Einrichtungsübergreifende Fallsteuerung durch Casemanagement

Was sind die Erfolgsfaktoren und ist der Erfolg auch messbar?

Die politisch-ökonomischen Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen stellen für die Krankenhäuser, insbesondere für Maximalversorger wie das Klinikum Stuttgart, eine erhebliche Herausforderung dar. Eine wesentliche Rolle zur Intensivierung der Ressourcennutzung bei gleichzeitiger Entlastung des klinischen Fachpersonals und Optimierung der Kernprozesse spielt die Einführung des Casemanagements, das seit 2007 innerhalb des Klinikums Stuttgart zur einrichtungsübergreifenden Fallsteuerung sukzessive ausgebaut wurde. Inzwischen verfügen 22 Betten führende Kliniken über definierte Ansprechpartner (Casemanager) für das Aufnahme- und Entlass-Management. Das Klinikum Stuttgart mit seinen 50 Kliniken und Instituten an derzeit vier Standorten verfügt bereits seit 2008 über eine etablierte Zentrum-Struktur mit elf unternehmerisch geführten medizinisch-organisatorischen Zentren. Exemplarisch soll anhand des Zentrums für Innere Medizin (ZIM), das als größtes Zentrum innerhalb des Klinikums Stuttgart mit rund 90 Millionen Euro Umsatz an drei Standorten mit neun Fachabteilungen das Casemanagement komplett umgesetzt hat, das Vorgehen beschrieben und die Frage beantwortet werden, ob die erwarteten Effekte eingetreten sind, wie diese gemessen werden können und ob sich die Einführung auch ökonomisch bewerten lässt.

Casemanagement hat je nach Einrichtung sehr unterschiedliche Ausprägungen und Zielrichtungen. Im Klinikum Stuttgart orientiert es sich entsprechend der Medizin-Strategie an der Definition: „Das stationäre Casemanagement ist die Steuerung und Koordination eines optimalen Versorgungsprozesses bestimmter Patienten bzw. Patientengruppen im Rahmen der stationären Versorgung sowie der Koordination damit verbundener vor- und nachstationärer organisatorischer Aufgaben."

Das Casemanagement im Klinikum Stuttgart fokussiert generell auf die folgende Ziele:

- Optimierung der Versorgungsqualität nach definierten Standards (Behandlungspfade, wo vorhanden bzw. zumindest Planung von „Diagnostikpaketen" bei Aufnahme)
- Effiziente fachlich-interdisziplinäre und multiprofessionelle Zusammenarbeit (Minimalziel: zentrumsinterne komplette Öffnung der interdisziplinären Belegung)
- Belegungsplanung der Stationen unter Berücksichtigung einer ausgewogenen Verteilung nach Pflegeintensität unter Berücksichtigung abgesprochener Einbestellkontingente
- Erhöhung der Patienten- und Einweiserzufriedenheit durch dezidierte Ansprechpartner für die Zuweisenden (intern und extern) und planbare, transparente Prozesse
- Erzielung wirtschaftlicher Effekte durch Optimierung der Ressourcennutzung
- Einhaltung einer optimalen Verweildauer durch prästationäre Ressourcenplanung (Betten, Interventionen und Diagnostik) bei planbaren Patienten sowie durch frühzeitige Klärung und Einleitung der poststationären Versorgung bei Elektiv- und Notfällen
- Entlastung des klinischen Personals von organisatorischen Tätigkeiten und Optimierung der Prozessqualität durch Konzentration auf wenige Ansprechpartner/Fachexperten

Einführung und Umsetzung in der Praxis

Hier spielen unter anderem einige Faktoren eine Rolle, die sich auf der „soft skill"-Ebene abspielen. Die Einführung muss zwar zunächst Top Down, beispielsweise von der Zentrumsleitung, forciert werden. Letztendlich kann die Etablierung aber nur funktionieren, wenn sich eine vertrauensvolle Zusammenarbeit des Casemanagements mit dem Chefarzt und der pflegerischen Leitung herausbildet. Hierbei ist neben dem Fachwissen die persönliche Akzeptanz des Casemanagers von wesentlicher Bedeutung. Es hat sich bewährt, die Stellen für das Casemanagement intern zu besetzen. In unserem Fall ist es gelungen, zumeist ehemalige Stationsleitungen für diese Positionen aus dem jeweiligen Fachgebiet zu gewinnen, was den unschlagbaren Vorteil mit sich bringt, dass die Mit-

Dr. med. Jörg Noetzel, MBA
Facharzt für Chirurgie
Ökonomischer Leiter Zentrum für Innere Medizin, Unternehmensentwicklung
Klinikum Stuttgart

