3. Jahrgang
März
2010
ISSN 1868-1093

Professional PROCESS

Zeitschrift für modernes Prozessmanagement im Gesundheitswesen

Zielführende Faktoren der sektorübergreifenden Versorgung

Erfolgskonzept klinische Behandlungspfade

Strategische Planung mit Methode

GIT VERLAG
A Wiley Company
www.gitverlag.com

ID Information und Dokumentation im Gesundheitswesen

Einfach Klinisch Korrekt

Codierung

ID DIACOS® bidirektional
ID KR CHECK®
ID SEMGuide®

Assessments / Scoring

ID DIACOS® Spezial
- Geriatrie
- Pflege
- Psychiatrie und Psychosomatik
- Palliativmedizin

ID SCORER®
- ITS
- Medikamente

eMedikation / AMTS

ID DIACOS® PHARMA inkl.
ID PHARMA CHECK®

Medizincontrolling

ID EFIX®
- MDK-Modul
- Berichtswesen
- Kostenträgerrechnung
- Pfade
- Kalkulation

Qualitätssicherung

ID QS BÖGEN
ID QUALITÄTSBERICHT

ID LOGIK®
mit ID MACS®

Dienste für SOA
- Codierung
- Medikation
- Informationsextraktion

Medizin statt Bürokratie

Professional Process

Zeitschrift für modernes Prozessmanagement im Gesundheitswesen

Editorial 3
Prozessmanagement – Managementmethode für die Zukunft?
Prof. Dr. Michael Greiling
Institut für Workflow-Management im Gesundheitswesen (IWiG) GmbH, Münster

Grundlagen des Prozesscontrolling 4
Ansatzpunkte und Instrumente
Prof. Dr. Uwe Götze
Technische Universität Chemnitz

Erfolgsfaktoren einer Integrierten Versorgung 7
Prof. Dr. Michael Greiling
Institut für Workflow-Management im Gesundheitswesen (IWiG) GmbH, Münster

Klinische Behandlungspfade und Mitarbeitergesundheit 10
Bedeutung und Vorgehen
Philipp Schwegel, Dr. Jochen Baierlein, Patrick Da-Cruz
Oberender & Partner – Unternehmensberatung für das Gesundheitswesen, Bayreuth, München

Kommunikation in der medizinischen Versorgung 14
Thomas Müller
Kassenärztliche Vereinigung Westfalen- Lippe, Dortmund

Wie viel Strategie braucht ein Krankenhaus? 18
Die Balanced Scorecard im praktischen Krankenhauseinsatz
Hans-Jürgen Winkelmann, Stefan Leiendecker
St. Marien-Krankenhaus Siegen gem. GmbH

Die Marke steht am Anfang des Prozesses 20
Dr. Elizabeth Harrison-Neu, Winfried Leiprecht
Oberschwabenklinik GmbH, Ravensburg

Fall Management als Instrument der Verweildauersteuerung im Krankenhaus 22
Methodisches Vorgehen für die Einführung von Fall Management
Dr. Matthias Schäg – Universitätsklinikum Magdeburg
Dr. Dominik Deimel – com2health GmbH, Weinheim

Workflowoptimierung im Umfeld medizinischer Großgeräte 26
Analyse und Optimierung mittels industriell eingesetzter ereignisdiskreter Simulation am Beispiel einer Strahlentherapieanlage
Prof. Dr. Jörg Franke, Christian Ziegler, Jochen Merhof
FAU Erlangen-Nürnberg

Prozess-Kostenanalyse von Kyphoplastien bei osteoporotischen Sinterungsfrakturen 30
Prof. Dr. Axel Prokop, Dr. Ulrich Berner
Kliniken Sindelfingen

Prozessoptimierung – rechtliche Fallstricke? 33
Rechtliche Schritte zur Prozessoptimierung
Markus Helfrich
LBC Helfrich Rechtsanwälte, München

Real-Time-Modelling (RTM) 36
Wann ist Standard Anpassung und Anpassung Standard?
Marc Wiesollek, Achim Grimm
CoM.MeD GmbH, Dortmund

„Reibungsverluste vermeiden" – Prozessoptimierung bei der Bearbeitung von Eingangsrechnungen 40
Automatisierung durch intelligenten Rechnungsleser beschleunigt die Abläufe und reduziert die Kosten
Peter Bauske
RZV GmbH, Wetter

Komplexbehandlungen umfassend dokumentieren, auswerten, abrechnen 44
Jacqueline Merkert, Petra von Wensierski
ID – Information und Dokumentation im Gesundheitswesen GmbH & Co. KGaA, Berlin

Impressum 48

Index

CoM.MeD GmbH
com2health GmbH
Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg
ID – Information und Dokumentation im Gesundheitswesen GmbH & Co. KGaA
Institut für Workflow-Management im Gesundheitswesen (IWiG)
Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe
Klinikum Sindelfingen-Böblingen
LBC Helfrich Rechtsanwälte
Oberender & Partner – Unternehmensberatung für das Gesundheitswesen
Oberschwabenklinik GmbH
RZV GmbH
St. Marien-Krankenhaus Siegen gem. GmbH
Technische Universität Chemnitz
Universitätsklinikum Magdeburg A.ö.R.

Prozessmanagement – Managementmethode für die Zukunft?

Im deutschen Gesundheitswesen sind die Kliniken fortlaufend gezwungen alle ihnen zur Verfügung stehenden Potenziale zur Effizienzsteigerung, zum Beispiel innerhalb der Aufbau- und Ablauforganisation, bestmöglich zu nutzen. Neben dem immer stärker werdenden Wettbewerb unter den Kliniken sind auch die Qualitäts- und Zertifizierungsanforderungen an Krankenhäuser stetig gewachsen. Der finanzielle Druck belastet die Krankenhäuser zusätzlich. Viele Krankenhäuser geraten dabei an die Grenzen ihrer Wirtschaftlichkeit und die Mitarbeitenden an ihre Belastungsgrenzen.

Prof. Dr. Michael Greiling, Herausgeber

Im Rahmen der Mitarbeiter- und Patientenorientierung ist durch die Verkürzung der Verweildauer die Arbeitsbelastung in den Krankenhäusern deutlich gestiegen. Der mündige und informierte Patient erwartet eine ganzheitliche Betreuung und eine medizinische Versorgung, die sich am aktuellsten wissenschaftlichen Stand orientiert. Das Krankenhauspersonal erwartet vom Arbeitgeber gute Arbeitsbedingungen und eine angemessene Vergütung.

Veränderungen erfordern Reaktionen

Eine aus ökonomischer Sicht rentable und leistungsorientierte Krankenhausführung lässt sich nicht mehr ausschließlich mit traditionellen betriebswirtschaftlichen Instrumenten der Kosten- und Leistungsrechnung realisieren. Die notwendige Kostenreduzierung mit den herkömmlichen Rationalisierungsmaßnahmen im Personal- und Sachkostenbereich kann langfristig nicht die adäquate Methode sein. Die kritische Auseinandersetzung mit der Aufbau- und Ablauforganisation eines Krankenhauses rückt daher immer stärker in den Mittelpunkt der zukünftigen Betrachtung.

Dabei dient Qualität als Wettbewerbsfaktor der langfristigen Sicherung des Unternehmenserfolges. Das Ziel führt weg von der klassischen Qualitätssicherung hin zu einem ganzheitlichen Managementverständnis.

Die Krankenhausführung muss sich verstärkt mit dem Optimieren von Leistungsprozessen auseinandersetzen und gemeinsam mit allen am Krankenhausbetrieb beteiligten Personen die vorhandenen Strukturen, Abläufe und Ergebnisse ihrer Einrichtung konstruktiv und kritisch hinterfragen.

Einen Lösungsansatz bietet hier das Prozessmanagement. Es ermöglicht eine differenzierte Gestaltung und Lenkung des unternehmerischen Geschehens und führt so zu einer Verbesserung der Leistungserbringung durch effizientere Prozesse.

Um entscheidungsrelevante Daten bereitzustellen, müssen die ablaufenden Prozesse mit den richtigen Instrumenten gezielt analysiert werden. So lassen sich Potenziale zur Leistungssteigerung und Kostensenkung aufdecken. Eine prozessbezogene Kostenrechnung liefert hierbei für die Unternehmenssteuerung wichtige Informationen, zeigt Kostentreiber auf und liefert die Basis für eine zukunftsfähige Planung. Auf diese Weise können Durchlaufzeiten minimiert und die Wirtschaftlichkeit des Unternehmens erhöht werden.

Kundenorientierte Prozessorganisation

Die Optimierung und Steuerung von Prozessen ist jedoch nur unter den Voraussetzungen möglich, dass alle Mitarbeiter von Anfang an aktiv und motiviert am Veränderungsprozess teilnehmen.

Verzögerungen in Prozessen kosten Zeit und Geld und im schlimmsten Falle sogar Patienten. Daher ist es unerlässlich, dass die Geschäftsprozesse bekannt und nachhaltig steuerbar sind. Der Prozessverantwortliche steht somit vor der Aufgabe, zusammen mit den Mitarbeitern effiziente Abläufe zu erarbeiten, die Kosten der Prozesse transparent darzustellen und nachhaltig zu senken sowie die Einhaltung bestimmter Prozessstandards sicherzustellen.

Grundlagen des Prozesscontrolling

Ansatzpunkte und Instrumente

Die Kosten und die Qualität von Leistungen des Gesundheitswesens werden wesentlich durch die Prozesse bestimmt, die in dessen Institutionen ablaufen. Damit stellt das Management dieser Prozesse einen entscheidenden Hebel zur Erfüllung der vielfach erhobenen Forderungen nach Kostendämpfung und Qualitätssicherung im Gesundheitswesen dar. Für das Prozessmanagement wiederum bietet das Prozesscontrolling eine unverzichtbare Hilfestellung: Indem es Informationen über die durch Prozesse verursachten Kosten sowie Prozesszeiten und -qualitäten bereitstellt, kann es maßgebliche Beiträge zur Erzielung eines günstigen Nutzen-Kosten-Verhältnisses leisten. Der vorliegende Beitrag beschreibt mögliche Ansatzpunkte und ausgewählte Instrumente eines Prozesscontrolling im Gesundheitswesen.

Prof. Dr. Uwe Götze

Zur Relevanz des Prozesscontrolling

Die Relevanz des Prozesscontrolling erwächst zum einen aus der hohen Bedeutung, die Prozessen und deren Management für die Wirtschaftlichkeit und den Erfolg von Unternehmen und anderen Institutionen – allgemein ebenso wie speziell im Gesundheitswesen – zukommt: Sowohl die Güte der von diesen Unternehmen und Institutionen erbrachten Leistungen als auch die entstehenden Kosten hängen maßgeblich davon ab, wie die der Leistungserbringung dienenden Prozesse gestaltet und ausgeführt werden. Sehr pointiert wird dies in einem klassischen Zitat bezogen auf die Gemeinkosten in Industrieunternehmen ausgedrückt: „If, as we believe, transactions are responsible for most overhead costs in the hidden factory, then the key to managing overheads is to control the transactions that drive them".[1] Die angesprochenen „transactions" lassen sich als Prozesse interpretieren, der entsprechende Beitrag gilt als ein Auslöser für die Entwicklung der Prozesskostenrechnung. Zwar ist das Zitat für einen anderen Kontext formuliert worden, es dürfte aber nicht nur für Kosten und Industrieunternehmen, sondern auch für die Leistungsgüte sowie andere Unternehmen und Institutionen wie die des Gesundheitswesens gelten.

Zum anderen ergibt sich die Relevanz des Prozesscontrolling aus den Beiträgen, die es zum Prozessmanagement leisten kann. So setzt ein gezieltes Prozessmanagement die Erfassung und Prognose der Prozessqualität, -zeiten und -kosten voraus – getreu dem Motto „If you can´t measure it, you can´t manage it".[2] Die Bereitstellung der entsprechenden Informationen stellt einen (potenziellen) Schwerpunkt des Prozesscontrolling dar; daneben kann dieses die Prozessplanung, -gestaltung, -kontrolle und -koordination übernehmen oder unterstützen, wie nachfolgend ausgeführt wird.

Ansatzpunkte des Prozesscontrolling

Hinsichtlich der Ansatzpunkte des Prozesscontrolling stellen sich vor allem zwei Fragen, die sich auf dessen Wortbestandteile zurückführen lassen: Auf welche Prozesse sollte sich dieses vorrangig beziehen? Und: Welche konkreten (Controlling-)Aufgaben sollte es erfüllen, um Beiträge zum Prozessmanagement zu leisten?

Bezüglich der Prozesse lässt sich feststellen, dass die Anwendbarkeit des Prozesscontrolling nicht auf bestimmte Prozesse in den Institutionen des Gesundheitswesens beschränkt ist. Es sollte aber eine Konzentration auf die Prozesse erfolgen, denen eine besondere Bedeutung für den Erfolg der Institution (beziehungsweise die Qualität und die Kosten ihrer Leistungen) zukommt, bei denen ausgeprägte Gestaltungsmöglichkeiten bestehen (also beispielsweise die Prozessausführung nicht medizinisch determiniert ist) und/oder bei denen beträchtliche Defizite vermutet werden. So ist im Krankenhausbereich die medizinische, pflegerische und therapeutische Patientenversorgung als Kernprozess anzusehen, bestehend aus Aufnahme, Diagnostik, operativer Eingriff, pflegerische Leistungen, Therapie und Entlassung.

Im Hinblick auf die zweite Frage ist zu konstatieren, dass über die Funktionen des Controlling allgemein in Wissenschaft wie Unternehmenspraxis keine Einigkeit besteht: Die Spannweite der dem Controlling zugeschriebenen Aufgaben reicht von der Informationsversorgung über die regelkreisartige Planung und Kontrolle bis hin zur Koordination im Führungssystem. Zusammengeführt werden diese Funktionen in einem integrativen Ansatz, gemäß dem Controlling Rationalitätsdefiziten im Führungssystem durch gezielte, situationsspezifische Informationsbereitstellung und bestimmte Planungs-, Kontroll- sowie Koordinationsleistungen entgegenwirken sollte.[3] Bezogen auf das Prozesscontrolling ist herausgearbeitet worden, dass zumindest in der Literatur die Aufgaben der Informationsversorgung und der regelkreisartigen Planung und Kontrolle dominieren.[4] Daher erfolgt auch hier eine Konzentration auf diese – oft einander ergänzend wahrgenommenen – Aufgaben.

Bei einem informationsorientierten Prozesscontrolling bestehen die Aufgaben in der gezielten Informationsversorgung zur Vorbereitung prozessbezogener Entscheidungen. Hierzu sollen vergangenheits- und/oder zukunftsbezogene Informationen bereitgestellt werden, mit deren Hilfe sich die folgenden Fragen beantworten lassen:

- Welche Prozessziele werden verfolgt?
- Welche Prozesse werden in welcher Weise ausgeführt und wie werden dadurch die Prozessziele erfüllt? Wo bestehen Defizite?
- Welche alternativen Möglichkeiten der Gestaltung von Prozessen und ihrer Durchführung existieren?

- Wie wirken sich diese Handlungsmöglichkeiten auf die Erfüllung der Prozessziele aus?
- Welche Einflussgrößen beeinflussen die Zielerreichung in welcher Form?

Dazu lässt sich ein vielfältiges Instrumentarium nutzen, das Prozessmodelle, Prozesskennzahlen, die Prozesskostenrechnung und das Prozessbenchmarking umfasst.

Für den Krankenhausbereich bedeutet dies, dass ein Prozesscontrolling die erforderlichen vergangenheits- und zukunftsbezogenen Informationen liefert, um den Ablauf der Behandlungsprozesse steuern zu können. Solche Informationen können beispielsweise sein: Zeitpunkte von Auftragseingabe bis Befundung oder Aufnahme bis OP-Diagnose.

Ein planungs- und kontrollorientiertes Prozesscontrolling gestaltet die (ausführenden) Prozesse zielgerichtet mittels Planungs- und Kontrollaktivitäten, die unter Einbeziehung von Vor- und Rückkopplungsinformationen regelkreisartig aufgebaut sind. Eine Form der Vorkopplung erfolgt über das Setzen von Prozesszielen (zum Beispiel Budgetvorgaben). Zu deren Erreichung werden anschließend – von Prognosen über erwartete Rahmenbedingungen ausgehend – Prozessstrukturen und -abläufe gestaltet. Sowohl während des Prozessablaufs als auch an dessen Ende, beim Prozessoutput, werden dann Vergleichswerte erhoben und den Planwerten gegenübergestellt. Damit sollen Abweichungen von der realisierten oder geplanten Zielerreichung identifiziert und analysiert sowie darauf basierend möglichst frühzeitig geeignete Anpassungsmaßnahmen ergriffen oder Zielrevisionen veranlasst werden können. An dieser Stelle sei auf die enge inhaltliche Verbindung verwiesen, die zwischen dem Prozesscontrolling und dem Konzept der Clinical Pathways besteht. So wird zum einen mit der in diesem Konzept vollzogenen prozessorientierten Beschreibung von Behandlungspfaden eine wesentliche Voraussetzung für den Einsatz einiger Methoden des Prozesscontrolling geschaffen, zum anderen zielen sowohl das Konzept der Clinical Pathways als auch das Prozesscontrolling auf eine Verbesserung der Prozessgüte ab.

Für ein planungs- und kontrollorientiertes Prozesscontrolling sind die angesprochenen Instrumente eines informationsorientierten Prozesscontrolling ebenfalls nutzbar, eine Ergänzung bieten unter anderem Ansätze zur prozessorientierten Budgetierung, Modelle zur Prozesssimulation und Abweichungsanalysen. Besonders hohe Bedeutung dürfte Prozesskennzahlen sowie der Prozesskostenrechnung zukommen, so dass auf diese Instrumente im Folgenden eingegangen wird.

Prozessbezogene Kennzahlen

Kennzahlen sind ein klassisches Controllinginstrument. Als aggregierte Informationen über Sachverhalte lassen sie sich in vielfältiger Form zur Zielbildung, Analyse von Problemursachen, Beurteilung der Wichtigkeit von Faktoren, Bewertung von Handlungsalternativen, Kontrolle etc. nutzen – allgemein wie auch im Rahmen des Prozesscontrolling im Gesundheitswesen. So tragen gerade Kennzahlen in besonderem Maße dazu bei, die Fragen zu beantworten, die im vorherigen Abschnitt bezogen auf das informationsorientierte Prozesscontrolling aufgeführt worden sind. Ein Vergleich zwischen verschiedenen Einrichtungen und ihren Prozessen (Benchmarking) ist ohne Kennzahlen kaum vorstellbar.

Kennzahlen können auf verschiedene typische prozessbezogene Zielgrößen wie die Qualität, Zeiten, die Kunden- beziehungsweise Patientenzufriedenheit und Kosten ausgerichtet werden und sich entweder auf Prozesse insgesamt oder primär auf den Prozessoutput, -ablauf und -input beziehen. Dies zeigt Tabelle 1, in der beispielhaft verschiedene prozessbezogene Kennzahlen für die sich ergebenden Kategorien aufgeführt sind.

Die meisten Kennzahlen erscheinen selbsterklärend. Daher sei hier nur auf die Prozesswirtschaftlichkeit eingegangen. Diese ist analog zur Wirtschaftlichkeit allgemein als Verhältnis einer Prozessnutzen- oder -ertragsgröße zu einer Prozesskosten- oder -aufwandsgröße definiert. Die Betrachtung einer solchen oder ähnlichen Kennzahl mit Einbeziehung beider Aspekte ist immer dann aufschlussreich, wenn neben der Art der Prozessleistungserbringung auch die Güte dieser Leistung disponibel und relevant ist. Allerdings ist die Abbildung und Erfassung der beiden Komponenten der Wirtschaftlichkeit nicht unproblematisch. Dies dürfte insbesondere für die Prozesserträge beziehungsweise -nutzen gelten, während für die Bestimmung der Prozesskosten mit der nachfolgend erörterten Prozesskostenrechnung ein zumindest in der Kostenrechnungstheorie etabliertes Verfahren existiert.

Die aufgeführten und andere Kennzahlen können grundsätzlich für sämtliche Arten von Prozessen und Teilprozessen gebildet, erfasst und ausgewertet werden, wobei ihre Anzahl sowie die Genauigkeit und Häufigkeit ihrer Erfassung selbst wieder unter das Wirtschaftlichkeitspostulat zu stellen sind. Der mit den entsprechenden Informationen gewonnene Nutzen sollte die entstehenden Kosten übertreffen. Insgesamt ist ein be-

	Qualität	Zeit	Patientenzufriedenheit	Kosten	Sonstige
Output	Medizinisches Ergebnis, Anzahl Rückfälle/ Wiederaufnahmen, Infektionsrate	Verweildauer und ihre Streuung, Dauer administrativer Vorgänge	Patientenzufriedenheitsindex, Anzahl Beschwerden	Prozesskosten Prozesskostensätze	Prozessmengen/ -häufigkeiten, Anzahl Patienten, Prozesswirtschaftlichkeit
Ablauf	Fehleranzahl und Verbesserungsrate (bei Teilprozessen)	Dauer von Teilprozessen	Patientenzufriedenheitsindex, Anzahl Beschwerden (bei Teilprozessen)	Prozesskosten Prozesskostensätze (von Teilprozessen)	Anzahl Prozessschritte, Anzahl beteiligter Abteilungen
Input	Anzahl der Fehler bei Inputgütern (Medikamente, Geräte)	Wartezeiten bis zur Behandlung, Auslastungsgrade (OP-Saal etc.)	Patientenzufriedenheit mit dem Prozessbeginn (Aufnahme o. ä.)	Kosten von Inputgütern	Anzahl Lieferanten

Tab. 1: Prozessbezogene Kennzahlen

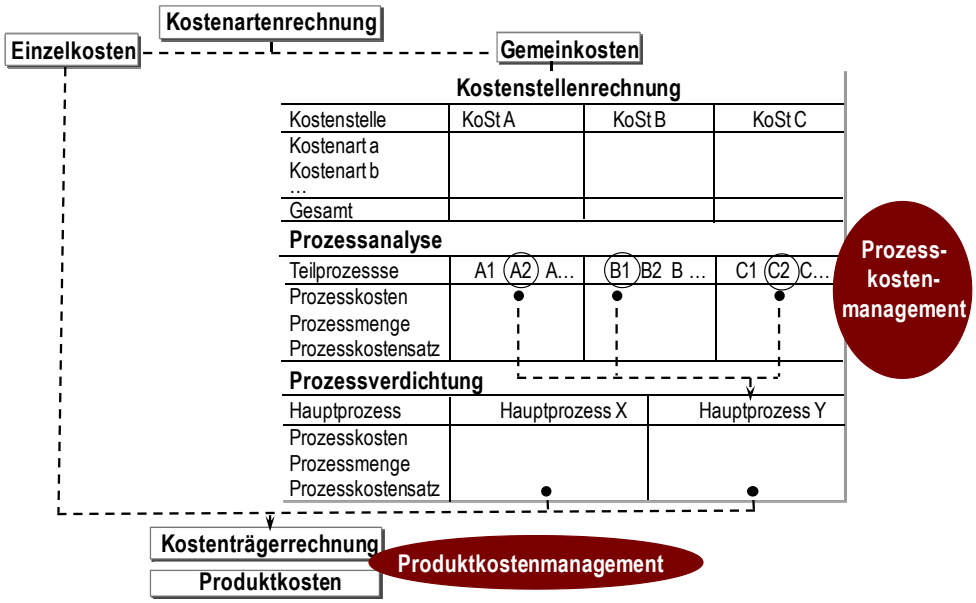


Abb. 1: Ablauf und Einordnung einer Prozesskostenrechnung[5]

wusster Umgang mit den Kennzahlen zu empfehlen, der auch die Beachtung von Aspekten wie der Akzeptanz der Kennzahlen oder unerwünschten Konsequenzen ihrer Übermittlung (zum Beispiel einer zu starken Konzentration auf ein Ziel) umfasst.

Eine Erhöhung der Aussagekraft ist erreichbar, indem diese zu Kennzahlensystemen zusammengefasst werden. Als Rahmen für die Bildung umfassender Kennzahlensysteme hat in den letzten Jahren der Balanced Scorecard-Ansatz eine hohe Popularität erlangt. Für ihn ist charakteristisch, dass die Leistungen einer Institution oder ihrer Bereiche aus verschiedenen Perspektiven betrachtet werden, typischerweise der der Finanzen, Kunden, Prozesse und Ressourcen/Mitarbeiter. Für das Prozesscontrolling lässt sich dieser Ansatz grundsätzlich in unterschiedlicher Form nutzen: Zum einen, indem für Schlüsselprozesse eine eigenständige Balanced Scorecard (zum Beispiel mit den Perspektiven Input, Ablauf, Output, Kosten) formuliert wird, zum anderen, indem eine Informationen aus dem Prozesscontrolling enthaltende Prozessperspektive angemessen in einer institutions- oder bereichsspezifischen Scorecard erfasst wird.

Prozesskostenrechnung

Die Prozesskostenrechnung dient der Ermittlung der Kosten und Kostensätze (durchschnittliche Kosten je Ausführung) für die in Unternehmen und anderen Institutionen ablaufenden Prozesse. Sie stellt eine Erweiterung der auf Kostenarten, -stellen und -träger fokussierten traditionellen Kostenrechnung dar, mit der bezweckt wird, die Wirtschaftlichkeit in den Gemeinkostenbereichen zu erhöhen (Prozesskostenmanagement) und Gemeinkosten genauer den Produkten und Leistungen zuzurechnen (Produktkostenmanagement). Den grundlegenden Ablauf einer Prozesskostenrechnung zeigt Abbildung 2 mit einer typischen Differenzierung zwischen Teilprozessen sowie höher aggregierten Hauptprozessen.

Gerade in Dienstleistungsunternehmen wird ein hohes Potenzial der Prozesskostenrechnung gesehen; dieses dürfte auch für Einrichtungen des Gesundheitswesens zutreffen. Die Anwendung der Prozesskostenrechnung bedingt eine Prozessanalyse, die zu einem aussagekräftigen Bild der Prozessstrukturen und -abläufe führen sollte. Des Weiteren werden Kosteneinflussgrößen identifiziert sowie Prozessmengen, Prozesskosten und Prozesskostensätze geplant und kontrolliert. Davon sind Impulse zur Verbesserung der Prozesswirtschaftlichkeit (insbesondere durch Aufdecken von Unwirtschaftlichkeiten und Senken der Prozesskosten) zu erwarten.

Vor allem die Prozesskostensätze können außerdem in Ergebnisrechnungen eingehen, mit denen die Wirtschaftlichkeit der von den Einrichtungen des Gesundheitswesens erbrachten Leistungen beurteilt wird. So ließe sich auf Basis einer Ermittlung der für bestimmte Fallgruppen typischerweise erforderlichen Prozesse eine aussagekräftige Berechnung der (durchschnittlichen) Kosten dieser Fallgruppen durchführen, die der Vergütung gegenübergestellt werden kann.

Prozesscontrolling mit Potenzial

Abschließend sei zunächst noch einmal das hohe Potenzial des Prozesscontrolling zur Verbesserung der Leistungserbringung und zur Steigerung des wirtschaftlichen Erfolgs von Institutionen des Gesundheitswesens betont. Das Prozesscontrolling kann durch Informationsversorgung, Planung und Kontrolle sowie Koordination das Prozessmanagement unterstützen und dabei eine Reihe von Instrumenten wie prozessbezogene Kennzahlen und die Prozesskostenrechnung nutzen.

Zu beachten ist aber, dass es nicht „das" Prozesscontrolling gibt, sondern dessen konkrete Ausgestaltung spezifisch auf die jeweilige Institution und deren Besonderheiten zugeschnitten werden muss. Ein „gutes" Prozesscontrolling zu etablieren, ist durchaus eine Herausforderung. Und auch für die Wissenschaft bestehen weitere Herausforderungen, unter anderem hinsichtlich der Weiterentwicklung von Instrumenten für die Erfassung des Prozessnutzens, der Konzeption eines prozessbezogenen Target Costing oder der Einbeziehung der an Prozesse geknüpften Kompetenzen in das Controlling.

Literatur

1. Miller, J.G.; Vollmann, T.E. (1985): The hidden factory. In: Harvard Business Review, Vol. 63, H. 5, S. 142-150.
2. Kaplan, R.S.; Norton, D.P. (1996): The Balanced Scorecard: Translating Strategy into Action. Boston: Harvard Business School Press, S. 21.
3. Weber, J.; Schäffer, U. (2006): Einführung in das Controlling. Stuttgart: Schäffer-Poeschel, S. 31 ff.
4. Götze, U. (2007): Prozesscontrolling. In: ZP, Bd. 18, H. 3, S. 323-332.
5. Schmidt, A. (2005): Kostenrechnung. 4. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer, S. 225.

Kontakt

Prof. Dr. Uwe Götze
Technische Universität Chemnitz
Professur für Unternehmensrechnung und Controlling
Tel.: 0371/531-26160
E-Mail: u.goetze@wirtschaft.tu-chemnitz.de
www.tu-chemnitz.de

Erfolgsfaktoren einer Integrierten Versorgung

Der Begriff der Erfolgsfaktoren hat seinen Ursprung im strategischen Management. Nach Bea/Haas handelt es sich bei strategischen Erfolgsfaktoren um „... erfolgsrelevante Stärken und Schwächen einer Unternehmung." [1] Wird der Begriff der Erfolgsfaktoren auf das Gesundheitswesen angewandt, in dem das Modell der Integrierten Versorgung die Unternehmung repräsentiert, so verfügt die Integrierte Versorgung über erfolgsrelevante Stärken, wenn sie die folgenden Anforderungen erfüllt: Sie muss sich konsequent an den Patientenwünschen orientieren, damit die Versorgungsqualität gesteigert werden kann, und einen Innovationsvorsprung gegenüber der Regelversorgung aufweisen, der zu einer wirtschaftlicheren Versorgung führt.

Prof. Dr. Michael Greiling

In dem zukünftigen Leistungserstellungsprozess der Integrierten Versorgung wird das gesamte Dienstleistungsspektrum durch ein Netzwerk von niedergelassenen Hausärzten, Fachärzten, Kliniken, Pflegekräften und weiteren Gesundheitsfachberufen erbracht. Der Patient steht dabei stets im Mittelpunkt.

Daraus ergibt sich der Bedarf einer optimalen Kooperation zwischen den einzelnen Leistungserbringern, und einer optimalen Koordination der Behandlung entlang des Versorgungskontinuums. Als Voraussetzung für diese beiden Faktoren kann ein dritter Faktor identifiziert werden, die Kommunikation. Ohne eine reibungslose, schnelle und fehlerfreie Kommunikation sind eine Kooperation und eine Koordination nicht zu optimieren. In diesem Zusammenhang bekommt die Informations- und Kommunikationstechnologie eine zentrale Bedeutung.[2] Sie schafft den Innovationsvorsprung gegenüber der Regelversorgung. Die Beispiele zur populationsorientierten Integrierten Versorgung zeigen, dass die Integrierte Versorgung in Deutschland, mit Ausnahme einiger Teilaspekte, von einer flächendeckenden Umsetzung noch weit entfernt ist. Während Kooperationsstrukturen, in Form von Ärztenetzen unter vertraglicher Einbindung von Krankenhäusern und Krankenkassen, weitestgehend etabliert sind, ist auch die Koordination über ein zentrales Management bei allen Versorgungsmodellen gegeben, wenn auch die Kompetenzen unterschiedlich stark ausgeprägt sind. In einigen Modellen kann auf das Know-how der Krankenkasse, der Kassenärztlichen Vereinigung oder eines größeren Unternehmens zurückgegriffen werden. Es gibt jedoch auch Modelle, welche die Managementkompetenzen komplett neu entwickeln müssen. Erheblichen Entwicklungsbedarf gibt es allerdings bei der informations- und kommunikationstechnologischen Infrastruktur. Dies wird durch einen Vergleich mit den USA deutlich. Während in den USA bereits IT-Unternehmen, wie das Montefiore Emerging Health, ihre Dienstleistungen zur Speicherung und Verarbeitung von Gesundheitsdaten anderen Gesundheitsnetzen bereitstellen, steckt Deutschland noch in der Planungs- und Testphase einzelner Anwendungen.

