

DRG-Einführung – Motor der Bauwirtschaft?

Ab 2012 werden die SwissDRG als verbindliches Abrechnungsinstrument stationärer Leistungen umgesetzt. Damit folgt die Schweiz dem Beispiel vieler Länder, die bereits auf diese fall- und diagnose-bezogene einheitliche Vergütungsform umgestellt haben. In Deutschland wurde dieser Schritt schon 2004 vollzogen und hat zu erheblichen Unsicherheiten hinsichtlich zukünftiger Leistungsformen, Leistungserbringung und Leistungsvergütung geführt. Damit verbunden war auch immer die Frage, wie die Weiterentwicklung der baulichen Infrastruktur dadurch beeinflusst wird.

Nun, im achten Jahr der G-DRG kann der Frage nachgegangen werden, welche Auswirkungen die DRG-Einführung in Deutschland auf den Krankenhausbau hatte und inwiefern diese auf die Schweiz übertragbar sind.

Das DRG-System wurde 1967 von Robert Fetter an der Universität Yale entwickelt, um die «Produkte» der Krankenhäuser hinsichtlich medizinischer Leistung und Kosten klassifizierbar zu machen. Als Steuerungsinstrument dienen sie, da über die Zuordnung zu einer DRG Transparenz und Vergleichbarkeit in der Leistungserbringung der einzelnen Krankenhäuser angestrebt wird. Dies wird durch Massnahmen zur Qualitätssicherung flankiert. Hinsichtlich der Honorierung erfolgt die Bemessung über den Schweregrad des DRG-Krankheitsbildes unter Annahme einer korrelierenden medizinischen Leistung auf Grundlage regionaler Basissätze. Ver-

kürzt dargestellt «gleiches Geld für gleiche Leistung». Damit entfalten DRG einen Preis und Wettbewerbsdruck auf die einzelnen Leistungserbringer.

Kosten transparent machen

Dies ist vom Gesetzgeber so gewollt und eine Zielsetzung des DRG-Systems: Kosten transparent machen und senken bzw. den weiteren Anstieg handhabbar machen. Inwieweit dieses Ziel in Anbetracht wachsender demographischer und sozialer Nachfrage und immer umfänglicher werdender medizinischer Angebote und Techniken erreicht werden kann, bleibt dahingestellt. In jedem Fall geht ein Impuls an die Krankenhäuser, dem Preisdruck zu begegnen.

Die Schweiz besitzt eines der besten Gesundheitssysteme, wenn auch auf hohem Kostenniveau. Die Gesundheitssysteme der Schweiz und Deutschlands

sind vergleichbar im Aufbau. Von daher ist davon auszugehen, dass Effekte, die aus der DRG-Einführung in Deutschland ableitbar sind, auch in der Schweiz von Relevanz sind.