Erhard Vollert, Dipl.-Pflegewirt (FH)
Unternehmensentwicklung,
Projekt- und Change Management
Klinikum Stuttgart

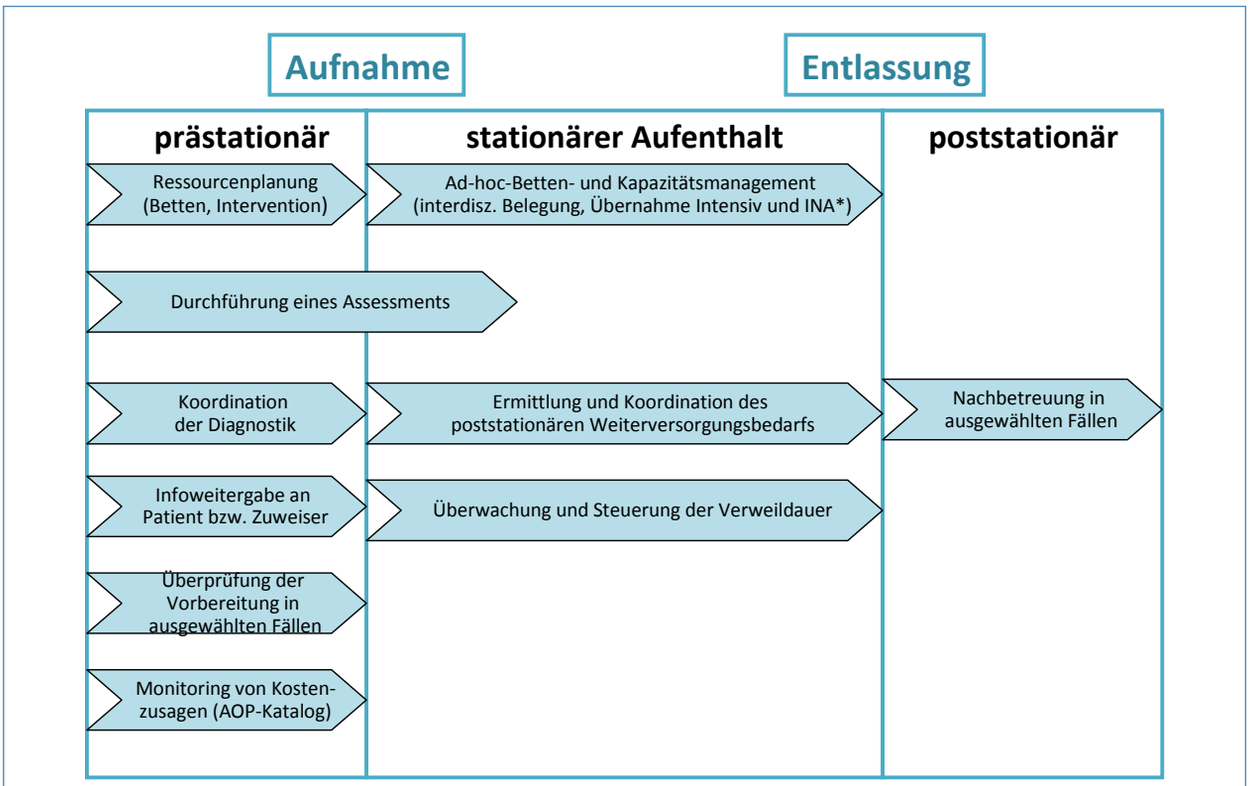

Abbildung 1: Prozessorientiertes Aufgabenprofil des Casemanagements (*INA = Interdisziplinäre Notaufnahme)

arbeiter die Abläufe sowie die abteilungsinternen „Klippen“ in der täglichen Arbeit kennen und auch innerhalb der Oberarzt-Ebene in der Regel auf breite Akzeptanz stoßen. Rückendeckung erhält das Casemanagement durch unmittelbare organisatorische Anbindung an die Zentrumsleitung, die wiederum die Möglichkeit erhält, schnell und kontinuierlich einen direkten Ansprechpartner für die Kernprozesse zu etablieren.

Die eigentliche Umsetzung orientiert sich grundsätzlich am Standard des Klinikums, welcher nach interdisziplinärer Ausarbeitung unter Beteiligung von Casemanagern, Pflegekräften, Ärzten und Mitarbeitern des Sozialdienstes verschiedener Kliniken als so genanntes „Case-Management-Referenzmodell“ vorliegt. Es dient insbesondere als Grundlage für die weitergehende IT-technische Umsetzung und Vernetzung mit poststationären Strukturen. Neben Prozessmodellen und Rahmenbedingungen definiert das Referenzmodell unter anderem das Aufgabenprofil des Casemanagements anhand des klinischen Prozesses (vgl. Abbildung 1).

