

# Enormes Steuerungspotenzial

## Belegungsmanagement als Kern eines umfassenden Prozessmanagements

Nähezu alle Kliniken sehen sich angesichts der ökonomischen Herausforderungen gezwungen, die Effizienz zu steigern und zugleich die Qualität, Mitarbeiter- und Patientenzufriedenheit nicht zu vernachlässigen. Um trotz reduzierten Ressourceneinsatzes eine Auslastungssteigerung und Fallzahlerhöhung zu erreichen, sind innovative Planungs-

*Professionelles Belegungsmanagement (BM) ist ein zentrales Instrument zur rationellen, umfassenden Ressourcensteuerung eines Krankenhauses zur Koordinierung der Aufnahme und Entlassung der Patienten bis hin zur Einbindung der Funktionsbereiche. BM wird außerdem zur wichtigen Schnittstelle zu einweisenden Ärzten. Entsprechend umfassend sollten Qualifikation, interne Vernetzung, Verankerung im Betrieb und Kommunikationsfähigkeit der Mitarbeiter des BM sein. Nur so treffen sie auf die notwendige Akzeptanz und können sich auch in Krisensituationen durchsetzen. Die Ausstattung einer BM-Position verlangt den uneingeschränkten Rückhalt der Geschäftsführung. Ärzte, die zunächst befürchten, durch ein zentrales Belegungsmanagement an Einfluss zu verlieren, sind durch die tägliche Praxis von den Vorteilen des BM überzeugt.*

instrumente gefordert! Deutschlandweit steigt die Anzahl der Projekte und Modellvorhaben zur prozessorientierten Belegungssteuerung und immer häufiger wird in einschlägigen Fachzeitschriften und Internetauftritten professionelles Belegungsmanagement als Schlüssel zu einer rationellen, umfassenden Ressourcensteuerung thematisiert.

- Doch was verstehen die Protagonisten darunter?
- Auf welchem Entwicklungsstand befindet sich das Belegungsmanagement vor Ort und deutschlandweit?

BM Projektbeginn	Anzahl
vor 2003	1
2003 – 2004	2
2005 – 2006	6
ab 2007	4

**Tabelle 1: Projektbeginn in den befragten Krankenhäusern**

- Wer „managed“ was, in welcher Weise und mit welchen Mitteln?
- Wie tiefgreifend und umfassend ist die Ressourcenplanung – welche Leistungen und Bereiche werden einbezogen?
- Welches sind die konkreten Ziele des Belegungsmanagements?
- Gibt es ein allgemeingültiges, übertragbares Modell?

Vor allem um diese Fragestellungen ging es in einer aktuellen Untersuchung in deutschlandweit 13 Krankenhäusern. Erste Ergebnisse und Erkenntnisse zeigen den Entwicklungsstand des Belegungsmanagements, die verschiedenen Varianten sowie typische Charakteristika und Erfolgsfaktoren sowie schließlich die Voraussetzungen für die Einführung.

### Entwicklungsstand

Belegungsmanagement ist ein junges Instrument, das derzeit nur in wenigen Kliniken existiert (s. Tabelle 1). Es befindet sich in allen beobachteten Fällen noch im Aufbau: Verfahrensweisen werden angepasst und optimiert und weitere Module eingefügt.

### Varianten

Es gibt kein allgemein gültiges Modell für ein Belegungsmanagement, sondern vielfältige Varianten, die im Wesentlichen von folgenden Parametern abhängen:

- krankenhausindividuelle Strukturbedingungen (Größe, Baustruktur, Versorgungsstufe, Fachabteilungen etc.)

- vorrangig zu berücksichtigende Leistungsstellen (große elektive Ambulanzen, Notfall-Schwerpunkte, ZNA, Aufnahmestation, Chest Pain Unit),
- Organisationsbedingungen (Autonomie der Kliniken bzw. Grad der Zentralisierung, ärztliche oder pflegerische Verantwortung für das BM, Einbeziehung von Case- und Entlassungsmanagement, Interdisziplinarität der Stationen etc.),



Theresa Huke  
Studierende des Fachbereichs 11  
Human- und Gesundheitswissenschaften  
der Universität Bremen



Benjamin Spieß  
Student des Fachbereichs 11  
Human- und Gesundheitswissenschaften  
der Universität Bremen



Dr. Hans-Georg Güse  
Güse mediConsult GmbH, Bremen  
Lehrbeauftragter der Universität Bremen

- formale Vereinbarungen (Statute, Geschäftsordnungen, Pathways für das BM),
- Personalausstattung und Vorliegen unterstützender Instrumente (Anzahl und Qualifikation der Mitarbeiter, EDV),



Bettenkapazität	Anzahl
200 bis 399	3
400 bis 599	3
600 bis 799	2
800 bis 999	1
1000 bis 1199	1
1200 bis 1399	1
> 1400	2

**Tabelle 2: Bettenkapazität der befragten Krankenhäuser**

Bundesland	Anzahl
Baden-Württemberg	1
Bayern	4
Bremen	1
Hamburg	2
Niedersachsen	1
Nordrhein-Westfalen	4

**Tabelle 3: Bundesland der befragten Krankenhäuser**

BM verlässliche, auskunftsfähige Ansprechpartner, was von den Einweisern sehr begrüßt wird. BM wird zu einer Visitenkarte des Hauses, ähnlich der Notaufnahme und der Ambulanzen.

