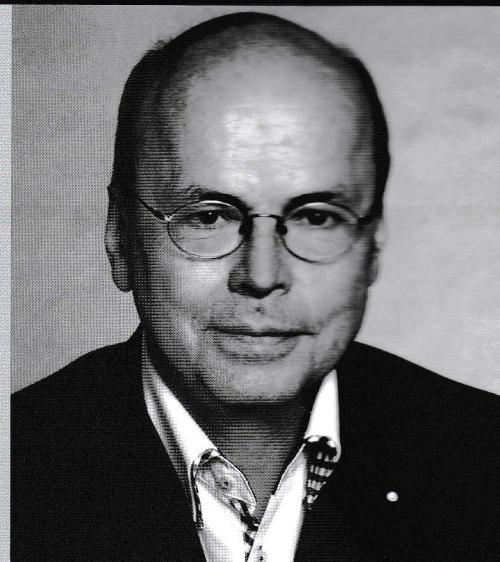


Prof. Dr. med. Martin L. Hansis
Ärztlicher Geschäftsführer des Städtischen
Klinikums Karlsruhe a.D., Ärztlicher Direktor
Diaverum Deutschland GmbH, Honorarprofessur
„Krankenhausmanagement“ KIT, Karlsruhe



→ Prozessoptimierung und Prozesscontrolling in der Zentralen Notaufnahme

1. Allgemeine Situation

Zentrale Notaufnahmen (ZNA) von Krankenhäusern verzeichnen aktuell eine zunehmende patientenseitige Nachfrage bei gleichzeitiger Fehlnutzung. Zusammenfassend ergeben sich folgende Phänomene:

- a) Zentrale Notaufnahmen von Krankenhäusern dienen nach ihrer Natur der Behandlung von medizinischen Notfällen mit krankenhaustypischen (technischen und personellen) Ressourcen. Sie sind bestimmungsgemäß das Portal für eine medizinisch indizierte außerreguläre stationäre Aufnahme.
- b) Durch Inanspruchnahme in Fällen, in denen auch eine ambulante Behandlung ausreichend wäre, wächst der Anreiz, zur anschließenden nicht notwendigen stationären Aufnahme. Albrecht [1] schätzt die Zahl solcher „ambulant-sensitiven Krankenhausfälle“ in 2013 auf 3,5 Millionen. Dabei streut die Fallzahl je nach Wochentag, Tageszeit und Urbanität der Region.
- c) Zur Frage, wie dem gesetzlichen Auftrag zur sektorübergreifenden Sicherstellung der Notfallversorgung (§ 75 (1b) SGB V) organisatorisch entsprochen werden kann, machen Köster et al. [2] umfangreiche Vorschläge.
- d) Behandlungen in Zentralen Notaufnahmen sind unterfinanziert [3].

Im harten Akquise-Wettbewerb unter den Krankenhäusern ist eine gut frequentierte ZNA hilfreich. So hat das vom Autor früher geleitete Klinikum (1.500 Betten) rund 40 Prozent seiner stationären Aufnahmen aus den zwei ZNA (Erwachsene bzw. Kinder) rekrutiert. Eine ZNA, die niemanden abweist, zusammen mit einer Klinik mit einem Voll-Angebot scheint attraktiv für Patienten zu sein. Das gilt auch dann, wenn das Krankenhaus aus seinen ZNA-Fällen keine primären Fehlbelegungen ableitet.

Die folgenden Ausführungen lenken den Blick – anders als die o. a. Referenzpublikationen – nicht auf die allgemeine Gesundheitsversorgung und die dort angetroffenen Fehlallokationen. Sie wenden sich vielmehr an Kliniken, die eine ZNA vorhalten und diese ohne primäre Fehlbelegungen und bei gegebener Vergütungssituation unternehmerisch und betriebswirtschaftlich möglichst sinnvoll betreiben wollen.

