

Management-Reporting in Krankenhäusern

Steuerung und Optimierung der eigenen Leistungsfähigkeit

Spricht man über das Thema Management-Reporting im Krankenhaus, besteht oft Einigkeit über den Status quo: es hat in der aktuellen Form eine mangelnde Steuerungsrelevanz, der Aufwand für die Erstellung der Berichte ist hoch und die IT-Unterstützung niedrig. Aus dieser Feststellung ergeben sich folglich zwei Fragen: 1) Warum ist das so? 2) Wie kann es besser werden? Von Andreas Wittler, PRO-KLINIK Krankenhausberatung, Teil 3

In den ersten beiden Teilen dieser Artikel-Serie ging es um den Sinn des Management-Reportings sowie den grundsätzlichen Aufbau eines MIS (Management-Information-Systems), damit nach einer entsprechenden Verarbeitung relevante Fakten dem Management präsentiert werden können. Es ging auch darum, wie die IT-Abteilungen hier die anderen Verantwortlichen unterstützen können.

Im letzten Teil geht es um die Frage, wie man das für das eigene Haus „richtige“ Management-Reporting in einem konkreten Projekt aufbauen kann.

Projektstruktur

Die Entwicklung eines passenden, im Sinne von nützlichen und genutzten Management-Reporting in einem Krankenhaus erfordert grundsätzlich die Zusammenarbeit vieler Beteiligten aus den unterschiedlichen Berufsgruppen. Neben dem Management selbst sollten zudem Vertreter der Abteilungen für IT und (Medizin-)Controlling, der Ärzte, der Pflegedienstleitung, der Personalabteilung, des Einkaufs, des Rechnungswesens, wenn vorhanden der Apotheke sowie des Patientenmanagements und des Marketings zu beteiligt sein. Da der betriebliche Alltag in seinen vielen Facetten abgebildet werden muss, sollte die Projektleitung möglichst bei einer Person liegen, die einen guten Überblick über das gesamte Leistungsgeschehen hat und zeitlich für diese anspruchsvolle Aufgabe ausreichende Kapazitäten einsetzen kann. Die Rolle der IT

Abteilung liegt bei einem solchen Projekt unstrittig in der Auswahl von ggfs. nötiger Hard- und Software sowie der eventuell erforderlichen Anpassung der IT-Architektur und Vernetzung.

Lässt man die grundsätzlich umfassendere Lösung zunächst außen vor und verfolgt einen pragmatischeren Projektansatz, geht man fokussiert vor. Statt großer Runden aus allen Abteilungsleitern geht man mit den nach einer A-B-C-Analyse verantwortlichen Leitern der wichtigsten Kostentreiber und Erlösverantwortlichen in das Projekt. Sicherlich darf man die anderen Unternehmensteile nicht vernachlässigen. Wenn man aber ein Krankenhaus beispielsweise strategisch auf die Leistungserbringung bei Innerer Medizin, Endokrine-Chirurgie und Geburtshilfe ausgerichtet hat, dann benötigt man im Reporting vor allem hiermit zusammenhängende Informationen. Die anderen Bereiche können mit einer größeren Granularität berichten (z.B. Zahlen des Einkaufs, MDK-Quoten, Zeit von Entlassung bis zur Rechnungslegung). Umgekehrt sollte man auch die Problembereiche genau in den Fokus nehmen, d.h. Bereiche, die nach den bisherigen Erkenntnissen knapp an der Wirtschaftlichkeitsgrenze liegen. Auch hier wieder nach einer A-B-C Analyse die Kern-Bereiche, die man im Sinne einer „Hands-On“-Führung aufgrund einer möglichen problematischen Kostensituation im Blick halten muss.

Projektphasen

Als Quick-wins kann man zunächst mit der „Abbestellung“ nicht gelesener, nicht benötigter Reports starten, die – weil aus Nutzersicht sinnlos – nur eine Verschwendung von Ressourcen mit sich bringen.

Wertvoll ist beim Projektvorgehen dann eine Status-Quo-Analyse. In der ersten Projektphase wird deshalb zunächst eine möglichst vollständige Bestandsaufnahme erfolgen müssen, die im Ergebnis die Erstellung der im vorhergehenden Artikelteil beschriebenen „Landkarte des Sichtbereichs“ ermöglicht.

Nach der Erstellung dieser Momentaufnahme mit Ausblick auf die vorgesehenen Erweiterungen kommt die Konzeptionsphase für das verbesserte MIS. Hier empfiehlt sich zunächst ein SOLL-IST-Abgleich, etwa in einem moderierten Workshop. Dabei sollte es einerseits um die Wünsche der Berichtsempfänger gehen: was brauchen sie regelmäßig, was nur phasenweise, was täglich, wöchentlich, monatlich, quartalsweise oder nur jährlich? Zudem ist die Tiefe der Berichte wichtig: wo braucht der Empfänger nur einen groben Überblick, wo detaillierte Informationen? Andererseits sind die betrieblichen Notwendigkeiten zu fokussieren: Was treibt die Leistungsprozesse an? Mit welchen Mitteln können und sollen die Verantwortlichen wirtschaften?

