

Aus der Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin
(Direktor: Univ.- Prof. Dr. med. Michael Wendt)
der Medizinischen Fakultät der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald

Thema: **Wie viel Arzt braucht die Normalstation?**

Inaugural - Dissertation

zur
Erlangung des akademischen Grades

Doktor der Medizin
(Dr. med.)

der Medizinischen Fakultät
der Ernst-Moritz-Arndt-Universität
Greifswald

2005

vorgelegt von:
Pascal Scher
geb. am: 02.05.1978
in: Traben-Trarbach

Dekan: Prof. Dr. rer. nat. H. Kroemer
1. Gutachter: Prof. Dr. med. M. Wendt
2. Gutachter: Prof. Dr. W. Hoffmann, MPH
3. Gutachter: Prof. Dr. St. Fleßa
Ort, Raum: Greifswald, Klinik für Neurologie, Seminarraum D030
Tag der Disputation: 13. Dezember 2005

1 Einleitung.....	5
1.1 Problemstellung und Zielsetzung	5
1.2 Gliederung und Aufbau der Arbeit.....	7
2 Die akutstationäre Krankenversorgung in Deutschland	8
2.1 Kennzahlen stationärer Versorgung in Deutschland	8
2.2 Die Kostenstruktur des deutschen Gesundheitswesens	8
2.3 Die sektorale Gliederung des deutschen Gesundheitswesens	9
2.3.1 Die Definition der Versorgungssektoren.....	9
2.3.2 Die Auswirkungen der sektoralen Gliederung	9
2.4 Gesetzliche Rahmenbedingungen	13
2.4.1 Die Krankenhausbehandlung nach Sozialgesetzbuch V	13
2.4.2 Das GKV-Reformgesetz und seine Auswirkungen	14
2.4.3 Das GKV-Modernisierungsgesetz und seine Auswirkungen	16
2.4.4 Die Konsequenzen der gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen ..	18
2.5 Die Organisation stationärer Leistungserbringung	20
2.5.1 Die Sicht der Leistungsempfänger	20
2.5.2 Die Sicht der Leistungserbringer	21
2.5.3 Die Sicht der Kostenträger	23
2.6 Prozessoptimierung im Krankenhaus	24
2.6.1 Die Anforderungen an Prozesssteuerung im Krankenhaus.....	24
2.6.2 Die Leistungen der klinischen Behandlungspfade - Clinical Pathways ..	25
2.7 Die Schaffung einer Interdisziplinären Zentralaufnahme	25
3 Untersuchung der unfallchirurgischen Normalstation	28
3.1 Die Kennzahlen der unfallchirurgischen Normalstation.....	29
3.2 Die Durchführung der Datenerhebung	30
3.2.1 Die zweiwöchige Pretest-Phase.....	30
3.2.2 Die Datenerhebung in der Beobachtungsphase.....	30
3.3 Die Überprüfung der Tätigkeiten hinsichtlich Stationsgebundenheit	32
3.4 Die Auswirkungen auf pflegerische Arbeitsabläufe	33
4 Ergebnisse der Untersuchung.....	34
4.1 Kategorisierung ärztlicher Tätigkeiten	34
4.2 Der Umfang ärztlicher Leistungen im Beobachtungszeitraum	36
4.3 Die Verteilung ärztlicher Leistung auf der unfallchirurgischen Normalstation.....	37

4.4	Die Ergebnisse der Überprüfung ärztlichen Tätigkeiten hinsichtlich ihrer Stationsgebundenheit	38
4.5	Die Verteilung der Pflegestufen nach PPR im Beobachtungszeitraum	39
4.6	Die Bindung pflegerischen Tätigkeiten an ärztliche Tätigkeiten	40
5	Diskussion	41
5.1	Ein großer Teil ärztlicher Leistung ist nicht an die Normalstation gebunden 41	
5.2	Die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf andere Kliniken und Fachdisziplinen	43
5.3	Die interdisziplinären Zentralaufnahme im Kontext der Krankenhausorganisation	45
5.3.1	Die Konzentration auf den medizinischen Workflow	45
5.3.2	Ärztliche Kompetenz steht am Anfang des Klinikaufenthaltes.....	45
5.3.3	Die interdisziplinäre Zentralaufnahme im Kontext der Weiterentwicklung von Versorgungskonzepten	47
5.3.4	MVZ und Integrierte Versorgung	47
5.4	Stand der Umsetzung in der Universitätsklinik Greifswald und Ausblick..	49
6	Anhang	50
6.1	Tabellen	50
6.1.1	Tabelle 1: Gesundheitsausgaben.....	50
6.1.2	Tabelle 2: Bindung an die Normalstation.....	51
6.1.3	Tabelle 3: Verteilung von Pflegeleistungen und Bindung an ärztliche Tätigkeiten	52
6.1.4	Tabelle 4: Ärztliche Tätigkeiten auf einer Normalstation	53
6.1.5	Tabelle 5: Verteilung ärztlicher Tätigkeiten auf der Normalstation	54
6.1.6	Tabelle 6: Auslagerung ärztlicher Tätigkeiten in eine interdisziplinäre Aufnahme (in Minuten).....	55
6.1.7	Tabelle 7: Auslagerung ärztlicher Tätigkeiten in eine interdisziplinäre Aufnahme (in Prozent)	56
6.1.8	Tabelle 8: Auslagerung ärztlicher Tätigkeiten in eine interdisziplinäre Aufnahme in Prozent (Betrachtung exklusive Visite)	57
6.2	Abbildungen	58
6.2.1	Diagramm 1: Verteilung der Gesundheitsausgaben 2002	58
6.2.2	Diagramm 2: Verteilung ärztlicher Tätigkeiten gesamt.....	59
6.2.3	Diagramm 3: Verteilung ärztlicher Tätigkeiten Stationsarzt.....	60
6.2.4	Diagramm 4: Auslagerung ärztlicher Tätigkeiten (in Minuten).....	61
6.2.5	Diagramm 5: Verteilung der PPR-Gruppen im Beobachtungszeitraum (in Prozent)	62
6.2.6	Diagramm 6: Bindung pflegerischer an ärztliche Tätigkeiten	63
6.2.7	Diagramm 7: Verteilung der Auslagerung pflegerischer Tätigkeiten	64
6.3	Literaturverzeichnis	65

1 Einleitung

1.1 Problemstellung und Zielsetzung

Die vorliegende Dissertation beschäftigt sich mit der Organisation stationärer Behandlung und ihrem Prozessmanagement im Krankenhaus.

Die beobachtbaren Prozessabläufe deutscher Krankenhäuser sind im Laufe vieler Jahre gewachsen und entsprechen nur noch bedingt den Anforderungen an die moderne Erbringung medizinischer Dienstleistungen.¹

In der zur Zeit vorliegenden Literatur zu Prozessveränderungen im Krankenhaus werden vor allem ausgewählte Unterorganisationseinheiten wie der OP singular behandelt.² Die veränderten gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen führen allerdings dazu, dass der stationäre Behandlungsprozess in seiner Gesamtheit auf die Zielerfüllung hin überprüft werden muss. Bei singularer Betrachtung der Krankenhausbehandlung steht häufig die Operation mit ihrer Organisation im Mittelpunkt des Prozessgeschehens.³ So muss bei sinkender Verweildauer und integrativen Versorgungskonzepten jedoch auch die Organisation anderer Krankenhausbereiche wie Poliklinik und Ambulanz, nicht bettenführenden Abteilungen wie die Radiologie und die klassische Normalstation in ihrer jetzigen Form in Frage gestellt werden. Hierzu liegen allerdings keine wissenschaftlich ausreichenden Untersuchungsergebnisse vor.

In vielen Fachgebieten führen Ärzte ihre Tätigkeit an unterschiedlichen Orten im Krankenhaus durch. Hierdurch entstehen teils unnötige Prozessbrüche durch Wege- und Wartezeiten, sowohl bei dem medizinisch tätigen Personal, als auch bei den Patienten. Eine Möglichkeit der effektiveren Leistungserbringung stellt die Einrichtung einer zentralen Aufnahmeeinheit dar.

Die vorliegende Untersuchung wurde im Vorfeld der Planung eines solchen Konzeptes in der Abteilung für Unfallchirurgie der Universitätsklinik Greifwald durchgeführt.

Die unfallchirurgische Normalstation wurde hinsichtlich ihrer Arbeitsverteilung im ärztlichen Dienst untersucht und auf potenzielle Prozessablaufänderungen überprüft. Diese Untersuchung wurde durchgeführt um die Praktikabilität von Prozessänderungen im Krankenhaus im Vorfeld zu überprüfen. Das Augenmerk lag dabei auf der Fragestellung, ob eine Arbeitsumverteilung personalneutral,

¹ Vgl. Dexter F (2004)

² Vgl. Geldner G (2002)

das heißt ohne die Einstellung zusätzlicher Ärzte oder Pflegepersonals möglich ist.

Modifikationen in den Prozessabläufen eines Krankenhauses werden durch die Auswirkungen aktueller Veränderungen der gesundheits- und versorgungspolitischen Rahmenbedingungen unbedingt notwendig, wenn ein Krankenhaus seine Patienten auch in Zukunft kostendeckend behandeln möchte.

³ Vgl. Bauer M (2004)

1.2 Gliederung und Aufbau der Arbeit

Im Folgenden wird zunächst die Ausgangslage der stationären Versorgung in Deutschland beschrieben. Es wird auf die veränderten Grundlagen der Vergütung von Krankenhausleistungen eingegangen, die in der Gesetzgebung der letzten Jahre festgeschrieben worden sind. Anschließend wird der Ablauf und die Methodik der durchgeführten Untersuchung skizziert, um nachfolgend die Ergebnisse darstellen zu können. Zudem werden potenzielle Veränderungen der Ablauforganisation im Krankenhaus diskutiert und die insgesamt resultierenden Anforderungen an die Organisation stationärer Versorgung der Zukunft abschließend formuliert.

2 Die akutstationäre Krankenversorgung in Deutschland

2.1 Kennzahlen stationärer Versorgung in Deutschland

Im Jahr 2001 wurde die stationäre Versorgung von Patienten in 2.240 Krankenhäusern erbracht. Es wurden circa 16.584.000 Patienten in 552.680 Betten bei einer durchschnittlichen Verweildauer von 9,8 Tagen behandelt. In den Krankenhäusern arbeiteten dabei 1.109.420 Menschen, von denen 114.930 Ärzte waren. Die übrigen ca. 900.000 Arbeitnehmer verteilten sich auf den Pflegedienst (416.320), den Medizinisch-Technischen-Dienst, den Funktionsdienst, Wirtschafts- und Hauspersonal, sowie das Verwaltungspersonal.⁴

2.2 Die Kostenstruktur des deutschen Gesundheitswesens

Im Jahr 2002 betrug die Gesundheitsausgaben in Deutschland 234.179 Millionen Euro. Der stationäre Sektor verursachte dabei 38,2% (89.657 Millionen Euro) der Ausgaben. Auf die Krankenhäuser entfielen mit 63.807 Millionen Euro der größte Einzelblock an Ausgaben (27,2%). Die ambulanten Einrichtungen inklusive der vertragsärztlichen Versorgung und den Apotheken verursachten Kosten in der Höhe von 108.382 Millionen Euro (46% der Gesundheitsausgaben).^{5,6}

Die Gesundheitsausgaben machten so etwa 11,1% des Bruttoinlandsproduktes des Jahres 2002 aus.

⁴ Vgl. Tabelle 1: Gesundheitsausgaben, Statistisches Bundesamt (2004)

⁵ Vgl. Statistisches Bundesamt (2004)

⁶ Vgl. Diagramm 1: Verteilung der Gesundheitsausgaben 2002, Statistisches Bundesamt (2004)

2.3 Die sektorale Gliederung des deutschen Gesundheitswesens

Die deutsche Versorgungslandschaft ist durch ihre sektorale Gliederung charakterisiert. Im internationalen Vergleich zeigt sich ein stark fragmentierter Aufbau mit einer stringenten Teilung des ambulanten und stationären Versorgungsbereiches.⁷

2.3.1 Die Definition der Versorgungssektoren

Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes bietet eine Definition der verschiedenen Versorgungssektoren. Die Legislative führt dabei unten genannte Begriffsdefinitionen durch, um bei der Betrachtung der Ausgaben und Kosten der gesundheitlichen Versorgung und Betreuung der Bevölkerung die Transparenz der Mittelverwendung zu erhöhen. Nachfolgend werden die Versorgungssektoren anhand ihrer Definition kurz skizziert.

Im Sektor *Gesundheitsschutz* werden die einzelnen Ämter des öffentlichen Gesundheitsdienstes, die oberen Gesundheitsbehörden und die sonstigen Einrichtungen des Gesundheitsschutzes zusammengefasst.

Der Sektor *ambulante Gesundheitsversorgung* besteht aus den niedergelassenen Arzt- und Zahnarztpraxen, den Praxen nichtärztlicher medizinischer Berufe, den Apotheken, dem Gesundheitshandwerk, den Einrichtungen der ambulanten Pflege und den sonstigen ambulanten Einrichtungen.

Der Sektor *stationäre und teilstationäre Gesundheitsversorgung* umfasst die Krankenhäuser, die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, die Einrichtungen der stationären und teilstationären Pflege sowie der beruflichen und sozialen Rehabilitation.

Schließlich werden noch die Sektoren *Krankentransporte/Rettungsdienste*, *Verwaltung*, *sonstige Wirtschaftszweige* und *Einrichtungen im Ausland* gebildet.⁸

2.3.2 Die Auswirkungen der sektoralen Gliederung

2.3.2.1 Die Budgetierung der Sektoren

Durch die im Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) von 1992 verankerte einnahmensorientierte Ausgabenpolitik hat die sektorale Gliederung der Ausgaben und Kosten eine besondere Bedeutung erhalten.⁹

⁷ Vgl. Scholkopf M (2000)

Die Budgetierung der Ausgaben für Krankenhausleistungen, ärztliche und zahnärztliche Behandlung, Arznei- und Heilmittel sowie der Verwaltungskosten der Krankenkassen bewirkte eine Zementierung der sektoralen Gliederung. Dies verursachte Mängel in den sektorübergreifenden Betrachtungen der Prozesse der Gesundheitsversorgung. Durch die individuelle Fokussierung der Teilnehmer des Versorgungsprozesses auf ihren jeweiligen Sektor kam und kommt es weiterhin zu Ineffizienzen im Gesamtprozess der Gesundheitsversorgung.¹⁰

Die strikte institutionelle Trennung zwischen Einrichtungen des ambulanten und stationären Sektors steht dabei im Gegensatz zur gesundheitspolitisch gewünschten Hinwendung des Gesundheitswesens zu mehr Ergebnis- und Patientenorientierung.¹¹ Unter volkswirtschaftlichen Effizienzüberlegungen muss gefordert werden, dass die Versorgung dort vorzunehmen ist, wo sie bei gleicher Qualität am kostengünstigsten erbracht werden kann. Dazu werden aber bei einer scharfen organisatorischen Trennung der Versorgungsstrukturen nicht die richtigen Anreize gesetzt.¹²

2.3.2.2 Über-, Unter- und Fehlversorgung

Durch die bis dato strikte Trennung der Finanzierungsgrundlagen der einzelnen Sektoren kommt es in vielen Fällen zu Friktionen unterschiedlichster Art, die in Über-, Unter- und Fehlversorgung münden.¹³

Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVRAG) definiert in seinem Gutachten des Jahres 2002 die Versorgungsmängel folgendermaßen:

1. Die teilweise oder gänzliche Verweigerung einer Versorgung trotz individuellen, professionell, wissenschaftlich und gesellschaftlich anerkannten Bedarfs, obwohl an sich Leistungen mit hinreichend gesichertem NettNutzen und – bei medizinisch gleichwertigen Leistungsalternativen – in effizienter Form, also i. e. S. *wirtschaftlich*, zur Verfügung stehen, ist eine *Unterversorgung*.
2. Eine Versorgung über die Bedarfsdeckung hinaus ist *Überversorgung*, d. h. eine Versorgung mit nicht indizierten Leistungen, oder mit Leistungen

⁸ Vgl. Gesundheitsbericht für Deutschland (1998)

⁹ Vgl. Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der GKV (1992)

¹⁰ Vgl. AOK-Bundesverband (2004)

¹¹ Vgl. Pressestelle der Bundesregierung (2005)

¹² Vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1994)

ohne hinreichend gesichertem Netto-Nutzen (medizinische Überversorgung) oder mit Leistungen mit nur geringem Nutzen, der die Kosten nicht mehr rechtfertigt, oder in ineffizienter, also ‚unwirtschaftlicher‘ Form erbracht werden (ökonomische Überversorgung).

