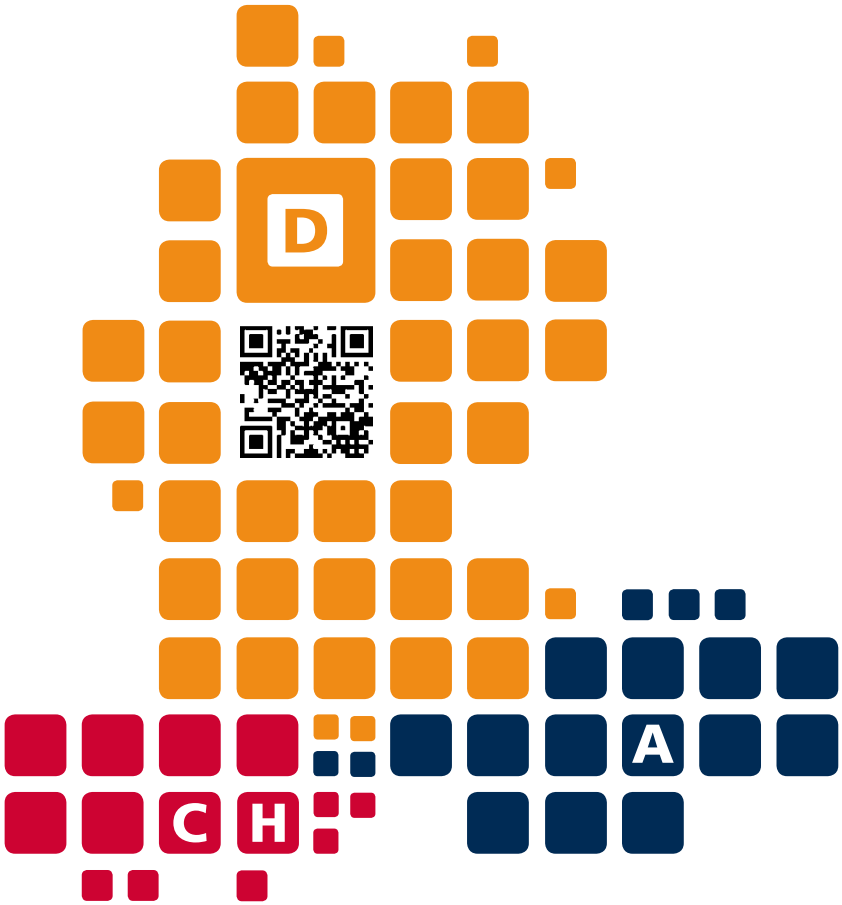
5. Jahrgang
November
2012
ISSN 1868-1093

Professional PROCESS

Zeitschrift für modernes Prozessmanagement im Gesundheitswesen



Prozessorientierte Planung in den Gesundheitssystemen

SwissDRG – Anforderungen des Entgeltsystems

Gesundheitsreform zur Kostendämpfung

GIT VERLAG
www.gitverlag.com

KU GESUNDHEITSMANAGEMENT

Fachwissen.

Band 1

Dieses Buch beschreibt Vorgehensweisen zur Erstellung klinischer Pfade. Dabei wird ausführlich erläutert wie die softwaregestützte Umsetzung der Prozessmodellierung und Prozesskostenrechnung erfolgen kann. Als zusätzliche Arbeitshilfe liegt dem Buch eine CD-ROM bei, die Ihnen ein anschauliches Beispiel eines Klinischen Pfades in Form einer HTML-Darstellung bietet.

Fachbuch, 152 Seiten inkl. CD-ROM,
ISBN 978-3-938610-00-8
21,50 Euro

Band 2

Dieses Buch zeigt Ihnen anhand der Netzplantechnik auf, wie Sie eine Verbesserung der Prozesseffizienz erzielen.

Fachbuch, 216 Seiten, inkl. CD-ROM,
ISBN 978-3-938610-09-1
21,50 Euro

Band 3

Dieses Buch befasst sich mit den Methoden und Verfahren zur Veränderung und Optimierung von Prozessen. Sie erfahren u. a. wie Sie Prozesse planen, Situationen analysieren, Kosten ermitteln, u. v. m.

Fachbuch, 180 Seiten, inkl. CD-ROM,
ISBN 978-3-938610-02-2
21,50 Euro

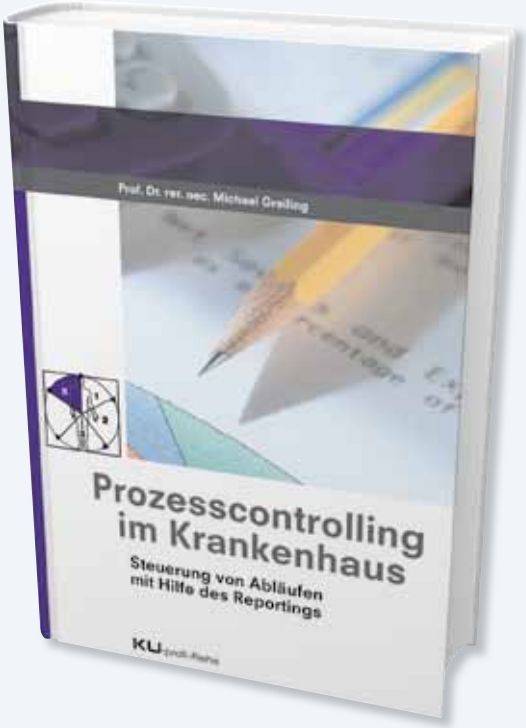
Band 4

In diesem Buch werden die Vorteile betrachtet, die sich aus der Prozessoptimierung ergeben.

Zusätzlich bietet Ihnen die beiliegende CD-ROM die Methode zur Berechnung der Effekte, die Sie nach eigenen Annahmen verändern können, um den Nutzen aus Prozessoptimierungen abzulesen.

Fachbuch, 304 Seiten, inkl. CD-ROM,
ISBN 978-3-938610-03-9
21,50 Euro

Band 5



Dieses Buch erläutert die Anforderungen an das Reporting eines Unternehmens und liefert konkrete Vorschläge für die Optimierung des Berichtswesens, von der Gestaltung des Berichtskopfes bis hin zum gezielten Einsatz von Schaubildern und Tabellen.

Somit kann es als „Bewertungsindex“ helfen, ein neues Informationssystem aufzubauen, Stärken und Schwächen des bestehenden Berichtswesens zu erkennen sowie zur Verbesserung des Reportings beitragen.

Fachbuch, 172 Seiten,
ISBN 978-3-938610-04-6
21,50 Euro

Unser Tipp:
Sparen Sie 10 % pro Band –
Bestellen Sie das 5er-Paket zum Vorzugspreis von 96,75 Euro!

Unser Bestellservice

09221 / 949-311

09221 / 949-377

ku-gesundheitsmanagement.de

oder Bestellung einfach rechts eintragen und abschicken.

Mediengruppe Oberfranken –
Buch- und Fachverlage GmbH & Co. KG
E.-C.-Baumann-Str. 5 · 95326 Kulmbach

Faxbestellung bitte an: 09221 / 949-377

Ich bestelle: _____ Expl. _____
_____ Expl. _____
_____ Expl. **5er-Paket**

Name / Vorname

Straße / Hausnummer

PLZ / Ort

Datum / Unterschrift

Professional Process

Zeitschrift für modernes Prozessmanagement im Gesundheitswesen

Editorial 1
Mit prozessorientierten Lösungen die Zukunft planen
Prof. Dr. rer. oec. Dipl.-Soz.-Päd. Michael Greiling
Institut für Workflow-Management im Gesundheitswesen (IWiG), Münster

Effiziente und bedarfsgerechte Geschäftsmodelle für den dynamischen Gesundheitsmarkt 4
Leopold Lauenstein
Herz-Jesu-Krankenhaus Hiltrup GmbH, Münster

Was leistet OP-Personal zusätzlich zu den Kernprozessen? 8
Kerstin Behrend
LOPS Vereinigung für leitendes OP-Personal, Lyss, Schweiz

Vorankündigung Handbuch OP-Effizienz 12
Carmen Fromme
Universitätsklinik Tübingen

Neue Gestaltung für Komfort und Wohlbefinden 15
St. Marien-Hospital Lüdinghausen investierte in den Neubau einer Wahlleistungsstation mit Hotelcharakter
Monika Kleingräber-Niermann
St. Marien-Hospital Lüdinghausen GmbH

Der Gesundheitscampus Nordrhein-Westfalen: 18
Für eine gute medizinisch-pflegerische Versorgung im demografischen Wandel
Arndt Winterer
Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen, Bochum

In Gesamtprozessen denken und optimieren – 21
Die neue Herausforderung für Krankenhäuser in der DRG Welt
Prof. Dr. med. Dipl. Phys. H. P. Busch
Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Trier
Barmherzige Brüder Trier e.V., Koblenz

Veränderungen im Markt Schweiz durch die Einführung der Swiss Diagnosis Related Groups 24
Frank Brüggemann
Unternehmensberatung, Mollis, Schweiz

Prozessorientierung als Instrument zukunftsfähiger Organisationsgestaltung: 26
Qualität, Sicherheit und Wirtschaftlichkeit aus einem Guss
Dr. phil. Brigitte Sens
Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen, Hannover
Einrichtung der Ärztekammer Niedersachsen
Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung (GQMG), Hamburg
Dr. med. Eva Cloppenburg, Dr. med. Martin Kramer
Klinikum Oldenburg

Moderne Radioonkologie – Signifikanzsteigerung für neue Endpunkte im Logistik-Bereich 31
Priv.-Doz. Dr. med. Razvan Galalae
Evangelischen Kliniken Gelsenkirchen
Medizinische Fakultät der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

Ablaufoptimierung und Effizienzsteigerung der Kataraktchirurgie durch tagesklinische Patientenversorgung 34
Prim. Univ.-Prof. Dr. Oliver Findl, MBA
Hanusch Krankenhaus, Wien, Österreich
Dr. Ana Prinz
Medizinische Universität Wien, Österreich

Kostentransparenz ausgewählter Krankheitsbilder mit Hilfe der Prozesskostenrechnung in der Schweiz 37
Andrea Rytz
Klinik Belair, Schaffhausen, Schweiz

Das neue Patientenrechtegesetz – ein praktikabler Entwurf? 40
Dipl.-Jur. Univ. Melanie Neumann
Ecovis L + C Rechtsanwaltsgesellschaft mbH, Regensburg

Ergonomie webbasierter Anwendungen 43
Martin Dwucet, Thomas Bellendorf
Institut für Workflow-Management im Gesundheitswesen GmbH, Münster
Wissenschaftspark Gelsenkirchen

Stellenanzeigen 47

Index

Ärztekammer Niedersachsen
Barmherzige Brüder Trier e.V., Koblenz
Christian-Albrechts-Universität zu Kiel
Ecovis L + C Rechtsanwaltsgesellschaft mbH
Expertenkreis OP-Effizienz
Evangelischen Kliniken Gelsenkirchen
Frank Brüggemann Unternehmensberatung
Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung (GQMG)
Hanusch Krankenhaus
Herz-Jesu-Krankenhaus Hiltrup GmbH
Institut für Workflow-Management im Gesundheitswesen GmbH
Klinik Belair
Klinikum Oldenburg
Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Trier
Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen
LOPS Vereinigung für leitendes OP-Personal
Medizinische Universität Wien
Mölnlycke Health Care GmbH
St. Marien-Hospital Lüdinghausen GmbH
Universitätsklinik Tübingen
Universitätsspital Basel
Wissenschaftspark Gelsenkirchen
Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen

Mit prozessorientierten Lösungen die Zukunft planen

Das Gesundheitswesen wird wie keine andere Branche durch politische und rechtliche Einwirkungen stark reglementiert. Aktuell ist durch den Referentenentwurf des Patientenrechtegesetzes in Deutschland die Transparenz und Rechtssicherheit für Patienten neu geregelt worden. Das Gesetz soll Anfang 2013 in Kraft treten. Das Ziel der Gesundheitspolitik ist es, umfassende Informationen zur Verfügung zu stellen, um eigenverantwortliche Entscheidungen zu ermöglichen. Der Patient muss in die Lage versetzt werden, Behandlung und Therapie konstruktiv zu begleiten. Sei es, um mit dem entsprechenden Wissen kritische Nachfragen zu stellen, die Auswahl des geeigneten Krankenhauses und Arztes oder für eine langfristig planbare Operation eine Wahl zu treffen.

Prof. Dr. Michael Greiling, Herausgeber

Das Schweizer Krankenversicherungsgesetz (KVG) sowie die Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) verlangen eine einheitliche und transparente Methode der Kostenermittlung und Leistungserfassung. Dieser Anspruch wird durch das neue Tarifsystem SwissDRG seit dem 1. Januar 2012 unterstützt. Es fördert auch den Leistungswettbewerb im Gesundheitswesen, der unter anderem durch die sich wandelnde Rolle der Patienten an Bedeutung gewinnt. Der hilfebedürftige Kranke ist zu einem kritischen und selbstbestimmten Kunden geworden, der eine optimale medizinische Versorgung nicht nur erhofft sondern erwartet.

In Österreich einigten sich Bund, Länder und Sozialversicherung auf eine Gesundheitsreform, um das System vor dem finanziellen Kollaps zu bewahren. Sie soll Anfang 2013 in Kraft treten. Es werden Ausgabenobergrenzen festgeschrieben: Die Kostensteigerung soll bis 2016 auf 3,6 Prozent gesenkt werden, was dem durchschnittlichen Wirtschaftswachstum entspricht, und dann auf diesem Niveau bleiben. Nebenher muss gespart werden. Bis 2016 rechnen die Systempartner mit 3,43 Milliarden Euro, 2020 sollen es bereits 11,0 Milliarden sein.

In Deutschland, Österreich und der Schweiz schaffen diese Reformen, Gesetze und Verordnungen neue Rahmenbedingungen für alle beteiligten Akteure im Gesundheitswesen. Welche Lösungen zur Umsetzung sind die richtigen?

Wir beschäftigen uns seit mehr als zehn Jahren mit Fragen zum Prozess- und Workflow-Management. Die prozessorientierte Planung gehört zweifelsohne zu den Erfolgsfaktoren für die Gestaltung der Patientenversorgung. Abläufe strukturieren und zeitlich ordnen, Handlungsschritte gestalten und schriftlich dokumentieren und damit Orientierung schaffen. Potenziale früh erkennen und realistische Wege finden, das sind die Ansätze die wir verfolgen. Im Rahmen unserer Forschung und Entwicklung haben wir erfolgreich 50 nationale Projekte in Deutschland durchgeführt. Insgesamt wurden 300 Behandlungsprogramme erarbeitet und 250 Patientenbehandlungspfade mit der Prozesskostenrechnung kalkuliert. Es sind 30 Bücher und 50 Beiträge veröffentlicht worden und wir haben 7 Auszeichnungen sowie Innovationspreise erhalten. In 7 Ländern sind internationale Projekte durchgeführt und unsere Lösungen werten die Prozessergebnisse in 8 Sprachen aus. Außerdem geben wir diese Fachzeitschrift seit dem Jahr 2008 heraus, um Sie auf dem Laufenden zu halten.

Mit der neuen Web-Applikation ClipMed® werden wir in Zukunft unsere Partner befähigen, selbständig Ihre eigenen Projekte durchzuführen. Die prämierte Qualifizierung Ihrer Mitarbeiter mit Hilfe des Blended Learning soll dafür sorgen, dass Sie die Veränderungen der Zukunft meistern. Dafür entwickeln wir die Lösungen.

Effiziente und bedarfsgerechte Geschäftsmodelle für den dynamischen Gesundheitsmarkt

Das Gesundheitswesen befindet sich in einem elementaren Wandel. Insbesondere vor dem Hintergrund des steigenden Kostendrucks werden Gesundheitsreformen und Anpassungsprozesse nachhaltig beschleunigt. Neue Strukturen, neue Technologien und neue Geschäftsmodelle werden den Gesundheitsmarkt der Zukunft gestalten. Wie können Krankenhäuser in diesen turbulenten Zeiten am Markt bestehen? Herr Lauenstein, Geschäftsführer des Herz-Jesu-Krankenhauses Münster-Hiltrup spricht über Hintergründe, Strategien und Chancen. Die Fragen stellte Verena Muszynski, Redaktion „Professional Process".

Verena Muszynski

Herr Lauenstein, was sind die wichtigsten Ziele, die Sie als Krankenhausgeschäftsleitung realisieren möchten?

Die wichtigsten Ziele sind eine gute Patientenversorgung und damit eine gute Positionierung sowie ein gutes Image bei Patienten und Mitarbeitern. Unser Ziel ist es, durch hohe fachliche Kompetenz und persönliche Zuwendung eine Atmosphäre und Bedingungen zu schaffen, in denen der Patient sich sicher, gut versorgt, respektiert und integriert fühlt, um ihm eine aktive Auseinandersetzung mit seiner individuellen Situation zu ermöglichen.

Das christlich motivierte Leitmotiv des Herz-Jesu-Krankenhauses "Kompetenz und Zuwendung" fasst unsere Grundhaltung zusammen, mit der wir den kranken Menschen begegnen möchten. Die kontinuierliche Vermittlung der aus dem Leitbild abgeleiteten Qualitätspolitik und -ziele ist uns ein wichtiges Anliegen.

Kontinuierliche Verbesserung der Patientenzufriedenheit

Im zukünftigen Gesundheitsmarkt wird der Patient eine zentrale Rolle einnehmen. Wir möchten die direkte Kommunikation mit dem Patienten optimieren und unsere Lösungen bestmöglich auf seine Bedürfnisse ausrichten. Der offene Dialog mit unseren Mitarbeitern soll dazu beitragen, ein genaues Bild des Gesundheitszustandes und der notwendigen Behandlung zu erzeugen. Durch die so vermittelte Transparenz möchten wir die Selbständigkeit des Patienten und damit seine Eigenverantwortung und sein Selbstbestimmungsrecht bestmöglich unterstützen. Ein wichtiges Aufgabengebiet ist daher die Beratung und Anleitung zur Selbsthilfe. Zusätzlich möchten wir dem Patienten ein Umfeld schaffen, in dem er sich wohlfühlen kann. Der laufenden Sanierung und Modernisierung der Patientenzimmer und der übrigen Ausstattung des Hauses wird daher in der Unternehmensplanung eine hohe Priorität eingeräumt.

Um die Zielerreichung zu überprüfen, wurde ein strukturiertes Beschwerdemanagement eingeführt, zudem finden regelmäßig Patientenbefragungen statt.

Stetige Verbesserung der Mitarbeiterzufriedenheit

Patienten, die sich in die Obhut des Herz-Jesu-Krankenhauses begeben, müssen sich darauf verlassen können, dass sie auf einem hohen fachlichen Niveau kompetent und umfassend behandelt werden. Dieser hohe Anspruch wird sowohl bei der Mitarbeiterauswahl als auch im Rahmen der Ausbildung berücksichtigt. Die Personalentwicklung beispielsweise durch interne Fort- und Weiterbildung sowie die Unterstützung der Teilnahme an externen Veranstaltungen sind daher wichtige Bestandteile unserer Personalpolitik.

Zufriedene Mitarbeiter sind die Basis eines jeden funktionstüchtigen Unternehmens. Nur wenn dem Mitarbeiter die Ziele des Krankenhauses bekannt sind und er sich mit diesen identifizieren kann, wird er seine Arbeit langfristig mit Motivation und Engagement leisten können. Ein weiteres Ziel ist es daher, die Mitarbeitermotivation durch Information und Kommunikation zu unterstützen. Wir haben Regelungen für die Informationsweitergabe festgelegt, beispielsweise für die strukturierte Nutzung verschiedener Kommunikationsinstrumente wie Hausmitteilungen, Versammlungen oder E-Mails. Daneben haben wir im Krankenhaus ein umfangreiches Besprechungswesen etabliert.

Gemäß des Leitbilds streben wir die Umsetzung des Konzepts eines „therapeutischen Teams" an: Jeder Mitarbeiter, unabhängig davon, an welcher Stelle und mit welcher Tätigkeit, leistet einen wichtigen Beitrag zur Patientenversorgung und ist damit Bestandteil des „therapeutischen Teams". Er verdient damit, unabhängig von seiner Funktion und hierarchischen Stellung, die gleiche Wertschätzung und Respekt.

Zur Konkretisierung unseres Leitbildes im Hinblick auf die Mitarbeiterorientierung haben wir Führungsgrundsätze formuliert. In diesen wurden weitere Ziele wie der positive Umgang mit Fehlern, die Entscheidungsbeteiligung und Eigenverantwortung der Mitarbeiter und der Umgang mit Konflikten festgelegt. Durch strukturierte Mitarbeitergespräche möchten wir unseren Kollegen die Möglichkeit geben, Ziele und Ergebnisse ihrer Arbeit und insbesondere die mit ihrem Aufgabengebiet verbundenen Probleme, Fragen der Zusammenarbeit sowie der beruflichen Entwicklung anzusprechen.

Kontinuierliche Verbesserung der Leistungserbringung

Der Weg zum Erfolg ist nicht allein die einmalige oder sprunghafte Verbesserung durch Innovation, sondern vor allem die kontinuierliche und schrittweise Annäherung an eine optimale Leistungserbringung. Unser Ziel ist es daher, Verbesserungspotenziale zu identifizierten und diese umzusetzen. Wir arbeiten an der frühzeitigen Erkennung von Risiken, um Zwischenfälle möglichst effektiv zu vermeiden.

Durch die Nutzung unserer Qualitätsmanagementinstrumente und die regelmäßige Reflektierung der (all-) täglichen Arbeitsabläufe suchen wir nach Ansatzpunkten für Verbesserungen. Die fachlichen Kompetenzen und Erfahrungen der Mitarbeiter sind hierbei die Grundlage für das Erkennen von Schwachstellen / Verbesserungspotenzialen und damit des Prozesses der kontinuierlichen Verbesserung.

Zur Unterstützung dieses Prozesses gilt es, eine Kultur der Offenheit zu schaffen, in der Fehler und Kritik konstruktiv verstanden werden. Die aktive Beteiligung der Mitarbeiter trägt dazu bei, strukturelle Probleme und Schwachstellen im System möglichst frühzeitig zu erkennen und Strategien und Maßnahmen zur Ihrer Vermeidung zu entwickeln und umzusetzen.

Welche Aufgaben übernehmen Sie als Geschäftsführer um diese Ziele zu erreichen?

Als Krankenhausgeschäftsführung liegt es in meiner Verantwortung, die Selbstständigkeit des Hauses zu erhalten und unsere Einrichtung zukunftsfähig am Markt zu positionieren. Es müssen effiziente Strategien gefunden werden, die das Krankenhaus langfristig überlebensfähig und erfolgreich machen.

Um unsere sozial-caritative Aufgabe anhaltend und verlässlich erfüllen zu können, gilt es, das Krankenhaus so zu führen, dass die Leistungserbringung auch zukünftig möglich bleibt und die Arbeitsplätze der Mitarbeiter gesichert sind.

Trotz gesellschaftlicher und politischer Zwänge und zunehmendem Wettbewerbs- und Konkurrenzdruck möchte ich unser Haus so führen, dass es wirtschaftlich arbeitet, sich an den Bedürfnissen der Patienten orientiert und einen hohen Qualitätsstandard erreicht. Diese Aspekte dürfen sich nicht gegenseitig ausschließen.

Organisationsentwicklung

Ziel des Qualitätsmanagements im Herz-Jesu-Krankenhaus ist eine patienten- und mitarbeiterorientierte Prozessoptimierung unter Beachtung der Gebote der Effektivität und Wirtschaftlichkeit. Qualitätsmanagement als Instrument der Organisationsentwicklung ist daher Aufgabe des Trägers und der Geschäftsführung. Auf Basis des Leitbilds und in Abstimmung mit den übrigen

Aspekten der Unternehmenspolitik legen wir die grundlegende Ausrichtung und Strategien fest. Die Krankenhausbetriebsleitung ist verantwortlich für die operative Umsetzung, Steuerung, Koordinierung und Realisierung erarbeiteter Maßnahmen in Bezug auf das Qualitätsmanagement. Beraten wird sie durch unsere QM-Lenkungsgruppe.

Durch Teilnahme der Krankenhausbetriebsleitung, Geschäftsführung und Trägervertretung an der QM-Lenkungsgruppe können Entscheidungsabläufe optimiert werden. Die QM-Lenkungsgruppe stimmt im gemeinschaftlichen Konsens die Projektplanung ab, stellt Projektgruppen zusammen und ist verantwortlich für die Umsetzung und Kontrolle der Projektergebnisse. Sie unterstützt die Implementierung und informiert die Mitarbeiter des Hauses über Schnittstellen zur Leitungskonferenz, Stationsleitungssitzung und Abteilungsleitersitzung sowie über Hausmitteilungen und das Intranet. Je nach Thematik und Aufgabenstellung, wird eine projektgebundene, interdisziplinäre, berufgruppen- und hierarchieübergreifende Arbeitsgruppe (Qualitätszirkel) gebildet, die alle vom Projekt betroffenen Bereiche des Hauses einbezieht.

Wie werden die Ziele in Ihrem Haus umgesetzt?

Wir sichern unsere Zukunftsfähigkeit durch wirtschaftliches Handeln, Engagement, Flexibilität und aktive Auseinandersetzung mit den Anforderungen des Wandels im Gesundheitswesen.

Die Kliniken in unserem Haus arbeiten eng zusammen. Die passgenaue Zusammenführung der für den individuellen Patienten notwendigen fachlichen Kompetenz ist eine unserer besonderen Stärken. Unser Handeln ist geprägt durch ein hohes fachliches Niveau in allen Bereichen. Dabei orientieren wir uns an den neusten Erkenntnissen der Wissenschaft und an den aktuell anerkannten Standards.

Auftrag aller Beteiligten ist es, sich unter Beachtung des wirtschaftlichen Prinzips der optimalen Patientenversorgung kontinuierlich und nach besten Kräften immer weiter anzunähern. Dabei steht das Wohl der Patienten im Mittelpunkt unseres beruflichen Handelns und Interesses.

Dies gelingt nur durch ein gutes Miteinander und ein gemeinsames Handeln als „therapeutisches Team". Fachliche Kompetenz, Wertschätzung, Sensibilität und Offenheit müssen ein Arbeitsklima schaffen, das Motivation, Freude an der Arbeit und Identifikation mit den Zielen des Krankenhauses ermöglicht.

Durch ein praxisbezogenes Qualitätsmanagement gestalten wir die Zusammenarbeit innerhalb unseres Hauses sowie außerhalb mit Politik, Verwaltung und Kostenträgern konstruktiv und verantwortungsbewusst.

Auch räumen wir der Sicherung und Verbesserung der Qualität unserer Arbeit eine hohe Priorität ein. Neben der gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätssicherung beteiligen wir uns freiwillig an weiteren Qualitätssicherungsprojekten.

Auch stellen wir uns bewusst unserer Verantwortung und unseren Pflichten gegenüber der Gesellschaft. Wir möchten junge Menschen auf dem Weg in den Beruf aktiv unterstützen und nehmen daher unseren Auftrag zur Aus- und Weiterbildung ernst. Wir bewahren Sorgsamkeit in Umweltfragen und versuchen so unseren Beitrag zur Bewahrung der Schöpfung zu leisten. Als Wirtschaftsfaktor in der Region gilt es diese durch Zusammenarbeit mit kleinen und mittelständigen Unternehmen zu unterstützen.

Das Herz-Jesu-Krankenhaus findet bei Patienten und niedergelassenen Ärzten eine hohe Akzeptanz und Zufriedenheit, die sich im deutlich überregionalen Einzugsgebiet widerspiegelt.

Und was würde den größten Nutzen stiften, was würde aktuell am besten helfen?

Wichtig ist die Kommunikation auf Augenhöhe und die gegenseitige Wertschätzung für die Arbeit des Anderen. Die Bereitschaft, sich in die Prozesse mit einzudenken muss vorhanden sein. Ein strukturiertes und differenziertes Berichtswesen ist hierfür wichtig. Ein Tool zur inhaltlichen und grafischen Aufarbeitung der Behandlungsabläufe würde gute Dienste leisten.

Welche Bedrohungen und Risiken sehen sie als Geschäftsführer?

Dass durch die politischen Rahmenbedingungen eine ausreichende Refinanzierung nicht möglich ist! Im Personalbereich und bei Sachkosten gibt es Steigerungsraten. Neben den laufenden Kosten sind auch die Investitionskosten unzureichend durch Fördermittel refinanziert. Eine Bedrohung des Klinikgeschäftsführers ist, dass die personellen und technischen Ressourcen für den Klinikbetrieb nicht in ausreichendem Maße beschafft werden können.

Wir sind auf qualifiziertes und motiviertes Personal angewiesen, das Freude an der Arbeit hat und gut miteinander und mit dem Patienten umgeht. Deshalb darf die gute Kommunikation, die wir jetzt aktuell hier haben nicht abbrechen. Man hat eine knappe Ressource Personal: ärztliche Fachkräfte, pflegerische Fachkräfte. Dementsprechend ist die Geschäftsführung mit Sonderwünschen konfrontiert Hier gilt es, einen Interessenausgleich zu finden. Der Geschäftsführer ist eine Art „Kummerkasten" des Hauses und es gibt immer wieder Situationen, in denen man die unangenehme Aufgabe hat darauf hinzuweisen, dass die Anliegen zwar subjektiv nachvollziehbar sind, wir jedoch nicht alle Wünsche erfüllen können.

Kontakt

Leopold Lauenstein
Herz-Jesu-Krankenhaus Hiltrup GmbH
Geschäftsführung
Tel.: 02501/172106
E-Mail: geschaeftsfuehrung@hjk-muenster.de
www.herz-jesu-kh.net

Verena Muszynski
Institut für Workflow-Management im Gesundheitswesen (IWiG) GmbH
Redaktion „Professional Process"
Tel.: 0251/9325435
E-Mail: verena.muszynski@iwig-institut.de
www. iwig-institut.de

Das OP-Effizienz-Programm von Mölnlycke Health Care

Für die wirtschaftliche Zukunft einer Klinik ist ein effizienter OP-Betrieb ein entscheidender Erfolgsfaktor, denn der OP ist in der Regel nicht nur der kostenintensivste Bereich sondern auch ein wichtiger Erlösbringer in der Patientenversorgung.

Mit dem OP-Effizienz-Programm unterstützt Sie Mölnlycke Health Care bei der Erreichung Ihrer individuellen Ziele, zum Beispiel:

- Steigerung der Operationen mit gleichen Ressourcen
- Wirtschaftliche Prozessabläufe
- Reduzierung Ihrer CO2 Bilanz
- Zufriedene Patienten und Mitarbeiter

Das OP-Effizienz-Programm basiert auf einer europaweiten multizentrischen Studie von Prof. Dr. Michael Greiling vom Institut für Workflow-Management im Gesundheitswesen. Diese belegt eine deutliche Effizienzverbesserung im OP durch den Einsatz von ProcedurePak kundenspezifischen Trays.

MÖLNLYCKE HEALTH CARE

Mölnlycke Health Care GmbH, Wagenseilgasse 14, A-1120 Wien. Tel +43 1 278 85 42-0. Fax +43 1 278 85 42-199. Email: info.at@molnlycke.com www.molnlycke.com
Mölnlycke Health Care AG, Heimstrasse 18, CH-8953 Dietikon, Schweiz. Tel: +41 (0)44 744 54 00. Fax: +41 (0)44 744 54 11. Email: info.ch@molnlycke.com www.molnlycke.com
Name und Logo von Mölnlycke Health Care und das Markenzeichen ProcedurePak® sind eingetragene Warenzeichen der Mölnlycke Health Care AB.
Copyright (2010)

Was leistet OP-Personal zusätzlich zu den Kernprozessen?

Laut einer Medienmitteilung vom 26.08.2009 der Schweizer Stiftung Carenum in Zusammenarbeit mit dem Schweizer Gesundheitsobservatorium Obsan, werden in den nächsten zwanzig Jahren so viele Gesundheitsfachleute in der Schweiz fehlen, wie heute hier in diesem Sektor arbeiten. Damit werden die im Frühjahr 2009 veröffentlichten Prognosen des Obsan bestätigt. Die Spitäler haben in der Zukunft umfangreiche Aufgaben zu bewältigen. Einerseits wird dies deutlich an den durch Rahmenbedingungen begrenzten finanziellen Ressourcen, leistungsorientierter Budgetierung und Einführung der Swiss-DRG 2012. Andererseits ergeben sich umfassende Veränderungen durch den Fachkräftemangel in den nächsten fünf bis zehn Jahren. Dieser zeigt sich durch eine deutlich abnehmende Zahl der Schulabgänger, zunehmende Teilzeitarbeit, viele Berufsaussteiger und die ab 2020 verdoppelte Pensionierungsrate. Laut einer Erhebung, die der schweizerische Spitalverband H+ in Auftrag gegeben hat, konnten in Spitälern und Pflegeinstitutionen bereits 2009 16% der Stellen definitiv nicht besetzt werden und bei 70% der Einrichtungen war es ein großes bis sehr großes Problem.

