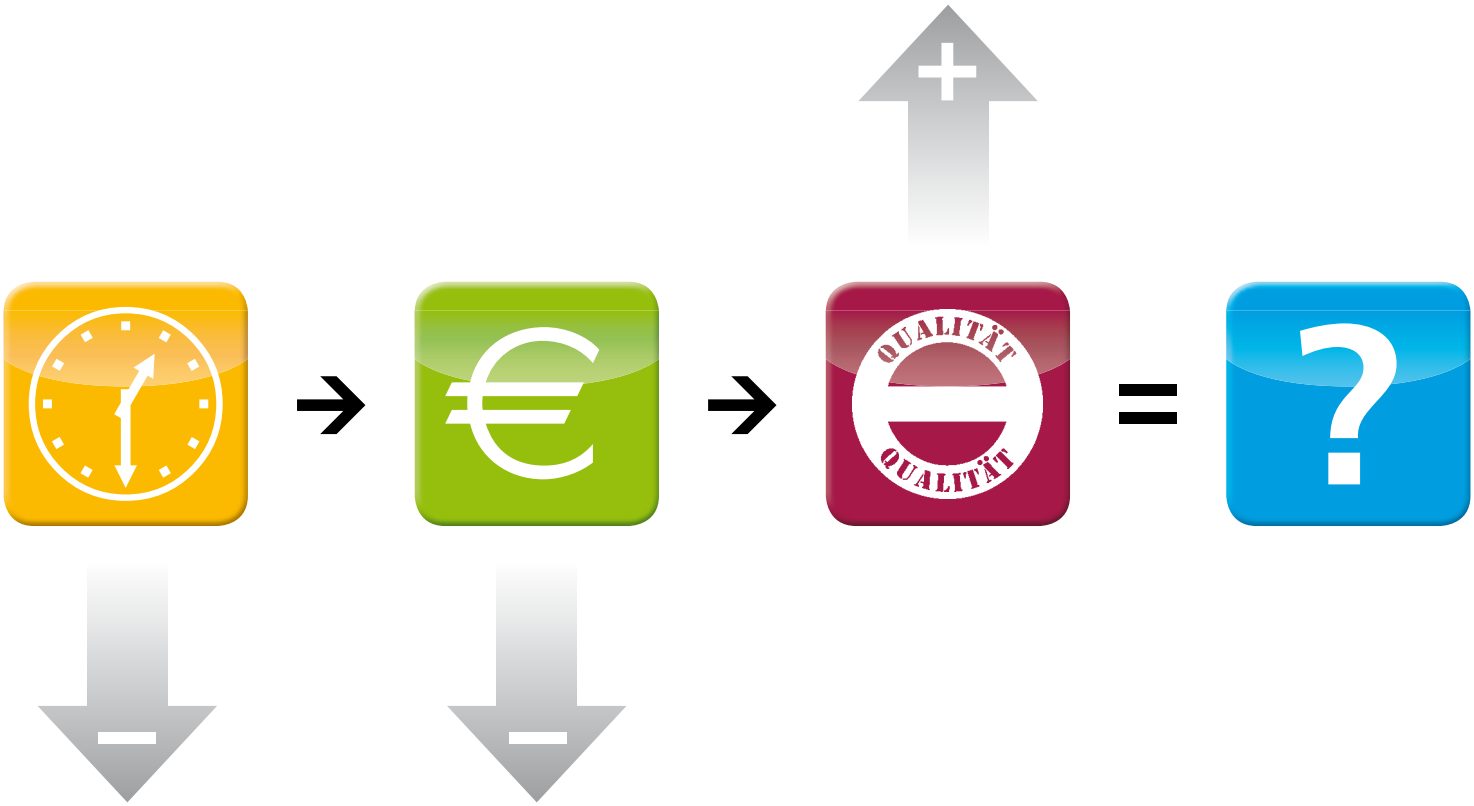
2. Jahrgang
März
2009
ISSN 1868-1093

Professional PROCESS

Zeitschrift für modernes Prozessmanagement im Gesundheitswesen

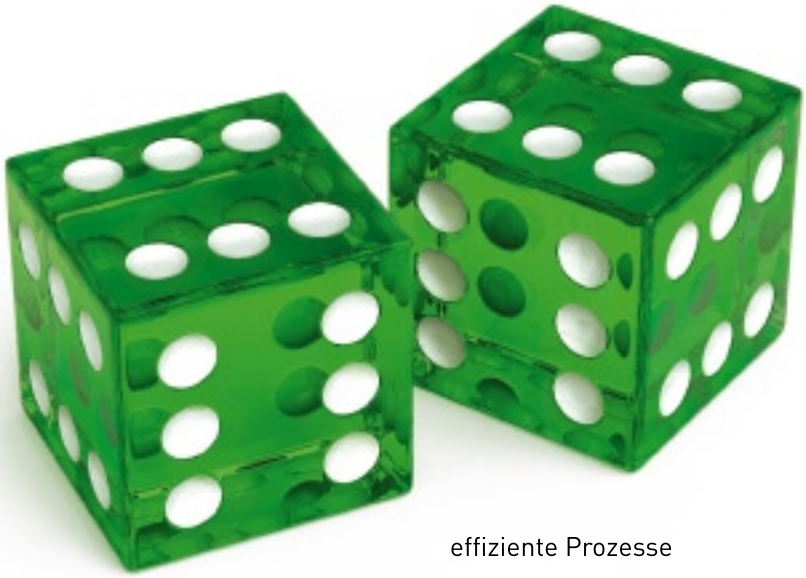


Nutzeneffekte von Prozessoptimierungen

Behandlungspfade zur Patientenversorgung

Rechtliche Aspekte bei Prozessveränderungen

A Passion For Communication Since 1969
40 Years
GIT VERLAG
A Wiley Company



effiziente Prozesse

reduzierte Kosten

Kostenkontrolle pro OP

Effektivere Auslastung der OP-Säle

Prozessoptimierung ist kein Zufallsprodukt.

ProcedurePak – Das Operationsset

Die steigenden Anforderungen im OP verlangen nach neuen Lösungen. Wie unser maßgeschneidertes ProcedurePak: ein nach Ihren Wünschen zusammengestelltes Set von verschiedenen Einweg-Medizinprodukten und Komponenten, die für einen speziellen Eingriff in Ihrem OP benötigt werden, steril angeboten in einer einzigen Verpackung. Dadurch sparen Sie Vorbereitungszeit und Stress. Sie verkürzen die Naht-Schnitt-Zeiten und steigern die Effizienz.

Wir beraten Sie gerne über Ihre Möglichkeiten.
Nehmen Sie Kontakt auf: www.moelnlycke.de

ProcedurePak®
CREATING TIME, DELIVERING EFFICIENCY

MÖLNLYCKE
HEALTH CARE

Editorial 2
Warum beschäftigen wir uns mit Prozessen?
Prof. Dr. Michael Greiling, Institut für Workflow-Management im Gesundheitswesen GmbH

Der Haushalt 3
Ein zukunftssicherer Baustein für moderne Versorgungsstrukturen
Rolf G. Heinze[1], Josef Hilbert[2], Wolfgang Paulus[2]
[1]Ruhr-Universität Bochum, Fakultät für Sozialwissenschaft
[2]Fachhochschule Gelsenkirchen, Institut Arbeit und Technik (IAT)

Kluges Prozessmanagement in der Gesundheitsversorgung 6
Das Krankenhaus auf dem Weg zum Hochleistungsmanagement
Prof. Dr. Günter Thiele[1], Universitätsprof. Dr. Bernhard J. Güntert[2]
[1]Katholische Fachhochschule Freiburg
[2]Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik (UMIT), Hall in Tirol

Klinikpfade in der Chirurgie 9
Ein Instrument zur Qualitäts- und Effizienzsteigerung?
Prof. Dr. Matthias H. M. Schwarzbach, Dr. Ulrich Ronellenfitsch
Universitätsmedizin Mannheim, Chirurgische Klinik

Prozessmanagement in der Arzneimittelversorgung 15
Prof. Dr. Dr. Wilfried von Eiff
Centrum für Krankenhausmanagement, Universität Münster

Prozesse und Arbeitsteiligkeit 19
Dr. med. Axel Paeger
AMEOS Gruppe, Zürich

Wofür… ? 20
Vielfältige Nutzeneffekte bei Prozessoptimierungen
Dr. Christoph Weigle[1], Prof. Dr. Michale Greiling[2]
[1]Diakonissen-Mutterhaus und Diakoniekrankenhaus Rotenburg (Wümme)
[2]Fachhochschule Gelsenkirchen

Krankenhausmanagement als Chance im Wettbewerb 22
Rechtliche Rahmenbedingungen von Managementprozessen
Prof. Dr. Dr. Alexander P. F. Ehlers, Dr. Christian Rybak
Rechtsanwaltssocietät Ehlers, Ehlers & Partner, München

Klinische Behandlungspfade 24
Wege zum Erfolg
Dr. Heike Anette Kahla-Witzsch
Dr. Kahla-Witzsch Beratung im Gesundheitswesen, Bad Soden

Neue Räume, neuer Service, neue Prozesse 26
Das Pius-Hospital in Oldenburg richtet eine zentrale elektive Patientenaufnahme ein
Kirsten Habbinga[1], Astrid Schroeder[2]
[1]Pius-Hospital Oldenburg
[2]binner IMS GmbH, Hannover

Vertragsprozesse optimiert und transparent 28
Integriertes Vertragsmanagement im Einsatz beim Marienhospital Stuttgart
Oliver Elser[1], Uwe Rufleth[2]
[1]The Quality Group GmbH, Böblingen
[2]Vinzenz von Paul Kliniken gGmbH, Marienhospital, Stuttgart

Prozessoptimierung für die Arzneimitteltherapie 30
Optimierung der Medikationsprozesse durch EDV-gestützte Arzneimittelverordnung
Dr. Stefan Schwenzer
ID Information und Dokumentation im Gesundheitswesen GmbH & Co. KGaA, Berlin

Behandlungspfade im gesamtwirtschaftlichen Kontext des Gesundheitswesens 32
– was der Kunde verlangt, was die Industrie bietet
Juliane Dannert
MEIERHOFER AG, München

„Behandlungspfade sind kein Dogma" 34
Hans-Georg Hunger
Kreiskrankenhaus Greiz GmbH, Greiz

Die Zukunft ist vernetzt 36
Synchronisierter Datenaustausch zwischen Arztpraxis, Krankenhaus, Rehaklinik und Heim
Martina Hartmann
systema Deutschland GmbH, Höxter

Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Regensburg 38
Controlling: Schnelle und flexible Berichterstellung mit i.c.m.health
Michael Meilutat
Siemens Medical Solutions GSD GmbH, Berlin

Prozessoptimierung im Krankenhaus – Materialwirtschaft im OP 40
Studie zur Prozesskostenrechnung zur Ermittlung des Einsparpotentials von ProcedurePak OP-Trays
Christian Roleff
Mölnlycke Health Care, Erkrath

Interaktiv und innovativ: Der neue SMS-Service 43
Neues Tool von Tieto bietet bessere Ressourcen-Nutzung
Andreas Lange
Tieto, Frechen

Impressum 18

Index

AMEOS
binner IMS
Centrum für Krankenhausmanagement
CompuGroup
Diakoniekrankenhaus Rotenburg
Dr. Kahla-Witzsch Beratung im Gesundheitswesen
Fachhochschule Gelsenkirchen
ID-Berlin
IWiG
Katholische Fachhochschule Freiburg
Krankenhaus Barmherzige Brüder
Kreiskrankenhaus Greiz
MEIERHOFER
Mölnlycke Health Care
NEXUS
Pius-Hospital Oldenburg
Private Universität für Gesundheitswissenschaften
Rechtsanwaltssocietät Ehlers, Ehlers & Partner
Ruhr-Universität Bochum
Siemens Medical Solutions GSD
systema
Tieto Healthcare
Universitätsmedizin Mannheim
Universität Münster

Warum beschäftigen wir uns mit Prozessen?

Prof. Dr. rer. oec. Michael Greiling, Herausgeber

In jedem Unternehmen wirken Kräfte, die den betrieblichen Ablauf beeinflussen, wenn nicht gar bestimmen. Wer versucht, diesen Kräften entgegen zu wirken, wird scheitern. Wer die Spielregeln erkennt, kann bestehende Zusammenhänge nachvollziehen und vorhandene Synergien nutzen.

Die Klinik als interdisziplinärer Betrieb, welche sich mit einer Vielzahl von ärztlichen, medizinischen, pflegerischen, kommunikations- koordinations- und informationstechnischen Angelegenheiten auseinandersetzen muss, ist einer ständigen Beobachtung und Bewertung sowohl von Innen als auch von Außen ausgesetzt.

Nicht nur durch den steigenden Fortschritt und der wachsenden Nachfrage nach hochwertigen Krankenhausleistungen in allen Bereichen, sondern insbesondere auch im Hinblick auf das DRG-System sowie der Sicherung und des Ausbaus der Wettbewerbsfähigkeit, rückt der abstrakte Begriff der Qualität immer mehr in den Fokus.

Vernetztes Denken

Die Diskussion um die Optimierung der Qualität geht heute von neuen umfassenden Qualitätskonzepten und einem veränderten Qualitätsverständnis aus. Die frühere Qualitätssicherung war rein endergebnisorientiert. Leistungen wurden lediglich am Ende der Erstellung auf ihre Wertigkeit hin geprüft.

Der heutige Begriff von Qualität im Gesundheitswesen orientiert sich immer mehr an Prozessen. Sie wird nicht ausschließlich an dem Produkt oder der Dienstleistung festgemacht, sondern zieht die Gesamtheit der Prozessabläufe in die Qualitätsbeurteilung mit ein.

Es wird folglich die Qualität der Prozesse bewertet sowie alle mit ihnen zusammenhängenden Parameter wie beispielsweise die Arbeitsbedingungen, die Ablauforganisation, die Nutzung materieller, personeller und räumlicher Ressourcen, alle diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen sowie die Beziehungen der Einrichtung zu ihrem gesellschaftlichen Umfeld. Ein weiterer wichtiger Qualitätsaspekt ist die Kunden- bzw. die Patientenzufriedenheit.

Ein hilfreicher Ansatz hierfür ist das vernetzte Denken. Es bildet die Wirkungszusammenhänge im Unternehmen in Form von Ursache- Wirkungsbeziehungen ab. Indem man die Wirkungszusammenhänge innerhalb eines solchen Netzwerkes aufzeichnet und konkrete Zielgrößen festlegt, lassen sich aussagekräftige Kennzahlen für den Erfolg eines Unternehmens gewinnen. Es können Indikatoren identifiziert werden, die messbar, und Elemente, die direkt beeinflussbar sind.

Der Weg führt über Prozesse

Für die stattfindenden klinischen Prozessabläufe bedeutet dies, dass mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln der größtmögliche Nutzen erzielt werden muss. Als Motor für Erlöse, Gewinn und Kosten wirken sich die Prozesse direkt auf den Erfolg eines Hauses aus. Sie zeigen Veränderungen, Abweichungen und eventuelle Problematiken frühzeitig auf und machen die rechtzeitige Einleitung von Gegenmaßnahmen möglich.

Der „Professional Process“ möchte bei seinen Lesern eine Sensibilisierung für das Thema Prozesse erreichen und ihnen die Bedeutung und Notwendigkeit eines optimalen Prozessmanagements nahe bringen. Es soll eine Vorstellung davon vermittelt werden, wie vielfältig und gravierend die Auswirkungen von optimal gestalteten Prozessen für das Leistungspotential und die Qualität eines Unternehmens sind. Gepflegt und optimiert bedeuten sie Wettbewerbsfähigkeit und sichern langfristig das Bestehen und den Erfolg auf dem Gesundheitsmarkt.

Der Haushalt

Ein zukunftssicherer Baustein für moderne Versorgungsstrukturen

Bei der Beschäftigung mit dem Thema Prozessmanagement im Gesundheitswesen muss neben den beiden Gesundheitsstandorten ambulante und stationäre Einrichtungen auch der Haushalt berücksichtigt werden. Der Haushalt ist seit jeher der Ort, an dem vielfältigste Aktivitäten zur Gesunderhaltung und zur Krankheitsbewältigung ablaufen. Durch die aktuelle Änderung vieler medizinischer Prozesse sind viele Bereiche aus stationären Einrichtungen in die Haushalte ausgelagert worden. Durch diese Entwicklung kommen weitere Anforderungen auf die Haushalte zu, die gleichzeitig einem soziostrukturellen Wandel unterworfen sind. Allerdings gibt es auch Entwicklungen, die die Problemlösungskapazitäten der Haushalte vergrößern.

Prof. Dr. Rolf G. Heinze

PD Dr. Josef Hilbert

Wolfgang Paulus

1. Die lange Tradition des Gesundheitsstandorts Haushalt

Wer über Kompetenzen, Zuständigkeiten und Orte der gesundheitlichen und medizinischen Betreuung nachdenkt, der denkt zumeist zu allererst an Krankenhäuser und Praxen der niedergelassenen Ärzte. Diese Orte einer spezialisierten gesundheitlichen und medizinischen Betreuung sind allerdings erst eine Erscheinung des 19. Jahrhunderts und haben sich parallel zur Industrialisierung durchgesetzt[1]. Vorher war die Gesunderhaltung und Heilung fast ausschließlich Sache der jeweils praktizierten Haushalts- und Lebensgemeinschaften. Die Ausdifferenzierung hoch professionalisierter Krankenhäuser und Arztpraxen bedeutet allerdings nicht, dass der Gesundheitsstandort Haushalt seitdem keine Bedeutung mehr hat. Er ist zunächst einmal Auffangbecken für die kleinen Krankheiten des Alltags, darüber hinaus ist er Kooperationspartner und Helfer der professionalisierten Medizin. Viele Therapien – von der Medikamentenverabreichung bei Bettlägerigen über Bewegungsübungen bei chronisch Kranken bis zum Wechseln von Verbänden und Bandagen – könnten ohne die Mithilfe von Verwandten, anderen Haushaltsmitgliedern oder Nachbarn kaum durchgeführt werden.

Unter dem Strich zeigt sich, dass die Institution Haushalt in Deutschland mit Abstand die größte Pflegekraft ist. Zwar ist es schlicht unmöglich, die vielfältigen Pflegedienstleistungen, die zu Hause von Angehörigen, sonstigen Haushaltsmitgliedern oder auch von Nachbarn erbracht werden, quantitativ exakt zu umreißen. Jedoch spricht manches für die Schätzung, dass sich – zum Teil unentgeltlich, zum Teil nur spärlich durch die Pflegeversicherung unterstützt – in Deutschland etwa 2,4 Millionen Menschen in Haushalten im Pflegebereich engagieren, ca. 1,4 Millionen bei der Pflege im bisherigen Sinne (vor der Reform 1. Juli 2008), ca. 1 Million bei Demenz-Erkrankten.

2. Neue Anforderungen an den Gesundheitsstandort Haushalt und neue Möglichkeiten

Die neuen Anforderungen an den Gesundheitsstandort Haushalt werden ausgelöst durch den soziokulturellen Wertewandel, rechtliche Änderungen im Gesundheitssystem und technische Entwicklungen.

2.1 Wertewandel

Am Anfang der Medizin lautete das Heilungsziel nahezu ausschließlich, den Tod zu verhindern. Mit steigendem Wohlstand rückte dann ins Augenmerk, dass Krankheiten geheilt werden können oder dass ihnen sogar vorgebeugt werden kann. Der Wohlstand steigert auch das Interesse dafür, dass die Menschen ein gutes gesundes Leben führen wollen, also eine hohe Lebensqualität anvisieren. Wo früher ein anspruchsvoller Lebensstil durch eine edle Wohnung, ein schnelles Auto oder teure Reisen demonstriert wurde, sind heute zusätzlich das Nordic Walking und eine gesundheitsbewusste Ernährung getreten. Hinzu kommen häufig eine gute Ausstattung mit Hometrainingsgeräten, eine barrierefrei und gesundheitsfördernd gestaltete Wohnung und Medical Wellness Urlaub.

Dieses wachsende Interesse an Gesundheit als einem Lifestyle-Attribut („Healthstyle“) geht einher mit den steigenden Anforderungen in der Welt der Arbeit. Die steigende Bedeutung von Gesundheit als Lebensstil bringt auch für den Gesundheitsstandort Haushalt neue Impulse. „Gesundheit als Lifestyle“ bedeutet auch die Ausbreitung neuer wirtschaftlicher Angebote, die gezielt darauf gerichtet sind, die Gesundheitsinteressen von Individuen und Haushalten zu bedienen. Offensichtlich stoßen sie dabei immer häufiger nicht nur auf einen abstrakten Bedarf, sondern auch auf eine zahlungswillige Nachfrage.

2.2 Rechtliche Änderungen im Gesundheitssystem

Die gravierendsten rechtlichen Änderungen im deutschen Gesundheitssystem lassen sich unter der Überschrift „ambulant vor stationär“ subsumieren. Die dadurch bedingten Verkürzungen der Liegezeiten im Krankenhaus haben dazu geführt, dass Behandlungsschritte, die früher im Krankenhaus erfolgten, in die Wohnung des Patienten verlagert werden mussten.

2.3 Technische Entwicklungen

Die aktuellen technischen Entwicklungen ergeben noch kein klares Bild, aber eine vielfältige Versuchslandschaft, die sich nach folgenden Schwerpunkten gliedern lässt:

2.3.1 Das Internet als zentrale Informations -und Austauschplattform

Das Internet hat sich als Informations- und Kommunikationsmedium durchgesetzt. Im Vergleich zu Funk, Fernsehen und den Printmedien liegt sein besonderer Vorteil darin, dass der Nutzer besser und schneller nach den Informationen suchen kann, die für seinen speziellen Fall passen.

Sowohl auf Anbieter als auch auf Nachfrager- bzw. Nutzerseite spielen Gesundheitsthemen im Internet eine außerordentlich wichtige Rolle. Im Jahre 2005 suchten mindestens ein Drittel aller erwachsenen EU-Bürger – also ca. 130 Millionen – im Web nach Informationen zu Gesundheitsfragen[2]. Einer Studie der Universität Heidelberg zufolge suchen mittlerweile 6,5 Millionen Menschen mindestens einmal monatlich im Netz nach medizinischen Informationen. Und jeder vierte Onlinenutzer recherchiert vor oder nach dem herkömmlichen Arztbesuch eine zweite Mediziner-Meinung oder kontaktiert Leidensgenossen. Bei so viel Interesse ist es auch nicht verwunderlich, dass es im Internet eine kaum noch zu überschauende Zahl von gesundheitsbezogenen Angeboten gibt[3]. Insgesamt wird die Zahl der Websites zum Thema Gesundheit und Medizin auf über 100.000 geschätzt, davon mehrere hundert deutschsprachige Medizin- bzw. Gesundheitsportale

2.3.2 Das Tele-Monitoring und -Coaching von Risikopatienten, chronischen Erkrankungen und in der Tertiärprävention

Einer der Pioniere der Telemedizin in Deutschland ist das Institut für angewandte Telemedizin (IFAT), das im Jahre 2003[4] als Einrichtung des Herz- und Diabeteszentrums Nordrhein-Westfalen (HDZ) in Bad Oeynhausen gegründet wurde. Das HDZ gehört zur medizinischen Fakultät der Ruhr-Universität Bochum. Das IFAT bietet eine breite Palette telemedizinischer Dienstleistungen an[5]. Ein Beispiel für Telehealth Monitoring im Bereich kardiologischer Erkankungen ist das vom IFAT durchgeführte Projekt AUTARK („Ambulante Und Telemedizinisch gestützte AnschlussRehabilitation nach Kardialem Erstereignis”). Die AUTARK-Teilnehmer wurden während ihres Aufenthalts im HDZ, in dessen Verlauf sie am Herzen operiert oder wegen eines zuvor erlittenen Infarktes therapiert wurden, mit der Handhabung eines mobilen Elektrokardiographen (EKG) vertraut gemacht, der etwa die Größe eines Mobiltelefons hat. Bei der Entlassung aus der stationären Behandlung nahmen sie den EKG mit nach Hause. Beim Auftreten kardiologischer Probleme konnten die Patienten ein Elektrokardiogramm erstellen und es sofort über ein integriertes Telefon an das HDZ übermitteln, dessen Personal weitere therapeutische Maßnahmen einleiten konnte. Die Telemedizin wurde somit zu einem Werkzeug der Rehabilitation. „Das AUTARK-Programm wird entsprechend den dargestellten Ergebnissen von den Patienten sehr gut angenommen. Besonders die Integration des Rehabilitationsprogramms in das häusliche Umfeld scheint dazu beizutragen, dass die Patienten schneller in den Lebensalltag zurückkehren können. Die telemedizinische Überwachung bietet dabei ein hohes Maß an Sicherheit, weil der Patient lernt, seine eigene Leistungsfähigkeit realistisch einzuschätzen. … Die ambulante telemedizinisch betreute Rehabilitation ist demnach auch ein vielversprechendes Instrument für eine langfristige Tertiärprävention”[6].

Neben dem IFAT existiert seit dem April 2008 mit dem Zentrum für kardiovaskuläre Telemedizin an der Berliner Charité ein weiteres universitäres telemedizinisches Institut[7]. Darüber hinaus existieren auch privatwirtschaftlich organisierte Firmen, die Telehealth Monitoring anbieten[8]. Momentan wird das Telehealth Monitoring von Anwendungen aus dem kardiologischen sowie dem diabetischen Bereich dominiert, allerdings gibt es auch Aktivitäten in anderen medizinischen Bereichen.

2.3.3 Management häuslicher Versorgungsstrukturen

Homecare

Homecare ist keineswegs die direkte Übersetzung dessen, was im vorstehenden Absatz unter Häuslicher Pflege gemeint ist. Es ist vielmehr ein Sammelbegriff für eine neue Versorgungsform, mit der insbesondere chronisch erkrankte Patienten sowie Patienten nach einem intensiven aber kurzen Krankenhausaufenthalt zu Hause unterstützt werden[9,10]. Von den angebotenen Leistungen können auch pflegebedürftige (ältere) Menschen profitieren, jedoch zielt das Konzept Homecare mehr auf Chroniker und auf die Nachbetreuung im genannten Sinne. Wichtige Impulse kamen durch Fortschritte bei der Medizintechnik und durch die Einführung der Integrierten Versorgung, die ja vor allem darauf zielt, teure Krankenhausaufenthalte zu minimieren und dafür die Vor- und Nachbetreuung von Patienten zu verbessern. Homecare kann von darauf spezialisierten Dienstleistern angeboten werden und steht somit für eine Sektoren verbindende Versorgungsform, die nach dem Grundsatz ambulant vor stationär arbeitet.

Assessment von Personen

Einige Krankenkassen haben inzwischen Programme im Angebot, die eine integrierte Versorgung für bestimmte Personengruppen vorsehen, und zwar für Gesunderhaltung, Krankheitsvorbeugung und nicht nur Versorgung im Krankheitsfall. Als Beispiel sei hier das Programm „Pro-Senior“ der Krankenkasse „Knappschaft Bahn See“[11] genannt, die ein entsprechendes Programm für Bewohner der Stadt Herne anbietet, die älter als 75 Jahre sind. Beteiligt an diesem Programm ist ein Netz niedergelassener Herner Ärzte sowie das Marienhospital Herne, das als einen Schwerpunkt eine geriatrische Klinik aufweist.

Assessment von Wohnungen und Wohnquartieren

Unter dem Motto „Wohnen in den besten Jahren“ hat die Dortmunder Wohnungsbaugesellschaft DOGEWO ein Programm konzipiert, das darauf abzielt, die Wohnumwelt an die Bedürfnisse älterer Mieterinnen und Mieter anzupassen[12]. Zum Pro-

gramm gehört der barrierearme oder -freie Umbau bestehender Wohnungen. Neben den Anpassungen der Bäder, der Elektroinstallation etc. kümmert sich die DOGEWO aber auch um die Bereitstellung von Hausnotrufsystemen und beteiligt sich an der Organisation von Nachbarschaftshilfen.

3. Abrufbare Komponenten für die Versorgungsplanung

Im Vorangegangenen wurden die historische Bedeutung des Gesundheitsstandorts Haushalt und neuere technische und organisatorische Entwicklungen beschrieben, die die Kapazitäten dieses Gesundheitsstandortes tendenziell erhöhen können. Speziell zu den Möglichkeiten des Technikeinsatzes sind wenige gesicherte Aussagen möglich, die Welt ist voller Pilot- und Modellversuche, zumeist ohne Begleitung durch anspruchsvolle medizinische und gesundheitsökonomische Studien. Große Unsicherheiten bestehen auch hinsichtlich der Beantwortung der Frage, wie entsprechende Angebote finanziert werden können. Außerdem gibt es noch keine wissenschaftlichen Studien, die erklären, warum in Deutschland technische (Hilfs-) Systeme in den Bereichen Medizin und Pflege so schwer, im Vergleich zu anderen Ländern, zu implementieren sind. Es ist zu vermuten, dass die Sprachlosigkeit, die zwischen den beteiligten Berufsgruppen herrscht, eine gewisse Rolle spielt: Deutsche Sozialarbeiter, Gerontologen und Pfleger perzipieren technische Hilfs- und Unterstützungssysteme eher als inhuman, der direkte menschliche Kontakt ist für sie entscheidend. Technisch unterstützte Hilfe schadet angeblich der Qualität. Auf der anderen Seite haben die Entwickler der technischen Systeme häufig wenig Kenntnis von der Welt der Behandlung und der Pflege – Wanderer zwischen beiden Welten sind selten. Möglicherweise kann die Wohnungswirtschaft in diesem Umfeld die Rolle eines Katalysators übernehmen.

Literatur

1 Murken, Axel Heinrich 1988: Vom Armenhospital zum Großklinikum. Die Geschichte des Krankenhauses vom 18. Jahrhundert bis zur Gegenwart. DuMont: Köln

2 http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=IP/06/597&format=HTML&aged=0&language=DE&guiLanguage=en

3 http://www.medknowledge.de/patienten/gesundheitsportale.htm

4 Erste telemedizinische Versuche des HDZ reichen in die 1990er Jahre zurück.

5 http://www.hdz-nrw.de/de/zentrum/institute/telemedizin_dienstleistungspalette.php

6 Körtke, Heinrich/Rolf Gero Heinze/Kerstin Bockhorst/Nikolas Mirow/Reiner Körfer 2006: Telemedizinisch basierte Rehabilitation. Nachhaltig von Nutzen. Deutsches Ärzteblatt, 103 (44), S. 2921–2924. http://aerzteblatt.lnsdata.de/pdf/103/44/a2921.pdf.

7 http://www.charite.de/charite/presse/pressemitteilungen/artikel/detail/charite_eroeffnet_zentrum_fuer_kardiovaskulaere_telemedizin/

8 http://www.phts.de

9 Hagemeier, Oda/Christine von Reibnitz 2005: Homecare - Ein Versorgungskonzept für die Zukunft. Heidelberg/München/Landsberg/Berlin: Economica Verlag.

10 Bundesverband Medizintechnologie e.V., BVMed 2007: Gesundheit gestalten – Homecare. o.O. http://www.bvmed.de/stepone/data/downloads/da/b4/00/BVM_HC07_v21_72.pdf.

11 http://www.prosper-netz.de/proSenior.93.0.html

12 http://www.dogewo21.de/default.aspx/G/111327/L/1031/R/-1/T/128224/A/1/ID/230681/P/0/LK/-1

Kontakt

Prof. Dr. Rolf G. Heinze
Ruhr-Universität Bochum
Fakultät für Sozialwissenschaft
Tel.: 0234/32-22981
E-Mail: rolf.heinze@rub.de

PD Dr. Josef Hilbert
Fachhochschule Gelsenkirchen
Institut Arbeit und Technik (IAT)
Tel.: 0209/1707120
E-Mail: hilbert@iat.eu
www.iat.eu

Wolfgang Paulus
Fachhochschule Gelsenkirchen
Institut Arbeit und Technik (IAT)
Tel.: 0209/1707131
E-Mail: paulus@iat.eu
www.iat.eu

Software & Beratung

Prozessoptimierung im Gesundheitswesen

- Prozessmanagement
- Qualitätsmanagement
- Reorganisationsprojekte
- Dynamische Dokumentenlenkung und -verwaltung
- Klinische Behandlungspfade

binner med.
Gesundheitswesen

binner IMS GmbH | Schützenallee 1 | D-30519 Hannover
Fon +49 [0] 511 84 86 48-200 | Fax +49 [0] 511 84 86 48-299
E-Mail info@binner-ims.de | Internet www.binner-ims.de

Kluges Prozessmanagement in der Gesundheitsversorgung

Das Krankenhaus auf dem Weg zum Hochleistungsmanagement.

Ökonomische Engpässe und die steigende Nachfrage nach Gesundheitsleistungen zwingen Gesundheitseinrichtungen wie Krankenhäuser, den Ressourceneinsatz zu optimieren. Ein grundlegender und erfolg versprechender Ansatz dafür ist die bewusste und systematische Gestaltung der Prozesse der Leistungserstellung. Allerdings darf es sich dabei nicht nur um eine Optimierung aus einer organisationsbezogenen, kurzfristigen ökonomischen Perspektive handeln. Vielmehr geht es darum, die Patienten in der Gesamtheit, d.h. in ihrer Patientenkarriere zur erfassen und diese zu optimieren sowie die langfristige Sicherstellung der Gesundheitsversorgung für die ganze Gesellschaft zu beachten. Dies bedeutet eine Ausweitung des Bezugsrahmens des betriebswirtschaftlich orientierten Prozessmanagements. Neben einer systematischen Berücksichtigung der Patientenbedürfnisse gilt es auch, den Anforderungen des umliegenden Versorgungssystems und der Gesellschaft gerecht zu werden. Voraussetzung dafür ist die Einhaltung verschiedener Entscheidungsebenen bei der Gestaltung der Kernprozesse im Krankenhaus.

Universitätsprof. Dr.
Bernhard J. Güntert

Prof. Dr. Günter Thiele

1. Prozessorientierung im Krankenhaus

Finanzprobleme der Krankenkassen und der öffentlichen Hand, Engpässe bei Personalressourcen und die steigende Nachfrage nach Leistungen zwingen die Krankenhäuser zu Optimierungen.

Die Prozessorientierung im Krankenhaus wird als Entwicklungstendenz im gesundheitspolitischen Umfeld des Krankenhauses gesehen.[1] Diese Tendenz wird weiter verstärkt durch den zunehmenden Wettbewerb im Gesundheitswesen, verbunden mit selbstbewussten Patienten und Zuweisern. Im Makroumfeld[2] des Krankenhauses ist diese Prozessorientierung anzutreffen bei der Integration und Vernetzung der Leistungen, bei pauschalen Vergütungsformen wie den DRG´s, bei der Standardisierung von Abläufen über die einzelnen Leistungsanbieter hinaus, wie z.B. Disease-Management-Programme oder Case Management. Das Prozessmanagement auf der Mikroebene des Krankenhauses konzentriert sich auf die Analyse und Beeinflussung von betrieblichen Abläufen. Die weiteren Ausführungen sind auf dieses Mikroumfeld gerichtet. Das Motiv für die Umsetzung des Prozessmanagements mit der Prozessmodellierung und der -kostenrechung liegt in der erwarteten Kosteneinsparung bei der Leistungserbringung. Um dieses Ziel zu erreichen, ist die bisherige stark hierarchisch und professionsbezogen gegliederte Organisation in Richtung einer prozessorientierten Organisation zu verändern. Die Veränderungsprozesse beziehen sich allerdings nicht nur auf die Organisation, sondern auch auf die handelnden Personen und damit auf die Kultur des Krankenhauses. Dass dies bislang nicht oder nur in Ansätzen gelungen ist, zeigt z.B. die anhaltende kritische Diskussion um die Ökonomisierung der Arbeitssituation und der Arbeitskräfte im Krankenhaus.[3] Wo sind die Ursachen für diese Probleme zu suchen? Auf der theoretischen Ebene der ökonomischen Organisationstheorie[4] dominiert nach wie vor der best informierte und rational handelnde Mensch, der alle Optionen seines Handelns kennt und abwägt bei seinen Entscheidungen. „Unternehmen sind genau dann effizient, wenn sie ein bestimmtes Outputniveau mit den geringsten Kosten produzieren. Das setzt voraus, dass mit Faktormengen sparsam umgegangen wird, und dass die Arbeitnehmer sich optimal anstrengen.“[5] Damit wird das interne Effizienzkriterium umschrieben. Das klassische Prozessmanagement folgt i.d.R. diesem Abbild der ökonomischen Organisationstheorie.

