

Evangelische Hochschule für angewandte Wissenschaften –
Evangelische Fachhochschule Nürnberg

Gesundheits- und Pflegemanagement (B.A.)

Bachelorarbeit
zur Erlangung des akademischen Grades
Bachelor of Arts (B.A.)

Wie kann eine Prozessoptimierung im Krankenhaus zur
Erlössicherung beitragen?

Untersucht am Beispiel des Einbestellungsmanagements für
Cataract Operationen

Tobias Kastner

Gutachterin: Prof. Dr. Brigitte Bürkle
Abgabetermin: 12.02.2019

Abkürzungsverzeichnis	III
Abbildungsverzeichnis	IV
Tabellenverzeichnis	V
Abstract	VI
1 Einleitung	1
2 Rechtliche Grundlagen	3
2.1 Krankenhausfinanzierung in Deutschland	3
2.2 DRG-System in Deutschland	4
2.3 Arten einer Krankenhausbehandlung	7
2.4 Voraussetzungen einer Krankenhausbehandlung	8
2.5 MDK-Prüfung	10
2.6 Wahlleistungen	11
3 Ursachen und Therapie bei einer Cataract Erkrankung	13
4 Aktuelle Situation an einem Musterkrankenhaus	14
4.1 Ist-Situation	15
4.2 Notwendige Untersuchungen bei einer Cataract Operation	16
4.3 Aufgabenverteilung der Mitarbeiter	18
4.4 Varianten der Einbestellung	19
4.5 Erlössituation bei einer Cataract Operation am Musterkrankenhaus	20
4.6 Problematik	22
5 Prozessoptimierung	26
5.1 Prozesstypen	26
5.2 Prozesscontrolling	27
5.3 Ziele einer Prozessoptimierung	29
5.4 Prozessoptimierung am Musterkrankenhaus	31
5.5 Klinische Behandlungspfade	34
5.6 Einführung einer ambulanten vorstationären Behandlung	38
5.7 Kennzahlen	40
6 Kritische Würdigung der Prozessoptimierung	43
7 Schluss	44
Quellenverzeichnis	VII

Abkürzungsverzeichnis

AA	Assistenzarzt
AbgrV	Abgrenzungsverordnung
AktG	Aktiengesetz
AOZ	Ambulantes-Operations-Zentrum
ASA	American Society of Anesthesiologists
BPfIV	Bundespflegesatzverordnung
BMJV	Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DRG	Diagnosis Related Groups (diagnoseorientierte Fallgruppen)
ECCE	Extracapsular Cataract Extraction (Extrakapsuläre Extraktion der Linse)
EKG	Elektrokardiogramm
FPG	Fallpauschalengesetz
FPV	Fallpauschalenverordnung
G-DRG	German Diagnosis Related Groups (deutsche DRG)
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
HGB	Handelsgesetzbuch
HH	Hornhaut
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
KHBV	Krankenhausbuchführungsverordnung
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MFA	Medizinische Fachangestellte
NWP	nicht wissenschaftliches Personal
OA	Oberarzt
OCT	Optical coherence tomography (Optische Kohärenztomografie)
oGVD	obere Grenzverweildauer
PKV	private Krankenversicherung
PP	Pflegepersonal
SGB	Sozialgesetzbuch
TV-L	Tarifvertrag der Länder
uGVD	untere Grenzverweildauer

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Inhalt und Reihenfolge der Kapitel	2
Abbildung 2	Übersicht über Gesetze und Verordnungen zur Krankenhausfinanzierung	4
Abbildung 3	Faktoren für die Codierung einer DRG	5
Abbildung 4	Verweildauerzu- und -abschläge	6
Abbildung 5	Verweildauerzu- und -abschläge der DRG C08B für 2018	7
Abbildung 6	Allgemeine Voraussetzung einer Krankenhausbehandlung	9
Abbildung 7	Voraussetzungen für eine vollstationäre oder stationsäquivalente Krankenhausbehandlung	10
Abbildung 8	Auslöser für erworbene Cataracte	13
Abbildung 9	Notwendige Untersuchungen im Vorfeld einer Cataract Operation nach Berufsgruppen unterteilt	17
Abbildung 10	Aufgaben an der Krankenhausbehandlung unterteilt nach Berufsgruppen	18
Abbildung 11	Unterschiedliche einweisende Augenärzte bei Cataract Operationen am Musterkrankenhaus	19
Abbildung 12	Aktueller Gesamtprozess Cataract Operation am Musterkrankenhaus	22
Abbildung 13	Überblick über die Probleme durch die aktuelle Einbestellungspraxis	24
Abbildung 14	Hauptprobleme des fehlerhaften Einbestellungsmanagements	25
Abbildung 15	Charakterisierung der drei Prozessstypen	27
Abbildung 16	Fünf Schritte des Prozesscontrollings	28
Abbildung 17	Optimale Prozesse im Prozessmanagement	29
Abbildung 18	Möglichkeiten zur Steigerung der Prozesseffizienz	30
Abbildung 19	Gesamtprozess Cataract Operation am Musterkrankenhaus nach der Prozessoptimierung	33
Abbildung 20	Phasen des klinischen Behandlungsprozesses bei Cataract Operationen	35
Abbildung 21	Klinische Behandlungspfade für das Einbestellungsmanagement bei Cataract Operationen am Musterkrankenhaus	37
Abbildung 22	Kennzahlen am Musterkrankenhaus aufgestellt anhand unterschiedlicher Perspektiven	41

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Mitarbeiter der Augenklinik am Musterkrankenhaus	15
Tabelle 2	Cataract Operationen 2017 am Musterkrankenhaus	16
Tabelle 3	Erlöse für unterschiedliche Krankenhausbehandlungen am Musterkrankenhaus für 2018	21
Tabelle 4	Entstehende Kosten durch die Prozessoptimierung am Musterkrankenhaus	39

Abstract

Die Ressourcen im Gesundheitswesen sind begrenzt. Explosionsartig gestiegene Kosten zwingen die Klinikdirektoren zu Einsparungen. Seit der Einführung der Fallpauschalen wurden in erster Linie die Personal- und Sachkosten immer weiter reduziert. Diese Kosten können nicht unbegrenzt gesenkt werden ohne die Behandlungsqualität zu gefährden. Denn die Patienten erwarten weiterhin eine qualitativ hochwertige Behandlung. Um diese weiterhin sicherstellen zu können, ist es sinnvoll die Prozesse zu analysieren und zu optimieren. Bei der Prozessoptimierung stehen sowohl die Kosten als auch die Erlöse eines Krankenhauses im Fokus. Mit dieser Arbeit soll gezeigt werden, wie eine Prozessoptimierung im Krankenhaus zur Erlössicherung beitragen kann.

Healthcare resources are limited. Expansively increased costs are forcing hospital directors to make savings. Since the introduction of the German Diagnosis Related Groups, primarily personnel and material costs have been reduced ever further. These costs can't be reduced indefinitely without jeopardizing the quality of treatment. Because the patients continue to expect a high quality treatment. In order to be able to continue to ensure high quality treatment, it makes sense to analyze and to optimize the processes. Process optimization focuses on both the costs and revenues of a hospital. This work aims to show how process optimization in the hospital can help secure revenue.

1 Einleitung

Bei einem Vergleich zwischen Krankenhäusern und Industrieunternehmen lässt sich feststellen, dass in Krankenhäusern äußerst komplexe Systeme vorhanden sind, deren historisch bedingte Arbeitsweise gerade im Bereich der Führungssysteme mittlerweile nicht mehr zeitgemäß wirken. (Scholz, 2016, Geleitwort S. V) Deswegen ist ein radikaler Wandel notwendig um die knapper werdenden Ressourcen sinnvoller einzusetzen. Die Umstellung des Vergütungssystems von tagesgleichen Pflegesätzen zum DRG-System (Diagnosis Related Groups) hat maßgeblich dazu beigetragen, dass sich zunehmend eine prozessorientierte Sichtweise im Krankenhaus durchsetzt. (Greiling/ Wüst, 2011, S. 22) Anstatt aus Kostengründen weiterhin bei Pflegenden, Ärzten und Verbrauchsmaterial zu kürzen ist es sinnvoller die Prozesse detailliert anzusehen und deren Verbesserungspotenziale zu nutzen. (Scholz, 2016, S. 3)

Wenn die Erträge aus den DRG nicht ausreichen um die Kosten für die Leistungsprozesse zu decken, sind Restrukturierungen und Optimierungen notwendig. Explosionsartig gestiegene Gesundheitsausgaben erhöhen zusätzlich den Druck auf das Gesundheitssystem. Immer weitere Auflagen und Bedingungen zwingen die Krankenhäuser effizient zu arbeiten und ihre Ressourcen optimal einzusetzen. Um sich auch zukünftig erfolgreich auf dem veränderungsintensiven Gesundheitsmarkt behaupten zu können, ist es notwendig ökonomischen Prinzipien mehr Raum einzuräumen. Zum Beispiel kann das Minimalprinzip im vollstationären Bereich angewendet werden, da durch die Fallpauschalen der Erlös aus einer Krankenhausbehandlung gedeckelt ist. Somit wird Ziel in der Krankenhausbehandlung das Ziel verfolgt möglichst wenig Ressourcen einzusetzen. Durch eine Prozessoptimierung können die frei werdenden Ressourcen für andere Fälle verwendet werden, was zu einer besseren Kapazitätsauslastung führen wird. (Greiling/ Wüst, 2011, S. 7f)

Mit dieser Bachelorarbeit soll geklärt werden wie eine Prozessoptimierung im Krankenhaus zur Erlössicherung beitragen kann. Als Beispiel dient das Einbestellungsmanagement bei Cataract Operationen.

Fehlerhafte oder ineffiziente Prozesse verursachen Kosten und gefährden damit die Erlössituation am Musterkrankenhaus. Auch die Qualität der Krankenhausbehandlung kann unter den fehlerhaften Prozessen leiden. Durch eine Prozessoptimierung sollen diese Probleme beseitigt und die Erlöse optimiert werden.

Folgende Abbildung zeigt die nachfolgenden Kapitel dieser Bachelorarbeit und deren Reihenfolge:

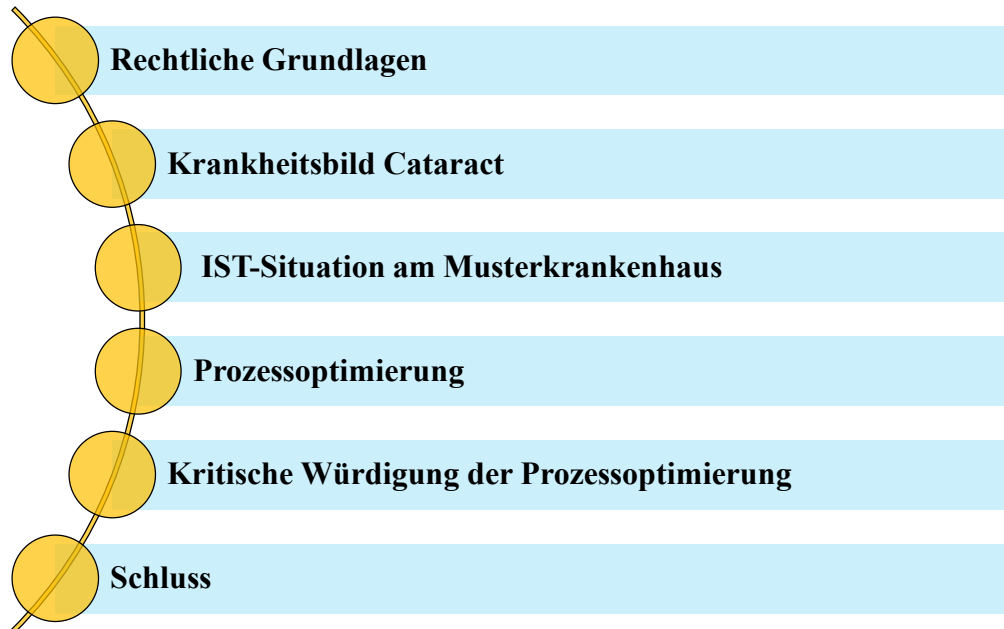


Abbildung 1: Inhalt und Reihenfolge der Kapitel

Das Kapitel **Rechtliche Grundlagen** behandelt die Rahmenbedingungen und Voraussetzungen einer Krankenhausbehandlung.

Zum **Krankheitsbild Cataract** werden im Kapitel 3 Ursachen und Therapien der Erkrankung erläutert.

Das nächste Kapitel beschreibt die **IST-Situation am Musterkrankenhaus** und verdeutlicht die Problematik durch das bisherige Einbestellungsmanagement.

Mit dem Kapitel **Prozessoptimierung** werden allgemeine Grundsätze und Ziele einer Prozessoptimierung benannt und die konkrete Maßnahme zur Prozessoptimierung und deren Auswirkungen am Musterkrankenhaus dargelegt.

Anschließend beschreibt das Kapitel **kritische Würdigung der Prozessoptimierung** Vorteile und Nachteile durch die Prozessoptimierung.

Der **Schluss** fasst die Bachelorarbeit zusammen und gibt einen Ausblick auf eine mögliche Ausweitung der Forschungsfrage.

2 Rechtliche Grundlagen

Dieses Kapitel behandelt die rechtlichen Grundlagen einer Krankenhausbehandlung. Dabei sollen folgende Aspekte genauer beschrieben werden:

- Krankenhausfinanzierung in Deutschland
- DRG-System in Deutschland
- Arten einer Krankenhausbehandlung
- Voraussetzungen einer Krankenhausbehandlung
- MDK-Prüfung (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung)
- Wahlleistungen

Die oben genannten Aspekte einer Krankenhausbehandlung werden im Kapitel Prozessoptimierung bei der Erstellung von klinischen Behandlungspfaden berücksichtigt. Damit soll erreicht werden, dass die einzelnen Behandlungsfälle anhand der vorliegenden rechtlichen Grundlagen bewertet werden. Mit dieser Bewertung kann dann der vorliegende Behandlungsfall einem der neu zu schaffenden klinischen Behandlungspfade zugeordnet werden, so dass die anschließende Krankenhausbehandlung optimal auf die Gegebenheiten ausgerichtet werden kann. Dies trägt dazu bei, dass die geplanten Erlöse aus der Krankenhausbehandlung tatsächlich realisiert werden können. Das Krankenhaus gewinnt somit Planungssicherheit und kann die vorhandenen Ressourcen zielgerichtet einsetzen.

2.1 Krankenhausfinanzierung in Deutschland

Die Finanzierung der Gesundheitswirtschaft ist in Deutschland durch zahlreiche Gesetze und gesetzliche Verordnungen geregelt. „Das wohl wichtigste Gesetz für stationäre Leistungserbringer ist das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)“ (Schlüchtermann, 2016, S. 247) Im § 1 Abs. 1 wird das Ziel des KHG beschrieben. Darin steht: „Zweck dieses Gesetzes ist die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, qualitativ hochwertig und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen.“ (§ 1 Abs. 1 KHG, BMJV-1, 01.11.2018)

Mit diesen Vorgaben zeigt der Gesetzgeber Bereiche auf, die ihm bei einer Krankenhausbehandlung wichtig erscheinen. Diese Bereiche bilden ein Spannungsfeld und zeigen unter welchem Druck die Krankenhäuser stehen. Denn zum einen sollen die Krankenhäuser wirtschaftlich gesichert werden, gleichzeitig qualitativ hochwertig und bedarfsgerecht arbeiten, zum anderen sollen aber auch die Pflegesätze sozial tragbar sein. Die

Krankenhäuser stehen folglich unter einem wirtschaftlichen Kostendruck und sollten deswegen die vorhandenen Ressourcen optimal nutzen.

Das KHG wird noch durch weitere Gesetze und Verordnungen ergänzt (siehe nachfolgende Abbildung):

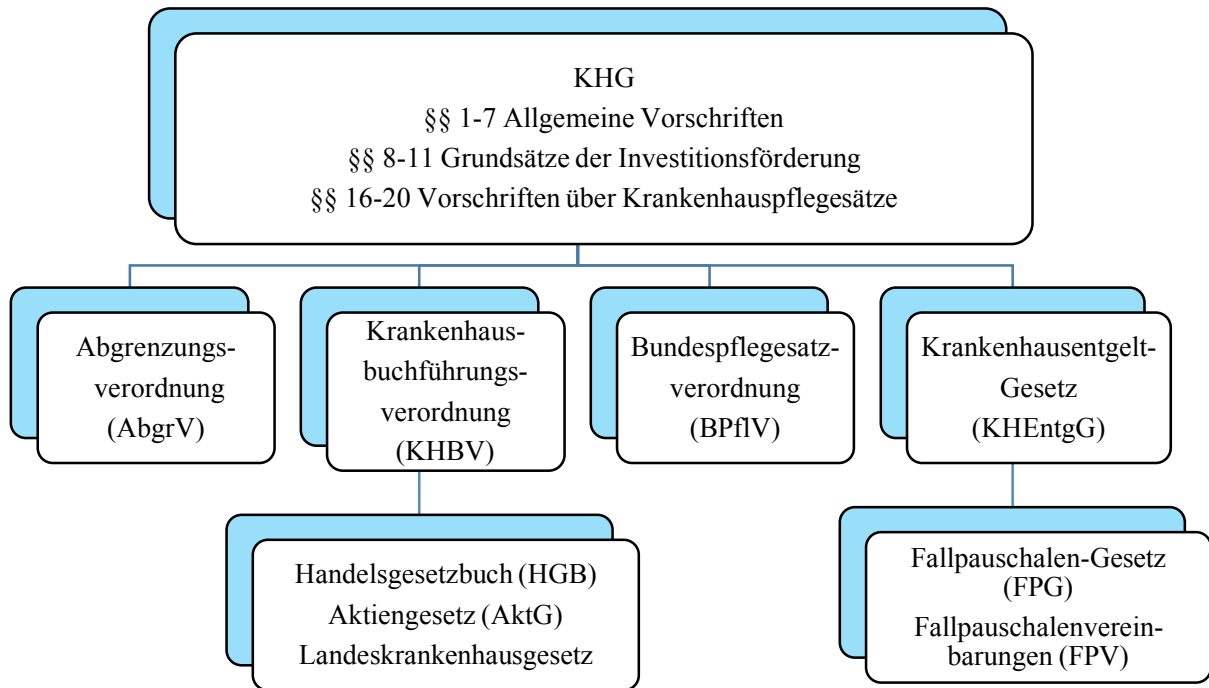


Abbildung 2: Übersicht über Gesetze und Verordnungen zur Krankenhausfinanzierung (in Anlehnung an Schlüchtermann, 2016, S. 248)

Für diese Arbeit wichtig sind vor allem das KHG, KHEntgG und die FPV. Das KHG regelt viele allgemeine Vorgaben bezüglich der vollstationären und ambulanten Krankenhausversorgung in Deutschland. Daneben werden im KHEntgG und in den ergänzenden FPV Angaben zur Betriebskostenfinanzierung der Krankenhäuser genannt. (Schlüchtermann, 2016, S. 247f) Nachdem jetzt die rechtlichen Grundlagen der Krankenhausfinanzierung genannt sind, wird im nächsten Kapitel das DRG-System in Deutschland näher beschrieben.

