

Kliniken im Umbruch: Fallpauschalen, kürzere Liegezeiten, weniger Geld

Was kommt auf Patienten zu, die heute oder morgen ein Krankenhaus aufsuchen müssen? Wie selten zuvor sehen sich Kliniken in Stadt und Land mit einschneidenden Veränderungen konfrontiert. Schätzungen gehen davon aus, dass dreißig Prozent aller heute bestehenden Krankenhäuser schließen müssen. Wo bleiben die Patienten? Wolfgang Borgmann beschreibt die gegenwärtige Situation.



Schick, weiträumig und angenehm: so wünscht sich mancher Patient seine Umgebung, wenn er ins Krankenhaus einrücken muss. Für die meisten ein Wunschtraum.

Foto Zweygarth

„Noch eines der besten Versorgungssysteme der Welt“

Kliniken im Umbruch: worauf sich Patienten in schwierigen Zeiten in Deutschland einstellen müssen

Täglich findet in deutschen Krankenhäusern ein heikler Spagat zwischen ökonomischen Zwängen und medizinischen Notwendigkeiten statt. Was hat das für Auswirkungen auf den Alltag?

Es ist eine Pressekonferenz, wie sie heutzutage überall in Land stattfinden könnte: Da verkündet die Leitung eines städtischen Klinikums, sie werde bis zum Jahre 2015 zum „attraktivsten, größten und leistungsfähigsten Gesundheitsunternehmen in der Region“ werden. Mit Superlativen wird nicht gespart, und der Ausdruck „Gesundheitsunternehmen“ ist sicher nicht zufällig gewählt. Mit der Mondlandung wird das angestrebte Ziel verglichen und schwarze Zahlen und bessere Erträge werden fest in den Blick genommen, die vor allem, so wird betont, den Patienten zugute kommen sollen.

Doch die Wirklichkeit sah und sieht oft anders aus. Da gibt es Kassenpatienten, die schwer krank und hin- und hergerissen zwischen Angst und Hoffnung schlaflos einem ungewissen Morgen entgegenschauen, weil ein verwirrter Mitpatient ihnen und den überlasteten Schwestern und Pflegern keine Ruhe lässt. Raum zum Ausweichen gibt es nicht. Nur ein Einzelbeispiel? Gewiss, an gutem Willen fehlt es nicht, auch in der Regel nicht an der guten medizinischen Versorgung durch die Ärzte. Aber der Alltag in einem deutschen Großkrankenhaus kann heutzutage für Patienten dennoch ganz schön beschwerlich sein.

Gegen wirtschaftliches Denken im Krankenhaus ist überhaupt nichts einzuwenden. Es darf nur nicht alles andere dominieren.

Der Stuttgarter Krankenhaushausfacharzt und Ärztesprecher Udo Schuss

Krankenhäuser jedweder Art präsentieren sich heute oft so, als ginge es um Bilanzkonferenzen von Großunternehmen, und es ist vielleicht kein Zufall, dass Pflegeleiter sich bei solchen Anlässen eher im Hintergrund halten. Sie wissen am besten, wie hart sich Anspruch und Wirklichkeit widersprechen können. Und diese Wirklichkeit sieht dann so aus, dass Großkliniken, wie jetzt in Stuttgart geschehen, ein gutes Jahr nach einem glanzvoll präsentierten Zukunftsentwurf neue Sparpläne vorlegen müssen. Die gehen dann oft auf Kosten des Personals und damit auch der Kassenpatienten.

