

DRG's und der Patient - gesteuert, verwaltet, betreut?

**Fachtagung für den Sozialdienst
im Krankenhaus
Bremen, 11.10.2002**

Dr. med. Hans-Georg Güse, Bremen

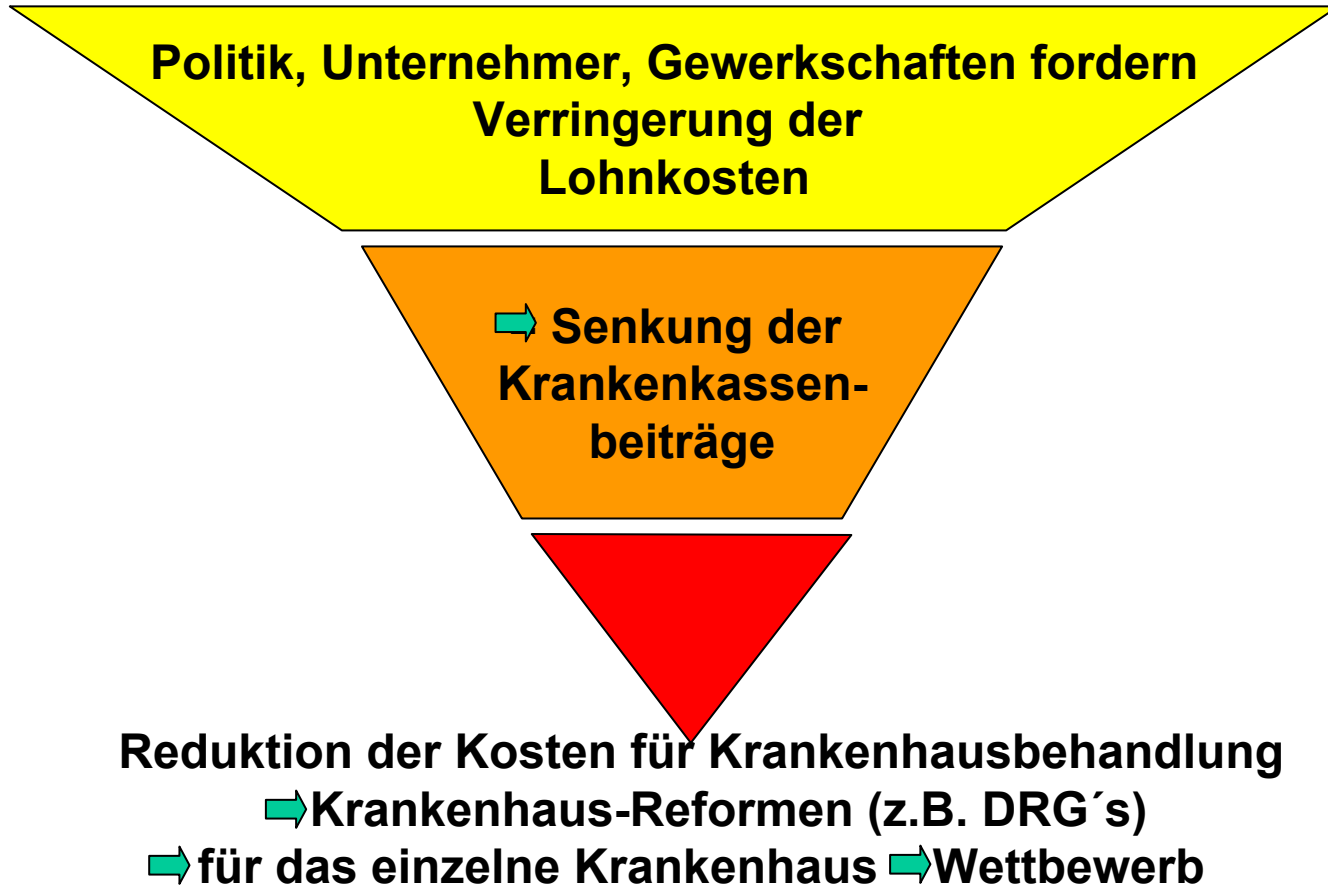
Unser Thema:

