

Aus dem Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin der Universität zu Köln
Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin
Direktor: Universitätsprofessor Dr. med. J. Dötsch

Die Auswirkungen
klinikbezogener berufsübergreifender
Steuerungsgruppen zur Ergebnissicherung
am Beispiel der Klinik und Poliklinik für
Kinder- und Jugendmedizin
der Uniklinik Köln

Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Würde eines doctor rerum medicinalium
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Universität zu Köln

vorgelegt von
Daniela Dominique Hommel
aus Köln

promoviert am 09. April 2014

Gedruckt mit der Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln
2014

Druck: Copy Star, Zülpicherstraße 184, 50937 Köln

Dekan: Universitätsprofessor Dr. med. Dr. h. c. Th. Krieg

1. Berichterstatter: Universitätsprofessor Dr. med. J. Dötsch

2. Berichterstatter: Universitätsprofessor Dr. phil. H. Pfaff

Erklärung:

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Dissertationsschrift ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe; die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.

Bei der Auswahl und Auswertung des Materials sowie bei der Herstellung des Manuskriptes habe ich keine Unterstützungsleistungen erhalten.

Weitere Personen waren an der geistigen Herstellung der vorliegenden Arbeit nicht beteiligt. Insbesondere habe ich nicht die Hilfe einer Promotionsberaterin/eines Promotionsberaters in Anspruch genommen. Dritte haben von mir weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertationsschrift stehen.

Die Dissertationsschrift wurde von mir bisher weder im Inland noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Köln, 07.10.2013

D. Hommel

Die dieser Arbeit zugrunde liegenden Daten wurden ohne meine Mitarbeit aus den EDV-Systemen durch die Fachpersonen der Uniklinik Köln erhoben.

Die Besprechung der Daten ist mit den in dieser Arbeit genannten Berufsgruppen auf Basis des dargestellten Vorgehens unter meiner Anleitung erfolgt.

Die Auswertung und Interpretation der Daten in dieser Arbeit wurden von mir selbst vorgenommen.

Danksagung

Ich danke Herrn Universitätsprofessor Dr. med. J. Dötsch, der sich als Direktor der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin bereiterklärte, für eine medizinisch-ökonomische Promotion als Doktorvater zur Verfügung zu stehen und mir stets mit Ratschlägen zur Seite stand.

Des Weiteren danke ich Herrn Universitätsprofessor Dr. med. E. Schömig, welcher als Vorstandsvorsitzender und Ärztlicher Direktor der Uniklinik Köln der Erstellung und Veröffentlichung dieser Arbeit zustimmte und den Anstoß für das Projekt gab.

Darüber hinaus möchte ich meiner Co-Moderatorin Claudia Roland-Irnich meinen herzlichen Dank für die Zusammenarbeit in den Jahren danken, in denen wir die klinikbezogenen berufsübergreifenden Steuerungsgruppen zur Ergebnissicherung aufgebaut und geleitet haben.

Selbstverständlich habe ich allen Teilnehmern der klinikbezogenen berufsübergreifenden Steuerungsgruppen zur Ergebnissicherung in der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin für ihr Engagement, die tolle Zusammenarbeit und die hervorragenden Ergebnisse zu danken.

Besonders wichtig ist mir der Dank an meine Eltern, welche mich stets in der Erstellung dieser Arbeit unterstützt und begleitet haben. Auch danke ich meinen Freunden für ihr offenes Ohr und ihre Anteilnahme.

An letzter, aber ganz besonders hervorzuhebender Stelle geht mein außerordentlicher Dank für die Unterstützung, Motivation und Geduld an meinen zukünftigen Ehemann Jörg Wertenbruch.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis.....	8
1. Einleitung.....	9
2. Methodik.....	13
2.1 Beteiligte Berufsgruppen.....	13
2.1.1 Leitung und Moderation.....	14
2.1.2 Ständige Teilnehmer.....	14
2.1.2.1 Ärztlicher Dienst.....	15
2.1.2.2 Medical Coder.....	16
2.1.2.3 Case Manager.....	17
2.1.2.4 Pflegedienst.....	18
2.1.3 Themenbezogene Teilnehmer.....	19
2.1.3.1 Kaufmännisches Controlling.....	19
2.1.3.2 Medizincontrolling.....	20
2.1.3.3 Apotheke.....	22
2.1.3.4 Leistungsabrechnung.....	23
2.1.3.5 Sonstige Berufsgruppen.....	23
2.1.4 Lenkungskreis.....	24
2.2 Methodische Vorgehensweise.....	26
2.2.1 Systematik.....	26
2.2.2 Themen und Inhalte.....	29
3. Ergebnisse.....	32
3.1 Beteiligung der Berufsgruppen.....	32
3.2 Wirtschaftliches Gesamtergebnis der Klinik.....	35
3.3 Beispiele.....	39
3.3.1 Erlöse.....	40
3.3.1.1 Eingabezeit der Aufnahmediagnose.....	40
3.3.1.2 Verweildauermanagement.....	42
3.3.1.3 Abrechnungsrückstände.....	45
3.3.2 Kosten.....	48
3.3.2.1 Interne Leistungsverrechnung (ILV).....	48
3.3.2.2 Arzneimittel.....	53
3.3.2.3 Medizinischer Sachbedarf.....	55
4. Diskussion.....	58
4.1 Methodik und beteiligte Berufsgruppen.....	58
4.2 Ergebnisse.....	64

4.3 Ausblick	75
4.3.1 Praktische Aspekte	75
4.3.2 Wissenschaftliche Aspekte	76
5. Zusammenfassung	78
6. Literaturverzeichnis	80
7. Anhang	84
8. Lebenslauf	86

Abkürzungsverzeichnis

Allg.	Allgemein
AMG	Arzneimittelgesetz
ApBetrO	Apothekenbetriebsverordnung
ApoG	Gesetz über das Apothekenwesen
BApO	Bundes-Apothekerordnung
Bzw.	beziehungsweise
Ca.	circa
CMI	Casemix-Index
d.h.	das heißt
DM	Drittmittel
DRG	Diagnosis Related Groups
Etc.	et cetera
F&L	Forschung und Lehre
GB	Geschäftsbereich
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
Hrsg.	Herausgeber
ILV	Interne Leistungsverrechnung
Inkl.	Inklusiv
IT	Informationstechnologie
Kaufm.	Kaufmännisch
MDK	Medizinischer Dienst der Kassen
NUB	Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
O.ä.	oder ähnlich
OP	Operation
PCCL	patient clinical complexity level
SGB	Sozialgesetzbuch
SPZ	Sozialpädiatrisches Zentrum
U.a.	unter anderem
V.a.	vor allem
Vgl.	vergleiche
VWD	Verweildauer
Z.B.	zum Beispiel
ZE	Zusatzentgelt

1. Einleitung

Im deutschen Gesundheitswesen finden seit Einführung der Abrechnung nach Diagnosis Related Groups (DRGs), einem Patientenklassifikationssystem, im Jahr 2002 stetige und zunehmend schneller Veränderungen im Gesundheitswesen statt. Der „(...) wirtschaftliche Druck und die Anforderungen, sich im Wettbewerb zu positionieren (...)“¹, steigen an. Dem gegenüber steht die Feststellung, dass in deutschen Krankenhäusern eine „(...) hohe Komplexität und zahlreiche Schnittstellenprobleme (...)“² zu beobachten sind, die flexible und schnelle Marktanpassungen beeinträchtigen.

Unter organisationstheoretischer Betrachtung lassen sich deutsche Krankenhäuser als Aufbauorganisationen einordnen, welche im Gegensatz zu Ablauforganisationen durch Fragestellungen gekennzeichnet sind, „(...) die im Zusammenhang mit der vertikalen und horizontalen Zerlegung von komplexen Entscheidungsaufgaben, der Zuweisung abgegrenzter Aufgabenkomplexe auf organisatorische Einheiten (Stellenbildung) sowie mit der Gestaltung von Weisungs- und Kommunikationsbeziehungen zwischen diesen Einheiten stehen“³. Innerhalb der Aufbauorganisation von Krankenhäusern finden sich häufig die Formen der Sparten- und der Funktionalorganisation.⁴

Spartenorganisationen, auch divisionale Organisationen genannt, sind dadurch gekennzeichnet, dass sie auf der zweiten Hierarchieebene an der Realisierung bestimmter Sachziele (z.B. Produkte, Kundengruppen) orientiert gegliedert sind und sich durch eine eindimensionale Organisationsstruktur auszeichnen.⁵ Konkret sind im Krankenhaus hierunter die verschiedenen Fachabteilungen und Geschäftsbereiche unterhalb des Vorstands zu verstehen.

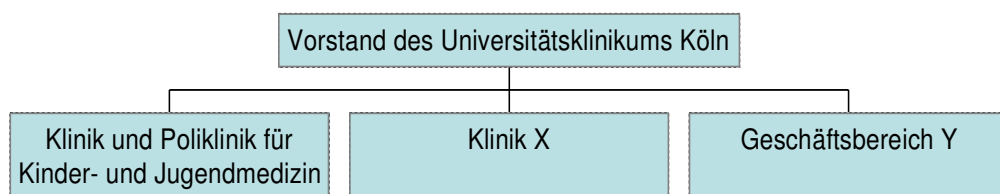


Abbildung 1: Vereinfachte Darstellung des Organigramms des Universitätsklinikums Köln zur Verdeutlichung der Spartenorganisation⁶

¹ Philippi et.al.: Prozessoptimierung im Krankenhaus, in: Goldschmidt et. al.: Krankenhausmanagement mit Zukunft, 2011, S. 44

² Philippi et.al.: Prozessoptimierung im Krankenhaus, in: Goldschmidt et. al.: Krankenhausmanagement mit Zukunft, 2011, S. 44

³ Frese: Grundlagen der Organisation, 2000, S. 7

⁴ Vgl. Thiex-Kreye, Klug: Förderung der interprofessionellen und interdisziplinären Zusammenarbeit, in: Goldschmidt et. al.: Krankenhausmanagement mit Zukunft, 2011, S. 219

⁵ Vgl. Frese: Grundlagen der Organisation, 2000, S. 359ff.

⁶ Eigene Darstellung

Bei Funktionalorganisationen handelt es sich wie bei Spartenorganisationen um eine eindimensionale Organisationsstruktur, die ebenfalls auf der zweiten Hierarchieebene angesiedelt, im Unterschied jedoch auf die Festlegung gleichartiger Handlungen oder Aufgaben ausgerichtet ist.¹ Im Krankenhaus ist hierunter die Gliederung nach Berufsgruppen zu verstehen.

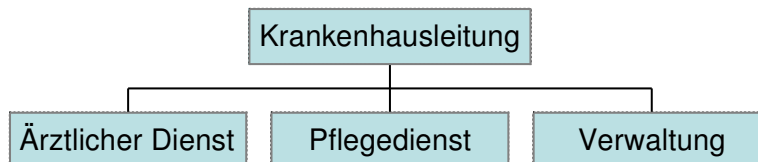


Abbildung 2: Funktionale Organisation nach Berufsgruppen im Krankenhaus²

Die Kombination aus Spartenorganisation und funktionaler Organisation im Krankenhaus ist letztlich der dort vertretenen Expertenorganisation geschuldet. Expertenorganisationen sind dadurch gekennzeichnet, dass „(...) wesentliche Teile der Leistungen des Unternehmens durch Fachexperten erbracht werden, was im Krankenhaus im überwiegenden Teil in Form der Leistungen der Ärzte und des pflegerischen Personals der Fall ist“³. Mintzberg verweist darüber hinaus auf die Diversifikation von Expertenorganisationen, wonach oftmals Experten verschiedenster Fachbereiche in einer Organisation zusammenarbeiten.⁴ Im Krankenhaus sind Expertenorganisationen somit auch geprägt durch „(...) parallele Hierarchien mit einem deutlichen Hierarchiegefälle, das bis heute (...) mit der Einteilung Chefarzt, Oberarzt, Assistenzarzt und im Verhältnis zur Pflege zu beobachten ist“⁵.

Unter Betrachtung dieser organisationstheoretischen Einordnung von Krankenhäusern und ihrer komplexen Funktionsweise wird ein langfristiges und aktionsfähiges Fortbestehen in der Fachliteratur nur bei solchen Krankenhäusern gesehen, „(...) die Effizienzverbesserungen durchsetzen und produktiver werden.“⁶ Es gilt somit die Divergenz zwischen den traditionellen Organisationsformen und den Anforderungen des Wettbewerbs bzw. des wirtschaftlichen Drucks zu schließen.

¹ Vgl. Frese: Grundlagen der Organisation, 2000, S. 359ff.

² Eigene Darstellung

³ Raphael et al.: Berufsbild Arzt – vom Traumjob zum Jobtrauma?, in: Goldschmidt, Hilbert (Hrsg.): Krankenhausmanagement mit Zukunft, 2011, S. 190

⁴ Vgl. Mintzberg: Die Mintzberg-Struktur. Organisationen effektiver gestalten, 1992, S. 274f.

⁵ Raphael et al.: Berufsbild Arzt – vom Traumjob zum Jobtrauma?, in: Goldschmidt, Hilbert (Hrsg.): Krankenhausmanagement mit Zukunft, 2011, S. 190

⁶ Malik: Herausforderung Führung im Krankenhaus, in: Debatin et. al.: Krankenhausmanagement, 2010, S. 155f.

In der Literatur finden sich zahlreiche Hinweise, dass dieser Weg gelingt, wenn eine interdisziplinäre, bereichsübergreifende und kooperative Planung des Aufenthaltes der Patienten im Krankenhaus vorgenommen wird. So sieht beispielsweise Buchstor die Notwendigkeit, „(...) die Betriebsabläufe zu verzahnen, d. h. den stationären Aufenthalt als einen gemeinsamen Prozess aller Berufsgruppen zu planen und umzusetzen“¹. Salfeld et al. sprechen von einer Ablösung des bisherigen Gefüges zugunsten von „(...) zunehmend dezentrale, auf bereichsübergreifende Zusammenarbeit setzende Organisationsstrukturen“². Ergänzend findet sich bei Freytag der Hinweis, dass „(...) Leistungs- bzw. Ertragsorientierung (...) dabei durch Gegenüberstellung von Leistungen und verursachten Kosten zu einer Erfolgsorientierung entwickelt werden“³ müsse.

Um entsprechend der Komplexität und Dynamik im Gesundheitswesen begegnen zu können und zugleich der Empfehlung einer Effizienzverbesserung durch eine dezentrale, bereichs- und berufsübergreifende Organisation zu folgen, wurden die klinikbezogenen berufsübergreifenden Steuerungsgruppen zur Ergebnissicherung in jeder Klinik an der Uniklinik Köln eingerichtet. Dabei wurden folgende Ziele aus den oben genannten Aspekten abgeleitet und für die klinikbezogenen berufsübergreifenden Steuerungsgruppen zur Ergebnissicherung definiert:

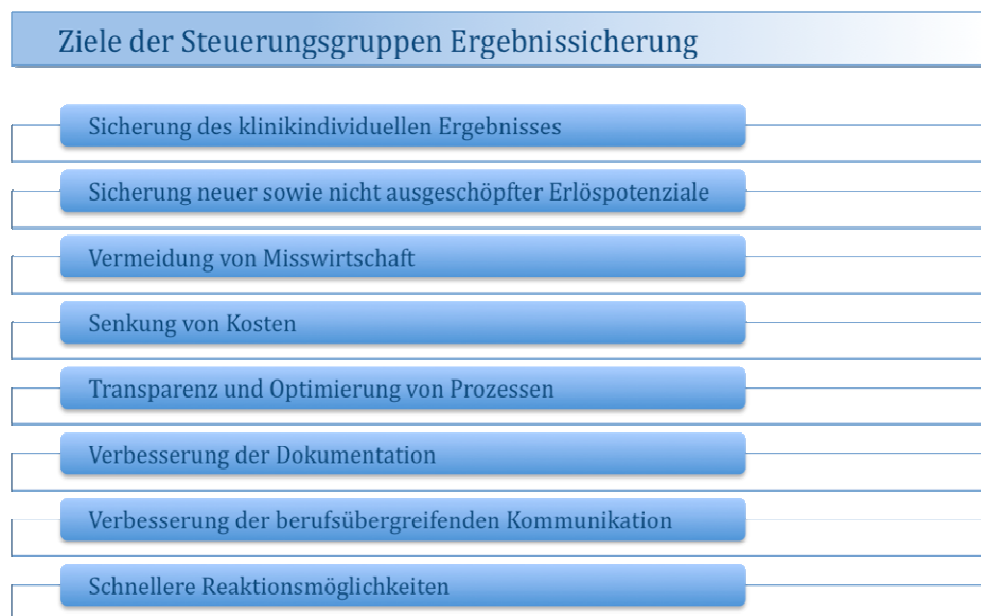


Abbildung 3: Ziele der klinikbezogenen berufsübergreifenden Steuerungsgruppen zur Ergebnissicherung⁴

¹ Buchstor: Patientenorientierung in der Pflege, in: Debatin et. al.: Krankenhausmanagement, 2010, S. 189

² Salfeld et.al.: Modernes Krankenhausmanagement, 2009, S. 28

³ Freytag: Operatives und strategisches Krankenhausmanagement: Von der Erfolgsorientierung zur Innovation des Geschäftsmodells, in: Debatin et. al.: Krankenhausmanagement, 2010, S. 238

⁴ Eigene Darstellung

Unter Betrachtung der literarischen Empfehlungen sowie der hier definierten Ziele, werden in der vorliegenden Arbeit folgende Annahmen auf ihre Gültigkeit untersucht:

These 1: Mit der Einrichtung von klinikbezogenen berufsübergreifenden Steuerungsgruppen zur Ergebnissicherung lässt sich die in der Literatur empfohlenen dezentrale, bereichs- und berufsübergreifende Organisationstruktur erzielen.

These 2: Die klinikbezogenen berufsübergreifenden Steuerungsgruppen zur Ergebnissicherung ermöglichen Transparenz und sind aus den relevanten am Prozess beteiligten Berufsgruppen zusammengesetzt.

These 3: Mit Hilfe der klinikbezogenen berufsübergreifenden Steuerungsgruppen lässt sich Ergebnissicherung erzielen.

These 4: Durch klinikbezogene berufsübergreifende Steuerungsgruppen zur Ergebnissicherung sind auf Erlösseite und Kostenseite ähnliche Ergebnisse erzielbar.

Die Verifizierung der 4 Thesen wird in der vorliegenden Arbeit am Beispiel der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin vorgenommen.

2. Methodik

Die klinikbezogenen berufsübergreifenden Steuerungsgruppen zur Ergebnissicherung wurden an der Uniklinik Köln Ende des Jahres 2008 mit Beginn im Jahr 2009 durch den Ärztlichen Direktor und Vorstandsvorsitzenden (im folgenden Ärztlicher Direktor genannt) initiiert sowie in Begleitung durch den Pflegedirektor unterstützt. Im folgenden Kapitel werden die beteiligten Berufsgruppen vorgestellt und definiert sowie die Vorgehensweise der Steuerungsgruppen, speziell am Beispiel der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, erläutert.

2.1 Beteiligte Berufsgruppen

Die klinikbezogenen Steuerungsgruppen zur Ergebnissicherung setzen sich aus Teilnehmern verschiedener Berufsgruppen zusammen. Übergreifend über alle Steuerungsgruppen an der Uniklinik Köln werden diese durch eine(n) Moderator(in) geleitet. Des Weiteren ist zwischen ständigen und themenbezogenen Berufsgruppen in der Teilnahme zu unterscheiden. In diesem Kapitel geht es um die Definition der einzelnen Berufsgruppen und ihrer Aufgaben. Die folgende Abbildung gibt einen ersten zusammenfassenden Überblick:

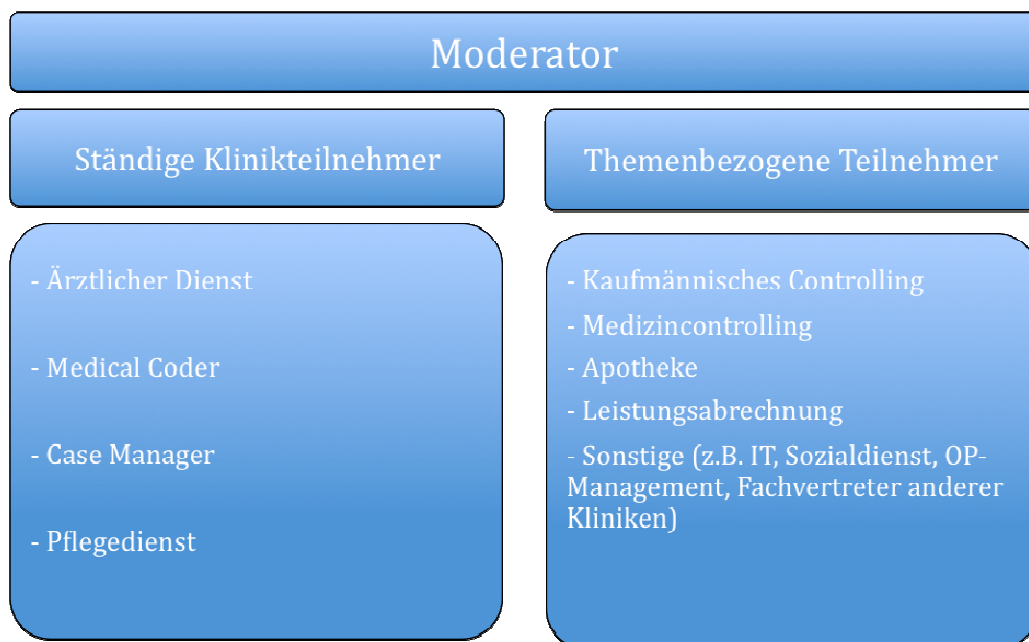


Abbildung 4: Beteiligte Berufsgruppen an den Steuerungsgruppen zur Ergebnissicherung¹

¹ Eigene Darstellung

2.1.1 Leitung und Moderation

Die Leitung und Moderation der klinikbezogenen berufsübergreifenden Steuerungsgruppen zur Ergebnissicherung wurde durch den Ärztlichen Direktor an die Referentin des Ärztlichen Direktors übertragen. Ende des Jahres 2008 wurde sie mit der Planung, Einrichtung und regelmäßigen Durchführung der Steuerungsgruppen zunächst unter dem Aspekt der Erlössicherung, wenig später erweitert auf alle wirtschaftlich relevanten Themen zur Ergebnissicherung beauftragt. Dabei wurde für jede Klinik eine Steuerungsgruppe unter Teilnahme aller auf das wirtschaftliche Ergebnis Einfluss nehmenden Berufsgruppen eingerichtet.

Für die Co-Leitung und Co-Moderation wurde unterstützend eine Stabsstellenmitarbeiterin der Pflegedirektion benannt. Die Doppelbesetzung wurde gewählt, um den hohen organisatorischen Aufwand bewerkstelligen sowie eine kontinuierliche Besetzung und Durchführung während Urlaubs- oder Ausfallzeiten garantieren zu können.

An jeder Sitzung hat mindestens eine der Moderatorinnen teilgenommen. Bei Teilnahme beider Personen wurde die Moderation im Schwerpunkt durch die Referentin des Ärztlichen Direktors ausgeübt. War eine der Moderatorinnen abwesend, wurden die Ergebnisse der entsprechenden Sitzung(en) kurzfristig gegenseitig ausgetauscht.

In einem wöchentlichen Jour Fixe haben sich die Referentin des Ärztlichen Direktors sowie die Stabsstellenmitarbeiterin der Pflegedirektion über die Agenda jeder klinikbezogenen Steuerungsgruppe unter Berücksichtigung der Empfehlungen des Lenkungskreises (siehe Kapitel 2.1.4), der einzuholenden Daten, der Datenanalyse, der Terminierung und ggf. Rückmeldungen abgestimmt. Zugleich wurde durch diese beiden Personen der Lenkungskreis vorbereitet und durchgeführt.

Eine regelmäßige Berichterstattung über die Ergebnisse der jeweiligen Sitzungen ist an den Ärztlichen Direktor durch die Referentin und an den Pflegedirektor durch die Stabsstellenmitarbeiterin erfolgt. Darüber hinaus gab es ab Ende des Jahres 2009, unter Beteiligung des Kaufmännischen Direktors, einen halbjährlichen Bericht an den Vorstand.

2.1.2 Ständige Teilnehmer

Bei den ständigen Teilnehmern an den klinikbezogenen Steuerungsgruppen zur Ergebnissicherung handelt es sich um Mitarbeiter der jeweiligen Klinik bzw. der jeweiligen Klinik zugeordnete Mitarbeiter. Ihre Teilnahme war für alle Sitzungen der klinikbezogenen Steuerungsgruppe vorgesehen.

2.1.2.1 Ärztlicher Dienst

Gemäß der Gesundheitsberichterstattung des Bundes definieren sich Ärzte als „(...) Heilbehandler und Sachverständige auf dem Gebiet des Gesundheitswesens mit staatlicher Approbation (Bestallung) nach abgeschlossenem Hochschulstudium“¹. Ihre Aufgaben sind entsprechend der (Muster-)Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte „(...) das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen, Leiden zu lindern, Sterbenden Beistand zu leisten und an der Erhaltung der natürlichen Lebensgrundlagen im Hinblick auf ihre Bedeutung für die Gesundheit der Menschen mitzuwirken“². Konkret befasst sich nach Oberlander das Beschäftigungsfeld der Ärzte mit der Prävention, Diagnose, Therapie sowie Rehabilitation von Krankheiten.³

Unterschieden werden in Deutschland zumeist 3 Hierarchiegruppen von Ärzten: Chefärzte, Oberärzte und Assistenzärzte.

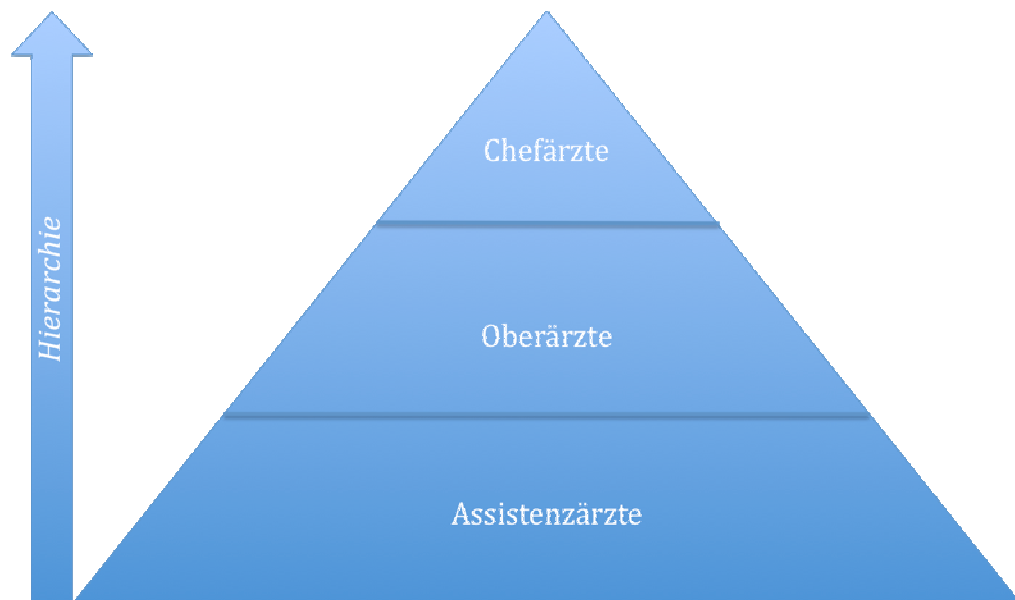


Abbildung 5: Hierarchie der Ärzte⁴

Zur obersten Hierarchiegruppe zählen die Chefärzte bzw. Klinikdirektoren. Als Chefarzt wird der ärztliche Leiter einer Krankenhausabteilung definiert, innerhalb derer er die ärztliche Gesamtverantwortung für die Patientenversorgung trägt und zugleich Vorgesetzter des ärztlichen Personals der Abteilung ist, welches er für die Wahrnehmung seiner Aufgaben einsetzt.⁵

¹ www.gbe-bund.de, Definition Ärzte, 14.07.2011

² §1 Absatz 2, (Muster-)Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte

³ Vgl. Oberlander: Berufsbild und Autonomie von Ärztinnen und Ärzten, 2008, S. 10

⁴ Eigene Darstellung

⁵ Vgl. Klages: Personalmanagement, in: Debatin et. al.: Krankenhausmanagement, 2010, S. 103f.

