



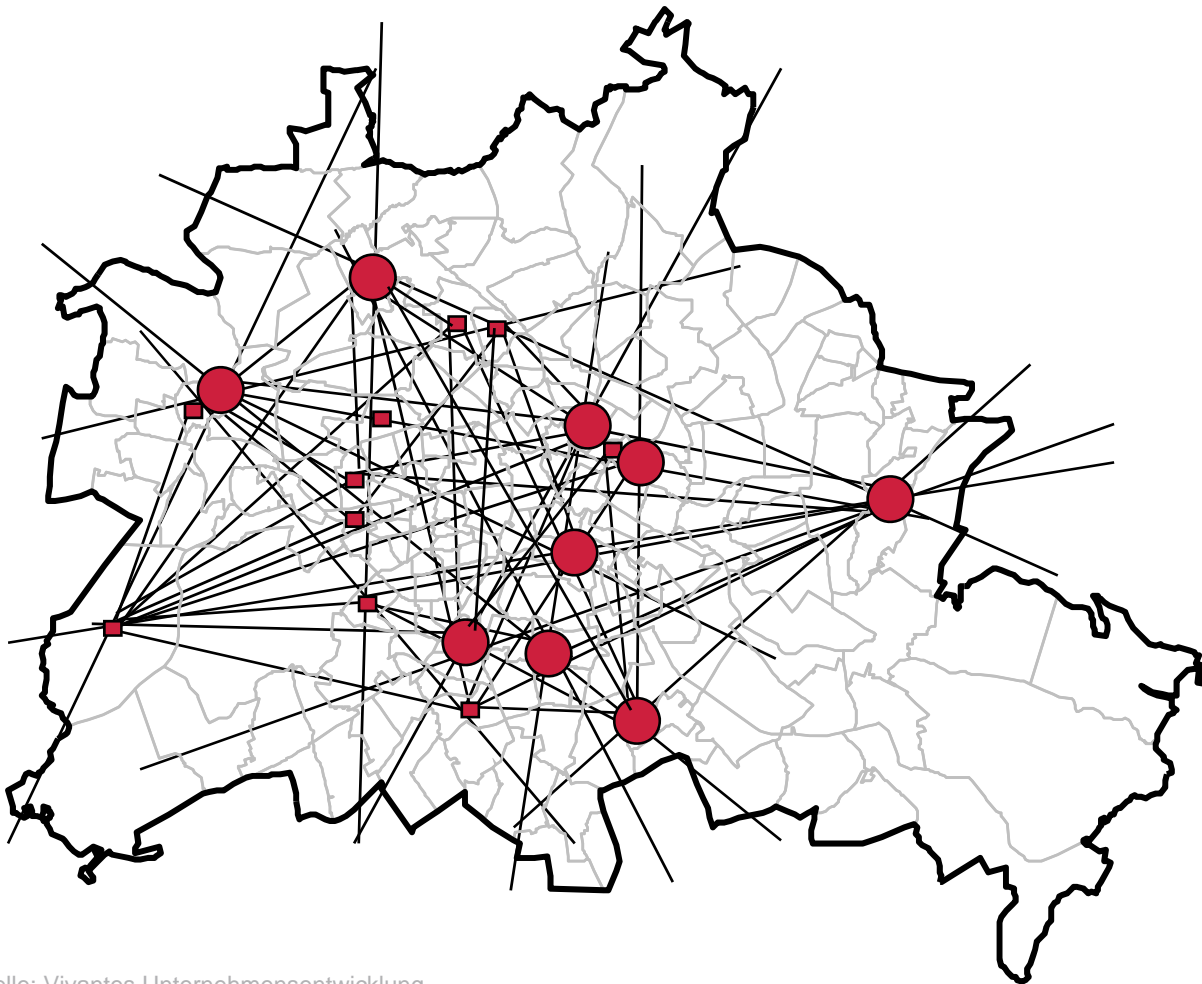
16. – 17. Januar 2009


Vivantes

Das Richtige richtig tun.
Optimierung der Aufbau- und Ablauforganisation im Krankenhaus

Dipl. Kffr. Franziska Mecke

Kurzdarstellung der Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH



Fakten Vivantes

- 9 Klinika
- 12 Senioreneinrichtungen
- Ambulante Rehabilitation
- Ambulante Krankenpflege
- 13.500 Mitarbeiter
- 5.000 Betten
- 195.000 stationäre Patienten jährlich
 - davon ~ 21.000 psych. Patienten
- 250.000 ambulante Patienten jährlich

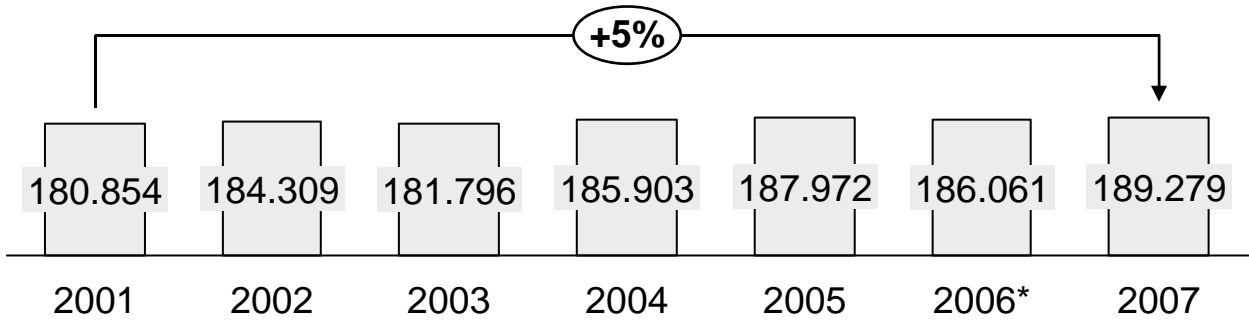
Quelle: Vivantes Unternehmensentwicklung

Ca. 30% der Berliner Krankenhauspatienten werden in Vivantes Klinika behandelt

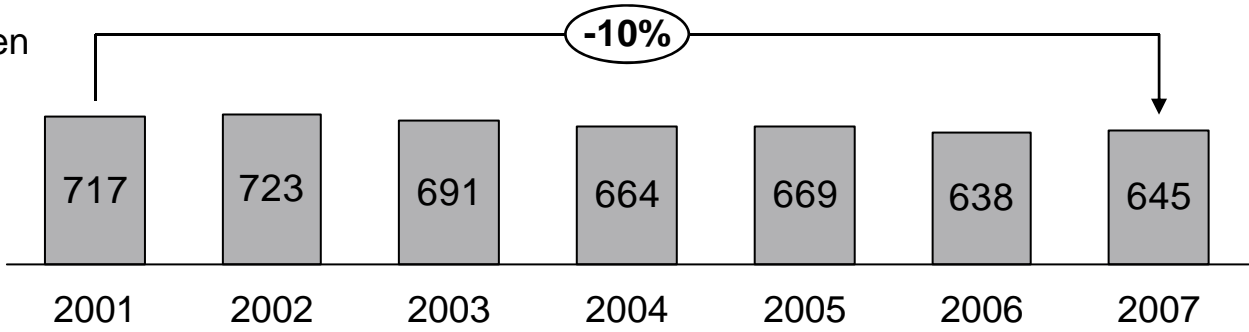
Trotz steigender Fallzahlen sinken die Erlöse aus Krankenhausleistungen

Beispiel Vivantes

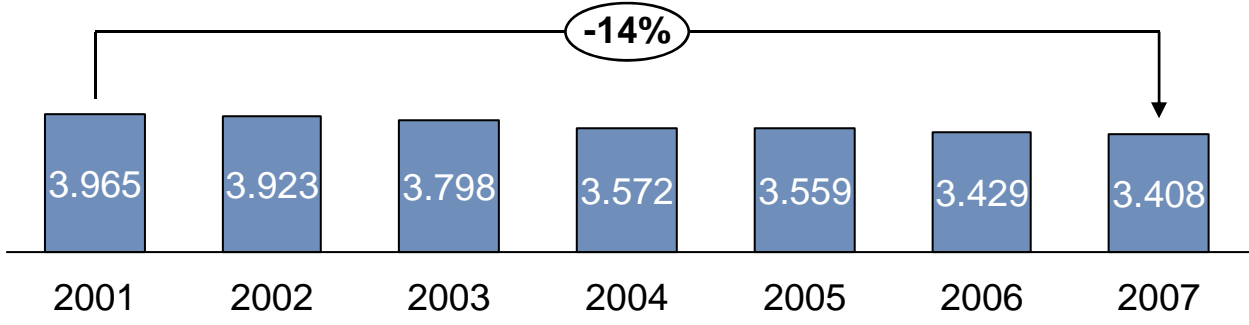
Fallzahlen Vivantes 2001-2007



Erlöse aus Krankenhausleistungen in Mio. EUR



Rechnerische Erlöse pro Fall in EUR (inkl. Psychiatrie)

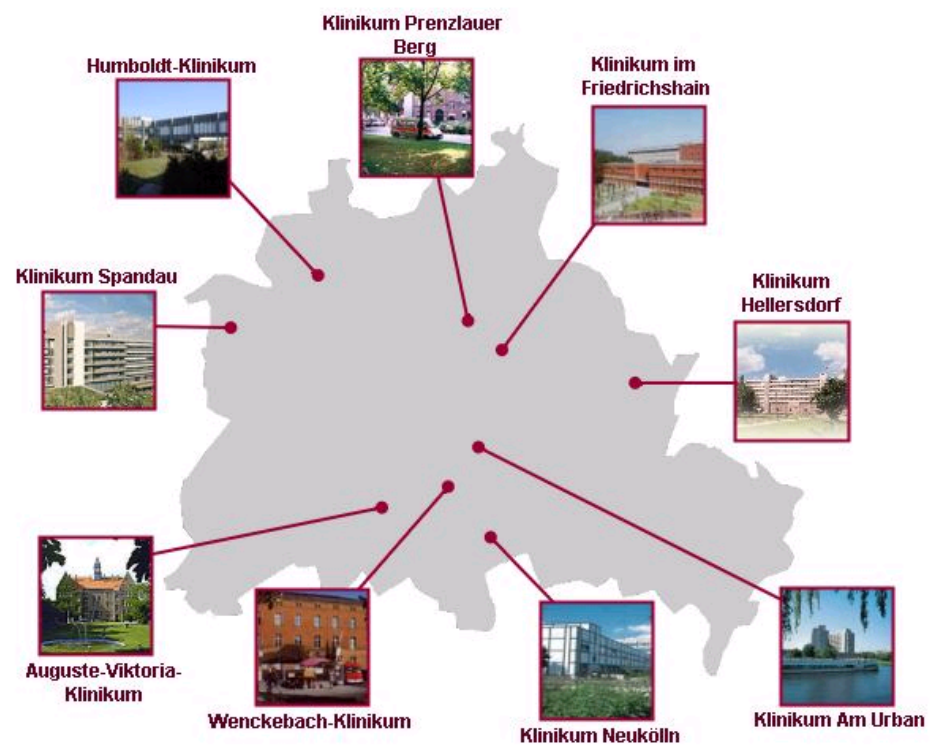


* statistischer Fallzahlverlust > 3000 aufgrund veränderter Dialyse-Zählung
 Quelle: Geschäftsberichte 2001-2006



