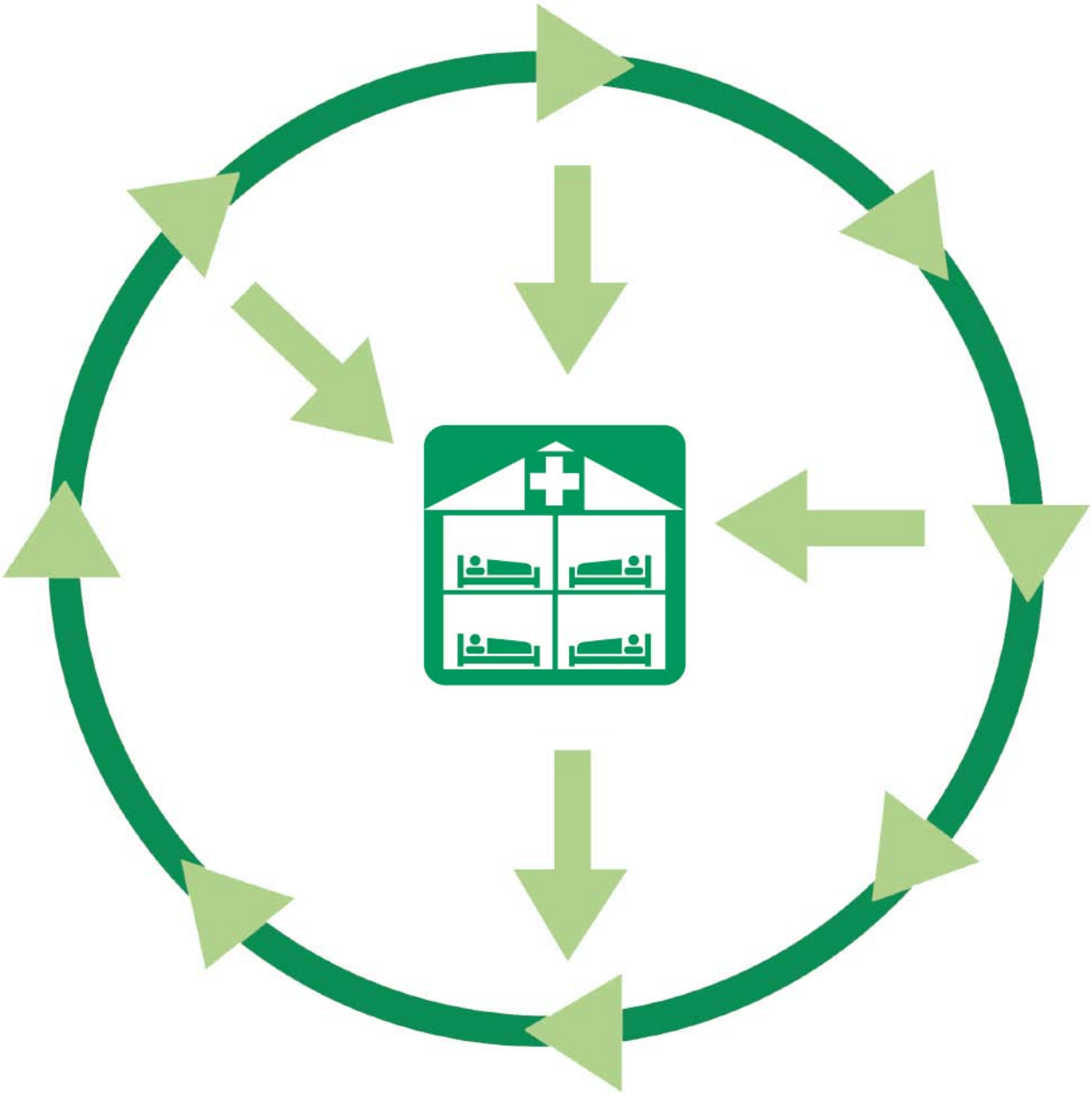
1. Jahrgang
November
2008

Professional PROCESS

Zeitschrift für modernes Prozessmanagement im Gesundheitswesen



Grundlagen der Prozessoptimierung

Klinisches Prozessmanagement

Qualitätsmanagement

GIT VERLAG
A Wiley Company
www.gitverlag.com

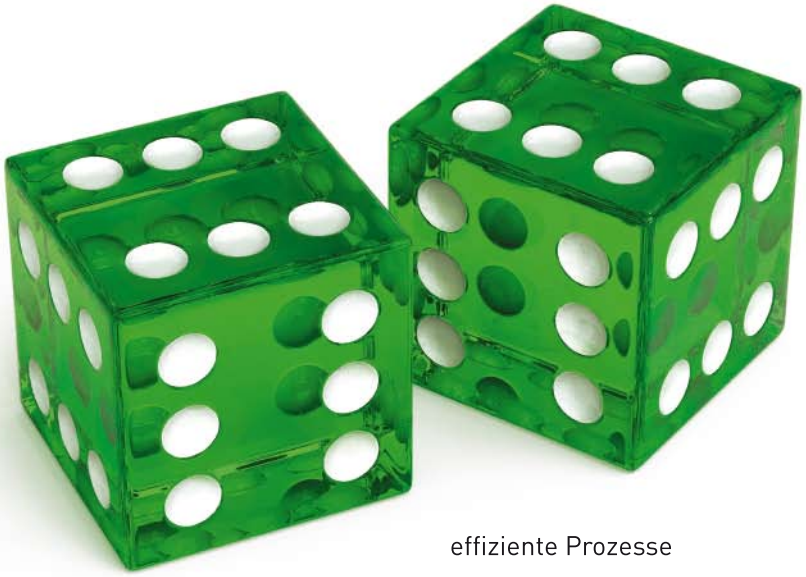
Willkommen in Ihrem GesundheitsSystem.

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

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

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

AGFA HealthCare



effiziente Prozesse

reduzierte Kosten

Kostenkontrolle pro OP

Effektivere Auslastung der OP-Säle

Prozessoptimierung ist kein Zufallsprodukt.

ProcedurePak – Das Operationsset

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

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

ProcedurePak®
CREATING TIME, DELIVERING EFFICIENCY

MÖLNLYCKE
HEALTH CARE

Zahlt sich unsere medizinische Qualität auch wirtschaftlich aus?

i.c.m.health von Siemens schafft Transparenz

Unser Managementinformationssystem i.c.m.health® hält wichtige Informationen über die medizinische und ökonomische Leistungsqualität in Krankenhäusern oder Krankenhausgruppen bereit. Per Mausklick erhalten Sie einen Überblick über entscheidungsrelevante Fakten wie die DRG-bezogene Analyse von Kosten und Erlösen. Und mehr: Das Simulations-Grouping simuliert die Erlöse für nicht fakturierte Fälle sowie die Fälle eines Jahres nach dem DRG-System des Folgejahres. So wird Ihre persönliche Formel von medizinischer Qualität und wirtschaftlichem Anspruch zu einer lösbaren Gleichung.
www.gsd.de +49 30 38370 0

Answers for life.

SIEMENS

A91GSD-9003-A1

Professional Process

Zeitschrift für modernes Prozessmanagement im Gesundheitswesen

Impressum

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

GIT VERLAG GmbH & Co. KG

Geschäftsführung
Dr. Michael Schön, Bijan Ghawami

Redaktionsleitung
Michael Reiter M.A.

Verkaufsleitung
Bernhard Schroth

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

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

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

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

Litho
Elke Palzer / Ramona Rehbein

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

Druck
Frotscher Druck GmbH, Darmstadt

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

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

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

Druckauflage: 750

Einzelheft 12,60 € zzgl. MwSt. und Versandkosten

Printed in Germany

Inhalt

Editorial Prozessmanagement ist eine (Heraus)forderung 3
Prof. Dr. Michael Greiling, Institut für Workflow-Management im Gesundheitswesen GmbH

Ablauforganisation in Gesundheitseinrichtungen 6
Grundsätze und Nutzen des Prozessmanagements
Prof. Dr. Susanne Schuller
Fachhochschule für angewandtes Management, Erding

Clinical Pathways und Gesundheitsökonomie 10
Prof. Dr. Dr. h.c. Peter Oberender, Philipp Schwegel, Patrick Da-Cruz
Oberender & Partner – Unternehmensberatung im Gesundheitswesen, Bayreuth

Von der Prozessanalyse zum Prozessmanagement 15
„Leitplanken" zur Sicherung von Prozessanalysen im Krankenhaus
Prof. Bernd H. Mühlbauer
Fachhochschule Gelsenkirchen
bh.m Prof. Bernd H. Mühlbauer, Krankenhaus- und Unternehmensberatung GmbH, Lünen

DRG-Kalkulation mit der Prozesskostenrechnung 20
Dr. Jan Güssow[1], Andreas Greulich, MSc[2], Prof. Dr. Robert Ott[3]
[1] Städt. Klinikum München GmbH, München
[2] Schweizer Herz- u. Gefässzentrum, Bern
[3] Hochschule Rosenheim, Rosenheim

„Die Varianzanalyse, ein Instrument zur Ableitung von Verbesserungspotentialen auf der Grundlage Klinischer Behandlungspfade" 25
Johannes Palm, Dr. Hans Paula
SKM Stiftungsklinikum Mittelrhein, Koblenz

Prozessoptimierung der Patientenbehandlung 31
Die Erarbeitung klinischer Abläufe im St. Marien-Hospital Hamm gGmbH
Judith Brüggemann, Dr. Nikolaus Dlugos
St. Marien-Hospital Hamm gem. GmbH

Prozesse steuern und führen 33
Dr. Ruth Hecker, Dr. Karl Bosold
Evangelische Kliniken Gelsenkirchen

Das Prozess-Benchmarking: eine geeignete Methode zum Aufspüren von Optimierungspotentialen ausgewählter klinischer Leistungen 36
Peter Nowak, Peter Schwarze
Klinikum Lippe GmbH

Editorial

Prozessmanagement ist eine (Heraus)forderung

Die finanziellen Mittel, die dem Gesundheitssystem zur Verfügung stehen, müssen effizienter eingesetzt werden. Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen stehen vor der Herausforderung:

- Wie kann die Effizienz der Leistungserbringung in der Gesundheitsversorgung beeinflusst werden?
- Wie und wo sollen Personal- und Sachmittel wirtschaftlich eingesetzt werden?
- Was wird die Erweiterung des Geschäftsmodells zum Beispiel im Rahmen der Integrierten Versorgung für Auswirkungen auf meine Erlöse und der Qualität haben?

Die Antworten liegen in der Analyse und Anpassung der Prozesse, die ursächlich verantwortlich für das Ergebnis von Leistungen sind.

Die internen Prozesse sind die Nervenbahnen jedes Unternehmens, die gepflegt und optimiert Wettbewerbsfähigkeit bedeuten und das Überleben am Markt sichern. Heute gilt es nicht nur, auf veränderte Marktanforderungen flexibel reagieren zu können, sondern auch dem permanenten Kostendruck und den zunehmenden Qualitätsansprüchen der Patienten zu begegnen. Effiziente Managementprozesse sind notwendig für eine konsequente Umsetzung der Unternehmensstrategien und strategischen Ziele sowie deren Verwirklichung im operativen Tagesgeschäft.

Brachliegende Einsparungs- und Nutzenpotenziale auch unternehmensübergreifender Prozesse müssen aufgedeckt und ausgeschöpft werden. Prozessmanagement ist notwendige Voraussetzung für eine Verbesserung der Innovationsfähigkeit. Es hat direkte Auswirkung auf Leistungserstellungsprozesse sowie Management- und Controllingprozesse. Prozessmanagement ist der operative Treiber für Erlöse, Gewinn und Kosten.

Bewusst gestaltete Prozesse entlang der Wertschöpfungskette stehen in Zukunft immer mehr im Vordergrund. Durch klar definierte Arbeitsabläufe sind häufige Probleme im Krankenhaus wie Wartezeiten, fehlende Befunde, Therapieverschiebungen, OP-Absetzungen oder Doppeluntersuchungen erfolgreich zu lösen.

Unser neues Fachmagazin soll als Plattform dienen, neue Techniken der Prozessoptimierung vorzustellen. Gemeinsam mit vielen Partnern aus dem Gesundheitswesen wollen wir Innovationen vorstellen, die Auswirkungen auf die Abläufe in der Patientenvorsorgung haben. Im Rahmen dieser Prozessoptimierungen sollen Nutzeneffekte aufgezeigt werden, die dazu beitragen, mit den gegebenen Mitteln das bestmögliche Ergebnis zu erreichen.

Der „Professional Process“ stellt Ihnen eine Auswahl von Fallbeispielen und Projekten vor, die erläutern, wie die Optimierung pflegerischer, medizinischer und logistischer Versorgung umgesetzt und vorangetrieben werden können. Mit Hilfe von wissenschaftlich entwickelten sowie praxiserprobten Verfahren und Methoden bieten wir Ihnen Lösungen an, die bei ihrer Anwendung mehr Effizienz erzeugen.

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

GIT Healthcare – Vorsprung durch Wissen

- **Unsere Medien:** Management & Krankenhaus (sämtliche Krankenhausbereiche, erscheint monatlich); medAmbiente (Fokus Einrichtung/Ausstattung; zweimonatlich); Hospital Post Europe (sämtliche Bereiche, auf europäischer Ebene). Sonderpublikationen informieren über ausgewählte Themengebiete.
- **Unsere Zielgruppen:** Jeder, der im Krankenhausumfeld strategische Investitionen anbahnt bzw. über sie entscheidet, findet in verständlicher Sprache Trends, Produkte und Lösungen.
- **Unsere Themengebiete und Ressorts:** Die Bereiche im Krankenhaus finden Beachtung – von der Betriebswirtschaft über medizinische Abteilungen, IT, Labor, Apotheke, Materialwirtschaft und FM.
- **Im Mittelpunkt:** Eine zentrale Rolle spielen die grundlegenden Faktoren Prozessoptimierung, Kostensenkung, Qualitätsverbesserung.

Nähere Informationen und Probe-Abo: Aktuelle Themenpläne, pdfs früherer Ausgaben und Kontaktinfos erhalten Sie unter Tel.: +49 6151 8090 150 und c.rothermel@gitverlag.com.

www.gitverlag.com

GIT VERLAG
A Wiley Company

Willkommen in Ihrem GesundheitsSystem.

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

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

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

AGFA HealthCare

Ablauforganisation in Gesundheitseinrichtungen

Grundsätze und Nutzen des Prozessmanagements

In Deutschland lag lange Zeit der Fokus jeglicher organisatorischer Betrachtungen auf der Aufbauorganisation. Steigender Wettbewerbsdruck und mangelnde Effizienz haben die Betrachtung des Ablaufs innerhalb einer Organisation – das Prozessmanagement – wieder in den Vordergrund gerückt. Auch die Strukturen in Gesundheitseinrichtungen sind oft traditionell gewachsen und weisen dementsprechende Defizite auf.[1] Aus diesem Grund ist mit der Verbesserung, Abstimmung und Standardisierung von Prozessen ein großes Potenzial zur Realisierung von Kosteneinsparungen verbunden. Der folgende Beitrag erläutert die Grundlagen von Prozessmanagement und Prozessoptimierungen und zeigt einen Leitfaden auf, wie die hiermit verbundenen Potenziale in Gesundheitseinrichtungen genutzt werden können.

Prof. Dr. Susanne Schuller

1. Warum Prozessmanagement in Gesundheitseinrichtungen?

Die Organisationsstrukturen in Gesundheitseinrichtungen zeichnen sich durch eine hohe funktionale Arbeitsspezialisierung aus, was mit Schwachstellen in der Arbeitsorganisation verbunden ist.[1,2] Dies ist einerseits die Folge der langjährigen Konzentration auf die Aufbauorganisation – also die Sichtweise in Abteilungen. Erst Gaitanides[3,4] macht die Bedeutung der Ablauforganisation deutlich und setzt die Orientierung an Prozessen in Gang. Andererseits sind im Kernleistungsbereich von Gesundheitseinrichtungen funktionale Experten gefragt – wie z. B. bei einer Operation ein Chirurg, ein Anästhesist und eine OP Schwester. Diese Experten benötigen so spezifisches Wissen, dass hier eine reine Prozessorientierung an ihre Grenzen stößt.[2] Gleichzeitig lassen sich in den administrativen Prozessen starke Effizienzsteigerungen durch Prozessorientierung erzielen. Im Detail schlägt sich diese in einer geringeren Behandlungs- und Verweildauer für den Patienten und in einer höheren Qualität in der Kernaufgabe – also der Behandlung der Patienten – nieder.

Eine Auseinandersetzung mit den Unternehmensprozessen gibt einen Überblick über die ablaufenden Prozesse. Dadurch werden Schnittstellen zwischen den Prozessen sichtbar, die häufig zu Effizienzeinbußen führen. Gleichzeitig kann die Zusammenarbeit von Mitarbeitern unterschiedlicher Abteilungen bzw. Stationen durch bessere Informationsweitergabe reibungsloser gestaltet werden. Sind die Prozesse und ihre Schnittstellen bekannt, können Sie analysiert, verbessert und schließlich standardisiert werden. In Gesundheitseinrichtungen werden häufig von Pflegekräften und Ärzten fachfremde Aufgaben übernommen. So verbringen Chirurgen am Tag durchschnittlich 2 Stunden und 42 Minuten mit Dokumentationsaufgaben, Internisten sogar 3 Stunden und 15 Minuten.[5,6] Eine Optimierung und Standardisierung von Prozessen, auch unter dem Begriff „Optimierung von Patientenbehandlungspfaden“[7] diskutiert, kann hier Abhilfe schaffen.

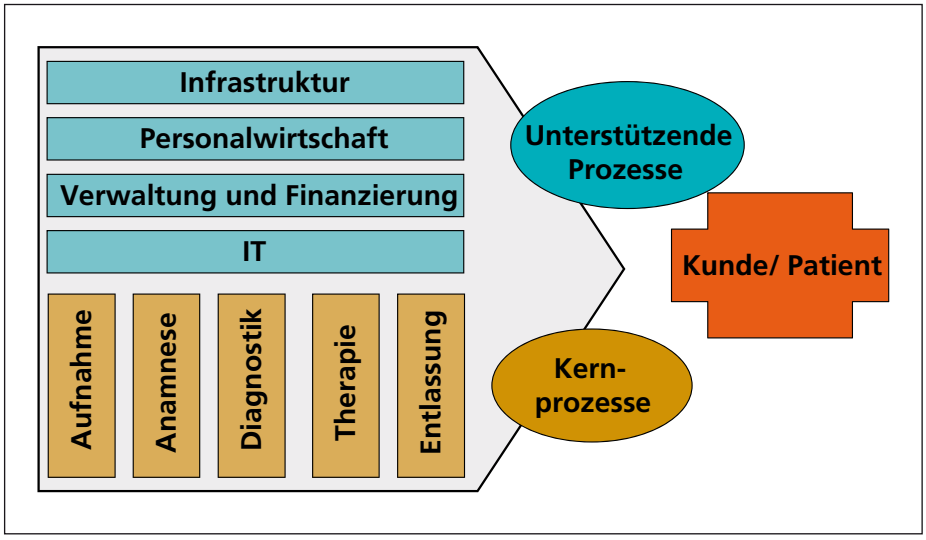


Abb. 1: Kern- und Unterstützungsprozesse im Krankenhaus[2,11]

2. Grundsätze des Prozessmanagements

Was ist nun ein Prozess? Ein Prozess beschreibt eine Folge logisch zusammenhängender Aktivitäten zur Erstellung einer Leistung oder Veränderung eines Objektes. Nötig dafür ist ein Anfang bzw. Input, als Ergebnis steht ein Output, welcher möglichst einen Wertzuwachs bzw. eine Wertschöpfung beim Kunden generiert.[7,8] Hammer und Champy definieren einen Unternehmensprozess als „Bündel von Aktivitäten, für das ein oder mehrere unterschiedliche Inputs benötigt

werden, und das für den Kunden ein Ergebnis von Wert erzeugt."[9]

Prinzipiell ist nach Porter[10] zwischen Kernprozessen und unterstützenden Prozessen zu unterscheiden. Kernprozesse sind direkt mit der Erstellung einer Dienstleitung verbunden, wohingegen unterstützende Prozesse benötigt werden, um die Kernprozesse abwickeln zu können. Typischerweise handelt es sich bei einem Kernprozess um Entwicklung, Beschaffung, Produktion usw., unterstützende Prozesse hingegen sind eher administrative Tätigkeiten wie z.B. die Verwaltung oder auch die IT. Bezogen auf ein Krankenhaus ist folglich der wesentliche Kernprozess die Therapie von Patienten. Nachfolgende Abbildung zeigt beispielhaft die Kernprozesse und die unterstützenden Prozesse in einem Krankenhaus.

Um die Struktur von Prozessen zu ermitteln, müssen diese horizontal und vertikal abgegrenzt werden.

Bei der horizontalen Prozessabgrenzung werden logisch zusammenhängende Vorgänge als eigenständiger Prozess festgelegt.[11] Anfang und Ende eines Prozesses werden dabei allein durch die Entscheider bestimmt. Im Rahmen der vertikalen Prozessabgrenzung werden die gerade festgelegten Prozesse dann in Subprozesse zerlegt. Am Ende der dadurch entstehenden Prozesshierarchie steht dann der einzelne Arbeitsschritt.[11] Das Vorgehen bei der Prozessabgrenzung kann prinzipiell top-down oder bottom-up erfolgen. Bei top-down Vorgehen werden die Prozesse von der Unternehmensleitung festgelegt, bottom-up erfolgt die Festlegung der einzelnen Arbeitsschritte unter Einbezug der beteiligten Mitarbeiter. Diese werden zu Subprozessen zusammengefügt, die sich in den Hauptprozessen wiederfinden.

3. Prozessoptimierung in Gesundheitseinrichtungen

3.1. Ablauf einer Prozessoptimierung

Ziel einer Prozessoptimierung ist es, durch Hinterfragen und Neukonzipieren bestehender Prozesse eine Verbesserung zu erreichen. Dies kann sich sowohl in einer absoluten Kostensenkung als auch in einer relativen Kostensenkung niederschlagen.[11] Bei einer absoluten Kostensenkung sinken die Kosten bei konstantem Leistungsniveau, im Fall einer relativen Kostensenkung steigt die Leistung bei konstanten Kosten. In beiden Fällen wird eine Steigerung der Wirtschaftlichkeit erreicht.

Eine Prozessoptimierung lässt sich in drei Schritten erreichen:

Am Beginn steht die Ist-Analyse in Form der Prozessdokumentation und Prozessanalyse. Durch Betrachtung des Ist-Zustandes erhält man Erkenntnisse darüber, was und wie etwas bewirkt wird. Werden dabei Schwachpunkte identifiziert, so muss der Soll-Zustand diese Schwachstellen am Besten eliminieren, mindestens aber verbessern. Auf Basis der IST-Analyse werden Ziele gesetzt und anschließend Maßnahmen zur Verbesserung eingeleitet. Schließlich folgt die Festlegung des Soll-Zustands durch Verbesserung und Gestaltung der Prozesse. Wesentlich ist der letzte Schritt, die Implementierung und Evaluation. Die Umsetzung der Optimierung muss mit geeigneten Maßnahmen durchgeführt werden. Eine abschließende Überprüfung ob, wie, bzw. warum die Maßnahmen nicht erfolgreich waren, ist bei jeder Prozessoptimierung notwendig. So ist bei der Evaluation während und nach der Umsetzung der Erfolg derselben zu überprüfen.

Im Folgenden werden die einzelnen Parameter einer Prozessoptimierung genauer beleuchtet:

A IST-Analyse:

Die IST-Analyse umfasst die Prozessdokumentation und die Prozessanalyse.

Bei der Prozessdokumentation müssen in einem ersten Schritt Daten erhoben werden. Hier gilt es, einen Überblick über alle beteiligten Prozesse zu erhalten. Das geschieht dadurch, dass alle ablaufenden Aktivitäten und Schnittstellen in logischer und zeitlicher Abfolge erfasst werden. Zusätzlich werden Hilfsmittel wie Verfahrensanweisungen, Daten usw. vermerkt. Wichtig ist es auch, Prozessparameter wie Durchlaufzeit, Kosten und Qualität mit aufzunehmen, da der Prozess anhand dieser Parameter gemessen werden kann.

Ist die Datenerhebung abgeschlossen, kann mit der Prozessdarstellung begonnen werden. Hier geht es um das Schaffen von Transparenz und die Analyse von Abhängigkeiten. Die Darstellung muss klar, verständlich, logisch und richtig sein und die Parameter, die in der Datenerhebung erfasst wurden, abbilden. Daher eignen sich für die Prozessdarstellung graphische Verfahren, wie z.B. ein Flussdiagramm, die diese Anforderungen erfüllen.

Da Prozessorientierung ebenso im Rahmen des Qualitätsmanagements gefordert wird, und eines der Kriterien im Rahmen des EFQM Modells darstellt,[12] sollte bei der Dokumentation der Prozesse darauf geachtet werden, dass die Standards eines Qualitätsmanagementsystems berücksichtigt werden, damit die erstellten Handbücher auch in einer möglichen Zertifizierung eingesetzt werden können.

Sind die Prozesse festgelegt, gilt es, diese im Rahmen der Prozessanalyse anhand bestimmter Kriterien zu bewerten. Dabei sind die Daten, die in der Prozessdokumentation gewonnen wurden mit Soll-Werten zu vergleichen, und Abweichungen zu analysieren. Kriterien für die Analyse sind Durchlaufzeit, Kosten und Qualität.