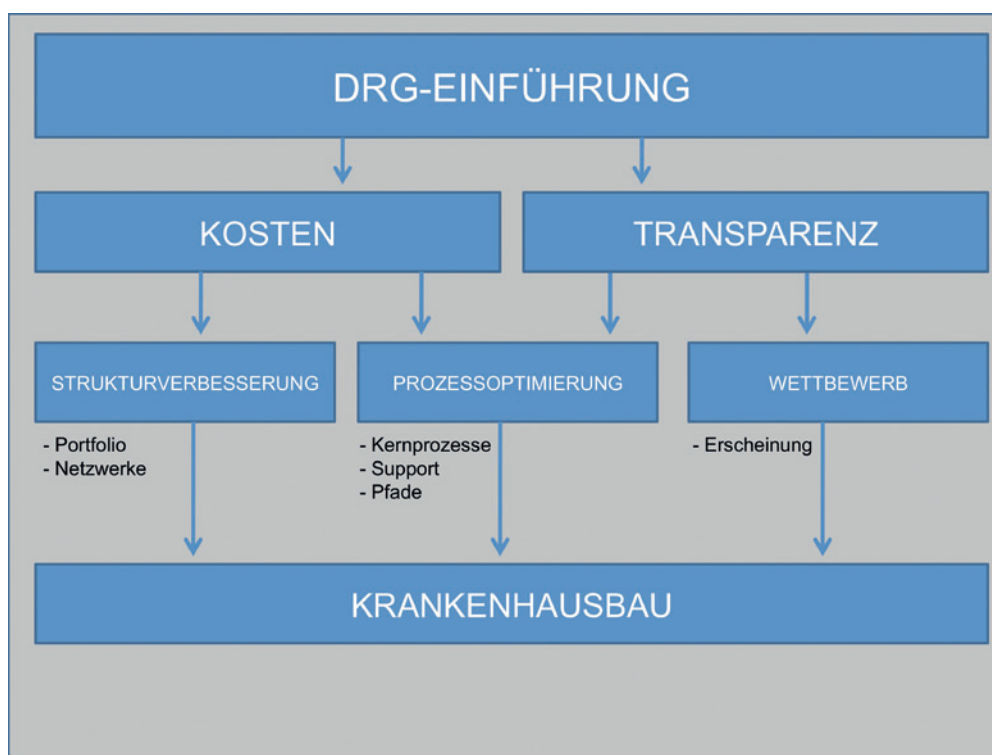
Wie ist die Wirkungsweise der DRG auf die bauliche Entwicklung der Spitäler?

Hier muss zuerst festgestellt werden, dass die DRG-Einführung nur einer von mehreren exogenen Faktoren ist, die auf das System Krankenhaus einwirken. Weitere Faktoren sind u.a. eine veränderte Anspruchshaltung auf Kunden(Patienten-)seite, neue medizinische Verfahren und weitere regulative Eingriffe in das Gesundheitssystem, die in ihrem Kern auf eine engere sektorenübergreifende Verzahnung ambulanter und stationärer Leistungserbringung zielen. Nichts desto trotz wird über die Systematik der DRG Druck auf die Krankenhäuser ausgeübt. Wie aus der Physik bekannt, erzeugt Druck Gegendruck bzw. eine Reaktion. Die wesentliche Wirkungskette ist hierbei, den Aufwand je Fall unter die Wirtschaftlichkeitsgrenze abzusenken. Hierbei bestehen grundsätzlich folgende Ansätze:

1. «die richtigen Dinge tun» und
2. «die Dinge richtig tun».

Damit verbunden ist die Notwendigkeit zur Einführung verbesserter Controlling-Instrumente, denn «nur wer messen kann, kann auch steuern». Soweit die Theorie. In der Praxis liegt aber auch hier der Teufel – wie so meist – im Detail und ist sehr von der Ausgangssituation des einzelnen Hauses oder Verbundes abhängig:

- Welches Leistungsportfolio ist vorhanden und welche Nachfrage besteht innerhalb der Einzugsbereiche?
- Wie ist die Einbindung in vorhandene Strukturen, welche Leistungstiefe wird angestrebt und welche Partner stehen zur Verfügung?
- Wie ist der organisatorische Aufbau des Hauses, seine personelle Ausstattung etc.?
- Und schliesslich auch, welche bauliche Infrastruktur ist vorhanden?



FAUST Consult Architekten + Ingenieure

ist ein deutschlandweit wie international erfolgreiches Architekturbüro mit Niederlassungen in Wiesbaden, München, Leipzig und Abu Dhabi. Mit rund 80 Mitarbeitern planen die Faust-Fachleute Architektur, Medizintechnik und Innenarchitektur mit dem Schwerpunkt Krankenhaus- und Laborbau – dies umfasst die gesamte Planungstiefe: Von der Ziel- und Masterplanung über die Gebäudeplanung bis zur Objektüberwachung. Gemeinsam mit der Muttergesellschaft Obermeyer Planen + Beraten – mit über 1200 Mitarbeitern eines der grössten Deutschen Planungsbüros mit Sitz in München – erbringt Faust Consult darüber hinaus Gesamtplanungsleistungen über alle Planungsbereiche und hat unmittelbaren Zugriff auf alle Spezialdisziplinen.

