

A Einleitung

A.1 Einführung ins Thema

Ein Werkstattbuch

Mit diesem Werkstattbuch stelle ich eine Methodik für Betriebsvergleiche und einige dazu gehörende Vorschläge von Grafiken zur Diskussion. Sie basieren auf medizin-ökonomischen Daten von Spitälern, im konkreten Fall auf der Zusammenführung von Daten aus der Kostenrechnung und von Patientendaten, die nach DRGs (Diagnosis Related Groups) gruppiert sind.

Neue Erhebungen
der Spitäler

Im Zusammenhang mit der Einführung der neuen Krankenhausstatistik (1997) und der nun obligatorischen medizinischen Statistik (1998) stehen in der Schweiz sehr viel mehr Daten als bisher zur Verfügung. In Deutschland sind seit kurzem ebenfalls DRG-basierte Krankenhausdaten vorhanden; Kostendaten gibt es von einer grösseren Zahl von Häusern, die an den Modellkalkulationen teilnahmen. In Österreich steht das LDF-System (Leistungsbezogene Diagnosen-Fallgruppen) schon seit 1997 im Einsatz; Kostendaten stehen allerdings von nur relativ wenigen Betrieben zur Verfügung, die sie für die – spärlich durchgeführten – Kostenkalkulationen erhoben hatten. Auch in vielen nicht deutschsprachigen Ländern Europas sind DRG-Systeme oder verwandte Patientenklassifikationssysteme im Einsatz, so u. a. in Frankreich. Das dort verwendete System wurde GHM (Groupes homogènes de malades) genannt. Es soll nun auch zur Vergütung von Fallpauschalen eingesetzt werden. Oder in Grossbritannien: Dort wurde in den 90-er Jahren das HRG-System (Healthcare Resource Groups) entwickelt und später für verschiedene Aufgaben eingesetzt.¹

Verwendetes
Datenmaterial

Das in dieser Studie verwendete Datenmaterial stammt aus der Schweiz; als Patientenklassifikationssystem wurde das AP-DRG-System verwendet. Trotz diesem Hintergrund werden die Vorschläge auch in anderen Ländern von Interesse sein, denn sie lassen sich grundsätzlich mit jedem Patientenklassifikationssystem umsetzen, das hierarchisch aufgebaut und mit Fallgewichten versehen ist.

Krankenhaus-
Betriebsvergleiche

Die vorgestellten Grafiken haben zum Ziel, die ökonomische Beurteilung von Spitälern zu unterstützen. Die mit einem medizin-ökonomischen Patientenklassifikationssystem gemessene «Produktion» des Spitals wird dabei in Relation zu den Daten aus der Kostenrechnung gesetzt. Nun kann nicht erwartet werden, dass es eine einzelne Kennzahl gibt, die genügt, um ein Spital adäquat beurteilen zu können. Natürlich gibt es Kennzahlen, die wichtiger sind als andere. In der Vergangenheit wurden insbesondere die Kosten pro Pflegetag, später die Kosten pro Fall zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit herangezogen. Durch die Einführung eines DRG-Systems (oder eines anderen Patientenklassifikationssystems) kommt nun eine neue Zahl ins Spiel, nämlich: die Kosten pro gewichteten Fall (die Kosten pro DRG-Punkt). Aber auch diese Zahl allein genügt nicht; es ist nötig, weitere Indikatoren zu haben, die Auskunft geben z. B. über die Qualität der Codierung von Diagnosen und Prozeduren, über die Zusammensetzung der Kosten, über die effektiven und die erwarteten Aufenthaltsdauern, über die Zusammensetzung des Patientenspektrums nach Behandlungsarten und -sektoren (ambulant, teilstationär, stationär; akut, psychiatrisch, rehabilitativ, geriatrisch), etc. Erst wenn nebst dem vorgefundenen Wert für die Kosten pro DRG-Punkt auch die weiteren relevanten Kennzahlen konsistent sind, kann das Spital selbst beurteilt werden. Ist dies nicht der Fall, dann geht es als Erstes darum, nachzuforschen, wo es Probleme mit

