

Steuerung durch Fallmanagement im Krankenhaus – Ausgewählte Ergebnisse einer empirischen Bedarfsanalyse

Julia Ihrke
Martin Grigo
Bernhard Langer

Julia Ihrke, M.A.
Martin Grigo, M.A.
Prof. Dr. Bernhard Langer
Fachbereich Gesundheit, Pflege,
Management
Hochschule Neubrandenburg

Im Rahmen eines 9-monatigen Kooperationsprojekts mit der Allgemeinchirurgie eines süddeutschen Klinikums sollten einerseits Patienten mit einem Bedarf an Fallmanagement sowie andererseits Bereiche der Patientenversorgung mit Fallmanagementbedarf identifiziert werden. Vorliegender Beitrag stellt zentrale Ergebnisse dieser empirischen Bedarfsanalyse vor. Zudem werden im Hinblick auf ermittelte Defizite mögliche Lösungsansätze im Rahmen von Fallmanagement diskutiert.

1. Problemstellung

Seit Jahren wird das deutsche Gesundheitssystem von gesellschaftlichen Veränderungen beeinflusst, die sich in Zukunft weiter verstärken werden. So führt die Alterung der Bevölkerung im Zusammenhang mit dem medizinisch-technischen Fortschritt zu einem Anstieg von Patienten, die ein multifaktorielles, chronifiziertes Krankheitsgeschehen aufweisen. In der Folge kommt es zu einem vermehrten Patientenaufkommen mit erhöhtem Versorgungs- und Unterstützungsbedarf. Dieser Aspekt, verbunden mit der Zunahme von Einpersonenhaushalten verlangt unter anderem nach einem strukturierten Helfernetzwerk, um die lückenlose Weiterversorgung nach dem Krankenhausaufenthalt weiter zu gewährleisten. Darüber hinaus verlagern sich die Erwartungen der zunehmend informierten und mündigen Patienten sowie Angehörigen immer mehr hin zu einer patientenorientierten und qualitativ hochwertigen Krankenhausversorgung.¹

Dem erhöhten Versorgungsbedarf komplexer sowie individueller Patientensituationen stehen, insbesondere durch die Einführung des G-DRG-Systems, wirtschaftliche Herausforderungen gegenüber. Diese spiegeln sich unter anderem in einer stetigen Unterfinanzierungs-

problematik vieler Krankenhäuser sowie in einem steigenden Wettbewerbsdruck wider. In der Folge kommt es zu einem Wandel der Krankenhauslandschaft, welcher primär durch eine Reduzierung der Krankenhauskapazitäten und eine Veränderung der Krankenhausträgerstrukturen gekennzeichnet ist.²

Neben den bereits erwähnten Veränderungen bestehen auch strukturelle Herausforderungen, um eine patientenorientierte, qualitativ hochwertige und zugleich wirtschaftliche Behandlung der Patienten zu gewährleisten. Die Trennung des ambulanten und stationären Sektors und die damit verbundene mangelnde

1 Vgl. bsw. Karin Böhm, Demografischer Wandel als Chance für die Gesundheitswirtschaft, in: Bundesgesundheitsblatt 5/2010, S. 460ff.; Michael Isfort et al., Pflegethermometer 2009: Der Pflegemangel im Krankenhaus wird chronisch, in: Die Schwester Der Pfleger 06/2010, S. 530ff.; Elmar Schmid et al., Patientencoaching, Gesundheitscoaching, Case Management: Methoden im Gesundheitsmanagement von morgen, Berlin 2008, S. 46; Anja Ziesche, Patientenzufriedenheit im Krankenhaus, Wismarer Schriften zu Management und Recht, Band 11, Bremen 2008, S. 19ff.

2 Vgl. bsw. Michael Simon, Das Gesundheitssystem in Deutschland: Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise, Bern 2010, S. 256ff.; Statistisches Bundesamt, Gesundheit, Grunddaten der Krankenhäuser, Fachserie 6.1, Wiesbaden 2010.

kooperative Zusammenarbeit führen im Rahmen der Patientenversorgung zu Schnittstellen. Die daraus entstehenden Kommunikations- und Informationsdefizite erschweren eine lückenlose Versorgung insbesondere der multimorbidien und chronisch kranken Patienten, an deren Behandlung meist mehrere Leistungssektoren beteiligt sind. Defizite bezüglich der Kommunikation und Kooperation zwischen den am Versorgungsprozess Beteiligten bestehen aber auch innerhalb des Krankenhauses. Die stark berufsgruppenorientierte und hierarchisch geprägte Organisation erzeugt ebenfalls Schnittstellen und beeinflusst eine patientenorientierte Versorgung.³

Eine weitere Herausforderung stellt die fehlende Standardisierung von Kernprozessen im Krankenhaus dar. Dies betrifft vor allem die Prozessabläufe der Patientenaufnahme und -entlassung, welche durch die strikte Trennung der Versorgungsbereiche und den sich daraus ergebenden Defiziten direkt betroffen sind.⁴

Eine Möglichkeit, den bestehenden und zukünftigen Herausforderungen des Krankenhaussektors zu begegnen, stellt die nachhaltige Implementierung von Fallmanagement dar. In der Literatur finden sich, aufgrund der unterschiedlichen Organisationen, Berufsverbände oder Versorgungseinrichtungen, die Fallmanagement für sich beanspruchen, verschiedene Definitionen.⁵ Für die Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management ist Fallmanagement bsw. »[...] ein Handlungsansatz zum Aufbau eines zielgerichteten Systems von Zusammenarbeit, das am konkreten Unterstützungsbedarf der einzelnen Personen ausgerichtet ist und an dessen Herstellung die betroffene Person konkret beteiligt wird. Ziel ist, Aufgaben und Abläufe aller in der Klienten- und Patientenversorgung tätigen Professionen zu koordinieren und die Leistungserbringung möglichst effektiv und effizient zu gestalten.«⁶

Da kein einheitliches Konzept und Verständnis von Fallmanagement existiert und sich zudem die klinikspezifischen Bedarfe an Fallmanagement unterscheiden, scheint es im Vorfeld der Einführung aber notwendig, zunächst den klinikspezifischen Bedarf festzustel-

len, um im Anschluss Fallmanagement effektiv und effizient in den Versorgungsalltag integrieren zu können.

Im Folgenden werden daher zum einen sowohl die Zielsetzung und die methodische Vorgehensweise sowie andererseits ausgewählte Ergebnisse einer empirischen Bedarfsanalyse vorgestellt und diskutiert, die in einem 9-monatigen Kooperationsprojekt mit der Allgemeinchirurgie eines süddeutschen Klinikums⁷ von April bis Dezember 2010 durchgeführt wurde. Anschließend werden auf Basis des empirisch ermittelten Bedarfs mögliche Lösungsansätze im Rahmen von Fallmanagement aufgezeigt.

2. Zielsetzung und methodische Vorgehensweise

Im Zuge einer geplanten Einführung von Fallmanagement stellt sich für das jeweilige Klinikum zunächst die Frage, in welchem Umfang und für welche Zielgruppe der Einsatz von Fallmanagement notwendig ist. Um den konkreten Bedarf

Die stark berufsgruppenorientierte und hierarchisch geprägte Organisation erzeugt ebenfalls Schnittstellen und beeinflusst eine patientenorientierte Versorgung.

an Fallmanagement festzustellen, ist es daher erforderlich, die klinikspezifische Ausgangssituation vorab zu analysieren und zu bewerten.

Daher bestanden die angestrebten Ziele der Untersuchung einerseits in der Identifikation von Patienten mit einem Bedarf an Fallmanagement sowie in der Ermittlung des Anteils dieser am gesamten Patientenaufkommen. Andererseits sollte herausgestellt werden, in welchen Bereichen der Patientenversorgung ein Bedarf an Fallmanagement besteht.