2.2 DRG-System in Deutschland

Im Jahr 2000 wurde beschlossen, dass die deutschen DRG (G-DRG) auf der Grundlage der australischen DRG eingeführt werden sollen. Die Umstellung des Vergütungssystems auf die G-DRGs erfolgte für alle Akutkrankenhäuser verpflichtend im Jahr 2004. (Schlüchtermann,

2016, S. 259) Mit den G-DRG wurde ein Vergütungssystem eingeführt, das durchgängig, leistungsorientiert und pauschalierend sein soll. Gleichzeitig sollte das Vergütungssystem aber auch in der Lage sein, die unterschiedlichen Komplexitäten und Komorbiditäten der Behandlungen abbilden zu können. (§ 17b Abs. 1 KHG, BMJV-4, 11.11.2018) Mit der leistungsorientierten Vergütung und durch die Berücksichtigung von Unterschieden in der Fallschwere, soll eine höhere Transparenz und eine bessere Vergleichbarkeit der Kosten angestrebt werden. (Schlüchtermann, 2016, S. 258)

Ebenfalls festgelegt wurde die jährliche Weiterentwicklung und Anpassung des Vergütungssystems. (§ 17b Abs. 2 Satz 1 KHG, BMJV-4, 11.11.2018) Für diesen Zweck wurde 2001 das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) gegründet, das sachgerechte Korrekturen in der Bewertung der einzelnen Fallpauschalen vornehmen soll. (Schlüchtermann, 2016, S. 259)

Der Behandlungsfall wird einer DRG-Fallgruppe zugeordnet und dementsprechend codiert. Dabei spielen vier Faktoren eine Rolle, die anhand nachfolgender Abbildung genannt und kurz erläutert werden:

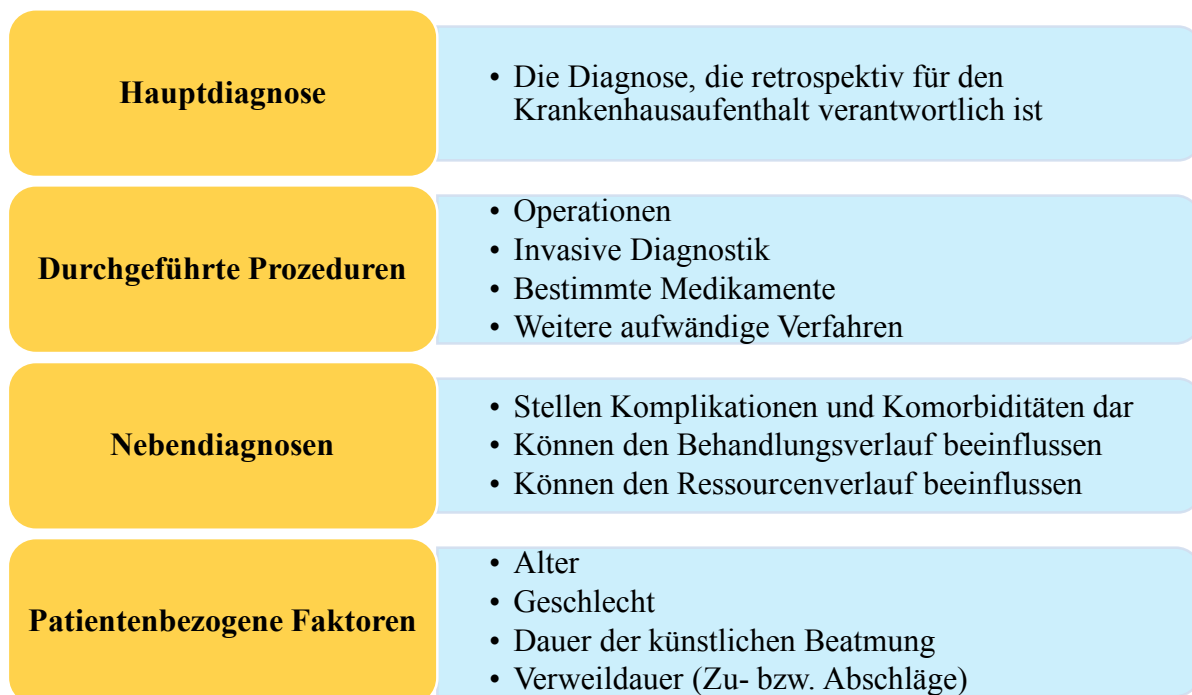


Abbildung 3 : Faktoren für die Codierung einer DRG (eigene Darstellung in inhaltlicher Anlehnung an Schlüchtermann, 2016, S. 260f)

„Die Darstellung der DRG erfolgt mittels vierstelligen Codes aus Zahlen und Buchstaben“ (Schlüchtermann, 2016, S. 260)

Im konkreten Fall der Cataract Operation handelt es sich um die **DRG C08B**. Diese DRG ist beschrieben als „Extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE) ohne angeborene Fehlbildung der Linse oder bestimmte Eingriffe an der Linse“ (InEK-1, 10.12.2018, S. 14)

Der **Erlös** für einen Behandlungsfall errechnet sich mit folgender Formel:

„**Erlös = Bewertungsrelation x Landesbasisfallwert**“ (Schlüchtermann, 2016, S. 263)

Die Bewertungsrelation ist für jede Fallgruppe unterschiedlich und wird durch das InEK jährlich überprüft und aktualisiert. Die Höhe der Bewertungsrelation spiegelt dabei die Komplexität und den Aufwand wider, der bei der jeweiligen Fallgruppe entsteht.

Es kann zu einem Zu- bzw. Abschlag des DRG-Erlöses kommen, wenn die Verweildauer nicht im Normbereich liegt. Dabei gibt es ein tagesbezogenes Entgelt für jeden Behandlungstag, der über der oberen Grenzverweildauer (oGVD) liegt, und einen tagesbezogenen Abschlag für jeden Behandlungstag der unter der unteren Grenzverweildauer (uGVD) liegt. (InEK-2, 10.12.2018, FPV 2018 § 1 Abs. 2 & 3) Die Höhe der Zu- und Abschläge ist für jede DRG individuell geregelt, und wird ebenfalls jährlich durch das InEK festgelegt. (InEK-2, 10.12.2018, FPV 2018 Präambel S. 2) Für die Berechnung der Verweildauer eines vollstationären Aufenthalts muss berücksichtigt werden, dass der Entlassungstag nicht in die Verweildauer eingerechnet werden darf. Es dürfen nur vollendete Tage gezählt werden. (InEK-2, 10.12.2018, FPV 2018 § 1 Abs. 7 S. 2)

Nachfolgende Abbildung verdeutlicht den Sachverhalt der Zu- und Abschläge bei einer vollstationären Krankenhausbehandlung:

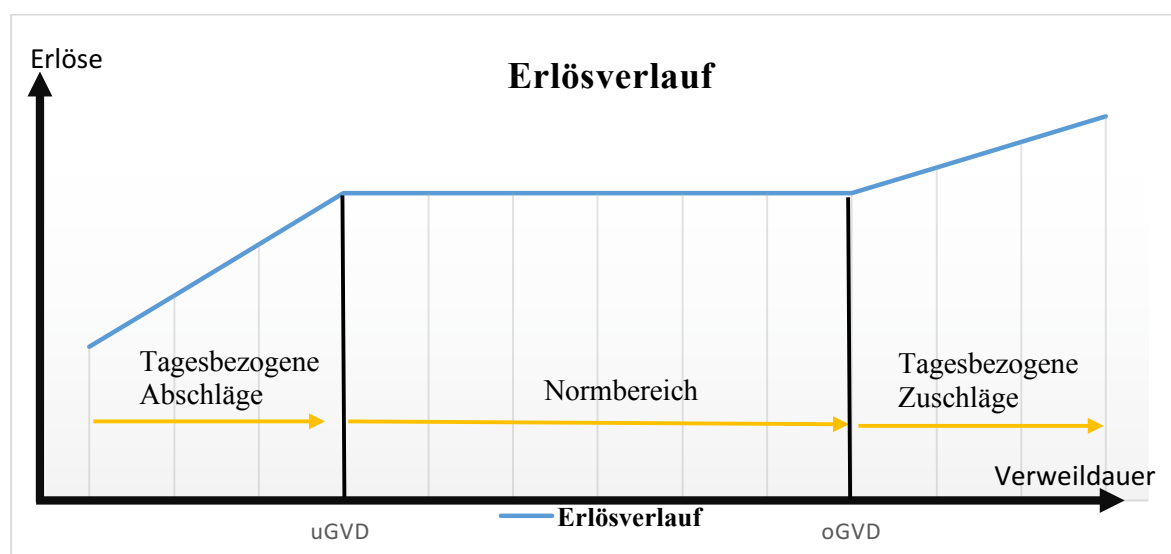


Abbildung 4: Verweildauerzu- und -abschläge (eigene Darstellung in inhaltlicher Anlehnung an Schlüchtermann, 2016, S. 264)

Für die hier vorliegende Fallgruppe in der DRG C08B ergibt sich aus dem Fallpauschalen-Katalog G-DRG-Version 2018 folgende Erlössituation bezüglich der Verweildauer:

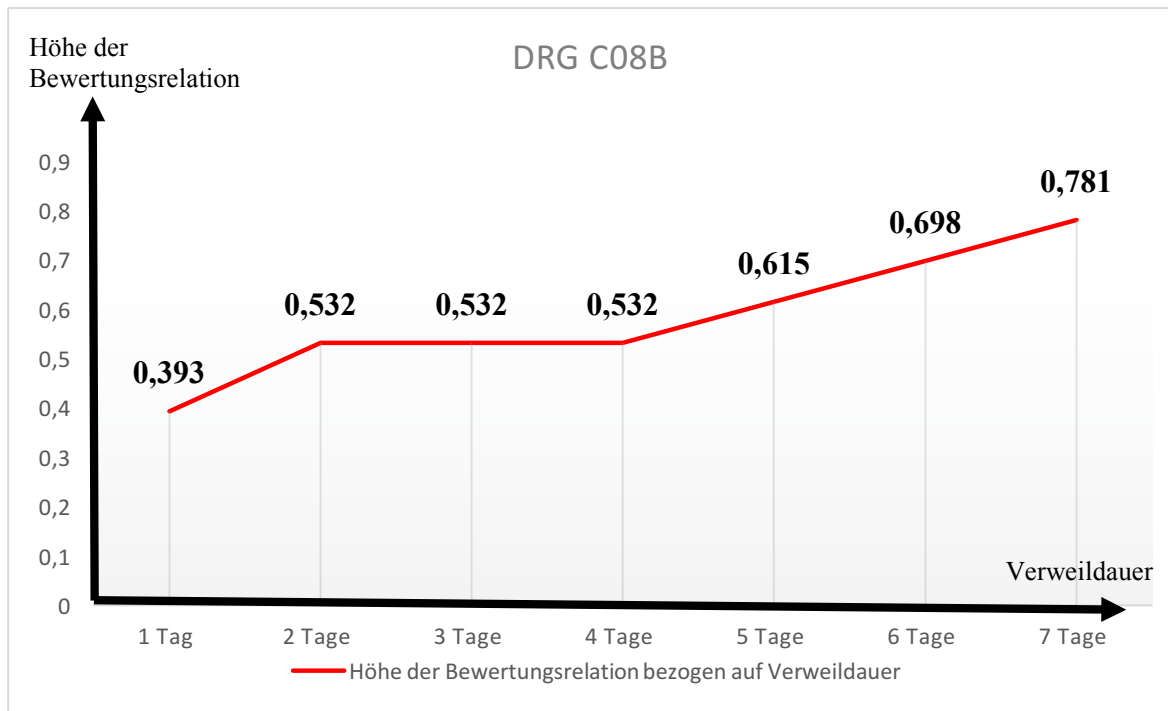


Abbildung 5: Verweildauerzu- und -abschläge der DRG C08B für 2018 (eigene Darstellung unter Verwendung von Daten aus InEK-1, 10.12.2018)

Dabei zeigt sich, dass bei der DRG C08B für das Jahr 2018 bei einer Krankenhausbehandlung von einem Tag ein Abschlag der Bewertungsrelation in Höhe von 0,139 abgezogen wird, und ab dem fünften Tag jeder weitere Tag einer Krankenhausbehandlung mit einem Zuschlag der Bewertungsrelation in Höhe von 0,083 vergütet wird. Die mittlere Verweildauer liegt bei der DRG C08B aktuell bei 2,4 Tagen. (InEK-1, 10.12.2018, S. 14)

Die Cataract Operation kann sowohl ambulant als auch vollstationär durchgeführt werden, deswegen werden im Kapitel 2.3 die unterschiedlichen Arten einer Krankenhausbehandlung näher erklärt.

2.3 Arten einer Krankenhausbehandlung

Als Teil des Sozialrechts regelt das SGB V die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) in Deutschland. Unter anderem sind dort die Bestimmungen der Krankenhausbehandlung aufgeführt. Dabei wird die Krankenhausbehandlung in „vollstationär, stationsäquivalent, teilstationär, vor- und nachstationär sowie ambulant unterschieden“. (§ 39 Abs. 1 S. 1 SGB V, BMJV-2, 01.11.2018)

Die **vollstationäre** oder **stationsäquivalente** Versorgung umfasst neben der medizinischen Versorgung auch Unterkunft und Verpflegung für die Dauer der Krankenhausbehandlung. Aus diesem Grund ist diese Form der Krankenhausbehandlung die kostenintensivste Behandlungsform.

Die **teilstationäre** Krankenhausbehandlung liegt vor, wenn der Versicherte nur einen Teil des Tages im Krankenhaus untergebracht ist.

Die **ambulante** Behandlung im Krankenhaus umfasst neben der vor- und nachstationären Behandlung auch das ambulante Operieren im Krankenhaus.

Die **vor- und nachstationäre Behandlung** ist im § 115a SGB V geregelt. Dabei steht im § 115a Abs. 1 Nr.1 SGB V, dass der Versicherte im Krankenhaus behandelt werden kann, um die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder die vollstationäre Behandlung vorzubereiten. (§ 115a Abs. 1 Nr. 1 SGB V, BMJV-6, 26.11.2018) Im § 115b SGB V sind die Voraussetzungen für das **ambulante Operieren im Krankenhaus** geregelt. Dabei vereinbaren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die DKG (Deutsche Krankenhausgesellschaft) und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen (§ 115b Abs. 1 Nr. 1 SGB V, BMJV-7, 26.11.2018) und eine einheitliche Vergütung für Krankenhäuser. (§ 115b Abs. 1 Nr. 2 SGB V, BMJV-7, 26.11.2018) Krankenhäuser sind nach einer Mitteilung an den Zulassungsausschuss berechtigt, ambulante Operationen durchzuführen. (§ 115b Abs. 2 Satz 1 und 2 SGB V, BMJV-7, 26.11.2018)

Für die hier vorliegende Fragestellung sind die vollstationäre und die ambulante Krankenhausbehandlung relevant.

Es bestehen für eine Krankenhausbehandlung verschiedene Voraussetzungen, die im Kapitel 2.4 thematisiert werden.

2.4 Voraussetzungen einer Krankenhausbehandlung

Damit eine Krankheit in einem Krankenhaus behandelt werden darf, müssen einige allgemeine Voraussetzungen erfüllt sein. Diese bilden die Grundlage für jede Form der Krankenhausbehandlung. Die vollstationäre bzw. stationsäquivalente Krankenhausbehandlung hat darüber hinaus noch weitere Voraussetzungen. Damit will der Gesetzgeber sicherstellen, dass nur die Krankenhausbehandlungen im vollstationären Umfang durchgeführt werden, die in einer anderen Behandlungsform nicht erfolgreich behandelt werden könnten. Grund hierfür ist das im § 1 Abs. 1 KHG genannte Ziel **sozial tragbare Pflegesätze** zu gewährleisten. (§ 1

Abs. 1 KHG, BMJV-1, 01.11.2018) Die Kosten einer vollstationären Krankenhausbehandlung sind deutlich teurer als in den anderen Behandlungsformen. Die allgemeinen und speziellen Voraussetzungen, die bei einer Krankenhausbehandlung berücksichtigt werden müssen, werden mithilfe von zwei Abbildungen erläutert.

Die erste Abbildung nennt drei notwendige **allgemeine Voraussetzungen**, damit eine Krankenhausbehandlung durch das SGB V abgerechnet werden kann. Für jede dieser allgemeinen Voraussetzungen sind Erläuterungen und Beispiele angegeben, die die Voraussetzung weiter konkretisieren.

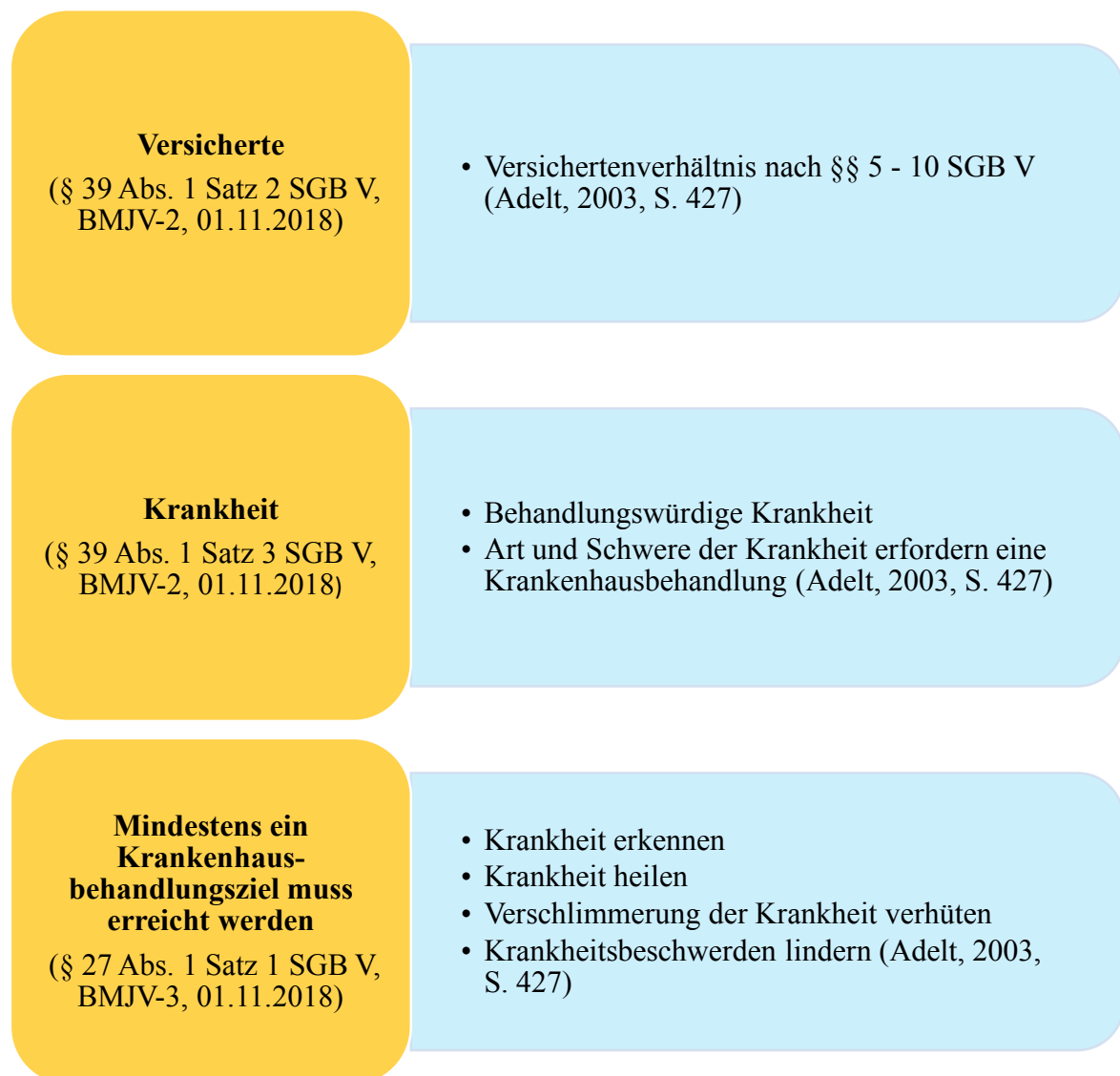


Abbildung 6: Allgemeine Voraussetzung einer Krankenhausbehandlung (eigene Darstellung in inhaltlicher Anlehnung an Adelt, 2003, S. 427)

Die zweite Abbildung nennt drei **weitere Voraussetzungen**, die für die Durchführung einer **vollstationären oder stationsäquivalenten Krankenhausbehandlung** erfüllt werden müssen.

