3. Jahrgang
November
2010
ISSN 1868-1093

Professional PROCESS

Zeitschrift für modernes Prozessmanagement im Gesundheitswesen

Methoden der standardisierten Prozessanalyse

Strukturierte Prozessoptimierung nach Plan

Prozessevaluation anhand von Kennzahlen

GIT VERLAG
A Wiley Company
www.gitverlag.com

Bessere Pflege für mehr Patienten

29254

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

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

Besuchen Sie uns unter www.molnlycke.com.

ProcedurePak®
CREATING TIME, DELIVERING EFFICIENCY

MÖLNLYCKE HEALTH CARE

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

Professional Process

Zeitschrift für modernes Prozessmanagement im Gesundheitswesen

Gefahr erkannt – Gefahr gebannt? 4
Erkannte Risikopotenziale finden häufig keinen Weg in die Prozessoptimierung
Gabriele Knief
FAUTH KNIEF & PARTNER, Gronau
Stefan Strüwe
Unternehmensberater, Münster

Verbundlösungen für Pflege und Betreuung im Altersbereich in der Schweiz 8
Prozesssicht der integrierten Versorgung
Dr. Holger Auerbach, Sylvia De Boni
Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Winterthur

Klinische Behandlungspfade – Integration logistischer Planungsaufgaben 12
Einsatz der Netzplantechnik am Beispiel der Laparoskopischen Cholezystektomie
Prof. Dr. Stefan Nickel, Ursula-Anna Schmidt, Kirstin Kraus
Karlsruher Institut für Technologie (KIT)
Prof. Dr. Martin K. Schilling, PD Dr. Sven Richter, Dr. Jochen Schuld
Universitätsklinikum des Saarlandes, Homburg/Saar

CIRS – ein Werkzeug zur Prozessoptimierung?! 16
Mehr Sicherheit und Effizienz im Prozessablauf
Thomas Gleich
Kliniken Ostallgäu Kaufbeuren

Die Balanced Scorecard als Instrument zur Zukunftssicherung 20
Über die Anwendung der BSC im St. Marien-Hospital Köln
Dr. Ingo Reinecke
St. Marien-Hospital GmbH, Köln

Der Optimierungsmanager 24
Kundenorientierte Verfahren und Methoden zur Verbesserung von Abläufen in der Patientenversorgung
Christoph Bröcker
St. Marien- Hospital Borken GmbH
Julia Wüst
Institut für Workflow-Management im Gesundheitswesen (IWiG), Münster

Optimierung der Quartalsabrechnung 30
bei der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe K.d.ö.R.
Dr. Thomas Kriedel
Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe K.d.ö.R., Dortmund
Stefan Schopf
Rölfs MC Partner Management Consultants GmbH, Düsseldorf

Ökonomische Bewertung einer Ballon-Kyphoplastie 34
bei osteoporotischen Wirbelkörperfrakturen im Klinikum Leverkusen gGmbH
Sven Sauermann
Medtronic GmH, Meerbusch
Prof. Dr. Leonard Bastian, Andreas Weiß
Klinikum Leverkusen gGmbH

Innovative Serviceangebote rechtssicher umsetzen 38
Ein Praxisbericht zur Konzeption und Implementierung von Managed-Care-Serviceangeboten
Jan Pohle
Taylor Wessing, Düsseldorf

Analyse interner Prozesse 41
ID EFIX® - Medizincontrolling der nächsten Generation
Susann-Cathrin Burde
ID Information und Dokumentation im Gesundheitswesen GmbH & Co. KGaA, Berlin

Das CLINICAL-COCKPIT® 44
Die Informationsquelle für entscheidungsrelevantes Wissen
Peter Bauske
RZV Rechenzentrum Volmarstein GmbH

Termin- und Ressourcenmanagement im Krankenhaus 46
Ein Fallbeispiel für Effizienzsteigerung und Serviceverbesserung
Dr. med. Thorsten Dusberger
iSOFT Health GmbH

Entwicklung eines Kennzahlensystems zur OP-Effizienz 48
Christian Roleff
Mölnlycke Health Care GmbH, Erkrath
Prof. Dr. Michael Greiling
Institut für Workflow-Management im Gesundheitswesen (IWiG) GmbH, Münster

Index

FAUTH KNIEF & PARTN ER
ID Information und Dokumentation im Gesundheitswesen GmbH & Co. KGaA
Institut für Workflow-Management im Gesundheitswesen (IWiG) GmbH
Karlsruher Institut für Technologie (KIT)
Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe K.d.ö.R.
Kliniken Ostallgäu Kaufbeuren
Klinikum Leverkusen gGmbH
Medtronic GmH
Mölnlycke Health Care GmbH
Rölfs MC Partner Management Consultants GmbH
RZV Rechenzentrum Volmarstein GmbH
Stefan Strüwe
St. Marien-Hospital Borken GmbH
St. Marien-Hospital GmbH
Taylor Wessing
Universitätsklinikum des Saarlandes
Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften

Erfolgsfaktor Informationstechnik

Auch heute noch wird IT vielfach vor allem als Kostenfaktor gesehen. Dennoch können die vielfältigen Herausforderungen im Gesundheitswesen nicht ohne IT-Unterstützung gemeistert werden. Der gesamte Krankenhausbetrieb – vom medizinischen Bereich über die Pflege und den Reha-Bereich bis hin zur Verwaltung – steht und fällt mit einer modernen, leistungsfähigen Informations- und Kommunikationstechnologie.

Prof. Dr. Michael Greiling, Herausgeber

Aufgrund des wachsenden Kostendrucks nutzen deutsche Gesundheitseinrichtungen die ihnen zur Verfügung stehenden Softwarelösungen immer häufiger zur Erarbeitung von Rationalisierungsmaßnahmen.

Prozesse im „Unternehmen Krankenhaus" sollen durch eine gezielte IT-Unterstützung effizienter gestaltet werden können. IT als Treiber für Innovation und Prozessoptimierung wird immer häufiger zur Findung neuer, effizienter Unternehmensstrategien herangezogen und steht somit für Unternehmenssteuerung, Qualitätssicherung, Serviceverbesserung und Kostenoptimierung. Medizintechnik, Datenverarbeitung und Verwaltung müssen im Sinne einer Vernetzung durch krankenhausweite Informations- und Wissensmanagementsysteme reibungslos in die bestehende IT-Landschaft integriert werden.

Innovative IT zur Unterstützung der Kosten- und Leistungseffizienz

Die Web-Applikation ClipMed® hat den praktischen Bezug zum Klinikalltag hergestellt. In ihre Funktionen ist die langjährige Erfahrung der Entwickler mit den Prozessen im täglichen Krankenhausbetrieb eingeflossen.

Die Auszeichnungen, die unsere Lösung bisher bekommen hat, bestätigen den Erfolg unserer Arbeit und rechtfertigen die Auseinandersetzung mit dem Thema Prozessoptimierung in Gesundheitseinrichtungen.

Mit ClipMed® wurden bereits mehrjährige internationale Studien durchgeführt, in denen die Web-Applikation ihre Praxistauglichkeit unter Beweis stellen konnte.

In den letzten zwei Jahren hat das IWiG ein Projekt zur Erhebung des Behandlungspfades Ballon-Kyphoplastie begleitet, an welchem vier verschiedene Krankenhäuser mit 400 bis über 3.000 Betten beteiligt waren. Ziel des Projektes war es, mit der ClipMed® Cloud-Computing-Methode die Prozesskosten einer bestimmten Kombination von ICD und OPS innerhalb einer Misch-DRG wie der DRG I09D Ballon-Kyphoplastie in der Art zu erfassen, dass eine Gegenüberstellung mit dem DRG-Erlös möglich war.

Des Weiteren war das IWiG an dem internationalen Projekt: „A multinational case study to evaluate and quantify time-saving by using custom procedure trays for operating room efficiency" beteiligt, in dessen Rahmen untersucht wurde, ob durch die Verwendung eines Procedure-Pak tatsächlich eine Verringerung der Zeit und der damit verbundenen Verringerung der Kosten für den Geschäftsprozess „Materialwirtschaft im OP" erreicht werden kann. Hierzu wurden die einzelnen Prozessabläufe der entsprechenden Krankheitsbilder analysiert. Es erfolgte die Modellierung eines Behandlungsablaufes, in dem alle mit dem Procedure-Pak in Verbindung stehenden Arbeitsabläufe, von der Bestellung der Produkte bis hin zur Entsorgung, abgebildet wurden. Dabei wurde die Dauer der einzelnen Arbeitsschritte aufgenommen, sowohl unter der Betrachtung mit als auch ohne Verwendung des Procedure-Pak. Die Berücksichtigung der Personal-, Material- und der anteiligen Gemeinkosten erlaubte anschließend die Erstellung einer Prozesskostenrechnung mit der Software ClipMed® PPM.

Im Rahmen der verwendeten Methode mit ClipMed® konnte so die Effizienz bei der Verwendung von Procedure Paks nachgewiesen werden.

Die Lösung wurde von unterschiedlichen Gremien und Jurys bewertet und in die Top 3 Projekte gewählt.

Der „Professional Process" möchte allen am Krankenhausbetrieb beteiligten Personen die Möglichkeit geben, aktiv an der Gestaltung zielführender IT-Lösungen mitzuarbeiten und konkrete Lösungsstrategien sowohl für den medizinischen als auch für den administrativen Krankenhausbereich zu präsentieren. Nur so kann eine erfolgreiche Unternehmensführung aufgebaut werden, die sich dem immer stärker werdenden Wettbewerb am Gesundheitsmarkt selbstbewusst entgegenstellen kann.

Gefahr erkannt – Gefahr gebannt?

Erkannte Risikopotenziale finden häufig keinen Weg in die Prozessoptimierung.

Beharrliches Zuwarten löst selten wesentliche Probleme. Aber genau diese Methode leisten sich viele Einrichtungen. Unbewusst zwar – aber toleriert von vielen Mitarbeitern. Da wartet der eine auf den anderen. Bis etwas passiert.

Gabriele Knief

Stefan Strüwe

„Es ist noch immer gut gegangen." Diese Entschuldigung beinhaltet auch ein bisschen die Erkenntnis, dass dies nicht immer so sein muss. Aber eine kritische Prozessbeleuchtung und eine aktive Förderung der Anpassungsmaßnahmen sind unbequem und verlangen nach Mitarbeitern, die diesen Wandel gestalten. Ärgerlich nur, wenn es diese eben nicht gibt oder angestoßene Prozesse durch einen Mitarbeiterwechsel im Sande verlaufen. Bewährte Werkzeuge aus dem Qualitätsmanagement können standardisierte Strukturen aufbauen, welche einen Fortgang der Optimierungsprozesse auch im Risikomanagement garantieren und Qualitäten sichern.

Qualitätsmanagement bietet erprobte Werkzeuge zur aktiven Prozessgestaltung

Qualitätsmanagement beinhaltet Qualität und Management - beide Worte sind auch unabdingbar für ein Risikomanagementsystem.

Im Qualitätsmanagement sind im Regelfall Strukturen und Strategien erarbeitet, die sich 1zu1 ins Risikomanagement übertragen lassen. Klare Strukturen und festgelegte Routinen garantieren die Aufrechterhaltung von Qualitätsmanagement (QM) und Risikomanagement (RM).

Was brauchen wir:

1. Definierte Ziele und Verantwortungsübernahme der Leitenden
2. Strukturierte Planungen, inklusive Ressourcenfestlegung und Aufwandsberechnung
3. Personalressourcen in der Umsetzung
4. Materielle Ressourcen (EDV-Technik, etc.)
5. anerkannte Analyseverfahren (prozess- oder funktionsorientiert)
6. Umsetzungswillen
7. Offenheit für Neues/Innovationsbereitschaft
8. sinnvolle Prüfmechanismen – ideal mit festgelegten Kennzahlen
9. Mut, sich diesen Überprüfungen auch zu stellen
10. Kreativität bei der Maßnahmenplanung von Veränderungen / Verbesserungen
11. Konsequenz bei der Maßnahmenverfolgung

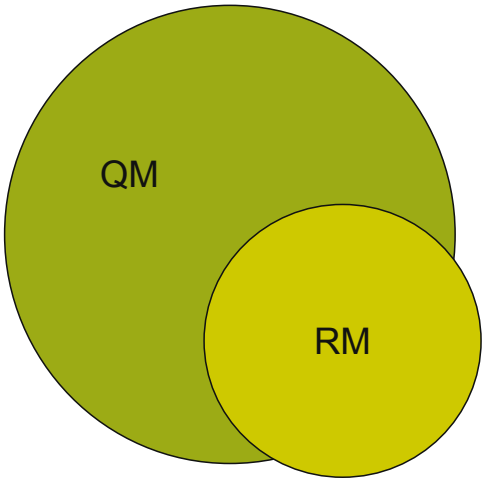


Abb. 1: Wie sind die Verbindungen zum QM?

Risikomanagement ist Bestandteil des QM. Strukturen und Prozesse werden im Radius früherer und potenzieller Schäden gesehen !!

Dies sind die kritischen Erfolgsfaktoren für ein effektives/effizientes Qualitäts- bzw. Risikomanagementsystem.

Problematisch sind ungenaue Ressourcen- und Aufwandsplanungen, welche häufig unangenehme Überraschungen nach sich ziehen. Auch sind Umsetzungswillen und Innovationsbereitschaft oft nur der anfänglichen Begeisterung gezollt und ein Risikomanagement-Projekt verschwindet nach einer aufwendigen Analysephase wieder in der Versenkung. Dies ist äußerst problematisch, denn zum einen sind Risikopotenziale nun aktenkundig dokumentiert und zum anderen werden motivierte Mitarbeiter ausgebremst.

Deswegen ist es unabdingbar, die identifizierten Risikopotenziale zu bewerten, zu bearbeiten, zu optimieren und diese dann in einen Prüfmechanismus (idealerweise in ein vorhandenes QM-Instrument) zu überführen, um Zukunftssicherheit zu erlangen.

Ein implementiertes, strukturiertes, ganzheitliches Risikomanagementsystem bietet

die Gewissheit, dass kritische Faktoren bekannt und optimiert werden. Dies ist ein wichtiger Rückhalt für jede Geschäftsführung. Gefährlich wird es nur, wenn Strukturen fehlerhaft laufen oder Systeme aufgrund äußerer Faktoren zusammenbrechen. Die obengenannten bewährten Werkzeuge aus dem QM können diesen Effekt vermeiden.

Der klinische Teil eines Risikomanagements ist unverzichtbar

Ein klinisches Risikomanagement beobachtet die Kernprozesse des klinischen Alltags. Daneben haben viele Einrichtungen, bedingt durch gesetzliche Bestimmungen wie das KontraG, ein betriebswirtschaftliches Risikomanagement installiert.

Mit einem klinischen Risikomanagement bietet die Geschäftsführung allen Mitarbeitern eine Plattform zur kritischen Diskussion aller Qualitätsmanagement-Prozesse und bereitet damit eine Basis zur Bewertung der Kernprozesse für die betriebswirtschaftliche Risikobeobachtung. Ohne einen klinischen Teil entsteht eine monetäre Risikobewertung, ohne zeitgleich effektive Module zur Optimierung der mangelhaften Grundprozesse zu installieren. Teilweise besteht in manchen Einrichtungen die Auffassung, dass letzteres abdingbar sei, weil letztlich eine Risikoüberwälzung durch einen Versicherer möglich ist. Eine fatale Fehlannahme.

Aufbau einer Arbeitsstruktur

Konkret stellt sich für eine Einrichtung zunächst die Frage, wie mit einer Risikoanalyse gestartet werden soll. Hierbei wird auch über den gewählten Ansatz – entweder funktions- oder prozessorientiert – entschieden! Funktionsorientierung bedeutet, dass alle Bereiche/Berufsgruppen „ihre eigenen Risiken bearbeiten"– und zwar spezifisch für die eigene Profession. Prozessorientiertes Risikomanagement dagegen meint die Ausrichtung der Risikopotenziale an der vorhandenen Prozesslandkarte. Hierbei werden zum Beispiel die Risikopotenziale des Prozesses „Aufnahme" gemeinsam mit allen beteiligten Berufsgruppen besprochen und interprofessionell optimiert. Es kann sinnvoll sein, dass Einrichtungen zunächst den Einstieg mit einzelnen Abteilungen proben und Erfahrungen sammeln, bevor alle Abteilungen die Instrumente und Methoden des implementierten Systems nutzen.

Auch muss die Methodik der Risikoanalyse (auch Risikoinventur genannt) geklärt werden, beispielsweise aufwendige Begehungen mit Protokoll; Hospitationen mit Checklisten, oder Workshops mit Diskussionsforen. Entscheidend ist, dass die wichtigsten Risiken identifiziert werden, dass die Einschätzung der beteiligten Mitarbeiter ernst genommen wird und dass nicht eine umfängliche Analyse mit 100 identifizieren Risikopotenzialen ein Risikomanagement-System darstellt. Schätzen Sie bei der Auswahl der Methode den Kosten-Nutzen-Aufwand ab.

Weiter stellt sich auch die Frage, wer an der Risikoanalyse teilnimmt. Einzelne Kliniken trennen den ersten Teilnehmerkreis in Pflege und Ärzte. Aus Gründen des Qualitätsmanagements hat es sich bewährt, zu Beginn des Projektes ein Signal für alle Mitarbeiter zur Beteiligung zu geben. Jede Person ist aufgefordert, kritische Prozesse zu beobachten und diese einer Optimierung zuzuführen. Neben der Benennung des Risikomanagers (oft in Personalunion mit dem Qualitätsmanagementbeauftragten) ist die Zusammensetzung einer Arbeitsgruppe (6-15 Personen) unbedingt erforderlich, welche einen Querschnitt der Mitarbeiter, die an der Patientenversorgung beteiligt sind, abbildet. Diese Mitarbeiter sorgen für die vorbereitende Bearbeitung der Themen, sichern den Informationstransport an die Basis und bieten eine einfache Ansprachemöglichkeit.

Spiel- und Verhaltensregeln für den Einsatz und das Zusammenwirken der Arbeitsgruppe müssen erarbeitet, diskutiert und gemeinsam mit der Geschäftsführung abgestimmt werden. Nur so werden Missverständnisse, welche letztlich sogar das Risikomanagement verhindern können, vermieden. Ein typisches Beispiel für ein Scheitern ist die mangelnde Kommunikation bezüglich der besonderen Schweigepflicht der Arbeitsgruppe.

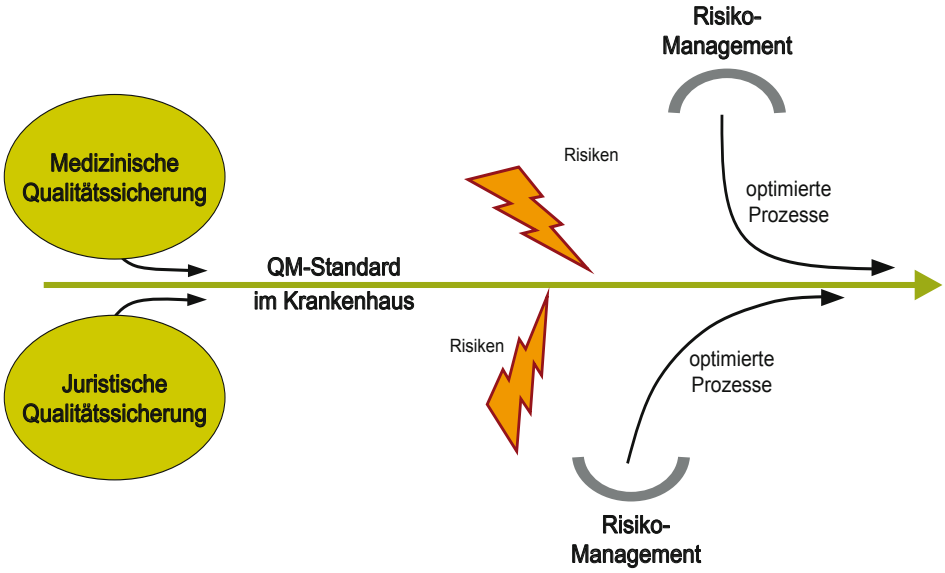


Abb. 2: „Best medical practice" – Qualität als Maßstab

Festgelegte Arbeitsstrategie

Die Qualitätsmanagementgrundlage des Risikomanagements bildet der Risiko-Regelkreis.

Risikoidentifikation / Risikobewertung

Als Einstieg in ein Risikomanagement ist eine Risikoidentifikation notwendig. Risikoanalysen werden allgemein zur Identifikation und Bewertung von Risiken eingesetzt, damit im Rahmen des Risikomanagements mögliche negative Ereignisse durch Präventionsmaßnahmen vermieden, reduziert oder auf Dritte abgewälzt werden können. Des Weiteren werden sie für die Kommunikation von Risikosituationen verwendet, um zum Beispiel die Risikowahrnehmung zu fördern.

In Anlehnung an eine Qualitätsmanagementstruktur hat sich eine gemeinsame Potenzialermittlung der Mitarbeiter im Konsenssystem bewährt. Bewährtes, ressourcenschonendes Analyseinstrument: Der RisikoCheck.

Abb. 3: RM-Regelkreis

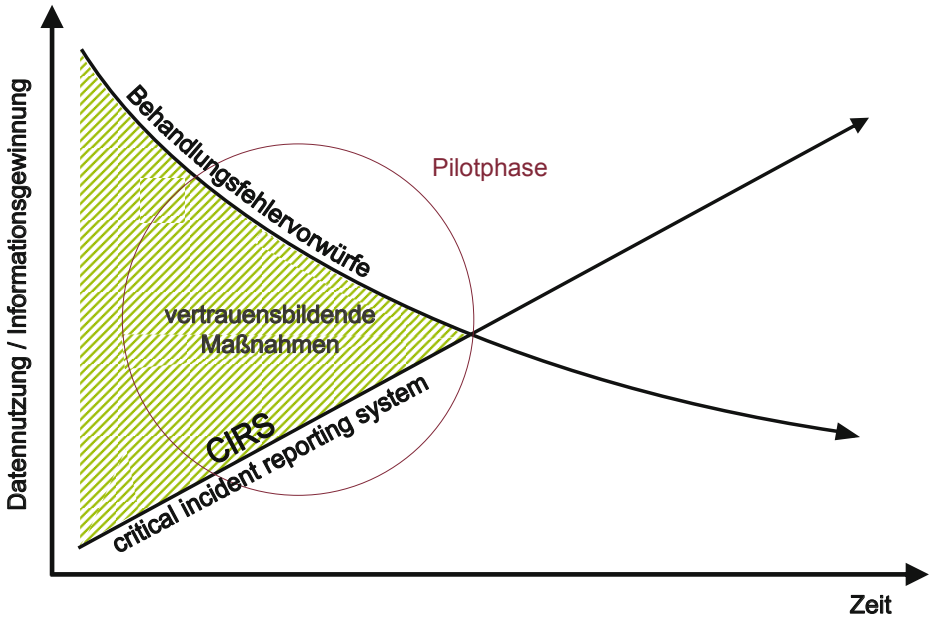


Abb. 4: Klinisches Risiko-Controlling – Projektplanung

Mit einem Fragenkatalog werden alle Risikobereiche abgedeckt. Die Auswahl der beteiligten Mitarbeiter ergibt sich durch die Beteiligung an dem thematisierten Behandlungsprozess. Bei der kritischen Diskussion über ein mögliches Risiko einigen sich die Mitarbeiter auf einen Prozentwert, welcher die Umsetzung darstellt. Das fehlende Delta bezeichnet dann das Risiko. Das Risiko ergibt sich aus der Multiplikation der Schadenshöhe mit der Eintrittswahrscheinlichkeit beziehungsweise der Gefährdungsrate, je nachdem, ob es sich um ein zeitlich begrenztes Wagnis oder um ein fortdauerndes Risiko handelt, summiert über die verschiedenen Gefährdungen. Analyseinstrument für Fortgeschrittene: CIRS (Critical Reporting System)

Für viele ist CIRS identisch mit einem Risikomanagement-System – aber weit gefehlt. CIRS ist auch nur ein Dokumentationsverfahren um Beinaheschäden und somit Potenziale zu ermitteln. Unabdingbar ist für ein CIRS eine intakte Fehlerkultur, basierend auf einem geübten Kommunikationsniveau. Ergebnisse des CIRS können sehr wertvoll sein, wenn das Instrument von den Mitarbeitern angenommen wird - aber so etwas braucht Zeit. Ein funktionierendes CIRS kann die anspruchserheblichen Vorfälle auf Dauer mindern.

Risikobewältigung

Erkannte potenzielle oder vorhandene Risikosituationen müssen in die Optimierung geführt werden. Die Methodik muss angemessen der inhaltlichen Thematik und Relevanz erfolgen. Die Ausrichtung erfolgt an den Prozesserfolgsfaktoren und an den gesetzlichen Bestimmungen. Die erkannten Risiken können aus dem RisikoCheck Tool exportiert und in das Qualitätsmanagementsystem, soweit vorhanden, eingebracht werden. Dazu kann eine einfache Excel Tabelle die Risiken beschreiben oder ein programmiertes EDV Tool die Historie der Risiken abbilden. Wichtig ist nur, dass Verantwortlichkeiten für die Prozessoptimierung und Fristen zur Umsetzung festgelegt werden. Erkannte Risiken müssen dann entsprechend prozessual gesteuert werden.

Vorgesetzte müssen den Veränderungen zustimmen und Mitarbeiter diese akzeptieren, idealerweise als folgerichtig empfinden. Die Veränderungen müssen als gezielte, gewünschte und sinnvolle Maßnahme kommuniziert werden - und nicht als notwendiges Übel! Hierfür müssen Führungspersonen Verantwortung übernehmen.

Risikosteuerung

Grundsätzlich gibt es fünf unterschiedliche Risikosteuerungsstrategien:

Risikovermeidung:

Eine vollständige Vermeidung von Risiken ist nicht Ziel eines klinischen Risikomanagements und kann nur erreicht werden, indem man die risikobehaftete Aktivität unterlässt. Sinnvoll ist dies nur bei bestandsgefährdenden Risiken.

Risikoverminderung:

Die Verminderung von Risiken setzt darauf, Risikopotenziale - nicht wie bei der Risikovermeidung - auszuschließen, sondern auf ein akzeptables Maß zu reduzieren. Eine solche Reduzierung erreicht man durch Optimierungsworkshops und Schulungen. Vorteil eines Workshops ist die Möglichkeit zur direkten Abstimmung einer Prozessanpassung.

Risikoüberwälzung:

Bei der Risikoüberwälzung wird das Risiko durch faktische oder vertragliche, teilweise oder völlige Überwälzung an Dritte übertragen. Das Risiko wird hierbei nicht beseitigt, sondern wechselt den Risikoträger. Die klassische Überwälzung durch einen Versicherer darf nicht zur Vernachlässigung der Ursachenforschung bei erkannten Risiken führen.

Risikoakzeptanz:

Die Verminderung, Begrenzung und Überwälzung von Risiken kann die Risiken nicht vollständig ausschließen. Das verbleibende Restrisiko muss die Medizin und damit die Einrichtung akzeptieren und selbst tragen.

Risikocontrolling:

Unter Risikocontrolling verstehen wir die Zusammenfassung aller Aktivitäten, welche die Risikoidentifizierung und Risikosteuerung gewährleisten. Wesentliches Ziel ist die Aufrechterhaltung der Strukturen und die Einbringung der Optimierungen in das Qualitätsmanagement-System.

Die Erwartung ist, dass die oben aufgeführten Aktivitäten und Entscheidungen sich entsprechend in der Umsetzung auswirken, beziehungsweise dass insbesondere erkannte und optimierte Risiken in der Folge nicht mehr oder nur noch in abgeschwächter Form auftreten.

Risikoüberwachung

Jeder optimierte Prozess muss überwacht werden, um den langfristigen Erfolg zu sichern!

Sinnvoll werden die Mechanismen eingesetzt, welche bereits im Qualitätsmanagement fest etabliert sind, das heißt die vorhandenen Prüfmechanismen werden um die prozessbezogenen kritischen Erfolgsfaktoren ergänzt.

Qualitätssicherung der Prüfungsprozesse durch Zusammenwirken von Arbeitsgruppe und Risikokonferenz

Der Arbeitsalltag strukturiert sich in zahlreiche Prozesse, welche in unterschiedlichster Art voneinander abhängig sind. Eine große Herausforderung ist im Risikomanagement die klare Darstellung der einzelnen Prozesse und die Prüfung ihrer Zusammenhänge. Nur beide Dinge zusammen erlauben einen Erkenntnisgewinn und eine rationale Diskussion. Hilfreich dafür ist die Analyse mit Hilfe des sogenannten „London Protokolls".

Kein Prozess wird geändert, wenn nicht die abteilungsleitenden Ärzte beziehungsweise Pflegekräfte dies beschlossen haben. Die Arbeitsgruppe wertet alle Eingaben aus und bereitet diese für eine Vorstellung in der Risikokonferenz inklusive einer Beschlussformulierung auf. Dies garantiert, dass verantwortliche Mitarbeiter über die Probleme informiert werden und abgestimmt in die Optimierung gehen. Ziel ist dabei natürlich die Erreichung sachlicher Diskussionen zur sinnvollen Änderung.

Soweit ein dringliches Problem beziehungsweise Risiko besteht, tritt die Arbeitsgruppe unverzüglich zusammen und informiert direkt die betroffenen Mitarbeiter.

Prüfung der Nachhaltigkeit der Prozessanpassung durch Analyse der Versicherungsfälle

Wirksamer Indikator für die Nachhaltigkeit von Prozessoptimierungen im klinischen Risikomanagement kann das Vorhandensein von Behandlungsfehlervorwürfen sein.

Zahlreiche Patienten fühlen sich heute bewogen, eine Behandlung mit juristischen Mitteln prüfen zu lassen. Diese Fehlervorwürfe beinhalten naturgemäß immer einen Vorwurf der Schlechtleistung und produzieren nicht selten negative Gefühle bei den Mitarbeitern. Nichts desto trotz sind alle Eingaben geeignet, Risiken zu analysieren und einer rationalen Bewertung zuzuführen. Kritische klinische Parameter werden vorab zusammengestellt und dienen als Analysehilfe bei der strukturierten Auswertung eines Schriftsatzes.

Dieser Prozess läuft neben der routinemäßigen Fallbearbeitung des Versicherers, wobei Stellungnahmen der Ärzte und weitere Schreiben bei der Analyse berücksichtigt werden müssen. Die Ergebnisse der Analysen werden in der Risikokonferenz erörtert und insbesondere schon bekannte Risiken, welche sich oftmals wiederholen, kritisch geprüft. Dies zeigt auch eine kritische Sicht bereits optimierter Prozesse im Sinne des PDCA Zyklus.

Fazit

- Risikomanagement ist genauso wie das Qualitätsmanagement unbedingte Führungsaufgabe.
- Der Kontakt und die Einbindung, sprich die Akzeptanz, der Basismitarbeiter sind wichtige Voraussetzungen.
- Analysen sind notwendig, aber nur ein Puzzleteilchen eines funktionierenden Systems. Die Optimierungen machen die Wertigkeit und den Nutzen des Systems aus.
- Das Risikomanagement-System sollte am Qualitätsmanagement-System orientiert sein, um funktionierende Strukturen zu erhalten. Standards hierfür sollten definiert sein.
- Kritische Überprüfungen und Anpassungen des Risikomanagement-Systems müssen gewollt sein. Risikomanagement bringt Spannungen mit! Wenn Risikomanagement reibungslos funktioniert, sind die wahren Risikopotenziale noch nicht entdeckt.
- CIRS kann ein effizientes Instrument sein, wenn es funktioniert – aber Fehlermanagement ist nicht angeborenes Führungsinstrument – Vertrauen muss aufgebaut werden.

Kontakt

Gabriele Knief
FAUTH KNIEF & PARTNER
Tel.: 02502/2273775
E-Mail: knief@fkp-ub.de
www.fkp-ub.de

Stefan Strüwe
Rechtsanwalt
Tel.: 02536/3435956
E-Mail: info@struewe-ub.de
www.struewe-ub.de

Verbundlösungen für Pflege und Betreuung im Altersbereich in der Schweiz

Prozesssicht der Integrierten Versorgung

Die Gesundheitsversorgung in der Schweiz ist im Umbruch. Anstehende Veränderungen verlangen nach neuen Lösungsansätzen – aktuell ist vermehrt ein Trend hin zur Integrierten Versorgung zu erkennen. Von dieser Entwicklung sind auch die Pflege und die Betreuung im Altersbereich betroffen. Man erhofft sich von gemeinsamen Projekten, Kooperationen, Fusionen und anderen Formen der Zusammenarbeit Vorteile auf Struktur-, Prozess- und Ergebnis-Ebene. Wie weit dieser Trend in der Schweiz bereits fortgeschritten ist, wurde vom Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie in einer Studie untersucht.

Dr. Holger Auerbach

Sylvia De Boni

Aufgrund von sich verändernden Patientenwünschen, steigendem Kostendruck und verstärktem Fokus auf die Qualität der Leistungserbringung wird das Schweizer Gesundheitswesen in Zukunft zunehmend von integrierten, vernetzten Versorgungslösungen geprägt sein. Einen Überblick über die verschiedenen Angebote, die konkreten Inhalte und die Arten der Zusammenarbeit zu erhalten, ist jedoch schwierig. Auch im Altersbereich haben sich die Akteure des Schweizer Gesundheitswesens stetig weiter vernetzt und die Zusammenarbeit koordiniert. Verschiedene Zusammenarbeitsformen, nachfolgend Verbundlösungen genannt, wurden entwickelt und teilweise umgesetzt, aber eine quantitative Bestandsaufnahme über die Zusammenarbeitsformen von ambulanten und stationären Diensten in der Schweiz fehlt. Um vertiefte Erkenntnisse zum Entwicklungsstand von Verbundlösungen in der Pflege und Betreuung im Altersbereich in der Deutschschweiz zu gewinnen, haben die Age Stiftung[1] und Curaviva Schweiz[2] in Kooperation mit dem Spitex Verband Schweiz[3] im Herbst 2009 eine Studie in Auftrag gegeben, welche vom Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG) der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) durchgeführt wurde.

Zielsetzungen der Gesamtstudie auf Prozessebene

Die Studie sollte verschiedene Fragestellungen in Bezug auf Quantität und Qualität von Verbundlösungen bei Heimen, Spitex-Organisationen und Zentren in der Deutschschweiz beantworten. In Bezug auf die Prozessebene standen die beiden folgenden Fragen im Mittelpunkt:

- Welche Dienstleistungen werden im Rahmen von Verbundlösungen für die zu betreuenden Personen in der Deutschschweiz angeboten?
- Wie ist die Zusammenarbeit innerhalb und zwischen den beteiligten Organisationen ausgestaltet?

Dabei wurden folgende Festlegungen getroffen: Unter dem Begriff „Heim" werden Heime und andere soziale Institutionen im stationären Bereich der Altersbetreuung und -pflege verstanden. Unter dem Begriff „Spitex" werden Organisationen der spitalexternen (ambulanten) Hilfe, Gesundheits- und Krankenpflege verstanden. In dieser Befragung bezieht sich der Begriff „Zentrum" auf Spitex-Organisationen und Heime, die unter einem gemeinsamen Dach zusammenarbeiten.

In der nachfolgenden Darstellung der Ergebnisse wird der Fokus auf die Prozesssicht gelegt.

Vorgehensweise im Rahmen der Gesamtstudie

In einer ersten Studienphase wurden Erkenntnisse über Verbundlösungen in Theorie (wissenschaftliche Untersuchungen) und Praxis (Berichte von Praxisbeispielen) gesammelt und zusammengefasst. Daraus abgeleitet konnte der Begriff Verbundlösung in einer Arbeitsdefinition festgelegt werden: „Institutionsübergreifende Zusammenarbeit für die Leistungserbringung gegenüber Patienten/Klienten/Bewohnern in Pflege, Betreuung und/oder Hauswirtschaft im Altersbereich".

