
Das modulare System – ein Sparmodell? Erste Ergebnisse

Detlef Klimpe

Das Generalthema – die gerechte Verteilung knapper Gesundheitsressourcen – suggeriert, dass bereits alle Möglichkeiten zum sinnvollen Einsatz der Gesundheitsressourcen ausgeschöpft sind und es jetzt nur noch darauf ankommt, wie das zu wenig Vorhandene noch gerecht verteilt werden kann.

Bevor Gesundheitsressourcen beim Patienten ankommen, können sie auch schon im Gestrüpp des Gesundheitssystems oder in suboptimalen Betriebsabläufen von Arztpraxen und Krankenhäusern hängen geblieben sein.

Welchen Nutzen haben die Patienten heute noch von der doppelten Facharztschiene unseres Gesundheitssystems? Der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen aus dem Jahre 1929 hatte seine Berechtigung, als es zu wenig Arztpraxen und Krankenhausbetten gab.

Ende der 60er Jahre entspannte sich die Lage dank voller Kassen, aber keine Regierung, gleich welcher Farbe oder Farbkombination, hat bisher den Mut aufgebracht, die überholte sektorale Trennung wieder aufzuheben.

Bei einem Überangebot an Krankenhausleistungen hat man sich entschlossen, das Kostenproblem über den Wettbewerb zu lösen. Über eine Reduzierung des Geldvolumens sollen die Grenzanbieter aus dem Markt gedrängt werden. Wer im Markt bleiben will, muss seine Kosten den sinkenden Einnahmen anpassen.

Da unter Wettbewerbsgesichtspunkten die Leistungen hoch gehalten werden müssen und steigende Kosten auf das Betriebsergebnis drücken, müsste jedem klar sein, dass ohne Optimierung der Betriebsstrukturen nichts mehr geht.

Für unsere Volkswirtschaft ist der Gesundheitssektor ein Fass ohne Boden. Alle Prognosen weisen auf eine weiter steigende Ausgabensituation hin. Mit immer neuen Sparkonzepten lassen sich die steigenden Kosten nicht auffangen.

Gefragt sind andere Betriebskonzepte und deren Umsetzung, die auf einer gewissen Nachhaltigkeit beruhen sollten. In der Vergangenheit haben sich Strukturmaßnahmen zu stark auf die Bedürfnisse und Anforderungen von Ärzten konzentriert. Ein Lösungsansatz, der Nachhaltigkeit verspricht, könnte eine prozess- und patientenorientierte Struktur zur Behandlung und Pflege sein. Und hier setzt das „modulare System“ an.

Das „modulare System“ ist prozess- und patientenorientiert und geht von folgenden Prämissen aus:

- Notfälle dürfen planbare Eingriffe nicht verdrängen.
- Für planbare Behandlungen werden Behandlungsschemata entwickelt und im Klinikbetrieb abgearbeitet.
- Die Ärzte legen das Behandlungsschema fest und einigen sich bei den Übergängen in andere Bereiche über die Schnittstellenverantwortung.
- Patienten mit gleicher Behandlungs- und Pflegeintensität werden in interdisziplinären Behandlungseinheiten versorgt (Intensiveinheiten; Intermediate-care-Einheiten; Normalpflegeeinheiten; tagesklinische Einheiten).
- Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie die Leistungs- und Ressourcenplanung werden fest in die Behandlungsabläufe integriert.

Bei interdisziplinären Einheiten ist die Kostenzuordnung problematisch. Unklare Kostenzuordnungen können un-

klare Verantwortlichkeiten nach sich ziehen. Um dies zu vermeiden, wird das „modulare System“ mit einer Kosten- und Leistungsverrechnung nach den Prinzipien „Planen – Buchen – Bezahlen“ kaufmännisch gesteuert. Nach diesen Prinzipien werden den Kliniken alle Einnahmen zugestanden, aber auch alle beanspruchten Ressourcen in Rechnung gestellt.

Ohne dies werten zu wollen, muss noch einmal in Erinnerung gerufen werden, dass die Kliniken von ihrer inneren Einstellung her dezentrale Organisationsstrukturen bevorzugen. Daher lassen sich auf Interdisziplinarität angelegte Betriebsstrukturen nie ohne Widerstände umsetzen.

An Leistungen, die von interdisziplinären Bereichen erbracht werden, stellen die Nutzer immer höhere Anforderungen als an solche, die in Eigenregie erbracht werden. Werden die hochgesteckten Erwartungen nicht erfüllt, können Kostenvorteile durch emotionale Widerstände auch teilweise wieder aufgezehrt werden.

Die Patientenbehandlungen werden von den Ärzten gesteuert, das meiste geht über persönliche Kontakte unter Vermeidung von Schriftverkehr.

Das „modulare System“ ist sehr transparent, und Transparenz geht zulasten des Handlungs- und Entscheidungsspielraums des Einzelnen. Selbst wenn nur versucht wird, auf die Behandlungs- und Ressourcenplanung Einfluss zu nehmen, empfinden die Ärzte – gewohnt, eine Klinik als autarke Einheit zu führen – dies als Eingriff in ihre Autonomie und als Verschiebung der Kräfteverhältnisse zwischen Vorstand und Klinikdirektoren.

Wie gesagt, es wäre unlauter zu verschweigen, dass in der Umsetzungsphase von einzelnen „Modulen“ Einsparpotenzial durch zurückhaltende Kooperation verloren geht.