Zwingend erforderlich ist eine spezifische Anpassung an die Abteilungsbedürfnisse über ein Berufsgruppen übergreifendes Arbeitsteam der jeweiligen Fachabteilung. Es analysiert vor dem Stichtag der Einführung die klinikspezifischen Prozesse und Strukturen anhand des eigenen Behandlungsspektrums und der Patientenströme und definiert messbar die abteilungsspezifischen Erwartungen und Potenziale. Eine Abteilung mit überwiegendem Elektivanteil kann sich mehr auf die Ressourcenplanung bei Aufnahme konzentrieren als eine andere Abteilung, in der ein Casemanager vorwiegend Betten-„Notstände“ und die Nachversorgungssituation bei überwiegendem Notfall-Aufkommen zu managen hat.

Vor der Einführung sind die in Abbildung 2 genannten Punkte fest einzuplanen und intern verbindlich mit allen Beteiligten zur vereinbaren, damit die Implementierung nicht zum Fehlstart wird. Die Nachhaltigkeit wird durch Review-Workshops gefördert, die alle vier bis acht Wochen mit Vertretern aller betroffenen Berufsgruppen in den jeweiligen Kliniken stattfinden. Es werden Probleme thematisiert, der Trend relevanter Messgrößen vorgestellt (s.u.) und konkrete Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet.

Die Vernetzung des Casemanagements erfolgt sowohl zentrumsintern als auch zentrumsübergreifend durch monatliche Besprechungen, unter anderem auch im Beisein von Kooperationspartnern für die poststationäre Weiterversorgung, wie zum Beispiel ambulante Pflegedienste. Im Rahmen von Informationsveranstaltungen werden alle betroffenen klinischen Mitarbeiter unmittelbar vor dem Starttermin eingebunden. ▶