Anpassungsprozess bei Vivantes

Vivantes Standorte und Personal 2001 / 2008



| Kennzahlen | | |
|------------|----------------------------|----------------------------------------------------------|
| 2001 | 2008 | |
| ■ 10 | ■ 9 | Klinika |
| ■ 50 | ■ 39 | Standorte |
| ■ 12.300 | ■ 9.946 (- 2.354) | Vollkräfte (VK) |
| | ■ 8.644 ■ 1.302 | davon VK Vivantes GmbH und VK Tochter- unternehmen |
| ■ ~ 6.090 | ■ ~ 5.018 (~- 1.100) | Stationäre Betten |
| ■ ~ 2.000 | ■ ~ 1.595 | Pflegeheimplätze |

Aufbauorganisation im Krankenhaus

Welche Hebel stehen zur Verfügung?



1. Strukturelle Bedingungen

2. Personalbemessung

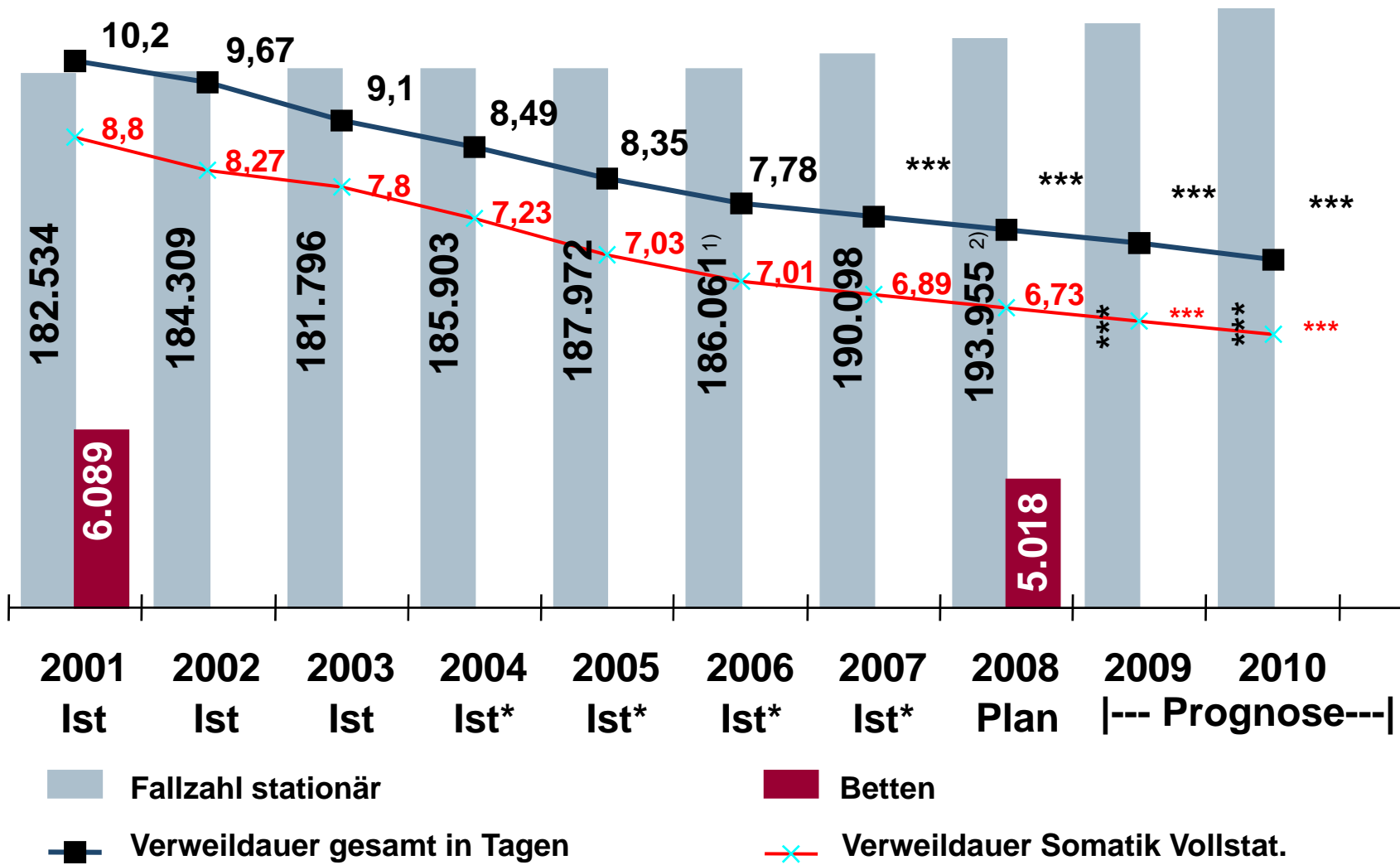
3. Personalstruktur

4. Personaleinsatzplanung / Arbeitszeitmodelle

5. Hierarchie

1. Strukturelle Bedingungen

Fallzahlen – Betten - Verweildauer



* 2004 DRG-Umstieg = Änd. der Fallzählung / ** Quartalsweise Zählung der Dialysen = Anzahl DRG / *** weitere Absenkung geplant ? / *** weitere Fallzahlsteigerung geplant ?
¹⁾ statistischer Fallzahlverlust > 3.000 aufgrund veränderter Zählung von Dialysen ²⁾ Fallzahlplanung für 9 Klinika

1. Strukturelle Bedingungen

Abbau von 1100 Betten zwischen 2001 und 2008 bei gleicher Fallzahl

Vivantes
NETZWERK FÜR GESUNDHEIT

Durchgeführte und geplante

(4)

... definierte Maßnahmen

(4)

... definierte Maßnahmen

Durchgeführte und geplante
Stationszusammenlegungen/-schließungen (2/4)

Im Sanierungsprogramm definierte Maßnahmen

| | Jahr | Klinik | Station |
|-----------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| KHD | 2002 | Innere Medizin | Station 14 (Wachstation) |
| | 2002 | Klinik für Gynäkologie und Geburtsmedizin | Station 35 |
| | 2003 | Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie | Tagesklinik 71 / 73 |
| | 2003 | Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie - Suchterkrank. | Tagesklinik 78 |
| | 2004 | Klinik für Chirurgie - Visceral- und Unfallchirurgie | Station 23 - Reduzierung Wachbetten |
| | 2004 | Klinik für Innere Medizin - Kardiologie | Station 15 |
| KFH | 2002 | Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde | Station 5 |
| | 2002 | Klinik für Gynäkologie und Geburtsmedizin | Station 13 |
| | 2002 | Klinik für Innere Medizin - Kardiologie | Station 31 (Wachstation) |
| | 2003 | Klinik für Innere Medizin - Gastroenterologie / Chirurgie | Station 30.1 |
| | 2004 | Klinik für Urologie / Gynäkologie | Station 55 |
| | 2004 | Klinik für Kinder- und Jugendmedizin | Station 47.1 |
| | 2004 | Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin | ITS I/ ITS II/ IMC |
| 2005 / 06 | Klinik für Innere Medizin - Gastroenterologie / Chirurgie | Station 21 | |
| KPB | 2001 | Klinik für Innere Medizin | Station 10 |
| | 2001 | Klinik für Innere Medizin | Station 12 |
| | 2002 | Klinik für Anästhesie und operative Intensivmedizin | Station 3 |
| | 2002 | II. Innere Klinik (HIV) | Station 9 |
| | 2002 | II. Innere Klinik | TK 9 |
| | 2003 | Klinik für Innere Medizin - Allgemeine Innere Medizin | Station 4 |
| | 2004 | Klinik für Chirurgie - Gastroenterologie | Station 14/14a |

1. Strukturelle Bedingungen

Optimierungsübersicht der funktionalen medizinischen Bereiche

Labor

- Zentralisierung der Routine- und Spezialleistungen an einem Standort
- Reduktion der Laboranforderungen durch Standardisierung Behandlungsabläufe

Radiologie

- Anpassung der personellen Kapazitäten an das Bedarfsprofil der Standorte
- Etablierung regionaler Strukturen durch Einführung von Teleradiologie

Rettungsstellen

- Anpassung der personellen Kapazitäten an das Patientenaufkommen
- Reduzierung der Wartezeiten und Verbesserung der Behandlungsqualität durch Erstellung von Triagierungs – und symptom-basierten Leitlinien

OP

- Optimierung der OP-Auslastung durch Verbesserung von Planung und Abläufen
- Anpassung des Personalbedarfs durch Reduktion von Saalbesetzungen*

Intensiv

- Anpassung der Bettenkapazität an den tatsächlichen Bedarf durch Abbau und Umwandlung in Intermediate Care Betten auf Basis von Scoring Modellen (z.B. TISS)

* Kalkuliert auf Basis von Schnitt-Naht-Zeiten

2. Personalbemessung

Wie viel Personal können wir uns leisten?