Erfahrungsgemäß kann man Jahresziele am sinnvollsten nachhalten, wenn der Berichtszeitraum Quartal gewählt wird. Monatsziele sollten folglich wöchentlich nachgehalten werden. In einer für das Haus schwierigen Phase, sei es im Leistungsgeschehen einer Abteilung, sei es im Bereich von Überstunden oder bei Engpässen in der Notaufnahme oder dem OP, sollten diese Berichte in einer häufigeren Folge als in einem Routinezustand üblich erfolgen.

Bei den Berichtszeiträumen ist darüber hinaus die Abgrenzungsproblematik wichtig. Periodenverschiebungen können durch eine diskontinuierliche Erfassung oder falsche Abgrenzung auf Abteilungsebene falsche Tatsachen widerspiegeln und damit später auf der Managementebene falsche Steuerungsimpulse auslösen. Ein „Aushärten“ der Erfassungsroutinen ist in der Einführungsphase deshalb notwendig.

Ebenfalls zur Konzeption gehört die Entwicklung eines „Leitplans zur Datenerhebung“. Idealerweise erhält das Management alle Informationen die es benötigt aus möglichst verlässlichen, eigenen Datenquellen. Diese sollten das medizinische und kaufmännische Geschehen entlang der Wertschöpfungsketten des Hauses erfassen, idealerweise in SOLL/Budget und IST. Daneben wäre das relevante Um-

feld, z.B. das Einweiserverhalten, das Geschehen in der Rettungsleitstelle sowie Entwicklungen des Wettbewerbsumfelds zu betrachten.

Aufgrund der in jedem Haus gegebenen heterogenen System- und Applikationsstruktur sollte zudem ein „Entwicklungsplan“ entworfen werden, der heute noch bestehende Erkenntnis- und Anbindungs-lücken aufzeigt. Er beschreibt, wie man diese Defizite im Zeitverlauf priorisiert behebt. Leitidee ist dabei, dass nicht gesteuert werden kann, wozu es keine Daten auf der Steuerungsebene gibt. Bei diesem Plan empfiehlt sich auch der Einbezug von Spezialsystemen/Insellösungen in Leistungsstellen wie Diagnostik und Apotheke. Wichtig ist sich zu überlegen, wie die Daten aus den unterschiedlichen kaufmännischen und medizinisch-leistungswirtschaftlichen Systemen sinnvoll zusammengeführt werden können, wenn keine Schnittstellen zum KIS oder ERP da sind und welche Entwicklungsschritte mittelfristig nötig sind. Vorübergehend wird man sich beispielsweise mit manuellen Importen über Excel pragmatisch helfen können.

Teil der Konzeption und Teil des „Entwicklungsplans“ ist ebenfalls der in die Zukunft gerichtete Gesamtplan des Hauses/Verbundes (z.B. 5-Jahres-Plan). Wenn zum Beispiel in zwei Jahren die Zusammenarbeit mit den Niedergelassenen auch durch einen gegenseitigen Datenaustausch deutlich verbessert werden soll, empfiehlt es sich, parallel auch Konzeption und Aufbau eines entsprechenden Systems zu starten. Ob dies im Ergebnis dann mit möglichst automatischer Erfassung und zweckmäßigen Schnittstellen, Datenfluss und -haltung sowie Integration und korrekter Rückübermittlung dieser zukünftig zu erhebenden und zu übermittelnden Daten geschieht oder eine wesentlich einfachere Lösung zu entwickeln ist, ist dabei dann nicht nur aus der Krankenhaussicht zu beantworten.

Nach Abschluss der Konzeptionsphase für ein geeignetes Management-Reporting kommt die Kür, nämlich die Umsetzung. Erfahrungsgemäß treten wichtige Effekte dieses Projektes dann vor allem in dieser Phase auf: durch die erhöhte Transparenz über das Leistungsgeschehen entwickeln sich bei allen Beteiligten Ideen zur Verbesserung von Organisation und Prozessen. Durch die verstärkte Zusammenarbeit im

Projekt werden im Idealfall historisch gewachsene Bereichs- und Abteilungsgrenzen überwunden und der Sinn und Zweck der arbeitsteiligen Zusammenarbeit zwischen medizinischen Leistungsstellen untereinander und mit den weiteren Prozessbeteiligten wird deutlicher. Man kann hier Impulse setzen, die dauerhaft die Zusammenarbeit untereinander verbessern helfen.

Fazit

Perspektivisch könnte man sich mit Fug und Recht alle 4 bis 8 Jahre einmal einer Überprüfung des Management-Reportings unterziehen. In diesem Zeitraum dürften sich Nutzerverhalten, Aufgabenstellung und medizinisches Leistungsgeschehen wieder so weit verändert haben, dass eine Wiederholung dieses Projektes den Aufwand rechtfertigen kann.

Ist man hierzu bereit, wird sich bei regelmäßiger Abfrage der Nutzerzufriedenheit des Management-Reportings wohl niemand mehr über mangelnde Relevanz, hohen Aufwand und geringe IT-Unterstützung beklagen können. Im Ergebnis entsteht ein dauerhaft relevantes, effizientes, hochgradig IT-gestütztes Management-Reporting.



Andreas Wittler, Senior Berater, PRO-KLINIK Krankenhausberatung: „Perspektivisch könnte man sich mit Fug und Recht alle 4 bis 8 Jahre einmal einer Überprüfung des Management-Reportings unterziehen.“