Kerstin Behrend

Auch die OP-Bereiche sind von dieser Entwicklung betroffen. Deshalb ist eine Prozessanalyse im OP unumgänglich, um Arbeitsabläufe und den damit verbundenen Personaleinsatz sowie Kosten optimieren zu können. Es gibt zwar schon seit einigen Jahren verschiedenste Methoden und Systeme der Leistungs- und Zeiterfassung im OP, diese beziehen sich aber überwiegend auf die Prozesse der direkten Patientenversorgung. Daneben gehören aber auch gerade die nichtpatientenbezogenen Tätigkeiten in eine Prozessanalyse, da sie für einen reibungsfreien Ablauf eines OP-Betriebes unumgänglich sind. Welche Ressourcen werden dafür gebraucht? Wie ist die Verteilung dieser Tätigkeiten auf die verschiedenen Berufsgruppen innerhalb des OP-Pflegeteams? Welche Möglichkeiten der Optimierung gibt es hier? Sind diese Tätigkeiten dokumentiert? Diese Fragen veranlassten die Autorin von September 2009 bis August 2010 zur Durchführung des Projektes der Evaluation nichtpatientenbezogener Tätigkeiten in einer OP-Abteilung einer Schweizer Klinik mit 3 OP-Sälen, einer eigenen Aufbereitung und Sterilisation und ca. 2.100 Operationen im Jahr, wo die Autorin als stellvertretende Leiterin OP-Pflege tätig war. Diese Tätigkeiten werden zwar im Rahmen der Qualitätssicherung in der Regel dokumentiert, bisher gibt es aber für diese Leistungen kein adäquates Erfassungssystem. Aufbauend auf diesem Projekt entschied sich die Autorin 2011 zur Durchführung einer empirischen Fragebogenstudie mit 60 OP-Leitungen in verschiedenen Spitälern der Deutschschweiz, um zu erfahren, wie die Verteilung dieser nichtpatientenbezogenen Tätigkeiten in den dortigen OP-Abteilungen ist, welche Berufsgruppe dafür zuständig ist und ob es vielleicht bereits in anderen Spitälern eine Dokumentation und/oder Leistungserfassung gibt. Unterstützt wurde sie dabei von LOPS, der Vereinigung für leitendes OP-

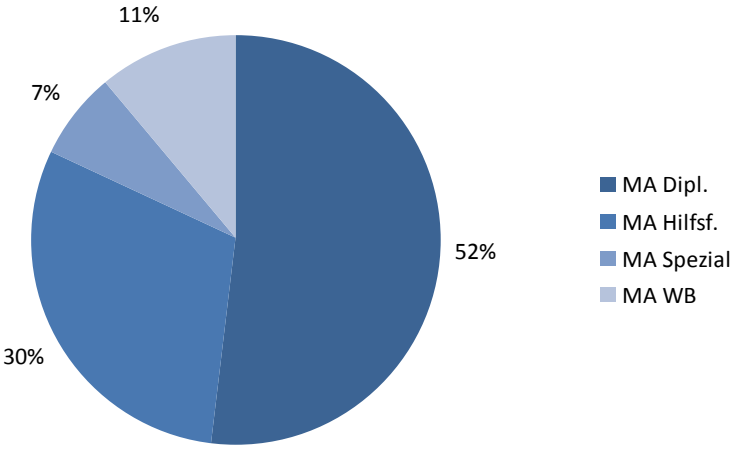


Abb.1: Berufsgruppenverteilung Reinigungsarbeiten
Quelle: Reinigungspläne OP-Abteilung 2009

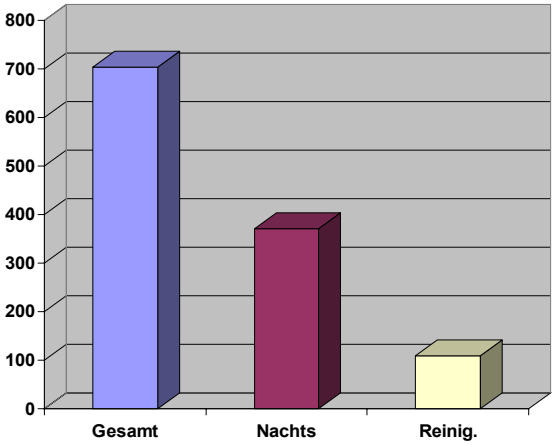


Abb. 2: Statistik Notfälle am Abend-/Pikett
Quelle: Notfallstatistik 2010

Personal in der Schweiz, deren Mitglied die Autorin ist. LOPS wurde vor 10 Jahren von OP-Leitungen verschiedener Spitäler mit dem Ziel gegründet, sich aktiv für die Belange der OP-Bereiche einzusetzen.

Ergebnisse der Evaluation

Die Auswertung der Ergebnisse zeigte, dass der Anteil der Reinigungsarbeiten mit 43,6 Stunden im Monat nach der Aufbereitung und Sterilisation mit täglich 10 bis 11 Stunden den zweithöchsten Aufwand an Zeit und Personal erfordert. Wie Abbildung 1 zeigt, wurden diese Reinigungsarbeiten zu 52% vom diplomierten Fachpersonal durchgeführt. Das Hilfspersonal hatte daran lediglich einen Anteil von 30%, die restlichen Reinigungen wurden von Auszubildenden erledigt.

Als Maßnahme wurde von der Autorin und ihrer Vorgesetzten für 2010 ein Reinigungsplan erarbeitet, in dem die Zuständigkeiten zum größten Teil an das Hilfspersonal / Pflegeassistenz verteilt wurden. Wie die Gesamtergebnisse zeigten, war der Anteil der Fortbildungen mit 0,8% und Teamsitzungen mit 1,2% am geringsten. Vor allem bei Fortbildungen sollte der Anteil mit ständig neuen medizinischen Materialien, weiterentwickelten OP-Techniken und immer mehr technischen Geräten wesentlich höher liegen. Ebenso bei der zur Verfügung stehenden Zeit für Teamsitzungen, die eine sehr große Bedeutung im Rahmen der Teamentwicklung haben. Mit ca. 10 Stunden im Monat ist der Zeitanteil von Ausbildungsverantwortlichen zur praktischen Anleitung von Auszubildenden ebenfalls sehr gering. Hier muss wesentlich mehr Zeit zur Verfügung stehen. Die Auswertung der Daten für Logistik ergab 22,7 Stunden, die im Monat für die Bestellungen aufgebracht werden müssen. Hier ist aufgrund voraussichtlich steigender Patientenzahlen und immer neuer Medizinprodukten eher noch mit einer Verlängerung der Bestellzeiten zu rechnen. Dazu kamen noch die routinemäßigen Fachbereichsarbeiten wie Kontrollen des sterilen Materials und die kontinuierliche Anpassung von Checklisten mit 27,4 Stunden pro Monat. Die Ergebnisse zeigen deutlich, dass diese Tätigkeiten einen enormen Aufwand und Umfang an Zeit und Personal

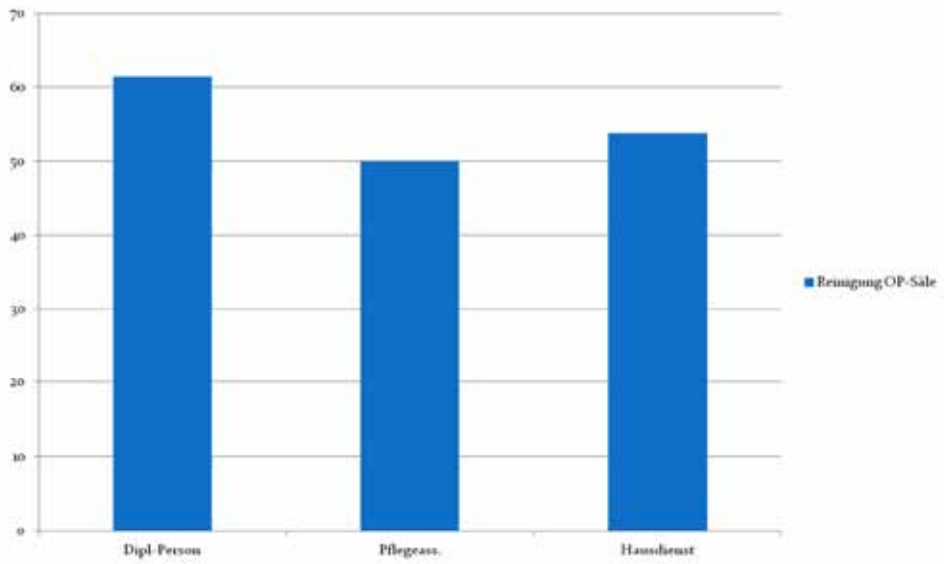


Abb. 3: OP-Saalreinigung am Abend und Nachts
Quelle: Fragebogenstudie

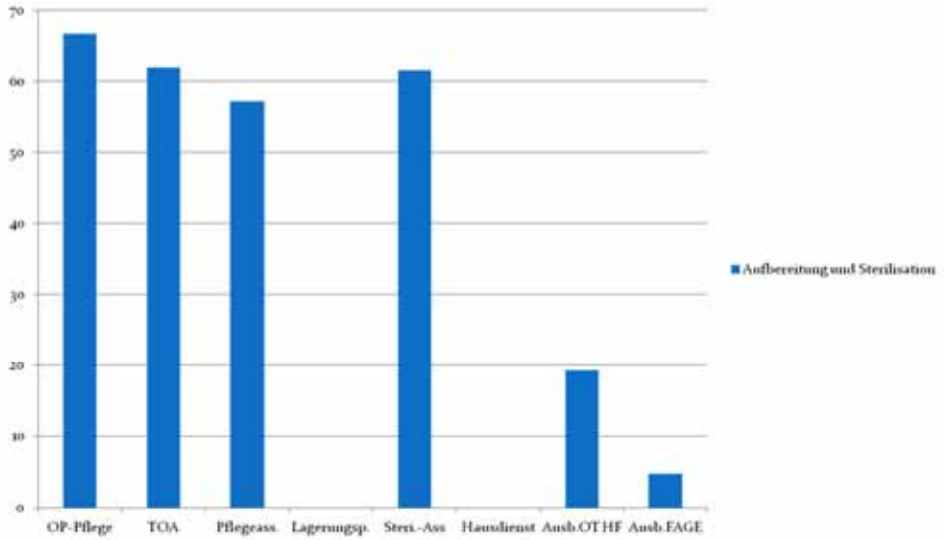


Abb. 4: Zuständigkeiten für die Aufbereitung und Sterilisation
Quelle: Fragebogenstudie

Abb. 5: Verantwortlichkeiten für die Bestellung von Verbrauchsmaterialien
Quelle: Fragebogenstudie

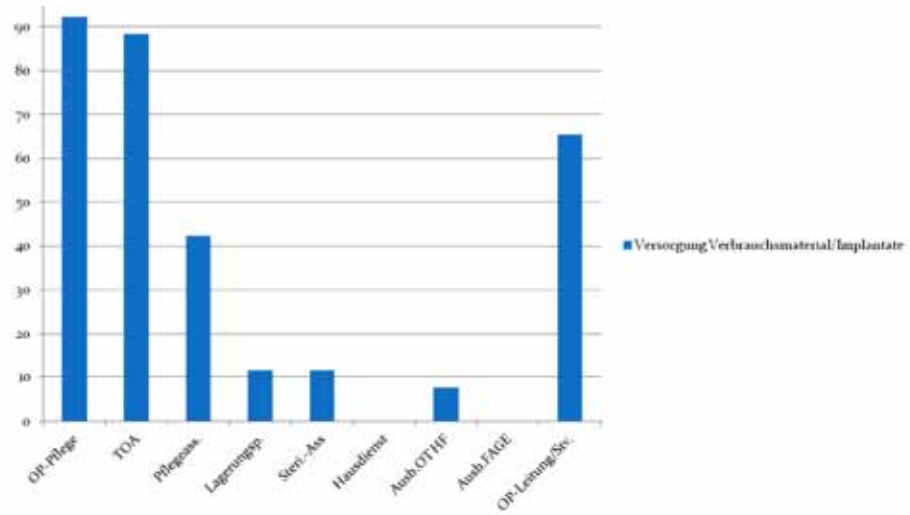


Abb. 6: Verantwortlichkeiten für die Versorgung von geliefertem Verbrauchsmaterial/Implantaten, Quelle: Fragebogenstudie

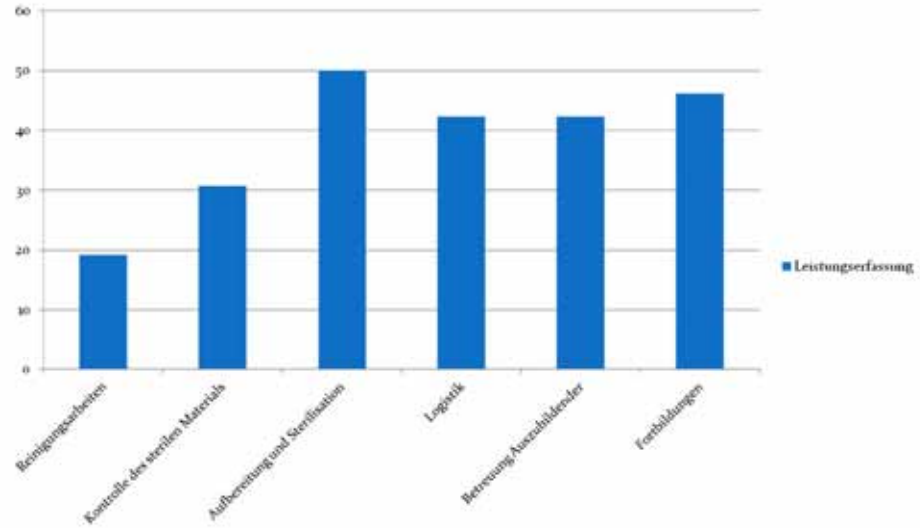


Abb. 7: Tätigkeiten mit adäquater Leistungserfassung, Quelle: Fragebogenstudie

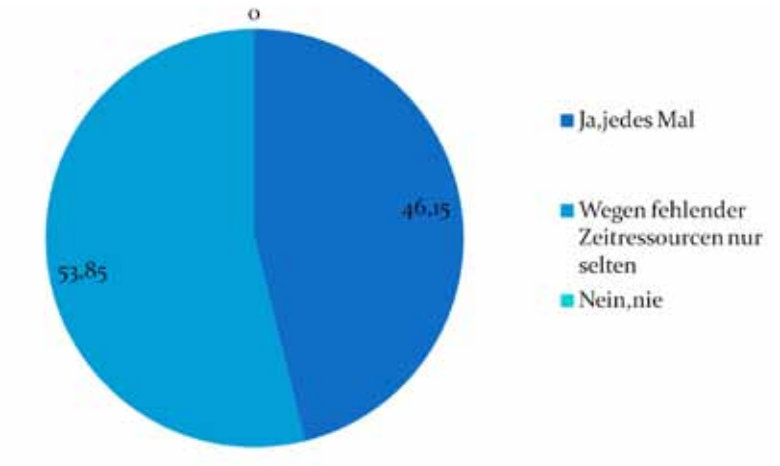


Abb. 8: Können die Teamsitzungen wie geplant durchgeführt werden?, Quelle: Fragebogenstudie

erfordern. Zudem werden diese Tätigkeiten zum größten Teil von hochqualifiziertem Personal erbracht und führen zu einer sehr hohen Belastung, vor allem im Abend- und Wochenenddienst, wo zum Teil auch noch zusätzlich berufsfremde Leistungen in Form von Saalreinigungen und Müllentsorgung erbracht werden, was auf Dauer enorme Kosten verursacht. Für 2010 ergab die Evaluation 704 Notfälle, von denen 371 Notfälle abends und nachts operiert wurden. Die Reinigung der OP-Säle und Müllentsorgung durch diplomiertes OP-Fachpersonal erfolgte an 109 Tagen im Jahr. Das entspricht einem Anteil von 29,7% (Abbildung 2). Das heißt, ein Drittel des Jahres erbringt das Fachpersonal Leistungen, die eigentlich vom Reinigungsdienst erbracht werden müssten.

Durch Optimierung von Arbeitsabläufen und Umstellung von teurer Mehrwegwäsche auf Einwegprodukte konnte bereits in der Projektphase eine Zeitersparnis von 15,25 Stunden und eine Kostenersparnis von CHF 17.055.00 erreicht werden. Vor allem im Hinblick auf den zu erwartenden Fachkräftemangel und die durch Rahmenbedingungen begrenzten finanziellen Ressourcen eines Spitals besteht auf jeden Fall noch ein erheblicher Optimierungsbedarf, um vorhandene Ressourcen effizienter zu nutzen und das Personal entsprechend ihrer Qualifikationen einzusetzen. Hier könnten die Ergebnisse Impulse für zukünftige Skill Grade Mix verschiedener Berufsgruppen geben, wodurch das qualifizierte Fachpersonal entlastet werden kann und muss, damit es für die Kernprozesse der Patientenversorgung zur Verfügung steht.

Fragebogenstudie

Mit dieser Fragebogenstudie sollte aufgezeigt werden, welche Berufsgruppen in den OP-Pflegeteams der teilnehmenden Spitäler vertreten sind, wer überwiegend für die Ausführung nichtpatientenbezogener (indirekter) Tätigkeiten im OP zuständig ist, ob in allen OP-Bereichen die gleichen nichtpatientenbezogenen Tätigkeiten durchgeführt werden oder ob es da Unterschiede gibt. Ein weiteres Ziel ist die Kenntnis über die Dokumentation und eine eventuell bereits vorhandene Leistungserfassung für diese Tätigkeiten in anderen Spitälern und eine Validie-

rung der Projektergebnisse. Befragt wurden 60 OP-Leitungen verschiedener Spitäler. Die Rücklaufquote betrug 43,3%. Mit den Ergebnissen der Fragebogenstudie konnte sowohl die Beantwortung der Fragestellung als auch das Ziel der Befragung erreicht werden. Alle OP-Bereiche haben als Gemeinsamkeit einen hohen Anteil von 92,3% bis 100% an diplomierten OP-Fachkräften. Der Anteil der nicht diplomierten Berufsgruppen variiert zwischen 53,8% und 96,1%. Bei den Auszubildenden gibt es deutliche Unterschiede. Der Anteil der Auszubildenden OP-Pflege / OT HF war zum Zeitpunkt der Befragung mit 76,9% doch deutlich höher als der Anteil der Auszubildenden FAGE (Fachangestellte Gesundheit) mit 26,9%, was vermutlich mit der noch verhältnismäßig kurzen Ausbildungsmöglichkeit für diese Berufsgruppe zu begründen ist. Die Ausbildung zur FAGE wird erst seit 2007 angeboten und ein Einsatz dieser Auszubildenden im OP-Bereich ist nicht in allen Spitälern Teil der Ausbildung. Auch der Anteil der diplomierten OP-Fachkräfte bei der Durchführung der nichtpatientenbezogenen Tätigkeiten Reinigung / Desinfektion / Kontrolle ist im Vergleich zu den vorhandenen anderen Berufsgruppen am höchsten. Hausdienst / Reinigungspersonal ist in 84,6% der befragten OP-Abteilungen vorhanden. Trotzdem liegt der Anteil des diplomierten Personals bei der Reinigung der OP-Säle in den Abend- und Nachstunden mit 61,5% über dem des Hausdienst / Reinigungspersonals mit 53,8%, wie in Abbildung 3 zu sehen ist.

Diese Tätigkeiten sind berufsfremd und das hochgeschulte diplomierte Personal ist hier nicht seiner Qualifikation entsprechend eingesetzt. Zudem fallen dadurch zusätzlich teure Überstunden an. Auch die Mehrheit der befragten OP-Leitungen ist mit 73% der Meinung, dass die OP-Saalreinigung nicht zu den Aufgaben des diplomierten Fachpersonals gehört. Auch in dem Themenbereich Aufbereitung und Sterilisation setzt sich dieser Trend fort. 19,2% der OP-Bereiche haben eine externe Aufbereitung und Sterilisation. Die anderen OP-Abteilungen führen diese Arbeiten zu 61,6% komplett selber durch und in 19,2% der Fälle erfolgt nur die Aufbereitung in der eigenen Abteilung und die Sterilisation extern. Wie Abbildung 4 zeigt, ist auch hier der Anteil des diplomierten Personals mit 72,3% am höchsten.

Im Bereich Logistik sind sowohl für die Bestellungen als auch für die Versorgung der gelieferten Materialien hauptsächlich die diplomierten OP-Fachpersonen einschließlich der OP-Leitungen und deren Stellvertretungen verantwortlich, wie in Abbildung 5 und 6 ersichtlich wird.

Mit einem Anteil von 76,9% bis 96,1% werden nichtpatientenbezogene Tätigkeiten in den OP-Abteilungen dokumentiert, womit auch die Fragestellung zur Dokumentation beantwortet werden konnte. Eine adäquate Leistungserfassung dieser Tätigkeiten gibt es aber nur bei weniger als der Hälfte dieser Tätigkeiten. Lediglich bei der Aufbereitung und Sterilisation konnte eine Leistungserfassung mit 50% festgestellt werden, wie in Abbildung 7 dargestellt.

Positive Ergebnisse zeigte die Befragung zum Thema Fort- und Weiterbildung. Die Mehrheit der OP-Leitungen findet die Teilnahme ihrer Mitarbeitenden an Fortbildungen sehr wichtig. Die Teilnahme an internen und externen Fortbildungsveranstaltungen liegt bei 84,6% bis 96,1%. 88,5% der diplomierten Fachkräfte und OP-Leitungen / Stellvertretungen nehmen regelmäßig an Fortbildungen teil. Einen deutlichen Unterschied gibt es im Bereich Informationsfluss. Wie die Abbildung 8 zeigt, kann nur bei 46,1% eine Teamsitzung wie geplant durchgeführt werden, während bei 53,8% wegen fehlender Zeitressourcen und langen OP-Programmen die Teamsitzungen nicht wie geplant durchgeführt werden können.

Im Themenbereich Ausbildung liegt hier selbstverständlich die Hauptverantwortung bei dem diplomierten Fachpersonal beziehungsweise ausgebildeten Instruktoren/Innen, welche ebenfalls diplomierte OP-Fachkräfte sind. Die Ergebnisse zeigen deutlich, dass hochgeschultes OP-Fachpersonal neben der direkten Versorgung der Patientinnen und Patienten auch noch für viele nichtpatientenbezogene (indirekte) Tätigkeiten zuständig ist. Vor dem Hintergrund der DRG-Abrechnung ist daher eine vollständige und lückenlose Dokumentation und Leistungserfassung auch dieser nichtpatientenbezogenen Tätigkeiten wichtig. 65,4% der befragten OP-Leitungen sind auch dieser Meinung.

Fazit

Die Ergebnisse der Fragebogenstudie zeigen in allen OP-Bereichen eine hohe Beteiligung des hochgeschulten OP-Fachpersonals bei der Durchführung nichtpatientenbezogener Tätigkeiten. Diese Tätigkeiten sind für einen reibungslosen OP-Betrieb sehr wichtig. Aber müssen sie unbedingt von hochgeschultem Fachpersonal ausgeführt werden? Diese Tätigkeiten bedeuten für das diplomierte Personal neben der direkten Patientenversorgung eine enorme Belastung. In Hinblick auf den oben beschriebenen zu erwartenden Fachkräftemangel durch eine deutlich abnehmende Zahl der Schulabgänger, zunehmende Teilzeitarbeit, viele Berufsaussteiger und die ab 2020 verdoppelte Pensionierungsrate ist hier eine Optimierung der Personalressourcen und ein Einsatz des hochgeschulten diplomierten Personals entsprechend der Qualifikationen unumgänglich. Bereits jetzt gibt es in den OP-Bereichen vieler Spitäler unbesetzte Stellen und die Besetzung offener Stellen ist nicht einfach. Die direkte Versorgung der Patienten wird sich auf immer weniger Fachpersonal verteilen, wodurch es immer schwieriger wird, eine kontinuierliche Versorgung unter Einhaltung hoher Qualitätsstandards aufrecht zu erhalten. Gerade Tätigkeiten im Bereich Reinigung, Desinfektion, Kontrolle, Materialversorgung sowie Aufbereitung und Sterilisation können hauptsächlich auch von nichtdiplomierten Berufsgruppen ausgeführt werden, um das diplomierte OP-Fachpersonal zu entlasten. Wie die Ergebnisse der Befragung zeigen, gibt es bereits einige Spitäler, die bestimmte Bereiche wie Aufbereitung und Sterilisation oder die Logistik außerhalb der OP-Abteilung zentral organisiert haben, wodurch das OP-Fachpersonal entlastet wurde und sich gezielter auf die Patientenversorgung als Kernarbeit konzentrieren kann. Vor allem begrenzte finanzielle Ressourcen der Spitäler, leistungsorientierte Budgetierung und die Einführung der Swiss-DRG 2012 werden eine lückenlose Dokumentation und Leistungserfassung aller im OP anfallenden Tätigkeiten in der Zukunft unumgänglich machen.

Kontakt

Kerstin Behrend
LOPS Vereinigung für leitendes OP-Personal
Tel.: +41 (0)62 771 37 71
E-Mail: kerstin.behrend@lops.ch
www.lops.ch

Vorankündigung Handbuch OP - Effizienz

Die zunehmenden Kosten in der Gesundheitsversorgung und das unausgewogene Verhältnis von finanziellem Aufwand und erbrachter medizinischer Leistung haben gesundheitspolitische Maßnahmen und eine eingeschränkte Bereitstellung finanzieller Mittel zur Folge. Dennoch müssen Krankenhäuser trotz geringer Ressourcen und einem eng geschnürten Kostenrahmen die geforderten medizinischen Leistungen in bestmöglicher Qualität zur Verfügung stellen. Dazu müssen sie ihre Organisationsstrukturen an die aktuellen Rahmenbedingungen anpassen. Hierbei spielt der Gedanke der Effizienz eine wichtige Rolle.

Carmen Fromme

Die Bedeutung einer effizienten Steuerung steht im Hinblick auf die kritische wirtschaftliche Situation vieler Krankenhäuser und in Anbetracht des zunehmenden Kostendrucks außer Frage. Dies gilt insbesondere für den OP-Bereich, einem der material-, zeit- und schnittstellenintensivsten Bereiche des Krankenhauses. Dennoch gestaltet sich die Etablierung eines erfolgreichen OP-Managements im Alltag häufig problematisch. Abläufe sind meist nicht vollständig oder fehlerhaft dokumentiert. Hinzu kommen Interessenskonflikte und ein erhöhter Abstimmungsbedarf zwischen den Akteuren der verschiedenen Berufsgruppen und Fachbereichen im OP. Auch fehlt es an Orientierungsmöglichkeiten zur Messung, Bewertung und Dokumentation der eigenen Arbeitsleistung und Erfolge. Der ausgefüllte Arbeitsalltag lässt wenig Zeit für die Auseinandersetzung mit neuen Managementmethoden, in vielen Fällen ist auch das hierfür notwendige Expertenwissen nicht vorhanden. Eine ineffiziente Ressourcennutzung und wirtschaftliche Defizite sind die Folge.

Der „Expertenkreis OP-Effizienz" beschäftigt sich seit 2010 mit dem Thema Effizienz als Schlüsselbegriff des OP-Managements.

Neben seiner beratenden Tätigkeit hat es sich der Expertenkreis zum Ziel gesetzt, die Möglichkeiten von Prozessoptimierungen im OP-Bereich zu evaluieren, beratend tätig zu sein und allen Beteiligten konkrete Handlungsempfehlungen zur Verfügung zu stellen.

Das Expertenkreis-Gremium setzt sich aus einer ausgewählten Konstellation von Mitgliedern aus verschiedenen Bereichen zusammen. Vertreter aus Kliniken, Hochschulen, Verbänden, Beratungsunternehmen und Industrie bringen das Wissen ihrer täglichen Arbeit ein und beleuchten die vielschichtigen Aspekte zum Thema OP-Wirtschaftlichkeit aus verschiedenen Perspektiven.

Die Besonderheit des Expertenkreises ist seine aktive Kommunikation mit den beteiligten Berufsgruppen und Hierarchieebenen eines Krankenhauses. Die Erkenntnisse dieses kontinuierlichen Austausches von Erfahrungen bilden die Grundlage für die Erarbeitung von Lösungsoptionen sowie die Bereitstellung von Handlungsempfehlungen und Instrumenten zur Erfassung und Bewertung von Prozessen, speziell im OP-Bereich.

Kennzahlen zur Messung der OP-Effizienz

Das aktuelle Projekt des Expertenkreises beschäftigt sich mit der Entwicklung eines eigens für den OP entwickelten Kennzahlensystems.

Das moderne Krankenhausmanagement ist auf aussagekräftige Kennzahlen angewiesen. Sie machen Prozesse messbar, dokumentieren und bewerten Leistungen und unterstützen als wichtige Informationsquelle das Management bei der Entscheidungs- und Zielfindung sowie der Vermeidung von Fehlentwicklungen. Die Betrachtung von Einzelkennzahlen reicht hierfür allerdings nicht aus, da sie das komplexe System OP nicht ausreichend erfassen und eine aussagekräftige Interpretation nicht zulassen. Mit der Erarbeitung einer Balanced Scorecard speziell für den OP, kurz OP-BSC, können Kliniken die Wertschöpfung im OP vollständig abbilden und messen. Die OP-BSC betrachtet das System OP als Ganzes und berücksichtigt alle Ursachen, Wirkungen und Abhängigkeiten. Sie analysiert den aktuellen Ist-Zustand, zeigt Verbesserungspotenziale auf und steuert die OP-Abläufe. Hierfür ist eine gut durchdachte Auswahl der richtigen Kennzahlen von entscheidender Bedeutung, da nur so eine objektive Darstellung der Prozessleistung entsteht. Berücksichtigt werden neben den eigentlichen Kennzahlen auch die einfache Anwendbarkeit im praktischen Alltag sowie die Möglichkeit eines übersichtlichen Management-Reports. Aufgrund der so verbesserten Transparenz können wichtige organisatorische und strategische Entscheidungen hinsichtlich der Prozessabläufe schnell getroffen und umgesetzt werden.

Die methodische Entwicklung einer Balanced Scorecard für den OP

Der Bedarf nach mehr Wissen rund um das Thema OP-Effizienz brachte für den Expertenkreis die Notwendigkeit mit sich, sich intensiv mit dessen Inhalten auseinander zu setzen. In umfangreichen Work-

EXPERTENKREIS OP-EFFIZIENZ

Kennzahlendefinitionsblatt

3.0.1 Morgendlicher OP-Beginn		Perspektive: Prozesse | Ziel: Ablauforganisation verbessern
Definition der Kennzahl: Morgendlicher OP-Beginn und Abweichung von der vereinbarten Zeit		**Berechnung der Kennzahl:** - Erste dokumentierte Schnittzeit pro Saal und Tag - Differenz zwischen Start und Vereinbarung
Einheit der Kennzahl: Uhrzeit, Abweichung in Minuten	**Erhebungshäufigkeit:** monatlich	**Messgrößen / Messdaten:**
Quellen: OP-Dokumentation		**Datenquelle im KH:** OP-Dokumentation
Betroffene Unternehmensbereiche: Kliniken, Anästhesie, KH-Leitung, OPM		**Vorhandene Vergleichsdaten:**
Darstellung der Kennzahl(en): Pro Saal und Fachabteilung		**Verantwortlich im KH:** OP-Management **Was spricht für diese Kennzahl als Messgröße für OP-Effizienz?** Effizienz- und Disziplin-Parameter
Sonstiges:		

Abb. 1: Kennzahlendefinitionsblatt
Quelle: Eigene Darstellung

shops wurde ein Entwicklungskonzept für eine OP-BSC erarbeitet. Das Projekt wird vom „Expertenkreis OP-Effizienz" in einem neuen Handbuch vorgestellt, das Anfang 2013 erscheinen wird. Es beschreibt die einzelnen Entwicklungsschritte einer OP-BSC und informiert den Leser sowohl mit theoretischem Fachwissen als auch mit wertvollen praxisbezogenen Inhalten zur Entwicklung eines speziell auf den OP-Bereich zugeschnittenen Kennzahlensystems mit ganzheitlichem Ansatz.

Das Handbuch beschreibt die Arbeitsmethodik zur Erstellung einer BSC in einzelnen Schritten. Am Anfang steht die Entwicklung eines Entwurfes von Visionen und Strategien. Die komplexen Prozessabläufe sind hier ausschließlich auf den OP-Bereich begrenzt. Betrachtet wird somit nur der Prozessabschnitt zwischen Einschleusung in den OP und Ausschleusung des Patienten. Anschließend stellt das Handbuch die Arbeitsergebnisse verschiedener Workshops vor, die sich mit der Entwicklung und exakten Formulierung von strategischen Zielen beschäftigt haben.

