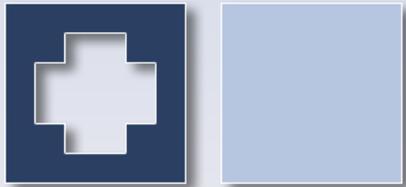


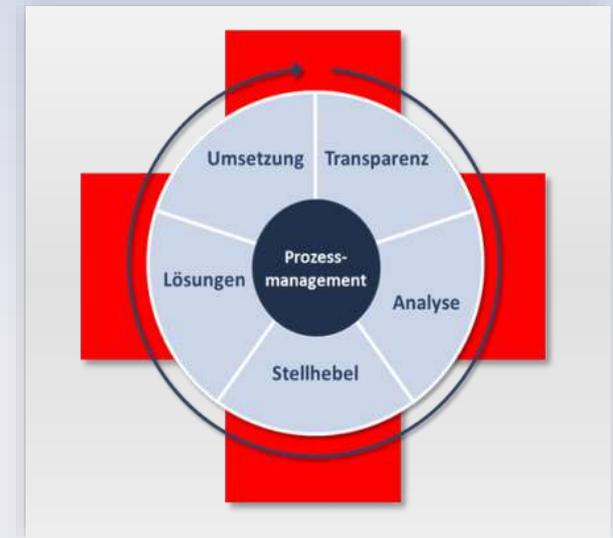


Exxent



Consulting

Health Care Excellence



## Stationsoptimierung im Krankenhaus

- Die Station als Teil des Klinik-Kernprozesses „Patientendurchlauf“
- Effizienz & Effektivität auf den Stationen

August 2018

## Inhalt

**1** Projektansatz „Stationsoptimierung“

**2** Methoden zur Stationsoptimierung

**3** Exxent als Partner und Berater

### Die Station als Teil des Klinik-Kernprozesses „Patientendurchlauf“

Die Stationsprozesse stehen im Mittelpunkt der Krankenhausabläufe und tragen einen Großteil von Effizienzreserven und Optimierungshebel in sich. Sie müssen als Knotenpunkte des perioperativen Prozesses verstanden werden, im Sinne eines Patientenleitstands, im Umfeld von Notfallprozessen, elektiven Behandlungen und Funktionsuntersuchungen.

- Ein Vorhaben „Stationsoptimierung“ hat das Ziel, durch eine verstärkte Prozessorientierung Verbesserungspotenzial und Effizienzreserven in den Arbeitsabläufen zu identifizieren, zu analysieren und mit spürbarem Erfolg zügig zu heben. Dies kann beispielsweise auch ein Bestandteil des Gesamtprogramms einer Restrukturierung oder einer gesamthaften Organisationsentwicklung sein.
- Damit soll die Prozessorientierung und -optimierung im Unternehmen noch stärker in den Vordergrund gestellt werden. Im Rahmen einer gesamthaften Neuausrichtung der Klinik können dabei neben anderen definierten Handlungsfeldern und Stellhebeln insbesondere die Prozesse und die Arbeitsorganisation der Stationen bearbeitet und systematisch verbessert werden.
- Das Technologiemanagement der Klinik kann als Treiber dieses Veränderungsprozesses ein integratives und gesamthaftes Programm im Sinne von „Prozessmanagement und Prozesslandkarte“ dienen und so positiv auf den Gesamtprozess mit Unterstützung durch die auf diesem Gebiet spezialisierte Exxent Consulting wirken.
- Zielsetzung der ersten Arbeitsschritte eines solchen Projektes ist ein...

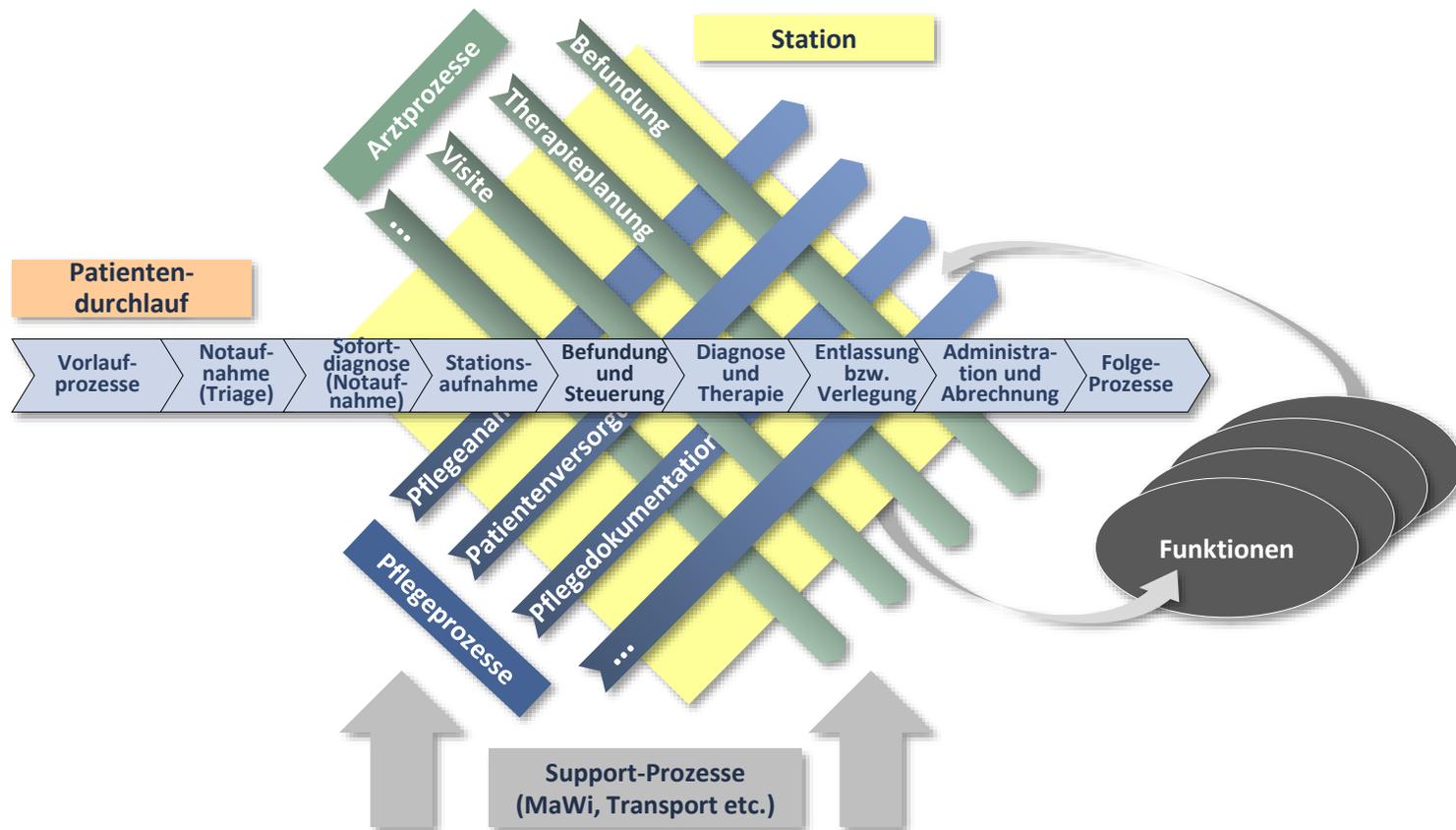
...prozessual-technologisches Stellhebelkonzept...

...das anschließend ein differenziertes und ausgewogenes Umsetzungsprogramm hervorbringen soll.

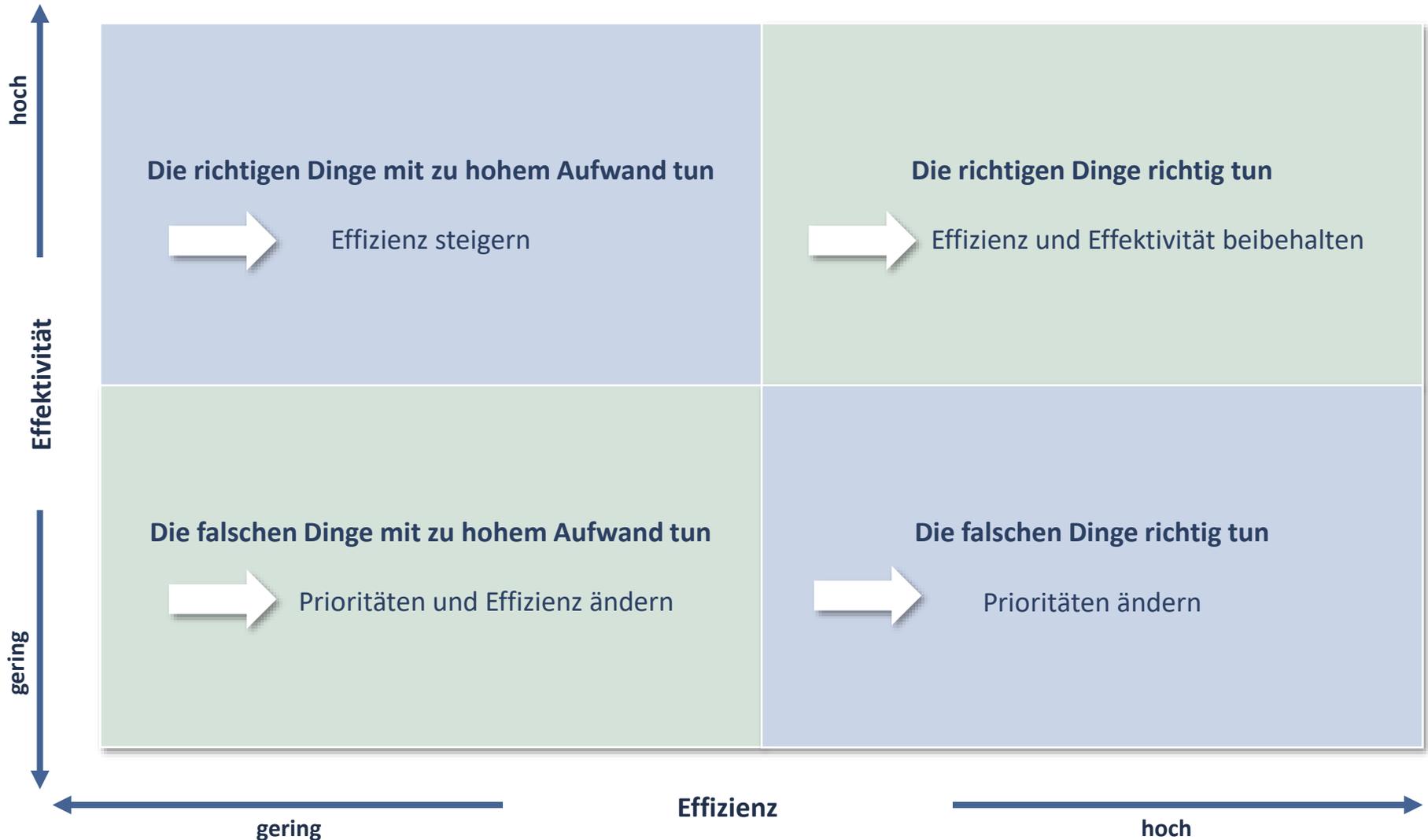
- Hierzu ist es erforderlich, auf der Station drei Prozesspfade interprofessionell in den Vordergrund der Projektarbeit zu stellen: Der Patientendurchlauf, die Prozesslandkarte des Arztes und die der Pflege. (siehe Abb. Prozessmatrix)

## Modell der Prozessmatrix auf der Station entlang des Klinik-Kernprozesses „Patientendurchlauf“

Auf der Station werden drei Prozesspfade interprofessionell in den Vordergrund der Projektarbeit gestellt:  
Der **Patientendurchlauf**, die **Prozesslandkarte des Arztes** und die der **Pflege**.



## Ziele eines Projektes „Stationsoptimierung“: Effizienz & Effektivität optimieren



## Ziele: Patientenzufriedenheit - Die patienten-zentrierte Organisation

### ■ Der Patient als Kunde und Treiber von Veränderungen

Die Zeiten der unkritischen und anspruchslosen Patienten sind vorbei – will ein Krankenhaus überleben und erfolgreich sein, dann muss es im Zentrum der Wertschöpfungskette stehen. Erfolgreiche Kliniken stellen somit nicht mehr die eigene Institution in den Mittelpunkt ihrer Organisationsentwicklung, sondern ihren Hauptkunden. Dies gilt gleichermaßen für Zuweiser und Leistungspartner, die die Klinik empfohlen oder mit ihm zusammenarbeiten und ebenso hoffen, dass Erwartung und Leistung übereinstimmen.

Die Klinik gleicht einer Fabrik, in der trotz Variantenvielfalt und einer Vielzahl von Zulieferern in standardisierten Abläufen hochwertige Produkte zu wettbewerbsfähigen Preisen bereitgestellt werden. Andere Branchen sprechen vom **kundenindividuellen Industrieprodukt**. Deshalb stellen erfolgreiche Unternehmen die Erwartungen des Kunden in den Mittelpunkt ihres Handelns und ordnen ausnahmslos alle Wertschöpfungsprozesse unter dieses Primat. Kliniken sollten den Beispielen erfolgreicher Branchen folgen.

### ■ Der zufriedene Patient als wesentlicher Baustein des Zielsystems

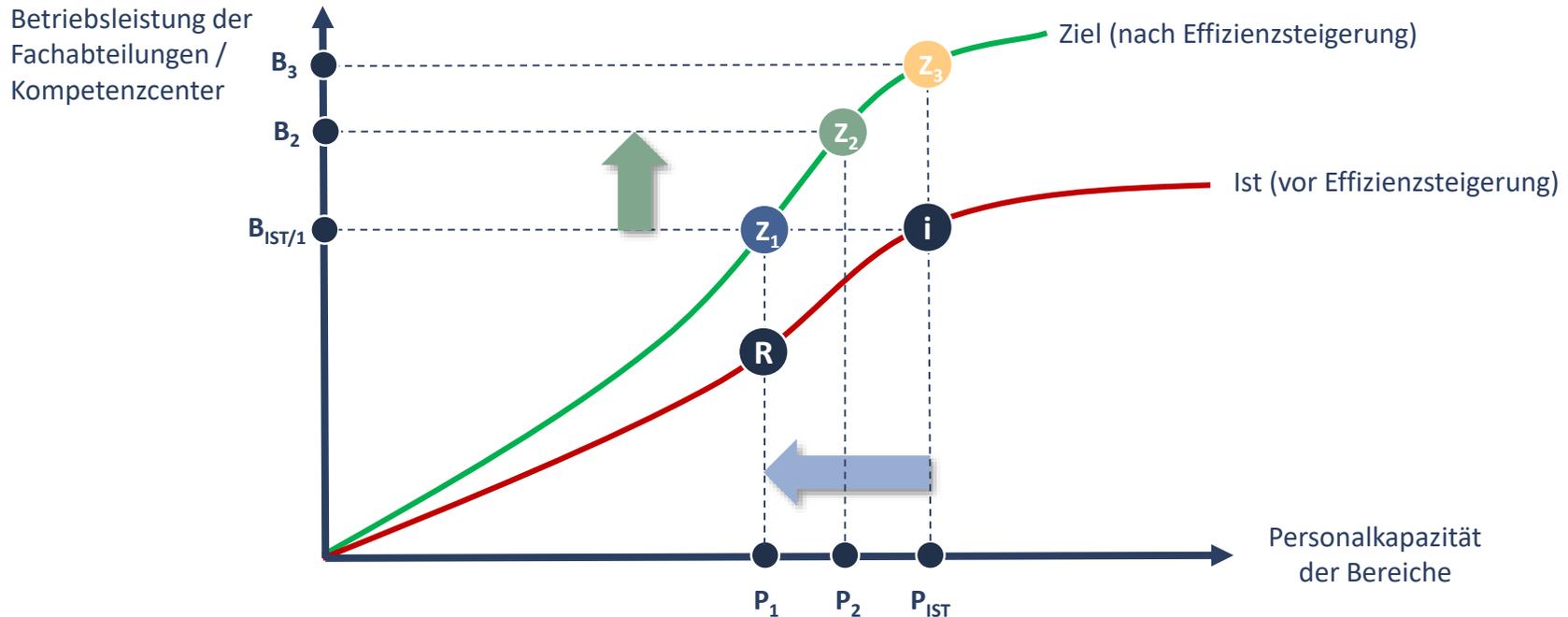
Woran erkennt man nun einen zufriedenen Kunden/Patienten? Dieser Frage sind in den vergangenen Jahren nahezu alle Instanzen der Leistungserbringer – vom einzelnen Krankenhaus bis zur WHO (2009: „Patient satisfaction doesn't necessarily mean better care“) – in unterschiedlicher Weise nachgegangen. Den Ergebnissen liegen wissenschaftliche Studien bis zur Auswertung von Blogs unzufriedener Patienten zu Grunde.

Erfahrungswerte bilden heute allerdings noch eine dürftige Basis Mängel festzustellen oder Änderungspotenziale zu begründen. Rund 70% der wirklich relevanten Faktoren, die maßgeblich sind, um Patienten das Gefühl von Zufriedenheit oder Unzufriedenheit zu geben, bleiben im Verborgenen.