¹ Auch in vielen anderen Ländern Europas werden DRG-Systeme und verwandte Patientenklassifikationssysteme eingesetzt. Vgl. dazu u. a. die Übersicht in: Fischer [DRG-Nutzung, 2003].

den Daten gibt oder auf welche Probleme die Daten im Betrieb hinweisen. In der Sprache der in dieser Studie gezeigten Grafiken heisst das: Es kommt nicht nur darauf an, ob der Wert der Kosten pro DRG-Punkt rot (= schlecht) oder grün (= gut) ist, sondern es muss auch beurteilt werden, ob die Ausdehnungen der Flächen und die Färbungen der anderen Kennzahlen akzeptabel sind.

↑ Vgl. z. B. S. 51

Die vorgestellten Grafiken sind zu Beginn möglicherweise etwas gewöhnungsbedürftig. Sie stellen nämlich nicht möglichst wenige Werte möglichst plakativ dar, so etwa, wie man dies von Geschäftsgrafiken her kennt. Nein, im Gegenteil: Hier wurde versucht, möglichst viel Information auf einer einzigen Seite zusammenzuziehen. Zwar ist diese Vorgehensweise im betriebswirtschaftlichen Bereich eher unbekannt; den meisten Lesern wird sie aber trotzdem vertraut sein: sie nutzen z. B. Landkarten. In Landkarten werden sehr vielfältige Informationen eingezeichnet. Bei sorgfältiger Gestaltung fühlt man sich damit nicht überfordert. Man erkennt z. B. gleich, ob ein Gebirge dargestellt ist oder flaches Land, ob es sich um eine dicht besiedelte Landschaft handelt oder um eine nur wenig berührte Gegend. Man erkennt also auf den ersten Blick einzelne Eigenschaften der Oberflächenstruktur. Wenn man sich anhand der Landkarte orientieren will, dann gelingt dies umso besser, je besser die abgebildeten Merkmale der Fortbewegungsart entsprechen. Als Autofahrer brauche ich keine Information über jeden einzelnen Fussweg, ich bin aber froh, wenn die wichtigsten Verbindungsstrassen deutlich eingezeichnet und beschriftet sind und wenn grosse Gebiete auf einer einzigen Karte überblickt werden können; als Wanderer hingegen schätze ich die Angabe von Einzelheiten, und so können mir sogar solche Details wie eingezeichnete Wegkreuze eine gute Orientierungshilfe sein.

Dichte Grafiken

Damit Grafiken mit hoher Informationsdichte lesbar bleiben, müssen sie so gestaltet werden, dass man auf einen ersten Blick einzelne generelle Sachverhalte beurteilen kann. Bei Bedarf kann die Grafik anschliessend im Detail studiert werden. Die vielen eingeflossenen Informationen sollen dann eine Hilfe sein, um sich ein genaueres Bild verschaffen zu können.

Das Gesamte und die Details

Nebst einem optimalen Verhältnis von Gesamt- und Detailinformationen ist es auch wichtig, Vergleiche anstellen zu können. So gilt es also, nebst den Informationen, die den zu beurteilenden Sachverhalt direkt betreffen, geeignete Informationen, die damit verglichen werden können, «in Augenreichweite» bereit zu halten.

Vergleiche

A.2 Aufbau des Buches

In diesem Buch werden fertige und z. T. auch noch zu vervollkommnende Grafiken vorgestellt. In den Kapiteln, in denen die Methoden diskutiert werden, gibt es jeweils einen abschliessenden Abschnitt «zur Diskussion», in welchem noch offene Fragen angeschnitten werden und auf weiterführende Ideen aufmerksam gemacht wird. Mit all diesem Material kann und soll weitergearbeitet werden; das Buch ist ein Werkstattbuch.

↑ S. 65 ff

Nach dem einleitenden Kapitel folgt gleich als Erstes das aktuelle Resultat der Arbeiten in Form eines beispielhaften Betriebsvergleichs. (In den später folgenden Kapiteln werden entweder gesamtschweizerische Daten oder die Daten eines ausgewählten zweiten Spitals gezeigt. Somit gibt es zu den meisten Grafiken zwei Beispiele.)

