

Kommentar

von Georg Hoffmann



Richtiger Riecher

Mit unserer letzten Titelseite - nachzulesen im Online-Archiv von www.trillium-report.de - hatten wir, wie man so

schön sagt, den richtigen Riecher: Wir prophezeiten den damals gerade frisch verkündeten Eckpunkten der Gesundheitsreform ein baldiges Ende – nicht weil das Problem für eine große Koalition zu groß wäre, sondern weil sich die Koalitionäre das Thema Gesundheit für wahltaktische Stellungsspiele vorbehalten wollten.

Schneller als erwartet bewahrheitet sich unsere Prognose. Die GKV-Reform ist auf das Jahr 2009 und damit de facto in die nächste Legislaturperiode verschoben.

Auf die richtige Fährte kam unsere journalistische Spürnase, als - zufällig zeitgleich mit der Eckpunkte-Verkündigung - im so genannten Gammelfleisch-Skandal ein Eti-



Die schwarz-rote Koalition bereitet das Wahlvolk allmählich darauf vor, dass die Gesundheitsreform auf die nächste Legislaturperiode vertagt wird.

kettenschwindel ruchbar wurde. Das war die Erklärung! Auf der Verpackung, die Angela Merkel präsentierte, stand als angeblich frische Idee „Gesundheitsfonds“ drauf, aber was drin war, sah nach einem veralteten Gebräu aus schwarzer Kopfpauschale und roter Bürgerversicherung aus. Also noch ein Fall von vorsätzlicher Umetikettierung?

Man muss den beiden Koalitionsparteien zugute halten, dass der Gesundheitsfonds in der vorgeschlagenen Form von vornherein wohl nicht zum Verzehr vorgesehen war. Ganz im Gegenteil: Er wurde so unattraktiv angeboten, dass er die Ablehnung aller Betroffenen, also Patienten, Ärzte und Krankenkassen geradezu herausforderte.

So kam es denn auch wie im Drehbuch vorgesehen: Es hagelte Proteste, die Spitzenpolitiker mimten die Überraschten, kündigten harte Detailarbeit an - und vertagen nun die GKV-Reform mit (schau-)spielerischer Leichtigkeit.

Gesundheitsreform

Scheitern nach Plan

Das wahltaktische Theater um die Krankenkassenbeiträge sind viele Wähler leid. Vermutlich wird es gelingen, den Gesundheitsfonds in die nächste Legislaturperiode zu verschieben, aber ob eine der beiden großen Parteien dabei gewinnt, ist fraglich.

Der Schaukampf zwischen Union und SPD, den wir bis zum Ende dieser Legislaturperiode in Sachen Gesundheitsfonds erleben werden, dürfte sich wohl nur noch um Marginalien drehen: Ein Euro hier, ein Prozentpunkt dort. Bei diesem Theaterstück ist die Union in einer geringfügig besseren Position als die SPD, denn sie verfügt über zwei gegensätzliche Charakterdarsteller: Merkel kann die GKV-Reform als schwer erkämpften Kompromiss verteidigen und Stoiber darf böse Miene zu ihrem guten Spiel machen. Das kommt bei einigen Wählern offenbar an, insbesondere in Bayern. Beck muss dagegen allein auf die Bühne und baut darauf, Merkel als Führungsschwach zu attackieren.

Die aber steckt Kritik im gerade laufenden ersten Akt des Dramas gelassen weg und lässt sogar die SPD-Gesundheitsministerin gewähren, wenn sie der Reform einen roten Anstrich verpasst. Sie wartet auf den letzten Akt im Wahljahr 2009. Man kann darauf wetten, dass sie der SPD dann die Schuld am geplanten Scheitern geben wird: Zu viel Bürokratie, zu viel Staat – das konnte ja nicht gut gehen.

Der Spagat besteht darin, gleichzeitig das ehrliche Bemühen um eine gemeinsame Lösung zu demonstrieren, denn ein schimpfliches Ende des Reformwerks kann sich die Koalition im Interesse ihrer Umfragewerte auch nicht leisten. Ein Gelingen kann sie sich aber noch viel weniger leisten. Da liegt das Problem.

In der aktuellen wirtschaftlichen Lage sind die meisten Sujets, mit denen ideologische Unterschiede zwischen den beiden Lagern breitenwirksam propagiert werden könnten, rar und riskant. Insbesondere bei der Bekämpfung der Arbeitslosigkeit bleibt den Parteien jenseits aller Diskrepanzen wohl nichts anderes übrig, als an einem Strang zu ziehen. In diesem hartzerfüllten Land dürfen Union und SPD die stetig wachsende Wählermasse der Erwerbslosen weder links noch rechts liegen lassen.

