

EDV im Krankenhaus

Erstickt das Controlling in der Datenflut?

Schon vor der Einführung der DRGs dürfte allen Beteiligten klar gewesen sein, dass dies mit einer deutlichen Zunahme der zu erhebenden Daten verbunden sein würde. Durch die größere Datenmenge müssen auch mehr Daten als Informationen verarbeitet und verwertet werden. Beispielsweise verwenden medizinische Bereiche zuweilen unterschiedliche EDV-Subsysteme, welche das Controlling bei der Datenverarbeitung vor neue Herausforderungen stellen. Die Verwertung der Daten bedeutet für das betriebswirtschaftliche Controlling, einer wahren Datenflut ausgesetzt zu sein.

Stand dem Controller früher eine überschaubare Menge betriebswirtschaftlicher Kennzahlen zur Verfügung, reicht jetzt das Spektrum der Kennzahlen neben dem monetären Bereich von Belegungsdaten (CMI, Verweildauern, Ausreißer ...) über den Leistungsbe- reich (Mengen, Punktzahlen, Schnitt- Naht-Zeiten, Therapiedauern ...) bis hin zum Personalbereich (Zeiten, Zuschläge...). Hinzu kommen enorm gestie- gene weitere Anforderungen. So führt nicht zuletzt das zunehmende be- triebswirtschaftliche Denken in an- deren Berufsgruppen zu Fragestellungen in immer neuen Konstellationen.

Aufgaben des Controllings

Die Aufgaben des betriebswirtschaftlichen Controllings lassen sich wie folgt gliedern:

- Versorgung der Geschäftsführung und anderer Führungskräfte wie die Budgetverantwortlichen mit (Basis-)Informationen. Diese Informationen müs- sen in der Regel aus den Daten des Krankenhausinformationssystems (KIS) gewonnen werden, vielfach sogar aus verschiedenen Systemen, zum Beispiel der Finanzbuchhaltung und dem Perso- nalsystem. Nach der Übernahme der Rohdaten erfolgt deren Aufbereitung im Allgemeinen in einer Tabellenkalkulation – ein sehr zeitaufwändiger Prozess.

- Lieferung von anwenderbezogen aufbereiteten Steuer- und Manage- mentinformationen an die Geschäfts- führung, basierend auf einer tiefer ge- henden Datenanalyse.

- Aufbau und später regelmäßige Pflege der Kostenträgerrechnung, die einhergeht mit einer weiteren Daten- flut. Wichtig ist hier beispielsweise die Integration fremd vergebener Bereiche wie die Computertomographie und die Linksherzkatheter-Untersuchungen. Die entsprechenden Leistungsdaten liegen üblicherweise im KIS nicht vor.

- Aufbau und Durchführung der inter- nen Budgetierung mit Bildung hetero- gener Budgetbereiche.

- Vorbereitung der Pflegesatzverhand- lungen, Aufbereitung der Unterlagen, Aufstellung von Wirtschaftsplänen, in- terne Budgetierung.

Allen Anforderungen gemeinsam ist der große Bedarf an Daten. In der Ver- gangenheit wurden die Informations- beschaffung und -aufbereitung, eben- so die Datenanalyse, -beurteilung und -kontrolle als wesentliche Aufgaben des Controllings gesehen.¹⁾ Mittlerwei- le muss das Controlling jedoch vorran- gig Steuerungsaufgaben wahrnehmen und sich der Vorbereitung von Lösun- gen widmen.

In der Krankenhaus Agatharied GmbH in Hausham, Bayern, einem 400-Bet-

ten-Haus der Grundversorgung mit den Fachrichtungen Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie/Geburtshilfe, Orthopädie, HNO und Augenheilkun- de, war allen Verantwortlichen von Anfang an klar, dass die DRG-Einfüh- rung einschneidende Veränderungen zur Folge haben würde. Mit dem früh- zeitigen Umstieg zum 1. Januar 2003 auf das neue Abrechnungssystem er- hoffte man sich Vorteile durch den Wegfall des „Budgetdeckels“. Die In- stallation des Medizincontrollings wur- de notwendig. Damit ließ sich im be- triebswirtschaftlichen Controlling kei- ne deutliche Stellenzunahme mehr vertreten. Die Sicherstellung einer zeit- nahen Reaktion konnte also nur durch Automatisierung gewisser Abläufe er- reicht werden. Offensichtlich handelte es sich bei vielen Controllingaufgaben um periodisch wiederkehrende „Fleiß- arbeiten“, zum Beispiel die mitunter sehr zeitraubende Erstellung von Mo- natsberichten.