Oberärzte sind den Chefärzten unmittelbar nachgeordnet. Sie „(...) leisten einen wesentlichen Beitrag zur Qualität und Kontinuität der fachärztlichen Versorgung im Krankenhaus“¹ und „(...) nehmen bestimmte Versorgungsaufgaben (z.B. medizinische Verantwortung für einen definierten Teil- oder Funktionsbereich, Ausübung einer Spezialfunktion o.ä.) in eigener Verantwortung wahr und sind verantwortlich für die Beratung und Beaufsichtigung der in ihrem Verantwortungsbereich tätigen Assistenzärzte“².

Als unterste Gruppe in der Hierarchie der Ärzte sind die Assistenzärzte zu nennen. Sie definieren sich wie folgt: „Assistenzarzt ist der approbierte Arzt, der ohne besondere Entscheidungskompetenz und ohne eigenen Verantwortungsbereich unter Aufsicht, Weisung und Verantwortung des Chefarztes bzw. Oberarztes ärztliche Tätigkeiten auf Station oder in der Ambulanz eines Krankenhauses verrichtet.“³ Häufig befindet sich der Assistenzarzt dabei in der Facharztausbildung.

In Bezug auf die in dieser Arbeit zur Untersuchung stehenden Thesen ist die Beteiligung des Ärztlichen Dienstes an den berufsübergreifenden Steuerungsgruppen zur Ergebnissicherung vor dem Hintergrund der Thesen 1 bis 3 zu sehen.

2.1.2.2 Medical Coder

Im Jahr 2002 wurde durch das Fallpauschalengesetz für deutsche Krankenhäuser die Abrechnung nach DRGs (Diagnosis Related Groups), einem Patientenklassifikationssystem, eingeführt. Zur Zuordnung eines Patienten zu einer DRG und somit der Generierung einer Fallpauschale wird nach diesem System die medizinische Behandlung in sogenannte Codes anhand bestimmter Abrechnungs- und Kodierregeln übertragen.

Diese Tätigkeit wird vielfach durch Medical Coder, was übersetzt Koder, Kodierer bzw. Kodierfachkräfte bedeutet, ausgeübt. „Ihnen obliegt die richtige Kodierung/Verschlüsselung des Falles für die Dauer der fachlichen Zuständigkeit der jeweiligen Klinik in Zusammenarbeit mit den vor Ort tätigen Ärzten und Pflegekräften.“⁴ Dabei werden die Dokumentation in der Krankenakte und ggf. weitere schriftliche

¹ Klages: Personalmanagement, in: Debatin et. al.: Krankenhausmanagement, 2010, S. 104

² Klages: Personalmanagement, in: Debatin et. al.: Krankenhausmanagement, 2010, S. 104

³ Klages: Personalmanagement, in: Debatin et. al.: Krankenhausmanagement, 2010, S. 104

⁴ Waldmann: Medizinisches Controlling, in: Debatin et. al.: Krankenhausmanagement, MWV, 2010, S. 320

Aufzeichnungen über den Patienten nach Abschluss des Patientenaufenthaltes unter Vergleich mit dem Krankenhausinformationssystem vollständig in Kodierung umgesetzt.¹

Je nach gewähltem Modell erfolgt nur ein Teil der Kodierung vom Koder und eine direkte Kodierung z.B. der OPS-Kodes durch den Leistungserbringer.² Alternativ bietet sich eine Aktenprüfung an, bei der nach Rücksprache mit den jeweiligen Abteilungen und Ärzten „(...) die von den Ärzten kodierten Akten kontrolliert und noch nicht im System erfasste Leistungen hinzugefügt“³ werden sowie „nicht dokumentierte, aber kodierte Leistungen (...) im Abrechnungsdatensatz entfernt“⁴ werden.

Die Beteiligung der Medical Coder an den berufsübergreifenden Steuerungsgruppen zur Ergebnissicherung ist im Rahmen der Thesen 1 bis 3 zu sehen.

2.1.2.3 Case Manager

Der Begriff Case Management stammt aus dem anglo-amerikanischen Raum und bedeutet übersetzt soviel wie Fallmanagement. Im deutschen Raum wird auch der Begriff Versorgungsmanagement verwendet.

Die gesetzliche Basis für das Case Management findet sich in § 11 Abs. 4 SGB V. Demnach haben Versicherte Anspruch auf ein Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche.⁵

Im Allgemeinen ist unter Case Management zu verstehen, dass einzelne Personen, auch Klienten genannt, durch das Versorgungssystem begleitet und die für sie relevanten Dienstleistungen erschlossen und koordiniert werden. Laut Franke gehe es dabei speziell im Krankenhaus um eine optimierte Betreuung der Patienten von der Aufnahme über die Station bis nach der Entlassung, bei der alle krankheitsrelevanten Gesichtspunkte des Patienten aufgenommen und in die Behandlung einbezogen werden.⁶ Dabei ist Case Management „(...) ein ganzheitlicher Arbeitsansatz, der alle gesundheitlichen und sozialen Aspekte der KlientInnen berücksichtigt und entsprechende notwendige Gesundheits-,

¹ Vgl. Novak: DRG-Abrechnung und Korrespondenz mit dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, in: Praxishandbuch Medizincontrolling, Goldschmidt et. al., 2005, S. 178

² Vgl. Rapp: Praxiswissen DRG, Kohlhammer, 2010, S. 29

³ Rapp: Praxiswissen DRG, Kohlhammer, 2010, S. 31

⁴ Rapp: Praxiswissen DRG, Kohlhammer, 2010, S. 31f.

⁵ Vgl. § 11 Abs. 4 SGB V, Satz 1

⁶ Vgl. Franke: Krankenhaus-Management im Umbruch, 2007, S. 162

Beratung- und Betreuungsmaßnahmen koordiniert¹. Der Case Manager ist letztlich die Person, welche das Case Management in der Klinik umsetzt.

Im Zusammenhang mit den Thesen 1 bis 3 ist die Beteiligung des Case Managements zu betrachten.

2.1.2.4 Pflegedienst

Laut Klages und der Definition des internationalen Pflegeverbandes umfasst die Gesundheits- und Krankenpflege „(...) die eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung, allein oder in Kooperation mit anderen Berufsangehörigen, von Menschen aller Altersgruppen, von Familien oder Lebensgemeinschaften, sowie von Gruppen und sozialen Gemeinschaften, ob krank oder gesund, in allen Lebenssituationen. Pflege schließt die Förderung der Gesundheit, Verhütung von Krankheiten und die Versorgung und Betreuung kranker, behinderter und sterbender Menschen ein“².

In der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin war die hierarchische Struktur im Pflegedienst im Betrachtungszeitraum wie folgt organisiert:



Abbildung 6: Hierarchie des Pflegedienstes in der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin³

¹ Sellin: Case Management in der AIDS-Arbeit, in: Löcherbach et al.: Case Management, 2005, S. 152

² Klages: Personalmanagement, in: Debatin et. al.: Krankenhausmanagement, 2010, S. 105

³ Eigene Darstellung

Neben dem Pflegedirektor bzw. der Pflegedirektorin, welche(r) an der Uniklinik Köln Mitglied des Vorstands ist und somit die disziplinarische und fachliche Aufsicht über das Pflegepersonal der gesamten Uniklinik hat, ist die Pflegedienstleitung disziplinarisch und fachlich für einen definierten Bereich, in diesem Fall die Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, verantwortlich.¹

Der Pflegedienstleitung untergeordnet sind die Teamleitungen und deren Stellvertreter. Diese ersetzen an der Uniklinik Köln die Stationsleitungen und sind für mehrere Bereiche bzw. Stationen zuständig. Bei den Teamleitungen angesiedelt sind somit die klassischen Aufgaben einer Stationsleitung, zu denen nach Klages „(...) die Mitwirkung an der Personalführung oder die Organisation der Arbeitsabläufe“² gehören.

Die Einbeziehung des Pflegedienstes ist für die Verifizierung der Thesen 1 bis 3 von Bedeutung.

2.1.3 Themenbezogene Teilnehmer

Im Gegensatz zu den ständigen Teilnehmern der klinikbezogenen Steuerungsgruppen zur Ergebnissicherung handelt es sich bei den themenbezogenen Berufsgruppen um Mitarbeiter, die nicht der jeweiligen Klinik angehörig bzw. nicht der jeweiligen Klinik zugeordnet sind. Die Berufsgruppen der themenbezogenen Teilnehmer gehören zumeist dem kaufmännischen Bereich an. Ihre Teilnahme ist gezielt bei durch sie begleiteten Tagesordnungspunkten erfolgt.

2.1.3.1 Kaufmännisches Controlling

Das Wort Controlling entstammt dem englischen Sprachraum und bedeutet übersetzt Kontrollieren oder Beherrschen, sinngemäß jedoch auch Steuern und Lenken. Die Aufgaben des Controllings definiert Horváth wie folgt: „Controlling ist – funktional gesehen – dasjenige Subsystem der Führung, das Planung und Kontrolle sowie Informationsversorgung systembildend und systemkoppelnd ergebniszielorientiert koordiniert und so die Adaption und Koordination des Gesamtsystems unterstützt.“³

An der Uniklinik Köln wird in kaufmännisches Controlling und Medizincontrolling unterschieden. Franke führt als kontinuierliche Prüfaufgabe des Controllings auf, „(...) ob Geld an der richtigen Stelle ausgegeben und im besten Falle auch an der richtigen Stelle

¹ Vgl. Klages: Personalmanagement, in: Debatin et. al.: Krankenhausmanagement, 2010, S. 106

² Klages: Personalmanagement, in: Debatin et. al.: Krankenhausmanagement, 2010, S. 105

³ Horváth: Controlling, 1996, S. 141

verdient wird“.¹ Das kaufmännische Controlling übernimmt hier die Unterstützung der Unternehmensleitung durch die Erstellung von monatlichen Berichten zur Leistungs- und Aufwandsentwicklung, welche „(...) die Vorjahres-, die Soll- und die aktuellen Hochrechnungswerte des Personal- und Sachaufwands sowie des Aufwands für die ILV“² enthalten sollen. Wie in der Literatur empfohlen, erhält diese Berichte auch jeder Budgetverantwortliche für seinen Verantwortungsbereich zur Steuerung und Lenkung seiner Budgeteinheit.³ Des Weiteren sind die betriebswirtschaftlichen Berichte in den klinischen Bereichen mit Fallzahlen, Case Mix, Zusatzentgelten etc. zu versehen und zu analysieren.⁴ Bei letzterem kann es zu einer Überschneidung mit dem Medizincontrolling kommen. Auch wird die Krankenhausleitung bei der prospektiven Budgetplanung durch das kaufmännische Controlling unterstützt.

Zusammenfassend bezieht sich das kaufmännische Controlling an der Uniklinik Köln bei den genannten Aufgaben vorwiegend auf die direkt mit Geldflüssen bezogenen Daten, während das Medizincontrolling auf eine Steuerung über medizinische Daten fokussiert ist (siehe Kapitel 2.1.3.2). In Bezug auf die in dieser Arbeit zur Untersuchung stehenden Thesen ist die Beteiligung des Kaufmännischen Controllings an den berufsübergreifenden Steuerungsgruppen zur Ergebnissicherung vor dem Hintergrund der Thesen 1 bis 3 zu sehen.

2.1.3.2 Medizincontrolling

Die Berufsgruppe der Medizincontroller ist weitestgehend mit der Einführung des DRG-Systems in Deutschland entstanden. Zumeist handelt es sich um Ärzte mit einer betriebswirtschaftlichen Ausrichtung bzw. Zusatzqualifikation. Laut Rapp sind „Medizincontroller (...) interne betriebswirtschaftliche Berater im medizinischen Bereich und medizinische Berater im Verwaltungsbereich“⁵. Sie können somit als Mittler zwischen den verschiedenen Berufsgruppen im Krankenhaus verstanden werden.

Medizincontroller unterstützen im Wesentlichen die Klinikleitung bei Aspekten der wirtschaftlichen und strategischen Führung des Krankenhauses sowie der

¹ Franke: Krankenhaus-Management im Umbruch, 2007, S. 48

² Sonntag: Betriebswirtschaftliches Controlling, in: Debatin et. al.: Krankenhausmanagement, 2010, S. 313

³ Vgl. Sonntag: Betriebswirtschaftliches Controlling, in: Debatin et. al.: Krankenhausmanagement, 2010, S. 313

⁴ Vgl. Sonntag: Betriebswirtschaftliches Controlling, in: Debatin et. al.: Krankenhausmanagement, 2010, S. 313

⁵ Rapp: Praxiswissen DRG, Kohlhammer, 2010, S. 74

Krankenhausbudgetplanung. Ihre Tätigkeiten bewegen sich zumeist im folgenden Rahmen:

- „Transparenz ins Leistungsgeschehen bringen (z.B. an die Krankenhausleitung berichten)
- Das Leistungsspektrum strategisch weiterentwickeln
- Medizinische Dokumentation (z.B. elektronische Erfassung von Patientendaten und erhaltenen Leistungen)
- Informations- und Wissensmanagement im Bereich der Krankenhausfinanzierung
- Prozessoptimierung (z.B. Schaffung von so genannten klinischen Pfaden als Ersatz für die veralteten Behandlungsstandards)¹

Der Transparenz dient ein regelmäßiges, zeitnahes Berichtswesen, welches analog zum betriebswirtschaftlichen Berichtswesen verstanden werden kann, jedoch auf medizinische Daten fokussiert ist und zugleich Aussagen zur medizinischen Dokumentation trifft. Die entsprechenden Berichte sind möglichst mit Empfehlungen oder Kommentierungen, auch und insbesondere zur Kodierqualität, zu versehen. Das Medizincontrolling sollte den Kodern und kodierenden Ärzten eine regelmäßige Rückmeldung über ihr Kodierverhalten geben und für Rückfragen zur Verfügung stehen.² Des Weiteren sollten Beanstandungen durch den MDK (Medizinischer Dienst der Kassen) in den Bericht einfließen und aus diesen Hinweise für die Notwendigkeit zur Optimierung von Prozessen oder auf Kodierfehler abgeleitet werden.³

Darüber hinaus ist das Medizincontrolling gemeinsam mit den verantwortlichen Ärzten und der Klinikleitung zuständig für die strategische Weiterentwicklung des Leistungsspektrums durch eine Budgetplanung auf Basis der Leistungszahlen des aktuellen Jahres für das Folgejahr.⁴

Das DRG-System erfährt jährlich eine Anpassung der Kataloge für Diagnosen und Prozeduren als auch für die Kodierrichtlinien. Resultierend aus der Analyse dieser Modifikationen obliegt dem Medizincontrolling ein entsprechender Informations- und

¹ Goldschmidt et.al.: Rolle und Einordnung des Medizincontrollings, in: Goldschmidt et. al.: in Praxishandbuch Medizincontrolling, 2005, S. 5f.

² Vgl. Goldschmidt et.al.: Rolle und Einordnung des Medizincontrollings, in: Goldschmidt et. al.: in Praxishandbuch Medizincontrolling, 2005, S. 24

³ Vgl. Waldmann: Medizinisches Controlling, in: Debatin et. al.: Krankenhausmanagement, 2010, S. 320

⁴ Vgl. Goldschmidt et.al.: Rolle und Einordnung des Medizincontrollings, in: Goldschmidt et. al.: in Praxishandbuch Medizincontrolling, 2005, S. 20

Wissenstransfer erlösrelevanter Änderungen durch – möglichst klinikspezifische – Schulungen der am Kodierprozess Beteiligten.¹

Die Beteiligung des Medizincontrollings ist für die Verifizierung der Thesen 1 bis 3 von Bedeutung.

2.1.3.3 Apotheke

Gemäß § 1 und § 2 der Bundes-Apothekerordnung (BApO) sind Apotheker qualifizierte Fachkräfte zur ordnungsgemäßen Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln.² Sie beschäftigen sich mit der „(...) Ausübung einer pharmazeutischen Tätigkeit, insbesondere die Entwicklung, Herstellung, Prüfung oder Abgabe von Arzneimitteln (...)“³.

Ein Krankenhaus ist zum Betrieb einer Krankenhausapotheke berechtigt, wenn „(...) 1. die Anstellung eines Apothekers (...) und 2. die für Krankenhausapotheken nach der Apothekenbetriebsordnung vorgeschriebenen Räume (...)“⁴ nachgewiesen werden. Der Krankenhausapotheke obliegt dabei die ordnungsgemäße Versorgung von einem oder mehreren Krankenhäusern.⁵ Im Speziellen ist sie zuständig für die

- „(...) bedarfsgerechte Anlieferung an die Verwendungsorte,
- regelmäßige Überprüfung und Dokumentation der lagernden Arzneimittel,
- Beratung des Personals im Hinblick auf zweckmäßige und wirtschaftliche Therapien
- (...) Mitwirkung in der Arzneimittelkommission (...)“⁶

unter Einhaltung aller fachlicher und gesetzlicher Auflagen. Dabei muss nach Baehr und Bohn die Krankenhausapotheke ein „(...) hocheffizienter Garant einer flexiblen, zeitnahen und jederzeit sicheren Arzneimittelversorgung (...)“⁷ sein.

¹ Vgl. Waldmann: Medizinisches Controlling, in: Debatin et. al.: Krankenhausmanagement, 2010, S. 325/320

² Vgl. § 1 und § 2 Bundes-Apothekerordnung (BApO)

³ § 2 Abs. 3 Bundes-Apothekerordnung (BApO)

⁴ § 14 Abs. 1 Gesetz über das Apothekenwesen (ApoG)

⁵ Vgl. § 26 Abs. 1 Apothekenbetriebsverordnung (ApBetrO)

⁶ von Eiff: Warum ist Beschaffungsmanagement Chefsache?, in: Goldschmidt, Hilbert (Hrsg.): Krankenhausmanagement mit Zukunft, 2011, S. 249

⁷ Baehr, Bohn: Pharmazeutische Logistik, in: Debatin et. al.: Krankenhausmanagement, 2010, S. 597

Die Einbeziehung der Apotheke an den berufsübergreifenden Steuerungsgruppen zur Ergebnissicherung ist im Rahmen der Thesen 1 bis 3 zu sehen.

2.1.3.4 Leistungsabrechnung

Die Leistungsabrechnung ist an der Uniklinik Köln im Geschäftsbereich 1 angesiedelt. Ihre Aufgabe ist es, die erbrachten stationären und ambulanten klinischen Leistungen gegenüber den Kostenträgern abzurechnen. Neben der Abrechnung der DRGs sind hierunter beispielsweise Zusatzentgelte (ZE), Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB), Entgelte für ambulantes Operieren, Abrechnung nach §116b SGB V etc. zu verstehen.

Darüber hinaus ist die Leistungsabrechnung mit der Kostensicherung vor bzw. bei der Aufnahme befasst. Hierbei geht es um die Klärung des Versicherungsstatus der Patienten und der Kostenübernahme durch die Kostenträger. Weitergehend wird durch die Leistungsabrechnung eine Ermittlung der Kostenübernahme bei unklarem Versicherungsstatus vorgenommen oder die Abwicklung als Selbstzahler begleitet.

Des Weiteren werden durch die Leistungsabrechnung Sonderabrechnungen, z.B. gegenüber Kooperationspartnern für vereinbarte Dienstleistungen, vorgenommen.

Schließlich ist die Leistungsabrechnung Ansprechpartner für Rechnungsreklamationen und Beanstandungen durch den Medizinischen Dienst der Kassen (MDK).

Die Beteiligung der Leistungsabrechnung an den berufsübergreifenden Steuerungsgruppen zur Ergebnissicherung ist für die Verifizierung der Thesen 1 bis 3 von Bedeutung.

2.1.3.5 Sonstige Berufsgruppen

An den klinikbezogenen Sitzungen zur Ergebnissicherung haben nach Bedarf und/oder bei klinikindividuellen Themen weitere Berufsgruppen teilgenommen. Diese kamen weitestgehend aus den Bereichen OP-Management, Fachvertreter anderer Kliniken, Sozialdienst und der IT.

Das OP-Management der Uniklinik Köln hat zur Aufgabe, eine optimale Auslastung der Operationsbereiche auf Basis der vorhandenen personellen, sachbezogenen und räumlichen Ressourcen herbeizuführen. Hierbei sind neben den Abläufen im OP oftmals

auch die Prozesse der einzelnen Kliniken im Rahmen des prä- und postoperativen Ablaufes von Bedeutung.

Mitarbeiter des Ärztlichen Dienstes bzw. Fachvertreter aus anderen Kliniken oder Instituten waren an einer Steuerungsgruppe zur Ergebnissicherung beteiligt, wenn das gleiche Thema auf beide Kliniken zutraf bzw. Überschneidungen vorlagen. Auch im Falle von Abstimmungsbedarf (z.B. der Einfluss von Änderungen im Anforderungsverhalten bei Laborwerten auf deren Aussagefähigkeit) waren die Fachvertreter nach Bedarf klinikindividuell beteiligt.

Der Sozialdienst an der Uniklinik Köln hat zur Aufgabe, die Patienten bei der medizinischen und beruflichen Rehabilitation, bei psychosozialen, sozialen und wirtschaftlichen Fragen im Zusammenhang mit dem Aufenthalt in der Uniklinik sowie der Nachsorge und optimalen Weiterversorgung nach der Entlassung zu beraten und zu unterstützen.¹ Die Teilnahme an den Steuerungsgruppen zur Ergebnissicherung war relevant bei klinikspezifischen Fragestellungen zum Prozess des Entlassmanagements.

Die IT der Uniklinik Köln ist für den Betrieb und Ausbau der Informationstechnologie zuständig. Ihre Beteiligung an den Steuerungsgruppen zur Ergebnissicherung erfolgte bei Fragestellungen zu speziellen klinikindividuellen EDV-Problemen, welche nicht mit den allgemeinen Systemen und der Konfiguration dieser Systeme abgedeckt werden konnten, oder zur Erörterung der Optionen mit den vorhandenen Systemen.

Die Teilnahme der sonstigen Berufsgruppen ist im Zusammenhang mit den Thesen 1 bis 3 zu betrachten.

2.1.4 Lenkungskreis

Zur übergeordneten Abstimmung der Themen und der Vorgehensweise für die klinikbezogenen berufsübergreifenden Steuerungsgruppen zur Ergebnissicherung und zur Abstimmung mit laufenden Projekten in der Uniklinik Köln wurde ein Lenkungskreis eingerichtet. Dieser setzt sich aus der (Co-)Leitung und (Co-)Moderation sowie Mitgliedern der ständigen und themenbezogenen Teilnehmer zusammen. Konkret besteht der Lenkungskreis aus folgenden Personenkreisen:

¹ Vgl. Intranet Uniklinik Köln, A-Z Index, Sozialdienst, 20.07.2012

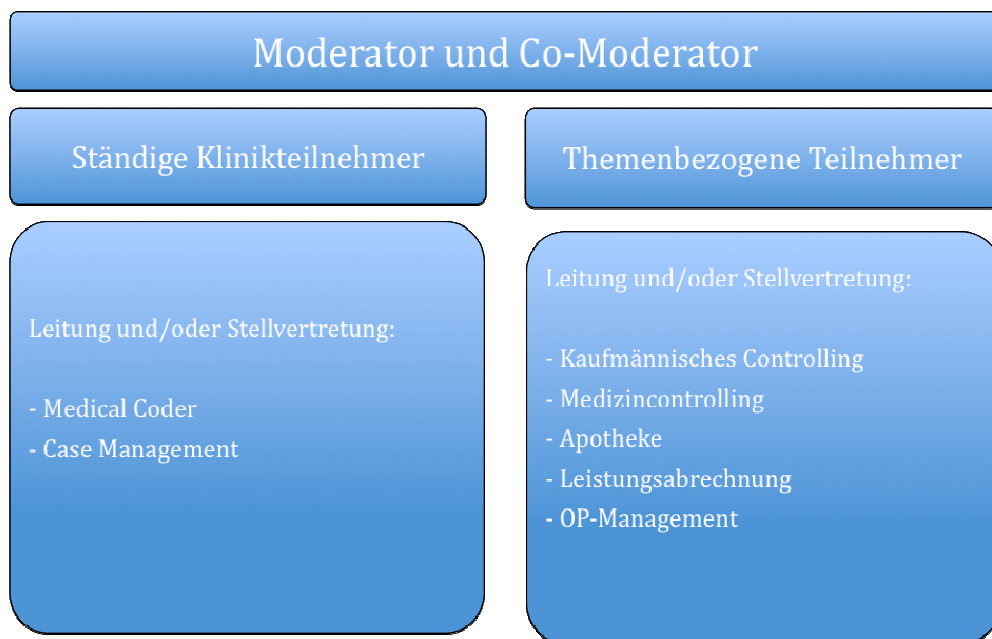


Abbildung 7: Zusammensetzung des Lenkungskreises¹

Im Lenkungskreis erfolgte die Festlegung, welche Themen mit welchem Ziel in den klinikbezogenen Steuerungsgruppen zur Ergebnissicherung angesprochen und diskutiert werden sollten. Ein besonderes Augenmerk wurde hierbei nach Einrichtung der Steuerungsgruppen zur Ergebnissicherung sowie fortlaufenden Sitzungen des Lenkungskreises auf die Reflektion der erreichten Ergebnisse gerichtet, welche wiederum Einfluss auf die weitere Themenbestimmung hatten.

Der Schwerpunkt lag hierbei auf den Anregungen der themenbezogenen Teilnehmer, welche überwiegend im kaufmännischen Bereich an der Uniklinik Köln tätig sind, da aus diesen Berufsgruppen vorwiegend die Daten für die Sitzungen erstellt und die diesbezüglichen Diskussionsthemen aufbereitet wurden.

Weitere Anregungen wurden über die Leitung und Moderatoren der Steuerungsgruppen sowie über die Leitung und/oder Stellvertretung der aufgeführten Berufsgruppen der ständigen Teilnehmer eingebracht. Eine Beteiligung des Ärztlichen Dienstes und des Pflegedienstes erfolgte indirekt durch die Moderatoren in ihren beruflichen Funktionen als Referentin des Ärztlichen Direktors und Stabsstellenmitarbeiterin der Pflegedirektion. Eine direkte Beteiligung war nicht vorgesehen, da es sich hierbei um die Berufsgruppen handelt, welche unmittelbar das wirtschaftliche Ergebnis der jeweiligen Klinik durch ihr Handeln beeinflussen können. Mit ihnen wurden die Themen konkret und

¹ Eigene Darstellung

ergebnisorientiert in den Sitzungen besprochen. Gleiches traf auf die Medical Coder und Case Manager der jeweiligen Klinik zu.

Jede Sitzung des Lenkungskreises wurde protokolliert und das Protokoll allen Teilnehmern zur Verfügung gestellt.

Die Zusammensetzung des Lenkungskreises sowie seine Vorgehensweise ist in Bezug auf alle in dieser Arbeit zur Verifizierung stehenden Thesen zu sehen.

2.2 Methodische Vorgehensweise

Im folgenden Kapitel wird die Systematik der klinikbezogenen berufsübergreifenden Steuerungsgruppen zur Ergebnissicherung an der Uniklinik Köln, speziell der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, vorgestellt. Auf dieser Basis werden im Anschluss die Themen und Inhalte erläutert.

2.2.1 Systematik

Die berufsübergreifenden klinikbezogenen Steuerungsgruppen zur Ergebnissicherung wurden Ende des Jahres 2008 mit Beginn im Jahr 2009 auf Initiative des Ärztlichen Direktors sowie in Begleitung durch den Pflegedirektor eingerichtet. Das Jahr 2008 ist somit in der vorliegenden Arbeit als Referenzjahr ohne Einwirkung einer berufsübergreifenden Steuerungsgruppe zur Ergebnissicherung zu betrachten. In den Jahren 2009 und 2010 haben regelmäßige Sitzungen der Steuerungsgruppe und ein unmittelbares Eingreifen der Teilnehmer in die wirtschaftliche Entwicklung der Klinik stattgefunden. Im Jahr 2011 kam es aufgrund einer Neukonzeption der Steuerungsgruppen sowie einem Wechsel in der Moderation zu einer zeitlichen Unterbrechung, so dass keine regelmäßigen Sitzungen stattfanden.