Die Manager im Krankenhaus folgen zumeist in ihrem Handeln der ökonomischen Rationalität und versuchen aus ihrer Perspektive die Leistungserbringung möglichst effizient zu gestalten. So streben sie z.B. an, „... die Patientenepisode `stationärer Aufenthalt´ (zu) optimieren und nicht die sektorübergreifende Patientenkarriere“[6], die nicht vergütet wird. Die ökonomische Rationalität des DRG-Systems führte u.a. zu einer signifikanten Verkürzung der Aufenthaltsdauern und damit zu einer starken Leistungsverdichtung. Im Ergebnis führt dies – trotz vielfältigen Bemühungen um Qualitätsmanagement – tendenziell zu einer nicht mehr verlässlichen Krankenhausorganisation mit hohen Komplikationsraten. So schätzte der Sachverständigenrat zur Entwicklung des Gesundheitswesens, dass es im Jahr 2007 zu zwischen 340.000 bis 720.000 Behandlungsschäden im Krankenhaus kam, davon starben allein in Deutschland ca. 17.000 Menschen wegen vermeidbarer Behandlungsfehler.[7]

2. Hochleistungsmanagement

Steigende Nachfrage, Arbeitsverdichtung und Ressourcenprobleme zwingen die Health Professionals zu permanenten Hochleistungen. Leistungs-

ziele wie kontinuierliche Qualitätsverbesserung, Erhöhung der Kunden-(Patienten-)zufriedenheit, Effizienz- und Produktivitätssteigerung, Kostensenkung und Evidenzbasierung werden (auch) im Krankenhaus verfolgt. Dabei von Hochleistungen zu sprechen, fällt zunächst vielleicht schwer. Wird aber Hochleistung wie folgt definiert, so entsprechen erfolgreiche Krankenhäuser unter der ökonomischen Rationalität der DRG immer mehr den Voraussetzungen einer Hochleistungseinrichtung: „… Hochleistung (soll) … als überdurchschnittliche Leistung eines Systems im Vergleich zu anderen Akteuren in einem ähnlichen Handlungsfeld verstanden werden. Hochleistung beinhaltet in diesem Sinne immer ein erfolgreiches Bestreben, die Potenziale eines Systems so auszuschöpfen, dass der Zielerreichungsgrad über dem Durchschnitt vergleichbarer Handlungsakteure liegt."[8] Im Krankenhaus finden sich viele Hinweise auf Hochleistung, sei es, dass Arbeitsfelder ständig wechseln, sei es, dass der Zeitdruck und der moralische Druck sehr hoch sind. So werden etwa die Notfall-Situationen im Krankenhaus den Hochleistungsbereichen zugeordnet. Dort wird in der jeweiligen Situation von allen Beteiligten eine überdurchschnittliche Leistung abverlangt mit dem Ziel, den Patienten am Leben zu erhalten. Diesem „klassischen" Hochleistungsbereich im Krankenhaus nähern sich heute viele, früher normale Leistungsbereiche immer mehr an. So haben die Pflegekräfte immer öfter ihren Arbeitsplatz kurzfristig zu wechseln, z. B. von der Inneren Medizin in die Chirurgie, um dort bei Personalmangel „auszuhelfen". Dies erfordert von ihnen ein Umdenken und -handeln in Bezug auf Krankheitsbilder, Patienten, Team, Arbeitsprozesse und -anordnungen. Auch Ärzte sind mit ständig wechselnden Arbeitswelten konfrontiert und pendeln zwischen medizinischer Versorgung, Patienten- und Angehörigengesprächen, Anleitung und Lehre, Dokumentation, Administration und Forschung. All diese Bereiche stellen völlig unterschiedliche Anforderungen an die fachlichen und sozialen Kompetenzen.

Durch die Arbeitsverdichtung, verursacht durch die massive Senkung der Verweildauer, Erhöhung der Patientenzahlen, Abbau von Personalstellen, hat sich die Komplikationsrate im Krankenhaus[9] erhöht. Die angestrebte und auch (stillschweigend) eingeforderte überdurchschnittliche Leistung von Ärzten und Pflegekräften im Krankenhaus führt oft auch zu einer „Schlechtleistung". Dies kann als ein Indiz dafür gewertet werden, dass das Krankenhaus derzeit nicht als verlässliche Organisation in einer Hochrisikoumwelt angesehen werden kann. Die „… verlässlichkeitsorientierten Forschungen … beschäftigen sich intensiv mit dem sicheren und zuverlässigen Handeln von Personen, Teams und Organisationen in Hochrisikoumwelten. Das sind Umwelten, in denen Fehler zu einer überdurchschnittlichen Gefahr für die Gesundheit und das Leben von Menschen oder Gefahren für die Umwelt führen."[10]

Ein Hochleistungsmanagement muss sich intensiv mit vier Aspekten auseinandersetzen:[11]

- Lernen und Wissen
- Kultur
- Führung und Entscheidung
- Teams

Es gilt, die Aufgabenbereiche unter Berücksichtigung dieser vier Aspekte zu gestalten. Um den Anforderungen der Hochleistungen zu genügen, müssen in Krankenhäusern die Organisationen angepasst werden. Ein patientenorientiertes Prozessmanagement entspricht schon eher diesen Anforderungen als die bisherige starre, hierarchische, professions- und disziplinbezogene Struktur des Krankenhauses.

3. „Kluges" Prozessmanagement im Krankenhaus

Die obigen Ausführungen machen deutlich, dass verstärkte Prozessorientierung im Gesundheitswesen not tut. Wichtig dabei ist, dass Prozesse nicht aus einer kurzfristigen, einzelorganisationsbezogenen und rein ökonomischen Perspektive alleine gestaltet werden können. Nicht einzelne Patientenepisoden (wie z. B. stationärer Aufenthalt), sondern die Patientenkarriere als Ganzes ist zu betrachten.

Umfassende Bezugsrahmen für ein ganzheitliches (Prozess-)Management wurden entwickelt. Im St. Galler Management-Modell beispielsweise wird vorgeschlagen, konsequent von der Wertschöpfung und der Kundenperspektive auszugehen, allerdings ohne andere wesentliche Stakeholder zu vernachlässigen.[12,13] Ackoff etwa schlägt vor[14], Prozess- und Organisationsentscheidungen immer auf drei Ebenen zu prüfen, auf der Ebene des jeweiligen Prozesses selbst, auf der darunterliegenden Ebene (Teilbereiche, Kunden, Mitarbeiter) und auf der übergeordneten Ebene (Gesamtunternehmen). Erst wenn auf allen drei Ebenen positive Ergebnisse zu erwarten sind, sollen Prozesse angepasst werden.

Einen interessanten und Ziel führenden Ansatz verfolgt auch Klatezki mit dem Ansatz der „klugen Entscheidung". Basierend auf dem Konzept des „Naturalistic Decision Making"[15], welches Entscheidungen im Kontext dynamischer und riskanter Umwelten untersucht, wird die Frage der Konstitution von Sinn zur Voraussetzung für sehr zuverlässige Organisationen.[16] Die Sinn- und Entscheidungskonstitution wird als Voraussetzung zur Stabilisierung sozialer Beziehungen in Organisationen gesehen.[17] „Kluges Entscheiden wird ermöglicht durch große, in Identitäten wurzelnde, praktische Erfahrung, durch eine respektvolle face-to-face-Interaktion, durch achtsame Bezugnahme innerhalb größerer Sozialsysteme und durch ein kulturelles System, das durch Nachdenklichkeit, Fürsorglichkeit, Gerechtigkeit, Anerkennung und Flexibilität gekennzeichnet ist."[18] In diesem ganzheitlichen Ansatz der Entscheidungstheorie wird Abschied genommen vom ökonomisch rational handelnden und allumfassend informierten Manager, der meist kurzfristigen Erfolg sucht und dabei offensichtlich immer wieder unkluge Entscheidungen trifft. Ein zweiter Grundgedanke ist, dass Organisationsentscheidungen auf vier Ebenen sozialer Realität betrachtet werden müssen:[19]

- auf der individuellen Ebene,
- der face-to-face-Situationen bzw. der interpersonellen Ebene,
- der sozialstrukturellen Situation in Organisationen und schließlich auf
- der kulturellen Ebene sozialer Realität.

Die gemeinsame Konstitution von Sinn und die Beachtung der vier Ebenen stellt im stark gegliederten, von professionsbezogenen Parallelhierarchien dominierten Krankenhaus eine große Herausforderung dar. Dies insbesondere auch, da die Versorgungsprozesse im Krankenhaus nicht mit den Heilungsprozessen der Patienten übereinstimmen, sondern mit der immer kürzeren Aufenthaltsdauer zeitlich einen immer kleineren Teil davon ausmachen. Immer größere Teile des Behandlungs- und Heilungsprozesses finden heute im extramuralen Bereich statt. Kluges Prozessmanagement müsste daher einerseits auf die vier Ebenen und andererseits auf den gemeinsamen Sinn des Gesundheitssystems, d.h. die Versorgung der gesamten Patientenkarriere und die langfristige Sicherstellung der Gesundheitsversorgung für die ganze Bevölkerung, nicht nur auf die ökonomische Rationalität des einzelnen Leistungsanbieters abstellen.

- zur individuellen Entscheidungsebene:

Individuelle Problemlösungen sind durch verschiedene Aktivitäten charakterisiert, nämlich durch die Definition des Problems, durch Vorstellungen akzeptabler Problemlösungen, durch Umsetzungshandlungen sowie durch eine Bewertung der Wirkungen der getroffenen Handlungen. Je nach Situation werden Entscheidungen unterschiedlich getroffen. Ist die Situation bekannt und vertraut, werden Erfahrungen genutzt ohne weitere rationale Abwägungen. Wenn jedoch die Situation wenig vertraut ist, werden entweder erweiterte Kenntnisse und Problemlösungskompetenzen (hohe Ausbildung und Qualifikation der Health Professionals) benötigt, oder aber vordefinierte Problemlösungsprozesse wie klinische Pfade oder Disease Management Programme.

- zur interpersonellen Ebene:

Auf der interpersonellen Ebene wird die subjektive Realitätsinterpretation ergänzt durch die Realitätsinterpretation weiterer Personen (Patient, andere Health Professionals). Damit entsteht – bei funktionierender Kommunikation zwischen den Beteiligten – eine intersubjektive Wirklichkeitskonstruktion bzw. eine gemeinsame Sinndeutung.

Durch die Zunahme an Information kann die Klugheit einer Entscheidung verbessert werden. Voraussetzung für die Erreichung einer Intersubjektivität sind jedoch offene Kommunikation mit Vertrauen, Ehrlichkeit und Selbstrespekt. Im stark hierarchisch und professionell gegliederten Krankenhaus ist dies nicht immer gegeben. Ein Prozessmanagement muss jedoch darauf achten, dass Kommunikation und Austausch zwischen den verschiedenen an der Patientenbetreuung Beteiligten und mit dem Patienten möglich ist. In der Praxis findet man denn auch verschiedenste Ansätze dazu, wie etwa die Notwendigkeit gegenseitiger Absprachen, Einverständniserklärung der Patienten, konsiliarische Möglichkeiten usw.

■ zur sozialstrukturellen Ebene:
Diese Ebene geht über die lokal begrenzte face-to-face-Ebene hinaus. Kluge Entscheidungen erfordern hier ein Konzept eines kollektiven Geistes. Die individuellen Handlungen werden als Beitrag zur Leistungserstellung des Systems und nicht als losgelöste Aktivität verstanden. Der kollektive Geist hat weiter zur Folge, dass sich die Individuen als Repräsentation ihres gemeinsamen Projektes verstehen. Dies bedeutet auch, dass das gemeinsam erzeugte System ernst genommen wird. Dies wiederum erfordert eine gegenseitige achtsame Bezugnahme der Organisationsmitglieder. Dadurch können größere Zeitabschnitte, aber auch mehrere Aktivitäten und mehrere Erfahrungsebenen miteinander verbunden werden. Im Interesse der langfristigen Sicherstellung des Versorgungssystems heißt dies, dass auch den Bedürfnissen der Mitarbeiter mehr Beachtung geschenkt werden muss, um die Attraktivität der Gesundheitsberufe zu wahren. Dies bedeutet, dass auch Arbeitnehmervertretungen in umfassende Veränderungsprozesse einbezogen werden müssen.[20] Mit dieser Sichtweise ist auch die nächste Ebene zu verbinden.

■ zur kulturellen Ebene sozialer Realität:
Diese Ebene besteht aus gemeinsamen Werten und Überzeugungen. Organisationen, die in dynamischen und riskanten Umwelten erfolgreich sind, weisen eine Kultur auf, die sich durch Nachdenklichkeit und Differenziertheit, durch Fürsorglichkeit, Gerechtigkeit und Anerkennung sowie durch Flexibilität und Dezentralisierung des Entscheidens auszeichnet.

4. Ausblick

Dass kluge Managemententscheidungen auch heute im Krankenhaus getroffen werden, ist unbestritten. Interessant sind jedoch Erfahrungen die zeigen, dass sie sich durchaus von der traditionellen ökonomischen Rationalität lösen. Beispiele zeigen, dass eine differenzierte Interpretation eines Auftrages zur Kostensenkung und die Prüfung auf den verschiedenen Ebenen auch zu zusätzlichen Ressourcen, Investitionen und Mitarbeiterentwicklungen führen können, welche zu einer Steigerung der Leistungsfähigkeit, der Leistungsbereitschaft, der Qualität, der Kunden- und Mitarbeiterzufriedenheit sowie des wirtschaftlichen Erfolges führen.[21] Ein derartiges Prozessmanagement erfordert eine Sichtweise, die über kurzfristige Ressourcenoptimierung hinausgeht. Hier könnte auch eine Professionalisierung des Managements beitragen. Grundsätze der Professionalisierung der Gesundheitsberufe, die zu einer drastischen Reduktion der Schäden, die nicht ausgebildete Personen verursachen, geführt hat, könnten übertragen werden.[22] So wird auch für Manager neben einer ganzheitlichen Ausbildung auch eine Art hippokratischer Eid vorgeschlagen[23], als Verhaltensleitlinie für ein gesellschaftlich orientiertes Vorgehen.

Um ein Prozessmanagement, welches den Erfordernissen des Hochleistungsmanagements und der klugen Entscheidungen im Krankenhausbereich entspricht zu etablieren, ist dringend weitere Forschung erforderlich.

Literatur

1 Braun, Günther E. (2005): Zunehmende Prozessorientierung als Entwicklungstendenz im gesundheitspolitischen Umfeld des Krankenhauses, in: Braun, Günther E./Güssow, Jan/Ott, Robert (Hrsg): Prozessorientiertes Krankenhaus. Lösungen für eine Positionierung im Wettbewerb. Stuttgart. S. 13–23

2 vgl. ebenda, S. 14ff.; Güntert, Bernhard (2006): Change Management in der Integrierten Versorgung, in: Busse, Schreyögg, Gericke (Hrsg.): Management im Gesundheitswesen. Berlin, S. 433–442.

3 vgl. z.B. Marrs, Kira (2007): Ökonomisierung gelungen, Pflegekräfte wohlauf?, in: WSI Mitteilungen 9/2007. S. 502–507

4 vgl. z.B. Picot, Arnold/Dietl, Helmut/Franck, Egon (2008): Organisation. Eine ökonomische Perspektive. 5. Auflage. Stuttgart

5 ebenda, S. 36

6 Buhr, Petra/Müller, Rolf/Braun, Bernard/Klinke, Sebastian/Rosenbrock, Rolf (2008): G-DRG und Patienten – Entlassung und Entlassungsmanagement, in: Güntert, Bernhard J./Thiele, Günter (Hrsg.): DRG nach der Konvergenzphase. Heidelberg. S. 28

7 vgl. Tagesspiegel, 4.6.2008

8 Pawlowsky, Peter/Mistele, Peter (2008): Über den Tellerrand schauen, in: Pawlowsky, Peter/ Mistele, Peter (Hrsg.): Hochleistungsmanagement. Wiesbaden. S. 5

9 ebenda, S. 9

10 Hardt, Florian/Hänsel, Mike/Mistele, Peter/Müller, Michael (2008): Management kritischer Situationen in der Medizin, in: Pawlowsky, Peter/Mistele, Peter (Hrsg.): Hochleistungsmanagement. Wiesbaden. S. 293–309

11 Pawlowsky, Peter/Mistele, Peter (2008): Über den Tellerrand schauen, in: Pawlowsky, Peter/ Mistele, Peter (Hrsg.): Hochleistungsmanagement. Wiesbaden. S. 8

12 Rüegg-Stürm Johannes, (2003) Das neue St. Galler Management-Modell, Bern

13 Bieger Thomas et al. (2004), Struktur der Geschäftsprozesse, in: Dubs Rolf et al. (Hrsg.) Einführung in die Managementlehre, Band 3, Bern, S. 61–113

14 Ackoff Russel (1999), Re-creating the corporation – a design of organizations fort he 21st century, London

15 vgl. u.a. Klein Gary (1993), A Recognition Primed Decision (RPD) Decision Model of Rapid Decision Making, in: Klein Gary/Orasanu Judith/Calderwood Roberta/Zsambok Caroline (eds.) Decision Making in Action: Methods and Models, New Jersey, S. 138–147 sowie Lipshitz Raanan/Klein Gary/Orasanu Judith/ Salas Eduardo (2001), Tacking Stock of Natural Decision Making, in: Journal of Behavioral Decision Making, Vol 14, S. 331–352

16 vgl. u.a. Weick Karl/Sutcliffe Kathleen (2003), Das Unerwartete managen – wie Unternehmen aus Extremsituationen lernen, Stuttgart

17 Klatetzki, Thomas (2006): Kluges Entscheiden in dynamischen und riskanten Umwelten. Eine Erläuterung auf vier Ebenen, in: Scherzberg, Arno (Hrsg.): Kluges Entscheiden. Disziplinäre Grundlagen und interdisziplinäre Verknüpfungen. Tübingen. S. 145

18 ebenda, S. 163

19 ebenda, vgl. S. 145ff.

20 Jerjahn Uwe (2009), Mehr Beschäftigungswachstum mit Betriebsrat in: Böcklerimpuls 2/2009, S.6

21 vgl. Salomonowitz, Erich (2009): Erfolgreiche Organisationsentwicklung im Krankenhaus. Mehr Personal spart Kosten! Gelebte Investition in Qualität, Know-how und Skills am Beispiel der Radiologie. Wien, New York

22 Khurana, Rakesh/Nohria, Nitin (2008): Die Neuerfindung des Managers, in: Harvard Business Manager. Hamburg. S. 21–32

23 ebenda, S. 29

Kontakt

Prof. Dr. Günter Thiele
Katholische Fachhochschule Freiburg
Tel.: 0761/200-490
E-Mail: thiele@kfh-freiburg.de
www.kfh-freiburg.de

Universitätsprofessor Dr. Bernhard J. Güntert
Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik (UMIT), Hall in Tirol
Tel.: 0043 50/8684-3870
E-Mail: bernhard.guentert@umit.at
www.umit.at

Klinikpfade in der Chirurgie

Ein Instrument zur Qualitäts- und Effizienzsteigerung?

Dr. Ulrich Ronellenfitsch

Prof. Dr. Matthias H. M. Schwarzbach

Die Erzielung maximaler Qualität in der Patientenbehandlung unter gleichzeitiger Beachtung der Finanzierbarkeit ist die zentrale Herausforderung, mit der das deutsche Gesundheitssystem derzeit konfrontiert ist. Um dieser Entwicklung gerecht zu werden, müssen traditionelle Organisationsstrukturen überdacht und neue klinische Prozessabläufe entwickelt werden. Dies trifft in besonderem Maße für operative Fächer zu, in denen eine intensive und standardisierte Patientenbetreuung notwendig ist, um Komplikationen zu vermeiden. Strukturelle Verbesserungen in den chirurgischen Disziplinen sind vor allem in den perioperativen Prozessen möglich.

NAME:		VORNAME:			GEBURTSTAG:		OP-DATUM:	Entlassdatum:
Colonresektion	PRÄSTATIONÄR	STATIONÄR Aufnahmetag	OP-Tag	1. post-OP Tag	3./3. post-OP Tag	4. post-OP Tag	ENTLASSTAG 5. post-OP Tag	NACHSTATIONÄR 6. post-OP Tag
DIAGNOSIK/ MONITORING/ BEOBACHTUNG	☐ Anamnese ☐ Klinische Untersuchung ☐ Basislabor (BB, interm. Block, Gerinnung, HbA1c bei Diabetikern, CEA, CA 19-9) ☐ Totale Coloskopie, falls Malignom-Verdacht mit PE ☐ Vorstellung Anästhesie (inkl. Aufklärung PDK), ggfs. erforderl. Zusatzuntersuchungen ☐ Aufnahme-/OP-Termin (Systomed, Outlook) *Bei Malignomen:* ☐ *Sono Abd., falls suspekt -> MRT* ☐ *RS-Thorax, falls suspekt -> CT* ☐ *in ausgewählten Fällen (fragliche OP-Fähigkeit, metastasierter Tumor etc.): ITM-Tumorboard, OP-Indikation?*	☐ Labor (BB, Schneller Block, CRP, Gerinnung; intern. Block und Tumormarker nur, wenn nicht bereits in Ambulanz bestimmt) ☐ Kreuzblut (2 EKs) ☐ Röntgenbilder besorgen	*Anästhesiell:* ☐ Monitoring RR/HF ☐ Monitoring Relaxation ☐ ZVD (falls ZVK vorhanden) *Postoperativ:* ☐ Entscheidung Wach-/Abnarkotisation durch Operateur ☐ Monitoring RR/HF 2 x tgl. ☐ Monitoring Ausscheidung ☐ Monitoring Drainageinhalt (falls Drainage vorhanden) ☐ abends BB, Schneller Block, Gerinnung ☐ Röntgen Thorax falls ZVK gelegt ☐ Kontrolle Verband / PDK bei Übernahme auf Station	☐ Monitoring RR/HF/Temp. 2 x tgl. ☐ Monitoring Drainageinhalt (falls Drainage vorhanden) ☐ BB, Schneller Block, Gerinnung, CRP	☐ Monitoring RR/HF/Temp. 2 x tgl. ☐ Monitoring Drainageinhalt (falls Drainage vorhanden)	☐ Monitoring RR/HF/Temp. 2 x tgl. ☐ Monitoring Drainageinhalt (falls Drainage vorhanden) ☐ BB, Schneller Block, Gerinnung, CRP ☐ *Bei Malignomen nach Eingang Histo Besprechung ITM-Tumorboard*	☐ Monitoring RR/HF/Temp. morgens	☐ Anamnese ☐ Klinische Untersuchung ☐ Temperatur ☐ Bei Beschwerden BB, Schneller Block, Gerinnung, CRP ☐ Bei Beschwerden Sono Abdomen
ANÄSTHESIE Narkoseform:			☐ ITN					
Zugänge			☐ G16 Venenverweilkanüle ☐ ZVK nur bei Risikopatienten ☐ *arterieller Zugang nur bei Risikopatienten* ☐ Magensonde intraoperativ, bei Extubation entfernen ☐ thor. PDK (Th 8-10)	☐ falls vorhanden arterieller Zugang ex	☐ falls vorhanden ZVK morgens ex (2. post-OP Tag) ☐ Abbos ex (2. post-OP Tag)			
Harnableitung			☐ DK in Einleitung, abends ex, falls 2-12 -> am nächsten Morgen ex	☐ DK ex falls 2-12				
OP-Lagerung			☐ Rückenlage, linker Arm ausrichter Arm angelagert					
DRAINAGEN			☐ EF zur Anastomose nur bei intraop. Besonderheiten			☐ Falls vorhanden + unauffällig EF ex		
ERNÄHRUNG	☐ Vollkost soweit möglich	☐ Feste Nahrung bis 6h präop.	☐ Gesüßter Tee bis 2 h präop. (6 Uhr falls OP-Abruf nicht planbar)ab 2h postop. Tee (maximal 1500 ml) ; 2 Portionen Joghurt	☐ LVK / Diabeteskost ☐ Trinkmenge >1500 ml	☐ LVK / Diabeteskost ☐ Trinkmenge >1500 ml	☐ LVK / Diabeteskost ☐ Trinkmenge >1500 ml	☐ LVK / Diabeteskost ☐ Trinkmenge >1500 ml	☐ Vollkost / Diabeteskost
INFUSION			☐ Intraop. Normovolämie anstreben ☐ Postop. Deflazonin (bei Dialysepatienten NaCl) < 500 ml i.v.	☐ keine	☐ keine	☐ keine	☐ keine	
STUHLGANG / DARMMOTORIKREGELUNG			☐ PC / Einlauf präop. ☐ Magium Brausetbl. po 3-mal täglich bis 1.Stuhlgang	☐ Magium Brausetbl. po 3-mal täglich bis 1.Stuhlgang	☐ Magium Brausetbl. po 3-mal täglich bis 1.Stuhlgang	☐ Magium Brausetbl. po 3-mal täglich bis 1.Stuhlgang	☐ Magium Brausetbl. po 3-mal täglich bis 1.Stuhlgang	
MEDIKATION	☐ Hausmedikation ☐ Absetzen Gerinnungshemmer, bei Voll-AK Fraxi 0,1 / 10 kg KG 2x tgl.	☐ Hausmedikation mit Einschränkungen (Anordnung Stationsarzt)	☐ Hausmedikation mit genannten Einschränkungen spätestens 2h präop.	☐ Hausmedikation mit genannten Einschränkungen	☐ Hausmedikation mit genannten Einschränkungen	☐ Hausmedikation mit genannten Einschränkungen	☐ Hausmedikation mit genannten Einschränkungen	☐ Hausmedikation, Gerinnungshemmer ex. 1/4 Tage

Abb. 1: Teilabschnitt des im Januar 2008 in einer Pilotstudie an der Chirurgischen Klinik des Universitätsklinikums Mannheim implementierten Klinikpfades für das perioperative Management von Patienten mit Colonresektionen

Autoren	Eingriff	Anzahl Patienten	Zeitraum	Verweildauer in Tagen	Behandlungskosten in USD	Behandlungsqualität
		Kontrolle / KP		Kontrolle / KP	Kontrolle / KP	Kontrolle / KP
Melbert et al. [7]	Kolorektale Resektionen	263 / 122	1995-1998	8,2 / 5,5	16.665 / 12.672	Steigerung Prozessqualität
Pritts et al. [8]	Kolorektale Resektionen	236 / 101	1995-1996	10,0 / 7,7	19.997 / 13.909	Steigerung Prozessqualität
Stephen / Berger[12]	Kolorektale Resektionen	52 / 86	1997-2000	6,9 / 4,2	9.310 / 7.070	n. s.
Delaney et al. [22]	Kolorektale Resektionen	33 / 31	?	7,1 / 5,4		n. s.
Soria et al. [12]	Lap. Cholezystektomie	160 / 140	2001-2003	3,3 / 2,2	2.149 / 1.845 (Euro)	n. s.
Uchiyama et al.[23]	Lap. Cholezystektomie Lap. ass. Gastrektomie Lap. ass. Colonresektion	71 / 210 Okt 33 Nov 34	1999-2001	7,8 / 6,9 26,3 / 19,8 25,6 / 19,4	4.584 / 4.402 12.198 / 10.606 12.029 / 10.677	
Ferri et al.[13]	Lap. Magenchirurgie	27 / 22	2001-2003	2,7 / 1,6	841 / 470 (kanad. Dollar)	n. s.
Kawahara et al.[11]	Lap. kolorektale Resektionen	0 / 52	2001-2002	10,9		Hohe Patientenzufriedenheit
Porter et al.[5]	Whipplesche Operation	68 / 80	1996-1998	16,4 / 13,5	47.515 / 36.627	n. s.
Pitt et al.[24]	Hepaticojejunostomie	66 / 273	1991-1997	13,4 / 10,1	24.446 / 20.240	Mortalität 4,5% / 0,7%
Zehr et al.[25]	Ösophagusresektion	96 / 56	1991-1997	13,6 / 9,5	21.977 / 17.919	n. s.
Low et al.[26]	Ösophagusresektion	0 / 340	1998-2004	11,5		Mortalität 0,3%, Morbidität 45% (keine Vergleichsgruppe)
Joh et al.[27]	Leistenherniotomie	40 / 60	1999-2001	6,1 / 3,9	1.553.707 / 1.324.136 (korean. Won)	n. s.
Warner et al.[28]	Appendektomie bei Kindern	122 / 120	1994-1996	7,7 / 4,7 (Patienten mit Perforation)	11.175 / 7.823 (Patienten mit Perforation)	n. s.
Takegami et al.[29]	Appendektomie	73 / 112	1998-2001	6,9 / 4,0	238.000 / 230.000 (Yen)	
Firilas et al.[30]	Appendektomie	55 / 92	1993-1996	7,0 / 4,4 (Patienten mit Perforation)	14.648 / 9.626	n. s.
Ramanujam / Cheah[31]	Schilddrüsenresektionen	150 / 143	2000-2003	3,3 / 1,9	3.929 / 3.524 (Singapore Dollars)	n. s.
Markey et al.[32]	Schilddrüsenresektionen Parathyreodektomie	105 / 113 17 / 15	1997-1999 1997-1999	1,4 / 1,2 2,4 / 1,5	4.117 / 4.111 5.071 / 4.291	
Rouse et al.[6]	Bariatrische Eingriffe	? / ?	1995-1997	6,5 / 5,4	Ersparnis: 2.683	Weniger Wundinfekte

KP: Klinikpfad-Gruppe; Kontrolle: Kontrollgruppe

Tab.1: Studien zu Klinikpfaden für die wichtigsten viszeralchirurgischen Eingriffe

Autoren	Eingriff	Anzahl Patienten	Zeitraum	Verweildauer in Tagen	Behandlungskosten in USD	Behandlungsqualität
		Kontrolle / KP		Kontrolle / KP	Kontrolle / KP	Kontrolle / KP
Aragon et al. [39]	Carotischirurgie	129 / 588	1995-2000	3,0 / 1,7	7.798 / 5.387	n. s.
Dardik et al. [34]	Carotischirurgie	67 / 134	1992-1995	6,0 / 5,7	12.881 / 8.572	
Back et al. [35]	Carotischirurgie	40 / 60		5,8 / 2,0	9.652 / 6.999	n. s.
Collier et al. [36]	Carotischirurgie Aortenchirurgie Extremitätenbypass	112 42 130	1994-1996 1994-1996 1994-1996	1,2 7 3,2	4.338 Ersparnis zu Medicare 7.161 Ersparnis zu Medicare 4.108 Ersparnis zu Medicare	
Calligaro et al. [37]	Carotischirurgie Aortenchirurgie Extremitätenbypass	40 / 51 37 / 43 68 / 83	1992-1994 1992-1994 1992-1994	5,1 / 1,7 11,2 / 5,9 9,6 / 3,9	23.231 / 17.721 45,694 / 34,198 32,867 / 26,938	n. s.
Barker et al. [14]	Carotischirurgie Aortenchirurgie Extremitätenbypass	07. Jun 07. Jun Jul 13	?	9,0 / 7,0 16,0 / 14,0 17,0 / 10,5		
Matsumoto et al. [38]	Aortenchirurgie	45		26 / 19		

KP: Klinikpfad-Gruppe; Kontrolle: Kontrollgruppe

Tab. 2: Studien zu Klinikpfaden für die wichtigsten gefäßchirurgischen Eingriffe

Autoren	Eingriff	Anzahl Patienten	Zeitraum	Verweildauer in Tagen	Behandlungskosten in USD	Behandlungsqualität
		Kontrolle / KP		Kontrolle / KP	Kontrolle / KP	Kontrolle / KP
Wright et al. [39]	Lobektomie	147 / 130	1995-1996	10,6 / 7,5	16.063 / 14.792	n. s.
Zehr et al. [25]	Lappen- / Segmentresektion	185 / 241	1991-1997	8,0 / 6,4	17.103 / 13.432	n. s.
Maruyama et al. [40]	Video-assistierte Thorakoskopie (VATS)	105 / 113	2000-2004	29,4 / 18,6	14.439 / 13.093	Frühere Entfernung Thoraxdrainagen
Soria et al. [41]	Pneumothoraxbehandlung	34 / 31		7,3 / 5,0	1.863 / 1.168	n. s.

KP: Klinikpfad-Gruppe; Kontrolle: Kontrollgruppe

Tab. 3: Studien zu Klinikpfaden für die wichtigsten thoraxchirurgischen Eingriffe

Definitionen und ein Praxisbeispiel

Als ein zentrales Werkzeug zur Prozessverbesserung bieten sich Klinikpfade an[1–3]. Sie lassen sich definieren als strukturierte Ablaufpläne, die Kernprozesse der Behandlung zeitlich geordnet darstellen. Klinikpfade beschreiben für alle involvierten Berufsgruppen wie Ärzte, Krankenpflege oder Sozialdienst detailliert die erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen für die Behandlung eines Patienten mit einer bestimmten Erkrankung oder durchzuführenden Prozedur. Idealerweise „folgt" der Patient im vorgegebenen Zeitrahmen des stationären Aufenthaltes einem solchen Klinikpfad „Schritt für Schritt", um hohen Qualitätsanforderungen gerecht zu werden und gleichzeitig ökonomische Effizienz zu erzielen.

Anhand eines Beispiels aus der eigenen Praxis soll die mögliche Struktur eines Klinikpfades erörtert werden. In Abbildung 1 ist ein Teilabschnitt des im Januar 2008 im Rahmen einer Pilotstudie an unserem Haus implementierten Klinikpfades für das perioperative Management von Patienten mit Colonresektionen dargestellt. Die einzelnen Elemente sind zeitlich geordnet auf einem Faltbogen aufgeführt und können abgehakt werden.

Auch wenn es in Deutschland bislang keine systematischen Daten zum Einsatz von Klinikpfaden gibt, muss davon ausgegangen werden, dass der Durchdringungsgrad relativ niedrig ist. Dies ist sicher mit bedingt durch hohe für die Implementierung notwendige Ressourcen gepaart mit einer Unsicherheit bezüglich des zu erwartenden Nutzens. Zur Unterstützung des Entscheidungsprozesses, ob Klinikpfade in den Behandlungsalltag eingeführt werden sollen, fasst diese Arbeit die international verfügbare Evidenz zum Nutzen von Klinikpfaden in den chirurgischen Disziplinen zusammen.

Evidenz

In einer eigenen Untersuchung wurde die Literatur systematisch auf Studien zu Klinikpfaden in der Chirurgie durchsucht[3]. Mittels definierter PubMed-Recherche wurden Arbeiten identifiziert. Bei den Untersuchungen handelt es sich bei 24 der 30 eingeschlossenen Studien um so genannte Vorher-Nachher-Studien (Evidenzgrad 2b bis 4 gemäß Oxford Centre for Evidence-based Medicine, www.cebm.net/levels_of_evidence.asp). Vier Studien waren reine Beobachtungsstudien ohne Vergleichsgruppe (Evidenzgrad 4). Eine Studie erfüllte die Kriterien einer nicht-randomisierten kontrollierten klinischen Studie und lediglich eine die Kriterien einer randomisierten klinischen Studie (Evidenzgrad 2b). Der sich aus dieser Evidenz ergebende Empfehlungsgrad ist C. 66,7 % der Studien stammen aus amerikanischen Zentren, 16,7 % aus japanischen Kliniken und jeweils eine Studie aus Korea, Singapur und Kanada. Aus Europa liegen lediglich Arbeiten einer einzigen spanischen Gruppe vor[3].

Qualität der Behandlung

Die Qualität der Patientenbehandlung ruht nach Donabedian auf drei Säulen. Neben Strukturqualität, welche z. B. bauliche Gegebenheiten einer Klinik beinhaltet, sind dies Prozessqualität und Ergebnisqualität[4]. Prozessqualität wird als Grad der Umsetzung vorgegebener Schritte in der Behandlung verstanden. Ergebnisqualität entspricht dem „Outcome". Gemeint sind Faktoren wie Morbidität, Mortalität oder Reoperationsrate. Im klinischen Alltag ist Strukturqualität nur wenig beeinflussbar. Prozessqualität ist dagegen direkt steuerbar und hat wiederum relativ direkten Einfluss auf die Ergebnisqualität.

