

Optimierung Austrittsmanagement

Berta Willimann, willimann@keller-beratung.ch

... am Beispiel des Spitals Männedorf

Für die Austrittsplanung fühlte sich in der Spital Männedorf AG vor einem Jahr niemand richtig zuständig. Die verschiedenen Berufsgruppen, welche einen Patienten/eine Patientin während des Spitalaufenthalts umgeben, arbeiten sehr wohl eng zusammen und legen höchsten Wert auf eine kompetente, individuell abgestimmte Behandlung und Betreuung.

Dass neben der Festlegung des Austrittstermins häufig auch noch andere Massnahmen, wie z.B. die rechtzeitige Organisation der Spitex oder einer Rehabilitation, verschiedene Terminvereinbarungen oder die Information des Hausarztes für eine reibungslose Spital-

[weiter auf Seite 2](#)

Inhalt

Optimierung Austrittsmanagement *Seite 1*

Die Austrittsplanung wird vermehrt als integrativer Prozess zwischen Pflege, Sozialdienst und ärztlichem Dienst verstanden *Seite 3*

REKOLE® in kleinen Häusern pragmatisch umsetzen *Seite 5*

HEBES – Die leistungsstarke Benchmarking-Plattform für Alters- und Pflegeheime *Seite 7*

Einführung PDMS Patientendatenmanagementsystem IPS in kürzester Zeit *Seite 8*

Produktivitäts- und Kosteneffizienz-Analysen in Alterszentren *Seite 10*

Herzliche Gratulation *Seite 10*

Entlastung der Pflegenden durch Auslagerung von Service- und Supporttätigkeiten *Seite 11*



entlassung nötig sind, tritt in der Hektik des Alltags manchmal etwas in Vergessenheit. So unscheinbar und meist ohne grossen Aufwand der Spitalaustritt eines Patienten erfolgt, so wichtig ist eine gezielte Koordination aller Beteiligten. Zusammen mit andern Spitälern nahm die Spital Männedorf AG anfangs 2011 an einer Outcome-Messung mit Schwerpunkt «Austrittsplanung» teil. An der Befragung nahmen Patienten, Hausärzte, Heime und Spitex-Organisationen der Region teil. Dabei zeigten sich u.a. folgende Optimierungsbereiche:

- Information und Organisation aller am Patienten-Austritt Beteiligten
- Unklare Zuständigkeiten bei der Austrittsplanung
- Medikamente: Information und Sicherstellung der Weiterversorgung
- Organisation und Vorbereitung der Nachbetreuung, etc.

Fazit: Eine eigentliche, bewusste Steuerung des Patienten-Austritts fand nur begrenzt oder zufällig statt.

Vorgehen

In einem Vorprojekt wurden die verschiedenen Austrittsarten, Personengruppen und Hilfsmittel zu einem Cluster zusammengeführt sowie die Zielsetzung und das Vorgehen konkret geplant. Die Projektstruktur sah vor, dass sowohl im Steuerausschuss wie auch in der Projektgruppe fachübergreifend die wichtigsten Entscheidungsträger involviert waren.

Bei der Bearbeitung des Themas waren bei allen beteiligten Berufsgruppen Bedenken in Bezug auf die Kompetenz- und Aufgabenverteilung vorhanden. In einem ersten Schritt wurden alle relevanten Verrichtungen oder Massnahmen, welche zur Austrittsplanung eines Patienten nötig sind, in einem Funktionendiagramm dargestellt und die Tätigkeiten – inklusive Verantwortung – auf die verschiedenen Berufsgruppen verteilt. Ergänzend dazu entstand ein Prozess-Ablauf, welcher eine Übersicht zwischen Patienten-Eintritt und Patienten-Austritt zulies. Diese beiden Hilfsmittel erlaubten schliesslich die konkrete Auseinandersetzung mit jenen Themen, welche den Prozess in der Vergangenheit immer wieder behinderten.

Massnahmen

Zur Optimierung des Austrittsmanagements konnten unter anderem folgende Massnahmen erarbeitet und

zur Umsetzung frei gegeben werden:

- Die Verantwortung für die Koordination der Austrittsplanung wurde der Pflege übertragen. Als Hilfsmittel sieht eine pflegerisch-ärztliche Checkliste diverse Tätigkeiten vor, welche im Rahmen der Austrittsplanung für jeden Patienten / jede Patientin individuell geklärt und ausgelöst werden müssen.
- Die Anmeldung des Sozialdienstes kann von der Pflege ausgelöst werden; nach anschliessender Rücksprache des Sozialdienstes mit dem Arzt löst die Sozialarbeiterin in Zusammenarbeit mit dem Patienten und der Pflege weiterführende Massnahmen ein.
- Die Kommunikation des Austrittstermins wird spätestens 2 Tage vor dem Austritt durch den Arzt für alle Beteiligten (Patient / Patientin, Angehörige, Pflege etc.) sichergestellt (ohne Kurzaufenthalter).
- Gesprächsraster für das Austrittsgespräch mit dem Patienten wurden berufsgruppen-spezifisch erstellt; die Gespräche finden am Vortag statt. Sämtliche Unterlagen, Materialien etc. werden dem Patienten von der zuständigen Pflegefachperson erst kurz vor Austritt übergeben.

Umsetzung

Da bei der Optimierung des Austrittsmanagements immer auch externe Partner davon betroffen sind, lag es auf der Hand, während des Projektes die Meinung der Verantwortlichen der umliegenden Alters- und Pflegeheimen sowie der Spitex-Organisationen einzuholen. Die Umsetzung der verschiedenen Massnahmen bestätigte einerseits die Praxistauglichkeit. Andererseits ist die unterstützende Haltung der Vorgesetzten, wie bei allen Veränderungen unabdingbar. Die Hilfsmittel erfuhren bei der Testphase generell eine hohe Akzeptanz.

Ausblick

Wie bei allen Projekten gilt auch hier: die Einführung der neuen Mitarbeitenden, welche zukünftig in der Spital Männedorf AG arbeiten werden, ist auch zum Thema «Austrittsmanagement» sicher zu stellen, zumal auch dieser Prozess in jeder Institution anders strukturiert ist. Um dies zu sichern, sind die Unterlagen so abgelegt, dass sich jeder Mitarbeitende jederzeit selber im System die für ihn notwendigen Informationen beschaffen kann.

