

KRANKENHÄUSER

Strategie meint Langfristigkeit

Krankenhäuser können in Sachen Strategie von den Erfahrungswerten der freien Wirtschaft profitieren.



Foto: iStockphoto

Das ist der Todesstoß. Sterilgutaufbereitung zwangsweise geschlossen, Klinikgeschäftsführer suspendiert: In den Krankenhäusern Bogenhausen und Neuperlach sind derzeit nur noch Notoperationen möglich“ titelte die „Münchener Abendzeitung“ im Juni dieses Jahres. Immer neue tragische Ereignisse, wie der Infusionsskandal an der Mainzer Uniklinik, bei dem im August drei Säuglinge nach einer verunreinigten Infusion gestorben sind, haben die Situation weiter dramatisiert. In der Aufarbeitung der Geschehnisse wird immer wieder Personalunterbesetzung als Ur-

sache für solche Zwischenfälle ins Feld geführt. Ohne Zweifel spielt auch das eine wichtige Rolle in der Kette der Ereignisse. Die grundlegende Frage ist jedoch, ob diese Geschehnisse nicht eine tiefer greifende Entwicklung im Gesundheitsmarkt widerspiegeln – eine Entwicklung, die von einem zunehmend marktwirtschaftlichen Umfeld geprägt wird. In derartigen Umbruchsituationen braucht es einen Kompass, der den Weg weist, damit Einsparungsirrfahrten vermieden werden.

Im „Unternehmen Krankenhaus“ werden zum Teil einfachste Change-

Management-Regeln nicht beachtet. Die gute Nachricht: Mit schlagkräftigen Managementmethoden können sich Unternehmen weitgehend unabhängig von der Branche, in der sie tätig sind, zu einem Spitzenunternehmen entwickeln. Dabei darf Strategie niemals nur kurzfristig ausgerichtet sein. Es ist keine Strategie, nur blind da einzusparen, wo ein kurzfristiges Potenzial vermutet wird. Unternehmen der freien Wirtschaft, die diese Fehler begingen, sind heute nicht mehr auf der Bildfläche.

Einsparungen als Teil einer Strategie haben immer drastische Konsequenzen – positive oder negative. Um die negativen, die ja gerade im Gesundheitswesen dramatische Folgen haben, zu vermeiden, müssen Kernprozesse konsequent analysiert werden, um verschwendete Zeit und Leerlauf zu erkennen und zu beseitigen. Eine Grundvoraussetzung der Risikominimierung ist also die Langfristigkeit und Nachhaltigkeit der Strategie im Visier zu haben und gleichzeitig dort kurzfristig zu handeln, wo unmittelbare Unproduktivität Geld verschlingt.

Krankenhäuser können in Sachen Strategie von den Erfahrungswerten der freien Wirtschaft profitieren. Es bietet sich daher an, erprobte Strategieentwicklungskonzepte auf das Unternehmen Krankenhaus anzuwenden.

Ausgangspunkt für die Erstellung des Management-Kompasses sind die klinikspezifische Standortbestimmung und die Erarbeitung einer individuellen Strategie. Dieser Prozess beginnt mit der Frage: Wo steht „mein“ Krankenhaus in Bezug auf die drei wesentlichen Umfeldfaktoren: Kostendruck (im Rahmen von

RECHTSREPORT

Vergütung einer Substitutionsbehandlung

Leistungen, die nicht den vertragsärztlichen Vorschriften entsprechen, dürfen von Vertragsärzten nicht erbracht und von Kassenärztlichen Vereinigungen nicht honoriert werden. Dies hat das Bundessozialgericht (BSG) entschieden. Streitig war die Vergütung für eine Substitutionsbehandlung, die im Widerspruch zur Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Bewertung medizinischer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß § 135 Absatz 1 SGB V stand.