Entsprechend umfassend sollten Qualifikation, interne Vernetzung, Verankerung im Betrieb und Kommunikationsfähigkeit der Mitarbeiter des BM sein. Nur so treffen sie auf die notwendige Akzeptanz und können sich auch in Krisensituationen durchsetzen. Da letztere erfahrungsgemäß immer wieder auftreten, verlangt die Ausstattung einer BM-Position den uneingeschränkten Rückhalt der Geschäftsführung. Die gemeinsame Verabschiedung einer Geschäftsordnung oder eines Statuts durch Geschäftsführung, Pflegedirektion und beteiligte Chefärzte ist unabdingbare Voraussetzung für ein erfolgreiches Gelingen.

Ärzte meinen häufig, durch ein zentrales BM an Einfluss zu verlieren. Die tägliche Praxis sollte sie allerdings von den Vorteilen eines strukturierten BM überzeugen: Erfahrungsgemäß werden heute Belegungs- und Ressourcenfragen zumeist konfliktreich und wenig koordiniert zwischen Sekretariaten, Stationsleitungen, Ambulanzen, Chef- und Oberärzten hin- und hergereicht, nehmen erheb-

Die Untersuchung wurde von zwei Studierenden des Studiengangs Public Health der Universität Bremen im Rahmen ihres Praxissemesters bei der Bremer Beratungsfirma Güse mediConsult GmbH im Herbst vorigen Jahres durchgeführt. Den Kern der Untersuchung bildeten dreizehn leitfadengestützte Experteninterviews.

Nach dem Abschluss der fachspezifischen Hintergrundrecherchen und theoretischen Vertiefung des Themas Belegungsmanagement (BM) stellte die Arbeitsgruppe in Abstimmung mit Dr. med. Güse (Lehrbeauftragter und Geschäftsführer) den Interviewleitfaden zusammen. An-

schließend wurde auf der Grundlage diverser Veröffentlichungen, Internetauftritte sowie persönlicher Informationen eine Liste der in Frage kommenden Kliniken aufgestellt. Die umfangreichen Interviews zu den Umsetzungsmöglichkeiten, Erfolgsfaktoren und Schwierigkeiten bei der Implementierung eines BM fanden von Oktober bis Dezember 2008 statt (s. Tabellen 2 und 3).

Es stellte sich im Verlauf der Untersuchung heraus, dass mit der Stichprobe die wesentlichen Kennzeichen und Entwicklungsphasen des BM erfasst werden konnten.

liche Arbeitszeit in Anspruch und führen letztlich doch nicht zum gewünschten Erfolg (der da heißt: zuverlässige Termine, zufriedene Patienten, hohe Auslastung, rationale Prozesse, wenig Redundanzen). Die Überzeugung vom Besseren sollte in einem Pilotversuch unschwer möglich sein!

#### Effekte des BM

In den befragten Kliniken berichtete vor allem die Pflege auf den Stationen durchweg von einer großen Arbeitsentlastung nach Einführung des BM – wegen der organisatorischen Entlastung, der höheren Zuverlässigkeit und der besseren Vorbereitung der Patienten. Die Wartezeiten der Notfallpatienten zur stationären Verlegung konnten deutlich reduziert werden. Die Medizincontroller berichteten von einer höheren, gleichmäßigeren Auslastung der Stationen. Termintreue und Aufnahmekoordinierung konnten verbessert werden. In einigen Fällen gelang die Etablierung von Kurzzeitstationen bei gleichzeitiger Fallvermehrung! (Dies setzt eine stringente Koordination mit dem OP-Management, den Funktionsbereichen und eine präzise, prästationäre Vorbereitung voraus.)

BM besitzt offensichtlich ein enormes Potenzial zur Prozess-Optimierung und Steigerung der Prozess-Sicherheit.

#### Zusammenfassung

BM bedeutet keine triviale Verteilung freier Betten durch eine Telefon-Hotline, sondern bildet je nach Entwicklungsstadium den Kern eines zukunftsweisenden, umfassenden Prozessmanagements. Es kann (nur) schrittweise etabliert werden, angepasst an die Ziele und örtlichen Bedingungen des Hauses. Eine bisher noch kleine Zahl von Krankenhäusern hat sich diesem Thema gewidmet. Ihre ambitionierten Bemühungen verzeichnen die ersten Erfolge. Für weitere Informationen stehen die Verfasser gern zur Verfügung. ■

Theresa Huke  
Benjamin Spieß  
Studierende des FB 11  
(Human- und Gesundheitswissenschaften)  
der Universität Bremen