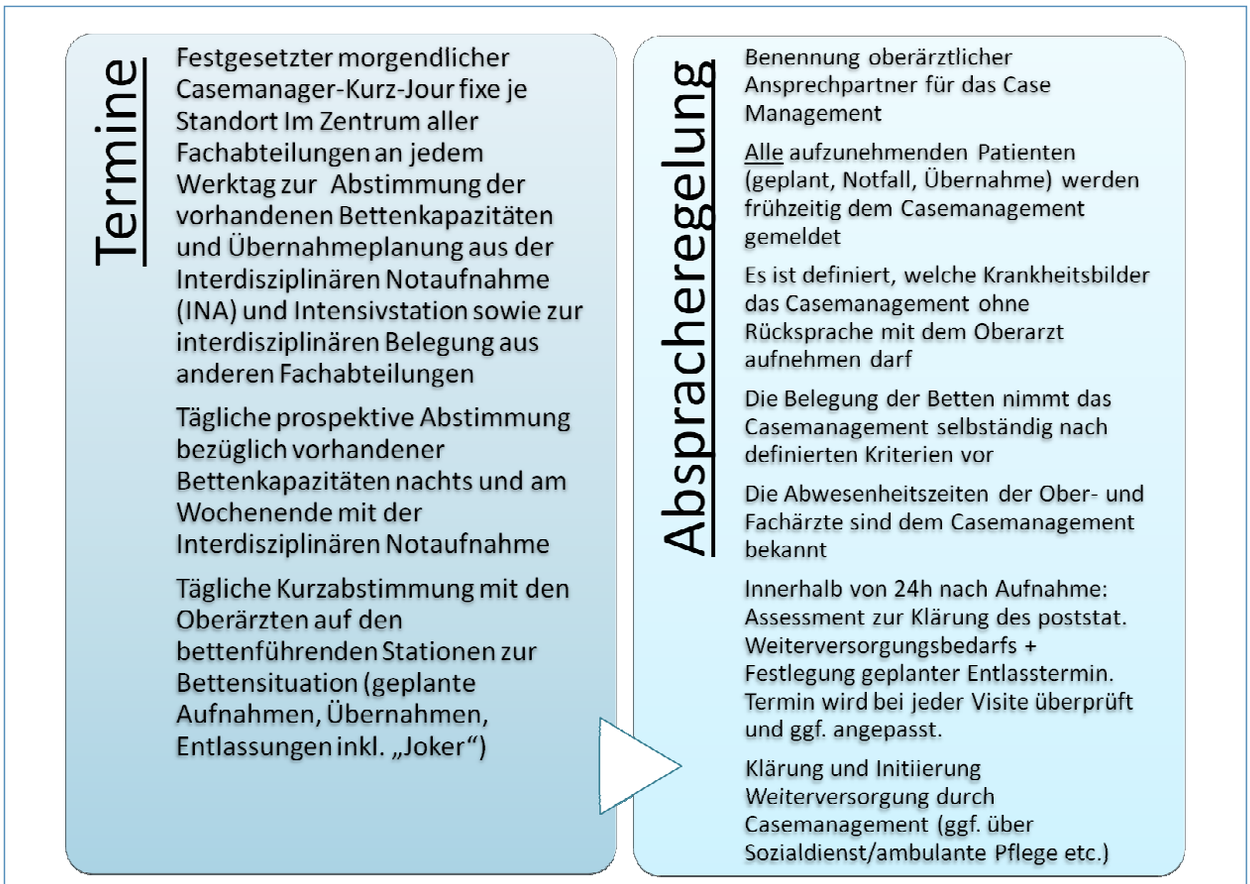

Abbildung 2: Interne Vereinbarungen, die den Einstieg erleichtern

Personalbesetzung und Personalkosten

Das Casemanagement ist im ZIM für die Betreuung von jährlich ca. 2.000 bis 3.500 Patienten je Mitarbeiter zuständig. Wesentlich für die Aufgabenzuordnung ist u.a. die Fallzahl einer Abteilung. Bei „high volume“-Abteilungen mit 15 Aufnahmen pro Tag und eher standardisiert zu führenden Patienten (z.B. Kardiologie, Gastroenterologie) wird die Tätigkeit sich eher unmittelbar auf übergreifende, organisatorische Belegungsprozesse fokussieren, während bei einer Fachabteilung mit versorgungsintensiveren Patienten die Nachsorge mehr Raum einnimmt, beispielsweise hinsichtlich der häuslichen Versorgung, Organisation von Reha-Maßnahmen und geriatrischen Konsilen. Bei Abteilungen mit deutlich weniger als zehn Aufnahmen pro Tag sind durchaus auch fallbezogene, unterstützende organisatorische Tätigkeiten auf

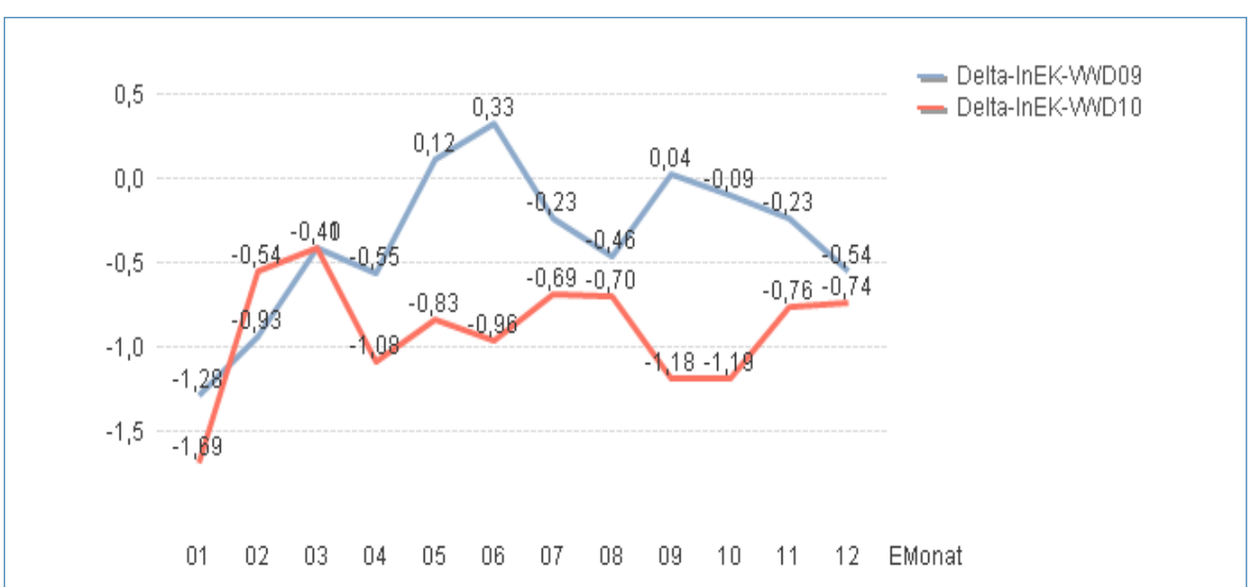

Abbildung 3: Abweichung der durchschnittlichen Verweildauer gegenüber der InEK-VWD im ZIM (elektive Inlieger, jeweils Grouper 2010, Vergleich 2010 vs. 2009)

