



Von der theoretischen Planung zur praktischen Umsetzung -

Perspektiven für Krankenhäuser, Krankenkassen und Medizinprodukteindustrie

von

Dr. Jörg Weidenhammer

Volker Bahr

Vortrag von

Dr. Jörg Weidenhammer, TCC Trans Clinic Consultants GmbH, Saarbrücken

auf der **MedInform** – Informationsveranstaltung:

Chancen und Risiken durch DRGs im Krankenhaus.

Bleibt der medizinisch-technische Fortschritt auf der Strecke?

am 5. September 2000 in Bonn

Saarbrücken, August 2000

Inhaltsverzeichnis

Von der theoretischen Planung zur praktischen Umsetzung - Perspektiven für Krankenhäuser, Krankenkassen und Medizinprodukteindustrie

1. Einleitung	3
2. Pro und Contra	3
3. Anforderungen an die Krankenhäuser.....	4
4. Checkliste Krankenhaus	4
5. Anforderungen an die Krankenkassen	6
6. Checkliste Krankenkassen	6
7. Anforderungen an die Medizinproduktehersteller	7
8. Checkliste Medizinproduktehersteller	8
9. Fazit.....	8

Autoren:

Dr. med. Jörg Weidenhammer,

- Geschäftsführender Gesellschafter der TCC Trans Clinic Consultants GmbH, Saarbrücken

Volker Bahr,

- Assistent der Geschäftsführung der TCC Trans Clinic Consultants GmbH, Saarbrücken

TCC Trans Clinic Consultants GmbH

Mainzerstrasse 62

D – 66121 Saarbrücken

Telefon: +49 (0)681 96746 – 0

Telefax: +49 (0)681 96746 – 10

E-Mail: info@tcc-beratung.de

URL: www.tcc-beratung.de

1. Einleitung

Was die Abkürzung DRG bedeutet,
was ein Case Mix Index ist und wie er berechnet wird,
was ein Grouper ist und wie er funktioniert,
haben Sie in den letzten Wochen gehört und gelesen.

Am Ende einer solchen Veranstaltung möchte ich nicht Informationen wiederholen, die insbesondere meine beiden Vorredner Ihnen viel besser haben vermitteln können.

Wer hier im Auditorium erst jetzt und heute begonnen hat, sich mit den DRGs zu beschäftigen, steht am Bahnsteig und sieht bereits den roten Schlußleuchten eines Intercity hinterher. Seminar- und Fortbildungsveranstaltungen sind seit einem vollen Jahr auf dem Markt - da war ein §17 heutigen Inhalts noch nicht in Sicht!

Wenn Ihnen die Brisanz die Themenkomplexes DRG aber eingeleuchtet hat und sie schnell Anschluß erhalten möchten, wird es mehr als diese Veranstaltung brauchen. Gern möchte ich Ihnen ein paar Anstöße zur Umsetzung des bisher Gehörten mit auf den Nachhauseweg geben, aber Ihnen muß klar sein: dieser Umstellungsprozeß auf ein Entgeltsystem nach DRGs bedeutet einige zusätzliche Nachtschichten für Sie - einige Kollegen hier um sie herum haben bereits ein, einige wenige auch bis zu vier Jahren Vorsprung!

Allerdings können sich auch bereits vorbereitete Krankenhäuser nicht sicher fühlen.

Zum einen sind in dieser Vorbereitungszeit bis 2003 das Kalkulationsschema und die Krankenhausstichprobe erst für das Jahr 2001 geplant,
zum anderen sind die DRG nicht das Ende, sondern allenfalls der Beginn einer gewaltigen Umstrukturierung des gesamten deutschen Gesundheitswesens.

2. Pro und Contra

Zuerst einmal die Vorzüge dieses Vorhabens unter Managementgesichtspunkten.

- Es wirbelt den Staub der letzten Jahre in den verschlafenen Krankenhausfluren auf, kurzum: es kommt Bewegung in die Branche!
- Das System schafft mehr Transparenz und belohnt die effektiveren Krankenhäuser.
- Als Controlling-Instrument halten Sie ein exzellentes krankenhausesinternes Steuerungsinstrument in der Hand.
- Durch die Abrechnung nach DRG erhalten Sie Datenmaterial, das Sie in die Lage versetzt, Ihre Leistungsplanung und -steuerung zu untermauern sowie die Entwicklung neuer Geschäftsfelder solide in Angriff zu nehmen.

