

4. Jahrgang
November

2011

Professional

Zeitschrift für modernes
Prozessmanagement im Gesundheitswesen

PROCESS



Messen um zu managen

Klinische Prozessabläufe verstehen

Durch technische Lösungen die Versorgung verbessern

GIT VERLAG

www.gitverlag.com

Pflegequalität mit Optiplan



Stationsorganisation mit den optimalen Arbeitsmitteln
für die unterschiedlichsten Anforderungen

Optiplan[®]

Professional Process

Zeitschrift für modernes Prozessmanagement im Gesundheitswesen

<p>■ Editorial Prozesse beherrschen, die ursächlich für Leistungen in der Patientenversorgung sind <i>Prof. Dr. rer. oec. Dipl.-Soz.-Päd. Michael Greiling</i> <i>Institut für Workflow-Management im Gesundheitswesen (IWIG), Münster</i></p>	<p>3</p>
<p>■ Auf dem Weg zum prozessorientierten Spital Kritische Herausforderungen für die Kollaborationsfähigkeit in Spitälern <i>André Blondiau, Dr. Peter Rohner</i> <i>Institut für Wirtschaftsinformatik, Universität St.Gallen</i></p>	<p>4</p>
<p>■ Konsentierter Terminologie als erster Schritt für erfolgreiche Pfadarbeit <i>Prof. Dr. Wolfgang Hellmann</i> <i>Zentrum für Weiterbildung und Technologietransfer, Fachhochschule Hannover</i></p>	<p>8</p>
<p>■ Rapid Recovery Management als Innovation für die klinische Prozessoptimierung <i>Dr. Philipp Schwegel, Dr. Hadi Saleh, Dr. Claudia Linke</i> <i>Biomet Deutschland GmbH, Berlin</i></p>	<p>12</p>
<p>■ Klinische Pfade: Die Sicht eines Fachinformationsanbieters Checkme! Klinikstandards von Elsevier <i>Lukas Mayerhoff</i> <i>Elsevier GmbH, München</i></p>	<p>16</p>
<p>■ Optimierung der Beschaffung im Krankenhaus mit Unterstützung eines Einkaufsverbundes – ein konzeptioneller Ansatz <i>Prof. Dr. Klaus-Michael Fortmann</i> <i>Fachhochschule Gelsenkirchen</i> <i>Dr. Oliver Gründel</i> <i>AGKAMED GmbH, Essen</i> <i>Prof. Dr. rer. oec. Dipl.-Soz.-Päd. Michael Greiling</i> <i>Institut für Workflow-Management im Gesundheitswesen (IWIG), Münster</i></p>	<p>19</p>
<p>■ First View als Lean Management Konzept in der ZNA Wertsteigerungsoptionen und speed economies durch professionelle Prozesse <i>Dr. Barbara Hogan</i> <i>Asklepios Klinik Hamburg Altona</i></p>	<p>22</p>
<p>■ Neue Wege im Entlassmanagement Kosten reduzieren, Erlöse sichern, Versorgung gestalten <i>Oliver Lehnert, Marie Luise Müller</i> <i>KlinikumStadtSoest</i></p>	<p>26</p>
<p>■ Das Prozessmodell der ATEGRIS GmbH Ein Erfahrungsbericht zur systematischen Optimierung von Prozessen <i>Martina Eberle</i> <i>ATEGRIS GmbH, Mülheim an der Ruhr</i> <i>Sebastian Reinhard</i> <i>c2 consulting GmbH</i></p>	<p>30</p>
<p>■ Implementierung der Balanced Scorecard in einer strategischen Geschäftseinheit des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf <i>Dr. Hans-Jürgen Bartz</i> <i>Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf</i></p>	<p>33</p>
<p>■ Qualitätsgesichertes Prozessmanagement durch optimierte Behandlungspfade <i>Denise Bundi, Dr. Georg Ahlbäumer</i> <i>Klinik Gut St. Moritz AG</i></p>	<p>36</p>
<p>■ Prozesse voll im Griff Abteilungsübergreifender Informationsaustausch auf Basis eines DMS-Systems <i>Thomas Lichtenberg</i> <i>Marabu EDV-Beratung und -Service GmbH, Berlin</i></p>	<p>39</p>
<p>■ Prozessoptimierung und Behandlungspfade Prozesse kontinuierlich entwickeln. Behandlungspfade in Verträgen verankern <i>Dr. Şevket Turgut</i> <i>Berlin-Chemie AG, Berlin</i></p>	<p>42</p>
<p>■ ID-Management mit Master Patient Index Heterogene Systemlandschaften im Krankenhaus überwinden <i>Dr. Sang-Il Kim</i> <i>InterComponentWare AG (ICW)</i></p>	<p>44</p>
<p>■ Optimale Prozessplanung als Voraussetzung für eine effiziente Zusammenarbeit <i>Guido Lutz</i> <i>Optiplan GmbH, Düsseldorf</i></p>	<p>46</p>

Index
AGKAMED GmbH
ATEGRIS GmbH
Asklepios Klinik Hamburg Altona
Berlin-Chemie AG
Biomet Deutschland GmbH
c2 consulting GmbH
Elsevier GmbH
Fachhochschule Gelsenkirchen
Fachhochschule Hannover
Institut für Workflow-Management im Gesundheitswesen (IWIG) GmbH
InterComponentWare AG (ICW)
Klinik Gut St Moritz
Klinikum Stadt Soest
Marabu EDV-Beratung und -Service GmbH
Mölnlycke Health Care GmbH
Optiplan GmbH
RZV Rechenzentrum Volmarstein GmbH
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Universität St. Gallen

Prozesse beherrschen, die ursächlich für Leistungen in der Patientenversorgung sind

Die Einrichtungen im Gesundheitswesen haben eine Vielzahl von Projekten in der Planung. In sehr großer Anzahl werden diese Vorhaben parallel durchgeführt. Doch egal welche Themen auf Ihren Listen ganz oben stehen, ob Patientensicherheit, Risiko-, Case- und Überleitungsmanagement oder Erlössicherung etc. - die Einführung und Umsetzung von Themen wird in Ihren Abläufen sichtbar, spürbar und erlebbar.



Prof. Dr. Michael Greiling, Herausgeber

In Ihrer Vision: „Wo stehen wir in fünf bis zehn Jahren?“, legen Sie den Grundstein für das zukünftige Handeln. In Ihrer Strategie: „Wie erreiche ich dieses Zukunftsbild?“, legen Sie die Pfade, die Ziele und die überprüfbaren Schritte fest. Aber gerade die Implementierung dieser Grundpfeiler des Managements wird in den Prozessen, die ursächlich verantwortlich für das Ergebnis von Leistungen sind, real.

In den Total-Quality-Management Überlegungen der letzten 60 Jahre, steht nicht unbegründet der Bereich der Prozesse im zentralen Fokus der zu berücksichtigten Kriterien.

Wir sehen großen Bedarf die Nervenbahnen der Einrichtungen zu pflegen und zu optimieren. Das Resultat bedeutet Wettbewerbsfähigkeit und exzellente Qualität. Bei meinen Gesprächen mit Verantwortlichen in den Kliniken habe ich festgestellt, dass insbesondere die Methoden zur Umsetzung wenig bekannt sind. Verwenden Sie die FMEA? Benutzen Sie QFD? Wie sieht es mit dem Affinitäts-, Relationen-, Baum- und Matrixdiagramm aus? Haben Sie über dieses Problem schon einmal einen Netzplan

laufen lassen? Wir könnten diese Liste sehr lange weiterführen. Das Fazit ist, uns fehlen Werkzeuge, mit denen wir die in die Lage versetzt werden, Prozesse zu beherrschen.

Ich erlebe in Workshops, Arbeitskreisen und QM-Zirkeln immer wieder, dass - Politik und Strategie bei der Veränderung eine entscheidende Rolle spielen. Uns fehlen Hilfsmittel, mit denen wir Daten erarbeiten, die akzeptiert und respektiert werden - mit denen sich die Beteiligten identifizieren können. Nur so lassen sich subjektivere Aspekte zu objektiven Sachpunkten transferieren.

Die Bemühungen und die Ansätze sind vorhanden. Viele Einrichtungen senden uns erste Ergebnisse in das Institut, mit der Bitte einmal darüber zu schauen. Wir lesen die 10 Schritte der Hüft-TEP genau so wie die 2500 Aktionen der Hüftprothese. Aber was ist richtig? Wo fängt der Prozess an und wo hört er auf? Wie viele Prozesse muss ich den abbilden? Wurden und werden Engagement, Energie und Ressourcen effizient eingesetzt? Sind Ergebnisse vergleichbar und können wir daraus lernen, im Rahmen eines Benchmarking das Best Practice umzusetzen?

Daher möchten wir Ihnen Prozessmanagement als Mittel für Ihre Zwecke vorstellen und näher bringen. Wir präsentieren Ihnen nicht nur die mehrfach ausgezeichnete Web-Applikation ClipMed® zur Umsetzung von Prozessmanagement, sondern auch eine Vielzahl von Lösungen, die in der Praxis eingeführt wurden und positive Rückmeldungen erhalten haben.

Unsere eigene Vision lautet: „Die Patientenversorgung der Zukunft ist prozessorientiert, prozessstrukturiert und workflowbasiert. Das ist der Grund, weshalb wir Lösungen, Techniken und Verfahren entwickeln, die helfen, das zentrale Kriterium des Prozessgedankens umzusetzen. Die Zeitschrift zeigt Ihnen Beispiele von Einrichtungen auf, die sich auf den Weg gemacht haben und Ihre Erfahrungen vermitteln. Gerne lade ich Sie ein, auch Ihre Eindrücke zu beschreiben. Ich wünsche Ihnen bei der Lektüre neue Erkenntnisse und eine angeregte Reflektion dieser Themen.

Auf dem Weg zum prozessorientierten Spital

Kritische Herausforderungen für die Kollaborationsfähigkeit in Spitälern

In den letzten Jahren sind die Kosten für medizinische Versorgung in den deutschsprachigen Ländern Europas kontinuierlich angestiegen.¹ Über ein Drittel dieser immensen Kosten, und damit der grösste Anteil, entfallen auf die stationäre Behandlung in Krankenhäusern.^{1,2} In der Folge wurden von politischer Seite Maßnahmen, wie die Einführung von Fallpauschalen beschlossen, die den Kostenanstieg bei gleichzeitiger Erhaltung der Behandlungsqualität bremsen sollen.³ Angesichts dieses Wechsels von einer funktions- zu einer prozessorientierten Abrechnung ist es für Krankenhäuser äusserst wichtig die internen Prozessabläufe zu beschleunigen und die bereichsübergreifende Zusammenarbeit zu verbessern. Im folgenden Artikel werden daher kritische Stolpersteine auf dem Weg zum prozessorientierten Spital aufgezeigt.⁴

Paradigmenwechsel in der Versorgung: Von der Funktions- zur Prozessorientierung

Bedingt durch die Einführung Transparenz steigernder Initiativen haben sowohl der ökonomische als auch der qualitative Wettbewerbsdruck zugenommen und zu einer veränderten Versorgungsrealität für Krankenhäuser geführt. Um unter den neuen Anforderungen weiterhin für eine hohe Versorgungsqualität garantieren und ökonomisch überleben zu können, müssen sich viele Krankenhäuser neu organisieren. Auf der einen Seite müssen sie sich auf ihre Kernkompetenzen spezialisieren (Spezialisierung),⁵ um genügend hohe Fallzahlen zu erzielen und damit Qualitäts- und Effizienzvorteile zu nutzen. Auf der anderen Seite müssen sie bestmöglich mit Anbietern komplementärer medizinischer Dienstleistungen zusammenarbeiten, um das gesamte medizinische Leistungsportfolio anbieten zu können.

So ist die Zusammenarbeit mit Hausärzten, die als Zuweiser für den Patientenfluss sorgen, ebenso wichtig wie die funktionierende Zusammenarbeit innerhalb oder zwischen Krankenhäusern oder nachgeschalteten Rehabilitationseinrichtungen.

Für die Organisation beziehungsweise das Management von Krankenhäusern bestehen also zukünftige Herausforderungen darin, die Behandlungsprozesse entlang ihrer Kernwertschöpfung beziehungsweise ihrer Kernkompetenzen zu orientieren und gleichzeitig gezielt die Prozess- und Kollaborationsfähigkeit der eigenen Fachbereiche zu stärken. Die Versorgungsindustrie und hier besonders Krankenhäuser kleiner und mittlerer Größe, sehen sich also mit einer abnehmenden Fertigungstiefe – also steigender Spezialisierung und Fokussierung – und zunehmender Arbeitsteilung konfrontiert, wie sie in anderen Branchen schon früher stattgefunden hat.^{6,7} Um jedoch ei-



André Blondiau



Dr. Peter Rohner

ner solchen Aufgabe gerecht werden können, müssen die wichtigsten Stellhebel und Einflussgrößen bekannt sein. Daher wurde im Rahmen eines Kooperationsprojekts zwischen der Universität St.Gallen, fünf deutschen und Schweizer Spitälern und dem Gesundheitsdepartment der Stadt St.Gallen ein Projekt durchgeführt, um unter anderem der Frage nachzugehen, welche Faktoren für die Fähigkeit zur Kollaboration und Prozessorientierung entscheidend sind.

Das internationale Projekt – Gestaltung eines Modells zur Messung und Steuerung der Kollaborationsfähigkeit

Im Rahmen eines grenzübergreifenden Projekts zwischen Wirtschaftswissenschaftlern der Universität St.Gallen, Managern von fünf deutschen und Schweizer Kliniken und Vertretern des St.Galler Gesundheitsdepartments wird unter anderem der Frage nachgegangen, welche Faktoren die Fähigkeit zur Zusammenarbeit in und zwischen

Spital	Land	Versorgungstyp	Fallzahl	Bettenzahl	Zahl MA	Fachbereiche
Spital A	D	Akutversorger mit Lehrauftrag	14663	350	900 (400 Pflege, 150 Ärzte)	13 Fach- & 2 Belegabteilungen
Spital B	D	Akutversorger mit Lehrauftrag	5466	115	-	7 Fachbereiche
Spital C	CH	Zentrumsversorger	12719	268	934 (299 Pflege, 162 Ärzte)	13 Fachbereiche
Spital D	CH	Zentrumsversorger	28136	695	3259 (1206 Pflege, 598 Ärzte)	34 Fachbereiche
Spital E	CH	Spezialversorger	700	224	1800	16 Fachbereiche

Abb. 1: Liste mit den Daten der Partnerspitäler
Quelle: Eigene Darstellung

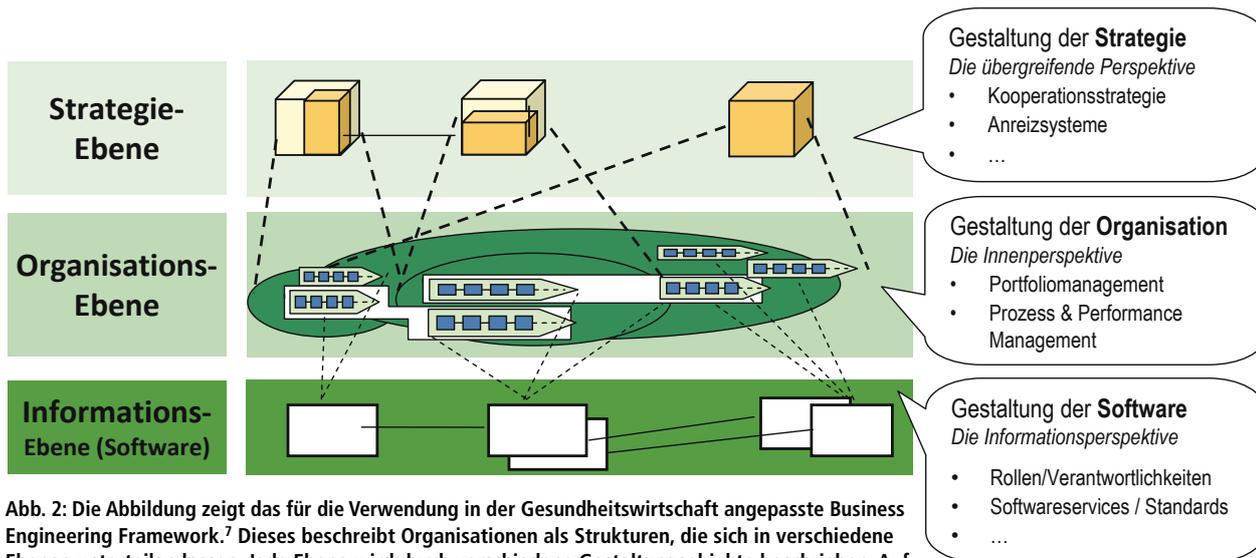


Abb. 2: Die Abbildung zeigt das für die Verwendung in der Gesundheitswirtschaft angepasste Business Engineering Framework.⁷ Dieses beschreibt Organisationen als Strukturen, die sich in verschiedene Ebenen unterteilen lassen. Jede Ebene wird durch verschiedene Gestaltungsobjekte beschrieben. Auf diese Weise vermittelt das BE-Framework auf der einen Seite einen Überblick über die Elemente des Unternehmens, lässt aber gleichzeitig auch den Fokus auf eine Gestaltungsebene beziehungsweise Wirkungszusammenhänge zu. In diesem Beitrag wird das BE-Framework als Strukturierungsgrundlage für unsere Umfrage verwendet, wir beschränken uns aber auf die Organisationsebene (Prozessebene).

Kriterien	Bedeutung / Beurteilung...
Dokumentation	des Grads der Leistungstransparenz durch Dokumentation in Hinblick auf Leistungen, die vom eigenen Fachbereich erbracht werden. Z.B. bestimmte Behandlungen, Beratungen, etc..
Verfügbarkeit	der Verfügbarkeitstransparenz von Leistungen, die vom eigenen Bereich für andere Partner erbracht werden, wie z.B. Operationszeiten, Sprechzeiten, etc.
Leistungsqualität	der Qualität von Leistungen & Produkten, wie z.B. Behandlungen, Diagnosen, Beratungen, etc., die vom eigenen Bereich erbracht werden.
Anschlussfähigkeit	der Anschlussfähigkeit intern ausgetauschter Leistungen, wie z.B. Teilprozesse, die sich in den Gesamtwertschöpfungsprozess eingliedern lassen können müssen.
Standardisierung	des Standardisierungsgrads eigener Prozessleistungen wie z.B. Behandlungsmethoden, Diagnoseabläufe, etc.
Verantwortlichkeit	der Verantwortlichkeit in Hinblick auf eine Verbesserung der Kollaboration, z.B. über festgelegte Aufgabenprofile oder Stellen, deren Ziel in der Stärkung von Verantwortlichkeit für Kooperationsbereitschaft liegen.
Verbindlichkeit	der Verbindlichkeit in Kollaborationen, z.B. durch die Verankerung dieses Ziels in der Strategie oder klar formulierten Abteilungszielen.
Unterstützungsbereitschaft	der Unterstützungsbereitschaft durch Führungskräfte aber auch untereinander in Hinblick auf das Ziel der Kollaboration und Kooperationsverbesserung.
Qualifikation	der Fähigkeiten der MA in Hinblick auf Kollaboration, und ihrer gezielten Verbesserung über Weiterbildung und Anreize.
Einbeziehung	des Grads der Einbeziehung der MA in kollaborationsrelevante Entscheidungen. Z.B. wie regelmäßig die MA in Entscheidungen integriert werden.
Redundanzen	der Bemühungen zur Vermeidung von unnötigen Redundanzen, wie z.B. Doppeluntersuchungen, gleiches Behandlungsportfolio etc. durch z.B. gezielte Suche solcher Überschneidungen.
Vollständigkeit	der Vollständigkeit des eigenen Leistungsportfolios in Anbetracht des gesamten Wertschöpfungs- oder Behandlungsprozesses durch z.B. regelmäßige Überprüfung.

Abb. 3: Liste an Kriterien, die für Kollaborationsfähigkeit und Prozessorientierung entscheidend sind und in der Umfrage auf Basis einer Reifebeurteilung von 1 (geringe Reife) bis 4 (hohe Reife) durch Krankenhausmitarbeiter verschiedener Berufsgruppen beurteilt wurden.

Spitätern maßgeblich beeinflussen. Es wurden bewusst deutsche und Schweizer Spitäler in das Projekt aufgenommen, um einen konstruktiven Austausch zwischen Krankenhäusern zu ermöglichen, die in den beiden unterschiedlich regulierten Gesundheitssystemen unterschiedliche Fähigkeiten und Stärken entwickelt haben.

Hierzu wurden mit den Vertretern in einem ersten Schritt zukünftige Herausforderungen und Chancen für Krankenhäuser

laboriert. Die Krankenhausleiter waren sich dabei einig, dass der zunehmende ökonomische Druck durch die pauschalierte Abrechnung die aktuell grösste Herausforderung für die Krankenhäuser darstellt. Aus diesem Grund sei die Fähigkeit zur überschneidungsfreien und zeitschonenden Zusammenarbeit eine fundamental wichtige Voraussetzung für das ökonomische Überleben. In einem weiteren Schritt wurden mit den Projektteilnehmern Herausforderungen auf operativer Ebene identifiziert. Als struk-

turierender Rahmen für das Verständnis von Organisationen wurde dabei das für Gesundheitsorganisationen angepasste „Business Engineering Framework“ eingesetzt.⁷ Dieses unterteilt Unternehmen in drei Entscheidungsebenen, nämlich Strategie, Organisation und prozessunterstützende Software, deren gemeinsame Berücksichtigung eine erfolgreiche Veränderung von Ausrichtung und Struktur der Organisation möglich machen. In diesem Beitrag soll auf die Erkenntnisse auf der zweiten, der operativen Ebene fokussiert werden.

Im Anschluss wurden die identifizierten Kriterien in diesen Ordnungsrahmen eingebaut und durch Vertreter aus Krankenhausmanagement, Ärzteschaft und Pflege evaluiert. Nach mehreren Evaluations- und Anpassungsrunden wurden das Modell und seine Kriterien von allen Evaluationspartnern bestätigt. In der Folge wurde das Modell für Umfragen in den beteiligten Krankenhäusern eingesetzt. Dabei wurden die Kriterien hinsichtlich ihrer Unterstützung der bereichsübergreifenden Zusammenarbeit in ihrer aktuellen Ausprägung bewertet (In Abbildung 4 als Ist-Zustand bezeichnet). Außerdem wurden die Kriterien hinsichtlich Ihres Soll-Zustands bewertet, das heißt wie aus Sicht der befragten Personen der drei Berufsgruppen ihre Ausprägung sein müsste, damit die Zusammenarbeitsfähigkeit möglichst gut unterstützt wird. Beurteilt wurden die Kriterien dabei in vier möglichen Ausprägungsstufen (Reifestufen). Die Reifestufen bewegten sich von 1 (keine beziehungsweise geringe Reife) bis 4 (hohe Reife). Eine hohe Reife sagt dabei aus, dass das zuvor als für die Kooperationsfähigkeit



Abb. 4: Die Abbildung zeigt das Ergebnis der spitalübergreifenden Auswertung der Umfrage auf Organisations-/Prozessebene. Der Ist-Zustand gibt dabei den eingeschätzten Zustand zum Fragezeitpunkt wieder und der Soll-Zustand gibt den aus der Sicht der MA in Hinblick auf eine gute Zusammenarbeitsfähigkeit zwischen den Abteilungen nötigen Reifegrad an. Die Zahlen entsprechen in diesem Zusammenhang dem Reifegrad.

wichtig identifiziert Kriterium in der betreffenden Organisation so ausgeprägt ist, dass es kein Hindernis für Prozessorientierung darstellt. Im Umkehrschluss sagt eine geringe Reifestufe, beziehungsweise eine große Differenz zwischen Ist- und Soll-Zustand aus, dass die Mitarbeiter es für wichtig halten, dass das entsprechende Kriterium verbessert wird, um die Zusammenarbeitsfähigkeit zu verbessern. Über die Abfrage dieser verschiedenen Kriterien können also die Faktoren oder Schnittstellen identifiziert werden, die Prozessorientierung und Zusammenarbeit im Spital behindern und damit die Herausforderungen für Prozessorientierung identifiziert werden.

Die Erhebung der Daten geschah in persönlichen halbstrukturierten Interviews auf Basis eines Fragebogens aus dem entwickelten Modell. Es wurden jeweils drei leitende Vertreter der Berufsgruppen Verwaltung, Pflege und Ärzteschaft in den Spitälern befragt. Der Vorteil dieser Erhebungsform in Interviews bestand darin, dass während der Umfrage noch einmal das Verständnis der verschiedenen Berufsgruppen überprüft und damit das Modell und der Fragebogen in der praktischen Anwendung überprüft werden konnten. Abbildung 3 zeigt die identifizierten und abgefragten Kriterien.

Ergebnisse der Umfrage

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Auswertung der Umfrage vorgestellt. Dabei

wird ab einer Differenz in der Beurteilung zwischen „Ist“ und „Soll“-Reife von größer 0,9 von Handlungsbedarf und bei einer Differenz von größer 1,2 von „dringendem Handlungsbedarf“ gesprochen. Diese Grenzen wurden in Anlehnung an die Aussagen beziehungsweise Einschätzung der interviewten Personen gesetzt.

Die Ergebnisse der spitalübergreifenden Auswertung zeigen, dass die Differenz zwischen dem „Ist“ und dem aus Sicht der Mitarbeiter (MA) nötigen „Soll“-Reifezustand bei der Leistungsqualität (Differenz von 1.6) am höchsten ausfällt. Diese Einschätzung bedeutet, dass die Erwartungen in die Qualität der zwischen den Bereichen ausgetauschten Leistungen (zum Beispiel Behandlungsleistungen) höher sind, als die tatsächlich eingeschätzte Leistungsqualität. Die Leistungsqualität ist ein für die Zusammenarbeit wichtiger Faktor, da Vertrauen in die Leistungen von Prozesspartnern (Behandlungspartnern) zwingend für eine erfolgversprechende Kollaboration zwischen den Bereichen ist. Aus Sicht der befragten Personen wird jedoch genau diese unzureichende Leistungsqualität als größtes Hindernis für eine reibungslose Zusammenarbeit identifiziert.

Auch in anderen Branchen wie der Automobilindustrie waren mit abnehmender Fertigungstiefe und zunehmender Arbeitsteilung Anfang der 1980er wiederholbare Leistungsqualität und Standardisierung der Teilprodukte wichtige Erfolgsfaktoren für funktionierende Kollaboration.⁸ Ferti-

gungstiefe bezeichnet den Anteil der eigenen Leistungen innerhalb der Wertschöpfungs- oder im medizinischen Kontext der Behandlungskette. Die Gesundheitsindustrie sieht sich also mit zunehmendem ökonomischem und qualitativem Druck einige Jahrzehnte später ebenfalls mit diesem Phänomen konfrontiert.

Prozessorientierung verlangt nach klarer Arbeits- und Rollenverteilung, aber auch nach Unterstützung der Zusammenarbeit durch die Vorgesetzten (Differenz von 1,2) wie Oberärzte, Stationsleitung und Anderen. Hier sehen die befragten Ärzte, Pflegenden und Mitarbeiter der Verwaltung noch dringenden Verbesserungsbedarf und wünschen sich eine Stärkung von Zusammenarbeit durch entsprechende Anreize und / oder die direkte Unterstützung durch Vorgesetzte. Aus Sicht der befragten Personen und hier speziell der Ärzte ist Prozessorientierung und die Kollaboration zwischen den Bereichen jedoch nur erfolgsversprechend, wenn die Mitarbeiter auch durch ihre jeweiligen Führungskräfte in eben dieser Richtung unterstützt werden.

Aber auch die Qualifikation beziehungsweise die Fähigkeiten der Mitarbeiter für erfolgreiche Zusammenarbeit werden in diesem Zusammenhang als verbesserungswürdig wahrgenommen und stellen damit aus Sicht der befragten Klinikmitarbeiter ein Hindernis für den Erfolg von Leistungsintegration und abteilungsübergreifender Kollaboration dar (Differenz von 1.1).

Mit einer Differenz von 0,9 wird auch die zu geringe Leistungs- beziehungsweise Prozessstandardisierung kritisiert und als wichtige Voraussetzung für eine Verbesserung der Zusammenarbeit genannt. In Anbetracht dieser Einschätzung wundert es nicht, dass mit einer Differenz von ebenfalls 0,9 unnötige Redundanzen, wie zum Beispiel gleiche Behandlungsangebote, die innerhalb des gleichen Krankenhauses angeboten werden, als ein Hindernis für Zusammenarbeit und damit Prozessorientierung wahrgenommen werden. Aber auch eigenständige Investitionsplanungen der unterschiedlichen Fachbereiche erschweren eine bereichsübergreifende Zusammenarbeit. Dieses Phänomen spiegelt sich ebenfalls in der Aussage wider, dass das Ziel und der Weg zur bereichsübergreifenden Zusammenarbeit kaum in der Strategie des Krankenhauses, oder den Arbeitsanweisungen der Abteilungen festgehalten werden und diesem strategischen Ziel damit die Verbindlichkeit fehlt. Aus diesem Grund fehlt je-

doch zu einem gewissen Grad auch ein gemeinsames Bewusstsein für das Ziel der bereichsübergreifenden Kollaboration und damit strukturierte Initiativen zur gezielten Verbesserung der Prozessorientierung.

Die Ergebnisse der Umfrage verdeutlichen, dass aus Sicht der befragten Mitarbeiter aus den Bereichen Verwaltung, Pflege und Ärzteschaft klare Verbesserungspotenziale für eine bereichs- oder sogar spitalübergreifende Kollaborationsfähigkeit existieren, die es vorab strukturiert zu verbessern gilt.

Handlungsoptionen für eine gezielte Verbesserung der Kooperationsfähigkeit (Prozessorientierung) in Krankenhäusern

Die Umfragen haben gezeigt, dass sich die Vertreter der verschiedenen Berufsgruppen im Krankenhaus der Wichtigkeit von guter Zusammenarbeitsfähigkeit und Prozessorientierung für eine qualitäts- und kostensensitive Versorgung bewusst sind. Sie zeigt aber auch, dass auf dem Weg zum prozessorientierten Spital aus Sicht der befragten Personen noch einige Herausforderungen zu bewältigen sind. Unternimmt man den Versuch einer ersten Segmentierung der gewonnenen Ergebnisse, so lässt sich festhalten, dass sich die Herausforderungen in zwei Segmente unterteilen lassen. Auf der einen Seite werden eher technische Herausforderungen für Prozessorientierung, wie zum Beispiel der geringe Standardisierungsgrad, die unzureichende Leistungsqualität, oder die fehlende Dokumentation von Abläufen identifiziert. Diesen Herausforderungen kann jedoch relativ einfach durch die Integration der Prozesse ins Tagesgeschäft durch beispielsweise die direkte Einbindung der Prozessbeschreibungen in die Hausdokumentation begegnet werden.

Auf der anderen Seite werden eher personalführungstechnische Aspekte, wie die fehlende Unterstützungsbereitschaft, die unzureichende zielorientierte Weiterbildung des eigenen Personals, sowie die fehlenden internen Absprachen als Hindernis für Prozessorientierung wahrgenommen.

Wichtiger Erfolgsfaktor ist daher die konsequente Ausrichtung des Behandlungsportfolios an den eigenen Kernkompetenzen. Außerdem sollten Leistungen und Ziele der Abteilungen beziehungsweise des Krankenhauses transparent beschrieben werden und für jedermann zugänglich sein, um die Einhaltung einer gewissen Leistungs- und

Prozessqualität garantieren zu können. Sowohl die Prozess- als auch Leistungsqualität sollten kontinuierlich überwacht und im Bedarfsfall nachgebessert werden. Nur so lässt sich das Vertrauen der Fachkräfte in die Leistungen anderer Bereiche verbessern und die grundsätzliche Bereitschaft zur bereichsübergreifenden Kollaboration erhöhen. Ein weiterer wichtiger Faktor zur Verbesserung der Zusammenarbeit ist die Motivation von Mitarbeitern durch Bereichsverantwortliche und die gezielte Förderung der Zusammenarbeit durch zum Beispiel bereichsübergreifende Weiterbildungen beziehungsweise Workshops. Auf diese Weise kann die Bereitschaft zum konstruktiven Austausch erhöht und damit Doppelspurigkeiten im Leistungsangebot reduziert werden. Zusätzlich wird hierdurch die gemeinsame Ressourcenplanung auf Abteilungsebene unterstützt. Bei der Auswahl und der Integration von Software sollten alle betroffenen Prozessteilnehmer mit einbezogen werden. Eine krankenhausesweite IT-Strategie, die sich an den Kernprozessen des Krankenhauses orientiert und in Abstimmung mit allen innerhalb des Krankenhauses betroffenen Berufsgruppen entwickelt wird, ermöglicht die langfristige Vermeidung kostenintensiver und prozesshemmender Inkompatibilitäten.