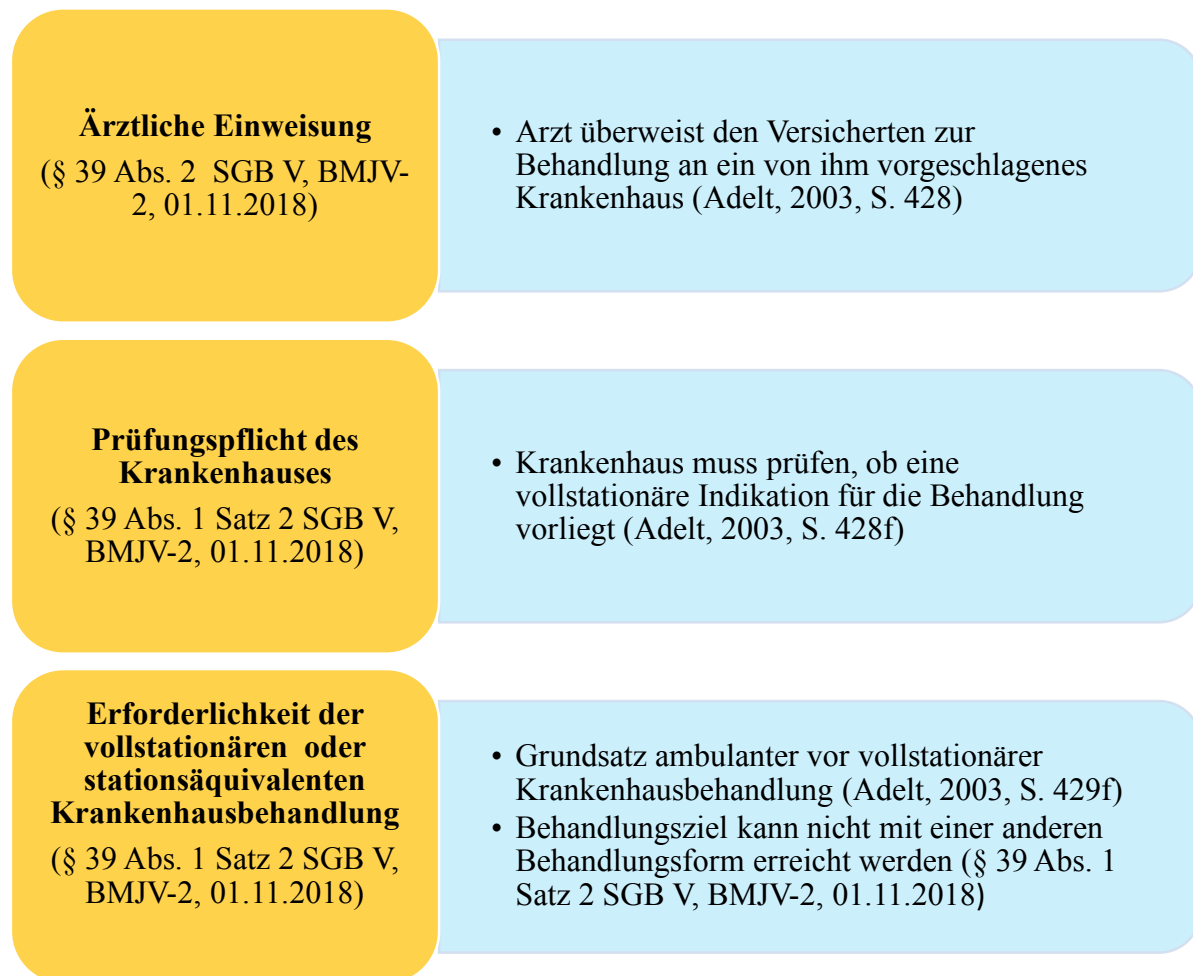


Abbildung 7: Voraussetzungen für eine vollstationäre oder stationsäquivalente Krankenhausbehandlung (eigene Darstellung in inhaltlicher Anlehnung an Adelt, 2003, S. 428ff)

Aus der Abbildung wird vor allem deutlich, dass das Krankenhaus verpflichtend prüfen muss, ob eine vollstationäre Indikation für die Behandlung vorliegt. Hier setzen auch die MDK-Prüfungen an, denn diese untersuchen die Krankenhausbehandlung auf ihre vollstationäre Indikation.

Das nachfolgende Kapitel MDK-Prüfung behandelt diesen Aspekt genauer.

2.5 MDK-Prüfung

Der MDK wird durch die Krankenkasse beauftragt, einen konkreten Einzelfall zu überprüfen. (Kruse, 2003, S. 1214) Der Gesetzgeber hat den Krankenkassen mit dem § 275 SGB V eine Vorschrift erlassen, in der Voraussetzungen für eine unparteiliche Begutachtung und Beratung

durch den MDK aufgeführt sind. Bei der Krankenhausbehandlung wird die Leistungserbringung auf ordnungsgemäße Abrechnung überprüft. Dabei wird insbesondere geprüft, ob die Voraussetzungen einer Krankenhausbehandlung für den konkreten Einzelfall vorliegen, aber auch ob Art und Umfang der erbrachten Leistung korrekt angegeben sind. (§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V, BMJV-5, 26.11.2018)

Aus diesen Punkten wird offensichtlich, dass die Krankenkassen den MDK beauftragen, ausgewählte Krankenhausbehandlungen auf ihre Richtigkeit zu überprüfen. Dabei werden zum Beispiel die im Kapitel 2.4 aufgeführten allgemeinen Voraussetzungen einer Krankenhausbehandlung und die Voraussetzungen einer vollstationären Krankenhausbehandlung begutachtet. Außerdem werden die Notwendigkeit der erbrachten Leistung und die Dauer der Behandlung durch den MDK genauer untersucht.

Die Krankenkassen haben nach Eingang der Abrechnung sechs Wochen Zeit dem Krankenhaus die Überprüfung der Behandlung durch den MDK anzuzeigen. (§ 275 Abs. 1c Satz 2, BMJV-5, 26.11.2018)

Des Weiteren hat der Gesetzgeber geregelt, dass das Krankenhaus eine Aufwandsentschädigung von 300 € durch die Krankenkasse erhält, falls die Prüfung des MDK nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages führt. (§ 275 Abs. 1c Satz 3, BMJV-5, 26.11.2018)

In Bayern prüft der MDK im Auftrag der Krankenkassen ca. zehn Prozent aller Krankenhausbehandlungen. Dabei stellt der MDK fest, dass rund die Hälfte der Prüffälle nicht medizinisch korrekt abgerechnet sind und die Krankenkassen entsprechend die Rechnungen kürzen können. (Kasperbauer-2, 30.11.2018)

Dabei werden in der Patientenakte u.a. Operationsbericht, Arztbrief und die Dokumentation überprüft. Die Gutachter des MDK Bayern besprechen die Unterlagen mit einem Oberarzt (OA) der Fachabteilung vor Ort. (Kasperbauer-3, 30.11.2018)

Nachdem nun die Rahmenbedingungen der MDK-Prüfung näher erklärt worden sind, behandelt das letzte Kapitel der rechtlichen Grundlagen die Möglichkeit Wahlleistungen abzurechnen.

2.6 Wahlleistungen

Neben der Krankenhausbehandlung von gesetzlich versicherten Patienten können Krankenhäuser auch Patienten mit einer privaten Krankenversicherung (PKV) behandeln. Dieses Kapitel behandelt die gesondert berechneten Wahlleistungen, die zusätzlich zu den allgemeinen Krankenhausleistungen abgerechnet werden können. Dies betrifft u.a. Patienten

aus der PKV und Patienten aus der GKV, die eine private Zusatzversicherung für Krankenhausleistungen abgeschlossen haben. Auch hier hat der Gesetzgeber mit dem § 17 KHEntgG Regeln und Voraussetzungen geschaffen, die erfüllt werden müssen, damit gesondert berechnete Wahlleistungen abgerechnet werden dürfen. Es können nichtärztliche und ärztliche Wahlleistungen gesondert berechnet werden. Folgende Voraussetzungen aus dem § 17 KHEntgG sind wichtig für die gesonderte Berechnung der Wahlleistungen:

- Allgemeine Krankenhausleistungen dürfen nicht beeinträchtigt werden (§ 17 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG, BMJV-8, 26.11.2018)
- Diagnostische und therapeutische Leistungen dürfen als Wahlleistungen nur berechnet werden, wenn die Leistungen von einem Arzt erbracht werden (§ 17 Abs. 1 Satz 2 KHEntgG, BMJV-8, 26.11.2018)
- Die Entgelte der Wahlleistungen dürfen in keinem unangemessenen Verhältnis zu den Leistungen stehen (§ 17 Abs. 1 Satz 3 KHEntgG, BMJV-8, 26.11.2018)
- Die DKG und der Verband der privaten Krankenversicherung können Empfehlungen zur Bemessung der nichtärztlichen Wahlleistungen abgeben (§ 17 Abs. 1 Satz 4 KHEntgG, BMJV-8, 26.11.2018)
- Wahlleistungen sind vor der Erbringung schriftlich zu vereinbaren, und der Patient ist vor Abschluss über die Entgelte der Wahlleistungen und deren Inhalt im Einzelnen zu unterrichten (§ 17 Abs. 2 Satz 1 KHEntgG, BMJV-8, 26.11.2018)
- Eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen erstreckt sich auf alle an der Behandlung des Patienten beteiligten Ärzte, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen im Rahmen der vollstationären, teilstationären sowie vorstationären Behandlung berechtigt sind (§ 17 Abs. 3 Satz 1 KHEntgG, BMJV-8, 26.11.2018)

Nichtärztliche Wahlleistungen beinhalten zum Beispiel die Unterbringung im Einbett-Zimmer für die Dauer der vollstationären Krankenhausbehandlung. Als Beispiel für ärztliche Wahlleistungen kann eine Operation genannt werden, die von einem Arzt durchgeführt wird. Wie aus den oben angeführten Voraussetzungen ersichtlich ist, muss dieser Arzt berechtigt sein, gesonderte Wahlleistungen abrechnen zu dürfen.

Mit dem Kapitel Wahlleistungen ist die Beschreibung der rechtlichen Grundlagen die für die Durchführung einer Krankenhausbehandlung bei Cataract Operationen notwendig sind abgeschlossen.

Im folgenden Kapitel wird das Krankheitsbild Cataract hinsichtlich seiner Ursachen und Therapie untersucht.

3 Ursachen und Therapie bei einer Cataract Erkrankung

Das Wort Cataract stammt aus dem Griechischen und bedeutet übersetzt Wasserfall. Bei einer Cataract Erkrankung handelt es sich um eine Trübung der Linse, wodurch die Sicht des Patienten beeinträchtigt wird. Symptome sind u.a. Sehverschlechterung, unscharfes Sehen, verzerrtes Sehen, Blendung, veränderte Farbwahrnehmung. (Lang, 2008, S. 162)

Cataracte lassen sich in erworben und angeboren einteilen, wobei ca. 99% der Cataracte erworben sind. Aufgrund der deutlich geringeren Anzahl der angeborenen Cataracte wird in dieser Arbeit nur auf die erworbenen Cataracte und deren Behandlung eingegangen.

Folgende Abbildung zeigt die unterschiedlichen **Auslöser** für erworbene Cataracte:

Cataracta senilis	<ul style="list-style-type: none">• Altersstar• ungefähr 90% der behandelten Fälle
Cataract bei Allgemeinerkrankungen	<ul style="list-style-type: none">• z.B. Diabetes Mellitus
Cataracta traumatica	<ul style="list-style-type: none">• Auslöser ist eine Verletzung des Auges
Cataract nach operativen Eingriffen	<ul style="list-style-type: none">• durch intraokulare Eingriffe
Cataracta complicata	<ul style="list-style-type: none">• Auslöser sind Augenerkrankungen• z.B. chronische Entzündungen
medikamentös bedingt Cataract	<ul style="list-style-type: none">• z.B. Cortisoncataract

Abbildung 8: Auslöser für erworbene Cataracte (eigene Darstellung in inhaltlicher Anlehnung an Lang, 2008, S. 164)

Aus der Abbildung lassen sich die unterschiedlichen Auslöser für erworbene Cataracte mit Beispielen ablesen. Am häufigsten tritt der Altersstar auf, bei dem der Wassergehalt der Linse aufgrund des Alterns abnimmt. (Lang, 2008, S. 160)

Die **Cataract Operation** ist der weltweit am häufigsten durchgeführte Eingriff in der Augenheilkunde und stellt weiterhin die Standardbehandlung der Cataract Erkrankung dar.

(Lang, 2008, S. 177) Dabei ist aktuell die ECCE mit Implantation einer Hinterkammerlinse die Methode der Wahl. (Lang, 2008, S. 184)

In der Regel wird dieser Eingriff ambulant und mit örtlicher Betäubung durchgeführt, kann aber aus medizinisch vertretbaren Gründen auch vollstationär durchgeführt werden. Für die vollstationäre Behandlung sprechen die bessere postoperative Überwachung und Versorgung der Patienten. (Lang, 2008, S. 178f)

Nach der Beschreibung von Ursache und Therapie der Cataract Erkrankung, wird mit dem nächsten Kapitel die aktuelle Situation an einem Musterkrankenhaus dargelegt.

4 Aktuelle Situation an einem Musterkrankenhaus

Dieses Kapitel behandelt die aktuelle Situation an einem Musterkrankenhaus, und soll den Gesamtprozess Cataract Operation anhand dieser Ausgangslage aufzeigen. Um die Auswirkungen einer Prozessoptimierung für das Einbestellungsmanagement der Cataract Operation darzulegen, ist es wichtig die Ausgangslage zu beschreiben. In die Beschreibung des Musterkrankenhauses fließt die langjährige Berufserfahrung des Autors in der stationären Krankenhausbehandlung im Bereich der Augenheilkunde ein.

Folgende Aspekte der vollstationären Krankenhausbehandlung an diesem Musterkrankenhaus sollen dabei genauer ausgeführt werden:

- IST-Situation
- Notwendige Untersuchungen bei einer Cataract Operation
- Aufgabenverteilung der Mitarbeiter
- Varianten der Einbestellung
- Erlöse bei Cataract Operationen
- Problematik

Die IST-Situation soll die personelle und räumliche Ausstattung des Musterkrankenhauses beschreiben. Zudem wird die durchgeführte Anzahl der Cataract Operationen für 2017 genannt. Danach werden die Untersuchungen genannt, die im Vorfeld einer Cataract Operation notwendig sind und welche Aufgaben die Mitarbeiter bei der Krankenhausbehandlung übernehmen. Bei den Varianten der Einbestellung werden die unterschiedlichen Wege der aktuellen Einbestellung beschrieben. Anschließend werden die Erlöse für die unterschiedlichen Krankenhausbehandlungen am Musterkrankenhaus berechnet. Zuletzt wird noch auf die Problematik eingegangen, die durch das aktuelle Einbestellungsmanagement entsteht.

4.1 Ist-Situation

Bei dem Musterkrankenhaus soll es sich um ein Krankenhaus der Maximalversorgung in Bayern handeln. Das Musterkrankenhaus unterliegt, bezüglich der Arbeitszeit und Vergütung der beschäftigten Mitarbeiter, den Regelungen des TV-L (Tarifvertrag der Länder). An diesem Krankenhaus ist eine separate Fachabteilung Augenheilkunde vorhanden, die sowohl ambulante als auch vollstationäre Krankenhausbehandlungen durchführt. Wichtige Zahlen und Rahmenbedingungen bezüglich personeller und räumlicher Ausstattung für diese Augenklinik werden in den nachfolgenden Tabellen aufgeführt. Zusätzlich wird die Anzahl der durchgeführten Cataract Operation für 2017 am Musterkrankenhaus genannt, denn die Auswirkungen der Prozessoptimierung sollen in dieser Arbeit anhand gleichbleibender Zahlen untersucht werden.

Die erste Tabelle zeigt die Anzahl der Mitarbeiter die am Musterkrankenhaus in der Fachabteilung Augenheilkunde arbeiten:

Tabelle 1: Mitarbeiter der Augenklinik am Musterkrankenhaus

Mitarbeiter zum 31.12.2017	Anzahl
Insgesamt	135
Oberärzte (OA)	12
Assistenzärzte (AA)	28
Medizinische Fachangestellte (MFA)	18
Nicht wissenschaftliches Personal (NWP)	12
Pflegepersonal (PP)	65

Diese Tabelle gibt einen Überblick über die vorhandenen Mitarbeiter in der Augenklinik, die an der Krankenhausbehandlung beteiligt sind. Diese Mitarbeiter sind nach ihrer jeweiligen Qualifikation klassifiziert. Alle OA sind an diesem Musterkrankenhaus berechtigt, gesonderte Wahlleistungen in Rechnung zu stellen zu. Der separaten Fachabteilung Augenheilkunde stehen am Musterkrankenhaus folgende räumliche Ausstattungen zur Verfügung:

- Fünf Operationssäle
- GKV-Ambulanz mit 15 Untersuchungsräumen
- PKV-Ambulanz mit zwei Untersuchungsräumen
- 80 vollstationäre Betten auf vier Stationen verteilt mit insgesamt sieben Untersuchungsräumen

- Ambulantes-Operations-Zentrum (AOZ) mit zwei Untersuchungsräumen

In den Untersuchungsräumen werden u.a. die verschiedenen für die Durchführung einer Cataract Operation benötigten Untersuchungen durchgeführt. Dabei finden die Untersuchungen anhand der unterschiedlichen Versichertenstatus und den unterschiedlichen Krankenhausbehandlungen in verschiedenen Untersuchungsräumen statt. Operiert werden alle Patienten in einem der fünf Operationssäle.