Die Nachteile oder Problemfelder allerdings sind nicht zu verschweigen:

- Es werden Krankenhäuser auf der Strecke bleiben.
- Der politische Umgang mit der sozialen Komponente ist ungeübt (Ev. Krankenhaus Saarbrücken; Hafenklinik Hamburg).
- Das deutsche Krankenhauswesen ist gemessen an vielen anderen Nationen kompliziert und riesig. In allen Ländern, die DRG eingeführt haben, hat es Anlaufschwierigkeiten gegeben und sind Modifikationen erfolgt. Zweifelsohne sind die AR-DRG das modernste laufende System. Doch allein von der Summe der in deutschen Krankenhäusern anlaufenden Behandlungen her steht die Belastungsprobe für diese australische Version noch aus.

- Für einige Krankenhausabteilungen ist das System noch nicht ausgereift. Den Geriatrischen und Psychosomatischen Abteilungen kann ich nur dringend empfehlen: treten Sie ihren Fachgesellschaften auf die Füße, machen sie Vorschläge an die Spitzenverbände. Prinzipiell bieten die AR-DRG sogar für den gesamten Rehabilitationsbereich und die Psychiatrie Abbildungs- und Abrechnungsmöglichkeiten.
- Die Verrechnung und Zuordnung bei internen wie externen Verlegungen muß noch einer praktikablen Lösung zugeführt werden.
- Ähnliches Problemfeld: die Erlösverteilung bei Multidisziplinären Behandlungen.
- Wie werden Mehrfach- bzw. Zusatzleistungen künftig abgerechnet werden?
- Ein Problemfeld aus der Praxis: die Abrechnung bei "Frühchen" erfolgt wie bei Normalgeburten nach Lebensalter in Tagen (z.B. < 28 Tage). Nur der Aufwand kann natürlich ungleich höher sein. Da müssen die Fachgesellschaften intervenieren!

Sie hören und sehen, die To-Do-Liste ist lang und die verbleibende Zeit extrem kurz.

Deshalb mein dringender Rat an alle von Ihnen, egal ob Sie bei einem Krankenhaus, einer Krankenkasse oder einem Medizinproduktehersteller beschäftigt sind.

Sie brauchen eine ‚Stabsstelle DRG‘ in Ihrem Unternehmen. Sie werden Spezialisten für diesen Themenkomplex benötigen und da es diese in noch viel zu geringem Umfang gibt, müssen Sie dafür in Ihren Unternehmen Mitarbeiter finden und befähigen.

3. Anforderungen an die Krankenhäuser

Sie sind die Hauptbetroffenen und in der ersten Pflicht.

Ihre allererste Aufgabe besteht darin, Ihre Mitarbeiter auf einen Veränderungsprozess hinzuweisen, Sie über das System zu informieren und allen Mitarbeitern zu verdeutlichen, dass die DRGs kein neues Spielzeug der Geschäftsleitung sind oder lediglich ein Problem „für die da oben“, sondern Anstrengungen, Einsatz aber auch Phantasie auf allen Ebenen bedeuten.

Machen Sie zum Beispiel Ihren Ärzten deutlich: jede nicht oder falsch verschlüsselte Diagnose bedeuten nicht nur Zeitverlust und Ärger, sondern bares Geld, das den Gully hinabfließt. Falsch oder nachlässig verschlüsselte Diagnosen müssen künftig ein Kündigungsgrund werden.

Im Umkehrschluß muß die Krankenhausgeschäftsleitung nun allerdings auch die Arbeitsprozesse Ihrer ärztlichen Mitarbeiter so gestalten, dass Zeit und Raum für diese Tätigkeit vorhanden ist. Ein von einem AiPler diktiert Arztbrief mit einer Hauptdiagnose und maximal einer Nebendiagnose drei Wochen nach Entlassung des Patienten war schon immer unverantwortlich. Ab sofort sind solche Strukturen tödlich! Der Arzt schreibt die Rechnung!

Schließen Sie sich mit Kollegen zu Benchmark-Gruppen zusammen. Zum einen lernt es sich in Gruppen einfacher und schneller, zum anderen brauchen Sie zur exakten Einordnung ihres Hauses Vergleichszahlen.

4. Checkliste Krankenhaus

- Stabsstelle DRG einrichten bzw. Hauptverantwortlichen für diesen Themenkomplex bestimmen. Dieses gilt vor allem für kleine und mittlere Häuser, die großen haben schon längst ihre Claims abgesteckt.
- Informationsveranstaltungen für das gesamte Haus, für die einzelnen Abteilungen und für Tätigkeitsfelder entwickeln und anbieten.