2. Prozessoptimierung

2.1 Medizinischer Nutzen / Behandlungsqualität: Eine erfolgreiche Behandlung in medizinisch kritischen bzw. zeitkritischen Situationen mit Risiken *quoad salutem* oder *quoad vitam* beginnt unmittelbar an der Schnittstelle zwischen Krankentransport und Krankenhausbehandlung i. e. S. Die qualitätsbezogene Wertigkeit ist historisch lange für das Polytrauma, in den vergangenen Jahrzehnten analog für zerebrale und kardiale ischämische Situationen nachgewiesen. Dabei lässt sich der volle medizinische Nutzen nur dann generieren, wenn das Ineinandergreifen der diagnostischen und therapeutischen Prozeduren zwischen den verschiedenen Organisationseinheiten perfekt geplant und häufig genug trainiert ist.

Ein qualitativ und prozedural bruchloser Übergang zwischen Notaufnahme und Klinik ist dann relativ einfach, wenn die Klinik selbst die sich aus der Notfallbehandlung ergebenden Bedarfe erfüllen kann: Interventionelle Neuroradiologie nach Apoplex-Erstbehandlung, multidisziplinäres OP-Team nach Polytrauma-Erstbehandlung u. a. – Kliniken, in denen das nicht gegeben ist, müssen intern sehr sorgfältig planen, zu welchem diagnostischen bzw. therapeutischen Zeitpunkt bei welchem Krankheitsbild üblicherweise die Behandlung an eine andere Einrichtung abgegeben und der Patient weitergeleitet werden soll, wie und wohin dies geschehen soll. Dabei können sich aus einem Umweg über eine interventionell nicht tätige Einrichtung

Zeitverzögerungen und Risikoerhöhungen ergeben. Für deren Minimalisierung haben die Verantwortlichen Sorge zu tragen.

2.2 ZNA-Zufluss: Zentrale Notaufnahmen zeichnen sich oft durch einen erheblichen Mangel an Räumen und insbesondere an Räumen für die ersten organisatorischen und medizinischen Schritte aus: Anmeldung, Triageraum mit Übergang zum low care-Bereich (s. Punkt 2.4), Wartezonen für Patienten und Angehörige u. a. – Sind diese unterdimensioniert, stört dies nicht nur den medizinischen Ablauf, es trägt auch wesentlich zum schlechten Image einer ZNA bei (s. Punkt 2.8).

2.3 „Als erstes sieht der Patient den Meister“: Wer ungeplant ins Autohaus fährt (man verzeihe die Analogie!) trifft dort regelhaft zuerst auf den Meister, der nach einer kurzen Orientierung festlegt, wer sich um den Kunden kümmert und was voraussichtlich geschehen soll. Warum sich umgekehrt ZNA-Patienten vielfach durch die klinische Hierarchie nach oben durch warten müssen, ist nicht rational erklärbar. Sofern gesonderte low care-Bereiche gefahren werden (s. Punkt 2.4) ist eine Erst-Sichtung ohnehin nötig. Warum sollte diese nicht unmittelbar mit einem Oberarztkontakt verbunden werden, bei dem die ersten Festlegungen bereits getroffen werden können (wer übernimmt den Patienten und was sind die voraussichtlichen Maßnahmen?). In der eigenen (früheren) Klinik konnte ein erheblicher Qualitäts- und Effizienzgewinn schon dadurch erzielt werden, dass (außer in den Nach-Mitternachtsstunden) immer drei Fachärzte **vor Ort präsent** waren (Innere, Neurologie, Chirurgie).

2.4 Low care-Bereich: Hochfrequent nachgefragte Zentrale Notaufnahmen werden häufig durch ambulante Patienten „verstopft“, bei denen weder ein Notfall i. e. S. vorliegt noch eine stationäre Aufnahme zu erwarten ist. Nicht erst seit dem gesetzlichen Mandat [§ 75 (1b) SGB V] suchen diese nach Möglichkeiten einer orientierenden Triage mit Weiterbehandlung der Patienten in einem low care-Bereich. Dies kann ein durch die Klinik selbst betriebener ZNA-Teil sein; oder es ist eine der ZNA räumlich unmittelbar angegliederte KV-Ambulanz. Zur Organisation eines solchen Konstrukts finden sich umfangreiche Vorschläge bei [2].