Ein erster zusammenfassender Überblick über die konkrete Vorgehensweise der klinikbezogenen berufsübergreifenden Steuerungsgruppen zur Ergebnissicherung findet sich in der folgenden Darstellung:

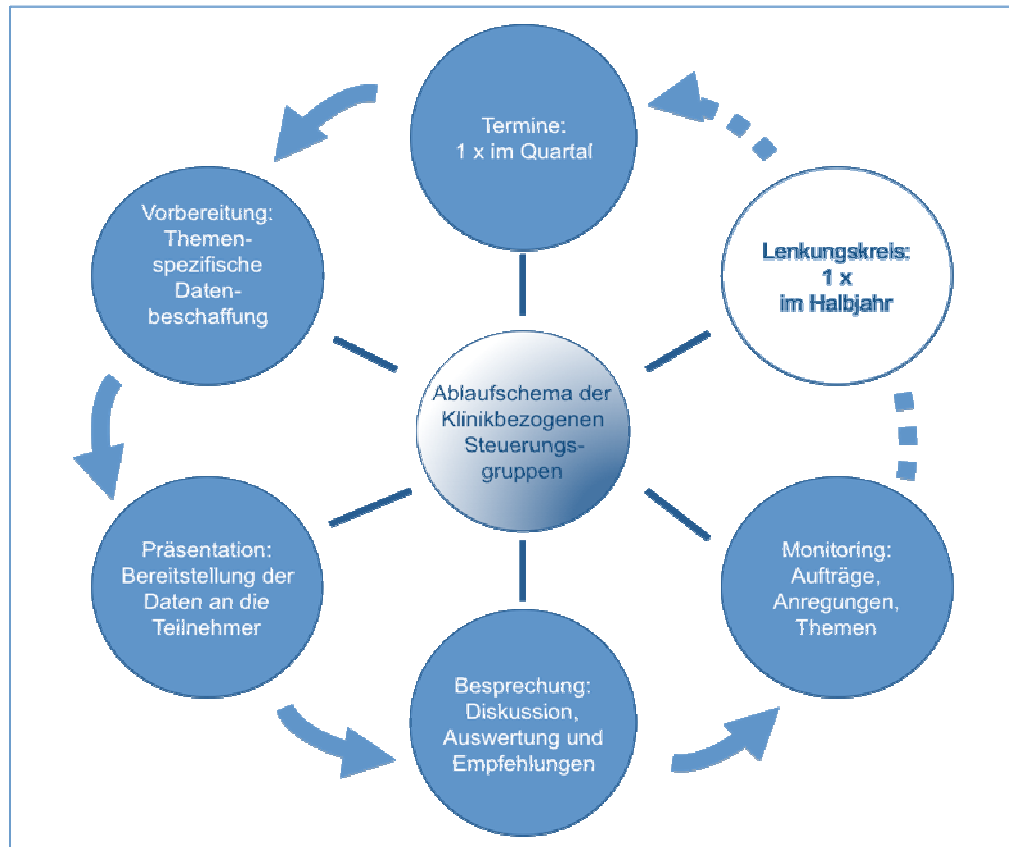


Abbildung 8: Ablaufschema der klinikbezogenen Steuerungsgruppen zur Ergebnissicherung¹

Die Planung, Einrichtung und regelmäßiger Durchführung der Steuerungsgruppen zur Ergebnissicherung oblag den in Kapitel 2.1.1 genannten Moderatoren. Zu Beginn haben die Sitzungen der klinikbezogenen berufsübergreifenden Steuerungsgruppen zur Ergebnissicherung zunächst alle 4 - 8 Wochen stattgefunden. Seit ca. Mitte des Jahres 2009 wurden die Sitzungen in der Regel - u.a. auf Anraten des Lenkungskreises - einmal pro Quartal durchgeführt. Im Lenkungskreis wurden die Themen für die jeweils folgenden Quartale, zum Teil auch für das gesamte Jahr, unter Berücksichtigung der Anregungen aus den Kliniken festgelegt. Diese Vorgehensweise dient der Verifizierung der These 1, wonach sich mit der Einrichtung klinikbezogener berufsübergreifender Steuerungsgruppen zur Ergebnissicherung dezentrale, bereich- und berufsübergreifende Organisationsstrukturen erzielen lassen. Ebenfalls ist diese Verfahrensweise in Bezug auf die Untersuchung von These 2, dass die klinikbezogenen berufsübergreifenden Steuerungsgruppen zur Ergebnissicherung Transparenz ermöglichen und aus den relevanten am Prozess beteiligten Berufsgruppen bestehen, relevant. Des Weiteren werden die Thesen 3 und 4 durch den regelmäßigen Ablauf untersucht.

¹ Eigene Darstellung

Die Termine zu den Sitzungen wurden zumeist mit den Chef- oder Oberärzten der jeweiligen Klinik im Vorfeld abgestimmt. Im Anschluss wurde eine Einladung unter Nennung der Agenda an alle in Kapitel 2.1 umschriebenen ständigen Teilnehmer der betreffenden Klinik versendet. In Bezug auf die themenbezogenen Teilnehmer wurde die Einladung mit fortschreitendem Verlauf der Steuerungsgruppen und unter Zunahme der Themen möglichst differenziert nach den Tagesordnungspunkten an die betroffenen Berufsgruppen versendet. Die entsprechende Auswahl der Themen und die darauf abgestimmte Einladung der Teilnehmer dienen ebenfalls der Untersuchung der Thesen 1 und 2 dieser Arbeit.

Die konkrete Vorbereitung der klinikbezogenen Steuerungsgruppe erfolgte durch die Moderatoren wie in Kapitel 2.1.1 beschrieben. Von den themenbezogenen Teilnehmern wurde je nach Tagesordnungspunkt die Aufbereitung der spezifischen Daten bis spätestens 1 Woche vor der jeweiligen Sitzung vorgenommen und an die Moderatoren übermittelt. In ihrem wöchentlichen Jour Fixe haben die Moderatoren eine Voranalyse dieser Daten vorgenommen und ggf. mit dem erstellenden themenbezogenen Teilnehmer vorbesprochen.

Die Präsentation der Daten erfolgte während der Sitzung der klinikbezogenen Steuerungsgruppe zur Ergebnissicherung in der Regel durch den Teilnehmer, welcher die Daten erhoben hat. Für die Untersuchung der Thesen 3, dass mit Hilfe klinikbezogener berufsübergreifender Steuerungsgruppen Ergebnissicherung erzielt werden kann, und der These 4, dass durch die Gruppen auf Erlös- und Kostenseite ähnliche Ergebnisse erzielbar sind, wurde im Anschluss eine Analyse der Daten mit allen Teilnehmern der Sitzung unter Anleitung der Moderatoren vorgenommen. Hierbei ergab sich zumeist eine Komposition aus Empfehlungen des Präsentierenden, aus konkreten Nachfragen durch die Moderatoren, aus Anregungen aller Teilnehmer aufgrund der Diskussion etc. Die Ergebnisse dieser Besprechung wurden zumeist in konkrete Handlungsänderungen mit dem Ziel einer wirtschaftlichen Optimierung unter Voranstellung medizinischer Notwendigkeiten abgeleitet und vereinbart. Gelegentlich ergab sich aus der Diskussion der Bedarf einer detaillierteren Auswertung, welche für die nächste Sitzung aufbereitet oder im Vorfeld der nächsten Sitzung übersendet und dort diskutiert wurde.

Zur Verifizierung der Thesen 3 und 4 wurde für die vereinbarten Handlungsänderungen im Anschluss der Sitzungen ein Monitoring durchgeführt. Zumeist wurde nach ca. einem halben Jahr überprüft, ob die Änderung tatsächlich vorgenommen wurde und welchen wirtschaftlichen oder prozessualen Effekt sie aufzeigt. Darüber hinaus wurden aus den

Sitzungen Anregungen für weitere, zum Teil klinikindividuelle Themen aufgenommen und sich ergebende Aufträge und Fragestellungen bearbeitet. Entsprechende Rückmeldungen sind in der folgenden Sitzung oder bereits im Vorfeld erfolgt. Diese Aspekte wurden wiederum in den nächsten Lenkungskreis bei der Besprechung der Ergebnisse und zur Festlegung der neuen Themen eingebracht.

Zu jeder Sitzung der klinikbezogenen berufsübergreifenden Steuerungsgruppen zur Ergebnissicherung wurde ein Protokoll erstellt und im Anschluss allen Teilnehmern unter Mitsendung der präsentierten Daten zur Verfügung gestellt.

2.2.2 Themen und Inhalte

Die inhaltliche Befassung der klinikbezogenen berufsübergreifenden Steuerungsgruppen zur Ergebnissicherung erfolgte zu den folgenden Themenkreisen:

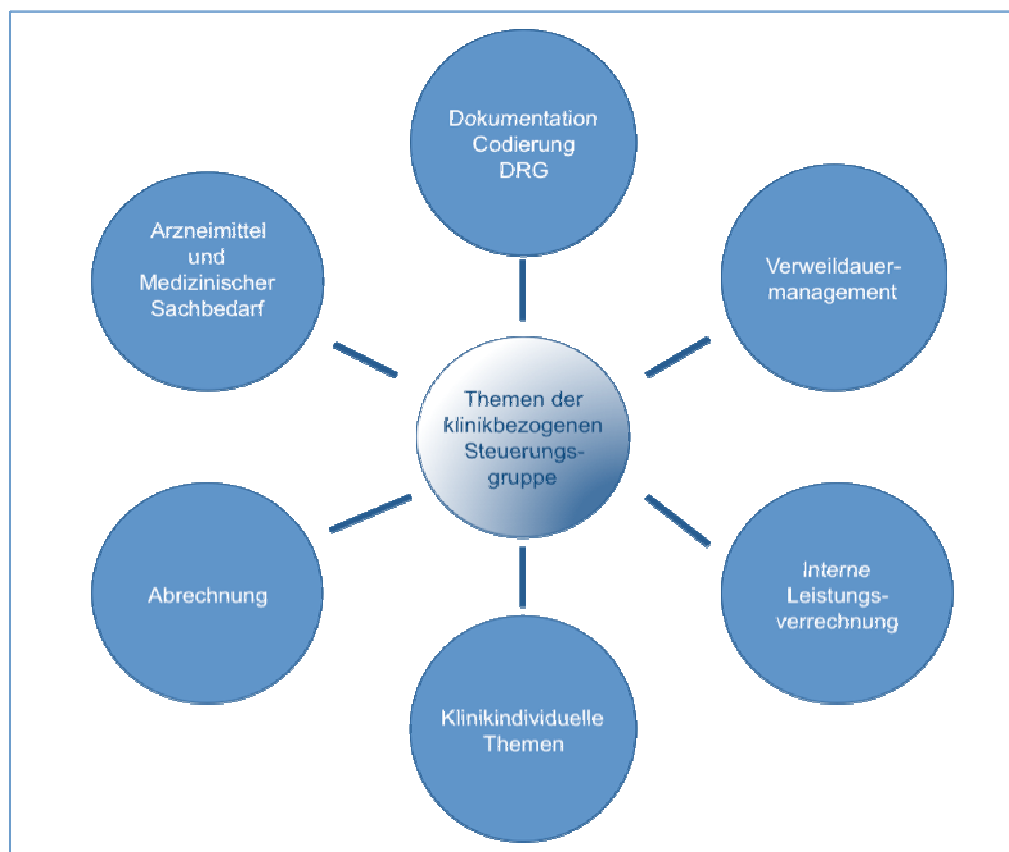


Abbildung 9: Themen der klinikbezogenen Steuerungsgruppen zur Ergebnissicherung¹

¹ Eigene Darstellung

Das Thema Dokumentation, Codierung, DRG befasste sich mit Fragestellungen der korrekten und optimalen Codierung und Dokumentation z.B. bei Einzelfällen oder Fallgruppen, bei Anpassungen aufgrund der jährlichen Katalogumstellung, bei Hauptdiagnosen, Nebendiagnosen, Operationen, Prozeduren und ggf. schweregraderhöhenden Faktoren etc.

Im Bereich der Arzneimittel wurde der optimale Einsatz von Medikamenten unter Berücksichtigung medizinischer Notwendigkeiten diskutiert. Medizinischer Sachbedarf sind hingegen in der Regel Materialien, die zur medizinischen Leistungserbringung erforderlich sind wie z.B. Implantate, Kanülen etc. In diesen beiden Themenfeldern wurden beispielsweise Verbrauchs-, Mengen- und Kostenvergleiche über definierte Zeiträume vorgenommen, Hinweise zu Preisen und Produkten gegeben etc.

Das Verweildauermanagement befasste sich z.B. mit der Thematik, die Verweildauer in Abhängigkeit der DRG zu optimieren, obere und untere Grenzverweildauern sowie Verlegungen zu betrachten und deren Zu- und Abschläge zu analysieren etc.

Der Themenkreis Abrechnung hatte Aspekte wie die Dokumentation der Aufnahmediagnose, die Reduzierung von Abrechnungsrückständen, § 116b SGB V, MDK etc. zum Inhalt.

Die interne Leistungsverrechnung (ILV) als sekundäre Kostenverrechnung befasste sich mit der Analyse der Anforderungen von Laborleistungen, Blutkomponenten und radiologischen Leistungen sowie deren Diskussion unter Ableitung von Handlungsänderungen mit dem Ziel einer wirtschaftlichen Optimierung unter Voranstellung medizinischer Notwendigkeiten.

Letztlich befassten sich die Steuerungsgruppen mit klinikindividuellen Themen wie z.B. spezifischen EDV-Lösungen, OP-Prozessen, Konsilen, Aktenführung, etc.

Die benannten Themen wurden in den Sitzungen der berufsübergreifenden Steuerungsgruppe zur Ergebnissicherung der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin alle erörtert und sind in der folgenden Abbildung zusammenfassend dargestellt:

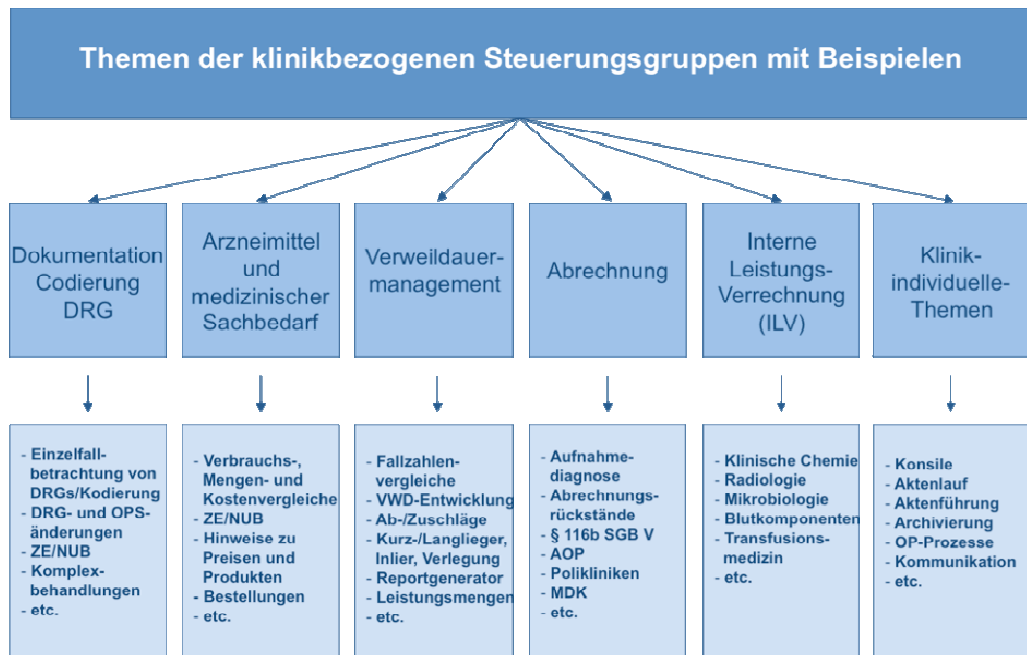


Abbildung 100: Themen der klinikbezogenen Steuerungsgruppen zur Ergebnissicherung mit Beispielen¹

Alle Themenkreise dienen der Verifizierung des Transparenzaspektes in These 2 sowie der Frage der Ergebnissicherung durch klinikbezogene berufsübergreifende Steuerungsgruppen in These 3. Insbesondere sind die Themenkreise relevant für eine Aussage zu These 4, wonach auf Erlös- und Kostenseite durch klinikbezogene berufsübergreifende Steuerungsgruppen zur Ergebnissicherung ähnliche Ergebnisse erzielbar sind.

¹ Eigene Darstellung

3. Ergebnisse

Das folgende Kapitel befasst sich mit der Darstellung der Beteiligung der Berufsgruppen an den Sitzungen der berufsübergreifenden Steuerungsgruppe zur Ergebnissicherung sowie der Gesamtergebnisse für die Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin. Im Anschluss wird anhand von mehreren Beispielen auf Erlös- und auf Kostenseite der Einfluss der berufsübergreifenden Steuerungsgruppe zur Ergebnissicherung unter Darstellung der Resultate in den jeweiligen Themenbereichen aufgearbeitet.

3.1 Beteiligung der Berufsgruppen

Von Seiten des Ärztlichen Dienstes war in der ersten Sitzung der Allgemeinen Kinderheilkunde und Neonatologie vom 10.03.2009 ein vom Klinikdirektor benannter Oberarzt vertreten. Ab der 2. Sitzung (12.05.2009) fand eine regelmäßige persönliche Teilnahme durch den Chefarzt der Klinik statt. Nach Emeritierung des Klinikdirektors zum 31.03.2010 hat der nachfolgende Chefarzt die regelmäßige Teilnahme an der Steuerungsgruppe fortgesetzt. Gleichermaßen fand in den anfänglichen 3 separaten Sitzungen zur Kinderonkologie sowie in den folgenden gemeinsamen Sitzungen der gesamten Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin bis auf eine Ausnahme die Teilnahme durch einen Oberarzt der Kinderonkologie statt. Insgesamt waren neben dem Klinikdirektor in jeder Sitzung zwischen einem und bis zu drei Oberärzte der Allgemeinen Kinderheilkunde, Neonatologie und/oder Kinderonkologie vertreten.

In der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin sind 3 Medical Coder eingesetzt, wovon jeweils einer – teilweise in Verbindung mit anderen Kliniken – für den Bereich Allgemeine Kinderheilkunde, Neonatologie und Kinderonkologie zuständig ist. Die Teilnahme an den Sitzungen erfolgte regelmäßig durch mindestens einen Medical Coder. Nach Zusammenführung der anfänglich getrennten Bereiche Allgemeine Kinderheilkunde/Neonatologie und Kinderonkologie waren zumeist mehrere Medical Coder anwesend. Bei einzelnen Sitzungen, insbesondere zu Beginn der Steuerungsgruppe zur Ergebnissicherung, war darüber hinaus die Leitung der Medical Coder anwesend.

Insgesamt sind an der Uniklinik Köln ca. 40 Case Manager tätig, wovon in der Allgemeinen Kinderheilkunde inkl. Neonatologie zwei Personen und in der Kinderonkologie eine Person eingesetzt sind. An den Sitzungen haben mindestens ein Case Manager sowie mehrfach die Leitung des Case Managements teilgenommen.

Hinsichtlich des Pflegedienstes waren im hier betrachteten Zeitraum 3 Teamleitungen, jeweils eine für den Bereich Allgemeine Kinderheilkunde, Neonatologie und Kinderonkologie, eingesetzt. Die Teilnahme an der Steuerungsgruppe zur Ergebnissicherung durch die Pflegedienstleitung oder Teamleitungen war zunächst nicht vorgesehen, da der Fokus der Steuerungsgruppe auf der Erlössicherung - konkret den Themen DRGs und Kodiersicherheit – lag. Mit Fortschreiten der Sitzungen und Zunahme der Themenbereiche wurden ab September 2009 die Teamleitungen des Pflegedienstes regelmäßig zu den Sitzungen der Steuerungsgruppe zur Ergebnissicherung eingeladen. Auch durch die Teamleitungen wurde die Teilnahme begrüßt und gewünscht, jedoch nicht regelmäßig wahrgenommen.

Seitens des kaufmännischen Controllings hat an der klinikbezogenen berufsübergreifenden Steuerungsgruppe zur Ergebnissicherung in der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin in der ersten Sitzung der Allg. Kinderheilkunde inklusive Neonatologie und in den ersten zwei separaten Sitzungen der Kinderonkologie zunächst kein Mitarbeiter teilgenommen. In diesen ersten Sitzungen lag der Kern der Steuerungsgruppe auf den Inhalten DRGs und Kodiersicherheit, bei denen die Anwesenheit des Medizincontrollings vorrangig war. In den folgenden Sitzungen war bis auf eine Ausnahme stets mindestens ein Mitarbeiter des kaufmännischen Controllings vertreten.

Die Sitzungen der Steuerungsgruppe zur Ergebnissicherung wurden in der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin in der überwiegenden Anzahl durch mindestens einen Medizincontroller begleitet. Im Medizincontrolling der Uniklinik Köln sind ausschließlich Ärzte beschäftigt.

Ein Apotheker der Krankenhausapotheke war bis auf eine Ausnahme in den anfänglich separaten Sitzungen der Kinderonkologie zu jeder Sitzung der Steuerungsgruppe in der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin anwesend, in der die Arzneimittel thematisiert wurden.

An den Sitzungen der Steuerungsgruppe zur Ergebnissicherung in der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin hat kein Mitarbeiter der Leistungsabrechnung direkt teilgenommen. Die Themen der Leistungsabrechnung wurden jedoch im Lenkungskreis (siehe Kapitel 2.1.4) vorbesprochen und konnten auf Basis der zur Verfügung gestellten Daten durch die Moderatoren, das kaufmännische Controlling und das Medizincontrolling

aufgrund einer Überschneidung mit ihren Kompetenzbereichen entsprechend begleitet werden. Die weiteren Berufsgruppen wurden bei sie berührenden Themen eingeladen.

Die Sitzungen der Steuerungsgruppe zur Ergebnissicherung wurden dem in Kapitel 2.2.2 beschriebenen Ablaufschema folgend unter Beteiligung der genannten Berufsgruppen aufgebaut. Wie bereits angemerkt, haben mit Einführung der klinikbezogenen berufsübergreifenden Steuerungsgruppen zur Ergebnissicherung in der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin zunächst getrennte Sitzungen der Allgemeinen Kinderheilkunde und Neonatologie sowie der Kinderonkologie stattgefunden. Diese wurden ab September 2009 auf Wunsch des Klinikdirektors in einer Sitzung für die gesamte Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin fortgeführt.

Allg. Kinderheilkunde inkl. Neonatologie	Kinderonkologie
10.03.2009	10.03.2009
12.05.2009	22.04.2009
16.07.2009	21.07.2009
Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin	
30.09.2009	
24.11.2009	
23.03.2010	
16.06.2010	
08.09.2010	
01.12.2010	
18.01.2011	

Abbildung 11: Sitzungen der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin¹

Der Lenkungskreis wurde erstmals im April 2009 als Strategie- und Reflektionsgremium einberufen. Im Jahr 2009 tagte der Lenkungskreis zunächst einmal pro Quartal, ab dem Jahr 2010 einmal pro Halbjahr.

¹ Eigene Darstellung

1. Lenkungskreis	2. Lenkungskreis	3. Lenkungskreis	4. Lenkungskreis	5. Lenkungskreis	6. Lenkungskreis
03.04.2009	20.08.2009	03.12.2009	06.05.2010	02.09.2010	13.01.2011

Abbildung 12: Sitzungen des Lenkungskreises¹

Die Ergebnisse über die Teilnahme der jeweiligen Berufsgruppen an den Sitzungen der berufsübergreifenden Steuerungsgruppe zur Ergebnissicherung in der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin weisen zugleich einen Bezug zu den Thesen 1 und 2 auf, deren Verifizierung in Kapitel 4 vorgenommen wird. Darüber hinaus sind die Systematik sowie der Lenkungskreis zu allen aufgestellten Thesen der vorliegenden Arbeit in Beziehung zu setzen.

3.2 Wirtschaftliches Gesamtergebnis der Klinik

Die berufsübergreifende Steuerungsgruppe zur Ergebnissicherung in der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin wurde im Jahr 2009 eingerichtet. Das Jahr 2008 ist – wie bereits erläutert – somit als Referenzjahr ohne Einwirkung einer berufsübergreifenden Steuerungsgruppe zur Ergebnissicherung zu betrachten, während in den Jahren 2009 und 2010 regelmäßig Interaktionen erfolgt sind. Im Jahr 2011 haben hingegen aufgrund einer Neukonzeption der Steuerungsgruppen und zeitlicher Unterbrechungen weitestgehend keine Interaktionen stattgefunden.

Eine Betrachtung über diese Jahre kann vorgenommen werden, da die gleichen Ausgangsbedingungen bestehen. Dies lässt sich anhand der betriebenen Betten aufzeigen, deren Zahl über die betrachteten Jahre nahezu gleich geblieben ist. Im Jahr 2008 wurden 98 Betten in der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin betrieben, das Jahr 2009 beläuft sich auf 95 Betten und die Jahr 2010 sowie 2011 jeweils auf 96 Betten. Die geringfügige Schwankung von unter 5% erlaubt somit einen zulässigen Vergleich über diese Jahre.

Weiterhin ist zu berücksichtigen, dass in den Jahren 2008 bis 2011 eine kontinuierliche Steigerung der Fallzahlen erfolgte. Für die Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin ist im Jahr 2008 eine DRG-Fallzahl von 4.132 zu verzeichnen. Das Jahr 2009 weist eine DRG-Fallzahl von 4.245 auf. Im Jahr 2010 beträgt die DRG-Fallzahl 4.402 sowie im Jahr 2011 beläuft sich die DRG-Fallzahl auf 4.451.

¹ Eigene Darstellung

Mit Blick auf diese Rahmenbedingungen und den Zeitstrahl lassen sich die Effekte der berufsübergreifenden Steuerungsgruppe zur Ergebnissicherung anhand des wirtschaftlichen Gesamtergebnisses der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin sowohl in absoluten Zahlen als auch anhand der Umsatzrendite messen. Eine zusammenfassende Darstellung der Gesamtergebnisse der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin zeigt die folgende Abbildung:

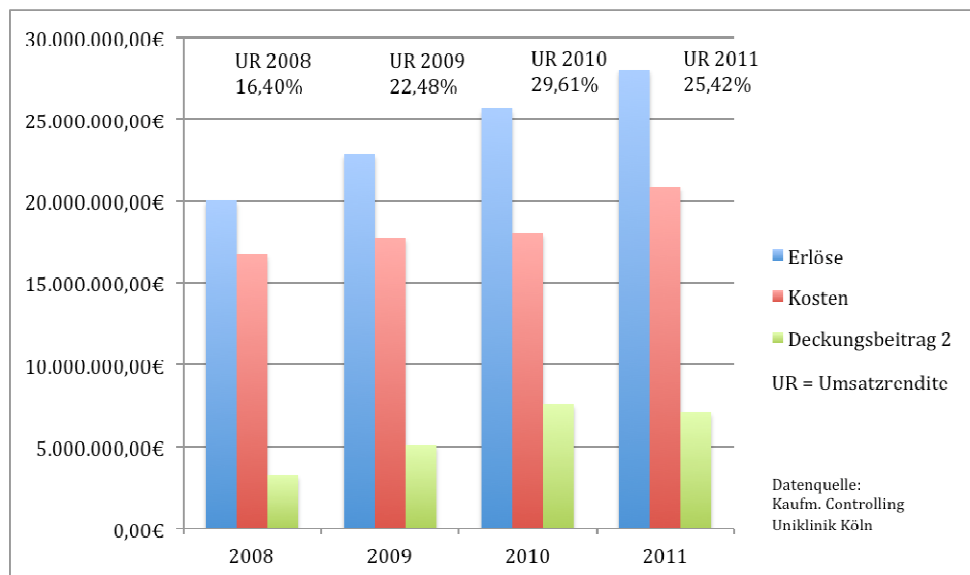


Abbildung 13: Erlös-Kosten-Relation aus Krankenversorgung der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin 2008-2011¹

In der Betrachtung des Beobachtungszeitraums ist eine stetige Zunahme der Erlöse im Verhältnis zum Vorjahr bzw. den Vorjahren zu verzeichnen. So betragen die Gesamterlöse im Jahr 2008 ca. 20,06 Mio. Euro, im Jahr 2009 ca. 22,91 Mio. Euro, im Jahr 2010 ca. 25,68 Mio. Euro und im Jahr 2011 ca. 28,03 Mio. Euro. Dies entspricht einem jährlichen Erlöszuwachs von über 2 Mio. Euro im Verhältnis zum jeweiligen Vorjahr.

