

Entwicklung branchenspezifischer Benchmarks

IT- Kosten / Nutzen in der Gesundheits- und Sozialwirtschaft

Hans – Dieter Falkenberg

Marcus Willauer

Schliersee, den 2. März 2007

Agenda

- Entwicklung branchenspezifischer (IT) Benchmarks für das Gesundheitswesen
- Nutzenbringer oder Kostentreiber?
- Kosten-Nutzen-Betrachtung an ausgewählten Beispiele
 - Akutstationäre Versorgung
 - Alten- und Pflegeheim - Seniorenresidenz

Entwicklung branchenspezifischer (IT) Benchmarks für das Gesundheitswesen

Internes Benchmarking

- Vergleich zwischen einzelnen Teilbereichen des eigenen / gleichen Unternehmens

Externes Benchmarking

- Vergleich zwischen unterschiedlichen Unternehmen
- Wahl des Benchmarking-partners erfolgt branchenintern

Entwicklung branchenspezifischer (IT) Benchmarks für das Gesundheitswesen

Zur Problematik von Benchmarks

- Benchmarks basieren auf Vergleichsangaben
 - Die Vergleiche sind primär Vergleiche innerhalb gleicher Sektoren, nicht sektorenübergreifend
 - Bei sektorenübergreifenden Vergleichen mangelt es an Vergleichsgrundlagen
- Kontrolle durch Vergleich von Ist-Werten ist problematisch
 - Ist-Werte sind keine zuverlässigen Vergleichskonstanten.
 - Man läuft Gefahr, „Schlendrian mit Schlendrian“ (Schmalenbach) zu vergleichen.

Entwicklung branchenspezifischer (IT) Benchmarks für das Gesundheitswesen

Internes Benchmarking

- Vergleich zwischen einzelnen Teilbereichen des eigenen / gleichen Unternehmens

Vergleich mit fraglicher Aussagekraft

Externes Benchmarking

- Vergleich zwischen unterschiedlichen Unternehmen
- Wahl des Benchmarkingpartners erfolgt branchenintern

=> Best Practice

Entwicklung branchenspezifischer (IT) Benchmarks für das Gesundheitswesen

Chancen von Benchmarks

- Benchmarks sind Anhaltspunkte zur Orientierung
- Mit Benchmarks können innerhalb vergleichbarer Branchen unterschiedliche Unternehmen eingeordnet werden
- Benchmarks vergleichen, heißt, sich am „**Klassenbesten**“ (Best Practice) zu orientieren.

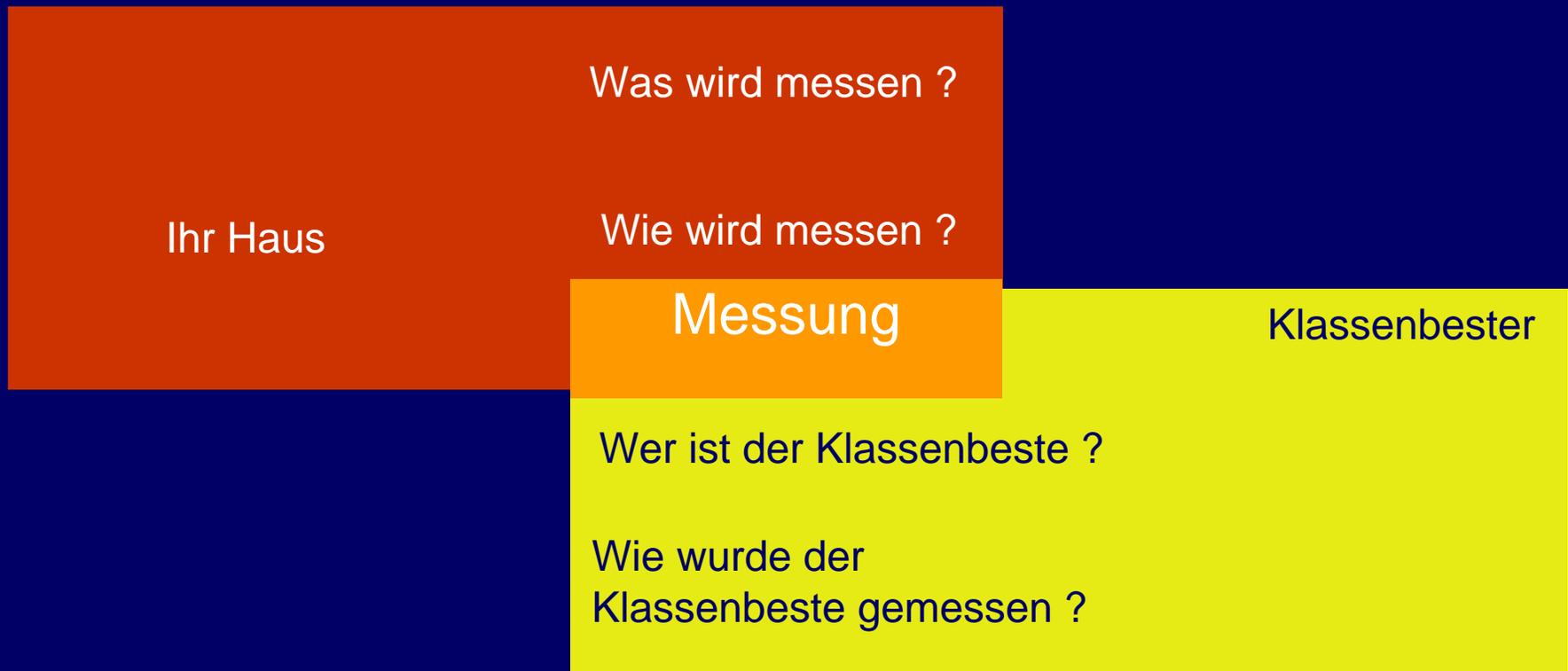
Entwicklung branchenspezifischer (IT) Benchmarks für das Gesundheitswesen