Der Erfolg einer sektorenübergreifenden und interdisziplinären Gesundheitsversorgung hängt somit entscheidend von drei Faktoren ab. Der Kooperation von Leistungserbringern und Leistungsfinanzierern untereinander, der Koordination der Leistungen in der Versorgungskette sowie der Kommunikation, welche als notwendige Voraussetzung für eine funktionierende Kooperation und Koordination angesehen werden kann. Welche Bedeutung diese Erfolgsfaktoren für die Integrierte Versorgung haben können soll im Folgenden dargestellt werden.

Kooperation

Die strukturelle Integration beschreibt die Kooperation von Leistungserbringern untereinander, aber auch mit Leistungsfinanzierern. Die Kooperation ist dabei die Strategie, welche die unterschiedlichen an der Patientenversorgung beteiligten Leistungsanbieter verbindet und so eine neue Struktur schafft, in der die Behandlung nicht an der Sektorengrenze aufhört, sondern kontrolliert übergeleitet wird.

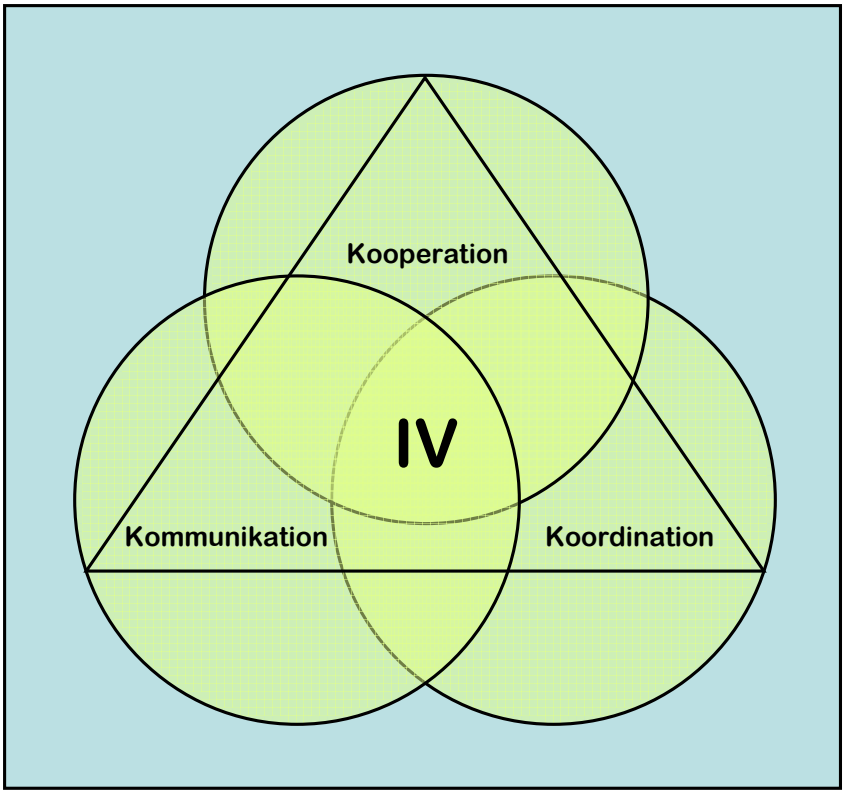


Abb. 1: Erfolgsfaktoren der Integrierten Versorgung

Auf der Seite der Leistungserbringer kann zwischen vertikaler und horizontaler Integration unterschieden werden. Bei der horizontalen Integration kooperieren Leistungserbringer, die auf der gleichen Leistungsstufe stehen beziehungsweise im gleichen Sektor aktiv sind und die gleiche medizinische oder pflegerische Dienstleistung erbringen.[3] Beispiele hierfür sind die verschiedenen Ärztenetze oder Krankenhausketten. Ziele einer horizontalen Integration sind Rationalisierungseffekte, beispielsweise durch die Zusammenlegung von Verwaltungsaufgaben, aber auch das Schaffen zusätzlicher Leistungsangebote um Skaleneffekte zu realisieren.[4] Darüber hinaus ist besonders bei Praxisnetzen die Erhöhung der Verhandlungsmacht gegenüber anderen Vertragspartnern von zentraler Bedeutung. Eine horizontale Integration schafft jedoch keinen kontinuierlichen Patientenfluss, weil der Patient an einem bestimmten Punkt der Behandlung in einen anderen Sektor übergeleitet werden muss. Daher kann die horizontale Integration auch nur als ein Teil der Integrierten Versorgung angesehen werden.

Ein notwendiger Bestandteil der Integrierten Versorgung ist hingegen die vertikale Integration. Sie ist definiert als „... die Einbeziehung von vor- und nachgelagerten Produkten oder Dienstleistungen der Geschäftstätigkeit mit dem Ziel, die Wertschöpfungskette zu komplettieren ...".[5] In der vertikalen Integration kooperieren Leistungserbringer über die Versorgungsstufen beziehungsweise über die Sektorengrenzen hinweg, so dass eine Versorgungskette mit einem kontinuierlichen Patientenfluss entsteht. Eine Kooperation von niedergelassenen Hausärzten und Fachärzten mit Krankenhäusern und nachgeordneter Rehabilitation wäre beispielsweise eine vertikale Kooperationsform.[3] Eine Voraussetzung für die Gestaltung und Transparenz der abgestimmten Versorgung sind gemeinsam erarbeitete Behandlungspfade.[6] Für gewöhnlich übernehmen vertikal integrierte Systeme neben der medizinischen Verantwortung auch einen Teil der finanziellen Verantwortung. Daher ist der Fokus von vertikal integrierten Systemen noch stärker auf Prävention und Primärarztversorgung ausgerichtet als es bei horizontal integrierten der Fall ist.[5] Erst beim Zusammenwirken von vertikalen und horizontalen Kooperationsformen lässt sich auch von einer Integrierten Versorgung sprechen. Werden die Leistungsfinanzierer oder auch die Versicherten selbst miteinbezogen, gelangt man zu weitaus komplexeren Organisationsstrukturen. Die Rede ist hier von unterschiedlichen Managed Care Konzepten.

Koordination

In Industrieunternehmen vollzieht sich ab einer gewissen Organisationsgröße der Wandel vom funktionellen Organisationsprinzip, in dem die Organisation in einzelne Funktionsbereiche oder Abteilungen gegliedert ist, hin zu einem divisionalen Organisationsprinzip, bei dem beispielsweise das Produkt im Mittelpunkt steht. Die Funktionsbereiche werden hierbei zusammengeführt. Auch in der Integrierten Versorgung stehen nicht mehr die einzelnen Leistungsbereiche unterschiedlicher Sektoren im Fokus, sondern der Patient oder vielmehr die Patientenkarriere. Daher ist die Koordination in der sektorenübergreifenden Patientenbehandlung die Strategie, welche die einzelnen Leistungsbereiche zusammenführt. Im Einzelnen ist eine Koordination für die Interaktion mit dem Patienten, die Kooperation der Leistungsbereiche und für den Austausch von medizinisch-pflegerischem Expertenwissen erforderlich. Zur Verbesserung der Interaktion mit dem Patienten sollen neue Informations- und Kommunikationstechnologien zum Einsatz kommen. Die Rede ist hier von geeigneten Technologien aus dem Bereich e-Health, beispielsweise die elektronische Gesundheitskarte, die elektronische Patientenakte und Workflow-Management-Systeme zur Steuerung der integrierten Behandlungspfade. Der Patient soll in seiner Kommunikation mit den Leistungserbringern einen festen Ansprechpartner haben, der die Leistungen der übrigen Leistungserbringer koordiniert. Diese Schnittstelle zwischen Patient und Versorgungssystem soll von einem Gatekeeper besetzt werden. Dieser „Gesundheitslotse", sei es Hausarzt oder Case Manager, koordiniert die gesamte Patientenbehandlung. In der Integrierten Versorgung ist die übereinstimmende Zusammenarbeit von Ärzten, Pflegern und anderen Heilberufen unter dem Einsatz ihrer unterschiedlichen beruflichen Fertigkeiten (Kernkompetenzen) entlang der Patientenkarriere von besonderer Wichtigkeit. Daher bedarf es der Abstimmung zwischen den Leistungserbringern. Die Koordination der gemeinsamen medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Tätigkeiten erfolgt dabei über allgemeine Vorgehenspläne, zum Beispiel Leitlinien, Standards und klinische Pfade anhand von Kriterien der evidenzbasierten Medizin. Unter Berücksichtigung dieser Vorgehensstandards sowie über eine Erfassung aller erforderlichen Tätigkeiten innerhalb der Patientenversorgung kann ein sektorübergreifendes Prozessmanagement durchgeführt werden, mit dem Ziel eines

reibungslosen Behandlungsablaufs bei gleichzeitig geringstmöglichem Ressourceneinsatz.

Durch ein funktionierendes Prozessmanagement werden die Unternehmensprozesse ganzheitlich gesteuert. So können die Leistungsmerkmale Qualität, Zeit und Kosten gleichermaßen berücksichtigt werden. Das Ergebnis ist ein Wettbewerbsvorteil durch eine bessere Beherrschbarkeit der komplexen Wirkungszusammenhänge und eine gelebte Kundenorientierung.[7]

Die Koordination für die Rahmenbedingungen erfolgt hingegen über die Verträge. Hier wird zum Beispiel die Art der Vergütung, das verwendete Qualitätsmanagement oder Fragen zum Leistungsmanagement vereinbart. Die Dokumentation und Auswertung von Informationen über den Patienten sowie von Daten über die Leistungsqualität und Kosten der Versorgungsprozesse führt zu einer Konzentration von Expertenwissen. Dieses Wissen muss theoretisch für alle berechtigten Netzwerkteilnehmer verfügbar sein. Praktisch sollte aber bei der Bereitstellung dieser Informationen über die Vergabe von Berechtigungen koordiniert werden, welcher Netzwerkteilnehmer auf welche Informationen zugreifen darf.

Kommunikation

Informationen, medizinisch und nichtmedizinisch, sind in der herkömmlichen Versorgung auf viele räumlich getrennte Institutionen und Personen verteilt.

Die informationelle Integration strebt die Zusammenführung dieser Informationen an, die Strategie dafür ist die Kommunikation. Der Begriff der Kommunikation ist dabei noch zu eng gefasst, denn eine Informationsweiterleitung allein erfüllt nicht die Anforderungen einer Integration. Die Informationen müssen auch gespeichert und verarbeitet werden, nur dann ist eine Zusammenführung möglich. Der Informations- und Kommunikationstechnologie (IKT) kommt somit eine zentrale Bedeutung zu, denn eine Speicherung, Verarbeitung und Weiterleitung der riesigen Datenmengen in der medizinischen Versorgung ist nur durch den Einsatz moderner Technologien möglich. Die Informations- und Kommunikationstechnologie wird somit zur Voraussetzung für die Koordination der im höchsten Maße arbeitsteiligen Prozesse, weil sie eine reibungslose Verständigung zwischen den Leistungserbringern ermöglicht. Sie erlaubt den Austausch der im Versorgungskontinuum erfassten Informationen (Patientendaten, Diagnosen, Medikation, Befunddaten, etc.) zwischen den berechtigten Leistungserbringern und den Zugriff auf die gemeinsamen Datenbestände zu jeder Zeit und an jedem Ort. Dadurch wird die Geschwindigkeit und Effizienz der Leistungsprozesse in den unterschiedlichen Kooperationsformen deutlich verbessert. Entscheidend verantwortlich für den Erfolg von Kooperation und Koordination in der Integrierten Versorgung sind daher die Informations- und Kommunikationstechnologien. Ein Informationssystem mit Dokumentations- und Kommunikationsbasis ist sozusagen das Rückgrat eines vertikal integrierten Systems, ideal als Workflow-Managementsystem ausgestaltet.[2, 5]

Literatur

1. Bea, F. X.; Haas, J. (2005): Strategisches Management. Stuttgart: Lucius & Lucius Verlagsgesellschaft mbH.
2. Wagner, K.; Lenz, I. (2007): Erfolgreiche Wege in die Integrierte Versorgung, 1. Aufl., Stuttgart: Kohlhammer.
3. Mühlbacher, A. (2002): Integrierte Versorgung: Management und Organisation. Bern: Verlag Hans Huber.
4. Hellmann, W. (2001): Management von Gesundheitsnetzen. Stuttgart u.a.: Kohlhammer.
5. Amelung V. E. et al. (2008): Integrierte Versorgung und Medizinische Versorgungszentren. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
6. Greiling, M. et al. (2005): Softwaregestützte Erstellung Klinischer Pfade mit integrierter Prozesskostenrechnung. Kulmbach: Baumann Fachverlage.
7. Gaitanides, M. et al. (1994): Die Synthese von Prozessmanagement und Kundenmanagement. In: Gaitanides, M. et al.: Prozessmanagement. Konzepte, Umsetzungen und Erfahrungen des Reengineering. München: Hanser Verlag.

Kontakt

Prof. Dr. rer. oec. Dipl.-Soz.-Päd. Michael Greiling
Institut für Workflow-Management im Gesundheitswesen (IWiG), Münster
Geschäftsführer
Tel.: 0251/93254-0
E-Mail: michael.greiling@iwig-institut.de
www.iwig-institut.de

Klinische Behandlungspfade und Mitarbeitergesundheit

Bedeutung und Vorgehen

Die nachfolgenden Ausführungen gehen der Frage nach, welchen Beitrag klinische Behandlungspfade zum Gesundheitsmanagement im Krankenhaus leisten können. Hierbei wird die These vertreten, dass nur durch eine Zusammenführung des Leistungserbringungsprozesses und des Prozesses zur Gesundheitsförderung eine optimale Reduzierung der Gesundheitsrisiken erreicht werden kann.

Philipp Schwegel

Dr. Jochen Baierlein

Patrick Da-Cruz

Steigende Bedeutung von Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung im Krankenhaus

Unternehmen sind per Gesetz verpflichtet, betriebliche Gesundheitsförderung zu betreiben.[1] Nach § 21 SGB VII trägt der Arbeitgeber die Verantwortung, in Zusammenarbeit mit der Unfall- und Krankenversicherung Maßnahmen zur Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Gesundheitsgefahren gemäß § 14 SGB VII durchzuführen.[2] Dieser Auftrag sowie die Regelungen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes schaffen jedoch nur Grundvoraussetzungen und lassen viele Potenziale der Prävention außen vor. Eine Integration umfangreicher Aktivitäten der Gesundheitsförderung in die Unternehmensstrategie im Rahmen eines ganzheitlichen betrieblichen Gesundheitsmanagements kann nach Auffassung der Autoren zu einer Multiplikation der positiven Effekte führen.

Das Krankenhaus als komplexes Dienstleistungsunternehmen[3], das sowohl große personelle als auch technische Ressourcen vereint, stellt nicht nur einen Ort der Patientengesundheit, sondern auch der Mitarbeitergesundheit dar. Dieser Umstand findet in der Krankenhausbetriebswirtschaft nur geringe Beachtung. Andere Branchen, insbesondere die Automobilindustrie, sind hier schon deutlich weiter. Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung werden durch eigene organisatorische Einheiten und insbesondere zur Sicherstellung eines funktionierenden Produktionsbetriebes umgesetzt. Daneben dient das Gesundheitsmanagement auch als Instrument zur Steigerung der Arbeitgeberattraktivität.[4]

Führt man sich an dieser Stelle den Dienstleistungserstellungsprozess im Krankenhaus vor Augen, der von der Aufnahme über die Diagnostik, Therapie und Pflege bis zur Entlassung verläuft,[5] so ist dieser mindestens so vielschichtig wie der Produktionsprozess der Industrie. Auch unterliegen Krankenhausmitarbeiter ähnlichen, wenn nicht sogar noch höheren Gesundheitsrisiken wie ihre industriellen Kollegen. Dies zeigt sich unter anderem bei der Zunahme von arbeitsbedingten Stressoren durch Arbeitsverdichtung insbesondere für Ärzte und Pflegepersonal. Die nachfolgende Tabelle zeigt ausgewählte Gesundheitsrisiken und deren Ausmaß für den Gesundheits-, beziehungsweise Krankenhausbereich.

Weitere Herausforderungen liegen in der demographischen Veränderung der Belegschaft wie auch in der krankenhaustypisch hohen Zahl weiblicher Beschäftigter.[9] Dass noch immer Verbesserungspotenzial bei der Gesundheitsförderung besteht, wird an Krankenquote und -dauer deutlich. Bei Pflegekräften, die im Jahr 2003 bei der DAK versichert waren, lag sowohl die Krankenquote (3,9% im Vergleich zum Durchschnitt von 3,5% aller DAK-Versicherten) als auch die Erkrankungsdauer (12,5 Tage im Vergleich zum Durchschnitt von 11,5 Tagen aller DAK-Versicherten) über dem Durchschnitt.[10]

1 Vgl. §21 Absatz 1 SGB VII „Der Unternehmer ist für die Durchführung der Maßnahmen zur Verhütung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten, für die Verhütung von arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren sowie für eine wirksame Erste Hilfe verantwortlich."

2 Vgl. §14 Absatz 1 und 2 SGB VII, Absatz 1: „Die Unfallversicherungsträger haben mit allen geeigneten Mitteln für die Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren und für eine wirksame Erste Hilfe zu sorgen. Sie sollen dabei auch den Ursachen von arbeitsbedingten Gefahren für Leben und Gesundheit nachgehen." Absatz 2: „Bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren arbeiten die Unfallversicherungsträger mit den Krankenkassen zusammen."

3 Wiedemann definiert Krankenhausleistungen als Dienstleistungsgut.

Ausgewählte Gesundheitsrisiken	Volumen (zzgl. „Dunkelziffer“)
Nadelstichverletzung / Infektion (Infektionsrisiko bei infektionsträchtigem Blutkontakt: HBV 30%, HCV 3%, HIV 0,3%)	Schätzung: 500.000 p. a.: Kosten jeweils mindestens 487 Euro, von denen das Krankenhaus mindestens 148 Euro trägt
Sturz- (z. B. durch Ausrutschen, Umknicken) und Stolperunfälle	50% der 960.000 (2007) meldepflichtigen Berufsunfälle in allen Branchen; keine spezifischen Daten für das Gesundheitswesen verfügbar
Hauterkrankungen, z. B. durch allergische Reaktionen bzw. Reizung i. V. m. Handschuhen und Desinfektionsmittel	23.000 bestätigte Berufskrankheiten, davon 40% Hauterkrankungen, davon wiederum 50% bei Beschäftigten im Gesundheitswesen

Tab. 1: Besondere Risiken im Klinikalltag [6,7,8]

Welche Rolle können Behandlungspfade bei der Reduzierung von Gesundheitsrisiken spielen?

Die Minimierung dieser Risiken kann im Rahmen der Aufbau- und Ablauforganisation erfolgen. Dieser Beitrag setzt seinen Schwerpunkt auf die Ablauforganisation, da hierbei die Prozessperspektive mit ihrem Instrumentarium des Behandlungspfades von besonderer Bedeutung ist. Dass Veränderungen der Ablauforganisation schlussendlich mit Anpassungen der Aufbauorganisation einhergehen, wird unterstellt. Aus dieser Perspektive heraus lassen sich zwei Prozessstränge ableiten. Zum einen der Prozess der Leistungserbringung und zum anderen der Prozess des betrieblichen Gesundheitsmanagements. Der erstgenannte folgt dem Patientenverlauf von der Aufnahme bis zur Entlassung und trägt maßgeblich zur Wertschöpfung im Krankenhaus bei. In Abgrenzung hierzu ist der zweite dadurch gekennzeichnet, dass er neben den relevanten Maßnahmen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes (Prävention) auch explizit Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung der Mitarbeiter abbildet.[11]

- Die Arbeits- und Gesundheitsschutzmaßnahmen (Prävention) umfassen das Vermeiden von Gefährdungen, das Verhüten von Krankheiten sowie den Abbau von Belastungen. Schambortski nennt als Beispiele den Einsatz von höhenverstellbaren Betten, die Beachtung von Hautschutzplänen, die Durchführung von Brandschutzmaßnahmen oder die Vermeidung von Arbeitsverdichtung und Arbeitsspitzen. Diese Maßnahmen sind teilweise vom Gesetzgeber vorgeschrieben und werden von entsprechenden Verantwortlichkeiten (intern oder extern) erbracht.
- Die Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung sind deutlich differenzierter, da hierbei das Ziel verfolgt wird, gesunderhaltende Ressourcen aufzubauen und zu stärken. Das Maßnahmenspektrum reicht von der Einführung neuer Schichtmodelle über die Anwendung von Entspannungstechniken bis hin zu präventiven Rückenschulungen.[11]

Die Autoren vertreten deshalb die Hypothese, dass nur durch eine Zusammenführung der beiden Prozessstränge (Leistungserbringung und Gesundheitsförderungsprozess) eine optimale Reduzierung der Gesundheitsrisiken erreicht wird. In den alltäglichen Arbeitsabläufen verankert, lassen sich langfristige Effekte hinsichtlich der Reduzierung von Fehlzeiten, der Verbesserung der Mitarbeiterzufriedenheit sowie der Steigerung der Versorgungsqualität erzielen. Ferner vertreten die Autoren die These, dass klinische Behandlungspfade hierfür einen geeigneten instrumentalen Rahmen bereitstellen können.[12] Die nachfolgende Abbildung stellt den Zusammenhang schematisch dar.

Hieraus leitet sich die Frage ab, welche Rolle klinische Behandlungspfade bei der Steuerung von Prozessen zur Leistungserbringung nach gesundheitsmanagementorientierten Kriterien einnehmen können. Zum besseren Verständnis sei ausgeführt, dass Behandlungspfade im Allgemeinen ihren Schwerpunkt auf die Strukturierung des Behandlungsverlaufes legen. Damit einher geht die Festlegung, welche diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Maßnahmen von welcher Berufsgruppe, zu welchem Zeitpunkt, in welcher Art und in welchem Umfang zu erbringen sind. Im Kontext des betrieblichen Gesundheitsmanagements muss diese Perspektive erweitert werden. Im Mittelpunkt steht nun die Frage nach dem „Wie“ der Leistungserbringung, da die im Behandlungspfad festge-

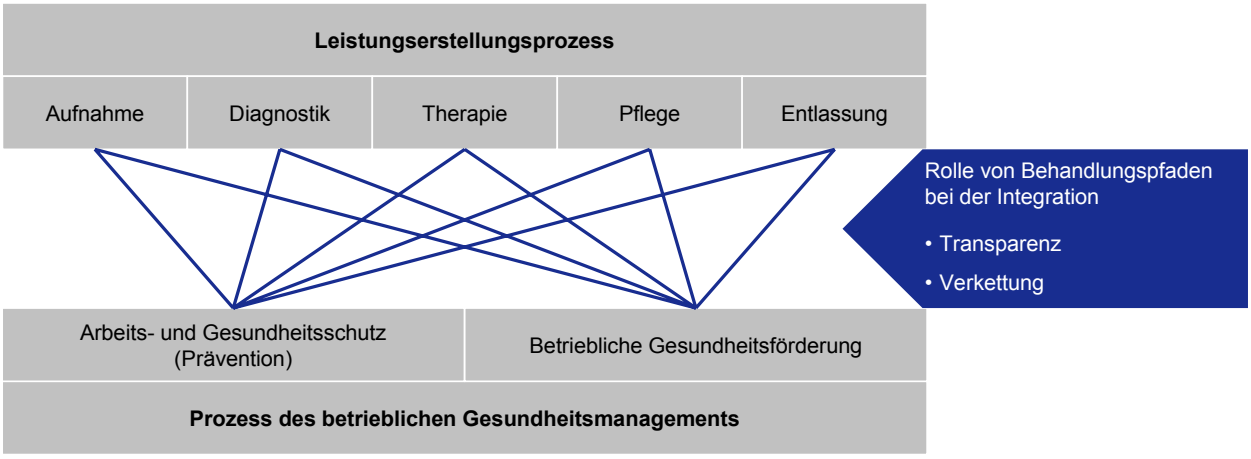


Abb. 1: Integration von betrieblichem Gesundheitsmanagement in den Leistungserstellungsprozess

legten Maßnahmen in der Art und Weise ihrer Ausführung einen Beitrag zur Mitarbeitergesundheit leisten können.

Die Rolle von Behandlungspfaden offenbart sich insbesondere in der Schaffung von Transparenz und in der Verkettung der beiden Prozessstränge. Der Beitrag zur Transparenz wird durch die Offenlegung der relevanten behandlungs- und gesundheitsfördernden Maßnahmen erreicht. Ziel ist es, den gesamten Behandlungsverlauf für eine bestimmte Patientengruppe mit den Arbeitsmaßnahmen der jeweiligen Berufsgruppe darzustellen. Gleiches gilt für das betriebliche Gesundheitsmanagement. Auch hier werden alle relevanten Förderungsmaßnahmen oder Verfahrensanweisungen zur Risikoreduktion offen gelegt. Besteht über beide Prozessstränge Transparenz, so kann der Behandlungspfad zur Verkettung beitragen. Entscheidend dabei ist zu erkennen, welche gesundheitsfördernden Maßnahmen in welcher Phase der Patientenbehandlung am sinnvollsten zu integrieren sind. Beispielsweise kann dies bedeuten, in der Phase der Pflege Hinweise zum rückenschonenden Heben sowie zum Umgang mit toxischen und ionisierenden Substanzen für das diensthabende Personal zu integrieren.

Generisches Vorgehen zur Berücksichtigung von Gesundheitsrisiken bei der Erstellung von Behandlungspfaden

Bezugnehmend auf die Rolle von klinischen Behandlungspfaden lässt sich ein generisches Vorgehen ableiten, wie Krankenhäuser gesundheitsfördernde Maßnahmen in die diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Prozesse integrieren können. Das Vorgehen gliedert sich in drei Schritte:

1. Identifikation
2. Erstellung
3. Adjustierung

Im ersten Schritt werden die relevanten Gesundheitsrisiken identifiziert. Hierbei werden die Krankheitsfälle nach Berufsgruppen und Organisationseinheiten (zum Beispiel Normalstation, OP) ausgewertet. Da Krankheitsfälle nicht immer einen zeitlichen Zusammenhang erkennen lassen, wie beispielsweise unmittelbare Hautrötung im Umgang mit toxischen Substanzen, sowie oftmals einen chronischen Verlauf nehmen kann es hilfreich sein, zur Identifikation Mitarbeiterbefragungen durchzuführen. Diese erlauben die Messung von Krankheitsursachen. Als Fragekonstellation könnte zum Beispiel erhoben werden: „In welchen Bereichen sehen Sie Gefahrenpotenziale für ihre Psyche und Physis?"

Ferner enthält der erste Schritt auch die Erarbeitung von gesundheitsfördernden Maßnahmen, die zur Reduzierung der Risiken beitragen können. Im Beispiel der Hauterkrankungen kann hierzu das zur Verfügung stellen von Hautschutzpräparaten in Form von Salben, Cremes und Gelen gezählt werden.[11] Im Falle von Arbeitsüberlastung kann die Anwendung von klinischen Behandlungspfaden zur Reorganisation der Prozesse beitragen. Die nachfolgende Abbildung stellt exemplarisch ausgewählte Gesundheitsrisiken im Kontext des Behandlungsverlaufes dar.

Sind die Gesundheitsrisiken identifiziert, kann in einem zweiten Schritt der eigentliche Behandlungspfad erarbeitet werden. Zurückgreifend auf unser Beispiel der Hauterkrankungen ist es nun entscheidend, für die entsprechende Berufsgruppe eine Verfahrensanweisung zur Nutzung von präventiven Maßnahmen im Pfad zu integrieren. Kahla-Witzsch und Geisinger weisen darauf hin, dass die Sichtweisen der Nutzer bei der Pfaderstellung zu berücksichtigen sind.[13] Im Kontext des Gesundheitsmanagements kann dies bedeuten, die Perspektive des ärztlichen und pflegerischen Dienstes zu verlassen und besondere Zielgruppen in den Fokus zu nehmen. Zu diesen zählen beispielsweise werdende und stillende Mütter, ältere, jüngere und ausländische Mitarbeiter. Bei der Pfaderstellung kann dies von hoher Bedeutung sein, da die Gefährdungsbeurteilung den besonderen Gesundheitsschutz, beispielsweise der werdenden und stillenden Mütter, berücksichtigen muss. So ist es zu vermeiden, dass diese Berufsgruppe Kontakt zu potenziell aggressiven beziehungsweise gewaltbereiten Patienten hat.[11]

Der dritte Schritt sieht eine Adjustierung vor. Dies bedeutet, dass der Behandlungspfad in regelmäßigen Abständen an sich verändernde Umstände angepasst wird.[14] Hierzu zählen zum Beispiel räumliche Veränderungen, die mit einer Reorganisation der Prozessabläufe einhergehen. Alle diese genannten Beispiele haben Einfluss auf die Arbeitsrisiken, so dass die Behandlungspfade zumindest übergangsweise angepasst werden sollten.

Behandlungsverlauf / Gesundheitsrisiken	Diagnostik	Therapie	Pflege
Stolper-, Rutsch- und Sturzunfälle			■
Hauterkrankungen	■	■	■
Rückenbeschwerden		■	■
Infektionsgefahr und Parasitenbefall	■	■	■
Stich- und Schnittverletzungen	■	■	■
Psychosoziale Fehlbelastungen	■	■	■
Gewalt und Aggression			■
Gefahrstoffe	■	■	
Ionisierende Strahlung	■		
Abhängigkeit von Medikamenten			■

■ Schwerpunkte des Auftretens

Abb. 2: Gesundheitsrisiken[11] im Behandlungsverlauf

Empirische Belege

Der aktuelle Stand der wissenschaftlichen und praxisnahen Literatur verdeutlicht, dass es bisher kaum Befunde darüber gibt, inwieweit klinische Behandlungspfade als Instrument zur Förderung der Mitarbeitergesundheit genutzt werden. Die Autoren verstehen den hier vorgestellten Ansatz daher auch als konzeptionelle Überlegungen, die weiteren Forschungs- und Umsetzungsbedarf nach sich ziehen. Es lässt sich aber vermuten, dass es zwischen der Einführung von Behandlungspfaden und der Mitarbeiterzufriedenheit einen positiven Zusammenhang gibt. Darauf deuten auch Studien von Mad/Johanson/Guba/Wild hin, die feststellen, dass Behandlungspfade einen positiven Einfluss auf die Versorgungsqualität, die Patientensicherheit und den Ressourcenverbrauch ausüben.[15] Daraus lässt sich folgern, dass dies auch zu einer Verbesserung der Kommunikation zwischen den Berufsgruppen sowie dem Abbau von übermäßiger, punktueller Arbeitsbelastung führt, was wiederum einen positiven Einfluss auf die Mitarbeitergesundheit nehmen kann.[16]

Ausblick

Gerade in Dienstleistungsunternehmen stellt das Personal eine essenzielle Ressource dar – Krankheit oder Unfälle gehen mit erheblichen direkten und indirekten Kosten einher. Zwar ist der Arbeitgeber per Gesetz verpflichtet, diverse Schutzmaßnahmen zu etablieren, doch die noch immer hohen Arbeitsausfallzeiten lassen darauf schließen, dass diese nicht ausreichen. Die Nutzung von Behandlungspfaden, insbesondere mit IT-Unterstützung,[17] kann für das Management ein geeignetes Instrumentarium darstellen, um derartige Risiken zu mindern.

