



Kennzahlengesteuertes Management neuer Versorgungsformen

Dominik Deimel, Bundesverband Managed Care e. V., Berlin

Kennzahlen im Gesundheitswesen

Mit der Etablierung neuer Versorgungsformen kommen auch neue Konzepte in das Management der Patientenversorgung. Kennzahlen gewinnen hierbei eine immer größere Bedeutung. Nicht nur betriebswirtschaftliche Daten, sondern auch medizinische Informationen und Leistungsdaten der teilnehmenden Patienten bilden die Grundlage bei der vorausschauenden Versorgungssteuerung. Wenn man Managed Care nicht mit Managed Costs verwechselt, ist eine gesteuerte und qualitätsorientierte Versorgung nur mit adäquaten Daten möglich.

Kennzahlen im Gesundheitswesen sind absolute oder relative Größen, mit Hilfe derer wirtschaftliche und medizinisch-pflegerische Sachverhalte quantitativ dargestellt werden können. Hierbei ermöglichen Kennzahlen einem Unternehmen betriebswirtschaftliche Sachverhalte zu beschreiben bzw. Prognosen über die weitere ökonomische Entwicklung zu erstellen. Gleichzeitig gelten Kennzahlen als Vorgabe zur Zielgrößen und gestatten die Kontrolle der Zielerreichung.

Kennzahlen können Informationen zu Kosten (z. B. Personalkosten, Sachmittel, Umlagen u. a.) als auch zur Zeitdauer (z. B. Dauer bis Arztbrief beim Hausarzt, durchschnittliche Wartezeit des Patienten auf elektiven Eingriff) beinhalten und gehen damit auch über eine reine betriebswirtschaftliche Betrachtung hinaus. Qualitätsorientierte Kennzahlen lassen Aussagen über Patientenzufriedenheit und Outcome (Morbidität, Re-Morbidität) zu (Tab.1).

Doch liegen heute die notwendigen Kennzahlen-Modelle zur Beantwortung der relevanten Fragestellungen nur bedingt vor. So hat z. B. die derzeit immer noch stark sektorierte Versorgung zur Konsequenz, dass die Erhebung von Kennzahlen im deutschen Gesundheitssystem an den jeweiligen Sektorengrenzen aufhört. Während in deutschen Krankenhäusern vermehrt Management-Informationssysteme zur Datenzusammenführung und Steuerung genutzt

Qualität	Zeit	Kosten
Kennzahlen für den Gesamtprozess	• Durchlaufzeit	• Personalkosten
• Infektionsrate	• Liegezeit	• Sachkosten
• Zahl der Komplikationen	• Transferzeit	• Kosten der Verschwendung von Ressourcen
• Zahl der Wiederaufnahmen	• Bearbeitungszeit	• Mengen- und Preiskomponenten
• Anzahl der Kontakte zw. Pflegekräften und Patient	• Verweildauer des Patienten	• Fixe und variable Anteile; d. h. Leistungsmengen abhängige und unabhängige Anteile
• Ergebnisse aus Patientenbefragungen	• Wartezeiten des Patienten	
Kennzahlen zu Tätigkeiten und Teilprozessen	• Wartezeiten des Personals	
• Wird der Patient beim Mittagessen und in der Mittagspause gestört?	• Leerzeiten des OP	
• Ist die Laboranforderung unterschrieben?	• Dauer der Wiederverfügbarkeit von Instrumenten	

Tabelle 1: Beispiele für Kennzahlen

werden, ist im ambulanten Sektor lediglich eine abrechnungsbezogene Auswertung der Informationen möglich.

Die Steuerung von Versorgung aus Sicht der Krankenversicherungen bedarf einer übergreifenden Zusammenstellung relevanter Kennzahlen, die dann von den unterschiedlichen Leistungserbringern erhoben ein gesamthafte Bild ergibt.

Entwicklung von Kennzahlenmodellen

Die Entwicklung neuer Versorgungsformen in den letzten zehn Jahren hat inzwischen einen Stand erreicht, der hohe

unternehmerische Freiheitsgrade für die Leistungserbringer-Organisationen ermöglicht. Mit dem Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG § 137a SGB V) steht seit 2007 eine rechtliche Grundlage zur Verfügung, die inzwischen zu unterschiedlichen Modell-Ansätzen geführt hat. Der Aufbau von medizinischen Versorgungszentren, die Bildung neuer Kooperationsmodelle zwischen stationären und ambulanten Versorgern (z. B. im Rahmen von interdisziplinären Zentren) aber auch die Kettenbildung und die Entwicklung von Franchise-Konzepten beweisen, dass der Weg hin zu neuen Versorgungsformen am Ende eine hohe Variabilität erzeugen kann und wird.

