

Pharma & Healthcare Competence Center

# Die Steuerung der Verweildauer durch Prozessoptimierung

Erfolgsfaktor Case-Management für Schweizer Spitäler

Juli 2011



## AUSGANGSSITUATION

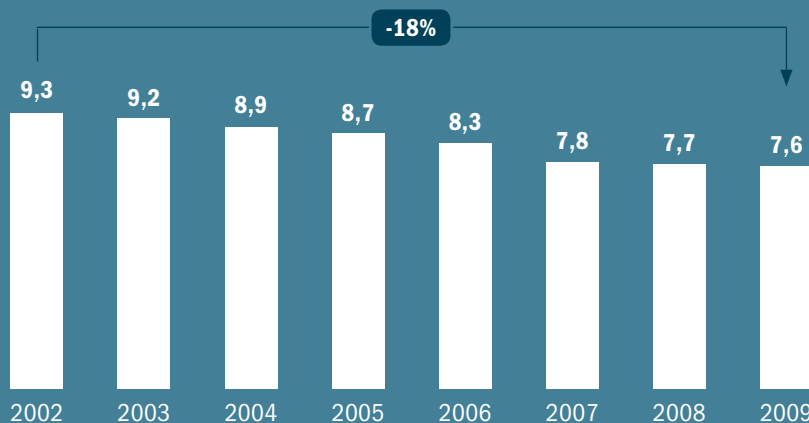
Das Umfeld im Schweizer Gesundheitsmarkt wird immer komplexer. Um langfristig erfolgreich zu sein, müssen Spitäler permanent ihre Strukturen weiterentwickeln und ihre Prozesse anpassen. Herzstück für diesen Veränderungsprozess ist die grundlegende Veränderung des Finanzierungssystems durch die Umstellung auf das so genannte pauschalierte Entgeltsystem (SwissDRG). Spitäler stehen nun vor der Aufgabe, ihre Kosten anhand der Erlösvorgaben aus der DRG-Kalkulation zu optimieren und durch zusätzliche Fälle die Kapazitäten optimal auszulasten.

Ein wesentliches Optimierungspotenzial ist dabei die Verweildauer der Patienten im Spital. Denn bei Über- bzw. Unterschreitung der kalkulierten durchschnittlichen Verweildauer ergeben sich gravierende Erlöskonsequenzen und damit Handlungsbedarf. Die durchschnittliche Verweildauer ist von 2002 bis 2009 von 9,3 auf 7,6 Tage gesunken und zeigt weiterhin eine deutliche Abwärtstendenz (siehe Abbildung 1).

Die Einführung der SwissDRGs wird zudem auch zu Veränderungen hinsichtlich des Verhältnisses zwischen Krankenversicherungen und Spitälern führen. In Deutschland ist dies schon seit längerer Zeit Realität: Die Krankenversicherungen überprüfen die abgerechneten Leistungen der Spitäler kontinuierlich, um ihre eigenen Kosten zu optimieren und Falschabrechnungen zu vermeiden. Bei den Spitälern führt dies zu einem stetigen Anstieg administrativer Aufgaben und zu Erlösverlusten; häufig infolge nicht ausreichender Dokumentation.

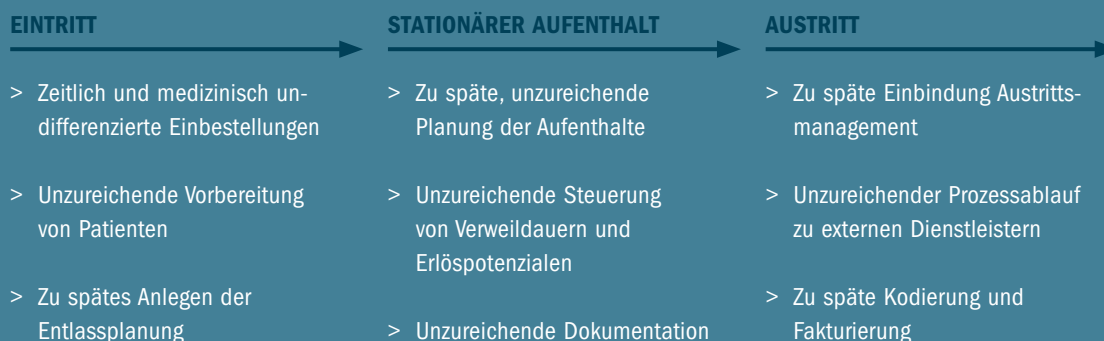
Um die oben genannten Entwicklungen aus ökonomischer Sicht bewältigen zu können, müssen die internen Strukturen, Prozesse und Verantwortlichkeiten der Spitäler klar definiert sowie zugesprochen sein. In der Realität ist dies jedoch leider oftmals nicht der Fall (siehe Abbildung 2):