In Zusammenarbeit mit Experten aus unterschiedlichen Fachbereichen wurde ein Kriterienkatalog und daraus abgeleitet ein Fragebogen mit 26 Kriterien zur Beschreibung der teilgenommenen Organisationen sowie Ausprägungen von Verbundlösungen entwickelt.

Der Fragebogen wurde in elektronischer Form an rund 1.100 Alters- und Pflegeheime und an ca. 500 Spitex-Organisationen in der Deutschschweiz versandt. Von den insgesamt 1.654 angeschriebenen Organisationen nahmen 471 an der elektronischen Befragung teil. 201 Organisationen haben mindestens eine Verbundlösung eingetragen. Insgesamt wurden 230 Verbundlösungen registriert. Pro Organisation konnten maximal drei Verbundlösungen eingetragen werden.

Die teilnehmenden Organisationen mussten jeweils ihren Organisationstyp angeben – „Spitex", „Heim" oder „Zentrum". Die

	HEIME		SPITEX		ZENTREN	
1	Grund-/Behandlungspflege	40	Grund-/Behandlungspflege	64	Grund-/Behandlungspflege	85
2	Übergangspflege/Kurzzeitpflege/ Ferienpflege	32	Hauspflege/Haushilfe	55	Hauspflege/Haushilfe	77
3	Therapien/Aktivitäten (z.B. Ergo-/ Physio-/Aktivierungstherapie, Animation, Altersturnen)	32	Betreuung/Begleitung Sterbender und deren Angehöriger	53	Übergangspflege/Kurzzeitpflege/ Ferienpflege	77
4	Hauspflege/Haushilfe	30	Beratung (z.B. Angehörigen-/Sozial-/ Präventions-/Ernährungs-/Diabetes-/ Finanz-/ Rechts-Beratung)	38	Alterswohnungen/betreutes Wohnen/ begleitetes Wohnen	69
5			24-h Dienst/Notruf/Nachtwachen	31	Mobilität/Fahrdienste/ Reisebegleitung	69
6					Betreuung/Begleitung Sterbender und deren Angehöriger	65
7					Tagesbetreuung/Entlastungs-angebote für pflegerische Angehörige	62
8					24-h Dienst/Notruf/Nachtwachen	58
9					Ergänzende Dienstleistungen (z.B. Fuss-/Handpflege/Coiffeur/ Hilfsmittelverleih)	58
10					Freie Arztwahl (z.B. keinen vorgeschriebenen Heimarzt)	58
n		*119*		*85*		*26*

Bemerkung: Mehrfachnennungen waren möglich.

Tab. 1: Häufigste Leistungsangebote, welche im Rahmen einer Verbundlösung erbracht werden (in %)

Organisationen konnten an der Umfrage teilnehmen unabhängig davon, ob sie an einer Verbundlösung beteiligt sind oder nicht.

Die Antworten wurden statistisch (deskriptiv) ausgewertet und interpretiert. Mittels einer Clusteranalyse wurde nach Mustern und Gruppierungen in den Daten gesucht.

Ergebnisse

Kurzer Gesamtüberblick über die Ergebnisse

Bei der Typologisierung der Organisationen, die zur Teilnahme an einer Verbundlösung neigen, ist folgendes aufgefallen: Es sind tendenziell die größeren Organisationen, die sich zu einer Verbundlösung zusammenschließen. Anders als erwartet schließen sich die (meist eher betriebswirtschaftlich-orientierten) privatrechtlich-gewinnorientierten Organisationen eher seltener zu Verbundlösungen zusammen als gemeinnützige Organisationen.

Zentren und Spitex-Organisationen schließen sich häufiger zu Verbundlösungen zusammen als Heime. Kooperationspartner von Spitex-Organisationen sind häufig andere Spitex-Organisationen (Tendenz zur horizontalen Integration) oder Heime. Dasselbe lässt sich bei den Heimen feststellen, sie kooperieren häufig mit ihresgleichen oder mit Spitex-Organisationen. Als weitere wichtige Kooperationspartner treten bei allen drei Organisationen Freiwillige/Angehörige sowie Anbieter von Mittagstischen/ Mahlzeitendiensten auf. Verbundlösungen sind meist in der Form bilateraler Kooperationen ausgestaltet - Verbundlösungen in denen mehr als zwei Partner zusammenarbeiten sind seltener. Verbundlösungen charakterisieren sich gesamthaft als eine rein vertragliche Zusammenarbeitsform, in der Rechtsform einer einfachen Gesellschaft, eines Vereins oder einer Stiftung.

Ergebnisse zum Prozess der Leistungserbringung

Die häufigsten Leistungsangebote, die im Rahmen der Verbundlösungen erbracht werden, sind aus der Tabelle 1 ersichtlich. Bei sämtlichen Leistungserbringern befinden sich die Grund- und Behandlungspflege sowie die Hauspflege und Haushilfe in den vorderen Rängen. Lediglich bei 40% der an Verbundlösungen beteiligten Heime gehört die Grund- und Behandlungspflege zu den Leistungen, die im Rahmen des Verbundes erbracht werden. Bei den Verbundlösungen der Spitex-Organisationen ist diese Dienstleistung dagegen in zwei von drei Fällen fester Bestanteil der Zusammenarbeit, bei jenen der Zentren sogar in 85% der Fälle. Letztere zeichnen sich zudem durch eine breite Angebotspalette aus, die im Verbund erbracht werden. Dies im Gegensatz zu den Heimen, die nur für einzelne, ausgewählte Leistungsangebote die Zusammenarbeit suchen.

Die häufigsten Spezialisierungen, welche im Rahmen der Verbundlösung erbracht werden, sind in der Tabelle 2 ersichtlich. Bei allen Leistungserbringern werden unter anderem die Betreuung von Menschen mit Demenz und die Palliative Care im Rahmen von Verbundlösungen angeboten. Zur Erbringung dieser Spezialisierungen ist eine interdisziplinäre Leistungserbringung notwendig, welche insbesondere über eine Koordination der Akteure, also in Form einer Verbundlösung, erbracht werden kann.

Ergebnisse zu den Prozessen innerhalb und zwischen Organisationen

Die Prozesse sind im Rahmen von Verbundlösungen unterschiedlich definiert. Die Heime und die Spitex-Organisationen haben im Rahmen der Verbundlösung zu rund zwei Dritteln keine Prozesse definiert oder lediglich innerhalb der eigenen Organisation. Sechs von zehn Zentren hingegen haben die Prozesse mit einigen oder allen Organisationen der Verbundlösung koordiniert und definiert. Möglicherweise sind die Prozesse innerhalb und in Anbindung an Zentren komplexer, da die Anzahl der Kooperationspartner mit Zentren weitaus höher

	HEIME		SPITEX		ZENTREN	
1	Betreuung von Menschen mit Demenz	35	Palliative Care	38	Betreuung von Menschen mit Demenz	69
2	Palliative Care	25	Onkologie	28	Palliative Care	62
3	Psychiatrische und/oder psycho-geriatrische Betreuung	21	Betreuung von Menschen mit Demenz	26	Psychiatrische und/oder psycho-geriatrische Betreuung	42
n		*119*		*85*		*26*

Bemerkung: Mehrfachnennungen waren möglich.

Tab. 2: Häufigste Spezialisierungen, welche im Rahmen der Verbundlösung erbracht werden (in %)

ist als bei den anderen Organisationen und dementsprechend müssen die Prozesse auch eher formal ausgestaltet sein.

Die Schnittstellen in den Verbundlösungen werden bei allen Leistungserbringern meist individuell, punktuell oder situativ betrachtet (jeweils zu ca. 60%). Systematisch oder beispielsweise durch einen Case Manager wird eher selten koordiniert. Auffallend ist, dass sich die Zentren häufiger systematisch unter den verschiedenen Kooperationspartnern koordinieren (Heime: 17%; Spitex: 19%; Zentren: 42%). Die hohe Anzahl von Zentren, welche eine systematische Koordination unter den Kooperationspartnern ausweisen, deutet abermals darauf hin, dass der Komplexitätsgrad (unter anderem Anzahl der Partner) in und um Zentren eine gewisse Planung und Systematik erfordert.

Im Gegensatz zu den beiden zuvor erwähnten Ausprägungen in Bezug auf die Prozessdefinition und Schnittstellenkoordination innerhalb der Verbundlösung schätzen sämtliche Leistungserbringer die interne Kommunikation als häufig strukturiert ein (Heime: 44%; Spitex: 58%; Zentren: 71%).

Die Erkenntnisse zur externen Kommunikation decken sich meist mit denen der internen Kommunikation. Der Anteil an gemeinsamer Kommunikation nach außen lässt sich mit den Ergebnissen der vorangegangenen Auswertungen vergleichen (Heime: 41%; Spitex: 51%; Zentren: 85%). Beispiele für eine gemeinsame Kommunikation nach außen sind gemeinsamer Name, gemeinsames Logo, gemeinsame Informationsmaterialien, gemeinsamer Internetauftritt, gemeinsame Anlaufstelle etc. Auch hier wird deutlich, dass die Zusammenarbeit bei Verbundlösungen von Zentren strukturierter, systematischer und koordinierter als bei Heimen und Spitex-Organisationen verläuft.

Die relativ hohe strukturierte interne und gemeinsame externe Kommunikation aller Organisationen im Rahmen von Verbundlösungen deutet darauf hin, dass eine ziemlich starke Innen- und Außenwirkung, zumindest auf Ebene der Kommunikation, angestrebt wird.

Der Anteil an gemeinsamen Supportdiensten unter den an der Verbundlösung beteiligten Kooperationspartnern ist bei den Heimen im Vergleich zu den vorhergehenden Antworten sehr hoch (Heim: 67%). Die Zentren erbringen die Supportdienste ebenfalls sehr häufig mit anderen Kooperationspartnern gemeinsam (Zentren: 89%, Spitex: 53%). Beispiele für gemeinsame Supportdienste, wie sie in der Befragung abgefragt wurden und welche häufig im Rahmen von Verbundlösungen erbracht werden sind Aus- und Weiterbildung, Gebäude/Infrastruktur/Facility Management, Sekretariat/Administration, etc.

Es besteht ein Zusammenhang zwischen der internen und externen Kommunikation, der Schnittstellenkoordination, den Prozessdefinitionen und den Supportdiensten. All diese Ausprägungen der erfassten Verbundlösungen hängen miteinander zusammen und sind Indikatoren für den Organisationsgrad. Hat beispielsweise eine Verbundlösung gemeinsame Supportdienste, so werden auch häufig die Kommunikation, die Schnittstellen und die Prozesse definiert.

Fazit und Ableitung von Handlungsempfehlungen aus Prozesssicht

Die Studie zeigt, dass die verwendeten Begriffe im Zusammenhang von Integrierter Versorgung und Zusammenarbeit nicht einheitlich gebraucht und verstanden werden. Die Deutschschweizer Heime und Spitex-Organisationen streben durchaus Verbundlösungen an, jedoch noch „zaghaft", eher unstrukturiert und in kleinem Umfang. In den meisten Fällen wird eine Kooperation zweier „gleicher" Akteure zur Erbringung einer gemeinsamen Dienstleistung auf Vertragsbasis eingegangen. Komplexe Verbundlösungen zwischen mehreren Leistungserbringern entlang der Behandlungspfade sind die Ausnahme.

Es besteht allerdings ein hohes Potenzial zur Bildung und Förderung von Verbundlösungen. Insbesondere kleine, ländliche Heime haben einen großen Nachholbedarf. Supportdienste, beispielsweise administrative Tätigkeiten oder die Nutzung von Infrastruktur, sollten aus betriebswirtschaftlicher Sicht vermehrt gemeinsam und institutionsübergreifend erbracht beziehungsweise genutzt werden. Die Schnittstellen zwischen den Organisationen sollten besser abgestimmt und koordiniert werden. Viele Verbundlösungen sind informell geregelt. Um die Nachhaltigkeit der Angebote zu gewährleisten, sollte die Zusammenarbeit im Bereich Betreuung und Pflege zunehmend in gefestigte rechtliche und organisatorische Strukturen überführt werden.

Der Begriff „Verbundlösung" sollte im Bereich Pflege und Betreuung einen festen Platz erhalten und im täglichen Gebrauch sowie in weiteren Studien in Anwendung kommen. Zudem sollte definiert werden, was gute Verbundlösungen sind und wie diese beschrieben werden können. Entsprechend wird die durchgeführte Studie als ein wichtiger erster Schritt im Sinne einer Auslegeordnung verstanden. Allerdings sind vermehrt Anstrengungen der Leistungserbringer bei der Realisierung von Verbundlösungen zu erbringen – dies wird zukünftig auch verstärkt von Seiten der Patienten, Klienten und Kostenträger gefordert werden.

Erklärungen

1. Stiftung für gutes Wohnen im Alter
2. Verband Heime und Institutionen Schweiz
3. Spitex steht in der Schweiz für spitalexterne Pflege

Kontakt

Dr. rer. medic., Dipl.-Kfm. (Univ.) Holger Auerbach
Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften
School of Management and Law
Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie
Stellvertretender Institutsleiter, Projektleiter, Dozent
Tel.: 0041 58 934 7035
E-Mail: holger.auerbach@zhaw.ch
www.wig.ch

Dipl. Betriebsökonomin FH Sylvia De Boni
Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften
School of Management and Law
Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie
Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Tel.: 0041 58 934 7898
E-Mail: sylvia.deboni@zhaw.ch
www.wig.ch

KU GESUNDHEITSMANAGEMENT

Fachwissen.

Band 1

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

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

Band 2

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

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

Band 3

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

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

Band 4

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

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

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

Band 5

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

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

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

Unser Tipp:

Sparen Sie 10 % pro Band –

Bestellen Sie das 5er-Paket zum Vorzugspreis von 96,75 Euro!

Unser Bestellservice

09221 / 949-311

09221 / 949-377

ku-gesundheitsmanagement.de

oder Bestellung einfach rechts eintragen und abschicken.

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

Faxbestellung bitte an: 09221 / 949-377

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

Name / Vorname

Straße / Hausnummer

PLZ / Ort

Datum / Unterschrift

Klinische Behandlungspfade – Integration logistischer Planungsaufgaben

Einsatz der Netzplantechnik am Beispiel der Laparoskopischen Cholezystektomie

Ziel der vorliegenden Untersuchung ist, am Beispiel des am Universitätsklinikum des Saarlandes im OP-Bereich eingesetzten Pfades „Laparoskopische Cholezystektomie" eine Prozessanalyse mit Hilfe der Netzplantechnik durchzuführen. Hierbei sollen jene Abläufe identifiziert werden, die den Operationsbeginn zeitlich so beeinflussen, dass sie zu einer Verschiebung des Operationsbeginns und zu einer Verlängerung der Verweildauer des Patienten im Krankenhaus führen. Dabei hat eine Operation genau dann Einfluss auf Pfad und Verweildauer, wenn sie nicht am geplanten Tag stattfinden kann, sondern auf einen anderen Tag verschoben werden muss.

Prof. Dr. Stefan Nickel

Ursula-Anna Schmidt

Kirstin Kraus

Weitere Autoren:
Prof. Martin K. Schilling
PD Dr. Sven Richter
Dr. Jochen Schuld

Projektplanung am Beispiel der „Laparoskopischen Cholezystektomie"

Der Behandlungspfad „Laparoskopische Cholezystektomie" (kurz: LC) wurde 2004 an der Klinik für Allgemeine Chirurgie am Universitätsklinikum des Saarlandes im Klinikinformationssystem implementiert und seither bei 609 Patienten produktiv eingesetzt. Für diesen Pfad werden im Folgenden die Prozessschritte analysiert. Die Darstellung und zeitliche Analyse der Prozesse erfolgt mit Hilfe der zur Netzplantechnik gehörenden Metra Potential Methode (MPM), welche die Identifikation von Engpässen und zeitkritischen Vorgängen in Prozessabläufen unterstützt. Diese Abläufe werden auch „kritische Vorgänge" genannt. Der kritische Weg in einem MPM-Netzplan ist ein Weg von der Quelle zur Senke mit maximaler Länge, der zugleich die Mindestdauer des Projekts angibt.[1]

Bei der Terminierung einer Operation wird allgemein wie folgt vorgegangen: Nach Sichtung aller relevanten Befunde des Patienten erfolgt die Operationsfreigabe. Steht fest, dass der Patient am Folgetag operiert werden kann, wird die Operation für den nächsten Tag terminiert und der Patient wird stationär aufgenommen. Die Betrachtung der Abläufe beginnt daher erst am Operationstag. Für die Strukturplanung sind drei Fälle zu unterscheiden, die auf verschiedenen Teilprozessen basieren:

Fall 1

- Die LC ist nicht die erste Operation am Morgen.
- Ein Anästhesist steht zur Verfügung, der den zuletzt operierten Patienten zur Schleuse und in den Aufwachraum bringt, wo er das Pflegepersonal über Besonderheiten während der Operation und die Medikation informiert. Der Folgepatient wird unterdessen vom Anästhesiepfleger in der Einleitung des Operationssaals bereits in Empfang genommen. Der Pfleger kann zwar Teil 1 der Einleitung alleine durchführen, für Teil 2 ist jedoch die Anwesenheit des Anästhesisten erforderlich. Teil 2 kann daher erst beginnen, wenn der Anästhesist aus dem Aufwachraum zurückkehrt.

Fall 2

- Die LC ist nicht die erste Operation am Morgen.
- Zwei Anästhesisten stehen zur Verfügung: Einer der beiden Anästhesisten kann den neuen Patienten bereits einleiten, während der andere den operierten Patienten ausschleust. Eine Zerlegung des Vorgangs „Einleitung" ist nicht nötig, da die Einleitung komplett nach dem Einschleusen des neuen Patienten beginnen kann.

Fall 3

- Die LC ist die erste Operation am Morgen: Vorgänge, die sich auf die vorherige Operation beziehen, müssen nicht betrachtet werden; der OP-Saal wird nach dem letzten Patienten am vorherigen Tag, beziehungsweise nach Notfalloperationen abgerüstet, gereinigt und aufgeräumt.
- Ein Anästhesist steht zur Verfügung (die Anzahl der Anästhesisten ist hier nicht relevant, da vorher kein Patient ausgeschleust werden muss). Zunächst müssen für die drei Fälle die einzelnen Prozessschritte ermittelt werden (siehe Tab. 1), für welche im Anschluss Reihenfolge und Dauer zu bestimmen sind.

Für die einzelnen Teilprozesse sind nun die jeweiligen Vorgangszeiten zu bestimmen. Die Zeiten wurden teils in einer mehrtägigen Messung vor Ort ermittelt, teils

	Fall 1	Fall 2	Fall 3
1	Operation vorheriger Patient	Operation vorheriger Patient	
2	Naht vorheriger Patient	Naht vorheriger Patient	
3	Entlagern vorheriger Patient	Entlagern vorheriger Patient	
4	Narkoseausleitung vorheriger Patient	Narkoseausleitung vorheriger Patient	
5	Ausschleusen vorheriger Patient		
6	Aufwachraum vorheriger Patient und Information Anästhesiepfleger		
7	Beginn Anästhesiepräsenz		Beginn Anästhesiepräsenz
8	Bestellung nächster Patient und Information Schleuse	Bestellung nächster Patient und Information Schleuse	Bestellung Patient und Information Schleuse
9	Vorbereitung Patient und OP-Transport	Vorbereitung Patient und OP-Transport	Vorbereitung Patient und OP-Transport
10	Einschleusen nächster Patient in Einleitung	Einschleusen nächster Patient in Einleitung	Einschleusen Patient in Einleitung
11	1. Teil Einleitung	Einleitung	1. Teil Einleitung
12	2. Teil Einleitung		2. Teil Einleitung
13	OP abrüsten	OP abrüsten	
14	OP reinigen	OP reinigen	
15	OP aufrüsten	OP aufrüsten	OP aufrüsten
16	Operateur rufen	Operateur rufen	
17	Warten auf Operateur	Warten auf Operateur	
18	Eintreffen Operateur	Eintreffen Operateur	Eintreffen Operateur
19	Saaleintritt und Lagerung	Saaleintritt und Lagerung	Saaleintritt und Lagerung
20	Chirurgische Vorbereitung	Chirurgische Vorbereitung	Chirurgische Vorbereitung
21	Operation	Operation	Operation

Tab. 1: Prozessschritte für die drei Fallunterscheidungen

wurde auf Daten des Klinikinformationssystems und Zeitschätzungen des Personals zurückgegriffen. Da manche Vorgänge bereits beginnen können, bevor ihr Vorgänger beendet ist, werden an den entsprechenden Stellen negative Mindestabstände eingefügt.

In den Fällen 1 und 2 beginnt die Aktion „Operation vorheriger Patient" mit dem Einschleusen des ersten Patienten. Als Mittelwert einer Stichprobe der Einschleuszeiten ergab sich der Projektstartzeitpunkt 7:25 Uhr.

Fall 3 beginnt mit dem Bestellen des Patienten. Die erste Operation ist die LC. Die mittlere Einschleuszeit der betreffenden Patienten ist 7:17 Uhr. Abzüglich der Bestell- und Vorbereitungszeit des Patienten auf der Station ergibt sich ein Startzeitpunkt von 7:05 Uhr. Die Einschleuszeit liegt etwas früher als in den Fällen 1 und 2 da dort auch Patienten einbezogen wurden, die aus anderen Klinikgebäuden mit dem Transportdienst gebracht wurden und dadurch etwas später eintrafen.

In Fall 3 sind Zeitvorgaben bei den Vorgängen „Beginn Anästhesiepräsenz" und „Eintreffen Operateur" vorzunehmen. Die Anästhesisten kommen in der Regel zwischen 7:30 und 8:00 Uhr im OP an, die Operateure zwischen 8:15 und 8:30 Uhr. Der früheste Anfangszeitpunkt (FAZ) des Vorgangs „Beginn Anästhesiepräsenz" wurde deshalb auf 7:30 Uhr gesetzt, der FAZ von „Eintreffen Operateur" auf 8:15 Uhr.

Die Betrachtung der Operationsabläufe endet mit dem Vorgang „Operation", der die Schnitt-Nahtzeit misst. Da die offizielle Arbeitszeit der Chirurgen um 16:09 Uhr endet, wird Folgendes festgelegt: Eine Operation muss genau dann auf den nächsten Tag verschoben werden, wenn die erwartete Nahtzeit nach 16:09 Uhr liegt.

Die Ergebnisse der MPM-Zeitplanung werden exemplarisch für Fall 1 komplett dargestellt. Für die Fälle 2 und 3 werden nur die wichtigsten Ergebnisse beschrieben. Auf Grund ihrer Größe sind die drei Netzpläne im Internet als PDF-Dokumente hinterlegt und können auf http://dol.ior.kit.edu/downloads.php abgerufen werden.

Fall 1

In Fall 1 beträgt die Projektdauer 358,9 Minuten. Projektbeginn ist um 7:25 Uhr, Projektende um 13:24 Uhr. Die frühesten und spätesten Anfangszeitpunkte (FAZ, SAZ) und Endzeitpunkte (FEZ, SEZ) der einzelnen Vorgänge sowie die Gesamtpufferzeit (GP) und freie Pufferzeit (FP) sind Tab. 2 zu entnehmen. Dauer und Pufferzeiten sind in Minuten angegeben, FAZ, SAZ, FEZ und SEZ als Uhrzeit in der Form [Stunden:Minuten]. Die letzte Spalte gibt an, ob es sich um einen kritischen Vorgang handelt.

Durch die Darstellung der Uhrzeit in der Form [Stunden:Minuten] werden keine Sekunden angezeigt. Deshalb stimmen bei Vorgang 16 der FAZ und SAZ überein. Die GP beträgt jedoch 0,3 Minuten ($\neq 0$), damit handelt es sich nicht um einen kritischen Vorgang.

Aus der Verfügbarkeit nur eines Anästhesisten resultiert ein Engpass, denn Teil 2 der Einleitung kann erst beginnen, wenn der Anästhesist aus dem Aufwachraum zurückgekehrt ist. Verlängert sich ein Prozess, der den vorherigen Patienten betrifft, verzögert sich die Ankunft des Anästhesisten in der Einleitung. Dadurch entsteht beim Folgepatienten eine Wartezeit, die dessen Operationsbeginn verzögert. Weiteren Einfluss auf den Operationsbeginn des Patienten haben Teil 2 der Einleitung, die Lagerung und die chirurgische Vorbereitung.

i	Vorgänge Fall 1	Dauer	FAZ	SAZ	FEZ	SEZ	GP	FP	krit.
1	Start	0	07:25	07:25	07:25	07:25	0	0	Ja
2	Operation vorheriger Patient	203,1	07:25	07:25	10:48	10:48	0	0	Ja
3	Naht vorheriger Patient	17,5	10:48	10:48	11:06	11:06	0	0	Ja
4	Entlagern vorheriger Patient	2,7	11:06	11:06	11:08	11:08	0	0	Ja
5	Narkoseausleitung vorheriger Patient	7,3	11:08	11:08	11:16	11:16	0	0	Ja
6	Ausschleusen vorheriger Patient	5,4	11:16	11:16	11:21	11:21	0	0	Ja
7	Aufwachraum vorheriger Patient und Information Anästhesiepfleger	4,4	11:21	11:21	11:25	11:25	0	0	Ja
8	Beginn Anästhesiepräsenz	1	11:25	11:25	11:26	11:26	0	0	Ja
9	Bestellung nächster Patient und Information Schleuse	1	10:56	11:04	10:57	11:05	8,2	0	Nein
10	Vorbereitung Patient und OP-Transport	11,7	10:57	11:05	11:08	11:17	8,2	0	Nein
11	Einschleusen nächster Patient in Einleitung	5,7	11:08	11:17	11:14	11:22	8,2	0	Nein
12	1. Teil Einleitung	4,2	11:14	11:22	11:18	11:26	8,2	8,2	Nein
13	2. Teil Einleitung	18,7	11:26	11:26	11:45	11:45	0	0	Ja
14	OP abrüsten	39,9	10:28	10:40	11:08	11:20	12,1	11,8	Nein
15	OP reinigen	11,5	11:08	11:09	11:20	11:20	0,3	0	Nein
16	OP aufrüsten	25	11:20	11:20	11:45	11:45	0,3	0	Nein
17	Operateur rufen	1	11:45	11:46	11:46	11:47	1,6	0	Nein
18	Warten auf Operateur	5,6	11:46	11:47	11:51	11:53	1,6	0	Nein
19	Eintreffen Operateur	0	11:51	11:53	11:51	11:53	1,6	1,6	Nein
20	Saaleintritt und Lagerung	7,9	11:45	11:45	11:53	11:53	0	0	Ja
21	Chirurgische Vorbereitung	14,2	11:53	11:53	12:07	12:07	0	0	Ja
22	Operation	76,7	12:07	12:07	13:24	13:24	0	0	Ja
23	Ende	0	13:24	13:24	13:24	13:24	0	0	Ja

Tab. 2: Darstellung der MPM-Zeitplanung für Fall 1

Fall 2

Im Fall des Einsatzes von zwei Anästhesisten pro OP-Saal ergibt sich eine Gesamtdauer von 357,3 Minuten mit Projektende um 13:22 Uhr. Da bei Ankunft des Patienten sofort ein Anästhesist zur Verfügung steht, ist ein reibungsloser Ablauf bezüglich Vorbereitung und Einleitung gewährleistet. In Fall 2 sind insbesondere die Aktionen kritisch, die nicht direkt den neuen Patienten betreffen. Ebenso sind Vorgänge kritisch, die sich auf die Saalbelegung durch den vorherigen Patienten beziehen, da dies das Einschleusen des Folgepatienten trotz dessen abgeschlossener Narkoseeinleitung verhindert. Des Weiteren bedeutet ein verspätetes Eintreffen des Operateurs eine Verzögerung der Schnittzeit.

Fall 3

Für Fall 3, bei dem die LC die erste Operation am Morgen ist, wurde eine Gesamtdauer von 160,9 Minuten berechnet. Startzeitpunkt ist 7:05 Uhr, Projektende 9:46 Uhr. Die FAZ der Vorgänge „Beginn Anästhesiepräsenz" und „Eintreffen Operateur" wurden vor Berechnung der Projektdauer festgelegt. Die Besonderheit, dass der kritische Pfad nicht im Startknoten sondern erst bei Eintreffen des Operateurs beginnt, ergibt sich aus einer Termineinschränkung: Die vorherigen Vorgänge können alle bis 8:07 Uhr ausgeführt werden. Danach entsteht eine Wartezeit bis zum Eintreffen des Operateurs und somit zum Operationsbeginn um 8:15 Uhr.

Die berechneten Projektendzeitpunkte liegen für alle drei Fälle vor dem Ende der regulären Arbeitszeit der Operateure. Somit können in allen drei Fällen die Operationen am geplanten Tag durchgeführt werden und führen nicht zu einer Verlängerung der Verweildauer.

Da bisher nur Erwartungswerte für die Dauer der Vorgänge eingesetzt wurden, soll auch überprüft werden, welche Projektdauer und welche Start- und Endzeitpunkte sich bei pessimistischer Zeiteinschätzung (längstmöglicher Dauer aller Vorgänge und Mindestabstände) ergeben.

Die Bewertung aller Vorgänge mit ihren längstmöglichen Zeiten führt in den Fällen 1 und 2 dazu, dass die Operation nicht innerhalb der regulären Arbeitszeit beendet werden kann. In Fall 3 bewirkt selbst die pessimistische Bewertung aller Vorgangsdauern keine Verschiebung der Operation. Dieser Fall wird daher aus den weiteren Betrachtungen ausgeschlossen.

Die Bewertung aller Vorgänge mit ihren längstmöglichen Dauern ist jedoch sehr unrealistisch. Sinnvoller ist es, nur jenen Vorgängen und Mindestabständen ihre pessimistischen Vorgangsdauern zuzuweisen, die sich in der Praxis tatsächlich häufig verlängern und die anderen Vorgänge und Mindestabstände mit ihrem Erwartungswert anzuberaumen. Folgende Störgrößen wurden identifiziert:

- Ein Notfall wird vor der geplanten Operation in den OP-Plan eingeschoben. Dadurch verlängert sich der Vorgang „Operation vorheriger Patient".
- Der Operateur verschätzt sich bei der perspektivischen Nahtzeit respektive OP-Dauer: Der neue Patient ist schon bestellt, während der vorherige Patient noch den OP blockiert. Die Nahtzeit verschiebt sich, der negative Mindestabstand zwischen Nahtzeit und „Patient bestellen" verringert sich.
- Verspätetes Eintreffen des Operateurs.

Diesen Prozessen beziehungsweise Abständen wurde deshalb ihre längstmögliche Dauer zugewiesen. Die Start- und Endzeiten erweisen sich für Fall 1 und 2 als identisch: Projektbeginn ist um 7:25 Uhr, Projektende um 16:35 Uhr. Die Projektdauer beträgt 550,1 Minuten. Obwohl nur ausgewählte Werte erhöht wurden, überschreitet die Projektdauer in beiden Fällen noch immer die zur Verfügung stehende Arbeitszeit.

Während es sich bei der Fehleinschätzung durch den Operateur oder der Verspätung des Operateurs in der Regel um Verzögerungen im Wert von mehreren Minuten handelt, bewegt sich die Verzögerung durch den Einschub von Notfällen oder Nachmeldungen meist im Stundenbereich und ist enormen zeitlichen Schwankungen unterworfen. Es ist anzunehmen, dass dieser Vorgang ausschlaggebend für Verzögerungen der nachfolgenden Operationen ist. Für diesen Vorgang wird daher ein Schwellenwert bestimmt, der angibt, wie lange der Vorgang „Vorherige Patienten operieren" maximal dauern darf, so dass die LC noch am gleichen Tag durchgeführt werden kann.

Ergebnisse

In den Fällen 1 und 2 ergibt die Bewertung aller Vorgangsdauern mit ihren Erwartungswerten folgendes Ergebnis:

Die Operation muss dann auf den nächsten Tag verschoben werden und hat damit Auswirkungen auf den klinischen Pfad, wenn die vorherigen Operationen länger als 368 Minuten (Fall 1) / 370 Minuten (Fall 2) dauern beziehungsweise der Patient nicht vor 13:49 Uhr auf der Station bestellt werden kann.

Die Bewertung mit gemischten Vorgangsdauern, das heißt einer pessimistischen Einschätzung der Aktionen „Warten auf Operateur", „Naht vorheriger Patient" und des Mindestabstands zwischen Nahtzeit und Bestellung des neuen Patienten, bewirkt in den Fällen 1 und 2 Folgendes: Der Eingriff muss dann auf den nächsten Tag verschoben werden und hat damit Auswirkungen auf den klinischen Pfad, wenn die vorherigen Operationen länger als 350 Minuten dauern beziehungsweise der Patient nicht vor 13:46 Uhr auf der Station bestellt werden kann.

Ist die LC, wie in Fall 3 beschrieben, der erste Eingriff des Tages, kann die Operation in jedem Fall an diesem Tag durchgeführt werden und hat damit keinen Einfluss auf den klinischen Pfad und die Aufenthaltsdauer des Patienten.

Diskussion

Obwohl sich die Nachfrage nach medizinischen Leistungen nur schwer voraussagen lässt, besitzen klinische Prozesse ein Standardisierungspotenzial. Eine Möglichkeit, dieses Potenzial auszuschöpfen und damit Kosten zu senken, bietet der Einsatz von klinischen Pfaden.[2, 3]

Obwohl innerhalb von Pfadabläufen zahlreiche logistische Planungsbereiche mit Optimierungspotenzial anzutreffen sind, wird diesen in Pfadimplementierungen bisher kaum Beachtung geschenkt. Anders als viele Dienstleistungsunternehmen greifen Kliniken selten auf Methoden der Operations Research zur Planung ihrer Prozessabläufe zurück.[4, 5] Die Netzplantechnik stellt eine Möglichkeit dar, logistische Aspekte, insbesondere eine detaillierte Zeitplanung, in klinische Pfade einzubinden. So lassen sich auch OP-Abläufe in einem Netzplan abbilden und kritische Vorgänge identifizieren. Ausgehend von den Ergebnissen der Netzplanbetrachtung können die kritischen Vorgänge dann unter Einbezug von Kostenaspekten mit Hilfe geeigneter Methoden und Analysen auf Einsparpotenziale untersucht werden. Auf diese Weise werden mögliche Engpässe im Behandlungsablauf verdeutlicht und können gegebenenfalls durch geeignete Maßnahmen vermieden werden.[1] Zum Beispiel wäre unter Kostenaspekten zu prüfen, ob sich der dauerhafte Einsatz von zwei Anästhesisten pro OP-Saal lohnt, um Verzögerungen und Verweildauerverlängerungen zu vermeiden.

Die Netzplanbetrachtung bezieht sich im vorliegenden Fall auf die Darstellung der Operationsabläufe; der Netzplan lässt sich jedoch auch auf andere Pfadbausteine erweitern. Durch die Bestimmung frühester und spätester Zeitpunkte im Pfad könnte – analog zu den Operationsabläufen – deutlich gemacht werden, wann Behandlungsschritte spätestens beginnen beziehungsweise enden müssen, um die dem Pfad zugewiesene Standardverweildauer nicht zu überschreiten.

Um Verzögerungen in den Behandlungsschritten rechtzeitig festzustellen, sollten logistische Aspekte flächendeckend in klinische Pfade eingebaut werden. Es ist demnach sinnvoll, in klinische Pfade, welche bislang vornehmlich unter medizinischen Gesichtspunkten entworfen werden, detaillierte Logistikplanungen zu integrieren.