Best Practice

- Wer ist der Klassenbeste?
 - Der Größte ?
 - Der Schnellste ?
 - Geringste Mortalität ?
 - Höchste PC-Dichte je Arbeitsplatz?
- Woher kommen die Daten?
- Wie ist die Vergleichbarkeit sicherzustellen?
- Was und wie wird gemessen und verglichen?

Entwicklung branchenspezifischer (IT) Benchmarks für das Gesundheitswesen

Best Practice Prozess im Überblick



Agenda

- Entwicklung branchenspezifischer (IT) Benchmarks für das Gesundheitswesen
- Nutzenbringer oder Kostentreiber?
- Kosten-Nutzen-Betrachtung an ausgewählten Beispiele
 - Akutstationäre Versorgung
 - Alten – und Pflegeheim - Seniorenresidenz

Nutzenbringer oder Kostentreiber ?

Nutzenbringer

- Grundlage zur Abrechnung (DRG Abrechnung)
- Grundlage zur med. Behandlung (Digitales Röntgen)
- Qualitätssicherungsverfahren
- Leistungserfassung
- Partizipation am medizinischen Fortschritt

Kostentreiber

- Wartungs- und Betriebskosten
- Lizenzen
- Lfd. Updates und Modifikationen
- Personalbindung zum Support
- Lieferantenabhängigkeit

Bewertungskriterien

Nutzenbringer oder Kostentreiber ?

Bewertungskriterium – als Beispiel

Abdeckung von Funktionslücken, die bisher noch nicht von der EDV gestützt verarbeitet wurden

- Nutzen durch Unterstützung des medizinischen Prozesses
- Reduzierung von Risiken durch IT gestützte QM-Verfahren
- Einsparung von Behandlungszeiten durch Verkürzung von Wartezeiten durch optimale Therapieplanung (Pat.- Steuerung)

Nutzenbringer oder Kostentreiber ?

- Einführung von EDV im Schreibdienst
 - Steno
 - IBM Kugelkopf
 - Speicherschreibmaschine
 - PC mit Word für DOS
 - PC mit Textverarbeitung auf grafischer Oberfläche
- Bearbeitungskapazität *
 - Manuell: ~ 4.650 Fälle p.a.
 - IT- unterstützt: ~ 6.000 Fälle p.a.



IT - Fortschritt

**) Starke Schwankung je Fachabteilung*

Nutzenbringer oder Kostentreiber ?

Leistungssteigerung von 30 % umsetzbar in



Nutzenbringer oder Kostentreiber ?