Es ist in diesen aufgeregten Tagen ganz hilfreich, auf Praktiker zu hören, die gegen großrahmige Zukunftsentwürfe ihre Alltagserfahrung setzen. Dazu gehört zum Beispiel der Stuttgarter HNO-Oberarzt Udo Schuss, der als Arztvertreter des Marburger Bundes und als erfahrener Krankenhaushausfacharzt die Kliniklandschaft und die Nöte der Patienten gut kennt. Wie viele andere beklagt er die wachsende Bürokratisierung, die Ärzten und ihren Helfern zunehmend Zeit raubt. Es könne zum Beispiel passieren, dass eine Schwester für einen komplizierten Verbandswechsel nicht zur Verfügung stünde, weil sie ihrer Dokumentationspflicht genügen müsse. Also müsse ein Kollege assistieren, der wiederum anderswo fehle. Dabei handele es sich nicht um einen Scheinkonflikt: Vernachlässigte Dokumentationen kosteten den Krankenhausern bares, bitter notwendiges Geld. Nur wer dokumentiert, kassiert.

Dabei betont ein erfahrener Mann wie Schuss, dass gegen wirtschaftliches Denken auch im Krankenhaus angesichts knapper Mittel überhaupt nichts einzuwenden sei, ebenso wenig gegen die geforderte „prozessorientierte Organisation“. Schließlich sei interdisziplinäres Denken schon heute selbstverständlich. Problematisch aber werde es dann, wenn die Ökonomisierung an den Krankenhäusern zu einer Gefährdung medizinischer Kompetenz und pflegerischer Qualität führen würde. Eine Befürchtung, die sehr deutlich der St. Galler Betriebswirt Johannes Rüegg-Stürm im „Deutschen Ärzteblatt“ äußerte. Schuss und andere sehen, verkürzt gesagt, die Gefahr des Umkippens: vom Primat des Medizinischen zum Primat des Wirtschaftlichen. Nicht schon heute, vielleicht aber morgen.

In diesem Punkt trifft er sich mit seinem Stuttgarter Kollegen Werner Merz, der nach seiner Ausbildung als Facharzt am Stuttgarter Katharinenhospital knapp dreißig Jahre als Urologe in Stuttgart nicht nur seine Patienten in der Praxis versorgte und ihren Weg ins Krankenhaus verfolgte, sondern auch viele Menschen in Altersheimen betreute. Als Mann der Praxis hütete er sich zwar vor jedem pauschalen Urteil, doch er sah dort so manche nur „satt und sauber“ versorgte Patienten. Und er sah Pfleger, die an der Grenze ihrer Kräfte waren und die keine Perspektive hatten, die Gesundheit ihrer Schützlinge je zu erleben. Er hofft, dass es zu vergleichbaren Entwicklungen nicht eines Tages auch an Krankenhäusern kommt.

Und noch eine andere Gefahr sieht Merz, der lange Jahre als Beisitzer am Bundessozialgericht in Kassel gedient hat: „Viele Modelle gehen von Patienten aus, die mobil sind. Die Realität aber ist oft anders. Dramatisch wird es nicht für Patienten, die mobil sind. Kritisch kann es für Patienten werden, die es nicht sind.“

Dramatisch wird es nicht für Patienten, die mobil sind. Kritisch kann es für Patienten werden, die es nicht sind.

Der Stuttgarter Urologe Werner Merz verweist auf seine langen Erfahrungen

Die zunehmende Tendenz zu ärztlichen Versorgungszentren in den Städten und zur Konzentration auf wenige Krankenhäuser in der Region aber erfordert mobile Patienten.

Zieht man mit dem Freiburger Chefarzt Björn Stark eine Bilanz der heutigen Situation in den Krankenhäusern, so haben die Deutschen bisher noch „eines der besten medizinischen Versorgungssysteme in der Welt“. Medizinisch gesehen, so ist allerdings einzuschränken, ist das wohl richtig. Das deckt sich auch mit Erhebungen aus der jüngsten Zeit. Die weitgehende Auslagerung der „Schönheitschirurgie“ an der Freiburger Uniklinik in eine private Organisationsform zeigt aber auch, woran es in Großkliniken oft mangelt: an Komfort, Service, an Raum, Zeit und Zuwendung.