Literatur

1. Domschke, W.; Drexl, A. (2007): Einführung in Operations Research. 7. Auflage. Berlin et. al: Springer.
2. Schlüchtermann, J.; Sibbel, R.; Prill, M.- A. (2005): Clinical Pathways als Prozess-steuerungsinstrument im Krankenhaus: In: Oberender, P. (Hrsg.): Clinical Pathways. Facetten eines neuen Versorgungsmodells. Stuttgart: Kohlhammer, S. 43-58.
3. Oberender, P.; Zerth, J. (2005): Clinical Pathways als eine Zukunftsstrategie des Krankenhauses: eine gesundheitsökonomische Einführung. In: Oberender, P. (Hrsg.): Clinical Pathways. Facetten eines neuen Versorgungsmodells. Stuttgart: Kohlhammer, S. 15-27.
4. Nickel, S.; Schmidt, U.- A. (2007): Krankenhauslogistik – Klinische Pfade und Terminplanung. In: Zülch, G., Stock, P., Hrdina, J., Gamber, T. (Hrsg.): Erfolgsfaktor Arbeitszeit im Krankenhaus. Karlsruhe: Institut für Arbeitswissenschaft und Betriebsorganisation (ifab).
5. Nickel, S.; Schmidt, U.- A. (2009): Process improvement in hospitals: a case study in a radiology department, Quality Management in Health Care 18 , S. 326-338.

Kontakt

Univ.-Prof. Prof. Dr. Stefan Nickel
Ursula-Anna Schmidt
Kirstin Kraus
Karlsruher Institut für Technologie (KIT),
Institut für Operations Research, Diskrete Optimierung und Logistik
Tel.: 0721/608-3951
E-Mail: stefan.nickel@kit.edu
ua.schmidt@orl.uni-saarland.de
kirstin_Kraus@gmx.de
http://dol.ior.kit.edu

Prof. Dr. Dr. h. c. Martin K. Schilling
PD Dr. Sven Richter
Dr. Jochen Schuld
Universitätsklinikum des Saarlandes,
Klinik für Allgemeine Chirurgie, Viszeral-,
Gefäß- und Kinderchirurgie
Tel.: 06841/16-31000
E-Mail: martin.schilling@uniklinikum-saarland.de
sven.richter@uniklinikum-saarland.de
jochen.schuld@uniklinikum-saarland.de
www.uniklinikum-saarland.de

CIRS – ein Werkzeug zur Prozessoptimierung?!

Mehr Sicherheit und Effizienz im Prozessablauf

Durch den stetig wachsenden Kostendruck sowie durch die steigenden Anforderungen an die Qualität, die Sicherheit und den Service der Behandlung, sind die Einrichtungen des Gesundheitswesens mehr denn je gefordert, ihre Prozesse stetig zu verbessern. Dies vor dem Hintergrund, dass mit veränderten Vergütungssituationen und kürzeren Liegezeiten immer mehr Patienten zu behandeln sind. Damit ist die Vorgabe klar. Die Prozesse müssen so effizient und gleichzeitig so sicher wie möglich gestaltet werden. Da die Prozesse vor allem in einer Klinik sehr viele Schnittstellen sowie eine hohe Komplexität beinhalten, kann dies nur durch die Mitwirkung möglichst aller am Prozess beteiligten Personen erreicht werden.

Thomas Gleich

Das Schlagwort „Prozessoptimierung" ist seit geraumer Zeit in aller Munde. Die Führungsebenen der Einrichtungen des Gesundheitswesens sind überall bemüht durch Prozessoptimierungen entsprechende Verbesserungen zu erzielen. Allerdings stellt sich häufig die Frage: Welche Prozesse sind optimierungsbedürftig und in welcher Reihenfolge? Die historisch gewachsene Dreiteilung in den ärztlichen, pflegerischen und verwaltenden Bereich schafft zusätzliche Schnittstellen.

Erstellt man nun eine Liste in der man die Prozesse auflistet, die einer Optimierung bedürfen und ordnet diese nach ihrer Priorität, dann stehen die Prozesse, die ein Risiko für die Patienten und / oder das Personal darstellen an oberster Stelle. Dies hat uns in den Kliniken Ostallgäu Kaufbeuren dazu veranlasst ein Projekt mit dem Ziel aufzusetzen, hierarchie- und schnittstellenübergreifend eventuelle Risiken zu reduzieren und Prozesse zu optimieren.

Begriffsbestimmung und Hintergrund

Die Idee eines CIRS (Critical Incident Reporting System) ist nicht neu. In dem im Jahr 2000 erschienenen Buch „To Err is Human"[1] wurden erstmals Zahlen gegenübergestellt die verdeutlichten, dass in den USA mehr Menschen in Folge medizinischer Fehler verstarben als beispielsweise an den Folgen von Verkehrsunfällen. Seit diesem Zeitpunkt ist das Bewusstsein um die Gefahren medizinischer Behandlungsfehler vermehrt in den Fokus aller Beteiligten geraten.

Um eine Schadensvorsorge sowie geeignete Maßnahmen zur Risikominimierung treffen zu können, setzt dies das Erkennen von Risiken voraus.[2]

Im Gegensatz zur Industrie werden im Gesundheitswesen Dienstleistungen erbracht, deren Qualität in einem messbaren Ergebnis im Sinne eines Heilerfolges vorher nicht festlegbar ist. Dies bedeutet jedoch für Medizin und Pflege, dass sie dem Patienten eine Behandlung auf dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse sowie unter Einhaltung geltender Qualitätsrichtlinien und Standards angedeihen lassen müssen. Hierfür ist eine entsprechende Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität unerlässlich.[3] Um dieses hohe Ziel einer umfassenden und qualitativ höchstwertigen Versorgung erreichen zu können, wurden mehrere Richtlinien und Kriterienkataloge, wie beispielsweise das Manual der Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus (KTQ) oder auch die DIN ISO 9000 entwickelt.

Auch vor dem Hintergrund der steigenden gesetzlichen Anforderungen sowie aus haftungsrechtlicher Sicht und den damit verbundenen finanziellen Risiken sind gerade die Entscheidungsträger im Gesundheitswesen zukünftig mehr denn je gefordert, die Prozesse genau zu analysieren, zu optimieren und sicherer zu machen.

Ausgangssituation – Rahmenbedingungen

Die Kliniken Ostallgäu Kaufbeuren sind verteilt auf fünf Standorte und beschäftigen ca. 1500 Mitarbeiter. Alle fünf Standorte sind Akutkrankenhäuser, wovon vier der Versorgungsstufe I und eines der Versorgungsstufe II angehören. Alle Standorte wurden nach DIN ISO, beziehungsweise nach KTQ bereits rezertifiziert. Die Steuerungsgruppe – Qualitätsmanagement (STQM) wurde am Standort Kaufbeuren ursprünglich zur Vorbereitung der Erstzertifizierung nach KTQ installiert. Da sich diese Projektgruppe als sehr effizientes Instrument zur übergeordneten Koordination sämtlicher Qualitätsmanagementaktivitäten im Unternehmen erwiesen hatte, entschloss sich die Geschäftsleitung diese Gruppe als festen Bestandteil auch nach der Erstzertifizierung beizubehalten. Die STQM ist seit ihrer Gründung interdisziplinär besetzt und setzt sich aus einem Arzt, einer Pflegekraft, einem Mitglied der Pflegedirektion, einem Mitglied der Verwaltung sowie aus der Stabstelle QM zusammen. Um einen regelmäßigen und möglichst gleichbleibenden Workflow gewährleisten zu können, wurde jeweils der Mittwoch einer jeden Woche als fester Tagungstermin fixiert.

Wie kam es zu dem Projekt

Die STQM hatte 2009 auf einer Tagesordnung ihrer wöchentlichen Sitzungen das Thema Sicherheit im Behandlungsprozess aufgenommen. Innerhalb der Diskussion wurde schnell klar, dass bisher zwar bereits einige Dinge zur Verbesserung der Patientensicherheit eingeführt wurden, allerdings wurden diese meist nur auf Abteilungsebene umgesetzt und basierten auf Erkenntnis-

Wie hoch ist Ihrer Meinung nach die Häufigkeit von Beinahefehlern in Ihrem Beruf insgesamt?

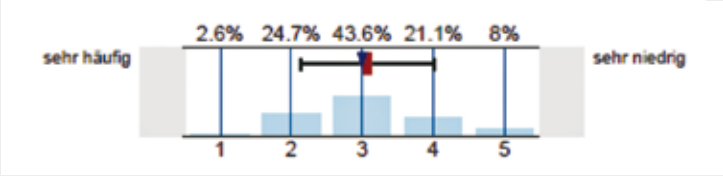


Abb. 1: Einschätzung der Mitarbeiter zur Häufigkeit von Beinahefehlern in ihrem Beruf gesamt. (Auszug aus der Mitarbeiterbefragung CIRS - Kliniken Ostallgäu Kaufbeuren)

Wie wichtig empfinden Sie eine Information über solche Beinahefehler aus Ihrem Umfeld, also was Ihre Arbeitsabläufe betrifft?

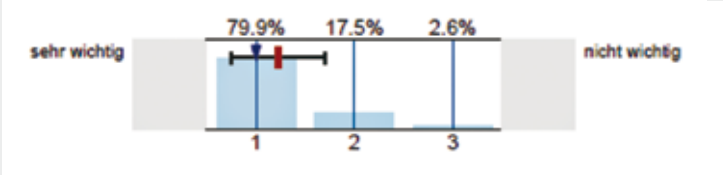


Abb. 2: Einschätzung der Mitarbeiter über die Wichtigkeit der Information über Beinaheschäden. (Auszug aus der Mitarbeiterbefragung CIRS - Kliniken Ostallgäu Kaufbeuren)

sen, die ausschließlich aus dem eigenen Umfeld der jeweiligen Abteilung stammten. Die STQM hatte sich daher das Ziel gesetzt, ein umfassendes Risikomanagement als einen weiteren Teil des Qualitätsmanagements einzurichten.

Weiterhin wurde bereits in der Diskussion erkannt, dass zahlreiche Prozesse fast sämtliche Abteilungen gleichermaßen betreffen, aber die Weitergabe eventueller Probleme sowie deren Lösungen oft an Schnittstellen zu scheitern schienen. Daher wurde seitens der STQM die Einführung eines unternehmensweiten CIRS als Teil eines umfassenden Risikomanagements in den Kliniken Ostallgäu Kaufbeuren als Projekt vorgeschlagen.

Projektziele

Folgende Ziele sollten durch die Einführung eines CIRS erreicht werden:

- erhöhte Sicherheit für Patienten und Mitarbeiter - auch über den eigentlichen Behandlungsprozess hinaus
- zeitnahe Weitergabe eventuell auftretender Probleme und Risiken im gesamten Unternehmen
- Lernen durch Informationen aus dem CIRS - zeitnah - für alle Mitarbeiter im gesamten Unternehmen

Es wurde eine interdisziplinär besetzte Projektgruppe mit einer Mitgliederzahl von insgesamt 12 Personen ins Leben gerufen und durch die Projektleitung wie folgt zusammengestellt:
fünf Ärzte
fünf Pflegekräfte
Stabstelle QM

Das Projekt wurde 2009 gestartet und befindet sich derzeit in der Abschlussphase.

Vorgehen – Methodik

Da innerhalb des Unternehmens zum Projektstart keine Daten vorhanden waren, konnte bisher keine Aussage zu den folgenden Punkten getroffen werden:

- bestehen bereits Erfahrungen mit dem Thema CIRS beziehungsweise mit Meldesystemen?
- wie schätzen die Mitarbeiter die Häufigkeit von Fehlern insgesamt ein?
- wie hoch wäre die Bereitschaft seitens der Mitarbeiter, sich an einem solchen System zu beteiligen?
- als wie wichtig wird es von den Mitarbeitern angesehen, aus einem solchen System lernen zu können?
- wäre ein EDV-gestütztes Meldesystem denkbar?

In einem ersten Schritt wurde nun versucht, diese Fragen zu beantworten. Dazu wurde eine Mitarbeiterbefragung mittels Fragebogen durchgeführt. Dieser wurde an alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit der Gehaltsabrechnung ausgegeben.

An der Befragung beteiligten sich 450 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, was einem Anteil von 30 Prozent entspricht. Dieses Ergebnis kann natürlich nicht als repräsentativ gelten, es gibt jedoch sicher einen guten Einblick in die Sichtweise der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Dabei wurde die Häufigkeit von Beinahefehlern im eigenen Beruf eingeschätzt. Dieser Begriff entspricht allerdings nicht mehr dem aktuellen Terminus und müsste exakter als Beinaheschaden bezeichnet werden (ein Fehler ohne Schaden, der zu einem Schaden hätte führen können).[2]

Hingegen wurde die Wichtigkeit einer Information über solche Beinaheschäden überwiegend als sehr hoch eingestuft.

Auftrag an die Projektgruppe – Projektziel

An die Projektgruppe wurde der Auftrag erteilt, ein CIRS System bis zur Implementierungsreife vorzubereiten, welches für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Unternehmen nutzbar, beziehungsweise erreichbar sein muss.

Die Projektgruppe hat sich daraufhin im ersten Schritt mit den Voraussetzungen für ein CIRS System näher beschäftigt. Angelehnt an die Empfehlungen des Aktionsbündnisses für Patientensicherheit e.V. - zur Einführung eines CIRS[4], wurden unter anderem folgende Voraussetzungen herausgearbeitet:

- das System muss unbedingte Anonymität gewährleisten
- das System muss jederzeit verfügbar sein
- das System muss eine Möglichkeit zur Veröffentlichung von Rückmeldungen zu den eingegangenen Meldungen ermöglichen
- der Aufwand, sowohl für die Erstellung als auch für die Auswertung der Meldungen sollte möglichst gering sein

Zu wie vielen Computern haben Sie Zugang? Wie viele Computer sind für Sie während der Arbeit erreichbar?

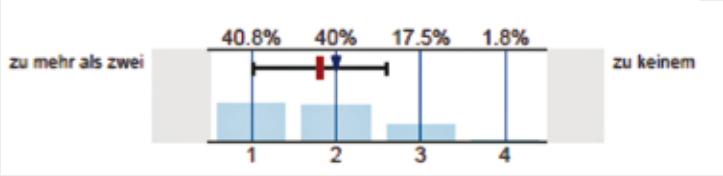


Abb. 3: Verfügbarkeit der EDV während der Arbeitszeit (Auszug aus der Mitarbeiterbefragung - Kliniken Ostallgäu Kaufbeuren) Alle Computer im Unternehmen verfügen über einen Netzwerkzugang

Können Sie an einem Computer jederzeit arbeiten?

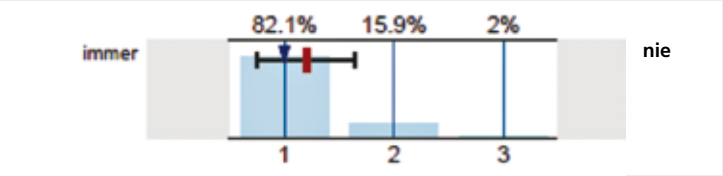


Abb. 4: Verfügbarkeit der EDV während der Arbeitszeit (Auszug aus der Mitarbeiterbefragung - Kliniken Ostallgäu Kaufbeuren) Alle Computer im Unternehmen verfügen über einen Netzwerkzugang

- bei einer EDV - basierten Lösung sollte die Bedienoberfläche möglichst selbsterklärend und einfach sein.

Dazu wurde eine Datenerhebung innerhalb des Unternehmens durchgeführt. Dabei konnte eine hohe Verfügbarkeit der EDV im gesamten Unternehmen festgestellt werden. Was die Projektgruppe dazu veranlasst hat, ein EDV gestütztes System zur Erfassung der Meldungen verstärkt in den Fokus der Betrachtungen zu übernehmen.

Schwierigkeiten im Projektverlauf

Im weiteren Projektverlauf wurde durch die Projektgruppe versucht, ein entsprechend EDV - basiertes System, das die geforderten Voraussetzungen erfüllt, zu finden. Dabei kam die Gruppe schnell zu dem Ergebnis, dass einige Systeme am Markt diese Voraussetzungen zwar erfüllen, sich jedoch die Unterschiede im Wesentlichen in den Kosten sowie in der Speicherung der Daten darstellen.

Hierbei werden bei den meisten Systemen die Daten auf einem externen Server gespeichert, der durch externe Administratoren verwaltet wird. Allen Systemen ist gemeinsam, dass die Daten vor Veröffentlichung nochmals auf Anonymität überprüft werden. Dieser Punkt wurde innerhalb der Projektgruppe sowohl als Vor- als auch als Nachteil betrachtet. Die Befürchtungen der Mehrzahl aller Projektgruppenmitglieder wurden jedoch vor allem bei extern verwalteten und gespeicherten Daten darin gesehen, dass hier eine zuverlässige Anonymisierung unter Umständen, vor allem bei kleinen Standorten, durch einen externen Administrator nicht gewährleistet ist. Diese potenzielle Gefahr wurde damit begründet, dass gewisse Formulierungen, vor allem in kleinen Einheiten mit wenigen Mitarbeitern, von externen Personen als genügend anonym betrachtet werden und damit Meldungen veröffentlicht werden könnten, die unter Umständen nicht ausreichend entfremdet wurden.

Von den weiteren Projektgruppenmitgliedern wurde in einer externen Administration und Speicherung ein großer Vorteil gesehen, da diese vom Unternehmen unabhängig wären. Weiterhin sahen einige Mitglieder der Projektgruppe durch eine externe Administration der Daten die Vorteile in den Möglichkeiten eines erweiterten Feedbacks.

Aus diesem Grunde wurde ein Großteil der Zeit darauf verwendet, nach einem für das Unternehmen passenden EDV Modul zu suchen. Alle Vor- und Nachteile wurden in tabellarischer Form notiert und nach detaillierter Diskussion priorisiert. Zusätzlich wurden alle in Frage kommenden Systeme innerhalb der Projektgruppe auf ihre Benutzerfreundlichkeit hin getestet.

Bisheriges Projektergebnis

Nach der Gegenüberstellung aller Vor- und Nachteile der einzelnen EDV Module konnte sich die Projektgruppe auf ein EDV Modul festlegen, deren Daten im Haus gespeichert werden. Dieses EDV Modul wurde von Seiten der Projektgruppe zur Beschaffung empfohlen. Zusätzlich wurde von der Projektgruppe ein Konzept, beziehungsweise ein Entwurf einer Geschäftsordnung erstellt, welche die Vorgehens- und Verfahrensweise mit einer CIRS Meldung im Unternehmen regelt. Damit wird zum einen in Kombination mit dem EDV Modul über mehrere Redundanzebenen eine effektive Anonymisierung jeder Meldung sichergestellt und zum anderen die personellen Zuständigkeiten, beispielsweise bezüglich der Auswertung, des Reports oder der Analyse geregelt. Die nach einer Risikopotenzialanalyse bewerteten Daten werden damit in das Risikomanagement übergeleitet.

Weiterhin wurden je Standort ein ärztlicher sowie ein pflegerischer Multiplikator benannt, die vor allem in der Startphase des CIRS bei eventuell auftretenden Fragen eine Ansprechstation, sowie Motivatoren zur Eingabe von Meldungen in das CIRS Modul darstellen sollen.

Bereits zum Projektstart wurde der Betriebsrat involviert. Dieser wurde im weiteren Projektverlauf von Seiten der Projektgruppe gebeten, eine Sanktionsfreiheitsvereinbarung zu entwerfen, da dies sowohl aus den Empfehlungen einiger Experten[2], als auch aus einigen Rückmeldungen verschiedener Mitarbeiter an die Multiplikatoren der jeweiligen Standorte als sinnvoll zu entnehmen war. Diese Vereinbarung dient als ein Teilstück dazu, vertrauensbildende

Maßnahmen zu schaffen und seitens der Unternehmensleitung ganz deutlich herauszustellen, dass ein solches System der Fehler- und Schadensvermeidung und nicht der Suche nach „Schuldigen" dient.

Das durch die Projektgruppe vorgeschlagene EDV Modul wurde bereits beschafft. Die Entwürfe der Sanktionsfreiheitsvereinbarung sowie der Geschäftsordnung wurden von Seiten der Geschäftsführung genehmigt.

Was war sinnvoll – was hat sich bewährt

Aus aktuellen Betrachtungen heraus hat es sich als sehr sinnvoll erwiesen, die Projektgruppe sowohl interdisziplinär, als auch mit Vertretern aus allen Standorten zu besetzen. In zahlreichen Diskussionen innerhalb der Projektgruppe sowie aus den bisherigen Rückmeldungen der Mitarbeiter, scheint die Einführung eines CIRS als sehr wichtig. Denn seit dem Projektstart wurden bereits einige, für das CIRS geignete, Meldungen den Multiplikatoren anonym zugeleitet.

Zu Beginn des Projektes waren einige Skeptiker zu finden die vor allem das Problem sahen, dass die Anonymität nicht gewährleistet werden könne und damit eher ein Denunziantentum erzeugt würde, statt konstruktiv an der Sache zu arbeiten.

Ausblick

Betrachtet man das Projekt aus der aktuellen Perspektive kann man sagen, dass sich die zuvor von vielen gehegten Bedenken gegenüber einem CIRS, zumindest innerhalb der Projektgruppe sowie bei einigen Mitarbeitern, zerstreuen ließen. Vielmehr wurden bei diesen die Bedenken von einer konstruktiven, positiven Einstellung zum Thema CIRS abgelöst. Wir werten dies als Schritt in die richtige Richtung und als wichtigen Meilenstein hin zu einer Sicherheitskultur.

In den nächsten Schritten werden Schulungen für die Mitarbeiter angeboten, die im Wesentlichen den Umgang mit dem CIRS Modul beinhalten sowie die Mitarbeiter dafür sensibilisieren sollen, welche Daten für die Eingabe in ein solches CIRS geeignet sind und welche nicht. Weiterhin sollen die Mitarbeiter in den Schulungen über die Funktionsweise und die Ziele eines CIRS informiert werden. Parallel dazu wird das EDV Modul zur Eingabe der Meldungen auf allen Rechnern des Unternehmens installiert und aktiviert.

Literatur

1. Richardson, W.; Kohn, L.T. ; Corrigan, J.M. (2000): To Err is Human. Natl. Academy.
2. Hart, D.; Mattern, H.; Trent, M.; Lautenberger, J. (2009): Risiken verringern Sicherheit steigern. Deutscher Ärzteverlag.
3. Alberts, M. et al (2010): Krankenhaushaftung. 3. Aufl., Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft mbH.
4. Aktionsbündnis für Patientensicherheit e.V. (2007). Empfehlung zur einführung von CIRS im Krankenhaus.

Kontakt

Thomas Gleich
Kliniken Ostallgäu Kaufbeuren
Pflegerische Leitung der Anästhesie – Projektleitung CIRS
Tel.: 08341/42-4662
E-Mail: thomas.gleich@kliniken-oal-kf.de
www.kliniken-oal-kf.de

Ihr KIS braucht zu viel Platz?

Nicht alles, was möglich ist, sondern exakt das, was nötig ist. So lautet das Prinzip von CareStation. Das innovative Krankenhausinformationssystem setzt auf Thin-Client-Architektur, was die Hardware am Arbeitsplatz und im Serverbetrieb deutlich reduziert.
Und wenn die Klinik wächst, wächst CareStation mit, denn in die offene Architektur lassen sich jederzeit Erweiterungen und unterschiedliche Subsysteme einbinden. Das alles auf der Basis modernster Informationstechnologien. Damit sorgt CareStation in jeder Hinsicht für mehr Bewegungsfreiheit.

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

MEHR UNTER WWW.COMMED-KIS.DE

Mit zukunftsweisenden Software-Lösungen arbeiten wir für eine eng verzahnte Zusammenarbeit im Gesundheitswesen – Tag für Tag mit vielen Ideen, fundiertem Wissen und einem starken Mutterkonzern, der ARZ Haan AG, im Hintergrund.

CoM.MeD

Ein Unternehmen der ARZ HAAN AG

BESUCHEN SIE UNS AUF DER MEDICA 2010 VOM 17. – 20. NOVEMBER 2010 AM STAND UNSERES PARTNERS T-SYSTEMS (HALLE 15, STAND A49)

Die Balanced Scorecard als Instrument zur Zukunftssicherung

Über die Anwendung der Balanced Scorecard (BSC) im St. Marien-Hospital Köln

Krankenhäuser weisen aus betriebswirtschaftlicher Sicht drei besondere Charakteristika auf …

- **Der Krankenhausbranche kommt eine erhebliche und zukünftig noch weiter wachsende volkswirtschaftliche Bedeutung zu.**
- **Krankenhausleistungen sind als typische Dienstleistungen aufzufassen.**
- **Die gesetzlichen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen für Krankenhäuser sind seit Jahren (und auch weiterhin) einem stetigen Wandel unterworfen.**

Dr. Ingo Reinecke M. Sc.

Betriebswirtschaftliche Fragen sind insofern für Krankenhäuser nicht nur von hohem theoretischen Interesse, sondern gerade auch von erheblicher praktischer Relevanz. Dabei stellt sich die Frage, welche neuen Erkenntnisse und Instrumente aus den Bereichen Management und Performance Measurement im Krankenhaus einsetzbar beziehungsweise auf dieses übertragbar sind und welcher Nutzen daraus abgeleitet werden kann.

Zweifelsohne lässt sich feststellen, dass die Anforderungen an das Management von Krankenhäusern in den letzten Jahren kontinuierlich anspruchsvoller geworden sind und weiter steigen werden. Krankenhäuser entwickeln sich heute Schritt für Schritt zu modernen Dienstleistungsunternehmen. Aufgrund dieser Tendenzen bedarf es geradezu notwendigerweise der Entwicklung eines adäquaten Management-Instrumentariums zur Unterstützung der Krankenhausführung, insbesondere auch eines methodisch abgesicherten strategischen Controllings zur Erfolgsmessung und zielgerichteten Unternehmenssteuerung.

Die Mehrdimensionalität im Zielsystem von Krankenhäusern ist zu berücksichtigen. Finanzwirtschaftliche Ziele dominieren in Krankenhäusern nicht in der Ausprägung wie in „normalen" privatwirtschaftlichen Unternehmen. Je nach Krankenhaus-Trägerschaft wird dem Ziel Gewinnerwirtschaftung unterschiedliches Gewicht beigemessen. Mindestens gleichrangig tritt immer das Ziel der ausreichenden Bereitstellung und Erbringung von Gesundheitsleistungen hinzu.

„Diese Mehrdimensionalität des Krankenhauszielsystems und die besondere Bedeutung von nicht-monetären Zielen im Gesundheitswesen lassen die Balanced Scorecard mit ihrer ausgewogenen Mischung aus finanziellen und nicht-finanziellen Kennzahlen geradezu prädestiniert erscheinen für eine Anwendung im Krankenhaus."[1]

Weiterhin können vom Einsatz der Balanced Scorecard wichtige Impulse für den in den meisten deutschen Krankenhäusern noch eher unterentwickelten Prozess der strategischen Planung ausgehen. Gerade in Phasen des Umbruchs und des Übergangs zu modernen Dienstleistungsunternehmen in einem zunehmend wettbewerbsorientierten Markt kann die Balanced Scorecard den Krankenhäusern wertvolle Hilfestellung geben: Unterstützung bei der Zielbildung, der Strategieformulierung sowie bei der Identifikation von Leistungstreibern und Erfolgsfaktoren.

Wozu dient die Balanced Scorecard?

Die Balanced Scorecard ist …

- eine Managementmethode, die die Umsetzung von Strategien in konkretes unternehmerisches Handeln unterstützt;
- ein ausgewogenes Abbild interner und externer Beziehungen des Unternehmens;

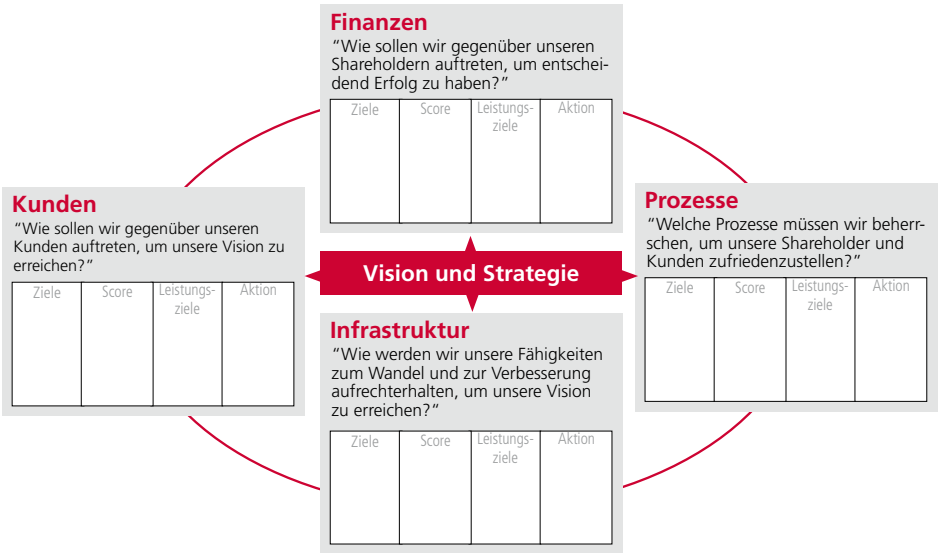


Abb. 1: Die Grundkonzeption einer Balanced Scorecard

- eine Kombination aus Führungs-Scorecard (ausgerichtet auf konkretes Handeln) und Berichts-Scorecard (zur Erleichterung von Benchmarking-Prozessen).

Zentrale Begriffe: Mission - Vision - Strategie

Mission (Leitbild):

„Auftrag oder Aufgabe einer Institution gegenüber der Gesellschaft"

Vision (Leitbild):

„Eine Unternehmensvision besteht aus den richtungsweisenden Ideen und allgemeinen Zielen für die zukünftige Unternehmensentwicklung. Sie hat neben dieser orientierenden auch eine motivierende und sinngebende Funktion. Sie bildet den Ausgangspunkt für das strategische Management, insbesondere für die Strategieentwicklung, -umsetzung und -kontrolle."

Strategie:

„Machen wir die richtigen Dinge?"
„Was wollen wir erreichen?"

Die Balanced Scorecard-Erstellung beinhaltet die Umsetzung folgender Prinzipien:
- die Einbindung aller Kennzahlen in Ursachen-Wirkungsbeziehungen (siehe Abbildung 2),
- die Definition von Ergebnis- und Leistungstreiberkennzahlen und
- die Verknüpfung mit den Finanzen.

Leistungstreiber und Ergebniskennzahlen

- Frühindikatoren: so genannte Treiberkennzahlen (performance driver);
  Beispiele: Fehlerquoten, Fluktuationsraten
- Spätindikatoren: so genannte Ergebniskennzahlen;
  Beispiel: Mitarbeiterproduktivität

„Scorecard ist Chefsache!"

Voraussetzungen für die erfolgreiche Einführung der BSC
- Commitment
- Kommunikation
- Benefit
- Training
- Atmosphäre
- Learning by doing

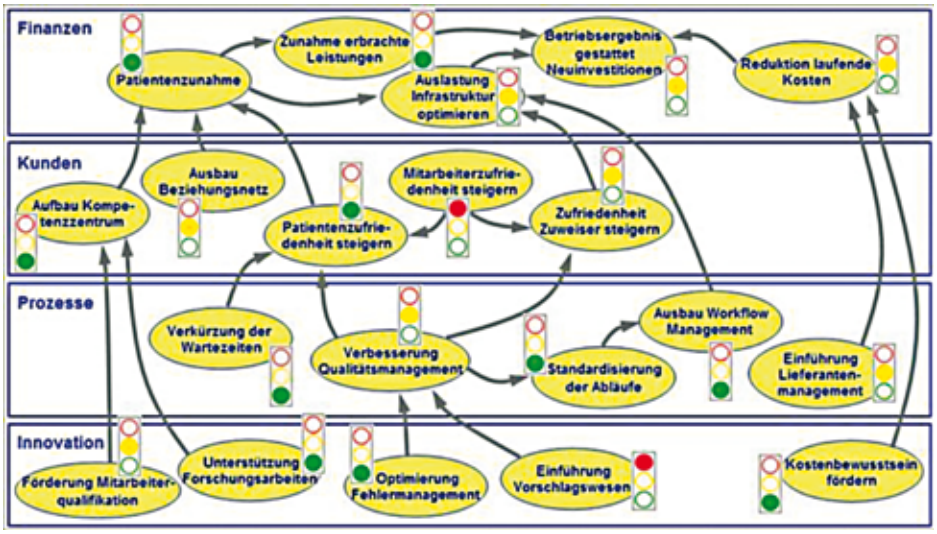


Abb. 2: Beispiel für Ursachen-Wirkungsbeziehungen; Quelle: Internetsuchmaschine Google

Voraussetzungen für die erfolgreiche Einführung der BSC

Als relevante Einflußfaktoren auf die Laufzeit der Einführung beziehungsweise Implementierung eines Balanced Scorecard-Systems gelten:
- Größe der Krankenhauseinrichtung
- Fundierte Strategiebildung
- Umsetzungsstatus der DRGs
- Status eines umfassenden Qualitätsmanagementsystems
- Commitment des Managements
- Entwickelte Prozessstruktur
- Status der IT-Struktur

Die Balanced Scorecard im St. Marien-Hospital Köln

Für die Jahre 2007/2008 wurde nun konkret die Einführung der BSC zur nachhaltigen Verbesserung in der Führung und Weiterentwicklung dieses Unternehmens und insbesondere zur Zukunftssicherung angestrebt.

Die Voraussetzungen zur Einführung der Balanced Scorecard im St. Marien-Hospital Köln erschienen grundsätzlich günstig, da die Geschäftsführung beziehungsweise die Betriebsleitung dieses Krankenhauses ausnahmslos diesem Managementsystem aufgeschlossen gegenüberstehen und auch die Grundüberzeugung vertreten, dass gerade das Konzept der BSC in Zeiten des Umbruchs und Wandels eine angemessene Führung und Weiterentwicklung des Unternehmens mit Aussicht auf nachhaltigen Erfolg ermöglichen.

Mission und Visionen

Auftrag und Grundaufgabe des St. Marien-Hospitals ist es, als Dienstleister, Leistungserbringer und Vernetzer die Grund- und Regelversorgung einschließlich der Notfallversorgung mit medizinischer Kompetenz, menschlicher Zuwendung und in katholischer Tradition sicherzustellen. Dabei steht zunächst die wirtschaftlich effiziente Deckung des qualitativen und quantitativen Bedarfs an Krankenhausleistungen für die Bevölkerung der Kölner Innenstadt im Vordergrund.

