

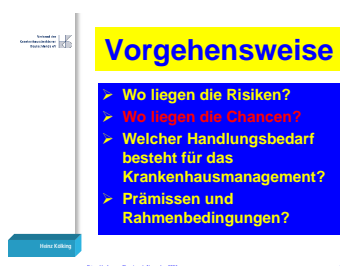
Chancen und Risiken der DRG-Einführung aus der Sicht des Krankenhausmanagements

24. Deutscher Krankenhaustag: Medvantis-Forum

Referent: Heinz Kölking

Das Thema soll wie folgt angegangen werden:

Zunächst werden einige Risiken beschrieben und analysiert. Stärken sollen jedoch durch die aus dem bevorstehenden Wandel resultierenden Chancen herausgearbeitet werden. Daraus ergibt sich ein Handlungsbedarf für das Krankenhausmanagement, worauf in Schwerpunkten eingegangen wird. Abschließend wird noch auf die wesentlichen Prämissen und die notwendigen Rahmenbedingungen eingegangen, die erforderlich sind um erfolgreich Chancen nutzen zu können.



1. Die Risiken

Eindrücklich und anschaulich beschreibt eine Grafik aus dem HPS-Research Gesundheitsreport Juli 2001 auf der Titelseite die Situation mit der Überschrift: „Nicht alle kommen mit“. Diese Grafik beschreibt die Arche Noah. Hieraus geht hervor, dass es Chancen und Risiken gibt.

Dies ergibt sich schon allein aus der amtlichen Begründung zum DRG-Gesetz: “Das neue Entgeltsystem wird den Prozess zur Anpassung und Weiterentwicklung der Leistungsstrukturen der Krankenhäuser und den Krankenhausbereich insgesamt beschleunigen. Die Spezialisierung wird voranschreiten. Medizinische Kompetenz-Zentren, die sich auf umfassende Behandlung bestimmter Krankheiten konzentrieren, z. B. Zentren zur Diagnostik und Therapie bestimmter Krebserkrankungen, werden sich ausbilden. Die bessere Abstimmung der Leistungsstruktur benachbarter Krankenhäuser zur gegenseitigen Verbesserung der Auslastung und zur Förderung der Qualität wird ebenfalls verstärkt weitergehen. Die Möglichkeiten zur integrierten Versorgung durch Zusammenarbeit des Krankenhauses mit vor- und nachgelagerten medizinischen Versorgungsbereichen, d. h. den niedergelassenen Ärzten und den Rehabilitations-Kliniken, werden zunehmend offensiv genutzt werden. Auch die Zunahme frei werdender Bettenkapazitäten in Folge der Verweildauerverkürzung wird Gegenstand von Anpassungsreaktionen sein.“



Es gibt keine relevante Gruppe im Gesundheitswesen, die die Fallpauschalen nicht will; Unterschiede liegen nur in der Ausgestaltung bzw. bei einigen ordnungspolitischen Rahmenbedingung. Die DRGs werden kommen und sie werden zu Umwälzungen in unserem Gesundheitssystem führen.

Es wird Gewinner und Verlierer geben. Wer zu den Gewinnern gehören will, muss sich möglichst frühzeitig darauf einstellen. Das ist zwar keine Garantie zu den Gewinnern zu gehören, aber es wird zumindest die Chance dazu eröffnet.

Im Zuge des durch die DRGs und weiterer Änderungen ausgelöster Wandel wird es notwendigerweise einen Ressourcenabbau im reinklassischen stationären Bereich der Krankenhäuser geben. Tendenziell weniger Akutbetten, weniger Pflgetage und weniger Patienten im Bereich der klassisch stationären Versorgung verändern das Leistungs- und Kostenbild in einem Krankenhaus, das sich nicht auf die neue Situation einstellt. Wird dieser Ab-

bau im klassischen Versorgungsbereich nicht aktiv kompensiert und neu gestaltet, kommt es idealtypisch im negativen Sinne zu einer erheblichen Steigerung der Fallkosten. Diese Entwicklung veranlasst das nicht aktive Krankenhaus zum undifferenzierten Sparen mit der Folge, dass Qualität und nachfolgend auch Attraktivität des Hauses abnehmen. Weitere Patienten wandern ab, was zu einer noch ungünstigeren Kostenleistungssituation führt. Dieser



Kreislauf führt am Ende zur Existenzgefährdung des Krankenhauses.