Auf Prozessebene bestehen also noch zahlreiche Herausforderungen für die Entwicklung von Krankenhäusern zu prozessorientierten und leistungsintegrierten Dienstleistern. Aufgrund der vielschichtigen Organisationsstruktur von Krankenhäusern und der Heterogenität der beteiligten Berufsgruppen, kann eine solche Transformation jedoch nur erreicht werden, wenn organisationsübergreifend gedacht und geplant wird und es gelingt, den Plan in einen sachlogischen und zeitlich definierten Ablauf zu bringen. Für die erfolgreiche Führung von Krankenhäusern ist also ein gutes Verständnis der wertschöpfenden Prozesse und des eigenen Leistungsangebots fundamental wichtig. Nur über die kontinuierliche Verbesserung dieser Behandlungsprozesse ist es möglich, hohe medizinische Leistungsqualität anbieten zu können und dabei ökonomisch überlebensfähig zu bleiben.

Mit Hilfe des in diesem Artikel vorgestellten Modells lassen sich Hindernisse auf dem Weg zum prozessorientierten Krankenhaus identifizieren. Damit soll dieses Instrument als Führungsunterstützungssystem eingesetzt werden und Spitalleiter in ihrer täglichen Herausforderung, hohe Komplexität zu managen, unterstützen.

Wir suchen Spitäler

Das in diesem Artikel kurz vorgestellte Modell wurde am Kompetenzzentrum für Health Network Engineering des Instituts für Wirtschaftsinformatik der Universität St. Gallen entwickelt und in Spitälern getestet. Es wird kontinuierlich weiterentwickelt, um möglichst sinnvoll praktisch eingesetzt werden zu können. Zu diesem Zweck soll das Modell in leicht veränderter Form noch in weiteren Krankenhäusern erprobt werden. Wenn sie Interesse haben mit uns zusammenzuarbeiten und das Modell in Ihrem Krankenhaus zu testen, freuen wir uns auf Ihre Rückmeldung. Sie erreichen uns unter den im Artikel angegebenen Kontaktdaten.

Literatur

1. OECD: OECD Health Data – Statistics and Indicators. [März 2011]; Verfügbar unter: www.oecd.org.
2. Bundesamt für Statistik (BFS): Kosten des Gesundheitswesens 2009. [September 2011]; Verfügbar unter: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/05/blank/key/ueberblick.html>.
3. Lungen, M.; Lauterbach K. W. (2003): Konsequenzen der DRG-Einführung für die ambulante Versorgung. Krankenhaus-Report. Schellschmidt.
4. Albrecht M. D.; Töpfer, A. (2006): Erfolgreiches Change-management im Krankenhaus – 15 Punkte Sofortprogramm für Kliniken. Heidelberg: Springer Verlag.
5. Gericke A.; Rohner P.; Winter R. (2006): Vernetzungsfähigkeit im Gesundheitswesen - Notwendigkeit, Bewertung und systematische Entwicklung als Voraussetzung zur Erhöhung der Wirtschaftlichkeit administrativer Prozesse. In: HMD - Praxis der Wirtschaftsinformatik. 2006;251(43):20-30.
6. Sokolovsky, Z. (2005): Industrialisierung der Banken. In: Sokolovsky, Z.; Löschenkohl, S.: Handbuch Industrialisierung der Finanzwirtschaft. Wiesbaden: Gabler, S. 33-58.
7. Winter, R. (2003): Modelle, Techniken und Werkzeuge im Business Engineering. In: Österle, H.; Winter, R.: Business Engineering - Auf dem Weg zum Unternehmen des Informationszeitalters. 2. Ausgabe. Berlin: Springer, S. 87-118.
8. Sydow, J. (2005): Management von Unternehmungsnetzwerken: Auf dem Weg zu einer reflexiven Netzwerkentwicklung?. In: Welter, F.; Der Mittelstand an der Schwelle zur Informationsgesellschaft. Berlin: Duncker & Humblot, S. 124-146.

Kontakt

André Blondiau
Universität St. Gallen
Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für
Wirtschaftsinformatik
Tel.: 0041 71/224-3358
E-Mail: andre.blondiau@unisg.ch
www.iwi.unisg.ch

Dr. Peter Rohner
Universität St. Gallen
Assistenzprofessor am Institut für Wirtschaftsinformatik
Leiter des Kompetenzzentrums für Health Network Engineering
Tel.: 0041 71/224-3860
E-Mail: peter.rohner@unisg.ch
www.iwi.unisg.ch

Konsentierte Terminologie als erster Schritt für erfolgreiche Pfadarbeit

Der vorliegende Beitrag befasst sich mit der Notwendigkeit einschlägiger Begrifflichkeiten für einen zielorientierten Pfaddialog als essentielle Grundlage für die erfolgreiche Planung und Umsetzung von Klinischen Pfaden und Behandlungspfaden. Eine einfache für die praktische Pfadarbeit geeignete Terminologie wird vorgestellt, wobei auf die Abgrenzung Klinischer Pfade von Behandlungspfaden und von strukturierten Behandlungsabläufen mit Pfadcharakter von Abläufen, die definierte Pfadkriterien nicht erfüllen, besonderer Wert gelegt wird.

Klinische Pfade im Krankenhaus: ein breit diskutiertes Thema, im praktischen Krankenhausalltag aber offenbar immer noch ein Stiefkind! Allerdings fehlen valide Daten, in welchem Umfang Krankenhäuser Pfade eingeführt haben. Der Erhalt entsprechender Angaben ist auch schwierig. Denn zur Frage „was ein Klinischer Pfad ist und was mit ihm erreicht werden soll“, gibt es ein ähnlich breites Meinungsspektrum wie Definitionen zum Begriff. Mehr oder weniger wird eine Vielfalt von Begriffen synonym verwendet, häufig fälschlich und irritierend.

So werden zum Begriff Klinischer Pfad häufig (und nicht gerechtfertigt) Begriffe wie Patientenpfad, Leitlinie und Verfahrensanweisung synonym verwendet. Darüber hinaus wird der Begriff auch für ambulante und sektorenübergreifende Pfade genutzt, was ebenfalls zu massiven Irritationen führt und geführt hat.

Das begriffliche Chaos wird erweitert durch teilweise nicht nachvollziehbare Neuschöpfungen nach dem Motto: „Auch mir meine eigene Definition“. Sachliche Erwägungen treten dabei häufig eher in den Hintergrund.

Es ist deshalb an der Zeit, Konsens herbeizuführen, wie ein Klinischer Pfad zu definieren ist, welche Merkmale diesen auszeichnen und Begriffe einzuführen, die eine Verwechslung mit Pfaden in anderen Versorgungsbereichen ausschließen. Dieser Konsens muss umsetzungsorientiert und von allen Berufsgruppen im Krankenhaus getragen werden.

Denn Pfadarbeit ist eine berufsübergreifende und keine spezifisch ärztliche Aufgabe. Dabei muss gelten: Praktikabilität vor erhöhter falsch verstandener Wissenschaftlichkeit!

Wenn ein entsprechender Konsens gelungen ist, besteht nicht nur eine Basis, einen aussagekräftigen Überblick über die Akzeptanz von Pfaden in deutschen Krankenhäusern zu erhalten, sondern gelegt ist dann auch der erste Schritt für eine erfolgreiche Pfadarbeit.

Vorschlag für eine einfache Klassifizierung von Pfaden mit Abgrenzung zu Begriffen, die die Anforderungen an Pfade nicht erfüllen

Es ist vom Autor dieses Beitrags deshalb bereits früher ein Katalog zu wichtigen Ausprägungen strukturierter Behandlungsabläufe* entwickelt worden, der einschlägige Definitionen enthält, auf die Anwender im Krankenhaus zunehmend Bezug nehmen.^{2,3} Dieser wird hier in aktualisierter Form vorgestellt.

Eine Übersicht zu den zur Diskussion stehenden Begriffen findet sich in Tabelle 1, wobei hier Behandlungsabläufe gegenübergestellt sind, die die nachfolgenden Pfadkriterien erfüllen und somit Pfade in einem fachlich konsentierten Sinne sind. „Homogenes Kollektiv“ bezieht sich auf eine nach festgelegten Ein- und Ausschlusskriterien zusammen gestellte Patientengruppe⁴.



Prof. Dr. Wolfgang Hellmann

Pfadkriterien

- Standardisierter Behandlungsablauf mit Ausrichtung auf ein homogenes Patientenkollektiv.
- Verbindlichkeit für die behandelnden Personen mit Möglichkeit zur Abweichung, wenn diese begründet wird.
- Orientierung an Zielen für den Patienten im Sinne bestmöglicher Ergebnisqualität und im Kontext von Wirtschaftlichkeit.

Da alle in Tabelle 1 aufgeführten Pfadtypen vom Autor dieses Beitrags lediglich als Varianten des stationären Klinischen Pfades definiert werden², ergibt sich zwangsläufig „Identität der Definitionen“ in Bezug auf die grundlegenden Aussagen (3 Pfadkriterien, s.o.). Abweichungen beziehen sich lediglich auf die unterschiedlichen Versorgungsbereiche beziehungsweise den Ort der Pfaderstellung (s. auch Angaben zu Klinischen Pfaden und Behandlungspfaden, Tabelle 1). Nachfolgend sei deshalb nur die Definition für den stationären Klinischen Pfad aufgeführt.

Ein stationärer Klinischer Pfad ist ein netzartiger, berufsgruppenübergreifender Behandlungsablauf auf Evidenz basierender Grundlage (Leitlinie), der Patientenerwartungen, Qualität und Wirtschaftlichkeit gleichermaßen berücksichtigt und auf ein homogenes Patientenkollektiv ausgerichtet ist. Denn er dient der Standardisierung von Be-

* „Strukturierte Behandlungsabläufe“ subsumiert unterschiedliche Abläufe, die mit der Patientenbehandlung zu tun haben. Dies können Pfade oder Teile von Pfaden (Pfadmodule) sein (Tabelle 1), aber auch Verfahrensanweisungen (SOPs), Leitlinien, Patientenpfade als Informationen für die Patienten oder aber auch Pfadäquivalente, die auf den Einzelpatienten bezogen sind (Tabelle 2).

Art des strukturierten Behandlungsablaufes	Merkmale/ Definition
Klinischer Pfad Terminus nur für das Krankenhaus!	a. Stationärer Klinischer Pfad (S- KP) - für die stationäre Behandlung erstellter Pfad <ul style="list-style-type: none"> • Einfacher stationärer Pfad • Komplexer Zentrumbezogener Pfad b. Ambulanter Klinischer Pfad (A- KP)- für die ambulante Behandlung im Krankenhaus erstellter Pfad
Behandlungspfad Terminus für den Sektorenübergreifenden und ambulanten Bereich!	a. Sektorenübergreifender (transsektoraler) Behandlungspfad (S- BP)** für sektorenübergreifende Behandlungsabläufe erstellter Pfad, in der Regel in Kooperation von ambulanten und stationären Leistungserbringern. b. Ambulanter Behandlungspfad (A- BP) - für Behandlungen im ambulanten Bereich erstellter Pfad
Pfadmodul Terminus für Teilpfade, sowohl von Klinischen Pfaden als auch von Behandlungspfaden!	Teilstück oder Modul eines stationären, ambulanten oder sektorenübergreifenden Pfades, z.B. stationärer Pfad als Modul eines sektorenübergreifenden Pfades oder Aufnahmmodul eines stationären Pfades. Im Gegensatz zur Verfahrensanweisung ist das Pfadmodul eine Prozessbeschreibung, die nicht nur bestimmte Tätigkeiten beschreibt, sondern auch Abläufe und Zuständigkeiten regelt (Beispiel: Modul Patientenaufnahme)

Tab. 1: Strukturierte Behandlungsabläufe, die einschlägige Pfadkriterien erfüllen, Quelle: Hellmann 2011

handlungsprozessen zu definierten Diagnosen mit dem Ziel der Qualitätsverbesserung und Kostenminimierung.***

Für die behandelnden Personen ist er verbindlich, was ein Abweichen vom Pfad in besonderen Fällen jedoch nicht ausschließt, sofern dies begründet wird.² Eine synonyme Verwendung folgender Begriffe ist häufig: Clinical Pathway, Behandlungspfad, Integrierter Behandlungspfad und Klinischer Behandlungspfad. Dies erscheint akzeptabel, sofern mit diesen Begriffen, wie beim Begriff Klinischer Pfad, die Aspekte „leitlinienbasiert“, „Patientenerwartungen“, „Qualität“ und „Wirtschaftlichkeit“ verbunden werden. Eine synonyme Verwendung der Begriffe „Klinischer Pfad“

und „Leitlinie“ ist abzulehnen, ebenso eine solche von Klinischer Pfad und Patientenpfad.

Wesentlich ist, dass der Klinische Pfad keinen auf den einzelnen Patienten orientierten Behandlungsablauf darstellt, sondern der Standardisierung dient.

Eine Übersicht über strukturierte Behandlungsabläufe, die den genannten Pfadkriterien nicht oder nur unzureichend genügen, findet sich in Tabelle 2.

Da Verfahrensanweisungen (SOPs) und Pfadmodule (Teilpfade) immer gerne verwechselt werden, nachfolgend eine Gegenüberstellung (Tabelle 3).

Schlussbemerkung

Die vorgelegte Abgrenzung von einschlägigen Termini im Kontext der Einführung von Klinischen Pfaden und Behandlungspfaden ist bewusst einfach gehalten, verzichtet auf jegliche wissenschaftliche Überhöhung und stellt somit eine Grundlage für einen konsentierten Pfaddialog dar. Sie versteht sich nicht als Königsweg, sondern als Diskussionsgrundlage.

**Vom Grundsatz her können alle Behandlungskonzepte auf Pfadbasis als „sektorenübergreifende (transsektorale) Behandlungspfade“ bezeichnet werden, die Behandlungen aus verschiedenen Leistungssektoren mit einander verknüpfen (zum Begriff Leistungssektor und seiner Problematik s. § 135 ff. SGB, Bohle 2008 und Urteil des Bundessozialgerichtes vom 6.2.08, das Krankenhausleistungen (Operation) und anschließende Rehabilitation als unterschiedliche Leistungssektoren bestimmt).

***Kontrovers wird gelegentlich diskutiert, ob es sinnvoll ist, den Aspekt der Wirtschaftlichkeit in der Pfaddefinition zu verankern. Der Autor erkennt keine plausible Begründung dafür, dies nicht zu tun. Insbesondere vor dem Hintergrund, dass das Ziel der Einführung von stationären Klinischen Pfaden im Kontext der Etablierung des neuen Vergütungssystems DRG kostengesteuert war und ist (Einsparung von Kosten durch Prozessoptimierung mit dem Ziel der Senkung der Verweildauer). Hinzu kommt, dass der Druck auf Krankenhäuser zunimmt, sich an sektorenübergreifenden Versorgungskonzepten beziehungsweise Selektivverträgen zu beteiligen. Diese sind aber nur realisierbar, wenn die beteiligten Leistungserbringer nachweisen können, dass ihr geplantes Versorgungskonzept (zum Beispiel Integrierte Versorgung) gegenüber dem bisherigen Konzept (Regelversorgung) nicht nur zu einer Optimierung der Behandlungsqualität führt, sondern gegenüber dieser auch wirtschaftlicher ist. Insofern ergibt sich hier für Leistungserbringer das Problem, Qualitätsziele mit Kostenzielen kompatibel zu machen!²

Art des strukturierten Behandlungsablaufes	Merkmale/ Definition
Leitlinie Terminus zur Anwendung im Kontext von Klinischen Pfaden und Behandlungspfaden	Reine Beschreibung des medizinischen und pflegerischen Procedere, erfüllt die Anforderungen an Klinische Pfade und Behandlungspfaden nicht. Eine synonyme Verwendung zum Begriff Klinischer Pfad ist kontraproduktiv, Leitlinien können jedoch als Rückgrat Klinischer Pfade angesehen werden.
Verfahrensweisung (SOP) Terminus zur Anwendung im Kontext von Klinischen Pfaden und Behandlungspfaden	Gegensätzlich zum Pfadmodul keine Erfüllung der Pfadkriterien, es werden lediglich einzelne Arbeitsschritte oder -abschnitte beschrieben, zum Beispiel: administrativ: Entlassung, diagnostisch: Röntgen, therapeutisch: ambulante OP. Es werden hier auch keine Zuständigkeiten etc. berücksichtigt. Damit sind Verfahrensweisungen (im Gegensatz zu Pfadmodulen) keine Prozessbeschreibungen.
Patientenpfad Terminus zur Anwendung im Kontext von Klinischen Pfaden und Behandlungspfaden	Herunter gebrochener Pfad zur Information des Patienten. Er macht für den Patienten transparent durch wen, wann und wo welche Leistung mit welcher Zielsetzung erbracht wird. Eine synonyme Verwendung zum Begriff „Klinischer Pfad“ gemäß der gelegentlichen Verfahrensweise auch in Krankenhäusern des deutschsprachigen Auslandes verbietet sich damit. Denn der Klinische Pfad ist nach allgemeinem Verständnis ein „diagnostischer oder therapeutischer Wegweiser“ oder „Behandlungskorridor“ für Ärzte und Pflegende.
Pfadäquivalent Terminus mit schwerpunktmäßiger Anwendung bei der ambulanten Versorgung alter Patienten	Beschreibt das pflegerische oder medizinische Procedere einer auf den Einzelpatienten ausgerichteten Behandlung im Kontext von Zielen wie Qualität, Wirtschaftlichkeit und Patientenbedürfnissen. Die Anforderungen an ein Pfadäquivalent entsprechen damit vom Grundsatz her weitgehend denjenigen von Klinischen Pfaden und Behandlungspfaden. Im Gegensatz zu diesen steht im Mittelpunkt der Betrachtung jedoch nicht ein homogenes Patientenkollektiv, sondern der Einzelpatient mit seinen individuellen Versorgungsbedürfnissen.

Tab. 2: Strukturierte Behandlungsabläufe, die einschlägige Pfadkriterien nicht oder nur unzureichend erfüllen, Quelle: Hellmann 2011

Verfahrensweisungen (SOPs)
Einzelner administrativer Ablauf (Beispiel: Beschreibung des Vorgehens bei der Patientenentlassung)
Einzelner diagnostischer Ablauf (Beispiel: Beschreibung des Vorgehens bei einem diagnostischen Verfahren)
Einzelner therapeutischer Ablauf (Beispiel: Beschreibung eines speziellen operativen Verfahrens)
Eingeordnet werden können hier auch „Leitlinien“ bzw. daraus entwickelte „hauseigene Standards“
Teilpfade (Pfadmodule)
Sind im Gegensatz zu Verfahrensweisungen (SOPs) Prozessbeschreibungen, die nicht nur bestimmte Tätigkeiten beschreiben, sondern auch Abläufe und Zuständigkeiten regeln (Beispiel: Teilpfad Patientenaufnahme)

Tab. 3: Verfahrensweisungen/SOPs in Abgrenzung zu Pfadmodulen/Teilpfaden
Quelle: Hellmann 2010

Literatur

- Hellmann, W. (2009): Klinische Pfade als Erfolgsfaktor für erfolgreiche Netzarbeit. In: Hellmann, W., Eble, S. (Hrsg.): Gesundheitsnetzwerke managen. Kooperationen erfolgreich steuern. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S. 89-103.
- Hellmann, W.; Eble, S. (Hrsg.) (2010): Ambulante und sektorenübergreifende Behandlungspfade. Konzepte, Umsetzung und Praxisbeispiele. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Hellmann, W. (2011): Praktische Tipps zur Entscheidungsfindung für die Einführung Klinischer Pfade in kleinen und mittleren Krankenhäusern im Kontext von demografischem Wandel und Personalmangel. In: Hellmann, W. (Hrsg.): Handbuch Integrierte Versorgung. 33. Aktualisierungslieferung. Heidelberg: medhochzwei-Verlag.
- Scheu, C. (2002): Klinische Pfade im Evangelischen Krankenhaus Oberhausen (EKO)- Tipps zur Umsetzung auf Grundlage eigener Erfahrungen. In: Hellmann, W. (Hrsg.): Klinische Pfade. Konzepte, Umsetzung, Erfahrungen. Landsberg: ecomed, S. 161-191.

Kontakt

Prof. Dr. habil. Wolfgang Hellmann
Zentrum für Weiterbildung und Technologietransfer (ZWT)
Planung und Koordination Versorgungsmanagement
Fachhochschule Hannover
Tel.: 05101/5867760
E-Mail: Hellmann-W@t-online.de
www.fh-hannover.de

Neuerscheinung!

Der Optimierungsmanager

Kundenorientierte Methoden zur Verbesserung von Abläufen in der Patientenversorgung

So vielfältig der Alltag in Gesundheitseinrichtungen ist, so vielfältig sind auch die Verbesserungspotenziale in den Arbeitsabläufen. Sie dienen der Erfüllung von Kundenanforderungen und damit zum Erhalt bzw. zur Verbesserung der Qualität. Die Förderung dieser Potenziale liefert Ihrer Einrichtung einen Imagegewinn zur Sicherung oder Verbesserung der Erlössituation. Aber welche Optimierungsmöglichkeiten sind verhältnismäßig leicht zu realisieren? Wo geht es in grundsätzliche Bereiche Ihrer Organisation?

Diese und andere Fragen werden in der Neuerscheinung umfassend behandelt. Das Buch kombiniert Methoden, um vorhandene Verbesserungspotenziale zu analysieren und Prozesse systematisch kundenorientiert zu gestalten. Daneben wird eine Strategie zur Projektplanung, -organisation, -durchführung und -dokumentation erläutert.

Sichern Sie sich dieses Handbuch und bestellen Sie noch heute!



Praxis-Tipp!

Prof. Dr. Michael Greiling/Julia Wüst
Der Optimierungsmanager
Fachbuch, 1. Auflage 2011,
gebundene Ausgabe, 168 Seiten,
ISBN 978-3-942320-36-8
39,80 Euro



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

Tel.: 09221 / 949-311
Fax: 09221 / 949-377
bfv.vertrieb@mg-oberfranken.de



Ihre Patienten sind einzigartig!



Für weitere Informationen
wenden Sie sich bitte an:
InterComponentWare AG
info@icw-global.com
www.icw-global.com

Zu wertvoll, um sie als Dubletten zu führen.

Mit ICW Master Patient Index identifizieren Sie Ihre Patienten über Systemgrenzen hinweg sicher und automatisiert. Sie sparen dadurch teure, einrichtungsweite Systemkonsolidierungen und können mit allen vorhandenen Systemen effiziente Kommunikationsprozesse sicherstellen.

Rapid Recovery Management als Innovation für die klinische Prozessoptimierung

Das aktuelle Medizinmanagement steht stärker denn je vor der Herausforderung die hohe Integrativität, Individualisierung und Verhaltensunsicherheit¹ der primären Medizinprozesse² effektiv und effizient zu organisieren. Neben den Inputfaktoren des medizinischen Leistungserstellungsprozesses, wie beispielsweise medizinisch-technische Sachmittel, EDV, Infrastruktur, Organisation und Personal ist es der Patient als externer Faktor, der besonders zu aktivieren ist. Als notwendiger Bestandteil der Gesundheitsleistung bringt er sich als Co-Produzent oder Co-Designer durch sein gesundheitspezifisches Wissen sowie sein Gesundheits- und Einstellungsverhalten in den Behandlungsprozess ein.³ Darüber hinaus formuliert der Patient eine Nutzen- und Werterwartung an seine Behandlung, die das Medizinmanagement bei der Optimierung der Prozesse vor allem von elektiven Behandlungen berücksichtigen muss.

Als etabliertes Instrument zur Optimierung primärer Medizinprozesse kommen Behandlungspfade zur Anwendung, die aber häufig nicht aus der Patientenperspektive heraus formuliert werden und damit für den Patienten nur einen bedingten zusätzlichen Wert oder Nutzen schaffen. Eine patientenorientierte Wertschöpfungskonfiguration⁴ der klinischen Leistungserstellung bedarf daher eines ganzheitlichen Ansatzes, der in Form von Versorgungsprogrammen die medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Aktivitäten konsequent an der Patientenperspektive ausrichtet.⁵ Der damit verbundene Koordinationsaufwand kann nur durch innovative Medizinmanagementlösungen bewältigt werden. Eine besondere Bedeutung kommt dabei dem Rapid Recovery Management zu, das mit seinem ganzheitlichen, patientenorientierten Ansatz zu einer effektiven (Qualität) und effizienten Gestaltung (Wirtschaftlichkeit) aller Elemente des Behandlungspfades des Patienten im Krankenhaus beiträgt.⁶

Von Fast Track Chirurgie bis zum Rapid Recovery Management

Seit den 90er Jahren lässt sich in der Medizin die Entwicklung verschiedenster Ansätze zur Optimierung der primären Leistungsprozesse beobachten. Allen Ansätzen ist gemein, dass sie sich auf wenig traumatisierende Operationstechniken, die aktive Einbindung des Patienten und auf dessen

rasche Genesung konzentrieren. Im europäischen Raum spricht das Medizinmanagement von „Fast Track Operation“⁷ oder „Fast Track Therapie“⁸. In den USA und England finden die Bezeichnungen „Enhanced Recovery After Surgery (ERAS)“, „Accelerated Recovery“ oder „Rapid Recovery“ Anwendung.⁹ Umgangssprachlich werden die verschiedenen Bezeichnungen als Synonyme verwendet. Am weitesten vorangeschritten ist die konzeptionelle Ausarbeitung des Rapid Recovery Managements, das Elemente der Enhanced Recovery Programme und den dänischen Fast-Track-Ansätzen, die vor allem von Professor Henrik Kehlet geprägt wurden, verbindet.¹⁰ Das zentrale Merkmal des Rapid Recovery Managements ist ein zusammenhängendes und indikationsorientiertes Organisationdesign der prä-, peri- und postoperativen Leistungserbringung, das durch die Schritte Prozessoptimierung, klinische Verbesserungen, Evidenz und Gesundheitskommunikation gekennzeichnet ist.¹¹ Damit orientiert sich das Rapid Recovery Management an der Nutzen- und Werterwartung des Patienten, in dem jeder der Schritte einen spezifischen Patientennutzen adressiert. Die Umsetzung der Rapid Recovery Philosophie gegenüber dem Patienten erfolgt durch das Rapid Recovery Programm. Die nachfolgende Tabelle zeigt die Elemente von Rapid Recovery aus der Perspektive der Leistungserbringer und den daraus resultierenden Nutzen für die Patienten.



Dr. Philipp Schwegel



Dr. Claudia Linke



Dr. Hadi Saleh

Die verschiedenen Schritte des Rapid Recovery Managements stehen nicht singulär neben oder übereinander, sondern sind in ihren Wirkungszusammenhängen untereinander zu betrachten. Das bedeutet, dass Prozessoptimierung durch eine informatororientierte Wertschöpfungskonfiguration (Schritt 1) die Grundlage für die kontinuierlichen klinischen Verbesserungen (Schritt

Elemente des Rapid Recovery Managements (Leistungserbringerperspektive)	Nutzen des Rapid Recovery Programms (Patientenperspektive)
1) Prozessoptimierung durch informationsorientierte Wertschöpfungskonfiguration des Behandlungsprozesses	<ul style="list-style-type: none"> • Hohe Behandlungs- und Planungssicherheit • Geringe Wartezeiten • Klare Transparenz und Verständnis der eigenverantwortlichen Co-Produzenten Rolle
2) Kontinuierliche klinische Verbesserungen	<ul style="list-style-type: none"> • Physische und psychische Schonung • Rasche Genesung • Behandlung nach der aktuellen medizinischen Evidenz
3) Evaluation und Schaffung einer hauseigenen Evidenz	<ul style="list-style-type: none"> • Transparenz über Behandlungsergebnis • Entscheidungssicherheit bei der Wahl des Leistungserbringers • Anpassung der Behandlung an die Patientenbedürfnisse
4) Kommunikation als Behandlungsmarke	<ul style="list-style-type: none"> • Reduktion der Komplexität • Wiedererkennbares Qualitätsversprechen • Befriedigung des Informationsbedürfnisses

Tab. 1: Rapid Recovery aus Leistungserbringer- und Patientenperspektive
Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Saleh/Linke/Schmitz (2011), S. 81

2) bildet. Auch bedarf es einer ständigen Evaluation (Schritt 3) um festzustellen, ob Erneuerungen oder Änderungen bei den klinischen Verbesserungen überhaupt zu den gewünschten Ergebnissen führen. Die Erhebung von Qualitätscores ist ein wichtiger Bestandteil um darauf aufbauend eine glaubwürdige Gesundheitskommunikation (Schritt 4) sicherzustellen.²

■ Prozessoptimierung durch informationsorientierte Wertschöpfungskonfiguration des Behandlungsprozesses

Das Rapid Recovery Management fokussiert den Charakter der medizinischen Dienstleistung, indem es den Wertschöpfungsprozess, unter Berücksichtigung der besonderen Eigenschaften wie zum Beispiel die Integration des externen Faktors Patient, konfiguriert.³ Die hohe Informations-, Kommunikations- und Interaktionsabhängigkeit sowohl zwischen Patienten und Leistungserbringern als auch unter den Leistungserbringern wird durch die folgenden Grundprinzipien in der primären Prozessoptimierung berücksichtigt (siehe auch Abbildung 1):

- Patient als Partner der Behandlung
- Interdisziplinäres Behandlungsteam
- Gruppendynamik und Frühmobilisierung
- Evidenzbasierte und sektorübergreifende Protokolle.

Die umfangreiche Vermittlung von Informationen und Aufklärung des Patienten rund um alle seine Behandlungsschritte stellt ein wesentliches Kernelement zur Integration des externen Faktors im Rapid Recovery Programm dar. Der Patient wird für die Behandlung motiviert sowie aktiviert und damit zum Partner der Behandlung der durch sein Wissen, seine Einstellung und sein Verhalten eigenverantwortlich zur Genesung beiträgt.⁴ Das Ziel während der gesamten Behandlung ist, die Patientenautonomie zu stärken und den Patienten in die Lage zu versetzen sich selbst zu helfen. Gleichzeitig wird dadurch der externe Faktor Patient bestmöglich für den eigentlichen internen Wertschöpfungsprozess der medizinischen Behandlung vorbereitet. Ebenso wird aller Informations- und Organisationsbedarf der beteiligten Leistungserbringer über beziehungsweise für den Patienten konsequent vor die eigentliche Leistungserbringung gelegt. Dadurch kann ein reibungsloser und patientenorientierter Ablauf des eigentlichen medizinischen Wertschöpfungsprozesses gewährleistet werden. Nur so lassen sich nachhaltige Effekte in der Prozessoptimierung und damit in der Ergebnisqualität realisieren.³

Die Optimierung der funktional getrennten aber aus Patientensicht zusammengehörenden Prozesse kann nur stattfinden, wenn

alle primär Beteiligten über ein gemeinsames Verständnis des gesamten Behandlungsverlaufs verfügen.¹² Ein interdisziplinäres Behandlungsteam,¹³ bestehend aus Orthopäden, Anästhesisten, Pflege, Sozialdienst und Physiotherapie, trifft sich daher regelmäßig um sich über die Organisation des Behandlungsablaufes auszutauschen und nach weiteren Optimierungspotenzialen zu suchen. Die Entwicklung eines gemeinsamen Verständnisses sowie einer gemeinsamen Sprache über den gesamten Behandlungsprozess erfolgt auf Basis von evidenzbasierten Protokollen, die kontinuierlich an den aktuellen Stand der medizinischen und pflegerischen Forschung sowie im Abgleich mit praktischen Erfahrungen angepasst werden. Für den Patienten wiederum wird dadurch eine einheitliche Kommunikation und somit eine Behandlungs- und Ablaufsicherheit in jeder Interaktion mit den betreffenden Leistungserbringern vermittelt.