Kontakt

Philipp Schwegel
Oberender & Partner – Unternehmensberatung für das Gesundheitswesen, Bayreuth
Seniorberater, Diplom Betriebswirt (FH)
Tel.: 0921/74 54 43-0
E-Mail: philipp.schwegel@oberender-online.de,
www.oberender-online.de

Dr. med. Jochen Baierlein
Oberender & Partner – Unternehmensberatung für das Gesundheitswesen, München
Projektleiter
Tel.: 089/820 7516-0
E-Mail: jochen.baierlein@oberender-online.de
www.oberender-online.de

Patrick Da-Cruz
Oberender & Partner – Unternehmensberatung für das Gesundheitswesen, Bayreuth
Projektleiter, Diplom-Kaufmann
Tel.: 0921/74 54 43-0
E-Mail: patrick.da-cruz@oberender-online.de,
www.oberender-online.de

Literatur

1. Sozialgesetzbuch VII §21.
2. Sozialgesetzbuch VII §14.
3. Wiedemann, R. (1998): Wettbewerb unter Krankenhäusern: Eine institutionenökonomische Analyse unter besonderer Berücksichtigung von Informationsasymmetrien. Frankfurt am Main, Berlin, Bern, Wien: Lang, S. 24.
4. Da-Cruz, P.; Baierlein, J.; Pongs, K. (2007): Arbeitgebermarken als Instrument zur Rekrutierung von Ärzten. In: Arzt und Krankenhaus, Nr. 6, S. 179-181 sowie Haag, S.; Da-Cruz, P.; Schwegel, P. (2009): Der Arbeitgeber als attraktive Marke. In: Sozialwirtschaft aktuell, Nr. 23, S. 1-3.
5. Oberender, P.; Schwegel, P.; Da-Cruz, P. (2008): Clinical Pathways und Gesundheitsökonomie. In: Professional Process, 1. Jg., Nr. 1, S. 10-14. In Anlehnung an Hamm, M. (2002): Kooperation von Krankenhäusern mit Lieferanten. Wiesbaden: Gabler, S. 44.
6. BKK Bundesverband, BKK Faktenspiegel, August 2007.
7. Wittmann A. (2006): Kosten von Nadelstichverletzungen und wirtschaftlicher Nutzen neuer Sicherheitsprodukte. In: Praktische Arbeitsmedizin, BsAfB e.V.(Hrsg.), Nr. 5, S. 40-41.
8. Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (2006): Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit präventiver Maßnahmen zur Vermeidung von Nadelstichverletzungen bei Beschäftigten in Gesundheitsberufen. http://www.dguv.de/ifa/de/pub/rep/pdf/rep05/nadelstich/gesamt.pdf.
9. Da-Cruz, P. (2009): Der Beitrag der Beschaffung zum betrieblichen Gesundheitsmanagement – dargestellt am Beispiel des Krankenhauses. In: bgw forum 2009, Tagungsband, S. 94.
10. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege/DAK (2005): Krankenpflegereport 2005, Hamburg: S. 123.
11. Schambortski, H. (2008): Mitarbeitergesundheit und Arbeitsschutz. München, Jena: Elsevier GmbH / Urban & Fischer, S. 42, 47 ff., 54, 171
12. Baierlein, J.; Schwegel, P. (2009): Behandlungspfade: Ein Instrument zur Verbesserung der Mitarbeitergesundheit?! In: bgw forum 2009, Tagungsband, S. 92-93.
13. Kahla-Witzsch, H. A.; Geisinger, T. (2004): Clinical Pathways in der Krankenhauspraxis. Stuttgart: Kohlhammer, S. 57.
14. Bonzel, T. et al. (2007): Behandlungspfade in der Kardiologe Handbuch. Bayreuth: P.C.O-Verlag, S. 61.
15. Mad, P.; Johanson, T.; Guba, B.; Wild, C. (2008): Klinische Pfade: Systematischer Review zur Ergebnismessung der Wirksamkeit klinischer Pfade. HTA-Projektbericht, Nr. 16, 2008, S. 5, 25-26.
16. Schwarzbach, M. H. M.; Ronellenfitsch, U. (2009): Klinikpfade in der Chirurgie. In: Professional Process, 2. Jg., Nr. 1, S. 12.
17. Baierlein, J.; Schwegel, P.; Schommer, R. (2007): Softwaregestütze Behandlungspfade - Sorgfältige Planung. In: Deutsches Ärzteblatt, Nr. 50, S. B3082-B3084.

SAP Partner

Damit alles wie von selbst funktioniert,...

... versorgen wir Sie mit einem IT-System, das sämtliche internen Bereiche lückenlos vernetzt. Von der Aufnahme über die Entlassung bis zur Abrechnung stehen in Sekundenbruchteilen alle relevanten Daten zur Verfügung – ohne zeitraubende Übergaben oder Abstimmungen. Mehr Effizienz und Kostenersparnis durch unsere, Ihren Bedürfnissen angepasste, KIS-Lösung finden Sie hier: www.rzv.de

conhIT

Besuchen Sie uns auf der conhIT in Berlin **Halle 1.2/Stand A-103**

RZV

Ihre IT-Lösungen für **Gesundheit** und **Soziales**

Kommunikation in der medizinischen Versorgung

Die Informationsgesellschaft ist seit Beginn der 90er Jahre in vielen Bereichen Realität geworden. Computer und Internet gehören für die meisten Menschen zum Alltag. Praktisch jedes Unternehmen verfügt über einen Online-Anschluss und die Prozesse der unternehmerischen Wertschöpfungskette sind über alle Leistungsbereiche und Leistungsteilnehmer, angefangen vom Supply Chain Management bis hin zum Customer Relationship Management, über Softwarelösungen organisiert und Informationen stehen größtenteils in Echtzeit zur Verfügung.

Thomas Müller

Das deutsche Gesundheitswesen ist von dieser Zielvorstellung jedoch noch weit entfernt. Es gibt zwar viele innovative Projekte, darunter zum Beispiel KV-SafeNet, das eine sichere Vernetzung zwischen allen Vertragsärzten und den Kassenärztlichen Vereinigungen schaffen soll, doch eine einheitliche Lösung, die von allen Leistungserbringern angenommen wird, ist derzeit nicht abzusehen.[1]

Dabei sind die technischen Voraussetzungen in Deutschland als überaus positiv zu bezeichnen. Mitte 2008 hatten über 70% der deutschen Haushalte einen Zugang zu Breitbandanschlüssen mit einer Bandbreite von mindestens 2Mbit/s, eine Bandbreite wie sie für eine Telematikinfrastruktur, in der auch speicherintensive Befunddaten ausgetauscht werden sollen, nötig ist. Beispielsweise benötigt ein Arztbrief mit ca. 350 KB bei einer Übertragungsrate von 1Mbit/s lediglich 4 Sekunden für die Übertragung, dies wäre auch noch mit ISDN zu realisieren, aber spätestens bei Röntgenbildaufnahmen mit ca. 5 MB oder Mammographiebefunden mit ca. 40 MB wird eine wesentlich größere Bandbreite benötigt. So dauert die Übertragung des Mammographiebefundes selbst mit 1Mbit/s noch ca. 10 Minuten.[2]

Die Breitbandpenetration, das heißt der Verbreitungsgrad von Breitbandanschlüssen bezogen auf die Zahl der Bevölkerung, beträgt in Deutschland sogar 27,5% und liegt somit deutlich über dem EU-Durchschnitt von 22,9%.[3] Darüber hinaus hat die Bundesregierung in ihrer Breitbandstrategie geplant, dass bis Ende 2010 Breitbandanschlüsse flächendeckend in ganz Deutschland zur Verfügung stehen sollen, bis 2014 sogar 75% der deutschen Haushalte Zugang zu Breitbandanschlüssen mit bis zu 50Mbit/s haben sollen.[4] Doch auch wenn diese Anschlüsse in den privaten Haushalten bereits weit verbreitet sind, ergibt sich in der Arztpraxis ein anderes Bild. Laut einer Online Studie der DocCheck Medical Services GmbH vom Juni 2006 sind die Ärzte-Haushalte besser ausgerüstet als deren Arztpraxen. Während der Anteil der Breitbandverbindungen in den Praxen bei 55-60% liegt, beträgt der Wert in den heimischen vier Wänden 75-80%.[5]

Die Aufgabenfelder in der Medizin sind hochgradig informations- und kommunikationslastig. Eine Online-Anbindung ist hier so sinnvoll wie, neben dem Finanzdienstleistungssektor, in kaum einem anderen Dienstleistungssektor. Es wird geschätzt, dass zwischen 20% und 40% der Leistungen im Gesundheitswesen auf die Datenerfassung und Kommunikation entfallen.[6] Besonders wenn die klassischen Kommunikationswege betrachtet und mit modernen Kommunikationslösungen verglichen werden, verdeutlicht dies, welches Rationalisierungspotenzial hier noch vorhanden ist und welchen Einfluss die Kommunikation als Erfolgsfaktor auf eine Integrierte Versorgung haben kann. Denn eine effiziente und effektive Kommunikation in den neuen Versorgungsformen ist nur mit moderner Informationstechnik möglich.[7]

Moderne Informationstechnik soll „... die bestehenden Koordinierungs,- Integrations- und Vernetzungsprobleme minimieren und die Entscheidungs- und Planungsgrundlagen auf allen Ebenen verbessern."[6] Die Voraussetzung einer Integrierten Versorgung ist daher ein vernetztes Gesundheitssystem. Eine kontinuierliche, sektorenübergreifende Versorgung im Sinne des Case und Disease Managements benötigt eine permanente Verfügbarkeit von administrativen und medizinischen Daten bei einer hohen qualitativen Güte.[8] Bei einer genauen Betrachtung der konventionellen Kommunikation kann von einer permanenten Datenverfügbarkeit und hohen Qualität jedoch noch nicht die Rede sein.

Konventionelle Kommunikation der medizinischen Versorgung

In der internen Organisation von Arztpraxen, Krankenhäusern und anderen Einrichtungen werden eine ganze Reihe von Daten und Informationen in elektronischer und papiergebundener Form dokumentiert. Obwohl ein Großteil, wie beispielsweise Patientenkarteien, in den verschiedenen Informationssystemen und Datenbanken abgelegt ist, wird nach wie vor ein nicht unerheblicher Anteil über Dokumente in Papierform festgehalten. Bislang ist es gängige Praxis, dass patientenbezogene medizinische Daten und Informationen nur im Zusammenhang mit konkreten Behandlungsfällen weitergegeben und nicht zentral archiviert werden, um im Bedarfsfall abgerufen werden zu können. Stattdessen müssen sie immer erst zeitraubend angefordert und weitergeleitet werden. Die Weitergabe eines Großteils der vertraulichen Daten vollzieht sich dabei über papiergebundene Dokumente in Form definierter Formulare, zum Beispiel Überweisungen, Einweisungen und Laborberichte, oder, wenn es sich um detaillierte Informationen zu Diagnosen und Befunden handelt, über formlose Arztbriefe. Zu den klassischen und am häufigsten verwendeten Varianten der Informationsweiterleitung zählen dabei der Postversand, die Übertragung per Fax oder Telefon und die Informationsweitergabe durch Überbringer, in der Regel durch den Patienten selbst. Selbiger ist dann in der Regel der Übermittler von Rezept, Krankenhauseinweisung, Krankenschein oder Überweisung, wobei dies im Hinblick auf die freie Arztwahl auch durchaus sinnvoll und praktisch ist, denn so kann er den Empfänger selbst bestimmen. Allerdings sind der Qualität und Quantität der Informationen auf diesen Formularen gewisse Grenzen gesetzt.[9]

Die Informationsweitergabe per Fax ist zwar eine schnelle und einfache Form, aber sowohl aus datenschutztechnischen, als auch aus qualitativen Aspekten eher umstritten. Die Bildqualität von Fax-Sendungen reicht von eher gering bis hin zu vollkommen unleserlich und eine Fälschungssicherheit ist angesichts moderner Grafikanwendungen ebenfalls nicht ansatzweise gegeben. Die schnelle und effektive Form der telefonischen Kommunikation erlaubt zwar als zweiseitige direkte Kommunikationsform einen wechselseitigen Informationsaustausch, ist aber nicht nachhaltig, weil die Informationen nirgendwo dokumentiert werden und kann somit nur für unverbindliche Vorabinformationen oder Terminabsprachen genutzt werden. Der Postversand wird bei der Weitergabe von Befunden, Bilddaten, Behandlungsberichten und ähnlichem ausgiebig genutzt, mit dem Nachteil, dass er vergleichsweise langsam ist und teils mit nicht unerheblichen Kosten und Aufwand verbunden ist, z.B. beim Kopieren von Röntgenbildern.[9]

Auch in der Abrechnung zwischen niedergelassenem Arzt und Kassenärztlicher Vereinigung zeigt sich, dass noch häufig klassische Formen der Datenübermittlung genutzt werden, obwohl bessere Lösungen vorhanden sind. Immerhin rechnet der Großteil der Ärzte mittlerweile mit der KV auf elektronischem Wege ab, doch nach wie vor gibt es 2,4% der Ärzte, die ihre Abrechnung papiergebunden per Post einsenden, obwohl der Gesetzgeber eine elektronisch lesbare Abrechnung verlangt.[10]

Die Kommunikation zwischen niedergelassen Ärzten, Krankenhäusern und anderen Leistungserbringern bedient sich fast ausschließlich der zuvor genannten Medien. Medienbrüche, das heißt der Übergang von elektronischen Dokumenten zu Papierdokumenten und zurück, sind damit vorprogrammiert. Neben dem administrativen Aufwand ist jeder Übergang von einem Medium ins andere auch mit dem Risiko der Fehlererzeugung verbunden. Ein Praxisbeispiel für unterbrochene Kommunikationswege und Medienbrüche liefert das klassische Rezept. Rezepte werden in über 70% der Arztpraxen per Computer erstellt. Das Rezept liegt in digitaler Form im Arztpraxisinformationssystem (APIS) vor, wird aber für die Übermittlung ausgedruckt, weil es vom Arzt zur Authentifizierung noch unterschrieben werden muss. In der Apotheke sucht der Apotheker ein zum Rezept passendes Medikament, scannt die Pharmazentralnummer des Medikaments per Barcode in das Apothekeninformationssystem ein, welche erneut auf das Rezept gedruckt und vom Apotheker unterschrieben wird. Die Rezepte werden gesammelt und an das Apothekenrechenzentrum geschickt. Dort werden die Informationen von den doppelt bedruckten Rezepten wieder in ein Informationssystem eingelesen, zum Teil automatisch, teilweise aber auch mit nicht unerheblicher manueller Korrektur. Die Papierdokumente werden archiviert, weil sie die rechtsverbindlichen Unterschriften von Arzt und Apotheker tragen. Für die weitere finanztechnische Abwicklung werden aber nur die elektronischen Daten benötigt.[9]

Wie die Sektoren im Großen, ist auch die Kommunikation im Gesundheitswesen zersplittert. Es existieren eine Reihe von Schnittstellen, Standards und Applikationen. Auch wenn der Informationsaustausch bereits in Teilen elektronisch erfolgt, sind die verwendeten Datenaustauschprogramme größtenteils nicht kompatibel.[11] Es bleibt die Forderung nach einer einheitlichen Struktur und gemeinsamen Standards. Dabei richten sich die Blicke erwartungsvoll auf die elektronische Gesundheitskarte als Schlüsseltechnologie und auf vielversprechende Anwendungen, wie die elektronische Patientenakte.

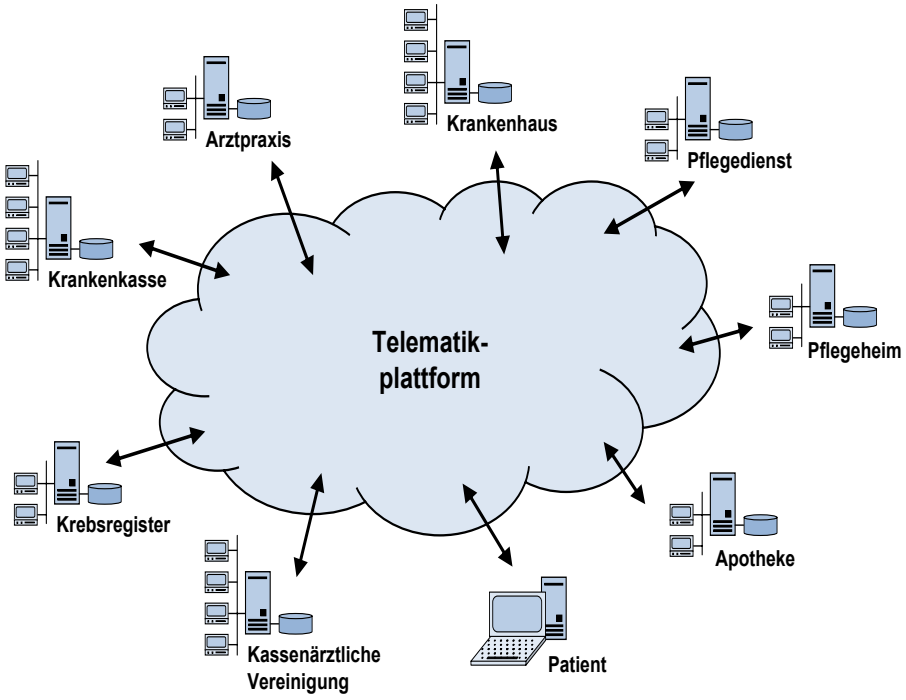


Abb. 1: Telematikplattfom[2]

Zukünftige Kommunikation der Integrierten Versorgung

Um eine kommunikationstechnische Vernetzung in der Integrierten Versorgung herzustellen, bedarf es einer einheitlichen Infrastruktur hinsichtlich der Technik. Die Anwendungen, welche diese Vernetzung schaffen sollen, werden auch unter dem Begriff e-Health zusammengefasst.

Die eHealth Technologien liefern eine ganze Reihe von Instrumenten mit denen sich die elementaren Ziele der integrierten Gesundheitsversorgung, wie die sektorenübergreifende und langfristige Versorgung von Patienten zur Steigerung der Behandlungsqualität und Ausschöpfung von Rationalisierungspotenzialen, realisieren lassen.

Die World Health Organization definiert eHealth wie folgt: "The programme on eHealth aims to support countries in further developing their health systems by improving access, quality and efficiency through the use of information and communication technologies."[12] Gemeint ist im weiteren Sinne der integrierte Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien im Gesundheitswesen für eine Verbesserung der Patientenversorgung durch eine schnelle, umfassende, bei allen Leistungserbringern zeitgleich mögliche Datenerfassung.[13] Häufig werden in diesem Zusammenhang auch die Begriffe Gesundheitstelematik, als Neologismus aus den Begriffen Gesundheitswesen, Telekommunikation und Informatik 13 oder Telemedizin als Synonyme verwendet. Die e-Health Technologien liefern eine ganze Reihe von Instrumenten, mit denen sich die elementaren Ziele der integrierten Gesundheitsversorgung, wie die sektorenübergreifende und langfristige Versorgung von Patienten zur Steigerung der Behandlungsqualität und Ausschöpfung von Rationalisierungspotenzialen, realisieren lassen.

Die Telematikplattform der Kassenärztlichen Vereinigungen

Während sich die Telematikplattform zur eGK noch im Testbetrieb befindet, gibt es bereits eine funktionierende Telematikplattform, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen initiiert wurde. Das Doctor to Doctor (D2D) System ermöglicht den teilnehmenden Leistungserbringern, Daten über ein sicheres Netz auszutauschen, dass auf der technischen Lösung „Patientenbegleitende Dokumentation" (PaDok) basiert, welche von dem Fraunhofer Institut für medizinische Technik entwickelt wurde. Die Anwendungen der D2D Plattform beschränken sich auf den adressierten, elektronischen Versand von Dokumenten. Dazu gehören derzeit der elektronische Arztbrief, das elektronische DMP, die elektronische Dokumentation zur Früherkennungskoloskopie, die Abrechnung mit der KV, der Datenaustausch mit Leistungserbringern in der gesetzlichen Unfallversicherung, die privatärztliche Abrechnung mit der Privatärztlichen Verrechnungsstelle (PVS), der Labordatentransfer (LDT) und die elektronische Dokumentation zum Hautkrebsscreening. Der gerichtete Versand, zum Beispiel e-Überweisung und e-Rezept oder der ungerichtete Versand wie beispielsweise die e-Patientenakte, sollen zwar technisch möglich sein, finden aber bislang praktisch keine Anwendung.[14]

Genau genommen ist D2D eine Schnittstelle, welche direkt in das vorhandene Primärsystem implementiert wird. Der elektronische Versand der Dokumente wird dann aus dem Anwendungsprogramm heraus gesteuert. Die Voraussetzung dafür ist allerdings, dass das Primärsystem auch kompatibel zu der D2D Anwendung ist. Um beispielsweise einen e-Arztbrief verschicken zu können, muss das Primärsystem die Dokumentenarchitektur HL7 CDA Standard Release 2 beherrschen, dies können jedoch nicht alle Primärsysteme, sondern nur ein Bruchteil.

Die Basis der D2D Telematikplattform ist das sogenannte KV-SafeNet. Das KV-SafeNet ermöglicht den sicheren Datenaustausch über VPN Datenleitungen durch zertifizierte Provider. Allerdings ist das KV-SafeNet keine rein technologische Plattform, sondern beinhaltet auch Anwendungen, die zwar auch die Kommunikation zwischen den Ärzten ermöglichen, wie bei D2D, aber doch in erster Linie zu Verwaltungs- und Auswertungszwecken dienen, wie beispielsweise die Online-Abrechnung oder das Praxis-Benchmarking. Im Gegensatz zu den D2D Anwendungen, die im APIS implementiert sind, handelt es sich bei den KV-SafeNet Anwendungen um Web-Applikationen.[14]

Nach internen Angaben der KVWL verfügen von den ca. 13.000 niedergelassenen Vertragsärzten in Westfalen-Lippe lediglich ca. 20% über den sicheren Online-Zugang KV-SafeNet. In kaum größerem Umfang werden die D2D Anwendungen genutzt. Im Juni 2009 waren 9.271 Ärzte registriert, allerdings wird D2D nicht nur in Westfalen-Lippe angeboten, sondern auch in Nordrhein, Baden-Württemberg, Bayern und Niedersachsen, deren Kassenärztliche Vereinigungen zusammengenommen knapp über 86.600 Mitglieder haben. Nichtsdestotrotz ist D2D bereits eine funktionierende Telematikplattform mit ersten praktikablen Anwendungen, während sich die Telematikplattform zur eGK noch im Testbetrieb befindet.

Literatur

1. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2009): Die Online-Initiative des KV-Systems, Online im Internet: URL: http://www.kbv.de/12629.html, Abfrage: 23.03.2010.
2. Haas, P. (2006): Gesundheitstelematik – Grundlagen, Anwendungen, Potentiale. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
3. Bundesnetzagentur (2009): Eckpunkte über die regulatorischen Rahmenbedingungen für die Weiterentwicklung moderner Telekommunikationsnetze und die Schaffung einer leistungsfähigen Breitbandinfrastruktur, Koalitionsentwurf vom 13.05.2009, S.6, Online im Internet: URL: http://www.bundesnetzagentur.de/media/archive/16268.pdf, Abfrage: 23.03.2010.
4. Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (2009): Breitbandstrategie, Online im Internet: URL: http://www.bmwi.de/BMWi/Navigation/Technologie-und-Innovation/Telekommunikation-und-Post/breitbandstrategie.html, Abfrage: 23.03.2010.
5. DocCheck Medical Services GmbH (2006), Berufliche Internetnutzung von Ärzten in Deutschland und der Schweiz, Online im Internet: URL: http://www.ecampaigning.de/images/DocCheck-Online-Studie.pdf, Abfrage: 23.03.2010.
6. Paland, N.; Riepe, C. (2005): Politische Aspekte und Ziele der Gesundheitstelematik. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. Jg. 2005, Heft 48. Springer Medizin Verlag, S. 623-628.
7. Trill, R. (2009): Praxisbuch eHealth – Von der Idee zur Umsetzung. Stuttgart: Kohlhammer.
8. Szathmary, B. (1999): Neue Versorgungskonzepte im deutschen Gesundheitswesen. Neuwied: Luchterhand.
9. Hellmann, W. (2001): Management von Gesundheitsnetzen. Stuttgart u.a.: Kohlhammer.
10. Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (2009): Das Online-Portal der KV Westfalen-Lippe. Online im Internet: URL: http://www.kvwl.de/portal/start, Abfrage: 23.03.2010.
11. Noelle, G. (2005): Die Telematikplattform – Versuch einer Begriffs- und Standortbestimmung. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. Jg. 2005, Heft 48. Springer Medizin Verlag, S. 646-648.
12. World Health Organization (2009): Programmes and projects – eHealth, Online im Internet: URL: http://www.euro.who.int/telemed, Abfrage: 23.03.2010.
13. Haas, P. (2006): eHealth verändert das Gesundheitswesen – Grundlagen, Anwendungen, Konsequenzen. In: Handbuch der maschinellen Datenverarbeitung - Praxis der Wirtschaftsinformatik – eHealth, Heft 251, dpunkt.verlag.
14. Telematik Arbeitsgemeinschaft der bundesdeutschen Kassenärztlichen Vereinigungen (2009): D2D – Die Telematik-Plattform der Kassenärztlichen Vereinigung – Über uns. Online im Internet: URL: http://www.d2d.de/index.php?id=5, Abfrage: 23.03.2010. D2D Anwendungen. Online im Internet: URL: http://www.d2d.de/index.php?id=6, Abfrage: 23.03.2010. Zugelassene Lesegeräte. Online im Internet: URL: http://www.kv-telematik.de/index.php?id=186, Abfrage: 23.03.2010.

Kontakt

Thomas Müller
Kassenärztliche Vereinigung Westfalen–Lippe, Dortmund
Geschäftsführer Unternehmensentwicklung und -steuerung
Tel.: 0231/9432-3206
E-Mail: Thomas.Mueller@kvwl.de
www.kvwl.de

KU GESUNDHEITSMANAGEMENT

Fachwissen.

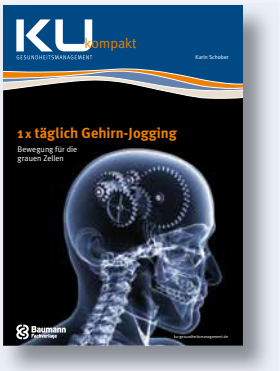
KU kompakt – schnelles Wissen!

Dr. Hans-Joachim Conrad

Controlling im Krankenhaus

Das vorliegende Buch beschreibt Ziele, Grundlagen, Elemente und Möglichkeiten zur praktischen Ausgestaltung von Controlling zur Sicherung des wirtschaftlichen Erfolges.

128 Seiten, DIN A6,
ISBN 978-3-938610-70-1, ***9,80 Euro***



Karin Schober

1 x tägliche Gehirn-Jogging

Der neue Volkssport „Gehirn-Jogging" steigert die geistige Leistungsfähigkeit mit einfachen, aber wirkungsvollen Aufgaben.

128 Seiten, DIN A6
ISBN 978-3-938610-63-3, ***9,80 Euro***

Prof. Dr. rer. oec. Michael Greiling

Prozessmanagement – Der Prozesskostenmanager für die Patientenversorgung

Ein praktischer Begleiter für die Bewertung von klinischen Leistungen in Gesundheitseinrichtungen.

128 Seiten, DIN A6,
ISBN 978-3-938610-65-7, ***9,80 Euro***

Prof. Dr. rer. oec. Michael Greiling

Das vorliegende Werk soll als eine Art „Pfadfinder" dazu dienen, mit hilfreichen, praxisorientierten Informationen und Tipps die erfolgreiche Erarbeitung und Anwendung klinischer Behandlungspfade zu untertützen.

128 Seiten, DIN A6,
ISBN 978-3-938610-62-6, **9,80 Euro**

Unser Bestellservice

09221 / 949-393

09221 / 949-377

ku-gesundheitsmanagement.de

oder Bestellung einfach rechts eintragen und abschicken.

Faxbestellung

Bitte an 09221 / 949-377

Ich bestelle:

_____ Controlling im Krankenhaus

_____ 1 x täglich Gehirn-Jogging

_____ Prozessmanagement – Pfadmanager

_____ Prozessmanagement – Prozesskostenmanager

Name / Vorname

Straße / Hausnummer

PLZ / Ort

Datum / Unterschrift

Baumann Fachverlage

Baumann Fachverlage GmbH & Co. KG
E.-C.-Baumann-Str. 5 · 95326 Kulmbach

Wieviel Strategie braucht ein Krankenhaus?

Die Balanced Scorecard im praktischen Krankenhauseinsatz

Verantwortlichen und Experten aus Krankenhäusern im Sinn von Gesundheitsunternehmen mag die Antwort auf die Frage „Wieviel Strategie braucht ein Krankenhaus?" sonnenklar sein: Genauso viel wie jedes Unternehmen, welches kontinuierlichem Wettbewerbsdruck und der Notwendigkeit zur wirtschaftlichen Unternehmensführung ausgesetzt ist. Dennoch war dies lange Zeit nicht selbstverständlich im Krankenhausbereich, und die intensive Beschäftigung mit dem Thema „strategische Planung" hat sich erst in den letzten Jahren mehr und zunehmend durchgesetzt.

Hans-Jürgen Winkelmann

Stefan Leiendecker

Implementierung eines Strategiekonzeptes

Es ist erkannt worden, dass nur so die hohen Anforderungen an eine nachhaltige Erfolgsausrichtung in der Gesundheitswirtschaft erreicht werden kann. Vielfach zwingt auch das komplexe und zeitaufwändige operative Geschäft dazu, sich mit Strategie im Krankenhaus strukturiert und unter Anwendung erprobter Instrumentarien auseinanderzusetzen. Es muss aber in der Praxis die Balance zwischen operativer Handlungsnotwendigkeit und strategischer Ausrichtung im Sinne eines schlüssigen Kosten-Nutzen-Verhältnisses gefunden werden.

Die St. Marien-Krankenhaus Siegen gem. GmbH ist ein integriertes Gesundheitsunternehmen, in dessen Zentrum ein Krankenhaus der Regelversorgung steht. Das Unternehmen hat sich sehr früh entschlossen, den Veränderungsdruck in der Gesundheitswirtschaft als Herausforderung zu begreifen. Als erstes katholisches Krankenhaus im Erzbistum Paderborn wechselte das 441-Betten-Haus im Jahr 1988 in die Rechtsform einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung und führte zeitgemäße Managementstrukturen ein. Seither sind zahlreiche Schritte zum Ausbau der Akutversorgung, insbesondere in den Schwerpunktbereichen Kardiologie, Orthopädie und Hämatologie/Onkologie unternommen worden. Ebenso wurde die Unternehmensentwicklung in vertikaler Richtung forciert: Neben zwischenzeitlich fünf Wohn- und Pflegeeinrichtungen sind Investitionen in ein ambulantes Rehazentrum und in den Ausbau des MVZ-Bereichs getätigt worden.