Also muss die Gesundheitsreform für Abgrenzungsstrategien erhalten. Kein anderes Thema berührt mehr Deutsche – über 80 Millionen, von denen jeder mit Sicherheit irgendwann krank wird – und kaum eines selektiert so trennscharf zwischen den sozialen Schichten und damit Wählergruppen. Das Wort „Zweiklassenmedizin“ hat Hochkonjunktur und wird bis 2009 mit Sicherheit noch zulegen.

Die Richtung stimmt

Bei aller Kritik, die die Koalition jetzt auf sich zieht, baut sie für die nächste Legislaturperiode durchaus Brücken: Krankenkassen sind das letzte wild wuchernde Biotop der Gesundheitslandschaft, nachdem die niedergelassenen Ärzte bereits von Schwarz-Gelb, die Krankenhäuser von Rot-Grün beackert und eingezäunt wurden. Die Politik stellt den Machtanspruch des Staates gegen die Macht der Funktionäre und ist zudem ein Schritt, um alle Bürger wieder in das System einzugliedern - also auch jene halbe Million, die derzeit unversichert ist.

Begrüßenswert ist weiterhin, dass das Reizthema Altersrückstellung der Privatversicherungen endlich offen diskutiert wird. Bislang ist ein einmal privat Versicherter über sein angespartes Geld de facto lebenslang gebunden. Gerade die Privaten, die sich gegen ein einheitliches Basisangebot nach GKV-Muster mit dem Argument des Wettbewerbs wehren, müssen sich nun dem Wettbewerb stellen.

So sehr die Umgestaltung des deutschen Krankenversicherungswesens aber essentieller Bestandteil einer umfassenden Gesundheitsreform sein muss, so wenig ist es gerechtfertigt, die Modernisierung unseres Gesundheitssystems auf ein „GKV-Modernisierungs-Programm“ zurück zu stützen. Anstelle den großen Wurf zu wagen, setzen die beiden Parteien auf kleinliche taktische Manöver, um sich für die nächste Wahl zu positionieren. Das ist nicht nur für die unmittelbar betroffenen Ärzte, Pfleger und Apotheker, sondern auch für die Wähler deprimierend. Was sie von dieser großen Koalition wirklich erwarten, wird ihnen verweigert, nämlich Größe. Vermutlich werden davon bei der nächsten Wahl die „kleinen“ Parteien profitieren. ■

gh

Vertikale Integration

In ländlichen Regionen haben es die großen Ketten schwer. Kleinen Häusern der Grund- und Regelversorgung bietet sich hier die Chance, eine ganz andere Art von Kette zu bilden – nämlich die Verschmelzung unterschiedlicher „Wertschöpfungsstufen“.



Das Regionale Gesundheitszentrum-Brücke zwischen Krankenhaus und Arztpraxis

Die kleineren Krankenhäuser werden von vielen totgesagt, doch Not macht auch erfinderisch. Gerade für sie ergeben sich Chancen durch eine Verzahnung mit ihrem Vertriebskanal, den zuweisenden Ärzten. Denn beide Parteien – niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung - stehen vor demselben Dilemma: Die Umsätze sinken und die Ausgaben steigen. Beide müssen in dem Teich des anderen fischen, um ihrem Margendruck zu begegnen.

Die typische Antwort der Ökonomen auf diese Herausforderung heißt „horizontale Integration“, also Wachstum in die Breite durch Bildung strukturell homogener Ketten. Sie wird allerdings strukturschwachen Regionen nicht gerecht, in denen kleinere Krankenhäuser von wenigen zuweisenden Ärzten abhängen. Solche Regionen haben kaum die Möglichkeit, Strukturen kritischer Größe aufzubauen, denn oft existieren gerade einmal ein oder zwei Krankenhäuser, die sich zusammenschließen könnten. Analog ist im ländlichen Raum die Situation bei den oft weit verstreuten Vertragsärzten: Sie decken ohnehin große Regionen ab und profitieren von weiterer Ausdehnung so gut wie nicht.

Auch städtische Kiezstrukturen sind mitunter schwach versorgt. Hier ist das Problem nicht die Fläche, sondern die

unzureichende GKV-Finanzierung bei hoher Morbidität und der Mangel an privat Versicherten. Da bringen auch Skaleneffekte einer Kettenbildung nicht immer den gewünschten Erfolg.

Wenn aber der horizontale Skalenaufbau als einfache Antwort auf die Herausforderung des Margendrucks nicht hinreicht, bietet sich als Alternative eine Kooperation von Vertragsärzten und Krankenhäusern im Sinne einer vertikalen Integration an. Darunter verstehen Ökonomen die Vereinigung von Betrieben unterschiedlicher Produktionsstufen unter einer Führung. Auf Deutsch: Jeder konzentriert sich auf das, was er kann, aber alle engagieren sich für dasselbe Produkt.