Das Rapid Recovery Programm setzt neben der Schulung des Patienten auch auf die positiven Wirkungen von Gruppendynamik.¹⁴ Es werden Patientengruppen von bis zu 6 Personen gebildet, die gemeinsam aufgenommen, operiert, mobilisiert und gepflegt werden. Beispielsweise erfolgt die Aufnahme einer Patientengruppe am gleichen Tag und auch Physiotherapieübungen werden gemeinsam durchlaufen. Ein Gemeinschaftsraum dient der Gruppe als Übungs- und Essensraum. So wird jede selbstständige Aktivität des Patienten (ADL) als Übung und Motivation für die Genesung verstanden. Die Philosophie des Rapid Recovery Programms folgt der Leitidee, dass sich der Patient so wenig wie möglich alleine im Krankenbett aufhalten soll, da dies oft zu einer „ich bin krank“ Einstellung führt. Deswegen findet unter anderem eine frühe Mobilisierung bereits am Tag der Operation statt. Die Gruppe aus „Gleichgesinnten“ fördert die Motivation und eine positive Einstellung zur Mobilisierung und Genesung. Auf der anderen Seite findet eine Reduktion der Stimulationsabhängigkeit des Patienten ausschließlich von den primären Leistungserbringern statt.

Die nachfolgende Abbildung fasst die informationsorientierte Wertschöpfungskonfiguration des Rapid Recovery Programms zusammen.

■ Kontinuierliche klinische Verbesserungen

Zur Umsetzbarkeit einer frühen Mobilisierung tragen maßgeblich die kontinuierlichen klinischen Verbesserungen rund um den chirurgischen Eingriff bei. Dabei findet eine

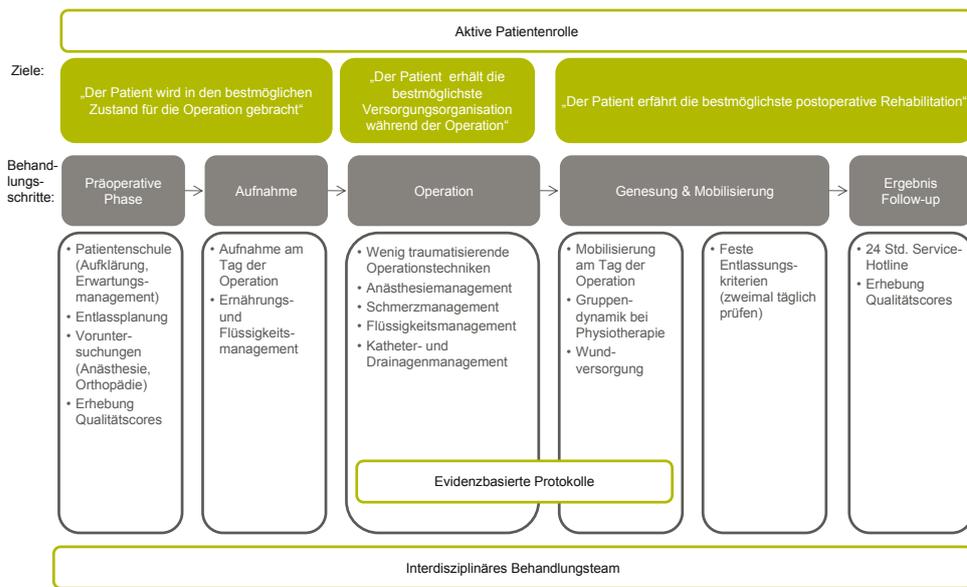


Abb. 1: Das Rapid Recovery Programm, Quelle: In Anlehnung an NHS (2010), S. 11.

Wertschöpfung für den Patienten durch die Zielsetzung einer möglichst wenig physisch und psychisch traumatisierenden Operation, Anästhesie und weitere Genesungskonzepte statt. Die Leistungserbringer im Rapid Recovery Programm sind stets angehalten sich die Frage zu stellen, ob die verwendeten Techniken dem aktuellen Stand der medizinischen Forschung entsprechen oder ob es sich dabei um überholte Traditionen handelt. Als Beispiel ist auf das Drainagen- und Fluidmanagement hinzuweisen oder auf die Anwendung von lokalen Anästhetika, die sich an dänischen Fast-Track Inhalten orientieren.¹⁵ Auch hierbei ist stets die Patientenperspektive einzunehmen und die Frage zu beantworten, in wie weit die etablierten

Maßnahmen und Prozedere einen zusätzlichen Nutzen für den Patienten, zum Beispiel durch geringere Übelkeit oder weniger Schmerzen liefern. Im Mittelpunkt steht die Erreichung des gesetzten Ziels, dass der Patient möglichst rasch genesen kann.

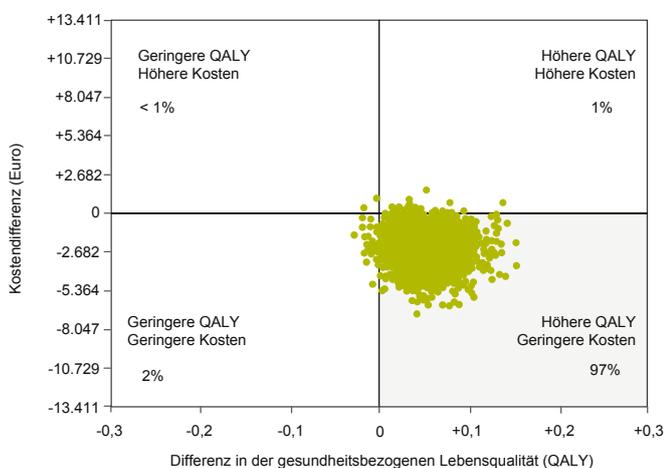
Evaluation und Schaffung einer hauseigenen Evidenz

Zur Sicherung einer kontinuierlichen Optimierung des klinischen Wertschöpfungsprozesses sieht das Rapid Recovery Programm eine problemlösungsorientierte Evaluation und Datenerfassung vor.⁴ Das Programm beinhaltet den Aufbau einer hauseigenen Evidenz, die je nach Fragestel-

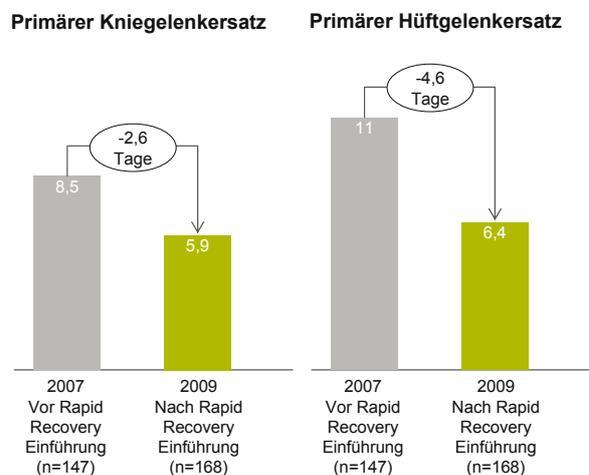
lung geeignete Kennzahlen erfasst und ausgewertet. Diese sollten indikations-, patienten- und prozessorientierte Hinweise für weitere dezentrale Verbesserungen geben. Dafür eignet sich neben indikationsorientierten medizinischen Scores auch die Festlegung von prozessorientierten Patientenzufriedenheitskriterien. Die dadurch geschaffene hauseigene Evidenz wird zur nachhaltigen Qualitätskontrolle, die den Anwendern Transparenz über deren Ergebnisse bei der Behandlung und bei der Entscheidung über Neuerungen im Behandlungsverlauf verschafft. Wichtig ist dabei, dass nur innerhalb eines vorher gut organisierten und optimierten Behandlungsprozesses Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge einer rein medizinischen, pflegerischen oder physiotherapeutischen Veränderung ermittelt werden können. Ohne diese Transparenz bleibt unklar, warum welches Ergebnis bei einem Patienten erzielt worden ist und an welchen Stellschrauben zur weiteren Verbesserung angesetzt werden muss. Des Weiteren wird über die Evaluation der Patient als Co-Designer¹⁶ in die Wertschöpfungskonfiguration eingebunden. In Form einer Lernbeziehung¹⁷ zwischen Patient und Leistungserbringer wird zusätzliches Wissen für Prozessinnovationen und patientenorientierte Problemlösungen geschaffen.⁴

Kommunikation als Behandlungsmarke

Die Ergebnisse der Evaluationen und der hauseigenen Evidenz schaffen im Rahmen des Rapid Recovery Programms aussagekräftige Informationen für die Kommunikation gegenüber Krankenkassen, Rehaeinrichtungen, niedergelassenen Ärzten und



2000 Bootstrap-Datenset, n=87. Knie- oder Hüftgelenkersatzpatienten



Tag der Operation wurde bei der Verweildauer nicht gezählt, signifikant p<0,05

Abb. 2: Ausgewählte Effekte durch Rapid Recovery Management

Quelle: Brunenberg et al (2005), S. 1018ff., Gordon et al (2011), S. 151ff. und Larsen et al (2009), S. 761ff.

Patienten. Rapid Recovery Programme können zu Behandlungsmarken werden, die durch entsprechende Evidenz die strukturellen und medizinischen Elemente im modernen Medizinmanagement verbinden. Für den Patienten bedient das Rapid Recovery Programm sein Informationsbedürfnis. Insbesondere bei elektiven Behandlungen kann der Patient verschiedene Leistungserbringer untereinander vergleichen und damit eine nachvollziehbare Krankenhauswahl treffen. Die zielgerichtete Gesundheitskommunikation über eine indikationsorientierte Behandlungsmarke reduziert die Komplexität einer medizinischen Versorgung und gibt dem Patienten die Möglichkeit souverän eine Auswahl für sich zu treffen. Der Aufbau von Vertrauen in die Behandlungsmarke kann jedoch nur gelingen, wenn die Informationen über den Wertschöpfungsprozess an den Patienten tatsächlich erfüllt werden, da ansonsten die Erwartungen und die tatsächlichen Erlebnisse für den Patienten nicht übereinstimmen.

Effekte des Rapid Recovery Managements

Erste Erfahrungen mit dem Rapid Recovery Management resultieren aus der Anwendung im Bereich der Orthopädie bei Knie- und Hüftgelenkersatzpatienten. Dort läßt sich anhand erster Studien feststellen, dass Rapid Recovery Programme zu verbesserten gesundheitsökonomischen Ergebnissen¹⁸ führen. Exemplarisch sei auf die nachfolgende Studie hingewiesen, bei der deutlich wird, dass trotz geringerer Behandlungskosten die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Patienten steigt.¹⁹ Brunenberg et al analysierten für 160 Patienten, dass die „Quality of Life“, gemessen anhand der Kriterien Mobilität, Selbständigkeit, alltägliche Aktivitäten, Schmerz und Angst, von Gelenkersatzpatienten, die nach der Rapid Recovery Managementphilosophie behandelt wurden, deutlich über den Qualitätscores der Vergleichsgruppe liegt. Bei primären Hüftimplantationen ist dieser positive Effekt sogar noch bis zu einem Jahr nach der Operation nachweisbar.²⁰ Auch Janßen/Becker weisen diesen positiven Effekt anhand des Harris Hip Score und des American Knee Society Score nach.²¹ Das Rapid Recovery Management versteht eine rasche Genesung des Patienten als Qualitätsziel, was sich auch an den sinkenden Verweildauern zeigt. Gordon et al und Brunenberg et al belegen, dass die Einführung von Rapid Recovery Programmen die Verweildauer signifikant reduzieren kann. Je nach Ausgangslage des Kranken-

hauses sind es beim Kniegelenkersatz bis zu drei Tage und bei primären Hüftimplantationen bis zu fünf Tage.^{20, 22} Die nachfolgende Abbildung zeigt ausgewählte positive Effekte des Rapid Recovery Managements.

Medizinmanagement der Zukunft

Die vorangegangenen Ausführungen haben gezeigt, dass ein zukunftsfähiges Medizinmanagement innovative Ansätze zur Wertschöpfungskonfiguration der klinischen Leistungserstellung benötigt. Einen evidenten Beitrag kann hierzu das Rapid Recovery Management leisten, das eine rasche Genesung als Nutzen für den Patienten zum Ziel hat. Der ganzheitliche und vor allem patientenorientierte Versorgungsansatz setzt neben Prozessoptimierung durch eine informationsorientierte Wertschöpfungskonfiguration insbesondere auf kontinuierliche klinische Verbesserungen, Evaluation zur Schaffung einer hauseigenen Evidenz und Gesundheitskommunikation als Behandlungsmarke. Das Zusammenspiel dieser vier Schritte sowie die strukturierte Integration des externen Faktors Patient ermöglicht es dem Medizinmanagement bisher ungenutzte Optimierungspotenziale in der klinischen Leistungserstellung zu realisieren. Damit findet eine organisatorische Neurahmung der klinischen Leistungserstellung statt, die eine nachhaltige Veränderung der Arbeits- und Handlungsweisen der Leistungserbringer gegenüber dem Patienten und untereinander fördert. Damit stellt das Rapid Recovery Management einen zukunftsweisenden Ansatz dar, der die bisher noch nicht gehobenen Rationalisierungspotenziale innerhalb der medizinischen Leistungserstellung heben kann.

Kontakt

Dr. Philipp Schwegel
Biomet Deutschland GmbH, Berlin
Health Care Manager
Tel.: 030/84581-197
E-Mail: philipp.schwegel@biomet.com
www.biomet.de

Dr. Claudia Linke
Biomet Deutschland GmbH, Berlin
Leiterin Health Care Initiatives
Tel.: 030/84581-121
E-Mail: claudia.linke@biomet.de
www.biomet.de

Dr. Hadi Saleh
Biomet Deutschland GmbH, Berlin
Geschäftsleitung
Tel.: 030/84581-201
E-Mail: hadi.saleh@biomet.de
www.biomet.de

Literatur

1. Woratschek, H. (1998): Preisbestimmung von Dienstleistungen: markt- und nutzenorientierte Ansätze im Vergleich. Frankfurt a. M., S. 38.
2. Saleh, H.; Linke, C.; Schmitz, M. (2011): Prozessoptimierung im Krankenhaus durch Systempartnerschaften. In: Janßen, U.; Blum, K. (Hrsg.): DKI-Barometer Krankenhaus 2010/2011. Düsseldorf, S. 77-83.
3. Linke, C. (2011): Die Wertschöpfungskonfiguration der integrierten medizinischen Leistungserstellung. In: Rüter, G.; Da-Cruz, P.; Schwegel, P. (Hrsg.): Gesundheitsökonomie und Wirtschaftspolitik. Stuttgart, 304-334.
4. Linke, C. (2010): Managementgesellschaften im Rahmen der Integrierten Versorgung. Bayreuth.
5. Boeden, G.; Tsekos, E. (2005): Auswahl geeigneter Diagnosen und Prozeduren. In: Oberender, P. (Hrsg.): Clinical Pathways. Stuttgart, S. 146-157.
6. Baierlein, J.; Schwegel, P.; Da-Cruz, P. (2010): Klinische Behandlungspfade - Erfolgsfaktoren in der Implementierung. In: Handbuch Integrierte Versorgung, 24. Aktualisierung, S. 79-92.
7. Schwenk, W.; Spies, C.; Müller, J. M. (2009): Fast Track in der operativen Medizin. Heidelberg.
8. Leppert, S. (2011): Fast-Track-Therapie. Bern.
9. NHS Improvement (2011): Enhanced Recovery Partnership Programme. <http://www.improvement.nhs.uk/enhancedrecovery2/AboutEnhancedRecovery.aspx>. Abgerufen im Internet am 8.9.2011.
10. NHS (2010): Delivering enhanced recovery. London, S. 11.
11. Koch, E.-M. (2011): "Silver- und Goldcardversicherte" - Chancen für Gesundheitsanbieter. In: Management & Krankenhaus. 30 Jg, Nr. 8, S. 4.
12. Porter, M. E.; Teisberg, E. O. (2006): Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results. Boston.
13. Stock, R. (2003): Steuerung von Dienstleistungsnetzwerken durch interorganisationale Teams. In: Bruhn, M.; Strauss, B. (Hrsg.): Dienstleistungsnetzwerke. Wiesbaden, S. 215-228, S. 218.
14. Gutenbrunner, C.; Weimann, G. (2004): Krankengymnastische Methoden und Konzepte. Berlin.
15. Akhtar, K. S. N.; Houlihan-Burne, D. G. (2010): Optimization of the Patient Undergoing Total Knee Arthroplasty - The Rapid Recovery Program. In: Journal of Clinical Rheumatology & Musculoskeletal Medicine. Jg. 1, Nr. 2, S. 1-4, S. 2.
16. Meyer, A.; Blümelhuber, C.; Pfeiffer, M. (2000): Der Kunde als Co-Produzent und Co-Designer - oder die Bedeutung der Kundenintegration für die Qualitätspolitik von Dienstleistungsanbietern. In: Bruhn, M.; Stauss, B. (Hrsg.): Dienstleistungsqualität. Wiesbaden, S. 46-86.
17. Peppers, D.; Rogers, M. (1997): Enterprise one to one: Tools for Competing in the Interactive Age. New York, S. 168 ff.
18. Oberender, P.; Schwegel, P.; Da-Cruz, P. (2009): Clinical Pathways und Gesundheitsökonomie. In: Professional Process - Zeitschrift für modernes Prozessmanagement im Gesundheitswesen. 1. Jg., Nr. 1, S. 10-14.
19. Larsen, K. et al. (2009): Cost-effectiveness of accelerated perioperative care and rehabilitation after total hip and knee arthroplasty. In: The Journal of Bone & Joint Surgery. 91: 761-72.
20. Brunenberg, D. E. et al. (2005): Joint recovery programme versus usual care: An economic evaluation of a clinical pathway for joint replacement surgery. In: Medical Care, 43: 1018-1026.
21. Janßen, H.; Becker, R. (2009): Gesundheitsökonomische Evaluation und Vergleichsanalyse von Verfahrensweisen in der Endoprothetik. Bremen.
22. Gordon, D. et al. (2011): Implementing the Rapid Recovery Program in primary hip and knee arthroplasty in a UK state run hospital. In: Eur J Orthop Surg Traumatol, 21: 151-158.
23. Schlüchtermann, J.; Sibbel, R.; Prill, M.-A. (2005): Clinical Pathways als Prozesssteuerungsinstrument im Krankenhaus. In: Oberender, P. (Hrsg.): Clinical Pathways. Stuttgart, S. 43-58.
24. Braun von Reinersdorff, A. (2002): Strategische Krankenhausführung. Bayreuth.
25. Donabedian, A. (1978): The Quality of Medical Care. In: Science, Vol 200 (4344), pp. 856-864, S. 857.
26. Land, B. (2009): „Bitte warten!“ - Prozessoptimierung im OP. In: Professional Process, 2. Jg., Nr. 2, S. 10-12
27. Schwegel, P.; Baierlein, J.; Da-Cruz, P. (2010): Klinische Behandlungspfade und Mitarbeitergesundheit - Bedeutung und Vorgehen. In: Professional Process, 3. Jg., Nr. 1, S. 10-13.

Klinische Pfade: Die Sicht eines Fachinformati- onsanbieters

Checkme! Klinikstandards von Elsevier

Mit den Checkme! Klinikstandards bietet erstmals ein renommierter wissenschaftlicher Fachverlag klinische Standards in einem Format an, in welchem Inhalte an lokale Gegebenheiten angepasst werden können. Auf ein evidenzbasiertes Vorgehen wurde dabei insbesondere geachtet. Mit den Checkme! Klinikstandards von Elsevier können Kliniken evidenzbasierte klinische Pfade ressourcenschonend erstellen.

Mit den Checkme! Klinikstandards werden klinische Pfade im Rahmen eines definierten redaktionellen Prozesses von einem Fachverlag erstellt. Dabei kommen wie bei anderen Fachpublikationen Abläufe zum Einsatz, die wertschöpfend sind und sich bei einer individuellen Pfaderstellung nur bedingt realisieren lassen. An erster Stelle zu nennen ist das Peer-Review-Prinzip, also ein Prozess, der sicherstellt, dass Inhalte vor Veröffentlichung von Experten gegengelesen werden und gegebenenfalls Änderungsvorschläge eingebracht werden können.

Eine andere wesentliche Komponente ist die strukturierte Erarbeitung von Fachinhalten unter Berücksichtigung anerkannter Standards zur Qualitätssicherung. Dazu zählt ein Vorgehen im Sinne einer evidenzbasierten Medizin ebenso wie der gezielte Austausch mit führenden Fachgesellschaften. Neben den die medizinischen Disziplinen repräsentierenden Fachgesellschaften findet insbesondere der Austausch mit der Deutschen Gesellschaft für klinisches Prozessmanagement (DGKPM) statt, deren Fördermitglied Elsevier ist.

Evidenzbasierte Medizin = beweiskgestützte Medizin

Evidenzbasierte Medizin (EbM) ist ein umfassendes Konzept in der Medizin mit dem Ziel, patientenorientierte Entscheidungen auf Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse zu treffen. EbM nutzt die Evidenz aus wissenschaftlichen Studien als eine Grundlage zur rationalen klinischen Entscheidungsfindung.

Diese Technik umfasst

1. die systematische Suche nach relevanten Hinweisen in der medizinischen Literatur für ein konkretes klinisches Problem
2. die kritische Beurteilung der Gültigkeit dieser Hinweise nach klinisch epidemiologischen Gesichtspunkten
3. die Bewertung der Größe des beobachteten Effekts
4. sowie die Anwendung dieser Evidenz auf den konkreten Patienten basierend auf der klinischen Erfahrung des Arztes und den Wünschen des Patienten.¹

Dieses auf die alltägliche klinische Entscheidungsfindung in der Behandlung des individuellen Patienten ausgerichtete Konzept der „klassischen“ EbM wird mittlerweile in vielen Bereichen der Gesundheitsversorgung angewendet.² Auch bei der Erstellung der Checkme! Klinikstandards wurden die Prinzipien eines evidenzbasierten Ansatzes zu Grunde gelegt. Im Folgenden sollen die wichtigsten Elemente der Schritte bei der Anwendung eines evidenzbasierten Ansatzes für die Erstellung klinischer Standards genauer beleuchtet werden.

Systematische Suche nach relevanten Hinweisen aus der Fachliteratur

Eine systematische Literaturrecherche erfolgt in drei Schritten: Erstens der Auswahl der Datenbanken, die durchsucht werden sollen, zweitens dem Formulieren der Suchanfragen und drittens der Auswahl relevanter Dokumente.

Ausgangspunkt jeder Suche bei der Erstellung von Pfaden ist die gezielte Prüfung, ob eine aktuelle S3-Leitlinie der AWMF vorliegt. Ist diese vorhanden, so kann der Pfad auf dieser Leitlinie basieren. Dabei sind ak-



Lukas Mayerhoff

tuelle Empfehlungen von Arbeitsgruppen innerhalb der Fachgesellschaften zusätzlich zu berücksichtigen. S2 und S1-Leitlinien der AWMF sollten ebenfalls, aber immer in Kombination mit zusätzlichen Quellen, genutzt werden. Zusätzliche Quellen stellen Leitlinien anderer Anbieter, sowie aktuelle systematische Übersichten und Metaanalysen dar. Gibt es keine Übersichtsarbeiten, so weitet sich die Suche auf die Primärliteratur aus.

Die Recherche sollte demnach gezielt in den einschlägigen Verzeichnissen von Leitlinien beginnen. Zu den wichtigsten zählen das AWMF-Leitlinienprogramm³ für nationale und die GIN-Datenbank⁴ für internationale Leitlinien.

Die wichtigsten Verzeichnisse systematischer Reviews sind zum einen die Cochrane Library⁵ als auch die CRD-Datenbank⁶. Je nach Thema und Zahl der verzeichneten Artikel kann eine Anfrage im PICO-Format (siehe unten) erforderlich sein.

Fehlen Leitlinien oder geeignete systematische Reviews, besteht die Aufgabe, die vorhandene Evidenz aus der Primärliteratur zu identifizieren und in systematischer Weise zusammenzustellen. Die Datenbank der Wahl für die Literatursuche stellt PubMed⁷ dar, welche ein kostenfreies Angebot der US-amerikanischen National Library of Medicine ist. Da in der Datenbank viele Millionen Publikationen verzeichnet sind, ist eine besondere Suchstrategie notwendig. Ausgangspunkt für eine möglichst effiziente Recherche ist eine strukturierte Anfrage im

PICO-Format⁸, welche die Patientengruppe (Population), die Maßnahme (Intervention), die Vergleichsintervention (Comparison) und die zu betrachtenden Endpunkte (Outcome) umfasst.

Kritische Beurteilung der Gültigkeit

Die recherchierten und ausgewählten Dokumente werden im nächsten Schritt hinsichtlich der Validität der Evidenz beurteilt.

Für die Bewertung von Leitlinien hat die AWMF mit weiteren Partnern das Deutsche Leitlinien-Bewertungsinstrument (DELBI) entwickelt.⁹ AWMF-Leitlinien werden von der Herausgeberin bei Veröffentlichung eine niedrige, mittlere oder hohe Entwicklungsstufe zugewiesen, so dass die Anwendung des DELBI-Instrumentes oft entfallen kann. Das Instrument findet Anwendung wenn Leitlinien anderer Anbieter berücksichtigt werden.

Die interne Validität einzelner Fachpublikationen (Ausmaß, mit dem die Ergebnisse einer Studie die „wahren“ Effekte einer Intervention beziehungsweise Exposition wiedergeben, das heißt frei von systematischen Fehlern – Bias – sind) lässt sich nach Validitätskriterien hierarchisch ordnen. Dabei werden Studientypen, die aufgrund ihres Designs als weniger „fehleranfällig“ gelten, höher eingestuft als beispielsweise Studientypen mit fehlender Kontrollgruppe. Hierfür wurden eine Reihe verschiedener Vorschläge gemacht, die zu einer für den Endanwender nur schwer zu beherrschenden Vielzahl an Klassifikationsschemata geführt haben. Eine erweiterte Evidenzhierarchie, die auf die Erfordernisse unterschiedlicher Fragestellungen eingeht und zudem die Berücksichtigung von Schwächen in der Ausführung einer Studie und Inkonsistenzen zwischen mehreren Studien ermöglicht, wurde vom Centre for Evidence-Based Medicine (CEBM) in Oxford entwickelt.¹⁰ Da

dieses Schema weite Verbreitung gefunden hat, wurde es für die Klassifikation der externen Evidenz für die Checkme! Klinikstandards ausgewählt.

Die formale Qualitätsbewertung von Primärliteratur kann am besten mit Hilfe strukturierter Checklisten durchgeführt werden. Es gibt Software-Werkzeuge (Appraisal Tools), die diesen Bewertungsprozess unterstützen. Ein bekanntes Beispiel ist das freie Tool CATmaker – Computer-assisted critical appraisal tool, welches vom CEBM angeboten wird.⁷

Ein anderes Werkzeug bilden die sogenannten "Reporting Guidelines". Sie sind ursprünglich als Hilfestellung für Autoren von Artikeln in Fachzeitschriften entworfen worden, bilden aber auch ein unkompliziertes Werkzeug für den Leser, um Arbeiten auf methodische Mindestanforderungen und Fallstricke abzuklopfen. Teilweise wurden die Checklisten ins Deutsche übersetzt. Ein Instrument für die Bewertung von diagnostischen Studien ist die STARD Checkliste für das Berichten von Studien zur diagnostischen Genauigkeit.⁸ Das CONSORT (Consolidated Standards Of Reporting Trials) Statement für Berichte randomisierter kontrollierter Studien wurde ebenfalls ins Deutsche übersetzt.⁹ Schließlich deckt das PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) Statement (vormals QUOROM) Berichte von systematischen Reviews und Metaanalysen randomisierter, kontrollierter Studien ab.¹⁰

Abzugrenzen von diesen Klassifikationen der Evidenzgüte sind Einteilungen zur Stärke von Empfehlungen, welche insbesondere bei der Erstellung von Leitlinien eine Rolle spielen. Empfehlungen berücksichtigen neben der Qualität der Einzelstudien die Gesamtheit der Evidenz zu einer Frage. Ein sich hier entwickelnder Standard ist das Beurteilungssystem nach GRADE, welches einen internationalen Ansatz zur Vereinheitlichung der Graduierung von Evidenz und

Empfehlungen in Leitlinien darstellt. GRADE intendiert den Prozess der Bewertung der Evidenzlage explizit zu machen und zu standardisieren. Erstmals werden subjektive Anteile der Evidenzbewertung und der Entscheidung systematisch bei der Formulierung einer Empfehlung berücksichtigt.¹¹ Es darf mit Spannung erwartet werden in wie weit sich GRADE in die Arbeit nationaler Fachgesellschaften bei der Erstellung von Leitlinien etablieren wird.

Die Bewertung der Größe des beobachteten Effekts

Von der richtigen Durchführung und Dokumentation einer Untersuchung ist die Frage abzugrenzen, ob die Ergebnisse für die klinische Anwendung relevant sind. Statistisch signifikante Effekte müssen nicht automatisch auch klinisch relevant sein. Zum Beispiel könnte der Effekt sehr klein sein oder der Effekt ist zwar groß, tritt aber nur bei sehr wenigen Patienten auf. Insbesondere wenn die Ergebnisse einer Studie nicht in absoluten Zahlen präsentiert werden, sondern stattdessen relative Größenangaben gemacht werden, kann es schwierig sein den Nutzen abzuschätzen. Praktische Hilfe bieten Anleitungen wie die von Bandolier.¹⁶

Wie aus dem zuvor geschilderten Vorgehen für eine evidenzbasierte Entscheidungsfindung zu erkennen ist, nehmen Leitlinien in Bezug auf die Erstellung klinischer Pfade eine besondere Stellung ein. Erstens gestalten sich Suche und Bewertung der Fachliteratur effizient, da dies bereits (zumindest bei qualitativ hochwertigen Leitlinien) ‚mitgeliefert‘ wird. Zum anderen gibt es rechtliche Aspekte, die zu beachten sind: Juristisch hat eine Leitlinie den Stellenwert eines präjudizierenden Sachverständigengutachtens. Aus haftungsrechtlichen Gründen sollte deswegen generell eine Begründung dokumentiert werden, wenn im Rahmen der Patientenversorgung von den Leitlinienempfehlungen abgewichen wird (was generell natürlich jederzeit möglich ist).¹⁷ Ein entsprechender Hinweis im Pfad darauf, dass eine Empfehlung aus einer Leitlinie übernommen wurde, ist deswegen sinnvoll.

Leitlinien können nicht unmittelbar als Vorlage für klinische Pfade dienen, da sie entscheidungsorientiert entwickelt werden und zunächst in die prozessorientierte Darstellung von Pfaden überführt werden müssen. Der Klinische Pfad betrachtet die lokalen Gegebenheiten und Ressourcen und konkretisiert die Empfehlungen der Leitlinie

Frage teil	Suchwort		Synonyme	
Population	(Breast cancer	OR	Neoplasm)	AND
Intervention	(Trastuzumab	OR	Anti-Her-2)	AND
Comparison	(Lapatinib	OR	L01XE07)	AND
Outcome	(Survival	OR	PFS, OS)	

Abb. 1: Beispiel einer Literatursuche gemäß dem PICO Format
Quelle: Eigene Abbildung

Checkliste
Elektive laparoskopische Abklärung bei Endometriose

Abteilung: _____
Name Abteilung: _____
Name Leitung: _____

Seite 1 von 7

Datum: _____
Tel.-Nr. Angehörige: _____
Besonderheiten: _____

Patientenetikett

Prästationär

Ärztlicher Dienst – Gynäkologie

Diagnose und OP-Indikation

- Anamnese (inkl. Kinderwunsch, Medikation, Vorerkrankungen/Risiken) [Leitlinie](#)
- Status
- Untersuchung vaginal inkl. SpekulumEinstellung und rektal mit Befunddokumentation [Leitlinie](#)
- Vaginale Sonografie mit Befunddokumentation [Leitlinie](#)
- Abdominale Sonografie (gynäkologisch und Niere) [Leitlinie](#)
- Zytologie Cervix (PAP-Abstrich) [Info](#)
- OP-Indikation und Planung durch OÄ/FA [Leitlinie](#) [Leitlinie](#)
- Anästhesievorstellung veranlassen:
 - Narkoseaufklärung inkl. PDK und ZVK [Info](#)
 - Prozedere bei Dauermedikation (Marcumar absetzen und auf Heparin umstellen, Metformin 3 Tage vor der OP ab- und drei Tage nach der OP wieder ansetzen, Aspirin absetzen) [Info](#)
 - Prämedikation
 - ggf. notwendige Zusatzuntersuchungen [Info](#) Termin Anästhesie: _____
- Aufklärung (OP, perioperativer Verlauf, Risiken, Alternativen)
 - Mündliche und schriftliche Aufklärung [Leitlinie](#)
 - Patienteninformation aushändigen
- OP-Termin festlegen Termin Operation: _____ □ _____

Prästationäre OP-Vorbereitung

- Schwangerschaftstest, falls Patientin im gebärfähigen Alter
- Dauermedikation? Ggf. Umstellung anordnen [Info](#)
- Labor anordnen: kleines BB, ggf. B-HCG, Urinstatus
- Resistente Keime bekannt/Risiko?
- Ggf. Schnellschnittuntersuchung für den OP-Tag anmelden □ _____

Hinweise für die Patientin

- Erscheinen am OP-Tag um 7:00 Uhr
- Generelle präoperative Nikotin- und Alkoholabstinenz anstreben [Info](#)
- Nahrungskarenz ab 6 h vor OP [Leitlinie](#)
- Flüssigkeitskarenz ab 2 h vor OP [Leitlinie](#) □ _____

Pflege

- Prästationäre Akte an geplante AufnahmeStation weiterleiten
- Stationsakte anlegen und Checkliste in Stationsakte und Pfadübersicht in Kurve einfügen
- Aufnahmegespräch führen und Angehörigentelefonnummern notieren □ _____

aktualisiert von:	Version:	bearbeitet von:	Freigegeben von:	Nächste Revision:
Datum	1.0	Name	Name	Datum

Abb. 2: Ausschnitt aus einem Klinikstandard
Quelle: Eigene Abbildung

im lokalen Umfeld. Der Klinische Pfad kann darüber hinausgehend den Prozess, die Kommunikation und das Schnittstellenmanagement aktiv gestalten, individuelle Defizite beheben und vorhandene Ressourcen effektiver nutzen.

