



Zeitzeugen

Im Mittelpunkt: Leistungsmodule
(Krankenhaus umschau, 69. Jahrgang 4 (2000) Seite 276-282)



*Dr. med. Andrea Roth,
freie Mitarbeiterin der Gesellschaft
für Systemberatung im Gesund-
heitswesen GS_bG, Kiel,
eigenes Institut managedGKV,
Arbeitsschwerpunkt:
Integrierte Versorgungssysteme,
Qualitätsmanagement*



*Christian Krauss,
Diplom-Informatiker,
Wiss. Mitarbeiter der GS_bG,
insbesondere Datenmanagement
und Informatik, Krankenhaus-
planung, vernetzte Praxen*



*Prof. Dr.
Hans-Heinrich Rüschmann,
Honorarprofessor für Gesundheits-
ökonomie, Gründer der GS_bG,
Träger von Modellkliniken*



*Jörg Förster,
Geschäftsführer einer Klinik,
Mitarbeiter der GS_bG
mit Schwerpunkt
Finanzierungssysteme*

Im Mittelpunkt: Leistungs-Module

Krankenhausplanung für Wettbewerbssysteme

Zwei von einander unabhängige Institutionen steuern die akutstationäre Versorgung: Der Staat zeichnet für die Planung und Investitionsfinanzierung der Krankenhauskapazitäten verantwortlich und stellt damit die Voraussetzung für die Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen sicher – die Krankenkassen vergüten für ihre Patienten die „Benutzerentgelte“ und gewährleisten damit die Finanzierung der Betriebskosten in den Krankenhäusern. Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz von 1993 (GSG '93) und der BpflV '95 ist der Einstieg in ein leistungsorientiertes Vergütungssystem erfolgt, welches den Pflegesatz je Tag durch leistungsorientierte Entgelte – die Fallpauschalen – sukzessive innerhalb der nächsten Jahre ablöst. Diese wettbewerbsorientierte Vergütungsform induziert neue Entwicklungen im Krankenhaus unabhängig von staatlichen Planvorgaben zur Anzahl von Krankenhausbetten. Entstehende Überkapazitäten erzeugen einen Wettbewerbsmarkt, auf dem Krankenhausleistungen nach den Kriterien Qualität und Preis nachgefragt werden (vgl. Abb. 1). *Die Dynamik einer Leistungsfinanzierung setzt die Kapazitätsplanung eines Landes für die Krankenhausversorgung seiner Bürger schrittweise außer Funktion.*

In der Konsequenz muss jede weitere Krankenhausplanung zum Finanzierungs-

■ Auch im Krankenhaus zählt künftig die Leistung für den Patienten – eine Orientierung an „Betten“ ist längst überholt. Daher steht die Finanzierung von Krankenhausleistungen im Gegensatz zu einer Planung von Betten-Kapazitäten. Dieser Konflikt gefährdet zukünftig sogar eine zeitgemäße medizinische Versorgung von Patienten. Eine leistungsorientierte Krankenhaus-Rahmenplanung soll daher ab diesem Jahr in einigen Bundesländern umgesetzt werden.

finanzierungssystem der Krankenhausleistungen kompatibel sein. Auf Grund der Innovationskraft des Leistungswettbewerbs dürfen einzelne Planungsgrößen für akutstationäre Leistungsanbieter festge-

schrieben werden. Statt dessen ist eine den Wettbewerb strukturierende Rahmenplanung zu entwickeln, die den fachgebietsbezogenen Leistungsbedarf für Versorgungsregionen ausweist. Das Land mit seinen Kommunen trägt die Verantwortung für die Gesundheitsversorgung, so dass der ausgewiesene regionale Leistungsbedarf durch die akutstationären Leistungsanbieter abgedeckt werden muss (Sicherstellungsauftrag).

