



DRG-induzierte Veränderungen und ihre Auswirkungen auf die Organisationen, Professionals, Patienten und Qualität – und:

Was geschah mit der Patientensicherheit?

Dr. phil. Brigitte Sens – Paul Wenzlaff – Dr. med. Gerd Pommer –
Prof. Dr. med. Horst von der Hardt



Zentrum für
Qualität und Management im Gesundheitswesen
Einrichtung der Ärztekammer Niedersachsen • Hannover

Qualitäts*Initiative*

Niedersächsischer Verein zur Förderung der Qualität im Gesundheitswesen e.V.

Ausgangslage



Fakt: 2004 DRG-Einführung als Fallklassifikationssystem
= durchgängiges, leistungsorientiertes, pauschaliertes Entgeltsystem

Intention: Schlüsselvoraussetzung für höhere Versorgungseffizienz
Paradigmenwechsel → medizinische und ökonomische Orientierung
d.h.

- Optimierung der internen Leistungs- und Kostenstrukturen
- Optimierung der Behandlungsprozesse
- Transparenz über Art und Menge der Leistungen

„gefühl“: „Rosinenpickerei“

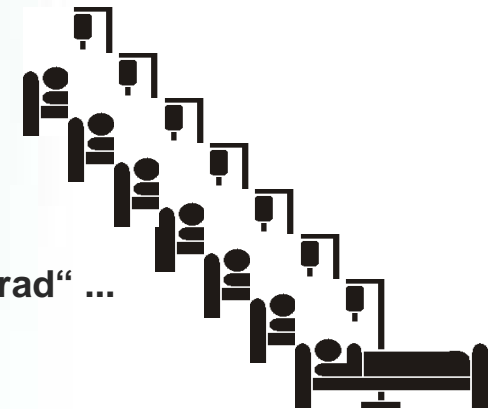
„blutige Entlassung“

„Drehtüreffekt“

„Fließbandmedizin“

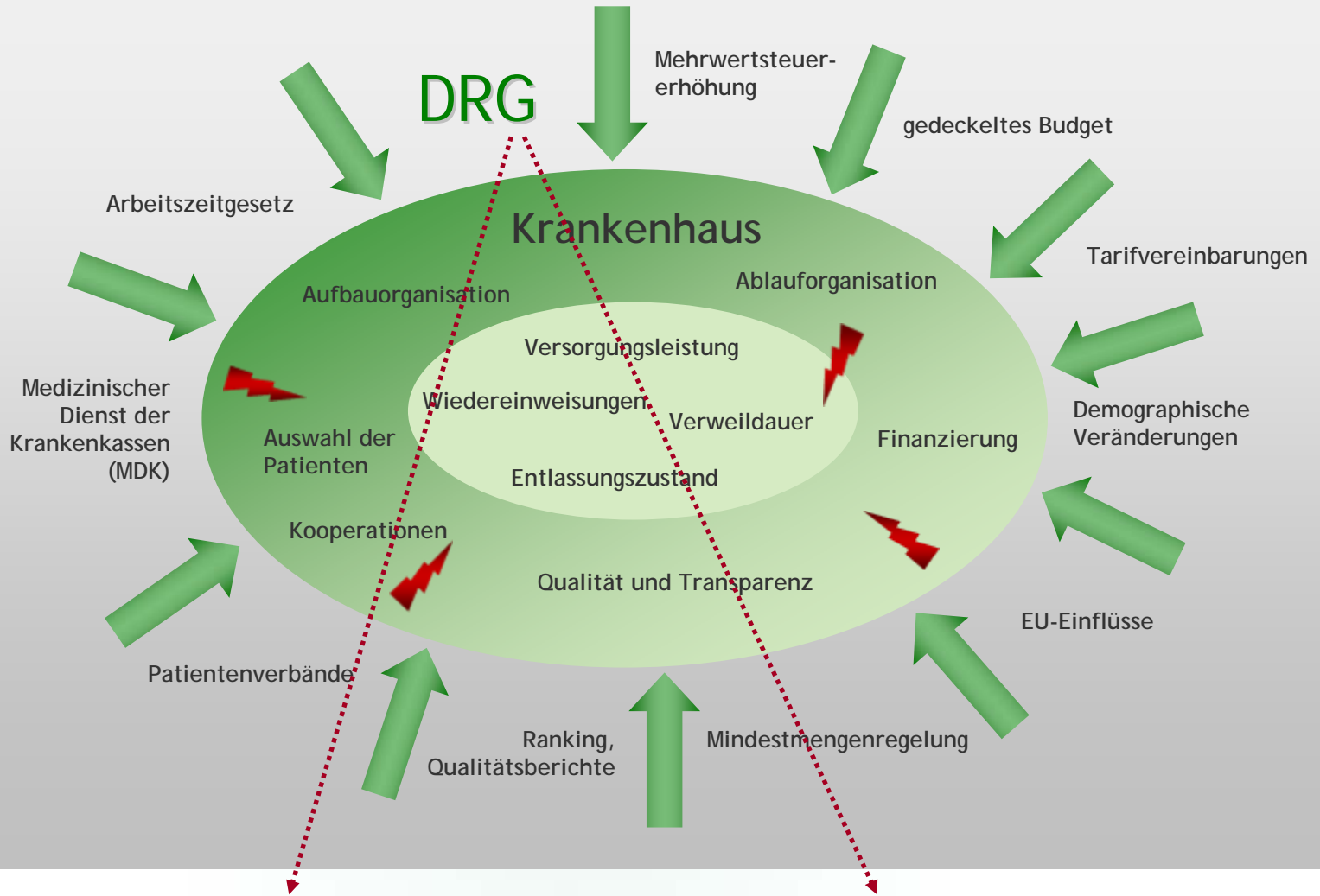
„Hamsterrad“ ...

