UNIVERSITÄTS
KLINIKUM
Jena

Berliner Forum der AWMF
Medizin und Ökonomie II
am 10.04.2019

UNIVERSITÄTSKLINIKUM jena

Ärztliche Führung und wertebasiertes Management - Möglichkeiten einer Universitätsklinik

Dr. B. Seidel-Kwem

Kaufmännischer Vorstand

Agenda

- Drei Ziele der gesundheitlichen Versorgung
- Zur gegenwärtigen Krankenhausfinanzierung – die Fallpauschale: Aller Übel Anfang?
- Qualität und Wirtschaftlichkeit
- Besondere Situation der Universitätsklinika

UNIVERSITÄTSKLINIKUM jena

Die Ökonomisierung

„Unter den jetzigen Rahmenbedingungen kommt es allerdings zunehmend zu Konflikten zwischen betriebswirtschaftlichen Anforderungen und einer evidenzbasierten, patientenzentrierten Versorgung.“

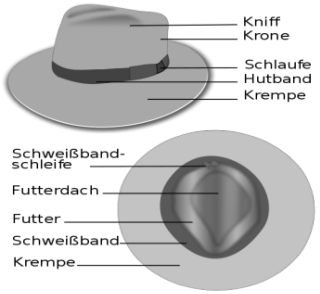
„Der Fokus gilt …dem Krankenhaussektor, da sich dort die Konflikte zwischen betriebswirtschaftlichen Zielen und medizinisch-ethischen Anforderungen in besonderer Schärfe manifestieren.“

aus: AWMF – Medizin und Ökonomie - Maßnahmen für eine wissenschaftlich begründete und ressourcenbewusste Versorgung

Die Schuldfrage

- Das **Diktat der Ökonomie** – oder *„die hochgezogene Augenbraue“*
  - fragwürdige Indikationen – mehr Fälle um jeden Preis
  - „Rosinenpicken“
  - Behandlungsrisiken durch Sparmaßnahmen und vorzeitige Entlassung
  - Leistungsverdichtung und Ausbeutung der Mitarbeiter

- selten **unter einem Hut:**
  - gutes Management
  - hohe Qualität
  - hohe Transparenz
  - positive wirtschaftliche Ergebnisse



- **Wer ist schuld?**
  - das System
  - die Politik
  - das Management

Der eingebaute Zielkonflikt…..
am Beispiel der Krankenhausfinanzierung

Das Vergütungssystem - die Fallpauschale als aller Übel Anfang?

- Fallpauschalen sollen Gruppen von Behandlungen bündeln, deren Kostenverläufe ähnlich oder gleich sind; angestrebt ist **eine Kostenhomogenität der Fallpauschale**
- bildet eine Kombination von Diagnosen und durchgeführten Prozeduren ab
- PEPP: Kombiniert Diagnosen und typische Behandlungsformen in der Psychiatrie und Psychosomatik, bildet tagesabhängig unterschiedliche Behandlungsintensitäten ab

Kalkulation:
Ermittlung der Relation der Behandlungsschwere bzw. des Kostenaufwandes der Behandlungen untereinander - daraus Ermittlung der „mittleren“ Kosten für die Fallpauschalen

Kalkulationsstichprobe 2018: 268 Krankenhäuser beteiligen sich, überproportionaler Anteil der Universitätsklinika

Zur gegenwärtigen Krankenhausfinanzierung

Probleme der Kalkulation von Fallpauschalen

- nicht immer trennscharfe Kostenermittlung möglich
- teilweise geringe Belegung der Kalkulationsstichprobe
- schwerfällig; Kalkulationsschwächen und Innovationen werden mit Verzögerung berücksichtigt

Das Selbstkostendeckungsprinzip wurde bereits 1986 abgeschafft; seitdem stehen Krankenhäuser n erwirtschaftete Überschüsse zu. Allerdings gilt: „Die Dosis macht das Gift."

Fazit für die weitere Diskussion:

(1) Vergütung basiert auf den „tatsächlichen" durchschnittlichen Kosten

(2) Auch die „sprechende Medizin" oder die Pflege sind abgebildet; sie sind „Trigger" für Kalkulation und Abrechnung, wenn sie Kostenunterschiede definieren, z. B. Palliativkomplexpauschalen oder Pflegekomplexpauschalen

(3) Krankenhäuser mit hohen Fallzahlen und guter Organisation erzielen Überschüsse, Krankenhäuser mit Standortnachteilen und schlechter Organisation haben Verlustrisiken.

