

Patientenmanagement-Systeme

Die Bedeutung Zentraler Patientenmanagement-Systeme innerhalb der Organisationsstrukturen Chirurgischer Kliniken – Nahtstelle statt Schnittstelle.

Zusammenfassung

Medizinische Höchstleistung, maximale Qualität, Kostendruck und Arbeitsverdichtung: Die chirurgischen Kliniken sehen sich mehr und mehr mit den Bedingungen von Markt und Wettbewerb konfrontiert. Während in den vergangenen Jahren das medizinische Leistungsspektrum und die Bildung interdisziplinärer Behandlungszentren im Fokus des Interesses standen, wird aktuell optimierten internen Abläufen und Strukturen zunehmend Aufmerksamkeit zuteil. Im Rahmen dieser Entwicklung haben Zentrale Patientenmanagement-Systeme (ZPM) zunehmend an Bedeutung gewonnen. Der Aufgabenbereich eines ZPM konzentriert sich auf die kooperative fachübergreifende Planung und Koordination von Diagnostik- und Behandlungsprozessen und die optimierte Bereitstellung und Nutzung zur Verfügung stehender klinischer Ressourcen. Schlüsselbegriffe sind Patienten-Service, die Umwandlung organisatorischer Schnitt – zu – Nahtstellen; hierzu gehören die Einführung und Umsetzung klinischer Standards in Diagnostik und Therapieplanung und auch die Identifikation redundant besetzter Arbeitsbereiche.

Einleitung

Alle Ziele des Gesundheitswesens münden in dem einen Begriff; „Qualität“. Seit dem Jahr 2000 ist in Deutschland „Qualitätssicherung“ für die ambulante und für die stationäre Versorgung Vorschrift. Dabei lässt die strikte Trennung von ambulanten und stationären Behandlungssektor eine ganzheitliche Betrachtung von Behandlungsprozessen nur schwer zu. Disease-Management-Programme und die integrierte Versorgung sind initiale Schritte zu der Überwindung derartiger Hemmnisse. Im Krankenhaussektor sollen Unter-, Fehl- und

Überversorgung bei Gewährleistung höchster Behandlungs-, Prozess- und Strukturqualität vermieden werden. Auch ergeben sich für die medizinischen Akteure mit der Umorientierung des einst Hilfe suchenden, zum selbstbewussten Patienten neue Anforderungsprofile.

So sind im medizinischen Wettbewerb nicht nur die Abteilungsgrößen, die personengebundene Expertise, die klinische Qualität, sondern auch die Entscheidungsfähigkeit, die Schnelligkeit und die Flexibilität bei der Einführung patientenorientierter Innovationen von entscheidender Bedeutung. Vor diesem Hintergrund müssen Kliniken kontinuierlich drei Probleme bearbeiten:

1. die Bedeutung von „Eindringlingen“, z. B. private Krankenhausneugründungen, Kliniknetzwerke, Medizintourismus,
2. die Bedeutung der Substitute; z. B. Ambulatorien, Arztpraxen, Medizinischer Versorgungszentren,
3. die Macht der Zulieferer; z. B. Arztnetze, Versicherungen und die Patienten selbst.

Strukturen innerhalb Chirurgischer Kliniken

Unabhängig von der Versorgungsstufe und der Trägerschaft ist in chirurgischen Kliniken die operative Versorgung zentrale Kompetenz medizinischen Handelns. Die Funktionalität chirurgischer Kliniken wird durch eine Koalition unterschiedlicher Anspruchs- und Interessengruppen, den zuweisenden Hausärzten, externen Kliniken, den internen Fachbereichen für Diagnostik, der Anästhesie, der Operationsabteilung, der Pflege und der Verwaltung charakterisiert.

Weiterentwicklung und Spezialisierung innerhalb des Faches Chirurgie bedingen eine voranschreitende Aufgliederung in fach- und tätigkeits-spezifische Subdisziplinen und Kompetenzbereiche. In Form von Kopf-, Bauch- und Gefäßzentren werden mit dem Argument der Funktionalität, optimierter Versorgungskompetenz und aufgrund gesundheitsökonomischer Überlegungen medizinische

Disziplinen und Organisationseinheiten zu „Zentren“ zusammengeführt. Die räumliche und personelle Kompression von „multidisziplinärem“ Fachexpertentum muss jedoch nicht unmittelbar zu einer Harmonisierung der Behandlungsprozesse um den Patienten beitragen; ist doch bekannt, dass wo Fachabteilungen und Bereiche unterschiedlicher Berufsgruppen aneinander stoßen die Möglichkeiten für „komplexibilitätsbedingte Reibungsverluste“ eminent groß sein können.