Die Zukunftsvorstellungen für das St. Marien-Hospital beziehen sich insbesondere auf die ab dem 1. Oktober 2006 verbliebenen beiden bettenführenden Abteilungen: die Klinik für Innere Medizin und die Klinik für Geriatrie. Die Klinik für Innere Medizin soll zukünftig erheblich verstärkt einerseits die Aufgabenstellung „Medizinisches Zentrum in der Kölner Innenstadt" unter Ausschöpfung sämtlicher sich anbietenden Vernetzungsmöglichkeiten verfolgen; andererseits muss im Zeitalter des DRG-Fallpauschalenabrechnungssystems geradezu notwendigerweise die Spezialisierung – nämlich die für dieses Krankenhaus angestrebte Weiterentwicklung zum pulmologischen Schwerpunkt innerhalb der Hospitalvereinigung St. Marien (HSM) - nachhaltig vorangetrieben werden. Die Klinik für Geriatrie soll zum Geriatrischen Zentrum mit einem umfassenden Leistungsportfolio und mit überregionaler, wenn möglich mit bundesweiter Bedeutung weiterentwickelt werden. Dieser visionären Zielsetzung entsprechend soll auch wissenschaftliches Niveau in der Geriatrie durch universitäre Integration angestrebt werden. Zu diesem Zweck

Scorecard St. Marien-Hospital (Haus-Scorecard)				
	Ziel	Messgröße	Zielwert	Maßnahmen
F Finanzen	F1			
	Ertragskraft steigern	Verhältnis Cashflow – Cashflow zum Vorjahr (%)	15 %	Wachstumsstrategie; Produktivitätssteigerung
	F2			
	ROCE im Branchendurchschnitt	ROCE – ROCE-Durchschnitt als Betrag	<10%	Wachstumsstrategie
	F3			
	Überschreitung des DRG-Budgets	Zielerreichungsgrad (%)	>105%	Leistungscontrolling (mindestens monatlich)
	F4			
	Stärkung der Finanzkraft	Liquiditätsgrad zweiten Grades	>4 Wochen	zeitnahe Fakturierung
K Kunden	K1			
	Senkung der Patienten-Beschwerderate	Anzahl der Beschwerden/ Monat		Beschwerdemanagement einführen; Steigerung geklärter Beschwerden <8 h
	K2			
	Erzielung einer hohen Verweildauer qualifizierter Mitarbeiter	Fluktuationsquote qualifizierter Mitarbeiter (n)	n<x	Personalentwicklungsprogramm (unter Einbeziehung der HSM)
	K3			
	Mitarbeiterzufriedenheit erhöhen	Krankenstand (%)	<5%	Personalmanagement; Mitarbeitergespräche; Interviews über Intranet
	K4			
	Steigerung der Einweiserzufriedenheit	Befragungsscore		Jahresgespräche mit den Einweisern
P Prozesse	P1			
	Effiziente Kommunikation mit den Zuweisern	Zeitdifferenz Patientenentlassung – Arztbericht (d)	3 Tage	Richtlinien zu Inhalt und Zeitvorgaben für die bettenführenden Abteilungen
	P2			
	Einführung und Umsetzung von klinischen Behandlungspfaden	Beachtung der Pfade in %		Weiterbildungen zu klinischen Behandlungspfaden; Arbeitskreis CP
	P3			
	Verkürzung der Latenzzeit vom Erstkontakt bis zu Patientenaufnahme	Zeitdifferenz Erstkontakt – Patientenaufnahme (d)		Reorganisation des Aufnahmemanagements
	P4			
	Verbesserung der Prozessqualität	Nosokomiale Infektionsrate (%)	<2%	Benchmarking-Projekt (Hygienekommission)
E Entwicklung	E1			
	Hohe Mitarbeiterqualifikation erzielen	Fachkräftequote (%)	>60%	Qualifizierungsprogramme; Personalakquise
	E2			
	Einführung bzw. Umsetzung evidenzbasierter Therapiekonzepte	Anzahl EbM-geprüfter Therapieverfahren/Jahr		EbM-Schulungen; EbM-Arbeitskreis
	E3			
	Senkung der Fehlerrate/ Risikominimierung	Fehler-Reports (n/Zeiteinheit)		Implementierung Fehlermanagement/ Aufbau eines anonymisierten CIRS
	E4			
	Ausbau und Einsatz innovativer Therapieverfahren	Anzahl der Therapieverfahren mit Alleinstellung	2 pro Jahr	Portfolioanalysen für das Krankenhaus insgesamt

Tab. 1: Scorecard St. Marien-Hospital (Haus-Scorecard)

sind zwischenzeitlich entscheidende Schritte zur Einrichtung einer Stiftungsprofessur in Kooperation mit der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln umgesetzt worden.

Unternehmensstrategien – Messgrößen (Kennzahlen) – Maßnahmen

Aus den vorangestellten Überlegungen zur Mission und zu den Visionen für das St. Marien-Hospital lassen sich für die vorgehaltenen medizinischen Kernkompetenzen (DRG-Bereich) bezugnehmend auf die vier klassischen BSC-Perspektiven Finanzen (F), Kunden (K), Prozesse (P) und Entwicklung (E) jeweils mehrere wichtige strategische Ziele ableiten. In den dargestellten Excel-Tabellen (Tabellen 1 und 2) sind zwei von vier implementierungsfähigen Scorecards für das St. Marien-Hospital insgesamt (Haus-Scorecard), für die Klinik für Geriatrie (Abteilungs-Scorecard), für die Pulmologie (Bereichs-Scorecard spezial als Pars pro Toto für die Klinik für Innere Medizin) und für die Notfallambulanz (Bereichs-Scorecard) ausgearbeitet. Die Erstellung dieser Scorecards erfolgte nach gründlicher Recherche und Prüfung der derzeitig für den Krankenhausbereich zu diesem Thema zur Verfügung stehenden Fachliteratur und nach wiederholter Reflexion mit der Geschäftsführung des Krankenhauses. Neben den strategischen Zielen für die einzelnen BSC-Perspektivfelder finden sich in den vier Scorecards Angaben zu den einzelnen Messgrößen (Kennzahlen) und partiell zu vorläufig festgelegten Zielwerten sowie Vorschläge zu zahlreichen sinnvoll erscheinenden Maßnahmen und Aktionen, mit denen die gesteckten Ziele operativ erreicht werden können.

Fazit

Zusammenfassend soll herausgestellt werden, dass gerade Krankenhäuser in besonderem Maße ein geeignetes Anwendungsfeld für die Balanced Scorecard darstellen. Krankenhäuser sind als Dienstleistungsunternehmen mit einem mehrdimensionalen Zielsystem und komplexen Leistungsstrukturen aufzufassen - umgeben von einer dynamischen, einem permanenten Wandel ausgesetzten Umwelt. Die Balanced Scorecard stellt in ihrer Grundstruktur ein von den Krankenhäusern so dringend benötigtes ausgewogenes Kennzahlensystem zur Leistungsmessung und Unternehmenssteuerung zur Verfügung.

Vielen Krankenhäusern fehlt es heute noch an einem adäquaten Methodenspektrum zur strategischen Positionierung in einem sich zukünftig noch weiter verstärkenden Wettbe-

werb auf dem Gesundheitsmarkt. In diesem Kontext erscheint die Balanced Scorecard mit ihrem Anspruch, ein umfassendes Managementsystem darzustellen, geradezu prädestiniert für den Einsatz im Krankenhaus. Aus deutschen Hospitälern liegen derzeit nur geringe praktische Erfahrungen mit der BSC vor, es kann allerdings für die nähere Zukunft eine deutlich größere Verbreitung für das BSC-Konzept im Krankenhaussektor erwartet werden.

Ein Führungsinformationssystem auf der Basis der BSC bedarf einer angemessenen und zeitgemäßen EDV-Unterstützung. Von vielen Softwarefirmen werden mittlerweile BSC-taugliche Programme für Industrie- und Handelsbetriebe zur Verfügung gestellt; dagegen kommen in Krankenhäusern eher noch selbsterarbeitete Lösungen auf der Grundlage von Tabellenkalkulationsprogrammen zum Einsatz. Allerdings scheint der Markt für Krankenhaus-EDV in den letzten wenigen Jahren sein Angebot an BSC-Softwarelösungen erheblich zu steigern.

Insgesamt bleibt also abzuwarten, welche Einflussfaktoren auf die wünschenswerte Verbreitung der Balanced Scorecard in den Krankenhäusern einwirken werden. Erfahrungsgemäß stiftet in Krankenhäusern schon allein der Prozess einer BSC-Entwicklung nachhaltigen Nutzen durch die intensive Auseinandersetzung mit strategischen Planungsüberlegungen innerhalb einer entsprechenden Arbeitsgruppe. Allerdings bedarf das BSC-Instrument zahlreicher flankierender Maßnahmen, um nachhaltigen Erfolg entwickeln zu können.

Die Entscheidung für eine Balanced Scorecard weist auf eine Unternehmensphilosophie hin, die auf Transparenz und Zielorientierung des Managements baut – Aspekte, die in Zukunft die „guten" von den „schlechten" Krankenhäusern unterscheiden werden.[2]

Literatur

1. Schlüchtermann, J. et al. (2001): Performance Measurement und Balanced Scorecard im Krankenhaus. In: Klingebiel, N. (Hrsg.), (2001): Performance Measurement & Balanced Scorecard. München: Vahlen, S. 306.
2. Borges, P.; Schmidt, R. (2002): Die Balanced Scorecard als Steuerungsinstrument im Krankenhaus. In: Betriebswirtschaftliche Forschung und Praxis (BFuP), 02/2002, S. 117.

Kontakt

Dr. Ingo Reinecke M. Sc.
St. Marien-Hospital GmbH
Leitender Arzt der geriatrischen Rehabilitation
Tel.: 0221/1629-2310
E-Mail: ingo.reinecke@st-marien-hospital.de
www.st-marien-hospital.de

Scorecard Geriatrie (Abteilungs-Scorecard)				
	Ziel	Messgröße	Zielwert	Maßnahmen
F Finanzen	F1			
	Steigerung der Patientenzahl mit Geriatrie-DRGs (Komplexbehandlungen)	Patientenzahl mit Geriatrie-DRGs (Anteil in %)	>75%	überregionale Marketingkampagne; Reorganisation Aufnahmemanagement
	F2			
	Fallzahlsteigerung bezüglich der geriatrischen Patienten	Geriatrische E1-Fallzahl (n)	>1350	Informationskampagne zum Geriatrie-Portfolio; Marketingkampagne
	F3			
	Steigerung der Produktivität Ärztlicher Dienst	Personalkosten/Case Mix (€/CM)	<300 €/CM	Unterweisung zum Zeitmanagement
	F4			
	Optimale Dokumentationsqualität	Stornoquote aufgrund mangelhafter Kodierung (%)	<10%	Schulungen; EDV-Austattung „klinischer Arbeitsplatz"
K Kunden	K1			
	Einweisungsrate überregional (Bindung zu den Haupteinweisern) erhöhen	Rate der Haupteinweiser (Geriatrie-DRGs) in %		Bindungskonzepte über verschiedene Kommunikationsschienen
	K2			
	Enger Kontakt mit den Zuweisern	Veranstaltungspräsenz (n)		Fortbildungsangebote im Schwerpunkt Geriatrie
	K3			
	Steigerung des Anteils der Stammeinweiser	Anteil der Stammeinweiser mit >x Fällen/Jahr (%)	>70%	Bindungskonzept für Stammeinweiser (z. B. innerhalb der HSM); IV-Vertrag
	K4			
	Senkung der Angehörigen-Beschwerderate	Anzahl der Beschwerden/Monat		Beschwerdemanagement einführen; Steigerung geklärter Beschwerden <8 h
P Prozesse	P1			
	Effiziente Kommunikation mit den Zuweisern	Zeitdifferenz Patientenentlassung – Arztbericht (d)	3 Tage	Richtlinien zu Inhalt und Zeitvorgaben; Reorganisation Schreibbüro
	P2			
	Standardisierte Abläufe in Bezug auf geriatrische Problemfelder	Beachtung der Leitlinien in %		Weiterbildung zur Leitlinien-Erstellung einschließlich Checklisten
	P3			
	Verkürzung der Latenzzeit vom Erstkontakt bis zur Patientenaufnahme	Zeitdifferenz Erstkontakt – Patientenaufnahme (d)		Reorganisation des Aufnahmemanagements
	P4			
	Verbesserung der Prozessqualität	Nosokomiale Infektionsrate (%)	<2%	Benchmarking-Projekt (Hygienekommission)
E Entwicklung	E1			
	Kompetenzbildung im Schwerpunkt Geriatrie	Weiterbildungen (Anzahl im Jahr/Mitarbeiter)		Interne und externe Weiterbildung fördern; Fortbildungsbudget; Bildungscontrolling
	E2			
	Neue evidenzbasierte Therapiekonzepte	Anzahl EbM-geprüfter Therapieverfahren/Jahr		EbM-Grundschulung; EbM-Arbeitskreis
	E3			
	Hohe Mitarbeiterqualifikation	Facharztquote (%)	>50%	Facharztweiterbildungsprogramm; Personalakquise
	E4			
	Ausbau und Einsatz innovativer Therapieverfahren in der Geriatrie	Anzahl der Therapieverfahren mit Alleinstellung	1 pro Jahr	Portfolioanalyse Geriatrie

Tab. 2: Scorecard Geriatrie (Abteilungs-Scorecard)

Der Optimierungsmanager

Kundenorientierte Verfahren und Methoden zur Verbesserung von Abläufen in der Patientenversorgung

Fast jede Interessengruppe eines Unternehmens sieht Möglichkeiten zur Verbesserung von Arbeitsabläufen in ihrem Unternehmen aus einer anderen Perspektive. Dabei spielen auch persönliche Präferenzen eine gewisse Rolle. Optimierungsprojekte laufen jedoch Gefahr von vornherein aus dem Ruder zu geraten, sollte die Priorisierung der vorhandenen Verbesserungspotenziale ausschließlich subjektiv erfolgen. Erfolg versprechen dagegen solche Methoden, welche die jeweils direkt betroffene Kundensicht einnehmen und somit die Perspektive objektivieren. Wenn die Mitarbeiter als interne Kunden die Veränderungen aktiv mitgestalten können, wird zudem ein wichtiger Gedanke des Change Managements aufgegriffen.

Christoph Bröcker

Julia Wüst

Generell zielt eine Prozessoptimierung auf die Beseitigung von Ertrags- beziehungsweise Kostenproblemen und eine Steigerung der Effizienz ab. Wenn man vom ökonomischen Minimalprinzip ausgeht, bedeutet das, dass der Ertrag – zumindest pro Patient – durch eine Fallpauschale fixiert ist, und damit vorwiegend eine Kostensenkung erreicht werden soll. Auf der anderen Seite bedeutet eine qualitativ hochwertigere Versorgung durch optimierte Prozesse im Idealfall einen Imagegewinn und mindestens die Sicherung der Fallzahlen oder eine Erhöhung dieser zur Ausschöpfung des vereinbarten Budgets.

Der OptimierungsManager kombiniert Methoden der Prozessoptimierung mit Change Management Aspekten (Vermeidung des Widerstandspotenzials, evolutionäre Veränderungsstrategien) und ermöglicht dadurch eine effiziente und erfolgreich umgesetzte Veränderung der Ablauforganisation. Es geht darum, objektiv zu entscheiden, welche Verbesserungspotenziale vorrangig beachtet werden sollen und welche umfassend kundenorientierten, optimalen Lösungen umgesetzt werden können. Das bedeutet, dass die direkt betroffenen internen und externen Prozesskunden des Krankenhauses bei der Optimierung der Abläufe berücksichtigt werden müssen. Die Beachtung interner Prozesskunden entspricht dem Konzept des Total Quality Management (TQM). Hierbei wird eine Qualitätsmentalität gefordert, die im laufenden Prozess der Leistungserstellung die einzelne Abteilung zuerst als Kunden betrachtet, der eine Leistung von einer anderen Abteilung erhält und der im weiteren Prozessverlauf als Lieferant für die nächste Abteilung fungiert.[1]

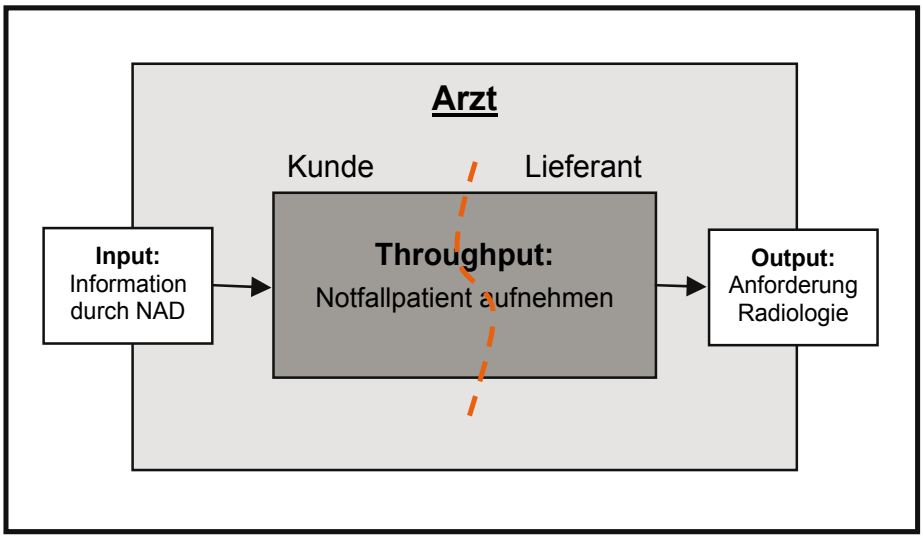


Abb. 1: Interne Kunden-Lieferanten-Beziehung im Krankenhaus

Im dargestellten Beispiel ist der Arzt in der Notfallambulanz Kunde und Lieferant in einer Person. Kunde ist er zum Zeitpunkt der Informationsweitergabe durch den Nichtärztlichen Dienst (NAD). Damit der Arzt gute Arbeit leisten kann, muss die Information durch den NAD zur richtigen Zeit, am richtigen Ort und in der richtigen Güte an den Arzt weitergeleitet werden. Der Arzt wiederum ist dafür verantwortlich, die Information in der gleichen Qualität an die Radiologieabteilung weiterzugeben.

Durch die transparente Darstellung des Verbesserungsprozesses, welche die Begründungen für getroffene Entscheidungen detailliert aufzeigt und nachvollziehbar macht, wird eine breite Akzeptanz der Veränderung erreicht. Dies wird unterstützt durch die aktive Beteiligung der Organisationsmitglieder in einem interdisziplinären, hierarchie- und bereichsübergreifend besetzten Optimierungsteam.

Abb. 2: OM und das ganzheitliche IWiG® 5 Phasen Modell

Prozessoptimierung im Rahmen des IWiG® 5 Phasen Modells

Der OptimierungsManager unterstützt die Anwender methodisch strukturiert dabei, vorhandene Verbesserungspotenziale zu analysieren und Prozesse kundenorientiert zu gestalten. Das Verfahren betrifft somit hauptsächlich die Phasen 2 und 3, sowie teilweise Phase 4 des IWiG® 5 Phasen Modells.

Nach transparenter Darstellung der Prozesse innerhalb der Phase 1 und Erstellung einer Prozesskostenrechnung, erfolgt in Phase 2 die Identifizierung, Untersuchung und Bewertung von Verbesserungspotenzialen in den Abläufen. Ziel ist es, Ursachen von Problemen zu erkennen, die Optimierungspotenziale objektiv zu bewerten und eine Rangliste der primär umzusetzenden Verbesserungsmöglichkeiten zu erstellen.

Aus den Ergebnissen der Analyse, in Kombination mit den Unternehmenszielen, werden innerhalb der Prozessgestaltung (Phase 3) Soll-Prozesse und Lösungen für einzelne Prozessleistungen abgeleitet. Dies unterstützt das Krankenhaus künftig bei der Steigerung der Wertschöpfung. Auf dieser Grundlage wird eine Reorganisation beziehungsweise ein Neuaufbau der Prozesse vorgenommen. Prozessoptimierung soll sich am Ziel der Kundenorientierung im Sinne eines Qualitätsmanagements orientieren, somit kann ein direkter Zusammenhang gesehen werden, wenn interne und externe Kundenanforderungen in die Optimierung mit einbezogen werden. Die Notwendigkeit für Optimierungsmaßnahmen ergibt sich dementsprechend aus der Nichterfüllung von Zielvorgaben, ineffizienten Abläufen und Abweichungen von Kundenanforderungen.

Bei der Reorganisation von klinischen Prozessen werden - unter Verwendung der Prozessdokumentation - die festgestellten Verbesserungspotenziale umgesetzt. Im Gegensatz hierzu bedeutet der Neuaufbau von klinischen Prozessen, dass der gesamte Prozessablauf inklusive des Ergebnisses in Frage gestellt wird.[2] Unabhängig von den bestehenden Abläufen wird dann ein Alternativprozess gestaltet. Gründe für eine Neugestaltung sind in der signifikanten Nichterfüllung von Zielvorgaben zu sehen.

Innerhalb der Phase 4 werden die erarbeiteten Alternativprozesse und Lösungsvorschläge dem Entscheidungsgremium präsentiert und nach Genehmigung umgesetzt. Der Präsentation vor dem Entscheidungsgremium dienen die dokumentierten und nachvollziehbaren objektiven Entscheidungen aus den Phasen 2 (Analyse) und 3 (Prozessgestaltung).

In Phase 5 fließen Kennzahlen aus den Methoden der Prozessgestaltung ein, die eine kontinuierliche Überprüfung der optimierten Prozesse anhand von quantifizierbaren Werten ermöglichen. Beispielsweise kann die Menge des eingesetzten Personals innerhalb eines bestimmten Prozesses oder die maximale Durchlaufzeit festgelegt und laufend oder stichprobenartig überprüft werden. Bei Feststellung dauerhafter oder

FMEA-Med — Einrichtung: St. Marien-Hospital Borken GmbH

Projektbezeichnung: schnittstellenübergreifende Prozessoptimierung ZAD

Zu analysierender Prozessaspekt: situative und terminierte Aufnahme — Stand: — Datum:

Fehleranalyse und Risikobeurteilung

Lfd. Nr.	Möglicher Fehler	Mögliche Fehlerfolge	Kunde	B	Mögliche Fehlerursache	Vermeidungsmaßnahme	A	Entdeckungsmaßnahmen	E	RPZ I
1	**Kurven sind nicht vorbereitet oder fehlen**	Wartezeit	Patient	2,67	fehlende Absprachen	Checkliste / Packliste	2,67	EDV- Eintrag (Kurve fertig) mit Kürzel	2,50	17,78
2	Kurven sind nicht vorbereitet oder fehlen	Zeitverzögerung	Station	2,00	Personalmangel (Zivi)	Arbeitsgruppe	2,67		1,67	8,89
3	**Karteikarten werden nicht gefunden**	Wartezeit	Patient	2,67	mehrere Bearbeitungsorte	einen Tag vorher vorbereiten	3,33	Terminliste / Vorbereitung d. Sprechstunde	2,00	17,78
4	Karteikarten werden nicht gefunden	Informationsverlust	ndg. Arzt	2,33	Alphabetische Sortierung	Farbkodierung (1. beiden Buchstaben)	2,33		2,17	11,80
5	Karteikarten werden nicht gefunden	Dokumentations-aufwand	Verwaltung	3,00	Pat. ist nicht im Terminbuch eingetragen		1,67		3,67	18,33
6	**Verschieben von Verantwortungen z.B. beim Ausfüllen von Dokumenten (viele Personen arbeiten an einem Dokument)**	Dokumentations-aufwand	Verwaltung	2,33	fehlende Standards (NAD und AD)	Arbeitsgruppe	2,00	mündliche Absprachen	3,33	15,56
7	Verschieben von Verantwortungen z.B. beim Ausfüllen von Dokumenten	Informationsverlust	ndg. Arzt	2,83	Unsicherheit, unzureichende Schulungen		1,83		3,33	17,31
8	Verschieben von Verantwortungen z.B. beim Ausfüllen von Dokumenten	Zeitverzögerung	Station	2,50	Motivationsproblem		2,50		3,67	22,92
9	Verschieben von Verantwortungen z.B. beim Ausfüllen von Dokumenten	Ressourcen-verbrauch	KH	1,83			0,50		0,00	0,00
10	**Dokumentation doppelt (Papier und PC) / nicht vollständig**	Wartezeit	Patient	2,83	unklare Strukuren (wer dokumentiert wann wie und wo)		3,33		2,67	25,19
11	Dokumentation doppelt / nicht vollständig	Zeitverzögerung	Verwaltung	2,83	PC- Dokumentation reicht nicht aus		3,00		2,17	18,42
12	Dokumentation doppelt / nicht vollständig	Zeitverzögerung	Sekretariat	2,67			0,50		0,00	0,00
13	Dokumentation doppelt / nicht vollständig	Zeitverzögerung	ndg. Arzt	2,67			0,50		0,00	0,00
14	Dokumentation doppelt / nicht vollständig	Zeitverzögerung	Station	2,33			0,50		0,00	0,00

Abb. 3: FMEA- Med

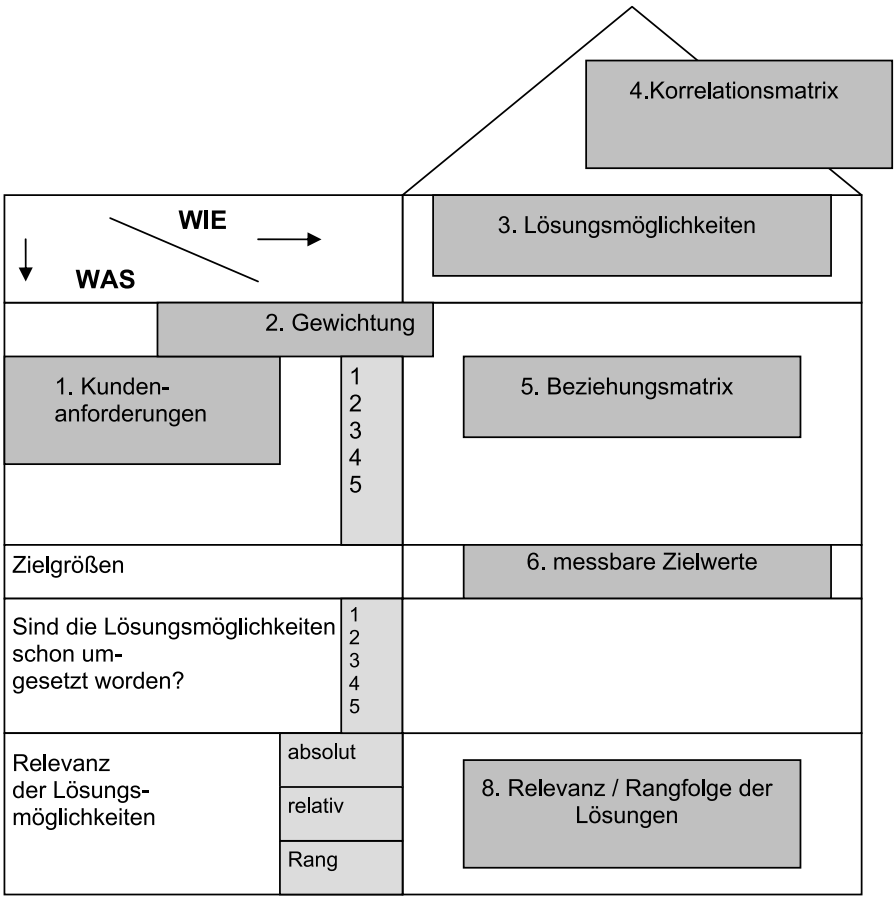


Abb. 4: QFD – House of Quality [4]

extremer Abweichungen startet der Kreislauf erneut. Somit wird ein kontinuierlicher automatisierter Verbesserungsprozess in Gang gesetzt und methodisch unterstützt.

Die Methoden des Optimierungsmanagements

Die Software ClipMed® OM [Der OptimierungsManager] bietet dem Nutzer die Möglichkeit, die Prozessoptimierung mit Hilfe interdisziplinär besetzter, bereichs- und hierarchieübergreifender Workshops durchzuführen. Sie werden empfohlen, um die Veränderung der Abläufe, orientiert am Change Management – Gedanken, umzusetzen, denn dadurch werden beteiligte Mitarbeiter intensiv in die Prozessoptimierung eingebunden und das Widerstandspotenzial verringert. Die Anwendung liefert das gesamte notwendige Material für das Projektmanagement: die Projektplanung, die Projektorganisation, die Projektdurchführung und die Dokumentation.

Innerhalb des OptimierungsManagers werden Methoden und Instrumente aus dem Bereich des Qualitätsmanagements, wie die Fehler-Möglichkeits-und-Einfluss-Analyse (FMEA) und Quality Function Deployment (QFD) eingesetzt. Zusätzlich erfolgt der Einsatz unterstützender Methoden zur Bewertung des wahrscheinlichen Lösungsaufwands (LAWA) und zur Prozessgestaltung mit der Kaizen- Fragetechnik „Sechs W".

Die Fehler-Möglichkeits-und-Einfluss-Analyse (FMEA) wurde für das Optimierungsmanagement aus den bisher bestehenden FMEA-Arten entwickelt. Hieraus entstand die FMEA-Med mit dem Ziel „[...] vorhandene und potenzielle Prozessfehler im Krankenhaus zu erkennen, zu bewerten und geeignete Maßnahmen zur Vermeidung dieser Fehler zu entwickeln."[3] Die FMEA kann sowohl präventiv als auch zur Korrektur bestehender Probleme eingesetzt werden. Im Rahmen der Prozessanalyse wird sie vor allem als korrektive Maßnahme retrospektiv eingesetzt, dabei dient sie insbesondere der Fehleranalyse und -bewertung und der Erstellung einer Rangliste der aus Kundensicht wichtigsten Verbesserungspotenziale.

Die Methode Quality Function Deployment (QFD) findet bisher hauptsächlich im industriellen Bereich Anwendung und ist im Gesundheitswesen noch nicht weit verbreitet. Auch diese Methode dient im Optimierungsmanagement primär der retrospektiven Verbesserung von vorhandenen Optimierungspotenzialen. QFD fragt in erster Linie, welche Anforderungen die betroffenen Kunden an den Prozessschritt stellen, welche Lösungsmöglichkeiten existieren, in welchem Ausmaß die Lösungsmöglichkeiten die Anforderungen erfüllen können und ob die Lösungsmöglichkeiten sich untereinander beeinflussen können, bei gleichzeitiger Umsetzung.

Zur Bewertung des wahrscheinlichen Lösungsaufwandes wird die vom IWiG entwickelte Methode LAWA (Lösungs-Aufwands-Wahrscheinlichkeits-Analyse) eingesetzt. Das Prinzip der LAWA ist eine Einteilung in vier, jeweils unterschiedlich gewichtete, Aufwandsdimensionen mit darunter liegenden Kriterien, die mit Hilfe einer vorgegebenen Skala bewertet werden:

- materielle Investitionen / mobile und immobile Sachgüter (Kriterien: bauliche Maßnahmen, Betriebs- und Geschäftsausstattung)
- immaterielle Investitionen / Dienstleistungen (Kriterien: Software, Aus- / Fortbildungskosten, Neueinstellungen, Externer Beratungsaufwand)
- Kunden / Marketing und Information (Kriterium: Informationsaufwand – wie viel muss in die Information von externen, aber auch internen Kunden investiert werden um die Veränderungen zu kommunizieren?)
- Organisation / Struktur / Management (Kriterien: Motivationsaufwand, Zeitaufwand, Organisatorischer Aufwand – muss die Organisationsstruktur zur Lösung des Problems verändert werden? Müssen zum Beispiel neue Hierarchien erstellt oder abgebaut werden, entstehen neue Stellen innerhalb der Organisation oder neue Teams? Welche Schnittstellen müssen im Zusammenhang mit der Problemlösung beachtet werden. Liegt die zu lösende Ursache des Problems eventuell nicht in der betrachteten Abteilung, sondern ist ein Problem, dass von einer Schnittstelle ausgeht? – Wie aufwändig ist hier die Kommunikation zur Problemerkennung und -lösung?)

Die alternative Methode zum QFD entwickelt eine Lösung gezielt anhand einer tiefer gehenden Ursachenforschung und Überprüfung durch die Fragetechnik ‚Sechs W'. Dazu wird zuerst untersucht, an welcher Stelle im Geschäftsprozess die Fehler und Fehlerursachen zu finden sind, um an diesen Stellen oder möglicherweise zu einem

früheren oder späteren Zeitpunkt Maßnahmen ergreifen zu können. Für diese Überprüfung wird der dokumentierte Prozess benötigt. Die Fragen zur Reflexion bieten in dem Zusammenhang eine Hilfestellung bei der Lösungsfindung an.

IST	SOLL
Wer macht es / Wer ist verantwortlich?	Wer sollte es machen / Wer kann es sonst machen?
Was wird gemacht?	Was kann sonst gemacht werden?
Wann wird es gemacht?	Wann kann es sonst gemacht werden?
Warum wird es so gemacht?	Warum nicht anders?
Wo wird es gemacht?	Wo kann es sonst gemacht werden?
Wie wird es gemacht?	Wie kann es sonst gemacht werden?

Tab. 1: Sechs W-Fragetechnik

Prozessoptimierung im St. Marien-Hospital Borken GmbH

Das St. Marien-Hospital Borken GmbH ist ein freigemeinnütziges Akutkrankenhaus der Schwerpunktversorgung und verfügt über 327 Planbetten und zehn Plätze in einer geriatrischen Tagesklinik. Seit 2007 gehört das Haus zu einem Klinikverbund mit insgesamt fünf Kliniken. 2007 eröffnete die Zentrale Aufnahme- und Diagnostik- Abteilung (ZAD) des Hauses, welches 1845 gegründet und in den 1980er Jahren neu gebaut wurde. Die ZAD besteht aus vier medizinischen Bereichen: Sprechstunde, Diagnostik (ohne Radiologie), Notfallambulanz sowie dem Aufnahmebereich. Zusätzlich erfolgt eine zentrale Anmeldung an der Rezeption. Der Rezeption angeschlossen sind das administrative Aufnahmebüro, die OP- Terminvergabe und das Bettenmanagement. Organisatorisch geleitet wird die ZAD traditionell dreigeteilt durch eine ärztliche, pflegerische und kaufmännische Leitung.

Innerhalb der ZAD wird der gesamte Aufnahmeprozess abgewickelt. Dies betrifft insbesondere im Rahmen elektiver Aufnahmen die Indikationsstellung, (OP-) Terminvergabe, prä-stationäre / stationäre Aufnahme einschließlich Koordination von Radiologie und Anästhesie, Bettenplanung, administrative Aufnahme sowie unabhängig vom elektiven Aufnahmeprozess Diagnostik und Notfallambulanz. Hierbei sollen der Patient und die entsprechenden Dokumente so vorbereitet werden, dass die nachfolgenden Fachabteilungen von diesen Aufgaben entlastet werden. Das aus verschiedenen Bereichen des Krankenhauses neu zusammengestellte Team der ZAD sowie die neuen Aufbau- und Ablaufstrukturen sorgten zunächst für Reibungspunkte und gaben einhergehend mit Patientenbeschwerden und Beschwerden der nachfolgenden Fachabteilungen Anlass für ein initiales Prozessoptimierungsprojekt.

Prozessanalyse

Innerhalb der Phase 1 wurden während der Zusammenarbeit zwischen dem St. Marien-Hospital Borken GmbH und dem IWiG durch Hospitation zunächst die elektiven und situativen Aufnahmeprozesse der ZAD identifiziert und modelliert. Zudem erfolgte die Ermittlung von Verbesserungspotenzialen, die den entsprechenden Prozessen zugeordnet wurden.

Die weitere Analyse erfolgte in interdisziplinären, hierarchie- und bereichsübergreifend besetzten Workshops im Anschluss an die Hospitation. Die Auswahl der relevanten, zu optimierenden Prozesse ist eine der zentralen Aufgaben des OptimierungsManagers und erfolgt anhand wissenschaftlich entwickelter, objektiver Methoden.