Zur Beantwortung der Fragestellungen wurde eine Prozessanalyse in den beiden Stationen der Allgemeinchirurgie durchgeführt. Diesbezüglich erfolgte die Generierung von verschiedenen Hypothesen, welche sich aus den aktuellen und zukünftigen Problemstellungen bzw. Herausforderungen der Krankenhäuser ergeben haben:

Hypothese I: »Die Überleitung der Patienten in das Krankenhaus verläuft auf-

grund von Kommunikations- und Informationsdefiziten suboptimal und erschwert eine individuelle prozess- und patientenorientierte Versorgung von Beginn an.«

Hypothese II: »Aufgrund einer fehlenden bzw. zu modifizierenden standardisierten stationären Patientenaufnahme, welche Patienten mit einem erhöhten Steuerungsbedarf identifiziert, können die potentiellen Risiken der Patienten nicht ermittelt und somit im Rahmen der Patientenversorgung nicht berücksichtigt werden.«

Hypothese III: »Die Kommunikation und Kooperation aller am Versorgungsprozess beteiligten Berufsgruppen ist im Sinne einer patientenorientierten, qualitativen sowie wirtschaftlichen Versorgung unzureichend und beeinträchtigt eine kontinuierliche und prozessorientierte Behandlung und Betreuung der Patienten.«

Hypothese IV: »Eine unzureichende Organisation und Planung der Entlassung sowie ein unzureichendes DRG-Wissen der Ärzte führen zu primären und sekundären Fehlbelegungen und somit zu finanziellen Verlusten.«

Hypothese V: »Die Überleitung der Patienten vom stationären in den poststationären Sektor verläuft aufgrund unzureichender Organisation des Entlassungsmanagements suboptimal und führt zu Kommunikations- und Informations-

3 Vgl. bsw. Michael Greiling/Matthias Dudek, Schnittstellenmanagement in der integrierten Versorgung, Stuttgart 2009; Klaus-Dirk Henke/Dirk Göpfarth, Das Krankenhaus im System der Gesundheitsversorgung, in: Joachim Hentze/Erich Kehres (Hrsg.): Krankenhaus-Controlling: Konzepte, Methoden und Erfahrungen aus der Krankenhauspraxis, Stuttgart 2010, S. 41

4 Vgl. bsw. Rolf Rosenbrock et al., Pauschallpatienten, Kurzlieger und Draufzahler – Auswirkungen der DRGs auf Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus, Bern 2010; S. 10ff.; Knut Dahlgaard/Peter Stratmeyer, Kooperatives Prozessmanagement im Krankenhaus, Themenband 1, Das Konzept, Neuwied u.a. 2005, S.19f.

5 Vgl. Michael Ewers, Das anglo-amerikanische Case Management: Konzeptionelle und methodische Grundlagen, in: Michael Ewers/Doris Schaeffer (Hrsg.): Case Management in Theorie und Praxis, Bern 2005, S. 56.

6 Wolf Rainer Wendt, Wo stehen wir im Case Management und wie entwickelt es sich weiter?, in: Wolf Rainer Wendt/Peter Löcherbach (Hrsg.): Standards und Fachlichkeit im Case Management, Heidelberg u.a. 2009, S. 4f.

7 Aus datenschutzrechtlichen Gründen muss der Name des Klinikums anonym bleiben.

defiziten, welche eine individuelle und lückenlose Weiterversorgung der Patienten erschweren.«

Diese Hypothesen beziehen sich primär auf bestimmte Bereiche der Patientenversorgung, in denen ein Verbesserungsbedarf vermutet wurde und sollten mit Hilfe der Anwendung unterschiedlicher Datenerhebungsinstrumente bestätigt bzw. widerlegt werden. Um ein möglichst umfassendes Verständnis über die aktuelle Ist-Situation in der Allgemeinchirurgie des untersuchten Klinikums zu erhalten, wurden folgende Analyseinstrumente entwickelt und verwendet:⁸

- Interviewleitfaden Patientenaufnahme (Ärzte und Pflegepersonal)
- Interviewleitfaden Patientenentlassung (Ärzte und Pflegepersonal)
- Interviewleitfaden Sozialdienst
- Interviewleitfaden Brückenpflege
- Fragebogen Einweiser
- Fragebogen Nachsorger (Pflegeeinrichtungen ambulant/stationär)
- Fragebogen Nachsorger (Rehabilitationseinrichtungen)
- Formular Patientenaufnahme
- Initiales Risikoscreeningassessmeninstrument (IRAI)
- Formular Patientenentlassung
- Fragebogen Mitarbeiter (Ärzte und Pflegepersonal)

Darüber hinaus wurde eine Dokumentenanalyse mittels des Krankenhausinformationssystems (KIS) sowie einzelner Patientenakten durchgeführt.

3. Ausgewählte empirische Ergebnisse

3.1 Patienten mit Fallmanagementbedarf

Im Rahmen der Leitfadeninterviews konnte festgestellt werden, dass das aktuelle Instrument zur pflegerischen Aufnahme (Stammbuch) für komplexere Patientenfälle eher ungeeignet ist. Aus Sicht der Mitarbeiter sind zudem der Informationsgehalt und die Qualität der pflegerischen Aufnahme optimierungsbedürftig, insbesondere im Rahmen der Identifizierung von Risikopatienten. Des Weiteren stellte sich heraus, dass der Zielfokus des Stammbuches nicht in der Identifizierung von Risikopatienten liegt, sondern in der Erfassung von Stammdaten und groben Patienteninformationen. Assessmentinstrumente zur Erfassung von

speziellen Risiken (Dekubitus, Sturz, etc.) finden zwar Anwendung, jedoch bestehen bezüglich der Häufigkeit der Anwendung bei potentiellen Risikopatienten unterschiedliche Aussagen der Mitarbeiter, so dass davon ausgegangen werden kann, dass es kaum Richtlinien bezüglich der Anwendung dieser Instrumente gibt.

Aufgrund des derzeitigen Ablaufs bzw. der derzeitigen Organisation und Struktur der pflegerischen Patientenaufnahme ergeben sich weitreichende Konsequenzen. So besteht vor allem die Gefahr, dass patientenrelevante Informationen im Rahmen der pflegerischen Aufnahme nicht aufgenommen und mögliche Risiken nicht erkannt werden. Auf der Basis des aktuellen Stammbuches kann vor allem die Lebens- und Versorgungssituation von komplexeren Patientenfällen nicht ausreichend beurteilt werden.

Mit Hilfe des von den Autoren entwickelten »Initialem Risikoscreeningassessmeninstrument« (IRAI)⁹ konnte ein Ziel der Untersuchung, den potentiellen Anteil an Risiko- und somit Fallmanagementpatienten zu erheben, erreicht werden. So lagen von den insgesamt 110 stationär aufgenommenen Patienten nach Ablauf der Erhebungsphase von vier Wochen 100 ausgefüllte »Initiale Risikoscreeningassessmeninstrumente« vor. Dies entspricht einer Rücklaufquote an gültigen Formularen von 90,9% (n=100). Mit Hilfe des Erhebungsinstruments konnten insgesamt 41 Patienten als potentielle Risikopatienten identifiziert werden.¹⁰

3.2 Bedarf an Fallmanagement

Im Rahmen der hypothesegeleiteten Interpretation der erhobenen Daten konnten alle aufgestellten Hypothesen mehrfach bestätigt und somit ein erheblicher Veränderungsbedarf in verschiedenen Klinikbereichen festgestellt werden. Bezuglich der aktuellen Situation im untersuchten Klinikum bezieht sich dieser Bedarf zunächst primär auf die Reorganisation von bestimmten Kernprozessen, welche unzureichend standardisiert, organisiert und strukturiert sind. Aufgrund der Komplexität des Optimierungsbedarfs ist eine Einführung von Fallmanagement unter den gegebenen Rahmenbedingungen nicht zielführend. Bevor mit Hilfe von Fallmanagement hochkomplexen Patientensituationen begegnet werden kann, ist im Vorfeld die adäquate und standariserte Versorgung von »Normalpatien-

ten« durch Reorganisation der Kernprozesse sicherzustellen. Neben grundsätzlichem Reorganisationsbedarf konnte auch ein Bedarf an Fallmanagement festgestellt werden, so dass das Ziel, Bereiche im Rahmen der Patientenversorgung zu identifizieren, die einen Bedarf an Fallmanagement implizieren, ebenfalls erreicht werden konnte. Im Folgenden werden identifizierte Bereiche sowie deren Defizite genauer dargestellt.

3.2.1 Patientenaufnahme

Bezüglich der Patientenaufnahme wurde festgestellt, dass im Rahmen der Überleitung von Patienten in das untersuchte Klinikum erhebliche Informations- und Kommunikationsdefizite bestehen und demnach nicht alle vom Klinikum benötigten Informationen bzw. Dokumente am Tag der stationären Aufnahme vorliegen. So haben die mit den Ärzten und Pflegekräften durchgeführten Leitfadeninterviews ergeben, dass das Krankenhaus mehr patientenrelevante Informationen und Dokumente benötigt, als den Patienten von einweisenden Einrichtungen mitgegeben wird.