DRG sind an allem Schuld!





Multifaktorielle Einflüsse

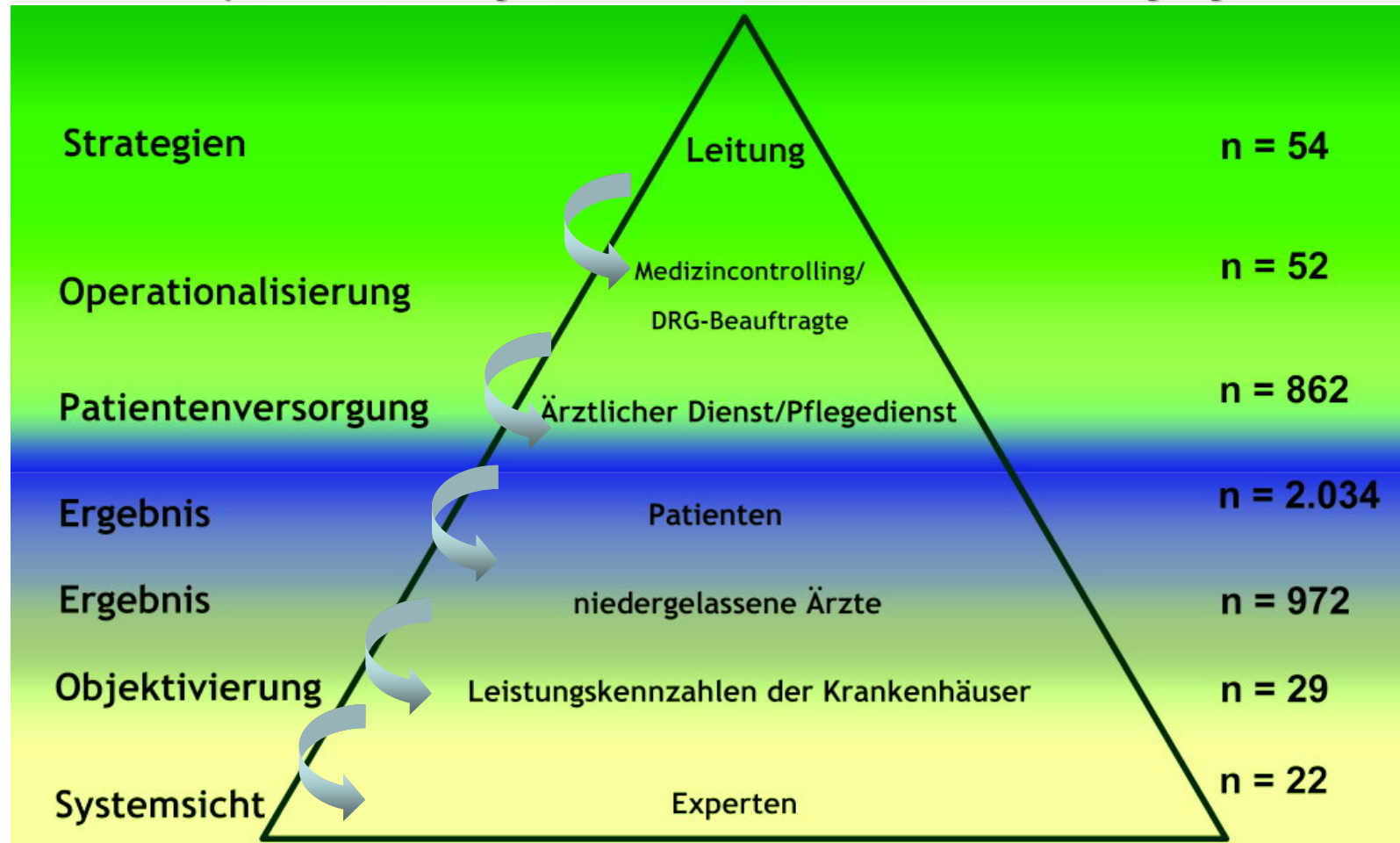


Kollateralschäden?

Kollateralnutzen?