Betrachtet man die einzelnen chirurgischen Schwerpunkte (Viszeral-, Gefäß-, Thorax und Transplantationschirurgie) so zeigen sich in den meisten Studien keine signifikanten Unterschiede in der perioperativen Ergebnisqualität zwischen mit und ohne Klinikpfad behandelten

ZWEITER WORKSHOP

KLINIKPFADE IN DER CHIRURGIE:
INTERDISZIPLINÄR UND INTERSEKTORAL

Universitätsmedizin Mannheim
Chirugische Klinik

1. JAHRESTAGUNG DER DGKPM
(Deutsche Gesellschaft für Klinisches Prozessmanagement e.V.)

JAHRESTAGUNG DES ZEQ
(Zentrum für Europäisches Qualitätsmanagement)

18. Juni 2009, 9.00–19.00 Uhr,

CC Rosengarten, Mannheim

Leitung:
Prof. Dr. M. Schwarzbach,
Geschäftsführender Oberarzt,
Chirurgische Klinik, UMM

Informationen und Programm:
www.ma.uni-heidelberg.de/inst/chir, Tel.: 0621 / 383 2907

Optimieren Sie einfach Ihre Prozesse.

I.DASH® - das Dashboard für Ihre Klinik. www.magrathea.eu

Autoren	Eingriff	Anzahl Patienten	Zeitraum	Verweildauer in Tagen	Behandlungskosten in USD	Behandlungsqualität
		Kontrolle / KP		Kontrolle / KP	Kontrolle / KP	Kontrolle / KP
Holtzman et al.[42]	Nierentransplantation	231 / 117	1992-1995	17,5 / 11,8		Komplikationen: 57,1% / 18,5%
Anonymous[43]	Nierentransplantation	? / ?	?	12. Sep	Ersparnis pro Fall: 33.636	
Cushing et al. [44]	Pankreas-/Nierentransplantation	10. Okt		Verkürzung	Ersparnis	
Kawachi et al. [45]	Lebertransplantation	57 / 53	1995-2006	17,5 / 13,4	Ersparnis pro Fall: 1.000	Früherer Kostaufbau, weniger Magenent-leerungsstörungen
Vigneswaran et al. [46]	Lungentransplantation	183		7		Perioperative Mortalität: 6,5%

KP: Klinikpfad-Gruppe; Kontrolle: Kontrollgruppe

Tab. 4: Studien zu Klinikpfaden für die wichtigsten transplantationschirurgischen Eingriffe

Patienten. In der Viszeralchirurgie gilt das praktisch für das gesamte Spektrum der Eingriffe (Tabelle 1). Nur in einzelnen Serien zur Pankreaschirurgie bzw. zu bariatrischen Eingriffen werden Verbesserungen der Mortalität und Morbidität beschrieben[5,6]. Vergleichbare Ergebnisse finden sich in der Gefäßchirurgie (Tabelle 2), der Thoraxchirurgie (Tabelle 3) und der Transplantationschirurgie (Tabelle 4). Eine verminderte Behandlungsqualität durch Klinikpfade wurde in keiner Studie berichtet. Insgesamt ist die Ergebnisqualität in der angloamerikanisch und asiatisch dominierten Literatur unterrepräsentiert. Erhoben werden allenfalls perioperative Parameter wie Morbidität oder Krankenhausmortalität. Die langfristige Ergebnisqualität, wie Langzeitüberleben nach Tumoroperationen oder Rezidivrate nach Herniotomie, findet bislang praktisch keine Beachtung. Auch hinsichtlich der Prozessqualität ist die Datenlage spärlich. Lediglich zwei Studien[7,8] zeigten eine signifikante Verbesserung nach Implementierung von Klinikpfaden für Patienten mit kolorektalen Operationen.

Ökonomische Effekte

Viele Studien untersuchen vorrangig ökonomische Aspekte. Durchweg (Tabellen 1–4) zeigt sich eine Ersparnis durch den Einsatz von Klinikpfaden sowohl für komplexe als auch vergleichbar einfache Eingriffe. In den meisten Studien erklärt sich diese durch eine Verweildauerverkürzung. Dabei wird die Annahme einer Ausnutzung der durch die frühere Entlassung freigewordenen Kapazität zu Grunde gelegt. Angaben zur Auslastungssituation der jeweiligen Institutionen werden von den Autoren jedoch nicht präsentiert[3]. Eine weitere Erklärung ist der Verzicht auf überflüssige Diagnostik beispielsweise aus den Bereichen Radiologie und Labor.

Transparenz der Behandlung

Es gibt Ansätze, in denen die durch Klinikpfade generierte Transparenz der Behandlung auf den Patienten bezogen wird. Dabei wird ein „Patientenpfad“ zur Verfügung gestellt[9]. Dieser ist als modifizierte Version des Klinikpfades zu verstehen, der die medizinischen Maßnahmen vereinfacht darstellt. Der Patient kann so dem Behandlungsablauf folgen und sich auf anstehende Maßnahmen einstellen. Ziel ist, die Mitarbeit des Patienten und das perioperative Behandlungsergebnis zu verbessern[9]. Allerdings ist anzumerken, dass Abweichungen von der im Pfad festgehaltenen Standardbehandlung beim Patienten leicht zu Angstreaktionen führen können[3].

Die Transparenz von Behandlungseinheiten kann auch als Chance verstanden werden, über formelle (z. B. Klinik-Website) oder informelle (z. B. Zeitung) Informationsquellen die Attraktivität der eigenen Einrichtung zu erhöhen. Klinikpfade können hier für Patienten und Zuweiser relevante Entscheidungshilfen für die Auswahl der Klinik darstellen[3].

Patientenzufriedenheit

Obwohl nicht immer kausal mit der Ergebnisqualität assoziiert, muss die Patientenzufriedenheit als integraler Bestandteil der Qualität in der Patientenversorgung betrachtet werden[10]. Neben ethischen Überlegungen kommt der nachhaltigen Patientenbindung an eine Einrichtung ein hoher Stellenwert zu. Über die Patientenzufriedenheit werden außer den Patienten auch Familienmitglieder und Bekannte indirekt über die Qualität der Krankenhausbehandlung informiert und so selbst als potenzielle Patienten gewonnen[3]. Der Einfluss von Klinikpfaden auf die Patientenzufriedenheit ist bislang nur rudimentär untersucht worden. Einige Studien deuten aber auf eine hohe Zufriedenheit von Pfadpatienten hin[11–14].

Mitarbeiterzufriedenheit

Die Mitarbeiterzufriedenheit nimmt im Gesundheitswesen einen immer wichtigeren Stellenwert ein. Der Zusammenhang zwischen Mitarbeiterzufriedenheit und Qualität der Patientenversorgung wurde ebenso in Studien belegt[15] wie der Zusammenhang mit der Gesundheit des medizinischen Personals[16]. Für die Implementierung von Klinikpfaden ist die Mitarbeiterzufriedenheit von zentraler Bedeutung[1]. Enthusiasmus und Entschlossenheit sind bei allen Mitarbeitern erforderlich, um Klinikpfade erfolgreich zu implementieren. Motivierte und zufriedene Mitarbeiter stellen die Basis dar, um sinnvoll mit Klinikpfaden zu arbeiten. Unklar ist, welche Bedeutung im Umkehrschluss Klinikpfade für die Mitarbeiterzufriedenheit einnehmen. Im Rahmen einer Pilotstudie aus der Gefäßchirurgie zur Implementierung von Klinikpfaden zeigte sich eine überwiegend positive Einstellung der Mitarbeiter. Besondere Wertschätzung wurden dem Ausbildungseffekt, der Zusammenarbeit und der verbesserten Arzt-Patienten-Beziehung zugesprochen[14].

Ausbildungseffekte

Der Einzug der evidenzbasierten Medizin in alle klinischen Bereiche hat erhebliche Auswirkungen. Die kontinuierliche Weiterbildung ist eine zentrale Aufgabe. Neue medizinische Erkenntnisse verändern stetig den Arbeitsalltag. Die personelle Fluktuation an großen Kliniken ist erheblich. Um eine effiziente Behandlung sicherzustellen, sind daher strukturelle Anstrengungen in der Ausbildung unumgänglich. Trotz spärlicher Evidenz ist davon auszugehen, dass Klinikpfade sich für die kontinuierliche Mitarbeiterschulung eignen[17,18]. Eine gute Pfadentwicklung setzt voraus, dass aktuelle Behandlungsstandards mit einbezogen und interdisziplinär diskutiert werden. Die kontroverse Diskussion der Pfadinhalte führt zu einem interdisziplinären Lernprozess. Darüber hinaus sind regelmäßige Besprechungen notwendig, um Schwachstellen aufzudecken und Kernprozesse zu restrukturieren[17,19]. Der mit dem Pfad verbundene Lerneffekt ist umso stärker, je mehr kritische Auseinandersetzungen zugelassen und je mehr Verbesserungsvorschläge umgesetzt werden.

Standardisierung

Eine Standardisierung der Begrifflichkeiten und des Vorgehens bei der Klinikpfaderstellung gibt es in Deutschland bislang nicht. Ein Ansatz über die Fachgesellschaften, wie er bei der AWMF-Leitlinienerstellung etabliert ist, kann auch für Klinikpfade sinnvoll sein. Ebenso ist die Frage nach der optimalen Umsetzung der Klinikpfade im klinischen Alltag weiter ungeklärt. Die beschriebene papierbasierte Form ist die einfachste Möglichkeit, Klinikpfade in die klinische Routine zu transferieren. Obwohl sie deutliche Vorteile hinsichtlich einer automatischen Erfassung behandlungsrelevanter Daten besitzen, finden computerisierte Klinikpfadanwendungen in der täglichen Routine eher zögerliche Akzeptanz.

Diskussion

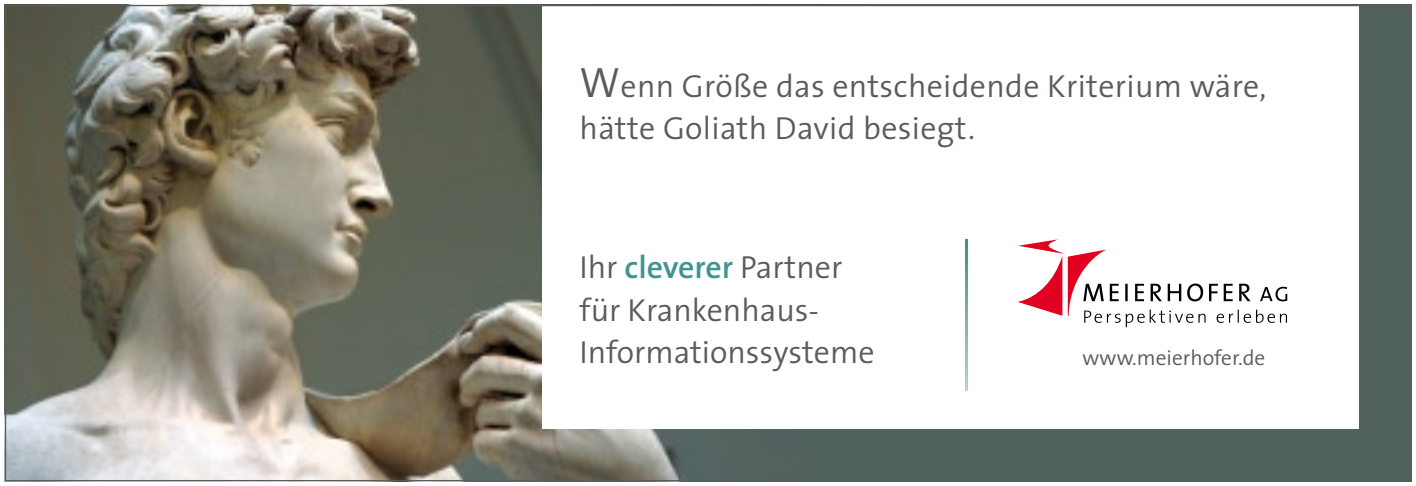
Die verfügbare Evidenz zeigt, dass Klinikpfade in den verschiedenen chirurgischen Subdisziplinen hinsichtlich Behandlungsqualität, ökonomischen Effekten und Patientenzufriedenheit einen deutlichen Nutzen haben. Die Mehrzahl der Studien weist jedoch aufgrund ihres Designs einen niedrigen Evidenzgrad auf. „Echte“ Randomisierung scheint nahezu unmöglich. Eine zufällige Zuteilung von Patienten zur Behandlung mit oder ohne Klinikpfad innerhalb einer Institution ist zwar durchführbar. Dennoch wird das an der Behandlung beteiligte Klinikpersonal unbewusst alle Patienten nach Pfadvorgabe behandeln, wenn es nur ausreichend trainiert wurde. Auch eine Trennung zwischen Stationen innerhalb eines Hauses wird mit einem starken Bias behaftet sein, da sich in der Regel Mitarbeiter über Stationsgrenzen austauschen oder aber rotieren. Denkbar wäre die Randomisierung von Patienten in räumlich und organisatorisch komplett getrennte Kliniken. Ein solches Vorgehen würde aber sicher auf Widerstand bei Patienten, Behandlungsteams und Klinikverwaltungen stoßen und bleibt damit eine eher theoretische Option. Somit ist festzuhalten, dass ein höherer Evidenzgrad in klinischen Studien zu Effekten von Klinikpfaden nur schwer zu generieren ist.

Die stärksten Effekte von Klinikpfaden in der Chirurgie sind bei den Behandlungskosten zu erwarten[3]. Kritische Stimmen gehen von einer Kostenverschiebung in den ambulanten Bereich bzw. Mehrkosten durch stationäre Wiederaufnahmen aus. Hiergegen sprechen Studien aus den USA zur ambulant durchgeführten Hernioplastik und laparoskopischen Cholezystektomie, die auch unter Berücksichtigung der im ambulanten Sektor entstandenen Kosten eine Ersparnis zeigen[20]. Leider finden in den meisten Untersuchungen Erstellungs- und Implementierungskosten ebenso wenig Berücksichtigung wie Kosten für die kontinuierliche Überarbeitung von Klinikpfaden. Es ist ein wichtiges Ziel, diese Kosten zu erfassen und so die erbrachte Mehrleistung des Personals zu dokumentieren und gegebenenfalls zu vergüten. Die Investitionskosten sind gegen zu erwartende Einsparungen hochzurechnen, um letztlich eine valide Aussage hinsichtlich des ökonomischen Gesamtnutzens zu erlauben. Generell kann aus Kostensicht postuliert werden, dass sich vor allem Eingriffe mit hoher Frequenz oder Eingriffe mit einem sehr komplexen perioperativen Management für die Pfadanwendung eignen[3].

Ausblick

All diese offenen Fragen weisen darauf hin, dass eine integrative wissenschaftliche Einrichtung in Deutschland erforderlich ist, um die Thematik der Klinikpfade aufzuarbeiten. Die 2008 gegründete Deutsche Gesellschaft für Klinisches Prozessmanagement (DGKPM) e.V. sieht im Bereich der Klinikpfade eine ihrer Kernkompetenzen. Ziele sind neben der wissenschaftlichen Evaluation die Definition der Begrifflichkeiten, die Diskussion der rechtlichen Aspekte und die Etablierung einer Plattform für den Austausch von Erfahrungen wie auch von Klinikpfaden. Im wissenschaftlichen Bereich soll nicht nur die Bewertung von Forschungsansätzen und Beratung bei der Durchführung klinischer Studien erfolgen sondern auch die Etablierung einer Klinikpfadstruktur, die in Anlehnung an die AWMF-Leitlinien eine Art „Leitpfad“ generiert. Diese Struktur könnte als Referenzmodell für die Erstellung institutioneller Pfade dienen. Wichtig hierbei ist eine kooperative und offene Zusammenarbeit sowie die Integration der besten verfügbaren Evidenz.

Unterstützt durch die:
Deutsche Gesellschaft für Klinisches Prozessmanagement e.V. (DGKPM e.V.)
info@dgkpm.de / www.dgkpm.de



Literatur

1 Campbell H, Hotchkiss R, Bradshaw N, Porteous M.: Integrated care pathways. BMJ 1998; 316:133-7.

2 Renholm M, Leino-Kilpi H, Suominen T.: Critical pathways. A systematic review. J Nurs Adm 2002; 32:196-202.

3 Ronellenfitsch U, Rössner E, Jakob J, Post S, Hohenberger P, Schwarzbach M.: Clinical Pathways in surgery-should we introduce them into clinical routine? A review article. Langenbecks Arch Surg 2008; 393:449-57.

4 Donabedian A.: The quality of care. How can it be assessed? JAMA 1988; 260:1743-8.

5 Porter GA, Pisters PW, Mansyur C, et al.: Cost and utilization impact of a clinical pathway for patients undergoing pancreaticoduodenectomy. Ann Surg Oncol 2000; 7:484-9.

6 Rouse AD, Tripp BL, Shipley S, Pories W, Cunningham P, MacDonald K, Jr.: Meeting the challenge of managed care through clinical pathways for bariatric surgery. Obes Surg 1998; 8:530-4.

7 Melbert RB, Kimmins MH, Isler JT, et al.: Use of a critical pathway for colon resections. J Gastrointest Surg 2002; 6:745-52.

8 Pritts TA, Nussbaum MS, Flesch LV, Fegelman EJ, Parikh AA, Fischer JE.: Implementation of a clinical pathway decreases length of stay and cost for bowel resection. Ann Surg 1999; 230:728-33.

9 Parker C.: Patient pathways as a tool for empowering patients. Nurs Case Manag 1999; 4:77-9.

10 Vuori H.: Patient satisfaction--does it matter? Qual Assur Health Care 1991; 3:183-9.

11 Kawahara H, Yanagisawa S, Kashiwagi H, Hirai K, Yamazaki Y, Yanaga K.: Implementation of a clinical pathway for laparoscopic colorectal surgery. Int Surg 2005; 90:144-7.

12 Soria V, Pellicer E, Flores B, Carrasco M, Candel MF, Aguayo JL.: Evaluation of the clinical pathway for laparoscopic cholecystectomy. Am Surg 2005; 71:40-5.

13 Ferri LE, Feldman LS, Stanbridge DD, Fried GM.: Patient perception of a clinical pathway for laparoscopic foregut surgery. J Gastrointest Surg 2006; 10:878-82.

14 Barker SG, Sachs R, Louden C, et al.: Integrated care pathways for vascular surgery. Eur J Vasc Endovasc Surg 1999; 18:207-15.

15 Elpern EH, Silver MR.: Improving outcomes: focus on workplace issues. Curr Opin Crit Care 2006; 12:395-8.

16 Faragher EB, Cass M, Cooper CL.: The relationship between job satisfaction and health: a meta-analysis. Occup Environ Med 2005; 62:105-12.

17 Napolitano LM.: Standardization of perioperative management: clinical pathways. Surg Clin North Am 2005; 85:1321-7, xiii.

18 Pearson SD, Goulart-Fisher D, Lee TH.: Critical pathways as a strategy for improving care: problems and potential. Ann Intern Med 1995; 123:941-8.

19 Furaker C, Hellstrom-Muhli U, Walldal E.: Quality of care in relation to a critical pathway from the staff's perspective. J Nurs Manag 2004; 12:309-16.

20 Caplan G, Board N, Paten A, et al.: Decreasing lengths of stay: the cost to the community. Aust N Z J Surg 1999; 69:433-7.

21 Stephen AE, Berger DL.: Shortened length of stay and hospital cost reduction with implementation of an accelerated clinical care pathway after elective colon resection. Surgery 2003; 133:277-82.

22 Delaney CP, Zutshi M, Senagore AJ, Remzi FH, Hammel J, Fazio VW.: Prospective, randomized, controlled trial between a pathway of controlled rehabilitation with early ambulation and diet and traditional postoperative care after laparotomy and intestinal resection. Dis Colon Rectum 2003; 46:851-9.

23 Uchiyama K, Takifuji K, Tani M, Onishi H, Yamaue H.: Effectiveness of the clinical pathway to decrease length of stay and cost for laparoscopic surgery. Surg Endosc 2002; 16:1594-7.

24 Pitt HA, Murray KP, Bowman HM, et al.: Clinical pathway implementation improves outcomes for complex biliary surgery. Surgery 1999; 126:751-6.

25 Zehr KJ, Dawson PB, Yang SC, Heitmiller RF.: Standardized clinical care pathways for major thoracic cases reduce hospital costs. Ann Thorac Surg 1998; 66:914-9.

26 Low DE, Kunz S, Schembre D, et al.: Esophagectomy--it's not just about mortality anymore: standardized perioperative clinical pathways improve outcomes in patients with esophageal cancer. J Gastrointest Surg 2007; 11:1395-402.

27 Joh HJ, Moon IS, Park HR, Kim NC, Yang S.: The effects of the critical pathway for inguinal hernia repair. Yonsei Med J 2003; 44:81-8.

28 Warner BW, Kulick RM, Stoops MM, Mehta S, Stephan M, Kotagal UR.: An evidenced-based clinical pathway for acute appendicitis decreases hospital duration and cost. J Pediatr Surg 1998; 33:1371-5.

29 Takegami K, Kawaguchi Y, Nakayama H, Kubota Y, Nagawa H.: Impact of a clinical pathway and standardization of treatment for acute appendicitis. Surg Today 2003; 33:336-41.

30 Firilas AM, Higginbotham PH, Johnson DD, Jackson RJ, Wagner CW, Smith SD.: A new economic benchmark for surgical treatment of appendicitis. Am Surg 1999; 65:769-73.

31 Ramanujam LN, Cheah WK.: Improvements in health care for patients undergoing thyroidectomy. Asian J Surg 2005; 28:266-70.

32 Markey DW, McGowan J, Hanks JB.: The effect of clinical pathway implementation on total hospital costs for thyroidectomy and parathyroidectomy patients. Am Surg 2000; 66:533-8.

33 Aragon D, Burton V, Byers JF, Cohen M.: The effect of a critical pathway on patients' outcomes after carotid endarterectomy. Am J Crit Care 2002; 11:250-8.

34 Dardik A, Williams GM, Minken SL, Perler BA.: Impact of a critical pathway on the results of carotid endarterectomy in a tertiary care university hospital: effect of methods on outcome. J Vasc Surg 1997; 26:186-92.

35 Back MR, Harward TR, Huber TS, Carlton LM, Flynn TC, Seeger JM.: Improving the cost-effectiveness of carotid endarterectomy. J Vasc Surg 1997; 26:456-62.

36 Collier PE.: Do clinical pathways for major vascular surgery improve outcomes and reduce cost? J Vasc Surg 1997; 26:179-85.

37 Calligaro KD, Dougherty MJ, Raviola CA, Musser DJ, DeLaurentis DA.: Impact of clinical pathways on hospital costs and early outcome after major vascular surgery. J Vasc Surg 1995; 22:649-57.

38 Matsumoto A, Kanda K, Shigematsu H.: Development and implementation of a critical pathway for abdominal aortic aneurysms in Japan. J Vasc Nurs 2002; 20:14-21.

39 Wright CD, Wain JC, Grillo HC, Moncure AC, Macaluso SM, Mathisen DJ.: Pulmonary lobectomy patient care pathway: a model to control cost and maintain quality. Ann Thorac Surg 1997; 64:299-302.

40 Maruyama R, Miyake T, Kojo M, et al.: Establishment of a clinical pathway as an effective tool to reduce hospitalization and charges after video-assisted thoracoscopic pulmonary resection. Jpn J Thorac Cardiovasc Surg 2006; 54:387-90.

41 Soria V, Coll A, Flores B, et al.: Clinical pathway for the treatment of primary spontaneous pneumothorax in a general surgery department. Am J Med Qual 2005; 20:268-76.

42 Holtzman J, Bjerke T, Kane R.: The effects of clinical pathways for renal transplant on patient outcomes and length of stay. Med Care 1998; 36:826-34.

43 Renal transplantation path saves $34K per patient. Hosp Case Manag 1999; 7:5-8.

44 Cushing KA, Stratta RJ.: Design, development, and implementation of a critical pathway in simultaneous pancreas-kidney transplant recipients. J Transpl Coord 1997; 7:164-72.

45 Kawachi S, Shimazu M, Hoshino K, et al.: Effectiveness of a clinical pathway for hepatectomy of live donors in living donor liver transplantation. Am J Transplant 2006; 6:702-3.

46 Vigneswaran WT, Bhorade S, Wolfe M, Pelletiere K, Garrity ER, Jr.: Clinical pathway after lung transplantation shortens hospital length of stay without affecting outcome. Int Surg 2007; 92:93-8.

Kontakt

Prof. Dr. Matthias H. M. Schwarzbach
Universitätsmedizin Mannheim, Chirurgische Klinik
Tel.: 0621/3832227
E-Mail: matthias.schwarzbach@chir.ma.uni-heidelberg.de

Dr. Ulrich Ronellenfitsch
Universitätsmedizin Mannheim, Chirurgische Klinik
Tel.: 0621/3932166
E-Mail: ulrich.ronellenfitsch@chir.ma.uni-heidelberg.de
www.ma.uni-heidelberg.de/inst/chir

Prozessmanagement in der Arzneimittelversorgung

Zwischen 19 % und 35 % aller patientenschädigenden Ereignisse im Krankenhaus gehen auf Medikationsirrtümer zurück. Die Konsequenzen für den betroffenen Patienten reichen von Übelkeit und Erbrechen über befristete Gesundheitsbeeinträchtigungen, Ertragen von Zusatztherapien, Liegezeitverlängerungen und schlimmstenfalls bleiben dauerhafte Gesundheitsschäden oder der Patient verstirbt. Für das Krankenhaus entstehen ungeplante Zusatzkosten aufgrund notwendiger Gegentherapien, Liegezeitverlängerungen (Betreuungskosten; Einnahmeausfälle) und negative Kommunikation unzufriedener Patienten. Die Folgekosten von Medikationsirrtümern werden in den USA auf über 2 Mrd. Dollar geschätzt. Über durch Arzneimittel verursachte Todesfälle gibt es keine gesicherten Daten. Für Deutschland kursieren Zahlen über vermeidbare Todesfälle in Krankenhäusern von mindestens 160 bis über 3.000. In US-Krankenhäusern erleiden systematischen Schätzungen zufolge 1.500 bis 7.000 Menschen das gleiche vermeidbare Schicksal als Folge inappropriater Medikation.

Prof. Dr. Dr. Wilfried von Eiff

Wesentliche Quellen für Medikationsfehler sind Arzneimittelkomplexität (54.000 zugelassene Medikamente auf dem deutschen Markt), mangelnde Präparatkenntnis der Ärzte und eine fehleranfällige Arzneimittellogistik.

Zwei Maßnahmen tragen zur nachhaltigen Reduzierung von Medikationsfehlern mit fatalem Ausgang (Adverse Drug Event) bei:

- Einsatz von klinischen Pharmazeuten (Arzneimittelanamnese, Arzneimittelkonsil mit Freigabefunktion, AM-Monitoring, AM-Controlling);
- Dezentrales Unit Dose-System in Verbindung mit elektronischen Versorgungsschränken und komplementärer Medikations-Verordnungs-Software (CPOE=Computerized Physician Order Entry System).

Komplexität der Medikationstherapie

Spätestens mit der Publikation des vom Institute of Medicine herausgebrachten Reports „To Err is Human: Building a Safer Health System“ (1999) rückte das Problem sog. Adverse Drug Events, also der Schädigung von Patienten als Folge inappropriater Medikation, in den Fokus des Interesses von Kostenträgern, Patienten, Patientenvertretern, Krankenhausmitarbeitern und Öffentlichkeit: danach sterben zwischen 44.000 bis 98.000 Patienten in US-Krankenhäusern jedes Jahr durch Behandlungsfehler; davon 1.500 bis 7.000 Patienten als Folge von vermeidbaren Medikationsirrtümern.

Eine wesentliche Quelle für Medikationsfehler sind personelle Unterausstattung, Arbeitsverdichtung und Zeitdruck (s. Abb. 1). Die Fehlerquote beim Stellen von Medikamenten wird pro Ausgabe mit 1,39 % geschätzt (Studie: Colen et al.). Aber auch mangelnde Präperatenkenntnisse der Ärzte, insbesondere über die Pharmakokinetik von Arzneien, stellen ein wachsendes Risikopotenzial dar.

ADVERSE EVENT

„ … situation in that an inappropriate decision was made when, at the time, an appropriate alternative could have been choosen.“

„ … eine Verletzung/Schädigung des Patienten, die durch die medizinische Behandlung verursacht wurde und nicht durch die zugrunde liegende Krankheit oder die Verfassung des Patienten.“

Die Folgen von Medikationsirrtümern sind erheblich:

Für Patienten bewirken „Unerwünschte Arzneimittelwirkungen“ (UAW)

- deutliche Befindlichkeitsstörungen wie Übelkeit, Schwindel, schwindendes Sehvermögen, Verlust der Hörfähigkeit, häufige Toilettengänge, gesteigerter/verlangsamter Herzschlag,
- aber auch Verlängerung der Verweildauer.
- Im Extremfall stellen sich toxische Wirkungen ein, die z. B. fruchtschädigende Wirkung bei schwangeren Patientinnen oder die Niereninsuffizienz herbeiführen (z. B. bei zu lange hoch dosierter Gabe des Antibiotikums Gentamizin), oder
- die Sturzgefahr für Patienten erhöhen (z. B. Gabe von Benzodiazipin bei hochbetagten Patienten).
- In vielen Fällen werden Medikamentenkombinationen verabreicht, die zu einem Therapieversagen führen, was zu Liegezeitverlängerungen und Kapazitätsblockaden führt (= steigende Opportunitätskosten durch wegfallende Deckungsbeiträge) und erhebliche Folgekosten durch aufwändige Ersatzmedikation verursacht.

Für Krankenhäuser sind UAW aus mehreren Gründen unangenehm:

- Patienten und Angehörige reagieren verärgert auf UAWs und unnötige Verlängerung der Verweildauer; sie berichten in rufschädigender Weise an Dritte über ihre negativen Erfahrungen: der Markenwert des Krankenhauses leidet.
- Krankenkassen werden mit zunehmender Realisierung des „Einkaufsmodells“, also der Direktkontrahierung zwischen Krankenkasse und Krankenhaus, solche medizinischen Leistungsanbieter bevorzugen, die medizinische Qualität und ein Höchstmaß an Sicherheit bieten. Auch Häuser, die versuchen, die Folgen von Medikationsfehlern zum „UpCoding“ zu nutzen, werden mit dieser Strategie nur im Ausnahmefall Erfolg haben.

In den meisten Fällen nimmt die Verweildauer stärker zu als der durch zusätzliche Komplikationen gesteigerte Case Mix Index, so dass der Erlös je Tag gegenüber optimaler/normaler/komplationsfreier Behandlung sinkt.

Gleichzeitig ist zu beachten, dass in Häusern mit steigenden Komplikationsraten auch die Krankenhaus-Letalität signifikant steigt.

Die Gründe für Fehler rund um die Arzneimittelversorgung sind vielfältig, was darauf zurückzuführen ist, dass es sich um einen komplexen, stark arbeitsteiligen Prozess mit einer Vielzahl von Möglichkeiten handelt: → falsches Medikament → falscher Patient → falsche Einnahmezeit → falsche Dosis → Therapieversagen durch Wirkungsbeeinträchtigung zweier Medikamente. Hinzu kommen → falsche Lagerung (Lichtempfindlichkeit, Hygroskopische Reaktion, Temperatur z. B. bei Schüttgut-Lagerung) → Überschreiten des Verfalldatums → Retouren aufgrund von Falschlieferungen → Schwund → Diebstahl als Gründe für unsachgemäßen und unwirtschaftlichen Medikamenteneinsatz.

Weitere Fehlerquellen offenbaren sich in der klinischen Praxis dadurch, dass die Zahl chronisch Kranker zunimmt. Diese Patientengruppen (Diabetes, Multiple Sklerose …) bringen zum Krankenhausaufenthalt eigene Medikamente (z. B. Betaferon) mit, die z. T. unter besonderen Bedingungen (z. B. im Kühlschrank) zu lagern sind, aber therapiegerecht verwaltet werden müssen. Verwechslungen mitgebrachter Medikamente (z. B. Copaxone gegen Betaferon) sind bei unübersichtlicher Medikamentenadministration signifikant wahrscheinlich. Fehlerpotentiale resultieren auch aus der Komplexität des Medikamentenangebots.

Auf dem deutschen Markt sind über 54.000 Präparate verfügbar, die im klinischen Betrieb verordnet werden. All diese Produkte unterscheiden sich im Hinblick auf Wirksubstanzen, Pharmakokinetik bzw. Bioverfügbarkeit und Nebenwirkungen. Selbst in Medikamentengruppen mit anwendungsgleicher Wirksubstanz und gleichem Anwendungsgebiet sind erhebliche Unterschiede

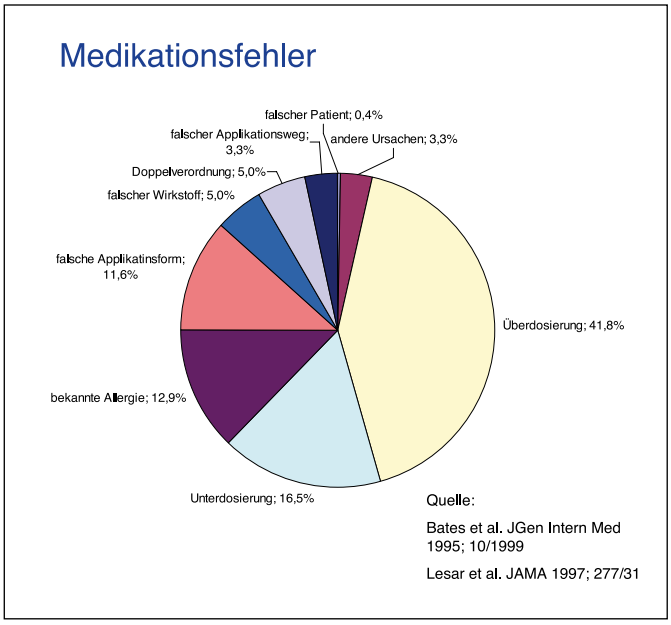


Abb. 1: 81% der Medikationsfehler, die zu unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW) führen, sind Verordnungsfehler.

in der klinischen Therapie und in den Kosten festzustellen. Wird z. B. zur Pneumoniebehandlung eines Patienten Avalox i. v. verabreicht und der Patient weder Schluckbeschwerden hat, noch Kontraindikationen gegen eine orale Gabe bekannt sind, führt die Umstellung auf orale Gabe zu einer Kostenersparnis von kalkulierten 36,50 Euro je Tag.

Dabei ist festzustellen, dass

- bei häufigen (also aus ärztlicher Sicht standardisierten) Verschreibungen 78 % der Anordnungen eine korrekte Dosierung aufweisen, während
- bei seltenen Verschreibungen die Anordnungen mit korrekter Dosierung auf 66 % zurückgehen.
- Beim Stellen von Medikamenten liegt die Fehlerquote bei 1,39 % pro Ausgabe.

Fehleranfälligkeit von alternativen Medikamentenversorgungsprozessen

Die Fehleranfälligkeit des Medikationsprozesses hängt direkt ab von der Art der Organisation der Medikamentenlogistik, wobei der „gesamte" Prozess zu betrachten ist: von der Arzneimittel-Anamnese bei Aufnahme des Patienten bis zum Drug Monitoring sechs Wochen nach dessen Entlassung aus dem Krankenhaus.