Zugleich ist eine kontinuierliche Steigerung der Kosten zu verzeichnen. Diese betragen im Jahr 2008 ca. 16,77 Mio. Euro, im Jahr 2009 ca. 17,76 Mio. Euro, im Jahr 2010 ca. 18,07 Mio. Euro und im Jahr 2011 ca. 20,9 Mio. Euro.

Werden Erlöse und Kosten im Verhältnis zueinander betrachtet, so können als betriebswirtschaftliche Relationsgrößen der Deckungsbeitrag und die Umsatzrendite bestimmt werden. Der Deckungsbeitrag ergibt sich dabei aus den Umsatzerlösen

¹ Eigene Darstellung

abzüglich der variablen Kosten, auch Deckungsbeitrag I genannt.¹ In der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin wurde erweitert der Deckungsbeitrag II betrachtet. Dieser definiert sich über eine zusätzliche Subtraktion der den Kostenträgern direkt zurechenbaren Kosten.² Somit ergibt sich der Deckungsbeitrag II für die Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin aus den Umsatzerlösen abzüglich der direkten Kosten, sonstiger direkter Kosten und der innerbetrieblichen Leistungsverrechnung. Wird nunmehr der sich hieraus ergebende Gewinn ins Verhältnis zu den Umsatzerlösen gesetzt, wird die Umsatzrendite bestimmt.³ Der Deckungsbeitrag III, welcher zusätzlich den Abzug der unternehmensfixen Kosten vorsieht⁴, wird an der Uniklinik Köln nicht bestimmt. Stattdessen wird eine Mindestumsatzrendite von 25% zur Deckung der unternehmensfixen Kosten angenommen.

Im Betrachtungszeitraum stellt sich für die Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin folgende Entwicklung des Deckungsbeitrags II und der Umsatzrendite dar: Im Jahr 2008 beträgt der Deckungsbeitrag II ca. 3,29 Mio. Euro mit einer Umsatzrendite von 16,40%. Das Jahr 2009 weist einen Deckungsbeitrag II von ca. 5,15 Mio. Euro und eine Umsatzrendite von 22,48% aus. Der Deckungsbeitrag II des Jahres 2010 beläuft sich auf ca. 7,6 Mio. Euro mit einer Umsatzrendite von 29,61%. Im Jahr 2011 beträgt der Deckungsbeitrag II ca. 7,12 Mio. Euro und eine Umsatzrendite von 25,42%.

Die gleiche wirtschaftliche Entwicklung wie in der Gesamtbetrachtung der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin spiegelt sich im Teilbereich der Allgemeinen Kinderheilkunde inkl. Neonatologie, außer im Deckungsbetrag II des Jahres 2011, wider:

¹ Vgl. Schmolke, Deitermann: Industriebuchführung, 1996, S. 267ff.

² Vgl. Schmolke, Deitermann: Industriebuchführung, 1996, S. 273

³ Vgl. Schmolke, Deitermann: Industriebuchführung, 1996, S. 197

⁴ Vgl. Schmolke, Deitermann: Industriebuchführung, 1996, S. 274

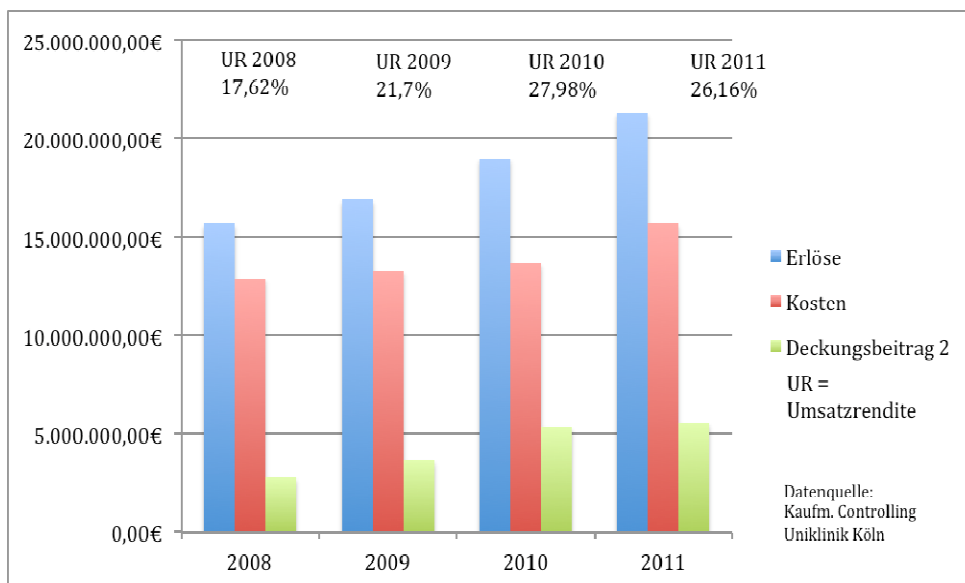


Abbildung 14: Erlös-Kosten-Relation aus Krankenversorgung der Allg. Kinderheilkunde inkl. Neonatologie 2008-2011¹

Die Erlöse der Allg. Kinderheilkunde inkl. Neonatologie betragen im Jahr 2008 ca. 15,7 Mio. Euro, im Jahr 2009 ca. 16,96 Mio. Euro, im Jahr 2010 ca. 19,03 Mio. Euro und im Jahr 2011 ca. 21,31 Mio. Euro. Die Entwicklung der Kosten zeigt sich im Jahr 2008 mit ca. 12,93 Mio. Euro, im Jahr 2009 mit ca. 13,28 Mio. Euro, im Jahr 2010 mit ca. 13,7 Mio. Euro und im Jahr 2011 mit ca. 15,74 Mio. Euro. Im Verhältnis zueinander stellt sich der Deckungsbeitrag II für das Jahr 2008 mit ca. 2,77 Mio. Euro und einer Umsatzrendite von 17,62% dar. Das Jahr 2009 weist einen Deckungsbeitrag II in Höhe von ca. 3,68 Mio. Euro mit einer Umsatzrendite von 21,70% auf. Der Deckungsbeitrag II des Jahres 2010 beläuft sich auf ca. 5,32 Mio. Euro und eine Umsatzrendite von 27,98%. Im Jahr 2011 beträgt der Deckungsbeitrag II ca. 5,57 Mio. Euro mit einer Umsatzrendite von 26,16%.

Im Teilbereich der Kinderonkologie beziffern sich die Erlöse im Jahr 2008 auf ca. 4,36 Mio. Euro, im Jahr 2009 auf ca. 4,46 Mio. Euro, im Jahr 2010 auf ca. 5,01 Mio. Euro und im Jahr 2011 auf ca. 4,92 Mio. Euro. Abweichend zur Gesamtbetrachtung der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin zeigen sich im Jahr 2011 die Erlöse rückläufig. Die Kosten der Kinderonkologie betragen im Jahr 2008 ca. 3,83 Mio. Euro, im Jahr 2009 ca. 3,49 Mio. Euro, im Jahr 2010 ca. 3,31 Mio. Euro und im Jahr 2011 ca. 3,49 Mio. Euro. Somit ist auch bei der Kostenbetrachtung eine Abweichung zur Gesamtbetrachtung der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin zu verzeichnen. In Relation der Erlöse und Kosten in der Kinderonkologie stellt sich der Deckungsbetrag II des Jahres 2008 in Höhe von ca. 0,52 Mio. Euro mit einer Umsatzrendite von 12% dar. Das Jahr 2009 weist

¹ Eigene Darstellung

einen Deckungsbeitrag II in Höhe von ca. 0,98 Mio. Euro mit einer Umsatzrendite von 21,90% auf. Im Jahr 2010 beträgt der Deckungsbeitrag II ca. 1,7 Mio. Euro mit einer Umsatzrendite von 34,02%. Der Deckungsbeitrag des Jahres 2011 beläuft sich auf ca. 1,43 Mio. Euro und eine Umsatzrendite von 29,05%. Diese Entwicklung entspricht dem Verlauf in der Gesamtbetrachtung der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin. Die folgende Abbildung fasst die wirtschaftliche Entwicklung des Teilbereichs Kinderonkologie zusammen:

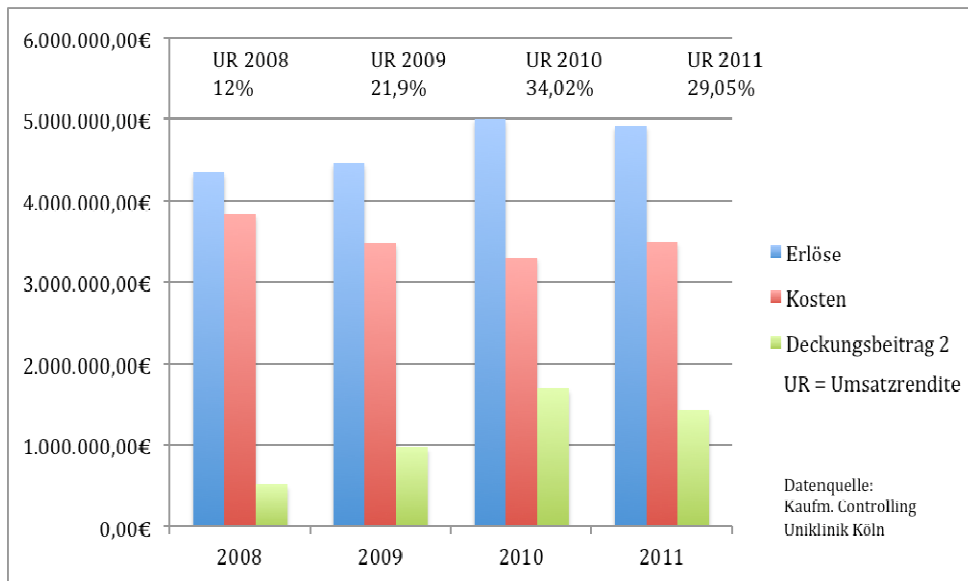


Abbildung 15: Erlös-Kosten-Relation aus Krankenversorgung der Kinderonkologie 2008-2011¹

Der Teilbereich des Sozialpädiatrischen Zentrums (SPZ) wird hier aufgrund seiner im Verhältnis geringfügigen wirtschaftlichen Größenordnung nicht weiter erläutert.

Die dargestellten Ergebnisse für die gesamte Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin sowie die betrachteten Teilbereiche sind mit den Thesen 3 und 4 in Verbindung zu bringen. Ihre Verifizierung erfolgt in Kapitel 4.

3.3 Beispiele

Die Interaktion und das Ergebnis, welches durch die berufsübergreifende Steuerungsgruppe zur Ergebnissicherung in der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin erzielt werden konnte, werden im Folgenden anhand von jeweils 3 Beispielen auf Erlösseite und auf Kostenseite dargestellt.

¹ Eigene Darstellung

3.3.1 Erlöse

Zur Darstellung der durch die berufsübergreifende Steuerungsgruppe zur Ergebnissicherung in der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin auf Seiten der Erlöse erzielten Ergebnisse werden im Folgenden als Beispiele die Eingabezeit der Aufnahmediagnose, das Verweildauermanagement und die Reduktion der Abrechnungsrückstände aufgeführt. Die gewählten Beispiele der Erlösseite sind zugleich in Bezug auf die Thesen 2 bis 4 relevant.

3.3.1.1 Eingabezeit der Aufnahmediagnose

Eine Einflussnahme auf die Prozesse und in Folge auf die Liquidität der Uniklinik Köln durch die berufsübergreifende Steuerungsgruppe zur Ergebnissicherung in der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin lässt sich anhand des Beispiels zur Eingabezeit der Aufnahmediagnose nachvollziehen. Zugleich lässt sich dieses Beispiel zur Verifizierung des Transparenzaspektes in These 2 sowie der These 3, dass sich mit Hilfe klinikbezogener berufsübergreifender Steuerungsgruppen Ergebnissicherung erzielen lässt, und der These 4, dass durch klinikbezogene berufsübergreifende Steuerungsgruppen zur Ergebnissicherung auf Erlös- und Kostenseite ähnliche Ergebnisse erzielbar sind, zuordnen.

Im Rahmen der berufsübergreifenden Steuerungsgruppen zur Ergebnissicherung wurde eine Analyse der Eingabezeiten der Aufnahmediagnose in allen Kliniken durchgeführt. Am Beispiel der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin wurde festgestellt, dass die Eingabe der Aufnahmediagnose im 1. Halbjahr 2009 mit einer Durchschnittszeit von 4,85 Tagen in der Allgemeinen Kinderheilkunde erfolgte. Im Bereich der Neonatologie, welcher separat analysiert werden konnte, betrug die Durchschnittszeit im selben Zeitraum 7,06 Tage und in der Kinderonkologie 1,58 Tage.

Eine erste ausführliche Diskussion dieser Thematik wurde nach der Zusammenführung der Steuerungsgruppen für Allg. Kinderheilkunde und Neonatologie sowie der Kinderonkologie zu einer Steuerungsgruppe für die gesamte Klinik im November 2009 geführt. Den Teilnehmern der Sitzung wurden der gesetzliche Hintergrund (siehe Kapitel 4) sowie die Notwendigkeit einer Eingabe innerhalb von 3 Tagen erläutert. Zuvor war probeweise für den Bereich der Allgemeinen Kinderheilkunde bereits im Mai des Jahres die Eingabe der Aufnahmediagnose vom Ärztlichen Dienst auf den Medical Coder unter Anleitung des Ärztlichen Dienstes umgestellt worden.

Eine Analyse des 2. Halbjahres 2009 ergab, dass die Eingabezeit der Aufnahmediagnose in der Allgemeinen Kinderheilkunde auf durchschnittlich 2,52 Tage gesunken war. Die Neonatologie wies eine durchschnittliche Eingabezeit von 7,36 Tagen auf und in der Kinderonkologie betrug die Durchschnittszeit 3,29 Tage.

Im Jahr 2010 kam noch ein weiterer relevanter Aspekt für die Uniklinik Köln hinzu. Aufgrund einer Gesetzesänderung wurde ein bestimmter Zuzahlungsbetrag für die Versicherten für den Krankenhausaufenthalt definiert sowie die Einziehung der Zuzahlungen auf die Krankenhäuser übertragen (siehe Erläuterung in Kapitel 4). Um den Zuzahlungsbetrag ermitteln zu können, ist durch die Krankenkasse eine frühzeitige Kostenübernahmeerklärung unter Mitteilung der zu leistenden Zuzahlung entscheidend, da nur die sie über diese Information verfügt.

Diese erweiterten, liquiditätsrelevanten Aspekte zur Meldung der Aufnahmediagnose an die Krankenkasse innerhalb von 3 Arbeitstagen nach Aufnahme des Versicherten wurden in der berufsübergreifenden Steuerungsgruppe zur Ergebnissicherung in der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin innerhalb des ersten Halbjahr 2010 erörtert und Möglichkeiten der Prozessverbesserung diskutiert. Des Weiteren wurde neben einer detaillierten stationsbezogenen Auswertung für die einzelnen Bereiche und deren Analyse im Mai 2010 auch für die Neonatologie die Eingabe der Aufnahmediagnose vom Ärztlichen Dienst auf die Medical Coder unter ärztlicher Anleitung umgestellt. Die in dieser Zeit durchschnittlichen Eingabezeiten der Aufnahmediagnose betrugen in der Allgemeinen Kinderheilkunde 2,61 Tage, in der Neonatologie 6,76 Tage und in der Kinderonkologie 1,74 Tage.

Die Auswirkungen der teilweise bereits in 2009 und innerhalb des 1. Halbjahres 2010 vorgenommenen Umstellungen zeigen sich in den Daten des 2. Halbjahres 2010. Für die Allgemeine Kinderheilkunde erfolgte die Eingabe der Aufnahmediagnose durchschnittlich innerhalb von 1,69 Tagen. Für die Neonatologie betrug die Durchschnittszeit im selben Zeitraum 2,82 Tage. Die Kinderonkologie wies eine durchschnittliche Eingabezeit von 1,62 Tagen auf.

Eine zusammenfassende Darstellung der Effekte durch die Prozessumstellungen bei den Eingabezeiten der Aufnahmediagnose in der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin zeigt die folgende Abbildung:

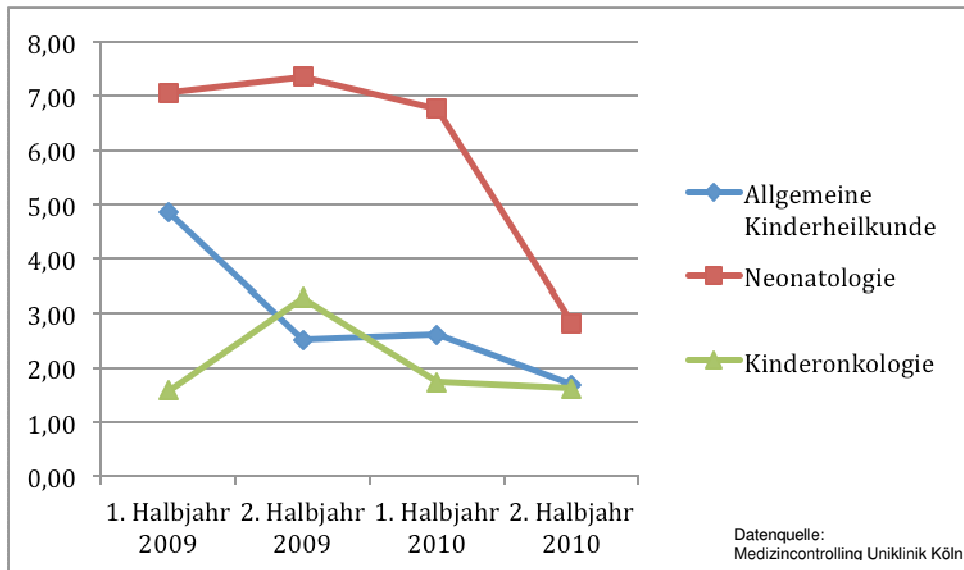


Abbildung 16: Effekte der Prozessumstellungen auf die Eingabezeiten der Aufnahme diagnose¹

3.3.1.2 Verweildauermanagement

Ziel des Verweildauermanagements ist unter Voranstellung medizinischer Notwendigkeit die Herstellung einer optimalen Verweildauer für jeden Patienten in Abhängigkeit von der DRG, in welche der Patient anhand der Hauptdiagnose, Nebendiagnosen, Operationen, Prozeduren etc. zugeordnet wird. Anhand der folgenden Abbildung lässt sich die Systematik des Verweildauermanagements anschaulich verdeutlichen:

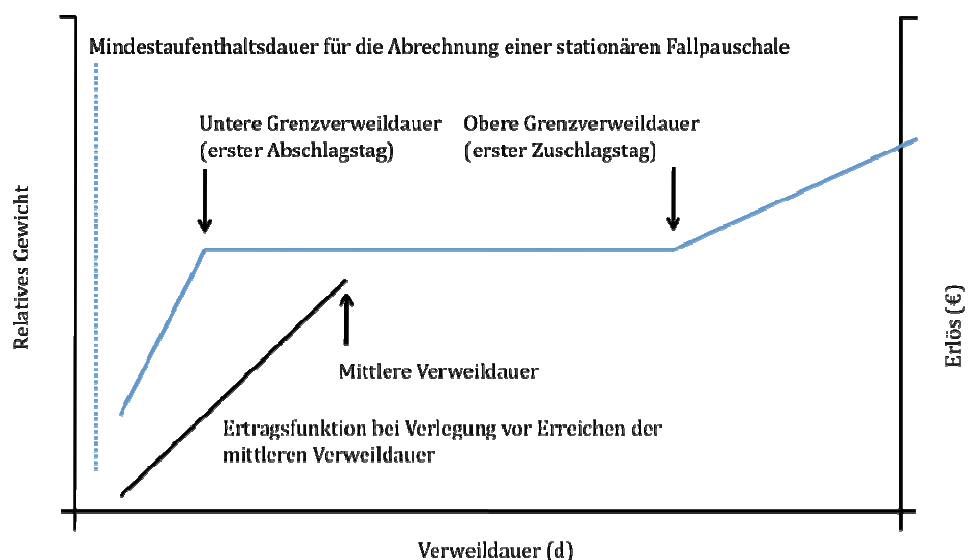


Abbildung 17: Beispiel für typische Ertragsfunktion im DRG-System (ohne Berücksichtigung von Effekten der Zusatzentgelte, NUBs etc.)²

¹ Eigene Darstellung

² Vgl. Freytag: Eine Systematik der Erträge des Krankenhauses, in: Debatin et. al.: Krankenhausmanagement, 2010, S. 215

Der Erlös einer DRG ist für den Korridor innerhalb der Grenzverweildauern als fester Betrag definiert (ohne Beachtung von Zusatzentgelten etc.). Für jede DRG sind darüber hinaus eine untere Grenzverweildauer sowie eine obere Grenzverweildauer festgelegt, die den Korridor, innerhalb dessen Grenzen häufig von Inliern gesprochen wird, umgeben. Bei der Entlassung eines Patienten vor Erreichung der unteren Grenzverweildauer (Kurzlieger) verringert sich der DRG-Erlös um einen definierten Abschlag pro Tag, gleichermaßen erhöht sich der DRG-Erlös um einen Zuschlag bei Entlassung des Patienten bei Überschreitung der oberen Grenzverweildauer (Langlieger).¹

Im Rahmen der berufsübergreifenden Steuerungsgruppe zur Ergebnissicherung in der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin wurde das Thema Verweildauermanagement von Beginn an regelmäßig zu den oben genannten Aspekten unter Fokussierung auf die aktuellen Leitlinien der Fachgesellschaften thematisiert und diskutiert, um insbesondere eine Prüfung der Thesen 2 bis 4 vorzunehmen. Dabei wurden die Fälle der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin separiert in die Bereiche Allgemeine Kinderheilkunde, Neonatologie und Kinderonkologie. Des Weiteren wurde pro Bereich jede DRG differenziert nach Inliern, Kurzliegern, Langliegern und Verlegungsfällen, wobei im folgenden exemplarisch eine Beschränkung der Darstellung auf die Kurzlieger im Bereich der Allgemeinen Kinderheilkunde erfolgt.

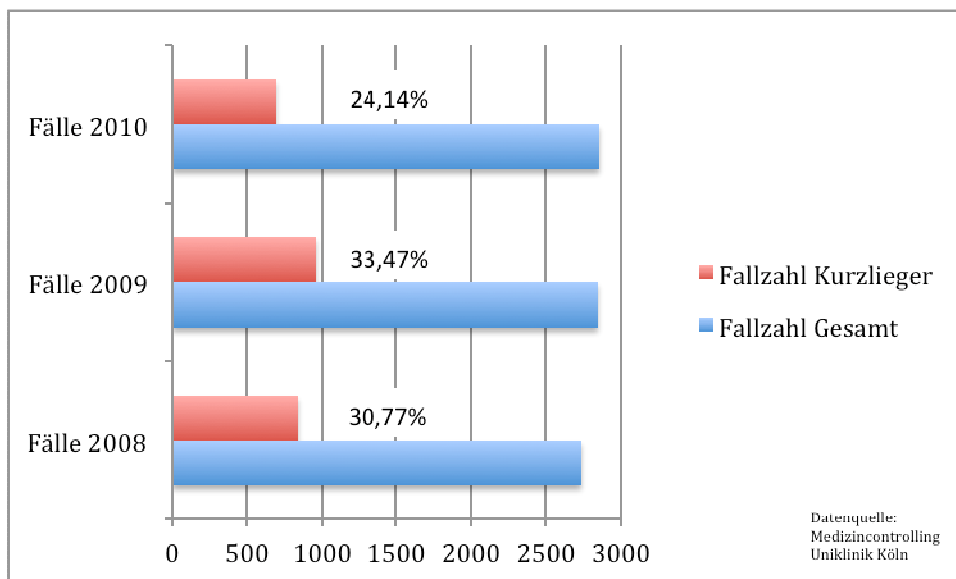


Abbildung 18: Anteil der Kurzliegerfälle an der Gesamtfallzahl in der Allgemeinen Kinderheilkunde²

¹ Vgl. Brost: Vom Code zur Rechnung oder der Schlüssel zum Erfolg; 2005, S. 13

² Eigene Darstellung

In der Betrachtung des Beobachtungszeitraums ist eine Zunahme der Gesamtfallzahl über die Jahre 2008 bis 2010 in der Allgemeinen Kinderheilkunde zu verzeichnen. Die Fallzahlsteigerung zeigt sich dabei von 2008 auf 2009 größer als von 2009 auf 2010.

Zugleich ist eine Steigerung des Anteils der Kurzliegerfälle an der Gesamtfallzahl von 30,77% im Jahr 2008 auf 33,47% im Jahr 2009 in der Allgemeinen Kinderheilkunde festzustellen. Im Jahr 2010 beträgt der Anteil der Kurzlieger 24,14% an der Gesamtfallzahl. Diese Ergebnisse sind in Bezug zu den Thesen 3 und 4 dieser Arbeit zu sehen.

Eine tiefergehende Betrachtung der Kurzlieger wurde im Rahmen der berufsübergreifenden Steuerungsgruppe zur Ergebnissicherung in der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin bei DRGs vorgenommen, deren Anpassung der Verweildauer an die medizinischen Gegebenheiten und die Empfehlungen der Fachgesellschaften anzuraten war. Die folgende Abbildung zeigt einige anonymisierte Beispiel-DRGs über die Jahre 2008 bis 2010:

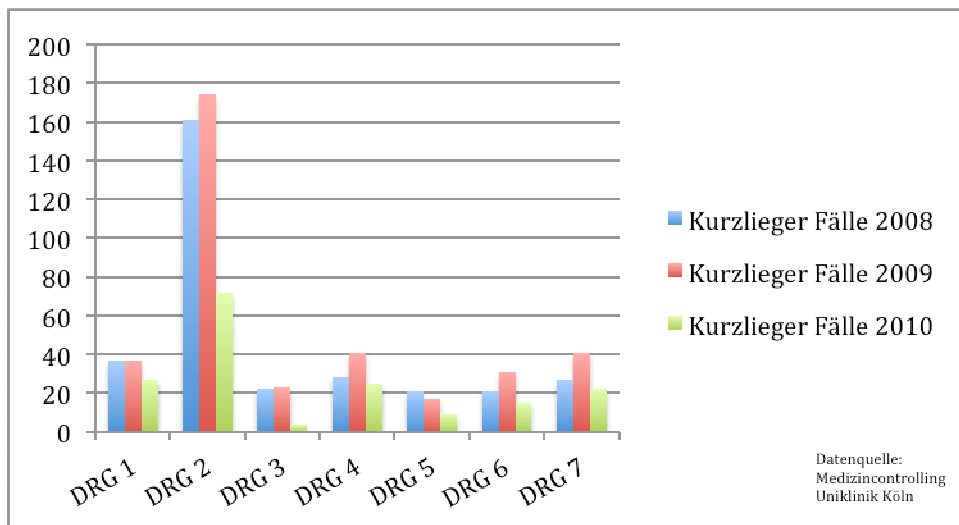


Abbildung 19: Entwicklung der Kurzlieger anhand von Beispiel-DRGs in der Allgemeinen Kinderheilkunde¹

Die Beispiel-DRGs 1-7 stellen mit einem Anteil von 37,74% an der gesamten Fallzahl der Kurzlieger im Jahr 2008 in der Allgemeinen Kinderheilkunde einen repräsentativen Anteil dar. Bei den gewählten Beispiel-DRGs ist bis auf eine Ausnahme (DRG 5) vom Jahr 2008 auf das Jahr 2009 eine Konstanz oder eine Steigerung der Kurzliegerfälle innerhalb der jeweiligen DRG festzustellen. Die Steigerung spiegelt sich gleichermaßen mit einem Anteil von 38,20% dieser DRGs an den gesamten Kurzliegerfällen im Jahr 2009 wider. Im

¹ Eigene Darstellung

Jahr 2010 kann analog zum Rückgang der absoluten Fallzahl an Kurzliegern für alle Beispiel-DRGs ein Rückgang der Kurzlieger verzeichnet werden.