Dr. Hans-Georg Güse,  
Güse mediConsult GmbH  
Elsasser Straße 16  
28211 Bremen  
Lehrbeauftragter der Universität Bremen  
info@guese-mediconsult.de







**Belegungsmanagement bedeutet keine triviale Verteilung freier Betten durch eine Telefonhotline, sondern bildet den Kern eines zukunftsweisen-den, umfassenden Prozessmanagements.**

Foto: Fotolia

● **Auslöser für die Einführung des BM:**

- wenn die Auslastung der Klinik gesteigert werden soll,
- wenn möglichst kein Patient, abgewiesen werden soll,
- wenn die Überbelegung bestimmter Bereiche abgebaut werden soll,
- wenn elektive mit nicht-elektiven Patienten um den Platz konkurrieren,
- wenn der „Abfluss“ aus den Notfallambulanzen auf die Stationen stockt,
- wenn Kurzliegerstationen eingerichtet werden sollen,
- wenn die Bettenbelegung zwischen den Stationen und Abteilungen ausgeglichen werden soll (interdisziplinäre Belegung),
- wenn die Terminplanung der Kliniken, Abteilungen und Funktionsbereiche optimiert werden soll,
- wenn die Stationsleitungen, Sekretariate und Ärzte von der Bettenplanung und -koordination entlastet werden sollen.

**Typische Charakteristika und Erfolgsfaktoren**

BM-Verantwortliche koordinieren für bestimmte klinische Bereiche sowohl elektive Einbestellungen als auch die Bettenbelegung nicht-

elektiver Patienten incl. der internen Verlegungen aus den Spezialbereichen (OP, ITS, IMC).

Grundlage ihrer Tätigkeit sind Absprachen und Vereinbarungen über Ziele, Zuständigkeiten, Verfahren, Pflichten und Rechte, die in einem Statut bzw. einer Geschäftsordnung niedergelegt sind. Hier sind ebenfalls Lösungen für Krisensituationen sowie der Grad der interdisziplinären Belegung hinterlegt.

Beispielsweise verfolgen einige Kliniken die Prämisse, keinen Patienten abzuweisen. Daher toleriert man in einer Entscheidungskaskade zunächst die interdisziplinäre Belegung verwandter Abteilungen, dann die Belegung von Privatbetten, dann die Überbelegung bestimmter Zimmer, dann Flurbetten und schließlich auch die interdisziplinäre Belegung fachfremder Bereiche. Ausnahmen sind definiert – z.B. Belegung von Kinderstationen, geburtshilflicher, geriatrischer, Palliativ- oder Intensivbetten.

In der Regel wird eine Interdisziplinarität nur über verwandte Fachdisziplinen angestrebt. Wichtig ist zudem die räumliche Nähe interdisziplinär belegter Stationen, damit Wege, Logistik und Kommunikation vereinfacht werden.

Außerhalb der Regelarbeitszeit übernimmt zumeist die Leitung der ZNA die Belegungskompetenz. Wenn die BM-Verantwortlichen zugleich als ärztliche oder pflegerische Leitung der ZNA und des elektiven Ambulanzbereiches fungieren, werden Schnittstellen reduziert. Eine Aufnahme-Station als Puffer und zur rationellen Entscheidung über eine stationäre Behandlungsbedürftigkeit ist häufig hilfreich.

Den BM-Verantwortlichen stehen Wochen-, Monats- und Jahres-Statistiken zur Verfügung, die zielführende Hinweise über die zu erwartenden, üblichen Notaufnahmen geben. Zugleich sind sie über die erwarteten Einbestellungen, Entlassungen und Verlegungen informiert oder steuern diese teilweise selbst. Informationsquellen sind tägliche, kurze Besprechungen mit allen Stationsleitungen und/oder stets aktualisierte, übersichtliche, schnelle EDV-Instrumente und/oder Rundgänge über die Stationen.

BM gelingt dort gut, wo der Anteil der „Spontanentlassungen“ deutlich reduziert wird und eine strukturierte Behandlungs- und zuverlässige Entlassungsplanung (mit entsprechender Abstimmung mit Pflegeüberleitung und Sozialdienst) etabliert ist. Pathways und Checklisten für einige volumenstarke Diagnosen/DRG erleichtern und beschleunigen die Kommunikation zwischen den Beteiligten. Sie führen zu zusätzlicher Prozesssicherheit.

Die hohe Schule des BM integriert schließlich auch die Terminplanung für Funktionsbereiche und die Abstimmung mit dem OP-Manager/-Koordinator.

**Voraussetzungen für die Einführung**

Belegungsmanagement ist also eine komplexe Herausforderung. Es entwickelt sich – einmal richtig etabliert – zum zentralen Steuerungsinstrument des Ressourcenmanagements eines Krankenhauses zur Koordinierung der Aufnahme und Entlassung der Patienten bis hin zu den Funktionsbereichen.

Es wird außerdem zur überaus wichtigen Schnittstelle zu einweisenden Ärzten. Sie haben mit dem