Die größte Fehleranfälligkeit weist der „klassische Prozess" auf, der weitgehend auf IT-Unterstützung verzichtet, mehrere Medienbrüche aufweist und durch die manuelle Eintragung (Arzt) und Übertragung (Pflege) der Therapiedaten gekennzeichnet ist. Die Medikamente werden von der Pflege in der Apotheke bestellt oder direkt aus dem Stationslager ausgefasst und gestellt. Zusätz-

Abb. 4.: Medikamenten-Management: 35 % aller Behandlungsfehler im Krankenhaus sind auf Medikationsfehler zurückzuführen: Das elektronische Verteilsystem verhindert diese vermeidbaren „adverse events" (Versorungsschrank-Lösung von Omnicell im Bellevue-Hospital New York)

Abb. 5: Medikamentenmanagement im Behandlungsverlauf: Aufnahme- und Entlassungsmanagement als Aufgabe des klinischen Pharmazeuten stellen die Kontinuität der Medikation sektorübergreifend sicher

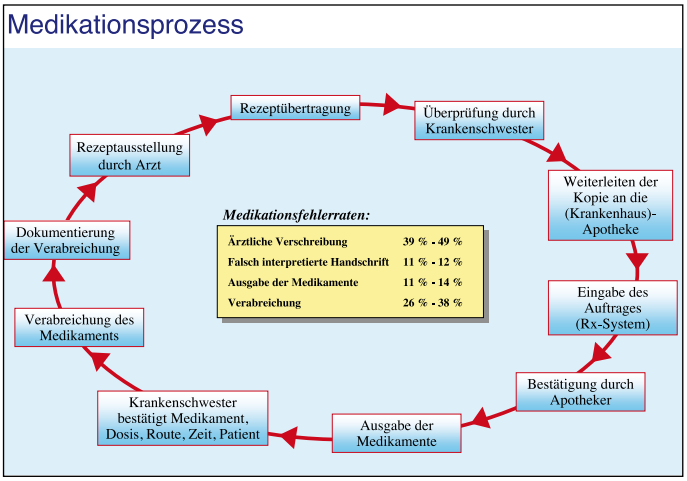


Abb. 2: Der traditionelle Medikationsprozess und die häufigsten Fehlerquellen

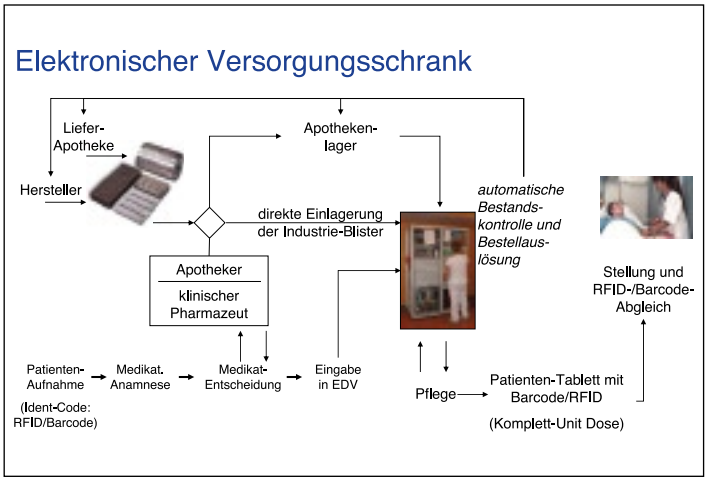


Abb. 3: Elektronischer Versorgungsschrank: Die patientenbezogende Bereitstellung der Medikamente erfolgt auf Station, ohne aufwändige „Produktionsvorbereitung" (z. B. Entblisterung; Bulk-Befüllung)

liches Fehlerpotential entsteht, wenn die Nachtschwester stellt und die Schwester der ersten Schicht die Medikation verabreicht (s. Abb. 2).

Unit Dose Management und elektronische Versorgungsschränke

Das „Endprodukt" dieses logistischen Versorgungsprozesses mit Arzneimitteln (Unit-Dose und elektronische Versorgungsschränke) ist eine sogenannte Komplett-Unit Dose: Aus einem elektronisch gesteuerten Versorgungsschrank (s. Abb. 3 und 4) entnimmt die Pflegekraft gesteuert durch Lichtsignale diejenigen Medikamente, Ampullen, Salben, Infusionen, Violen, Suppositorien, Betäubungsmittel usw. aus entsprechend bestückten Schubladen und stellt darauf ein komplettes Medikationstablett für den Patienten her. Durch den lichtgesteuerten Zugriff ist die Fehlermöglichkeit nahezu null. Das Patiententablett ebenso wie die diesem Tablett zugeordneten Einzelarzneien sind mit einem Patientencode belegt, so dass am Patientenbett eine Identitätsprüfung stattfinden kann. Einsetzbar sind Barcodes, aber auch RFID-Technologie (Radio Frequency Identification).

Mit dem Entnahmevorgang aus dem elektronischen Versorgungsschrank wird automatisch eine Überprüfung des Lagerbestandes in diesem Schrank durchgeführt und ggf. eine Nachbestellroutine ausgelöst. Darüber hinaus gehen alle für einen bestimmten Patienten entnommenen Produkte automatisch auf dessen Kostenkalkulationsblatt, so dass eine Nachkalkulation jederzeit möglich ist.

Bei der dezentralen Uni Dose-Versorgung auf Basis elektronischer Versorgungsschränke wird direkt eine Komplett-Unit Dose für den Patienten zusammengestellt, mit einem patientenbezogenen ID-Code versehen und an den Patienten ausgegeben. Aufwändige Produktionsschritte wie z. B. die Entblisterung oder eine geteilte Lagerhaltung zwischen Blisterware, Bulkware und Liquidware entfallen.

Alle Unit Dose-Varianten, unabhängig davon, ob sie zentral oder dezentral angelegt sind, können bzgl. ihrer Effizienz, d. h. im Hinblick auf Sicherheit und Wirtschaftlichkeit des Arzneimittelmanagements erheblich gesteigert werden, wenn klinische Pharmazeuten in dieses System eingebunden sind. Letztlich sind es die klinischen Pharmazeuten, die dafür Sorge tragen, dass die richtigen Produkte in den Schranksystemen gelagert werden, außerdem sorgen diese Personen dafür, dass pharmakokinetische Zusammenhänge, die sich patientenindividuell arbeitstäglich ergeben können und außerdem in einer standardisierten Verordnungssoftware nicht zwingend enthalten sind, zeitnah Berücksichtigung finden.

Elektronische Versorgungsschranksysteme werden von unterschiedlichen Herstellern angeboten. Es empfiehlt sich, vor einer endgültigen Entscheidung alternative Schranksystemangebote im Hinblick auf klare Kriterien zu vergleichen (von Eiff, 2008).

Elektronische Versorgungsschränke eigenen sich insbesondere für Stationen, auf denen

- häufige Medikamentenänderungen vorkommen (Intensiveinheit, OP, Notfallaufnahme, Kardiologie, Radiologie);

- eine sofortige direkte Patientenzuordnung nicht erfolgt bzw. erfolgen kann (Notfallaufnahme).

Onkologische und geriatrische Stationen können unter bestimmten Voraussetzungen wirtschaftlich über Verblisterungslösungen versorgt werden, da hier die Medikation über längere Zeit unverändert bleibt.

Derartige elektronische Versorgungsschranksysteme werden in US-Krankenhäusern eingesetzt, um Medikamentenirrtümer zu vermeiden. Die Joint Commission (JCAHO) hat dieses logistische Versorgungsverfahren als Indikator für Patient Safety Initiatives akzeptiert. Bei der Zertifizierungen durch die JCAHO wird der prozessorientierte durchgängige Einsatz solcher Systeme mit einem höheren Qualitäts-Rating belegt.

Auch im Rahmen der KTQ-Zertifizierung spielt die Existenz elektronischer Versorgungsschränke als Zeichen für eine sichere patientenorientierte Arzneimittelversorgung mittlerweile eine deutliche Rolle (siehe KTQ-Manual 6.0, 2009, Kapitel 3.3.2)

Fazit: Zusammenfassung und Ausblick

Wie gezeigt wurde, kann die Fehlerrate bei Medikamenten durch zwei Maßnahmen maßgeblich reduziert werden:

- Einsatz von klinischen Pharmazeuten in den Bereichen Arzneimittelanamnese, Arzneimittelkonsil mit Freigabefunktion, Arzneimittel-Monitoring und Arzneimittel-Controlling
- Einführung dezentralen Unit Dose-Systemen. Aufgabe eines therapeutisch wirksamen, risikofreien und wirtschaftlichen Medikamenten-Managements ist es, ein Medikationskontinuum unter Einbindung des vertragsärztlichen Bereichs zu garantieren (s. Abb. 5). Diese Systeme reduzierten die Fehlerrate erheblich, was durch folgende Erkenntnisse begründet wird:

UNIT DOSE

Der Unit-Dose-Begriff wird nicht einheitlich verwendet, wobei grundsätzlich zwei Definitionsrichtungen zu erkennen sind: eine logistisch orientierte Definition sowie eine therapieorientierte Definition.

(1) = kleinste logistische Einheit eines Medikaments, die einzeln steril verpackt ist.

(2) = kleinste logistische Einheit eines bestimmten Medikaments in derjenigen Dosiereinheit, die der Patient von diesem Medikament zu einem bestimmten Zeitpunkt einnehmen muss.

(3) = Auslieferung (durch Apotheker oder Pflegekraft) der vorbereiteten Tagesration von oralen Medikamenten direkt bezogen auf den Patienten mit eindeutigen Hinweisen bzgl.

- Art des Medikaments (Name, Wirkungsgruppe)
- Patientenname
- Einnahmezeit
- Einnahmemenge
- Einnahmemodalitäten (z. B. Biphosphonat ½ Stunde vor dem Frühstück mit Leitungswasser einnehmen, wenn zeitgleich Calcium verordnet ist).

(4) = Die Komplett-Unit Dose (=Therapie-Unit Dose) als Zusammenstellung aller Medikamente, die der Patient zu einem bestimmten Zeitpunkt einnehmen muss (orale Tabletten, Ampullen, vorbereitete Injektionen, Infusionen, patienteneigene von zu Hause mitgebrachte Medikamente, Salben in einer logistischen Einheit (Tablett), die mittels RFID- bzw. Barcode-Kennung patientenbezogen identifiziert werden kann.

Für orale Arzneimittel gibt der Sachverständigenrat in seinem Gutachten 2007 die Fehlerrate zwischen 0,2 und 5,1 % an; ein Unit Dose-System für orale Medikamente drückt die Fehlerrate auf unter 1 %.

Dezentrale Unit Dose-Systeme erhöhen Sicherheit und Wirtschaftlichkeit zusätzlich gegenüber zentralen Systemen dadurch, dass sie den „Produktionsprozess" in der Apotheke verschlanken (keine Entblisterung; keine Sonderlager für Schüttware mit Licht-, Temperatur- oder Wasserempfindlichkeit [Hygroskopie]) und eine Unit Dose vollautomatisch bereitstellen, die alle Medikationskomponenten einer patienten-individuellen Therapie abdeckt: orale Medikamente, Infusionen, aufgezogene Injektionen, Ampullen, Salben etc.

Die optimale Lösung für eine patientenorientierte, sichere und wirtschaftliche Medikamentenlogistik umfasst nicht nur das organisierte Zusammenspiel zwischen klinischen Pharmazeuten und dezentralem Unit Dose Management, sondern bezieht insbesondere auch das Aufnahmemanagement (Medikationsanamnese) sowie das Entlassungsmanagement (Monitoring von Folgewirkungen nach Entlassung) mit ein (s. Abb. 5).

Der Stellenwert des klinischen Pharmakologen im Hinblick auf Patientensicherheit, medizinische Behandlungs-(Prozess-) und Ergebnisqualität (medizinisches Resultat und Patienten-Outcome) wird steigen; dezentrale Unit Dose-Systeme unter Verwendung von elektronischen Versorgungsschränken sind ein zweckmäßiges Konzept zur Steigerung der Arbeitseffizienz klinischer Pharmakologen.

Literatur

von Eiff: Wilfried (2008) Patientenorientierte Arzneimittelversorgung, Wikom-Verlag, Wegscheid 2008.

Kontakt

Prof. Dr. Dr. Wilfried von Eiff
Centrum für Krankenhausmanagement
Universität Münster
Tel.: 0251/ 83-31440
E-Mail: voneiff4@aol.com
www.krankenhaus-management.de

Impressum

Herausgeber
Prof. Michael Greiling, Fachhochschule Gelsenkirchen, Fachbereich Wirtschaft, Lehrgebiet Betriebswirtschaftslehre, insb. Workflow-Management im Gesundheitswesen

GIT VERLAG GmbH & Co. KG

Geschäftsführung
Dr. Michael Schön, Bijan Ghawami

Verkaufsleitung
Manfred Böhler

Objektleitung
Dr. Ralf Schlichting
Tel.: +49 (0)6151/8090-262
ralf.schlichting@wiley.com

Redaktion
Verena Muszynski
Tel.: +49 (0)251/93254-35
verena.muszynski@iwig-institut.de

Redaktionsassistenz
Christiane Rothermel
Tel.: +49 (0)6151/8090-150
christiane.rothermel@wiley.com

Herstellung
GIT VERLAG GmbH & Co. KG
Dietmar Edhofer (Leitung)
Claudia Vogel (Anzeigen)

Litho
Elke Palzer / Ramona Rehbein

Layout
Ruth Herrmann / Vasillios Ekoutsidis
GIT VERLAG GmbH & Co. KG

Druck
Frotscher Druck GmbH, Darmstadt

Sonderdrucke
Christine Mühl
Tel.: +49 (0)6151/8090-169
christine.muehl@wiley.com

GIT VERLAG GmbH & Co. KG
Rösslerstraße 90
64293 Darmstadt
Tel.: +49 (0)6151/8090-0
Fax: +49 (0)6151/8090-183
info@gitverlag.com
www.gitverlag.com

Die namentlich gekennzeichneten Beiträge stehen in der Verantwortung des Autors. Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung der Redaktion und mit Quellenangaben gestattet.
Produkt- und Firmennamen sind Marken der jeweiligen Eigentümer und können geschützt sein.

Druckauflage: 1.050

Einzelheft 25,00 € zzgl. MwSt. und Versandkosten

ISSN 1868-1093

Printed in Germany

Prozesse und Arbeitsteiligkeit

Die Gesundheitsversorgung ist der einzige Sektor in Wirtschaft und Gesellschaft, der in den letzten 100 Jahren von keiner namhaften Veränderung der Arbeitsteiligkeit geprägt war. So hat sich die Art und Weise, wie Ärzte, Krankenschwestern und die übrigen Berufsgruppen im Krankenhaus zusammenarbeiten und die am Patienten oder nicht am Patienten zu verrichtenden Tätigkeiten aufgeteilt haben, in den letzten 100 Jahren kaum geändert. Darin liegt nicht nur ein Qualitätsproblem, sondern auch die große Chance eines Rationalisierungspotentials für das Krankenhaus.

Dr. med. Axel Paeger

In den Häusern der AMEOS Gruppe setzen wir die notwendige Neuordnung der Arbeitsteiligkeit in vielen kleinen Schritten um. Bei der Zuteilung der vielfältigen Aufgaben zu den Berufsgruppen im Spital öffnet der Blick über die Grenzen die Augen. In Schweizer Spitälern nimmt überwiegend der Pflegefachberuf den Patienten das Blut ab. In Deutschland ist es meist eine der Kerntätigkeiten jüngerer Ärzte auf Station. Die jüngste berufsrechtliche Novelle hat dies sogar noch zementiert. In den USA gibt es eine eigene paramedizinische Berufsgruppe, die sog. Phlebotomisten (griech.: Venenschneider), die vielerorts diese Tätigkeit verrichtet.

Der AMEOS Grundsatz lautet, dass weder über- noch unterqualifiziert sein sollte, wer eine Tätigkeit ausübt, sondern richtig qualifiziert. Die Meinungen gehen im Detail auseinander, doch wendet man den genannten Grundsatz an, so wird klar: die Ärzte können nicht diejenigen sein, bei denen die Blutabnahme richtig angesiedelt ist – auch wenn die ärztliche Standesvertretung davon bis heute nicht abrücken will. Letztendlich geht es um den Wertschöpfungsbeitrag in Relation gesetzt zur Qualifikation.

Begibt sich am dritten Tag nach Aufnahme eines Patienten der Assistenzarzt ins Archiv, um selbst zwei Stunden nach Patientenunterlagen zu suchen, so dient das der Fehlerkorrektur und trägt nicht zur Wertschöpfung bei. Bei einem gut organisierten Prozess wäre die Suche gar nicht erst nötig geworden.

Wenn ein Assistenzarzt eine Stunde aufwendet, um Telefonate zu führen und das EKG, ein Röntgen sowie eine HNO-Konsultation eines Patienten zu organisieren, damit all das noch am selben Tag stattfinden kann, so handelt es sich um eine geringe Wertschöpfung, da ein Arzt zu hoch qualifiziert ist für diese Tätigkeit.

Den Zeitanteil, den Ärzte in diesem Sinne nicht wertschöpfend oder gering wertschöpfend tätig sind, quantifizieren wir für das herkömmliche deutsche Krankenhaus auf etwa 30-40 % der Arbeitszeit. Ob nicht oder nur gering wertschöpfend, stets handelt es sich dabei um Tätigkeiten, für die der ausführende Arzt kein Medizinstudium benötigt hätte, z. B. die Ausübung administrativer Tätigkeiten, oder bei denen infolge schlechter Ablauforganisation unnötig Zeit für die Korrektur von Fehlern absorbiert werden muss, z. B. wenn ein Assistenzarzt eine Patientenakte in unterschiedlichen Abteilungen des Krankenhauses sucht.

Betroffen sind nicht nur die Ärzte, sondern dem Grunde nach alle Berufsgruppen. Wir quantifizieren den Anteil der wenig oder nicht zur Wertschöpfung beitragenden Arbeitszeit bei den Pflegekräften, bezogen auf ein konventionelles deutsches Krankenhaus, auf 20-30 %. Ein Beispiel für wenig Wertschöpfung im Vergleich zur Qualifikation ist die Essensausgabe. Für diesen Teil der Beschäftigungszeit hätte eine Krankenschwester die Pflegeausbildung nicht durchlaufen müssen – die voll qualifizierte Pflegekraft ist hierfür überqualifiziert. Dem Grunde nach gilt für alle Berufsgruppen. Der Anteil von Tätigkeiten, der keinen der Qualifikation entsprechenden Wert für den Patienten generiert, ist zu hoch.

Für die Reorganisation der Arbeitsteiligkeit wenden wir im Wesentlichen zwei Instrumente an. Innerhalb der Pflege inklusive Pflegehilfskräfte und unterstützendes Personal bringen wir nach Qualifizierungsgrad abgestufte Pflegekonzepte zum Einsatz, die auf alle Patienten einer Fachabteilung unabhängig von ihrer Diagnose angewandt werden können. Dagegen muss die Zuordnung von Tätigkeiten zwischen den Berufsgruppen – die Ärzte eingeschlossen – individuell auf die Diagnose abgestimmt erfolgen. Deshalb nutzen wir hier die indikationsspezifischen Pfade.

Gemäss seiner strategischen Ausrichtung möchte AMEOS mit einer „Revolutionierung" und „Reorganisation" der Job-Profile sowie einer veränderten Kooperation der Berufsgruppen die Prozessqualität verbessern, die Patientenzufriedenheit erhöhen, die Zufriedenheit der Mitarbeitenden steigern sowie die Arbeitseffizienz erhöhen, um den Herausforderungen des Marktes zu genügen und die Zukunft zu meistern.

Kontakt

Dr. med. Axel Paeger
AMEOS Gruppe, Zürich
Tel.: 0041 87 835 3366
E-Mail an Barbara Könitzer, persönliche Referentin:
ltr.administration@ameos.ch
Web: www.ameos.eu

Wofür ...?

Vielfältige Nutzeneffekte bei Prozessoptimierungen

Im Zuge der andauernden Neuorganisation der Gesundheitslandschaft, der fortschreitenden Ökonomisierung und des wachsenden Wettbewerbdrucks in deutschen Gesundheitseinrichtungen werden kontinuierliche Optimierungsmaßnahmen immer notwendiger. Ziel ist es, mit den gegebenen Mitteln das bestmögliche Ergebnis zu erreichen. Das bedeutet, die Ausrichtung der Projekte muss sich an maximal zu erreichenden Nutzeneffekten orientieren. Doch was genau macht einen Nutzen für die Klinik überhaupt aus? Wann liegt ein Effekt vor? Und in welcher Form stellt sich der Effekt dar?

Dr. Christoph Weigle

Der Begriff Nutzeneffekt setzt sich aus den Wörtern Nutzen und Effekt zusammen. Der Duden umschreibt Nutzen mit Worten wie Vorteil, Gewinn oder Erfolg. Effekt, aus dem lateinischen efficere (= bewirken), bedeutet soviel wie Wirkung oder Ergebnis. Allgemein lässt sich also unter einem Nutzeneffekt eine aus etwas resultierende Wirkung verstehen, die für Jemanden von Vorteil ist. In den Wirtschaftswissenschaften wurde der Nutzenbegriff zuerst in der Nutzentheorie der Volkswirtschaftslehre behandelt. Dort wird Nutzen als Maß der Fähigkeit eines Gutes, die Bedürfnisse eines Konsumenten zu befriedigen, definiert. In der Betriebswirtschaftslehre hat sich hingegen noch kein einheitlicher Nutzenbegriff herausgebildet. Im Rahmen dieses Beitrages wird Nutzen wie folgt definiert: Ein Nutzen liegt für ein Unternehmen der Gesundheitswirtschaft dann vor, wenn ein Unternehmensziel positiv beeinflusst wird.

Ein Nutzeneffekt ist dann monetär bewertbar, wenn sein monetärer Vorteil möglichst eindeutig quantifizierbar und bestimmten Optimierungsschritten direkt zurechenbar ist. Unter diese Gruppe fallen in erster Linie Kostensenkungen, da Erlössteigerungen i.d.R. nicht die Anforderung der direkten Zurechenbarkeit erfüllen. Ein Unternehmen kann z. B. nach der Verbesserung seiner Marketingprozesse einen Erlösanstieg feststellen. Dieser Effekt lässt sich jedoch nicht eindeutig auf die Prozessoptimierung zurückführen, sondern kann durchaus andere interne oder externe Ursachen haben (z. B. Qualitätsprobleme eines direkten Konkurrenten).

Monetär bewertbare Nutzeneffekte lassen sich besonders gut bei Optimierungen von Leistungserstellungsprozessen identifizieren. Prozesse können im Rahmen von Behandlungsabläufen dokumentiert werden. Durch die in den Abläufen enthaltenen, detaillierten Informationen über die Inanspruchnahme von Ressourcen durch Prozesse und einzelne Aktivitäten lassen sich erzielte Nutzeneffekte optimal zuordnen und monetär bewerten. Wird beispielsweise eine unnötige, nicht wertschöpfende Aktivität aus einem Arbeitsprozess eliminiert, kann der daraus resultierenden Nutzeneffekt anhand der Daten zeitlich quantifiziert und mit Hilfe des Lohnsatzes des Mitarbeiters auch monetär bewertet werden. Da der Nutzeneffekt sich eindeutig auf die Eliminierung der besagten Tätigkeit zurückführen lässt, ist er auch direkt zurechenbar. Eine genaue Analyse und Abbildung der Prozesse, z. B. im Rahmen einer Prozesskostenrechnung, ist daher unerlässlich.

Quantifizierbare, jedoch nicht monetär bewertbare Nutzeneffekte müssen ebenfalls die Voraussetzung der Zurechenbarkeit erfüllen. Ihr Nutzen lässt sich zwar quantitativ ausdrücken, sich allerdings nicht immer sinnvoll monetär bewerten. Gelingt es z. B. der Deutschen Bahn, durch die Verbesserung interner Abläufe den Anteil von pünktlich verkehrenden Zügen von angenommen 90 % auf 93 % zu erhöhen, lässt sich dieser Effekt zwar eindeutig quantifizieren, jedoch nicht sinnvoll monetär bewerten. Die monetären Auswirkungen von Nutzeneffekten dieser Kategorie lassen sich allenfalls schätzen. Die Betrachtung über einen längeren Zeitraum mit geeigneten Messtechniken kann aber nützliche Informationen und Anhaltspunkte über erfolgskritische Faktoren liefern. Schafft die Bahn es, die Pünktlichkeit ihrer Züge kontinuierlich zu steigern, bedeutet dies eine verbesserte Qualität der erbrachten Leistung, die sich positiv auf den Umsatz auswirken kann.

Die am schwierigsten greifbaren Nutzeneffekte sind die, die nicht quantifizierbar sind, was eine Schätzung der monetären Auswirkungen außerordentlich schwierig macht. Zu dieser Gruppe, die auch als qualitative Nutzeneffekte bezeichnet wird, zählen Wirkungen wie Qualitätssteigerungen, Erhöhung der Mitarbeiter- und Kundenzufriedenheit oder Auswirkungen auf das Unternehmensimage. Effekte dieser Art lassen sich ggf. durch geeignete Indikatoren nachweisen. Sie lassen sich i.d.R. jedoch nicht eindeutig auf die Optimierungsschritte zurückführen. Insbesondere der ganzheitliche Ansatz, alle Effekte über einen längeren Zeitraum mit geeigneten Messtechniken zu beobachten, sollen Erkenntnisse über erfolgskritische Faktoren liefern, die Unternehmen im Gesundheitswesen kontinuierlich zu beachten haben. Gerade den Fokus auf diese weicheren Faktoren zu richten, sollte jedoch keinesfalls deswegen zurückgestellt werden oder gar unterbleiben, weil die Messbarkeit von Ursache-Wirkungsbeziehungen in komplexen Systemen schwieriger ist als in linearen Beziehungen. Aufgabe ist es, die Komplexität zu steuern und sie nicht zu reduzieren. Somit sollten diese Punkte nicht als „Nebeneffekt“, sondern als

Ziele eines Managementsystems verstanden werden. Das Ziel ist die Erreichung einer guten Wettbewerbs- und Zukunftsfähigkeit im Umfeld des Marktes gegenüber der Konkurrenz, der Patienten und den Leistungsträgern.

Bei der Berechnung der Nutzeffekte einer Prozessoptimierung tritt allerdings auch immer folgende Situation auf: Die Modellierung eines Behandlungsablaufs im Krankenhaus ist durchgeführt. Anhand einer Prozesskostenrechnung und einer Wertschöpfungsanalyse hat eine Kalkulation und eine Bewertung des Prozessablaufs stattgefunden. Das neue Soll-Konzept sieht beispielhaft eine Kostenreduzierung von 20 Euro pro Durchführung vor. Bei insgesamt 10.000 Patienten ergibt sich somit ein Optimierungspotential von 200.000,– €. Eine Summe, die einen Verwaltungsleiter durchaus überzeugen dürfte – bis er die Frage stellt: „Und auf welchem Konto ist das Geld?“

Die monetär bewertbaren Nutzeneffekte sind durch das Sollkonzept und die Umsetzung als Potential zwar gehoben, aber wenn es sich um optimierte Personalressourcen handelt, müssen wir die Frage stellen, was können wir mit diesen Ressourcen anfangen? Sind die 200.000,– € gleichzusetzen mit beispielsweise vier Arbeitsplätzen, die möglicherweise eingespart werden könnten? Oder funktionieren sobald die Mitarbeiter aus dem Prozess herausgezogen werden, die Abläufe in der gestalteten Art und Weise nicht mehr? Sind also direkte Personal- bzw. Kosteneinsparungen aus der praktischen Umsetzung heraus kontraindiziert, kann direkter Nutzen aber auch in der Form realisiert werden, dass freiwerdende Arbeitszeit in zusätzliche wertschöpfende Prozesse eingebracht wird – schlichtweg das Prinzip der Effizienzsteigerung. Dies erfolgreich umzusetzen, erfordert jedoch ein kluges Management, da einerseits die Ressourcenallokationen in zusätzliche Leistungen in der gesamten Wertschöpfungskette ausgewogen anzupassen sind, so dass am Ende tatsächlich zusätzliche Erlöse entstehen und andererseits die Leistungen, in die man dann investiert einer strategischen Planung unterliegen sollten. Vor diesem Hintergrund scheint auch die folgende Frage eines Geschäftsführers berechtigt: „Und wo liegt denn nun der Nutzen optimierter Prozesse ganz konkret?“

Die Nutzeneffekte einer Prozessveränderung lassen sich bestimmen über einen Soll-Ist-Vergleich bezüglich der erhobenen Daten hinsichtlich Zeit, Kosten und Qualität und wie folgt bewerten:

1.) Einsparungen von Arbeitszeit durch den Wegfall von Aktivitäten
Diese lassen sich durch die vollständige Erfassung der Durchführungszeit und der kostenrechnerischen Bewertung im Ablauf exakt ausweisen. Reduzierung von Überstunden und Leistungsausweitungen sind beobachtete Auswirkungen
2.) Einsparungen der Wartezeit von Patienten
Die Einsparung der Wartezeiten lässt sich aus Messungen herleiten. Eine sinnvolle monetäre Bewertung ist allerdings kaum möglich, da die Wartezeit von Patienten nicht direkt Kosten verursachen muss
3.) Effekte, die nach der Implementierung des Soll-Prozesses quantifiziert werden können wie Verbesserung der Termingenauigkeit, Erhöhung der Lieferbereitschaft und Reduzierung der Prüf- und Fehlerkosten.
4.) Zukünftig quantifizierbare Nutzeneffekte
Auswirkungen auf Größen wie z. B. Kundenzufriedenheit oder Image des Krankenhauses, die im Vergleich mit geeigneten Indikatoren im Zeitverlauf beurteilt werden können[1].

Einsparungen an Material- und Medikamentenkosten lassen sich verhältnismäßig einfach bestimmen. Die Nutzeneffekte von Prozessoptimierungen liegen aber auch in der Schaffung von Kapazitäten und der Bildung von Freiräumen, die dann für andere Tätigkeiten zur Verfügung stehen. Zwar lässt sich eine steigende Anzahl von Patienten nicht unbedingt eindeutig auf eine Prozessoptimierung zurückführen, doch lassen aussagekräftige Indikatoren durchaus Rückschlüsse zu. So deutet beispielsweise die Anzahl wiederholt behandelter Patienten auf eine Kundenzufriedenheit hin und eine steigende Anzahl von Initiativbewerbungen kann auf eine hohe Attraktivität der Einrichtung für Fachkräfte hinweisen.

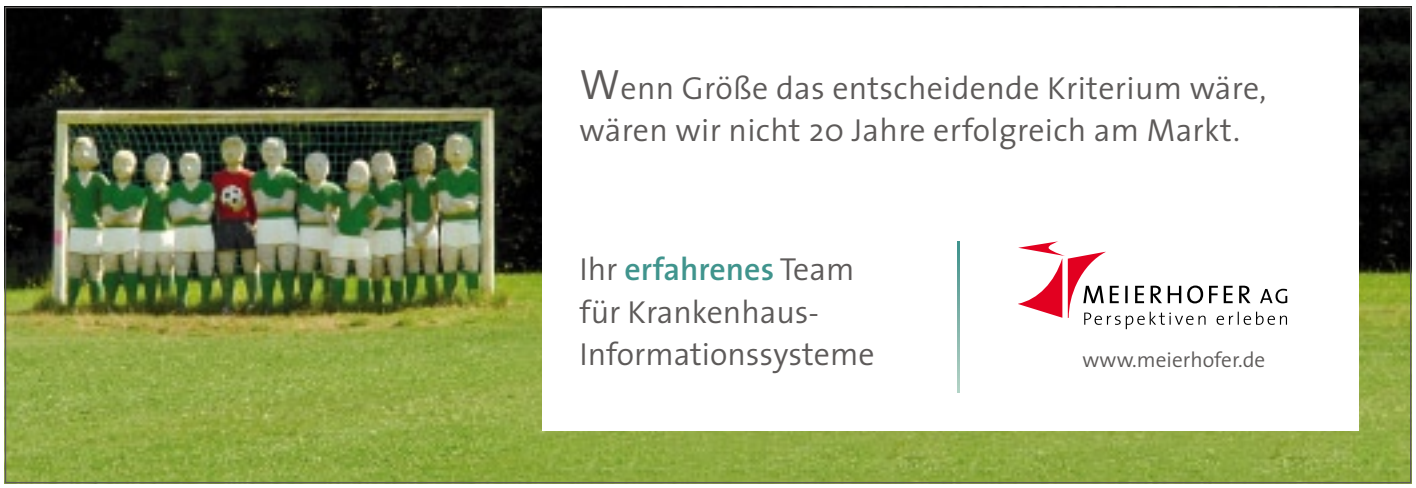
Literatur

1 Vgl. ausführlich Greiling, M.: Wo steckt der Nutzen? – Die Effekte von Prozessoptimierungen. In: Krankenhaus Umschau. 11/2006. S. 1010–1013. Greiling, M., Schulten, H.: Das Modell genereller Nutzeneffekte (MGN). In: Das Krankenhaus. 1/2007. S. 42–44.

Kontakt

Dr. Christoph Weigle
Diakonissen-Mutterhaus und Diakoniekrankenhaus Rotenburg (Wümme)
Leitung Unternehmensentwicklung und Qualität
Tel.: 04261/776974
E-Mail: weigle@diako-online.de

Prof. Dr. Michael Greiling,
Fachhochschule Gelsenkirchen
Tel.: 0209/9596619
E-Mail: michael.greiling@fh-gelsenkirchen.de



Krankenhausmanagement als Chance im Wettbewerb

Rechtliche Rahmenbedingungen von Managementprozessen

Das deutsche Gesundheitssystem steht im Umbruch. Neben der erheblichen Ökonomisierung des Gesundheitswesens erhöht auch die stark zunehmende Regelungsdichte den Handlungsdruck auf die Akteure. Zugleich haben sich jedoch auch die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen für Krankenhäuser deutlich verändert.

Prof. Dr. iur. Dr. med. Alexander P. F. Ehlers

Dr. iur. Christian Rybak

1. Prozessmanagement als Antwort auf den Umbruch der Märkte

Auf der einen Seite sind es neben der steigenden Lebenserwartung der Bevölkerung auch der medizinisch technische Fortschritt sowie die zunehmende Internationalisierung, die die Grundlage für ein nachhaltiges Wachstum des gesamten Marktes bilden. Von Bedeutung ist daher auch, dass gerade die jüngsten Reformen die Tendenz zu einer erheblichen Aufweichung der bisher streng getrennten Sektoren erkennen lassen und die ambulante und stationäre Versorgung immer stärker ineinander übergehen. Deutlich wird dies etwa an der Möglichkeit der Krankenhäuser, etwa im Rahmen von § 116 b SGB V an der ambulanten Versorgung teilzunehmen. Das führt auf der anderen Seite zu erhöhten Anforderungen an Management und ärztliche Mitarbeiter, die nur durch gezielte Prozessteuerung bewältigt werden können. Die hohe Versorgungsqualität ist zudem nicht zum Nulltarif zu bekommen und so ist es kaum verwunderlich, dass das deutsche Gesundheitswesen zu den teuersten der Welt zählt. Hinzu kommt, dass sich die allgemeinen wirtschaftlichen Rahmenbedingungen für alle Akteure im Gesundheitswesen drastisch verändert haben. In der Folge haben gerade auch Krankenhäuser komplexe Herausforderungen zu bewältigen.

So wird einerseits von ihnen abverlangt, ihre Qualität stetig zu erhöhen: Auf der anderen Seite aber sind sie stets gezwungen, Ausgaben zu senken. Zwar sind sich die meisten Akteure jedenfalls im Grundsatz einig, dass Wettbewerb wichtig ist, um die Flexibilität innerhalb des komplexen Systems Gesundheitswesen gewährleisten zu können. Dies gilt insbesondere deshalb, weil monopolistische Strukturen nicht geeignet sind, Effizienz und Qualität zu optimieren. Ein funktionierender Wettbewerb im Gesundheitswesen ist somit grundlegende Voraussetzung für die Beseitigung unwirtschaftlicher Versorgungsstrukturen. Zugleich ist er aber auch Innovationsmotor, indem er dazu beiträgt, dass sich die Akteure im Gesundheitswesen immer wieder aufs Neue um Qualitätsverbesserungen bemühen und den Versicherten innovative Produkte und Dienstleistungen anbieten.

Der hierdurch hervorgehobene Wettbewerb einhergehend mit dem wachsenden finanziellen Druck führt in der Folge allerdings auch dazu, dass Krankenhäuser zunehmend neue Wege beschreiten müssen, um den wachsenden Herausforderungen effektiv begegnen zu können. Häufig wird hierbei der Weg einer Fusion oder der Privatisierung einer Klinik beschritten, um den aktuellen Herausforderungen des Marktes gerecht zu werden.