Zum Leistungsspektrum gehört neben der klassischen Krankenhausplanung über alle Leistungsphasen und Bereiche der HOAI auch die Betriebs- und Prozessplanung mit Schwachstellenanalyse, Struktur- und Organisationskonzepten, sowie Funktions- und Raumprogrammen.

«Die richtigen Dinge tun»

Was ist damit gemeint? Jeder Arzt wird aus seinem Berufsverständnis heraus grundsätzlich postulieren, er tue die richtigen Dinge. Die Behandlung kranker Menschen ist neben allen ökonomischen Aspekten primär eine Aufgabe der Daseinsvorsorge unter staatlicher Obhut. Für ein einzelnes Haus oder den Verbund mehrerer Häuser stellt sich die Frage, welche Bereiche der medizinischen Leistungserbringung angeboten werden. Ob es für ein Haus mittlerer Versorgungsstufe sinnvoll ist, Leuchttürme medizinischer Spitzenversorgung aufrecht zu erhalten bzw. weiter auszubauen oder welche Spezialisierung gegebenenfalls angestrebt werden soll, sind strategische Entscheidungen. Strategie heisst hier auch Beschränkung auf das, was man gut und wirtschaftlich erbringen kann. Der Qualitätsanspruch nimmt dabei neben den ökonomischen Aspekten einen immer breiteren Raum ein. In diesem Kontext sind auch die sich stetig ausweitenden Anforderungen an Mindestmengen und eine stringente Prozessplanung anhand medizinischer Pfade zu sehen.

Netzwerke und Fusionen

Wesentlich ist in diesem Zusammenhang die Einbindung in Netzwerke. Dies bedeutet eine Abkehr vom Einzelkämpfertum hin zu einer Teilhabe an partnerschaftlichen Netzwerkstrukturen. Diese können selbstverständlich auch wettbewerbliche Züge tragen. Netzwerke haben mindestens zwei Dimensionen, so auch hier.

Horizontal: Hierunter ist der Aufbau von Verbundstrukturen stationärer Akutversorgung zu verstehen. Im Ideal ist dies die Profilbildung innerhalb von Zusammenschlüssen mehrerer Krankenhäuser. Seit Einführung der DRG ist hier in Deutschland unter dem ökonomischen Druck auf die Träger eine wahre Fusions-, Kooperations- und Privatisierungswelle losgetreten worden.

Vertikal: Vorgelagert und nachgelagert jeder stationären Akutversorgung existiert der Mensch mit seiner Krankheit. Daher ist es für die einzelnen Häuser zunehmend wichtig, hier in Verbundstrukturen zu agieren, die eine zielgerichtete und hinrei-

chend abgeklärte Einweisung ermöglichen und nach Entlassung eine effiziente Nach- und Weiterbehandlung absichern. Damit wird einerseits die Pforte des Krankenhauses bildhaft erweitert, wesentliche Entscheidungen können vor Einweisung abgeklärt werden, Verweildauern weiter reduziert werden. Andererseits garantiert eine adäquate poststationäre Versorgung durch ambulante Dienste, Reha-Einrichtungen oder den niedergelassenen Bereich eine niedrige Wiedereinweisungsquote und sichert so eine nachhaltige Patientenbindung.