Kosten der IT des Schreibdienstes (Beispielrechnung)

– direkte Kosten (Afa):

- PC Hardware und Peripherie: ~ 1.000 €
- Software anteilig ~ 100 €

– indirekte Kosten

- IT Support
- 50 Arbeitsplätze je IT Support mit 15 Std. p.a. je IT Arbeitsplatz
- Bruttopersonalkosten je IT Support: € 40.000 = 1.600 Arbeitsstunden
- Kosten je Arbeitsplatz – IT Support: 25 € je Stunde.
- bei 15 Std. p.a.: 375 €

Aufwand p.a. 1.475 €

dies entspricht einem Effizienzverbrauch von 5 % bei € 30.000 Bruttopersonalkosten (Schreibdienst).

Agenda

- Entwicklung branchenspezifischer (IT) Benchmarks für das Gesundheitswesen
- Nutzenbringer oder Kostentreiber?
- **Kosten-Nutzen-Betrachtung an ausgewählten Beispiele**
 - Akutstationäre Versorgung
 - Alten – und Pflegeheim - Seniorenresidenz

Kosten-Nutzen-Betrachtung an ausgewählten Beispielen

Akutstationäre Versorgung

• Medizinische Applikationen

- Codierung (DRG - Prozess)
- Perinataldokumentation
- Pathologie-Befunddokumentation
- Anästhesiedokumentation
- Neurologische Befundung
- Strahlenberechnung für Linearbeschleuniger
- Radiologische Dokumentation

• Pflegerische Applikationen

- Patientenakte
- Pepsy / PPR (Personalbedarfsdokumentation für den Pflegedienst in Psychiatrie und Somatik)
- Qualitätssicherungsverfahren

• Administrative Applikationen

- Internes und externes Rechnungswesen
- Facility Management
- Sterilisation - Chargendokumentation
- Kommunikationsplattform (e-procurement, etc.)
- Office Programme
- Zentrale Datenbanken

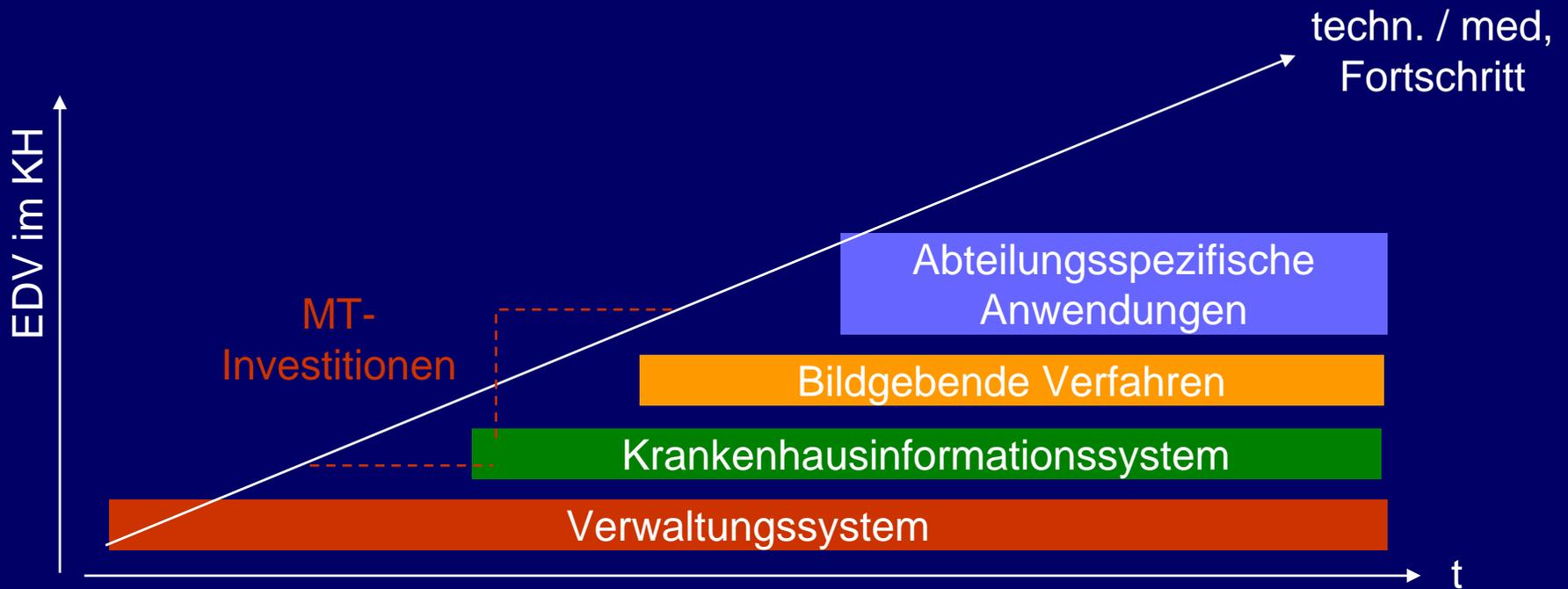
Krankenhausinformationssystem

Multiplikatoreffekt: Unikliniken im Umfang von 50 Kliniken, zzgl. Institute und SFB