Wie bereits erläutert werden Fälle, die als Kurzlieger bezeichnet werden, mit einem definierten Abschlag pro Tag bewertet. Für die Beispiel-DRGs 1-7 belief sich die Summe der Abschläge in Bewertungsrelationen auf 65,611 im Jahr 2008. Im Jahr 2009 nahm die Summe auf 74,784 zu. Für das Jahr 2010 lässt sich ein Rückgang der Summe der Abschläge in Bewertungsrelationen für die Beispiel-DRGs 1-7 auf 36,439 verzeichnen. Zusammenfassend zeigt die folgende Abbildung die Entwicklung der Summe der Kurzlieger-Abschläge in Bewertungsrelationen für die Beispiel-DRGs 1-7.

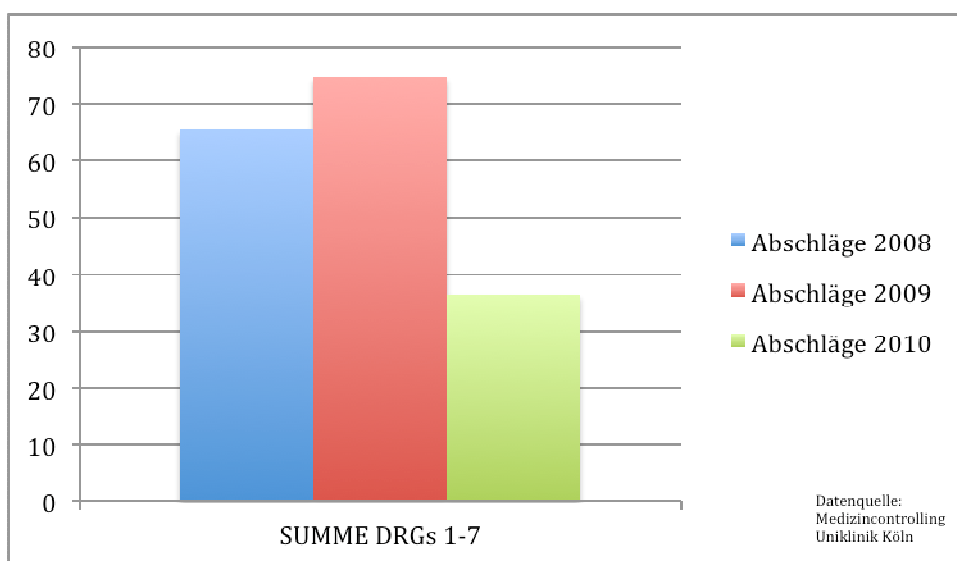


Abbildung 20: Summe der Kurzlieger-Abschläge in Bewertungsrelationen für die Beispiel DRGs in der Allgemeinen Kinderheilkunde¹

Bei einer Multiplikation der Bewertungsrelationen mit dem Basisfallwert ergibt sich vom Jahr 2008 auf das Jahr 2009 zunächst eine Steigerung, im Jahr 2010 eine entsprechende Reduktion der Abschläge in Euro und in Folge eine Erlössteigerung im Jahr 2010 in Bezug auf die Beispiel-DRGs 1-7.

Im Rahmen der Ergebnisdarstellung ist das Verweildauermanagement mit den Thesen 2 bis 4 in Verbindung zu bringen. Ihre Verifizierung erfolgt in Kapitel 4.

3.3.1.3 Abrechnungsrückstände

Ein wichtiger Aspekt für die Liquidität der Uniklinik Köln ist ein möglichst geringer Rückstand bei der Abrechnung der erbrachten Krankenhausleistungen. Unter Liquidität ist

¹ Eigene Darstellung

dabei die „Möglichkeit eines Unternehmens, seinen Zahlungsverpflichtungen laufend nachzukommen“¹ zu verstehen. Eine zeitnahe Abrechnung trägt somit zur Risikovermeidung einer Zahlungsunfähigkeit bei und stellt die Verbindung zu den Thesen 2, 3 und 4 dar.

Zur Überwachung der Abrechnungsrückstände wurde eine regelmäßige, wöchentlich aktualisierte Statistik über die Abrechnungsrückstände durch den Geschäftsbereich 1 für die Uniklinik Köln gesamt sowie differenziert nach Fachabteilung unter Berücksichtigung der Entlassungszahlen und Arbeitstage eingeführt. Die Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin wurde dabei im Betrachtungszeitraum in der Statistik in die Allgemeine Kinderheilkunde inklusive der Neonatologie (im folgenden Kinder Allgemein genannt) sowie die Kinderonkologie differenziert. Des Weiteren unterscheidet die Statistik in Rückstände gesamt sowie eine Unterteilung der davon auf Klinikseite und auf Seiten der Abrechner des Geschäftsbereiches 1 entstandenen Rückstände.

Die Analyse zeigt, dass sich im monatlichen Durchschnitt des Jahres 2008 für die Kinder Allgemein auf die Klinik rückzuführende Abrechnungsrückstände in Höhe von 160,2 Fällen ergaben. Die Kinderonkologie wies einen von Seiten der Klinik entstandenen durchschnittlichen Abrechnungsrückstand von 55,5 Fällen monatlich auf.

Als allgemeine Maßnahme zur Senkung der Abrechnungsrückstände wurde die Versendung der wöchentlichen Statistik an alle Klinikdirektoren eingeführt. Des Weiteren wurde eine Erörterung der Abrechnungsrückstände in die klinikbezogenen berufsübergreifenden Steuerungsgruppen zur Ergebnissicherung aufgenommen. Die Thematik wurde erstmals in der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin im Juli 2009 unter Vortrag der Rückstände in den Monate Mai, Juni und Juli vorgestellt und die Liquiditätsauswirkungen sowie das Ziel einer Reduktion der Abrechnungsrückstände besprochen. In Folge wurden die Abrechnungsrückstände bei jeder Sitzung (bis auf eine Ausnahme) der berufsübergreifenden Steuerungsgruppen zur Ergebnissicherung in der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin und die Abarbeitung der offenen Fälle besprochen. Nach Bedarf wurde teilweise die Auswertung ergänzt um eine stationsbezogene Analyse.

Im Jahr 2009 beliefen sich im Bereich der Kinder Allgemein die auf Seiten der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin entstandenen Abrechnungsrückstände auf monatlich durchschnittlich 125,83 Fälle. Dies entspricht einer Reduktion im Verhältnis zum

¹ Rittershofer: Wirtschaftslexikon, 2002, S. 631

Vorjahr von über 20%. Das Jahr 2010 weist für die Kinder Allgemein einen Abrechnungsrückstand von monatlich durchschnittlich 93,18 Fällen sowie für das Jahr 2011 eine Senkung auf monatlich durchschnittlich 39,83 Fälle auf. Im Vergleich des Jahres 2011 zum Jahr 2008 kann somit über den Betrachtungszeitraum in der Kinder Allgemein eine Reduktion um rund 3/4 der Abrechnungsrückstände, welche auf Seiten der Klinik entstanden sind, festgestellt werden.

Der Bereich der Kinderonkologie weist im Jahr 2009 einen monatlich durchschnittlichen Abrechnungsrückstand von 28 Fällen auf. Dies entspricht einer Reduktion von rund 50% im Vergleich zum Vorjahr. Im Jahr 2010 beträgt der monatlich durchschnittliche Abrechnungsrückstand für die Kinderonkologie 29,82 Fälle sowie 26 Fälle im Jahr 2011. Es kann somit eine Senkung der in der Klinik verursachten Abrechnungsrückstände in der Kinderonkologie von über 50% im Jahr 2009 im Vergleich zum Jahr 2008 sowie eine Konstanz dieses Wertes über den weiteren Betrachtungszeitraum festgehalten werden.

Die folgende Abbildung veranschaulicht zusammenfassend die Entwicklung der auf Seiten der Klinik entstandenen Abrechnungsrückstände in der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin für die Jahre 2008 – 2011:

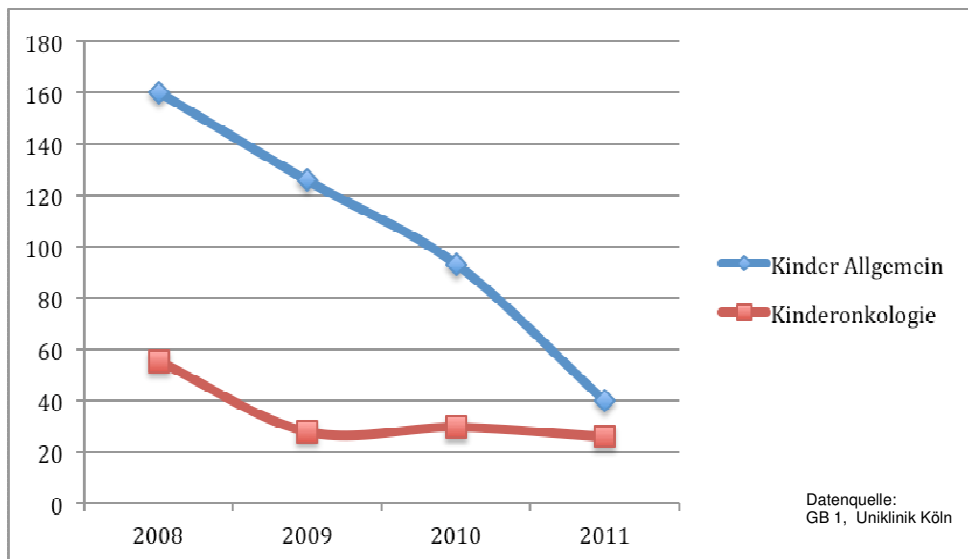


Abbildung 21: Entwicklung der Abrechnungsrückstände¹

¹ Eigene Darstellung

3.3.2 Kosten

Die auf Seiten der Kosten durch die berufsübergreifende Steuerungsgruppe zur Ergebnissicherung in der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin erzielten Ergebnisse werden nachstehend an den Beispielen Interne Leistungsverrechnung, Arzneimittel und Medizinischer Sachbedarf dargestellt. Die gewählten Beispiele der Kostenseite stellen zugleich einen Bezug zu den Thesen 2, 3 und 4 dar.

3.3.2.1 Interne Leistungsverrechnung (ILV)

Ziel der Internen Leistungsverrechnung (ILV) ist es, die im Krankenhaus intern erbrachten Leistungen und die dadurch verursachten indirekten Kosten über einen Verrechnungsschlüssel dem Verursacher dieser Kosten, somit also den direkten Kosten des Verursachers, zuzurechnen.¹ In Folge ist mittels der ILV eine Kostenkontrolle der intern in Anspruch genommenen Leistungen für die Verursacher möglich.

In der Uniklinik Köln werden u.a. Laborleistungen diverser Institute in der ILV abgebildet. Jede Laborleistung ist mit einer Punktzahl nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) sowie einem an marktübliche Preise angelehnten Preis pro Punkt (Punktwert) bewertet. Die Multiplikation von Punktzahl und Punktwert ergibt den Preis der Laborleistung. Dieser ist dann mit der Menge der in Anspruch genommenen Laborleistung zu multiplizieren, so dass sich in der Summe die Kosten für diese Laborleistung ergeben. Auf dieser Basis ist für jede Klinik als Anforderer der Laborleistung über definierte Zeiträume eine Mengen- und Kostenanalyse der jeweiligen in Anspruch genommenen Laborleistung möglich.

In der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin wurde die ILV in der berufsübergreifenden Steuerungsgruppe zur Ergebnissicherung erstmals im 2. Halbjahr 2009 unter Betrachtung der Aufstellung für das 1. Halbjahr 2009 vorgenommen. Die Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin wurde dabei in die Allgemeine Kinderheilkunde inklusive der Neonatologie (im Folgenden Kinder Allgemein genannt) sowie die Kinderonkologie unterschieden. Des Weiteren wurde die Auswertung in die einzelnen Abteilungen und Stationen der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin differenziert. Als Gäste waren Vertreter der Institute eingeladen, über deren Laborleistung diskutiert wurde. Ziel des Dialogs war eine Analyse der Anforderungen von Laborleistungen unter Beachtung von Variablen wie z.B. steigende Fallzahlen etc. sowie deren Diskussion unter Ableitung von Handlungsänderungen mit dem Ziel einer wirtschaftlichen Optimierung unter Voranstellung medizinischer Notwendigkeiten. Diese Vorgehensweise stellt zugleich den Bezug zur Prüfung des

¹ Vgl. Schirmer: Krankenhaus Controlling, 1998, S. 179

Transparenzaspektes in These 2 sowie der These 3, dass sich mit Hilfe der klinikbezogenen berufsübergreifenden Steuerungsgruppen Ergebnissicherung erzielen lässt, und der These 4, dass durch klinikbezogene berufsübergreifende Steuerungsgruppen zur Ergebnissicherung auf Erlös- und Kostenseite ähnliche Ergebnisse erzielbar sind, dar.

Die Entwicklung der Laborleistungen wird im Folgenden anhand von 2 Beispielen exemplarisch erläutert. Die Beispiele beschränken sich dabei auf einen Mengenvergleich, da eine Punktwertänderung von 2009 auf 2010 keinen direkten Kostenvergleich erlaubt.

Am Beispiel der Diagnostischen Leistung X zeigt sich, dass die Anforderungen von 398 im 1. Halbjahr 2009 auf 321 im 1. Halbjahr 2010 gesunken sind. Dies entspricht einem Rückgang von 19,35% der Anforderungen für die Diagnostische Leistung X im Halbjahresvergleich. In Folge wären bei einem gleichbleibenden Punktwert die Kosten analog reduziert worden.

Bereich	Station/Abteilung	Leistung	Menge 1. HJ 2010	Menge 1. HJ 2009	Abwei- chung	Abwei- chung %
Kinder Allgemein	Station/Abteilung A	Diagnostische Leistung X	92	128	-36	-28,13%
Kinder Allgemein	Station/Abteilung B	Diagnostische Leistung X	70	92	-22	-23,91%
Kinderonkologie	Station/Abteilung C	Diagnostische Leistung X	68	61	7	11,48%
Kinder Allgemein	Station/Abteilung D	Diagnostische Leistung X	42	73	-31	-42,47%
Kinder Allgemein	Station/Abteilung E	Diagnostische Leistung X	10	17	-7	-41,18%
Kinderonkologie	Station/Abteilung F	Diagnostische Leistung X	9	2	7	350,00%
Kinder Allgemein	Station/Abteilung G	Diagnostische Leistung X	8	1	7	700,00%
Kinder Allgemein	Station/Abteilung H	Diagnostische Leistung X	8	7	1	14,29%
Kinder Allgemein	Station/Abteilung I	Diagnostische Leistung X	6	1	5	500,00%
Kinderonkologie	Station/Abteilung J	Diagnostische Leistung X	5	2	3	150,00%
Kinder Allgemein	Station/Abteilung K	Diagnostische Leistung X	3	13	-10	-76,92%
Kinder Allgemein	Station/Abteilung L	Diagnostische Leistung X	0	1	-1	-100,00%
		Gesamt	321	398	-77	-19,35%

Quelle: Kaufm. Controlling Uniklinik Köln

Abbildung 22: Effekte der Prozessumstellungen auf die diagnostische Leistung X im Halbjahresvergleich¹

Die tiefere Analyse zeigt, dass sich die Reduktion im Bereich Kinder Allgemein festmachen lässt. Hier wurden im Halbjahresvergleich in Summe 28,23% weniger Leistungen der Diagnostik X angefordert.

¹ Eigene Darstellung

Bereich	Station/Abteilung	Leistung	Menge 1. HJ 2010	Menge 1. HJ 2009	Abwei- chung	Abwei- chung %
Kinder Allgemein	Station/Abteilung A, B, D, E, G, H, I, K, L	Diagnostische Leistung X	239	333	-94	-28,23%
Kinderonkologie	Station/Abteilung C, F, J	Diagnostische Leistung X	82	65	17	26,15%
		Gesamt	321	398	-77	-19,35%

Abbildung 23: Differenzierte Analyse der diagnostischen Leistung X im Halbjahresvergleich¹

Mit der Betrachtung im 2. Halbjahr 2010 wurde erneut in der Steuerungsgruppe, nunmehr ohne Beteiligung der betroffenen Institute, über die Indikationsstellung für die Diagnostischen Leistung X diskutiert und für die Anforderungsgrundlage nochmals Maßgaben besprochen. Eine Analyse im Jahresvergleich 2009 zu 2010 zeigt den weiteren Verlauf im Anforderungsverhalten. Zu beachten ist dabei, dass bei einer linearen Hochrechnung der Anforderungen des 1. Halbjahr 2009 mit einer Summe von 796 Leistungen der Diagnostik X für das Jahr 2009 und bei einer linearen Hochrechnung der Anforderungen des 1. Halbjahres 2010 mit einer Summe von 642 Leistungen der Diagnostik X für das Jahr 2010 zu rechnen wäre. Die folgende Abbildung zeigt die Ergebnisse im Jahresvergleich 2009 zu 2010:

Bereich	Station/Abteilung	Leistung	Menge Jahr 2010	Menge Jahr 2009	Abwei- chung	Abwei- chung %
Kinder Allgemein	Station/Abteilung A	Diagnostische Leistung X	120	151	-31	-20,53%
Kinderonkologie	Station/Abteilung C	Diagnostische Leistung X	91	92	-1	-1,09%
Kinder Allgemein	Station/Abteilung B	Diagnostische Leistung X	82	127	45	-35,43%
Kinder Allgemein	Station/Abteilung D	Diagnostische Leistung X	52	100	-48	-48,00%
Kinderonkologie	Station/Abteilung F	Diagnostische Leistung X	20	8	12	150,00%
Kinder Allgemein	Station/Abteilung G	Diagnostische Leistung X	15	1	14	1400,00%
Kinder Allgemein	Station/Abteilung H	Diagnostische Leistung X	14	9	5	55,56%
Kinder Allgemein	Station/Abteilung E	Diagnostische Leistung X	13	25	-12	-48,00%
Kinderonkologie	Station/Abteilung J	Diagnostische Leistung X	12	5	7	140,00%
Kinder Allgemein	Station/Abteilung K	Diagnostische Leistung X	11	13	-2	-15,38%
Kinder Allgemein	Station/Abteilung I	Diagnostische Leistung X	9	2	7	350,00%
Kinder Allgemein	Station/Abteilung L	Diagnostische Leistung X	0	1	-1	-100,00%
		Gesamt	439	534	-95	-17,79%

Quelle: Kaufm. Controlling Uniklinik Köln

Abbildung 24: Effekte der Prozessumstellungen auf die diagnostische Leistung X im Jahresvergleich²

Im Jahresvergleich kann eine Reduktion der Diagnostischen Leistung X von 534 Anforderungen im Jahr 2009 auf 439 Anforderungen im Jahr 2010 festgehalten werden.

¹ Eigene Darstellung

² Eigene Darstellung

Beide Werte bleiben unter den Hochrechnungswerten. In Summe zeigt sich im Jahresvergleich ein Rückgang um rund 18% der Anforderung der Diagnostischen Leistung X. Bei gleichbleibendem Punktwert wäre eine entsprechende Kostenreduktion festzustellen.

Für die diagnostische Leistung Y wurde ebenfalls im Rahmen der Erstbesprechung im 2. Halbjahr 2009 der Beschluss einer strengeren Indikationsstellung gefasst und es war vorgesehen, diese nur noch im Einzelfall nach genauer Prüfung des Patientenfalles anzufordern. Im Halbjahresvergleich ist bei der Analyse der diagnostischen Leistung Y festzustellen, dass die Anforderungen von 375 im 1. Halbjahr 2009 auf 154 im 1. Halbjahr 2010 gesunken sind. Dies entspricht mit einer Reduktion um 221 Anforderungen im Halbjahresvergleich einem Rückgang von rund 59%.

Bereich	Station/Abteilung	Leistung	Menge 1. HJ 2010	Menge 1. HJ 2009	Abwei- chung	Abwei- chung %
Kinderonkologie	Station/Abteilung C	Diagnostische Leistung Y	51	55	-4	-7,27%
Kinder Allgemein	Station/Abteilung A	Diagnostische Leistung Y	40	123	-83	-67,48%
Kinder Allgemein	Station/Abteilung D	Diagnostische Leistung Y	20	69	-49	-71,01%
Kinder Allgemein	Station/Abteilung B	Diagnostische Leistung Y	13	88	-75	-85,23%
Kinder Allgemein	Station/Abteilung G	Diagnostische Leistung Y	9	2	7	350,00%
Kinder Allgemein	Station/Abteilung H	Diagnostische Leistung Y	8	4	4	100,00%
Kinder Allgemein	Station/Abteilung E	Diagnostische Leistung Y	6	16	-10	-62,50%
Kinder Allgemein	Station/Abteilung K	Diagnostische Leistung Y	3	12	-9	-75,00%
Kinderonkologie	Station/Abteilung J	Diagnostische Leistung Y	2	2	0	0,00%
Kinderonkologie	Station/Abteilung F	Diagnostische Leistung Y	2	2	0	0,00%
Kinder Allgemein	Station/Abteilung L	Diagnostische Leistung Y	0	1	-1	-100,00%
Kinder Allgemein	Station/Abteilung I	Diagnostische Leistung Y	0	1	-1	-100,00%
		Gesamt	154	375	-221	-58,93%

Quelle: Kaufm. Controlling Uniklinik Köln

Abbildung 25: Effekte der Prozessumstellungen auf die diagnostische Leistung Y im Halbjahresvergleich¹

Bei differenzierter Betrachtung ist festzustellen, dass die Reduktion der Anforderungen der diagnostischen Leistung Y sowohl im Bereich der Kinder Allgemein als auch im Bereich der Kinderonkologie erfolgte. Der Bereich der Kinder Allgemein zeigt dabei eine Reduktion um 68,67% und die Kinderonkologie einen Rückgang von 6,78%.

¹ Eigene Darstellung

Bereich	Station/Abteilung	Leistung	Menge 1. HJ 2010	Menge 1. HJ 2009	Abwei- chung	Abwei- chung %
Kinder Allgemein	Station/Abteilung A, B, D, E, G, H, I, K, L	Diagnostische Leistung Y	99	316	-217	-68,67%
Kinderonkologie	Station/Abteilung C, F, J	Diagnostische Leistung Y	55	59	-4	-6,78%
		Gesamt	154	375	-221	-58,93%

Abbildung 26: Differenzierte Analyse der diagnostischen Leistung Y im Halbjahresvergleich¹

Während der Betrachtung im 2. Halbjahr 2010 wurde in der Steuerungsgruppe nochmals über das Anforderungsverhalten für die diagnostischen Leistung Y diskutiert. Anhand der Ergebnisse des Halbjahresvergleiches wurde die Anforderungsgrundlage insbesondere im Bereich der Kinderonkologie nochmals auf bestimmte Patientengruppen beschränkt.

Bei einer linearen Hochrechnung der Halbjahresergebnisse wäre für das Jahr 2009 eine Gesamtzahl von 750 Anforderungen und für das Jahr 2010 eine Gesamtzahl von 308 Anforderungen der diagnostischen Leistung Y zu erwarten gewesen. Die Analyse im Jahresvergleich zeigt, dass die diagnostische Leistung Y im Jahr 2009 mit 453 Anforderungen und im Jahr 2010 mit 218 Anforderungen zu verzeichnen ist. Die tatsächlichen Jahreswerte bleiben hinter den Hochrechnungswerten zurück. Des Weiteren ist bei Differenzierung der Bereiche für die Kinder Allgemein ein Rückgang um 62,12% im Anforderungsverhalten für die diagnostische Leistung Y im Gesamtjahresvergleich festzuhalten. Die Kinderonkologie liegt mit einem Rückgang von 12,77% über dem Halbjahresergebnis. In Summe lässt sich für die Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin ein Rückgang der diagnostischen Leistung Y von rund 52% im Gesamtjahresvergleich festhalten. Eine entsprechende Senkung der Kosten wäre bei einem konstanten Punktwert zu erwarten gewesen.

Bereich	Station/Abteilung	Leistung	Menge Jahr 2010	Menge Jahr 2009	Abwei- chung	Abwei- chung %
Kinder Allgemein	Station/Abteilung A, B, D, E, G, H, I, K, L	Diagnostische Leistung Y	136	359	-223	-62,12%
Kinderonkologie	Station/Abteilung C, F, J	Diagnostische Leistung Y	82	94	-12	-12,77%
		Gesamt	218	453	-235	-51,88%

Abbildung 27: Effekte der Prozessumstellungen auf die diagnostische Leistung Y im Jahresvergleich²

¹ Eigene Darstellung

² Eigene Darstellung

Die aufgezeigte Vorgehensweise und die erzielten Ergebnisse der ILV sind – wie bereits erwähnt – mit den Thesen 2, 3 und 4 in Verbindung zu bringen. Ihre Verifizierung erfolgt in Kapitel 4.

3.3.2.2 Arzneimittel

In der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin wurde die Thematik Arzneimittel erstmals im 2. Quartal 2009 innerhalb der anfänglich noch getrennten Steuerungsgruppen der Allg. Kinderheilkunde und Neonatologie (im folgenden Kinder Allgemein genannt) sowie der Kinderonkologie besprochen. Nach Zusammenführung der Steuerungsgruppen wurden die Arzneimittel regelmäßig halbjährlich, teilweise differenziert nach den einzelnen Stationen und Bereichen unter Berücksichtigung von z.B. variierenden Fallzahlen, thematisiert. Im Folgenden werden exemplarische Beispiele über die Auswirkungen dieser Vorgehensweise aufgeführt, welche in Bezug zu den Thesen 2 bis 4 sowie deren Verifizierung in Kapitel 4 von Bedeutung ist.

In Bezug auf das Arzneimittel A wurde in der Arzneimittelkommission der Uniklinik Köln der Beschluss gefasst, dass dieses Arzneimittel möglichst durch andere, von der Arzneimittelkommission benannte Produkte zu substituieren ist. Die Grundlage für diesen Beschluss bildeten sowohl medizinische als auch wirtschaftliche Aspekte. Auf diesen Beschluss und die Substitute wurde im 1. Halbjahr des Jahres 2009 in der Steuerungsgruppe zur Ergebnissicherung der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin hingewiesen, nachdem ein Anstieg des Arzneimittels A, welches in 2 Dosierungsmengen (hier a und b genannt) eingesetzt wurde, festzustellen war. Zum Ende des Jahres 2009 war mit einer Menge von 3.130 Ampullen im Verhältnis zum Jahr 2008 mit 2.006 Ampullen ein Anstieg um 56% für das Arzneimittel A erkennbar. In Folge wurde die Thematik im 1. Quartal des Jahres 2010 erneut in der Steuerungsgruppe zur Ergebnissicherung der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin intensiv diskutiert. Zum Ende des Jahres 2010 konnte ein Einsatz von 2.514 Ampullen festgestellt werden, was einen Rückgang um rund 20% zum Vorjahr bedeutet. In Folge wären bei einem gleichbleibenden Preis die Kosten für Arzneimittel A analog reduziert worden.