# Projektansatz „Stationsoptimierung“

**Ziele: Optimierung und Effizienzsteigerung zur nachhaltigen Kostensenkung bei gleicher Betriebsleistung und für zukünftiges profitables Wachstum**



**i** Ausgangs-/Istzustand mit gegebenen Personalstand

**R** Risikopunkt bei Personalreduzierung ohne Prozessanpassung!!!

**Z<sub>1</sub>** Zielsetzung bei max. reduziertem Personalstand  $P_1$

**Z<sub>2</sub>** Zielsetzung bei reduziertem Personalstand und verkürzten DLZ

**Z<sub>3</sub>** Zielsetzung bei unverändertem Personalstand und verkürzten DLZ



Betriebsleistung ( $B_1$ ) erhalten (gesund schrumpfen)



Betriebsleistung ( $B_2$ ) steigern (profitabel wachsen)



Betriebsleistung ( $B_3$ ) max. steigern (profitabel wachsen)

## Ziele: Mögliche Konsolidierungs- und Lean-Effekte

### Konsolidierungseffekte (Organisation)

#### ■ Funktions- und Kompetenz-Bündelung über:

- Interprofessionelle Aufgaben- und Arbeitsverteilung / -bündelung (neue Jobs / Jobdesigns)
- Leitstand / SSL (Steuerung, Support, Logistik)
- Interdisziplinäre Stationen
- Aufnahme-Konzept
- Zentrale Bettensteuerung
- Raumoptimierungen

#### ■ Prozessmanagement/-führung

- Quality Gates definieren
- Good Practice Transfer (Best-Practice-Workshops)
- KVP initiieren
- Prozess-Verantwortung / Rollen festlegen
- Durchgehendes Prozess Control Management
- Prozess Track & Trace
- Robuster Hauptprozess und Expresswege für klar definierte Ad-Hoc-Prozesse
- Einführung von Pflicht-Feldern und Standards

### Lean-Effekte (TSA/Kapazität)

#### ■ Kompensieren der Kapazitäts-Anpassung durch:

- Verschlanung der Prozesse (Lean)
  - Prozessverkürzungen
  - Eliminierung von Verschwendungen
  - Herausnehmen von Mehrstufigkeit / Schleifen
  - Parallelisierung / Einzelschritt-Integration
- Ausrichtung am Fluss-Prinzip (Pull)
- Synchronisation / Abtaktung / Glättung der Abläufe

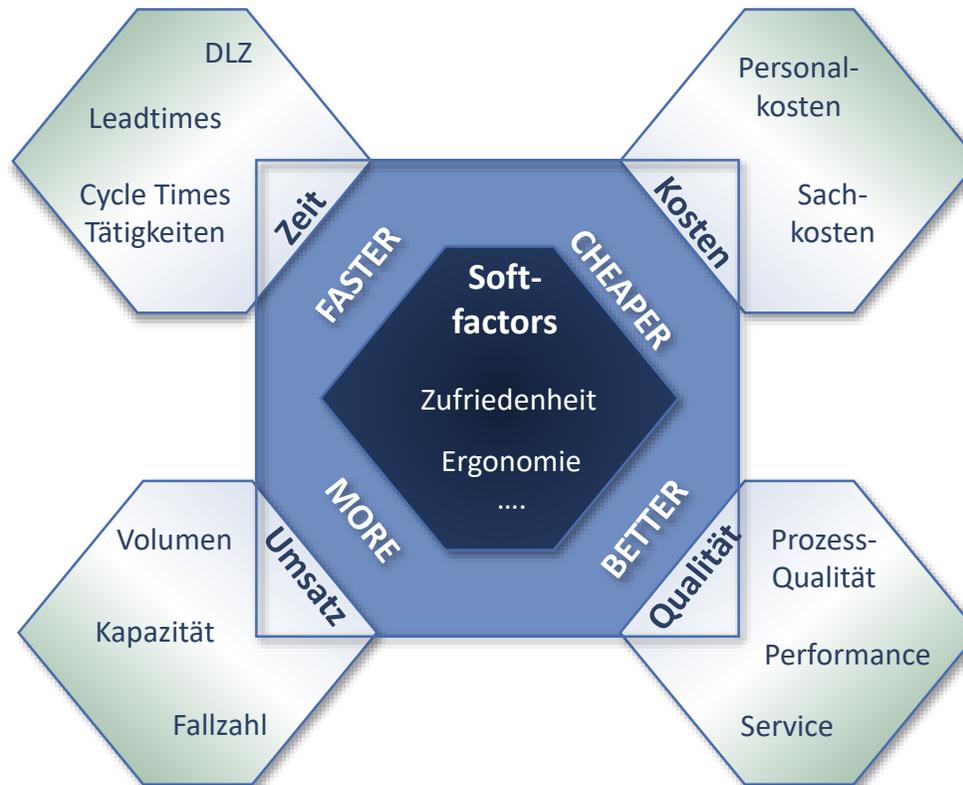
#### ■ Optimierte technologische Unterstützung der Prozesse

- Patienten-Management - Vernetztes Multiressourcen-Planungstool
- Mobile Clinical Computing
- Digitales Diktat-Management, automatische Spracherkennung
- Digitale Informationsverwaltung (telefon- und papierlose Abwicklung), digitale Signatur,
- Schnittstellen KIS/med. Subsysteme
- OP Monitoring (Planung) auf Station
- Gerätemanagement
- Ganzheitliche Nutzung von KIS-Funktionen

## Das Ziel-Quadrat „Hospital Excellence“ für Effizienz in Kliniken

Die Konsequenz aus der notwendigen Kundenorientierung bei gleichzeitig anhaltendem Effizienzdruck ist:

**Alles muss in ein Zielsystem gebracht und ausbalanciert werden**



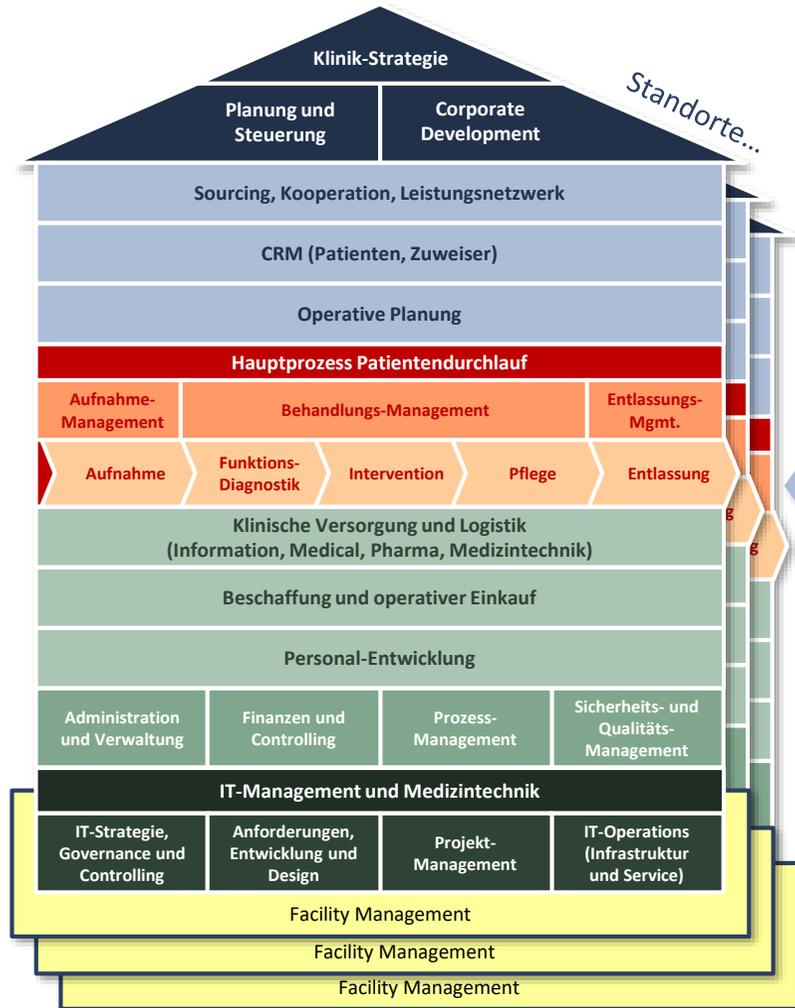
## Fokussierung im Projekt auf prozessuale Schwerpunktthemen...



# Projektansatz „Stationsoptimierung“

## Projekt „Stationsoptimierung“: Fokussierung auf die Prozesse in den betroffenen Bereichen / Stationen

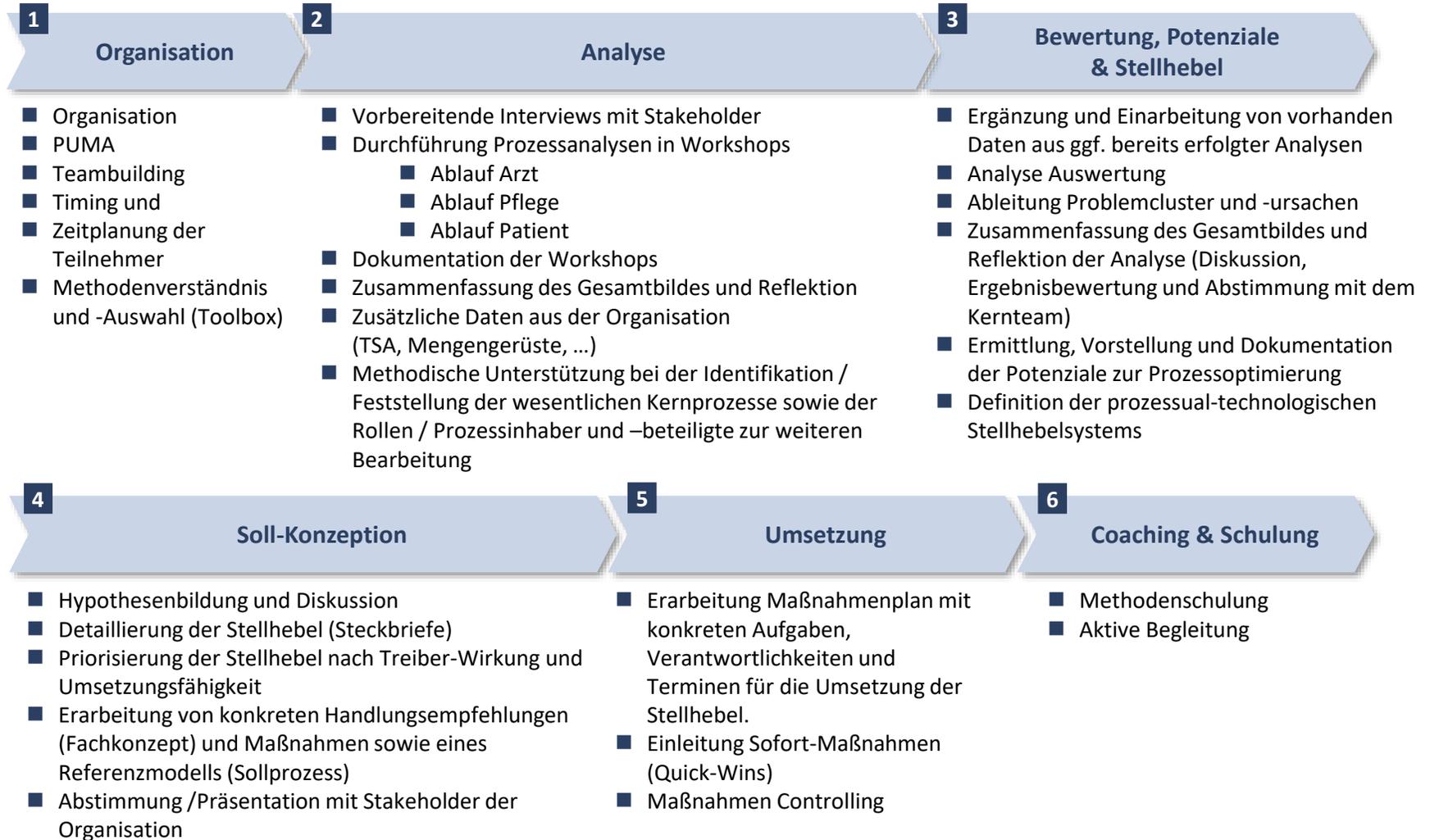
### Prozesshaus der Klinik



### Ebenen der Analyse

- Stationen pro Fachabteilung
- Bearbeitung der Abläufe ...
  - Patient (horizontal)
  - Pflege (vertikal)
  - Arzt (vertikal)
  - Material
  - Support
  - ... und deren Vernetzung
- Durchlauf der Projektphasen:
  - 1. Organisation
  - 2. Analyse
  - 3. Potenzialbewertung
  - 4. Soll-Konzeption
  - 5. Umsetzung
  - 6. Coaching
- Übernahme Methodik, Erfahrungen, Best Practice für weitere Fachbereiche/ Standorte

## Hauptphasen eines Stations-Prozess-Optimierungs-Projektes



## Inhalt

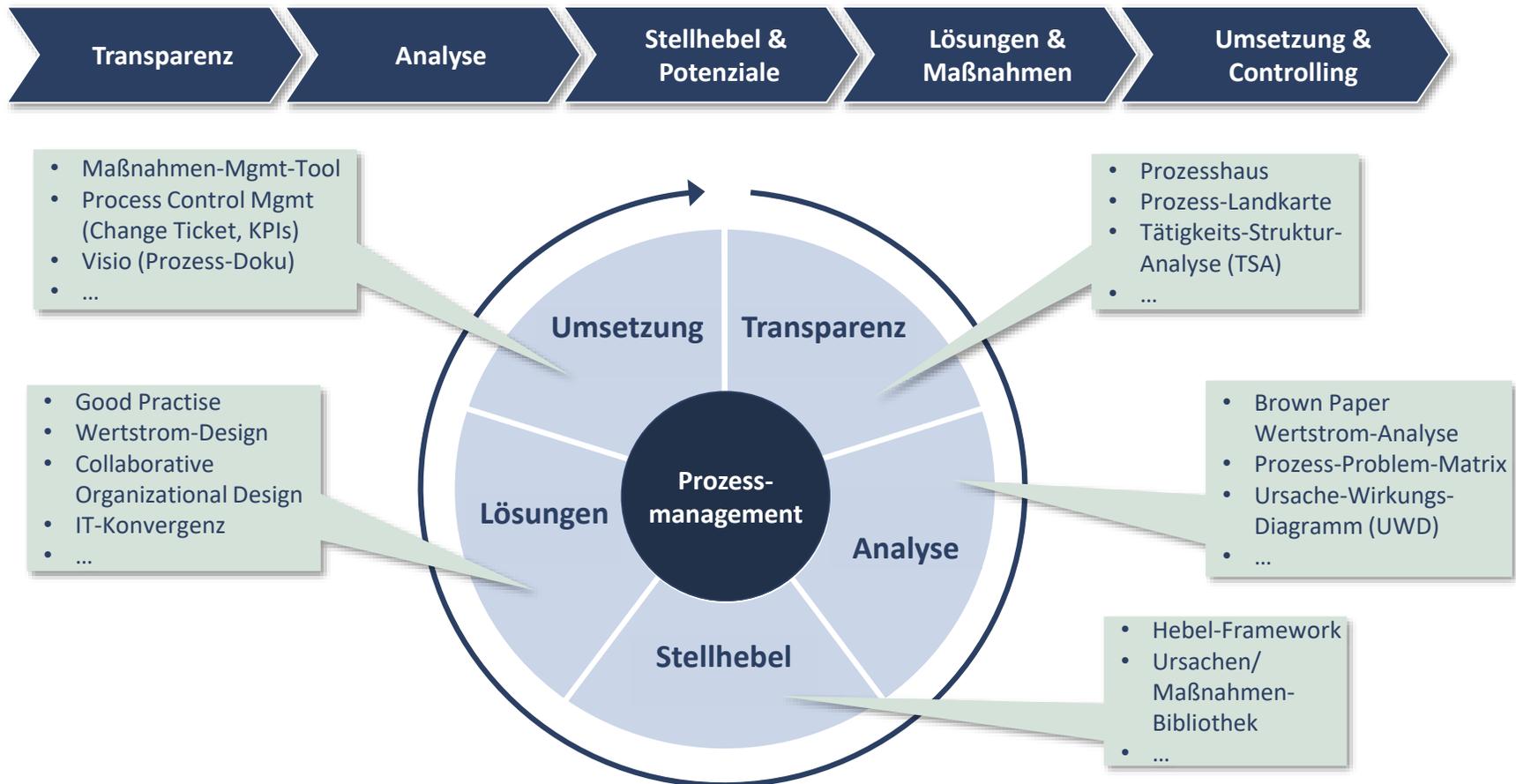
**1** Projektansatz „Stationsoptimierung“

**2** **Methoden zur Stationsoptimierung**

**3** Exxent als Partner und Berater

## Exxent - Toolbox entlang der Prozessoptimierungs-Phasen

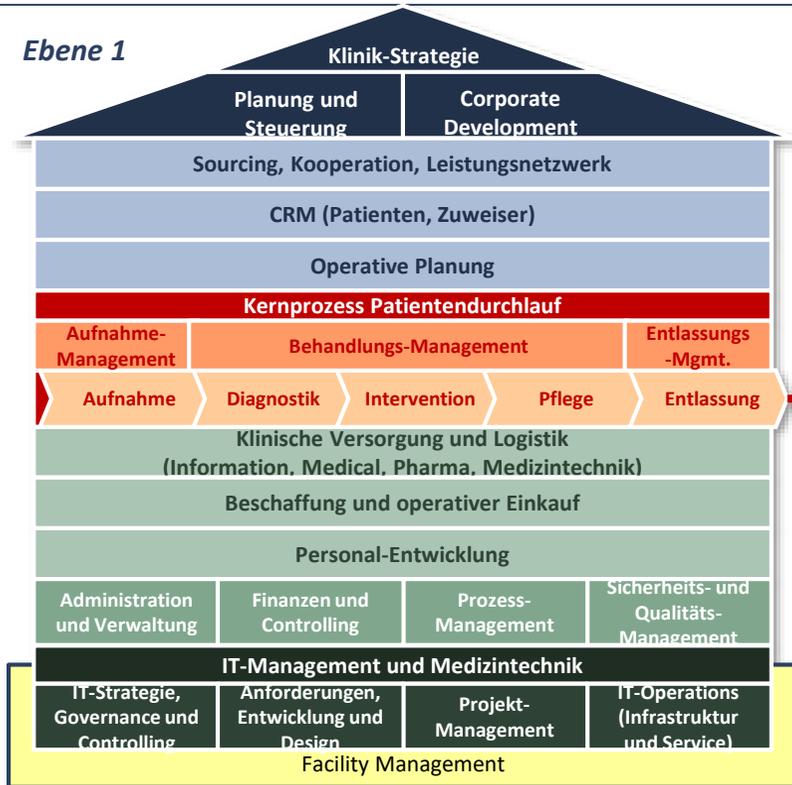
Die „verdauliche“ Anpassung an die Organisation sowie die Auswahl der benötigten Prozessmanagement-Methoden und Tools sollte immer entlang der Prozessoptimierungs-Phasen erfolgen. Für jeder Phase muss überlegt werden, mit welchen Tools die Optimierungsaufgabe im Unternehmen oder in der Abteilung am besten bewerkstelligt werden kann.



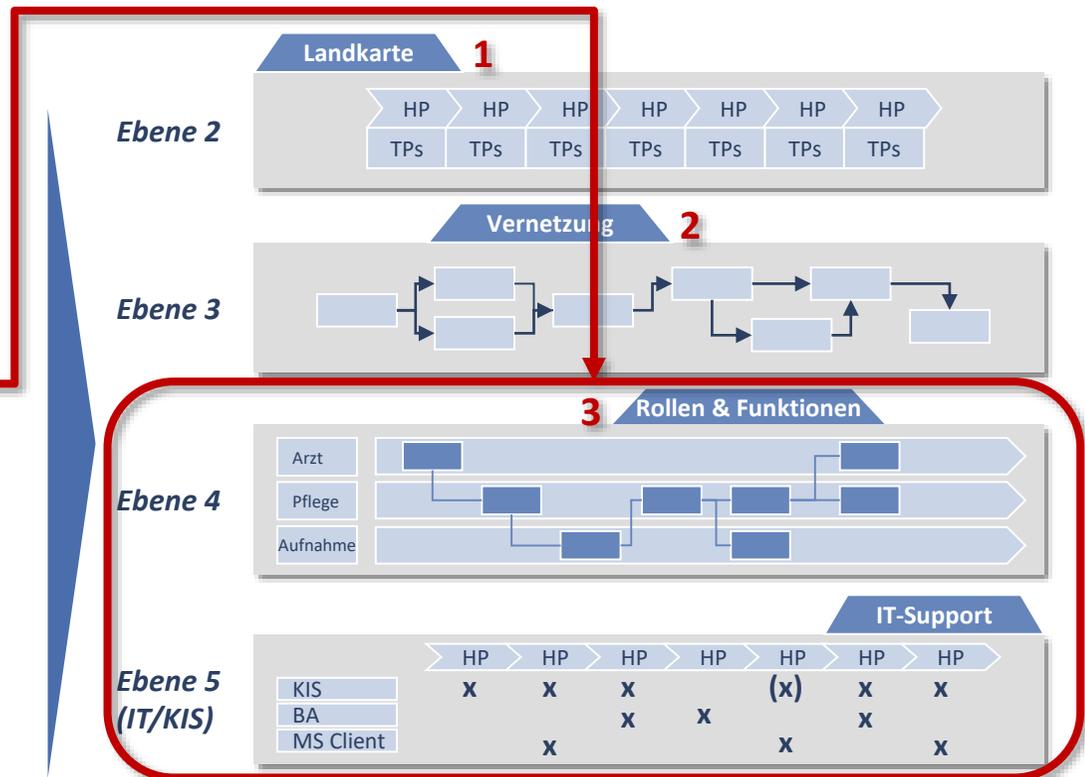
## Klinik - Prozessmodell als Rahmenkonzept: Prozess-Haus mit unterschiedlichen Detaillierungsebenen der Kern-, Haupt- und Teilprozesse

Das allgemeine Prozesshaus stellt das gesamte Prozessportfolio der Klinik dar. Es ist als Ebene 1 die Basis der hierarchischen Prozessdarstellung. Eine Prozessanalyse durchläuft die unterschiedlichen Detaillierungsebenen der Kern-, Haupt- und Teilprozesse, die Optimierung erfolgt anschließend in Ebene 4 (Swimlane-Darstellung) und 5 (IT-Konvergenz).