Data Warehouse

Der Ansatz zur Unterstützung bei der Bewältigung der unterschiedlichen Aufgaben bestand zunächst darin, alle benötigten Daten in einem homogenen Datenpool (Data Warehouse) zur Verfü- gung zu stellen. Hier werden Daten aus dem KIS (Patientendaten, Finanzbuch- haltung, Materialwirtschaft, OP-Sys- tem), dem Personalsystem, dem Anäs-



Eingangsbereich des Krankenhauses Agatharied in Hausham, Bayern

thesiesystem und der ausgelagerten Bereiche integriert.

Die Idee des Data Warehouse entstand Anfang der neunziger Jahre in den USA. Hauptmerkmale eines Data Warehouse sind:

- Die Datenspeicherung erfolgt nicht anwendungsbezogen wie die der operativen Daten.
- Es können verschiedene Anwendungen und Datenbestände einbezogen werden.
- Alle Daten können über die Zeit identifiziert werden (Zeit als bewertbare Bezugsgröße).
- Die Daten bleiben über einen längeren Zeitraum erhalten.

Es handelt sich um Daten aus operativen und externen Quellen. Durch die separate (redundante) Speicherung im Data Warehouse werden die Produktionssysteme entlastet. Die Daten im Data Warehouse werden nicht mehr geändert.

Folgende Aspekte hatten für die Verfasser höchste Priorität:

- die Konsistenz der Daten,
- die Reproduzierbarkeit (= Terminierung von Importläufen),
- programmierfreie Schnittstellen (= flexible Wartbarkeit),
- die Skalierbarkeit in dem Sinne, dass Erweiterungen, die zum Beispiel durch den Gesetzgeber oder neue Anforderungen verursacht werden, ohne großen Aufwand umgesetzt werden können,
- eine hohe Detaillierung; dies bedeutet, dass detailliert vorliegende Informationen auch so übernommen werden sollen, um Drill-Down-Analysen (vom Groben zum Feinen) zu ermöglichen,
- eine minimale Administration des Data Warehouse durch automatische Übernahme der Stamm- und Strukturdaten, zum Beispiel der Konten und der Kostenstellen, aus dem KIS.

■ Einsatz einer Analyseanwendung

Für die Realisierung dieser Pläne fand das Krankenhaus Agatharied in der KIMdata GmbH, Waakirchen (Bayern), einen Partner, der sich auf das betriebswirtschaftliche Controlling im Krankenhaus spezialisiert hat.

Um dem Controlling das Bereitstellen der Informationen zu erleichtern, wurde in Abstimmung mit der Geschäftsführung ein wichtiger Systemwechsel in der Ablaufstruktur angestrebt: Weg von der papiergestützten Bringpflicht des Controllings hin zur papierlosen Holpflicht der Adressaten. Hierzu steht die separate Analyseanwendung reporter zur Verfügung, mit der problemlos auf die Daten des Data Warehouse zugegriffen werden kann.

Für die relevanten Bereiche lassen sich Plandaten hinterlegen. Diese können im Controlling zum Beispiel in Excel aufgesetzt und direkt in das Data Warehouse übernommen werden. Um das Herunterbrechen der Jahresplanung auf Monats- oder Tageswerte braucht sich niemand mehr zu kümmern.

Die Anwendung reporter ist mit einem Bündel an Auswertungen ausgestattet. Jede Auswertung kann aus verschiedenen Perspektiven für verschiedene Zeiträume und unterschiedliche Kombinationen von Organisationseinheiten, zum Beispiel Abteilungen, Stationen, Funktionsbereiche oder Kostenstellen, betrachtet werden. Die gewünschte Sichttiefe bestimmt der Anwender selbst. Bemerkenswert ist zudem, dass diese Auswertungen nicht programmiert, sondern in einer logischen Abfragesprache definiert werden. So reduziert sich der Aufwand zum Bereitstellen einer neuen bzw. zum Anpassen einer vorhandenen Auswertung erheblich. Da der reporter flächendeckend im Krankenhaus eingesetzt wird, spielt das Berechtigungskonzept für die Auswertungen eine wichtige Rolle. Hier kann man sowohl den Zugang zu den Berichten als auch zu den einzelnen Organisationseinheiten, für die ein Bericht angezeigt werden kann, ermöglichen oder – wo es notwendig ist – sperren.

Durch die Mandantenfähigkeit eignet sich die Anwendung hervorragend zum Benchmark verschiedener Einrichtungen.

Auch die Anforderung nach tiefer gehenden Analysen kann über den reporter erfüllt werden. Dazu wurden komplexere Controlling-Auswertungen definiert, die ausschließlich dem Controlling zugänglich sind. Erhalten bleibt

die Möglichkeit, Auswertungsergebnisse mit Standard-Software wie Excel weiter zu bearbeiten.