Die nächste Qualitätsüberprüfung durch HCRI ist für 2013 geplant ◀

Die Austrittsplanung wird vermehrt als integrativer Prozess zwischen Pflege, Sozialdienst und ärztlichem Dienst verstanden

Die Auftraggeberin des Projekts, Frau Colette Tschupp, sowie zwei Projektmitarbeitende, Frau Lea Lyss und Herr Dr. Luz Seebach (Fotos unten von links nach rechts) waren bereit, ein paar Fragen zu beantworten und damit ihre Sichtweise darzustellen.



Colette Tschupp, Bereichsleiterin Bettenstationen

Mit Ihrem Stellenantritt in der Spital Männedorf AG wurden Sie gleichzeitig auch Auftraggeberin dieses Projektes. Welchen Eindruck haben Sie im Verlaufe der Zeit von den umzusetzenden Massnahmen erhalten?

Die Auswertung der Outcome-Messung «Austrittsmanagement», die anfangs 2011 im Spital Männedorf stattfand, ergab klare Fakten, dass bei uns dringender Handlungsbedarf beim Austrittsmanagement bestand. Die Einführung von DRG gab dem Thema zusätzliche Gewichtung. Dadurch bekam es auch eine hohe Priorität in der Umsetzung.

Für uns war es wichtig, dass wir die Projektleitung einer erfahrenen, versierten Person übergeben konnten, welche mit dem Spitalumfeld vertraut ist und die Problematik des Themas kennt. Damit diese anspruchsvolle Arbeit im erforderlichen, zeitlichen Rahmen umgesetzt werden konnte, waren wir auf externe Unterstützung angewiesen, welche dafür auch die nötigen Ressourcen aufbringen konnte. Mit Frau Willimann hatten wir eine sehr versierte Fachfrau, welche nicht nur die internen Spitalabläufe bestens kennt, sondern auch weiss, mit welchen externen Stellen die Zusammenarbeit erfolgen muss, damit der Patient nach seinem Austritt optimal betreut wird und die dazu notwendigen Dokumente vollständig bereit sind.

Frau Willimann brachte das Projekt nicht nur sachlich kompetent voran, sie motivierte auch gleichzeitig das interdisziplinär zusammengesetzte Team, damit eine tragfähige, umsetzungsorientierte Lösung erarbeitet werden konnte.

Welchen Nutzen haben die erreichten Ergebnisse für Sie?

Standardisierte Prozesse sind ein wertvolles Arbeitsinstrument um die zeitlichen und personellen Ressourcen besser nutzen zu können.

Mit der immer kürzer werdenden Aufenthaltsdauer der Patienten sind Definitionen dieser Art unumgänglich. Unter der kompetenten Führung von Frau Willimann wurden diese Prozesse als einheitlichen Standard für unser Spital definiert. Dank diesem Arbeitstool ist es nun möglich, den Austritt des Patienten lückenlos zu planen, damit auch unter hohem Arbeits- und Zeitdruck nichts vergessen geht. Damit wird die Arbeit der Mitarbeitenden wesentlich erleichtert.

Im Jahr 2013 erfolgt eine nächste Überprüfung durch HCRI (Nachfolge Outcome). Welches sind bis dahin Ihre Ziele im Zusammenhang mit dem Austrittsmanagement?

Die Implementierung der neuen oder überarbeiteten Arbeitstools sollte soweit fortgeschritten sein, dass unsere Patienten und externen Kunden effektiv davon profitieren und sich damit in den Resultaten der nächsten Auswertung eine wesentliche Verbesserung zeigt. Konkret bedeutet das, die neuen Arbeitsprozesse sollten zur Routine geworden sein.

Lea Lyss, Leiterin Sozialdienst

Was hat Sie motiviert in diesem Projekt mitzuarbeiten?

Als Sozialarbeiterin bin ich täglich mit der Austrittsplanung konfrontiert. Ich habe die Erfahrung gemacht, dass wir meistens sehr spät in die Austrittsplanung einbezogen werden. Dies hat zur Folge, dass wir gezwungen werden, alles in einem enormen Tempo mit den Patienten und Patientinnen zu besprechen und zu organisieren (Destination, Einholen der Kostengutsprache usw.). Das ist für alle beteiligten Personen, aber vor allem aber für den Patienten oder die Patientin, inkl. Angehörige, nicht optimal. Zumal die meisten Patienten und Patientinnen bereits etwas älter sind und für sie jede Veränderung von grosser Bedeutung ist. Durch meine Mitwirkung erhoffte ich mir, die involvierten Berufsgruppen zu sensibilisieren,

damit der Prozess der Austrittsplanung bewusst und zielorientiert koordiniert wird. Dazu gehört u.a. auch eine frühzeitige Anmeldung an den Sozialdienst.

Welches waren aus Ihrer Sicht die besonderen Herausforderungen in diesem Projekt?

Wir vom Sozialdienst sind darauf angewiesen, dass andere Berufsgruppen (Arzt und Pflege) erkennen, wann es sinnvoll ist, den Sozialdienst einzuschalten.

Aus diesem Grund wurde festgelegt, dass auch die Pflege eine Anmeldung an den Sozialdienst auslösen kann. Obwohl die Sozialarbeiterin in jedem Fall zuerst Kontakt mit dem zuständigen Arzt aufnimmt, bevor sie sich beim Patienten meldet, kann sie die Situation bereits in ihre weiteren Abklärungen einfließen lassen.

Eine weitere wichtige Etappe war sicher auch die Überprüfung und teilweise Umverteilung von Tätigkeiten, inkl. entsprechender Verantwortung. Dadurch, dass nun die Pflege «offiziell» für die Koordination der Austrittsplanung zuständig ist, ergaben sich neue Arbeitsabläufe.

Wo liegen aus Ihrer Sicht die Knackpunkte damit die Veränderung nachhaltig umgesetzt werden kann?