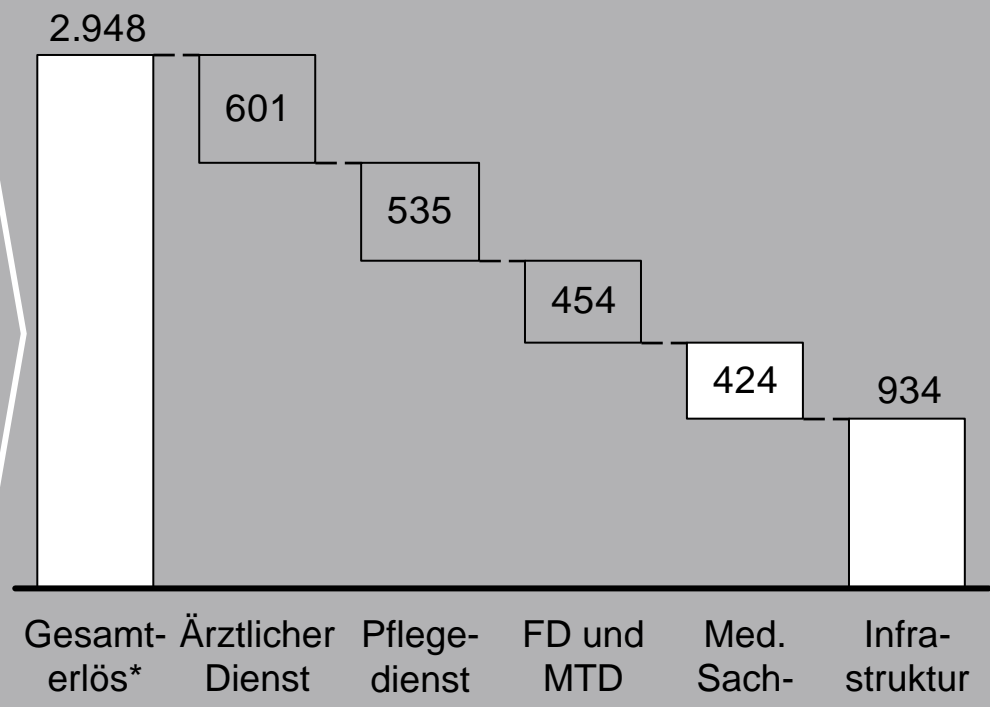
Ableitung der Normerlöse für die klinischen Dienste aus der DRG-Kostenstruktur je Fall

Kostenarten

| Anlage 5 | | Personal- | Personal- | Personal- |
|------------------------------------------|----|-------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| | | kosten | kosten | kosten med- |
| | | ärztlicher | Pflegedienst | techn. Dienst/ |
| | | Dienst | | Funktions- |
| | | 1 | 2 | 3 |
| Normalstation | 1 | Pflegetage | PPR-Minuten ² | Pflegetage |
| Intensivstation | 2 | 1. Gewichtete Intensivstunden | 1. Gewichtete Intensivstunden | 1. Gewichtete Intensivstunden |
| | | 2. Intensivstunden | 2. Intensivstunden | 2. Intensivstunden |
| Dialyseabteilung | 3 | 1. Gewichtete Dialysen ⁴ | 1. Gewichtete Dialysen ⁴ | 1. Gewichtete Dialysen ⁴ |
| | | 2. Pflegetage Dialyseleistung | 2. Pflegetage Dialyseleistung | 2. Pflegetage Dialyseleistung |
| OP-Bereich | 4 | Schnitt-Naht-Zeit mit GZF und Rüstzeit ⁵ | nicht relevant | Schnitt-Naht-Zeit/HLM-Zeit mit GZF ⁵ und Rüstzeit ⁶ |
| Anästhesie | 5 | Anästhesiologiezeit ⁷ und GZF ⁸ | nicht relevant | Anästhesiologiezeit ⁷ |
| Kreißaal | 6 | 1. Aufenthaltszeit Patientin im Kreißaal | nicht relevant | 1. Aufenthaltszeit Patientin im Kreißaal |
| | | 2. Anzahl Geburten | | 2. Anzahl Geburten |
| Kardiologische Diagnostik/Therapie | 7 | 1. Eingriffszeit | nicht relevant | 1. Eingriffszeit |
| | | 2. Punkte lt. Leistungskatalog | | 2. Punkte lt. Leistungskatalog |
| Endoskopische Diagnostik/Therapie | 8 | 1. Eingriffszeit | nicht relevant | 1. Eingriffszeit |
| | | 2. Punkte lt. Leistungskatalog | | 2. Punkte lt. Leistungskatalog |
| Radiologie | 9 | Punkte lt. Leistungskatalog | nicht relevant | Punkte lt. Leistungskatalog |
| Laboratorien | 10 | Punkte lt. Leistungskatalog | nicht relevant | Punkte lt. Leistungskatalog |
| Übrige diagnost. und therapeut. Bereiche | 11 | 1. Eingriffszeit | 1. Eingriffszeit | 1. Eingriffszeit |
| | | 2. Punkte lt. Leistungskatalog | 2. Punkte lt. Leistungskatalog | 2. Punkte lt. Leistungskatalog |
| Basiskostenstelle | 12 | nicht relevant | nicht relevant | nicht relevant |

Kostenstellen

Aktuelle Erlösstruktur am Beispiel Appendektomie (DRG G22B), in EUR



* Aktueller Erlösbasisfallwert von 2.930 EUR

Quelle: Team JGUM



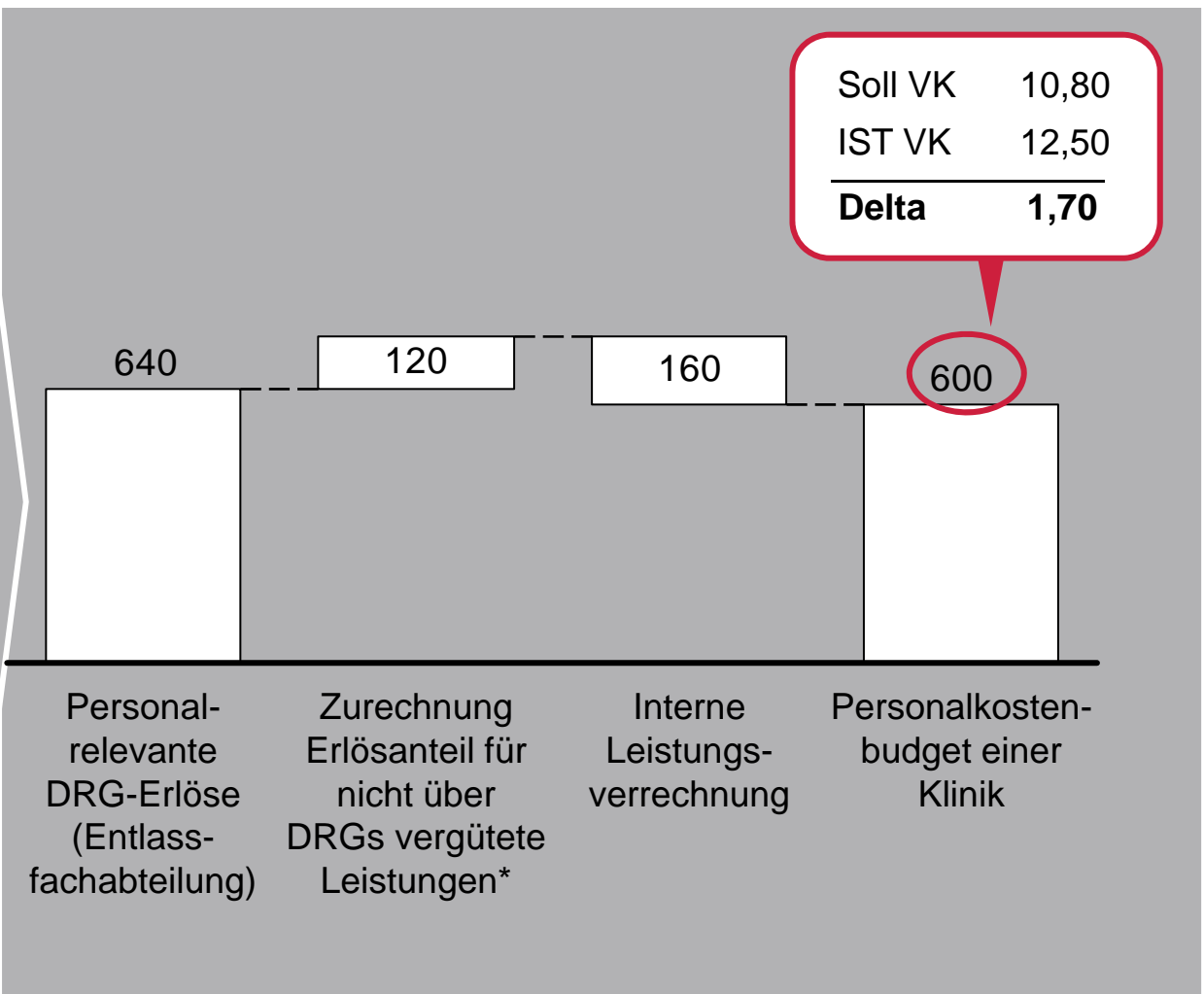
2. Personalbemessung

Wie viel Personal können wir uns leisten?

Ableitung des Personalkostenbudgets (Ärzte) für eine Klinik aus der DRG-Kostenstruktur

Beispiel: Erlösstruktur einer Klinik, in TEUR

| Anlage 5 | Personal-kosten | Personal-kosten | Personal-kosten med.-techn. Dienst |
|-------------------------------------------------|-----------------|-----------------|------------------------------------|
| Normalstat | | | |
| Intensivst | | | |
| Dialyse- abteilung | | | |
| OP-Bereich | | | |
| Anästhesi | | | |
| Kreislauf | | | |
| Kardiologi Diagnostik Therapie | | | |
| Endoskopi Diagnostik Therapie | | | |
| Radiologie | | | |
| Laborator | | | |
| Übrige diagnost. u therapeut. Bereiche | | | |
| Basiskost stelle | | | |



* Annahme: Personalintensität entsprechend der Erbringung von DRG-Leistungen

Quelle: Team JGUM



2. Personalbemessung

Benchmark als Chance

| Stationen | FA | PK pro BHT 2007 1] | Fälle pro VK | BHT pro VK IST incl. Leasing | InEK PK Erfüllung in % 2007 3] | Auslastung vollstat. in % 2007 4] | VWD 2007 4] | Fallzahl vollstat. 2007 4] | belegb. Betten vollstat. 2007 4] | bez. Kr. quote 2007 4] | Ø Alter Pflegedienst |
|------------------|-----------|---------------------------|---------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------|--------------------|-----------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| 5-Station D | UCHI | 69,90 | 80,46 | 608,49 | 95,4% | 80,02% | 7,26 | 1.046 | 26 | 6,97% | 40,08 |
| 5-Station E | UCHI | 59,78 | 95,43 | 686,25 | 78,2% | 85,67% | 7,02 | 1.336 | 30 | 5,85% | 42,82 |

Quelle: 1] Abteilung Kostenrechnung und Berichtswesen

2] MB PBM 2007 / 2008

3] Ressort Controlling - Variante 2 = Basis InEK-Kostenmodule und Ist-Erlösvolumen Vivantes 2007

4] MB PBM 2007 - nach L3-Statistik

3. Personalstruktur

Generalisten oder Spezialisten



3. Personalstruktur

Delegation von Aufgabenfeldern



Bildquelle: kma 01/05

4. Personaleinsatzplanung


Bewegung tut not!