Projektdesign

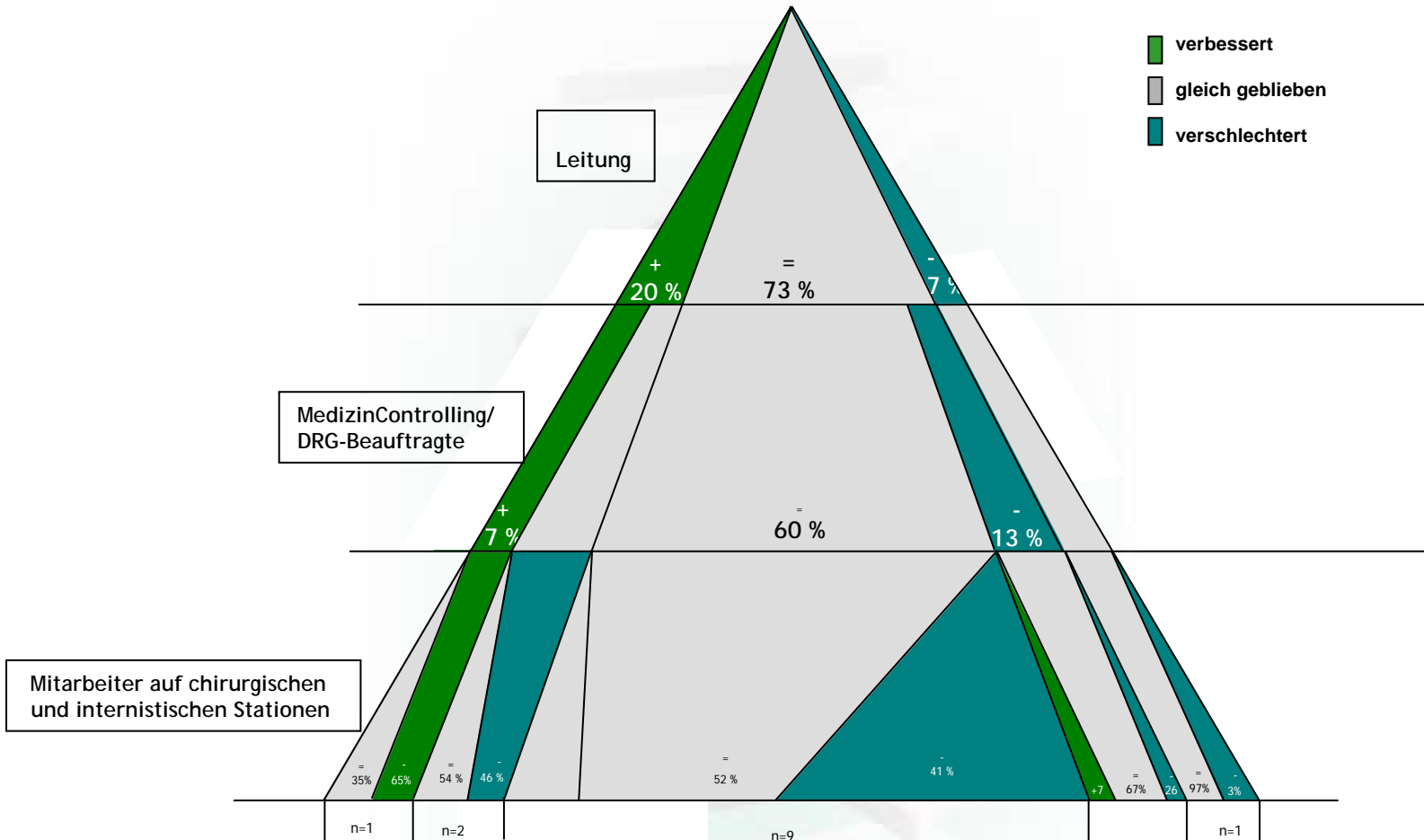
30 repräsentativ ausgewählte Krankenhäuser aller Versorgungsstufen



Konzeptionelles Grundgerüst und Vorgehensmodell des DRG-Projektes:
Methodentriangulation - dialogischer Ansatz



„Qualität“ verändert?



Einschätzung der Veränderung der Versorgungsqualität auf Grund der DRG-Einführung durch Krankenhausleitung und Medizincontrolling und Beurteilung der Versorgungsqualität in den Abteilungen durch die Mitarbeiter



„Qualität“ verändert?



Veränderung der Qualität der Patientenversorgung auf Grund der DRG-Einführung aus Sicht der Krankenhausleitung, des Medizincontrolling und den Mitarbeitern in den chirurgischen und internistischen Fachabteilungen in Krankenhaus.

Wie kann das sein?



- **Pflegende beurteilen die Qualität der Patientenversorgung tendenziell schlechter, weil sie eine höhere Erwartung an ihre eigene Leistung haben, und sich durch weniger zeitliche Zuwendung eher negativ einschätzen.**

(Pflege-VK: - 9%

Patienten/Pflege-VK: 55 ↗ 65 im Zeitraum 2000-2007)

- **Ärzte urteilen vorwiegend unter dem Eindruck der kürzeren Verweildauer, die an sie selbst andere Anforderungen an die Entscheidungsprozesse und die Arbeitsorganisation auf den Zielzeitpunkt der Entlassung bedeutet: Indirekt erzeugen also traditionelles Berufsverständnis, kürzere Verweildauern und höhere Fallzahlen das Qualitätsurteil.**

(Ärzte-VK Chir./Innere: +15%

Patienten/Arzt-VK: 180 ↘ 165 im Zeitraum 2000-2007)

Diskrepanz:

ärztlicher Organisationshabitus

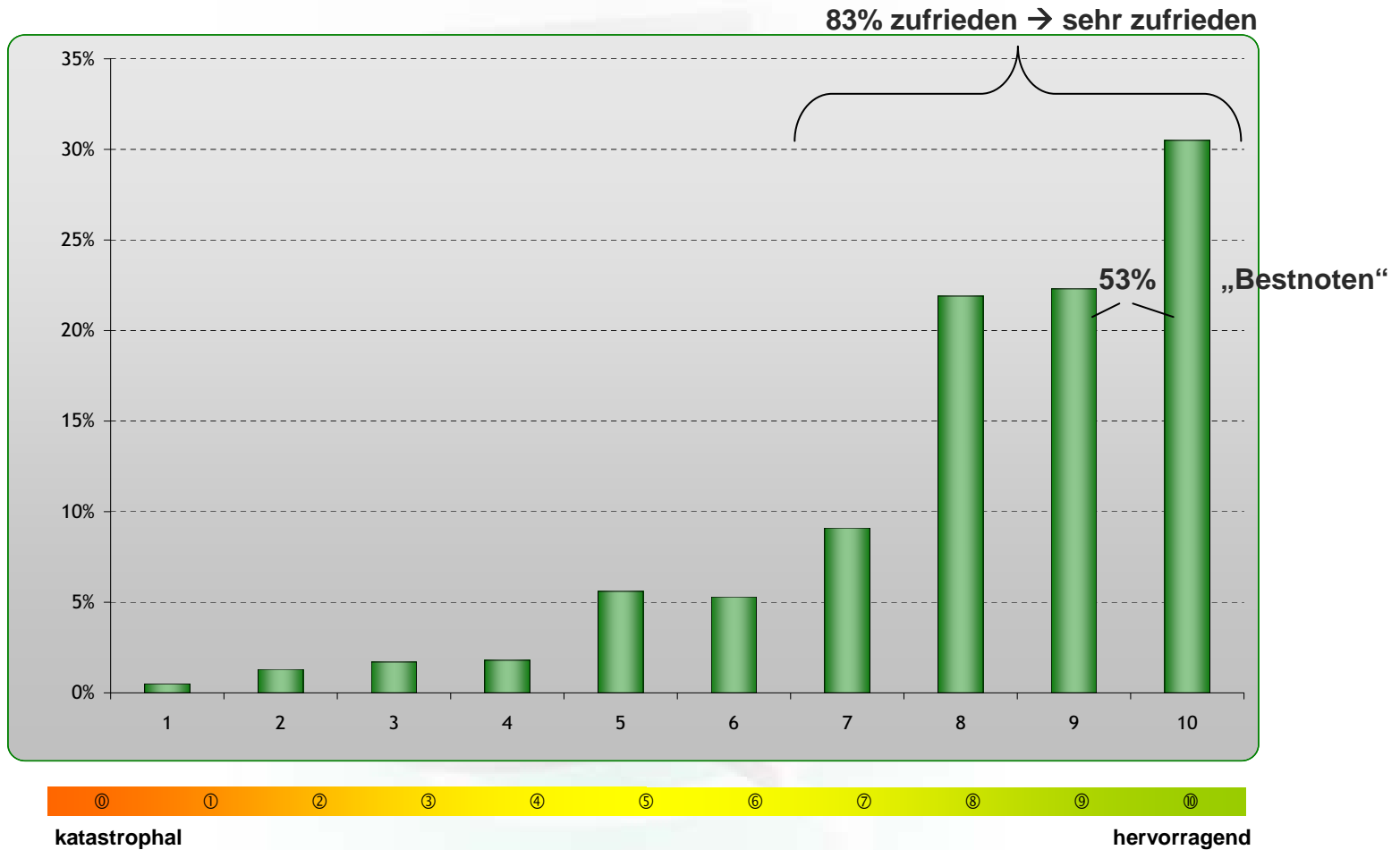


notwendiges prozessuales Denken und Handeln

(„DRG sind an allem Schuld!“)



„Qualität“ aus Sicht der Patienten



Beurteilung der Behandlungsqualität durch die Patienten



Warum?

- **23% der Zuweiser sehen die zu frühe Entlassung oder die Entlassung am Wochenende als Problem, auf die weder die Patienten noch der ambulante Sektor vorbereitet sind.**
(82% der Patienten beurteilen die Verweildauer als „genau richtig“,
40% der Ärzte – 26% der Pflegenden urteilen mit „genau richtig“, aber:
5 % der Ärzte – 30% der Pflegenden sagen „zu lang“!)
- **14% der Zuweiser sehen eine Verschlechterung durch Personalmangel, Zeitmangel und mangelnde Zuwendung.**

Diskrepanz:

kürzere Verweildauer



fehlende / suboptimale sektorübergreifende
Versorgungsketten

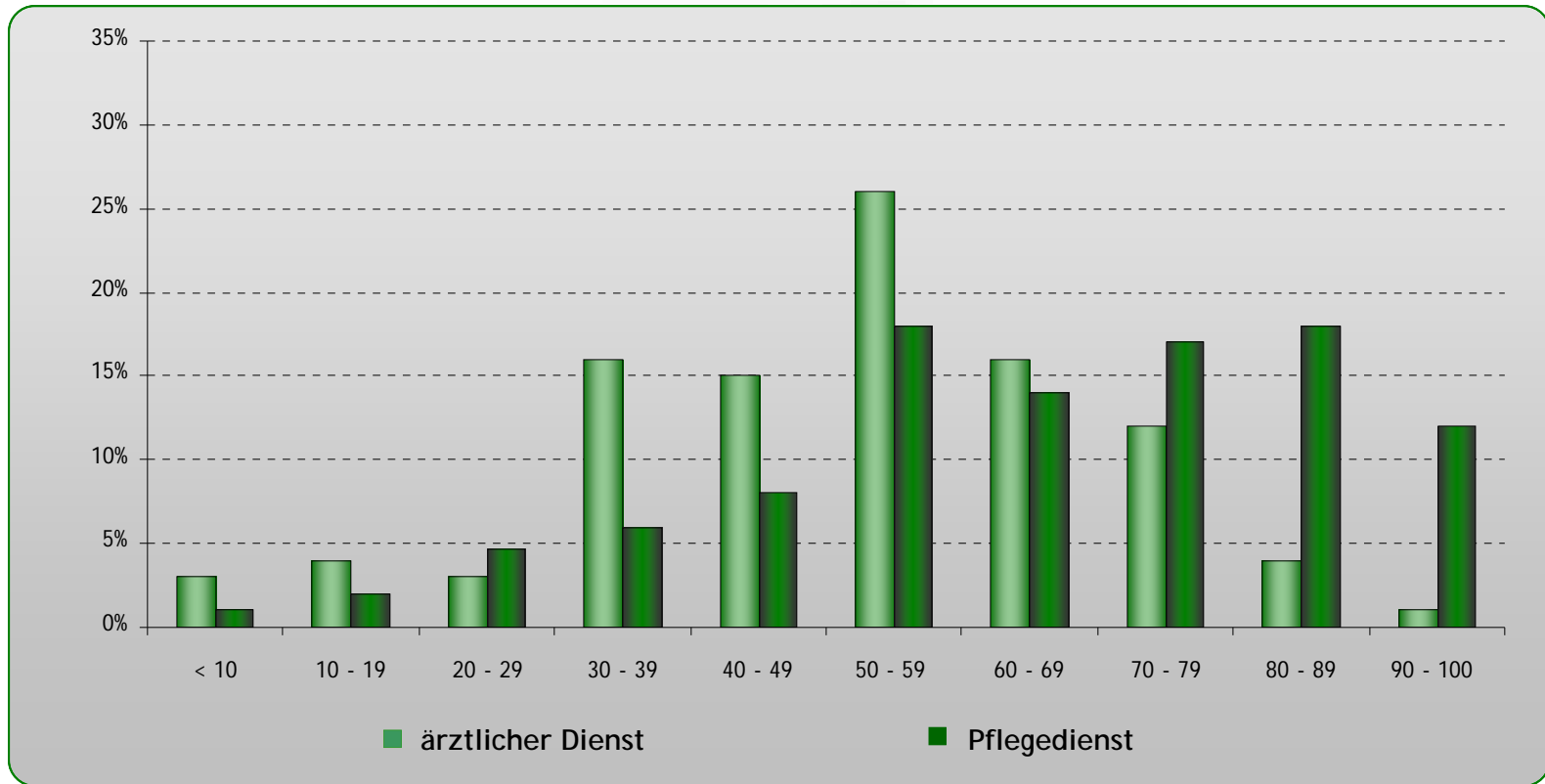
80% haben Entlassungsmanagement eingeführt ...
- das ist bei den Zuweisern noch nicht angekommen
... oder nicht angenommen!