Doch auch generell müssen bestehende Strukturen und Prozesse auf Ihre Geeignetheit hin immer wieder überprüft und bewertet werden. Von entscheidender Bedeutung ist dabei, ob die in der Klinik praktizierten Prozesse tatsächlich wertschöpfend wirken. Insofern liegt das Hauptaugenmerk der Untersuchungen häufig darauf, in wie weit jene Prozesse noch als wirtschaftlich zu betrachten sind, die über das originäre Kerngeschäft der medizinischen und pflegerischen Versorgung hinausgehen. Die Schaffung von effizienten Strukturen und Transparenz im Klinikalltag ist daher Grundvoraussetzung einer erfolgreichen Zukunft. Um diese allerdings nachhaltig sicherstellen zu können, bedarf es eines professionellen und innovativen Krankenhausmanagements. Das bedeutet allerdings nicht, dass standardisierte Patienten anhand standardisierter Verfahren behandelt werden. Der Begriff des Prozessmanagements ist dabei in einem viel weitergehenden Sinne zu begreifen. Häufig wird dabei jedoch übersehen, dass gerade die rechtlichen Aspekte des Prozessmanagements eine weitaus wichtigere Rolle einnehmen, als dies zunächst der Fall zu sein scheint. Interessanterweise ist das materielle Recht nicht nur Begrenzung eines effektiven Prozessmanagements, sondern ist vielmehr auch dessen Grundlage.

2. Das Recht als Grundlage und Ausgangspunkt eines modernen Prozessmanagements

Das Agieren eines Krankenhauses auf dem Gesundheitsmarkt weist in nahezu unüberschaubarer Zahl große Schnittmengen zu den verschiedensten Rechtsgebieten auf. Dies gilt nicht nur im Hinblick auf die rechtliche Begrenzung der Tätigkeit als Krankenhausarzt. Vielmehr ist es nämlich so, dass die rechtliche Regulierung die Etablierung eines modernen und effektiven Prozessmanagements überhaupt erst verlangt. So ist der Krankenhausträger etwa aufgrund des in § 12 SGB V verankerten Wirtschaftlichkeitsgebotes gehalten, stets effektiv und kostengünstig zu arbeiten. Danach nämlich müssen die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Dies aber erfordert die kritische Überprüfung sämtlicher Prozesse, was nicht nur wirtschaftliche Rahmenbedingungen, sondern insbesondere auch Diagnoseprozesse mit einbezieht. Daneben aber kann Prozessmanagement auch helfen, die Qualität klinischer Prozesse zu sichern und zu steigern und dadurch das Risiko von Haftungsfällen zu minimieren.

Gerade der erhebliche ökonomische Druck ist es nämlich, der zu verstärkten Kooperationszwängen und Tendenzen sowohl intra- als auch interdisziplinär führt. Die dabei entstehenden Einheiten sind im Hinblick auf Ihre Struktur, aber auch gemessen an ihrer schieren Größe nicht selten von äußerster Komplexität. Das aber erfordert zugleich erheblichen Abstimmungsbedarf sowie ausgeklügelte Kommunikations-, Überwachungs-, Auswahl- und Koordinationsmechanismen. Je komplexer die Struktur einer Einrichtung ist, desto mehr Umsicht ist im Hinblick auf die Koordination und Kontrolle der Abläufe erforderlich. Anderenfalls besteht nur allzu leicht die Gefahr der haftungsrechtlichen Inanspruchnahme der Einrichtung wegen Organisationsverschuldens. Die Lösung des Problems kann daher nur darin bestehen, durch ein systematisches und methodisches Prozessmanagement eine Medizin und Pflege auf hohem Qualitätsniveau sicher zu stellen, zugleich aber auch die Belastbarkeit der Krankenhausmitarbeiter zu berücksichtigen und damit die Aufgaben der Klinik in effizienter und effektiver Weise durchzuführen. In medizinischer Hinsicht können hierbei etwa klinische Behandlungspfade einen wertvollen Beitrag leisten, die unverzichtbare Bestandteile eines modernen Prozessmanagements sind. Gerade aber durch die daraus hervorgehobenen Optimierungsprozesse fällt es der Klinik dann häufig leichter, Haftungsrisiken zu minimieren und sich zugleich klarer im Wettbewerb zu positionieren.

3. Das Recht als Begrenzung des Prozessmanagements

So viel versprechend die Optimierung von klinischen Prozessen im Einzelfall oft erscheinen mag, so problematisch kann dies im Hinblick auf die bestehende Rechtslage sein. Ökonomische Effektivität darf nämlich in keinem Falle über die rechtliche Legalität hinausgehen. Insofern bedarf es gerade im Rahmen von Umstrukturierungen der sorgfältigen Prüfung, ob und in wie weit hier rechtliche Bestimmungen einschlägig sind, die auf das geplante Vorhaben begrenzend wirken könnten. Dazu gehören nicht nur Themen wie die Gewährleistung der ärztlichen Therapiefreiheit, der Freiheit des Patienten oder auch Datenschutz-, haftungs- und vor allem auch gesellschaftsrechtliche rechtliche Aspekte.

Häufig ist die Durchführbarkeit von Restrukturierungsprozessen auch durch bestimmte vertragliche Vereinbarungen beschränkt. Dies gilt nicht etwa nur im Hinblick auf Mietverträge für genutzte Einrichtungen oder etwa Standortsicherungsverträge. Auch in personeller Hinsicht existiert diesbezüglich eine Vielzahl von Stolperfallen, die eine effektive Restrukturierung im Einzelfall erheblich erschweren, wenn nicht sogar verhindern können. Beispielhaft seien hierfür die so genannten Chefarztverträge erwähnt.

Ist dem Chefarzt beispielsweise eine Beschäftigung in einer bestimmten Einrichtung, – auch in öffentlicher Hinsicht – vertraglich zugesichert, so besteht für die Zusammenlegung dieser Einrichtung mit einem anderen Betrieb des Krankenhauses häufig nur wenig Spielraum. Derartiges Konfliktpotenzial wird problematischer Weise allerdings nur dann offensichtlich, wenn akuter Behandlungsbedarf besteht. Aus diesem Grunde ist bereits frühzeitig daran zu denken, vertragliche Regelungen zu treffen, die für den Fall der Fälle ein effektives und vor allem flexibles Handeln ermöglichen. Nur eine vorausschauende Vertragsgestaltung kann die Grundlage für künftigen Erfolg sein. Gerade im Rahmen von Chefarztverträgen wird daher in der Praxis mit einer Vielzahl von Gestaltungsmöglichkeiten gearbeitet, um die oben genannten Probleme zu vermeiden. Beliebtes Mittel ist hierbei die so genannte Entwicklungsklausel. Diese Klausel erlaubt es in der Regel, dem Krankenhausträger einseitige Änderungen im Krankenhaus vorzunehmen, worunter auch strukturelle und organisatorische Anpassungen fallen müssen. Allerdings sind solche Entwicklungsklauseln zugleich auch höchst streitanfällig und so hatte sich insbesondere das Bundesarbeitsgericht in den letzten Jahren immer wieder mit der Zulässigkeit derartiger Vereinbarungen zu befassen. Nichts desto trotz aber bleibt es dabei, dass nur eine durchdachte vertragliche Gestaltung Probleme in der Zukunft vermeiden hilft. Dies gilt nicht nur für Chefarztverträge, sondern für alle Arten von Verträgen im Krankenhaus, die unter Umständen Einfluss auf künftige strukturelle Änderungen haben können.

4. Zusammenfassung

Modernes Prozessmanagement ist gerade im Krankenhaussektor unerlässlich, um den aktuellen und künftigen Herausforderungen wirksam und effektiv begegnen zu können. Ungeachtet der ökonomischen Aspekte darf jedoch die rechtliche Dimension in keinem Falle außer Acht gelassen oder gar verkannt werden. Prozessmanagement weist Berührungspunkte zu nahezu allen Rechtsgebieten auf und so ist gerade in Fällen von Umstrukturierungen oder Prozessoptimierungen in der Praxis sehr genau zu prüfen, in wie weit die beabsichtigte Umgestaltung mit geltendem Recht oder bestehenden Verträgen vereinbar ist. Doch nicht nur die Prüfung der aktuellen Rechtslage ist von großer Relevanz. Häufig ist bereits im Vorfeld und lange Zeit vor einer geplanten Umstrukturierung eine detaillierte, sachgerechte und vorausschauende vertragliche Gestaltung nötig, um sich nicht künftiger Handlungsspielräume zu berauben. Das aber bedarf neben einer klaren Vision und Strategie vor allem auch umfassender rechtlicher Kenntnisse. Eine fundierte rechtliche Beratung ist somit regelmäßig unerlässlich, auch wenn die eigentliche Umstrukturierung noch weit in der Ferne liegt. Denn nur zielgerichtetes und vorausschauendes Handeln legt den Grundstein für nachhaltigen Erfolg.

Kontakt

Prof. Dr. iur. Dr. med. Alexander P. F. Ehlers,
Dr. iur. Christian Rybak
Ehlers, Ehlers & Partner, München
Rechtsanwaltssocietät
Tel.: 089/210969-0
E-Mail: c.rybak@eep-law.de
www.eep-law.de

Klinische Behandlungspfade

Wege zum Erfolg

Ob im Rahmen der stationären Versorgung eines Krankenhauses, bei integrierten Versorgungsmodellen, im ambulanten Sektor oder im Bereich der Rehabilitation, klinische Behandlungspfade gewinnen auch in Deutschland zunehmend an Bedeutung, zumindest wenn man den zahlreichen Fachpublikationen, Vorträgen und Seminaren zum Thema glauben mag. Ihr Nutzen, insbesondere auch aus ökonomischer Sicht[1,2] wurde vielfach beschrieben, dennoch arbeiten nur ca. 40 % der Kliniken systematisch und regelmäßig damit[3]. Welches sind die Gründe und wie kann die Implementierung und Weiterentwicklung von Behandlungspfaden gelingen?

Dr. Heike Anette Kahla-Witzsch

1. Der Nutzen klinischer Behandlungspfade

Klinische Pfade beschreiben was, wer und zu welchem Zeitpunkt im Rahmen der Versorgung eines Patienten mit einem bestimmten Krankheitsbild oder einem operativen Eingriff zu tun hat. Sie umfassen dabei alle an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen und berücksichtigen neueste wissenschaftliche Erkenntnisse (Evidenz), Wirtschaftlichkeit und Qualität gleichermaßen, dabei ermöglichen sie eine Prozessorientierung aus der Sicht und den Bedürfnissen des Patienten und dessen Krankheitsbild. Sie dienen der Sicherstellung von Behandlungskontinuität und definierten Qualität der Leistungserbringung. Ursprünglich wurden Behandlungspfade im anglo-amerikanischen Raum entwickelt, um zur Kostensenkung in der Krankenversorgung durch Einschränkung von teuren Untersuchungen und Senkung der Krankenhausverweildauer beizutragen[4]. Doch klinische Pfade können mehr als Kosten senken! Sie ermöglichen

- eine Verbesserung der fach- und berufsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit

Dies kann durch Koordination, Organisation und inhaltliche Abstimmung der Versorgung eines Patienten über die Berufsgruppen-, Abteilungs- bis hin zu Sektorengrenzen hinweg erreicht werden. Durch gemeinschaftliche Entwicklung der Pfade durch die an der Versorgung der Patienten beteiligten Berufsgruppen und Bereiche wird die Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen den verschiedenen Fachabteilungen und Berufsgruppen verbessert. Die bei der Zusammenarbeit verschiedener Bereiche oder Berufsgruppen häufig bestehenden Schnittstellenprobleme können erkannt und beseitigt werden.

- Standardisierung der Leistungserbringung

Behandlungspfade reduzieren Komplexität durch Standardisierung. Die Festlegung der an jedem Behandlungstag zu erbringenden Leistungen und Standards bedeutet für den Patienten Sicherheit im Hinblick auf eine gleich bleibend hohe Versorgungsqualität unabhängig davon, wer ihn betreut. Überflüssige, den Patienten belastende und unnötige Kosten verursachende Untersuchungen werden vermieden, notwendige Maßnahmen nicht unterlassen oder vergessen. Durch geplante Behandlungsabläufe lassen sich Verzögerungen vermeiden und Verweildauern reduzieren. Standardisierung bedeutet allerdings nicht, dass vom geplanten Vorgehen nicht abgewichen werden darf. Sofern es die individuelle Situation des Patienten erfordert, muss vom Behandlungspfad abgewichen werden. Klinische Behandlungspfade müssen daher so gestaltet sein, dass begründetes, nicht aber willkürliches Abweichen möglich, ja sogar gefordert wird, um ein unkritisches und unreflektiertes Einsetzen zu verhindern. Behandlungspfade müssen regelmäßig dem neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisstand angepasst werden.

- Qualitätsverbesserung

Klinische Behandlungspfade sind ein wichtiges Instrument zur Qualitätssicherung und –verbesserung. Durch Festlegung von zu erreichenden Ergebnisparametern, Erfassung von Komplikationen oder Abweichungen vom geplanten Vorgehen (Pfadcontrolling) können Behandlungspfade bewertet und schließlich im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses überarbeitet werden. Die gesammelten Daten können auch zum Vergleich mit anderen Krankenhäusern, im Sinne eines Benchmarkings, verwendet werden.

- Schulung und Personalentwicklung

Behandlungspfade sind eine gute Schulungsunterlage zur Einarbeitung oder Weiterqualifikation von Mitarbeitern. Mit Hilfe von Behandlungspfaden können neue Erkenntnisse in Diagnostik und Therapie rasch in die Breite kommuniziert und im Alltag umgesetzt werden.

- Risikoreduktion und Fehlervermeidung

Klinische Pfade können einen wirksamen Beitrag zur Risikoreduktion und Fehlervermeidung im klinischen Alltag leisten. Die Strukturierung des Behandlungsprozesses durch klar definierte Abläufe und Vorgehensweisen bietet Sicherheit für Patienten und Mitarbeiter. Um die Rechtssicherheit klinischer Pfade zu gewährleisten, sollten anhand festgelegter Kriterien, die Erfordernisse und Vorgaben der Rechtsprechung, der Gesetzgebung und der Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften in die Pfade integriert und überwacht werden. Mitarbeiter müssen nachweislich in der Anwendung der klinischen Pfade geschult werden.

- Patientenzufriedenheit

Eine zeitgerechte Information und Schulung des Patienten über einzelne Behandlungsschritte fördern die aktive Mitarbeit des Patienten und auch seiner Angehörigen im Behandlungsprozess. Hierzu können spezielle Patientenpfade eingesetzt werden. Durch Einbeziehen des Patienten lassen sich zum einen die Behandlungsergebnisse verbessern, zum anderen steigt auch die Patientenzufriedenheit.

2. Warum sind Einführung und praktische Umsetzung oftmals so schwierig?

Entwicklung, Einführung und Verbesserung von Behandlungspfaden stellen ein Krankenhaus, im Falle sektorenübergreifender Pfade sogar eine größere Zahl von Leistungsanbietern, vor Herausforderungen. Aus diesem Grund sollte die Einführung von Pfaden immer eine strategische Entscheidung der Leitung der Einrichtung sein. Nur die Führung kann die zur Erarbeitung, Einführung und Weiterentwicklung erforderlichen Ressourcen bereitstellen, sowie die nötigen Rahmen-

bedingungen schaffen, um eine Patientenversorgung mit Hilfe von klinischen Pfaden nachhaltig in der Einrichtung zu verankern. Wenn es Schwierigkeiten bei der Implementierung gibt, sollte daher zunächst geprüft werden, ob die nötige Unterstützung durch die Leitungsebene vorhanden ist. Häufig beobachtet man, dass Pfade einerseits gewollt werden andererseits die nötigen personellen und materiellen Mittel nicht in ausreichendem Maße zur Verfügung gestellt werden bzw. nicht mit Nachdruck auf die Bereiche Einfluss genommen wird, die Entwicklung und Einführung nicht ausreichend unterstützen.

2.1 Ressourcen

Die Erstellung eines Pfades bindet erhebliche personelle Ressourcen. So wurden zur Erstellung eines Pfades zur Strumektomie in einer Einrichtung insgesamt 121 Arbeitsstunden aufgewandt[1]. Ohne eine gute Projektplanung, Festlegung von Voraussetzungen, Verantwortlichkeiten, erforderlichen Ressourcen und Zielsetzungen kann die Entwicklung und Einführung von Pfaden nicht gelingen. Häufig scheitern Pfadprojekte an unzureichender Projektplanung und –steuerung, sowie an fehlenden Mitteln. Die Erstellung von Behandlungspfaden ist keine Aufgabe, die sich „nebenbei" erledigen lässt. Gerade in Zeiten der Arbeitsverdichtung, bei Schichtdienst, usw. bleibt den Mitarbeitern oftmals keine Zeit, um sich an berufsgruppen- und bereichsübergreifenden Projektgruppen zu beteiligen.

Wo erforderlich, müssen Qualifizierungsmaßnahmen (z. B. Projektmanagement, Pfadmanagement, EDV-Schulungen) durchgeführt werden. Dies kostet Zeit und Geld. Fehlende oder unzureichende Ressourcen sind ein weiterer Grund für Misserfolge bei der Pfadarbeit.

2.2. Kulturelle Rahmenbedingungen

Damit klinische Behandlungspfade in einer Institution erfolgreich eingesetzt werden können, ist es erforderlich, zum einen die hierzu nötigen organisatorischen Strukturen zu schaffen, zum anderen auch die so genannten „weichen Faktoren" zu beachten, die hier als kulturelle Rahmenbedingungen bezeichnet werden. Gerade diese sind es, die wesentlich über Erfolg oder Misserfolg bei Einsatz und Anwendung von Behandlungspfaden entscheiden.

Berichte aus der Schweiz beschreiben, dass es im Krankenhausumfeld zu einem eigentlichen Kulturwandel, insbesondere im Verhalten der verschiedenen Personengruppen untereinander kommt[5]. Folgende Kriterien werden als Voraussetzungen für eine erfolgreiche Implementierung von Pfaden betrachtet[4]:

- Fördern von Veränderungsbereitschaft
- Transparenz in der Kommunikation und der Zieldefinition
- Einbezug der Mitarbeiter
- Orientierung nicht nur an den Belangen des Patienten, sondern auch des Mitarbeiters
- Umsetzen und Leben einer konstruktiven Fehlerkultur

Veränderungsbereitschaft

Der Einsatz von Behandlungspfaden bedeutet eine deutliche Veränderung der Art und Weise, wie Patientenversorgung an einem Krankenhaus oder einer Abteilung vorgenommen wird. Eine Anwendung und Weiterentwicklung von Pfaden sollte nicht einfach „von oben" verordnet werden. Veränderungen werden von vielen mit Skepsis und Misstrauen betrachtet. Insbesondere Ärzte fürchten eine Einschränkung ihrer ärztlichen Behandlungs- und Therapiefreiheit; Verschlechterungen in der Patientenversorgung durch „Spar-Pfade"; überbordenden Bürokratismus und Dokumentationsaufwand; zu starke Einflussnahme durch Angehörige anderer Berufsgruppen usw.

Transparenz

Grundsätzlich muss bereits bei Beginn der Entwicklung von Behandlungspfaden den Mitarbeitern die damit verbundene Zielsetzung dargelegt werden. Es gilt dabei auch jene Mitarbeiter zu informieren, die in den Erstellungsprozess nicht direkt eingebunden sind, denn sie sind möglicherweise die zukünftigen Anwender der Pfade. Auch sollte über eine kontinuierliche Information über den Stand der Entwicklung, Ergebnisse von Pilotversuchen, sowie die erzielten Ergebnisse nachgedacht werden.

Einbezug der Mitarbeiter

Erfolgreiche Pfadarbeit setzt voraus, dass bei der Entwicklung, der anschließenden Nutzung und kontinuierlichen Verbesserung des Pfades alle an der Patientenversorgung beteiligten Disziplinen, Berufsgruppen und Versorgungsbereiche mitwirken. Nur so können Erfahrung und Wissen der verschiedenen Leistungserbringer aufeinander abgestimmt, ihre Vorstellungen bezüglich der Zusammenarbeit und Informationsweitergabe eingebracht werden, eine unabdingbare Voraussetzung für die erforderliche Akzeptanz. Bei der Erarbeitung ist auch darauf zu achten, dass die Interessen von Patienten und Mitarbeitern in einem ausgewogenen Verhältnis berücksichtigt werden.

Konstruktive Fehlerkultur

Der Einsatz von Behandlungspfaden und deren Ergebnisauswertung schaffen eine bisher kaum erreichte Transparenz in der Leistungserbringung. Auf diese Weise wird offen gelegt, was gut, aber auch was weniger gut in der Versorgung eines Patienten verlaufen ist. Fehler lassen sich bis auf die Ebene des einzelnen Mitarbeiters zurückverfolgen. Eine Organisation mit positiver, konstruktiver Fehlerkultur zeichnet sich dadurch aus, dass Fehler nicht als Versäumnisse einzelner Personen oder einer bestimmten Berufsgruppe mit entsprechenden Schuldzuweisungen verstanden werden, sondern als Chance zur Verbesserung. Durch Analyse der Fehler ist eine Optimierung der Behandlungspfade möglich.

3. Fazit

Die Einführung von klinischen Behandlungspfaden stellt eine strategische Entscheidung dar. Damit Pfade erfolgreich eingeführt und weiterentwickelt werden können, müssen die hierzu benötigten Ressourcen zur Verfügung gestellt werden, sowie innerhalb der Organisation die erforderlichen Rahmenbedingungen geschaffen werden, um eine erfolgreiche Pfadarbeit zu ermöglichen: Veränderungsbereitschaft, Transparenz, Beteiligung der Mitarbeiter, konstruktive Fehlerkultur. Auf diese Weise können Pfade zur Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit, qualitativ hochwertigen Behandlungsergebnissen, und somit auch zum wirtschaftlichen Erfolg der Einrichtung beitragen.

Literatur

1 Zielmann, M.: Strategiekonzept zur Einführung Klinischer Pfade am Beispiel „Strumektomie". In: Hellmann, W. (Hrsg.): Handbuch Integrierte Versorgung, Ecomed Verlag.

2 Oberender, P.: Clinical Pathways und Gesundheitsökonomie. In: Professional Process 1, S. 10–14, 2008

3 Palm, J./Paula, H.: Die Varianzanalyse, ein Instrument zur Ableitung von Verbesserungspotenzialen auf der Grundlage Klinischer Behandlungspfade; In: Professional Process 1, S. 25–30, 2008

4 Kahla-Witzsch, H.A./ Geisinger T.: Clinical Pathways in der Krankenhauspraxis. Ein Leitfaden. S. 39. Kohlhammer, Stuttgart, 2004

5 Holler, Th./ Schmid, K./ Müller, H.P./ Reemts, Ch./ Bissat, K./ Rieben, E.: Praktische Pfadarbeit-Konstruktion, Implementierung und Controlling von Patientenpfaden. In: Hellmann, W. (Hrsg.): Klinische Pfade- Konzepte, Umsetzung, Erfahrungen, (S. 38–95), ecomed, Landsberg, 2002

Kontakt

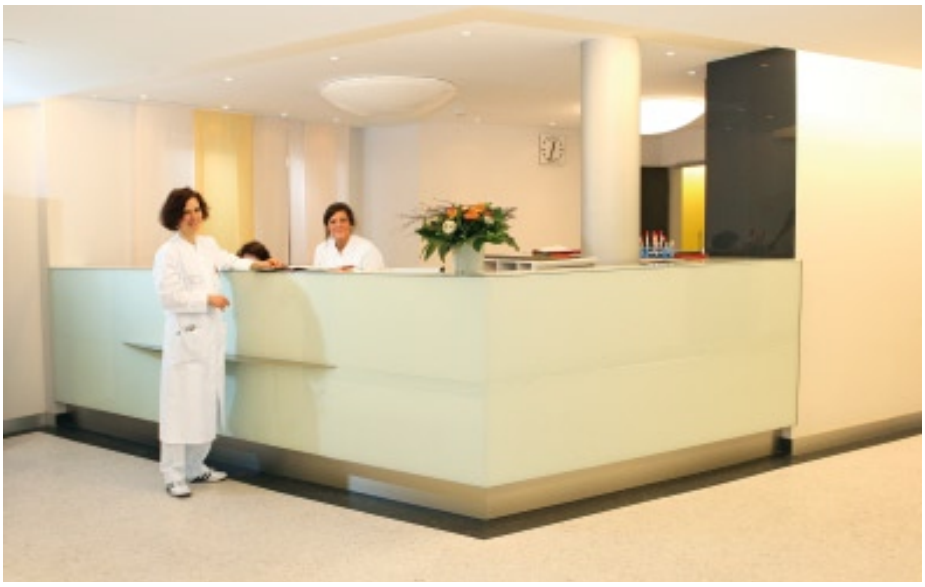
Dr. Heike Anette Kahla-Witzsch, MBA
Dr. Kahla-Witzsch Beratung im Gesundheitswesen, Bad Soden
Tel.: 06196/641687
E-Mail: kahla-witzsch@kahla-witzsch.de
www.kahla-witzsch.de

Neue Räume, neuer Service, neue Prozesse

Das Pius-Hospital in Oldenburg richtet eine zentrale elektive Patientenaufnahme ein

Seit dem 01.09.2008 werden die stationär geplanten Patienten des Pius-Hospitals administrativ, pflegerisch und ärztlich aufgenommen sowie (falls erforderlich) mit einem Prämedikationsgespräch versorgt. Die Gesamtdurchlaufzeit von der Einbestellungsuhrzeit in der Zentralen Aufnahme bis zur Abholung durch die Station beträgt aktuell im Schnitt 60 Minuten – in dieser Zeit finden mit minimalen Wartezeiten für die Patienten alle Leistungen statt.

Kirsten Habbinga (Pius-Hospital), Astrid Schroeder (binner IMS)



Das Pius-Hospital ist das größte katholische Krankenhaus im Nordwesten Deutschlands (380 Betten, 13 Fachabteilungen) und liegt mitten in den Wallanlagen der Oldenburger Innenstadt. Aufgrund des steigenden Patientenaufkommens und der stetigen Weiterentwicklung von Schwerpunkten und Leistungen, schafft das Pius-Hospital seit einigen Jahren durch umfangreiche Bauprojekte Raum für die Zukunft.

Neue Räume, neuer Service – bereits zu Beginn der Planungen stand für das Pius-Hospital fest, dass dafür auch neue Prozesse erforderlich sind. So formulierte das Pius-Hospital im Jahr 2007 als übergreifende Zielsetzung für die Einführung der Zentralen Aufnahme: „Wir haben eine prozessoptimierte, effektive, effiziente und innovative interdisziplinäre Zentrale Aufnahme für alle elektiven Patienten – dies unter der Voraussetzung einer größtmöglichen Patientenorientierung. Die sich anschließenden Prozesse der behandelnden Kliniken, Abteilungen und Bereiche sind optimal darauf abgestimmt. Daraus ergibt sich eine effektive und effiziente Prozessqualität im gesamten Haus.“ Mit dieser Zielsetzung brachte das Pius-Hospital zum Ausdruck, dass nicht nur neue Prozesse entstehen werden, sondern auch bestehende geändert werden, und dass es sich insgesamt von der Einführung einer Zentralen Aufnahme eine Verbesserung der Prozessqualität für das gesamte Haus verspricht. Denn schließlich ist die Aufnahme der Startpunkt aller Prozesse im Haus.

16 Monate dauerte das Projekt für die Konzeption und Vorbereitung der Zentralen Aufnahme im Haus mit Projektleitung durch binner IMS, so dass mit der Fertigstellung des Bauabschnitts auch eine direkte Inbetriebnahme der Räumlichkeiten erfolgen konnte. Zentrale Ideenwerkstatt im Rahmen des Projektes war eine eigens dafür ins Leben gerufene Projektgruppe. Diese brachte auch den Vorschlag, das pflegerische und ärztliche Aufnahmegespräch gemeinsam ablaufen zu lassen und organisierte Testdurchläufe. Tatsächlich ist das kombinierte Aufnahmegespräch mit Vorteilen für den Patienten und die Wirtschaftlichkeit belegt. Denn in einer engen Zusammenarbeit zwischen Arzt und Pflege kann ein redundanzfreies, vollumfängliches Patientengespräch stattfinden, in dem die existierenden Gesprächslücken für die jeweils andere Berufsgruppe zur Dokumentation genutzt werden. Für den Patienten wiederum entsteht der Eindruck einer intensiven und kompetenten Betreuung bei Einsparung von Wartezeit.

1. Vom IST- zum SOLL-Prozess

In einem hohen Detaillierungsgrad entwickelte die Projektgruppe den SOLL-Prozess für die zentrale elektive Patientenaufnahme. Zuvor war an dem Beispiel einer Klinik der IST-Prozess festgehalten und mit seinen Schwächen und Verbesserungspotenzialen analysiert worden. Kam es in der Vergangenheit häufiger vor, dass Patienten zur Aufnahme wesentliche Unterlagen nicht mitbrachten oder fälschlicherweise Medikamente eingenommen hatten? Fehlten manchmal noch entscheidende Untersuchungen, die eine Aufnahme verhinderten und damit wohlmöglich direkt den OP-Kalender in Mitleidenschaft zogen? Diese Punkte wurden im SOLL-Prozess aufgefangen. Mittlerweile erhält jeder Patient der Zentralen Aufnahme ein bis zwei Tage vor Aufnahme einen Anruf durch einen Mitarbeiter der Zentralen Aufnahme. Dieser teilt dem Patienten die exakte Einbestellungsuhrzeit mit, klärt offene Fragen und prüft (gemäß Checkliste), ob alle Vorausset-

zungen und Vorbereitungen ordnungsgemäß getroffen sind.

Die Erfolgsquote dieser Serviceleistung kann sich sehen lassen – die Patienten kommen zu mehr als 90 % vor ihrer Einbestellungsuhrzeit an und Umplanungen am Aufnahmetag liegen in den Kliniken nun deutlich unter 5 %. Wird am Telefon festgestellt, dass der Patient nicht aufgenommen werden kann, bleibt noch genügend Zeit, um einen anderen Patienten einzubestellen und damit für eine optimale Auslastung des Krankenhauses zu sorgen.

Im Rahmen des Projekts wurde auch eine permanente Gruppe Bettenplanung gegründet, die täglich die Bettenplanung pro Klinik und klinikübergreifend abstimmt. Die Planbarkeit der Betten für die stationären Patienten ist durch die Zentrale Aufnahme voll gegeben, die Gruppe Bettenplanung setzt auf diesen Zahlen auf und sorgt dafür, dass das Pius-Hospital alle Synergien nutzen kann.

2. Mehrwert der Zentralen Aufnahme

Der Mehrwert für den Patienten durch die neuen Prozesse ist groß: die Gesamtdurchlaufzeit von Betreten des Hauses bis zur vollständig abgeschlossenen Aufnahme inkl. Bezug des Zimmers hat sich im Durchschnitt um 60 % verringert. Damit entfallen sowohl lästige Wartezeiten als auch Wege innerhalb des Krankenhauses. Der Patient kann mit Sicherheit davon ausgehen, dass der Aufnahmetermin pünktlich eingehalten wird und das Bett schon bereitsteht.

Das Pius-Hospital wiederum profitiert von den reibungslosen, störungsfreien Abläufen. Die Untersuchungsergebnisse sind durch die neuen Prozesse schneller verfügbar, denn die EKGs erfolgen durch die Pflege im Rahmen des Aufnahmegesprächs und eine gezielte Regelung sorgt (falls erforderlich) für kurzfristig durchgeführte internistische Konsile.

Des Weiteren konnte durch den neuen Prozess auch die Wertschöpfung für das Haus gesteigert werden. Durch eine optimale Auslastung der Räumlichkeiten und eine gleichmäßige Verteilung aller Aufnahmen über den Tag wird eine optimale Auslastung der Zentralen Aufnahme geschaffen. Alle diese Prozessverbesserungen konnten personalkostenneutral realisiert werden, da Ressourcen auf den Stationen mobilisiert, Wegezeiten eingespart und kompaktere Terminkalender ohne Leerlaufzeiten für das Personal geschaffen wurden.

3. Methodisches Vorgehen

Um den Aufbau einer so komplexen Service-Einheit mit derartigem Einfluss auf viele Schnittstellen neu zu strukturieren und dabei die genannten Verbesserungen zu erwirken, ist eine detaillierte Planung erforderlich. Eine detaillierte Planung wiederum kann in diesem Fall nur ein Gesicht haben, nämlich das eines Prozesses. Nur ein Prozess verfügt über die Power, auf höchstem Detaillierungsgrad (bis zur Dokumentation und zum Fluss von Akten und Unterlagen) komplexe Abläufe aufzuschlüsseln und dabei alle Zusammenhänge zu berücksichtigen. Der in der Software sycat dargestellte SOLL-Prozess der Zentralen Aufnahme umfasst 14 sogenannte Rollen (Funktionsbereiche) und hat 66 Ereignisfelder, 9 Seiten hat alleine der Ausdruck der sogenannten Prozessablaufbeschreibung als Ergänzung zur Prozessgrafik, die im Detail mit Anmerkungen und Arbeitsschritten die Regelungen beschreibt und auf die gültigen Dokumente verweist.

Das Resultat: „Es gibt keine unliebsamen Überraschungen“, fasst die ärztliche Leitung der Zentralen Aufnahme, die Internistin Kirsten Habbinga zusammen. „Wir wussten schon vor dem Start der Zentralen Aufnahme, wo Schwierigkeiten entstehen können und konnten diesen entweder vorbeugen oder aber Regelungen schaffen, wie diese in der Praxis geklärt werden können.“

Einer dieser Punkte war die Verfügbarkeit der Ärzte in der Zentralen Aufnahme, die durch die Kliniken zu den definierten Aufnahme-Timeslots bereitgestellt werden. „Wir hatten Bedenken, dass die Ärzte nicht vollumfänglich und pünktlich wie geplant zur Verfügung stehen könnten.“, führt Kirsten Habbinga weiter aus. „Dies hätte wiederum maximale Auswirkung auf die Zuverlässigkeit der Abläufe in der Zentralen Aufnahme. Diese Sorgen haben wir im Vorfeld mit allen Klinikdirektoren einzeln geklärt und es konnten Lösungen gefunden werden, dass die Ärzte von den Kliniken wirklich vollständig abgestellt werden. Unsere Quote <Arzt-nicht-anwesend> liegt seit dem ersten Tag der Zentralen Aufnahme bei kleiner 1 %. Das ist ein tolles Ergebnis.“

Pius-Hospital Oldenburg

380 Betten
1.000 Mitarbeiter

Zentrale Aufnahme

5 Untersuchungszimmer
140 Patienten pro Tag
6 beteiligte Kliniken:
Allgemein- und Viszeralchirurgie
Augenheilkunde
Anästhesie
Innere Medizin
Gefäß- und Thoraxchirurgie
Orthopädie

4. Projekt- und Risikomanagement

Nicht nur der Prozess war die entscheidende Methode, ein weiterer Erfolgsfaktor war eine umfangreiche Projektmanagement-Methodik mit gesteuerter Kommunikation im Haus, Arbeitspaketaufträgen, einem Projektrisikomanagement und einer permanenten Steuerungsgruppe (bestehend aus dem erweiterten Direktorium), die die Arbeitsergebnisse überwachte und etappenweise freigab. Nur mit voller Unterstützung der Mitarbeiter im Pius-Hospital konnten die Umsetzung bewältigt werden, wie z. B. die Personalverlagerung von Mitarbeitern in die Zentrale Aufnahme, die Einigung zwischen den Kliniken für die Festlegung der Aufnahme-Timeslots innerhalb der Servicezeiten der Zentralen Aufnahme von 08:00–16:00 Uhr, die Einrichtung von Einbestellungskalendern im KIS-System, die Durchführung der Schulungen etc.

Mit der Inbetriebnahme der Zentralen Aufnahme für die elektiven Patienten ist der erste Meilenstein geschafft. Es gibt konkrete weitere Ziele. „Bis Ende des Jahres werden wir die Auslastungskapazität der Zentralen Aufnahme weiter steigern, indem wir die beiden Kliniken mit einbeziehen, die beim Start der Zentralen Aufnahme zunächst aus den räumlichen Beschränkungen heraus nicht mit berücksichtigt wurden.“, berichtet Kirsten Habbinga. Zeitgleich beginnt ein weiteres zukunftsträchtiges Projekt – ebenfalls unter Projektleitung von binner IMS. Das Pius-Hospital plant die Erweiterung der Zentralen Aufnahme um eine Neuaufstellung der Notaufnahme inkl. interdisziplinärer Betten für Patienten mit unklaren Krankheitsbildern.

