



# **Struktur- und Prozessveränderungen durch DRG`s**

**Praxisseminar „Auswirkung der DRG-  
Einführung auf die Krankenhausstrukturen“**

26. Deutscher Krankenhaustag  
19.-21. November 2003, Düsseldorf



# AGENDA

- Gesundheitspolitische Aktivitäten
- Konsequenzen für die Krankenhäuser
- Handlungsstrategien intern
- Handlungsstrategien extern
- Heidelberger Aktivitäten
- Fazit



# Strukturdaten des Klinikums/Fakultät Heidelberg

1.685 Betten

14 Kliniken

mit 29 bettenführenden Abteilungen

7 Med.-Theoretische Institute

ca. 55.000 stationäre und 30.000 teilstationäre Fälle

ca. 500.000 Pflegetage

ca. 1.200.000 ambulante Besuche

ca. 5.400 Vollkräfte  
(7.000 Beschäftigte)

ca. 660 Mio Umsatz



# Einflüsse auf die Krankenhäuser

- DRG ab 2003/4
- Stationersetzende Maßnahmen (§ 115b SGB V) und Fehlbelegungsprüfungen
- Disease-Management-Programme
- GKV-Modernisierungsgesetz (GMG)



# Gesundheitssystemimmanente Anreize/ Effekte in Deutschland

**DRG:** - Fallzahlsteigerung stationär  
- Fallkostenreduktion  
- Verweildauerverkürzung → freie Bettenkapazitäten

## § 115b

**SGB V:** Leistungsverlagerung in den ambulanten  
Bereich → freie Bettenkapazitäten

**DMP:** - Fallzahlreduktion stationär → freie Bettenkapazitäten

**GMG:** - Erweiterung des Leistungsspektrums im ambulanten Bereich  
- Erschließung neuer Kooperationsfelder



# Auswirkungen von DRG in USA/Australien

- Verringerung der Verweildauer, Abnahme der Krankenhausbelegung
- Therapie- und Wirtschaftlichkeitsoptimierung auf DRG-Basis
- Zunahme ambulanter Operationen
- Bildung von Kooperationen im stationären Bereich
- Verlagerung von Leistungen in die stationäre und ambulante Pflege
- Keine Absenkung der Gesundheitsausgaben !



# Konsequenzen für die deutschen Krankenhäuser

- Massiver Bettenabbau
- Konkurrenzdruck unter den Leistungsanbietern
- Kooperationen, sektoral und sektorübergreifend
- Fusionierungs- und Privatisierungswelle



# Handlungsstrategien unter DRG, GMG und DMP

- Unternehmensadaptierte Steuerungskonzepte / dezentrale Steuerung, Führen mit Zielvorgaben
- Definiertes Leistungsspektrum (Portfoliostraffung)
- Umfassende Reorganisationsmaßnahmen / mehr Effizienz des Ressourceneinsatzes
- Straffung des Behandlungsprozesses mit dem Ziel der Verweildauerverkürzung
- Kooperationen vertikal / horizontal



## Ziel

- **Halten von Marktanteilen**
- oder**
- **Wachstum/Leistungssteigerung**



# Fallzahlsteigerungen bei Verweildauerverkürzung oder Bettenreduktion?

Abteilung	Betten	Fallzahl	Ø VWD	Tage (-1)	zusätzl. Fälle	freie Betten
Herzchirurgie	52	1.056	15,0	1.056	75	3,4
Gefäßchirurgie	30	944	11,4	944	91	3,0
Urologie	35	1.838	8,1	1.838	259	5,9
Endokrinologie	44	1.912	7,7	1.912	285	6,2
Kardiologie	107	5.151	7,3	5.151	818	16,6
Gastroenterologie	62	2.949	6,9	2.949	500	9,5
⋮						
<b>Klinikum</b>	<b>1.685</b>	<b>51.681</b>	<b>8,3</b>	<b>51.681</b>	<b>7.080</b>	<b>166,6</b>

Datenbasis 2002



# Handlungsstrategien unter DRG, GMG und DMP

- Unternehmensadaptierte Steuerungskonzepte / dezentrale Steuerung, Führen mit Zielvorgaben
- Definiertes Leistungsspektrum (Portfoliostraffung)
- Umfassende Reorganisationsmaßnahmen / mehr Effizienz des Ressourceneinsatzes
- Straffung des Behandlungsprozesses mit dem Ziel der Verweildauerverkürzung
- Kooperationen vertikal / horizontal



