

Inhalt:

- **Prozessorientiertes Schnittstellenmanagement im Krankenhaus**
- **Software Assisted Medicine (SAM) – Leitlinien, die in der Praxis wirken**
- **Begrenzte Übertragungsmöglichkeiten von Prinzipien der allgemeinen Betriebswirtschaftslehre in der Arztpraxis – BSC (Balanced Scorecard) vs. zertifiziertes QM (Qualitätsmanagement)**

Liebe HEALTH-EBS'ler/innen,
sehr geehrte Leserinnen und Leser,

wir freuen uns, Ihnen/Euch auch zum Jahresende 2012 wieder eine neue Ausgabe unseres HEALTH ECONOMIST vorstellen zu können. Ein herzliches Dankeschön an alle Autorinnen und Autoren, die diese Ausgabe mit ihren Beiträgen ermöglicht haben. Wie gewohnt werden auch diesmal verschiedenste Themen aus dem Gesundheitswesen behandelt. Neben dem Krankenhaus- und Versorgungsmanagement werfen wir erstmals einen Blick auf die zahnärztliche Behandlung.

Auch in diesem Jahr war unser Member-Meeting ein Höhepunkt unserer Vereinsarbeit. Das soll auch 2013 wieder so sein und wir freuen uns, bereits den Termin für unser nächstes Member-Meeting bekannt geben zu können: Wir werden uns hoffentlich recht zahlreich am 07./08. Juni 2013 an der EBS in Oestrich-Winkel wiedersehen. Daneben werden wir weiterhin mit diesem Newsletter, unserer Homepage www.health-ebs.de und unserer Gruppe bei XING Plattformen für (virtuelle) Begegnungen und fachlichen Austausch zu Themen des Gesundheitswesens bieten.

Darüber hinaus wollen wir im kommenden Jahr die Zusammenarbeit und den Kontakt mit der Leitung des Health Care Management Institute (HCMI) der EBS intensivieren, um Synergien zu erreichen und auch um aus unserem Kreise als Alumnis verstärkt Impulse für die gesundheitsökonomischen Studiengänge an der EBS geben zu können. Hierzu haben in den vergangenen Wochen und Monaten bereits einige Gespräche stattgefunden und erste konkrete Ideen wurden aufgegriffen und umgesetzt. Diese Vernetzungsaktivitäten wollen wir 2013 weiter vorantreiben.

Leider war die Wahrnehmung der EBS insgesamt im Jahr 2012 in der Landespolitik und in der allgemeinen Öffentlichkeit erneut von Negativ-Meldungen beeinträchtigt. Das kann weder im Sinne der EBS, noch in unserem Interesse als Alumnis sein. Wir hoffen daher, dass im kommenden Jahr wissenschaftliche Exzellenz und eine seriöse Geschäfts- und Finanzpolitik das Bild der EBS prägen werden. Hierfür hat sicherlich auch die Hochschulleitung noch einige Aufgaben anzugehen, um die EBS aus den Schlagzeilen und den roten Zahlen zu führen.

Doch nun sollen die Tage des Jahreswechsels erst einmal etwas Ruhe, Freizeit und Erholung bringen. Wir wünschen Ihnen/Euch eine schöne Weihnachtszeit und einen guten Start in das Jahr 2013 – und natürlich auch eine interessante Lektüre unseres neuen HEALTH ECONOMIST.

Jürgen Merz

(1. Vorsitzender von HEALTH EBS e.V.)



*Frohe Weihnachten
und ein glückliches und erfolgreiches neues Jahr 2013*



Nicole Windus

Dipl.-Kauffrau,
Gesundheitsökonom (EBS)
Leitung Patientenmanagement
Tel: 0174-3408648



Kai-Uwe Latten

Dipl.-Kaufmann
Gesundheitsökonom (EBS)
EFQM-Assessor
CMS Consulting GmbH &
Co.KG
Konrad Adenauer Str. 25
50996 Köln
Tel.: 0221-93576-31
E-Mail:
latten@cms-verbund.de

Krankenhausmanagement

Prozessorientiertes Schnittstellenmanagement im Krankenhaus

Deutsche Krankenhäuser müssen sich seit Einführung von DRG-Fallpauschalen und der Möglichkeiten ambulanter Leistungserbringung besonderen Herausforderungen stellen. Schon der Aufnahmeprozess beeinflusst den weiteren Ablauf, Entlassung und auch Zahlungseingänge. Eine fehlerfreie, administrative Erfassung von Stammdaten, die zeitnahe und vollständige Verlaufsdokumentation und Kodierung sowie eine unmittelbare Faktura nach Entlassung inklusive stringenter Forderungsmanagement sind Voraussetzungen für eine optimale Liquiditätssicherung. Neben einer effizienten und qualitativ einwandfreien Patientenversorgung ist daher ein abteilungsübergreifendes Denken und Handeln erforderlich.

Kennzeichnend für den medizinischen Versorgungsprozess ist eine hohe **Komplexität** und **Interdependenz** mit verschiedenen Fachdisziplinen und Funktionsbereichen. Er weist eine Vielzahl von **Schnittstellen** auf. Innerhalb eines Prozesses oder zwischen zwei Prozessen entstehen Schnittstellen dann, wenn verschiedene Personen / Abteilungen betroffen sind und/oder die Prozessverantwortung übergeben wird. An Schnittstellen wird der Prozess fehleranfällig und es treten häufig Ineffizienzen auf. Dies verursacht zusätzliche Kosten, zeitliche Verzögerungen und nicht selten Qualitätseinbußen.