Die Ableitungsmethodik von der Leitlinie zum Pfad gliedert sich in drei Stufen:¹²

1. Der Ableitung eines evidenzbasierten Referenzmodells
2. der Adaption auf die individuelle Einrichtung und
3. der Implementierung des evidenzbasierter Klinischen Pfades.

Der Ansatz der Elsevier Klinikstandards unterstützt genau diesen Prozess, indem ein allgemeingültiges evidenzbasiertes Referenzmodell vorgelegt wird, welches lokal adaptiert und implementiert werden kann.

Die einzelnen Schritte zur Erstellung des evidenzbasierten Referenzmodells in Form

der Checkme! Klinikstandards umfassen die Auswahl von Fachdisziplinen und Themen für Standards, den Entwurf praxistauglicher Dokumententypen, die Erstellung der Rohfassung konkreter Standards, die Anreicherung der Standards mit Hintergrundwissen und Darlegung der zugrunde liegenden Belege (Evidenz), die kritische externe Durchsicht der Standards einschließlich der Evidenzdarlegung durch Experten des Fachgebietes, sowie jährliche Updates der Standards. Mit diesem Vorgehen werden Kliniken unterstützt, die einen Weg suchen die Erstellung evidenzbasierter Pfade einfach und schnell umzusetzen.

Kontakt

Lukas Mayerhoff
Elsevier GmbH, München
Clinical Decision Support
Tel.: 040/572870-35
E-Mail: L.Mayerhoff@elsevier.com
www.elsevier.de

Literatur

1. Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin. [Online] 4. 10 2011. <http://www.ebm-netzwerk.de/grundlagen/definitionen>.
2. Schwalm, A. et al. (2010): Der Umgang des Gemeinsamen Bundesausschusses mit „schwacher“ oder fehlender Evidenz. In: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen. 2010, Bd. 104, 4, S. 323-329.
3. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.(AWMF). AWMF Online. Das Portal der wissenschaftlichen Medizin. [Online] <http://www.awmf.net/>.
4. Guidelines International Network (GIN). [Online] 2011. <http://www.g-i-n.net/>.
5. Das deutsche Cochrane Zentrum. [Online] 2011. <http://www.cochrane.de>.
6. Centre for Reviews and Dissemination. [Online] 2011. <http://www.crd.york.ac.uk/crdweb/HomePage.asp>.
7. PubMed. [Online] 2011. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
8. Asking focused questions. [Online] Centre for Evidence Based Medicine. <http://www.cebm.net/index.aspx?o=1036>.
9. Deutsches Leitlinienbewertungsinstrument (DELBI). [Online] www.delbi.de.
10. Oxford Centre for Evidence-based Medicine - Levels of Evidence . [Online] [Zitat vom: 2011. 10 10.] <http://www.cebm.net/index.aspx?o=1025>.
11. CATmaker. [Online] 5. 10 2011. <http://www.cebm.net/index.aspx?o=1216>.
12. Ziegler, A. et al. (2011): Vollständiges und präzises Berichten von Studien zur diagnostischen Genauigkeit: Die STARD-Initiative. In: Dtsch Med Wochenschr. 2011, 136, S. e16–e19.
13. Pittler, MH, et al. CONSORT 2010: Aktualisierte Leitlinie für Berichte randomisierter Studien im Parallelgruppen-Design. CONSORT 2010 statement: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. In: Dtsch Med Wochenschr. 2011, 136, S. e20–e23.
14. Ziegler, A. et al. (2011): Bevorzugte Report Items für systematische Übersichten und Meta-Analysen: Das PRISMA-Statement. In: Dtsch Med Wochenschr. 2011, 136, S. e9–e15.
15. Kunz, R. et al. (2008): Das GRADE-System. Internist. 2008, Bd. 49, S. 673–680.
16. Bandolier Independent evidence-based health care. OUTPUTS AND UTILITY. [Online] [Zitat vom: 10. 10 2011.] <http://www.medicine.ox.ac.uk/bandolier/Extraforbando/Outputs.pdf>.
17. AWMF Leitlinie 015 - 026. Empfehlungen zur Abfassung von Gutachten in. [Online] 10. 10 2011. <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/015-026.html>.
18. Jacobs, B. et al. (2007): Ableitung von Klinischen Pfaden aus evidenzbasierten Leitlinien am Beispiel der Behandlung des Mammakarzinoms der Frau. In: GMS Med Inform Biom Epidemiol. 2007, Bd. 3, 2, S. Doc09.
19. Windeler, J. (2010): Wann sind wissenschaftliche Belege notwendig? In: Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen (ZEFGQ). 2010, 104, S. 190–195.

Optimierung der Beschaffung im Krankenhaus mit Unterstützung eines Einkaufsverbundes – ein konzeptioneller Ansatz

Viele Wirtschaftsbereiche werden durch Verbände unterstützt. Beispiele sind der Verband der Automobilindustrie VDA, der Verband Deutscher Maschinen- und Anlagenbau VDMA oder die Norm-gebende Gesellschaft GS1 Global Standards One (früher Coorganisation CCG). Die Gesundheitswirtschaft kennt hier den Bundesverband der Medizinproduktehersteller BVMed, den Bundesverband der pharmazeutischen Industrie BPI und den Bundesverband der Beschaffungsorganisationen BVBG, der eine Reihe von großen Einkaufsverbänden, beziehungsweise Beschaffungsorganisationen der Krankenhäuser vertritt.

Die Serviceleistungen umfassen die Bereitstellung von Info-Materialien und anonymisierten Kennzahlen der Verbandsmitglieder mit der Möglichkeit zum Benchmarking (zum Beispiel Kennzahlenkompass des VDMA oder Marktverteilungsstudien des BVMed). Auch der BVBG arbeitet über seine Gütesiegel-Akkreditierung an einem adäquaten Kennzahlenkompass für den Bereich der klinischen Beschaffung. Auch der Krankenhaussektor arbeitet mit Kennzahlen, wie zum Beispiel mit dem „Krankenhaus Barometer“ der Deutschen Krankenhausgesellschaft DKG und dem Foliensatz „Krankenhausstatistik“. Der Funktionsbereich Materialwirtschaft, speziell die Beschaffung und Lagerbewirtschaftung, soweit nicht professionelle Logistiker dieses Feld abdecken, wird heute allerdings noch nicht ausreichend mit Kennzahlen versorgt, so dass hier dringender Handlungsbedarf besteht.

Das vorliegende Konzept befasst sich daher mit der Möglichkeit, als Serviceleistung von Einkaufsverbänden materialwirtschaftliche Kennzahlen zur Verfügung zu stellen. Sie ermöglichen es dem verantwortlichen Management, die eigene Leistung im Vergleich zu allen Mitgliedern des Verbundes und /oder zu einer Gruppe von Nichtmitgliedern zu beurteilen und eventuell Maßnahmen und Projekte zu initiieren, welche die Performance steigern. Es gibt derzeit mehrere Einkaufsverbände, die den beteiligten Kliniken durch Bedarfsbündelung und Standardisierungs-Unterstützung mit dem Ziel der Reduzierung der Artikelvielfalt Kostenvorteile verschaffen. Ein sehr wichtiger Service mit standardisierten, regelmäßig erscheinenden Kennzahlen-Reports für die Mitglieder würde darüber hinaus die Mög-

lichkeit der Erfolgsmessung schaffen und die Erfolge quantifizierbar machen. Da ein Kennzahlengenerator ohne die entsprechenden Eingangsinformationen nicht umsetzbar ist, müssten die entsprechenden Basisinformationen wie „Anzahl der Bestellpositionen pro Monat und Jahr“, „Anzahl der Bestellungen pro Monat und Jahr“, „Anzahl der Mitarbeiter im Einkauf / Lager“, „Einkaufsvolumen pro Jahr“ etc. durch die für die Materialwirtschaft Verantwortlichen bereitgestellt werden. Besser sind diese Daten natürlich durch entsprechende „elektronische Bestellplattformen“ zur Verfügung zu stellen. Da allerdings die Nutzung dieser Plattformen heute, in der Gesundheitswirtschaft, immer noch zwischen 20 und 30 Prozent liegt, ist eine Auswertung auf der Basis dieser Werte leider noch nicht möglich.

Nachfolgend einige Beispiele:

**Bestellquote = Anzahl Bestellpositionen
p.a. / Anz. Einkaufs-Mitarbeiter**

Es handelt sich hierbei um ein personenbezogenes Leistungsmaß; der Nachteil besteht darin, dass die Kennzahl manipulierbar ist, indem eine überhöhte Anzahl von gleichzeitig zu kleinen Bestellpositionen mit dem Ziel der persönlichen, jedoch nur scheinbaren, Leistungsverbesserung erzeugt wird.

**Einkaufsleistung =
Einkaufsvolumen p.a. in Euro
Personal- u. Sachkosten der
Einkaufsabteilung p.a. in Euro**



Prof. Dr. Klaus-Michael Fortmann



Dr. Oliver Gründel

Diese Kennzahl bewertet die Einkaufsleistung der gesamten Einkaufsabteilung. Die Messeinheit ist der Einkaufswert in Euro und besagt, wie viel Volumen für 1 Euro Aufwand eingekauft wurde. Im Gegensatz zur Bestellquote ist diese Kennzahl kaum manipulierbar und erzeugt somit kein unsinniges Verhalten. Die übliche Darstellungsform ist zum Beispiel 50:1, das heißt pro einen Euro Aufwand wurde für 50 Euro eingekauft. Eine Verbesserung dieser Kennzahl kann durch mehrere Maßnahmen erreicht werden: Artikelstandardisierung, verbesserte Einkaufsprozesse, Einsatz effizienterer Beschaffungssoftware etc.

Beispiele für weitere Kennzahlen im Bereich der Beschaffung sind:

- Positionswert
- Rahmenvertragsquote
- Anfragequote
- Lieferantenquote
- Liefertermintreue

- EK-Preiserfolg
- Wareneingangsleistung
- Wareneingangskosten etc.

Interessant ist auch die Frage, ob die richtigen Losgrößen bestellt wurden. Der oben genannte Kennzahlenreport könnte pro beschafftem Artikel die Abweichung von der optimalen Bestellgröße aufzeigen und die damit verbundenen Mehrkosten bei der Bestandsführung einzeln und gesamt nachweisen.

Auch für den Bereich der Materiallagerung steht eine Vielfalt von Kennzahlen zur Verfügung. Eine der wichtigsten ist die Umschlagshäufigkeit. Für die Berechnung müssen der Jahresabsatz eines Artikels, sowie sein Durchschnittsbestand bekannt sein.

Der Durchschnittsbestand ist das arithmetische Mittel der in gleichen Zeitabständen gemessenen Bestandswerte einer Periode.

Beispiel:

Am Ende eines jeden Monats wird die Bestandshöhe jedes gelagerten Artikels in Stück oder Geldeinheiten (GE) zum Beispiel „Euro“ ermittelt, nach einer Periode von einem Jahr wird der Durchschnitt ermittelt. Es gibt eine Reihe von Definitionen für diese Kennzahl, hier werden drei gängige vorgestellt, die je nach Verkaufstyp (VT) unterschiedlich angewendet werden müssen (Abbildung 1).

Der Durchschnittsbestand wird zum einen zur Kontrolle der Bestandshöhen im Vergleich zu vorgegebenen Sollwerten benutzt, zum anderen in einer Vielzahl von weiteren Kennzahlen benötigt, zum Beispiel bei der

Berechnung der Kennzahlen, Umschlagshäufigkeit, Reichweite, Lagerquote, Lagerkostensatz und Lagerhaltungskostensatz.

Die Kennzahl wird auf Einzelartikelebene (in Stück und Geldeinheiten GE) sowie über alle Artikel in GE erhoben. Bei Anwendung von DV-Systemen zur Lagerhaltung (zum Beispiel Amor3, SAP etc.) ist die Ermittlung durch Standardreports ohne weiteres möglich.

Die Umschlagshäufigkeit UH sagt aus, wie oft der Durchschnittsbestand in Stück oder Geldeinheiten eines gelagerten Artikels beziehungsweise des Gesamtbestandes in einer Periode ausgelagert worden ist (Abbildung 2). Normalerweise wählt man als Periode ein Geschäftsjahr, damit (im Sinne des Benchmarking) Vergleichbarkeit zu anderen Unternehmen hergestellt werden kann.

$$\text{Umschlagshäufigkeit} = \frac{\text{Lagerabsatz (Stck, GE)}}{\text{Durchschnittsbestand (Stck, GE)}}$$

Beispiel:

Artikel	Durchschnittsbestand	Jahresabsatz	Einzel-UH
Artikel A	10.000 Euro	60.000 Euro	6
Artikel B	20.000 Euro	80.000 Euro	4
Artikel C	30.000 Euro	150.000 Euro	5
Artikel D	50.000 Euro	150.000 Euro	3
Summen	110.000 Euro	440.000 Euro	

Durchschnittliche UH über den Gesamtbestand: 440.000 Euro / 110.000 Euro = 4

Abb. 2: Beispiel zur Berechnung der durchschnittlichen Umschlagshäufigkeit
Quelle: Eigene Darstellung

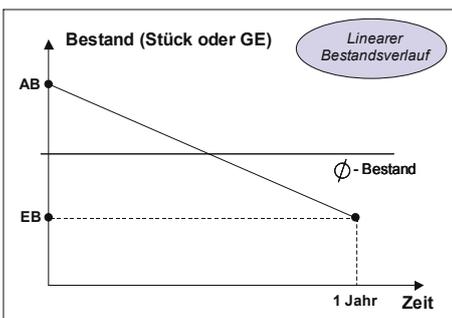
Die durchschnittliche UH darf nicht als arithmetisches Mittel der Einzel-UH berechnet werden, da hierdurch erhebliche Verzerrungen entstehen würden (Beispiel: hochwertiges Material mit einer UH von 3 und geringwertiges Material mit einer UH von 6).

Die Ansätze müssen, wenn in Geldeinheiten gerechnet wird, leichtsinnig sein, das heißt es darf nur zu Einstandspreisen oder nur zu Verkaufspreisen gerechnet werden, da ansonsten - bezogen auf einen einzelnen Artikel - unterschiedliche Werte entstünden, je nachdem, ob in Stück oder GE gerechnet würde.

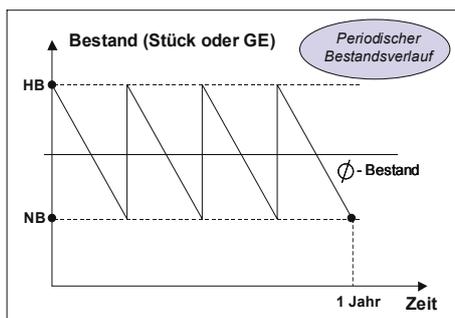
Die Umschlagshäufigkeit ist ein wichtiges Steuerungsinstrument zur Bestandsüberwachung. Die Kennzahl wird auf Artikelebene (in Stück und GE) sowie über alle Artikel in GE erhoben.

Wenn sich Artikel in dezentralen Lagern nicht „drehen“, hilft oft die Konzentration auf Regionallagerebene. Allerdings muss

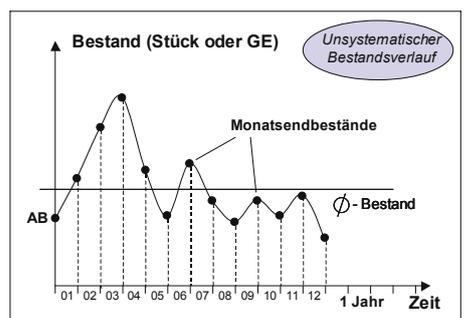
- VT 1 linear: $\text{Durchschnittsbestand} = (\text{Anfangsbestand} + \text{Endbestand}) / 2$
- VT 2 period.: $\text{Durchschnittsbestand} = (\text{Niedrigstbestand} + \text{Höchstbestand}) / 2$
- VT 3 unsyst.: $\text{Durchschnittsbestand} = (\text{Anfangsbestand} + 12 \text{ Monatsendbestände}) / 13$



Verlaufstyp 1



Verlaufstyp 2



Verlaufstyp 3

Abb. 1: Beispiele für Bestandsverläufe während des Jahres
Quelle: Eigene Darstellung

dann mit erhöhtem Transportaufkommen gerechnet werden.

Beispiele für weitere Kennzahlen im Lagerbereich:

- Lagernutzungsgrad
- Lagerquote
- Lagerkostensatz
- Lagerhaltungskostensatz
- Reichweite
- Lieferbereitschaft
- Pick-Rate (Kommissionierleistung) etc.

Es würde den Rahmen sprengen, wenn auf alle Kennzahlen ausführlich eingegangen würde. Generell ist zu empfehlen, nicht zu viele Kennzahlen zu verwenden, da leicht eine Übersättigung mit Informationen und damit die Gefahr des Nicht-Gebrauchs entsteht. Es gibt zu diesem Thema sehr viele Veröffentlichungen in Zeitschriften, in Büchern sowie im Internet. Die oben genannten Kennzahlen stellen eine Auswahl aus einer nahezu unübersehbar großen Vielfalt an Kennzahlen dar und basieren auf den im Literaturverzeichnis angegebenen Quellen.

Das Kooperationsmodell zwischen Krankenhaus Materialwirtschaft und Einkaufsverbund könnte wie folgt gestaltet werden: Der Verbund stellt per Internet einen Erfassungsdialo zur Verfügung, über den die Mitgliedshäuser beziehungsweise Nichtmitglieder die Ist-Daten eingeben können. Ist-Daten sind zum Beispiel die monatlichen Werte für

- Einkaufsvolumen gesamt
- Einkaufsvolumen über Rahmenverträge
- Kostendaten der Kostenstelle Einkauf
- Anzahl der Bestellpositionen
- Personalzahlen im Einkauf, Wareneingang, Warenausgang, Lager

- Kostendaten der Kostenstelle Lager
- Lagerbestände
- Flächen für Lager und Büros mit kalkulatorischer Miete
- Kontokorrentzins
- Anzahl Artikel
- Artikelpreise bei fremd gekauften Materialien (nicht über Einkaufsverbund)
- Jahresbedarfe für Artikel etc.

Um den Erfassungsaufwand zu reduzieren könnte der Einkaufsverbund die Preise der bei ihm bezogenen Artikel ergänzen. Ach Einsatz einer Bestell-Plattform würde hier sehr hilfreich sein.

Eine Software bildet aus den Ist-Daten kumulierte Jahreswerte. Soweit Datenschnittstellen existieren, sollten Ist-Daten aus vorhandenen DV-Systemen automatisch in das Erfassungssystem importiert werden können.

Die Ist-Daten werden über gesicherte Kanäle übertragen, vertraulich behandelt und je Mitglied getrennt gespeichert. Die Software des Kennzahlengenerators liefert die mitgliedsindividuellen Kennzahlen sowie Benchmarking-Informationen aus den Gruppen Mitglieder und / oder Nichtmitglieder. Der Kennzahlenreport wird den Mitgliedern einmal pro Monat zur Verfügung gestellt. Er enthält die Monatswerte sowie die über mehrere Monate kumulierten Werte, so dass Trends erkennbar werden. Nach Ablauf von 12 Monaten wird eine Jahresübersicht zur Verfügung gestellt. Zu jeder Kennzahl werden deren Definition und Berechnungsgrundlage erläutert, der Sollwert angegeben und Hinweise für Maßnahmen zum Erreichen des Sollwertes gegeben, falls Abweichungen im negativen Sinne vorliegen. In der nachfolgenden Abbildung ist die Kooperation schematisch dargestellt.

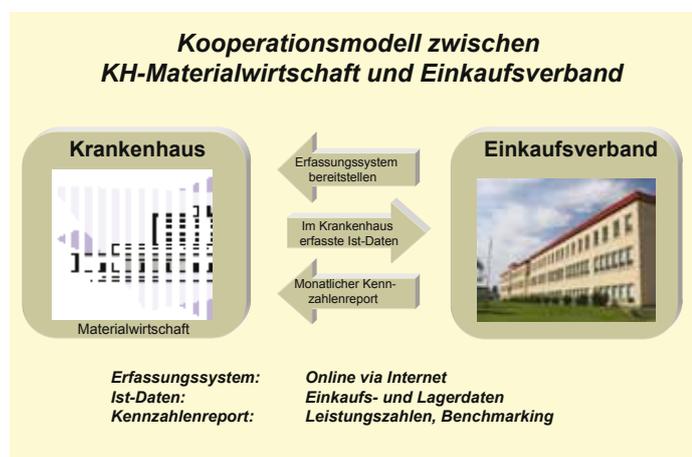


Abb. 3: Kooperationsmodell zwischen Materialwirtschaft einer Klinik und einem Einkaufsverbund
Quelle: Eigene Darstellung

Fazit

Das Konzept für die Software eines Kennzahlengenerators für den materialwirtschaftlichen Bereich in Krankenhäusern basiert auf der sorgfältigen Bereitstellung von Ist-Daten seitens der beteiligten Krankenhäuser und setzt eine Kooperationsbereitschaft voraus. Diese Daten sollten monatlich online erfasst werden. Die Software und der Server werden in einem unabhängigen Hochleistungs-Rechenzentrum gemanagt. Dieses behandelt selbstverständlich alle zur Verfügung gestellten Daten vertraulich, berechnet den Kennzahlenreport für jedes Mitglied und stellt anonymisierte Mittelwerte zum Benchmarking zur Verfügung. Der klare Vorteil dieses Services ist die Chance zur kontinuierlichen Verbesserung der Beschaffung- und Lagerungsprozesse und die Gewinnung von Informationen über die Auswirkungen solcher Maßnahmen.

Literatur

1. Schulte, C. (1999): Logistik. 3.Auflage. München: Vahlen.
2. Jansen, H. (Hrsg.) (1996): Praxishandbuch für den Materialwirtschaftsleiter. Augsburg: WEKA-Fachverlag.
3. Abels, H.; Anagnostou, E.; Brockmann, K.-H. (1994): Wie gut ist Ihre Logistik? Richtwertekatalog für Produktionsunternehmen. Köln: Verlag TÜV-Rheinland.
4. Oeldorf, G.; Olfert, K. (1995): Materialwirtschaft. 7. Auflage. Ludwigshafen: Kiehl Verlag.
5. Fortmann, K.-M.; Kallweit, A. (2007): Logistik. 2. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.
6. Fortmann, K.-M. (2011): Berechnung der optimalen Beschaffungslosgröße in der Krankenhausapotheke. In: Professional Process - Zeitschrift für modernes Prozessmanagement im Gesundheitswesen. 4. Jahrgang April 2011. Münster: IWiG.
7. Greiling, M.; Roleff, Ch. (2010): Entwicklung eines Kennzahlensystems zur OP-Effizienz. In: Professional Process - Zeitschrift für modernes Prozessmanagement im Gesundheitswesen, 3. Jahrgang Nov. 2010. Münster: IWiG.

Kontakt

Prof. Dr. Klaus-Michael Fortmann
 Fachhochschule Gelsenkirchen
 Fachbereich Wirtschaft
 E-Mail: klaus-m.fortmann@t-online.de
 www.fh-gelsenkirchen.de

Dr. Oliver Gründel
 AGKAMED GmbH, Essen
 Geschäftsführer
 Tel.: 0201/1855-200
 E-Mail: oliver.gruendel@agkamed.de
 www.agkamed.de

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

First View als Lean Management Konzept in der ZNA

Wertsteigerungsoptionen und speed economies durch professionelle Prozesse

Autofabriken gehören zu den effizientesten Organisationen der Weltwirtschaft. Diese Organisationsformen können auch in Zentralen Notaufnahmen (ZNA) zur Umsetzung kommen. Aber wie? Lean Management-Organisationsformen, wie das First View-Konzept bringen erhebliches Steigerungspotenzial in der Effizienz der Versorgung der Notfallpatienten in den ZNAs.



Dr. Barbara Hogan

Lean Management

Ein zentrales Prinzip des Lean Managements bedeutet Fließen. Alle Prozesse sind so strukturiert, dass Zeit und Ressourcen kontinuierlich verwendet werden, ohne eine Zeit von Stillstand. Wie ein Auto, welches sich, ohne anzuhalten, entlang der Produktionslinie bewegt, so muss sich ein Patient durch das Krankenhaus bewegen. Zu keinem Zeitpunkt dürfen Zeit und Ressourcen wegen redundanter oder verzögerter Arbeitsprozesse verschwendet werden.

Mit seinen branchenübergreifend wirkungsvollen Ansätzen für die Prozessoptimierung und die Steigerung der Effizienz wird Lean Management inzwischen auch für die Optimierung von Abläufen im Krankenhaus eingesetzt. Ziel ist es, alle Wirtschaftlichkeitsreserven zu nutzen und gleichzeitig eine gute Patientenversorgung sicherzustellen, um so die Wettbewerbsfähigkeit von Krankenhäusern auch zukünftig zu sichern. Die Lean-Methoden nehmen die Prozessebene der Leistungserstellung in den Fokus und suchen hier nach vorhandenen Potenzialen. Durch eine gezielte Anpassung der Abläufe und Strukturen werden die Effizienz und die Leistungsfähigkeit einer Organisation nachhaltig gesteigert. Dabei spielt die ZNA eine wesentliche Rolle als Referenzmodell.¹

In Großbritannien wurde Lean Management bereits systematisch in den Krankenhäusern eingeführt: "The NHS Institute has defined Lean thinking as 'a philosophy' that has been used widely in manufacturing industries; but is also very applicable to health-care. It is essentially about simplifying processes; identifying which parts of a process add value to patient care; enabling care to flow more effectively and eliminating waste."²

First View als Beispiel für Industrial Lean Management

Ein Beispiel für Lean Management in der ZNA ist das First View-Konzept, welches die Autorin in der interdisziplinären Zentralen Notaufnahme der Asklepios Klinik Hamburg Altona entwickelt hat. In dieser ZNA, in der im Jahr 2010 knapp 56.000 Notfallpatienten behandelt wurden, war es in den letzten vier Jahren mit ca. 200.000 Patienten tägliches Ziel, das First View Konzept regelhaft einzusetzen.³

Das First View-Konzept beinhaltet den Einsatz der höchsten ärztlichen Kompetenz (Facharzt) direkt am Beginn der Patientenbehandlungskette, mit Verantwortlichkeit für den zeitnahen Patientenkontakt, mit Start des Behandlungsprozesses unter ressourcenorientiertem Einsatz von Diagnostik

und Therapie, unter Aufrechterhaltung des kontinuierlichen Gesamtflows.

Das Ziel des First View liegt darin, Wartezeiten in einer ZNA durch optimierte Arbeitsprozesse zu reduzieren. Nach der pflegerischen Ersteinschätzung erfolgt innerhalb von 15 Minuten der erste Facharztkontakt, anstatt zuvor bis zu 90 Minuten.

Der Facharzt indiziert, sofort nach seiner notfallmedizinischen Anamnese, die ersten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen. Das den Facharzt flankierende Pflegepersonal führt die gegebenen Anordnungen aus. In der Zeit, in der das Labor an der Analyse der Blutproben arbeitet, führen die Assistenzärzte weitere Untersuchungen,

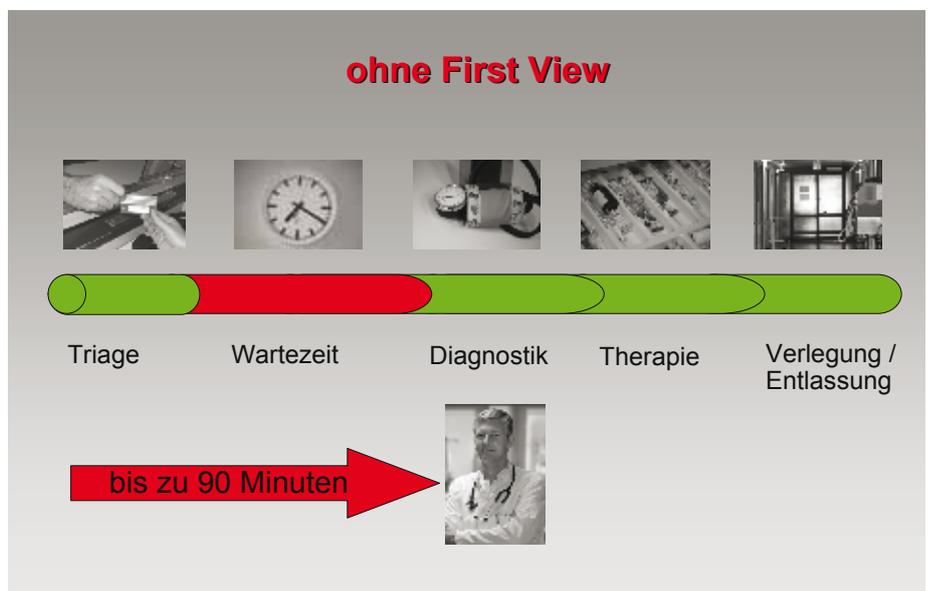


Abb. 1: Eigene Darstellung: Arbeitsprozess in einer ZNA ohne First View-Konzept

Diagnostik und Behandlungen durch. Es gibt keine Zeit des Stillstandes, der Patient ist im Flow. Nach Zusammenschluss aller Befunde des Patienten, entscheidet wiederum der Facharzt, ob der Patient in die hausärztliche Weiterbetreuung entlassen werden kann, oder ob er eines weiteren stationären Aufenthaltes bedarf. Zu jedem Zeitpunkt herrscht Flow anstatt Stase.

Als weitere Referenzstelle für ein Flow-Management aller Patienten, definiert die ZNA den Gesamt-Flow des Patienten durch das Krankenhaus, während seines definierten Aufenthaltes hinsichtlich einer bestimmten Diagnose im DRG-System. Die präzise Diagnose, gestellt durch die ZNA, ermöglicht eine exakte Kalkulation der Zeit, in der eine Behandlung innerhalb des DRG-Systems durch die relevanten Fachabteilungen abgeschlossen werden muss.

Die den Patienten aus der ZNA übernehmende Fachabteilung, erhält den Patienten mit detailliertem Bericht, der die Diagnose und alle Untersuchungs-Ergebnisse enthält. Mit dem ZNA-Behandlungsplan kann, innerhalb der DRG-vorgegebenen Zeit, ohne weitere Diagnostik, die Therapie sofort beginnen. Daher bleibt der Arbeitsprozess des Krankenhauses immer fließend im Sinne des Lean Managements und bei Entlassung des Patienten innerhalb der DRG-Zeit, kann eine gewinnbringende Behandlung erreicht werden.

Die Einhaltung der DRG-Zeiten bedeutet für die Fachabteilungen die Möglichkeit eines professionellen Entlassungsmanage-

ments, was für die ZNA wiederum das Verschwinden des Exit-Problems bedeutet mit der Möglichkeit zum richtigen Zeitpunkt, den richtigen Patienten in die richtige Fachabteilung verlegen zu können und nicht mangels Bettenbelegungsmöglichkeiten durch Verstopfung selbst wieder in die Stase zu geraten.