Dass alle involvierten Stellen den Fokus Austritt im Auge behalten und sich an die vereinbarten Punkte halten. Bei einem hohen personellen Wechsel, wie im Spital, könnte dieser Fokus wieder «untergehen».

Wie profitiert der Patient/die Patientin von diesem Projekt?

Der Prozess läuft nun bewusster und strukturierter ab. Der Patient oder die Patientin wird gezielter begleitet. Da die Austrittsplanung auf der Visite regelmässig thematisiert wird – neben dem Termin geht es um Fragen der Nachkontrolle, spezielle Therapien, Bedarfsklärung betreff Spitex etc. – hat das Thema im Spitalalltag einen neuen, interdisziplinären Stellenwert erhalten. Die verschiedenen Dienste müssen miteinander sprechen und den Aufenthalt koordinieren. Davon kann der Patient nur profitieren.

Dr.med. Luz Seebach, Oberarzt Medizin

Was hat sich im Alltag in Bezug auf die Austrittsplanung aus Ihrer Sicht verändert?

Die Austrittsplanung wird vermehrt als integrativer Prozess zwischen Pflege, Sozialdienst und ärztlichem Dienst verstanden. Es wird früher über den Austritt und die diesbezüglich nötigen Veranlassungen gesprochen. Ab dem zweiten Tag der Hospitalisation wird auf jeder Visite das Thema Austritt angesprochen. Dadurch kann frühzeitig beurteilt werden, was noch organisiert werden muss und es führt zu weniger «Hau-Ruck-Übungen» am Tag des Austritts. Eine im Kardex hinterlegte Checkliste gibt stets Auskunft über noch zu erledigende Dinge (Verordnungen, Rezepte, Telefonate mit nachbetreuenden Institutionen). Schliesslich wurde ein sogenanntes ärztliches Austrittsgespräch, was am Tag vor dem Austritt mit dem Patienten in aller Ruhe geführt wird, als fixer Bestandteil der Behandlung integriert. Eine Selbstverständlichkeit zwar, die nun aber seltener vergessen geht.

Wo liegt für Sie aus ärztlicher Sicht konkret auch in Zukunft vor allem Handlungsbedarf bei der Umsetzung des Austrittsmanagements?

Um ehrlich zu sein geht es doch immer wieder um persönliches Engagement. Alle Vorgaben, Checklisten und Sitzungen ersetzen niemals eine/n motivierte/n Mitarbeiterin/Mitarbeiter. In der Betreuung von Patienten braucht es Einsicht in deren Situation um zu erkennen was fehlt und zu antizipieren was benötigt wird. Die Mitarbeiter im Spital müssen wieder vermehrt mit dem Patienten direkt reden /arbeiten und sich weniger durch schreibintensive Computerdokumentation ablenken lassen müssen. Konkret benötigt die Schnittstelle «Austritt» viel Erfahrung, eine umfangreiche Kommunikation und feste Ansprechpartner aus allen Bereichen. Ein gutes Arbeitsklima und Wertschätzung für Qualität und persönliches Engagement lohnen sich.

Was empfehlen Sie Institutionen, welche planen sich dem Thema Austrittsmanagement anzunehmen?

Seit es Spitäler gibt, beschäftigen sich diese auch mit dem Thema Austritt. Die Welt wird komplexer und vielschichtiger, so auch die möglichen Anschlusslösungen nach einem stationären Aufenthalt. Zentral ist ein umsichtiger gut besetzter Sozialdienst, der die Möglichkeiten kennt und effizient arbeitet. Die Ärzte sollten sobald eine Diagnose steht und damit die Prognose absehbar ist, Nachbehandlung veranlassen. Zentral ist ein regelmässiger Austausch der Bereiche um neuen Entwicklungen zu begegnen. ◀

Werner Keller, keller@keller-beratung.ch

REKOLE® in kleinen Häusern pragmatisch umsetzen

Immer mehr Spitäler und Kliniken setzen für das betriebliche Rechnungswesen auf den Standard nach REKOLE® und lassen sich freiwillig oder aufgrund von Vorgaben des Kantons auch zertifizieren.

Die Keller Unternehmensberatung durfte in den letzten Jahren eine Vielzahl von kleineren und grösseren Spitälern und Kliniken beim Aufbau und der Optimierung des Rechnungswesens nach REKOLE® beraten und unterstützen.

Insbesondere bei kleinen Institutionen stellt sich die Herausforderung eines angemessenen, ressourcenmässig verkraftbaren Vorgehens für die Etablierung und den Betrieb von REKOLE®, zumal die Geschäftsleitung in der Regel die Ergebnisse aus REKOLE® für die Betriebsführung und -steuerung nicht wirklich benötigt.

Die Herausforderung beginnt vielfach damit, dass keine der verbreiteten Spital-Software-Lösungen im Einsatz steht, welche standardmässig eine Kosten- und Leistungsrechnung nach REKOLE® umfassen. Um Investitionen in neue IT-Anwendungen zu reduzieren oder zu vermeiden, sind damit pragmatische Lösungen gefragt.

Aus der Erfahrung zahlreicher Projekte sind die Spezialisten der Keller Unternehmensberatung schnell in der Lage abzuschätzen, welche Handlungsfelder für den Aufbau und Betrieb der Kostenträgerrechnung anzugehen sind.

Wir haben in den letzten Monaten für mehrere kleine Institutionen Kostenträgerrechnungen nach REKOLE® realisiert, welche in einer Kombination der vorhandenen Informatikanwendungen und von MS Excel basieren. Damit wird den Betrieben eine kostengünstige, transparente und nachvollziehbare Umsetzung von REKOLE® ermöglicht. Und dies selbstverständlich unter Einhaltung sämtlicher Vorgaben von REKOLE®, um eine reibungslose Zertifizierung sicherzustellen. ◀

Interview mit Frau Regine Gysin, Stv. Geschäftsführerin der Klinik Selhofen, Burgdorf



Frau Gysin, warum hat sich die Klinik Selhofen entschieden, REKOLE® umzusetzen?

Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern verlangt von allen Listenspitälern eine REKOLE®-Zertifizierung bis im Jahr 2013. Somit war die Entscheidung für REKOLE® gegeben.