Prozesshaus der Klinik (Beispieldarstellung)



Ebenen der Analyse



## Methodik: Durchführung von Interviews nach strukturierten themenspezifischen Vorlagen

### ■ Inhaltsstruktur Interview-Template:

- Allgemeine Informationen zum Interviewpartner (z.B. Name, Berufsgruppe/Rolle, Arbeitszeiten, Betriebszugehörigkeit etc.)
- Organisationsdaten (Klinik, Fachabteilung, Mitarbeiterzahlen der Abteilung)
- Prozesse (in welchen Haupt- und Teilprozessen vertreten)
- Aufgaben / Tätigkeitsstruktur
- Thematische Fragen
- Probleme & Verbesserungsvorschläge
- Status IT/KIS-Einsatz (Systemnutzungsanalyse)

### ■ Folgenden Fragestellungen definieren typischerweise die Inhalte von Funktionsinterviews, die einsatzspezifisch ergänzt oder modifiziert werden:

- Was ist die definierte Hauptaufgabe des betroffenen Organisationsbereiches?
- Welche Mitarbeiterkapazitäten aus welcher Berufsgruppe sind relevant?
- Welches Kapazitätsangebot steht gem. Arbeitszeitregelung pro Woche zur Verfügung?
- Welche Funktion wird genau beschrieben?
- Welches sind die Aufgaben dieser Funktion (Top Ten)?
- Wie sind diese Aufgaben zu definieren und abzugrenzen?
- Wie ist die Kapazität auf diese Aufgaben heute verteilt?
- Welchen Prozessen ist die jeweilige Tätigkeit zuzuordnen (Prozesscodierung)?
- Wie ist die Systemunterstützung des Prozesses / der Tätigkeit?
- Welches Mengengerüst ist pro Aufgabe relevant?
- Welche Problemtreiber wirken pro Aufgabe?
- Welche Verbesserungsansätze sehen die Aufgabenträger?

Interview Notizen			
Klinik:		Datum:	
Fachbereich:			
Teilnehmer:			
Interviewer:			
Thema:	Dokumentationsprozesse		
1. Allgemeine Informationen			
■			

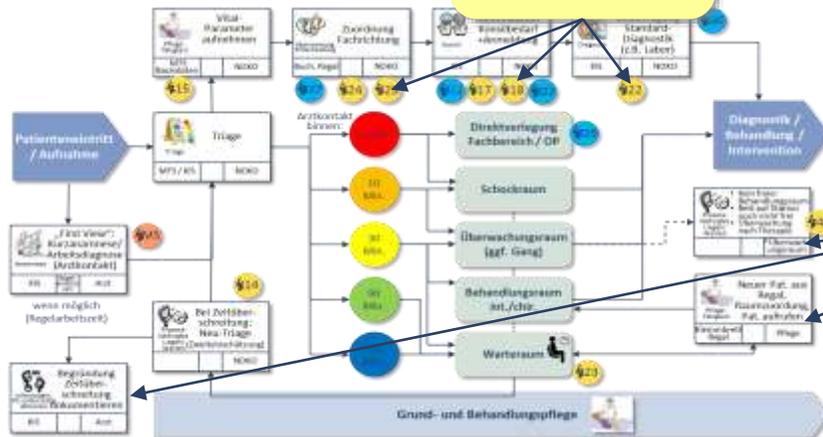
## Methodik Brown Paper: Visualisierung des Hauptprozesses und Wertstromanalyse

Die Zusammenhänge zwischen der Prozesslandkarte, ihrer Vernetzung und den detaillierten Arbeitsabläufen werden in Teamarbeit auf Brown Paper erfasst. Die Beziehung zwischen Grobstruktur und Detail sowie die identifizierten Prozessprobleme werden somit vom Ist- bis zum Sollprozess laufend überwacht und visualisiert.

### Prozesserfassung auf Brown Paper:



### Digitalisiertes Mapping:



Prozessschritte mit Piktogrammen, Funktion sowie ggf. System und Menge

Projektbeispiel

### \* Blitzspeicher:

- ⚡ 1 Nutzen der ZNA als elektive Aufnahme
- ⚡ 2 Aufnahme der Patienten durch Noko
- ⚡ 3 Noko überlaufen
- ⚡ 4 Ersteinschätzung über IVENA nicht vollständig / auszeichend
- ⚡ 5 Notarztprotokoll wird nicht verarbeitet
- ⚡ 6 Stellenweise keine Erreichbarkeit der Notaufnahme
- ⚡ 7 Teilweise keine Ankündigung sowie hoher Klärungsaufwand  
Schockraum: Notwendige Vorbereitungszeit von 15 Minuten nicht immer gegeben
- ⚡ 8 Abläufe bei Bereitschaftsärzten teilweise unbekannt / unklar
- ⚡ 9 Noko Telefonnummer (2959) als Angehörigentelefon bekanntgegeben

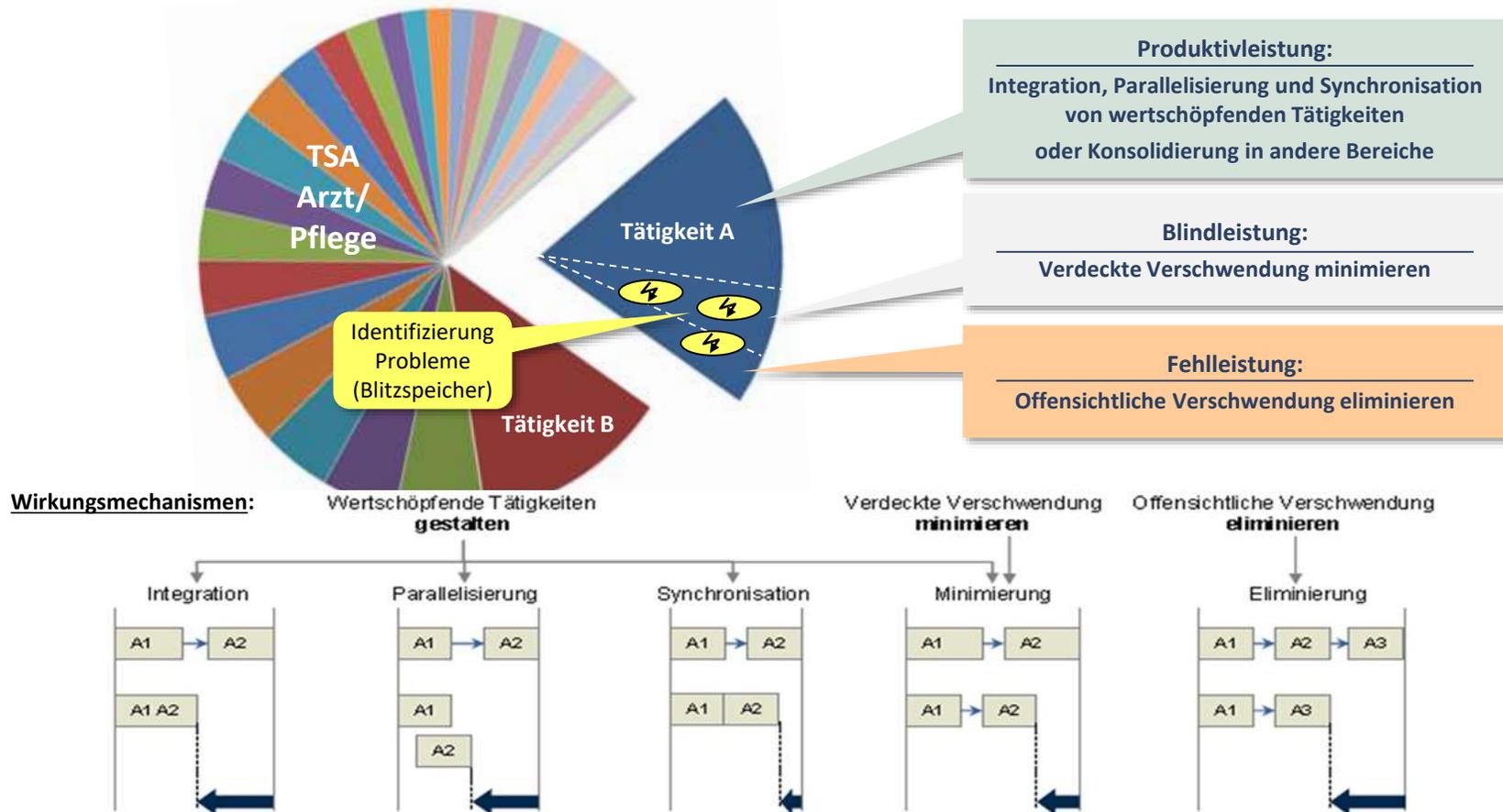
### Methodik: Systemnutzungsanalyse (Typisierung nach Reifegraden) des KIS

- Ziel ist, die KIS-Funktionen ganzheitlich zu nutzen
- Identifikation der vorhandenen Funktionen, zu denen die Anwender geschult werden müssen
- Identifikation der vorhandenen Funktionen, die jedoch erst richtig konfiguriert werden müssen
- Identifikation von nicht vorhandenen Funktionen, die jedoch über Module hinzugefügt werden können
- Verbesserung der Konvergenz zwischen System -und Prozess
- Hierzu muss eine Typisierung der Systemnutzung erfolgen:

- **Typ A: Benötigte Funktion nicht vorhanden (nicht im Gesamtpaket, nicht gewünscht, nicht möglich)**
- **Typ B: Funktion möglich, aber mangels Konfiguration/Customizing nicht verfügbar**
- **Typ C: Funktion eingestellt und nutzbar, aber mangels Wissen/ Bereitschaft nicht genutzt**
- **Typ D: Funktion in korrekter und definierter Anwendung aktiv, aber nicht optimal genutzt (Prozess)**
- **Typ E: Funktion im optimierten/ best practice Einsatz aktiv**

## Methodik TSA: Tätigkeits-Struktur-Analyse als Spiegelung der Organisation zum Prozess

Damit die Wirkungsmechanismen des Lean Process Management (Effektivitäts- und Effizienzsteigerung) zur Anwendung kommen können, ist es notwendig, die Probleme/Prozessblitze und damit die Fehl- und Blindleistungen der einzelnen Tätigkeiten (Teil oder ggf. ganze Tätigkeit) mit ihren Zeitanteilen nach dem Pareto-Prinzip (Relevanz!) zu identifizieren und von den Produktivleistungen (Nutz- und Stützleistungen) zu differenzieren.

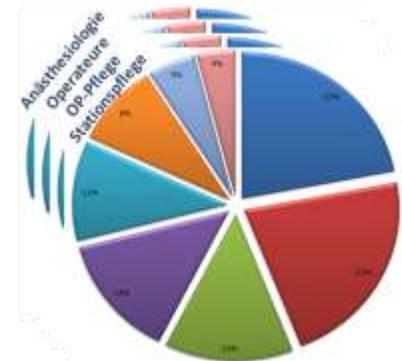


### Methodik TSA: Tätigkeits-Struktur-Analyse als Spiegelung der Organisation zum Prozess

Die Tätigkeitsstrukturanalyse (TSA) ist eine systematische und quantifizierende Ermittlung der Aufgaben und Tätigkeiten bezogen auf einen Mitarbeiter, eines Teams, oder einer Abteilung. Dabei wird der Arbeitsaufwand der durchgeführten Aufgaben zusammen mit Problemtreibern und Bewertungen erfasst und mit dem Kapazitätsangebot insgesamt abgeglichen. Die TSA ist somit die Brücke zwischen Prozessen und Strukturen der Organisation. Sie unterstützt die Konkretisierung von Verbesserungspotenzialen und ist somit eine Ergänzung zur Prozessanalyse.

**Folgenden Fragestellungen definieren typischerweise die Inhalte einer Tätigkeitsstrukturanalyse, die einsatzspezifisch ergänzt oder modifiziert werden:**

- Was ist die definierte Hauptaufgabe des betroffenen Organisationsbereiches?
- Welche Mitarbeiterkapazitäten aus welcher Berufsgruppe sind relevant?
- Welches Kapazitätsangebot steht gem. Arbeitszeitregelung pro Woche zur Verfügung?
- Welche Funktion wird genau beschrieben?
- Welches sind die Aufgaben dieser Funktion (Top Ten)?
- Wie sind diese Aufgaben zu definieren und abzugrenzen?
- Wie ist die Kapazität auf diese Aufgaben heute verteilt?
- Welchen Prozessen ist die jeweilige Tätigkeit zuzuordnen (Prozesscodierung)?
- Welches Mengengerüst ist pro Aufgabe relevant?
- Welche Problemtreiber wirken pro Aufgabe?
- Welche Verbesserungsansätze sehen die Aufgabenträger?
- Wie ist die Selbsteinschätzung von Effizienz und Effektivität, mit der die Aufgabe ausgeführt werden kann?



## Methodik TSA: Tätigkeits-Struktur-Analyse - Vorgehensweise

TSA		Standort	Fachbereich	Gastroenterologie	Fachbereich Typ	Chirurgisch	Datum	24.01.2014		
Name Mitarbeiter	Rolle / Funktion	Stationsleitung	Arbeitszeit/ Woche	40,00	Ø Überstunden/ Woche					
Nr.	Aufgaben	Zeitanteil pro Tag		Einschätzung der Effektivität des Prozesses (Note)						Verbesserungsansätze, Kommentare
		Minuten	% von 100	1	2	3	4	5	6	
1	Zimmer-/Bettenplanung, Verlegungsplanung									
2	Einbettung Patient									
3	Pflegerische Aufnahme Patient									
4	Patienteneinweisung (Ablauf)									
5	Organisation Untersuchungen mit Patient (Lauzettell)									
6	Anforderungen für Untersuchungen erstellen (SAP)									
7	Patiententransporte disponieren + tiw. durchführen									
8	Patientenverpflegung (Planung, Ausgabe)									
9	Begleitung Arztvisite									
10	Zimmerdurchgänge / Pflegevisite									
11	Grundpflege Patient									

Zur Beantwortung der Fragestellungen erfolgt eine **Datenerfassung** (Excel) in den jeweiligen Untersuchungsbereichen

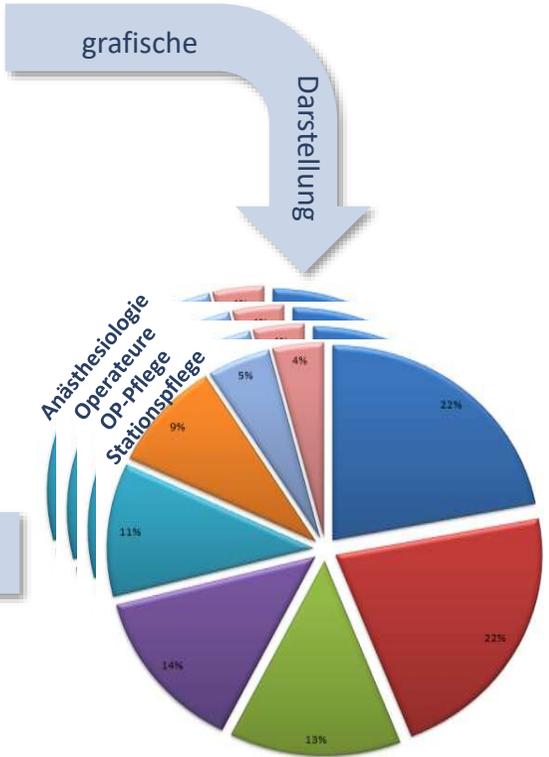
Erfasste Tätigkeiten/ Aufgaben je Berufsgruppe aus der Prozessanalyse (Prozess-Workshops)

**Persönliche Einschätzung, wie effektiv und effizient die Tätigkeit ausgeführt werden kann**

- Note 1: optimal, perfekte Systemunterstützung
- Note 2: funktioniert gut
- Note 3: manuell, aber durchführbar
- Note 4: umständlich
- Note 5: nur mit hohem Zusatzaufwand
- Note 6: nicht durchführbar

- Identifizierung Produktiv-, Blind- und Fehlleistung
- Fragmentierungsgrad
- Pareto (Relevanz)
- Homogenität
- Problemtreiber
- ...

Auswertungen/ Analysen



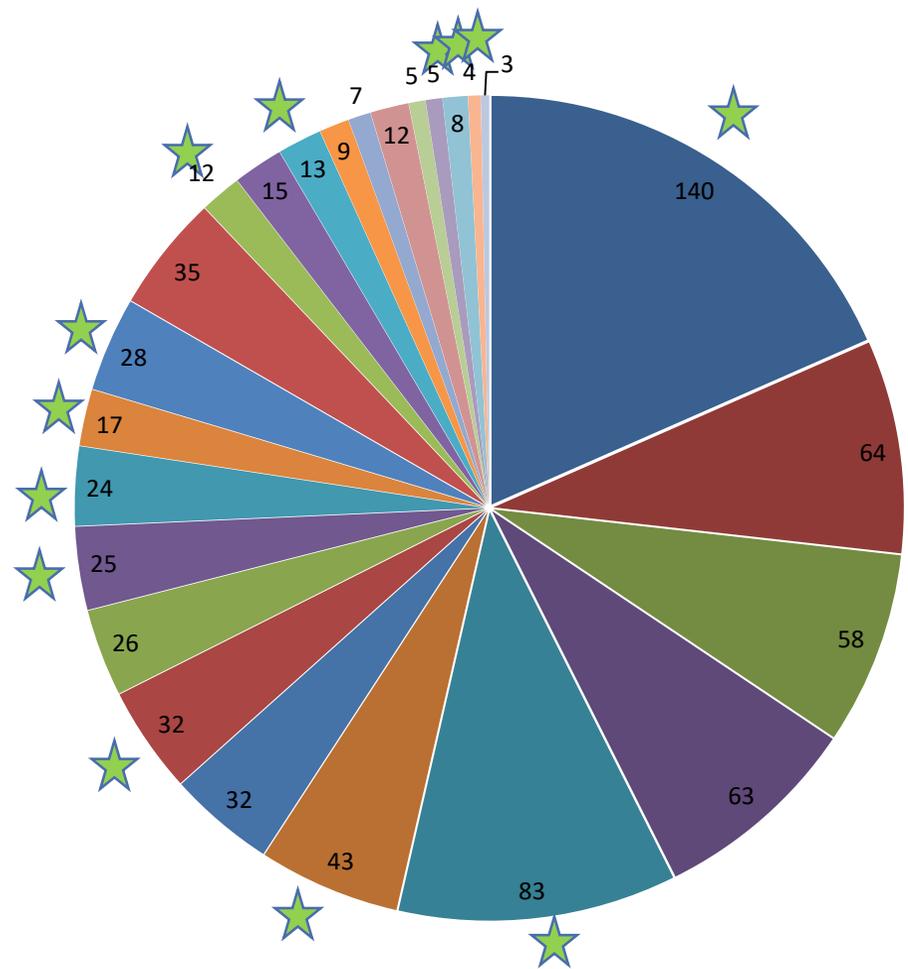
Projektbeispiel

## Projektbeispiel: Tätigkeitsstruktur Pflege chirurgische Stationen

Nr.	Aufgaben	Zeitanteil pro Tag								Einschätzung der Effektivität des Prozesses (Note)						
		Pflegekraft 1	Pflegekraft 2	Pflegekraft 3	Pflegekraft 4	Pflegekraft 5	Summe:	Ø	% von 100	1	2	3	4	5	6	
1	Grundpflege Patient	90	50	180		240	560	140	18,4%		1,5	0,5				
2	Zimmer-/Bettenplanung, Verlegungsplanung	10	10	20	240	40	320	64	10,5%			2		1		
3	Patiententransporte disponieren + tlw. durchführen	5	5	240	30	10	290	58	9,6%			3				
4	Materialwirtschaft (Bestellungen, Verwaltung)	10	180	0		60	250	63	8,2%					1	1	
5	Behandlungspflege Patient	60	10	180			250	83	8,2%		2					
6	Medikamentenvergabe (Plan, Richten, Kontrolle, Darreichung)	120	10	25	15		170	43	5,6%	1			1	1		
7	Pflegedokumentation (Pflegeberichte, Planungen etc.)	40	15	60	15	30	160	32	5,3%	1		1		1		
8	Patientenverpflegung (Planung, Ausgabe)	15	10	60	15	60	160	32	5,3%		2			1		
9	Pflegerische Übergabe (Schicht)	60	10	20	15		105	26	3,5%	1	1			1		
10	Post-operative Pflege (nur chirurgische Station)	15	10	60	15		100	25	3,3%	1	1			1		
11	Begleitung Arztvisite	30	5	30		30	95	24	3,1%	1	1					
12	Pflegerische Aufnahme Patient	10	10	25	20	20	85	17	2,8%	1		1	1			
13	Zimmerdurchgänge / Pflegevisite	0	5	80			85	28	2,8%	1	1					
14	Personalplanung (Schicht, Urlaub)	10	60				70	35	2,3%			1	1			
15	Patienteneinweisung (Ablauf)	5	7	10	20	20	62	12	2,0%	1		2				
16	Pre-operative Vorbereitungen (nur chirurgische Station)	15	5	30	10		60	15	2,0%	1	1	1				
17	Angehörigenbetreuung (Beratungen, Schulungen etc.)	20	3	20	10		53	13	1,7%	1			1			
18	Organisation Entlassung	15	2		10	9	36	9	1,2%		1			2		
19	Einbettung Patient	5	2		10	10	27	7	0,9%	1	2					
20	Qualitätssicherung	20	3				23	12	0,8%		1		1			
21	Anforderungen für Untersuchungen erstellen (SAP)	5	5		5	5	20	5	0,7%	1		2				
22	Anträge AHB (Pflege)	10	0		5	5	20	5	0,7%			1	1			
23	Patientenschulung (z.B. Diabetes)	10	5				15	8	0,5%		1			1		
24	Organisation Untersuchungen mit Patient (Laufzettel)	5	0		5	5	15	4	0,5%			1	1			
25	Fortbildungen / Schulungen	0	5				5	3	0,2%					1		
		585	427	1040	440	544	3036	761	100%	12	16	16	7	11	1	
									<b>Soll: 462</b>	<b>165%</b>						