Grundlage: § 301-Daten

Die leistungsorientierte Krankenhaus-Rahmenplanung basiert auf den Leistungsdaten der Krankenhäuser – nicht deren Bettenzahlen. Mit den patientenbezogenen Einzeldatensätzen nach § 301 SGB V liegt Datenmaterial vor, das von seiner Qualität und Quantität bisher einmalig in Deutschland ist. Die Methodik hat jedoch auch Schwächen bei der Basis jeglicher Planungsmaßnahmen, der Datengrundlage, aufgezeigt. Nicht erkannte, fehlende Datensätze sowie falsche Formate, Inhalte und Strukturen der Daten können die Leistungsstruktur von Krankenhäusern erheblich verzerren. Für das schleswig-holsteinische Gutachten haben



Zeitzegen

Im Mittelpunkt: Leistungsmodule
(Krankenhaus Umschau, 69. Jahrgang 4 (2000) Seite 276-282)

die Datenrückmeldungen der GS_bG bewirkt, dass die Datensituation mit allen Beteiligten durch viel Aufwand aufgearbeitet und in einem laufenden Rückkopplungsprozess korrigiert wurde.

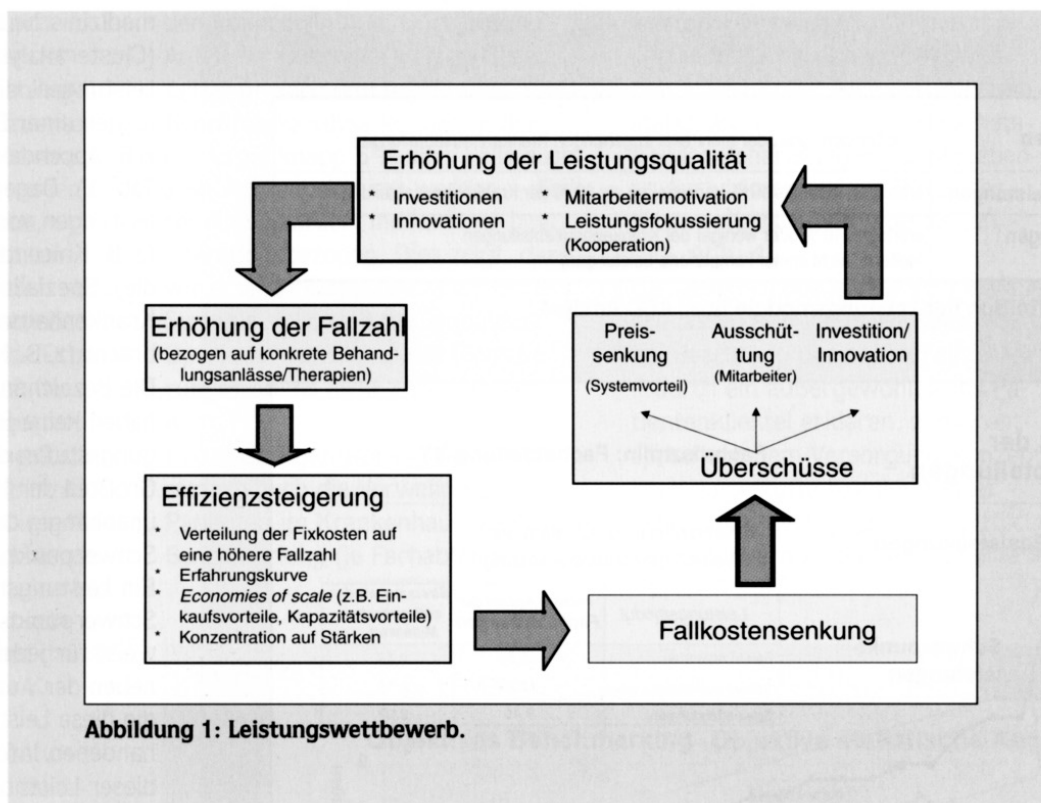
Dieser langwierige Prozess bewirkt im Ergebnis einen validen Datenbestand aller Krankenhäuser.

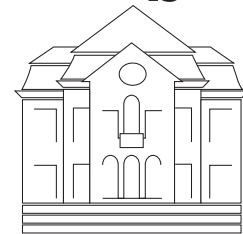
Strukturierung in Leistungsmodulen

Wenn Krankenhausleistungen und nicht -betten für die Versorgung der Bevölkerung geplant werden, muss der Leistungsbedarf inhaltlich definiert sein. In einem flächen deckenden Fallpauschalensystem wären die Leistungen klar umrissen; derzeit wird die Versorgung der Patienten allerdings in etwa 25 000 verschiedenen Kombi-

nationen aus Behandlungsanlass (z. Zt. ICD-9 bzw. ICD-10) und Therapie (z. Zt. OPS 301) beschrieben. Die Analyse des Leistungsbedarfs im Versorgungsgebiet gelingt über sta-

tistische Gruppierung der einzelnen Leistungen in Module (vgl. Abb 2, Seite 278): Die Leistungsgruppen definieren sich auf Grund der Anzahl von Fachabteilungen, die bestimmte ►