# Veränderte Denk- und Handlungsstrukturen

- Wirtschaftliche Betriebsführung des „Non-Profit-Unternehmens“ Krankenhaus wie in gewinnorientierten Dienstleistungsunternehmen
- Statt Zuteilungsdanken unternehmerisches Denken auf allen betrieblichen Ebenen
- Zusammenführung von Kompetenzen und Verantwortung einschließlich der Budgetverantwortungen für Aufwendungen und Erträge auf der Klinik- bzw. Abteilungsebene
- Chefarzte = Manager ihrer Klinik



# Unternehmensadaptiertes Steuerungskonzept

- Profitcenter-ähnliche Strukturen
- Prozeßverantwortung vor Ort (d.h. auf den Stationen und Funktionseinheiten)
- Personalverantwortung weitestgehend (Ausnahme sog. hoheitliche Aufgaben und Grundsätze) vor Ort
- Budgetverantwortung vor Ort: Die Summe aller Aufwendungen darf die Summe aller Erlöse nicht überschreiten!



# Musterabteilung

Aufwand		Ertrag		
Direkte Personalkosten	2.925.000	7.800.000	Stationär	
Direkte Sachkosten	1.210.000		- DRG-Erlöse	
interne Leistungsverrechnung				
- Labor	200.000		100.000	Ambulant
- Radiologie	300.000		50.000	Interne Leistungsverrechnung
- Blut	100.000		100.000	Nutzungsentgelte
- Intensiv	500.000		80.000	Sonstige
- Anästhesie	150.000			
- OP	200.000			
- Fremdbelegung Station	50.000			
- Funktionsbereiche	0			
- Konsiliardienste	0			
Umlage Infrastruktur (Summe)	1.200.000			
	<b>6.835.000</b>	<b>8.130.000</b>		
<b>SALDO (GEWINN)</b>	<b>1.295.000</b>			



# Handlungsstrategien unter DRG, GMG und DMP

- Unternehmensadaptierte Steuerungskonzepte / dezentrale Steuerung, Führen mit Zielvorgaben
- Definiertes Leistungsspektrum (Portfoliostraffung)
- Kooperationen vertikal / horizontal



## Überprüfung / Optimierung des Leistungsportfolios im Medizin- und Leistungsbereich

Leistungsanbieter im Gesundheitswesen haben selten eine „optimale Betriebsgröße“, da

- Angebotsstrukturen – bislang – nicht nach kaufmännischen Grundsätzen definiert wurden
- die Gesundheitspolitik Leistungsvorhaltung und Komplettersorgungsmentalität zuließ



