4. Jahrgang
November
2011
ISSN 1868-1093

Professional PROCESS

Zeitschrift für modernes Prozessmanagement im Gesundheitswesen

Messen um zu managen

Klinische Prozessabläufe verstehen

Durch technische Lösungen die Versorgung verbessern

GIT VERLAG
www.gitverlag.com

Qualitätsgesichertes Prozessmanagement durch optimierte Behandlungspfade

Das Gesundheitswesen gehört derzeit zu den wichtigsten Wirtschaftsbranchen der Schweiz. Der stationäre Bereich stellt hierbei den deutlich wichtigsten Sektor dar. Bislang ist die Vergütung stationär erbrachter Leistungen in den einzelnen Schweizer Kantonen sehr uneinheitlich geregelt. Gleiche Leistungen werden von den Krankenversicherern je nach Kanton unterschiedlich vergütet.

Denise Bundi

Dr. Georg Ahlbäumer

Ab 2012 wird in allen Schweizer Spitälern das SwissDRG-System eingeführt. Dann werden durchgeführte Maßnahmen und Therapien nicht mehr in Form von Tagespauschalen erstattet. Die Leistungen im stationären Bereich werden nun einheitlich über leistungsbezogene Pauschalen für diagnosegleiche Aufwandsgruppen vergütet. Das Spital erhält für jede gestellte Diagnose einen bestimmten fixen Geldbetrag – unabhängig von der tatsächlichen Aufenthaltsdauer des Patienten im Spital. Alle Kosten, die über diesem Pauschalbetrag liegen, müssen vom Spital selbst getragen werden.

Vor diesem Hintergrund hat der Verband der Schweizer Spitäler H+ das Projekt REKOLE® – Revision der Kostenrechnung und Leistungserfassung – ins Leben gerufen, mit dem Ziel, den Spitälern angemessene und zukunftsorientierte Richtlinien und Empfehlungen für das betriebliche Rechnungswesen zur Verfügung zu stellen.

Um mit dem zur Verfügung stehenden Pauschalbetrag für eine DRG ein bestmögliches Behandlungsergebnis erzielen zu können, müssen die ablaufenden Prozesse vollständig beherrscht werden. Das bedeutet beispielsweise, dass die richtigen Informationen zur richtigen Zeit, in der richtigen Form, an den richtigen Mitarbeiter weitergegeben werden. Beherrscht werden können jedoch nur die Prozesse, die im Vorfeld genau analysiert wurden.

Prozessdokumentation

In Zusammenarbeit mit der KLINIK GUT ST. MORITZ AG arbeitet das Institut für Workflow-Management im Gesundheitswesen (IWiG) derzeit an einem Projekt zur effizienten Gestaltung von Prozessen. Am Beispiel der totalen Endoprothese des Hüftgelenks (Hüft-TEP) wird hierfür der Erlös beziehungsweise Verlust der DRG mit Hilfe einer Prozesskostenrechnung ermittelt.

Die Zielsetzung der Prozesskostenrechnung besteht darin, dass – aufbauend auf den Ergebnissen der Kostenträgerrechnung – eine Prozessoptimierung vorgenommen werden kann.

Die Vorgehensweise der Prozessanalyse, inklusive einer Prozesskostenrechnung in der KLINIK GUT, gliedert sich in mehrere standardisierte Projektschritte und liefert somit einen einheitlichen Projektablauf zur Erhebung, Abbildung und Kalkulation eines Behandlungspfades. Das IWiG hat im Rahmen des Planungstools ClipMed® PPM die Möglichkeit, Termine und Zeiten des Projekts zu koordinieren und den verantwortlichen Mitarbeitern einzelne Aufgaben zuzuordnen, welche diese dann chronologisch bearbeiten können.

Die Prozessanalyse in der Klinik Gut beginnt mit der Dokumentation der Prozesse zum Behandlungspfad der Hüft-TEP in strukturierter und standardisierter Form mit Hilfe des IWiG Prozess-Referenz-Models.