Die nachfolgende Tabelle zeigt die Anzahl der durchgeführten Cataract Operationen für 2017:

Tabelle 2: Cataract Operationen 2017 am Musterkrankenhaus

Cataract Operationen 2017	Anzahl
Ambulant (Insgesamt)	798
Patienten mit gesetzlicher Versicherung	734
Patienten mit Wahlleistungen	64
Stationär (Insgesamt)	807
Patienten mit gesetzlicher Versicherung	618
Patienten mit Wahlleistungen	189

Anhand dieser Tabelle wird deutlich, wie viele Cataract Operationen an diesem Musterkrankenhaus durchgeführt werden. Diese sind unterteilt in ambulante und vollstationäre Krankenhausbehandlungen und zusätzlich noch in Patienten der GKV und Patienten mit Wahlleistungen.

Die IST-Situation an der separaten Fachabteilung Augenheilkunde des Musterkrankenhauses ist mit der Anzahl der durchgeführten Cataract Operationen sowie der personellen und räumlichen Ausstattung beschrieben.

Mit dem folgenden Kapitel werden die Untersuchungen genannt, die für die Cataract Operation notwendig sind.

4.2 Notwendige Untersuchungen bei einer Cataract Operation

Damit eine Cataract Operation durchgeführt werden kann, müssen im Vorfeld mehrere Untersuchungen stattfinden. Eine detaillierte Augenuntersuchung ist deswegen so wichtig, da die zu erwartende Sehverbesserung durch andere Augenerkrankungen beeinträchtigt werden könnte. (Lang, 2008, S. 177f)

Die folgende Abbildung zeigt welche Untersuchungen im Vorfeld einer Cataract Operation notwendig sind und welche Berufsgruppe die jeweilige Untersuchung durchführt:



Abbildung 9: Notwendige Untersuchungen im Vorfeld einer Cataract Operation nach Berufsgruppen unterteilt

Aus der Abbildung ist ersichtlich, dass im Vorfeld einer Cataract Operation die meisten Untersuchungen von MFA und AA durchgeführt werden und der OA anhand der vorliegenden Untersuchungsergebnisse die Operationsindikation und die vollstationäre Indikation prüft.

Nachdem nun die notwendigen Untersuchungen im Vorfeld einer Cataract Operation aufgezählt sind, behandelt das nächste Kapitel die Aufgabenverteilung der Mitarbeiter an der Krankenhausbehandlung bei Cataract Operationen.

4.3 Aufgabenverteilung der Mitarbeiter

Die Mitarbeiter der Augenklinik übernehmen je nach Qualifikation unterschiedliche Aufgaben in der Krankenhausbehandlung bei Cataract Operationen. Diese werden in der nachfolgenden Abbildung genannt:



Abbildung 10: Aufgaben an der Krankenhausbehandlung unterteilt nach Berufsgruppen

Die Abbildung gibt einen Überblick über die Aufgabenverteilung am Gesamtprozess der Krankenhausbehandlung bei Cataract Operationen am Musterkrankenhaus. Dafür sind die

einzelnen Aufgaben der Berufsgruppe zugeordnet, die über die benötigte Qualifikation verfügen für diese Tätigkeit verfügen.

Im Anschluss an die Aufgabenverteilung der Mitarbeiter am Gesamtprozess Cataract Operation, werden im folgenden Kapitel die unterschiedlichen Varianten der Einbestellung beschrieben.

4.4 Varianten der Einbestellung

Dieses Kapitel behandelt die aktuelle Einbestellungssituation am Musterkrankenhaus. Dabei lässt sich feststellen, dass die Patienten von drei Abteilungen Termine für eine Cataract Operation erhalten:

- Im AOZ für eine ambulante Cataract Operation unabhängig vom Versichertenstatus
- In der GKV-Ambulanz für die vollstationäre Cataract Operation für Patienten die keine Wahlleistungen in Anspruch nehmen können
- In der PKV-Ambulanz für die vollstationäre Cataract Operation für Patienten die Wahlleistungen in Anspruch nehmen können

Für alle drei Abteilungen gibt es verschiedene Varianten, woher diese Patienten kommen können. Nachfolgende Abbildung zeigt die aktuellen Möglichkeiten welcher Augenarzt die Patienten zur Cataract Operation am Musterkrankenhaus einweist:

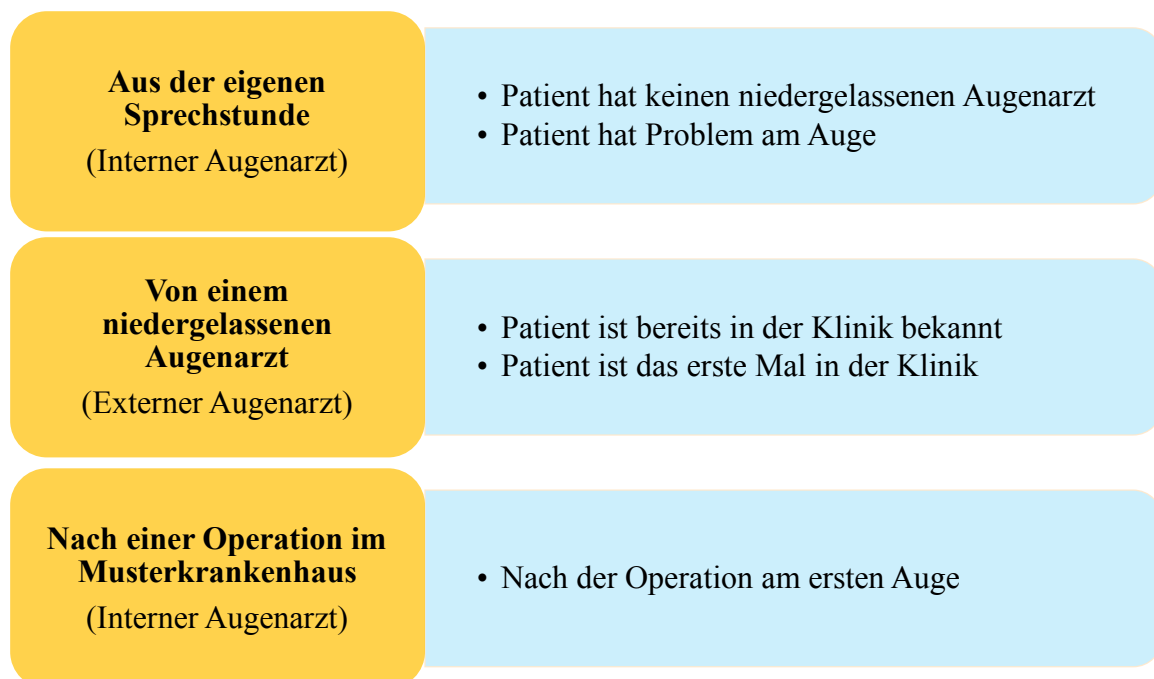


Abbildung 11: Unterschiedliche einweisende Augenärzte bei Cataract Operationen am Musterkrankenhaus

Aus der Abbildung ist ersichtlich, dass die Patienten auf unterschiedlichen Wegen zu einer Cataract Operation einbestellt werden.

In der Variante **aus der eigenen Sprechstunde** ist der Patient entweder schon länger in dem Musterkrankenhaus in Behandlung, weil er keinen niedergelassenen Augenarzt hat, oder der Patient kommt mit einem akuten Problem am Auge in das Musterkrankenhaus. Bei dieser Behandlung der Patienten wird festgestellt, dass eine Cataract Operation notwendig ist und der Patient erhält in einer der drei oben genannten Abteilung einen Termin.

Bei der Variante **von einem niedergelassenen Augenarzt** wird der Patient von einem Augenarzt für eine Cataract Operation eingewiesen. Hierbei kann es sich entweder um einen Patienten handeln, der bereits im Musterkrankenhaus behandelt worden ist, oder einen bisher im Musterkrankenhaus vollkommen unbekanntem Patienten. In beiden Varianten stellt ein **niedergelassener Augenarzt die Notwendigkeit einer Cataract Operation fest, und überweist** den Patienten an das Musterkrankenhaus. Dabei gibt der niedergelassene Augenarzt die Art der Krankenhausbehandlung vor.

Die letzte Variante **nach der Operation im Musterkrankenhaus** betrifft Patienten, die aktuell am Musterkrankenhaus eine Operation am Auge erhalten haben und eine Operation am anderen Auge ebenfalls notwendig ist. Wie bereits im Kapitel 3 erwähnt, handelt es sich bei dem Krankheitsbild Cataract zum überwiegenden Teil um einen cataracta senilis, der meist an beiden Augen gleichzeitig auftritt. (Lang, 2008, S. 160)

Der einweisende Augenarzt meldet den Patienten am Musterkrankenhaus in der entsprechenden Abteilung für eine Cataract Operation an. Anhand der vom Augenarzt angegebenen Vorgaben wird der Patient dann durch die Berufsgruppe NWP zur Cataract Operation einbestellt.

Nachdem die Varianten der Einbestellung am Musterkrankenhaus und die verschiedenen einweisenden Augenärzte benannt worden sind, werden im Folgenden die Erlöse für die verschiedenen Krankenhausbehandlungen im Rahmen der Cataract Operation berechnet.

4.5 Erlössituation bei einer Cataract Operation am Musterkrankenhaus

Dieses Kapitel soll eine Übersicht bieten, welche unterschiedlichen Erlöse am Musterkrankenhaus bei der Behandlung des Krankheitsbildes Cataract zu erzielen sind. Für die Berechnung wurden Daten aus der Berufserfahrung des Autors herangezogen. So handelt es sich bei dem Wert **GKV ambulant** um den Erlös für Patienten die bei der AOK Bayern versichert sind. Bei der Berechnung der Cataract Operation **GKV stationär** wird der aktuelle Landesbasisfallwert in Bayern mit dem CMI der DRG C08B multipliziert. Der

Landesbasisfallwert liegt in Bayern für 2018 bei 3.450,83 €. (Gottfried, 06.09.2018) Der CMI für die DRG C08B bei 0,532. (vgl. Kapitel 2.2) Die Berechnung der Cataract Operation **PKV stationär** setzt sich aus zwei Teilen zusammen. Dabei handelt es sich zum einen um die Erlöse der DRG C08B GKV stationär, zum anderen um zusätzliche Wahlleistungen die gesondert abgerechnet werden können.

Folgende Tabelle zeigt die Erlössituation für 2018 bei einer Cataract Operation:

Tabelle 3: Erlöse für unterschiedliche Krankenhausbehandlungen am Musterkrankenhaus für 2018 (erstellt mit Daten aus der Berufspraxis des Autors)

Art der Krankenhausbehandlung	Erlöse 2018
Ambulante vorstationäre Behandlung (Beispiel AOK Bayern)	68,51 €
Cataract Operation – GKV ambulant (Beispiel AOK Bayern)	821,87 €
Cataract Operation – PKV ambulant (Leistungskatalog Musterkrankenhaus)	1.504,44 €
Cataract Operation – GKV vollstationär (Verweildauer im Normbereich)	1.835,84 €
Cataract Operation – PKV vollstationär (Verweildauer im Normbereich)	3.593,13 €

Anhand der Tabelle wird ersichtlich, dass durch eine neu zu schaffende ambulante vorstationäre Behandlung ein zusätzlicher Erlös zu erzielen wäre, denn das Musterkrankenhaus kann sich auf § 115a Abs. 1 Nr.1 SGB V berufen. Dieser Paragraph beinhaltet, dass ein Versicherter im Krankenhaus behandelt werden kann, um die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder die vollstationäre Behandlung vorzubereiten. (§ 115a Abs. 1 Nr. 1 SGB V, BMJV-6, 26.11.2018)

Außerdem zeigt die Tabelle, dass die Erlöse einer ambulanten Cataract Operation deutlich niedriger sind als die Erlöse bei einer vollstationären Cataract Operation. Die Tabelle zeigt auch, dass die Erlöse einer Cataract Operation für PKV Patienten jeweils höher liegen als für GKV Patienten. Bei PKV Patienten erstellt das Musterkrankenhaus einen individuellen Leistungskatalog, der in der vollstationären Behandlung zusätzlich zum DRG-Erlös abgerechnet wird. (Beispiel für das Musterkrankenhaus 1.835,84 € DRG-Erlös + 1.757,29 € PKV Leistungskatalog = 3.593,13 € PKV vollstationär)

Die unterschiedlichen Krankenhausbehandlungen am Musterkrankenhaus bei Cataract Operation sind nun hinsichtlich ihrer Erlöse berechnet.

Abschließend für die IST-Situation am Musterkrankenhaus wird nun die Problematik beschrieben, die durch das aktuelle Einbestellungsmanagement bei Cataract Operationen am Musterkrankenhaus entsteht.

4.6 Problematik

Bevor die Problematik bei der bestehenden Einbestellung genauer aufgeführt wird, soll zuerst der Gesamtprozess Cataract Operation dargestellt werden, dieser wird in der folgenden Abbildung verdeutlicht:

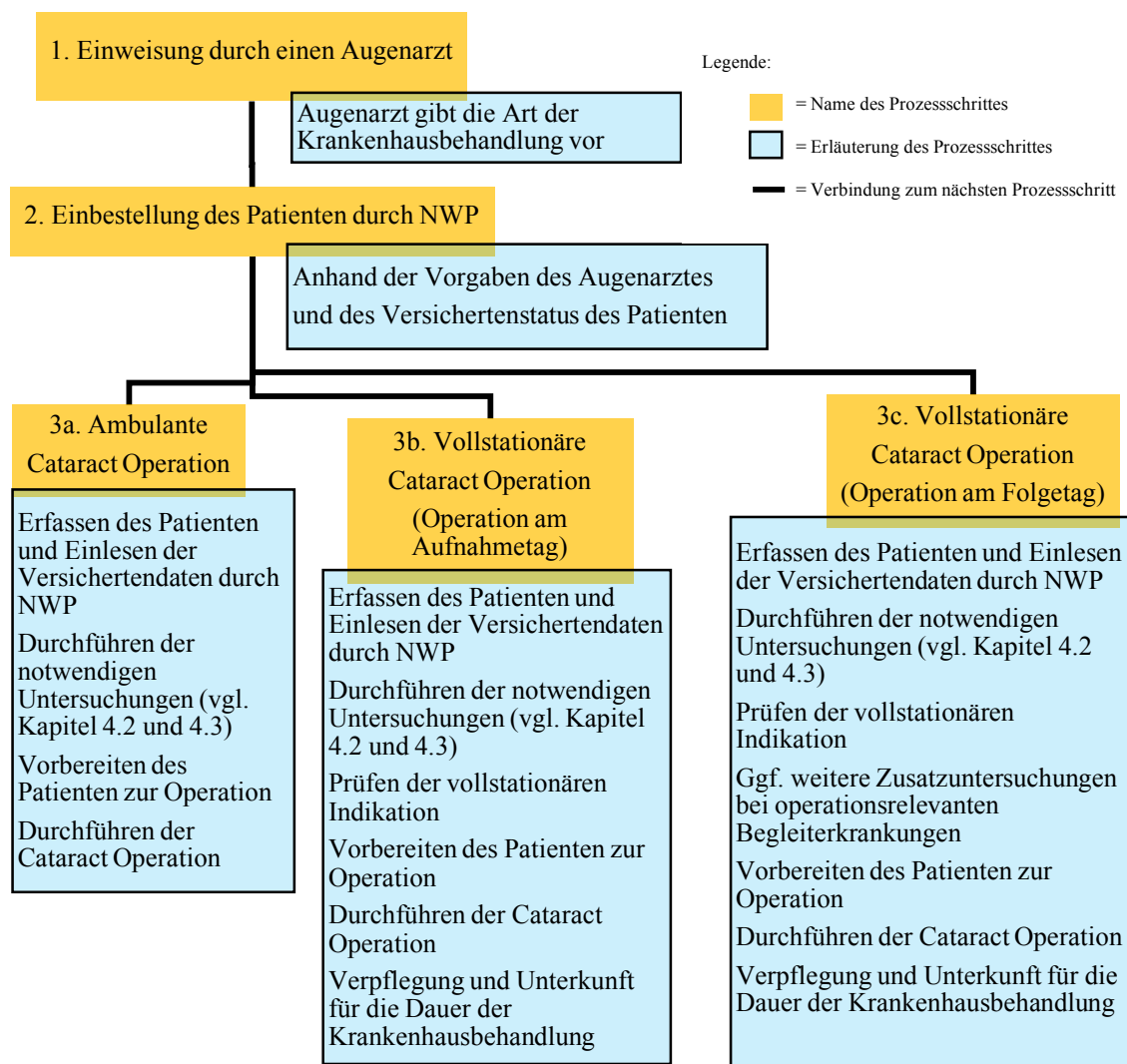


Abbildung 12: Aktueller Gesamtprozess Cataract Operation am Musterkrankenhaus

Die Abbildung zeigt den Gesamtprozess Cataract Operation am Musterkrankenhaus in der derzeitigen Form. Im ersten Schritt wird der Patient durch einen Augenarzt zur Cataract Operation am Musterkrankenhaus eingewiesen. (Vgl. Kapitel 4.4) Danach erfolgt anhand der Vorgaben des Augenarztes und des Versichertenstatus des Patienten die Einbestellung zu einer

Krankenhausbehandlung durch die Berufsgruppe NWP. (Vgl. Kapitel 4.4) Die Abbildung zeigt die drei verschiedenen Arten der Krankenhausbehandlung bei einer Cataract Operation und benennt die Tätigkeiten die während der Krankenhausbehandlung durchgeführt werden.

Nachdem nun der aktuelle Gesamtprozess Cataract Operation am Musterkrankenhaus beschrieben ist, wird die Problematik genauer erläutert die durch die bisherige Einbestellungspraxis auftritt.

Die ECCE wird als Methode der Cataract Operation im Katalog ambulant durchführbarer Operationen genannt. Dabei wird auch offensichtlich, dass es unterschiedliche Kategorien gibt. Bei der Kategorie 1 handelt es sich um Operationen, die in der Regel ambulant operiert werden. Bei diesen Operationen der Kategorie 1 kann eine vollstationäre Durchführung der Krankenhausbehandlung aus einem anderen medizinischen Grund notwendig sein. Kategorie 2 betrifft Operationen die sowohl ambulant als auch vollstationär durchgeführt werden. Im konkreten Fall der ECCE handelt es sich dabei z. B. um Cataracte nach Voroperationen oder Cataracte mit operationsrelevanten Begleiterkrankungen. (GKV-Spitzenverband, 17.12.2018) Von den Krankenkassen erhält das Musterkrankenhaus deswegen viele Anfragen, warum die vollstationär durchgeführten Cataract Operationen nicht ambulant operiert werden konnten. Auch eine Prüfung der Abrechnung durch den MDK kann durch die Krankenkasse in Auftrag gegeben werden.