Der Kläger, der als Arzt ohne Gebietszeichnung über eine Berechtigung zur Durchführung und Abrechnung von Methadon-Substitutionsbehandlungen bei manifest Opiatabhängigen verfügt, behandelte einen Versicherten von 1995 bis zu Beginn des Jahres 2005. Nachdem der Versicherte zwischendurch bei einem anderen Arzt in Behandlung gewesen war, meldete ihn der klagende Arzt im Juli 2005 erneut zur Substitutionsbehandlung an. Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) ließ eine Evaluierung des Behandlungsfalls

durch ihre Qualitätskommission durchführen, die zu der Auffassung gelangte, dass die Substitutionsbehandlung wegen des hohen Benzodiazepin-Konsums des Versicherten nicht mehr weitergeführt werden könnte. Die KV gab dem Kläger mit Bescheid auf, die Substitutionsbehandlung des Versicherten durch Ausschleichen spätestens zum 13. Februar 2006 zu beenden. Widerspruch und Klagen blieben ohne Erfolg.

Auch das BSG kommt zu der Auffassung, dass die Substitutionsleistungen des Arztes nicht mehr zu vergüten sind. Nach der Richtlinie des G-BA ist die Substitution zu beenden, wenn der Gebrauch von Suchtstoffen neben der Substitution ausgedehnt oder verfestigt wird. Die KV ist nicht gehindert, durch Verwaltungsakte die Vergütungsfähigkeit von Substitutionsleistungen ab einem bestimmten Zeitpunkt in der Zukunft zu verneinen. In der Entscheidung der KV, derartige Leistungen nicht als vertragsärztliche Leistungen anzusehen und nicht zu vergüten, liegt auch keine berufswidrige Weisung eines Nichtarztes. (Bundessozialgericht, Urteil vom 23. Juni 2010, Az.: B 6 KA 12/09 R)

RAin Barbara Berner

dualen Finanzierungsmodellen), Wettbewerb (geschürt durch das DRG-System) und Spezialisierung (bei immer vielfältigeren Behandlungsmethoden)? Auf dieser Basis stellt sich dann die Kernfrage: Wie entwickle ich „mein“ Krankenhaus zu einem Spitzenunternehmen, das in seinem Umfeld nachhaltig erfolgreich ist? Den Unterschied zwischen erfolgreichen und weniger erfolgreichen Unternehmen macht die Strategie aus. Dies gilt genauso für die künftigen Top-Krankenhäuser. Zwei Faktoren sind dabei entscheidend: Inhalt und Methodik.

Inhaltlich gilt es Eckpunkte festzulegen, um zum Beispiel vom „Vollsortimenter“ zum Anbieter von Spezialleistungen mit Fokus auf einen zu erzeugenden Mehrwert für den Patienten als „Endkunden“ zu werden. Es kommt auf die richtigen Investitionen für Patient und Krankenhaus an und weniger auf die anderen Krankenhäuser. Wie aber definiert man die „richtigen“ Investitionen? Vernachlässigt wird dabei häufig der zweite Punkt: die Methodik der Strategieentwicklung und die Art und Weise ihrer Umsetzung. Eine Strategie muss von allen Mitarbeitern getragen, akzeptiert und umge-

setzt werden, nur dann ist sie erfolgreich und nachhaltig. Dazu ist es notwendig, dass die Strategie, nachdem sie von der Leitung entworfen wurde, von innen, also von den Mitarbeitern entwickelt wird. Eine Unterstützung der Strategieentwicklung durch externe Berater ist sinnvoll – sie muss sich allerdings auf die Vermittlung von Strategie- und Implementierungstools fokussieren und darf keine fertige Strategie abliefern.

Erfolgreiche Unternehmen lassen sich von Beratern begleiten, weil diese mit dem Blick von außen die richtigen Fragen stellen und die Belegschaft zur Äußerung wichtiger kritischer Punkte bewegen können. Gemeinsam mit dem Management erarbeiten Berater ein stimmiges Konzept für den Prozess, moderieren Strategie-Workshops und implementieren die Strategie auf der Handlungsebene. Parallel vermitteln sie – sofern sie seriös arbeiten – das Know how an Change Agents im Unternehmen, denn erfolgreiche Unternehmen definieren Strategieentwicklung und -umsetzung als einen andauernden Prozess, der einem kontinuierlichen Verbesserungsansatz folgt.