## Traditionelles Portfolio

hoch

Marktwachstum

niedrig

Nachwuchsprodukte	Starprodukte
Problemprodukte	Cash-Produkte

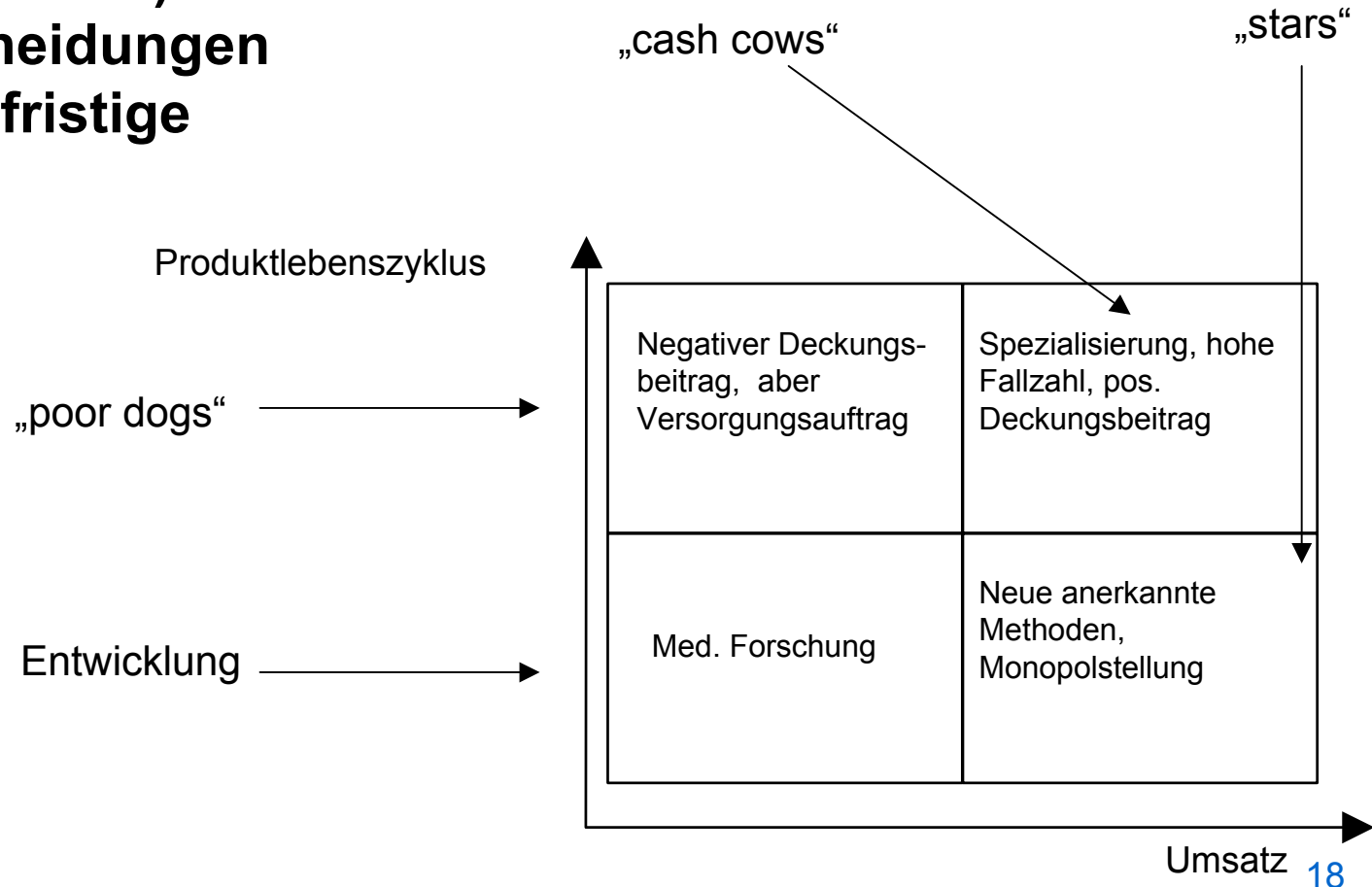
niedrig

Marktanteil

hoch

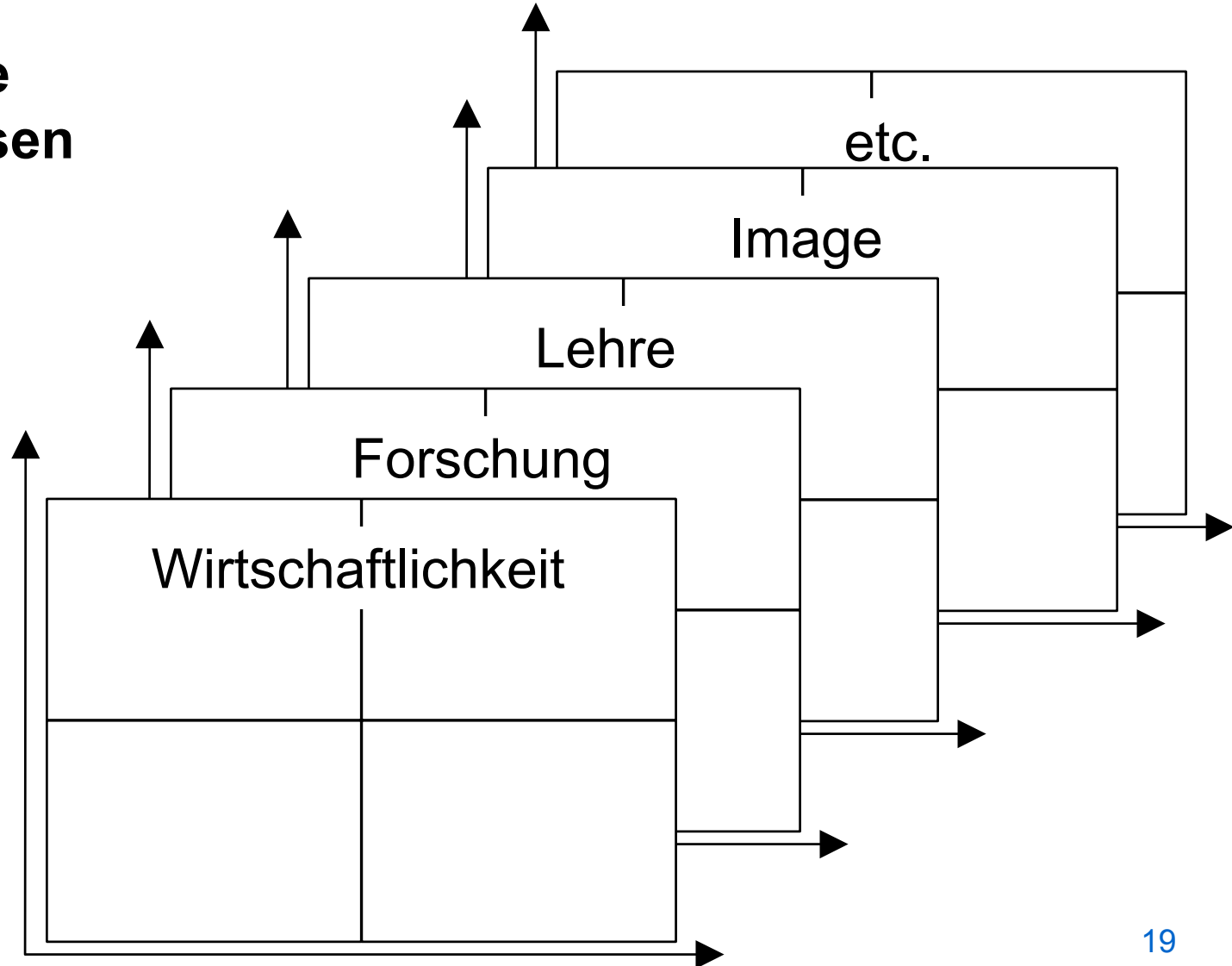


## Krankenhaus-Portfolio (ökonomische Sicht) für Strukturentscheidungen kurz- und langfristige Steuerung





**Verschiedene  
Sichten müssen  
in Einklang  
gebracht  
werden**





# Portfoliostraffung

- Konzentration auf leistungsstarke Kliniken/Institute
- Konzentration auf Leistungsschwerpunkte  
(Mindestmengen!)
- Outsourcing von schwachen Leistungen
  - Kooperationen, Absprachen
  - Fremdbezug, insbesondere „Sekundärleistungen“



# Mindestmengenproblematik - auch in den Uniklinika ein „heißes“ Thema

## Ziel:

Strukturbereinigung in eigener Kompetenz  
(andernfalls Standortfestlegungen durch Externe)