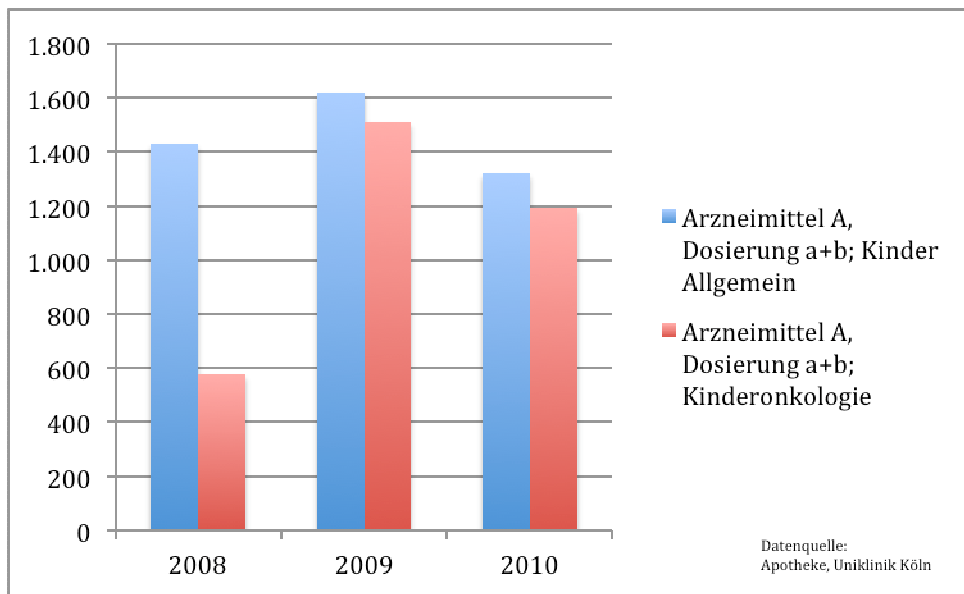


Abbildung 28: Einsatz von Arzneimittel A, Dosierung a+b¹

Die tiefere Analyse zeigt, dass der Hauptanstieg im Bereich der Kinderonkologie erfolgt ist. Hier wurden im Jahr 2008 576 Ampullen verbraucht. Im Jahr 2009 fand ein Anstieg auf 1.512 Ampullen statt, was einen nahezu dreifachen Anstieg des Arzneimittels A in der Kinderonkologie zeigt. Im Rahmen der Steuerungsgruppe konnte eruiert werden, dass die empfohlenen substitutiven Arzneimitteln bei vielen kinderonkologische Patienten nicht die gleiche Wirkung wie Arzneimittel A erzielten, so dass eine kollektive Rückkehr zu und ein verstärkter Einsatz von Arzneimittel A erfolgt ist. Nach ausführlicher Diskussion unter den Fachvertretern des Ärztlichen Dienstes sowie der Apotheke im Rahmen der Steuerungsgruppe konnte für das Jahr 2010 im Verhältnis zum Jahr 2009 durch Betrachtung der Medikation in jedem Einzelfall und Einsatz der Substitute in den indizierten Fällen ein Rückgang des Arzneimittels A in der Kinderonkologie auf 1.194 Ampullen festgestellt werden.

Im Bereich der Kinder Allgemein konnte nach einem Anstieg auf 1.618 Ampullen im Jahr 2009 zu 1.430 Ampullen im Jahr 2008 für das Jahr 2010 ein geringerer Verbrauch als im Jahr 2008 festgestellt werden. Der Verbrauch lag im Jahr 2010 bei 1.320 Ampullen und somit ca. 8% unter dem Verbrauch des Jahres 2008.

Das Arzneimittel B, welches ebenfalls mit 2 Dosierungsmengen (hier c und d genannt) eingesetzt wurde, fand ausschließlich in der Kinder Allgemein Verwendung. Mit Diskussion der Thematik Arzneimittel im 2. Quartal 2009 wurde seitens des Ärztlichen Dienstes und der Apotheke unter Voranstellung medizinischer Notwendigkeiten eine

¹ Eigene Darstellung

zentralisierte Zubereitung sowie eine Applikation an festgelegten Tagen mit dem Ziel eines geringeren Verwurfs von Restmengen und somit einer zu erwartenden Kostenreduktion vereinbart. Während im Jahr 2008 ein Verbrauch von 97 Flaschen festzustellen war, konnte am Ende des Jahres 2009 ein Rückgang um rund 55% des Arzneimittels B auf 44 Flaschen registriert werden. Zu Beginn des Jahres 2010 wurde diese Entwicklung in der Steuerungsgruppe dargestellt. Zwischen dem Ärztlichen Dienst und der Apotheke wurden weitere Potenziale bei diesem Vorgehen gesehen. Die Thematik wurde im 2. Halbjahr 2010 erneut angesprochen, da die festgelegte Vorgehensweise nicht umgesetzt wurde. Das Ergebnis des Jahres 2010 zeigt einen Anstieg auf 72 Flaschen. Im Verhältnis zum Jahr 2009 ist somit ein Anstieg des Arzneimittels B festzustellen; im Verhältnis zum Jahr 2008 besteht im Jahr 2010 eine Reduktion um rund 26%.

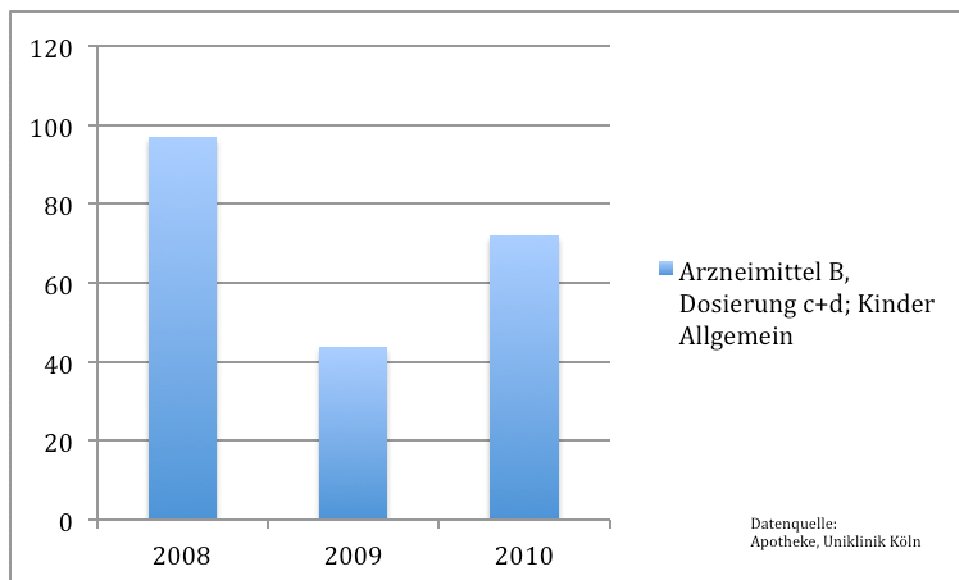


Abbildung 29: Einsatz von Arzneimittel B, Dosierung c+d¹

3.3.2.3 Medizinischer Sachbedarf

Im Laufe des Jahres 2009 wurde die Betrachtung des Medizinischen Sachbedarfs in die klinikbezogenen berufsübergreifenden Steuerungsgruppen zur Ergebnissicherung aufgenommen. Durch das Kaufmännische Controlling wurden hierbei für die Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin Verbrauchs-, Mengen- und Kostenaufstellungen über definierte Zeiträume vorgenommen. Die Aufstellungen wurden dabei differenziert nach den einzelnen Abteilungen und Stationen der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin. In der Steuerungsgruppe wurden diese Daten vorgestellt und gemeinsam Auffälligkeiten unter Berücksichtigung von Variablen wie z.B. variierende Fallzahlen,

¹ Eigene Darstellung

Infrastrukturänderungen etc. analysiert, bewertet und Überlegungen zur Optimierung vorgenommen. Diese Vorgehensweise steht in Bezug zur Untersuchung der Thesen 2, 3 und 4, deren Diskussion und Bewertung in Kapitel 4 erfolgt.

So wurde beispielsweise für ein Produkt (hier Produkt A genannt) folgende Auffälligkeit festgestellt:

Produkt	Station	01-06.2008	01-06.2009
		Menge (St.)	Menge (St.)
Produkt A	Station A	24	288
	Station B	504	360
	Station C	312	168
	Station D	48	96

Quelle: Kaufm. Controlling Uniklinik Köln

Abbildung 30: Analyse von Produkt A¹

Auf den einzelnen Stationen wurden auffällige Schwankungen in den Mengen und somit auch auf Kostenseite für Produkt A identifiziert. Bei einer isolierten Betrachtung jeder Station war diese Auffälligkeit nicht erklärbar. In der Diskussion konnte durch den Pflegedienst herausgefunden werden, dass einzelne Stationen teilweise gemeinsame Lager nutzen und die Bestellung des Produktes variierend auf die Kostenstellen der gemeinsam nutzenden Stationen erfolgte. Eine zusammenfassende Kontrollanalyse für Produkt A über alle Stationen zeigt, dass in der Gesamtsumme nahezu die gleiche Menge verzeichnet werden konnte:

Summe Produkt A		888	912
-----------------	--	-----	-----

Abbildung 31: Gesamtergebnis der Analyse von Produkt A²

Eine weitere beispielhafte Auffälligkeit zeigte sich bei Produkt B und wurde in der Steuerungsgruppe der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin zur Diskussion gestellt:

¹ Eigene Darstellung

² Eigene Darstellung

Produkt	Station	01-06.2008	01-06.2009
		Menge (St.)	Menge (St.)
Produkt B	Station B	0	1.260
	Station E	0	4.530

Quelle: Kaufm. Controlling Uniklinik Köln
 Abbildung 32: Analyse von Produkt B¹

Produkt B wurde vor dem Jahr 2009 nicht bestellt. Für das 1. Halbjahr 2009 sind hingegen hohe Mengen in Verbindung mit Kosten im fünfstelligen Bereich bei Produkt B zu verzeichnen. In der Diskussion konnte durch die seitens der Klinik teilnehmenden Personen eruiert werden, dass aus hygienischen Gründen eine Umstellung von einem Mehrwegsystem auf ein Einwegsystem stattgefunden hat und es sich bei Produkt B um ein neues Produkt im Rahmen der Umstellung handelt.

Die Analyse eines weiteren Produktes (Produkt C) zeigte eine starke Zunahme der Mengen und in Folge auch der Kosten:

Produkt	Station	01-06.2008	01-06.2009
		Menge (St.)	Menge (St.)
Produkt C	Station B	600	1.800

Quelle: Kaufm. Controlling Uniklinik Köln
 Abbildung 33: Analyse von Produkt C²

In der Diskussion im Rahmen der Steuerungsgruppe zur Ergebnissicherung wurde durch den Pflegedienst von einer verminderten Qualität des Produktes C berichtet. Das Produkt wies bei gleichbleibendem Hersteller eine kürzere Haltbarkeit auf und musste häufiger gewechselt bzw. ausgetauscht werden. In der Steuerungsgruppe wurde in Folge festgehalten, dass in Zusammenarbeit des Ärztlichen Dienstes und des Pflegedienstes Alternativen gesucht und im Anschluss mit dem Einkauf eine Umstellung des Produktes bei qualitativer und wirtschaftlicher Eignung herbeigeführt wird.

¹ Eigene Darstellung
² Eigene Darstellung

4. Diskussion

Im folgenden Kapitel werden die Methodik und die Ergebnisse der vorstehenden Kapitel aufgearbeitet und vor dem literarischen Hintergrund eingeordnet. Mit der Diskussion erfolgen zugleich eine Würdigung der in Kapitel 1 aufgestellten Thesen sowie die Beurteilung ihrer Gültigkeit. Das Kapitel findet seinen Abschluss mit einem Ausblick.

4.1 Methodik und beteiligte Berufsgruppen

Vor dem Hintergrund der Entwicklung im Gesundheitswesen und dem zunehmenden wirtschaftlichen Druck sind – wie die Literaturmeinung in Kapitel 1 widerspiegelt – die vorherrschenden Organisationsformen im Krankenhaus in ihrer Strukturform zu überdenken. In den letzten Jahren, insbesondere jedoch seit der Einführung der DRGs, haben neben den per Definition in Kapitel 2.1.2.1 genannten Aufgaben von Ärzten verschiedene weitere Einflussgrößen erheblich an Bedeutung im Arztberuf zugenommen. Nach Oberlander lassen sich hier benennen:

- „Zunahme der Bürokratie und Verwaltungsaufgaben;
- verändertes Patientenverhalten (Wandel in der Arzt-Patienten-Beziehung);
- Verrechtlichung der Medizin;
- zunehmende Kommerzialisierung und Ökonomisierung;
- finanzieller Rahmen, Kostendämpfung, Budgetierung;
- Einflussnahme des Staates durch neue Gesetze.“¹

Diese Auflistung trifft gemäß einschlägiger Literatur weitestgehend auch auf den Pflegedienst zu. Die meisten Ärzte und Pflegekräfte erfahren während ihrer Ausbildung keine entsprechende Qualifikation in diesen Bereichen², die jedoch heutzutage entscheidende Größen im klinischen Alltag und für das Bestehen des Krankenhauses im Wettbewerb darstellen. Je höher der Arzt und auch die Pflegekraft in der Hierarchie stehen, umso mehr werden von ihm bzw. ihr die qualifizierte Beschäftigung mit und die Berücksichtigung dieser Aspekte erwartet.

Um der Problematik der erweiterten Aufgaben, des wirtschaftlichen Drucks und des Bestehens im Wettbewerb begegnen zu können, finden sich nach Raphael et al. Lösungsansätze „(...) in der interdisziplinären Zusammenarbeit im Krankenhaus und einer

¹ Oberlander: Berufsbild und Autonomie von Ärztinnen und Ärzten, 2008, S. 11

² Vgl. Klemperer: Vom Paternalismus zur Partnerschaft: Der Arztberuf im Wandel, in: Professionalisierung im Gesundheitswesen (Pundt (Hrsg.)), 2006, S. 74

entsprechenden Unterstützung des Experten „Arzt“ (...)“¹ sowie durch eine „(...) entsprechende Entwicklung und Umstrukturierung hin zu einer prozessorientierten Denkweise“². Darüber hinaus lässt sich nach Schirmer die Kostenoptimierung nur erzielen, wenn eine Verbesserung der Prozessabläufe und ihrer Lenkung als operative Managementaufgabe aufgefasst werde.³ Weitere gleichartige Literaturmeinungen der Notwendigkeit Betriebsabläufe zu verzahnen⁴ und „(...) zunehmend dezentrale, auf bereichsübergreifende Zusammenarbeit setzende Organisationsstrukturen“⁵ umzusetzen, wurden bereits in Kapitel 1 aufgeführt.

Den in der Literatur genannten Empfehlungen eines interdisziplinären, bereichsübergreifenden Ansatzes folgt die Einrichtung der klinikbezogenen Steuerungsgruppe zur Ergebnissicherung in der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin durch die interdisziplinäre und berufsübergreifende Zusammensetzung der Teilnehmer aus den in Kapitel 2.1 beschriebenen Berufsgruppen. Gleichmaßen wurde durch das in Kapitel 2.2 aufgezeigte Vorgehen ein operativer, dezentraler Managementansatz gewählt, welcher eine prozessorientierte Denkweise mit dem Ziel der Ergebnisoptimierung forcierte. Zu betonen ist, dass bei den klinikbezogenen Steuerungsgruppen zur Ergebnissicherung stets die medizinischen Notwendigkeiten im Vordergrund standen. Diese der Literaturempfehlung folgende Vorgehensweise spricht deutlich für die Gültigkeit von These 1, dass mit der Einrichtung von klinikbezogenen berufsübergreifenden Steuerungsgruppen die in der Literatur empfohlene dezentrale, bereichs- und berufsübergreifende Organisationsstruktur erzielt werden kann.

Die beschriebenen Formen der funktionalen und divisionalen Organisation weisen jedoch zumeist „(...) eine hohe Trägheit bei der Realisierung von Veränderung und Durchführung von Veränderungsprozessen auf“⁶. Das Beschreiten neuer Wege stößt tendenziell zunächst auf Ablehnung. Ergänzend besteht die Gefahr der in der Organisationspsychologie bekannten Zyklen von Veränderungsprozessen, die zunächst „(...) Aufschwung, euphorischer Start, Inangriffnahme, dann aber: Frustration, Gegenbewegung, Zielreduktion, Enttäuschung – im schlechten Fall: „Ausbremsung“ (...),

¹ Raphael et al.: Berufsbild Arzt – vom Traumjob zum Jobtrauma?, in: Krankenhausmanagement mit Zukunft (Goldschmidt, Hilbert (Hrsg.)), 2011, S. 192

² Raphael et al.: Berufsbild Arzt – vom Traumjob zum Jobtrauma?, in: Krankenhausmanagement mit Zukunft (Goldschmidt, Hilbert (Hrsg.)), 2011, S. 191

³ Vgl. Schirmer: Krankenhaus Controlling, 1998, S. 85

⁴ Vgl. Buchstor: Patientenorientierung in der Pflege, in: Debatin et. al.: Krankenhausmanagement, 2010, S. 189

⁵ Salfeld et.al.: Modernes Krankenhausmanagement, 2009, S. 28

⁶ Raphael et al.: Berufsbild Arzt – vom Traumjob zum Jobtrauma?, in: Krankenhausmanagement mit Zukunft (Goldschmidt, Hilbert (Hrsg.)), 2011, S. 191

im besseren Fall: Revision und Akzeptanz von Teil- oder minimierten Zielsetzungen“¹ mit sich bringen können. Aus organisationspsychologischer Sicht empfiehlt sich daher „(...) Veränderungen vor allem als Lernvorgänge in und bei Organisationen und Individuen anzulegen (...)“².

Die in der Literatur beschriebene Gefahr einer Ablehnung von neuen Wegen lag zunächst auch bei den Steuerungsgruppen zur Ergebnissicherung vor. Um die Steuerungsgruppen ins Leben zu rufen, war daher für die Teilnahme an der 1. Sitzung die Anordnung des Vorstands notwendig. Der in Kapitel 2.2.2 beschriebene Kreislauf und die erläuterte Interaktion der Teilnehmer zeigen aber, dass der Gefahr der negativen Zyklen von Veränderungsprozessen begegnet werden konnte. Die notwendigen Lernvorgänge konnten durch die umschriebene Vorgehensweise erfolgen. Anpassungen wurden umgehend in der Steuerungsgruppe oder durch den Lenkungsreis vorgenommen. Die Teilnehmer erkannten die Vorzüge der klinikbezogenen berufsübergreifenden Steuerungsgruppen zur Ergebnissicherung durch die erreichten, messbaren Ergebnisse und begrüßten die entstandene Transparenz. Auch diese Feststellungen sprechen für eine Bestätigung von These 1, dass mit der Einrichtung von klinikbezogenen berufsübergreifenden Steuerungsgruppen die in der Literatur empfohlene dezentrale, bereichs- und berufsübergreifende Organisationsstruktur erzielt werden kann. Zugleich findet sich aufgrund der geschaffenen Strukturen, der damit verbundenen Lernvorgänge und der Abwendung der Gefahr einer möglichen Negativ-Wirkung von Veränderungsprozessen ein Hinweis auf die Gültigkeit von These 2, dass die klinikbezogenen berufsübergreifenden Steuerungsgruppen zur Ergebnissicherung Transparenz ermöglichen und aus den relevanten am Prozess beteiligten Berufsgruppen zusammengesetzt sind.

Die in den Vordergrund gerückten Verwaltungs- und Dokumentationsaufgaben für Ärzte und Pflegekräfte sowie die Berücksichtigung von ökonomischen Gesichtspunkten bei der Wahrnehmung medizinischer Aufgaben wurden durch die Aufbereitung und Kommunikation transparenter Daten und Informationen für die Steuerungsgruppe sowie durch die Erläuterung und Diskussion mit den verantwortlichen Berufsgruppen erleichtert. Der Aspekt der Transparenz in These 2 findet sich hierdurch bestätigt. Die Zielsetzung der Steuerungsgruppe fokussierte sich zwar nicht ausschließlich auf die Unterstützung des Ärztlichen und Pflegerischen Dienstes, sondern war auf die gesamte

¹ Schmid: Wie nehmen wir die Menschen bei der Veränderung von Prozessen im Krankenhaus mit?, in: Krankenhausmanagement mit Zukunft (Goldschmidt, Hilbert (Hrsg.)), 2011, S. 156

² Schmid: Wie nehmen wir die Menschen bei der Veränderung von Prozessen im Krankenhaus mit?, in: Krankenhausmanagement mit Zukunft (Goldschmidt, Hilbert (Hrsg.)), 2011, S. 157

Ergebnissituation der Klinik ausgerichtet. Die Vertreter der Ärzteschaft hatten hierbei jedoch eine Schlüsselfunktion, da über sie die Klinik gelenkt und die meisten Entscheidungen bzgl. der besprochenen Themen getroffen wurden sowie die Umsetzung der Entscheidungen von ihrer Unterstützung maßgeblich abhängig war. Letzteres zeigte sich umso einfacher, je hierarchisch höher der oder die ärztlichen Vertreter der Klinik waren. Die Einbeziehung des Ärztlichen Dienstes in die klinikbezogenen berufsübergreifenden Steuerungsgruppen zur Ergebnissicherung als eine relevante am Prozess beteiligte Berufsgruppe liefert somit einen weiteren Anhaltspunkt für die Gültigkeit von These 2.

Daneben steht der häufiger in der Literatur zu findende Hinweis, dass eine Einbindung leitender Pflegekräfte trotz vorhandener Fähigkeiten bei Managemententscheidungen bisher häufig fehlt; empfohlen wird hingegen eine ganzheitliche und verantwortliche Integration¹. Entsprechend dieser Empfehlung wurde der Pflegedienst in die Steuerungsgruppe zur Ergebnissicherung eingebunden. Wertvolle Beiträge konnten nach Erweiterung der Themenbereiche der Steuerungsgruppe dort geleistet werden, wo der Pflegedienst eine starke Steuerung ausüben kann. Hierzu gehören beispielsweise der Medizinische Sachbedarf, Arzneimittel, Interne Leistungsverrechnung etc. In Folge ist der Schluss, dass der Pflegedienst eine relevante am Prozess beteiligte Berufsgruppe darstellt, zum Beweis von These 2 zulässig.

Die Einbeziehung der Medical Coder in die klinikbezogene Steuerungsgruppe zur Ergebnissicherung ist vor dem Hintergrund zu befürworten, dass durch sie „(...) die Ärzte und Pflegekräfte (...) ein Stück weit von administrativen Tätigkeiten entlastet“² werden. Die Tätigkeit der Medical Coder in der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin ist von entscheidender Bedeutung für das wirtschaftliche Bestehen der Klinik durch die Schaffung der Voraussetzungen zur Abrechnung aufgrund einer Prüfung der Dokumentation sowie einer vollständigen und korrekten Kodierung. Aufgrund der Aktenlage ist für die Medical Coder zudem ersichtlich, ob eine Optimierung des Verweildauermanagements für bestimmte Fallgruppen oder auch insgesamt anzuraten ist. Des Weiteren werden durch die Medical Coder insbesondere ZEs (Zusatzentgelte) für ZE-auslösende Medikamente, Blutprodukte und Sachmittel, Entgelte für NUBs (Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden), DRG-Gruppierungsänderungen aufgrund

¹ Vgl. Thiex-Kreye, Klug: Förderung der interprofessionellen und interdisziplinären Zusammenarbeit, in: Goldschmidt, Hilbert (Hrsg.): Krankenhausmanagement mit Zukunft, 2011, S. 230

² Waldmann: Medizinisches Controlling, in: Debatin et. al.: Krankenhausmanagement, MWV, 2010, S. 320

bestimmter Anzahl an Beatmungsstunden etc. identifiziert und berücksichtigt. Die Abdeckung dieser Aufgabenbereiche durch die Medical Coder spricht erneut für eine Bestätigung von These 2, dass hiermit eine relevante am Prozess beteiligte Berufsgruppe in die klinikbezogenen berufsübergreifende Steuerungsgruppe zur Ergebnissicherung integriert wurde. Im Rahmen der Steuerungsgruppe wurden die genannten Aspekte regelmäßig besprochen. Ein besonderes Augenmerk wurde auf Dokumentationsmängel und besondere Einzelfälle gerichtet. Eine regelmäßige Schulung in Bezug auf die Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin ist aufgrund der jährlichen Weiterentwicklung des DRG-Systems dabei unerlässlich und wurde durch die Leitung der Medical Coder bzw. durch das Medizincontrolling gewährleistet. Letztere Aspekte verweisen auf eine Bestätigung des Transparenzaspektes in These 2.

Die Beteiligung des Case Managements an der Steuerungsgruppe zur Ergebnissicherung empfiehlt sich vor dem Hintergrund, dass das Case Management im Krankenhaus im Wesentlichen zum Ziel hat, „(...) die Verweildauer und die Kosten zu verringern, die Patientenzufriedenheit zu erhöhen und gleichzeitig die Qualität zu sichern.“¹ Unter Berücksichtigung der Kenntnisse zur Erkrankung und sozialem Hintergrund sowie Versicherungsstatus, die der Case Manager über die einzelnen Patienten hat, wird in der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin der Aufenthalt im Krankenhaus durch den Case Manager organisiert. Beispielsweise gehören hierzu die Vergabe eines Zimmers bzw. Bettes, die Terminierung notwendiger Diagnostiken, die Vorbereitung der Entlassung und ggf. die Hinzuziehung des Sozialdienstes. Von Relevanz für die Wirtschaftlichkeit der Klinik und somit die Steuerungsgruppe zur Ergebnissicherung war in Folge die Tätigkeit des Case Managers im stationären Verweildauermanagement, jedoch auch in weiteren Themenbereichen wie z.B. der internen Leistungsverrechnung, der Eingabe der Aufnahmediagnose, Prozessabläufe etc. Die Case Manager sind somit unter Würdigung von These 2 als eine relevante am Prozess beteiligte Berufsgruppe der klinikbezogenen berufsübergreifenden Steuerungsgruppen zur Ergebnissicherung zu betrachten.

Die Beteiligung der themenbezogenen Berufsgruppen war insbesondere vor dem Hintergrund der Datenkenntnis und –aufbereitung sowie operativer und strategischer Ableitungen aufgrund klinikübergreifender Kenntnisse entscheidend. Für das Kaufmännische Controlling geht es laut Franke speziell im Krankenhaus „(...) um den Aufbau, die Überprüfung und die kontinuierliche Weiterentwicklung von Abrechnungs- und Kodiersystemen. Dadurch werden Abrechnungsfehler vermieden, möglichst alle

¹ Franke: Krankenhaus-Management im Umbruch, 2007, S. 165

versteckten Leistungen auch tatsächlich abgerechnet, der Aufbau von verbesserten Prozessen unterstützt und damit letztlich Ärzte und Pflegekräfte entlastet.“¹ Die Steuerungsgruppe zur Ergebnissicherung bot für das kaufmännische Controlling eine ideale Plattform zur Prüfung, Diskussion und Optimierung dieser Punkte in der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin. Ihre Beteiligung spricht somit für eine Bestätigung von These 2.

Der gleiche Schluss lässt sich für das Medizincontrolling ableiten. Das in Kapitel 2.1.3.2 genannte Berichtswesen, welches eine Hauptaufgabe des Medizincontrollings darstellt, wurde dem Klinikdirektor regelmäßig zur Verfügung gestellt und in ausgewählten Teilbereichen in den Sitzungen der Steuerungsgruppe zur Ergebnissicherung diskutiert. Während für das kaufmännische Controlling hierbei der Fokus auf wirtschaftlichen Daten lag, wurden durch das Medizincontrolling vorwiegend die Berichte zum Verweildauermanagement unter Berücksichtigung der Grenzverweildauerthematik vorbereitet und in den Sitzungen mit Hinweisen auf Optimierungspotential veranschaulicht. Des Weiteren wurden Dokumentationsmängel und Kodierverhalten - teilweise allgemein, teilweise am Einzelfall – mit Unterstützung des Medizincontrollings besprochen und Ratschläge zur Verbesserung gegeben. Hier flossen auch Hinweise aufgrund von Reklamationen des MDK ein. Ebenfalls thematisiert wurden mit Hilfe des Medizincontrollings die Kodierbarkeit von Zusatzentgelten (z.B. für spezifische Medikamente), die Identifikation von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUBs) und die Möglichkeit zur Kodierung und Abrechnung von Komplexbehandlungen. Die im späteren Verlauf der Steuerungsgruppe zur Ergebnissicherung eingeführte Interne Leistungsverrechnung konnte ebenfalls mit Unterstützung der Medizincontroller analysiert und von Arzt (Medizincontroller) zu Arzt (Klinikdirektor und Oberärzte) inhaltlich diskutiert werden. Die hier aufgeführte Vorgehensweise der Aufarbeitung, Vorstellung und Diskussion der Daten liefert einen weiteren Hinweis für die Bestätigung des Transparenzaspektes in These 2. Ebenfalls kann aufgrund der durch das Medizincontrolling begleiteten Themen die Schlussfolgerung einer nach These 2 relevanten am Prozess beteiligten Berufsgruppe der klinikbezogenen berufsübergreifenden Steuerungsgruppen zur Ergebnissicherung gezogen werden.

