

Die MTG Malteser Trägergesellschaft gGmbH (MTG) hat in Zusammenarbeit mit einer Unternehmensberatung ein internes Benchmarking für zehn ihrer Akutkrankenhäuser durchgeführt. Untersucht wurden die Behandlungsabläufe ausgewählter DRGs mit dem Ziel, Anhaltspunkte für die interne Planung, Steuerung und Kontrolle zu liefern. Damit ist eine Bewertung der klinischen Leistungen nach kaufmännischen Gesichtspunkten möglich. Am Beispiel der DRG H04B „Chirurgische Entfernung der Gallenblase ohne schwerwiegende Komplikationen“ werden ausgewählte Ergebnisse dargestellt und diskutiert.

„Best Practice“ den eigenen

Prozessanalyse und internes Benchmarking in einer



Zeit ist Geld – jedes unnötig lang belegte Bett verursacht Kosten.

Foto: Bilderbox

Die Daten für die Untersuchung wurden zum größten Teil dem Krankenhausinformationssystem entnommen und mit Datenmaterial aus dem Controlling der teilnehmenden Krankenhäuser ergänzt.

Die Behandlungsprozesse wurden in unterschiedliche Prozessphasen eingeteilt. Außerdem wurde die hausindividuelle Leistungsfähigkeit jedes Krankenhauses mit den Daten aller teilnehmenden Malteser Krankenhäuser verglichen. Dieses interne Benchmarking gab Anlass zu einer regen Diskussion und hatte zahlreiche Verbesserungsmaßnahmen zur Folge, wie hier am Beispiel der DRG H04B „Chirurgische Entfernung der Gallenblase ohne

schwerwiegende Komplikationen“ dargestellt wird.

Von der Aufnahme bis zur Entlassung

Zwischen den verschiedenen Krankenhäusern der MTG fallen deutliche Un-

terschiede beim zeitlichen Ablauf des Gesamtprozesses auf (Abb. 1). Am auffälligsten sind die Unterschiede bei dem Intervall zwischen Entlassung und abgeschlossener Rechnungslegung. In einem Krankenhaus vergehen im Durchschnitt fast drei Monate, bis die Behandlungen vollständig abgerechnet wurden. Da diese Verzögerung unmittelbare Auswirkung auf die Liquidität hat, ergab sich hier unmittelbarer Klärungs- und Handlungsbedarf. Ziel ist es, durch Optimierung der Abläufe die Behandlung möglichst innerhalb einer Woche nach Entlassung des Patienten abzurechnen.

Ein kurzfristig versandter Arztbrief unterstützt die Kontaktpflege mit den einweisenden Ärztinnen und Ärzten. Die Krankenhäuser 1, 5, 7 und 10 entlassen ihre Patienten in der Regel mit einem fertigen Arztbrief, wohingegen ein Haus den Arztbrief an die Niedergelassenen durchschnittlich erst einen Monat nach dem Tag der Entlassung verschickt. Hieraus ergibt sich ein konkreter Verbesserungsbedarf in fünf der teilnehmenden Häuser, um den Versand der Arztbriefe möglichst innerhalb der erste fünf Tage nach der Entlassung zu gewährleisten.