Zeitzegen

Im Mittelpunkt: Leistungsmodule
(Krankenhaus Umschau, 69. Jahrgang 4 (2000) Seite 276-282)

Basisleistungen	erbringen 60% oder mehr aller zugehörigen Krankenhausabteilungen
Schwerpunktleistungen	erbringen mehr als 10% und weniger als 60% der Krankenhausabteilungen
Spezialleistungen	erbringen 10% oder weniger der Krankenhausabteilungen (seltene, nicht immer komplizierte Leistungen).

Tabelle 1: Definition der Leistungsmodule über ABC-Analyse.

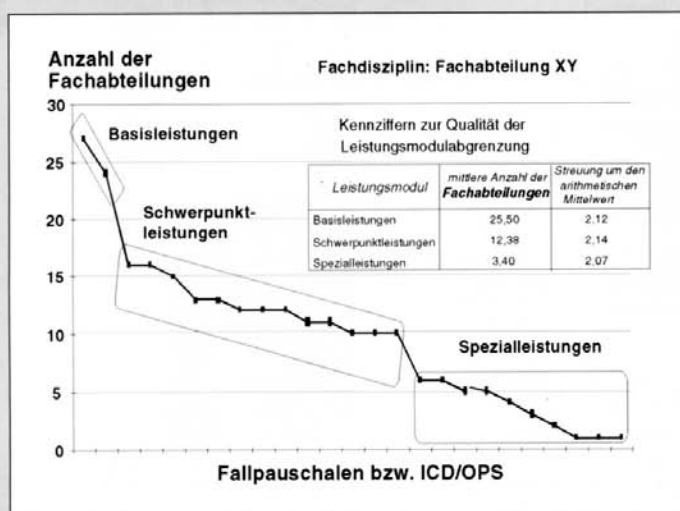
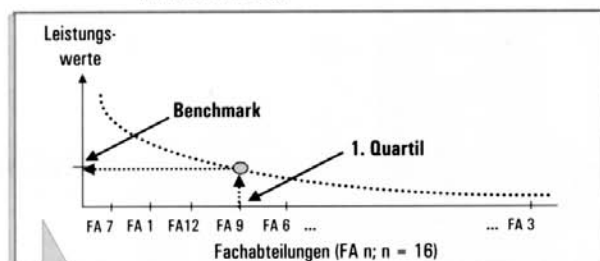


Abbildung 2: Strukturierung der Krankenhausleistungen in Module.

Benchmarking

- In „Reinform“: Orientierung an dem „Besten“ (... Krankenhaus) bzw. an besten Versorgungslösungen
- Für die Krankenhaus-Rahmenplanung: Wert, der die jeweils 25% der leistungsfähigsten Krankenhäuser gegenüber den verbleibenden Krankenhäusern abgrenzt (1. Quartil)
- Schweregrad-Fälle und Spezialleistungen für Benchmarking nicht berücksichtigt



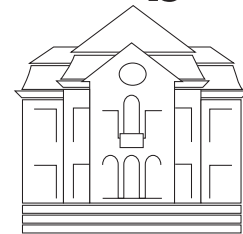
Kontinuierlich selbst-lernendes System

Abbildung 3: Benchmarking für eine landesweite Orientierung an besseren Versorgungslösungen.

medizinische Leistungen erbringen (Clusteranalyse). Basisleistungen sind Leistungen, die von fast allen Fachabteilungen einer Disziplin erbracht werden – z. B. Appendektomie in der Chirurgie (vgl. Tab. 1). Dagegen werden Schwerpunktleistungen von einer mittleren Anzahl (z. B. Knieendoprothese in der Orthopädie), Spezialleistungen nur von wenigen Krankenhausabteilungen im Land erbracht (z. B. Nierentransplantation). Die Bezeichnungen der Leistungsmodule haben keine Beziehungen zu den Versorgungsstufen der Krankenhäuser. Ein Großteil der Krankenhäuser erbringen unabhängig der Versorgungsstufe Basis-, Schwerpunkt- und Spezialleistungen. Ein Leistungsmodul (hier: Basis-, Schwerpunkt-, Spezialleistungsmodul) weist für jede zugehörige Leistungsart neben der Anzahl der Fachabteilungen, die diese Leistung erbringen, alle vorhandenen Informationen zu den unter dieser Leistungsart gruppierten Patienten auf. Somit sind sowohl beschreibende Daten zur Leistungsart (z. B. operative Therapie, Indikation) als auch Struktur- und Leistungsinformationen (z. B. durchschnittliches Alter, durchschnittliche Verweildauer, Anteil von zusätzlichen Operationen) zu den versorgten Patienten verfügbar. Eine Leistungsplanung muss diese Informationen berücksichtigen und insgesamt für die zukünftige Versorgung neu strukturieren (Rüschmann 1998).