Bestandteil von Strategieentwicklungen ist zumeist die Fragestellung,

wie trotz knapper finanzieller Mittel der Freiraum geschaffen werden kann, in neue Themenbereiche zu investieren. Prozessoptimierung kann dabei einen schlagkräftigen Beitrag leisten. Dies zeigen Praxisbeispiele wie etwa das St. Lukes Hospital in Duluth/Minnesota oder das Virginia Mason Medical Center aus den USA. Dort werden entsprechende Management-Tools seit nahezu zehn Jahren erfolgreich eingesetzt, und es sind sogar eigene Training Centers wie das TWI (Training within Industry and Lean Healthcare) Institute in Liverpool/NY entstanden. Als ein plakatives Ergebnis kann hierbei die Verkürzung von unproduktiven Zeiten – zumeist Wartezeit für den Patienten – von der Erstaufnahme eines Patienten bis zur Erstdiagnose durch den Stationsarzt um mehr als 50 Prozent von circa 200 Minuten auf circa 80 Minuten angeführt werden. Die Einsparungen setzten Kapazitäten und Mittel frei, die zum Beispiel für Investitionen in künftige Fokusbereiche verwendet werden konnten. ■

Dr. med. Cristina Barth Frazzetta
E-Mail: consult@dr cristinabarth.com

Martin Kürzinger
E-Mail: kuerzinger@arcor.de

GOÄ-RATGEBER

Die Berechnung der tiefen Hirnstimulation

Neben der Implantation von Hirnstimulations-elektroden bei gravierenden Parkinsonsymptomen, essentiellen Tremor und anderen therapieresistenten Bewegungsstörungen, deren pathologisches Substrat in den Stammganglien lokalisiert ist, wird die tiefe Hirnstimulation auch zusehends öfter bei Epilepsien mit fokalem Anfallsursprung eingesetzt.

Bei Epilepsien erfolgt eine hippocampale Stimulation. Hier bildet der bilaterale Anfallsursprung eine Domäne der Stimulationstherapie, während sich einseitige Fokusse chirurgisch wirksam angehen lassen. Bei doppelseitiger Hippocampusbeteiligung führt eine Operation unter Umständen zu schweren Gedächtnisdefiziten, so dass dort eine niederfrequente Stimulation hypersynchrone Neuronenentladungen desynchronisieren und Anfälle verhindern kann. Bei diesem in der Umgangssprache „Hirn-

schrittmacher“ genannten System werden nach Kalottentrepanation in den Stammgangliensbereich Elektroden eingeschoben, die über subkutan laufende Kabel mit einem Impulsgeber verbunden werden, der meist an der oberen Thoraxapertur oder im Abdominalbereich implantiert wird.

Bei der stereotaktischen Elektrodenplatzierung empfiehlt sich zunächst die Berechnung der Bohrlochtrepanation nach Nr. 2515 GOÄ und der Navigation (Nr. 2562 GOÄ). Die Implantation des „Schrittmachers“ im Körperstammbereich sollte nach Nr. 3095 GOÄ analog berechnet werden. Nun wird die Einstellung eines Stimulators unter neurologischer Kontrolle mitunter über mehrere Stunden und auch an aufeinanderfolgenden Tagen betrieben. Im Laufe der Erkrankung sind auch Routinekontrollen, Neu- oder Umprogrammierungen des Impulsgebers erforderlich.

Die Bundesärztekammer empfiehlt für die Elektrodenpositionierung und gegebenenfalls

Ableitung der Elektrodenimpulse den einmaligen Ansatz der Nr. 828 analog GOÄ und für die Stimulation den Abgriff der Nr. 839 GOÄ analog einmal je Sitzung. Beide Ziffern können je Elektrode berechnet werden.

Der Aggregatwechsel kann analog nach Nr. 3096 GOÄ berechnet werden, und bei einem Positionswechsel der intrazerebral platzierten Elektroden oder deren Austausch sollte die Nr. 3097 GOÄ analog abgegriffen werden. Die Berechnung dieser Ziffer kann unabhängig von der Anzahl der Elektroden nur jeweils einmal stattfinden. Die ersatzlose Entfernung von Aggregat und Elektroden sollte ebenfalls nach Nr. 3096 GOÄ abgerechnet werden.

Der durch die Bundesärztekammer erarbeitete Vorschlag für eine novellierte Gebührenordnung wird diese Intervention aufwandsgerecht kalkuliert enthalten. Der gesetzliche Gebührenrahmen sollte dann noch den individuell variablen Schwierigkeitsgrad und Zeitaufwand abbilden.

Dr. med. Dipl.-Oek. Ursula Hofer