3. *Fehlversorgung* ist jede Versorgung, durch die ein vermeidbarer Schaden entsteht. Folgende Unterfälle lassen sich unterscheiden:
 - a. Versorgung mit Leistungen, die an sich bedarfsgerecht sind, die aber durch ihre nicht fachgerechte Erbringung einen vermeidbaren Schaden bewirken;
 - b. Versorgung mit nicht bedarfsgerechten Leistungen, die zu einem vermeidbaren Schaden führen;
 - c. unterlassene oder nicht rechtzeitige Durchführung an sich bedarfsgerechter, indizierter Leistungen im Rahmen einer Behandlung.
4. Eine dem individuellen, professionell und wissenschaftlich anerkannten Bedarf voll entsprechende, also ‚indizierte‘, sich auf Leistungen mit hinreichend gesichertem Nettonutzen beschränkende und fachgerecht erbrachte Versorgung ist eine bedarfsgerechte Versorgung. Wird bei Leistungen oder Versorgungsformen gleichen Nutzens diejenige mit der besten oder einer akzeptablen Nutzen-Kosten-Relation eingesetzt, sprechen wir (gemäß § 106 Ziffer 5 SGB V) von einer ‚wirtschaftlichen‘ Versorgung.

Wirtschaftlichkeitsreserven im Sinne des § 142 Abs. 2 SGB V wären die Summe aus Leistungen der medizinischen und der ökonomischen Überversorgung. Außerdem können auch Unterversorgung und Fehlversorgung – wegen unerwünschter und vermeidbarer Folgeleistungen, deren Kosten die Kosten einer bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Versorgung unter Umständen übersteigen – Wirtschaftlichkeitsreserven darstellen.

Als Beispiel sei hier exemplarisch die Akutversorgung von Patienten mit Schlaganfall genannt. Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVRAG) berichtet in seinem Gutachten 2001/2002 über ernstzunehmende Hinweise, dass an den Schnittstellen der Versorgungskette Fehlversorgung besteht. Abläufe bei der Einweisung von Patienten (Hausärzte, Rettungsdienst, Krankenhäuser) sind nicht systematisch organisiert und be-

¹³ Vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen Gutachten (2002)

rücksichtigen nicht hinreichend die aktuellen Behandlungsansätze zur Akutversorgung bei Schlaganfall. Die Auswahl der erstbehandelnden Einrichtung für Schlaganfallpatienten erfolge in der Regel nicht leitlinienorientiert, sondern nach informellen, regional vereinbarten Einweisungsplänen. Es könnten Synergien zwischen dem ambulanten, stationären und rehabilitativen Sektor durch optimierte Versorgungsprozesse erzielt werden.¹⁴

¹⁴ Vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen Gutachten (2002) Ziffer 185

2.4 Gesetzliche Rahmenbedingungen

2.4.1 Die Krankenhausbehandlung nach Sozialgesetzbuch V

Im Sozialgesetzbuch V regelt der Gesetzgeber die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Tragende Strukturprinzipien der GKV sind das Solidaritätsprinzip, das gleiche Leistungen unabhängig vom Einkommen (Ausnahme z.B. Krankengeld) und Krankheitsrisiko gewährleistet, und das Sachleistungsprinzip, das Leistungen ohne finanzielle Vorleistungen der Versicherten sicherstellt. Träger der GKV sind die nach Kassenarten gegliederten gesetzlichen Krankenkassen, die als Selbstverwaltungskörperschaften finanziell und organisatorisch unabhängig sind.¹⁵

Die Krankenhausbehandlung wird vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär (§ 115a SGB V), sowie ambulant (§ 115b SGB V) erbracht. Versicherte haben Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus (§ 108 SGB V), wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Die Krankenhausbehandlung umfasst im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind. Insbesondere zählen hierzu die ärztliche Behandlung (§ 28 Abs. 1 SGB V), die Krankenpflege, die Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung. Die akutstationäre Behandlung umfasst auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühest möglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen im Sinne der Frührehabilitation.¹⁶

¹⁵ Vgl. AOK-Bundesverband (2004)

¹⁶ Vgl. § 39 SGB V Krankenhausbehandlung

2.4.2 Das GKV-Reformgesetz und seine Auswirkungen

Schon im Jahr 2000 hat der Gesetzgeber mit dem „Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 – GKV-Reformgesetz“ den Wechsel von der Vergütung nach Tagespflegesätzen zur einer Pauschalvergütung anhand von DRGs (Diagnosis Related Groups) beschlossen.¹⁷ Durch diesen Beschluss erhöht sich der Druck auf die Krankenhäuser zur wirtschaftlichen Leistungserstellung enorm. Galt von 1972-1992 das retro- bzw. prospektive Selbstkostendeckungsprinzip zur Sicherung einer flächendeckenden Krankenhausinfrastruktur, wurde die Leistungsorientierung von 1993-2002 durch die beitragsstabilitätsbasierte Neuorientierung der Krankenhausvergütung zur Kostendämpfung nur marginal gefördert.¹⁸

2.4.2.1 Die Einführung eines pauschalierten Entgeltes für Krankenhausleistungen

Im GKV-Reformgesetz vom Jahre 2000 ist jetzt eine schrittweise Einführung der Finanzierung durch DRGs bis 2007 geplant, die nach einer budgetneutralen Phase (2003) mit einer Konvergenzphase von 2004 bis 2007 in einer landesweit einheitlichen Baserate (Basisfallwert) münden soll. Die Vergütung der stationären Leistungen erfolgt mittels einer Fallpauschale. Der Wert der Fallpauschale setzt sich aus dem – in der Konvergenzphase noch krankenhausesindividuellem – Basisfallwert multipliziert mit der Fallschwere (Caseweight) der DRG zusammen. Die jeweils entsprechende DRG wird für alle Patienten eines Krankenhauses aufgrund ihrer Haupt- und Nebendiagnosen individuell mittels eines computerassistierten „Groupings“ ermittelt. Weitere Kriterien, die den Erlös eines Krankenhausfalles bestimmen, sind z.B. die Liegedauer, die zu Ab- bzw. Zuschlägen bei einer Verweildauer unter- oder oberhalb der Grenzverweildauer führt, die Dauer maschineller Beatmung und spezielle Zuschläge bei Früh- und Neugeborenen. Der Gesetzgeber hat darüber hinaus mit dem 2. Fallpauschalenänderungsgesetz die Einführung weiterer Parameter (z.B. Chemotherapie, Intensivmedizin) beschlossen, die im Grouping zur besseren Abbildung der Kostenstrukturen führen sollen.¹⁹

¹⁷ Vgl. Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze

¹⁸ Vgl. Eichhorn P (2002)

¹⁹ Vgl. Zweites Gesetz zur Änderung der Vorschriften zum diagnose-orientierten Fallpauschalensystem für Krankenhäuser und zur Änderung anderer Vorschriften

2.4.2.2 Die Auswirkungen des neuen Entgeltsystems

Mit der Einführung der stationären Vergütung in Form pauschalierter Entgelte trat eine bedeutende Änderung der finanziellen Anreizstruktur der Leistungserbringung im Krankenhaus ein. Bedeutete früher jeder Tag Verweildauer eine Erhöhung des Erlöses für eine stationäre Leistung, ist dies heutzutage mitnichten der Fall. Die Krankenhäuser müssen versuchen ihre Patienten bei gleich bleibender Qualität in immer kürzeren Zeiträumen zu behandeln.²⁰ Dabei ist aus betriebswirtschaftlichen Überlegungen eine Gewinnmaximierung zum Zeitpunkt der unteren Grenzverweildauer anzustreben. Insgesamt wird so eine Senkung der mittleren Verweildauer bewirkt, wie auch international nach Einführung pauschalierter Entgeltsysteme beobachtet werden konnte.²¹ Dieser Trend setzte sich, die gesetzlichen Neuerung teils vorwegnehmend, in den letzten Jahren auch schon in Deutschland durch. Die mittlere Verweildauer für akute stationäre Versorgung sank von 15,3 Tagen im Jahr 1990 auf 9,8 Tage im Jahr 2003²², liegt aber trotzdem im internationalen Vergleich der OECD-Länder nach Korea auf dem vorletzten Platz.

²⁰ Vgl. Reith HB (2002)

²¹ Vgl. OECD (2004)

²² Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft (2003)

2.4.3 Das GKV-Modernisierungsgesetz und seine Auswirkungen

Die im internationalen Vergleich lange Verweildauer ist unter anderem auch auf die mangelnde Koordination zwischen den Versorgungssektoren zurückzuführen. Der Gesetzgeber hat mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung – GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) vom 14.11.2003²³ versucht hierauf zu reagieren und einen richtungsweisenden Vorstoß zur Überwindung der Sektorengrenzen verabschiedet. Die Integration der sektoral zergliederten Versorgungsformen bietet eine wichtige Zukunftsperspektive der Gesundheitsversorgung in der Bundesrepublik Deutschland.²⁴

2.4.3.1 Die Änderungen des GKV-Modernisierungsgesetzes

Die Idee, die Sektorengrenzen durch die Einführung einer Integrierten Versorgung zu überwinden, existiert nicht erst seit dem Entwurf des GKV-Modernisierungsgesetzes. Auch in den Jahren zuvor gab es Möglichkeiten, die Integrierte Versorgung über Sektoren- und Disziplingrenzen hinweg in Form von Modellvorhaben nach §63 SGB V oder Strukturverträgen nach §73a SGB V zu schließen, die jedoch nicht in großem Umfang genutzt worden sind. Die Hauptprobleme lagen dabei in den Interessenskonflikten zwischen Kassenärztlicher Vereinigung und den Krankenhäusern und in der unzureichenden Anreizgestaltung.²⁵

Durch die Regelungen zur Integrationsversorgung nach §140a-h SGB V wird es den Krankenkassen nun ermöglicht Einzelverträge zu schließen, die entweder eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende oder eine verschiedene Fachdisziplinen einschließende Versorgung der Versicherten umfasst. Diese Vertragspartner der Krankenkassen können dabei im Bereich der stationären Versorgung Träger zur Versorgung zugelassener Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen mit Versorgungsvertrag oder sonstige zur Versorgung berechnete Leistungserbringer sein. Als ambulante Vertragspartner sind erstmals auch einzeln zugelassenen Vertragsärzte, unter Ausschluss der kassenärztlichen Vereinigungen bei Einschränkung des Sicherstellungsauftrages, vorgesehen. Diese grundlegende Neuerung des bisher verwendeten Kollektivvertragssystems mit Kontrahierungszwang kann als erster Schritt zu einem Vertragssystem mit selektiver Kontrahierung durch die Krankenkassen gewertet werden.

²³ Vgl. Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (2003)

²⁴ Vgl. Schröder WF (2002)

Den Krankenkassen wurde die Möglichkeit der Einbehaltung von bis zu einem Prozent des Budgets der Kassenärztlichen Vereinigungen sowie zur Rechenungskürzung der Krankenhausrechnungen ebenfalls um bis zu einem Prozent gegeben. Dabei dienen die akquirierten Mittel als Anschubfinanzierung und müssen innerhalb von drei Jahren nachweislich für die Integrierte Versorgung verwandt werden, sonst droht die Rückerstattungspflicht.

Der Gesetzgeber hat durch die einprozentige Budgetkürzung und den Verzicht auf eine explizite Ausarbeitung der Regelungen den nötigen Freiraum geschaffen, der für die Etablierung neuer Versorgungsmodelle nötig ist. Dabei kann sich die Leistung der integrierten Versorgung – je nach Integrationstiefe bzw. -breite – auf eher kleinteilige sektorübergreifend definierte Leistungskomplexe oder auf populationsbezogene (regionale) Versorgungskonzepte beziehen. Letztere können wiederum danach unterschieden werden können, ob sie indikationsspezifisch (z.B. onkologische oder diabetologische Versorgung) oder – im Sinne einer echten „Vollversorgung“ – indikationsunspezifisch sind.²⁶

2.4.3.2 Die Chancen und Risiken aus Sicht der Krankenhäuser

Die Krankenhäuser geraten durch die drohende Budgetminderung um 1% in Zugzwang. Sie müssen sich neben der Umstellung der Vergütung nach DRG – und den damit verbundenen wettbewerblichen Konsequenzen (siehe oben) – nun dem Wettbewerb um Verträge zur Integrierten Versorgung stellen, um die Budgetkürzung ausgleichen zu können.²⁷

Dabei sind die Krankenhäuser genau wie Vertragsärzte für komplexe integrierte Versorgungsformen organisatorisch häufig noch nicht gut aufgestellt. Den Krankenhäuser fehlt es besonders an kostengünstigen ambulanten Versorgungsmöglichkeiten. Sie müssen zunächst integrierte Anbieterstrukturen aus ihrer herkömmlichen Organisationsstruktur heraus entwickeln.

Im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung durch Fachärzte kann dies in Form von Zusammenschlüssen zu größeren Ärztehäusern erfolgen. Krankenhäusern war bislang der Zugang zur institutionellen vertragsärztlichen Versorgung verwehrt. Eine Ausnahme bildeten Ermächtigungen zur vertragsärztlichen Versorgung, die einzelnen Chefärzten bei regionaler Unterversorgung, insbesondere in Spezialgebieten, durch die Kassenärztliche Vereinigung erteilt wor-

²⁵ Vgl. Networks – Integrierte Versorgung (2000)

²⁶ Vgl. Jacobs K (2004)

²⁷ Vgl. KBV-Kassenärztliche Bundesvereinigung (2003)

den sind. Diese strikte Trennung ist durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz erstmals aufgehoben worden. Krankenhäuser können als zugelassene Teilnehmer an der Gesundheitsversorgung ein Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V gründen. Sie werden damit institutionell in die ambulante Leistungserbringung eingebunden.

Medizinische Versorgungszentren sind fachübergreifende, ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte, die in das Arztregister eingetragen sind, als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind. Die medizinischen Versorgungszentren können sich dabei aller zulässigen Organisationsformen bedienen. Sie können von den Leistungserbringern, die auf Grund von Zulassung, Ermächtigung oder Vertrag an der medizinischen Versorgung der Versicherten teilnehmen, gegründet werden.²⁸

Krankenhäusern wird so erstmals die Möglichkeit gegeben ihre Wertschöpfungskette in den ambulanten Bereich auszudehnen. Dies bedeutet, dass die Wertschöpfung bei der Behandlung eines Patienten nicht nur selektiv auf den stationären Aufenthalt beschränkt ist. Ein Krankenhaus kann somit auch vor- und nachgelagerte Diagnose- und Behandlungseinheiten im Rahmen regulärer GKV-Erstattung über die Kassenärztliche Vereinigung vergütet bekommen.

Das GMG gibt den Krankenhäusern weiterhin die Möglichkeit bei Unterversorgung nach § 116a SGB V, bei hoch spezialisierten Leistungen, bei seltenen Erkrankungen oder bei Erkrankungen mit besonderem Krankheitsverlauf ambulant tätig zu werden (§116b Absatz 2 SGB V). Darüber hinaus gilt dies auch im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme, den Disease Management Programmen.

Aus heutiger Sicht ist der Umfang der Beteiligung der Krankenhäuser an der ambulanten Versorgung noch nicht sicher abschätzbar. Dennoch eröffnen sich den Krankenhäusern durch das GMG neue Möglichkeiten ihre Stellung am Markt zu sichern und zu verbessern.

2.4.4 Die Konsequenzen der gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen

Ein Krankenhaus, das sich im Wettbewerb um die qualitativ hochwertige und zweckmäßige Versorgung seiner Patienten behaupten will, muss sein stationä-

res Versorgungskonzept den veränderten Rahmenbedingungen anpassen.²⁹ Mit der Aufhebung des Selbstkostendeckungsprinzips und der Einführung der fallpauschalorientierten Entgeltsystematik ergibt sich die Notwendigkeit, dass Krankenhäuser und Krankenkassen vor Ort über Art und Umfang des Versorgungsauftrages verhandeln.³⁰ Das Hauptaugenmerk ist dabei auf die Verbesserung der intersektoralen Kommunikation, der Einbettung stationärer Versorgung in die Versorgungskette als Ganzes und die effektive und effiziente Erbringung der stationären Kernleistung zu legen. Dabei werden intersektorale Patientenzugänge zunehmend an Bedeutung gewinnen.³¹ Die Organisation der Leistungserbringung muss den veränderten Rahmenbedingungen angepasst werden.

