Integrierte Versorgung – Gezielte Verbesserung der Schnittstellen durch Benchmarking?!

André Blondiau
Tobias Mettler
Peter Rohner
Robert Winter
Kompetenzzentrum Health Network Engineering,
Institut für Wirtschaftsinformatik, Universität St. Gallen, St. Gallen, Schweiz

In den letzten Jahren sind die Gesundheitskosten in Europa kontinuierlich gestiegen. Dies betrifft insbesondere die Bodenseeländer Deutschland, Österreich und die Schweiz. So stiegen die Gesamtkosten für Gesundheit in Deutschland von 2000 bis 2007 um über 19 %. Im gleichen Zeitraum kletterten die Gesundheitskosten in der Schweiz um 29 %. Den höchsten Anstieg aber verzeichnete Österreich mit nahezu 36 % (OECD 2010). Eine Erklärung für diese Kostenexplosion liegt laut OECD in der gestiegenen Lebenserwartung, dem vermehrten Einsatz teurer Diagnosetechniken und den gestiegenen Ansprüchen der Patienten in die Qualität der Versorgung.

Angesichts dieser Kostenentwicklung wurden seitens der Gesetzgeber verschiedene Initiativen beschlossen, um einen weiteren Kostenanstieg zu verhindern. Neben kleineren regional unterschiedlichen Massnahmen ist eine der ersten grossen Initiativen die Einführung von sogenannten Fallpauschalen in Deutschland und Österreich. Die Schweiz steht mit der geplanten Einführung für 2012 ebenfalls unmittelbar vor dem Wechsel in das neue Abrechnungssystem.

Fallpauschalen sollen die Transparenz steigern und den Wettbewerb fördern

Einer der grössten Kostenfaktoren in Relation zu den Gesamtkosten ist die stationäre Behandlung in Spitälern (OECD 2010). Mit der Einführung der Leistungsabrechnung über Fallpauschalen wird das Ziel verfolgt einen weiteren Anstieg dieser Kosten zu verhindern oder zumindest zu verlangsamen (Fischer 2011). Im Unterschied zur alten Tages- oder leistungsbasierten Abrechnung wird bei dem neuen System eine diagnosespezifische Pauschale – Fallpauschale – gezahlt, welche die gesamten Behandlungskosten abdeckt (GBE 2011). Die Pauschale errechnet sich dabei aus den durchschnittlichen Kosten für eine bestimmte Behandlung, die jährlich aus den Daten verschiedener Referenzkrankenhäusern errechnet wird. Auf diese Weise sollen die Kosten für medizinische Dienstleistungen zwischen Spitälern vergleichbar gemacht werden. Die so geschaffene Leistungs- und Kostentransparenz soll einen gesunden Wettbewerb zwischen Spitälern fördern und sich positiv auf die Kosten- und Qualitätsentwicklung medizinischer Leistungen auswirken (Lungen/Lauterbach 2003).

Für Spitäler und andere medizinische Dienstleister hat dieser Wechsel der Leistungsfinanzierung massive Konsequenzen. Konnten Spitäler bisher weitestgehend unabhängig von ihrem Leistungsangebot und ihrer Qualität überleben, erfordert Leistungsfinanzierung über festgelegte Preise von Krankenhäusern eine effizientere Leistungserbringung (Busse 2006). Gerade kleine und mittlere Spitäler haben aber meistens nicht genügend hohe Fallzahlen, um Leistungen zu angemessener Qualität und Preisen unterhalb der Fallpauschale anbieten zu können. Sie müssen sich also angesichts der veränderten Anforderungen auf Ihre Kernkompetenzen und das richtige Leistungsportfolio fokussieren, um finanziell überleben zu können (Gericke/Rohner/Winter 2006). Gleichzeitig müssen sie versuchen die Verweildauern der der Patienten zu verkürzen und die Fallzahlen zu erhöhen. Damit sind diejenigen Krankenhäuser im Vorteil, die unternehmerisch zu denken und zu agieren in der Lage sind.