Durch die FMEA (Fehler- Möglichkeits- und Einfluss- Analyse) wurde zunächst eine Untersuchung der Verbesserungspotenziale vorgenommen. Mit Hilfe der FMEA konnten die Problembereiche der ZAD kundenorientiert auf Ursachen und mögliche Fehlerfolgen untersucht und bewertet werden. Anschließend erfolgte eine Gewichtung um festzustellen, wie hoch das Verbesserungspotenzial aus Sicht des betroffenen internen oder externen Kunden zu bewerten ist.
Bewertet werden

- die Bedeutung des Verbesserungspotenzials für den Kunden,
- die Häufigkeit des Auftretens von Fehlern und
- die Wahrscheinlichkeit der Fehlerentdeckung

jeweils auf einer Skala von eins bis fünf. Jeder Workshopteilnehmer gewichtet dadurch die einzelne Schwachstelle ohne primär seine eigenen subjektiven Empfindungen in die Bewertung einfließen zu lassen. Eine im Durchschnitt ermittelte Risikopriorität szahl (RPZ) zeigt im Anschluss die Verbesserungspotenziale in einer Rangfolge, nämlich die wichtigsten Optimierungspotenziale aus Sicht der Prozesskunden.

Anschließend wird mit Hilfe der durch das IWiG entwickelten LAWA (Lösungs- Aufwands- Wahrscheinlichkeits- Analyse) eruiert, wie hoch der mögliche Lösungsaufwand aus dem Blickwinkel verschiedener Dimensionen, wie zum Beispiel bauliche Maßnahmen, Aus- und Fortbildung, Neueinstellungen einzuschätzen ist. Hierbei bewerten die Workshopteilnehmer eine Auswahl der wichtigsten Optimierungspotenziale nach Durchführung der FMEA. Jedes Teammitglied bewertet bei dieser Methode das jeweilige Verbesserungspotenzial nach dem geschätzten Aufwand, den eine Lösung mit sich bringen könnte. Aus der zweiten Analyse entsteht eine weitere Rangliste, an deren erster Stelle das wichtigste Verbesserungspotenzial mit dem geringsten Lösungsaufwand steht.

Die Kombination der beiden Methoden FMEA und LAWA im Rahmen der Prozessanalyse zeigt objektiv auf, welche Problembereiche zuerst behandelt werden sollten, weil sie wichtig aus Sicht der Kunden und schnell lösbar sind. Gleichzeitig werden die Ergebnisse der Analyse dokumentiert, wodurch eine Bündelung der Erfahrungen erfolgt und nachvollziehbar deutlich wird, warum diese und nicht andere Bereiche zuerst optimiert werden sollen.

Prozessgestaltung

Anschließend erfolgte im Rahmen desselben Optimierungsteams die Entwicklung des besten Lösungsweges zur Verbesserung des Prozessverlaufs hinsichtlich Qualität, Kosten und Zeit. Dazu wurden die ersten Verbesserungsmöglichkeiten der Rangliste nach LAWA ausgewählt, beispielsweise Verbesserungspotenziale hinsichtlich der Wartezeit in der elektiven Patientenaufnahme durch zeitgleiche Dienste der Aufnahmeärzte als Notarzt und Aufnahmearzt.

Im Workshop Prozessgestaltung wurde die Methode QFD (Quality Function Deployment) auf Verbesserungspotenziale angewandt, die aufgrund vieler verschiedener Prozesskunden eine Vielzahl von Kundenanforderungen aufweisen und deren Ziel nicht eindeutig feststand. QFD bietet eine

Einrichtung:	St. Marien-Hospital Borken GmbH	**Datum:**	03.06.2009
Anwesende:	…		
Fehleranalyse			
Fehler / Problem:	OP- Unterlagen fehlen zu OP- Beginn		
An welcher Stelle im Pfad tritt der Fehler auf?	vor OP- Beginn - nach Einschleusung		
An welcher Stelle liegt die Ursache?	Hauptprozess ZAD terminiert - prästationäre Aufnahme - ärztliche Aufnahme vorbereiten, durchführen, nachbereiten		
Reflexionsfragen (Hilfe bei der Lösungsfindung)			
Wer macht es? / Wer ist verantwortlich?	Arzt verantwortlich f. Unterschrift, NAD kontrolliert per OP- Checkliste	*Wer sollte es machen / Wer kann es noch machen?*	Station zur 2. Kontrolle/ Empfangs-bestätigung (Pflege / Arzt?)
Was wird gemacht?	Checkliste	*Was kann noch gemacht werden?*	zusätzlich Kürzel + Konsequenzen
Wann wird es gemacht?	bevor Pat. die ZAD verlässt - im Anschluss an prästationäre Aufnahme	*Wann kann es sonst / noch gemacht werden?*	im Pflegegespräch
Warum wird es so gemacht?		*Warum nicht anders?*	
Wo wird es gemacht?		*Wo kann es noch gemacht werden?*	
Wie wird es gemacht?		*Wie kann es noch gemacht werden?*	
Lösungsvorschlag			
Vereinbarung / Entscheidung:	Checkliste überarbeiten und 2. Kontrollinstanz auf der Station zur Empfangsbestätigung der Unterlagen einrichten		

Aktion / Aufgabe / Maßnahme	**Verantwortlicher**	**Termin**
vorhandene OP- Checkliste überarbeiten	Frau X.	10.06.2009
Checkliste OP- Planung bzgl. der vorhandenen Röntgenbilder für die Sprechstunde	Herr Dr. Y.	

Abb. 5: Sechs W

Möglichkeit, systematisch kundenorientierte Lösungen zu finden. Dies erfolgt zunächst durch die Ermittlung von Anforderungen der jeweils betroffenen internen und externen Kunden an den zu verbessernden Prozess. Innerhalb des ausgewählten Optimierungspotenzials wurden beispielsweise Anforderungen des Patienten, der Radiologie und der Station an den Prozess der elektiven medizinischen Aufnahme ermittelt und aus Sicht der jeweiligen Kunden gewichtet. Im Anschluss erfolgte eine Gegenüberstellung der Anforderungen mit möglichen Lösungsvarianten durch Bewertung einer möglichen Korrelation der Lösungsmöglichkeiten untereinander und zu welchem Grad der jeweilige Lösungsvorschlag alle Anforderungen erfüllen kann.

Letztendlich wurde diejenige Lösungsmöglichkeit ermittelt, welche geeignet ist, sämtliche aus Kundensicht wichtigen Anforderungen zu erfüllen ohne dabei andere Lösungswege zu blockieren oder deren Umsetzung zu erschweren. Im Beispielfall wurde die Verlegung der terminierten elektiven Aufnahmen in die Nachmittagsstunden durch QFD präferiert, da hierdurch sämtliche hoch gewichtete Kundenanforderungen erfüllt werden können und diese Lösungsmöglichkeit keine anderen Lösungen negativ beeinflusst.

Verbesserungspotenziale mit von vornherein klar definierten Kundenanforderungen und Zielen wurden mit der gezielten und systematisierten Fragetechnik „Sechs W" erarbeitet. Hierbei wurde zuerst anhand des dokumentierten Ablaufs untersucht, in welchem Teilprozess der Fehler auftritt und an welcher Stelle die Fehlerursachen zu suchen sind. Im Anschluss reflektierte das Optimierungsteam mit Hilfe der Sechs W-Fragen (wer, was, wann, warum, wo und wie), in welcher Form Veränderungen eine Verbesserung des Prozesses für den betroffenen Kunden ermöglichen.

Wie auch im Rahmen der Prozessanalyse erfolgten Erfahrungssicherung und Nachvollziehbarkeit durch eine gezielte Dokumentation. Die aufgezeigten Lösungswege konnten so direkt in dieser Form an das Entscheidungsgremium weitergeleitet werden und wurden für die umsetzenden Bereiche nachvollziehbar aufgezeigt.

Literatur

1. Brunner, C.-B. (2002): TQM und organisationales Lernen im Krankenhaus – Untersuchung der Eignung des EFQM- Modells für Excellence zur Anwendung im (psychiatrischen) Krankenhaus und zur Forderung organisationalen Lernens. Konstanz: Hartung- Gorre.
2. Gaitanides, M. et.al. (1994): Prozessmanagement – Konzepte, Umsetzungen und Erfahrungen des Reengineering. München, Wien: Carl Hanser.
3. Greiling, M.; Muszynski, T. (2008): Pfade zu effizienten Prozessen - Prozessgestaltung im Krankenhaus. 2. Auflage. Kulmbach: Baumann Fachverlage.
4. Kamiske, G. F.; Brauer, J.- P.: Qualitätsmanagement von A bis Z - Erläuterungen moderner Begriffe des Qualitätsmanagements. 6. Auflage. München: Carl Hanser.

Kontakt

Dipl.-Kfm Christoph Bröcker
St. Marien-Hospital Borken GmbH
Geschäftsführer
Tel.: 02861/97-1129
E-Mail: gf@hospital-borken.de
www.hospital-borken.de

Dipl.-Betriebswirtin (FH) Julia Wüst
Institut für Workflow-Management im Gesundheitswesen (IWiG)
Tel.: 0251/93254-35
E-Mail: julia.wuest@iwig-institut.de
www.iwig-institut.de

IWiG®
Institut für Workflow-Management im Gesundheitswesen

AN-Institut Fachhochschule Gelsenkirchen

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

ClipMed® PPM Der Pfad- und Prozesskostenmanager

Ein IT-Programm für das Gesundheitswesen

IWiG® PKR [ProzessKostenRechnung]

- PKR zeigt die verursachungsgerechte Entstehung von Kosten auf und ermöglicht Transparenz über das Versorgungshandeln.
- prozessorientierte Kalkulation des Deckungsbeitrags deckt Wirtschaftlichkeitspotenziale auf und reduziert strategische Fehleinschätzungen.
- In Reports werden Teilprozesse, Haupt- und Geschäftsprozesse aggregiert und sind somit leicht verständlich sowie visuell klar aufbereitet.

IWiG® PRM [ProzessReferenzModell]

- Prozessbausteine bestehend aus 250 evaluierten Teilprozessen bieten Übersichtlichkeit und gewährleisten die Abbildung aller wesentlichen klinischen Inhalte.
- Prozessbibliothek inkl. 40 vormodellierter Versorgungsleistungen spart Modellierungszeit und bringt optimale Ressourcenausnutzung.

IWiG® PM [ProjektManagement]

- Standardisierter Projektablauf mit 8 Meilensteinen und dazugehörigen Aufgaben entlasten eigene Ressourcen und gewährleisten eine Fortschrittskontrolle.
- Datenbank mit Mustervorlagen und Checklisten ermöglicht eine systematische Projektdurchführung und bieten eine verlässliche Grundlage.
- Trainings- u. Informationsmaterialien sparen Einarbeitungszeit und sichern gleichbleibende Qualität.

Kalkulation der medizinischen Abläufe deckt Potenziale auf

Datenbanken mit Mustervorlagen sichern eine gleichbleibende Qualität

Prozessbausteine sparen Modellierungszeit

ClipMed® ausgezeichnet:

Zertifizierte Innovation

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

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

Mit ClipMed® erfolgreich wirtschaften.
Der digitale Manager für eine gesunde Zukunft.
Wissenschaftlich evaluiert durch die Fachhochschule Gelsenkirchen

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

Optimierung der Quartalsabrechnung

bei der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe K.d.ö.R.

Die KVWL hat sich in den letzten Jahren immer mehr zu einem modernen Dienstleistungsunternehmen für ihre Mitglieder gewandelt. Hierzu beigetragen hat in erster Linie ein serviceorientiertes Kundenverständnis. Doch trotz dieser Bemühungen hat sich im Bereich der Honorarabrechnung in dieser Zeit wenig verändert. Die Honorarabrechnung basiert auf einem hochkomplexen, gewachsenen IT-System und schwer überschaubaren Prozessen, die sich durch laufend neue gesetzgeberische Vorgaben beständig ändern. In Folge lag der bisherige Fokus im Wesentlichen darauf, termingetreu eine korrekte Abrechnung zu erstellen, und weniger auf der Steigerung der Effizienz der zu Grunde liegenden Prozesse. Kurz: Der Abrechnungsprozess entsprach nicht mehr den Anforderungen im Hinblick auf die Revisionssicherheit, transparente Rollen und Verantwortlichkeiten sowie eindeutige organisatorische Schnittstellen. In Folge waren Prozessstabilität und -effizienz suboptimal.

Dr. Thomas Kriedel

Stefan Schopf

Die Probleme innerhalb der KVWL wurden wesentlich genährt durch den schon klassischen organisatorischen Konflikt zwischen einer historisch gewachsenen und vertikal strukturierten Linienorganisation. Diese schaffte fortlaufend zusätzliche Komplexitäten entlang der Zeitachse, ohne im hinreichenden Maße Interdependenzen sowie in- und externe Schnittstellen zu berücksichtigen. Sie verlangte eine prozessorientierte, in wesentlichen Punkten IT-systemunterstützte Ablauforganisation mit den Hauptzielen Stabilität und Effizienz nach Standardisierung, Modularisierung und Planbarkeit.

Die hierdurch verursachten Komplexitäts- und Fehlerkosten nahmen insbesondere durch das Vertragsarztrechtsänderungs-Gesetz und die Honorarreform 2009 exponentiell zu. Entstehende Qualitätsmängel und Kosten konnten nicht weiter getragen werden. Zukünftig muss das Zusammenspiel zwischen Aufbau- und Ablauforganisation klaren Regeln folgen und ein deutlich höheres Maß an Standardisierung, definierten Rollen und Verantwortlichkeiten entlang der Wertschöpfungskette einfordern.

Vorgehensweise

Projekt „Analyse"

Vor diesem Hintergrund entschied sich der Vorstand der KVWL dazu, in Zusammenarbeit mit der im KV-Umfeld erfahrenen Unternehmensberatung RölfsPartner Management Consultants, ein Projekt mit dem Ziel der „Optimierung der Quartalsabrechnung" aufzusetzen. Dieses Analyse-Projekt hatte folgende Zielsetzungen:

- Darlegung der für die Quartalsabrechnung relevanten Geschäftsprozesse Abrechnung 1 und 2 sowie der Stammdatenpflege
- Definition eindeutiger Rollen und Verantwortlichkeiten
- Entwicklung einer angepassten Gremienstruktur für die Steuerung des Abrechnungsprozesses (inkl. Stammdatenpflege)
- Aufzeigen prozessualer Automatisierungsoptionen für die Abrechnung 1.

Im Zusammenhang mit diesem Projekt, das im Mai 2009 gestartet wurde und auf eine Dauer von sechs Wochen ausgelegt war, war es besonders wichtig, die eigenen Mitarbeiter vom ersten Schritt an einzubeziehen. Andernfalls – so war die Befürchtung – würden die Ergebnisse auf breite Ablehnung stoßen, da sie hauptsächlich von Externen erarbeitet worden sind. So sah bereits die Projektorganisation vor, dass hauptsächlich Mitarbeiter der KVWL die Ergebnisverantwortung tragen. Die Berater von RölfsPartner unterstützten durch ihr Methoden-Know-how und haben immer dann, wenn der Prozess ins Stocken zu geraten drohte, fachliche Vorschläge eingebracht, die offen von den KV-Mitarbeitern aufgegriffen wurden.

Ein Großteil der Projektarbeit fand in von Mitarbeitern aller betroffenen Fachbereiche besetzten Workshops statt. Hier wurde offen, teilweise sehr kontrovers jedoch immer ergebnisorientiert diskutiert. Im Rahmen dieser Arbeit entstand eine umfassende Prozesslandkarte für die Honorarabrechung, die als Basis für alle folgenden Aktivitäten diente. In dieser Darstellungsform wurden auch die erfolgskritischen Punkte innerhalb der Prozesse deutlich sichtbar. Diese permanenten Stolpersteine wurden vom Projektteam in verschiedene Kategorien eingeteilt. Zum einen wurden – je nach Auswirkungen der Fehler – unterschiedliche Prioritäten ver-

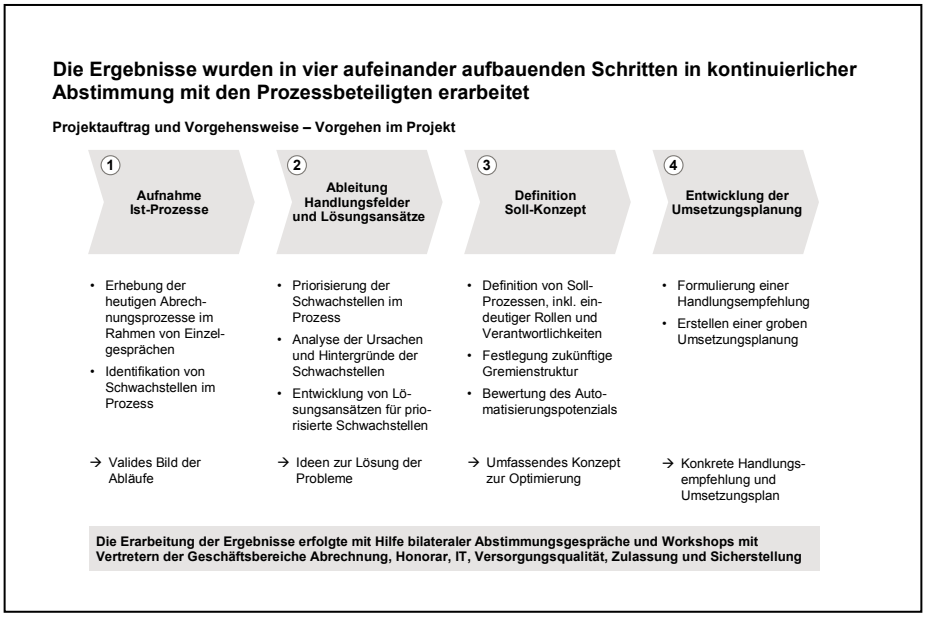


Abb. 1: Vorgehen im Projekt
Quelle: KVWL, RölfsPartner

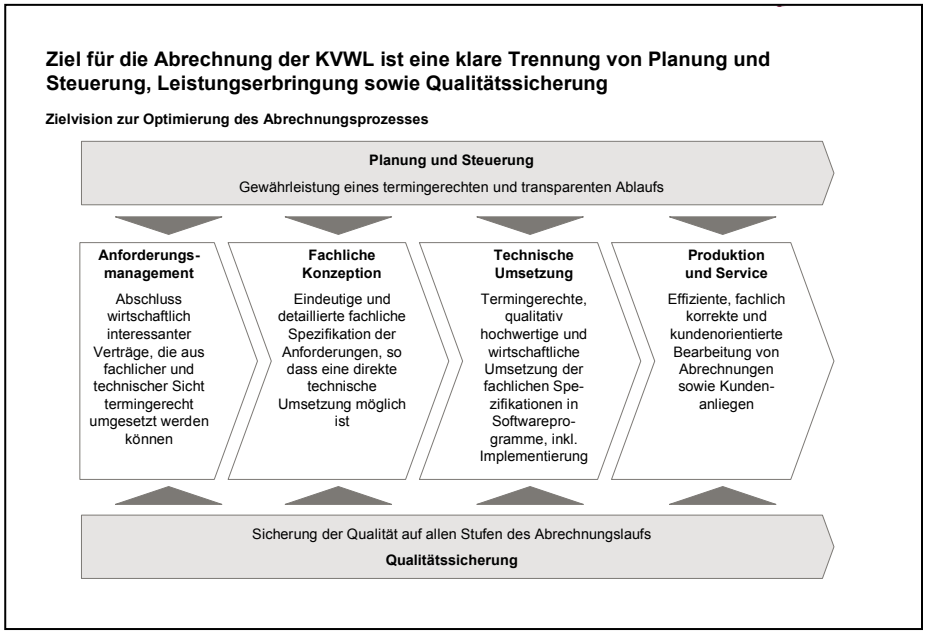


Abb. 2: Zielvision Quartalsabrechung KVWL
Quelle: KVWL, RölfsPartner

geben. Zum anderen wurden auch Fehler identifiziert, die nur bedingt durch die KV selbst beeinflusst werden können.

Zur Systematisierung wurden Fehler und Verbesserungsmaßnahmen in vier klar umrissene Handlungsfelder eingeteilt, die Gegenstand einer intensiveren Betrachtung werden sollten.

1. Automatisierung: Eine erhebliche Erhöhung der Produktivität und Beschleunigung der Abläufe ist möglich durch die gezielte Automatisierung bisher manuell erfolgter Tätigkeiten sowie durch stärkere Verantwortung des Arztes für Korrektheit der Abrechnung.
2. Steuerung und Arbeitsteilung: Die KV-interne Zusammenarbeit kann durch Einführung eindeutiger Rollen und Verantwortlichkeiten sowie durch Etablierung effektiver Steuerungs- und Abstimmungsgremien eindeutig verbessert werden.
3. Qualitätssicherung: Eine Erhöhung der Prozess- und Ergebnisqualität ist durch den Aufbau einer effektiven Qualitätssicherung mit Fokus auf Fehlervermeidung sowie durch Beseitigung von Prozessstörungen und Korrekturschleifen erforderlich.
4. Quick-Wins: Im Rahmen der Untersuchung wurden sieben Sofortmaßnahmen identifiziert, die eindeutig positive Auswirkungen im Hinblick auf das Projektziel haben, und zu deren Umsetzung es keiner intensiven Vorbereitung bedarf.

Hinter diesen vier Handlungsfeldern verbergen sich in Summe 31 konkrete Handlungsempfehlungen des Projektteams mit einem Synergiepotenzial von ca. 70% im Rahmen der Honorarabrechnung. Davon entfallen ca. 80% der Potenziale auf den Punkt Automatisierung. Aus diesen Handlungsempfehlungen wurde im Rahmen des Analyse-Projekts ein erstes grobes Soll-Konzept entwickelt, das dem Vorstand der KVWL im Juni 2009 zur Entscheidung vorgelegt wurde.

Projekt „Konzeptionierung"

Nach der positiven Resonanz auf das Konzept wurde im September ein weiteres Projekt unter Beteiligung von RölfsPartner mit dem Ziel aufgesetzt, das Soll-Konzept zu konkretisieren und mit Inhalt zu füllen. Dieses Projekt begann mit einer Laufzeit von acht Wochen im Oktober 2009.

Die Projektorganisation richtete sich nach den zuvor dargestellten Handlungsfeldern; es wurden vier Teilprojektteams gebildet, die sich aus Mitarbeitern der Fachbereiche der KVWL zusammensetzten und von Beratern von RölfsPartner moderiert wurden. Den Projektteams wurde eine klare Zielvorstellung mit auf den Weg gegeben, an der sich die Projektarbeit im Weiteren ausrichtete.

Teilprojekt Automatisierung

Die in der ersten Projektphase dargelegten Ansatzpunkte zur Automatisierung wurden im Konzeptionierungsprojekt plausibilisiert und weiter detailliert, um sicherzustellen, dass eine Realisierung der Synergiepotenziale nicht zu gravierend negativen Konsequenzen führt. Hierzu hat das Projektteam die Prozesse nochmals analysiert und Verbesserungs- / Automatisierungsmöglichkeiten detailliert aufgezeigt.

Dabei wurden neben den in der Analysephase erwähnten Maßnahmen von der Arbeitsgruppe eine Reihe weiterer Ansatzpunkte analysiert, so dass insgesamt Automatisierungsansätze in drei Bereichen betrachtet wurden:

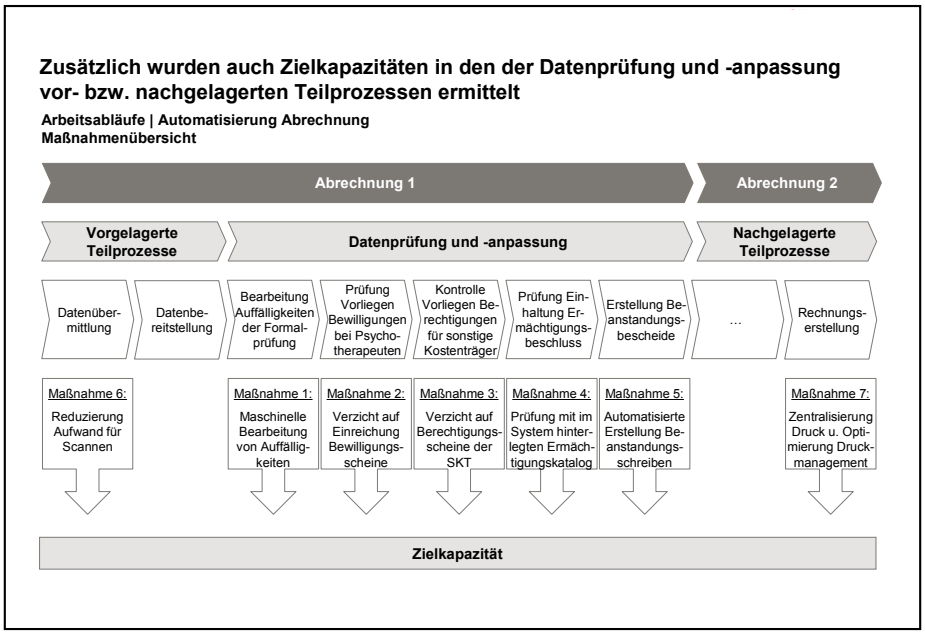


Abb. 3: Übersicht sämtlicher Maßnahmen zur Automatisierung
Quelle: KVWL, RölfsPartner

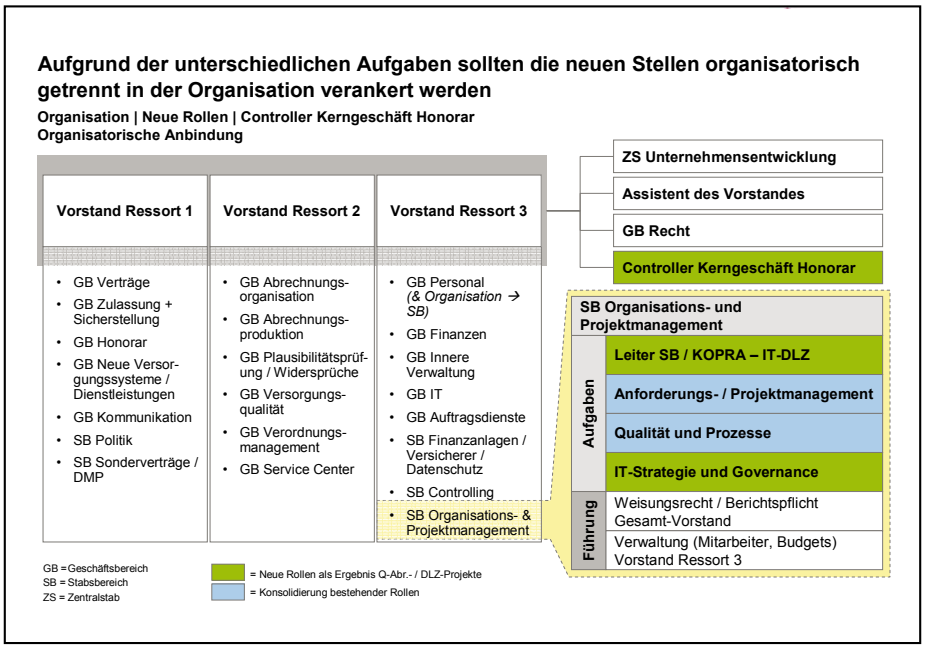


Abb. 4: Organisatorische Anbindung der neuen Rollen
Quelle: KVWL, RölfsPartner

- Maßnahmen im Prozess Datenprüfung und -anpassung (ursprünglicher Kernauftrag des Teilprojekts)
- Maßnahmen in vor- beziehungsweise nachgelagerten Prozessen
- Maßnahmen prozessübergreifender Natur

Insgesamt konnten durch die dargelegten Maßnahmen Synergiepotenziale in Höhe von ca. 65% ermittelt werden, wovon ca. 30% bereits in 2010 realisierbar sein werden.

Teilprojekt Steuerung und Arbeitsteilung

Als wesentliches Manko des bisherigen Prozedere in der Honorarabrechung hat das Projektteam die Organisationsstrukturen erkannt. Als Konsequenz hieraus wurden diese radikal verändert. Die entscheidende Maßnahme ist – wie auch im Teilprojekt Qualitätssicherung – die Trennung von strategischer und operativer Sicht.

Für die Honorarabrechnung bedeutet dies, dass neue Abrechnungsgremien etabliert werden; der bisherige Fachausschuss Abrechnung wird eingestellt. Im Steuerungsausschuss Abrechnung werden die strategischen und konzeptionellen Leitplanken für die Abrechnung festgelegt und der Abrechnungslauf hinsichtlich Termineinhaltung, Qualität und Kosten / Ressourcenbedarf gesteuert; er ist mit zwei Vorstandsmitgliedern sowie je einem Vertreter der abrechnungsrelevanten Geschäftsbereiche so besetzt, dass Entscheidungen / Vorgaben getroffen werden können. Im Arbeitsausschuss Abrechnung werden die vom Steuerungsausschuss definierten Vorgaben und Anforderungen operativ umgesetzt und fachliche Themen inhaltlich sowie in Hinsicht auf die Umsetzbarkeit bearbeitet; er setzt sich aus fachlich versierten Vertretern der Fachbereiche zusammen.

Als Schnittstelle zwischen den beiden Gremien fungiert die neu geschaffene Rolle des Controllers Kerngeschäft Honorar. Sein Arbeitsfokus ist die operative Sicherstellung der Abrechnung. Hierzu ist eine organisatorische Anbindung an deutlich sichtbarer Stelle in der Organisation erforderlich, die der gewünschten Verankerung als zentrale Stabsstelle am Gesamtvorstand Rechnung trägt.

Teilprojekt Qualitätssicherung

Das Projektteam hat zunächst für den Begriff „Qualität" eine für die KVWL passende Definition gewählt, so dass alle Beteiligten eine klare Vorstellung über die Zielsetzungen bekommen. Qualität aus Sicht der Honorarabrechnung der KVWL bedeutet:

- Zeit / Termin: Einhaltung aller im Zeitplan vorgegebenen Ecktermine, insbesondere des Endtermins
- Ergebnis: Sachlich und rechnerisch korrekte Abrechnungsdaten im Honorar- und Kassenbereich
- Prozess (-stabilität / -effizienz): Fehlerfreie Abläufe beziehungsweise rechtzeitiges Erkennen von Störungen / Fehlern im Prozess, um das Weiterführen der Fehler in Folgeschritten zu minimieren
- Software: Performantes Design / Architektur der Abrechnungsprogramme
- Kundenorientierung (intern und extern): Erfüllung der Erwartungshaltung der internen und externen Kunden der KVWL (andere Abteilungen / Bereiche, Ärzte, Kostenträger, KBV, …)

Um das Thema Qualität für die Mitarbeiter greifbarer / verständlicher zu gestalten, wird die Qualitätssicherung in die Dimensionen kurzfristige sowie mittel- bis langfristige QS unterteilt. Schwerpunkt der kurzfristigen QS ist die Qualität der aktuellen Quartalsabrechnung. In der mittel- bis langfristigen QS steht die Optimierung der Abrechnungsprozesse im Hinblick auf kommende Abrechnungen. Um auch der strukturellen Optimierung der Abläufe inkl. Abrechnung Rechnung zu tragen, erfolgt die Einrichtung einer Sammelstabsstelle Prozess- und Projektmanagement, die unter anderem die Themen Qualität, Organisation und Prozesse bearbeitet.

Zur Wahrnehmung der QS-Aufgaben wird eine Stabsstelle Qualitätsmanagement etabliert, die in Zusammenarbeit mit dem Vorstand strategische Rahmenbedingungen erarbeitet sowie deren Einhaltung im Tagesgeschäft überwacht.

In den operativen Einheiten sollen QS-Beauftragte eine Verbesserung der Abläufe und Arbeitsergebnisse auf Mitarbeiterebene anstoßen, welche durch die Mitarbeiter selbst maßgeblich vorangetrieben werden soll, indem sie die Möglichkeit erhalten, eigene Arbeitsergebnisse zu kontrollieren.

Für eine Reihe von Kernprozessen der KVWL wurden vom Projektteam Musterprozesse entworfen und diskutiert, die so in der Praxis Bestand haben können und wesentliche Verbesserungen darstellen.

Teilprojekt Quick-Wins

Zur Realisierung der in der Analysephase identifizierten sechs Quick-Wins wurden zunächst Steckbriefe mit Zielen, Verantwortlichen, Beteiligten, Arbeitsschritten und Meilensteinen definiert. In den Teilprojekt-Meetings zeigte sich, dass bei einigen Quick-Wins die Lösungsansätze angepasst werden mussten oder aber weitere Aspekte (zum Beispiel zusätzliche technische Anpassungen) zu berücksichtigen waren. Es wurde deutlich, dass aufgrund der hohen Arbeitsbelastung von Mitarbeitern oder interner Abstimmungsbedarfe auch prinzipiell schnell umsetzbare Lösungen mehr Zeit benötigen. In Summe konnten im Projekt in den sechs Quick-Wins gute Teilergebnisse erzielt werden, die in der Umsetzung weiter vorangetrieben werden müssen. Die Verfolgung der Quick-Wins wird daher in die nächste Projektphase überführt, wofür im Vorfeld Entscheidungen des Vorstands erforderlich sind (zum Beispiel Zustimmung zu Vorschlägen der Arbeitsgruppe).

Nachlese

Im Anschluss an das zweite Projekt hat die KVWL die Umsetzung / Konzeptrealisierung gestartet, die aktuell in vollem Gange ist. Aus dem bisherigen Verlauf der drei Projekte hat die KVWL wichtige Erkenntnisse gewonnen.

Als bedeutsam hat sich herauskristallisiert, möglichst viele eigene Mitarbeiter vom ersten Tag an in die Projekte einzubinden. Die Auswahl dieser Mitarbeiter – so zeigt die gemachte Erfahrung – ist mitentscheidend für die Projektergebnisse. Auch innerhalb der KVWL herrschte die Meinung vor, die fähigsten Mitarbeiter sind bereits mit anderen Dingen vollkommen ausgelastet, so dass für die Projektarbeit andere Mitarbeiter gewählt werden müssen. Durch viele Einzelgespräche des Vorstands gelang es, alle Beteiligten von der Notwendigkeit dieser Maßnahme zu überzeugen. Die Aufgaben der ausgewählten Mitarbeiter wurden soweit möglich auf andere übertragen, so dass genügend Freiraum für die Projektarbeit blieb.

Ein weiterer Punkt ist der Umgang mit Synergiepotenzialen. Es fällt Mitarbeitern in den Projektteams nicht leicht, über Einsparpotenziale zu diskutieren, wenn damit in Gedanken die Gesichter von Kollegen und Kolleginnen verbunden werden. Dem konnte begegnet werden durch die Zusicherung des Vorstands zu Beginn des Projekts, dass es keine betriebsbedingten Kündigungen geben wird. Mit Hilfe der signifikanten Effizienzgewinne kann der durch die fortwährend steigende Aufgabenkomplexität ausgelöste Personalmehraufwand abgefedert und in Qualitätssicherungsmaßnahmen investiert werden. Für Mitarbeiter, deren Tätigkeit im Rahmen der Reorganisation, insbesondere aufgrund sich verändernder Qualifikationsanforderungen wegfällt, wird eine Verwendung an anderer Stelle in der KVWL gefunden werden.

Die offene Arbeitsatmosphäre in den Teams wurde von den Beratern ebenfalls hervorgehoben. Sämtliche Vorschläge der Mitarbeiter wurden intensiv diskutiert, auch wenn sie auf den ersten Blick wenig praktikabel erschienen. Dies setzt voraus, dass die Projektteams ohne Zeitdruck, jedoch unter einer klaren Führung arbeiten. Diesen Spagat haben alle Beteiligten hervorragend bewerkstelligt.