Ein attraktiver Lösungsansatz ist der Aufbau von Regionalen Gesundheitszentren (RGZ), die zwei Organisationsformen verschmelzen lassen: Krankenhaus und Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ). Dabei erwerben entweder Vertragsärzte und Führungspersonal des benachbarten Krankenhauses das Krankenhaus ganz oder teilweise, was man „Management Buyout“ nennt, oder die Vertragsärzte lassen sich anstellen und übertragen ihre Vertragsarztsitze an das MVZ. Wirtschaftlich tauschen sie damit ihre Praxis gegen einen Eigenkapitalanteil am Krankenhaus.

Das RGZ-Modell bedient viele Interessenten und ist ohne eine einzige Rechts- oder Vergütungsänderung umsetzbar. Wirtschaftlich gesehen ist die Vorgehensweise attraktiv, denn sie nützt gemeinsame Einrichtungen ohne anreizverzerrende Vergütungsmodelle, erspart Doppeluntersuchungen und lastet die Immobilie Krankenhaus besser aus.

Patienten erhalten eine zentrale, relativ wohnortnahe Anlaufstelle und finden dort alle nötigen (Fach-)Ärzte vor. Die Kosten der Krankenhausambulanz, die pro Fall derzeit absurd höher als im niedergelassenen Bereich sind, sinken durch weitgehende Verlagerung der Ambulanz: Ehemals defizitär wird sie nun eine ertragsreiche Tochtergesellschaft, die geeignete Fälle dem eigenen Haus zuweist und ungeeignete an die richtige Adresse weiterempfiehlt.

Schließlich kann die Notfallversorgung optimiert werden: Schwerere Fälle werden weiterhin im Krankenhaus aufgenommen, leichte dem Notdienst des niedergelassenen Bereichs in den Räumen des MVZ überlassen.

Dass dieses Modell trotz seiner Vorteile noch wenig verbreitet ist, liegt vor allem daran, dass es gewöhnungsbedürftig ist: Niedergelassene werden als Krankenhaus-Miteigentümer noch zu selten akzeptiert. Dazu kommen oftmals irrationale Preisvorstellungen für noch so entlegene Kleinstkrankenhäuser sowie der Irrglauben, Klinikambulanzen könnten Leistungen in gleicher Qualität und vor allem Kostenstruktur wie Vertragsärzte anbieten.

Die spannende Frage ist nicht ob, sondern wie viele Krankenhäuser und Vertragsärzte dieses vom Gesetzgeber implizit gewünschte Grundmodell für ihre eigene Zukunftsentwicklung nutzen werden. Sicher ist: Totgesagte können länger leben, als manche denken. ■

gvl

Allianz schafft Transparenz

Der Markt der Integrierten Versorgung mit inzwischen über 2.500 Verträgen und bald 1 Mrd. Euro Volumen ist reichlich undurchsichtig. Insbesondere existieren kaum verlässliche Daten über Fallzahlen, Indikationen und Partner der einzelnen Verträge.

Eine Allianz von Leo-Impact Consulting, Berlin, und BAZAN Berater im Gesundheitswesen, Witten, mit dem Fachmagazin Trillium-Report soll nun zum Nutzen von Kostenträgern, Leistungserbringern und vor allem Patienten Transparenz schaffen. Im Rahmen eines wissenschaftlichen Projekts wurde ein Fragebogen erarbeitet, der in den nächsten Wochen allen Krankenkassen in Deutschland zugeht. Vorerhebungen zu rund 1.000 Verträgen existieren bereits.

Die Ergebnisse sollen verdichtet in der Zeitschrift publiziert und detailliert in einer Internet-Datenbank öffentlich zugänglich gemacht werden. Bei erwarteter guter Teilnahme soll der Zugriff kostenlos sein.

Weitere Informationen:
Gunter von Leoprechting
leo@leo-impact-consulting.de
Tel.: 030/2549 3161



Workflowmanagement

Computergesteuerte Abläufe

Auf die Einführung von DRGs folgen nach internationaler Erfahrung unweigerlich klinische Pfade, und diese wiederum benötigen Computerprogramme, sonst laufen Zeiten und Finanzen aus dem Ruder.

Nun haben Ärzte im Krankenhaus endlich alle Vokabeln gelernt, um auf Case-Mix-Konferenzen über Base Rates etc. mitreden zu können, da folgt eine neue Welle von Fachveranstaltungen mit erweitertem medizinischem Vokabular: *Workflow Management Workshops*. Man könnte natürlich stattdessen auch „Arbeitsablauf-Handhabungskurse“ sagen, aber manchmal ist englisch einfach griffiger.