(„DRG sind an allem Schuld!“)



Verweildauer aus Sicht der Mitarbeiter

viel zu kurz zu kurz genau richtig zu lang viel zu lang

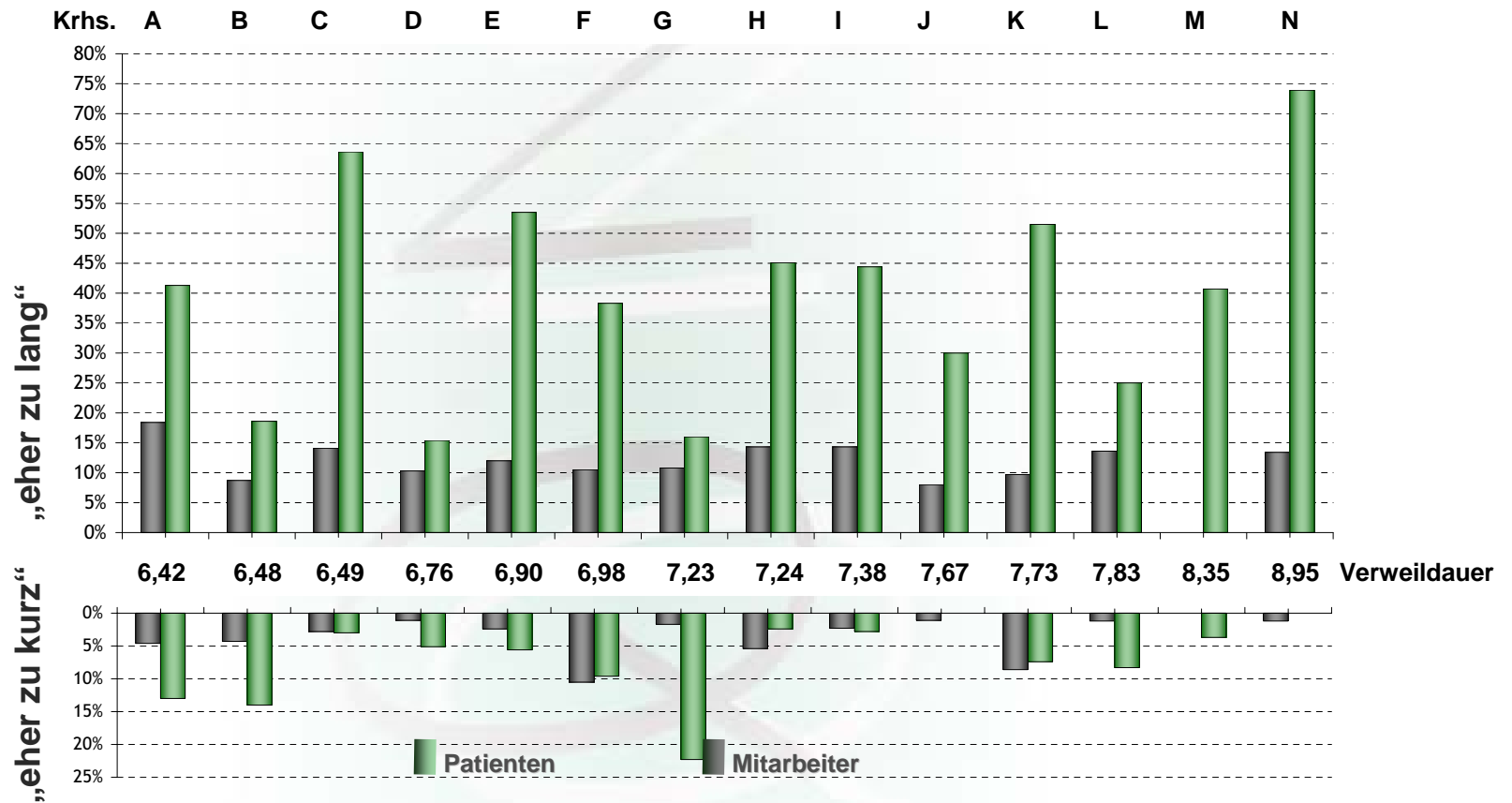


„ ... Ärzte urteilen vorwiegend unter dem Eindruck der kürzeren Verweildauer, die an sie selbst andere Anforderungen an die Entscheidungsprozesse und die Arbeitsorganisation auf den Zielzeitpunkt der Entlassung bedeutet!“