Sollte die Klinik auch den low care-Bereich selbst betreiben wollen, ist nicht nur die Frage der Abrechnung zu klären. Es muss auch dafür gearbeitet werden, dass sich die dort Tätigen mit deutlich weniger aufwändigen und deutlich weniger endgültigen diagnostischen Maßnahmen begnügen (z. B. weiterfüh-

rende Diagnostik konzipieren statt durchführen). Dabei kann es schwierig sein, den Mitarbeitern zu vermitteln, dass links vom Flur eine andere Medizin gemacht werden soll, als rechts vom Flur.

2.5 Abfluss aus der ZNA: Zu den großen Ärgernissen einer ZNA-Besatzung gehört die Notwendigkeit, nach getaner medizinischer Arbeit viel Zeit mit dem Suchen eines freien Bettes im Haus verbringen zu müssen. Ein solcher Zustand zeigt das organisatorische Versagen der Klinikleitung an. Ob man sich auf tageweise rotierende Aufnahmepflicht einzelner Stationen einigt oder extra Aufnahmestationen einrichtet – stets hat die Klinikleitung damit zu leben, dass dort, wo ZNA-Patienten hinkommen sollen, **immer (viele) Betten frei sein müssen**. Der Wahn, nur eine zu fast 100 Prozent belegte Klinik sei eine gut organisierte Klinik, hat nachgelagert nach der ZNA zu pausieren.

2.6 „Atmender“ Personalbesatz: Dass die patientenseitige Nachfrage stark schwankend und kaum planbar ist, ist eine triviale Feststellung; dass die meisten Kliniken darauf **nicht** mit einem „atmenden“ Personalbesatz reagieren, ebenfalls. Ohne Zweifel ist es schwer organisierbar, dass mit weniger als einer Viertelstunde Vorlauf mehrere Ärzte und/oder Pflegekräfte aus anderen Stationen oder Funktionsbereichen in der ZNA aus-helfen – nur um Patienten nicht unnötig warten zu lassen. Zumindest ernsthafte Versuche müssen dennoch unternommen werden. Und es sollte wenigstens im Rahmen des Controllings (s. Punkt 3) nach Gesetzmäßigkeiten schwankender Nachfrage gesucht werden.

2.7 Datenhaltung: Es muss dafür gesorgt werden, dass die ZNA **immer** Zugriff zu **allen** alten Akten des Hauses hat. Das ist auch bei einer rein digitalen Datenhaltung nicht selbstverständlich: So muss dort der Kreis der Einblickberechtigten für alle Akten des Hauses auf alle (ärztlichen) Mitarbeiter ausgedehnt werden. Keinesfalls darf es zum Beispiel vorkommen, dass eine im Hause früher dokumentierte Allergie im neuen Akutfall nicht bekannt ist – mit fatalen Folgen.

2.8 Patientenzufriedenheit: Die Zufriedenheit von Patienten und ihren Angehörigen mit der Behandlung in einer ZNA bemisst sich vorwiegend nach einem allgemeinen Gefühl. Es muss möglich sein, ein „Gefühl der Kompetenz“ zu vermitteln (lückenlose Übergaben, klare Kommunikation der medizinischen Sachverhalte, Pflegekräfte / Ärzte, die der jeweiligen Situation offenkundig gewachsen sind). Und es muss das Gefühl

vermittelt werden, dass man sich um den Patienten bemüht (Vermeidung von Wartezeiten bzw. mit ihm sprechen, wenn es länger dauert, nicht auf der Liege alleine lassen, nicht im Hause herumirren lassen etc.).