Neue Behandlungspfade – von IST zu SOLL über Benchmarking

Die Krankenhausplanung dient dazu, den Bedarf für zukünftige Krankenhausleistungen zu strukturieren. Medizinische, ökonomische und gesellschaftliche Entwicklungen müssen auf der Basis der aktuellen Krankenhausdaten antizipiert werden. Die Leistungen der Akutkrankenhäuser werden im Hinblick auf die Versorgungsnotwendigkeit, die Art der Versorgung sowie die Intensität der Versorgung geprüft (vgl. Abb. 3). Bei bestimmten Indikationen/Diagnosen/Therapien (Behandlungspfade) gibt es einen unterschiedlichen Anteil von Patienten, die nicht unbedingt eine stationäre Versorgung benötigen – dies gilt für konservative Behandlungen wie für Operationen. Für diese Indikationen können ambulante Behandlungen akutstationäre Leistungen teilweise substituieren, möglicherweise auch als vorstationäre oder teilstationäre Behandlung (vgl. auch Abb. 4).



Zeitzeugen

Im Mittelpunkt: Leistungsmodule
(Krankenhaus umschau, 69. Jahrgang 4 (2000) Seite 276-282)

Neue medizinische Behandlungspfade, wie die Versorgung in der Akutgeriatrie oder Frührehabilitation, sollten im Sinne des Patienten Flächen deckend etabliert werden. Sie wirken sich auf die Leistungen in traditionellen Abteilungen aus. Die zukunftsorientierte Krankenhaus-Rahmenplanung orientiert sich an Krankenhäusern bzw. Fachabteilungen, die als herausragende Organisationseinheiten im Bereich der Gesundheitsversorgung eingestuft werden und gute Versorgungslösungen im geschilderten Sinne bereits praktizieren (vgl. Abb. 3). Diese Methode des Benchmarking korrespondiert mit dem Anspruch auf eine leistungsorientierte Krankenhausplanung; Benchmarkgrößen sind damit Orientierungspunkte für alle Krankenhäuser eines Landes.

Benchmarkgrößen werden im wesentlichen indikations- bzw. therapiebezogen ermittelt. Der Benchmark wird mit dem Wert der Fachabteilung gleichgesetzt, die das erste Quartil (25%) und damit die leistungsfähigen Fachabteilungen gegenüber den verbleibenden Fachabteilungen abgrenzt (vgl. Abb. 3). Auf Grund der widersprüchlichen Anreize für Krankenhäuser – Bettenbedarfsplanung auf der einen und Fallpauschalen mit Restbudget auf der anderen Seite – haben sich die Krankenhäuser hinsichtlich der Neustrukturierung akutstationärer Behandlungen landesweit noch nicht deutlich differenziert, so dass das Benchmarking für diesen Bereich erste Schritte in einem lernenden System bedeutet und damit zur Zeit orientierende Ergebnisse erzeugt, die den Krankenhäusern genügend Zeit für künftige Umstellungen ermöglicht.