Schenkt man unseren angelsächsischen Vorreitern Glauben, dann folgen in jedem Land auf die Einführung von DRGs über kurz oder lang klinische Pfade – und wer *clinical pathway* sagt, muss auch *workflow management* sagen. In den USA nutzen bereits 80% aller Häuser solche standardisierten, computergesteuerten Arbeitsabläufe; in Deutschland werden Pfadprojekte noch häufig mit spitzen Fingern und gerümpfter Nase angefasst. Dabei zeigt eine Auswertung des Lehrstuhls Public Health der TU Dresden von 2.400 Untersuchungen, dass standardisierte Arbeitsabläufe die Behandlungsqualität verbessern und Kosten senken. EDV-Systeme, die diese Art von Unterstützung bieten, nennt man Workflow-Management-Systeme (WFMS). Ihre Entwicklung ist in vollem Gange: Fast alle KIS-Hersteller bieten

ihren Kunden eigene oder zugekaufte Module zur Prozessoptimierung, -steuerung und -kontrolle an.

Nach einer Definition von Vahs (Einführung in die Organisationstheorie und -praxis) umfasst Workflowmanagement alle Aktivitäten zur „antizipativen und zielgerichteten Organisationsgestaltung mit dem Ziel der Effektivitäts- und Effizienz-Steigerung“. Das ist zwar deutsch, doch für medizinische Mitarbeiter ebenfalls erklärungsbedürftig. Wer sich in die Materie einlesen will, dem kann man die nebenstehenden Bücher sehr empfehlen.

Ein Teilaspekt sei herausgegriffen, der zeigt, wie nützlich es ist, sich eigentlich selbstverständliche Zusammenhänge bewusst zu machen, ehe man „antizipativ organisationsgestaltend“ tätig wird. Bei der Definition von Arbeitsabläufen im Krankenhaus spielt das Uno-Actu-Prinzip eine Rolle: Leistungsgeber (Arzt) und Leistungsnehmer (Patient) müssen zur Behandlung schlicht gleichzeitig anwesend sein, sonst stockt der Prozess. Die Koordination der Abteilungen untereinander geschieht im Krankenhaus oft auf geduldigem Papier oder auf Zuruf, was in einer komplexen Organisation nicht reibungslos funktionieren kann. Deshalb ist Computersteuerung in der Workflowmanagement-Lehre eine Grundvoraussetzung, um die Gleichzeitigkeit essentieller Prozesse zu sichern.

An diesem Prinzip entzündet sich oft auch das Hickhack, ob diagnostische Leistungen Hauptprozesse oder beziehbare Hilfsdienste sind, weil der Patient dabei nicht zwingend anwesend sein muss.

Im Sinne ganzheitlicher Prozessführung sind solche Trennungen kontraproduktiv; Diagnostik und Therapie gehören im Verlauf eines stationären Aufenthalts zusammen, müssen als zeitlich abgestimmte medizinische Kernleistungen in alle Workflowmanagement-Systeme einbezogen und in Richtung einer Outcome-Verbesserung der Patienten kontinuierlich gepflegt werden.



Economica Verlag *Baumann Fachverlage*
MedizinRecht.de *ku-profi-Reihe*
 ISBN 3-87081-430-6 ISBN 922091-88-1
 Heidelberg 2006 Kulmbach 2004

Klinische Pfade sind insbesondere keine von oben diktierten Verfahrensanweisungen. Sie werden vom Behandlungsteam selbst gefunden und im Konsens gelebt – über Berufsgruppen und Abteilungen hinweg. Dass sie das Dokumentationsmanagement, die Kostenträgerrechnung oder die strategische Planung unterstützen, ist ein wichtiger Aspekt, aber eben doch nur ein willkommener Nebeneffekt. ■

gh

VDGH Arbeitsgemeinschaft für Life Science Research



Sprecher der AG ist Dr. H. P. Fatscher (Qiagen), Stellvertreter Dr. B. Agrawal (Roche Diagnostics), Ansprechpartner für die Presse Dr. P. Quick (Promega), Tel. 0621/8501-200, peter.quick@promega.com (von li nach re).

Life Science Research ist ein junger, sich dynamisch entwickelnder Markt mit hohem Potenzial für die medizinische Forschung und Diagnostik. In Deutschland erwirtschaften in diesem Segment rund 100 Unternehmen mit 6.000 Mitarbeitern über eine Milliarde Euro, der Weltumsatz liegt bei fast 20 Milliarden.