 Mehrfachkompetenz

 Interdisziplinärer Einsatz

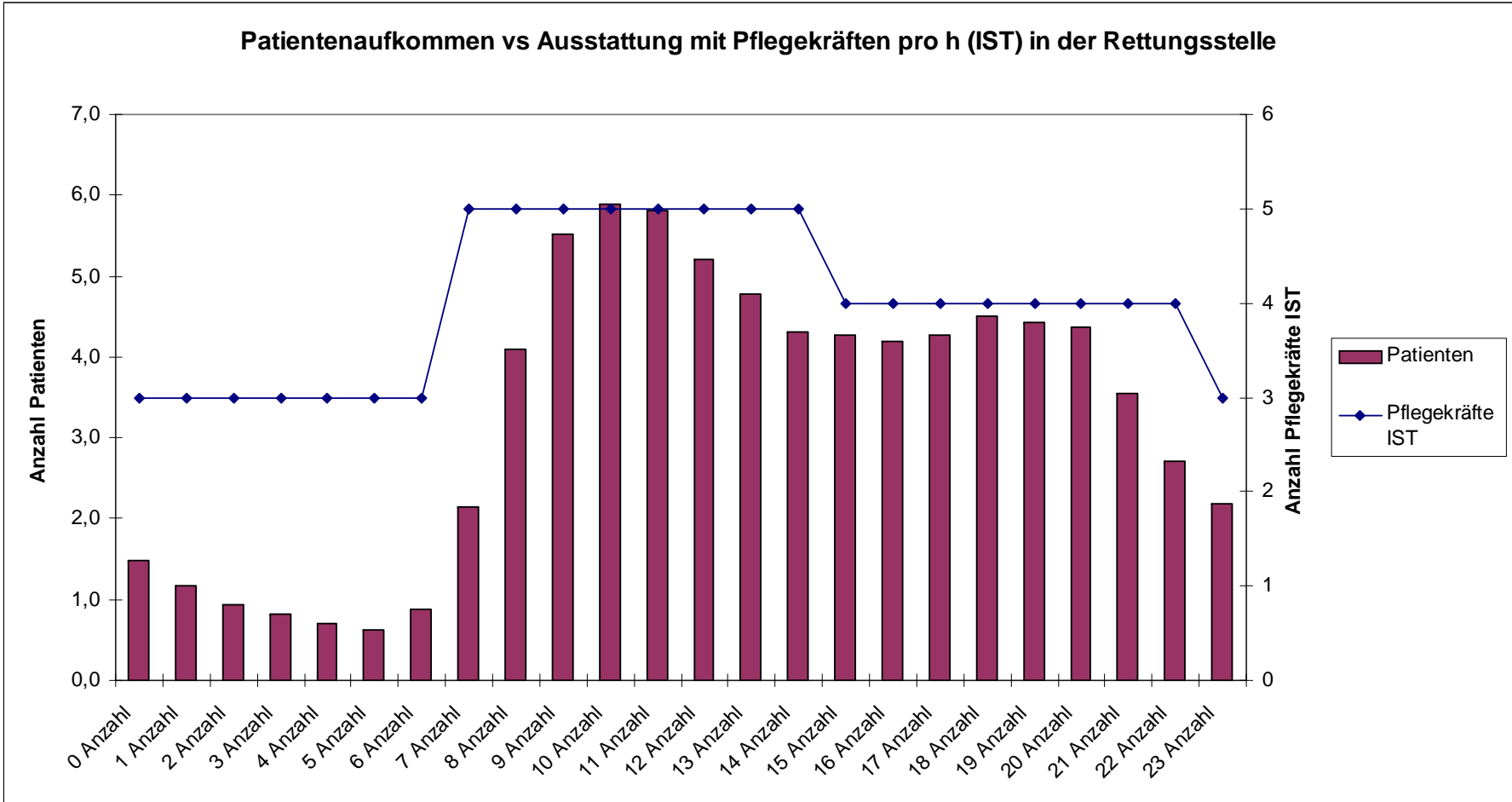
 Rotation / Hospitation

 Flexible Besetzung

 Arbeitszeitkonten

4. Personaleinsatzplanung

Arbeitszeitmodelle und Einsatzplanung



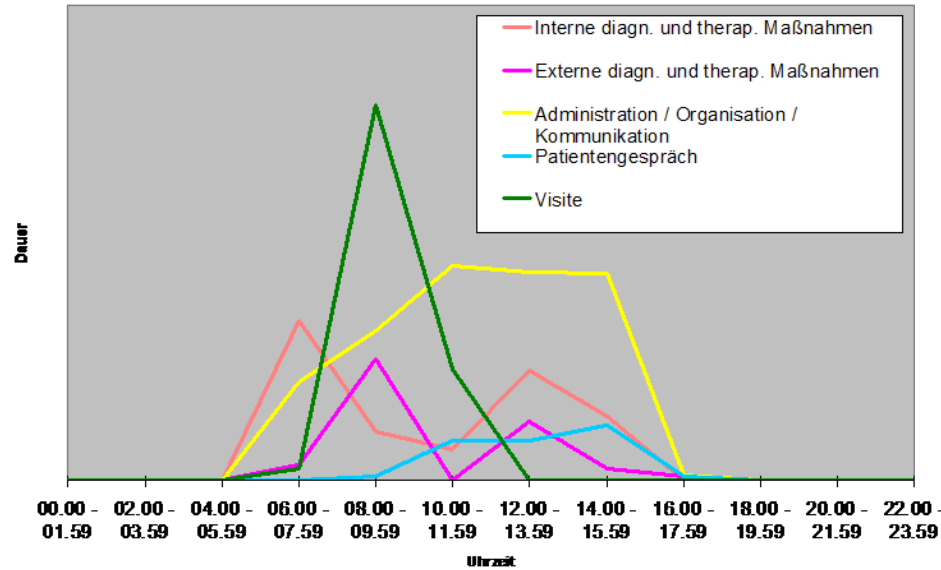
4. Personaleinsatzplanung

Alte Standards hinterfragen

Wann, zu welchem Zweck ist Arztpräsenz erforderlich?

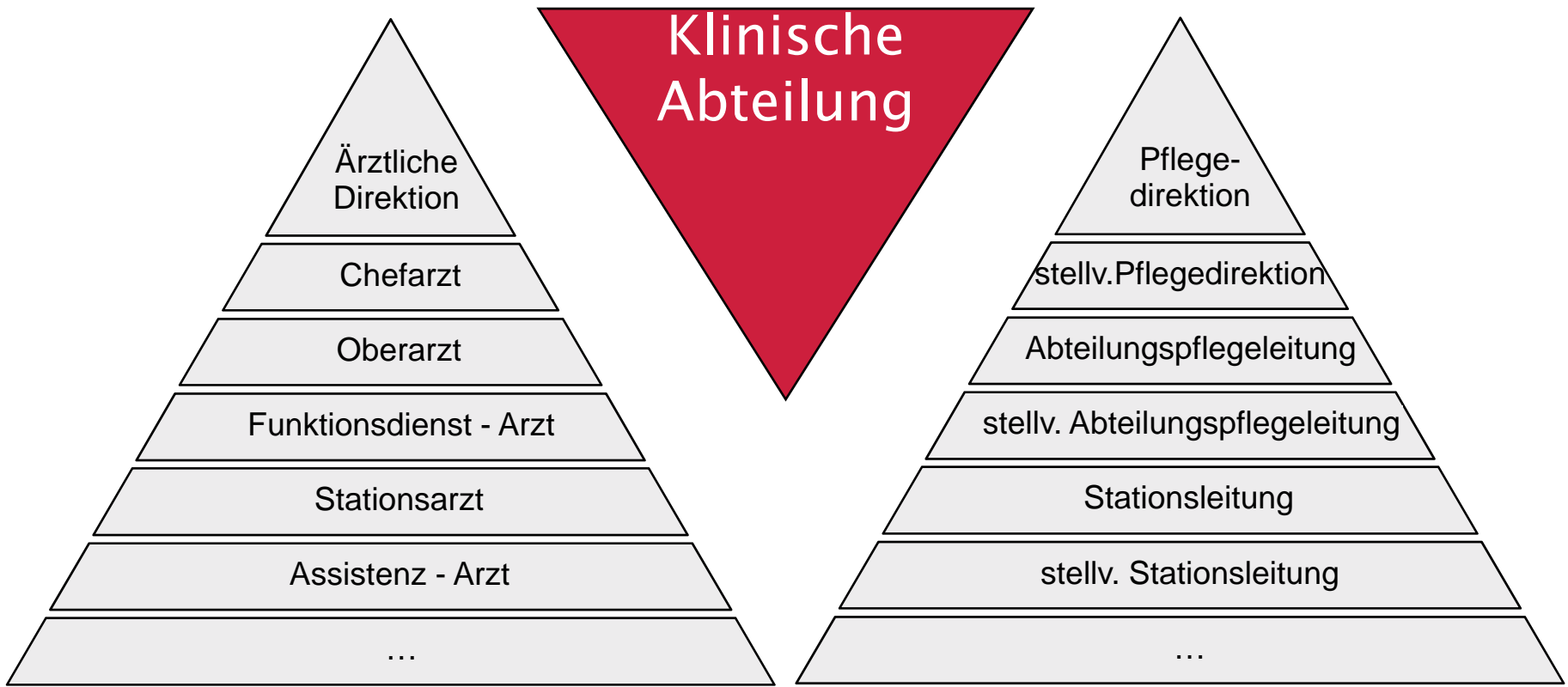
- 1 Bedarf ✓
- 2 Planung 9.00 Uhr ✓
- 3 Verbindlichkeit ✓
- 4 Prozesssicherheit ✓

Arbeitsablauforganisation bezogen auf einen Tag – Ärztlicher Bereich



5. Hierarchie

Weniger ist mehr



Aufbauorganisation im Krankenhaus

Welche Hebel stehen zur Verfügung?

