



Nr.	Abstract	
	<b>Themen-Einreicher</b>	<i>REDCOM Unternehmensberatung im Gesundheitswesen GmbH</i>
	<b>Referent</b>	<i>Björn Dettmar / Dirk Reddel</i>
	<b>Klinik-Partner als Referenz</b>	-
	<b>Klinik als Entwicklungspartner</b>	<i>Wird nach Auswahl der 12 Finalisten bekanntgegeben</i>
	<b>Klinik-Referent</b>	
	<b>Thema</b> „Benchmark gestützte Krankenhaussimulation (real time)“	
1	<p><b>Vorstellung der Problemstellung</b></p> <p>Bei der Planung von neuen Fachabteilungen (FA), neuer Schwerpunktbildung von FA oder allgemein gesprochen bei organisatorischen Veränderungen und auch hinsichtlich der Anschaffung medizinischer Großgeräte stehen Krankenhäuser vor strategischen und/oder vor relevanten kostenintensiven Maßnahmen.</p> <p>Das Problem liegt in der Berechnung des ROI bzw. in der Kosten-Nutzen Betrachtung. Bedarfe, die oftmals durch den medizinischen Sachverstand (Chefärzte) an die Klinikführung herangetragen werden, sind heute ohne komplexe Simulationstechniken heranzuziehen nicht wirtschaftlich entscheidbar. Durch neue Verfahren und Methoden einer Benchmark gestützten medizinökonomischen Simulation wird es möglich planerisch die Konsequenzen von anstehenden Entscheidungen für ein Krankenhaus zu antizipieren und somit Fehlentscheidungen, die unter Umständen den Fortbestand des gesamten Krankenhauses gefährden zu vermeiden.</p>	
2	<p><b>Darstellung von Aufgabenstellung / Thema / Zielen</b></p> <p>Jedes Krankenhaus erfasst grundsätzlich Struktur-, Leistungs- und Kostendaten. Auf der Basis einer umfänglichen validierten, plausibilisierten und homogenisierten Benchmarkdatenbank sind unter dedizierter Lieferung von Daten eines KH ohne wesentlichen Zeitverlust Aussagen über Konsequenzen planerischer Entscheidungen möglich.</p> <p>Damit sind Fehlentscheidungen planerisch zu simulieren und somit zu vermeiden. Heutzutage sind Optionen des medizinischen Fortschritts insbesondere wirtschaftlich zu durchdenken, um einen „gesunden“ Krankenhausbetrieb zu gewährleisten. Ohne IT-gestützte Simulationstechniken auf Basis von weitgehend standardisierten, ohnehin erfassten, verfügbaren Daten sind es oftmals „Bauchentscheidungen“ bzw. „Wünsche“ einer elitären medizinischen Fraktion oder/und fehlende Argumentationsmöglichkeiten der wirtschaftlichen Führung eines KH.</p>	



## ENTSCHEIDERFABRIK

<b>3</b>	<b>Erläuterung der Lösungsvorschläge</b> Anonymisierte Benchmark-Datenbank zahlreicher Krankenhäuser (INEK-Kalkulation) aufbereitet zu Simulationszwecken. Software-Tools zur geeigneten zielgerichteten Prüfung von Entscheidungsvorhaben. Möglichkeit auf Basis des 21er Datensatzes eines Krankenhauses dedizierte Vorhaben zu begutachten
<b>4</b>	<b>Beschreibung der Leistungen der „Themen Einreicher“</b> Der Themen-Einreicher wird die Expertise und die Zeit seiner Mitarbeiter einbringen. Der Themen-Einreicher erwartet von seinem Klinik-Partner in den 9 Monaten bis zur MEDICA bei entsprechendem Fortschritt des Konzeptions-Papiers auch die Möglichkeit einen Proof of Concept zu installieren. Für den Proof of Concept würde der Themen-Einreicher auch die gerätetechnische und/oder softwaretechnische Voraussetzung beschreiben/beisteuern.
<b>5</b>	<b>Darstellung der Anforderungen an die „Themen Partner“</b> Der Klinik-Partner soll das Thema ganzheitlich mit dem Themen-Einreicher entsprechend seiner IT-Strategie mit Bezug auf die Gesamtlösung (Thema – s.o.) bearbeiten und etablieren wollen.
<b>6</b>	<b>Darlegung der Anforderungen im Hinblick auf eine nachhaltige Themenbearbeitung</b> Für den Fall, dass der Klinik-Partner den angedachten Proof of Concept weiter betreiben will, wird von dem Themen-Einreicher aufgeführt werden, welche Leistungen der Klinik-Partner zum Weiterbetrieb der entwickelten Lösungen aufrecht erhalten muss und welche sonstige Folgekosten (z.B. Lizenzkosten, Wartungskosten) dafür voraussichtlich anfallen.