Häufig heißt es am Ende von Beratungsprojekten: Die Berater verlassen das Haus und mit Ihnen das Know-how. Im Rahmen dieses Projektes wurden von vornherein Maßnahmen ergriffen, die genau das verhindern sollen. So wurde innerhalb der Projektteams, bestehend aus Mitarbeitern und Beratern explizit darauf geachtet, das relevante Methoden-Know-how frühzeitig zu transferieren und möglichst viele Aufgaben bereits in der ersten Projektphase auf die Mitarbeiter der KVWL zu übertragen. Zusätzlich wurden qualifizierte Mitarbeiter mit dem Aufgabenschwerpunkt Prozessanalyse eingestellt, welche für die kontinuierliche Weiterentwicklung der Ablauf- und Aufbauorganisation Sorge tragen werden. Diese Prozessmanagementexperten werden in der zukünftigen Organisation durch den hierzu neu geschaffenen Stabsbereich eine geeignete Plattform finden, um maximal wirksam sein zu können.

Die KVWL wird die letzten Maßnahmen Anfang des kommenden Jahres umsetzen, so dass bis Mitte 2011 alle identifizierten Optimierungen umgesetzt sein werden. Mit Hilfe des Projektes hat die KVWL einen weiteren wesentlichen Schritt in Richtung einer effizienten öffentlich-rechtlichen Verwaltung machen können, einer „Körperschaft im modernen Gewand", welche auch den Vergleich zu privatwirtschaftlichen Dienstleistungsunternehmen nicht scheuen muss und gegenüber anderen Verwaltung einen hohen Innovationsgrad erreicht hat. In Zukunft kann die KVWL ihren Kunden, den niedergelassenen Ärzten, ein Höchstmaß an Dienstleistungsqualität mit reduziertem Aufwand anbieten. Die Projektziele sind erreicht.

Kontakt

Dr. rer. soc. Thomas Kriedel
Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe K.d.ö.R.
Vorstand
Tel.: 0231/9432-3209
E-Mail: thomas.kriedel@kvwl.de
www.kvwl.de

Dipl.-Kfm. Stefan Schopf, MBA
Rölfs MC Partner Management Consultants GmbH
Partner, Mitglied der Geschäftsleitung
Tel.: 0160/7188533
E-Mail: stefan.schopf@roelfspartner.de
www.roelfspartner.de

Ökonomische Bewertung der Ballon-Kyphoplastie

bei osteoporotischen Wirbelkörperfrakturen im Klinikum Leverkusen gGmbH

DRGs (Diagnosis Related Groups) werden in verschiedenen Ländern zur Finanzierung oder zur Abrechnung von Krankenhausbehandlungen verwendet. Während in den meisten Ländern die DRGs krankenhausbezogen zur Verteilung staatlicher oder versicherungsbezogener Budgets verwendet werden, wurde in Deutschland das 2003 eingeführte und seit 2004 verpflichtende DRG-System zu einem Fallpauschalensystem ausgestaltet.

Sven Sauermann

Prof. Dr. Leonard Bastian

Andreas Weiß

Seither wird es zur Abrechnung von Preisen für die einzelnen Behandlungstypen beziehungsweise Behandlungsfälle verwendet. Nach festgelegten Regeln kalkuliert das nationale DRG-Institut (InEK) einmal im Jahr die in Deutschland durchschnittlichen Kosten je DRG. Dazu werden die Gesamtkosten verursachungsgerecht jedem einzelnen Fall mit unterschiedlichen Kostenstellen – und Kostenartengruppen in ca. 300 Kalkulationskrankenhäusern zugewiesen, die zusätzlich zu Ihren Leistungsdaten auch diese Kostendaten an das InEK liefern. Die Fallgruppen werden anhand von Leistungsbezeichnern definiert und Fallgruppen so den entsprechenden DRGs zugeordnet, dass die Kostensummen ähnlich sind. Aus diesen Kosten (nur Inlier) werden die Relativgewichte berechnet. Das Relativgewicht multipliziert mit dem Basisfallwert ergibt den Erlös je Behandlungsfall, der vom Krankenhaus mit dem jeweiligen Kostenträger abgerechnet wird.

Die Mittelwerte der verschiedenen Kostenstellen- und Kostenartengruppen je DRG werden vom InEK zusammen mit dem Abschlussbericht im Report-Browser veröffentlicht.

Verfahrenshomogene, nicht vermischte DRGs, in denen nur ein einziges Verfahren abgebildet ist, werden zunehmend durch DRGs ergänzt, in denen eine Durchmischung unterschiedlicher Verfahren mit unterschiedlicher Kostenstruktur, jedoch ähnlichen Gesamtkosten abgebildet ist. Ein Beispiel hierfür ist die I45B „Implantation und Ersatz einer Bandscheibenendoprothese, weniger als 2 Segmente". In solchen unvermischten und sachkostenintensiven DRGs wie der DRG I45B können die veröffentlichten Sachkosten- Mittelwerte des InEK Browsers als Orientierung für Einkäufer dienen.

Dies ist bei inhomogenen DRGs (Misch-DRGs) nicht der Fall. In diesen DRGs kann die Orientierung an den vom InEK veröffentlichten mittleren Modulkosten zu strategischen Fehlentscheidungen führen, da nur Kosten-Mittelwerte aus allen Inlieren der DRG (aus unterschiedlichen Verfahren und Therapien) veröffentlicht werden. Es werden nur geringe Daten über die Fallmenge der DRGs veröffentlicht. Diese reichen in solchen Misch-DRGs nicht aus um einen Rückschluss auf die Kostenstruktur der verschiedenen Verfahren zu erlauben.[1]

Eine solche Misch-DRG ist in 2008 beispielsweise die DRG I09D „Wirbelkörperfusion ohne äußerst schwere oder schwere CC oder ohne schwere CC mit anderer Kyphoplastie, ohne allogene Knochentransplantation, ohne komplexe Wirbelsäulenosteosynthese" mit folgenden Kennzahlen, kalkuliert laut InEK Report-Browser mit:

- Normallieger 91,42%, (3.464)
- Kurzlieger 0,84%,
- Langlieger 7,73 %
- mittlere Verweildauer 10,2 Tage
- Gesamtkosten 5.998,12
- Standardabweichung 2.352,09
- Sachkosten 1.521,51

Entscheidend für die wirtschaftliche Zukunft eines Krankenhauses ist die Sicherheit, auch im kommenden Jahr alle Fixkosten finanzieren und den laufenden Betrieb aufrechterhalten zu können. Entsprechend rückt das Krankenhaus Budget als wesentliche Größe in den Fokus. Dieses ergibt sich grob aus der Summe aller Relativgewichte (Casemix). Zur Optimierung der wirtschaftlichen Situation eines Krankenhauses ist es von entscheidender Bedeutung diejenigen Verfahren zu identifizieren, die mit hoher Qualität den Wettbewerb um den Patienten unterstützen und dabei keinen negativen Deckungsbeitrag erwirtschaften. Solange sich der Deckungsbeitrag positiv gestaltet ist die Qualität einer Therapie auch aus wirtschaftlicher Sicht vor den Sachkosten zur Bewertung heranzuziehen. Zur Beurteilung des Deckungsbeitrages ist für Verfahren, die in Misch-DRGs abgebildet sind, der Report-Browser des InEK nicht geeignet. Hierzu ist eine Prozesskostenanlyse und in der Folge eine Gegenüberstellung mit den Erlösen notwendig. Die meisten Krankenhäuser in Deutschland können für einzelne Therapien keine eigenständige Prozesskostenrechnung aufweisen, die ge-

eignet ist, die anfallenden Kosten den Erlösen gegenüberzustellen. Hierzu dient das im Folgenden beschriebene Projekt.

Projektbeschreibung: „Kyphoplastie: Pathologische Frakturen bei Osteoporose" im Klinikum Leverkusen gGmbH

An der Volkskrankheit Osteoporose, Knochenschwund, leiden etwa zehn Prozent der Deutschen, insbesondere ältere Personen. Allein in Deutschland wird die Anzahl der Patienten, die an dieser Stoffwechselerkrankung und einem damit verbundenen Abbau der Knochensubstanz leiden, auf fast 8 Millionen geschätzt. Ein Drittel von ihnen erleidet Brüche der Wirbelkörper. Ein alternatives Verfahren zur konservativen Therapie, das heißt ohne Operation, ist die Durchführung einer Ballon-Kyphoplastie. Durch einen minimalinvasiven Eingriff wird zunächst mit Hilfe von Führungshülsen ein Ballon in den gebrochenen Wirbelkörper eingeführt. Anschließend wird dieser mit einem Kontrastmittel aufgefüllt und die so entstandene Höhle anschließend mit Zement aufgefüllt. Im Vergleich zu einer nicht-operativen Therapie führte die Kyphon® Ballon-Kyphoplastie* in einer großen randomisierten Multicenterstudie zu einer signifikanten Verringerung der Schmerzen und zu einer deutlichen Verbesserung der Lebensqualität.[2]

Im Rahmen des im Klinikum Leverkusen in Zusammenarbeit mit der Medtronic GmbH durchgeführten Projektes erfolgte die Analyse des Behandlungsprozesses von Patienten mit pathologischen Frakturen aufgrund von Osteoporose. Das Projekt sollte dazu dienen, den elektiven und situativen Behandlungspfad der Patienten zu erarbeiten, die mit starken Rückenschmerzen ins Klinikum Leverkusen kommen und bei denen im weiteren Behandlungsablauf eine Kyphoplastie durchgeführt wird.

Ziel des Projektes ist es, durch die vollständige Erfassung der erforderlichen medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Leistungen Transparenz zu erzeugen und eine verursachungsgerechte Gegenüberstellung der berechneten Prozesskosten mit dem DRG-Erlös vornehmen zu können.

Hierfür mussten folgende Fragestellungen geklärt werden:

1.) Deckt die DRG I09D die Kosten für Ballon-Kyphoplastie?
2.) Ist die ClipMed®-Methode geeignet die Prozesskosten einer einzelnen Gruppe aus einer solchen Misch-DRG in der Art zu erfassen, dass eine Gegenüberstellung mit dem Erlös möglich ist?

Methode

Die Abbildung des Behandlungsablaufes sowie die Durchführung der Prozesskostenrechnung erfolgten mit Hilfe der Software ClipMed® PPM des Instituts für Workflow-Management im Gesundheitswesen (IWiG) GmbH.

Auf der Grundlage seiner intensiven wissenschaftlichen Erforschung von Arbeitsabläufen in Gesundheitseinrichtungen hat das Institut das IWiG® 5 Phasen Modell entwickelt. Es beschreibt ein ganzheitliches Workflow-Management-System zur nachhaltigen Dokumentation, Analyse und Verbesserung von Prozessen.[3]

Innerhalb der Dokumentationsphase (Phase 1) soll zunächst die aktuelle Qualität der Prozesse transparent dargestellt werden. Hierzu wird eine einheitliche Dokumentation des Behandlungsablaufes erstellt, welche Aufschluss darüber geben sollte, welche Leistungen von den jeweils beteiligten Mitarbeitern in einer vorgegebenen Form zu einem bestimmten Zeitpunkt erbracht werden müssen. Eine strukturierte Vorgehensweise sowie eine einheitliche und allgemein verständliche Beschreibungssprache sind eine unbedingte Voraussetzung, um den Ablauf der einzelnen Prozessschritte nachvollziehbar und vollständig aufzuzeigen.[4]

Die Analysephase (Phase 2) hat das Ziel, organisatorische, strukturelle und technische Optimierungspotenziale in den Abläufen zu identifizieren und deren Ursächlichkeiten aufzuzeigen.[5] Aus den Analyseergebnissen werden innerhalb der Prozessgestaltung (Phase 3) Soll-Prozesse abgeleitet.[6] Die voll- oder teilautomatisierte Implementierung der Geschäftsprozesse erfolgt in Phase 4. Hier werden die in Phase 3 erarbeiteten Alternativprozesse eingeführt. Ziel ist es, die richtigen Informationen und Ergebnisse zur Durchführung eines Prozesses, in der richtigen Qualität, zur richtigen Zeit, am richtigen Ort bereit zu stellen, wobei minimale Durchlaufzeiten, minimale Kosten sowie ein maximaler Kundenservice (Qualität) angestrebt werden. Innerhalb solch eines funktionierenden Workflows können die anstehenden Tätigkeiten effizient durchgeführt und von planerischen und organisatorischen Tätigkeiten entlastet werden.[7] In der abschließenden Phase 5 findet eine Evaluation der optimierten Prozesse statt. In dieser werden die Visionen, Strategien und Maßnahmen anhand von Kennzahlen und Indikatoren kontinuierlich überprüft. Hierbei ist es vor allem wichtig, zunächst permanent, später periodisch zu überprüfen, ob die Prozesse entsprechend den Soll-Vorgaben ablaufen. Die so ermöglichte Ausschöpfung von Verbesserungspotenzialen darf allerdings keine einmalige Aktion bleiben, denn im Laufe der Zeit bringt nur der in sich geschlossene, permanente Kreislauf nachhaltige und dauerhafte Wettbewerbsvorteile – ein echter Workflow-Management Lifecycle.[8]

Projektdurchführung:

Zu Beginn des Projektes im Klinikum Leverkusen wurde eine Definition der Kernkompetenz vorgenommen. Die Kernkompetenz einer DRG ist ein Krankheitsbild, welches einer DRG zugeordnet werden kann und im Vergleich zu den anderen Krankheitsbildern innerhalb der DRG am häufigsten in einem Krankenhaus vorkommt. Sie zeichnet sich dadurch aus, dass die in ihr enthaltene Patientengruppe einen identischen Behandlungsablauf erfährt, so dass in Bezug auf den Behandlungs- und Therapieaufwand eine Vergleichbarkeit gewährleistet ist. Im Rahmen eines Workshops wurde folgende Kernkompetenz, in diesem Beispiel mit den entsprechenden Kostendaten für das Jahr 2008 definiert:

Kernkompetenz: Pathologische Frakturen bei Osteoporose

DRG: I09D „Wirbelkörperfusion ohne äußerst schwere oder schwere CC oder ohne schwere CC mit anderer Kyphoplastie, ohne allogene Knochentransplantation, ohne komplexe Wirbelsäulenosteosynthese"

Hauptdiagnose:

ICD:	Osteoporose mit pathologischer Fraktur
Elektiv:	M80.08; M80.88
Notfall:	M80.00; M80.08; M80.48; M80.88; M80.98; M84.48

Prozedur:

5-839.a0: Andere Operationen an der Wirbelsäule: Implantation von Material in einem Wirbelkörper mit vorheriger Wirbelkörperaufrichtung; 1 Segment

6-tägige Verweildauer (unter der Annahme, dass Aufnahme- und Entlasstag als ein Tag gezählt werden):

- Aufnahmetag
- OP Tag
- vier postoperative Tage
- Am siebten Tag erfolgt die Entlassung

Enthaltene Diagnostische Maßnahmen:

- Laborstandard prä OP (kleines Blutbild, Gerinnung, Elektrolyte)
- Röntgen der BWS oder LWS prä OP (2 Ebenen)

* KYPHON® Ballon-Kyphoplastie beinhaltet eine von Gary K. Michelson, MD entwickelte Technologie

- Röntgen Thorax prä OP (2 Ebenen)
- EKG prä OP
- MRT prä OP (inkl. Ergänzende Serie)
- Labor: Osteoporoseprophylaxe post OP
- Knochendichtemessung post OP

Enthaltene Therapeutische Maßnahmen:
- Ballon-Kyphoplastie 1 Segment
- Krankengymnastik (drei Therapieeinheiten)

Mit unterschiedlichen Projektgruppen, die jeweils aus Vertretern der an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen bestanden, wurde sowohl der Prozessablauf einer Ballon-Kyphoplastie systematisch erarbeitet, als auch die Bearbeitungszeiten für die erforderlichen medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Leistungen ermittelt. Die Mitarbeiter gaben an, welche Leistungen sie bei der homogenen Patientengruppe in der Regel durchführen und wie lange sie durchschnittlich für die Leistungserstellung benötigten. Ebenfalls wurde in dieser Befragung die Erhebung der für die Behandlung erforderlichen Ressourcen wie zum Beispiel OP-Materialien oder Arzneimittel vorgenommen.

Das hier betrachtete Krankheitsbild beinhaltet insgesamt sechs Verweiltage. Diese Verweiltage umfassen alle Teilprozesse von der Aufnahme, über die OP bis hin zur Entlassung des Patienten. Im ClipMed® PPM-Tool des IWiG ist bereits ein Durchschnittsmodell für das Kyphoplastie-Krankheitsbild hinterlegt. Dieses Model resultiert aus einer Kyphoplastiestudie, welche zuvor in vier unterschiedlichen Häusern durchgeführt wurde. Somit befanden sich alle notwendigen Zeiten, Personal- und Sachkosten sowie die damit verbundenen Zuschlagssätze bereits als Durchschnittswerte im PPM-Tool.

Anhand dieser Prozessabbildung wurde anschließend in einem Workshop gemeinsam mit den beteiligten Mitarbeitern der hausinterne Behandlungsablauf im Detail erarbeitet. Dies beinhaltete eine Feinabstimmung des Prozessablaufes sowie die Erhebung der Bearbeitungszeiten für die Durchführung der einzelnen Prozessschritte.

Die erhobenen Daten wurden mit den Kosten aus der Kostenkalkulation in Deckung gebracht, so dass hier für die einzelnen Teilprozesse und Berufsgruppen Euro-Beträge angegeben werden konnten.

Die gebuchten Aufwendungen der beteiligten Abteilungen und Funktionsbereiche wurden vom Controlling zur Verfügung gestellt. Die verursachungsgerechte Zuordnung der Sachkosten erfolgt über die Berücksichtigung der direkt zuordbaren Verbräuche.

Pfadablauf

Nummer: 01.1 **Name:** Pathologische Frakturen bei Osteoporose 2008 **Krankheitsbild:** Pathologische Frakturen bei Osteoporose - elektiv

Beschreibung: Behandlungsablauf bei elektiven Patienten **Verweiltag:** 1. Tag

Organisationseinheit	Nr.	Name	Tag	Uhrzeit	Dauer	Bemerkung	Bedingung
Pflege Unfallchirurgie	13	Röntgen Thorax anfordern	1	08:44	1	in 2 Ebenen	alle Patienten ab 60 Jahre
Arzt Unfallchirurgie	14	Diag. und therap. Maßnahmen planen	1	08:50	1	EKG und Röntgen Thorax freischalten	
FD/MTD EKG	15	EKG-Termin vergeben	1	09:00	3	Telefonischer Patientenabruf oder über Organisation des Patiententransports	
Patiententransportdienst	16	Patienten(hin)transport durchführen	1	09:10	0		
FD/MTD EKG	17	EKG vorbereiten	1	09:15	10	Patienten aufrufen, Patientendaten einscannen, EKG Gerät an Patienten anschließen	
FD/MTD EKG	18	EKG schreiben	1	09:25	3		
FD/MTD EKG	19	EKG nachbereiten	1	09:28	10		
Arzt Innere Medizin (IM1)	20	EKG befunden	1	09:40	5		
Patiententransportdienst	21	Patienten(rück)transport durchführen	1	09:45	0		
FD/MTD Röntgendiagnostik und Therapie	22	Röntgen Thorax Termin vergeben	1	10:00	0	Anforderung über KIS und RIS, CallCenter koordiniert und bestellt Transportdienst	
Patiententransportdienst	23	Patienten(hin)transport durchführen	1	10:10	0		
FD/MTD Röntgendiagnostik und Therapie	24	Röntgen Thorax vorbereiten	1	10:15	0	in 2 Ebenen	immer

© IWiG 2010

Abb. 1: Ausschnitt eines Pfadablaufs

Prozesskostenrechnung

Auf Grundlage dieser Angaben konnte im weiteren Verlauf eine Prozesskostenrechnung für die betrachteten Leistungen der Behandlung der Patienten mit pathologischen Frakturen aufgrund von Osteoporose durchgeführt werden.

Die Prozesskostenrechnung kann als neuer Ansatz verstanden werden, die Kostentransparenz zu erhöhen, einen effizienteren Ressourcenverbrauch sicherzustellen, die Produktkalkulation zu verbessern und damit strategische Fehlentscheidungen zu verhindern. Sie möchte die Mängel der traditionellen Kostenrechnungssysteme im Hinblick auf die verursachungsgerechte Abbildung der Kosten in den indirekten Leistungsbereichen ausgleichen, die strenge Orientierung am Behandlungsablauf ermöglicht eine beanspruchungsgerechte Verrechnung der Gemeinkosten.

Die im Vorfeld innerhalb der Analyse ermittelten Teilprozesse wurden sowohl den Kostenstellen als auch den übergeordneten Hauptprozessen zugewiesen.

Dies erfolgte mit Hilfe eines Modells der Prozesskostenrechnung, mit dem die Kostentreiber aufgezeigt werden konnten. Zu den

identifizierten Teilprozessen gab jede Kostenstelle den zur Erstellung des gewünschten Prozessergebnisses nötigen Input an Personal- und Sachmittelressourcen an. Durch Verrechnung der Teilprozesskosten konnten nun die Gesamtkosten für die vorher bestimmten Haupt- und Geschäftsprozesse bestimmt und die tatsächlichen Gesamtkosten dem Erlös gegenübergestellt werden.

Ergebnis:

Die Prozessgestaltung bestimmt, ob ein Verfahren wirtschaftlich erbracht werden kann. Die Webapplikation ClipMed® stellte sich hierfür als geeignetes Verfahren heraus, um die Prozesskosten einzelner Verfahren den Erlösen nach der Kalkulationsmethodik des InEK gegenüberzustellen.

Im vorliegenden Fall ergaben sich Gesamtkosten von insgesamt 5.288,97 Euro, denen ein DRG-Erlös von 5.746,28 Euro gegenübergestellt werden konnte. Die positive Abweichung wies somit einen Betrag von 457,31 Euro auf.

Das Projekt im Klinikum Leverkusen hat gezeigt, dass der Erlös, der sich aus dem vom InEK ermittelten Relativgewicht und Basisfallwert ergibt, bei optimaler Prozessgestaltung mehr als ausreicht, um die Therapie zu finanzieren. Es konnte gezeigt werden, dass die Ballon-Kyphoplastie trotz hoher Sachkosten mit einem vorausschauenden und effizienten Prozessmanagement kostendeckend erbracht werden kann. Eine optimale Prozessgestaltung ist aber nur bei elektiven Patienten möglich. Es gilt zu berücksichtigen, dass bei Notfallpatienten eine optimale Prozessgestaltung hinsichtlich der Liegedauer unter Einhaltung der Leitlinien in der Behandlung von osteoporotischen Kompressionsfrakturen innerhalb eines stationären Aufenthaltes nicht zu erzielen ist, was zu einem negativen Deckungsbeitrag führen kann.

Kontakt

Sven Sauermann
Medtronic GmH
Reimbursement Manager Spine & Biologics
General Surgeon
Tel.: 02159/8149-288
E-Mail: sven.sauermann@medtronic.com
www.medtronic.de

Prof. Dr. Leonard Bastian
Klinikum Leverkusen gGmbH
Direktor der Klinik für Orthopädie, Unfall-, Hand und Wiederherstellungschirurgie
Tel.: 0214/13-2151
E-Mail: bastian@klinikum-lev.de
www.klinikum-lev.de

Andreas Weiß
Klinikum Leverkusen gGmbH
Leitung Strategisches und operatives Controlling
Tel.: 0214/13-2257
E-Mail: andreas.weiss@klinikum-lev.de
www.klinikum-lev.de

Literatur

1. Siebers, L.: et al. (2008): Krankenhausinterne DRG-Erlösverteilung auf Basis der InEK-Daten - Möglichkeiten und Grenzen. Das Krankenhaus, 1: 35-44.
2. Wardlaw, D.; Cummings, S. R.; Van Meirhaeghe, J.; Bastian, L.; Tillman, J. B.; Ranstam, J.; Eastell, R.; Shabe, P.; Talmadge, K.; Boonen, S. (2009): Efficacy and safety of balloon kyphoplasty compared with non-surgical care for vertebral compression fracture (FREE): A randomised controlled trial The Lancet 373 (9668): 1026-1024.
3. Greiling, M.; Thomas, F.; Muszynski, T. (2005): Softwaregestützte Erstellung Klinischer Pfade mit integrierter Prozesskostenrechnung + CD-ROM. Kulmbach: Baumann-Fachverlage.
4. Greiling, M.; Rudloff, B. (2005): Klinische Pfade optimal gestalten - Prozessanalyse im Krankenhaus mit Hilfe der Netzplantechnik + CD-ROM. Kulmbach: Baumann-Fachverlage.
5. Greiling, M.; Muszynski, T. (2008): Pfade zu effizienteren Prozessen - Prozessgestaltung im Krankenhaus + CD-ROM. Kulmbach: Baumann Fachverlage.
6. Greiling, M.; Marschner, C. (2007): Nutzeneffekte von Prozessoptimierungen - Workflow-Management im Gesundheitswesen + CD-ROM. Kulmbach: Baumann-Fachverlage.
7. Greiling, M. (2008): Prozesscontrolling im Krankenhaus – Steuerung von Abläufen mit Hilfe des Reportings. Kulmbach:Baumann-Fachverlage.
8. Greiling, M. (2008): Prozessmanagement - Der Pfadmanager für Patientenversorgung. Kulmbach: Baumann Fachverlage.
9. Greiling, M. (2008): Prozessmanagement - Der Prozesskostenmanager für die Patientenversorgung. Kulmbach: Baumann Fachverlage.
10. Prokop, A.; Berner, U. (2010): „Prozess-Kostenanalyse von Kyphoplastien bei osteoporotischen Sinterungsfrakturen". In: Professional Process – Zeitschrift für modernes Prozessmanagement im Gesundheitswesen, 01/2010, S. 30-32.
11. Sauermann, S.; Witthohn, A. (2009): „Grenzen des InEK Report Browsers am Beispiel der Ballon-Kyphoplastie". In: Professional Process – Zeitschrift für modernes Prozessmanagement im Gesundheitswesen, 02/2009, S. 17-19.

http://www.medtronic.de
http://www.iwig-institut.de
http://www.klinikum-lev.de

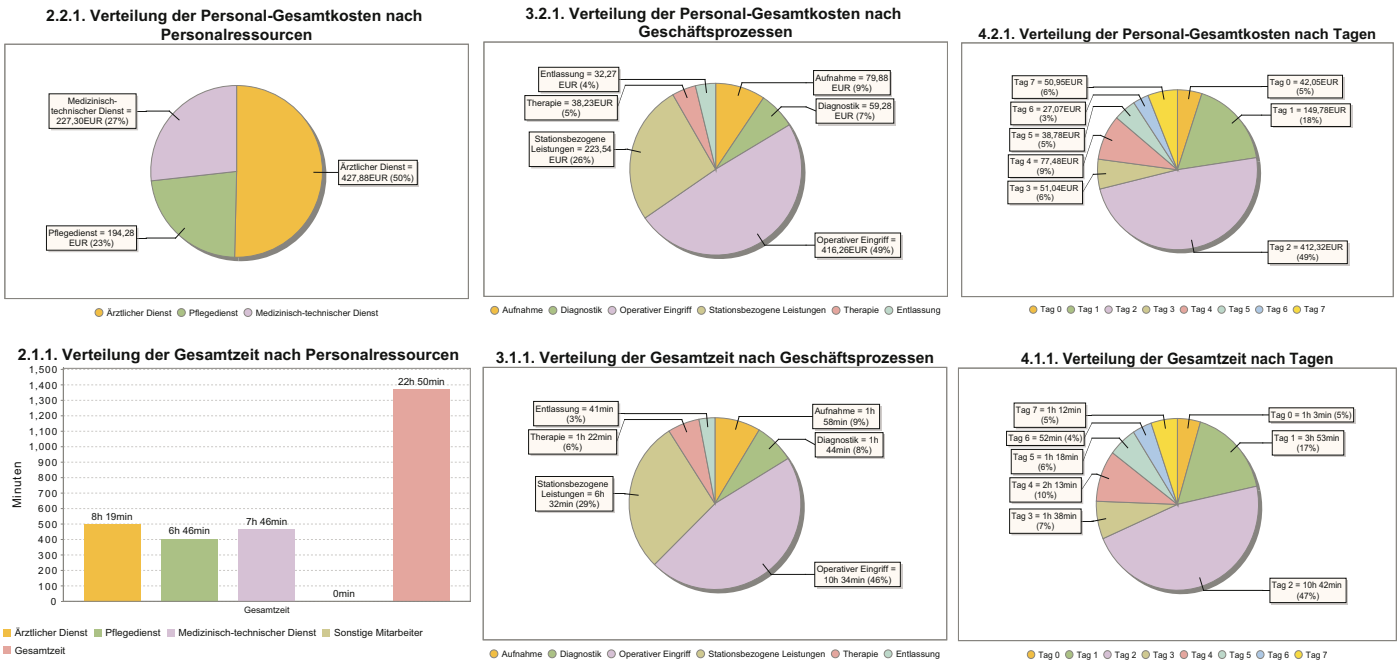


Abb. 2: Auswahl von Ergebnisgrafiken

© IWiG 2010

Innovative Serviceangebote rechtssicher umsetzen

Ein Praxisbericht zur Konzeption und Implementierung von Managed-Care-Serviceangeboten

Der Kostendruck auf Leistungserbringer im Gesundheitswesen nimmt ständig zu. Für gesetzliche und private Krankenversicherer kommt ein stetig wachsender Konkurrenzdruck hinzu. Kostendruck und Konkurrenzkampf zwingen Versicherungsträger und Leistungserbringer, ihre Prozesse und Serviceangebote zu optimieren. Dies wiederum führt dazu, dass Quantität und Qualität der Innovationen technischer Art und im Bereich der Dienstleistungen im Gesundheitswesen stetig steigen. Ausgehend und basierend auf technischen und dienstleistungsorientierten Innovationen, die in den USA in jüngerer Zeit im Gesundheitsmarkt etabliert worden sind, halten nun unter anderem „Managed Care"-Angebote Einzug in das deutsche Gesundheitswesen. Einführungs- und Umsetzungsprozess begegnen dabei einer Vielzahl rechtlicher Herausforderungen, die frühzeitig sowie strukturiert zu identifizieren und zu lösen sind, um den Projekterfolg sicherzustellen.

Jan Pohle

Konzeption und Implementierung von Managed Care-Angeboten treffen in Deutschland auf einen existierenden Rechtsrahmen, der mannigfaltige Herausforderungen für das Anbieten dieser Dienstleistungsangebote durch Krankenversicherer beinhaltet. Dies betrifft nicht nur das unmittelbare regulatorische Umfeld namentlich nach dem Sozialgesetzbuch, sondern erfasst über den Datenschutz auch zentrale Fragen des Vertragsrechts. Letzteres gilt insbesondere, wenn nicht nur die Implementierung, sondern auch der nachfolgende Betrieb von Managed-Care-Dienstleistungen von den Krankenversicherern an einen – oder im arbeitsteiligen Zusammenwirken gar an mehrere – externe Dienstleister vergeben werden. Diese rechtlichen Rahmenbedingungen sowie die sich hieraus ergebenden Gestaltungsnotwendigkeiten und -möglichkeiten erfordern aus rechtlicher Sicht von Beginn an eine stringente, konsequente Konzeption und Durchführung des Projektes. Auf diese Weise können ein Scheitern sowie substantielle Mängel in der Konzeption beziehungsweise Implementierung von Managed-Care-Dienstleistungen und die damit verbundenen negativen Kostenfolgen von vornherein vermieden werden.

Rechtliche Begleitung ab Projektbeginn

Neben der strategischen, technischen und operativen Konzeption und Implementierung eines Projektes zum Betrieb einer Managed-Care-Dienstleistung ist eine möglichst frühe, pro-aktive und vollständige Identifikation und Analyse der begleitenden rechtlichen Themen und Problemstellung notwendig, um die mit einem solchen Projekt verbundenen Risiken, aber auch Chancen im Projektlauf rechtzeitig zu erkennen. Dies ermöglicht frühzeitig die Vermeidung unnötiger Kosten für die Weiterverfolgung rechtlich an sich oder in der konkreten Form nicht darstellbarer Managed-Care-Angebote. Weiterhin betrifft dies Kosten für die Optimierung des Projektes beziehungsweise des Serviceangebotes an sich zwecks Erzielung der bestmöglichen Kosteneffekte. Obgleich die zu identifizierenden rechtlichen Problemstellungen mannigfaltig sind, wird die rechtliche Seite eines solchen Projektes häufig nach wie vor unterschätzt beziehungsweise zu spät im Projektlauf beleuchtet.

Um ein genaues und möglichst vollständiges Bild über die das jeweilige Managed-Care-Projekt betreffenden gesetzlichen Regularien zu bekommen, ist es notwendig auf rechtliche Spezialkenntnisse und spezielle Erfahrungen in der Kommunikation mit zuständigen Behörden zurückzugreifen. Vor diesem Hintergrund ist nicht nur allgemeiner rechtlicher Rat bereits in der Projektfrühphase, das heißt zu Beginn der Projektkonzeption, einzubeziehen. Die spezielle rechtliche Expertise auf verschiedenen Rechtsfeldern ist im Anschluss an eine erste allgemeine Identifikation der rechtlichen Problemfelder und Herausforderungen im Projekt zur Implementierung einer Managed-Care-Dienstleistung jedenfalls im Bereich der Analyse unumgänglich. Entsprechend ist zu empfehlen, bereits beim Kick-off des jeweiligen Projektes rechtliche Expertisen – sei es intern oder extern – hinzuzuziehen.

Identifikation und Analyse der rechtlichen Problemstellungen

Die Implementierung von Managed Care-Angeboten bei gesetzlichen Krankenversicherungen unterliegt regulatorischen Vorgaben, die sich namentlich im ersten und fünften Teil des Sozialgesetzbuches finden. Hier ist die zentrale Frage, ob das konkrete Managed-Care-Angebot diesen regulatorischen Vorgaben entspricht und mithin der betreffende gesetzliche Krankenversicherer überhaupt berechtigt ist, die Dienstleistung gegenüber seinen Versicherten anzubieten. Darüber hinaus empfiehlt es sich bereits zu einem frühen Stadium des Projektes, die zuständigen Aufsichtsbehörden, in diesem Fall das Bundesversicherungsamt, in den rechtlichen Dialog mit einzubeziehen und, sofern möglich, von dort eine verbindliche Stellungnahme zur Zulässigkeit des Vorhabens zu erwirken.

Einer gleichfalls detaillierten Analyse bedürfen die im Strafgesetzbuch niedergelegten Geheimnisschutzregelungen sowie die für den Gesundheitsbereich für die gesetzli-

chen Krankenversicherer geltenden spezifischen und im Übrigen allgemeinen datenschutzrechtlichen Vorgaben. Dies gilt im Besonderen für die im Praxisalltag nicht selten vorkommenden Fälle, dass die eigentliche Managed-Care-Dienstleistung von einem oder gegebenenfalls mehreren außenstehenden Dienstleistern im Rahmen eines Outsourcing erbracht werden soll. Namentlich die Geheimnisschutzanforderungen, abzuleiten aus § 203 StGB, erschweren ein rechtskonformes Outsourcing solcher Managed-Care-Dienstleistungen im Bereich der gesetzlichen Krankenkassen erheblich. Die Rechtslage ist in diesem sensiblen Bereich nach wie vor weitgehend ungeklärt, entsprechend hohe rechtliche Risiken bestehen zugunsten des gesetzlichen Krankenversicherers, wenn nicht durch entsprechende Gestaltungen des Serviceangebotes diesen Risiken nachhaltig und frühzeitig im Projekt begegnet wird.