Kosten-Nutzen-Betrachtung an ausgewählten Beispielen

Akutstationäre Versorgung

Medizinische Applikationen



Kosten-Nutzen-Betrachtung an ausgewählten Beispielen

Akutstationäre Versorgung

Prozessanalyse – auch im Vergleich zum Klassenbesten (beispielhaft)

- Labororganisation
 - automatische Übernahme der angeforderten Daten bis in das Analysegerät ?
 - Erstellung von Kumulativbefunden ?
 - Übernahme externer Befundergebnisse ?

Welche Organisation liegt dem EDV – Einsatz zu Grunde ?

- Intensivmedizinische Dokumentation (Pflege)
 - Übernahme der Monitordaten in die Dokumentation ?
 - Unterstützung von Pflegestandards und damit Qualitätssicherung ?
 - Systematische Leistungserfassung ?
 - Verbesserung des Informationsstandes ?

Kosten-Nutzen-Betrachtung an ausgewählten Beispielen

Akutstationäre Versorgung

Vision

Die EDV Dienstleistung im Krankenhaus wird für das Prozessmanagement in Zukunft weiter an Bedeutung gewinnen

Die Informationstechnologie wird einen längeren Lebenszyklus haben

Die Informationstechnologie wird sich zukünftig noch stärker an ROI Berechnungen messen lassen müssen

Agenda

- Entwicklung branchenspezifischer (IT) Benchmarks für das Gesundheitswesen
- Nutzenbringer oder Kostentreiber?
- Kosten-Nutzen-Betrachtung an ausgewählten Beispiele
 - Akutstationäre Versorgung
 - Alten – und Pflegeheim - Seniorenresidenz

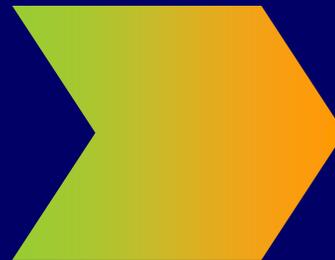
Kosten-Nutzen-Betrachtung an ausgewählten Beispiele

Alten – und Pflegeheim - Seniorenresidenz



zwischen 1993 und 2005 rund 105.000 Betten im Bereich der stationären Versorgung abgebaut.

1995 noch 7,5 Klinik-Betten pro 1.000 Einwohner, Ende 2004 noch 6,4 Betten pro 1.000 Ew



677.000 Heimbewohner in 10.400 Pflegeheimen

472.000 Pflegebedürftige werden durch 11.000 Pflegedienste betreut

„ECKDATEN“ PFLEGESTATISTIK 2005

2,13 Millionen Pflegebedürftige insgesamt

zu Hause versorgt:
1,45 Mill. (68%) durch ...

in Heimen versorgt:
677.000 (32%)