B SOLL-Zustand:

Durch die Gestaltung der Prozesse soll der SOLL-Zustand, also das Optimum erreicht werden. Hier gibt es zwei Möglichkeiten. Zum einen können die bestehenden Prozesse an den Soll-Zustand angepasst werden. Dies erscheint sinnvoll, wenn die Abweichung zwischen IST- Daten und SOLL-Daten nicht sehr groß ist bzw. leicht angepasst werden kann. Hierfür gibt es verschiedene grundsätzliche Möglichkeiten. So können einzelne Arbeitsschritte ausgelassen, zusammengefasst, verbessert, ausgelagert oder auch in der Reihenfolge geändert werden. Abbildung 2 verdeutlicht die verschiedenen Varianten einer Prozessoptimierung.

Gibt es gravierende Abweichungen beim SOLL-IST Vergleich, können Prozesse auch komplett neu gestaltet werden.

C Implementierung und Bewertung

Sind die Prozesse analysiert und optimiert, gilt es, diese Prozesse im Unternehmen zu implementieren. Damit dies zum Erfolg wird, sind wie bei fast allen Change Management Projekten zwei Aspekte zu Berücksichtigen: Koordination und Motivation.[13]

Der Koordinationsaspekt beschreibt die technisch- organisatorischen Maßnahmen, die sich z.B. in einem Umsetzungsplan widerspiegeln und die zum Erfolg der Implementierung notwendig sind. Beim Motivationsaspekt geht es hingegen darum, die Motivation und die Akzeptanz der Mitarbeiter sicherzustellen. Dies geschieht dadurch, dass die Mitarbeiter an der Erarbeitung der neuen Prozesse beteiligt sind sowie durch umfangreiche Schulungs- und Informationsveranstaltungen. Die richtige Kommunikation spielt hierbei eine entscheidende Rolle.

Sind die neuen Prozesse implementiert, müssen sie regelmäßig evaluiert werden. Dies erfolgt idealer weise anhand eines Kennzahlensystems, das die Aspekte Durchlaufzeit, Kosten und Qualität abbildet. Werden hier Abweichungen festgestellt, müssen die Prozesse im Rahmen eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses angepasst werden.

3.2. Prozessoptimierung in Gesundheitseinrichtungen: Das Beispiel Warenwirtschaft

Der hohe Handlungsbedarf in Gesundheitseinrichtungen bezüglich der Optimierung und Standardisierung von unterstützenden Prozessen wird unter anderem durch die sinkende Mitarbeiterzufriedenheit in Krankenhäusern deutlich.[14] Hierfür sind größtenteils organisatorische Probleme verantwortlich. So ist die bereits dargestellte Belastung durch fachfremde Tätigkeiten auf zu wenig standardisierte Prozesse und zu wenig festgelegte Verantwortlichkeiten zurückzuführen.[1] Durch Straffung von Prozessen und

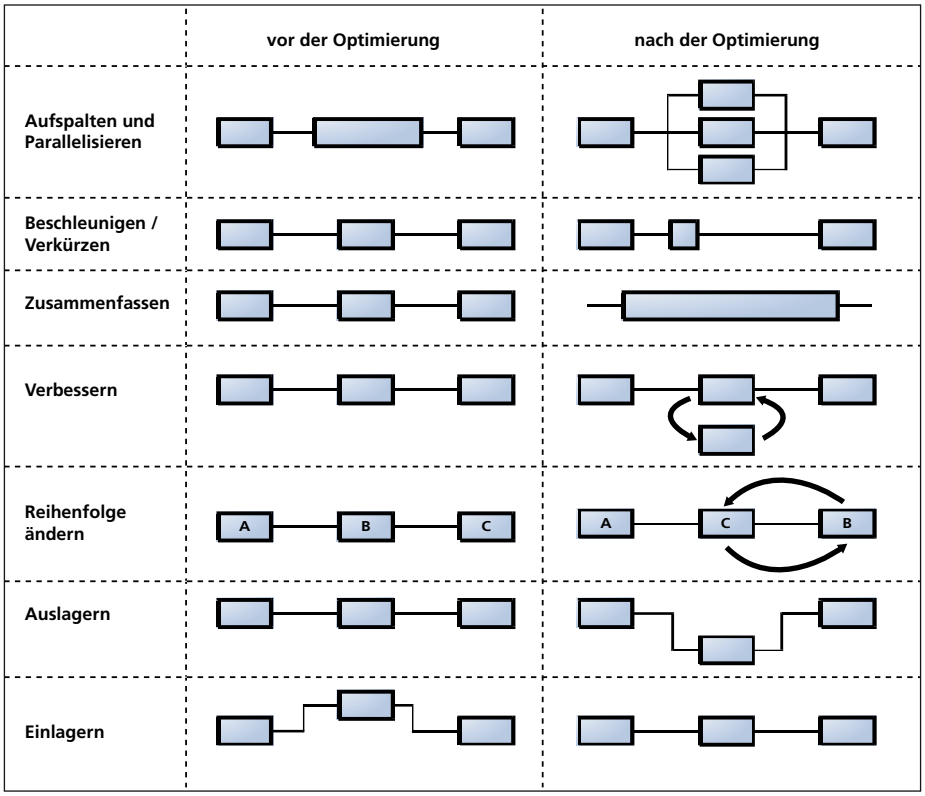


Abb. 2: Grundlegende Varianten der Prozessoptimierung[15]

durch Eliminierung nicht notwendiger Prozesse kann die Organisation in Gesundheitseinrichtungen zudem kostengünstiger und effizienter gestaltet werden. Besonderes Potenzial hierfür zeigen, wie in Abschnitt 1 bereits erläutert, die unterstützenden Prozesse, wie zum Beispiel der Bereich der Warenwirtschaft.[1] Auf diesen Bereich entfallen ca. 30 % der Kosten in Krankenhäusern.

In einer Pilotstudie des Sozial- und Seniorenwirtschaftszentrums zum Thema Prozessoptimierung in Kliniken[1] wurden die Abteilungen interne Arzneimittellogistik, Wäscheversorgung, Büroartikelversorgung, Formularwesen und stationsspezifische Versorgung mit Verbrauchsartikeln wie z. B. Verbandsmaterial einer Prozessoptimierung unterzogen. Als Hilfsmittel diente eine Geschäftsprozesssoftware, die eine Modellierung der Prozesse sowie die Verknüpfung mit Kennzahlen und Dokumenten wie Verfahrens- und Handlungsanweisungen erlaubt.

Die IST-Analyse wurde von einer Arbeitsgruppe mit alles beteiligten Abteilungen und Stationen durchgeführt. In den erarbeiteten IST-Prozesse wurden durch Benchmarking Verbesserungen aus anderen Prozessen eingearbeitet. Die erstellten Prozessdokumentationen wurden mit den entstehenden Kosten verknüpft und anschließend optimiert. Die Evaluation des Ergebnisses erfolgte mit Hilfe eines Audits. Das Ergebnis ist eine Standardisierung der Versorgungs- und Beschaffungsabläufe, die den Verwaltungs- und Dokumentationsaufwand stark reduzieren konnte. So entfallen schriftliche Doppelerfassungen von Bedarfsmeldungen, gleichzeitig wurden durch die Standardisierung der Abläufe Verantwortlichkeiten festgelegt. Dies führt dazu, dass eine Eindeutigkeit bezüglich der Zuständigkeiten geschaffen wurde, die jegliche Unsicherheit bei den Mitarbeitern verhindert. Zudem konnte eine deutliche Verringerung der Lagerbestände erzielt werden. Abschließend ist festzuhalten, dass das Instrument Prozessmanagement einen wesentlichen Beitrag zur Steuerung des Systems Krankenhaus leisten kann.

Kontakt

Prof. Dr. Susanne Schuller
Fachhochschule für angewandtes Management, Erding
susanne.schuller@fham.de

Literatur

1 Hübner, Michael/Windschuh, Thomas: Die knappen Ressourcen effizienter nutzen: Einsatzmöglichkeiten und Nutzen von Prozessoptimierung in Krankenhäusern und Kliniken; in: BFS-Informationen 4/2004, S. 13–16.

2 Picot, Arnold; Korb, Jasmin: Prozeßorientierte Organisation-Perspektiven für das Krankenhausmanagement, in: Profitcenter und Prozeßorientierung, hrsg. von S. Eichhorn, B. Schmidt-Rettig, Stuttgart 1999, S. 14–24

3 Gaitanides, Michael: Ablauforganisation, in: Frese, E. (Hrsg.): Handwörterbuch der Organisation, 3. Aufl., Stuttgart, Sp. 3–18, 1992

4 Gaitanides, Michael: Prozessorganisation: Entwicklung, Ansätze und Programme prozessorientierter Organisationsgestaltung, 2. Aufl. 1999, München

5 Blum, Karl: Pflegefremde/patientenfremde Tätigkeiten im Pflegedienst der Krankenhäuser – Bestandsaufnahme und Verbesserungsvorschläge, Düsseldorf 2003

6 Blum, Karl; Müller, Udo: Dokumentationsaufwand im Ärztlichen Dienst der Krankenhäuser, Düsseldorf 2003.

7 Greiling, Michael; Patientenbehandlungspfade optimieren – Prozessmanagement im Krankenhaus, Kulmbach 2007

8 Picot, Arnold/Franck, Egon: Prozessorganisation. Eine Bewertung der neuen Ansätze aus Sicht der Organisationslehre, in: Nippa, M./Picot, A. (Hrsg.): Prozessmanagement und Reengineering. Die Praxis im deutschsprachigen Raum, Frankfurt u. a., 1995, S. 13–38

9 Hammer/Champy: Business Reengineering. Die Radikalkur für das Unternehmen, Frankfurt, New York 1994

10 Porter, Michael: Competitive Advantage. Creating and Sustaining Superior Performance, New York 1985

11 Posluschny, Peter, Prozessorientiertes Kostenmanagement in Krankenhausbetrieben, Berlin 2002

12 Heib, Kai/Möller, Johannes: Das EFQM-Modell in Gesundheitseinrichtungen – Lernergebnisse aus Anwendungen des Prozesskriteriums, Hamburg 2008

13 Wolff, Birgitta, Anreizkompatible Reorganisation von Unternehmen, Stuttgart 1999

14 Bandemer, Stephan von/Born, Andreas/Hilbert, Josef 2002: Arbeit im Dienstleistungssektor – Arbeitsorganisation, Mitarbeiterzufriedenheit und Kundenorientierung in: Brödner, Peter/Knutz, Matthias (Hrsg.): Nachhaltige Arbeitsgestaltung: Trendreports zur Entwicklung und Nutzung von Humanressourcen, München, S. 379–429.

15 Arndt, Holger: Supply Chain Management. Optimierung logistischer Prozesse, 3. überarb. Auflage, Wiesbaden 2006.

Die vollständigen Literaturstellen sind beim Autor bzw. bei den Autoren des Beitrags erhältlich.

systema
DEUTSCHLAND GMBH
Ein Unternehmen der CompuGROUP

systema vernetzt
akut – reha – sozial

zu sehen auf der MEDICA 19.-22.11.08 Halle 15 / Stand E 18

systema baut auf die bewährten Lösungen von

All for One.
Ein Unternehmen der CompuGROUP

fliegel data
ein Unternehmen der CompuGROUP

www.systema.de

Clinical Pathways und Gesundheitsökonomie

Der Versuch, einen rationalen Umgang mit der Knappheit im Gesundheitswesen zu unternehmen, wird besonders gut im Krankenhausmarkt deutlich. Die Einführung der DRGs und die damit verbundene stete Anpassung des krankenhausindividuellen Basisfallwerts an einen landes- und ab 2010 an einen bundeseinheitlichen Basisfallwert[1] kann als klare Maßnahme zur Reduzierung von Überkapazitäten (die im internationalen Vergleich immer noch vorliegen)[2] gewertet werden.

Prof. Dr. Dr. Peter Oberender

Pauschalierte Entgelte als gesundheitspolitischer Rahmen

Neben dieser durch den Staat initiierten Angebotsselektion soll auch eine Verhaltenssteuerung hinsichtlich eines effizienten und effektiven Einsatzes[3] von Produktions- und Humanressourcen erfolgen. Machnik hat gezeigt, dass durch Einführung der DRGs Kostenumschichtungen und Umstrukturierungen (u.a. Erhöhung der Qualität) angestoßen werden. Die DRGs schaffen den „alten" Anreiz ab, durch Verweildauerausdehnung die Erlöse zu erhöhen und fördern vielmehr die Steigerung der Qualitätstransparenz.[4] In einem DRG-System sind Gewinnsteigerungen auf der Einzelfallebene nur durch Kostenreduktionen erzielbar.[5] Mit dem Inkrafttreten der DRGs sind die Krankenhäuser folglich einem enormen Kostendruck ausgesetzt worden,[6] was bereits zu umfänglichen angebotsseitigen Marktanpassungsprozessen geführt hat. Die Einführung pauschalierter Entgelte betrifft demnach nicht nur den Krankenhaussektor. Eine Ausdehnung in den ambulanten und rehabilitativen Sektor ist zu erwarten. Hierbei muss berücksichtigt werden, dass es grundsätzlich zwei Typen von Gesundheitseinrichtungen gibt: die ineffizient arbeitenden und die strukturell benachteiligten.[4]

Zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung bedarf es besonderer Berücksichtigung sowie Förderung der strukturell benachteiligten Einrichtungen; die ineffizienten Unternehmen müssen sich hingegen im Wettbewerb behaupten und durch innovative Konzepte leistungsfähig gemacht werden.

Die beschriebenen Effekte und Ziele pauschalierter Entgelte brachten auch einen starken Impuls in die Diskussion um den Nutzen von Clinical Pathways. Es war nur eine Frage der Zeit, bis sich die baulichen Strukturen[7] und die organisatorischen Prozesse an die neue Vergütungssituation anpassten.

Clinical Pathways stellen ein mögliches Instrument zur Verbesserung der Ressourcenallokation beim Behandlungsablauf dar. Insbesondere in Anbetracht der Einführung pauschalierter Entgelte auch im ambulanten Sektor und im Bereich der Rehabilitation wird dieses Instrument vermutlich weiter an Bedeutung gewinnen.

Begriffsbestimmung und Kernfragen

Bevor vertiefend auf die Zusammenhängen zwischen Gesundheitsökonomie und Clinical Pathways eingegangen wird, bedarf es einer definitorischen Abgrenzung. Gesundheitsökonomie wird als Disziplin verstanden, die unter Verwendung ökonomischer und medizinischer Theorien und Methoden das Gesundheitswesen analysiert.[8] Im folgenden Beitrag liegt der Schwerpunkt dabei auf der ökonomischen Perspektive.

Clinical Pathways entstammen dem industriellen Projektmanagement der 50er Jahre und werden seit ca. 10 Jahren im deutschen Gesundheitswesen genutzt.[9] Der Wirkungsradius sowie die Funktionen von Clinical Pathways unterlagen seither einer steten Weiterentwicklung.[9] Für die nachfolgenden Ausführungen ist es sinnvoll, die Definition nicht nur auf das Krankenhaus zu beziehen sondern weiter zu fassen. In Anlehnung an Seyfarth-Metzger/Vogel lässt sich Folgendes konstatieren: Clinical Pathways sind institutionalisierte Leitlinien, die den Behandlungsablauf berufsgruppenübergreifend von der Aufnahme bis zur Entlassung beschreiben und die anfallenden Leistungen und Ressourcen prozessbezogen darstellen.[10,11]

Im Folgenden sollen deshalb drei Kernfragen im Vordergrund stehen, wobei überwiegend anhand des Krankenhaussektors argumentiert wird:

1. Welchen Beitrag leisten Clinical Pathways zur ökonomischen Analyse des Patientenverlaufs?
2. Welche Anreize und Steuerungsmöglichkeiten können Clinical Pathways setzen?
3. Welchen Beitrag leisten sie damit zum Qualitäts- und Kostenmanagement?

Ökonomische Analyse des Patientenverlaufs

Die Grundlage für einen ökonomischen, d.h. rationalen Umgang mit Ressourcen im Gesundheitswesen bildet eine Analyse des Patientenverlaufs. Der Clinical Pathway wird dabei als Prozess verstanden, der zeitlich begrenzt ist und einen be-

stimmten Input (kranker Mensch) zu einem Leistungsergebnis (gesunder Mensch) führt.[12]

Diese Transformation kann beispielhaft anhand der Krankenhauswertschöpfungskette verdeutlicht werden (siehe Abbildung 1). Sie ist dadurch gekennzeichnet, dass es einen primären Kernprozess „Patientenversorgung" gibt, der Aktivitäten wie Aufnahme/Einweisung, Diagnostik, Operation/Therapie, Pflege und Entlassung/Überweisung enthält. Der Kernprozess wird seinerseits durch eine Vielzahl unterstützender Prozesse begleitet.[13,14] Die unterstützenden Prozesse lassen sich nach ihrer Nähe zum Kerngeschäft wie folgt differenzieren:[15]

- Sekundärer Bereich: Unterstützende Leistungen unter ärztlicher oder pflegerischer Anleitung mit einem unmittelbaren Zusammenhang zu Diagnostik und Therapie, z. B. Labor
- Tertiärer Bereich: Unterstützende Leistungen im Bereich Infrastruktur sowie Dienstleistungen, die den Primär- und Sekundärbereich ergänzen, z. B. Gebäudemanagement.

Die Clinical Pathways zielen auf die Wertschöpfungskette ab, in dem sie für einen möglichst optimalen Ablauf innerhalb des Kernprozesses sowie zwischen Kernprozess und unterstützenden Prozessen sorgen. Neben dieser reinen internen Betrachtung der Gesundheitseinrichtung dient der Clinical Pathway auch zur Integration externer Leistungserbringer in die eigene Wertschöpfungskette. Insbesondere für eine sektorenübergreifende Versorgung können Clinical Pathways als Leitmedien mit Verkettungsfunktion dienen.[17]

Für die nun folgende ökonomische Analyse steht deshalb auch der Vernetzungscharakter der Clinical Pathways im Fokus. Unter Rückgriff auf den Netstructuring Ansatz als strategische Option von Heintz erfolgt die Analyse anhand der Wertschöpfungskette in drei Schritten:[18]

1. Fokussierung auf Kernkompetenzen
2. Schaffung von Transparenz
3. Vernetzung

Auf Basis des Leistungsportfolios der Einrichtung können die jeweiligen **Kernkompetenzen** ermittelt werden. Kernkompetenzen zeichnen sich durch ihren besonderen Beitrag zum Unternehmenserfolg aus. Insbesondere die Eigenschaften Heterogenität, Relevanz, Knappheit, begrenzte Imitierbarkeit, begrenzte Mobilität und begrenzte Substituierbarkeit zeichnen sie aus.[19,20,21,22,23] Hierzu zählen im Krankenhaus u.a. Fachabteilungen mit hohem Markt- und Erlösanteil, innovative Verfahren und besondere pflegerische Kompetenzen (z. B. Kurzzeitpflege). Aber auch Fähigkeiten aus den Sekundärbereichen können zu Kernkompetenzen ausgebaut werden, wie das Beispiel Krankenhausbau (Rhön Klinikum AG) oder Beschaffung zeigt. Die Analyse kann sowohl auf Hausebene als auch auf Fachabteilungsebene durchgeführt werden. Jede Fachabteilung hält eigene Kernkompetenzen vor, die einen entscheidenden Beitrag zum Deckungsbeitrag leisten. Kernkompetenzen, die einen entscheidenden Beitrag zum Clinical Pathway leisten, sind spezifische Kernkompetenzen. Sie erfüllen die genannten Kriterien in hohem Ausmaß. Unspezifische Kernkompetenzen hingegen tangieren den Clinical Pathway nur und leisten kaum positive Effekte zum Wertschöpfungsprozess.[18]

Sind die Kernkompetenzen einmal bekannt, so trägt dies zur Schaffung von Transparenz bei. Entscheidend ist, dass die **Transparenz** nicht nur intern hergestellt wird sondern auch nach außen. Dies ist insbesondere dann von Bedeutung, wenn angedacht ist, Clinical Pathways in der Kooperation mit externen Leistungserbringern im ambulanten, stationären, rehabilitativen und pflegerischen Bereich einzusetzen. Transparenz ermöglicht damit eine ökonomische Abstimmung der Leistungserbringung. Dies gilt auch für die einzelne Fachabteilung. Erst wenn der einzelne Fachbereich Transparenz über seine eigenen Fähigkeiten hat, kann er diese nutzen, um sich mit anderen Fachbereichen durch Clinical Pathways zu vernetzten.[18]

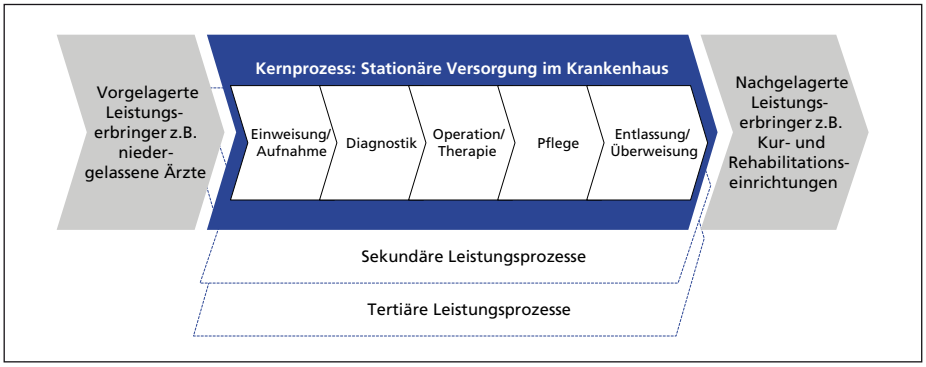


Abb. 1: Wertschöpfungskette im Krankenhaus, Quelle: in Anlehnung an Hamm, M. 2002, S. 44[16]

Die maßgebliche ökonomische Funktion von Clinical Pathways ist die **Vernetzung**. Sie trägt zur Realisierung von Synergieeffekten in der externen Kooperation sowie intern in der Einrichtung bei. Der Clinical Pathways stellt dabei die Gemeinsamkeiten der am medizinischen Leistungsprozess Beteiligten in den Vordergrund. Er führt alle Beteiligten, wie an einer „unsichtbaren Hand" auf ein gemeinsames Ziel hin. Dabei vereint er pflegerische, ärztliche und medizinisch-technische Fähigkeiten zu einem Prozess.[18]

Anreize und Steuerungsmöglichkeiten knapper Ressourcen durch Clinical Pathways

Clinical Pathways bieten aufgrund ihres vernetzenden Charakters unterschiedliche Anreize: Ordnung, Entlastung, Motivation, Koordination, Kohäsion und Wertmaßstab.[24]

Die Erfassung und Vernetzung von Kernkompetenzen ermöglicht die Schaffung einer neuen **Ordnung**. Insbesondere bei hochkomplexen Eingriffen oder Prozeduren trägt Prozessordnung zu klar definierten Arbeitsabläufen bei. Auch hilft sie unerfahrenen Mitarbeitern bei der Einarbeitung und Vermeidung von Flüchtigkeitsfehlern. Der Clinical Pathway kann als Institution, d.h. als Ansammlung von Regeln, verstanden werden, der durch seine Festigkeit zur **Entlastung** der Mitarbeiter beiträgt. Dabei übernimmt er die Funktion eines „Stützrades", das Routinearbeiten standardisiert. Durch die Konzentration auf Kernleistungsprozesse wird auch die **Motivation** der Beteiligten gesteigert. Die Übertragung arztentlastender Tätigkeiten auf die Pflegekräfte führt zu deutlichen Einsparungen und Arbeitsfreude im ärztlichen Dienst.[25] Auch die Strukturierung der Tätigkeiten nach einem Anforderungsprofil im Pflegebereich führt zu deutlicher Entspannung. Die Übertragung von Transportdiensten auf Servicekräfte kann hier als Beispiel genannt werden.[26] Damit einher geht auch die Steigerung des **Koordinationsaufwandes**. Dieser im ersten Blick negativ erscheinende Faktor führt in der Regel zur Schaffung neuer Berufsbilder wie das Beispiel des Casemanagers im Universitätsklinikum Münster belegt.[27]

Auch fördert der Clinical Pathway **Kohäsion** von dienstartübergreifenden Teams. Es wird ein gemeinsames „Wir-Gefühl" entlang des Behandlungsprozesses zum Wohle des Patienten geschaffen. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit im Clinical Pathway auch **ethische Ansätze** zu implementieren. So lassen sich beispielsweise Ethikkomitees im Rahmen von Behandlungspfaden integrieren, die besonders für kirchliche Krankenhausträger von Relevanz sind.[28]

Die **Steuerung** der Wertschöpfungskette anhand von Clinical Pathways erfolgt durch die Setzung der genannten Anreize in unterschied-

licher Stärke. Insbesondere die Steuerung der Patientenströme zwischen dem ambulanten und stationären Sektor wird der entscheidende Zukunftsfaktor für Krankenhäuser sein. Durch die Integration medizinischer Versorgungszentren in den Wertschöpfungsprozess und die flexible Einsetzbarkeit von ärztlichem Personal durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz werden neue Anforderungen an die Prozessteuerung gestellt. Dabei lässt sich die Steuerung wie folgt systematisieren: Richtung, Wachstum und strategische Art.[23,29,30,31,32] Die Steuerung kann horizontal, vertikal oder diagonal erfolgen. Der Prozess wächst intern, extern oder durch Kooperationen. Und die Art der Steuerung ist entweder aktiv oder passiv. Die aktive Steuerung hat dabei die Prozess- und Ressourcensteigerung im Blick. Das passive Vorgehen zielt auf die Vermeidung von unnötigen Behandlungsschritten ab. Hierbei stehen vorwiegend Rationalisierungseffekte im Vordergrund.[3]

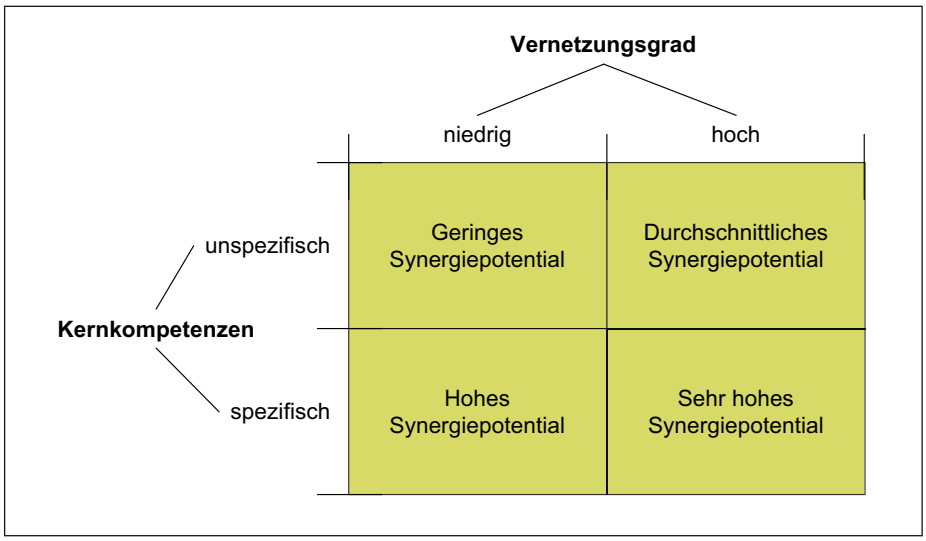


Abb. 2: Höhe des Synergiepotentials durch Clinical Pathways, Quelle: in Anlehnung an Montgomery, C.A./ Wernerfelt, B. (1988), S. 627.[34]

Realisierung von Synergiepotentialen

Neben den genannten Anreizen tragen Clinical Pathways zur Reduzierung von opportunistischem Verhalten bei, zur Reduzierung von Transaktionskosten und zur Generierung von Synergien. Eine umfangreiche Metaanalyse der TU Dresden untersuchte im Jahr 2006 die ökonomische Bedeutung von Clinical Pathways. Diese hat gezeigt, dass Patienten, die nach standardisierten Abläufen behandelt wurden, das Krankenhaus durchschnittlich 1,7 Tage früher verlassen konnten und durchschnittlich pro Fall 212 Euro weniger kosteten.[33] Nachfolgend wird vertiefend auf Synergieeffekte eingegangen.