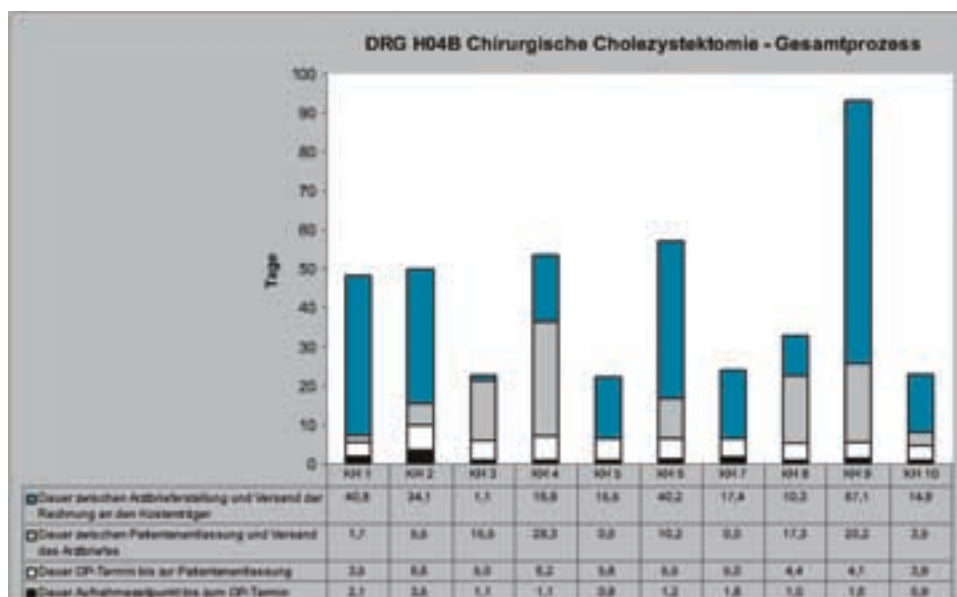


Abbildung 1: Gesamtprozess von der Aufnahme über den OP-Termin bis zur Entlassung, mit anschließender Arztbrieferstellung und Rechnungslegung.

in Reihen

Trägersgesellschaft

Verweildauer

Die Bandbreite der Dauer des stationären Aufenthalts reicht von durchschnittlich 4,8 bis zu 10,1 Tagen. Die kurze präoperative Phase bei den Einrichtungen 5, 8 und 10 erklärt sich teilweise dadurch, dass die Patienten für die präoperative Diagnostik nicht mehr aufgenommen werden, sondern dass diese ambulant erfolgt.

Allein diese rein administrative Betrachtung der „Durchlaufzeit“ löste bereits eine Diskussion unter den beteiligten Häusern aus und zeigt an einigen Punkten konkreten Handlungsbedarf. Derzeit wird intensiv geprüft, ob sich bei elektiven Aufnahmen die präoperative Verweildauer auf weniger als einen Tag reduzieren lässt, in dem die Diagnostik soweit wie möglich aus dem stationären Bereich ausgelagert und ambulant durchgeführt wird.

Zeiten im OP-Bereich

Zunächst fallen die Unterschiede bei der Gesamtdauer im OP-Bereich auf (Abb 2). Diese reicht von 98 bis 187 Minuten. Die Ergebnisse bieten damit geeignete Ansatzpunkte, um über die OP-Organisation nachzudenken. Denn letztlich bedeuten solche Unterschiede,