Es ist wahrscheinlich, dass die MDK-Prüfquote bei den vollstationär durchgeführten Cataract Operationen aufgrund der Zugehörigkeit zum Katalog der ambulant durchführbaren Operationen höher liegt als der Gesamtdurchschnitt aller Krankenhausbehandlungen.

Deswegen muss bei der Einbestellung sichergestellt werden, dass nur Patienten eine vollstationäre Cataract Operation erhalten, bei denen eine medizinische Indikation vorliegt. Alle anderen Patienten erhalten eine ambulante Cataract Operation.

In der aktuellen Situation am Musterkrankenhaus kann es bei der Einbestellung von Patienten zu fehlerhaften Einbestellungen kommen.

Gerade die Variante der Einbestellung von Patienten eines niedergelassenen Augenarztes birgt Risiken. Denn hier werden die Patienten aufgrund der Angaben des niedergelassenen Augenarztes einbestellt, dabei handelt es sich um einen externen Augenarzt. (Vgl. Kapitel 4.4) Dieser hat in der Regel keine eigenen Erfahrungen mit den rechtlichen Grundlagen einer Krankenhausbehandlung, weswegen die Zuordnung der Patienten zu einer Krankenhausbehandlung nicht immer korrekt durchgeführt wird. Bei bereits im Musterkrankenhaus bekannten Patienten kann die Berufsgruppe NWP bei der Einbestellung

auch auf eigene Daten zurückgreifen. Bei bisher im Musterkrankenhaus unbekanntem Patienten muss die Einbestellung nach den Angaben des niedergelassenen Augenarztes erfolgen.

Anhand dieser Praxis lassen sich am Musterkrankenhaus mehrere Probleme feststellen, die auf einer falschen Einbestellung der Patienten beruhen.

Nachfolgende Abbildung gibt einen Überblick über die Probleme, die sich aus der aktuellen Einbestellungspraxis ergeben:

Falsche Krankenhausbehandlung	<ul style="list-style-type: none">• Ambulant statt vollstationär• Vollstationär statt ambulant
Ohne operationsrelevante Begleiterkrankungen	<ul style="list-style-type: none">• Nicht zur Operation am Aufnahmetag einbestellt
Mit operationsrelevanten Begleiterkrankungen	<ul style="list-style-type: none">• Zur Operation am Aufnahmetag einbestellt
Ambulante und vollstationäre Patienten	<ul style="list-style-type: none">• Alle notwendigen Untersuchungen erfolgen am Operationstag

Abbildung 13: Überblick über die Probleme durch die aktuelle Einbestellungspraxis

Anhand der Abbildung wird deutlich, dass aufgrund des aktuellen Einbestellungsmanagements zum einen die Erlössituation am Musterkrankenhaus nicht maximal gewinnerzeugend ist, zum anderen die Behandlung der Patienten nicht optimal durchgeführt wird. Nähere Erläuterungen zu den einzelnen Problemen werden nun genauer beschrieben.

Falsche Krankenhausbehandlung

Wenn eigentlich ambulante Patienten vollstationär behandelt werden entstehen Kosten, die von der Krankenkasse nicht bezahlt werden. Bei eigentlich vollstationären Patienten die ambulant operiert werden besteht hingegen ein erhöhtes Operationsrisiko durch eine schlechtere postoperative Überwachung und Versorgung. Außerdem erhält das Musterkrankenhaus für die ambulante Krankenhausbehandlung weniger Erlöse als für die vollstationäre Behandlung. Somit entgeht dem Musterkrankenhaus ein höherer DRG-Erlös.

Ohne operationsrelevante Begleiterkrankungen

Hat der Patient keine operationsrelevante Begleiterkrankung muss die Operation am Aufnahmetag erfolgen, da die Krankenkasse sonst die Verweildauer um einen Tag kürzt. Dies kann dazu führen, dass die Verweildauer nur noch einen Tag beträgt und deswegen ein Abschlag der DRG vorzunehmen ist. (Vgl. Kapitel 2.2)

Mit operationsrelevanten Begleiterkrankungen

Bei operationsrelevanten Begleiterkrankungen wie z.B. dem Glaukom wird ein erweiterter vollstationärer Aufenthalt zur Vorbereitung bezahlt. So kann der Patient am Aufnahmetag weitere Untersuchungen erhalten, z.B. erweiterte Tensio-Messungen zu verschiedenen Uhrzeiten, bevor er am Folgetag operiert wird. Hier hat der Patient einen Mehrwert und zusätzliche Sicherheit die optimale Behandlung für sein Auge zu bekommen.

Ambulante und vollstationäre Patienten

Ein weiterer Nachteil in der aktuellen Situation entsteht durch die Durchführung der notwendigen Untersuchungen am Operationstag. Wie im Kapitel 3 bereits erwähnt, handelt es sich zum überwiegenden Teil der Cataract Operationen um altersbedingte Cataracte und dementsprechend um ältere Patienten. Zusätzlich muss der Patient bei der Cataract Operation im Vorfeld nüchtern sein. Wegen der bevorstehenden Operation am Auge besteht bei den Patienten in der Regel eine gewisse Anspannung, da jeder operative Eingriff auch mit Risiken verbunden ist. Mit dieser Ausgangssituation eines älteren, nüchternen und angespannten Patienten erfolgt dann die Durchführung der notwendigen Untersuchungen. Dies setzt die Patienten einer zusätzlichen Belastung aus, so dass es auch zu Kreislaufproblemen kommen kann. Durch diese Stresssituation für die Patienten kann es zu Mehrbelastungen der Mitarbeiter kommen, da diese auf die zusätzlich auftretenden Probleme reagieren müssen.

Abschließend ist festzuhalten, dass durch ein fehlerhaftes Einbestellungsmanagement bei Cataract Operationen am Musterkrankenhaus mehrere Probleme auftreten. Diese werden in nachfolgender Abbildung in drei Hauptprobleme verdeutlicht:



Abbildung 14: Hauptprobleme des fehlerhaften Einbestellungsmanagements

Nachdem nun die aktuelle Problematik am Musterkrankenhaus benannt ist, soll mit dem folgenden Kapitel eine Prozessoptimierung am Einbestellungsmanagement bei Cataract Operationen beschrieben werden. Damit soll die Forschungsfrage geklärt werden wie eine Prozessoptimierung im Krankenhaus zur Erlössicherung beitragen kann.

5 Prozessoptimierung

Durch eine Prozessoptimierung am Musterkrankenhaus soll das Einbestellungsmanagement bei Cataract Operationen verbessert werden. Anstatt aus Kostengründen weiterhin bei Pflegenden, Ärzten und Verbrauchsmaterial zu kürzen, ist es sinnvoller die Prozesse detailliert anzusehen und deren Verbesserungspotenziale zu nutzen. (Scholz, 2016, S. 3) Indem sich ein Krankenhaus mit den eigenen Arbeitsprozessen detailliert beschäftigt, können Potenziale zur Produktivitäts- und Effizienzsteigerung ohne weitere Arbeitsverdichtung identifiziert werden. (Krahfrost et al., 2017, S. 59)

In der Folge sollen zuerst die verschiedenen grundsätzlichen Aspekte einer Prozessoptimierung untersucht werden. Anschließend wird die konkrete Prozessoptimierung mit ihren Auswirkungen für das Musterkrankenhaus beschrieben.

Dabei sollen folgende Aspekte näher beleuchtet werden:

- Prozesstypen
- Prozesscontrolling
- Ziele einer Prozessoptimierung
- Prozessoptimierung am Musterkrankenhaus
- Klinische Behandlungspfade
- Einführung einer ambulanten vorstationären Behandlung
- Kennzahlen

Es steht im Fokus, welchen Beitrag die Prozessoptimierung am Musterkrankenhaus zur Erlössicherung liefern kann.

Im nachfolgenden Kapitel werden zuerst die unterschiedlichen Prozesstypen beschrieben.

5.1 Prozesstypen

Es gibt drei verschiedene Arten von Prozessen, die anhand von Kriterien typisiert werden können. Kriterien sind dabei zum Beispiel die Wiederholungshäufigkeit, Komplexität, Konstanz und der Festlegungsgrad im Ablauf von Prozessen. Dabei lassen sich Prozesse in Regelprozesse, Ad-hoc-Prozesse und Routineprozesse einteilen. (Krahfrost et al., 2017, S. 50)

Folgende Abbildung charakterisiert die verschiedenen Prozesstypen:

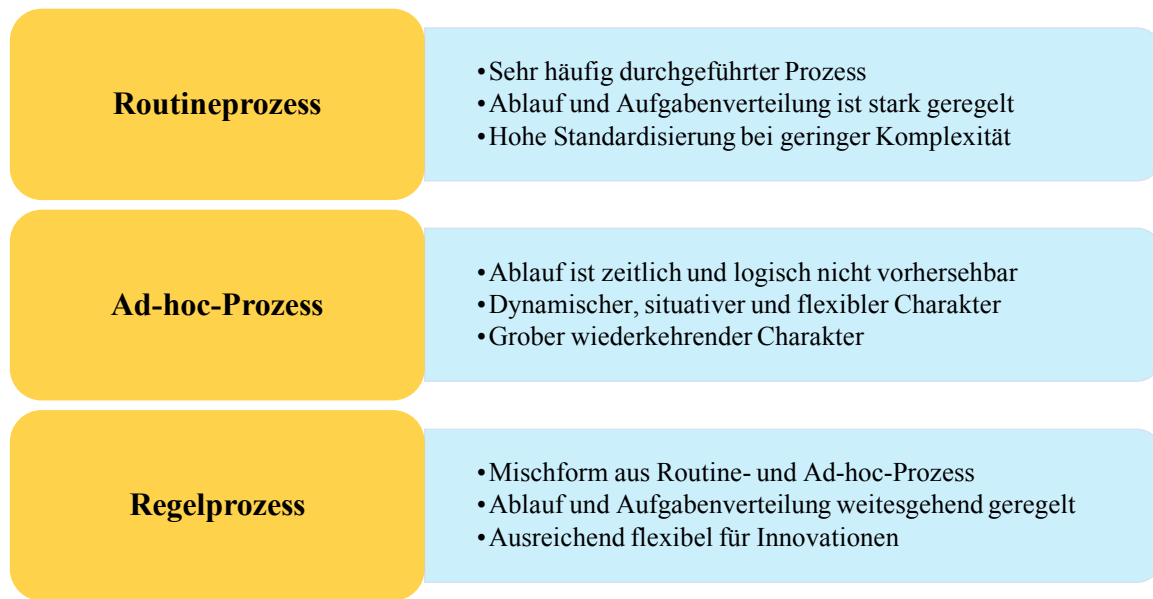


Abbildung 15: Charakterisierung der drei Prozesstypen (eigene Darstellung in inhaltlicher Anlehnung an Krahfrost et al., 2017, S. 50f)

Die Abbildung zeigt die drei unterschiedlichen Prozesstypen und zeigt die jeweiligen Charakteristika. Dabei scheint der Regelprozess am besten geeignet zu sein, um den Prozess des Einbestellungsmanagements bei Cataract Operationen zu beschreiben. Viele Abläufe und Aufgabenverteilungen sind geregelt, bleiben aber dennoch flexibel genug um auf Veränderungen zu reagieren. Damit kann auch zukünftig auf verschiedene Situationen angemessen reagiert und der Prozess an neue Voraussetzungen angepasst werden.

Das nachfolgende Kapitel behandelt die Notwendigkeit ein Prozesscontrolling am Musterkrankenhaus durchzuführen.

5.2 Prozesscontrolling

Mit einem Prozesscontrolling hat das Musterkrankenhaus ein Instrument, mit dem vorhandene Prozesse regelmäßig überprüft und optimiert werden können. Dies stellt für die Führungsebene eines Unternehmens eine entscheidende Servicefunktion dar, denn indem Prozesse klar definiert und regelmäßig überprüft werden können die verantwortlichen Mitarbeiter diese Prozesse hinsichtlich ihrer Leistung bewerten. Erreicht dabei der Prozess nicht die gewünschte Sollvorgabe, kann der Prozess untersucht und optimiert werden. Prozesse werden dadurch transparenter und effizienter. (Fischer et al., 2017, S. 147f)

Folgende fünf Schritte kennzeichnen das Prozesscontrolling:

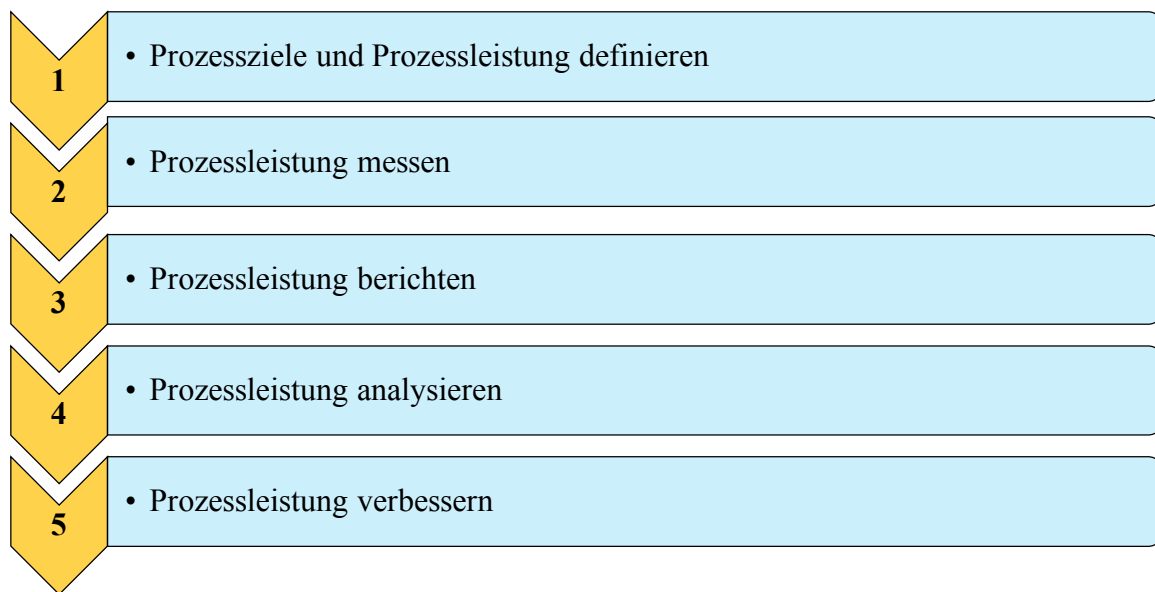


Abbildung 16: Fünf Schritte des Prozesscontrollings (eigene Darstellung in inhaltlicher Anlehnung an Fischer et al., 2017, S. 148)

Die Abbildung verdeutlicht einige Sachverhalte. Ausgangspunkt für ein Prozesscontrolling sind Ziele und Leistungen die mit diesem Prozess erreicht werden sollen. Dafür eignen sich z.B. Kennzahlen. In den folgenden Schritten werden diese Sollvorgaben dann mit der aktuellen Situation abgeglichen. Dafür wird zuerst die aktuelle Situation erhoben und die Ergebnisse präsentiert. Mit diesen Daten wird dann analysiert ob der Prozess die Sollvorgaben erreicht hat oder nicht. Zum Schluss muss geklärt werden ob und wie der Prozess verbessert werden kann. (Fischer et al., 2017, S. 148f)

Dafür eignet sich die Prozessanalyse, bei der Teilprozesse aufgedeckt werden, die ineffektiv und nicht wertschöpfend sind. (Krahfrost et al., 2017, S. 62)

Das Prozesscontrolling ist somit ein wichtiger Faktor, um die Erlössituation am Musterkrankenhaus dauerhaft zu sichern. Das Musterkrankenhaus legt Kennzahlen fest und kontrolliert diese in regelmäßigen Abständen. Treten dabei Abweichungen von den Sollvorgaben auf wird eine Prozessanalyse durchgeführt, die die Ursachen für die Abweichung klären soll. Danach wird der Prozess angepasst und die Prozessleistung verbessert. Damit hat das Musterkrankenhaus ein Instrument, um auf Veränderungen jeglicher Art adäquat reagieren zu können.

Nachdem nun die Bedeutung eines Prozesscontrollings für das Musterkrankenhaus dargelegt worden ist, klärt das nächste Kapitel die Ziele die mit einer Prozessoptimierung verfolgt werden können.

5.3 Ziele einer Prozessoptimierung

Im Krankenhaus ist die Behandlung einer Krankheit der Kernprozess, und es geht darum diese Behandlung mit allen notwendigen Begleitprozessen so optimal wie möglich zu gestalten. (Scholz, 2016, S. 11) Ziele einer Prozessoptimierung sind neben einer Effizienzsteigerung auch eine Kundenorientierung um eine qualitativ hochwertige Leistung zu erbringen. Dafür eignen sich insbesondere häufig behandelte Krankheitsbilder. (Greiling/ Wüst, 2011, S. 25) Die Anzahl der durchgeführten Cataract Operationen liegt pro Jahr zwischen 700.000 und 800.000, und ist damit eine der am häufigsten durchgeführten Operationen in Deutschland. (Bertram, 30.11.2018) Durch Prozessmanagement soll eine Transparenz in der Leistungserbringung entstehen. Ziel ist ein Abbau der Komplexitäten, indem die Vielzahl und Vielfalt von Prozessen reduziert wird. (Posluschny, 2012, S. 11)

Folgende Abbildung zeigt auf, was optimale Prozesse im Prozessmanagement kennzeichnet:

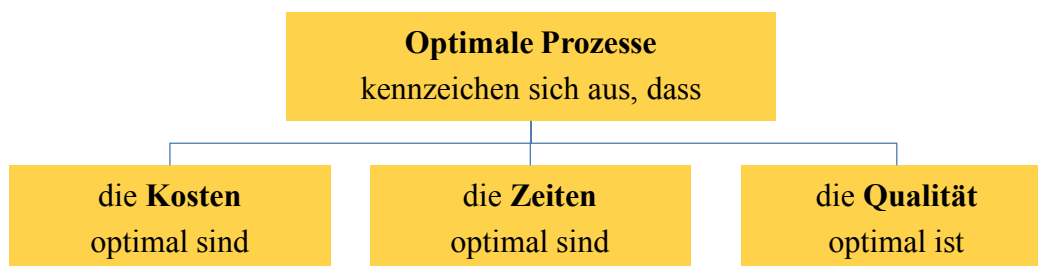


Abbildung 17: Optimale Prozesse im Prozessmanagement (eigene Darstellung in inhaltlicher Anlehnung an Posluschny, 2012, S. 15)

Die Abbildung zeigt, dass bei einem optimalen Prozess verschiedene Perspektiven berücksichtigt und optimiert werden müssen. Bei der Kostenperspektive geht es zum einen um eine Kostensenkung, da der Ertrag pro Patient durch die Fallpauschale fixiert ist. (Greiling/ Wüst, 2011, S. 27f) Zum anderen kann bei der Kostenperspektive auch darauf geachtet werden, dass die Erlöse tatsächlich erzielt bzw. gesteigert werden können. Die Zeitperspektive hat die Prozesszeit insgesamt aber auch die Wartezeit der einzelnen Schritte im Fokus. (Posluschny, 2012, S. 115f) Abschließend wird bei der Qualitätsperspektive die Behandlung überprüft. Dabei soll eine optimale Behandlung für den Patienten erreicht werden.