Zunehmende Komplexität des gesamten Unternehmensgeschehens im Hinblick auf Organisation, Wertschöpfungsprozesse und Kanalisierung nachhaltigen Wachstums machten seit dem Jahr 2008 den Start eines groß angelegten strategischen Unternehmensplanungsprojektes erforderlich. In getrennten Projekten waren zuvor in den einzelnen Unternehmensteilen, insbesondere im Bereich Qualitätsmanagement, erhebliche Fortschritte erzielt worden. Es fehlte aber der langfristig ausgerichtete, strukturierte und gesteuerte „Blick aufs Ganze" mit Instrumentarien der strategischen Unternehmensführung. Von der Geschäftsführung wurde dem Verwaltungsrat Anfang des Jahres 2008 deshalb das „Strategiekonzept 2015" vorgelegt und dort verabschiedet. Zentraler Bestandteil des Konzeptes ist die Vision, welche den Zustand des Unternehmens im Jahr 2015 beschreibt und welche die Grundlage des Strategieprojektes und der strategischen Planung darstellt. Erstmals ist ein geschlossener, gesamtunternehmensbezogener Planungskreislauf vorgestellt und verabschiedet worden, welcher seitdem auf allen Ebenen die Gesamtunternehmensentwicklung im Fokus hat.

Umsetzung mit Hilfe einer Balanced Scorecard

Im Mittelpunkt steht dabei die Implementierung einer Balanced-Scorecard für die St. Marien-Krankenhaus Siegen gem. GmbH. Deren System verfolgt dabei als Führungsinstrument einen Ansatz zur Strategiesteuerung, der über die eher vergangenheitsorientierten Ansätze früherer Führungsinstrumente deutlich hinausgeht. Zentrale Inhalte sind hierbei die vier Ebenen „Finanzen", „Patienten/Bewohner", „Mitarbeiter" und „Prozesse", welche die Grundlage bilden für die Entwicklung von strategischen Zielen, Maßnahmen zur Zielerreichung und quantitativen sowie qualitativen Messgrößen.

Organisatorisch flankiert wurde der Prozess durch die Abschaffung dezentraler Einheiten und die Einsetzung von „Zentralen Diensten" im administrativen Bereich – ein Schritt, der für das Verständnis der Beteiligten, sich als Teil eines Gesamtunternehmens zu verstehen, von großer Wichtigkeit war und ist. Am Anfang der Entwicklung stand Mitte des Jahres 2008 in einem erweiterten, interdisziplinären Führungskreis die Diskussion über mögliche Zielvorstellungen und strategische Zielsetzungen, die als hinreichend für die Erfüllung der Vision angesehen wurden. Nach diesem „Kick-off" wurde in einer neu geschaffenen Lenkungsgruppe in regelmäßigen Treffen herausgearbeitet, was an strategischen Zielsetzungen aus dem ersten „brain-storming" erhalten, herausgenommen oder verändert werden

muss. Die Leitlinien zu diesem Prozess bildeten aber nicht nur die Vorstellungen der Geschäftsführung zur Unternehmensausrichtung, sondern auch Werte und Prinzipien eines konfessionellen Unternehmens, die parallel dazu in einer Leitbildgruppe unternehmensweit entwickelt und zusammengeführt wurden.

Wertfreie Gesundheitsökonomie ist nach diesen Prinzipien nicht denkbar. Deshalb stellte sich die Frage nach einem Verzicht der Einbindung in einer werteorientierten Unternehmensführung nicht. Vielmehr sind Werte und Prinzipien gerade in konfessionellen Unternehmen wesentlicher Bestandteil der Strategie.

Das vollständige System einer Balanced Scorecard mit umfassenden strategischen Zielsetzungen für alle vier Betrachtungsebenen sowie einer grundlegenden Formulierung der Maßnahmen zur Zielerreichung konnte schließlich innerhalb eines Jahres erreicht werden. Allen Beteiligten war zu diesem Zeitpunkt jedoch klar, dass analog zu vielen anderen Strategieprojekten die eigentliche Herausforderung erst damit begonnen hatte. Neben der operativen Umsetzung der Strategieprozesse musste die entstehende Gesamtkomplexität des Systems mit seinen zahlreichen Zielsetzungen, Zielerfüllungsbeiträgen und Messgrößen handhabbar bleiben. Zudem waren in diesem Stadium die Wirkungsvermutungen (Interdependenzen) zwischen einzelnen Zielsetzungen sowie die Leistungs- und Ergebnistreiber zu identifizieren.

Da auf dem Markt eine für das St. Marien-Krankenhaus Siegen brauchbare Steuerungssoftware nicht vorhanden war, wurde eine Entwicklungspartnerschaft gesucht. Diese konnte mit dem Institut für Workflow-Management im Gesundheitswesen (IWiG) und der Fachhochschule Gelsenkirchen eingegangen werden. In gemeinsamer Entwicklungsarbeit wurde ein Projekt zur Softwareentwicklung mit dem Ziel gestartet, die Steuerungsprozesse in Balanced-Scorecards von Gesundheitsunternehmen zu ermöglichen. Parallel hierzu wurde auf Unternehmensseite ein sechsmonatiger Wokshop-Prozess mit allen medizinischen Fachbereichen und Abteilungen des Unternehmens initiiert und durchgeführt. Alle Workshops leitete die Geschäftsführung, unterstützt durch das Referat für Organisationsentwicklung. Ergebnis dieser Workshops war, neben einer intensiven Mitarbeitereinbindung und -identifikation mit dem Gesamtprojekt, ein ganzes Bündel an operativen Teilzielsetzungen zur Erreichung strategischer Unternehmensziele – aufgrund dessen werden die Workshops als Instrument der Weiterentwicklung der Balanced-Scorecard weiterhin eingesetzt.

Verbesserte Unternehmensführung

Die einzelnen Bemühungen beim Qualitätsmanagement führten bislang unter anderem zu einer hohen Prozess- und Ablaufsicherheit. Mit der Einführung der Balanced-Scorecard verfügt das integrierte Gesundheitsunternehmen nun über eine treibende Kraft für das strategische Management. Diese bietet durch ihre Unterstützungsfunktion bei der Strategieimplementierung eine wertvolle Hilfe beim Aufbau einer transparenten, nachvollziehbaren unternehmerischen Gesamtstrategie. Sie ermöglicht aber auch, bereits jetzt die definierten Kennzahlen deutlicher in Beziehung zu setzen, Abhängigkeiten und Wirkungsvermutungen zu erkennen und – wo erkennbar – Redundanzen zu beseitigen. Auch können zukünftig durch die Nutzung der Balanced-Scorecard in Qualitätsmanagement-Systemen die klassischen Themenkomplexe, wie beispielsweise Strategie, Qualitätspolitik, Qualitätsziele und Managementbewertung, mit Hilfe eines einzigen Instrumentes für alle Organisationseinheiten einheitlich durchgeführt und bewertet werden.

In der praktischen, interdisziplinären Entwicklung und Einführung der Balanced Scorecard konnte den beteiligten Akteuren – aus Klinik, Pflege und Verwaltung – bewusst gemacht werden, dass Managementinstrumente nicht abstrakt und theoretisch sind, sondern auch konkretes Handeln und Gestalten ermöglichen. So kann bereits jetzt die gemeinsame Vorgehensweise, bei der insgesamt über 100 der 1.700 Mitarbeiter einbezogen wurden, positiv bewertet werden.

Weitere – auch herausfordernde – Aufgaben sind noch zahlreich vorhanden: So sind vor allem die Wirkungsvermutungen zwischen einzelnen Zielsetzungen und -ebenen zu definieren, um Zusammenhänge in einem Gesamtsystem bewertbar zu machen. Mittelfristig muss es im Rahmen des Strategieprojektes erreicht werden, unternehmerisches Handeln vor dem Hintergrund des eigenen Leitbildes und christlicher Werteorientierung nachvollziehbar zu machen. Die Zielsetzungen hierzu sind im entwickelten Balanced-Scorecard-System zentraler Bestandteil der Zukunftsausrichtung. Entscheidend wird es auch sein, die Motivation der Beteiligten am Thema Zukunftsgestaltung aufrecht zu erhalten und das Verständnis des Projektes „Strategie 2015“ als das zentrale Unternehmensprojekt zu verbessern.

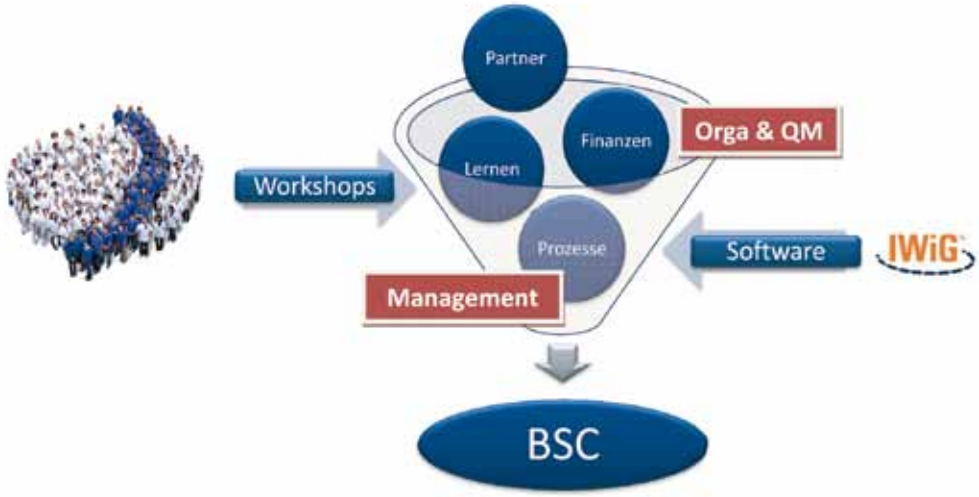


Abb. 1: BSC-Entwicklung

Kontakt

Dipl.-Kfm. Hans-Jürgen Winkelmann
St. Marien-Krankenhaus Siegen gem. GmbH
Geschäftsführer
Tel.: 0271/231-2102
E-Mail: info@marienkrankenhaus.com
www.marienkrankenhaus.com

Stefan Leiendecker, M. A.
St. Marien-Krankenhaus Siegen gem. GmbH
Leiter Referat Organisationsentwicklung & Qualitätsmanagement
Tel.: 0271/231-2280
E-Mail: s.leiendecker@marienkrankenhaus.com
www.marienkrankenhaus.com

Die Marke steht am Anfang des Prozesses

Patienten suchen medizinische Kompetenz. Sie wünschen für ihre Behandlung und Genesung eine ansprechende Atmosphäre. Sie freuen sich auf Ärzte, Pflege- und Beratungskräfte, die ihnen freundlich und sympathisch begegnen. Wer Patienten für sich gewinnen will, muss ihnen all dies signalisieren. Dies steht am Anfang eines Patientenprozesses. Er beginnt lange bevor die Patienten durch eine Krankenhaustüre treten.

Dr. Elizabeth Harrison-Neu

Winfried Leiprecht

Sachliche Information auf allen Kanälen gehört heute zum Standardrepertoire eines Klinikmarketings. Dazu muss eine weitere Komponente kommen: Emotion. Aus Sache und Gefühl entsteht eine Marke. Markenbildung im Gesundheitswesen ist längst noch nicht selbstverständlich. Wer im Wettbewerb bestehen will, muss sich aber darauf einlassen. Es geht um einen Prozess im doppelten Sinne. Die Markenbildung an sich muss als Prozess ablaufen. Und sie ist kein Selbstzweck, sondern ihrerseits integraler Bestandteil eines Patientenprozesses, an dessen Beginn sie steht.

Markenbildung ist keine Angelegenheit, die sich von heute auf morgen quasi mit dem Umlegen eines Hebels bewältigen ließe. Eine Marke bildet sich in einem Prozess heraus, der gesteuert werden kann und muss. Markenkommunikation setzt eindeutige Verantwortlichkeiten voraus. Die Marke ist konstitutiv für ein Unternehmen. Damit ist auch klar, wo die Verantwortlichkeit angesiedelt sein muss: ganz oben, direkt bei einer Geschäftsleitung. Markenkommunikation muss als Prozess angelegt sein, der auf ein klar definiertes Ziel hinsteuert. Es ist ein dauerhafter Prozess, denn eine Marke unterliegt ständig Einflüssen äußerer Faktoren. Die Wahrnehmung der Menschen ändert sich, Wertvorstellungen sind im Fluss, die Konkurrenzsituation verändert sich und hinzu kommen noch die Erfolgs- oder Skandalmeldungen im Alltagsbetrieb. Auf all dies muss Markenkommunikation eine Antwort haben.

„Markenqualität" ist im Bekleidungshandel eine Selbstverständlichkeit. Stern, Blitz, Raubtier oder auch nur die bloße Wortmarke sind für die Automobilindustrie unverzichtbar. So entsteht Identifikation mit den Produkten. Bei der Beurteilung des fahrbaren Untersatzes fühlt sich jeder als Experte. Ob Qualität objektiv gegeben ist und im Vergleich zum anderen Markenmodell vielleicht sogar objektiv besser ist, werden die wenigsten zu beurteilen vermögen. Eine Marke wird als Qualität erlebt. Das reicht. Erlebte Qualität suchen Patienten und Angehörige auch im Krankenhaus.

Morgens Werbung = mittags Umsatz. Diese einfache Formel gilt für das Gesundheitswesen nicht. Krankenhäuser müssen sich anders am Markt bewegen als ein Bekleidungs- oder Nahrungsmittelhändler. Gesundheit ist keine Abverkaufware. Entsprechend müssen die Marketingstrategien ausgerichtet sein. Marketing setzt zwangsläufig die Marke voraus. Es geht um ein gleichermaßen langfristig wie nachhaltig angelegtes Image. Menschen, die heute noch keinen Gedanken darauf verwenden, selbst ein Klinikbett zu belegen, müssen bereits jetzt intuitiv wissen, wo sie im Falle des Falles am besten aufgehoben sind. Mit ausschweifenden Seminaren, Homepageerläuterungen oder Schriftstücken über Krankheitsbilder und Therapiemöglichkeiten wird das kaum gelingen. Über eine knappe, präzise und emotionsgeladene Marke schon viel eher.

Auch die Oberschwabenklinik machte sich im Jahre ihrer Gründung, 1997, auf den Weg, eine Marke zu werden. Ein unvollständiger Kranz, bestehend aus sechs roten kleinen Häuschen, sollte die Marke visualisieren. Die sechs Häuschen standen für die sechs Kliniken, die unter dem Dach der neuen Gesellschaft zusammengefasst worden waren. Doch das Symbol hatte zwei inhaltliche Schwächen, die mit der Zeit immer deutlicher zum Tragen kamen. Im Logo abgebildet waren Immobilien, die für sich allein aber nichts über ein medizinisches „Programm" aussagten. Sie stellten den status quo eines Unternehmens dar, holten die Menschen aber nicht an ihren Grundbefindlichkeiten ab. Kompetenz, Sympathie oder Atmosphäre – all dies strahlte diese Darstellung nicht aus. Der Schwäche nach außen entsprach die nach innen. Der Verbund wurde anfangs von den über 2500 Mitarbeitern nicht gelebt. Die Krankenhäuser wurden nach wie vor wie eigene kleine Fürstentümer geführt. Dargestellt wurde als Marke, was die politischen Akteure als Entwicklungsprozess eines Unternehmens erleben wollten. Außer Acht blieb, dass Markenbildung originärer Teil eines Patientenprozesses sein muss.

2004 wurde die OSK zum Sanierungsfall. Der wirtschaftliche Sanierungskurs wurde durch eine gezielte Imagebildung begleitet. Eine Abteilung für Marketing- und Unternehmenskommunikation wurde gegründet. Die Aufgabe war von Anfang an über die bloße Presse- und Werbearbeit hinaus auf den Prozess einer langfristigen Markenbildung angelegt. Das bloße Austauschen eines Logos hätte dabei viel zu kurz gegriffen und wäre nach außen auch kaum glaubwürdig gewesen. Das alte Erscheinungsbild konnte erst mit dem Verschwinden des alten Images abgelegt werden. Erst drei Jahre nach dem Beginn des wirtschaftlichen Sanierungskurses schien dieser Punkt erreicht.

Ein neues Corporate Design stand nicht am Anfang des Prozesses, sondern es war Teil von ihm. Mit dem neuen CD wurde das

aggressive, an Blut erinnernde Rot als Unternehmensleitfarbe über Bord geworfen. Ein helles Grün und ein helles Blau prägen nun dezent das farbliche Bild. Natürlichkeit, Reinheit, Leichtigkeit werden assoziiert. Das Grün der Natur und das Blau von Himmel oder Wasser bilden eine harmonische Einheit. Sie signalisiert Patienten in einer für sie außergewöhnlichen und als bedrohlich empfundenen Lebenslage Hoffnung. Die sechs Häuschen wurden nicht durch ein neues Bild ersetzt, sondern durch ein einfache Wortmarke: „OSK". Mit diesen drei Buchstaben und diesen beiden Farben sollen die Menschen all die Eigenschaften verbinden, die sie von ihrem Gesundheitsdienstleister erwarten.

Nachdem dass Vertrauen wieder aufgebaut war, definierte sich die OSK am Höhepunkt dieses Prozesses als Marke neu. Die Marke ergibt sich nicht aus den diversen PR- und Öffentlichkeitsaktivitäten, sondern es ist umgekehrt: Die Marke setzt die Maßstäbe für die Marketingstrategie. Die OSK ist emotional, sie ist erlebbar. Ärzte halten an allen Standorten regelmäßig Publikumsvorträge. Chefärzte stellen sich auf dem „roten Sofa" dem Gespräch mit kleinen Gruppen. In ihren Publikationen fragt die OSK nicht: „Was wollten wir schon immer den Leuten erzählen." Sie fragt: „Was interessiert die Menschen an uns?" Die Reportagen in der Quartalszeitung sind losgelöst von der Unternehmenshierarchie. Berichtet wird über den Assistenzarzt im Notarztdienst, über die Krankenschwester nachts auf Station, über den Haustechniker im Hintergrund, über den Koch.

Das Krankenhaus soll den Menschen bekannt werden. Mit all seinen Facetten. Unbekanntes schürt Ängste. Die OSK hat mittlerweile 100 Patientenlotsen ausgebildet, die in den Häusern die Patienten begleiten. Bereits vor der Krankenhaustüre die Angstschwelle zu senken, das ist der Kern jeder Marketingstrategie. Sorgen haben die Leute, die ins Krankenhaus kommen, genug. Dass sie gerne kommen, wird man kaum erreichen. Dass sie ohne Angst kommen, kann gelingen. Behandlung ist aus der Sicht eines Patienten mehr als nur das optimale Zusammenspiel verschiedener Berufsgruppen am Krankenbett. Gesundwerden hat auch mit Emotion zu tun. Auch sie ist Teil eines Behandlungsprozesses.

Eine Marke wird ihre Wertigkeit nur entfalten, wenn die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eines Unternehmens diese Markenphilosophie leben. Markenkommunikation muss sich auch nach innen richten. Dass der Markenprozess im Unternehmen gelingt, ist Voraussetzung dafür, dass eine Marke nach außen dauerhaft glaubwürdig bleibt. Die

Abb. 1: Wortmarke, neue Farben und Menschen: so tritt die OSK nach außen auf

Arbeit der Zertifizierungsteams, die Fort- und Weiterbildung in einer eigenen Akademie, Managementseminare und Workshops für Führungskräfte stehen in der Oberschwabenklinik immer unter dem Dachthema „Marke OSK". Wichtig ist, dass diese Marke nicht nur Ziel individueller Überzeugungsarbeit, sondern Teamgedanke ist.

Kommunikation ist Handwerk. Der Werkzeugkoffer auch der Klinikkommunikation wird mit immer neuen Instrumenten immer üppiger und auch teurer gefüllt. Neben den klassischen Printmedien sind Homepage, Intranet oder Klinikfernsehen heute Standard. Daneben schießen elektronische Portale wie Pilze aus dem Boden. Plattformen entstehen, deren Betreiber versprechen, alle Fragen und Wünsche mit einer Lösung beantworten zu können. Aber braucht das der Patient? Vieles mutet einem wie Spielzeug an, für anderes muss man als 50-Jähriger schon die nächste Generation fragen, um es zu verstehen. Der Einsatz der Kommunikationsmittel muss sich an den Zielgruppen orientieren. Zwei Drittel unserer Patienten sind über 60 Jahre alt, viele sogar noch deutlich darüber. Es bringt nichts, diese Menschen im Krankenhaus mit Systemen zu behelligen, die sie im Alltagsleben nie brauchen und auch nicht kennen. Damit wird nicht einer prinzipiellen Skepsis gegenüber elektronischen Kommunikationswegen das Wort geredet. Mit blinder Euphorie schießt man hier aber leicht übers Ziel hinaus. Das Ziel ist, auf diesem Feld das richtige Maß zu finden.

„OSK" – die drei Buchstaben müssen in der Öffentlichkeit ständig präsent sein. Nicht aufdringlich, aber dafür umso nachhaltiger. Die Menschen wollen nicht andauernd darauf gestoßen werden, dass sie krank werden könnten oder womöglich schon sind. Aber sie sollen im Hinterkopf schon jetzt wissen, dass, wenn sie einmal ein Krankenhaus brauchen, diese Oberschwabenklinik ihre Klinik der Wahl sein wird. Wenn dies gelingt, ist der Anfang eines erfolgreichen Patientenprozesses gemacht.

Kontakt

Dr. Elizabeth Harrison-Neu
Oberschwabenklinik GmbH
Geschäftsführerin
Tel.: 0751/87-2080
E-Mail: Elizabeth.Harrison@oberschwabenklinik.de
www.oberschwabenklinik.de

Winfried Leiprecht
Oberschwabenklinik GmbH
Leiter Marketing und Unternehmenskommunikation
Tel.: 0751/87-2712
E-Mail: Winfried.Leiprecht@oberschwabenklinik.de
www.oberschwabenklinik.de

Fall Management als Instrument der Verweildauersteuerung im Krankenhaus

Methodisches Vorgehen für die Einführung von Fall Management

Die Einführung von Fall Management im Krankenhaus ist inzwischen aus ihrer Pionierphase heraus. Viele Krankenhäuser haben sich auf den Weg gemacht, die Methoden des Fall Management in ihren Ablauf zu übernehmen. Doch gerade das Vorgehen bei der Etablierung dieser neuen Berufsgruppe beziehungsweise der neuen Prozesse erfordert ein hohes Maß an Sensibilität und Überzeugung in allen Berufsgruppen, um die notwendige Akzeptanz zu erreichen. Wie können also die Voraussetzungen geschaffen werden, um Fall Management optimal in einem Krankenhaus einzuführen, welche Ziele sind realistisch und was ist bei der Einführung zu beachten?

Dr. Matthias Schäg

Dr. Dominik Deimel

Fall Management Ansatz zur Verweildauersteuerung

Das Universitätsklinikum Magdeburg steht derzeit wie jedes Krankenhaus in Deutschland vor der Herausforderung, Kostenstrukturen unter den Zielvorgaben der DRG-Erlöse zu optimieren. Hierbei lassen sich über Reduzierung von Sachkosten oder Optimierung der Gemeinkosten (zum Beispiel durch Outsourcing) nur bedingte Einsparungen erzielen. Erst das Angehen der Prozessqualität und somit die Veränderung der täglichen Abläufe im klinischen Alltag kann zu einer Effizienz und somit auch Kostenverbesserung führen. Hierbei spielt die Einführung von Standards eine wesentliche Rolle, wie sie zum Beispiel durch „klinische Pfade" erreicht werden kann. Letztendlich braucht es allerdings auch die Rolle des „Kümmerers", der nicht nur für verbesserte Steuerung des Falls sondern auch für die Koordination vielfältiger Schnittstellen verantwortlich sein kann.

In diesem Zusammenhang gewinnt der Ansatz von Fall Management, wie er ja bereits in zahlreichen Kliniken erfolgreich eingeführt werden konnte, als Instrument für die Verweildauersteuerung an Bedeutung. Das Aufsetzen von Prozessen, die über die Methodik von Fall Management (Beurteilung, Organisation, Koordination, Evaluation) strukturiert sind, erlaubt es nicht nur, ausgewählte Patientengruppen oder einzelne Patienten mit hohem Ressourcenaufwand (im Bereich Onkologie oder Geriatrie), sondern auch systematisch alle behandelten Fälle mit einzubeziehen.

Das Universitätsklinikum Magdeburg hat im Rahmen seines Strategieprozesses die exemplarische Erprobung einer auf Basis eines umfassenden Fall Management Ansatzes entwickelten Vorgehensweise in einer Fachabteilung zu einem der relevanten Projekte bestimmt und hierzu im Sommer 2009 ein Projekt in intensiver Zusammenarbeit mit der Klinik für Allgemein,- Viszeral- und Gefäßchirurgie aufgesetzt. Zusammen mit der Firma com2health aus Weinheim, die sich auf die Einführung eines kooperativen, intersektoralen Fall Managements spezialisiert hat, wurde in dieser Klinik über ein dreistufiges Projektkonzept das Fall Management eingeführt.

Methodisches Vorgehen

In einer ersten Projektstufe wurde zunächst für die Entscheidungsträger (Klinikumsvorstand und Leitung der Klinik für Allgemein- Viszeral- und Gefäßchirurgie) ein Grobkonzept zum Fall Management entwickelt, welches ein gemeinsames Verständnis für die Fall Management Einführung und die notwendige Reorganisation schaffen soll. Dieses Grobkonzept, welches in zwei Workshops mit Mitarbeitern aus der chirurgischen Klinik entwickelt wurde, legt neben der Ausgangssituation auch Zielsetzung, notwendige Rahmenbedingungen und das weitere Vorgehen im Projekt dar und schafft somit die Voraussetzungen, um in der Führungsebene eines Krankenhauses die Entscheidung für die Umsetzung von Fall Management als Methode zu treffen.

In der zweiten Projektstufe erfolgte dann die Erarbeitung eines Referenzprozesses für das Aufnahme- und Entlassmanagement, welches in Teilprojekten in jeweils drei Workshops erarbeitet wurde. Die Business Process Modeling Notation (BPMN) konforme Modellierung des Sollprozesses beschreibt und formuliert den Prozess, die notwendigen Ausführenden, die benötigten Instrumente und Daten. Dieses Prozessmodell dient dann anschließend zur Konsetierung der im Rahmen des Fall Managements festgelegten Prozessveränderungen und kann auch für die Weitergabe der Informationen an Mitarbeiter verwendet werden, die nicht am Projekt teilgenommen haben. Auch zum späteren Rollout der Methode in weitere Kliniken hilft die modellierte Prozessbeschreibung im Vergleich zum Beispiel zu einer Ablaufbeschreibung in Word.

Die Einführung des Fall Management erfolgte dann in einer dritten Projektstufe verteilt auf mehrere Einführungsstufen in der chirurgischen Pilotklinik. Nach Schaffung der notwendigen Infrastruktur sowie

Erarbeitung von Instrumenten, wie zum Beispiel Checklisten, konnte der neu formulierte Prozess geschult und eingeführt werden.

Dieses dreistufige Projektvorgehen schafft damit eine schrittweise Erarbeitung von Vorgehensmodellen, die es dann auch erlauben, alle Entscheidungsstufen (Klinikumsvorstand, Klinikleitung, Ärzte, Pflegedienst und alle anderen Berufsgruppen) an diese Reorganisation heranzuführen und ausreichend Transparenz zu schaffen, um jedem die Veränderung verständlich zu machen.

Verbesserungspotenzial, welches durch Fall Management behoben werden kann

Die Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie der Universitätsklinik Magdeburg bedient ein sehr großes Einzugsgebiet (50 – 100 km Umkreis). Hierbei erfolgt die Anmeldung von Patienten häufig telefonisch und per Fax, wobei in Fällen mit weitem Anfahrtsweg auch keine ambulante Vorstellung des Patienten zur Indikationsstellung erfolgen kann. Onkologische Indikationen sowie Patienten mit internistischen Vorerkrankungen erfordern zur präoperativen Vorbereitung zudem ein interdisziplinäres Management, welches in manchen Fällen bisher erst nach der stationären Aufnahme beginnen konnte.

Die Auswertung der DRG Kennzahlen der Klinik ergab eine zu hohe präoperative Liegedauer, die sich insbesondere aus der bei der Aufnahme noch unvollständigen Vorbereitung der Patienten zur OP (Patienten können wegen fehlender Diagnostik nicht am Folgetag operiert werden) beziehungsweise aus akut fehlenden OP- / ITS - Kapazitäten ergeben. Zurückzuführen ist dies auf das fehlende zentrale Termin- und Ressourcen Management bei der Festlegung des Aufnahmetermins sowie aus der fehlenden Standardisierung der präoperativen Vorbereitung bei elektiven Aufnahmen.

Des Weiteren kann festgestellt werden, dass die Verweildauer der Patienten häufig über der durch das DRG-System „finanzierten Liegedauer" liegt, was auf die fehlende Verweildauersteuerung durch den Stationsarzt zurückzuführen ist. Auch eine zu späte Einleitung der Koordination des notwendigen Nachsorgebedarfs führt zur Verlängerung des stationären Aufenthaltes, da Patienten nicht zum optimalen Zeitpunkt in die Nachsorge (ambulante Pflege, Rehabilitation u.a.) übernommen werden können.

Beschreibung			Cholezystolithiasis → Cholezystektomie		
DRG			H08B Laparoskopische Cholezystektomie	H07B Cholezystektomie	
Fallbesonderheiten/ Nebenerkrankungen				Patienten mit Tumorverdacht, Oberbauchvoroperation, schwere Herz-Kreislauf-Erkrankung	Operationstechnische Gründe
Indikation	Diagnose (ICD-10)		K80.20 Gallenblasenstein ohne Cholezystis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	K80.20 Gallenblasenstein ohne Cholezystis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion	K80.20 Gallenblasenstein ohne Cholezystis: Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion
	Therapie (OPS)		5-511.11 Cholezystektomie einfach, laparoskopisch: Ohne laparoskopische Revision der Gallengänge	5-511.01 Cholezystektomie einfach, offen chirurgisch: Ohne operative Revision der Gallengänge	5-511.21 Cholezystektomie einfach, Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch: Ohne operative Revision der Gallengänge
Aufnahme			Elektiv	Elektiv	Elektiv
Amb. Indikationsstellung zwingend notwendig			Ja	Ja	Ja
Zeitfenster Indikationsstellung/ Aufnahme			Keine Vorgabe	Keine Vorgabe	Keine Vorgabe
Präop. Diagnostik	Labor	kl. Blutbild, E´lyte, CRP, Bili, ALAT, ASAT, GLDH, Crea, Lipase, TSH, Quick, PTT, Blutgruppe	x	x	x
	Konsil	Spirometrie/ Echokardiogramm lt. Anästhesie	x	x	x
	EKG	Alter >50 Jahre, keine Nebenerkrankungen	x	x	x
	Sono	Abdomen	x	x	x
	CT				
	Rö-Thorax	Alter >50 Jahre, keine Nebenerkrankungen	x	x	x
	Röntgen (OP)				
	Histologie				
Vorstat. Aufenthalt sinnvoll			Ja	Ja	Ja
Aufnahme am OP-Tag möglich			Ja	Ja	Ja
Dauer OP (min)			45	45	45
ITS-Aufenthalt (Tage)			0 Tage	0 Tage	0 Tage
MVD 2010			4,9	10,1	10,1

Abb. 1: Ausschnitt aus der Indikationsmatrix am Beispiel der Cholezystektomie

Ziele des stationären Fall Managements

Für die Einführung von Fall Management ist es unerlässlich, Ziele für die spätere Evaluation zu benennen, die sich später auch messen lassen. Neben der Einhaltung der optimalen Verweildauer beziehungsweise auch Verweildauerverkürzung, ist Fall Management auch ein Instrument, welches eine Verbesserung der Arbeitssituation von ärztlich und pflegerisch tätigen Mitarbeitern ermöglicht und die Patientenzufriedenheit erhöht. Gerade diese letztgenannten eher „weichen" aber nicht unwesentlichen Ziele bedürfen ebenso einer späteren Evaluation.