Als Besonderheit im Verhältnis zur den genannten Aufgaben des Medizincontrollings ist hier zu beachten, dass zu Beginn der Steuerungsgruppe zur Ergebnissicherung die Leitung der Medical Coder einige Aufgaben des Medizincontrollings wie z.B. Schulungen bei Änderungen in der DRG-Systematik oder Hinweise auf Kodieroptimierungen leisten

¹ Franke: Krankenhaus-Management im Umbruch, 2007, S. 47f.

konnte. Nach Ausscheiden der Leitung der Medical Coder aus der Uniklinik Köln wurde diese Funktion durch einen Medizincontroller übernommen und die Abteilung in das Forderungsmanagement unter seiner Leitung überführt. Insofern konnten hier einige klassische Aufgaben des Medizincontrollings durch die Besonderheit der ausübenden Personen anderweitig begleitet werden.

Die Beteiligung der Apotheke an den klinikbezogenen berufsübergreifenden Steuerungsgruppen zur Ergebnissicherung war insbesondere vor dem in Kapitel 2.1.3.3 zitierten Hinweis der Beratung des Personals im Hinblick auf zweckmäßige und wirtschaftliche Therapien von großer Bedeutung. Mit Hilfe der Steuerungsgruppen wurde es möglich, eine regelmäßige Diskussion zwischen Apotheke, Ärztlichem Dienst und Pflegedienst zu führen, die aufgrund der Transparenz der Daten und des direkten inhaltlichen Austauschs rasch eine hohe Akzeptanz erreichte. Auch die Beteiligung der Medical Coder, des kaufmännischen Controllings und des Medizincontrollings bei dieser Thematik war u.a. in Bezug auf die Abrechnung von Zusatzentgelten für bestimmte Arzneimittel von Vorteil. Dieser Ansatz spricht erneut für eine Gültigkeit der Transparenzannahme in These 2 sowie für die Apotheke als eine relevante am Prozess beteiligte Berufsgruppe der klinikbezogenen berufsübergreifenden Steuerungsgruppen zur Ergebnissicherung.

Ähnliche Schlussfolgerungen lassen sich auf die übrigen beteiligten themenbezogenen Berufsgruppen übertragen.

4.2 Ergebnisse

Gemäß § 301 SGB V sind Krankenhäuser u.a. zur Meldung der Aufnahmediagnose bei Krankenhausbehandlungen an die Krankenkassen verpflichtet.¹ Diese sollte nach § 4 Abs. 1 der Datenübermittlungs-Vereinbarung spätestens 3 Arbeitstage nach Aufnahme des Versicherten mitgeteilt werden.² Im Anschluss übermittelt „Die Krankenkasse oder die von der Krankenkasse benannte Stelle (...) den Kostenübernahmesatz spätestens 3 Arbeitstage nach Eingang des Aufnahmesatzes (...)“³. Dies bedeutet, dass je später die Aufnahmediagnose gemeldet wird, umso später erfolgt die Kostenübernahmeerklärung - oder auch die Ablehnung - der Krankenkasse. Eine lange Eingabezeit stellt somit ein liquiditätsrelevantes Risiko dar.

¹ Vgl. § 301 Abs. 1 Sozialgesetzbuch V (SGB V)

² Vgl. § 4 Abs. 1 Vereinbarung gemäß § 301 Abs. 3 SGB V über das Verfahren zur Abrechnung und Übermittlung der Daten nach § 301 Abs. 1 SGB V (Datenübermittlungs-Vereinbarung)

³ § 4 Abs. 2 Vereinbarung gemäß § 301 Abs. 3 SGB V über das Verfahren zur Abrechnung und Übermittlung der Daten nach § 301 Abs. 1 SGB V (Datenübermittlungs-Vereinbarung)

Im Jahr 2010 kam neben der Einhaltung der Datenübermittlungs-Vereinbarung noch ein weiterer liquiditätsrelevanter Aspekt für die Uniklinik Köln hinzu. Nach § 39 Abs. 4 SGB V müssen über achtzehnjährige Versicherte „(...) vom Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung an innerhalb eines Kalenderjahres für längstens 28 Tage den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag je Kalendertag (...)“¹ zuzahlen. Mit Inkrafttreten der Gesetzesnovelle der Bundesregierung zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz – KHRG) wurde unter Berücksichtigung einer Übergangsfrist zum 01.01.2010 das Einziehen der Krankenzuzahlungen nach § 39 Abs. 4 SGB V auf die Krankenhäuser übertragen. Gemäß § 43b SGB V wird die einbehaltene Zuzahlung im Rahmen der Abrechnung mit dem Vergütungsanspruch gegenüber der Krankenkasse verrechnet.² Um jedoch den Betrag, welcher durch den Versicherten zugezahlt werden muss, ermitteln zu können, ist eine frühzeitige Kostenübernahmeerklärung durch die Krankenkasse unter Mitteilung der zu leistenden Zuzahlung entscheidend. Nur die Krankenkasse verfügt über die Information, ob oder inwieweit die 28 Tage bereits erreicht wurden bzw. eine Zuzahlungsbefreiung für den Versicherten existiert.

Vor diesem Hintergrund wurde die Eingabezeit der Aufnahmediagnose in Steuerungsgruppe zur Ergebnissicherung in der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin analysiert und Maßnahmen zur Verbesserung eingeleitet und umgesetzt. Im Ergebnis konnte die Eingabezeit der Aufnahmediagnose deutlich verbessert werden. Zum einen wurde durch die Erläuterung in der Steuerungsgruppe allen beteiligten Berufsgruppen die gesetzliche Grundlage und die Zuzahlungsproblematik unter Auswirkung auf die Liquidität für die Uniklinik Köln verdeutlicht. Zum anderen konnte durch die regelmäßige Diskussion der jeweils aktuellen Zeiteingaben die Verantwortlichen identifiziert und zur Verbesserung angehalten werden. Beide Aspekte, welche aufgrund der klinikbezogenen berufsübergreifenden Steuerungsgruppen zur Ergebnissicherung ermöglicht wurden, sprechen für die Erzielung von Transparenz nach These 2.

Bei letzterem zeigten sich zunächst dennoch Grenzen, da die Eingabe der Aufnahmediagnose durch den Ärztlichen Dienst vorgesehen war. Aufgrund des klinischen Alltags konnten die vorgesehenen Eingabezeiten in der Allgemeinen Kinderheilkunde und der Neonatologie jedoch nicht regelmäßig eingehalten werden. Insofern wurde in einem zweiten Schritt diese Aufgabe an den Medical Coder der Allgemeinen Kinderheilkunde und letztlich in einem dritten Schritt an den Medical Coder der Neonatologie – jeweils

¹ § 39 Abs. 4 SGB V

² Vgl. § 43b SGB V

unter inhaltlicher Anweisung durch den Ärztlichen Dienst – übertragen. Lediglich in der Kinderonkologie wurde das ursprüngliche Verfahren auf Wunsch der Mediziner beibehalten.

An diesem Beispiel bewährt sich somit die in Kapitel 4.1 zitierte Literaturmeinung, dass Ärzte und Pflegekräfte durch die Medical Coder von administrativen Tätigkeiten entlastet werden können¹, und zugleich liefert dies einen weiteren Hinweis auf eine nach These 2 relevante am Prozess beteiligte Berufsgruppe der klinikbezogenen berufsübergreifenden Steuerungsgruppen zur Ergebnissicherung.

Die Eingabezeiten der Aufnahmediagnose in der Allgemeinen Kinderheilkunde entsprachen nach Übertragung vom Ärztlichen Dienst auf den Medical Coder dem gewünschten Zeitrahmen. Eine besonders drastische Senkung der Eingabezeiten in den definierten Bereich konnte in der Neonatologie nach Übertragung auf den Medical Coder verzeichnet werden. Als Resultat dieser Vorgehensweise lässt sich somit feststellen, dass mit Hilfe der Diskussion in der berufsübergreifenden Steuerungsgruppe zur Ergebnissicherung für die Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin eine deutliche Verbesserung des Prozesses und daraus resultierend des Ergebnisses zur Eingabezeit der Aufnahmediagnose erzielt werden konnte. Dieser Erfolg spricht für die Gültigkeit von These 3, dass mit Hilfe der klinikbezogenen berufsübergreifenden Steuerungsgruppen Ergebnissicherung erzielt werden kann. Zugleich kann in Bezug auf These 4, dass durch klinikbezogenen berufsübergreifende Steuerungsgruppen zur Ergebnissicherung auf Erlös- und Kostenseite ähnliche Ergebnisse erzielbar sind, bereits ein positiver Hinweis auf den Aspekt der Erlösseite gefunden werden.

Das Verweildauermanagement hat zum Ziel die Verweildauer „(...) für alle Patienten so kurz wie medizinisch vertretbar und ökonomisch sinnvoll zu gestalten“². Ökonomisch sinnvoll ist „(...) eine Verkürzung nur solange, wie die zusätzlichen Kosten ausgelöst durch eine Verdichtung der Leistungen geringer sind, als die Einsparungen durch die Verweildauerverkürzung und die zusätzlichen Gewinne durch die Behandlung eines zusätzlichen Falles“³. Des Weiteren ist in § 1 Abs. 2 der Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (KFPV) festgelegt: „Ist die Verweildauer von nicht verlegten Patienten kürzer als die untere Grenzverweildauer (...), ist für den dafür im

¹ Vgl. Waldmann: Medizinisches Controlling, in: Debatin et. al.: Krankenhausmanagement, MWV, 2010, S. 320

² Freytag: Eine Systematik der Erträge des Krankenhauses, in: Debatin et. al.: Krankenhausmanagement, 2010, S. 216

³ Freytag: Eine Systematik der Erträge des Krankenhauses, in: Debatin et. al.: Krankenhausmanagement, 2010, S. 216

Fallpauschalen-Katalog ausgewiesenen Tag und jeden weiteren, nicht erbrachten Belegungstag ein Abschlag von der Fallpauschale vorzunehmen; dieser wird ermittelt, indem die für diesen Fall im Fallpauschalen-Katalog ausgewiesene Bewertungsrelation mit dem Basisfallwert multipliziert wird.“¹ Der Aufenthalt des Patienten ist in Folge unter Priorität der medizinischen Notwendigkeit und einer leitliniengerechten Anpassung möglichst so zu planen, dass die untere Grenzverweildauer zur Vermeidung von Abschlägen mindestens erreicht, die mittlere Verweildauer jedoch nicht überschritten wird und Opportunitätskosten vermieden werden. Die mittlere Verweildauer (Break-Even-Point) entspricht dabei kalkulatorisch den mittleren Fallkosten der Katalogverweildauer, deren Überschreitung tendenziell ein ökonomisch ungünstiges Verhältnis zwischen Erlösen und Kosten erwarten lässt.² Diese Aspekte des Verweildauermanagements sind grundsätzlich unter dem Vorrang der medizinischen Gegebenheiten und den Empfehlungen der Fachgesellschaften zu betrachten.

Von entscheidender Bedeutung für ein erfolgreiches Verweildauermanagement ist in Bezug auf die genannten Punkte eine enge Begleitung durch ein direktes Interaktionsmodell, „(...) das den Arzt in dieser Frage täglich berät und Hilfestellungen liefert“³. Laut Rong erfolgt dies im Idealfall durch eine „(...) stationsnahe Verweildauerberatung von Ärzten und Pflegenden“⁴, welche durch das Case Management geleistet werden kann. Diese Aspekte deuten erneut auf die Gültigkeit von These 2, dass mit dem Case Management eine relevante am Prozess beteiligte Berufsgruppe in die klinikbezogenen berufsübergreifenden Steuerungsgruppen zur Ergebnissicherung integriert wurde.

An der Uniklinik Köln wurde zur Verweildauerberatung der sogenannte Reportgenerator eingeführt, welcher täglich durch das Case Management aus dem klinischen Arbeitsplatzsystem ausgewertet wird und tagesaktuell den Verweildauerstatus des jeweiligen Patienten in Abhängigkeit seiner DRG aufzeigt. Für die sinnvolle Nutzung dieses Instrumentes sind verschiedene Faktoren entscheidend. Zum einen kann sich die bei Aufnahme des Patienten im System hinterlegte Aufnahmediagnose durch den Behandlungsverlauf ändern und somit für den Patienten zu einer anderen DRG (in Folge

¹ § 1 Abs. 2 der Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (KFPV)

² Vgl. Thiex-Kreye: Leistungssteuerung auf Basis der Leistungsplanung im DRG-System, in: Goldschmidt et. al.: Praxishandbuch Medizincontrolling, 2005, S. 129

³ Rapp: Praxiswissen DRG, Kohlhammer, 2010, S. 113

⁴ Rong: Verweildauerorientiertes Case Management als Schlüssel zur Verweildaueroptimierung, in: Debatin et. al.: Krankenhausmanagement, 2010, S. 370

zu einer veränderten optimalen Verweildauer) führen¹. Voraussetzung ist daher eine regelmäßige Pflege des Systems während des Behandlungsverlaufes des Patienten. Zum anderen ist eine tägliche Kommunikation des Verweildauerstatus eines jeden Patienten im Rahmen von Visiten oder Klinikbesprechungen zwischen Case Management, Ärztlichem Dienst und Pflegedienst von entscheidender Bedeutung².

Im Rahmen der berufsübergreifenden Steuerungsgruppen zur Ergebnissicherung an der Uniklinik Köln, so auch in der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, konnte festgestellt werden, dass keine tägliche Anwendung des Reportgenerators bzw. keine regelmäßige Kommunikation des Verweildauerstatus jedes Patienten zwischen Case Management, Ärztlichem Dienst und Pflegedienst erfolgte. Zugleich zeigten die ersten Analysen zum Verweildauermanagement für das Jahr 2008 und fortlaufend im Jahr 2009 einen erhöhten Handlungsbedarf. In Folge wurde für die Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin im Rahmen der Steuerungsgruppe zur Ergebnissicherung eine regelmäßige Anwendung des Reportgenerators besprochen und vereinbart. Darüber hinaus wurden im Rahmen der Steuerungsgruppe zur Ergebnissicherung DRGs identifiziert, die gemäß den medizinischen Gegebenheiten und unter Reflexion der Empfehlungen der Fachgesellschaften ein Optimierungspotenzial der Verweildauer aufwiesen. In Konsequenz dieser Feststellung wurden Prozessoptimierungen bei den auffälligen DRGs in Abwägung der medizinischen Vertretbarkeit und ökonomischen Sinnhaftigkeit diskutiert³. Schlussfolgernd bedeutet dies, dass ohne die berufsübergreifende Steuerungsgruppe zur Ergebnissicherung in der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin keine Aufdeckung dieses Potenzials erfolgt wäre. Im Umkehrschluss lässt sich somit ein weiterer Hinweis für den Beweis des Transparenzaspektes in These 2 ableiten.

Die Ergebnisse dieser Umstellungen zeigt die in Kapitel 3.2.1.2 beispielhafte Darstellung für die Kurzlieger im Bereich der Allgemeinen Kinderheilkunde. Durch die Interaktion innerhalb der Steuerungsgruppe zur Ergebnissicherung, die Reflexion des medizinischen Handelns gegen die aktuellen Leitlinien und die aufgezeigten Umstellungen konnte der Anteil der Kurzliegerfälle an der Gesamtfallzahl von über 30% in den Jahren 2008 und 2009 auf 24,14% im Jahr 2010 gesenkt werden.

¹ Vgl. Waldmann: Medizinisches Controlling, in: Debatin et. al.: Krankenhausmanagement, 2010, S. 321

² Vgl. Rapp: Praxiswissen DRG, Kohlhammer, 2010, S. 113

³ Vgl. Freytag: Eine Systematik der Erträge des Krankenhauses, in: Debatin et. al.: Krankenhausmanagement, 2010, S. 216

Deutlicher als der Bezug zur Fallzahl war jedoch die ökonomische Auswirkung. Insbesondere anhand der 7 identifizierten DRGs, die den größten Anteil an den Kurzliegerfällen ausmachten, ließ sich der finanzielle Erfolg messen. Für diese 7 DRGs wurde durch die Prozessoptimierung eine Reduktion der Kurzlieger-Abschläge um über 50% der Bewertungsrelationen vom Jahr 2009 (74,784) auf das Jahr 2010 (36,439) erzielt. Bei einer Multiplikation der Bewertungsrelationen mit dem Basisfallwert ergab sich in Folge eine deutlich geringere Abschlagssumme und somit eine Erlössteigerung im Jahr 2010. Dieses Ergebnis spricht deutlich für eine Bestätigung von These 3, dass sich mit Hilfe der klinikbezogenen berufsübergreifenden Steuerungsgruppen Ergebnissicherung erzielen lässt. Des Weiteren lässt sich hieraus ein markanter Anhaltspunkt bzgl. der Erlösseite in These 4 ableiten.

Zur Erreichung des Ziels der Senkung der Abrechnungsrückstände zur Verbesserung der Liquidität der Uniklinik Köln wurde die wöchentlich durch den Geschäftsbereich 1 erstellte Übersicht der Abrechnungsrückstände - bis auf eine Ausnahme - in jeder Sitzung der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin thematisiert und Verbesserungsmaßnahmen berufsübergreifend besprochen. Die regelmäßige Kommunikation und Diskussion der Statistik spricht erneut für den Beweis des Transparenzaspektes in These 2. Hierbei zeigte sich, dass die Fälle differenziert werden mussten in

- a) Fälle, deren Freigabe zur Abrechnung durch die Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin direkt beeinflusst werden konnte und
- b) Fälle, bei denen die Verbesserungsmaßnahmen durch äußere Umstände nicht oder nur bedingt durch die Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin zu beeinflussen waren.

Bei den unter a) genannten Fällen konnten Verbesserungsmaßnahmen direkt innerhalb der Steuerungsgruppe z.B. durch Betrachtung der Einzelfälle, stationsbezogene Auswertungen, Identifizierung der Verantwortlichen etc. besprochen und festgelegt werden. Auch gab es teilweise eine unterschiedliche Wahrnehmung zwischen den in der Statistik aufgeführten Fällen und den tatsächlich in der Klinik noch offenen Abrechnungsfällen. Diese konnten größtenteils direkt geklärt oder auf unterschiedliche Abfragemodi im klinischen Arbeitsplatzsystem zurückgeführt werden. Der Vorschlag, dass bei Einloggen im klinischen Arbeitsplatzsystem automatisch eine Übersicht der noch zur

Abrechnung freizugebenden Fälle bei den verantwortlichen Personen erscheint, konnte nach Diskussion mit der IT systemseitig nicht umgesetzt werden.

Bei den unter b) genannten Fällen konnte als problematisch identifiziert werden, dass Operationsberichte von anderen Fachabteilungen, die die Kinder und Jugendlichen operierten, durch diese nicht zeitnah zur Verfügung gestellt wurden. Somit konnte seitens der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin die Freigabe zur Abrechnung nicht erteilt werden. Diese Problematik wurde durch die Moderatoren der berufsübergreifenden Steuerungsgruppe zur Ergebnissicherung in den Steuerungsgruppen der betroffenen Fachabteilungen thematisiert und dort eine Prozessoptimierung diskutiert. Der gleiche Sachverhalt mit den gleichen Konsequenzen und Maßnahmen zeigte sich bei einer verzögerten Rückgabe von Patientenakten, die zur Behandlung der Kinder und Jugendlichen in anderen Fachabteilungen an diese weitergegeben wurden.

Unter Beachtung insbesondere der unter b) genannten Aspekte ist festzuhalten, dass das Ziel der Senkung der Abrechnungsrückstände in der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin mit Hilfe der berufsübergreifenden Steuerungsgruppe zur Ergebnissicherung für die von Klinikseite zu erteilende Freigabe zur Abrechnung erfolgreich erreicht wurde. Im Ergebnis konnte vom Jahr 2008 bis zum Jahr 2011 für den Bereich der Kinder Allgemein inklusive der Neonatologie eine Reduktion um rund 75% der Abrechnungsrückstände, welche auf Seiten der Klinik zu verantworten sind, sowie für die Kinderonkologie eine Reduktion um rund 50% der Abrechnungsrückstände und somit eine Liquiditätsverbesserung für die Uniklinik Köln erzielt werden. Dieser außerordentliche Erfolg spricht deutlich für die Gültigkeit von These 3, dass mit Hilfe der klinikbezogenen berufsübergreifenden Steuerungsgruppen Ergebnissicherung erzielt werden kann. Zugleich kann in Bezug auf These 4 ein weiterer Fingerzeig für den Aspekt der Erlösseite gefunden werden.

Wie bereits in Kapitel 3.2.2.1 erläutert, ist das Ziel der Internen Leistungsverrechnung (ILV) eine verursachergerechte Zuordnung der indirekten Kosten für intern erbrachte Leistungen¹. An der Uniklinik Köln erfolgt eine interne Leistungserbringung durch die Laborfächer. Zur Steuerung der Laborleistungen wurden diese mit an Marktwerten orientierten Preisen bewertet. Daraus resultierend ergibt sich als Folgeziel der ILV die Möglichkeit zur Kostenkontrolle dieser Leistungen.

¹ Vgl. Schirmer: Krankenhaus Controlling, 1998, S. 179

Durch das Kaufmännische Controlling wurde für die Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin halbjährlich eine aktualisierte Mengen- und Kostenstatistik über die angeforderten Laborleistungen erstellt. Die Statistik wurde innerhalb der berufsübergreifenden Steuerungsgruppe zur Ergebnissicherung vorgestellt und diskutiert. Dabei fanden äußere Einflüsse wie z.B. variierender Fallzahlen, Saisonerkrankungen, Preisänderungen des Herstellers etc. entsprechende Berücksichtigung. Diese Vorgehensweise spricht erneut für die Gültigkeit von These 1, dass mit den klinikbezogenen berufsübergreifenden Steuerungsgruppen zur Ergebnissicherung eine dezentrale, bereichs- und berufsübergreifende Organisationsstruktur erzielt werden kann. Ebenso spricht die Offenlegung und Diskussion der Statistik für den Beweis von These 2, dass die klinikbezogenen berufsübergreifenden Steuerungsgruppen zur Ergebnissicherung Transparenz ermöglichen.

Im Gespräch mit den Fachvertretern der Institute, über deren Laborleistungen im 2. Halbjahr 2009 in der berufsübergreifenden Steuerungsgruppe zur Ergebnissicherung der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin unter Betrachtung der Daten des 1. Halbjahres 2009 diskutiert wurde, zeigte sich, dass bestimmte Laborleistungen im Rahmen eines Gesamtpakets ohne Hinterfragung der Notwendigkeit der Einzelleistungen zur Untersuchung angefordert wurden. Auch diese interdisziplinäre Diskussion mit den Fachvertretern und den Beteiligten der Klinik deuten auf die Gültigkeit von These 1 und These 2. Als Ergebnis der gemeinschaftlichen Diskussion wurde in der Steuerungsgruppe festgehalten, dass für die Anforderung dieser Laborleistungen künftig in Bezug auf die Einzelleistungen eine strengere Indikationsstellung unter strikterer Beachtung der medizinischen Notwendigkeit erfolgen sollte.

Die Auswirkung dieser Umstellung zeigen die Ergebnisse der beiden Beispiele. In Bezug auf die Diagnostische Leistung X konnte aufgrund der Umstellung eine Reduktion um 19% im Vergleich des 1. Halbjahres 2010 zum 1. Halbjahr 2009 erzielt werden. Wesentlich deutlicher zeigt sich die Auswirkung der Umstellung des Anforderungsverhaltens in Bezug auf die Diagnostische Leistung Y. Hier kann im Vergleich des 1. Halbjahres 2010 zum 1. Halbjahr 2009 eine Reduktion um 59% der Anforderung der Diagnostischen Leistung Y festgestellt werden.

Die Diskussion des Anforderungsverhaltens wurde mit der Betrachtung des Halbjahresvergleiches in der berufsübergreifenden Steuerungsgruppe zur Ergebnissicherung der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin ohne Beteiligung der leistungserbringenden Institute fortgeführt und weitere Maßnahmen

besprochen. Die Fortsetzung dieser kontinuierlichen Betrachtungsweise und einer daraus abgeleiteten Festlegung von Kriterien zum Anforderungsverhalten für Laborleistungen unter Berücksichtigung medizinischer Notwendigkeiten zeigte einen anhaltenden wirtschaftlichen Effekt. Für den Gesamtjahresvergleich 2010 zu 2009 konnte für die Diagnostische Leistung X trotz einer gestiegenen Gesamtfallzahl eine Reduktion um 18% der Anforderungen festgehalten werden. Im gleichen Zeitraum wurde für die Diagnostische Leistung Y ein deutlicher Rückgang um über die Hälfte (52%) der Anforderungen erzielt. Bei gleichbleibendem Punktwert wäre somit eine entsprechende Kostenreduktion festzustellen. Diese Ergebnisse sprechen deutlich für eine Bestätigung des Ergebnissicherungsaspektes in These 3. Des Weiteren lassen sich hieraus starke Anhaltspunkte bzgl. der Kostenseite in These 4 ablesen.

Gemäß § 2 Abs. 1 des Arzneimittelgesetzes (AMG) sind Arzneimittel „(...) Stoffe oder Zubereitungen aus Stoffen, 1. die zur Anwendung im oder am menschlichen oder tierischen Körper bestimmt sind und als Mittel mit Eigenschaften zur Heilung oder Linderung oder zur Verhütung menschlicher oder tierischer Krankheiten oder krankhafter Beschwerden bestimmt sind oder 2. die im oder am menschlichen oder tierischen Körper angewendet oder einem Menschen oder einem Tier verabreicht werden können, um entweder a) die physiologischen Funktionen durch eine pharmakologische, immunologische oder metabolische Wirkung wiederherzustellen, zu korrigieren oder zu beeinflussen oder b) eine medizinische Diagnose zu erstellen“¹. Wie bereits in Kapitel 2.1.3.3 definiert, sind Apotheker in einer Krankenhausapotheke für die ordnungsgemäße Versorgung mit Arzneimitteln und u.a. für die Beratung des Personals im Hinblick auf zweckmäßige und wirtschaftliche Therapien zuständig². Durch die Integration dieser Thematik in der klinikbezogenen berufsübergreifenden Steuerungsgruppen zur Ergebnissicherung konnte der Literaturmeinung entsprochen und eine beständige Plattform zur Beratung, Reflexion des medizinischen Handelns gegen die Leitlinien und Diskussion mit den betroffenen Berufsgruppen im Hinblick auf eine zweckmäßige und wirtschaftliche Therapie geschaffen werden. Darüber hinaus konnte ein besonderes Augenmerk auf den Einsatz zusatzentgeltfähiger Medikamente und deren Abrechnung gerichtet werden. Beide Aspekte liefern wiederum starke Anhaltspunkte für die Gültigkeit des Transparenzaspektes nach These 2.

Durch die Krankenhausapotheke wurden hierfür Verbrauchs-, Mengen- und Kostenaufstellungen über definierte Zeiträume – zumeist halbjährlich – für jede Klinik

¹ § 2 Abs. 1 Arzneimittelgesetz (AMG)

² Vgl. von Eiff: Warum ist Beschaffungsmanagement Chefsache?, in: Goldschmidt, Hilbert (Hrsg.): Krankenhausmanagement mit Zukunft, 2011, S. 249

unter Berücksichtigung von Variablen wie z.B. variierender Fallzahlen, Saisonerkrankungen etc. erstellt und Empfehlungen z.B. auf Basis der Fachgesellschaften ausgesprochen sowie auf Beschlüsse der Arzneimittelkommission verwiesen. Hierdurch wurde kein ethisch problematisches Handeln ausgelöst, sondern ein Heranführen an ein aktuelles leitliniengerechtes Verhalten unterstützt. In der Diskussion fand anschließend ein Beschluss über die Annahme der Empfehlung, alternativer oder modifizierter Vorgehensweisen oder gelegentlich auch eine Ablehnung auf Basis medizinischer Begründungen statt. Teilweise wurde auch die Notwendigkeit bestimmter Medikationen in Einzelfällen diskutiert. Auch diese Vorgehensweise der Diskussion und Beschlussfassung spricht deutlich für These 2, dass die klinikbezogenen berufsübergreifenden Steuerungsgruppen zur Ergebnissicherung Transparenz ermöglichen und aus den relevanten am Prozess beteiligten Berufsgruppen zusammengesetzt sind.

