

Das Krankenhaus der Zukunft

Anpassung der Strukturen an veränderte
Rahmenbedingungen
- Konzepte und Ideen -

Joachim Manz

Vorstand a.D. der Rhön-Klinikum AG

Inhalt

- Änderungen im Gesundheitswesen und Krankenhausmarkt
- Ideen und Konzepte zur Strukturanpassung
 - Patientenpfade
 - Ambulante und teilstationäre Leistungserbringung
 - elektronische Patientenakte
 - Integrierte Versorgung
 - Medizinisches Versorgungszentrum
 - Teleportal-Klinik

Rahmenbedingungen für Krankenhäuser ändern sich

- staatliche Bettenplanung verliert an Einfluss
- öffentliche Haushalte verschulden sich zunehmend, wodurch der Investitionsstau wächst (ca. 35 Mrd. €)
- Wettbewerb nimmt zu
 - unter den Krankenkassen
 - unter den zuweisenden Ärzten
 - unter den Krankenhäusern
- Überwindung der Sektorengrenzen aufgrund des GMG führt zu neuen Strukturen wie MVZ, Tageskliniken, Teleportal-Kliniken und neuen Versorgungsformen wie Integrierte Versorgung und ambulantes Operieren am Krankenhaus
- Demographische Entwicklung und medizinischer Fortschritt steigern die Nachfrage und die Kosten
- Qualitäts- und Versorgungsansprüche der Patienten steigen

Das Krankenhaus der Zukunft wird es nicht geben!

- Veränderungsprozesse in Krankenhäusern werden sich in den nächsten Jahren noch beschleunigen
- Auswirkungen nicht nur auf Mitarbeiter der Leistungserbringer sondern auch auf Patienten und Zuweiser
- um mittel- und langfristig bestehen zu können sind Anpassungs- und Reorganisationsprozesse notwendig
- Kosten und Erlöse müssen in ein wirtschaftlich gesundes Verhältnis gebracht werden
- generelle optimale Lösungen gibt es aber nicht
- Jedes Krankenhaus muss sich selbst analysieren und seine Strukturen immer wieder individuell anpassen, damit es im regionalen Wettbewerb besteht.
- Ziel dabei ist und bleibt die Sicherstellung der Patientenversorgung

Erwartungshaltung der Patienten

Die Menschen wollen eine

- transparente
- vertrauenswürdige
- fachkundig gelenkte
- für eigenen Entscheidungen offene
- jederzeit verfügbare und
- bezahlbare Medizin

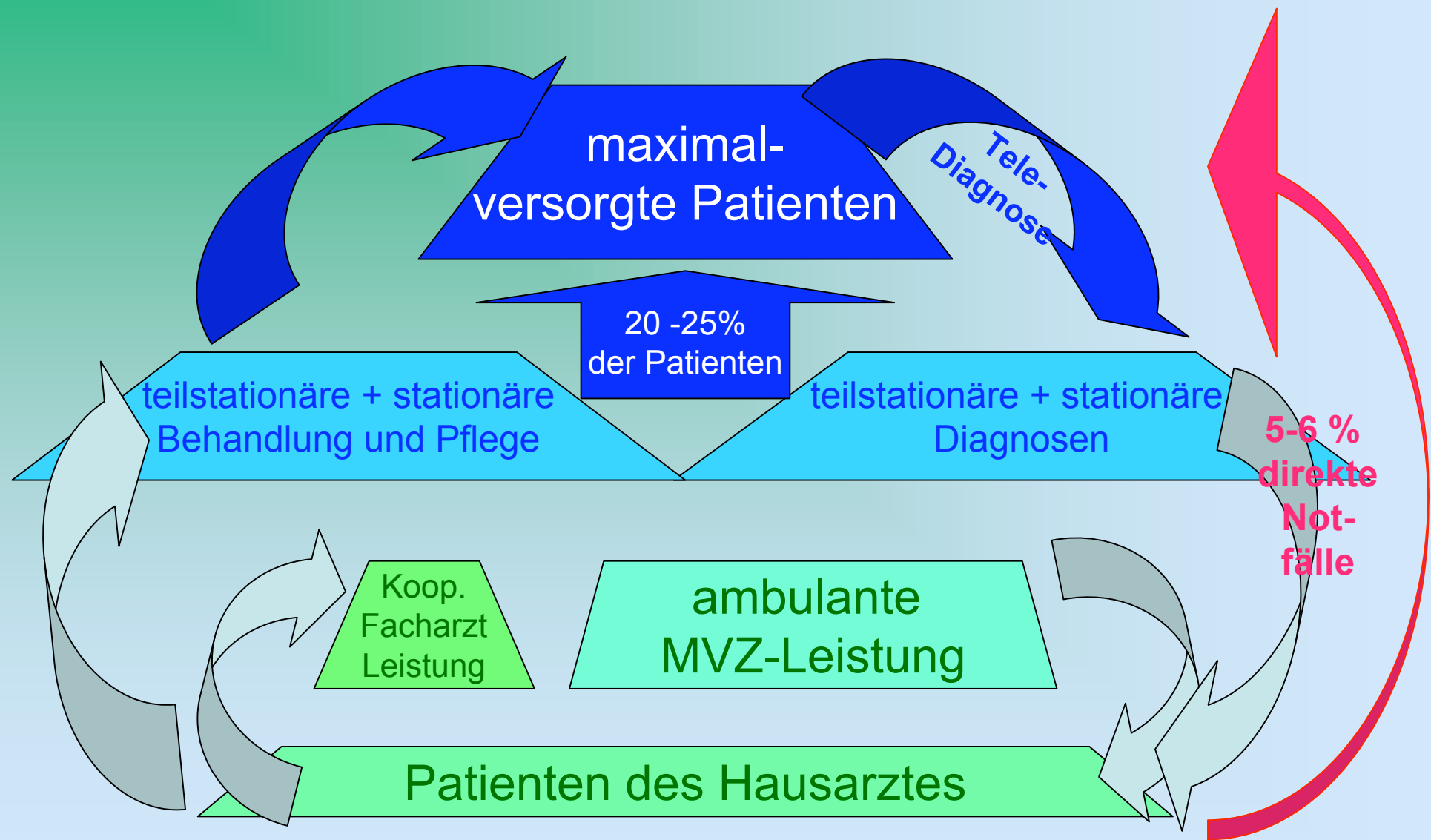


Wettbewerbsgegenstand im Gesundheitswesen ist somit
eine preiswerte, für jedermann erreichbare
Qualitätsdienstleistung.