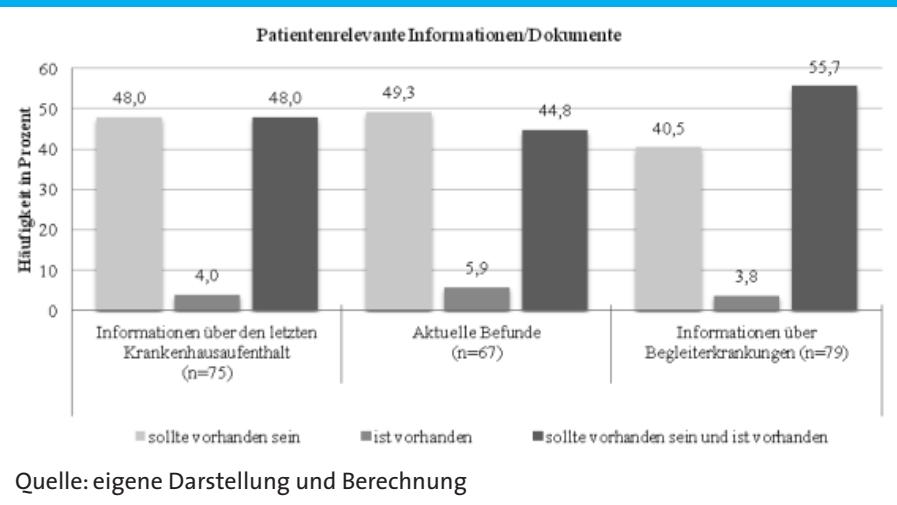
Mit Hilfe des Soll-Ist-Vergleiches, welcher mittels des entwickelten Formulars Patientenaufnahme¹¹ durchgeführt wurde, konnte ebenfalls ermittelt werden, dass

8 Zu einer detaillierten Beschreibung vgl. Martin Grigo/Julia Ihrke/Bernhard Langer, Fallmanagement im Krankenhaus – Eine empirische Bedarfsanalyse am Beispiel einer süddeutschen Klinik, Berlin 2011 (im Erscheinen).

9 Vgl. dazu ausführlich Martin Grigo/Julia Ihrke/Bernhard Langer, a.a.O. (im Erscheinen).

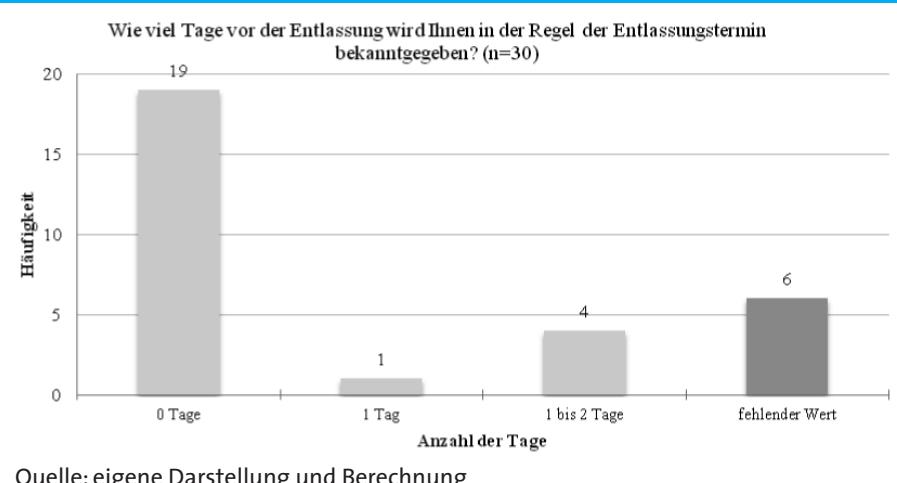
10 Für eine genaue Beschreibung der Identifizierung von Risikopatienten vgl. Martin Grigo/Julia Ihrke/Bernhard Langer, a.a.O. (im Erscheinen).

11 Ziel des Formulars Patientenaufnahme war ein Soll-Ist-Vergleich von patientenrelevanten Dokumenten bzw. Informationen, die zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme vorlagen, um im Anschluss aus den erhobenen Soll-Daten eine Checkliste für die einweisenden Institutionen zu generieren. Mit Hilfe des Soll-Ist-Vergleiches kommt es zu einer Gegenüberstellung von patientenrelevanten Informationen bzw. Dokumenten, die am Tag der stationären Aufnahme vorhanden sein sollten (Soll-Zustand) und tatsächlich vorhanden sind (Ist-Zustand). Die Definition des Soll-Zustandes muss dabei für jeden Patienten neu festgelegt werden, da nicht für jeden Patienten die gleichen Informationen bzw. Dokumente für den stationären Krankenhausaufenthalt notwendig sind. Die Datenerhebung erfolgte dabei durch die Mitarbeiter des pflegerischen Dienstes im Rahmen einer strukturierten Selbstaufschreibung.

Abb. 1: Patientenrelevante Informationen/Dokumente

bzw. hinsichtlich der Vollständigkeit von patientenrelevanten Informationen und Dokumenten von einweisenden Einrichtungen aufgezeigt, dass in Bezug auf die Überleitung vom prästationären Sektor in den stationären Krankenhausbereich Optimierungsbedarf besteht.

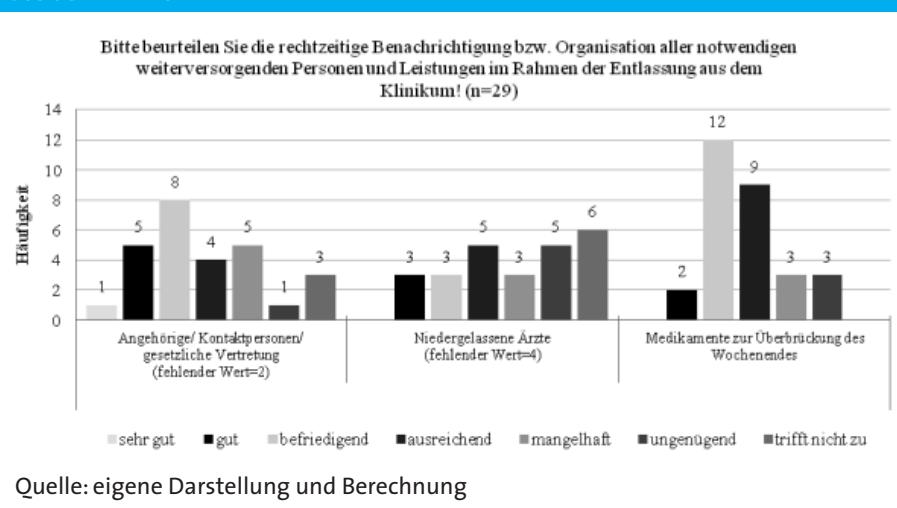
Aufgrund dessen, dass patientenrelevante Informationen und Dokumente im Rahmen der stationären Aufnahme von Patienten nicht rechtzeitig und vollständig vorliegen, ergeben sich in Bezug auf den Ablauf der stationären Patientenversorgung unnötige Verzögerungen. Für die Versorgung des Patienten notwendige Informationen und Dokumente müssen durch das pflegerische bzw. ärztliche Personal der Stationen selbst beschafft werden. Dies geschieht beispielsweise durch die telefonische Kontaktaufnahme mit niedergelassenen Ärzten bzw. Pflegeeinrichtungen, gegebenenfalls werden die benötigten Informationen über die Angehörigen des Patienten eruiert. Folglich nimmt dieser »Beschaffungsprozess« unnötige und vermeidbare Arbeitszeit in Anspruch, insbesondere weil niedergelassene Ärzte vermutlich aufgrund zeitlich begrenzter Ressourcen oft eher schlecht zu erreichen sind. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, dass das eigenständige Beschaffen von fehlenden patientenrelevanten Informationen im Stationsalltag vergessen wird und somit eventuell bestehende Risiken des Patienten unbeachtet bleiben.

Abb. 2: Bekanntgabe des Entlassungstermins

in der Regel mehr patientenrelevante Informationen und Dokumente am Tag der stationären Aufnahme vorliegen sollten, als dies tatsächlich der Fall war. Wie aus Abbildung 1 hervorgeht, lagen bsw. in

48% aller Fälle keine Informationen über den letzten Krankenaufenthalt vor, obwohl diese vorhanden sein sollten.¹²

Auch die Mitarbeiterbefragung¹³ hat bezüglich der rechtzeitigen Verfügbarkeit

Abb. 3: Rechtzeitige Benachrichtigung bzw. Organisation im Rahmen der Entlassung aus dem Klinikum

3.2.2 Patientenentlassung

In Bezug auf die Entlassung von Patienten haben die Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung aufgezeigt, dass die Pflegekräfte die Planung von Entlassungen als unzureichend standardisiert einschätzen. Des Weiteren wurde ermittelt, dass es keine einheitlichen Kriterien für die Einschaltung des internen Sozialdienstes gibt und dieser daher in der Regel zu spät informiert wird.

Darüber hinaus besteht aus Sicht der Einweiser¹⁴ hinsichtlich der rechtzeitigen

12 In ebenfalls 48% aller Fälle liegen benötigte Informationen über den letzten Krankenaufenthalt auch vor, in 4% der Fälle sind Informationen zwar vorhanden, werden aber nicht benötigt.