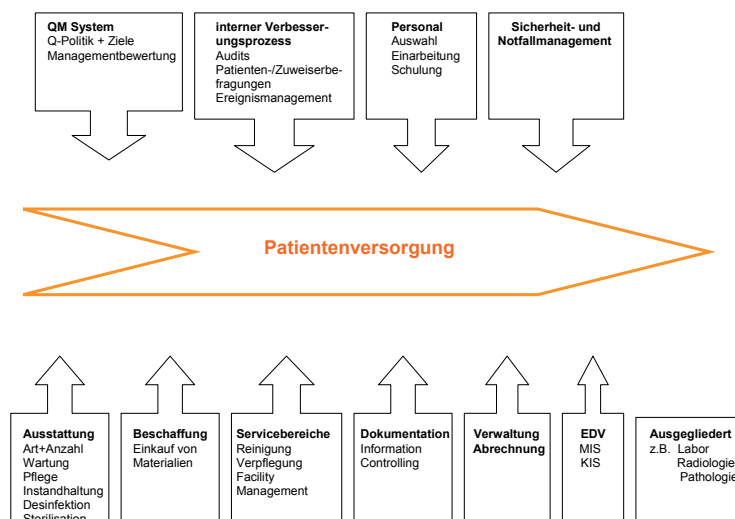
Typische Schnittstellen im KH sind:

Ambulanz – Station – Verwaltung
Chirurgie – Anästhesie
Station – Funktionsbereich
(z.B. Labor, Röntgen, ect.)

Station – unterstützende Prozesse (z.B. Reinigung, Verpflegung)

Aber nicht jede Schnittstelle ist zwangsläufig auch ein Problem. Probleme treten nur dann auf, wenn sich in der Zusammenarbeit zwischen den Bereichen Unstimmigkeiten entwickeln. Einige mögliche Ursachen für Schnittstellenprobleme im Krankenhaus sind:

- Koordinationsmängel durch unklare Abgrenzung und Zuständigkeiten
- keine klaren Regelungen, Leitlinien und Strukturen
- keine bereichsübergreifende Kommunikation
- unzureichender Informationsfluss (inhaltlich/zeitlich)
- fehlende Prozessorientierung und Standardisierung von Abläufen
- zeitliche Engpasssituationen durch unterschiedliche Zeiterfordernisse bei der Patientenversorgung
- fehlende Identifizierbarkeit und Ansprechpartner
- wenig Einblick in die Aufgaben der jeweils anderen Bereiche, dadurch herrscht häufig wenig Verständnis füreinander
- mangelnde Befähigung oder Kenntnisse der Mitarbeiter
- fehlende Vernetzung von Medizin, Pflege und Administration
- geringe Integration des Finanz- mit dem Medizincontrolling
- keine Integration ambulanter Leistungserbringung (z.B. § 95 SGB V MVZ, § 116 Amb. Behandlung im KH)



Beispiel einer Prozesslandschaft mit Wechselwirkung

- starke Hierarchisierung der verschiedenen Berufsgruppen

Lösungsansätze

Um Schnittstellenprobleme gar nicht erst aufkommen zu lassen oder zumindest zu reduzieren, gilt es die folgenden Aspekte zu berücksichtigen:

- Schnittstellenmanagement
- Prozess-/Schnittstellenanalyse
- Kommunikation, Information und Transparenz

Unter **Schnittstellenmanagement** versteht man die **Gestaltung, Lenkung und Entwicklung** an den Berührungstellen (Schnittstellen) zwischen verschiedenen Systemen bzw. zwischen Systemelementen. Ziel ist es, die Schnittstellen zu identifizieren und durch klare Regelungen und Verantwortlichkeiten aus Schnittstellen Nahtstellen zu machen. Dabei setzt ein gutes Schnittstellenmanagement nicht im Berufsfeld, sondern bei den zu erbringenden Leistungen an.

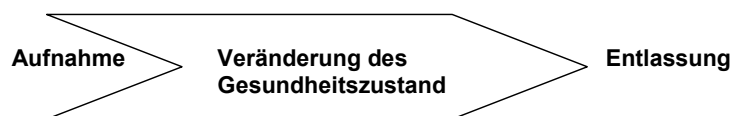
Prozess- und Schnittstellenanalyse

Zunächst stellt sich daher die Frage, welche Prozesse in der Klinik/Abteilung vorkommen. Im Rahmen einer **Prozessbeschreibung** werden Abläufe (wer tut was mit welchen Hilfsmitteln/Ergebnis) dargestellt. Der Prozess wird in logische Teilschritte zerlegt und Schnittflächen-tätigkeiten (= Tätigkeiten, die von unterschiedlichen Funktionsbereichen ausgeübt werden können) identifiziert. Für die Prozessbeschreibung sind Vertreter aller für die Durchführung