Können Sie bitte kurz Ihre Ausgangslage beschreiben?

Wir sind als Suchtfachklinik mit 20 Betten eine sehr kleine Klinik mit einem spezialisierten Angebot. In Bezug auf die Kosten- und Leistungsrechnung bedeutet dies, dass wir ein überschaubares Leistungsangebot haben und dass mit einem Personalbestand von total rund 27 Vollstellen genau überlegt werden muss, wie viele Kostenstellen im Sinne eines transparenten und aussagekräftigen Rechnungswesens zielführend sind.

Ein wesentliches Thema, mit dem wir uns bereits am Anfang des Prozesses beschäftigten, war die Frage nach einer guten EDV-Lösung. Wir verfügten bereits über ein sehr bewährtes und massgeschneidertes System elektronischer Patientendossiers. Es war für uns von Anfang an klar, dass wir an diesem System festhalten möchten und dass eine allfällig zusätzliche Software mit diesem System kompatibel sein müsste. Ebenso schien es uns auch nicht sinnvoll, für einen Betrieb in unserer Grösse eine Software für zig-tausende Franken anzuschaffen.

Welchen Lösungsweg haben Sie zur Umsetzung gewählt?

Wir haben bei verschiedenen Beratungsfirmen und EDV-Anbietern eine telefonische Kurzevaluation gemacht, indem wir unsere Situation geschildert und sie gefragt haben, was sie uns anbieten könnten. Keller Unternehmensberatung war die einzige Firma, welche uns bereits im Erstkontakt eine pragmatische Lösung

empfohlen und in Aussicht gestellt hat, dass REKOLE® bei unserer Betriebsgrösse auch auf Basis von Excel-Tabellen umgesetzt werden kann.

Wir haben nun die Leistungserfassung direkt in das System der elektronischen Patientendossiers integriert, wobei die erfassten Leistungen in Excel-Tabellen exportiert werden können. Die Auswertung der Leistungserfassung, die Kostenstellen-Auswertung, der Betriebsabrechnungsbogen und der Kostenträgerausweis werden in Excel-Tabellen vorgenommen.

Wie ist das Projekt verlaufen, was sind Ihre Erfahrungen?

Das Projekt ist aus unserer Sicht sehr gut verlaufen. Die Keller Unternehmensberatung hat uns unterstützt, indem wir Excel-Vorlagen erhielten, die wir auf unsere Verhältnisse anpassen und ergänzen konnten. Zudem wurden wir auch bei Fragen wie z. B. Definition der Kostenstellen und der Leistungseinheiten beraten. Wir konnten das Projekt Schritt für Schritt umsetzen. Dabei hatten wir stets das Ziel, die Neuerungen gut in unser bestehendes System einzufügen, sodass es für die Mitarbeitenden, welche Leistungen erfassen, mit möglichst wenig Aufwand verbunden ist. Somit war beim Personal eine Akzeptanz und Zuverlässigkeit vorhanden, die sich bereits bei den ersten Testauswertungen in den gut brauchbaren Ergebnissen abzeichnete.

Im Vorgespräch mit der Revisionsfirma, welche die REKOLE®-Zertifizierung im Frühjahr 2013 durchführen wird, erhielten wir auf Grundlage der präsentierten Ergebnisse sowie der Prozess-Dokumentation ein positives Feedback, sodass wir der Zertifizierung nun getrost entgegen sehen.

Welche Empfehlungen können Sie anderen Betrieben in der gleichen Situation abgeben?

Die erste Empfehlung ist, eine den Verhältnissen angepasste und pragmatische Lösung anzustreben und sich durch erfahrene Profis beraten zu lassen.

Die zweite Empfehlung betrifft die Implementierung im Betrieb: Eine allgemein verständliche Personalinformation, welche das Personal motiviert, die Leistungserfassung zuverlässig zu machen, obwohl sie in den Augen vieler wohl als «lästige Administration» wahrgenommen wird. Die Leistungserfassung so organisieren, dass der Aufwand für das Personal möglichst gering ist.

Frau Gysin, herzlichen Dank für das Interview! ◀

Portrait der Klinik Selhofen

Die Klinik Selhofen ist eine Suchtfachklinik in Burgdorf mit 20 Betten. Sie bietet Suchtbehandlungen für Menschen mit Abhängigkeit von einer oder mehreren psychoaktiven Substanzen (Alkohol, Opiate, Kokain, Medikamente, Methadon, Cannabis, Amphetamine, Halluzinogene, Tabak). Das integrative Behandlungskonzept richtet sich auch an Abhängige mit zusätzlicher psychischer Problematik.

Behandlungsschwerpunkte:

- Körperliche Entgiftung
- Stabilisierung
- Integration
- Doppeldiagnosebehandlung

In einem umfassenden, qualifizierten Angebot erhalten die Patient/innen medizinische, psychotherapeutische und psychosoziale Behandlungen. Ein reiches Gesprächstherapieangebot wird durch Milieuthérapie, Aktivierung und Entspannung ergänzt.

Vor und nach dem stationären Aufenthalt bieten wir ambulante Behandlungen in Bern, Burgdorf und Biel an.

Die Klinik Selhofen ist auf der Spitalliste des Kantons Bern. Sie ist Mitglied bei H+ und ANQ und hat ein SQS-Zertifikat der Qualitätsnorm QuaTheDA. Trägerin ist die Stiftung Klinik Selhofen.



Werner Keller, keller@keller-beratung.ch



HEBES – Die leistungsstarke Benchmarking-Plattform für Alters- und Pflegeheime

Ab sofort können Alters- und Pflegeheime ihre Kennzahlen wieder schnell und einfach mit anderen vergleichen. Die Keller Unternehmensberatung hat die Marke HeBeS und das HeBeS-Benchmarking übernommen. Neu sind nun auch Abfragen und Benchmarkings über die Internetplattform www.hebes.ch möglich. Der Verein HeBeS löst sich Ende Jahr auf.

Mit der Übernahme hat die Keller Unternehmensberatung AG das gesamte Benchmarking auch grundsätzlich überarbeitet und auf eine modernste Internet-Lösung ausgerichtet.