ABBILDUNG 1:  
Durchschnittliche Verweildauer in Schweizer Spitälern [Tage]



- > Die Voraussetzungen für eine optimierte Verweildauer sind nicht geschaffen:
  - Einbestellungen von Patienten erfolgen undifferenziert, zeitlich sehr eng gestaffelt (Kernzeiten von Montag bis Mittwoch jeweils morgens um 08:00 Uhr) und mit einer häufig unzureichenden ambulanten Vorbereitung (nicht diagnostiziert, unzureichende Informationsübermittlung durch den zuweisenden Arzt)
  - Notwendige Diagnostik- und Behandlungsschritte sind nicht ausreichend standardisiert und nicht vorausschauend geplant
  - Austrittstermine für den Patienten werden zu spät festgelegt und vorbereitet
  - Belegung erfolgt nach festgelegten und unflexiblen Mustern (bauliche Station – Fachabteilung) mit Reibungsverlusten bei Engpassituationen (Patienten werden nicht auf "fremde" Stationen gelegt oder dort unzureichend versorgt)
  
- > Die Voraussetzungen für eine leistungsgerechte und zeitnahe Abrechnung sind nicht geschaffen:
  - DRG-Kodierung erfolgt häufig erst nach Austritt des Patienten durch Ärzte, medizinisches Hilfspersonal oder zentrale DRG-Kodierer
  - Gefahr von Erlösausfällen durch unzureichende Kodierung auf Basis der Patientenakten
  - Prozessschwächen führen zu Abrechnungsfehlern und Dokumentationslücken, was wiederum den Krankenkassen die Kürzung von unzureichend dokumentierten Rechnungen erlauben kann
  
- > Steuerungsrelevante Informationen fehlen und abrechnungsrelevante Daten werden zu spät übermittelt:
  - Gesamtverweildauer des Patienten ist für den Arzt und für das Pflegepersonal eine Art "Black Box", verfügen sie doch oft nicht über die notwendigen steuerungsrelevanten Daten, wie beispielsweise die Zielverweildauer
  - Standards der zeitnahen Übermittlung von Eintrittsdiagnosen werden nicht eingehalten

ABBILDUNG 2:  
Prozessineffizienzen während des stationären Patientenaufenthalts



### Unzureichende Transparenz der Patientensituation

**FAZIT:**

Die Spitalprozesse müssen verändert bzw. neu gestaltet werden, um schneller auf die externen Anforderungen reagieren zu können. Folglich wird die **Prozessinnovation** zur Kernaufgabe an der Schnittstelle von medizinischen Abläufen und Verwaltungsaufgaben. Das anvisierte Ziel heisst deshalb bei gleichen oder reduzierten Kapazitäten mehr Fälle bzw. mehr Case-Mix-Punkte erwirtschaften!

**LÖSUNG:**

**Mit Hilfe des Konzeptes von Roland Berger Strategy Consultants wird eine Prozessoptimierung hinsichtlich der Verweildauer pro Patient und Spitalaufenthalt in Form eines verweildauerorientierten Case-Managements erarbeitet.**