Beurteilung der Verweildauer durch das Krankenhauspersonal



Verweildauer: Mitarbeiter – Patienten - Realität

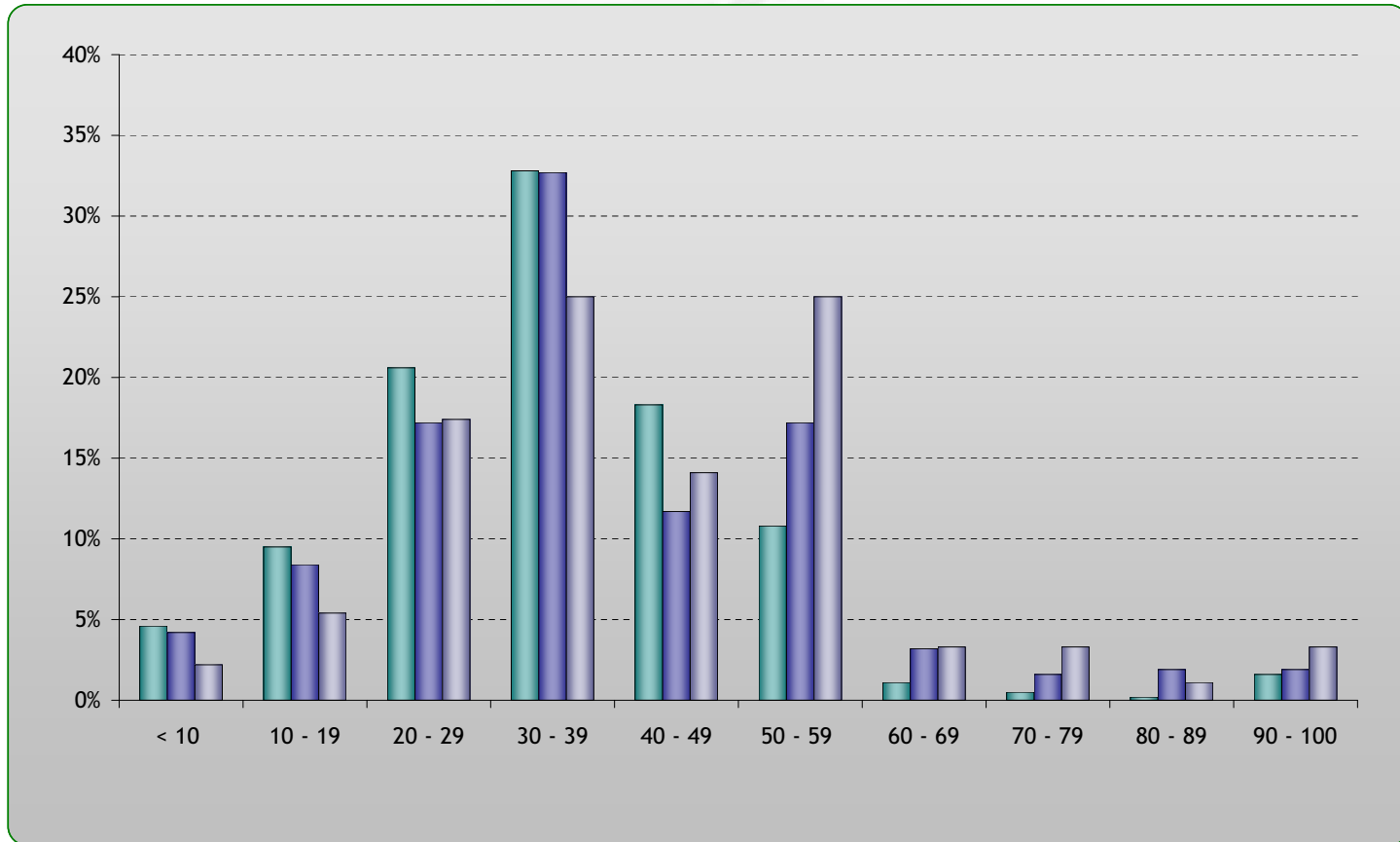


Einschätzung der Verweildauer durch Mitarbeiter und Patienten in Korrelation zur tatsächlichen mittleren Verweildauer in den betreffenden Krankenhäusern