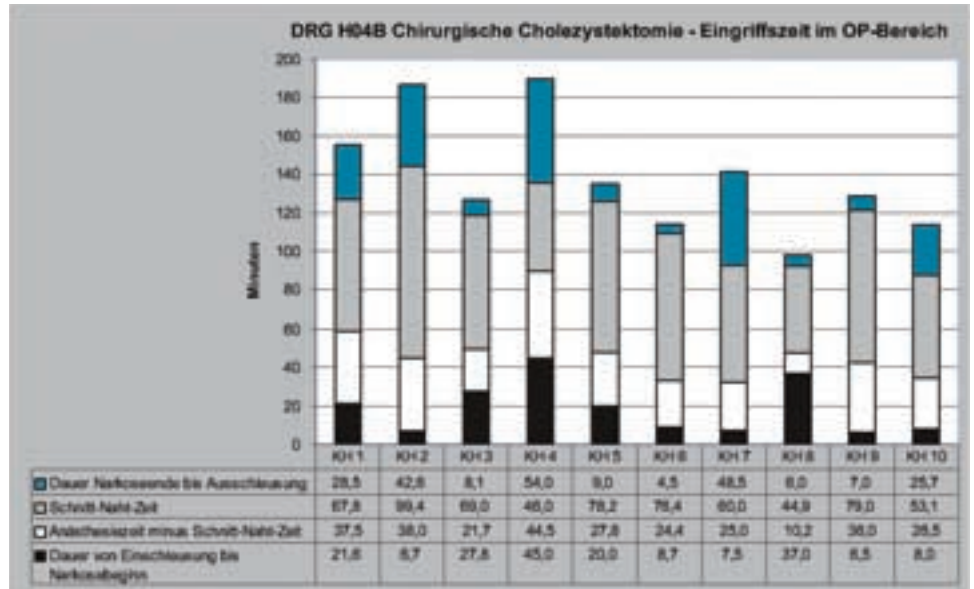


Abbildung 2: Dargestellt sind die verschiedenen Prozesszeiten im OP-Bereich von der Einschleusung bis zum Narkosebeginn, über die Schnitt-Naht-Zeit, die Anästhesiezeit minus der Schnitt-Naht-Zeit bis zur Zeitspanne zwischen Narkoseende und Ausschleusung.

dass das eine Krankenhaus theoretisch doppelt so viele Eingriffe dieser Art vornehmen kann wie das Haus mit der längsten OP-Zeit. Ein Umstand, der bei der aktuellen Diskussion über Mindestmengen an Bedeutung gewinnen kann.

Bei Krankenhaus 4 fällt auf, dass die Zeitintervalle von der Einschleusung bis zum Narkosebeginn, Schnitt-Naht-Zeit und Anästhesiezeit minus der Schnitt-Naht-Zeit in etwa gleich lang sind. Daraus ergibt sich die Frage, warum in diesem Fall der Patient durchschnittlich etwa so lange auf den Anästhesisten wartet, wie dieser wiederum auf den Chirurgen. Eine Erklärung mag darin liegen, dass die jeweiligen Ärzte sowohl OP- als auch Stationsdienst haben und daher immer erst von der Station abgerufen werden müssen.

Auch die unterschiedliche Dauer der Schnitt-Naht-Zeit mit mindestens 45 und maximal 100 Minuten wird für Gespräche über den „Gleichzeitigkeitsfaktor“ im OP-Bereich genutzt.

Ein Modell zur OP-Organisation wurde in einem der beteiligten Krankenhäuser erarbeitet und geht Ende des Jahres in die Pilotphase. Im Mittelpunkt steht dabei die parallele OP-Organisation mit dem Ziel, insbesondere die Wartezeiten deutlich zu verkürzen. In jedem Fall bietet ein solches Benchmarking einen guten Anlass, um mit dem medizinischen Personal über die Prozessabläufe im OP-Bereich ins Gespräch zu kommen und Veränderungen anzustoßen.

Diagnostik

Die erkennbaren Unterschiede sind auf unterschiedliche hausinterne Vorgehensweisen zurückzuführen (Abb. 3). So findet beispielsweise in einem Teil der Häuser die präoperative Diagnostik überwiegend ambulant statt, während sie in den anderen Fällen erst nach stationärer Aufnahme durchgeführt wird. Bei einem Haus führt ein striktes Schema dazu, dass zusätzlich zur Abdomensonographie und zum Labor präoperativ ein Thoraxbild in zwei Ebenen, eine Aufnahme des Abdomens und ein EKG angefordert wird – anscheinend unabhängig vom Alter des Patienten und von der Diagnose. Andere Häuser beschränken sich auf den Sonographie- und Laborbefund. Gelegentlich werden auch bei einem komplikationslosen, postoperativen Verlauf weiterhin Laboruntersuchungen bis zum Tag der Entlassung angefordert.

Gesamtprozesskosten

Die Daten, die für diese Berechnung notwendig sind, wurden nicht von ▶

i Der MTG-Verbund

Zum Verbund der MTG Malteser Trägersgesellschaft gGmbH gehören derzeit elf Krankenhäuser der Akut- und Regelversorgung, eine Fachklinik für Naturheilverfahren, sieben Einrichtungen der Altenhilfe (mit zwei weiteren Einrichtungen im Bau), drei stationäre Hospize/Palliativeinrichtungen und neun Ambulante Pflegedienste in Deutschland. Mehr als 5500 Mitarbeiter betreuen jährlich etwa 90 000 Patienten und Pflegebedürftige.