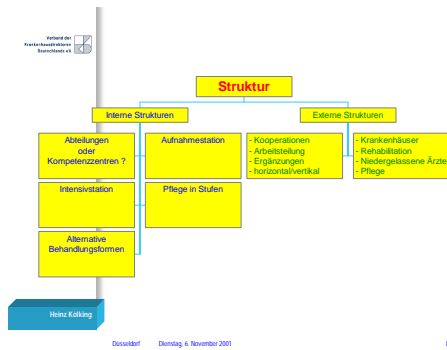
3. Verweildauerverkürzung

Erfahrungen aus dem Ausland mit dem DRG-System belegen eindeutig, dass sich die durchschnittliche Verweildauer eines Krankenhausfalles erheblich verkürzen wird. Dies hat verschiedene Auswirkungen insbesondere auf die Auslastung, auf die Struktur, wie auch auf die Organisation innerhalb eines Krankenhauses. Dieses soll nachfolgend erläutert werden:



4.1. Strukturelle Veränderungen

Innerhalb des Krankenhauses wird kritisch zu durchleuchten sein wie die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Fachdisziplinen funktioniert, wie für eine abteilungsübergreifende Diagnostik, die Zuordnung der medizintechnischen Geräte einschließlich der dazugehörigen personellen Ressourcen überprüft werden muss.



Strukturelle Veränderungen außerhalb des Krankenhauses kann man unter dem Stichwort „Kooperation“ beleuchten. In vielen Verlautbarungen wird die Gefahr heraufbeschworen, dass die Verweildauerverkürzung dazu führt, dass Patienten unzureichend therapiert entlassen werden. Flankierend dazu werden Patienten von niedergelassenen Ärzten aus Budgetgründen ins Krankenhaus eingewiesen, so dass zwei Phänomene zu beobachten sind, nämlich Verweildauerverkürzung begleitet von einer medizinisch nicht begründbaren Fallzahlsteigerung.

Um solchen Entwicklungen entgegenzuwirken hat der Gesetzgeber mit den erweiterten Prüfrechten des MDK sowie den erhöhten Verpflichtungen zur Qualitätssicherung und zum Qualitätsmanagements gegensteuernd die Instrumente bereitgestellt.

4.2. Auslastung

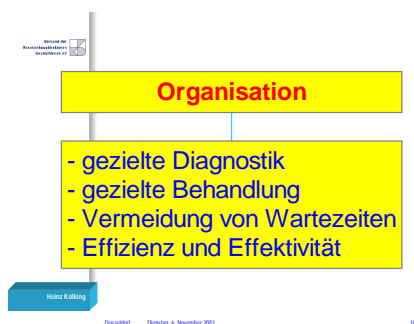
Tendenziell wird die Verweildauerverkürzung zu weniger Behandlungstagen pro Fall aber gleichzeitig zu mehr Fällen führen. Dies bedeutet für die Arbeit im Krankenhaus eine noch höhere Behandlungsintensität mit dem Druck auf noch mehr Effizienz und Effektivität. Mehr Effizienz bedeutet mit weniger Aufwand zu dem gleichen Behandlungsziel oder gar zu verbesserten Ergebnissen zu kommen. Mehr Effektivität bedeutet darüber hinaus, dass auf unnötige Maßnahmen in Diagnostik und Therapie verzichtet wird.



Der DRG-Mechanismus zur Verweildauerverkürzung wird ergänzt durch die Einführung sogenannter stationsersetzender Eingriffe, wie diese vorgesehen sind. Tendenziell weniger Behandlungstage im stationären Bereich, weniger Fälle im klassisch stationären Bereich, ebenso eine erhöhte Behandlungsintensität. Darüber hinaus erfordert die Einführung von stationsersetzenden Maßnahmen und ambulanten Operationen neue Organisationsformen, die parallel und gleichzeitig effizient im Krankenhaus abgebildet werden müssen.