Eine neu gegründete Arbeitsgruppe der Life-Science-Research-Hersteller (LSR AG) beim Verband der Dia-

gnostica-Industrie e.V. (VDGH) will die Zusammenarbeit mit wissenschaftlich-medizinischen Einrichtungen stärken und der Öffentlichkeit die wachsende Bedeutung der Branche für den Forschungsstandort Deutschland deutlich machen. Acht Life-Science-Research-Hersteller haben sich bisher zusammengeschlossen. Die AG will zunächst ihre Basis durch Gewinnung weiterer Mitglieder verbreitern, die Marktforschung vertiefen und Kontakt zu den wichtigsten wissenschaftlichen Verbänden aufnehmen.

dml

Gegen den Strom

Während die meisten deutschen Krankenhäuser ihr Labor derzeit auflösen oder auslagern, geht ein Augsburger Unternehmen den umgekehrten Weg: Es holt Labortests aus dem niedergelassenen Bereich ins Krankenhaus.



Anfang August 2006 schloss Oliver Götz (Lab'Partners Augsburg) einen Kooperationsvertrag mit den Kliniken Düsseldorf ab.

Oliver Götz, Geschäftsführer von Lab'Partners in Augsburg, hat offenbar eine Marktlücke entdeckt – und zwar in einem Markt, für den viele Fachleute derzeit keinen roten Heller verwetten würden. In nur vier Jahren gelang es dem gelernten Medizininformatiker und Unternehmer, führender Spezialist für das Management von Kliniklaboratorien zu werden.

Das 14-köpfige Team von Lab'Partners ist bereits Managementpartner von über 50 Kliniklaboratorien und sieben niedergelassenen Laborzentren in Deutschland.

Die auf der Website www.labpartners.de publizierten Referenzhäuser liegen schwerpunktmäßig in Bayern, reichen jedoch von Immenstadt im Oberallgäu bis Rotenburg an der Fulda. Der weiteste Sprung über den Weißwurstäquator führte Anfang August nach Düsseldorf, der bisher jüngste nur Wochen später nach Weißenhorn, Illertissen und Neu-Ulm.

In einer Pressemeldung vom 3. August heißt es zu Düsseldorf: „...übernimmt die Lab'Partners GmbH & Co. KG als neuer Betreiber beider Kliniklaboratorien deren Management mit dem Ziel, die Wirtschaftlichkeit der Labors zu steigern.... Das bedeutet die Neustrukturierung des Sachkostenmanagements und die Neuausrichtung des Anforderungsverhaltens sowie in einem weiteren Schritt die Installation einer Laborgemeinschaft, um die Verzahnung der Kliniken mit niedergelassenen Ärzten der Region zu verbessern.“

Götz zeigt sich im Interview von seinem Erfolg fast selbst überrascht, denn eigentlich realisierte er von Beginn an eine Vision, die dem allgemeinen Trend auf dem Gesundheitsmarkt diametral entgegen zu stehen schien: Insourcing statt Outsourcing von Laboratorien, wobei er nach eigenen Bekunden als nichtärztlicher Managementpartner „lediglich“ komplementäres Wissen für Kliniklaboratorien und niedergelassene Ärzte zur Verfügung stellt. Das kommt offenbar gerade bei mittleren und kleineren Häusern gut an; sie empfinden nämlich die komplette Abgabe ärztlicher Kompetenzen an Laborketten nicht immer nur als Erleichterung, sondern auch als eine gewisse Bedrohung.

Genau hier setzt auch die strategische Argumentation von Götz an: Zum einen sei die Diagnostik im DRG-Krankenhaus in medizinischer und ökonomischer Hinsicht eine unverzichtbare Kernkompetenz – schließlich rechne man im Diagnosebasierten Fallpauschalensystem eben nach Diagnosen ab – zum anderen erfordere der Trend zur regionalen, integrierten Versorgung ein Überwinden alter Denkgewohnheiten, die auf eine (mehr oder weniger freundliche) Übernahme stationärer Versorgung durch niedergelassene Ketten abzielen. „In meiner Brust schlägt eben nur ein Herz“, sagt Götz, denn „ich bin per definitionem ein nicht-ärztlicher Partner und habe keine Übernahmeambitionen.“

Dass sein antizyklisches Firmenkonzept offenbar auch wirtschaftlich aufgeht, ist umso verblüffender, als ausgerechnet in Augsburg zwei der größten deutschen Laborketten als starke Wettbewerber ihren Hauptsitz haben. Die alte Fuggerstadt ist offenbar ein guter Nährboden für ungewöhnliche Laborkonzepte: Dort entstand sowohl Deutschlands erste „Laborfabrik“ (Schottdorf) als auch das erste große Netzwerk niedergelassener Laborärzte (sYnlab).