Der Grad der Vernetzung und die Eigenschaft der Kernkompetenzen haben dabei maßgeblichen Einfluss auf die Höhe des Synergiepotentials. Aus diesem Verhältnis lassen sich vier Hypothesen zur Generierung von Synergien ableiten:[34]

1. Einrichtungen, die unspezifische Kernkompetenzen in geringem Umfang mit einander vernetzten, generieren nur niedrige Synergiepotentiale.
2. Einrichtungen, die spezifische Kernkompetenzen in geringem Umfang mit einander vernetzten generieren hohe Synergiepotentiale.
3. Einrichtungen, die unspezifische Kernkompetenzen in hohem Ausmaß mit einander vernetzten, erzeugen durchschnittliche Synergiepotentiale.
4. Einrichtungen, die es verstehen spezifische Kernkompetenzen in hohem Ausmaß mit einander zu vernetzten, generieren hohe Synergiepotentiale.

Die nachfolgende Abbildung 2 verdeutlicht diesen Zusammenhang:

Aktives Ressourcenmanagement ist durch Standardisierung auf der Dienstleistungsebene innerhalb der Kernprozesse sowie zwischen sektorübergreifenden Kernprozessen gefordert.[3] Erst die Standardisierung (Transparenz) lässt Ähnlichkeiten erkennen, die wiederum die Grundlage für die Realisierung von Synergien bilden.

Kritische Würdigung

Es bleibt anzumerken, dass der Einsatz von Clinical Pathways kontrovers diskutiert wird. Insbesondere von Seiten der Ärzteschaft wird immer wieder auf das Privileg der Diagnose- und Therapiefreiheit hingewiesen. Die Förderung einer Defensivmedizin, Schematisierung der Medizin sowie Zurückdrängen der persönlichen Intuition und Eigenverantwortung des Arztes werden als Kritik am Instrument der Clinical Pathways genannt.[35] Greiling zeigt darüber hinaus auf, dass bei der Umsetzung insbesondere technische und organisatorische Herausforderungen zu überwinden sind. Mangelnde Transparenz, hohe Komplexität, Systemheterogenität und die Vernachlässigung des Mitdenkens der Mitarbeiter können hier exemplarisch genannt werden.[36] Auch die zur Erarbeitung und Etablierung notwendigen Transaktionskosten in Form von Entwicklungs- und Verhandlungskosten, aber auch Einführungs- und Kontrollkosten müssen berücksichtigt werden.[37]

Hieraus folgt: Clinical Pathways dürfen sich nicht zu einem bürokratischen Instrumentarium entwickeln, das die beteiligten Akteure in ein enges Korsett aus Prozessvorgaben zwingt. Im Gegenteil, Clinical Pathways sollten als Regelrahmen verstanden werden, der die Eckpfeiler setzt, in dem die Leistungserbringung stattfindet. Dadurch werden ein freiheitliches und selbstverantwortliches Handeln nachhaltig gefördert.

Fazit

Die Ausführungen haben gezeigt, dass Clinical Pathways einen direkten Einfluss auf die ökonomische Leistungserbringung im Gesundheitswesen nehmen können. Das beschriebene Vorgehen sowie die dargelegten Anreize können zu einem effizienten und effektiven Umgang mit den vorhandenen Ressourcen führen und leisten damit einen entscheidenden Beitrag zur Allokation knapper Mittel. Nicht jede Ressource leistet dabei einen gleichen Beitrag zur Wertschöpfungskette. Hierbei wird zwischen spezifischen und unspezifischen Kernkompetenzen unterschieden. Diese Eigenschaften der Kernkompetenzen in Kombination mit dem Grad der Vernetzung haben wiederum Einfluss auf das Synergiepotential. Die Clinical Pathways, die zu einer hohen Vernetzung von spezifischen Kernkompetenzen führen, realisieren hohe Synergien, die wiederum als strategische Vorteile in den Wettbewerb eingebracht werden und damit langfristig zur Unternehmenssicherung beitragen.

Kontakt

Prof. Dr. Dr. Peter Oberender
Philipp Schwegel,
Patrick Da-Cruz
Oberender & Partner – Unternehmensberatung im Gesundheitswesen, Bayreuth
Philipp.schwegel@oberender.de

Prozess- und Pfadanalyse -
wichtiges strategisches Instrument im Krankenhausmanagement

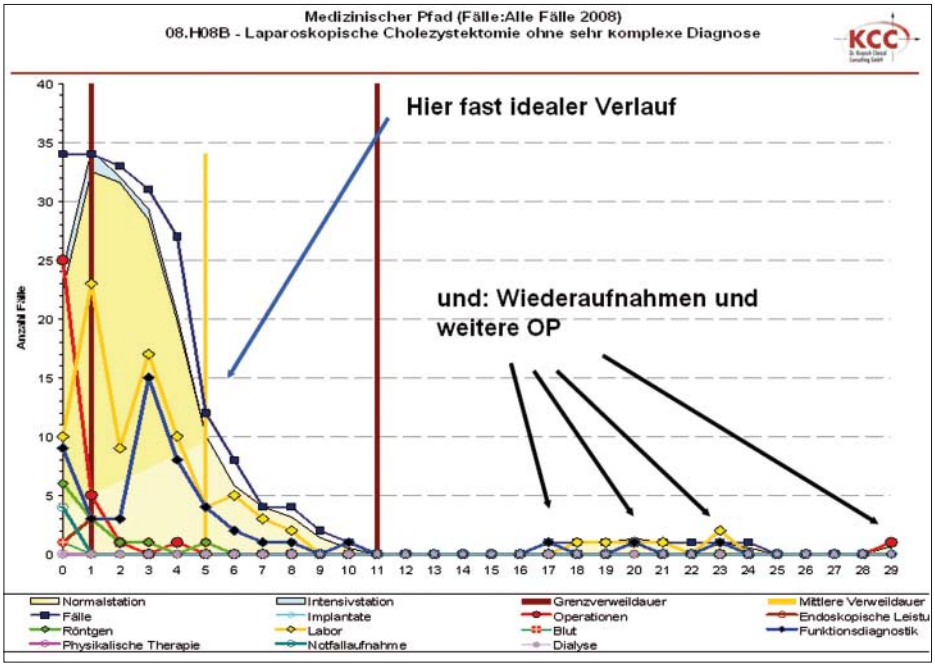
Steigender Kostendruck und ein hoher Anspruch an die Versorgungsqualität verlangen eine Optimierung der Behandlungsprozesse einer Klinik. Um im Markt erfolgreich zu bestehen, benötigt das moderne Krankenhausmanagement zugleich eine detaillierte Übersicht über alle Leistungen und Kosten des stationären und ambulanten Bereichs. Welche Prozesse / Abläufe sind kritisch und sollten näher analysiert und optimiert werden? Wo lassen sich systematisch Probleme und Reibungsverluste erkennen, wie können diese abgebaut werden?

ID EFIX® Plus als Erweiterung des breit eingeführten ID EFIX® vereint die von der KCC GmbH entwickelte Methodik der Krankenhaussteuerung auf Data-Warehouse - Basis mit den Analyse- und Importfunktionalitäten von ID EFIX®. Das System vermittelt einen vollständigen Überblick über medizinische Prozesse, Kostenstrukturen sowie Deckungsbeiträge. Darüber hinaus unterstützt es Simulationen und Benchmarking.

Basis der Prozess- und Pfadanalysen ist eine InEK- konforme Kostenträgerrechnung.

„Ist-Behandlungspfade“ und „Ist-Kostenpfade“ stehen für alle DRGs in differenzierter Form und zur weiteren Auswertung zur Verfügung. Die grafische Darstellung unterstützt den internen Dialog mit den jeweiligen Chefärzten. „Schwachstellen“ in Prozessen können gezielt analysiert und abgebaut werden.

Prozessdarstellung, Prozessanalyse und Unterstützung in der Optimierung von Prozessen mit ID EFIX® Plus ist keine Idee oder ein Prototyp sondern Realität in Krankenhäusern unterschiedlicher Größe.



Medizinischer Pfad in ID EFIX® Plus

ID Information und Dokumentation im Gesundheitswesen

ID
Information und Dokumentation
im Gesundheitswesen
GmbH & Co. KGaA

Platz vor dem Neuen Tor 2
10115 Berlin
Telefon: +49 30 24626-0

E-Mail: info@id-berlin.de
Web: www.id-berlin.de

Literatur

1 Bundesregierung (2008): Entwurf eines Gesetzes zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz – KHRG), Berlin, 2008.

2 WHO Health Data (2005): Indikatoren des Gesundheitswesens Betten in Krankenhäusern (Akutversorgung), [Im Internet unter der URL: http://www.gbe-bund.de, Datum des Zugriffs: 30.10.2008].

3 Schlüchtermann, J./Sibbel, R./Prill, M.-A. (2005), Clinical Pathways als Prozesssteuerungsinstrument im Krankenhaus, in: Oberender, Peter O. (Hrsg.), Clinical Pathways. Facetten eines neuen Versorgungsmodells, Stuttgart 2005, S. 43–58.

4 Machnik, S. (2008): Diagnosis Related Groups – Effekte auf Handlungsweise und Zielsetzung von Krankenhäusern, Bayreuth, 2008.

5 Boecker, K. et al. (2001), Diagnosis Related Groups – Grundstein für ein neues Abrechnungssystem der Krankenhäuser und Krankenkassen: Implikationen und Herausforderungen, in: Salfeld, R./Wettke, J. (Hrsg.), Die Zukunft des deutschen Gesundheitswesens: Perspektiven und Konzepte, Berlin et al., 2001, S. 49–76

6 Falk, K./Da-Cruz, P. (2006), Balanced Scorecard in der Krankenhausbeschaffung, Kulmbach, 2006.

7 IIR-Konferenz (2008): Krankenhäuser im Umbruch, Seminardokumentation, Hamburg.

8 Graf von der Schulenburg, J.-M./Kielhorn, A./Greiner, W./Volmer, T. (1998): Praktisches Lexikon der Gesundheitsökonomie, Sankt Augustin, 1998.

9 Bialas, E. (2006), Clinical pathways und Einkauf, in: Oberender, P. O. et al. (Hrsg.), Innovatives Beschaffungsmanagement, Bayreuth 2006, S. 165–181.

10 Seyfarth-Metzger, I./Vogel, S. (2002): Patientenpfade – interdisziplinäre Rahmenbedingungen und Erfahrungen, in: Hellmann, Wolfgang (Hrsg.): Klinische Pfade Konzepte Umsetzung Erfahrungen, 2002.

11 Greiling, M./Mormann, J./Westerfeld, R. (2003), Klinische Pfade steuern, Kulmbach, 2003.

12 Breu, M. (2001): Fallorientiertes Prozeßmanagement im Krankenhaus – Ein konzeptioneller Gestaltungsansatz im Spannungsfeld zwischen Wirtschaftlichkeit und Qualität, Bayreuth, 2001.

13 Reibnitz von, C. (1999), Strategische Planung im Krankenhaus. Eine neue Herausforderung für das Management, Stuttgart 1999.

14 Picot, A./Schwartz, A. (1995), Lean-Management und prozessorientierte Organisation, in: f&w, 6/95, 12. Jg., S. 586–591.

15 Goedereis, K. (2005), Synergiepotenziale im Krankenhausverbund, in: Eiff von, Wilfried (Hrsg.), Unternehmensverbindungen. Strategisches Management von Kooperationen, Allianzen und Fusionen im Gesundheitswesen, Wegscheid 2005, S. 433–466.

16 Hamm, M. (2002), Kooperation von Krankenhäusern mit Lieferanten. Partnerschaftliche Formen der Zusammenarbeit, Wiesbaden 2002.

17 Pongs, K./Schommer, R./Schwegel, P. (2007): Schnittstelle ohne Reibungspunkte, in: Krankenhaus Umschau, Nr. 5, 2007, S. 396 – 399.

18 Heinz, J. (2006): Netstructuring als Option zur strategischen Vernetzung der Konsumgüterbranche, Hamburg, 2006.

19 Amit, R./ Schoemaker, P.J.H. (1993): Strategic Assets and Organizational Rent, in: Strategic Management Journal, Nr. 1, 14. Jg. (1993), S. 33-46.

20 Barney, J. (1991): Firm Resources and Sustained Competitive Advantage, in: Journal of Management, Nr. 1, 17. Jg. (1991), S. 99-120.

21 Grant, R.M. (1991): The Resource-Based Theory of Competitive Advantage – Implications for Strategy Formulation, in: California Management Review, Nr. 3, 33. Jg. (1991), S. 114 – 135.

22 Wulf, T. (2007): Diversifikationserfolg – Eine top-management-orientierte Perspektive, Wiesbaden 2007.

23 Mohren, H. (1996): Entwicklungsfähigkeit diversifizierter Unternehmungen, Wiesbaden 1996.

24 Göbel, E. (2002): Neue Institutionenökonomik Konzeption und betriebswirtschaftliche Anwendungen, Stuttgart, 2002.

25 Baierlein, J./Ungar-Hermann, M./Da-Cruz, Patrick/Schommer, R./Oberender, P. (2008): Sachlichkeit statt Emotion, in: f&w, Nr. 4, 25 Jg., 2008, S. 401–404.

26 Roeder, N./Rausch, A./Rentmeister, M. (2008): Universitätsklinikum Münster: Qualifikationsgerechte Aufgabenzuordnung – Innovation in der Personaleinsatzplanung, in: das Krankenhaus, Nr. 10, 100 Jg., 2008, S. 1016–1021.

27 Rausch, A./Kurlemann, U. (2008): Casemanagement als Zauberformel?, in: das Krankenhaus, Nr. 10, 100 Jg., Stuttgart, 2008, S. 1023–1026.

28 Maier, A. (2008): Vom Ethikkomitee zu Ethikprojekten, in: Krankendienst, Nr. 3, 81. Jg. (2008), S. 65–70.

29 Gebert, F. (1983): Diversifikation und Organisation – Die organisatorische Eingliederung von Diversifikationen, Frankfurt am Main et al. 1983.

30 Jacobs, S. (1992): Strategische Erfolgsfaktoren der Diversifikation, Wiesbaden 1992.

31 Schüle, F.M. (1992): Diversifikation und Unternehmenserfolg: Eine Analyse empirischer Forschungsergebnisse, Wiesbaden 1992.

32 Kinzler, P. (2005): Das Management strategischer Kerne – Wettbewerbsvorteile durch kohärente Geschäftssysteme, Wiesbaden 2005.

33 Klinik Management Aktuell (2006): Klinische Pfade – Effekte bestätigt, Nr. 9/2006.

34 Montgomery, C.A./ Wernerfelt, B. (1988): Diversification, Richardian rents, and Tobin's q, in: Rand Journal of Economic, Nr. 4, 19. Jg. (1988), S. 623–632.

35 Loss, J./Nagel, E. (2005): Ärztliches Handeln im Spannungsfeld zwischen Leitlinien und Therapiefreiheit, in: Oberender, Peter O. (Hrsg.) Clinical Pathways – Facetten eines neuen Versorgungsmodells, Stuttgart, 2005, S. 158–173.

36 Greiling, M./Buddendick, H./Wolter/S. (2004): Klinische Pfade in der Praxis, Kulmbach, 2005.

37 Baierlein, J./Schwegel, P./Schommer, R. (2007): Softwaregestützte Behandlungspfade Sorgfältige Planung, Köln, 2007, Nr. 50, 104 Jg., S. B3082–B3084.

38 Statistisches Bundesamt (2008): Gesundheitsausgabenrechnung, Bonn, [Im Internet unter der URL: http://www.gbe-bund.de, Datum des Zugriffs: 30.10.2008].

Die vollständigen Literaturstellen sind beim Autor bzw. bei den Autoren des Beitrags erhältlich.

Von der Prozessanalyse zum Prozessmanagement

„Leitplanken" zur Sicherung von Prozessanalysen im Krankenhaus

Prozessmanagement ist heute in aller Munde. Die Krankenhäuser in Deutschland haben inzwischen erkannt, dass sie die administrativen, klinischen oder logistischen Abläufe erfassen und in ihren Auswirkungen (z. B. Kostenwirkungen, Qualitätsdefizite) bewerten müssen. Ferner sind Verbesserungsmaßnahmen gegen die einmal erkannten Schwachstellen einzuführen, umzusetzen und beizubehalten. Eine anspruchsvolle Aufgabe für all jene im Management, die nach langfristigen Lösungen für die Herausforderungen in ihren Kliniken suchen.

Prof. Bernd H. Mühlbauer

Viele Methoden reisen unter dem Label „Prozessmanagement"!

Zur Erhebung der klinischen Strukturen eignen sich unterschiedliche Instrumente und Methoden. Solche Methoden wählen in der Regel eine dominante Zugangsform, um speziell die Quantitäten der Arbeitsabläufe zu erfassen. Die Bandbreite derzeit eingesetzter Methoden und Instrumente, die pragmatisch unter dem Begriff „Prozessanalysen" subsumiert werden, beginnt hier z. B. bei der systematischen Erfassung von Tätigkeiten

- bestimmter Berufsgruppen (z. B. der Krankenpflege), die EDV-gestützte Erfassungsgeräte erhalten und ihre Einzeltätigkeiten eingeben,
- bestimmter administrativ arbeitender Mitarbeiter, die mit Hilfe von Selbstaufschrieben einen Überblick über tägliche, wöchentliche, monatliche oder jährlich durchzuführende Aufgaben vermitteln,
- aller medizinisch, pflegerisch und therapeutisch arbeitenden Berufsgruppen, die über REFA-Methoden, z. B. Multimoment-Aufnahmen, erfasst werden.

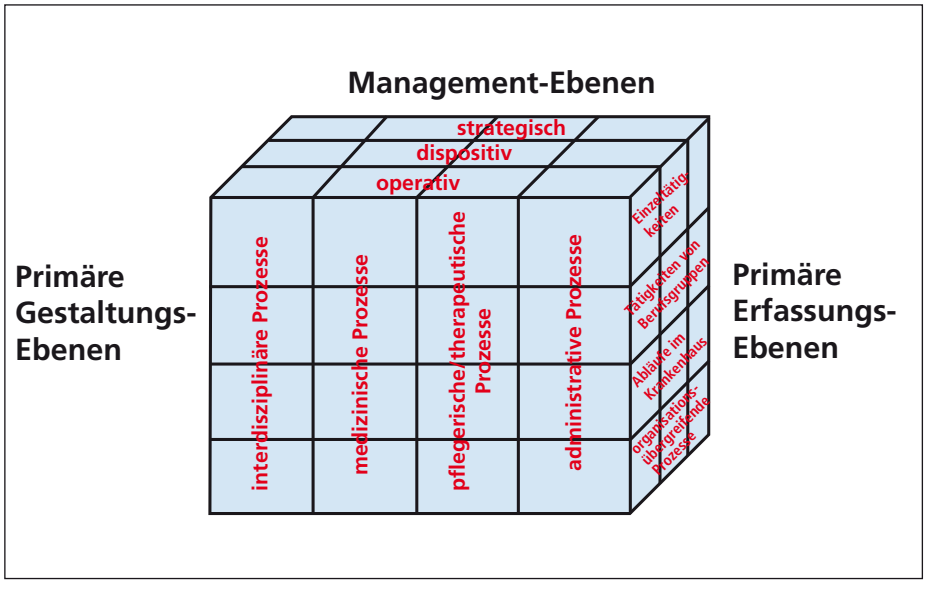


Abb. 1: Analyseebenen im Prozessmanagement (eigene Darstellung)

Einzel- oder berufsgruppenbezogene Tätigkeitsanalysen stellen jedoch keine Prozessanalysen im engeren Sinne dar. Prozesse sind im weiteren Sinne systematische Arbeitsabläufe innerhalb oder zwischen Arbeitsbereichen, Berufsgruppen, Mitarbeitern und Hierarchieebenen. Sie orientieren sich am eigentlichen Arbeitsprozess, der in der Regel als Verrichtungsfolge mehrerer Personen unterschiedlicher Berufsgruppen und Hierarchieebenen verläuft. Dabei können Prozessanalysen danach unterschieden werden, ob sie

- eine Prozessstufe der administrativen, medizinischen, pflegerischen, informationstechnischen oder therapeutischen Arbeitsfolge,
- mehrstufige Prozesse zwischen verschiedenen Bereichen innerhalb eines Krankenhauses,
- gesamthaft alle Prozesse zwischen dem Eintritt eines Ereignisses (z. B. Eintritt eines Patienten in die Klinik) bis zum Abschluss eines Ereignisses innerhalb einer Organisation oder
- gesamthaft die Prozesse zwischen verschiedenen Organisationen, z. B. zwischen einem Krankenhaus und niedergelassenen Ärzten oder Pflegeeinrichtungen

zum Gegenstand haben. Die Prozesse selbst haben unterschiedliche Bedeutung und Qualität. Primärprozesse stellen den Patienten und dessen Behandlung in den Vordergrund. Sekundärprozesse erfassen die Bereiche und Mitarbeiter, die bestimmte Serviceleistungen den Primärdienstleistern zur Verfügung stellen. Dieser Punkt ist in vielen Krankenhäusern nicht geklärt: Wer hat eigentlich wem zuzuarbeiten? Wer stellt für wen Serviceleistungen zur Verfügung? Welche Berufs-

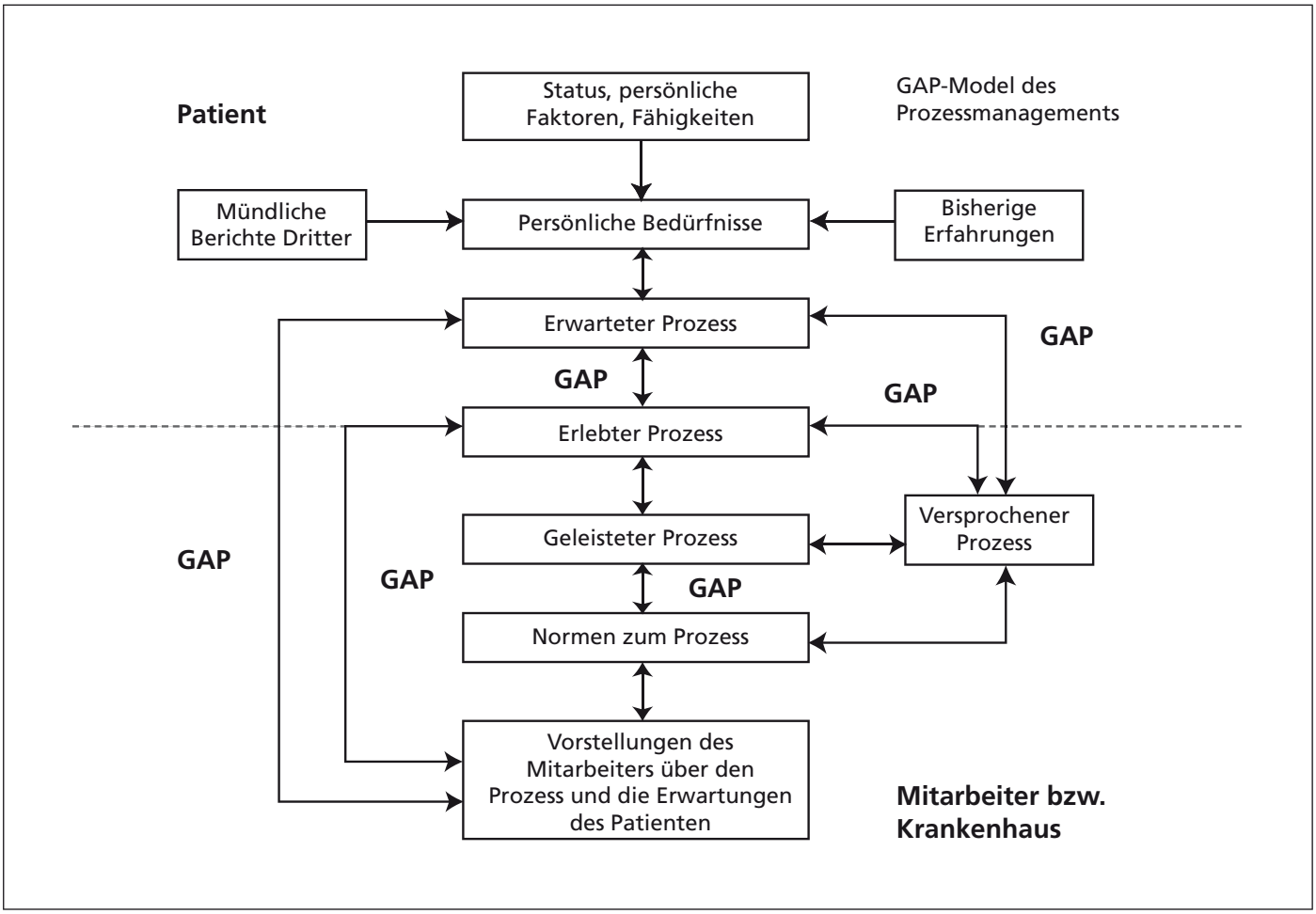


Abb. 2: Lückenmodell zur Bewertung der Prozessqualität (nach Parasuraman/Zeithaml/Berry)

gruppe ist der Helfer der anderen? Die interessierten Leser sollten sich vergegenwärtigen, dass die Mediziner sowohl für das Image eines Krankenhauses, die Aufnahmeentscheidung, die Durchführung von Leistungen – auch die der anderen Berufsgruppen – die Dokumentation von Prozeduren und letztlich für die Abrechnungshöhe der DRG verantwortlich sind. Wer ist hier der Primärdienstleister?