Die zeitnahe Behandlung der Patienten, die Lean Management ermöglicht, ist eine der wichtigsten Kriterien für die Patientenzufriedenheit. Die ZNA, die als Referenzmodell für die kunden- und patientenorientierte Klinikorganisation fungiert und in der Lean Management konsequent eingesetzt wird, kann die Patientenzufriedenheit sogar bei Erhöhung des Gesamt-Patientendurchsatzes steigern. „Lean is one tool to improve patient metrics and satisfaction but depends on the degree of adherence to the Toyota Production System principles.“⁴

Das First View-Konzept wird hier als medizinisches Managementparadigma zur Prozessoptimierung durch verkürzte Wartezeiten dargestellt. Die Zeit ist in modernen Industrie- und Dienstleistungsgesellschaften eine strategische Ressource, weshalb unproduktive Wartezeiten zu vermeiden sind und sich negativ auf die Gesamtbeurteilung der Leistungsqualität auswirken können. Überlange Wartezeiten haben den Charakter eines „Critical Incident“ und avancieren häufig zu Ersatzindikatoren der Qualitätsbeurteilung. Beurteilt wird also häufig nicht die medizinische Kernqualität in ihrer Tiefenstruktur, sondern deren wahrnehmbare Oberflächenstruktur in Form kurzer Warte-

zeiten, souveräner Kommunikation oder harmonischer Prozessketten.³

In einer Notaufnahme ist Wartezeit so weit wie möglich zu vermeiden, sei es aus medizinischen Gründen oder mit Blick auf eine gesteigerte Patientenzufriedenheit.

Circa 45 % der Gesamtpatienten eines Krankenhauses gelangen durch die Notaufnahme in die stationäre Behandlung, so zum Beispiel fast alle Patienten der Unfallchirurgie, mancherorts über 70 % der Patienten der internistischen und etwa die Hälfte der Patienten der viszeralkirurgischen Fachabteilungen. Damit erfüllt die Notaufnahme eine wichtige Lotsenfunktion für die Krankenhäuser im Rahmen der medizinischen Erstdiagnose und -versorgung. Insbesondere bei Akuterkrankungen und Notfällen avanciert die Zeit zur strategischen Ressource. Aus Sicht des betroffenen Patienten bedeutet eine zeitoptimierte Versorgung ein Mehr an Lebensqualität. Aus gesundheitsökonomischer Sicht entstehen deutlich geringere Behandlungs- und Nachsorgekosten durch Frühdiagnose und -therapie sich zeitlich aufschaukelnder Krankheitsbilder, wie zum Beispiel beim Schlaganfall.

Die Beurteilung der Notaufnahmen unterscheidet sich dabei je nach Standpunkt zum Teil erheblich. Aus Sicht der Patienten ist eine schnelle, freundliche und wirkungsvolle Behandlung wichtig. Die nachbehandelnden Spezialisten legen Wert auf eine rationale Diagnostik und eine sinnvolle und nachvollziehbare Zuweisung zu ihrem Fachgebiet. Hausärzte sind dankbar für die Beobachtung und Beurteilung ihrer Patienten mit unklaren Krankheitszuständen oder rasch fortschreitenden Verläufen. Die Klinik schließlich erwartet zu Recht ein wirtschaftlich sinnvolles Vorgehen der Notaufnahme, um „Irrläufer“ und daraus gegebenenfalls resultierende Fehlbehandlungen zu vermeiden.

Aus Sicht der Autorin vermögen exzellente Notaufnahmen den Gordischen Knoten zwischen Behandlungsqualität einerseits und Ressourceneffizienz andererseits zu durchschlagen, indem sie in der Diktion der Betriebswirtschaftslehre mit innovativen Prozessmodellen arbeiten. Diese sind imstande, die klinikimmanenten Leistungsreserven durch bessere Schnittstellenkoordination zu mobilisieren, wodurch die knappen Organisationsressourcen Ziel-maximierend eingesetzt werden. Professionelle Notaufnahmen beherrschen das „Medizin-/Ökonomie“- Paradoxon: Sie sind einerseits

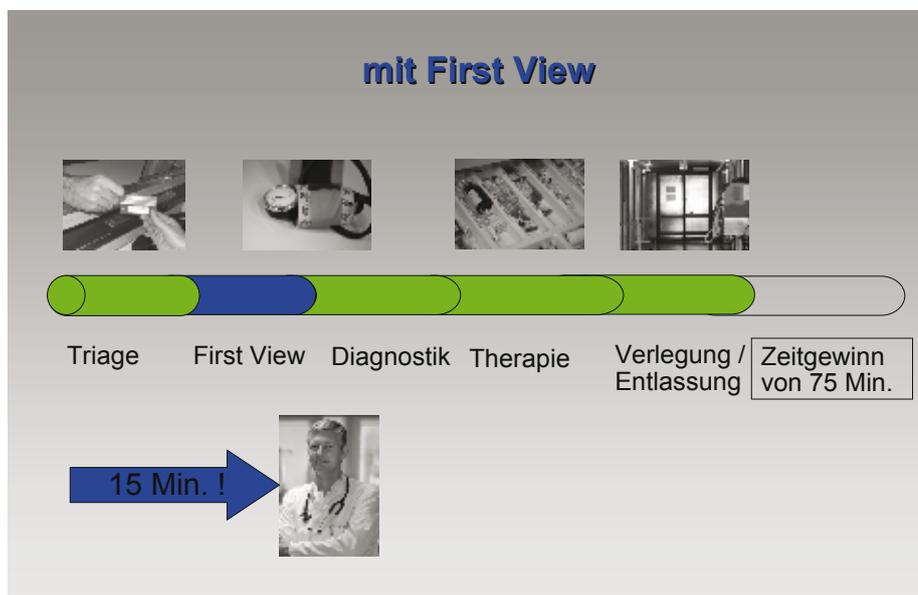


Abb. 2: Eigene Darstellung: Fließender Arbeitsprozess in einer ZNA mit First View-Konzept

Wartezeiten-Reduktion bis zum 1. Arztkontakt in der ZNA - First View Konzept - Vergleich Februar 2008 / 2010

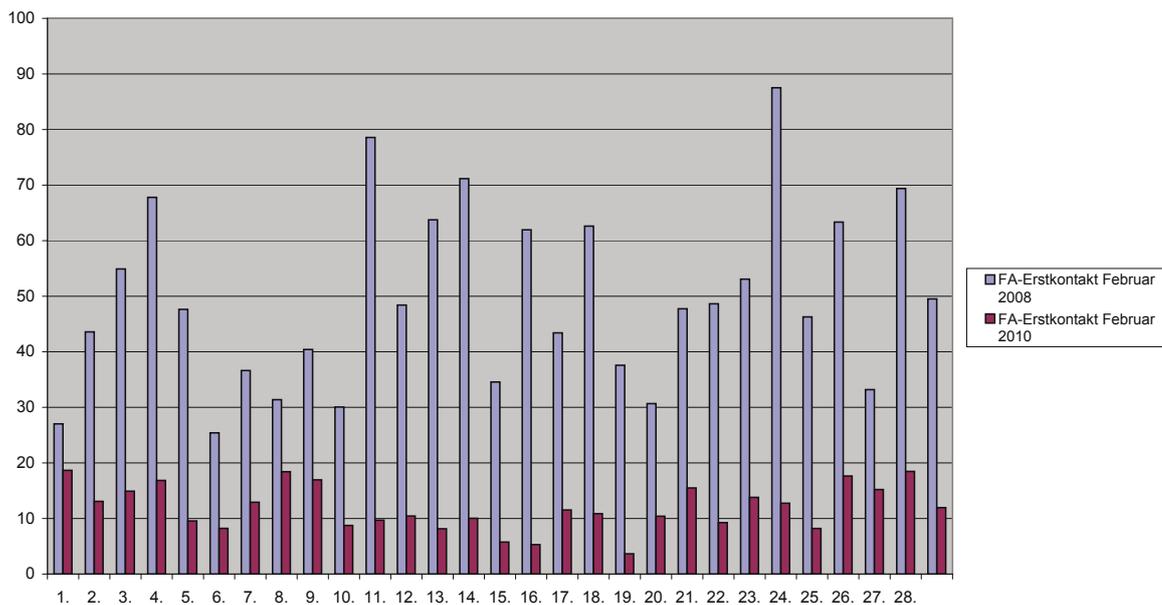


Abb. 3: Verringerung der Patientenwartezeit bis zum ersten Arztkontakt – Vergleich Februar 2008 zu Februar 2010

imstände die Behandlungsqualität und Patientenzufriedenheit zu steigern, während sie gleichzeitig den Ressourcenverbrauch reduzieren beziehungsweise bei gleich bleibenden Kapazitäten eine wesentlich höhere Versorgungsleistung erbringen. Durch die Lokalisierung und Mobilisierung von Leistungsreserven kann durch die konsequente Anwendung des Fließfertigungsprinzips bei so genannten „Standard Operating Procedures“ eine evidente Produktivitätssteigerung unter Beibehaltung der hohen Zielqualität erreicht werden.

Die Reduktion der Wartezeiten kann als Zielgröße der Kosten- und Qualitätsoptimierung eingesetzt werden. Für viele Patienten findet der erste Kontakt zum Krankenhaus in der Notaufnahme statt. Dieser erste Eindruck wirkt weit über die Zeit in der Notaufnahme hinaus und bestimmt zumindest als so genanntes „Critical Incident“ in der Anfangsphase der Klinikbehandlung die Qualitätswahrnehmung der Patienten. Für Patienten, die nicht hospitalisiert werden, dies sind etwa 70 % der Patienten der ZNA, gilt dies in noch stärkerem Ausmaß. Ihr Eindruck von der Notaufnahme ist identisch mit dem der Klinik, weshalb die Professionalität der ZNA als Ersatzindikator gesamthafter Qualitätswahrnehmung herangezogen wird. Akademisch formuliert handelt es sich hierbei um eine Proxy-Variable der Integralqualität, weshalb unter Marketing- und Reputationsgesichtspunkten die Stellung der Zentralen Notaufnahme nicht hoch genug eingeschätzt werden kann.

Welche Faktoren die Zufriedenheit oder Unzufriedenheit der Patienten bestimmen, ist dabei durchaus bekannt. Es sind Wartezeit, Freundlichkeit sowie klare Zuständigkeiten und definierte Kompetenzfelder, die von den einzelnen Healthcare-Professionals in koordinierter Form besetzt werden. Oder anders formuliert: Funktionale Expertensilos führen lediglich zu Partialoptimierungen der Prozesskette, wenn der medizinische Versorgungsvorgang nicht als interdisziplinäre Medizindienstleistung interpretiert wird.⁶

Die häufigsten Patientenbeschwerden im komplexen Ablauf einer Zentralen Notaufnahme beziehen sich auf Wartezeiten, die sowohl im Aufnahmebereich der Zentralen Notaufnahme, als auch hinsichtlich des Wartens bis zur Verlegung auf die peripheren Stationen zur fachspezifischen Weiterbehandlung. Die Patientin / der Patient verfügt meistens über eine rationale Entscheidungssouveränität und muss deshalb als Kunde bezeichnet werden. Er spürt schnell, ob die Kernkompetenzen (emotionale Kompetenz, Sozialkompetenz, Fachkompetenz, Organisationskompetenz, Zielorientierung / Ergebniskompetenz) vorhanden sind.

Die negative Perzeption „atrophiertes“ und ungenutzter Kernkompetenzen führt regelmäßig zu einer negativen Mund-zu-Mund-Propaganda durch Multiplikatoren, sodass ein „viraler“ Marketingeffekt im negativen Sinne entsteht, der bis hin zum Reputationschaden für die gesamte Klinik führen kann.

Problemverschärfend ist dabei zu beachten, dass in aller Regel im Sinne der „Prospect Theorie“ von Kahnemann & Tversky⁷ negative Ereignisse aus Sicht des Kunden als weitaus gravierender und damit Nutzenzerstörender eingestuft werden als positive Ereignisse gleichen Ausmaßes, die schnell zur Selbstverständlichkeit werden; ein Problem der Anspruchsinflation bei ohnehin sehr guten Versorgungsleistungen.

Nach Reorganisationsmaßnahmen und Umsetzung der Lean Management- / First View-Konzepte konnten die Wartezeiten auf den ersten Facharztkontakt in der ZNA der Asklepios Klinik Hamburg-Altona dauerhaft auf meist unter 15 Minuten gesenkt werden (Abbildung 3).

Ein Vergleich der Wartezeiten Februar 2008 zu Februar 2010, in der ZNA der Asklepios Klinik Hamburg-Altona, zeigt eine statistisch signifikante Änderung der Wartezeiten nach Implementierung des First View-Konzeptes. In den statistischen Erhebungen wurden für beide Jahre (2008 und 2010) für den Monat Februar 28 Tage hinterlegt. Im Februar 2008 hatten insgesamt 3.230 Patienten eine Wartezeit bis zum ersten Facharzt-Kontakt von 47,685 Minuten im Median, im ersten Quartil eine Wartezeit von 36,1075 Minuten und im dritten Quartil von 62,7975 Minuten.

Im Februar 2010 hatten insgesamt 3.269 Patienten eine Wartezeit bis zum ersten Facharzt-Kontakt von 11,205 Minuten im

Median, im ersten Quartil eine Wartezeit von 9,1325 Minuten und im dritten Quartil von 15,2875 Minuten. (Tabelle 1)

Mit dem First View-Konzept entfallen multiforme Zuständigkeiten und diffuse Verantwortungsbereiche, was aufgrund der reduzierten Koordinationskosten zu geringeren Wartezeiten und einer höheren Kapitalproduktivität führt.

In der gemeinsamen Tätigkeit zeigt sich auch sehr schnell, dass Notfallmediziner ihren Spezialistenkollegen wirkungsvoll zuarbeiten und sie von Periphertätigkeiten entlasten können. Notfallmediziner werden Fachärzte sein, die den internationalen Leitlinien und Standards der medizinischen Versorgung unter Anwendung des First View-Konzeptes ebenso unterliegen wie ihre, in anderen Fachdisziplinen spezialisierten Kollegen, mit denen zum Wohle des Patienten eng zusammengearbeitet wird.

Für Deutschland ist dies ein bisher ungewöhnliches System. Mit diesem Konzept können die Patienten deutlich besser versorgt werden und die Zufriedenheit aller Beteiligten lässt sich erheblich steigern.

Das First View-Konzept basiert auf der Idee der internen Kundenorientierung, indem sich die Notaufnahme als interner Dienstleister für andere Fachabteilungen versteht, die als Kunden in Erscheinung tre-

ten und deren Bedürfnisse und Erwartungen antizipiert werden müssen. Dabei werden alle Möglichkeiten der Behandlung im Sinne einer kostenbewussten Therapie genutzt. Dieses stellt ein radikales Konzept im Krankenhausbetrieb dar, das sowohl Kostenersparnisse als auch eine erhebliche Verbesserung der Patientenversorgung mit sich bringt.

In den Emergency Departments in Amerika und anderen großen Zentralen Notaufnahmen weltweit sind Wartezeiten eines der größten Probleme und gleichzeitig auch eines der größten Qualitätsmerkmale, wenn sie für den Patienten kaum spürbar sind. Zeitmanagement war in New York bezüglich der Reduktion der Wartezeiten in den Emergency Departments so wichtig, dass eine Investition von circa 35 Millionen US Dollar in drei Jahren getätigt wurde, um die Wartezeiten um 50 % zu reduzieren. Schon 2003 waren Wartezeiten in den EDs in Kalifornien ein zentrales Thema und beschäftigte die Presse: „ED Waiting Times: How Bad Are They? Emergency department overcrowding has become a hot topic. These investigators assessed waiting times for California ED patients and evaluated the effects of various hospital EDs.“^{8,9}

In der Zentralen Notaufnahme der Asklepios Klinik Hamburg Altona wird das First View-Konzept als Lernendes System verstanden – hin zu No Waiting Time. Denn Wartezeiten können Leben kosten.

Feb 08 FA-Erstkontakt		Feb 10 FA-Erstkontakt		FA-Erstkontakt Februar 2008		FA-Erstkontakt Februar 2010	
01.02.2008	27,03	01.02.2010	18,66	1.	27,03	1.	18,66
02.02.2008	43,58	02.02.2010	13,09	2.	43,58	2.	13,09
03.02.2008	54,9	03.02.2010	14,91	3.	54,9	3.	14,91
04.02.2008	67,79	04.02.2010	16,85	4.	67,79	4.	16,85
05.02.2008	47,64	05.02.2010	9,56	5.	47,64	5.	9,56
06.02.2008	25,41	06.02.2010	8,23	6.	25,41	6.	8,23
07.02.2008	36,62	07.02.2010	12,92	7.	36,62	7.	12,92
08.02.2008	31,37	08.02.2010	18,41	8.	31,37	8.	18,41
09.02.2008	40,41	09.02.2010	16,95	9.	40,41	9.	16,95
10.02.2008	30,05	10.02.2010	8,75	10.	30,05	10.	8,75
11.02.2008	78,57	11.02.2010	9,7	11.	78,57	11.	9,7
12.02.2008	48,4	12.02.2010	10,45	12.	48,4	12.	10,45
13.02.2008	63,75	13.02.2010	8,15	13.	63,75	13.	8,15
14.02.2008	71,15	14.02.2010	10,03	14.	71,15	14.	10,03
15.02.2008	34,57	15.02.2010	5,76	15.	34,57	15.	5,76
16.02.2008	61,95	16.02.2010	5,3	16.	61,95	16.	5,3
17.02.2008	43,41	17.02.2010	11,54	17.	43,41	17.	11,54
18.02.2008	62,62	18.02.2010	10,87	18.	62,62	18.	10,87
19.02.2008	37,58	19.02.2010	3,64	19.	37,58	19.	3,64
20.02.2008	30,68	20.02.2010	10,4	20.	30,68	20.	10,4
21.02.2008	47,73	21.02.2010	15,49	21.	47,73	21.	15,49
22.02.2008	48,64	22.02.2010	9,26	22.	48,64	22.	9,26
23.02.2008	53,07	23.02.2010	13,81	23.	53,07	23.	13,81
24.02.2008	87,52	24.02.2010	12,75	24.	87,52	24.	12,75
25.02.2008	46,26	25.02.2010	8,21	25.	46,26	25.	8,21
26.02.2008	63,33	26.02.2010	17,64	26.	63,33	26.	17,64
27.02.2008	33,2	27.02.2010	15,22	27.	33,2	27.	15,22
28.02.2008	69,37	28.02.2010	18,47	28.	69,37	28.	18,47
					49,52		11,97
2008		2010		2008		2010	
Gesamt - Patientenzahl	3230	3269	Gesamt - Patientenzahl	4349	57641		
Median	47,695	11,205					
Erstes Quartil	36,1075	9,1325					
Drittes Quartil	62,7975	15,2875					

Tab. 1: Verringerung der Patientenwartezeit bis zum ersten Facharztkontakt – Vergleich Februar 2008 zu Februar 2010 – Median, erstes Quartil, drittes Quartil, Quelle: Eigene Darstellung

Fazit

Wenn eine ZNA unter Anwendung von Lean Management Konzepten, wie das First View-Konzept als Corporate Center of Excellence klinischer Versorgungsprozesse fungiert, zeigt sich, dass damit ein großer Beitrag zur Optimierung aller wertschöpfungsrelevanten Prozessketten und unterstützenden Strukturen in einer Klinik zum Ziel der Ressourcenmobilisierung erbracht werden kann.

Literatur

- Dickson, E. et al. (2009): Use of Lean in the Emergency Department: A Case Series of 4 Hospitals. *Annals of Emergency Medicine*. Volume 54, No. 4, 19/2009, S. 504-509.
- Quality and Service Improvement Tools, National Health Service Institute for Innovation and Improvement 2008. online unter: http://www.institute.nhs.uk/quality_and_service_improvement_tools/quality_and_service_improvement_tools/lean.html.
- Hogan, B. et al. (2009): Das „First View-Konzept“ als medizinisches Managementparadigma zur Prozessoptimierung durch verkürzte Wartezeiten. *Krankenhaus Umschau - KU Gesundheitsmanagement*. 78.Jhg., 10/2009, S. 42-44.
- Dickson, E. et al. (2009): Use of Lean in the Emergency Department: A Case Series of 4 Hospitals. *Annals of Emergency Medicine*. Volume 54, No. 4, 19/2009, S. 504-509.
- Hogan, B.; Fleischmann, T. (2008): Kompetent und unabhängig – Interdisziplinäre Notaufnahme - Konzeption und Besetzung. In: *KU Krankenhaus Umschau*. 77. Jhrg., 02/2008, S. 30-32.
- Kahnemann, D.; Tversky, A. (1992): Advances in Prospect Theory. *Journal of Risk and Uncertainty*. 10/1992, 5(4), S. 297-324.
- Lambe, S. et al. (2003): Waiting Times in California's Emergency Departments. *Annals of Emergency Medicine*. Volume 41, 2003, S. 35-44.
- Walls, R. M. (2003): ES Waiting Times: How bad are they? *Journal Watch Emergency Medicine*. 01/2003.

Kontakt

Dr. med. Barbara Hogan, MBA
 Asklepios Klinik Hamburg Altona
 Chefarztin Zentrale Notaufnahme
 Tel.: 040/181881-1518
 E-Mail: b.hogan@asklepios.com
www.asklepios.com

Neue Wege im Entlassmanagement

Kosten reduzieren, Erlöse sichern, Versorgung gestalten

In den letzten Jahren hat sich gezeigt, dass insbesondere für Krankenhäuser in kleineren Städten mit ländlichem Umfeld, die Neuausrichtung der mittelfristigen Unternehmensstrategie einen wesentlichen Erfolgsfaktor für die Weiterentwicklung eines Krankenhauses bedeutet. Das KlinikumStadtSoest hat aus diesem Grunde in den letzten Jahren aktiv den Wandel zum Gesundheitsunternehmen gestaltet und möchte sich hierbei als Zentralklinikum in der Region positionieren.

Die Umsetzung dieser Strategie kann nur erfolgreich gelingen, wenn ein übergreifendes Versorgungsmanagement unter Einbeziehung von Prävention, Rehabilitation und Pflege platziert werden kann (Abbildung 1). Hohes medizinisches und pflegerisches Niveau mit ausgewählten Exzellenzen sowie eine optimale Service Qualität sichern dann dem Patienten einen ganzheitlichen Ansatz. Hierbei spielt insbesondere die Motivation der Mitarbeiter im „gesamten Unternehmen zu denken“ und somit interdisziplinäre und interprofessionelle Kooperationen zu fördern die entscheidende Rolle. Gleichzeitig lässt sich die Gestaltung übergreifender Versorgungsangebote nur realisieren, wenn dies über eine Vernetzung mit Zuweisern, Pflegediensten und Therapeuten in der Region einhergeht (Abbildung 2).

Vorhandene Schwachstellen im Entlassmanagement

In den letzten Jahren haben unterschiedliche Faktoren (unter anderem auch die Einführung der DRG) in den Krankenhäusern dazu geführt, das bestehende Entlassmanagement (zum Beispiel durch Zuhilfenahme des Expertenstandards „Entlassmanage-

ment“) zu verbessern. Gerade bei komplexen Fällen oder in schwierigen pflegerischen beziehungsweise sozialen Situationen fehlen dem Krankenhaus Ressourcen aber auch Möglichkeiten, auf die nachhaltige Organisation der weitergehenden ambulanten Versorgung einzuwirken. Auch die Kontinuität der eingeleiteten Maßnahmen (Medikation, Hilfsmittelversorgung, Empowerment) wird aktuell häufig nicht überwacht oder nachkorrigiert.

Gerade bei chronischen Erkrankungsbildern und Multimorbidität mangelt es an Informationen. Eine stärkere Beratung und Einbindung der Angehörigen im Entlassmanagement sowie die Aktivierung der bestehenden Fähigkeiten und Ressourcen von Patienten und Angehörigen („Empowerment“) würde zu einer besseren Versorgung zu Hause beitragen.

Im Bereich der Kommunikation zwischen den Versorgungsstufen sind deutliche Verbesserungspotenziale zu heben. Die Hauptprobleme liegen einerseits an häufig fehlenden Standards in der Informationsweitergabe (zu Ärzten und Pflegeeinrichtungen) und andererseits an der Tatsache, dass Therapieempfehlungen aus dem stationären Sektor unter an-



Oliver Lehnert



Marie Luise Müller

derem aus Budgetgründen oder aufgrund von Rabattverträgen nur teilweise in die ambulante Versorgung übernommen werden.

Der Verantwortungsübergang zwischen den Versorgungsstufen ist nicht ausreichend geregelt beziehungsweise organisiert und führt daher zu Abbrüchen in der Kontinuität und Qualität in der Behandlung des Patienten. Mangels einer Evaluation der eingeleiteten Maßnahmen im Entlassmanagement endet die Behandlung und somit die Sorge um den Patienten zumeist mit Verlassen der Klinik.

Mit dem „Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (sog. Versorgungsstrukturgesetz), welches zum 01. Januar 2012 in Kraft treten soll, ist unter anderem auch eine Regelung zum Entlassmanagement im Krankenhaus vorgesehen. Durch das Entlassmanagement soll die Kontinuität der Versorgung an den Schnittstellen gewährleistet und die verbesserte Kontinuität und Kommunikation zwischen den beteilig-



Abb. 1: Aufgabenstellung für ein regionales Versorgungsmanagement

ten ambulanten oder stationären Versorgungsbereichen verbessert werden. Hierzu ist geplant, den Anspruch des Patienten auf Versorgungsmanagement (§ 11 Abs. 4, SGB V) mit der Aufnahme des Entlassmanagements als definierte Leistung des Krankenhauses in § 39 Abs. 1 SGB V zu verstärken und die Landesverbände der Krankenkassen und Krankenhäuser zu beauftragen, die Einzelheiten dieser Regelung in entsprechenden Verträgen nach § 112 SGB V zu regeln. Hiermit kommt auf die Krankenhäuser in 2012 die Aufgabe zu, ihr bestehendes Entlassmanagement zu überprüfen und weiter zu verbessern.

Case Management als Instrument zur Prozessverbesserung

Die frühzeitige Entscheidung des KlinikumStadtSoest, die regionale Versorgung organisatorisch und prozessual zu verbessern, führte schnell zu der Frage, wie und durch wen diese Versorgung gesteuert werden soll. Der Ansatz von Case Management mit seiner ausgeprägten Projekt-Management-Kompetenz ist aus Sicht des Hauses prädestiniert diese Aufgabe zu übernehmen, erfordert dann aber ein Lösen der über Jahre etablierten Organisationsstrukturen in Medizin und Pflege im klinischen Alltag.

Konkret schafft die Methode des Case Management eine Instanz und Kompetenz, die über die Organisation von Terminen und Behandlungsschritten hinaus geht und ganz erheblich den ganzheitlichen pflegerisch / sozialen Betreuungsaspekt in den Vordergrund stellt. Die somit (klienten-) patientenorientierte Versorgungsperspektive nimmt alle Aspekte der mittelfristigen Organisation aus dem Alltag von Medizin und Pflege heraus und schafft eine neue Betrachtungsebene. Der übergreifende Versorgungsplan (klinische Pfade) wird weiterhin interdisziplinär und interprofessionell festgelegt und durch den Case Management Ansatz übergreifend organisiert und gesteuert.

Eine Voraussetzung für die Umsetzung eines solchen Versorgungsansatzes ist die Ausbildung eines Partnernetzwerkes, welches sowohl die professionellen Dienstleister (Ärzte, Pflege, Therapeuten, Einrichtungen u.a.) als auch weitere Hilfsangebote im Lebensumfeld des Patienten einbezieht. Selbsthilfegruppen, Sportgruppen, Betreuungsangebote für den Patienten aber auch soziale Angebote müssen erkannt und in die Vernetzung eingebunden werden.



Abb. 2: Kooperative Vernetzung verschiedener Versorgungsstufen

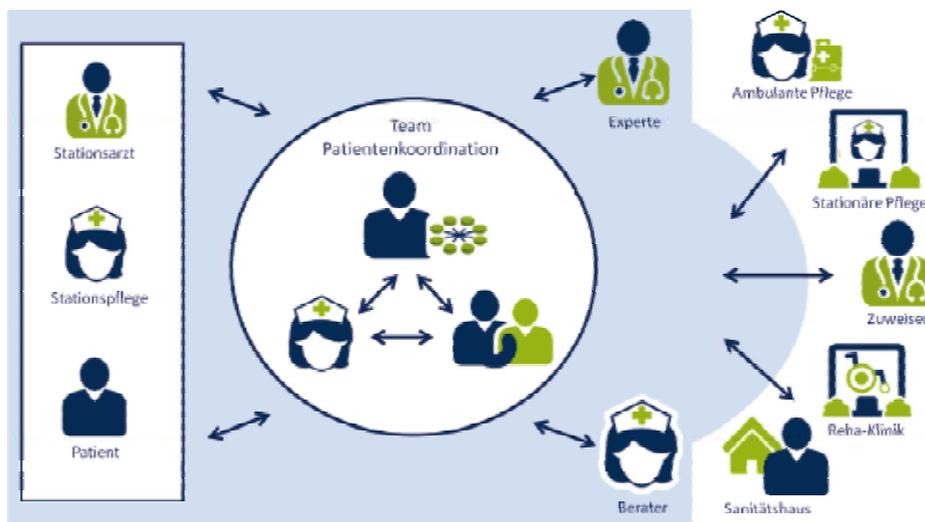


Abb. 3: Organisatorischer Aufbau des Soester Modells im Entlassmanagement

Soester Modell im Entlassmanagement

Das KlinikumStadtSoest hat aus diesem Grunde einen Prozess in Gang gebracht, bei dem über mehrere Projekte diese Unternehmensstrategie umgesetzt werden soll. In diesem Zusammenhang wurde auch vor einem Jahr entschieden, die Themen „Aufnahme- / Betten- und Entlassmanagement“ einer deutlichen Optimierung zuzuführen, um somit insbesondere die Service-Qualität des Krankenhauses gegenüber dem Patienten und die Entlastung der ärztlichen / pflegerischen Ressourcen im Unternehmen zu erwirken. Hierbei wurde unter anderem ein Konzept zum proaktiven, vernetzten Entlassmanagement entwickelt und durch die Positionierung von definierten Ansprechpartnern (sogenannte Patientenkoordinato-

ren), die nach der Methode von Case Management arbeiten, die Umsetzung in die Routine erreicht.

Nach Aufnahme des Patienten im Krankenhaus erfolgt innerhalb von 48 Stunden pro aktiv durch den Patientenkoordinator und unter Zuhilfenahme von standardisierten Instrumenten eine initiale Beurteilung des Patienten im Hinblick auf seinen individuellen Hilfebedarf nach Entlassung.

Der Patientenkoordinator erhebt mittels einer standardisierten Erstbeurteilung die aktuelle beziehungsweise zu erwartende pflegerische und soziale Situation des Patienten. Diese Beurteilung wird unter anderem durch Angaben des betreuenden Arzt- / Pflege- / Therapeuten Teams beziehungsweise durch Experten der Pflegeberatung (Wund Ma-



nagement, Ernährungsberatung u.a.) sowie in speziellen Indikationen durch Mitarbeiter aus den Bereichen Psychoonkologie, Geriatrie und anderer Professionen ergänzt.

Die durchgeführte Beurteilung ist die Grundlage für die entsprechende Hilfeplanung und bezieht hierbei Maßnahmen zum „Empowerment“ (Aktivierung von Ressourcen) des Patienten sowie der Angehörigen mit ein.

Die Koordination der entsprechenden Maßnahmen (zum Beispiel Beantragung einer rehabilitativen Maßnahme, Organisation einer Aufnahme in einer (teil-)stationären Pflegeeinrichtung, Einschalten eines ambulanten Pflegedienstes, Beantragung einer Pflegestufe u. a.) erfolgt zeitnah nach der Beurteilung / Hilfeplanung und wird durch den Patientenkoordinator selber oder im Team durch Mitarbeiter mit entsprechender Qualifikation der Pflege und Sozialberatung durchgeführt.

Dabei erfolgt diese Koordination in enger Verzahnung mit den nachversorgenden Einrichtungen (zum Beispiel Ärzte, Pflegedienste,

stationäre Pflegeeinrichtungen, Hilfsmittel-lieferanten)

Über den gesamten stationären Aufenthalt erfolgt ein Monitoring über die Organisation der eingeleiteten Hilfeangebote und Maßnahmen zum Empowerment des Angehörigen / Patienten durch den Patientenkoordinator. Vor der Entlassung aus dem Krankenhaus (spätestens 24 Stunden vor der geplanten Entlassung) werden alle eingeleiteten Maßnahmen überprüft und mit dem betreuenden Arzt-/Pflege-Team sowie dem Patienten abschließend besprochen. Der Patient und seine Angehörigen werden hierbei über die eingeleiteten Maßnahmen ausreichend informiert und beraten.

Derzeit wird auch realisiert, dass schon vor der Entlassung notwendige medizinische Informationen an die nachbetreuenden Organisationen und Einrichtungen übermittelt werden, um den Informationsfluss sicherzustellen und notwendige Vorbereitung zu gewährleisten.