13 Im Rahmen der Mitarbeiterbefragung lag die Rücklaufquote bei zufriedenstellenden 69,1%.

14 Im Rahmen der Einweiserbefragung lag die Rücklaufquote bei zufriedenstellenden 27,8%.

Benachrichtigung im Rahmen der Entlassung aus der Allgemeinchirurgie deutlicher Veränderungsbedarf (vgl. Abbildung 2).

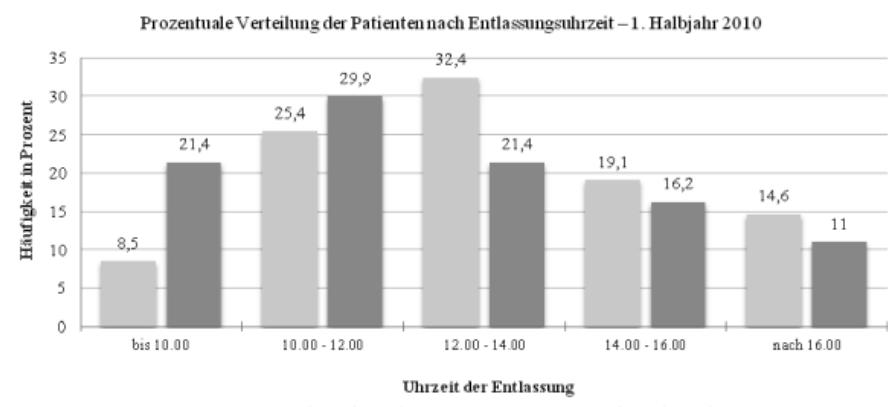
Aber auch die Organisation von psychosozialer Betreuung, medizinisch-therapeutischen Diensten, Essen auf Rädern, Heil- und Hilfsmitteln sowie der Finanzierung der weiteren Betreuung bzw. der Bereitstellung von Medikamenten zur Überbrückung des Wochenendes werden von den Einweisern als optimierungsbedürftig angesehen.

Im Rahmen der Nachsorgerbefragung¹⁵ konnten diesbezüglich ähnliche Erkenntnisse gewonnen werden. Demnach besteht Verbesserungspotential in der rechtzeitigen Benachrichtigung bzw. Organisation aller notwendigen weiterversorgenden Personen und Leistungen im Rahmen der Entlassung aus dem Klinikum. Vor allem die rechtzeitige Benachrichtigung von Angehörigen/Kontaktpersonen/gesetzlichen Vertretungen und von niedergelassenen Ärzten wird seitens der nachsorgenden Einrichtungen bemängelt (vgl. Abbildung 3).

Darüber hinaus wird die rechtzeitige Benachrichtigung bzw. Organisation von ambulanten Pflegediensten, Pflegeheimen und Betreutem Wohnen sowie die Organisation von psychosozialer Betreuung, Medikamenten zur Überbrückung des Wochenendes, Heil- und Hilfsmitteln, medizinisch-therapeutischen Diensten, Essen auf Rädern und die Organisation der Finanzierung der weiteren Betreuung von den Nachsorgern im Sinne einer patientenorientierten Versorgung als verbesserungswürdig betrachtet.

Als Folge einer weitestgehend fehlenden Entlassungsplanung kommt es vermehrt zu ungeplanten Entlassungen, die wiederum eine Vielzahl von Konsequenzen nach sich ziehen. Sämtliche notwendigen Aufgaben im Rahmen der Entlassungsplanung müssen daher innerhalb kürzester Zeit erledigt werden, so dass Teilaufgaben des Entlassungsmanagements zu spät, zu oberflächlich bzw. gar nicht durchgeführt werden können. Folglich werden hausinterne Dienste zu spät in den Versorgungsprozess involviert und die rechtzeitige Benachrichtigung bzw. Organisation aller notwendigen weiterversorgenden Personen und Leistungen kann im Rahmen einer ungeplanten Entlassung von Patienten nicht gewährleistet werden. Des Weiteren gestaltet sich die rechtzeitige Verfügbarkeit und Vollständigkeit aller pati-

Abb. 4: Prozentuale Verteilung der Patienten nach Entlassungsuhrzeit – 1. Halbjahr 2010



Quelle: eigene Darstellung und Berechnung

Abb. 5: Anteil der Patienten, die die Grenzverweildauer in der Allgemeinchirurgie im Jahr 2009 unter- bzw. überschritten haben



Quelle: eigene Darstellung und Berechnung

entenrelevanten Informationen und Dokumente bei einer ungeplanten Entlassung eher problematisch. Die mangelnde Entlassungsplanung spiegelt sich auch in den in Abbildung 4 dargestellten Entlassungsuhrzeiten wider, da ein Großteil der Patienten erst nach 12.00 Uhr das Klinikum verlässt. Darüber hinaus führt eine unzureichende Planung der Entlassung zum Überschreiten der mittleren Verweildauer bzw. oberen Grenzverweildauer sowie zu Negativgutachten des MDK und somit zu wirtschaftlich vermeidbaren Verlusten.

3.2.3 Wirtschaftlichkeit

Eine fehlende Entlassungsplanung führt – wie schon oben ausgeführt – zu wirtschaftlichen Problemen im Hinblick auf die Grenzverweildauervorgaben des DRG-Systems. Abbildung 5 zeigt den prozentualen Anteil aller Patientenfälle, die im Jahr 2009 in der Allgemeinchir-

urgie insgesamt die untere Grenzverweildauer unter- bzw. die obere Grenzverweildauer¹⁶ überschritten haben. Zu erkennen ist, dass 14,1% (n=260) der 1.845 im Jahr 2009 entlassenen Patienten aus der Allgemeinchirurgie die untere Grenzverweildauer unterschritten haben. Demnach hat jeder siebente Patient die untere Grenzverweildauer nicht erreicht. 7,9% (n=145) der 1.845 entlassenen Patienten haben im Jahr 2009 die obere Grenzverweildauer überschritten. Insgesamt haben 405 Patienten (22%) die vorgegebenen Verweildauergrenzen

15 Im Rahmen der Nachsorgerbefragung lag die Rücklaufquote bei zufriedenstellenden 51,4%.

16 Im KIS des untersuchten Klinikums war es nicht möglich Patientenfälle anhand des Parameters „Überschreitung der mittleren Verweildauer“ abzubilden. Somit konnte bei der Analyse nur die Überschreitung der oberen Grenzverweildauer berücksichtigt werden.

Tab. 1: Analysierte Patientenfälle

Patient	Aufnahmetag	Entlassungstag	simulierter Entlassungstag	oGVD
Patient A	03.12.2009	27.12.2009	17.12.2009	12.12.2009
Patient B	11.08.2009	27.08.2009	25.08.2009	25.08.2009
Patient C	05.11.2009	16.11.2009	13.11.2009	13.11.2009
Patient D	16.07.2009	24.07.2009	23.07.2009	23.07.2009
Patient E	05.05.2009	27.05.2009	21.05.2009	15.05.2009
Patient F	28.04.2009	08.05.2009	02.05.2009	07.05.2009
Patient G	15.10.2009	01.12.2009	27.11.2009	29.11.2009
Patient H	09.10.2009	26.10.2009	24.10.2009	24.10.2009

Quelle: eigene Darstellung und Berechnung

nicht eingehalten. Ungeklärt bleibt jedoch die Frage, wie viele Patienten kurz vor der Erreichung der oberen Grenzverweildauer entlassen wurden. Dieser Aspekt stellt den unwirtschaftlichsten Zeitraum dar, konnte jedoch mittels des Krankenhausinformationssystems nicht ermittelt werden. Allerdings ist aus den generierten Ergebnissen noch nicht ersichtlich, ob nicht evtl. medizinisch-pflegerische Gründe für die Über- bzw. Unterschreitungen der Grenzverweildauern vorlagen.

Daher wurde in einem nächsten Schritt eine Analyse ausgewählter Patientenakten durchgeführt, bei der festgestellt werden konnte, dass bei acht von zehn nach einem speziellen Algorithmus¹⁷ ausgewählten Patienten keine medizinisch-pflegerischen Gründe bezüglich einer Überschreitung der oberen Grenzverweildauer¹⁸ in der Dokumentation gefunden werden konnten. Bei diesen acht, vom MDK nicht beanstandeten, Patientenfällen konnte ein finanzieller Verlust von

insgesamt ca. 25.000 Euro ermittelt werden. In Tabelle 1 sind die acht Patientenfälle mit dem Aufnahme- und Entlassungstag sowie dem Tag der oberen Grenzverweildauer (oGVD) anonymisiert dargestellt. Darüber hinaus ist in der Tabelle der mit Unterstützung des Medizintrollings ermittelte simulierte Tag der Entlassung abgebildet. Dieser war nach Durchsicht der Patientenakten der frühestmögliche Entlassungstag.