notwendigen Bereiche einzubeziehen. Zudem sind die Anforderungen der **Prozesskunden (PK)** zu berücksichtigen. PK sind alle, die von den Auswirkungen des Prozesses direkt betroffen sind. Dies können z.B. Patienten aber auch Angehörige, zuweisende Ärzte, Kooperationspartner, Schnittstellenpartner/Funktionsbereiche oder Kostenträger sein. Daher müssen weitere Personen/Abteilungen gehört werden, um deren Wissen oder Bedürfnisse zu berücksichtigen, z.B. Vertreter des Controllings, der Verwaltung oder Qualitätsbeauftragte. **Expertenwissen** ist auch erforderlich, wenn klinische **Behandlungspfade**, die den übergeordneten Prozess der Patientenversorgung auf die Ebene eines Krankheitsbildes oder einer Behandlungsform herunter brechen, erstellt werden. Neben der präzisen Prozessbeschreibung sind konkret messbare **Prozessziele** festzulegen. Die Auswahl von Kennzahlen zur Prozessbewertung bereitet oft Schwierigkeiten. Um eine valide Zielbewertung zu ermöglichen, hilft es schon bei Zielformulierung zu bedenken, welche Kennzahlen zur Verfügung stehen. Beispiel: „*Patientenzufriedenheit*“. Doch was bedeutet dies in der Praxis und wie soll sie gemessen werden? Als ein Parameter für Patientenzufriedenheit könnte z.B. die Weiterempfehlungsbereitschaft im Rahmen einer Patientenbefragung ermittelt werden. Prozessziel könnte dann eine Weiterempfehlungsrate von mehr als 90% der Befragten sein.

Zur **Prozessabgrenzung** ist es wichtig, einen **Auslöser** (z.B. Notfallpatient kommt an,

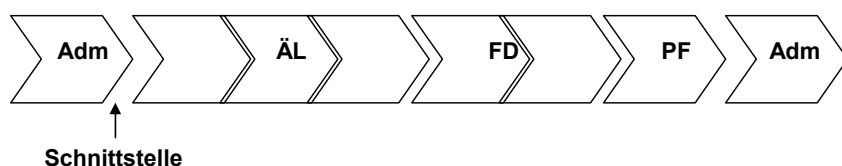
1. Ebene Patientenversorgungsprozess



2. Ebene Prozess Klinische Leistungserbringung (DRG)



3. Ebene Aufgliederung in Teilprozesse / Klinische Pfade



Vernetzung der Teilprozesse Administration (Adm), Ärztliche Leistungen (ÄL), Funktionsdienste (FD) und Pflege (PF)

Prozessebenen

Anforderung einer Labor- bzw. Röntgenuntersuchung oder Patientenanmeldung durch niedergelassenen Arzt) und ein **Ende** zu definieren (wann und wodurch geht er in den nächsten Prozess über z.B. Laborbefund, Ausschleusen des Patienten aus dem OP). Zudem sind die jeweiligen **Prozessverantwortlichen** festzulegen. Dies kann bei medizinischen Versorgungsprozessen z.B. der Chefarzt oder ein Oberarzt der Abteilung sein.

Schließlich erfolgt die **Prozessanalyse**, um Schnittstellenprobleme, Wert- und Kostentreiber in der Wertschöpfungskette zu erkennen und auf Basis dieser Ist-Analyse die Abläufe aus medizinischer und betriebswirtschaftlicher Sicht zu verbessern. Behandlungsprozesse sind dabei nicht nur bzgl. Qualität und Wirtschaftlichkeit, sondern auch auf Risiken (Sicherheit, Fehlervermeidung) hin zu überprüfen. Grundsätzlich sind stets verschiedene Lösungen möglich. Je nach Konstellation kann es sinnvoll sein, Arbeitsabläufe und Aufgabenverteilungen neu- bzw. umzustrukturieren. Auch hier sind alle Beteiligten einzubeziehen und **Wechselwirkungen** zu beachten, da Veränderungen vorgelagerter Prozesse Effekte auf die nachfolgenden haben können. Dies gilt bei Aufbau und Überarbeitung von Prozesse zu bedenken.

Information & Kommunikation

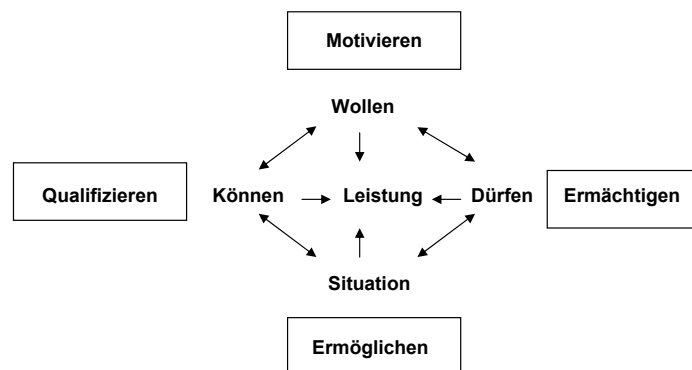
Wesentlich sind klar vorgegebene **Informations- und Kommunikationsstrukturen**. Nur dann ist sichergestellt, dass die notwendige Information zeitgerecht bei den entsprechenden Personen/Abteilungen ankommt und umgesetzt

werden kann. Die Einbeziehung geeigneter **Informationstechnologie**, die den Vorgaben des Datenschutzes folgt, unterstützt diese Maßnahme.