Mit der Entlassung aus dem Krankenhaus wird auch eine Evaluation bei Patienten mit

entsprechend eingeleiteten Hilfsangeboten festgelegt und durchgeführt. Hierbei erfolgt diese Evaluation zur Umsetzung der geplanten Maßnahmen in der Nachsorge durch den Patientenkoordinator unter Kontaktaufnahme zum Patienten beziehungsweise seinen Angehörigen, zum Hausarzt / Facharzt oder zur nachbetreuenden Organisation (zum Beispiel Pflegedienst, stationäre Pflegeeinrichtung) beziehungsweise zum angegliederten ambulanten Patientenkoordinator /-begleiter. Diese Evaluation erfolgt in Art und Umfang einem Standard, der auch den Krankenkassen eine Beurteilung der durchgeführten Evaluation erlaubt.

Je nach Ergebnis der Evaluation erfolgt die Aktivierung des Haus-/Facharztes und / oder des ambulanten Patientenkoordinators / -begleiters zur Klärung und Unterstützung der bestehenden Versorgungssituation.

Etablierung eines Teams von Patientenkoordinatoren im Krankenhaus

Diesem Team, welches derzeit aus sechs Vollkräften (bei ca. 16.000 stationären Patienten) besteht, obliegt zusätzlich das parallel laufende Aufnahme- und Bettenmanagement für das gesamte Krankenhaus; es bündelt die Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten für alle Aspekte im Kontext des Entlassmanagements:

- proaktive Beurteilung der Patienten bei Aufnahme anhand von spezifischen Instrumenten zur Beurteilung des Nachsorgebedarfs
- Erstellen des bei Bedarf erforderlichen Hilfeplans in Abstimmung mit dem Patienten
- Planung und Einleitung der Nachsorgeorganisation sowie der Maßnahmen zum Empowerment des Patienten in Abstimmung mit internen und externen Ressourcen
- Monitoring der Nachsorgeorganisation
- Unterstützung der Pflege auf der Station, des Patienten und Angehörigen in allen Fragen rund um die Entlassung in die Weiterversorgung
- Förderung der Kommunikation und Informationsweitergabe zu Zuweisern, Hausärzten, nachversorgenden Organisationen und - wenn etabliert - dem ambulanten Patientenkoordinator
- Evaluation der eingeleiteten Nachsorge nach Entlassung bei ausgewählten Patienten und Einleitung notwendiger Maßnahmen in Abstimmung mit Ärzten, Pfl-

ge, Therapeuten beziehungsweise dem ambulanten Patientenkoordinator.

Eine solche Teamstruktur sollte bestehende Kompetenzen im Bereich des Sozialdienstes und der (Pflege-)Überleitung in einem Krankenhaus zusammenführen und keine weitere Schnittstelle zwischen den Berufsgruppen erzeugen.

Es ist notwendig, die Weisungsbefugnis für dieses Team sehr nah an der Unternehmensleitung anzusiedeln, um gerade für die multiprofessionelle Aufgabe keine direkte Zugehörigkeit zu einer Profession oder Fachabteilung zu etablieren.

Erfahrungen aus der Projekteinführung

Die Erfahrungen bei der Einführung der Patientenkoordination am KlinikumStadtSoest zeigt, dass alle Beteiligten (Ärzte in der Klinik und der ambulanten Versorgung), Pflege auf Station (im Krankenhaus / in Heimen u.a.) beziehungsweise in der ambulanten Pflege und auch ambulante Dienstleister schrittweise ein Stück Ihrer Kompetenz in die Hände der Patientenkoordination abgeben und mit dieser eine enge Kooperation aufbauen müssen. Um dies zu erreichen, ist bei jedem Mitarbeiter ein Verständnis für die Methodik aufzubauen und der persönliche Mehrwert (zum Beispiel Entlastung) aufzuzeigen.

Die Übertragung von Kompetenz und die Schaffung von Akzeptanz in allen Berufsgruppen stellen die wesentlichen Voraussetzungen für die Etablierung des hier vorgestellten Versorgungskonzeptes dar. Dies hat allerdings zur Folge, dass bei der Einführung dieser Steuerungsebene sehr viel Wert darauf gelegt werden muss, Transparenz über die Aufgaben in der Patientenkoordination und sich verändernde Prozesse zu schaffen. Für ein Krankenhaus bedeutet die Einführung auch die Neustrukturierung von Prozessen, Aufbau von Kompetenz im Thema Case Management, Schaffung von Akzeptanz und letztlich auch Integration der neuen Prozesse und Kooperationen in die IT Strategie. Aus diesem Grund ist ein solches Projekt sinnvollerweise mit einer externen Begleitung umzusetzen.

Aus ökonomischer Sicht ist die Verankerung der Patientenkoordination als Instrument zur Steuerung der Prozesse im Rahmen von Aufnahme und Entlassung zunächst eine Investition, die nach einer Ein-

führungsphase von den bestehenden Berufsgruppen aus Arzt, Pflege und Verwaltung kostenneutral in das Budget eingebettet werden muss. Aus unserer Sicht ist die Verteilung der Mehrkosten für die neu geschaffenen Stellen zu jeweils einem Drittel anteilig in der Personalplanung der Ärzte, Pflege und Verwaltung zu berücksichtigen. Das Messen der gesundheitsökonomischen Effekte (Kostenreduktion, Erlössteigerung, Patienten- / Zuweiserzufriedenheit) in der Projekteinführung ist zwingend notwendig, um in der Weiterentwicklung der Konzepte eine parallele Evaluation vorzunehmen. Am KlinikumStadtSoest wird daher das Projekt „Patientenkoordination“ aktiv in die Patienten- und Zuweiserbefragung sowie das Kennzahlenmanagement integriert um ein laufendes Controlling zu gewährleisten.

Info

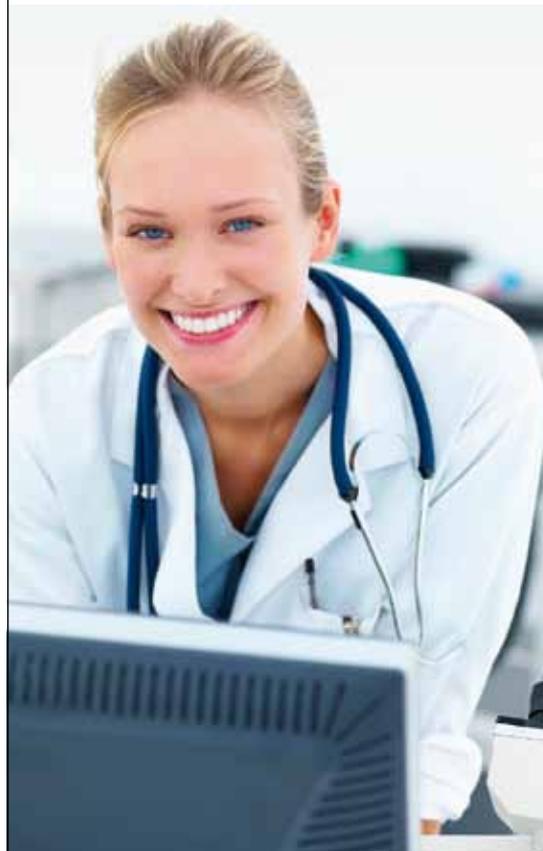
Das Projekt „Aufnahme-/Betten- und Entlassmanagement“ am KlinikumStadtSoest wurde von der Firma com2health begleitet. Besonders die Konzeption und Einführung der neuen Prozesse als auch der Aufbau des Teams Patientenkoordination (zum Beispiel Qualifizierung der Mitarbeiter, Teamstruktur u.a.) wurde hierbei unterstützt.

Mit der Softwarelösung CaseGuide der com2health konnten inzwischen auch Steuerung und Dokumentation im Entlassmanagement sowie die Integration externer Partner (zum Beispiel Pflegedienste u.a.) über eine webbasierte Plattform als Ergänzung zum bestehenden Krankenhausinformationssystem IT gestützt umgesetzt werden.

Kontakt

Dipl. Kaufm. Oliver Lehnert
KlinikumStadtSoest
Geschäftsführer
Tel.: 02921/9-00
E-Mail: lehnert@klinikumstadtsoest.de
www.stadtkrankenhaussoest.de

Marie Luise Müller
KlinikumStadtSoest
Pflegedirektorin
Tel.: 02921/901-469
E-Mail: mlmueller@klinikumstadtsoest.de
www.stadtkrankenhaussoest.de



Damit alles wie von selbst funktioniert,...

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



Besuchen Sie uns auf der MEDICA in Düsseldorf **Halle 15/Stand E.32**



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

Das Prozessmodell der ATEGRIS GmbH

Ein Erfahrungsbericht zur systematischen Optimierung von Prozessen

Die ATEGRIS GmbH ist Dachorganisation und Dienstleister im Gesundheitswesen, die zwei Krankenhäuser, drei Altenwohnstifte und eine ambulante Krankenpflege professionell unterstützt. Aus strategischer Sicht hat die Prozessoptimierung innerhalb der ATEGRIS in jüngerer Zeit zusätzlich an Bedeutung gewonnen. Ziel ist es, nicht nur innerhalb der Gruppe als Dienstleister mit standardisierten und verlässlichen Produkten wahrgenommen zu werden, sondern diese mittelfristig auch externen Organisationen im Gesundheitswesen anbieten zu können. Zu diesem Zweck ist 2011 erstmals ein einheitliches Prozessmodell etabliert worden, welches in der Zukunft im Rahmen von Optimierungen in den Organisationsteilen der ATEGRIS Anwendung finden wird.



Martina Eberle

Ausgangslage

Die ATEGRIS als traditioneller Krankenhausträger ist primär ein funktional aufgebautes Unternehmen. In den medizinisch-pflegerischen Bereichen der Krankenhäuser hat das prozessorientierte Denken mit der Einführung klinischer Pfade bereits vor einiger Zeit Einzug gehalten. In den unterstützenden Bereichen der Dachorganisation aber hatte dies bisher noch keinen großen Stellenwert. Da diese jedoch Serviceleistungen, unter anderem Finanzbuchhaltung, Controlling, Einkauf, Projektmanagement, Beratung, Personalverwaltung und -entwicklung zentral anbietet, führt dies zu sehr vielen Schnittstellen, an denen es zu Reibungsverlusten, höheren Kosten und letztlich zu Unzufriedenheit bei Kunden kommen kann.

Da ein Verantwortlicher für den jeweiligen Prozess bisher nicht immer jedem bekannt beziehungsweise festgelegt war, war auch kein Standard als gemeinsame Basis zur Optimierung etabliert. Ziel war es, dieses entsprechend zu optimieren.

Handlungsbedarf

Aus der beschriebenen Ausgangslage resultierte ein vierstufiger Handlungsbedarf:

1. Prozessverantwortlichen und Prozessbeteiligte benennen
2. Abläufe transparent im IST darstellen und Schwachstellen identifizieren
3. Prozesse im SOLL definieren
4. Prozessoptimierungen im SOLL umsetzen

Hierfür wurde zunächst in einem Pilotprojekt im Einkauf eine geeignete Methode entwickelt und später dann auf eine Auswahl abteilungsübergreifender Prozesse angewendet, um diesem Handlungsbedarf zu begegnen. Die dazu notwendige Methodenkompetenz integrierte die ATEGRIS GmbH ab Sommer 2010 durch das Engagement der c2 consulting GmbH.

Ansatz

Das Veränderungsmanagement der ATEGRIS GmbH hatte sich im Vorfeld bewusst darüber Gedanken gemacht, dass – im Gegensatz zu früheren Ansätzen – die Inhalte der jeweiligen Prozesse immer im Vordergrund stehen sollten und man sich nicht frühzeitig durch die Auswahl einer zusätzlichen spezifischen Software einer dadurch vorgegebenen Vorgehensweise unterordnen wollte. Dies stellte einerseits eine einfache Handhabung sicher. Viel wichtiger war jedoch andererseits, dass sich die in die Prozessoptimierung involvierten Mitarbeiter voll auf die Inhalte konzentrieren konnten und nicht durch aufwendige Schulungen oder komplexe Dokumentation desorientiert beziehungsweise demotiviert wurden.

Vor diesem Hintergrund schieden Beratungsunternehmen, die mit speziellen Softwareprodukten Prozessoptimierung betreiben oder ausschließlich konzeptionell arbeiten als externe Unterstützung von vornherein aus. Zusätzlich ausschlaggebende Kriterien für die Wahl von c2 consulting waren schließlich:

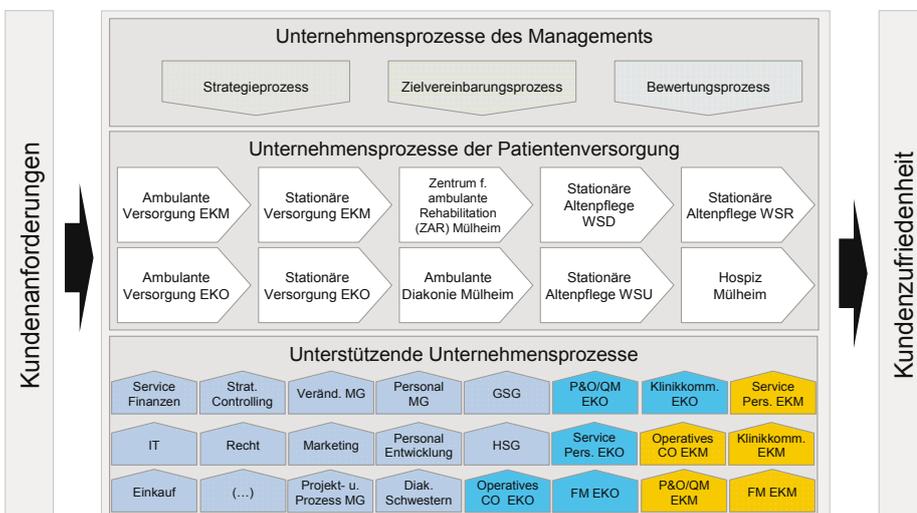


Abb. 1: Prozesslandkarte der ATEGRIS, Quelle: Eigene Darstellung

mulare beziehungsweise Hilfsmittel sowie Kritik und Verbesserungsvorschläge (Abbildung 3, Hinweis 3). Diese Attribute deuten den Schwerpunkt der Optimierung bereits an und zeigen frühzeitig die Potenziale auf. Insbesondere hierin zeigt sich wie einfach sich Mittel und Zwecke im Struktogramm miteinander vereinen lassen. Das Prozessmodell dient zum einen als Werkzeug im Rahmen der Prozessoptimierung, zum anderen als niedergelegte Dokumentation des Prozesses.

Erfahrungen am Beispiel des Vertragsmanagements

Das hier ausgewählte Beispiel repräsentiert einen der Unternehmensprozesse, der im IST dokumentiert, dessen Schwachstellen identifiziert und notwendige Verbesserungen festgelegt wurden. Als Leiter der Optimierungsteilprojekte wurde jeweils der ‚natürliche‘ Prozesseigner bestimmt, der dann mit tatkräftiger Unterstützung von Veränderungsmanagement und c2 consulting den Unternehmensprozess unter Anwendung des ‚ATEGRIS Prozessmodells‘ vom ‚IST‘ zum ‚SOLL‘ überführte.

Ausgangssituation

Bereits vor einiger Zeit wurde in ein etabliertes System zur elektronischen Archivierung von Verträgen investiert, um diese gegebenenfalls bei Ablauf beziehungsweise anstehender Verlängerung gezielt neu verhandeln zu können. Obwohl das System als solches durchaus leistungsfähig war, gelang es jedoch nicht, die Verträge zeitnah zu archivieren wie auch im System schnell wiederzufinden. Der Mitarbeiter in der Organisation, der für die Archivierung verantwortlich war, war außerdem mit der Vielzahl von Vorgängen überlastet, was bei der Größe der ATEGRIS GmbH jedoch nicht verwundern kann. Neben der Frage, welche Verträge nach welchen Kriterien denn grundsätzlich zu archivieren sind, stand auch in Frage, ob es überhaupt hinreichend ist, diese Aufgabe nur einem Mitarbeiter zuzuweisen.

Vorgehen

Seitens des Veränderungsmanagements wurde aufgrund der im Pilot gesammelten Erkenntnisse zunächst ein Workshop zum grundsätzlichen Prozessverständnis wie auch zur Aufnahme der einzelnen Aktivitäten mit all den Beteiligten, die mit Verträgen täglich zu tun haben, abgehalten. Durch die

Beteiligung aller Mitarbeiter, die zukünftig im Prozess mitwirken, konnte einerseits ein umfassendes Bild des Prozesses mit seinem Optimierungspotenzial erzeugt werden. Andererseits konnte der optimierte Prozess ohne große Widerstände eingeführt werden, da alle in dessen Entwicklung eingebunden waren.

Alle Aktivitäten wurden dann ins Struktogramm als Beschreibung des IST übertragen. Weiterhin wurde von allen gemeinsam im Dialog über die Kritik wie auch über mögliche Verbesserungen gesprochen.

Auf Basis dieses Dialoges gab c2 consulting dann einerseits eine Empfehlung darüber ab, wie die Aufgabe in machbare Teilaufgaben zugeschnitten werden könnte. Andererseits wurde eine Empfehlung abgegeben, ob der Prozess generell eher neu zu entwickeln oder ‚nur‘ zu verbessern sei. Es blieb danach dem Prozesseigner als Projektleiter überlassen, ob er diesen Empfehlungen folgte.

Beim Transfer vom IST zum SOLL gab es dann für den Projektleiter sowohl seitens des Veränderungsmanagements als auch durch c2 consulting die nötige Unterstützung bei der Lösung aller ‚auf dem Weg‘ anfallenden Fragen oder neu zu entwickelnden Werkzeuge.

Ergebnis

Während der Optimierung des Prozesses haben sich alle Beteiligten darauf geeinigt, dass sie die Verträge selbst nach einem genau festgelegten Vorgehen zur Archivierung vorbereiten müssen. Alle Hintergrundinformationen und Auswahlmöglichkeiten sind bereits im elektronischen Formular des Stammblasses hinterlegt, welches bei Archivierung auszufüllen ist.

Das Hinzufügen von Schlagworten und anderen Attributen durch dieselbe Person sorgt gleichzeitig dafür, dass der archivierte Vertrag leichter wieder aufzufinden ist. Archiviert und überwacht werden die Verträge durch Mitarbeiter in den vier Abteilungen, die mit den meisten Verträgen umgehen.

Die Potenziale für Einsparungen sind deutlich, da nun erstmalig ein strukturiertes und umfassendes Vertragsmanagement möglich wird. Beispielsweise sind alle Vertragsdaten schnell und einfach aus einem System zu generieren. Außerdem ist nun sichergestellt, dass alle Verträge regelmäßig

mit dem aktuellen Bedarf abgeglichen und fristgerecht nachverhandelt oder gekündigt werden können.

Ausblick

Die Pilotphase zur Prozessoptimierung ist bei der ATEGRIS so gut wie abgeschlossen. Die Prozessoptimierung hat sich bereits jetzt gut bewährt.

Allen beteiligten Mitarbeitern sind die Prozesse hinsichtlich der Verantwortung für die Prozessaktivitäten und der Mitwirkungspflichten an den Schnittstellen wesentlich transparenter geworden. Auf Basis dieser Transparenz und dem damit verbundenen Bewusstsein für das eigene Tun war es vergleichsweise einfach, Schwachstellen aufzudecken und Verbesserungen ohne große Widerstände einzuführen.

Das Struktogramm als Methode überzeugte durch Klarheit und universelle Struktur. Auf diesem konzeptionellen Fundament war es von Anfang an möglich, sämtliche Beteiligte in die Prozessoptimierung zu integrieren und so Nachhaltigkeit ‚miteinzubauen‘. Fehlentwicklungen und damit einhergehende Frustrationen bei den Mitarbeitern wurden vermieden.

Parallel zu den bereits angegangenen Prozessen wurde unter Leitung des Veränderungsmanagements zusammen mit c2 consulting ein Konzept entwickelt, welches die Prozessoptimierung innerhalb der ATEGRIS als Vorgehen standardisiert. Ziel der Standardisierung war es, den weiteren Roll-Out über die gesamte Prozesslandschaft der ATEGRIS ohne weitere externe Unterstützung realisieren zu können. Prozessoptimierung mit Hilfe des von ATEGRIS gemeinsam mit c2 consulting eingeschlagenen Weges hat sich somit als eine ebenso einfache wie kostengünstige Methode erwiesen.

Kontakt

Martina Eberle
ATEGRIS GmbH
Die Kette der diakonischen Krankenhäuser
Senior Beraterin
Tel.: 0208/309-2083
E-Mail: martina.eberle@ategris.de
www.ategris.de

Sebastian Reinhardt
c2 consulting GmbH
Senior Project Manager
Tel.: 030/2589-4054
E-Mail: sebastian.reinhardt@c2-consulting.de
www.c2-consulting.de/koordination

Implementierung der Balanced Scorecard in einer strategischen Geschäftseinheit des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf

Kennzahlen sind ein wichtiges Instrument der Unternehmenssteuerung. Sie sind jedoch sehr häufig auf finanzielle Aspekte beschränkt und nicht in den Gesamtkontext der unternehmerischen Wertschöpfungskette eingebunden. Die Balanced Scorecard (BSC) kann hier Abhilfe schaffen. Diese ist ein Verbindungsglied zwischen Strategiefindung und -umsetzung. Die traditionellen finanziellen Kennzahlen werden durch eine Kunden-, eine Prozess- und eine Innovationsperspektive ergänzt. Die BSC versorgt Mitarbeiter aller Ebenen mit finanziellen und nicht-finanziellen Informationen des Unternehmens. Wir halten die BSC auch zur Steuerung kleinerer strategischer Geschäftseinheiten für ein geeignetes Managementinstrument. Die BSC kann außerdem bei der Übernahme einer neuen Organisationseinheit eingesetzt werden. Sie schafft Transparenz und Struktur für die neue Leitung.



Dr. Hans-Jürgen Bartz

Kennzahlen sind ein wichtiges Instrument der Unternehmenssteuerung. Sie sind jedoch sehr häufig auf finanzielle Aspekte beschränkt und nicht in den Gesamtkontext der unternehmerischen Wertschöpfungskette eingebunden. Die Balanced Scorecard (BSC) kann hier Abhilfe schaffen. Diese ist ein Verbindungsglied zwischen Strategiefindung und -umsetzung. Die traditionellen finanziellen Kennzahlen werden durch eine Kunden-, eine Prozess- und eine Innovationsperspektive ergänzt. Die BSC versorgt Mitarbeiter aller Ebenen mit finanziellen und nicht-finanziellen Informationen des Unternehmens. Wir halten die BSC auch zur Steuerung kleinerer strategischer Geschäftseinheiten für ein geeignetes Managementinstrument. Die BSC kann außerdem bei der Übernahme einer neuen Organisationseinheit eingesetzt werden. Sie schafft Transparenz und Struktur für die neue Leitung.

Kennzahlen helfen dabei, die Kernprozesse im Unternehmen im Blick zu behalten. Darüber hinaus kann sich das Unternehmen anhand der Kennzahlen mit anderen im Sinne eines Benchmarking vergleichen. Auch als Frühwarninstrument sind diese Zahlen hilfreich. Unternehmen besitzen in der Regel Berichtssysteme, in denen diese Kennzahlen zusammengefasst werden. Die Zahlen sind jedoch sehr häufig auf finanzielle Aspekte fokussiert und nicht in den Gesamtkontext der unternehmerischen Wertschöpfungskette eingebunden. Hier kann die Balanced Scorecard (BSC) Abhilfe schaffen, indem sie das Unternehmen

aus vier verschiedenen Perspektiven betrachtet: Finanzen, Kunden, Prozesse, Innovation.

Ziel der Arbeit ist es, die Grundzüge der BSC zu erläutern und deren Einführung und Anwendung in einem strategischen Geschäftsbereich eines Krankenhauses anhand eines Praxisbeispiels zu demonstrieren.

Theoretische Grundlagen der BSC

Die BSC wurde von Kaplan und Norton in den 1990er Jahren entwickelt.^{1, 2, 3, 4} Sie ist ein Verbindungsglied zwischen Strategiefindung und -umsetzung. Die traditionellen finanziellen Kennzahlen werden durch eine Kunden-, eine Prozess- sowie eine Innovationsperspektive ergänzt. Die Funktionen der BSC sind vielfältig. Die BSC dient vor allem zur Konsensfindung bei der Entwicklung der Unternehmensstrategie. Dafür werden zunächst strategische Initiativen definiert. Diese werden dann nach Konsentierung im Unternehmen kommuniziert. Dieser Prozess bringt Abteilungsziele und individuelle Ziele mit der Unternehmensstrategie in Einklang und verbindet diese mit dem Jahresbudget. Im Verlauf des Wirtschaftsjahres kann die Unternehmensstrategie regelmäßig bewertet und im Sinne eines „double loop learning“ verbessert werden. Hierunter versteht man eine dynamische Anpassung der strategischen Ziele an die operationalen Ziele des Unternehmens.

Jeder strategische Geschäftsbereich kann die BSC als Managementinstrument nutzen. Hierunter versteht man Bereiche, die eigenständige Ziele haben, interne und / oder externe Kunden betreuen sowie Budgetverantwortung tragen. Die BSC ist also weit mehr als eine Sammlung von Kennzahlen. Kaplan und Norton bringen es in ihrem Buch so auf den Punkt: The balanced scorecard should tell the story of the business unit's strategy. So umfassend die BSC ist, sie kann das tägliche Controlling des Unternehmens nicht ersetzen.

Zentraler Bestandteil der BSC sind ihre vier Perspektiven.⁵ Diese stellen die Kennzahlen in einen wertschöpfenden Zusammenhang. Die finanzielle Perspektive zeigt, ob die Implementierung der Strategie zur Ergebnisverbesserung beiträgt. Die Kundenperspektive reflektiert die strategischen Ziele des Unternehmens in Bezug auf die Kunden- und Marktsegmente, auf denen es konkurrieren möchte. Die interne Prozessperspektive bildet die Kernprozesse des Unternehmens ab, die dafür sorgen, die Ziele der finanziellen Perspektive und der Kundenperspektive zu erreichen. Die Innovationsperspektive beschreibt die Infrastruktur des Unternehmens in Bezug auf Mitarbeiterqualifikation und Wissensaustausch. Tabelle 1 zeigt Beispiele für Kennzahlen der vier Perspektiven.

Die BSC kann auch in Einrichtungen des Gesundheitswesens eingesetzt werden. Hierfür gibt es eine Reihe von Hinweisen in der Literatur. Exemplarisch seien einige Ver-

<p>Finanzielle Perspektive</p> <ul style="list-style-type: none"> Gesamtkapital Eigenkapitalrendite Fremdkapitalrendite Jahresüberschuss Gewinn pro Mitarbeiter Return on Investment (ROI) Cashflow Gesamtkosten <p>Prozessperspektive</p> <ul style="list-style-type: none"> Pünktlichkeit der Lieferungen Kapazitätsauslastungsgrad Reaktionszeit auf Kundenanfragen Fehlerquote Break-Even-Time Bearbeitungszeit Abfallvermeidung Flächennutzung Interne Umsetzungsrate neuer Produkte 	<p>Kundenperspektive</p> <ul style="list-style-type: none"> Anzahl der Patientenkontakte Dauer der Patientenkontakte Marketingkosten bezogen auf Umsatz Websitebesuche Anzahl positiver Medienartikel <p>Lern- und Wachstumsperspektive</p> <ul style="list-style-type: none"> Mitarbeiter in Berufsverbänden Weiterbildungskosten/MA Abwesenheitsrate Einweiserzufriedenheit Mitarbeiterzufriedenheit Patientenzufriedenheit Bewerberanzahl Kongressbeiträge/Jahr MA-Produktivität Trainingsseminare/Jahr ZVG/MA/Jahr
--	--

Tab. 1: Beispiele für Kennzahlen der BSC (modifiziert nach Kaplan und Norton 1996)

	W 1	W 2	W 3	W 4	W 5	W 6	W 7	W 8	W 9	W 10	W 11	W 12	W 13	W 14
Vorstellung des Themas	■													
Workshops	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■			
Leitbild, Vision, Strategie		■	■	■	■									
Finanzperspektive				■	■	■	■	■						
Kundenperspektive						■	■	■	■					
Prozessperspektive								■	■	■				
Innovationsperspektive									■	■	■			
Zusammenfassung			■	■	■	■	■	■	■	■	■			
Visualisierung der BSC			■	■	■	■	■	■	■	■	■			
Testphase												■	■	■
Implementierung														■

Tab. 2: Übersicht Implementierung BSC: Zeitplanung und Inhalte (W = Woche)

öffentlichungen zitiert: Jeffs et al. und Naranjo erläutern den Einsatz der BSC im Krankenpflegebereich.^{6,7} Meliones et al. konnten zeigen, dass der Einsatz der BSC zu einer Steigerung des Unternehmensgewinns in einem amerikanischen Krankenhaus der Maximalversorgung führte.⁸ Groene et al. führten aus, dass die BSC vor allem in Verbindung mit dem EFQM-Modell ein sehr wirkungsvolles Managementinstrument ist.⁹

Anwendungsbeispiel für die BSC

Die Übernahme und Neuausrichtung des Geschäftsbereichs Qualitätsmanagement und klinisches Prozessmanagement des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf erforderte neben einer Strategieentwicklung eine systematische Analyse von Finanzen, Prozessen, Kunden und Lernen innerhalb der Organisation. Hierfür setzten wir die BSC als Managementinstrument ein. Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Ge-

schäftsbereichs Qualitätsmanagement wurden an der Strategieentwicklung beteiligt. Diese fand vom Juli bis November 2010 in wöchentlichen einstündigen Workshops statt (Tabelle 2). Für jede Perspektive der BSC wurden spezifische Kennzahlen entwickelt. Um den Einarbeitungsaufwand in das Managementinstrument gering zu halten, wurde für die BSC des Geschäftsbereichs keine Spezialsoftware angeschafft. Vielmehr wurden die Ergebnisse der Sitzungen in Tabellen (Microsoft Excel 2003-2007) zusammengefasst, die danach für das Layout der BSC genutzt wurden. Die Ideenentwicklung wurde mit Hilfe der Mind Mapping Methode unterstützt und visualisiert (Mindjet, Mind Manager Pro 7).

Wie in der Literatur empfohlen, wurden die Ziele des Geschäftsbereichs Qualitätsmanagement mit der Unternehmensstrategie des UKE abgestimmt. Dazu identifizierten wir zunächst das Unternehmensleitbild des UKE. Darauf aufbauend entwickelten wir für den Geschäftsbereich Qualitätsma-

nagement eine Strategieskizze, ein Leitbild, ein Leitziel und übergeordnete strategische Ziele. Danach wurden für die einzelnen Perspektiven strategische Ziele definiert. Diesen wurden operative Ziele, Aktionen und Kennzahlen zugeordnet.⁵ Tabelle 3 zeigt beispielhaft einen Ausschnitt der BSC aus der Kundenperspektive mit den Kennzahlen für das Berichtsjahr 2010.

Die Ergebnisse wurden nach jedem Workshop zusammengefasst. Die Mitarbeiter konnten sich zwischen den Workshops noch einmal inhaltlich mit den Kennzahlen auseinandersetzen. Im nächsten Workshop wurden die Kennzahlen abschließend besprochen. Für einige Kennzahlen konnten keine Zielgrößen definiert werden. Entweder handelte es sich um neue Kennzahlen oder es konnte kein Konsens über eine adäquate Zielgröße gefunden werden. Dies soll mit Ablauf des Geschäftsjahres 2011 nachgeholt werden, wenn mehr Erfahrung mit der Methode besteht. Nachdem alle vier Perspektiven bearbeitet worden waren, wurden die Ergebnisse der Workshops zusammengefasst. Die BSC wurde daraufhin von allen Mitarbeitern getestet. Nach der Testphase wurde die BSC erfolgreich in die Tagesroutine des Geschäftsbereichs Qualitätsmanagement integriert.