Um den Schwierigkeiten eines einheitlichen Aggregations- und Abstraktionsniveaus vorzubeugen sowie die zeit- und ressourcenaufwendige Erstellung in Form von Ablaufgrafiken zu erleichtern, verwendet ClipMed® PPM ein ProzessReferenzModell (PRM). Das PRM besteht zum einen aus einer Prozessbibliothek. Dieser klinische „Prozessbaukasten" enthält bereits ca. 250 evaluierte Teilprozesse und ca. 40 vormodellierte Versorgungsleistungen, die einfach übernommen werden können.

Da innerhalb einer DRG häufig erhebliche Unterschiede bezüglich der Behandlungsverfahren und Verweildauern der Patienten existieren, empfiehlt es sich, „Kernkompetenzen" zu bestimmen. Die Kernkompetenz ist ein definiertes Krankheitsbild, welches einer DRG zugeordnet werden kann. Das Ziel der Kernkompetenzbestimmung ist die Ermittlung einer homogenen Patientengruppe.

Durch die Festlegung weiterer Patientenmerkmale (wie beispielsweise der Hauptdiagnose, OP-Prozedur, Alter, Geschlecht, Aufnahmeart etc.) wird die homogene Patientengruppe detailliert definiert, der ein identischer Ressourcenverbrauch unterstellt werden kann. Es ist empfehlenswert, sich eine Patientengruppe innerhalb der DRG auszuwählen, die möglichst häufig in der Einrichtung vorkommt.

Der nächste Schritt beinhaltet die Erhebung des Behandlungsablaufs, der Gegenstand der Kalkulation sein soll. Hierzu wird, basierend auf der Kernkompetenz, eine Vormodellierung erstellt, die einen ersten groben Entwurf des Behandlungsablaufes darstellt.

Dabei sollten einige Dinge beachtet werden: Die Teilprozesse je Verweiltag müssen gesondert betrachtet werden, da die Teilprozesse an den unterschiedlichen Tagen unterschiedliche Ausprägungen haben können. So benötigt ein Patient in der Regel am ersten postoperativen Tag mehr Unterstützung durch die Pflegekraft bei der morgendlichen Körperpflege, als beispielsweise am vierten postoperativen Tag. Auch die Arzneimittelgaben können sich während des Behandlungsverlaufs ändern. So erhält ein Patient an den ersten postoperativen Tagen meist höher dosierte und/oder häufiger Schmerzmittel als im späteren Behandlungsverlauf.

In der anschließend durchgeführten Hauptmodellierung wird die Vormodellierung an den tatsächlichen Behandlungsablauf der Kernkompetenz angepasst. Dazu ist das Wissen der Vertreter aus den Berufsgruppen erforderlich, die an der Patientenbehandlung dieser Kernkompetenz beteiligt sind (Stationsarzt, Stationsleitung, Anästhesist, Pflegekräfte im OP, Funktionsdienst Anästhesie, Medizinisch-technischer Dienst der Radiologie etc.). Im Rahmen eines interdisziplinären Workshops wird mit den Vertretern der am Behandlungsprozess beteiligten Berufsgruppen erarbeitet, welche Teilprozesse zu welchem Zeitpunkt der Behandlung von welcher Berufsgruppe durchgeführt werden.

Die gelieferten Informationen, Änderungsvorschläge und Kommentare werden protokolliert. Die abschließende Anpassung erfolgt im Zuge einer Nachmodellierung.