Autor: Dominik Deimel
Titel: Kennzahlengesteuertes Management neuer Versorgungsformen
In: Jäckel (Hrsg.) Telemedizinführer Deutschland, Bad Nauheim, Ausgabe 2009
Seite: 204-207

2.5



Umso mehr die etablierten Strukturen aufbrechen und innovative, unternehmerische Ansätze die neuen Versorgungskonzepte bestimmen, ist es unerlässlich ein kennzahlenorientiertes Management aufzubauen, welches eine betriebswirtschaftliche Steuerung und eine Transparenz über die Prozess- und Ergebnis-Qualität zulässt.

Die Frage stellt sich allerdings, wie Gesundheitseinrichtungen zu entsprechenden Kennzahlen kommen und wie ein übergreifendes kennzahlenorientiertes Versorgungsmanagement über die Sektorengrenzen hinweg etabliert werden kann.

Zur Erstellung eines Kennzahlenmodells braucht es in der Versorgungskette den Aufbau einer Kunden/Lieferanten-Beziehung innerhalb einer Organisation (z. B. im Krankenhaus) bzw. zu den angebotenen Partnern (z. B. zum Zuweiser, Reha-Klinik u. a.). Innerhalb dieses Versorgungsmodells lassen sich dann die Schnittstellen zwischen den unterschiedlichen internen und externen Bereichen identifizieren und die Input-/Output-Beziehungen beschreiben (Abb. 1).

Mit den klassischen vier W-Fragen (Wer, Wann, Wo, Wie?) können die Beziehungen und die notwendigen Kennzahlen (zu Qualität, Kosten, Zeit, Zuverlässigkeit, Flexibilität, Menge u. a.) erarbeitet werden:

WER: Welche Berufsgruppe? Welche Person liefert die Leistung? Welche Qualifikation muss die Person vorweisen, die den Output annimmt; muss es Fachpersonal sein oder reicht es aus, wenn es angeleitete bzw. nicht qualifizierte Mitarbeiter sind?

WANN: Zu welchem Zeitpunkt ist die Abnahme der geforderten Leistung garantiert, ohne definierte Wartezeiten bei der Übergabe der Leistung zu überschreiten?

WO: Eine eindeutige präzise Ortsangabe ist nötig, sofern verschiedene Orte zur Annahme zur Verfügung stehen bzw. im Wechsel angeboten werden.

WIE: Welche Güte muss das Produkt, Information, Dienstleistung besitzen (Vollständigkeit, Beschaffenheit, Qualität), das vom Lieferanten geliefert wird?

Innerhalb der Krankenhäuser sind einige dieser Fragestellungen durch den Aufbau einer Kostenstellen-/Kostenarten bzw. einer Kostenträger-Rechnung sowie der Einführung eines internen und externen Qualitätsmanagements bereits in der Entwicklung. Kennzahlenmodelle zur Steuerung der stationären Versorgung im

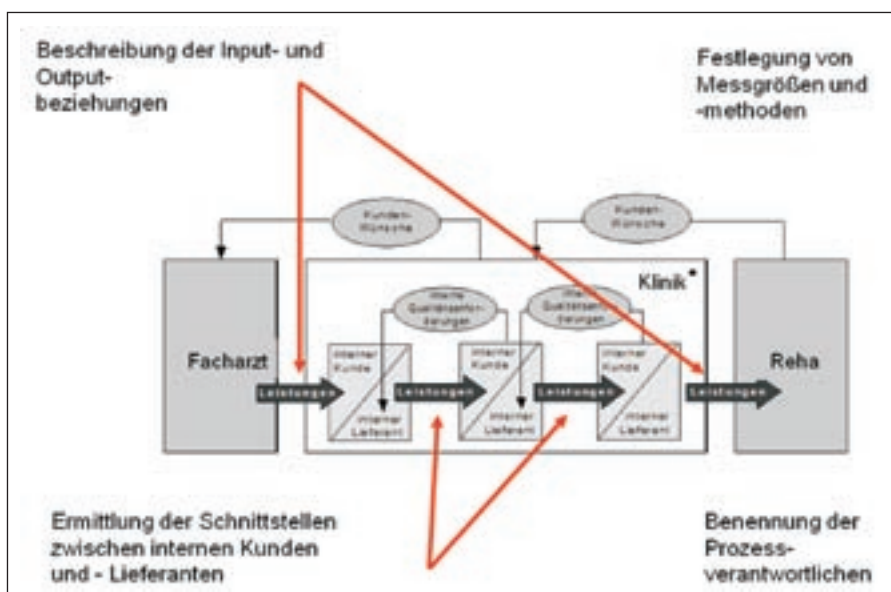


Abbildung 1: Entwicklung Kennzahlenmodell Gesundheitswesen
(Quelle: Greiling, Michael, Vortrag: Kennzahlenorientiertes Prozessmanagement)