ausschließlich Angehörige:
980.000 Pflegebedürftige

- nach Pflegestufen -

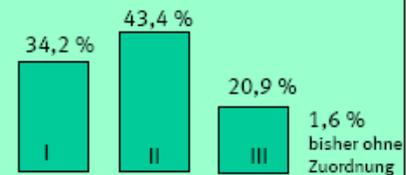


Pflegedienste:
472.000 Pflegebedürftige

- nach Pflegestufen -



- nach Pflegestufen -



durch
11.000 Pflegedienste
mit
214.000
Beschäftigten

in
10.400 Pflegeheimen
mit
546.000
Beschäftigten

Quelle: Stat. Bundesamt

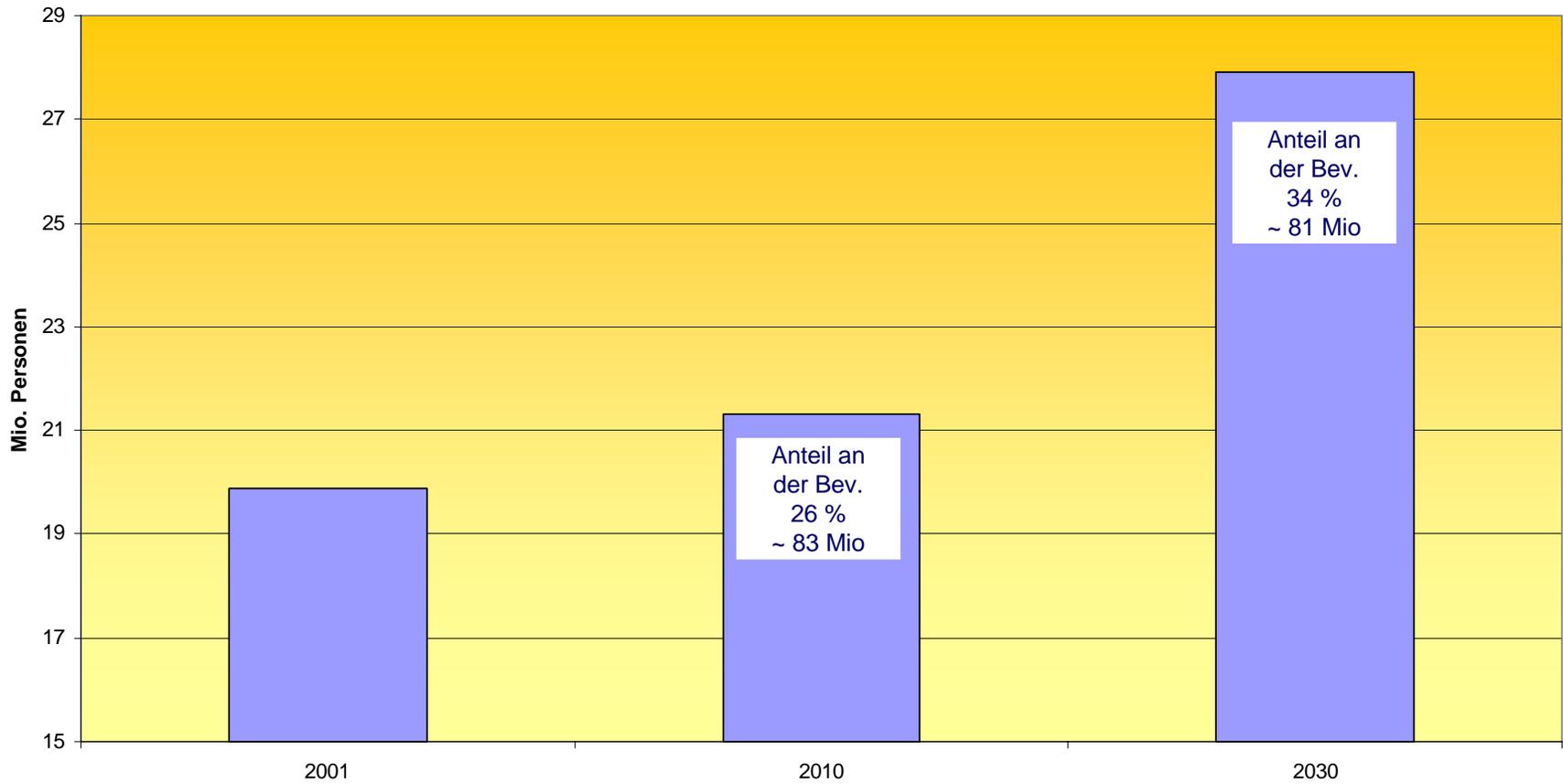
Entwicklung 1999 bis 2005

	Veränderungsrate 99-05		Veränderungsrate 03-05	
Pflegebedürftige	5,38%	112.000	2,50%	52.000
<i>davon</i>				
in Heimen versorgt	18,00%	103.000	5,70%	36.000
ambulant versorgt	13,50%	56.000	4,80%	21.000
Pflegegeld	-4,60%	-47.000	-0,60%	-6.000