Nun also kann sich Augsburg auch als Geburtsstadt des größten Verbundes von extern gemanagten Krankenhauslaboratorien fühlen. ■

gl

Weitere Informationen unter
info@labpartners.de
www.labpartners.de
Tel./Fax: 0821/998 77-00/ -02

Originalton aus Düsseldorf

Am 3. August wurde Horst Imdahl, Geschäftsführer der Kliniken Düsseldorf, in einer Pressemeldung von Oliver Götz als neuester Partner bei Lab'Partners begrüßt, am 18. August sprach er bei Anne Will in den Tagesthemen über die neuesten Tarifabschlüsse für Ärzte nach langwierigen Verhandlungen und Streiks. Der Fernsehauftritt war sicher die unangenehmere Aufgabe, denn „...der Abschluss wird uns teuer zu stehen kommen“, ließ Imdahl die Reporter wissen und rechnete vor, dass er wohl 28 Stellen abbauen müsse.

In der Pressemeldung von Lab'Partners gab sich der kühle Rechner dagegen zuversichtlich: „Wir stellen uns gemeinsam einer ebenso spannenden wie verantwortungsvollen Aufgabe, und wir sind sicher, mit Lab'Partners als dem Vorreiter in Sachen Labormanagement auf dem deutschen Markt einen starken und erfahrenen Partner an unserer Seite zu haben“. Soweit der Originalton, über den auch Götz sicher mehr als zufrieden sein konnte.



Horst Imdahl, Geschäftsführer
Kliniken der Landeshauptstadt Düsseldorf
Gräulinger Straße 120
40625 Düsseldorf
Tel.: 0211/2800-01
www.kliniken-duesseldorf.de

Sektorenübergreifende Versorgung

Neue Perspektiven für das Krankenhaus



Wirtschaftliche Optimierung ist die treibende Kraft für das Outsourcing von Krankenhauslaboratorien. Hohe Anforderungen an das Zeitverhalten prozesssteuernder Analytik sowie die Analytik komplexer Probenmaterialien sind insbesondere für große Krankenhäuser Gründe für den Erhalt des eigenen Labors. Public Private Partnership (PPP) kann dazu einen wesentlichen Beitrag leisten.

Einen auf Dauer umfassenden Laborbetrieb auf dem Krankenhausgelände wollte das Klinikum Bremen-Mitte sichern, als es für sein Labor vor drei Jahren europaweit einen privaten Partner suchte. Gefordert war ein Konzept, das die wirtschaftliche Versorgung des öffentlich-rechtlichen Krankenhauses ermöglicht und gleichzeitig am Standort ein im Wettbewerb mit wirtschaftlich optimierten Privatlaboratorien wachstumsfähiges Labor etabliert. Die LADR GmbH Medizinisches Versorgungszentrum Dr. Kramer & Kollegen in Geesthacht bekam den Zuschlag für die Public Private Partnership, die eine enge Vernetzung des Krankenhauslabors mit niedergelassener Leistungserbringung vorsah. Kernpunkte des Konzepts waren die Errichtung einer sektorenübergreifenden neuen Betriebsstätte am Krankenhaus sowie die Einbindung des Labors in den LADR-Laborverbund mit der Möglich-



Das Laborzentrum Bremen fasst in einer Public Private Partnership das ehemalige Zentrallabor des Klinikums Bremen-Mitte mit dem LADR GmbH Medizinischen Versorgungszentrum Bremen zusammen.

keit der gleichzeitigen überregionalen Vermarktung der Spezialkompetenz und Vorhalteleistungen des Krankenhauslabors (Insourcing) und des kostengünstigen

Was ist PPP?

Technologie im Krankenhaus ist teuer. Das gilt nicht nur für aufwendige OP-Einrichtungen oder Kernspin-Tomographen, sondern ganz besonders auch für die Labordiagnostik mit ihren Großgeräten für die Analytik und Perianalytik. Die Zeiten, in denen öffentliche Förderung und Investitionsbedarf miteinander im Einklang waren, sind längst vorbei und selbst der Gang zur Bank ist den meisten Häusern in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft verschlossen, da ihr Eigenkapital bei der Prüfung nach „Basel II“ nicht ausreicht. In dieser Situation hilft die Suche nach privaten Partnern, die Finanzierungsmittel für Neuinvestitionen bereit stellen und den Betrieb übernehmen, mithin Outsourcing inklusive Finanzierung anbieten. Man nennt ein solches alternatives Finanzierungsmodell für öffentliche Einrichtungen „Public Private Partnership“, kurz PPP, im deutschen auch abgekürzt ÖPP für „öffentlich-private Partnerschaft“. PPP ist meist mit einer Teil-Privatisierung von öffentlichen Aufgaben verbunden, nicht nur im Gesundheitswesen, sondern z.B. auch beim Bau von Schulen. Einschlägige Projekte im Krankenhaus, wie das Funktionsgebäude der Universität Köln oder das Protonentherapiezentrum der Universität Essen, sind in Deutschland noch selten.