= patientennahe Tätigkeiten

## Projektbeispiel: Tätigkeitsstruktur Pflege Durchschnittswerte (in Min. pro Tag) chirurgische Stationen



Projektbeispiel

★ = patientennahe Tätigkeiten

- Grundpflege Patient
- Zimmer-/Bettenplanung, Verlegungsplanung
- Patiententransporte disponieren + tlw. durchführen
- Materialwirtschaft (Bestellungen, Verwaltung)
- Grundpflege Patient
- Medikamentenvergabe (Plan, Richten, Kontrolle, Darreichung)
- Pflegedokumentation (Pflegeberichte, Planungen etc.)
- Patientenverpflegung (Planung, Ausgabe)
- Pflegerische Übergabe (Schicht)
- Post-operative Pflege (nur chirurgische Station)
- Begleitung Arztvisite
- Pflegerische Aufnahme Patient
- Zimmerdurchgänge / Pflegevisite
- Personalplanung (Schicht, Urlaub)
- Patienteneinweisung (Ablauf)
- Pre-operative Vorbereitungen (nur chirurgische Station)
- Angehörigenbetreuung (Beratungen, Schulungen etc.)
- Organisation Entlassung
- Einbettung Patient
- Qualitätssicherung
- Anforderungen für Untersuchungen erstellen (SAP)
- Anträge AHB (Pflege)
- Patientenschulung (z.B. Diabetes)
- Organisation Untersuchungen mit Patient (Laufzettel)
- Fortbildungen / Schulungen

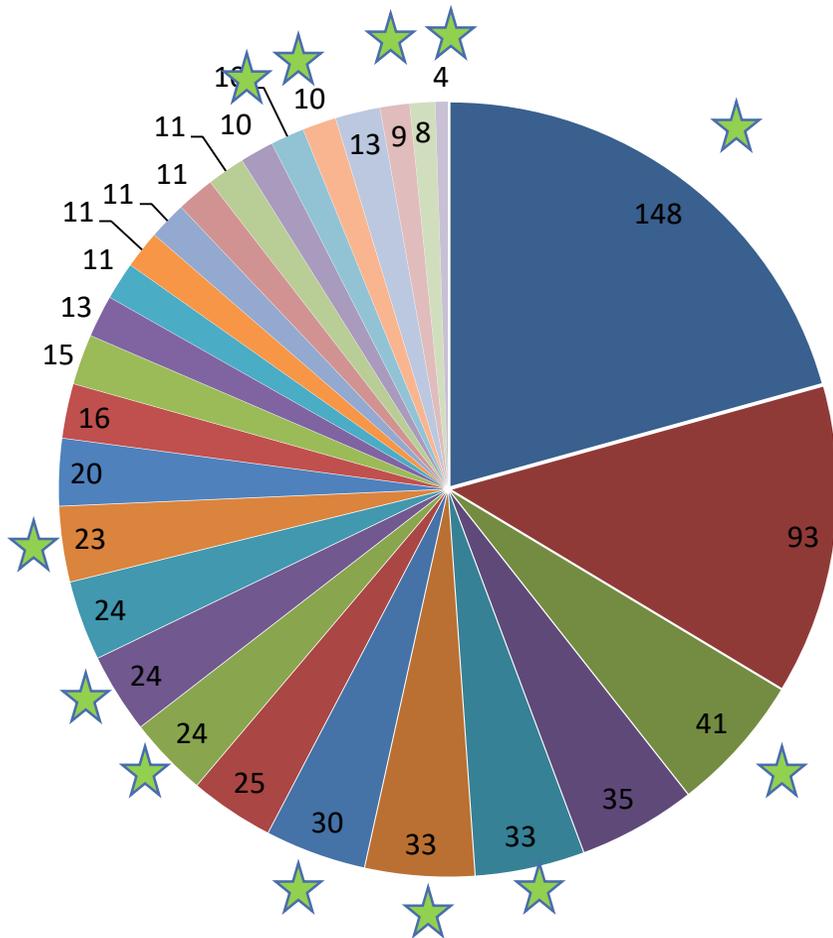
Projektbeispiel

## Projektbeispiel: Tätigkeitsstruktur Arzt chirurgische Stationen

Nr.	Aufgaben	Zeitanteil pro Tag							Einschätzung der Effektivität des Prozesses (Note)					
		Arzt 1	Arzt 2	Arzt 3	Arzt 4	Summe:	Ø	% von 100	1	2	3	4	5	6
1	OP	240	120	50	180	590	148	20,8%	2	2				
2	Arztbrieferstellung	60	60	70	180	370	93	13,0%			3	1		
3	Verbände, Wundversorgung, Blutabnahmen etc.	45	20	70	30	165	41	5,8%		2		2		
4	Visitenvor- und -nachbereitung	45	20	60	15	140	35	4,9%			3	1		
5	Konsile	30	20	20	60	130	33	4,6%			3		1	
6	Visite	30	10	45	45	130	33	4,6%		3	1			
7	Aufklärungsgespräche (Aufklärungsbogen)	30	15	45	30	120	30	4,2%		1	3			
8	Kurvervisite	30	10	30	30	100	25	3,5%	1	1	1	1		
9	Angehörigen- und Patientengespräche	30	20	30	15	95	24	3,3%		3	1			
10	Patientenentlassung (Abschlussgespräch, Kontrolle, Arztbrief aushändigen)	15	15	20	45	95	24	3,3%		2	2			
11	Röntgendemonstrationen	30	10	25	30	95	24	3,3%		4				
12	Ärztliche Aufnahme Patient	15	30	30	15	90	23	3,2%			4			
13	Sichtung Befunde, ausdrucken, abzeichnen, abheften	20	10	30	20	80	20	2,8%			1	1	2	
14	Anmeldung von Untersuchungen (schriftl. in SAP + Tel.)	0	20	25	20	65	16	2,3%				3	1	
15	Qualitätssicherung Dokumentation (gesetzl., Zertifiz.)	25	10	10	15	60	15	2,1%			2	1	1	
16	Befunderstellung	0	20	15	15	50	13	1,8%		2	1			
17	Abteilungsbesprechung (AssÄ, OÄ, CA)	15	10	10	10	45	11	1,6%		4				
18	Antragstellungen (AHB, Weiterversorgung Patient)	5	10	15	15	45	11	1,6%		1		2	1	
19	Kommunikation mit anderen Berufsgruppen (z.B. Sozialdienst)	15	10	10	10	45	11	1,6%		2	1	1		
20	Maßnahmenplanung und -Organisation	0	20	10	15	45	11	1,6%			2	1	1	
21	Verweildauersteuerung, Codierung und Fallfreigabe	15	5	10	15	45	11	1,6%		1	1	1	1	
22	Fort- und Weiterbildung	0	20	5	15	40	10	1,4%		1	1	1		
23	Untersuchung/Intervention in Funktionen	0	30	10	0	40	10	1,4%			2			
24	OA Visite	0	10	30	0	40	10	1,4%		2		1		
25	Übergabe Nachtdienst (Frühbesprechung)	s.o.	15	15	10	40	13	1,4%		4				
26	Telefonate mit Angehörigen, Einweisen, Nachsorgern	0	10	10	15	35	9	1,2%		3	1			
27	MDK-Prüfungen	0	30	0	0	30	8	1,1%			1			
28	Sprechstunde	0	15	0	0	15	4	0,5%				1		
		695	595	700	850	2840	713	100%	3	38	34	18	8	0

## Projektbeispiel: Tätigkeitsstruktur Arzt Durchschnittswerte (in Min. pro Tag) chirurgische Stationen

Projektbeispiel

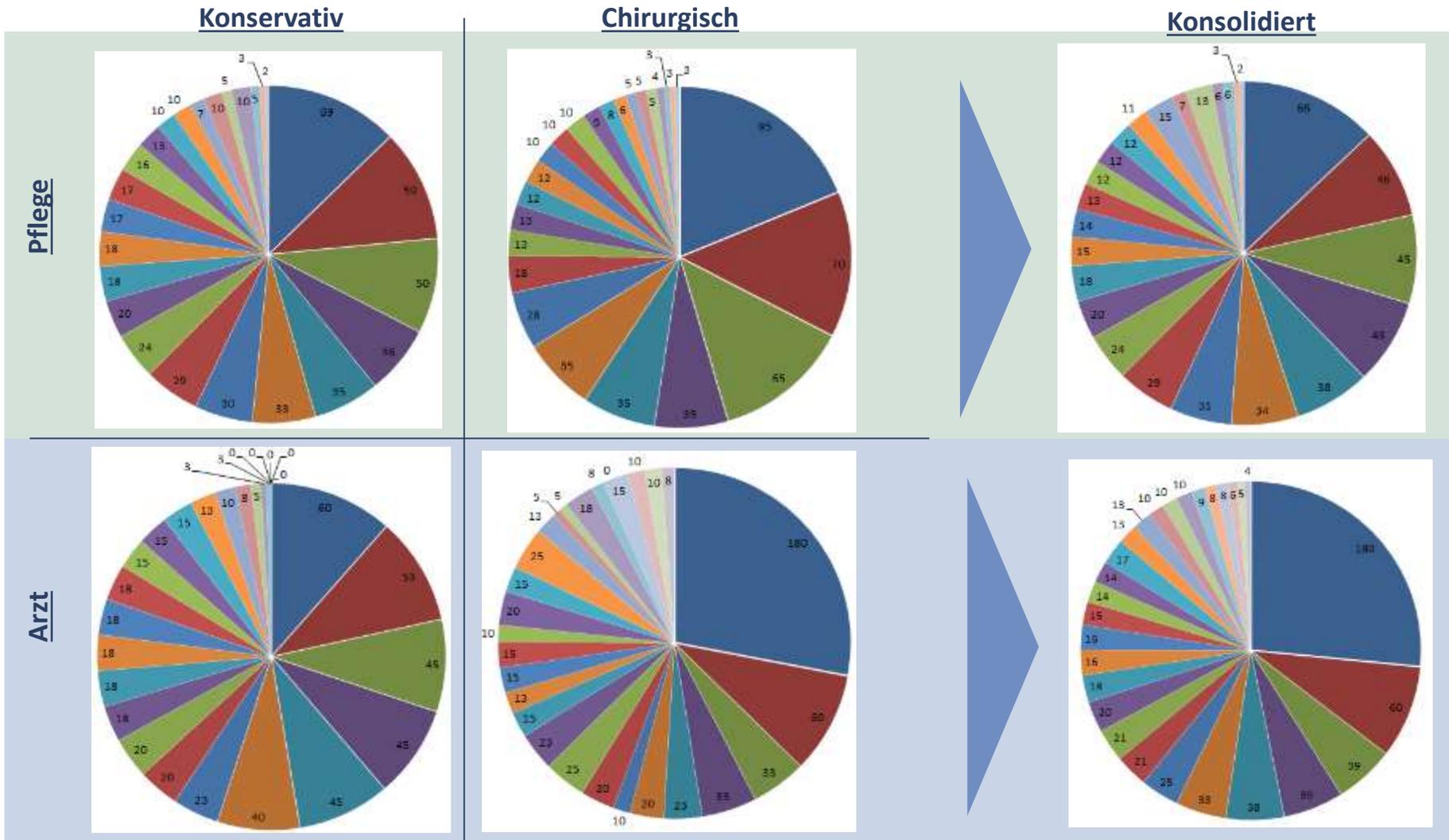


★ = patientennahe Tätigkeiten

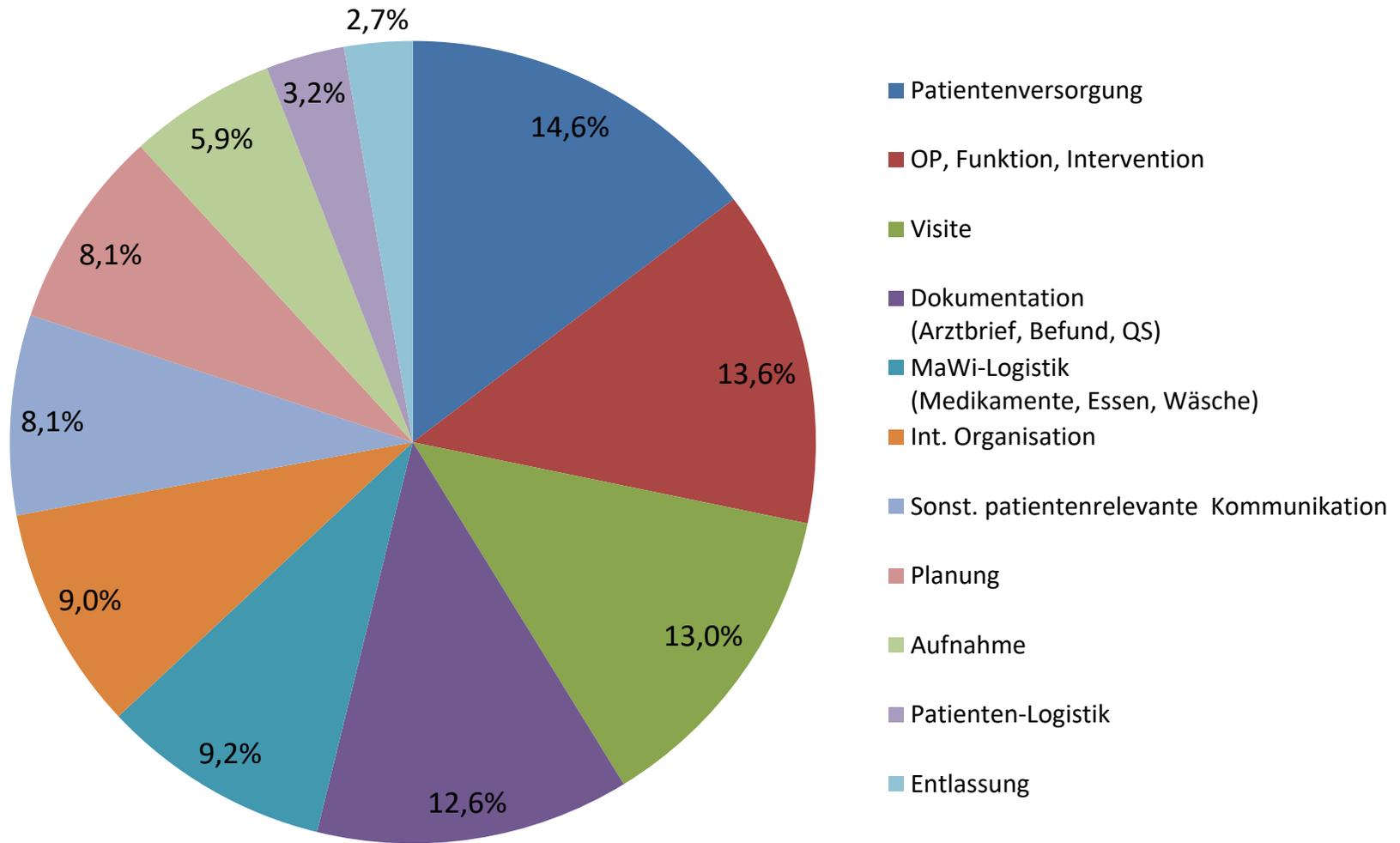
- OP
- Arztbrieferstellung
- Verbände, Wundversorgung, Blutabnahmen etc.
- Visitenvor- und -nachbereitung
- Konsile
- Visite
- Aufklärungsgespräche (Aufklärungsbogen)
- Kurvenvisite
- Angehörigen- und Patientengespräche
- Patientenentlassung (Abschlussgespräch, Kontrolle, Arztbrief aushändigen)
- Röntgendemonstrationen
- Ärztliche Aufnahme Patient
- Sichtung Befunde, ausdrucken, abzeichnen, abheften
- Anmeldung von Untersuchungen (schriftlich in SAP + Telefon)
- Qualitätssicherung Dokumentation (gesetzl., Zertifizierungen)
- Befunderstellung
- Abteilungsbesprechung (AssÄ, OÄ, CA)
- Antragstellungen (AHB, Weiterversorgung Patient)
- Kommunikation mit anderen Berufsgruppen (z.B. Sozialdienst)
- Maßnahmenplanung und -Organisation
- Verweildauersteuerung, Codierung und Fallfreigabe
- Fort- und Weiterbildung
- Funktionen
- OA Visite
- Übergabe Nachtdienst (Frühbesprechung)
- Telefonate mit Angehörigen, Einweisen oder Nachsorgern
- MDK-Prüfungen
- Sprechstunde

Prinzipdarstellung zur Auswertung der TSA's nach Funktionsbereich-Typen und Berufsgruppen

Projektbeispiel



**Projektbeispiel Auswertung TSA: Prozessorientierte TSA der Stationen im Patientendurchlauf (alle Bereiche und Berufsgruppen)**