Beispiele für strukturierte Informationen:

- einheitliche Standardformulare
- Informations- und Schnittstellenkataloge
- regelmäßige, abteilungsübergreifende Besprechungen
- Checklisten für Aufnahmen, Entlassung usw.
- OP-Checklisten zur Vor- und Nachbereitung der Operation
- usw.

Über den gesamten stationären Aufenthalt erfolgt ein **Monitoring**. So kann z.B. bei der Aufnahme die voraus. DRG anhand vorliegender Diagnosen in einem EDV-Tool erfasst und das voraus. Entlassungsdatum ermittelt werden. Eine automatische Anpassung von Diagnose und Entlassdatum erfolgt über die erfassten Behandlungsschritte und -ergebnisse. Spätestens 24 Stunden vor der geplanten Entlassung werden alle eingeleiteten Maßnahmen abschließend überprüft und mit dem betreuenden Arzt-/Pflege-Team sowie dem Patienten abschließend besprochen. Der Patient und seine Angehörigen werden so ausreichend und frühzeitig über die Maßnahmen informiert und beraten. Eine zeitnahe, korrekte Abrechnung wird gewährleistet. Schon vor der Entlassung sind zudem notwendige Informationen an nachversorgende Stellen zu übermitteln, um den weiteren Informationsfluss und notwendige Vorbereitung sicherzustellen.



Möglichkeiten der Leistungsbeeinflussung nach Conelli / von Rosenstiel, 1995

len.

Transparenz

Aufgrund der Korrelation von Emotion und strukturellem Denken will der Mensch Abläufe verstehen und Muster erkennen. Als „Gewohnheitstier“ steht er jedoch Veränderungen skeptisch gegenüber. Veränderungen sind mit Unsicherheit verbunden und können als Gefahren und Risiken oder auch als „Macht-“ bzw. Kontrollverlust wahr-

genommen werden. Das jeweilige System muss daher allen Beteiligten in seiner **Nachvollziehbarkeit** klar sein. Festgelegte **Leistungen und Abläufe**, zugeordnete **Aufgaben** und konkrete **Zuständigkeiten** müssen allen Beteiligten dargestellt werden und jederzeit ein- bzw. ersichtlich sei. Die getroffene Zuordnung ist von den Beteiligten einzuhalten; Prozessänderungen können nicht einseitig vorgenommen werden.

Prozessverantwortliche sind als Ansprechpartner für Rückfragen zu definieren.

Bei anstehenden Veränderungen werden die Betroffenen frühzeitig durch umfassende und angemessene Information vorbereitet und einbezogen. Alle Mitarbeiter müssen zudem entsprechend ihrer Aufgaben befähigt werden.

Ergänzend kann dies auch Schulungsmaßnahmen zu Themen wie Kommunikation, Beschwerdemanagement, Teamarbeit u.ä. sowie die Integration interdisziplinärer Projekt-Workshops beinhalten.

Damit vermittelt man den betroffenen Mitarbeitern die nötige Sicherheit im Prozess. Je stärker die Sicherheit, desto größer die Bereitschaft diesen mitzutragen. Die Akzeptanz und Entwicklung einer Fehlerkultur unterstützt den Prozess dabei positiv. Wird diese Bereitschaft

nicht erzeugt, können Widerstände aus der Belegschaft den jeweiligen Prozess stören oder zum Scheitern bringen.

Fazit

Die multiprofessionelle Gestaltung und Verbesserung der Prozessqualität an der gesamten Wertschöpfungskette im Krankenhaus führt zu besserer Effizienz, Qualität und Wirtschaftlichkeit. Sie senkt Risiken und erhöht die Arbeitsqualität. Eine kontinuierliche Anpassung und ein gemeinsames, bereichsübergreifendes Lernen über etablierte Projektgruppen gewährleistet die Nachhaltigkeit. Damit kommt es allen Beteiligten – Mitarbeitern wie Patienten/Angehörigen und externen Leistungserbringern – zu Gute und wirkt sich zudem positiv auf das Empfehlungsmarketing aus.

Nicole Windus, Kai-Uwe Latten

Versorgungsmanagement

Software Assisted Medicine (SAM) – Leitlinien, die in der Praxis wirken



Roland Heuwinkel

Gesundheitsökonom (EBS)
Produktmanager

CompuGroup Medical
Deutschland AG
Geschäftsfeld
Versorgungslösungen
& Kostenträger
Maria Trost 21
56070 Koblenz

Tel. 0261 8000 1907
E-Mail:
roland.heuwinkel@cgm.com

Die großen Volkskrankheiten stellen eine besondere Herausforderung für das deutsche Gesundheitssystem und die Gesellschaft dar. Anlässlich des Weltkongresses für Diabetes¹ wies Prof. Dr. Peter Schwarz, Uni Dresden, bereits vor zwei Jahren darauf hin, dass sich Diabetes wie eine Epidemie ausbreitet: 2010 waren bereits ca. 8,9 Mio. Bundesbürger daran erkrankt, die Dunkelziffer wurde auf weitere 4 Mio. geschätzt. 2020 können es lt. Prof. Schwarz schon 14 Mio. Diabetiker sein und 6 Mio. noch nicht erkannte Diabetiker unter uns leben. Eine qualitativ hochwertige Versorgung der Chroniker bei gleichzeitiger Steigerung der Maßnahmen zur Früherkennung ist ein Kraftakt.