Alle Entgeltsysteme haben Nachteile und Fehlsteuerungsrisiken

Vergütungsformen	Nachteile/Fehlsteuerungspotentiale
Fallpauschalen	Verweildauerminimierung, Fallzahlmaximierung
tagesgleiche Pflegesätze	Fehlbelegung, kein Leistungsbezug
„feste Budgets“	Leistungsminimierung, keine Vergütung für zusätzliche Behandlungen
Kostendeckung	Ausgabenmaximierung, Unwirtschaftlichkeit
Einzelleistungen	„Überdiagnostik, Übertherapie“

Fallpauschalsysteme mit Bezug zu Krankheitsbildern und medizinischen Leistungen auf empirischer Grundlage dienen am besten dem fairen Ausgleich der Interessen im Gesundheitssystem – das gilt besonders aus der Perspektive der Universitätskliniken

eine wichtige Problemursache

(nahezu) **gleiche Vergütung** (Basisfallwerte) **für die gleiche Leistung**
…das hört sich fair an, aber wie steht es mit der Vergütungshöhe ?

- jährliche Preisfortschreibung durch das Bundesgesundheitsministerium **(Veränderungsrate)** nach der **Einnahmen**entwicklung der Krankenkassen – „Tarifrate“ und „Orientierungswert“ als Auffanglösung

- vertretbar, wenn Tarif- und Kostensteigerungen damit abgedeckt werden können – *wie in den letzten Jahren*

- führt zu Defiziten und Sparmaßnahmen,wenn übliche Steigerungen der Kosten nicht gedeckt sind – *wie in den Jahren zuvor*

Sinkt das Vergütungsniveau real, entsteht wirtschaftlicher Druck!

Sonderthema: Fallzahlausweitung

I. aus Systemsicht

- Fallzahlausweitung führt durch Mehrleistungsabschläge und Fixkostendeckungsabschlag zu niedrigerer Fallvergütung

- vermehrte Vorgaben zur Strukturqualität sollen zur Konzentration von Behandlungen in „Zentren“ führen - Fallzahlausweitung

II. aus betriebswirtschaftliche Sicht

- Bei nicht ausgelasteten Kapazitäten führt eine Fallzahlausweitung zur Ergebnisverbesserung.

(cave: „sprungfixe Kosten“; nicht indizierte Behandlungen)

Offene Probleme der Krankenhausfinanzierung

strukturelle Maßnahmen und regelmäßige Kostensteigerungen sind nicht automatisch refinanziert

Aufgaben, die **für das Funktionieren des Systems stationärer Behandlung erforderlich sind,** werden **nicht** vergütet. Beispiel: Weiterbildung **von Ärzten, sektorenübergreifende Leistungen**

(Gute) Qualität wird (noch) nicht honoriert.

Medizinische Innovation kommt nur verzögert und schwerfällig in die Vergütung.

Oder: Das Management und die Schuldfrage

„… Entwicklung, bei der **betriebswirtschaftliche** Erwägungen … zunehmende Definitionsmacht über individuelle und institutionelle Handlungsziele in der Patientenversorgung gewinnen ...“

„**Ökonomische** Interessen dürfen medizinische Entscheidungen nicht unangemessen beeinflussen.“

aus: AWMF – Medizin und Ökonomie - Maßnahmen für eine wissenschaftlich begründete und ressourcenbewusste Versorgung

Management und Führungsverantwortung in einer Universitätsklinik

Täter

oder Opfer?