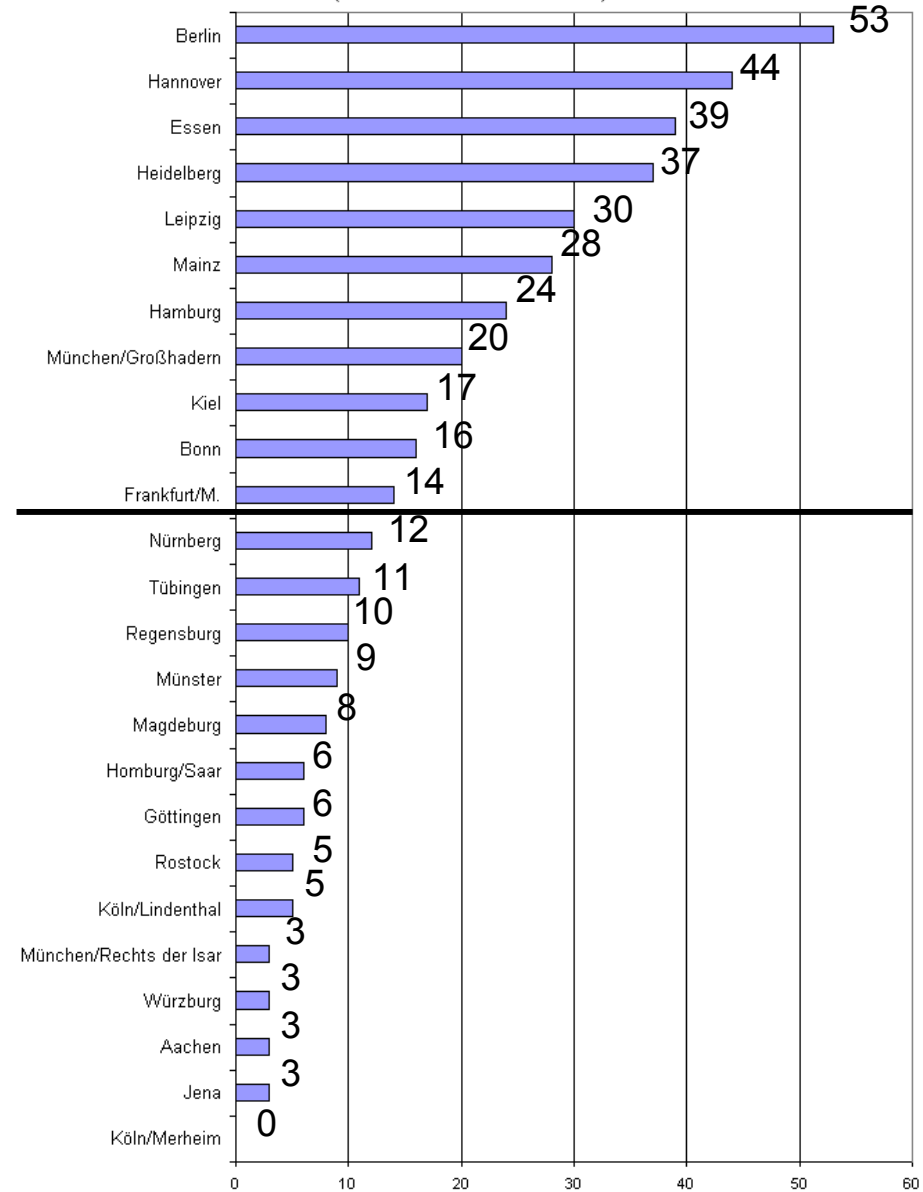
Handlungsbedarf hoch z. B. bei:

- Kinderchirurgie
- Transplantationsmedizin



Lebertransplantationen\* in Deutschland  
(01.01. - 31.07.2003)

## Transplantations- zahlen Leber





# Handlungsstrategien unter DRG, GMG und DMP

- Unternehmensadaptierte Steuerungskonzepte / dezentrale Steuerung, Führen mit Zielvorgaben
- Definiertes Leistungsspektrum (Portfoliostraffung)
- Kooperationen vertikal / horizontal



# Kooperation Krankenhaus intern / Umstrukturierungen

- Zusammenführung verschiedener Disziplinen zu **Kompetenzzentren**.
  - Krankheitsorientierte Zentren
  - Schwerpunktbildung (Stärkung der Kernkompetenzen)
  - Abstimmung der Diagnostik und Therapie, Festlegung der Behandlungsmodalitäten gemeinsam mit dem Patienten.  
(Gefäßzentrum, Neurozentrum, Comprehensive Cancer Center)



# Konsequenzen der Umstrukturierung

- Auflösung der klassischen Fächerstrukturen zugunsten von
  - Krankheitsorientierten Zentren mit eigener Anlaufstelle
  - Low Budget Areal („Hotel-Komplex“)
  - zentralisierte therapiespezifische Einheiten (z. B. OP´s, Strahlentherapie, Chemotherapie-Einheit etc.)
  - Intensivpflege-Einheit (Bündelung)
  - Früh-Rehabilitation / Nachsorge + Schaffung von Verbänden



# Kooperationen horizontal

- **Strategische Allianzen mit anderen Krankenhäusern**
  - Fächerabstimmung
  - Gemeinsame Leistungsangebote
  - Gegenseitige Versorgung mit Sekundärleistungen
  - Marktdominanz

