

Wie viel Wettbewerb verträgt die stationäre Versorgung?

Nach einem Jahr Konvergenzphase wagten auf dem Krankenhaustag Experten erste Einschätzungen und Prognosen – Krankenhausgesellschaft sieht Zwang zur „Patienten-Maximierung“

von Jürgen Brenn

Diagnosebezogene Fallpauschalen (DRG) und Wettbewerb im Kliniksektor – das war ein zentrales Thema auf dem 28. Deutschen Krankenhaustag kürzlich in Düsseldorf. Solange die Frage unbeantwortet bleibe, wie viel Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern zugelassen werde, müsse auch die Perspektive der Krankenhausplanung unklar bleiben, sagte der Staatssekretär im Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, Professor Dr. Stefan Winter. Sollte der Schwerpunkt auf mehr Wettbewerb gelegt werden, so wäre die Konsequenz, dass sich das Land aus der Krankenhausplanung weitgehend zurückzöge, so Winter. Der Staat würde dann nur noch eingreifen, wenn die Unterversorgung eines Gebietes droht. Denn das Prinzip der wohnortnahen Versorgung müsse seine große Bedeutung behalten, stellte Winter klar. Gleichzeitig sieht der Staatssekretär die Zentrenbildung als sinnvoll an. Ein Eingriff könne bei wohnortnaher Nachsorge auch weiter entfernt vom Wohnort stattfinden.

„Patienten-Maximierung“

Dass sich der Wettbewerb in der deutschen Krankenhauslandschaft bereits etabliert hat und weitergehen wird, davon zeigten sich auf dem Krankenhaustag weitgehend alle Referenten überzeugt. „Die DRGs forcieren den Wettbewerb um Patienten in einer nie

gekannten Weise“, sagte Dr. Rudolf Kösters, designierter Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG). Nach nur einem Jahr Konvergenzphase entfalte das neue Abrechnungssystem in Kombination mit der Gesetzgebung des GKV-Modernisierungsgesetzes eine „Dynamik“, die in den Krankenhäusern deutlich zu spüren sei, so Kösters, der Vorstandsvorsitzender der St. Franziskus-Stiftung in Münster ist.

Transparenz erleichtert Umsteuern

Das DRG-System zwingt die Häuser zur „Patienten-Maximierung“. „Wir wissen alle, was das für Blüten treibt“, sagte Kösters. Dagegen sah der Stellvertretende Vorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Johann Magnus Freiherr von Stackelberg, kein Problem bezüglich Drehtüreffekten oder „blutiger Entlassungen“ aufgrund der DRG-Einführung. Auch eine von Seiten der Krankenkassen befürchtete Patientenselektion, ein starker Ausgabenanstieg, Fallzahlensteigerungen oder ein Abrechnungschaos sind bisher ausgeblieben, so von Stackelberg.

Zufrieden zeigten sich die Krankenhausträger, dass es gelungen sei, das aus Australien übernommene System der Fallpauschalen auf deutsche Verhältnisse zu übertragen und an das Leistungsspektrum der Kliniken anzupassen. Die Zahl der Pauschalgruppen stieg von 664 im Jahre 2002 auf über 870 in diesem Jahr. Der Katalog werde voraus-

sichtlich im Jahr 2006 über 950 Gruppen enthalten. Daneben gebe es 83 Sonderentgelte und krankenhaushausindividuelle Entgelte, was zu einer „Mehrdimensionalität“ der Finanzierung führe, so Kösters.

Als eine der wichtigsten Konsequenzen der Systemumstellung bezeichnete Kösters die „dramatische Erhöhung der Transparenz“ und damit eine bessere Steuerung der Leistungen. Dadurch sei es den Krankenhäusern möglich, sich im Wettbewerb neu auszurichten. Dies könne über die drei Felder Produktivitätssteigerung, Strukturveränderung und Integration geschehen, meinte Dr. Reinhard Wichels von der Beratungsagentur McKinsey. Erfolgreich können nach seiner Einschätzung nur Häuser sein, die sich frühzeitig den Herausforderungen stellen und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Veränderungsprozesse einbinden.

Um die Produktivität und damit die Wirtschaftlichkeit einer Klinik zu erhöhen, könnten zum Beispiel „am Patienten ausgerichtete Behandlungspfade“ geschaffen werden, so Wichels. Stations- und

Wohnortnahe Versorgung muss erhalten bleiben. – Professor Dr. Stefan Winter, Staatssekretär im Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen.

Foto: MAGS





Rudolf Kösters, designierter Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft: Diagnose-bezogene Fallpauschalen forcieren den Wettbewerb in einer nie gekannten Weise. Foto: KGNW

Funktionsbereiche eines Hauses ließen sich dann besser miteinander verknüpfen, was sich positiv auf die Verweildauer des Patienten auswirke.

In puncto Struktur zeigen sich vor allem kleinere Häuser mit einer begrenzten Anzahl von Fachabteilungen flexibel, wie Wichels berichtete. Sie spezialisieren sich und gehen Kooperationen mit anderen Krankenhäusern ein. Größere Häuser litten – unter ökonomischen Gesichtspunkten betrachtet – unter ihrer Komplexität und den großen Fachabteilungen, die sich leicht zu „Fürstentümern“ entwickeln könnten.