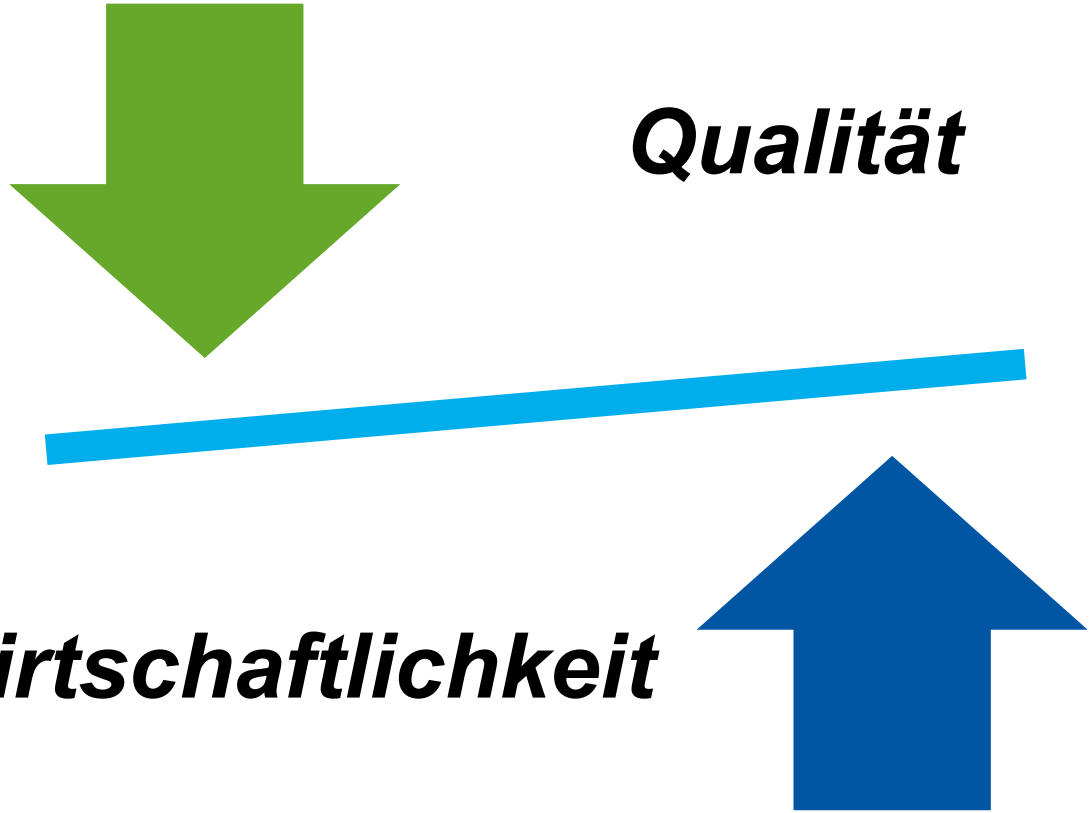
Jetzt gilt es, das Richtige zu tun:

Nicht schweigen, sondern diskutieren!

Auf der Basis von Fakten bilden sich Meinungen!

Qualität und Wirtschaftlichkeit

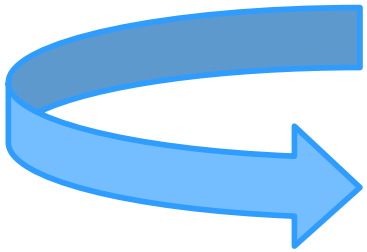
Welche Relation gilt?



Die ökonomische Dimension

Ein Annäherungsversuch

- **Wirtschaften** heißt Verfügen über knappe Mittel
- **Wirtschaftlichkeit** beschreibt die Relation von Mitteleinsatz und **Handlungsergebnis**
- Auch Ärzte/Pflegekräfte/Therapeuten wirtschaften



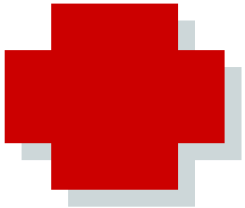
Die ökonomische Dimension ist nicht die Domäne der Ökonomen

Aus dieser allgemeinen Definition heraus ergibt sich bereits, was Wirtschaftlichkeit **nicht** ist:

- immer ein monetärer Faktor - Wirtschaftlichkeit hat keine vordefinierte Dimension - oder
- ein möglichst niedriger (Geld)-betrag.

Das „Handlungsergebnis“ im Krankenhaus

- Die technisch-professionelle Dimension – das Behandlungsergebnis als Summe aller Prozesse in Diagnostik, Therapie und Pflege



- Die humane Dimension – die vom Patienten empfundene Zufriedenheit über die an ihm durchgeführten Handlungen

Qualität

Mitteleinsatz und Handlungsergebnis

Eindimensionalität vs. medizinische Realität

rationales Handeln = Minimierung von Mitteleinsatz bei gegebenem Behandlungsvolumen
Gute Beispiele:

- *kurze Verweildauern,*
- *Verzicht auf fragwürdige Diagnostik,*
- *Verminderung von Warte-, Rüst- und Überleitungszeiten*

sind nicht immer dem Behandlungserfolg abträglich!

Grundsatz: Rationale medizinische Entscheidungen führen zur Wirtschaftlichkeit, weil die Relation von Ressourceneinsatz und (Behandlungs-)qualität stimmt.

Gute Medizin rechnet sich!