**Einbindung des Sozialdienstes in die
Arbeitsabläufe im Krankenhaus
unter veränderten Strukturbedingungen**

Was ist mit „veränderten Strukturbedingungen“ gemeint:

- **Veränderung der Morbidität (Anstieg des Altenanteils)**
- **Veränderung der Demographie
(Verminderung der Einkommenssumme)**
- **Veränderung des Krankenhausrechts – z.B. DRG's**
- **Verändertes Inanspruchnahmeverhalten der Patienten**
- **Mediz. - techn. - pharmakolog. Fortschritt**

Vorbemerkungen: Die Rolle des Krankenhauses in der Gesundheitspolitik der nächsten Jahre (1)



Vorbemerkungen: Die Rolle des Krankenhauses in der Gesundheitspolitik der nächsten Jahre (2)

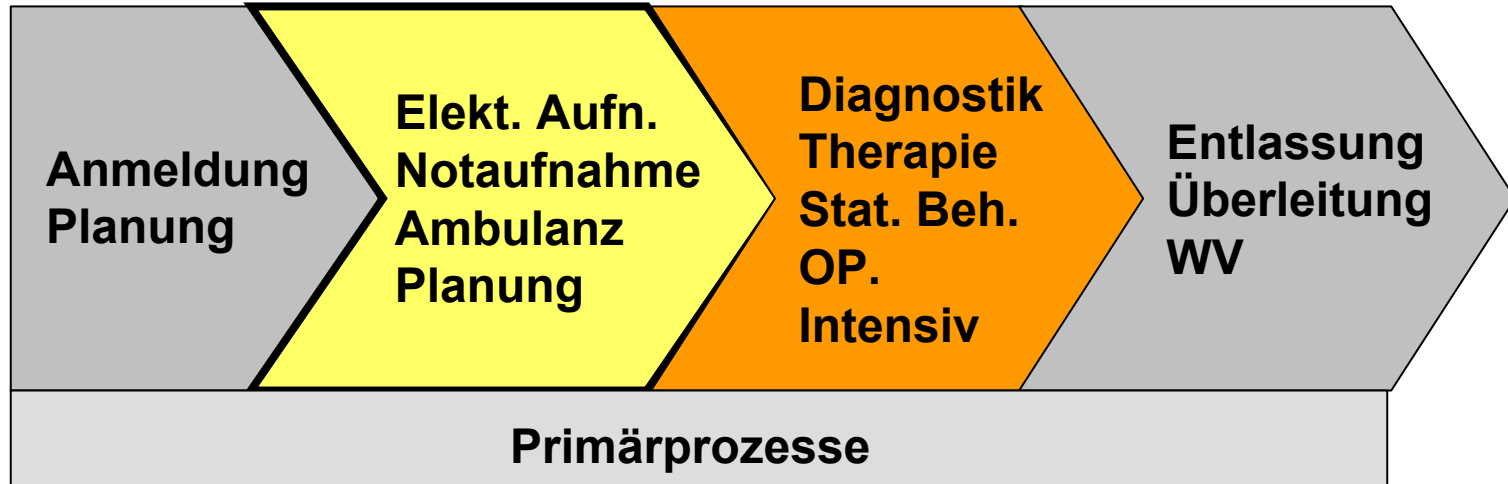
Auswirkungen auf das Krankenhaus

- Wettbewerb der Krankenhäusern um Leistungen und gute Risiken
- um Kosten
- um Qualität und Zertifikate
- Verweildauerverkürzung von 10 auf 6 Tage, bei Fallzahlsteigerung
- Anteil der ambulanten Beh.-Prozesse steigt
- Rationalisierung der Prozesse – medizinische Leitlinien, Standards
- Konzentration, Spezialisierung, Fusionen, Privatisierung
- Aufgabe von Standorten, Einschränkung des Angebots
- Senkung der Personalkosten
- Intensivierung der Arbeit, Reduktion des Personals
- Arbeitsteilung, Dequalifizierung und partielle Höherqualifizierung!₄

Reorganisation der Kern- /Primärprozesse

Strategische Sekundärprozesse

Operative Sekundärprozesse
Ver-/Entsorgung, Hygiene, Technik, Facilities,



Unterstützungsprozesse:
Verwaltung, Personal, Abrechnung, Wirtschaft, Controlling usw.