Station denkbar. Grundsätzlich sind die Casemanager hinsichtlich ihrer Zuständigkeit auf der Fachabteilungsebene angesiedelt. Unterstützung für die operativ-organisatorischen Prozesse innerhalb der Fachabteilung finden sie u.a. durch Stationsassistenten (Profil Krankenpflege oder Arzthelferin). Sie leisten einen wesentlichen Beitrag bei der Aufarbeitung von Visiten, der Organisation von Terminen, dem Telefonservice und der Nachbereitung der Krankenakte. Die jährliche Vergütung je Casemanager bewegt sich in der Größenordnung des Arbeitgeber-Aufwandes für eine pflegerische Stationsleitung (+ 20 Prozent für Vertretungsregelung). Da anhand des Aufgabenprofils eine spürbare Entlastung der klinischen Berufsgruppen erfolgt (in der Vergangenheit verbrachten beispielsweise Ärzte viele Minuten am Telefon, um Betten für Notaufnahmen zu organisieren), ist die Personalbesetzung im Klinikum Stuttgart über eine Personalkosten-Reduktion im klinischen Bereich gegenfinanziert (kostenneutrale Umlage zu jeweils 50 Prozent auf das Personalbudget der Pflege und des ärztlichen Dienstes). Aktuelle Ergebnisse bestätigen, dass dieses Finanzierungsmodell trotz anfänglicher Bedenken auf Grund der Entlastung machbar ist.

„Der Anteil an Notfallpatienten je Fachabteilung spielt eine entscheidende Rolle bei der Bewertung des Erfolgs des Case Managements."

Ergebnisse und Messparameter

Es stellt sich nun die Frage, inwieweit das Casemanagement den gewünschten Erfolg gebracht hat und mit welchen Parametern dieser sich messen und ökonomisch bewerten lässt.
Die angestrebten Vorteile liegen vor allem im Bereich einer intensiveren Ressourcennutzung. Ein Messparameter hierfür ist die Bettenauslastung, deren Bewertung aber nur bei gleichzeitiger Betrachtung der Verweildauer erfolgen kann. Es ist an dieser Stelle selbstverständlich, dass eine reine Auslastungssteigerung durch eine Verweildauererhöhung kontraproduktiv ist. Ein weiterer Ansatzpunkt, um eine Messbarkeit herzustellen, ist die Abweichung von der DRG-Katalogverweildauer (hier als InEK-VWD bezeichnet). Hier sollte durch das Casemanagement eine weitere Verkürzung der Ist-Verweildauer zu messen sein. Dieser Erfolg ist tatsächlich eingetreten, wie Abbildung 3 zu entnehmen ist: Die durchschnittliche Verweildauer konnte gegenüber der InEK-VWD über alle Patienten um weitere knapp 0,6 Tage je Fall gesenkt werden.

Um herauszufinden, wo das Soll (unabhängig vom DRG-Katalog als grundsätzliche Minimalvorgabe) liegt, gibt es die Möglichkeit, sich mit anderen Abteilungen/Zentren zu benchmarken. Hierbei zeigt sich, dass der Anteil an Notfallpatienten je Fachabteilung eine entscheidende Rolle bei der Bewertung des Erfolgs spielt. Je höher der Anteil an Notfallpatienten, die sich aus medizinischer Sicht ohnehin regelhaft komplexer als planbare Fälle gestalten, umso weniger kann der Vorteil der elektiven Fallplanung inklusive der Organisation von Diagnostikpaketen durch das Casemanagement greifen (vgl. Abbildung 4, Seite 42).

Natürlich birgt die rein pauschale Betrachtung der InEK-Abweichung eine gewisse Unschärfe, da viele Kurzlieger die Langlieger in der Gesamtdurchschnittsbetrachtung kompensieren und ein vermeintlich zu positives Ergebnis entstehen könnte.
Zur Präzisierung lohnt es sich, ausschließlich Fälle in Betracht zu ziehen, bei denen die Mittlere Verweildauer überschritten ist und die Anzahl der Überschreitungstage in Relation zu den gesamten erbrachten Pflegetagen zu setzen. Auch hierbei zeigt sich im Jahresvergleich nach Einführung des Casemanagements eine Reduktion des Anteils der über der InEK-VWD liegenden Pflegetage im ZIM um durchschnittlich vie Prozent, was immerhin eine Einsparung von ▶

KU GESUNDHEITSMANAGEMENT

Angebot.

