

Swiss DRG – eine Herausforderung für die Spitäler (Teil I)

Nachbars Erfahrungen – lessons learned?

Die Einführung des Fallpauschalensystems hat die Krankenhausbehandlung in Deutschland mehr geprägt als jede andere vorher durchgeführte gesetzliche Veränderung. Mit grosser Sorge haben alle klinischen Leistungserbringer der Einführung des Fallpauschalensystems gegenüber gestanden und eine deutliche Verschlechterung der Patientenbehandlung befürchtet. Im Folgenden ziehen wir ein positives Fazit der deutschen Situation und leiten über zur bald stattfindenden Einführung der SwissDRG.

Das Fazit nach Einführung des Fallpauschalensystems in Deutschland ist fast durchwegs positiv:

- Es handelt sich um ein lernendes System.
- Durch das lernende System werden die Leistungen fast komplett gerecht vergütet.
- Die Behandlungsqualität der Patienten hat nicht gelitten, sondern ist im Gegenteil deutlich besser geworden.
- Im Sinne der Qualität der Patientenbehandlung konnten deutliche Effizienzreserven gehoben werden.
- Wer erfolgreich mit dem Fallpauschalensystem umgeht, hat die Chance, sich in eine stabile finanzielle Situation zu bringen und den zunehmenden Wettbewerb der Leistungserbringer als Sieger zu bestehen.
- Regionale Unterschiede bestehen zwischen den deutschen Bundesländern; dies sorgt für eine fort-dauernde politische Diskussion.

- Die Rolle der Rechnungsprüfungen durch den formal unabhängigen Medizinischen Dienst der Krankenversicherung ist ein weiteres Dauerthema.

Die Situation in der Schweiz präsentiert sich folgendermassen: Die Schweiz hat ein anderes Spitalsystem als die Bundesrepublik Deutschland. Es sind zum jetzigen Zeitpunkt ca. 40% der Spitäler in privater Hand, 60% in öffentlicher Hand. Es gibt weiterhin Unterschiede bei der Trägerschaft, bei der Subventionensystematik und auch bei der Art der Behandlung (ambulant oder stationär).

Kompliziert wird diese inhomogene Situation noch durch kantonale Besonderheiten, die eine Vergleichbarkeit der Spitallandschaft der Schweiz mit Deutschland nur schwerlich möglich macht.

Die Ziele der Einführung der Swiss DRG sind im Wesentlichen die gleichen, die auch in Deutschland verfolgt worden sind:

- Überwindung kantonaler und regionaler Unterschiede hinsichtlich der Struktur der Spitalfinanzierung
- Steigerung der Kosten und Leistungstransparenz
- Steigerung der Behandlungsqualität
- Intensivierung des Wettbewerbs unter den Leistungserbringern
- Identifizierung und Realisierung von Effizienzreserven
- Umsetzung von Kosten- Leistungs- und Preisvergleichen über die Kantongrenzen hinweg

Wesentliche Aspekte der Einführung des Fallpauschalensystems und auch des zu erreichenden Erfolgs sind die Fragen

- der Prozessrestrukturierung bei der Behandlung der Patienten und der Abläufe allgemein,
- des Erlösmanagements,
- des Kostenmanagements,
- des Qualitätsmanagements sowie
- übergreifend und vorrangig der Strategie des Hauses.

Die Frage der Personalgewinnung und der Personalentwicklung berührt alle vier Bereiche, ist aber sinnvollerweise eher dem Thema der Definition und Umsetzung der Strategie zuzuordnen. Die in Deutschland feststellbare Personalknappheit im ärztlichen und pflegerischen Bereich ist aber allenfalls eine mittelbare Folge der DRG-Einführung.

Die beiden Autoren des Beratungsunternehmens MedAdvisors, die als Vorstandsvorsitzender bzw. Geschäftsführer und Direktor Strategisches Controlling Krankenhäuser durch die schwierige Situation der Einführung des Fallpauschalensystems gebracht haben, werden nach diesem Artikel in drei weiteren Veröffentlichungen ausführen, welches die Erfolgsgaranten bei der Einführung des Fallpauschalensystems auch in der Schweiz sind.