Um eine zielgerichtete Prozessoptimierung am Musterkrankenhaus zu erzielen, ist es notwendig die einzelnen Prozesse im Einbestellungsmanagement bei Cataract Operationen zu analysieren. Dabei ist es wichtig, die Gründe für die entstandenen Probleme aus der bisherigen Praxis der Einbestellung zu identifizieren, und daraus Konsequenzen zu ziehen. Es kommt aktuell am Musterkrankenhaus durch die verschiedenen Varianten zu fehlerhaften Einbestellungen der Patienten. (Vgl. Kapitel 4.6)

Ziel bei der angestrebten Prozessoptimierung ist es die Effizienz der Prozesse zu steigern. (Posluschny, 2012, S. 21)

Folgende Abbildung zeigt vier Möglichkeiten der Effizienzsteigerung:

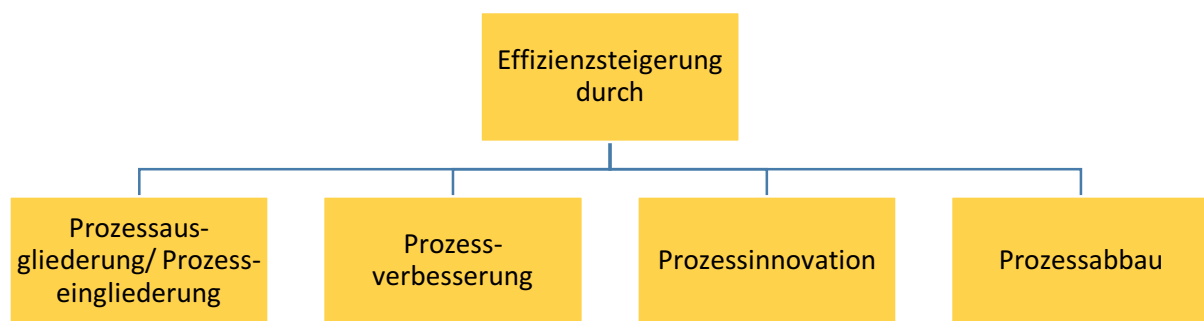


Abbildung 18: Möglichkeiten zur Steigerung der Prozesseffizienz (eigene Darstellung in inhaltlicher Anlehnung an Posluschny, 2012, S. 21)

Bei der Prozessaus- bzw. Prozesseingliederung ist das Hauptziel eine Kostensenkung und evtl. zusätzlich eine Qualitätssteigerung zu erreichen. (Posluschny, 2012, S. 24) Die Prozessverbesserung bedeutet, dass zum Beispiel die Wartezeiten im Prozessablauf minimiert werden, denn diese leisten keinen Beitrag zur Produktivität. (Posluschny, 2012, S. 32) Dadurch kann auch die Kundenzufriedenheit gesteigert werden. Prozessinnovationen sind Maßnahmen, deren Wirkung wegen fehlender oder geringer Daten nur schwer einzuschätzen ist. (Posluschny, 2012, S. 39) Ein Prozessabbau ist immer dann sinnvoll, wenn die Prozesse keinen Beitrag oder nur einen geringen Beitrag zur Deckung der angefallenen Kosten leisten. (Posluschny, 2012, S. 22)

Für das Musterkrankenhaus ergibt sich aus der Problematik eine Effizienzsteigerung aus zwei der genannten Möglichkeiten.

Zum einen wird der Prozess der direkten Einweisung durch einen externen Augenarzt mit der Einführung einer ambulanten vorstationären Behandlung ins Musterkrankenhaus **eingegliedert**. In der aktuellen Situation werden die Patienten teilweise nur anhand der

Vorgaben des externen Augenarztes ohne weitere Überprüfung direkt einbestellt. (Vgl. Kapitel 4.4) Durch die neu zu schaffende ambulante vorstationäre Behandlung wird der Prozess Einbestellung zur Cataract Operation ausschließlich anhand der Vorgaben des Musterkrankenhauses durchgeführt.

Die andere Möglichkeit durch die Prozessoptimierung die Effizienz zu steigern ist die **Prozessverbesserung**. Durch die ambulante vorstationäre Behandlung kann das Musterkrankenhaus für den Patienten die optimale Krankenhausbehandlung bestimmen und dementsprechend einbestellen. Dadurch lässt sich die Behandlungsqualität verbessern.

Die allgemeinen Ziele, die mit einer Prozessorientierung verfolgt werden können, sind mit diesem Kapitel behandelt worden. Doch was bedeutet das für das Musterkrankenhaus mit der vorliegenden Fragestellung wie die Erlössituation anhand des Einbestellungsmanagements für Cataract Operationen durch die Prozessoptimierung positiv verändert werden kann?

Diese Frage wird im nachfolgenden Kapitel geklärt, indem die Auswirkungen durch die Prozessoptimierung am Musterkrankenhaus näher erläutert werden.

5.4 Prozessoptimierung am Musterkrankenhaus

Dieses Kapitel beschreibt, inwiefern die Prozessoptimierung Einfluss auf die Erlössituation am Musterkrankenhaus hat. Dabei wird das Einbestellungsmanagement bei Cataract Operationen verändert, indem die Varianten der Einbestellung reduziert werden.

Die konkrete Prozessveränderung wird nun näher ausgeführt:

Der Patient wird wie bisher von verschiedenen Stellen zur Cataract Operation angemeldet. (Vgl. Kapitel 4.4) Vor der Cataract Operation wird der Patient zu einer neu eingeführten ambulanten vorstationären Behandlung ins Musterkrankenhaus einbestellt. Bei dieser ambulanten vorstationären Behandlung wird geprüft, ob ein vollstationärer oder ein ambulanter Fall vorliegt und die Operationsvorbereitung durchgeführt. Mit Hilfe von neu zu schaffenden klinischen Behandlungspfaden kann eine optimale Einbestellung erreicht werden.

Jede Krankenhausbehandlung im Bereich der Cataract Operationen wird anhand der vorliegenden Voraussetzungen überprüft und der Patient für den geeigneten Behandlungspfad einbestellt. Es werden alle ambulanten Patienten für eine Cataract Operation im AOB einbestellt und damit entfallen die Kosten für die vollstationäre Krankenhausbehandlung, die nicht vergütet wird.

Auch bei den vollstationären Patienten werden alle Patienten mit passender Indikation für diese Behandlungsform einbestellt und erzielen somit den höheren Erlös für die vollstationäre Krankenhausbehandlung.

Bei Patienten mit operationsrelevanten Begleiterkrankungen lässt sich durch die optimale Einbestellung immer der volle DRG-Erlös für die Cataract Operation erzielen. Hier liegt die Verweildauer zwangsläufig im Normbereich für die DRG C08B, da der Aufnahmetag für weitere Untersuchungen genutzt werden darf und erst am Folgetag die Operation durchgeführt wird. (Vgl. Kapitel 2.2)

Für Patienten ohne operationsrelevante Begleiterkrankungen bewirkt die Prozessoptimierung, dass der Patient gleich am Aufnahmetag operiert wird und dadurch kein Tag durch die Krankenkasse gestrichen werden kann. Damit entfallen unnötige Kosten für Unterkunft und Verpflegung. Auch der Patient hat mit der verkürzten Verweildauer keine unnötige Wartezeit.

Durch die Prozessoptimierung erhält der Patient die für ihn optimale Behandlung. Dies führt dazu, dass die Patientenzufriedenheit am Musterkrankenhaus steigen wird. Zufriedene Patienten sind ein wichtiger Faktor, um auch langfristig im Wettbewerb zu bestehen.

Wenn Blindleistungen und Fehler durch eine Prozessoptimierung eliminiert werden, kann die freiwerdende Zeit mit anderen Fällen gefüllt werden. Dies führt zu einer besseren Kapazitätsauslastung. (Greiling/ Wüst, 2011, S. 41) Auch unter diesem Gesichtspunkt lässt sich eine Erlössicherung und Erlössteigerung durch die Prozessoptimierung erzielen.

Die Prozessoptimierung hat einen weiteren positiven Nebeneffekt, denn der MDK führt anhand von Krankenhausbegehungen oder Aktenlageprüfungen Plausibilitätsprüfungen vollstationärer Aufenthalte an Augenkliniken durch. (Kasperbauer-1, 30.11.2018) Durch die optimale Einbestellung werden bei der Überprüfung der Krankenhausbehandlung durch den MDK keine fehlerhaften Abrechnungen zu beanstanden sein. Dadurch bleibt der Abrechnungsbetrag in voller Höhe erhalten und das Musterkrankenhaus erhält eine zusätzliche Aufwandsentschädigung von der Krankenkasse. (Vgl. Kapitel 2.5)

Unter Berücksichtigung der Vorjahreszahlen der vollstationären Cataract Operationen und der Annahme, dass ca. 10% der Krankenhausbehandlungen in Bayern geprüft werden, ergeben sich ca. 80 vollstationäre Cataract Operationen am Musterkrankenhaus, die einer MDK-Prüfung standhalten müssen. Durch die Prozessoptimierung erhält das Musterkrankenhaus für diese 80 Krankenhausbehandlungen jeweils 300 € Aufwandsentschädigung, was insgesamt zu zusätzlichen Erlösen in Höhe von 24.000 € (80 x 300 €) führt.

Durch die Prozessoptimierung verändert sich der Gesamtprozess Cataract Operation am Musterkrankenhaus, dieser wird in der nachfolgenden Abbildung dargestellt:

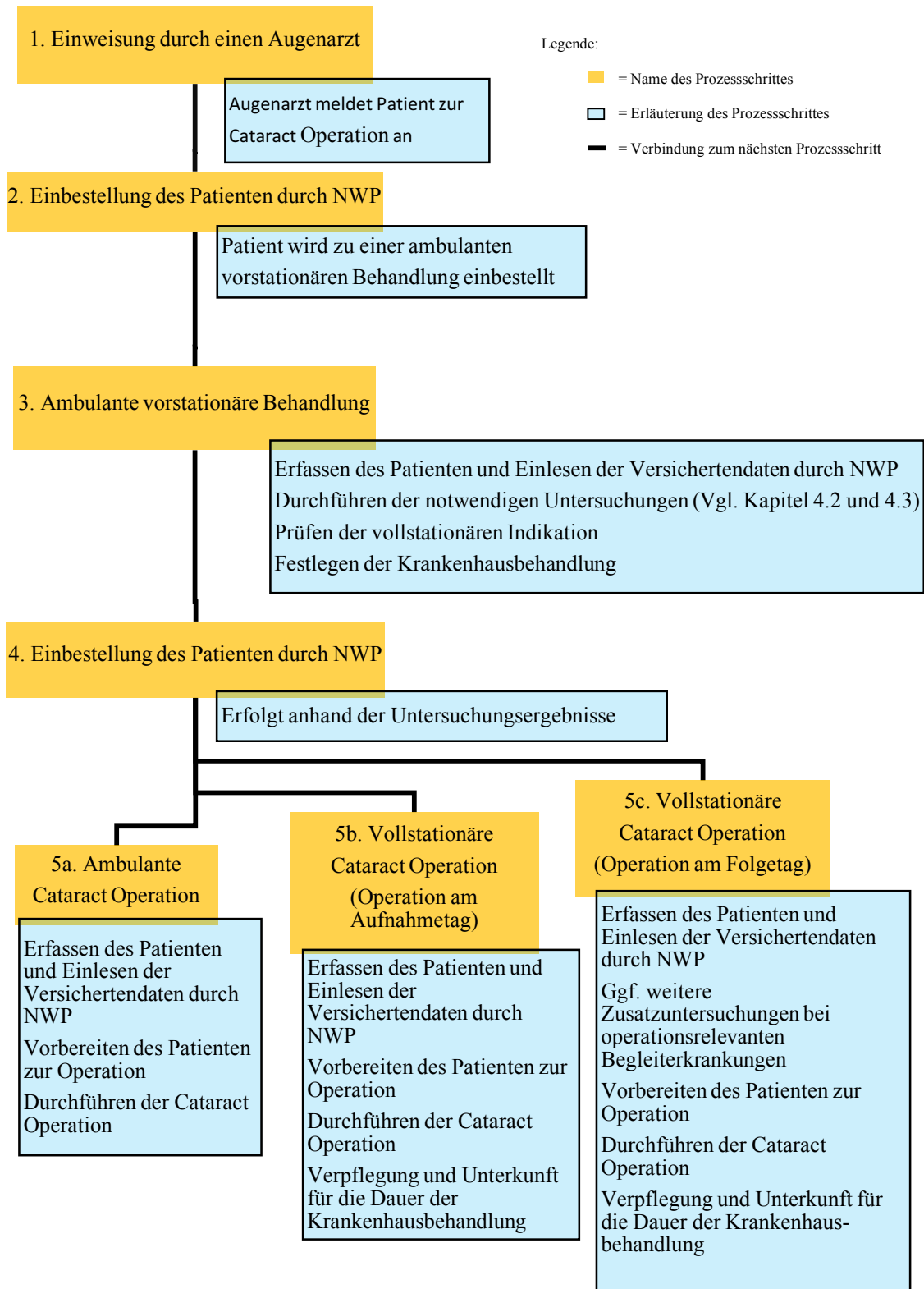


Abbildung 19: Gesamtprozess Cataract Operation am Musterkrankenhaus nach der Prozessoptimierung

Wie anhand der Abbildung ersichtlich ist wird der Patient nach der Anmeldung durch einen Augenarzt zu einer ambulanten vorstationären Behandlung einbestellt. Dort werden bereits einige Tätigkeiten durchgeführt, die in der bisherigen Praxis während der Krankenhausbehandlung durchgeführt worden sind. Anhand der Untersuchungsergebnisse aus der ambulanten vorstationären Behandlung wird der Patient für die geeignete Krankenhausbehandlung einbestellt. Die Abbildung zeigt auch, dass im Vergleich zur bisherigen Praxis für die Berufsgruppe NWP ein zusätzlicher Arbeitsschritt entsteht, denn der Patient wird zweimal einbestellt, erfasst und die Versichertendaten eingelesen. Darüber hinaus erfolgen während der Krankenhausbehandlung die weiteren Tätigkeiten analog zum bisherigen Gesamtprozess Cataract Operation am Musterkrankenhaus

Nachdem nun geklärt ist wie die Prozessoptimierung am Einbestellungsmanagement bei Cataract Operationen zur Erlössicherung am Musterkrankenhaus beiträgt, behandelt das folgende Kapitel die neu zu schaffenden klinischen Behandlungspfade am Musterkrankenhaus.

5.5 Klinische Behandlungspfade

Aufgrund der hochkomplexen Strukturen bei der Behandlung von Patienten stellt die Optimierung der klinischen Prozesse im Krankenhaus eine große Herausforderung dar. (Fuchs, 2017, S. 3) Mit klinischen Behandlungspfaden soll für eine homogene Patientengruppe ein standardisiertes Vorgehen mit hoher Behandlungsqualität erreicht werden. (Wurm et al., 2017, S. 34) Für jede Tätigkeit im Prozess werden klar definierte Verantwortlichkeiten verbindlich zugeordnet, so dass der Prozessablauf und die Aufgabengebiete jedem Prozessbeteiligten bekannt sind. (Wurm et al., 2017, S. 35)

Für das Musterkrankenhaus bedeutet dies, den Gesamtprozess Cataract Operation neu zu strukturieren. Es gilt für die verschiedenen Patientengruppen einen eigenen klinischen Behandlungspfad festzulegen. Dazu müssen Kriterien benannt werden, die für die jeweiligen klinischen Behandlungspfade notwendig sind. Anhand dieser Kriterien lassen sich die verschiedenen Patientengruppen dann den optimalen klinischen Behandlungspfaden zu ordnen. Dadurch kann für eine homogene Patientengruppe ein standardisiertes Vorgehen bei gleichzeitig hoher Behandlungsqualität installiert werden.

Dabei können aber auch bisher bereits vorhandene Strukturen und Verantwortlichkeiten am Musterkrankenhaus beibehalten werden. So bleiben die im Vorfeld einer Cataract Operation notwendigen Untersuchungen und die dafür benötigten Qualifikationen durch die Prozessoptimierung unverändert. (Vgl. Kapitel 4.2) Die Aufgabenverteilung der Mitarbeiter am

Gesamtprozess Cataract Operation muss an die Prozessoptimierung angepasst werden, da die Patienten für die ambulante vorstationäre Behandlung zusätzlich einbestellt werden. (Vgl. Kapitel 5.4)

Ebenfalls angepasst wird der Gesamtprozess Cataract Operation am Musterkrankenhaus hinsichtlich des Prozessablaufes. Die Patienten werden nach der Einweisung durch einen Augenarzt zu einer ambulanten vorstationären Behandlung einbestellt. In der ambulanten vorstationären Behandlung wird der Patient untersucht und für die anstehende Cataract Operation vorbereitet. Anhand der Ergebnisse aus dieser Untersuchung wird dem Patienten dann der jeweils passende klinische Behandlungspfad zugeordnet und dementsprechend einbestellt.

Folgende Abbildung zeigt den neu strukturierten Gesamtprozess Cataract Operation:

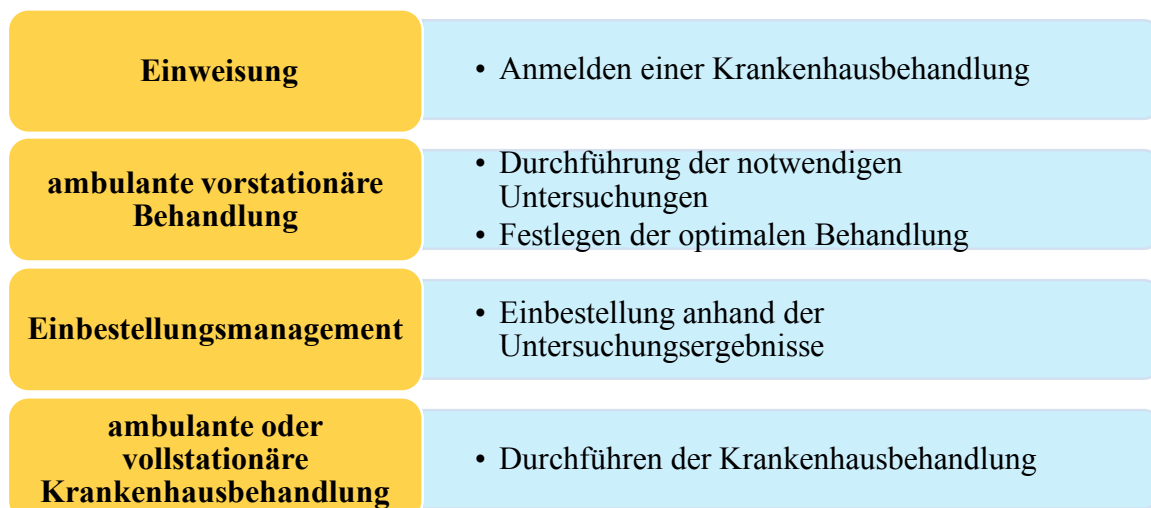


Abbildung 20: Phasen des klinischen Behandlungsprozesses bei Cataract Operationen (eigene Darstellung in inhaltlicher Anlehnung an Wurm et al., 2017, S. 23)

Aus dieser Abbildung werden die einzelnen Phasen des Gesamtprozesses Cataract Operation sichtbar.