Der Sachverständigenrat² sah 2009 über die indikationsspezifischen DMP's hinaus konkreten Handlungsbedarf für weitergehende Maßnahmen in Richtung Fallmanagement: „Neben der gezielten Berücksichtigung von häufigen Komorbiditäten einer Indexerkrankung erstreckt sich dieses Defizit auch auf „generische Interventionen“ wie z. B. das Case Management. Wenn, wie oben begründet, Multimorbidität in der Hausarztpraxis eher der Regelfall als die Ausnahme ist, kommt solchen generischen Leistungen in der Langzeitbetreuung zukünftig besondere Bedeutung zu.“

Aufgrund der wachsenden Zahl multimorbider Diabetiker wird es für die behandelnden Haus- und Fachärzte zunehmend aufwändiger, die Leitlinien der unterschiedlichsten Fachgesellschaften zu berücksichtigen und auf den indi-

viduellen Fall zu übertragen. Der Diabetologe wird auf seinem Gebiet noch in der Lage sein, jeweils die aktuellsten Leitlinien und Studienergebnisse zu kennen. Ein Hausarzt muss sich täglich mit einer Vielzahl von Krankheitsbildern auseinandersetzen und hat zudem ein nur kleines Zeitbudget für Recherche und Fortbildung zur Verfügung. Grundstein für die Erkrankung an Diabetes mellitus Typ 2 sind in den meisten Fällen mangelnde Bewegung, falsche Ernährung und auch Suchtverhalten. Bei der Behandlung spielen eine effiziente Lebensstiländerung (mehr Bewegung, gesündere Ernährung) und die Compliance in der Arzneimitteltherapie eine entscheidende Rolle. Zu diesem Zweck wurden bereits vor über zehn Jahren „Disease Management Programme (DMP)“ entwickelt. Es sind zwar über 5 Mio. Diabetiker in DMP's eingeschrieben, die von Prof. Schwarz identifizierte anhaltende Steigerung der Prävalenz deutet jedoch darauf hin, dass diese Maßnahmen allein nicht greifen. Vor allem fehlt es an Früherkennungsmaßnahmen, um Risikopatienten bereits im Vorstadium behandeln zu können. Neben eines besseren Therapieverlaufs und der damit verbundenen Vorteile bei der Lebensqualität für die Patienten wären auch ökonomische Effekte zu erzielen. Die Herausforderungen bestehen also darin, Risikopatienten zu erkennen, sie in Präventivmaßnahmen einzubetten, für bereits erkrankte Diabetiker im Kontext zu ihren Begleiterkrankungen leitliniengerecht und fallbezogen eine optimale Arzneimitteltherapie zu finden sowie den Therapieverlauf und die Compliance zu überwachen. Für einen einzelnen

¹ 6th World Congress on Prevention of Diabetes and its Complications (WCPD 2010), Dresden, April 8-11, 2010. <http://www.wcpd2010.com>

² Sachverständigenrat 2009, Bundestags-Drucksache 16/13770, Ziffer 708, Seite 332



Arzt wäre das ggf. mit klassischen Mitteln und bei einer überschaubaren Fallzahl zu bewältigen, interdisziplinär und ggf. sektorübergreifend sicher nicht. Führende Experten auf dem Gebiet der Gesundheits-IT fordern schon lange eine Bereitstellung medizinischen Wissens durch Assistenzsysteme:

„Dennoch klafft aktuell insbesondere im Gesundheitswesen eine Lücke zwischen dem technologisch Möglichen und den tatsächlich verfügbaren Lösungen. Vor allem besteht die Herausforderung, die historisch gewachsenen IT-Systeme des Gesundheitswesens noch stärker an den Entscheider und somit an den Point of Decision heranzuführen und damit ihre Nutzung über die reine Dokumentation hinaus zu erweitern. Die schnelle Erweiterung medizinischen Wissens sowie die Erkenntnis, dass die Gesundheitssituation eines Menschen ganzheitlich zu beurteilen ist, machen es wünschenswert – wenn nicht erforderlich –, dass Entscheider selbst in ihrer alltäglichen Arbeit proaktiv unterstützt werden.“ Prof. Werner Esswein, Uni Dresden³

Diese Herausforderungen bei der Chronikerversorgung und der Wunsch einiger Ärzte, sich fallbezogen besser mit Kollegen austauschen zu können und dabei jeweils aktuelle Leitlinien und Studien berücksichtigen zu können, war die Initialzündung für die CompuGroup Medical, im Rahmen der Produktfamilie „SAM (Software Assisted Medicine)“ die Produktlinie CGM PATHWAYS zu entwickeln. CGM PATHWAYS stellt allen behandelnden Ärzten, auch sektorübergreifend, aktuelles medizinisches Wissen direkt am POI (Point of Decision) bereit. Dabei werden patientenbezogene medizinische Daten in Echtzeit ausgewertet und dem Arzt auf Wunsch Handlungs- und Arzneimittelempfehlungen vom System zurück-gemeldet. Die Aktualität der zu Grunde liegenden medizinischen Leitlinien und Regelwerke wird durch anerkannte Wissenschaftler in einem Fachbeirat sowie Mediziner in der hauseigenen Fachredaktion sichergestellt. Allen voran ist hier Prof. Dr. Scherbaum, Vorsitzender der Deutschen Diabetes Gesellschaft, zu nennen, der für die medizinische

Supervision gewonnen werden konnte.