Berücksichtigt werden hierbei vier Perspektiven, die durch ihre Ursache-Wirkungs-Vermutungen miteinander in Beziehung stehen. Die Finanzperspektive, die Prozessperspektive, die Kundenperspektive sowie die Lern- und Entwicklungsperspektive bilden den mehrdimensionalen Ansatz der vorgestellten OP-BSC.

Folgende Regeln werden bei der Auswahl der Ziele beachtet:

- Inhaltliche Klärung des Zielvorschlages
- die gemeinsame Zuordnung des Zieles zur entsprechenden Perspektive
- Der Logik der Perspektiven folgen
- Bei der Durchsprache von Zielen mit der Ausgangsperspektive beginnen
- die Festlegung des Konkretisierungsgrades
- das Hinterfragen der Bedeutung für den medizinischen Praxiszweck

In einem nächsten Schritt werden geeignete Messgrößen identifiziert, über welche die Operationalisierung der festgelegten Ziele erfolgt. Sie setzen sich zusammen aus quantitativen und qualitativen Kennzahlen, monetären und nichtmonetären Kennzahlen sowie Leistungstreiber- und Ergebniskennzahlen. Jedes Krankenhaus wird angehalten, seine individuellen Zielwerte festzulegen. Diese können sich beispielsweise an der Erwartungshaltung der Krankenhausleitung oder an Erfahrungswerten aus der Vergangenheit orientieren und lassen sich auf den Gesamtzeitraum oder einzelne Zeitabschnitte beziehen.

Die Umsetzung der strategischen Ziele wird durch die Erarbeitung konkreter Maßnahmen unterstützt. Die Auswahl der Handlungsschritte erfolgt sowohl im Hinblick auf die zuvor definierten Ziele als auch unter Berücksichtigung von Zielabweichungen im Laufe der Messung. Im Falle aufgetretener Abweichungen müssen die Ursache-Wirkungs-Vermutungen, Strategien, Ziele und Zielwerte überdacht und gegebenenfalls angepasst werden. Die Teilnehmer profitieren somit von einem strategischen Lernprozess.

Der Arbeitsprozess des Expertenkreises wurde von insgesamt drei Veranstaltungen begleitet, an denen mehr als einhundert OP-Leitungen, OP-Manager und Verantwortliche aus der Wirtschaftsabteilung teilgenommen haben. In unterschiedlichen Workshops wurden die Arbeitsergebnisse analysiert und kommentiert. Somit wurden die Praxiserfahrung und das Know-how vieler erfahrender Führungskräfte im Krankenhaus berücksichtigt.

Die praktische Umsetzung einer BSC mit Hilfe einer Software-Anwendung

Um eine sorgfältige und kontinuierliche Planung und Steuerung gewährleisten zu können, sollte die Erarbeitung und Umsetzung einer BSC optimal koordiniert und aufgezeichnet werden. Dadurch können die vereinbarten Zielwerte verfolgt, Strategie und Vision geprüft und gegebenenfalls überarbeitet werden.

Die Erarbeitung von Vision, Strategie, Zielen und Zielwerten, Maßgrößen, Kennzahlen und Aktionen können problemlos mit den im Haus vorhandenen Textverarbeitungsprogrammen erfolgen. Die Arbeit mit der aufgestellten BSC sollte jedoch mit einer Software durchgeführt werden, die alle erforderlichen Aufgaben, insbesondere ein schnelles und einfaches Reporting, optimal unterstützt. Sinnvoll ist auch die regelmäßige Rückmeldung von vereinbarten Zielwerten durch die verantwortlichen Mitarbeiter. Dies erfordert ein systematisch aufgebautes Rechtekonzept, das einerseits eine unkomplizierte und wenig zeitaufwendige Bedienung anhand der zugewiesenen Aufgaben gewährleistet, und andererseits den Datenschutz sicherstellt. So wird beispielsweise verhindert, dass Mitarbeiter die Werte ihrer Kollegen einsehen und verändern können.

Eine Software, die speziell zur Erstellung und Umsetzung von BSC's in Gesundheitseinrichtungen entwickelt wird, sollte vermehrt als Web-Applikation programmiert werden. Sie wird nicht wie vergleichbare Software auf ausgewählten Rechnern einzeln installiert, sondern zentral auf einem Hochsicherheitsserver zur Verfügung gestellt und gewartet. Jeder Anwender kann so mit dem von ihm verwendeten Internetbrowser auf die Software zugreifen, nachdem er sich mit seinen persönlichen Zugangsdaten angemeldet hat. Dies gewährleistet eine Zugangsmöglichkeit von jedem Rechner, an jedem Ort und zu jeder Zeit, sowohl mit dem PC, als auch per Smartphone und Tablet PC.

Die Software sollte den Krankenhausmitarbeitern einen zentralen Zugriff auf Kennzahlen ermöglichen. Entscheidend ist hierbei, den Eingabe- und Bearbeitungsaufwand so gering wie möglich zu halten. Zudem sollte der Nutzer jederzeit notwendige weiterführende Informationen abrufen können, beispielsweise zur Berechnung von Kennzahlen oder zur Erläuterung von Unternehmenszielen.

Als Informations-, Kommunikations- und Interaktionsmedium sollte die Software die Möglichkeit bieten, Statusmeldungen einzustellen und über derzeitige Zielwerte zu berichten. Denn nur der informierte Mitarbeiter hat die Möglichkeit schnell, flexibel und effektiv auf die aktuelle Situation zu reagieren und ggf. Korrekturmaßnahmen zu ergreifen.

Eine für die Erstellung einer BSC optimale Software zeichnet sich jedoch auch dadurch aus, dass jedem Mitarbeiter nur genau die Informationen und Funktionen zur Verfügung gestellt werden, die für die erfolgreiche Durchführung seiner Arbeit notwendig sind. Dies gewährleistet eine einfache Bedienbarkeit entsprechend der vorgegebenen Aufgaben und der Nutzer wird nicht mit der Komplexität der Anwendung überfordert.

Zentrale Daten innerhalb einer Hierarchie aus mehreren Mandanten setzen die Entwicklung eines ausgeklügelten Rechtekonzeptes voraus, dass die Zuweisung und Einschränkungen der verschiedenen Softwarefunktionen und den Zugriff auf sensible Daten entsprechend der Verantwortlichkeiten regelt. Dies gilt sowohl für die verschiedenen Häuser als auch innerhalb der klinikinternen Organisationshierarchie für die einzelnen Benutzer.

Fazit

Alle Kennzahlen sind von der Einrichtung selbst beeinflussbar und direkt mit dem Erfolg der Klinik verbunden. Sich ändernde Rahmenbedingungen lassen sich zeitnah erfassen und eine Anpassung der Strategie lässt sich durch eine kontinuierliche Datenanalyse schnell vornehmen. Die Mitarbeiter können ihren Erfolg an den Kennzahlen der BSC messen und bewerten. Die BSC hilft dabei, die Unternehmensstrategie mit bestimmten Kennzahlen zu verbinden und ist Kommunikationsmittel für alle am Behandlungsprozess beteiligten Berufsgruppen.

Kontakt

Carmen Fromme
Universitätsklinik Tübingen
Geschäftsführung und Pflegedienstleitung
Mitglied des Expertenkreises OP-Effizienz
Tel.: 07071/298 64 52
E-Mail: Carmen.Fromme@med.uni-tuebingen.de
www.medizin.uni-tuebingen.de

Neue Gestaltung für Komfort und Wohlbefinden

St. Marien-Hospital Lüdinghausen investierte in den Neubau einer Wahlleistungsstation mit Hotelcharakter

Im Rahmen eines Krankenhausaufenthaltes nicht auf Komfort verzichten: Diesem Wunsch von Seiten der Patientinnen und Patienten sehen sich Entscheidungsträger von Kliniken zunehmend gegenübergestellt. So war es auch im St. Marien-Hospital Lüdinghausen, einem Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung im Münsterland. Nicht nur die Ergebnisse der Patientenbefragung, sondern auch die bauliche und wirtschaftliche Notwendigkeit waren entscheidend dafür, dass sich die Verantwortlichen für den Bau einer Wahlleistungsstation im Hotelcharakter entschieden haben.

Monika Kleingräber-Niermann

Die Idee als unternehmerische Notwendigkeit

Eine auf die Zukunft ausgerichtete Unternehmenspolitik und damit auch die Stärkung der Erlösseite, damit beschäftigt sich auch das Unternehmen Krankenhaus stetig. Bereits als sich die Idee für den Neubau einer „High-End-Wahlleistungsstation" entwickelte war deshalb klar, alle vom Verband der privaten Krankenversicherung (PKV) ausgeschriebenen Komfortelemente zu erfüllen und dadurch langfristig den Höchstpreis für die Komfortunterbringung zu sichern. Eine gute Entscheidung, denn unabhängig vom Versicherungsstatus wurde das neue Unterbringungsangebot in den ersten 12 Monaten von rund 1.000 Patientinnen und Patienten angenommen, Tendenz steigend. Neben der unternehmerischen Grundverantwortung der Wirtschaftlichkeit ist die Schaffung von Qualitätsangeboten jedoch auch im Leitbild des Krankenhauses festgeschrieben.

Abb.1: Neubau des St. Marien-Hospitals Lüdinghausen mit der Wahlleistungsstation im ersten Obergeschoss, Quelle: St. Marien-Hospital Lüdinghausen

Optimierte Dienstleistungs- und Pflegeprozesse

Mit einem Gesamtvolumen in Höhe von 7,6 Millionen Euro investierten die Träger in den 40m x 40m großen Neubau, der neben der 30-Betten-Wahlleistungsstation im Obergeschoss auch 30 Betten der Klinik für Geriatrische Rehabilitation im Untergeschoss beherbegt. Die Wahlleistungsstation wird fachübergreifend geführt und verfügt über zehn Einzelzimmer, zehn Zweibettzimmer, eine Lounge, diverse Arbeits-, Dienst- und Therapieräume sowie über Warte- und Aufenthaltsbereiche.

Ursprünglich befanden sich eingestreute Wahlleistungszimmer auf jeder Station innerhalb des Krankenhauses. Durch die Platzierung der Wahlleistungsstation auf einer Ebene bildet diese jetzt eine für sich räumliche als auch organisatorisch separate Einheit, was zu einer deutlichen Optimierung der Prozessabläufe führt. Insbesondere die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Wahlleistungsservice profitieren davon: Sie haben kürzere Wegezeiten, die Bevorratung für den Wahlleistungsbereich wie zum Beispiel Bademäntel, DVDs oder das Kosmetikset für Patienten werden an einem Ort bevorratet und auch die Kommunikation und Koordination mit den Pflegenden konzentriert sich lediglich auf ein Team und erfolgt innerhalb nur einer räumlichen Einheit.

Bei der Planung wurde auf die Schaffung von „Wohlfühlatmosphäre" geachtet, was durch eine ansprechende Einrichtung auch tatsächlich gelungen ist. Jeder Patient ver-

Abb. 2: Einbettzimmer auf der Wahlleistungsstation des St. Marien-Hospitals Lüdinghausen
Quelle: St. Marien-Hospital Lüdinghausen

fügt über einen eigenen Kleiderschrank mit separater Kofferablage. Die modern eingerichteten Zimmer verfügen über große, fast bodentiefe Fenster und bieten bereits im Zugangsbereich ausreichend Rangierfläche für Patienten, die auf einen Rollstuhl angewiesen sind. Der großzügige Sanitärbereich präsentiert sich mit einer bodengleichen Dusche, einem Waschtisch mit beidseitiger Ablagefläche, WC, einem geneigten Spiegel, der besonders für sitzende Patienten praktische Vorteile bietet. Davon profitieren nicht nur die Patientinnen und Patienten sondern auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Insbesondere der große Badbereich vereinfacht die Hilfestellung bei der Körperpflege des Patienten und die bereits zur Verfügung stehende funktionale Ausstattung muss nicht erst organisiert werden (Abb. 2).

Neben den fachlichen und organisatorischen Prozessen stand von Beginn an ein weiterer Aspekt im Fokus: Die Vorbereitung des auf der Komfortstation tätigen Personals im Hinblick auf geschulte Umgangsformen. Bereits vor der Inbetriebnahme der Station wurden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aller Berufsgruppen von einem Unternehmen, das sich auf die Weiterbildung von Personal für das Hotel- und Gaststättengewerbe spezialisiert hat, diesbezüglich geschult.

Optimale Zusammenarbeit in der Patientenversorgung

Pflegerische Aufnahme- und Aufenthaltsbereiche befinden sich räumlich getrennt vom Service- und Loungebereich, dadurch sind die unterschiedlichen Zuständigkeiten von Pflege- und Servicebereich für Patienten und Angehörige leichter zu differenzieren. Der Patient kann sich mit seinen Anliegen direkt an den dafür verantwortlichen Ansprechpartner wenden. Das wirkt sich positiv auf die Effizienz der Behandlungsprozesse aus, zudem ermöglicht die räumliche und funktionale Abgrenzung ein konzentriertes Arbeiten im jeweiligen Bereich. Während sich die Pflegenden ihren pflegerischen Kernaufgaben widmen ist der Wahlleistungsservice ausschließlich für den „Service- und Dienstleistungsbereich" verantwortlich.

Die Aufgaben und beruflichen Verantwortlichkeiten für den Wahlleistungsservice wurden dafür bereits vor dem Echtbetrieb exakt definiert. „Es handelt sich um nichtärztliche, nichtpflegerische sowie nichtreinigungstechnische Aufgaben, die durch Wahlleistungsassistenten ausgeführt werden. Im Vordergrund steht die „Dienstleistung" für den Patienten und damit eine „Serviceleistung" zum Wohl des Patienten. Diese Serviceleistung kann von jedem Wahlleistungspatienten sowie von jedem Mitarbeiter, im Auftrag des Patienten, angefordert werden." Es hat sich gezeigt, dass die Festlegung der genauen Zuständigkeit des Wahlleistungsservices für eine komplikationslose Zusammenarbeit der an der Patientenversorgung beteiligten Berufsgruppen von besonderer Bedeutung ist.

Einmal täglich besucht die Wahlleistungsassistentin jeden Wahlleistungspatienten und hinterfragt individuelle, persönliche Wünsche sowie die Notwendigkeit von Erledigungen innerhalb und außerhalb des Krankenhauses, wie zum Beispiel Besorgungen vom Kiosk, Post- und Botengänge. Zudem beinhaltet der Besuch das tägliche Ab-

fragen der einzelnen Komfortelemente. Durch ihre Dienstkleidung (Hosenanzug / Kostüm) ist die Wahlleistungsassistentin für jeden als „Hostess" erkennbar. Als persönliche Ansprechpartnerin besitzt sie eine besondere Schlüsselfunktion.

Aufgaben der Wahlleistungsassistentin

- Informationsaustausch mit den Mitarbeitern der Patientenaufnahme sowie mit dem Pflegepersonal
- Druck der aktuellen Belegungsliste
- Aufsuchen des Patienten:
  - Beratung, Versichertenstatus klären, Wahlleistungsvereinbarung unterschreiben lassen, gegebenenfalls Rückmeldung einer Belegungsänderung an den Mitarbeiter der Patientenaufnahme, vereinbarte Wahlleistungen (Chefarztbehandlung) klären, Änderungswünsche erfragen, Unterbringung klären und gegebenenfalls auf bestehende Mehrkosten hinweisen,
  - Anmeldeformalitäten ergänzen, Anmelden des Telefons, Erklären der Funktionen von Außenjalousie, Fernseher, Patientenbett, Schelle, Tresor, individuelle Wünsche erfragen (zum Beispiel Bademantel, DVD, überregionale Tageszeitung, Vereinbarung Friseurtermin, Wäschereinigung), Erklärung sowie Übergabe des Fragebogens „Kleine Patientenbefragung"
- Kontakt zu Sozialdienst, Seelsorge, TheraNet NRW herstellen
- Beschwerden beziehungsweise Zufriedenheitsäußerungen, soweit möglich, klären, bei Bedarf Weiterleitung an den / die AbteilungsleiterIn, gegebenenfalls Dokumentation in die Software „Kritikom"
- Sofern der Patient während des Aufenthaltes Geburtstag hat, Übergabe eines kleinen Präsentes (zum Beispiel Rose)
- Bei fehlender Unterschrift auf der Wahlleistungsvereinbarung gegebenenfalls Anschreiben an den Patienten oder an dessen Angehörigen
- Dokumentation, Evaluation der Patientenkontakte
- Abholung der Tageszeitung an der Krankenhausinformation und Ausgabe an die Patienten (täglich)
- Auslage der Speisepläne (wöchentlich)
- Auslage der Programmzeitschrift (wöchentlich)
- Auslage der Freizeitangebote des hauseigenen „Gesellschaftsdienstes"
- Vorbereitung und Verteilung der Vertragsmappen an die aufnehmenden Bereiche. Inhalt: Verträge und dazugehörige Anlagen, Flyer Wahlleistungsservice, Lob- und Kritikkarte, Schreibblock, Kugelschreiber, Visitenkarte, Fragebogen „Kleine Patientenbefragung"
- Aktualisierung und Kauf von Zeitschriften für die Lounge
- Weiterleitung von Störmeldungen an die technische Abteilung
- Prüfung der Umsetzung der von ihr beauftragten Leistungen (zum Beispiel Lieferung der gewünschten Brotsorte)
- Sichtung der Patientenzimmer sowie der Nebenbereiche mit Blick auf Sauberkeit, Ordnung, Funktion des Heißgetränkeautomaten sowie Abräumen von benutztem Geschirr in der Lounge
- Besorgung und Auslage von Informationsmaterial über die Stadt Lüdinghausen, Fahrpläne ÖPNV.

Unabhängig von der tatsächlichen Notwendigkeit erfolgt jeden zweiten Tag ein Bettwäschewechsel durch das Pflegepersonal. Es wurde hochwertige Wendebettwäsche angeschafft, die sich farblich an das Raumkonzept anlehnt. Wahlleistungspatienten sind grundsätzlich von der Grundgebühr für das Telefon befreit. Auch die Stellung des Fernsehgerätes sowie eine DVD-Auswahl werden kostenfrei angeboten. Eine eventuell dringend erforderliche Reparatur kann der Wahlleistungspatient immer direkt und eigenständig in Auftrag geben. Die Beauftragung erfolgt durch das Aufhängen eines „Türhängers", der dann vom Personal direkt an die technische Abteilung weitergeleitet wird.

Guten Appetit

Die Vorhaltung einer hauseigenen Küche ermöglicht ein Verpflegungsangebot der Extraklasse mit regionalen, jahreszeitlich bedingten und kontinuierlich wechselnden Speisen. Alle Ansprüche der Deutschen Gesellschaft für Ernährung eine ernährungsphysiologische Kost herzustellen, werden dabei berücksichtigt. Da überwiegend frische Produkte zur Anwendung kommen, ist der Einsatz von Convenience-Produkten – das sind Fertigprodukte der Stufen 1 bis 4 - im Vergleich zur Regelversorgung deutlich reduziert. Die EDV gestützte Menüerfassung gewährleistet einen reibungslosen Ablauf von der Essensbestellung bis zur Auslieferung der Speisen. Diese Erfassung ermöglicht es, dass individuelle Wünsche, Sonderkostformen, spezielle Allergien oder Unverträglichkeiten unmittelbar mit der Aufnahme und für den Gesamtaufenthalt berücksichtigt werden. Eine Speisekarte in jedem Wahlleistungszimmer informiert über das zusätzliche Verpflegungsangebot und damit über eine Vielzahl an zusätzlichen Einzelkomponenten. Täglich kann aus vitaler, mediterraner, bürgerlicher oder auch gehobenem Kostangebot ausgewählt werden.

Trägerschaft und Unternehmen

Das St. Marien-Hospital Lüdinghausen ist ein Krankenhaus in katholischer Trägerschaft. Hauptgesellschafter der St. Marien-Hospital Lüdinghausen GmbH ist die St. Franziskus Stiftung Münster (51%). Weitere Gesellschafter sind die Vestischen Caritas-Kliniken Datteln GmbH (39%) sowie das Kuratorium Stiftung St. Marien-Hospital Lüdinghausen (10%). Jährlich versorgt das Hospital mit seinen 158 Betten rund 17.000 Patienten stationär und ambulant in den Fachabteilungen Chirurgie und Innere Medizin, dem Zentrum für Akutgeriatrie und Geriatrische Rehabilitation sowie der nicht bettenführenden Abteilung Anästhesie und Intensivmedizin. Zudem erfolgen ambulante Operationen und stationsersetzende Eingriffe.

Fazit

Das Einzelzimmer zum Preis von 150,00 Euro und das Zweibettzimmer zum Preis von 80,00 Euro stehen jedem, ob privat versicherter Patient oder Selbstzahler, zur Verfügung. In der Öffentlichkeit musste dennoch zunächst das Bewusstsein geschaffen werden, dass es sich bei der Komfortstation lediglich um das Angebot einer Zwei-Klassen-Unterbringung und nicht um das Angebot einer Zwei-Klassen-Medizin handelt. Nach einem Jahr Betrieb zeigt sich, dass die Schaffung der Wahlleistungsstation im Hotelcharakter für das St. Marien-Hospital Lüdinghausen als ein Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung zukunftsentscheidend war. Die Erlöse auch aus diesem Bereich sichern die Existenz des Unternehmens und tragen dazu bei, dass auch in Regelleistungsbereiche investiert werden kann.

Kontakt

Monika Kleingräber-Niermann
St. Marien-Hospital Lüdinghausen GmbH
Verwaltungsdirektorin
Tel.: 02591/231-391
E-Mail: monika.kleingraeber-niermann@smh-luedinghausen.de
www.smh-luedinghausen.de

Der Gesundheitscampus Nordrhein-Westfalen:

Für eine gute medizinisch-pflegerische Versorgung im demografischen Wandel

Der Gesundheitscampus NRW ist lokal in Bochum verankert, seine Aktivitäten sind aber an das ganze Land NRW gerichtet. In einer Kultur der Partnerschaft leistet der Gesundheitscampus einen Beitrag dazu, die Brüche und Grenzen zwischen Versorgungsprozessen, Berufsgruppen und zwischen Wissenschaft, Versorgung und Gesundheitswirtschaft in einer gemeinsamen Anstrengung zu überwinden und stärkt NRW im demografischen Wandel als Land einer qualitativ hochwertigen und bedarfsgerechten medizinischen und pflegerischen Versorgung für alle Bürgerinnen und Bürger.

Arndt Winterer

Konzentration und Vernetzung

Die Idee des Gesundheitscampus NRW ist seit ihren Anfängen 2006/2007 durch das Spannungsverhältnis von lokaler Konzentration und dezentraler Vernetzung geprägt.

Für Konzentration stand dabei insbesondere die ursprüngliche Bezugnahme auf die National Institutes of Health der USA (NIH)[1] mit insgesamt 27 Instituten und Zentren, in Vollzeitkräften gerechnet gut 18.000 Beschäftigten sowie einem Gesamtbudget von knapp 31 Mrd. $.[2] Der strategische Gegenpol fand seinen ersten Ausdruck im I. Forum Gesundheitswirtschaft NRW am 13.12.2007. Dort stand die Vernetzung dezentraler Kompetenzen unter dem Dach „NRW.Gesundheit" mit einem kleinen organisatorischen Kern im Mittelpunkt.[3] Der Grundsatzbeschluss der damaligen Landesregierung vom 17.6.2008 zur Errichtung eines Gesundheitscampus im Ruhrgebiet[4] und die Standortentscheidung am 12.5.2009 für Bochum[5] setzten wieder stärker auf ein örtlich konzentriertes Konzept.

Seit dem Beschluss der neuen Landesregierung am 28.9.2010, an der Errichtung des Gesundheitscampus Nordrhein-Westfalen festzuhalten[6], geht es vor allem darum, beide Elemente inhaltlich und praktisch miteinander zu verbinden. Die von Beginn an wenig realistische Bezugnahme auf die NIH spielt dabei keine Rolle mehr. Ziel ist „ein ausgewogenes Verhältnis von Konzentration am Standort und starker Vernetzung mit den Gesundheitsregionen des Landes"[7] beziehungsweise „eine neue Balance zwischen regionaler und landesweiter Vernetzung und lokaler Konzentration".[8] Dieses neue Gleichgewicht ist vor allem deshalb zu erreichen, weil sich der scheinbare Widerspruch zwischen Konzentration und dezentraler Vernetzung vergleichsweise einfach auflösen lässt.

Leitidee des Gesundheitscampus NRW

Die Leitidee des Gesundheitscampus ist, „dass die medizinischen und pflegerischen Herausforderungen unserer alternden Gesellschaft nur in einer partnerschaftlichen Anstrengung von Versorgung, Wirtschaft und Wissenschaft über die Grenzen der einzelnen Versorgungssektoren hinweg und gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten bewältigt werden können".[9] Mit all seinen Aktivitäten richtet sich der Gesundheitscampus daher an das ganze Land Nordrhein-Westfalen.

Bochum ist und bleibt für diese landesweite Initiative ein besonderer Ort, weil die Landesregierung dort im Sinne eines Teilclusters eigene Kräfte mit denen wichtiger gesundheitspolitischer Partner bündelt. Dazu gehören die Hochschule für Gesundheit (HSG), das Landeszentrum Gesundheit NRW (LZG.NRW) und das Landesinstitut für Arbeitsgestaltung NRW (LIA.NRW), das Epidemiologische Krebsregister NRW, das Zentrum für Telematik im Gesundheitswesen und das regionale Gesundheitswirtschaftsnetzwerk MedEcon Ruhr. Hinzu gekommen sind zwischenzeitlich die Patientenbeauftragte des Landes und der Landeskoordinator Bildung und Gesundheit NRW. Das künftige elektronische Beruferegister für Gesundheitsfachberufe sowie ein Forschungsbau für molekulare Proteindiagnostik (ProDi) in der personalisierten Medizin komplettieren das Programm.[10]

Für diese Partner des Gesundheitscampus NRW in Bochum entsteht derzeit ein Neubau-Ensemble, das an den Komplex aus Ruhr-Universität, Technologiezentrum, Biomedizinzentrum und -park anschließt. Der Grundstein für die Neubauten der HSG wurde Ende September 2012 gelegt. Die Planung für das Gebäude des LZG.NRW und seine Partner wird derzeit mit Hochdruck vorangetrieben. Der Forschungsbau für ProDi ist beantragt. Angesichts der schwierigen Finanzlage der Öffentlichen Kassen unterstreichen diese beträchtlichen Investitionen gleichermaßen die Ernsthaftigkeit und den Stellenwert des Gesundheitscampus. Das Gleiche gilt für das Engagement der Stadt Bochum, die zehn Millionen Euro für Infrastrukturmaßnahmen bereitstellt.

Gleichwohl liegt auf der Hand, dass dieser örtliche Baustein des Gesundheitscampus NRW nur als Teil eines weit größeren Netzwerks Wirkung entfalten kann. Das gilt in Bochum selbst unter anderem hinsichtlich der Ruhr-Universität Bochum und ihrer dezentralen Kliniken sowie des Biomedizin-Zentrums und Parks. Über die Stadtgrenzen hinaus kommen im Ruhrgebiet beispielsweise die Universität Duisburg-Essen und ihr Uniklinikum, die Technische Universität Dortmund oder die Universität Witten-Her-

decke, das Fraunhofer-Institut für Software- und Systemtechnik (ISST) oder das Max-Planck-Institut für molekulare Physiologie in Dortmund sowie die leistungsstarke Versorger- und Unternehmenslandschaft der Gesundheitswirtschaft mit MedEcon Ruhr als strukturbildendem regionalen Netzwerk hinzu. Das Gleiche gilt über das Ruhrgebiet hinaus beispielsweise für die weiteren medizinischen Fakultäten und Universitätskliniken des Landes, außeruniversitäre Forschungseinrichtungen wie das Deutsche Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen der Helmholtz-Gemeinschaft sowie die unzähligen Akteurinnen und Akteure des Gesundheitslands NRW von der ambulanten über die stationäre Versorgung und Pflege bis zu den vor- und nachgelagerten Produktionsbereichen. Auch hier wirken die weiteren fünf Gesundheitsregionen in Ostwestfalen-Lippe, im Münsterland, in Südwestfalen, in Köln-Bonn und in Aachen als wichtige Moderatoren und Treiber.

Abb. 1: Gesundheitscampus Nordrhein-Westfalen 2016
Quelle: Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen

Partnerschaftliche Campusentwicklung durch das LZG.NRW

Die Entwicklung des Gesundheitscampus NRW am Standort Bochum und als landesweites Netzwerk ist eine der Aufgaben des LZG.NRW. Das LZG.NRW wurde als Zusammenschluss zum 1.1.2012 gegründet aus dem Bereich „Öffentliches Gesundheitswesen" des ehemaligen LIGA.NRW (Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit) in Münster und Bielefeld und dem im Jahr 2009 gegründeten Strategiezentrum Gesundheit in Bochum, das unter anderem für die Campusentwicklung zuständig war. Der verbleibende Teil des LIGA bildet das ebenfalls neue LIA.NRW. Sowohl LZG.NRW als auch LIA.NRW werden voraussichtlich Mitte 2016 vollständig nach Bochum ziehen.

Das LZG.NRW betreibt die Entwicklung des Gesundheitscampus zum Einen mit eigenen Analysen, der Förderung von Gutachten, Forschungsprojekten, Modellprojekten oder ihrer landesweiten Adaptionen. Es steht dabei in engem Dialog mit seinem vorgesetzten Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter. Zum Anderen und mindestens ebenso wichtig wie die projektbezogene Bereitstellung von Ressourcen ist es aber, die Innovationskultur im Gesundheitssektor zu stärken, Partner für Innovationen zusammenzubringen. Das LZG.NRW übernimmt insoweit Informations- und Kommunikationskosten, die andernfalls Innovationspartnerschaften und die Verbreitung und Umsetzung von Innovationen verhindern oder erschweren würden.

Dabei stehen drei Themen im Mittelpunkt:
(1) Die Entwicklung demografiefester Versorgungsstrukturen,
(2) die Sicherung des Fachkräftebedarfs und
(3) die nutzerorientierte Unterstützung von E-Health und medizinischer Informationstechnik.

Thematische Schwerpunkte

Entwicklung demografiefester Versorgungsstrukturen

Mit versorgungsrelevanten Fragestellungen beschäftigen sich verschiedene Fachbereiche des LZG.NRW schon seit langem unter dem Blickwinkel des öffentlichen Gesundheitswesens, beispielsweise mit den Themen Prävention, Gesundheitsfolgenabschätzung, Sozialpharmazie und Gesundheitsberichterstattung. Diese Kompetenzfelder werden durch die Fachbereiche Campusentwicklung, Versorgungsstrukturentwicklung und Gesundheitswirtschaft in der Nachfolge des ehemaligen Strategiezentrums Gesundheit NRW erweitert und vertieft. Der noch junge Bereich Versorgungsstrukturentwicklung finanziert und betreut derzeit in enger Abstimmung mit dem Gesundheitsministerium ein thematisch breit gefächertes Spektrum einzelner Gutachten, von der umfassenden Bestandsaufnahme der Versorgungslage bis zu Einzelfragen der psychiatrischen Versorgung oder der Spätschäden bei Contergan-Geschädigten. Diese Aktivitäten sollen künftig in engem Dialog mit der Versorgungsforschung und der Versorgungspraxis stärker auf mittelfristige Themenschwerpunkte konzentriert werden.

Ebenso wichtig ist die Identifikation, Vernetzung und Unterstützung der praktischen Innovationsansätze, die von einzelnen Leistungserbringern oder Kostenträgern, aber auch von den Akteuren der Selbstverwaltung im Gesundheitssystem entwickelt werden. Als Bochumer Campuspartner können dabei beispielsweise die Patientenbeauftragte des Landes und das Kompetenzzentrum Frauen und Gesundheit wichtige Akzente zur Patientinnen und Patienten- und auch zur Gender-Orientierung setzen. Auch für den Städteverbund Medlands Ruhr[11] und MedEcon Ruhr haben versorgungspolitische Fragestellungen große Bedeutung. Das durch EU und Land geförderte Projekt „Hospital Engineering" unter Leitung des Fraunhofer ISST in Dortmund ist hierfür ein wichtiges Beispiel.[12] Das durch das LZG.NRW geförderte Projekt „Regionales Versorgungsmanagement Geriatrie" in Ostwestfalen-Lippe[13] oder das von der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe derzeit engagiert entwickelte regionale Versorgungsmanagement in Siegen[14] sind weitere

Beispiele für die räumliche und thematische Bandbreite der Praxisprojekte.