Das Pius-Hospital wird auch weiterhin mit neuen Räumlichkeiten, neuen Serviceleistungen und neuen Prozessen die Zukunft gestalten.

Kontakt
Kirsten Habbinga
Pius-Hospital Oldenburg
E-Mail: kirsten.habbinga@pius-hospital.de
www.pius-hospital.de

Astrid Schroeder
binner IMS GmbH, Hannover
Tel.: 0511/848648-200
E-Mail: a.schroeder@binner-ims.de
www.binner-ims.de

Vertragsprozesse optimiert und transparent

Integriertes Vertragsmanagement im Einsatz beim Marienhospital Stuttgart

Uwe Rufleth

Oliver Elser

Verträge bilden die Grundlage für alle Geschäftsprozesse, sei es in der Rechtsabteilung, im Einkauf, in der Produktion, im Personalbereich oder im Vertrieb. Sie werden häufig individuell mit dem Vertragspartner verhandelt und beinhalten daher viele verschiedene Informationen. Diese Informationen sind wiederum Auslöser für Zahlungen, für Lieferungen und Leistungen und bestimmen somit die aktuelle und zukünftige Unternehmenssituation. Mehr als 80 % der unternehmenskritischen Informationen aus Verträgen, Vertragsbedingungen und Dokumenten liegen heute nur in unstrukturierten Texten verteilt vor. Die Suche nach strukturierten wichtigen Informationen nimmt pro Arbeitsplatz zwischen 10–30 % der Arbeitszeit in Anspruch. Die Produktivität im Umgang und der Nutzung von Wissen stagniert, Chancen werden nicht wahrgenommen und Risiken wachsen.

Neben den Aufgaben der Vertragserstellung und –prüfung, der Verwaltung, Auswertung und Archivierung von Verträgen ist eine proaktive Steuerung von Vertragsprozessen notwendig, um die mit den Verträgen verbundenen Risiken und Chancen rechtzeitig zu erkennen. Das Management und Controlling von Verträgen stellt eine unternehmenskritische Aufgabe dar.

Des Weiteren weisen gesetzliche Regularien wie z. B. das Gesetz zur Kontrolle und Transparenz im Unternehmensbereich (KonTraG), Sarbanes-Oxley, European Governance oder Basel II auf ein online geführtes Risikofrüherkennungssystem zur Offenlegung von vertraglichen Verpflichtungen und zur Risikoschätzung hin. Auch drängen dritte Parteien, wie z. B. Banken, Investoren und Wirtschaftsprüfer, als Teil ihrer Risk Assessment- und Aufsichtspflichten auf einen transparenten Überblick zu den bestehenden Vertragsverhältnissen.

Unternehmen benötigen daher ein ganzheitliches Organisationsmodell mit Prozessen und Systemen, das die Einhaltung von gesetzlichen Bestimmungen, interner Standards sowie die Erfüllung wesentlicher Ansprüche der Gesellschafter sicherstellt. Der Begriff Compliance umschreibt die Summe der organisatorischen Maßnahmen im Unternehmen, die gewährleisten, dass sich Organe (Vorstand, Geschäftsführer) und Mitarbeiter der Gesellschaft rechtmäßig verhalten. Compliance trägt dazu bei, die Beständigkeit des Geschäftsmodells, das Ansehen in der Öffentlichkeit und die finanzielle Situation eines Unternehmens zu verbessern.

Die zunehmende Komplexität der unternehmerischen Prozesse, Daten und Risiken sowie steigende Erwartungen an Transparenz der Finanzberichterstattung und Grundlagen unternehmerischer Entscheidungen erfordern ein konsequentes Informations- und Risikomanagement. Um diese immer komplexer werdenden unternehmerischen Prozesse effektiv zu unterstützen bedarf es neuer IT-Konzepte und innovativer Instrumente – wie der Vertragsmanagementsoftware LCM – Legal Contract Management.

1. Anforderungen an das Vertragsmanagementsystem im Gesundheitswesen

Im Gesundheitswesen gibt es neben den standardisierten Verträgen viele Einzelverträge mit unterschiedlichen Anforderungen und Ausprägungen (Chefarztvertrag mit Nebenvereinbarungen, Konsiliararztvertrag, integrierte Versorgungsverträge, Kooperationsverträge, Konsignationslagerverträge, etc.). Um die transparente Darstellung und Verarbeitung eines Vertrags sicher zu stellen, bedarf es eines äußerst flexiblen Systems, so dass auch die Abbildung aller relevanten Vertragsbestandteile überschaubar und prägnant wiedergegeben wird.

Aufgrund verschiedener gesetzlicher Rahmenbedingungen und Anforderungen (wie z. B. Dokumentation, Zertifizierung, Qualitätssicherung, Antikorruptionsgesetz, FSA-Kodex) müssen flexible Auswertungsmöglichkeiten zwingend gewährleistet sein. Diese werden auch als Nachweis für die Wirtschaftsprüfung zur Einhaltung der Vollständigkeit aller Verträge und bestehender steuerrechtlicher Gesetze gefordert.

Im September 2007 hat sich das Marienhospital Stuttgart daher für die Einführung des Vertragsmanagementsystems LCM – Legal Contract Management von The Quality Group entschieden. Das Marienhospital Stuttgart als Krankenhaus der Zentralversorgung zählt heute zu den größten Kliniken in der Region. In 16 Fachkliniken mit insgesamt 784 Betten arbeiten rund 1.700 Mitarbeiter für das Wohl der Patienten. Jedes Jahr lassen sich hier etwa 30.000 Patienten stationär behandeln, und es erblicken über 1.000 Neugeborene das Licht der Welt.

2. Entscheidung für LCM – Legal Contract Management

Das Marienhospital hatte in der Evaluierungsphase verschiedene primäre Projektziele definiert. Neben einer Steigerung der Unternehmenstransparenz durch das Vertragscontrolling gehörten sowohl eine Verbesserung von Prozessen, die Erhöhung der Prozesstransparenz als auch eine Kostenminimierung, vornehmlich im Bereich der Verwaltung dazu. Außerdem sollten terminliche und finanzielle Risiken minimiert werden und durch das Vertragsmanagementsystem eine Einhaltung von gesetzlichen, steuerrechtlichen und internen Compliance-Richtlinien gewährleistet werden. „Im Rahmen unseres Entscheidungsfindungsprozesses haben wir mehrere Vertragsmanagementlösungen im Hinblick auf Funktionalität, Bedienerfreundlichkeit, Systemkompatibilität und der Abbildung aller wesentlichen Inhalte geprüft. Unsere Wahl fiel schließlich auf LCM – Legal Contract Management, da diese Lösung am besten den Anforderungen des Gesundheitswesens entspricht und auch die Be-

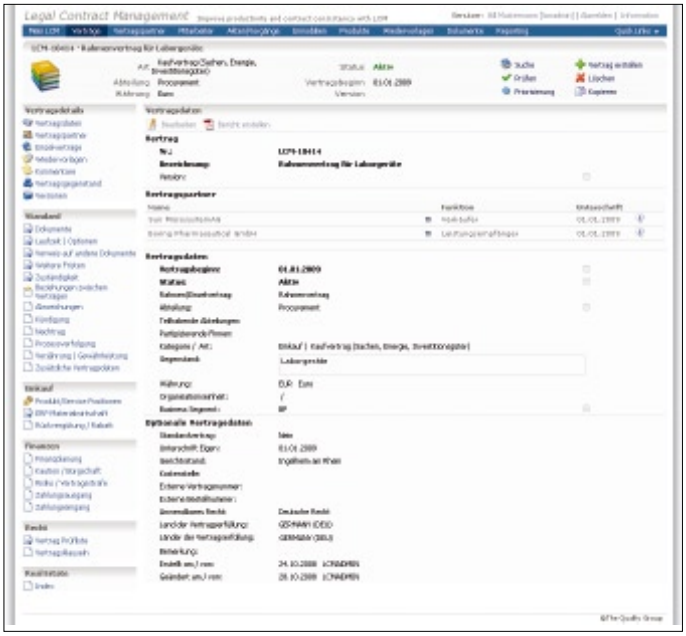


Abb. 1: Beispiel für ein Vertragsdatenblatt mit einer Übersicht der wichtigsten Vertragsdaten

Abb. 2: Muster eines Berichts, der auch weitere Elemente wie z. B. die Wiedervorlage, Terminangelegenheiten, Verknüpfungen mit anderen Verträgen o.ä. dokumentiert

sonderheiten unseres Hauses in geeignetem Maß abdeckt", sagt Uwe Rufleth, Mitarbeiter der Geschäftsführung des Marienhospitals Stuttgart. Oliver Elser, Mitglied der Geschäftsleitung von The Quality Group, ergänzt: „Ein weiteres Argument für LCM war die kurze Einführungszeit, welche wir durch unsere langjährige Methoden- und Implementierungskompetenz dem Kunden bieten konnten."

LCM ermöglicht dem Marienhospital Stuttgart die Erfassung und Verwaltung von Verträgen und Vertragspartnerdaten von natürlichen und juristischen Personen (Abb. 1). Dabei können nun sowohl Verträge, bei denen ein Interesse an einer ordnungsgemäßen Verwaltung aufgrund rechtlicher Rahmenbedingungen besteht (z. B. Erteilung einer Genehmigung für eine Referenten- oder auch Beratertätigkeit) als auch budgetrelevante Verträge, die dauerhafte Auswirkungen auf die Ergebnissituation haben, verwaltet werden.

3. Nutzen von LCM – Legal Contract Management

Mit der Einführung des Vertragsmanagementsystems erhalten sowohl Mitarbeiter als auch das Management bessere Bedingungen für die Pflege, Verwaltung, Recherche und Analyse von Verträgen. Alle Verträge wurden in einer zentralen Datenbank zusammengeführt und stehen für die Verarbeitung, Auswertung und Analyse je nach Zugriffsberechtigung des Benutzers zur Verfügung. Zudem ermöglicht LCM dem Management des Marienhospitals eine dezentrale Verwaltung und zentrale Überwachung von Kündigungsterminen, Vertragsverlängerungen und Zahlungsvorgängen. Dabei ist das Marienhospital in der Lage, vertragliche Haftungen und Gewährleistungen sowie Leistungsverpflichtungen zu prüfen und zu dokumentieren, um so die Audit-Fähigkeit nicht nur für einzelne Fachbereiche, sondern auch für das Gesamtunternehmen nachhaltig zu verbessern. „Alle vertraglichen Verpflichtungen werden durch LCM transparent gemacht und können von jedem Zugriffsberechtigten jederzeit recherchiert werden. Durch die Vertragsrecherche, die zentrale Vertragsverwaltung und die Vertragsanalyse wird eine messbare Zeitersparnis erreicht, durch die indirekt Kosten und Durchlaufzeiten reduziert werden," so Rufleth.

Mit der Einführung des IT-gestützten Vertragsmanagements werden die verschiedenen Vertragsarten sowie die Verwaltung und deren entsprechende Arbeitsabläufe und die damit verbundenen Prozesse standardisiert und automatisiert. So werden durch einen reduzierten Zeitbedarf freie Kapazitäten geschaffen, die in der Folge effizient für qualifizierte Analysen und Entscheidungen eingesetzt werden können. Eine erhebliche Zeitersparnis wird auch durch die Erstellung von Kurzberichten erzielt, die im Marienhospital für jeden Vertrag über das System erstellt wurden (Abbildung 2). Dabei werden die wesentlichen Elemente des Vertrags (Inhalt, Vertragspartner, Ort der Vertragsablage, Höhe der Aufwendungen bzw. Erträge, Laufzeiten, Wiedervorlagen, etc.) übersichtlich und strukturiert dargestellt.

Für das Marienhospital Stuttgart hat sich die Investition auf jeden Fall gelohnt. Mit Hilfe von LCM macht das Marienhospital Stuttgart Rechte und Pflichten, sowie etwaige Risiken transparent und gewährleistet somit die Vollständigkeit der Verträge und Revisionssicherheit und wird somit den Anforderungen von Wirtschaftprüfern gerecht. Rufleth sagt dazu: „Die Vorteile von LCM sind sowohl für die Mitarbeiter als auch für das Management täglich sichtbar. Das System macht uns alle vertragsbedingten Rechte und Pflichten, sowie etwaige Risiken transparent und stellt damit die Vollständigkeit der Verträge und folglich Revisionssicherheit sicher."

Kontakt

Oliver Elser
The Quality Group GmbH, Böblingen
Tel.: 07031/71482-0
E-Mail: oliver.elser@tqg.de
www.tqg.de

Uwe Rufleth
Vinzenz von Paul Kliniken gGmbH, Marienhospital, Stuttgart
Tel.: 0711/6489-2927
E-Mail: uwerufleth@vinzenz.de
www.vinzenz.de

Prozessoptimierung für die Arzneimitteltherapie

Optimierung der Medikationsprozesse durch EDV-gestützte Arzneimittelverordnung

Programmsysteme zur Dokumentation und Prüfung von Arzneimittelverordnungen sind auf dem Vormarsch. Sie reduzieren die Zahl potentieller Medikationsfehler und machen die Arzneitherapie effizient und sicher. Voraussetzung ist eine optimale Integration in den Prozessablauf „Medikation". Die Etablierung von EDV-gestützten Arzneimittelinformations- und dokumentationssystemen ist ein strategischer Eckpfeiler im Aktionsplan Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) für 2008/2009. Das Bundesgesundheitsministerium hat damit einen klaren Fahrplan zur Erhöhung der AMTS in allen Bereichen des Gesundheitssystems vorgegeben.

Dr. Stefan Schwenzer

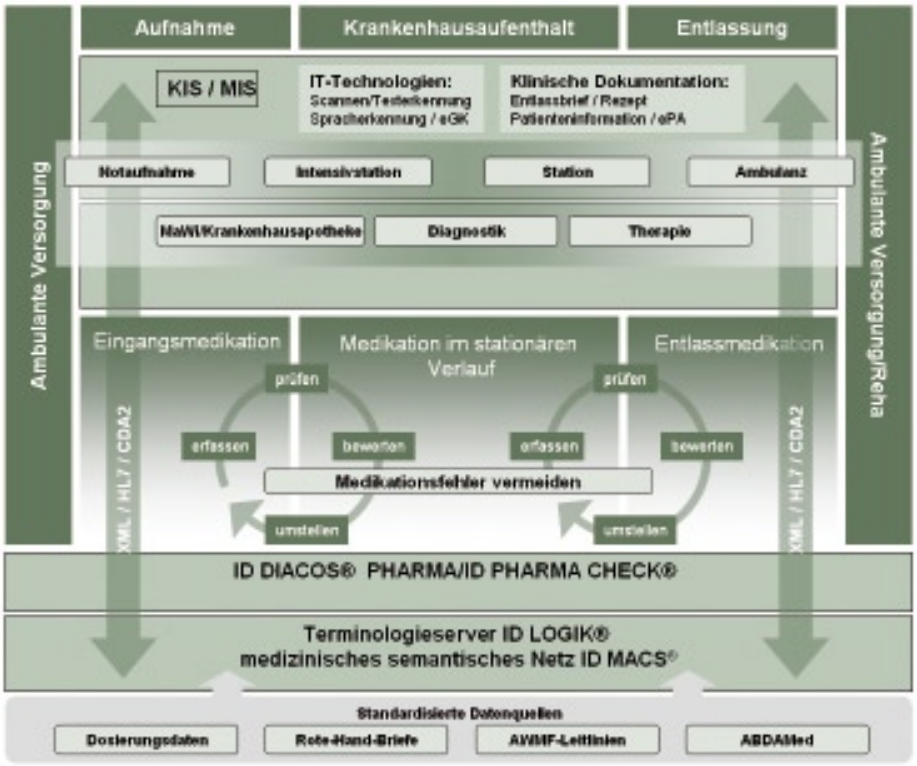


Abb. 1: Prozessstrukturen und Prozessbeteiligte im Bereich Krankenhausmedikation.

1. Einleitung

Ziel ist die Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit, unter anderem durch regelmäßige Überprüfung der Medikation und durch die Berücksichtigung spezieller Patientengruppen, wie Schwangere, ältere Patienten und Patienten mit Niereninsuffizienz.

Hierbei helfen intelligente Softwarelösungen, die eine Medikationsdokumentation und -prüfung im Kontext der relevanten Diagnosen, Laborparameter und weiterer Patientendaten ermöglichen. Dabei gilt es, die speziellen Bedürfnisse und Anforderungen unterschiedlicher Arbeitsumgebungen und Arbeitsabläufe zu berücksichtigen und die gewünschten Funktionen optimal in den Medikationsprozess zu integrieren.

Eine Analyse zeigt, dass der Vorgang Medikation in Krankenhäusern eine komplexe Prozesskette ist, an der verschiedenste Strukturen und Systeme auf organisatorischer und technischer Ebene beteiligt sind (Abb. 1). Dies führt zu einer Vielfalt potenzieller Prozessabläufe, die im klinischen Alltag derzeit nur begrenzt durch EDV unterstützt werden. Primär sind hier Insellösungen zu verzeichnen, deren fehlende Verzahnung nicht nur redundante Erfassungsprozesse und aufwändige Pflege erfordert, sondern auch potentielle Fehlerquellen bereit hält.

Eine optimale Integration in diese Prozessstrukturen ist die eigentliche Herausforderung moderner Arzneimittelsoftware. Ein einfaches „Installieren und Loslegen" wird daher in der Regel nicht den gewünschten Effekt haben und kann leicht zu Unzufriedenheit und Frustration führen. Vielmehr sollte zunächst der bestehende Workflow analysiert werden, um mit flexiblen Softwarelösungen den maximalen Nutzen EDV-gestützter Arzneimitteltherapie zu erreichen.

Der Medikationsprozess im Krankenhaus kann in verschiedenen Teilprozessen abgebildet werden (Abb. 2). In jedem dieser Abschnitte gilt es, bestimmte Vorgaben zu erfüllen. Dabei kann es, je nach Krankenhaus, deutliche Unterschiede bei den Prozessbeteiligten geben: während in Haus A die Medikationsanamnese auf der Station stattfindet und durch das Pflegepersonal vorbereitet wird, wird in Haus B die Medikation bei der Aufnahme durch den Krankenhausapotheker erfasst.

ID hat eine Softwarearchitektur entwickelt, die es ermöglicht, flexibel auf die Anforderungen derart verschiedener Szenarien zu reagieren. Die

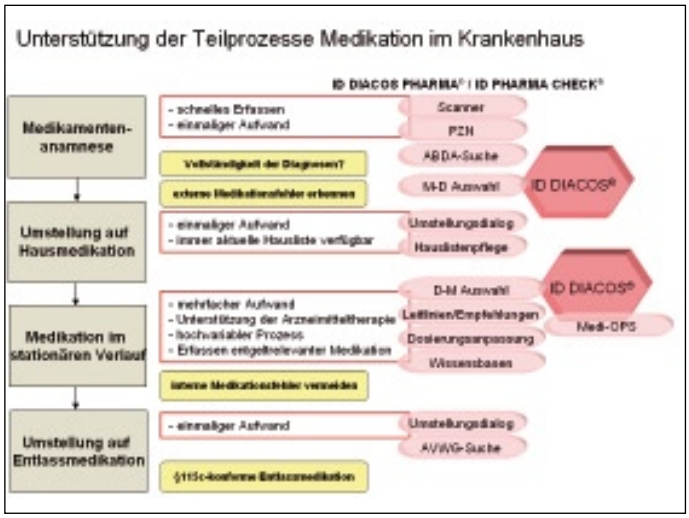


Abb. 2: Einzelschritte des Medikationsprozesses und unterstützende Module der Software.

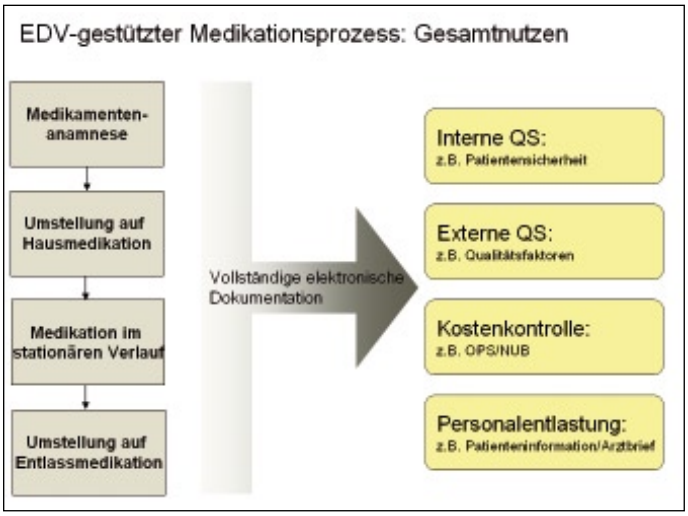


Abb. 3: Der Nutzen der EDV-gestützten Arzneimittelverordnung ist additiv.

Programme ID DIACOS PHARMA und ID PHARMA CHECK basieren auf ID LOGIK-Services und der Wissensbasis ID MACS.

Die servicebasierte Architektur ermöglicht eine Integration in bestehende KIS-Systeme in unterschiedlichem Umfang und in Abhängigkeit von den spezifischen Anforderungen. So kann der Arbeitsplatz für die Medikamentenanamnese ebenso ein Fenster im Internetbrowser, wie eine speziell konfigurierte Arbeitsumgebung innerhalb des KIS sein. Die verfügbaren Funktionen sind stets identisch und der Datenaustausch mit dem KIS ist konsistent gewährleistet.

Durch einen modularen Aufbau ist es möglich, die Produkte schrittweise in den Gesamtprozess zu integrieren und dabei in Übergangsphasen auch hybride Lösungen aus digitaler und analoger Dokumentation zu schaffen. So gelingt es in einem ersten Schritt einzelne Teilprozesse der Medikation elektronisch zu unterstützen, wodurch der weitere Ausbau und die durchgehende Integration EDV-gestützter Medikationserfassung und –prüfung in der Regel problemlos unter Berücksichtigung der jeweiligen Kapazitäten verwirklicht werden kann.

Als Ergebnis der EDV-gestützten Arzneimitteldokumentation ist in den unterschiedlichen Teilprozessen ein Nutzen zu erwarten, der sich bei konsequenter Umsetzung zu einem Gesamtnutzen aufaddiert (Abb. 3).

2. Patientensicherheit und Versorgungsqualität

Das Programmsystem erhöht durch gezielte Information und Warnmeldungen die Arzneimitteltherapiesicherheit. So werden Häufigkeit und Intensität von Arzneimittelkonflikten reduziert.

Die strukturierte Erfassung der Medikamente und der schnelle Zugang zu Informationen ermöglichen eine umfängliche Dokumentation und Prüfung der Arzneimitteltherapie.

Die Prüfung im Kontext der Diagnosen erkennt nicht nur Wechselwirkungen sondern auch Indikationen, Kontraindikationen und unerwünschte Arzneimittelwirkungen.

Die servicebasierte Programmstruktur ermöglicht auch die Informationsgewinnung aus Routinedaten der klinischen Versorgung. Damit können Massendaten analysiert und die gewonnene Erkenntnis zur Verbesserung bestehender Behandlungsstrategien und klinikinterner Leitlinien genutzt werden. So trägt die Software zu einem gezielten Risikomanagement in der Arzneimittelversorgung bei.

3. Kostenkontrolle und -effizienz

Studien zeigen, dass Arzneimittelkonflikte bei 5–10 % aller Krankenhauspatienten auftreten und zu höheren Kosten durch längere Verweildauer und zusätzlichen Behandlungsbedarf führen. Die Softwaresysteme von ID leisten durch Reduktion der Arzneimittelkonflikte einen signifikanten Beitrag zur Vermeidung dieser „versteckten“ Arzneimittelkosten. Je nach Szenario ergeben sich Einsparpotentiale von bis zu 1 % des Gesamtbudgets eines Krankenhauses.

Zusätzlich übernimmt die Software die automatische Erfassung von erlösrelevanten Medikationen (OPS/NUB). Hinweise auf Medikamente ohne vorliegende Diagnose helfen dabei, die Vollständigkeit der Diagnosendokumentation zu sichern. Die durchgängige EDV-gestützte Arzneimitteldokumentation ermöglicht die fall- oder kostenstellenbezogene Erfassung der Arzneimittelkosten.

4. Entlastung des Personals

Die Software stellt alle notwendigen Information zur Arzneimitteltherapie eines Patienten schnell und übersichtlich zur Verfügung. Der Arzt hat alle Prüfergebnisse sekundenschnell am Bildschirm und wird z. B. durch automatisch berechnete Vorschläge zur Dosisanpassungen unterstützt. Relevante Arzneimittelinformationen und Schnellinformationen (Rote Hand) sind direkt und ohne zeitaufwendige Recherchen verfügbar. Pflegekräfte werden durch Hinweise zu Applikation und Einnahme der Arzneimittel unterstützt.

Die Umstellung der Medikation auf die Hausliste wird ebenso vereinfacht, wie die Umstellung auf Entlassmedikation und der Ausdruck von Patienteninformationen. Dabei werden auch bürokratische Anforderungen (§115c; AVWG-zertifizierte Datenbank) erfüllt. Alle Informationen können, z. B. für die Arztbriefschreibung über Schnittstellen an KIS- /MIS-Systeme übergeben werden. So wird das Personal spürbar von zeitraubenden administrativen Arbeiten entlastet.

Kontakt
Dr. Stefan Schwenzer
ID Information und Dokumentation
im Gesundheitswesen GmbH & Co. KGaA, Berlin
Tel.: 030/24626-0
E-Mail: s.schwenzer@id-berlin.de
www.id-berlin.de

Behandlungspfade im gesamtwirtschaftlichen Kontext des Gesundheitswesens

– was der Kunde verlangt, was die Industrie bietet

In zahlreichen Fachbeiträgen wird die Notwendigkeit zur Einführung klinischer Behandlungspfade dargestellt. Ihre Implementierung soll dazu führen, dass Leistungen interdisziplinär und standardisiert erbracht werden. Außerdem dienen sie dem Qualitätsmanagement, der Kostenkontrolle und sollen die Zufriedenheit der Patienten verbessern. Ihre Definition erfolgt in einem interdisziplinär arbeitenden Team. Werden sie erfolgreich eingesetzt, lassen sich die Verweildauer der Patienten senken, die medizinische Qualität verbessern und Kosten optimieren.

Juliane Dannert

Soweit die Theorie. Fest steht, dass die erfolgreiche Einführung von Behandlungspfaden von zwei wesentlichen Faktoren abhängt: Zum einen von der Bereitschaft die eigenen Prozesse transparent zu machen und zum anderen von der Verfügbarkeit technischer Lösungen, die es ermöglichen Behandlungspfade IT-gestützt abzubilden. Denn wer Pfade auf Papier abbildet, reduziert das Optimierungspotenzial. Erst wenn die Einführung von Pfaden auf einer durchgängigen IT-gestützten Dokumentation basiert, erhalten Ärzte eine deutliche Arbeitserleichterung und Auswertungen im Hinblick auf Qualitäts- und Kostenkontrollen sind einfach und effizient durchführbar.

1. Nur ein weiterer Trend im Gesundheitswesen?

Betrachtet man die aktuellen Phänomene im Gesundheitswesen, die sich mit der Optimierung der Gesundheitsversorgung befassen – die Einführung der eGK, der krankenhausinternen EPA, der Organisation sektorübergreifender Versorgungsstrukturen, Methoden des digitalen Dokumentenmanagements, der digitalen Archivierung und auch die Einführung von Behandlungspfaden – so muss man feststellen, dass all diese Phänomene einen Trendcharakter haben. Sie werden phasenweise als das „Nonplusultra“ gehyped und sowohl Gesetzgeber als auch Leistungserbringer fordern Lösungen zu ihrer Umsetzung. Diese nehmen im Rahmen von Ausschreibungsprozessen einen hohen Stellenwert bei der Evaluation von IT-Lösungen ein. Blickt man jedoch auf den Stand der Umsetzung, so stellt man fest, dass der Durchdringungsgrad an innovativen Lösungen zum Beispiel zum Pfadmanagement sehr gering ist. Allein eine durchgängige krankenhausinterne EPA, ist im medizinischen Bereich nur bei 40 Prozent (Branchenbaromter 2008 des VHitG -Verband der Hersteller von IT-Lösungen im Gesundheitswesen) der deutschen Krankenhäuser eingeführt. Nimmt man die elektronische Datenerfassung der Patientendaten in den Fachabteilungen, auf den Stationen, den Ambulanzen und in den Funktionsstellen als Voraussetzung für die wirkungsvolle Implementierung klinischer Behandlungspfade an, so wird offensichtlich, dass viele Häuser nicht in der Lage sind diese umzusetzen.

2. Die Sicht der Industrie

Der Nutzen, den die Einführung von klinischen Behandlungspfaden mit sich bringt ist unumstritten: Sie sind ein wichtiger Schritt hin zur Prozessunterstützung. Das Arbeiten mit Pfaden bewirkt, dass der Behandlungsprozess als Produktionsprozess wahrgenommen wird, der nach wirtschaftlichen Kriterien abzuwickeln ist. In Diskussionen zum Beispiel auf der MEDICA 2008 wird immer deutlicher, dass die Anforderungen dahin gehen, Pfade nicht nur am Behandlungsprozess auszurichten, sondern aus der Diagnose abzuleiten. Lösungen zur IT-gestützten Umsetzung werden sowohl von KIS-Anbietern aber auch von Lieferanten für Fachlösungen aus dem diagnostischen Umfeld angeboten.

Auch die MEIERHOFER AG, mittelständischer KIS-Anbieter aus München, bietet mit dem skalierbaren Informationssystem MCC die Möglichkeit der Abbildung von Behandlungspfaden. Ihre Implementierung erfolgt mit dem Ziel, Ärzten und Pflegekräften ein Werkzeug an die Hand zu geben, mit dem moderne evidenzbasierte Medizin und Leitlinien zur Behandlung definierter Krankheitsbilder umgesetzt werden können.

MCC unterstützt den Anwender sowohl beim Design als auch bei der Dokumentation der einzelnen Pfadschritte. Diese fügen sich als Hilfsmittel zur Arbeitsorganisation nahtlos in den Arbeitsalltag ein. Der Einsatz der Microsoft Windows Workflow Foundation in MCC ermöglicht die Definition abteilungsübergreifender Behandlungspfade.

Das Design erfolgt dynamisch: Verzweigungen, sequentielle und parallele Aktionen und parallel laufende Workflows sind abbildbar.

3. Umsetzung im Krankenhaus

Beim Blick in die Häuser bestätigt sich die Vermutung, dass Behandlungspfade zwar Thema aber noch nicht umfangreich eingeführt sind.

Reinhard Lang, IT-Leiter am Klinikum Neumarkt, sieht den zögerlichen Start der Umsetzung von Behandlungspfaden begründet in der mangelnden Bereitschaft der Ärzte, diese einführen zu wollen: „Pfade sind eher ein medizinisches als ein IT-Thema. Die Anforderung diese digital abzubilden muss aus der Medizin kommen. Bei uns werden die Pfade erst seit der Einführung und Zertifizierung von Zentren (Brust-, Darm- und Prostatakarzinomzentrum) verbindlich in Prozessmodellen und -abläufen dokumentiert.

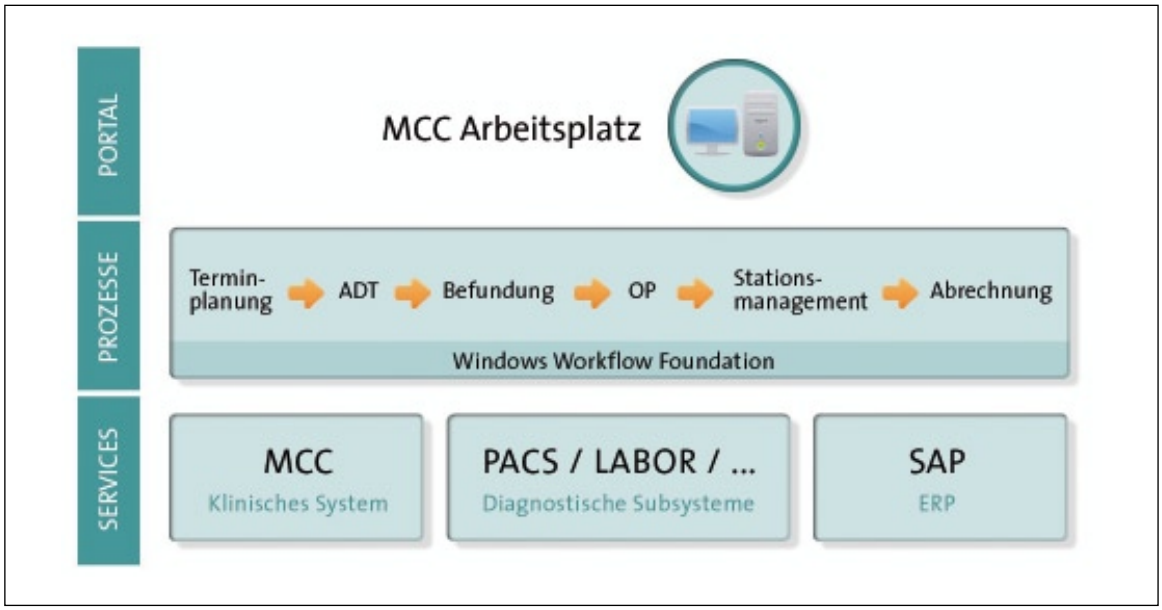


Abb. 1: Behandlungs-pfade in MCC

Eine Umsetzung in der IT ist derzeit in Neumarkt kein strategisches Thema."

Georg Pfeifer, Projektverantwortlicher KIS aus dem Kreisklinikum Siegen, sieht in der Umsetzung von elektronisch abgebildeten Behandlungspfaden in einigen Fachbereichen umfangreiches Potenzial, so zum Beispiel in der Neurologie, einer großen und bedeutsamen Abteilung im Kreisklinikum. In der Neurochirurgie werden Pfade bereits auf Papier abgebildet. „Die IT-gestützte Abbildung von Pfaden ist bei uns noch nicht umgesetzt. Andere Projekte haben hier Vorrang. Wir wollen zunächst gewährleisten, dass die Infrastruktur steht. An jedem Ort im Haus soll das Personal per W-LAN auf alle verfügbaren Anwendungen zugreifen können. Auch befinden wir uns momentan in einer Um- und Neubauphase, die dazu führt, dass OP-Säle und Ambulanzen zentralisiert werden. Sobald all diese Projekte abgeschlossen sind, werden Pfade auch elektronisch umgesetzt. Aufgrund der mit der Abbildung der Behandlungsprozesse einhergehenden Transparenz der Tätigkeit von Pflege und Ärzteschaft rechne ich bei den Ärzten mit Widerständen."

In der IT der Sana Kliniken hat man einen modularen Ansatz gewählt: Teilprozesse wie die Patientenaufnahme oder Behandlungsschritte bei speziellen Fachdisziplinen wie beispielsweise in der Herzchirurgie sind bereits digital abgebildet.

Die klinikweite Einführung standardisierter Pfade ist an verschiedenen Punkten gescheitert: Fehlende IT-Infrastruktur, sich verändernde Zeitschemata und die zu hohe Komplexität eines gesamten Behandlungspfades von der Aufnahme bis zur Entlassung sind die Gründe. „Um Behandlungspfade in den Sana Häusern voran zu treiben wünsche ich mir bessere Möglichkeiten auch offline, aber dennoch elektronisch unterstützt arbeiten zu können", so Georg Menhart, Leiter Klinische Anwendungen der Sana IT Service GmbH. „Behandlungspfade werden nur dann akzeptiert und erfolgreich umgesetzt, wenn sie den Arzt bei seiner täglichen Arbeit am Patienten unterstützen. Hierzu muss die EDV an das Patientenbett gebracht werden. Ein klinikweites W-LAN-Netz, aber auch taugliche Hardwareprodukte zum direkten Einsatz am Point of Care, sind unerlässlich, aber leider zu wenig vorhanden."

