

PROZESSMANAGEMENT

Zentrales Belegungsmanagement schafft Transparenz und Übersicht

Aufgabe des Belegungsmanagements ist es, die Patientenströme und Kapazitäten so zu steuern, dass Betten gut ausgelastet sind und gleichzeitig ausreichend Reserven zur Verfügung stehen.



Foto: spotmatikphoto/stock.adobe.com

nur mithilfe statistischer Verfahren annähernd planbar sind und unterschiedliche Bedarfe hinsichtlich Diagnostik und Therapie aufweisen.

Bis heute planen und steuern die Fachabteilungen häufig selbst die Kapazitäten. Aufgrund der vielen Ansprechpartner und unterschiedlicher Prozessabläufe sowie unvollständiger Informationen verursacht dies insbesondere an den Schnittstellen erhöhten Abstimmungsaufwand und potenzielle Konfliktsituationen, auch wenn die Kontrolle über eigene Kapazitäten und Ressourcen bei diesem Vorgehen in der jeweiligen Fachabteilung verbleibt. Abteilungsübergreifende Möglichkeiten bleiben oft ungenutzt. Insgesamt kann das eine Unterauslastung der gesamten Kapazitäten eines Krankenhauses nach sich ziehen.

Eine zentrale Steuerung der Belegung muss nicht mit Nachteilen für die einzelne Fachabteilung verbunden sein. Dies lässt sich anhand eines Beispiels aufzei-

Im stationären Versorgungsprozess bedarf es einer effizienten Kapazitätsplanung und Steuerung der Patientenströme, um möglichst viele Patientinnen und Patienten versorgen und zugleich alle Anforderungen hinsichtlich der Auslastung von Krankenhausbetten erfüllen zu können. Dabei nimmt das Belegungsmanagement als Bindeglied zwischen unterschiedlichen Bereichen eine zentrale Rolle ein. Schnittstellen gibt es mit der Zentralen Notaufnahme und der Patientenaufnahme, dem OP-Bereich und der Funktionsdiagnostik sowie mit einzelnen Stationen und Fachabteilungen.

Behandlungsprozesse effizient gestalten

Nur wenn alle Informationen bezüglich zeitlicher Planung, freier Kapazitäten und verfügbarer Ressourcen an einer zentralen Stelle erfasst und aufeinander abgestimmt werden, können Krankenhäuser den Behandlungsprozess effizient gestalten und ihre Belegung optimieren. Zum Beispiel bestimmen Termin, Art und Dauer einer OP maßgeblich die prä- und postoperative Verweildauer sowie den Bedarf einer intensivmedizinischen Betreuung des Patienten. Dabei sind mindestens zwei Patientengruppen zu betrachten. Zum einen sind Elektivpatienten bezüglich Aufkommen und Verweildauer sowie des für sie nötigen Ressourceneinsatzes gut planbar. Zum anderen gibt es die Notfallpatienten, die

Planen sämtliche Abteilungen mit einer maximalen Auslastung von 85 Prozent, so fällt die Auslastung des Krankenhauses sofort unter diesen Zielwert, sobald eine der Abteilungen diese Auslastung nicht erreicht. Ein zentrales Belegungsmanagement kann Schwankungen jedoch erkennen und ausgleichen. So könnte eine Abteilung ihre Kapazitäten phasenweise zu 100 Prozent auslasten, wenn parallel eine andere Abteilung nur zu 70 Prozent ausgelastet ist.

Gängige Modelle des Belegungsmanagements

Ein Belegungsmanagement kann auf unterschiedlichen Wegen etabliert werden. Derzeit gibt es drei gängige Modelle an deutschen Kliniken für die Zuständigkeit:

- eigene Abteilung der Pflegedirektion,
- der Ärztliche Leiter der Zentralen Notaufnahme,
- eigene Stababteilung der Geschäftsführung.

Zentrale Erfolgsfaktoren sind die Durchsetzungsfähigkeit und Akzeptanz des Belegungsmanagements und Faktoren des einzelnen Krankenhauses. Möglich sind auch Mischformen, um eine 24/7-Verfügbarkeit abzudecken. Zum Beispiel könnten diese Aufgabe tagsüber die Mitarbeiter der Stababteilung wahrnehmen und nachts zur Steuerung des Notfallbetriebs an den zuständigen Arzt der Zentralen Notaufnahme übertragen.

Unterstützung durch digitale Anwendungen

Um einen Überblick über Bettenkapazitäten, personelle Ressourcen, Aufnahmen, Entlassungen sowie Diagnostik- und OP-Kapazitäten zu erhalten, benötigt das Belegungsmanagement digitale Unterstützung. Frühwarnsysteme machen beispielsweise darauf aufmerksam, wenn geplante Operationen verschoben werden müssen oder ein bestellter Elektivpatient seinen Termin nicht wahrnehmen kann. Die Verantwortlichen können so sämtliche Auswirkungen auf die Belegung umgehend beurteilen und koordinierende Maßnahmen einleiten. Zentraler Erfolgsfaktor ist die Kompatibilität der genutzten Softwareprodukte im Krankenhaus.