© Gina Sanders / Fotolia.com

Die KU wird 80!

Wir feiern im Juli – Feiern Sie mit uns.

Buchen Sie Ihre Anzeige für die Juliausgabe KU Gesundheitsmanagement und bezahlen nur **80%** vom Listenpreis.

Dieses Angebot gilt für die Formate 1/1 Seite, 1/2 Seite und 1/3 Seite 4c. Ausgenommen sind Stellenanzeigen, PR-Seiten sowie Sonderwerbeformen.

Buchungsschluss: 20. Juni 2011
Erscheinungstermin: 5. Juli 2011

Rufen Sie uns an – Gerne erstellen wir Ihnen ein detailliertes Angebot.

Ihre Medienberaterinnen

Cornelia Möbius
Telefon: 09221/949-313
E-Mail: c.moebius@mg-oberfranken.de

Renate Partenfelder
Telefon: 09221/949-395
E-Mail: r.partenfelder@mg-oberfranken.de

Unser Bestellservice

09221 / 949-311
09221 / 949-377
ku-gesundheitsmanagement.de

MEDIENGRUPPE OBERFRANKEN
BUCH- UND FACHVERLAGE

Mediengruppe Oberfranken –
Buch- und Fachverlage GmbH & Co. KG
E.-C.-Baumann-Str. 5
95326 Kulmbach

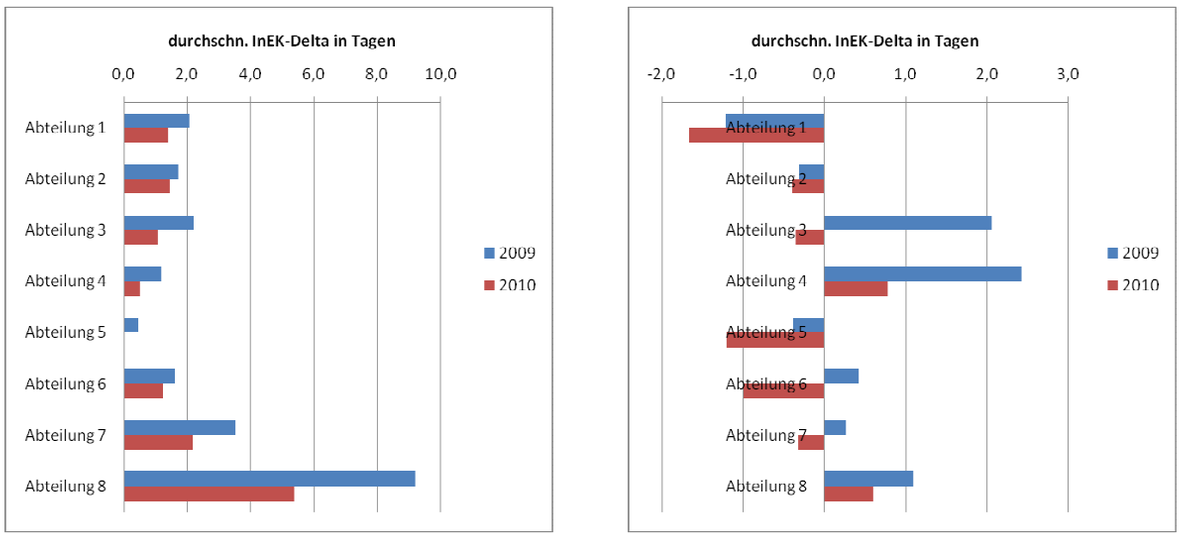

Abbildung 4: Vergleich der Abweichung gegenüber der InEK-VWD aller acht somatischen Fachabteilungen in Abhängigkeit von der Aufnahmeart (links Notfälle und rechts elektive Patienten)

über 3.000 Pflegetagen p.a. bedeutet.

Ein weiterer Messparameter ist der Anteil effektiv gesteuerter Patienten gegenüber denen mit „Optimierungspotenzial". Hierbei unterteilen wir die nach DRG-Katalog bezeichneten Normallieger in die so genannten „Optimallieger" (Entlasszeitpunkt zwischen unterer Grenzverweildauer und InEK-VWD) und die „Suboptimallieger" (Entlasszeitpunkt zwischen InEK-VWD und oberer Grenzverweildauer). Als „Optimierungspotenzial" bezeichnen wir rein rechnerisch – unbesehen der medizinischen Aufenthaltsnotwendigkeit alle Suboptimallieger und Langlieger. Hierbei zeigte sich im Vergleich eine Zunahme der Optimallieger um vier Prozent bei gleichzeitiger Abnahme der Suboptimal- und Langlieger und leichter Zunahme der Kurzlieger. Das „Optimierungspotenzial" konnte von 32 Prozent der Fälle auf 27 Prozent reduziert werden. Auf Grund eigener Vergleichswerte ist ein Anteil an „Optimalliegern" deutlich über 50 Prozent anzustreben, idealerweise wird bei gut planbarem Patientengut ein Wert von über 60 Prozent erreicht.