Im Projekt der chirurgischen Klinik sollen die Ziele der Verkürzung der präoperativen Liegedauer und eine Optimierung der OP- und ITS-Auslastung mit Hilfe einer verbesserten Ressourcenplanung erreicht werden. Eine gezielte präoperative Vorbereitung der Patienten angelehnt an definierten Standards, soll es ermöglichen, dass Patienten bereits am Aufnahmetag beziehungsweise am Tag nach der Aufnahme operiert werden können und möglichst keine vorher absehbare aufwendige oder zeitintensive Diagnostik nach der stationären Aufnahme zur Operation erfolgt.

Die Verkürzung der postoperativen Liegedauer kann dadurch erreicht werden, dass die Einleitung der Nachsorge Koordination möglichst frühzeitig beginnt. Hierzu ist eine Beurteilung des Patienten am Aufnahmetag notwendig. Mit Hilfe der frühzeitigen und engmaschigen Einbindung von Sozialdienst und weiteren Berufsgruppen, die eine Organisation der Überleitung verantworten, soll die Koordination der Nachsorge deutlich verbessert werden.

In diesem Kontext kommt der Verweildauersteuerung auf Basis einer ständig transparenten DRG und somit auch einer allzeit transparenten finanzierten Liege-

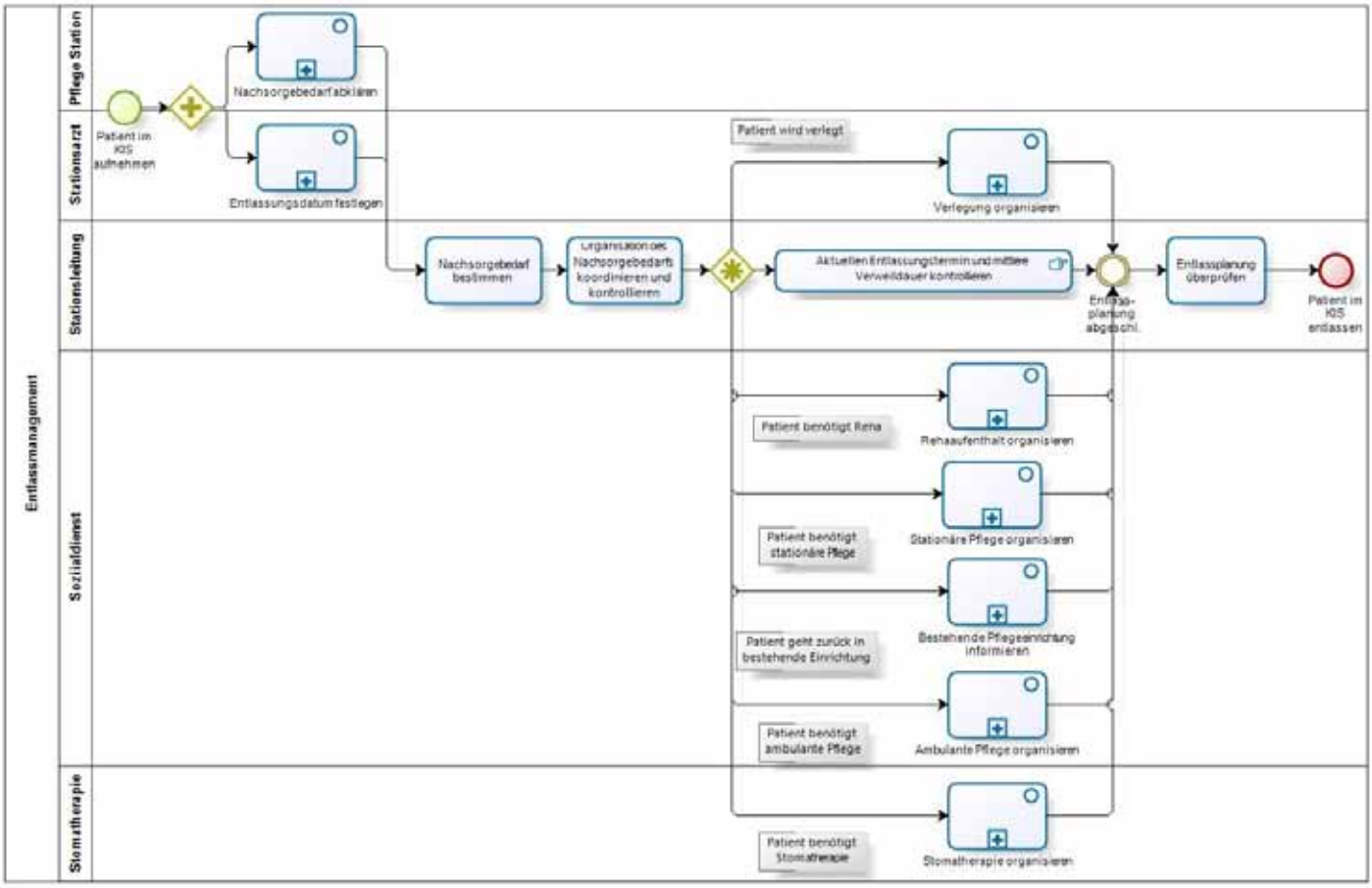


Abb. 2: BPMN konforme Modellierung des Entlassmanagement Prozesses

dauer eine besondere Bedeutung zu. Erst wenn es gelingt, die Kodierung der Ärzte zeitnah zu fordern beziehungsweise über Kodierfachkräfte zu unterstützten, sind die medizinischen Verläufe, ihre Dokumentation und die notwendige Kodierung auf einem gleichen Stand. Eine spätere poststationäre Optimierung oder auch erst Kodierung würde eine Verweildauersteuerung nicht zulassen, da zu keinem Zeitpunkt die finanzierte Liegedauer gegenüber dem geplanten Entlassungsdatum verfügbar wäre.

Aufnahme- und Entlassmanagement und stationäres Fallmanagement

Optimierter Aufnahme-Management Prozess

Auf Basis der Ausgangssituation und zur Umsetzung der formulierten Ziele wurde mit den Mitarbeitern der Klinik ein optimierter Aufnahmemanagement-Prozess erarbeitet, um die Einbindung des Fall Managements in die bestehende Klinikorganisation zu beschreiben. Mit der Übertragung aller elektiven Aufnahmen sowie der Organisation der noch ausstehenden präoperativen Diagnostik musste eine Möglichkeit geschaffen werden, wie Informationen zum Patienten, dem Krankheitsbild und den Noch-Anforderungen an die präoperative Vorbereitung an das Fall Management weitergeleitet werden können. Hierzu wurde eine Indikationsmatrix entwickelt, welche eine Zuordnung der medizinischen Krankheitsbilder zu einer DRG Gruppe (zum Beispiel „Cholezystektomie" zu den drei in Frage kommenden DRG Gruppen) erlaubt und gleichzeitig die präoperative Vorbereitung im Sinne eines SOP Ansatzes (Standard Operating Procedures) ermöglicht. Diese Indikationsmatrix wurde für alle relevanten Krankheitsbilder der Chirurgie erstellt und mit den entsprechenden Inhalten gefüllt. Zudem wurde ein Verfahren entwickelt, welches bei der Indikationsstellung zum stationären Aufenthalt durch den Arzt das Ausfüllen einer auf Basis dieser Indikationsmatrix vordefinierten Checkliste zum Krankheitsbild vorsieht, in der alle Informationen für die Aufnahmeplanung hinterlegt sind. Dieser Sollprozess sieht somit eine Zentralisierung der Aufnahmeplanung sowie der präoperativen Vorbereitung durch das Fallmanagement vor.

Verweildauersteuerung durch Verbesserung des DRG-Management und der Nachsorgeplanung

Der Sollprozess zum Entlassmanagement für die chirurgische Klinik zeigt auf, dass die notwendigen Schritte zur Einhaltung der finanzierten Liegedauer nicht unbedingt über ein Fall Management sondern vielmehr durch die Verbesserung der Abläufe auf der Station gelöst werden können. Eine zentrale Rolle kommt hierbei dem DRG Management zu, da nur eine zeitnahe und korrekte Kodierung die aktuelle finanzierte Liegedauer widerspiegelt. Kodierungen, die erst nach Abschluss des stationären Aufenthaltes ergänzt beziehungsweise korrigiert werden, erlauben eben nicht einen proaktiven Umgang mit einer Liegedauersteuerung beziehungsweise eine korrekte, adäquate, medizinische Dokumentation, die sich an der finanzierten Liegedauer und der Notwendigkeit einer nachvollziehbaren Dokumentation nach MDK Vorgaben orientiert. In der chirurgischen Klinik an der Universitätsklinik Magdeburg werden hierzu „Case Mix Performer" auf den Stationen eingesetzt, die

an vordefinierten Kontrollpunkten (zum Beispiel nach Rückkehr des Patienten aus der Intensivstation oder am ersten postoperativen Tag) die Kodierung und med. Dokumentation überprüfen und somit die vorläufige DRG festlegen. Bei Besonderheiten im Verlauf wird die Kodierung und ggf. die Auswirkungen auf die abzurechnende DRG überprüft und die Verweildauerplanung angepasst. Diese Informationen werden bei der Visite ausgetauscht oder die Fallakte markiert, so dass der Fall zur Dokumentations- und Kodierungsprüfung herangezogen wird. In Kombination mit einer fortlaufenden Definition der geplanten Entlassung kann somit eine sehr gute Transparenz über die medizinisch notwendige und gleichzeitig im DRG-Kontext finanzierte Liegedauer für alle Beteiligte erreicht werden.

Darüber hinaus wurden die Entlassmanagement Prozesse auf der Station, welche die gesamte Nachsorgeplanung (beispielsweise Rehabilitation, ambulante oder stationäre Pflege u.a.) betreffen, in die übergreifende Verantwortung der Stationsleitungen gelegt, die einerseits für ein frühzeitige Beurteilung des Nachsorgebedarfs innerhalb der ersten 48 Stunden sowie die Kommunikation und Koordination des Sozialdienstes beziehungsweise anderer Stellen für die Nachsorgekoordination zuständig ist. Im Sollprozess wurde hierbei darauf Wert gelegt, dass diese Aufgabe auch durch ein abteilungsbezogenes Fallmanagement übernommen werden kann, welches sich aber in dieser Klinik nicht anbot.

Steuerung von einzelnen Patienten in einem poststationären Fallmanagement

In der Prozessbeschreibung wurde dem Fall Management auch die Aufgabe übertragen, in Einzelfällen, die Betreuung von Patienten auch nach Abschluss des stationären Aufenthaltes zu übernehmen. Diese Betreuung wird durch die Station an das Fall Management für eindeutig definierte Zielgruppen (zum Beispiel Patienten mit eingeschränkter Compliance) beauftragt und sieht dann eine gezielte telefonische Nachfrage beim Patienten beziehungsweise auch dem Hausarzt vor. Im Falle der medizinischen Notwendigkeit findet eine kurzfristige Einbestellung in die Ambulanz beziehungsweise eine Rücksprache mit dem Chirurgen statt. Dieses Vorgehen soll Drehtüreffekte vermeiden, aber auch ein zusätzliches Service Angebot für Patienten und Angehörige darstellen.

Projektergebnisse

Die Methodik von Fall Management (Beurteilung, Organisation, Koordination, Evaluation) ist als Leitfaden für ein klinikadaptiertes Aufnahme- und Entlassmanagement und stationäres Fall Management geeignet. Die einzelnen Arbeitsbereiche von Fall Management sind in der einen oder anderen organisatorischen Verknüpfung in vielen Krankenhäusern bereits vorhanden und funktionierend. Eine Schaffung von doppelten Strukturen ist zu vermeiden.

Eine Verknüpfung von klinischen Daten mit den bundesweit kalkulierten ökonomischen Rahmendaten aus dem DRG-Fallpauschalen-Katalog ist für eine ökonomisch sinnvolle Verweildauerplanung und -evaluation unerlässlich. Damit sind Verbesserungen der Effizienz der Patientenversorgung möglich, die es erlauben, auch in Zukunft noch Patienten behandeln zu können, die den Aufwand eines kalkulierten Durchschnittsfalls deutlich überschreiten.

Die derzeit an der chirurgischen Klinik in der Einführung befindlichen Sollprozesse werden parallel evaluiert, um Mitte 2010 anhand definierter Kennzahlen erste Aussagen über die gesundheitsökonomischen Veränderungen treffen zu können. Ein weiterer Rollout des Fall Managements auf die gesamte Universitätsklinik auf Basis der bisher erarbeiteten Referenzprozesse soll im Anschluss an die Evaluation entschieden werden.

Kontakt

Dr. med. Matthias Schäg
Universitätsklinikum Magdeburg
Leiter Medizincontrolling
Tel.: 0391/67- 14467
E-Mail: matthias.schaeg@med.ovgu.de
www.med.uni-magdeburg.de

Dr. med. Dominik Deimel
com2health GmbH, Weinheim
Geschäftsführender Gesellschafter
Tel.: 06201/25596-0
E-Mail: dominik.deimel@com2health.de
www.com2health.de

Workflowoptimierung im Umfeld medizinischer Großgeräte

Analyse und Optimierung mittels industriell eingesetzter ereignisdiskreter Simulation am Beispiel einer Strahlentherapieanlage

Der Erfolg beziehungsweise die Effizienz einer diagnostischen oder therapeutischen Maßnahme an einer medizinischen Großanlage ist nicht alleine von der Leistungsfähigkeit des Therapie- beziehungsweise Diagnostikgerätes abhängig. Vielmehr ist es wichtig, dass sich das Gerät schlüssig in das komplexe Zusammenspiel mit Klinikpersonal, den individuellen Patientenanforderungen, den Räumlichkeiten und vor allem den übergeordneten Prozessabläufen einfügt. Im Rahmen des durch die Bayerische Forschungsstiftung geförderten Projektes „MEDieMAS" wurden daher am Lehrstuhl für Fertigungsautomatisierung und Produktionssystematik (FAPS) der FAU Erlangen-Nürnberg umfassende Analysen der derzeitigen klinischen Abläufe im Umfeld von Strahlentherapiegeräten durchgeführt, um ablauforientierte Verbesserungsansätze zu identifizieren und einen effizienten Betrieb der Anlage zu ermöglichen.

Prof. Dr. Jörg Franke

Christian Ziegler

Jochen Merhof

Erhöhung des Patientendurchlaufs

Für die Betreiber von medizinischen Großgeräten ist es im Allgemeinen von großem Interesse, eine hohe Anzahl an Patienten auf den jeweiligen Systemen untersuchen beziehungsweise behandeln zu können. Dies begründet sich insbesondere durch die hohen Investitionskosten von teilweise mehreren Millionen Euro für eine Therapie- oder Diagnoseanlage sowie der gängigen Vergütung der medizinischen Leistungen auf Basis von Fallpauschalen. Aufgrund einer Vielzahl von Hemmnissen im klinischen Alltag wird zumeist nur ein vergleichsweise niedriger Patientendurchsatz erreicht. Der Grund hierfür liegt fast immer in nur wenig optimierten Workflows im Umfeld der medizinischen Großgeräte.

So ist der Einsatz der kapitalintensiven Geräte in der Regel mit aufwändigen Vorbereitungen im Vorfeld der Behandlung beziehungsweise diagnostischen Maßnahme verbunden. An Computertomographen, Magnetresonanztomographen oder Bestrahlungsgeräten ist häufig eine spezielle Lagerung oder Fixierung des Patienten notwendig. Auch kann die Verabreichung von Kontrastmitteln sowie die Aufbringung von Markern erforderlich sein. Derartige Vorbereitungsmaßnahmen sind großteils unerlässlich sowie zeitintensiv. Da sie in den meisten Fällen direkt am Gerät durchgeführt werden, wird dieses in dieser Zeit durch den Patienten blockiert, was zu hohen Nebenzeiten führt. Das Gerät kann folglich währenddessen nicht „produktiv" genutzt werden. Weitere Nebenzeiten entstehen insbesondere durch überflüssige Wege- und Wartezeiten aufgrund von unzureichend optimierten Arbeitsabläufen oder einer nicht workflowgerechten Raumplanung. Der resultierende Auslastungsgrad mit Wertschöpfungsanteil der medizinischen Geräte ist deshalb gering, obwohl in vielen Fällen der Bedarf höherer Kapazitäten vorhanden ist.

Prozessoptimierung

Wie groß der Einfluss der beschriebenen Defizite auf den Patientendurchsatz an einem Gerät ist, hängt in hohem Maße von den klinik- beziehungsweise praxisspezifischen Gegebenheiten ab. Um Verbesserungen an den Workflows vornehmen zu können, sind daher genaue Kenntnisse über die existierenden Prozesse, deren Abhängigkeiten sowie der abteilungsinternen Organisationsstruktur erforderlich. Erst dann ist eine strukturierte Unterteilung der Prozessketten in Elementarprozesse möglich. Im nächsten Schritt werden die geräte- und patientenspezifischen Elementarprozesszeiten sekundengenau erfasst. Auf Grundlage der erhobenen Daten erfolgt anschließend eine fundierte Analyse der Prozessabläufe, mit dem Ziel, Verbesserungspotenziale zu identifizieren und darauf aufbauend Maßnahmen zur Optimierung des Workflows zu entwickeln. Zur Bewertung des Potenzials dieser Optimierungsmaßnahmen werden im Weiteren ereignisdiskrete Simulationen auf Basis der Zeiterfassungsdaten durchgeführt.

Die ereignisdiskrete Simulation wird insbesondere in der Produktionsplanung zur

Abb. 1: Serielle Verkettung der Elementarprozesse einer Bestrahlungssitzung aus Sicht des Patienten mit Mittelwerten der Prozesszeiten aus den erfassten Klinikdaten in [mm:ss]

Materialflussoptimierung eingesetzt. Mittels der Software werden komplexe und häufig dynamische Unternehmensabläufe dargestellt und berechnet, um zu abgesicherten unternehmerischen Entscheidungen zu gelangen. Das Computermodell ermöglicht es dabei dem Anwender, Experimente durchzuführen und „was wäre wenn" Szenarien durchzuspielen, ohne die tatsächliche Produktion zu beeinflussen. Da – wie in der Produktion – auch in der Großgerätemedizin standardisierte und diskrete Abläufe überwiegen, kann die ereignisdiskrete Simulation sehr gut auf die Anforderungen klinischer Abläufe angepasst werden. Somit können die entwickelten Optimierungsansätze mittels Simulation anhand verschiedener, auf den Daten der Zeiterfassung basierender Behandlungs- beziehungsweise Untersuchungsszenarien bewertet werden.

Bei allen Bestrebungen, die Anzahl der Behandlungen beziehungsweise Untersuchungen zu erhöhen, muss gleichzeitig eine hohe Prozessqualität und Flexibilität gewährleistet werden. Durch die beschriebene methodische Vorgehensweise zur Erstellung der optimierten Prozessketten und Abläufe entstehen klar strukturierte und eindeutig definierte Workflows. Das Risiko des Auftretens von unvorhersehbaren oder unbemerkten Fehlern wird dadurch deutlich reduziert. Bei der Workflowoptimierung ist des Weiteren darauf zu achten, dass die internen Abläufe trotz der genannten Anforderungen an die Effizienz noch genügend Flexibilität aufweisen, um auf dynamische Änderungen gegebenenfalls durch Anpassung des Workflows reagieren zu können. Vor allem bei der Planung des räumlichen Layouts um das medizinische Gerät sollte daher nicht nur auf sinnvolle sowie kurze Wege für Personal und Patient, sondern auch auf möglichst flexibel anpassbare Raumlösungen geachtet werden.

Umsetzung am Beispiel einer Strahlentherapieklinik

Für die zeitliche Analyse der klinischen Abläufe war zunächst eine umfassende Datenbasis notwendig. Hierzu wurden in einer Strahlenklinik zwei Wochen lang an zwei Strahlentherapiegeräten die Zeiten aller wichtigen Einzelprozesse computergestützt über eine speziell entwickelte Eingabemaske erfasst. Hierdurch war eine schnelle, ergonomische und sekundengenaue Datenerhebung möglich. Neben der exakten Erfassung der Prozesszeiten beziehungsweise für Wege, Setup, Bestrahlung etc. wurden die Anzahl und Richtungen der Bestrahlungsfelder sowie Patientenattribute wie Alter, Geschlecht, notwendige Hilfsmittel usw. protokolliert. Insgesamt wurden 596 Datensätze von Einzelsitzungen erhoben und automatisch in einer erweiterbaren SQL-Datenbank abgelegt. Dies bietet die Möglichkeit, beliebige Abfragen an die Datenbank zu stellen, so dass differenzierte Analysen möglich sind.

Die Auswertung der Durchschnittszeiten der einzelnen Elementarprozesse (EP) zeigt, dass der „produktive" Nutzungsgrad der Anlage relativ gering ist (Abbildung 1). Weniger als die Hälfte der Zeit, die ein Patient den Bunker und somit auch das Therapiegerät belegt, kann potenziell für Bestrahlungen (EP 4) genutzt werden. Die „unproduktiven" Anteile der Bunkerbelegzeit sind auf Wege,- Vorbereitungs-, Nachbereitungs- und Wartezeiten zurückzuführen. Das Kuchendiagramm in Abbildung 2 veranschaulicht, dass von der potenziellen Behandlungszeit EP4 (dunkelgrün hinterlegt) lediglich ein kleiner Teil wirklich für Bestrahlungen genutzt wird. Nur in 11 % der Betriebszeit ist die Strahlenquelle aktiv. Nahezu ebenso lange benötigt die Gantry, um die Strahlenquelle zu positionieren. Der Großteil der potenziellen Behandlungszeit wird jedoch für weitere Restzeiten benötigt. Diese setzen sich vor allem aus zusätzlichen Bunkeröffnungszeiten, während derer MTRAs beispielsweise die Lage des Patienten kontrollieren, sowie Störzeiten zusammen.

Insgesamt kann festgehalten werden, dass die Abläufe in der Strahlentherapie aus Sicht des einzelnen Patienten bei einer Standardbehandlung immer aus den gleichen Elementarprozessen bestehen, was grundsätzlich der Realisierung eines schnellen Workflows zuträglich ist. Werden jedoch die Abläufe und die Aufgabenverteilung der MTRAs näher betrachtet, so fällt auf, dass diese nicht durchgängig klar vorgegeben und nur bedingt zeitlich strukturiert beziehungsweise optimiert sind. Eine unausgewogene Auslastung der MTRAs sowie ein zeitweise dynamischer, nicht geplanter Wechsel der Aufgabenverantwortung zwischen den MTRAs ist häufig die Folge. Ein solches System ist zwar grundsätzlich flexibel, jedoch auch fehleranfällig und lässt erhebliche Potenziale zur Erhöhung des Patientendurchsatzes ungenutzt.

Simulationsgestützte Optimierung des Workflows

Die Analysen zeigten, dass beim gängigen Strahlentherapieworkflow alle wichtigen Ressourcen (Therapiegerät, Bunker,

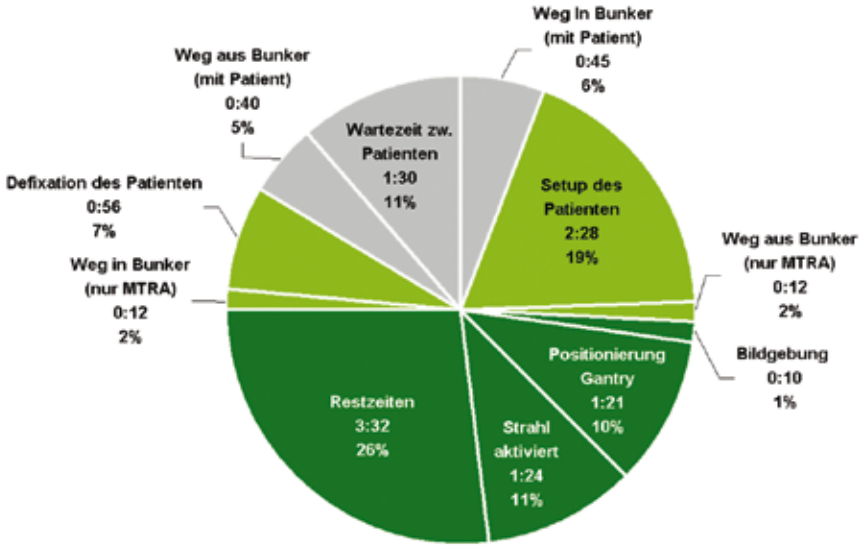


Abb. 2: Mittelwerte einzelner Prozesszeiten des klinischen Ist-Workflows (Simulationszeitraum: 1 Jahr)

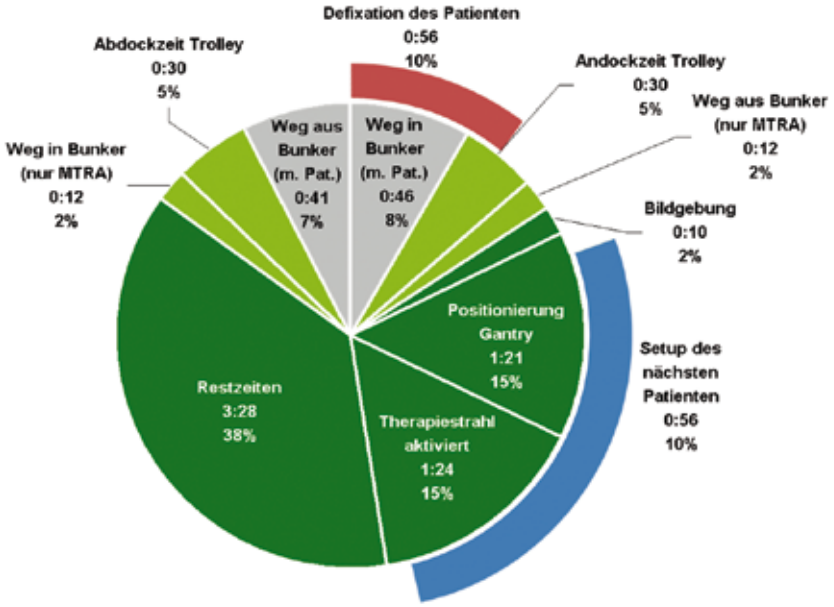


Abb. 3: Durch Parallelisierungsmaßnahmen im Workflow kann die Bunkerbelegzeit pro Patient um ca. 30 % reduziert werden

MTRAs) durch den Patienten blockiert werden, so lange er sich im „Behandlungssystem" befindet. Dies ist durch die serielle Verkettung der Prozesse und die Durchführung fast aller Nebentätigkeiten (Patienten-Fixation, -Positionierung, -Defixation) im Bestrahlungsbunker bedingt. Werden diese Tätigkeiten zur Vorbereitung beziehungsweise Nachbereitung der Behandlung außerhalb des Bunkers zum Beispiel in einem Setup-Raum durchgeführt, können Prozesse parallelisiert und dadurch die Anzahl behandelbarer Patienten deutlich erhöht werden. Abbildung 3 zeigt eines der simulierten Szenarien, bei dem das Setup und die Defixation des Patienten mit anschließender Reinigung der Liege außerhalb des Bunkers stattfinden. Das Kuchendiagramm beschreibt dabei den sequentiellen Ablauf aus Sicht eines Patienten. Die außen dargestellten Prozesse „Defixation des Patienten" und „Setup des nächsten Patienten" repräsentieren parallel dazu ablaufende Prozesse des vorherigen beziehungsweise nachfolgenden Patienten. Da eventuell auftretende Wartezeiten zwischen zwei Patienten sich beim parallelisierten Workflow lediglich zeitunkritisch auf den Beginn des – außerhalb des Bunkers durchgeführten – Setups des nächsten Patienten auswirken, haben diese im Regelfall keine Erhöhung der Bunkerbelegzeiten zur Folge.

Um das Potenzial eines parallelisierten Workflows zu quantifizieren, wurde auf Basis der realen Einzelprozesszeiten eine Simulationsstudie mittels Plant Simulation (Siemens PLM Software) durchgeführt. Hierbei zeigte sich, dass im konkreten Fall alleine durch Parallelisierungsmaßnahmen die Anzahl behandelbarer Patienten pro Arbeitstag und Therapiegerät von derzeit durchschnittlich 36 auf durchschnittlich 51 erhöht werden kann. Die Klinik kann hierdurch Mehreinnahmen von mehreren 100.000 Euro pro Jahr erzielen. Dieses hohe finanzielle Potenzial der Parallelisierungsmaßnahme rechtfertigt auch den entstehenden Investitionsaufwand für ein Trolley-System zum Transfer des Patienten aus dem Setup-Raum in den Strahlenbunker sowie für eventuell notwendige bauliche Veränderungen. Durch die Anpassung des Workflows wird darüber hinaus eine bessere Planbarkeit des Tagesablaufes ermöglicht. Hierdurch können unter anderem kürzere Wartezeiten für die Patienten erreicht werden.

Entwicklung von Optimierungsansätzen

Die durchgeführte Erfassung und Analyse der Behandlungsabläufe in einer Strahlenklinik hat aufschlussreiche Informationen geliefert, welche Prozesszeiten für die Belegung des Bestrahlungsgerätes maßgeblich sind. Auf dieser Basis wurden verschiedene Optimierungsansätze gefunden und mit Hilfe der Simulationssoftware Plant Simulation hinsichtlich ihres Verbesserungspotenzials zur Effizienzsteigerung der Therapieanlage untersucht. Eine wichtige Erkenntnis hierbei war, dass die Parallelisierung von Prozessschritten – die derzeit vollständig seriell ablaufen – ein erhebliches Potenzial zur Steigerung des Durchsatzes an Patienten aufweist. Das beschriebene methodische Vorgehen zur Workflowoptimierung kann auch auf andere klinische Workflows, die einen hohen Grad an sich wiederholenden Elementarprozessen aufweisen, angewendet werden. Durch die strukturierte Analyse werden fehleranfällige und ineffiziente Prozesse aufgespürt sowie Verbesserungsansätze identifiziert. Mittels ereignisdiskreter Simulation können darauf aufbauend neue Workflows hinsichtlich Effizienzkriterien wie Patientendurchsatz, Auslastungsgrad oder Flexibilität gegenüber Störeinflüssen, bewertet werden.

Neben den Betreibern sowie den Patienten profitieren auch die Anlagenhersteller von einer methodischen Analyse der gerätespezifischen Workflows, da sie fundierte Informationen bezüglich der Leistungsfähigkeit und Verbesserungspotenziale ihrer Geräte und Geräteworkflows erhalten. Da – wie am Beispiel Strahlentherapie beschrieben – häufig große Verbesserungspotenziale aufgedeckt werden können, erhöht dies zudem die Motivation der Hersteller, eine stärker workfloworientierte Produktentwicklung zu betreiben.

Literatur

1. Franke, J.; Feldmann, K.; Brossog, M. (2009): Mit Simulation die Produktion optimieren. 18. Automation Day. Nürnberg: 28.10.2009.
2. Feldmann, K.; Ziegler, C. (2008): Einsatz von Robotern in der Medizintechnik. Vortragsreihe Visionen – Innovationen – Märkte, Technik hilft heilen – Prävention, Diagnose, Therapie. Nürnberg: 27.05.2008.
3. Feldmann, K.; Merhof, J.; Schmuck, T. (2008): Dreidimensionale Modell- und Materialflussvisualisierung mittels VRML und OpenGL. 13. ASIM Fachtagung in Berlin. Stuttgart: Fraunhofer IRB Verlag.
4. VDI-Richtlinie 3633, Blatt 1 (2000): Simulation von Logistik-, Materialfluss- und Produktionssystemen – Grundlagen. Beuth, Düsseldorf.
5. VDI-Richtlinie 3633, Blatt 11 (2003): Simulation von Logistik-, Materialfluss- und Produktionssystemen – Simulation und Visualisierung. Beuth, Düsseldorf.