Zentrales Patientenmanagement (ZPM)

Patienten und ihr soziales Umfeld verlangen optimale medizinische Ablaufstrukturen, und Prozessorientierung ist eine Notwendigkeit für die wirtschaftliche und medizinische Funktionalität vernetzter Kliniken, wie der chirurgischer Abteilungen. Kooperative und koordinative zentrale Steuerungsinstrumente der Aufnahme-, Belegungs-, Operations- und der Entlassungsplanung, die die Interessen der Patienten und vorhandene Leistungskapazitäten einer chirurgischen Klinik stringend auch unter Berücksichtigung notwendiger wirtschaftlicher Erfordernisse zusammenführen befinden sich in einer Aufbau- und Etablierungsphase.

ZPM bildet eine balancierte Querschnittfunktion zwischen medizinischen, organisatorischen und betriebswirtschaftlichen Aufgaben, die Zielsetzung basiert auf 3 Bausteinen; (1.) der Konzentration auf das medizinische Problem und die persönlichen Anliegen des Patienten – Patienten Service, – schlanke Strukturen; (2.) der Verbesserung in- und externer Kommunikationsstrukturen, – Funktionalität und Flexibilität, – das Schaffen von Bindung und Verbindlichkeiten; (3.) der kontinuierlichen Verbesserung klinikinterner Abläufe; – der Umwandlung von Schnitt- zu Nahtstellen, z. B. mit der Entwicklung von Methoden die Teilschritte in einem Diagnostik- und Behandlungsprozess vereinfachen, standardisieren oder gar automatisieren können. An der Chirurgischen Universitätsklinik Heidelberg wurde erstmals im

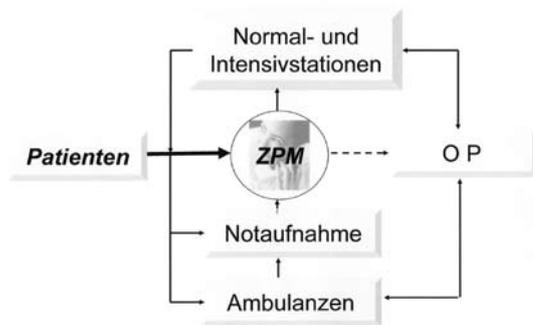
ZPM – Patientenwege, organisatorische Einbindung

Abb. 1: Patientenwege bei organisatorischer Einbindung eines ZPM

Jahr 2002 nach dem Muster des Inselspital Bern, Schweiz ein ZPM initiiert. Es konnte gezeigt werden, dass ein zentral gesteuertes und geplantes Management der Patientenprozesse an einer chirurgischen Klinik der Maximalversorgung mit vielen komplexen und notfallmäßigen Eingriffen erfolgreich umgesetzt werden kann.

Ein ZPM stellt als koordinative Nahtstelle den Patienten mit seinem medizinischen Problemen, Ansprüchen, familiären und sozialen Verpflichtungen in den Mittelpunkt der Handlungsaktivität. Patientenmanagement beinhaltet auch Informationsmanagement. Neben patientenzentrierter Kommunikationsbereitschaft z.B. mit Hausärzten, externen Kliniken, internen Ambulanzen, Notfall-, Normal-, Intensivpflegestationen, den Funktions- und Operationsbereichen müssen medizinische Informationen erfasst, überprüft, gesichert, gelenkt und ggf. in weiterführende aktive Handlungen umgesetzt werden.

Ein ZPM hat des weiteren „Lotsenfunktion“. Koordinierte Patientensteuerung durch vorausschauende Lenkung und Planung soll neben einer Effektivitätssteigerung der Arbeitsprozesse auch Arbeitsentlastungen im pflegerischen und ärztlichen Bereich bewirken, auch um das Zusammenspiel der unterschiedlichen medizinischen Berufsgruppen zu harmonisieren. In der praktischen Umsetzung können derartige Ziele beispielsweise dadurch erreicht werden, das bereits bei Erstkontakt des

Patienten im ZPM, sämtliche Krankenunterlagen zusammengestellt, Planungsvorgaben und Terminierungen z. B. für erforderliche Diagnostik, Therapie und die häusliche ggf. rehabilitative Versorgung prospektiv geplant und vereinbart werden.