1. Strukturelle Bedingungen

2. Personalbemessung

3. Personalstruktur

4. Personaleinsatzplanung / Arbeitszeitmodelle

5. Hierarchie

Ablauforganisation im Krankenhaus

Was sollten wir ändern

1. Patientenmanagement

2. Interdisziplinäre und interprofessionelle
Zusammenarbeit

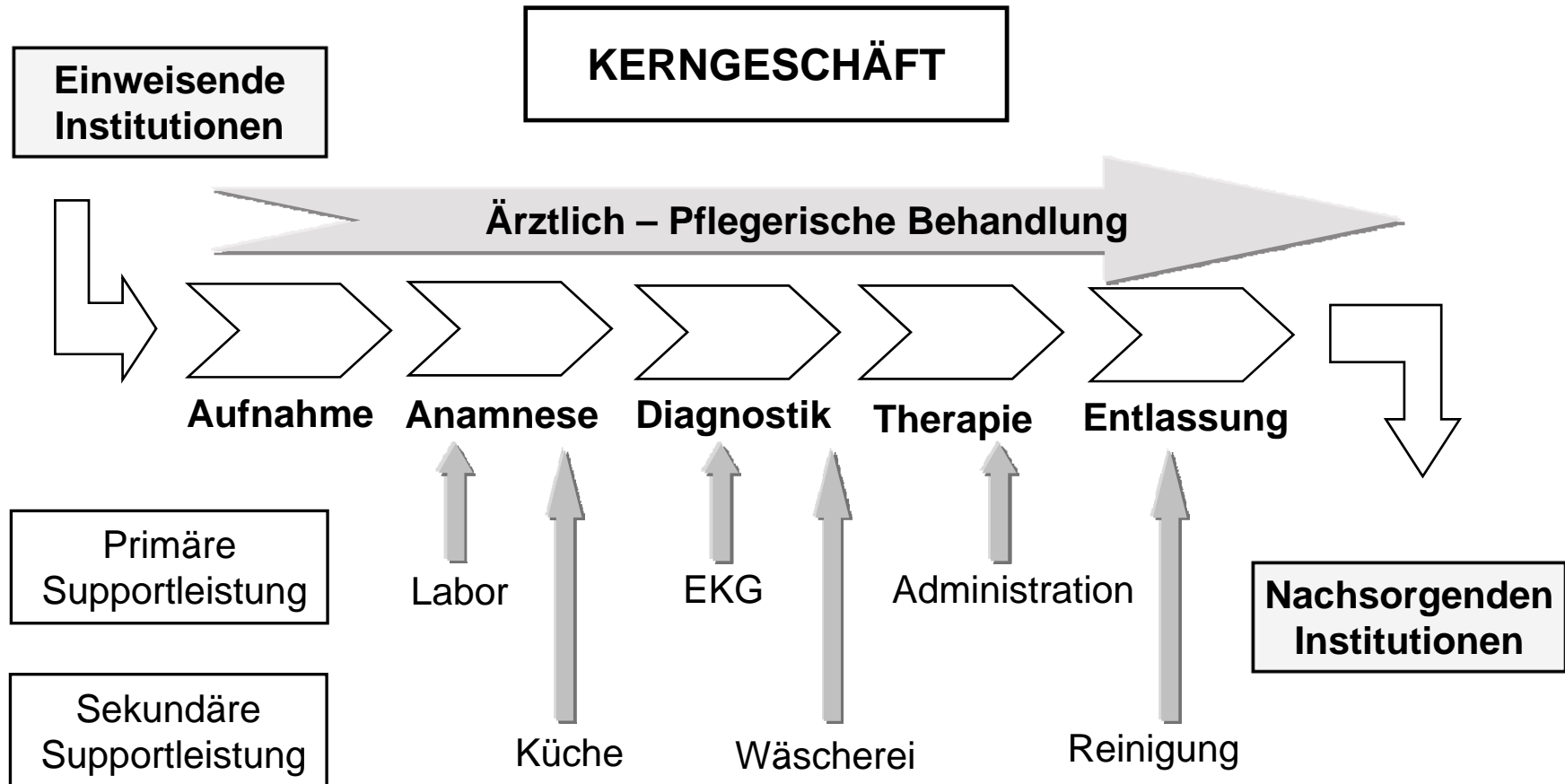
3. Qualitätssicherung

4. Informations- und Kommunikationsstrukturen

5. Personalentwicklung

1. Patientenmanagement

Die Krankenhausorganisation ist komplex



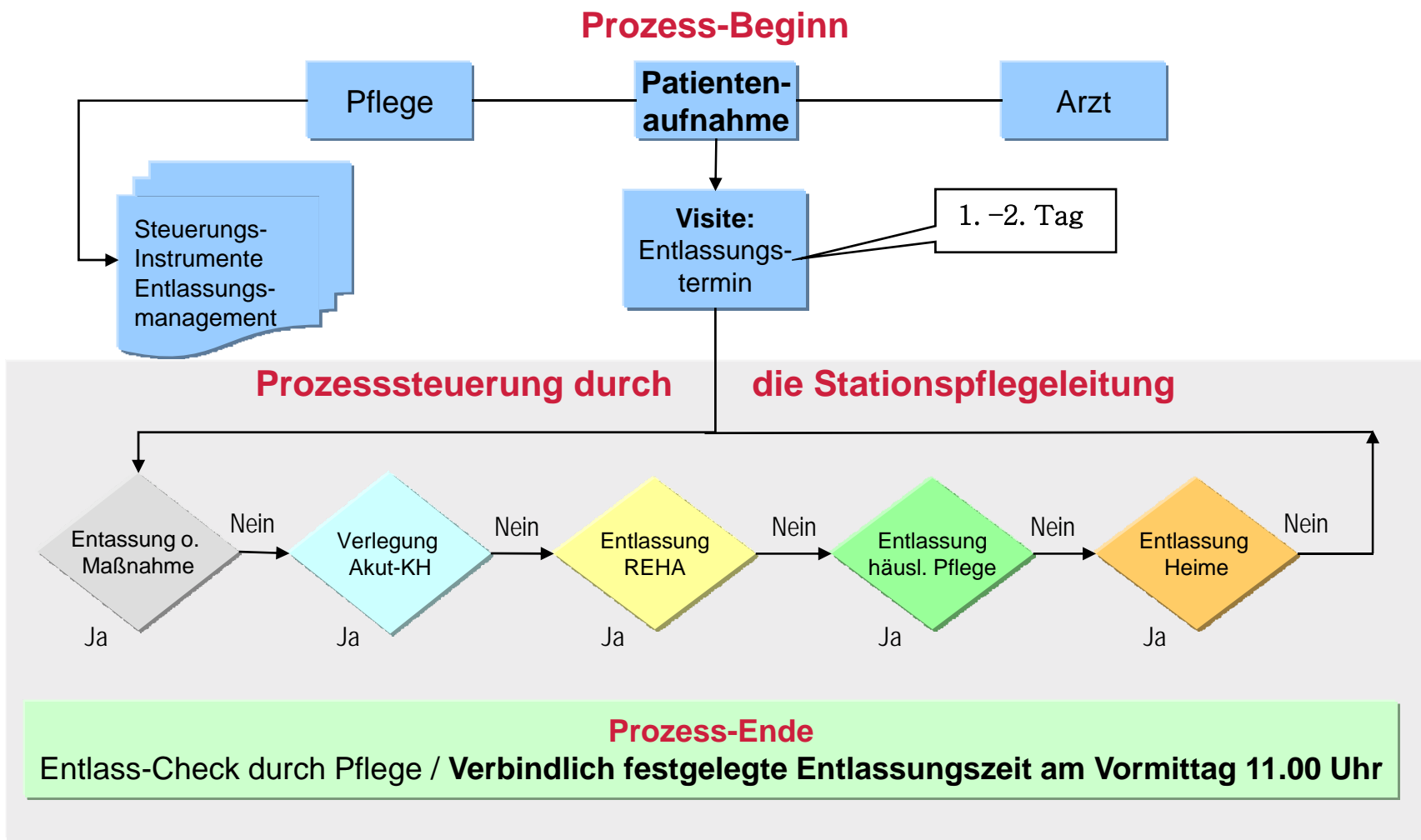
1. Patientenmanagement

Optimiertes Aufnahme- und Belegungsmanagement

- Kapazitätsplanung / -transparenz
- interdisziplinäre Belegung
- Terminabstimmung
- strukturierter Aufnahmeprozess
- festgelegte Zuständigkeiten
- kompetentes Handeln
- funktionierende IT-gestützte Logistik

1. Patientenmanagement

Entlassungsmanagement



1. Patientenmanagement

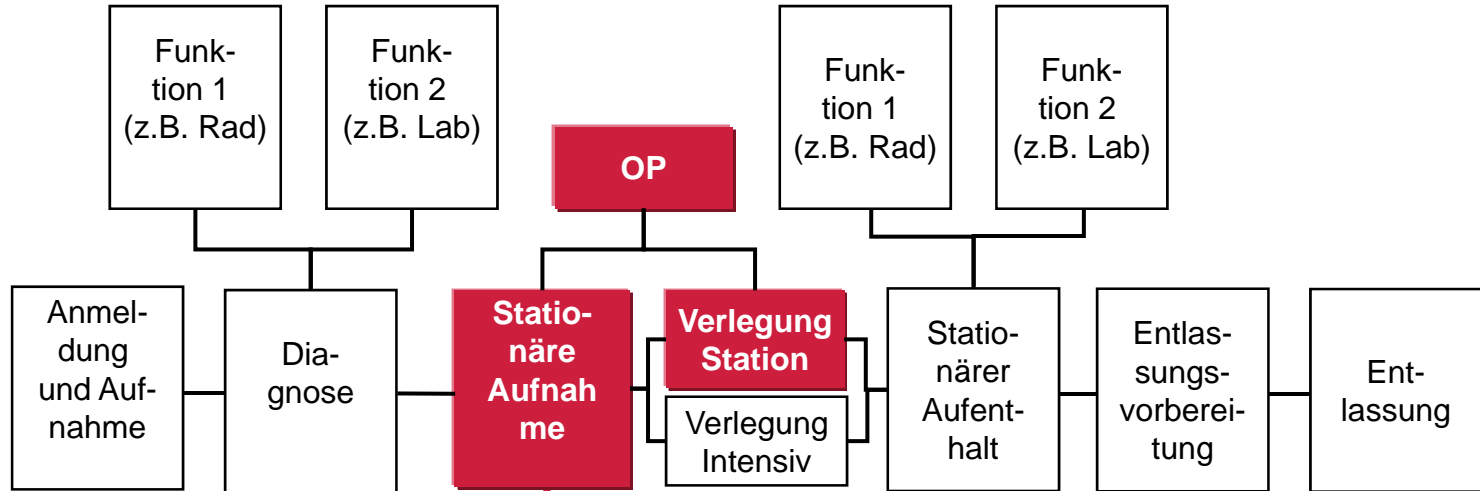
Prozesssteuerung – Wer hat den Hut auf?