²⁸ Vgl. § 95 SGB V (2004)

²⁹ Vgl. Schäfer W (2003)

³⁰ Vgl. Eichhorn S (1995)

³¹ Vgl. Tophoven C (2002)

2.5 Die Organisation stationärer Leistungserbringung

Der Status quo stationärer Leistungserbringung in vielen deutschen Krankenhäuser stellt sich zur Zeit folgendermaßen dar: Der klinisch tätige Arzt verrichtet seine Arbeit typischerweise in mehreren getrennten Abteilungen eines Krankenhauses. Er verbringt dabei, abhängig von seiner Fachrichtung und seiner Position, den größten Teil seiner Zeit auf der Station, in Funktionsbereichen (z.B. OP, Endoskopie, Herzkatheter, Spezialuntersuchungsräume), der Ambulanz und administrativen Räumen. Dabei arbeitet er seine Aufgaben sequentiell ab.

Im Folgenden werden die Anforderungen an die Organisation eines Krankenhauses aus verschiedenen Blickwinkeln betrachtet. Als primäres Ziel aller Beteiligten muss angesehen werden, die Versorgung der Patienten in bestmöglicher Qualität unter Beachtung von Kosteneffizienz zu gewährleisten.

Zuerst wird die Sichtweise der Leistungsempfänger, also des Patienten und seiner Angehörigen, analysiert. Danach folgen die Anforderungen der Leistungserbringer, der Pflegekräfte und Ärzte, sowie des Krankenhausträgers und schließlich die Sichtweise der Kostenträger.

2.5.1 Die Sicht der Leistungsempfänger

Die Anforderungen an die Organisation eines Krankenhauses aus Sicht der Leistungsempfänger lassen sich folgendermaßen beschreiben: Ein Patient sieht im Krankenhaus primär die Funktion einer medizinischen Einrichtung, die ihm bei gesundheitlichen Problemen und Fragen zu jeder Zeit zur Verfügung steht. Die Organisation des Krankenhauses muss also ihrer Funktion als Anlaufstelle sowohl für Notfälle, als auch für die elektive Aufnahme von Patienten gerecht werden. Dabei erwarten die Patienten eine individuelle Betreuung bei der Diagnostik und Therapie ihres Gesundheitsproblems. Sie setzen voraus, dass dies in bestmöglicher Qualität und angemessener Zeit geschieht.³² Die medizinische Versorgung steht für Patienten und Angehörige gleichermaßen im Mittelpunkt, administrative Angelegenheiten interessieren sie nur nachgelagert. Die Prozessorganisation des Krankenhauses muss diesen Ansprüchen gerecht werden.

³² Vgl. Baberg HL (2001)

2.5.2 Die Sicht der Leistungserbringer

Bei den Leistungserbringern im Krankenhaus lassen sich zwei Gruppen differenzieren. Als erstes ist die Gruppe mit patientennahen Tätigkeiten, also das Pflegepersonal und die Ärzte zu nennen, und darüber hinaus die Gruppe mit patientenferneren Tätigkeiten, wie zum Beispiel das Rechnungswesen innerhalb der Klinikverwaltung respektive der Krankenhausträger. Die erste Gruppe mit patientennahen Tätigkeiten erbringt die Kernleistung des Krankenhauses, nämlich Diagnostik, Therapie und Pflege. Die Organisationsstruktur muss daher die Konzentration auf diese Kernleistungen ermöglichen. Störgrößen, die die direkte Arbeit mit Patienten und damit verbundene administrative Aufgaben beeinflussen, müssen weitestgehend – unter Beachtung der Patientenanforderungen an eine prozessorientierte Arbeitsweise – eliminiert werden. Es müssen klare Strukturen und Zuständigkeiten entwickelt sein, die dazu dienen, die Patienten zum richtigen Zeitpunkt an die richtige Stelle innerhalb des Krankenhauses zu leiten. Ein Patient, der das Krankenhaus mit einem Thoraxschmerz aufgrund einer Refluxösophagitis aufsucht, sollte nicht in eine kardiologische Struktur gelangen, wo der Blickwinkel selbstverständlich auf das Herz gerichtet ist und es damit möglicherweise zu einer Über-, Unter- oder gar Fehlversorgung (Bsp. Herzkatheteruntersuchung) kommen kann.

Die Anforderungen an die Organisation des Krankenhauses aus Sicht des Klinikträgers und der Verwaltung können bei verschiedenen Trägerformen unterschiedlich motiviert sein. Während bei privatwirtschaftlich geführten Unternehmen die Wirtschaftlichkeit im Vordergrund steht, kann für die Motive im kommunalen oder konfessionellen Trägerbereich eher die Verpflichtung gegenüber dem Leitbild, im universitären Bereich die Kombination von Krankenversorgung mit Forschung und Lehre ausschlaggebend sein. Nichtsdestotrotz ist bei jedem Krankenhausträger die wirtschaftliche Führung des Krankenhausbetriebes zur Erfüllung seiner Aufgaben notwendig. Die Organisation muss nach diesem Ziel ausgerichtet werden. Unter DRG-Bedingungen ist beispielsweise die Möglichkeit der optimierten Steuerung der Belegung des Krankenhauses, also des Casemixindex (Fallschwereverteilung) und der Fallzahl, zu gewährleisten.³³ Ebenso muss die Organisation die optimale Nutzung der vorhandenen Ressourcen gewährleisten. Unter Ressourcen sind dabei sowohl die personelle Ausstattung

des Krankenhauses sowie materielle Ressourcen zu verstehen. Insbesondere sind Hochkostenbereiche, wie zum Beispiel der OP oder Großgeräte, in bestmöglicher ökonomischer Weise zu nutzen.³⁴ Bei aller Wirtschaftlichkeit dürfen jedoch die Aspekte der Qualitätssicherung nicht vergessen werden. Die Gestaltung von Prozessen im Krankenhaus muss der Förderung einer hochqualitativen medizinischen Leistungserbringung dienen und möglichen Risiken im Sinne eines präventiven Riskmanagements begegnen.³⁵ Nicht zuletzt muss die Organisation eines Krankenhauses eine gewisse Flexibilität aufweisen, um strategischen Anforderungen zeitnah gerecht werden zu können. Diese zeigen sich in neuester Zeit beispielsweise durch die Möglichkeiten der Integrierten Versorgung nach §§140a-h SGB V.³⁶

³³ Vgl. Scheu C (2004)

³⁴ Vgl. Riedl S (2002)

³⁵ Vgl. Hansis ML (2000)

³⁶ Vgl. Müschenich M (2004)

2.5.3 Die Sicht der Kostenträger

Die Forderungen der Kostenträger an die Organisation eines Krankenhauses sind im Sozialgesetzbuch V im §12 - Wirtschaftlichkeitsgebot - eindeutig formuliert: "Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, sie dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen."³⁷ Die Therapie im Krankenhaus darf nur notwendigerweise durchgeführt werden. Es gilt dabei der Grundsatz „ambulant vor stationär“. Des Weiteren muss die Zweckmäßigkeit sichergestellt werden. Eine Klinik sollte nur diejenigen Patienten aufnehmen und therapieren, für die es unter medizinischen Gesichtspunkten eine „richtige“ Wahl darstellt. Die Therapie muss dabei qualitativ hochwertig unter Beachtung der Wirtschaftlichkeit erfolgen können.³⁸

Fasst man die oben genannten Forderungen der drei beteiligten Bereiche – Leistungsempfänger, Leistungserbringer und Kostenträger – nochmals zusammen, lassen sich zwei vordergründige Postulate formulieren:

1. Erbringung qualitativ hochwertiger medizinischer Versorgung.
2. Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes sowohl extern (GKV) als auch intern (Deckungsbeitrag der DRG-Vergütung).

³⁷ Vgl. §12 SGB V Wirtschaftlichkeitsgebot

³⁸ Vgl. Friess H (2002)

2.6 Prozessoptimierung im Krankenhaus

2.6.1 Die Anforderungen an Prozesssteuerung im Krankenhaus

Um als aktiver Leistungserbringer an der Versorgung stationärer Patienten teilzunehmen zu können, müssen sich die traditionellen Strukturen der Krankenhäuser den veränderten Rahmenbedingungen anpassen. Die wichtigsten Anforderungen sind demnach:

1. Die Ausrichtung allen Handelns auf eine sachgerechte Erbringung der Gesundheitsdienstleistung, die den Anforderungen der Patienten im Vollen Umfang entspricht.
2. Die erforderliche Dienstleistung muss in der bestmöglichen Qualität unter Beachtung der Wirtschaftlichkeit zu erbringen sein.

Die Strukturen und Prozesse eines Krankenhauses müssen optimal aufeinander abgestimmt werden. Bislang sind die betrieblichen Strukturen im Krankenhaus durch funktionsorientierte Sichtweisen geprägt. Die einzelnen Bereiche konzentrieren sich auf die Erbringung ihrer Leistungen, eine patientenbezogene und den gesamten Behandlungsprozess begleitende Sicht dagegen fehlt.³⁹

Dies begründet sich organisationstheoretisch in der Herkunft der Institution Krankenhaus aus dem Zeitalter der Industrialisierung. Die Organisation von Institutionen und produzierendem Gewerbe wurde damals maßgeblich durch die Theorien von Adam Smith geprägt. Dieser postulierte eine Fragmentierung der Prozesse und die absolute Konzentration auf eine einzelne Aufgabe als Voraussetzung für unternehmerischen Erfolg.⁴⁰ Die Folge im Krankenhaus war die bauliche und organisatorische Ausrichtung nach diesen Prinzipien, die zu den bekannten Missständen führte.

Dagegen kann die Prozessorientierung eine treffende Möglichkeit der Reaktion auf die neuen Erfordernisse bieten.⁴¹

Das Leitmotiv des Prozessmanagements ist die Kundenorientierung, die als wesentliche Voraussetzung zur Erlangung von Wettbewerbsvorteilen gilt. Die Prozessorientierung stellt gegenüber der singulären Betrachtung einzelner Kliniken oder Suborganisationseinheiten eine ganzheitliche Sichtweise der Unter-

³⁹ Vgl. Reichert M (2000)

⁴⁰ Vgl. Hammer M (1997)

⁴¹ Vgl. Wilke MH (2001)

nehmensorganisation dar. Einfluss haben dabei Kosten-, Qualitäts- und Zeitaspekte sowie die langfristige Ausrichtung eines Verbesserungsprozesses.⁴²

2.6.2 Die Leistungen der klinischen Behandlungspfade - Clinical Pathways

Die Diagnostik und Therapie von Patienten sind die Kernprozesse eines Krankenhauses. Klinische Behandlungspfade können dabei zur Orientierungs- und Entscheidungsunterstützung, wie auch als interprofessionelles Dokumentationsinstrument genutzt werden. Roeder definiert einen klinischen Behandlungspfad als Dokument, das den üblichen Weg der Leistung multidisziplinärer Behandlung für einen speziellen Patiententyp beschreibt, und das die Kommentierung von Abweichungen von der Norm zum Zwecke fortgesetzter Evaluation und Verbesserung erlaubt.⁴³

Nichtsdestotrotz ist es ohne Zweifel, dass klinische Behandlungspfade als ein adäquates Mittel zur Senkung von Kosten und zur Verkürzung der Verweildauer dienen können.⁴⁴

In Deutschland konnten Todaro und Schott-Baer dieses schon Mitte der neunziger Jahre auf dem Gebiet der Unfallchirurgie nachweisen.⁴⁵ Sie zeigten, dass durch die Einführung interdisziplinärer Behandlungspfade für Patienten mit Hüft- oder Knieendoprothese an zwei Krankenhäuser in unterschiedlichen Versorgungsregionen die durchschnittliche Verweildauer innerhalb von zwei Jahren von 6,9 bis 6,4 Tagen auf durchschnittlich 4,9 Tage gesenkt wurde.

Ein weiterer nicht zu vernachlässigender Aspekt klinischer Behandlungspfade ist die Qualitätssicherung.⁴⁶ Durch die §§ 135ff SGB V sind die Krankenhäuser zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet. Klinische Behandlungspfade können durch standardisierte Erhebung von Qualitätsparametern ihren Beitrag zu den gesetzlichen Anforderungen leisten.

2.7 Die Schaffung einer Interdisziplinären Zentralaufnahme

Zeitgleich zur Verkürzung der Verweildauer im stationären Bereich ist ein Trend zu mehr ambulanter Leistungserbringung in Deutschland zu beobachten, wodurch die angespannte finanzielle Situation vieler Krankenhäuser nochmals

⁴² Vgl. Seifert K (1998)

⁴³ Vgl. Roeder N (2004)

⁴⁴ Vgl. Kahla-Witzsch H (2004)

⁴⁵ Vgl. Todaro T (2000)

verschärft wird.⁴⁷ Viele der ehemals stationär erbrachten Leistungen werden heute regelhaft ambulant erbracht (z.B. Varizektomien).⁴⁸

Abhilfe kann in diesem Zusammenhang nur durch die Schaffung effizienter Betriebsabläufe und die optimale Nutzung der vorhandenen Ressourcen geboten werden.

Wie bereits in der Einleitung erwähnt, steht und stand bis heute die OP-Reorganisation im Mittelpunkt des wissenschaftlichen Interesses der Untersuchung von Veränderungen der Krankenhausorganisation. Eine Beschränkung des Blickwinkels auf die reinen Kernprozesse der stationären Behandlung ist unter Berücksichtigung der sich verzahnenden sektorübergreifenden Behandlungsformen und dem Druck zur Verkürzung der stationären Verweildauer zu kurzfristig gedacht. Nichtsdestotrotz sind der Öffentlichkeit bisher kaum wissenschaftliche Publikationen zur Reorganisation weiterer Krankenhausorganisationseinheiten zugänglich.

Die vorliegende Arbeit möchte diesem Umstand in dem sehr wichtigen Teilbereich der Restrukturierung einer Normalstation Abhilfe schaffen. Wissenschaftlich untersucht wird die Möglichkeit einer Reorganisation der Normalstation durch die Schaffung einer interdisziplinären Zentralaufnahme.

Die heutige Form der Normalstation ist in erster Linie als eine Art Organisationsinstrument des diagnostischen Procedere im Krankenhaus anzusehen. Wenn Kießling et al. bei der Beobachtung und Auswertung pflegerischer Tätigkeiten auf fünf Normalstationen nur zu einem Ergebnis von 30 % patientenbezogener Tätigkeiten kommen⁴⁹, ist davon auszugehen, dass die ursprüngliche Funktion der Normalstation, nämlich die Betreuung und Pflege kranker Menschen, in den Hintergrund getreten ist.

Im DRG-System hängt der wirtschaftliche Erfolg eines Krankenhauses in höchstem Maße von der richtigen Diagnosestellung zu Beginn eines stationären Aufenthaltes ab. Wird der stationäre Behandlungsbedarf eines Patienten erst im Bett auf der Station in Frage gestellt, kann dies zu hohen Kosten für das Krankenhaus aufgrund ausbleibender Vergütung durch die Krankenkassen führen.

Die Indikation zur stationären Behandlung in der entsprechenden Fachabteilung muss zu Beginn des klinischen Aufenthaltes mit höchster Kompetenz gestellt werden können.

⁴⁶ Vgl. Cheah J (2000)

⁴⁷ Vgl. Schmidt M (2002)

⁴⁸ Vgl. §115b SGB V Ambulantes Operieren im Krankenhaus

Die Schaffung eines Ambulanzbereiches mit einer interdisziplinären Zentralaufnahme kann dabei ein erster Schritt zur Erreichung dieses Ziels sein.⁵⁰ Die Normalstation wird dementsprechend durch die Umverteilung ärztlicher und pflegerischer Tätigkeiten im Bereich der Diagnostik stark entlastet. Bei dem immer größer werdenden Anteil ambulanter Behandlungsmöglichkeiten steigert sich der durchschnittliche Krankheitsschweregrad der verbleibenden stationär Behandlungsbedürftigen automatisch. Die Patienten einer Normalstation haben somit einen höheren Pflegebedarf.

In Deutschland haben zur Zeit ein Drittel aller Krankenhäuser den Aufbau einer interdisziplinären Zentralaufnahme entweder geplant oder schon abgeschlossen.⁵¹ Neben den Kosten der baulichen Schaffung einer solchen Struktur sind insbesondere die Kosten der Bereitstellung des nötigen Personals von Bedeutung. Schon heute betragen die Personalkosten im Krankenhaus durchschnittlich über 60% der Gesamtkosten.⁵² Vor dem Hintergrund, dass über die Hälfte der Krankenhäuser Deutschlands im letzten Jahr ihren Personalbestand verringern mussten, muss in der Realität auf eine Erhöhung des Personalbestandes dabei faktisch verzichtet werden.

In der vorliegenden Untersuchung wird nun der Anteil von ärztlichen und pflegerischen Tätigkeitskategorien ermittelt, der bei einer Reorganisation und Schaffung einer interdisziplinären Notaufnahme auf einer unfallchirurgischen Normalstation Veränderungen unterworfen wäre.

