

Alfred Jencio

Erfahrungen eines deutschen Hausarztes mit DRG

Seit nahezu 30 Jahren arbeite ich als Hausarzt in einer Kreisstadt in Süddeutschland. Ich betreue teilweise die dritte Generation in einer Familie.

Auch heute noch versuche ich nach folgender Devise zu arbeiten:

- Der Hausarzt ist die erste Anlaufstelle für alle gesundheitlichen Probleme von allen Menschen.
- Er nimmt sich ganzheitlich aller Sorgen und Nöte im gesundheitlichen Bereich seiner Patienten an.
- Soweit es seine persönliche fachliche Ausbildung und die Ausstattung seiner Praxis zulässt, übernimmt er auch die Behandlung, ansonsten überweist er an Spezialisten.
- Die Hausarztpraxis ist die Sammelstelle aller medizinischen Unterlagen eines Patienten.

Zuwendung, Erfahrung und der sparsame Einsatz von Technik sind zentrale Instrumente der hausärztlichen Tätigkeit.

Meine Erfahrungen mit DRG in Deutschland

Das Modell der DRG wurde in Deutschland 2004 eingeführt. Es löste in den Kliniken die Abrechnung nach Tagessätzen ab. Früher waren die Liegetage die Berechnungsgrundlage. Die Höhe der Tagessätze war für jede Klinik anders und das Ergebnis harter und zäher Verhandlungen.

Unter DRG erhält die Klinik für jede Diagnose immer das gleiche Geld.

Kann sie den Patienten rasch wieder entlassen, macht sie Profit (welch ein Wort in den Bereichen, in denen es um Gesundheit oder gar Menschenleben geht). Dauert die Behandlung länger, macht die Klinik Minus. Bezahlt wird aber auch nur für *eine* Krankheit. Kommt ein multimorbider Mensch in die Klinik mit einer Leitdiagnose und mehreren relevanten Nebendiagnosen – z.B. neben der Pneumonie noch Hypertonie, Diabetes, KHK – so ist das sehr ungünstig für die Klinik.

Der Klinikarzt muss sich fragen, welche Krankheit er zuerst oder überhaupt behandeln soll, welche er «als Service» noch mitbehandelt und welche er «vergisst». Und am besten bestimmt er gleich bei der Aufnahme noch den Entlassungstag.

Fast hätte ich es vergessen: Fehlende Zuwendung oder mangelnder Lebensmut können disponierende Faktoren sein. Sie sind aber keine Krankheiten im Sinne der DRG. Demzufolge können sie auch nicht berechnet werden; sprich, sie sind im Zeitraster nicht einplanbar. Sollte ich nun etwas ironisch oder zynisch wirken, so richtet es sich nicht gegen die Kollegen in der Klinik. Sie haben das System nicht erfunden, Sie müssen sich ihm nur fügen.

Was für mich aber wirklich zynisch ist, ist die Tatsache, dass in diesem System nicht die Medizin das Sagen hat, sondern das Geld.

Aus einer mit Sicherheit sinnvollen Frage nach den finanziellen Konsequenzen einer ärztlichen Massnahme hat sich eine in meinen Augen fatale Umkehr der Prioritäten ergeben. Wie kann ich es als Klinik erreichen, dass ich Profit mache? Wie kann ich mich elegant der Behandlung nicht profitabler Patienten entziehen? Positiv wird dies dann so formuliert: Womit erarbeite ich mir ein Alleinstellungsmerkmal?

Was bedeutet dies nun für uns Hausärzte?

Spontan ist mir dazu folgende Situation eingefallen: Immer wieder kommen Angehörige auf mich zu mit der Bitte «Herr Doktor, können sie nicht mit der Klinik reden, dass die den Patienten noch ein paar Tage behalten. Die Operation hat er ja gut überstanden, aber er ist noch so schwach. Er kann ja kaum allein zur Toilette.» Ich muss ihnen dann sagen, dass der Patient vom Krankenhaus entlassen werden muss, wenn es «nur» noch um Pflege geht.

Eine weitere Konsequenz ist, dass man für immer mehr Bereiche spezielle Fachkräfte benötigt, die dann kompetent die in der Klinik begonnene Arbeit fortführen. Beispiele sind Wundmanager oder Fachkräfte für enterale Ernährung.

Für uns bedeutet es oft eine vermehrte Hausbesuchstätigkeit.

Da das Honorar dafür aber sehr bescheiden oder gar in Pauschalen versenkt ist, mag mancher Kollege darüber nachdenken, wie er diese umgehen kann. Ebenso bedeutet die Verlagerung von kostenintensiver Therapie wie z.B. Thromboseprophylaxe in den Zeiten von Budget ein Problem im ambulanten Bereich. Besonders in der Anfangszeit der DRG wurde von den Kliniken versucht, die präoperative Diagnostik in den ambulanten Bereich zu verlagern.

Über ein anderes Schlagwort möchte ich noch schreiben: Den Drehtüreffekt. Wenn wir Hausärzte der Meinung sind, der Patient hätte in diesem Zustand noch nicht entlassen werden dürfen, versuchen wir, ihn so rasch wie möglich wieder einzuweisen.

Ein anderer Grund liegt wieder im DRG-System. Mehrere kurze Aufenthalte mit verschiedenen Krankheiten sind für die Klinik finanziell attraktiver als die Situation eines multimorbiden Patienten. Also sagen die Kliniken, wir machen erst das Eine, wegen der anderen Krankheit schickt ihr ihn später.

Zugegeben, mir ist dies bewusst noch nicht passiert. Da möchte ich die Kollegen, mit denen ich zu tun habe, in Schutz nehmen. Aber die Systematik der DRG kann dazu verführen und hat es wohl auch schon. Dies entnehme ich Fremdberichten.

Zusammenfassend sehe ich zwei problematische Schwerpunkte.

- Profit vor Therapie;
- strikte Trennung der Bezahlung im stationären und ambulanten Bereich.

Eine Konsequenz könnte sein, dass DRG den ambulanten und stationären Bereich, unter Berücksichtigung der spezifischen Aufgaben, gemeinsam betreffen. Dies ist von mir nur sehr spontan angedacht. Sicher gäbe es Argumente dafür und sicher auch dagegen

Was für mich aber wirklich zynisch ist, ist die Tatsache, dass in diesem System nicht die Medizin das Sagen hat, sondern das Geld.

Korrespondenz:
Dr. med. Alfred Jencio
Arzt für Allgemeinmedizin
Salierstrasse 7/2
D-71334 Waiblingen
praxis@jencio.de