Verweildauer aus Sicht der Zuweiser

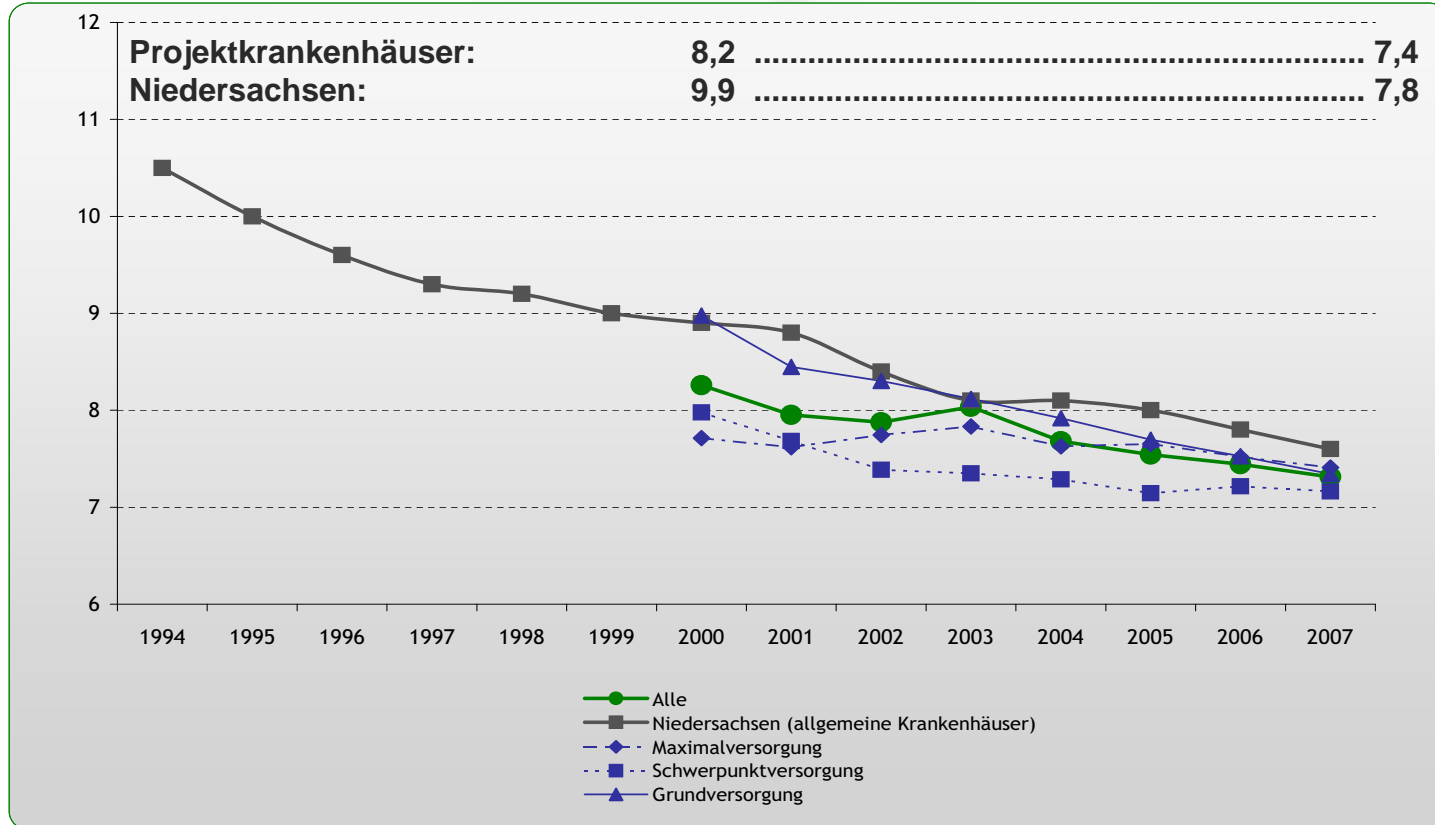
viel zu kurz zu kurz genau richtig zu lang viel zu lang



Beurteilung der Verweildauer durch die zuweisenden Ärzte



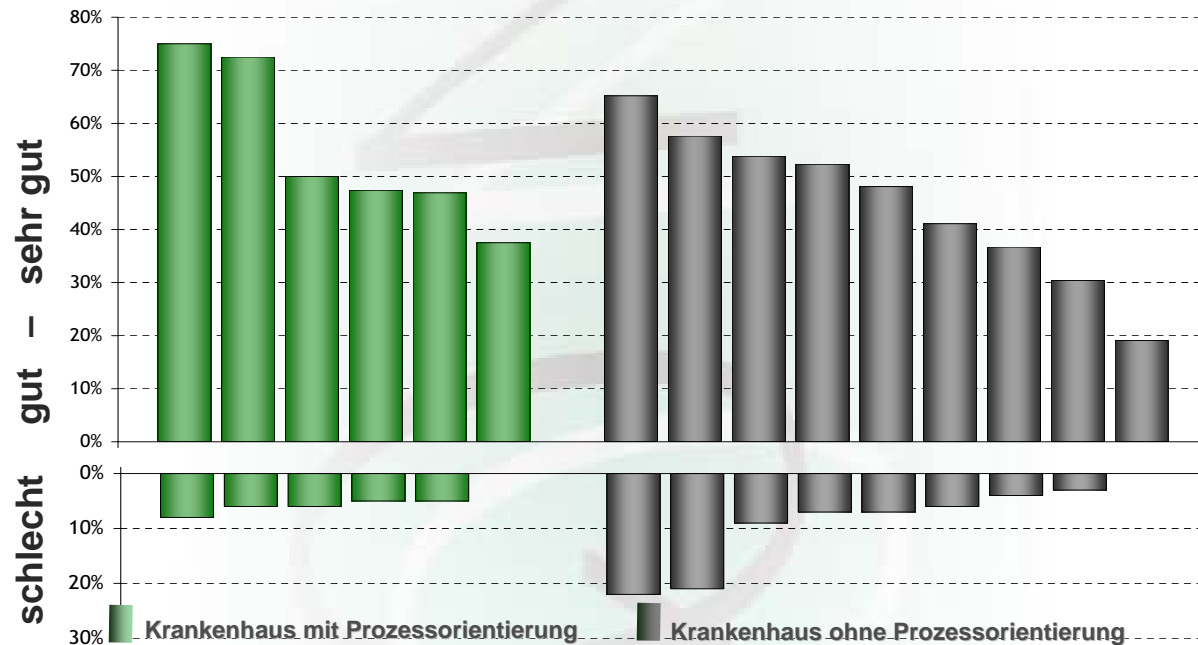
Verweildauer – die Fakten



Entwicklung der Verweildauer in den Projektkrankenhäusern und in Niedersachsen
2000-2007



... wie wär's mit Prozessorientierung?