Betriebswirtschaftler verstehen unter „operativen Prozessen" etwas anderes als Mediziner. „Operative Prozesse" meint hier die Analyse von Basisabläufen und Einzelschritten, die konkret mit dem Leistungsempfänger vereinbart und durchgeführt werden müssen. Die Reflektion solcher Basisabläufe führt zu dispositiven Prozessen, bei denen Leitungskräfte sich z. B. die optimale Disposition des Material- oder Personaleinsatzes überlegen, damit die operativen Prozesse verbessert werden können. Strategische Prozesse betreffen in der Regel Entscheidungsprozesse mit hohem Planungsanteil über die Zukunft des Arbeitsbereichs, der Klinik usw. Das Ineinandergreifen von Ablaufprozessen und Aufbaustrukturen in den Kliniken kommt hierin besonders zum Ausdruck.

Von der Prozessanalyse zum Prozessmanagement

Insbesondere bei der vorherigen Differenzierung kommt eine wesentliche Unterscheidung zum Ausdruck, die häufig bei sog. „Prozessanalysen" vernachlässigt wird: Während die ersten Aktivitäten zur Prozessanalyse häufig in einer systematischen Erfassung der Arbeitsabläufe liegen, muss sich notwendig eine Auswertung, eine Besprechung der Ergebnisse und ein Entwurf zukünftiger Strukturen anschließen, die zur Verbesserung der Ausgangssituation umgesetzt werden sollen.

Zielbildungsprozesse zu Beginn notwendig

„Nur wer sagt, wohin er reist, kann später auch behaupten, am Ziel angekommen zu sein!"

Dabei spielt die Frage danach, welcher Aspekt der Patientenversorgung eigentlich in den Vordergrund gestellt werden soll, eine besonders wichtige Rolle. Manche Leser meinen, dass sich die Antwort hier von selbst ergibt: Die Patienten und ihre Bedürfnisse sollten immer das wesentliche Ziel der Reorganisation von Prozessen sein! Dem Praktiker sind jedoch die unterschiedlichen Zielsetzungen bekannt, die Mitarbeiter, Berufsgruppen und Führungskräfte verfolgen. Aus der Erfahrung mit der Reorganisation der Arbeitszeiten in Kliniken kennen die Leser vielleicht, dass persönliche bzw. berufsgruppenspezifische Interessen die patientenbezogenen Bedürfnisse überlagern können. Auch müssen die Interessen des Krankenhauses, des Trägers oder externer Interessengruppen, z. B. nach höherer Wirtschaftlichkeit, nicht mit den Interessen der Patienten, die ihre eigene Behandlung in den Mittelpunkt stellen, übereinstimmen. Wirtschaftlichkeit stellt übrigens kein Ziel, sondern eine Bedingung dar. Viele Krankenhausmanager vergessen dies im derzeitigen Alltagsgeschäft zwischen Krankenhausrationalisierung und Investitionsstau gerne, was zu Prozessmanagement-Aktivitäten führt, die ausschließlich der Verbesserung der Wirtschaftlichkeit dienen sollen – was dies wirklich in Bezug auf die Patientenversorgung „kostet", wird dabei kaum bedacht!

Partizipation der Mitarbeiter unumgänglich

Die wenigen Sätze zeigen m. E., dass ein notwendiger Zielbildungsprozess über den Sinn der Prozessanalyse sowie einer späteren Reorganisation bereits in der Anfangsphase eines Projektes zum Prozessmanagement durchgeführt werden muss. Einerseits verstärkt dabei ein partizipativ organisierter Zielbildungsprozess die Teilnahme- und Unterstützungsbereitschaft der Mitarbeiter während der Prozessanalyse und in der anschließenden Reorganisationsphase. Andererseits werden damit die Ergebnisse und deren Verlässlichkeit und Repräsentativität ebenfalls abgesichert. Eine Beteiligung der Arbeitnehmervertreter bereits in der Phase der Zielbildung ist obligatorisch und nicht nur aus ökonomischen, sondern auch aus Erfüllung einschlägiger Gesetze und Verordnungen des Betriebsverfassungs-, Personalvertretungs- oder Mitarbeitervertretungsrechts notwendig.

Datentransparenz erklärungsbedürftig!

Dass die Ergebnisse einer Prozessanalyse nicht nur denjenigen einsichtig gemacht werden müssen, die mit statistischen und sonstigen Methoden der Prozessdarstellung vertraut sind, muss ebenfalls bedacht werden. Ärzten sagen statistische Streu- und Lagemaße etwas, wenn sie die Häufigkeit und Verteilung bestimmter Tätigkeiten beurteilen müssen. Aber sagen sie auch jeder Pflegekraft, jedem Techniker, Küchenchef oder Verwaltungsmitarbeiter etwas? Gerade wenn es um das Ineinandergreifen von Ablaufprozessen und deren Reorganisation geht, an denen diese Mitarbeiter beteiligt sind, müssen den Mitarbeitern und Entscheidern die Gründe für die notwendigen und später auch für die Wirkungen einer durchgeführten Reorganisation besonders deutlich gemacht werden. Ein „Zahlenfriedhof", Excel-Tabellen, statistische Maßzahlen und Ablaufdiagramme, die ohne weitere Erläuterung vorgelegt werden, sind hier wenig hilfreich. In genauen und einprägsamen Ursache-Wirkungs-Darstellungen sind quantitative und qualitative Ziele, mögliche Folgen einer (nicht) durchgeführten Reorganisation, die einzuleitenden Maßnahmen sowie die dabei zum Einsatz kommenden Instrumente und Methoden schrittweise aufzuzeigen. Prozessanalyse und Prozessmanagement unterliegen selbst einem Prozess der Organisation und den gilt es möglichst genau zu planen.

Identifizierte Schwachstellen müssen im Übrigen nicht immer erkannt oder auch als solche von den Betroffenen bewertet werden. Parasuraman/Zeithaml/Berry haben in ihrem anschaulichen Modell unterschiedliche Servicelücken aufgedeckt, die in der Abbildung 2 für die Darstellung von „Servicelücken" abgewandelt wurden. Service- bzw. Prozesslücken bestehen u. a. zwischen Erwartungen, Wahrnehmungen und Erfahrungen, sowohl auf der Seite der Patienten, als auch auf der Seite der Mitarbeiter. Demnach erfordern erkannte Lücken unterschiedliche Maßnahmen zu ihrem Verschluss. Lücken auf der Seite der Wahrnehmung werden mit größerer Transparenz und zusätzlicher Erklärung beantwortet. Lücken zwischen der Erwartung der Patienten und dem tatsächlichen Behandlungserleben müssen entweder durch Erwartungsenttäuschung oder durch Aufklärung über die entsprechende Würdigung der Behandlung beeinflusst werden, sofern nicht objektive Fehler den Grund für den Lückennachweis darstellen.

Damit zeigt sich auch, dass der Weg zwischen einer Prozessanalyse und einem Prozessmanagement sehr weit ist. Denn die Verkehrsregeln zum Patientenfluss in den Kliniken müssen nicht nur in dem Sinne organisiert werden, dass sie möglichst reibungslos funktionieren. Die Bedingung für diesen geringen Abrieb bildet die Erkenntnis, dass insbesondere die Mitarbeiter die Umsetzung eines Prozessmanagements wahrnehmen, verstehen, leben und beibehalten müssen. Bei den Patienten müssen die Effekte eines erfolgreichen Prozessmanagements später „ankommen". Widerstände von Mitarbeitern und Leitungskräften gegen die Reorganisation von Prozessen aus liebgewordenen Ritualen und Organisationsmythen sind übrigens nicht nur zu erwarten, sondern in ihrem Eintreffen gewiss! Deshalb muss das Prozessmanagement eine Phase der Auflösung von Widerständen beinhalten. Das Spektrum reicht hier von größerer und genauerer Information (bei Wissenslücken), über eine stärkere Einbindung (bei Beteiligungs- und Motivationsproblemen) bis hin zum Ausschluss von Mitarbeitern, die sich einer nachhaltigen Verbesserung in den Weg stellen. Auch hier ist Konsequenz des Managements gefragt!

In einer schönen Satzfolge (vgl. Kasten) wurden die einzelnen Schritte von einer Prozessanalyse bis zum erfolgreichen Prozessmanagement einmal zusammengefasst. Sie können jedem Manager als Navigationshinweis für ein fortschrittsfähiges Klinikmanagement zum Durchdenken mit auf den Weg gegeben werden.

Gesagt ist noch nicht gehört,
gehört ist noch nicht verstanden,
verstanden ist noch nicht einverstanden,
einverstanden ist noch nicht umgesetzt,
umgesetzt ist noch nicht beibehalten.

Kontakt
Prof. Bernd H. Mühlbauer
FH Gelsenkirchen, Fachbereich Wirtschaft, Schwerpunkt „Management im Gesundheitswesen, bh.m, Krankenhaus- und Unternehmensberatung, Lünen
info@bhm-beratung.de

Krankenhausweite Lösung – abteilungsorientiert kommuniziert?

Sie sind Hersteller krankenhausweiter KIS-/RIS-/PACS-Lösungen? Und richten Ihre Kommunikation noch immer ausschließlich an IT-Leiter und/oder Radiologen? Mit Management & Krankenhaus erreicht Ihre Botschaft die Entscheider – die Verantwortlichen für Investitionen: Verwaltungsleiter und Geschäftsführer, Leitende Mediziner aller Fachbereiche, IT-Leiter/CIOs, Organisationsbeauftragte und die Manager der weiteren Bereiche.

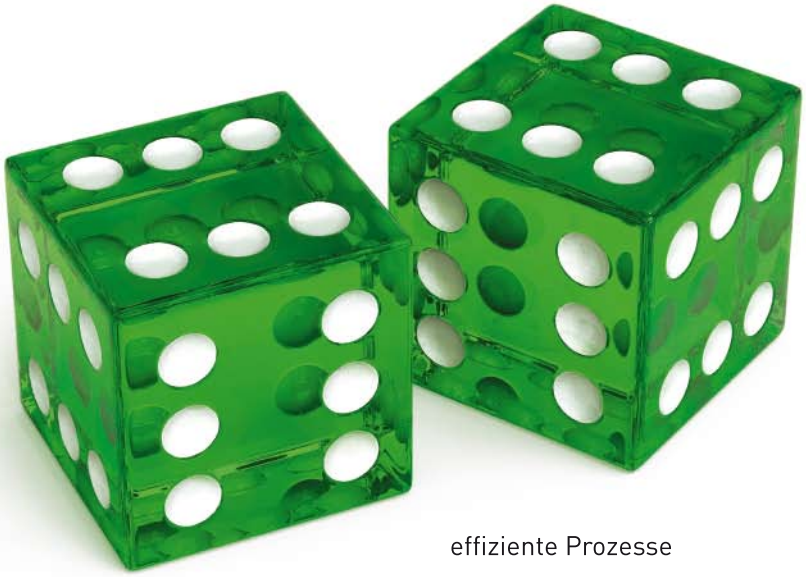
Richtige Zielgruppe, geeignete Auflage (ivw):
Krankenhausweite Lösungen brauchen ein krankenhausweites Forum – Management & Krankenhaus.

Management & Krankenhaus

Mediadaten: www.management-krankenhaus.de
Zentraler Kontakt: Christiane Rothermel, Koordination
Tel. 06151 8090-150, christiane.rothermel@wiley.com

www.gitverlag.com

GIT VERLAG
A Wiley Company



effiziente Prozesse

reduzierte Kosten

Kostenkontrolle pro OP

Effektivere Auslastung der OP-Säle

Prozessoptimierung ist kein Zufallsprodukt.

ProcedurePak – Das Operationsset

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

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

ProcedurePak®
CREATING TIME, DELIVERING EFFICIENCY

MÖLNLYCKE
HEALTH CARE

DRG-Kalkulation mit der Prozesskostenrechnung

In Deutschland werden die stationären Krankenhausleistungen mittlerweile ausschließlich leistungsabhängig über Fallpauschalen (DRGs) entgolten. Die Idee von DRG-Systemen besteht darin, aus der Vielzahl der existierenden Behandlungsarten im Krankenhaus homogene Fallgruppen zu erhalten, die ähnliche Kostenstrukturen aufweisen. Damit sollen die Leistungen in übersichtliche Gruppen zusammengeführt werden, so dass sowohl Transparenz über das Leistungsangebot der einzelnen Häuser entsteht, als auch die Basis für ein möglichst gerechtes Vergütungssystem geschaffen wird. Die Vergütung je DRG ist ab 2009 für jedes Krankenhaus eines Bundeslandes einheitlich; dies bedeutet wiederum, dass ein Krankenhaus seine Kosten kennen und optimieren muss. Die Prozesskostenrechnung ist hierfür ein geeignetes Instrument.

Dr. Jan Güssow

1. Eignung der Prozesskostenrechnung zur Kalkulation von DRGs

Die Prozesskostenrechnung hat seit den 90er Jahren in Deutschland v.a. deshalb an Bedeutung gewonnen, da herkömmliche Kostenrechnungssysteme aufgrund stark steigender Gemeinkosten und damit hoher Zuschlagssätze oft nicht mehr aussagekräftig waren.[1] Mit Hilfe der Bestimmung von Aktivitäten wurde die ausschließliche Kostenstellen-Sichtweise umgangen, um die Gemeinkosten auf kostenstellenübergreifende Prozesse zu verteilen und über diese auf die Kostenträger zu verrechnen. Der Ablauf einer Prozesskostenrechnung gliedert sich in die Teile „Bestimmung von Prozessen", „Wahl von Maßgrößen" und „Festlegung von Prozesskostensätzen". Im Rahmen einer Tätigkeitsanalyse erfolgt die Aufzeichnung der in den zu betrachtenden Bereichen anfallenden Aktivitäten. Diese werden stellenbezogen erfasst und zu Teilprozessen aggregiert, die wiederum zu übergeordneten Hauptprozessen zusammengefasst werden.[2] Außerdem sind sie daraufhin zu untersuchen, „ob sie sich in Abhängigkeit von dem in der Kostenstelle zu erbringenden Leistungsvolumen mengenvariabel verhalten (leistungsmengeninduziert) oder davon unabhängig mengenfix sind und generell anfallen (leistungsmengenneutral)".[3]

Im zweiten Schritt müssen aus den möglichen Kosteneinflussgrößen Maßgrößen als Bezugsgrößen („cost driver") ausgesucht werden, die in direktem Bezug zu dem jeweiligen leistungsmengeninduzierten Teilprozess stehen und eine hohe Proportionalität, leichte Ableitbarkeit und einfache Verständlichkeit aufweisen sollten. Für die Kostenzuordnung kommen grundsätzlich zwei Verfahren in Betracht: Entweder wird jeder Teilprozess bottom-up geplant oder man schlüsselt die Gesamtkosten einer Kostenstelle den jeweiligen Prozessen zu.

Schließlich werden in einem dritten Schritt die Prozesskostensätze festgelegt. Dies erfolgt in zwei Stufen: Zunächst werden für die leistungsmengeninduzierten Prozesse die Ausprägungen der jeweiligen Maßgrößen festgelegt; diese werden als Prozessmengen bezeichnet. Durch die Division der gesamten Prozesskosten mit dieser Prozessmenge ergibt sich ein leistungsmengeninduzierter Prozesskostensatz.[4]

Als weitere, im Zusammenhang mit der DRG-Kalkulation erwähnenswerte Ausprägung der Prozesskostenrechnung ist die Möglichkeit der Variantenkalkulation zu nennen: Werden von einer Produktart mehrere Varianten gefertigt, und beanspruchen diese die Teilprozesse in unterschiedlicher Weise, so kann der Prozesskostensatz in einen für alle Varianten gleich hohen Volumen-Prozesskostensatz und in einen für alle Varianten unterschiedlichen Varianten-Prozesskostensatz unterteilt werden, was ein größere Genauigkeit und Flexibilität des Kostenrechnungssystems mit sich bringt.

Deshalb sollte die bisher vorherrschende Kostenstellensichtweise im Krankenhaus durch eine Prozesssichtweise ergänzt werden. Ein Behandlungsfall kann in einzelne Prozesse aufgeteilt werden, die Leistungen aus verschiedenen Kostenstellen zusammenfassen. Wichtig erscheint deshalb, dass die Prozesskostenrechnung die Prozessorientierung in den Vordergrund stellt, um „den Gemeinkostenbereich von Dienstleistungsunternehmen genauer zu durchdringen, zu planen und zu kontrollieren. … [Dies wird] durch die Prozesskostenrechnung mehr als durch andere Systeme vorangetrieben".[5]

Eine Nachkalkulation der Gesamtkosten von Behandlungskomplexen verlangt, dass sämtliche (DRG-relevante) Kosten für Pflege, Diagnose, Therapie und Versorgung, die für einen Patienten vorstationär und stationär angefallen sind, erfasst werden. Damit soll eine Kontrolle der Wirtschaftlichkeit im Vergleich zu den Erlösen einer DRG erreicht werden. Deshalb muss das Kosten- und Erlösrechnungssystem die vollen Ist-Kosten eines Behandlungsfalles erfassen, aber auch als Plan-rechnung für Planungszwecke ausgestaltet werden können. Da ein Patient im Laufe seines Krankenhausaufenthaltes von vielen Kostenstellen Leistungen erhält, die sich teilweise überschneiden und verzahnen, scheint die Prozesskostenrechnung zum Zwecke einer Nachkalkulation recht gut geeignet, da sie versucht, die Kosten anhand von Maßgrößen, die in direktem Bezug zu den jeweiligen Teilprozessen stehen, auf diese zu verteilen. Des Weiteren müssen bei den DRGs sowohl Kostenträgereinzel- als auch -gemeinkosten aller Bereiche auf die Prozesse verrechnet werden, was eine Erweiterung der klassischen Prozesskostenrechnung darstellt.

Zusätzlich wird eine erhöhte Transparenz hinsichtlich der am Patienten erbrachten Leistungen erreicht. Damit können überflüssige oder ineffiziente Leistungen reduziert bzw. verhindert werden und zugleich durch diese Standardisierung die Vergleichbarkeit mit anderen Krankenhäusern hergestellt werden, wodurch ein Benchmarking mit anschließender weiterer Kostenreduktion möglich ist. Auch hierbei wird eine Unterteilung in Aktivitäten bzw. Prozesse unterstellt, wobei die Prozesskostenrechnung wiederum Vorteile gegenüber den bisher genutzten Kosten- und Erlösrechnungssystemen besitzt. Durch ein darauf aufbauendes Prozessmanagement sind eine Reduzierung ineffizienter bzw. zu teurer Aktivitäten und eine Sicherstellung von Qualitätsstandards durch die Mitarbeiter möglich.

2. Einsatz der Prozesskostenrechnung als Kostenrechnungssystem im Krankenhaus

2.1. Aufbau der Prozesshierarchie

Mit Hilfe der Tätigkeitsanalyse werden die homogenen und repetitiven Aktivitäten innerhalb der Kostenstellen ermittelt und zu konsistenten Teilprozessen aggregiert. Um schlüssige Aussagen über die Ressourceninanspruchnahme der ablaufenden Teilprozesse treffen zu können, müssen alle in die Prozesskostenrechnung integrierten Kostenstellen hinsichtlich ihres Tätigkeitsspektrums analysiert werden. Dies gilt auch für Aktivitäten, die nicht direkt mit dem zu erklärenden Hauptprozess in Verbindung stehen. Zum Aufbau einer Prozesshierarchie werden die identifizierten Teilprozesse verschiedener Kostenstellen dem Hauptprozess der Patientenbehandlung zugeordnet. Dieser bildet als Summe der kostenstellenübergreifenden Prozesse „Patientenaufnahme“, „Anamnese“, „Diagnostik“, „Therapie“ und „Entlassung“ sowie der „prä- und post-operativen Versorgung“ auf der Station die zu betrachtende Krankenhausdienstleistung6. Somit werden die vollen Kosten des Kostenträgers ermittelt, wie es der Logik der DRG-Vergütung entspricht. Abbildung 1 zeigt eine solche Prozesshierarchie am Beispiel einer Angioplastie. Für jede DRG kann ein eigener Hauptprozess definiert und kalkuliert werden. Aufgrund der modularen Vorgehensweise können einzelne Teilprozesse Eingang in verschiedene Hauptprozesse finden und nach verschiedenen Kriterien differenziert werden.

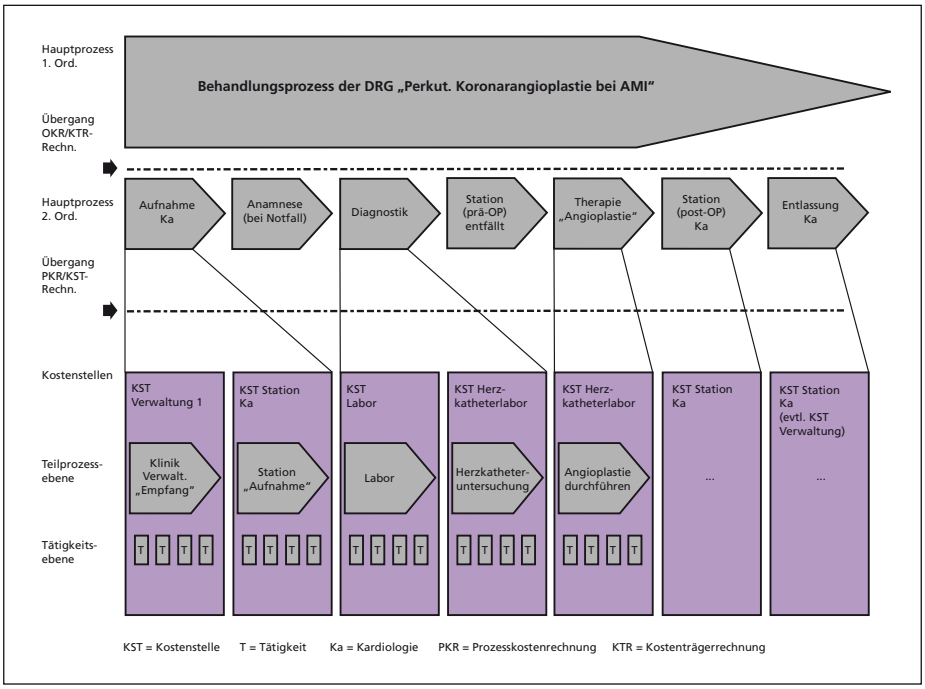


Abb. 1: Prozesshierarchie im Krankenhaus am Beispiel einer Angioplastie

2.2 Festlegung der Maßgrößen

Die Qualität der Kostenbestimmung hängt entscheidend von den gewählten Prozessbezugsgrößen ab. In ihnen konkretisieren sich die identifizierten Kosteneinflussgrößen, die als Merkmale der Kostenträger für den Einsatzgüterverbrauch maßgebend sind. Neben der Beschäftigung (Fallzahl) stellen vor allem auch die Verweildauer und die Patientenstruktur wichtige Kosteneinflussgrößen im Krankenhaus dar. Da die Prozesskosten jeweils nur über eine einzige Kalkulationsbezugsgröße verrechnet werden, ist schon bei der Prozesserhebung darauf zu achten, dass nur solche Tätigkeiten zu einem Prozess zusammengefasst werden, von welchen mit ausreichender Gewissheit feststeht, dass ihre Kosten von der gleichen Kosteneinflussgröße abhängen.