Sicherung des Fachkräftebedarfs

Auch wenn die Ausrichtung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgungsstrukturen auf die alternde Gesellschaft gelingt, werden ärztliche und nicht-ärztliche Fachkräfte knapp sein. Denn die Zahl der Erwerbspersonen wird 2030 um voraussichtlich 800.000 Personen (9 Prozent), möglicherweise sogar um 1,4 Millionen Personen (16 Prozent) unter der Zahl des Jahres 2005 (8,9 Millionen) liegen.[15]

Für den Gesundheitscampus NRW ergeben sich hieraus Herausforderungen und Chancen unter mindestens drei Aspekten[16]: Erstens muss es darum gehen, Arbeit in gesundheitlichen und pflegerischen Berufen attraktiv und nachhaltig zu gestalten. Das betrifft die teils hohen physischen und psychischen Arbeitsbelastungen ebenso wie beispielsweise die Frage der Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Zweitens ist es wichtig, den steigenden Anforderungen an die Gesundheitsberufe durch neue Berufsbilder und neue Muster der Arbeitsteilung und Zusammenarbeit zwischen ärztlichen und nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen gerecht zu werden. Und drittens muss die Arbeit in nordrhein-westfälischen Gesundheitsberufen auch für Fachkräfte aus anderen deutschen Ländern und dem Ausland attraktiv sein.

Das LZG.NRW wird hierzu verstärkt eigene Kompetenzen in einem neuen Arbeitsschwerpunkt des Fachbereichs Gesundheitswirtschaft aufbauen, wie beispielsweise im Kontext der Gemeinschaftsinitiative „docjobs NRW".[17] Nicht nur dabei zeigen sich die Vorteile eines partnerschaftlich verstandenen Gesundheitscampus NRW. Denn mit dem LIA.NRW und der HSG sind Fragen der Arbeitswelt im Gesundheitssektor und die Entwicklung neuer Berufsabschlüsse in nicht-ärztlichen Heilberufen bereits prominent auf dem Gesundheitscampus NRW vertreten. Im Zusammenspiel mit der Aesculap Akademie und dem Kompetenzzentrum für Gesundheitsfachberufe auf dem benachbarten Biomedizinpark und der Karriere- und Ausbildungsmesse JOBMEDI in Bochum entsteht hiermit ein zukunftsweisender Profilschwerpunkt „Qualifizierung".

Landesweit gehören zu diesem Themenschwerpunkt unter anderem auch die weiteren Modellstudiengänge in den Pflege- und Gesundheitsfachberufen[18] und Versorgungsmodelle unter Einsatz von nicht-ärztlichen Entlastungskräften, wie im bereits genannten geriatrischen Versorgungsmanagement in Ostwestfalen-Lippe.

E-Health und medizinische Informationstechnik

Auch im Bereich E-Health profitiert der Gesundheitscampus NRW bereits heute von seinem partnerschaftlichen Ansatz. So ist das Zentrum für Telematik im Gesundheitswesen als einer der Campuspartner bereits seit Jahren mit der Koordination der Landesinitiative eGesundheit.NRW betraut. Mit der Gesundheitswirtschaftsregion MedEcon Ruhr[19] steht ein weiterer Partner für die praktische Realisierung umfangreicher Kooperationsprojekte, namentlich der Teleradiologieverbund Ruhr[20] und das darauf aufsetzende Projekt telemedizinische Bilddatenkommunikation (TebiKom.Ruhr).[21] Gemeinsam mit den genannten Partnern entwickelt das LZG.NRW dieses Zukunftsfeld vor allem hinsichtlich der versorgungspolitischen Analyse und Bewertung. Neben den beachtlichen E-Health-Kompetenzen im Ruhrgebiet bezieht dies in landesweiter Perspektive vor allem auch die Modellregion Telemedizin in Ostwestfalen-Lippe ein.

Offen für Partner

Querschnittartig zu diesen drei Themenschwerpunkten trägt der Gesundheitscampus NRW dazu bei, einerseits Innovationsdynamik und Innovationstransfers im Gesundheitssektor zu stärken, andererseits die Leistungsstärke des Gesundheitslands Nordrhein-Westfalen zu kommunizieren.

Mit dem bisher Genannten sind die Herausforderungen und Chancen des Gesundheitscampus NRW allenfalls angedeutet. Ein weiterer Grund dafür, warum nur ein partnerschaftliches Verständnis des Gesundheitscampus erfolgreich sein kann. Und für hoffentlich möglichst Viele ein Grund, sich aktiv an diesem Vorhaben zu beteiligen und Agenda und Wege für ein dauerhaft leistungsstarkes Gesundheitsland NRW mitzugestalten.

Kontakt

Arndt Winterer
Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen
Leitung
Tel.: 0234/91535-1001
E-Mail: arndt.winterer@lzg.gc.nrw.de
www.lzg.gc.nrw.de

Literatur

1. So z.B. noch in der Regierungserklärung am 14.11.2007, Landtag Nordrhein-Westfalen, Plenarprotokoll 14/73, S. 8374.
2. http://www.nih.gov/about/ und http://officeofbudget.od.nih.gov/pdfs/FY13/Vol%201%20Tab%203%20-%20Supplementary%20Tables.pdf, abgerufen am 26.10.2012.
3. Pressemitteilung des MAGS NRW vom 13.12.2007, http://www.nrw.de/presse/1-forum-gesundheitswirtschaft-nordrhein-westfalen-3920/, abgerufen am 26.10.2012.
4. http://www.gc.nrw.de/index.php?id=62&tx_ttnews[tt_news]=1&cHash=399ce20fe4, abgerufen am 26.10.2012.
5. http://www.gc.nrw.de/index.php?id=62&tx_ttnews[tt_news]=5&cHash=d0c10b71bc, abgerufen am 26.10.2012.
6. http://www.nrw.de/meldungen-der-landesregierung/gesundheitscampus-kabinett-gibt-gruenes-licht-9767/, abgerufen am 26.10.12.
7. Koalitionsvertrag 2010 http://www.nrwspd.de/db/docs doc_30009_201252317330.pdf, S. 67 oder http://www.gruene-nrw.de/fileadmin/user_upload/gruene-nrw/aktuelles/2010/koalitionsvertrag/Koalitionsvertrag_Rot-Gruen_NRW_2010-2015.pdf, S. 67, abgerufen am 26.10.2012.2.
8. Koalitionsvertrag 2012 https://www.dropbox.com/s/wlocij3894z8vhp/Koalitionsvertrag_2012-2017.pdf, S. 127 oder http://www.gruene-nrw.de/fileadmin/user_upload/gruene-nrw/politik-und-themen/12/koalitionsvertrag/Koalitionsvertrag_2012-2017.pdf S. 89, abgerufen am 26.10.2012.
9. Koalitionsvertrag 2012 http://nrwspd.de/db/docs/doc_40518_201261417438.pdf, S. 127 f. oder http://www.gruene-nrw.de/fileadmin/user_upload/gruene-nrw/politik-und-themen/12/koalitionsvertrag/Koalitionsvertrag_2012-2017.pdf S. 89, abgerufen am 26.10.2012.
10. vergl. www. http://www.gc.nrw.de/
11. http://www.medlands-ruhr.de
12. http://www.isst.fraunhofer.de/Images/Fraunhofer-ISST_Hospital-Engineering_Innovationspfade_fuer_das_Krankenhaus_der_Zukunft-www_tcm81-98567.pdf, abgerufen am 28.10.2012
13. http://www.zig-owl.de/projekte/reha-der-zukunft-brueckenschlaege/, abgerufen am 28.10.2012.
14. http://www.kvwl.de/arzt/kv_dienste/info/berichte/2012_06_18/praes_mueller.pdf, abgerufen am 28.10.2012.
15. Statistische Ämter des Bundes und der Länder, Demografischer Wandel in Deutschland, Heft 4: Auswirkungen auf die Zahl der Erwerbspersonen, Ausgabe 2009. https://webshop.it.nrw.de/gratis/B559%20200952.pdf, abgerufen 28.10.2012.
16. Siehe zu diesem Themenbereich grundsätzlich bereits die Entschließung der 12. Landesgesundheitskonferenz zur Lage und Zukunft der Heil- und Pflegeberufe vom 4.12.2003: http://www.mgepa.nrw.de/mediapool/pdf/gesundheit/landesgesundheitskonferenz4_12_2003.pdf, abgerufen am 28.10.2012
17. www.docjobs-nrw.de
18. Fachhochschule Bielefeld, Fliedner Hochschule in Gründung, Düsseldorf, Katholische Hochschule NRW / Abteilung Köln, Fachhochschule Münster, Mathias Hochschule Rheine, http://www.mgepa.nrw.de/pflege/pflegeberufe/modellstudiengaenge/index.php, abgerufen am 28.10.2012.
19. http://www.medeconruhr.de/
20. http://www.medecon-telemedizin.de/, abgerufen am 26.10.12.
21. http://medeconruhr.de/files/einladung_presse.pdf, abgerufen 28.10.2012.

In Gesamtprozessen denken und optimieren

Die neue Herausforderung für Krankenhäuser in der DRG Welt

Seit der Einführung der Fallpauschalen werden im Krankenhaus nicht mehr Einzelleistungen oder Behandlungstage sondern Behandlungsabläufe von der Aufnahme bis zur Entlassung des Patienten im DRG – System bewertet und vergütet. Dieses stellt neue Anforderungen an Prozesse, Strukturen und das Denken der Mitarbeiter(-innen) im Krankenhaus. Durch die Rahmenbedingung wird im Krankenhaus ein abteilungsübergreifendes interdisziplinäres und interprofessionelles Fallmanagement (überlebens-) notwendig.

Prof. Dr. Hans-Peter Busch

Aus dem Blickwinkel des Gesamtprozesses erfordern die Optimierung und Koordinierung der Einzelleistungen und Schnittstellen neue Prozessstrukturen und -abläufe mit effizienten EDV-Handwerkzeugen. Neben den strukturellen und organisatorischen Voraussetzungen ist für eine erfolgreiche Umsetzung das Bewusstsein der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen ausschlaggebend, in Gesamtprozessen zu denken, zu handeln und zu optimieren. Dies stellt einen Paradigmenwechsel dar von der Betrachtung ausschließlich der eigenen Handlung und der eigenen Fachinsel zur Optimierung der eigenen Leistungen im Kontext von Gesamtprozessen. Am Ende zählt nur der Gesamterfolg und nicht der Erfolg der einzelnen Teilleistung. Im zukünftig sicherlich wachsenden „Einkaufsmarkt" von Gesamtprozessen und Leistungsketten wird dasjenige Krankenhaus einen Wettbewerbsvorteil haben, welches sich durch geeignete Prozesse und Strukturen auf diese Herausforderung besser einstellt als die anderen Wettbewerber im Gesundheitsmarkt.

Ansätze für eine Weiterentwicklung im strukturellen Bereich gibt es bereits durch Zentrenbildung, Ansätze zur Prozessoptimierung im medizinischen Bereich durch Behandlungspfade, im Servicebereich durch Patientenmanager und im Bereich der Wirtschaftlichkeit durch eine Prozesskostenrechnung als Pfadkostenrechnung und ein Benchmarking an Fallpauschalen und DRG-Anteilen. Entsprechend der zukünftigen Herausforderung (eine Abschaffung der Fallpauschalisierung ist nicht in Sicht) muss sich der Leitgedanke:

Wie belohne ich die gemachte Leistung

zum Leitgedanken:

Wie belohne ich zusätzlich die vermiedene (unnötige) Untersuchung oder die Wahl der medizinisch gleichwertigen, aber kostengünstigeren Untersuchung.

verändern oder zusammengefasst:

Wie belohne ich das wirtschaftliche Denken im Fallpauschalensystem des Krankenhauses ohne die medizinische Versorgungsqualität zu vermindern.

Ein erfolgreiches Changemanagement erfordert klare und für alle transparente Ziele. Zunächst müssen bei den Betroffenen Verständnis, Bereitschaft und Motivation für Veränderungen geschaffen werden. Dieser mühevollen Vorarbeit vor der Gründung einer Arbeitsgruppe und vor dem Eintreffen eines Unternehmensberaters, die viel Zeit für persönliche Gespräche erfordert, wollen und können sich häufig Klinik- und Abteilungsleitung nicht stellen (der Unternehmensberater oder die Arbeitsgruppe wird das positive Klima schon schaffen – ein Irrtum).

Bereitschaft und Motivation für Veränderungen in der Verwaltung und den Abteilungen sind Voraussetzungen für eine erfolgreiche Prozessoptimierung.

Als Vorbedingung für erfolgreiche Prozessoptimierungen und hilfreiche Gutachten von Unternehmensberatern müssen zunächst die (ungünstigen) Rahmenbedingungen akzeptiert werden. Der Wettbewerb der Krankenhäuser im Fallpauscha-

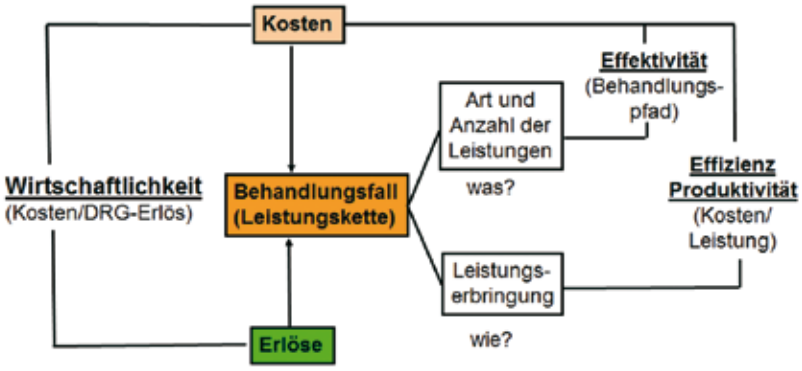


Abb. 1: Wirtschaftlichkeit von Behandlungsprozessen im DRG System, Quelle: Eigene Darstellung

lensystem ist ein Qualitäts- und Kostenwettbewerb von häufig abteilungsübergreifenden Gesamtprozessen. In diesen Rahmenbedingungen begründet sich der Erfolg eines Krankenhauses nicht mehr ausschließlich durch die Summe medizinisch und ökonomisch erfolgreicher einzelner Fachabteilungen sondern durch eine erfolgreiche Vernetzung von Abteilungen in Gesamtbehandlungsprozessen. Im System der Fallpauschalen wird für das Krankenhaus ein abteilungsübergreifendes, interdisziplinäres und interprofessionelles Fallmanagement überlebensnotwendig. In Gesamtprozessen zu steuern und zu optimieren ist eine neue Herausforderung, für die in der alten organisatorischen Inselwelt des Krankenhauses (Verwaltung, Pflege, Fachabteilungen) häufig eine entsprechende Denkweise, in der Regel auch geeignete Strukturen und Personen fehlen.

In Gesamtprozessen zu denken und zu optimieren erfordert standardisierte Behandlungsabläufe – nicht für alle Behandlungen, aber für häufig gleich ablaufende Behandlungen.

Behandlungspfade müssen einfach, klar, pragmatisch und mit geringem Aufwand einzusetzen und zu monitoren sein.

Die Wirtschaftlichkeit eines Gesamtbehandlungsablaufes (Differenz von Fallpauschale und zugeordnetem Ressourcenverbrauch) setzt sich zusammen aus der Effizienz (Produktivität) der Erbringung einzelner Leistungen (Wurde die CT Untersuchung kostengünstig erbracht?) und der Effektivität im Behandlungsablauf (War das CT überhaupt notwendig oder hätte es bei gleichem medizinischen Ergebnis durch eine kostengünstigere Untersuchung, zum Beispiel Sonographie, ersetzt werden können?).

Medizinische Untersuchungen, die mit hoher medizinischer Qualität und hoher Effizienz durchgeführt werden, aber nicht effektiv, das heißt medizinisch im Gesamtablauf nicht notwendig sind, stellen eine unnötige Belastung des Patienten aber auch der Wirtschaftlichkeit des Krankenhauses dar.

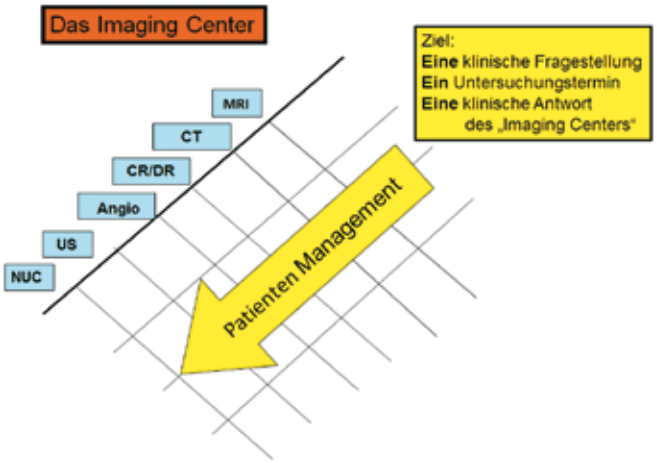


Abb. 2: Patientenmanagement im Imaging Center
Quelle: Eigene Darstellung

Prozessoptimierung am Beispiel radiologischer Behandlungspfade (Imaging)

Erst die im Wettbewerb geforderten Prozesse definieren, dann die notwendigen Strukturen schaffen, dann geeignetes Personal finden und entwickeln!

Die Optimierung für den Gesamtbehandlungsprozess „Imaging" erfordert für die diagnostische Bildgebung eine Gesamtorganisation / Gesamtstruktur – das „Imaging Center".

Die Verantwortung für einen gesamten Imaging Pathway benötigt andere organisatorische und damit strukturelle Voraussetzungen als die Durchführung zahlreicher Einzelleistungen. Gesamtverantwortung kann nur in einem Imaging Center übernommen werden, in dem sämtliche Methoden der Bildgebung (Röntgen, CT, MRT, Nuklearmedizin, Sonographie) auf hohem medizinischem Niveau integriert sind. Die Steuerung und Optimierung von Gesamtprozessen erfordert Zeit und Können, das heißt Personalstellen für das Monitoring und die Optimierung der Prozessqualität im Zentrum. Diese zusätzlichen Stellen werden sich nicht direkt für die Leistungserbringung des Zentrums rechnen (Kennzahlen zum Beispiel Anzahl der CT Untersuchungen pro Facharzt). In diesem Fall wird in die Optimierung der Prozessqualität investiert – ein Vorteil für den Patienten und die Ökonomie des Krankenhauses.

Als Beispiel für einen bestehenden Imaging Pathway soll der Prozess „Staging Rektum Karzinom" im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Trier dargestellt werden. Dieser Imaging Pfad beginnt mit der entsprechenden diagnostischen Aufgabenstellung an das Imaging Center und endet mit einer Zusammenfassung der einzelnen Befunde zu einer Gesamtbeurteilung.

Vor der Einführung des Pathway „Staging Rektum Karzinom" wurden sämtliche Untersuchungen (Computertomographie Abdomen, Becken, Thorax – MRT Becken – Endosonographie – Sonographie Abdomen, Becken, evtl Lungenaufnahme) mit höchster Qualität parallel durchgeführt. Der Weg, einen gemeinsamen Imaging Pathway zu definieren und zu organisieren, war schwierig und zeitaufwendig.

Das Monitoring und die Optimierung des Imaging Pathways stellen hierbei hohe Anforderungen an die Qualität der Abläufe im Imaging Center. Die Untersuchungen werden vom Imaging Center ausgewählt und durchgeführt entsprechend dem mit den Klinikern verabredeten Imaging Pathway – am Anfang steht die MRT-Untersuchung! Die Ablauforganisation erfordert eine taggleiche Befundung und teilweise eine direkte Überleitung des Patienten zu einer weiteren Untersuchung im Imaging Center. Zum Beispiel ordnet bei einem fraglichen CT Befund der Leber der Radiologe direkt die Sonographie an (eine neue Dimension:

Anforderungen innerhalb des Imaging Centers passen nicht zur alten Verrechnung von Einzelleistungen mit den Zuweisern). Der Patient wird direkt in die Sonographie-Abteilung weitergeleitet und umgehend untersucht. Der Radiologe kann das Ergebnis in seinen CT Befund einfließen lassen. Direkt nach Festlegung des lokalen Stadiums im MRT erfolgt die Entscheidung, ob die „prophylaktisch" angemeldete Endosonographie durchgeführt werden muss. Am Ende des Imaging Pathway steht der Gesamtbefund des Imaging Centers (eine Fragestellung – ein Termin – eine Antwort).

Ein Ausblick in die Zukunft

Zunehmend sind oder machen sich erfolgreiche Krankenhäuser und insbesondere private Krankenhauskonzerne auf den Weg einer kontinuierlichen strukturierten Optimierung der Prozesse und Strukturen mit qualifizierten und erfahrenen Führungskräften. Ansätze hierfür sind die Einrichtung abteilungsübergreifender Zentren (zum Beispiel Kopfzentrum, Imaging Center) mit einer Leitung und einer medizinischen und ökonomischen Verantwortung. Eigene Spezialisten in der Krankenhausleitung unterstützen die Abteilungen bei der Definition und Einführung von Behandlungspfaden und übernehmen das systematische Monitoring, aber auch das zugehörige Informationsmanagement. Behandlungspfade werden im Zentrum und damit abteilungsübergreifend professionell gesteuert und optimiert. Eigene Stabsstellen oder Stabsabteilungen beschäftigen sich mit der Positionierung des Leistungsspektrums im Gesundheitsmarkt und begleiten Abteilungen und Zentren auf dem Weg der Prozessoptimierung. Sowohl in der Zusammenarbeit mit externen Beratern aber auch in einer Qualifizierung eigener Mitarbeiter werden Kompetenzen für die Prozessoptimierung geschaffen. Durch eine systematische Personalentwicklung der Führungskräfte, insbesondere der Chefärzte, wird die Grundlage für ein Verständnis der an den Rahmenbedingungen ausgerichteten Prozesse geschaffen. Die Worte Effizienz, Effektivität, Produktivität und Wirtschaftlichkeit treffen bei Führungskräften nicht auf Unverständnis und lösen keine Allergien aus. Ausdruckvolles Klagen über ungeeignete Rahmenbedingungen wandelt sich zu einer pragmatischen kreativen Mitarbeit an der Zukunft der Klinik, bei der anerkannt ist, dass ein Krankenhaus im Qualitäts- und Kostenwettbewerb von Gesamtprozessen sich einem kontinuierlichen Zwang zur Steigerung von Produktivität und Wirtschaftlichkeit stellen muss.

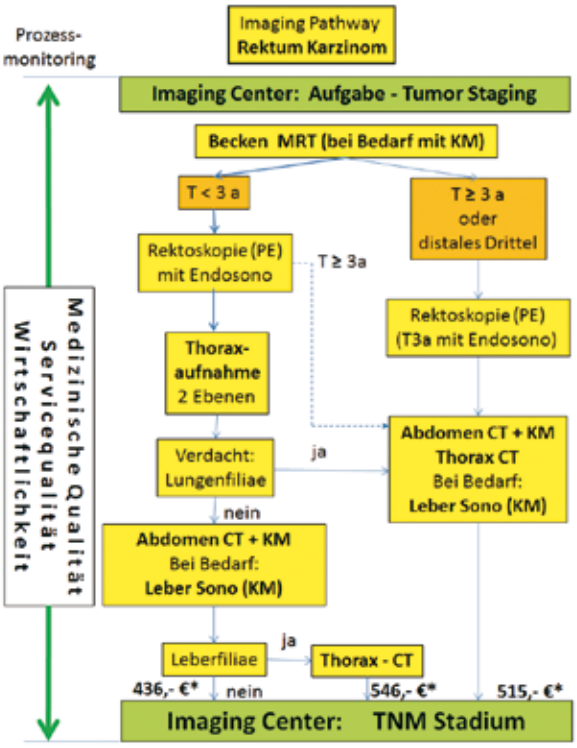


Abb. 3: Imaging Pathway: Staging Rektum Karzinom[10]
Quelle: Eigene Darstellung

Literatur

1. Busch, H. P. (2008): Managementhandbuch für Radiologen. Thieme Verlag.
2. Busch, H. P. (2012): Managementhandbuch für Chefärzte. Thieme Verlag.
3. Busch, H. P. (2011): Kennzahlen und Informationen zur Steuerung und Optimierung radiologischer Abteilungen (Imaging Center). In: Radiologie up2date, 2011, 3, S. 267–282.
4. Busch, H. P. (2011): Das Zentrum für Radiologie, Sonographie und Nuklearmedizin (Imaging Center) im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Trier. In: Das Krankenhaus, 2011, S. 6.
5. Busch, H. P. (2011): In Prozessen denken und optimieren – eine Herausforderung für Krankenhäuser. In: Das Krankenhaus, 2011, S.5.
6. Busch, H. P. (2011): Das Berufsbild „Chefarzt" im Wandel. In: Das Krankenhaus, 2011, S. 3.
7. Busch, H. P. (2012): Benchmarking radiologischer Abteilungen – Startpunkt einer erfolgreichen Prozessoptimierung. In: Fortschr Röntgenstr 2010; 182; S. 221 -228.
8. Busch, H. P.: (2012): Wirtschaftlichkeitsreserven im Krankenhaus – Eine kritische Analyse der Prozesse, Strukturen und Personen. In: Arzt und Krankenhaus, S. 6.
9. Busch, H. P. (2012): Prozessoptimierung im Krankenhaus – Behandlungsabläufe im Überangebot bildgebender Untersuchungsmethoden. In: Arzt und Krankenhaus, S. 2.
10. Schmiegel, W. et al. (2008): S3-Leitlinien Kolorektales Karzinom-Aktualisierung 2008. In: Z Gestroenterol 2008; 46: 799-840.

Kontakt

Prof. Dr. med. Dipl. Phys. Hans-Peter Busch
Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Trier
Zentrum für Radiologie, Neuroradiologie, Sonographie und Nuklearmedizin
Ärztliche Zentrumsleitung
Barmherzige Brüder Trier e.V., Koblenz
Leiter Stabsstelle Medizin
Tel.: 0651/208-2841
E-Mail: h-p.busch@bk-trier.de
www.bk-trier.de

Veränderungen im Markt Schweiz durch die Einführung der Swiss Diagnosis Related Groups

Mit Einführung der SDRG (Swiss Diagnosis Related Groups) haben sich für die Spitäler und Kliniken in 2012 viele Änderungen ergeben. Grundsätzlich kann man eine Nähe zur Vorlage, dem deutschen AP-DRG System erkennen, doch ein 1:1 Vergleich erscheint nicht wirklich möglich. Neben den großen Unterschieden in der Base Rate, dem Fehlen von Sonderentgelten für teure Implantate und Medikamente ist zwischen den beiden Gesundheitsmärkten festzuhalten, dass es sich bei dem SDRG System um ein Erlös-Deckelungssystem und bei der Deutschen DRG um ein Erlös-Verteilungssystem handelt.

Frank Brüggemann

Die Leistungen der Spitäler werden mit den Versicherern und den kantonalen Verwaltungen abgerechnet, oftmals mit unterschiedlichen Ansprüchen an die Rechnungslegung – ein durch das System unnötiger Zusatzaufwand für die Spitäler. Zudem ist durch die provisorische Festlegung der Base Rates zu Beginn des Jahres in vielen Kantonen noch offen wohin sich die Base Rate entwickeln wird. Jede Änderung der Base Rate, ob nun nach oben, oder unten zieht eine unkalkulierbare Menge an administrativen Vorgängen nach sich, denn jede bereits abgerechnete Leistung muss bei Veränderung der Base Rate korrigiert werden und dem Kanton und dem Versicherer erneut berechnet werden.

Der administrative Aufwand in den Spitälern steigt aber nicht nur im Bereich der Finanzadministration, sondern auch in anderen Bereichen. Für den Schweizer Gesundheitsmarkt entstehen neue, zuvor nicht benötigte Berufe, wie zum Beispiel in den Spitälern der des Medizincontrollers, des Codierers und in den Verwaltungen der Versicherer und der Kantone entstehen Prüfungsabteilungen, die sich mit der Codierung und Abrechnung der medizinischen Leistungen der Spitäler beschäftigen.

Zu erwarten ist auch, dass sich durch die duale Finanzierung einerseits höhere Kosten beim Kanton ergeben und andererseits die Versicherer positive wirtschaftliche Erfolge erzielen, wobei der Prämienanstieg für den Versicherten weiter bestehen bleibt. Das System wird also administrativ teurer und die Spitäler und deren Lieferanten müssen die Mehrkosten durch Einsparungen und Preisverfall tragen.

Bei allen Unterschieden zwischen den beiden deutschsprachigen DRG Systemen bleiben für die Schweizer Kliniken und Spitäler zusätzlich noch viele Fragen offen, die sich aus dem kantonal/förderalen Ansatz des Gesundheitssystems Schweiz ergeben. Ist der kantonsübergreifende Wettbewerb zwischen den Spitälern unter dem Einfluss von kantonalen Spitalplanungen und bei unterschiedlichen Base Rates überhaupt vorhanden? Wie können die Spitäler ihre Kernkompetenzen auch kantonsübergreifend besser im Wettbewerb positionieren? Welche Auswirkungen kann man in der Zusammenarbeit mit den primären und sekundären Versorgungsinstanzen unter SDRG erwarten? Wie können die Spitäler ihre Kernprozesse so gestalten, dass bei gleichbleibender Versorgungsqualität ein positives wirtschaftliches Ergebnis entsteht?

Spitäler und Kliniken müssen unter dem Druck der Kostensenkung und dem Ziel der Vergleichbarkeit der Leistungen sowohl die eigene Positionierung im Markt, als auch die Differenzierung für die verschiedenen Anspruchsgruppen neu organisieren. Einerseits müssen die Spitäler für die Anspruchsgruppe der privat, oder halbprivat versicherten Patienten die Herausforderung meistern, ihr Angebot gut zu positionieren, denn bei einer vorausgesetzten gleichen medizinischen Leistung, die durch den Kostendruck auf die genutzten Medizinprodukte kaum mehr unterschiedlich sein kann, verbleibt schlussendlich der Unterschied im Bereich der Pflege, der Hotellerie – einem Einzel- oder Zweibettzimmer – beziehungsweise in der Chefarztbehandlung. Andererseits darf der Kostendruck keinesfalls allein auf das Personal abgewälzt werden, sondern muss durch einen optimalen Ressourceneinsatz aufgefangen werden. Die eigenen Prozesse – dazu zählen neben den primären Leistungsprozessen auch die sekundären Prozesse in der Administration – müssen so effektiv gestaltet sein, dass mit den bestehenden Mitteln

unter Beibehaltung der Leistungsqualität nachhaltig ein solides wirtschaftliches Ergebnis für die Spitäler entsteht.

Die primären Kernkompetenzen der verschiedenen Leistungsgruppen innerhalb eines Spitals müssen gestärkt werden und von Tätigkeiten entlastet werden, die nicht innerhalb der Kernkompetenz liegen. So müssen zum Beispiel Einkaufsabteilungen die Beschaffung so organisieren, dass die Pflege von diesem sekundären Prozess maximal entlastet wird. Hierzu gehört sicher neben qualitativ guten Stammdaten die Zentralisierung des Einkaufs, die Nutzung von elektronischen Prozessen und die Einführung von automatisierten Systemen. Die Ärzte müssen in der zusätzlich notwendigen Dokumentation einerseits entlastet werden, anderseits aber auch so eindeutig dokumentieren, dass die Codierer eine korrekte Zuordnung der Leistung zur SDRG vornehmen können und das Spital nicht durch fehlende, oder falsche Informationen in der Codierung geringere Erlöse verzeichnet. Aus korrekter und sachgerechter Dokumentation muss eine Datenqualität über die Leistungsdaten in Verbindung mit den Verbrauchs- oder Einkaufsdaten im Spital entstehen, die eine kritische Beurteilung der Leistung für alle Stakeholder transparent macht. Gerade für die Ärzte ist das geforderte Kostenbewusstsein nur dann zu erreichen, wenn eine zielgerichtete Information über die verwendeten Produkte erfolgt.

Matchentscheidend ist nicht nur die bereichsübergreifende Kommunikation unter Verwendung von tagesaktuellen Kennzahlen, sondern auch das eigene Verständnis der verschiedenen Stake Holder vom Leistungsprozess. Transparente Prozesse – wer macht was und können sich andere darauf verlassen – bedeutet, dass man gemeinsam Prozesse versteht, gegebenenfalls anpasst und fortlaufend überprüft. Nur so kann eine nachhaltige Leistung effizient durchgeführt werden.

Kontakt

Frank Brüggemann
Unternehmensberatung Frank Brüggemann
MBA (FH), Arzt
Tel.: +41 (0)79 935 14 00
E-Mail: frankbrueggemann@me.com

KU GESUNDHEITSMANAGEMENT

Fachwissen.

Neuerscheinung

Der Prozessmanager

Prozessorientierte Planung für das erfolgreiche Klinikmanagement

Nur wer seine Handlungsschritte im Vorfeld plant, kann seine Ziele auf direktem Wege erreichen. Ein Plan gibt der Klinik Sicherheit und den Abläufen eine stringente Richtung. Er zeigt Chancen und Risiken der wirtschaftlichen Entwicklung auf, legt Verbesserungspotenziale offen und macht den Handlungsbedarf transparent. Treten bei der praktischen Umsetzung Abweichungen von der Soll-Situation auf, können diese rechtzeitig erkannt und optimiert werden. Der Ansatz der prozessorientierten Planung erfolgt in mehreren Phasen mit dem Ziel einer Beteiligung aller am Leistungsprozess betroffenen Personen. So kann ein nachhaltiger und langfristiger Nutzen erreicht werden.