Statuserhebung 1

Patienten, Pflegeetage und Verweildauer (Somatik, vollstationär, Stadt Bremen) zw. 1995 und 2000

	Innere	Chir	alle
Entlassungen	+0,01%	+12,8%	+6,5%
Pflegeetage	-18,0%	-17,0%	-11,8%
Verweildauer	-18,0%	-26,4%	-17,2%
Durchschnittsalter	+0,9J	+1,8J.	+2,1J.

Statuserhebung 2

**Patienten, Pflegeetage und Verweildauer
der PatientInnen im Alter von ≥ 70 Jahren zw. 1995 und 2000
(Somatik, vollstationär, Stadt Bremen)**

	Innere	Chir	alle
Entlassungen	+9,6%	+18,0%	+19,2%
Pflegeetage	-13,3%	-7,9%	-2,0%
Verweildauer	-20,8%	+21,5%	-17,8%

Statuserhebung 3

**Verschiebungen der Altersgruppen
unter den KrankenhauspatientInnen zw. 1995 und 2000
(Anteil der Krankenhausentlassungen und Pflegetage
von PatientInnen ≥70 Jahre (Somatik, vollstationär, Stadt Bremen**

	Innere	Chir	alle
Entlassungen	+4,2%%	+1,3%%	+2,9%%
Pflegetage	+3,0%	+4,2%	+3,6%

Statuserhebung 4

**Verschiebungen des Geschlechterverhältnisses zw. 1995 und 2000
in den höheren Altersklassen der KrankenhauspatientInnen
(Frauenanteil ≥ 70 Jahre, Somatik, vollstationär, Stadt Bremen)
(Ausgangspunkt: 62-66%)**

	Innere	Chir	alle
Entlassungen	+1,8%%	-1,8%%	-0,5%%
Pflegetage	-0,2%	-1,6%	-1,4%

Statuserhebung 5

Zusammenfassende Interpretation – Vergleich des Jahres 2000 gegenüber dem Jahr 1995

➔ Es wurden in den Krankenhäusern der Stadt Bremen insgesamt mehr Fälle (bei weniger Krankenhausbetten) behandelt.

➔ Auf Grund einer erheblichen Senkung der Verweildauer wurden die Pflage tage um mehr als 10 % reduziert.

➔ Das Durchschnittsalter aller behandelten PatientInnen stieg um ca. 2 Jahre auf deutlich über 50 Jahre.

➔ Der Anteil der älteren und alten PatientInnen (≥ 70 J.) stieg in den beiden Disziplinen überproportional.

➔ Der Anteil der Frauen sank insgesamt leicht.
Sie stellen aber in der Gruppe der Älteren immer noch ca. $\frac{2}{3}$

Statuserhebung 6

- Auch in der Gruppe der PatientInnen im Alter von ≥ 70 J. wurde die Verweildauer im durchschnittlichen Rahmen gesenkt.
- In der Inneren Medizin hat sich der Anteil am Gesamtkollektiv relativ verringert.
- In der Chirurgie wurden absolut und relativ deutlich mehr PatientInnen behandelt als 1995
- Die Verweildauer wurde in der Chirurgie drastischer verringert, als in der Inneren Medizin. Dies trifft auch und besonders für die Gruppe der AlterspatientInnen zu.
- Eine Verschiebung hin zur Behandlung älterer PatientInnen erfolgt sowohl in der Inneren Medizin als auch in der Chirurgie
- In der Inneren Medizin werden proportional mehr Frauen behandel

Statuserhebung 7

Was ist PatientInnen wichtig?