Nachdem das Kalkulationsobjekt „DRG-Patient“ im Mittelpunkt der Betrachtung steht und eine Vielzahl von Prozessen im Krankenhaus am Patienten erfolgt, bietet es sich in den direkten Leistungsbereichen häufig an, den „DRG-Patienten“ als Maßgröße zu verwenden. Eventuell kann es nach kostenrechnerischen Gesichtspunkten sinnvoll sein, den DRG-Patienten nach weiteren Kriterien zu differenzieren (z. B. Alter). Andererseits ist es möglich, dass der Differenzierungsgrad „Patient“ für einzelne Prozesse ausreichend ist (z. B. Aufnahme von Patienten).

Allerdings gibt es in den direkten Leistungsbereichen ebenfalls Prozesse, die nicht von der Patientenzahl abhängig sind. Dies zeigt sich insbesondere in den diagnostischen Bereichen, in denen als Maßgröße der Kostenverursachung z. B. die „Anzahl der Röntgenbilder“ für die Radiologie bzw. die „Anzahl der angeforderten Laboruntersuchungen“ für das Labor Verwendung finden können. Auch auf den Bettenstationen ist z. B. der Prozess „Betten machen“ nicht von der Patientenzahl, sondern den geleisteten Pflegetagen abhängig. In den indirekten Leistungsbereichen bietet sich zur Einbindung in eine krankenhausweite Prozesskostenrechnung die Verwendung von Maßgrößen an, wie sie auch in der Industrie zum Tragen kommen. So wäre z. B. die Anzahl der Bestellungen eine geeignete Maßgröße für den Prozess „Bestellungen tätigen“. Über die Analyse verschiedener Bestellvorgänge kann gewährleistet werden, dass Kostenträger, die spezielle Prozesse benötigen, mit entsprechend höheren Kosten belastet werden (z. B. Implantate).

Auch im Krankenhaus lassen sich nicht für alle Prozesse geeignete Maßgrößen finden. Innovative und planende Tätigkeiten differieren mitunter so stark, dass sie sich einer quantitativen Analyse entziehen. Im Gegensatz zu den leistungsmengeninduzierten (lmi) Kosten, die über Maßgrößen operationalisierbar sind, werden die leistungsmengenneutralen (lmn) Prozesskosten nach Ablauf der Kostenartenrechnung auch im Krankenhaus als nicht prozessbezogen messbar über Zuschläge verrechnet.

2.3 Ermittlung der Prozesskostensätze

Mit der Kenntnis der Maßgrößen lässt sich das für die Ermittlung der Prozesskostensätze wichtige Mengen- und Wertgerüst der Haupt- und Teilprozesse bestimmen. Nachdem die Krankenhauskosten durch einen dominierenden Personalkostenanteil gekennzeichnet sind, bietet es sich z. B. für die Bettenstationen an, über eine Top-Down-Analyse die Mitarbeiterkapazitäten mit ihren entsprechenden Kosten je Prozess zu bestimmen. Die Materialkosten werden anhand der Mitarbeiterkapazitäten proportionalisiert und somit die gesamten Kostenstellenkosten über Prozesse verrechnet (vgl. Abb. 2).

In der Praxis orientiert man sich bei der Kostenplanung zumeist an den Vorjahres- oder Budgetzahlen, denen aber eine bereits durchge-

führte analytische Planung oder Gemeinkostenwertanalyse zugrunde liegen sollte. Zu beachten ist, dass in den ermittelten Prozesskosten die Leerkosten bereits enthalten sind, welche im Krankenhaus z. T. als Bereitschaftskosten der vereinbarten Vorhaltung anfallen. In Abhängigkeit des Auslastungsgrads sind die lmi-Kostensätze bei einer Top-Down-Berechnung daher überbewertet.

Der Prozesskostensatz für die lmi-Kosten wird durch Division der Prozesskosten durch die Prozessmenge ermittelt. Die lmn-Kosten werden entweder im Verhältnis zur Höhe der lmi-Kosten umgelegt oder zunächst in einer Sammelposition geparkt und auf die Summe der Prozesskosten verrechnet. Durch die Unterscheidung von lmi- und lmn-Kosten lassen sich drei Prozesskostensätze ermitteln: Ein Prozesskostensatz, der nur die lmi-Kosten berücksichtigt, ein Umlagesatz für die lmn-Kosten, der hier nicht gesondert ausgewiesen wurde, und ein Gesamtprozesskostensatz als Summe aus lmi-Teilprozesskostensatz und Umlagesatz.

Für die diagnostischen und therapeutischen Prozesse ist dem dargestellten Verfahren im Krankenhaus eine bottom-up Verdichtung vorzuziehen. Zum einen können so die Leerkosten identifiziert und einer entsprechenden Analyse unterzogen werden, zum anderen ist es möglich, Materialkosten einzelnen Prozessen individuell zuzurechnen. Die große Anzahl von Prozessen und die Unterschiedlichkeit der z. T. erheblichen Materialverbräuche würden bei einer Verteilung der Kostenstellenkosten über Mannjahre zu großen Verzerrungen führen. Die Ressourcenverbräuche der einzelnen Teilprozesse an bewerteten Personalkapazitäten werden daher über die Multiplikation der differenzierten Personalkostensätze mit analysierten Zeitstandards für die einmalige Durchführung des Prozesses bestimmt. Die Materialgemeinkosten werden dem Teilprozess in toto zugerechnet. Abbildung 3 zeigt ein mögliches Prozesskostenblatt „Herzkatheterlabor“ mit den darin enthaltenen Teilprozessen, deren Prozesskostensätze nach dem obigen Schema berechnet wurden. In dem Beispiel wurde vereinfachend nur zwischen den Personalkostenarten „Assistenzarzt“, „Oberarzt“ und „Pflegedienst“ unterschieden. Aus Gründen der Übersichtlichkeit wurde die Ermittlung des lmn-Prozesskostensatzes weggelassen. Es ist aber davon auszugehen, dass auch im Herzkatheterlabor nicht operationalisierbare Kosten (z. B. Tagesplanung) anfallen. Des Weiteren wurde zur Vereinfachung für jeden Teilprozess die gleiche Personalkapazitätsbeanspruchung je Personalkostenart zugrunde gelegt. Dies ist nicht zwingend. Die Minutenwerte stellen angenommene Standards dar, die im Einzelfall abweichen können.

Multipliziert man die prozentualen Zeitanteile des jeweiligen Prozesses an der verfügbaren Gesamtpersonalkapazität der Kostenstelle mit den jeweiligen Personalgesamtkosten der Kostenstellen, so ergeben sich die Prozesskosten für die Personalressourcen ohne den Leerkostenanteil. Abschließend erfolgt über eine Summenprüfung ein Abgleich von Gesamtkosten und den aufaddierten Fallkosten. Für die Ermittlung der Zeitstandards kann besonders für die kostenmäßig bedeutenden invasiven Fälle häufig auf bereits durchgeführte OP-Dokumentationen zurückgegriffen werden. Eine Personalkostenverteilung auf die einzelnen Leistungsbereiche kann auf Basis bestehender Personalbedarfsrechnungen, Interviewerhebungen oder plausibilisierter Expertenschätzungen erfolgen.

3. Beurteilung des Nutzens der Prozesskostenrechnung im Hinblick auf die Anforderungen des DRG-Systems

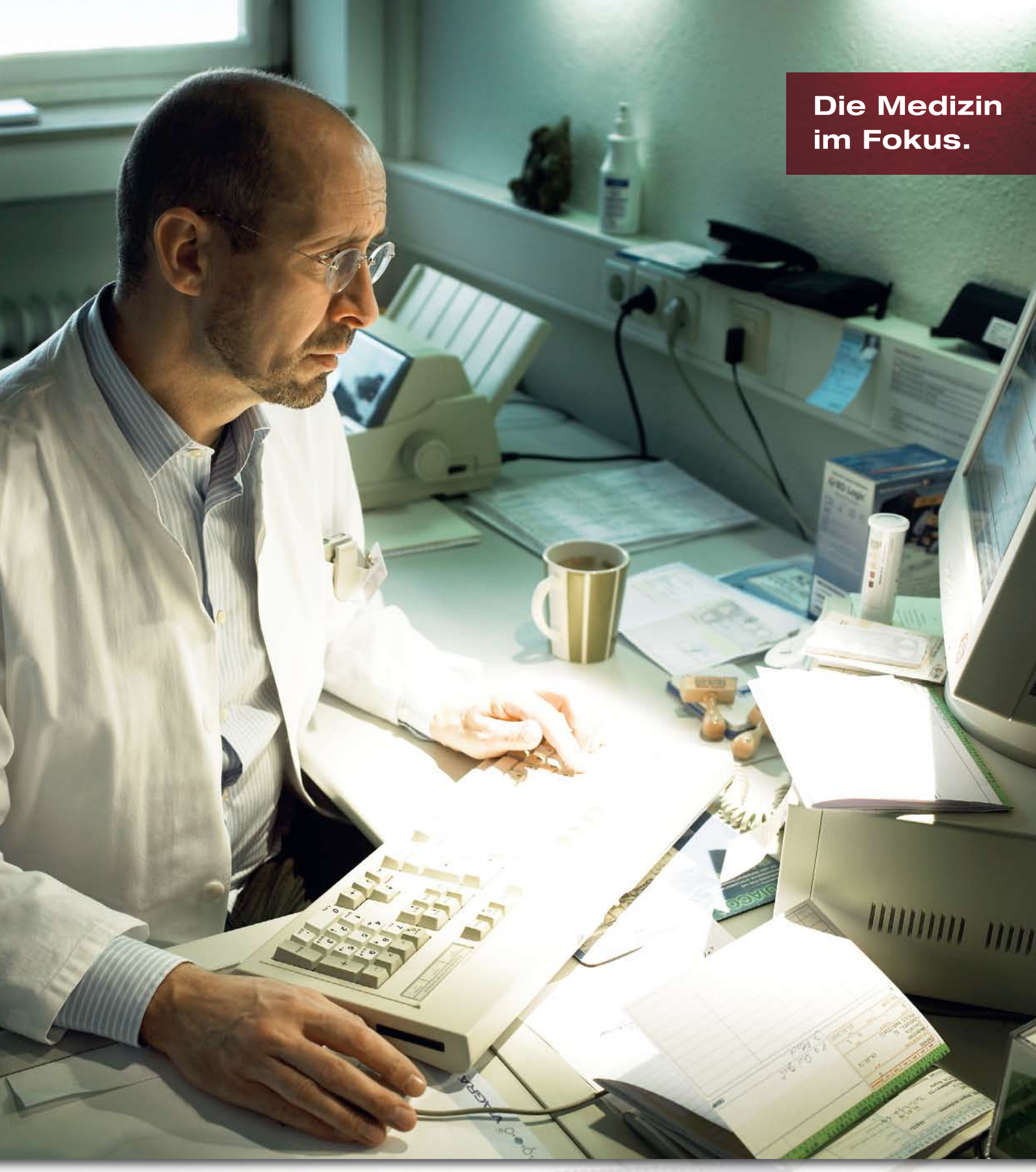
Eine DRG umfasst alle Behandlungskomponenten für den Behandlungsprozess einer klassifizierten Krankheitsart. Jede dieser Behandlungskomponenten kann als Prozess definiert werden, dem ein Prozesskostensatz zugeordnet wird. Um die Kosten einer DRG zu erhalten, werden die Kosten jeder einzelnen Behandlungskomponente eines Patienten entlang des gesamten Behandlungspfades aufaddiert. Hierzu ist es wichtig, dass bereits in der Prozesserhebung eine ausreichend genaue Differenzierung nach DRG-Kostenträgern vorgenommen wurde. Für eine Vollkostenrechnung muss gewährleistet sein, dass letztlich alle Kostenstellenkosten auf den Patienten umgelegt werden. Einzelkosten bestehen im Krankenhaus nur wenige (z. B. Herzschrittmacher, Stents), da es aus Wirtschaftlichkeitsüberlegungen heraus nur sinnvoll ist, besonders teure Materialien als Einzelkosten zu verrechnen. Die meisten Materialkosten im Krankenhaus stellen unechte Gemeinkosten dar. Die lmi-Gemeinkosten, die dem Prozess zugerechnet werden, sind vor allem Personal- und Materialkosten. Es erscheint sinnvoll, auch Abschreibungen, die direkt auf die Nutzung der Geräte zurückzuführen sind sowie allgemeine Betriebskosten, die sich proportional zur Prozessnutzung verhalten, den Prozessen z. B. über eine Bezugsgröße „Raumbelegung“ zuzurechnen. Neben den als Prozessen erfassbaren, aber nicht über geeignete Maßgrößen quantifizierbaren lmn-Prozessen gibt es schließlich auch im Krankenhaus Gemeinkosten, die schon aufgrund der Nicht-Erfassbarkeit in Prozessform (Steuern) ebenfalls pauschal zugeschlagen werden müssen. Diese Kosten sind als Gesamtkostenblock zu erfassen. Die Kalkulation erlaubt eine Komplettkalkulation aller im Krankenhaus anfallenden Kosten, wie es im DRG-System vorgesehen ist. Nachdem die Kosten krankenhausindividuell auf Ist-Kostenbasis erhoben und anhand geeignet erscheinender Bezugsgrößen zugerechnet wurden, ist gleichzeitig ein aussagefähiger Vergleich krankenhausindividueller Relativgewichte zu bestehenden Preisen möglich. Auch die Repräsentativität des Case-Mix-Indezes kann mittels einer Analyse der Patientenstruktur im eigenen Haus kritisch beleuchtet werden. Aufgrund der differenzierten Darstellung der Kostenarten werden zudem unterschiedliche Analysen hinsichtlich des Ressourcenverbrauchs möglich, die dem Krankenhaus besonders bei schwankender Auslastung unverzichtbare Informationen zur Verfügung stellen.

Allerdings ist sowohl bei kostenstellen- als auch bei prozessbezogenen Abweichungsanalysen der Vollkostencharakter der Prozesskostenrechnung zu beachten. Die Prozesskosten bestehen zu einem großen Teil aus beschäftigungsfixen Kosten und nehmen bei einer Verringerung

Teilprozess	Maßgröße		MJ	Kosten		PKS	
	Art	Menge		direkt	Umlage	lmi	gesamt
1. Verpflegung	PT	10.000	4	200.000,–	43.760,–	20,–	25,–
2. Hygiene	PT	10.000	4	200.000,–	43.760,–	20,–	25,–
3. Mobilisieren	PT (Kat2)	1.000	0,5	25.000,–	5.470,–	25,–	30,–
4. Visite	PT	10.000	1	100.000,–	21.880,–	10,–	12,–
5. Aufnahme	P	5.000	0,5	25.000,–	5.470,–	5,–	6,–
6. Entlassung	P	5.000	0,5	25.000,–	5.470,–	5,–	6,–
7. Betten herrichten	P	5.000	1,5	75.000,–	16.410,–	15,–	18,–
8. Patient zum KL bringen	P (KL)	4.500	1	50.000,–	6.440,–	11,–	12,–
9. Patient vom KL abholen	P (KL)	4.500	1	50.000,–	6.440,–	11,–	12,–
10. Nachtwache	PT	10.000	1	50.000,–	6.440,–	5,–	5,–
11. Rufbereitschaft Arzt	Imn	–	1	100.000,–			
12. Personalplanung	Imn	–	0,5	25.000,–			
13. Abteilung leiten	Imn	–	0,5	50.000,–			

KL = Kathederlabor, Kat2 = immobile Patienten, MJ = Mannjahre; P = Patient, PT = Pflegetag

Abb. 2: Prozesskostenblatt „Bettenstation Kardiologie“



Wir kennen Ihren Alltag

und wissen, wie Sie ein Klinikinformationssystem unterstützen kann. Profitieren Sie von unseren interdisziplinären Lösungen und von unserem Know-How im Gesundheitswesen.

Informieren Sie sich ausführlich unter www.nexus-ag.de oder rufen Sie uns an, Telefon 07721/8482-0.
Die Medizin im Fokus. NEXUS AG, 78052 Villingen-Schwenningen, www.nexus-ag.de

nexus|ag
e-health solutions

Teilprozesse	Maßgröße		Personalkosten		Material kosten	Gesamt kosten	PKS lmi
	Art	Menge	Standard	Summe			
…							
11. Vorbereitung steriler Tisch	Patienten (Kat.labor)	3000	1*5 Min*1,20 Euro/Min (AA) 1*5 Min*0,80 Euro/Min (PD)	30.000,–	(–)	30.000,–	10,–
12. Blutentnahme Notfallpatient	Notfallpatienten	500	1*5 Min*0,80 Euro/Min (PD)	2.000,–	2.000,–	4.000,–	8,–
…							
17. Sterilisieren	Patienten (Kat.labor)	3000	1*5 Min*1,20 Euro/Min (AA)	18.000,–	3.000,–	21.000,–	7,–
18. Zugang Leisten legen	Herzkatheterpatienten	2000	3*10 Min*0,80 Euro/Min (PD) 1*10 Min*1,20 Euro/Min (AA) 1*10 Min*1,50 Euro/Min (OA)	102.000,–	213.000,–	315.000,–	157,50
19. LV – Angiographie	Linksherzkatheter-patienten	1800	3*25 Min*0,80 Euro/Min (PD) 1*25 Min*1,20 Euro/Min (AA) 1*25 Min*1,50 Euro/Min (OA)	229.500,–	280.000,–	509.500,–	283,–
…							
22. Drücke/Ströme messen o.K.	Rechtssherzkatheter-patienten o.K.	1000	3*25 Min*0,80 Euro/Min (PD) 1*25 Min*1,20 Euro/Min (AA) 1*25 Min*1,50 Euro/Min (OA)	127.500,–	94.000,–	221.500,–	221,50
…							
25. Myokardbiopsie	Myokardbiopsien	100	3*10 Min*0,80 Euro/Min (PD) 1*10 Min*1,20 Euro/Min (AA) 1*10 Min*1,50 Euro/Min (OA)	5.100,–	39.000,–	44.100,–	441,–
26. Mat. Bipsie verschicken	Myokardbiopsien	100	1*5 Min*0,80 Euro/Min (PD)	120,–	(–)	120,–	1,20
…							

o.K. = ohne Komplikationen, AA = Assistenzarzt, OA = Oberarzt, PD = Pflegedienst

Abb. 3: Auszug aus dem Prozesskostenblatt „Herzkatheterlabor"

der Prozessmenge nicht automatisch ab. Gerade im Krankenhaus stehen aufgrund des sehr hohen Personalkostenanteils vertragliche Bindungen einer schnellen Kapazitätsanpassung entgegen, so dass es zu erheblichen Kostenremanenzen kommen kann. Ein Soll-Ist-Vergleich weist daher lediglich auf Beschäftigungsabweichungen hin und gibt mit dem Ausweis der Leerkosten an, in welchem Umfang die Potentialgüter nicht genutzt und damit die geplanten fixen Gemeinkosten kalkulatorisch noch nicht verrechnet wurden. Aussagen über die Wirtschaftlichkeit der Erbringung einer Leistung sind nicht unmittelbar abzuleiten. Über die Bestimmung der Auslastungsgradabweichungen und der damit verbundenen Leerkosten lässt sich jedoch das langfristige Kostensenkungspotential bestimmen.

Neben der Verwendung zur Kalkulation und Durchführung von Wirtschaftlichkeitskontrollen dient die Prozesskostenrechnung als Grundlage zur Evaluierung von organisatorischen Verbesserungen im Sinne des Prozessmanagements. Maßnahmen des Prozessmanagements dienen dabei vor allem der Ausrichtung der Krankenhausprozesse am Kundennutzen. Im Rahmen der Ablaufoptimierung sollen „… Doppeluntersuchungen und Abstimmungsschwierigkeiten festgestellt werden, die bei einer grundsätzlichen Überarbeitung der Organisationsschwachpunkte abgestellt werden können"[7]. Hier zeigt sich deutlich die Verbindung von Prozessorientierung und Qualitätsverbesserung. Diese kann im Krankenhaus sowohl den Behandlungsablauf am Patienten betreffen, als auch die Dienstleistungen der Funktionsbereiche oder der Logistik beinhalten. Die Prozessorientierung bietet die Möglichkeit, sowohl eine Gesamtbetrachtung des Behandlungsablaufs als auch eine differenziertere Betrachtung der Teilprozesse vorzunehmen. Mittels geeigneter Kennzahlen können die Prozesse mit anderen Krankenhäusern (falls diese bekannt sind) verglichen werden. Die Ermittlung der Prozesskostensätze zur Bewertung von Abläufen ist daher Voraussetzung für die Bewertung von Prozessoptimierungsmaßnahmen.

Die dargestellten Vorteile einer an die Bedingungen im Krankenhaus adaptierten Prozesskostenrechnung sind groß. Gleichzeitig ist das dargestellte System flexibel genug, mit der weiteren Entwicklung der DRGs in Deutschland mitzuwachsen.

Kontakt

Dr. Jan Güssow
Städtisches Klinikum München
jan.guessow@klinikum-muenchen.de

Andreas Greulich, MSc
Schweizer Herz- u. Gefäßzentrum, Bern
andreas.greulich@insel.ch

Prof. Dr. Robert Ott
Hochschule Rosenheim
robert.ott@fh-rosenheim.de

Literatur

1 Vgl.: zu den Hintergründen z.B. Braun, S.: Die Prozesskostenrechnung. Ein fortschrittliches Kostenrechnungssystem?, Sternenfels, 2007, S. 13–42

2 Horváth, P. et al.: Prozeßkostenrechnung – oder wie die Praxis die Theorie überholt, in: DBW (53), 1993, S. 609–628

3 Horváth, P./Mayer, R.: Prozeßkostenrechnung. Der neue Weg zu mehr Kostentransparenz und wirkungsvolleren Unternehmensstrategien, in: Controlling Nr. 4, 1989, S. 214–219

4 Coenenberg, A.G.: Kostenrechnung und Kostenanalyse, 5. Auflage, Stuttgart, 2003

5 Küpper, H.-U.: Prozeßkostenrechnung – ein strategisch neuer Ansatz?, in: DBW (51) 1991, S. 388–391

6 Greiling, M.: Kalkulation von DRGs mittels Prozesskostenrechnung als Informationsgrundlage für Prozessoptimierungen im Krankenhaus, in: Braun, G./Güssow, J./Ott, R. (Hrsg.): Prozessorientiertes Krankenhaus. Lösungen für eine Positionierung im Wettbewerb, München, 2005, S. 87–106

7 Greulich, A.: Prozessmodellierung als Instrument für organisatorische Verbesserungen, in: Greulich, A./Thiele, G./Thiex-Kreye, M. (Hrsg.): Prozessmanagement im Krankenhaus, Heidelberg, 1997, S. 147–175

Die vollständigen Literaturstellen sind beim Autor bzw. bei den Autoren des Beitrags erhältlich.

„Die Varianzanalyse, ein Instrument zur Ableitung von Verbesserungspotentialen auf der Grundlage Klinischer Behandlungspfade“

Johannes Palm

Dr. Hans Paula

Über die Durchdringung mit Klinischen Behandlungspfaden in deutschen Krankenhäusern existieren keinerlei verlässliche Studien. Im Rahmen eines Forschungsprojektes wurde eine Einschätzung zur Verbreitung Klinischer Behandlungspfade in Deutschland vorgenommen, die in Fachkreisen bestätigt wird: Nahezu 100 % aller Einrichtungen behaupten, mit Klinischen Behandlungspfaden zu arbeiten. Für schätzungsweise 40 % trifft dies jedoch tatsächlich zu. Klinische Pfade in Verbindung mit einer strukturierten Varianzanalyse setzen nur ca. 20 % aller Kliniken um. Nur ein kleiner Teil der Krankenhäuser bzw. Abteilungen misst, analysiert und verbessert seine Prozesse auf der Basis der Ergebnisse von Auswertungen aus einer Varianzdatenbank. Der Begriff „Klinische Behandlungspfade“ wird sehr heterogen definiert und interpretiert. Nicht zuletzt deshalb kommt es zu Aussagen wie „Wir betreiben keine Kochbuchmedizin“ oder „Wir haben unsere Pfade im Kopf“. Verunsicherung, Missverständnisse, ja Ängste prägen daher die Diskussion um diese Diagnose bezogenen Standards, die wir „Klinische Behandlungspfade nennen.

1. Einleitung

Das Stiftungsklinikum Mittelrhein in Koblenz (folgend SKM genannt) hat in den vergangenen 2 Jahren 94 Klinische Pfade entwickelt, mit denen zukünftig 40–50 % aller Leistungen abgedeckt werden sollen. Ein in der Klinik entwickeltes vierstufiges Verfahren ermöglicht eine hohe Durchdringung der Krankenhausleistungen mit Klinischen Pfaden. Während der vergangenen 13 Monate durchliefen 2.400 Patienten die vordefinierten Standards. In den verschiedenen Clustern wurden über 9.600 Abweichungen (Varianzen) registriert, die auf mögliche Störungen im Prozess hinweisen.