Gemessen am simulierten Tag der Entlassung¹⁹ hätte sich die Dauer des stationären Aufenthaltes der acht Patienten um insgesamt 34 Tage verkürzt (Vermeidung sekundärer Fehlbelegung). In der Folge wäre auch der finanzielle Verlust geringer ausgefallen. Für den Fall, dass der MDK die acht Patientenfälle nachgefragt und diese negativ begutachtet hätte, wären die finanziellen Defizite hingegen höher gewesen.

Allein im Jahr 2009 kam es im untersuchten Klinikum zu insgesamt 1.338 MDK-Anfragen, dabei bezogen sich 264

auf die Allgemeinchirurgie. Demnach wurden von den 1.845 entlassenen Patienten 14,3% (n=264) durch den MDK hinterfragt. 73,1% (n=193) der MDK-Anfragen bezogen sich dabei auf die primäre und sekundäre Fehlbelegung. Insgesamt wurden 106 Anfragen (40,2%) negativ entschieden und es ergab sich daraus ein Verlust von circa 150.000 Euro.

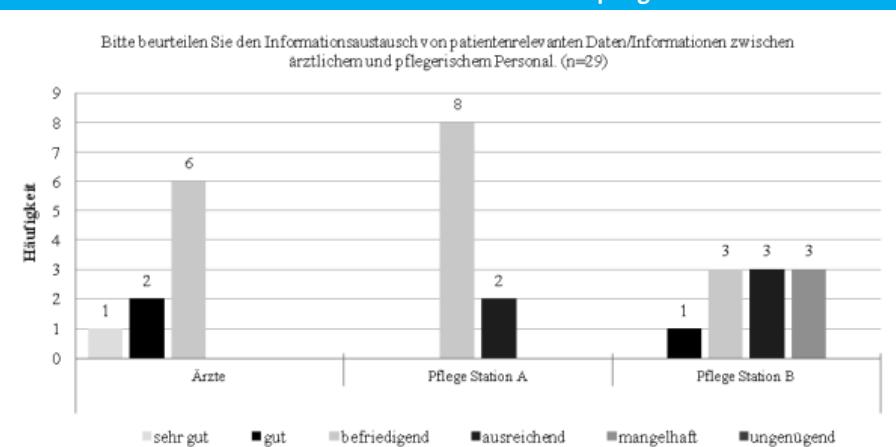
Aufgrund der primären und sekundären Fehlbelegungen sowie der MDK-Negativgutachten entstehen dem untersuchten Klinikum vermeidbare finanzielle Verluste in nicht unerheblicher Höhe. Gründe hierfür liegen vor allem in der fehlenden standardisierten Entlassungsplanung, die u.a. dazu führt, dass Patienten die mittlere Verweildauer bzw. obere Grenzverweildauer überschreiten. Des Weiteren verfügt das ärztliche und pflegerische Personal während des Aufenthaltes der Patienten über keine ausreichende Transparenz hinsichtlich der aktuellen und der Ziel-Verweildauer (bsw. die mittlere Verweildauer), so dass bei Abweichungen auch nicht steuernd eingegriffen werden kann.

17 Hierfür wurden alle Patientenfälle näher betrachtet, die im untersuchten Zeitraum die obere Grenzverweildauer überschritten (n=145). In Absprache mit dem Medizintrolling wurden die im KIS hinterlegten Prozeduren (OP-Termin, Diagnostik) in Bezug auf den Aufnahme- und Entlassungstag näher betrachtet. Lagen zwischen dem Aufnahmetag und der ersten Prozedur bzw. zwischen der letzten Prozedur und dem Entlassungstag mehrere Tage, in denen nichts kodiert war, wurde der Entlassungsbrief des Patientenfalles nach Komplikationen durchsucht. Konnten im Entlassungsbrief Komplikationen ermittelt werden, wurden diese Patientenfälle für die weitere Analyse ausgeschlossen. Aus den verbleibenden 65 Patientenfällen wurden per Zufallsstichprobe zehn Patientenfälle ausgewählt, bei denen die Patientenakten zur Durchsicht angefordert wurden.

18 Die Überschreitung der oberen Grenzverweildauer wurde genauer analysiert, da eine medizinisch-pflegerisch ungerechtferigte Überschreitung der oberen Grenzverweildauer und die damit verbundene unzureichende Planung und Organisation der Entlassung eher einen Bedarf an Steuerung durch Fallmanagement impliziert, als die Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer.

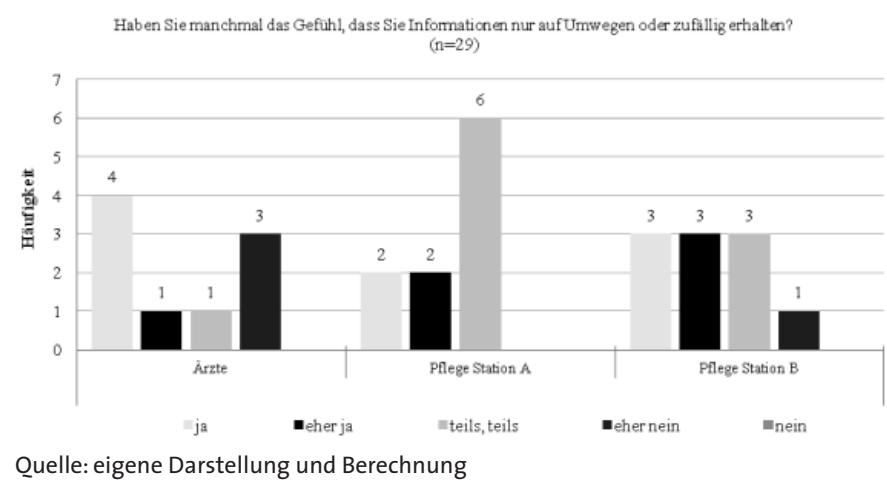
19 Der simulierte Entlassungstag stellt lediglich den nach Durchsicht der Patientenakten frühestmöglichen Entlassungstag dar. Eine Reorganisation der Prozessabläufe im Sinne eines standardisierten Entlassungsmanagements würde den stationären Aufenthalt weiter verkürzen und die finanziellen Verluste reduzieren bzw. zur Kostendeckung führen.

Abb. 6: Informationsaustausch zwischen ärztlichem und pflegerischem Personal



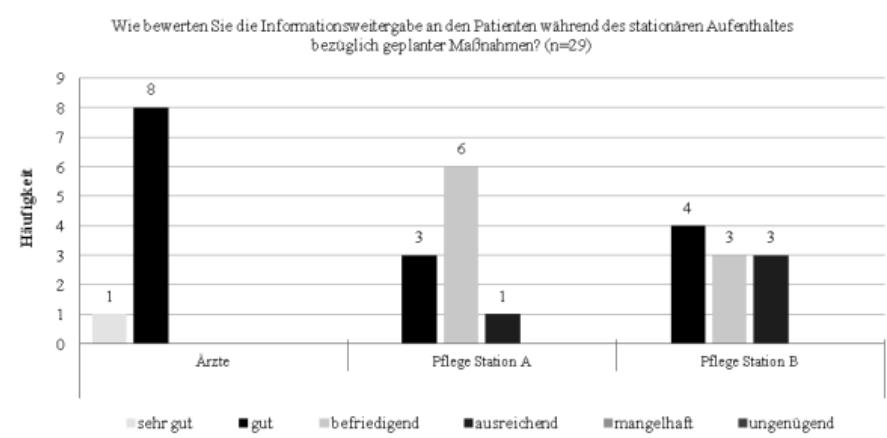
Quelle: eigene Darstellung und Berechnung

Abb. 7: Zufälliges Erhalten von Informationen



Quelle: eigene Darstellung und Berechnung

Abb. 8: Informationsweitergabe an den Patienten während des stationären Aufenthaltes



Quelle: eigene Darstellung und Berechnung

3.2.4 Kommunikation und Kooperation

Neben der fehlenden Standardisierung von Kernprozessen und den eben dargestellten wirtschaftlichen Folgen besteht darüber hinaus eine unzureichende Kom-

munikations- und Kooperationskultur zwischen allen am Versorgungsprozess Beteiligten.

Abbildung 6 veranschaulicht die Beurteilung nach Schulnoten hinsichtlich des Informationsaustausches von patien-

tenrelevanten Daten/Informationen zwischen ärztlichem und pflegerischem Personal, unterschieden nach Ärzten und den pflegerischen Mitarbeitern der beiden untersuchten Stationen.

Insgesamt zeigt sich, dass der Informationsaustausch von patientenrelevanten Informationen zwischen dem ärztlichen und pflegerischen Personal von den Pflegekräften der beiden Stationen als verbesserungsbedürftig eingeschätzt wird, während die Ärzte in diesem Aspekt weniger Optimierungsbedarf sehen.