1. Patientenmanagement

Schnittstellenorganisation

Aspekt: Wartezeiten OP, Röntgen / Befunde /



Patienten-
perspektive

Hohe Anzahl an Verzögerungen,
Verschiebungen und Absagen von
operativen Eingriffen

Mitarbeiter-
perspektive

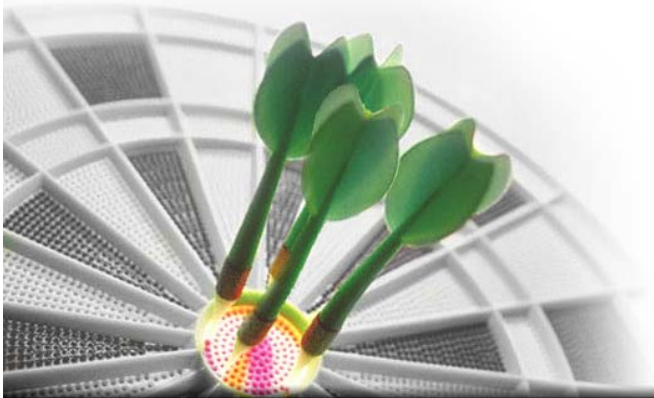
- Wartezeiten auf den Patienten durch verzögerten Transport von Station
- Unvollständige Dokumentation
- Wartezeiten bis OP Team vollständig bzw. arbeitsbereit ist
- Lange Wechselzeiten durch fehlende Standardisierung

Quelle: McKinsey

1. Patientenmanagement

Klinische Pfade

Ziele:



Verringerung der Verweildauer

- Zielorientiertes, zeitoptimiertes Vorgehen

Verringerung der Kosten

- Verringerung des Leistungskonsums
- Verkürzung der Behandlungsabläufe

Erhöhung der Qualität

- Evidenzbasiertes, standardisiertes Vorgehen
- Optimierung interprofessioneller Abläufe

Erhöhung der Patientenzufriedenheit

- Bestmögliche Behandlungsqualität bei kurzmöglichster Verweildauer

1. Patientenmanagement

Ärzte und Pflegepersonal übernehmen wichtigen Aufgaben bei klinischen Pfaden



Arzt ...

Pfadspezifische Aufgaben

- Definiert den Pfadeintritt des Patienten
- Kommentiert den Ausschluss eines Patienten vom Pfad
- Begründet Pfadabweichungen
- Nutzt die Dokumentationsmöglichkeiten des Pfades
- Hilft bei der Definition von Maßnahmen zur Einhaltung des geplanten Entlassungstermins



Stationspflegeleitung
und/oder Stations-
sekretariat ...

Pfadspezifische Aufgaben

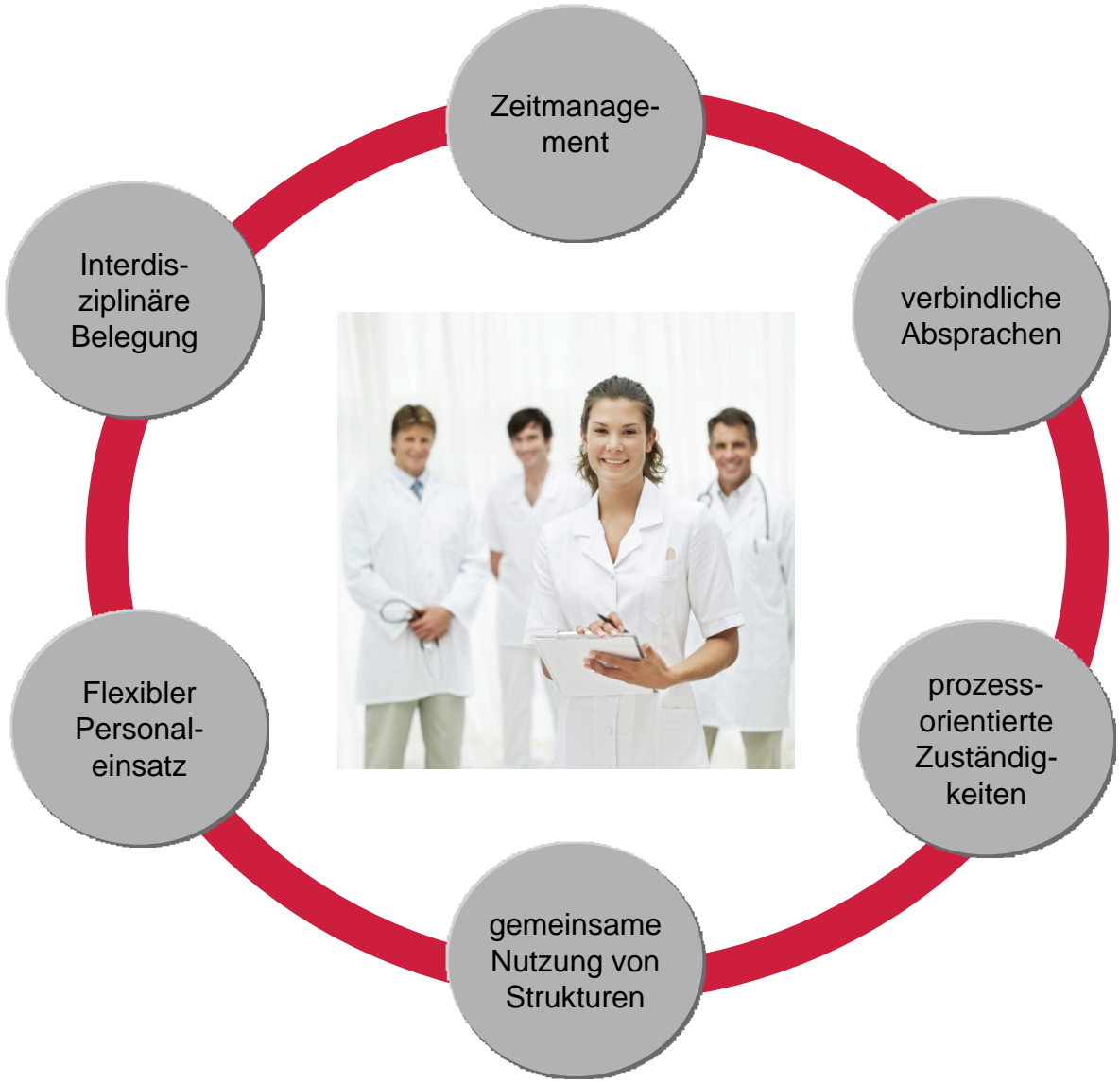
- Kennt die diagnosebezogenen Verweildauern
- Kontrolliert die Einhaltung des Pfads
- Protokolliert Abweichungen und benennt deren Gründe
- Sammelt die Pfade bzw. Varianzkodierungen und übergibt sie dem medizinischen Prozessverantwortlichen zur Auswertung
- Führt einen wöchentlichen Abgleich der festgelegten diagnosebezogenen Verweildauereinhaltungen mit dem Klinikdirektor

Pfadassoziierte Aufgaben

- Übernimmt die Prozesssteuerung
- Organisiert den Ablauf (Termin, Vorbereitung von Untersuchungen)
- Koordiniert Entlassungsmanagement

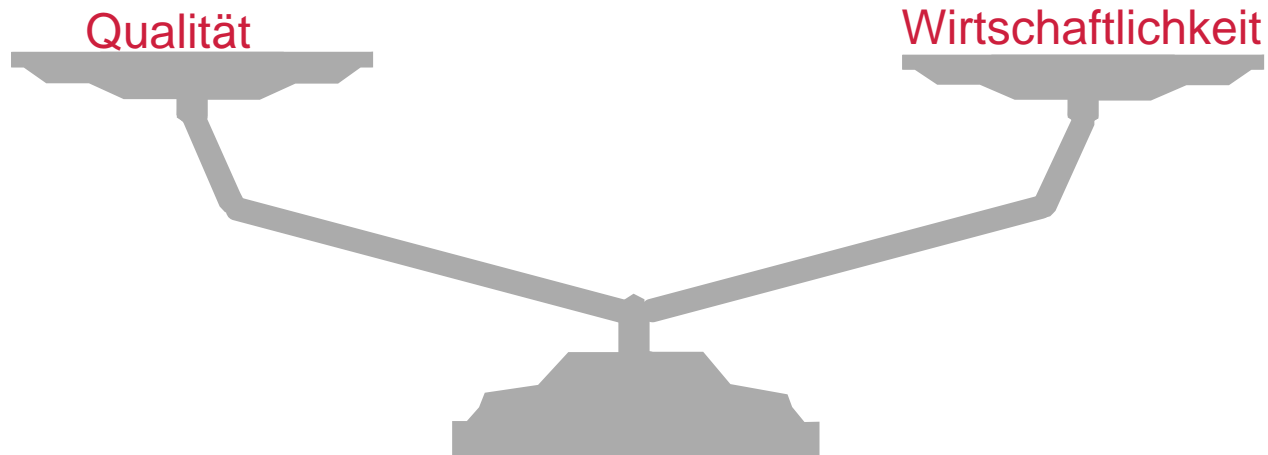
2. Interdisziplinäre und Interprofessionelle Zusammenarbeit