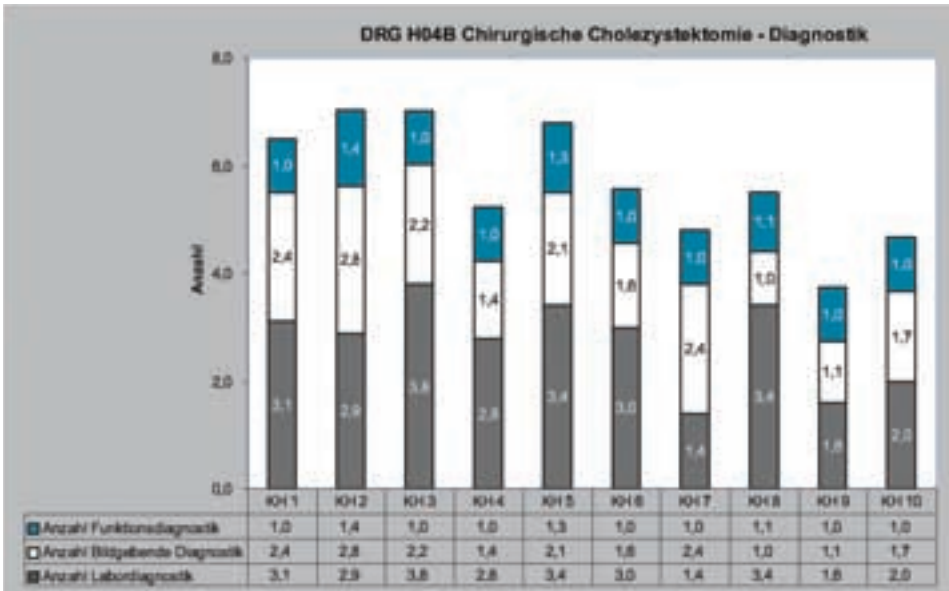


Abbildung 3: Analysiert wurde die Gesamtanzahl der diagnostischen Untersuchungen, von Labordiagnostik über Bildgebung und Funktionsdiagnostik, die während des stationären Aufenthalts durchgeführt wurden.

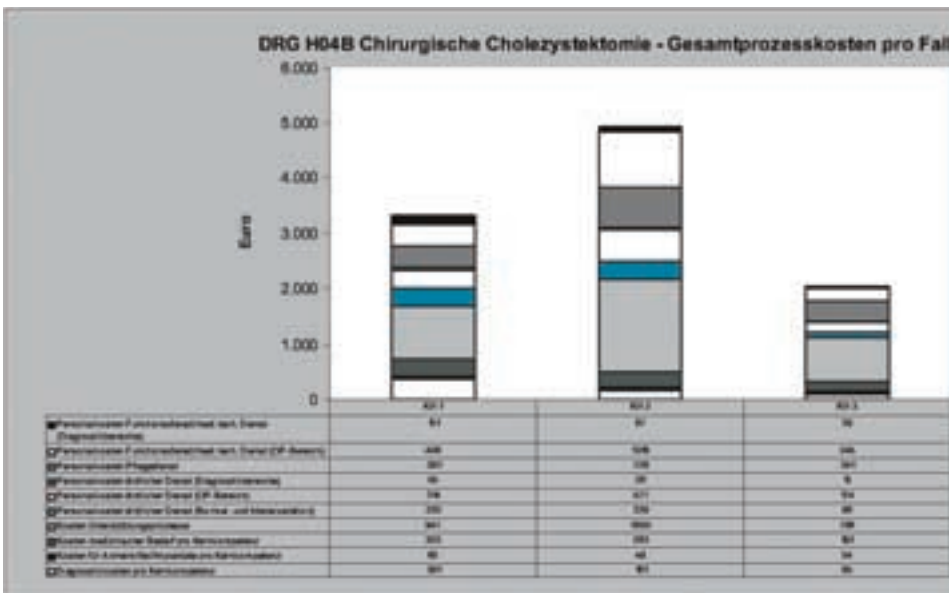


Abbildung 4: Dargestellt sind die durchschnittlichen Kostenblöcke, die sich auf Grund der Behandlung aller Fälle H04B im Jahr 2003 ergeben haben.

