

Am Ende der Konvergenzphase – neue Herausforderungen für deutsche Krankenhäuser

Optimierung der Strukturen und Arbeitsprozesse

In zwei Jahren endet die Konvergenzphase der DRG-Basisfallwerte in den deutschen Krankenhäusern. Schwierig wird es dann für Krankenhäuser, die den jeweiligen Landesbasisfallwert deutlich überschreiten und ihre Kosten drastisch senken müssen, um weiterhin wirtschaftlich ihre Leistungen erbringen zu können. Diese Krankenhäuser müssen in den nächsten Jahren ihre Hausaufgaben machen, da alle Abfederungen in Form von Kappungsgrenzen in den folgenden Jahren wegfallen werden. Die Herausforderungen bestehen vor allem in der Ermittlung der tatsächlich anfallenden Kosten des einzelnen Krankenhauses und der Optimierung von Strukturen und Arbeitsprozessen. Hier wird sich am Ende der Konvergenzphase die Spreu vom Weizen trennen. Zusätzlich kommen erschwerend die Inhalte der Gesundheitsreform (GKV-WSG) zum Tragen.

Der Druck im System wird größer – Krankenkassen und Krankenhäuser stehen unter Zugzwang

Sowohl die Umsetzung der Konvergenzphase als auch die Verabschiedung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) erhöhen den Druck auf die Krankenhäuser.

Drei entscheidende Stellschrauben sind mit der Verabschiedung des WSG deutlich angezogen worden:

- Die strukturellen und organisatorischen Veränderungen auf Seiten der Kostenträger,
- die Reorganisation im Bereich des Medizinischen Dienstes (MDK) und
- die Konkurrenz durch günstigere Leistungsanbieter.

Die Krankenhäuser stehen vor den größten Veränderungen seit ihrem Bestehen. Die häufig kritisierte Gesundheitsreform macht ihrem Namen in diesem Punkt alle Ehre. Sie ist eine echte Reform mit mehreren Paradigmenwechseln gleichzeitig.

Ab 2009 sollen die Krankenkassen ihren Versicherten einen bundesweit einheitlichen Beitragssatz anbieten, es können jedoch zur wettbewerblichen Unterscheidung unterschiedliche Wahltarife angeboten werden. Entscheidend wird sein, dass die Krankenkassen mit den Geldern aus dem einheitlichen Beitragssatz auskommen und keine weiteren Forderungen an ihre Versicherten stellen, ansonsten würde dies zu großen Wanderbewegungen der Versicherten führen. Es ist nahe liegend, dass die Krankenkassen vor allem auf der Ausgaben-seite die Kosten senken wollen. Der größte Ausgabenposten einer Krankenkasse ist der Krankenhausbereich. Somit werden hier mit Sicherheit die Daumenschrauben angezogen.

Möglichkeiten für die Kassen, Reduzierungen im Ausgabenbereich „Krankenhaus“ zu erwirken, ergeben sich besonders durch eine Optimierung der Rechnungsprüfung. Hier werden in den nächsten Jahren – wenn nicht sogar in den nächsten Monaten – die Prüfregeln und der Einsatz von Software und Mitarbeitern deutlich stringenter von den Kostenträgern umgesetzt werden. Der Druck wird besonders auf die Krankenhäuser ausgeweitet werden, die bereits auffällig sind oder denen die Krankenkassen kein professionelles Rechnungs- und Fallmanagement zutrauen. Die Zahl der Anfragen

wird deutlich zunehmen – vor allem die Frage nach der primären Fehlbelegung.

Verstärkte MDK-Prüfungen – Ziehung der Stichprobe

Um die Prüfung durchführen zu können, hat der Gesetzgeber den Krankenkassen zwei neue Möglichkeiten durch das GKV-WSG gegeben.

Zunächst wird wieder verstärkt die Stichprobenprüfung nach § 17c KHG in den Vordergrund gestellt. Dabei können im Krankenhaus vor Ort das Dokumentations-, Kodier- und Abrechnungsverhalten anhand einer konkret festgelegten Stichprobe ermittelt werden. Dieses Verfahren wurde bereits in den Jahren 2003/2004 praktisch ein- und umgesetzt. Jetzt soll das gleiche Verfahren – beruhend auf dem AEP-Manual des MDK's – wieder intensiver genutzt werden.

Druckweitergabe

Der Druck der Krankenkassen wird sich in Form von verstärkten Prüfaufträgen an den MDK (oder einen entsprechenden alternativen Anbieter) auswirken. Der Medizinische Dienst muss aktiv werden, um Erlöse zu erzielen (Nutzerfinanzierung) und seine Kapazitäten auszulasten, da entsprechende Konkurrenten (andere MDKs und private Anbieter) das Geschäft der Rechnungsprüfung sonst übernehmen.

Dieser Druck wird sich vor allem quantitativ auf die Krankenhäuser auswirken. Vermehrte Nachfragen, Prüfungen und Zahlungsanzweifelungen durch den MDK auf Basis der Krankenkassenbeauftragung werden die Folge sein.

Leistungserbringung zum Discount-Preis

Ergänzend zum oben dargestellten finanziellen Druck durch die Kostenträger und ihre Prüfdienste werden die vertraglichen Konstellationen zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern verändert. Wenn die „gleiche Leistung am selben Patienten durch einen günstigeren Leistungserbringer“ erbracht werden kann, sind die Ergebnisse der Pflegesatzverhandlungen nur Makulatur. Die Kostenträger schließen – wenn möglich – einfach mit anderen Leistungserbringern, besonders aus dem

niedergelassenen Bereich, Verträge ab. Die existenzielle Bedrohung vieler Krankenhäuser wird schnell deutlich, wenn die vereinbarten DRGs eines Krankenhauses mit den Leistungen eines niedergelassenen Arztes laut Vertrag zur Integrierten Versorgung abgeglichen werden. Zahlreiche Fälle dürften zukünftig nicht mehr im Krankenhaus behandelt werden.