Inhalte sollten sein:

- die Grundzüge der einstigen und künftigen Krankenhausbetriebsfinanzierung,
- die Inhalte und Funktionsweisen der DRGs in Grundzügen,

- der Zeitplan für die Einführung der DRG,
- die Veränderungen, die damit im Haus einhergehen werden.
- Am stärksten werden folgende Personenkreise belastet werden:
 - GL, GF, VL, VD
 - ÄD, PDL; Ärzte, Pfleger
 - Controlling; EDV, IT
 - öffentliche und konfessionelle Träger.
- Aktions- und Schulungsprogramm für die jeweiligen Gruppen entwickeln und durchführen.
Z.B. das Dokumentier- und Kodierverhalten schulen:
Haupt- und mehrere Nebendiagnosen mit Komplikationen; Überprüfung von Einweisungs- und Entlassungsdiagnose; Zeitnähe zum Geschehen; Vollständigkeit und EDV-Unterstützung.
Ein Beispiel: sind Sie wirklich sicher, dass in Ihrer Neonatologie immer das Geburtsgewicht dokumentiert wird?
- Bringen Sie Ihr EDV-System (Hardware, KIS, Auswertungs-Tools) auf den neuesten Stand. Drängen Sie darauf, dass der Software-Anbieter Ihres Vertrauens Ihre Wünsche und Bedürfnisse in seine Programme integriert.
- Beitritt zu einer Benchmark-Gruppe und der Versuch, die 98er und 99er Datensätze nachzukalkulieren.
- Lassen Sie im Rechnungswesen Ihre Ist-Fallkosten kalkulieren.
- Bestimmen Sie Ihre Position in einem Preis-Leistungsdiagramm:
- Ist der CMI-Wert adäquat? Ist die Base Rate in der Verlustzone? Ist ordentlich verschlüsselt worden oder sind die Leistungen zu teuer erbracht worden?
- Bestimmen Sie die Gewinner- und Verliererabteilungen in Ihrem Haus.
- Nutzen Sie diese Situation, um verkrustete Strukturen aufzubrechen und Ihre Vorstellungen durchzusetzen.
- Verteilung der internen Budgets (Verteilung des Gesamtbudgets nach Abteilungs-CMIs; ökonomische Steuerung der Ressourcen, Einrichtung von Profit Center Strukturen).
- Entwickeln Sie ein Case Management sowie eine interne Qualitätssicherung aufgrund Ihres neuen Datenmaterials.
- Können Sie parallel erbrachte Leistungen stärker zentrieren?
- Führen Sie Strategieklausuren zur Geschäftsentwicklung auf GF-Ebene ein:
 - Ergänzung von Leistungsbereichen oder Spezialisierung / Begrenzung auf Kernleistungen?
 - Bieten sich Kooperationen und Allianzen mit anderen Häusern an?
- Vorbereitung der Kosten- und Leistungsrechnung und des Controllings auf die DRG. Dabei ist ein unterjähriges Controlling, am besten Quartalsweise zu empfehlen. Errichten Sie ein kennzahlengestütztes Frühwarnsystem.
- Strategie für den externen Datenfluß entwickeln. Wieviele und welche Daten liefern Sie an 3M, Berater, Kassen, Benchmark-Gruppen?

5. Anforderungen an die Krankenkassen

Die Krankenkassen stehen mental vor einem großen Problem. Zum einen erhoffen Sie sich große Einsparpotenziale durch die Einführung der DRG, zum anderen glauben Sie, dass die DRG in aller erster Linie das Problem allein der Krankenhäuser seien.

Was passiert ab 2003 mit Krankenhäusern, die gut wirtschaften und „Gewinne“ erzielen?

Diese Krankenhäuser haben ihre Hausaufgaben gemacht, ihre Prozesse optimiert, das Leistungsspektrum angepasst und ausgeweitet. Werden die nun bestraft, indem Sie als Kasse versuchen werden, diesen Rahm abzuschöpfen?

Was passiert mit Krankenhäusern, die schlecht wirtschaften. Wird es – Versorgungsauftrag hin oder her – Konkurse geben? Oder werden wie in der Vergangenheit unproduktive Häuser alimentiert?

Wird es zum Schutz der Patienten über KTQ und EFQM hinaus ein jeweils von den Krankenkassen ausgehendes externes Qualitätssicherung geben?

Welche Funktionen wird der MDK in Hinblick auf die Einführung der DRG erhalten?