Noch öffnet sich die Schere vornehmlich im Pflegebereich und weniger auf medizinischem Gebiet. Aber auch hier müssen sowohl Ärzte als auch Pflegepersonal zunehmend hinstehen und Rückgrat beweisen, wenn der Druck von Kassen und Kostenträgern auf den einzelnen Patienten zu groß zu werden droht. Diese aber können sich nur sehr bedingt wehren und sind letzten Endes auf die Standfestigkeit der Ärzte angewiesen.

Nase, Brust, Bauchdecke

Ein Beispiel für die Auslagerung von Funktionen: Freiburg

Wer in diesen Tagen im Kampf um Patienten und Einnahmen bestehen will, muss sich neue Formen einfallen lassen. So hat sich das Universitätsklinikum Freiburg entschlossen, das, was als Schönheitsoperationen bezeichnet wird, in eine selbstständige Klinik auszulagern.

550 Jahre ihres Bestehens feiert die Albert-Ludwigs-Universität in Freiburg. Gut ein Jahr alt ist die Lexer-Klinik, die ganz vorne im Jubiläumssheft auf ihr Leistungsspektrum vom Facelifting über Brustkorrektur und Bauchdeckenstraffung bis hin zum Fettabbau aufmerksam macht – und die auf ihre plastischen Chirurgen verweist, die „auf höchstem internationalem Niveau“ zu arbeiten pflegen. Als Partner der Uni fühlt sie sich deren „hohen Maßstäben“ verpflichtet.

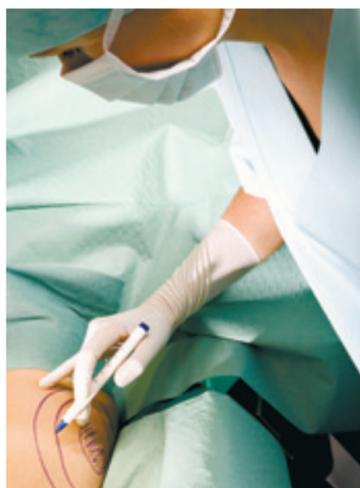
Tatsächlich ist das, was da zum gegenseitigen Nutzen in Freiburg zusammengewachsen ist, bisher eine Rarität auf diesem Fachgebiet in der Krankenhauslandschaft: eine Klinik für ästhetische Chirurgie, die mit Hilfeleistung des Klinikums Freiburg in Rufnähe privat betrieben wird. Festangestellte Klinikumsärzte üben sozusagen im Nebenbetrieb ihr Handwerk für Eingriffe aus, die in der Regel von den gesetzlichen Krankenkassen nicht und den privaten nur sehr bedingt bezahlt werden. An jedem Eingriff verdient das Klinikum als stiller Teilhaber mit. Nicht still, sondern ausdrücklich bekennt sich das Universitätsklinikum zu diesem Schritt.

Eher zurückhaltend führt Klinikchef Björn Stark, zugleich verantwortlich für die plastische Chirurgie der Uniklinik, durch die blankgeputzten Räume im achten Stock eines Freiburger Hotels mit wechselhafter Geschichte. Hier sollen Privatpatienten, auch ausländische Patienten, in Komfortzimmern die entspannte Atmosphäre finden, um sich nach den Operationen zu erholen und die Nachbehandlung erträglicher machen zu können. Das ist genau die Umgebung, die Stark in dem unter Hochspannung stehenden Alltagsbetrieb eines großen Universitätsklinikums nicht bieten kann. Über ein Jahr nach

der Eröffnung scheint die Rechnung der Gesellschaft aufzugehen. Es sind der Ärztliche Direktor der Abteilung Plastische Chirurgie, Leitende Fachärzte der Plastischen Chirurgie am Klinikum sowie ein Freiburger Hotelier.