4.3. Organisation

Die Verweildauerverkürzung wird nicht einfach so passieren. Vielmehr muss sie ganz bewusst im Krankenhaus organisiert werden. Es kommt darauf an Abläufe zu beschleunigen durch

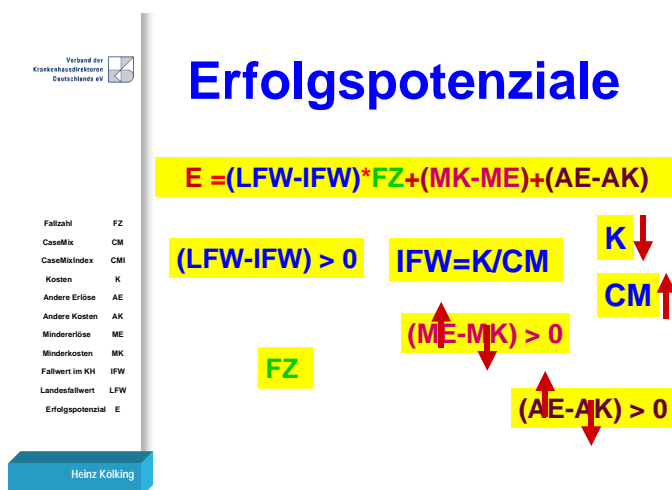


- gezielte Diagnostik unmittelbar bei der Patientenaufnahme,
- Vermeiden unnötiger Wartezeit: Hier stellt sich besonders die Frage der besseren Zusammenarbeit bzw. Organisation zentraler Funktionsbereiche wie z. B. OP oder Röntgen.
- Vermeiden unnötiger Leistungen: Sicher gibt es Beispiele unnötiger diagnostischer Prozeduren oder nicht zielgerichteter Therapieansätze, die durch kritische vorherige Überlegung hätten vermieden werden können. Dabei geht es nicht nur um den wirtschaftlichen Aspekt, sondern auch um die Qualität der Leistung für den Patienten.

5. Erfolgspotentiale

Versucht man Erfolgspotentiale betriebswirtschaftlich formelmäßig in Parameter zu unterscheiden, so kann man dies formelhaft tun, danach wird der Erfolg abhängen, von der

- Differenz des landesweiten Fallwertes von dem Fallwert des Krankenhauses. Ein erhebliches wirtschaftliches Risiko tut sich auf, wenn der landesweite Fallwert geringer ist als der individuelle Fallwert des Krankenhauses. Umgekehrt tun sich augenscheinlich Chancen auf, wenn der landesweite Basisfallwert höher ist als der individuelle Basisfallwert des Krankenhauses.
- Der individuelle Basisfallwert des Krankenhauses ergibt sich aus dem Verhältnis zwischen Ist-Kosten und dem Case-Mix des Krankenhauses. Im Hinblick auf die Nutzung von Risiken und Chancen können sowohl die Ist-Kosten als auch der Case-Mix beeinflusst werden.
- Über die Auswirkungen der Basisfallwertsituation verglichen mit dem Land hinausgehend, wird es Mindererlöse durch Leistungsverschiebungen geben, die sich nur dann positiv auswirken, wenn die damit einhergehende Kostensenkung größer ist als die Erlössenkung.
- Ein weiterer Erfolgsfaktor im Sinne von Chancen ergibt sich aus der Möglichkeit, zusätzliche Erlöse zu erzielen, wenn die damit einhergehenden Kostenveränderungen geringer sind.



Düsseldorf Dienstag, 6. November 2001

11

6. Chancen für die Krankenhäuser

6.1. Weiterentwicklung des Leistungsangebotes

Das Krankenhaus greift die Herausforderung positiv auf und führt an verschiedensten Stellen neue Behandlungsformen im Krankenhaus ein bzw. erweitert diese. Dabei sind die Vernetzung mit anderen Einrichtungen (horizontale Vernetzung) wie auch eine Kooperation in der Leistungskette (vertikale Kooperation) wie z. B. mit niedergelassenen Ärzten und Einrichtungen der Rehabilitation und der ambulanten wie stationären Pflege von besonderer Bedeutung.