Diskussion und Überarbeitung der BSC

Im Juli 2011 wurde der Einsatz der BSC reevaluiert. Die Ergebnisse sind in Tabelle 4 zusammengefasst. Es ist unbedingt wichtig, alle Mitarbeiter in die Entwicklung und die regelmäßige Bewertung der BSC einzubeziehen. Nur so schafft man Akzeptanz für die Methode. Das Feedback aus der Gruppe war positiv. Das Instrument wird als hilfreich, übersichtlich und innovativ bezeichnet. Die Betrachtung aus vier Perspektiven ermöglicht eine umfassende Sicht auf die Aktivitäten des Geschäftsbereichs. Insgesamt werden 68 Kennzahlen erhoben. Dies bedeutet einen Durchschnitt von fünf Kennzahlen pro Mitarbeiter. Der überwiegende Teil der Kennzahlen wird aus Softwaresystemen generiert. Der Rest wurde aus der existierenden Routedokumentation extrahiert. Die Datenerhebung empfanden alle Mitarbeiter als praktikabel.

Die Bewertungsintervalle wurden nach einer zunächst monatlichen Überwachung so genannter Schlüsselkennzahlen für alle Kennzahlen einheitlich auf quartalsweise umgestellt. Die Intervalle müssen sorgfältig

gewählt werden, um die Glaubwürdigkeit der BSC nicht in Frage zu stellen. Am Ende des Jahres werden wir jede Kennzahl unserer BSC im Rahmen der jährlichen Strategisierung unseres Geschäftsbereichs noch einmal auf den Prüfstand stellen. Ziel ist es, das Instrument noch kompakter zu machen und das Layout zu verbessern.

Fazit

Wir setzen die BSC seit 2011 erfolgreich zur Steuerung unseres Geschäftsbereichs

ein. Die Auseinandersetzung mit den Kennzahlen hilft allen Mitarbeitern, die Strategie des Geschäftsbereichs Qualitätsmanagement umzusetzen. Gleichzeitig werden die Ziele im Sinne eines „double-loop learnings“ regelmäßig kritisch hinterfragt und angepasst. Wir halten die BSC auch für die Steuerung kleinerer strategischer Geschäftseinheiten für ein geeignetes Managementinstrument. Die Bewertungsintervalle sollten nicht zu eng gewählt werden. Die BSC könnte dann, aufgrund der geringen Bewegung der Kennzahlen, als Steuerungsinstrument an Glaubwürdigkeit verlieren. Für ei-

nen strategischen Geschäftsbereich wie das Qualitätsmanagement reichen quartalsweise Bewertungen aus. Die BSC eignet sich außerdem als Instrument bei der Übernahme einer neuen Organisationseinheit. Sie schafft Transparenz und Struktur für die neue Leitung.

Ich danke allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Geschäftsbereichs herzlich für die tatkräftige und kompetente Unterstützung bei der Einführung der BSC.

BSC-Perspektive Kunden	Kennzahl	Zielgröße	Bericht 2010
QM als Informationslieferant Durch gezielte Beschaffung und Bereitstellung von Informationen für interne und externe Kunden des UKE Transparenz und Qualität der Versorgung verbessern.			
QM-Handbuch	Rückmeldung QM-K	> 60% positiv	ab 2011
Arzthaftpflichtseminar			
Arzthaftpflichtseminar	Kurse/Jahr	4	4
Arzthaftpflichtseminar	Teilnehmer/Kurs	15	64
Arzthaftpflichtseminar	Evaluationsergebnis	< 2,5	2,11
Informationsveranstaltungen			
Einführungsveranstaltung für neue UKE-Mitarbeiter	Veranstaltungen/Jahr	Keine Vorgabe	0
QM-Forum	Foren/Jahr	9	9
QM-Forum	Teilnehmer/Kurs	> 15	19
QM-Gruppen	QM-Gruppen/Bereich/Jahr	4 bis 12	3,5
Kurzfortbildungen	Veranstaltungen/Jahr	6	5
Schulung, Vorträge aus GB QM	Erreichte Mitarbeiter/Jahr	600	768

Tab. 3: Beispielsicht BSC (Auszug aus Kundenperspektive)

Wichtige Tipps für die Umsetzung

- Beziehen Sie alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in die Entwicklung der BSC ein
- Schaffen Sie ein offenes Diskussionsklima, indem Sie bei der Ideenentwicklung jede Meinung zulassen
- Visualisieren und unterstützen Sie die Ideenwicklung mit der Mind-Mapping-Methode
- Stellen Sie sich die richtigen Fragen
 - o Wo wollen wir hin?
 - o Was wollen unsere Kunden?
 - o Was sind meine Kernkompetenzen?
 - o Was sind meine Kernprozesse?
- Identifizieren Sie das Unternehmensleitbild und stellen Sie sicher, dass Sie sich mit Ihrer strategischen Geschäftseinheit darin wieder finden
- Gehen Sie bei Ihrer Entwicklung „top-down“ vor (von den strategischen zu den operativen Zielen)
- Wenden Sie das „double-loop-learning“ an, indem Sie Ihre Ziele immer wieder kritisch hinterfragen

Tab. 4: Wichtige Tipps für die Umsetzung

Literatur

1. Kaplan, R. S.; Norton, D. P. (1996): The Balanced Scorecard, Translating Strategy into Action. Boston: Harvard University Press.
2. Kaplan, R. S.; Norton, D. P. (1992): The Balanced Scorecard – Measures that drive performance. Harvard Business Review, S. 71-80.
3. Kaplan, R. S.; Norton, D. P. (1993): Putting the balanced scorecard to work. Harvard Business Review, S. 2-16.
4. Kaplan, R. S.; Norton, D. P. (1996): Using the balanced scorecard as a strategic management system. Harvard Business Review, S. 75-85.
5. Friedtag, H. R.; Schmidt, W. (2009): Balanced Scorecard. Freiburg: Haufe.
6. Jeffs, L. et al. (2011): Using a nursing balanced scorecard approach to measure and optimize nursing performance. Nurs Leadersh 24 (1), S. 47-58.
7. Naranjo-Gil, D. (2009): Strategic performance in hospitals: the use of the balanced scorecard by nurse managers. Health Care Manage Rev 34 (2), S. 161-70.
8. Meliones, J. N. (2008): Can the Balanced Scorecard, Six Sigma®, and Team Training All Thrive in a Single Hospital? In: Henriksen, K.; Battles, J. B.; Keyes, M. A.; Grady, M. L.: Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches, Agency for Healthcare Research and Quality.
9. Groene, O. et al. (2009): The Balanced Scorecard of acute settings: development process, definition of 20 strategic objectives and implementation. Int J Qual Health Care 21 (4), S. 259-71.

Kontakt

Dr. med. Hans-Jürgen Bartz MBA
 Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
 Leitung GB QM und klinisches Prozessmanagement
 Tel.: 040/7410-56048
 E-Mail: h.bartz@uke.de
 www.uk.de

Qualitätsgesichertes Prozessmanagement durch optimierte Behandlungspfade

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

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

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

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

Prozessdokumentation

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

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

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

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

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

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



Denise Bundi



Dr. Georg Ahlbäumer

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

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

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

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

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

Im Rahmen der Ermittlung der Bearbeitungszeiten muss ebenfalls berücksichtigt werden, wenn ein Teilprozess von mehreren Personen einer Berufsgruppe durchgeführt wird. Beispielsweise wird die Lagerung eines Patienten häufig zu zweit durchgeführt oder eine Operation wird von zwei oder mehr Operateuren vorgenommen. Im Rahmen der Erhebung sollten von den diagnostischen und therapeutischen Funktionsbereichen konkrete Angaben zu den Bearbeitungszeiten der Leistungen gemacht werden. Diese stellen eine Verbindung zu dem Leistungskatalog der Funktionseinheit her, wie zum Beispiel präoperatives Röntgen Thorax in 2 Ebenen oder präoperative Labordiagnostik bestehend aus kleinem Blutbild, Kalium, Natrium, Calcium, Quick, PTT, etc. Dies ist

erforderlich, da so die Personalkosten verursachungsgerecht über die konkreten Zeitangaben berechnet werden können. Das Ergebnis der Erhebung ist der komplette Prozessablauf mit allen für die homogene Patientengruppe relevanten Leistungen im Sinne der zuvor bestimmten Kernkompetenz.

Berechnung und Auswertung der Prozesskosten

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

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

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



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



**Institut für Workflow-Management
im Gesundheitswesen**





... wissenschaftlich unterstützte IT-Lösungen erkennt man





ClipMed® ausgezeichnet:




Patienten muss man sich verdienen.

Planen, kalkulieren und optimieren Sie mit ClipMed® die zukünftige Patientenversorgung

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

... mit den ausgezeichneten Experten

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

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

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

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

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

Da Krankenhäuser in der Regel über mehr als 100 unterschiedliche Kostenarten verfügen ist es zur Vereinfachung der Prozesskostenrechnung empfehlenswert, die Kostenarten in Gruppen zu bündeln (Ärztlicher Dienst, Pflegedienst, Funktionsdienst / Medizinisch-

technischer Dienst, Sonstige Mitarbeiter, Arzneimittel, Medizinischer Bedarf, Implantate, Blutprodukte, Honorare, Krankentransporte, (Nicht) Medizinische Infrastruktur o.ä.).

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

Auswertungen der gesamten Prozesskosten und Prozesszeiten nach

- Geschäfts-, Haupt- und Teilprozessen
- Berufsgruppen
- Behandlungstagen

Auswertung der Einzelkosten nach

- Geschäfts-, Haupt- und Teilprozessen
- Berufsgruppen
- Behandlungstagen

Auswertung der Zuschlagskosten

- Kostenstellen
- Kostentreibern

Vorteile der Kostenkontrolle im Krankenhaus

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

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

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

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

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

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

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

Literatur

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

Kontakt

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

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

Prozesse voll im Griff

Abteilungsübergreifender Informationsaustausch auf Basis eines DMS-Systems

Seit 20 Jahren berät und betreut die Marabu EDV GmbH erfolgreich Kunden bei der Optimierung dokumentbasierter Prozesse. War es in der Vergangenheit noch üblich, Abläufe innerhalb einer Abteilung zu betrachten und zu steuern, so tritt heute das Unternehmen „Krankenhaus“ als Ganzes in den Vordergrund. Wichtige Prozesse lassen sich nicht auf einzelne Organisationseinheiten beschränken. Wenn unternehmenskritische Prozesse optimiert werden sollen, sind Abteilungsschranken tabu! Damit wächst aber auch die Anforderung, Dokumente und Informationen abteilungsübergreifend verfügbar zu halten, wenn eine Mehrfachspeicherung vermieden werden soll. Mit einem universellen DMS-Baukasten und integrierter Workflowengine kann man diesen Anforderungen in hohem Maße gerecht werden.



Thomas Lichtenberg

Stellung des DMS in einem Unternehmen

Am Anfang einer DMS-Einführung steht häufig die konkrete Anforderung einer Abteilung, die eigene Fachanwendung um dokumentbezogene Funktionen zu erweitern (zum Beispiel Anzeige der Originalrechnung zum Buchungssatz) und damit dokumentbasierte Prozesse zu verbessern. Bei der Suche nach einer Lösung wird in der Regel schnell klar, dass andere Abteilungen ähnliche Anforderungen haben. Aus Sicht der IT-Betreiber ist es daher immer erstrebenswert, die Zahl der eingesetzten IT-Systeme so gering wie möglich zu halten. Deshalb werden bei Beschaffungsmaßnahmen in Gesundheitseinrichtungen seit ungefähr zehn Jahren DMS-Lösungen gesucht, die unternehmensweit und damit sowohl im medizinischen als auch im administrativen Bereich erfolgreich einsetzbar sind.

Aufgrund der teilweise sehr unterschiedlichen Anforderungen der Bereiche ist dies nicht immer einfach, da die anzustrebenden DMS-Fachlösungen völlig autonom bewertet werden und bereichsübergreifende Effekte unberücksichtigt bleiben.

So vergleicht ein Team mit überwiegender Kompetenz in medizinischen Teilprozessen die Eignung der angestrebten DMS-Lösung im Umfeld der medizinischen Dokumentation. Neben möglichst umfassenden Integrationspotenzialen in die unübersichtliche Systemlandschaft sind Ergonomie, Datenschutz und Erfahrung des Anbieters häufige Auswahlkriterien. Auf gleiche Weise prüfen andere Abteilungen die Eignung

in ihrem Umfeld, wobei der Bewertung ähnliche Kriterien zugrunde liegen. Als typische Anwendungsfelder für Dokumentenmanagementsysteme sind zu nennen:

- Rechnungswesen
- Vertragswesen
- Personalwesen
- Formularwesen
- Gerätebücher und Anlagenverwaltung
- elektronischer Posteingang

Für all diese Anwendungsgebiete eines DMS sind die funktionalen Anforderungen der Interessenten teils unterschiedlich und hängen in hohem Maß auch von den bereits eingesetzten IT-Systemen ab. In vielen Fällen kommt der DMS-Lösung eine Ergänzungsrolle zu bestehenden Fachanwendungen zu. Denn häufig bilden diese die wichtigsten abteilungsinternen Prozesse gut ab, können jedoch mit dokumentorientierten Aufgaben nicht oder nur unzureichend umgehen. Ein recht charakteristisches Beispiel dafür ist die Ablage von Briefen und anderen Office-Dokumenten in einer einfachen Verzeichnisstruktur ohne Revisionskontrolle und Archivierung.

In anderen Fällen soll das DMS selbst als Fachanwendung für einen Funktionsbereich eingesetzt werden oder unzureichende Funktionen einer vorhandenen Fachanwendung ergänzen. Damit wird deutlich, dass auch die Anforderungen an die Workflowunterstützung des DMS projektspezifisch unterschiedlich sind und von den Fähigkeiten der bestehenden IT-Systeme abhängen.

Systemübergreifende Arbeitsteilung in Prozessen

Sobald die Anforderungen an das Dokumentenmanagementsystem über reine Archivfunktionalitäten hinausgehen und mindestens eine weitere Teilaufgabe eines Prozesses in einem anderen IT-System umgesetzt werden soll, ist Arbeitsteilung zwischen den Systemen gefordert.

Verdeutlicht werden kann das an einem ersten Beispiel einer eingehenden Bewerbung (siehe Abbildung 1): Ein Krankenhaus setzt mit einem DMS einen elektronischen Posteingang um, in den Papierbelege, Faxe und E-Mails einfließen. Nach der Digitalisierung erfolgt die automatische Klassifizierung der Dokumentinhalte durch Texterkennungssoftware und darauf aufsetzend die Identifikation des dazugehörigen Prozesses. Anschließend wird das Dokument in einen Workflow eingebettet und beginnt seinen elektronischen Weg durch das Unternehmen: Die Bewerbung wird an die Personalabteilung weitergeleitet. Im Falle einer positiven Bewertung wird ein Bewerberworkflow in Gang gesetzt, der komplett im DMS abgebildet wird. Dieser beinhaltet beispielsweise die Abstimmung mit der entsprechenden Fachabteilung, die Einladung zum Vorstellungsgespräch sowie schriftliche Zusage und Erstellung des Vertrags. Nach der Einstellung werden nun andere Systeme im Workflow relevant: So erfolgt die Erfassung des neuen Mitarbeiters in der Fachanwendung „Personalverwaltung“. Die Einrichtung von EDV-Zugängen zu E-Mail und weiteren Fachanwendungen wird von der IT-

Abteilung an verschiedenen Systemen vorgenommen. In der Regel übermittelt dabei das DMS die jeweiligen Aufgaben direkt an den zuständigen Mitarbeiter.

Dieses einfache Beispiel zeigt das Dokumentenmanagementsystem in seiner „prozessverantwortlichen“ Rolle. Der Schwerpunkt des Prozessablaufs erfolgt dabei im DMS. Die technischen Schnittstellen zu den sonstigen Fachanwendungen fallen infolgedessen eher moderat aus.

Arbeitsteilung bedeutet aber auch, dass die zur Bearbeitung eines Prozesses notwendigen Aufgaben von unterschiedlichen IT-Systemen quasi in Kooperation unterstützt werden. Dabei erwartet natürlich jeder Prozessbeteiligte, seine Aufgabe in der für ihn gewohnten Umgebung zu finden und zu bearbeiten. Ein Routing des Prozesses durch verschiedene IT-Anwendungen des Unternehmens beginnt, bei dem jedes System Teile des Workflows erbringt. Dies verdeutlicht das zweite Beispiel (Abbildung 2): Hier ist das eingehende Dokument eine Rechnung zu einer Bestellung aus der Materialwirtschaft. Der DMS-Posteingang erkennt die Rechnung und die Beziehung zur Bestellung zuverlässig, wenn ihm Informationen zu offenen Bestellungen vorliegen. Aufgrund dieses „Wissens“ wird die Rechnung sofort in die Materialwirtschaft geroutet. Dabei werden die vom Posteingang erschlossenen Rechnungskopfdaten und -positionen im Idealfall über eine Schnittstelle automatisch übergeben. Gleichzeitig werden innerhalb der Materialwirtschaft weite-

re Freigabeprozesse gestartet. Mit der inhaltlichen Erschließung der Rechnung und der Einleitung des Genehmigungsworkflows übernimmt das DMS vorbereitende Aufgaben, um den in der eigentlichen Fachanwendung gelagerten Freigabeprozess optimal umzusetzen.

Dieses Beispiel stellt deutlich höhere Anforderungen an die Integration zwischen den Systemen. Zunächst benötigt das DMS Fakten zu offenen Bestellungen, um den Beleg korrekt zuzuordnen. Im weiteren Verlauf wird die inhaltlich erschlossene Rechnung in das System übertragen.

Ähnliche Konstellationen sind in allen Anwendungsfeldern denkbar: Das Dokumentenmanagementsystem übernimmt in einem Befundworkflow von Subsystemen die zur digitalen Signatur erforderlichen Arbeitsschritte und übergibt die fertigen signierten Befunde dem zentralen Klinischen Informationssystem. Oder das DMS koordiniert den Austausch von Dokumenten und Befunden zwischen verschiedenen beteiligten IT-Systemen im Unternehmen.

Gemeinsame Datenbestände im DMS

Ein weiterer, in der frühen Planungsphase häufig übersehener, Punkt leitet sich direkt aus dem letzten Beispiel ab. Das DMS kann anstelle von Dokumenten auch andere Informationen zwischen unabhängigen IT-Systemen als Teil eines Prozesses kommuni-

zieren. Es übernimmt damit de facto Aufgaben eines Kommunikationsservers. Um Prozesse zu steuern und Entscheidungen zu fällen, benötigt die Workflowengine eines jeden DMS Informationen aus den angeschlossenen Fachsystemen. Diese kann es, selbstverständlich unter Berücksichtigung von Datenschutzvorgaben und Betriebsgeheimnissen, kontrolliert weiteren Systemen zur Verfügung stellen. Eine im DMS integrierte Vertragsverwaltung kann beispielsweise Auszüge des Kreditorenstammes zur Verarbeitung des Posteingangs verwenden. So werden Mehrfacherfassungen vermieden, was die Ergonomie verbessert und die Fehleranfälligkeit reduziert.

Durch die umfangreichen Kommunikationsfunktionen des DMS ist ein Zugriff auf Informationen aus Datenbanken, Textdateien, Webservices und anderen Quellen möglich. So können ggf. autonome Schnittstellen zum Datenaustausch zwischen Systemen über das DMS konsolidiert und vereinheitlicht werden. Das führt zur Vereinfachung der Systemarchitektur und Verbesserung der Stammdatensicherheit durch eine „zentrale Administration“.

Basierend auf einem solchen einheitlichen Datenbestand können auch Nischenprozesse, die so recht in keine Fachanwendung passen mit einem Werkzeug abgebildet werden. Für Betreiber und Anwender ergeben sich dabei eine Reihe von Vorteilen: Die hohe Akzeptanz durch einheitliche Bedien- und Integrationskonzepte, gut kalkulierbare Aufwände für Lizenzen, Hardware

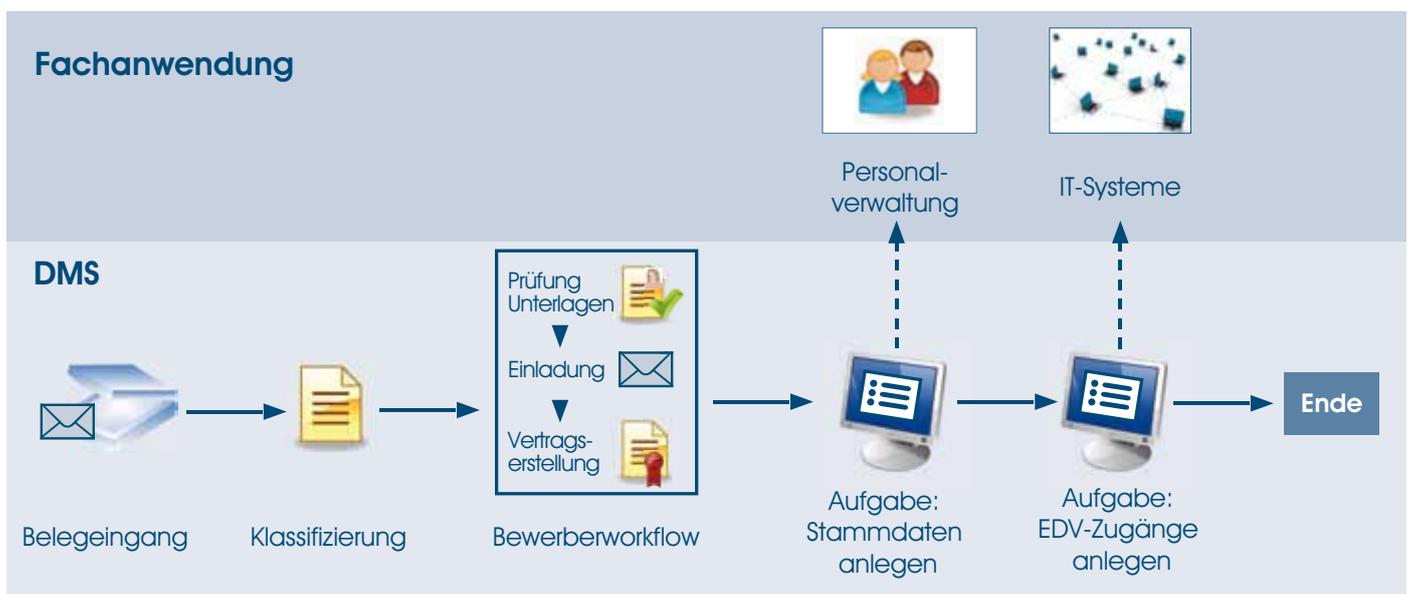


Abb. 1: Arbeitsteilung zwischen DMS und Fachanwendungen am Beispiel einer eingehenden Bewerbung
Quelle: Eigene Darstellung



Abb. 2: Arbeitsteilung zwischen DMS und Fachanwendungen am Beispiel einer Rechnung der Materialwirtschaft
Quelle: Eigene Darstellung

und Schulungen sowie nicht zuletzt die breite Funktionsabdeckung führen schnell und überzeugend zu Einsparungen bei den Prozesskosten.

Anforderungen an ein modernes DMS

Schon lange geht es bei einem DMS nicht mehr allein darum, ein Dokument in seinem Lebenszyklus zu überwachen und Versionen zu verwalten. Auch wenn „dokumentzentrierte“ Funktionen weiterhin eine wichtige Rolle spielen, kommt den Möglichkeiten der Prozessunterstützung eine wachsende Bedeutung zu. Die in vielen Dokumentmanagementsystemen enthaltenen Beispielprozesse sind dabei nur als Demonstration zu verstehen. Wichtig ist die Fähigkeit, DMS-Funktionen als Ergänzung in die bestehende IT-Landschaft eines Unternehmens zu integrieren und auf diese Weise bewährte Funktionen vorhandener Fachanwendungen um typische DMS-Merkmale zu erweitern.

Das DMS ist als übergreifende Plattform in der Lage, Dokumente und Informationen zwischen Fachanwendungen auszutauschen und damit systemübergreifend Prozesse im gesamten Unternehmen zu lenken. Dabei hängt es von unterschiedlichen Faktoren ab, wann ein Arbeitsschritt im DMS und wann er in einer „konventionellen Fachanwendung“ abgebildet wird. So werden Aufgaben, die einen relativ großen Benutzerkreis betreffen (Bewerbungen, Urlaubsanträge, Freigabeprozesse) und dokumentbezogene Aufgaben wie Dokumentreviews häufig im DMS abgebildet. Diese lassen sich technisch gese-

hen einfach umsetzen. Darüber hinaus können dabei oft noch Lizenzen gespart werden, wenn nicht jeder Abteilungsleiter zur Bearbeitung von Bewerbungen eine Lizenz des Personalverwaltungssystems benötigt.

Komplexe Aufgaben dagegen, wie zum Beispiel eine Rechnungsfreigabe mit Bestellbezug, profitieren wesentlich von der Intelligenz und Unterstützung der Fachanwendung. Diese werden daher häufig in der Fachanwendung abgebildet, weil die Umsetzung der Gesamtlogik aus den meist aufgabenspezifischen Masken der Fachanwendung sehr aufwendig wäre. Zudem steigt mit wachsender Komplexität der Aufgaben der Bedarf des DMS nach Informationsstrukturen aus der Fachanwendung, was die Aufwände zur Umsetzung der Schnittstellen erhöht. So ist im Einzelfall zu klären, welche Aufgabe im DMS und welche mit Hilfe von Fachanwendungen zu bearbeiten sind.

Wichtige Auswahlkriterien sind die Leistungsmerkmale eines DMS, wie die Anpassungsfähigkeit der Daten- und Prozessstrukturen sowie die Flexibilität der Schnittstellen zur Anbindung bestehender Fachanwendungen. Sie entscheiden darüber, wie gut ein DMS in die bestehende Systemlandschaft integrierbar ist. Zertifikate zu Schnittstellen und Referenz-Implementierungen mit ähnlichen Leistungsanforderungen können ebenfalls ein guter Indikator für die Tauglichkeit eines Systems im eigenen Anwendungsfall sein und das Know-how des jeweiligen Anbieters widerspiegeln.

In allen Prozessen mit tiefgehenden Integrationsfunktionen steht und fällt die Wirt-

schaftlichkeit der Lösungsumsetzung mit den Kommunikationsfähigkeiten der beteiligten Systeme. Während große ERP- und Abrechnungssysteme heute überwiegend gut mit leistungsfähigen und dokumentierten Schnittstellen ausgestattet sind, gibt es auch heute noch genügend Fachanwendungen, die wenig „kommunikationsfreundlich“ sind. Da jedoch gerade die bestehende IT-Architektur von Anwender zu Anwender unterschiedlich ist, wird immer ein projektspezifischer Umsetzungsaufwand für einzelne Prozesse entstehen. Dieser kann nur seriös bewertet werden, wenn der Kunde bereits im Vorfeld der Kaufentscheidung ein klares Bild von den umzusetzenden Aufgaben hat. Da dies selbst einen nicht unerheblichen Aufwand verursacht – prinzipiell ist eine komplette IST-Analyse aller abzubildenden Prozesse erforderlich – liegt hier in fast jedem Projekt ein gewisses Risikopotenzial.

Dieses kann reduziert werden, indem zumindest die groben erwarteten Leistungsmerkmale für systemübergreifende Prozesse geklärt und die Kommunikationsfähigkeiten der vorhandenen Systeme mit den Herstellern eruiert werden. Ein erfahrener DMS-Anbieter kann hier schon in der Vorbereitungsphase helfen, Erwartungen aus Kosten- und Leistungssicht in Einklang zu bringen.

Kontakt

Thomas Lichtenberg
Marabu EDV-Beratung und -Service GmbH
Geschäftsführer
Tel.: 0391/54 48 60-0
E-Mail: thomas.lichtenberg@marabu-edv.de
www.marabu-edv.de

Prozessoptimierung und Behandlungspfade

Prozesse kontinuierlich entwickeln. Behandlungspfade in Verträgen verankern

Das Gesundheitssystem arbeitet mit begrenzten Mitteln, weshalb es immer mehr auf die Optimierung statt der Maximierung des Nutzens abzielen muss. Als operativer Hebel für das optimale Aufwand/Ergebnis-Verhältnis wurde im Rahmen der Entwicklung von Qualitätsmanagement der Leistungsprozess erkannt.¹ Behandlungspfade stellen eine Teilmenge der Kernprozesse im Gesundheitsunternehmen dar und gehören somit zu den primären Geschäftsprozessen.² Prof. Michael Greiling von der Fachhochschule Gelsenkirchen und Dr. Christoph Vauth von der KKH-Allianz stellten auf dem 6. Kongress für Gesundheitsnetzwerker in Berlin ihre Erfahrungen mit Behandlungspfaden aus unterschiedlichen Perspektiven vor.



Dr. Şevket Turgut

Prozessoptimierung in Krankenhäusern

Prof. Michael Greiling beschäftigt sich am Institut für Workflow-Management im Gesundheitswesen (IWig) mit der kontinuierlichen Weiterentwicklung der Inhalte und Methoden zum Workflow-Management. Das Arbeitsgebiet umfasst die Forschung sowie die marktreife Entwicklung operativ umsetzbarer Verfahren und Methodiken um das Thema Prozesse in der Gesundheitsversorgung. Das Ziel ist eine hohe medizinische und pflegerische Qualität, die zeit- und kosteneffizient erbracht werden kann. Das kann bedeuten, mit gegebenen Mitteln das bestmögliche Ergebnis oder ein gegebenes Ziel mit dem geringsten möglichen Mitteleinsatz zu erreichen. Im Krankenhaus können zum Beispiel die DRG als Zielpreis betrachtet werden. In dem Fall gilt es laut Prof. Greiling alle Prozesse zu beherrschen, die zum Zielpreis führen. Im Rahmen der Prozessoptimierung betrifft dies die Parameter

- Kosten reduzieren
- Qualität erhöhen und
- Durchlaufzeiten reduzieren.

Ein Prozess ist in diesem Zusammenhang eine Kette von Aktivitäten mit dem Ziel, einen Leistungsoutput zu erbringen. Seine Merkmale sind Input, Output, Durchlaufzeit, Qualität und Kosten. Prozessoptimierung fragt, ob die richtigen Informationen zur richtigen Zeit im richtigen Umfang an die richtige Stelle gelangen.

Die Prozessarbeit kann für ein Krankenhaus zwischen 300.000 und 900.000 Euro kosten. Der zeitliche Aufwand beträgt zwischen sechs und zwölf Monaten, wobei ein systematisches Konzept nicht vorhanden ist. Es muss mit immer wiederkehrendem gleich hohem Aufwand gerechnet werden, da das Vorgehen jedes Mal neu ausgeführt wird. Ein Benchmarking für eine Einrichtung sowie für mehrere sektorübergreifende Einrichtungen ist nicht möglich.

Mehrere Tätigkeiten werden im Prozessmodell zu Teilprozessen gebündelt und können dann Kostenstellen zugeordnet werden. Die Teilprozesse werden in einem nächsten Schritt zu Hauptprozessen verdichtet. Das Controlling kann mit Hilfe der Prozesskostenrechnung Kosten und Zeitaufwand für gewählte Prozesse darstellen und auf Effizienz prüfen.

Grundsätzlich geht es bei allen Bemühungen um einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess (KVP) als langfristig angelegte Strategie zur Identifikation und Eliminierung von Reibungsverlusten in Arbeitsabläufen, an Arbeitsplätzen und in der Arbeitsumgebung. KVP bezieht die Kenntnisse und die Erfahrung jedes Mitarbeiters zur Mitgestaltung so ein, dass hieraus ein permanenter Prozess kleiner Verbesserungen entsteht, der es dem Unternehmen ermöglicht, flexibel und dynamisch auf sich ändernde Umfeldbedingungen zu reagieren. Er fördert Problemlösungen und -umsetzung in Teams und trägt damit dem kommunikativen und kooperativen Cha-

rakter der Leistungserstellung Rechnung. Konkret fokussiert man auf die TOP 20 DRG oder 50% der Erlöse und 40% der Patienten. Perspektivisch wäre es schon eine große Hilfe, diese elektiven Klassiker koordinativ zu beherrschen. Prof. Greiling: „In Deutschland neigt man zu Perfektionismus. Vielmehr sollte man iterativ allmählich kleine Erfolge anstreben.“

Ambulante Behandlungspfade in Verträgen verankern

Die medizinischen und wirtschaftlichen Aspekte von Behandlungspfaden rücken innerhalb von Selektivverträgen zusehends in den Fokus. So werden Behandlungspfade als essentieller Bestandteil der Selektivverträge angesehen, da nur so vertragskonforme Behandlungsabläufe sichergestellt werden können.³ Darüber hinaus möchte man durch sie Potenziale im Bereich der Effizienz der Leistungserbringung nutzen.