⁴⁹ Vgl. Kießling H (1998)

⁵⁰ Vgl. Hoffmann F (2002)

⁵¹ Vgl. Offermanns M (2003)

⁵² Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft (2003)

3 Untersuchung der unfallchirurgischen Normalstation

Unter den oben beschriebenen Prämissen und vor dem Hintergrund der Planung eines Neubaus der Universitätsklinik Greifwald wurden auf der unfallchirurgischen Normalstation die potenziellen Auswirkungen bei der Einführung einer interdisziplinären Aufnahmeabteilung untersucht. Das Hauptaugenmerk galt dabei der Frage, welche ärztlichen und pflegerischen Tätigkeiten auf einer Normalstation sinnvoll im neuen Setting einer interdisziplinären Zentralaufnahme geleistet werden können. Dazu wurde die unfallchirurgische Station zunächst strukturiert beobachtet und nachfolgend auf eine potenzielle Verlagerung der Tätigkeiten hin überprüft.

3.1 Die Kennzahlen der unfallchirurgischen Normalstation

Auf der unfallchirurgischen Normalstation der Universitätsklinik Greifswald wurden im Beobachtungsjahr 2001 in 36 Betten 1.261 Patienten versorgt. Die Patienten hatten ein Durchschnittsalter von 46,6 Jahren. Die durchschnittliche Verweildauer betrug 7,13 Tage.

Das Spektrum der Krankheitsentitäten, die unfallchirurgisch in der Universitätsklinik versorgt werden, ist durch die spezielle Situation vor Ort bedingt. Die Universitätsklinik Greifswald übernimmt als Haus der Maximalversorgung aufgrund der Randlage im Flächenland Mecklenburg-Vorpommern auch die Normal- und Regelversorgung.

Im Beobachtungszeitraum waren neun Ärzte für die unfallchirurgische Versorgung der Patienten verantwortlich. Der Stellenplan wies dabei eine Chefarztstelle, vier Oberarztstellen, sowie vier Assistenzstellen aus.

3.2 Die Durchführung der Datenerhebung

3.2.1 Die zweiwöchige Pretest-Phase

Zunächst wurde in einem Pretest die unfallchirurgische Normalstation über zwei Wochen im Rahmen einer Famulatur des Autors beobachtet. Dabei konnte festgestellt werden, dass das Spektrum der Tätigkeiten, die mit Patientenkontakt durchgeführt werden, in verschiedene Subgruppen differenziert werden können.

Daraufhin wurde ein strukturierter Beobachtungsbogen zur kategorisierten Erfassung ärztlicher Leistungen entwickelt. Auf dem Beobachtungsbogen konnten neben der Art und dem Inhalt der Tätigkeit, die Dauer, sowie die Anzahl der Teilnehmer festgehalten werden.

3.2.2 Die Datenerhebung in der Beobachtungsphase

Nachdem die Vorbereitungen der Pretest-Phase abgeschlossen worden waren, hospitierte der Autor innerhalb von zwei Monaten an neun zufällig ausgewählten Werktagen auf der unfallchirurgischen Normalstation. Die Beobachtung fand jeweils von 6:30 Uhr bis 16:00 Uhr statt, was der normalen Tagesschicht entspricht.

Der Autor zeichnete alle stationären ärztlichen Tätigkeiten im strukturierten Beobachtungsbogen auf. Neben der Tätigkeit selbst und ihrer minutengenauen Dauer, wurde die Anzahl der teilnehmenden Ärzte an einer Tätigkeit aufgenommen. Erfasst wurden nur solche Tätigkeiten, die auf der Station erfolgten und unmittelbaren Patientenkontakt zur Folge hatten.

Patientenferne Tätigkeiten, wie zum Beispiel das Verfassen eines Arztbriefes, die Bearbeitung von Anfragen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen oder die Bearbeitung von Anträgen für eine Anschlussheilbehandlung wurden nicht berücksichtigt. Diese Tätigkeiten wurden von den Ärzten der Unfallchirurgie der Universitätsklinik Greifswald im so genannten Sekretariat durchgeführt, welches sich am Eingang der Station befindet.

Ziel der Untersuchung war die Frage nach der Verlagerung von Tätigkeiten, die direkten Patientenkontakt oder unmittelbaren Zugang zu ihnen oder ihrer Akte respektive der Pflegekurve voraussetzen. Deshalb konnte auf die genaue Erfassung der patientenfernen Tätigkeiten von vornherein verzichtet werden.

Bei der Beobachtung wurde allerdings zwischen aktiver und passiver Teilnahme an einer Tätigkeit unterschieden, wenn mehrere Personen eine Tätigkeit (z.B. Visite) zusammen durchführten.

Diese Unterscheidung diente dazu, Leistungen differenzierter betrachten zu können. Nehmen an einer Chefarztvisite beispielsweise sieben Ärzte teil, ergibt dies eine große Summe von auf der Station geleisteten Arztminuten. Für potenzielle Veränderungen des Behandlungsprozesses haben die vom stationsverantwortlichen Arzt geleisteten Arbeitsminuten einen anderen Stellenwert. Die Untersuchung sollte (wie oben beschrieben) klären, ob diese Tätigkeit in anderer Form in einer interdisziplinären Aufnahmeabteilung ausgeführt werden kann. Die vom Stationsarzt geleistete Arbeitszeit – hier als aktiv bezeichnet – muss daher bei der Bewertung des Anteils einer möglichen Umverteilung stärker gewichtet werden.

3.3 Die Überprüfung der Tätigkeiten hinsichtlich Stationsgebundenheit

Im Anschluss an die Erfassung wurde jede aufgezeichnete Tätigkeit hinsichtlich ihrer sinnvollen räumlichen Bindung an die Station bzw. die Möglichkeit ihrer Erbringung in einer interdisziplinären Aufnahme bewertet. Diese Bewertung wurde anhand vorher festgelegter Kriterien durchgeführt. (vgl. hierzu Tabelle 2: Bindung an die Normalstation)

Eine ärztliche Tätigkeit sollte nur dann als stationsgebunden gelten, wenn sie dort objektiv im Rahmen einer seriellen Abarbeitung mit einer höheren Effizienz und niedrigerem Aufwand für Ärzte und Pflegepersonal als in einer Ambulanz erbracht werden kann. Unnötige Transporte und lange Wartezeiten für Patienten und Mitarbeiter sollen vermieden werden.

Die Auswertung erfolgte durch die detaillierte Beurteilung jeder einzelnen Tätigkeit hinsichtlich oben genannter Kriterien. War zunächst keine Eindeutigkeit gegeben, so diskutierte der Autor das Potenzial einer Verlagerung mit den ausführenden Ärzten.

Damit würden im Wesentlichen die Visite, die Blutentnahme und Tätigkeiten im Rahmen von Notfällen auf der Station verbleiben. Weiterhin galten kurze Arzt-Patienten-Gespräche, die nicht zur Visite gehören und auch nicht im Rahmen einer Untersuchung stattfanden, sowie Leistungen, die en passant z.B. während der verbleibenden Visite erbracht werden, als stationsgebunden.

Aufnahme- und Entlassungsuntersuchungen, organisatorische Tätigkeiten, Aufklärungsgespräche, aufwendige Zwischenuntersuchung und technisch unterstützte Spezialuntersuchungen wurden als nicht stationsgebunden angesehen.

3.4 Die Auswirkungen auf pflegerische Arbeitsabläufe

Die ärztlichen Tätigkeiten auf einer Normalstation werden teilweise in direkter Zusammenarbeit mit dem Pflegepersonal erbracht, oder erfordern vor- oder nachbereitende Tätigkeiten des Pflegepersonals. Wandeln sich die Inhalte und der Umfang ärztlicher Tätigkeiten auf der Normalstation durch die Modifikation von Arbeitsprozessen, ändern sich damit auch zwingend die pflegerischen Tätigkeiten.

Um die potenziellen Umgestaltungen auf pflegerische Arbeitsabläufe abschätzen zu können, wurde die pflegerische Leistungsdokumentation gemäß der Pflegepersonalregelung (PPR) ausgewertet.

Die Pflegepersonalregelung wurde 1990-1993 durch das Bundesministerium für Gesundheit und Soziales (BMGS) als Instrument zur Personalbedarfsmessung im Krankenhaus entwickelt. Die Personalbedarfsmessung erfolgt durch eine Eingruppierung des versorgten Patientenkollektivs, denen standardisierte Minutenwerte zur pflegerischen Versorgung zugeordnet werden können. Die Patienten werden anhand der durch das Pflegepersonal erbrachten Leistungen in sechs Pflegekategorien eingestuft. Die Kategorisierung berücksichtigt allgemeine (A) und spezielle (S) Pflegeleistungen und beschreibt den Umfang der Leistung in drei Quantitätsstufen (1-3). Die Patienten einer PPR-Gruppe verursachen laut Definition einen ähnlichen Arbeitsaufwand.

Die Arbeitsinhalte jeder PPR-Gruppe sind in der Literatur mit ihren jeweiligen Minutenwerten genau definiert.⁵³ Anhand der definierten Tätigkeiten wurde der Anteil pflegerischer Tätigkeiten ermittelt, der direkt mit ärztlichen Tätigkeiten verbunden ist (Tabelle 3: Verteilung von Pflegeleistungen und Bindung an ärztliche Tätigkeiten). Da in der Literatur für jede Pflegegruppe genaue Beschreibungen der Tätigkeitsinhalte vorhanden sind, wurde in der vorliegenden Untersuchung der prozentuale Anteil je PPR-Gruppe ausgewertet.

⁵³ Vgl. Mohr FW (1992)

4 Ergebnisse der Untersuchung

4.1 Kategorisierung ärztlicher Tätigkeiten

In der Beobachtungsphase ließen sich die ärztlichen Tätigkeiten auf der beobachteten unfallchirurgischen Normalstation in sechs verschiedene Subgruppen differenzieren. Die Differenzierung erfolgte anhand inhaltlicher Gesichtspunkte, sowie nach Art und Anzahl der beteiligten Personen.

Im Folgenden werden die sechs Tätigkeitskategorien nun beispielhaft beschrieben.

Die erste Kategorie „Visite“ erfolgte zumeist mit mehreren Ärzten. Dabei wurde in einer Verlaufs- und Befundkontrolle der aktuelle Zustand und die Entwicklung des Patienten dokumentiert. Es erfolgten Absprachen und Anweisungen an das Pflegepersonal und die Physiotherapie. Weiterhin wurde in der Visite das weitere Vorgehen unter Einbeziehung der Entlassung vorbereitet.

In die Kategorie „Untersuchungstätigkeiten“ fielen alle Aufnahme- und Entlassungsuntersuchungen sowie zugehörige Anamnesen, die auf der beobachteten Normalstation durchgeführt wurden. Weiterhin zählten Kontrolluntersuchungen außerhalb der Visite (z.B. Kontrolle des Bewegungsausmaßes eines Gelenks) und Notfalluntersuchungen (z.B. bei Verdacht auf Hirninfarkt) zu dieser Kategorie.

Die Kategorie „informative Tätigkeiten“ beschreibt die Kommunikation mit Patienten und Angehörigen, wie Aufklärungsgespräche für eine Operation oder Diagnostik, sowie Gespräche zur Klärung der häuslichen Pflegesituation mit den Angehörigen.

Die „Erhebung medizinischer Parameter“ beschreibt diagnostische Tätigkeiten des Arztes, die unter Verwendung von medizinischen-technischen Geräten durchgeführt wurden. Dazu gehörte vor allem die Ableitung eines EKG oder einer sonographische Kontrolle, die direkt am Bett des Patienten durchgeführt wird. Außerdem fällt in diese Kategorie auch die Blutentnahme, die im Beobachtungszeitraum durch die Ärzte selbst durchgeführt wurde und nicht delegiert war.

Unter der Bezeichnung „organisatorische Tätigkeiten“ wurden alle Handlungen gruppiert, die eine steuernde Aktivität des agierenden Arztes im klinischen Prozessablauf beschreiben und direkten Kontakt zum Patienten oder seiner Kran-

kenakte voraussetzen. Als Beispiel sei hier die Anforderung von Untersuchungen außerhalb des regulären Aufnahmenuntersuchungsprozesses genannt. Unter „weitere ärztliche Tätigkeiten“ wurden Verrichtungen, die aufgrund gesetzlicher Vorgaben oder aufgrund besonderer ärztlicher Kenntnisse nur von Ärzten durchgeführt werden können, subsummiert. Dazu gehören die intravenöse Verabreichung von Medikamenten oder Blutprodukten, wie auch ausgedehnte Verbandswechsel. (Vgl. Tabelle 4: Ärztliche Tätigkeiten auf einer Normalstation)

4.2 Der Umfang ärztlicher Leistungen im Beobachtungszeitraum

Die unter 4.1 erläuterten Tätigkeitskategorien umfassen 100% der stationären ärztlichen Tätigkeiten.

In der Beobachtungsphase wurde die unfallchirurgische Normalstation während 5130 Minuten (85,5 Stunden) durch den Autor strukturiert beobachtet. In diesem Beobachtungszeitraum wurden 5526 Minuten Arzttätigkeit erfasst.

Die Differenz zwischen Beobachtungszeit (in min) und der Dauer der ärztlichen Tätigkeiten (in min) ergibt sich aus dem Umstand, dass z.B. während der Visite mehrere Ärzte gleichzeitig Tätigkeiten ausführten. Auf den Stationsarzt entfielen dabei 2893 Minuten der oben genannten Kategorien. (vgl. Tabelle 5: Verteilung der ärztlichen Tätigkeiten auf der Normalstation)

4.3 Die Verteilung ärztlicher Leistung auf der unfallchirurgischen Normalstation

Bei der Beschreibung der Verteilung ärztlicher Leistungen muss grundsätzlich zwischen zwei Varianten unterscheiden werden. Die erste Variante betrachtet alle am Behandlungsgeschehen beteiligten Ärzte. In der zweiten Variante wird dem verantwortlichen Arztes der beobachteten Station eine besondere Position zugeschrieben.

Bei der Betrachtung aller ärztlich geleisteten Minuten entfällt der größte Anteil auf die Tätigkeitskategorie „Visite“ mit 2434 Minuten, danach folgen organisatorische Tätigkeiten mit 1161 Minuten und Untersuchungstätigkeiten mit 942 Minuten geleisteter Arbeitszeit. Die Visite stellt dabei mit 45% die mit Abstand zeitintensivste Tätigkeitskategorie dar. (vgl. Diagramm 2: Verteilung ärztlicher Tätigkeiten gesamt)

Betrachtet man nur den Stationsarzt, sieht die Verteilung etwas anders aus. (vgl. Diagramm 3: Verteilung ärztlicher Tätigkeiten Stationsarzt) Die Visite verbleibt mit 387 Minuten geleisteter Arbeitszeit nur noch auf dem dritten Platz, die Untersuchungstätigkeiten füllen mit 912 Minuten oder 32% den größten Teil der Gesamtarbeitszeit aus. Organisatorische Tätigkeiten machen mit 628 Minuten Arbeitszeit immerhin den zweitgrößten Anteil (22%) aus.

Die unterschiedliche Verteilung zwischen allen Ärzten und dem Stationsarzt im Vergleich rührt, wie oben schon erwähnt, aus der Tatsache, dass an der Visite eine Vielzahl von Ärzten teilnehmen. Im Beobachtungszeitraum schwankte die Zahl zwischen zwei (Stationsarzt und Arzt im Praktikum) und neun Teilnehmer (Chefarztvisite).

4.4 Die Ergebnisse der Überprüfung ärztlichen Tätigkeiten hinsichtlich ihrer Stationsgebundenheit

Bei der Überprüfung einer möglichen Auslagerung ärztlicher Tätigkeiten von der Normalstation zu einer interdisziplinären Zentralaufnahme muss der Blick insbesondere auf den Stationsarzt gerichtet werden. Wie oben gezeigt werden konnte, leisten andere Ärzte ihre Arbeit auf der Station fast nur in Form der Visite ab. Subtrahiert man die Visitenleistung des Stationsarztes von den Gesamtminuten, verbleiben für die Tätigkeiten der anderer Ärzte 84% für die Visite.

Die Visite soll aber auch weiterhin auf der Normalstation durchgeführt werden, da hier die Möglichkeit der seriellen Abarbeitung eindeutig gegeben ist und die Vermeidung unnötiger Patiententransporte im Vordergrund steht.