Nicht nur angesichts der DRG wäre eine Entwicklung von Managed Care / Behandlungsleitlinien / Pathways sinnvoll. Wer entwickelt diese, wie ist eine Verbindlichkeit zu erreichen und wer kontrolliert die Einhaltung?

Die Einführung der DRG implizieren eine Entwicklung der Krankenhäuser hin zu begrenzt wirtschaftlich handelnden und planenden Unternehmungen. Gehen diese Entwicklungen auch in den Krankenkassen einher?

Sie hören, eine Fülle von Fragen, die über den Katalysator DRG die Entwicklung der Krankenkassen hin zu wirtschaftlichen Dienstleistungsunternehmen insgesamt betreffen.

Aber auch für die Krankenkassen gibt es eine konkrete To-Do-Liste:

6. Checkliste Krankenkassen

- Stabsstelle DRG einrichten bzw. Hauptverantwortlichen für diesen Themenkomplex bestimmen. Nicht nur in den Bundes- und Landesverbänden, sondern bei den direkten Ansprechpartnern der einzelnen Krankenhäuser vor Ort.
- Informationsveranstaltungen für diejenigen Kollegen und Tätigkeitsbereiche entwickeln und anbieten, die für die Krankenhäuser zuständig sind.

Auch hier sollten die Inhalte sein:

- die Grundzüge der einstigen und künftigen Krankenhausbetriebsfinanzierung,
- die Inhalte und Funktionsweisen der DRGs in Grundzügen,
- der Zeitplan für die Einführung der DRG,
- die Veränderungen, die damit im Haus einhergehen werden.
- Am stärksten werden folgende Personenkreise belastet werden:
 - Controlling,
 - Erlösentwicklung,
 - EDV-Abteilung,
 - Qualitätssicherung und Disease Management.
- Aktions- und Schulungsprogramm für die jeweiligen Gruppen entwickeln und durchführen.
- Zeit- und Aktionsplan für die Einführung der DRG erarbeiten und den Krankenhäusern kommunizieren:

- Wie könnte die Ausgestaltung des budgetneutralen Übergangs aussehen?
- Wie verläuft die Konvergenzphase und der Übergang zu dem Preissystem?
- Wie könnten Verhandlungen in dieser Zeit ablaufen?
- Wie werden die Krankenkassen mit ertragreichen Krankenhäusern verfahren?
- Wird es eine Veröffentlichung der Leistungs-Statistiken wie in Frankreich geben?
- Achtung: bei Krankenhäusern gibt es einen vergleichsweise weiche Übergangsphase, bei den Krankenkassen greift die DRG-Einführung ab 2003 sofort!
- Die EDV der Krankenkassen personell wie technisch auf die neuen Anforderungen vorbereiten.
- Das Controlling / den MDK für die Überprüfung dieser sehr komplexer Daten (Haupt- und Nebendiagnosen mit Schweregraden) befähigen.
- Die Entwicklung von Behandlungsleitlinien vorantreiben.

7. Anforderungen an die Medizinproduktehersteller

Die Medizinprodukteindustrie ist von diesem Prozeß nur mittelbar betroffen. Die Bestellung und Verwendung von Verbandsmitteln, Kanülen und Röntgengeräten ist und bleibt im Prinzip so wie sie war.

Dennoch beschleunigen die Einführung der DRG einen Wandlungsprozeß im Krankenhaus, der auch ein verändertes Käuferverhalten zum Ergebnis haben wird.

Knappe öffentliche Haushalte und Träger-Konzentrationen, zu hohe Bettenkapazitäten bei teurem Personal, eCommerce und DRG sind die Vorboten eines Trends: Der Umsatz an Menge verkaufter Artikel wird sinken. Die Angst, weniger umzusetzen, ist berechtigt.

Aber zum einen bedingen Rationalisierungstendenzen im Krankenhaus auch Rationalisierungsinvestitionen, an denen Sie partizipieren können. Dieses wird vor allem im Bereich Informationstechnologie und Kommunikationstechnologie möglich sein.

Zum anderen können Sie die Chance nutzen, Ihre Produktpalette und die dazugehörigen Vertriebskanäle zu überprüfen. Vielleicht ist es an der Zeit, nicht mehr in Geräteeinheiten oder Menge Artikel zu denken, sondern an Geräte-Sharing, Leasing- oder gar Beteiligungsmodellen?

