

PDMS: das Mittel der Wahl für Planung, Leistungserfassung und Kalkulation im Spital

Exakt erfasst, dokumentiert und abgerechnet

Ein erstklassiges PDMS ist das ideale Instrument sowohl für den medizinischen wie auch den betriebswirtschaftlichen Betrieb einer Klinik. Das war das einhellige Echo der Fachleute an der PDMS Conference am Inselspital in Bern. Patientendatenmanagementsysteme werden längst nicht nur für die automatisierte Dokumentation eingesetzt: Erfahrene Spitalmanager und Anwender wissen, dass mit der tiefgehenden Prozessabbildung und -unterstützung neue, wichtige Analysetools verfügbar werden.

Beispiele sind die Abwendung von Komplikationen in der postoperativen Medizin oder die Datennutzung für Forschungszwecke. Nicht selten wird das PDMS zum Leuchtturm für das gesamte Spital.

Planung, Kalkulation und Expansion

Über die Kosten für Beschaffung und den Personalaufwand hinaus ergeben sich bei der Inbetriebnahme eines PDMS weitere, vielfältige Anforderungen. Dr. Martin Specht, Leiter Abteilung Applikations-Management vom Uni-

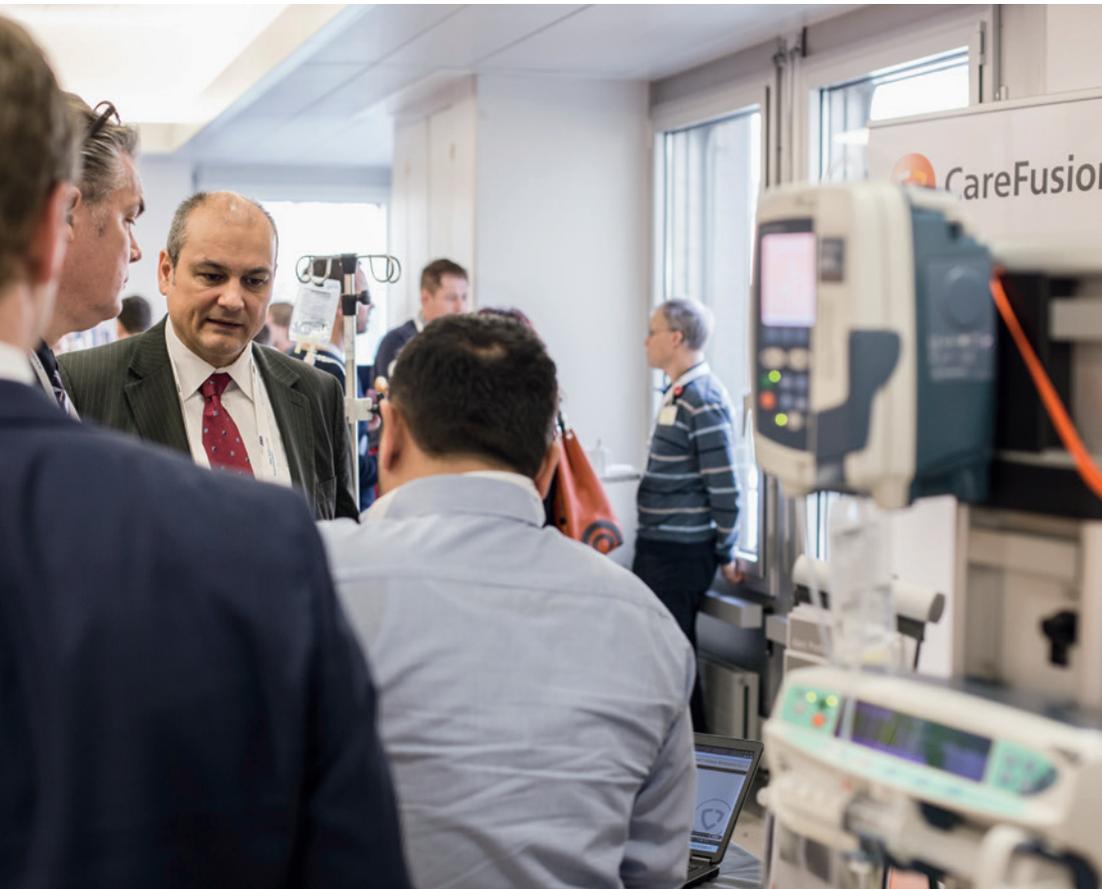
versitätsklinikum Jena, erläuterte, worauf sich Spitäler einstellen müssen und wie sie flexibel agieren: «Gerade der Personalaufwand wird bei der Einführung eines PDMS häufig unterschätzt. Am Uniklinikum Jena hatten wir uns damals auf Grund von Forschungsanträgen in der Intensivmedizin für die Einführung eines PDMS entschieden und merkten schon nach kurzer Zeit, dass wir für den regelmässigen Betrieb noch mehr Personal benötigten. Dieser Aufwand wächst proportional, je tiefer die Prozesse unterstützt werden. Es ist z.B. möglich, die komplette Medikation abzubilden. Das «Abteilungssystem» PDMS