Unterstützung bei der REKOLE®-Zertifizierung

Wir unterstützen Sie als Berater und verzichten wegen unserer Unabhängigkeit und Neutralität darauf, Zertifizierungen durchzuführen.

Zur Vorbereitung auf die Zertifizierung bieten wir an

- REKOLE®-Check: Lassen Sie Ihre Kostenträgerrechnung auf die Einhaltung der formalen REKOLE®-Vorgaben prüfen
- Gerne prüfen wir auch die Aussagekraft und inhaltliche Korrektheit der Kostendaten

Vorlagenset für die Dokumentation von REKOLE®

Eine gute Kosten- und Leistungsrechnung ist dokumentiert. Die Dokumentation ist deshalb auch ein zentraler Bestandteil der Zertifizierungsprüfungen.

Wir bieten ein Set von Vorlagen an, welche den Aufbau der Dokumentation nach REKOLE® deutlich entlastet. Verlangen Sie unser Angebot via info@keller-beratung.ch oder 056 483 05 10.

Transparent

Die HEBES Benchmark Plattform ist eine flexible und einfach zu bedienende Onlineapplikation, die speziell für Alters- und Pflegeheime sowie andere Langzeiteinrichtungen mit branchenspezifischen Anforderungen konzipiert wurde. Das Benchmarking basiert dabei auf den vom Bundesamt für Statistik (BFS) erhobenen Daten für die sozialmedizinische Statistik (Somed).

Funktional

Der Einsatz von HEBES eignet sich für alle Alters- und Pflegeheime, unabhängig vom verwendeten Pflegegemesssystem (BESA, RAI / RUG, Plaisir etc.). HEBES verfolgt dabei das Ziel, den Teilnehmern durch Benchmarking vertiefte Kenntnisse über deren Kosten und Prozesse zu ermöglichen und damit die Grundlage für eine Optimierung der eigenen Leistungssteuerung wie auch für Tarifverhandlungen zu legen. Durch eine Vielzahl von Filterkriterien wie Heimgrösse, Pflegesystem (BESA, RAI/RUG etc.) Region, Pflegeaufwand pro Tag oder Minute uvm. lassen sich die Vergleichsteilnehmer gezielt auswählen.

Flexibel

In der Berichtsablage stehen dem Benutzer umfangreiche Standardberichte mit den wichtigsten heim-spezifischen Kennzahlen zur Verfügung. Darüber hinaus können über eine Vielzahl von Filterkriterien (z.B. KLV-Stufe, Geschlecht, Pflegebedarf, Kostenstelle, Kostenart etc.) zusätzliche Auswertungen und Analysen einfach und bequem erstellt werden.

Kostengünstig

Am Benchmark beteiligte Betriebe erhalten direkten Onlinezugriff auf die flexible und einfach zu bedienende Online-Plattform HEBES. Für den Einsatz von HEBES sind keine Installationen nötig. Dadurch entfallen damit verbundene hohe Investitionen sowie aufwändige Wartungen. Für die Nutzung ist lediglich eine Lizenz nötig. Diese gewährt unlimitierten Zugang für eine beliebige Anzahl von Benutzern.

Detaillierte Informationen finden Sie auf www.hebes.ch oder senden wir Ihnen gerne zu. Kontakt gerne über info@hebes.ch oder 056 483 05 10. ◀

Xaver Vonlanthen, vonlanthen@keller-beratung.ch

Einführung PDMS Patienten-datenmanagementsystem IPS in kürzester Zeit

Die spitäler fmi ag betreibt am Standort Inter-laken eine Intensivstation mit acht Intensivplätzen. Bis anhin wurden sämtliche Behandlungs- und Leistungsdaten auf Papier geführt. Innerhalb von sechs Monaten (von der Kick-Off-Sitzung bis zum Produktivstart) wurde das PDMS-System IPS aufgebaut, eingeführt und wird seit 6.11.2012 produktiv betrieben. Damit stehen lückenlos sämtliche Monitor-, Labor- und Therapiedaten als optimale Unterstützung der Behandlung zur Verfügung. Ebenso alle Leistungsdaten als Basis für die Übergabe an das Abrechnungs- und Codiersystem.

Die Evaluation des PDMS-Systems IPS (Patienten Data Management System Intensiv Pflege Station) konnte mit der Vergabe am 24.02.2012 abgeschlossen werden. Das Einführungsprojekt wurde am 21.05.2012 mit einer internen Startsituation in Angriff genommen, mit dem ehrgeizigen Plan, die Produktivsetzung im September 2012 durchführen zu können. Für den Aufbau (Parametrisierung, Konfigurierung) der Applikation wurden drei Mitarbeiter aus den Bereichen Anästhesie und IPS (1 MA Arztendienst, 2 MA Pflegedienst) beauftragt. Diese Mitarbeiter übernehmen in der Betriebsphase auch die Funktion des Applikationsverantwortlichen bzw. der Systemadministratoren.

Die Ressourcen für die Parametrisierung des Systems konnten wie geplant für den Monat Juli bereitgestellt werden. Während der Aufbauphase musste jedoch eingestanden werden, dass der Produktivstart-Termin zu ehrgeizig gesetzt wurde und doch mehr Zeit für den Aufbau, für die Tests und die spezifische Weiterentwicklung des Codiermoduls benötigt wurde.

In Absprache mit der Projektsteuerung wurde deshalb die Planung angepasst, um genügend Zeit für die Bereinigung der Abläufe, Tests der Einstellungen und Funktionen der Applikation zu haben. Die Key- und Enduserschulungen wurden daher im Oktober statt August durchgeführt und nach den Schulungen wurden bereits parallel zur Papierakte echte Behandlungsdaten in der elektronischen IPS-Kurve erfasst. Das Monitoring-System lieferte ebenfalls bereits Echtdateien ab den angeschlossenen Überwachungsgeräten sowie das Labor und die Radiologie die Laborresultate und

die Radiologiebefunde via HL7-Schnittstelle. Auf dieser Basis konnten gründliche Tests durchgeführt werden und die Freigabe zum Produktivstart (Go Live) konnte, wie im zweiten Planungsdurchgang festgelegt, per 6.11.2012 termingerecht erfolgen.