«Die Dinge richtig tun»

Ein wesentlicher Ansatzpunkt auch baulicher Massnahmen ist die Verbesserung der Prozesse innerhalb des Krankenhauses. Auch hier gilt es im Einzelfall zu prüfen, welche Aktivitäten entfaltet werden sollen. Eine wesentliche Frage, die sich hier jedes Haus stellen muss, ist die Frage nach Aufbau und Unterstützung des Kernprozesses. Hierunter ist der aus dem Kundenwunsch «Genesung» bzw. angelegter Bedürfnisse wie «Schmerzlinderung» oder «Verbesserung der Lebensumstände» abgeleitete medizinische Behandlungsprozess zu verstehen. Innerhalb eines Schalenmodells des Krankenhauses wird dieser Kernprozess von verschiedenen Unterstützungsprozessen (Service- und Managementprozessen) flankiert, die in der Summe die Qualität und Wirtschaftlichkeit oder mit anderen Worten die Effektivität und Effizienz der Bearbeitung des einzelnen Falls bestimmen. So entscheidet sich z.B. oftmals bereits in der Aufnahme und richtigen Zuordnung diagnostischer Abklärung und therapeutischer Massnahmen, ob ein Patient erfolgreich und wirtschaftlich behandelt wird. Ob eine OP-Abteilung wirtschaftlich arbeiten kann, ist neben Fragen der Aufbau- und Ablauforganisation nicht unwesentlich eine Sache einer am Prozess ausgerichteten Anordnung und Dimensionierung der Funktionen in ihrer baulichen Anordnung.

Bei den Unterstützungsprozessen schliesslich ist eine klare wirtschaftliche und an Qualitätsaspekten ausgerichtete Betrachtung erforderlich. Hier ist die Gestaltungsmöglichkeit der Häuser gross: eigene Küche oder zugekauftes Catering, Mitversorgung anderer Einrichtungen und welches System...

Welche Rolle spielt der Krankenhausbau?

Bauen ist immer Mittel zum Zweck. Dies gilt im Besonderen für den Krankenhausbau. Dieser ist hierbei mit dem Industriebau zu vergleichen, bei dem klar ersichtlich ist, dass die Form der Funktion folgt. Die meisten der oben genannten Ansätze haben auch bauliche Implikationen. Diese sind jeweils als Investitionsentscheidungen unmittelbar an die zu erwartenden Struktur- oder / und Prozessoptimierungen gekoppelt. Darüber hinaus hat Bauen auch immer eine ästhetische Dimension. In der besonderen Situation eines Krankenhausaufenthaltes kommt dieser eine weitere Bedeutung zu. Inwiefern kann die Umgebung den Heilungsprozess unterstützen. Untersuchungen vor allem US-amerikanischer Institutionen kommen zu dem Ergebnis, dass hier ein durchaus messbarer, also auf Evidenzen basierender Zusammenhang für verschiedene Bereiche besteht. Damit gewinnt die Krankenhausarchitektur als Wettbewerbsfaktor zunehmend an Bedeutung.

Drei Fallbeispiele

Eine Aufschluss gebende Darstellung soll hier an Hand von drei Fallbeispielen erfolgen:

Fallbeispiel 1: Maximalversorger mit heterogenem Gebäudebestand und deutlichem Flächenüberhang im Altbestand der Gebäude

Wesentliche Aufgabe war die Zusammenführung der gewachsen verteilten Funktionen und deren Aufbau nach prozessoptimierten Ansätzen in zentralen und vernetzten Strukturen. Dies wurde durch mehrere Neubauten erreicht, verbunden mit der Sanierung entwickelbarer Bausubstanz. Hierdurch konnte in der Weiterentwicklung vorhandener Strukturen ein am Patientenpfad orientiertes Krankenhaus aufgebaut werden. Wesentliche Einzelmassnahmen waren der Aufbau einer zentralen Notaufnahme, die Zusammenführung der bisher auf Einzelhäuser verteilten Operationsäle und die Umsetzung moderner OP-Strukturen. Die energetische Sanierung der Pflegebereiche, verbunden mit dem Aufbau eines einheitlichen Stationslayouts in einem vorhandenen Bettenhochhaus sowie die Optimierung der Untersuchungs- und Behandlungsbereiche in Zentren, runden die Massnahmen ab.