Im Rahmen der Ermittlung der Bearbeitungszeiten muss ebenfalls berücksichtigt werden, wenn ein Teilprozess von mehreren Personen einer Berufsgruppe durchgeführt wird. Beispielsweise wird die Lagerung eines Patienten häufig zu zweit durchgeführt oder eine Operation wird von zwei oder mehr Operateuren vorgenommen. Im Rahmen der Erhebung sollten von den diagnostischen und therapeutischen Funktionsbereichen konkrete Angaben zu den Bearbeitungszeiten der Leistungen gemacht werden. Diese stellen eine Verbindung zu dem Leistungskatalog der Funktionseinheit her, wie zum Beispiel präoperatives Röntgen Thorax in 2 Ebenen oder präoperative Labordiagnostik bestehend aus kleinem Blutbild, Kalium, Natrium, Calcium, Quick, PTT, etc. Dies ist erforderlich, da so die Personalkosten verursachungsgerecht über die konkreten Zeitangaben berechnet werden können. Das Ergebnis der Erhebung ist der komplette Prozessablauf mit allen für die homogene Patientengruppe relevanten Leistungen im Sinne der zuvor bestimmten Kernkompetenz.

Berechnung und Auswertung der Prozesskosten

In einem nächsten Schritt werden die für die verursachungsgerechte Kostenberechnung notwendigen Controllingdaten ermittelt.

Diese sollten sich auf eine identische Periode, zum Beispiel ein Kalenderjahr, beziehen und folgende Informationen enthalten:

- Basisfallpreis der relevanten Periode
- Auflistung der gebuchten Aufwendungen gegliedert nach Kostenstellen und Kostenarten, inklusive der zugehörigen Buchungsbeträge der relevanten Periode
- Personaldaten der beteiligten Berufsgruppen, insbesondere die Vollkräftezahl und die durchschnittliche Nettojahresarbeitszeit
- Patientendaten der jeweiligen Stationen, insbesondere die Fallanzahl und die Anzahl der Belegtage
- Anästhesiedaten mit durchschnittlichen Zeitdauern zur jeweiligen OPS
- OP-Daten mit durchschnittlichen Zeitdauern zur jeweiligen OPS

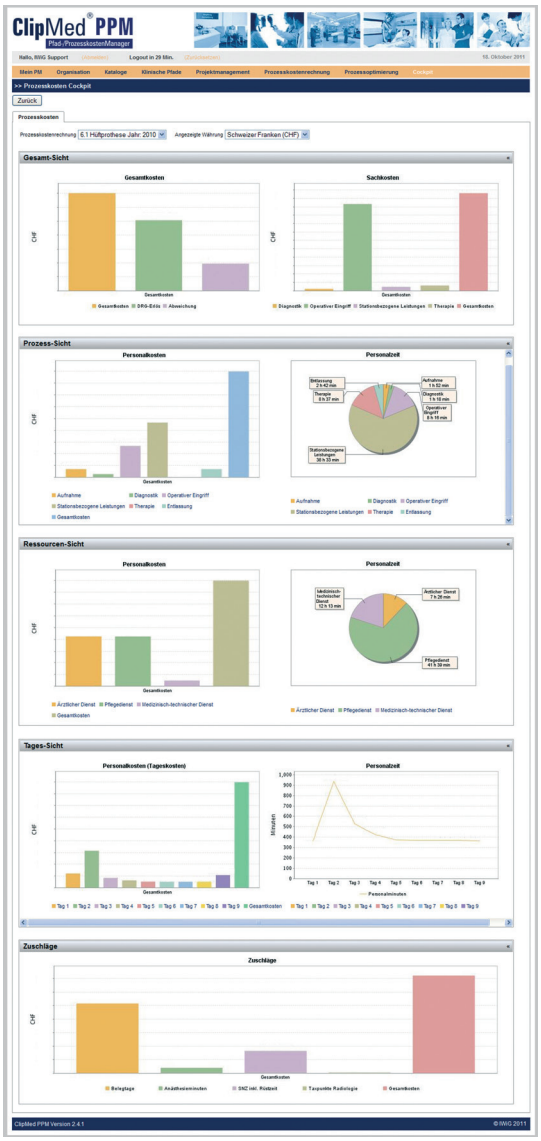

Abb. 1: Cockpit der Web-Applikation ClipMed® PPM

- Leistungsdaten des jeweiligen Funktionsdienstes, insbesondere die Punktsumme der erbrachten Leistungen (zum Beispiel Tax-Punkte gemäß Tarmed)
- Sachmitteldaten, insbesondere Arzneimittel, medizinischer Bedarf und Implantate mit Bruttostückpreisen