Der Produktivstart verlief ruhig und praktisch reibungslos. Innerhalb von sechs Monaten wurde das PDMS-System installiert, konfiguriert, getestet, geschult und dem Produktivbetrieb übergeben. Folgender Funktionsumfang steht seit dem Produktivstart zur Verfügung:

- Kernfunktion PDMS-IPS-Applikation mit allen Daten ab dem Monitorsystem, IPS-Kurve, Stationsübersicht, papierlose Dokumentation Behandlungsdaten, Pflegeberichte etc.
- Fallbezogene, spezifische Ansicht mit Summierung der wichtigsten Daten für die Codierung (Neuentwicklung), kontextsensitiv aufrufbar aus der KIS-Lösung
- Schnittstellen Patienten- und Falldaten, Laborresultate und Radiologiebefunde, Medikamentenkatalog
- Leistungs- und Statistikdaten

Folgende Funktionen werden in einer 2. Etappe bis spätestens 1. Quartal 2013 eingeführt:

- Schnittstelle Leistungsdaten und Codierungsdaten ans Abrechnungs- bzw. Codiersystem
- Schnittstelle Berichtsdaten (PDF) ans KIS (z.B. Pflegebericht)
- Unidirektionale Schnittstelle KIS • PDMS (Diagnosen, CAVE, Allergien etc.)
- Bidirektionale Schnittstelle KIS/PDMS (Medikamentenverordnung)

Schon zwei Tage nach dem gelungenen Start konnte mit Stolz auf das bereits Erreichte und den erfolgreichen Start angestossen werden!

Der Berater der Keller Unternehmensberatung konnte das Projektteam der spitäler fmi ag sowohl in den Phase Evaluation als auch in der Phase Einführung als externer Projektleiter unterstützen.

Wir konnten uns um den inhaltlichen Aufbau des PDMS kümmern

Interview mit Dr. Thomas von Wyl, Leitender Arzt Anästhesie, interner Projektleiter Einführung IPS und im Betrieb Applikationsverantwortlicher PDMS-IPS



Dr. Thomas von Wyl – ganz entspannt nach der erfolgreichen PDMS-Einführung

Hat sich die Zusammenarbeit mit dem externen Berater bewährt? Würden Sie sich wieder für eine solche Doppelführung des Projektes entscheiden oder was würden Sie anders machen?

Die Zusammenarbeit mit Herrn Vonlanthen, unserem externen Berater, hat sich voll und ganz bewährt. Als klinisch tätiger Arzt ist es häufig schwierig, den Spagat zwischen dem Klinikalltag und der Tätigkeit an einem nicht klinischen Projekt zu vollziehen. Häufig, und auch in diesem Projekt, reichen die geplanten «Büro-Tage» nicht aus, um die Arbeit vernünftig zu erledigen. Das heisst, dass vieles auch «nebenher» zum Klinikalltag laufen muss. So war ich als interner Projektleiter sehr froh, konnte ich mich zusammen mit den anderen Administratoren um den inhaltlichen Aufbau des Projektes kümmern und den grossen Rest wie Terminorganisation, Schnittstellenproblematik, Verhandlungen etc. Herrn Vonlanthen überlassen. Kurz: Aus meiner Sicht und mit den mir gegebenen Ressourcen hätte dieses Projekt in der vorgegebenen Zeit nicht realisiert werden können. In einem weiteren Projekt mit ähnlichem Fokus würde ich auf alle Fälle eine solche Doppelführung erneut empfehlen und eingehen.

Wurden Ihre Erwartungen erfüllt? Gab es Wissenstransfer, welches Sie auch für andere Projekte nutzen können?

Meine Erwartungen bzgl. des Hinzuziehens einer externen Beratung resp. Projektleitung haben sich voll

und ganz erfüllt. Wie bereits erwähnt, konnten wir Administratoren uns so um unsere Kernkompetenz, sprich den inhaltlichen Aufbau des Daten Management Systems, kümmern und wurden nur am Rande mit den administrativen Angelegenheiten konfrontiert. Persönlich war ich als interner Projektleiter zum ersten Mal an einem solchen Projekt beteiligt und konnte am Rande einen Einblick in die administrativen Tätigkeiten erhalten, was sicher für weitere Projekte für mich selber von grossem Nutzen sein wird.

In welchen Situationen war Ihnen der externe Projektleiter am Wichtigsten?

Am meisten geholfen und dementsprechend am Wichtigsten war für mich in diesem Projekt, dass Herr Vonlanthen als externer Projektleiter die «Fäden» der verschiedenen externen Mitspieler zusammenhielt, in Absprache Termine festlegte und organisierte sowie Verhandlungen führte, um unter anderem das Einhalten von Terminen voranzutreiben. Hinzu kamen als wichtige Situationen die Organisation und Protokollführung von Sitzungen der verschiedenen Teams sowie Erstellen von diversen Konzepten.

Die Einführung der IPS-Lösung erfolgte innerhalb von sechs Monaten. Empfanden Sie diese Projektlaufzeit – parallel zum klinischen Alltag – als passend? Was würden Sie ändern?

Unsere PDMS Lösung ist eine Variante, bei der sehr viel selber konfiguriert werden kann. Dadurch haben wir den Vorteil, das System massgeschneidert an unsere Bedürfnisse anzupassen. Entsprechend braucht es im Vergleich zu vordefinierten Systemen deutlich mehr Zeit zur Parametrisierung / Konfiguration. Hätten wir die gesamte Arbeit des Parametrisierens neben der klinischen Tätigkeit erledigen müssen, wären sechs Monate deutlich zu kurz gewesen. Da wir Administratoren für die Realisierung dieses Projektes pro Person ca. 4 Wochen vom klinischen Betrieb freigestellt wurden, war dies in sechs Monaten machbar. Natürlich ist am System, wie es aktuell läuft, noch nicht alles perfekt. Wir sind aktuell und wahrscheinlich für weitere sechs Monate intensiv damit beschäftigt, Änderungen und Verbesserungen anzubringen. Und viele dieser Verbesserungsmöglichkeiten sehen wir erst jetzt, seitdem wir mit dem System im Alltag gestartet sind. Eine weitere Verzögerung des Startes hätte wahrscheinlich nicht viel gebracht. Sechs Monate für ein solches Projekt ist sicherlich sportlich, aber für eine Intensivstation von unserer Grösse durchaus machbar.