Grundsätzlich sorgen Behandlungspfade für Transparenz über Inhalte und identifizieren die einzelnen Prozessschritte, erklärte Dr. Christoph Vauth von der KKH Allianz: „Behandlungspfade verschaffen Klarheit darüber, worüber wir eigentlich reden.“

In erster Linie versuchten die Krankenkassen da einzugreifen, wo tatsächlich etwas bewegt werden könne. Verträge für „Einwegteilnehmer“, die – wie beim ambulanten Operieren – einmalige Kosten hervorrufen, lösten keine Kostenprobleme. Vielmehr sei-

en die chronisch Kranken „heavy user“ die Zielgruppe der Krankenkassen. Dabei gehe es darum, Operationen, Wiedereinweisungen, Arzneimittelverbrauch und Arbeitsunfähigkeit zu verringern oder zu vermeiden. Im spezifischen Fall einer Kasse mit Zusatzbeitrag müsse auch die Rechtfertigung der Mehrkosten ein Ziel sein. In Verträgen verankerte Behandlungspfade könnten viele der genannten Anforderungen erfüllen.

Dr. Vauth: „Die betriebswirtschaftlichen Prozesse müssen unter dem Gesichtspunkt der Ziel-Preise kontrolliert werden. Die Patientenkategorien von Höchstnutzern müssen im intersektoralen Bereich gesteuert werden. Es ist eine klare Strategie, bei den Höchstnutzern Krankenhauseinweisungen zu vermeiden.“

Ohne Beteiligung der Leistungserbringer kann aber keine Krankenkasse Behandlungspfade planen und umsetzen. Einerseits könne es als Affront empfunden werden, wenn die Kasse im Alleingang Pfade entwickelt, andererseits sei eine Abstimmung notwendig, um an die Arbeitsabläufe der niedergelassenen Ärzte anzuknüpfen.

Ein weiterer elementarer Aspekt für eine Krankenkasse sei aber auch die Anzahl der über einen Pfad gesteuerten Patienten. So hat die IKK beispielsweise nach zwei Jahren Planungsinvestition das Behandlungsprogramm „Aktiver Rücken“ für akute Rückenprobleme ohne Chronifizierung angeboten. Der Impuls waren die etwa 30% der Krankengelder, die auf Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens entfallen. In der Praxis zeigte sich aber, dass viele Patienten mit Rückenleiden nicht teilnehmen konnten, da mehr als 50% der Erkrankungen schon chronifiziert sind. Angesichts eines durchschnittlichen Marktanteils der KKH Allianz von 2% gab es beim niedergelassenen Arzt zu wenig potenzielle Teilnehmer, um den Vertrag interessant zu machen. Daraufhin wurde eine neue, allgemeine Zielgruppe „Rückenschmerz“ definiert.

Das Problem geringer Marktanteile könne auch durch Arbeitsgemeinschaften der Primärkassen gelöst werden. Krankenkassen müssten sich zukünftig gemeinsam neu ausrichten und eine flachere Kostensteigerung in der Versorgung durch Selektivverträge erreichen. Dabei können integrierte Behandlungspfade helfen. Sie verdeutlichen messbare Qualität, leiten ein Nutzenversprechen für den Patienten ab und gliedern Steuerungsprozesse in Versorgungsprozesse ein.



Behandlungspfade sind geeignet, die Effizienz einer Organisation im Gesundheitswesen zu steigern. Im ambulanten Bereich gibt es die Notwendigkeit für Ärzte, kooperierende Organisationen zu gründen und mit diesen aus wirtschaftlichen und medizinischen Gründen Behandlungspfade zu entwickeln. Vorhandene Ärztenetze weisen jedoch in den meisten Fällen Defizite im Professionalisierungsgrad des Managements, in Controlling-Strukturen und der IT-Unterstützung der Versorgungsprozesse auf.⁴ Externe Unterstützung ist daher oft hilfreich, um erfolgreich auf die neuen Anforderungen des Gesundheitswesens zu reagieren. So kann das Gesundheitsmanagement der Berlin-Chemie AG auf langjährige Erfahrung in der Gestaltung regionaler gesundheitlicher Versorgung zurückgreifen. Der Außendienst der Abteilung ist in jedem Bundesland vertreten und dort mit den regionalen Gegebenheiten bestens vertraut. Weiterführende Informationen bekommen sie auch beim 7. Kongress für Gesundheitsnetzwerke am 28. und 29. März 2012 im Charité Campus Virchow-Klinikum in Berlin.

Literatur

1. Ebner, H.; Schuster, S.; Sutter, A.; Kuch, C. (2011): Grundlagen von Qualitätssicherung und -management im Gesundheitswesen. 13. Studentext des Weiterbildenden Studiengangs Master of Health Administration. Bielefeld.
2. Becker, K. & Eckardt, J. (2006): Grundlagen integrierter Behandlungspfade. In: Eckardt, J.; Sens, B. (Hrsg.): Praxishandbuch Integrierte Behandlungspfade. Heidelberg: Economica.
3. Hellmann, W. (2009): Klinische Pfade als Schlüsselfaktor für erfolgreiche Netzarbeit. In: Hellmann, W.; Eble, S. (Hrsg.): Gesundheitsnetzwerke managen - Kooperationen erfolgreich steuern. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
4. Purucker, J.; Böhm, M.; Bodendorf, F. (2009): Praxisnetzstudie 2009 - Ein Benchmark zum Reifegrad von Praxisnetzen in Deutschland, der Schweiz und Schweden. In: eHealth 2009 und eHealth Benchmarking. Oesterreichische Computer Gesellschaft.

Kontakt

Dr. Şevket Turgut
 Berlin-Chemie AG, Berlin
 Gesundheitsmanagement
 Tel.: 0152/22506905
 E-Mail: sturgut@berlin-chemie.de
 www.berlin-chemie.de

ID-Management mit Master Patient Index

Heterogene Systemlandschaften im Krankenhaus überwinden

Immer mehr Krankenhäuser müssen mit heterogenen IT-Systemlandschaften zurechtkommen: bedingt durch Fusionen und/oder die Zentralisierung einzelner Leistungsbereiche (zum Beispiel eine Radiologie für mehrere Standorte). Eine Konsolidierung der Systeme ist in vielen Fällen zu teuer.



Dr. Sang-Il Kim

Damit dennoch administrative und medizinische Prozesse reibungslos ablaufen können, muss ein Patient über die Systemgrenzen hinweg sicher identifiziert werden. Dazu verknüpft der ICW Master Patient Index (ICW MPI) Patientenstämme und Nummernkreise aus angeschlossenen Systemen und erzeugt eine übergeordnete Patientenidentität.

Als „unsichtbarer ID-Manager“ integriert sich ICW MPI in die bestehende Systemlandschaft und die Nachrichtenflüsse zwischen den Informationssystemen (siehe Kasten). Ei-

ne Anpassung vorhandener Nachrichtenschnittstellen ist nicht notwendig.

Die zentrale Komponente des ICW MPI ist ein probabilistischer Matching-Algorithmus, der selbst komplexe Konstellationen von Patientendaten (unterschiedliche Schreibweisen, Abkürzungen, Tippfehler etc.) sicher erkennt und dadurch automatisiert höchste Datenqualität garantiert. Darüber hinaus erlaubt die Lösung über eine Browser-basierte Benutzeroberfläche eine manuelle Prüfung und Zuordnung sowie

eine kontinuierliche Überwachung der Zuordnungsqualität.

ICW MPI kann sofort für ein effizientes ID-Management eingesetzt werden. Und mit weiteren heute schon verfügbaren Funktionen lässt sich die Lösung zu einem umfassenden IHE-konformen Vernetzungsszenario einschließlich einer einrichtungsübergreifenden Patientenakte (ICW Professional Exchange Server) ausbauen. Damit wird ICW MPI aktuellen und zukünftigen Bedarfen gerecht und schützt langfristig die Investitionen.

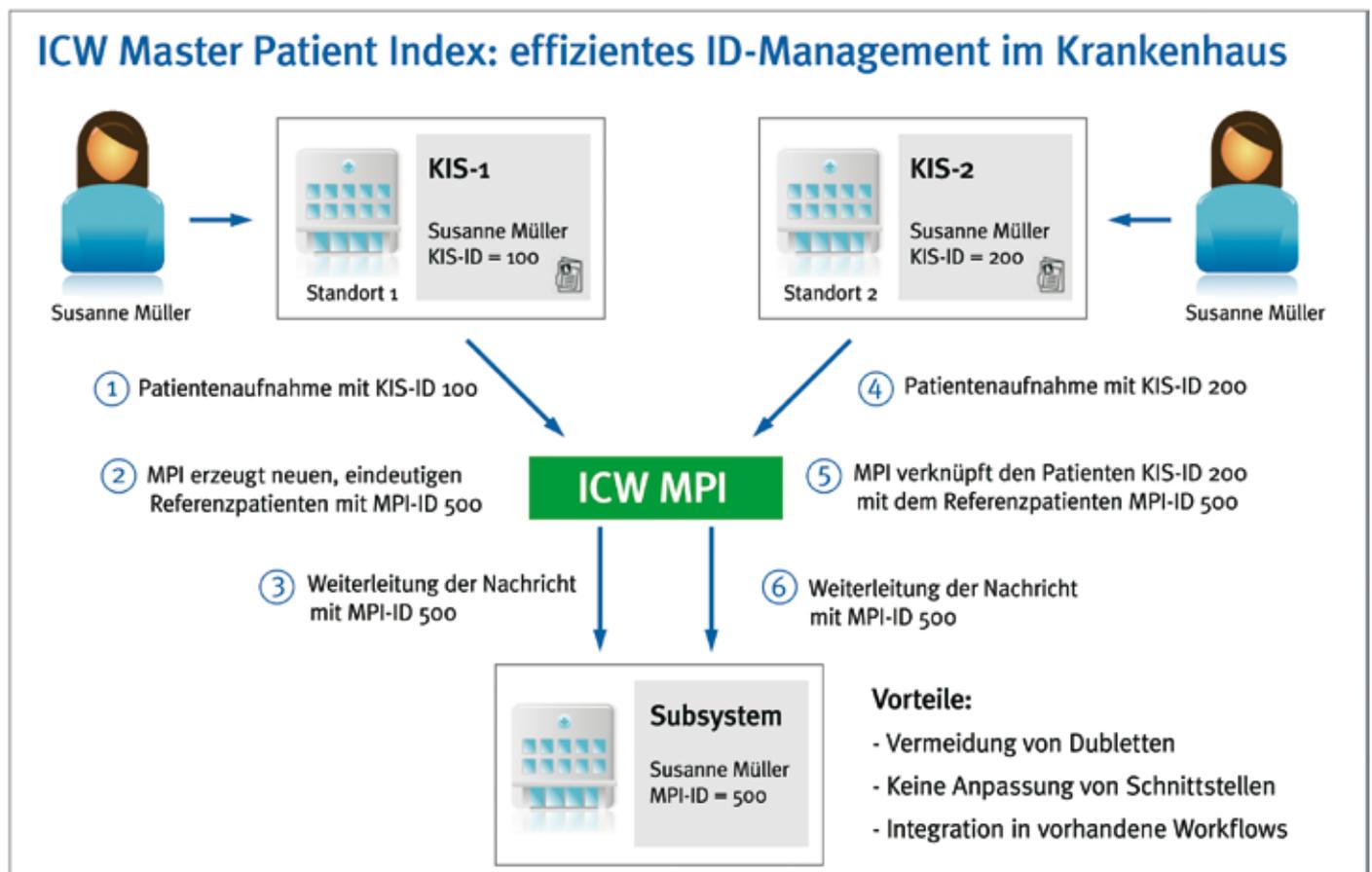


Abb. 1: Der Master Patient Index verwaltet Patientenstammdaten und -identifikatoren verschiedener Systeme unter Erzeugung einer eindeutigen, übergreifenden Patientenidentität und ermöglicht so eine saubere Datenkommunikation im Verbund.

Prozess: Auftrags- und Befundkommunikation zwischen Station und Radiologie via ICW Master Patient Index

Ein häufiges Beispiel in der Praxis ist die hausübergreifende Übermittlung von Auftrags- und Befunddaten. Der Informationsfluss zwischen den Systemen kann in drei Schritte unterteilt werden:

■ Patientenaufnahme

Im lokalen Patientenverwaltungssystem wird der Patient zunächst aufgenommen und die damit verbundenen Bewegungsnachrichten per HL7 an das zentralisierte Radiologieinformationssystem (RIS) übermittelt. Der ICW Master Patient Index (MPI) empfängt die Bewegungsnachrichten und prüft, ob der Patient bereits bekannt ist oder ob eine neue übergeordnete Patienten-ID erzeugt werden muss. Anschließend ersetzt der MPI die lokale Patienten-ID mit dem ermittelten übergeordneten Patientenidentifikator und leitet die Nachricht an das RIS weiter. Dies stellt sicher, dass bereits aus anderen Systemen bekannte Patienten

nicht erneut in der zentralen Ressource angelegt werden und so eine Dublette entstehen würde.

■ Auftragskommunikation

Auf Station wird die Beauftragung einer radiologischen Leistung erfasst und durch das KIS per HL7 an die Radiologie übermittelt. Analog zur Übertragung von Bewegungsdaten ersetzt der MPI die lokale Patienten-ID in der Auftragsnachricht durch den übergeordneten Patientenidentifikator bevor diese das RIS erreicht.

■ Befundrückübermittlung

Nach Durchführung der Leistung erfolgt eine Rückübermittlung von Diagnosen- und Leistungsdaten sowie von Befunden. Diese werden per HL7 vom RIS an das beauftragende KIS zurück übermittelt. Der MPI empfängt die entsprechenden Nachrichten und ersetzt die übergeordnete Patienten-ID durch den lokalen Identifikator des Zielsystems.

tem. Eine besondere Herausforderung stellt hierbei die Ermittlung der lokalen Patientenidentifikation bei vorhandenen Dubletten im KIS dar, da eine Eindeutigkeit der Patienten-ID nur anhand der Zuordnung zur Fall- oder Auftragsnummer gegeben ist.

Der MPI ist zentrales Element sowohl in organisationszentrischen als auch einrichtungsübergreifenden Szenarien, unterscheidet sich dabei aber im Umfang erforderlicher Funktionen und damit auch in Bezug auf die Kosten.

Kontakt

Dr. Sang-Il Kim
 InterComponentWare AG (ICW)
 Head of Sales EMEA – Connected Healthcare
 Tel.: 06227/385-33369
 E-Mail: sang-il.kim@icw-global.com
 www.icw-global.com

ICW Master Patient Index: bi-direktionale Datenübermittlung

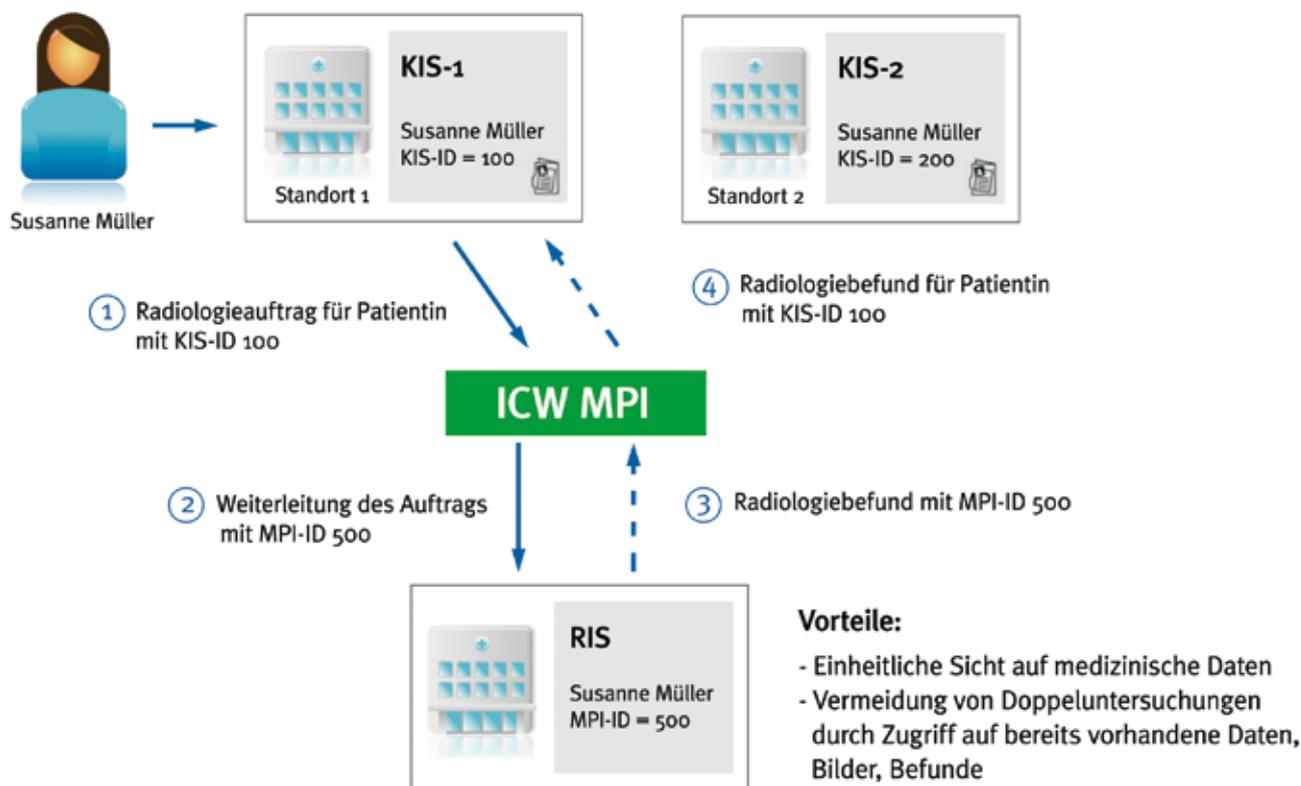


Abb. 2: Ein häufiges Beispiel in der Praxis ist die hausübergreifende bidirektionale Übermittlung von Auftrags- und Befunddaten: zum Beispiel Station <-> Radiologie

Optimale Prozessplanung als Voraussetzung für eine effiziente Zusammenarbeit

Die Umsetzung einer funktionierenden Ablaufgestaltung innerhalb der Patientenversorgung in deutschen Krankenhäusern verläuft in vielen Fällen nicht ganz unproblematisch: Die verkürzte Liegedauer der stationär behandelten Patienten und die damit einhergehende erhöhte Leistungsdichte sowie die angespannte Personalsituation erschweren eine reibungslose Prozessorganisation.

Eine einwandfrei funktionierende Koordination, Kooperation und Kommunikation zwischen allen am Behandlungsprozess beteiligten Berufsgruppen ist unbedingte Voraussetzung für die optimale Behandlung der Patienten.

Die Zusammenarbeit von Ärzten und Pflegekräften ist die häufigste Schnittstelle im Klinikalltag und geprägt durch vielfältige Erwartungshaltungen.

Gerade im DRG-Zeitalter ist die exzellente Abstimmung eine notwendige Basis für den interdisziplinären Planungsprozess und somit ein wichtiger Bestandteil für alle weiterführenden Leistungskomponenten. Mögli-

che Missverständnisse und Verzögerungen wirken sich daher negativ auf den weiteren Fallverlauf und Behandlungserfolg aus.

Das vorbedruckte krankheitsbildspezifische Kurvenblatt unterstützt einen täglich stattfindenden, strukturierten Informationsaustausch. Dieser dient der Festlegung des medizinischen Procederes, idealerweise unter Einbeziehung des Patienten (seiner Angehörigen) und der ihn Pflegenden. Sie ist Dreh- und Angelpunkt für ein reibungslos funktionierendes Patientenmanagement, kann Zufriedenheit steigern, Leistungsprozesse koordinieren und Kosten senken helfen. Hier werden alle entscheidenden Weichen für die planmäßige Versorgung des Patienten gelegt. Planungsdefizite, Störungen und Unterbrechungen führen zu Mehraufwendungen und -kosten, die es zu vermeiden gilt.

Viele Koordinations-, Kommunikations- und Kooperationsprobleme innerhalb des Behandlungsablaufes sind auf fehlende Zeitressourcen zurückzuführen. Die Abläufe sind zeitlich angespannt, Informationen häufig unvollständig.

Immer mehr Leistungsträger in Krankenhäusern setzen sich deshalb für ein aktives Prozessmanagement unter Einbindung aller am Behandlungsprozess beteiligten Personen ein. Viele der stattfindenden Prozesse laufen primär zwischen Ärzten und Pflegenden ab. Beide müssen Hand in Hand zusammenarbeiten, wenn sie erfolgreich sein wollen.

Ein Erfolgsrezept ist hierbei die optimale Abstimmung der notwendigen Werkzeuge auf die ablaufenden Arbeitsprozesse. Um den Tagesablauf und die Patientenbetreuung effizient zu gestalten, hat jedes Haus und jede Station individuelle Anforderungen an die Ausstattung der verwendeten



Guido Lutz

Arbeitsgeräte. Daher ist es wichtig, dass sich die Arbeitsmittel flexibel an die gegebenen Arbeitsbedingungen anpassen lassen und so die Behandlungsprozesse unterstützen.

Dokumentations-, Kommunikations- & Planungscenter

Die Firma Optiplan aus Düsseldorf hilft da, wo Arbeitsabläufe und Dokumentation organisiert werden. Hierzu bietet Optiplan unterschiedlichste Wagensysteme an. In Zusammenarbeit mit dem Institut für Workflow-Management im Gesundheitswesen (IWIG) wurde die effiziente Dokumentation mit vorbedruckten Patientenkurven entwickelt. In der mehrfach ausgezeichneten Web-Applikation ClipMed® können alle Leistungen im Rahmen der Patientenversorgung für eine homogene Patientengruppe, zum Beispiel Hüft-TEP, geplant und in die Patientenkurve gedruckt werden.

Neben dieser oben beschriebenen Funktionalität werden ausschließlich hochwertige Materialien verarbeitet. Besonders die Flexibilität in der Ausstattung und das durchdachte Design der Wagensysteme sind Kriterien für einen optimalen Einsatz im Krankenhausbetrieb.

Jeder Optiplan – Wagen wird individuell geplant und gebaut. Die Ausstattung wird exakt an die jeweiligen Kundenwünsche angepasst. Von Bedeutung sind hierfür:

- eine durchdachte Organisation der stationären Routine
- Ergonomie und
- technische Innovation.



Abb. 1: Planungscenter zur Erstellung krankheitsbildspezifischer Kurvenblätter

Das Optiplan-Wagensystem „Planungscen-ter“ für das Bedrucken der krankheitsbild-spezifischen Kurvenblätter weist folgende Qualitätsmerkmale auf:

- Stabiler, verschweißter Aluminiumrah-men
- Ergonomisch geformtes Arbeitspult
- Pult und Seitenwände aus langlebigem, widerstandsfähigem ABS-Kunststoff
- Leichtlaufrollen mit Präzisionskugellager
- Stabiler, schwenkbarer Monitorarm für TFT-Displays und integrierte PC-Systeme sowie schnelles, wirtschaftliches DIN-A3 Druckersystem
- jeder Wagen besitzt leicht mit dem Fuß zu betätigende Einrastbremsen

Auf dem Pult oder auf dem Klapp-tisch lassen sich Kommunikationsmittel wie Notebooks oder Tablett - PC's optimal trans-portieren und bedienen.

Klinische Patientenbehandlungen (zum Beispiel Hüft-TEP) können so zu jeder Zeit und an jedem Ort mit ClipMed® definiert, ge-plant und direkt auf der "Optiplan-Patienten-kurve" ausgedruckt werden. Abfragen und Auswertungen können innerhalb weniger Minuten einen wichtigen Überblick geben und sind jederzeit wiederholbar. Zugriffsbe-rechtigte Ärzte erhalten eine lückenlose und vollständige Dokumentation über die un-terschiedlich definierten Krankheitsbilder.

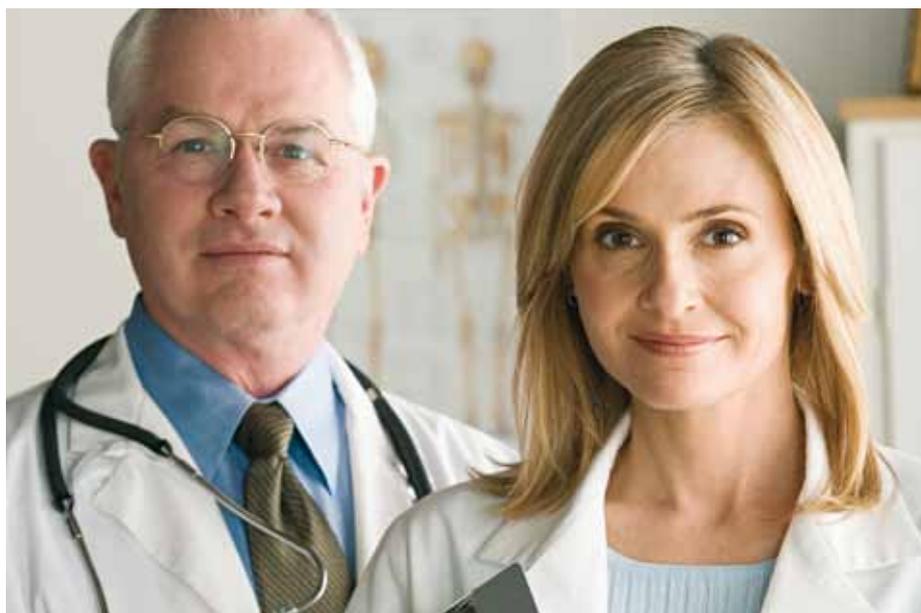
Während so gemeinsam die Definition der Versorgung festgelegt wird, können die Mit-arbeiter in der täglichen Umsetzung das „mobile Stationsbüro“ verwenden. Es trägt alle Utensilien, die zur Dokumentation und Durchführung der Patientenversorgung not-wendig sind. Die Dokumentation erfolgt di-rekt am Bett des Patienten, bei der Visite oder im Moment der pflegerischen Maßnahme.

Die wichtigsten Voraussetzungen hierfür sind:

- Transport-/ Bedieneinheit für die Doku-mentation
- Pult für Notebooks oder Tablett - PC's
- stabiler Hängeauszug
- verschweißter Aluminiumrahmen
- Utensilienkörbe
- Doppelhaken für die Sichtplanette

IT follows process

Ohne Informationstechnik funktionieren die Arbeitsabläufe in modernen Kranken-häusern nicht mehr. Sie ist Bestandteil der Dokumentation, der täglichen Visite und der zeitnahen Leistungsplanung und -erfas-sung in der Pflege. Ebenso ist sie für Pla-



nungs- und Managementaufgaben sowie zur Qualitätskontrolle unverzichtbar. Wich-tig ist, dass die Datensicherheit, Verfügbar-keit, Antwortzeiten oder Programmfunktio-nalität jederzeit gewährleistet sind.

Die sinnvolle Nutzung von Informations-technik am Arbeitsplatz hat vielfältige Aus-wirkungen auf die Qualität des gesamten Arbeitsablaufes in Krankenhäusern, Klini-ken und Medizinischen Versorgungszentren (MVZ). Mit der Einführung der digitalen Do-kumentation und Leistungserfassung wur-de in den letzten Jahren die EDV-Technik immer mehr in den medizinischen Alltag in-tegriert. Doch nicht jede neue, technisch innovative Idee ist auch gleichzeitig wirklich effektiv!

Das bedeutet: Die eingesetzte Technolo-gie muss die Anforderungen eines intensiv genutzten Arbeitsplatzes erfüllen, sich in den Arbeitsprozess einfügen und zuverlässig sein.

Die Informationstechnik ist ebenso viel-seitig wie die Ausstattungsmerkmale des Wagenaufbaus. Welche Technologie für Ihr Haus die beste ist, hängt von einigen Fakto-ren ab, die vor der Einführung ausführlich diskutiert werden müssen. Die Faktoren sind abhängig von der Software, der WLAN Netzwerkstruktur, der Hygiene und vor al-lem dem eigentlichen Arbeitsprozess.

Ein Wireless-Netzwerk in einem Kranken-haus ist nicht zu vergleichen mit einem Funknetzwerk in einem gewerblichen Büro oder anderen öffentlichen Gebäuden. Hier gelten Anforderungen, die ein zuverlässi-

ges, unterbrechungsfreies Arbeiten ermög-lichen und dabei ein Höchstmaß an Sicher-heit bieten. Die Wagensysteme von Opti-plan bieten Ihnen die Modularität, mit de-nen eine hauseigene Sicherheitsstrategie umgesetzt werden kann. Dabei können Sie alle gängigen Funk Bandbreiten nutzen.

Fazit

Ein optimal funktionierendes Prozessma-nagement sollte alle am Behandlungspro-zess beteiligten Berufsgruppen mit einbe-ziehen. Der Erfolg des Behandlungsprozes-ses hängt maßgeblich von optimal aufein-ander abgestimmten Arbeitsabläufen und den dazu benötigten Arbeitsmitteln sowie einer funktionierenden Koordination, Kom-munikation und Kooperation zwischen den beteiligten Personen ab.

Es gilt außerdem, eine lückenlose und fle-xible Erfassung und Dokumentation der ein-zelnen Prozessschritte umzusetzen. Die Do-kumentation sollte zeitnah, übersichtlich und vollständig erfolgen.

So werden Fehlerpotenziale weitestge-hend vermieden und gleichzeitig der Arbeits-aufwand für die am Behandlungsprozess beteiligten Personen bestmöglich minimiert.

Kontakt

Guido Lutz
Optiplan GmbH
Mitglied der Geschäftsleitung, Prokurist
Tel.: 0203/74211-0
E-Mail: optiplan@optiplan.org
www.optiplan.org

Impressum

Herausgeber und Chefredakteur

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

ISSN-Nummer

1868-1093

Redaktion

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

Verkaufsleitung

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

Satz und Druck

Paus Medien GmbH
Industriestraße 23, 48653 Coesfeld-Lette

Titel- und Namensrechte

WILEY-VCH Verlag GmbH & Co. KGaA
GIT VERLAG
Boschstraße 12, 69469 Weinheim

Bildnachweis

tabato Images GmbH

Erscheinungsweise

Halbjährlich

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

Einzelheft 15,90 Euro zzgl. MwSt. und
Versandkosten

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

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

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

**UNSER WISSEN
FÜR IHREN ERFOLG**



**BERLIN-CHEMIE
MENARINI**

- Neue Versorgungsformen entwickeln und gestalten
- Kooperationen aufbauen
- Neue Schlüsselqualifikationen vermitteln

gesundheits
management 
Ihre Zukunft gemeinsam gestalten
BERLIN-CHEMIE



Band 1

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

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



Band 2

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

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



Band 3

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

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

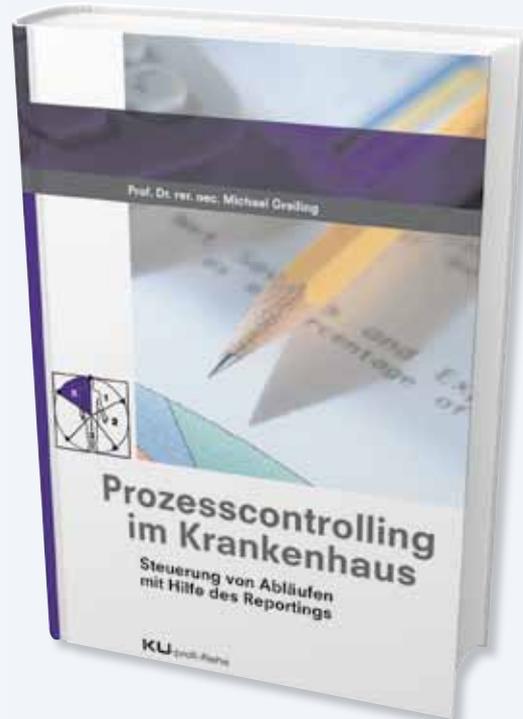


Band 4

In diesem Buch werden die Vorteile betrachtet, die sich aus der Prozessoptimierung ergeben. Zusätzlich bietet Ihnen die beiliegende CD-ROM die Methode zur Berechnung der Effekte, die Sie nach eigenen Annahmen verändern können, um den Nutzen aus Prozessoptimierungen abzulesen.

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

Band 5



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

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

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

Unser Tipp:

Sparen Sie 10 % pro Band –

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

Unser Bestellservice

☎ 09221 / 949-311

☎ 09221 / 949-377

🛒 ku-gesundheitsmanagement.de

✉ oder Bestellung einfach rechts eintragen und abschicken.

Faxbestellung bitte an: 09221 / 949-377

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

Name / Vorname

Straße / Hausnummer

PLZ / Ort

Datum / Unterschrift



Bessere Pflege für mehr Patienten

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

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

Besuchen Sie uns unter www.molnlycke.com.

