

Wertschöpfungsnetze im Gesundheitswesen - Prozessanalyse und Modellprozessentwicklung am Beispiel der Arzneimittelversorgung von Patienten in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen

Der Hintergrund

Nach der Industrie hat auch die Gesundheitswirtschaft erkannt, dass gemeinsames Handeln in Ketten oder Netzwerken einen (Mehr-)Wert generiert.

Wertschöpfungsnetze im ambulanten Gesundheitswesen (s. Abb. 1) unterliegen dabei besonderen Bedingungen. Sie sind oft „passiv“ initiiert, d.h. durch das Recht der Wahlfreiheit des Patienten zur Zusammenarbeit bestimmt, und haben in den Sektoren- und Organisationsgrenzen systemimmanente Schnittstellen zu überwinden.

Die Grundlagen einer Vernetzung (Rechte und Pflichten, Kooperations- und Kommunikationsstrukturen, etc.) bestimmen zusammen mit den Dienst- und den Leistungsleistungen jedes einzelnen Leistungserbringers die Qualität der zu generierenden Werte und die des Wertschöpfungsnetzes. Die Ergebnisqualität multiprofessioneller Versorgungsnetzwerke (MVN) wird somit maßgeblich von der Prozessqualität bestimmt.

Abb. 1: Das Wertschöpfungsnetz zur Arzneimittelversorgung von Bewohnern stationärer Langzeitpflegeeinrichtungen



Das Bestreben, Aufbau- und Ablauforganisation innerhalb einer Organisation zu reorganisieren und somit zu optimieren schafft einen Wertzuwachs für die Organisation, die Leistungserbringer und die Patienten. Krankenhäuser nutzen diese Chance gezielt. Eine Übertragung auf multiprofessionelle Kooperationen im ambulanten Sektor hat bislang nur rudimentär (meistens auf Projektbasis) stattgefunden.

Abb. 2: Die Kunden- und Leistungsbeziehungen



Im Unterschied zum Krankenhaus arbeiten die für die Arzneimittelversorgung der Heimbewohner Verantwortlichen, insbesondere Haus- und Fachärzte, Apotheker und Pflegefachkräfte, nicht in einem geschlossenen System unter einheitlicher Leitung arbeitsteilig zusammen (s. Abb. 2).

Die Arzneimittelversorgung von Bewohnern stationärer Langzeitpflegeeinrichtungen spiegelt damit einerseits die individuell gewachsenen Strukturen der ambulanten Gesundheitsversorgung von Patienten durch niedergelassene Ärzte und Apotheker wider, andererseits sind diese individuellen Versorgungsinstrumente in die übergreifenden und tendenziell statischeren Organisationsstrukturen der Pflegeeinrichtung eingebettet

Soweit der Patient auf Grund seiner Pflegebedürftigkeit nicht mehr zur Koordination seiner Behandlung in der Lage ist, braucht das Zusammenwirken der Leistungserbringer aufgrund jeweils unterschiedlicher gesetzlicher und vertraglicher Rahmenbedingungen auf der weitgehend unregulierten Selbstbestimmung der Leistungserbringer untereinander. Rechtliche Rahmenbedingungen sind nicht für alle Beziehungen vorhanden oder werden noch nicht flächendeckend eingesetzt (s. Abb. 3).

Abb. 3: Die rechtlichen Beziehungen



Das Forschungsprojekt ProMmt

Das Forschungsprojekt „Prozessoptimierung im Medikationsmanagement (ProMmt)“ zielt auf die Entwicklung eines Modellprozesses, der einerseits als Benchmark für bestehende MVN und andererseits als Muster für Neugründungen Anwendung finden wird. Betriebs- und prozesswirtschaftliche Methoden und Instrumente (s. Abb 4) wurden auf die Besonderheiten des multiprofessionellen Dienstleistungsprozesses abgestimmt.

Abb. 5: Die Erhebungsstruktur



Der Leistungserstellungsprozess wurde durch Betriebsbegehungen und Interviews in 22 Organisationen erhoben (Struktur s. Abb. 5), anhand der netzplanorientierten Ablaufdarstellung (NOAD, s. Abb 6) veranschaulicht und in Form einer Fakten- und Schwachstellenanalyse ausgewertet.

Mit der Prozessanalyse und -restrukturierung werden drei Ziele verfolgt (s. Abb. 7):

1. Verbesserung der Versorgungspraxis multipharmazierter Patienten in der stationären Langzeitpflege durch einen prozessorientierten Ansatz.
2. Optimierung der Patientensicherheit und der medizinischen Lebensqualität.
3. Steigerung der Arbeitszufriedenheit der Leistungserbringer.
4. Reduzierung von Friktionen an den Leistungs- und Kommunikationsschnittstellen.

Nr.	Methoden	Erfassungsbereich	Ziel
1	Aufnahme von schriftlichen Daten durch	Diese Methode, bei der schriftliche Daten, die von den Leistungserbringern oder anderen Beteiligten erfasst werden, wird verwendet.	Schriftliche Daten, die von den Leistungserbringern oder anderen Beteiligten erfasst werden.
2	MAP-Methoden zur Beobachtung	<ul style="list-style-type: none"> • Prozessbeobachtung • Beobachtung von Interaktionen • Beobachtung von Interaktionen • Beobachtung von Interaktionen • Beobachtung von Interaktionen 	<ul style="list-style-type: none"> • Identifizierung von Interaktionen • Identifizierung von Interaktionen • Identifizierung von Interaktionen • Identifizierung von Interaktionen
3	Interviews (strukturiert mit dem Interviewleitfaden)	Interviews sind ein wichtiges Instrument, um die Meinungen der Beteiligten zu erheben.	Erhebung von Daten über die Meinungen der Beteiligten.
4	Interviews	Interviews sind ein wichtiges Instrument, um die Meinungen der Beteiligten zu erheben.	Erhebung von Daten über die Meinungen der Beteiligten.

Abb. 4: Die Vorgehensweise



Abb. 6: NOAD

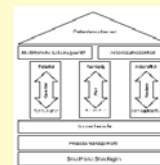


Abb. 7: Das Ziel

Der Modellprozess Ebene: Modulgruppen



Das Fazit

1. Die professionelle Prozessorganisation bildet die Basis für eine optimale Ergebnisqualität (= optimierte Wertschöpfung). Die definierten Ziele können durch koordinierte Prozesse in einem MVN erreicht werden.
2. Die NOAD hat sich im Forschungsprojekt bewährt und kann in der Praxis zur Prozessanalyse von MVN eingesetzt werden.
3. Der Aufbau von MVN muss aktiv von Seiten der Leistungserbringer gedacht werden. Auch unter Beachtung der Wahlmöglichkeiten der Patienten führt dies zu einer deutlichen Steigerung der Ergebnisqualität.
4. Vernetzung erfordert Kompetenzen, die in multiprofessionellen Aus-, Fort- und Weiterbildungsformaten erworben werden können.

Der Ausblick



Verein für Management und Vertragsgestaltung in der Gesundheitswirtschaft e.V. (VMVG)

Kontakt:

Stefanie Kortekamp M.A. | +49 (0) 541 969-7245 | s.kortekamp@hs-osnabrueck.de | www.pro-mmt.de

Prof. Dr. Hilko J. Meyer