In der Phase **Einweisung** wird durch einen Augenarzt eine Krankenhausbehandlung am Musterkrankenhaus angemeldet. Dabei bleibt die bestehende Praxis, dass die Einweisung sowohl von internen als auch externen Augenärzten erfolgen kann, unberührt.

Die nächste Phase **ambulante vorstationäre Behandlung** wird neu eingeführt und verfolgt das Ziel, den Patienten für die bevorstehende Cataract Operation vorzubereiten, indem alle notwendigen Untersuchungen im Vorfeld einer Cataract Operation durchgeführt werden.

Gleichzeitig wird in dieser Phase auch geprüft, ob eine vollstationäre Krankenhausbehandlung notwendig ist. Dafür werden die Ergebnisse der Untersuchungen auf vorliegende Kriterien analysiert, die eine vollstationäre Krankenhausbehandlung notwendig machen. Als Kriterien dienen zum einen die ASA-Risikoklassifikation (American Society of Anesthesiologists), zum anderen das Vorhandensein von operationsrelevanten Begleiterkrankungen.

Hat der Patient dabei eine **ASA-Risikoklassifikation** der Stufe 3 oder höher ist eine vollstationäre Krankenhausbehandlung indiziert. Bei dem Patienten besteht ein erhöhtes Risiko, und der Patient kann durch eine vollstationäre Krankenhausbehandlung nach der Operation besser überwacht werden. (Vgl. Kapitel 3) Ein Beispiel für eine höhere ASA-Risikoklassifikation sind vorhandene Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Auch das Vorhandensein von **operationsrelevanten Begleiterkrankungen** ist ein Kriterium für eine vollstationäre Krankenhausbehandlung. Die Operation ist infolge der Begleiterkrankung komplexer, so dass auch hier ein erhöhtes Risiko vorhanden ist. Ein Beispiel für operationsrelevante Begleiterkrankungen ist das Vorliegen einer Glaukomerkrankung.

Anhand der Untersuchungsergebnisse aus der ambulanten vorstationären Behandlung kann in der Phase **Einbestellungsmanagement** dem Patienten einer der neu geschaffenen klinischen Behandlungspfade zugeordnet werden. Der Patient wird für die optimale Behandlung einbestellt.

Dabei wird unterschieden in den Kategorien:

- ambulante oder vollstationäre Krankenhausbehandlung
- GKV- oder PKV-Behandlung
- operationsrelevante Begleiterkrankungen sind oder sind nicht vorhanden

In der letzten Phase **ambulante oder vollstationäre Krankenhausbehandlung** wird die Cataract Operation durchgeführt. Durch die Prozessoptimierung erhalten in dieser Phase nur noch Patienten mit operationsrelevanten Begleiterkrankungen zusätzliche Untersuchungen und werden deswegen bereits am Vortag der Operation einbestellt. Bei diesen Untersuchungen handelt es sich zum Beispiel um mehrere Tensio-Messungen zu verschiedenen Uhrzeiten bei einer vorliegenden Glaukomerkrankung des Patienten. Alle anderen Patienten kommen erst am Tag der Operation an das Musterkrankenhaus.

Nachfolgende Abbildung zeigt die neuen klinischen Behandlungspfade für das Einbestellungsmanagement bei Cataract Operationen:

Klinische Behandlungspfade		
am Musterkrankenhaus in der Fachabteilung Augenheilkunde		
Ergebnisse aus der ambulante vorstationäre Behandlung	Versichertenstatus	Art der Krankenhausbehandlung
<ul style="list-style-type: none"> keine operationsrelevanten Begleiterkrankungen ASA-Risikoklassifikation kleiner Stufe 3 	PKV	Ambulant PKV
	GKV	Ambulant GKV
<ul style="list-style-type: none"> keine operationsrelevanten Begleiterkrankungen ASA-Risikoklassifikation mind. Stufe 3 	PKV	Vollstationär PKV (Operation am Aufnahmetag)
	GKV	Vollstationär GKV (Operation am Aufnahmetag)
<ul style="list-style-type: none"> operationsrelevante Begleiterkrankungen ASA-Risikoklassifikation mind. Stufe 3 	PKV	Vollstationär PKV (Operation am Folgetag)
	GKV	Vollstationär GKV (Operation am Folgetag)

Abbildung 21: Klinische Behandlungspfade für das Einbestellungsmanagement bei Cataract Operationen am Musterkrankenhaus

Durch die Abbildung wird deutlich, wie das Einbestellungsmanagement anhand der Ergebnisse aus der ambulanten vorstationären Behandlung und dem Versichertenstatus des Patienten die geeignete Art der Krankenhausbehandlung auswählen kann. Wie aus der Übersicht der klinischen Behandlungspfade hervorgeht, kann die Einbestellung zielgerichtet anhand der Kriterien erfolgen. Der Patient bekommt die optimale Behandlung für die Cataract Operation an seinem Auge. Für das Musterkrankenhaus bedeutet die optimale Einbestellung eine bessere Erlössituation. Zum einen entstehen keine unnötigen Kosten, die nicht durch die Krankenkasse finanziert werden, zum anderen generiert das Musterkrankenhaus durch die optimale Einbestellung die maximal möglichen Erlöse bei den durchgeführten Cataract Operationen.

Im nächsten Kapitel wird untersucht, welche Auswirkungen durch die Einführung einer ambulanten vorstationären Behandlung am Musterkrankenhaus auftreten.

5.6 Einführung einer ambulanten vorstationären Behandlung

Dieses Kapitel umfasst alle Bestandteile, die für die Einführung der ambulanten vorstationären Behandlung relevant sind. Dazu zählen die personelle und räumliche Ausstattung. Des Weiteren soll der Aufwand erfasst werden, der durch die Einführung der ambulanten vorstationären Behandlung entsteht. Dieser Aufwand kann dann dem Erlös aus der ambulanten vorstationären Behandlung entgegengestellt werden.

Mit der ambulanten vorstationären Behandlung soll im Vorfeld geklärt werden, ob eine vollstationäre Krankenhausbehandlung notwendig ist. Damit kommt das Musterkrankenhaus auch seiner Prüfungspflicht laut § 39 Abs. 1 S. 2 SGB V nach. (BMJV-2, 01.11.2018) Zusätzlich soll mit der ambulanten vorstationären Behandlung die Krankenhausbehandlung vorbereitet werden. Dazu ist das Krankenhaus laut § 115a Abs. 1 Nr.1 SGB V berechtigt und erhält deswegen wie in Kapitel 4.5 beschrieben einen Erlös in Höhe von 68,51 € für die ambulante vorstationäre Behandlung. (BMJV-6, 26.11.2018)

Im Kapitel 4.1 ist die **personelle und räumliche Ausstattung** am Musterkrankenhaus aufgezeigt worden. Um zu klären ob die personelle und räumliche Ausstattung ausreichend ist, um eine ambulante vorstationäre Behandlung bei Cataract Operationen einzuführen, muss geklärt werden, welche Auswirkungen durch die Einführung einer ambulanten vorstationären Behandlung auftreten. Durch die Einführung der ambulanten vorstationären Behandlung sind keine zusätzlichen Untersuchungen am Auge notwendig. Die räumliche Situation am Musterkrankenhaus ist deshalb für die Einführung einer ambulanten vorstationären Behandlung ausreichend. Der Patient muss zu der ambulanten vorstationären Behandlung einbestellt werden und die Versichertendaten des Patienten werden eingelesen. Außerdem werden die Ergebnisse aus der ambulanten vorstationären Behandlung an die jeweiligen Abteilungen weitergegeben. Diese Schritte sind zusätzlich zu der bisherigen Praxis und werden von der Berufsgruppe NWP übernommen. (Vgl. Kapitel 5.4) Die Dauer dieser zusätzlichen Arbeitsschritte wird mit drei Minuten pro Patient veranschlagt. Das bedeutet für die Berufsgruppe NWP bei 1.605 durchgeführten Cataract Operationen am Musterkrankenhaus in 2017 eine zusätzliche Arbeitsbelastung in Höhe von 80,25 Stunden im Jahr. Diese Mehrbelastung ist ohne zusätzliches Personal realisierbar. Deswegen bleibt festzuhalten, dass das Musterkrankenhaus über ausreichende personelle und räumliche Ressourcen verfügt um eine ambulante vorstationäre Behandlung durchzuführen.

Um den **Aufwand** zu erfassen, der bei der Einführung der ambulanten vorstationären Behandlung entsteht, wird der neue Prozess auf seine Bestandteile untersucht und mit dem alten

Prozess abgeglichen. Dafür werden zum einen die direkten Kosten erfasst, die mit der durchgeführten Maßnahme verbunden sind. Dazu zählen die direkten Kosten, die bei der Behandlung entstehen bzw. vermieden werden können. (Greiner/ Damm, 2012, S. 29) Zum anderen wird der organisatorische Aufwand erfasst, der mit der durchgeführten Maßnahme entsteht. Der Prozess ambulante vorstationäre Behandlung umfasst neben den im Kapitel 4.2 notwendigen Untersuchungen im Vorfeld einer Cataract Operation auch die oben genannten zusätzlichen Schritte. Deswegen muss untersucht werden welcher organisatorische Aufwand und welche Kosten mit der Prozessoptimierung verbunden sind.

Der **organisatorische Aufwand** betrifft in erster Linie die Berufsgruppe NWP, da diese den Patienten für die ambulante vorstationäre Behandlung zusätzlich einbestellen müssen. Außerdem werden die Versichertendaten auch für die ambulante vorstationäre Behandlung eingeleitet und die Ergebnisse der ambulanten vorstationären Behandlung an die jeweiligen Abteilungen weitergeleitet. Für die anderen Berufsgruppen entsteht durch die Prozessoptimierung keine zusätzliche Arbeitsbelastung, jedoch ändert sich die Reihenfolge der durchgeführten Tätigkeiten. (Vgl. Kapitel 5.4) Mit der ambulanten vorstationären Behandlung werden viele Schritte bereits vor der eigentlichen Cataract Operation durchgeführt.

Die Kosten die mit der Prozessoptimierung verbunden sind umfassen die zusätzlichen Arbeitsschritte der Berufsgruppe NWP. Diese Mehrbelastung wird mit 80,25 Stunden im Jahr beziffert. Die Berufsgruppe NWP wird im TV-L in die Entgeltgruppe drei eingruppiert.

Die Kosten der Prozessoptimierung werden in nachfolgender Tabelle verdeutlicht:

Tabelle 4: Entstehende Kosten durch die Prozessoptimierung am Musterkrankenhaus

Bezeichnung	Betrag
Arbeitnehmerbrutto – TV-L E 3 Stufe 3 (Inklusive Jahressonderzahlung) (ISAR Medien GmbH, 12.01.2019)	31.448,30 €
Sozialversicherungsanteil Arbeitgeber (19,325 %) (IVB Neue Medien GmbH, 12.01.2019)	6.077,38 €
Arbeitgeberbrutto	37.525,68 €
Arbeitgeberkosten pro Stunde (Nettojahresarbeitszeit 1.547,7 Stunden) (201 Tage mit 7,7 Stunden am Tag)	24,25 €
Kosten der Maßnahme (Mehrbelastung 80,25 Stunden)	1.946,06 €

Anhand der Tabelle ist ersichtlich, dass die zusätzlichen Schritte durch die ambulante vorstationäre Behandlung Kosten in Höhe von jährlich 1.946,06 € verursachen.

Wenn nun die **Erlössituation** betrachtet wird zeigt sich, dass nur bei einer vollstationären Krankenhausbehandlung das Musterkrankenhaus die ambulante vorstationäre Behandlung zusätzlich vergütet wird. Bei der ambulanten Krankenhausbehandlung kann die ambulante vorstationäre Behandlung nicht extra vergütet werden. (§ 115a Abs. 1 Nr. 1 SGB V, BMJV-6, 26.11.2018)

Wenn man die Vorjahreszahl von 807 durchgeführten stationären Cataract Operationen heranzieht, kann das Musterkrankenhaus durch die Einführung einer ambulanten vorstationären Behandlung zusätzliche Erlöse in Höhe von jährlich 55.287,57 € ($807 \times 68,51 \text{ €} = 55.287,57 \text{ €}$) generieren. Mit der Einführung der ambulanten vorstationären Behandlung entstehen zusätzliche Kosten in Höhe von 1.946,06 €. Durch die Einführung der ambulanten vorstationären Behandlung kann das Musterkrankenhaus jährliche Erlöse von 53.341,51 € generieren.

Zusammengefasst zeigt sich, dass die Erlöse der ambulanten vorstationären Behandlung die Kosten der ambulanten vorstationären Behandlung deutlich übersteigen. Außerdem ist der organisatorische Aufwand durch die veränderte Reihenfolge im Gesamtprozess Cataract Operation am Musterkrankenhaus überschaubar.

Im nächsten Kapitel werden Kennzahlen benannt, die bei der Prozessoptimierung relevant sind.

5.7 Kennzahlen

Kennzahlen stellen einen wichtigen Baustein für eine erfolgreiche Führung eines Unternehmens dar. (Fischer et al., 2017, S. 147f) Für das Musterkrankenhaus sind Kennzahlen v.a. bei der Durchführung eines Prozesscontrollings relevant. (Vgl. Kapitel 5.2)

Mit Hilfe von Kennzahlen können Prozesse evaluiert werden. Dabei soll geklärt werden, ob die Prozessleistung eines bestehenden Prozesses der Sollvorgabe entspricht. (Wurm et al., 2017, S. 32) Verschiedene Arten von Kennzahlen können erhoben werden. Mit Prozesszeitkennzahlen soll die Zeit eines Prozesses verfolgt werden. Dies kann den Gesamtprozess als Ganzes, aber auch Teilprozesse betreffen. (Posluschny, 2012, S. 115f) Prozessqualitätskennzahlen untersuchen anhand einer definierten Zielqualität, ob der Prozess diese Qualität erzielt. (Posluschny, 2012, S. 118)

Zusätzlich sollten auch die rechtlichen Grundlagen beachtet werden, denn diese können sich ändern und somit Veränderungen am Prozess Cataract Operation notwendig machen.

Außerdem ist es notwendig zu überprüfen ob es Änderung am Vergütungssystem der DRG C08B gegeben hat, denn das DRG System wird jährlich durch das InEK angepasst und weiterentwickelt. (§17b Abs. 2 KHG, BMJV-4, 11.11.2018)

All diese Aspekte können eine Veränderung am Prozess Cataract Operation notwendig machen und somit auch die neu geschaffenen klinischen Behandlungspfade beeinflussen.

Für die Kennzahlen am Musterkrankenhaus sind unterschiedliche Perspektiven interessant. Eine mögliche Perspektive ist die Patientenperspektive, denn Patienten sind eine wichtige Voraussetzung für eine nachhaltige Existenz des Musterkrankenhauses. Aus der Leitungsperspektive können Kennzahlen benannt werden, die ein schnelles Handeln bei Abweichungen am Gesamtprozess Cataract Operation notwendig machen. Hier handelt es sich um Kennzahlen, die maßgeblich zum Erfolg des Unternehmens beitragen. Die Mitarbeiterperspektive ist wichtig um sicherzustellen, dass die angebotenen Leistungen auch dauerhaft durchgeführt werden können.

Eine Übersicht über die verschiedene Perspektiven und ihre jeweiligen Kennzahlen bietet folgende Abbildung:



Abbildung 22: Kennzahlen am Musterkrankenhaus aufgestellt anhand unterschiedlicher Perspektiven

Aus der Abbildung geht hervor, dass unterschiedliche Kennzahlen durch das Musterkrankenhaus erhoben werden können.

So ist bei der **Patientenperspektive** interessant, wie zufrieden der Patient mit dem Musterkrankenhaus ist. Diese Kennzahl ist deswegen so wichtig, da Patienten für das Musterkrankenhaus durch Mundpropaganda Werbung betreiben, und diese je nach Zufriedenheit positiv oder negativ ausfallen kann. Deswegen sollte darauf geachtet werden, dass die Patientenzufriedenheit hoch ist, denn dieser Zustand sichert dem Musterkrankenhaus langfristig die Existenzgrundlage. Auch kurze Wartezeiten können einen Beitrag zur Patientenzufriedenheit liefern und sind ebenfalls eine geeignete Kennzahl um den Prozess zu steuern.

Die **Leitungsperspektive** umfasst zum einen den Aspekt MDK-Prüfung und zum anderen den Aspekt Auslastung. Bei der MDK-Prüfung gibt die Quote der Beanstandungen Auskunft darüber, ob die Prozessleistung stimmt oder der Prozess angepasst werden muss. Dabei steht die Anzahl der Beanstandungen im Verhältnis zu den durchgeführten Prüfungen im Fokus. Weicht die Sollvorgabe der Beanstandungen von den tatsächlichen Beanstandungen ab, muss die Leitung reagieren, um die Erlöse für das Musterkrankenhaus zu sichern. Hier ist es notwendig die Beanstandungsgründe zu prüfen und daraus Konsequenzen abzuleiten. Dies kann zum Beispiel die Kriterien für eine Cataract Operation im vollstationären Bereich betreffen. Die Auslastung gibt Auskunft darüber, wie gut die vorhandene Kapazität genutzt wird. Auch hier könnte eine Anpassung notwendig sein, wenn Kapazitäten vorgehalten werden, die nicht vollständig genutzt werden. Denn diese ungenutzten Ressourcen kosten Geld ohne einen Erlös zu erwirtschaften.

In der Perspektive **Mitarbeiter** ist es wichtig die Mitarbeiterzufriedenheit im Blick zu haben. Eine ausreichende personelle Ausstattung ist notwendig, um die angebotenen Leistungen durchführen zu können. Zufriedene Mitarbeiter bleiben dem Musterkrankenhaus erhalten und sichern somit die Erlöse. Eine andere Kennzahl betrifft die Anzahl der Überstunden, denn die Höhe der Überstunden kann einen Anhaltspunkt darüber geben, wie gut die vorhandenen Prozesse durch die personelle Situation am Musterkrankenhaus erledigt werden können. Steigt die Anzahl der Überstunden sollten die Gründe hierfür untersucht werden. Auch hier können Gründe vorliegen, die eine Veränderung am Gesamtprozess Cataract Operation notwendig machen.

Mit dem Kapitel Kennzahlen sind alle wichtigen Aspekte bezüglich der Prozessoptimierung am Musterkrankenhaus beschrieben. Im folgenden Kapitel werden die Vorteile und Nachteile der Prozessoptimierung aufgezählt.