Wie aus Abbildung 7 hervorgeht konnte im Rahmen der Mitarbeiterbefragung auch ermittelt werden, dass sowohl Ärzte als auch Pflegende zudem häufig das Gefühl haben, Informationen eher zufällig zu erhalten.

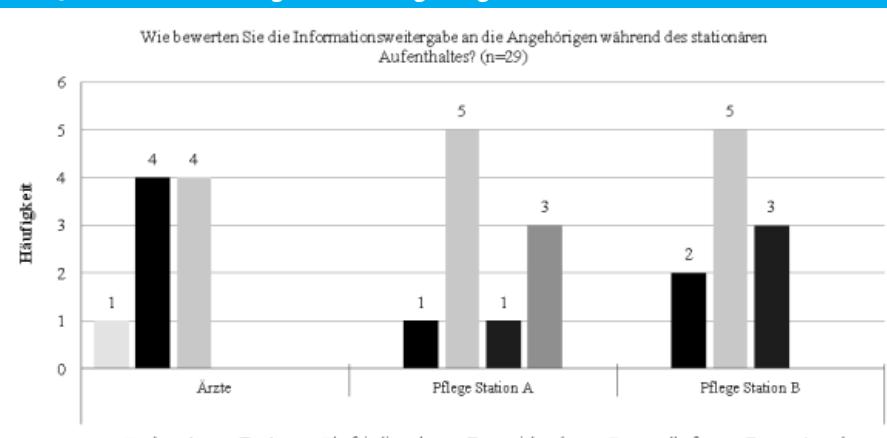
Aufgrund einer unzureichenden Zusammenarbeit und Informationsweitergabe innerhalb der Berufsgruppen sowie zwischen den verschiedenen am Versorgungsprozess beteiligten Professionen auf den Stationen kann es zu unnötigen Verzögerungen während des stationären Aufenthaltes von Patienten kommen.

Zudem wurde seitens der befragten Pflegekräfte die Informationsweitergabe an die Patienten während des stationären Aufenthaltes bezüglicher geplanter Maßnahmen bemängelt (vgl. Abbildung 8).

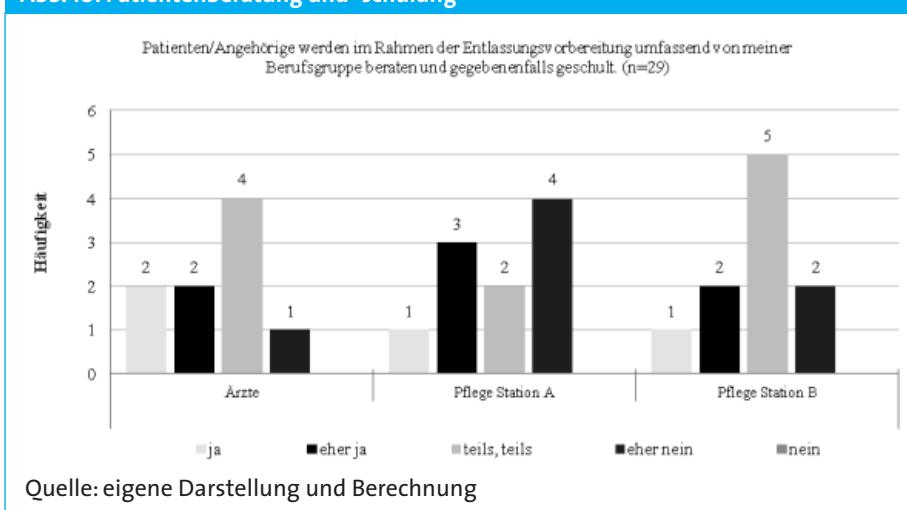
Ähnlich verhält es sich mit der Weitergabe von Informationen an die Angehörigen während des stationären Aufenthaltes. Diesbezüglich erkennen die Pflegenden der beiden Stationen deutliche Schwachstellen, während die Ärzte diesen Aspekt kaum kritisieren (vgl. Abbildung 9).

Die mangelnde Informationsweitergabe an die Patienten während des Krankenhausaufenthaltes führt dazu, dass die Patienten unzureichend informiert sind, sich möglicherweise nicht wohl und gut betreut fühlen und demnach Unzufriedenheit entwickeln. Ebenso sind die Angehörigen der Patienten über die aktuelle Situation des Patienten unzureichend bzw. gar nicht informiert. Dieser Aspekt kann eine Unzufriedenheit der Angehörigen nach sich ziehen. Für den Fall, dass Patienten und/oder Angehörige eigenständig Informationen von den Mitarbeitern der Station einholen wollen, stehen nicht immer kompetente Ansprechpartner zur Verfügung. Insgesamt kann die mangelnde Informationsweitergabe an Patienten und Angehörige zu einer Imageverschlechterung des Klinikums führen.

Abb. 9: Informationsweitergabe an die Angehörigen während des stationären Aufenthaltes



Quelle: eigene Darstellung und Berechnung

Abb. 10: Patientenberatung und -schulung

Defizite haben sich im Rahmen der Mitarbeiterbefragung auch im Hinblick auf eine umfassende Patientenschulung und -beratung im Rahmen der Entlassungsvorbereitung ergeben (vgl. Abbildung 10).

Aufgrund der unzureichenden Beratung und Schulung von Patienten und/oder Angehörigen kommt es dazu, dass Patienten und deren Angehörige nicht ausreichend informiert das Krankenhaus verlassen. Dies kann den poststationären Behandlungserfolg bzw. den Genesungsprozess, beispielsweise aufgrund von Fehlverhalten, negativ beeinflussen. Eine weitere adäquate Betreuung und Pflege durch Angehörige in der Häuslichkeit des Patienten kann ohne entsprechende Hinweise, Informationen und Anleitungen nicht gewährleistet werden. Mangelnde Information und Beratung kann auch Auswirkungen auf die Inanspruchnahme von poststationären Dienstleistungen haben, welche den Genesungsprozess fördern. Die genannten Aspekte können folglich dazu führen, dass eine erneute stationäre Einweisung notwendig wird. In diesem Zusammenhang besteht zum einen die Gefahr der Fallzusammenführung, welche wirtschaftliche Verluste für die betroffene Klinik nach sich zieht. Zum anderen kann eine wiederholte Klinikeinweisung aufgrund von Komplikationen, welche beispielsweise durch unbewusstes Fehlverhalten des Patienten entstanden sind, zu Patientenunzufriedenheit führen. Darauf hinaus besteht die Gefahr der Imageverschlechterung gegenüber Einweisern und der damit einhergehende mögliche Verlust von einweisenden Einrichtungen.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass durch eine mangelhafte bzw. fehlende Beratung und Schulung von Patienten, welche einen zentralen Aspekt im Rahmen eines standardisierten Entlassungsmanagements darstellt, eine individuelle und lückenlose Weiterversorgung der Patienten erschwert wird.

Im Rahmen der Einweiser- und Nachsorgerbefragung konnte des Weiteren festgestellt werden, dass niedergelassene Ärzte und nachsorgende Einrichtungen eher selten darüber informiert werden, wer ihnen für Rücksprachen in der Allgemeinchirurgie bzw. im Klinikum zur Verfügung steht. Außerdem hat sich herausgestellt, dass niedergelassene Ärzte kaum darüber informiert werden, wenn ein Patient als Notfall in die Allgemeinchirurgie eingeliefert wird. Darüber hinaus wird die Zusammenarbeit mit der Allgemeinchirurgie von den niedergelassenen Ärzten bezüglich des persönlichen und kollegialen Kontaktes mit den Pflegekräften und in Bezug auf die Erreichbarkeit der Ärzte bzw. Pflegekräfte bei Rückfragen kritisiert. Die Ergebnisse der Nachsorgerbefragung haben ebenfalls gezeigt, dass die Zusammenarbeit hinsichtlich eines persönlichen und kollegialen Kontaktes zu den Ärzten und Pflegenden sowie die Erreichbarkeit der Ärzte und Pflegekräfte bemängelt werden, wobei die Zusammenarbeit mit den Ärzten des Klinikums stärker kritisiert wird als die Zusammenarbeit mit den pflegerischen Mitarbeitern. Des Weiteren konnte im Rahmen der Einweiser- und Nachsorgerbefragung

festgestellt werden, dass sowohl die Stationsärzte als auch die Pflegekräfte der Allgemeinchirurgie/des Klinikums eher selten Kontakt bezüglich Rückfragen mit den niedergelassenen Ärzten und nachsorgenden Einrichtungen aufnehmen, um mehr Informationen über die Patienten zu erhalten. Ein weiteres Ergebnis ist, dass die niedergelassenen Ärzte eher selten bei schwierigen bzw. außergewöhnlichen Krankheitsverläufen mit in den Behandlungsverlauf des Patienten einzbezogen werden. Darüber hinaus hat sich gezeigt, dass sich der Großteil der befragten Einweiser und Nachsorger in Zukunft einen festen Ansprechpartner wünscht, der ihnen Auskünfte über ihre Patienten erteilen kann. Des Weiteren wünscht sich die Mehrzahl der befragten niedergelassenen Ärzte und nachsorgenden Einrichtungen einen intensiveren Kontakt mit der Allgemeinchirurgie bzw. mit dem Klinikum, um eine lückenlose poststationäre Weiterversorgung der Patienten gewährleisten zu können.