Existenziell: Strategie überarbeiten

Für die Weiterentwicklung eines Spitals ist die Abstimmung der Strategie, je unter Berücksichtigung des epidemiologischen und des Versorgungsumfeldes wesentlich. Die Erarbeitung einer Strategie und der Bewertung dieser beiden Parameter ist existenziell, um bei Personalfragen, Abteilungsgrössen, baulicher Infrastruktur und Weiterentwicklung des Krankenhauses mittel- und langfristig das Spital erfolgreich aufzustellen. Häufig sind komplexe Analysetools notwendig, um die notwendige Datenbasis zu erarbeiten, um überhaupt eine Strategie erarbeiten zu können.

Weiterhin ist es wesentlich, die Veränderung eines Hauses jetzt in einer anderen Art- und Weise mit den Mitarbeitern zu kommunizieren, um möglichst alle an einem Strang ziehen zu lassen. Aus diesem Grunde sollte eine veränderte Strategie zunächst mit einem definierten Führungskreis vorbesprochen werden, um es dann möglichst allen Mitarbeitern des Spitals zur Kenntnis zu bringen und zu verinnerlichen. Die Umsetzung der Strategie hat enge Schnittstellen zum Qualitätsmanagement; versteht man dieses nämlich proaktiv und nicht nur im Sinne



der Qualitätssicherungsroutine, ist das Qualitätsmanagement Führungsaufgabe und Führungswerkzeug für das Top-Management und für die Führungsebene der Kliniken.

Restrukturierung des Behandlungsprozesses

Die gelebte und historisch gewachsene Welt eines Spitals entspricht häufig nicht den Notwendigkeiten, erfolgreich im Fallpauschalensystem bestehen zu können. Die Analyse von Prozessabläufen im Behandlungsprozess ist notwendig, um Schwachstellen, mangelnde Koordination und Abstimmungen zu identifizieren. Hier sei als Beispiel die präoperative Verweildauer genannt, die vor Einführung des Fallpauschalensystems in den meisten Maximalversorgungskrankenhäusern deutlich über einem Tag lagen und bei komplexeren Patienten auch über zwei Tage.

Die Verweildauer vor Operation beinhaltet die Gefahr der Akquisition von nosokomialen Infektionen und ggf. von unnützen und nicht weiterführenden diagnostischen Verfahren in der Patienten-vorbereitung. Um im Fallpauschalensystem erfolgreich sein zu können, müssen diese Verfahren auf den Prüfstand gestellt werden, überdacht werden, ggf. an evidenzbasierte Leitlinien angeglichen werden.

Fast einheitlich ist in der Bundesrepublik Deutschland eine deutliche Reduktion der präoperativen Verweildauer beobachtet worden, teils mit einer deutlichen Reduktion diagnostischer Verfahren vor den operativen Eingriffen.

Prozessreorganisation und Interaktion

Die Prozesse in einer Abteilung zu reorganisieren und zu optimieren, führt häufig nicht zu dem gewünschten Erfolg, wenn die Schnittstellen zu den anderen Bereichen, die mit der Abteilung notwendigerweise kooperieren müssen (z.B. Radiologie, OP-Management, Entlassmanagement), nicht abgestimmt sind.

Die Reorganisation von Prozessen im Spital ist ein sehr komplexer Vorgang und macht es notwendig, neben der Analyse der einzelnen Abteilungen die Schnittstellen und Prozesse des Gesamthauses zu analysieren und zu optimieren. An diesen Punkten kommt man an historisch gewachsene Grenzen, an denen Mitarbeiter zurückhaltend sind, ihre bisherigen, von ihnen als erfolgreich wahrgenommenen Prozesse zu verändern und zu reorganisieren. Auch die Folgen für die Patienten, die weit anreisen müssen für bestimmte Spezialverfahren, sind bei solchen Prozessreorganisationen mit zu berücksichtigen.

Neben der Analyse der Prozessschritte sollte der gesamte Behandlungsprozess kritisch hinterfragt werden, und vermeidbare und unnötige diagnostische Verfahren, die aus haftungsrechtlichen Gründen ohne Evidenz (im Sinne der evidence based medicine) durchgeführt werden, müssen auf den Prüfstand gestellt werden. Diese Forderung gilt ganz unabhängig von der bekannten Tatsache, dass derzeit nur ein Teil therapeutischer Verfahren in der klinischen Medizin durch Studien höchster Qualität im Sinne der evidence based medicine belegt bzw. abgesichert ist. Für therapeutische oder diagnostische Massnahmen, für die die wissenschaftliche «Evidenz» fehlt, sollte das Topmanagement gleichwohl und unbedingt den Dialog mit den Kliniken suchen, um ggf. unnötige Schritte zu eliminieren.