Nicht weniger tückisch sind die Fragen rund um die datenschutzrechtliche Zulässigkeit des Anbietens von Managed-Care-Dienstleistungen. Dies nicht nur vor dem Hintergrund eines Outsourcings der Leistungserbringung auf einen externen Dienstleister, sondern auch im Hinblick auf die Nutzung der bei dem jeweiligen Versicherer vorhandenen Versicherten- und Patientendaten für den erweiterten Zweck der Erbringung von Managed-Care-Dienstleistungen. In dem einem wie dem anderen Fall ist frühzeitig sorgfältig zu analysieren, ob das konkrete strategische und technische Vorhaben zur Erbringung von Managed Care-Dienstleistungen auf Grundlage der zwingend geltenden datenschutzrechtlichen Vorgaben in seiner konkreten Konzeption rechtlich zulässig ist. Fällt dieser Befund negativ aus, ist zu fragen und zu analysieren, ob und in wie weit das konkrete Vorhaben, beispielsweise unter Nutzbarmachung von pseudonymisierten beziehungsweise anonymisierten Daten, zulässig gestaltet werden kann. Auch hier empfiehlt es sich, unabhängig von der Frage der rechtlichen Notwendigkeit im Einzelfall, die zuständigen Aufsichtsbehörden gegebenenfalls frühzeitig einzubinden, um eine rechtssichere Umsetzung des Dienstleistungsangebotes Managed-Care sicherzustellen.

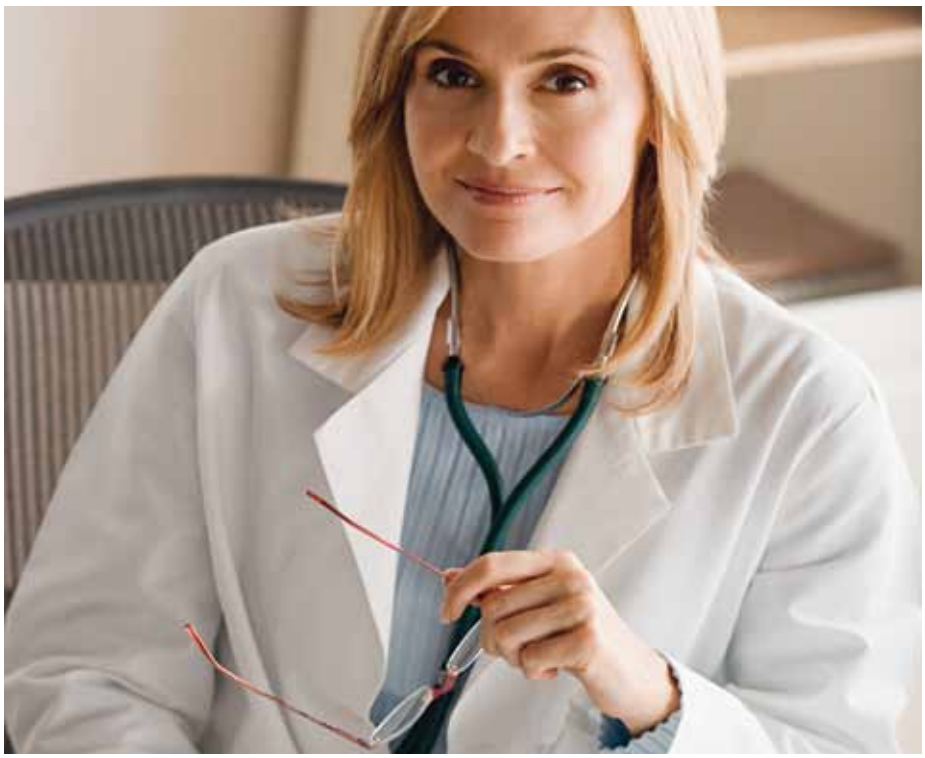
Nicht zuletzt bedarf es der Beachtung sonstiger regulatorischer Vorgaben, insbesondere solcher berufsrechtlicher Art. Hierzu zählen neben dem bereits angesprochenen § 203 StGB das regulatorische Verbot der Ausübung von Heilkunde durch Personen, denen dies nicht per gesetzlicher Gestattung erlaubt ist. Hier begegnen Managed-Care-Dienstleistungskonzepte in der Praxis faktisch besonders schwierig zu überwachenden rechtlichen Grenzen, deren Einhaltung nicht zuletzt auch aus Haftungsgründen zwingend ist. Entsprechend sind die Projekte tatsächlich auszugestalten. Sofern jedoch in die jeweilige Leistungserbringung hinsichtlich Managed-Care zur Sicherstellung der Beachtung der regulatorischen Erfordernisse unter gleichzeitiger Minimierung von Rechtsrisiken approbierte Ärzte einbezogen sind, sind weiter die berufsrechtlichen Vorgaben, namentlich § 10 MBO zur Dokumentationspflicht in die Überlegungen einzubeziehen. Aber auch jenseits des Anwendungsbereiches des § 10 MBO, mithin der Einbeziehung approbierter Ärzte in die operative Leistungserbringung, ist eine detaillierte Dokumentation aus anderen rechtlichen Gründen dringend geboten.

Vergabeprozess

Steht nach Abschluss der Konzeptionsphase fest, dass das Anbieten der konkreten Managed-Care-Dienstleistungen grundsätzlich und in der konkreten Form rechtlich zulässig ist und auch sonst gewünscht wird – und sei es auch nur nach entsprechender Anpassung der einzelnen Projektbestandteile an die zwingenden rechtlichen Vorgaben – stellen sich weitere rechtliche beziehungsweise prozesstechnische Fragen im Rahmen der Ausschreibung der Dienstleistungen. Für gesetzliche Krankenkassen ist hier zunächst zu beachten, dass diese als öffentliche Auftraggeber des Gesetzes ein geordnetes Vergabeverfahren zur Auswahl des Vertragspartners durchzuführen haben. Dies deshalb, weil aufgrund der IT-Basis die Erbringung von Mananged-Care Dienstleistungen im Rechtssinne ein IT-gestützter Dienstleistungsauftrag im Sinne des § 99 Abs. 4 GWB vorliegt. Als Verfahrensart für die Vergabe komplexer IT-Verträge kommt dabei regelmäßig das Verhandlungsverfahren oder der wettbewerbliche Dialog in Betracht. Jenseits des Schwellenwertes von EUR 206.000,00 ist europaweit auszuschreiben.

Unabhängig von den weiteren Kriterien vergaberechtlicher Art für die Auswahl des Vertragspartners und die Gestaltung der Verträge, die der Erbringung von Managed Care-Dienstleistungen zugrunde liegen, empfiehlt es sich auch für private Krankenversicherer, welche die Vorgaben des formellen Vergaberechts nicht einzuhalten haben, ein strukturiertes, freiwilliges Vergabeverfahren durchzuführen, um so über einen gesteuerten und geordneten Prozess ein möglichst optimales Vergabe- beziehungsweise Vertragsergebnis zu gewährleisten. Nur so werden die erhofften positiven Versorgungs- und Kosteneffekte nachhaltig rechtlich sichergestellt.

In der Praxis ist dabei neben den notwendigen, sämtliche Rechtsfragen der Leistungserbringung möglichst umfassend und



detailliert regelnden Verträgen insbesondere Wert auf eine detaillierte und den rechtlichen Vorgaben genügende Beschreibung der vom jeweiligen Dienstleister zu erbringenden Leistungen Wert zu legen. Gerade in diesem Bereich ergeben sich in der Praxis häufig noch erhebliche Defizite, die nur durch eine effiziente und effektive Interaktion zwischen Fachlichkeit und Recht zu vermeiden sind. Andernfalls kann die rechtlich-wirtschaftliche Sinnhaftigkeit des Vorhabens als solche grundsätzlich in Frage gestellt werden. Insgesamt empfiehlt es sich, auf die bewährten Strukturen und Muster einschlägiger vertraglicher Regelungen, namentlich solcher zu Outsourcing- oder IT-Implementierungs-Projekten zurückzugreifen und den Prozess zur Erstellung der Ausschreibungs- und Vertragsunterlagen durch einen entsprechenden rechtlichen Experten begleiten zu lassen. In jedem Fall sollte vermieden werden, diese Thematik auf Grundlage irgendwelcher Standardvertragswerke oder -klauseln anzugehen. Dafür sind Projekte dieser Art rechtlich viel zu komplex, potenzielle Rechtsverstöße oder -nachteile mit erheblichen wirtschaftlichen Auswirkungen sind vorprogrammiert.

Als Ergebnis dieses Projektschrittes ist – sei es in Form eines Vergabeverfahrens unter Beachtung der entsprechenden rechtlich zwingenden Vorgaben oder in der freiwilligen privaten Vergabe – an die jeweiligen Anbieter beziehungsweise Interessenten ein „Request for Proposal" nebst dem vollständig ausformulierten Vertragswerk zu übersenden mit der Maßgabe, auf dieses „Request for Proposal" möglichst kurzfristig – ggf. unter Beachtung der vergaberechtlich zu beachtenden oder sonst gesetzten Fristen – ein (verbindliches) Angebot zur Implementierung und ggf. zum Betrieb der Managed-Care-Dienstleistung zu unterbreiten.

Vertragsverhandlung

In der Phase der Vertragsverhandlung als zentraler Bestandteil des Vergabeprozesses ist zu beachten, dass mit dem jeweiligen Anbieter eine Vertraulichkeitsvereinbarung abzuschließen ist, die vor Versendung der Ausschreibungsunterlagen eingeholt werden sollte.

Im Rahmen der Angebotsauswertung kann auch jenseits der formellen Vergabe, insbesondere wenn dies bereits im Request for Proposal konzeptionell vorbereitet wurde, vieles standardisiert werden. So wird die Vergleichbarkeit der jeweiligen Angebote auch hinsichtlich der rechtlichen Angebotsbedingungen optimiert. Auch insofern ist ein stringenter Prozess aufzusetzen, der entsprechend zu überwachen und umzusetzen ist.

Bevor die rechtlichen Vertragsverhandlungen aufgenommen werden, führen die Parteien häufig technische und kommerzielle Abstimmungsgespräche beziehungsweise -verhandlungen, die in konkreten Absprachen enden. Sofern diese nicht erst unmittelbar in der Phase der rechtlichen Vertragsverhandlungen verbindlich vereinbart werden sollen, empfiehlt es sich für die Parteien häufig, diese kommerziellen und technischen Vereinbarungen in einem „Letter of Intent" (LoI) oder „Memorandum of Understanding" (MoU) festzuhalten. Über die rechtliche Qualität der jeweiligen Dokumente ist durch die Bezeichnung als solche nichts gesagt. Im Einzelfall ist hier im Sinne einer optimalen Prozess- und Verhandlungsgestaltung im Einzelnen zu entscheiden, ob die Parteien es bei einer unverbindlichen Absichtserklärung oder einem grundsätzlich verbindlichen Vorvertrag beziehungsweise gar einem verbindlichen Dokument insgesamt belassen wollen. In dem einen wie dem anderen Dokument finden sich nicht selten auch Regelungen zur Kostentragung für den Fall, dass die anschließenden eigentlichen Vertragsverhandlungen scheitern.

Der eigentliche Prozessabschnitt der rechtlichen Verhandlung des Dienstleistungs- beziehungsweise Outsourcingvertrages ist meist langwierig und komplex. Dies wird von den Parteien häufig im Rahmen der zeitlichen Planung des Gesamtprojektes vollends unterschätzt. Unbedingt sollte es vermieden werden, dass mit der eigentlichen Projektdurchführung begonnen wird, bevor die rechtlichen Grundlagen einschließlich der wirtschaftlichen und technischen Details final und verbindlich fixiert sind. Im Bereich des formellen Vergaberechts ist diese Vorgehensweise ohnehin auszuschließen, innerhalb der freihändigen privatrechtlichen Vergabe jedoch immer wieder anzutreffen. Die Missachtung dieser Notwendigkeit ist häufig der Boden für langwierige, kostenintensive und im Ergebnis wirtschaftlich allseits unbefriedigende Streitigkeiten.

Die Vertragsverhandlung als solche sollte von vornherein auch in zeitlicher Hinsicht klar mit einzelnen Themen und Terminen vorgegeben und gegebenenfalls abgeschichtet werden. Dies gilt insbesondere für die Fälle, in denen gleichzeitig mit mehreren Bietern zur Sicherstellung eines optimalen technisch-wirtschaftlichen Ergebnisses verhandelt werden soll.

Vertragsmanagement

Wenn der Dienstleistungs- beziehungsweise Outsourcingvertrag geschlossen ist, steht der Implementierung des Projektes zur Erbringung von Managed-Care-Dienstleistungen aus rechtlicher Sicht nichts mehr im Weg. Gleichwohl ist es aus Sicht des Krankenversicherers nicht gerechtfertigt, für die Laufzeit des jeweiligen Vertrages quasi die Hände in den Schoß zu legen. Die entsprechenden Vertragswerke sind umfangreich sowie wirtschaftlich, technisch und juristisch komplex. Darüber hinaus treten in der eigentlichen Umsetzungs- und Betriebsphase regelmäßig mannigfaltige Fragen operativer Art auf, die einer zügigen und verlässlichen Klärung durch die Parteien zugänglich sein müssen. Vor diesem Hintergrund ist unbedingt darauf zu achten und sicherzustellen, dass im Nachgang zum eigentlichen Vertragsschluss ein aktives und stringentes Vertragsmanagement und -controlling auf Seiten beider Vertragspartner implementiert wird. Dies bedarf der Planung auch insofern, als von vornherein hierzu geeignete und mit der Vorgeschichte des Projektes hinreichend befasste Mitarbeiter dauerhaft einbezogen werden. Die Vereinbarung effektiver Streitbeilegungsprozesse im Vertragswerk selbst unterstützt eine schnelle und interessengerechte Streitbeilegung.

Fazit

Managed-Care-Dienstleistungen sind bei frühzeitiger und sorgfältiger Beachtung der rechtlichen Rahmenbedingungen in Deutschland umsetzbar. Die entsprechenden Projekte sind auch hinsichtlich der rechtlichen Begleitung genau zu planen und stringent umzusetzen. So werden die Risiken des Misserfolgs signifikant verringert. Aus der Sicht des begleitenden Rechtsberaters sind in dieserart Projekten jedoch bis auf einige rechtliche Besonderheiten – insbesondere hinsichtlich des Projektablaufs – besonders diejenigen Werkzeuge und Kenntnisse anzusetzen, die für jedes IT-Projekt gelten und insbesondere für Outsourcingprojekte.

Kontakt

Jan Pohle
Taylor Wessing
Rechtsanwalt
Tel.: 0211/8387-0
E-Mail: j.pohle@taylorwessing.com
www.taylorwessing.com

Analyse interner Prozesse

ID EFIX® - Medizincontrolling der nächsten Generation

ID legt bei der Entwicklung von Lösungen für die medizinische Dokumentation seit nunmehr 25 Jahren den Fokus auf medizinische Inhalte, um die Codierung, Plausibilisierung, AMTS und Entgeltermittlung wirkungsvoll zu unterstützen. Die neu eingeführten ID DIACOS® Spezial-Programme bieten für die Bereiche Geriatrie, Psychiatrie und hochaufwändige Pflege/PKMS zusätzliche Lösungen.

Susann-Cathrin Burde

Komplexes medizinisches und pflegerisches Fachwissen wird hierfür aufgearbeitet und durch ID MACS® – medical semantic network abgebildet und durch den Terminologieserver ID LOGIK® zur Verfügung gestellt.

ID EFIX® ergänzt seit Jahren als Controllingwerkzeug die Softwarepalette von ID. Für eine breite Anwendergruppe stehen die Analysen sowohl auf ACCESS- als auch SQL-Datenbasis zur Verfügung. Die Erweiterung der Datenbank auf MS SQL Server, eine moderne Programmoberfläche verbunden mit einer neuen technologischen Basis, machen ID EFIX® zu einem leistungsfähigen und zukunftssicheren Werkzeug für das Medizin- und Finanzcontrolling.

Eine neue Erweiterung der Möglichkeiten im Controlling und Medizincontrolling bietet ab Herbst 2010 der ID EFIX® Analyser auf Basis SQL Server 2008 (Standard Edition). Hier werden die Analysis Services auf OLAP–Basis genutzt. Es gibt sowohl vorgegebene Standardauswertungen, als auch die Möglichkeit, Analysen individuell zusammenzustellen. Ähnlich Pivot, ermöglicht der ID EFIX® Analyser eine große Flexibilität in der Zusammenstellung der Datenbasis. Die zusammenklickbaren Felder werden aus den Daten des § 21 Datensatzes inklusive Kostendaten und durch zusätzliche Datenimporte bezüglich Medikamente, Psychiatrie, Palliativ et cetera aus dem Scorer (ID DIACOS®) gefüllt.

Abb. 1: ID EFIX® Analyser - Verweildauer pro Fachabteilung

Durch Nutzung der OLAP-Funktionalität wird die Leistungsfähigkeit von ID EFIX® durch die flexiblere Darstellung von Zeitverläufen optimiert. In unterschiedlichen Aggregationsstufen können typische Leistungskennzahlen, wie zum Beispiel CMI, CM oder Fallzahl pro DRG, im Jahresverlauf oder auch im Vergleich zu Vorjahresdaten aufbereitet werden. Durch aktive Anpassung der vorhandenen Tabellenstruktur kann der Nutzer die individuelle Fragestellung weiter auf die Bedürfnisse des eigenen Krankenhauses anpassen. Wie auch im ID EFIX® der älteren Generation können mehrere Kliniken eines Verbundes gegenübergestellt werden.

Seit 2009 stehen Codes für das Assessment in der Palliativmedizin zur Verfügung.

Das Basisassessment ist ab 2009 Voraussetzung für die Abrechenbarkeit der palliativmedizinischen Komplexbehandlung über den OPS-Code 8-982.- des für Deutschland gültigen Operationen- und Prozedurenschlüssel Version 2010. ID DIACOS® Spezial Palliativ bietet jetzt die Möglichkeit aus einem „Baukasten" im Rahmen der geforderten Instrumente

Assessments (zum Beispiel Barthelindex, Frühreha-Barthelindex, IADL-Test nach Lawon & Brody, Tinetti-Test, Karnofsky-Index, Numerische Rating Skala, Soziale Situation nach Nikolaus, Nutritional Risk Screening und andere) selbst zusammenzustellen. Teilweise liegen die Formulare zur Unterstützung des Behandlungsteams bei nicht-deutschsprachigen Patienten multilingual vor. Nach Eingabe der Werte gibt es in Form eines

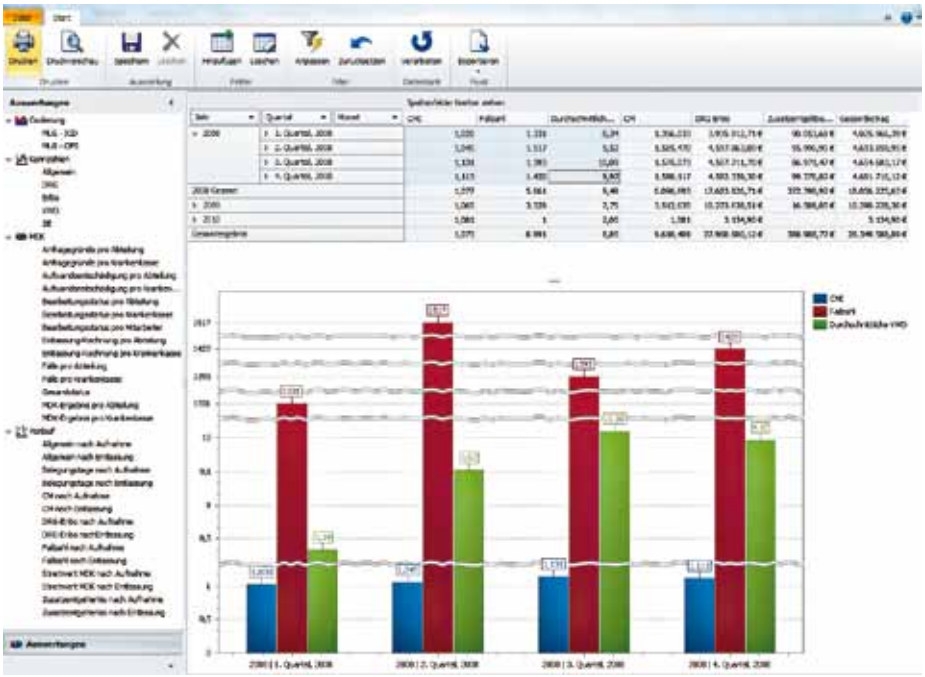


Abb. 2: ID EFIX® Analyser - Allgemeine Kennzahlen im Verlauf

Ampelsystems eine Auswertung für den getesteten Bereich. Spezielle Dokumentationsbögen (zum Beispiel Sturzprotokoll, Schmerz-, Kontinenz- Anamnese) sowie Bögen für die Verlaufsdokumentation und die palliative Symptomgraduierung sind integriert. Alle Professionen sind in die Dokumentation einbezogen und haben jederzeit

Zugriff auf erhobene Daten und Behandlungsziele. Doppelerhebungen werden vermieden. Über grafische Aufbereitungen erhält man eine ganzheitliche Übersicht über die Probleme des Patienten.

Für die Palliativmedizin, aber auch für den Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik, die Geriatrie oder die hochaufwändigen Pflegemaßnahmen – über die im März 2010 in dieser Zeitschrift berichtet wurde – können im ID EFIX® Analyser die Daten der medizinischen Dokumentation aus dem ID DIACOS® Spezial-Programm ideal zur Darstellung von Sachverhalten im Zeitverlauf genutzt werden. Die Daten werden über den kompletten Behandlungsfall mitgeführt und stehen dadurch in ID EFIX® zur Verfügung.

Für die Psychiatrie und Psychosomatik wurde im Rahmen des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes (KHRG) vom 25.03.2009 die Einführung eines leistungsorientierten und pauschalierenden Entgeltsystems auf Grundlage von tagesbezogenen Entgelten beschlossen. Das neue Entgeltsystem in diesen Bereichen stellt eine Herausforderung für das Controlling und Medizincontrolling dar. Diagnostische, therapeutische und pflegerische Leistungen müssen exakt erfasst und verursachungsgerecht den Kosten zugeordnet werden können. Auch im Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik muss jetzt über Effizienzreserven in den Ablaufprozessen nachgedacht werden. Es müssen aussagekräftige Kennzahlen formuliert werden, die die Geschäftsführung bei Optimierungsprozessen in der Ablauforganisation unterstützen. Die Auswertung der sehr komplexen Informationen aus Patienten,- Leistungs- und Kostendaten muss durch Unterstützung von EDV-Systemen erfolgen.

Durch den Import der § 21 Daten, der Möglichkeit einer integrierten Kostenträgerrechnung und der Schnittstelle zur Dokumentation im ID DIACOS® bietet ID EFIX® ein komplexes Analysetool für das Controlling und Medizincontrolling. Durch automatisierten Datenimport und nächtliches Batchgrouping können Entscheidungen im operativen, wie auch strategischen Management unterstützt werden. So kann die Psych-PV-Einstufung aus der Routine-Leistungsdokumentation für Kinder, Jugendliche, Erwachsene und gerontopsychiatrische Patienten in unterschiedlichen Aggregationsstufen (bis auf Fallebene) pro Tag/Woche/Stichtag oder im Zeitverlauf dargestellt werden. Ebenfalls kann der Anteil an Regel- und Intensivbehandlung, die Anzahl der Therapieeinheiten pro Tag/Station/Patient/Abteilung oder der notwendige Personaleinsatz pro Patient analysiert werden. Von Interesse wird sicher auch die Darstellung der Differenz von erfassten Therapien zu tatsächlich durch OPS-Codes gewerteten Therapien sein. Auch die tatsächliche Personalbindung über Minuten des Personals am Patienten wird über die Datenimporte aus dem ID DIACOS® Spezial-Programm auswertbar.

Es sind Analysen möglich, die beispielsweise die Erkrankung und/oder das Alter des Patienten zu seiner Liegedauer und/oder Therapieintensität ins Verhältnis setzen. Mit der Einführung einer Kostenträgerrechnung ist es möglich, Kosten und Leistungen im Behandlungsverlauf sichtbar zu machen. Ebenfalls ist eine Darstellung der Deckungsbeiträge im Drill down von der Fachabteilung über die DRG bis hin zum Fall möglich.

Für die unterschiedlichen Kennzahlen sollen Planwerte hinterlegt werden (optional für alle Kennzahlen), um SOLL-IST Vergleich und Abweichungsanalysen durchführen zu können. In einem sogenannten Dashboard werden diese Informationen zusammengefasst dargestellt. Hier werden Abweichungsanalysen (Markierung von positiven oder negativen Trends) generiert. Zum Beispiel wird die Abweichung des Casemix von einem Planwert farblich markiert und grafisch dargestellt.

Um das Controlling und Medizincontrolling auch in komplizierten Fragestellungen zu unterstützen, können individuell zusammengestellte Filter die Datenmenge einschränken. Die Filter können gespeichert werden und so für spätere Abfragen zur Verfügung stehen. Im Vergleich zur Herstellung eines SQL-Filters im ID EFIX® der älteren Generation, ist die Anwendung des Filters im Analyser stark vereinfacht und intuitiv.

Waren die Grafiken im ID EFIX® der älteren Generation noch vorgegeben, können diese im Analyser individuell angepasst werden. Jetzt wird es zum Beispiel dem Nutzer möglich, auch Teilaspekte einer Auswertung grafisch darzustellen.

Das Controllingwerkzeug ID EFIX® beinhaltet zusätzlich ein modernes Reporting auf Grundlage von MS SQL Server Reporting Services. Damit wurde das bisherige Controllingtool um vielfältige Funktionen erweitert und präsentiert sich mit einer zeitgemäßen Oberfläche. Ein Assistent bietet Unterstützung bei der Orientierung und Bedienung des Reportings, wobei die Oberfläche

sich ebenfalls durch Anlehnung an MS Office durch eine einfache Anwendung auszeichnet.

Der sogenannte Reporting Generator soll zukünftig ermöglichen, ausgewählte – sowohl vordefinierte als auch selbst konfigurierte – Kennzahlen aus dem Analyser als Bericht zu exportieren und im Reporting zu speichern.

Schon heute kann im ID EFIX® Reporting für verschiedene Empfängergruppen aus einer Fülle von Kennzahlen ein individueller Bericht zusammen gestellt werden. Der Bericht erlaubt die Darstellung im Zeitverlauf über mehrere Jahre, im Vergleich zwischen mehreren Krankenhäusern oder Fachabteilungen. Die vergleichende Darstellung mit Soll-Vorgaben aus der Budgetplanung ermöglicht zusätzlich eine schnelle Orientierung für die Geschäftsführung aber auch für einzelne Chefärzte. Zugleich ist ein schneller Überblick über mehrere Kliniken in einem Verbund mit entsprechender Datengrundlage künftig auf Knopfdruck erzeugt.

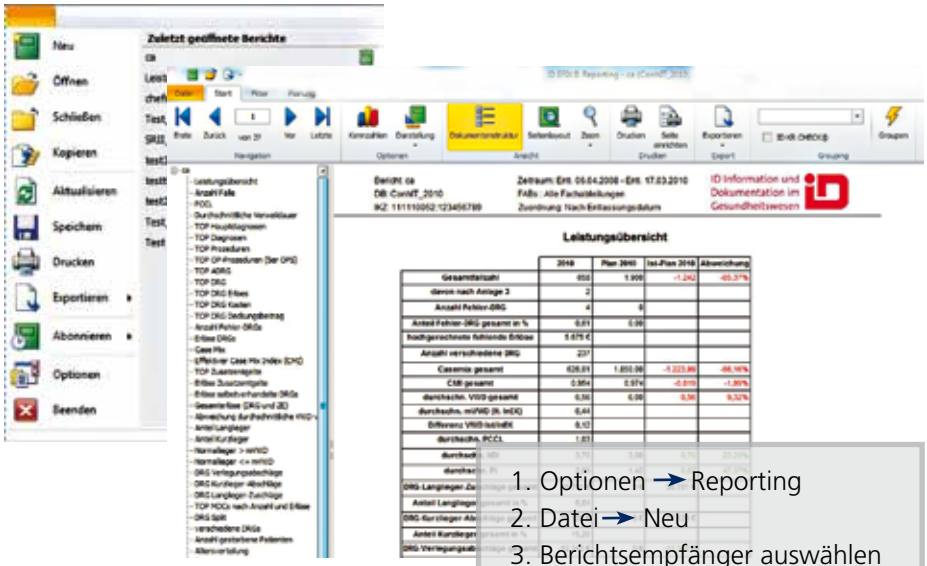
Die Darstellung der ausgewählten Kennzahlen aus Erlös-, Kosten- und Leistungs- sowie Qualitätsdaten erfolgt in übersichtlichen Tabellen und aussagekräftigen Grafiken sofort als Vorschau auf der Programmoberfläche. Dabei erlauben umfangreiche Filtereinstellungen einen spezifischen Blick auf die Daten. Des Weiteren bieten vielseitige Konfigurationsmöglichkeiten die Darstellung der Kennzahlen nach individuellen Wünschen. Das Layout ist sowohl schnell für kleine Anpassungen, als auch für detaillierte Änderungen konfigurierbar.

Einmal erstellte Berichte werden empfängerspezifisch gespeichert, können jederzeit geändert und in verschiedenen Formaten exportiert werden. Eine Veröffentlichung der Berichte strukturiert nach Fachabteilung oder Bereich über ein Intranet oder Portal mit Hilfe von MS SharePoint, ermöglicht ein aktuelles Berichtswesen. Eine Versendung per E-Mail- oder Datei-Abonnement ist selbstverständlich auch möglich.

Bereits seit zwei Jahren steht in ID EFIX® der MDK Manager zur Verfügung. Alle Interventionen des MDK bei Falldokumentation und Abrechnung können analysiert und hinsichtlich der Erlösauswirkungen ausgewertet werden. Auch im Jahresverlauf beziehungsweise im Vergleich mit Vorjahren können die MDK-Prüfungen auf unterschiedlichen Aggregationsstufen dargestellt werden. Vordefiniert sind dazu zum Beispiel Auswertungen zum Fallstatus (offen oder abgeschlossen), zu den unterschiedlichen Prüfgründen oder den Erlösdifferenzen zwischen Originalfall und MDK Vorschlag.

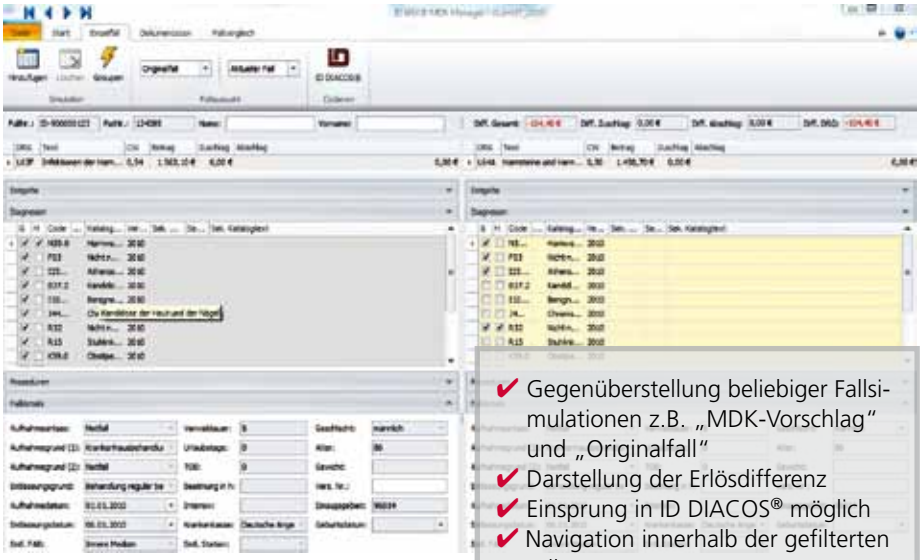
Natürlich sind Exporte der jeweiligen Analyse in unterschiedliche Formate (zum Beispiel EXCEL, PDF, CSV, HTML, MHTML, RFT, TEXT oder Bitmap) möglich.

Derzeit wird daran gearbeitet, den OLAP-Würfel nach Aufbereitung der Daten auch offline zur Verfügung zu stellen. Das bedeutet, dass die Verbindung zum SQL Server unterbrochen werden kann. Zum Beispiel kann der Nutzer dann den aufbereiteten Analyser-OLAP-Würfel auf ein Notebook ziehen.



1. Optionen → Reporting
2. Datei → Neu
3. Berichtsempfänger auswählen
4. Kennzahlen auswählen
5. Bericht benennen und speichern

Abb. 3: Reporting - Neuer Bericht



- ✔ Gegenüberstellung beliebiger Fallsimulationen z.B. „MDK-Vorschlag" und „Originalfall"
- ✔ Darstellung der Erlösdifferenz
- ✔ Einsprung in ID DIACOS® möglich
- ✔ Navigation innerhalb der gefilterten Fallmenge

Abb. 4: MDK Manager - Fallsimulationen

Literatur

1. Stranz, St. (2010): Künftig leistungsbezogen und pauschaliert. In: KU Spezial Controlling.
2. Pfänder, T.; Fischlein, J. (2008): Industrielles Klinikmanagement. München: FinanzBuch Verlag.

Kontakt

Susann-Cathrin Burde
ID Information und Dokumentation im Gesundheitswesen GmbH & Co. KGaA
Geschäftsbereich Gesundheitsökonomie
Tel.: 030/24626-0
E-Mail: info@id-berlin.de
www.id-berlin.de

Das CLINICAL-COCKPIT®

Die Informationsquelle für entscheidungsrelevantes Wissen

Wie sehen „sinnvolle" Kennzahlen aus? Wie werden sie so erhoben, dass sie zu konkreten Aussagen führen? Nur mit einem aktuellen und schnell verfügbaren Informationswesen können Entscheidungen umgehend und gezielt getroffen werden. Die zunehmende Komplexität und Dynamik der Märkte ist insbesondere im Gesundheitssektor deutlich zu spüren. Immer kürzere Reaktionszeiten und die Notwendigkeit von straffen Entscheidungsprozessen, die auf einer soliden und präzisen Analyse der Geschäftsdaten beruhen sind das Resultat von Politischen Reformen, neuen Finanzierungssystemen und eines steigenden Wettbewerbsdrucks.

Peter Bauske

Im Krankenhausalltag existiert eine Vielzahl von betriebswirtschaftlichen Kennzahlen, die jedoch meistens ohne einen erkennbaren Bezug aneinander gereiht dastehen. Die von der Klinikleitung zu treffenden Entscheidungen berücksichtigen nur selten Zusammenhänge, Querverbindungen und wechselseitige Abhängigkeiten innerhalb des Krankenhausbetriebes und werden ausschließlich unter Berücksichtigung einzelner Verantwortungsbereiche getroffen. Eine stimmige Unternehmensführung kann auf diese Weise nicht stattfinden.

Um die Unternehmensstrategie und die operative Lenkung der Einrichtung sinnvoll miteinander zu verknüpfen ist es notwendig, die derzeit für ein Krankenhausmanagement entscheidungsrelevanten Kennzahlen zu filtern, in Beziehung zueinander zu setzen, und die wichtigen Informationen zu bündeln. Auf diese Weise können Schwachstellen aufgedeckt und analysiert werden.

Kennzahlen im Gesundheitswesen: Ihre Bedeutung und ihr Nutzen

Die sehr komplexen Abläufe innerhalb eines Krankenhausbetriebes erfordern es, zum richtigen Zeitpunkt die richtigen Entscheidungen zu treffen, die richtigen Ziele zu vereinbaren und die richtigen Maßnahmen zu realisieren. Hier stellt sich die entscheidende Frage, welche aussagekräftigen Kennzahlen am sinnvollsten herangezogen werden sollen. Denn ohne die Verwendung der richtigen Kennzahlen lässt sich ein Krankenhaus kaum effizient führen.