DRG-Zeitalter sind entwickelt und werden schrittweise in den Krankenhäusern eingeführt. Die Schwierigkeit besteht überwiegend in der vorhandenen Datenqualität, da die vorhandenen Primärsysteme (z. B. KIS, RIS, Labor-Informationssystem) heterogene Kennzahlen-Informationen erfassen und die Zusammenführung der Informationen in einem Management-Informationssystem aufgrund fehlender Schnittstellen nur bedingt möglich ist. Krankenhausverwaltung und Medizincontrolling bedienen sich häufig noch reinen buchhalterischen Instrumenten und Methoden, die keine Aussagen über den Prozess und die Qualität der Versorgung zulassen. Im Rahmen der DRG-bezogenen Versorgung wurden zunächst die internen Schnittstellen betrachtet, während nun auch das Zuweiser-Management und die Überleitung der Patienten in die nachgelagerte, ambulante Versorgung in den Mittelpunkt rückt.

Doch gerade bei der Entwicklung und Etablierung neuer Versorgungsformen, die im Gegensatz zur reinen pauschalierten DRG-Abrechnung unterschiedlichste Kooperations- und Geschäftsmodelle zulassen, ist die bisherige Vorgehensweise nicht ausreichend. Schon mit dem Aufbau eines interdisziplinären Zentrums (z. B. Mamma-Zentrum, Darmzentrum u. a.) entsteht eine Vernetzung der unterschiedlichen Akteure und Experten, die zu einer deutlichen Steigerung der vorhandenen Schnittstellen beiträgt.

Mit dem Überschreiten der Sektorengrenze und der stärkeren Vernetzung der Versorgung geht aber auch die Erwartung einher, dass die Effektivität verbessert, die Gesamtkosten gesenkt und die Qualität der Versorgung gesteigert wird. Genau hier liegt der unternehmerische Anspruch dieser Kooperationsmodelle, die am Ende in einem sich im zunehmenden Wettbewerb stehenden Markt durchsetzen sollen und auch können (Abb. 2).

Datenquellen für den Aufbau eines Kennzahlen-Managements

Die Herausforderung wird nicht nur darin bestehen, entsprechende Kennzahlenmodelle zu entwickeln, sondern auch eine entsprechende IT-Infrastruktur aufzubauen, um die Datenqualität zu erreichen, die für eine zeitnahe kennzahlengesteuertes Management notwendig ist.

Schaut man sich die heutige IT-Landschaft innerhalb der ambulanten Versorgung an, so stellt man fest, dass neben den klassischen Praxis-Verwaltungs-Systemen (PVS) alle vorhandenen Lösungen für eine übergreifendes ambulantes Management (z. B. in einem Ärztenetz) aus den Ansätzen der Einzelpraxissystemen entwickelt wurden. So stehen bisher keine Kostenrechnung, kein Lieferantenmanagement, keine Einkaufsdaten und auch kein übergreifendes Controlling zur Verfügung. Technologisch betrach-