kann sich so zu einem Leuchtturm entwickeln, der nicht nur sämtliche Prozesse elektronisch abbildet, sondern auch Daten für die Forschung bereitstellt». In seinem Vortrag erläuterte der Experte, wie es Spitalern gelingt, den Reifegrad der Abteilung auch auf andere Bereiche des Krankenhauses auszuweiten.

Weniger postoperative Komplikationen

Speziell den medizinischen Aspekt präsentierte Dr. Bernhard Walder, Facharzt FMH für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Universitätsspital Genf (HUG). Viele Spitäler stellen heute zunehmend eine veränderte Population fest: Übergewicht und Vorerkrankungen verursachen verstärkt postoperative Komplikationen und längere Spitalaufenthalte. Dr. Bernhard Walder berichtete in Bern, wie ein PDMS hilft, dies zu reduzieren: «Am Unispital Genf setzen wir seit letztem Jahr ein PDMS für die postoperative Outcome Erfassung in unseren drei monitorisierten Einheiten Intensivstation, Intermediate Care und im Aufwachraum ein. Komplikationen können wir jetzt schon in einem sehr frühen Stadium identifizieren und behandeln. Dabei helfen uns die sekundäre Risikobeurteilung nach der OP sowie die Tatsache, dass wir gezielt Indikatoren beobachten, die das endgültige Outcome des Patienten beeinflussen. Die automatisierte Dokumentation und ein sogenannter «Slow Trac» für Risikopatienten stellen sicher, dass wir auch bei hohem Patientendurchlauf die aufwändige Pflege und Nachbetreuung optimal leisten können. Schliesslich nützt uns das PDMS auch als Führungsinstrument: Durch gute Datenerfassung erkennen wir schnell, ob im Spital die Rate für eine bestimmte





Die Kosten werden akribisch erfasst:

- Einzelkosten werden auf den Fall erfasst (im PDMS), ebenso Medikamente, Blutprodukte, Implantate und Fremdleistungen.
- Der Gemeinkosten werden auf den Fall verrechnet. Personalkosten sind der grösste Teil. Die Verrechnung der Leistungen erfolgt über Zeit, TISS, LEP, PRN usw.; die Leistungen sind im PDMS dokumentiert.
- Die Mehrheit der Kosten ist durch Informationen aus der medizinischen Dokumentation erklärt.

Die Situation bei den Erlösen

Bei den Erlösen wird die DRG-Eingruppierung beeinflusst durch Nebendiagnosen, Verlaufsdiagnosen und komplizierende Prozeduren. Zusatzentgelte stammen von Medikamenten und Blutkonserven. Der Erlös wird durch Informationen aus der medizinischen Dokumentation bestimmt.