2. Klinische Pfade am SKM

Die Wahl einer spezifischen Vorgehensweise bei der Erstellung Klinischer Pfade bleibt den Kliniken selbst überlassen. Auch die Frage, ob Pfade selbst entwickelt oder Lösungen anderer Kliniken übernommen werden sollen, kann nicht allge-

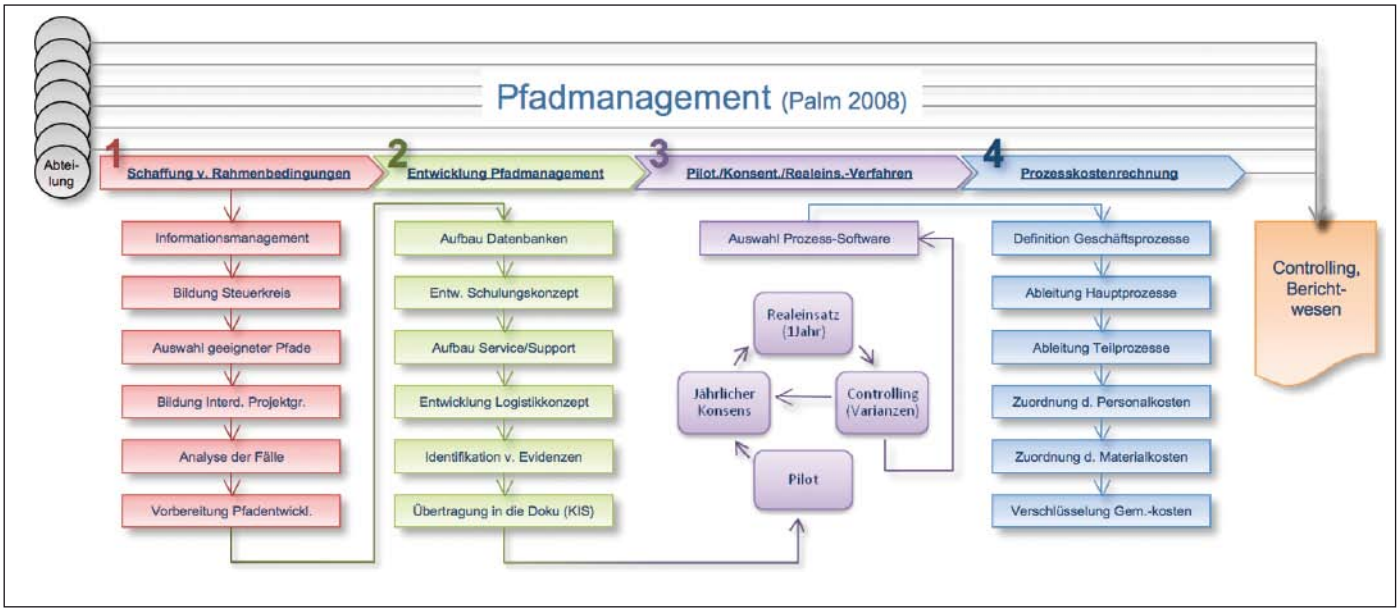


Abb.1: Das vierstufige Verfahren zur Etablierung eines Pfadmanagements

GUT SORTIERT

„Jemand, der aufhört zu werben, um Geld zu sparen,
könnte genauso gut seine Uhr stehen lassen, um Zeit zu sparen.“
Henry Ford

Fordern Sie ein kostenloses Probeexemplar an!

www.gitverlag.com

GIT VERLAG
A Wiley Company

icw PROFESSIONAL SUITE

Für eine optimierte, integrierte Patientenversorgung.

Heterogene IT-Landschaften verhindern, dass Patientendaten einheitlich erfasst und zusammengeführt werden können. Die Vernetzungslösungen von ICW Professional Suite schaffen eine klinikübergreifende Systemintegration und einen direkten Zugriff auf administrative und medizinische Patientendaten. Sie optimieren Ihre Geschäftsprozesse in einem hoch vernetzten medizinischen Klinikverbund, stärken die Kommunikation zwischen Klinik und Arzt und binden niedergelassene Ärzte als Einweiser an Ihr Krankenhaus. Die Auslastung im stationären Bereich kann langfristig verbessert werden. Mit den ICW Vernetzungslösungen vereinfachen Sie die Verwaltung von Patientendaten und verbessern die transsektorale Patientenversorgung.

Mehr Informationen: Telefon +49 (0) 6227 385 100 | www. icw-global.com

ICW Professional Suite — Vernetzungslösungen für Kliniken

Abweichungen (Code)			
A. Patient	**B. Stationäre Planung**	**C. KH-Schnittstelle**	**D. Weiterversorgung**
A1 Verlängerter Aufenthalt durch Dekubitus	**B1** Testresultate/Vorbefunde fehlen	**C1** Verzögerung des internen Transportes*	**D1** Verzögerung des externen Transportes
A2 Verzögerung OP – Metformin	**B2** Notwendige Medikamente fehlen	**C2** Anästhesie verschiebt OP	**D2** Verspätete Abholung (Angehörige)
A3 Verzögerung OP – Gerinnungshemmer	**B3** Verzögerung in der OP-Planung	**C3** Kapazitätsengpass OP	**D3** Verzögerte interne Verlegung (Station)
A4 Verzögerung OP – sonstige Medikamente	**B4** Mangelnde Stationskapazität bei Übernehme von Intensiv	**C4** Kapazitätsengpass Intensiv	**D4** Verzögerte externe Verlegung (Krankenhaus)
A5 Fehlende Compliance	**B5** Verzögerung durch zusätzliche/andere Untersuchung/Maßnahme	**C5** Verzögerung/Absage von Untersuchung/Maßnahme	**D5** Rehaplatz nicht verfügbar
A6 Infektion/MSRA	**B6** Verzögerte Anmeldung – Konsil	**C6** Verzögerung/Absage von Konsil	**D6** Pflegeplatz nicht verfügbar
A7 Komplikationen nach Eingriff	**B7** Verzögerte Anmeldung – Physiotherapie	**C7** Verzögerte Rückmeldung Physiotherapie	**D7** Häusliche Krankenpflege nicht verfügbar
A8 Andere Komorbidität/Erkrankung/Komplikation*	**B8** Anmeldung Casemanagement >24 h nach Aufnahme	**C8** Rückmeldung Casemanagement >48 Std. nach Anmeldung	**D8** Verzögerung durch Feiertag/Wochenende/Urlaub
A9 Vorzeitige Entlassung (eigenverantwortlich)	**B9** Vorzeitige Entlassung (Besserung)	**C9** Rückverlegung auf Intensivstation	**D9** Patient verstorben
A10 Pfadwechsel	**B10** Ablaufstörung pfleg. Dienst*	**C10** Untersuchung/Maßnahme am Wochende/Feiertag nicht möglich	**D10** Verzögerung durch unvollständige Entlassdokumentation
A11 Pfadabbruch	**B11** Ablaufstörung ärztl. Dienst*	**C11** Verlegung auf/zu andere/m Station/Standort	
A12 Zusätzliches Labor		**C12** Ablaufstörung durch zusätzliche Info-Beschaffung (z. B. Befunde)	
AS Sonstiges	**BS** Sonstiges	**CS** Sonstiges	**DS** Sonstiges

Abb. 2: Die Varianzstruktur im SKM

meingültig beantwortet werden. Wer jedoch in der Praxis mit der Erstellung solcher Standards beauftragt ist, weiß, dass es keinen „Einheitspfad" gibt. Immer sind Klinik individuelle Anpassungen erforderlich. Insbesondere kleinere und mittelgroße Kliniken stehen vor der Anforderung, die richtige Dimension bezüglich des Aufwandes für eine Pfadentwicklung auszuwählen. Kritische Erfolgsfaktoren bei der Etablierung Klinischer Behandlungspfade sind selten in der eigentlichen Pfadsubstanz zu finden, vielmehr scheitern diese Projekte sowohl an einer unbefriedigenden Vorbereitung und Durchführung als auch an einem fehlenden Nachhaltigkeitskonzept.

Das im SKM entwickelte Verfahren sieht vier Phasen vor, in denen auf der Grundlage positiver Rahmenbedingungen (Phase 1), neben der Übertragung medizinischer Evidenzen und bestehender Standards in die Hausdokumentation (Pfadentwicklung), das eigentliche Pfadmanagement gestaltet wird (Phase 2). Das Verfahren der Pilotierung, Konsentierung, Realeinsatz (Phase 3) stellt sicher, dass nach einer definierten Pilotierungszeit der entsprechende Standard für maximal ein Jahr zum Einsatz kommt.[1] Im Rahmen von regelmäßigen interdisziplinären Konsensmeetings werden die Klinischen Behandlungspfade an die aktuellen Rahmenbedingungen, wie beispielsweise Veränderungen in der Verweildauer oder neue medizinische oder pflegerische Evidenz, angepasst. Darüber hinaus wird in diesen Treffen auf der Basis der Ergebnisse des begleitenden „Pfad-Controlling" diskutiert und dokumentiert, wie viele und welche Patienten die gesetzten Qualitätsziele und Zielverweildauer erreicht bzw. verfehlt haben. Die Auswertung der Varianzen gibt dabei die notwendigen Hinweise für die Ursachen. Die Ergebnisse der Diskussion führen mithin zu konkreten Veränderungen der Abläufe, um zukünftig eine Zielerreichung zu ermöglichen.

Das SKM steht nun in der Phase 4 vor der Aufgabe, die Prozesskostenrechnung vorzubereiten.

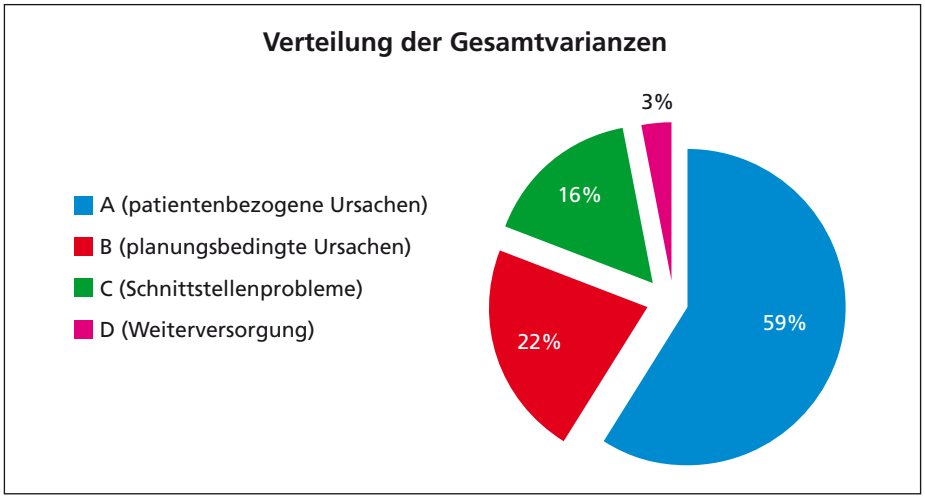


Abb. 3: Verteilung der Varianzen auf alle Kategorien

2.1 Varianzencontrolling

Die Varianzanalyse gehört zur Gruppe der statistischen Tests. Sie befasst sich mit der Überprüfung der Frage, „ob die Differenz bzw. Differenzen der arithmetischen Mittel von zwei oder auch mehr als zwei Grundgesamtheiten signifikant von Null verschieden ist bzw. sind oder nicht".[2]

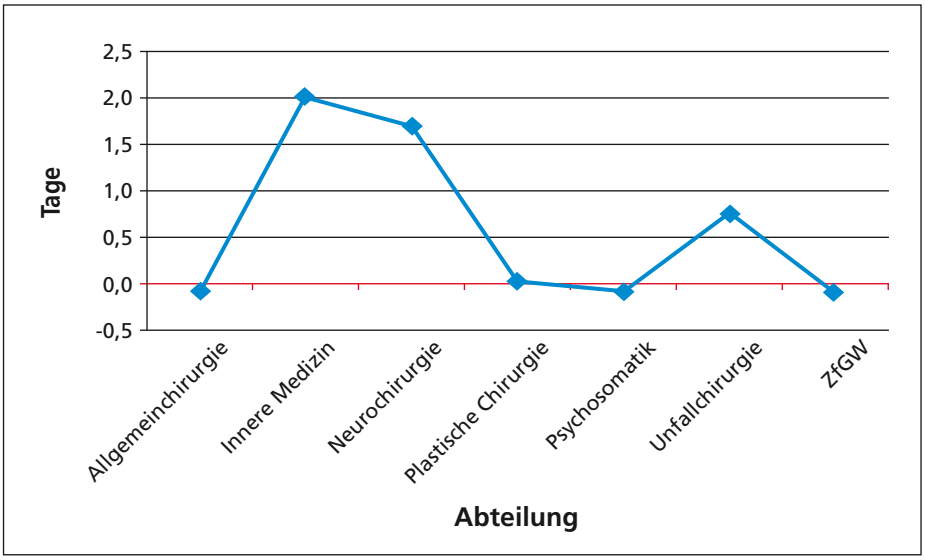


Abb. 4: Einfluss der Klinischen Pfade auf die Verweildauer im SKM

2.2 Varianzencontrolling im Sinne Klinischer Behandlungspfade

Im Sinne Klinischer Behandlungspfade beschreibt eine Varianz die Abweichung vom geplanten Behandlungsverlauf. Die Erfassung von Abweichungen im Behandlungsprozess verfolgt das Ziel, klinische Prozesse fortlaufend zu evaluieren, zu optimieren und weiterzuentwickeln. Ein strukturiertes Varianzencontrolling ist daher eine Voraussetzung zur Erkennung von Prozessstörungen. Diese Messzahlen ermöglichen Aussagen über Ursachen für Abweichungen im Prozess bzw. vom Prozessziel, etwa personeller oder struktureller Art. Die Varianzstruktur im SKM besteht aus vier Gruppen:

1. Patientenbedingte Abweichungen
2. Planungsbedingte Abweichungen
3. Schnittstellenbedingte Abweichungen
4. Abweichungen in der Weiterversorgung (externe Schnittstellen)

Innerhalb dieser Kategorien sind Gründe für eine Abweichung vordefiniert. Sie sind mit einem Buchstaben-Zahlen-Code für eine leichte Erfassung und Auswertung versehen (siehe Tabelle „Varianzstruktur im SKM“).

Um zu vermeiden, dass zum einen eine unendlich lange Liste von Varianzkennziffern entsteht und zum anderen eine Dokumentationsbarriere geschaffen wird, wurden diese so entwickelt, dass alle Items einen vergleichbaren Abstraktionsgrad besitzen.

2.3 Erfassung der Varianzen

Damit das Varianzencontrolling als ein Instrument der Prozessverbesserung verstanden wird, muss ein transparentes und für alle Abteilungen gleichermaßen verbindliches Verfahren zur Erfassung, Dokumentation und Auswertung eingesetzt werden. Idealerweise findet die Dokumentation einmal täglich während der Visite statt. Während dieser regelmäßig stattfindenden Arztbesuche wird die Pfadkurve mit den vorgegebenen und individualisierten medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Maßnahmen bearbeitet und mögliche Varianzen diskutiert. Wurden ein oder mehrere der vordefinierten Maßnahmen nicht durchgeführt und/oder zusätzliche medizinisch-pflegerische Leistungen angeordnet (denn beides stellen Abweichungen dar), müssen hierfür zutreffende Varianzkennziffern auf einem Varianzbogen identifiziert und deren Kodierungen mit ggf. ergänzender Erläuterung dokumentiert werden. Während der Ausarbeitung der Visite überträgt das Pflegepersonal die Codes in die Datenbank am PC-Arbeitsplatz.

2.4 Erreichung des Pfadzieles und der tatsächlichen Verweildauer

Neben den prozessbeeinflussenden Varianzen bildet die Erhebung der tatsächlichen Verweildauer sowie die Bestätigung eines diagnosebezogenen Pfadzieles die letzte pfadspezifische Handlung. Der behandelnde Arzt dokumentiert beide Informationen auf dem Varianzerfassungsbogen. Die Eingabe in die Datenbank erfolgt nach dem gleichen Prinzip wie bei den Varianzen.

2.5 Auswertung und Interpretation

Allgemein

In den vergangenen 12 Monaten wurden 2.400 Patienten aus sieben Fachabteilungen nach einem Klinischen Pfad behandelt. Während dieses Zeitraumes wurden insgesamt 9.630 Varianzen innerhalb der 4 genannten Kategorien erfasst, anhand derer eine Vielzahl von Auswertungen vorgenommen werden. Es würde den Rahmen dieses Artikels deutlich überschreiten, alle Varianzen in Kombination mit Fachabteilungen, Verweildauer und Zielerreichung zu erläutern. Hier exemplarisch einige Beispiele:

Gesamtverteilung

Bei der Gesamtverteilung der Varianzen auf die vier Gruppen fällt auf, dass die meisten Varianzen in der Gruppe A (Patient) zu finden sind. Gerade in der internistischen Fachabteilung führen patientenbedingte Abweichungen wie beispielsweise Komorbiditäten (A8), Infektionen mit MRSA (A6), zu zahlreichen zusätzlichen Maßnahmen, etwa zusätzliche Labormaßnahmen (A12). Komorbiditäten führen nicht nur häufig zur Verweildauerüberschreitung, sondern können zukünftig Ausschlusskriterien für eine Pfadzuordnung darstellen.

Überprüfung der Verweildauern

Die in einem Behandlungspfad ausgewiesene Zielverweildauer definiert die ökonomisch optimale Verweildauer, innerhalb derer ein Behandlungsziel ohne Qualitätsverlust erreicht werden soll. Die folgende Abbildung zeigt die Abweichungen von der durchschnittlichen Zielverweil-

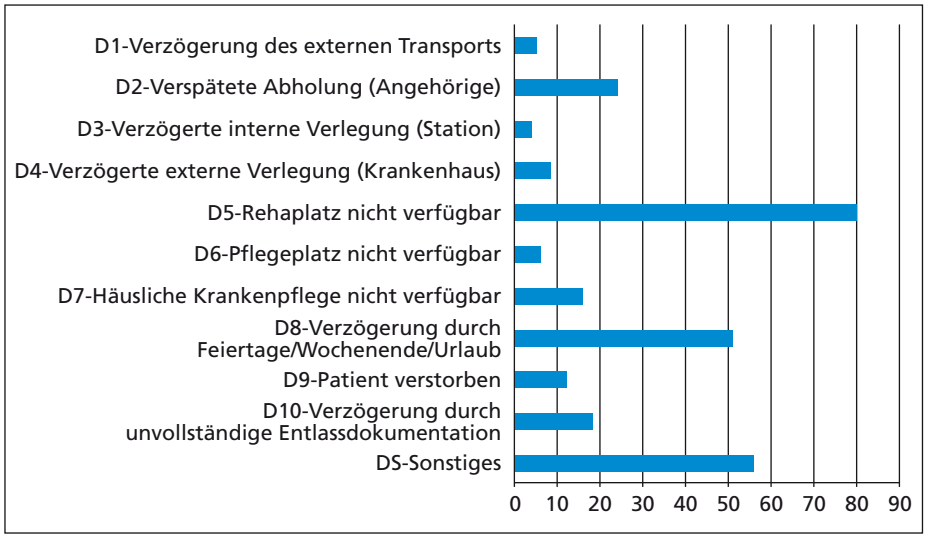


Abb. 5: Verteilung der Varianzen in der Kategorie "D-Abweichungen in der Weiterversorgung"

dauer je Fachabteilung. Für die Diagnosen Bandscheibenschäden LWS (Neurochirurgie), Pneumonie (Innere Medizin) und Hirntumor (Neurochirurgie) konnte anhand der Varianzkennziffer „A 8 – Andere Komorbiditäten“ ein Kausalzusammenhang zur Verweildauerüberschreitung bei diesen Pfaden nachgewiesen werden.

Kategoriebezogene Abfrage

Mit Interesse wertete das SKM die D-Kategorie „Abweichung in der Weiterversorgung“ aus. Insgesamt wurden für diese Kategorie im Berichtszeitraum Januar bis Oktober 280 Varianzen erhoben. Spitzenreiter bei den Abweichungen dieser Kategorie sind die Varianzen „D5-Rehaplatz nicht verfügbar“ und „D8-Verzögerung durch Feiertag/Wochenende/Urlaub“ (mit ergänzenden Bemerkungen wie z. B. „zu Hause keine Hilfestellung gegeben“).

Auch wenn in diesem konkreten Beispiel ein Krankenhaus nicht immer zur Behebung der Probleme beitragen kann, ist es interessant zu beobachten, dass Kliniken auf die durch die DRG`s ausgelösten Leistungsverdichtungen zwar reagieren können, das Gesamtsystem der prä- und poststationären Versorgung jedoch angepasst werden muss.

Diagnosebezogene Abfrage

Hierzu ein Beispiel, das bereits unmittelbar nach Einleitung der Verbesserungsmaßnahmen zu einer Prozessoptimierung führte. Nach Untersuchung aller Diagnosen auf Verweildauerüberschreitung bzw. Nichterreichung des Behandlungszieles, ist die unfallchirurgische Diagnose „Elektive Hüftendoprothese“ aufgefallen. Die diagnosebezogene Betrachtungsweise ergab signifikant hohe Eingaben der Varianzziffer „C10- Untersuchung/Maßnahme am Wochenende/Feiertag nicht möglich“. Da es sich bei dieser Kennziffer nicht um einen selbsterklärenden Code handelt, wurden die dazugehörigen Zusatzerklärungen ausgewertet. Die Überprüfung ergab in diesem Fall eine hohe Nennung der Maßnahme „Physiotherapie“. Aus den gemachten Angaben konnte interpretiert werden, dass Patienten, denen unmittelbar vor einem Wochenende/Feiertag eine neue Hüftendoprothese eingesetzt wird und die im direkten Anschluss keine professionelle Physiotherapie erhalten, das Behandlungsziel nicht innerhalb der vordefinierten Zielverweildauer erreichen. Die Verweildauerüberschreitung betrug in diesem konkreten Fall durchschnittlich 0,75 Tage. Nach einer Anpassung des Wochenenddienstes seitens der Physiotherapie sowie einer geänderten OP-Planung, konnten nahezu 95 % der Hüft-TEP-Patienten innerhalb der Zielverweildauer bei gleichzeitiger Erreichung des definierten Behandlungsziels die Klinik verlassen.

Die aufgeführten Beispiele machen deutlich, welches Potential zur Prozesssteuerung in einer strukturierten Varianzanalyse liegt. Auch wenn nicht alle Abweichungsgründe ausgeschaltet werden können, verfolgt das SKM das Ziel, die Anzahl der erfassten Varianzen zunächst zu steigern, um somit die Gründe dafür zu senken. Hierfür werden das Projektmanagement sowie andere klassische Arbeitsgruppenkonzepte als Instrument für die abgeleiteten Reorganisationsmaßnahmen eingesetzt.

3. Zusammenfassung und Ausblick

Das SKM hat ein nachhaltiges Konzept zu Entwicklung, Etablierung und Steuerung klinischer Pfade entwickelt. Dieses System muss ständig überprüft und angepasst werden. Gründe hierfür sind:

- Aus stationären Leistungen können ambulante Leistungen werden
- Die Zielverweildauern pro Diagnose verändern sich ggf. mit dem gültigen Fallpauschalenkatalog
- Medizinisch-/technischer Fortschritt hat Änderungen in den Prozessen zur Folge
- Veränderte politische Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen bedeuten derzeit in der Regel eine Verknappung der Ressourcen; strukturelle Anpassungen in den Krankenhäusern sind oftmals die notwendige Reaktion.

Das SKM steht, wie jedes andere Krankenhaus, vor der Aufgabe, seine Prozesse an diese Änderungen anzupassen, ohne dabei an Behandlungsqualität oder Patientenzufriedenheit Einbußen hinnehmen zu müssen.

Neben der ständigen Pflege des Pfadmanagements plant das SKM in der nahen Zukunft zwei innovative Weiterentwicklungen:

1. Ergänzung der bestehenden Varianzkategorien um eine fünfte Kategorie „E-Experimente/Versuche/Tests“. Innerhalb derer werden zukünftig temporär Varianzen für die Evaluation von Projekten mit Auswirkungen auf die Prozesse, sowie Items für klinische Studien geführt.
2. Entwicklung eines für die Psychiatrie ausgelegten Varianzencontrollings. Das SKM deckt bereits heute 90 % aller Fälle der eigenen Psychosomatik mit Klinischen Pfaden ab. Da für den Bereich der Psychiatrie ab 2011 mit der Einführung eines pauschalierten Entgeltsystems zu rechnen ist, müssen wir uns bereits heute mit einer Verweildauer gesteuerten stationären Behandlung ohne Qualitätseinbußen auseinandersetzen.

Kontakt

Johannes Palm
Stiftungsklinikum Mittelrhein, Koblenz
johannes.palm@stiftungsklinikum.de
Dr. Hans Paula
Stiftungsklinikum Mittelrhein, Koblenz
johann.paula@stiftungsklinikum.de

Literatur

1 Die verschiedenen Elemente der Phasen zur Etablierung eines Pfadmanagements wurden in Anlehnung an das Forschungsprojekt „Handlungsleitfaden zur Reorganisation der Strukturen und Prozesse in kleineren Krankenhäusern mit regionaler Bedeutung zur Anpassung an die neuen Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen“ (Institut für Technologie und Arbeit an der Technischen Universität Kaiserslautern, 01.08.2004–31.07.2006) in das Gesamtkonzept der Klinischen Behandlungspfade am SKM übertragen.

2 Vgl.: Bleymüller, J.; Gehlert, G.; Gülicher, H.: Statistik für Wirtschaftwissenschaftler. 14. Aufl. München, 2004, S. 119

Die vollständigen Literaturstellen sind beim Autor bzw. bei den Autoren des Beitrags erhältlich.

Prozessoptimierung der Patientenbehandlung

Die Erarbeitung klinischer Abläufe im St. Marien-Hospital Hamm gGmbH

Der ökonomische Druck im Gesundheitswesen wird immer stärker. Insbesondere Krankenhäuser sind vor dem Hintergrund der neu geregelten DRG-Krankenhausfinanzierung gezwungen, stringent und ohne Umwege primär ihre Existenz zu sichern. Letztendlich können nur die Krankenhäuser am Markt überleben, die strukturiert und leistungsbezogen geführt werden. Der effektive und effiziente Ablauf einer qualitativ hochwertigen Patientenbehandlung ist eine wesentliche Voraussetzung für den wirtschaftlichen Erfolg der Einrichtung.