Mitteleinsatz und Handlungsergebnis

Auf den 2. Blick:

Wirtschaftlich handeln heißt nicht fragen, ob sich der Patient „noch rechnet“ **– Warum? -**

- Viele Mitarbeiter beziehen ihre Berufsmotivation aus der technisch-professionellen und der humanen Dimension.
- Medizin lebt von Vertrauen.
- Vermittelt sich kein Vertrauen, ist Patientenzufriedenheit nicht zu erwarten.
- Zuweisungsentscheidungen werden (auch) davon geprägt, den Patienten in „guten Händen“ zu wissen.

Qualität rechnet sich!

Mitteleinsatz und Handlungsergebnis

Fazit aus **betriebswirtschaftlicher** Sicht:

- Gute Medizin rechnet sich auch bei hohem Aufwand.
- „Rosinenpickerei“ lohnt nicht.
- (andauernde) Einsparungen (Verweildauer, Personal Serviceleistungen) ... machen ein Krankenhaus zum Sanierungsfall, weil:
  - schlechte Behandlungsergebnisse und schlechtes Image zu rückläufigen Fallzahlen führen und
  - rückläufige Fallzahlen wegen der Kostenstruktur eines Krankenhauses nicht durch Einsparungen aufgefangen werden können.

……stehen im Einklang – was schafft den Anschein von Unvereinbarkeit?

Informationsasymmetrie: Berichtswesen konzentriert sich auf Finanzergebnis; Qualitätsberichterstattung hat andere Wege und Adressaten

Praxisproblem:

- Die Berechnung des Mitteleinsatzes funktioniert
- Aber was wird damit bewirkt? DRG-Fallpauschale? Die Verbesserung des Gesundheitszustandes des Patienten?

„Halbkommunikation: Jeder spricht mit seiner Sprache!“

- Wirtschaftlichkeit in der Klinik ist (scheinbar) Angelegenheit der Kaufleute und die Qualität der Ärzte und Pflegekräfte

- Getrenntes Sprach- und Kommunikationsverhalten führen nicht zu gemeinsamer Verantwortlichkeit

Lösungsansätze

- Prozessstandardisierung und Leitlinien fördern Wirtschaftlichkeit
- hohe Fallzahlen fördern Ergebnisqualität und Kosteneffizienz
- Multidimensionales Zielsystem (z. B. Balanced Score Card) fördert Wachstum, Stabilität und Innovation
- Den gemeinsamen Zeichenvorrat erweitern und die Identifikation mit „der Produktion“ fördern!

Innovationen in der Medizin erfordern gewöhnlich interdisziplinäres und interprofessionelles Handeln!

Ein gutes Prinzip auch für die Managementstrukturen in Gesundheitsunternehmen!

„leistungsabhängige Vergütungen“

Auf ein Wort …

- „Chefärzte“ prägen den wirtschaftlichen Erfolg der Klinik
- Rolle und Vergütungsniveau erfordern eine leistungsabhängige Vergütung, die (auch) auf das wirtschaftliche Ergebnis abstellt
- „corporate governance“-Regeln beachten!
  - i. E. angemessenes Verhältnis von fix und variabel
  - Mehrjahresbetrachtung
  - „windfall profits“ vermeiden
  - auf Ergebnisse (z. B. Deckungsbeiträge) abstellen

Auch Handeln im Interesse der Klinik rechtfertigt keine Regelverstöße – da kann sich niemand herausreden!

Kennzeichnende Merkmale

- Einsatz aufwändiger medizin-technischer Infrastruktur
- interdisziplinäre Zusammenarbeit
- Verfügbarkeit in Akutsituationen, letzte Behandlungsstufe
- hoher Innovationsgrad
- hoher Aufwand für Dokumentation und Qualitätssicherung wegen Einbindung in Studien und Register
- translationale Forschungsaktivitäten

Chancen und Risiken im gegenwärtigen Vergütungssystem

CHANCEN

- Verfügbarkeit von Spezialisten
- Interdisziplinarität
- hohe Fallzahlen bei hochspezialisierten Leistungen begünstigen „Lernkurve“ und hohe Auslastung spezieller Infrastruktur = Skaleneffekte
- Innovationszyklus

RISIKEN

- Überdurchschnittlich häufig „Extremkosten“
- Behandlung des „einfachen Falls“ mit überdurchschnittlichem Aufwand
- hoher Aufwand für Weiterbildung
- universitäre Strukturspezifika und schlechte Managementkultur

Vielen Dank für die Aufmerksamkeit!