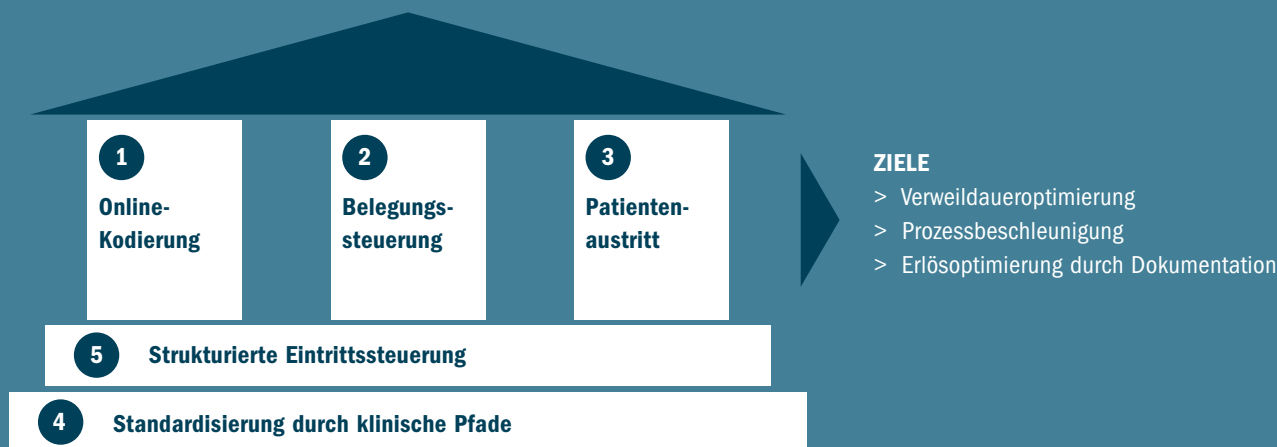
Der Begriff Case-Management wird in der relevanten Literatur unterschiedlich diskutiert<sup>1)</sup>. Die grundlegende Definition beinhaltet jedoch i. d. R. eine Einzelfallsteuerung im Sinne einer Begleitung des Patienten durch den Therapiepfad. Der Case-Manager gilt dabei als primärer Ansprechpartner für den Patienten. Hierdurch leisten Case-Manager und Klinikkoordinatoren einen wichtigen Beitrag zur Bewältigung der spezifischen Herausforderungen des DRG-Entgeltsystems.

1) Ewers, M. (2000): Das anglo-amerikanische Case Management; Köller v.T. (2009) Case-Management im Krankenhaus: Aufsätze zum Kölner Modell in Theorie und Praxis

## ECKPFEILER DES VERWEILDAUERORIENTIERTEN CASE-MANAGEMENTS (siehe Abbildung 3)

1. Primäre Aufgabe des Case-Managers ist es, die relevanten Patienteninformationen in einer standardisierten Dokumentationsstruktur festzuhalten und über eine **Online-Kodierung** die Verweildauer zu steuern. Dies erfolgt idealerweise über eine stationsnahe Verweildauerberatung von Ärzten und Pflegenden. Schon mit dem Tag des Eintritts wird eine Hypothesen-DRG von den Case-Managern angelegt und werden die Ärzte über das Zielaustrittsdatum informiert. Der Case-Manager sorgt für die notwendige Datentransparenz. Anhand der tagesaktuellen Patienten-DRG-Daten kann das ärztliche Personal die Verweildauer gemäss den Vorgaben des DRG-Systems steuern und die Diagnostik sowie die Eingriffe daran ausrichten. Die Dokumentations- und Kodierqualität wird durch die Nähe von Kodierenden und Dokumentierenden gesteigert. Eine verbesserte Liquiditäts-, aber auch Erlössituation pro Fall ist die Folge. Die Anzahl erfolgreicher Anfragen der Krankenversicherungen nimmt kontinuierlich ab.
2. Der Case-Manager führt in Abstimmung mit seinen Kollegen auf anderen Stationen bzw. in anderen Fachbereichen die **Belegungssteuerung** durch. Spitalaustritte und elektive Eintritte des Vortages werden im Rahmen eines Jour-fixe-Termins mit Ärzten und Pflegenden besprochen. Handlungsbedürfnisse werden unter Berücksichtigung von zu erwartenden Notfällen abgestimmt. Notwendige, stationsübergreifende, interdisziplinäre Lösungen werden zwischen den Case-Managern einzelner Bereiche entwickelt und dann mit den relevanten Ärzten abgestimmt. Patienten werden nicht mehr aufgrund von Belegungssituationen einzelner Stationen abgewiesen und Betten auf den Normalstationen werden optimal belegt.