- 1. Der Erfolg der Behandlung**
- 2. Eine kompetente medizinische Betreuung**
- 3. Keine Nebenwirkungen (– auch keine Gifte im Essen!)**
- 4. Sicherheit, Geborgenheit**
- 5. Zuwendung, v.a. vom Pflegepersonal**
- 6. Information, Aufklärung über Therapie, Ablauf und poststationäre Weiterbehandlung**
- 7. Berücksichtigung eigener Wünsche und Kultur**
- 8. Beteiligung der Angehörige**
- 9. Hotelqualitäten (Essen, Zimmer, Umgebung)**

Konsequenzen



Das Entlassungsmanagement ist bereits jetzt eminent wichtig und wird immer wichtiger!



Die Entlassung sollte bereits anlässlich der Aufnahme geplant und vorbereitet werden!



**Wettbewerb unter Krankenhäusern heißt:
Die Wünsche der PatientInnen ernst nehmen!**



Die Rolle der Sozialdienste/ der Pflegeüberleitung sollte angesichts dieser Fakten neu überlegt werden!

Integration in den klinischen Arbeitsprozess

Wer ist praktisch der Auftraggeber?

Gibt es routinemäßige Stationsbesprechungen?

Wie sieht der Informationsfluss aus?

Wer entscheidet?

**Welche Rolle spielen die Ärzte,
welche die Pflegekräfte?**

Einordnung in die Hierarchien

Wem ist der Sozialdienst unterstellt?

Welche Vorteile haben die verschiedenen Unterstellungen?

Wie ändern sich die Beziehungen zu anderen Berufsgruppen durch versch. Unterstellungen?

Wer entscheidet im Konfliktfall?

Arbeitsteilung und Rollenbeschreibung

Welche Aufgaben werden durch die Sozialdienste bearbeitet?

**Wie ist die Aufgaben-Abgrenzung zur Pflegeüberleitung/
Überleitungspflege geregelt?**

**Wie kann man generell die Aufgaben- und Kompetenz-
abgrenzung zur Pflege beschreiben?**

Wie wird die Arbeitsteilung künftig aussehen?

**Welche Ressentiments bestehen noch aus dem alten
Konflikt zwischen Sozial- und Gesundheitsressort?**

Bedeutung der Sozialdienste

Welche Interessen haben die Sozialdienste?

Wer vertritt die Interessen der Sozialdienste?

Wie wird die Bedeutung z.B. des Entlassungsmanagements in der Krankenhausorganisation vertreten?

Gehen die gemeinsamen Interessen der Sozialdienste im Wettbewerb der Häuser unter?

Qualifikation und sachgerechte Ausstattung

Welche Qualifikation ist unter den aktuellen und zukünftigen Anforderungen notwendig?

Wie wird die Fortbildung organisiert und gewährleistet?

Gibt es allgemeine Standards für die Arbeitsabläufe?

Gibt es Standards für die Personal- und Sachausstattung?

Auf welche externe Hilfe kann sich ein Sozialdienst stützen, um die notwendige Ausstattung zu erlangen?

Berufliches Selbstverständnis und Organisation

Gibt es unter den Mitarbeitern der Sozialdienste Gemeinsamkeiten und wie sehen diese aus?

Wie kann das Berufsbild beschrieben werden, damit die Krankenhausleitungen diesen Bereich mehr unterstützen?

Welche Vorurteile werden gegenüber den Sozialdiensten gehegt und gepflegt?

Wie kann die Beziehung zu den anderen Berufsgruppen definiert und abgegrenzt werden?

Wie können die gemeinsamen Interessen koordiniert und nach außen vertreten werden?

Welche Rolle hat die Koordinationsstelle beim Senator f. AFGJS

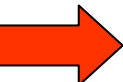
Zusammenfassung



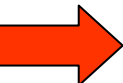
Das Aufnahme- und Entlassungsmanagement gehört zu den Kernprozessen des Krankenhauses und gehört zu den Erfolgsfaktoren im Wettbewerb.



Die Sozialdienste sind in diese Prozesse elementar einbezogen.



Das Entlassungsmanagement erfordert spezifische Qualifikationen, eine sachliche und personelle Mindest-Ausstattung und eine organisatorische Fundierung, die noch zu definieren und zu gewährleisten ist.



Die Sozialdienste benötigen für ihre berufliche Interessenvertretung eine koordinativ tätige Gruppe, die für Qualifikation, Fortbildung und institutionelle Unterstützung sorgt.