## **Ziel:**

Effizienzsteigerung,

Verbesserung der Wettbewerbsfähigkeit



# Kooperationen Rehabereich

- Strategische Kooperationen mit ausgewählten Rehaeinrichtungen statt „gewachsene“ Vielzahl an Partnern
- Komplexpauschalen oder Behandlungsmodell mit konventioneller Abrechnung
- Verträge zur integrierten Versorgung zwischen Krankenhaus, Rehaeinrichtung und Kostenträger



# Voraussetzung für Kooperationen

- Kooperationen hängen nicht von der Größe des Hauses ab
- Erfolgreiche Kooperationen nur bei „win – win“ – Situationen
- Haus- und umgebungsspezifische Situationen müssen Berücksichtigung finden



# Strategie des Universitätsklinikums Heidelberg

**Auch große Häuser brauchen Kooperationspartner  
zur**

- Sicherung der Marktanteile
- Auslastung der eigenen Ressourcen
- Weiterentwicklung / aktive Teilnahme an innovativen Versorgungskonzepten



# Erfahrungen

## Universitätsklinikum Heidelberg

- Kooperationen international
  - Wissenschaftskontakte
  - High end – Krankenversorgung:  
Beratung und Behandlung im arabischen Raum
- Kooperationen national
  - Onkologisches Kompetenzzentrum  
Systematischer weiterer Ausbau, Alleinstellungsmerkmale ausbauen z. B. Schwerionentherapie (Kooperation mit der GSI), CCC in Kooperation mit dem DKFZ
- Kooperationen lokal/regional



# Lokale/Regionale Kooperationen

- Verträge mit den Krankenhäusern im Stadtgebiet
- Verträge mit den Krankenhäusern des Rhein-Neckar-Kreises
- über:
  - Gestellung von Ärzten
  - Einbindung in Weiterbildung (Rotation)
  - Service-Leistungen des Universitätsklinikums (z. B. Pathologie, Apotheke, Mikrobiologie, Konsiliardienste, etc.)
  - Verbindliche Patientenübernahme (← →)
  - Chefarztbestellung im Einvernehmen



## **B70A Apoplexie mit schwerer oder komplizierender Diagnose/Prozedur**

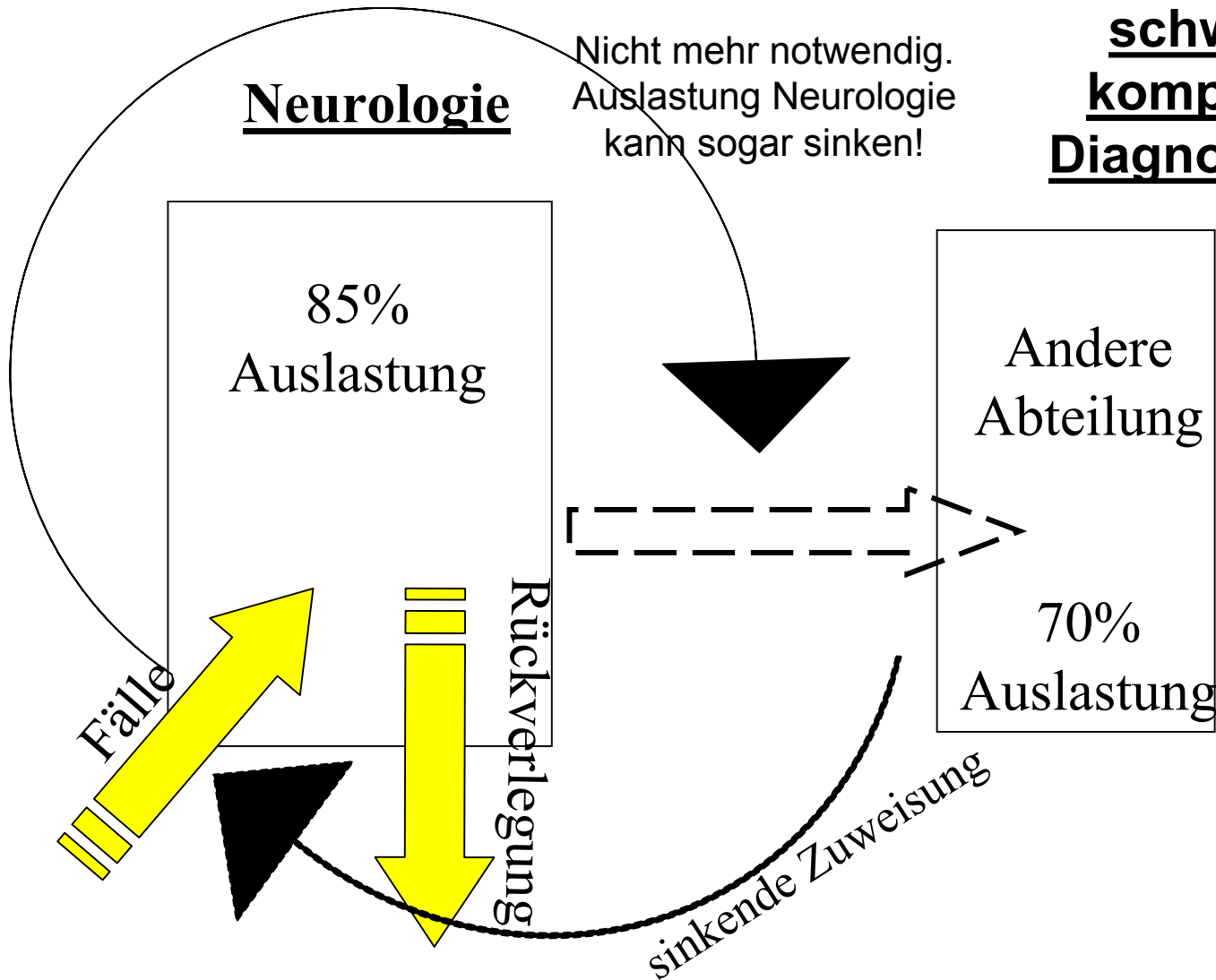
Verlegungsabschläge HD	358 Tage
Dadurch Umsatzeinbuße bei 3.000 Euro Basisfallwert	12.800 Euro
Die Abschlagstage wurden durch 24 Neufälle kompensiert. Bei einem Kostengewicht von 1,936 für B70A können folgende Erlöse erzielt werden	139.400 Euro