Überprüft man die Tätigkeiten des Stationsarztes nun anhand der Kriterien der Tabelle 3 („Bindung an die Normalstation“), zeigt sich, dass über 75% der stationsärztlichen Leistung nicht an die Ausführung auf der Normalstation gebunden sind. (Vgl. Diagramm 4 „Auslagerung ärztlicher Tätigkeiten“)

Der potenzielle Auslagerungsgrad unterscheidet sich in den einzelnen Tätigkeitskategorien erheblich. Bei der Tätigkeitskategorie „Visite“ besteht beispielsweise keine sinnvolle Auslagerungsmöglichkeit. Dagegen können bei den „informativen Tätigkeiten“ bis zu 100% potenziell ausgelagert werden. (Vgl. Tabelle 6 und 7 „Auslagerung ärztlicher Tätigkeiten in eine interdisziplinäre Aufnahme“)

Betrachtet man die ärztlichen Tätigkeiten ohne die Visite, errechnet sich eine potenzielle Verlagerung ärztlicher Tätigkeiten von 89%. (Vgl. Tabelle 8 Auslagerung ärztlicher Tätigkeiten in eine interdisziplinäre Aufnahme in Prozent (Betrachtung exklusive Visite)).

4.5 Die Verteilung der Pflegestufen nach PPR im Beobachtungszeitraum

Die Verteilung der PPR-Gruppen im Beobachtungszeitraum wurde von der Pflegedirektion der Universitätsklinik monatlich zur Verfügung gestellt. In den beiden Beobachtungsmonaten ergab sich folgende Verteilung. (Vgl. Tabelle 3 und Diagramm 5 „Verteilung der PPR-Gruppen“)

Die beiden Gruppen A2S1 und A2S2 machen zusammen über 71% der Verteilung aus. Das bedeutet, dass für die Patienten im Beobachtungszeitraum ein mittlerer Pflegeaufwand notwendig war. Dies entspricht den Vorstellungen über das Patientenklientel einer unfallchirurgischen Normalstation einer Universitätsklinik, das in vielen Fällen aufgrund von Bewegungseinschränkungen hilfsbedürftig ist.

4.6 Die Bindung pflegerischen Tätigkeiten an ärztliche Tätigkeiten

Wie im Diagramm 6 „Bindung pflegerischer an ärztliche Tätigkeiten“ zu erkennen ist, nimmt der Anteil der Bindung pflegerischer an ärztliche Tätigkeiten mit dem Grad der Pflegebedürftigkeit des Patienten ab. Eine höhere Pflegebedürftigkeit des Patienten erfordert eine im Vergleich höhere pflegerische Betreuungsintensität. Das Verhältnis von ärztlichem zum pflegerischen Dienst verschiebt sich zugunsten der pflegerischen Anteile. Die Tabelle 3 „Verteilung von Pflegeleistungen und Bindung an ärztliche Tätigkeiten“ weist einen Anteil von ca. 15% der pflegerischen Tätigkeiten aus, die an ärztliche Tätigkeiten gekoppelt sind.

Im Diagramm 7 „Verteilung der Auslagerung pflegerischer Tätigkeiten“ sind die auf Station verbleibenden und die verlagerten Anteile je Pflegegruppe dargestellt. Im Beobachtungszeitraum wären demnach 9.8 % der pflegerischer Gesamttätigkeit bei einer Reorganisation betroffen. (Vgl. auch Tabelle 3, Reihe C „Verteilung von Pflegeleistungen und Bindung an ärztliche Tätigkeiten“)

Diese Größenordnung konnte auch der Pflegedirektor des St. Josef Hospital Regensburg nach Einführung einer interdisziplinären Aufnahmestelle in einem Vortrag im Martin-Luther-Krankenhaus Berlin am 16. Juni 2004 bestätigen.⁵⁴

⁵⁴ Frank M (2004)

5 Diskussion

5.1 Ein großer Teil ärztlicher Leistung ist nicht an die Normalstation gebunden

Die vorliegende Untersuchung hat gezeigt, dass auf der unfallchirurgischen Normalstation der Universitätsklinik Greifswald im Beobachtungszeitraum der größte Teil der ärztlichen Tätigkeiten nicht zwingend an die Erbringung auf der Normalstation gebunden ist. Die Literaturrecherche zum Thema „Tätigkeitsverteilung ärztlicher Tätigkeiten auf einer Normalstation“ erbrachte das Ergebnis, dass zu diesem Thema bisher keine öffentlich zugänglichen Untersuchungen vorliegen. Ein Vergleich der vorliegenden Daten mit Untersuchungsergebnissen anderer Studien ist daher nicht möglich.

Zur kritischen Würdigung der vorliegenden Ergebnisse werden deshalb die Umfeldbedingungen der Untersuchung im Folgenden näher erläutert und mögliche Fehlerquellen erörtert.

Eine potenzielle Fehlerquelle kann durch die Änderung der üblichen Verhaltensweise der beobachteten Personen durch die Untersuchungssituation entstehen. Die Analyse von Arbeitsabläufen und –inhalten stößt bei betroffenen Mitarbeitern häufig auf eine ablehnende Haltung. Ressentiments gegenüber einer Überprüfung des Ablaufs tradierter Verhaltensweisen vermischen sich leicht mit der Angst resultierender Veränderungen am Arbeitsplatz. Das Ergebnis der Untersuchung kann dabei durch Änderungen in den Verhaltensweisen, ausgelöst durch die Beobachtungssituation, verfälscht werden.

Darüber hinaus ist in der Wissenschaft der so genannte „Hawthorne-Effekt“ bekannt. Als „Hawthorne-Effekt“ wird das Phänomen bezeichnet, dass sich Probanden - alleine durch die bewusste Teilnahme an einem Experiment - als "etwas Besonderes" fühlen, was eine (mögliche) Verhaltensänderung auslösen kann. Der Effekt kann Ergebnisse von Untersuchungen verzerren und muss bei der Interpretation von Studien berücksichtigt werden.⁵⁵

In der Konzipierungsphase der Untersuchung entschied sich der Verfasser nach der Formulierung potenzieller Fehlerquellen und der damit einhergehenden ungenügenden Validität gegen eine Selbstbeobachtung und für eine Fremdbeobachtung durch den Autor.

⁵⁵ Vgl. Parsons HM (1974)

Das Risiko, Verhaltensänderungen durch die Beobachtungssituation auszulösen, konnte durch folgende Maßnahmen minimiert werden:

Bevor die eigentliche Untersuchung durchgeführt wurde, hospitierte der Autor auf der unfallchirurgischen Station im Rahmen einer Famulatur. Er machte sich mit den Gegebenheiten vertraut und lernte die handelnden Personen kennen. Die im Anschluss durchgeführte Untersuchung stellte für das betroffene Personal keine neue Situation dar, da der Autor vorher in die normalen Arbeitsabläufe der Station mit eingebunden worden war. Es konnte eine Atmosphäre geschaffen werden, die von den Mitarbeitern nicht als aktive Beobachtung empfunden wurde. Verhaltensänderungen aufgrund des Hawthorne-Effekts und Ängste vor möglichen Auswirkungen der Untersuchung konnten so weitestgehend vermieden werden. Nichtsdestotrotz erfolgte die detaillierte Aufzeichnung der Arbeitsinhalte anhand des in der Pretest-Phase entwickelten und getesteten Erfassungsbogens.

5.2 Die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf andere Kliniken und Fachdisziplinen

Bei der Bewertung des Ergebnisses muss weiterhin bedacht werden, dass die vorgestellten Zahlen nur auf einer Station der Universitätsklinik Greifswald ermittelt wurden. Es stellt sich daher die Frage nach einer Übertragbarkeit der Ergebnisse der unfallchirurgischen Station auf andere Krankenhäuser und Fachdisziplinen.

Die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf andere Krankenhäuser ist im Einzelfall genau zu prüfen. Die Organisation von Untersuchungs- und Behandlungsabläufen ist meist historisch gewachsen und häufig nur bedingt vergleichbar. Die Universitätsklinik Greifswald ist, neben der Funktion als Krankenhaus der Maximalversorgung, auch für die Regelversorgung der Bevölkerung zuständig und bietet ein breit gefächertes Patientenspektrum. Durch den breiten Versorgungsauftrag ist von einer repräsentativen Verteilung der Krankheitsschwere und – entitäten auszugehen, so dass durch Selektionseffekte auf Seiten des Patientenlientels keine Besonderheiten hinsichtlich der Verteilung von Arbeitsinhalten zu erwarten sind.

Die Übertragbarkeit auf andere Fachdisziplinen muss dagegen differenziert betrachtet werden. Primär gilt es hier, die operativen/interventionellen und konservativen Fachdisziplinen getrennt zu behandeln. Der Tätigkeitsschwerpunkt der operativ/interventionellen Disziplinen liegt neben der Normalstation natürlich in den jeweiligen Eingriffsräumen, wie OP oder Herzkatheterlabor. Die operative/interventionelle Prozedur wird bei diesen Fächern als Hauptleistung des stationären Aufenthaltes gewertet. Die konservativen Fächer haben ihren Schwerpunkt dagegen häufiger in der Diagnostik und Behandlung chronischer Krankheiten. Allerdings hat sich in den letzten Jahren auch in den konservativen Fächern der Tätigkeitsschwerpunkt der handelnden Ärzte von der Station zu Funktionsabteilungen gewandelt (z.B. Endoskopie, Ergometrie).

In der Literatur liegen keine vergleichenden Untersuchungen zur Verteilung ärztlicher Tätigkeiten zwischen konservativen und chirurgisch/interventionellen Fachgebieten bzw. Stationen vor.

Vergleichend untersucht wurden hingegen die Arbeitsinhalte des pflegerischen Personals von konservativen und operativen Fächern. Knothe et al. konnten dabei zeigen, dass sich internistische und chirurgisch/gynäkologische Stationen in den pflegerischen Tätigkeitskategorien „Grundpflege“, „medizinische Maß-

nahmen“, „patientenbezogene Verwaltungstätigkeit“ und „Pflegeanamnese“ nicht signifikant unterscheiden.⁵⁶

Unter Berücksichtigung der oben genannten Veränderungen ärztlichen Handelns in Richtung Diagnostik mit zunehmendem Technisierungsgrad und Beachtung der Aussagen zur Verteilung pflegerischer Arbeitsinhalte ist zusammenfassend davon auszugehen, dass die vorliegenden Ergebnisse auf andere Fachgebiete und Krankenhäuser außerhalb der unfallchirurgischen Station der Universitätsklinik Greifswald übertragen werden können. Eine absolute Aussage zum Anteil potenziell verlagerbarer Leistungen ist selbstverständlich immer nur unter Berücksichtigung lokaler Struktur- und Prozessvoraussetzungen möglich. Insbesondere ist eine Übertragbarkeit auf Stationen mit besonderem Pflegeaufwand, wie eine Intermediate-Care-Station oder Intensivstation, nur bedingt gegeben.

⁵⁶ Vgl. Knothe M (1997)

5.3 Die interdisziplinären Zentralaufnahme im Kontext der Krankenhausorganisation

Die Schaffung einer interdisziplinären Zentralaufnahme kann ein entscheidender Schritt zur Erhaltung der Wettbewerbsfähigkeit eines Krankenhauses sein. Die oben beschriebenen Auswirkungen der Einführung der fallpauschalierten Vergütung nach G-DRG muss ein Krankenhaus zum Überdenken seiner herkömmlichen Organisationsstruktur bewegen.

Die allmähliche Veränderung des Patientenkollektives zu schweren, pflegeintensiven Fällen, die Dynamik, mit der Verweildauerkürzungen realisiert werden müssen, und der zunehmende Druck zu interdisziplinärer und intersektoraler Zusammenarbeit sind erhebliche Gründe mit einer Überprüfung tradierter Prozessabläufe im Krankenhaus zu beginnen.

5.3.1 Die Konzentration auf den medizinischen Workflow

Im Mittelpunkt einer solchen Überprüfung muss die oben schon postulierte Ausrichtung des Gesamtprozesses der stationären Behandlung auf das Ziel der qualitativ hochwertigen Erbringung einer gesundheitlichen Dienstleistung unter Beachtung der Wirtschaftlichkeit sein. Die vorliegende Untersuchung hat dabei gezeigt, dass Veränderungen des Ortes einer ärztlichen Tätigkeit im Gesamtprozess der stationären Krankenhausbehandlung möglich sind.

Die knappe Ressource ärztlicher Arbeitskraft im Krankenhaus kann sinnvoll in einer interdisziplinären Zentralaufnahme eingesetzt werden, ohne dass die Qualität herkömmlicher „Stationsarbeit“ durch die Neudefinition von Prozessabläufen beeinträchtigt wird.

Die Verlagerung der ärztlichen Tätigkeiten in eine interdisziplinäre Zentralaufnahme ermöglicht eine Erhöhung ärztlicher Präsenzzeiten in einer solchen Struktur ohne Aufstockung der personellen Besetzung, woraus sich wesentliche Auswirkungen auf die gesamte Organisation des stationären Aufenthaltes eines Patienten ergeben.

5.3.2 Ärztliche Kompetenz steht am Anfang des Klinikaufenthaltes

In einer interdisziplinären Zentralaufnahme ergeben sich durch die permanente Vorhaltung ärztlicher Kompetenz relevante Vorteile in der Prozessorganisation eines Krankenhauses.

Spätestens mit dem Eintreffen eines Patienten im Krankenhaus, sei es als Notfall oder als elektive Aufnahme, muss eine aktive Steuerung des gesamten Behandlungsprozesses beginnen. Unter Qualitäts- und Kostenaspekten muss dringend überdacht werden, ob die bisher in den meisten Krankenhäusern dezentral angesiedelte Organisation des Behandlungsaufenthaltes ohne strukturierte Vorgaben weiterhin sinnvoll ist.

Dabei ist es ohne Zweifel, dass für die Prozessoptimierung hohe ärztliche Kompetenz und innovative Organisationsformen nötig sind. Die interdisziplinäre Zentralaufnahme bietet dabei den entscheidenden Vorteil, dass an einer sehr frühen Stelle im Gesamtprozess die Möglichkeit der Prozessmodellierung durch Ärzte genutzt werden kann. Werden an früher Stelle durch hohe ärztliche Kompetenz die richtigen Entscheidungen in der Organisation eines Behandlungsprozess getroffen, impliziert dies eine verbesserte Ablauforganisation mit der angestrebten Verkürzung der stationären Verweildauern. Darüber hinaus kann durch effektiveren Einsatz notwendiger diagnostischer und operativer Prozeduren eine wirtschaftliche Effizienzsteigerung erreicht werden. Dabei spielt nicht nur die Verwendung, sondern insbesondere die richtige Zuordnung von Behandlungspfaden eine entscheidende Rolle. Der Einsatz klinischer Pfade beinhaltet dabei nicht nur die Anwendung medizinischer Leitlinien, sondern bewirkt auch die Standardisierung von organisatorischen Abläufen. So beeinflusst die Einrichtung einer interdisziplinären Zentralaufnahme auch die Organisation von anderen Funktionsabteilungen wie der Endoskopie oder der kardialen Diagnostik. Denn die Auswahl des richtigen Behandlungspfades kann nur unter der Maßgabe einer richtig gestellten Diagnose erfolgen. Diagnostikpfade in einer interdisziplinären Zentralaufnahme machen daher vor allem dann Sinn, wenn zeitnah auf die assoziierten Funktionsabteilungen zugegriffen werden kann. Wartezeiten können so verhindert und eine zügige Patientenbehandlung gewährleistet werden.

5.3.3 Die interdisziplinäre Zentralaufnahme im Kontext der Weiterentwicklung von Versorgungskonzepten

Die Einrichtung einer interdisziplinären Notaufnahme kann die organisatorische Antwort eines Krankenhauses auf die zunehmende Verzahnung der Versorgungssektoren sein. Die geänderten Rahmenbedingungen erfordern von Krankenhäusern eine Öffnung ihrer traditionell nach internen Abläufen orientierten Organisationsstruktur. Neue Konzepte müssen dabei zwischen dem zukünftig fließenden Übergang ambulanter Behandlung, einem kurzen stationären Aufenthalt, einer Überleitung in stationäre Rehabilitationseinrichtungen und Strukturen wie tagesklinischen oder ambulanten rehabilitativen Angeboten Rechnung tragen.

Eine interdisziplinäre Zentralaufnahme kann hier die entscheidende Stelle zur optimalen Steuerung der Patienten werden. Die ständige Bereitstellung hoch qualifizierten ärztlichen und pflegerischen Personals in einer interdisziplinären Zentralaufnahme ermöglicht es, jederzeit sachgerecht über eine optimale Betreuungs- und Behandlungsintensität zu entscheiden. Unnötige Krankenhausaufenthalte können so vermieden oder die Intensivierung einer ambulanten Behandlung veranlasst werden, was eine Finanzierung sektorübergreifender Behandlungskonzepte voraussetzt.