Die Auswirkungen der beschlossenen Vorgehensweise wurden mittels einer aktualisierten Verbrauchs-, Mengen- und Kostenaufstellungen zumeist ab dem Folgehalbjahr evaluiert und ggf. die Beschlüsse nochmals erinnert oder eine neue Diskussion geführt. Die in Kapitel 3.2.2.2 beispielhaft aufgeführten Ergebnisse und die Auswirkungen der Maßnahmen der berufsübergreifenden Steuerungsgruppe zur Ergebnissicherung in der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin beschränken sich auf eine Darstellung des Mengenvergleiches, da Schwankungen der Einkaufspreise, Mengenrabatte oder Boni keinen direkten Kostenvergleich erlauben. Ebenso ist zu berücksichtigen, dass in der statistischen Aufstellung der Krankenhausapothek Minusbeträge erscheinen konnten, welche auf Rückgaben an die Apotheke oder aktive Rückführungen seitens der Apotheke im Rahmen der Stationsbegehungen zurückzuführen sind. Die entsprechenden Mengen wurden dann, bei Wiederverwendbarkeit der Arzneimittel, den Kostenstellen gutgeschrieben. Die Minusbeträge sind aufgrund der Summenbetrachtung in Kapitel 3.2.2.2 nicht sichtbar.

In Bezug auf das Beispiel von Arzneimittel A war zunächst ein deutlicher Anstieg im Jahr 2009 im Vergleich zum Jahr 2008 erkennbar. Dieser konnte auf die Kinderonkologie rückgeführt werden. Die Diskussion in der klinikbezogenen berufsübergreifenden Steuerungsgruppe zur Ergebnissicherung brachte hervor, dass die empfohlenen substitutiven Arzneimitteln bei vielen kinderonkologischen Patienten nicht die gleiche Wirkung wie Arzneimittel A erzielten, so dass eine kollektive Rückkehr zu und ein verstärkter Einsatz von Arzneimittel A erfolgt war. Nach ausführlicher Diskussion erfolgte eine erneute Beschlussfassung zur Betrachtung der Medikation in jedem Einzelfall und

Einsatz der Substitute in den medizinisch indizierten Fällen, so dass im Jahr 2010 ein Rückgang zu verzeichnen war. Für den Bereich der Kinder Allgemein konnte im Verhältnis des Jahres 2010 zum Jahr 2008 ein Rückgang um ca. 8% des Verbrauches von Arzneimittel A festgestellt werden. Bei Arzneimittel B konnte aufgrund der Diskussion in der berufsübergreifenden Steuerungsgruppe zur Ergebnissicherung unter Reflexion des medizinischen Handelns und der aktuellen Leitlinien eine Reduktion um rund 26% im Verhältnis des Jahres 2010 zum Jahr 2008 erzielt werden.

Insgesamt lässt sich anhand des Ergebnisses der Beispiele feststellen, dass mit der regelhaften Thematisierung der Arzneimittel in der berufsübergreifenden Steuerungsgruppe zur Ergebnissicherung in der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin eine erfolgreiche Diskussionsrunde geschaffen werden konnte, die eine regelmäßige Beratung des Personals im Hinblick auf zweckmäßige und wirtschaftliche Therapien durch die Krankenhausapotheke garantierte und eine medizinische und ökonomische Lenkung des Arzneimitteleinsatzes durch die handelnden Berufsgruppen ermöglichte. Diese Vorgehensweise und die Ergebnisse sprechen somit für einen Beweis von These 2 und 3 und liefern zugleich weitere Anhaltspunkte für den Kostenaspekt in These 4.

Die Betrachtung des Medizinischen Sachbedarfs wurde in der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin im Rahmen der klinikbezogenen berufsübergreifenden Steuerungsgruppe zur Ergebnissicherung nach Verbrauchs-, Mengen- und Kostenaufstellungen vorgenommen. Die entsprechenden Daten wurden durch das Kaufmännische Controlling differenziert nach den einzelnen Abteilungen und Stationen vorbereitet und in der Steuerungsgruppe diskutiert. Dabei wurden Variablen wie z.B. variierende Fallzahlen, Infrastrukturänderungen etc. in der Diskussion berücksichtigt.

Die in Kapitel 3.2.2.3 dargestellten Beispiele beziehen sich auf einen Halbjahresvergleich der Jahre 2008 und 2009 und stellen beispielhafte Analysen von einzelnen Produktveränderungen dar. Im Ergebnis konnte bei diesen Beispielen durch die berufsübergreifende Steuerungsgruppe zur Ergebnissicherung eine Produktumstellung, ein variierendes Bestellverhalten und ein Qualitätsmangel festgestellt werden. Folglich weisen auch die für den medizinischen Sachbedarf erzielten Ergebnisse auf einen Beweis von These 2, dass die klinikbezogenen berufsübergreifenden Steuerungsgruppen zur Ergebnissicherung Transparenz ermöglichen und aus den relevanten am Prozess beteiligten Berufsgruppen zusammengesetzt sind, sowie für These 3, dass sich mit Hilfe der klinikbezogenen berufsübergreifenden Steuerungsgruppen Ergebnissicherung

erzielen lässt. Ebenfalls lassen sich hieraus Hinweise bzgl. der Kostenseite in These 4 ableiten.

Als Besonderheit bei der Betrachtung des Einflusses der berufsübergreifende Steuerungsgruppe zur Ergebnissicherung auf die Entwicklung des medizinischen Sachbedarfs ist anzumerken, dass sich eine längerfristige Analyse ausschloss, da im 2. Halbjahr 2009 eine externe Beratungsfirma mit der Analyse und Prozessoptimierung zur Steuerung des medizinischen Sachbedarfs beauftragt wurde. Durch die Berater wurden monatliche Gespräche zur Entwicklung des medizinischen Sachbedarfes mit den Kliniken, so auch mit der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, geführt. Die in diesem Rahmen angeregten Prozessveränderungen wurden jedoch durch die Moderatoren und das Controlling, welche regelmäßig an den Gesprächen mit den Beratern teilgenommen haben, in die berufsübergreifenden Steuerungsgruppen zur Ergebnissicherung eingebracht und als flankierende Maßnahme des Beratungsziels eingesetzt. Insofern bestätigt sich hierdurch erneut These 2 in Bezug auf den Transparenzaspekt und die Auswahl der relevanten Berufsgruppen für die Steuerungsgruppen.

4.3 Ausblick

Die sich aus der vorliegenden Arbeit ergebenden praktischen und wissenschaftlichen Aspekte werden im folgenden Abschnitt als Ausblick betrachtet.

4.3.1 Praktische Aspekte

Die positiven Ergebnisse der klinikbezogenen berufsübergreifenden Steuerungsgruppen zur Ergebnissicherung erfuhren durch den Vorstand der Uniklinik Köln aufgrund der halbjährlichen Berichterstattung durch die Moderatorinnen eine regelmäßige Wahrnehmung und positive Betrachtung. Die Fortsetzung der Steuerungsgruppen wurde entsprechend befürwortet und sollte neben der wirtschaftlichen und prozessualen Betrachtungsweise eine Ausdehnung um medizinische Schwerpunkte erhalten.

Aufgrund des Volumens in der Organisation und der Durchführung der Steuerungsgruppen neben den weiteren Tätigkeiten der Referentin des Ärztlichen Direktors und der Stabsstellenmitarbeiterin der Pflegedirektion wurde die Leitung und Moderation der Steuerungsgruppen als Linienaufgabe in eine andere Abteilung überführt und auf mehrere Personen übertragen.

Mit der Übernahme der Leitung der Steuerungsgruppen durch die andere Abteilung sowie den Überlegungen zur verstärkten Integration medizinischer Schwerpunkte kam es zu

einer unregelmäßigen Fortsetzung bis hin zur Unterbrechung der berufsübergreifenden Steuerungsgruppen zur Ergebnissicherung in den einzelnen Kliniken. In Folge fand im Jahr 2011 keine kontinuierliche interdisziplinäre Betrachtung der in Kapitel 2.2.3 aufgeführten Themen statt.

Für die negative Auswirkung der mangelnden regelmäßigen Fortführung der klinikbezogenen berufsübergreifenden Steuerungsgruppen zur Ergebnissicherung lassen sich am Beispiel der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin folgende Indizien finden:

- Der Deckungsbeitrag II des Jahres 2011 ist geringer als der des Jahres 2010.
- Das Jahr 2011 weist mit 25,42% eine geringere Umsatzrendite als das Jahr 2010 (29,61%) auf. In den Jahren 2008 bis 2010 konnte hingegen jährlich eine steigende Umsatzrendite erzielt werden.
- Im Jahr 2011 stiegen die Kosten im Verhältnis zum Jahr 2010 überproportional zu den Erlösen (ca. 2,83 Mio. Kostensteigerung zu ca. 2,35 Mio. Erlöszuwachs). In den Vorjahren blieb die Kostensteigerung hinter den Erlöszuwächsen.

Deutlich zu betonen ist hierbei, dass es sich lediglich um Anhaltspunkte handelt, da weitere Einflussgrößen wie z.B. Personalzusetzungen, Änderungen auf Basis geänderter gesetzlicher Auflagen etc. Einfluss auf die Entwicklung der genannten Messgrößen haben und zu Interpretationsverzerrungen der Ergebnisse des Jahres 2011 führen können.

4.3.2 Wissenschaftliche Aspekte

Für eine fortführende wissenschaftliche Betrachtung der Auswirkungen von klinikbezogenen berufsübergreifenden Steuerungsgruppen zur Ergebnissicherung würde sich eine tiefere Aufarbeitung der folgenden Fragestellungen empfehlen:

1. Welche Parameter sind valide hinsichtlich einer langfristigen Entwicklung? Zu untersuchen wären hier beispielsweise folgende Punkte:
 - Hinterfragung von Häufigkeit und Zeitpunkt der Sitzungen in Bezug auf die Sichtbarkeit von wirtschaftlichen und prozessualen Ergebnissen
 - Auswirkungen einer frühzeitigeren Festlegung einer zeitlich und inhaltlich verbindlichen Vorgehensweise in allen klinikbezogenen berufsübergreifenden Steuerungsgruppen zur Ergebnissicherung in Bezug auf die wirtschaftlich relevanten und messbaren Themen

- Effektivität einer monatlichen, quartalsweisen oder halbjährlichen Betrachtung der Auswirkungen festgelegter Maßnahmen und Intervention bei Nicht-Einhaltung festgelegter Maßnahmen
2. Welche Auswirkungen haben die klinikbezogenen berufsübergreifenden Steuerungsgruppen zur Ergebnissicherung auf die Mitarbeitermotivation und Mitarbeiterbindung? Beispielsweise könnten hier folgende Punkte tiefergehend betrachtet werden:
- Einflussnahme der jeweiligen Berufsgruppe auf die wirtschaftlichen und prozessualen Ergebnisse
 - Beibehaltung der beteiligten Berufsgruppen, Einbeziehung weiterer Berufsgruppen oder Reduktion um Berufsgruppen
 - Engere Entscheidungskriterien zur Einladung der Teilnehmer nach den für die jeweilige Berufsgruppe relevanten Themen
 - Motivationssteigerung der Mitarbeiter aufgrund stärkerer Beteiligung an der Kliniklenkung
 - Auswirkung auf die Fluktuation der beteiligten Mitarbeiter im Verhältnis zu nicht beteiligten Mitarbeitern bzw. Kliniken ohne berufsübergreifenden Steuerungsgruppen zur Ergebnissicherung

5. Zusammenfassung

Die Einrichtung der klinikbezogenen berufsübergreifenden Steuerungsgruppen zur Ergebnissicherung in jeder Klinik der Uniklinik Köln erfolgte vor dem Hintergrund, der zunehmenden Komplexität und Dynamik im Gesundheitswesen begegnen zu können. Insbesondere wurde beabsichtigt, die für die Uniklinik Köln abgeleiteten Ziele unter Voranstellung medizinischer Notwendigkeiten zu erreichen. Diese sind die Sicherung des klinikindividuellen Ergebnisses, die Sicherung neuer sowie nicht ausgeschöpfter Erlöspotenziale, die Vermeidung von Misswirtschaft und Senkung von Kosten, die Transparenz und Optimierung von Prozessen, die Verbesserung der Dokumentation sowie die Verbesserung der berufsübergreifenden Kommunikation und die schnelleren Reaktionsmöglichkeiten.

Zu diesem Zweck wurden die klinikbezogenen berufsübergreifenden Steuerungsgruppen zur Ergebnissicherung eingerichtet und zusammengesetzt aus den Moderatoren als übergreifende Personen, den ständigen Teilnehmern als Mitarbeiter der jeweiligen Klinik bzw. der jeweiligen Klinik zugeordnete Mitarbeiter sowie den themenbezogenen Teilnehmern als Mitarbeiter aus zumeist dem kaufmännischen Bereich, die nicht der jeweiligen Klinik angehörig bzw. nicht der jeweiligen Klinik zugeordnet sind. Durch die in dieser Arbeit dargestellte dezentrale und interdisziplinäre Komposition der Berufsgruppen und die vorgenommene Aufarbeitung und Bewertung des organisationstheoretischen und –psychologischen Hintergrunds, ist These 1, dass sich mit der Einrichtung von klinikbezogenen berufsübergreifenden Steuerungsgruppen zur Ergebnissicherung die in der Literatur empfohlene dezentrale, bereichs- und berufsübergreifende Organisationsstruktur erzielen lässt, als bewiesen anzusehen.

In Kapitel 2 wurden die Vorgehensweise und der Zyklus der klinikbezogenen berufsübergreifenden Steuerungsgruppen zur Ergebnissicherung dargestellt. Mit der Auswahl der Themen und Inhalte, ihrer Aufarbeitung und letztlich der Vorstellung und Offenlegung der Daten sowie ihrer Diskussion in der Steuerungsgruppe wurde über alle beteiligten Berufsgruppen für diese Themen Transparenz geschaffen. Schlussfolgernd ist mit dieser Arbeit These 2 dahingehend bewiesen, dass die klinikbezogenen berufsübergreifenden Steuerungsgruppen zur Ergebnissicherung Transparenz ermöglichen. Weiterhin konnte anhand der vorgestellten Beispiele in Kapitel 3 verdeutlicht und mit der Aufarbeitung in Kapitel 4 aufgezeigt werden, dass die Moderatoren als übergreifende Personen sowie die konkret benannten Berufsgruppen der ständigen und der themenbezogenen Teilnehmer unter Priorisierung medizinisch notwendiger Vorgehensweisen Einfluss mit ökonomisch oder prozessual positiver

Auswirkung auf die diversen, in den Steuerungsgruppen besprochenen Themen und Inhalte nehmen konnten. In Folge ist nachgewiesen, dass die klinikbezogenen berufsübergreifenden Steuerungsgruppen zur Ergebnissicherung aus den relevanten am Prozess beteiligten Berufsgruppen zusammengesetzt sind. These 2 konnte somit durch die vorliegende Arbeit bewiesen werden.

Die Aufarbeitung der Auswirkungen der mit und in den klinikbezogenen berufsübergreifenden Steuerungsgruppen zur Ergebnissicherung gewählten Vorgehensweise wurde in dieser Arbeit anhand diverser Beispiele vorgenommen. Die Eingabezeit der Aufnahmediagnose, das Verweildauermanagement und die Abrechnungsrückstände bilden die Erlösseite ab. Mit den Beispielen Interne Leistungsverrechnung, Arzneimittel und Medizinischer Sachbedarf wurde die Kostenseite beleuchtet. Wie anhand der Ergebnisse in Kapitel 3 dargestellt und in Kapitel 4 bewertet, zeigen sich in allen Fällen positive Resultate, welche direkt auf die klinikbezogenen berufsübergreifenden Steuerungsgruppen zur Ergebnissicherung rückzuführen sind. These 3, dass sich mit Hilfe der klinikbezogenen berufsübergreifenden Steuerungsgruppen Ergebnissicherung erzielen lässt, ist schlussfolgernd durch die vorliegende Arbeit nachgewiesen.

Durch die in Kapitel 3 aufgezeigten und in Kapitel 4 diskutierten Ergebnisse zur Eingabezeit der Aufnahmediagnose, zum Verweildauermanagement und zur Entwicklung der Abrechnungsrückstände ist zu ersehen, dass durch die Einrichtung der klinikbezogenen berufsübergreifenden Steuerungsgruppen und ihrer in dieser Arbeit aufgezeigten Vorgehensweise deutliche erlös- und liquiditätssteigernde Ergebnisse erzielt wurden. Zugleich sind aus den Resultaten der Internen Leistungsverrechnung, Arzneimittel und Medizinischer Sachbedarf signifikante Einsparungen und Kostenreduktionspotenziale abzulesen. Die gewählten Beispiele zeigen somit auf beiden Seiten gleichermaßen Effekte. Folglich konnte mit dieser Arbeit der Beweis von These 4 erbracht werden, dass durch klinikbezogene berufsübergreifende Steuerungsgruppen zur Ergebnissicherung auf Erlösseite und Kostenseite ähnliche Ergebnisse erzielbar sind.

In Folge ist aus dem Beweis der Thesen 1 bis 4 die Erreichung der genannten Ziele durch die klinikbezogenen berufsübergreifenden Steuerungsgruppen zur Ergebnissicherung abzuleiten. Die Einrichtung der klinikbezogenen berufsübergreifenden Steuerungsgruppen zur Ergebnissicherung an der Uniklinik Köln stellt somit ein erfolgreiches Instrument zur Ergebnissicherung dar.

6. Literaturverzeichnis

- 1) Apothekenbetriebsverordnung (ApBetrO)
- 2) Arzneimittelgesetz (AMG)
- 3) Baehr, Bohn: Pharmazeutische Logistik; in: Debatin, Ekkernkamp, Schulte (Hrsg.): Krankenhausmanagement; MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2010
- 4) Brost: Vom Code zur Rechnung oder der Schlüssel zum Erfolg; Uniklinik Aachen; 2005
- 5) Buchstor: Patientenorientierung in der Pflege; in: Debatin, Ekkernkamp, Schulte (Hrsg.): Krankenhausmanagement; MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2010
- 6) Bundes-Apothekerordnung (BApO)
- 7) Eiff (von): Warum ist Beschaffungsmanagement Chefsache?; in: Goldschmidt, Hilbert (Hrsg.): Krankenhausmanagement mit Zukunft; Georg Thieme Verlag; 2011
- 8) Franke: Krankenhaus-Management im Umbruch; Verlag W. Kohlhammer; 2007
- 9) Frese: Grundlagen der Organisation; Betriebswirtschaftlicher Verlag Gabler; 2000
- 10) Freytag: Eine Systematik der Erträge des Krankenhauses; in: Debatin, Ekkernkamp, Schulte (Hrsg.): Krankenhausmanagement; MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2010
- 11) Freytag: Operatives und strategisches Krankenhausmanagement: Von der Erfolgsorientierung zur Innovation des Geschäftsmodells; in: Debatin, Ekkernkamp, Schulte (Hrsg.): Krankenhausmanagement; MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2010
- 12) Gesetz über das Apothekenwesen (ApoG)

- 13) Gesundheitsberichterstattung des Bundes; Definition Ärzte; 14.07.2011
http://www.gbe-bund.de/gbe10/ergebnisse.prc_tab?fid=8591&suchstring=%C4rzte_Definition&query_id=&sprache=D&fund_typ=DEF&methode=2&vt=1&verwandte=1&page_ret=0&seite=1&p_lfd_nr=4&p_news=&p_sprachkz=D&p_uid=gast&p_aid=37921747&hlp_nr=3&p_janein=J

- 14) Goldschmidt, Goldschmidt, Pohl, Rathgeber: Rolle und Einordnung des Medizincontrollings; in: Goldschmidt, Kalbitzer, Eckardt (Hrsg.): Praxishandbuch Medizincontrolling; Economia Verlag; 2005

- 15) Horváth: Controlling; Vahlen; 1996

- 16) Klemperer: Vom Paternalismus zur Partnerschaft: Der Arztberuf im Wandel; in: Pundt (Hrsg.): Professionalisierung im Gesundheitswesen; Verlag H. Huber; 2006

- 17) Klages: Personalmanagement; in: Debatin, Ekkernkamp, Schulte (Hrsg.): Krankenhausmanagement; MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2010

- 18) Mintzberg: Die Mintzberg-Struktur. Organisationen effektiver gestalten; Verlag Moderne Industrie; 1992

- 19) Malik: Herausforderung Führung im Krankenhaus; in: Debatin, Ekkernkamp, Schulte (Hrsg.): Krankenhausmanagement; MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2010

- 20) (Muster-) Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte (Stand 2006)

- 21) Novak: DRG-Abrechnung und Korrespondenz mit dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung; in: Prof. Dr. Andreas W. Goldschmidt, Manfred Kalbitzer, Dr.med. Jörg Eckardt (Hrsg.): Praxishandbuch Medizincontrolling; Economia Verlag; 2005

- 22) Oberlander: Berufsbild und Autonomie von Ärztinnen und Ärzten: Ein Forschungsprojekt im Auftrag der Ludwig-Sievers-Stiftung; Deutscher Ärzte-Verlag Köln; 2008

- 23) Philippi, Krause, Küttner: Prozessoptimierung im Krankenhaus; in: Goldschmidt, Hilbert (Hrsg.): Krankenhausmanagement mit Zukunft; Georg Thieme Verlag; 2011
- 24) Raphael, Potratz, Schmalenströer, Schulz: Berufsbild Arzt – vom Traumjob zum Jobtrauma?; in: Goldschmidt, Hilbert (Hrsg.): Krankenhausmanagement mit Zukunft; Georg Thieme Verlag; 2011
- 25) Rapp: Praxiswissen DRG. Optimierung von Strukturen und Abläufen; Verlag W. Kohlhammer; 2010
- 26) Rittershofer: Wirtschaftslexikon; Beck-Wirtschaftsberater im Deutschen Taschenbuch Verlag; 2002
- 27) Rong: Verweildauerorientiertes Case Management als Schlüssel zur Verweildaueroptimierung; in: Debatin, Ekkernkamp, Schulte (Hrsg.): Krankenhausmanagement; MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2010
- 28) Salfeld, Hohner, Wichels: Modernes Krankenhausmanagement; Springer Verlag; 2009
- 29) Schirmer: Krankenhaus Controlling. Handlungsempfehlungen für Krankenhausmanager, Krankenhauscontroller und alle mit Controlling befassten Führungs- und Fachkräfte in der Gesundheitswirtschaft; Expert Verlag; 1998
- 30) Schmid: Wie nehmen wir die Menschen bei der Veränderung von Prozessen im Krankenhaus mit?; in: Goldschmidt, Hilbert (Hrsg.): Krankenhausmanagement mit Zukunft; Georg Thieme Verlag; 2011
- 31) Schmolke, Deitermann: Industriebuchführung mit Kosten- und Leistungsrechnung GKR; Winklers Verlag; 1996
- 32) Sellin: Case Management in der AIDS-Arbeit; in: Löcherbach, Klug, Rimmel-Faßbender, Wendt (Hg.): Case Management; Ernst Reinhardt GmbH & Co KG Verlag; 2005

- 33) Sonntag: Betriebswirtschaftliches Controlling; in: Debatin, Ekkernkamp, Schulte (Hrsg.): Krankenhausmanagement; MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2010
- 34) Sozialgesetzbuch V
- 35) Szodrak; Intranet Uniklinik Köln; A-Z Index; Sozialdienst, 20.07.2012;
<http://cms.uk-koeln.de/zentrales-patientenmanagement/content/sozialdienst/>
- 36) Thiex-Kreye: Leistungssteuerung auf Basis der Leistungsplanung im DRG-System; in: Prof. Dr. Andreas W. Goldschmidt, Manfred Kalbitzer, Dr.med. Jörg Eckardt (Hrsg.): Praxishandbuch Medizincontrolling; Economia Verlag; 2005
- 37) Thiex-Kreye, Klug: Förderung der interprofessionellen und interdisziplinären Zusammenarbeit; in: Goldschmidt, Hilbert (Hrsg.): Krankenhausmanagement mit Zukunft; Georg Thieme Verlag; 2011
- 38) Vereinbarung gemäß § 301 Abs. 3 SGB V über das Verfahren zur Abrechnung und Übermittlung der Daten nach § 301 Abs. 1 SGB V (Datenübermittlungsvereinbarung); 10. Fortschreibung; 2012
- 39) Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (KFPV)
- 40) Waldmann: Medizinisches Controlling; in: Debatin, Ekkernkamp, Schulte (Hrsg.): Krankenhausmanagement; MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2010

7. Anhang

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Vereinfachte Darstellung des Organigramms des Universitätsklinikums Köln zur Verdeutlichung der Spartenorganisation	9
Abbildung 2: Funktionale Organisation nach Berufsgruppen im Krankenhaus	10
Abbildung 3: Ziele der klinikbezogenen berufsübergreifenden Steuerungsgruppen zur Ergebnissicherung	11
Abbildung 4: Beteiligte Berufsgruppen an den Steuerungsgruppen zur Ergebnissicherung	13
Abbildung 5: Hierarchie der Ärzte	15
Abbildung 6: Hierarchie des Pflegedienstes in der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin	18
Abbildung 7: Zusammensetzung des Lenkungskreises	25
Abbildung 8: Ablaufschema der klinikbezogenen Steuerungsgruppen zur Ergebnissicherung	27
Abbildung 9: Themen der klinikbezogenen Steuerungsgruppen zur Ergebnissicherung	29
Abbildung 10: Themen der klinikbezogenen Steuerungsgruppen zur Ergebnissicherung mit Beispielen	31
Abbildung 11: Sitzungen der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin	34
Abbildung 12: Sitzungen des Lenkungskreises	35
Abbildung 13: Erlös-Kosten-Relation aus Krankenversorgung der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin 2008-2011	36
Abbildung 14: Erlös-Kosten-Relation aus Krankenversorgung der Allg. Kinderheilkunde inkl. Neonatologie 2008-2011	38
Abbildung 15: Erlös-Kosten-Relation aus Krankenversorgung der Kinderonkologie 2008-2011	39
Abbildung 16: Effekte der Prozessumstellungen auf die Eingabezeiten der Aufnahmediagnose	42
Abbildung 17: Beispiel für typische Ertragsfunktion im DRG-System (ohne Berücksichtigung von Effekten der Budgetierung/Mehr-Mindererlösausgleiche und Zusatzentgelten, NUBs)	42
Abbildung 18: Anteil der Kurzliegerfälle an der Gesamtfallzahl in der Allgemeinen Kinderheilkunde	43
Abbildung 19: Entwicklung der Kurzlieger anhand von Beispiel-DRGs in der Allgemeinen Kinderheilkunde	44
Abbildung 20: Summe der Kurzlieger-Abschläge in Bewertungsrelationen für die Beispiel DRGs in der Allgemeinen Kinderheilkunde	45
Abbildung 21: Entwicklung der Abrechnungsrückstände	47
Abbildung 22: Effekte der Prozessumstellungen auf die diagnostische Leistung X im Halbjahresvergleich	49
Abbildung 23: Differenzierte Analyse der diagnostischen Leistung X im Halbjahresvergleich	50
Abbildung 24: Effekte der Prozessumstellungen auf die diagnostische Leistung X im Jahresvergleich	50

<i>Abbildung 25: Effekte der Prozessumstellungen auf die diagnostische Leistung Y im Halbjahresvergleich</i>	51
<i>Abbildung 26: Differenzierte Analyse der diagnostischen Leistung Y im Halbjahresvergleich</i>	52
<i>Abbildung 27: Effekte der Prozessumstellungen auf die diagnostische Leistung Y im Jahresvergleich</i>	52
<i>Abbildung 28: Einsatz von Arzneimittel A, Dosierung a+b</i>	54
<i>Abbildung 29: Einsatz von Arzneimittel B, Dosierung c+d</i>	55
<i>Abbildung 30: Analyse von Produkt A</i>	56
<i>Abbildung 31: Gesamtergebnis der Analyse von Produkt A</i>	56
<i>Abbildung 32: Analyse von Produkt B</i>	57
<i>Abbildung 33: Analyse von Produkt C</i>	57

8. Lebenslauf

Mein Lebenslauf wird aus Gründen des Datenschutzes in der elektronischen Fassung meiner Arbeit nicht veröffentlicht.