3. Controlling

Das Controlling ist ein gemischt medizinisch-unternehmerisches: Medizinisch wird nach der Güte der Behandlung gefragt, unternehmerisch nach dem umfassenden Sinn und Nutzen der ZNA. Ersteres ist selbstverständlich. Letzteres ist deshalb notwendig, weil eine ZNA in der Regel für sich alleine betrachtet weit mehr Kosten als Erträge generiert. Das Vorgehen ist zweischrittig und dasselbe wie bei allen anderen großen Entscheidungen im Krankenhaus:

› **Datengenerierung:** Für die nachstehend genannten vier Kriteriengruppen werden Daten generiert – bevorzugt prospektiv und über mehrere Jahre. Bei fehlenden externen Benchmarks wird man Zeitreihen verwenden. Wie immer handelt es sich bei den Parametern möglichst um ehda-Werte, die nicht gesondert erfasst werden müssen.

- a) Medizinische Leistung, (medizinische) Qualität, Portfolio
- b) Personalkörper
- c) Organisation der ZNA / organisatorische Auswirkungen auf andere Abteilungen
- d) Kosten-Ertrags-Relationen

› **Abwägungsentscheidung:** Wenn für alle vier Kriteriengruppen ausreichend Sachinformationen vorliegen, wird im Sinne einer synoptischen Ermessensentscheidung abgewogen, welche unternehmerische Entscheidung gefällt werden soll. Bezogen auf eine ZNA ist dies die rezidivierend zu stellende Frage nach ihrer Existenz, ihrer Größe, Ausstattung, Ausweitung, Einschränkung etc. sowie nach Fortentwicklung der medizinischen Prozessvorgaben.

Mögliche Controlling-Parameter sind:

Zu (a): Diagnostische Richtigkeit (Erst- vs. Entlassdiagnosen), Über- / Unterdiagnostik, Behandlungserfolge, Todesfälle unter Reanimation (Einzelfallanalyse). Zufriedenheitsanalysen / Beschwerden von Patienten, Angehörigen und Zuweisern.

Zu (b): Direkter Personalbedarf in VK-Äquivalenten und nach Kompetenzen (ärztliche Kräfte, Pflegekräfte, andere). Geschätzter indirekter Personalbedarf (Transport, Diagnostik)

Zu (c): Door to needle-Zeit bzw. Äquivalente aus anderen Fachgebieten. Patientenwartezeiten. Patientenzahlen nach Uhrzeit, Wochentag, Jahreszeit. Folgewirkungen auf nachgelagerte Organisationseinheiten (OP, Intensivstationen etc.). Richtigkeit der Triage zwischen ZNA und low care-Bereich.

Zu (d): Über die ZNA aufgenommene Patienten (inkl. Relativgewichte) in Relation zu anderen Aufnahmeformen, ggf. direkte Erlöse. Primäre Fehlbelegung nach ZNA-Aufnahme. Direkte Kosten (gemessen), veranlasste Kosten (gemessen oder quotiert), Overheadkosten (quotiert).

Literatur:

- [1] Albrecht, M., Zich, K. (2016) Ambulantes Potenzial in der stationären Notfallversorgung. IGES-Institut Berlin. www.iges.com
- [2] Köster, V., Wrede, S., Herrmann, T., Meyer, S., Willms, G., Broge, B., Szescsenyi, J. (2016) Ambulante Notfallversorgung. Analyse und Handlungsempfehlungen. Göttingen: AQUA-Institut für angewandte Qualitätsforschung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH.
- [3] Haas, C., Larbig, M., Schöpke, T., Lübke-Naberhaus, K.D., Schmidt, C., Brachmann, M., Dödt, C. (2015) Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus. Fallkostenkalkulation und Strukturanalyse. Management Consult Kestermann GmbH, Hamburg.