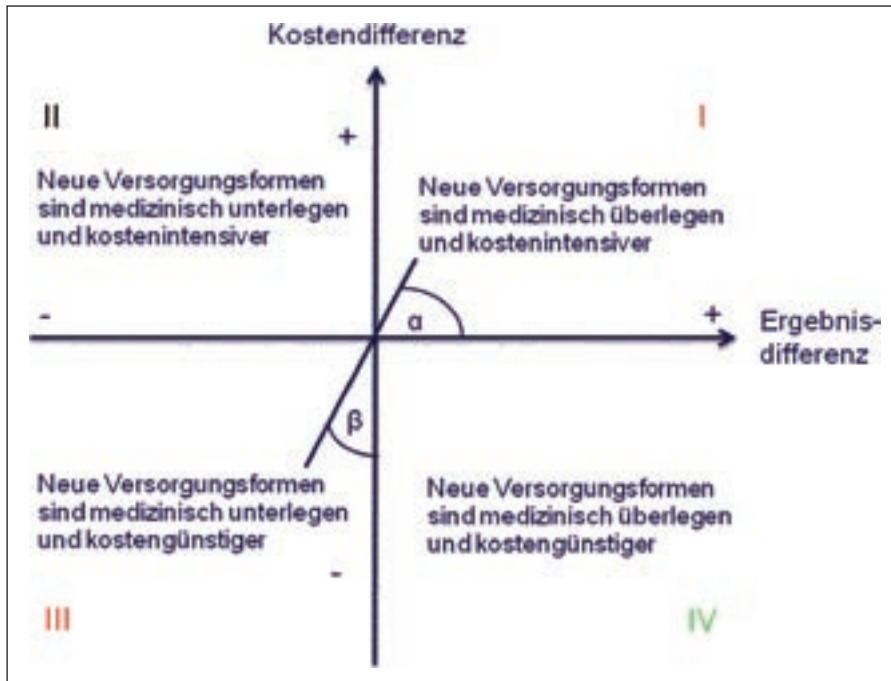


Abbildung 2: Beziehung zwischen Versorgungsqualität und Kosten
(Quelle: Schulz, Sebastian, Vortrag: Evaluation Integrierter Versorgungsformen)

tet ist auch kein zentrales IT-Management möglich, da die übergreifenden IT-Systeme lediglich eine Übergabe der Daten von einer zu nächsten Arztpraxis zulassen.

Krankenhäuser, die heute neben der stationären Versorgung eine ambulante Versorgung aufbauen (z. B. im Rahmen eines MVZ oder Facharztzentrums) haben häufig die Anforderung sowohl ein KIS als auch separates PVS zu betreiben.

Unter Berücksichtigung der unternehmerischen Herausforderung neuer Versorgungsformen mit der Übernahme einer Budget-Verantwortung für den Patienten (z. B. im Rahmen eines IV Vertrages mit Einsparcontracting) kommen zusätzliche Fragestellungen auf das Management zu: Wie kann ich meine Patientengruppe mit den optimalsten Kosten so behandeln und evtl. coachen, dass die aktuellen Krankheiten versorgt sind und eine effektive Prävention das Neuauftreten von Krankheiten verhindert?

Hierzu wird derzeit ein entsprechendes „Morbiditäts-Profil“ entwickelt, welches eine Vorhersage und somit eine Risiko-Abschätzung möglicher Kosten zu einer definierten Population zulässt. Das hierzu notwendige Kennzahlenmodell muss allerdings nicht nur eine Aussage über die Morbidität einer Patientengruppe zulassen (z. B. über

die Diagnose-Statistik der Krankenkassen) sondern auch die Daten der Leistungserbringer (z. B. Abrechnungsdaten u. a.) sowie der Kostenträger zusammenführen. Mit diesem Ansatz wird derzeit der Versuch unternommen, übergreifende Versorgungsmodelle zu rechnen und parallel die Zusammenführung der Informationen für eine Versorgungsforschung aufzubauen.

Gerade im diesem Bereich liegt ein weiteres Potential einer Kennzahlenorientierung, da allein die Transparenz über die ambulante Arzneimittelversorgung gerade bei multimorbiden Patienten ein erhebliches Einsparpotential mit sich bringen würde.

Klinische Behandlungspfade als Instrument des Kennzahlen-Managements

Über die Verwendung von Kennzahlen zur retrospektiven Analyse der Versorgung hinaus ist die Etablierung klinischer Behandlungspfade unerlässlich, um eine prospektive Versorgungssteuerung aufzubauen.

Klinische Behandlungspfade schaffen eine Basis für die Standardisierung der Versorgung im Sinne eines Evidenced-Based-Medicine-Ansatzes und decken Schwachstellen der Schnittstellen auf, die beseitigt werden müssen. Unter Verwendung eines

Prozessreferenzmodells lassen sich über die Prozessabbildung auch die Prozesskosten ermitteln, sofern die jeweiligen Teilprozesse sich einer eindeutigen Berufsgruppe und Kostenstelle zuordnen lassen.

An einem klinischen Behandlungspfad lassen sich auch die Prozess-Indikatoren (z. B. Wartezeiten, Durchlaufzeiten u. a.) und Qualitäts-Indikatoren (z. B. Qualitäts-Standard für die Durchführung, erwartetes Ergebnis) hinterlegen, um ein entsprechendes Kennzahlenmodell aufzubauen. Für die Umsetzung klinischer Behandlungspfade ist neben der IT-Unterstützung (Erfassung der relevanten Daten und Umsetzung der Prozesse über eine Workflow-Steuerung) auch die Einführung eines Case-Managements sinnvoll. Denn Überwachung und Koordination der Versorgung bringt die notwendige Steuerung der Patienten zwischen den verschiedenen Akteuren mit sich. Neue Versorgungsformen mit zunehmender Spezialisierung, komplexeren Kooperationsmodellen und somit Zuwachs an Schnittstellen haben den Bedarf eines „Patienten-Lotsen“, der ein vorher konzipiertes, effektiveres Versorgungsmodell koordinativ unterstützt.