Wie aus der Mitarbeiterbefragung hervorgeht, sehen die Ärzte der Allgemeinchirurgie hinsichtlich der Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten kaum Verbesserungspotential, während die Pflegekräfte beider Stationen die Zusammenarbeit als eher verbesserungswürdig einschätzen. Darüber hinaus wird die Zusammenarbeit mit den nachsorgenden Einrichtungen wie ambulanten oder stationären Pflegediensten von den pflegerischen Mitarbeitern beider Stationen als optimierungsbedürftig bewertet, während die ärztlichen Mitarbeiter in diesem Aspekt weniger Veränderungsbedarf sehen.

Die niedergelassenen Ärzte werden eher selten bei schwierigen bzw. außergewöhnlichen Krankheitsverläufen mit in den Behandlungsverlauf des Patienten einzbezogen.

Allgemein lässt sich festhalten, dass die unzureichende Zusammenarbeit und der mangelnde Informationsaustausch mit den niedergelassenen Ärzten und nachsorgenden Einrichtungen dazu führen kann, dass die Allgemeinchirurgie von den einweisenden Einrichtungen nicht alle für die stationäre Versorgung von Patienten notwendigen Informatio-

nen erhält und dass nicht alle patientenrelevanten Informationen seitens der Allgemeinchirurgie an die niedergelassenen Ärzte und nachsorgenden Einrichtungen im Rahmen der Entlassung weitergegeben werden. Folglich können potentielle Risiken von Patienten einerseits während des stationären Aufenthaltes und andererseits im Rahmen der poststationären Weiterversorgung nicht ausreichend genug berücksichtigt werden. Die mangelnde Zusammenarbeit bzw. der unzureichende Informationsaustausch zwischen der Allgemeinchirurgie sowie den niedergelassenen Ärzten und nachsorgenden Einrichtungen kann zu Unzufriedenheit bei Einweisern und Nachsorgern führen und den Verlust von Einweisern bzw. ein schlechtes Image nach sich ziehen.

4. Lösungsansätze im Rahmen von Fallmanagement

Bevor auf der Grundlage der oben vorgestellten Ergebnisse mögliche Lösungsansätze im Rahmen von Fallmanagement vorgestellt werden, ist es wichtig zu erwähnen, dass diese Möglichkeiten kein vollständiges Konzept ergeben, sondern lediglich Vorschläge für mögliche Tätigkeiten eines Fallmanagers in einzelnen Bereichen bzw. Teilaспектen der Patientenversorgung darstellen.

Mittels der Prozessanalyse konnte festgestellt werden, dass notwendige Grundvoraussetzungen bzw. Rahmenbedingungen für eine erfolgreiche Implementierung von Fallmanagement in den Versorgungsprozess im untersuchten Klinikum nicht gegeben sind. In diesem Zusammenhang sind insbesondere die Prozesse der Patientenaufnahme und -entlassung sowie die berufsgruppen- und sektorenübergreifende Kommunikation bzw. Kooperation anzusprechen, die zumindest einen gewissen Grad an Standardisierung im Rahmen der Versorgung von »Normalpatienten« aufweisen sollten, damit Fallmanagement effektiv und effizient an den richtigen Stellen zum Einsatz kommen kann. Demnach sollten zunächst diese Grundvoraussetzungen geschaffen werden, bevor ein Fallmanagement implementiert wird.

Hinsichtlich der konkreten Umsetzung von Fallmanagement wäre es zunächst denkbar, dass der Fallmanager bereits bei der prästationären Aufnahme eines Patienten die übermittelten Informationen und Dokumente sichtet, um somit im

Vorfeld die Unterlagen auf Vollständigkeit zu überprüfen sowie Patienten mit einem potentiellen Risiko zu identifizieren. Bei aufkommenden Rückfragen im Rahmen der stationären Einweisung kann der Fallmanager zeitnah Kontakt zu den einweisenden Einrichtungen aufnehmen und die benötigten Informationen einholen. Des Weiteren wäre es möglich, dass der Fallmanager anhand der Patienteninformationen (Aufnahmediagnose, relevante Nebendiagnosen) den Patientenfall bereits vor der stationären Aufnahme grouppt. Die ermittelten, vorläufigen (Grenz-)verweildauern (untere, mittlere, obere) können dann sichtbar in der Patientenakte und/oder im KIS hinterlegt werden, um so die zeitliche Krankenhausaufenthaltsdauer abzubilden und die Terminierung der Krankenhausleistungen entsprechend daran anzupassen.

Im Rahmen der pflegerischen Patientenaufnahme können examinierte Pflegekräfte das IRAI oder ein anderes Eingangsassessmentinstrument zur Identifizierung von potentiellen Risikopatienten anwenden. Auf der Grundlage der ausgefüllten Instrumente leitet der Fallmanager die potentiellen Risiken der Patienten ab. Im Anschluss verschafft er sich in Interaktion mit dem Patienten bzw. mit dessen Angehörigen ein eigenes Bild über die Versorgungs- und Patientensituation, aus der der individuelle Bedarf an Steuerung sowie der jeweilige Maßnahmenplan resultieren.

Des Weiteren kann der Fallmanager täglich die Visite begleiten, Prozeduren und eventuell hinzukommende Nebendiagnosen aufnehmen und im Anschluss mittels einer Verlaufskodierung die Verweildauergrenzen entsprechend aktualisieren. Diese prozessbegleitende Kodierung vermindert die Gefahr von Erlösausfällen aufgrund einer unzureichenden Kodierung auf der Basis von Patientenakten (retrospektive Kodierung). Durch die Übernahme der Kodierung von komplexen Patientenfällen ist der Fallmanager durch seine individuelle Fallkenntnis kompetenter Ansprechpartner in Bezug auf MDK-Anfragen.

Anhand der vorgegebenen Grenzverweildauer ist es zudem denkbar, dass der Entlassungsprozess bereits deutlich früher beginnen kann und der Fallmanager die Prozessaufsicht sowie eine Koordinierungsfunktion bezüglich aller notwendigen

Leistungen zur Einhaltung des Entlassungstermins bei komplexen Patientenfällen übernimmt. Darüber hinaus können im Rahmen von interdisziplinären Fallbesprechungen sämtliche patientenrelevanten Informationen, die der Fallmanager im Verlauf des Behandlungsprozesses eruiert, frühzeitig an die jeweiligen Berufsgruppen standardisiert weitergegeben werden, zudem kann der Fallmanager auch als neutraler Vermittler zwischen den verschiedenen Professionen agieren. Teilnehmer der Fallbesprechungen sind dabei nicht nur Ärzte und Pflegekräfte der Station, sondern auch Mitarbeiter der internen bzw. medizinisch-therapeutischen Dienste sowie bei Bedarf die Angehörigen der Patienten, damit alle am Versorgungsprozess Beteiligten auf einem einheitlichen Informationsstand sind und das gleiche Ziel verfolgen.

Neben der Prozessaufsicht und Koordinierungsfunktion trägt der Fallmanager die Prozessverantwortung für die Entlassung seiner Fallmanagementpatienten. In diesem Zusammenhang sorgt er dafür, dass die internen Dienste frühstmöglich eingeschaltet werden und steht in ständigem Kontakt zu diesen, um die Organisation einer lückenlosen Nachsorge innerhalb der vorgegebenen Verweildauer zu gewährleisten.

Da der Fallmanager eine umfassende Fallkenntnis besitzt, ist er des Weiteren dafür verantwortlich, dass bei der Überleitung von Patienten in den nachsorgenden Sektor alle relevanten Informationen

Im Rahmen der Implementierung von Fallmanagement sollten allerdings die klinikspezifischen Gegebenheiten Beachtung finden.

und Dokumente rechtzeitig sowie vollständig zur Verfügung stehen. Sollten trotz dessen Rückfragen seitens der poststationären Einrichtungen entstehen, ist der Fallmanager auf den Entlassungsbrieften und Pflegeüberleitungsbögen als kompetenter Ansprechpartner zu vermerken. In Bezug auf die adäquate Weiterversorgung von komplexen Patientenfällen ist es zu dem möglich, dass der Fallmanager die Übergabe dieser an ambulante bzw. stationäre Pflegeeinrichtungen am Krankenhausbett durchführt und die Einrichtungen gegebenenfalls berät und schult.