Die konsequente Umsetzung und Weiterentwicklung dieses Modell ermöglicht es Kliniken so bessere Ablaufqualitäten und Planungssicherheiten auch für angeschlossene medizinische Abteilungen zu erreichen und auf Seiten der Patienten und deren Umfeld die Vertrauensbildung in die medizinische Leistungsfähigkeit und Funktionalität, auch unter Prestige Gesichtspunkten positiv zu unterstützen. Gestaltungsmöglichkeiten und Entscheidungskompetenzen für ein ZPM-System müssen hierzu in der Form bereit gestellt werden, wie es die betriebliche Aufgabenstellung und Kompetenzzuweisung erfordert. Soll der Organisations- und Koordinierungsbedarf eines ZPM zu einem klinischen Aushängeschild aufgebaut werden, sollte dies kommuniziert, von den Mitarbeitern gelebt und respektiert werden. Bei der effektiven Umsetzung kommt der jeweiligen Klinikleitung eine besondere Bedeutung zu.

ZPM-Planung und Einführung

Trotz wachsender Verbreitung von ZPM-Systemen innerhalb deutscher Kliniken existieren über den Aufbau, die Organisation und die Abläufe auf Grund der Neuheit dieser Managementleistung und wegen der unterschiedlichen Klinik-Portfolios keine allgemeinen Empfehlungen und Patentrezepte. Zur Vermeidung vom Misstrauen seitens der Klinikabteilung sind bei der Konzeption und dem „Start-up“ eines ZPM idealerweise möglichst viele Mitarbeiter informativ und konzeptionell mit einzubeziehen.

In der Planungsphase sollten unter anderem die Personalstruktur, Räumlichkeiten und deren logistische Lokalisation, IT-Ausstattung und IT-Zugangsberechtigungen, in- und externe Kommunikationsstrukturen, Patientenzugänge, Aufgaben-, Kompetenzbereiche und Steuerungsbefug-

nisse, Berichts- und Formularwesen jeweils unter Berücksichtigung der betrieblichen Infrastruktur definiert und von Beginn an umgesetzt werden.

Bei der Bestimmung und der Festlegung der Aufgaben- und Anforderungsprofile eines ZPM erscheint es aus eigener Erfahrung daher sinnvoll die initiale Kontaktaufnahme zwischen Patient und ZPM als Musterprozess und den stationären und operativen Verlauf als Folgeprozesse zu betrachten. Anhand der Betrachtung des „Patientendurchlauf“ wird es so möglich, in der Konzeptphase auf die jeweilige klinische Abteilung zugeschnittene Anforderungen zu entwickeln und festzulegen.

Administrativ empfiehlt es sich neben bereits genannten auch aus protektiven Gründen insbesondere während der Initialisierungsphase ein ZPM unmittelbar der Klinikleitung zu unterstellen. Hierdurch wird auch dem Willen einer internen Umorganisation die erforderliche Verbindlichkeit signalisiert.

ZPM-Leistungs- und Anforderungsspektrum

Die primäre Anforderungen und Aufgaben eines ZPM bestehen in der vorausschauend ausgerichteten, kapazitätsgesteuerten, zeitlich komprimierten Planung und Terminierung stationärer Aufnahmen, der prospektiven Festlegung und Organisation auf den Einzelfall abgestimmter Diagnostikpfade, der Kommunikation in Betracht zu ziehender Behandlungsverfahren; (z. B. welche Operations- und Behandlungsverfahren kommen in Betracht ?) und auch der prospektiven Erfassung der poststationären Versorgungssituation (ist z. B. im Anschluss an einen stationären Aufenthalt die häusliche Versorgung gewährleistet?). Im Vorfeld können so bereits vor bzw. spätestens zum Zeitpunkt der stationären Patientenaufnahme medizinische Dienste, wie z. B. Sozialdienste zeitgerecht ihre Tätigkeit aufnehmen, oder der Diagnostikbereich seine Ressourcen entsprechend planen.

Für die krankheitsbezogene Diagnostik- und Therapieplanung sollten für ein ZPM festgelegte Klinikleitlinien