Vielen Dank für das Interview! ◀

Dr. Othmar Hausheer, hausheer@keller-beratung.ch

Das Projekt zeigte, dass wir mehrheitlich gut arbeiten

Die Stiftung Alterszentren Zug führte in ihren drei Alterszentren eine Analyse der Produktivität und der Kosteneffizienz durch. Dazu wurde basierend auf den Kennzahlen im Zuger Langzeit-Tarifrechnungstool ein Benchmarking durchgeführt. Neben den Zuger Zentren Frauensteinmatt, Neustadt und Herti beteiligten sich auch das Pflegezentrum Luegeten von Menzingen und die beiden Baarer Altersheime Martinspark und Bahnmatt.



Interview mit Peter Arnold, Geschäftsführer, Stiftung Alterszentren Zug

Herr Arnold, die Keller Unternehmensberatung AG hat für die drei Zuger Alterszentren eine Analyse der Produktivität und der Kosteneffizienz erstellt. Welches waren die wichtigsten Gründe, diese Analyse durchzuführen?

Die Stiftung Alterszentren Zug betreibt für die Stadt Zug in einem Leistungsauftrag die drei Zentren Herti, Neustadt und Frauensteinmatt. Primär wollten wir diese drei Zentren untereinander vergleichen. Bald jedoch entstand der Wunsch, sich auch mit anderen Pflegezentren in der Region zu vergleichen.

Was war die grösste Herausforderung im Projekt?

Die grösste Herausforderung war Äpfel mit Äpfel und Birnen mit Birnen zu vergleichen. Dann war es auch wichtig, Akzeptanz für das Projekt bei den drei Pflegezentren zu schaffen. Dies ist uns durch die transparente Vorgehensweise gelungen.

Wie wurden die Erkenntnisse von den Verantwortlichen der drei Zuger Alterszentren aufgenommen?

Die Erkenntnisse wurden zum grossen Teil positiv

Herzliche Gratulation



Wir gratulieren Xaver Vonlanthen! Seit 15 Jahren berät und unterstützt er als erfahrener Berater unsere Kunden in anspruchsvollen IT- und Organisationsfragen. Er hat in diesen 15 Jahren in Dutzenden von Projekten/Aufträgen für über 50 verschiedene Kunden Projekte geleitet, Evaluationen, Submissionen und Analysen durchgeführt... und vieles mehr. ◀

aufgenommen, was eine gute Ausgangslage für die Bearbeitung der verbesserungsfähigen Zahlen und Themen ergab. Die kritischen Themen sind nun aufgenommen und derzeit wird nach Lösungen für Verbesserungen gesucht. Auch hier versuchen wir durch ein transparentes Vorgehen die notwendige Überzeugung und Akzeptanz zu schaffen.

Welchen Nutzen brachte Ihnen das Projekt?

Das Projekt hat uns aufgezeigt, dass wir mehrheitlich gut arbeiten. Für mich und auch das Geschäftsleitungsteam sehe ich das Projekt auch als Lernprozess, der uns auf wichtige Zahlen sensibilisiert.

Welches sind die nächsten Schritte, die Sie aufgrund der gewonnenen Erkenntnisse angehen werden?

Aufgrund der Erkenntnisse werden wir nun in einem Bereich eine interne Tätigkeitsanalyse vornehmen. Sicher ist auch, dass wir die Analyse bald einmal wiederholen werden. Den letztlich können wir dem Kostendruck nur durch Transparenz standhalten. Unser Ziel ist und bleibt die Zufriedenheit der Bewohnerinnen, der Bewohner und der Mitarbeitenden. Unsere Leistungen in einem stets zunehmend kostenorientierteren Umfeld auf gewohnt hoher Qualität zu erbringen, wird uns immer mehr fordern.

Herr Arnold, vielen Dank für das Interview. ◀



Die Nase im Wind...

Anlagenutzungskosten - wie viel darf's denn sein?

Landauf, landab laufen die Tarifverhandlungen 2013 – das alljährliche Ritual. In kurzer Frist geht es um viel Geld. Entsprechend ausgeklügelt sind die Verhandlungsstrategien. Oft hilft nur das Druckmittel «Festsetzung». Ohne hoheitlichen Druck geht nichts. Wie hoch muss oder darf die Baserate sein? Diese Frage ist nicht einfach zu beantworten, zumal sich die Baserate aus zwei Pauschalen zusammensetzt: die anrechenbaren Betriebskosten sowie die Anlagenutzungskosten. Letztere bemessen sich als Prozentsatz der anrechenbaren Betriebskosten. Nebenbei: Stellen Sie sich vor, Sie kaufen sich ein paar neue Ski. Beim Bezahlen eröffnet Ihnen der Verkäufer, dass Sie neben einem Grundpreis noch einen Zuschlag von 12 % für die Kapitalkosten zu bezahlen haben. Hand aufs Herz: Ihnen ist es doch egal, ob die Ski eher kapital- oder eher arbeitsintensiv hergestellt wurden? Nun, mit der Tarifstruktur SwissDRG 4.0 wird dann hoffentlich ab 2015 diese Zweiteilung auch der Vergangenheit angehören. Bis dahin wird weiter gestritten. Dass die in der VKL getroffenen Berechnungsregeln keine Substanzerhaltung ermöglichen, sollten alle Beteiligten erkannt haben. Man kann es drehen und wenden wie man will, der vom Bund in Aussicht gestellte «Verfügungssatz» von 9 % liegt unter der notwendigen Höhe.

Mit welchem Verhandlungsergebnis ist nun für 2013 zu rechnen? Wenn die Versicherer die Verhandlungen über den Zuschlagssatz platzen lassen, verfügt der Bundesrat den Wert von 9 %. Damit wird der Druck zur Defizitfinanzierung steigen oder die Überalterung der Spitalinfrastruktur weiter voranschreiten. Restrukturierungen und weitere Spitalschliessungen sind zu erwarten. Vielleicht ist dies auch die Strategie der Krankenversicherungen?