gvl

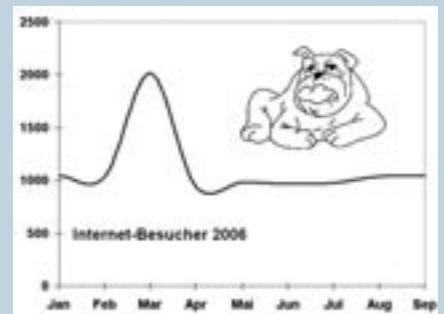
Recognised for Excellence

Am 9. September erhielt das Leitungsteam des Labors am Dt. Herzzentrum in München, Chefarzt Prof. Vogt, sein Stellvertreter Dr. Braun und die leitende MTA Frau Ciolek die erlösende Botschaft: Das Institut gilt ab sofort als „recognised for excellence“ im Sinne der European Foundation for Quality Management. Die Auszeichnung wird mit einer Urkunde aus Brüssel belohnt; sie attestiert Exzellenz in der Umsetzung des gesamten EFQM-Mosaiks von Qualitätsmerkmalen wie Kunden- und Mitarbeiterzufriedenheit, Prozess-, Risiko- und Finanzmanagement. Im Gegensatz zur Akkreditierung wurden von den strengen Assessoren Verständnis und Erfolg des Qualitätsprozesses gemessen, so Vogt. Dr. Hans Alsen, Internist und Qualitätsmanager der DRK-Kliniken Berlin und Benedikt Sommerhoff, Leiter des Deutschen EFQM-Centers der DGQ hatten zwei Tage lang vor Ort Leitung, Mitarbeiter und Einsender des Labors befragt und die Prozesse auf Herz und Nieren geprüft, ehe sie die Auszeichnung verliehen. Prof. Vogt und sein Team gelten in Deutschland als Vorreiter für die Verbreitung des QM-Gedankens im Gesundheitswesen.

os

VDGH fördert Watchdog 2007

Der Verband der Diagnostica-Industrie e.V. fördert auch in diesem Jahr wieder die Anpassung der von Trillium entwickelten Datenbank DRG-Watchdog an die neuen Fallpauschalen. Pünktlich zum 1.1.2007 können damit wieder unter www.trillium.de alle vergütungsrelevanten Diagnosen zu knapp 1.000 DRGs abgefragt werden. Der Zugang ist kostenlos.



Das Programm DRG-Watchdog, das im Jahr 2000 entwickelt und seither kontinuierlich von Trillium weiter optimiert wurde, erfreute sich auch 2006 großer Beliebtheit. Jeden Monat wurden im Durchschnitt 1.000 Besucher gezählt; im März waren es sogar doppelt so viele.

gh



Automationsysteme ermöglichen in der neuen Betriebsstätte eine effiziente Zusammenarbeit von Krankenhauslabor, Laborgemeinschaft und fachärztlicher niedergelassener Versorgung.

Bezugs von Waren und Dienstleistungen (Outsourcing). Im Ergebnis ist darüber hinaus ein hochspezialisierter 24-Stundendienstleister entstanden, der das Klinikum bei der Etablierung sektorenübergreifender Behandlungspfade unterstützt.

Der Umzug des niedergelassenen Partners auf die „teure“ und verkehrstechnisch ungünstige Lage im Zentrum der Großstadt stellte sich bei Übernahme des Krankenhauslabors im Juni 2004 nicht ohne Risiken dar. Es gab große Unterschiede in Probenlogistik, Auftragserfassung, zeitlichen Abläufen, Laborinformationssystemen, Rechtsform und Betriebskultur zwischen den beteiligten Partnern. Gleichzeitig erforderte die organisatorische Entflechtung des Labors vom Krankenhaus eine rasche Etablierung von neuen Strukturen. Kreative Lösungen, erarbeitet unter breiter Beteiligung der Mitarbeiter des Krankenhauslabors und des am Stadtrand gelegenen Privatlabors, waren daher erforderlich, um nach nur zwei Jahren im Mai 2006 im Neubau den gemeinsamen Betrieb aufzunehmen. Drei in ihren Arbeitsabläufen eng miteinander vernetzte Betriebe, die Bremer Zentrum für Laboratoriumsmedizin GmbH als Dienstleister für Krankenhäuser und andere institutionelle Kunden, die LADR GmbH Medizinisches Versorgungszentrum Bremen als umfassender Anbieter in der fachärztlichen Versorgung und eine große Laborgemeinschaft stellen hierbei sich ergänzende Plattformen für den Auftritt am Markt dar. Die Neuerrichtung einer gemeinsamen Betriebsstätte auf dem Krankenhausgelände eröffnete die Chance zu einer auch räumlichen Optimierung der vernetzten Laborabläufe.