Kontakt

Prof. Dr.-Ing. Jörg Franke
FAU Erlangen-Nürnberg, Lehrstuhl für Fertigungsautomatisierung und Produktionssystematik (FAPS)
Tel.: 09131/8527-569
E-Mail: franke@faps.uni-erlangen.de
www.faps.uni-erlangen.de

Dipl.-Ing. Christian Ziegler
FAU Erlangen-Nürnberg, Lehrstuhl für Fertigungsautomatisierung und Produktionssystematik (FAPS)
Tel.: 09131/8527-176
E-Mail: ziegler@faps.uni-erlangen.de
www.faps.uni-erlangen.de

Dipl.-Inf. Jochen Merhof
FAU Erlangen-Nürnberg, Lehrstuhl für Fertigungsautomatisierung und Produktionssystematik (FAPS)
Tel.: 09131/8527-241
E-Mail: merhof@faps.uni-erlangen.de
www.faps.uni-erlangen.de

KU GESUNDHEITSMANAGEMENT

Fachwissen.

Band 1

Dieses Buch beschreibt Vorgehensweisen zur Erstellung eines Pfades mithilfe von Querverweisen, Paralleldokumenten u.v.m. 152 Seiten,
ISBN 978-3-938610-00-8
21,50 Euro

Band 2

Dieses Buch zeigt die nächsten Schritte zur Verbesserung der Prozesseffizienz durch Netzplantechnik. 216 Seiten,
ISBN 978-3-938610-09-1
21,50 Euro

Band 3

Das Buch gibt strukturierte Verfahren, die Ihnen helfen können, die Prozesse zu verändern und weiter zu optimieren. 180 Seiten,
ISBN 978-3-938610-02-2
21,50 Euro

Band 4

In diesem Buch werden die Vorteile betrachtet, die sich für ein Krankenhaus aus der Prozessoptimierung ergeben. 304 Seiten,
ISBN 978-3-938610-03-9
21,50 Euro

Prozesscontrolling im Krankenhaus
Steuerung von Abläufen mit Hilfe des Reportings

Im fünften Band soll dem Leser eine Orientierungshilfe für eine funktionsfähige Steuerung und Ausgestaltung des betrieblichen Informationssystems mithilfe eines optimierten Berichtwesens, auch Reporting genannt, an die Hand gegeben werden.

Den Ausgangspunkt aller Überlegungen zur Gestaltung des Reportings bildet der Informationsbedarf des Empfängers. Da Informationsentstehung und Informationsverwendung organisatorisch oft auseinander fallen, ist es wichtig, die optimale Schnittmenge aus dem objektiven Informationsbedarf des Berichtempfängers zu finden.

Es gilt, relevante Informationen so zu kommunizieren, dass diese vom Empfänger wahrgenommen, korrekt verstanden und sinnvoll verwertet werden.

Der vorliegende Band erläutert die Anforderungen an das Reporting eines Unternehmens und liefert konkrete Vorschläge für eine einheitliche Gestaltung von Berichten, von der optimalen Gestaltung des Berichtskopfes bis hin zum gezielten Einsatz von Schaubildern und Tabellen.

Das Buch kann somit als ein „Bewertungsindex“ helfen, ein neues Informationssystem aufzubauen, Stärken und Schwächen eines bestehenden Berichtswesens aufzudecken und zur Verbesserung des Reportings im eigenen Unternehmen beizutragen.

Band 5, *ISBN 978-3-938610-04-6,* ***21,50 Euro***

5er-Paket
Alle 5 Bände in einem Paket zum Vorzugspreis von
96,75 Euro

Unser Bestellservice

09221 / 949-393

09221 / 949-377

ku-gesundheitsmanagement.de

oder Bestellung einfach rechts eintragen und abschicken.

Baumann Fachverlage
Baumann Fachverlage GmbH & Co. KG
E.-C.-Baumann-Str. 5 · 95326 Kulmbach

Faxbestellung

Bitte an 09221 / 949-377

Ich bestelle: _____ Exemplar(e) **Band** _____
_____ Exemplar(e) **Band** _____

_____ Exemplar(e) **5er-Paket**

Name / Vorname

Straße / Hausnummer

PLZ / Ort

Datum / Unterschrift

ANZ_ÄZ_KLREP

Prozess-Kostenanalyse von Kyphoplastien bei osteoporotischen Sinterungsfrakturen

Die Ballon-Kyphoplastie ist ein etabliertes Verfahren zur Behandlung osteoporotischer Sinterungsfrakturen der Wirbelsäule. Sie führt zu einer Aufrichtung der Kyphose sowie zu einer bedeutenden Schmerzreduktion. Somit erzielt die Ballon-Kyphoplastie signifikant bessere Ergebnisse als vergleichbare konservative Behandlungsmethoden.[1,2] In der Unfallchirurgie liegt der normale Sachkostenanteil bei durchschnittlich 27%. Bei der Kyphoplastie fällt er mit 53% jedoch weitaus höher aus und kann sich unter Umständen auf über 3.000,- Euro zuzüglich Mehrwertsteuer für ein Kyphoplastieset belaufen. Der generierte DRG-Erlös für die Aufrichtung von einem beziehungsweise zwei Segmenten beträgt knapp über 6.000,- Euro. Fast die Hälfte des Ertrages wird somit für Materialkosten investiert.

Prof. Dr. Axel Prokop

Die Prozessanalyse zur Ermittlung der Wirtschaftlichkeit

Das Klinikum Sindelfingen-Böblingen ist ein 900-Betten-Krankenhaus. Hier wurde in der medizinischen Fachabteilung für Orthopädie, Unfall- und Wiederherstellungschirurgie eine Analyse der Behandlung von osteoporotischen Sinterungsfrakturen der Wirbelsäule mittels Ballon-Kyphoplastie initiiert. Ziel der Untersuchung war es, die Behandlungsabläufe detailliert zu erarbeiten und zu plausibilisieren sowie anschließend eine Prozesskostenrechnung durchzuführen. Anhand der Ergebnisse der Prozesskostenrechnung wurde überprüft, ob der sich ergebende krankheitsbildabhängige Deckungsbeitrag trotz der hohen anfallenden Materialkosten einen positiven Verlauf nimmt. Die Resultate gaben Antwort auf die Frage, ob die Prozedur für das Klinikum Sindelfingen-Böblingen kostendeckend betrieben werden kann.

Die zu diesem Zweck benötigten Eingaben und die Verarbeitung der Basis-, Kunden- und kyphoplastiespezifischen Daten sowie die im Anschluss durchzuführende Auswertung in Form eines Prozesskostenberichts standen als Ergebnis der Analyse im Fokus der Erarbeitung. Die Durchführung der Prozessanalyse erfolgte in Zusammenarbeit mit dem Institut für Workflow-Management im Gesundheitswesen (IWiG) unter der Leitung von Professor Greiling aus Münster.

Bislang sind detaillierte Kostenanalysen in der Unfallchirurgie sehr selten. Die Kyphoplastie gilt als Erlös bringende Prozedur.[3] Doch gerade bei einem hohen Sachkostenanteil bietet eine Prozesskostenanalyse eine gute Hilfe zur vergleichenden Abschätzung der tatsächlichen Kosten und Erlöse. Die Durchführung eines solchen Projektes ist durch die neuen Lösungen auf diesem Gebiet mit einem Aufwand von insgesamt ca. 10-15 Tagen durchführbar. Die Prozesskostenrechnung beruht auf den geplanten und standardmäßig erbrachten Nettoleistungen an einem Patienten. Komplikationen und Abweichungen werden nicht berücksichtigt. Darüber hinaus werden Gemeinkosten wie Energiekosten oder Instandhaltungskosten über die Bildung von Schlüsselungen als Zuschläge mit einbezogen.

Die Erhebung des Behandlungsablaufes

Die Prozesskostenrechnung wurde im Klinikum Sindelfingen-Böblingen auf Basis der Daten von 118 Patienten durchgeführt, die im Jahr 2008 in diesem Haus eine Ballon-Kyphoplastie erhielten.[4,5] Um wirtschaftliche Aussagen über die Prozesskostenstruktur innerhalb des Krankheitsbildes treffen zu können, war es zunächst notwendig, alle Behandlungsverläufe von der Aufnahme über die ersten Untersuchungen bis zur Entlassung aufzulisten und als Patientenpfad zu dokumentieren.

Die Erhebung des Behandlungsablaufes sowie die anschließende Prozesskostenrechnung konnten auf Basis eines Prozessmodells des IWiG durchgeführt werden. Hierbei handelt es sich um ein Bausteinkastensystem, welches aus ca. 300 Teilprozessen besteht. Mit ihnen können die gesamten klinischen Behandlungsabläufe abgebildet werden. Die in der Prozessdarstellung verwendeten Teilprozesse sind jeweils einem Haupt- und einem Geschäftsprozess zugeordnet.

Der in dem Projekt zu analysierende Prozess der Behandlung von Patienten mit osteoporotischen Sinterungsfrakturen mittels Kyphoplastie beinhaltet einen prästationären Tag, sechs Behandlungstage sowie den Entlasstag. Die OP-Durchführung erfolgt direkt am Aufnahmetag. Bei der Analyse wurde der Ablauf bei einem elektiv im Krankenhaus vorgestellten Patienten beschrieben, der die Ergebnisse einer Magnetresonanztomographie (MRT) bereits zur Aufnahme mitbringt. Die Kosten für die Erstellung dieser Diagnostik mussten somit nicht berücksichtigt werden. Jedoch wurde von der Notwendigkeit der präoperativen Durchführung einer Röntgenuntersuchung der Wirbelsäule und eines Aufnahmelabors ausgegangen. Zudem wurden ein Röntgen Thorax sowie ein EKG erstellt. Postoperativ wurden als diagnostische Maßnahmen am ersten postoperativen Tag ein Kontrollröntgen der Wirbelsäule berücksichtigt sowie eine Kontrolllaboruntersuchung am zweiten postoperativen Tag. Am ersten Tag nach der Operation hat zudem eine erste Mobilisation durch die Physiotherapeuten stattgefunden, an den darauffolgenden Tagen wurden immer zwei Therapieeinheiten von den Physiotherapeuten (einmal Mobilisation und einmal Krankengymnastik) vor-

genommen. Am zweiten postoperativen Tag begann der Sozialdienst mit der Organisation der Weiterversorgung des Patienten im Anschluss an den akutstationären Aufenthalt. Die Entlassung des Patienten erfolgte am sechsten postoperativen Tag.

Die Prozesskosten setzen sich aus leistungsmengeninduzierten Kosten sowie Zuschlägen zusammen. Leistungsmengeninduzierte Kosten sind beispielsweise die Personalkosten für die erbrachten Leistungen (Teilprozesse). Auch direkt erheb- und verrechenbare Kosten für Standardressourcen wie die verwendeten OP-Materialien stellen leistungsmengeninduzierte Kosten dar. Zuschläge werden für die Kostenstellen und Kostenarten berechnet, die ebenfalls für die Erbringung der Behandlungsleistung erforderlich sind, deren Leistungen jedoch nicht direkt erhoben und monetär bewertet werden können. Hierzu zählen unter anderem die Hotelkosten, die Kosten für die Materialwirtschaft, oder auch für die Verwaltung. Zuschlagsberechnung bedeutet, dass die gebuchten Kosten dieser Kostenstellen und Kostenarten anteilig auf den Behandlungsprozess umgelegt werden. Diese Verrechnung erfolgt über spezielle Kostentreiber, welche auch als Verrechnungssätze bezeichnet werden. Beispielsweise erfolgt die anteilige Verrechnung der Hotelleistungen über den Kostentreiber „pro Belegtag".

Die Berechnung der Prozesskosten des Pfades Ballon-Kyphoplastie im Klinikum Sindelfingen-Böblingen erfolgte auf Basis der testierten Abrechnungsdaten des Jahres 2008.

Die täglichen Personen- und Zeitaufwendungen wurden durch Interviews rekonstruiert und getrennt nach Berufsgruppen aufgelistet. Alle anfallenden Kosten der nötigen Aufwendungen, diagnostischen Untersuchungen, Maßnahmen im OP und die Kosten der Infrastruktur (Physiotherapie, Sozialdienst, Verwaltung, Gebäude, Energie, Essen, Reinigung, etc.) wurden anhand der verschiedenen Kostenstellen ermittelt und verrechnet. Die Personalkostenbewertung erfolgte getrennt nach den Berufsgruppen ärztlicher Dienst, Pflege und medizinisch technischer Dienst. Bei den Sachkosten wurden die hausinternen Einkaufspreise zugrunde gelegt.

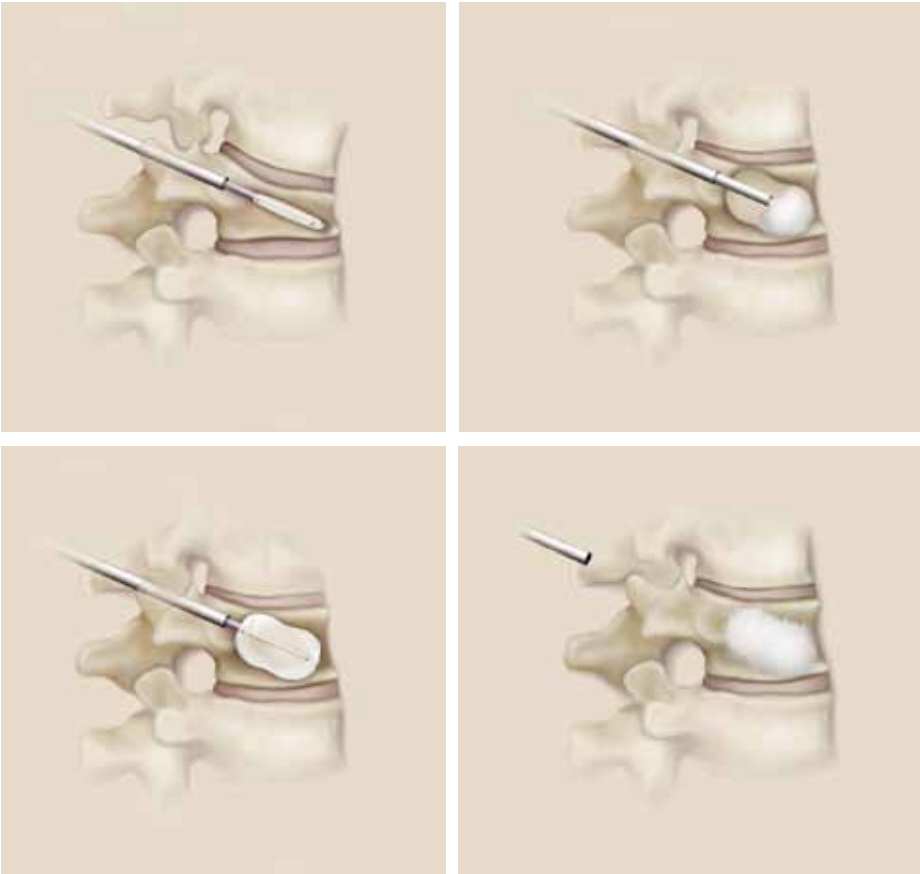


Abb. 1: KYPHON® Ballon-Kyphoplastie beinhaltet eine von Gary K. Michelson, MD entwickelte Technologie
Mit freundlicher Genehmigung der Medtronic Deutschland GmbH

Die vorgestellte Prozesskostenrechnung basiert auf der Durchführung einer Kyphoplastie, bei der ein Set, bestehend aus zwei Ballons, entsprechend der Empfehlungen der Hersteller verwendet wurde.

Analyseergebnisse

Die Krankenhausverweildauer der 118 Patienten mit Kyphoplastie einer Etage beträgt im Klinikum Sindelfingen-Böblingen im Mittel sechs Tage. Bei einer Baserate des Krankenhauses von 2.760,- Euro wird die DRG I09D mit einem Entgelt von durchschnittlich 6.189,77 Euro erlöst.

Die Materialkosten schlagen mit 3.134,99 Euro zu Buche. Die Personalkosten werden getrennt nach ärztlichem Dienst (8 Std. 52 Min. = 551,93 Euro), Pflege (20 Std. 9 Min. = 629,69 Euro) und medizinisch technischem Dienst (11 Std. 15 Min. = 371,24 Euro) aufgelistet. Die Kosten der Infrastruktur setzen sich mit 135,- Euro pro Tag und einer Gesamtsumme von 810,- Euro zusammen.

Die Gesamtzeiten aller Personalressourcen betragen 42 Stunden und 59 Minuten pro Patient. Die Sachkosten machen mit 3.134,99 Euro 53% und die Personalkosten mit 1.552,86 Euro 26% der Gesamtkosten aus. Die übrigen 21% der Kosten mit insgesamt 1.180,38 Euro errechnen sich durch die Aufwendungen der Radiologie, Physiotherapie, Sozialdienst, Medikamente, Verwaltung, Essen und Energie.

Die Gesamtkosten betragen bei den Patienten 5.868,23 Euro. Bei dem DRG-Erlös von 6.189,77 Euro verbleiben pro Patient 321,54 Euro als Gewinn im Krankenhaus. Bei der Analyse wird der elektiv im Krankenhaus vorgestellte Patient beschrieben, der die Befunde einer bereits ambulant durchgeführten Magnetresonanztomographie (MRT) mitbringt. Wenn ein MRT im Krankenhaus noch ergänzt werden muss, erhöhen sich die Prozesskosten noch einmal um 146,62 Euro. In diesem Fall wird für das Haus noch ein Erlös von 174,92 Euro erzielt.

Neuerdings sind konkurrierende neue Systeme (Vesseloplastie, Vertebrobody Stents, etc.) auf dem Markt. Für diese Systeme, die sich zum Teil in ihren Sachkosten unterscheiden, gilt die Analyse nicht. Die Rechnungen werden speziell für die im Klinikum Sindelfingen-Böblingen gültigen Einkaufspreise und Personalkosten durchgeführt. Die Sachkosten liegen durch spezielle Mengenrabatte günstiger als bei Abnahme kleinerer Mengen. Auch liegt die Baserate mit 2.760,- Euro unter dem Bun-

desdurchschnitt. Bei den Personalkosten liegt das Haus etwas über dem Bundesdurchschnitt. Allein der Stundenlohn der Physiotherapie liegt im Klinikum Sindelfingen-Böblingen um 4,- Euro / Stunde höher. Durch eine eigenständige Dienststruktur der unfallchirurgischen Abteilung mit erfahrenen Fachärzten und Oberärzten liegen die Personalkosten der Ärzte um bis zu 10% höher. Auch die Personalkosten in den Funktionsdiensten sind etwas höher als bei anderen Krankenhäusern. Trotzdem bieten die Zahlen bei Einsatz der eigenen Basisraten und den Sachkosten für alle anderen Häuser ebenfalls gute Anhaltspunkte zur Kostenplanung.

Im neuen DRG System 2010 wird die durch die Ein-Etagen-Kyphoplastie generierte DRG I09D zur I09F und damit etwas schlechter honoriert. Alle Kyphoplastiefälle aus dem Jahr 2009 werden mit dem Grouper 2010 gerechnet und kommen zu einem Mindererlös von 2,7%. Mit einer Anpassung der Sachkosten wird in Zukunft zu rechnen sein. Die Analyse gilt ebenfalls nicht für eine Mehretagenversorgung, die zum Teil auch mit einem Set möglich ist, aber eine viel höherwertige DRG erlöst.

Prozessoptimierung ermöglicht Kostensenkung

Die Kyphoplastie ist bei Optimierung der Abläufe kostendeckend. Die Kosten für eine Ballon-Kyphoplastie konnten durch eine Optimierung der Abläufe verbessert werden. Durch effizientere Behandlungspfade und eine frühzeitige Einschaltung eines Sozialdienstes sowie ein konsequentes Entlassmanagement konnte die Verweildauer von 13 Tagen im Jahr 2007 über 10 Tage im Jahr 2008 bis auf 6 Tage im Jahr 2009 nahezu halbiert werden, wodurch die Kosten erheblich reduziert werden konnten.[6] Zurzeit arbeitet das Krankenhaus bei der Kyphoplastie kostendeckend und kann einen positiven Deckungsbeitrag einbringen. Im Klinikum Sindelfingen-Böblingen hat sich der Casemix der Fachabteilung für Orthopädie, Unfall- und Wiederherstellungschirurgie durch die Behandlung osteoporotischer Sinterungsfrakturen der Wirbelsäule mittels Ballon-Kyphoplastie deutlich verbessert.

Literatur

1. Wardlow, D. et al. (2009): Efficacy and safety of balloon kyphoplasty compared with non-surgical for vertebral compression fracture (FREE): a randomised controlled trial, Lancet 373, 1016-24.
2. Sauermann, S., Witthohn, A. (2009): Grenzen des InEK Report-Browsers am Beispiel der Ballon-Kyphoplastie. Professional Process 2, 17-19.
3. Prokop, A. et al. (2009): Operative Versorgung instabiler osteoporotischer Wirbelsäulenfrakturen. Eine wichtige Kodierhilfe. Unfallchirurg 112, 815-819.
4. Greiling, M. (2009): Clipmed - zertifizierte Innovation 2006. Das Krankenhaus 4, 386-387.
5. Greiling, M. (2003): Pfade durch das klinische Prozessmanagement – Methodik und aktuelle Diskussionen in deutschen Krankenhäusern. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
6. Prokop, A. et al. (2009): Kyphoplastie bei osteoporotischen Wirbelsäulenfrakturen. Unfallchirurg online first, 14.11.2009.

Kontakt

Prof. Dr. med. Axel Prokop
Klinikum Sindelfingen-Böblingen
Chefarzt Unfallchirurgie
Tel.: 07031/98-12422
E-Mail: a.prokop@klinikverbund-suedwest.de
www.klinikverbund-suedwest.de

Dr. med. Ulrich Berner
Klinikum Sindelfingen-Böblingen
Facharzt für Chirurgie
Tel.: 07031/98-0
E-Mail: u.berner@klinikverbund-suedwest.de
www.klinikverbund-suedwest.de

Prozessoptimierung – rechtliche Fallstricke?

Rechtliche Schritte zur Prozessoptimierung

Die Verbesserung der Patientenversorgung, der Behandlungsabläufe sowie der Gesundheitsorganisation als solcher gewinnt gerade in Zeiten knapper Mittel zunehmend an Bedeutung. Die Optimierungspotenziale, gerade in komplexen organisatorischen Einheiten oder auch bei schwierigen Krankheitsbildern und deren Betreuung, bringen allerdings nicht nur ökonomische Vorteile mit sich. Veränderungen in bestehenden Strukturen, seien sie auch im Einzelnen kaufmännisch noch so sinnvoll oder notwendig, stehen stets auch mit rechtlichen Rahmenbedingungen in Beziehung. Diese müssen rechtzeitig berücksichtigt werden, um sowohl eine effiziente Analyse der Verbesserungspotenziale als auch deren Umsetzung reibungslos zu ermöglichen.

Marcus Helfrich

Die organisatorische Bewältigung der Behandlung und Versorgung des Patienten steht im Spannungsverhältnis mehrerer rechtlicher Regelungsmaterien. Auf der einen Seite bildet das Verhältnis des Patienten zu dem ihn behandelnden Arzt beziehungsweise dem Krankenhaus die rechtliche Grundlage, sowohl für die Versorgung im engeren Sinne als auch den Umgang mit den Patientendaten. Auf der anderen Seite bilden die Rechtsverhältnisse zwischen dem medizinischen sowie dem Pflegepersonal und dem jeweiligen Krankenhaus den personellen und organisatorischen Rahmen für die Behandlung des Patienten. Die Analyse der Behandlungsprozesse muss sich folglich mit beiden rechtlichen Beziehungen auseinandersetzen.

Rechtliche Bestandsaufnahme

Bereits in der Vorbereitung einer Prozessoptimierung sind die Voraussetzungen für deren spätere rechtliche Gestaltung zu schaffen. Dies beginnt mit der Bestandsaufnahme der im konkreten Fall vorhandenen rechtlichen Rahmenbedingungen. Das Verhältnis des Patienten zu der ihn versorgenden Einrichtung beruht regelmäßig sowohl auf gesetzlichen Vorgaben als auch individuell getroffenen Vereinbarungen, die das Verhältnis zwischen dem Patienten und den ihn behandelnden Arzt ausgestalten.

Auf Seiten des Krankenhauses sind für die spätere Optimierung der Prozesse vor allen Dingen diejenigen Fragen zu klären, die das Verhältnis der Mitarbeiter zur jeweiligen Einrichtung determinieren. Zunächst ist zu klären, ob und inwieweit eine mitbestimmungsrechtliche Vertretung der Mitarbeiter besteht und diese bereits in der Vergangenheit mit dem jeweiligen Arbeitgeber in Dienst- oder Betriebsvereinbarungen Regelungen getroffen hat, die sich sowohl auf den organisatorischen Ablauf der Einrichtung als auch die konkreten Anstellungsverhältnisse der Mitarbeiter auswirken.

Schließlich sind die konkreten Vertragsverhältnisse mit den Mitarbeitern zu berücksichtigen. Sowohl tarifrechtliche Fragen der Eingruppierung und der damit verbundenen Tätigkeitsbeschreibungen als auch mögliche individuelle Ausgestaltungen sind für die spätere Umsetzung einer Prozessoptimierung von Bedeutung. Bereits in der Phase der Bestandsaufnahme kann erkannt werden, ob spätere Veränderungen mitbestimmungsrechtliche Verfahren bedingen oder ob diese auf dem Weg des Direktionsrechtes umgesetzt werden können.

Für den späteren Erfolg des Optimierungsvorhabens ist entscheidend, dass durch eine sorgfältige und umfassende Analyse der rechtlichen Rahmenbedingungen ein möglicherweise bestehender Handlungsbedarf erkannt wird. Nur durch eine frühzeitige Einbeziehung jener Gruppen oder Beteiligten, die nach den gesetzlichen Voraussetzungen einzubeziehen sind, kann die Chance genutzt

werden, konstruktive Lösungen zu finden, die von allen Mitarbeitern so getragen werden, dass eine Prozessoptimierung auch wirkungsvoll realisiert wird.

Zauberwort Mitbestimmung

Für viele Arbeitgeber stellen mitbestimmungsrechtliche Tatbestände abschreckende Szenarien dar, die es zu vermeiden gelte. Gleichwohl sehen sowohl die einschlägigen personalvertretungsrechtlichen als auch mitbestimmungsrechtlichen Vorschriften Verfahrensweisen vor, deren Zweck weniger die Verhinderung ökonomisch notwendiger oder sinnvoller Entscheidungen ist. Ziel der mitbestimmungsrechtlichen Verfahren ist vielmehr, durch eine gemeinsame Vorgehensweise von Arbeitgeber und Arbeitnehmervertretung im Ergebnis sicherzustellen, dass die betreffenden Maßnahmen ohne weitere Reibungsverluste für den Arbeitgeber wirkungsvoll umgesetzt werden können.

Damit dies gelingen kann, sind die einschlägigen gesetzlichen Vorschriften von dem Gedanken getragen, dass eine rechtzeitige Kommunikation zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmervertretung beiden die Möglichkeit eröffnet, in sachlicher Weise auf die jeweils bestehenden Bedenken oder Interessen so einzugehen, dass eine gemeinsame Lösung gefunden werden kann. Fraglich ist allerdings, ob und inwieweit ein Vorhaben zur Prozessoptimierung überhaupt Mitbestimmungsrechte auslöst oder ob der Arbeitgeber hier nicht vielmehr lediglich eine Informationsverpflichtung gegenüber der Personalvertretung oder dem Betriebsrat hat.

Die Mitbestimmungsrechte sind zum Beispiel im Rahmen des Betriebsverfassungsgesetzes klar geregelt. So liegt beispielsweise bei der Regelung des Beginns und des Endes der täglichen Arbeitszeiten sowie der Verteilung der Arbeitszeit ebenso ein Mitbestimmungstatbestand vor, wie dies im Fall der Einführung und Anwendung technischer Einrichtungen der Fall ist, die dazu bestimmt sind, das Verhalten oder die Leistung der Arbeitnehmer zu überwachen.

Die Analyse von Behandlungsabläufen mit dem Ziel, eine wirtschaftlichere Patientenversorgung sicherzustellen, scheint zunächst von diesen Mitbestimmungstatbeständen nicht erfasst zu sein. Hier wäre allenfalls daran zu denken, dass nach der Analyse unter Umständen Maßnahmen ergriffen werden, die zu einer Betriebsänderung führen, die „wesentliche Nachteile für die Belegschaft oder erhebliche Teile der Belegschaft" mit sich bringen. Wäre dies nämlich der Fall, würde - unter sehr engen Voraussetzungen - die Notwendigkeit eines Interessenausgleiches oder Sozialplanes bestehen.

Regelmäßig führen Prozessoptimierungen jedoch gerade nicht zu den vom Gesetz geforderten „wesentlichen Nachteilen für die Belegschaft" sondern vielmehr dazu, dass Redundanzen im Behandlungsablauf beseitigt und so Reibungsverluste im Arbeitsablauf und kostenintensive Mehrfachleistungen vermieden oder reduziert werden. Gleichwohl ist im Rahmen der rechtlichen Analyse zunächst auch an solche Konstellationen zu denken, um sodann rechtzeitig die damit verbundenen mitbestimmungsrechtlichen Schritte vorbereiten und einleiten zu können. Dies wäre beispielsweise dann denkbar, wenn später Ausgliederungen von Leistungen („Outsourcing") oder auch Eingliederungen („Insourcing") durch entsprechende Umstrukturierungen in Betracht kommen.

Die „schlichte" Optimierung vorhandener Behandlungspfade bei im übrigen unveränderter Krankenhausstruktur könnte jedoch gleichwohl mitbestimmungsrechtlich von Bedeutung sein.

Wie bereits erwähnt, besteht ein Mitbestimmungsrecht in jenen Fällen, in denen der Arbeitgeber technische Einrichtungen einführt, die zur Verhaltens- und Leistungskontrolle geeignet sind. Die Rechtsprechung hat hier bereits seit vielen Jahren weniger darauf abgestellt, ob der Arbeitgeber konkret die Kontrolle seiner Mitarbeiter beabsichtigt. Ausschlaggebend ist vielmehr, dass eine solche Verhaltens- oder Leistungskontrolle durch diese technischen Einrichtungen möglich ist. Dies wird einhellig bei der Einführung von IT-Verfahren bejaht, die sowohl die konkreten Handlungen des Einzelnen als auch dessen Person oder Personenkennziffer etc. erfassen. Regelmäßig werden vor diesem Hintergrund die EDV-technischen Verbesserungen, die sich mit der Prozessoptimierung bieten, in die Fallgruppen der mitbestimmungsrechtlich relevanten Tatbestände fallen.

Als Folge bleibt deshalb festzuhalten, dass die Umsetzung von Prozessoptimierungen - vorbehaltlich des konkreten Einzelfalles - regelmäßig dazu geeignet ist, Mitbestimmungsrechte der Arbeitnehmervertretungen auszulösen.

Diese Mitbestimmungsrechte sollten allerdings durch den Arbeitgeber durchaus aktiv auch in Anspruch genommen werden. In vielen Fällen hat die Praxis nämlich gezeigt, dass gerade die Einbeziehung der Arbeitnehmervertretung für den Arbeitgeber eine Möglichkeit bietet, zusätzliches Know How in den Vorgang der Prozessoptimierung einzu-

binden und gleichzeitig auf diesem Weg die Akzeptanz der Maßnahmen im Kreis der Mitarbeiter zu erhöhen.