Neben der Reorganisation der Prozesse ist auch die Identifikation des richtigen Personals von Bedeutung; dies wird separat in den folgenden Beiträgen dargestellt.

Das Fallpauschalensystem differenziert verschiedene Teilschritte der Verweildauer:

- Untere Grenzverweildauer
- Mittlere Verweildauer
- Obere Grenzverweildauer



Zur sanften Reinigung und Pflege der Haut und Schleimhaut im Intim- und Analbereich. Lindert Rötungen, Juckreiz, wirkt geruchbindend und desodorierend. Dermatologisch bestätigte Hautverträglichkeit. Weitere Informationen unter www.romulsin.com.

diacosa
pharma-kosmetik

Diacosa AG • Dermatologische Kosmetikprodukte • Friedeggstrasse 4 • CH-3400 Burgdorf • Tel. 034 408 00 77 • Fax 0800 82 12 12 • www.diacosa.ch

Prof. Dr. med. Claus Bartels



Geschäftsführer MedAdvisors, Hamburg

Bis 2008 Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender des Klinikums der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald; zuvor Sprecher der Geschäftsführung des AK St. Georg in Hamburg und Professor für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein – Campus Lübeck

Sein Beratungs-Credo lautet: «Erfolgreiches Klinikmanagement liegt in der optimalen Verknüpfung von medizinqualitativen und ökonomischen Aspekten.»

Dr. med. Christoph Bobrowski, M.Sc.



Nach Erststudium der Informatik in Hamburg und Toronto war er Projektleiter Software-Engineering. Es folgten das Studium der Humanmedizin in Hamburg und die Promotion zum Dr. med. in der Neurophysiologie über Schmerzverarbeitung. Dr. Bobrowski ist Facharzt für Innere Medizin, Zusatzbezeichnungen Diabetologie – Ärztliches Qualitätsmanagement – Medizinische Informatik. Seit 2011 ist er verantwortlich für das Medizincontrolling in der Endokrinologikum-Gruppe. Besondere, auch wissenschaftliche Interessen sind das Qualitätsmanagement mit Routinedaten und die Umsetzung evidenzbasierten Wissens.

Durch die Systematik der Fallpauschalen kommt es bei einer Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer zu Abschlägen, die signifikant erlösrelevant sein können. Bei einer Überschreitung der oberen Grenzverweildauer muss allerdings hinterfragt werden, ob der Behandlungsprozess sachgerecht ist, oder ob es sich um besonders schwerkranke Patienten handelt.

Sachgerecht und qualitativ hochwertig

Die Analyse solcher Daten und die Interpretation zusammen mit den Ärzten und den Pflegepersonen sind essenziell, um den Behandlungsablauf so aufzustellen, dass er sachgerecht und qualitativ hochwertig im Rahmen des Fallpauschalensystems funktionieren kann.

Zum jetzigen Zeitpunkt sind für die Einführung des Schweizer Fallpauschalensystems hochpreisige Leistungen noch nicht so abgebildet, dass alle Beteiligten damit zufrieden sein könnten. Hier seien als Beispiele nur genannt:

- Langzeitbeatmungen,
- Transplantationen,
- intensivmedizinische Komplexbehandlungen,
- Bestrahlungen
- oder Komplexbehandlungen bei multiresistenten Keimen, um nur einige Beispiele zu nennen.

Diese Situation war zu Beginn der Einführung des Fallpauschalensystems in Deutschland nicht anders. Die Mitarbeiter von MedAdvisors verfügen über jahrelange Erfahrung, um mit den Kostenträgern als Vertragspartner Wege zu finden, wie man in einem lernenden System für solche komplexen teuren Leistungen Vergütungsmöglichkeiten findet, ohne dass das Krankenhaus in eine finanzielle Schieflage gerät.

Weiterhin sind erlössichernde Massnahmen, wie die Frage von Dokumentationen hochpreisiger Medikamente, Implantate, Transfusionen oder Chemotherapie, mit einer Lernkurve versehen, die bei einer Begleitung durch erfahrene Berater in der Einführung häufig schneller und präziser von staten geht, ohne dass es zu Erlöseinbussen in diesem Bereich kommt.