Änderung der Strukturen im Krankenhauswesen



Grundlage für neue Konzepte ist der Weg des Patienten



Mittel zur Zielerreichung

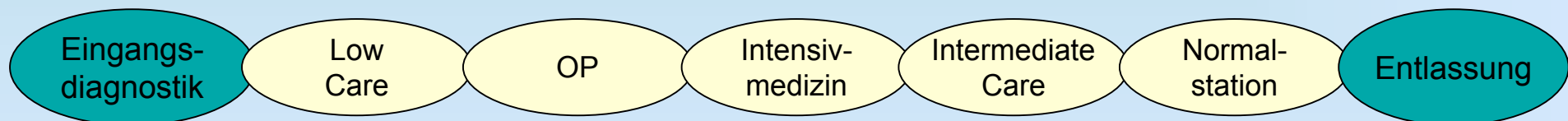
- Der Schlüssel zum Wettbewerb sind Investitionen.
- Ziel dabei ist es mehr Leistungen bei sinkenden Kosten zu erbringen.
- Mittel zur Zielerreichung:
 - Qualität halten und verbessern
 - Zufriedenheit der Patienten steigern
 - Kooperationen und Verbände mit Erfolgspartnern eingehen
 - Behandlungspfade effizienter gestalten
 - Kosten minimieren – Erlöse maximieren

Ausrichtung der Abläufe an Patientenpfaden

- Der gesamte Krankenhausaufenthalt eines Patienten von der Aufnahme bis zur externen Verlegung oder Entlassung gilt als Behandlungsfall und kann als Patientenpfad dargestellt werden.
- Durch die Anpassung von Prozessen und Arbeitsabläufen an Patientenpfaden können im Krankenhaus erhebliche Vorteile gewonnen werden:
 - Kostensenkung durch Vermeidung von Leerlauf und langen Wegen
 - Senkung der Verweildauer
 - Verbesserung des Informationsflusses
 - Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit
 - Unterstützung der Patientenzufriedenheit
 - Verbesserung der Behandlungs- und Versorgungsqualität
 - Überfluss und Defizit werden vermieden und das Notwendige wird ermöglicht