Ein interessanter Messparameter für die Produktivität ist der erzielte Casemix pro Tag. Insbesondere, wenn man diesen in Relation zum Katalog-Casemix je Katalog-Verweildauertag setzt, hat man einen Zielwert, der idealerweise > = 1 liegt, sofern gegenüber den Normwerten des DRG-Kataloges entweder mehr Casemixpunkte je Belegungstag erbracht werden oder bei gleichem Casemix dieser in einer kürzeren Verweildauer als vorgegeben erzielt werden kann. Wir bezeichnen diese Kennzahl als POQ (Produktivitätsquotient = Casemix/Belegungstag: Katalog-Bewertungsrelationen / Katalog-Belegungstage) (vgl. Schilling, H., OSB Siegburg).

Der POQ konnte im Zentrum um fünf Prozent gesteigert werden und liegt bei allen Fällen mit 0,98 noch knapp unter 1, jedoch – und hier zeigt sich wiederum der Effekt der Planbarkeit von Elektivfällen – stieg der POQ im elektiven Bereich um knapp zehn Prozent von 1,03 auf 1,12. Je nach Patientengut ist hier eine erhebliche Streuung zwischen einem Prozent und 13 Prozent zu beobachten.

Im Gesamtüberblick des Zentrums ist die Auslastung bei sinkender Verweildauer in 2010 stabil geblieben. Der Vorteil des Casemanagements zeigt sich gravierend im ersten Quartal 2011. U.a. durch die erfolgreiche Etablierung einer interdisziplinären Notaufnahme im Klinikum Stuttgart Ende 2010, hat sich der Patientenzustrom gerade über das Notfall-Patientengut, dessen Anteil sich im ZIM auf deutlich über 50 Prozent beläuft, zu Jahresbeginn erheblich verstärkt. Da es im Klinikum Stuttgart durch den derzeit laufenden Neubau im Rahmen der Standortzusammenlegungen in einigen Abteilungen zu erheblichen passageren Betten-Engpässen kommt, zahlt sich die erfolgreiche Implementierung des Casemanagements aus. Bei steigendem Umsatz und einer gleichzeitig weiter sinkenden Verweildauer wurde die Auslastung je nach Abteilung um teilweise bis zu zehn Prozent erhöht.

„Bei steigendem Umsatz und einer gleichzeitig weiter sinkenden Verweildauer wurde die Auslastung je nach Abteilung um teilweise bis zu 10 % erhöht."

Auf Grund des je nach betroffenem Standort vorliegenden Bettenmangels ist die interdisziplinäre Belegung ein absolutes Muss. Durch die Regelungsautonomie innerhalb der Zentrumsstrukturen konnten die Anreize so gesetzt werden, das bei dem in Frage kommenden Patientengut jede Abteilung bestrebt ist, auch „fremde" Fälle anzunehmen. Dies geschieht dadurch, dass zumindest zentrumsintern das Casemanagement den jeweiligen Fall – unabhängig von der rein medizinischen Zuordnung – im KIS derjenigen Fachabteilung zuteilt, in der der Patient sich gerade befindet. Da im Klinikum das Prinzip der Erlös- und Kostenzuordnung nach Entlass-

abteilung besteht, hat die „Mutterabteilung“ – sofern diese die erforderlichen Kapazitäten durch Verweildaueroptimierungen schaffen kann – das Bestreben, „ihren“ Fall noch vor Entlassung zurück zu übernehmen. Andernfalls fließt der Erlös der interdisziplinär belegten Abteilung zu.
Bei alledem gibt es aber selbstverständlich die medizinischen Grenzen der Interdisziplinarität zu beachten. Zum Beispiel erfolgt die Nachbetreuung Nieren oder Stammzellen transplantierter Patienten ausschließlich in der jeweiligen „Mutterabteilung“.