Benchmark-Analysen

Objektive Benchmark-Analysen berücksichtigen akzeptierte Neustrukturierungen von Behandlungspfaden und die bereits praktizierte ambulante Substitution akutstationärer Leistungen. Die „gebenchmarkete“ Substitution durch ambulante Operationen wirkt sich insbesondere auf die Basisleistungen eines operativen Faches aus (vgl. Abb. 5). Beispielsweise werden in der Chirurgie rund 30 % der Basisleistungen unter-sucht, zu welchen Anteilen diese Leistungen ambulant erbracht wer-

den können (in Abb. 5: relevanter Anteil für Benchmarking an Gesamt-fallzahl). Nach durchgeführter Benchmarkanalyse können in der Chirurgie knapp 5% aller Fälle auch ambulant substituiert werden – dieser Anteil variiert indikations- bzw. operationsbezogen. Dies zeigt, dass wir erst am Beginn eines lernenden Systems sind, weil das ambulante Operieren auf Grund des Finanzierungssystems nicht angenommen wird. In der Übergangsphase werden zusätzlich auch die Verweildauern von Patienten im Krankenhaus über Benchmarking (je Fachabteilung) be-

wertet. Hierbei spielt die therapie- und indikationsbezogene Verweildauer eine Rolle, auch der kurzzeitstationäre Anteil. Vor- und nachstationäre Behandlungen können ebenso Auswirkung auf die Länge des Krankenhausaufenthaltes zeigen (vgl. Abb. 4). Die Unterschiede in den Verweildauern lassen sich kaum – insbesondere bei Beachtung der hohen Fallzahlen – durch ein außergewöhnliches Patienten-klientel erklären, zumal entsprechend dem Versorgungskonzept hoch eingestufte Krankenhäuser sehr häufig geringe durchschnittliche Verweildauern aufweisen und eine ►

PLANUNG

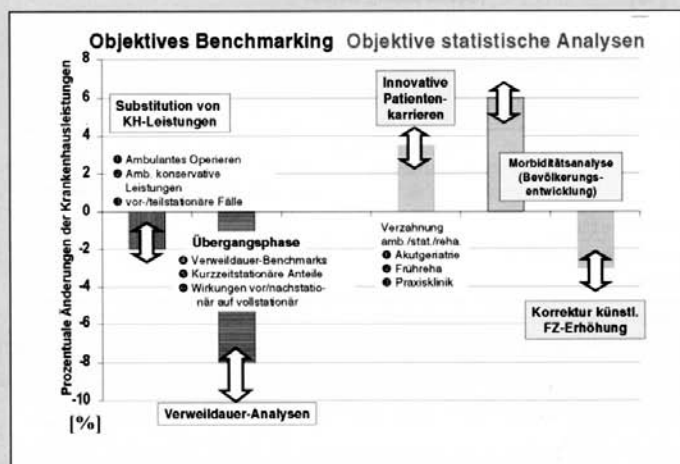


Abbildung 4: Über objektives Benchmarking vom Ist zum Soll.

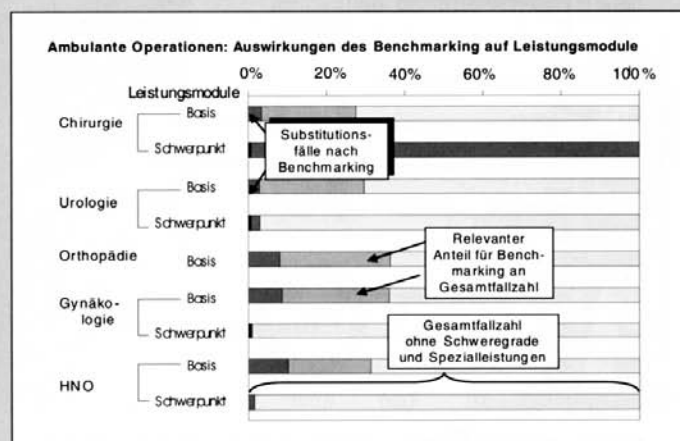


Abbildung 5: Ambulante Operationen: Auswirkungen des Benchmarking auf Leistungsmodule.

Im Schwerpunktmodul Orthopädie werden derzeit keine Leistungen ambulant erbracht, so daß hier kein Benchmarking durchgeführt werden kann. Quelle: Ausgewählte Daten zur Krankenhaus-Rahmenplanung in Schleswig-Holstein.