Ziel des Einsatzes der SAM-Technologie im Bereich „Diabetes“ ist es, die behandelnden Ärzte leitliniengerecht mit aktuellem medizinischem Wissen zu versorgen, ihre Arbeitsprozesse effizienter zu gestalten und sie untereinander optimal zu vernetzen. Das wird durch den Einsatz der folgenden Komponenten erreicht:

Kandidatenscanner

- Automatischer Hinweis auf potentielle Teilnehmer an der SAM Diabetesversorgung auf Basis der lokalen Patientenakten in der Arztpraxis
- „Find-Risk-Bogen“ zur zusätzlichen Ermittlung von Risikopatienten

Die zentrale Diabetesakte

- Arztgeführte indikationsspezifische Patientenakte
- Rechtevergabe durch Patienten
- Alle diabetesrelevanten Daten zentral für alle Behandler archiviert
- Leitliniengerechte Pfadinformationen
- Komponenten komplett in den Workflow des AIS integriert
- Relevante Leitlinien direkt ab Therapiebeginn
- Direkter Abgleich der Werte mit Leitlinie nach Eintrag in die zentrale Patientenakte
- Sofortige Rückmeldung von Handlungs- und Verordnungsempfehlungen sowie ggf. Überweisungsempfehlungen

Pay for Performance-Modell

- Erfolgsprämie bei Verbesserung der relevanten medizinische Werte (z.B. HbA1c-Wert, systolischer Blutdruck, Gewicht etc.)
- Monatlicher Controlling- und Benchmarkbericht für teilnehmende Ärzte
- Aggregierter Controllingbericht für Krankenkassen

Ziel- und Behandlungsmanager

- Definition persönlicher Zielvorgaben für den Patienten
- Abstimmung von Handlungsempfehlungen

³), „Software Assisted Medicine zur Bereitstellung medizinischen Wissens am Point of Decision“, Aufsatz Prof. Werner Esswein, Technische Universität Dresden, Lehrstuhl für Wirtschaftsinformatik, insb. Systementwicklung

auf Ziele

- Regelbasierte Anzeige passender Kursangebote (Ernährung, Bewegung, Suchtmittelentwöhnung etc.)
- Selektion nach Region, Kostenübernahme der Krankenkasse und möglichen medizinischen Kontraindikationen
- Registrierung des Kursbesuches in der Patientenakte (Compliance-Kontrolle)

Datensicherheit

- Patentierter Datenschutz garantiert größtmögliche Sicherheit
- TÜV-zertifizierter technischer Beschlagschutz
- Anonymisierte Patientendaten

Best Practice

prosper Versorgungsmanagement Diabetes

- seit Q4/2008 Knappschaft-Bahn-See (KBS) mit prosper-Ärztznetz Saarland
- Projektmanagement CompuGroup Medical Managementgesellschaft mbH
- interdisziplinärer, medizinischer Lenkungsausschuss
- gesundheitsökonomische Evaluation durch Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Prof. Schöffski
- drei Referenzgruppen: Regelversorgungsgruppe, eine reine DM2-DMP-Gruppe, SAM-Gruppe
- stationäre Versorgung: Werte der SAM- und DMP-Gruppe weit unter Regelversorgung
- Diabetiker dank SAM besser und effizienter durch die Behandlungsprozesse geleitet
- geringere Krankenhauskosten wegen

rechtzeitiger notwendiger Facharzt-Kontaktaufnahme

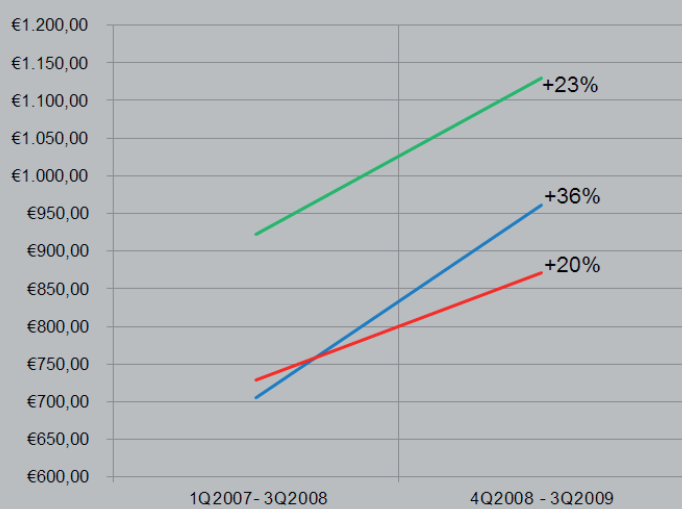
- Potenzielle Entgleisungen der Werte können vom Facharzt aufgehalten werden
- SAM-Patienten sparen die Programmkosten direkt ein, was bei der Regel- und DMP-Versorgung nicht der Fall ist.
- Mehr als 80 Prozent der teilnehmenden Ärzte befürworteten bei einer Befragung, dass sie das Projekt gerne fortführen würden.