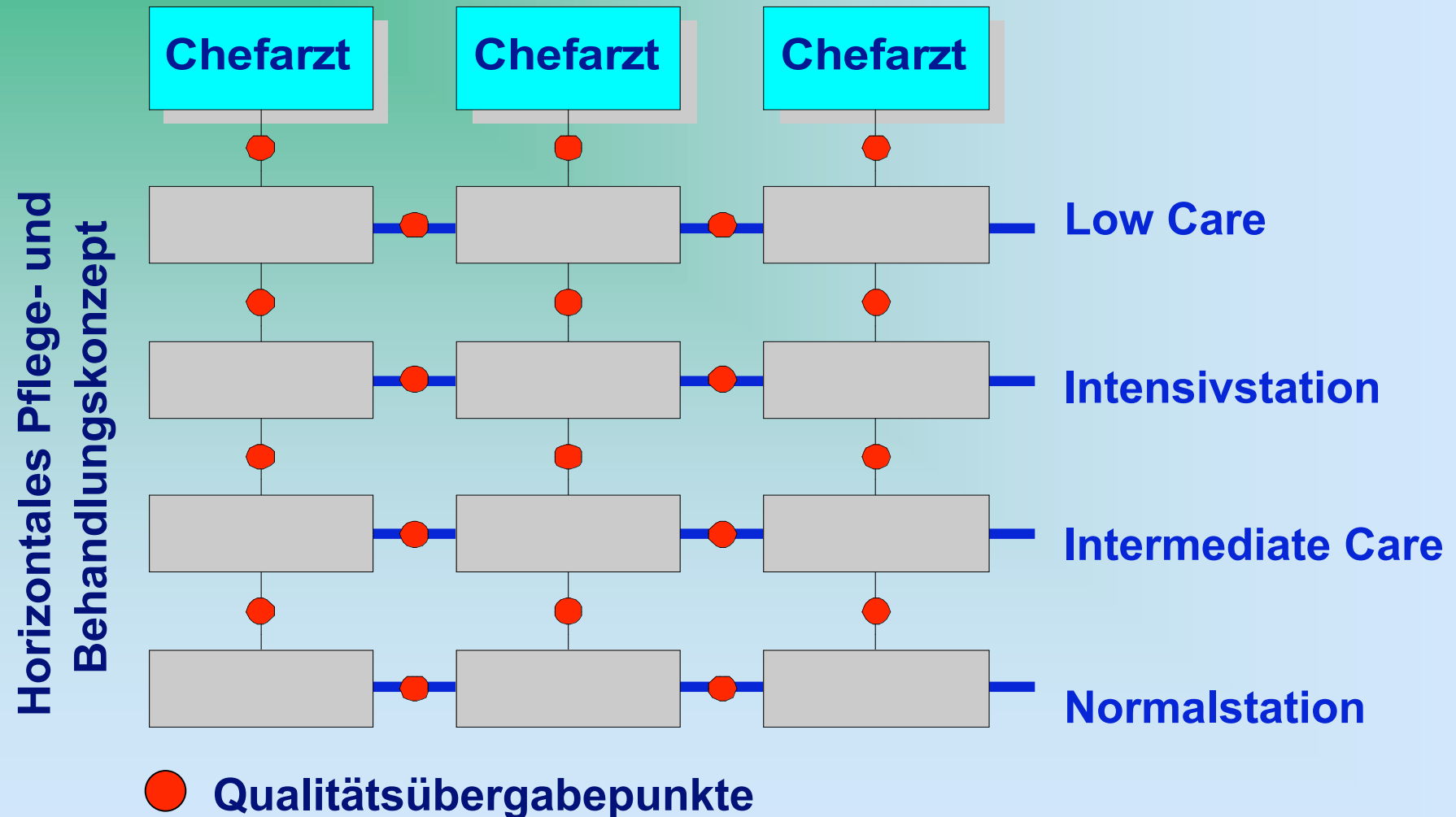
Flussprinzip der Rhön-Klinikum AG

- Leitgedanke:
 - Das Flussprinzip beinhaltet Qualität für und am Patienten sowie patientengesteuerte Leistungserbringung als interdisziplinäre Aufgabe.
 - mehrstufiges Pflege- und Behandlungskonzept
 - differenzierter als das bekannte zweistufige Konzept, das nur zwischen Intensiv- und Normalstation unterscheidet
 - Vorteil:
 - höhere Zufriedenheit des Patienten durch mehr Selbständigkeit
 - Verringerung der Vorhaltekosten



Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Patienten- und flussorganisierte Ablauforganisation vertikale Spezialisierung



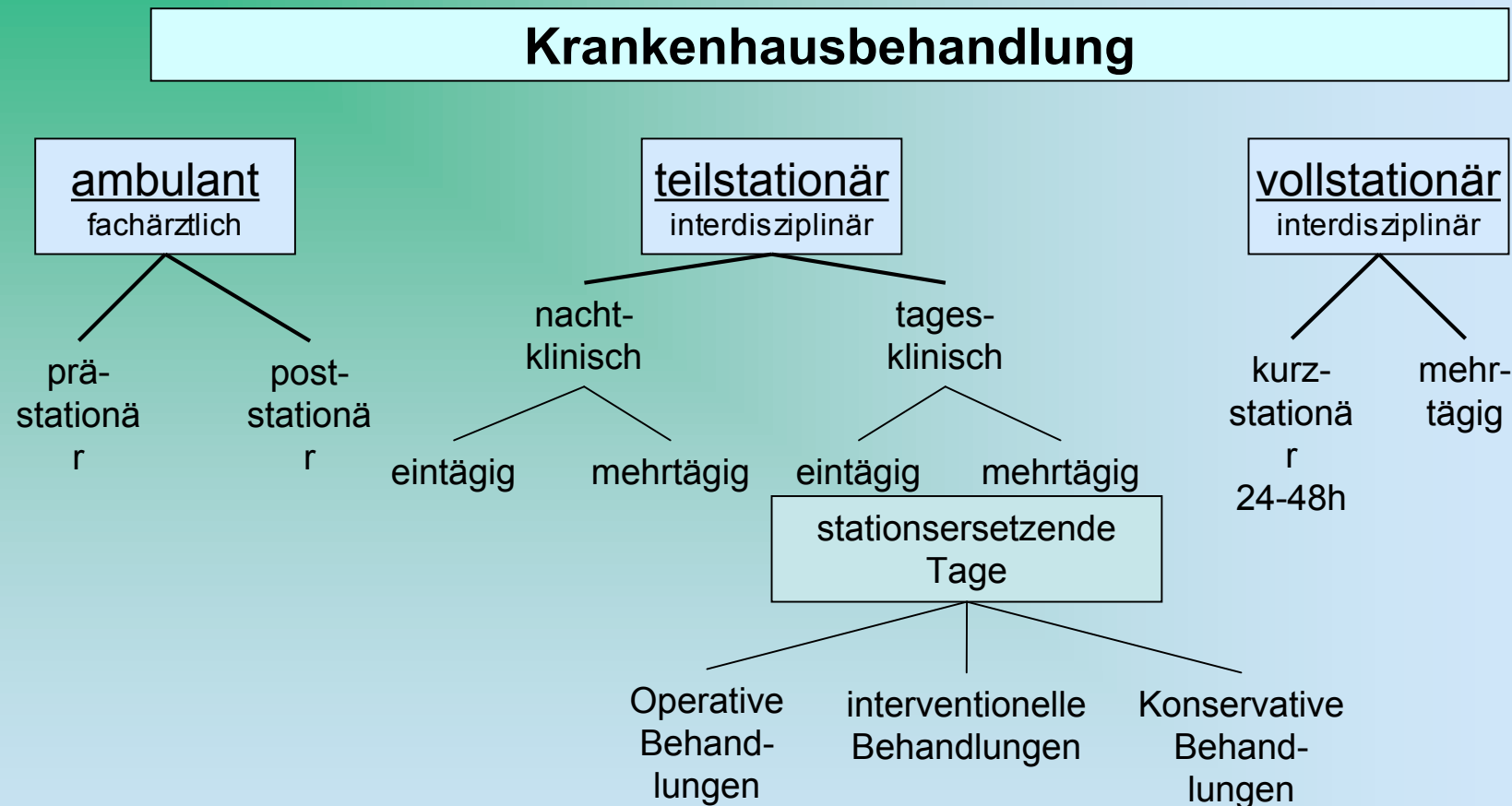
Fazit: Einführung von Patientenpfaden

- Beachtung des patienten- und prozessorientierten Betriebs- und Behandlungskonzeptes führt zur
 - Qualitätsverbesserung in der Patientenversorgung unter
 - gleichzeitiger Nutzung von Kosteneinsparungen (bis zu 35%)
 - durch Optimierung von
 - Organisation,
 - Management und
 - Investitionen
- Flussprinzip und Rationalisierung im Krankenhaus bedeuten:
 - weg von der Manufaktur hin zur Prozessorientierung
 - weg von der Chefarztorientierung hin zur Patientenorientierung

Ambulante und teilstationäre Leistungserbringung

- Grundlage: § 39 Abs. 1 SGB V
 - „Die Krankenhausbehandlung wird vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär (§115a) sowie ambulant (§115 b) erbracht.“
- Probleme bei der Umsetzung
 - Abgrenzungsproblematik ambulant – teilstationär
 - unklare Abrechnungsmodalitäten
 - bisher kein einheitliches Verständnis von teilstationär
 - nur geringe Einordnung in das DRG-Vergütungssystem
 - für 2006: 4 teilstationäre DRG's

Begriffliche Abgrenzung der Leistungen



Teilstationär ist eine Krankenhausbehandlung ohne Bett!

