergehende therapeutische Aufklärung bzw. Sicherungsaufklärung hinsichtlich der postoperativen Erfordernisse vorgenommen werden müsste, oder gar, dass von einer ambulanten Durchführung des Eingriffs ganz abzusehen wäre.

### **Wolfgang Thielmann**

Die Diskussionsfrage wäre zu verneinen, wäre sie nicht falsch gestellt. Die Erlösstruktur ist beeinflussbar. Gibt es zum Beispiel an der Klinik kein Telefon, mit dessen Hilfe die Kostenübernahme beschleunigt werden kann?

Eine „blutige“ Entlassung kann toleriert werden. Ob hier, ist allerdings fraglich. Dafür wäre eine gemeinsame Entscheidung der Ärzte mit dem Pflegepersonal nötig. Auf keinen Fall kann die Frau in eine ungeklärte Versorgungssituation abgeschoben werden. Konkurrieren ärztliche und ökonomische Gesichtspunkte, müssen Ärzte und Ökonomen miteinander, nicht gegeneinander eine Lösung finden.

Ein Hausarzt, der keine Hausbesuche macht (der im Übrigen ein schwarzer Schimmel ist), wäre aus meiner Sicht ein Fall für einen dezenten Hinweis an die lokale Presse.