Konsequente Orientierung des Leistungsangebots an den Bedürfnissen der Patienten

Krankenhäuser sehen sich also mit einer Entwicklung konfrontiert, die andere Branchen, bspw. in der Industrie schon seit Jahren durchlaufen. In Anbetracht fallender Margen und zunehmenden Wettbewerbs nehmen der Grad der Spezialisierung und die Arbeitsteilung zu (Gericke A./Rohner P./Winter R. 2006). Unternehmen konzentrieren sich auf ihre Kernkompetenzen und formieren sich mit komplementären Dienstleistern zu Netzwerken, um die Kunden ganzheitlich bedienen zu können. Grundvoraussetzung hierfür ist eine klare strategische Positionierung jedes Netzwerkpartners. Ausserdem lässt sich

Autoren: Blondiau, A.; Mettler, T.; Rohner, P.; Winter, R.
Titel: Integrierte Versorgung – Gezielte Verbesserung der Schnittstellen durch Benchmarking?!
In: Duesberg, F. (Hrsg.) e-Health 2013, Solingen (2011), Seiten: 120-

noch nicht zugeordnet

Dimensionen	Ziele / Einflussfaktoren	Kennzahl
Imageverbesserung	Patientenzufriedenheit stärken	Patientenzufriedenheit aus Umfragen
	Image bei Zuweisern verbessern	Umfrageergebnisse bei Zuweisern Zuweisertreue
Verbesserung der Vernetzungsfähigkeit / Vernetzung	Anzahl Zuweiser erhöhen	Zuweiserdichte (Zuweiser im Verhältnis zu EW-Zahl)
	Vernetzung mit Zulieferern verbessern	Verhältnis vertraglich geregelter Kooperationsbeziehungen zu Kooperationsbeziehungen gesamt
	Strat. Spitalkooperationen ausbauen	Verhältnis Pflegetage zu Austritte pro CMI
	Patientenprozesse optimieren	Ø Prozesskosten je CMI-Pkt. Ø Prozessdauer (Tg.) je CMI-Pkt.
	Zahl der Patienten von ausserhalb des Einzugsgebiets erhöhen	Patientenverhältnis
Verbesserung des Personalmanagements	Mitarbeitergewinnung verbessern	Ø Anzahl unbesetzter Vollzeitstellen Ø Dauer für die Neubesetzung von Stellen
	Mitarbeiterzufriedenheit erhöhen	Mitarbeiterumfragen Ø Personalfluktuationsrate
	Mitarbeiterfortbildungenverbessern	Anzahl Fortbildungen pro Mitarbeiter
	Personalkosten reduzieren	Ø Personalkosten je Mitarbeiter Ø Personalkosten je CMI Punkt
Effizienz & Effektivität verbessern	Ertrag verbessern	Ertrag pro Fall stationär Ertrag pro Fall ambulant
	Mittlere Verweildauer reduzieren	Ø Verweildauer
	Fallzahlen steigern	Fallzahlen stationär Fallzahlen ambulant Ø Anzahl Zuweisungen pro Zuweiser
	Fallkosten reduzieren	Ø Fallkosten stationär
Qualitätsverbesserung	Patientenporozessqualität verbessen	Behandlungserfolg stationär gewichtet f. CMI Behandlungserfolg ambulant
	Patientenprozesse standardisieren	Durchdringung Patientenpfaddokumentation

Tab 1: Identifizierte Erfolgsfaktoren.

eine solche arbeitsteilige Wertschöpfung nur erreichen, wenn die zu erbringenden Leistungen, die adressierten Kunden und die richtigen Kooperationspartner für den Leistungsaustausch klar definiert sind (Haraden/Resar 2004). Die auszutauschenden Leistungskomponenten müssen standardisiert werden, um einen reibungslosen Austausch zu gewährleisten.

Ein analoger Spezialisierungstrend zeichnet sich angesichts des gestiegenen ökonomischen Drucks auch im Spitalsektor ab. Effizienz- und Effektivitätsvorteile können jedoch nur erreicht werden, wenn Krankenhäuser es schaffen, ihre Leistungen reibungslos in den Gesamtbehandlungsprozess zu integrieren, um einen klaren Vorteil für den Patienten zu generieren (Glouberman/Mintzberg 2001). Zusammen mit Vertretern von 5 Spitälern aus Deutschland und der Schweiz ist ein Forscherteam aus dem Kompetenzzentrum Health Network Engineering (http://ehealth.iwi.unisg.ch) der Universität St. Gallen daher der Frage nachgegangen, was in Zukunft für Spitäler zentrale Ziele und Herausforderungen bezüglich deren Fähigkeit zu Kooperation und Prozessorientierung sein werden, um sich angesichts der neuen Rahmenbedingungen richtig zu positionieren.

Identifikation zukünftiger Erfolgsfaktoren für Spitäler

Im Rahmen der Untersuchung wurden bewusst deutsche und Schweizer Spitäler in das Projekt integriert, um einen konstruktiven Austausch zwischen Krankenhäusern zu ermöglichen, die in den beiden unterschiedlich regulierten Gesundheitssystemen (Deutschland hat schon 2004 zu dem neuen Abrechnungssystem gewechselt) unterschiedliche Fähigkeiten und Stärken entwickelt haben. In Workshops wurden zuerst die für die Kooperationsfähigkeit entscheidenden Faktoren eruiert und dafür Ziele herausgearbeitet. In einem weiteren Schritt wurden Kennzahlen definiert, welche der Messung der Erfüllung der Ziele dienen (bspw. Anzahl zugewiesenen Fälle pro Disziplin/Partner) und einen Vergleich zwischen den Krankenhäusern ermöglichen. Siehe Tabelle 1.