4. Der Weg ist das Ziel

Obwohl technisch umsetzbar, sind die Einführungsbestrebungen in den Krankenhäusern eher verhalten. Gründe dafür sind die zum Teil noch unzureichende IT-Infrastruktur und vor allem die mangelnde Nachfrage und auch Bereitschaft seitens der Ärzte.

Damit Behandlungspfade nicht ein weiterer Trend bleiben und deren Einführung aufgrund der Komplexität des Vorhabens auf der Strecke bleibt, müssen Anwender, Berater und Industrie zusammenarbeiten. Dabei muss berücksichtigt werden, dass die Einführung von Pfaden nicht nur aus einer wirtschaftlichen Brille der Geschäftsführung zu sehen ist. Diejenigen, die die Patienten versorgen und letztendlich den Pfad mit Leben füllen, sind Ärzte und Pflegekräfte. Der positive Input zur Optimierung der Prozesse aus den Reihen der Kliniker ist der Hauptgarant für den Erfolg.

Sobald sich Einrichtungen im Gesundheitswesen dazu entschließen Behandlungspfade einzuführen ist die reibungslose Abstimmung zwischen Ärzten und Pflege, der hausinternen IT-Abteilung, externen Beratern und der Industrie maßgeblich für den Fortschritt des Projektes.

Aufgabe der Industrie muss es in diesem Zusammenhang sein, IT-Lösungen anzubieten, deren Mehrwert für die Anwender klar ersichtlich ist. Sobald die IT-gestützte Arbeit den Alltag von Arzt und Pflege erleichtert, wird die Bereitschaft steigen, durch Pfade einen weiteren Schritt hin zu optimierten Prozessen zu gehen. Mit einer positiven Resonanz seitens der klinischen Experten, kann das Projekt mit Unterstützung durch externe Berater klinikweit ausgerollt werden. Der Schritt vom Kleinen hin zum Gesamten unter Mitwirkung aller Beteiligten wird schließlich den wirtschaftlichen Erfolg ausmachen und Behandlungspfade in ihrer Bedeutung für das Gesundheitswesen bestätigen.

Kontakt
Juliane Dannert
MEIERHOFER AG, München
Tel.: 089/442316-303
E-Mail: j.dannert@meierhofer.de
www.meierhofer.de

„Behandlungspfade sind kein Dogma“

Die Kreiskrankenhaus Greiz GmbH hat ein Modell der Prozessanalyse und -steuerung entwickelt, dass den Kliniken trotz stetig steigenden Patientenzahlen und steigendem Kostendruck auf dem Gesundheitsmarkt weiterhin positive Betriebsergebnisse ermöglicht hat. Neben baulichen und organisatorischen Umstrukturierungen hat auch die auf die Kundenwünsche zugeschnittene Software der NEXUS AG mit speziellen, flexiblen Behandlungspfaden sowie eine allerorts verfügbare Patientenakte zu dem erfolgreichen Betriebskonzept geführt.

Hans-Georg Hunger

Betten und Geräte lassen sich durch die Zentrumsorganisation mit einzelnen Kliniken auf den Etagen effizienter nutzen. Die Wege im Kreiskrankenhaus Greiz sind ebenso wie die Wartenzeiten auf Untersuchungen vor und während des Krankenhausaufenthaltes kürzer geworden. Eine so genannte Zentrumsassistentin auf jedem Stockwerk (Ebene) ist als Verwaltungskraft mit speziellen Medizinkenntnissen sowohl für Patienten als auch für Ärzte und Pflegepersonal zuständig, erspart diesen Zeit und somit dem Haus Kosten. Das „Housekeeping“ kümmert sich sofort nach der Patientenaufnahme um den Wohlfühlfaktor, bearbeitet erste Beschwerden, erläutert Fernseh-, Telefon- und Internetzugänge und nimmt Ärzten und Schwestern somit eine Menge berufsfremde Tätigkeiten ab.

Während die zahlreichen strukturellen und organisatorischen Veränderungen im thüringischen Greiz für jedermann auf den ersten Blick erkennbar sind, haben die IT-Spezialisten eher im Stillen – von Patienten und Klinikalltag unbemerkt – gearbeitet. Doch erst die richtige Software, so betont Geschäftsführer Hans-Georg Hunger, „ermöglicht uns, alle Prozesse patientenorientiert zu steuern.“ Deshalb sei es den Entscheidungsträgern der Greizer Klinik auch so wichtig gewesen, dass ihr KIS Partner NEXUS von Anfang an bei der Umsetzung des neuen Betriebskonzeptes beteiligt war und die jeweils notwendigen Softwaremodule entwickelte. Denn ohne eine entsprechende Software, die eine am Wohle des Patienten orientierte Planung, Organisation und Analyse unterstützt, sei das komplexe Change-Management und die damit verbundenen Einsparungen nicht möglich.

Abb. 1: Mit dem Transponder wird aus dem Patienten-Multimedia-Center die Workstation für Ärzte und Pflegekräfte am Patientenbett

Damit der Informationsaustausch bei der Behandlung des Patienten reibungslos funktioniert, wurde die gesamte EDV-Infrastruktur erneuert. Jedes Zimmer verfügt über eine „Datendose“, die dem Patienten den Zugang zu Fernsehen, Radio und Internet vom Bett aus ermöglicht. Ärzte und Pflegekräfte können zusätzlich den Zugang zum Krankenhaus-Informations-System von NEXUS erhalten: Sobald sie ihren mit einem Transponderchip versehen Schlüsselanhänger an den Monitor halten, öffnet sich ein entsprechendes Fenster und alle für sie definierten Patientendaten stehen zur Verfügung. Das gilt für die aktuellen Laborwerte ebenso wie für die Röntgenbilder und das Archiv sowie für weitere Daten der Funktionsabteilung.

Um auch die Diagnostik, Versorgung und Medikation der Patienten besser und effektiver zu gestalten, hat das Klinikum Behandlungspfade festgelegt. Um eine höhere Akzeptanz bei der Ärzten zu erreichen und die bestehenden Erfahrungswerte in die Definition der Behandlungspfade einfließen zu lassen, wurden zunächst die Daten der Jahre 2004 und 2005 mit dem Management Informations System NEXUS / INFORMATION STORE analysiert und Algorithmen bei der Behandlung bestimmter Krankheitsbilder

abgeleitet. Die Software half zudem dabei, den Inhalt einzelner Pfad-Module zu definieren und sie chronologisch über den Behandlungszeitraum anzuordnen. Das Ergebnis waren Soll-Pfade mit Zuordnung zur entsprechenden Basis-DRG. „So konnte den Ärzten in Form von Pathways gezeigt werden, was sie unter der Prämisse ihrer Diagnostik- und Therapiefreiheit gemacht haben“, sagt Hans-Georg Hunger. Das Pfad-Softwaretool NEXUS / CASEMAPS ist so in das KIS integriert, sodass sich aus den einzelnen Modulen im Pfad-Diagramm beispielsweise eine Röntgenanforderung aufrufen und veranlassen lässt. Ein farbliches Leitsystem macht klar, an welcher Stelle im Behandlungsprozess sich ein Patient befindet. Ebenso erlaubt eine kleine Zusatznavigation die schnelle Vorschau auf die Aufgaben an einem bestimmten Tag.

Dennoch ist ein Behandlungspfad kein Dogma: Gemeinsam mit den IT-Spezialisten der NEXUS AG wurden genau auf die Kundenwünsche abgestimmt einzelne Module eines Pfades herausgenommen, ergänzt oder umgestellt. Diese Entwicklung war auch eine Besonderheit für das Team des Medizin-IT-Lösungsanbieters, wie Dr. Uwe Hannemann, Mitglied der Geschäftsleitung, erläutert: „Die Pfad-Software war anfangs als eine kundenspezifische Anpassungsprogrammierung unserer Applikation CASEMAPS für unser KIS gedacht. Die Lösung, die wir gemeinsam mit Greiz erarbeitet haben, war aber so überzeugend, dass wir sie inzwischen in die Grundversion von NEXUS / CASEMAPS übernommen haben.“

Mittels der festgeschriebenen Behandlungspfade erreicht das Krankenhaus eine gute Qualitätssicherung, besonders bei Personalwechsel. Neue Assistenzärzte können sich dank der Pfade schneller einarbeiten. Die Klinik kann somit garantieren, dass Patienten von jedem Arzt nach der gleichen Art und Weise behandelt werden. Das verlangen auch die Qualitätsrichtlinien der Joint Commission International (www.jointcommissioninternational.org), nach denen das Kreiskrankenhaus Greiz als eine von fünf deutschen Kliniken zertifiziert ist.

Allerdings hat sich Greiz bei den Pfaden auf Basis-Pathways beschränkt. Den persönlichen Komplikationslevel, der bei jedem Patienten anders ist, soll der behandelnde Arzt von Fall zu Fall bestimmen. Bei der Aufnahmeplanung interessieren nur die Hauptdiagnose, die Nebendiagnosen und die möglichen Komplikationen. Alles andere spielt keine Rolle, denn auch die Daten zum persönlichen Komplikationslevel kommen wieder ins KIS und stehen für ein Pathway-Controlling zur Verfügung. NEXUS/ CASEMAPS dient dabei als Analyseinstrument, das Kosten- und Qualitätstransparenz bis hinunter zu einzelnen Teilprozessen ermöglicht.

Ebenso wichtig sind für Geschäftsführer Hunger die Pfade, „um die Planmenge Arbeitszeit nach geplanten DRG und die Ist-Menge Arbeitszeit nach abgearbeiteten DRG in Übereinstimmung zu bringen. Das ist der Idealfall.“ Durch die Prozesssteuerung und durch die Ebenenorganisation haben sich deshalb vor allem Wartezeiten und damit Verweildauer reduziert. Eine genaue Aufnahme- und Entlassungsplanung soll verhindern, dass Patienten verlegt werden müssen. Die Verweildauer ist jetzt im Schnitt einen Tag kürzer. Das freut die Patienten ebenso wie den Controller und das Ärzteteam.

Abb. 2: Kreiskrankenhaus Greiz

Alle Verbesserungen auf der Struktur- und Prozessebene dienen dem Ziel, die gefühlte Ergebnisqualität für die Patienten zu erhöhen. „Gefühlte Ergebnisqualität“ ist ein von Hunger geprägter Begriff, den er wie folgt definiert: „Wenn sich die objektiven und subjektiven Erwartungen eines Patienten an das medizinische Behandlungsergebnis und an die Aufenthalts- und Behandlungsbedingungen mit der objektiven und subjektiven Erfüllung der Erwartungen decken, spricht man von gefühlter Ergebnisqualität.“ Diese wird in Greiz ständig überprüft. Alle 3 Jahre erfolgt zusätzlich unter anderem eine Ärzte- und Mitarbeiterbefragung. Die Ergebnisse werden miteinander verglichen und dienen zur ständigen Verbesserung. „Unsere niedergelassenen Ärzte haben uns beispielsweise sehr stark kritisiert, dass wir mit den Patienten nichts machen oder Patienten nicht wüssten, was mit ihnen gemacht wurde“, erzählt Hunger. „Wir haben dann festgestellt, in der Kinderklinik können sie es sich noch nicht merken und die älteren Patienten merken es sich nicht mehr.“ Die Greizer haben deshalb einen Patientenpass aus dem KIS entwickelt, den sie künftig den Patienten bei der Entlassung ausdrucken und mitgeben wollen. Damit sowohl der behandelnde Arzt als auch die Patienten etwas davon haben, werden alle Informationen in deutscher Sprache im Klartext enthalten sowie den ICD-Schlüssel.

„Das kostet viel Arbeit, viel Geld, aber es bringt Patientenzufriedenheit – und 1000 Patienten mehr sind noch viel mehr Geld, als das alles gekostet hat“, lautet das Fazit von Hans-Georg Hunger. Im Verbund haben die Maßnahmen dazu geführt, dass 98 % der Patienten im Jahr 2008 die Klinik mit „gut“ bis „sehr gut“ bewertet haben. Inzwischen reicht das ehemals regionale Einzugsgebiet bis ins rund 170 Kilometer entfernte Eisenach.

Als nächstes steht der Aufbau einer Portalstruktur auf der Agenda der IT-Entwicklung. Diese soll nicht nur die Kommunikation mit der zur Kreiskrankenhaus Greiz GmbH gehörenden Klinik in Schleiz und dem MVZ optimieren, sondern auch die Kommunikation mit den Patienten weiter verbessern. Er kann sich dann genau über seinen bevorstehenden Krankenhausaufenthalt informieren. Die derzeitige Aufnahme- und Entlassungsplanung ermöglicht es bereits, die Patienten über die Abläufe und die Dauer ihres Aufenthalts bei der Aufnahme zu informieren. Wenn die Portalstruktur realisiert ist, können sie dies jedoch schon vom heimischen Computer aus. Das alles funktioniere aber nur, weil in Greiz das Team dahinter stehe, sagt Hans-Georg Hunger, sonst könne man Millionen für die EDV ausgeben, ohne einen Effekt zu erreichen.

Kontakt

Hans-Georg Hunger
Kreiskrankenhaus Greiz GmbH, Greiz
Tel.: 03661/46-2111
management@hospital-greiz.de
www.hospital-greiz.de

Simon Holzer
NEXUS AG, Villingen-Schwenningen
Tel.: 07721/8482-320
E-Mail: simon.holzer@nexus-ag.de

Die Zukunft ist vernetzt

Synchronisierter Datenaustausch zwischen Arztpraxis, Krankenhaus, Rehaklinik und Heim

Ein abgestimmter sektorenübergreifender Datenaustausch setzt neue Maßstäbe in der elektronischen Vernetzung. CompuGROUP Future.net ist ein schneller und effizienter Weg, Patientendaten und Entlassbriefe zwischen Arztpraxis, Krankenhaus, Rehaklinik und Heim auszutauschen. Er basiert auf validen Daten und serviceorientierten Strukturen. Das Leuchtturm-Projekt ist ein Novum im deutschen Gesundheits- und Sozialwesen und gilt für zukünftige Vernetzungsprojekte als richtungsweisend.

Martina Hartmann

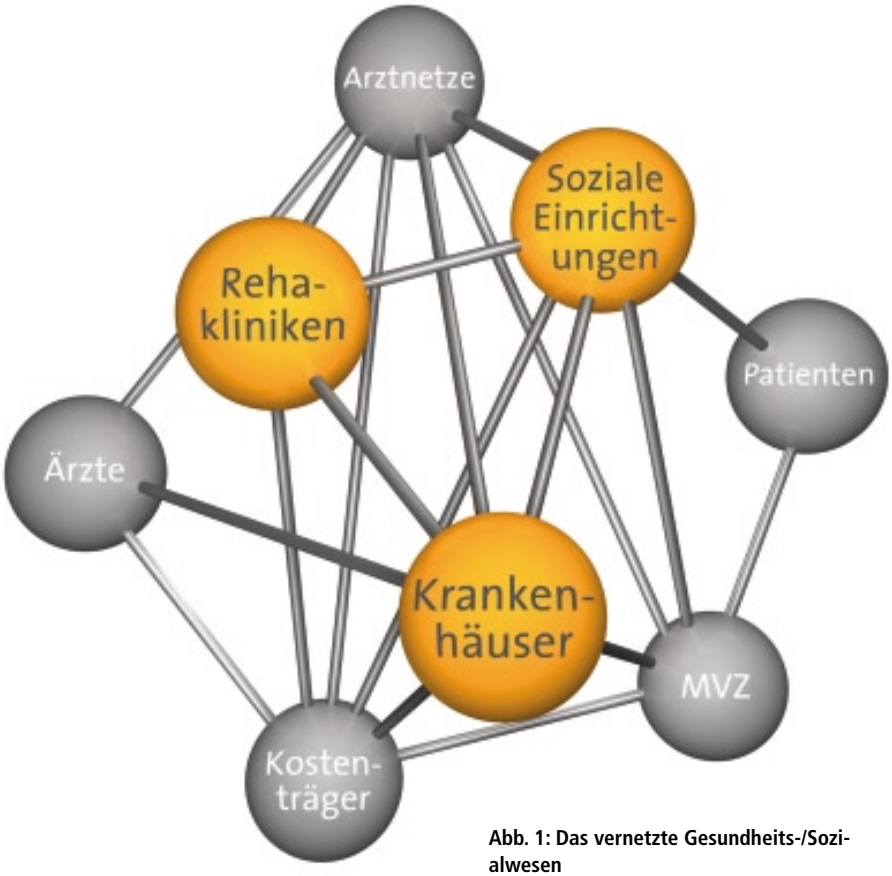


Abb. 1: Das vernetzte Gesundheits-/Sozialwesen

Seit Jahren wird von vielen Beteiligten im Gesundheits- und Sozialwesen ein sektorenübergreifender Datentransfer gefordert. Es wird kritisiert, dass Daten, die bereits in elektronischer Form vorliegen, immer wieder neu erfasst und verarbeitet werden müssen. Jeder Arztkontakt, jeder Krankenhausaufenthalt, jede Behandlung erzeugen immer wieder den gleichen Aufwand. Das kostet Zeit und kann sich darüber hinaus als zusätzliche Fehlerquelle erweisen. In der Vergangenheit wurden unterschiedliche Konzepte diskutiert und ausgetestet. Diese betrafen vorwiegend einen bisektoralen Austausch, waren in sich geschlossene Systeme oder erforderten umfangreichen Abstimmungsbedarf zwischen den beteiligten IT-Systemen.

Der vernetzte LifeCycle

Bereits auf der MEDICA 2008 konnten sich die Besucher über CompuGROUP Future.net informieren. Sie konnten sich bei den teilnehmenden Unternehmen überzeugen, wie der vernetzte Arbeitsalltag im Gesundheits- und Sozialwesen aussehen kann. CompuGROUP Future.net basiert auf validen Daten von Leistungserbringern und serviceorientierten Strukturen. Der präsentierte elektronische Austausch von strukturierten medizinischen Patientendaten zwischen Arztnetz, Akut-Krankenhaus und Rehaklinik stellte ein Novum im deutschen Gesundheitswesen dar. Zur conhIT 2009 wird CompuGROUP Future.net um zwei weitere Sektoren erweitert. Mit der Einbindung eines Arzt-Informations-Systems und einer Heimlösung wird jetzt der komplette LifeCycle im Gesundheitswesen abgebildet.

Vorteile für alle Beteiligten

In CompuGROUP Future.net sind alle Prozesse miteinander vernetzt. Von dem synchronisierten Informationsfluss profitieren alle Beteiligten: Das Krankenhaus erhält vorab valide und strukturierte Daten aus der Arztpraxis. Die Rehaklinik disponiert frühzeitig ihre Ressourcen und hat umgehend Zugriff auf den Entlassbrief aus dem Krankenhaus. Die Anschlussheilbehandlung kann innerhalb der vorgeschriebenen 7-Tagesfrist beginnen (Liquiditätssicherung). Das Heim ist integriert und kann die Kurzzeitpflege perfekt auf den Behandlungsablauf abstimmen. Der niedergelassene Arzt erhält zeitnah alle relevanten

Abb. 2: Der Weg durch das Gesundheits-/ Sozialwesen

Der Weg durch das moderne Gesundheitswesen

Am Beispiel der 62-jährigen Patientin Paula Müller wird der Weg durch das moderne Gesundheitswesen anschaulich dargestellt.

1. Alle Patientendaten und Vorbefunde von Paula Müller befinden sich im Arzt-Informations-System (AIS) ihres Hausarztes.
2. Mit Einwilligung der Patientin werden alle für die Weiterbehandlung notwendigen Daten strukturiert in CompuGROUP Future.net geschützt abgelegt. Nur autorisierte Teilnehmer haben Zugriff.
3. Paula Müller wird in das Krankenhaus aufgenommen.
4. Die Patienten- und Behandlungsdaten werden aus CompuGROUP Future.net in das Krankenhaus-Informations-System (KIS) importiert. Das erleichtert und beschleunigt die Aufnahme im Krankenhaus. Ist der Patient schon im KIS vorhanden, erfolgt automatisch die richtige Zuordnung der Stammdaten. Vorbefunde in Papierform sind überflüssig. Die Daten liegen strukturiert, vollständig und korrekt vor. Eine Diagnose wird als solche im KIS erkannt und verarbeitet. In gleicher Weise werden weitere medizinische Informationen automatisch den jeweiligen Kategorien zugeordnet und verarbeitet. Die strukturierte Ablage beugt somit unnötigen Doppeluntersuchungen vor.
5. Die enge Verzahnung der Beteiligten fördert eine abgestimmte Medikation: Aufnahmemedikation – Prämedikation – postoperative Medikation - Entlassmedikation werden aufeinander abgestimmt.
6. Der im Hintergrund agierende Arzneimittel-Therapie-Sicherheitscheck reduziert das Medikationsrisiko auf ein Minimum.
7. Diagnose, Befund und OP-Bericht werden im KIS erstellt und abgelegt.
8. Die neuen Behandlungsdaten werden an CompuGROUP Future.net übergeben. Damit hat der Hausarzt rund um die Uhr Einblick in die stationäre Behandlung und ist über alle Behandlungsschritte informiert.
9. Alle relevanten Informationen über den Patientenaufenthalt fließen in den Entlassbericht Akut ein. Dieser wird nach Unterzeichnung ebenfalls in CompuGROUP Future.net bereitgestellt.
10. Die stationäre Anschlussheilbehandlung (AHB) muss innerhalb von sieben Tagen angetreten sein. Die vernetzte Kommunikation beschleunigt das Aufnahmeverfahren. Die Patienten- und Behandlungsdaten nebst Entlassbericht Akut werden importiert. Verzögerungsfrei kann die Anschlussheilbehandlung beginnen.
11. Der Rehabilitationsverlauf wird im Klinik-Informations-System (KIS) dokumentiert. Die Therapiemaßnahmen und die Abschlussuntersuchung werden in dem Entlassbericht Reha zusammengefasst.
12. Alle neuen Informationen werden in CompuGROUP Future.net bereitgestellt.
13. Als Übergangspflege schließt sich für Paula Müller ein Kurzaufenthalt in einem Heim an. Die Patientendaten nebst Entlassbericht werden in die Heimsoftware importiert. Die verordnete Entlassmedikation wird umgesetzt.
14. Entlassung nach Hause. Dort wird Paula Müller durch ihren Hausarzt weiter betreut. Ihm liegt der gesamte Behandlungsverlauf lückenlos detailliert elektronisch vor. Damit sind die Voraussetzungen für eine optimale Weiterbehandlung gegeben.

Informationen aus Krankenhaus, Rehaklinik und Heim. Er ist jederzeit über Zustand und Ort des Patienten informiert und kann bei Bedarf koordinierend eingreifen. Der strukturierte Arzneimittelcheck minimiert die Risiken in der Medikation über den gesamten Zyklus hinweg. Die Patientin profitiert von den perfekt verzahnten Prozessen als ideale Ausgangssituation für eine schnelle Genesung. Die Kostenträger sparen Kosten durch eine qualitativ hochwertigere Versorgung ohne Doppeluntersuchungen. Somit ist ein hoher Nutzen für alle Akteure im Gesundheits- und Sozialwesen gewährleistet.

Zu sehen auf der conhIT in Berlin

Gezeigt wird die Gesamtlösung CompuGROUP Future.net auf der conhIT von den Unternehmen ISPro, systema Deutschland, fliegel data, All for One, Aescudata, ifap und Medistar. Die zugrunde liegenden Standardschnittstellen und die offene Konzeption lassen eine beliebige Integration und Kombination weiterer am Markt vorhandenen Lösungen zu. Der erste Schritt ist getan – der Beweis erbracht. Jetzt befinden sich die ersten Vernetzungsprojekte in den Startlöchern. Wir werden Sie über den Fortgang informieren.

Kontakt
Martina Hartmann
systema Deutschland GmbH, Koblenz
Tel.: 0261-8000-1780
E-Mail: martina.hartmann@systema.de
www.systema.de

Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Regensburg

Controlling: Schnelle und flexible Berichterstellung mit i.c.m.health

Das Krankenhaus Barmherzige Brüder in Regensburg hat zwischen 2006 und 2008 schrittweise das Managementinformationssystem i.c.m.health von Siemens eingeführt. Seitdem kann sich das Controlling in Deutschlands größtem katholischem Krankenhaus (828 Betten an zwei Regensburger Standorten) mehr auf Datenanalyse als auf Datenbeschaffung konzentrieren. Denn das integrierte Berichtswesen auf Basis des Business Warehouse der SAP als einzige Datenquelle bietet flexible und zuverlässige Auswertungen auf Knopfdruck.

Michael Meilutat

Michael Müller kann sich noch gut an die Zeit vor der Einführung eines Managementinformationssystems erinnern: an das mühselige und zeitaufwendige Zusammentragen der relevanten Daten, an die fehlende Flexibilität bei Auswertungen, oder auch an den Zeitaufwand für Plausibilisierung und Aufbereitung aufgrund der unterschiedlichen Quellen, aus denen die Daten teilweise stammten. „Im Controlling waren unterschiedliche Anwendungen im Einsatz, Excel-Tools oder Access-Datenbanken, auch SAP-Report-Painter-Berichte, teilweise mit redundanter Datenhaltung, was zwangsläufig zu Problemen führt", berichtet der Leiter Controlling im Krankenhaus Barmherzige Brüder Regensburg. „Es war sehr zeitaufwendig, unflexibel, und die Mitarbeiter waren natürlich sehr belastet. Dadurch blieb weniger Zeit zur Datenanalyse – bestimmte Anforderungen konnten nicht oder nur mit erheblichem Aufwand umgesetzt und daher nicht in das laufende Berichtswesen aufgenommen werden." Gleichzeitig stiegen ständig die Anforderungen an Datenqualität und Transparenz, um die eigene Leistungsfähigkeit besser einschätzen, Optimierungspotenziale ausloten und fundierte Entscheidungen treffen zu können. Deshalb suchte das Krankenhaus nach einer neuen Lösung, die das Berichtswesen vereinfacht und harmonisiert, viel Flexibilität bei Auswertungen bietet und ohne hohen Aufwand eingeführt werden kann.

Ein Werkzeug für alle Controllingbereiche

„Wir kennen natürlich die Produkte anderer Anbieter und haben diese auch teilweise unter die Lupe genommen. Meist decken diese aber nur sehr eng abgesteckte Controlling-Bereiche ab", erinnert sich Michael Müller. Die Wahl fiel auf i.c.m.health von Siemens. „Im Gegensatz zu den Konkurrenzprodukten war bei i.c.m.health dieser Rundumschlag über alle Controlling-Bereiche gegeben, also Sachkostencontrolling, DRG-Berichtswesen, medizinische Kennzahlen, OP-Berichtswesen und Kostenträgerrechnung, alles in einem System integriert", sagt Michael Müller. „Außerdem hat sich i.c.m.health für unsere Systemlandschaft förmlich angeboten." Die betriebswirtschaftlichen Prozesse sowie die Patientenadministration werden in Regensburg mit SAP-Software abgewickelt, als Klinikinformationssystem ist i.s.h.med, ebenfalls von Siemens, im Einsatz. Das umfassende Managementinformationssystem entsprach exakt den Anforderungen der Regensburger. Es nutzt die leistungsfähige Data-Warehouse-Technologie von SAP NetWeaver Business Intelligence, um Daten aus SAP oder anderen Systemen zu integrieren und dem Berichtswesen zur Verfügung zu stellen. Mit Hilfe der mitgelieferten, direkt auf die Bedürfnisse eines Krankenhauses zugeschnittenen Extraktoren und Datenmodelle können die mächtigen Business-Intelligence-Funktionen des komplexen Werkzeuges sofort ausgeschöpft werden – ohne langwieriges Einführungsprojekt und ohne das sonst erforderliche Spezialwissen. Dadurch konnte Michael Müller gemeinsam mit einer Mitarbeiterin die Implementierung des Managementinformationssystems problemlos stemmen.

Das Basistool für das Berichtswesen nahm zusammen mit dem Modul für Medizinisches Material-Controlling 2006 den Echtbetrieb auf. Ein Jahr später folgte das Modul für die Kostenträgerrechnung, Anfang 2008 wurde das Modul für OP-Controlling implementiert.

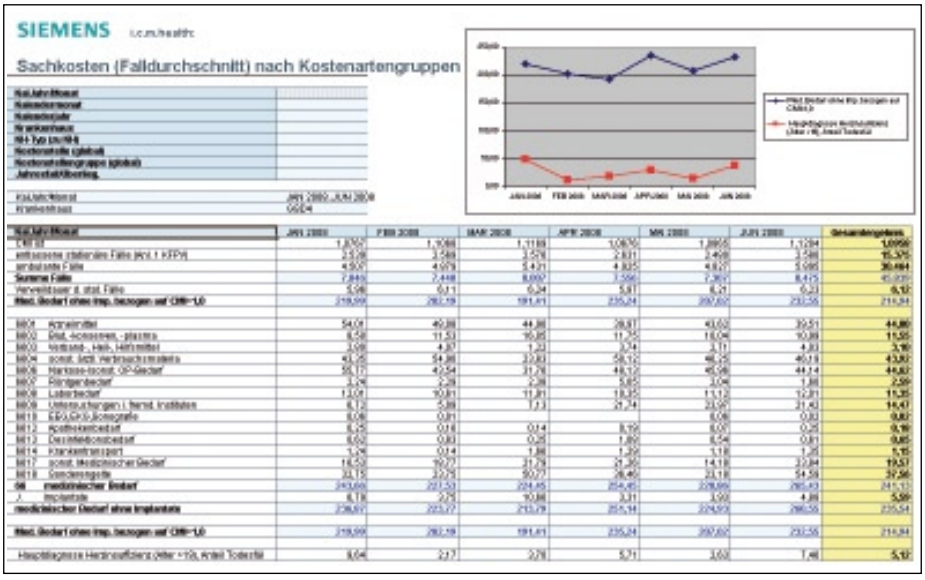


Abb. 1: Der Bedarf nach Aussagekräftigen Zahlen als Entscheidungsgrundlage steigt. i-c-m.health liefert diese Zahlen, wie hier die medizinischen Sachkosten im zeitlichen Verlauf mit Vergleich zur Erfüllung von Qualitätszielen.

„Single Point of Truth"

i.c.m.health bezieht seine Daten direkt aus den Produktivsystemen und stellt sie als einheitliche Datenquelle für das integrierte Berichtswesen zur Verfügung – als „Single Point of Truth". Die Vorteile: Die Produktivsysteme werden entlastet, die extrahierten Daten können auf Plausibilität überprüft werden, und ihre freie Kombinierbarkeit nach verschiedensten Dimensionen ermöglicht sehr flexible Auswertungen. So lassen sich beispielsweise Leistungen, Erlöse, Kosten sowie Kostenträger oder Geschäftspartner beliebig zueinander in Relation setzen, auf

der Basis klinischer Leistungsdaten die medizinische Ergebnisqualität analysieren und natürlich für das Management aussagekräftige Berichte erstellen – und das alles per Mausklick.

Den Controlling-Mitarbeitern des Krankenhauses eröffnen sich damit ganz neue Möglichkeiten. Sie können sich heute viel intensiver ihrer eigentlichen Controllingaufgabe widmen: der Datenanalyse. Die Forderung nach aussagekräftigen Zahlen kommt von der Geschäftsführung, aber ebenso von den einzelnen Abteilungen und Chefärzten. Monatlich treffen sich in Regensburg die Controller mit den Chefärzten, um Kosten- und Leistungsentwicklungen zu besprechen. „Mit dieser Lösung kann ich einfach schneller und vor allem für die Chefärzte und die Geschäftsführung transparenter die wesentlichen Daten und Kennzahlen aufbereiten", sagt Michael Müller. „Und klar, je transparenter und umfassender die steuerungsrelevanten Leistungs- und Kostengrößen zur Verfügung stehen, desto einfacher und fruchtbarer gestalten sich die monatlichen Gespräche mit den Chefärzten."

„Mit i.c.m.health haben wir eine Harmonisierung unseres Berichtswesens erreicht, weil wir bei allen Auswertungen auf die gleiche Datenquelle zugreifen. Das gilt unter anderem für das Sachkosten-Controlling, für das DRG-Berichtswesen wie für medizinische Kennzahlen, für das OP-Berichtswesen und für die Kostenträgerrechnung. Kurzum: ein einziges System für alle Anwendungen."

Michael Müller, Leiter Controlling, Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Regensburg

Zahlenbasis für Entscheidungen

Vier Controlling-Mitarbeiter arbeiten inzwischen in Regensburg täglich mit i.c.m.health. In Schulungen machen sich neue Benutzer mit dem Programm vertraut. „Die Bedienung ist kein Problem", meint Michael Müller. Vor allem die Möglichkeit, dabei in der vertrauten Microsoft-Excel-Umgebung zu navigieren, kommt bei den Mitarbeitern gut an. „Die Excel-Funktionalität ist für mich immer noch die einfachste und praktikabelste Lösung, weil man sich sofort zu Hause fühlt und wir die Berichte wegspeichern können. Darüber hinaus können eigene Berechnungen und Formeln in die Berichte integriert werden."

Controlling-Mitarbeiterin Birgit Lehner erstellt die monatlichen DRG-Berichte für sämtliche Fachabteilungen: „Ohne diese Lösung wäre das ein Ewigkeitsprojekt, bis ich alle einzelnen Berichte per Hand hätte, dieses Tool erleichtert die Arbeit enorm." Ein wichtiger Bericht aus ihrem Arbeitsbereich ist zum Beispiel die Verweildauer-Analyse der Normallieger, der die entsprechenden Zahlen mit der Katalogverweildauer und mit den Durchschnittswerten des Hauses vergleicht. Mit solchen Fakten ausgestattet, kann das Controlling dann die Gespräche mit einzelnen Chefärzten zielgerichtet gestalten.

„Zahlenmaterial als Entscheidungsgrundlage wird immer wichtiger, für die Chefärzte und natürlich auch für die Geschäftsführung", sagt Michael Müller. „Der Bedarf an aussagefähigem Datenmaterial, Zusammenhängen sowie leistungsorientierter Budgetierung steigt stetig."

Fehlentwicklungen früh erkennen und gegensteuern

Auf diese Weise bleiben den Verantwortlichen böse Überraschungen erspart. Denn wer seine aktuellen Zahlen kennt, kann sichere Prognosen für den weiteren Verlauf des Jahres vornehmen und im Bedarfsfall rechtzeitig Steuerungsmaßnahmen einleiten. Dabei ist es auch von großem Nutzen, dass das Modul den Controllern InEK-konforme Benchmark-Daten liefert. So lassen sich auch Fehlentwicklungen rechtzeitig erkennen. Das Controlling deckt beispielsweise Kostensteigerungen auf, die nicht durch Leistungen gedeckt sind, zeigt aber den Verantwortlichen auch, in welchen Bereichen die medizinischen Teams überdurchschnittlich effizient arbeiten.

Ein anderer, ebenso wichtiger Gesichtspunkt sind die Kostenträger: „Mit i.c.m.health gewinnen wir eine gute Ausgangsbasis für die Verhandlungen mit den Krankenkassen", ergänzt Michael Müller. „Denn unsere Geschäftsführung muss wissen, wo wir stehen, in welche Richtung die Entwicklung läuft und welche Akzente sie bei den Verhandlungen setzen soll."

OP-Controlling: Auch die teuerste Ressource sicher im Griff

Seit Anfang 2008 findet das System auch im OP-Controlling Anwendung. „Das ist wichtig, denn der OP ist bekanntlich ein sehr kostenintensiver Bereich mit hohen Fixkosten", sagt Michael Müller. „Daher wollen wir natürlich wissen, wie sich Auslastung und Wechselzeiten entwickeln. Und wir sind auch in relativ kurzer Zeit schon weit gekommen, was so vorher ohne Riesenzeitaufwand nicht möglich war." Michael Müller und sein Team können nun regelmäßig Auswertungen nach Materialverbrauch und vor allem nach Wechselzeiten und Raumnutzung durchführen. Controlling-Mitarbeiter Christian Resch kümmert sich insbesondere um die Schnitt-Naht-Zeiten sowie die Rüst- und Leerzeiten für jeden einzelnen OP-Saal: „Die Zeitmarken beziehen wir aus dem Krankenhausinformationssystem. Damit können wir dann die jeweiligen Brutto- und Nettozeiten berechnen. Auf diese Weise erhalten wir ein aussagekräftiges Bild von der Auslastung unserer Säle." Da der Betrieb eines OP-Saals sehr hohe Kosten verursacht, zahlt sich jede Optimierung in barer Münze aus.