ABBILDUNG 3:  
Eckpfeiler der Prozessinnovation durch verweildauerorientiertes Case-Management



3. In verweildauerkritischen Fällen erfolgt ein strukturierter **Patientenaustritt** in Abstimmung zwischen dem Case-Manager und Sozialmitarbeitern, die miteinander die prozessual und aufbauorganisatorisch verknüpft sind. Das frühzeitige Bewerten (Assessment, Bsp. Blaylock) des Pflegebedarfs eines Patienten durch die Pflegekräfte liefert dem Case-Manager die benötigten Informationen, um, wenn nötig, den Sozialdienst zeitnah einzuschalten oder ggf. kleinere Massnahmen (z. B. die Organisation von Hilfsmitteln) selbst durchzuführen. Die medizinische Nachversorgung ist gesichert. Der Patient wird rechtzeitig in ein funktionsfähiges Umfeld übergeben.
4. Zusätzlich entwickelt das Case-Management gemeinsam mit dem ärztlichen und pflegenden Personal **klinische Pfade** für die häufigsten Diagnosen und vor allem für Diagnosen mit hohem Verweildauerpotenzial. Diese dienen in den stationären Abläufen als standardisierte Checklisten, anhand derer Kosten optimiert und Verweildauern gesenkt werden.
5. Eine weitere, notwendige Prozesskomponente des Case-Managements übernimmt der Klinikkoordinator. Als zentraler Ansprechpartner für niedergelassene Ärzte und Patienten übernimmt er die strukturierte und spezialisierte **Eintrittssteuerung** und prüft die Vollständigkeit präoperativer Untersuchungen (z. B. Laborbefunde, bildgebende Diagnostik oder Überweisungsdokumente), koordiniert elektive Patienteneintritte und terminiert die notwendige Eintrittsdiagnostik. Für zuweisende, niedergelassene Ärzte ist er ein verlässlicher Kontaktpartner, der zudem strukturiert medizinische Patientendaten erhebt. Für den Case-Manager stellt der Klinikkoordinator eine wesentliche Informationsquelle in Bezug auf geplante Patienteneintritte dar. Die hohe planerische Genauigkeit der Klinikkoordinatoren bei Diagnostik und Eingriffen schon zum Zeitpunkt des Eintritts ermöglicht es dem Case-Manager, sich auf die Schwerpunkte der Kodierung und Austrittssteuerung zu fokussieren, und vermeidet derart ein kontinuierliches Aufreiben. Die wesentlichen Effekte einer zentralen Anlaufstelle zeigen sich in der Prozessstandardisierung, der Entzerrung von Arbeitsspitzen auf Stationen und in der Diagnostik sowie in der Vermeidung von unnötigen präoperativen Tagen. Schliesslich wirkt sich dies auch auf die Patienten- und Zuweiserzufriedenheit aus.

## VORAUSSETZUNGEN

**Stringente Aufbauorganisation:** Schaffung einer zentralen Abteilung "Case-Management" als Teil der Verwaltung – Integration von Case-Management, Sozialdienst und Medizincontrolling unter einem "Dach", i. d. R. lediglich moderater Aufbau von Kapazitäten durch Integration bestehender Funktionen und Ressourcen.

**Durchgängige Prozessintegration:** Zentrale Aufnahmekoordination je Fachabteilung über den oben genannten Klinikkoordinator in enger Abstimmung mit den Case-Managern. Hier wiederum besteht eine enge Schnittstelle zur Bettenbelegung, die von Case-Managern und dem Pflegedienst organisiert wird, sowie engste Zusammenarbeit auch mit den Stationsärzten im Bereich der Verweildauersteuerung.

**Funktionale IT-Unterstützung:** Bettenplanung (ähnlich Hotelplanung – inkl. Eintritts- und geplante Austrittsdatum), integrierte Grouper-Funktionen, tagesgenaue Kennzahlenberichte pro Patient hinsichtlich Verweildauerzielen, Erlöserwartungen sowie Status der Aktivitäten des Austrittsmanagements.

**Kennzahlensystem und Verankerung in Zielvereinbarungen:** Einbindung des Case-Managements in die Leistungsplanung der einzelnen Spitäler mit Festsetzen von Kennzahlen und Leistungsindikatoren, die sowohl den Erfolg des Spitals, als auch den der Case-Manager ausweisen.

**Anforderungsgerechte Qualifikation:** Auswahl von durchsetzungsfähigen Mitarbeitern, die an solch einem komplexen, integrierten Arbeitsplatz agieren können. Umfassende Primärqualifikation in den Aufgabenbereichen sowie kontinuierliche Schulung zur Arbeit mit den jährlichen Änderungen des Erlössystems.