■ Kostenträgerrechnung

Die Bearbeitung der Anforderungen Kostenträgerrechnung und interne Budgetierung erfolgt in dem separaten Werkzeug klx, einer Kostenstellen- und Kostenträgerrechnung, die eng mit dem Data Warehouse verzahnt ist. So können Bezugsgrößen aus dem Data Warehouse übernommen und Ergebnisse im Data Warehouse zur Ansicht bereitgestellt werden. Damit haben die Anwender die Möglichkeit, diese Informationen in der gewohnten Umgebung des reporters einzusehen. Der Drilldown bis auf den einzelnen Patienten ist hierbei gewährleistet. Da die Kostenträgerrechnung das Prinzip der Einzelfertigung im Krankenhaus unterstellt, ist man bei den Analysen sogar vom eigentlichen Grouping des Patienten unabhängig. Platzhalterdaten aus der bundesweiten Fallkostenkalkulation kommen nicht zum Einsatz, wie dies in anderen Produkten teilweise üblich ist. Gleichwohl werden die bundesweiten Kalkulationsergebnisse zum Benchmark verwendet.

Ein weiteres herausragendes Merkmal der Software besteht darin, in Excel maßgeschneiderte Auswertungsvorlagen erstellen zu können, die sich automatisch mit Daten befüllen lassen. Dieses Instrument dient dazu, regelmäßig Budgetberichte mit Soll-Ist-Vergleichen für die einzelnen Budgetbereiche zu generieren.

■ Fazit

Mit dem Paket Data Warehouse plus reporter sowie dessen Eigenschaften wie terminierbarer, automatischer Datenimport (ETL-Prozess, ETL = extract-information-load) verfügt das Controlling im Krankenhaus Agatharied über ein Werkzeug, das den Datenbeschaffungs- und den Datenbereitstellungsaufwand in einem nicht für möglich gehaltenen Ausmaß reduziert hat.

Die Analyseanwendung reporter fand sowohl bei der Geschäftsführung als auch bei den Ärzten und der Verwaltung des Krankenhauses eine positive Resonanz. Der Schulungsaufwand ist aufgrund der verwendeten intuitiv be-

dienbaren, grafischen Oberfläche gering. Um sich Informationen aus zurückliegenden Geschäftsjahren zu beschaffen, brauchen keine Ordner mehr durchsucht werden.

Die Kostenträgerkalkulation lässt sich per Knopfdruck durchführen. Der Zeitgewinn gegenüber einer manuellen oder halbautomatischen Nachkalkulation ist enorm. Soviel steht fest: Bei der Informationsbereitstellung wurde ein neues Niveau erreicht, die Kostenträgerrechnung ist implementiert. Und das alles mit 1,5 Mitarbeitern im Controlling für 400 Betten.

1) Vergleiche Reichmann: Controlling mit Kennzahlen und Managementberichten, 3. Auflage, München 1993, Seite 3 f.

Jürgen Pohl,
Kaufmännischer Direktor,
Krankenhaus Agatharied GmbH,
St. Agatha Straße 1,
83734 Hausham/
Manfred Merkelbach,
KIMdata GmbH,
Schmied-Balthes-Straße 19
83666 Waakirchen ■

Buchbesprechung

„Gesundheitswirtschaft – Die Zukunft für Deutschland“ von Dietrich H. W. Grönemeyer, 2004 erschienen im ABW Wissenschaftsverlag Berlin, 195 Seiten, 20,50 €. ISBN 3-936072-28-0

Nach einer Mitteilung der Süddeutschen Zeitung vom 27. Mai 2005 kündigte der neue Ministerpräsident von Schleswig-Holstein, Peter Harry Carstensen, in seiner Regierungserklärung an, künftig die Förderpolitik des Landes auf wachstumsstarke Branchen wie die Gesundheitswirtschaft zu konzentrieren und hierfür zusätzliche Mittel bereitzustellen. Selten hat sich bisher eine Regierungserklärung so prononciert zur Gesundheitswirtschaft geäußert. Angesichts der hohen Arbeitslosigkeit ist es jedoch längst notwendig, nach neuen Ansätzen zu suchen und Chancen wahrzunehmen, die bisher vernachlässigt wurden. Das gilt auch für Schleswig Holstein, dessen klimatische Besonderheiten aufgrund seiner Lage am Meer genügend Möglichkeiten bieten, um bei einer ganzen Reihe von medizinischen The-

rapieverfahren unterstützend zu wirken. Schließlich begeben sich nicht wenige Patienten, beispielsweise aus Norwegen oder Schweden, zur medizinischen Behandlung in andere Länder.