Sicherlich ist dieses für die größeren Hersteller eher umsetzbar und wird z.T. ja auch schon verwirklicht. Dennoch ist das Ende der althergebrachten Hersteller / Kunde - Beziehung eingeläutet, Partnerschaftlichkeit und Service weisen in die Zukunft. Stichwort: vom Händler zum Partner!

Ein interessanter Ansatzpunkt erscheint mir der der „Virtuellen Organisation“.

Der Begriff „Virtualisierung“ fand unter anderem da Verwendung, als es darum ging, ein Finanzierungsmodell zu entwickeln, bei dem der Hersteller Eigentümer des Gerätes, das sich an einem Krankenhaus befindet, bleibt und dieses sogar für das Krankenhaus betreibt. Dann ist das Krankenhaus nur noch virtueller Besitzer einer Sache, die es für seinen Betrieb benötigt.

Privat geführte Organisationen trennen häufig Eigentum und Betrieb. In dieser Form existiert dann zum Beispiel eine Immobilienbesitzgesellschaft des Krankenhauses und eine Betreibergesellschaft.

Auf Grund der durchaus krisenhaften Entwicklung auf Seiten der Gerätehersteller kann man hier, „wenn Sie mit ins Eigentum gehen“, von einer Codestiny gesprochen werden. Dieses ließe sich auch als Überlebensgemeinschaft definieren, bei der beide Partner aufeinander angewiesen sind. (Nach Meinung einiger Autoren ist insbesondere die ausgefeilte Information- und Kommunikationstechnologie und die Entwicklung einer vertrauensvollen Struktur aus Fairness hierzu Voraussetzung.)

Chancen, diese Idee zu verwirklichen sehe ich in folgenden Krankenhausbereichen und –abläufen:

- alle Vorgänge, die die Verwaltung eines Krankenhauses betreffen,

- alles rund ums Geld: Krankenhausbetriebsfinanzierung + Rechnungswesen,
- die Abläufe in der EDV-Abteilung,
- das gesamte Umfeld der sogenannten Telemedizin.

Stark vereinfacht läßt sich feststellen, dass der eigentliche Diagnose- und Therapieprozess nicht virtualisierbar ist, die gesamte Organisation jedoch als eine virtuelle Organisation zumindest gedacht werden kann.

Heute ist das Krankenhaus als virtuelle Organisationsform eine Utopie; erste Schritte sind jedoch schon getan worden; mit Spannung wird man den nächsten mitgestalten und erleben.

8. Checkliste Medizinproduktehersteller

- unmittelbar für IT-, EDV- und Software-Anbieter.
- mittelbar für Medizinproduktehersteller.
- Stabsstelle DRG einrichten bzw. Hauptverantwortlichen für diesen Themenkomplex bestimmen.
- Hauptbetroffene Unternehmensteile:
 - Marketing und Vertrieb,
 - Geschäftsentwicklung,
 - Produktentwicklung.
- Für diesen Personenkreis Informationsveranstaltungen mit folgenden Inhalten entwickeln und anbieten:
 - die Grundzüge der einstigen und künftigen Krankenhausbetriebsfinanzierung,
 - die Inhalte und Funktionsweisen der DRGs in Grundzügen,
 - der Zeitplan für die Einführung der DRG.
- Überprüfen Sie anhand der Abteilungs-CMI, ob Ihre Produktpalette eher in den ertragreichen oder –schwachen Abteilungen eingesetzt wird.
- An die Software-Anbieter: arbeiten Sie Tag und Nacht an Ihren Programmen. Die Krankenhäuser brauchen noch in diesem Herbst funktionierende KIS und Auswertungs-Tools, inklusive Schnittstellenlösungen für die DRG.
- Überprüfen Sie, ob und wie Sie um Ihre Produktpalette herum Dienstleistungsangebote platzieren können.
- Testen Sie, in welchen Häusern mit welchem finanziellen wie personellen Aufwand Beteiligungsmodelle möglich sind.

Insbesondere die letztgenannten Vorstellungen weisen weit über die DRG-Problematik hinaus, hinein in die Gestaltung des großen Umstrukturierungsprozesses im deutschen Gesundheitswesen. Die Einführung der DRG in den Krankenhäusern sind die erste Bewährungsprobe.

Weil „bange machen“ aber nicht gilt und Sie nicht zu denen gehören, die gern roten Schlußleuchten hinterherschauen, sondern immer schon Lokomotivführer werden wollten, hierzu mein Fazit:

9. Fazit

1. Gut organisiert handeln!
2. Arbeits- und Projektgruppen bilden!
3. Ziele definieren, Zeit vorgeben, in die Hände spucken – und los!!