Erbringung ambulanter Leistungen im/am Krankenhaus

Zwei Möglichkeiten:

1. Erbringung im Krankenhaus

- Auseinandersetzung mit evtl. widerspenstigem Vertragspartner wird vermieden
- Chefarzt hätte Zugriff auf ambulante Patienten und könnte sie streuen
- gemeinsame Nutzung der Einrichtung und damit ein günstiges Nutzen-/Investitionsverhältnis wäre gegeben
- Aber:
 - teure Krankenhausmedizin und das Primat des Prozesses vor der Servicequalität („Der Patient ist eh da, der kann warten“) würde Platz greifen
 - d.h. die Preise des Krankenhauses werden in die Ambulanz getragen und der Service der Ambulanz geht verloren

2. MVZ am Krankenhaus für Ambulanz und stationäre Versorgung

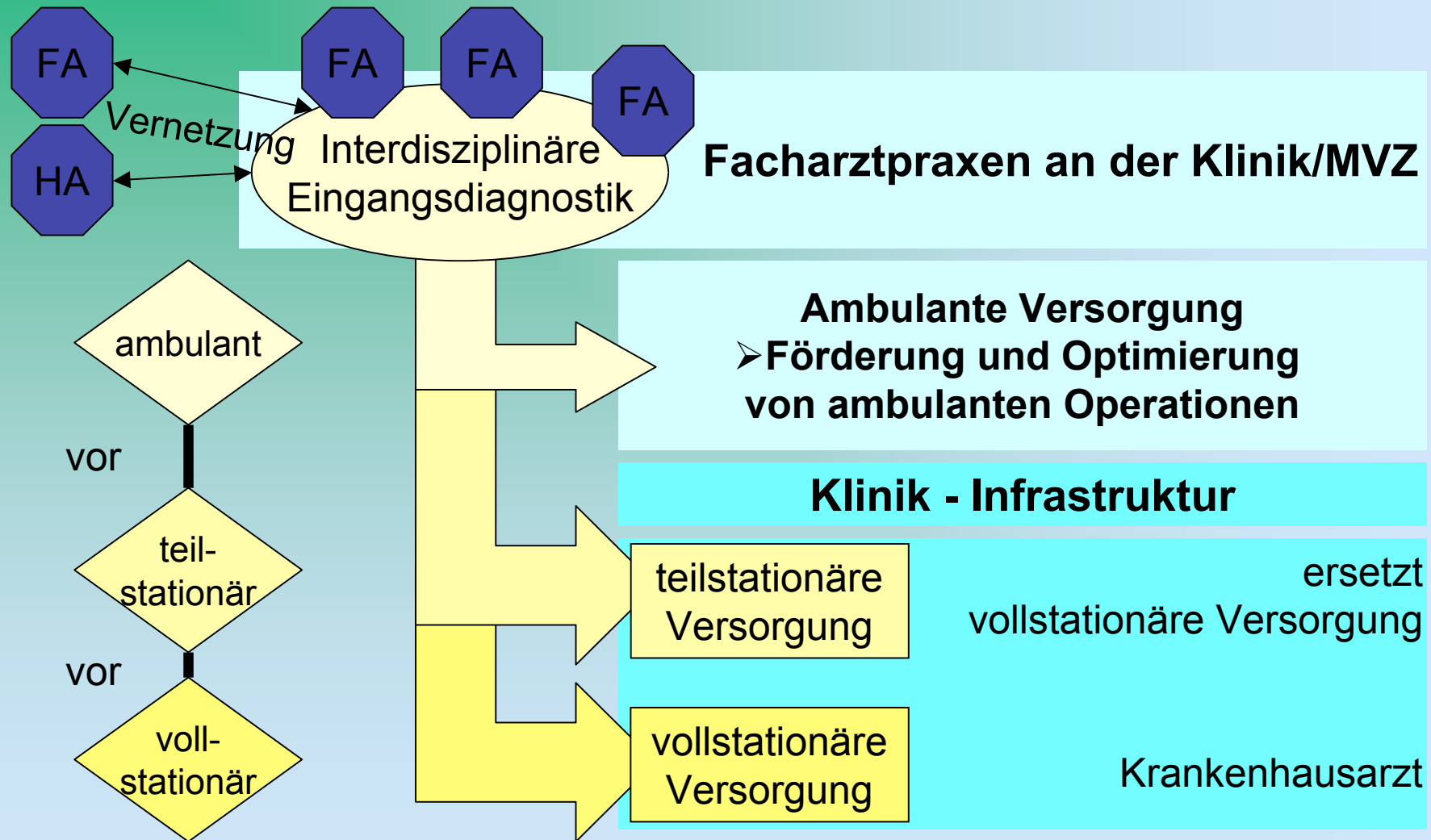
- fachübergreifende, ärztlich geleitete eigenständige Einrichtung
- Netzversorgung für ambulante, teilstationäre und stationäre Medizin
- optimale Versorgung der Bevölkerung

Weitere Ausführungen zum MVZ folgen!

Erbringung teilstationärer Leistungen

- Voraussetzungen:
 - Krankenhausinterne Umgestaltung, da mobiler Patient anders geführt werden muss
 - Etablierung teilstationärer Strukturen
 - Änderung von Verhaltensmustern bei Ärzten, Therapie- und Pflegekräften und Hilfskräften ist notwendig
 - Änderung der Krankenhausorganisation und -strukturen z.B. unter Verzicht erheblicher Diagnostik- und Therapiestrukturen der bisherigen vollstationären Versorgung
 - Erhöhter Service muss angeboten werden
 - Investitionen der Krankenhäuser qualifizierte teilstationäre Leistungsstrukturen zu etablieren.