Die identifizierten Erfolgsfaktoren und die operationalisierten Kennzahlen lieferten die Grundlage für die Entwicklung eines Benchmark-Instruments, anhand welchen die nachfolgenden Aspekte vergleichbar gemacht werden:

Auf- und Ausbau eines positiven Images

Als ein wichtiges Ziel wird seitens der Spitalpartner die Verbesserung des spitaleigenen Images wahrgenommen. Im Rahmen dieses Ziels identifizierten die Partner eine klare strategische Positionierung, eine hohe Qualitätstransparenz, die Steigerung des Patientenkomforts und die Patientenzufriedenheit als zentrale Stellschrauben.

Steigerung der Effizienz

Angesichts der zunehmenden ökonomischen Drucks wird die Steigerung der Effizienz als ein fundamentales Ziel für Spitäler wahrgenommen. Als wichtige und direkte

noch nicht zugeordnet

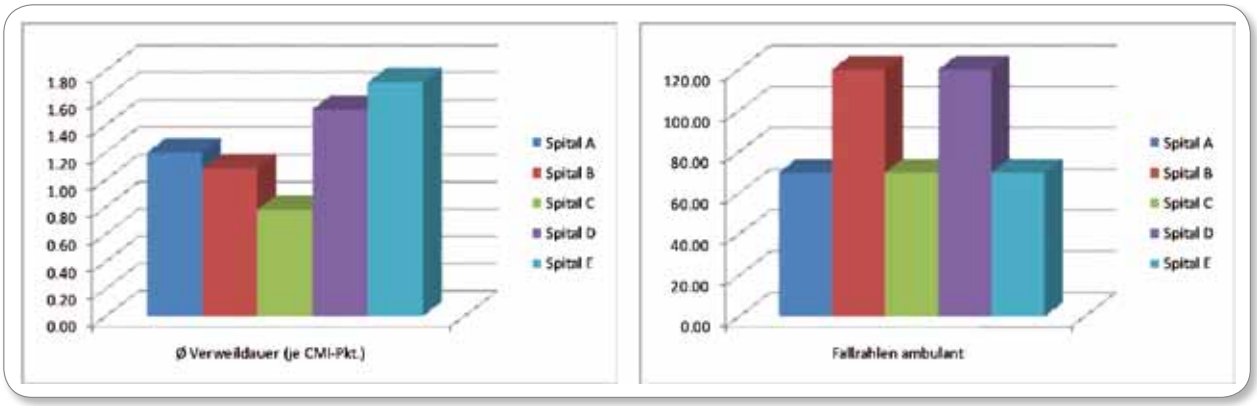


Abb. 1: Beispielhafter Vergleich der Verweildauer und der ambulanten Fallzahlen auf Basis des Benchmarks. Daten sind fiktiv.

Einflussfaktoren werden die Reduzierung der mittleren Verweildauer und der Fallkosten gesehen, um mittelfristig den Ertrag zu verbessern.

Verbesserung der Vernetzungsfähigkeit

Die Vernetzung mit Partnern und komplementären Dienstleistern wird als ein klarer Wettbewerbsvorteil wahrgenommen. In diesem Kontext wurden der strategische Auf- und Ausbau von Kooperationen, die verbesserte Vernetzung mit Zulieferern, eine Optimierung der Behandlungsprozesse und eine Erhöhung der Zuweiserzahlen als wichtige Einflussfaktoren gesehen. Die letzten beiden Faktoren reflektieren wiederum das zentrale Interesse der Spitäler, die Patientenzahlen zu erhöhen und die Verweildauern zu verringern. Hierin sehen die Spitalpartner wichtige Kenngrössen, die sich massiv und direkt auf den finanziellen Erfolg von Kliniken auswirken.

Verbesserung des Personalmanagements

Angesichts wachsender Anforderungen an die Abläufe und zunehmendem Kostendruck wird die Verbesserung des Personalmanagements als wichtiger Faktor gesehen. Darunter werden seitens der Partner Massnahmen, wie die gezielte Verbesserung der Mitarbeitergewinnung und eine Reduktion der Personalkosten verstanden. Ausserdem werden die gezielte Weiterbildung im Hinblick auf die strategischen Ziele des Spitals und eine Verbesserung der Zufriedenheit des Personals als wesentlich beurteilt.