Die Neuerscheinung unterstützt Unternehmen in der Gesundheitsbranche, Prozesse entlang der gesamten Wertschöpfungskette zu planen und hieraus Ziele und Lösungswege zu definieren.

Sichern Sie sich dieses Handbuch und bestellen Sie direkt in unserem Online-Shop unter **ku-gesundheitsmanagement.de**

Praxis-Tipp

Prof. Dr. Michael Greiling/Michael Osygus
Der Prozessmanager
Fachbuch, 1. Auflage 2012
ISBN 978-3-942320-55-9
49,80 Euro

MEDIENGRUPPE OBERFRANKEN BUCH- UND FACHVERLAGE

Mediengruppe Oberfranken –
Buch- und Fachverlage GmbH & Co. KG
E.-C.-Baumann-Str. 5 · 95326 Kulmbach

Tel. 09221 / 949-311
Fax 09221 / 949-377
bfv.kontakt@mg-oberfranken.de

Prozessorientierung als Instrument zukunftsfähiger Organisationsgestaltung:

Qualität, Sicherheit und Wirtschaftlichkeit aus einem Guss

In einem Szenario sich beständig verändernder Rahmenbedingungen und Anforderungen an eine qualitativ hochwertige, sichere und effiziente Leistungserbringung gewinnt die durchgängige Prozessgestaltung aller Versorgungsprozesse eine zentrale Bedeutung. Das enorme Potenzial des prozessorientierten Ansatzes muss aber voll ausgeschöpft werden. Prozessorientierung als Grundkonzept einer zukunftsfähigen Unternehmensgestaltung bedeutet weitaus mehr, als die täglichen Abläufe zu organisieren. Es geht um die nachhaltige Sicherstellung stabiler, qualitätsfähiger, kennzahlengestützter Behandlungsprozesse, es geht um Markenbildung, Qualitätsgarantie und Sicherheit als künftig bedeutsame Alleinstellungsmerkmale im Qualitätsbewerb. Und: es geht um Arbeitsfreude für die Beschäftigten und wirtschaftlichen Erfolg für die Organisation. Diese auf Nutzen gerichtete Systematik muss die Führungsebene der Gesundheitseinrichtungen mehr als bisher konsequent umsetzen.

Dr. Brigitte Sens

Dr. Eva Cloppenburg

Dr. Martin Kramer

Das Potenzial des konsequenten, prozessorientierten Ansatzes, die proaktive Gestaltung evidenzbasierter Behandlungspfade, ist bislang von den Organisationen der Gesundheitsversorgung, insbesondere den Krankenhäusern als komplexen Leistungserbringern, bei weitem nicht ausgeschöpft worden: zu zögerlich, zu langwierig, zu isoliert waren häufig die Ansätze. Die zielgerichtete, durchgängige Analyse und Dokumentation der wesentlichen Kernleistungen der Patientenversorgung als Grundprinzip der Unternehmensführung stellt immer noch die Ausnahme dar – dementsprechend selten sind, auf Deutschland bezogen, die Erfolgsmeldungen dazu.

Die Zukunftsszenarien der Gesundheitsversorgung (Preis- und Qualitätswettbewerb, sektorübergreifende Versorgungsmodelle, selektive Vertrags- und Vergütungsgestaltung), werfen jedoch noch mehr als bisher die Frage auf, wie man Gesundheitseinrichtungen OHNE prozessorientierte Unternehmensgestaltung steuern und lenken kann.[1]

Bereits heute sind die Anforderungen an die Versorgungsleistung einer differenzierten Expertenorganisation derart komplex, der wirtschaftliche Druck so hoch, dass ein weiterer Zeitverzug – auch zur Hebung von Effizienzreserven in häufig unkoordinierten Abläufen – nicht tolerierbar ist.

So ergibt sich aus den aktuellen Rahmenbedingungen und den strategischen Überlegungen die Indikation für eine durchgängige Unternehmensgestaltung, für eine integrierte Organisations- und Prozessmodellarchitektur. Die Führungsebene agiert bei der konsequenten Prozessorientierung somit proaktiv gestaltend: Prozessmanagement als Investition in die Zukunft, in der der ständige Wandel Programm ist.[2]

Die GQMG hat hierzu ein 10-Punkte-Positionspapier veröffentlicht, welches diese Zielrichtung besonders betont: „Prozessmanagement ist ein Instrument zur Umsetzung der Unternehmensstrategie! Nur so kann sich die Organisation flexibel an die sich dynamisch wandelnden Anforderungen anpassen."[3]

Erarbeitung eines prozessorientierten Ansatzes

Konsequentes Prozessmanagement wird somit aus der Unternehmensstrategie abgeleitet: die relevanten Kernleistungen ergeben sich aus dem Versorgungsauftrag, aus Vision und Leitbild der Einrichtungen sowie aus der Unternehmensstrategie, die mittelfristig die Leistungsfähigkeit sicherstellen soll (Abb. 1). Die Gestaltung und Weiterentwicklung des Leistungsportfolios als Führungsaufgabe erfordert eine strategische (Neu-)Ausrichtung. Hier setzt das systematische Konzept des Prozessmanagements an, um Behandlungsabläufe über Abteilungen und Sektoren hinweg optimal zu gestalten:

- optimal in der Qualität,
- optimal in der Effizienz,
- optimal in der Patientenorientierung

also ein „Qualitätsversprechen".[4] Schonender Umgang mit Ressourcen, das Wirtschaftlichkeitsgebot, das beste verfügbare medizinische Wissen (Evidence-based Medi-

cine), Leitlinien und Handlungsanweisungen finden ihre Entsprechung in der Gestaltung der täglichen Abläufe. Weitere Komponenten wie spezifische Aspekte von Patientensicherheit und Risikomanagement, von Umweltmanagement, Arbeits- und Gesundheitsschutz können in die Prozesse eingebettet werden.

Zur Realisierung wurde im Klinikum Oldenburg der Weg mit Prozess-Workshops beschritten (Abb. 2). Die Erarbeitung einer strukturierten Prozessdarstellung innerhalb einer klar strukturierten Arbeitsgruppe führt direkt zur interprofessionell abgestimmten Darstellung. Alle Implikationen praktischer Art (wer macht wann was mit wem) werden klar definiert und dargestellt und mit vorhandenen Vorgaben, Leitlinien sowie Prozess- und Ergebniskennzahlen verknüpft. Nach kurzer Zeit (8-10 Wochen) können die Kernprozesse zumeist in die Pilotphase der Umsetzung gehen.

Leistungsoptimierung durch bewusst gestaltete Prozesse

Beispielhaft sei hier – ausgehend vom Leitbild des Klinikums Oldenburg „Wir arbeiten alle zusammen, bereichsübergreifend und interdisziplinär. Wir setzen uns Qualitätsstandards, messen uns daran und entwickeln sie weiter." einer der zahlreichen Kernprozesse dargestellt, der die Anforderungen an stabile, qualitätsfähige, kennzahlengestützte Prozesse besonders verdeutlicht:

Die Neonatologie, die insbesondere das Hochrisikokollektiv der kleinsten Frühgeborenen <1500 g Geburtsgewicht bzw. <32 Wochen Schwangerschaftsdauer zu versorgen hat, muss hohen Anforderungen genügen. Die Neonatologische Intensivstation (NICU) ist demzufolge ein Hochleistungsbereich, gleichzeitig ein Hochrisikobereich der Versorgung.

Die Prämisse „Das Richtige am richtigen Kind mit dem richtigen Personal zum richtigen Zeitpunkt richtig tun!" stellt hier, plakativ vereinfacht, das Anforderungsprofil an den Prozess der neonatologischen intensivmedizinischen Versorgung dar. Die kritische Phase der Erstversorgung unmittelbar

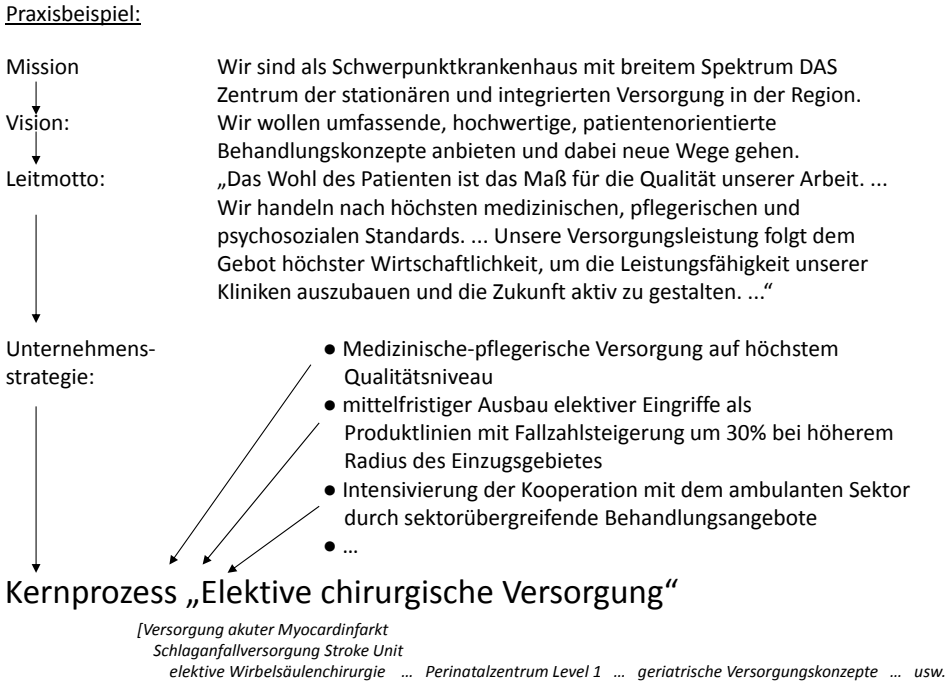


Abb. 1: Ableitung der relevanten Kernprozesse im Akutkrankenhaus aus dem Versorgungsauftrag und der Unternehmensstrategie (Beispiele)
Quelle: Eigene Darstellung

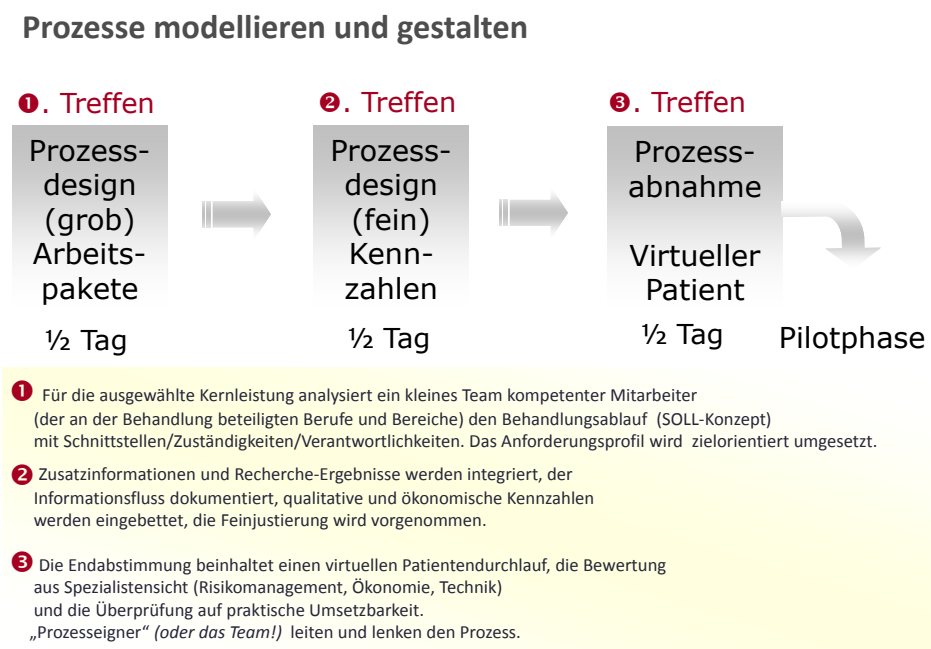


Abb. 2: Erfolgreiches Konzept zielorientierter Prozessgestaltung („3 halbe Tage")
Quelle: Eigene Darstellung

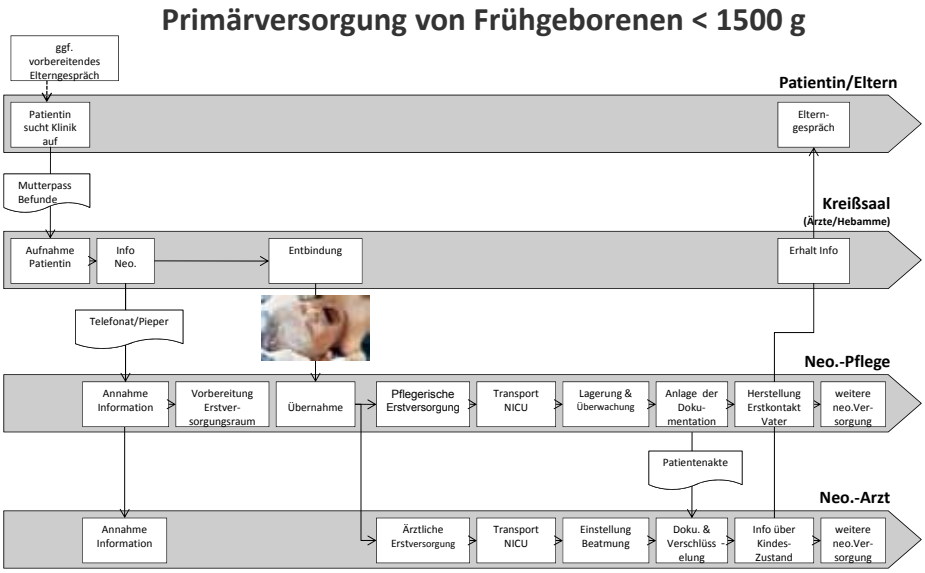


Abb. 3a: Prozessdarstellung: Primärversorgung Frühgeborener < 1500 g Geburtsgewicht in der Neonatologischen Intensivstation des Klinikums Oldenburg
Quelle: Eigene Darstellung

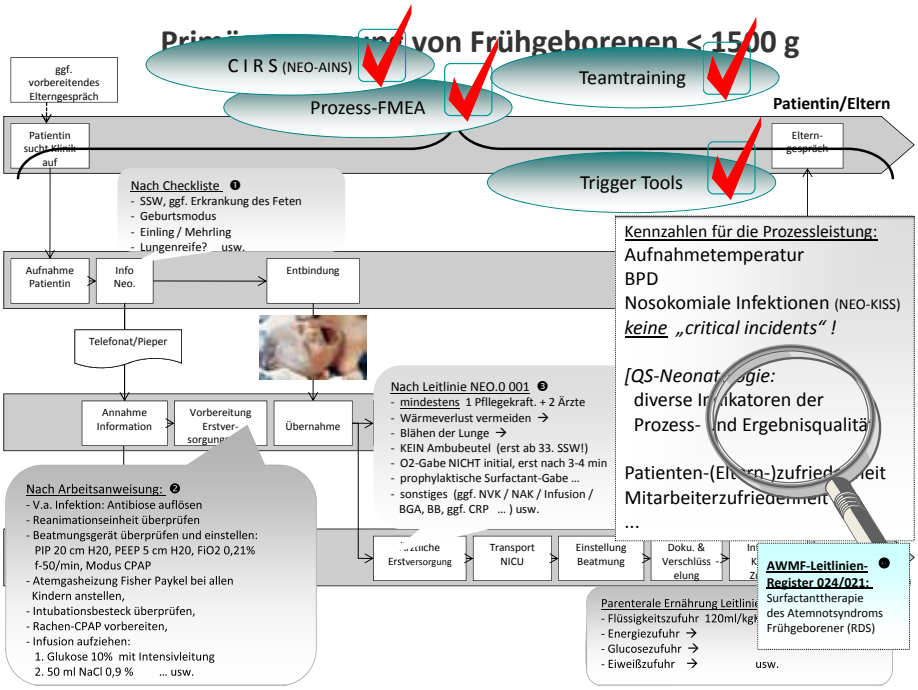


Abb. 3b: Einbettung aller relevanten Informationen, Dokumente, Kennzahlen und Aktivitäten zur Sicherstellung von Qualität, Patientensicherheit und Wirtschaftlichkeit im Versorgungsprozess
Quelle: Eigene Darstellung

nach Geburt mit Sicherstellung der Vitalfunktionen wird von den neonatologischen Fachexperten als essentiell für das gesunde Überleben dieser kleinsten Frühgeborenen betrachtet. Dies impliziert hohe Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität.

Den Prozess der „Primärversorgung von Frühgeborenen <1500 g Geburtsgewicht“ zeigt Abb. 3a.

Gemäß dem hohen Anspruch an Qualität, Sicherheit und Wirtschaftlichkeit der Versorgung sind alle Elemente eingebettet, die die Umsetzung in Alltagshandeln („qualitätsfähige, stabile, kennzahlengestützte Prozesse“ im Sinne der Unternehmensstrategie) sicherstellen (Abb. 3b):

1.) Gemäß Checkliste erfolgt die strukturierte Information von der Geburtshilfe an die Neonatologie, wie viele Frühgeborene (Zwillinge? Drillinge?) in welchem Schwangerschaftsalter mit ggf. welchen Komplikationen zu erwarten sind; diese Informationen sind als Input grundlegende Voraussetzung für die entsprechende Vorbereitung der Erstversorgung.

2.) Nach Arbeitsanweisung wird die Erstversorgung systematisch vorbereitet und überprüft.

3.) Eine hausinterne Leitlinie beschreibt exakt das Vorgehen durch mindestens einen erfahrenen Neonatologen und mindestens eine erfahrene Pflegekraft bei der Erstversorgung der Hochrisikokinder.

(...)

6.) Die hinterlegte S2-Leitlinie der Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin (GNPI) „ Surfactanttherapie des Atemnotsyndroms Frühgeborener“ ist Bestandteil der Versorgung im Prozess; somit wird nach dem besten verfügbaren Wissen (Evidence-based Medicine) gehandelt.

7.) Im weiteren Verlauf sind diverse weitere hausinterne Leitlinien, wie zum Beispiel zur parenteralen Ernährung, als Regelwerke hinterlegt.

Als Kennzahlen für den Prozess der Erstversorgung werden

- Aufnahmetemperatur auf der neonatologischen Intensivstation,

- Bronchopulmonale Dysplasie (BPD),
- Nosokomiale Infektionen (NEO-KISS),
- Kritische Zwischenfälle/Ereignisse/Komplikationen (criticial incidents)

für alle versorgten Frühgeborenen dokumentiert. Weitere Kennzahlen beziehungsweise Qualitätsindikatoren werden im Rahmen der Qualitätssicherung Neonatologie erhoben (Abb. 3b). Mögliche weitere (qualitative) Kennzahlen sind die Eltern[A1] – und die Mitarbeiterzufriedenheit mit dem neonatologischen Versorgungsprozess sowie (ökonomisch) die Prozesskosten, ggf. auch Fehlerkosten. Letztlich gilt die Rate „gesund", also ohne potenzielle Folgeschäden oder Handicaps, nach Hause entlassener Frühgeborener als relevanter Indikator der Prozess- und Ergebnisqualität.

Der unmittelbare, untrennbare Zusammenhang zwischen den Aspekten Qualität, Patientensicherheit und Wirtschaftlichkeit ist in Tabelle 1 dargestellt:

- Information und Einbindung der Eltern in das zu erwartende (Angst auslösende) Geschehen unterstützt später den Bindungsaufbau und zielt auf Elternzufriedenheit;
- nur eine optimale Vorbereitung der Erstversorgung hinsichtlich struktureller/apparativer/ personeller Ressourcen[B2], das Einbetten des besten verfügbaren Wissens aus den aktuellen Leitlinien, garantiert hohe Qualität und maximale Sicherheit im Hochrisikoprozess der Erstversorgung und vermeidet unnötige Folgekosten;
- nur das Einhalten festgelegter Regeln in einem trainierten, sicherheitsbewussten Team stellt dauerhaft stabile, qualitätsfähige Prozesse sicher, vermeidet im folgenden Versorgungsprozess Komplikationen sowie kurz-, mittel- und langfristige Folge-(Fehler-)kosten;
- usw.

Damit ist der einmal gestaltete Prozess nicht nur Basis abgestimmten Handelns, sondern kann als zukunftsfähige Grundlage um weitere Komponenten ergänzt werden (Abb. 3b):

- der gezielte Einsatz von Simulation kann bedarfsgerecht implementiert werden,[5]
- die Verwendung sogenannte Trigger Tools zur Identifikation unerwünschter Ereignisse (adverse events) kann die Prozessqualität erhöhen,[6, 7]
- gezieltes Teamtraining zur Erhöhung der Sicherheit im Medikationsprozess kann zur Steigerung von Qualität und Patientensicherheit beitragen,[8]
- Elemente wie Critical Incident Reporting-Systeme (CIRS) und insbesondere die Fehler-Möglichkeits- und Einflussanalyse (Prozess-FMEA) tragen durch die systematische Nutzung durch die Teams zur Entwicklung von Präventivmassnahmen bei und unterstützen so die Risikostrategie der Organisation,
- einrichtungsübergreifendes Benchmarking in einem offenen, kollegialen Prozess unterstützt die ständige Verbesserung durch „Lernen von den Besten".

Über Kosten- und insbesondere Fehlerkostenanalysen in der Neonatologie liegen bislang keine Studien vor, die den wirtschaftlichen Benefit (durch vermeidbare Zwischenfälle / Ereignisse / Komplikationen) für das Krankenhaus (und ggf. darüber hinaus mittel- und langfristig für Krankenkassen und volkswirtschaftlich betrachtet für die Gesellschaft) belegen. [C3]

Jedoch zeigen diverse Studien das Einsparpotenzial in der medizinischen Versorgung durch systematische Fehlervermeidung auf:

- In den ersten sechs Monaten der Kampagne „Getting to zero", in der 68 Krankenhäuser in Michigan (USA) sich zum Ziel gesetzt hatten, Zentralvenenkatheter (ZVK)-Infektionen vollständig zu eliminieren (null!), wurden 1.578 Leben gerettet, 81.000 Krankenhaustage und insgesamt $ 165.000.000,- gespart;[10]
- durch den konsequenten Einsatz der WHO-Surgical Safety Checklist wurden in der ersten, internationalen Studie in acht großen Krankenhäusern signifikante Effekte nachgewiesen: die perioperative Mortalität wurde von 1,5% auf 0,8% halbiert (27 Leben gerettet), die Rate stationärer Komplikationen von 11% auf 7% um gut ein Drittel gesenkt (158 Komplikationen vermieden).[11] In einer Folgestudie wurde nachgewiesen, dass jede nur durch die Checkliste eingesparte Komplikation einem Gegenwert von durchschnittlich 8.600,- US$ (rund 6.300,- Euro) entspricht: In einem Krankenhaus mit 4.000 (nicht-kardiochirurgischen) Operationen/J., einer Komplikationsrate von

Primärversorgung FG <1500 g	Qualität	Sicherheit	Wirtschaftlichkeit
Vorbereitendes Elterngespräch	Abbau der Ängste bonding-Probleme ↓		
Checkliste Informationen an Neonatologie	optimale Vorbereitung	optimale Sicherheit	
Optimal vorbereiteter Erstversorgungs-raum	optimale Qualität der Erstversorgung	Gerätesicherheit Arzneimittelsicherheit	Komplikationen ↓ Vermeidung längere Verweildauer
Adäquate Strukturqualität Personal	(OA) Neonatologe + 1 Fach-Pflegekraft	trainiertes Team	Komplikationen ↓ Outcome ↑
Leitliniengerechte Erstversorgung	optimale Qualität der Erstversorgung	Gerätesicherheit Arzneimittelsicherheit trainiertes Team Händehygiene	Komplikationen ↓ Vermeidung längere Verweildauer Outcome ↑
KEIN Ambubeutel ≤ 32 SSW	(Vermeidung Broncho-pulmonale Dysplasie	(Vermeidung Broncho-pulmonale Dysplasie)	Outcome ↑
...			
Leitliniengerechte parenterale Ernährung	beste Voraussetzungen für das Gedeihen mit allen erforderlichen Komponenten	regelmäßige Kontrollen	Vermeidung längere Verweildauer Outcome ↑
... usw.			

Tabelle 1: Auswirkungen auf Qualität, Patientensicherheit und Wirtschaftlichkeit bei der Erstversorgung von Frühgeborenen <1500 g Geburtsgewicht
Quelle: Eigene Darstellung

A1 Erhebung durch Spezial-Fragebogen für Neonatologie im Rahmen der Picker-Elternbefragung.
B2 einschl. Einhaltung der G-BA-Strukturvorgaben für Perinatalzentren Level 1 im Sinne der gerichtsfesten Organisation.
C3 In einer Arbeit zur Reduktion der Medikationsfehlern auf der Neonatologischen Intensivstation wurden Kosten nicht explizit betrachtet; es ist jedoch davon auszugehen, dass die Reduktion schwerer Medikationsfehler auch wirtschaftliche Effekte hat.[9]

3% und einer Senkung dieser Rate um relativ 10% (also von 3% auf 2,7%) führt die Checkliste zu jährlichen Kosteneinsparungen von 104.000,- US$.[12]

Es gibt noch eine weitere Dimension, die die systematische Prozessgestaltung als unerlässliche Grundlage einer gerichtsfesten Organisation geboten erscheinen lässt: die haftungsrechtliche Sicht. In einem aktuellen Übersichtsartikel weist der renommierte Medizinrechtler Prof. Dr. Dieter Hart darauf hin, dass die Gesundheitseinrichtungen zur Prozessorganisation quasi verpflichtet sind („Patientensicherheitsmanagement"), da sie das entsprechende Handwerkszeug kennen: „Es geht darum, medizinische Prozesse auf ihre Fehler und Fehleranfälligkeit zu analysieren, erkannte Risiken abzuschätzen und zu bewerten und Empfehlungen zu ihrer Verminderung beziehungsweise Vermeidung zu entwickeln."[13] Das Nichtbeachten kann ggf. als Organisationsverschulden gewertet werden.

Fazit

Ist die Unternehmensstrategie einer Gesundheitseinrichtung auf die zukunftsfähige Weiterentwicklung gerichtet, ist eine konsequente, durchgängige Prozessorientierung unabdingbar.[14] Die systematische Prozessgestaltung durch berufsgruppenübergreifende Teams („3 halbe Tage") mit einem verbindlichen Anforderungsprofil und die zügige Implementierung mit einem verantwortlichen Prozesseigner muss angegangen werden. Hier ist den häufig eher halbherzigen Ansätzen in unseren Gesundheitseinrichtungen zuzuschreiben, dass dieses erfolgversprechende Konzept nicht längst breit umgesetzt worden ist.

Das Ergebnis des durchgängigen prozessorientierten Ansatzes sind stabile, qualitätsfähige, kennzahlengestützte Versorgungsprozesse, die die Unternehmensstrategie („Patientenorientierung – Qualität – Patientensicherheit – Wirtschaftlichkeit …") in Alltagshandeln übersetzen. Sie bilden die Grundlage für ständige Verbesserung, aber auch für Veränderung, für Innovation, für Kreativität. Die Einbettung aller relevanten Informationen, Dokumente, Expertensysteme usw. im Arbeitszusammenhang, als optimale Lösung IT-unterstützt, sorgt für reibungsloses Arbeiten, für mehr Effizienz und Schnittstellenbeherrschung, für Sicherheit im Umgang mit Hochrisikosituationen, für Transparenz und Akzeptanz, für mehr Arbeitsfreude. Damit ist der Nutzen auf der operativen Ebene bereits enorm.

Prozesskennzahlen (zu den Zielkategorien Qualität/Sicherheit, Zeit, Kosten) finden idealerweise Eingang in eine Balanced Scorecard (BSC), mit der die Organisation die Umsetzung ihrer Strategie überwacht und steuert. Die nachhaltig in die Kernleistungen integrierte Qualitätsfähigkeit ist gleichermaßen Basis für Zertifizierung und Qualitätsbewertung wie für Risikomanagement, Arbeits- und Gesundheitsschutz, Umweltmanagement usw., für zukunftsfähige integrierte Managementsysteme. Nicht zuletzt vor dem Hintergrund der stärkeren Fokussierung auf Patientensicherheit und Risikomanagement als unverzichtbare Elemente qualitätsorientierter Unternehmensführung (vgl. DIN EN 15224:2012) ist ein solcher Ansatz notwendig. Aber nur durch konsequente Umsetzung und Weiterentwicklung können die Gesundheitseinrichtungen den Nutzen für Patienten, für Mitarbeiter und die Organisation vollumfänglich ausschöpfen: „der große Wurf"!

Den Kernsatz „Die Patientenversorgung der Zukunft ist prozessorientiert, prozessstrukturiert und workflowbasiert", wie der Herausgeber treffend formuliert,[15] sollte man durchaus noch verstärken:

Die durchgängig prozessorientierte Unternehmensgestaltung (das „lernende Unternehmen" auf dem Weg zur ständigen Verbesserung) ist Voraussetzung für die Hochleistungsorganisation der Zukunft![3]

Kontakt

Dr. phil. Brigitte Sens
Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen
Einrichtung der Ärztekammer Niedersachsen
Vorsitzende der Gesellschaft für Qualitätsmanagement
in der Gesundheitsversorgung (GQMG)
Tel.: 0511/380-2505
E-Mail: brigitte.sens@aekn.de
www.aekn.de/zq

Dr. med. Eva Cloppenburg
Klinikum Oldenburg
Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin
Oberärztin
Tel.: 0441/403-2024
E-Mail: cloppenburg.eva@klinikum-oldenburg.de
www.klinikum-oldenburg.de

Dr. med. Martin Kramer
Klinikum Oldenburg
Leiter der Stabsstelle Unternehmensentwicklung und Organisation
Tel.: 0441/403-2153
E-Mail: kramer.martin@klinikum-oldenburg.de
www.klinikum-oldenburg.de

Literatur

1. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012): „Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung". Sondergutachten, 2012. http://www.SVR-Gesundheit.de
2. Richter, H. (2006): „Bereit für den Wandel?" In: Krankenhaus Umschau 75 (8): 666-668, 2006.
3. Sens, B.; Maschmann, J. et al. für die GQMG-Arbeitsgruppe „Prozessmanagement" (2011): „Prozessmanagement in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung". http://www.gqmg.de
4. Sens, B.; Eckardt, J.; Kirchner, H. (Hrsg) (2009): „Praxismanual Integrierte Behandlungspfade." Economica Verlag, Heidelberg.
5. Thilmany, C. (2011): „Erhöhung der Patientensicherheit durch Simulation neonataler Notfälle und regelmäßiger theoretischer und praktischer Einweisung in die derzeit gültigen europäischen Leitlinien der Neugeborenen- und Säugslingsreanimation." http://www.haunerjournal.de/hj1_12/einzseit1_12/sicher.pdf
6. Haraden, C.: "Approaches to, and how, to evaluate the effect of patient safety initiatives. Trigger tool for measuring adverse events in the neonatal intensive care unit." http://www.ihi.org/knowledge/Pages/Tools/
7. Sharek, P. J.; Horbar, J. G.; Mason, W. et al. (2006): "Adverse events in the neonatal intensive care unit: Development, testing, and findings of a NICU-focused Trigger Tool to identify harm in North American NICUs." In: Pediatrics 2006;118(4):1332-1340, 2006. http://www.ihi.org/knowledge/Pages/Tools/TriggerToolforMeasuringAEsinNICU.aspx
8. Stavroudis, T. A.; Shore, A. D.; Morlock, L. et al. (2010): "NICU medication errors: Identifying a risk profile for medication errors in the neonatal intensive care unit." In: J. Perinat. 30 : 459-468, 2010. http://www.ahrq.gov/research/oct11/1011RA5.htm
9. Chedoe, I.; Molendijk, H.; Hospes, W.; Van den Heuvel, E.; Taxis, K. (2012): "The effect of a multifaceted educational intervention on medication preparation and administration errors in neonatal intensive care." In: Arch. Dis. Childh. - Fetal and Neonatal Edition 2012, epub ahead of print, DOI: 10.1136/fetalneonatal-2011-300989, 2012-10-10, 2012.
10. ICUs in Michigan Sustain Zero Blood Stream Infections for Up to 2 Years. May 9, 2011. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. http://www.ahrq.gov/news/press/pr2011/clabsiicupr.htm, 2011
11. Haynes, A. B.; Weiser, T. G.; Berry, W. R. et al. (2009): "Safe Surgery Saves Lives Study Group (WHO): A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population." In: New Engl. J. Med. 360 : 491-499, 2009.
12. Semel, M. E.; Resch, S.; Haynes, A. B. et al. (2010): "Adopting a surgical checklist could save money and improve the quality of care in U.S. hospitals." In: Health Affairs 29: 1593-1599, 2010.
13. Hart, D. (2012): „Patientensicherheit, Fehlermanagement, Arzthaftungsrecht – Zugleich ein Beitrag zur rechtlichen Bedeutung von Empfehlungen." In: MedR 30: 1 – 15, 2012.
14. Sens, B. (2010): „Prozessorientierung als Instrument strategischer Unternehmensführung und integrierter Managementsysteme." In: Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen , 104:447-453, 2010.
15. Greiling, M. (2011): „Prozesse beherrschen, die ursächlich für Leistungen in der Patientenversorgung sind." In: Professional Process 4 : 3 , 2011.