„Im Rahmen unseres Programmes „prosper Versorgungsmanagement Diabetes“ arbeiten wir bereits seit Ende 2008 erfolgreich mit der CompuGroup Medical zusammen. Dabei erhalten die Ärzte auf Basis stets aktueller Leitlinien der Deutschen Diabetes Gesellschaft automatisiert Therapieinformationen – passend zum jeweils konkreten Fall. Nach nun über 3 Jahren kann sich die Bilanz sehen lassen: Die teilnehmenden Diabetiker lagen bereits nach vier Quartalen in den medizinischen Zielbereichen und damit deutlich früher als die Vergleichsgruppe. Die Evaluation der Universität Erlangen-Nürnberg belegt, dass trotz besserer Versorgungsqualität die Leistungsausgaben - selbst gegenüber DMP-Patienten - um ca. 240 Euro pro Jahr gesenkt werden konnten. Wir sind mit diesem Ergebnis mehr als zufrieden und werden dieses Erfolgsmodell auch in anderen prosper-Regionen einführen.“ Hans Adolf Müller, Leiter Gesundheitsmanagement, Knappschaft Bahn See (KBS).

Fazit

Die Zahl der Diabetiker steigt stetig trotz der Einführung von DMPs. Die Ursache dafür ist nicht nur in der demografischen Entwicklung zu suchen, sondern auch in der zunehmenden Überlastung der Hausärzte. Sowohl bei der Früherkennung als auch bei präventiven Maßnahmen besteht konkreter Handlungsbedarf. Die von der CompuGroup Medical entwickelten SAM-Technologie stellt aktuelles medizinisches Wissen zur richtigen Zeit am richtigen Ort und natürlich fallbezogen direkt im IT-System des behandelnden Arztes bereit. Durch einen konsequenten Einsatz der Früherkennungstechnologie, Reminder und leitlinienbasierter Handlungsempfehlungen kann die Zahl der Chroniker reduziert und die Versorgung für die Diabetiker verbessert werden. Die Kostenträger und damit das gesamte Gesundheitswesen profitieren von signifikanten ökonomischen Effekten bei stationären Leistungen sowie Arzneimittelausgaben.

Summe AZM- und KH-Kosten pro Patient pro Quartal



Grundgesamtheit: 3.000 Versicherte
 Quelle: HERZ Institut DRV KBS
 DMP: Disease-Management-Programm
 SAM PVD: SAM prosper Versorgungsmanagement Diabetes

— Regelversorgung
 — DMP
 — SAM PVD



**Dr.med.dent. Philipp
Plugmann, MSc, MBA**

Zahnarzt, zertifizierter
Implantologe (BDIZ)
Gesundheitsökonom (EBS)
Finanzökonom (EBS)
Ludwig-Erhard-Platz 1
51373 Leverkusen
www.zahnarzt-plugmann.de

Health-Care-Management in der Zahnarztpraxis

Begrenzte Übertragungsmöglichkeiten von Prinzipien der allgemeinen Betriebswirtschaftslehre in der Arztpraxis – BSc (Balanced Scorecard) vs. zertifiziertes QM (Qualitätsmanagement)

Gesundheitsökonomie erfreut sich in den letzten Jahren zunehmender Beliebtheit. So mancher möchte in klassischer unternehmensberaterischer Vorgehensweise die Leistung, das Outcome, optimieren. Das Outcome hängt nicht nur von der Qualifikation des Behandlers, seinen Weiterbildungen und seiner Berufserfahrung ab, sondern auch vom Faktor Zeit, denn es ist unstrittig, dass eine entsprechende Qualität den Einsatz der Ressource Zeit benötigt.

Um in diesem Spannungsfeld zwischen ökonomischer Realität, medizinischen Fortschritt und Patientenansforderungen zu bestehen, ist die Weiterbildung von Medizinern im gesundheitsökonomischen Bereich unerlässlich. Denn nur wenn man die Fachbegriffe der allgemeinen Betriebswirtschaftslehre und Gesundheitsökonomie und die dahinter stehenden Mechanismen für sich durchleuchtet hat, kann man differenzieren und angemessen anwenden was geht und was nicht.

Beispielweise die oft zitierte **Balanced Scorecard (BSC)** die ursprünglich für große Industrie- oder Verwaltungsunternehmen konzipiert wurde. Die Aufteilung der BSC erfolgt in vier Perspektiven: Finanzen, Patienten, Prozesse und Entwicklungen. Der administrative Anspruch dahinter kann enorm sein. Es wird der Eindruck vermittelt, dies sei im Gesundheitswesen der Schlüssel zu einer patientenorientierten Praxis. Jeder der in einer niedergelassenen Praxis oder Klinik famuliert, assistiert oder hauptverantwortlich tätig war,

weiß, wenn es sich nicht von morgens bis abends um Patienten dreht, um wen sonst ?