Kreative Prozesslösungen waren vor allen Dingen in der Auftragserfassung, im Probenmanagement und beim EDV-Konzept erforderlich. Der parametrisierten Anforderung im Krankenhaus mit einer Priorisierung von Eilfällen stehen hierbei eine an diagnostischen Fragen orientierte Bearbeitung in der fachärztlichen Versorgung und hohe Probendurchsätze im Bereich der Laborgemeinschaft gegenüber. Die sektorenübergreifende Konzeption legte eine arbeitsteilige Abbildung dieser Abläufe auf gemeinsamen Plattformen nahe.

In der Auftragserfassung wurde mit OCR-basierten Scanning-Systemen, in ihrem Analysenspektrum einfach adaptierbaren Auftragsscheinen und Probenkennzeichnung beim Einsender eine einheitliche Plattform geschaffen, die eine standardisierte Einschleusung von Proben aus allen Bereichen ermöglicht. Das Konzept ermöglicht auch vor Einführung von Order Entry einen individualisierten Anschluss von Krankenhäusern und ist auf zukünftige Änderungen der Leistungserbringung durch Laborgemeinschaften vorbereitet. In der Präanalytik überfordern die gleichzeitige Abbildung eines hohen Probendurchsatzes von bis zu 1.600 Serumröhrchen pro Stunde für den Bereich der Laborgemeinschaft sowie von kurzen Rotationszyklen für Reflex- und Nachforderungsanalytik für den Krankenhausbereich konventionelle Straßenlösungen. Gefordert war zudem eine schlanke Lösung, die durch die automatisierte Verteilung und Aliquotierung sowie Archivierung von Primär- und Sekundärröhrchen die Pro-

zessqualität verbessert und sich auch bei noch hohem Personalstand wirtschaftlich trägt. Mit Probenaliquotern und -verteilern vom Typ RSD 800A aus dem Vertrieb der Roche Diagnostics GmbH wurde hier eine flexible, auch für Änderungen der Laborstruktur und den Anschluss unterschiedlichster Endgeräte offene Lösung gefunden, die die verschiedenen Routings von Proben auch tageszeitabhängig umsetzt. Die Kombination mit einem vom Laborinformationssystem unabhängigen Probenflussmanagementsystem, PSM, ermöglicht zudem eine einfache Zusammenfassung aller Serumarbeitsplätze an einem unabhängigen Subsystem zur Labor-EDV. In ähnlicher Weise wurde über eine Gerätelinie für die Hämatologie eine automatisierte Prozessierung von EDTA-Materialien in einem robotierten Subsystem eingeführt.

Überaus komplex waren die Anforderungen an das neue EDV-Konzept. Hier waren eine verlaufsorientierte Befundung und Online-Anbindung für das Krankenhaus mit schnellen Reaktionszeiten für die Laborgemeinschaft sowie komplexen Stammdatenstrukturen des Facharztbereichs in einem Multi-Mandanten-System zu vereinen. Ein eigenständiges Laborauskunftssystem ermöglicht eine differenzierte Befundgestaltung für das Krankenhaus unabhängig vom Krankenhausinformationssystem.

Die modulare Vernetzung von eigenständigen betreibbaren Lösungen bei Analysegeräten, Routingsystemen und EDV-Systemen befähigt das Laborzentrum zur einfachen Einbindung weiterer Krankenhäuser in das zentralisierte Versorgungskonzept. So kann die Basis- und Notfallversorgung vor Ort mit kompatiblen Einzelsystemen in die Leistungskette des Laborzentrums eingebunden werden. Gesetzliche Änderungen der überörtlichen Leistungserbringung im niedergelassenen Bereich erlauben so auch kleineren Krankenhäusern die Abbildung sektorenübergreifender Behandlungswege in einer Hand. Ein wichtiger Schritt auf dem Weg zur Konvergenz der stationären und ambulanten Leistungserbringung in einem sich ändernden Gesundheitssystem.

Schließlich profitiert auch der private Partner von der neuen Struktur. So unterstützen die 24-Stunden-Dienstleistung des neuen Laborzentrums und die akademische Expertise des Krankenhauslabors die Profilbildung in der ambulanten Versorgung. ■

Prof. Dr. Gregor Rothe
Bremer Zentrum für
Laboratoriumsmedizin GmbH
& LADR GmbH Medizinisches
Versorgungszentrum Bremen