5.3.4 MVZ und Integrierte Versorgung

Durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz werden den Krankenhäusern seit dem 01.01.2004 interessante Perspektiven zur Erweiterung ihres Geschäftsfeldes geboten.⁵⁷

Krankenhäusern mit innovativen Organisationskonzepten können sich im Bereich der integrierten Versorgung und durch die Möglichkeiten der Gründung von medizinischen Versorgungszentren Vorteile gegenüber ihren Mitbewerbern im stationären und ambulanten Sektor erarbeiten. Denn im Wettbewerb um Versorgungsverträge werden Kassen zukünftig mit denjenigen Leistungserbringern zusammenarbeiten, die eine sektorübergreifende Versorgung ermöglichen.⁵⁸ Die Etablierung einer interdisziplinären Zentralaufnahme spielt deshalb nicht nur bei der Verbesserung interner Organisationsabläufe, sondern auch im

⁵⁷ Vgl. Pfeiffer P (2004)

⁵⁸ Vgl. Greß S (2004)

Bereich der zukunftsfähigen Ausrichtung auf moderne Versorgungsstrukturen eine wesentliche Rolle.

Mit der Durchführung von Reorganisationsprozessen, insbesondere an den Schnittstellen der Versorgungssektoren, können wichtige Erfahrungen für die Zukunft interdisziplinärer und intersektoraler Zusammenarbeit gewonnen werden.

5.4 Stand der Umsetzung in der Universitätsklinik Greifswald und Ausblick

Mit der vorliegenden Arbeit wurde gezeigt, dass die Bindung ärztlicher Tätigkeiten an die Normalstation im Bereich der Unfallchirurgie nur zu einem kleinen Teil als sinnvoll und zwingend notwendig erachtet werden kann. Weiterhin wurden die äußeren und inneren Erfordernisse einer Reorganisation von Prozessabläufen im Krankenhaus diskutiert und die Chancen und Risiken dargestellt. Für die Universitätsklinik Greifswald kann das Ergebnis dieser Arbeit einen Beitrag für die Weiterentwicklung ihrer Versorgungsstrukturen darstellen. Dabei wurde ganz singulär die Bindung der ärztlichen und pflegerischen Tätigkeiten am Beispiel einer ausgewählten Station untersucht und die Konsequenzen einer Verlagerung von Tätigkeiten in eine interdisziplinäre Zentralaufnahme erörtert. Die Einrichtung einer solchen Struktur in einem Krankenhaus der Maximalversorgung erfordert allerdings eine detaillierte Untersuchung der Auswirkungen auf viele weitere Prozessabläufe.

6 Anhang

6.1 Tabellen

6.1.1 Tabelle 1: Gesundheitsausgaben⁵⁹

Gesundheitsausgaben nach Einrichtungen			
Mio. Euro			
Gegenstand der Nachweisung	2000	2001	2002
Einrichtungen insgesamt	218 784	227 097	234 179
Gesundheitsschutz	3 831	4 071	4 328
öffentlicher Gesundheitsdienst	1 873	1 990	1 990
sonstige Einrichtungen	1 958	2 082	2 338
ambulante Einrichtungen	100 411	105 325	108 382
Arztpraxen	30 029	30 801	31 462
Zahnarztpraxen	14 200	14 842	14 759
Praxen sonstiger med. Berufe	5 114	5 399	6 002
Apotheken	28 483	30 980	32 241
Gesundheitshandwerk/ -einzelhandel	15 767	16 172	16 474
ambulante Pflege	5 801	6 054	6 253
sonstige Einrichtungen	1 016	1 078	1 191
stationäre/teilstationäre Einrichtungen	85 315	87 055	89 657
Krankenhäuser	61 165	62 247	63 807
Vorsorge-/ Rehabilitationseinrichtungen	7 414	7 562	7 566
stationäre/teilstationäre Pflege	15 458	15 890	16 762
berufliche/soziale Rehabilitation	1 278	1 357	1 522
Krankentransporte/Rettungsdienste	2 109	2 185	2 328
Verwaltung	12 424	12 885	13 627
sonstige Einr. und private Haushalte	8 289	8 650	8 960
Ausland	401	406	443
Investitionen	6 004	6 519	6 454

⁵⁹ Statistisches Bundesamt 2004

6.1.2 Tabelle 2: Bindung an die Normalstation

-
- Möglichkeit der seriellen Abarbeitung
 - unnötige Patiententransporte
 - lange Wartezeiten für Patienten
 - Leerlaufzeiten für Pflegepersonal und Ärzte
 - Risikominimierung für Patienten und Mitarbeiter
 - Untersuchung und Behandlung im Rahmen eines Notfalles
 - Leistungserbringung en passant bei stationsgebundenen Leistungen
-

6.1.3 Tabelle 3: Verteilung von Pflegeleistungen und Bindung an ärztliche Tätigkeiten

Pflege-										
stufen	A1S1	A1S2	A1S3	A2S1	A2S2	A2S3	A3S1	A3S2	A3S3	Summe
A	25,6%	24,2%	19,1%	15,6%	15,7%	14,4%	9,7%	10,1%	9,8%	
B	4,3%	0,1%	0,0%	20,6%	50,7%	0,1%	7,6%	16,6%	0,0%	100,0%
C	1,11%	0,02%	0,00%	3,21%	7,96%	0,01%	0,74%	1,68%	0,00%	14,73%

A: Zeile A beschreibt den prozentualen Anteil einer pflegerischen Tätigkeit einer Pflegestufe, der mit einer ärztlichen Tätigkeit zusammen ausgeführt wird (z.B. Visite). Berechnet anhand der Definition der Pflegestufen in der Pflege-Personalregelung (vgl. Diagramm 1)

B: In der Zeile B wird die Verteilung der Pflegestufen im Beobachtungszeitraum in Prozent wiedergegeben. (vgl. Diagramm 2)

C: Die Zeile C ist das Ergebnis der Multiplikation von Zeile A und B. Sie beschreibt die Verknüpfung ärztlicher und pflegerischer Tätigkeiten im Beobachtungszeitraum. 14,73% der pflegerischen Tätigkeiten im Beobachtungszeitraum waren laut PPR an ärztliche Tätigkeiten gebunden.

6.1.4 Tabelle 4: Ärztliche Tätigkeiten auf einer Normalstation

Visite	<ul style="list-style-type: none">▪ Verlaufs- und Befundkontrolle, Dokumentation▪ Absprache mit Pflegepersonal und Physiotherapeuten▪ Festlegung des weiteren Vorgehens
Untersuchungstätigkeiten	<ul style="list-style-type: none">▪ Anamnese, Aufnahmeuntersuchung▪ Kontrolluntersuchungen▪ Notfallinterventionen
Informative Tätigkeiten	<ul style="list-style-type: none">▪ Aufklärungsgespräche▪ Kommunikation mit Angehörigen
Erhebung medizinischer Parameter	<ul style="list-style-type: none">▪ Blutabnahme▪ bed-side Diagnostik, z.B. EKG und Ultraschall
Organisatorische Tätigkeiten	<ul style="list-style-type: none">▪ Anforderung von Untersuchungen, z.B. CT▪ Verwaltungsaufgaben
Weitere ärztliche Tätigkeiten	<ul style="list-style-type: none">▪ Intravenöse Verabreichung von Medikamenten▪ Verbandswechsel

6.1.5 Tabelle 5: Verteilung ärztlicher Tätigkeiten auf der Normalstation

Tätigkeitskategorie	alle Ärzte	Stationsarzt
Visite	2434 min	387 min
Untersuchungstätigkeiten	942 min	912 min
Informative Tätigkeiten	353 min	353 min
Erhebung medizinischer Parameter	292 min	269 min
Organisatorische Tätigkeiten	1161 min	628 min
Weitere ärztliche Tätigkeiten	344 min	344 min
Summe	5526 min	2893 min

6.1.6 Tabelle 6: Auslagerung ärztlicher Tätigkeiten in eine interdisziplinäre Aufnahme (in Minuten)

Tätigkeitskategorie	Stationsarzt gesamt	Station verbleibend	interdisziplinäre Aufnahme
Visite	387	387	0
Untersuchungstätigkeiten	912	80	832
Informative Tätigkeiten	353	5	348
Erhebung med.Parameter	269	159	110
Organisatorische Tätigkeiten	628	0	628
Weitere ärztliche Tätigkeiten	344	69	275
Summe	2893	700	2193

6.1.7 Tabelle 7: Auslagerung ärztlicher Tätigkeiten in eine interdisziplinäre Aufnahme (in Prozent)

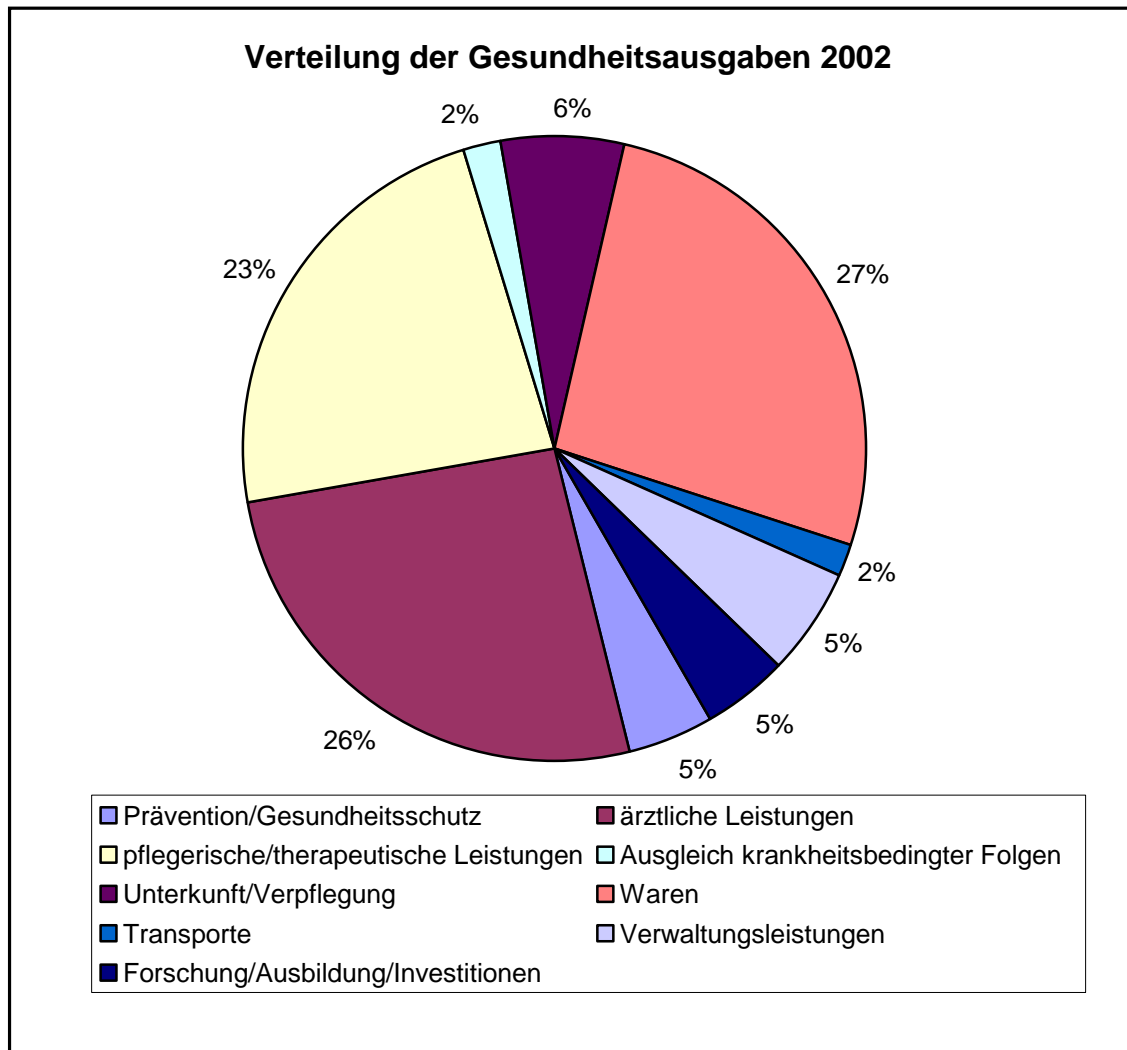
Tätigkeitskategorie	Stationsarzt gesamt	Station verbleibend	interdisziplinäre Aufnahme
Visite	387	100%	0%
Untersuchungstätigkeiten	912	9%	91%
Informative Tätigkeiten	353	1%	99%
Erhebung med.Parameter	269	59%	41%
Organisatorische Tätigkeiten	628	0%	100%
Weitere ärztliche Tätigkeiten	344	20%	80%
Summe	2893	24%	76%

6.1.8 Tabelle 8: Auslagerung ärztlicher Tätigkeiten in eine interdisziplinäre Aufnahme in Prozent (Betrachtung exklusive Visite)

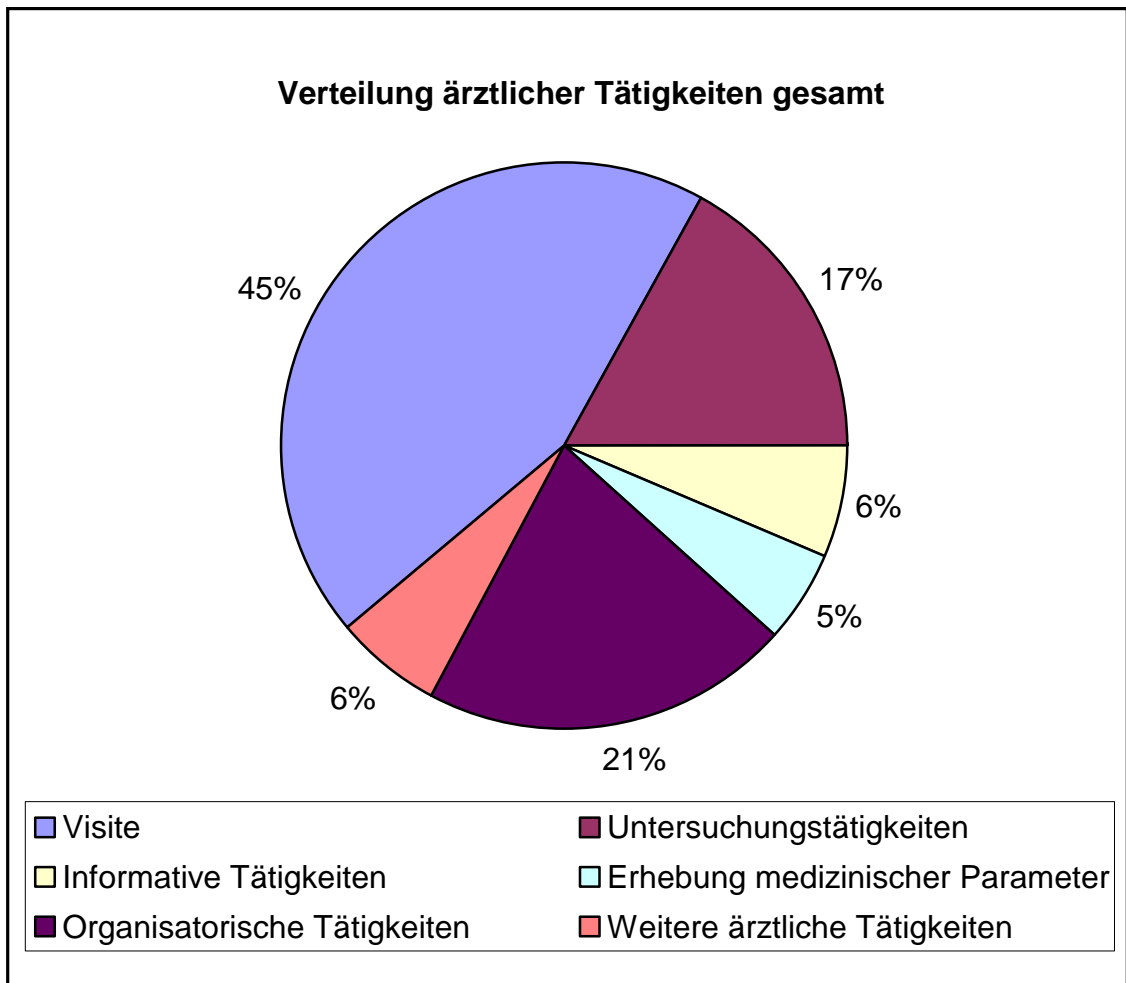
Tätigkeitskategorie	Stationsarzt gesamt	Station verbleibend	interdisziplinäre Aufnahme
Visite	387	100%	0%
Untersuchungstätigkeiten	912	9%	91%
Informative Tätigkeiten	353	1%	99%
Erhebung med.Parameter	269	59%	41%
Organisatorische Tätigkeiten	628	0%	100%
Weitere ärztliche Tätigkeiten	344	20%	80%
Summe	2506	24%	88%