Zeitzeugen

Im Mittelpunkt: Leistungsmodule
(Krankenhausumschau, 69. Jahrgang 4 (2000) Seite 276-282)

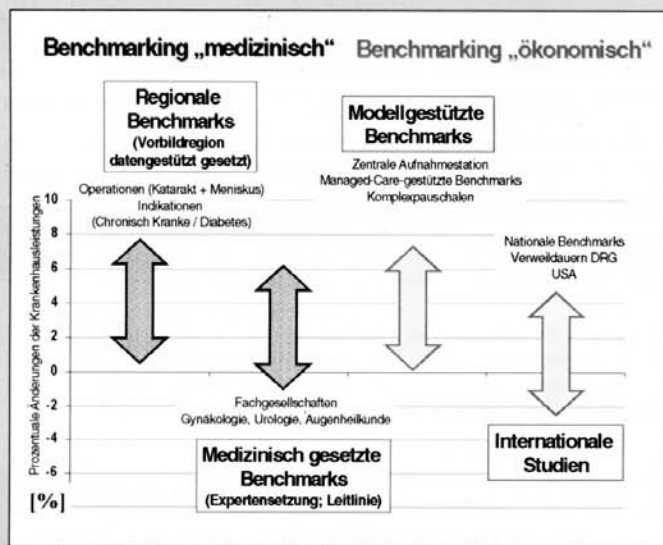


Abbildung 6: Normative Benchmarks zur perspektivischen Diskussion.

Erkrankung	Fallzahl Schleswig-Holstein	Anteil an Bevölkerung mit KH-Versorgung in Benchmark-Region	Fallzahl in S.H. mit Benchmark	Fälle ohne KH-Versorgung
Diabetes mellitus	6.042	0,2596%	3.579	2.463
Ischämische Herzkrankheit	28.848	1,8042%	24.871	3.977
Gesamt	34.890			6.441

Tabelle 2: Anteil der chronisch erkrankten Bevölkerung mit Krankenhausaufenthalt in einer Benchmark-Region.

Quellen: Einwohner in Schleswig-Holstein mit Stand vom 31.12.1997: 2.757.000; Benchmark-Region aufgrund des Versichereranteils der ADK-Schleswig-Holstein mit Krankenhausversorgung in den Diagnosegruppen für die Jahre 1997 und 1998 ermittelt (vgl. Roth, Rüschemann (2000)), hier für ein Jahr 1998 ausgegeben; Ausgewählte Daten zur Krankenhaus-Rahmenplanung in Schleswig-Holstein

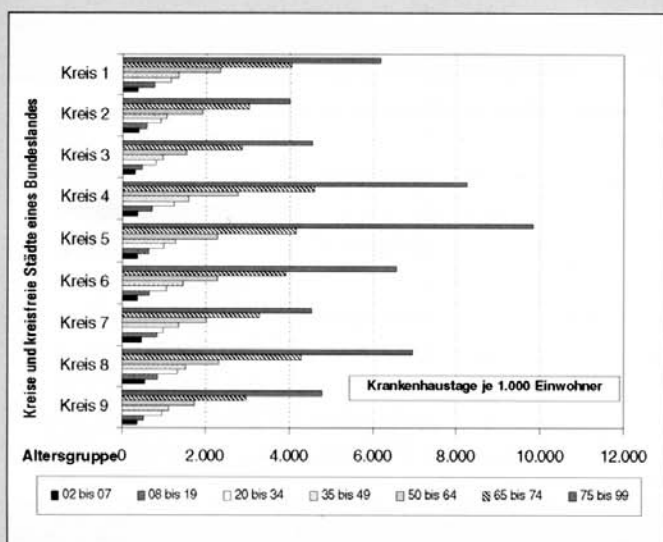


Abbildung 7: Krankenhaustage je 1.000 Einwohner.

Quelle: Ausgewählte Daten zur Krankenhaus-Rahmenplanung in Schleswig-Holstein; ohne Kreise des Hamburger Randgebietes.

deutliche Abhängigkeit der Verweildauer vom Belegungsgrad besteht.

Die Analysen zeigen für ausgewählte Behandlungsanlässe und Therapiewege daher ein Potential für Verweildauerrückgänge und damit für die Reduktion von Pflegeetagekapazität auf. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die durchschnittliche Verweildauer im hier betrachteten Versorgungsgebiet mit 10,4 Tagen bereits unter dem Durchschnitt von Deutschland (10,7 Tage) liegt.