Insbesondere in der Notfallversorgung helfen digitale Anwendungen, die Schnittstelle zum Rettungsdienst und anderen Krankenhäusern zu optimieren und die Belegung der verfügbaren Betten auch über die Grenzen des einzelnen Krankenhauses hinweg zentral zu steuern. Digitale Anwendungen wie der webbasierte Interdisziplinäre Versorgungsnachweis (Ivena) ermöglichen dem Notarzt schon an der Einsatzstelle eine transparente Übersicht verfügbarer Kapazitäten für eine geeignete Weiterversorgung. Er kann Patienten direkt über das System im Krankenhaus anmelden.

Belegungsmanagement am Beispiel COVID-19

Wie wichtig ein funktionierendes Belegungsmanagement ist, zeigt auch die COVID-19-Pandemie deutlich. Um bei Bedarf schnell und zuverlässig ein geeignetes Bett für intensivpflichtige Patienten zu finden, hat die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) ein Intensivregister zur Verfügung gestellt. Über dieses Portal melden Krankenhäuser tagesaktuell verfügbare Intensivkapazitäten und erhalten eine Übersicht der freien Intensivbetten in einem definierten Umkreis.

Zudem veröffentlichte das Robert Koch-Institut (RKI) Empfehlungen für eine räumlich sowie personell getrennte Versorgung von COVID-19-Patienten, Verdachtsfällen und anderen Patienten in Krankenhäusern. Eine zentrale Rolle misst das RKI den Notaufnahmen und der Patientenaufnahme bei, die eng mit dem Belegungsmanagement verknüpft sind. Spätestens durch diese neue Unterteilung der betriebenen Betten eines Krankenhauses verschwimmen fachabteilungsbezogene Zuordnungen.

In Anbetracht der vielen Anforderungen und des wirtschaftlichen Drucks, der auf vielen Krankenhäusern lastet, sind übergreifende Strukturen notwendig, um langfristig am Markt zu bestehen. Nur ein gesteuertes Belegungsmanagement bietet die notwendige Transparenz und Übersicht über alle Ressourcen. Berechtigte Zweifel und Sorgen der Fachabteilungen, die mit der Abgabe dieser Aufgabe verbunden sein können, müssen Krankenhäuser berücksichtigen, wenn sie neue Strukturen etablieren. Doch durch die Wahl einer geeigneten und akzeptierten Organisationsstruktur profitieren letztlich auch die Ärzte. Denn ein Belegungsmanagement entlastet sie von administrativen Aufgaben.

Marcel Fleig

M. Sc. Management, M. Sc. Gesundheitsmanagement und Gesundheitsökonomie
Curacon GmbH
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft
48155 Münster

KURZ NOTIERT

Investitionsstau und Probleme mit der Digitalisierung



Foto: adrian ilie825j/stock.adobe.com

Drei von vier Krankenhäusern in Deutschland können notwendige Investitionen nicht finanzieren. Zugleich schreiben 30 bis 50 Prozent der Häuser seit mehr als zehn Jahren Verluste. Darauf hat das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) unlängst hingewiesen.

Die Bundesländer finanzierten die Investitionskosten der Krankenhäuser nur unzureichend, erläutert das DKI. Faktisch werde nur noch die Hälfte der Krankenhausinvestitionen aus öffentlichen Fördermitteln bestritten. Die andere Hälfte steuerten die Häuser anderweitig bei, etwa über Überschüsse aus den Leistungsentgelten. Doch reichten die Gewinnmargen meist nicht aus, um den Investitionsbedarf zu decken oder Kredite finanzieren zu können. Nur jeweils rund ein Viertel der Häuser habe in den letzten Jahren eine hinreichende Rendite erzielt, um notwendige Investitionen zu finanzieren oder erwarte dies für die Zukunft.

Die Unterfinanzierung der Krankenhausinvestitionen führt aus Sicht des DKI zu einem großen Investitionsstau. Für die nächsten fünf Jahre betrage der Investitionsbedarf der Krankenhäuser sieben Milliarden Euro pro Jahr. Dagegen habe die öffentliche Förderquote der Bundesländer in den letzten Jahren nur 2,7 Milliarden Euro pro Jahr betragen. Der Investitionsbedarf sei damit um das Zweieinhalbfache höher als aktuell die öffentlichen Fördermittel.

Darüber hinaus haben die Krankenhäuser dem DKI zufolge gravierende Probleme mit der Digitalisierung. So sei die IT-Infrastruktur teils veraltet und intern wie extern zu wenig vernetzt. Telemedizinische und telematische Lösungen kämen nur selektiv zum Einsatz. Weniger als die Hälfte der Häuser habe eine einheitliche krankenhausesweite elektronische Patientenakte, eine elektronische Medikationsunterstützung oder Arzneimittelsicherheitsprüfung. Die Krankenhäuser, betont das DKI, erkennen die Potenziale der Digitalisierung zwar, doch vielfach schöpften sie sie noch nicht aus. Zudem reichten die öffentlichen Fördermittel bei Weitem nicht – und aus Eigenmitteln sei die Digitalisierung der Krankenhäuser nicht zu finanzieren.

sg