### **Schlussfolgerungen - heute**

- Bei Nichtverlegung Kooperationen gefährdet
- Bei Nichtverlegung Ertragseinbuße 126.600 Euro (oder mehr)
- **Keine Strategieänderung vorgesehen**



## Gelebte Kooperation B70A Apoplexie mit schwerer oder komplizierender Diagnose/Prozedur





# Regionale Kooperationen

- Verträge mit regionalen Reha (AHB) -Einrichtungen (Patientenzuweisungen, z. T. ärztl. Konsiliarleistungen, Versorgungsleistungen, Telemedizinische Betreuung)
- Verträge mit Fachkliniken mit Leistungsschwerpunkten, Synergien Forschung + Lehre/ Krankenversorgung  
z. B. Rheumazentrum Baden-Baden  
Thoraxklinik Rohrbach  
BG-Unfallklinik Ludwigshafen

**Chefärzte der Kliniken sind zugleich Professoren an der Medizinischen Fakultät Heidelberg**



# Heidelberger Aktivitäten

## Comprehensive Cancer Center (CCC)

- Multidisziplinärer Ansatz
  - Zusammenarbeit von erfahrenen Spezialisten verschiedener Fachrichtungen des Uniklinikums Heidelberg, des DKFZ, der Thoraxklinik Rohrbach
- Neue Kooperationsverfahren der klinischen Forschung und Patientenbetreuung
  - einheitliches Datenportal für alle Tumorpatienten
  - interdisziplinäre Tumorambulanz und –konferenzen
  - Zusammenführung der teilstationären/ambulanten Chemotherapien



## FAZIT I

- Die DRG-Einführung bringt Leistungs- und Ergebnistransparenz.
- Die zu erwartende Verweildauer kürzung wird den Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern verstärken.
- Die Chance zur „leistungsgerechten Vergütung“ sollte genutzt werden, bestehende Defizite im FPG müssen nachgebessert werden.



## FAZIT II

- Unter Wettbewerbsbedingungen müssen sich die Krankenhäuser Kooperationspartner suchen.
- Wenn das GMG gemäß aktuellem Regierungsentwurf umgesetzt wird, werden die starren Sektoren im Gesundheitswesen fallen.  
Die Krankenhäuser sollten diese Chancen nutzen.
- Nicht Größe, sondern Reaktionsgeschwindigkeit sind für die Existenzsicherung maßgeblich.