Somit besteht die Anforderung an die IT-Unterstützung bei Umsetzung eines kennzahlengesteuerten Versorgungsmanagements in der Möglichkeit, alle relevanten Kennzahlen (Kosten, Zeit, Qualität) zu erfassen, die Daten aus unterschiedlichen Primärsystemen zusammenzuführen und eine übergreifende Koordination der Versorgung (Umsetzung eines Case-Management anhand klinischer Behandlungspfade) zu unterstützen.

Diese Aufgabenstellung wird die Schnittstelle zwischen Leistungserbringern auf der einen Seite und Kostenträger auf der anderen Seite stärker zusammenführen. Krankenversicherungen bauen parallel entsprechende Versorgungskonzepte auf, um die Steuerung Ihrer Versicherten durch die Versorgungsketten mitzubestimmen. Es ist davon auszugehen, dass die zukünftigen Individualverträge zwischen Krankenversicherungen und Leistungserbringern (z. B. Katalogleistungen für Krankenhäuser, IV-Verträge u. a.) die beschriebene Transparenz im Versorgungsmanagement voraussetzen werden. Somit wird das kennzahlengesteuerte Management neuer Versorgungsformen in den nächsten Jahren weiter an Bedeutung zunehmen.



Information, Wissen, Entscheidung

Die Arbeitsgruppe „Prozess- und IT-Management“ im Bundesverband Managed Care e. V. wird noch in diesem Jahr eigene Kennzahlenmodelle für neue Versorgungsformen erstellen und anhand eines beispielhaften, übergreifenden klinischen Pfades das Zusammenspiel der unterschiedlichen Akteure in neuen Versorgungsformen darstellen. In diesem Kontext soll auch aufgezeigt werden, wie die Hersteller von IT-Lösungen, Medizintechnik, Telemedizin und Infrastruktur-Komponenten ihren Beitrag in die Vernetzung der Gesundheits-Dienstleister leisten können.

Zusammenfassende Thesen

- Ein Versorgungsmanagement ohne Kennzahlen zu Kosten, Zeit und Qualität ist nicht steuerbar
- Passende Kennzahlen, insbesondere über die Sektorengrenzen hinweg liegen heute noch nicht vor
- Es geht nicht nur um Kosten und Zeiteffizienz, sondern besonders auch um die Erstellung von Qualitäts-Kennzahlen.
- Versorgungsmanagement braucht zwingend die Aufnahme und Steuerung von Prozessen (z. B. übergreifende klinischer Behandlungspfade für ambulante und stationäre Versorgung)
- Um Kennzahlen IT-unterstützt zu erfassen braucht es derzeit noch eine Vereinheitlichung von Dokumentationssystemen (z. B. im niedergelassenen Bereich).

- IT-Unterstützung für regionale Versorgungskonzepte erfordert zentral betreute Software-Lösungen (weg vom Einzelsystem in jeder Arztpraxis)
- Die Bedeutung des „Case-Managements“ zur Steuerung des Patienten wird zunehmen und erfordert entsprechende, über die Sektorengrenzen hinweg reichende „workflow-orientierte“ IT-Unterstützung

Kontakt

Dr. med. Dominik Deimel
com2health GmbH
Siegfriedstrasse 11
69469 Weinheim

Bundesverband Managed Care e.V.
Leiter der Arbeitsgruppe
„Prozess- und IT-Management“
Friedrichstraße 136
10117 Berlin

2.5



_Diagnostic Workstation – kostenlose Demoversion:
www.hipax-shop.com

_Cluster PACS Server, das redundante Bildarchiv

_Web Access für die Telemedizin

_DICOM-Print-Management
und Papierausdruck







PROFESSIONELLE SOFTWARE-LÖSUNGEN:
MEDIZINISCHE BIBDBEARBEITUNG,
PACS, TELERADIOLOGIE

Hipax ist ein Produkt der **Steinhart** Medizinsysteme GmbH Grubstraße 6-8 D-79279 Vörstetten
 Tel. +49 (0) 7666-9007-0 Fax +49 (0) 7666-9007-11 info@hipax.de www.hipax.de