Eine Goldader hat man vielleicht nicht gefunden, aber doch, so ist den Worten von Chefarzt Stark zu entnehmen, ein Unternehmen, das sich rentieren wird. Profitieren soll davon einerseits das Klinikum, das auf diese Weise die Abwanderung vielversprechender Oberärzte verhindern kann und sich so neue Quellen für den aufwendigen Klinikumsbetrieb erschließt, die sonst vorbeifließen würden. Und so gesehen profitiert davon andererseits auch der ganz normale Patient.

www.plastische-chirurgie-freiburg.com; www.lexer-klinik.com



Schönheitsoperationen werden meist in Privatkliniken durchgeführt. Foto Westend

Erst Praxis, dann ans Bett

Ein Beispiel für integrierte Versorgung: Klinik Offenburg

Auch wenn der medizinische Alltag schwierig geworden ist, so gibt es doch Hinweise dafür, dass Krankenhäuser unter dem Druck der Verhältnisse neue Formen entwickeln. Ein Beispiel für die verstärkt geförderte integrierte Versorgung findet sich in Offenburg.

Rühmt sich das Freiburger Universitätsklinikum, mit der Auslagerung der plastisch-ästhetischen Chirurgie Neuland betreten zu haben, so gilt das für das Ortenau-Klinikum Offenburg in umgekehrter Richtung. Niedergelassene Nierenspezialisten sind dort eine sehr enge Verbindung mit ihren Kollegen im Krankenhaus eingegangen. Andere Kliniken könnten diesem Beispiel folgen.

Vor über zwei Jahren ist dort ein Modell für eine integrierte Versorgung aufgebaut worden, das dazu führt, dass der Patient eines niedergelassenen Nephrologen in einer Gemeinschaftspraxis auch dann dessen Patient bleibt, wenn dieser ins Krankenhaus muss. Sein Facharzt marschiert sozusagen mit und reißt sich zugleich in seiner Eigenschaft als Teilarzt, nicht als Belegarzt, in der Klinik in die Betreuung der Kranken, in Hintergrunddienste und gemeinsame Beratungen ein. Das klingt kompliziert, scheint aber in der Praxis ganz gut zu klappen.

Martin Hornberger, der vom Stuttgarter Klinikum nach Offenburg kam, erklärt das auf diesem Gebiet ungewöhnliche Modell in Baden-Württemberg unter anderem damit, dass es in Offenburg keine Konkurrenzsituation gebe. So gelang es, mit der AOK Baden-Württemberg und dem kommunalen Krankenhausträger eine besonders flexible Vertragskonstruktion aufzubauen. Sie scheint so erfolgreich zu sein, dass auch für die Onkologie am Klinikum Offenburg eine ähnliche Lösung angestrebt wird. Das Offenburger Modell beruht auf dem Grundgedanken einer konsequenten Zusammenführung der ambulanten und stationären Versorgung unter einem Dach. „Durch die Koppelung der stationären und ambulanten Versorgung bleibt die Behandlung, wenn der Patient dies wünscht,

in der Hand eines ärztlichen Teams, ohne Rücksicht darauf, ob sich der Patient in ambulanter oder stationärer Behandlung befindet“, heißt es dazu in einem Papier.

In der nephrologischen Gemeinschaftspraxis in unmittelbarer Nachbarschaft der Nierenabteilung am Krankenhaus werden viele chronische Patienten betreut, für die eine solche Behandlung in einer Hand besonders wichtig ist. Gerade Dialysepatienten mit einer oft über viele Jahre gehenden Therapie ist ein engmaschiges Netz zwischen niedergelassenen Ärzten und Klinikärzten besonders wichtig. Das gilt nicht nur im Hinblick auf die Vorbereitung zur Dialyse nierenkranker Menschen, sondern auch für die Vorbereitung auf eine Transplantation, die dann in enger Absprache zum Beispiel mit der Universitätsklinik Freiburg erfolgen kann.



Von der Praxis in die Klinik: es hilft, wenn der Arzt des Vertrauens dabei ist. Foto Doering

Rat für Patienten

Im Zweifel: Zweitmeinung

Wer vor einer Operation steht, ist für jeden guten Rat dankbar. Für Patienten wird es in Zukunft leichter, an solide Informationen heranzukommen. Wichtig ist auch, an die Zeit danach zu denken.