Datenschutz

Der Bundesgesetzgeber novellierte im Jahr 2009 wiederholt das Bundesdatenschutzgesetz und erweiterte die bislang bestehenden Vorschriften um eine Regelung, die sich mit der Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten auseinandersetzt, die im Zusammenhang mit dem jeweiligen Beschäftigungsverhältnis anfallen.

Die Veränderung bestehender Behandlungsabläufe und die Verbesserung innerbetrieblicher Behandlungsabläufe führt regelmäßig auch dazu, dass personenbezogene Daten neu anfallen oder deren Erhebung, Verarbeitung oder Speicherung im Zusammenhang mit der Prozessoptimierung strukturell verändert wird. Die rechtliche Analyse führt auch in diesem Zusammenhang dazu, dass sorgfältig geprüft werden muss, ob und inwieweit die neue Gesetzeslage auf Seiten des Arbeitgebers Vereinfachungen in datenschutzrechtlicher Hinsicht mit sich bringt oder ob von den betroffenen Mitarbeitern jeweils gesonderte Einwilligungserklärungen eingeholt werden müssen. Denkbar wäre in diesem Zusammenhang auch, dass gemeinsam mit der Mitarbeitervertretung die datenschutzrechtliche Ausgestaltung der Behandlungspfade geregelt wird.

Die Optimierung von Prozessen führt nicht selten auch dazu, dass der Behandlungsablauf externe Dienstleister einbezieht und zwischen dem Krankenhaus und der externen Stelle Daten ausgetauscht werden. Sowohl die jeweiligen Patientendaten als auch die personenbezogenen Daten der Ärzte oder des Pflegepersonals unterliegen den einschlägigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen. Auch diese können bereits in einer frühen Phase des Optimierungsprojektes ermittelt und in die Gestaltung der Abläufe einbezogen werden.

Die rechtliche Begleitung eines Optimierungsprozesses setzt bereits in der Frühphase eines solchen Vorhabens ein. Ziel sollte dabei sein, auf der Basis einer umfassenden und sorgfältigen Analyse der rechtlichen Rahmenbedingungen und des tatsächlich bestehenden Regelwerkes sowohl den späteren Anpassungsbedarf zu erkennen als auch jene Personen und Gremien zu beteiligen, die für einen reibungslosen Ablauf des Verbesserungsprozesses wesentliche Beiträge leisten können. In diesem wohl verstandenen Sinne stellen die rechtlichen Vorgaben des Gesetzes oder auch vertraglicher Art keine Fallstricke, sondern vielmehr Instrumente zur optimalen Gestaltung der Behandlungsabläufe dar. Dies ist nicht nur im Interesse der behandelnden Einrichtung und deren Mitarbeiter, sondern vor allen Dingen auch im Interesse des Patienten.

Kontakt

RA Marcus Helfrich
LBC Helfrich Rechtsanwälte, München
Inhaber einer Professur für Wirtschaftsrecht
an der FOM Hochschule für Ökonomie & Management
Tel.: 089/890698-0
E-Mail: helfrich@lbc-muc.de
www.lbc-muc.de

Real-Time-Modelling (RTM)

Wann ist Standard Anpassung und Anpassung Standard?

Was ist der beste organisatorische Weg – medizinisch, administrativ, interdisziplinär? Wie schaut Ihr grundversorgender Behandlungspfad aus? Wichtiger: wie kann dieser abgebildet werden? Wir alle kennen dies: Probleme und Herausforderungen des Prozessalltags

Marc Wiesollek

Achim Grimm

Prozesse sind Maßanzüge

„Ein Anzug ist nur ein Anzug." Diese Aussage trifft schon lange nicht mehr zu. Denn der Anzug von der Stange hat ausgedient.

Die Anforderungen in der heutigen Welt erfordern Anpassungen an den Standard. Bleiben wir jedoch bei dieser Metapher „Anzug gleich Prozess". Genau zu diesen Fragen ist ein Maßschneider von Prozessen gefragt. Der Schneider lauscht den Anforderungen seines Kunden. Die Aufgabe lautet, einen Anzug ganz nach den Wünschen des Kunden zu schneidern. Aber welches Muster soll es sein? Welcher Schnitt ist gewollt? Genau hier setzt der Schneider beratend ein. So auch bei den Bausteinen einer Software. Wie werden diese im Bereich der Prozesse umgesetzt und richtig kombiniert? Spannend wird es bei den Details, die zwischen dem Kunden und dem Schneider beidseitig abzustimmen sind. Welche Knöpfe sind gewollt, welcher Kragenschnitt, welcher Stoff? Wichtig ist: Gemeinsam erarbeiten beide die Anforderungen und gewünschten Lösungen.

EDV-gestützte Prozesse sollen die häufigen Abläufe in Krankenhäusern abbilden. Die Kunst der Prozessabbildung liegt gleichermaßen in der Allgemeinheit sowie in der hausspezifischen Anpassung jeglicher Abläufe. Ein Krankenhausinformationssystem wird somit außerhalb des Standards zur Maßkonfektion.

Real-Time-Modelling (RTM)

CareStation KIS bedient sich einer Workflow-Engine, die über die standardisierte, XML-basierte Prozessmodellierungssprache XPDL gesteuert wird. Zur Modellierung der Prozesse wird ein Workflow-Editor genutzt. Optional kann auch jedes andere Modellierungswerkzeug eingesetzt werden, welches sich der Standard-Prozessdefinitionssprache bedient.

Dem Anwender werden bei der Erstellung der Behandlungspfade oder administrativen Prozesse auch gleich sämtliche im KIS bestehenden Rollen sowie bereits erfasste Standardprozesse und Dienste zur Verfügung gestellt.

Diese technologische Grundlage bietet die Basis für die Arbeit mit Prozessen in den Kliniken. Damit können Anpassungen „auf dem kurzen Dienstweg" umgesetzt werden. Noch während die Diskussion läuft, können erste Prozessabbildungen und Ergebnisse präsentiert werden. Die Präsentation ist zugleich Konsens der beteiligten Parteien des Prozesses, der theoretisch derart in den Echtbetrieb übernommen werden könnte.

Aus der Theorie in die Praxis

IT-gestützte Pfadsteuerung muss selbstverständlich vorbereitet werden. Somit werden alle Arbeitsgruppen aus Pflege, Medizin und Funktionsbereichen zu einem multiprofessionellen Team gebildet.

Die Prozesskerngruppe erzählt - im wahrsten Sinne des Wortes – dem gemeinsamen Projektteam, bestehend aus den Fachkräften der Klinik und dem Softwareanbieter, ihren angedachten Ablauf. Ein Mitarbeiter des Softwareanbieters moderiert an dieser Stelle die Diskussion und lenkt die Gruppe auf die nostalgischen Punkte im bisherigen Klinikalltag.

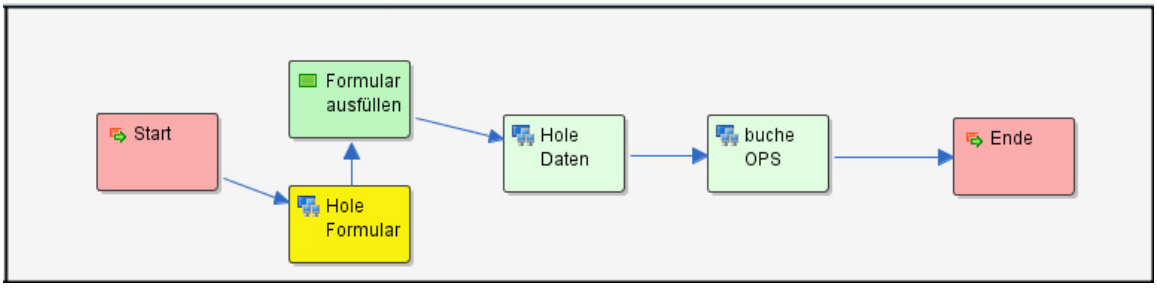


Abb. 1: Abbildung eines Dokumentations-Prozesses in CareStation KIS

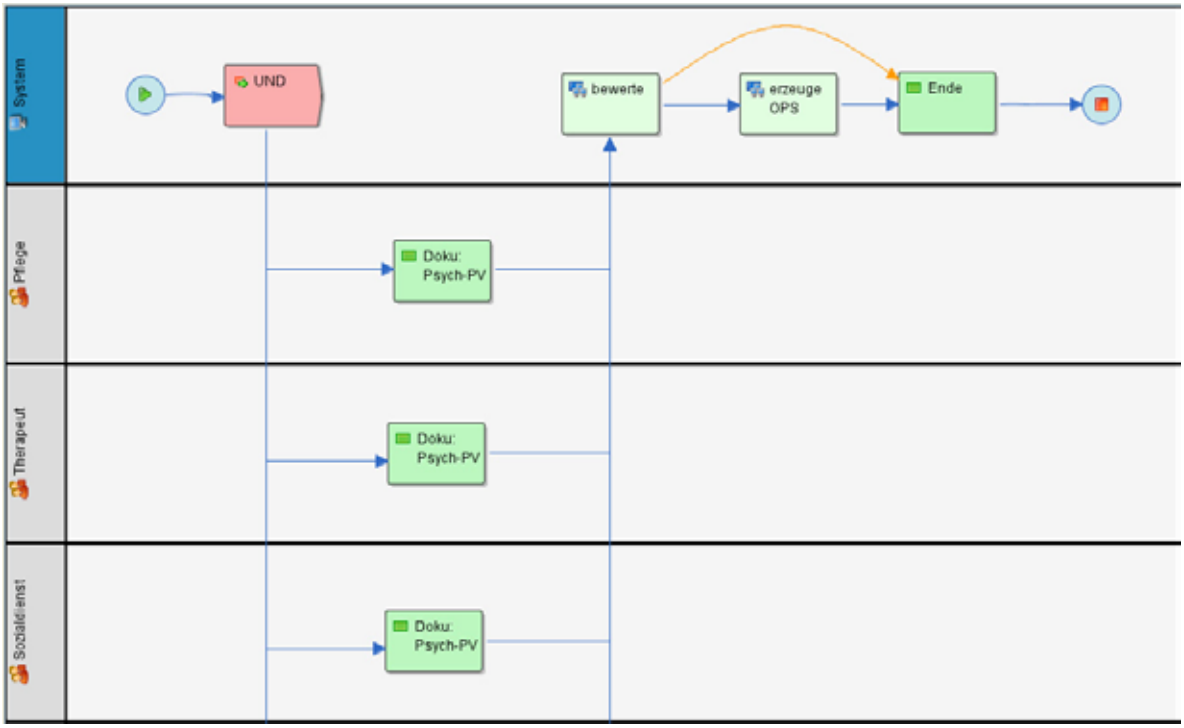


Abb. 2: Ausschnitt der automatischen Verbuchung der OPS-Codes in CareStation KIS

Parallel wird der Prozess durch einen Workflow-Spezialisten in einem XPDL-Editor modelliert. Als gemeinsames Medium in der Diskussion dient der modellierte Prozess. Analog gilt dieses auch für neu gewünschte Rollen für den Prozess.

Genau an dieser Stelle greift das Bild des Maßschneiders. Der erstellte Prozess kann nun in dem KIS eingespielt werden. Die Kerngruppe verifiziert den Prozess und kann leicht Anpassungen durchführen.

Es wird hier jedoch bei der Echtzeit-Modellierung nicht mit der heißen Nadel gestrickt, selbst wenn das Bild des Schneiders dazu einlädt. Anschließend zum ersten Treffen wird der erstellte Prozess mit Aufrufen der Dienste und Geschäftsobjekten angereichert. Die benötigten Prozessvariablen werden erstellt und aufbereitet. Ziel ist es nach der ersten Iteration in der Kerngruppe, die Möglichkeiten des Workflows komplett auszuloten und Probleme frühzeitig aufzudecken.

Notwendig für eine breite Akzeptanz in den Fachbereichen ist eine frühzeitige Einbindung aller Beteiligten. Daher muss der nächste Schritt der Ad-Hoc- beziehungsweise Echtzeit-Modellierung (RTM) der Akzeptanztest in der Basis sein. Hier werden Antworten auf folgende Fragen gesucht: Wie werden die Pflege, die Ärzte und alle weiteren beteiligten Rollen auf den Prozess reagieren? Gibt es Verbesserungsvorschläge, die in der Kerngruppe noch nicht berücksichtigt wurden?

Spannende Fragen, die im Laufe der folgenden Diskussion geklärt werden müssen. Hier greift der Vorteil der Echtzeitmodellierung. Die verschiedenen Varianten können zur Laufzeit „ausprobiert" und verfeinert werden.

Das vom Kunden gewünschte Rollenkonzept spielt eine entscheidende Rolle bei Einführung eines Prozesses. Die relevanten Aufgaben für die Rolle und den Benutzer im neu definierten Prozess der angehenden täglichen Arbeit können somit dem Mitarbeiter gezielt vorgestellt und durch ihn getestet werden. Schließlich ist nicht jeder ein Prozess-Profi.

Aufkommende Fragen werden erfasst und für die Einarbeitung neuer Mitarbeiter als Dokumentation in den Prozess eingearbeitet. Die Dokumentation ist die Wissensbasis, die die Beteiligten selbst erarbeiten und hinterlegen können, um sie somit jederzeit zum Zugriff bereitzustellen.

Standard als Anpassung

Aus den bereits im Alltag erprobten Prozessen sollten alle Kunden eines Softwarehauses profitieren. Daher werden gezielt einige der verbreiteten Prozesse als „Standard" ausgeliefert. Um den Besonderheiten einer jeden Klinik Rechnung zu tragen, müssen diese weiter verfeinert und für lokale Gegebenheiten optimiert werden.

Lassen Sie uns folgendes Szenario kurz anschneiden: durch den behandelnden Arzt werden die AEP-Kriterien ermittelt. Diese Kriterien, und gegebenenfalls weitere Zusatzkriterien begründen einen Krankenhausaufenthalt. Im Anschluss wird entschieden, ob die Behandlung stationär oder ambulant durchgeführt wird. Dies soll nach der administrativen Aufnahme geschehen.

Die getroffene Entscheidung wird in dem Workflow dokumentiert und gegebenenfalls begründet. Alle Informationen, die durch den Anwender erfasst werden, stehen später in der Akte des Patienten für weitere Recherchen zu Verfügung. Dies sind wichtige Informationen, um beispielsweise Anfragen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen (MDK) zu beantworten.

Anhand der erfolgten Entscheidung über die Versorgungsform durch den behandelnden Arzt können durch den Prozess automatisch die nächsten Aufgaben in den beteiligten Rollen ad-hoc angelegt werden.

Prozessmodellierung geht einen Schritt weiter

Es klingt simpel, vielleicht sogar zu simpel. Gemeint ist jedoch eine schnelle und gemeinsame Basis zur Erstellung eines Behandlungspfades oder Prozesses direkt mit einer Einrichtung vor Ort.

Noch während einer stationären Aufnahme wird die Aufnahmediagnose bestimmt. Diese ist ein gutes Indiz, um dem behandelnden Arzt indikationsbezogen einen der in der Klinik definierten Behandlungspfade anzubieten.

Der Arzt entscheidet nun situationsbedingt, ob er die Diagnostik gemäß dem Standardvorgehen weiterführen möchte oder eine Abweichung von den definierten Prozessen ermöglicht.

Was hier spezifisch klingt, stellt kein Dogma dar. Ob nun in Abhängigkeit einer Diagnose, eines Fachbereiches, einer Versorgungsform oder gar vom Alter, die Prozessmodellierung lebt von der Arbeit in der Klinik. Daher müssen in jeder Klinik die Voraussetzungen und Möglichkeiten evaluiert und durchdrungen werden.

Einige Vorteile durch RTM (Real-Time-Modelling)

1. Zeitersparnis

Die beteiligten Seiten – Klinik sowie der Softwarehersteller – sparen Zeit, denn ein Process-tuning ohne Ausfallzeiten erlaubt das Arbeiten mit dem Anwender. Es besteht eine direkte und gemeinsame Kommunikation im Team aus Fachkräften sowie die gemeinsame Erstellung eines Prozesses oder Behandlungspfades im XPDL-Editor. Es entfallen störende Evaluierungs- und Klärungszeiten.

2. Dynamik und Flexibilität

Die Dynamik der Weiterentwicklung muss gegeben sein. Hart verdrahtete Abläufe, wie sie heutzutage immer noch die Regel sind, müssen weichen. Denn gerade im Einführungs- und Testzeitraum muss ein Prozess schnell und leicht angepasst werden, damit dieser nicht in Watte läuft.

3. Aktuelle Entwicklungen

Aktuelle Entwicklungen, die den Alltag einer Einrichtung und somit ihre Abläufe beeinflussen, können zeitnah, wenn nicht gar gestern, in der EDV abgebildet werden.

Aktuelle Beispiele sind unter anderem die Eingruppierungsempfehlung der Psych-PV und erste Kodierrichtlinien für die Psychiatrie und Psychosomatik, die gesetzlich am 01. Januar 2010 in Kraft traten.

4. Qualitätssicherung

Durch die Dokumentationen, die während der Prozessdefinition erarbeitet wurden, sind die Richtlinien und Standards allen Beteiligten jederzeit zugänglich.

Die Frage „Was sollte soll jetzt geschehen?" gehört somit der Vergangenheit an. Denn die Aufgaben im System bringen alle notwendigen Informationen zum Anwender. Die aufwändige und zeitraubende Suche nach Dokumentationen sowie bestehende Unsicherheiten können somit verhindert werden.

Ausblick: Optimierung durch Echtdaten im Betrieb

Um den Prozess auch weiter lebendig zu gestalten, muss er weiterentwickelt werden.

Echtdaten füllen einen Prozess mit Leben. Echtdaten zeigen Lücken und Tücken. Echtdaten zwingen den neuen Prozess im Alltagsgeschäft zu diversen Abweichungsdokumentationen.

Um die Anpassungen an den Prozess zu unterstützen, kann es hilfreich sein, die gesammelten Daten auszuwerten. Diese können in Simulationen einfließen und Schwachstellen aufdecken. Ist eine Rolle chronisch unterbesetzt oder liegen für eine bestimmte Entscheidung nicht genügend Informationen vor, so muss der Prozess optimiert werden. All dies können die Echtdaten darstellen.

Für die Aufbereitung und Optimierung sollten sich die Prozessbeteiligten in regelmäßigen Abständen evaluierend zusammenfinden und die Ergebnisse bewerten.

All dies ist eine Evolution in der Prozesswelt. Prozesse sind iterativ und können sich nur mit Echtdaten und Feedback weiterentwickeln. Stetiges Wachsen und Anpassungen sind Voraussetzungen sowie Ansprüche an einen guten Prozess.

Kontakt

Marc Wiesollek
CoM.MeD GmbH, Dortmund
Projektleitung
Tel.: 0231/950093-0
E-Mail: marc.wiesollek@commed-kis.de
www.commed-kis.de

Dipl.-Inf. Achim Grimm
CoM.MeD GmbH, Dortmund
Chefentwickler
Tel.: 0231/950093-0
E-Mail: achim.grimm@commed-kis.de
www.commed-kis.de

Kohlhammer

Zum Webshop

Krankenhaus

Michael Greiling/Michael Brinkhaus

Marktchancen und -risiken in der Gesundheitswirtschaft

Strategien zur Bewertung, Problemlösung und Umsetzung

Für die langfristige Erfolgssicherung eines Unternehmens muss analysiert werden, welche Umwelteinflüsse auf die in der Gesundheitswirtschaft tätigen Unternehmen einwirken. Aus 35 Studien wurden u. a. folgende Einflussgrößen extrahiert: Wirtschaftliche, gesellschaftliche und strukturelle Entwicklungen; Erkrankungen und deren Therapie; Medizin und Medizintechnik; IT; gesetzliche Rahmenbedingungen.

Das Buch stellt eine Methodik zur Ermittlung der Bedeutung und Relevanz dieser Einflüsse sowie strategische Vorgehensweisen bereit, um Lösungen zur Erfolgssicherung zu erarbeiten.

Bibliografie

2010. 156 Seiten, 25 Abb., 5 Tab.
Kart. € 29,90
ISBN 978-3-17-019395-6

Die Autoren

Prof. Dr. rer. oec. Michael Greiling, Fachhochschule Gelsenkirchen, Lehrgebiet Betriebswirtschaftslehre, insb. Workflow-Management im Gesundheitswesen, Geschäftsführer des IWiG-Instituts.

Michael Brinkhaus, Dipl.-Betriebswirt, Mitarbeiter des IWiG, aktuell tätig im Bereich Controlling des Evangelischen Krankenhauses Hamm gGmbH.

W. Kohlhammer GmbH · 70549 Stuttgart · Tel. 0711/7863 - 7280 · Fax 0711/7863 - 8430 · vertrieb@kohlhammer.de · www.kohlhammer.de

Bestellschein

Expl.	ISBN 978-3-17-	Autor, Titel	Preis

Ich bestelle aus dem Verlag W. Kohlhammer, 70549 Stuttgart, durch die Buchhandlung:

Vorname, Name:

Straße

PLZ/Ort

E-Mail

☐ Ich bin damit einverstanden, dass mich der Verlag W. Kohlhammer per E-Mail regelmäßig über relevante Fachliteratur informiert. Dieses Einverständnis kann ich jederzeit widerrufen. Meine Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.

Widerrufsrecht: Sie haben das Recht, die Bestellung innerhalb von 14 Tagen nach Lieferung zu widerrufen. Der Widerruf bedarf keiner Begründung, hat jedoch schriftlich oder durch Rücksendung der Ware an Ihren Buchhändler oder an den W. Kohlhammer Verlag, 70549 Stuttgart, zu erfolgen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs oder der Ware (Datum des Poststempels). Bei einem Warenwert unter € 40,– liegen die Kosten der Rücksendung beim Rücksender.

Datum: Unterschrift:

Die genannten Preise enthalten die gesetzliche Umsatzsteuer. Zusätzlich berechnen wir bei Direktbestellung über den Verlag W. Kohlhammer die zu marktüblichen Konditionen anfallenden, tatsächlichen Versandkosten entsprechend dem Gewicht der Lieferung.

Stand: 2/2010. Preise z.Z. der Drucklegung. Änderungen und Irrtum vorbehalten.

„Reibungsverluste vermeiden" – Prozessoptimierung bei der Bearbeitung von Eingangsrechnungen

Automatisierung durch intelligenten Rechnungsleser beschleunigt die Abläufe und reduziert die Kosten

Die Situation auf dem Gesundheitsmarkt ist nicht neu: Krankenhäuser müssen sparen. Politische Reformen und insbesondere eine Politik der Kostendämpfung verlangen bei den Häusern nach Einsparpotenzialen und wirtschaftlichen Lösungen. Ein gern praktizierter Ansatz ist das Auslagern von unternehmensfremden Aufgaben, die nicht zum Kerngeschäft des Krankenhauses gehören. Tätigkeiten also, die sich mitunter günstiger bei externen Dienstleistern einkaufen lassen. Apotheken- oder Laborbetriebe sind klassische Beispiele für ein profitables Outsourcing. Die Zeiten, als ein Krankenhaus alles im „Do-it-yourself-Verfahren" machte, gehören der Vergangenheit an. Die Strategie des Auslagerns hat aber einen Nebeneffekt: Der Umfang der eingehenden Rechnungen wächst beträchtlich, wobei nicht nur die reine Anzahl, sondern vor allem auch die Länge und Komplexität der Rechnungen steigt. Ein 500-Betten-Krankenhaus kommt mittlerweile leicht auf 35.000 Eingangsrechnungen pro Jahr.

Peter Bauske

Immer mehr Eingangsrechnungen: Verlust von Skonti droht!

Berücksichtigt man diese Entwicklung verwundert es nicht, dass in der Automatisierung der Rechnungsbearbeitung für die meisten Krankenhäuser ein enormes Wertschöpfungspotenzial steckt. Denn: Bislang ist die Bearbeitung von Eingangsrechnungen in vielen Einrichtungen des Gesundheitswesens mit einem erheblichen Aufwand verbunden. Rechnungen gehen in den verschiedensten Formaten im Unternehmen ein, werden manuell erfasst und zur Freigabe an die entsprechenden Fachabteilungen weitergeleitet. Geht es um Fördermittel oder größere Investitionen ist es nicht ungewöhnlich, dass gleich mehrere Befugte eine Rechnung abzeichnen müssen. Aufgrund von Urlaub oder Krankheit, mitunter auch durch ein unklar definiertes Stellvertretersystem, kann es vorkommen, dass Rechnungen tagelang im Eingangskorb liegen bleiben, ohne bearbeitet zu werden. Die Folgen: Eine mögliche Inanspruchnahme von Skonti entfällt und unter Umständen drohen sogar Mahnungen.

Privat- oder Kassenpatient? Intelligente Rechnungsleser erkennen die Daten.

Solche Entwicklungen lassen sich durch eine elektronische Erfassung und Weiterleitung von Rechnungen effizient auffangen. Automatische Rechnungsleser liefern an dieser Stelle beeindruckende Ergebnisse. Die Durchlaufzeiten der Eingangsrechnungen bis zum Verbuchen reduzieren sich um bis zu 90 %. Darüber hinaus bieten einige Lösungen eine tiefe Integration in ein bestehendes ERP-System. Durch das Zusammenspiel mit einem im ERP integrierten Rechnungsworkflow lassen sich die gescannten Belege und Dokumente komfortabel verarbeiten. Mehr noch: Die Systeme sind mitunter auf die Besonderheiten von Rechnungen im Gesundheitswesen trainiert. Beispiel Konsiliar-Rechnungen: Krankenhäuser und Kliniken kooperieren heutzutage eng mit niedergelassenen Ärzten. Die Integrierte Versorgung ist nicht mehr nur ein Schlagwort der Politik, sondern gelebte Praxis. Die erbrachten Leistungen der Haus- und Fachärzte werden in Form von Konsiliar-Rechnungen an das Krankenhaus gestellt, welche leicht 100 Positionen für eine Vielzahl von Patienten umfassen können. Hinzu kommen in der Regel umfangreiche Rechnungen aus den verschiedenen Laboren. Ohne elektronische Unterstützung muss die Finanzbuchhaltung die einzelnen Positionen von Hand nach Privat- oder Kassenpatient unterscheiden, und diese den verursachenden Kostenstellen im Krankenhaus zuordnen und verbuchen. Eine Tätigkeit, die viel Zeit in Anspruch nimmt. Ein intelligenter Rechnungsleser findet und erkennt die Positionsdaten von selbst und liest zusätzlich Preise und Mengen aus. Nach der automatischen Übergabe an ein ERP-System werden diese Positionen im Rechnungsworkflow den einzelnen Fallnummern selbständig zugeordnet. Interne Belegzuordnungen, Positionsabgleiche und gegebenenfalls eine Anreicherung von Daten erfolgen mit dem Ziel der direkten Verbuchung des Rechnungsbeleges im ERP-System. Die Verarbeitungsdauer von Eingangsrechnungen reduziert sich somit signifikant. Konkrete Werte zeigen, dass sich bei einem täglichen Eingang von ca. 160 Rechnungen der Arbeitsaufwand von einem halben Arbeitstag auf eine Stunde verkürzt. Zudem entlasten die automatisierten Bearbeitungsprozesse die Sachbearbeiter von zeitraubenden Routine-

arbeiten. Rechnungen lesen, Lieferanten erkennen, Bestellbezug herstellen – diese Tätigkeiten erfolgen mit dem Rechnungsleser nun automatisch. Der Rechnungsleser kann zudem Rechnungen mit falschen Mengeneinheiten eigenständig korrekt verbuchen. Dieses Problem tritt häufig bei Apothekenrechnungen auf. Wenn zum Beispiel zwei Kartons Spritzen zu 50 Stück bestellt werden, aber als Lieferung 100 Spritzen eintreffen, die in dieser Mengeneinheit auch auf der Rechnung ausgewiesen sind, stimmen Bestell- und Rechnungsposition nicht überein. Auch in diesem Fall bieten die Systeme Lösungen an: Die Verprobung des Wertes der Positionsdaten der Rechnung gegen den Wert der Positionsdaten der Bestellung erfolgt unter Nichtberücksichtung der Menge.

Rechnungsleser imitiert menschliche Vorgehensweise beim Lesen von Rechnungen

Die intelligenten Lesesysteme überzeugen mit einer hohen Erkennungsrate der Belege, die mit Dauer des Einsatzes noch weiter wächst. In Zahlen ausgedrückt konnten bei dem System FrontCollect Invoice der Firma formcraft in einem untersuchten Zeitraum von drei Monaten 97 % der Lieferanten korrekt erkannt und 60 % der Rechnungen komplett und korrekt eingelesen werden. Die hohe Trefferquote erreicht der Rechnungsleser durch seine strukturierte Vorgehensweise: Im Wesentlichen sind alle Rechnungen gleich aufgebaut, lediglich das Aussehen variiert von Lieferant zu Lieferant. Diese Analogie macht sich der Rechnungsleser zu Nutze, denn die Software orientiert sich am Rechnungsaufbau und kann so Rechnungen und Gutschriften direkt ab Installation lesen – ohne Einrichten, ohne Konfigurieren, ohne Programmieren. FrontCollect Invoice weiß, wie Rechnungen aussehen, es unterscheidet zwischen ein- und mehrseitigen Rechnungen, erkennt Anhänge, kennt die gültigen Mehrwertsteuersätze und kann sogar mit mehreren Mehrwertsteuersätzen auf einer Rechnung umgehen. Anders als bei OCR-Lösungen und formularbasierten Systemen muss der Rechnungsleser nicht „trainiert" werden, an welcher Stelle welche Informationen bei welchem Lieferanten stehen. Nachdem die Eingangsrechnungen gescannt worden sind, beginnt das System mit der Suche nach dem Lieferanten. Wie ein Mensch sucht das System nach Informationen. Auf dem Beleg werden typische Merkmale wie Name, Adresse, Telefon, Fax, Bankverbindungen oder Steuernummern herausgefiltert und mit den Lieferanten-Stammdaten im ERP-System verglichen. Dieser Datenabgleich erfolgt im sogenannten „Fuzzy-Server" und ist fehlertolerant. Dies führt auch dann zu Ergebnissen, wenn keine vollständige Übereinstimmung gefunden wird, wie zum Beispiel bei unvollständigen Leseergebnissen, anderen Schreibweisen oder veralteten Informationen im Lieferantenstamm. Es folgt die Extraktion der benötigten Informationen wie Rechnungsnummer, -datum oder -beträge. Hierzu nutzt der Rechnungsleser sein Regelwerk und seine Wissensdatenbank (Knowledge Base). Mit dem Regelwerk lassen sich auch nicht bekannte Rechnungsformen sofort lesen, denn die Identifikation der benötigten Informationen erfolgt über Struktur und Aussehen von Werten, über Schlüsselwörter sowie Rechenregeln. Verschiedene Schreibweisen von Schlüsselwörtern (zum Beispiel Rechnungsnr., Rech.-Nr.) und die Regeln für das Berechnen von Beträgen (Netto + MwSt. = Brutto) sind dem System bekannt, das heißt, auch Rechnungen eines

Abb. 1: Rechnungsbearbeitungsprozess

RZV GmbH

Die RZV GmbH setzt zur Umsetzung des automatisierten Rechnungsworkflow die in SAP integrierten Produkte „FrontCollect Invoice" und „FIS/edc" ihres Partners formcraft ein.