«Eigentlich ist es ein klarer Fall», folgerte Marcus M. Werners. «Das PDMS hat eine Ausrichtung auf Anästhesie und Intensivmedizin und ist im Idealfall die «umfangreichste» medizinische Dokumentation und «beste» Grundlage für Kostenermittlung. Ein flächendeckendes PDMS im Spital führt somit zu Kostenwahrheit und Abrechnungspfektion ohne zusätzlichen Erfassungsaufwand.»

In der Spitalpraxis existiere jedoch ein Dilema: PDMS sind aufwändig zu beschaffen und zu betreiben. Deshalb werden sie meist zu wenig gekauft und genutzt und deshalb wird auch nicht in deren Funktionalität investiert.

Als Ausweg bietet sich an: «Spitäler beschaffen nur noch ein einziges Dokumentationssystem für Normalstation, Anästhesie, Intensivmedizin, dieses aber parametrierbar nach den Abläufen der Einheiten. Sie nutzen dabei gleichzeitig die Chance, ihre Abläufe zu überdenken.»

Fazit: Konzentration und richtige Systemwahl

Mit einem PDMS entsteht mehr Kostentransparenz. Dazu, so der Referent, sei aber ein ideales PDMS nötig, das sich nicht auf Intensivmedizin und Anästhesie beschränkt, sondern an reflektierten klinischen Abläufen orientiert. Die Risiken seien bei PDMS und KIS gleichzeitig die problematischen Schnittstellen, Medienbrüche/Doppelerfassungen sowie Informationsverlust. Würden mehr PDMS eingesetzt, entstünde schliesslich ein grösserer Markt als Chance für bessere PDMS-Lösungen.

Komplikation erhöht ist. Das macht es möglich, frühzeitig gegenzusteuern.»

Warum Controller ein PDMS lieben

Geradezu begeistert über den Einsatz eines PDMS äusserte sich Marcus M. Werners, Direktion Dienste Controlling, Inselspital Bern. Allerdings gelte es, das richtige System zu evaluieren und breit einzusetzen. Kosten – PDMS sind nicht gerade billig – und Nutzen müssen ein wirtschaftliches Verhältnis erreichen.

Marcus M. Werners beleuchtete die Transparenz der Kosten und Erlöse: Was, wo, wofür? – «Während Manager die Gesamtlage und -strategie einschätzen und für Durchsetzung und Motivation sorgen, geht es beim Controlling um die Entscheidungsfindung und beim Controller selbst um Transparenz- und Methodenkompetenz, Drittblick und Mitverantwortung.»

Natürlich ist das Personal ist der grösste Kostenfaktor auf der Intensivstation. Die Intensivstationen selber machen in einigen Spitälern schon heute zwischen 10 und 20% der Spitalkosten aus und man wird in den nächsten 20 Jahren die Intensivkapazität verdoppeln müssen. SwissDRG (Webfeedback 2013, Datenjahr 2012) zeigte über 700'000 Fälle. Die Kosten-

komponente IPS und IMC betrug dabei 7.41% der Gesamtkosten (ohne Anlagenutzung).

Die Kosten im Detail

Anhand des Inselspitals (Kostenträgerrechnung 2013) zeigte der Referent die Kosten von IPS und IMC. An der «Insel» sind es 8.51% der Gesamtkosten (Einzelkosten, Gemeinkosten, Anlagenutzung). Die Details präsentieren sich wie folgt:

Anteil	Kostenart
100%	Summe Gemeinkosten und Anlagenutzung
67,42%	Personalkosten
10,84%	übrige Infrastruktur (Räume, IT, Reinigung)
9,47%	Overhead Spital
9,35%	Medizinischer Bedarf
-5,01%	Anteil medizinischer Bedarf als Einzelkosten verrechnet
4,07%	Übrige Betriebskosten
2,39%	medizinische Infrastruktur (Medizintechnik, Apotheke, Transporte)
1,85%	Summe Abschreibungen und Zinsen
-0,37%	Kostenminderung (im wesentlichen Finanzierung Ausbildung)