Moderne Radioonkologie – Signifikanzsteigerung für neue Endpunkte im Logistik-Bereich

Die Strahlentherapie stellt im Konzert der multimodalen, onkologischen Therapiekonzepte eine wichtige Behandlungsoption dar. Aktuell werden während ihrer „Patientenkarriere" bis zu zwei Drittel der Krebserkrankten strahlenbehandelt. Ferner steigt insbesondere durch die rasche Alterung der Population die Bedeutung der Onkologie in Relation zu den übrigen Feldern der Medizin. Etwa jeder Dritte wird im Verlauf seines Lebens an Krebs erkranken, jeder Vierte wird an dieser Erkrankung sterben. Da Tumorerkrankungen mit zunehmendem Alter eine ansteigende Inzidenz (Auftretenshäufigkeit) erfahren, zeigen Extrapolationen der derzeitigen Trends, dass in einigen Jahren die malignen Erkrankungen die Herz-Kreislauf-Erkrankungen als führende Todesursache ablösen werden.

Priv.-Doz. Dr. Razvan Galalae

Bedeutung der Radioonkologie im Kontext der multimodalen Krebsbehandlung

In der modernen Onkologie verdankt nahezu die Hälfte aller definitiv geheilten Patienten diesen Erfolg auch beziehungsweise insbesondere der Strahlentherapie. Dies geschieht meist im Rahmen multimodaler Behandlungskonzepte, bei einigen Tumor- Entitäten aber auch durchaus im Sinne einer alleinigen Radiotherapie. Die Strahlenbehandlung wird insbesondere dann eingesetzt, wenn der Tumor ausreichend strahlenempfindlich ist und bei gleicher Heilungsaussicht ein besseres funktionelles und kosmetisches Ergebnis erwartet werden kann, weshalb generell in der Radioonkologie das funktionelle Outcome eine wichtigere Rolle spielt. Als Methode zur lokalen Tumorsanierung beziehungsweise Heilung lebt die Strahlentherapie von ihrer Präzision in der Planung und Applikation. Daher fällt der exakten Bestrahlungsplanung eine erhebliche Bedeutung zu.

Technologische Fortschritte im Bereich der Strahlerzeugungstechnologie und ganz allgemein in der Computerentwicklung konnten in die klinische Praxis umgesetzt werden. Diese in den letzten Jahren entwickelten und realisierten technischen Voraussetzungen haben die Möglichkeiten und Optionen der Bestrahlungsplanung beziehungsweise der Strahlapplikation erheblich erweitert und geradezu revolutioniert. Die so genannte konventionelle Bestrahlungsplanung, welche auf Durchleuchtungsverfahren und knöcherner Referenz- Röntgenanatomie basierte, wurde in den 1990er Jahren durch die neu aufkommende Computertomographie-basierte Technologie abgelöst. Die Attribute dieser neuen CT-basierten, dreidimensionalen virtuellen Simulation sind insbesondere: Volumenplanung, präzise geometrische Vermessung und lückenlose Dichte-Information in dem untersuchten Körperabschnitt. Ferner wurde deutlich die Präzision bei der Planung beziehungsweise Strahlentherapie erhöht, in dem ein externes Laser-System, standardisierte Immobilisation und Lagerung in Behandlungsposition auf einem rigiden Tisch bereits bei der Bestrahlungsplanung eingeführt wurden. Somit konnte der tägliche Lagerungsfehler bei der Strahlentherapie minimiert werden.

Endpunkte der Zukunft in der Onkologie

Transition zum Funktionserhalt und zur Wahrung der Lebensqualität

Moderne Linearbeschleuniger oder andere Maschinen zur Strahlerzeugung der neuesten Generation verbessern weiterhin die Genauigkeit der Stahlapplikation und machen diese auch schonender in der kurzfristigen aber auch in der langfristigen Betrachtung der Ergebnisse nach einer Krebstherapie. Dies wird insbesondere deutlich bei der routinemäßigen Bestrahlung der Brust nach einer so genannten brusterhaltenden Operation bei Brustkrebs. Diese wurde Anfang der 1990er Jahren eingeführt und ersetzte die bis dahin führende komplette Entfernung der Brust (Mastektomie). Durch die wichtige Studie von Umberto Veronesi und Mitarbeiter[1] bei 579 Patientinnen wurde 1993 dieses Therapieprinzip bewiesen und eingeführt. Diese Transition von einer aggressiven und mit Integritätsverlust behafteten Chirurgie hin zum nahezu kompletten Funktionserhalt, welche bei der Behandlung des Brustkrebses bereits stattgefunden hat, ist in der Onkologie beispielgebend und repräsentativ für einen wichtigen Trend in die Zukunft einer sanften Krebsmedizin. Die Radiotherapie ist seitdem integraler Bestandteil des brusterhaltenden Therapiekonzeptes. Die perkutane Radiotherapie (das heißt von außen über die Haut eingestrahlt) erstreckt sich allerdings über einen Zeitraum über 6 Wochen und belastet die Haut. Die Notwendigkeit einer Teilbrust-Dosiseskalation auf kumulativ 65 bis 66 Gy wurde ferner in einer weiteren wichtigen Studie dokumentiert. Die Europäische Organisation für Forschung und Behandlung von Krebs, die EORTC (European Organisation for Research and Treatment of Cancer), führte diese Studie[2] bei 5318 Patientinnen durch und konnte die Notwendigkeit eines Boostes (das heißt Steigerung der Dosis in dem tumortragenden Teilbereich der Brust) beweisen. Damit konnte die Häufigkeit des erneuten Tumorwachstums in der Brust (Lokalrezidiv) nahezu halbiert werden (auf cirka 5 bis 6 %). Diese Studie und zahlreiche andere konnten ferner zeigen, dass die Technik des Boostes beziehungsweise der Strahlentherapie auch relevant für die Langzeitergebnisse ist. Eine solche innovative Technik zur Behandlung der Brust ist die interstitielle Brachytherapie (Behandlung von innen über intraoperativ eingeführte Spezialapplikato-

Abb. 1: Außenansicht der Evangelischen Kliniken Gelsenkirchen, Quelle: Evangelische Kliniken Gelsenkirchen

ren). Diese Behandlungsmodalität bietet ein schonenderes, präziseres und effektiveres Alternativ-Boost-Verfahren bei der Erstbehandlung von Brustkrebs. Die Lokalrezidivrate kann somit noch einmal deutlich auf 2,5 % gesenkt werden.[3] Diese Techniken können aber auch als Salvage („rettende" Behandlung) bei Rezidiven der Brust nach einer Vorbestrahlung in Rahmen einer engen, interdisziplinären Kooperation mit den chirurgisch tätigen Senologen eingesetzt werden. Diese wichtige und vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Strahlentherapie und Chirurgie schafft erst die notwendigen Voraussetzungen für hohe Qualität und exzellente Langzeitresultate bei der Brustkrebsbehandlung.

Am Bespiel der modernen Behandlung beim Brustkrebs wird deutlich, dass die klassischen Endpunkte in der Onkologie – Gesamtüberleben beziehungsweise tumorfreies Überleben und lokalrezidivfreies Überleben – durch Funktionserhalt und gesundheitsbezogene Lebensqualität ergänzt werden.

Endpunkt Logistik

Die moderne Radioonkologie kann jedoch zusätzliche Wertigkeit beitragen. Sie kann bei exzellenter technischer Ausführung sehr schonend und extrem Nebenwirkungsarm appliziert werden. Diese sehr geringe Nebenwirkungsrate konnten wir im Rahmen einer prospektiven Studie bei 109 Patientinnen nachweisen.[4] Wir konnten ferner zeigen, dass die Strahlentherapie auch bei älteren Frauen ohne signifikante Unterschiede zu der jüngeren Population durchgeführt werden konnte. Dies ist natürlich wichtig bei immer älter werdenden Patienten bei Diagnose- und Behandlungsbeginn. Auch die gesundheitsbezogene Lebensqualität wurde durch die Strahlenbehandlung in einer weiteren eigenen prospektiven Studie nicht wesentlich belastet.[5]

Diese oder ähnliche Ergebnisse sind natürlich nur zu erzielen, wenn moderne und komplexe Techniken in der Strahlenbehandlung verwendet werden. Eine systematische Detail-Analyse der Computertomographie (CT)-basierten virtuellen Simulation in der modernen Radiotherapie mit prospektivem Studiendesign erfasste in der Studienzeit von 3 Monaten 158 konsekutive Patieneten (108 Männer und 50 Frauen) mit 20 unterschiedlichen Tumorentitäten.[6] Das Durchschnittsalter war auch hier typisch hoch und betrug 64,7 Jahre. Der Karnofsky-Index als allgemein anerkanntes Maß für den Allgemeinzustand wurde in 5 Graden nach der WHO/ ECOG/ Zubrod-Klassifikation gemessen und für univariate Analysen verwendet. Sämtliche Schritte des virtuellen Planungsprozesses wurden inkludiert: die initiale CT-Akquisition, der Datentransfer zum Planungsrechner, die klinische virtuelle Planung/Konturierung, die physikalische Planung / Dosimetrie und gegebenenfalls die konventionelle Verifikation. Ferner wurden interindividuelle Vergleiche in verschiedenen, involvierten Arbeitsgruppen (MTRA, Ärzte, Medizinphysik) durchgeführt. In der 3-monatigen Testphase wurden ebenfalls die gesamte Ausfallzeit und der Archivierungsaufwand erfasst.

Die Datenberechnung ergab eine sehr kompakte Gesamtplanungszeit der CT- basierten Technologiekette von insgesamt 109 Minuten. Das bedeutet, in der modernen Onkologie ist die Erstellung von komplexen Behandlungsplänen in weniger als 2 Stunden möglich. Ferner konnte eine ausgesprochene Robustheit des Planungsprozesses dokumentiert werden. Die Planung erfolgte im Wesentlichen störungsfrei und ohne patientenbezogene Probleme in 89%. Die Ausfallzeit war insgesamt gering mit nur 3,5 Stunden. Der Archivierungsaufwand der nicht mehr benötigten Patientendaten war ebenfalls limitiert und wurde mit 2 Stunden und 37 Minuten beziffert.

Der Allgemeinzustand der Patienten hatte keinen Einfluss auf die Planungszeit. Keine statistisch signifikanten Unterschiede ergaben sich im Vergleich der Patienten nach dem Karnofsky-Index ($p = 0{,}715$). Auch in den spezifischen Prozessschritten mit expliziter Patientenpräsenz (CT- Akquisition und konventionelle Verifikation) konnte kein signifikanter Einfluss des Allgemeinzustandes

der Patienten zum Zeitpunkt der Planung demonstriert werden ($p = 0{,}637$ und $0{,}282$).

Weitere wichtige Erkenntnisse konnten durch interindividuelle Analysen gewonnen werden. Diese identifizierten Lernkurven in den Arbeitsgruppen der Ärzte beziehungsweise Medizinphysiker mit Kollegen in der Einarbeitungsphase ($p < 0{,}05$). Beim Einsatz von erfahrenem Personal konnten jedoch keine signifikanten interindividuellen Unterschiede gefunden werden.

Diese kalkulierten Messergebnisse der prospektiven Analyse mit jetzt bekannter durchschnittlicher Dauer der unterschiedlichen Schritte der Planungskette können potentiell für eine Re-Organisation des Abteilungs-Workflow genutzt werden, um die Logistik der beteiligten Arbeitsgruppen zu optimieren und die Zeiteffizienz einer gegebenen Radiotherapie- Institution zu verbessern. Die Ausbildung neuer Mitarbeiter wird so erleichtert und kann ohne zwingende Patientenpräsenz durchgeführt werden. Die übermäßige Belastung der Patienten im Planungsprozess kann gesenkt werden. Lernkurven werden sichtbar und quantifizierbar gemacht. Patientenorientierte und wohl auch interessantere Lerninhalte können in die studentische Lehre eines modernen Universitätsspitals transportiert werden und virtuell ohne obligatorische Patientenpräsenz realisiert werden.

Insgesamt könnten Ergebnisse solcher Detail-Analysen der Logistikkette navigatorisch genutzt werden, um mit Hilfe von mathematischen Algorithmen planerisch bei der Erstellung von Businessplänen für neue Projekte oder in bestehenden Institutionen zur Optimierung eingesetzt zu werden. Die Herstellung einer hochwertigen Navigations-Software ist jedoch hierzu zwingend notwendig, weil die Zusammenhänge zu komplex sind, um mit konventionellen Mitteln gelöst und bewertet zu werden.

Abb. 2: Ärztehaus der Evangelischen Kliniken Gelsenkirchen, Quelle: Evangelische Kliniken Gelsenkirchen

Literatur

1. Veronesi, U.; Luini, A.; Del Vecchio, M. et al. (1993): Radiotherapy after breast-preserving surgery in women with localized cancer of the breast. In: N Engl J Med 1993; 328:1587-1591.
2. Bartelink, H.; Horiot, J. C., Poortmans, P. M. et al. (2007): Impact of a higher radiation dose on local control and survival in breast-conserving therapy of early breast cancer: 10-year results of the randomized boost versus no boost EORTC 22881-10882 trial. In: J Clin Oncol. 2007; 25(22):3259-65.
3. Poortmans, P.; Bartelink, H.; Horiot, J. C. et al. (2004): The influence of the boost technique on local control in breast conserving treatment in the EORTC 'boost versus no boost' randomised trial. In: Radiother Oncol. 2004; 72(1): 25-33.
4. Galalae, R.; Schultze, J.; Eilf, K.; Kimmig, B. (2010): Is standard breast-conserving therapy (BCT) in elderly breast cancer patients justified? A prospective measurement of acute toxicity according CTC-classification. In: Radiat Oncol. 2010; 5: 103.
5. Galalae, R.; Michel, J.; Siebmann, J. U. et al. (2005): Significant Negative Impact of Adjuvant Chemotherapy on Health-Related Quality of Life (HR-QoL) in Women with Breast Cancer Treated by Conserving Surgery and Postoperative 3-D Radiotherapy. In: Strahlenther Onkol. 2005; 181: 645-651.
6. Galalae, R. et al. (2012): Systematic work-flow analysis of CT-based virtual planning in modern radiotherapy: A prospective approach with 158 patients. 2012 (zur Publikation eingereicht).

Kontakt

Priv.-Doz. Dr. med. Razvan Galalae
Chefarzt der Klinik für Radioonkologie und Strahlentherapie
an den Evangelischen Kliniken Gelsenkirchen
& Mitglied der Medizinischen Fakultät der
Christian-Albrechts-Universität zu Kiel
Tel.: 0209/160-53001
E-Mail: galalae@evk-ge.de bzw. galalae@email.uni-kiel.de
www.evk-ge.de
www.uni-kiel.de

Ablaufoptimierung und Effizienzsteigerung der Kataraktchirurgie durch tagesklinische Patientenversorgung

Die Kataraktoperation gilt als eine der effektivsten Behandlungen und als häufigste Operation der Medizin überhaupt. Die verbesserte Behandlung und rapide Patientenrehabilitation ermöglichen, dass der Eingriff in vielen Fällen auch ambulant durchgeführt werden kann. Vor einem Jahr wurde an der Augenabteilung des Hanusch Krankenhauses in Wien eine Tagesklinik implementiert, mit dem Ziel, die Operationszahlen langfristig zu steigern, die Wartezeiten und Kosten zu minimieren und den Komfort und Rehabilitation der Patienten zu optimieren.

Prim. Univ.-Prof. Dr. Oliver Findl

Dr. Ana Prinz

Die Katarakt (Grauer Star) ist eine nahezu physiologische Veränderung der Augenlinse mit einer fortschreitenden Trübung im höheren Lebensalter. Die Linsentrübung führt in unterschiedlichem Ausmaß zu zunehmendem Sehverlust, verminderter Kontrast- und Farbwahrnehmung und vermehrter Blendungsempfindlichkeit. Die Verbreitung der Katarakt nimmt mit dem Alter sukzessive zu, sodass laut Schätzungen weltweit bei 50 Prozent der Bevölkerung über 60 Jahren und bei beinahe 100 Prozent der Bevölkerung über 80 Jahren eine gewisse Linsentrübung vorliegt.[1] Allein in Deutschland werden jährlich über 400.000 Operationen des grauen Stars durchgeführt, in Österreich über 70.000. Nach den Ergebnissen der aktuellen Prognose wird der Anteil der über 65 jährigen Bevölkerung Österreichs auch in Zukunft weiterhin auf nahezu das Doppelte der derzeitigen Zahl von 18 Prozent der Gesamtbevölkerung wachsen.[2] Demzufolge wird mit einer entsprechenden Zunahme an Kataraktoperationen langfristig gerechnet. Bei der Kataraktoperation wird in örtlicher Betäubung die getrübte Linse mittels Ultraschall verflüssigt, abgesaugt und anschließend durch eine künstliche Linse ersetzt. Aufgrund des relativ geringen Operationstraumas findet in den meisten Fällen eine sofortige visuelle und körperliche Rehabilitation des Patienten statt.

Damit ist die Kataraktoperation eine äußerst effektive und körperlich relativ wenig belastende Operation.

Trend zur tagesklinischen Kataraktoperation

Während in zahlreichen EU-Ländern die ambulante Durchführung von Katarakteingriffen seit längerem überwiegt, gab es in Österreich bis vor 7 Jahren praktisch keine ambulante Abwicklung der Kataraktoperationen.[3] Der Grund dafür war die späte Aufnahme der Kataraktoperation als tagesklinische Leistung im leistungsorientierten Krankenhausfinanzierungs (LKF)-System (=Österreichisches DRG-System).

Nach einer intensiven Phase der Planung wurde im Hanusch Krankenhaus in Wien seitens des Krankenhausbetreibers, der Wiener Gebietskrankenkasse, die erforderlichen Ressourcen für die Einrichtung einer Augentagesklinik bereitgestellt. Das vorrangige Ziel war es, möglichst rasch einen großen Anteil der Kataraktoperationen tagesklinisch abzuwickeln. Um den hohen Anforderungen der Qualitätssicherung und Patientenzufriedenheit gerecht zu werden, wurde neben den beachtlichen baulichen Investitionen auch die Ablauforganisation neu konzipiert, mit dem Ziel, die Operationszahlen langfristig zu steigern, die Wartezeiten und Kosten zu minimieren und den Komfort der Patienten zu optimieren.

Abb. 1: Offene und übersichtliche Gestaltung der Augen-Tagesklinik im Hanusch Krankenhaus
Quelle: Hanusch-Krankenhaus

Konzept und Ablauforganisation der tagesklinischen Patientenversorgung

Die Augentagesklinik wurde baulich in den stationären Trakt der Augenabteilung integriert, jedoch organisatorisch als eine Einheit konzipiert. Die neue Tagesklinik erstreckt sich über mehr als 200 Quadratme-

ter und verfügt über einen direkten Zugang zu den zwei Operationssälen der Augenabteilung. Durch die freundliche und offene Gestaltung sowie durch die moderne Ausstattung der Tagesklinik wird dem Patienten der kurze Aufenthalt möglichst angenehm gestaltet (Abb. 1). Von der Voruntersuchung und Administration, über die eigentliche Operation bis hin zu Nachsorge und Entlassung werden alle Prozesse in der Tagesklinik abgewickelt. Bei der räumlichen Planung wurden unter anderem die zurückgelegten Wege der Mitarbeiter und Patienten analysiert und optimiert. Bei der Planung der Abläufe wurden zuerst die einzelnen Schritte und deren Bearbeitungszeiten auf Berufsgruppen bezogen ermittelt. Hierfür wurde durch ein Team von drei Beobachtern, die nicht direkt mit den Prozessen zu tun hatten und diese im Detail nicht kannten, die Abläufe beobachtet, zeitlich erfasst und protokolliert. Danach wurden, im Rahmen von interdisziplinären Workshops, die unterschiedlichen Prozesse genauer definiert und im System ARIS modelliert. Hierbei werden auch die betroffenen MitarbeiterInnen der verschiedenen involvierten Berufsgruppen den jeweiligen Prozessen zugeordnet (siehe Beispiel Abb. 2). Der gesamte Prozessablauf wurde in der Gruppe nochmals überprüft und diskutiert. Optimierungsmaßnahmen konnten gleich hier gesetzt werden. Potenzielle Engpässe in den Abläufen konnten damit vorzeitig identifiziert und durch gezielte Ablaufsmodellierung vorbeugend eliminiert werden. Durch die Implementierung eines neu definierten zweiphasigen Ablaufs der Tagesklinik mit Vorverlagerung des Aufnahmeprozesses, laufen die Voruntersuchungen und Aufnahmen beziehungsweise Entlassungen der Patienten zudem deutlich strukturierter und somit schneller ab.

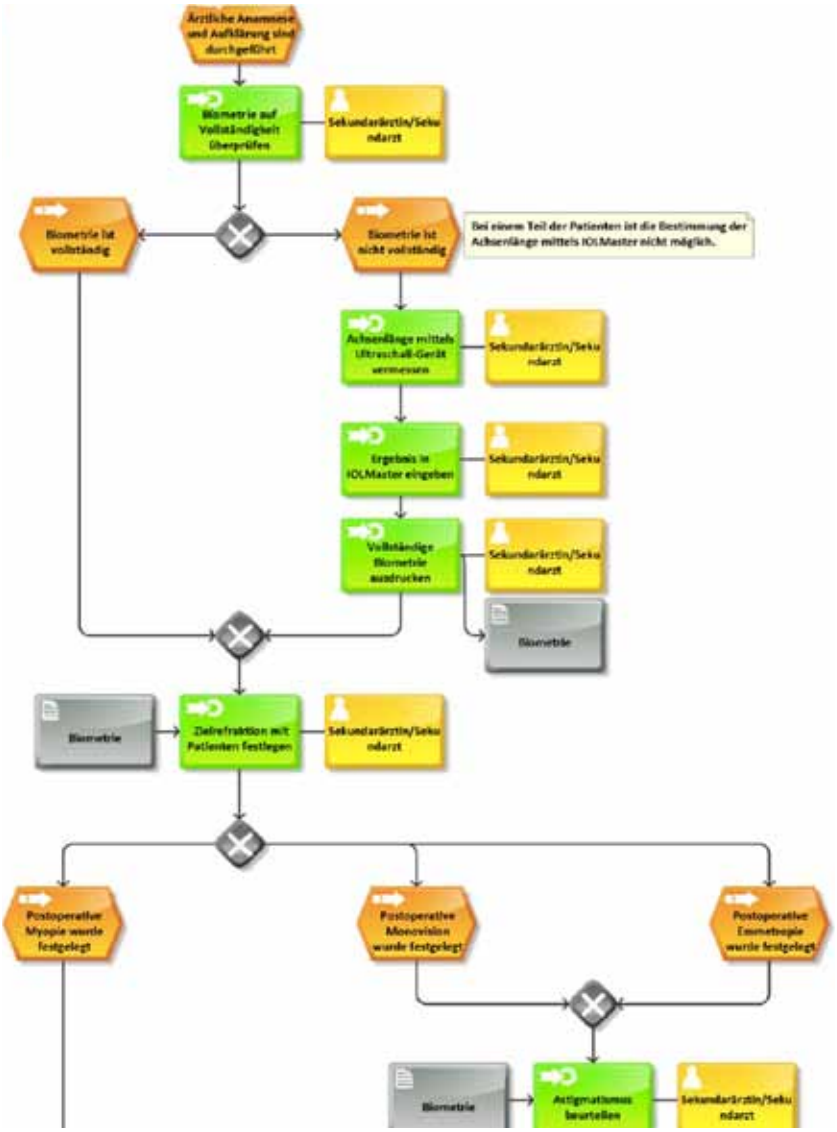


Abb. 2: Beispiel der Prozessdarstellung in ARIS, Quelle: Eigene Darstellung

Terminvergabe

Die OP-Terminvergabe wurde neu gestaltet. In den meisten Fällen werden zwei Operationstermine für beide Augen in einem Abstand von einer Woche vergeben. Eine „Spontanliste" von Patienten die kurzfristig einspringen wollen im Falle von Fernbleiben geplanter Patienten ermöglicht es, eine gute Auslastung sicherzustellen.

Patientenvoruntersuchung

Die Voruntersuchung mit der genauen Vermessung des Auges findet eine Woche vor dem Operationstermin statt. Patienten mit einer weiten Anreise wird eine ‚One-Stop'-Variante angeboten, bei der die Aufnahmeuntersuchungen am Tag der Operation gemacht werden. Seit 2009 brauchen unsere Patienten keine internistische Operationsfreigabe mehr, sofern sie an keiner Erkrankung leiden, die den Allgemeinzustand beeinträchtigt. Unterstützt durch die ständige Anwesenheit eines Anästhesisten im Augenoperations-Bereich ist die höchstmögliche Patientensicherheit gewährleistet.

Patientenaufklärung

Die Verbesserung der Aufklärung zur Operation erreichen wir mithilfe des an unserer Abteilung entwickelten Multimedia-Programms ‚CatInfo', bei welchem sich die Patienten mittels eines Touchscreen Tablet-PC interaktiv über den Ablauf der Operation und mögliche Komplikationen vor dem persönlichen Aufklärungsgespräch informieren können (Abb. 3). Bei dem anschließenden ärztlichen Gespräch wird konkret auf die individuellen Fragen und Bedürfnisse des Patienten eingegangen.

Um die potenziellen Vorteile der neuen Aufklärungsmethode zu evaluieren, wurde eine Wissensbefragung der Patienten im Rahmen einer prospektiven, randomisierten Studie nach erfolgter Patientenaufklärung mit und ohne Multimedia-Programm durchgeführt. Die Ergebnisse zeigten einen eindeutigen Wissensvorsprung und ein besseres Verständnis der Multimedia-Gruppe gegenüber der konventionell aufgeklärten Gruppe, wobei die älteren Patienten am meisten von dem Programm profitieren konnten.[4]

Aufnahmetag

Am Operationstag kommen die Patienten gestaffelt morgens und im Laufe des Vormittags an die Augentagesklinik. Die Patienten müssen sich nicht umziehen, sondern werden im Operationsvorraum in speziellen Operationssesseln vorbereitet und anschließend in den Operationssaal eingeschleust. Für die Vor- und Nachsorge der Patienten wurde ein eigener Aufenthaltsraum mit entsprechenden Sitzmöglichkeiten bereit gestellt, in dem sie sich in Ruhe auf die Operation vorbereiten beziehungsweise nach der Operation ausruhen können. Der verglaste Schwesternstützpunkt der Tagesklinik befindet sich unmittelbar vor dem Warteraum, so dass die Patienten hier gut überwacht und betreut werden können. Nach ca. einer Stunde werden sie erneut untersucht und bei Wohlbefinden entlassen. Die Nachkontrollen erfolgen eine Woche später bei den niedergelassenen Augenärzten.

Positive Jahresbilanz der Augentagesklinik

Nach einer fünfmonatigen Umbauzeit wurde die neue Augentagesklinik im Mai 2011 eröffnet. Mit Beginn der Augentagesklinik ist die Zahl der Kataraktoperationen deutlich gestiegen: die ursprüngliche Zahl von jährlich 3.500 durchgeführten Kataraktoperationen konnte innerhalb eines Jahres auf 4.200 erhöht werden. Zudem konnte der prozentuelle Anteil der tagesklinischen Kataraktoperationen von 10% auf 97% enorm gesteigert werden und somit der höchste Prozentsatz österreichweit erreicht werden (Abb. 4). Diese deutliche Leistungssteigerung konnte einerseits durch die Vorverlagerung und Vereinfachung des Aufnahmeprozesses, anderseits durch die optimierten Umlagerungszeiten im Operationsbereich erreicht werden. Im Schnitt dauert eine Kataraktoperation in der neuen Tagesklinik einschließlich Vorbereitung, Operation und Nachsorge nur zwei bis drei Stunden.

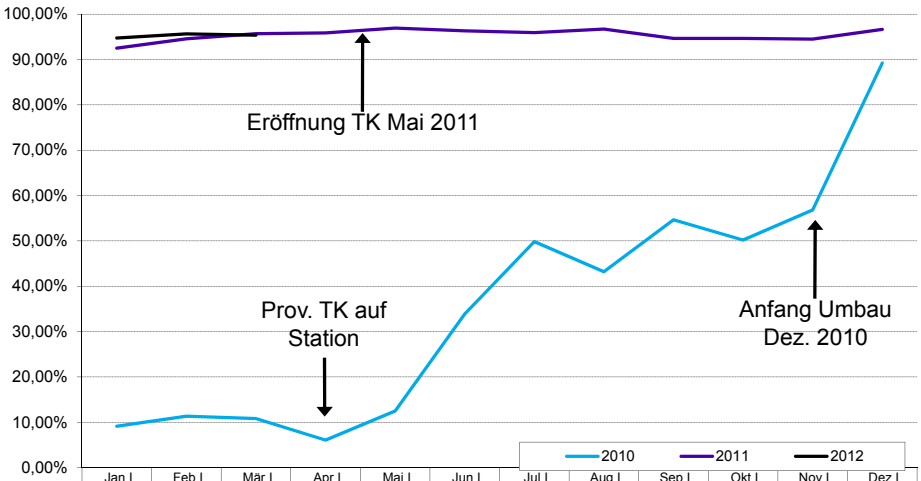
Die tagesklinische Abwicklung wird von Seite der Patienten äußerst positiv bewertet. Die persönliche und effiziente Patientenbetreuung äußerte sich in hoher Patientenzufriedenheit, was wiederum zu einer spürbaren Zunahme der externen Zuweisungen führte.

Die Einführung der Augentagesklinik brachte zahlreiche Vorteile:

- Steigerung der Struktur- und Leistungsqualität
- Verweildauersenkung von ca. zwei Tagen auf wenige Stunden
- Effizienzsteigerung und verkürzte Wartezeit auf die Operation
- Arbeitsplatzattraktivität und gute Team-Zusammenarbeit durch klar definierte Prozesse, verbesserten Ablauf und erhöhte Effizienz
- Senkung der Prozesskosten
- Anhaltende Patientennachfrage

Auf diese Weise wurde eine Optimierung der klinischen und wirtschaftlichen Ergebnisse und auch der Erhöhung der Attraktivität innerhalb des lokalen Gesundheitsmarkts erreicht. Die rasche Umstellung von stationär auf tagesklinischen Betrieb wird von den Autoren als der beste Weg der Umstellung in dieser Situation befunden, da damit Unsicherheiten auf Seiten der Patienten und Mitarbeiter minimiert werden konnten. Alle stellten sich rasch auf die neue Situation ein, was bei einem „Mischbetrieb" viel schwieriger möglich ist.

Abb. 3: CatInfo Programm mit Touchsreen: Multimedia assistierte Patienteninformation
Quelle: Hanusch Krankenhaus



	Jan I	Feb I	Mär I	Apr I	Mai I	Jun I	Jul I	Aug I	Sep I	Okt I	Nov I	Dez I
2010	9,13%	11,33%	10,81%	6,06%	12,50%	33,88%	49,83%	43,20%	54,64%	50,18%	56,83%	89,22%
2011	92,51%	94,55%	95,68%	95,87%	96,92%	96,31%	95,92%	96,71%	94,65%	94,65%	94,49%	96,65%
2012	94,74%	95,65%	95,37%									

Abb. 4: Prozentueller tagesklinischer Anteil an Katarakt-Operationen 2010-2012
Quelle: Eigene Darstellung

Literatur

1. Hammond, C. (2001): "The epidemiology of cataracts." In: Optometry Today, February, 2001.
2. STATISTIK AUSTRIA: Bevölkerungsvorausschätzung 2011-2050, (Oktober 2011); Verfügbar unter: www.statistik.at.
3. Hofmarcher, M. R.; Röhrling G. (2005): Health System Watch II/2005.
4. Wollinger, C.; Hirnschall, N.; Findl, O. (2011): "Computer-based tutorial to enhance the quality and efficiency of the informed-consent process for cataract surgery." In: Journal of Cataract & Refractive Surgery, 2012 Apr; 38(4):655-9.

Kontakt

Prim. Univ.-Prof. Dr. Oliver Findl, MBA
Hanusch Krankenhaus
Augenabteilung
Tel.: +43 (0)1 910 21-84610
E-Mail: oliver@findl.at
www.wgkk.at

Dr. Ana Prinz
Medizinische Universität Wien
Tel.: +43 (0)1 40400-7940
E-Mail: ana.prinz@meduniwien.ac.at
www.meduniwien.ac.at

Kostentransparenz ausgewählter Krankheitsbilder mit Hilfe der Prozesskostenrechnung in der Schweiz

Die Durchführung einer Prozesskostenrechnung bietet neue Perspektiven in der Kalkulation und Betrachtung von Fallkosten, ohne dabei die klassische Kostenträgerrechnung ersetzen zu wollen. Einheitliche Rahmenbedingungen in der Kosten- und Erlösrechnung sorgen dabei für eine Minimierung des Kalkulationsaufwandes und garantieren gleichzeitig die Komparabilität identischer Swiss-DRGs unterschiedlicher Spitäler.