Das Internet als Hilfsquelle bei der Suche nach der richtigen Klinik für allgemein zugängliche Daten ist mittlerweile unentbehrlich geworden. Doch nach wie vor ist der persönliche Rat eines erfahrenen Facharztes Gold wert. Er weiß in der Regel am besten, welchen Weg dieser oder jener Kollege am Krankenhaus genommen hat, aus welcher Schule dieser oder jener Operateur kommt und wie gut der Ruf seiner Ausbildung ist. Wenn dieser Facharzt selbst operiert und über Belegbetten verfügt, kann dies ein Vorteil sein, aber nur dann, wenn er seine Grenzen kennt und im Zweifelsfall lieber einen Kollegen nennt.

Daten über Komplikationen

Inzwischen sind die Krankenhäuser verpflichtet, Qualitätsberichte zu veröffentlichen, aus denen zumindest hervorgeht, wie oft in diesem oder jenen Krankenhaus ein spezieller Eingriff gemacht wurde. Wie berichtet, wird es vom 30. November an eine wichtige Neuerung geben: Dann sollen auch Daten über Komplikationen und andere wichtige Faktoren bei 27 klinischen Behandlungen in den einzelnen Kliniken zugänglich gemacht werden, die von der Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung (BQS) bereits erhoben worden sind. Diese Details gab es bisher nur in Einzelfällen auf freiwilliger Basis. Schon jetzt lohnt sich ein Blick in die entsprechenden Internetseiten der BQS. Zwar liegen die Einzelergebnisse noch nicht öffentlich vor, doch sind allgemeine Übersichten und Trends in einzelnen Fachgebieten erkennbar (www.geqik.de und www.bqs-online.com). Die bislang zugänglichen Qualitätsberichte sind zum Beispiel bei der AOK unter Krankenhaus-Navigator (www.aok.de) zu finden. Sie geben an, welche Fachabteilungen die Krankenhäuser haben und welche Operationen wie oft durchgeführt worden sind.

Erfahrene Krankenhausärzte empfehlen den Patienten, nach Möglichkeit einen Begleiter zu Arztterminen mitzunehmen, weil manche von Sorgen und Ängsten geplagte Patienten oft nur begrenzt in der Lage sind, Informationen aufzunehmen. „Patienten“, so sagt ein Arzt, „sind vor einer anstehenden Operation oft von ihren Ängsten eingeschlossen.“ So würden wichtige Fragen erst gar nicht gestellt. Und er gibt einen zweiten Rat: im Zweifelsfall und wenn noch ausreichend Zeit sei, sich lieber eine Zweitmeinung einzuholen, zu der auch jeder Kassenpatient berechtigt sei. Ein wirklich guter Operateur habe in der Regel kein Problem damit, wenn sich ein Patient umfassender beraten lasse.

Nachsorge oft schwierig

Ein zunehmendes Problem ist angesichts der konsequenten Verringerung der Liegezeiten die Nachsorge. Schon manch ein Patient hat nach einer ambulanten Operation oder nach einem kurzen stationären Aufenthalt feststellen müssen, wie schwierig der Alltag sein kann. Da geht es um ganz praktische Fragen: wie weit ist der Weg zum betreuenden Arzt, welche konkreten medizinischen und praktischen Hilfen sind notwendig? Auch da ist es hilfreich, wenn der Facharzt über eine möglichst gute Verbindung zum behandelnden Krankenhaus verfügt. Die zunehmend entstehenden Versorgungszentren niedergelassener Ärzte an oder in der Nähe von Krankenhäusern können ein Vorteil sein, weil sie die Vor- und Nachsorge erleichtern können. Aber auch das hat seinen Preis: Je mehr sich Fachärzte in Großpraxen konzentrieren und sich die „Einzelkämpfer“ aus Regionen und Stadtteilen zurückziehen, desto länger werden oft die Wege für den Patienten. Und nicht jeder ist gut zu Fuß.