Schnelles Handeln erforderlich – Analyse der Ausgangssituation

Das oben beschriebene Szenario erfordert sofortiges Handeln der Entscheidungsträger im Krankenhaus.

Bevor jedoch das bestehende Leistungsspektrum bzw. die Art der Leistungserbringung grundlegend auf mögliche Veränderungen der Rahmenbedingungen angepasst wird, sollte zunächst die Ausgangssituation richtig analysiert und erfasst werden. Dies umfasst drei zentrale Aspekte:

- Datenanalysen der 21er-Daten (nach § 21 KHEntgG)
- Anpassung der Arbeitsprozesse
- Anpassung des Personalbedarfs

Die zügigste Form der Datenanalyse sollte über die Daten nach § 21 KHEntgG erfolgen. Die Analyse der 21er-Daten bietet den Vorteil, dass der Datensatz standardisiert ist und von jedem Krankenhaus geführt werden muss. Der Datensatz des Krankenhauses kann nach zahlreichen Kriterien (u. a. ambulantes Potenzial; Kodierauffälligkeiten; präoperative Tage und Entlassmanagement) ausgewertet werden. Auffälligkeiten müssen interpretiert und Handlungsempfehlungen abgeleitet werden. Im Mittelpunkt steht hier die Optimierung der Kosten-Erlös-Situation zu Gunsten des Krankenhauses. Klare Straffungen der Arbeitsprozesse mit einer Anpassung im Personalbereich sind meist unumgänglich. Die Simulation von Arbeitsabläufen mit hoher Mitarbeiterbelastung und hohem Patientenaufkommen ist empfehlenswert, um mögliche zeitliche Engpässe und unnötige Wartezeiten frühzeitig zu vermeiden.

Ableitung und Umsetzung von entsprechenden Maßnahmen – Optimierung der Arbeitsprozesse und des Personaleinsatzes stehen vorne an

Aus der Analyse der 21er-Daten können sich hausindividuell verschiedene Ansatzpunkte ergeben.

Immer noch – oder schon wieder – steht in vielen Häusern die Optimierung der Arbeitsprozesse im Vordergrund. Hier müssen die Schwachstellen im Bereich Aufnahme, präoperative Versorgung, Operations- und Funktionsbereiche, Entlassmanagement und Rechnungslegung schnellstmöglich und umfangreich angegangen werden, um Verzögerungen im Gesamtablauf zu vermeiden und eine zügige und ökonomisch sinnvolle Entlassung zu gewährleisten. Mit Unterstützung entsprechender Softwareprodukte zur Simulation können verschiedene Szenarien beispielhaft vorgenommen und unterschiedliche Handlungsoptionen realitätsnah dargestellt werden. Um die Abläufe betriebswirtschaftlich optimieren zu können, aber auch zur Unterstützung strategischer Entscheidungen müssen Krankenhäuser möglichst exakt wissen, wie hoch die Kosten je Fall sind. Von zentraler Bedeutung wird daher zu-

künftig auch die Einführung einer Prozesskostenrechnung sein. Die Erlöse pro DRG-Fall sind klar zu berechnen. Aber wie hoch sind die Kosten pro Fall? Diese Frage kann nur selten beantwortet werden.

Die Prozesskostenanalyse dient der Ermittlung einer möglichen Über- oder Unterdeckung pro DRG. Vor dem Hintergrund des beschriebenen Konvergenzszenarios ist dies eine immens wichtige Maßnahme, die auch mit einer möglichen Anpassung des Personalbedarfs einhergehen kann. Durch den richtigen Einsatz des Personals (nicht zwingend einer Reduzierung) kommt es zu Koordinierungsaufgaben. Entsprechend sinnvoll ist daher die Einführung von standardisierten und kalkulierten Behandlungspfaden – besonders bei elektiven und überschaubaren Eingriffen.

FAZIT

Vor dem Hintergrund des wirtschaftlichen Drucks durch die Konvergenzphase und den Folgen des GKV-WSG wird der Druck auf die Krankenhäuser deutlich steigen. Deshalb muss jedes Krankenhaus sich seiner Situation bewusst sein bzw. sich gegebenenfalls einer Analyse unterziehen, um entsprechende Auffälligkeiten und Schwachpunkte zu ermitteln.

Die Vorgehensweise darf aber nicht auf die Analyse beschränkt bleiben, sondern muss auch Handlungskonsequenzen beinhalten. Mittels konkreter und pragmatischer interner Straffungs- und Optimierungsmaßnahmen werden bereits erste wichtige Erfolge erzielt.

Perspektivisch werden aber auch interne Optimierungsmaßnahmen alleine nicht ausreichend sein, sondern diese müssen durch Veränderungen in den Versorgungsstrukturen untermauert werden. Kooperationen mit anderen Leistungserbringern sowie neue Vertragskonstellationen mit den Kostenträgern – u. a. im Bereich der Integrierten Versorgung – müssen angegangen werden, um Leistungen im ambulanten Bereich, die heute größtenteils noch vollstationär erbracht werden, zukünftig am Krankenhaus erbringen zu können.

Georg Buschner

Adveris Unternehmensberatung GmbH
Berater
Tel. 02 51/8 71 76-320
georg.buschner@adveris.de

Bernhard List

Adveris Unternehmensberatung GmbH
Berater
Tel. 02 51/8 71 76-320
bernhard.list@adveris.de