Fazit und Bewertung des wirtschaftlichen Erfolgs

Das Casemanagement trifft gut ein Jahr nach seiner Einführung im Zentrum für Innere Medizin auf durchgängig positive Resonanz. Anfängliche Bedenken, unter anderem wegen der budgetneutralen Gegenfinanzierung sowie der Bettenverteilung durch die Casemanager, die partiell als Eingriff in die „Hoheitsrechte“ der Abteilung empfunden wurde, haben sich quasi in Luft aufgelöst. Stattdessen werden, nicht zuletzt auf Grund der gelungenen Personalauswahl, die handelnden Personen wertgeschätzt und als Unterstützer wahrgenommen, die die klinischen Mitarbeiter von der letztendlich lästigen und zeitaufwendigen organisatorischen Aufgaben entlasten. Zunehmend häufiger begleiten Casemanager inzwischen sogar den jeweiligen Chefarzt bei gezielten Einweiserbesuchen, da sie von außen als kompetente und gut erreichbare Ansprechpartner wahrgenommen werden.
Die Erhebung und das kontinuierliche, begleitende Monitoring der Kennzahlen sind unproblematisch. Das Potenzial für einen Mehrumsatz lässt sich näherungsweise berechnen und ergibt exemplarisch im ZIM einen erheblichen sechsstelligen Betrag, sofern man nur zumindest ein Drittel des Verweildaueroptimierungseffektes dem Casemanagement anlastet (Reduktion der Tage über InEK) und die Fälle tatsächlich eintreffen, anhand der gewonnenen Tage/durchschnittliche Verweildauer je Fall * Umsatz pro Fall (abzüglich 30 Prozent Mehrleistungsabschlag).

Da die Erfolge multifaktorielle Ursachen beinhalten, ist es schwierig zu bemessen, welchen Anteil daran das Casemanagement tatsächlich trägt. Einige ergänzende Parameter sprechen deutlich dafür, insbesondere, da bei elektiven Patienten mit geplanten Interventionen diese ja nach Fachabteilung im ZIM nun durchschnittlich einen halben bis einen Tag früher erfolgen. Auch haben sich die Verweildauern in einigen Abteilungen, die Patienten auf Grund ihres Behandlungsspektrums häufig in Pflegeeinrichtungen entlassen, maßgeblich verkürzt, was sich anhand des § 21-Datensatzes über die Entlassart darstellen lässt.

Unter Berücksichtigung der Optimierungen im Aufnahme- und Entlassprozess gehen wir abschließend davon aus, dass die beschriebenen messbaren positiven Effekte tatsächlich überwiegend auf den Einsatz des Casemanagements zurückzuführen sind.

„Die erhobenen Parameter sprechen dafür, dass sich die Einführung des Casemanagements nicht nur rechnet, sondern erhebliche Erfolge bzw. Potenziale auch in wirtschaftlicher Hinsicht bietet.“

Letztendlich besteht bei budgetneutraler Finanzierung, wie sie hier vorgenommen wurde, kein finanzielles Risiko. Ganz im Gegenteil sprechen die erhobenen Parameter dafür, dass sich die Einführung des Casemanagements nicht nur rechnet, sondern erhebliche Erfolge bzw. Potenziale auch in wirtschaftlicher Hinsicht bietet. Entscheidend ist, dass die frei werdenden Kapazitäten entweder durch die eigene Abteilung respektive das eigene Zentrum interdisziplinär genutzt, an andere Zentren fremdvergeben oder im ungünstigsten Fall abgebaut werden. ■

Für die Autoren:
Dr. med. Jörg Noetzel, MBA
Ökonomischer Leiter
Zentrum für Innere Medizin/
Unternehmensentwicklung
Klinikum Stuttgart
Kriegsbergstraße 60
70174 Stuttgart

3. Symposium am 22.09. & 23.09.2011 in Mannheim

„Medizin menschlich steuern - Rahmenbedingungen, Handlungsfelder, Werkzeuge“

REDCOM
Unternehmensberatung im Gesundheitswesen GmbH

- Ökonomisierung: Veränderungen in der Gesundheitswirtschaft & mögliche Strategien
- Erlöscontrolling - Erlöspotenziale
- Leistungsdokumentation & Betreuungsintensitätsmodelle
- Neues Entgeltsystem in der Psychiatrie (2013)

Referenten u.a.:
Prof. Dr. Wille (Sachverständigenrat des Gesundheitswesens)
Prof. Dr. Maier (Vorstandsvorsitzender des DVKC)
Herr Belling (Geschäftsführer Vitos GmbH)

Seminar Zusatztermin 05.07.2011 in Berlin
„Neues Entgeltsystem in der Psychiatrie“
Erfahrungen aus Prä-Test & Probekalkulation

www.redcom-online.de