Andrea Rytz

Eine der unumstrittenen Grundvoraussetzungen für eine aussagekräftige Kostenrechnung ist ein systematisches Rechnungswesen, das für eine möglichst fehlerfreie und unmissverständliche Datenbasis sorgt. Die ungenaue Kalkulation von Kosten- und Leistungsdaten kann nicht nur das betriebliche Ergebnis verzerren, sondern auch zu nicht unerheblichen strategischen Fehlentscheidung führen.

Mit dem Regelwerk REKOLE® steht den Schweizer Spitälern ein Modell zur Revision der Kostenrechnung und Leistungserfassung zur Verfügung. Ähnlich wie die Krankenhausbuchführungsverordnung und die InEK Fallkostenkalkulation in Deutschland existiert somit eine einheitliche Grundlage, um sich den Herausforderungen der leistungsbezogenen Fallpauschalen des 2012 eingeführten Swiss-DRG-Systems stellen zu können. Zwar sind diese Kostenrechnungsmodelle keine Mindestvoraussetzung für die Prozesskostenrechnung, jedoch können Sie den damit verbundenen Aufwand reduzieren.

In einem Pilotprojekt mit der Hirslanden Klinik Belair in Schaffhausen wurde die Verwendbarkeit der vorhandenen Kostendaten für eine Prozesskostenrechnung in Zusammenarbeit mit dem IWiG untersucht und erfolgreich umgesetzt. Ein wesentlicher Bestandteil des Projektes bestand darin, die Kostendaten für die Prozesskostenrechnung aufzubereiten und dabei zu analysieren, welche Vereinfachungen eine Strukturierung der Kostendaten nach REKOLE®-Vorgaben mit sich bringen würde.

Ausgangspunkt des Projektes war die Modellierung eines klinischen Behandlungspfades zur Hüft-TEP mit der Web-Applikation ClipMed® PPM, mit welcher auch die anschließende Prozesskostenrechnung durchgeführt wurde. Im Pfad wurden alle für das Krankheitsbild relevanten Abläufe detailliert auf der Ebene der Teilprozesse abgebildet, erweitert um die Information der durchführenden Organisationseinheit und der Durchführungszeit, zum Beispiel Teilprozess: „Operativen Eingriff stationär vorbereiten" – Organisationseinheit: „Pflege Orthopädie" – Durchführungszeit: „12 Minuten". Somit enthielt der Pfad bereits alle Leistungsangaben für den ersten und größten Kostenblock, die Personalprozesskosten. Ergänzt wurden diese Angaben um die Auflistung der Sachmittel, die einen signifikanten Anteil der direkten Sachkosten ausmachen, das heißt die verabreichten Arzneimittel, der medizinische Bedarf des OP und die Implantate der Hüft-TEP. Diese Sachmittel wurden den im Pfad enthaltenen Teilprozessen direkt zugeordnet und lieferten so die verursachungsgerechte Kalkulationsbasis für den, zumindest im Fall der Hüft-TEP, zweitgrößten Kostenblock, die direkten Sachkosten. Die Kalkulation der übrigen Kostenblöcke ist ebenfalls basierend auf den Leistungsangaben im Pfad hinreichend möglich, allerdings sind dazu neben den reinen Kostendaten noch einige weitere Controllingdaten bereitzustellen.

Umfassend betrachtet lassen sich die für die Prozesskostenrechnung erforderlichen Controllingdaten in vier Bereiche untergliedern. Neben den Kostendaten selbst zählen dazu die Personaldaten, die Leistungsdaten und die Sachmitteldaten.

Als umfangreichster und im Grunde auch elementarster Teil enthalten die Kostendaten eine Auflistung aller gebuchten DRG-relevanten Aufwendungen unterteilt nach Kostenstellen und Kostenarten. Damit später im Zuge der späteren Kalkulation die Organisationseinheiten des Pfades eindeutig den Kostenstellen zugeordnet werden können, ist bereits an dieser Stelle ein gut strukturierter Kostenstellen- und Kostenartenrahmen (Kontenrahmen) hilfreich. Die deutsche Krankenhausbuchführungsverordnung (KHBV) macht die Kosten- und Leistungsrechnung für deutsche Krankenhäuser die unter das Kranken-hausfinanzierungsgesetz fallen zur Pflicht und liefert genaue Vorgaben, beispielsweise in der Unterteilung der Kostenstellen in gemeinsame Kostenstellen, Versorgungseinrichtungen und medizinische Institutionen, beziehungsweise im Kostenstellenplan als Ganzes. Die InEK Fallkostenkalkulation baut auf diesen Daten auf und kommt im Verlauf weiterer kalkulatorischer Schritte, wie zum Beispiel der Abgrenzung nicht-DRG-relevanter Kosten und der Durchführung einer innerbetrieblichen Leistungsverrechnung (ILV) / Umlage, zu einer Verdichtung der Kostendaten, aufgeteilt nach Kostenstellen- und Kostenartengruppen, der sogenannten InEK-Kostenmatrix. Die Vorgehensweise der Kostenträgerrechnung nach InEK bietet mit den kalkulatorischen Vorgaben und der Verdichtung der Daten somit ideale Vorraussetzungen für das Anknüpfen einer Prozesskostenrechnung, denn ähnlich wie die Kostenträgerrechnung benötigt auch die Prozesskos-

tenrechnung lediglich die bereinigten DRG-relevanten Kosten der medizinischen Institutionen, im Idealfall nach erfolgter Umlage.

An dieser Stelle setzt auch das Modell REKOLE® an, und auch wenn der Aspekt der DRG-Relevanz noch nicht enthalten ist, bietet es dennoch ebenfalls gute Vorraussetzungen für eine aussagekräftige Prozesskostenrechnung wie KHBV und InEK.

Die Prozesskostenrechnung ist wie die Kostenträgerrechnung eine Ist-Kostenrechnung auf Vollkostenbasis. Damit die Ergebnisse der Kostenkalkulation dem DRG-Erlös gegenüber gestellt werden können, ist es in einem ersten Schritt notwendig alle nicht-DRG-relevanten Kostenstellen und Kostenarten abzugrenzen, da sonst Kostenanteile die über andere Abrechnungsarten vergütet werden in die Rechnung mit einfließen würden. Die sich daraus ergebende Auflistung ist die Kostengrundlage für alle weiteren kalkulatorischen Schritte.

Folgt man den Vorgaben der Kostenrechnungsmodelle lassen sich die Kostenstellen in zwei grundlegende Gruppen unterteilen: die dienstleistenden Kostenstellen (gemeinsame Kostenstellen / Versorgungseinrichtungen) und die leistungserbringenden Kostenstellen (medizinische Institutionen), oder in allgemeiner Form auch als indirekte und direkte Kostenstellen bezeichnet.

Die dienstleistenden Kostenstellen sind in vollem Umfang zu berücksichtigen, wobei die Prozesskostenrechnung dabei zwei mögliche Verfahrensweisen erlaubt. Entweder eine Umlage beziehungsweise innerbetriebliche Leistungsverrechnung der dienstleistenden Kostenstellen auf die leistungserbringenden Kostenstellen oder aber eine Zuschlagskalkulation, jeweils über passende Bezugsgrößen / Verrechnungsschlüssel (Kostentreiber). Während die Umlage / ILV mit einem nicht unerheblichen Aufwand verbunden ist, erreicht Sie jedoch aufgrund ihrer spezifischen Bezugsgrößen eine relativ hohe Verursachungsgerechtigkeit. Die vereinfachte Zuschlagskalkulation hingegen ist mit einem deutlich geringeren Aufwand verbunden, da sie mit weniger Bezugsgrößen auskommt und auch die Leistungsbeziehungen zwischen den Kostenstellen nicht berücksichtigt werden, gleichzeitig wird sie dadurch aber auch pauschaler. Während nach erfolgter ILV / Umlage die

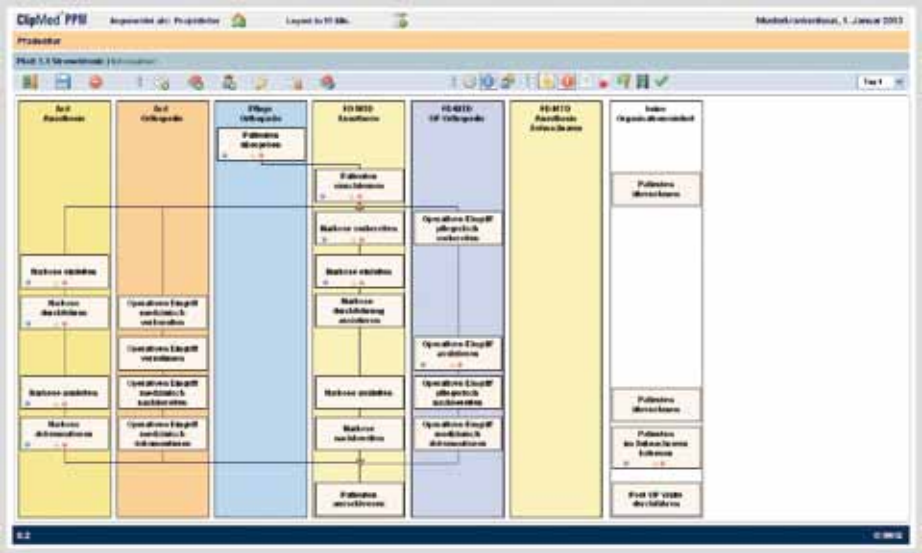


Abb.1: Darstellung eines Behandlungspfades in ClipMed® PPM
Quelle: Eigene Darstellung

dienstleistenden Kostenstellen in die leistungserbringenden überführt sind, werden bei der Zuschlagskalkulation die Kosten der dienstleistenden Kostenstellen als Zuschlag auf die übrigen Kosten des klinischen Behandlungspfades aufgeschlagen.

Aus der Verwendung eines Kostenstellenrahmens, so wie er durch das Modell REKOLE® als verpflichtende Muss-Ebene vorgegeben wird, resultieren insbesondere in Bezug auf die Zuschlagskalkulation und die ILV / Umlage weitere Vorteile. So ist zum Beispiel die „Zentralsterilisation" als Muss-Kostenstelle vorgegeben, wodurch über die passende Bezugsgröße „Anzahl der Sterilgüter" (Chargen) eine verursachungsgerechte Verteilung der Kosten ermöglicht wird. Dadurch lassen sich die anteiligen Kosten für die Sterilisation als Leistung in einem klinischen Behandlungspfad relativ genau bestimmen. Sind die entsprechenden Kosten allerdings auf einer anderen Kostenstelle verbucht, zum Beispiel „Operationssaal", müssten die Kosten der Sterilisation unter höherem Aufwand zunächst abgegrenzt werden. Ansonsten bliebe nur die Möglichkeit die nicht weiter zu unterteilenden Kosten über eine gemeinsame Bezugsgröße umzulegen, zum Beispiel „Schnitt-Naht-Zeit" oder „Anzahl der Operationen", und dies wäre deutlich weniger verursachungsgerecht.

Während die indirekten dienstleistenden Kostenstellen somit voll berücksichtigt sind, werden von den direkten leistungserbringenden Kostenstellen nur die in die Kalkulation einbezogen, die im Zusammenhang mit der ausgewählten DRG auch tatsächlich Leistungen erbringen. Würde die DRG also beispielsweise eine internistische Behandlung beinhalten und somit im klinischen Behandlungspfad auch keine Leistungen durch OP und Anästhesie erbracht werden, dann würden auch die dazugehörigen Kostenstellen logischerweise nicht berücksichtigt.

Neben den Kostenstellen enthalten die Kostendaten die darauf gebuchten Kostenarten. Da Spitäler über mehr als 100 unterschiedliche Kostenarten verfügen können, ist im Rahmen der Prozesskostenrechnung vorgesehen, die Kostenarten zu Kostenartengruppen (Ressourcen) zusammenzufassen und somit die Kalkulation und die Auswertung der Ergebnisse deutlich zu vereinfachen. Eine mögliche logische Aufteilung, wie sie vom IWiG angewendet wird, ist die folgende:

1. Ärztlicher Dienst
2. Pflegedienst
3. Funktionsdienst / Medizinisch-technischer Dienst
4. Sonstige Mitarbeiter
5. Arzneimittel
6. Medizinischer Bedarf
7. Implantate Blut
8. Honorare, Untersuchungen
9. Medizinische Infrastruktur
10. Nicht-medizinische Infrastruktur

Als zweiter Bereich der Controllingdaten liefern die Personaldaten die notwendigen Informationen für die Kalkulation der Personalprozesskosten, also der direkten Personalkosten für alle am Pfad beteiligten Organisationseinheiten. Dabei handelt es sich um Angaben zur Zahl der Vollkräfte und Nettojahresarbeitszeit der am Pfad beteiligten Organisationseinheiten, um in Verbindung mit den Bruttopersonalkosten aus den Kostendaten (zum Beispiel Kostenstelle: „Anästhesie", Kostenart: „Personalkosten Ärzte") die Bruttostundensätze für die jeweiligen Organisationseinheiten (zum Beispiel „Arzt Anästhesie") zu kalkulieren und dann letztlich mit den Durchführungszeiten im Pfad die Personalprozesskosten zu ermitteln (zum Beispiel Teilprozess: „Narkose vorbereiten", Durchführungszeit „10 Minuten", Personalprozesskosten: „x,xx CHF").

Die Personalprozesskosten beinhalten somit alle pfadrelevanten Kosten der Kostenartengruppen 1 – 4, wobei „sonstige Mitarbeiter" sowohl direkt über die Personalprozesskosten verrechnet werden können, wenn Sie direkt am Pfad beteiligt sind, oder aber auch indirekt über die Zuschlagskalkulation, wenn es sich um Organisationseinheiten der dienstleistenden Kostenstellen handelt.

Die Leistungsdaten liefern die notwendigen Informationen zur Bildung von Kostentreibern, das heißt die Bezugsgrößen um daraus Verrechnungsschlüssel für die Zuschlagskalkulation zu bilden. Dazu zählen beispielsweise Belegtage, Anästhesieminuten, Aufwachraumminuten, SNZ inkl. Rüstzeit oder auch Leistungspunkte von unterschiedlichen diagnostischen und therapeutischen Bereichen. Die daraus kalkulierten Zuschlagskosten beinhalten alle pfadrelevanten, also anteiligen, Kosten der Kostenartengruppen 5 – 10, sofern diese nicht bereits als direkte Sachkosten dem Pfad zugewiesen wurden und einzeln ausgewiesen sind.

Als Bezugsgröße für die Kalkulation der diagnostischen und therapeutischen Leistungen hat sich das System der Taxpunkte des TARMED Tarifsystems als praktikabel erwiesen. Zwar handelt es sich hierbei um einen Einzelleistungstarif für ambulante ärztliche Leistungen im Spital, allerdings dienen die dokumentierten Taxpunkte für ärztliche und technische Leistungen als ideale Bezugsgröße für die verursachungsgerechte Kostenverrechnung der pfadrelevanten Leistungen.

Die Sachmitteldaten enthalten alle direkten Sachmittel, deren Kosten als Einzelkosten dem zugehörigen Prozess im Pfad direkt zugewiesen werden. Dabei handelt es sich idealerweise um Bruttostückpreise, oder auch um Pauschalbeträge oder durchschnittliche Fallkosten, wenn keine genauere Eingrenzung eines größeren Sachmittelspektrums auf den konkreten Pfad möglich ist. Zwar ist es auch möglich die Sachmittel, genauer gesagt die Kostenartengruppen 5 – 7, in der Zuschlagskalkulation zu berücksichtigen, allerdings führt dies zu einer eher ungenauen Betrachtung. Ausgenommen davon ist jedoch der Teil der Sachmittel, der nicht eindeutig zugeordnet werden kann und daher eher wie Gemeinkosten zu behandeln ist und weniger wie Einzelkosten. Ist diesem Fall macht die Zuschlagskalkulation mehr Sinn, da der Nutzen der direkten Zuordnung in keinem ausgewogenen Verhältnis zum Aufwand steht.

Der Aufwand der Bereitstellung von Kosten-, Personal-, Leistungs- und Sachmitteldaten für die Prozesskostenrechnung war im konkreten Pilotprojekt überschaubar gering, zumal ein Großteil der Daten bereits verfügbar war und nur anders aufbereitet oder in Bezug auf die konkrete DRG abgegrenzt werden musste. Bei langfristiger Betrachtung und für den Fall, dass weitere Pfade zu unterschiedlichen DRGs kalkuliert werden sollen, ließe sich der Bereitstellungsaufwand dadurch verringern, dass einmalig alle verfügbaren Daten bereitgestellt werden und nicht nur die für die konkrete DRG benötigten. Während die Kostendaten bereits vollständig für eine abgeschlossene Periode vorliegen bedeutet dies konkret für die anderen Daten, dass zum Beispiel die Bruttostundensätze für alle Organisationseinheiten und die Leistungsdaten aller Leistungsbereiche für die gleiche Periode bereitgestellt werden.

Im Unterschied zur Kostenträgerrechnung bietet die Kalkulation der Prozesskosten nicht nur die Kostenermittlung für den Fall, beziehungsweise die DRG, sondern gewährt darüber hinaus, aufgrund des klinischen Behandlungspfades als Grundlage, einen Einblick in die Kostenstruktur unterteilt nach Behandlungstagen, nach Organisationseinheiten, oder auch nach Haupt- beziehungsweise Geschäftsprozessen und beantwortet daher Fragen wie: „Was kostet die Aufnahme zur DRG?" oder „Welche Kosten entstehen im Zusammenhang mit der OP und allen vor- und nachbereitenden Prozessen?" Die Prozesskostenrechnung erweitert somit den Raum der Kostentransparenz um einige interessante neue Blickwinkel.

Ein verpflichtendes Modell der Kosten- und Leistungsrechnung, wie beispielsweise REKOLE®, kann die Prozesskostenrechnung dadurch vereinfachen, dass Kalkulationsschritte, die sonst im Rahmen der Prozesskostenrechnung durchgeführt werden müssten, bereits in der vorherigen Kosten- und Leistungsrechnung erfolgt sind. Darüber hinaus erhöht das Modell zum Einen die Genauigkeit der Kostendaten und schafft zum Anderen eine einheitliche Grundlage der Kostenrechnung, was insbesondere im Hinblick auf einen Vergleich von Prozesskostenrechnungen identischer DRGs zwischen verschiedenen Spitälern die Aussagekraft deutlich steigert und Konvergenz schafft. Die Analyse der Prozesskosten im Rahmen eines Benchmarkings ermöglicht weiterhin den Einstieg in die Prozessoptimierung und bietet somit den ersten Schritt zur Schaffung einheitlicher Qualitätsstandards in unterschiedlichen Spitälern.

Literatur

1. Verordnung über die Rechnungs- und Buchführungspflichten von Krankenhäusern (Krankenhaus-Buchführungsverordnung - KHBV) § 8, Anlage 4 und 5
2. Deutsche Krankenhausgesellschaft (2007): Handbuch zur Kalkulation von Fallkosten Version 3.0
3. Pascal Besson (2009): REKOLE®: Betriebliches Rechnungswesen im Spital, H+ Spitäler d. Schweiz, S. 182

Kontakt

Andrea Rytz
Klinik Belair
Direktorin
Tel.: +41 (0)52 632 19 91
E-Mail: andrea.rytz@hirslanden.ch
www.hirslanden.ch

Das neue Patientenrechtegesetz – ein praktikabler Entwurf?

Die Bundesregierung hat am 23. Mai 2012 den Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten veröffentlicht. Das Gesetz soll spätestens am 01. Januar 2013 in Kraft treten. Die Meinungen darüber, ob der Gesetzgeber die ursprünglich gesteckten Ziele mit dem Referentenentwurf erreichen wird, sind geteilt. Zwar hat die angestrebte Normierung der bisher größtenteils durch die Rechtsprechung entwickelten Vorgaben Vorteile, sie wird jedoch auch zu einer weiteren Bürokratisierung und damit Verkomplizierung des Praxisalltages führen.

Melanie Neumann

Überblick

Der Referentenentwurf verfolgt das Ziel, die bisher größtenteils von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze des Arzthaftungsrechts zu normieren und dadurch mehr Rechtssicherheit für alle Beteiligten, also für Patienten und Ärzte, zu schaffen. Es wird dafür der Untertitel 2 – „Der Behandlungsvertrag" – in das BGB eingefügt. Das Arzthaftungsrecht wird im Bürgerlichen Gesetzbuch zusammengefasst und insbesondere die Verfahrensrechte der Patienten sollen verbessert werden. Hierfür sind Maßnahmen zur Verfahrensbeschleunigung, zur Verbesserung der Patientenbeteiligung und zur Einführung von Verfahren des Risikomanagements und von Fehlermeldesystemen im Bereich der sozialen Krankenversicherung vorgesehen. Diese Verfahren sollen die immer komplexer werdenden medizinischen Prozesse zum Schutz der Patientinnen und Patienten optimieren.

Zudem sind über die bisher von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze hinaus gehende Verpflichtungen, beispielsweise hinsichtlich der Informations- und Aufklärungspflichten, vorgesehen. Wichtig wäre hierbei jedoch, dass sichergestellt wird, dass für den Patienten hierdurch ein tatsächlich relevanter Informationsgewinn verbunden ist und nicht durch Formalia bei der Anbahnung und Gestaltung des Behandlungsvertrags unmittelbar notwendige beziehungsweise vom Patienten gewünschte Behandlungen verhindert werden oder die für die Behandlung zur Verfügung stehende Zeit durch diese Formalia unnötig eingeschränkt wird. Es steht bereits jetzt fest, dass das geplante Patientenrechtegesetz einen deutlichen Zuwachs an Bürokratie mit sich bringen wird, der vor allem zu Lasten der Ärzte und Zahnärzte gehen wird.

Zu einzelnen geplanten Änderungen im Bürgerlichen Gesetzbuch

Im Zuge der Reform sollen die Vorschriften der §§ 630 a ff. BGB neu normiert werden.

Normierung der vertragstypischen Pflichten beim Behandlungsvertrag, § 630 a (E)

Problematisch ist hier, dass zwar festgelegt werden soll, dass die Behandlung „nach den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden anerkannten fachlichen Standards" zu erfolgen hat, jedoch nicht, dass es sich um den „im konkreten Fall gebotenen medizinischen Standard" handeln soll. Dies kann zum einen zur Defensivmedizin führen, welche den Patienteninteressen gerade nicht gerecht wird. Zum anderen stellt sich die Frage, wie sich der Vertrags(zahn)-arzt verhalten soll, wenn die in der gesetzlichen Krankenversicherung geltenden Behandlungs-Richtlinien dem fachlichen Standard nicht (mehr) entsprechen. Möglicherweise können somit einzelne Leistungen, die zum Zeitpunkt der Behandlung dem Standard des jeweiligen Fachgebiets entsprechen, im Rahmen der vertrags(zahn)-ärztlichen Versorgung nicht erbracht werden, da dies durch eine Entscheidung des Gesetzgebers im SGB V ausgeschlossen ist. Eine Leistungserbringung abweichend vom Grundsatz der Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit ist lediglich bei lebensbedrohlichen Erkrankungen im Falle eines sogenannten „Systemmangels", wenn also anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Behandlungen nicht zur Verfügung stehen, möglich (BVerfG, NJW 2006, 891; 2008, 2700).

Sinnvoll ist hier, sofern im Gesetzestext diesbezüglich keine weitere Klarstellung erfolgt, wenn der behandelnde (Zahn)Arzt den Patienten über eventuelle Behandlungsalternativen aufklärt, diesen jedoch darauf hinweist, dass diese im Rahmen der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung nicht in vollem Umfang zur Verfügung stehen.

Informationspflichten, § 630 c (E)

Nach dem Gesetzesentwurf ist nun eine umfassende Information der Patienten gesetzlich über § 630 c II (E) vorgesehen: Hiernach ist der Behandelnde, der den konkreten Eingriff vornimmt verpflichtet, den Patienten umfassend über Diagnose, Therapie, Maßnahmen, Behandlungsalternativen etc. aufzuklären.

Nach § 630 c III BGB gilt diese Aufklärungspflicht insbesondere auch für die Kostenübernahme durch die Krankenkassen bezüglich einer Behandlung.

Problematisch ist hierbei insbesondere, dass es sich um einen einseitigen Pflichtenkatalog für die Behandlerseite handelt. Dies steht im Widerspruch zum zweiseitigen Behandlungsvertrag mit gegenseitigen Rechten und Pflichten. Auch die Verpflichtung des Behandlers, „zu Beginn der Behand-

lung" weitgehend über Inhalte und Umstände der Behandlung zu informieren, unter anderem auch hinsichtlich der zu ergreifenden Maßnahmen, erscheint zumindest bei geringfügigen Behandlungen weder möglich noch angemessen. Auch würden dadurch möglicherweise Aussagen zu einem Zeitpunkt getroffen, zu dem eine bestimmte Diagnose noch gar nicht gestellt und somit auch keine Aussage zu einer möglichen Therapie möglich ist. Unbedingt vermieden werden müssen hier Spekulationen, die für den Patienten zu diesem Zeitpunkt noch ohne sachlichen Informationsgehalt sind und vielmehr zu Verunsicherung beim Patienten führen können.

Problematisch ist weiterhin, dass nach dem Gesetzesentwurf der Behandler „auf Nachfrage" über erkennbare Behandlungsfehler informieren muss. Es besteht jedoch keine allgemeine Fehleroffenbarungspflicht für Ärzte! Es dürfen lediglich keine unwahren Behauptungen gemacht oder durch Verschweigen wesentlicher Einzelheiten der Darstellung verfälscht werden. Ungefragt müssen Komplikationen jedoch offenbart werden, wenn ein bereits entstandener Gesundheitsschaden behoben oder die Entstehung weiterer Schäden vermieden werden soll.

Dokumentationspflicht, § 630 f (E)

Bei Streitigkeiten bleibt die Patientenakte nach wie vor das wichtigste Dokument: Maßnahmen, Befunde, Therapieversuche etc. müssen vom Arzt nach § 630 f II (E) niedergeschrieben werden. Es bleibt daher bei der bereits geltenden Vermutung: Fehlt die Dokumentation oder ist sie unvollständig, wird im Prozess zu Lasten des Behandelnden vermutet, dass die nicht dokumentierte Maßnahme auch nicht erfolgt ist.

Klargestellt werden soll nun, dass auch eine elektronische Dokumentation erfolgen kann. Hierbei ist jedoch zu beachten, dass Schriftproben nicht möglich sind. Daher kann die Frage meist nicht geklärt werden, wer die Eintragung vorgenommen hat. Es empfiehlt sich daher, mit entsprechenden Kürzeln zu arbeiten. Weiterhin kann nicht durch eine Untersuchung des Papiers überprüft werden, wann die Eintragung erfolgte. Einer EDV-Dokumentation kann somit bei nachträglicher Veränderung unter Umständen kein voller Beweiswert zukommen. Sinnvoll ist deshalb, eine Software zu verwenden, die alle Eintragungen, auch Änderungen, unlöschbar mit dem Zeitpunkt der Eintragung dokumentiert. Dies ist insbesondere bei Gemeinschaftspraxen anzuraten, hier am besten zusammen mit einem Eingabecode, welcher dokumentiert, wer eingegeben hat.

Der Behandler muss sich jedoch in Zukunft generell noch genauer überlegen, was und wie er dokumentiert. Ein weiter steigender bürokratischer Aufwand in der Praxis ist unvermeidbar, dient aber auch der rechtlichen Sicherheit des (Zahn)Arztes. Je umfangreicher die Dokumentation, desto besser lassen sich Honoraransprüche beweisen und Haftungsansprüche zurückweisen.

Akteneinsichtsrecht, § 630 g (E)

Weiter wird nun gesetzlich sichergestellt, dass Patienten in ihre Patientenakte Einsicht nehmen können, jedenfalls solange nicht therapeutische oder sonst erhebliche Gründe entgegenstehen. Die Akte ist vom Arzt 10 Jahre lang aufzubewahren (§ 630 f III). Ein Anspruch auf Herausgabe der Originaldokumente an den Patienten besteht übrigens nicht.

Problematisch im Zusammenhang mit der Regelung in § 630 g ist, dass dort der Begriff "Patientenakte" nicht definiert wird, auch der Referentenentwurf äußert sich hierzu nicht. Legt man ihn weit aus (wie der Referentenentwurf vermuten lässt), würde er sämtliche Eintragungen und Bemerkungen des Zahn(Arztes) beinhalten, damit also auch subjektive Wahrnehmungen des Behandelnden und persönliche Eindrücke oder Bemerkungen. Das Interesse des (Zahn)Arztes, diese Aufzeichnungen nicht offenbaren zu müssen, ist jedoch begründet. Sollte keine Konkretisierung des Entwurfs mehr erfolgen, wird diese Vorschrift dazu führen, dass der (Zahn)Arzt persönliche Eindrücke nicht mehr aufnehmen wird, sodass damit auch die Individualität der Aufzeichnung verloren geht.

Beweislastverteilung, § 630 h (E)

Besondere Bedeutung kommt der gesetzlich geregelten Beweislast zu: So ist vorgesehen, dass der Arzt bei groben Behandlungsfehlern beweisen muss, dass die Behandlung auch ohne den Fehler nicht erfolgreich gewesen wäre. Insbesondere wird die von der Rechtsprechung entwickelte Fallgruppe des „voll beherrschbaren Risikos" gesetzlich normiert: Soweit sich ein allgemeines Behandlungsrisiko verwirklicht hat, das für den Arzt voll beherrschbar war, wird ein Fehler des Behandelnden vermutet. Dies stellt eine Beweiserleichterung für den Patienten dar. Der Arzt muss sich in diesem Fall entlasten können, um die Vermutung zu widerlegen. Insbesondere sieht § 630 h II nun ausdrücklich vor, dass der Behandelnde

den Nachweis der Patienteneinwilligung und entsprechender Aufklärung führen muss.

Neuerungen im SGB V

Auch im Bereich des Versicherungsrechts werden sich Änderungen ergeben:

Beschaffung von Leistungen

Die Versicherten sollen sich die Leistungen nun selbst beschaffen können, wenn die Krankenkassen ohne hinreichenden Grund über einen Antrag auf eine Leistung nicht innerhalb von drei Wochen entscheiden. Wenn die Kassen eine Stellungnahme des Medizinischen Dienstes (MDK) einholen müssen, beträgt die Frist 5 Wochen. Eine Erstattung der Kosten ist hierfür nun gesetzlich vorgesehen (§ 13 III SGB V).

Unterstützung bei Schadensersatzstreitigkeiten

Nachdem es bisher im Ermessen der Leistungsträger stand, sind die Kranken- und Pflegekassen nun verpflichtet, ihre Versicherten bei der Verfolgung von Behandlungsfehlern zu unterstützen. Dies kann beispielsweise durch die Einholung medizinischer Gutachten geschehen, wodurch die Beweisführung der Patienten erleichtert wird.

Förderung einer Fehlervermeidungskultur

Als Beitrag zur Fehlervermeidung sollen durch den GB-A Mindeststandards für das medizinische Risiko- und Fehlermanagement festgelegt werden. Außerdem werden die Krankenhäuser verpflichtet, ein Beschwerdemanagement für die Belange von Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen einzurichten.

Für die Einrichtung der Fehlervermeidungskultur entstehen den Kassen nach aktueller Aussage der Bundesregierung ab 2014 Kosten von ca. 720.000 Euro pro Jahr. Die Bundesregierung nimmt aber an, dass die zusätzlichen Belastungen durch die damit erzielbare Vermeidung unerwünschter Ereignisse im Behandlungsprozess ausgeglichen werden. Zusätzlich entstehe ein jährlicher Erfüllungsaufwand von ca. 5,5 Millionen Euro. Die Bundesregierung befürchtet aber keine Kostenumlegung auf die Versicherungsnehmer.

Kritikpunkte und Reaktionen auf den Referentenentwurf

Neben der bereits oben angeführten Kritik sind noch zahlreiche weitere Fragen offen, die derzeit diskutiert werden.

Patientenbrief erforderlich?

Zur weiteren Stärkung der Patientenrechte fordert unter anderem die Opposition, dass neben dem vorhandenen Arztbrief auch ein Patientenbrief zu Diagnose, Behandlungsverlauf etc. erstellt wird. Dieser Brief soll in einer für Patienten verständlichen Sprache abgefasst sein, sodass Missverständnisse zwischen Ärzten und Patienten vermieden und insbesondere die Compliance verbessert wird.

Regelung für IGeL-Leistungen notwendig?