Strukturbeispiel



Fazit: ambulante und teilstationäre Leistungserbringung

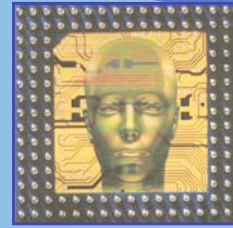
- sach- und fachgerechte Versorgung des Patienten wie im Gesetz gefordert
- Vollstationäre Krankenhausstrukturen können abgebaut und kostengünstigere ambulante und teilstationäre Strukturen aufgebaut werden
- Die Versorgungskette wird ohne Lücke vom Erstbesuch des Patienten beim Hausarzt bis zur Entlassung aus dem Krankenhaus vervollständigt.
- Einsparungen bei den Kostenträgern:
 - Bei konsequenter Ausschöpfung des teilstationären Potenzials lassen sich zwischen 14,9 und 29,7 % der GKV-Ausgaben für vollstationäre Versorgung einsparen.
(Prof. Neubauer, Gutachten „Integration teilstationärer Leistungen in die G-DRG-Vergütung, Diskussion und Handlungsempfehlungen“, August 2003)

Die elektronische Patientenakte

- jeder Patient erhält eine elektronische Akte und stimmt ihrer vertraulichen Nutzung zu
- hierfür erhält der Patient eine codierte Karte, die eine klare Identifikation und Notfalldaten enthält
- damit können die behandelnden Ärzte die Daten jederzeit an jedem Ort abrufen
- Die Karte eröffnet Zugang zu einem Intranet, zu dem alle angeschlossenen Leistungserbringer mit einer Professional Card Zugang haben
- mit Suchfunktion kann der berechtigte Arzt alle Daten über Patienten finden, die dieser im System hinterlassen hat
 - z.B. Exzerptaussagen, Rohdatensammlungen aus Laboren und Radiologien, Spezialbefunde

Arbeitsweise der elektronischen Patientenakte

Patientendaten
im
Intra-/Extranet



Zugangs-Sicherheitskontrolle
Doppelschloss Patienten-Card + Professional-Card



Intelligente Suchmaschine
URL = Patientenidentität + Klinik-Intranet + Bereichsserver + Dokument



URL = KlausMustermann + Klinik GmbH + Innere Medizin II + EKG.DOC

Bereichs-
Intranet

Bereichs-
Intranet

Bereichs-
Intranet

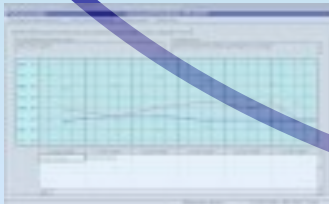
Bereichs-
Intranet

Dokumente...

Dokumente...

Dokumente...

Dokumente...



Fazit: elektronische Patientenakte

- durch Transparenz der Leistungserbringung Einspareffekte bei gleichzeitiger Qualitätserhöhung möglich
- sowohl Niedergelassene als auch MVZ können zu echten Vorleistern der Klinik werden
- Doppeluntersuchungen und Leerleistungen werden vermieden
- freigesetzte Ressourcen können zur Behandlung zusätzlicher Patienten eingesetzt werden
- jeder medizinische Schritt wird in seiner Logik sichtbar
- Stärkung der Stellung des Patienten, da er über Zugangsberechtigung zu den Daten verfügt