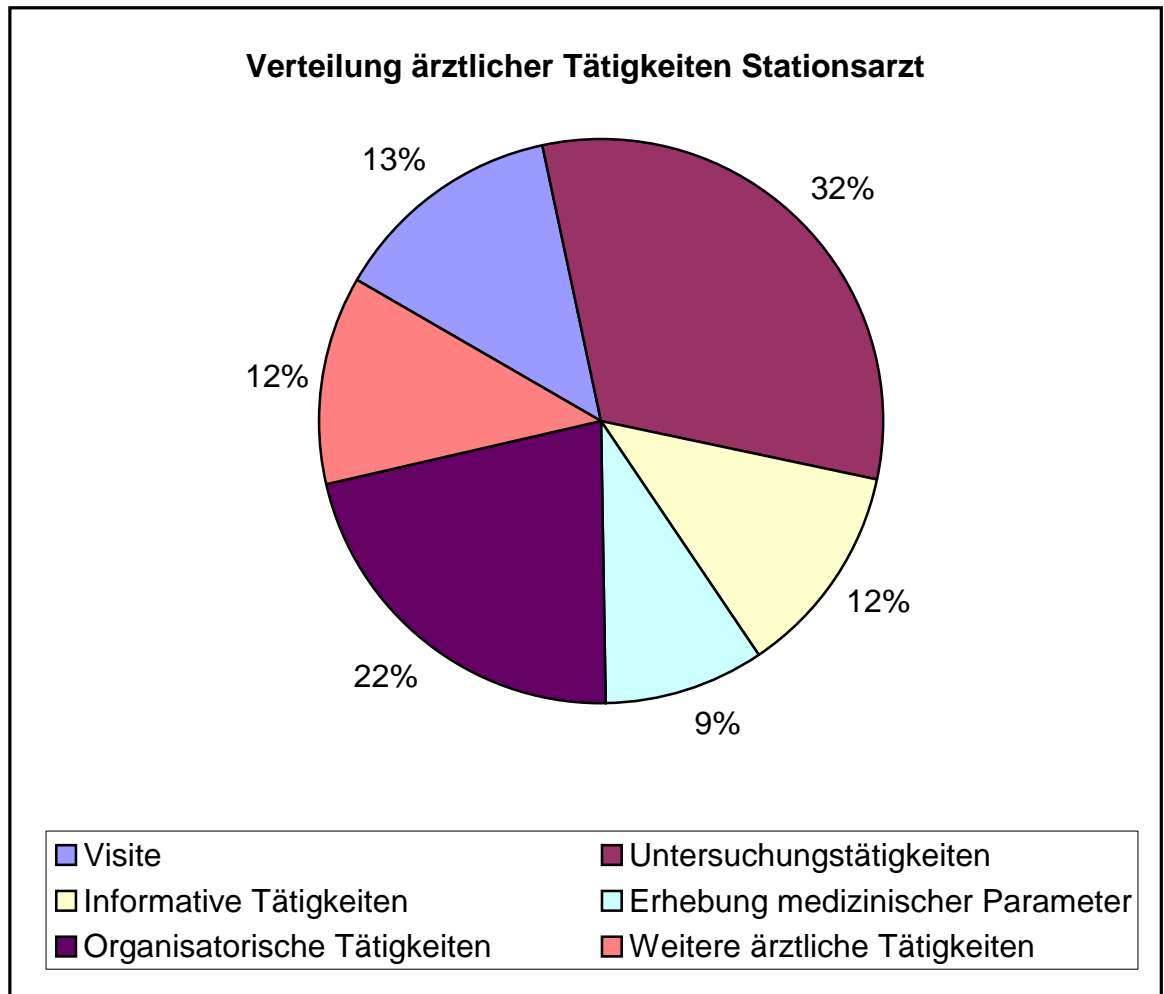
6.2 Abbildungen

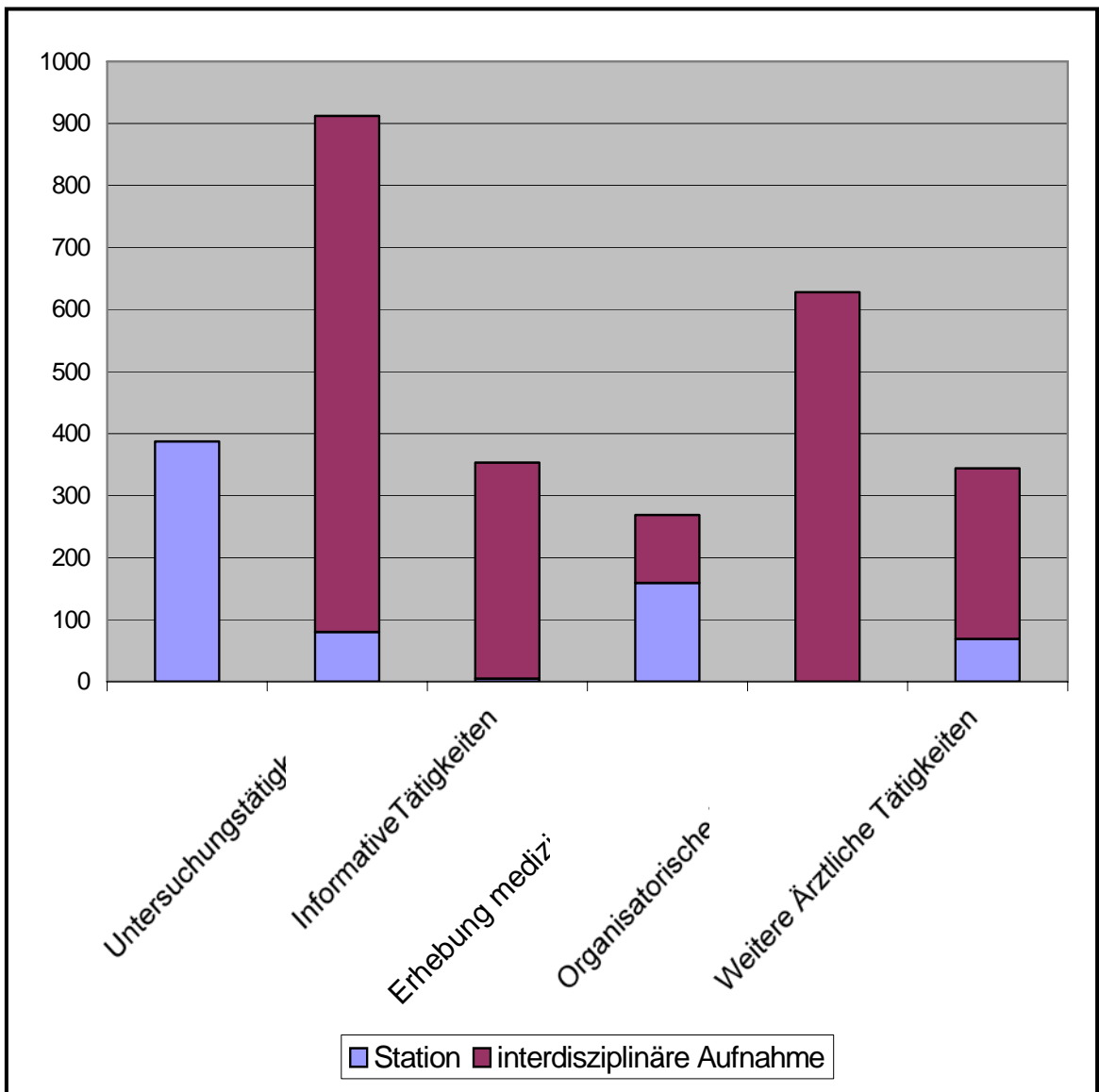
6.2.1 Diagramm 1: Verteilung der Gesundheitsausgaben 2002 ⁶⁰



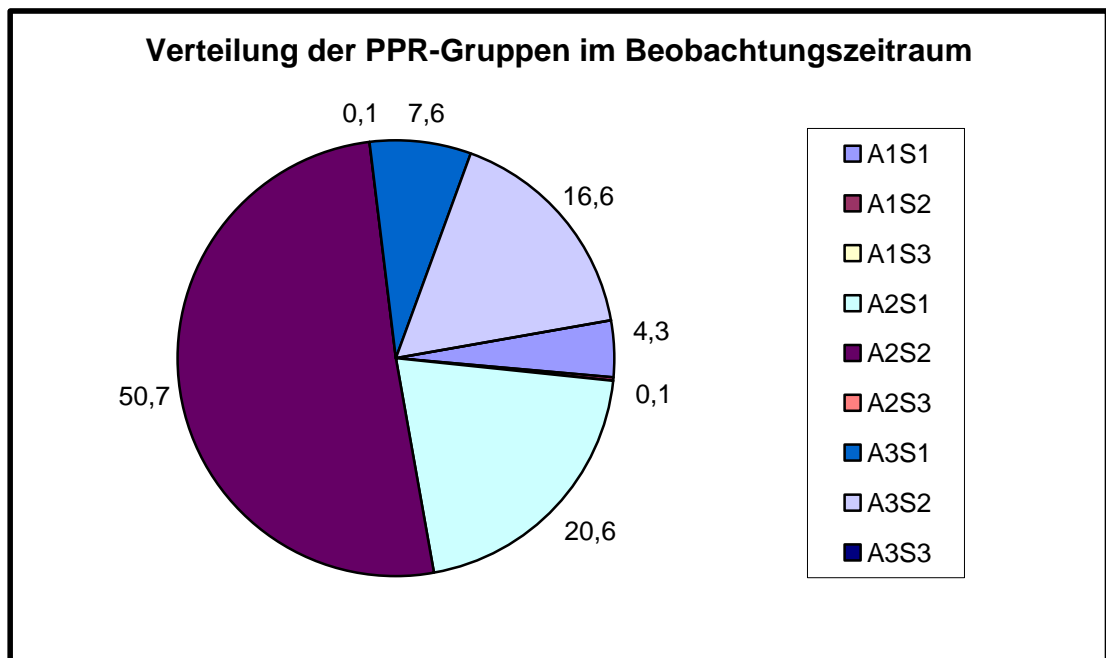
⁶⁰ Statistisches Bundesamt 2004

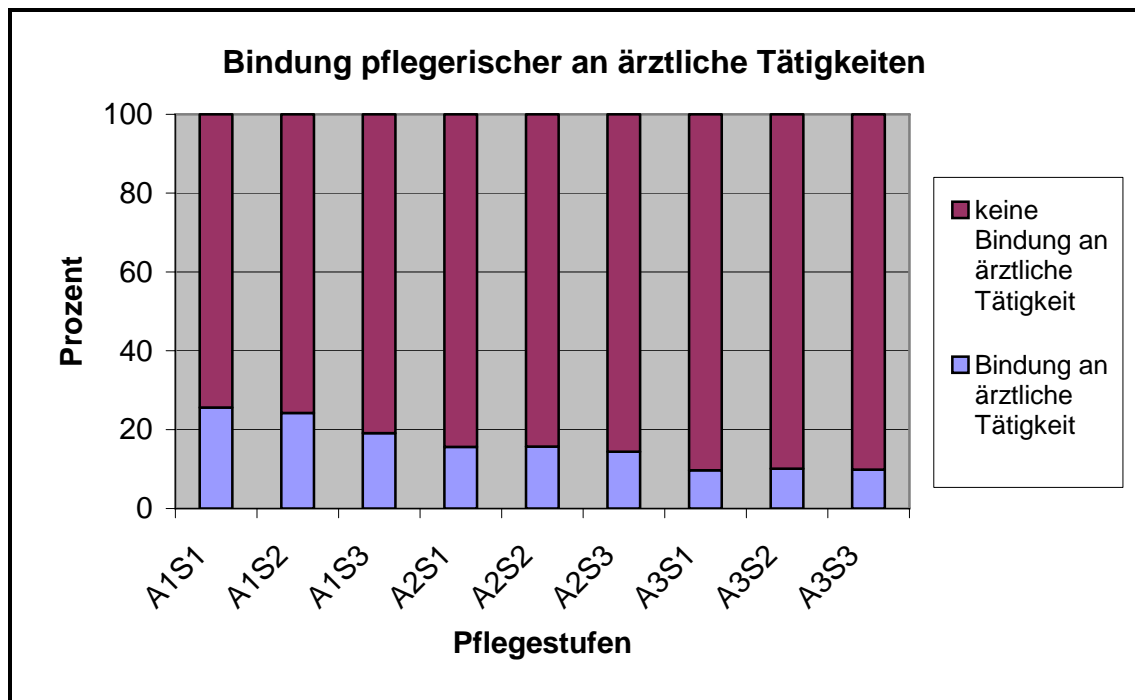
6.2.2 Diagramm 2: Verteilung ärztlicher Tätigkeiten gesamt

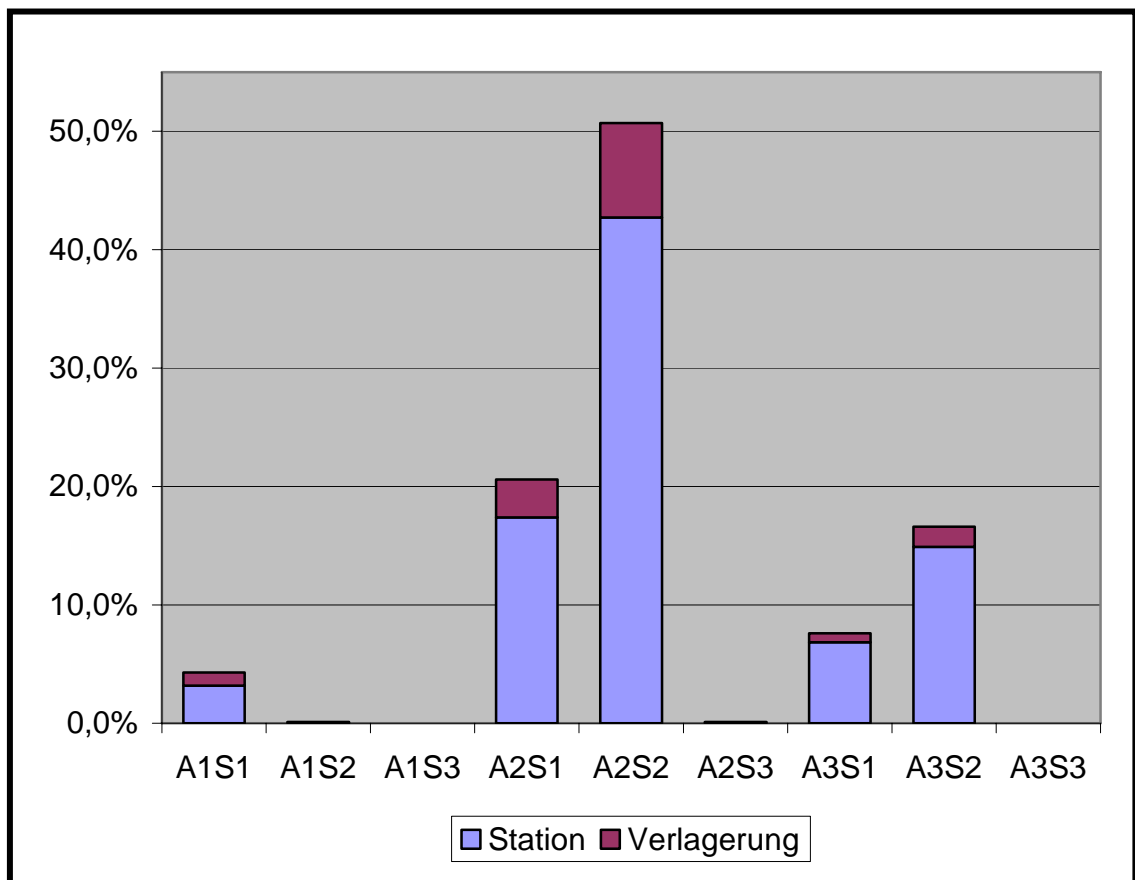
6.2.3 Diagramm 3: Verteilung ärztlicher Tätigkeiten Stationsarzt