1. Weiterentwicklung des Leistungsangebotes

- Neue Behandlungsformen
- Vernetzung/Kooperation
 - Niedergelassene Ärzte
 - Rehabilitation
- Vor- und nachgelagerte Strukturen

Beispiele Leistungsfelder

- Vor-/nachstationäre Behandlung
- Ambulantes Operieren
- Kurzstationäre Behandlung
- Institutsambulanz
- Ermächtigungsambulanz
- Notarzdienst am KH
- Rehabilitation/Frührehabilitation
- Ambulante Rehabilitation
- Stationäre/Ambulante Pflege

Dabei darf nicht übersehen werden, dass im Zuge der Umsetzung des DRG-Systems erhebliche Anstrengungen im Bereich von vor- und nachgelagerten Strukturen in unserem Lande gemacht werden müssen. Diese Herausforderung aufzugreifen wird ein wesentlicher Erfolgsfaktor für ein Krankenhaus sein.

6.2. Spezialisierung und Standardisierung

Um Qualitätsverbesserungen, Effizienzsteigerungen und zusätzliche Effektivität zu erreichen scheint es angezeigt sich in der Arbeit zu spezialisieren und vor allem zu standardisieren. Dabei können Behandlungspfade und Leitlinien im Sinne eines Qualitätsmanagements hilfreich eingesetzt werden. Sie sichern einen bestimmten Qualitätsstandard und vermeiden unnötige Aktivitäten und Kosten.

2. Spezialisierung und Standardisierung

Qualität
Effizienz
Effektivität
Behandlungspfade

6.3. Transparenz, Planung und Steuerung.

Voraussetzung für eine im DRG-System notwendige Leistungs- und Kostensteuerung ist die Transparenz in den Strukturen, in den Prozessen wie auch in den Ergebnissen eines Krankenhauses. Dazu ist es unabdingbar Leistungen und den damit verbundenen Ressourcenverbrauch entsprechend zu dokumentieren. Ein qualifiziertes betriebswirtschaftliches und medizinisches Controlling bilden das gesamte Betriebsgeschehen ab und bieten die Grundlage für die Steuerung, wie auch für Entscheidungen.

Voraussetzung dafür sind entsprechend vernetzte Systeme in der Informationstechnologie.

3. Transparenz, Planung und Steuerung

- Transparenz in Strukturen, Prozessen und Ergebnissen
- Dokumentation von Leistungen und Ressourcenverbrauch
- Controlling
- Instrumente und IT

17

6.4. Kerngeschäfte und Ausgliederung

Nicht alle Aktivitäten in einem Krankenhaus müssen von diesem originär durchgeführt werden. In nicht seltenen Fällen ist es sinnvoll bestimmte Bereiche auszugliedern. Die Motive dafür können recht unterschiedlich sein. Infrage kommen beispielsweise Ver- und Entsorgungsbereiche, wie auch medizinische Funktionsbereiche in einem Krankenhaus. Eine solche Ausgliederung darf nicht Selbstzweck sein, sondern muss hinsichtlich der Vorteilhaftigkeit analysiert werden.

4. Kerngeschäft und Ausgliederung

- Versorgungsbereiche
- Labor
- Steri
- Technik und EDV
- Modelle und Beispiele

18

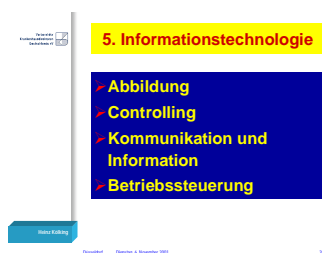
Beispiele Kooperationen

- Labormedizin
- Radiologie
- Kardiologie
- Zentralsterilisation
- EDV
- Reinigung
- Materialwirtschaft/Catering
- ProDiako

19

6.5. Informationstechnologie

Auf die Notwendigkeit einer qualifizierten und vernetzten Informationstechnologie wurde bereits unter 6.3. hingewiesen. Es geht dabei jedoch nicht nur um die Erfassung und Darstellung von Leistungen und Ressourcenverbrauch, sondern darüber hinaus in zunehmende Maße auch um die Betriebssteuerung innerhalb eines Krankenhauses. Beispielhaft sei hier die gesamte Bildverarbeitung innerhalb einer Radiologie und die Bereitstellung dieser Bilder in den Kliniken und darüber hinaus genannt. Weitere Beispiele sind die gesamte Telematik, wie auch die Organisationssteuerung mit entsprechenden Instrumenten in der OP-Organisation, wie auch in der Laborproduktion.