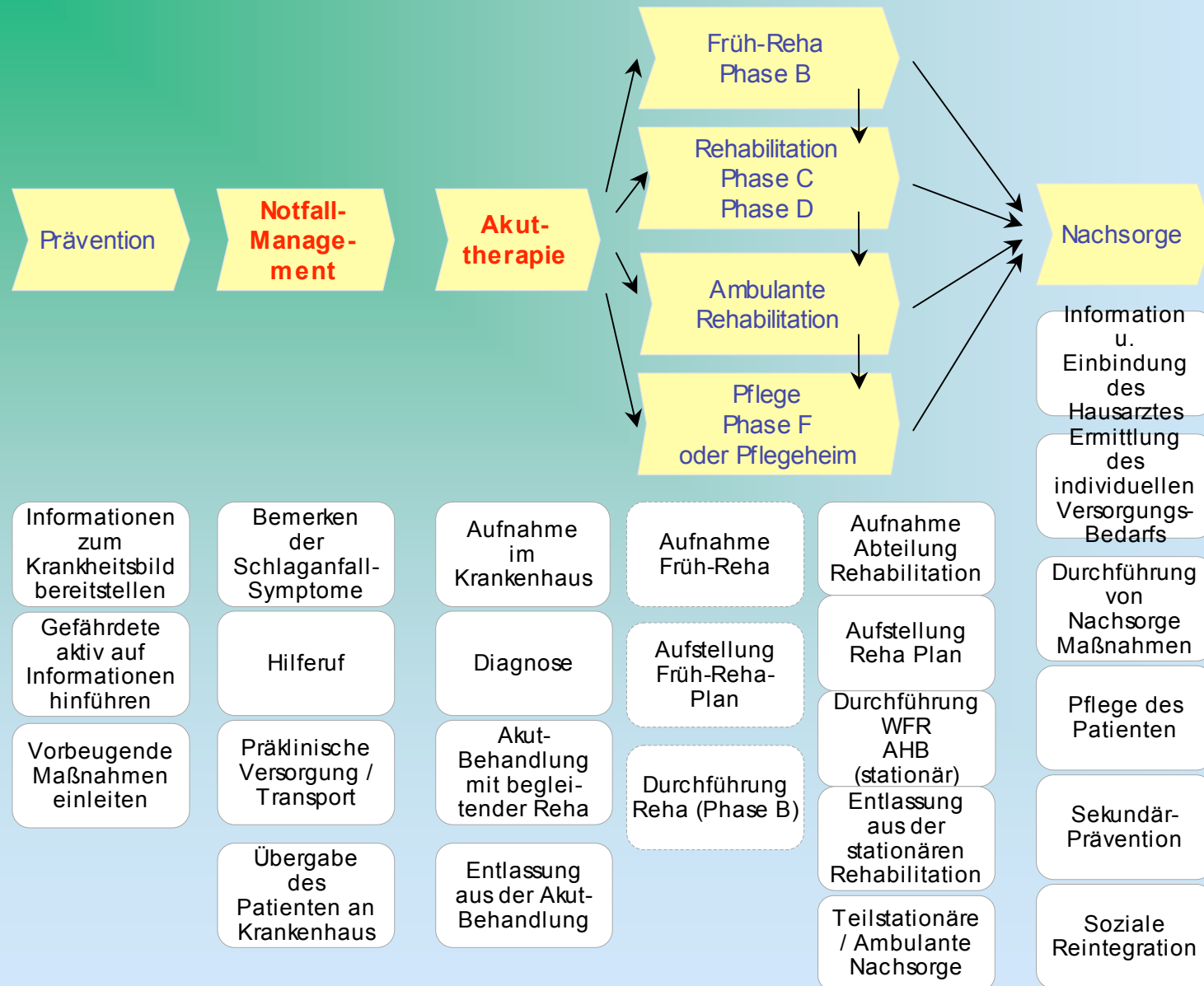
Integrierte Versorgung

- Zielsetzung:
 - fachliche und prozessuale Zusammenarbeit niedergelassener Ärzte sowie ambulanter und stationärer diagnostischer und therapeutischer Leistungserbringer in Bezug auf gemeinsames Erkennen und Behandeln von Krankheitsbildern
 - Diagnostik und Therapie finden nach gemeinsamen Behandlungsleitlinien statt
 - verbesserte, zügigere, patientenschonendere und kostengünstigere Behandlung der Patienten über alles Sektorengrenzen hinweg
 - DMP's im weiteren Sinn Form der integrierten Versorgung
- Gesetzliche Grundlage:
 - § 140 ff SGB V
- Finanzierung:
 - über so genannte Anschubfinanzierung für die Jahre 2004 bis 2006
 - wobei nach einem Eckpunktepapier das BMG die Verlängerung bis 01.01.2008 vorschlägt

Probleme der Integrierten Versorgung

- Probleme:
 - Abgrenzung der Versorgungsregion
 - Rechtfertigung der Vergütungshöhe
 - Fortsetzung von Altvereinbarungen, die im Widerspruch zur Anschubfinanzierung stehen
 - Was passiert, wenn Anschubfinanzierung ausläuft?
 - trotz möglicher Verlängerung bis 01.01.2008, wird die Anschubfinanzierung auslaufen (BMG-Eckpunkte für ein Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechtes sowie anderer Vorschriften)
 - Unterliegt die Integrierte Versorgung dem Vergaberecht?
 - Ungeklärte Frage, die aber durch das Andienungsverfahren umgangen werden kann. Danach sei das Vergaberecht nicht anwendbar, wenn Leistungserbringer ohne Bedarfsmeldung der KK an diese herantreten, um ein von ihnen konzipiertes Modell der IV zu etablieren. (vergleiche auch Hesselmann/Motz)
 - Krankenkassen schließen Verträge für die es bereits ein DMP gibt selten ab

Allgemeines Prozessmodell



Fazit: Integrierte Versorgung

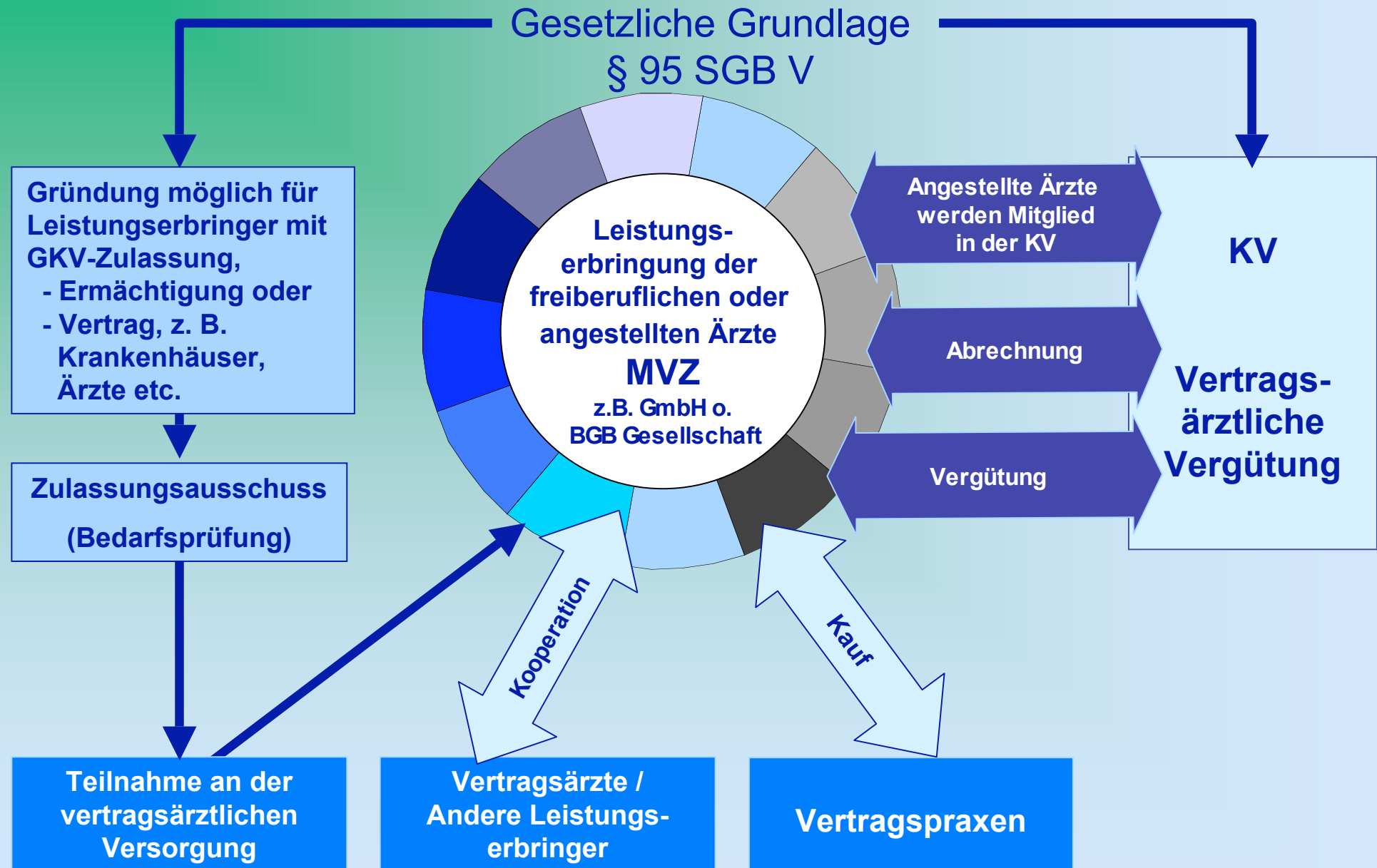
- Anforderungen an Modelle der integrierten Versorgung bestehen in der Patientenorientierung, aber auch in der Versorgungsqualität des medizinischen Ansatzes und nicht zuletzt der Wirtschaftlichkeit
- Chancen für das Krankenhaus
 - Erweiterung des Leistungsspektrums durch sektorübergreifende Versorgung aus einer Hand
 - Erzielung von Einnahmen außerhalb der DRG's
 - Entwicklung eigener indikations- und krankheitsbezogener Versorgungsmodelle
 - Kooperation und Koordination von Behandlungsprozessen
 - Optimierung des Ressourceneinsatzes