Am Beispiel des „Intensivmoduls“ – operative Intensivmedizin für Erwachsene – kann das Einsparpotenzial nach erfolgreicher Umsetzung aufgezeigt werden:

	Stand Ende 2004	Mitte 2006
Anzahl Betten	49	42
Anzahl Ärzte	33	25,5
Anzahl Pflegeperson.	133	114
Letalität (> 24hMV)	4,5 % (23 %)	4,7 % (22 %)
Liegedauer	4,1	3,6
Wiederaufnahmerate	13 %	11 %
Kosten pro Bett/Tag	~ 1200 €	~ 940 €

Aufgrund der Zuweisungskriterien und der ökonomischen Transparenz des modularen Systems werden nicht intensivpflichtige Patienten in weniger ressourcenintensiven Einheiten zu geringeren Kosten gut betreut.

Dass bei einer Verdichtung von Prozessen die Qualität nicht leiden muss, geht aus der stabilen Letalität hervor. Ein weiterer Beleg ist eine gesunkene Wiederaufnahmerate, die ansteigen müsste, wenn Intensivpatienten zu früh verlegt würden.

Die tatsächlichen Kosten liegen mit 940 Euro deutlich unter dem DRG-Erlös von 1300 Euro. Dadurch zeigt sich, dass es in der neuen intensivmedizinischen Struktur sehr wohl möglich ist, innerhalb der DRG-Erlöse die Leistungen kostengünstiger zu erbringen, sodass auch die Fachkliniken von dieser interdisziplinären Struktur der Intensivmedizin profitieren.

Als Praxistest kann auch die viermonatige Streikphase im ersten Halbjahr 2006 gewertet werden.

In den „Modulen“

- ZOP (Zentral-OP),
- IC (Intensive Care),
- IMC (Intermediate Care),
- SC (Standard Care)

konnten die Kapazitäten teilweise dem Bedarf der bestreikten Kliniken angepasst werden. Die Kliniken waren sehr

unterschiedlich von Streikmaßnahmen betroffen. Die OP-Kapazität von bestreikten Kliniken konnten anderen Kliniken zugewiesen werden. Auf „Standard Care“ konnten zeitweise ein bis zwei Stationen wegen Belegungsrückgängen einiger Kliniken geschlossen werden. Das freigesetzte Pflegepersonal konnte sofort zur Deckung von Engpässen in anderen Bereichen eingesetzt werden. So konnten die ökonomischen Folgen von streikbedingten Leistungsausfällen teilweise durch gezielte Kostenreduzierungen aufgefangen werden.

Nach den konkreten Beispielen soll kurz darauf eingegangen werden, wie das „modulare System“ gerechnet wird.

Wenn Modellrechnungen aufgestellt werden, können nicht alle Eventualitäten einbezogen werden, sondern es müssen Prämissen gesetzt werden.

Hier waren es folgende:

- Beschränkung auf die Kostenseite,
- Leistungsvolumen der alten Klinikstruktur,
- Kostensituation zum Zeitpunkt der Prognoserechnung.

Danach waren zu bewerten:

- *Fixkosten*
Abbau von Vorhaltebetten
9,2 Mio. Euro
- *Qualitäts- und Produktivitätssteigerungen*
effizientere Personal- und Sachmitteleinsatzplanung
5,4 Mio. Euro
- *Senkung der Verweildauer*
Reduktion des damit verbundenen Ressourceneinsatzes
2,2 Mio. Euro
- *Verwaltung*
Reduktion von Personal- und Sachkosten, bedingt durch ein geringeres Ressourcenvolumen
1,0 Mio. Euro

- Zu „Fixkosten“

Auch leere Betten verursachen Kosten. Die Leerkosten pro Bett und Jahr belaufen sich auf 74.000, pro Tag auf 202 Euro.

- Zu „Qualitäts- und Produktivitätssteigerungen“

Effiziente Personal- und Sachmitteleinsatzplanung spart Geld. Die Versorgung gleichartiger Behandlungsfälle mit ähnlich hoher Pflegeintensität führt zu einer rationelleren Personaleinsatzplanung, weil Normalpflegestationen nicht mehr mit unregelmäßig auftretenden Intermediate-care-Patienten belastet werden. Hier kann von einer 5-prozentigen Produktivitätssteigerung in der ärztlichen und pflegerischen Betreuung ausgegangen werden. Gleichartige Pflegeeinheiten werden also die Wirtschafts- und Versorgungsleistungen um 5 % senken.

- Zu „Senkung der Verweildauer“

Im „modularen System“ werden die Betten nicht mehr organisatorisch den Fachkliniken zugeordnet, sondern von den Fachkliniken in den „Modulen“ Standard Care, Intermediate Care und Intensive Care gebucht und bezahlt, auch wenn sie nicht von der Fachklinik genutzt werden. Damit ändert sich die Interessenlage der Kliniken. Bei zurückhaltender Beurteilung wird sich die Verweildauer um 0,5 Tage reduzieren, was die Daten der Intensivmedizin eindeutig belegen, ohne dass hier schon das gesamte Optimierungspotenzial ausgeschöpft wäre.

- Zu „Verwaltung“

Durch einen geringeren Ressourceneinsatz im medizinischen Bereich werden die Personal- und Sachkosten der Verwaltung um 10 % sinken.

Die Frage, ob man so rechnen kann, ist erlaubt. Entsprechendes gilt aber für alle Prognoserechnungen. Ändern sich

die Annahmen oder die tatsächlichen Verhältnisse, ist die Prognoserechnung entsprechend anzupassen.

Sparen im Krankenhaus erweckt den Eindruck, am Patienten sparen zu wollen. Dies muss nicht so sein, und darauf zielt das „modulare System“ auch nicht ab. Das „modulare System“ ist auch ein Qualitätskonzept. Qualität und Wirtschaftlichkeit sind eng miteinander verbunden. Ein prozessorientiertes Arbeiten steigert sowohl die Qualität als auch die Wirtschaftlichkeit.

Insoweit gilt: „Sparen ist eine heilsame Kur“ und nicht: „Ökonomie im Krankenhaus ist unethisch“.