Einsschätzung der Mitarbeiter ihrer eigenen Erreichbarkeit und Ansprechbarkeit für die Patienten in Krankenhäusern mit und ohne Prozessorientierung



Was geschah mit der Patientensicherheit?

- Patientensicherheit war nicht Gegenstand der Studie
= nicht explizit untersucht.

- Betrachtet man den komplexen Surrogatparameter „Qualität“

Qualität = Erfüllungsgrad

- ◆ festgelegter [Qualitätsziele, Leitlinien, Pflegestandards, Prozess-/Arbeitsanweisungen...]
- ◆ üblicherweise vorausgesetzter [Patientenorientierung, Fachkenntnis, Sauberkeit, Risikobeherrschung...]
- ◆ verpflichtender Anforderungen. [Berufsordnung, Ausstattungsregeln, Personalschlüssel, Hygiene...]

ist - *leider* - Qualität wie Patientensicherheit unverändert.

- Dafür spricht auch, dass der Studienzeitraum (2007/2008) in Deutschland - *noch* - keine intensive Einführungsphase von Massnahmen zur Patientensicherheit war.

Kernaussagen

- **Die Qualität der unmittelbaren Patientenversorgung im Krankenhaus hat sich aufgrund der DRG-Einführung im Großen und Ganzen nicht verändert.**
(... es hat aber auch keinen Qualitätssprung gegeben!)
- **Für eine gezielte Selektion lukrativer Behandlungsfälle („Rosinenpickerei“) gibt es keine Belege.**
- **Das Phänomen einer systematischen „blutigen Entlassung“ kann nicht belegt werden.**
- **Eine Zunahme ungeplanter Wiederaufnahmen („Drehtüreffekt“) ist nicht nachweisbar.**
- **Die Krankenhäuser haben die essentiellen Voraussetzungen für die operative Umsetzung des DRG-Systems geschaffen; eine zukunftsfähige strategische Ausrichtung sowie eine durchgängige Prozessgestaltung ist nur zum Teil umgesetzt worden.**
- **Die Arbeitsbedingungen haben sich im Zuge der DRG-Einführung verändert, wobei der Dokumentations- und Kodieraufwand überschätzt wird; einer höheren Arbeitsdichte in Folge u.a. der weiteren Verweildauerverkürzung und Fallzahlsteigerung ist nicht durch konsequent umgesetzte Prozessorientierung begegnet worden.**
- **Die mittleren und großen Krankenhäuser sind auch unter DRG-Bedingungen überwiegend ökonomisch erfolgreich, weil sie die Möglichkeiten zur strategischen Neuausrichtung nutzen können, während dies für die kleineren Krankenhäuser deutlich schwieriger ist.**



Fazit

- Wenn ein DRG-attributabler „Kollateralschaden“ zu konstatieren ist, dann an der Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Versorgung: es ist versäumt worden, Zuständigkeiten und Finanzierungsmodalitäten für eine durchgängige, sektorübergreifende Patientenversorgung festzulegen; die ohnehin vorhandene **Problematik sektoral getrennter Versorgungsbereiche** hat sich durch die Verweildauerverkürzung noch verstärkt.
- Ein großer Teil der echten und der empfundenen Probleme wird bei den Professionals durch ein nicht den aktuellen Anforderungen entsprechendes, **traditionelles Berufsbild** hervorgerufen; weder sind sie auf neue Rollen, Versorgungserfordernisse und teamorientierte Zusammenarbeit vorbereitet, noch werden sie adäquat unterstützt. Dies gilt sowohl im ambulanten wie im stationären Sektor.
- **Die Patienten sind** *(wie es im Wort selbst impliziert wird)* **immer noch geduldig**: sie sind mit der Behandlungsleistung im Großen und Ganzen zufrieden. Hier bleibt abzuwarten, inwieweit dieses traditionelle Patientenverständnis, noch wenig fordernd, informiert und mitentscheidungsfähig, die traditionell gestalteten Versorgungsabläufe und die noch nicht optimalen Überleitungsprozesse toleriert.



Handlungsbedarf



Krankenhäuser Berufsorganisationen Politik

- **DRG-Konzept** (Wirtschaftlichkeit – Transparenz – Qualität) **konsequent weiter verfolgen!**
- **Probleme der sektoralen Trennung lösen!**
- **Qualitätsorientierte Finanzströme so lenken, dass eine qualitativ hochwertige und patientenzentrierte Versorgung die Zukunft bestimmt!**
- **modernes professionelles Selbstverständnis fördern, das nicht von einem allumfassenden Qualitätsanspruch geprägt ist!**
- **Qualität & Wirtschaftlichkeit sind einander bedingende Komponenten der Patientenversorgung!**
- **Das muss in Ausbildung, Fort- und Weiterbildung verankert werden!**
- **Strategien → effiziente und qualitätsorientierte Patientenversorgung!**
- **Qualität wird Alleinstellungsmerkmal! Transparenz kommt!**
- **Prozessorientierung → konsequent intern und sektorübergreifend!**