ZPM – Aufbau, Prozesse, Funktionalität

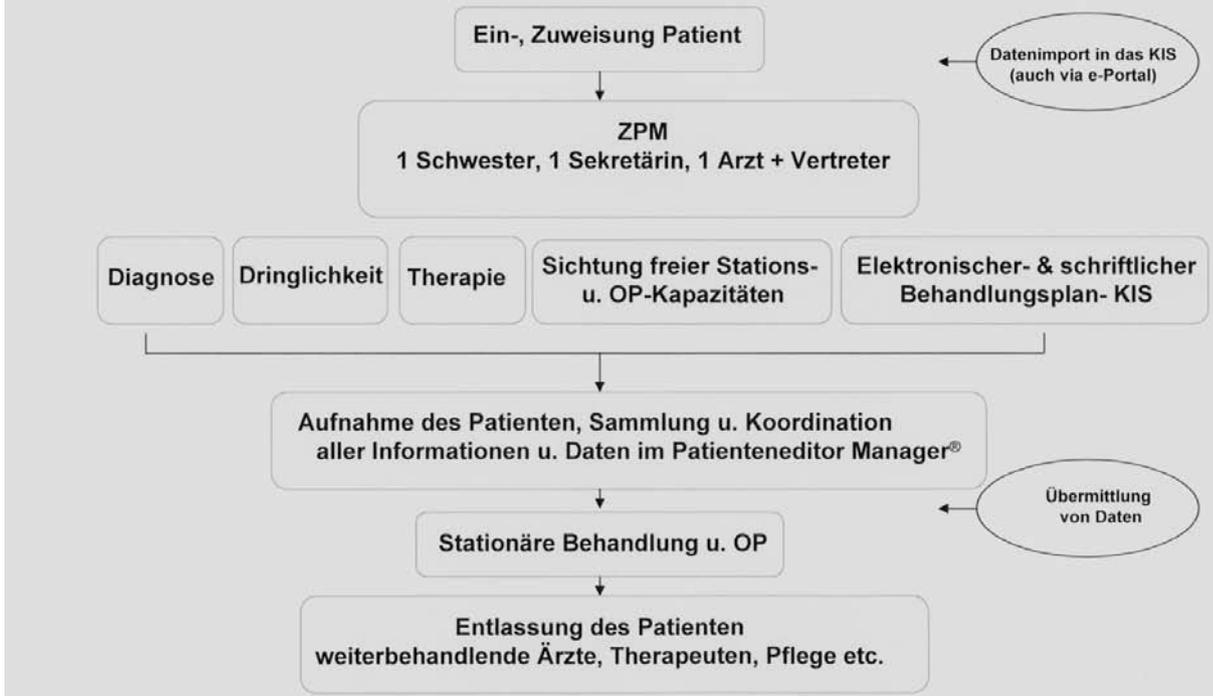


Abb. 2: Aufbau und Prozesse eines ZPM

vereinbart sein. Bei der Terminplanung zur stationären Aufnahme empfiehlt sich die Priorisierung nach definierten, reproduzierbaren Dringlichkeitslisten; so ist z.B. Patienten mit onkologischen Erkrankungen gegenüber Elektiveingriffen eine höhere Priorität einzuräumen. Abgestufte krankheitsbezogene Dringlichkeitslisten lassen sich für die unterschiedlichen chirurgischen Fachbereiche in Absprache leicht definieren. Von Vorteil erweist sich ein derartiges Vorgehen auch zur Verhinderung von Fehlplanungen, wie stationären Unter- oder Überbelegungssituationen, aber auch zur Prävention eines regellosen Einbestellverhalten, wie z.B. aufgrund der Vielzahl chirurgischer Akteure praktiziert, mit seinen negativen Auswirkungen auf die Planungssicherheit der Gesamtabteilung.

ZPM-Kommunikation

„ZPM ist für Sie da, – ZPM hört Ihnen zu, – ZPM agiert, – ZPM kommuniziert.“ ZPM bedeutet pro aktive Bereitschaft und Aktivität zu der Verhinderung von Irrtümern, Missdeu-

tungen und Fehlern im Patienten- und Klinikmanagement. Zur Steigerung der betrieblichen Funktionalität aber auch zum Abbau emotionaler Spannungen und Erwartungshaltungen unterschiedlicher am Prozess Gesundheit beteiligter Personengruppen ist der Verbesserung in- und externer Kommunikationsstrukturen ein großer Stellenwert beizumessen. In der Funktion eines klinischen Service-Center soll ein ZPM Kommunikationsbereitschaft und Verbindlichkeit gegenüber Patienten und Hausärzten beispielsweise durch die Gewährleistung ständiger Erreichbarkeit und die uneingeschränkte Option der Kontaktaufnahme, wie z.B. durch die Einrichtung einer Telefonhotline usw. signalisieren.

Weitere Bausteine eines ZPM sind; die aktive Einbeziehung der Patienten und deren Angehöriger in die medizinischen Entscheidungsprozesse, die In- und Rückinformation zuweisender Hausärzte und Kliniken – telefonisch, elektronisch oder postalisch, für den in- und externen Gebrauch auch eine genau reproduzierbare Dokumentation – z.B. in