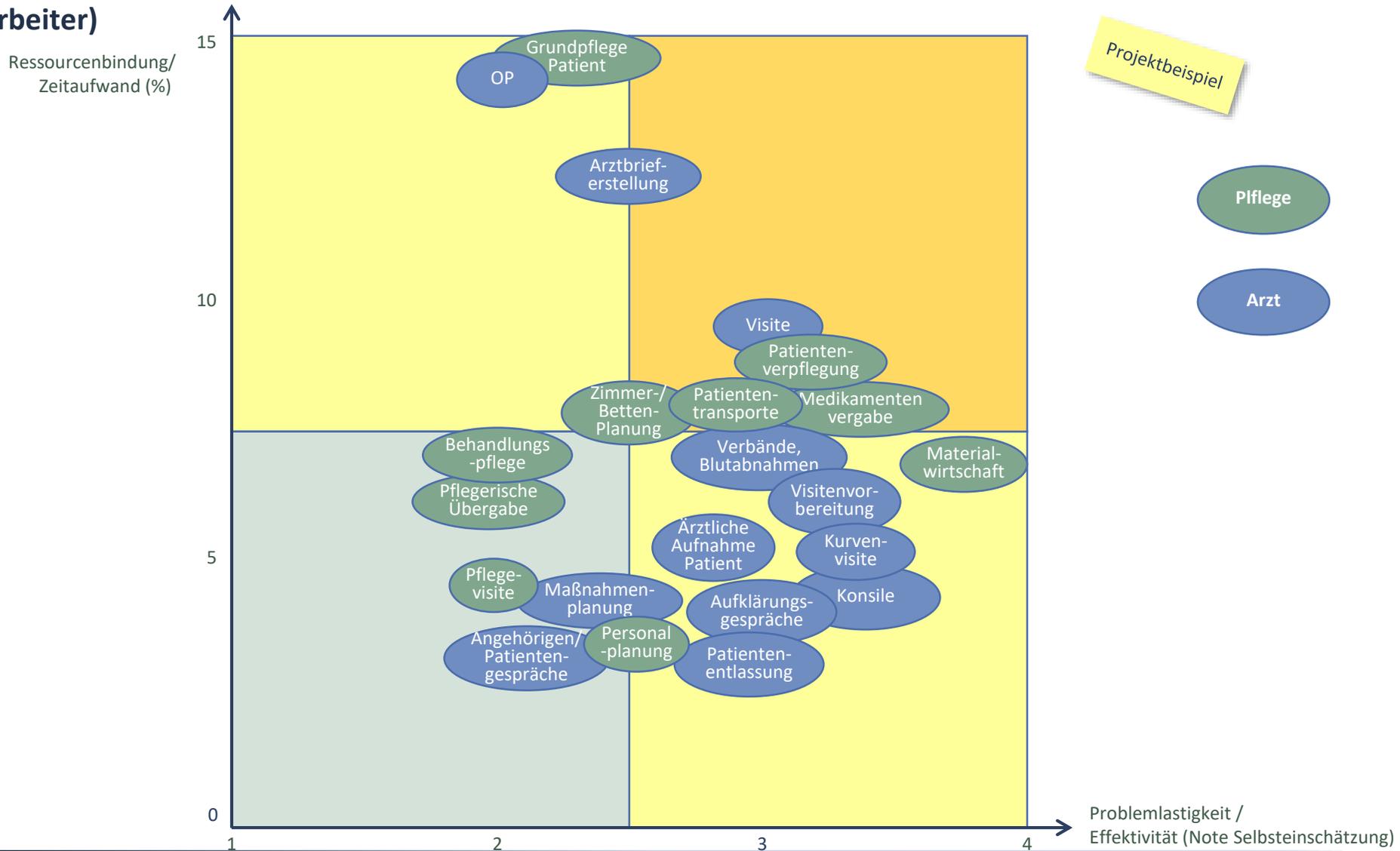


Projektbeispiel

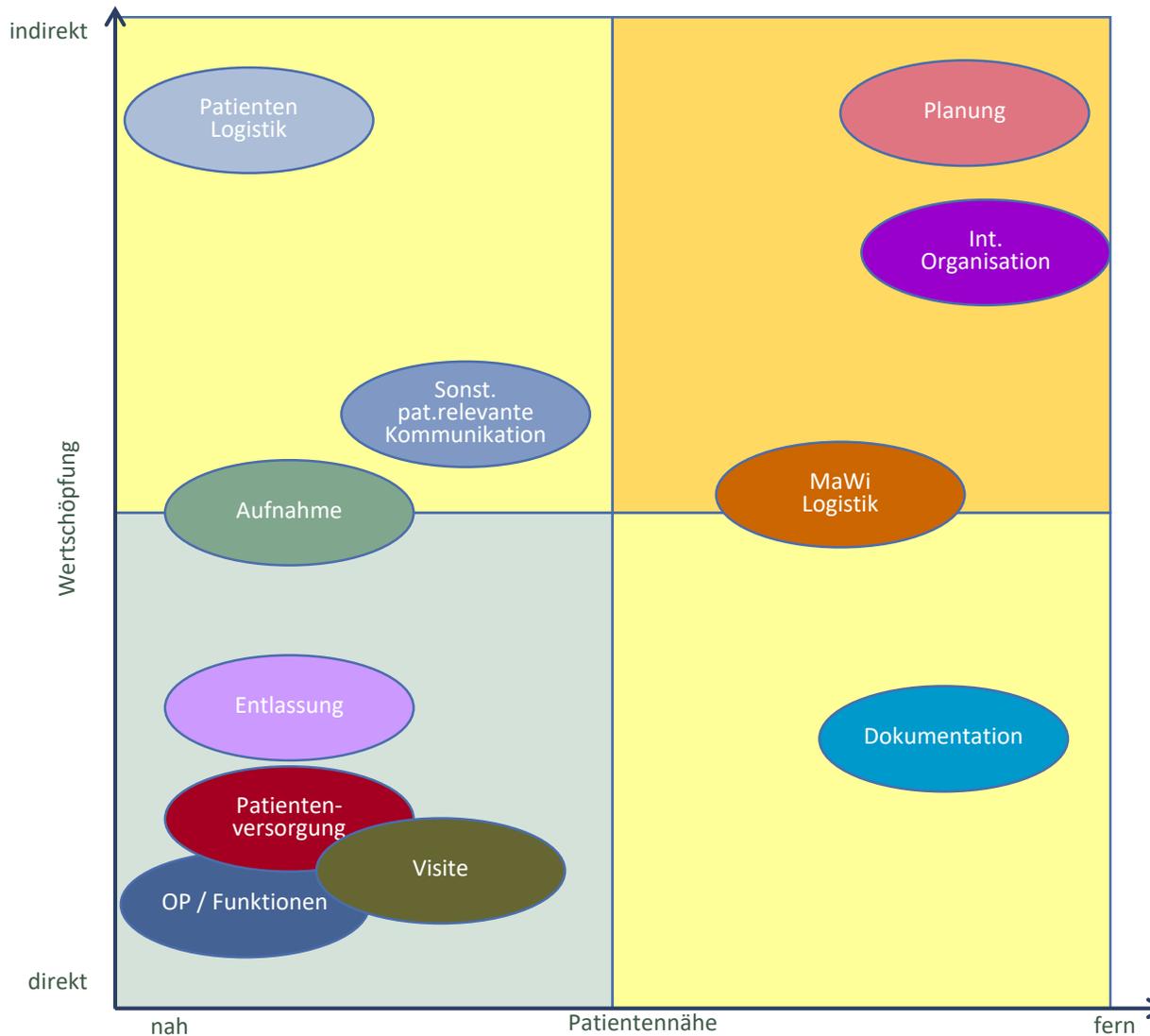
## Projektbeispiel Auswertung TSA: Top-Ten Tätigkeiten nach hohem Zeitaufwand pro Tag

Ärzte konservativ	Ärzte chirurgisch	Pflege konservativ	Pflege chirurgisch
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Arztbrieferstellung</li> <li>■ Ärztliche Aufnahme Patient</li> <li>■ Verbände, Wundversorgung, Blutabnahmen etc.</li> <li>■ Visitenvor- und -nachbereitung</li> <li>■ Visite</li> <li>■ Maßnahmenplanung und -Organisation</li> <li>■ Kurvenvisite</li> <li>■ Patientenentlassung (Abschlussgespräch, Kontrolle, Arztbrief aushändigen)</li> <li>■ Abteilungsbesprechung (AssÄ, OÄ, CA)</li> <li>■ Angehörigen- und Patientengespräche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ OP</li> <li>■ Arztbrieferstellung</li> <li>■ Verbände, Wundversorgung, Blutabnahmen etc.</li> <li>■ Visitenvor- und -nachbereitung</li> <li>■ Konsile</li> <li>■ Visite</li> <li>■ Aufklärungsgespräche (Aufklärungsbogen)</li> <li>■ Kurvenvisite</li> <li>■ Angehörigen- und Patientengespräche</li> <li>■ Patientenentlassung (Abschlussgespräch, Kontrolle, Arztbrief aushändigen)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Grundpflege Patient</li> <li>■ Patientenverpflegung (Planung, Ausgabe)</li> <li>■ Pflegerische Übergabe (Schicht)</li> <li>■ Medikamentenvergabe (Plan, Richten, Kontrolle, Darreichung)</li> <li>■ Zimmerdurchgänge / Pflegevisite</li> <li>■ Personalplanung (Schicht, Urlaub)</li> <li>■ Pflegedokumentation (Pflegeberichte, Planungen etc.)</li> <li>■ Behandlungspflege Patient</li> <li>■ Pflegerische Aufnahme Patient</li> <li>■ Anforderungen für Untersuchungen erstellen (SAP)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Grundpflege Patient</li> <li>■ Zimmer-/Bettenplanung, Verlegungsplanung</li> <li>■ Patiententransporte disponieren + tlw. durchführen</li> <li>■ Materialwirtschaft (Bestellungen, Verwaltung)</li> <li>■ Behandlungspflege Patient</li> <li>■ Medikamentenvergabe (Plan, Richten, Kontrolle, Darreichung)</li> <li>■ Pflegedokumentation (Pflegeberichte, Planungen etc.)</li> <li>■ Patientenverpflegung (Planung, Ausgabe)</li> <li>■ Pflegerische Übergabe (Schicht)</li> <li>■ Post-operative Pflege (nur chirurgische Station)</li> </ul>
70,3 %	68,1 %	72,2 %	77,9 %

## Projektbeispiel Auswertung TSA: Matrix Ressourcenbindung - Problemlastigkeit (Selbsteinschätzung Mitarbeiter)



Projektbeispiel Auswertung TSA: Matrix Wertschöpfung - Patientennähe (gesamt)



Projektbeispiel

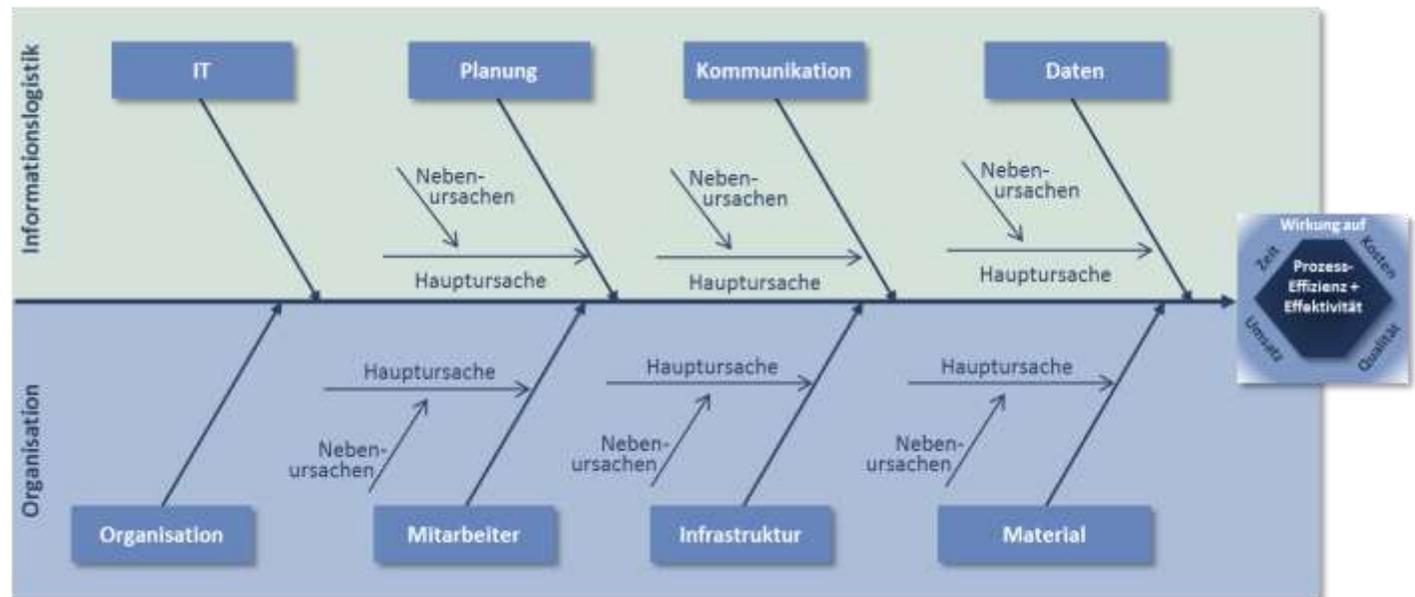
### Methodik: Ursache-Wirkungs-Diagramm (UWD) - Analyse von identifizierten Prozessblitzen oder Problemketten

Der erste Schritt für die Lösungsfindung zu Prozessproblemen ist die Analyse der identifizierten Prozessblitze und die Identifikation der entsprechenden Problemursache. Über ein Ursache-Wirkungs-Diagramm (Ishikawa-Diagramm) lassen sich diese mögliche Ursachen den identifizierten Problemen (kategorisiert nach den Hauptproblemfeldern) zuordnen, welche Einfluss auf die Prozesseffizienz haben.

Sind die Probleme identifiziert, erstellt man eine Grafik, die anhand von Pfeilen die Ursachen ihren Wirkungen und somit dem Problem zuteilt. Da häufig mehrere unterschiedliche Gründe ein Problem bedingen, ordnet die Ursachenanalyse diese nach den identifizierten Hauptproblemfeldern.

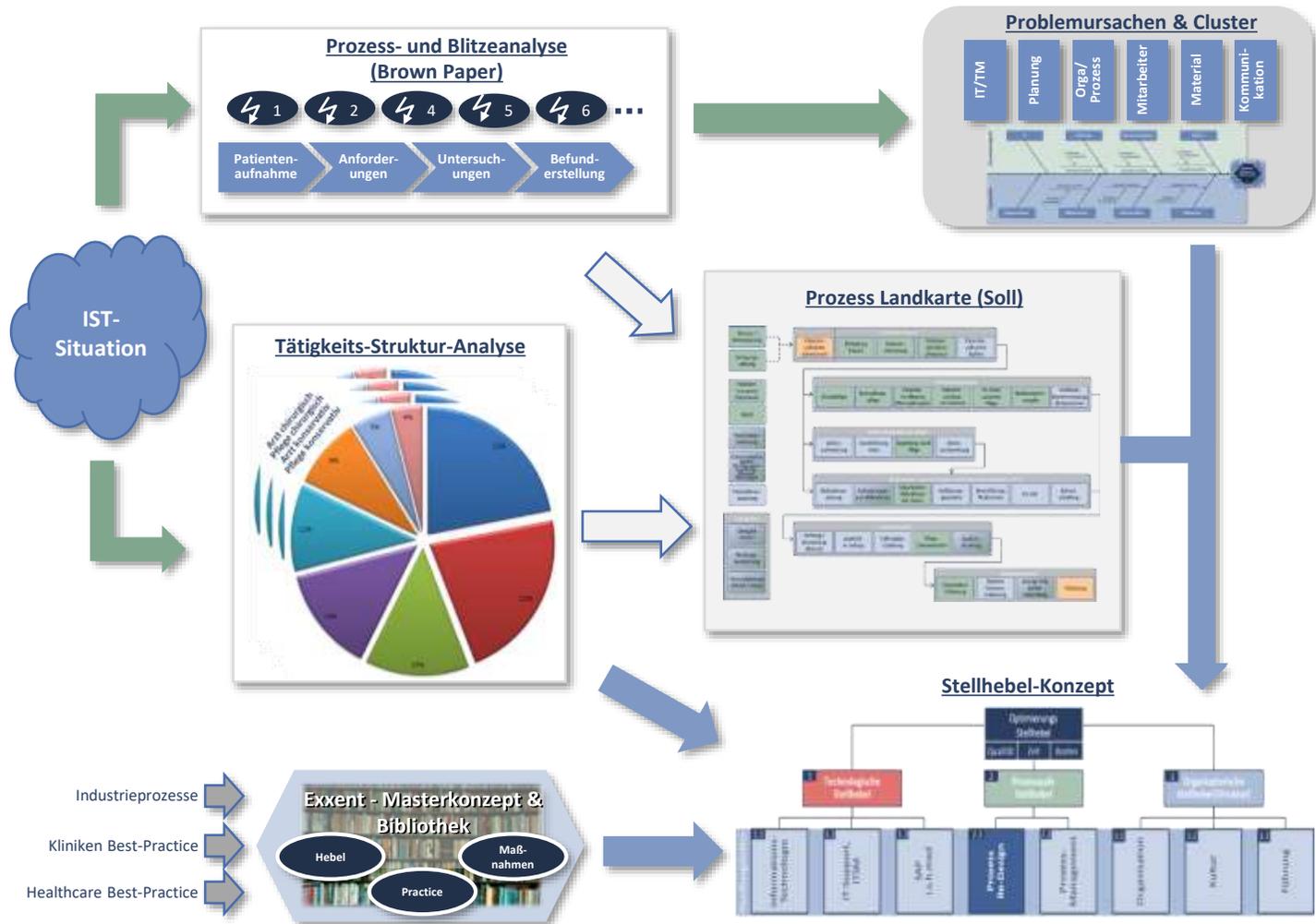
Folgende Phasen regeln das Vorgehen bei dieser Technik:

- Zuerst wird das Problem definiert
- darauf legt man die Hauptursachen/-problemfelder fest
- dann erfolgt ein Brainstorming zu den einzelnen Ursachen, deren wahrscheinlichste selektiert werden
- zuletzt versucht man nach einer Überprüfung mögliche Lösungen zu finden.



## Vorgehensweise zur Lösungs- und Hebel-Generierung - Wie kommen wir von den Problemclustern zu den Hebeln ?

Nach Durchführung von **Prozess- und Blitzanalysen (Brown Paper, MMA etc.)** sowie der Auswertung von **Interviews** oder **Tätigkeits-Struktur-Analysen (TSA)**, werden die erkannten **Probleme geclustert** sowie eine **Soll-Prozess-Landkarte** für den/die betroffenen Bereich/e definiert. Zur Erreichung dieses Solls und der Beseitigung der festgestellten Probleme (Blitze), wird unter Zuhilfenahme der **Exxent-Bibliothek** das **Stellhebel-Konzept** erstellt. Im Haupt-Fokus steht hierbei stets die prozessuale Verbesserung der Abläufe, unter Berücksichtigung von technologischen und organisatorischen Stellhebeln.