Karlsruher Institut
für Technologie
Kaiserstraße 89
76133 Karlsruhe
Deutschland

E-Mail: martin.hansis@kit.edu
Internet: www.kit.edu

Univ.-Prof. Dr. Dr. Wilfried von Eiff
Direktor am Ludwig Fresenius Center for Health Care
Management and Regulation, HHL Leipzig Graduate
School of Management und Leiter des Centrums für
Krankenhaus-Management, Universität Münster

Oliver Lorenz
Geschäftsführer, Wegweiser Media &
Conferences GmbH Berlin



→ Ganzheitliches Beschaffungsmanagement im Krankenhaus: Die „Neue Marktdynamik im Gesundheitssystem“, die veränderte Rolle des Krankenhauses und die strategische Perspektive des Beschaffungsmanagements

Liebe Leserinnen und Leser,

Krankenhäuser in Deutschland stehen auch in den Jahren 2017/18 unter erheblichem Kostendruck. Dies ist einerseits durch ordnungspolitische Eingriffe des Gesetz- und Verordnungsgebers begründet (siehe z. B. die Abwertung von DRGs mit hohen Sachkostenanteilen nach § 17b Abs. 1 Satz 6 KHG), ist andererseits auf die zunehmende Inanspruchnahme des Gesundheitssektors durch ältere, multimorbide und chronisch kranke Patienten zurückzuführen und ist schließlich auch eine Folge des über Jahre gewachsenen Investitionsstaus.

Um vor diesem Hintergrund im gleichzeitig sich verschärfenden Wettbewerb bestehen zu können, sind nachhaltige Einsparungen zwingend erforderlich, um notwendige Investitionen zu finanzieren. Rationalisierungsmaßnahmen sollten aber nicht nur Kosten senken, sondern im Idealfall gleichzeitig dazu beitragen, die Versorgungsqualität und Sicherheit von Patienten zu verbessern, zumindest sollte eine Verschlechterung ausgeschlossen sein.

Die strategische Perspektive für die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens ist fokussiert auf

- > Qualität und Sicherheit für Patienten,
- > Einbezug von Angehörigen in den Therapieprozess,
- > Vergütung orientiert an Qualität (statt an Durchführungspauschalen und Mengen),
- > Nutzung der Qualitätsverbesserungs- und Prozessoptimierungspotentiale, die durch Precision Medicine, Digital Health, Big Data und Krankenhaus 4.0 eröffnet werden,

- > Sicherung einer nachhaltigen Finanzierung und
- > Sektor übergreifende Versorgung, insbesondere auch von älteren, multimorbiden und chronisch kranken Patienten.

Gerade das Sektor übergreifende, an einem ganzheitlichen medizinischen Behandlungsansatz orientierte Versorgungsziel („Triple Aim“) erfordert neue Versorgungsformen in Netzkooperationen und verlangt dem Krankenhaus eine veränderte Rolle ab („Boundaryless Hospital“).

Umso mehr kommt es darauf an, Chancen zur Qualitätsverbesserung zu nutzen sowie Risiken einer nachhaltigen Finanzierung zu eliminieren.

Gerade im Beschaffungsbereich „Medizinischer Sachbedarf“ und „Medizintechnik“ existieren erhebliche Rationalisierungspotenziale. Seit dem Jahr 2000 stiegen die Personalkosten deutscher Krankenhäuser um etwa 25 Prozent, die Kosten des medizinischen Sachbedarfs dagegen um 32 Prozent.

In der Einkaufs- und Logistik-Studie des Centrums für Krankenhaus-Management wurde festgestellt, dass die wesentlichen Kostensenkungseffekte nicht das Ergebnis von Preisverhandlungen sind – dieser Spielraum scheint sogar weitgehend ausgereizt zu sein und sogar zu unbeabsichtigten „Lopez-Effekten“ zu führen – sondern durch Beiträge von innovativen Medizinprodukten zur Prozessoptimierung und Prozesszeitreduktion erreicht werden.