Die anderen Kostenartengruppen wie medizinische und nicht-medizinische Infrastruktur können über einen Kostentreiber wie beispielsweise „Leistungspunkte" umgelegt werden. Gegebenenfalls können auch hier die konkret für die Leistungserstellung erforderlichen Sachmittel erfasst werden.

In der anschließenden Phase erfolgt die Durchführung der Prozesskostenrechnung. Mit ihrer Hilfe lassen sich die Kosten der direkten Bereiche (Einzelkosten) auf die Teilprozesse und die Kosten der indirekten Bereiche (Gemeinkosten) auf den Behandlungspfad verrechnen. Die in der Kostenartenrechnung ermittelten Einzelkosten (medizinischer Bedarf, Arzneimittel, Implantate und Leistungspauschalen) werden im Zuge der Prozesskostenrechnung direkt den entsprechenden Teilprozessen zugerechnet. Die Umlage der Gemeinkosten erfolgt entsprechend des tatsächlichen Verbrauchs von Aktivitäten und Ressourcen. Hierzu werden die Gemeinkosten der einzelnen Kostenstellen durch Zuschläge, so genannte Kostentreiber, auf den Behandlungspfad umgelegt. Häufig verwendete Kostentreiber sind „Verweiltage gesamt", „Verweiltage einer bestimmten Station", „Anzahl Fälle", „Anzahl Operationen", etc.

Die Personaldaten werden zur Berechnung der Personalkostensätze der am Behandlungsprozess beteiligten Berufsgruppen benötigt. Diese Angaben erlauben anhand der gebuchten Personalaufwendungen einer Dienstart einer Kostestelle das durchschnittliche Bruttogehalt zu ermitteln.

Ebenfalls werden stets kostenstellenbezogene Fall- und Belegungsstatistiken sowie Leistungsstatistiken der diagnostischen und therapeutischen Funktionsbereiche benötigt, um die indirekten Kostenstellen beziehungsweise spezielle Kostenarten einer direkten Kostenstelle auf den Patienten zu schlüsseln.

Da Krankenhäuser in der Regel über mehr als 100 unterschiedliche Kostenarten verfügen ist es zur Vereinfachung der Prozesskostenrechnung empfehlenswert, die Kostenarten in Gruppen zu bündeln (Ärztlicher Dienst, Pflegedienst, Funktionsdienst / Medizinisch-technischer Dienst, Sonstige Mitarbeiter, Arzneimittel, Medizinischer Bedarf, Implantate, Blutprodukte, Honorare, Krankentransporte, (Nicht) Medizinische Infrastruktur o.ä.).

Die letzte Phase stellt die Auswertung der Prozesskostenrechnung dar. Die berechneten Prozesskosten können zunächst dem DRG-Erlös gegenüber gestellt werden, so dass eine Aussage zur Wirtschaftlichkeit des Behandlungsprozesses möglich ist. Neben dieser Gegenüberstellung können die nachfolgenden Auswertungen vorgenommen werden:

Auswertungen der gesamten Prozesskosten und Prozesszeiten nach
- Geschäfts-, Haupt- und Teilprozessen
- Berufsgruppen
- Behandlungstagen

Auswertung der Einzelkosten nach
- Geschäfts-, Haupt- und Teilprozessen
- Berufsgruppen
- Behandlungstagen

Auswertung der Zuschlagskosten
- Kostenstellen
- Kostentreibern

Vorteile der Kostenkontrolle im Krankenhaus

Der Einsatz einer Prozesskostenrechnung im Krankenhaus zur Kalkulation von Behandlungsabläufen bietet einige Vorteile.