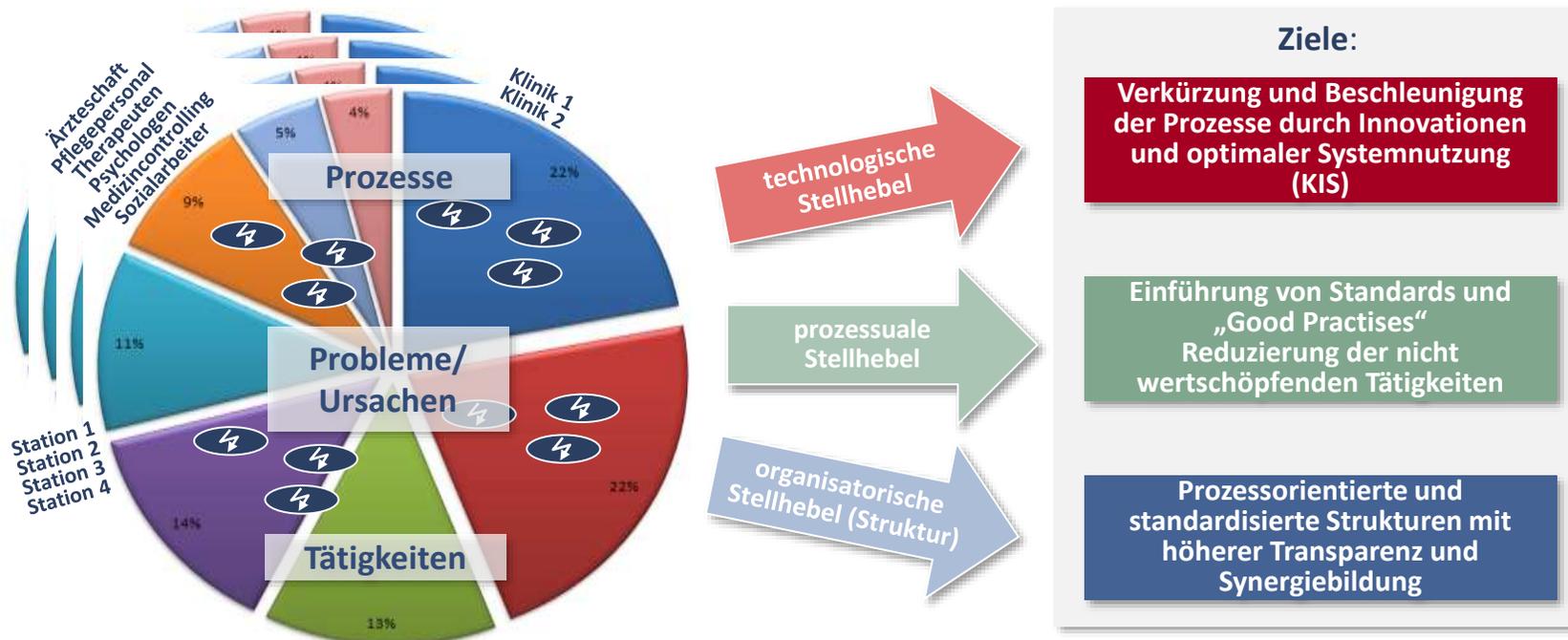


## Stellhebel-Methodik: Gestaltung der Problemlösungen über prozessual-technologische Stellhebel

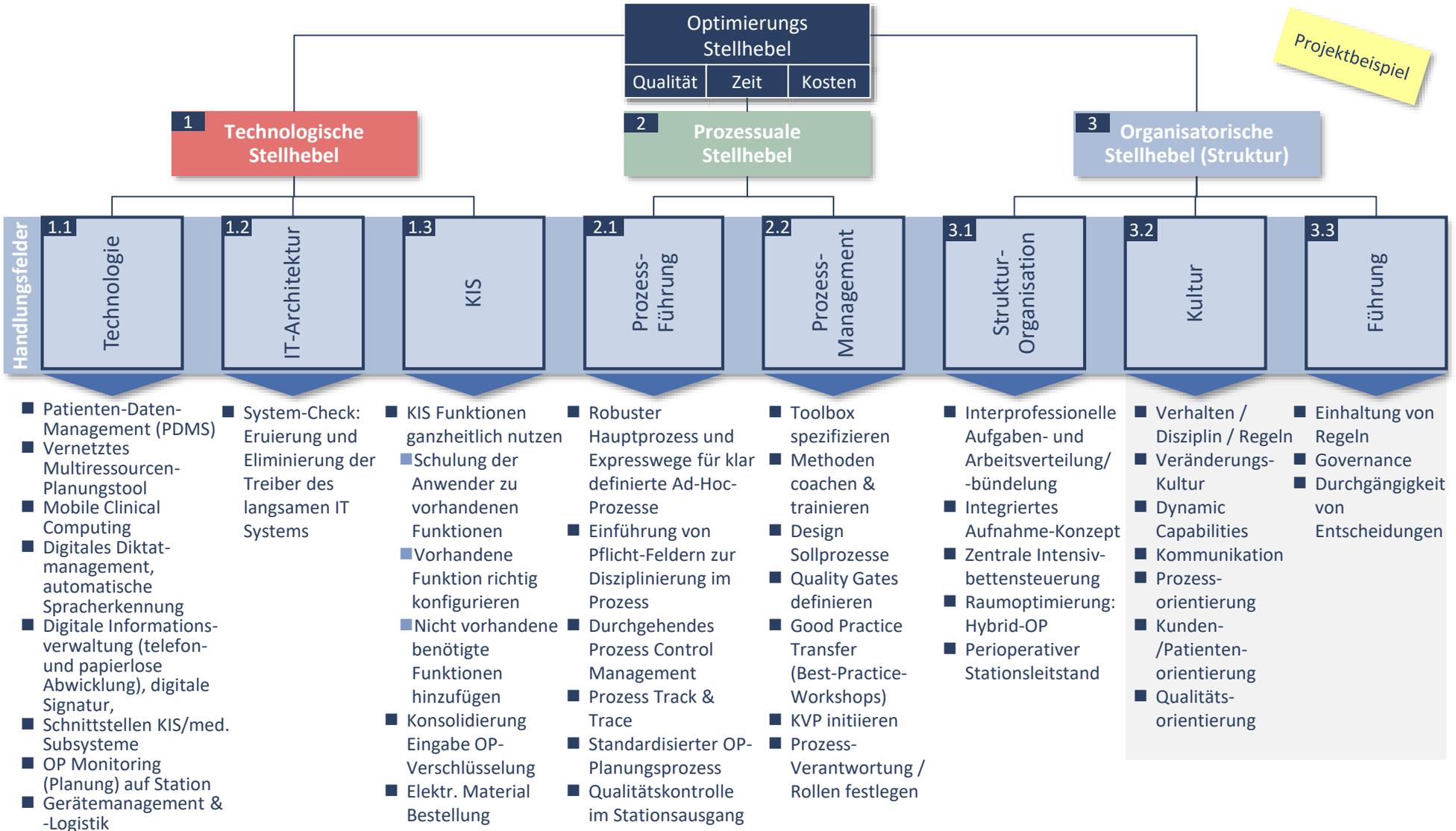
Die einzelnen Prozesse und Tätigkeiten können über Stellhebel gestaltet und optimiert werden, die Probleme/Blitze in den Prozessen werden über Stellhebel und den daraus abgeleiteten und definierten Maßnahmen beseitigt. Hierbei wird grundsätzlich zwischen drei verschiedenen **Haupt-Stellhebel** unterschieden:



Diese Hauptstellhebel beinhalten jeweils projektabhängige Handlungsfelder. Die einzelnen Stellhebel werden dann diesen Handlungsfeldern zugeordnet.



## Stellhebel-Methodik: Beispiel eines prozessual-technologischen Stellhebel-Konzepts (Übersicht)



### Konkrete Beispiele für Stellhebel: Mobile Clinical Computing

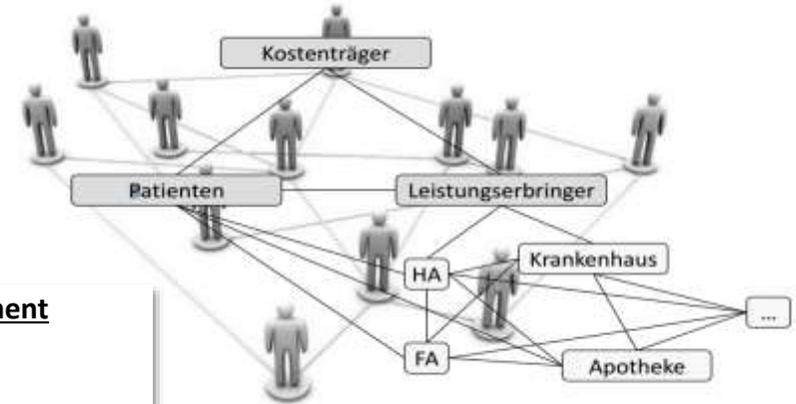
- **Zugriff auf KIS-Funktionen:** Dem Arzt stehen **während der Visite alle Daten zum Patienten zur Verfügung**. Zeitnahe **Erfassung von Informationen am Patientenbett**. Ärztliche Anweisungen und Pflegedaten gelangen **ohne Medienbruch** in die Patientenakte.
- Bei instabilen oder fehlenden W-LAN-Verbindungen muss die Mobile Computing Lösung auch im **Offline-Modus** verwendbar sein und sich einfach bei der nächsten Verbindung synchronisieren
- **Datenschutzkonformer Einsatz** gewährleistet durch doppelt verschlüsselte Datenübertragung und Authentifizierungsmechanismen
- Ergänzung geläufiger Dokumentationsmöglichkeiten z.B. durch automatische Vitaldatenerfassung via Spotcheck-Monitor, Barcode-Scanner, RFID oder Digitalkameras

- Mobiler Zugriff auf klinische Applikationen / Daten im Krankenhausinformationssystem wie elektronische Patientenakte oder PACS
- Patientenvisite über mobile Endgeräte (Befundung, Therapie, Medikation, Information)
- Mobile Applikationen für besseres Patientenmanagement (Aufklärung, Schulung, Verhalten, Lebensführung)
- Mobile Applikationen zur Verbesserung der internen Prozesse und Logistik wie Verfügbarkeit von Ärzten und Pflegepersonal, oder von Gerätschaften
- Mobile Auftrags-/Befundkommunikation
- Pflegedokumentation und Vitalwerterfassung am Bett bzw. von Fern
- Klinische Entscheidungsunterstützung bei Auftragseingabe am Patienten



## Konkrete Beispiele für Stellhebel: digitale Signatur, digitale Informationsverwaltung / Archivierung

**Ziel:** Verbesserung der Informations- und Kommunikationsprozesse zwischen den verschiedenen Akteuren -  
**Voraussetzung für MCC!**



### Digitale Signatur, digitale Informationsverwaltung / Archivierung

- Digitalisierung von Vorbefunde, Arztbriefe, Bildmaterial, Medikationen etc. in Papierform
- Zugriff auf bereits digital erfasste Daten/Befunde (auch Archiv) inkl. adäquater Such- und Filtermöglichkeit zur Information, Kommunikation, Weiterverarbeitung und zur Vermeidung von Doppelerfassungen (z.B. bei Verlegung, Wiederkehr, Notaufnahme etc.)
- Digitale Anamnesebögen
- Druckmöglichkeit der Optiplan-Formulare inkl. Patientendaten
- Digitale Essensplanung durch den Patienten (z.B. über Mediasystem) unter Berücksichtigung von Befund/Anordnungen
- Zugriff/Nutzung AiD
- Erstellung Befunde / Arztbriefe mit digitaler Signatur und Freigabe

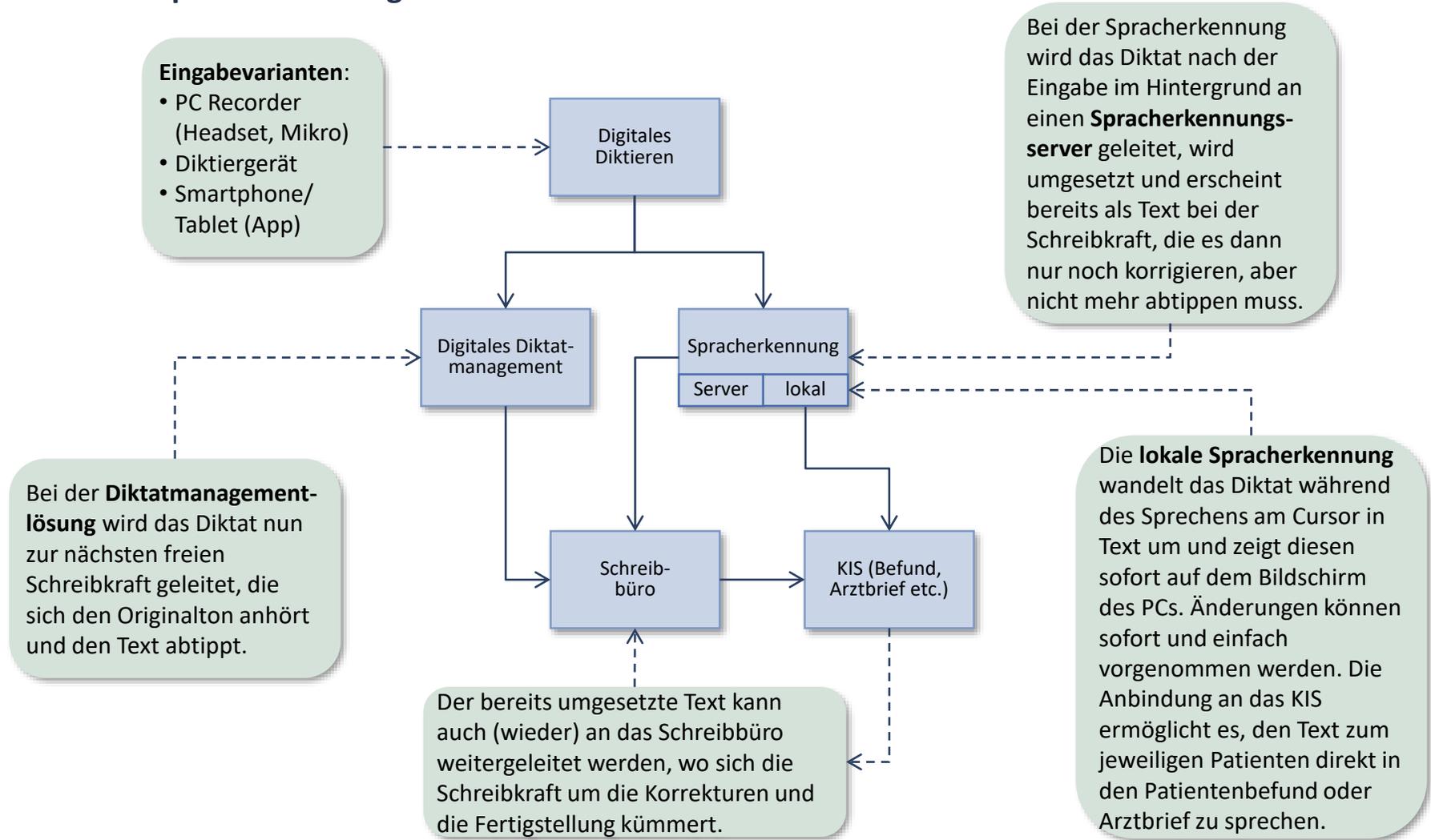
### Digitales Diktatmanagement

- Integration in das KIS
- Keine manuelle Verteilung von Diktatbändern - keine Botenwege mehr, kein Verlust von Bändern
- Zentrale digitale Verwaltung aller Diktate (senden an einen Schreibdienst oder sonstige Verteilstelle)
- Umfassende Übersicht über alle Diktate, Prioritätsvergabe und vielseitige Verwaltungsoptionen
- Direktes Zuweisen an bestimmte Schreibkräfte (Vertraulichkeit)
- Vollständige Integration aller professionellen digitalen Diktiergeräte, so wie von Smartphones/Tablets via App
- Größte Kosten- und Zeitersparnis durch einstufigen Workflow möglich (lokale Arbeitsweise ohne Schreibkraft)

### Automatische Spracherkennung

- Automatische Umsetzung aller Diktate in Text direkt am Bildschirm / am Cursor
- Direktes Diktat in Word, Outlook und sämtliche MS-Office-Anwendungen
- Formatierungsmöglichkeiten und Bearbeitungsoptionen wie Textbausteine
- Sofortige Korrekturen und Erweiterungen des Vokabulars sowie inhaltliches und akustisches dazulernen
- Medizinische Fachvokabulare und personalisierte Wortschätze für hohe Erkennungsraten
- Einfache Integration der Arztbriefe, Schriftsätze und Daten ins KIS

## Konkrete Beispiele für Stellhebel: Workflow für digitales Diktatmanagement / automatische Spracherkennung



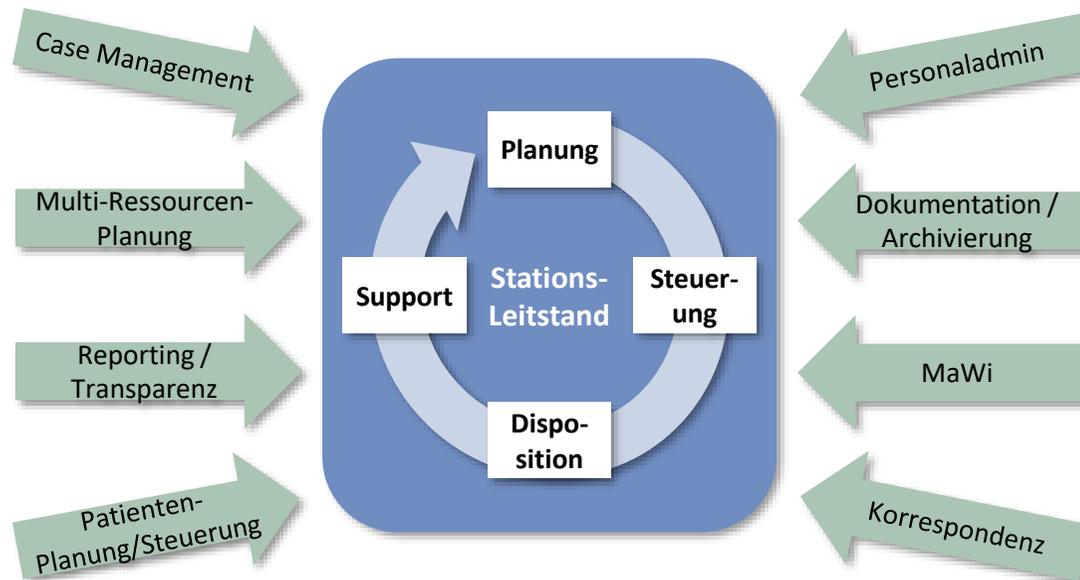
### Konkrete Beispiele für Stellhebel: Leitstand für die Stationen: Integration und Bündelung aller planenden, steuernden und unterstützenden Funktionen

- Durch die Einführung eines Leitstandes können im Krankenhaus die Personen- und Materialströme effizient gesteuert werden
- Die Transportsteuerung im Krankenhaus ist oftmals geprägt von festgelegten Fahrplänen für regelmäßige Touren und vom Stationspersonal selbstorganisierten Sondertransporten. Ein Leitstand steuert und disponiert sämtliche Ressourcen, Material- und Personenströme eines Krankenhauses
- Ziel: ein Gesamtoptimum zu erreichen und auf Ausnahmesituationen souverän reagieren zu können

- In einem Stationsleitstand wird ein bereichsübergreifendes Patienten-Planungs- und Steuerungssystem (PPS) mit entsprechenden Kommunikations- und Workflow-Mechanismen gekoppelt. Dadurch können folgende Funktionen SW-gestützt durchgeführt werden:

- Multiples Termin-Management für alle Ressourcen und alle Leistungsanforderungen auf Stunden-, Tages- und Wochenbasis
- Vorschlagsverfahren für freie Termine auf Basis elektronischer Belegungspläne
- Reporting-Funktionalitäten
- Datensammlung für Kosten- und Leistungsverrechnung
- Befundverfolgung und -rückmeldung
- Austausch der Daten zur Patientensteuerung

- Erzielung einer optimalen Auslastung der Ressourcen durch eine ortsunabhängige Beauftragung der Ressourcen in Echtzeit
- Schaffung von Transparenz für die Stationen



## Inhalt

**1** Projektansatz „Stationsoptimierung“

**2** Methoden zur Stationsoptimierung

**3** Exxent als Partner und Berater

### Exxent erfüllt in hohem Maße die Anforderungen für Klinikprojekte (1)

#### 1. Prozess- und IT-Beratung von Krankenhäusern innerhalb der letzten 6 Jahre:

- Diverse Projekte im Bereich des Prozessmanagements zum Patienten- und Materialfluss
- Entwicklung von Prozessual-technologischen-Stellhebelkonzepten sowie der entsprechenden Maßnahmenprogramme
  - **Prozessual-technologische Stellhebel**, wie z.B. KIS-Nutzung, PDMS, ePA, Mobile Clinical Computing, Multiressourcenplanung, digitales Diktatmanagement, etc. - siehe Beispiel Stellhebelkonzept
  - **Prozessual-organisatorische Stellhebel** wie z.B. Funktionsbündelung/Leitstand, interprofessionelle Aufgabenverteilung, Aufnahmekonzepte etc. - siehe Beispiel Stellhebelkonzept

#### 2. Mehrjährige Beratungserfahrung des Unternehmens im eHealth Bereich (Aufgaben/Umfang):

- Projekte zur Optimierung der KIS-Funktionalitäten und Eliminierung der KIS-Funktionslücken
- Systemübergreifende Konzeption eines Patientendaten-Management-Systems (PDMS)
- Dokumentationsanalyse, Leistungserfassung (OPS) und Kodierung
- Requirement-Engineering und Ausschreibung zur Neueinführung/Konsolidierung von med. Subsystemen (z.B. CIS)
- Standardisierung und Digitalisierung der Materialwirtschaft
- Optimierung des IT-Servicemanagements für Krankenhäuser nach ITIL-Standard

### Exxent erfüllt in hohem Maße die Anforderungen für Klinikprojekte (2)

3. **Kenntnisse in der Analyse komplexer klinischer Abläufe, idealerweise mit Methoden des klassischen Prozessmanagement, wie der Wertstromanalyse , der Analyse von Tätigkeiten einzelner Leistungserbringer innerhalb der identifizierten Hauptprozesse, Identifikation von Verschwendungspotentialen sowie der Analyse von Ursache und Wirkungszusammenhängen mit Blick auf die Unterstützung künftiger Abläufe durch Elemente der Informationslogistik und -technologie.**
- Entwicklung und Übertragung der Methoden Wertstromanalyse und -design aus führenden Industrie-Branchen (Automotive, Lebensmittel, Pharma etc.) für Kliniken und Krankenhäuser
  - Visualisierung der Analysen durch Brown Paper und starker Mitarbeiterintegration
  - Analyse und Bewertung von Problemclustern und Wirkungsketten
  - Systemnutzungsanalyse (Typisierung) des KIS
  - Quantifizierung von Verschwendungspotenzialen
  - Collaborative Organizational Design
  - Sollprozess-Design nach Good-Practices und Benchmarks
  - System-Prozess-Konvergenz
  - Stellhebelsysteme und Maßnahmenbibliotheken