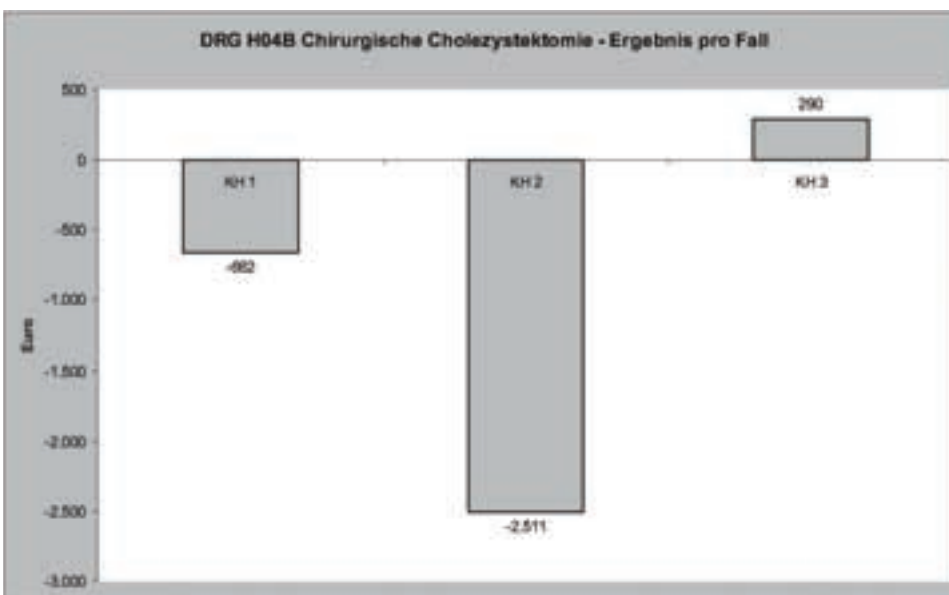


Abbildung 5

allen Krankenhäusern geliefert, daher sind hier exemplarisch die Kostenstrukturen von drei Häusern wiedergegeben (Abb. 4). Die Ergebnisse des Benchmarks dienen nun als Grundlage, ausgewählte Prozessabläufe in einzelnen Häusern zu verbessern, um die Prozesskosten zu senken, bei Beibehaltung der etablierten Behandlungsqualität.

Werden die durchschnittlichen Fallkosten mit dem DRG-Erlös verglichen, so ergeben sich klare Aussagen zur „Wirtschaftlichkeit“ dieser Fallpauschale für das jeweilige Krankenhaus (Abb. 5).

Best Practice

Neben den oben dargestellten Ergebnissen hat die Benchmarkstudie der MTG eine Reihe von Erkenntnissen gebracht, die zur Verbesserung ausgewählter Prozesse Anlass gegeben haben. Hilfreich dabei ist das Verständnis über die Vorgehensweisen des jeweils „Besten“, von dem die anderen Krankenhäuser erfolgreiche Vorgehensweisen oder Prozessabläufe übernehmen können. Interessant ist, dass es kein Krankenhaus gibt, das in allen Bereichen als „Klassenbesten“ abgeschnitten hat. So können alle Einrichtungen voneinander lernen und im wechselseitigen Know-how-Austausch die Leistungen der einzelnen Häuser optimieren. Mit Hilfe der gewonnenen Kennzahlen und Erklärungsfaktoren lassen sich Optimierungspotenziale und Verbesserungsmaßnahmen zum Ausbau der Stärken und Abbau der Schwächen des einzelnen Krankenhauses ableiten. ■

Dr. Dr. Daniel Wichelhaus
 Dr. Alexandra Scheuer
 Dipl.-Kfm. Johannes Pohn-Weidinger
 Horváth & Partner GmbH
 Stuttgart

Dr. Michael Greiling
 IWIG
 Münster

Dipl.-Kfm. Christoph Wagner
 MTG Malteser
 Trägersgesellschaft gGmbH
 Bonn