Bayerische Variante

Speziell für bayerische Krankenhäuser ist auch ein Thema relevant, das als „bayerische Variante" bezeichnet wird: In Bayern orientiert man sich bei der Ermittlung der DRG-Fälle eines Jahres am Entlassjahr und nicht – wie sonst in der Bundesrepublik – nach dem Aufnahmejahr. Deshalb erhalten alle Fälle, die über den Jahreswechsel andauern, zwei DRGs: eine für die Abrechnung, die in Bayern wie überall nach dem Katalog des Aufnahmejahres erfolgt, und eine für die simulierte Zählung. In i.c.m.health wird für die Überlieger durch Simulationsgrouping eine DRG des Entlassjahres – also des aktuellen Jahres – simuliert. Diese Lösung wurde für das Krankenhaus Barmherzige Brüder Regensburg entwickelt und als Standard im System aufgenommen.

i.c.m.health als standortübergreifende Auswertungsplattform

Die Barmherzigen Brüder betreiben weitere Krankenhäuser in München und Straubing. Aufgrund der guten Erfahrungen in Regensburg wurden diese Standorte ebenfalls in das einheitliche Berichtswesen mit eingebunden. Um die Daten aus den unterschiedlichen in den einzelnen Häusern eingesetzten Systemen auch für die Kostenträgerrechnung zu integrieren, hat Siemens einen Leistungspool entwickelt, in dem die Leistungsdaten der Häuser gesammelt werden. Bis Mitte 2009 soll die Kostenträgerrechnung vereinheitlicht sein. „Gerade der Krankenhausvergleich, also nicht nur im InEK-Vergleich, sondern auch innerhalb der Standorte, birgt noch viel Potenzial. Das ist der Riesenvorteil: alle Standorte in einem System."

Kontakt

Michael Meilutat
Siemens Medical Solutions GSD GmbH, Berlin
Tel.: 030/38370-415
E-Mail: michael.meilutat@siemens.com
www.siemens.com

Michael Müller
Leiter Controlling
Krankenhaus Barmherzige Brüder Regensburg
E-Mail: Mueller.Michael@barmherzige-regensburg.de
www.barmherzige-regensburg.de

Prozessoptimierung im Krankenhaus – Materialwirtschaft im OP

Studie zur Prozesskostenrechnung zur Ermittlung des Einsparpotentials von ProcedurePak OP-Trays

Steigender Wettbewerbsdruck und mangelnde Effizienz rücken die Betrachtung des Prozessmanagements im Krankenhaus immer stärker in den Fokus. Die Anzahl der operativen Eingriffe – ambulant und stationär – steigt, Bettenanzahl und Verweildauer nehmen jedoch ab.[1] In Anbetracht dieser Tatsachen müssen Kliniken in Zukunft effizienter und kostengünstiger organisiert sein. Ziel ist es, mit einer Verbesserung, Abstimmung und Standardisierung von Prozessen die finanziellen Mittel, die dem Gesundheitssystem zur Verfügung stehen, effizienter einzusetzen. Durch den Einsatz von OP-Trays können interne Prozessabläufe in Krankenhäusern effizienter gestaltet und dadurch Zeit und Kosten gespart werden.[2] ProcedurePak (von Mölnlycke) ist eine solche Systemlösung für Krankenhäuser, deren Einsparpotential im Rahmen einer umfassenden, aktuellen Studie untersucht wurde.[3]

Christian Roleff

1. Prozessanalyse im Krankenhaus

Die Auseinandersetzung mit den Abläufen in der Patientenversorgung im Krankenhaus wurde bisher nur stiefmütterlich durchgeführt. Jeder versucht, seine Abteilung so gut wie möglich zu organisieren. Der Patient durchläuft während seiner Behandlung jedoch mehrere Abteilungen, die nicht synchronisiert arbeiten. Die Klinik erhält dabei einen pauschalen Erlös für die jeweilige Versorgung. Die Konsequenz: Die Klinik muss die einzelnen Abläufe beherrschen, die für das gesamte Ergebnis verantwortlich sind.

Einen wesentlichen Stellenwert haben hierbei Prozesse der Materialbeschaffung für die Vorbereitung und Durchführung einer OP. Traditionell werden Krankenhäuser in Europa mit einzelnen sterilen OP-Produkten direkt vom Hersteller oder Großhändler beliefert. Bei jeder OP holen die OP-Pfleger/Schwestern individuell benötigte Materialien einzeln aus dem Lager und bereiten die OP vor. Dies erfordert einen komplexen Verwaltungs- und Organisationsaufwand, angefangen bei der Bestandsaufnahme, Bestellung, bis hin zur Lagerung und zum Transport. Alles dies sind komplexe, zeitaufwendige sowie oft nicht standardisierte Prozessabläufe. Ziel ist es, mit einer Verbesserung, Abstimmung und Standardisierung von Prozessen die finanziellen Mittel, die dem Gesundheitssystem zur Verfügung stehen, effizienter einzusetzen.

2. ProcedurePak als Systemlösung für Krankenhäuser

ProcedurePak (von Mölnlycke) ist eine solche Systemlösung für Krankenhäuser. Hierbei handelt es sich um individuell zusammengestellte Sets, die alle für einen bestimmten OP-Eingriff benötigten Produkte unterschiedlicher Hersteller zur sofortigen Verwendung bereitstellen. Jedes OP-Set erfüllt die entsprechenden Anforderungen des Krankenhauses und ist für einen bestimmten Eingriff standardisiert. Durch den Einsatz des ProcedurePak können verbundene Prozessabläufe optimal genutzt werden. Vor allem wird so eine verbesserte Effizienz des OP-Teams und der

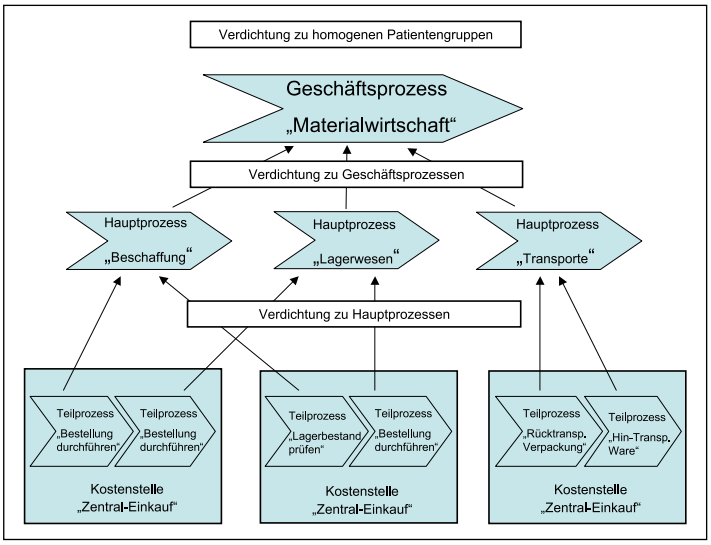


Abb. 1: Prozessmodell Mölnlycke Projekt am Beispiel des untersuchten Eingriffs nach der Diagnose GERD (gastro-oesophageal-reflux-disease)[5]

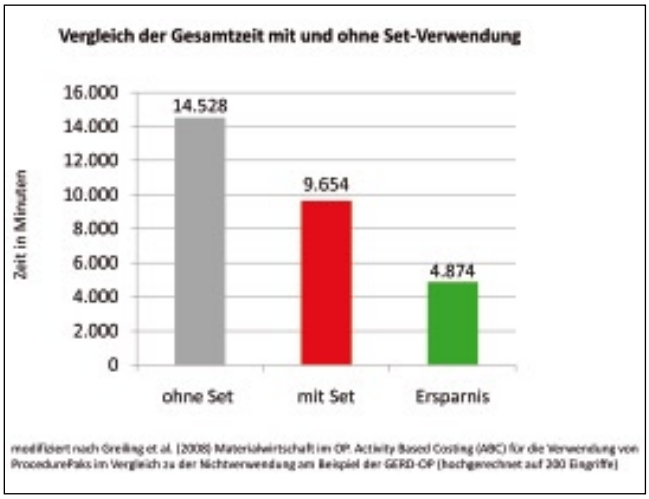


Abb. 2: Vergleich der Gesamtzeit pro GERD-OP ohne und mit Verwendung von OP-Trays[3]

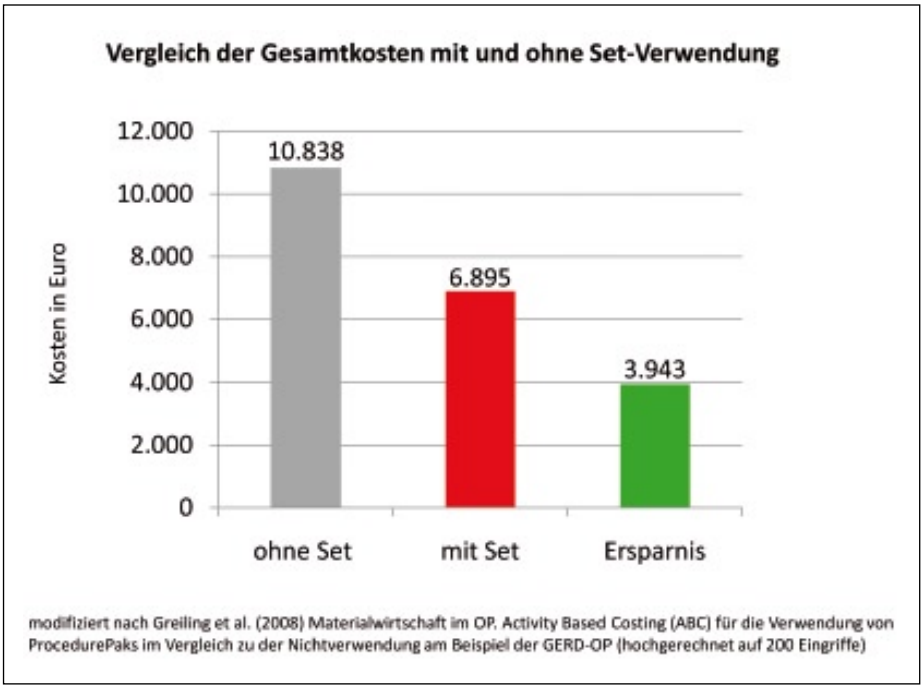


Abb. 3: Vergleich der Gesamtkosten pro GERD-OP ohne und mit Set-Verwendung[3]

Abb. 4: OP-Tray von Mölnlycke Health Care: Ein individuell zusammengestelltes Set, das für einen bestimmten OP-Eingriff standardisiert ist und alle hierfür benötigten Produkte zur sofortigen Verwendung bereitstellt

OP-Leitung sowie mehr Freiraum des Fachpersonals für andere Klinikaufgaben ermöglicht. Damit kann der klinische und administrative Arbeitsaufwand für Materialbestellungen reduziert und auch eine bessere Auslastung des OPs durch Verkürzung der Zeiten zwischen zwei operativen Eingriffen, den sogenannten „Wechselzeiten", erreicht werden.

3. Die Tray Studie zur Ermittlung des Einsparpotentials von OP-Trays im Krankenhaus

3.1. Zielsetzung

Im Rahmen der hier dargestellten Studie wird untersucht, inwieweit durch die Verwendung von OP-Trays eine Verringerung der Zeit und damit eine Reduktion der Kosten erreicht wird. Das gesamte Zeit- und Kosten-Einsparpotential in Folge einer Umstellung auf OP-Trays ist sehr aufwendig zu bestimmen. Verschiedenste Prozesse von der Bestandsaufnahme, Bestellung, Lagerung, dem Transport bis zur direkten OP-Vorbereitung (Aufpeelen der Sterilgüter etc.) müssen analysiert und mit anteiligen Einzel- (z.B. Personal- und Sachkosten) sowie Gemeinkosten (z.B. Strom, Wasser, Gas) bewertet werden. Dies ist besonders anspruchsvoll, da diese Prozesse und Kosten von Krankenhaus zu Krankenhaus variieren.

Anhand eines Beispiels wurde die Dauer der verschiedenen Einzelprozesse aufgenommen, sowohl mit als auch ohne Verwendung des ProcedurePak. Personal-, Material- und anteilige Gemeinkosten wurden bei der Bewertung jedes einzelnen Prozesses mit einbezogen.

Die Studie zur „Materialwirtschaft im OP" wurde von der Mölnlycke Health Care GmbH beauftragt und von dem Institut für Workflow-Management im Gesundheitswesen (IWiG), An-Institut der Fachhochschule Gelsenkirchen, durchgeführt.

Im Zentrum der Studie standen konkrete Fragen zur Prozessverbesserung beim Einsatz von OP-Trays:

- Wie verändert sich der Prozess beim Einsatz von ProcedurePak OP-Trays und wie sieht der optimale Prozess aus?
- Wie hoch ist das Einsparpotential in Zeit und Kosten für ein Krankenhaus konkret?
- Welche Prozesse sind die zeit- und kostenintensivsten?
- Welche Verbesserungspotentiale bieten sich auch außerhalb der OP-Abteilung im Prozess?
- Wie gestaltet sich die optimale Versorgung mit OP-Trays (Anzahl, Inhalt) für ein Krankenhaus?

Für die Praxis außerdem entscheidend ist, wie man die eingesparten Kosten nutzbar machen kann, und wie die einzelnen Ergebnisse aus der Tray-Studie hier weiterführend sind.

3.2. Prozesskostenanalyse

Um wirtschaftliche Aussagen über die Verwendung von OP-Trays treffen zu können, ist es notwendig, die zugrunde liegenden Prozesse zu definieren und zu bewerten. Dies erfolgte mit Hilfe eines Modells der Prozesskostenrechnung, mit dem die Kostentreiber aufgezeigt und verschiedenen Kostenträgern zugeordnet werden konnten.

Bei Einführung einer Prozesskostenrechnung wird zunächst eine Prozessanalyse durchgeführt.[4] Basis der Prozessanalyse war die Entwicklung des Prozessmodells. Dem folgten die Identifizierung der Tätigkeiten und Teilprozesse, Zuordnung zu Kostenstellen sowie Verdichtung zu Hauptprozessen. Im weiteren Schritt wurden Kapazitäts- und Kostenzuordnungen z.B. für Bruttopersonalkosten, direkte Sachkosten und Gemeinkosten sowie Erarbeitung der Cost Driver und Maßgrößen vorgenommen. Am Ende standen die Kalkulation der Teilprozesskosten und die Bestimmung der Gesamtkosten.

3.3. Prozessmodell

Zunächst wurde die Prozesskostenrechnung in einem ausgewählten Krankenhaus durchgeführt. Die Analyse der o.g. Parameter erfolgte anhand eines OP-Trays zum Eingriff nach der Diagnose „gastro-ösophageale Refluxkrankheit (GERD = gastro-oesophageal-reflux-disease) in einem Schwerpunktkrankenhaus mit derzeit 369 Betten, das mit verschiedenen chirurgischen Disziplinen ein umfangreiches medizinisches Leistungsspektrum anbietet. Die Ergebnisse wurden auf 200 Eingriffe pro Jahr hochgerechnet. Das ausgewählte ProcedurePak enthielt 24 verschiedene Medizinprodukte.

Relevante Prozesse

Die für diese Studie relevanten Hauptprozesse waren:

- Interne Bestellung und Auslieferung sowie externe Bestellung
- Warenannahme durch den OP
- Kommissionierung für den operativen Eingriff
- Warenannahme durch den Einkauf
- Abrechnung

Dem Hauptprozessen liegen verschiedene Teilprozesse zugrunde, die jeweils einer Kostenstelle zugeordnet werden (siehe Abb. 1). Ziel der Prozessanalyse und damit auch der Tray Studie ist es, die jeweiligen Kostentreiber in den einzelnen Teilprozessen zu analysieren.

Auf diesen Erhebungen basierend wurden die Bearbeitungszeiten der identifizierten Teilprozesse z. B. im Rahmen von Mitarbeiterbefragungen analysiert. Ergänzt wurde die Auswertung durch Daten des Controllings bzw. der Buchhaltung.

Bei der Erhebung bzw. der Berechnung der einzelnen Zeiten für Teilprozesse war zu beachten, dass die Zeitangaben unterschiedliche Bezugsgrößen haben. Die Kostentreiber, die als Kalkulationsgrundlage dienen, variieren von Prozess zu Prozess. Die Zeiten für den Teilprozess „Aufpeelen der Sterilgüter“ (Aufpeelen = Entnahme der Materialien aus der sterilen Umverpackung) ließen sich direkt dem Krankheitsbild zuordnen und konnten somit der Durchführung einer OP einfach zugerechnet werden. Die Zeiten für den Teilprozess „Lieferung kontrollieren“ sind nur anteilig auf das betrachtete Krankheitsbild zu verrechnen.

4. Ergebnisse des ersten Prozessmodells am Beispiel der Diagnose „gastro-ösophageale Refluxkrankheit“

4.1. Der Zeitfaktor: Vereinfachtes Zeitmanagement durch Nutzung von OP-Trays

Hochgerechnet auf 200 GERD-OPs pro Jahr ergab sich jährlich eine totale Ersparnis von 81 Stunden, dies entspricht einer Reduktion um 34 % des ursprünglichen Prozesses ohne Tray Einsatz (Abb. 2). Die größte Zeiteinsparung entstand im Bereich der OP-Pflege, hier reduzierte sich der jährliche zeitliche Aufwand einer GERD-OP durch die Verwendung eines OP-Trays um 67 Stunden.

Die fünf untersuchten Hauptprozesse (s.o.) profitierten in zeitlicher Hinsicht alle von der Einführung des OP-Trays. 72 % der gesamten Zeit wurden für die Kommissionierung des operativen Eingriffs benötigt. Diese Zeit kann durch Nutzung von OP-Trays um 36 % bzw. 64 Std. jährlich verringert werden. Bei den unterstützenden Aufgaben wie z. B. „Lieferung kontrollieren“, „Ware einlagern“ und „Material auslagern“ können bis zu dreiviertel der Bearbeitungszeit bei der Verwendung von Trays im Vergleich zur Nichtverwendung eingespart werden.

4.2. Der Kostenfaktor: ProcedurePak kann Kosten reduzieren!

Insgesamt konnten jährlich 36 % der Gesamtkosten durch die Verwendung des ProcedurePaks eingespart werden, dies entspricht 3.943 € (Abb. 3). Diese Zahl setzt sich zusammen aus 2.063 € Personalkosten und 1.880 € Gemeinkosten. Die OP-Pflege machte hier mit 3.505 € den größten Teil aus, der Einkauf folgt mit 292 €.

Die Untersuchungen zeigen, dass alle Prozesse der physischen Materialbewegung das größte Einsparpotential mit sich bringen. Hier können durch die Nutzung von OP-Trays 60 Stunden bzw. 2.941 € eingespart werden.

Hinter dieser Zahl (60 Std.) verbergen sich alle Tätigkeiten, die mit der Wareneinn- und -auslagerung im Krankenhaus verbunden sind, sich also als interner Materialfluss überschreiben lassen. Hier verbergen sich durch eine Kombination von ProcedurePak und maßgeschneiderten Logistikleistungen große Einsparpotentiale.

Die Gesamteffekte für unterschiedliche operative Eingriffe eines Krankenhauses werden derzeit diskutiert und sind Inhalt weiterer Stufen der Studie. Geht man hypothetisch von 5.000 operativen Eingriffen aus, die ähnlich (aufwendig) organisiert sind wie die untersuchte OP, könnte man damit rechnen, dass die Nutzung der OP – Trays in einer Zeitersparnis von ca. 6.100 Stunden oder gut 90.000 € resultiert. Diese Hochrechnung soll in der Fortführung der Studie validiert werden.

5. Bewertung der Ergebnisse

Die größte Zeitersparnis ergab sich in der Berufsgruppe der OP-Pflege. Die Ergebnisse zeigen eindrucksvoll, wie viel Zeit das Fachpersonal OP-Pflege täglich allein für das präoperative Kommissionieren und Peelen aufbringen muss. In Zeiten des Fachkräftemangels und der knappen Personalressourcen im OP ist es das Ziel, hochqualifiziertes Personal im OP adäquat einzusetzen. OP-Trays bieten hier erhebliches Potential. Insbesondere der Abbau von Überstunden, die Reduzierung von Prüf- und Fehlerkosten sowie Qualitätssteigerungen durch Verringerung von Stress und Einhaltung von Pausen gehören zu den Effekten, die beobachtet wurden.

Für die Praxis entscheidend und Zukunft weiterer Überlegungen ist es, wie diese gesparte Zeit nutzbar gemacht wird. Schon jetzt wird deutlich, dass durch die Benutzung von OP-Trays und die damit einhergehende Veränderung der Prozesse „interne Bestellung OP“, „Warenannahme durch den OP“ und „Kommissionierung für den operativen Eingriff“ eine Konzentration auf die Kernaufgaben der OP-Pflege unterstützt wird. Hierdurch verringert sich die Zeit für die OP-Vorbereitung und damit die sogenannte Wechselzeit.

Die Erfahrung bei Krankenhäusern, die schon OP-Trays erfolgreich eingeführt haben, zeigt nachhaltig, dass die erzielte Prozesseffizienz wertschöpfend genutzt werden kann, beispielsweise durch eine Steigerung der Anzahl von Operationen bei gleichbleibendem Ressourceneinsatz.

Die Studie belegt bereits zu diesem frühen Zeitpunkt das enorme Verbesserungspotential, das durch den Einsatz von ProcedurePak erzielt werden kann. Sie wirft jedoch auch die Frage auf, wie ein Krankenhaus dieses Potential praktisch nutzen kann. In Zeiten knapper werdender finanzieller und personeller Ressourcen gilt es, die Aktivitäten zur Prozessverbesserung sinnvoll an den unternehmerischen Zielen des Krankenhauses auszurichten. Zeiteinsparungen im Prozess können beispielsweise zu einer Leistungssteigerung, Überstundenabbau oder höherer Ergebnisqualität führen.

6.1. Fortführung der Studie

Zur Vertiefung und Validierung der bisher gewonnenen Informationen wird die Studie auf die Untersuchung von insgesamt 60 verschiedenen ProcedurePak OP-Trays in sechs europäischen Krankenhäusern ausgeweitet. Die zusätzlich gewonnenen Erkenntnisse werden es erlauben, Prozesse zu vergleichen, Kostenkalkulationsmodelle zu entwickeln und die optimale Versorgung mit Medizinprodukten für ein Krankenhaus zu diskutieren.

Literatur

1 Deutsche Krankenhaus Gesellschaft (2008) Krankenhaussatistik.www.dkgev.de

2 Frost and Sullivan (2004) „Building the Custom Procedure Tray Business Case in Europe“

3 Greiling et al. (2008) Materialwirtschaft im OP. Activity Based Costing (ABC) für die Verwendung von ProcedurePaks im Vergleich zu der Nichtverwendung von ProcedurePaks am Beispiel der GERD-OP an einem ausgewählten Krankenhaus

4 Horvath P, Mayer R (1989) Prozesskostenrechnung – Der neue Weg zu mehr Kostentransparenz und wirkungsvollen Unternehmensstrategien, Controlling 1 , S. 214–219

5 Greiling (2008) Prozessmanagement – Der Prozesskostenmanager für die Patientenversorgung – Praktischer Begleiter für die Bewertung von klinischen Leistungen. Baumann Fachverlage. Kulmbach, S. 51

Kontakt

Christian Roleff
Mölnlycke Health Care, Erkrath
Tel.: 0211/92088205
E-Mail: christian.roleff@molnlycke.com
www.molnlycke.com

Interaktiv und innovativ: Der neue SMS-Service

Neues Tool von Tieto bietet bessere Ressourcen-Nutzung

Kliniken haben heute einen enormen Kostendruck und müssen daher ihre Ressourcen so effizient wie möglich einsetzen. Der Alltag in den Häusern sieht jedoch häufig anders aus: Durch nicht rechtzeitig abgesagte Termine von Patienten entstehen Leerlaufzeiten, die nicht mehr sinnvoll genutzt werden können. Für die Kliniken bedeutet dies zusätzliche Kosten. Auch die kurzfristige Suche nach einem passenden Ersatz-Kandidaten kostet meist viel Zeit und einen hohen personellen Aufwand – und bleibt häufig erfolglos.

Andreas Lange

An dieser Stelle kommt der neue, interaktive SMS-Service von Tieto ins Spiel: Er unterstützt bei der Terminbestätigung und Patienten-Erinnerung und hilft bei der schnellen Suche nach einem Ersatz-Patienten.

Einsparpotentiale im Klinikalltag

Eine kurzfristige Absage von Operationen bedeutet für Kliniken häufig unliebsame wirtschaftliche Verluste. „Die Bereitstellung der notwendigen personellen und organisatorischen Ressourcen für eine Operation ist immer mit hohen Kosten verbunden“, erklärt Andreas Lange, der als Vice President und General Manager die Unit Healthcare Central Europe bei Tieto verantwortet. „Daher sind die Kliniken sehr daran interessiert, Leerstände und unvorhergesehenen Ausfallzeiten so gering wie möglich zu halten.“

Um die Klinik-Ressourcen so optimal wie möglich zu nutzen, bietet das Unternehmen nun auch in Deutschland ein Tool aus Skandinavien an, das bereits seit Jahren erfolgreich in Finnland eingesetzt wird: der SMS-Service. Mit diesem werden kurzfristige Absagen und Terminausfälle in den medizinischen Leistungsstellen reduziert. Zudem werden die für die Terminvergabe verantwortlichen Klinik-Mitarbeiter von administrativen Routinetätigkeiten entlastet.

Termine vereinbaren

Der SMS-Service ist einfach zu bedienen und sorgt für einen effizienten Ressourcen-Einsatz. Er bietet folgende Anwendungen:

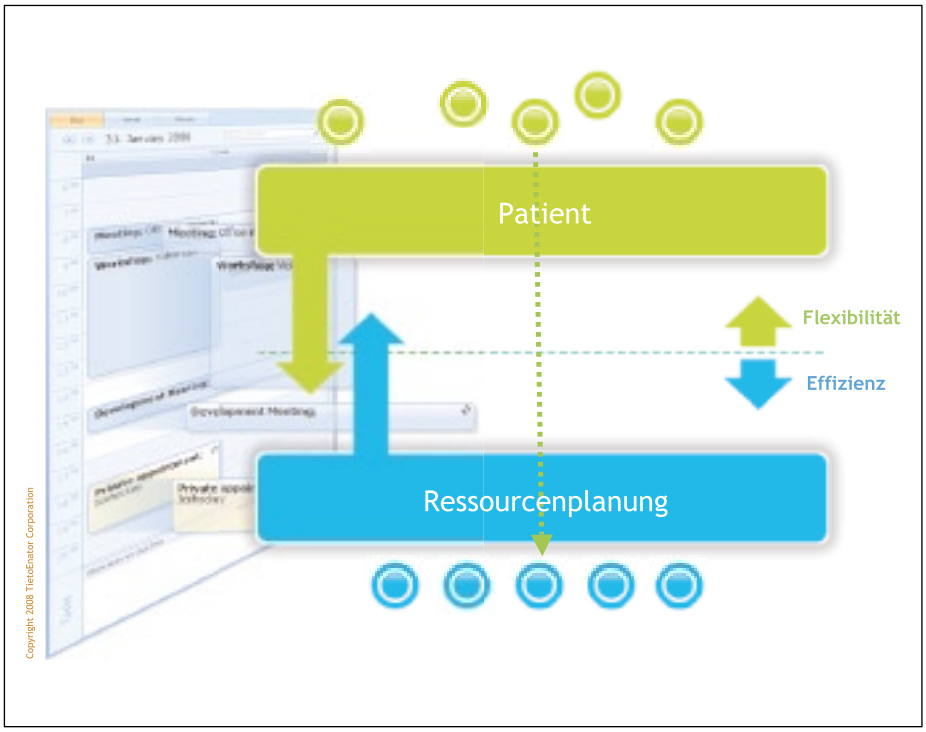


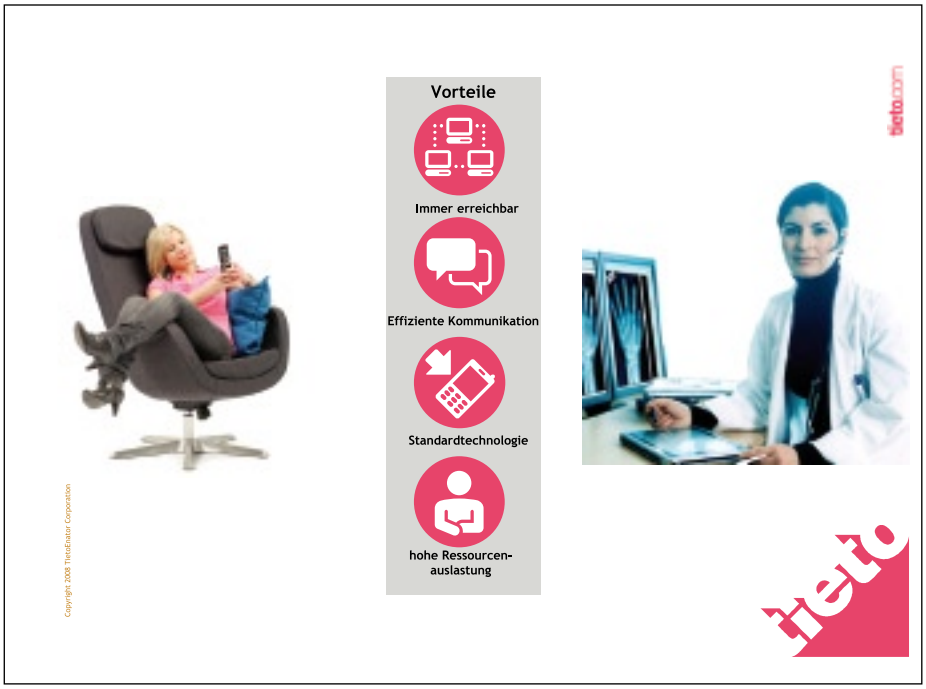
Abb. 1: Der SMS-Service sorgt dafür, auftretende Terminüberschneidungen zwischen dem Kalender des Patienten und dem der Klinik frühzeitig zu erkennen und durch interaktive Kommunikation zu beheben.

Zunächst wird der Termin, der mit dem Patienten vereinbart wurde, seitens der Klinik nochmals per SMS-Service bestätigt. Darauf folgt die Patienten-Erinnerung und eventuell die Absage durch den Patienten.

Zu einem Zeitpunkt, den jede Klinik individuell definieren kann, wird der Patient vor dem eigentlichen Termin von der Klinik automatisch durch den SMS-Service an seinen Kliniktermin erinnert. Hierbei kann der Patient den vereinbarten Termin per SMS-Antwort bestätigen oder absagen. Wird der Termin bestätigt, so hat die Leistungsstelle in der Klinik die entsprechende Planungssicherheit, dass der Patient zur vereinbarten Operation etc. erscheinen kann. Sagt der Patient ab, kann die Klinik mit dem SMS-Service nach einem Ersatz-Kandidaten suchen und diesen ebenfalls mit Hilfe des SMS-Service einladen.

Unkomplizierte Suche nach einem Ersatz-Patienten

Die Suche nach einem Ersatz-Patienten selbst erfolgt ebenfalls unkompliziert und schnell: Der zuständige Klinikmitarbeiter sendet einfach denjenigen Patienten, die bei ihrem Aufklärungsgespräch Interesse an einem früheren Termin erklärt haben und aus medizinischer Sicht als Ersatz-Kandidaten in Frage kommen, eine entsprechende SMS. Dieser angebotene frühere Termin kann von den angefragten Patienten ebenfalls per SMS angenommen oder abgelehnt werden. „Da die Suche nach einem Ersatz für den ausgefallenen Patienten mit einem minimalen Aufwand verbunden ist, wird der Anteil der administrativen Arbeit reduziert“, erläutert Andreas Lange. „Zudem bietet der SMS-Service durch die direkte Ansprache des Patienten eine gute Möglichkeit für die Klinik, ihre ‚Kundenbindung‘ zu optimieren.“



Funktionen und Vorteile

Der SMS-Service ist in iMedOne, dem Krankenhausinformationssystem (KIS) von Tieto, integriert und künftig auch als „Stand-Alone“-Anwendung verfügbar. Kliniken, die bereits iMedOne einsetzen, profitieren vom reibungslosen Zusammenspiel: Der SMS-Service kann nahtlos in den Kalender des KIS integriert werden und sich von dort steuern lassen. Der einzelne SMS-Status wird zu jedem Termin direkt im Patientenkalender angezeigt. Auf die Liste der möglichen Ersatz-Kandidaten kann der Nutzer zudem direkt von seinem KIS-Arbeitsplatz aus zugreifen.

Langjährige Erfahrungen in Finnland

Der SMS-Service läuft bereits seit einigen Jahren erfolgreich in Finnland. Aufgrund der geografischen Gegebenheiten wird im ‚hohen Norden‘ traditionell auf die elektronische Kommunikation gesetzt, die insbesondere auch im Gesundheitswesen von großem Nutzen ist.

Bereits heute verwenden rund 1,5 Millionen der 5,3 Millionen Finnen den SMS-Service.

Zusätzlich werden weitere interaktive IT-Dienste im Gesundheitswesen genutzt: Je nach Anforderung kommen dabei in der Kommunikation zwischen den Kliniken und dem Patienten unterschiedliche Medien zum Einsatz: So können sich die Patienten beispielsweise aktiv über Webportale anmelden bzw. ihre (Gesundheits-)Daten mitteilen sowie ihre Termine über das Webportal vereinbaren bzw. verändern oder absagen. Weiterhin nutzen die Kliniken sowie andere regionale Gesundheitszentren einen vernetzten SMS-Dienst, um ihre Mitarbeiter frühzeitig auf eintreffende Behandlungsfälle vorzubereiten und hinzuweisen.

„Die Möglichkeit, nun auf diese ganzen Erfahrungen unserer finnischen Kollegen zurückgreifen zu können, ist für uns hier in Deutschland natürlich von großem Vorteil“, führt Andreas Lange aus. „Das finnische Beispiel zeigt allerdings auch, dass wir auch in Deutschland Kommunikations-Produkte benötigen und anbieten müssen, die auf den jeweiligen Anwendungsfall passgenau zugeschnitten sind. Wir sind überzeugt, dass durch die Einführung und Verwendung interaktiver Kommunikationslösungen deutliche Einsparpotentiale und eine höhere Patientenzufriedenheit erzielt werden kann.

Kontakt
Andreas Lange
Tieto, Frechen
Tel.: 02234/9119 0
E-Mail: andreas.lange@tieto.com
www.tieto.de/healthcare

IWiG®
Institut für Workflow-Management im Gesundheitswesen

AN-Institut Fachhochschule Gelsenkirchen

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

www.werbeagentur.de Bild: fotolia.de

Lernen – von den Besten . . .

***Informationen** zum **Prozess-Benchmark** und den Flyer zur **Anmeldung** finden Sie auf unserer **Internetseite**:*
www.iwig-institut.de/dt/aktuelles

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

Überzeugen Sie sich von dem neuen SMS-Service von Tieto

Bessere Auslastung medizinischer Leistungsstellen, wirksame Unterstützung bei der Termin-Verwaltung und guter Patienten-Service.

conhIT
21. bis 23. April in Berlin

Möchten Sie mehr über den SMS-Service sowie weitere iMedOne-Module erfahren? Wir freuen uns auf Sie!

Halle 2.2, Stand B 101

www.tieto.de/healthcare

tieto

Willkommen in Ihrem GesundheitsSystem.

Als Spezialist für klinische Workflow- und Imaging-Systeme erweitern und vertiefen wir unser Produktportfolio beständig. Schon heute werden medizinische und pflegerische Prozesse exzellent abgebildet und unterstützt. Den Zukunftsthemen der integrierten Versorgungsmodelle mit qualitäts- und kostenoptimierter Diagnostik wird durch standardisierte Kommunikation und Systemoffenheit Rechnung getragen.

Setzen Sie heute auf unsere Lösungen für Ihr GesundheitsSystem von morgen.

Weitere Informationen finden Sie unter: www.agfa.de/healthcare

AGFA HealthCare