Wegweiser
Media & Conferences
GmbH Berlin
Novalisstraße 7, 10115 Berlin
Tel: +49 (0)30/28 48 81-0
Fax: +49 (0)30/28 48 81-11
E-Mail: info@wegweiser.de
www.wegweiser.de

Geschäftsführung:

Oliver Lorenz, Karen Stetzuhn

Vorsitzende des Beirats:

Dr. Klaus von Dohnanyi,
Dr. Johannes Ludewig

Herausgeber:

Univ.-Prof. Dr. Dr. Wilfried von Eiff,
Oliver Lorenz

Division Creation & Content:

Matthias Canzler,
Esther Kalunge

Division Markets & Sales:

Ekaterina Alyabyeva,
Enrico Schulze

Division Operations & Production:

Kathrin Ackermann (Organisation),
Irina Gross (Redaktion),
Melanie Schröder
(Gestaltung & Satz)

**8. Edition (vorher unter dem Titel
Jahrbuch Gesundheitswirtschaft):**
ISBN 978-3-942324-18-2

Druck:

Brandenburgische
Universitätsdruckerei und
Verlagsgesellschaft Potsdam mbH

Redaktionsschluss:

28. November 2016

Foto Cover:

© fotolia/adam121

Alle Angaben trotz sorgfältiger
redaktioneller Bearbeitung ohne
Gewähr. Die Artikel geben nicht
unbedingt die Meinung des Heraus-
gebers wieder. Alle Rechte vorbe-
halten, auch die Verbreitung durch
elektronische Medien, durch Funk,
Fernsehen, fotomechanische Wie-
dergabe, durch Tonträger jeder Art
durch auszugsweisen Nachdruck.

© Wegweiser Media &
Conferences GmbH Berlin 2016

→ Inhaltsverzeichnis

Danksagung.....

Vorwort

Univ.-Prof. Dr. Dr. Wilfried von Eiff, Direktor am Ludwig
Fresenius Center for Health Care Management and
Regulation, HHL Leipzig Graduate School of Management
und Leiter des Centrums für Krankenhaus-Management,
Universität Münster und Oliver Lorenz, Geschäftsführer,
Wegweiser Media & Conferences GmbH Berlin

I.

Professionalisierung:

Strukturen, Prozesse, Recht11

**Das „Boundaryless Hospital“: Versorgungsstrukturelles
Konzept und praktische Gestaltungsansätze**

Univ.-Prof. Dr. Dr. Wilfried von Eiff, Direktor am Ludwig
Fresenius Center for Health Care Management and
Regulation, HHL Leipzig Graduate School of Management
und Leiter des Centrums für Krankenhaus-Management,
Universität Münster.....11

**Ganzheitliches Beschaffungsmanagement:
Patientenorientierung, wirtschaftliche und ökologische
Nachhaltigkeit im Krankenhaus-Einkauf**

Univ.-Prof. Dr. Dr. Wilfried von Eiff, Direktor am Ludwig
Fresenius Center for Health Care Management and
Regulation, HHL Leipzig Graduate School of Management
und Leiter des Centrums für Krankenhaus-Management,
Universität Münster.....13

**Geschäftsprozessmanagement im Krankenhaus
– Ausgestaltung und Strategische Relevanz von
Unterstützungsprozessen im Krankenhaus**

Lisa Schiefer MA/BA, Assistenz des Vorstands für
Anästhesiologie perioperative Medizin und allgemeine
Intensivmedizin, Uniklinikum Salzburg; Prof. Dr. Johannes
Kriegel MBA/MPH, Professur für Gesundheitsmanagement,
Fachhochschule Oberösterreich.....24

**Prozessoptimierung und Prozesscontrolling in der
Zentralen Notaufnahme**

Prof. Dr. med. Martin L. Hansis, Ärztlicher Geschäftsführer
des Städtischen Klinikums Karlsruhe a.D., Ärztlicher
Direktor Diaverum Deutschland GmbH, Honorarprofessur
„Krankenhausmanagement“ KIT, Karlsruhe.....28