Medizinische und ökonomische Perspektiven

Zur politischen Diskussion der Beteiligten an der Krankenhausplanung werden zusätzlich Versorgungsalternativen über normative Benchmarks präsentiert. Normative Benchmarks beziehen sich auf medizinische und/oder ökonomische Besonderheiten in einer Region bzw. einem Modellprojekt (vgl. Abb. 6). Auch können Erfahrungen aus anderen Ländern, beispielsweise den USA, mit einem DRG-System, konkret in Bezug auf die Auswirkungen für das Krankenhauswesen analysiert werden. Normative Benchmarks fließen zur Zeit noch nicht in die Planungsempfehlungen ein; sie relativieren aber die objektiven Benchmarks der flächendeckenden Versorgung und können Eckpunkte von Entwicklungen aufzeigen.

Wenn beispielsweise die medizinische Betreuung von Diabetikern in einer Benchmarkregion sehr intensiv ist (z. B. Schwerpunktpraxen oder spezialisierte Poliklinik), dann ist die Anzahl von Krankenhausfällen mit der Diagnose „Diabetes“ (ICD-9 250) für Patienten mit Wohnort in der Region geringer als im Landesdurchschnitt (vgl. Tab. 2). *Dieser Feststellung liegen Analysen von sektorenübergreifenden Patientenkarrieren mit Wohnortbezug zu Grunde* (vgl. Rüschemann, Roth, Krauss (2000)). Unter der hypothetischen Bedingung, dass alle Diabetiker Schleswig-Holsteins so ambulant betreut werden könnten wie in den beiden ausgewählten Beispielregionen, würden nahezu 2500 Krankenhausfälle landesweit vermieden. Ähnliches lässt sich auch für die Betreuung von Patienten mit ischämischen Herzerkrankungen (Bench-



Zeitzeugen

Im Mittelpunkt: Leistungsmodule
(Krankenhaus Umschau, 69. Jahrgang 4 (2000) Seite 276-282)

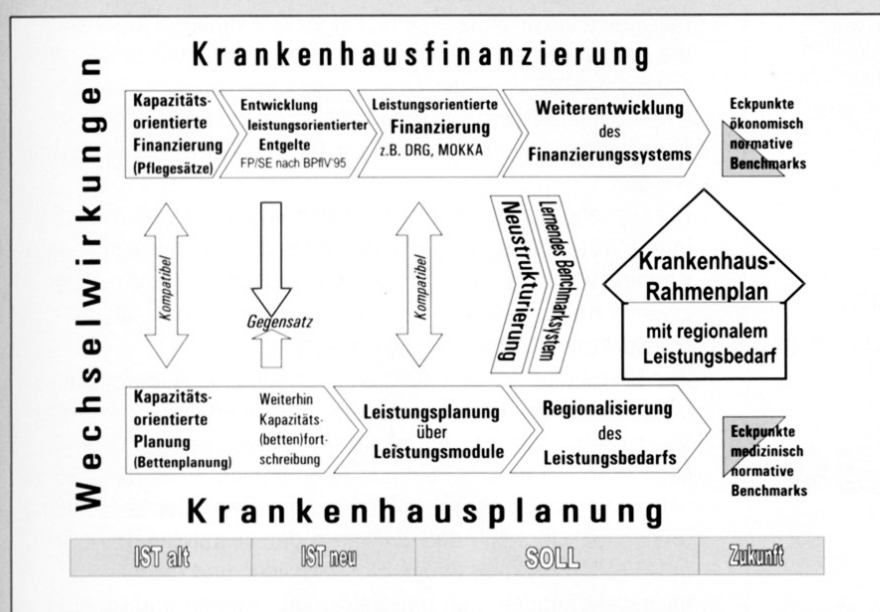


Abbildung 8: Leistungsorientierte Krankenhaus-Rahmenplanung mit regionalem Leistungsbedarf.

haustage für die Versorgung ausreichen? Patientenwanderungen beantworteten diese Frage hier nicht; eher der Standort bestimmter Krankenhäuser in den Kreisen.