**Konsequente, diplomatische Umsetzung:** Die Einführung eines Case-Managements ist kein Eingriff in das Verantwortlichkeitsgebiet von Chefarzten. Vielmehr ist ein zentral geführtes Case-Management das dezentrale Instrument für die verantwortlichen Ärzte, um die durch den Finanzierungsrahmen bedingten Anforderungen zu bewältigen. Die Case-Manager sind Berater der Spitaldirektoren. Bei einem konsequenten Projektmanagement kann die Integration des Case-Managements bei einem Maximalversorger innerhalb von neun Monaten flächendeckend erfolgen.

## ERFAHRUNGEN UND REFERENZEN

Innerhalb von neun Monaten konnte durch Roland Berger Strategy Consultants unter Einbindung aller relevanten Berufsgruppen das Prozess- und Organisationskonzept in einem Spital der Maximalversorgung erarbeitet, verabschiedet und umgesetzt werden. Wesentlicher Erfolgsfaktor war die präzise Definition von Prozessen und Aufgabenbeschreibungen sowie die gezielte Auswahl von Mitarbeitern nach einem standardisierten Kriterienkatalog, der gemeinsam mit Fachverantwortlichen und unter Einbindung der Personalvertretung erarbeitet wurde. Die sichtbaren Verweildauer-, Abrechnungs- und Prozessoptimierungen verdeutlichen bei gleichzeitigen Fallzahlsteigerungen die Ergebnisse des Konzeptes von Roland Berger Strategy Consultants, insbesondere in Optimierungsprojekten, die sowohl kosten- als auch wachstumsorientiert ausgerichtet sind (siehe Abbildungen 4 und 5).

ABBILDUNG 4:  
Entwicklung Verweildauern im Rahmen einer Pilotphase

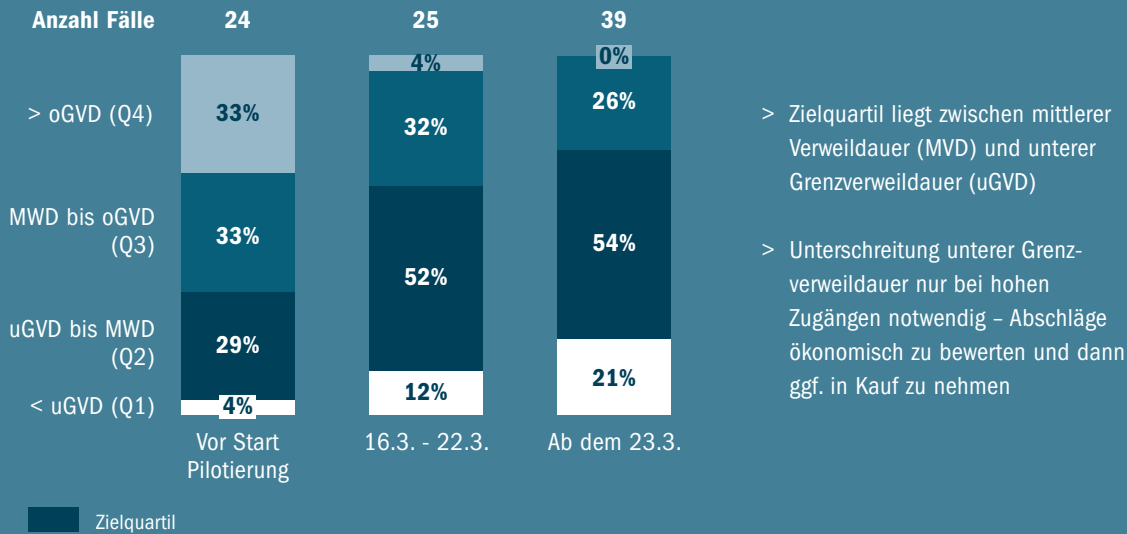
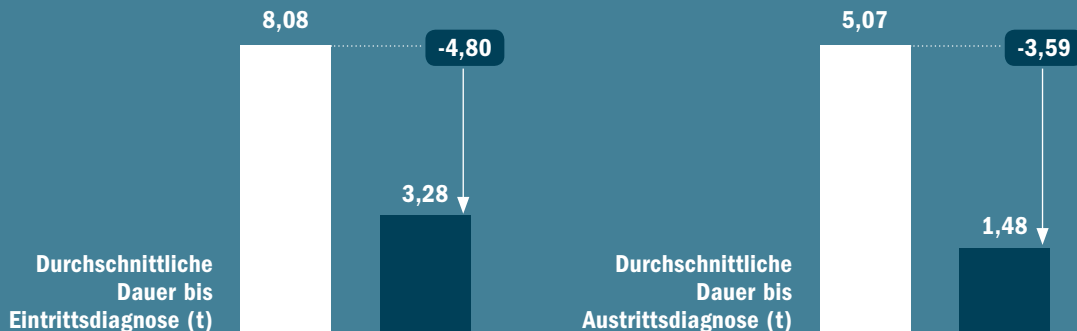