Medizinisches Versorgungszentrum - MVZ

facharztübergreifende, ärztlich geleitete Einrichtung, in denen Ärzte, die in das Arztregister eingetragen sind, als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind

- mögliche Streichung des Begriffs „facharztübergreifend“, als Einrichtungsvoraussetzung da dadurch teilweise medizinisch unsinnige Kombinationen provoziert wurden (BMG-Eckpunkte für ein Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechtes sowie anderer Vorschriften)
- angestellte Arzt selbst ist Mitglied in der KV und unterliegt deren Satzungsgewalt
- Abrechnung erfolgt über die KV auf Grundlage des EBM 2000plus
- ein MVZ kann Partner in der Integrierten Versorgung sein

Funktionsprinzip eines MVZ am Krankenhaus



Nutzen für alle Beteiligten des MVZ

VORTEILE	für Krankenhaus	für Fachärzte im MVZ	für niedergelassene Allgemeinmediziner
Interdisziplinäre Versorgung im stationären Bereich	ja	Konsiliararztvertrag	qualifizierte Versorgung des Patienten
Wirtschaftliche Synergieeffekte	verbesserte Auslastung der med.-techn. Ausstattung	Mitbenutzung hochwertiger med.-techn. Ausstattung	<ul style="list-style-type: none"> · keine Konkurrenz · Entlastung des KV-Budgets
mittelfristig: Vernetzung: <ul style="list-style-type: none"> · Extranet · Befunde · Elektronische Patientenakte 	<ul style="list-style-type: none"> · schnellere Diagnose · qualifiziertere Behandlung <ul style="list-style-type: none"> · Kostensenkung 		

Vorteile für den Patienten

- eine Anlaufstelle für alles – medizinische Versorgungsqualität aus einer Hand durch fachübergreifende Zusammenarbeit von Ärzten
- optimale zeitliche und inhaltliche Abstimmung von verschiedenen Facharztterminen
- schnelle und zielgerichtet Untersuchungen
- Vermeidung von Doppeluntersuchungen
- bessere Abstimmung von Medikamenten bzgl. Wechselwirkungen etc.

Fazit: MVZ

- Mit der Errichtung eines MVZ sichern sich die Krankenhäuser die Erbringung teilstationärer und ambulanter Leistungen; denn Studien haben ergeben, dass ca. 33% der heutigen stationären Fälle in Zukunft teilstationär und 20% ambulant erbracht werden können
- MVZ-Ärzte müssen so eingebunden und motiviert werden, dass sie Kenntnisse und Leistungsbereitschaft dem gemeinsamen Interesse zur Verfügung stellen
- Dann kann sich ein MVZ zu einem echten Kompetenzzentrum entwickeln, das auch für kleinere Krankenhäuser die Versorgungslücken der Region schließen kann.

Teleportal-Klinik: Ausgangslage

- Die bisherige Sichtweise, wonach technisch gestützte Spitzendiagnostik – weil teuer – zentralisiert sein muss, führt zur Zentralisierung des Krankenhauswesens.
 - Konsequenz: Ausdünnung in der Fläche (Sterben kleinerer Krankenhäuser)
- Die notwendigen Folgen sind
 - Mangelversorgung,
 - lange Wege,
 - Fallkostensteigerung durch überflüssige Vorhaltungen in den Zentralen (Kleine Fälle werden unter maximaler Bereitstellung behandelt).
- Mangelhafte Flächenversorgung ist marktwirtschaftlich eine existenzielle, also starke Nachfrage.