↑ Kapitel B (S. 21)

Das nächste Kapitel befasst sich mit methodischen Grundlagen. Die Ausgangslage in der Schweiz, die Krankenhaustypologie des Bundesamt für Statistik (BFS) sowie grundlegende Fragen zur Patientenklassifikation und zur grafischen Darstellung werden hier kurz besprochen.

↑ Kapitel C (S. 53)

Im Kapitel zu den Daten wird das vorhandene Datenmaterial mit einigen Hinweisen zu

↑ Kapitel D (S. 65)

dessen Qualität präsentiert. Im Weiteren sind hier die benutzten Datenfelder beschrieben und mit Verweisen zu den Datenquellen versehen.

Anschliessend werden die verwendeten Methoden detaillierter dargestellt und zwar in jener Reihenfolge, die zum Aufbau von Krankenhaus-Betriebsvergleichen nötig ist. In einem ersten Schritt wird gezeigt, wie Spitäler beschrieben werden können: mit welchen Kennzahlen und mit was für Grafiken. Dann folgen Überlegungen dazu, wie Distanzen zwischen Spitälern bestimmt werden können, damit ein zu beurteilendes Spital anderen, ähnlichen Spitälern gegenüber gestellt werden kann. (Die Arbeit insbesondere zu diesem Thema ist noch nicht abgeschlossen. Es wird vorgeschlagen, alternative Methoden zur Distanzmessung zu entwickeln und zu testen.) Im dritten Methoden-Kapitel schliesslich wird gezeigt, welche Kennzahlen für Spitalvergleiche ausgewählt wurden und wie Spitäler anhand von Grafiken verglichen werden können.

Im Anhang sind die verwendeten Variablen samt Angaben zur Berechnungsweise nochmals in der alphabetischen Reihenfolge ihrer Kürzel aufgeführt. Das Buch wird abgeschlossen mit dem Literaturverzeichnis und einem Stichwortverzeichnis.

↑ Kapitel E (S. 83)

↑ Kapitel F (S. 117)

↑ Kapitel G (S. 133)

↑ Anhang (S. 143)

A.3 Lesehinweise

Querverweise:

In diesem Buch gibt es zwei Arten von Querverweisen:

► direkter Verweis

- Verweise auf direkt zum Text gehörende Tafeln.

↑ Querverweis

- Verweise auf Tafeln oder Abschnitte, die in anderen Teilen des Buches zu finden sind.

Länderspezifische Fachbegriffe

Ein Buch zum Krankenhauswesen im deutschsprachigen Raum zu schreiben ist im Hinblick auf die zu verwendenden Fachbegriffe ein besonderes Unterfangen, denn es haben sich in den verschiedenen Ländern unterschiedliche Begriffe eingebürgert. Da dieses Buch aufgrund von Studien in der Schweiz entstanden ist, wurden die schweizerischen Begriffe verwendet.

► Tafel A.1

Materialien zum Buch im Internet

Zusätzliche Materialien zum Buch sind auf den Internetseiten des Autors zu finden unter: <http://www.fischer-zim.ch/studien/KBV-0506-Info.htm>.

Tafel A.1: Ausgewählte Fachbegriffe in schweizerischer, deutscher und österreichischer Fassung

Schweiz	Deutschland	Österreich
Spital	Krankenhaus	Krankenanstalt
Fall; Aufenthalt	Fall; Krankenhausfall	Fall
Ambulanter Fall	Ambulanter Fall	Ambulanzfall
Aufenthaltsdauer	Verweildauer	Belagsdauer
Tagespauschale; Pflege- taxe	Pflegesatz	Tagessatz
Kostengewicht; Taxpunkt	Bewertungsrelation; Relativgewicht	LDF-Punkte; Leistungspunkte; Bepunktung
Defi zitdeckung	Selbstkostendeckung	Abgangsdeckung
Code (z. B. Diagnosecode)	Kode; Schlüssel (z. B. Diagnoseschlüssel)	Schlüssel (z. B. Diagnoseschlüssel)