Sie ermöglicht zum einen die Wirtschaftlichkeitskontrolle eines definierten Behandlungsprozesses und kann im Rahmen eines Prozessmanagements für die Durchführung von Prozessverbesserungen hilfreich sein.

Des Weiteren visualisiert sie die Schnittstellenproblematik und unterstützt somit die Qualitätsverbesserung sowohl aus Patienten- als auch aus Mitarbeitersicht.

Basierend auf geeigneten Kennzahlen ist zudem ein Vergleich zwischen unterschiedlichen Häusern im Sinne eines Benchmarks möglich. Neben den Informationen zu den Prozesskosten werden im Rahmen der Prozessanalyse die Aspekte Zeit und Qualität mit berücksichtigt.

Da die Prozesserarbeitung stets in Zusammenarbeit mit den an den Prozessen beteiligten Berufsgruppen erfolgen sollte, werden die Analyseergebnisse von den Mitarbeitern der Einrichtung in der Regel gut akzeptiert.

Die Durchführung der Prozesserhebung im Rahmen eines interdisziplinären Workshops, oder auch die Veröffentlichung des erarbeiteten Behandlungsprozesses zum Beispiel als Ablaufgrafik im Intranet, schafft für die Mitarbeiter Transparenz und ein besseres Verständnis für die internen Abläufe, was nachhaltig zur Prozessoptimierung beitragen kann.

Letztlich können die aus der prozessorientierten Kalkulation gewonnenen Erkenntnisse der Unternehmensleitung zur Unterstützung bei ihren strategischen Entscheidungen dienen.

Literatur

1. Greiling, M. (2008): Prozessmanagement – Der Prozesskostenmanager für die Patientenversorgung. Praktischer Begleiter für die Bewertung klinischer Leistungen. Kulmbach: Baumann Fachverlag GmbH und Co. KG.
2. Greiling, M.; Thomas, F. (2002): Prozessorientierung im Krankenhaus. Die Einführung der Prozesskostenrechnung als Grundlage zur Kalkulation der DRGs. Düsseldorf: deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft mbH.
3. Berger, K.; Moormann, J. (2004): Die „Prozessorientierten Kalkulation" im Krankenhaus. In: Greiling, M. (Hg.): Pfade durch das klinische Prozessmanagement. Methodik und aktuelle Diskussionen, S. 127-156.
4. Güssow, J.; Greulich, A..; Ott, R. (2008):. DRG Kalkulation mit der Prozesskostenrechnung. In: Professional Process. Zeitschrift für modernes Prozessmanagement im Gesundheitswesen, 1/11, S. 20-24.
5. Keun, F.; Prott, R. (2006): Einführung in die Krankenhaus-Kostenrechnung. Anpassung an neue Rahmenbedingungen (6., überarbeitete Auflage). Wiesbaden: Betriebswirtschaftlicher Verlag Dr. Th. Gabler.
6. Greiling, M.; Thomas, F. (2002): Prozessorientierung im Krankenhaus. Die Einführung der Prozesskostenrechnung als Grundlage zur Kalkulation der DRGs. Düsseldorf: deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft mbH.
7. Remer, D. (2005): Einführung in die Prozesskostenrechnung. Grundlagen, Methodik, Einführung und Anwendung der verursachungsgerechten Gemeinkostenzurechnung (2., überarbeitete und erweiterte Auflage). Stuttgart: Schäffer-Poeschel Verlag.

Kontakt

Denise Bundi
KLINIK GUT ST. MORITZ AG
Direktorin
Tel.: 0041/81836-3410
E-Mail: d.bundi@klinik-gut.ch
www.klinik-gut.ch

Dr. med. Georg Ahlbäumer
KLINIK GUT ST. MORITZ AG
Chefarzt
Tel.: 0041/81836-3434
E-Mail: info@klinik-gut.ch
www.klinik-gut.ch