Verbesserung der Behandlungsqualität

Ein weiteres fundamentales Ziel ist für die Partner die kontinuierliche Verbesserung der Behandlungsqualität. Als zentrale Mittel bzw. Notwendigkeiten um dieses Ziel zu erreichen, sehen die Partner die Verbesserung der Qualitätsmanagements und der Prozessqualität innerhalb und zwischen Spitälern. Als wichtige Voraussetzung wird in diesem Zusammenhang die geeignete Standardisierung der Patientenprozesse wahrgenommen.

Abbildung 1 zeigt beispielhaft den Vergleich der Verweildauer und der Fallzahlen zwischen verschiedenen Spitälern.

Es kann zusammenfassend festgehalten werden, dass aus Sicht der Experten die Verbesserung der Vernetzung des Spitals mit seiner Umwelt als zentraler Aspekt wahrgenommen wird. Die Vernetzung führt wiederum zu zusätzlichem Patientenzugang und im Hinblick auf die Optimierung der Leistungsprozesse auch zu einer geringeren durchschnittlichen Patientenverweildauer. Beide Faktoren wirken sich, wie weiter oben gezeigt, positiv auf die Wettbewerbsfähigkeit eines Spitals aus. Durch die Verbesserung der behandlungsrelevanten Prozesse und der konsequenten Orientierung der Prozesse am Patienten steigen zudem die Patientenzufriedenheit und das Image des Spitals. Beide Faktoren wirken sich wiederum positiv auf den Patientenzugang aus.

Vernetzung und Patientenzentrierung als Überlebensgaranten für Spitäler

Interviews mit Praktikern der Bereiche Ärzteschaft, Pflege und Verwaltung in verschiedenen Krankenhäusern Deutschlands und der Schweiz bestätigen die oben beschrieben Ergebnisse aus dem Projekt und untermauern die zunehmende Wichtigkeit von strategischen Kooperationen und einer marktorientierten Positionierung für Krankenhäuser. Angesichts der veränderten Anforderungen können Spitäler also in Zukunft nur überleben, wenn sie sich spezialisieren und ihr Leistungsportfolio an den Ansprüchen ihrer Hauptpatientengruppen ausrichten. Auf diese Weise können auch kleine und mittlere Spitäler genügend hohe Fallzahlen erreichen um Qualitätsvorteile auszuschöpfen. In diesem Zusammenhang steigt gleichzeitig auch die Notwendigkeit für standardisierte Prozesse und eine reibungslose Vernetzung mit komplementären Dienstleistern, um Patienten ganzheitlich versorgen zu können. Spitäler sollten also in der Lage sein ihre Leistungsfähigkeit in Hinblick auf die identifizierten Ziele zu verbessern. Der entwickelte Benchmark ermöglicht Spitälern dabei eine Beurteilung der eigenen Ausgangssituation und Fähigkeiten und ermöglicht eine Beurteilung dieser Faktoren im Hinblick auf die strategischen Ziele und den Kontext des Spitals. Gleichzeitig ermöglicht der Benchmark Vergleiche zwischen Spitälern in Hinblick auf Ihre Leistungsdaten und unterstützt damit den Auf- und Ausbau von strategischen Kooperationen und Netzwerken.

Kontakt

André Blondiau
M. Sc., Kompetenzzentrum Health Network Engineering,
Institut für Wirtschaftsinformatik, Universität St. Gallen
Tel.: +41 (0)71-224 33 58
andre.blondiau@unisg.ch

noch nicht zugeordnet

Quellen

Busse T. (2006): Ausgangslage der deutschen Krankenhäuser im Rahmen veränderter Anforderungen, in: P. O. Oberender (Hrsg.): Clinical Pathways – Facetten eines neuen Versorgungsmodells, Stuttgart, S. 28-42.

Fischer W. (2011): Diagnosis Related Groups (DRGs) und verwandte Patientenklassifikationssysteme. http://www.fischer-zim.ch.

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, 251, S. 20-30.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2011): Kosten je Krankenhaus, www.gbebund.de

Glouberman S./Mintzberg H. (2001): Managing the Care of Health and the Cure of Disease – Part I: Differentiation, in: Health Care Management Review, S. 58-71.

Haraden C./Resar, R. (2004): Patient Flow in Hospitals: Understanding and Controlling it Better, in: Frontiers of Health Services Management, 20, 4, S. 3-15.

Lungen M./Lauterbach KW. (2003): Konsequenzen der DRG-Einführung für die ambulante Versorgung, in Krankenhaus-Report, Schellschmidt

OECD (2011): OECD Health Data – Statistics and Indicators. http://www.oecd.org/