Mehrfachkompetenz und realisierte Teamarbeit



3. Qualitätssicherung

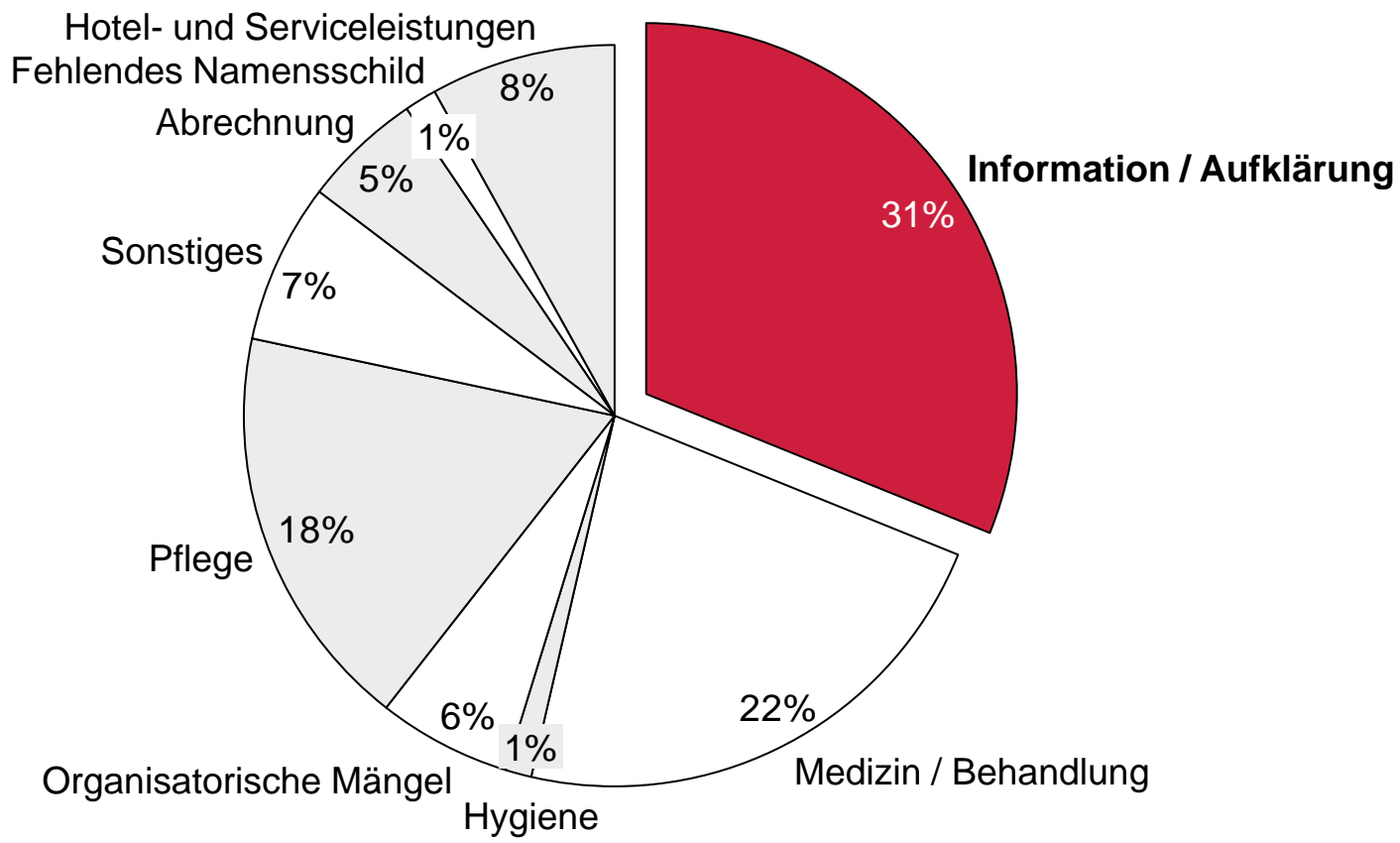
Qualität und Wirtschaftlichkeit – ein Widerspruch ?



3. Qualitätssicherung

Beschwerdemanagement

in Prozent*



*Stand 15.12.2005, 307 ausgewertete Beschwerden insgesamt, Mehrfachnennungen zugelassen

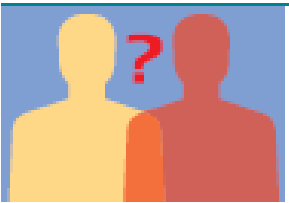
Quelle: QPM



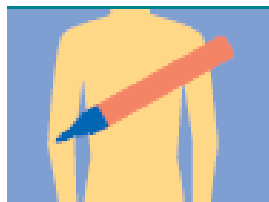
3. Qualitätssicherung

Fehlermanagement / Risikomanagement

Prävention von Eingriffsverwechslungen



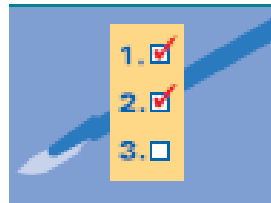
1
Identifikation
Patient



2
Markierung
Eingriffsort



3
Zuweisung zum
richtigen OP-Saal

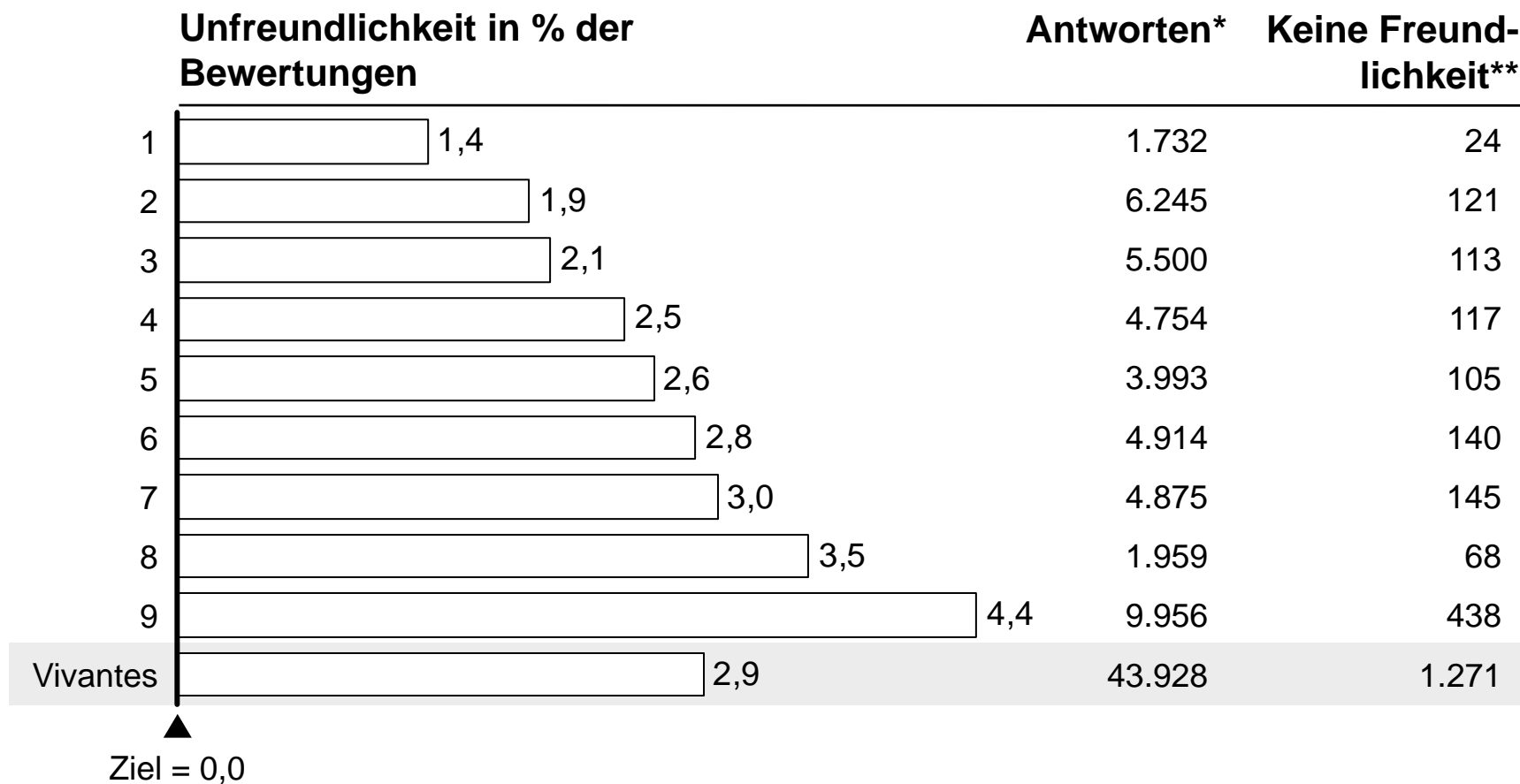


4
Team-Time-Out
vor Schnitt

Bildquelle: Aktionsbündnis Patientensicherheit 2007

3. Qualitätssicherung

Patientenbefragungsergebnisse – Messen und Bewerten



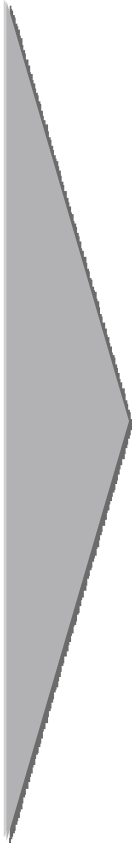
Frage: Wurden Sie freundlich behandelt?

* Quelle: Abteilung QM

4. Informations- und Kommunikationsstrukturen

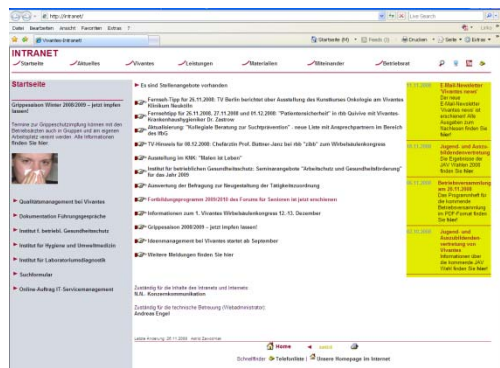
Transparenz ist Grundlage allen Handelns

- Intranet
- Newsletter
- Betriebsversammlungen
- Besprechungen
- Konferenzen
- Führungsgespräche



["Der Deckel muss weg!" – 125.000 demonstrieren in Berlin](#)
[KAU: Neue Rettungsstelle für 2,2 Millionen Euro eingeweiht](#)
[Empfang für Forums-Mitarbeiter im Roten Rathaus](#)
[Vivantes veranstaltet ersten Wirbelsäulenkongress](#)
[Adipositasprogramm: dauerhaft 10 Kilo in 48 Wochen](#)
[Vivantes tritt „Luxemburger Deklaration“ bei](#)

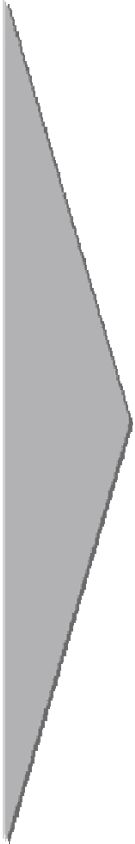
[Feedback an die Redaktion](#)