Form von Checklisten, die Verhinderung des Verlust medizinischer Daten durch elektronische Archivierung – z.B. elektronischer Datenträger usw.. Aus Dokumentationsgründen sind hierzu entsprechende Computerlösungen, Zugangsberechtigungen und Kompetenzzuweisungen, z.B. für den Import extern erbrachter medizinischer Dienstleistungen in das Krankenhausinformationssystem (KIS) zu schaffen. Vom ZPM erbrachte Steuerungsleistungen sollten auch zu der Gewährleistung von Transparenz von den unterschiedlichen klinischen Arbeitsplätzen innerhalb eines Krankenhaus einzusehen und somit reproduzierbar sein. Als elektronische Patientenakte (EPA) hat sich für ZPM-Anforderungen der so genannte Patienteneditor bewährt. In der Matrix sind krankheits- und therapie-relevante Daten in komprimierter Form schnittstellenkompatibel zusammengefasst. Intra- und Internet erlauben einen mühelosen Transfer und Austausch zwischen in- und externen Klinik- und Hausärzten, aber auch die Übertragung auf den persönlichen mobilen Hand-Held PC des Patienten.

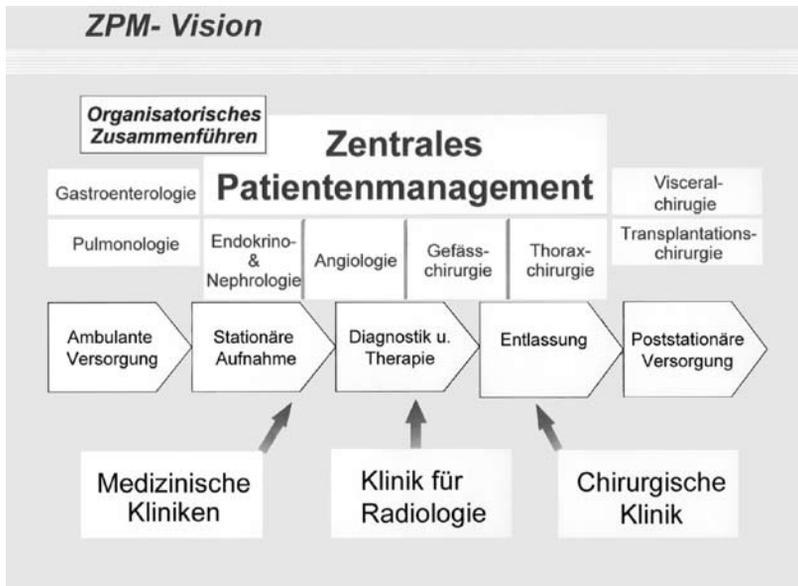


Abb. 3: Projektstruktur einer organisatorischen Zusammenführung klinischer Abteilungen im Rahmen eines ZPM.

ZPM-Schlussbetrachtung Ausblick, Zielsetzung und Perspektiven

Mit der Einführung von ZPM-Systemen wird es Klinikabteilungen ermöglicht sich eindeutig für den Patienten und noch besser für den medizinischen Auftrag zu positionieren. Durch autorisierte und konstruktive Führung eines ZPM können die Prozesse der Aufnahme- und Therapieplanung und -Durchführung von Klinikabteilungen positiv beeinflusst und besser koordiniert werden. Auch die Vermittlung und Umsetzung über den Klinikaufenthalt hinausreichender Zusatzleistungen, wie z.B. poststationärer Versorgungsmaßnahmen können in das erweiterte Aufgaben- und Tätigkeitsfeld eines ZPM fallen. ZPM kann durch seine konzentrierte Funktion ein in- und externes Aushängeschild sein, das unter Service-, Aussendarstellungs- und Prestige Gesichtspunkten nicht nur von Bedeutung für eine chirurgische Klinik allein ist. Die Zusammenhänge von Information, Kommunikation und

Empowerment der Patienten seien in diesem Rahmen nur als Stichwort erwähnt.

Da das Zuweisungsverhalten in Krankenhausabteilungen nur in geringem Masse beeinflusst werden kann, wird durch ein ZPM die Möglichkeit geschaffen Unter- oder Überauslastungen im stationären Bereich zu vermeiden. In diesem Rahmen fungiert ZPM mitarbeiterorientiert. Entgegen ursprünglicher Erwartungen resultiert mit der Etablierung von ZPM- Systemen nicht ein Mehraufwand oder Verbrauch zusätzlicher Ressourcen, ganz im Gegenteil werden sektorale Entlastungen mit der Freisetzung von Kapazitäten und Ressourcen geschaffen. Das heißt ZPM impliziert auch für die Krankenhausverwaltung einen positiven Zugewinn.

Korrespondenz:

Dr. med. Jens Harms, Projektgruppe
hospital-to-home mobile Gesundheitsservices
Deutschland, 04416 Markkleeberg,
E-Mail: info@hospital-to-home.de,
www.hospital-to-home.de