Berta Willimann, willimann@keller-beratung.ch

Entlastung der Pflegenden durch Auslagerung von Service- und Supporttätigkeiten

Durch Auslagerung von Service- und Supporttätigkeiten soll eine Entlastung für die Pflegenden erreicht werden. Tätigkeiten welche nicht zwingend durch Pflegefachleute zu erbringen sind, wie z.B. im Bereich der Administration, des Roomservices, der Verpflegung oder rückwärtige Dienstleistungen werden fix andern Berufsgruppen übertragen. Dies ermöglicht den Pflegefachleuten sich auf ihre Kernkompetenzen zu konzentrieren.

Mit Quick-Scan haben die Pflege- und Prozessfachleute der Keller Unternehmensberatung AG in Zusammenarbeit mit der Firma ISS ein standardisiertes Vorgehen entwickelt, welches die Ist-Situation erfasst und analysiert, Optimierungspotentiale und Handlungsfelder der Pflegeorganisation aufzeigt.

Die Entwicklung der Berufsbilder in der Pflege und die Veränderungen auf dem Stellenmarkt in der Schweiz stellen die Führungsverantwortlichen immer akzentuierter vor die Herausforderung, Fachleute ihren Qualifikationen entsprechend einzusetzen. Durch die Verschiebung von Tätigkeiten in andere Bereiche ist jedoch auch darauf zu achten, dass die Anzahl Gesichter für den Patienten nicht beliebig erweitert wird.

Quick-Scan: Vorgehen und Werkzeuge

Mit verschiedenen Instrumenten werden anhand einer definierten Themenstruktur die Leistungen und Daten erfasst und anschliessend analysiert. Die Analysebereiche umfassen:

- Patientenorientierung
- Prozessorientierung
- Servicequalität
- Kommunikation und Auftragsmanagement
- Führung und Organisation
- Standardisierung

Online-Umfrage

Alle Mitarbeitenden der ausgewählten Abteilungen haben die Möglichkeit an einer online-Umfrage teilzunehmen, welche durch die Keller Unternehmensberatung AG erstellt wurde.

Umfrage Quickscan V3

Patientenorientierung

Die folgenden Fragen befassen sich mit den Bedürfnissen von Patientinnen und Patienten, die nicht die medizinische Versorgung betreffen, sowie mit der Patientenaufrehabilitation.

Über nicht medizinischen Dienstleistungen (Services) verstehen wir Leistungen, die für die Patientinnen und Patienten erbracht werden und die zu ihrem Wohlbefinden beitragen sollen.

6. Können Sie während des Tages auf individuelle Patientenbedürfnisse und -wünsche eingehen?

Ich kann auf individuelle Wünsche eingehen

7. Wie oft erleben Sie, dass ein Patient / eine Patientin spezielle Services wünscht? *

Bitte geben Sie die häufigste Art an

wir erheben die Bedürfnisse systematisch (z.B. Pflegeassessing)

wir fragen die Patienten regelmäßig

wir reagieren, wenn ein Patient einen Wunsch äußert

Angehörige melden sich

anderes vorgehen

8. Wie oft werden individuelle Services für Patientinnen und Patienten erbracht?

sehr oft

oft

ab und zu

selten

nie

Beobachtung vor Ort

2-3 Mitarbeitende pro Abteilung werden bei ihrer Arbeit beobachtet. Die Tätigkeiten werden dabei zeitgenau auf einem Tablet-Computer elektronisch erfasst, kategorisiert und auf ihre Delegierbarkeit hin überprüft. Des weitern werden Anzahl und Dauer der Patientenkontakte aufgenommen. Der Fokus der Analyse liegt bei der Auslagerung von Service- und Supporttätigkeiten sowie bei der Optimierung innerhalb der Pflegeorganisation.

Interviews

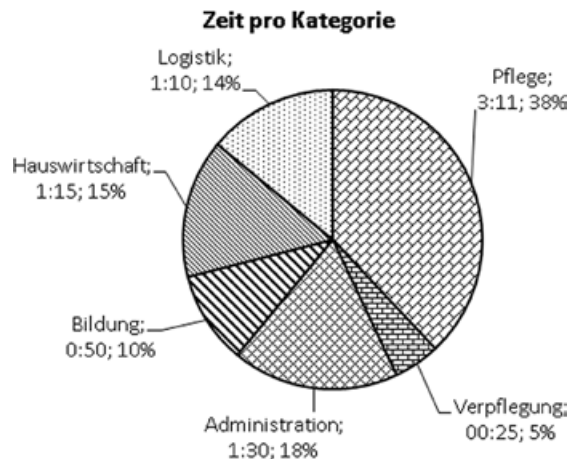
Sowohl mit den beobachteten Mitarbeitenden wie auch mit deren Vorgesetzten werden Interviews durchgeführt.

Datenanalyse

Nach erfolgter Datenerhebung werden die Ergebnisse sämtlicher Quellen einander gegenüber gestellt und Massnahmen erarbeitet.

Analysebuch

Im Analysebuch werden Ausgangslage, Vorgehen, Ergebnisse und Handlungsfelder in den verschiedenen Analysebereichen festgehalten und Massnahmen vorgeschlagen.



Beispiel Zeitauswertung pro Kategorie einer beobachteten Person

Wir wissen wie

Die Erfahrung der Prozess- und Pflegefachleute der Keller Unternehmensberatung AG sowie das standardisierte Vorgehen – welches bereits wiederholt im Einsatz stand – unterstützt bei der Zielerreichung, die Mitarbeitenden kompetenzgerecht einzusetzen und eine fachgerechte Pflege und Betreuung der Patienten zu gewährleisten. Weitere Infos erhalten Sie gerne via info@keller-beratung.ch oder 056 483 05 10. ◀

Weitere Informationen und Kontakt

Keller Unternehmensberatung AG
Täferstrasse 11
5405 Baden - Dättwil

Telefon 056 483 05 10
Telefax 056 496 75 40

E-Mail: info@keller-beratung.ch
Internet: www.keller-beratung.ch