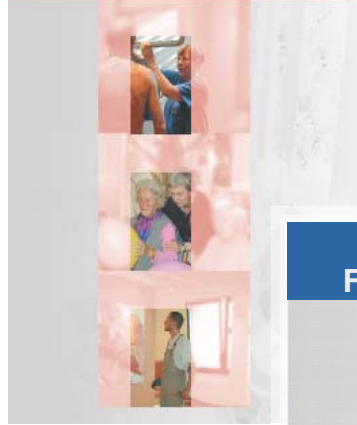
5. Personalentwicklung

Abladen und Auftanken

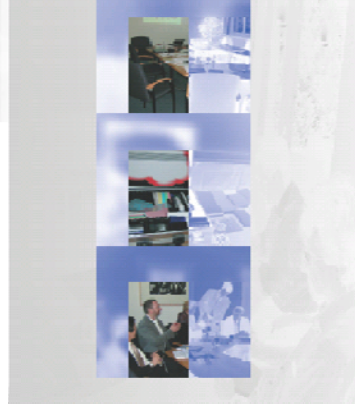
- Fortbildung
- Weiterbildung
- Workshops zu Veränderungsprozessen
- Supervisionen / Coaching
- Karriereführende Maßnahmen



Seminare für Mitarbeiter



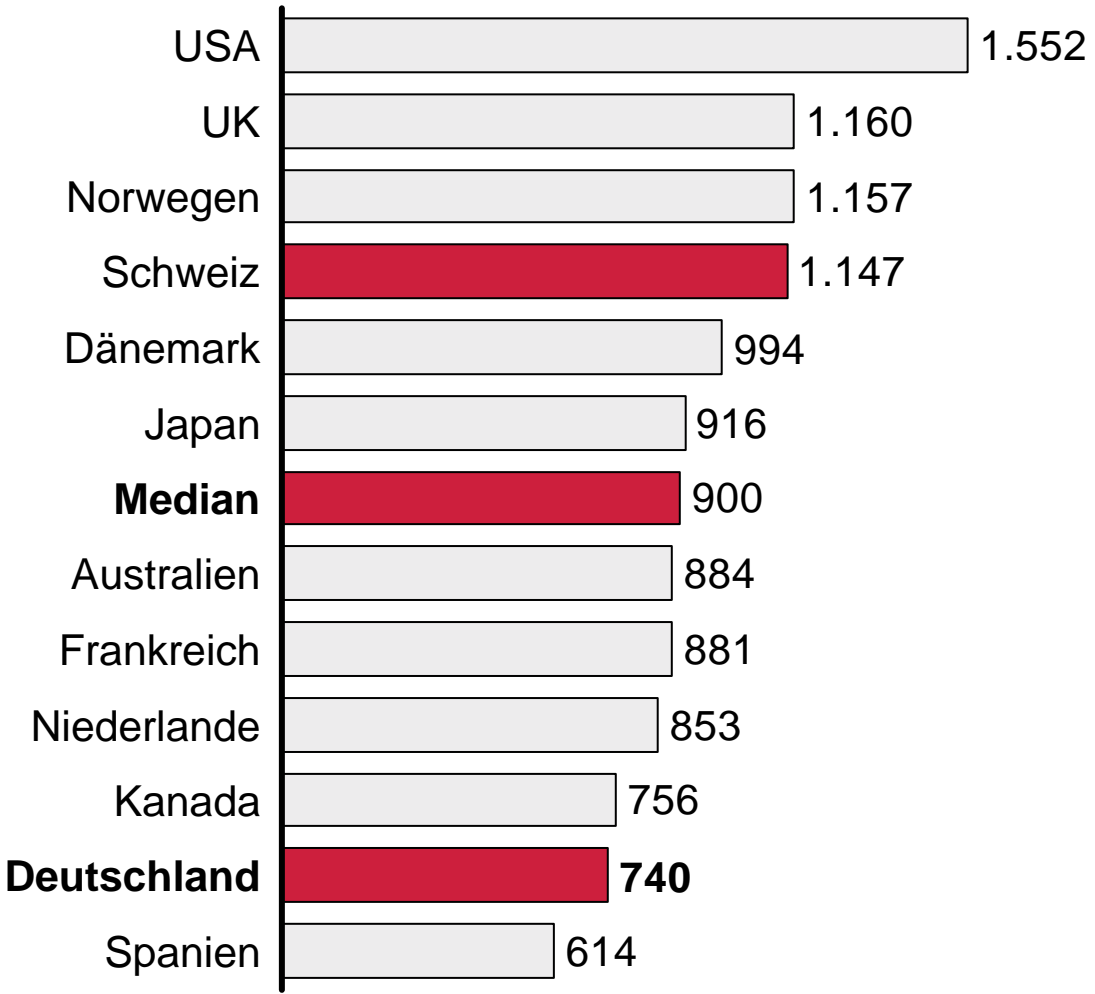
Seminare für Führungskräfte



Kosten der stationären Versorgung

Die Schweiz hat Rationalisierungsspielraum

Ausgaben pro Kopf in EUR (PPP), 2004*



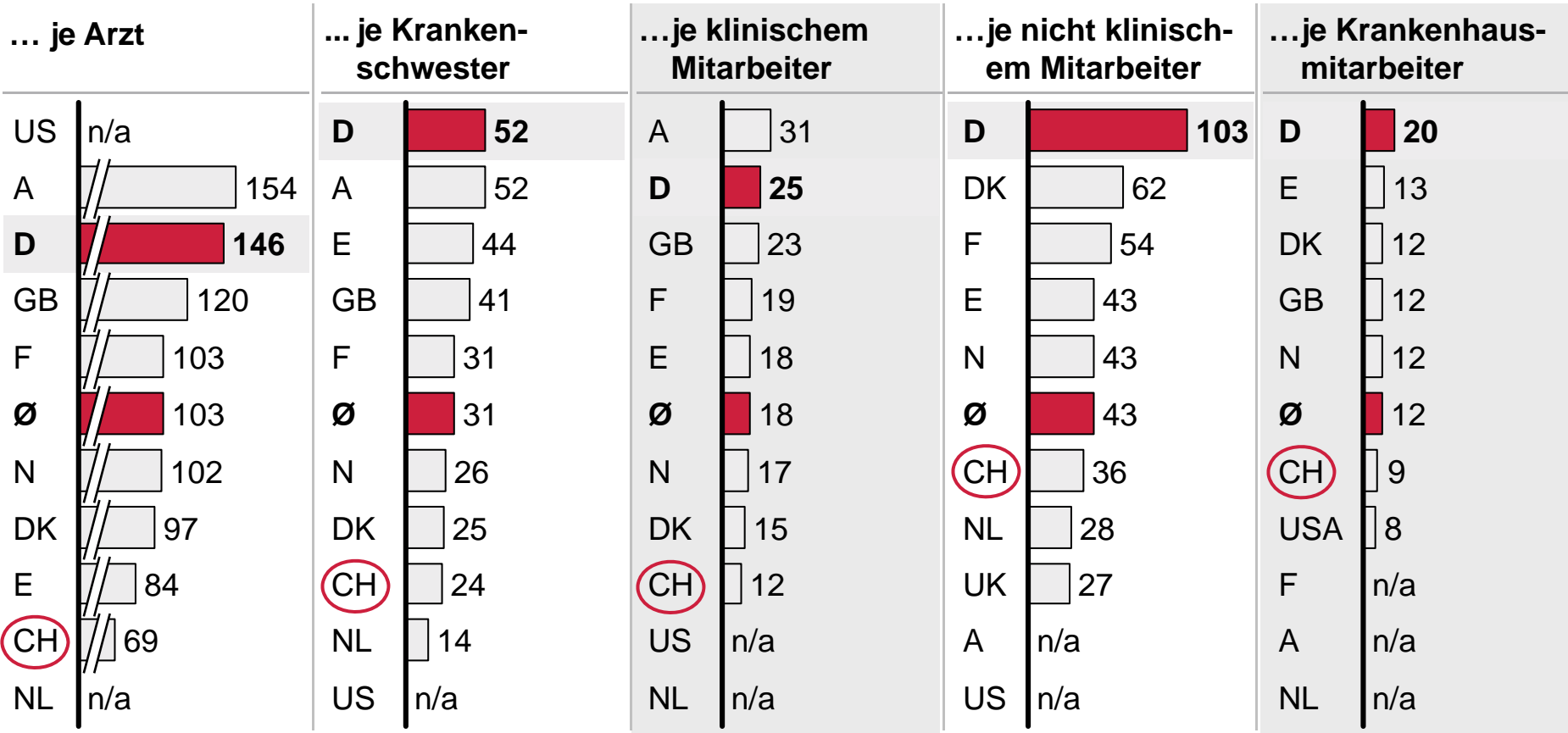
* Oder letztes verfügbares Jahr

Quelle: OECD Health Data 2007, McKinsey

Kosten der stationären Versorgung

Die Schweiz hat Rationalisierungsspielraum

Anzahl Entlassungen ...



Quelle: Germany – Federal Office of Statistics, UK – Office of National Statistics and Department of Health UK, US – 2005 AMA Physician Characteristics 2003 data, AHA 2003 data, Spain – Establecimientos Sanitarios en Régimen de Internado 2003, France – , Switzerland – Swiss Federal Statistical Office, Austria – Statistik Austria (Austrian Statistics Office), Norway – Samdata Somatikk 2004, Sintef Health Research, Norway: Statistics Norway, Denmark – Sundhedssektoren i tal 2005 (The health sector in numbers 2006), The Danish Ministry of the Interior and Health; Statistics Denmark, Netherlands - RIVM, Dutch Central Bureau of Statistics



Ausblick Schweiz versus Deutschland

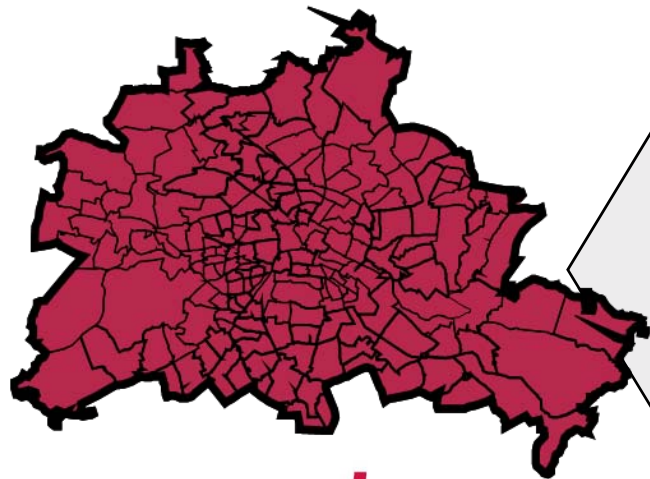


Bildquelle: www.horseracing.ch

« ... Was alle angeht können nur alle lösen.

*Jeder Versuch eines einzelnen, für sich zu lösen,
was alle angeht, muss scheitern.»*

1962
Friedrich Dürrenmatt




Vivantes

- Vivantes – Netzwerk für Gesundheit GmbH
- franziska.mecke@vivantes.de