6 Kritische Würdigung der Prozessoptimierung

Eine prozessorientierte Sichtweise mit einer möglichst standardisierten Abfolge von Prozessen soll im Krankenhaus dazu führen, effiziente und qualitativ hochwertige Leistungen zu gewährleisten. Es soll aber dennoch im Rahmen der Kundenorientierung auf die individuellen Wünsche der Patienten eingegangen werden. (Greiling/ Wüst, 2011, S. 41)

Die Prozessoptimierung des Einbestellungsmanagements am Musterkrankenhaus bietet hier mehrere positive Aspekte, denn die Hauptprobleme aus der IST-Situation können durch die Prozessoptimierung behoben werden. (Vgl. Kapitel 4.6 und Kapitel 5.4)

Es können **unnötige Kosten** vermieden werden, da bei einer zielgerichteten Einbestellung keine Beanstandungen durch die Krankenkassen und den MDK auftreten werden. Dadurch werden keine erbrachten Leistungen gestrichen und die entstandenen Kosten werden in voller Höhe vergütet. (Vgl. Kapitel 5.4)

Mit der Prozessoptimierung bleiben auch die abgerechneten **Erlöse** vorhanden bzw. es kommen weitere Erlöse durch die Einführung einer ambulanten vorstationären Behandlung hinzu. Auch die Aufwandsentschädigung für eine MDK-Prüfung wird die Erlössituation am Musterkrankenhaus verbessern. Deswegen ist ganz klar ersichtlich, dass die Prozessoptimierung zur Erlössicherung beiträgt. (Vgl. Kapitel 5.4 und Kapitel 5.6) Im Kapitel 4.6 hat der Autor angedeutet, dass die MDK-Prüfquote bei Cataract Operationen vermutlich höher ausfällt als der Gesamtdurchschnitt aller Krankenhausbehandlungen. Deshalb ist anzunehmen, dass der Effekt der Prozessoptimierung auf die Erlössituation am Musterkrankenhaus höher ausfällt als er in dieser Arbeit beschrieben wurde.

Durch die Prozessoptimierung soll auch eine Kundenorientierung stärker in den Vordergrund gestellt werden. Eine **optimale Behandlung** der Patienten wird zu einer gesteigerten Patientenzufriedenheit führen, da die Behandlungsqualität ansteigen wird. Bei Patienten mit einer Einstufung in die ASA-Risikoklassifikation ab Klasse drei bietet die vollstationäre Krankenhausbehandlung den Vorteil der besseren Überwachung nach der Operation. (Vgl. Kapitel 3) Auch der Stress für die Patienten nimmt durch die Prozessoptimierung ab, da alle notwendigen Untersuchungen bereits im Vorfeld einer Cataract Operation abgeschlossen werden. (Vgl. Kapitel 4.6 und Kapitel 5.4) Am Operationstag selbst sind keine weiteren

Untersuchungen notwendig. Insgesamt steigert sich durch die Kundenorientierung das Ansehen des Musterkrankenhauses in der Bevölkerung und neue Patienten werden an das Musterkrankenhaus kommen.

Zusätzlich kommt das Musterkrankenhaus durch die Implementierung einer vorstationären ambulanten Behandlung seiner Prüfungspflicht nach, ob eine Krankenhausbehandlung vollstationär erforderlich ist. (BMJV-2, § 39 Abs. 1 S. 2 SGB V, 01.11.2018)

Freiwerdende Ressourcen können durch andere Behandlungen aufgefüllt werden, was sich wiederum positiv auf die Erlössituation auswirkt.

Natürlich hat die Prozessoptimierung des Einbestellungsmanagements auch negative Aspekte, denn für die Patienten bedeutet die ambulante vorstationäre Behandlung einen zusätzlichen Besuch am Musterkrankenhaus. Für ältere Patienten und ihre Angehörigen kann dies eine Belastung darstellen.

Des Weiteren stellt auch der organisatorische Aufwand einen Nachteil dar, denn der bisherige Prozess muss in seiner Reihenfolge verändert werden und für die Berufsgruppe NWP bedeutet dies einen zusätzlichen Arbeitsschritt der auch mit Kosten verbunden ist. (Vgl. Kapitel 5.6)

Das Musterkrankenhaus legt Kennzahlen fest, die regelmäßig gemessen, berichtet und überprüft werden müssen. Auch die rechtlichen Rahmenbedingungen einer Krankenhausbehandlung müssen kontrolliert werden, damit der Prozess auch in Zukunft optimale Ergebnisse liefert. Deshalb ist eine Prozessoptimierung niemals endgültig abgeschlossen, sondern stellt vielmehr einen kontinuierlichen Veränderungsprozess dar.

Werden nun die Vorteile und Nachteile der Prozessoptimierung verglichen, kommt der Autor zu dem Schluss, dass die positiven Auswirkungen durch die Prozessoptimierung überwiegen und deswegen diese Maßnahme als sinnvoll erachtet werden kann.

7 Schluss

Die Wichtigkeit der Prozessorientierung im Gesundheitswesen wird in den nächsten Jahren weiter zunehmen. Denn die Ressourcen sind durch den Gesetzgeber begrenzt. Seit der Einführung der DRG mit ihrer jährlichen Weiterentwicklung und Anpassung durch das InEK steigt permanent der Druck auf die Krankenhäuser wirtschaftlich und effizient zu arbeiten.

Mit dieser Bachelorarbeit ist die Wirkung einer Prozessoptimierung im Krankenhaus verdeutlicht worden. Untersucht worden ist dabei die Erlössicherung durch eine Prozessoptimierung anhand des Einbestellungsmanagements bei Cataract Operationen.

Dafür werden zuerst die **rechtlichen Grundlagen** einer Krankenhausbehandlung beschrieben. Denn um eine Erlössicherung durch Prozessoptimierung zu ermöglichen, müssen im Vorfeld die Voraussetzungen für die unterschiedlichen Arten einer Krankenhausbehandlung, die Finanzierung der Krankenhausbehandlung durch das DRG-System, die Voraussetzungen Wahlleistungen zu erbringen sowie die Vorschriften bei einer MDK-Prüfung bekannt sein. Nur so lassen sich Prozesse hinsichtlich der Erlössituation optimieren.

Danach wird erklärt, durch welche Ursachen das Krankheitsbild **Cataract** entsteht und welche aktuell gängige Behandlungsmethode angewendet wird. Es wird festgestellt, dass die Cataracte fast ausschließlich im Laufe des Lebens erworben werden und auch hier mehrere Unterscheidungen in ihrer Entstehung möglich sind. Der überwiegende Anteil entsteht durch einen Alterungsprozess am Auge und lässt sich aktuell nur operativ behandeln. Die aktuell häufigste Methode ist dabei die ECCE.

Anhand der **IST-Situation eines Musterkrankenhauses** wird die Ausgangslage für eine Prozessoptimierung skizziert. Dabei stehen neben der personellen und räumlichen Ausstattung, die Anzahl der Krankenhausbehandlung bei Cataract Operationen, die notwendigen Untersuchungen im Vorfeld einer Cataract Operation, die Aufgabenverteilung der Mitarbeiter am Gesamtprozess Cataract Operation und die Berechnung der Erlöse bei den unterschiedlichen Krankenhausbehandlungen im Fokus. Nach der Beschreibung der Einbestellungsvarianten werden dann die Probleme thematisiert, die durch das aktuelle Einbestellungsmanagement entstehen. Dabei lassen sich v.a. drei Hauptprobleme aus der bisherigen Praxis ausmachen: Durch fehlerhafte Einbestellungen werden Kosten verursacht, die nicht vergütet werden, Erlöse werden nicht in der vollen Höhe generiert und die Patienten erhalten nicht die optimale Behandlung.

Diese Probleme sind der Anhaltspunkt für die **Prozessoptimierung** am Musterkrankenhaus. Hier wird geklärt wie sich unterschiedliche Prozesstypen unterscheiden können, wie Prozesscontrolling funktioniert und welche Ziele mit einer Prozessoptimierung verfolgt werden. Im Anschluss wird die Prozessoptimierung am Musterkrankenhaus durch die Einführung einer ambulanten vorstationären Behandlung und einer darauffolgenden Einbestellung anhand von klinischen Behandlungspfaden beschrieben. Durch diese Prozessoptimierung wird verdeutlicht, wie diese Veränderung zur Erlössicherung beiträgt. Die Prozessoptimierung bei der Einbestellung behebt die aktuellen Probleme bei den durchgeführten Cataract Operationen. Es werden die Kosten gesenkt, die Qualität wird erhöht und die Erlöse werden gesichert und optimiert. Zusätzlich können durch die Einführung der

ambulanten vorstationären Behandlung weitere Erlöse generiert werden. Zum einen durch die Behandlung selbst, die bei vollstationären Cataract Operationen zusätzlich vergütet wird, zum anderen dadurch, dass die MDK-Prüfungen keine Beanstandungen bei der Abrechnung der Krankenhausbehandlung finden und deswegen das Musterkrankenhaus eine Aufwandentschädigung erhält.

In der **kritischen Würdigung** wurden die Vorteile und Nachteile einer Prozessoptimierung beleuchtet und der Autor kommt abschließend zu dem Fazit, dass eine Prozessoptimierung im Krankenhaus geeignet ist die Erlöse am Musterkrankenhaus zu sichern.

Zum Schluss möchte der Autor noch einen Ausblick auf weitere Untersuchungen der Forschungsfrage geben:

Was in dieser Bachelorarbeit nicht untersucht worden ist, sind mögliche Auswirkungen durch die Prozessoptimierung auf die Verteilung ambulanter und vollstationärer Krankenhausbehandlungen. In dieser Bachelorarbeit ist von gleichbleibenden Zahlen ausgegangen worden. Auch der Einsatz von neuen Technologien bei der Behandlung von Cataracten sollte näher untersucht werden. Denn an einigen Augenkliniken wird derzeit ein Femtosekundenlaser bei einer Cataract Operation eingesetzt und könnte in den nächsten Jahren die ECCE als Standardmethode ablösen. Dies hätte Auswirkungen auf den Gesamtprozess Cataract Operation, da sich hier zum einen die notwendigen Untersuchungen im Vorfeld, aber auch die Durchführung der Operation ändern. Aktuell ist die Abrechnung dieser Methode mit dem Femtosekundenlaser für GKV Patienten nicht möglich und nur wenige PKV übernehmen derzeit die erhöhten Kosten für diese Methode.

Quellenverzeichnis

- Adelt, Klaus-Peter** (2003): SGB V Drittes Kapitel. Fünfter Abschnitt. Erster Teil. In Kruse, Jürgen; Hänlein Andreas (Hrsg.): Gesetzliche Krankenversicherung – Lehr- und Praxiskommentar (LPK – SGB V). 2. Auflage. Nomos Verlag. Baden-Baden. S. 290 – 473
- Bertram, Bernd** (30.11.2018): Katarakt – Zahl der Katarakt-Operationen in Deutschland. Online unter <https://augeninfo.de/cms/nc/hauptmenu/presse/statistiken/statsitik-katerakt.html>
- BMJV-1** Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (01.11.2018): § 1 KHG. Online unter https://www.gesetze-im-internet.de/khg/__1.html
- BMJV-2** Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (01.11.2018): § 39 SGB V. Online unter https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/__39.html
- BMJV-3** Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (01.11.2018): § 27 SGB V. Online unter https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/__27.html
- BMJV-4** Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (11.11.2018): § 17 KHG. Online unter https://www.gesetze-im-internet.de/khg/__17b.html
- BMJV-5** Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (26.11.2018): § 275 SGB V. Online unter https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/__275.html
- BMJV-6** Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (26.11.2018): § 115a SGB V. Online unter https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/__115a.html
- BMJV-7** Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (26.11.2018): § 115b SGB V. Online unter https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/__115b.html
- BMJV-8** Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (26.11.2018): § 17 KHEntgG. Online unter https://www.gesetze-im-internet.de/khentgg/__17.html
- GKV-Spitzenverband** (17.12.2018): Ambulantes Operieren nach § 115b SGB V Abschnitt 1. Online unter https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/ambulante_kh_leistungen/ambulantes_operieren_115_b/ambulantes_operieren_115_b.jsp
- Gottfried, Michaela** (06.09.2018): Landesbasisfallwerte 2018. Online unter <https://www.vdek.com/vertragspartner/Krankenhaeuser/landesbasisfallwerte.html>

- Greiling, Michael; Wüst, Julia** (2011): Der Optimierungsmanager – Kundenorientierte Methoden zur Verbesserung von Abläufen in der Patientenversorgung. Mediengruppe Oberfranken Buch- und Fachverlage. Kulmbach
- Greiner, Wolfgang; Damm, Oliver** (2012): Die Berechnung von Kosten und Nutzen. In Schöffski, Oliver; Graf von der Schulenburg, Johann-Matthias (Hrsg.): Gesundheitsökonomische Evaluationen. 4. Auflage. Springer Verlag. Heidelberg S. 23 – 42
- Fischer, Rosanna; Ahrens, John; Zapp, Winfried** (2017): Entwicklung einer Konzeption für das Prozesscontrolling: Prozesscontrolling als Ausweitung der Prozesskostenrechnung dargestellt am Beispiel eines Modellkrankenhauses. In Zapp, Winfried; Ahrens, John (Hrsg.): Von der Prozess-Analyse zum Prozess-Controlling – Analyse – Verfahren – Praxisbeispiele. Springer Gabler Verlag. Wiesbaden. S. 129 – 184
- Fuchs, Christine** (2017): Gestaltung von Kernkompetenzen. In Zapp, Winfried; Ahrens, John (Hrsg.): Von der Prozess-Analyse zum Prozess-Controlling – Analyse – Verfahren – Praxisbeispiele. Springer Gabler Verlag. Wiesbaden. S. 1 – 20
- InEK-1** Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (10.12.2018): Fallpauschalen-Katalog 2018. Online unter https://www.g-drg.de/G-DRG-System_2018/Fallpauschalen-Katalog/Fallpauschalen-Katalog_2018
- InEK-2** Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (10.12.2018): Fallpauschalenvereinbarung 2018. Online unter https://www.g-drg.de/G-DRG-System_2018/Abrechnungsbestimmungen/FPV_2018
- ISAR Medien GmbH** (12.01.2019): Tarifvertrag für den Öffentlichen Dienst der Länder 2018 – Bereich Tarifgebiet West. Online unter <http://oeffentlicher-dienst.info/c/t/rechner/tv-l/west?id=tv-l-2018&matrix=1>
- IVB Neue Medien GmbH** (12.01.2019): Sozialversicherung – Arbeitgeberanteil 2018. Online unter <https://www.steuerklassen.com/versicherungen/sozialversicherung/arbeitgeberanteil/>
- Kasperbauer-1, Reiner** (30.11.2018): MDK Bayern – Augenheilkunde. Online unter <https://www.mdk-bayern.de/unserethemen/weitere-themen/augenheilkunde/>
- Kasperbauer-2, Reiner** (30.11.2018): MDK Bayern – Krankenhausrechnungsprüfung. Online unter <https://www.mdk-bayern.de/unserethemen/weitere-themen/krankenhaus-rechnungspruefung/>

- Kasperbauer-3, Reiner** (30.11.2018): MDK Bayern – Wie prüft der MDK genau. Online unter <https://www.mdk-bayern.de/unserethemen/weitere-themen/krankenhausrechnungspruefung/>
- Krahforst, Markus; Kuhlmann, Hans-Martin; Zapp, Winfried** (2017): Prozessanalyse des Entlassungsmanagements – Theoretische Fundierung und anwendungsorientierte Optimierung unter besonderer Beachtung des Lean Hospital Managements. In Zapp, Winfried; Ahrens, John (Hrsg.): Von der Prozess-Analyse zum Prozess-Controlling – Analyse – Verfahren – Praxisbeispiele. Springer Gabler Verlag. Wiesbaden. S. 45 – 106
- Kruse, Jürgen** (2003): SGB V Neuntes Kapitel. Erster Abschnitt. Aufgaben. In Kruse, Jürgen; Hänlein Andreas (Hrsg.): Gesetzliche Krankenversicherung – Lehr- und Praxiskommentar (LPK – SGB V). 2. Auflage. Nomos Verlag. Baden-Baden. S. 1209 – 1226
- Kruse, Jürgen; Hänlein Andreas (Hrsg.)** (2003): Gesetzliche Krankenversicherung – Lehr- und Praxiskommentar (LPK – SGB V). 2. Auflage. Nomos Verlag. Baden-Baden
- Lang, Gerhard Karl** (2008): Augenheilkunde. 4. Auflage. Georg Thieme Verlag. Stuttgart
- Posluschny, Peter** (2012): Prozessmanagement – Kundenorientierung Modellierung Optimierung. UVK Verlagsgesellschaft. Konstanz
- Schlüchtermann, Jan** (2016): Betriebswirtschaft und Management im Krankenhaus – Grundlagen und Praxis. 2. Auflage. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. Berlin [E-Book]
- Schöffski, Oliver; Graf von der Schulenburg, Johann-Matthias** (Hrsg.) (2012): Gesundheitsökonomische Evaluationen. 4. Auflage. Springer Verlag. Heidelberg
- Scholz, Andreas** (2016): Die Lean-Methode im Krankenhaus – Die eigenen Reserven erkennen und heben. 2. Auflage. Springer Gabler Verlag. Wiesbaden
- Wurm, Aline; Döhr, Ralf; Zapp, Winfried** (2017): Prozessgestaltung im Krankenhaus – Darstellung, Analyse und Evaluation eines Patiententlassungsprozesses. In Zapp, Winfried; Ahrens, John (Hrsg.): Von der Prozess-Analyse zum Prozess-Controlling – Analyse – Verfahren – Praxisbeispiele. Springer Gabler Verlag. Wiesbaden. S. 21 – 43
- Zapp, Winfried; Ahrens, John** (Hrsg.) (2017): Von der Prozess-Analyse zum Prozess-Controlling – Analyse – Verfahren – Praxisbeispiele. Springer Gabler Verlag. Wiesbaden

Erklärung

1. Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst habe, nicht anderweitig für Prüfungszwecke vorgelegt habe und sie an keiner anderen Stelle veröffentlicht wurde.
2. Ich versichere, keine weiteren Hilfsmittel außer den angeführten verwendet zu haben.
3. Soweit ich Inhalte aus Werken anderer AutorInnen dem Wortlaut oder dem Sinn nach entnommen habe, sind diese unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht. Dies bezieht sich auch auf Tabellen und Abbildungen.
4. Die gesetzlichen Vorschriften zum Datenschutz und zum Schutz der Urheberrechte wurden beachtet, dies gilt auch für Bilder, Grafiken, Kopien oder Ähnliches.
5. Im Falle empirischer Erhebungen: Für die Veröffentlichung von Daten, Fakten und Zahlen aus Einrichtungen oder über Personen, auch in Interviews, die nicht öffentlich zugänglich sind, liegt mir eine Einverständniserklärung vor. Die Rechteinhaber/innen haben der Verwertung der Daten im Rahmen der BA-Arbeit schriftlich zugestimmt.
6. Ich bin damit einverstanden, dass meine Abschlussarbeit in die Bibliothek der Evangelischen Hochschule aufgenommen wird.
7. Ich bin damit einverstanden, dass meine Abschlussarbeit in digitaler Form öffentlich zugänglich gemacht wird.

Nürnberg, den

Unterschrift des Verfassers