Diskussionen über das Gesundheitswesen werden oft durch Schlagworte wie die Praxisgebühr geprägt oder erschöpfen sich in der Feststellung, dass die Aufwendungen für die Gesundheit als Teil der Arbeitskosten unbedingt gesenkt werden müssten, weil nur so die Wettbewerbsfähigkeit unserer Wirtschaft erhalten werden könne. So notwendig eine Senkung der Lohnnebenkosten ist, bei der Auseinandersetzung darüber rückt die enorme arbeitsmarkt- und wirtschaftspolitische Bedeutung des Gesundheitssektors oft völlig aus dem Blickfeld. Es ist jedoch längst überfällig, sich von einer allein auf die Kosten abzielenden, einseitigen Betrachtungsweise zu lösen und einmal das große Potenzial dieses Bereichs genauer zu analysieren.

Prof. Grönemeyer nimmt sich in seinem neuen Buch „Gesundheitswirtschaft – Die Zukunft für Deutschland“ dieser Aufgabe nicht allein mit der kühlen Sachlichkeit des Analytikers, sondern geradezu mit Leidenschaft an. Im Mittelpunkt seiner Überlegungen steht „die Forderung, endlich die Investitionen im Gesundheitssystem nicht mehr ausschließlich unter dem Aspekt des Aufwands zu begreifen, sondern den damit verbundenen Nutzen wahrzunehmen“ (Seite 11). Dieses Postulat kennzeichnet auch die 7 Kapitel des Buches: 1. Heilen statt Kranksparen (Seite 1 bis 9); 2. Gesundheitswirtschaft als Wachstumsmotor Nr. 1 (Seite 10 bis 18); 3. Gesundheitsstandort Med. in Germany (Seite 19 bis 66); 4. Medizin und assoziierte Branchen: eine Welt voll ökonomischer Möglichkeiten (Seite 67 bis 97); 5. Standortmarketing: Umsetzungsvorschläge (Seite 98 bis 109); 6. Zukunft der Medizin zwischen High Tech und Naturheilkunde (Seite 110 bis 174). 7. Lebensqualität und Arbeit für alle (Seite 175 bis 181).

Mit einer Fülle von Beispielen und Zahlen hinterfragt der Autor den Gesundheitssektor als Wirtschaftsfaktor und sieht völlig zu Recht viele Chancen und Potenziale brach liegen. Seine Ausführ-

ungen schließen die Medizintechnik (Seite 70) und den Gesundheitstourismus (Seite 37) ein, die Pharmazie (Seite 84) und die Nanotechnologie (Seite 74), die Telemedizin (Seite 167) und die Umweltmedizin (Seite 162). Schon aus Platzgründen ist es hier nicht möglich, detailliert auf jedes Kapitel einzugehen. Es kommt auch nicht darauf an, jedem Vorschlag des Autors zuzustimmen. Uneingeschränkte Unterstützung verdient jedoch die Zielsetzung Prof. Grönemeyers, die Gesundheitswirtschaft als einen Wachstumsmotor von bedeutender Schubkraft darzustellen – mit großen Chancen für den Standort Deutschland. Die Forderung wird nicht plakativ für die Bundesrepublik gestellt, sondern konkret am Beispiel eines Landes aufgezeigt (Sport- und Gesundheitsregion NRW, Seite 42). Man könnte noch einen Schritt weiter gehen und darüber nachdenken, ob nicht mittels Clusterbildung die „Gesundheit“ zu einem Identität stiftenden Merkmal für eine Region werden könnte und sich dadurch positive Beschäftigungsimpulse erzielen ließen. Dazu wäre allerdings die Kooperation von vielen nötig – was in der Medizin nicht unbedingt angesagt ist, sich aber sicherlich lohnen würde.

„Zur Bypassoperation nach Singapur“ – so war ein Artikel in der „Welt“ vom 29. Mai 2005 überschrieben, nach dem holländische Krankenversicherungsunternehmen wegen der Engpässe in herzchirurgischen Einrichtungen ihres Landes dazu bereit sind, für die Versicherten die Kosten für eine Bypassoperation in einem Krankenhaus in Singapur zu übernehmen. Ohne die näheren Einzelheiten zu kennen, belegt das Beispiel klar, dass noch etliche Anstrengungen unternommen werden müssen, damit unser Gesundheitswesen international mit dem von Prof. Grönemeyer propagierten Gütesiegel „Med. in Germany“ gleichgesetzt wird. Um dieses Ziel zu erreichen, bietet das Buch eine Menge Anregungen, Anstöße und Tipps. Es kann deshalb nicht nur dem beruflich mit Gesundheitsfragen Befassten uneingeschränkt empfohlen werden.

Dr. Gerhard Knorr, Leiter der Abteilung Krankenhausversorgung im Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen, Winzererstraße 9, 89797 München ■