ABBILDUNG 5:  
Entwicklung Kodierkennzahlen 3 Monate nach Start Echtbetrieb





## KUNDENSTIMMEN



**Michael Kilian,**

**Leiter des Geschäftsbereich Medizin-Strategie und Controlling am Klinikum Dortmund:**

*"Das von Roland Berger Strategy Consultants neu eingeführte Case-Management bewirkt eine Qualitätssteigerung in der medizinischen Versorgung – Abläufe werden durch die Steuerung der Verweildauer optimiert, unnötige Tage im Krankenhaus für den Patienten werden vermieden ebenso wie verfrühte Austritte, die zu einer Wiederaufnahme führen könnten. Nach einer Einführungsphase, die davon abhängt, welche Basisvoraussetzungen das jeweilige Krankenhaus mitbringt, werden und müssen sich nachvollziehbare Veränderungen im Kodierungs- und Austrittsverhalten einstellen. Diese müssen durch das medizinische Controlling nachgehalten und sowohl prozessual als auch ökonomisch bewertet werden. Das Case-Management unterscheidet sich somit vom 'klassischen Kodieren' und ist eine dynamisch agierende Einheit, die sich den Anforderungen im Gesundheitssystem laufend anpasst und hieraus kontinuierliche Impulse in den klinischen Alltag gibt. Diese Einheit haben wir mit der Hilfe von Roland Berger Strategy Consultants konzipiert und erfolgreich im Unternehmen etabliert!"*

### **Sie möchten den Case-Management-Ansatz näher kennenlernen?**

In den kommenden Monaten besteht die Möglichkeit, den Case-Management-Ansatz von Roland Berger Strategy Consultants in Zürich in von uns organisierten Round-Table-Gesprächen kennenzulernen. Lassen Sie sich den Ansatz und die Ergebnisse im Detail erläutern, stellen Sie Ihre Fragen und profitieren Sie vom Erfahrungsaustausch mit unseren Mitarbeitern und den von uns im Rahmen der Case-Management-Einführung beratenen Kunden.

Für Fragen stehen wir Ihnen auch unter der E-Mail: [casemanagement@rolandberger.com](mailto:casemanagement@rolandberger.com) gerne zur Verfügung.

## ANSPRECHPARTNER



**Dr. Carsten B. Henkel**

Managing Partner

Roland Berger Strategy Consultants  
Holbeinstrasse 22  
CH-8008 Zürich  
Tel.: +41 43 336-8610  
E-Mail: Carsten\_Henkel@ch.rolandberger.com



**Oliver Rong**

Partner, zuständig für den Bereich Provider im  
Competence Center Pharma & Healthcare

Roland Berger Strategy Consultants  
Alt Moabit 101b  
D-10559 Berlin  
Tel.: +49 30 39927-3474  
E-Mail: Oliver\_Rong@de.rolandberger.com



**Dr. med. Andreas Vogt, MBA**

Project Manager im Competence Center  
Pharma & Healthcare

Roland Berger Strategy Consultants  
Holbeinstrasse 22  
CH-8008 Zürich  
Tel.: +41 43 336-8674  
E-Mail: Andreas\_Vogt@ch.rolandberger.com



**Amsterdam  
Barcelona  
Beijing  
Beirut  
Berlin  
Brussels  
Bucharest  
Budapest  
Casablanca  
Chicago  
Detroit  
Doha  
Dubai  
Düsseldorf  
Frankfurt  
Gothenburg  
Hamburg  
Hong Kong  
Istanbul  
Kyiv  
Lisbon  
London  
Madrid  
Manama  
Milan  
Moscow  
Munich  
New York  
Paris  
Prague  
Riga  
Rome  
São Paulo  
Shanghai  
Singapore  
Stockholm  
Stuttgart  
Tokyo  
Vienna  
Warsaw  
Zagreb  
Zurich**