Fallbeispiel 2: Kommunales Schwerpunkthaus mit drei Standorten zur regionalen Versorgung

Hier erfolgte auf Grund vorhandener Betriebsdefizite die Zusammenführung der Leistungsbereiche an einem Standort, verbunden mit einem Neubau des Krankenhauses. Zwei Standorte werden damit aufgegeben, ein dritter als Portalklinik mit Basisversorgung weitergeführt. In Ergänzung eines erweiterten Spektrums medizinischer Dienstleistungen sollen am zentralen Standort zukünftig auch erweiterte ambulante Dienste und eine Unterbringung in einem Patientenhotel angeboten werden.

Fallbeispiel 3: Gemeinnützig geführtes Belegkrankenhaus der Grundversorgung, eingebunden in ein enges Netz kommunaler Mitbewerber

Um auch zukünftig bestehen zu können, war hier die Fokussierung des Leistungsangebotes auf den vorhandenen Schwerpunkt der Geburtshilfe erforderlich. Zusätzliche vor- und nachstationäre Angebote wurden geschaffen, die bauliche Attraktivität wird durch einen Neubau verbessert. Um die kritische Masse beteiligter Belegärzte zu erhöhen, werden frei werdende Flächen für ambulante Leistungen genutzt.

Zusammenfassung und Resümee

Die Einführung der DRG in Deutschland hatte und hat massive Auswirkungen auf den Krankenhausbau. Diese leiten sich aus der Notwendigkeit der einzelnen Häuser ab, Strukturen und Prozesse zu verbessern und im Wettbewerb attraktiv zu bleiben. Damit folgen die Massnahmen dem Trend einer steten Professionalisierung und Industrialisierung des Gesundheitswesens. Der Krankenhausbau ist hier Mittel zum Zweck in einer mehrdimensionalen Wertematrix, die neben der Verbesserung der Prozesse und Strukturen und der technischen Erneuerung auch ästhetische Qualitäten und die Schaffung gesundheitsfördernder Umgebungen zum Ziel hat.

Ansätze für den Spitalalltag

Abschliessend ein paar Ansätze für die Leitung der Häuser

- Sei ehrlich zu Dir selbst und schau, was Du kannst und was du besser lässt!
- Sortiere Dein Geschäft auf Basis messbarer Grössen, aber verlier nicht die Gesamtsicht!
- Schau Dich nach Partnern um!
- Optimierte Deine Prozesse!
- Baue wenn notwendig, gehe hierbei geordnet und schnell vor!

In diesem Sinne, viel Erfolg!

Weitere Informationen



Thomas Burger
Dipl. Ing. Architekt
Faust Consult GmbH
Hansastrasse 40
80686 München
Thomas.burger@faust-consult.de
www.faust-consult.de
www.opb.de

Weiterführende Literatur

- Mark, Kampmann, Indra (Hrsg.); DRG-Handbuch Schweiz; Bern 2006
- Rau, Roeder, Hensen (Hrsg.); Auswirkungen der DRG-Einführung in Deutschland; Stuttgart 2009

Astrid Sprenger, Studierende MAS in Health Service Management




Diplomlehrgang eHealth

Für Führungs- und Fachpersonen im Gesundheitswesen:

eHealth als ganzheitlicher Ansatz, um die Gesundheitsversorgung durch den Gebrauch von elektronischen und kommunikativen Mitteln zu optimieren und die Beteiligten zu vernetzen. 30 Tage berufsbegleitend.

Start: Frühling 2012. www.fhsg.ch/das-eh

FHS St.Gallen, Management-Weiterbildungszentrum,
Teufener Strasse 2, CH-9000 St.Gallen,
Tel. +41 71 228 63 28, management@fhsg.ch

 **FHS St.Gallen**

 Hochschule für Angewandte Wissenschaften

FHO Fachhochschule Ostschweiz www.fhsg.ch