Die RZV GmbH ist mit ca. 180 Mitarbeitern und mehreren Standorten in Deutschland seit rund 40 Jahren für den Bereich Gesundheit und Soziales ein erfolgreiches und engagiertes IT-Dienstleistungsunternehmen. Als SAP-Channel Partner Mittelstand bietet die RZV GmbH auf Basis modernster Informationstechnologie eine eigene Krankenhauslösung im Zusammenwirken mit klinischen Verfahren an.

neuen Lieferanten können sofort gelesen werden. Aus unbekannten Rechnungslayouts extrahiert FrontCollect Invoice die gesuchten Informationen zuverlässig: Geht erstmalig eine Rechnung von einem unbekannten Lieferanten ein oder hat das Regelwerk einen bestimmten Wert nicht ermittelt, so wird diese Rechnung an die Nachbearbeitung weitergeleitet. Dort überprüft der zuständige Mitarbeiter die Informationen und korrigiert und ergänzt diese nach Bedarf. Das System analysiert die Nachbearbeitung und erweitert damit seine Wissensdatenbank. Der Rechnungsleser lernt also automatisch dazu und kann das neue Wissen beim nächsten Mal anwenden.

Rechnungsfreigaben erfolgen deutlich schneller

Auch beim Genehmigungsverfahren kann die Lösung punkten. FrontCollect Invoice und der im SAP integrierte Rechnungswork FIS/edc suchen den Genehmigungsverantwortlichen auf Basis der auf der Rechnung stehenden Schlagworte, als Beispiel „Nahrungsmittel" oder „Küche". Kann dieser nicht automatisch gefunden werden, lässt sich der Genehmigungsverantwortliche aus einer Tabelle heraus ermitteln und wird dann manuell als E-Mail-Empfänger für die erste Genehmigung vorgeschlagen. Das E-Mail-Programm öffnet sich dazu nicht, sondern die E-Mail wird direkt aus SAP heraus verschickt. Der Kostenstellen-Verantwortliche erhält damit einen Link auf ein Web-Formular, in dem die Rechnung zu sehen ist. Diese kann er dann freizeichnen, oder, wenn im Workflow so vorgesehen, die Rechnung zur zweiten Genehmigung weiterleiten. Ein wichtiges Instrument für die Beteiligten ist dabei der Historientext, den der Workflow standardmäßig in der Anwenderoberfläche zur Verfügung stellt. Hier steht genau, wer wann zu dieser Rechnung welchen Arbeitsschritt erledigt hat. Der gesamte Genehmigungsprozess ist darüber hinaus protokolliert – ein unschätzbares Hilfsmittel auch für interne Revisionszwecke. Durch den neuen Rechnungs-Freigabeworkflow rechnet man in der Krankenhaus-Verwaltung mit einer Beschleunigung der Durchlaufzeit pro Eingangsrechnung um 50 %.

Der Freigabeprozess wird nur für die Rechnungen aus SAP FI, also solche ohne Bestellbezug, angestoßen. Bei diesen liest FrontCollect Invoice nur die Kopfdaten und gibt sie an FIS/edc weiter.

Rechnungen aus SAP MM mit Bestellbezug, für die es bereits einen Wareneingang gab, werden sogleich dunkel verarbeitet, das bedeutet nach SAP übertragen. Der Anforderer muss nur noch den Wareneingang quittieren, damit die Rechnung automatisch zur Buchung gelangt.

Die Rechnungen im Blick: transparenter Workflow

Ein großer Vorteil beim Einsatz von FrontCollect Invoice ist auch, dass Konsiliar-Rechnungen digital vorliegen und so das Medizin Controlling im Einzelfall darauf zugreifen kann. Gerade im Hinblick auf Nachfragen des MDK ist dies sinnvoll. Der Inhalt einer Abrechnung für Leistungserbringung kann so überprüft werden, die Argumentation gegenüber den Kassen wird gestärkt und das interne Controlling verbessert. Gleichzeitig sorgt die Lösung für mehr Transparenz: Bereits nachdem die Rechnung die Nachbearbeitung durchlaufen hat, ist sie im Rechnungseingangsmonitor für die Verantwortlichen des Rechnungswesens sichtbar. Spätestens einen Tag nach Rechnungseingang hat man einen kompletten Überblick darüber, welche Rechnungen im Umlauf sind, welche noch nicht genehmigt und welche noch nicht gebucht sind.

Automatisierte Rechnungsbearbeitung mit Wertschöpfungspotenzial

Intelligente Rechnungsleser und Rechnungsworkflows liefern einen sinnvollen Beitrag zur Prozessoptimierung. Die Automatisierung der Rechnungsbearbeitung bedeutet für die meisten Krankenhäuser ein enormes Wertschöpfungspotenzial. Die Mitarbeiter werden von einfachen, wenig anspruchsvollen Routinearbeiten spürbar entlastet, manche aufwändigen manuellen Tätigkeiten werden ebenso überflüssig wie das zeitraubende Weiterleiten von Papier zwischen den verschiedenen Abteilungen. Die Einrichtungen profitieren hier von erheblich verkürzten Durchlaufzeiten – Steigerungen von 200 % und mehr sind keine Seltenheit. Mit der Integration in ein ERP-System reifen diese Systeme zu einer hoch automatisierten und wirtschaftlichen Lösung. Die Mehrwerte liegen in einer deutlichen Aufwandsreduzierung bei Rechnungseingängen, einem punktgenauen Zahlungsmanagement und einem transparenten Workflow.

Kontakt

Peter Bauske
RZV GmbH, Wetter
Marketing & PR
Tel.: 02335/638-507
E-Mail: bauske@rzv.de
www.rzv.de

KU GESUNDHEITSMANAGEMENT

Fachwissen.

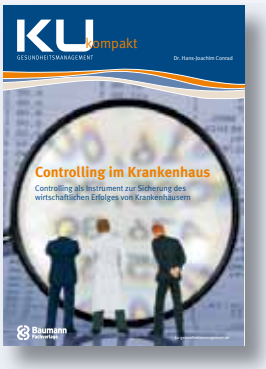
KU kompakt – schnelles Wissen!

Prof. Dr. rer. oec. Michael Greiling

Prozessmanagement – Der Pfadmanager für die Patientenversorgung

Ein praktischer Begleiter für die Verbesserung des Prozessmanagements von Gesundheitseinrichtungen.

128 Seiten, DIN A6,
ISBN 978-3-938610-62-6, ***9,80 Euro***

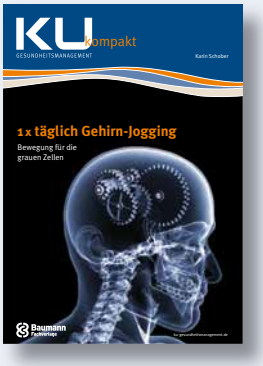


Dr. Hans-Joachim Conrad

Controlling im Krankenhaus

Das vorliegende Buch beschreibt Ziele, Grundlagen, Elemente und Möglichkeiten zur praktischen Ausgestaltung von Controlling zur Sicherung des wirtschaftlichen Erfolges.

128 Seiten, DIN A6,
ISBN 978-3-938610-70-1, ***9,80 Euro***



Karin Schober

1 x tägliche Gehirn-Jogging

Der neue Volkssport „Gehirn-Jogging" steigert die geistige Leistungsfähigkeit mit einfachen, aber wirkungsvollen Aufgaben.

128 Seiten, DIN A6
ISBN 978-3-938610-63-3, ***9,80 Euro***

Prof. Dr. rer. oec. Michael Greiling

Dem Leser wird ein Konzept an die Hand gegeben, mit dem nach einem klar strukturierten und einfach durchzuführenden System überprüft werden kann und wie sich durch individuelle Verbesserungsmaßnahmen der Deckungsbeitrag einer Einrichtung optimieren lässt.

128 Seiten, DIN A6,
ISBN 978-3-938610-65-7, **9,80 Euro**

Unser Bestellservice

09221 / 949-393

09221 / 949-377

ku-gesundheitsmanagement.de

oder Bestellung einfach rechts eintragen und abschicken.

Faxbestellung

Bitte an 09221 / 949-377

Ich bestelle:
_____ Controlling im Krankenhaus
_____ 1 x täglich Gehirn-Jogging
_____ Prozessmanagement – Pfadmanager
_____ Prozessmanagement – Prozesskostenmanager

Name / Vorname

Straße / Hausnummer

PLZ / Ort

Datum / Unterschrift

Baumann Fachverlage
Baumann Fachverlage GmbH & Co. KG
E.-C.-Baumann-Str. 5 · 95326 Kulmbach

Komplexbehandlungen umfassend dokumentieren, auswerten, abrechnen

„Haben wir nicht schon genug Papier?!"- Das Thema Dokumentation ruft in der Regel bei Ärzten, Therapeuten- und pflegerischem Personal im Krankenhaus keine Freude hervor. Die Zeit fehle am Patienten, der Sinn und Zweck wird eher in Frage gestellt als für wichtig erachtet. Jedoch hat die an medizinischen und pflegerischen Prozessen orientierte Dokumentation mit Einführung der DRGs für die korrekte Codierung von Diagnosen und Prozeduren sowie Transparenz gegenüber des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen für das Wirtschaftsunternehmen Krankenhaus nochmals an Bedeutung gewonnen.

Jacqueline Merkert

Petra von Wensierski

Die Krankenhäuser bei ständig steigenden Anforderungen an die Dokumentation zur Abrechnung von Mengen-Leistungen, Intensivleistungen und Komplexbehandlungen nicht allein zu lassen, sondern sie mit anwenderfreundlichen Systemen zu unterstützen, sehen wir als Aufgabe an unsere Produkte für Krankenhaus - IT.

Softwarelösungen sollen den Behandlungsprozess von der Patientenaufnahme bis zur Entlassung und Überleitung in den ambulanten Bereich unterstützen, die Behandlungsqualität sichern und verbessern, die erbrachten Leistungen effizient erfassen, der Erfüllung diverser Nachweispflichten genüge tun, Mehrfachdokumentationen vermeiden, Transparenz für alle im Behandlungsprozess Beteiligten schaffen und nicht zuletzt die ICD- und OPS- Codierung sowie die Abrechnung erleichtern. Daten für die statistische und externe Qualitätssicherung (zum Beispiel GemidasQM) sollten als Nebenprodukt abfallen. Die Dokumentation ist für Mediziner, Therapeuten und Pflegekräfte im Idealfall nicht nur aufwandsneutral, sondern stellt eine Entlastung in der täglichen Arbeit dar. Die Behandlung der Patienten muss weiterhin im Mittelpunkt stehen. Das heißt auch, es sollen keine Datenfriedhöfe fraglichen Wertes produziert werden. In den Blickwinkel müssen vielmehr die Bereiche geraten, in denen es gilt, Qualitäts-, Quantitäts- oder Abrechnungsmängel zu vermeiden.[1,2,3]

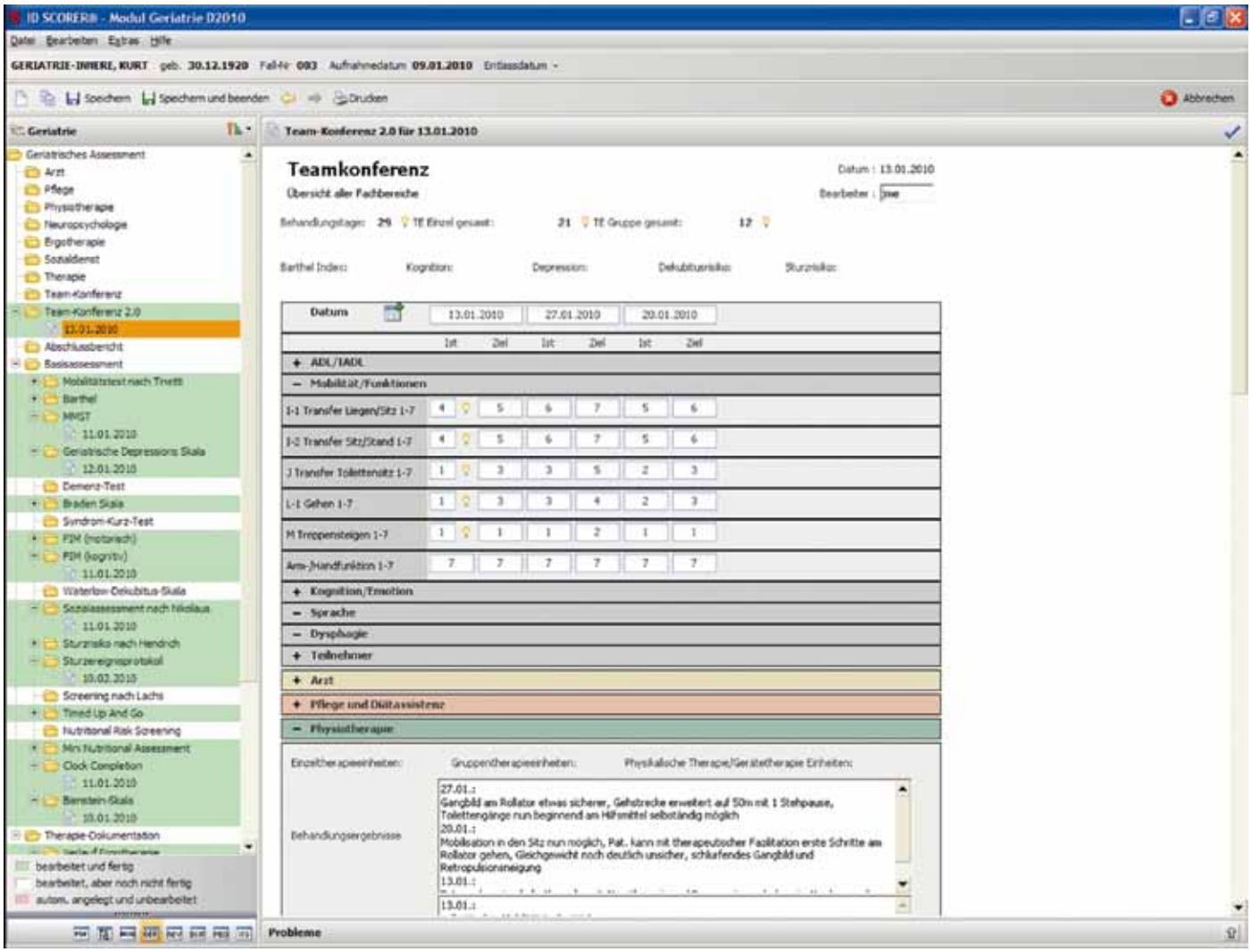


Abb. 1: Teamkonferenz - ID DIACOS® Spezial Geriatrie

Mit ID DIACOS® Spezial bieten wir den klinisch tätigen Kolleginnen und Kollegen derzeit in der Geriatrie, Psychiatrie und für den Bereich der hochaufwändigen Pflege Module an, um sie in der täglichen Routine zu unterstützen. Diese wurden in enger Kooperation mit unseren Projektpartnern aus dem Klinikalltag für die Praxis gemeinsam entwickelt.

ID DIACOS® Spezial Geriatrie erweitert unsere Software für die Diagnosen- und Prozedurencodierung um ein Fachmodul, welches sich in den multidimensionalen und interdisziplinären Prozess einfügt. Die Informationen aus der internistisch / geriatrischen Diagnostik werden für Pflege- und Behandlungsstrategien, Arzneimitteltherapie und mehr zusammenführt.

Neben standardisierten, wissenschaftlich untersuchten, validierten und überregional eingesetzten Screeninginstrumenten (beispielsweise das Geriatrische Assessment nach AGAST, das Nutritional Risk Screening, der Erweiterte Barthelindex oder die Überprüfung der Instrumentellen Aktivitäten nach Lawton/ Brody) wurden Befund-, Status- und Überleitungsbögen der einzelnen Berufsgruppen des interdisziplinären Teams sowie spezielle Dokumentationsbögen (zum Beispiel Sturzprotokolle) in dieses Modul integriert.[4,5] Dabei kann der Anwender die einzelnen gewünschten Assessments aus einem „Baukasten" im Rahmen der geforderten Instrumente für die Dokumentation der „Geriatrischen, frührehabilitativen Komplexbehandlung" selbst zusammenstellen. Teilweise liegen die einzelnen Formulare (wie die Geriatrische Depressionsskala) multilingual vor und unterstützen das Behandlungsteam bei nicht- deutschsprachigen Patienten. Sofort nach Eingabe der Werte erhält der Anwender in Form eines Ampelsystems eine Auswertung für den getesteten Bereich.

Alle Formulare unterstützen die Diagnostik, die Verlaufsdokumentation, ermöglichen eine interne und externe Vergleichbarkeit und können für Forschungszwecke verwandt werden.

Alle Professionen des geriatrischen Teams sind in die Dokumentation mit einbezogen und haben jederzeit Zugriff auf erhobene Befunde, Daten und Behandlungsziele ohne die Krankenakte oder Planette suchen zu müssen. Damit entfallen auch Doppelerhebungen von Daten. Graphisch aufgearbeitet, erhält das Team auf einen Blick eine ganzheitliche Übersicht über die Probleme und Ressourcen des Patienten. Assessment, Befunde und die therapeutische Zielsetzung der einzelnen Berufsgruppen bilden die Grundlage für die Therapieplanung, -überwachung und Kontrolle des Therapieerfolges.

Wöchentlich werden die Behandlungsergebnisse, Behandlungsziele und die wöchentliche Teambesprechung in einem gemeinsamen Dokument fortlaufend erfasst. Der Zugriff auf die Einträge der Vorwochen

ist so unmittelbar möglich. Ergebnisse aus den Assessments, Behandlungstage, Anzahl der geleisteten Therapieeinheiten werden automatisch in dieses Formular übernommen. Auf dieser Basis werden der aktuelle OPS- Code, sowie mögliche Diagnosen für die Fallübersicht generiert.

Am Ende der Behandlung erfolgt die Bereitstellung der entsprechenden OPS-Codes für die geriatrische Komplexdiagnostik beziehungsweise die geriatrische Komplexbehandlung. Aus den dokumentierten Merkmalen werden zusätzlich resultierende Diagnosen, zum Beispiel für Ess-, oder Kontinenzstörungen und Sturzneigungen vorgeschlagen – die nachträgliche Codierung auf klassischem Wege entfällt. Der gesamte Dokumentationsprozess ist so aufbereitet, dass die Krankenhäuser über eine gute Basis für eventuelle Auseinandersetzungen mit dem MDK verfügen.

ID DIACOS® Spezial Pflege dient zur Ermittlung der OPS-Codes für Patienten mit hochaufwendiger Pflege bei Erwachsenen, Kindern, Jugendlichen und Kleinkindern im Krankenhaus auf Normalstationen. Mit der Einführung dieses Codes in der OPS- Version 2010 besteht die Pflicht zur Verschlüsselung der hochaufwendigen Pflege für die Ermittlung von Aufwandspunkten. Diese werden mit Hilfe des Pflegekomplexmaßnahmen-Scores (PKMS) ermittelt. Mit der Dokumentation in diesem Modul haben die Nutzer stets die aktuelle Übersicht über ausgefüllte Bögen, den laufenden Punktwert und die Plausibilitäten. Da nur die jeweils möglichen Interventionen für die dokumentierten Gründe angezeigt werden, besteht für den Anwender eine deutlich verbesserte Übersichtlichkeit und eine „schlankere Dokumentationslösung" gegenüber der Dokumentation auf zwei A3- Seiten gemäß den Vorlagen des Deutschen Pflegerates e.V.. Die Übernahme der Werte vom Vortag ist möglich, dadurch wird ein unnötiger Mehraufwand bei der Erfassung vermieden. Auf erforderliche weiterführende Pflegedokumentationen (wie beispielsweise das Lagerungsprotokoll oder das Flüssigkeitsprotokoll) wird vom Programm hingewiesen. Auch in diesem Modul werden die ICD- und OPS- Codes automatisch generiert und zur Abrechnung bereitgestellt.[6]

ID DIACOS® Spezial Psychiatrie bietet eine Lösung zur Ermittlung der OPS-Codes für die multimodale Komplexbehandlung bei psychischen-, psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen inklusive Abbildung des Behandlungsaufwandes und der Psych-PV-Einstufung aus der Routine-Leistungsdokumentation für Kinder, Jugendliche, Erwachsene und gerontopsychiatrische Patienten. Neben den Diagnosen und Medikamenten können in diesem Modul die ärztlichen, psychologischen, spezialtherapeutischen und pflegerischen Leistungen, Verläufe und die Teamsitzungen ebenfalls einfach und übersichtlich dokumentiert werden. Durch die automatische Generie-

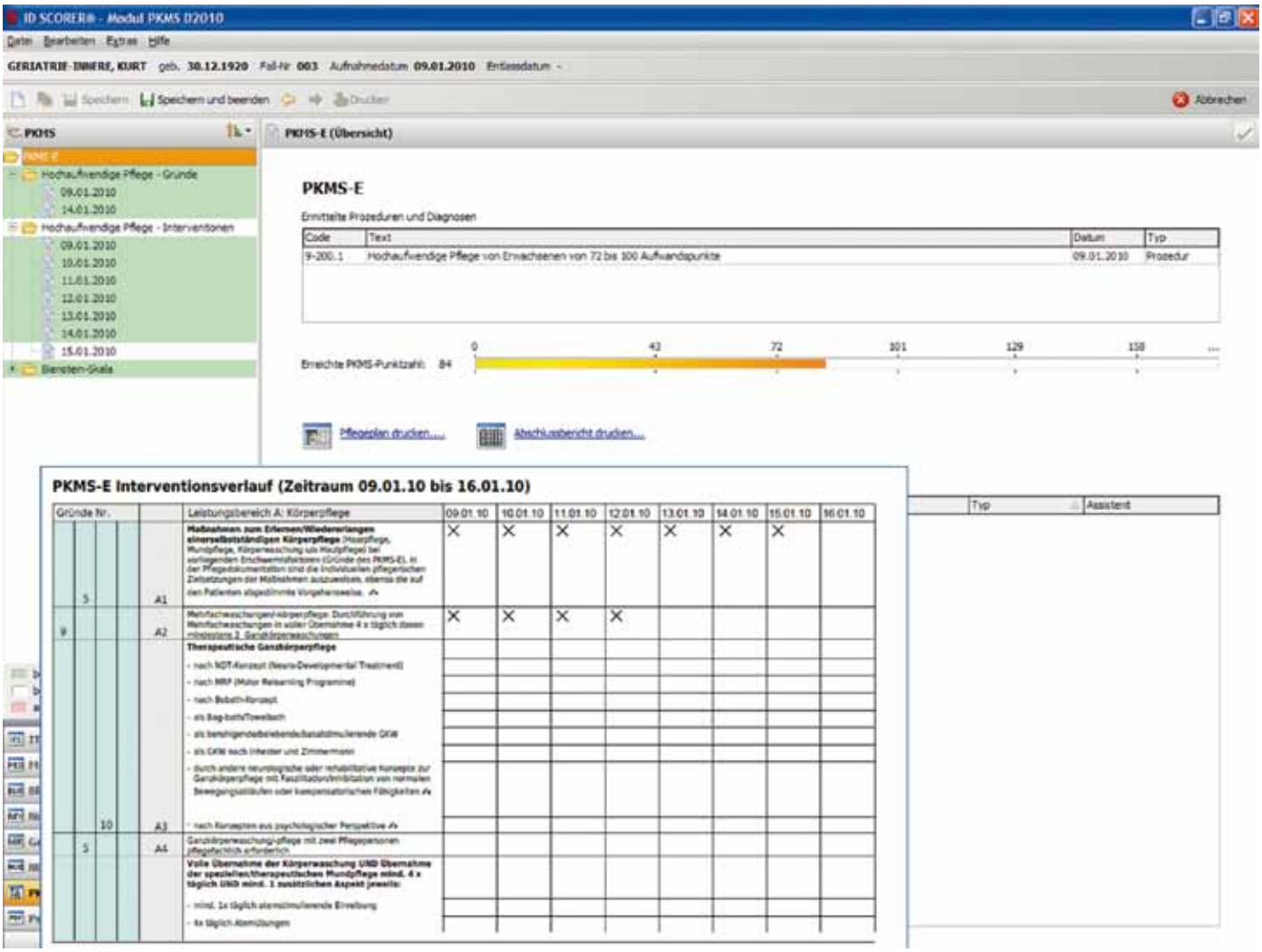


Abb. 2: Übersicht und Druckansicht - ID DIACOS® Spezial Pflege

rung der Behandlungstage, Errechnung der geleisteten Therapieeinheiten, Vorschlag von ICD- Schlüsseln und der wöchentlichen Ermittlung aller aktuellen OPS- Codes hat der Anwender auch hier eine ständig aktuelle Übersicht über den Behandlungsfall.

Ein weiteres Modul zur Unterstützung der Dokumentation und Abrechnung in der Palliativmedizinischen Komplexbehandlung ist derzeit in der Implementierung.

Die einzelnen Module ID DIACOS® Spezial sind eine Anwendung des Terminologieservers ID LOGIK® und basieren auf ID MACS® medical semantic network. Sie sind auch in einer heterogenen Systemumgebung einsetzbar. Die Flexibilität der Software ermöglicht eine tiefe Integration in Partnersysteme mit Ausnutzung bereits vorhandener Daten, zum Beispiel Labordaten. Die Integration von ID DIACOS® Pharma mit sämtlichen Medikationsdaten ist in allen Modulen möglich. Über die etablierten Schnittstellen von ID DIACOS® zu den Krankenhausinformationssystemen ist der Zugang und Einsatz dieser Speziallösungen sehr einfach. Die Daten werden völlig transparent über den kompletten Behandlungsfall mitgeführt und stehen auch in ID EFIX®, und damit dem Medizincontrolling zur Verfügung.

Kontakt

Jacqueline Merkert
ID – Information und Dokumentation
im Gesundheitswesen GmbH & Co. KGaA, Berlin
Tel.: 030/24626-0
E-Mail: info@id-berlin.de
www.id-berlin.de

Petra von Wensierski
ID – Information und Dokumentation
im Gesundheitswesen GmbH & Co. KGaA, Berlin
Tel.: 030/24626-0
E-Mail: info@id-berlin.de
www.id-berlin.de

Literatur

1. Krcmar, H. (2005): Informationsmanagement: Berlin: Springer- Verlag.
2. Swart, E.; Philbert- Hasucha, S.; Werner, T. (1998): Methoden und Werkzeuge des Qualitätsmanagements. In: Pinter, E.; Swart, E.; Vitt, K.D.: Umfassendes Qualitätsmanagement. Frankfurt: pmi- Verlagsgruppe.
3. Lübke, N. (2000): Dokumentation und Qualitätssicherung im klinischen Alltag. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (ZaeFQ) 94. München: Urban & Fischer Verlag.
4. Freund, H. (2010): Geriatrisches Assessment und Testverfahren. Stuttgart: Kohhammer.
5. Arbeitsgruppe Geriatrisches Assessment (AGAST) (1995): Geriatrisches Basisassessment. München: MMV Medizin Verlag.
6. Wieteck, P. (2009): Handbuch für PKMS und PPR- A4. Kassel: Recom GmbH & Co. KG.

Impressum

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

ISSN-Nummer
1868-1093

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

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

Satz
Paus Medien GmbH
Industriestraße 23, 48653 Coesfeld-Lette

Druck
Beckmann Druck GmbH
Penningrode 46, 59368 Werne

Titel- und Namensrechte
GIT Verlag GmbH & Co.KG,
Roesslerstrasse 90, 64293 Darmstadt

Bildnachweis
tabato Images GmbH

Erscheinungsweise
Halbjährlich

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

Einzelheft 12,60 Euro zzgl. MwSt. und Versandkosten

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

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

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

Ihr KIS ist für Computerfreaks?

Was nützt ein ausgeklügeltes System, wenn es keiner bedienen kann? Für CareStation KIS benötigen Sie kein Diplom. Dank der benutzerfreundlichen Oberfläche sind Leitlinien schnell griffbereit, werden Behandlungen effizient dokumentiert und sind Ergebnisse jederzeit auf Klick verfügbar.
Jeder Benutzer wird sicher durch die Ein- und Ausgabe der gewünschten Informationen geleitet und findet sich intuitiv zurecht. Schließlich geht es bei Ihnen um Patienten und nicht um Computer.

CARESTATION KIS – ZUKUNFTSWEISENDES INFORMATIONS- UND PROZESSMANAGEMENT FÜR THERAPIE UND PFLEGE.

MEHR UNTER WWW.COMMED-KIS.DE

Mit zukunftsweisenden Software-Lösungen arbeiten wir für das Ziel der Collaboration Healthcare – der eng verzahnten Zusammenarbeit im Gesundheitswesen. Und wie gut man in einem starken Verbund arbeiten kann, wissen wir als Tochterunternehmen der ARZ Haan AG ganz genau.

CoM.MeD

Ein Unternehmen der ARZ HAAN AG
www.arz.de

20.–22.04.10 conhIT BERLIN, HALLE 2.2, STAND C101

Medtronic

Economia

Medtronic Reimbursement Programm

Wir helfen beim Refinanzieren ihrer Therapien.

Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte stehen vor der Herausforderung ihre medizinischen Leistungen präzise und vollständig zu beschreiben, um eine adäquate und sachgerechte Erstattung durch die Krankenversicherungen zu erhalten. Die Kodier- und Verfahrensregeln hierfür sind umfangreich und schwierig zu überblicken. Medtronic unterstützt seine Kunden dabei, diesen Prozess klar und zielgerichtet zu strukturieren und umzusetzen.

Unsere Reimbursement - Experten erarbeiten für Sie Werkzeuge auf Basis der jeweils aktuellen gesetzlichen Grundlage, die sowohl dem anwendenden Arzt als auch dem Controlling die notwendigen Informationen in konzentrierter und übersichtlicher Form zur Verfügung stellen.

Kosten- / Erlösbetrachtung (G-DRG):

Wir unterstützen Sie mit maßgeschneiderten Erlös- und Kostenanalysen bei der Planung und Optimierung Ihres Leistungsangebotes. In Zusammenarbeit mit Ärzten, Pflegekräften und Verwaltung entwickeln wir tragfähige Zukunftskonzepte zur Stärkung Ihrer Marktposition. Dabei erarbeiten wir für Sie individuelle:

- G-DRG Kodierhilfen, -leitfaden,
- Wirtschaftlichkeitsbetrachtung,
- Prozesskostenanalyse.

Schulungen:

Unsere Weiterbildungs- und Trainingsprogramme vermitteln die Grundlagen der G-DRG, EBM und GOÄ Abrechnungssystematik und halten Sie auf dem aktuellen Stand der Kodierung und Kostenerstattung. Wir begleiten Sie und Ihre Mitarbeiter bei der Anwendung der Regeln zur:

- Kodierung,
- Therapiefinanzierung stationär,
- Therapiefinanzierung ambulant.

Alternative (neue) Versorgungs- und Vergütungsformen

Viele der Medtronic Therapien haben das Potential für Krankenkassen langfristig Kostenvorteile zu generieren. Unsere Spezialisten gestalten gemeinsam mit Ihnen indikationsbezogene Angebote, die neben der Regelfinanzierung individuelle Verträge mit den Kostenträgern ermöglichen. Dazu verfügen wir über ein umfangreiches Repertoire zu:

- Verträge zur Integrierten Versorgung,
- Indikationsverträge,
- Liefer- und Versorgungsverträgen mit Krankenkassen (Hilfsmittel).

www.medtronic.de

Medtronic GmbH
Reimbursement
Earl-Bakken-Platz 1
40670 Meerbusch
Tel: +49 (0)211 8149 0
Fax: +49 (0)211 8149 100
deutschland@medtronic.com

Bessere Pflege für mehr Patienten

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

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

Besuchen Sie uns unter www.molnlycke.com.

ProcedurePak®
CREATING TIME, DELIVERING EFFICIENCY

MÖLNLYCKE HEALTH CARE

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

29254