Rahmenplan mit regionalem Bedarf

Die Entwicklung der Krankenhausplanung hin zu einer Krankenhaus-Rahmenplanung bewirkt einen radikalen Umbruch: Die Übergangsphase zu konzeptionieren und die Beteiligten mit ihren divergierenden Interessen zu einen, ist die eigentliche Herausforderung. Statt der bisher geübten Einschätzung von Experten liegen datenbasierte Patientenkarrieren vor; die politische Argu-

mentation kommt um eine sachorientierte Bewertung nicht mehr herum, statt an einer Kapazitätsfortschreibung orientieren sich die Beteiligten streng am Leistungsbedarf (vgl. Abb. 8). ►

markregion: Praxisnetz-Gebiet) formulieren. Deutliche Unterschiede in der Versorgung zeigt die Analyse der Krankenhaustage je 1000 Einwohner, insbesondere bei Berücksichtigung

des Alters (vgl. Abb. 7). Warum sind die Über-75jährigen in Kreis 5 mit nahezu 10 000 Krankenhaustagen (pro 1000 Über-75jährige Einwohner) versorgt, während in Kreis 2 offensichtlich knapp 5000 Kranken-



Zeitzeugen

Im Mittelpunkt: Leistungsmodule
(Krankenhaus Umschau, 69. Jahrgang 4 (2000) Seite 276-282)

Im Gutachten für das Land Schleswig-Holstein liegen für jede Region fachgebietsbezogene Leistungsmodule vor, die neben der Fallstruktur (ICD-9/OPS 301 bzw. Fallpauschalen) auch die Anzahl der zu erwartenden Patientenfälle vorgeben. Wichtigstes Kennzeichen der Übergangsphase ist, dass sowohl Krankenhausleistungen als auch korrespondierend Krankenhauskapazitäten (beschränkt auf Bettenzahlen) ausgewiesen werden.

Die Umsetzung der regionalen Leistungsmodule (Gutachten) in die Versorgungsrealität müssen Land (Sicherstellung) und Kassen (Versorgungsverträge) einvernehmlich regeln – und zwar in Kooperation mit den Krankenhausträgern als Vertragspartner: so die GS_bG-Konzeption.

Zur Erstellung des eigentlichen Krankenhaus-Rahmenplanes ist zunächst die Politik gefordert, Entscheidungen zur Wirtschaftlichkeit und Dezentralisierung zu vertreten. Der vom Land erarbeitete Krankenhaus-Rahmenplan weist dann Standorte mit Krankenhausabteilungen aus, die an der Versorgung teilnehmen dürfen – dies teilt auch der Feststellungsbescheid mit. Die Krankenkassen als Kostenträger und die Krankenhäuser verhandeln nun um die Anteile, Kosten und Qualität der Krankenhausleistungen für die Versicherten und insgesamt die Bevölkerung (§ 109 Abs. 1, S. 5 SGB V). Über die Genehmigung dieser Leistungsstruktur-Verträge stellt das Land die Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen sicher.

Der Krankenhaus-Rahmenplanung liegen reale, schon in der Fläche erprobte Weiterentwicklungen und Bestlösungen im Krankenhaus zu Grunde, die auf alle Krankenhausleistungen des Landes schrittweise übertragen werden. Über das Benchmarking ist die Methodik des Krankenhaus-Rahmenplanes ständig in Weiterentwicklung und flexibel, so dass medizinische, gesundheitspolitische und ökonomische Entwicklungen immer berücksichtigt werden.

Der Krankenhaus-Rahmenplan fördert damit seinerseits die Verbesserung der akutstationären Patientenversorgung in einem Land. ■

Prof. Dr. Hans-Heinrich Rüschemann, Dipl. Kfm. Jörg Förster
Dipl. Inf. Christian Krauss, Dr. Andrea Roth
Gesellschaft für Systemberatung im Gesundheitswesen GS_bG
Lindenallee 21, 24105 Kiel

Literatur bei den Verfassern

i Die Kieler Gesellschaft für Systemberatung im Gesundheitswesen GS_bG entwickelte den hier vorgestellten Planungs-Rahmen für die notwendigen Krankenhausleistungen eines Landes: Leistungsmodule bündeln die derzeit noch unstrukturierten Krankenhausleistungen; sie werden auf ihr Zukunftspotential geprüft und neu strukturiert. Hierbei orientiert sich die Planung an Krankenhäusern mit vorbildlichen Versorgungslösungen für Patienten (objektives Benchmarking). Darüber hinaus eröffnen normative Benchmarks die perspektivische Diskussion unter den Beteiligten an der Krankenhausplanung.



Die Monographie zum neuen Planungssystem – „Krankenhausplanung für Wettbewerbssysteme“ – ist gerade im Springer-Verlag Heidelberg erschienen, ISBN 3-540-66091-7, 128 Mark, Springer Kundenservice, tel. 06221/345200, Fax 06221/300186, e-mail: orders@springer.de