Judith Brüggemann und Dr. Nikolaus Dlugos

Hierfür leistet der Einsatz eines vorausschauenden Prozessmanagements einen entscheidenden Beitrag. Es ist die notwendige Voraussetzung für eine Verbesserung der Innovationsfähigkeit und wirkt sich direkt auf die Leistungserstellungs- sowie Management- und Controllingprozesse aus. Prozessmanagement ist somit der operative Treiber für Erlöse, Gewinn und Kosten.

Der kontinuierliche, krankenhausinterne Verbesserungsprozess ist eine langfristig angelegte Strategie zur Identifizierung und Eliminierung von Reibungsverlusten in Behandlungsabläufen. Er bezieht die Kenntnisse und die Erfahrung eines jeden Mitarbeiters in die Gestaltung mit ein, so dass hieraus ein permanenter Prozess von Verbesserungen entsteht. Dieser ermöglicht es den Einrichtungen, flexibel und dynamisch auf sich ändernde Umfeldbedingungen zu reagieren. Er fördert Problemlösungen und deren Umsetzung in Teams und trägt damit dem kommunikativen und kooperativen Charakter der Leistungserstellung Rechnung.

Das St. Marien-Hospital Hamm gGmbH wurde 1849 als katholisches Krankenhaus für die Stadt Hamm gegründet. Es hat 584 Betten verteilt auf 17 medizinische Fachabteilungen.

Bewusst gestaltete Prozesse stehen im Vordergrund des durchgeführten Projektes. Der Einsatz standardisierter Verfahren und Methoden zur Prozessoptimierung unterstützt die transparente Darstellung und effiziente Gestaltung der Abläufe.

Die erfolgreiche Erstellung der klinischen Behandlungspfade ist im St. Marien Hospital Hamm in acht deutlich voneinander abgegrenzten Projektabschnitten mit ihren zugehörenden Aufgaben durchgeführt worden. Die Festlegung einzelner Phasen trug dazu bei, den Projektverlauf kontrollierbar zu machen, denn ein neuer Projektabschnitt wurde erst begonnnen, nachdem der vorhergehende abgearbeitet war. Jeder Aufgabe wurden die benötigten Arbeitsdokumente zugeordnet. Dies beinhaltete neben den entsprechenden Formularen auch Schulungs- und Informationsunterlagen für die beteiligten Mitarbeiter zum jeweiligen Arbeitsschritt. Der aktuelle Bearbeitungsstatus konnte somit dokumentiert und über Berichte jederzeit nachvollzogen werden. Auf diese Weise entstand eine Methode, die die Erarbeitung klinischer Behandlungsprozesse für die Mitarbeiter wesentlich vereinfachte.

In einem ersten Schritt wurden die Rahmenbedingungen des Projektes definiert. Diese beinhalteten zunächst eine detaillierte Formulierung des Projektauftrags sowie die Benennung des Projektauftraggebers und der internen Projektleitung. Parallel dazu mussten der geplante Zeitrahmen und das zur Verfügung stehende Budget bestimmt werden.

Da innerhalb einer DRG häufig erhebliche Unterschiede bezüglich der Behandlungsverfahren und Verweildauer der Patienten existieren, hat es sich für das Projekts als sinnvoll herausgestellt, definierte Kernkompetenzen zu bestimmen, die speziell auf das Krankenhaus Hamm ausgerichtet waren. Eine Kernkompetenz zeichnet sich dadurch aus, dass die in ihr enthaltene Patientengruppe einen gleichen Behandlungsverlauf erfährt und somit eine Vergleichbarkeit gewährleistet werden kann.

Durch die anschließend vorgenommene Erarbeitung und Dokumentation der Prozesse wurden die Fragen beantwortet, welcher Mitarbeiter welche Aufgaben in welcher Reihenfolge zu erledigen hat, welche Leistungen erbracht werden und welche IT-Systeme hierbei zum Einsatz kommen. Erst durch die Erhebung und Konsolidierung dieses Wissens wurden die untersuchten Prozesse transparent, und es war eine weiterführende Analyse möglich.

Die ausgewählten Behandlungsprozesse sind nach der Erfassung grafisch abgebildet worden und stehen den Mitarbeitern im Intranet zur Verfügung.

Durch die Erkenntnis, dass viele Behandlungsprozesse in ähnlicher Form ablaufen, ist es möglich, auf eine so genannte „Prozessbibliothek“ zurückzugreifen. Zum Beispiel finden auf jeder Station dreimal täglich Übergaben statt, der Patient erhält viermal täglich Mahlzeiten und auch diagnostische Maßnahmen laufen in vergleichbarer Art und Weise ab. Die Prozesse sind als Vormodellierungen häufig vorkommender Prozessabläufe archiviert, auf die bei Bedarf zugegriffen werden kann. Die vormodellierten Prozesse der Bibliothek beinhalten beispielsweise Behandlungstage, Berufsgruppen oder Diagnostiken. Kopien dieser Vormodellierungen wurden im Rahmen der sich anschließenden Workshops der beteiligten Mitarbeiter an die spezifischen Behandlungsverläufe angepasst.

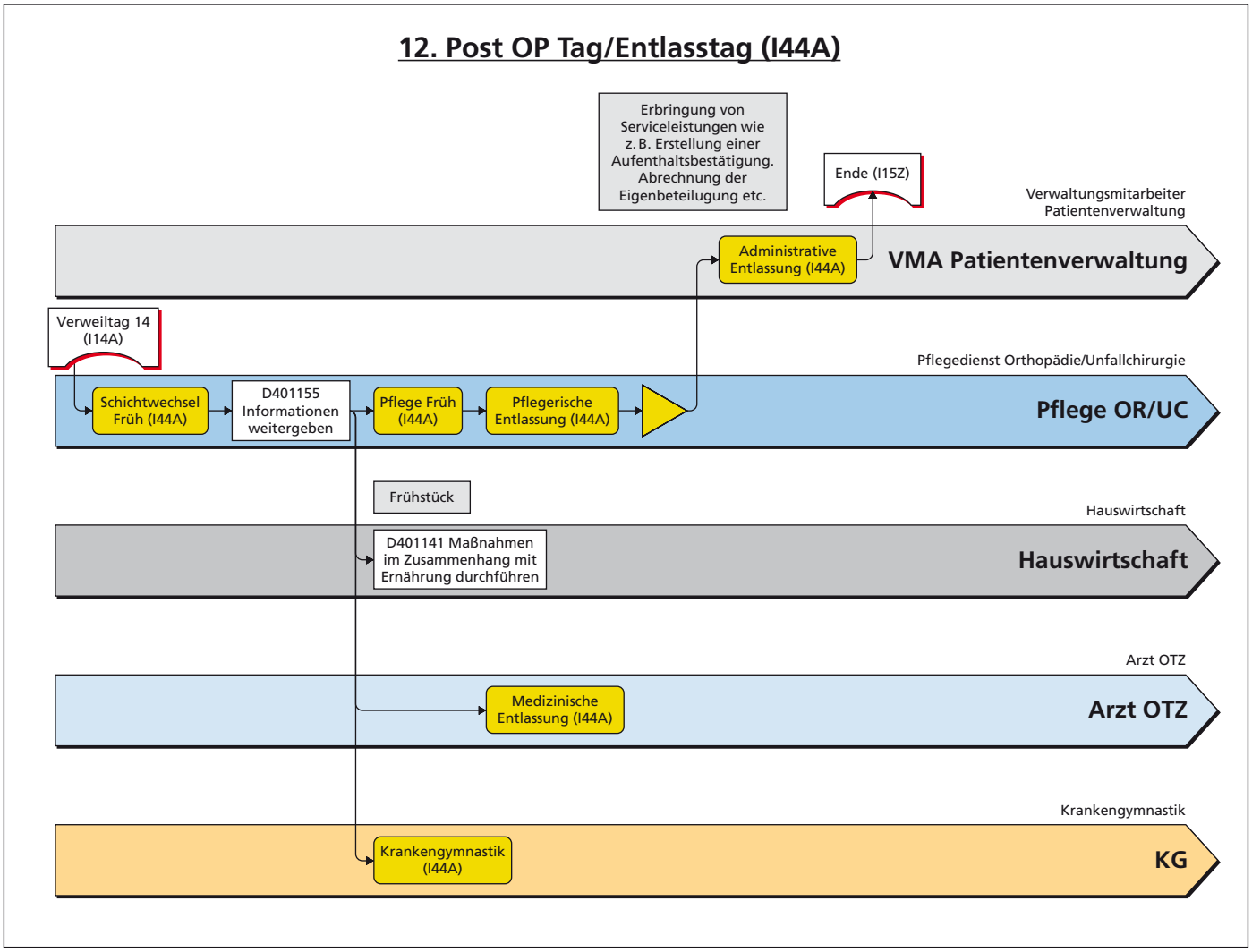


Abb. 1: Beispiel eines Behandlungspfades

Innerhalb des Workshops sind zusätzlich im Rahmen einer Ist-Analyse organisatorische, personelle und technische Schwachstellen aufgedeckt sowie Verbesserungsvorschläge erarbeitet worden. Sie stellen die Basis für zukünftige Optimierungsmaßnahmen dar. Kombiniert mit den Unternehmenszielen wurden anschließend Soll-Prozesse abgeleitet, welche das St. Marien Hospital künftig bei der Wertschöpfung besser unterstützen sollen.

In den interdisziplinär und multiprofessionell besetzten Pfadworkshops wurden die einzelnen Tätigkeiten von den Beteiligten den Berufsgruppen zugeordnet und die Voraussetzungen der Delegation miteinander abgestimmt. So wurden die Bedingungen für die Delegation ärztlicher Tätigkeiten auf pflegerische Mitarbeiter, wie auch von der Pflege auf weiteres Assistenzpersonal geklärt, was zu einer Entlastung im alltäglichen Ablauf durch Wegfall wiederkehrender Nachfragen und Diskussionen führt.

Weitere Optimierungspotentiale bestanden u. a. in der Vereinheitlichung von diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Leistungen für eine homogene Patientengruppe über alle Fach- und Stationsbereiche hinweg. Die Aufdeckung von Blind- und Doppelleistungen in der Dokumentation konnte ebenso optimiert werden wie die Vereinfachung von Patientenwegen durch das System, was eine Verringerung von Wartezeiten bei gleichzeitiger Erhöhung der Patientenzufriedenheit zur Folge hatte.

Ein ganzheitliches Konzept beinhaltet auch eine Phase der Implementierung und Evaluation der veränderten Prozesse. Die Umsetzung der geplanten Prozessoptimierung besteht aus zwei Elementen. Dies sind zum einen die technisch-organisatorischen Maßnahmen, die den Rahmen für die strukturelle Umsetzung der Prozesse bilden. Der zweite Aspekt betrifft die Akzeptanz und Motivation der von der Veränderung betroffenen Mitarbeiter, die von Beginn an zu Beteiligten gemacht wurden. Über Informations-, Kommunikations- und Qualifikationsmaßnahmen ist ihnen die Fähigkeiten und die Bereitschaft zur Veränderung nahe gebracht worden. Während und nach der Implementierungsphase ist es zudem wichtig, zunächst permanent, später periodisch zu überprüfen, ob die Prozesse entsprechend den Soll-Vorgaben ablaufen.

Treten zukünftig während der Evaluation Abweichungen auf, wird erneut eine Ursachenanalyse durchgeführt, welche die Voraussetzung zur Beseitigung der festgestellten Probleme ist. Bei dieser kontinuierlichen Verbesserung der Prozesse können die vorgestellten Phasen wiederholt zur Anwendung kommen.

Kontakt
Judith Brüggemann
Dr. Nikolaus Dlugos
St. Marien-Hospital Hamm gem. GmbH
Judith.brueggemann@marienhospital-hamm.de

Prozesse steuern und führen

Dr. Ruth Hecker

Dr. Karl Bosold

Wie hoch sind die Kosten der Prozesse im Vergleich zu den Erlösen bei den DRG´s?
Wie hoch ist die Verweildauer der Patienten in den Abteilungen?
Wie hoch ist der Ressourcenverbrauch für die häufigsten Krankheitsbilder?

Mit diesen Fragen müssen sich deutsche Krankenhäuser von dem Hintergrund der Gesundheitsreform und dem immer stärker werdenden Wettbewerbsdruck intensiv auseinander setzten. Die Festlegung eines einheitlichen durchschnittlichen Basispreises der DRGs zwingt die Krankenhäuser folglich, ihre Kostenstruktur zu kennen und zu überwachen, um ihre Existenz sichern zu können. Die Steuerung der Leistungsprozesse in Gesundheitseinrichtungen wird in der Zukunft immer wichtiger.

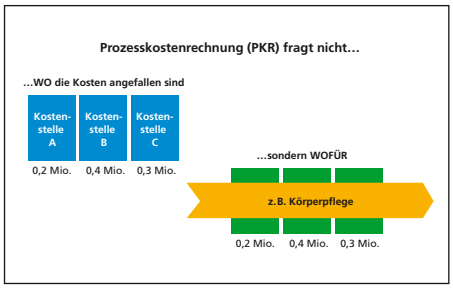


Abb. 1: Die klinische Prozesskostenrechnung

Zur quantitativen Bewertung hinsichtlich Zeit- und Kostenaufwand ist in den Evangelischen Kliniken Gelsenkirchen GmbH in diesem Jahr eine Prozesskostenrechnung eingeführt worden. Diese Einrichtung betreut insgesamt 448 Betten und führt jährlich ca. 12.500 vollstationäre Behandlungen durch. Die Kliniken erfüllen nicht nur einen diakonischen sondern zugleich einen staatlichen Auftrag mit rechtlich genau umrissenen Aufgaben und Verpflichtungen, der unter anderem eine umfassende Steuerung und Dokumentation der stattfindenden Prozesse erfordert.

Durchführung einer Prozesskostenrechnung zur Ermittlung der Prozessleistung

Die klinische Prozesskostenrechnung kann zusätzlich die Optimierung der stattfindenden Behandlungsabläufe unterstützen. Sie ist in erster Linie als Ergänzung zur traditionellen Kostenrechnung zu verstehen. Ausgangspunkt in Gelsenkirchen war der Anstieg der Einzel- und Gemeinkosten und ihre nicht leistungsorientierte Zuordnung auf die Kostenträger (Kostenrechnung) von der Aufnahme bis zur Entlassung. Der Schwerpunkt der Prozesskostenrechnung liegt in der verursachungsgerechten Zuordnung von Ressourcen auf die Behandlungstätigkeiten. Aus diesem Gedanken heraus ist in den Evangelischen Kliniken Gelsenkirchen ein praktikables Vorgehen zur Zuordnung der Aufwendungen durch eine prozessorientierte Leistungsrechnung durchgeführt worden. Über eine Aufteilung konnten die Kosten der Leistungen auf homogene Patientengruppen weiterverrechnet werden. Dabei wird nicht gefragt, wo (innerhalb welcher Kostenstelle) die einzelnen Kosten angefallen sind, sondern wofür (für welchen bestimmten Prozess wie beispielsweise der „Körperpflege“). Dadurch lassen sich Prozesse transparent darstellen und die Entstehung der Kosten verursachungsgerecht aufzeigen. Mit ihrer Hilfe konnte eine Kalkulation des Deckungsbeitrags (als Planrechnung) durchgeführt werden.

Auf Grundlage der Kostenarten- und Kostenstellenrechnung des Jahres 2007 wurden in den evangelischen Kliniken Gelsenkirchen Kostensätze ermittelt und den entsprechenden Kostenträgern zugeschlagen. Hierfür mussten bestimmte Patientengruppen definiert werden, die ein vergleichbares Krankheitsbild aufwiesen. Für dieses Patientengut konnten anschließend die exakten Behandlungsabläufe erhoben werden. Aufbauend auf dieser Erhebung sind im Rahmen von Mitarbeiterbefragungen die Bearbeitungszeiten der so identifizierten Teilprozesse ermittelt worden. Ergänzt wurde diese Auswertung durch das Datenmaterial des Controllings und der Buchhaltung. Als Ergebnis erhielt die Einrichtung eine prozessorientierte Kalkulation der Behandlungsabläufe, die unter anderem als Grundlage zur Prozessanalyse, Prozessgestaltung und Prozessoptimierung herangezogen werden kann.

Ein prozessorientiertes Controlling zur Generierung von Kennzahlen

Innerhalb zahlreicher Funktionsorganisationen werden Prozessketten oftmals durch Abteilungs-

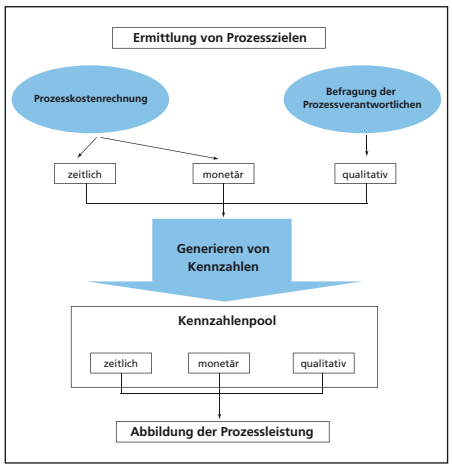
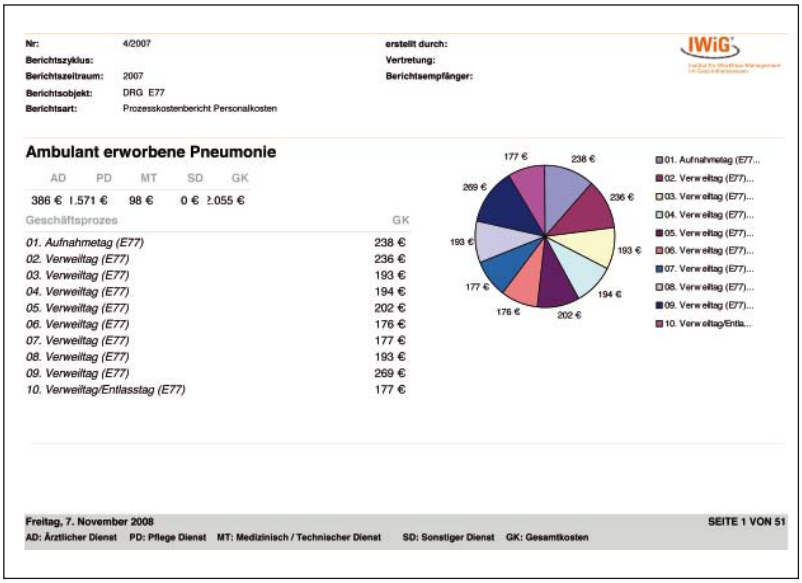


Abb. 2: Ermittlung der Prozessleistung



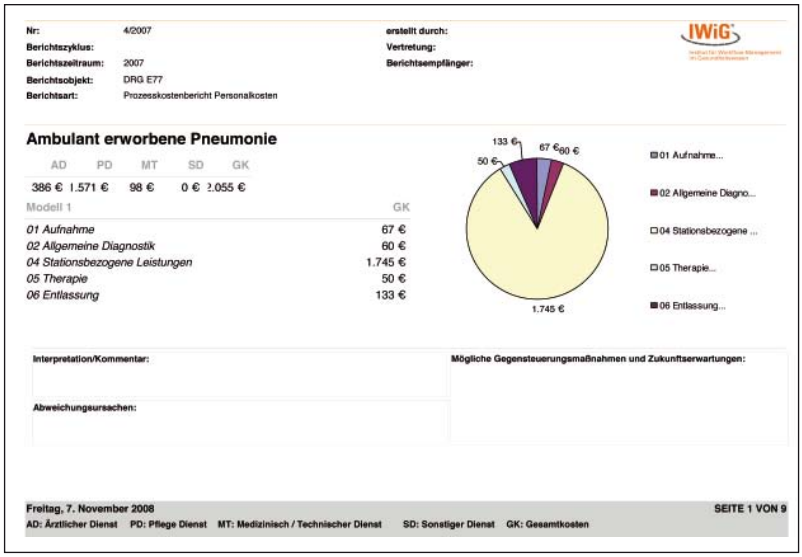
Nr: 4/2007
Berichtszyklus:
Berichtszeitraum: 2007
Berichtsobjekt: DRG E77
Berichtsart: Prozesskostenbericht Personalkosten
erstellt durch:
Vertretung:
Berichtsempfänger:

Ambulant erworbene Pneumonie

AD	PD	MT	SD	GK
386 €	1.571 €	98 €	0 €	2.055 €

Geschäftsprozes	GK
01. Aufnahmetag (E77)	238 €
02. Verweiltag (E77)	236 €
03. Verweiltag (E77)	193 €
04. Verweiltag (E77)	194 €
05. Verweiltag (E77)	202 €
06. Verweiltag (E77)	176 €
07. Verweiltag (E77)	177 €
08. Verweiltag (E77)	193 €
09. Verweiltag (E77)	269 €
10. Verweiltag/Entlasstag (E77)	177 €

Freitag, 7. November 2008 SEITE 1 VON 51
AD: Ärztlicher Dienst PD: Pflege Dienst MT: Medizinisch / Technischer Dienst SD: Sonstiger Dienst GK: Gesamtkosten



Nr: 4/2007
Berichtszyklus:
Berichtszeitraum: 2007
Berichtsobjekt: DRG E77
Berichtsart: Prozesskostenbericht Personalkosten
erstellt durch:
Vertretung:
Berichtsempfänger:

Ambulant erworbene Pneumonie

AD	PD	MT	SD	GK
386 €	1.571 €	98 €	0 €	2.055 €

Modell 1	GK
01 Aufnahme	67 €
02 Allgemeine Diagnostik	60 €
04 Stationsbezogene Leistungen	1.745 €
05 Therapie	50 €
06 Entlassung	133 €

Interpretation/Kommentar:
Mögliche Gegensteuerungsmaßnahmen und Zukunftserwartungen:
Abweichungsursachen:

Freitag, 7. November 2008 SEITE 1 VON 9
AD: Ärztlicher Dienst PD: Pflege Dienst MT: Medizinisch / Technischer Dienst SD: Sonstiger Dienst GK: Gesamtkosten

Abb. 3: Beispielauswertung einer Prozesskostenrechnung

grenzen unterbrochen. Die Folge sind so genannte Prozessinseln mit unterschiedlichen Zuständigkeitsbereichen und daraus entstehenden Verantwortungsbrüchen und Schnittstellen. Der daraus resultierende Kontroll- und Koordinationsaufwand kann erheblich sein. Missverständnisse, Fehler, Informationsverluste, lange Entscheidungswege und ein hoher Zeitaufwand sind mögliche Konsequenzen. Das führt nicht selten zu einem Verlust von Qualität und Produktivität innerhalb der Prozessabläufe. Um Abläufe steuern und derartige Probleme frühzeitig erkennen zu können, ist eine zeitnahe Einschätzung des Prozesses erforderlich. Die Evangelischen Kliniken Gelsenkirchen haben zur Verbesserung solcher organisatorischer Schwierigkeiten ein strategisches Prozessmanagement implementiert.

Nach der Durchführung der Prozesskostenrechnung lagen den Prozessverantwortlichen Plan-Prozesszeiten sowie Plan-Prozesskosten vor. Auf deren Grundlage sollen die Beteiligten der verschiednen Berufsgruppen zusammen aktiv realistische, zeitliche und monetäre Prozessziele entwickeln. Die Ermittlung qualitativer Prozessziele wird aktuell in Form einer Expertenbefragung durchgeführt. Zu diesem Zweck sind Interviews mit den Prozessverantwortlichen terminiert, welche die Grundlage zur Bestimmung der qualitativen Prozesskennzahlen bilden.

Die bereits vorliegenden Kennzahlen sind in einem so genannten Kennzahlenpool zusammengefasst. Dieser bildete die Grundlage für die Auswahl der geeigneten Prozesskennzahlen und für die Ermittlung der Prozessleistungen. Die Ergebnisse des Kennzahlenpools für unterschiedliche Teilprozesse sind

- Prozesskostensätze der Berufgruppen je Krankheitsbild
- Prozesskosten der Teilprozesse gegliedert nach Ressourcen
- Gesamtkosten der Teilprozesse
- Kosten pro Verweiltag
- Personal-/ Materialkosten des Teilprozesses
- Gesamtzeit des Teilprozesses
- Rüstzeit des Teilprozesses
- Schnitt-Naht-Zeit
- Liegezeiten
- Anästhesiologiezeit

Ein standardisiertes Berichtswesen für einen optimalen Informationsfluss

Das Berichtswesen der prozessorientierten Kalkulation setzt sich in den Kliniken Gelsenkirchen grundsätzlich aus dem Standardbericht zusammen, wobei der Standardbericht sowohl in einer Lang-, als auch in einer Kurzform vorliegt. Der Langbericht beschreibt ausführlich alle Informationen, die zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit eines geplanten Prozesses notwendig sind. Es können ca. 120 Auswertungsbögen über die Abläufe von der Aufnahme bis zur Entlassung generiert werden. Der Kurzbericht liefert dagegen einen knappen Überblick über die wichtigsten Elemente des Leistungsplans. Er wird an die entsprechenden Adressaten weitergeleitet, die somit nicht mehr mit einer Flut an Informationen behelligt werden. Zur tiefer gehenden Analyse ist der Langbericht bis auf Teilprozess-Ebene für alle Verweiltage des betrachteten Krankheitsbildes abzurufen.