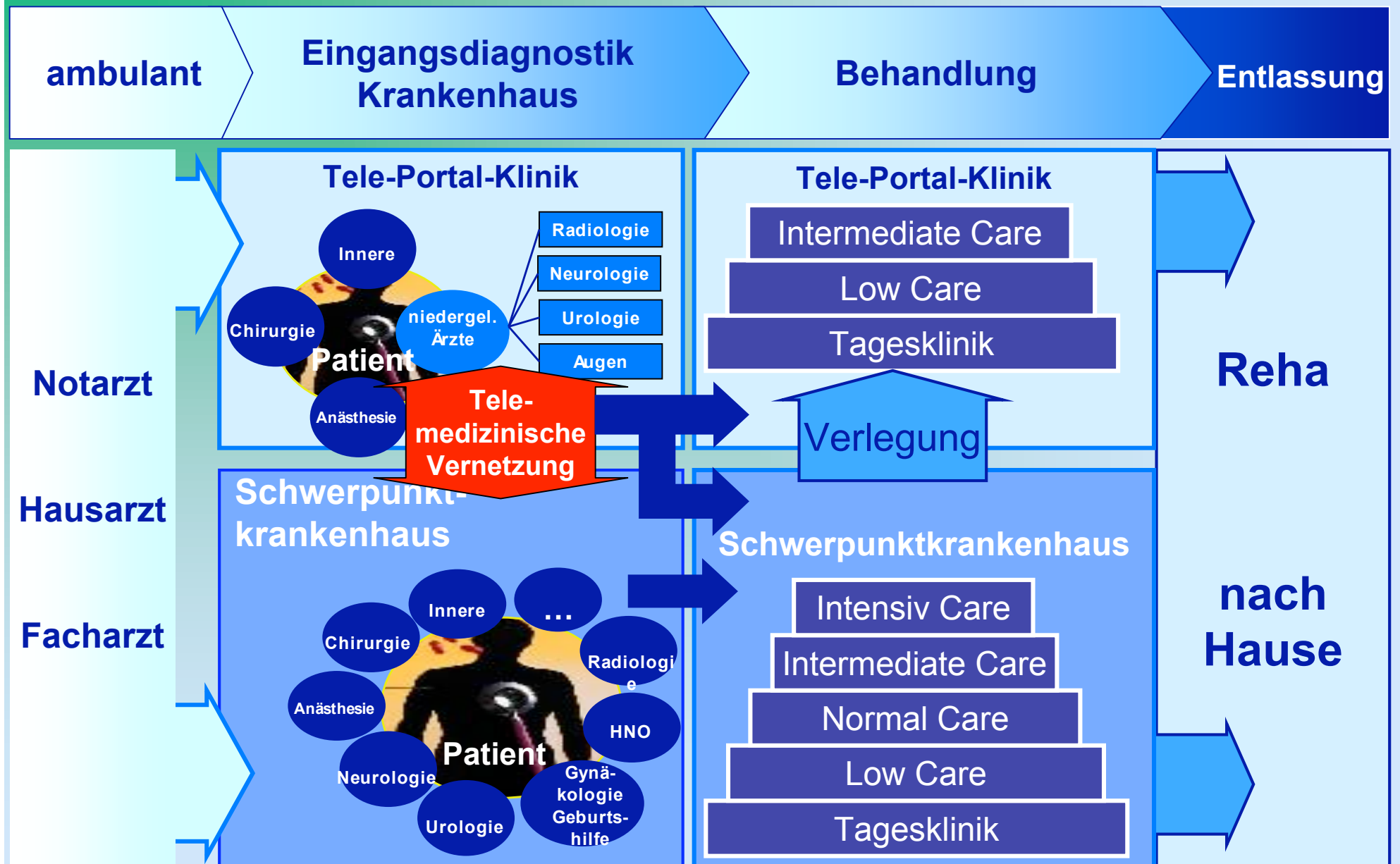
Teleportal-Klinik als regionales Gesundheitszentrum



Arbeitsweise

- zentrales Element ist eine diagnostische technische Ausstattung auf dem Niveau gut geführter Schwerpunktkrankenhäuser
- direkter Zugriff auf Spezialexpertise rund um die Uhr über Online-Verbindungen zu den geeigneten Schwerpunkt-/Maximalversorgern oder Spezialkliniken
- gleichzeitig Basis für ankommende Fälle (elektiv oder Notfall)
- besonders geschulte und breit ausgebildete Ärzte übernehmen die Betreuung der Patienten
- sie sind zugleich Bindeglied zu den einweisenden Ärzten

Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten



Funktionen

- Standort von automatisiertem Vorortlabor mit Datentransfer und Auswertung im Kompetenzzentrum
- Standort für universelle Hochleistungs-Bild-Datensammler (MS-CT und MRT) mit telemedizinischer Online-Verbindung zu Auswertungs-Wartungszentren
- sichere Akut-Diagnostik von Herz- und Gefäß-, Stoffwechseldefekten in „Stroke-Unit-Qualität“
- ambulante und tagesklinische Noteingriffe/Notfallaufnahmemanagement
- ambulante OP mit Tagesklinik decken die elektive Versorgung ab und erfüllen mit der Ansiedlung von niedergelassenen Fachärzten eine Zentrumsfunktion
- Die permanente telemedizinische Verbindung schafft Selektionskompetenz zur Weiterverweisung in das Schwerpunktkrankenhaus und reduziert die Kosten für teure und / oder nicht „vor Ort“ vorhandene Facharztanwesenheit
- ca.35 Intermediate- und 35 Low-Care-Betten bieten Versorgung für Diagnostikpatienten, geriatrisch, chronisch Kranke und z.B. konservativ behandelbare Herz- und Gefäßpatienten

Fazit: Teleportal-Klinik

- Basisversorgungsklinik mit angeschlossenen MVZ
- „Rund-um-die-Uhr-Service“ in allen Ebenen
- Hochleistungsdiagnostik und online verfügbare Diagnose- und Fachkompetenz durch angeschlossene Schwerpunkt-klinik
- dadurch jederzeit Zugang zur Maximalversorgung
- neue Formen der Arbeitsteilung durch Prozessketten und Vernetzung zwischen einweisenden Ärzten und Krankenhaus
- „One-Step-Diagnostik“ ersetzt heutige Stufendiagnostik
- unnötige Mehrfach- und Doppeluntersuchungen werden vermieden
- Kosteneinsparungen

Schlussbemerkung

Das Gesundheitswesen in Deutschland ist ein Wachstumsmarkt und daher heißt es:

„Die Probleme des alten Systems sind die Chance derjenigen, die sich an die Lösungen wagen.“

(Eugen Münch, Aufsichtsratsvorsitzender Rhön-Klinikum AG)