Es häufen sich auch die Stimmen für eine genauere gesetzliche Regelung der individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL). Bisher ist nur eine gesetzliche Regelung vorgesehen, die eine Information über die Kostenpflichtigkeit der Leistungen vorsieht. Hier bestünde weiterer Handlungsbedarf, um Patienten vor unnötigen und teuren Behandlungen zu schützen. Insbesondere die Opposition fordert hierzu weitere Regelungen im Patientengesetz, welche die Rechte von Patienten, die diese Leistungen in Anspruch nehmen, sichern.

Stellungnahme des Bundesrats

Kürzlich hat nun der Bundesrat seine Stellungnahme zum Entwurf abgegeben. Darin wird beispielsweise gefordert, die Aufklärungspflichten über Behandlungen weiter zu verschärfen und auch den Tatbestand „grober Behandlungsfehler" noch weiter zu fassen. Zum Thema IGeL schlägt der Bundesrat vor, dass eine schriftliche Zustimmung des Patienten für kostenpflichtige Leistungen erforderlich sein soll. Weiterhin sollen Ärzte und Kliniken zur Ausgabe von Patientenquittungen verpflichtet werden, welche ohne Aufforderung nach der Behandlung ausgehändigt werden sollen. Diese Quittungen sollen neben Diagnosen und erbrachten Leistungen auch Behandlungs- und Therapieempfehlungen sowie Informationen zu Arzneimitteln enthalten.

Kritik aus den Reihen der Ärzte

Aus Ärztesicht steht insbesondere zu befürchten, die Vorschriften zur Aufklärung ließen sich nicht mit den arbeitsteiligen Prozessen vereinbaren, insbesondere kollidieren die Aufklärungsanforderungen mit der erforderlichen Flexibilität der Arbeitsbedingungen vor allem in Kliniken. Dort ist zum Zeitpunkt der Aufklärung beispielsweise häufig noch gar nicht ersichtlich, ob der aufklärende Arzt letztlich auch „der Behandelnde" sein wird. Durch die neuen Normierungen wird darüber hinaus auch ausgeschlossen, dass schwangere Anästhesistinnen, die nicht mehr im Rahmen einer Operation eingesetzt werden können, Aufklärungsgespräche übernehmen können. Weiterhin wird zu viel Bürokratie befürchtet, wohingegen die Behandlung und nicht die Dokumentation im Vordergrund stehen müsse.

Fazit

Der Gesetzesentwurf ist als – zumindest vorläufiges – Ende langjähriger Diskussionen zur Normierung von Patientenrechten ein erfreulicher Schritt. Wünschenswert ist jedoch ein Gesetz, das die Rechte der Patienten und Patientinnen normiert, gleichzeitig aber auch in der Praxis und im Klinikalltag realisierbar bleibt und im Ergebnis tatsächlich Rechtssicherheit und Transparenz schafft.

Über den Gesetzesentwurf wird sicher noch weiter verhandelt und diskutiert werden, sodass hier etwaige Änderungen abzuwarten sind und man auf die endgültige Fassung gespannt sein darf.

Kontakt

Dipl.-Jur. Univ. Melanie Neumann
Ecovis L + C Rechtsanwaltsgesellschaft mbH
Rechtsanwältin, Dozentin
Tel.: 0941/7996980
E-Mail: melanie.neumann@ecovis.com
www.ecovis.com

Ergonomie webbasierter Anwendungen

Die Wahl der richtigen Arbeitsmittel ist entscheidend für ein produktives Arbeiten. Dies gilt ebenso für den Einsatz von Computerhard- und -software. Die Qualität der eingesetzten Software wird dabei in erster Linie durch ihre Benutzerfreundlichkeit bestimmt. Sie sollte exakt auf die Arbeitsbedingungen der Nutzer ausgerichtet sein und alle Interaktionen und Kooperationen im Arbeitsprozess unterstützen. Die Transparenz der Arbeitsabläufe, das heißt die übersichtliche, eindeutige Wiedererkennbarkeit der Vorgänge erlaubt es, die Zusammenhänge der jeweiligen Arbeitsschritte zu erkennen und Prozessstrukturen zu definieren und organisieren. Der konsequente Einsatz aussagekräftiger Daten und eine konsequente Anpassung der Prozessstrukturen unterstützen eine langfristige Reduzierung der Kosten und eine nachhaltige Effizienzsteigerung.

Thomas Bellendorf

Martin Dwucet

Der Einsatz innovativer Technologien zur Prozessoptimierung spielt eine wichtige Rolle. Dabei bietet die Nutzung webbasierter Anwendungen Vorteile in Bezug auf Hardware, Software, Sicherheit und Personalressourcen. Web-Applikationen werden auf einem externen Hochleistungsserver installiert und über den Browser des eigenen PC's abgerufen. Dadurch ist es möglich, von jedem beliebigen Rechner aus auf die Anwendung und die eigenen Daten zuzugreifen. Dies gilt natürlich genauso für Tablet PC's und Smartphones. Eigene Speicherkapazität muss nicht zur Verfügung gestellt werden. Auch eine Überwachung der eigenen Performance entfällt, da dies ebenfalls zentral geschieht. Die vorhandene Infrastruktur kann wie gewohnt genutzt werden, so dass teure Investitionen nicht erforderlich sind. Viele Anwender innerhalb eines Hauses können auf die gleichen Daten zugreifen und dieselbe Anwendung benutzen, ohne dass ein eigener Server zur Verfügung gestellt werden muss. Die Softwareinstallation sowie das termingerechte Aufspielen von Updates werden unnötig, dies geschieht automatisch für alle Anwender. Konfigurationsfehler durch Versionsupdates können so ausgeschlossen werden. Da die Anwendung über sämtliche gängige Browser abgerufen werden kann, müssen keine zusätzlichen Programme installiert werden und die Benutzung der Applikation ist unabhängig vom Betriebssystem des Anwenders.

Server, Programm und Dateien sind in einem Hochsicherheits-Rechenzentrum untergebracht. Das bedeutet eine zusätzliche Absicherung der Dateien und Daten. Alle genutzten Festplatten werden mehrfach gespiegelt, so kann bei Ausfall einer Festplatte eine Spiegelung direkt einspringen und eine Ausfallzeit verhindern. Für die Datenbanken erfolgen täglich automatische Backups, sodass ein Datenverlust schnell und unkompliziert aufgefangen werden kann. Durch ein kontinuierliches Port-Monitoring werden die Server ständig gegen unbefugte Zugriffe abgesichert. Die Datenübertragung zwischen Anwender und Server wird mittels Secure-FTP verschlüsselt und per SSL-Verschlüsselung gesichert. Dabei enthält die Anwendung ein eigenes SSL-Zertifikat als Verschlüsselungs- und Authentifizierungsverfahren.

Bei der Auswahl einer geeigneten Software ist auch auf die Entlastung der eigenen IT-Abteilung zu achten. Dies betrifft die Einführung der Software ebenso wie die Betreuung ihrer Nutzer. Eine intuitiv konfigurierte Software bildet auch komplexe Aufgaben übersichtlich ab, ordnet diese sinnvoll verschiedenen Zuständigkeitsbereichen zu und reduziert somit den Zeitaufwand der IT-Abteilung für Einarbeitung und Support.

Die Web-Applikation ClipMed® wurde bereits mehrfach national und international ausgezeichnet. Im April dieses Jahres, erreichte sie eine Platzierung unter den besten fünf für den Innovationspreis IT auf der CEBiT.

Nach wie vor arbeitet das IWiG daran, die Software noch anwenderfreundlicher zu gestalten, um das intuitive Arbeiten mit der Anwendung zu erweitern und komplexe Themen und Aufgabenbereiche benutzerorientiert abbilden zu können.

Berücksichtigung softwareergonomischer Erkenntnisse

Bei der Entwicklung von ClipMed® wurden die innovativen Erkenntnisse der Softwareergonomie berücksichtigt, da diese entscheidende Vorteile mit sich bringen. Die vom Nutzer wahrgenommene Softwareergonomie betrifft in erster Linie das Design der Software, also den Aufbau von Fenstern, Tabs und Panels mit dazugehörigen Menüstrukturen, Text- und Auswahlfeldern sowie ausführenden Befehlen. Positive Auswirkungen sind beispielsweise ein geringer Aufwand bei der Einarbeitung, weil sich die

Systeme an der gewohnten Arbeitsweise orientieren. Die Software ist somit von jedem Mitarbeiter nutzbar, nicht ausschließlich von Experten die sich über Jahre in die komplexe Software eingearbeitet haben.[1] Anfallende Aufgaben können effizient und effektiv erledigt werden. Dies unterstützt die Motivationsmechanismen bei den Mitarbeitern und verhindert Frustration und Leistungsabfall durch Monotonie oder unverständliche Handlungsanweisungen.[1]

Sowohl auf Anwender- als auch auf Entwicklerseite entstehen noch vor Entwicklungsbeginn der Software mentale Modelle. Je gleichartiger die Modelle beider Seiten sind, desto besser sind Qualität und Bedienbarkeit der Anwendung. Die Realität zeigt jedoch selten eine sofortige Übereinstimmung, da die Anwender meist die Aufgaben der täglichen Arbeit betrachten, während die konzeptuellen Modelle der Softwareentwickler eher die Möglichkeiten und Interaktionen der Computersysteme berücksichtigen. Es muss daher gewährleistet werden, dass die Entwickler einen Einblick in die Anwendungsbereiche und Aufgaben der Nutzer erhalten. Nur so können Sie ein Computersystem entwickeln, dass die Arbeitsweise der Anwender sinnvoll unterstützt.[1]

ClipMed® als webbasierte Anwendung für den Bereich Prozessmanagement

Während der Entwicklung von ClipMed® erfolgte ein direkter Austausch von Nutzern und Entwicklern. Durch die gemeinsame Arbeit in zahlreichen Projekten wurden Informationen gesammelt, mit Anwendern gesprochen, Feedback ausgewertet und letztendlich die Software erstellt und entwickelt.

Eine erfolgreiche Unternehmensstrategie basiert auf optimal aufeinander abgestimmten Arbeitsprozessen. Die Software unterstützt das ganzheitliche IWiG® 5 Phasen Modell und somit ein strukturiert durchgeführtes Prozessmanagement. Zur Unterstützung bei der Erarbeitung der Pfade sowie bei der Durchführung eines Projektmanagements und zudem aus Gründen der Vereinheitlichung der Ausdrucksweise innerhalb der Prozesse ist ClipMed® bereits mit Inhalten gefüllt.

ClipMed® PPM – Der Pfad – und ProzesskostenManager hilft dabei, Behandlungsabläufe transparent zu gestalten, Schnittstellen zu optimieren und Prozesskosten zu ermitteln.

ClipMed® OM – Der OptimierungsManager deckt Verbesserungspotenziale auf und bietet Methoden an, diese zu gewichten, bewertet den möglichen Lösungsaufwand und hilft, einen Lösungsweg aufgrund von Kundenanforderungen zu erarbeiten.

Mit ClipMed® ZM – Der ZielManager kann einerseits die Wettbewerbspositionierung strukturiert erarbeitet und verfolgt werden und andererseits können die in den Phasen zuvor entwickelten Ziele mit Maßgrößen und Maßnahmen versehen und verfolgt werden. Hierdurch erfolgt eine strukturierte und konsequente Steuerung der Umsetzung von geplanten Veränderungen. Informationen und Ziele können nachhaltig kommuniziert werden.

Veränderungen und Neuheiten

In der aktuellsten Version bietet ClipMed® eine vollständig überarbeitete Benutzeroberfläche. Neben einer Erweiterung und Verbesserung vorhandener Funktionalitäten ist die Optimierung der Benutzerfreundlichkeit, in der Fachsprache als „Usability" bezeichnet, entscheidend.

Intuition und einfache Bedienbarkeit

Der auffälligste neue Aspekt bei der Überarbeitung der grafischen Benutzeroberfläche ist die Verwendung von Icons anstelle von Text-Links und Buttons. Icons sind bildhafte Repräsentationen von Objekten, die an vielen Stellen nicht nur aus ästhetischen Gründen sinnvoll sein können. Sie helfen dem Betrachter, den Sinn einer Benachrichtigung oder einer Programmfunktion wesentlich schneller zu erfassen als bei der Verwendung von Textelementen. Dabei kommt es nicht darauf an, Icons so fotorealistisch und detailliert wie möglich zu gestalten. Vielmehr steht hier die Kernaussage im Vordergrund, die aus dem verwendeten Icon deutlich hervorgehen sollte (Abb.1). Grundsätzlich sollte die Software so selbsterklärend wie möglich sein, ohne die Notwendigkeit einer ausführlichen Anwender-

Abb. 1: ClipMed® Icons
Quelle: Eigene Darstellung

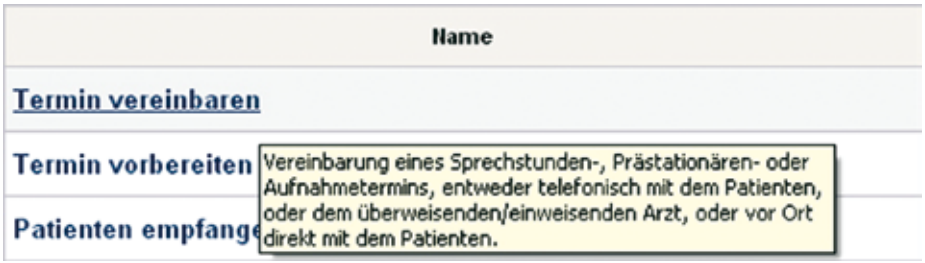


Abb. 2: ClipMed® Tooltip
Quelle: Eigene Darstellung

Abb. 3: ClipMed® Toolbar
Quelle: Eigene Darstellung

Abb. 4: ClipMed® Notification-Bar
Quelle: Eigene Darstellung

dokumentation mit sich zu bringen. Dennoch ist es schwer, einen Mittelweg zwischen „Text und Bild" zu finden. Wird dem Benutzer die Bedeutung eines Icons oder eines anderen Objektes nicht sofort ersichtlich, ist es deswegen darüber hinaus sinnvoll, diese zusätzlich durch Tooltips zu ergänzen.[2] Tooltips sind Direkthilfen, welche nach wenigen Sekunden sichtbar werden, wenn der Anwender den Mauszeiger auf ein Objekt bewegt (Abb. 2).

Um das Arbeiten mit den ClipMed®-Anwendungen komfortabler und übersichtlicher zu gestalten, wurde der Großteil der Text-Links und Buttons an vielen Stellen durch Icons ersetzt. Darüber hinaus wurde programmweit eine Toolbar integriert, die neben allgemeinen Funktionalitäten nahezu alle anderen Programmfunktionen des aktuellen Programmmoduls enthält (Abb. 3). Der Anwender sieht dabei immer nur die Funktionalitäten, die für ihn im aktuellen Programmteil und im gerade ausgewählten Reiter relevant sind. Dabei wird grob zwischen vier Funktions-Gruppen unterschieden:

- Die erste Gruppe beinhaltet allgemeine Funktionen wie beispielsweise die Zurück-Navigation sowie das Anlegen, Speichern oder Löschen eines Objektes. Diese sind im gesamten Programm zu finden und schaffen so eine übersichtliche und einheitliche Programmstruktur.

- In der zweiten Gruppe befinden sich spezifische Funktionen, die sich für jedes Programmmodul (und teilweise sogar für jeden darin enthaltenen Reiter) individuell unterscheiden können. Der Anwender wird so zu keiner Zeit mit unnötigen Funktionen und Informationen belastet und bekommt alle Auskünfte und Interaktionsmöglichkeiten immer nur dann, wenn diese aktuell sinnvoll sind. Befindet sich der Anwender beispielsweise gerade in einem Reiter, in dem er die Prozesse eines Pfades anlegen, bearbeiten oder löschen kann, so enthält die Toolbar hier auch nur diese speziellen Funktionen. Dass es zusätzlich in einem anderen Reiter noch möglich ist, einen solchen Pfad in Form eines Ablaufs als PDF herunterzuladen, ist an dieser Stelle unwichtig, so dass diese Funktion erst im dafür vorgesehenen Reiter sichtbar wird.

- Die dritte und vierte Gruppe beinhalten Funktionalitäten zum Filtern, Suchen und Sortieren der sich im aktuellen Programmmodul befindenden Objekte. Der Vorteil dieser Funktionen zeigt sich besonders in den Katalog-Modulen, die in ClipMed® alle Objekte wie beispielsweise Prozesse, Kodierungen, Sachmittel etc. enthalten. Hier kann schnell und komfortabel durch eine große Menge von Objekten navigiert werden, sowie nach bestimmten Objekten gezielt gesucht und gefiltert werden. Dies schafft eine deutlich höhere Arbeitsproduktivität in den Katalog-Modulen, da die aktuell betrachteten Objekte schnell gefunden und bearbeitet werden können.

Dieser Aufbau ermöglicht ein schnelleres und vor allem übersichtlicheres Arbeiten mit den ClipMed®-Lösungen, wodurch die Benutzerfreundlichkeit des Programms und die Arbeitsproduktivität des Anwenders deutlich gesteigert werden können.

Interaktion und Kommunikation zwischen Software und Anwender

Das überarbeitete ClipMed® beinhaltet als neues Feature eine Benachrichtigungsleiste für Fehler- und Hinweismeldungen. Benachrichtigungen dienen als eine Art Wegweiser und enthalten keine programmkritischen Details oder IT-spezifischen Informationen. Die Benachrichtigungen von ClipMed® liefern aussagekräftige Informationen für die Anwender. Diese sind knapp formuliert, eindeutig und unterstützen somit den Arbeitsfluss des Nutzers. Das Ziel ist es, eine verständliche Information zu vermitteln, die zentral platziert ist und somit auffällt, ohne jedoch den Anwender bei der Weiterarbeit zu behindern. Erhält der Nutzer eine positive Rückmeldung zum Erfolg seiner Arbeitsleistung, kann diese Information seine Motivation steigern. Die Anwendung informiert jedoch auch über Fehler und fordert fehlende Informationen rechtzeitig an, wodurch Störungen im weiteren Arbeitsablauf vermieden werden.[2]

Je nach Art der Meldung wechselt die Leiste ihre Farbe und visualisiert ein Icon.

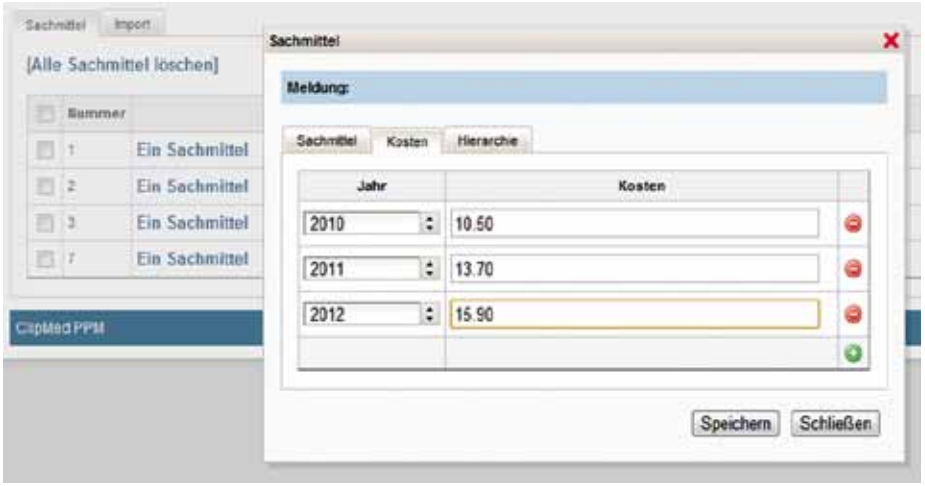


Abb. 5: ClipMed® Panel
Quelle: Eigene Darstellung

Durch farbliche Markierungen und Icons ermöglicht die visuelle Darstellung eine intuitive Wahrnehmung des Benutzers. Der Betrachter sieht ein Icon, das ihm aus verschiedenen anderen Anwendungen bereits vertraut und eindeutig verständlich ist. Dabei stehen vier Varianten zu Verfügung, die jeweils mit Icons kombiniert sind.

Im Ausgangsmodus übermitteln Informationsmeldungen dem Benutzer allgemeine Hinweise zur Benutzung des Programms oder zu speziellen Funktionen. Die Benachrichtigungsleiste hat dabei einen blauen Hintergrund und zeigt ein Info-Symbol.

Erfolgsmeldungen übermitteln dem Benutzer die erfolgreiche Ausführung seiner getätigten Programmaktion, zum Beispiel einen abgeschlossenen Speichervorgang oder einen durchgeführten Import. Sie erhalten einen grünen Hintergrund und ein Häkchen-Symbol.

Warnmeldungen informieren den Anwender darüber, dass zwar kein Fehler aufgetreten ist, jedoch notwendige Eingaben erforderlich sind oder weiterführende Aktionen inkonsistent sein könnten. Sie erhalten einen gelben Hintergrund und ein Warndreieck-Symbol.

Im Falle einer nicht erfolgreich ausgeführten Aktion wird eine Fehlermeldung erzeugt, die den Nutzer darüber informiert, dass die Aktion aufgrund geltender Beschränkungen nicht ausgeführt werden kann oder dass ein gravierender Fehler im Programm aufgetreten ist. Diese Meldungen sind rot hinterlegt und durch ein Achtung-Symbol gekennzeichnet.

Die Benachrichtigungsleiste wurde programmweit integriert. Dabei wurde Wert darauf gelegt, dass der Benutzer nicht durch redundante Hinweise oder akustische Signale unnötig von seiner Tätigkeit abgelenkt wird.

Bildsteuerung durch Panels

Ein weiterer neuer Aspekt ist die Integration von Modal-Panels an deutlich mehr Stellen (Abb. 5). Modal-Panels erfreuen sich besonders in webbasierten Applikationen immer mehr Beliebtheit. Anstelle von zahlreichen Seiten, die für die Abarbeitung einer Aufgabe durchnavigiert werden müssen, werden an vielen sinnvollen Stellen Modal-Panels verwendet. Diese bieten generell zwei Vorteile: Der Anwender muss für die Erledigung einer Aufgabe die aktuelle Seite nicht mehr verlassen, wodurch zum einen die Übersichtlichkeit deutlich gesteigert wird. Weiterhin muss an diesen Stellen nicht die komplette Seite, sondern nur einzelne Bereiche nachgeladen werden, wodurch die allgemeine Performance der Anwendung gesteigert wird.[2] Beide Aspekte gestalten das Arbeiten mit ClipMed® dynamisch, intuitiv und schnell.

Wiedererkennung

Das Arbeiten mit der Software wird durch einen hohen Wiedererkennungsgrad erleichtert. Bei der Überarbeitung von ClipMed® wurde in zwei Belangen besonders auf den Aspekt der Wiedererkennung geachtet. Einerseits betrifft dies die Wiedererkennung und den Zusammenhang von Icons und Bezeichnungen in der Anwendung selbst, durch Verwendung von Legenden, Tooltips oder der gemeinsamen Darstellung von Icon und Text. Andererseits bezieht sich der Wiedererkennungsgrad auf die Anpassung an gängige Anwendungen, welche häufig während des täglichen Arbeitens genutzt werden. Struktur und Anordnung der Interaktionselemente sowie der Ablauf von Interaktionen selbst orientieren sich stark an bekannten und gängigen Softwarelösungen.[2]

Fazit

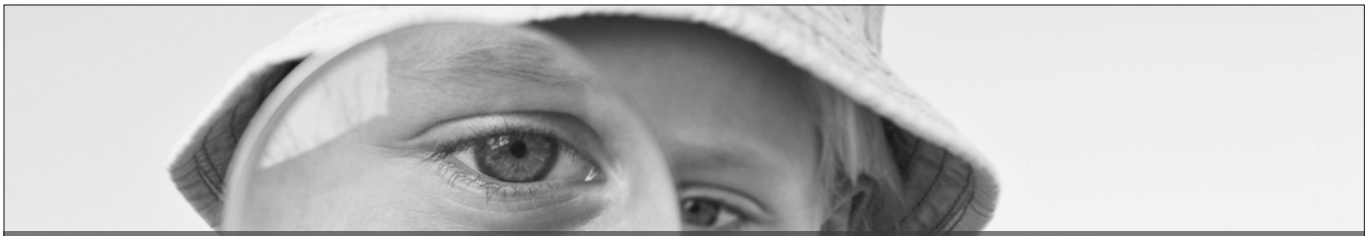
Gedanklich gut durchdachte Software-Modelle entlasten den Nutzer, indem sie visualisierte Informationen zur Verfügung stellen und somit die Voraussetzung für eine intuitive Bedienbarkeit schaffen. Ein gut modelliertes Arbeitssystem ermöglicht es, Aufgaben und Abläufe grafisch und symbolisch darzustellen. Hilfeelemente und Beschreibungen, eine transparente Bildführung sowie ein hoher Wiedererkennungsgrad der Anwendung unterstützen den Mitarbeiter optimal bei der täglichen Arbeit. Durch eine dem Sinn der Aufgabe entsprechende Anwendung können die anfallenden Aufgaben effektiv und effizient bearbeitet werden. Bei der Entwicklung von ClipMed® stand die Orientierung an den Bedürfnissen der Nutzer ganz bewusst im Vordergrund, denn eine Software lebt von der Kommunikation und Interaktion mit den Anwendern und immer neuen Erkenntnissen aus vielen verschiedenen wissenschaftlichen Bereichen wie Arbeitswissenschaft, Psychologie, Informatik und Design.[1]

Literatur

1. Herczeg, M. (2005): Softwareergonomie. 2. vollständig überarbeitete Auflage. München: Oldenbourg, 2005.
2. MSDN-Bibliothek, online im Internet unter: http://msdn.microsoft.com/en-us/library/, zuletzt aufgerufen am 26.10.2012

Kontakt

Martin Dwucet
Thomas Bellendorf
IWiG GmbH
Softwareentwicklung
Wissenschaftspark Gelsenkirchen
Tel.: 0209/167-1560
E-Mail: Martin.Dwucet@iwig-institut.de
Thomas.Bellendorf@iwig-institut.de
www.iwig-institut.de



Waren Sie schon immer etwas neugieriger?

Als einer der grössten Arbeitgeber der Region Nordwestschweiz fördern wir 4'900 Menschen aus 79 Nationen in 120 Berufsfeldern. Weil wir möchten, dass sie täglich ihr Bestes geben. Teamarbeit und höchstes fachliches Niveau sind Voraussetzungen dafür, die spannenden Aufgaben im dynamischen Umfeld des Universitätsspitals zu übernehmen. Möchten Sie dazugehören?

Zum weiteren Ausbau und zur Verstärkung unseres Teams suchen wir nach Vereinbarung eine/einen

ProzessberaterIn/ProzessoptimiererIn 80–100%

Ihre Aufgaben sind:
Suchen Sie ein interessantes und abwechslungsreiches Arbeitsumfeld, in dem Sie mit Ihren Prozessmanagement-Fähigkeiten indirekt auch Menschen helfen, unseren Patienten? Der Schwerpunkt Ihrer Tätigkeit liegt in der Befähigung aller Prozessowner zum Steuern ihrer Prozesse. Dazu gehört das Messen der Prozesseffizient und die Weiterentwicklung der Prozesse im Sinne einer kontinuierlichen Verbesserung.

Sie bringen mit:
- Breite und fundierte Kenntnisse der Prozessmanagement-Methoden
- Mind. 5 Jahre Erfahrung in Prozessmanagement und Optimierung von Prozessen
- Interesse an und Verständnis für Menschen
- Interesse an medizinischen Fragestellungen, logistischen Herausforderungen und Service-Fragestellungen
- Faible für die Reduktion von Komplexität in Modellen und das Erkennen von Mustern
- Fähigkeit zum Fragen stellen und Zuhören

Weitere Informationen erhalten Sie gerne bei Herrn René Willhalm, Medizinische Prozesse & Qualität, Leiter Medizinische Prozesse, WillhalmR@uhbs.ch

Informationen zum Universitätsspital Basel als Arbeitgeber finden Sie unter www.unispital-basel.ch/arbeitgeber.

Wenn Sie eine motivierte und engagierte Persönlichkeit sind, welche Ihr Fachwissen gerne in einem herausfordernden Umfeld einbringen möchte, freuen wir uns, Sie kennen zu lernen.

Bitte senden Sie Ihre Bewerbung an Frau B. Casale, Fachfrau HR Chirurgie, Universitätsspital Basel, Spitalstrasse 21, CH-4031 Basel, CasaleB@uhbs.ch
www.unispital-basel.ch

Universitätsspital Basel
Mehr wissen. Alles geben.

Impressum

Herausgeber und Chefredakteur
Prof. Dr. rer. oec. Dipl.-Soz.-Päd.
Michael Greiling

ISSN-Nummer
1868-1093

Redaktion
Verena Muszynski
Tel.: 0251/93254-35
verena.muszynski@iwig-institut.de

Verkaufsleitung
Christiane Lammers-Greiling
Tel.: 0251/93254-40
christiane.lammers-greiling@iwig-institut.de

Satz und Druck
Paus Medien GmbH
Industriestraße 23, 48653 Coesfeld-Lette

Titel- und Namensrechte
WILEY-VCH Verlag GmbH & Co. KGaA
GIT VERLAG
Boschstraße 12, 69469 Weinheim

Bildnachweis
tabato Images GmbH

Erscheinungsweise
Halbjährlich

Institut für Workflow-Management
im Gesundheitswesen (IWiG) GmbH,
Pröbstingstr. 50, 48157 Münster
Tel.: 0251/93254-0, Fax: 0251/93254-60
info@iwig-institut.de
www.iwig-institut.de

Einzelheft 15,90 Euro zzgl. MwSt. und Versandkosten

Die namentlich gekennzeichneten Beiträge stehen in der Verantwortung des Autors. Nachdruck, auch auszugsweise, Aufnahme in Onlinedienste und Internet sowie Vervielfältigung auf Datenträger wie CD-ROM, DVD –ROM etc. nur nach vorheriger Genehmigung der Redaktion und mit Quellenangaben gestattet.

Mit der Übergabe der Manuskripte und Bilder erteilt der Verfasser dem Verlag das Exklusivrecht zur Veröffentlichung.

Produkt- und Firmennamen sind Marken der jeweiligen Eigentümer und können geschützt sein.

IWiG®
Institut für Workflow-Management
im Gesundheitswesen

AN-Institut
Westfälische Hochschule

. . . wissenschaftlich unterstützte IT-Lösungen erkennt man – IWiG® integrated

ClipMed® . . . schlauer Weg der Patientenversorgung

www.werbenaut.de • Abbildungen: fotolia.de

ClipMed® ausgezeichnet:

INNOVATIONSPREIS-IT
BEST OF 2012
initiative mittelstand
BPM

Zertifizierte Innovation

- INNOVATIONSPREIS-IT 2012
- zertifizierte Innovation 2007
- TOP 5 Lösung Kategorie BPM

Informieren Sie sich noch heute, wie Sie ***Zeit*** und ***Kosten*** sparen und die ***Qualität*** zum ***Wohl*** ihrer ***Patienten*** verbessern können.

UNSERE VISION LAUTET:

"DIE PATIENTENVERSORGUNG DER ZUKUNFT IST . . .

- prozessorientiert
- prozessstrukturiert und
- workflowbasiert."

Informationen auf dem Weg . . .
www.iwig-institut.de

Institut für Workflow-Management
im Gesundheitswesen (IWiG) GmbH
Prof. Dr. rer. oec. Michael Greiling
Pröbstingstr. 50 • 48157 Münster
Tel.: 0251 93254-0
Fax: 0251 93254-60
www.iwig-institut.de

Bessere Pflege für mehr Patienten

29254

Mit individuellen OP-Komplettsets spart man im Allgemeinen Zeit. ProcedurePak® von Mölnlycke Health Care geht noch viel weiter, es führt krankenhausweit zu einer Ausbreitung der Effizienz. ProcedurePak® ist eine wahrhaft individuelle Systemlösung, die OP-spezifische Produkte, hohe Sicherheit, Liefer- und Logistikvorteile sowie kontinuierliche Beratungen und Schulungen miteinander kombiniert. Durch all diese Elemente ergibt sich eine wachsende Zeit-, Aufwands- und Kosteneffizienz, die Ressourcen freisetzt. Dies führt zu noch mehr Effizienz. Und Sie können dadurch mehr Patienten eine noch bessere Pflege zukommen lassen.

Entdecken Sie die Effizienz-Impulse, die Mölnlycke Health Care Ihnen geben kann.

Besuchen Sie uns unter www.molnlycke.com.

ProcedurePak®
CREATING TIME, DELIVERING EFFICIENCY

MÖLNLYCKE HEALTH CARE

Mölnlycke Health Care GmbH, Max-Planck-Straße 15, 40699 Erkrath. T +49 (0) 211 920 88 0. F +49 (0) 211 920 88 170. www.molnlycke.com
Name und Logo von Mölnlycke Health Care sowie das Markenzeichen ProcedurePak® sind eingetragene Warenzeichen der Mölnlycke Health Care AB.
Copyright (2009)