Um den Anforderungen an Berichtsysteme gerecht zu werden, ist für alle drei Berichtsformen ein einheitliches Layout bezüglich Blattaufteilung, Schriftgröße, Schrifttyp, Kopf- und Fußzeile sowie ein einheitliches Format für Überschriften, Grafiken und Tabellen gewählt worden. Des Weiteren wurde ein gut strukturiertes Konzept entworfen, welches alle Berichte miteinander verbindet. Auf diese Weise wurden eine größtmögliche Transparenz der Kosten und ein effizienter Ressourcenverbrauch sichergestellt. Das Risiko strategischer Fehlentscheidungen verringerte sich. Die Kliniken Gelsenkirchen konnten somit die Kommunikation der Leistung an die Entscheidungsträger optimieren.

Kontakt
Dr. Ruth Hecker
Dr. Karl Bosold
Evangelische Kliniken Gelsenkirchen
hecker@evk-ge.de

Zahlt sich unsere medizinische Qualität auch wirtschaftlich aus?

i.c.m.health von Siemens schafft Transparenz

Unser Managementinformationssystem i.c.m.health® hält wichtige Informationen über die medizinische und ökonomische Leistungsqualität in Krankenhäusern oder Krankenhausgruppen bereit. Per Mausklick erhalten Sie einen Überblick über entscheidungsrelevante Fakten wie die DRG-bezogene Analyse von Kosten und Erlösen. Und mehr: Das Simulations-Grouping simuliert die Erlöse für nicht fakturierte Fälle sowie die Fälle eines Jahres nach dem DRG-System des Folgejahres. So wird Ihre persönliche Formel von medizinischer Qualität und wirtschaftlichem Anspruch zu einer lösbaren Gleichung.
www.gsd.de +49 30 38370 0

Answers for life.

SIEMENS

A91GSD-9003-A1

Das Prozess-Benchmarking: eine geeignete Methode zum Aufspüren von Optimierungspotentialen ausgewählter klinischer Leistungen

Um den Anforderungen des Wettbewerbs gerecht zu werden und die Ansprüche nach höchster Qualität bei einer gleichzeitigen Minimierung des Ressourcenverbrauchs zu erfüllen, wird eine wirtschaftliche Unternehmensführung zur unabdingbaren Voraussetzung. Die Organisation von Gesundheitseinrichtungen muss verstärkt interdisziplinär und interprofessionell ausgerichtet werden, um die festgelegten Unternehmens- und Qualitätsziele erreichen zu können. Die Gestaltung der Organisationsstruktur der Klinikum Lippe GmbH ist nach diesen Zielen auszurichten.

Peter Schwarze

Peter Nowak

Dem Klinikum Lippe sind derzeit 29 Kliniken, Institute und Belegabteilungen zugeordnet. Im Jahre 1989 schlossen sich die bis dahin eigenständigen Krankenhäuser Detmold, Lemgo und Bad Salzuflen zur Klinikum Lippe GmbH zusammen. Entstanden ist somit ein Netzwerk, das eine umfassende medizinische Behandlung ermöglicht. Derzeit versorgt das Klinikum in 1.390 Planbetten rund 41.000 stationäre und 84.000 ambulante Patienten im Jahr. Nach der Fusion der drei Krankenhäuser wurde eine standortübergreifende Zusammenarbeit der medizinischen Fachabteilungen forciert, beispielsweise in den interdisziplinär arbeitenden Zentren.

Als ein zentrales Dienstleistungsunternehmen musste sich auch das Klinikum Lippe an die stetig zunehmende marktwirtschaftliche Ausrichtung der Gesundheitslandschaft anpassen. Dies bedeutete insbesondere, die medizinische Versorgung entsprechend den sich fortlaufend verändernden Rahmenbedingungen weiter zu entwickeln und zu optimieren. Die Qualitätspolitik rückte hierbei zunehmend in den Vordergrund.

Die Analyse und Optimierung seiner Abläufe setzt das Klinikum Lippe durch die Erarbeitung klinischer Behandlungsprozesse und die Neugestaltung der Organisationsstruktur um. Ein klinischer Behandlungspfad dient der Orientierungs- und Entscheidungsunterstützung sowie der täglichen Dokumentation. Er gibt nicht nur Auskunft darüber, welche Behandlung anzuwenden ist, sondern beschreibt darüber hinaus wann, wo, in welcher zeitlichen Abfolge, von wem und mit welchem Ziel die einzelnen Schritte umgesetzt werden.[1] Zudem sind klinische Pfade abteilungs- und kompetenzübergreifend. Ziel der Beschreibung und Analyse behandlungsbezogener Prozessabläufe ist es, eine qualitativ hochwertige, effiziente und berufsgruppenübergreifende Patientenversorgung zu gewährleisten.[2]

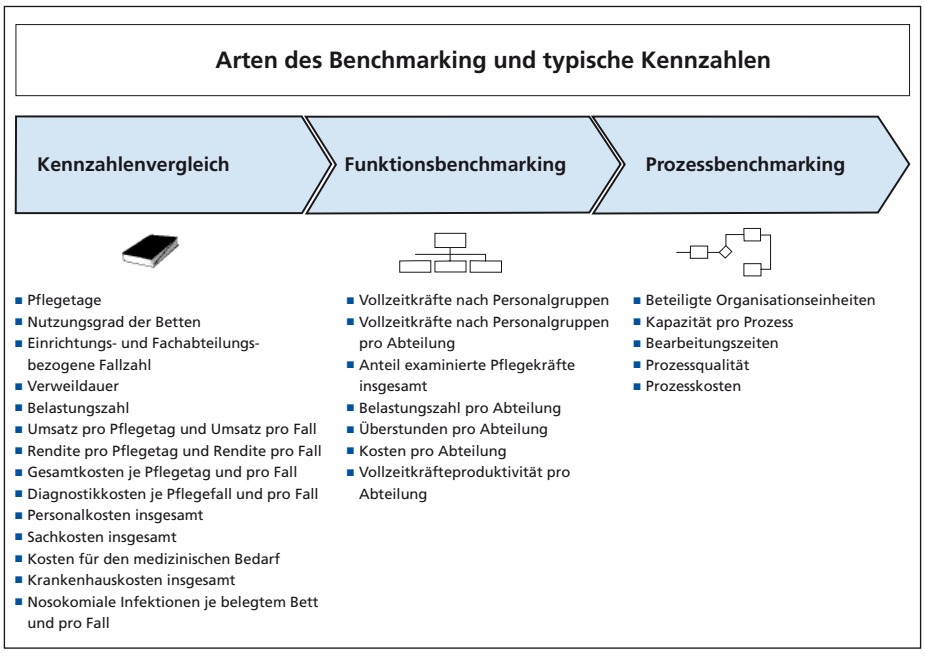


Abb. 1: Arten des Benchmarking

Das Prozess-Benchmarking als Grundlage für eine Prozessoptimierung

Die Basis für eine hohe medizinische Ergebnisqualität ist die Struktur- und Prozessgestaltung in Krankenhäusern. Die Analyse und der Vergleich klinischer Prozesse schaffen die Voraussetzungen, die Abläufe hinsichtlich ihres Kostenaufwands,

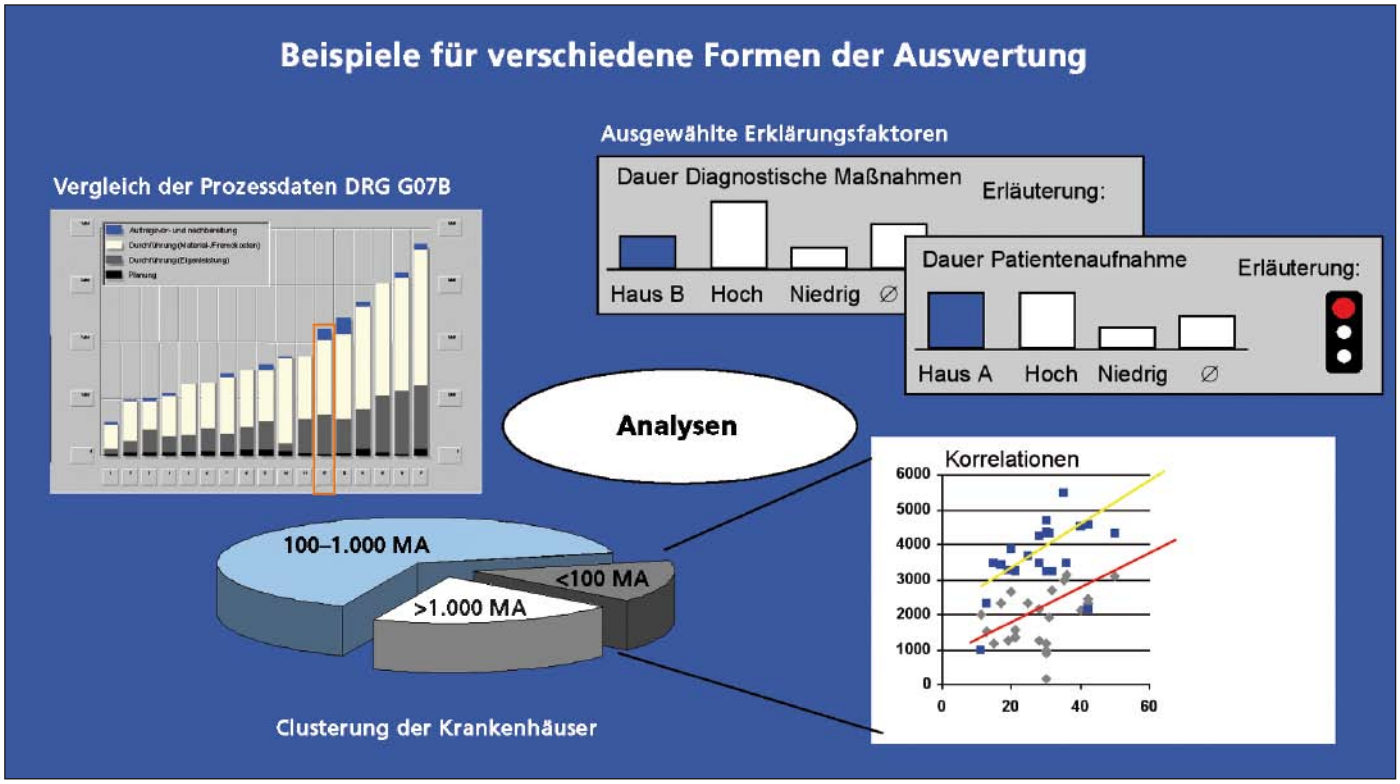


Abb. 2: Beispiele für verschiedene Formen der Auswertung

der benötigten Zeit sowie der Ergebnisqualität zu untersuchen. Die Prozesstransparenz, die anhand klinischer Behandlungsabläufe geschaffen wird, bietet somit eine effektive Möglichkeit, Schwachstellen und Optimierungspotentiale anhand von Prozessvergleichen aufzudecken.

Solch eine vergleichende Untersuchung von Behandlungsabläufen im Hinblick auf mögliche Verbesserungspotentiale wird als Benchmarking bezeichnet. Es bedeutet: „Lerne von der besten Lösung". Dieser Lernprozess beinhaltet zum einen den Austausch von Erfahrungen sowie die Diskussion gelungener Beispiele, aber auch den Transfer des gewonnenen Wissens und dessen Anwendung auf vergleichbare Fälle. Es handelt sich hierbei um einen fortlaufenden Prozess, bei dem insbesondere Behandlungsabläufe und Methoden betrieblicher Funktionen über mehrere Häuser hinweg verglichen werden. Dabei sollen die Unterschiede zu anderen Einrichtungen offen gelegt werden, die Ursachen für bestehende Abweichungen und Möglichkeiten zur Verbesserung aufgezeigt, sowie wettbewerbsorientierte Zielvorgaben ermittelt werden.[3]

Je nach Wahl des Vergleichspartners lassen sich externes und internes Benchmarking unterscheiden. Wettbewerbsorientiertes, funktionales und auch branchenfremdes Benchmarking werden als externes Benchmarking bezeichnet. Findet der Vergleich in demselben Unternehmen statt, spricht man von internem Benchmarking. Dieses kann sowohl in einem Unternehmen, als auch innerhalb eines Konzerns stattfinden.

Grundsätzlich ist das Benchmarking auf alle Aspekte eines Unternehmens anwendbar. Für das Krankenhausbenchmarking ist es im Hinblick auf die Fallkostenpauschalen meist vorteilhaft, den Fokus auf die Prozess der Patientenversorgung eines Krankenhauses zu legen, und die vorkommenden Behandlungsabläufe auf ihre Qualität, ihren Zeitaufwand und die anfallenden Kosten hin zu untersuchen.

Ziele des Prozess-Benchmarkings

Die Zielsetzung des Benchmarking ist vielseitig. In erster Linie sollen die Leistungen des untersuchten Prozesses transparent gemacht werden. Dies schafft die Basis für eine Minimierung der Kosten sowie für eine Umsetzung von Verbesserungspotentialen. Dies kann sowohl die Ablaufsteuerung als auch die Ressourcenverteilung betreffen. Durch den Vergleich relevanter Daten wird die Positionierung der eigenen Einrichtung möglich, wodurch Zielwerte für den Kosten-, Qualitäts-, und den Zeitfaktor abgeleitet werden können. Zudem kann das Benchmarking dazu dienen, eine Diskussion über Stärken und Schwächen der Behandlungsprozesse zu entfachen, und somit Impulse für die Entwicklung von Strategien zu liefern. Hervorzuheben sind insbesondere die Ausarbeitung von Lösungsmöglichkeiten für gemeinsame Probleme sowie der Wissenstransfer innerhalb der Projektteilnehmer. Die Etablierung einer funktionalen Vergleichsbasis, welche der dauerhaften zur eigenständigen Bewertung und Steuerung von Prozessen mit dem Ziel der Verbesserung von Wirtschaftlichkeit, Leistungsqualität und Produktivität dient, hat oberste Priorität.

Die Leistungen des besten Vergleichspartners sollen langfristig durch eigene Weiterentwicklung zunächst erreicht, das Niveau der Best Practices später höchstmöglich überboten werden.[4] Auf dieser Grundlage können als langfristiges Ziel Bestleistungen und somit Überlegenheit am Markt angestrebt werden.

Das Prozess-Referenz-Modell: ein standardisiertes Verfahren zur Erarbeitung von Prozesssen

Seit dem letzten Jahr hat das Klinikum Lippe die Prozessabläufe von 12 verschiedenen Krankheitsbildern erarbeitet und analysiert. Um die aufwändige Dokumentation der Behandlungsprozesse zu vereinfachen, wurde auf eine standardisierte Methode zur Pfaderarbeitung zurückgegriffen. Dieses Verfahren beinhaltet die Darstellung der Prozessabläufe mit Hilfe eines Prozess-Referenz-Modells.

Es handelt sich hierbei um ein standardisiertes Modell zur Beschreibung und Bewertung von Behandlungsabläufen und Prozessketten, auch über die Grenzen einzelner Abteilungen hinaus. Das Modell beinhaltet definierte Geschäfts-Haupt- und Teilprozesse. Anhand der Teilprozesse erfolgt die Beschreibung der kompletten

Behandlungsabläufe für eine im Vorfeld definierte homogene Patientengruppe. Ein wesentlicher Vorteil des Referenzmodells liegt in der Zeitersparnis für die Erarbeitung eines Behandlungspfades, da auf bereits vordefinierte Teilprozesse zurückgegriffen werden kann. Diese werden durchgängig zur Darstellung der individuellen Behandlungsabläufe genutzt. Zudem können, basierend auf den definierten Teilprozessen, gesamte Prozessstränge vorgearbeitet werden, die dann für zukünftige Pfadprojekte angewendet werden.

Neben dem wesentlichen Vorteil, dass Prozessabläufe aufgrund bereits vordefinierter Teilprozesse schneller erarbeitet werden können, bietet dieses Vorgehen weitere Vorzüge. Zum einen besteht bei den beteiligten Mitarbeitern ein einheitliches Verständnis darüber, was unter dem jeweiligen Prozess zu verstehen ist und was beispielsweise der Prozess „Körperpflege durchführen" genau beinhaltet. Des Weiteren steht der Einrichtung nun die Möglichkeit offen, eine Prozesskostenrechnung durchzuführen. Ein weiterer erheblicher Vorteil des Modells liegt darin, dass aufgrund seiner standardisierten Anwendung die Möglichkeit einer Vergleichbarkeit der Prozesse gegeben ist.

Anwendung eines Prozess-Benchmarking

Auf der Grundlage der erarbeiteten Prozesse im Klinikum Lippe ist nun die Möglichkeit gegeben, eine Bewertung und Klassifizierung homogener Prozessabläufe in den Häusern Detmold und Lemgo vorzunehmen. Im Rahmen eines internen Benchmarking können Prozessabläufe analysiert werden, die an beiden Standorten durchgeführt werden. Sowohl das Klinikum Detmold als auch Lemgo haben beispielsweise eine Unfallchirurgische Klinik sowie eine Frauenklinik. Beide Unfallchirurgien führen unter anderem den operativen Einsatz von Hüft- und Knieprothesen durch, beide Frauenkliniken haben eine Entbindungsstation. Durch die parallele Erarbeitung von Behandlungsprozessen für diese Bereiche in beiden Häusern kann mittels eines Prozessmodells schnell und unkompliziert ein Prozessvergleich durchgeführt werden. Dieser bezieht sich auf die gesamten Prozessabläufe, jedoch auch auf Teilbereiche einer Behandlung, wie die Durchführung bestimmter diagnostischer Maßnahmen. Neben den Hauptprozessen als übergeordneten Prozessen zur Leistungserstellung ist es im Rahmen des Benchmarking möglich, auch die ihnen untergeordneten Teilprozesse zu vergleichen. Des Weiteren ist die Möglichkeit gegeben, die Kostentreiber und Erklärungsfaktoren für den bestehenden Kosten- und Zeitaufwand sowie für die Ergebnisqualität und die Schnittstellen zwischen den einzelnen Prozessen zu untersuchen. Anschließend gilt es herauszufinden, an welchen Stellen Varianzen innerhalb der Prozessabläufe festzustellen sind und die Ursachen für diese Differenzen zu ergründen. Es muss überprüft werden, inwieweit unterschiedliche Einflussfaktoren der beiden Krankenhäuser einen Prozessvergleich überhaupt zulassen, beispielsweise im Hinblick auf die jeweiligen baulichen Gegebenheiten, den Personalbestand oder die technische Ausstattung. Darauf aufbauend sollte eine Einigung auf einen einheitlichen Prozessablauf gefunden werden. Hierfür ist es grundlegend, die angestrebten Ziele im Vorfeld genau festzulegen und diese nach Inhalt, Ausmaß und Zeitbezug klar zu definieren. Auch die erhofften Erfolge durch die umgesetzten Verbesserungsmaßnahmen sollten innerhalb des Projektes diskutiert werden. Neben einer Realisations- und Zielerreichungskontrolle sollte weiterführend eine Wirtschaftlichkeitsanalyse erfolgen.[5]

Letztendlich sollte angestrebt werden, den Benchmarking-Prozess unter Einbindung aller Mitarbeiter regelmäßig durchzuführen, indem die Suche nach besten Methoden und Praktiken institutionalisiert wird, sowohl im Hinblick auf eine Optimierung der Qualität von Behandlungsprozessen als auch auf einen wirtschaftlichen Einsatz der vorhandenen Ressourcen.

Kontakt

Peter Schwarze
Peter Nowak
Klinikum Lippe GmbH, Detmold
Peter.novak@klinikum-lippe.de

Literatur

1 Greiling, M.; Mormann, J. Westerfeld, R.: Klinische Pfade steuern. Kulmbach, Baumann Fachverlag, 2003, S. 22 f.

2 Kahla-Witzsch, H. A.; Geisinger, T.: Clinical Pathways in der Krankenhauspraxis. Stuttgart: Kohlhammer, 2004, S. 21

3 Haubrock, M.; Schär, W.: Betriebswirtschaft und Management im Krankenhaus. 4., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Verlag Hans Huber, 2007, S. 250

4 Siebert, G.; Kempf, S.: Benchmarking, Leitfaden für die Praxis. München: Hanser Fachbuchverlag, 2002, S. 16

5 Greiling, M.; Mormann, J.; Westerfeld, R.: Klinische Pfade steuern. Kulmbach: Baumann Fachverlag, 2003, S. 35

Die vollständigen Literaturstellen sind beim Autor bzw. bei den Autoren des Beitrags erhältlich.

GE Healthcare

Die Heilung einer Krankheit beginnt mit ihrer Erkennung.

Je früher, desto besser. Nirgendwo trifft das mehr zu als bei der Behandlung von Krankheiten: Von der Vorhersage, über die Diagnose bis hin zur Therapie, zur Überwachung und zur Information. GE Healthcare stellt all sein Wissen und seine Erfahrung in den Dienst der Medizin, damit sie ihren alles entscheidenden Vorsprung bei der Erkennung und Behandlung von Krankheiten ausbauen kann. Denn je früher wir eine Krankheit erkennen, desto schneller können wir sie mit hoher Wahrscheinlichkeit besiegen. **Healthcare Re-imagined.**

Erfahren Sie mehr über unsere Vision:
www.gehealthcare.com/re-imagine

GE imagination at work

©2008 General Electric Company GE Medical Systems, ein Unternehmen von General Electric, das unter dem Namen GE Healthcare auf dem Markt tätig ist.

Hinweise für Autoren

Wir freuen uns, Sie als Autor/Autorin für

Professional Process

begrüßen zu dürfen. Die Hinweise für Autoren sollen dem Leser einen einheitlich strukturierten Aufbau der Artikel, zur schnellen, besseren Übersichtlichkeit und leichteren Lesbarkeit ermöglichen. Daneben sind sie zur Herstellung Ihres Manuskripts hilfreich, um einen möglichst reibungslosen und zeitnahen Ablauf zu gewährleisten. Bitte senden Sie uns Ihren Beitrag angelehnt an folgende Richtlinien:

Technische Hinweise

Textübergabe:
per E-Mail

Titelblatt:
Mit Thementitel, Autorennamen, aktueller Anschrift, Telefon, Fax und E-Mail, ggf. Angabe des Instituts mit Anschrift

Autorenbild:
hohe Auflösung, mindestens 300 dpi

Text:
Inklusive Literaturverzeichnis, Abbildungslegenden, Tabellen, Fußnoten

Literaturangabe:
Richtwert bis zu 30 Literaturstellen. Literaturstellen im Text mit durch nummerieren,

Abbildungen:
Tabellen und Abbildungen bitte fortlaufend nummerieren und in der Textfolge erwähnen. Jede Tabelle/Abbildung sollte mit einer Überschrift und einem Untertitel versehen sein.

Abbildungsvorlagen:
Möglichst digitale Vorlagen. Die Auflösung sollte bei Rasterabbildungen 300 dpi in originaler Abbildungsgröße betragen.

Datenformate:
Wir akzeptieren folgende Datenformate: PDF, EPS, TIFF, JPG.

Bitte beachten Sie folgende Punkte:

1. Betten Sie alle verwendeten Schriften ein oder wandeln Sie diese in Pfade um.
2. Verwenden Sie nur CMYK-Farben.
3. Bei pixelorientierten Dateiformaten (Farbe/Graustufen) benötigen wir eine Auflösung von mindestens 250 dpi. Bitmap-Dateien (Strich) sollten eine Auflösung von mindestens 1200 dpi haben.
4. Für die Erzeugung von PDF-Dateien mit dem Acrobat Distiller stellen wir Ihnen eine Joboptions-Datei zum Download auf www.gitverlag.com/datentransfer bereit.
5. Komprimieren Sie JPG-Dateien nicht zu stark, sonst kommt es zu sichtbaren Qualitätsverlusten. Benutzen Sie die Qualitätsstufen „Maximal“ oder „Hoch“.
6. Schicken Sie keine vorseparierten oder DCS-Dateien.

Verwendung „Offener Dateien“:
Wenn Sie uns programmspezifische Dateiformate, z. B. InDesign, QuarkXpress, CorelDraw, schicken, können wir nicht ausschließen, dass es beim Druck zu Veränderungen des Layouts kommen kann (Schriften, Trennungen, Linienstärken etc.).

Um Fehler zu vermeiden, beachten Sie bitte Folgendes:
Schicken Sie alle verwendeten Schriften und verknüpften Dateien mit. Fügen Sie zur Layout-Kontrolle eine Hardcopy/Ausdruck bei. Achten Sie darauf, dass keine RBG-Farben verwendet werden, auch nicht in verknüpften Dateien. Bei Dateien aus Programmen, die nicht zur Erzeugung von Druckvorlagen vorgesehen sind (z. B. Word, Exel, Powerpoint), ist immer eine Konvertierung der Dateien erforderlich.

Manuskriptumfang:
Eine Seite im Druck entspricht ca. 4.000 Zeichen/Leerzeichen. Dieser Wert kann in Abhängigkeit von der Anzahl der Abbildungen variieren.

Versand Hinweise

Zusendung per E-Mail an:
Verena.Muszynski@iwig-institut.de

Bitte beachten Sie, dass Sie bei der Übernahme von Texten, Textteilen, Abbildungen und Tabellen aus anderen Werken eine Abdruckgenehmigung des Copyright – Inhabers benötigen.

Mit der Einreichung Ihres Artikels zum Abdruck in der Zeitschrift Professional Process übertragen Sie dem GIT-Verlag die zeitlich unbegrenzten exklusiven Veröffentlichungs- und Nutzungsrechte des Artikels inklusive einer elektronischen Verwertung unter dem Titel „Professional Process“.

Wenn Sie Fragen zur Manuskripterstellung haben, so zögern sie bitte nicht, uns unter der Telefonnummer 0251/93254-35 anzurufen oder per E-Mail Verena.Muszynski@iwig-institut.de zu benachrichtigen. Wir helfen Ihnen gerne weiter.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. rer. oec. Michael Greiling
Herausgeber