Quelle: Stat. Bundesamt

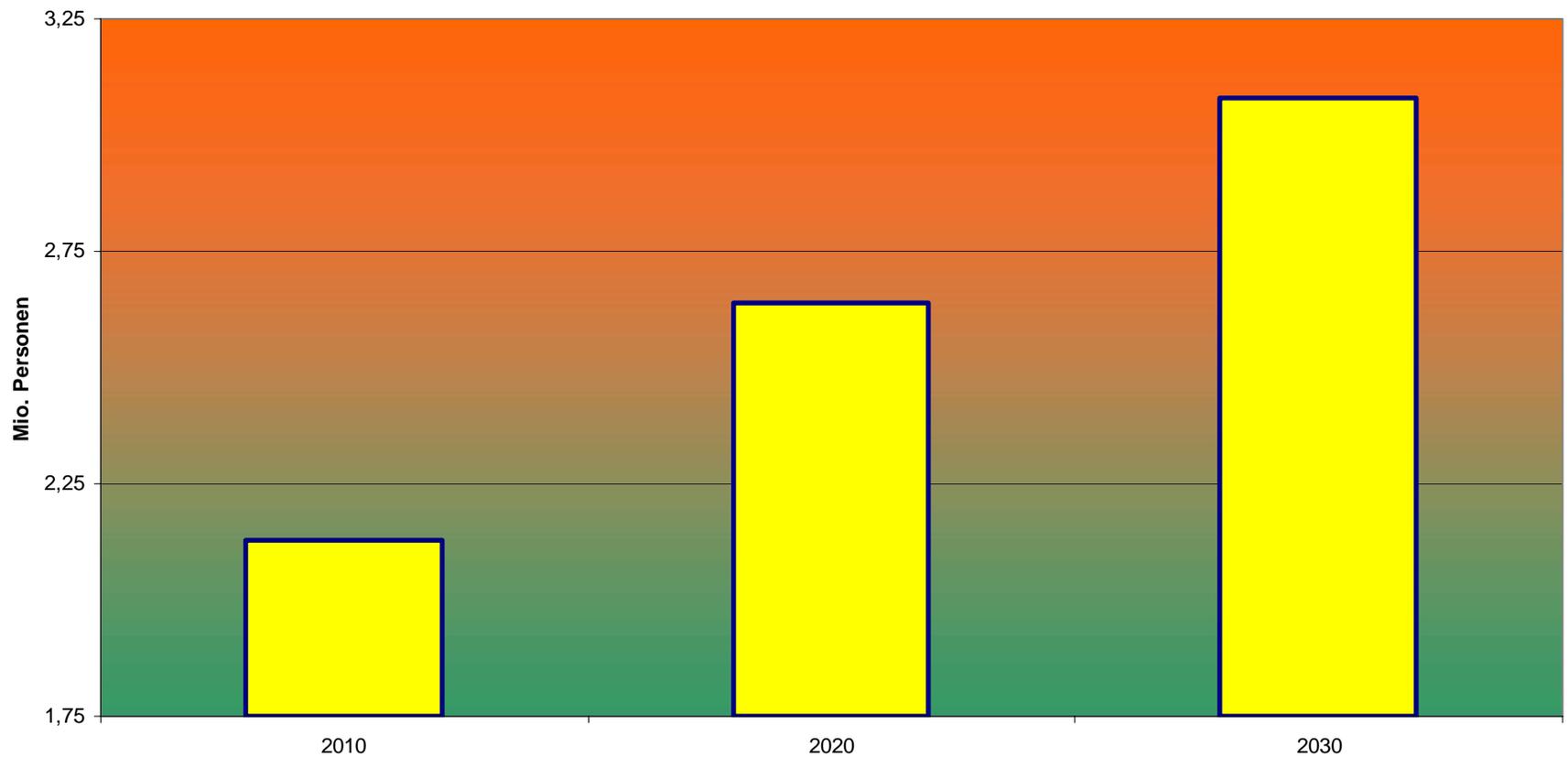
Nur Pflegeversicherung

Bevölkerung (60 Jahre und älter)



Nur Pflegeversicherung

Altersspezifische Pflegewahrscheinlichkeit
absolut



Herausforderung für die Zukunft

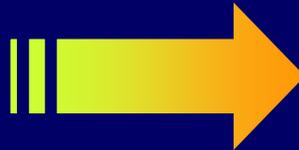
- Eindeutiger Trend zur professionellen Pflege
 - ambulant oder
 - stationär

wegen:

- Singlehaushalt
- geänderte Familienstrukturen
(Unterbringung bei Kinder nicht möglich)
- erhöhte Qualitätsansprüche
- Finanzielle Möglichkeiten der Senioren

Abdeckung der Bedürfnisse

- Mehr an ambulanten Diensten
- Mehr an stationären Einrichtungen
 - jedoch in unterschiedlichen Betreuungs- und Wohnformen



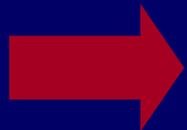
- Auswahl der Anbieter
 - Attraktivität
 - Qualität
 - Pressevergleiche / Preisvergleiche *Bildzeitung, Stern, Focus, etc.* (Benchmarks)

Bedeutung von Benchmarks für Pflegeeinrichtungen

Preisvergleich
(früher)

Marktvergleiche
(Presse)

Leistungsvergleiche
(leistungsgerechte
Vergütung)



Urteil des Bundessozialgerichts

Urteil des
Bundessozialgerichts
vom 14.12.2000



Grundsätzliche Ausführungen
zum **Externen Vergleich**
von Pflegeeinrichtungen zur
Feststellung der Höhe der
leistungsgerechten
Vergütung im Sinne der
§§ 82 (1) S.2
und § 84 (2) S.1 SGB XI

Kosten-Nutzen-Betrachtung an ausgewählten Beispielen
Pflegeeinrichtung
Vorgehensweise beim externen Vergleich
(Urteil des Bundessozialgerichts vom 14.12.2000)



Kosten-Nutzen-Betrachtung an ausgewählten Beispielen

Pflegeeinrichtung

Voraussetzungen für den externen Vergleich



Erzielung der Vergleichbarkeit der Einrichtungen durch Kriterien der

Strukturqualität

Prozeßqualität

Ergebnisqualität



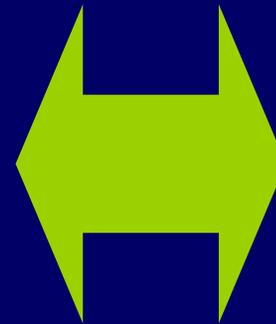
Kosten-Nutzen-Betrachtung an ausgewählten Beispielen

Pflegeeinrichtung

Ziel des externen Vergleichs

Angebotene Leistungen

- Grundversorgung (§87 SGB XI)
 - Unterkunft
 - Verpflegung
- Allgemeine Pflegeleistungen (§84 (4) S.1 i.V.m. §43 (2) SGB XI)
 - Grundpflege
 - Behandlungspflege
 - soziale Betreuung
- Investitionskosten



Leistungs- gerechte Vergütung



Sollten Sie bereits auf einem Sektor der „Beste der Besten“ sein, dann empfiehlt es sich, folgenden Satz nie zu vergessen.

„Der beste Weg, die Nummer eins zu bleiben, ist wie die Nummer zwei zu denken.“
(*Pepsi Cola*)

Ich wünsche Ihnen dabei viel Erfolg!

Kontakt

Deloitte.

Deloitte & Touche GmbH

Rosenheimer Platz 4

81669 München

- Hans Dieter Falkenberg
hfalkenberg@deloitte.de

Manager

- Marcus Willauer
mwillauer@deloitte.de

Von der Industrie- und Handelskammer
Schwaben öffentlich bestellter und
vereidigter Sachverständiger für die
Organisation von Kliniken

Deloitte bezieht sich auf Deloitte Touche Tohmatsu, einen Verein schweizerischen Rechts, dessen Mitgliedsunternehmen einschließlich der mit diesen verbundenen Gesellschaften. Als Verein schweizerischen Rechts haften weder Deloitte Touche Tohmatsu als Verein noch dessen Mitgliedsunternehmen für das Handeln oder Unterlassen des/der jeweils anderen. Jedes Mitgliedsunternehmen ist rechtlich selbstständig und unabhängig, auch wenn es unter dem Namen "Deloitte", "Deloitte & Touche", "Deloitte Touche Tohmatsu" oder einem damit verbundenen Namen auftritt. Leistungen werden jeweils durch die einzelnen Mitgliedsunternehmen, nicht jedoch durch den Verein Deloitte Touche Tohmatsu erbracht.

Copyright © 2007 Deloitte & Touche GmbH Wirtschaftsprüfungsgesellschaft. Alle Rechte vorbehalten.

Member of
Deloitte Touche Tohmatsu