### **Exxent erfüllt in hohem Maße die Anforderungen für Klinikprojekte (3)**

#### **4. Erfahrung mit Moderation und Projektmanagement**

- Hohe Moderationserfahrung im Beraterteam
- Beherrschung von Moderations- und Interviewtechniken, wie Brown Paper, Mapping und Kreativtechniken
- Einwandbehandlung und Umgang mit kritischen Projektsituationen
- Kein Einsatz von Junior-Beratern in diesem Projekt
- Stakeholdermanagement

#### **5. Hohes Maß an Praxisorientierung**

- 80% der Projektarbeit zusammen mit den Mitarbeitern und Stakeholdern
- Hohe Umsetzungskompetenz („Wir bleiben dabei, bis es läuft“)
- Feedback durch die Kunden (Zitate):
  - „Macher statt Nadelstreifen“
  - „Schnellboot statt Tanker“
- Kontinuierliche Einarbeitung der Projekterfahrungen in die Stellhebelsysteme

#### **6. Kurzfristiger Beginn der Auftragsdurchführung nach Auftragserteilung**

- Alle Teammitglieder stehen für die definierten Projektaufgaben in ausreichender Kapazität kurzfristig zur Verfügung

### Referenzprojekte zu Beratung und Konzepterstellung zum Thema Prozessanalyse im klinischen Bereich

(Referenzansprechpartner der Projekte: Wir würden im Falle der gewünschten Kontaktaufnahme gerne unsere Kunden kurz vorab informieren)

- Prozessoptimierung, Prozesslandkarte und Patientenströme (Stationen, Funktionen und OP), bei den Städtischen Kliniken München: TM-Leitung Dipl.-Wi.-Ing. Gerald Götz
- Optimierung OP und Schnittstellen (PDMS), Maximalklinik Bogenhausen: CA Prof. Dr. Patrick Friederich
- Prozessoptimierung MaWi in den Funktionen (Gastroenterologie), Maximalklinik Neuperlach: Lt. OA Dr. Markus Dollhopf
- Optimierung des IT-Servicemanagements (ITSM) für eine Reha-Klinik in Oberbayern: GF Robert Zucker
- Basisverbesserung in der Kardiologie einer Reha-Klinik: GF Robert Zucker
- Prozessoptimierungen der zentralen Notaufnahme im CTK Cottbus: CEO Dr. Götz Brodermann
- Organisatorische Optimierung des Aufnahmecenters (AC) der endogap Klinik Garmisch-Partenkirchen: CA Dr. Fulghum, Fr. Beetz (Ltg. Belegungs-Mgmt.)

## Die Arbeitsweise der Exxent Consulting ist ...

- ... prozessorientiert



- ... patienten-/kundenorientiert



- ... mitarbeiterorientiert



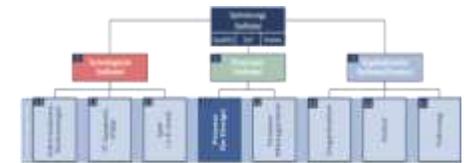
- ... berufsgruppenorientiert



- ... best-Practice-orientiert



- ... lösungsorientiert



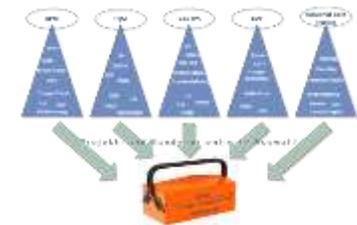
- ... zielsystemorientiert



- ... potenzialorientiert

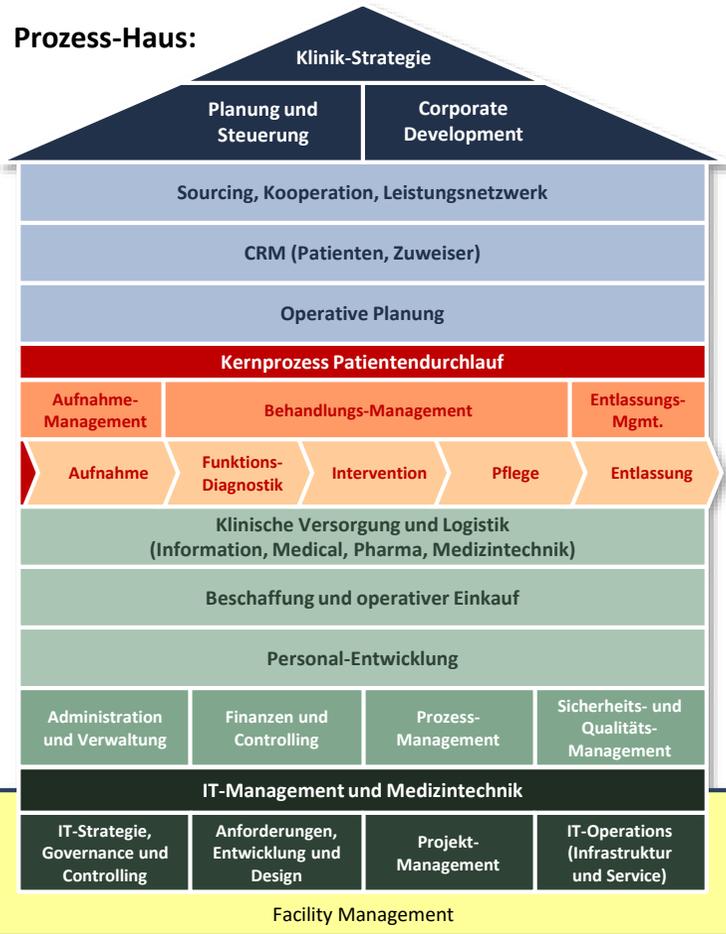


- ... umsetzungsorientiert

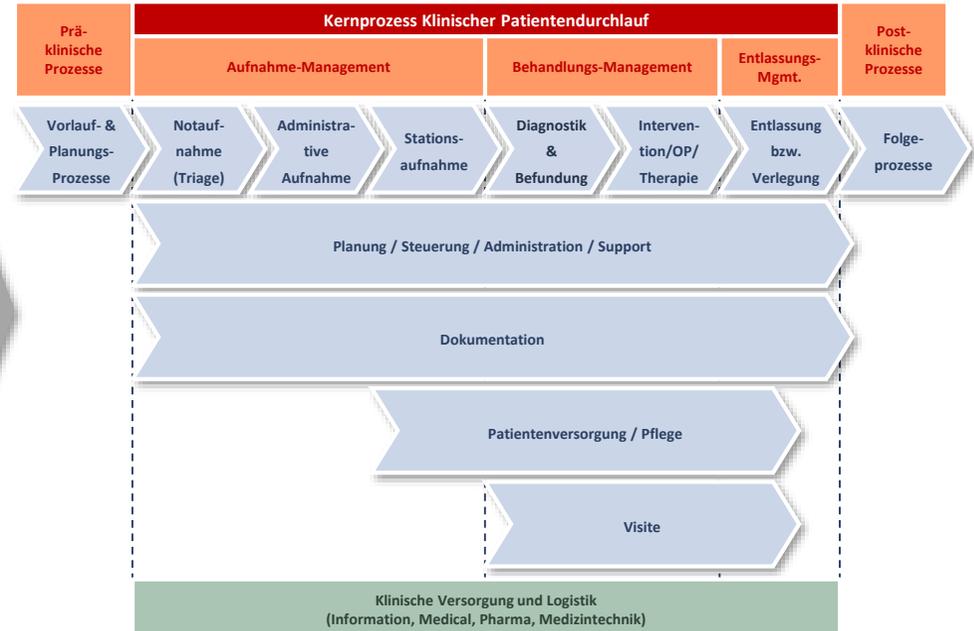


## Prozessorientierung: Prozesshaus der Klinik als Basis-Plattform der Verbesserungen

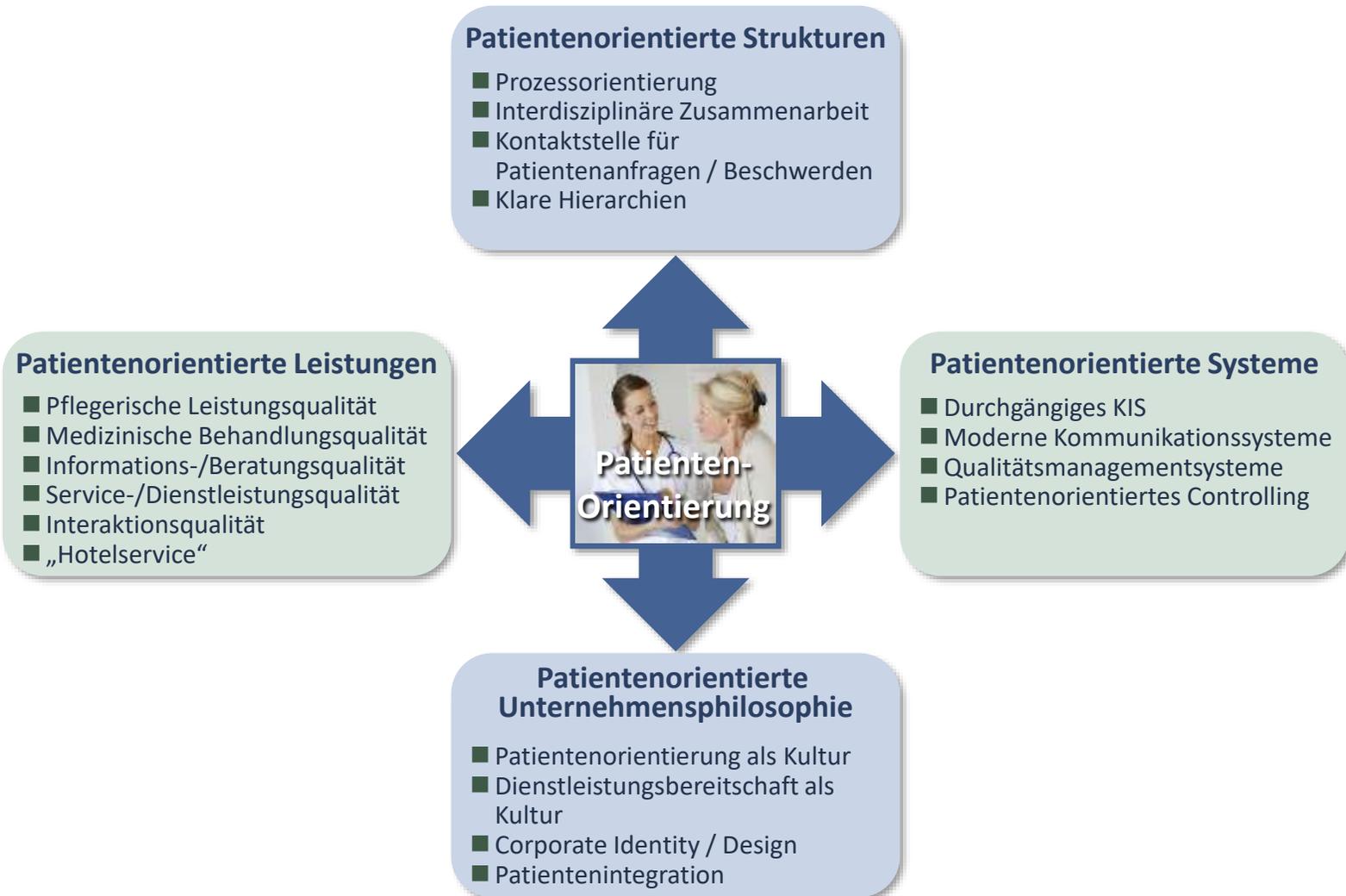
- Wer ein komplexes Gebilde wie eine Klinik fit für die Zukunft machen möchte, dem bieten ein Prozess-Haus und die enthaltenen Prozess-Landkarten (PLK) die Grundlage und wichtige Handlungsfelder für Stellhebel.



### Prozess-Landkarten (Beispiel):



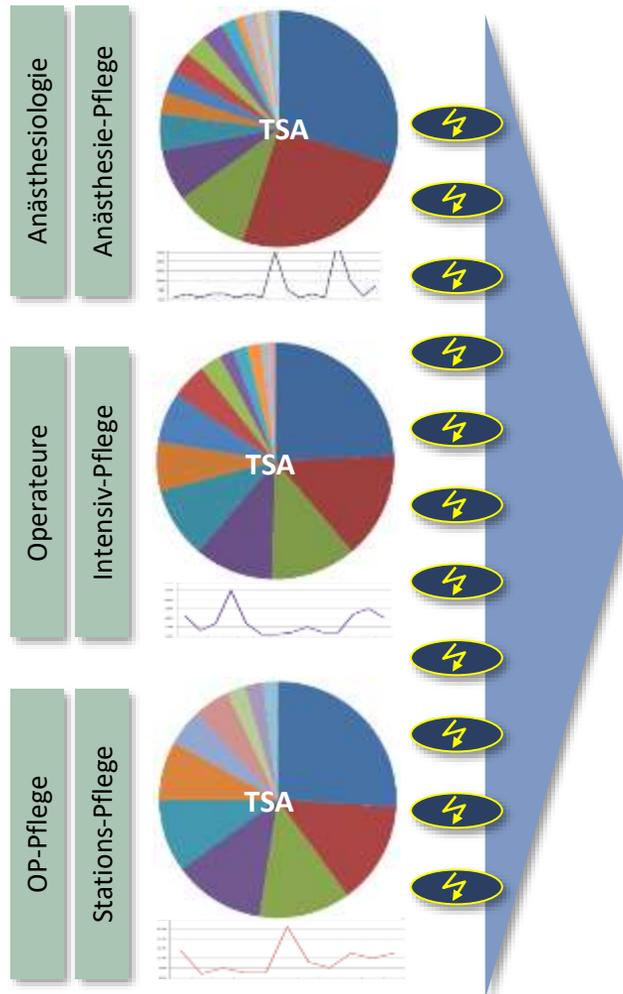
## Patienten- und Kundenorientierung: Patientenorientierte Strukturen, Systeme und Leistungen



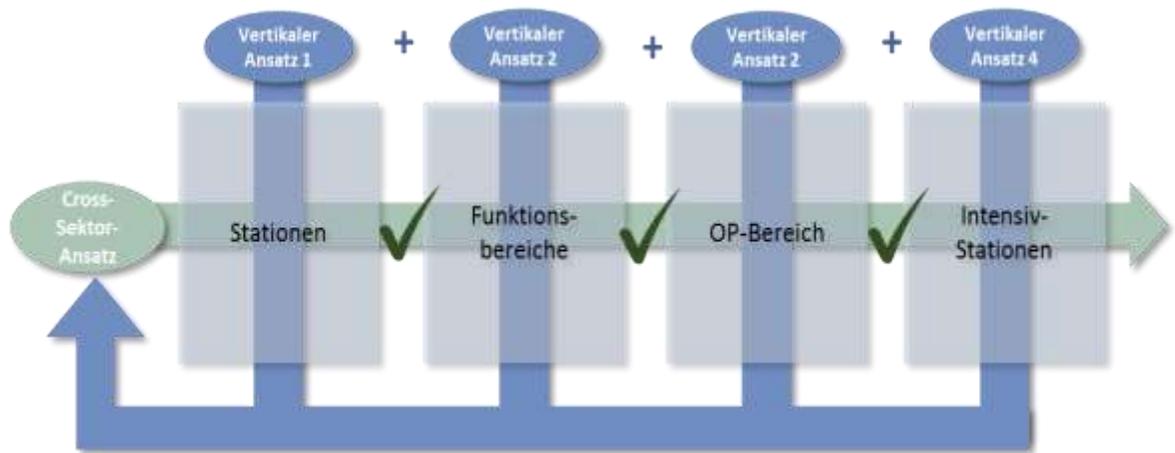
## Mitarbeiterorientierung: Die Anforderungen und Probleme der Mitarbeiter werden direkt an der Basis aufgenommen und visualisiert



## Berufsgruppenorientierung: Cross-sektionaler Ansatz und berufsgruppenspezifische Tätigkeits-Struktur-Analysen

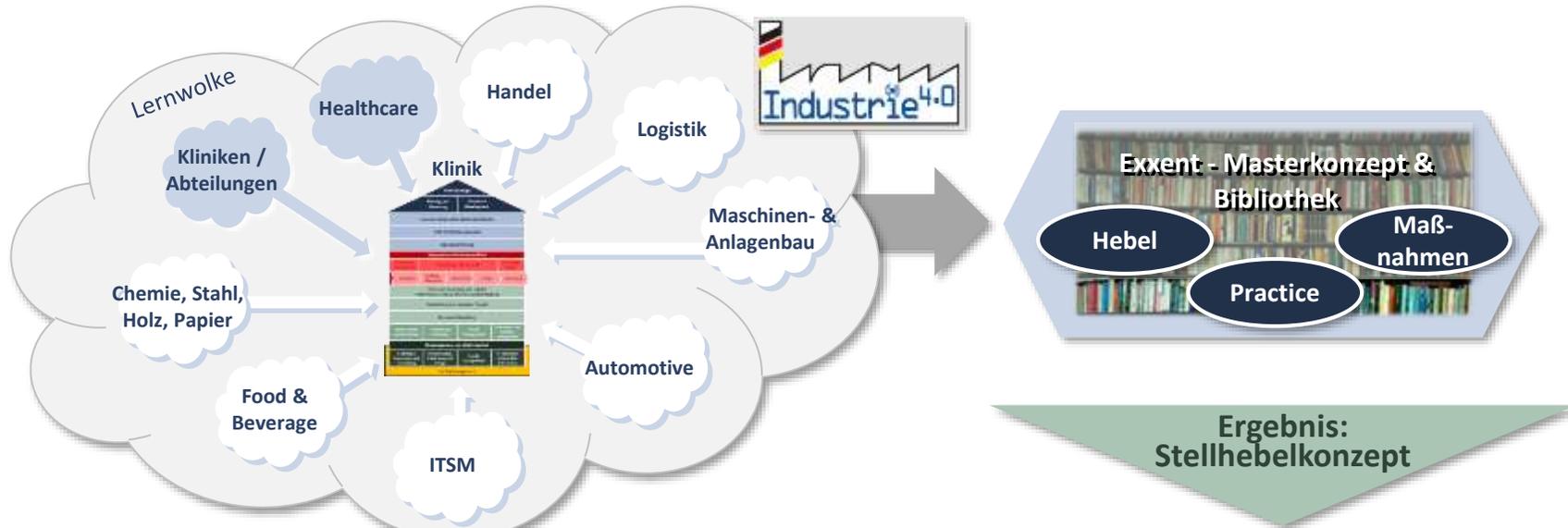


- Prozesse, TSA's und Probleme (Blitze) werden spezifisch pro Berufsgruppe/Fachbereich aufgenommen und erfasst

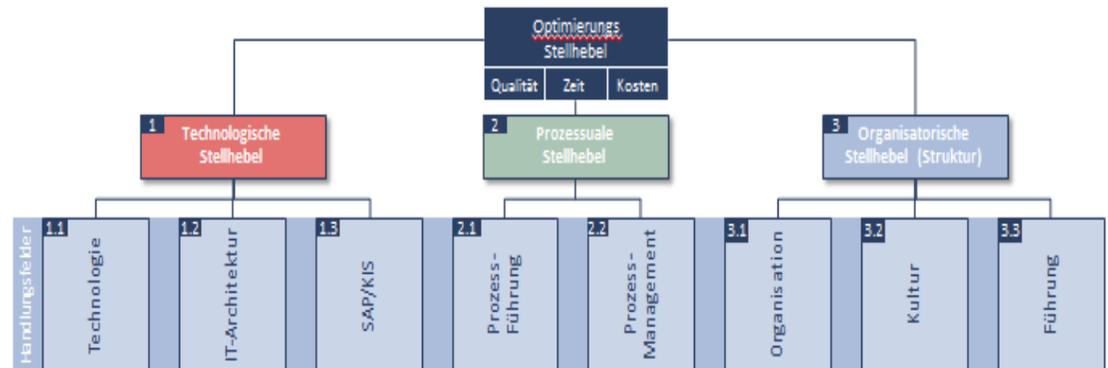


- Analysen, Stellhebel und Lösungen/Maßnahmen werden anschließend berufsgruppen- und fachbereichsübergreifend angesetzt und konsolidiert (cross-sektionaler Ansatz)