Integrierte Versorgung nach GMG

Integrierte Versorgungsverträge sowie Medizinische Versorgungszentren sieht der Krankenhausberater Wichels kritisch. Denn beide Instrumente führen seiner Ansicht nach zu einem verschärften Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern um bestimmte Patientengruppen und einem erhöhten Preisdruck. Durch die Einrichtung eines Versorgungszentrums würde die Klinik in Konkurrenz zu den einweisenden niedergelassenen Ärzten treten. „Die integrierte Versorgung ist gut gedacht, aber schlecht gemacht“, sagte Joachim Finkenburg, Geschäftsführer des Kreiskrankenhauses Gummersbach und Vorstandsvorsitzender des Berufsverbandes Krankenhauszweckverband Köln, Bonn und Region.

Die Versorgungsverträge werden nach seinen Worten nur wenig genutzt und oft zwischen Einrichtungen der gleichen Trägerschaft abge-

schlossen. Unter den 135 Häusern, die dem Zweckverband angehören, haben nach Finkenburgs Angaben bisher nur 32 Einrichtungen entsprechende Verträge. Bei TEP- und Kardio-Verträgen seien als Leistungserbringer beinahe nur Krankenhäuser und Rehaeinrichtungen beteiligt, die meist in einer Hand sind.

Der Vorsitzende des Zweckverbandes hält es für zu früh, um nach einem Jahr der Konvergenzphase einen Trend zu erkennen, wer Ge-

winner und wer Verlierer durch die DRG-Einführung sei. Sowohl die Trägerschaft als auch die Größe der Häuser sind bisher keine klaren Kriterien für eine Zukunftsprognose. Allerdings scheinen sich die kommunalen Häuser besser an die Veränderungen anzupassen als vermutet. Zukünftig aber könnten kleinere Häuser in der ländlichen Versorgung Probleme mit den Vorhaltekosten bekommen und in finanzielle Schwierigkeiten geraten.

Risikomanagement in den Qualitätsprozess integrieren ■

Risiken für unerwünschte Ereignisse im Krankenhaus zu vermeiden kann manchmal sehr einfach sein: Damit Kaliumchlorid-Infusionsflaschen nicht mit andere Infusionen verwechselt werden können, wird diese Lösung eingefärbt oder an einem separaten Platz aufbewahrt. Verwechslungen im Operationsaal zum Beispiel des linken und des rechten Knies kann mit einem OP-Marker begegnet werden, oder es wird vor Beginn der Operation eine kurze Checkliste abgefragt, die den Patienten und die Art des Eingriffs identifiziert.

Dies sind zwei Beispiele, die Peter Gausmann von der Gesellschaft für Risiko-Beratung mbH und der Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität Witten/Herdecke, Professor Dr. Matthias Schrappe, auf dem Deutschen Krankenhaustag in Düsseldorf vorgestellt haben.

Risikomanagement (RM) kann in zwei Richtungen positiv wirken. Zum einen hilft RM, Fehler, Behandlungsfehler und unerwünschte Ereignisse und deren Folgen zu erkennen, zu analysieren und zu vermeiden. Dabei muss der gesamte Behandlungsablauf unter die Lupe genommen werden, um Risiken aufzudecken. Zum anderen könne RM auch zu einem positiven Image eines Krankenhauses beitragen, wenn in die Öffentlichkeit getragen wird, dass eine Klinik etwas für die Steigerung der Patientensicherheit tut, sagte Gausmann. Denn Patienten fordern und erwarten nach seiner Ansicht zu Recht ein hohes Maß an Sicherheit. Auch verlangten Versicherer zunehmend einen Nachweis über die Anstrengungen zur Fehlerprävention, so Gausmann. RM könne bei der Dokumentation, der Patientenaufklärung, der Organisation und der Behandlung greifen. Um Risiken zu minimieren müsse RM als fortwährender Prozess von Risiko-Identifizierung, -Bewertung, -Bewältigung und -Kontrolle verstanden werden.

Ein Instrument, um innerhalb des RM Fehlerquellen zu erkennen, ist das Critical Incident Reporting System, kurz CIRS genannt. Dahinter verbirgt sich ein Meldesystem, über das Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anonym über aufgetauchte Fehler im Betriebsablauf berichten können, erklärte Professor Dr. Matthias Schrappe, der ein solches System während seiner Zeit als Ärztlicher Direktor an der Uniklinik in Marburg etabliert hat. Den Meldern sollte von der Klinikleitung Sanktionsfreiheit zugesichert werden, was eng mit dem von Schrappe favorisierten „Präventions-Ansatz“ verknüpft ist.

Die Verantwortung für aufgetretene Fehler liegt demnach nicht primär bei einer Person, sondern wird auch beim Kliniksystem gesehen. Auch müssten Strukturen für eine Rückkoppelung geschaffen werden, damit die Mitarbeiter sehen, dass Fehlerquellen zeitnah behoben werden und deren Vermeidung kontrolliert wird, so Schrappe. Das steigert darüber hinaus die Akzeptanz und Mitarbeit des Personals an einem solchen System. Auch kann es sinnvoll sein, CIRS etwa mit Auswertungen aus Patientenbefragungen hinsichtlich der Koordination und Organisation zu verbinden. Alle Bemühungen bezüglich des RM setzen die Unterstützung der Führungsebene voraus. Schrappe: „Eine Sicherheitskultur muss sich entwickeln.“

Ärztliche Körperschaften im Internet ■

www.aekno.de

Ärzttekammer Nordrhein

www.kvno.de

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

www.arzt.de

Deutsches Ärztenetz