6.6. Qualitätsmanagement

Die gesamten Herausforderungen für ein Krankenhaus können sich in einem systematischen Qualitätsmanagements wiederfinden. Wesentliche Bestandteile des systematischen Qualitätsmanagements sind:

- Kunden bzw. Patientenorientierung
- Leistungsorientierung
- Das Bemühen um kontinuierliche Verbesserung
- Innovationskraft
- Investitionskraft und Kapitalbedarf
- Führung und Zusammenarbeit

7. Krankenhaus mit Strategie

Ein Krankenhaus, das die Herausforderung des Wandels ernst nimmt, wird seine Wettbewerbsparameter aktiv gestalten.



Zu diesen Wettbewerbsparametern gehören insbesondere die s.g. Punkte wie

- Weiterentwicklung des Leistungsangebotes
- Spezialisierung und Standardisierung
- Transparenz, Planung und Steuerung
- Definition des Kerngeschäftes und Ausgliederung
- Weiterentwicklung der Informationstechnologie
- Leben eines systematischen Qualitätsmanagements

Eine derartige aktive Gestaltung führt zu mehr Qualität in den Strukturen, in den Prozessen, wie auch in den Ergebnissen. Zunehmende Attraktivität bei Patienten und in der Gesellschaft und mehr Wirtschaftlichkeit sind die Folge. Mehr Patienten werden mit weniger Fallkosten behandelt. Die Folge sind wirtschaftliche Sicherheit und daraus resultierend die notwendige Investitionskraft.

Dies ist sicher eine idealtypische Betrachtungsweise, zeigt aber deutlich die Chancen eines aktiven Krankenhauses unter den bevorstehenden Bedingungen auf.

8. Prämissen und Rahmenbedingungen

Die Einführung des DRG-Systems und erst recht die bis heute vorliegenden Gesetzentwürfe alleine werden nicht reichen um überhaupt ein Chancenpotential aufzuzeigen. Der gesamte ordnungspolitische Rahmen innerhalb des DRG-Systems ist überhaupt noch nicht festgelegt. Um so wichtiger ist es darauf hinzuweisen, dass sich die gewünschten Erfolge nur einstellen werden, wenn auch grundlegende Veränderungen in den Rahmenbedingun-

gen und in den Prämissen der Arbeit für die Krankenhäuser kommen. Dazu zählt insbesondere:

1. Eine Reform der gesetzlichen Krankenversicherung.
2. Die Schaffung zusätzlicher vor- und nachgelagerter Strukturen zum stationären Sektor.
3. Die Öffnung der Sektoren zwischen ambulanter Kammer, rehabilitativer und stationärer Versorgung.
4. Die Möglichkeit von Investitionen.

9. Zusammenfassung

Wir sind uns im Gesundheitswesen der Tatsache bewusst, dass wir uns in mehreren Spannungsfeldern bewegen. Diese sind

- Qualität und Effizienz
- Ethik und Ökonomie
- Tradition und Fortschritt

Den vor uns liegenden Strukturwandel kann man mit großer Sorge betrachten. Es wird Chancen und Risiken geben. Wichtig ist zu erkennen, dass wir keine andere Chance haben aus diesem derzeitigen Dilemma herauszukommen. Derzeit befinden wir uns in einer Sackgasse. Es gibt immer noch viele Menschen und insbesondere Funktionäre, die meinen die Probleme mit den Instrumenten lösen zu wollen, die die Probleme verursacht haben. Dies wird nicht gelingen. Ein neues Denken ist erforderlich. Der Schritt zum DRG-System im stationären Sektor kann nur ein erster Schritt sein. Viele müssen folgen.

Heinz Kölking