Aufgrund seines umfassenden Überblicks über die aktuelle Patientensituation sowie den weiteren Behandlungsverlauf ist der Fallmanager zu jeder Zeit ein kompetenter Ansprechpartner für Patienten und Angehörige. Für den Fall, dass Patienten nach der Entlassung aus dem Krankenhaus in der eigenen Häuslichkeit, ohne Inanspruchnahme professioneller Dienste, weiter versorgt werden, übernimmt der Fallmanager die individuelle Beratung, Anleitung und Schulung des Patienten bzw. Angehörigen während des stationären Aufenthaltes.

5. Fazit und Ausblick

Vor dem Hintergrund der gesellschaftlichen, wirtschaftlichen sowie strukturellen Herausforderungen gewinnt die patientenorientierte, qualitativ hochwertige und effiziente Patientenversorgung im Krankenhaus zunehmend an Bedeutung. Diesbezüglich stellt der Einsatz von Fallmanagement im Krankenhaus eine Möglichkeit dar, die Dimensionen Patientenorientierung, Qualität und Wirtschaftlichkeit in Einklang zu bringen. Im Rahmen einer Implementierung von Fallmanagement sollten allerdings die klinikspezifischen Gegebenheiten Beachtung finden. Die ausschließliche Übernahme eines bereits etablierten Konzeptes eines anderen Krankenhauses, ohne zuvor den eigenen Bedarf an Fallmanagement ermittelt zu haben, würde nicht zu dem entsprechenden Ergebnis führen. Zudem stellt Fallmanagement kein Allheilmittel für bestehende Defizite dar, sondern sollte vielmehr als Möglichkeit wahrgenommen werden, dem erhöhten Aufkommen von Patienten mit komplexen Versorgungssituationen durch eine individuelle, sektorenübergreifende und bedarfsgerechte Betreuung zu begegnen.

Hinsichtlich der im Rahmen der empirischen Untersuchung gewonnenen Erkenntnisse lässt sich festhalten, dass im untersuchten Klinikum noch zahlreiche Wirtschaftlichkeitsreserven bzw. Optimierungsmöglichkeiten vorhanden sind und bislang unzureichend auf die gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und strukturellen Herausforderungen reagiert wurde. Analysen anderer Autoren zeigen zudem ebenfalls nicht unerhebliches Optimierungspotential in der deutschen Kliniklandschaft auf, so dass unsere Ergebnisse nicht als Einzelfall zu betrachten sind.²⁰ Für die Krankenhäuser in Deutschland insgesamt kann

daher nur gelten – auch im Hinblick auf das Verhältnis zu den Kostenträgern – zukünftig stärker zu »managen« und weniger zu »verwalten«. Denn die Einführung des DRG-Systems und dessen Scharfstellung durch die Abkehr von krankenhausindividuellen Basisfallwerten waren dabei vermutlich nur die ersten Schritte in eine neue Wettbewerbsordnung. So gibt es zahlreiche Vorschläge,²¹ den bislang höchstens auf Fallzahlen beschränkten Wettbewerb unter den Kliniken hin zu einem Vertragswettbewerb weiterzuentwickeln, bei dem für planbare Leistungen auch Einzelverträge zwischen Kostenträgern und Kliniken möglich sind. Offen ist dabei noch die Frage, ob ein derartiges Wettbewerbsmodell sich lediglich am Parameter »Qualität« orientieren soll oder ob darüber hinaus auch der Parameter »Preis« (bzw. im Sinne eines Höchstpreismodells) Anwendung finden soll. Darüber hinaus werden auch immer wieder Forderungen nach einem bundeseinheitlichen Basisfallwert²² und der Einführung einer monistischen Krankenhausfinanzierung laut.²³

20 Vgl. dazu bsw. Boris Augurzky/Hendrik Schmitz, Effizienz von Krankenhäusern in Deutschland im Zeitvergleich, Forschungsprojekt des Verbandes der Ersatzkassen, Endbericht, Essen 2010, S. 29ff.; Boris Augurzky/Harald Tauchmann/Andreas Werblow/Stefan Felder, Effizienzreserven im Gesundheitswesen, RWI Materialien, Heft 49, Essen 2009, S. 20ff.; Bert Rürup/IGES/DIW/Eberhard Wille, Effizientere und leistungsfähigere Gesundheitsversorgung als Beitrag für eine tragfähige Finanzpolitik in Deutschland, Forschungsvorhaben für das Bundesministerium der Finanzen, Abschlussbericht, Berlin 2009, S. 11ff. Demgegenüber sind für die Deutsche Krankenhausgesellschaft „Wirtschaftlichkeitsreserven im Krankenhaus in großem Umfang nicht mehr verfügbar [...]“ (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Zahlen, Fakten und Argumente: Zur wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser, in: Das Krankenhaus, 5/2008, S. 454).

21 Vgl. bsw. Wulf-Dietrich Leber/Jürgen Malzahn/Johannes Wolff, Elektiv wird selektiv: Grundzüge eines wettbewerbsorientierten, nach Leistungen differenzierten Ordnungsrahmens für Krankenhäuser ab dem Jahr 2009, in: Jürgen Klauber/Bernt-Peter Robra/Henner Schellschmidt (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2007, Stuttgart 2008, S. 81ff.; Dieter Cassel et al., Nach der Gesundheitsreform der Großen Koalition: Vorfahrt für Vertragswettbewerb? Das Potenzial des GKV-WSG für Selektivverträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern, in: Dieter Cassel et al. (Hrsg.): Vertragswettbewerb in der GKV: Möglichkeiten und Grenzen vor und nach der Gesundheitsreform der Großen Koalition, Wissenschaftliches Institut der AOK, Bonn 2008, S. 173ff. Abgelehnt werden derartige Pläne von der Deutschen Krankenhausgesellschaft, die vor einem Vergütungs-Dumping warnt (vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft, Gleicher Preis für

Den aufgeführten Maßnahmen ist gemein – sollten sie denn politisch umgesetzt werden – dass sie den Druck auf die Krankenhäuser zu wirtschaftlichem Handeln bei gleichzeitiger Sicherung einer hohen Qualität gegenüber dem Status quo nochmals deutlich verschärfen werden. In einem derartigen Wettbewerbsfeld können nur diejenigen Kliniken überleben, die strategische Überlegungen und daraus abgeleitet entsprechende operative Umsetzungsmaßnahmen hinsichtlich ihres Wettbewerbsfelds und ihrer Marktpositionierung, aber auch hinsichtlich einer optimierten Aufbau- und Ablauforganisation, einer zeitgemäßen Personalpolitik sowie einer stärkeren Kundenorientierung durchgeführt haben. In diesem Zusammenhang wird der Erfolg der Kliniken nicht zuletzt auch davon abhängen, welchen Klinikleitungen es am ehesten gelingt, die leider immer noch allzu häufig vorherrschenden und für Krankenhäuser typischen Berufsgruppen- und Hierarchiekonflikte abzumildern.

gleiche Leistungen – Kein Vergütungs-Dumping im Krankenhausbereich, Pressemitteilung vom 24.01.2008, Berlin 2008). Auch die Bundesländer stehen derartigen Plänen bislang eher kritisch gegenüber (vgl. dazu exemplarisch Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG), Konzept der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) zur Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung unter Berücksichtigung der Finanzierungsfragen vom 16.11.2007, o. O. 2007), da sie vor allem eine Gefährdung der flächendeckenden Versorgung befürchten.

22 Ein erster Schritt ist die im Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) vorgesehene Ermittlung eines Bundesbasisfallwertes (BBFW), mit dessen Hilfe innerhalb von fünf Jahren stark abweichende Landesbasisfallwerte an einen Korridor herangeführt werden sollen.

23 Vgl. Bert Rürup et al., Umstellung auf eine monistische Finanzierung von Krankenhäusern, Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Berlin 2008; Stefan Felder/Stefan Fetzer/Jürgen Wasem, „Was vorbei ist, ist vorbei“: Zum Übergang in die monistische Krankenhausfinanzierung, in: Jürgen Klauber/Bernt-Peter Robra/Henner Schellschmidt (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2007, Stuttgart 2008, S. 143ff.. Im KHRG ist hingegen lediglich vorgesehen Plankrankenhäusern ab dem Jahr 2012 eine Investitionsförderung mit Hilfe leistungsorientierter Investitionspauschalen auf der Basis landesspezifischer Investitionsfallwerte zu ermöglichen. Die Bundesländer haben aber nach wie vor die Möglichkeit am bisherigen Fördersystem aus Einzel- und Pauschalförderung festzuhalten (Wahlrecht), wodurch ein weitergehender struktureller Wandel nicht erreicht werden kann.