Gott sei Dank, kein MDK, noch nicht

Die Schweiz hat zum jetzigen Zeitpunkt keinen medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK). Hier kann man aus Sicht der Leistungserbringer, aus Sicht der Autoren nur sagen: Gott sei Dank!

Aber ein solches System wird kommen und ist auch notwendig, um zu hinterfragen, wie Behandlungsprozesse wirtschaftlich adäquat dargestellt erbracht worden sind. Die Frage der Darstellung der Behandlungsprozesse betrifft die sachgerechte Kodierung. Trotz der guten und produktiven Entwicklung der Deutschen Kodierrichtlinien gibt es auch heute noch in Deutschland Dissens über bestimmte Kodierfragen zwischen der Krankenhausseite und dem MDK bzw. seinem Auftraggeber, der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Frage der wirtschaftlich adäquaten Erbringung führt leider immer wieder zu Konflikten mit dem MDK, gerade bei multimorbiden Patienten, bei denen durch die Kostenträgerseite nicht selten geltend gemacht wird, dass bestimmte Massnahmen nicht hätten im Krankenhaus erbracht werden dürfen.

Hier hat das ausgefeilte System, das vordergründig der Rechnungsüberprüfung dienen sollte, zu dauerhaften Auseinandersetzungen darüber geführt, was vielleicht in den ambulanten Bereich verlagert werden sollte. Umso wichtiger ist es nach unserer Auffassung, ein Prüfungs- und Kontrollsystem, das auch in der Schweiz kommen wird, so aufzubauen, dass Ziel, Zweck und konkrete Umsetzung möglichst vorher festliegen und von allen Beteiligten mit getragen werden.

Unsere umfangreichen Erfahrungen mit dem MDK können dabei helfen, die komplexen und zeitraubenden Fallkritiken einer solchen Institution zu adressieren, um auch hier unnötige Turbulenzen vermeiden zu können.

Mehr Behandlungsfälle als früher

Die Konzentration bei der Behandlung des Patienten auf das Hauptkrankheitsbild bzw. die Hauptdiagnose ist aus Sicht der Autoren ein Paradigmen-

wechsel, den wir in Deutschland vor Einführung des DRG-Systems so noch nie gehabt haben. Es ist eine Konzentration auf die wesentliche zur Hospitalisierung führende Diagnose, unabhängig von anderen für die Behandlung nicht relevanten Begleiterkrankungen.

Dieser Umstand hat in Deutschland dazu geführt, dass das Fallpauschalensystem zu mehr Behandlungsfällen geführt hat, die früher bei einer ganzheitlichen Betrachtung des Patienten bei einem einzigen Krankenhausaufenthalt mit bearbeitet und gelöst worden sind. Ob es sich hierbei um eine Verschlechterung der Versorgungssituation oder um eine Vermeidung unnötiger Massnahmen handelt, kann abschliessend noch nicht beurteilt werden und wird sich auch in Deutschland erst in den nächsten Jahren klar darstellen.

Auf der Erlösseite wird die Frage der Kalkulationsgrundlage die Schweiz in den nächsten Jahren beschäftigen, denn eine direkte Kopie des deutschen Systems scheint zum jetzigen Zeitpunkt nicht in Sicht und ist vielleicht auch nicht wünschenswert, um einen wirklichen eigenen Weg in der Schweiz gehen zu können.

Unsicherheiten beseitigen

Die Artikelserie von MedAdvisors im Clinicum hat als Ziel, die Unsicherheit bei der Einführung des Fallpauschalensystems zu nehmen und die Möglichkeit kompetenter Beratung aus Sicht von Ärzten, die auch als Manager gearbeitet haben, darzustellen.

Diese Kombination von tiefgreifendem klinischen Sachverstand und kompetenter Management Erfahrung, auch in Universitätsklinik, ist ein nützliches Erfahrungsreservoir, um Spitäler in der Schweiz sicher durch die absehbaren Klippen bei der Einführung des Schweizer Fallpauschalensystems zu führen.

Autoren:

Prof. Dr. med. Claus Bartels, Geschäftsführer MedAdvisors GmbH, und Dr. med. Christoph Bobrowski, M.Sc., Endokrinologikum, Hamburg