Diese Umstände fordern das Krankenhauscontrolling als Informationslieferant der Entscheidungsträger im Krankenhaus in besonderem Maße, da sie verlässliche Anhaltswerte für zukünftige Entscheidungen zur Verfügung stellen müssen. Ausgehend von der theoretischen und empirischen Analyse der traditionellen Kennzahlen (Gesamtkapitalrentabilität, Return on Investment (ROI), Cash-Flow, Deckungsbeitrag, usw.) und DRG-Kennzahlen (Case-Mix-Index (CMI), Top Ten-DRGs, Kennzahlen zum PCCL, usw.) sowie deren Verknüpfungen zueinander ist es auch für den Vergleich mit anderen Einrichtungen sinnvoll, standardisierte Kennzahlen auszuwerten.

Die Kennzahlen sollten hierbei in direkter Verbindung zu den Unternehmenszielen stehen. Die einzelnen Kennzahlen müssen dabei so konzipiert sein, dass sie die Entwicklung der Prozesse messen und notwendige Informationen für eine mögliche Verbesserung geben können. Gute Kennzahlen zeigen das zu erreichende Ziel, das gegenwärtig erreichte Niveau und die bisherige Entwicklung an. Da sich die Kennzahlen hervorragend als Kommunikationsinstrument eignen, sollten sie möglichst visuell als Diagram dargestellt werden.

Ein zentraler Aspekt des Nutzens von Kennzahlen ist deren Einsatz für die strategische Planung des Unternehmens. Dort werden sie zur Führungsarbeit, Kontrolle und als Vergleich herangezogen. Sie liefern wertvolle Informationen für Analysen und machen Entscheidungen, Planungs- und Steuerungsüberlegungen innerhalb des Unternehmens transparent. Hieraus lassen sich auch Überlegungen zu zukünftigen Investitionsschwerpunkten ableiten. Mit den an die Unternehmensziele gekoppelten Kennzahlen wird beispielsweise eine effektive Führungsarbeit transparent: Des Weiteren können sie als Frühwarnsystem fungieren indem sie auftretende Abweichungen der Vorgaben erfassen.

Allerdings ist eine unkomplizierte und detaillierte Analyse und Auswertung der oft heterogenen und zusammenhanglos aneinander gereihten Datenmengen nur schwer durchführbar.

Das CLINICAL-COCKPIT als Informationslieferant

Das CLINICAL COCKPIT der RZV GmbH liefert ein praxistaugliches Kennzahlenkonzept, das als strategisches und operatives Controllinginstrument eine Vielzahl von Informationen bereitstellt. Diese sind hinsichtlich ihrer Aufgabe innerhalb der Organisationseinheit und ihrer Einstufung im Unternehmen aufgebaut. Sie erfassen nicht nur quantitative Auswertungen, sondern setzten die verschiedensten Entwicklungen in Beziehung zu den Unternehmensstrategien und den festgelegten Zielen. Die Anwendung ist so direkt mit den wichtigsten Entscheidungsfeldern der Einrichtung verbunden.

Auf ein mühsames und zeitintensives Aufbereiten der Daten kann durch die Integration der Daten aus dem SAP-Finanzma-

nagement, SAP-Patientenmanagement und dem medizinischen System MCC verzichtet werden.

So erstellt beispielsweise das zentrale Management-Cockpit schnell und unkompliziert eine Übersicht über die Gesamtsituation der Einrichtung. Spitzenkennzahlen wie der Return on Investment, der Cash-Flow, der Case-Mix-Index und die Belegungsquote zeigen sofort auf, wo kritische oder auch positive Analysefelder der Einrichtung liegen. Zusätzlich zeigt die Lösung wichtige Ergebnis-, Bilanz- und Finanzinformationen auf. Medizinische Informationen, Personalinformationen sowie Kosten- und Leistungsinformationen werden vergleichend oder in ihrer Entwicklung gegenüber gestellt.

Das Leistungsangebot des Tools geht jedoch weit über die Möglichkeiten des zentralen Führungscockpits hinaus. Zusätzliche Module durchleuchten intensiv tiefer liegende Informationsbereiche. Kernstück ist hier das Kosten- und Leistungscockpit, welches unter anderem Funktionen für den OP und die stationäre Belegung sowie in einer Ausbaustufe für die Ambulanz bereithält. Kompakte Informationen über die Belegsituation, zu Trends bei entscheidenden Veränderungen in der Leistungsstruktur sowie eine Verweildauerstatistik für Ihre Einrichtung werden ebenso bereitgestellt wie ein ABC-Analyse-Cockpit, bei dem DRGs hinsichtlich ihrer Deckungsbeiträge und Kostensituation direkt im Quervergleich überprüft werden können.

Weiterhin ermöglicht die Lösung jederzeit einen anschaulichen Überblick über die liquiditätsrelevanten Prozesse der Einrichtung. Als Informationsquelle agieren hier die zentralen Finanzkennzahlen, wie der Cash- Flow, das Working Capital und das Debitorenziel. Beispielsweise lassen sich Trends im Zahlungsverhalten – gestaffelt in Zeitkategorien – bei der Offenen-Posten-Situation analysieren. Selbst einzelne Fachabteilungen durchleuchtet das System hinsichtlich ihrer Abrechnungsprozesse und liefert, falls notwendig, konkrete Hinweise zur Optimierung der Vorgänge.

Die qualifizierten Berichte und Analysen unterstützen die Verantwortlichen nachhaltig darin, bei drohenden Missständen rechtzeitig und angemessen reagieren zu können.

Frühwarnsystem

Die Krankenhausleitung ist verantwortlich für eine zielorientierte Lenkung der Einrichtung. Ihre Aufgabe ist es, frühzeitig neue Entwicklungen im operativen Geschäft zu erkennen und entsprechend zu bewerten. Die Anwendung liefert hier nicht nur die notwendigen Informationen, aufbereitet in Berichten und Analysen, sondern überzeugt auch mit einer ausdrucksstarken Visualisierung der Daten. Mit Hilfe von grafischen Elementen, wie der Ampelsteuerung oder der Trenddarstellung, lassen sich Entwicklungen schnell identifizieren, um dann gegebenenfalls notwendige Kurskorrekturen vorzunehmen. Mit dem CLINICAL COCKPIT der RZV GmbH verfügt der Anwender über ein leistungsstarkes Analysewerkzeug, das vorhandene Unternehmens- und Geschäftsdaten in relevantes, handlungsanleitendes Wissen verwandelt – umfassend und schnell. Ein mühsames und zeitintensives Aufbereiten der Daten ist nicht mehr notwendig, so bleibt mehr Raum für das Gestalten und Analysieren. Aber trotz aller intelligenten Unterstützung und sinnvoll aufbereiteten Informationen – die Denkarbeit bleibt weiterhin dem Menschen überlassen.

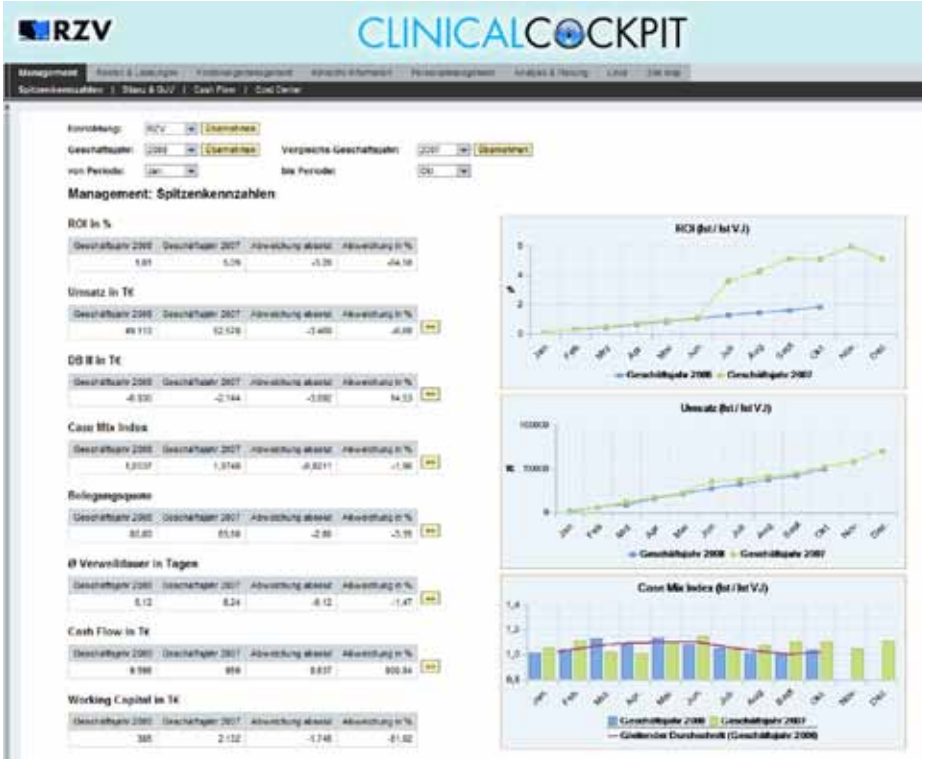


Abb. 1: Layoutgestaltung des Management- und Controlling-Cockpits

Kontakt

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

CLINICAL-COCKPIT ist eingetragenes Warenzeichen der RZV GmbH

Termin- und Ressourcenmanagement im Krankenhaus

Ein Fallbeispiel für Effizienzsteigerung und Serviceverbesserung

Das AZ St. Jan Hospital hat bereits geschafft, was viele Einrichtungen im Gesundheitswesen noch vor sich haben: auf Basis einer unternehmensweiten Termin- und Ressourcenmanagement-Lösung wurde ein Online-Überweisungs- und Buchungsportal realisiert, über das Zuweiser ihre Patienten an das Krankenhaus überweisen und Patienten ihre eigenen Termine buchen können. Online-Überweisungen und -Buchungen gehören heute zum Alltag des Krankenhauses und seiner angeschlossenen Partner.

Dr. Thorsten Dusberger

Ausgangssituation / Projektziel

Das AZ St. Jan ist ein öffentliches, allgemeines 900-Betten-Krankenhaus mit verschiedenen Fachabteilungen und liegt wenige Kilometer außerhalb der Altstadt von Brügge in Belgien. Als Ausbildungskrankenhaus pflegt es landesweit enge Verbindungen zu verschiedenen Universitäten und akademischen Einrichtungen und hat sich als eines der ersten belgischen Krankenhäuser mit zuweisenden Ärzten vernetzt. Das dadurch entstandene BIAN Projekt (Brugs Interactief Artsennetwerk – Interaktives Ärztenetzwerk Brügge) gibt heute teilnehmenden Ärzten der Region Zugang zu den administrativen und medizinischen Daten der von ihnen überwiesenen Patienten.

Handlungsbedarf

Die Planung von Terminen innerhalb des AZ St. Jan wird mit iSOFT Enterprise Scheduling durchgeführt, das heute von nahezu allen Abteilungen und Kliniken genutzt wird. Das Planungssystem verdankt die hohe Akzeptanz einerseits der Benutzerfreundlichkeit und andererseits der extremen Konfigurationsfähigkeit – das heißt der Fähigkeit, Regeln zu speichern und auf die Planung anzuwenden.

Nach und nach haben zunächst einzelne Abteilungen ihre Terminpläne anderen Abteilungen zugänglich gemacht, so dass diese dort Termine direkt buchen konnten. Bereits früh kam dabei die Idee auf, auch autorisierten externen Zuweisern die Möglichkeit zu geben, Termine für ihre Patienten direkt im Krankenhaus zu buchen. Dieses sollte auf der Grundlage von interaktiven Überweisungspfaden erfolgen, die von den einzelnen Abteilungen des Krankenhauses vorgegeben wurden.

Handlungskonzept

Das eingesetzte iSOFT System erwies sich von Beginn an als sicher und technisch stabil, dennoch wurde es von den zuweisenden Ärzten anfänglich nicht im gewünschten Maße angenommen. Die Idee, Patienten online zu überweisen, fand zwar großen Anklang, doch die Ärzte wollten ihre kostbare Zeit nicht auch noch in Terminbuchungen stecken. Eine Konzeptänderung sollte dieses Problem beheben:

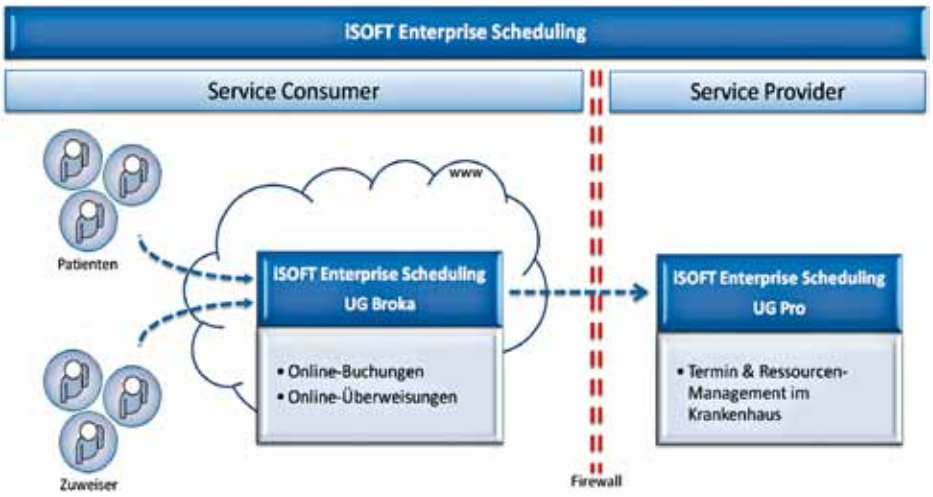


Abb. 1: Schematische Darstellung des Zusammenspiels zwischen Buchungs-Plattform (Service Consumer) und dem Termin- und Ressourcenmanagement im Krankenhaus (Service Provider)

Neben der Portalanwendung für Zuweiser wurde auch ein Portal für Patienten eingeführt. Der Prozess der Überweisung und Buchung wurde also in Teilprozesse gesplittet, so dass der gesamte Prozess besser in den alltäglichen Behandlungsablauf integriert werden konnte.

Alle am Prozess Beteiligten hatten nun ihre klar definierten Aufgaben:

- Krankenhaus: legt die Regeln für Zuweisungen und Buchungen fest.
- Zuweisende Ärzte: überweisen Patienten in Übereinstimmung mit den Zuweisungsregeln.
- Patienten: buchen ihre Termine in Übereinstimmung mit den Buchungsregeln.

Die zuweisenden Ärzte müssen Termine nicht mehr selbst buchen, sondern lediglich ihre Patienten überweisen. Basierend auf den eingegebenen Daten des Arztes sowie den hinterlegten Buchungsregeln erfolgt eine Autorisierung der Überweisung. Überwiesene Patienten können ihre Terminbuchung über ein Patientenportal einfach selbst tätigen, haben Überblick über ihre persönlichen Termine und die zuweisenden Ärzte werden dadurch entlastet.

Projektergebnis

Abgesehen von den üblichen Anfangsschwierigkeiten kann man zu Recht sagen, dass das System hinsichtlich Sicherheit, Funktionalität und Durchführungsgeschwindigkeit hervorragend funktioniert. Alle definierten Ziele der Beteiligten wurden erfüllt:

Das System bietet einerseits den Krankenhausabteilungen eine flexible Konfiguration, die Einhaltung der Buchungsregeln sowie Sicherheit. Andererseits steht dem Zuweiser eine schnelle und effiziente Möglichkeit zur Patienteneinweisung zur Verfügung.

Auch der steigende Bedarf der Patienten, online am Buchungsprozess teilzunehmen, wird vom System gedeckt. War am Anfang die Zahl der Online-Buchungen noch niedrig – steigt sie heute von Monat zu Monat. Es wird erwartet, dass bis zu 40% der ambulanten Terminbuchungen online durchgeführt werden.

Kontakt

Dr. med. Thorsten Dusberger
iSOFT Health GmbH
Portfolio Direktor
Tel.: 0621/3928-0
E-Mail: thorsten.dusberger@isofthealth.com
www.isoft.de

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

MEDICA®
Besuchen Sie uns auf der MEDICA in Düsseldorf **Halle 15/Stand C.21**

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

Entwicklung eines Kennzahlensystems zur OP-Effizienz

Ob ein Krankenhaus wirtschaftlich arbeitet, entscheidet sich zu einem großen Teil im OP. Hier fallen 28 Prozent der medizinischen Gesamtkosten an. Dies betrifft nicht nur den Eingriff, sondern auch alle vor- und nachgelagerten Prozesse. Deshalb ist es entscheidend, prozesskonforme Rahmenbedingungen zu schaffen, um die einzelnen Arbeitsabläufe zu optimieren.

Christian Roleff

Das OP-Effizienz-Programm unterstützt Entscheider im Klinikbereich bei der Optimierung: Mit diesem klinikindividuellen Management-Werkzeug können erstmals die Einsparpotenziale bezüglich Zeit und Kosten in der präoperativen Vorbereitung eines Patienten im Operationssaal dargestellt werden. Basierend auf Kennzahlen bietet das Programm Lösungsvorschläge zur Leistungssteigerung im Krankenhaus durch die effektive Nutzung der Ressourcen, die durch die Einführung von OP-Trays frei geworden sind.

Die ProcedurePak® OP -Trays von Mölnlycke Health Care sind ein strategisches Mittel zur klinikweiten Prozessoptimierung. Sie vereinfachen als OP Komplettsets den gesamten Prozess der Materialwirtschaft – von der Bestellung über die Lagerung und Kommissionierung bis zum Verbrauch und der Abfallentsorgung. Durch die Bündelung von Einzelkomponenten kann die Zahl der Lieferanten reduziert werden. Ebenso sinkt die Zahl der Bestellungen und Rechnungen, die kontrolliert werden müssen. Das bringt Zeit, die anderweitig investiert werden kann. Nicht zuletzt steigt aber auch die Mitarbeiterzufriedenheit. Durch den Wegfall vieler Tätigkeiten können Ärzte und Pfleger fokussierter arbeiten und sich letztlich prä- und postoperativ intensiver um den Patienten kümmern. Der Erfolg des Programms, die Erhöhung der Effizienz im OP, wird hierbei unter anderem durch die klinikindividuelle Erarbeitung eines Ziel- und Kennzahlensystems sichergestellt.

OP- Effizienz und deren Steuerung durch Kennzahlen

Kliniken sind deshalb, im Hinblick auf die teuren OP-Zeiten, verstärkt angewiesen, Wartezeiten für Patienten, Leerlaufzeiten für Mitarbeiter, unzureichende Kapazitätsauslastungen und räumliche Engpässe zu vermeiden.

OP- Effizienz bedeutet in erster Linie, dass in den meist stark ausgelasteten OPs die Patienten so schnell wie möglich behandelt werden, ohne dabei Kompromisse in der Qualität einzugehen. Eine der Herausforderungen liegt hierbei in der Reduzierung der OP-Zeiten. Denn nur durch eine lückenlose und zufriedenstellende Nutzung der Ressourcen kann eine Gewinnsteigerung im komplexen Operationsbetrieb erreicht werden.

Ein effizientes OP- Management muss reibungslose Abläufe in einem der material-, zeit- und schnittstellenintensivsten Bereiche des Krankenhauses sicherstellen. Die Ermittlung und Überprüfung der Effizienz kann mit Hilfe eines Kennzahlensystems erfolgen, welches im Idealfall dafür sorgt, dass wichtige strategische Entscheidungen aufgrund einer guten Übersicht schnell getroffen werden können.

Zur Beurteilung der OP-Effizienz steht eine Vielzahl von verschiedenen Kennzahlen zur Verfügung. Diese lassen sich in Prozessablaufkennzahlen und Finanzkennzahlen unterscheiden. Bestimmte Kennzahlen, wie beispielsweise die Auslastung und Wechselzeiten, haben sich in den Krankenhäusern weitestgehend etabliert. Mit ihrer Hilfe werden die Prozessabläufe im OP beurteilt. Direkte Finanzkennzahlen gewinnen durch die zunehmende Eigenständigkeit des OP-Managements zunehmend an Bedeutung. Hierzu gehört neben der Budgeteinhaltung auch das Finanzergebnis der internen Leistungsverrechnung. Diese ermöglicht es, das OP-Management über die Budgetverantwortung von einem reinen Verursacher von Kosten zu einem aktiven Gestalter der klinikinternen Prozesse zu wandeln.

Kennzahlen als Steuerungsinstrument

Modernes Management ist ohne Kennzahlen nicht mehr durchführbar. Mit Hilfe von Kennzahlen lassen sich Prozesse als messbare Größen darstellen, um Leistungen aufzuzeigen und zu bewerten, Fehlentwicklungen frühzeitig zu erkennen und das Management bei der Entscheidungs- und Zielfindung zu unterstützen. Weiterhin dienen sie sowohl als Analysegrundlage als auch der Informationsgewinnung und werden zur Unternehmenssteuerung und -kontrolle eingesetzt.

Die Unternehmensziele können sich entweder auf monetäre Erfolgs- und Liquiditätskennzahlen oder auf nicht monetäre Kennzahlen, wie den Auslastungsgrad von Kapazitäten, beziehen.[1] Sie können das gesamte Unternehmen erfassen oder sich auf einen bestimmten Teilbereich beziehen, zum Beispiel auf den OP- Bereich eines Krankenhauses.

Häufig werden Kennzahlen in absolute und relative Zahlen unterteilt. Absolute Kennzahlen sind beispielhaft die Anzahl der Mitarbeiter in einer bestimmten Abteilung, die Anzahl der durchgeführten Operatio-

nen, die Zeiten zwischen OP-Beginn und OP-Ende oder ein errechneter Deckungsbeitrag in der Kosten- und Leistungsrechnung.[2] Relative Zahlen beschreiben beispielsweise den OP-Auslastungsgrad, das heißt die Schnitt-Naht-Zeit im Verhältnis zur gesamten Kernzeit (Regeldienst), die Anzahl der Operationen im Verhältnis zum vorigen Jahr, die Krankheitsquote/Fehlzeiten oder die Eigenkapitalrentabilität, die den Gewinn in Bezug zum Eigenkapital betrachtet.

Von entscheidender Bedeutung ist hierbei, dass die verwendeten Kennzahlen ein objektives Bild der Leistung beziehungsweise der abgebildeten Prozessabläufe widerspiegeln.

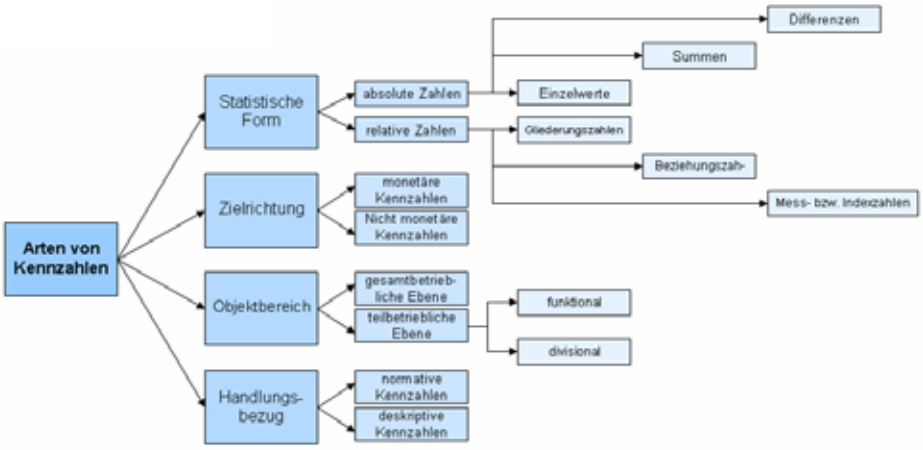


Abb. 1: Arten von Kennzahlen
Quelle: ZVEI (1989): ZVEI-Kennzahlensystem

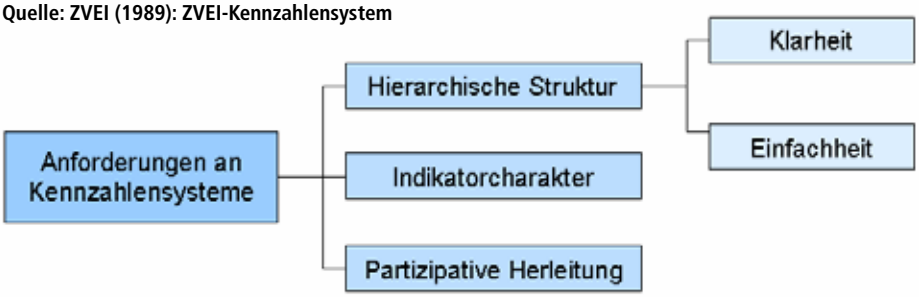


Abb. 2: Anforderungen an Kennzahlen- und Zielsysteme
Quelle: ZVEI (1989): ZVEI-Kennzahlensystem

Steuerung durch ein Kennzahlensystem

Eine Kennzahl wird optimalerweise in ein Kennzahlensystem eingebunden, da Einzelkennzahlen häufig vieldeutig ausgelegt werden können und daher nicht ausreichen, um komplizierte wirtschaftliche Gegebenheiten angemessen abbilden zu kön-

	(reine) Analyse-Kennzahlensysteme	Steuerungs-Kennzahlensysteme
Aufgaben	fallweise Analyseaufgaben (Vorphase der Planung)	laufende Durchsetzungsaufgaben (Zielvorgabe, Kontrolle, Abweichungsanalyse)
Hierarchie-Ebenen	meistens Verdichtungsebenen evtl. Ursache-Wirkungs-Ebenen	Organisations-, Leistungsebenen, evtl. Verdichtungsebenen
Kennzahlentyp	oft global, oft monetär, selten nichtmonetär	bereichs- bzw. stellenspezifisch, monetär und nichtmonetär
Kennzahlenbeziehungen	definitionslogische und sachlogische Beziehungen	empirische Zweck-Mittel-Beziehungen
Gestaltungsansatz	häufig generisch, standardisiert	unternehmensspezifisch
Beispiel	DuPont-Sytem, ZVEI-System, RL-System	Zielhierarchien, Balanced-Scorecard

Tab. 1: Vergleich Analyse- und Steuerungs-Kennzahlensysteme[5]

Abb. 3: Ablaufübersicht des OP-Effizienz-Programms in fünf Schritten
Quelle: Mölnlycke Health Care

nen. Auch zur Steuerung der OP- Effizienz reichen Einzelkennzahlen nicht aus, wenn man bedenkt, dass der Aufwand im OP sich aus vielen einzelnen Aufwandsdimensionen zusammensetzt. Aus dem Grund wird ein Kennzahlensystem entwickelt, um auf diese Weise Abhängigkeiten zwischen einzelnen Größen und Sektoren zu erfassen und Mehrdeutigkeiten so weit wie möglich zu eliminieren.[2]

Ein Kennzahlensystem als Steuerungsinstrument soll eine hierarchische Struktur aufweisen, um dadurch der Forderung nach Klarheit und Einfachheit nach zu kommen. Die Hierarchie bietet weiterhin die Möglichkeiten der Analyse der einzelnen Ebenen und dadurch eine verbesserte Nachvollziehbarkeit der übergeordneten Kennzahlen. Des Weiteren ergibt sich aus der hierarchischen Struktur eine verbesserte Analysemöglichkeit der verschiedenen Kennzahlenebenen, wodurch sich wiederum die übergeordneten Kennzahlen nachvollziehen lassen.[3]

Bei der Steuerung mit Hilfe von Kennzahlensystemen wird das Gesamtziel der Unternehmung über Teilziele auf Tätigkeitsbereiche und Hierarchiestufen aufgeteilt. Die Bereiche erhalten ein individuell auf sie zugeschnittenes Kennzahlensystem als Vorgabe- und Kontrollinstrumentarium. Die Unternehmenssteuerung sollte nicht gänzlich getrennt von der Unternehmensanalyse betrachtet werden, daher existieren Analyse und Steuerungs- Kennzahlensysteme (siehe Tabelle 1). Die Systeme greifen ineinander über, da die Analyse als Grundlage zur Steuerung beziehungsweise Entscheidungsfindung dient.[4]

Weitere Anforderungen an ein Kennzahlensystem bestehen darin, Konflikte in den Beziehungen zwischen den einzelnen Kennzahlen zu vermeiden und die Kontinuität im Aufbau zu gewährleisten. Das bedeutet, es soll keine sprunghaften Veränderungen im Grundaufbau des Systems geben. Bei der Ermittlung jeder Kennzahl ist darauf zu achten, dass sie vollständig ist, aber auf der anderen Seite auch darauf, dass der Aufwand der Erstellung den Nutzen im Hinblick auf die Aussagekraft nicht übersteigt. Bei der Konzeption muss berücksichtigt werden, dass eine flexible Anpassung an die sich ständig ändernde Unternehmensumwelt durchführbar ist.[6]

Praktisches Umsetzungsbeispiel: In fünf Schritten zum Erfolg

Das OP-Effizienz-Programm von Mölnlycke Health Care ermöglicht es, durch eine zielgerichtete Begleitung der OP-Prozesse konkrete Aussagen zu Einspareffekten und Potenzialen auf Basis von Kennzahlen zu treffen. Mit Hilfe des OP-Effizienz-Programms lässt sich die Ergebnisqualität nach Veränderung der Prozesse überprüfen und eine kontrollierte effizientere Nutzung der teuren OP-Kapazitäten erzielen. Dies wird gewährleistet durch die gemeinsame Erarbeitung der Projektziele und eines Kennzah-

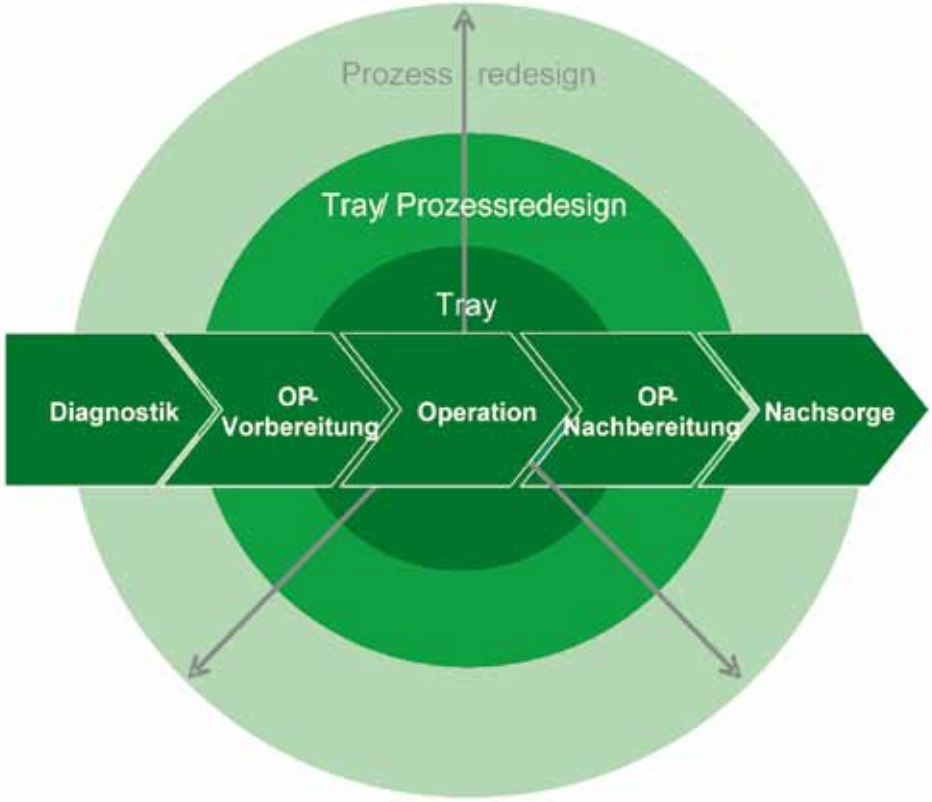


Abb. 4: Wirkungskreise im OP-Effizienz-Programm
Quelle: Mölnlycke Health Care

lensystems zur Lenkung der Aktivitäten. Es handelt sich hierbei um einen kontinuierlichen Prozess, der die Verantwortlichen in OP und Klinik von Anfang an aktiv einbezieht und für jede Klinik die individuellen Arbeitsprozesse berücksichtigt.

Kennzahlen, die der Steuerung des Unternehmens dienen, bedürfen nicht nur der Akzeptanz innerhalb der Führungsebene, sondern auch des Verständnisses der Belegschaft. Diese werden im Rahmen des OP-Effizienz-Programms in den Management-Workshops durch die berufsgruppenübergreifende Ziel- und Aktivitätenfestlegung hergestellt. Die Aufgabe dieser Workshop-Arbeitsgruppe besteht in der interaktiven Projektplanung und -steuerung.

Eingebettet in diesen Prozess wird der OP-Effizienz-Report als zentrales Steuerungsinstrument von der Firma Mölnlycke Health Care erarbeitet und als Planungsgrundlage zur Verfügung gestellt. Ein regelmäßiges Audit im Rahmen der Arbeitsgruppe dient der Sicherstellung des langfristigen Erfolgs durch Erreichung der klinikintern festgelegten Ziele und rundet das Programm ab.

Wirkungsweise und Zusammenfassung

Das OP-Effizienz-Programm umfasst drei wesentliche Elemente:

1. OP-Effizienz-Report

Kundenindividueller Report basierend auf einer multizentrischen europäischen Studie zur krankenhausindividuellen Darstellung der Potenziale hinsichtlich Einsparungen und Erlössteigerung.

2. Krankenhaus-Management-Workshops

Einbindung der Entscheidungsträger der Klinik, Abstimmung auf die klinikeigenen Ziele und Strategien und Festlegung eines Kennzahlensystems zur kontinuierlichen Steuerung des Erfolges.

3. Krankenhausindividuelle OP-Trays

Generierung des Einsparpotenzials durch Einführung von klinikindividuellen OP-Komplettsets.

Durch die Einbindung aller Entscheidungsträger, wie OP-Management, Chefärzte, Geschäftsführung, Controlling etc. werden die Wirkungskreise des Programms erweitert, da sowohl präoperative als auch postoperative Abläufe mit ins Blickfeld genommen werden, um mögliche Flaschenhälse bei der Änderung von Prozessen zu identifizieren und aufzulösen. Die Einführung von OP-Trays ist hier als initialer Impulsgeber für eine kontinuierliche Optimierung von Prozessen zu verstehen, die die Qualität der medizinischen Leistung stärkt und die Wirtschaftlichkeit erhöht.

Literatur

1. J. Weber, J; Schäffer, U. (2006): Einführung in das Controlling; 11. Aufl., Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
2. Reichmann,T.; Richter, H. J.; Palloks-Kahlen, M. (2006): Controlling mit Kennzahlen und Management-Tools, die systemgestützte Controlling-Konzeption; 7. Aufl., München: Vahlen.
3. Küpper, H.-U. (2005): Controlling, Konzeption, Aufgaben, Instrumente; 4. Aufl., Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
4. Lachnit, L. (1976): Zur Weiterentwicklung betriebswirtschaftlicher Kennzahlensysteme, in: Zfbf, 28. Jahrgang 1976.
5. Gladen, W. (2005): Performance Measurement, Controlling mit Kennzahlen; 3. Aufl., Wiesbaden: Gabler.
6. Horváth & Partner (2003): Das Controllingkonzept, Der Weg zu einem wirkungsvollen Controllingsystem; 5. Aufl., München: Dt. Taschenbuch-Verlag.

Kontakt

Christian Roleff
Mölnlycke Health Care GmbH
Marketing Manager Surgical
Tel.: 0211/92088-205
E-Mail: christian.roleff@molnlycke.com
www.molnlycke.com/de

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

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 15,90 Euro zzgl. MwSt. und Versandkosten

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

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

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

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

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