Eine Vision ist legitim und ein Leitbild in Praxen, Kliniken und Krankenhäusern bereits oft vorhanden. Braucht es da eine verwaltungstechnische Komponente wie die BSC oder ist ein **zertifiziertes Qualitätsmanagement (QM)** der bessere Schritt? Schließlich werden im QM-Verfahren alle vier Perspektiven der BSC mit abgebildet und darüber hinaus ist das QM bereits Pflicht. Was die BSC im Bereich „Patientenperspektive“ abbildet ist auch die Patientenzufriedenheit. Um die Patientenzufriedenheit zu messen, kann man verschiedene Instrumente anwenden:

- direkte Befragung (mit / ohne Fragebogen)
- anonyme Abfrage mittels Fragebogen (Evaluation)
- Wiederkommensfrequenz
- Empfehlungshäufigkeit

Wie bei allen Befragungen ist hier die Problematik, dass bei direkten Befragungen durch den Arzt/Mitarbeiterinnen nicht evaluierbar ist, ob der Befragte nicht einfach aus Höflichkeit eine positive Antwort gibt oder weil er kein schlechtes Verhältnis zum Praxisteam entstehen lassen möchte, wenn er zuviel kritisiert.

Bei anonymen Befragungen ist der Bezug zum Behandlungsfall schwer möglich und man kann nicht einordnen, was die Ursache für eine mögliche Unzufriedenheit gewesen sein könnte (Terminvergabe, Wartezeiten, Vorzug von Notfällen, Nichtakzeptanz der Diagnose, fehlende Finanzmittel für eine eigene hochwertige Therapie etc). Desweiteren gibt es sehr zufriedene Patienten, die aus den unterschiedlichsten Gründen nicht regelmäßig kommen und Unzufriedene die kommen, weil Sie die jährlichen Kontrollen dokumentieren möchten, aber die Praxis nie weiterempfehlen. Auch die Empfehlungshäufigkeit ist schwer messbar, da jeder Patient gefragt werden müsste und eine Nachprüfbarkeit nicht möglich ist. Hier scheint das QM die bessere Alternative zu sein, weil es sehr stark in den Prozessen ist, die sich letztlich auf die Finanzlage direkt auswirken und Ablauffehler sofort in den Verbesserungszyklus integriert.

Der in der BSC eingepflegte Kennzahlenabgleich ist mit Vorsicht zu genießen. Hier muss vorausgesetzt werden, dass es sich um einen Mediziner handelt, der die Kennzahlen einzeln



Impressum

HEALTH ECONOMIST

Vereinsmedium von
HEALTH EBS e.V.
Alumni-Vereinigung der
gesundheitsökonomischen
Studiengänge der EBS
Universität für Wirtschaft
und Recht

Kontakt:

HEALTH EBS e.V.
Geschäftsstelle:
Osterholzer Dorfstraße 63
28307 Bremen
www.health-ebs.de

Layout/Gestaltung:

Print-Medien-Design-Brösicke
Stefan Brösicke
Auf der Hardt 7
51580 Reichshof

Fotos:

von Fotolia.com
© Kirsty Pargeter
© DOC RABE Media
© XtravaganT
© cmfotoworks

versteht und in ihrer Bedeutung in Kombination miteinander. Es wäre vermessen zu glauben, ohne gesundheitsökonomische Weiterbildung den Unterschied zwischen Eigenkapitalquote, Fremdkapitalzinsen und steuerlich abzugsfähigen Fremdkapitalkosten einschätzen zu können. Auch müssen Vergleichswerte ähnlicher Betriebe, regionale Besonderheiten und Qualifikation/ Berufserfahrung, beispielsweise durch bei der DATEV erhältliche anonymisierte Vergleichszahlen, herangezogen werden. Eine Wirtschafts- oder Steuerkanzlei kann diese Kennzahlen besser analysieren und interpretieren, zumindest solange der betreffende Mediziner nicht hierfür fortgebildet ist und Erfahrung gesammelt hat. Fälschlicherweise könnten Umsatz, Verbindlichkeiten, Rücklagen, Abschreibungen mit unterschiedlicher Abschreibedauer komplett durcheinander gebracht werden. Was helfen Kennzahlen, wenn man sie nicht einordnen kann?!

Dr.med.dent. Philipp Plugmann

Terminankündigung:

Das Member-Meeting 2013 von HEALTH EBS e.V. findet am **07./08. Juni 2013** (Freitag/Samstag) an der EBS in Oestrich-Winkel statt. Programm und Einladung folgen im März/ April. Infos dann auch auf unserer Homepage unter **www.health-ebs.de**

Wir freuen uns, im Jahr 2012 wieder zahlreiche Absolventinnen und Absolventen der gesundheitsökonomischen Studiengänge der EBS als neue Mitglieder begrüßen zu dürfen. Folgende Mitglieder haben in diesem Jahr ihren Beitritt zu HEALTH EBS e.V. erklärt:

Burkard Beierle
Katharina Franoschek
Kerstin Heckmann
David Gabor Szander
Carsten Frank
Dr. Birgit Holz
Friedbert Moselewski
Bernd Rademacher
Martin Till
Martin Richter
Stefanie Hemmer
Thomas Hoppe
Barbara Klinke
Michael Schmitt
Christian Ziegler
Jens-Christian Augustin
PD Dr. Ralph Melcher
Torsten Brenig
Sabine Duval
André Malke
Dr. Claudia Pöttsch
Dr. Jan Schmitt
Christian Krensel

(Reihenfolge nach Beitrittsdatum)

Herzlich Willkommen bei HEALTH EBS e.V. !