6.2.4 Diagramm 4: Auslagerung ärztlicher Tätigkeiten (in Minuten)

6.2.5 Diagramm 5: Verteilung der PPR-Gruppen im Beobachtungszeitraum (in Prozent)



6.2.6 Diagramm 6: Bindung pflegerischer an ärztliche Tätigkeiten

6.2.7 Diagramm 7: Verteilung der Auslagerung pflegerischer Tätigkeiten

6.3 Literaturverzeichnis

1. §115b Ambulantes Operieren im Krankenhaus. Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V)- Gesetzliche Krankenversicherung - vom 20. Dezember 1988. zuletzt geändert am 27.11.2003
2. §12 Wirtschaftlichkeitsgebot. Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V)- Gesetzliche Krankenversicherung - vom 20. Dezember 1988. zuletzt geändert am 27.11.2003
3. §39 Krankenhausbehandlung. Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - vom 20. Dezember 1988. zuletzt geändert am 27.11.2003
4. AOK Bundesverband. www.aok-bv.de/lexikon eingesehen am 27. Juni 2004
5. Baberg HT, Jager D, Bojara W, Lemke B, von Dyander S, de Zeeuw J, Barmayer J, Kugler J (2001) Expectations and satisfaction of patients during inpatient treatment. *Gesundheitswesen*. 63(5): 297-301
6. Bauer M, Hanss R, Schleppers A, Steinfath M, Tonner PH, Martin J (2004) Procedure optimization in hospital management. *Anaesthesist*. 53(5): 414-26
7. Cheah J (2000) Clinical Pathways - an evaluation on its impact on the quality of care in an acute care hospital in Singapore. *Singapore Medical Journal* 42: 335-346
8. Deutsche Krankenhausgesellschaft (2003) Zahlen, Daten, Fakten 2003. 1. Auflag. Düsseldorf, Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft mbH
9. Deutsches Ärzteblatt www.aerzteblatt.de/v4/news/news.asp?id=17998 eingesehen am 08. November 2004
10. Dexter F, Macario A (2004) When to release allocated operating room time to increase operating room efficiency. *Anesth Analg*.98(3): 758-62

11. Eichhorn P, Greiling D (2002) Das Krankenhaus als Unternehmen. In: Krankenhaus-Report 2002: Krankenhaus im Wettbewerb (Arnold/Klauber/Schellschmidt). Schattauer GmbH, Stuttgart
12. Eichhorn S. (1995) Stand und Perspektiven der Ordnungspolitik in der Krankenhauswirtschaft. In: Krankenhausmanagement im Werte und Strukturwandel (Eichhorn/Schmidt-Rettig). Verlag W. Kohlhammer GmbH, Köln
13. Frank M (2004) Einführung einer interdisziplinären Aufnahmen im St. Josef Krankenhaus Regensburg; Vortrag im Martin-Luther-Krankenhaus, Berlin 16. Juni 2004
14. Friess H, Kleeff J, Buchler P, Hartwig W, Schmidt W, Radnic S, Auer S, Buchler MW (2002) Central patient management in surgery. Chirurg 73(2): 111-7
15. Geldner G, Eberhart LH, Trunk S, Dahmen KG, Reissmann T, Weiler T, Bach A (2002) Efficient OP management. Suggestions for optimisation of organisation and administration as a basis for establishing statutes for operating theatres. Anaesthesist.51(9):760-7
16. Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz - GMG. Bundesgesetzblatt (2003) Teil I Nr. 55, ausgegeben zu Bonn am 19. November 2003
17. Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der GKV - Gesundheitsstrukturgesetz (GSG), zuletzt geändert am 21.12.1992
18. Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze - Krankenhausfinanzierungsgesetz vom 29. Juni 1972: §17b KHG Einführung eines pauschalierten Entgelt-systems; zuletzt geändert am 27. April 2001
19. Gesundheitsbericht für Deutschland 1998 www.gbe-bund.de eingesehen am 27. Juni 2004
20. Greß S, Jacobs K, Schulze S, Wasem J (2004) Vertragswettbewerb und die Versorgung mit stationären Leistungen. In: Krankenhausreport

- 2004 (Klauber/Robra/Schellschmidt). Verlag Schattauer GmbH, Stuttgart: 121-36
21. Hammer M (1997) Das prozessorientierte Unternehmen - die Arbeitswelt nach dem Reengineering. Campus Verlag Wiesbaden: S. 23 f
 22. Hansis ML, Hansis DE (2000) Quality management in hospital departments. References for implementation and basic requirements. Unfallchirurg. 103(12): 1130-4
 23. Hoffmann F (2002) Die interdisziplinäre Zentralaufnahme am Krankenhaus schafft logische Strukturen. Führen und Wirtschaften 19(5): 482-485
 24. Jacobs K, Schulze S (2004) Wettbewerbsperspektiven integrierter Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung. In: Wettbewerb und Regulierung im Gesundheitswesen Cassel D (Hrsg.); Nomos-Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 2004
 25. Jetter D (1977) Grundzüge der Krankenhausgeschichte: 1800-1900 1. Aufl. Darmstadt, Wiss. Buchges.
 26. Kahla-Witzsch HA, Geisinger T (2004) Clinical Pathways in der Krankenhauspraxis - Ein Leitfad. 1. Auflage Stuttgart, W. Kohlhammer GmbH: S. 39ff
 27. KBV-Kassenärztliche Bundesvereinigung (2003) Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung GMG - Informationen für den Vertragsarzt. Kassenärztliche Bundesvereinigung Köln: 23-25
 28. Kießling H, Dzuck M, Scheuch K, Dietze P (1998) Analyse der Tätigkeitsstruktur im Pflegebereich ausgewählter Stationen verschiedener Krankenhäuser. Z Arb wiss: 265-270
 29. Knothe M, Kießling K, Scheuch P, Dietze P (1997) Arbeitsbelastung und Beanspruchung über 24 Stunden bei Pflegepersonal in Abhängigkeit vom Stationstyp. Zbl. Arbeitsmed 47:472-79

30. Mohr FW (1992) Personalbedarfsmessung - Pflegedienst im Krankenhaus. 1. Auflag. Düsseldorf, Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft mbH
31. Müschenich M, Scher P (2004) Strategische Optionen für die Pädiatrie im Krankenhaus - Das GKV-Modernisierungsgesetz. Kinder- und Jugendarzt 35(4): 298-301
32. Networks - Integrierte Versorgung (2000) Das liebe Geld - aus welchem Topf kommt es? Krankenhaus Umschau 2000 Sonderheft
33. OECD (2004) www.oecd.de eingesehen am 25. Mai 2004
34. Offermanns M (2003) Krankenhaus Barometer Umfrage 2003, Düsseldorf, Deutsches Krankenhausinstitut e.V.
35. Parsons HM (1974) What happened at Hawthorne? Science 183: 922-932
36. Pfeiffer P, Patzschke H (2004) MVZ oder IV: Alternative Modelle im Vergleich. Führen und Wirtschaften im Krankenhaus 21(6): 590-94
37. Pressestelle der Bundesregierung (2005) www.bundesregierung.de eingesehen am 22. Februar 2005
38. Reichert M, Dadam P, Mangold R, Kreienberg R (2000) Computerbasierte Unterstützung von Arbeitsabläufen im Krankenhaus - Konzepte, Technologien und deren Anwendung. Zentralbl Gynakol 122(1): 53-67
39. Reith HB (2002) What consequences will have the introduction of German Diagnosis Related Groups (G-DRGs) in surgical departments? Zentrbl Chir 127(8):651-5
40. Riedl S (2002) Modern operations management in workflow operation. Spectrum of responsibilities and challenges for the future. Chirurg. 73(2):105-10
41. Roeder N (2004) Clinical pathways In: drg.uni-muenster.de/behandlungspfade eingesehen am 03.07.2004

42. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1994) Sachstandsbericht: Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000. Eigenverantwortung, Subsidiarität und Solidarität bei sich ändernden Rahmenbedingungen, Baden-Baden Nomos Verlagsgesellschaft: Ziffer 353
43. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen Gutachten 2001/2002 - Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III Über-, Unter- und Fehlversorgung (2002). Baden-Baden Nomos Verlagsgesellschaft: Ziffer 29
44. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen Gutachten 2001/2002: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit - Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung. Baden-Baden Nomos Verlagsgesellschaft: Ziffer 185
45. Schäfer W (2003) Structure and limitations of German hospitals with regard to the future - the example of the Vivantes Group. Z Ärztl Fortbild Qualitätssich. 97(8-9):547-9
46. Scheu C (2004) Neuer Wein in alten Schläuchen? DRGs erfordern neue Organisationsstrukturen. Krankenhaus Umschau 2004(1): 61-63
47. Schmidt M (2002) Introduction of the DRG system in Germany: Problems and perspectives from the point of view of the German Hospital Federation. Z aerztl Fortbild Qualitätssich 96: 521-26
48. Scholkopf M (2000) The hospital sector in Germany: an overview. World Hosp Health Serv. 36(3): 13-8
49. Schröder WF, Ryll A (2002) Pauschalierende Vergütungssysteme in der Integrierten Versorgung. IGES Institut für Gesundheits- und Sozialforschung, Berlin
50. Seifert K (1998) Prozessmanagement für die öffentliche Verwaltung. Wiesbaden, Deutscher Universitätsverlag: 158-160
51. Statistisches Bundesamt 10. Februar 2004; www.destatis.de eingesehen am 27. Juni 2004

-
52. Todaro T, Schott-Baer D. (2000) Plan faster, healthier recovery after orthopedic surgery. *Nursing Management* 31:24-26
 53. Tophoven C. (2002) Impetus for organizing quality management in ambulatory and sector spanning health care. *Med Kin (Munich)* 97(6): 367-71
 54. Wilke MH. (2001) Introduction of the new DRG-based system in German hospitals - a difficult operation? Experiences and possible solutions from the viewpoint of trauma surgery. *Unfallchirurg* 104(5): 380
 55. Zweites Gesetz zur Änderung der Vorschriften zum diagnoseorientierten Fallpauschalensystem für Krankenhäuser und zur Änderung anderer Vorschriften (Zweites Fallpauschalenänderungsgesetz - 2. FPÄndG). Zuletzt geändert am 15.12.2004

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Dissertation selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe.

Die Dissertation ist bisher keiner anderen Fakultät vorgelegt worden.

Ich erkläre, dass ich bisher kein Promotionsverfahren erfolglos beendet habe und dass eine Aberkennung eines bereits erworbenen Doktorgrades nicht vorliegt.

Datum

Unterschrift

CURRICULUM VITAE VON PASCAL SCHER

PERSÖNLICHE DATEN

Geburtstag: 02.05.1978
Geburtsort: Traben-Trarbach
Nationalität: deutsch
Familienstand: ledig
Anschrift: Kastanienallee 54
10119 Berlin
Telefon: 030/91206659
Mobil: 0163/2947116
Email: scher@gmx.net

STUDIUM

November 2003 **Drittes Staatsexamen Humanmedizin**

Juni 2003 -
September 2003 **Drittes PJ-Tertial (Neurologie) in der
Klinik für Neurologie, Universitätsklinik Greifswald**

Februar 2003 -
Juni 2003 **Zweites PJ-Tertial (Innere Medizin) im
Kantonalen Spital Rorschach (KSRO), Rorschach, Schweiz**

Oktober 2002 -
Februar 2003 **Erstes PJ-Tertial (Chirurgie) im
Unfallkrankenhaus Berlin (UKB), Berlin**

September 2002 **Zweites Staatsexamen Humanmedizin**

September 2000 **Erstes Staatsexamen Humanmedizin**

Oktober 1999 -
November 2003 **Studium der Humanmedizin (Klinischer Abschnitt) an der
Ernst-Moritz-Arndt-Universität (EMAU), Greifswald**

September 1999 **Ärztliche Vorprüfung (Physikum)**

Oktober 1997 -
Oktober 1999 **Studium der Humanmedizin (Vorklinik) an der
Ludwig-Maximilians-Universität (LMU), München**

SCHULISCHE AUSBILDUNG

Juni 1997 **Allgemeine Hochschulreife**
1988 - 1997 **Gymnasium Traben-Trarbach**
1984 - 1988 **Grundschule Briedel-Pünderich**

BERUFLICHER WERDEGANG

Seit Januar 2004	Assistent der Vorstandes im Verein zur Errichtung evangelischer Krankenhäuser e.V. (VzE) Der VzE ist Träger/Betriebsführer von acht Akutkrankenhäusern und mehreren Pflegeeinrichtungen in Berlin, Gifhorn und der Altmark. Unterstützung der Geschäftsführung in allen medizinischen Fragen, Entwurf und Umsetzung von Modellen zur Integrierten Versorgung, Projektmanagement
Juli 2001 - Oktober 2001	Praktikum im AOK-Bundesverband, Bonn Mitarbeit im Stabsbereich Medizin zu den Themen Über-, Unter- und Fehlversorgung im deutschen Gesundheitswesen, eigenständige Entwicklung und Präsentation eines Konzeptes medizinischer Anreize für Versicherte zur Teilnahme an Arztnetzen
Februar 2001	Famulatur im St. Elisabeth Krankenhaus, Wittlich Einsatz auf geschlossenen und offenen psychiatrischen Stationen
August 2001- Juni 2002	Hilfswissenschaftlicher Mitarbeiter in der Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Universität Greifswald
September 2000	Famulatur im St. Josef Krankenhaus, Zell Einsatz auf der neurologischen und frührehabilitativen Station
März 2000	Famulatur im Universitätsklinikum für Anästhesiologie, Greifswald Einsatz auf der traumatologischen und intensivmedizinischen Station
Oktober 1999	Praktikum im Kloster Ebernach, Cochem Praktikum in einem Heim für intellektuell beeinträchtigte Männer
Februar 1998 - August 1999	Regelmäßige pflegerische Tätigkeit im St. Josef Krankenhaus, Zell Einsatz im Tag- und Nachtdienst auf verschiedenen Stationen
September 1997	Teamleiter eines Kundeninformationsdienstes, Globus, Zell Entwicklung und Leitung der Kundeninformation im Rahmen von Umbaumaßnahmen eines SB-Warenhauses
Juni 1997- August 1997	Pflegepraktikum im St. Josef Krankenhaus, Zell Pflegerische Tätigkeiten auf der neurologischen, frührehabilitativen und intensivmedizinischen Abteilung

ZUSATZQUALIFIKATIONEN UND STIPENDIEN

August 2002 - August 2003	Studentenstipendium für das " 3. Symposium Evidenzbasierte Medizin ", Köln und weitere Teilnahme an verschiedenen Fachkongressen (Euroforum Konferenz " Prozessoptimierung im Krankenhaus ", Hauptstadtkongress , u.a.)
August 2001 - Juni 2002	Studentischer Beirat in verschiedenen Arbeitsgruppen der EMAU Greifswald in den Bereichen " Neubau der Universitätsklinik Greifswald " und " Workflowmanagement "
September 2001 - September 2002	Teilnahme und Abschluss der studienbegleitenden Sprachausbildung " Medical English "

November 2000 -
September 2002

Teilnahme und Abschluss der Seminare "**Einführung in die Gesundheitsökonomie**" und "**Gesundheitssystemvergleich**" bei Prof. Wasem, Lehrstuhl für Gesundheitsmanagement EMAU Greifswald

MITGLIEDSCHAFT IN FACHGESELLSCHAFTEN

Deutsche Gesellschaft für Disease Management (DGDM)

PUBLIKATIONEN

1. Richter D, **Scher P**, Müschenich M (2005) **Schöne neue Klinikwelt: ConceptHospital – das Krankenhaus der Zukunft?** Nahdran 3/2005: 26-29
2. **Scher P**, Müschenich M (2005) **Telematik als Erfolgsfaktor – Informationstechnische Plattform für die IV.** Krankenhaus Umschau Sonderheft Integrierte Versorgung 9/2005: 40-41
3. Richter D, **Scher P**, Müschenich M (2005) **ConceptHospital 5.5 – wo ist der Patient geblieben?** Krankenhaus Umschau (68)5: 386-388
4. **Scher P**, Laun R, Wendt M, Gründling M, Ekkernkamp A (2004) **Wieviel Arzt braucht eine Normalstation?** Zeitschrift für Ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung im Gesundheitswesen (98)7: 617-620
5. Müschenich M, **Scher P**, Richter D (2004) **ConceptHospital – Visionen und Strategien für das Krankenhaus der Zukunft.** Marburger Bund Zeitung 13(57): 4
6. Müschenich M, Richter D, **Scher P** (2004) **ConceptHospital – Strategien für das Krankenhaus der Zukunft.** Berlin Medical 1(1): 9-10
7. Müschenich M, **Scher P** (2004) **Strategische Optionen für die Pädiatrie im Krankenhaus – Das GKV-Modernisierungsgesetz.** Kinder- und Jugendarzt 35(4): 298-301

SPRACHKENNTNISSE

Deutsch	Muttersprache
Englisch	Fließend in Wort und Schrift
Französisch	Grundlagen
Latein	Grundlagen

INTERESSEN UND HOBBIES

Mountainbiking, Ski, Klavier, Gründer und Leiter der Uni-Bigband Greifswald (2000-2003)

Berlin, 21. Februar 2006

Pascal Scher