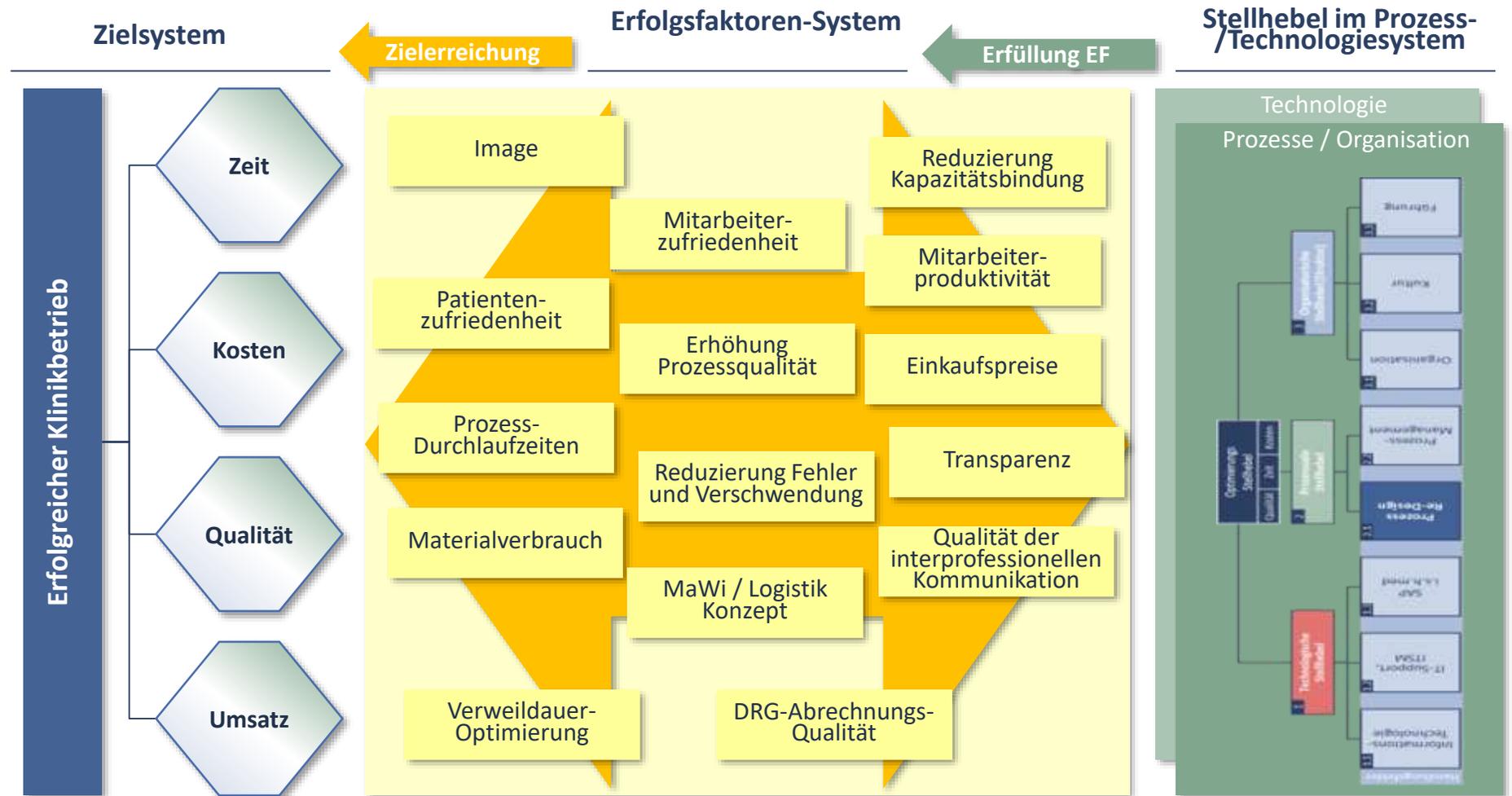
**Best-Practice-Orientierung: Lösungen entstehen unter Berücksichtigung von etablierten und erprobten Good- und Best-Practices in Kombination mit eigenen Erfahrungen und Expertisen**



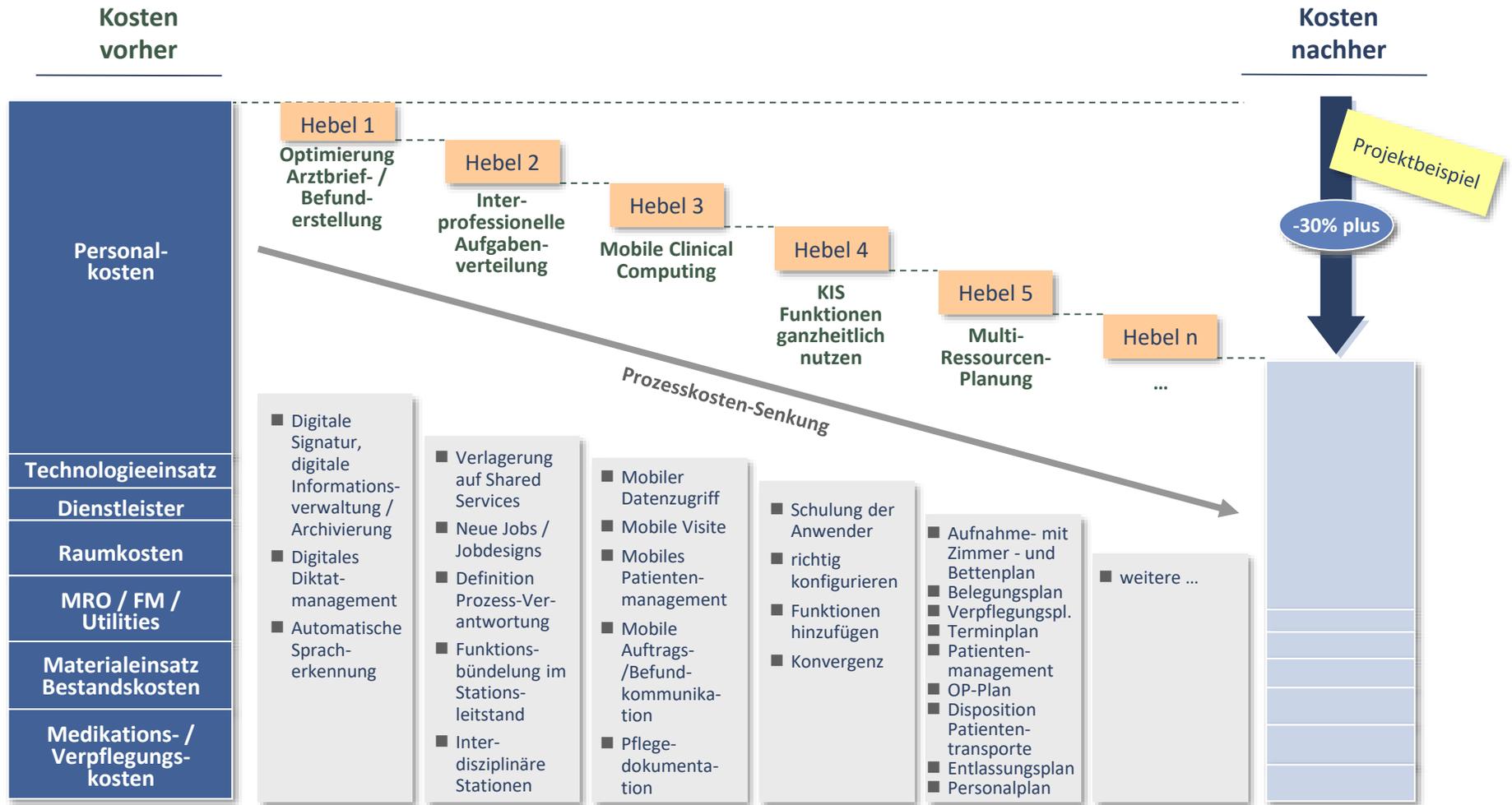
- Best-Practice & Industrieprozesse: Lernen von anderen Kliniken, Branchen und der Industrie



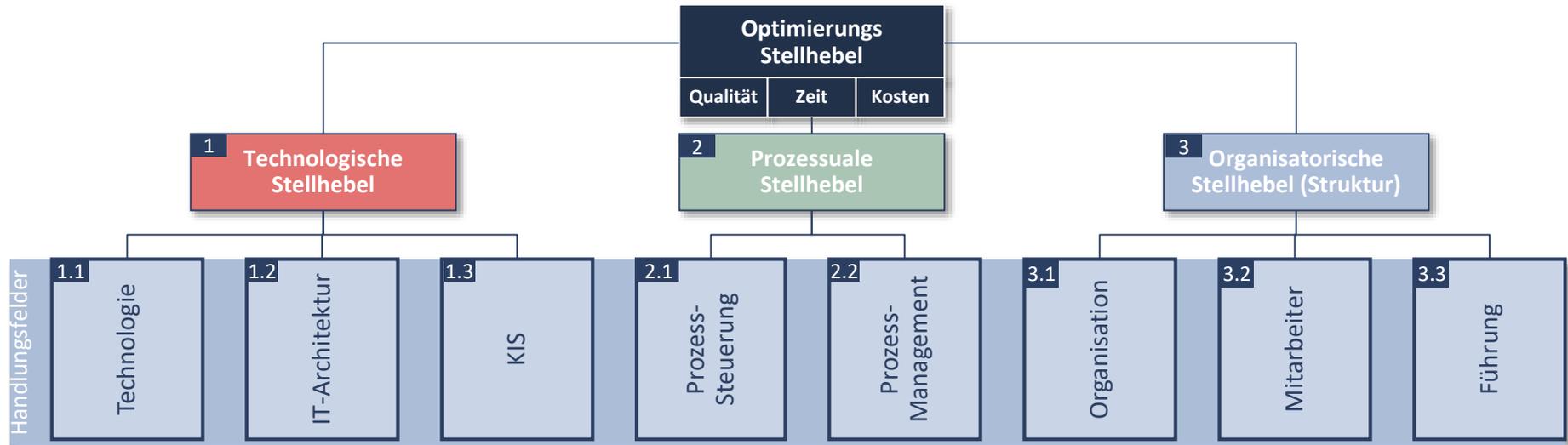
## Zielsystemorientierung: Prozessual-technologische Stellhebel führen zur Erfüllung von Erfolgsfaktoren und damit zur Zielerreichung



**Potenzialorientierung: Die Umsetzung der priorisierten Stellhebel verbessert die Kostenposition nachhaltig**

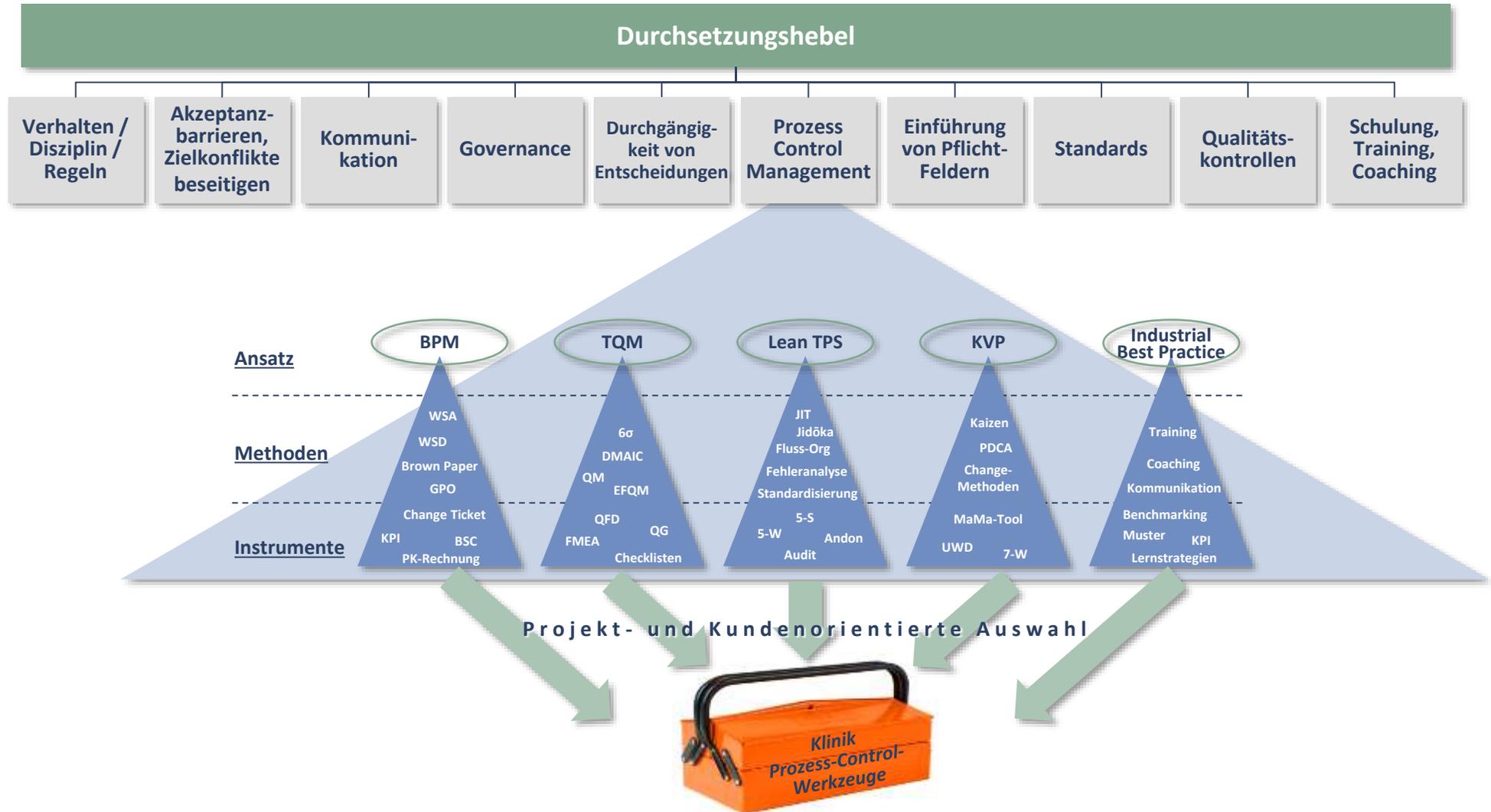


## Lösungsorientierung: Das Prozessual-technologische Stellhebel-Konzept



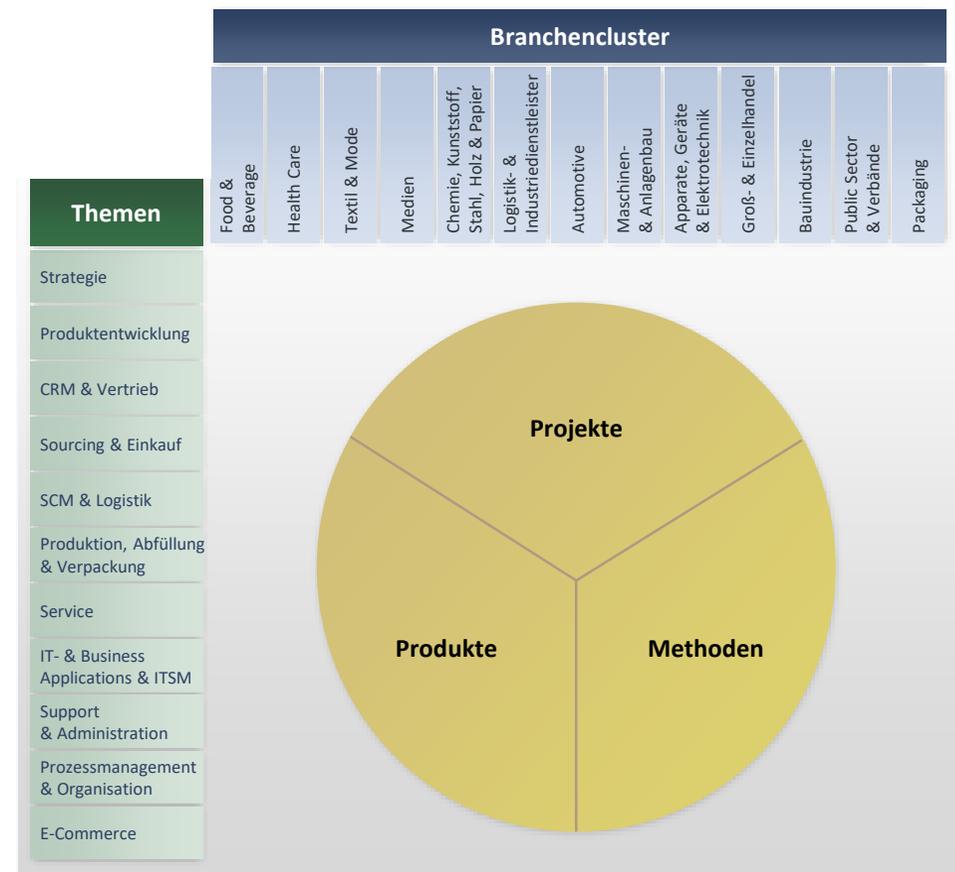
- Das Ziel eines prozessual-technologischen Stellhebel-Konzepts ist es, durch eine **verstärkte Prozessorientierung Verbesserungspotenzial und Effizienzreserven** in den Arbeitsabläufen zu identifizieren, zu analysieren und mit spürbarem Erfolg zügig **zu heben**.
- Damit soll die **Prozessorientierung und -optimierung** im Unternehmen noch **verstärkter in den Vordergrund** gestellt werden. Aus diesem Grund steht auch im Stellhebel-Konzept die **Prozess-Führung** und das **Prozess-Management im Mittelpunkt**, vorrangig **unterstützt durch technologische Stellhebel**, aber auch flankiert von möglichen oder notwendigen **organisatorischen Maßnahmen**.
- Das prozessual-technologische Stellhebel-Konzept soll **ein differenziertes und ausgewogenes Umsetzungsprogramm** hervorbringen, welches die definierten **Erfolgsfaktoren** erfüllt und damit die **Erreichung der gesetzten Ziele im Zielsystem** sicherstellt.

## Umsetzungsorientierung: Orchestrierung und Anwendung von Durchsetzungshebel für die Umsetzung



## Leistungsspektrum nach Branchen-Clustern und Themen

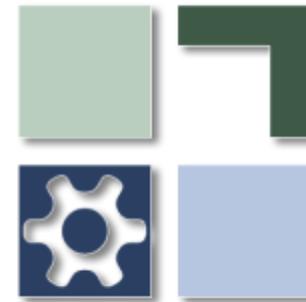
- Unser **Branchenfokus** beinhaltet sowohl das **Gesundheitswesen**, als auch **Branchen-Cluster** aus dem **Dienstleistungsbereich** und **industrielle Bereiche**
- Gleichzeitig transportieren wir unsere Erfahrungen **über die Branchengrenzen hinaus**
- Wir **konzentrieren** uns dabei auf **ausgewählte Industrien bzw. Branchen-Cluster**:
  - *Health Care und Pharma*
  - *Lebensmittel und Getränke*
  - *Textil- und Modeindustrie*
  - *Automotive (OEM, Zulieferer, Handel)*
  - *Maschinen- und Anlagenbau*
  - *Industrie-Services und Logistik-Dienstleister*
  - *Verpackungsindustrie*
  - *Apparate, Geräte & Elektrotechnik*
  - *Chemie, Kunststoff, Stahl, Holz & Papier*
  - *Bauindustrie*
  - *Groß- und Einzelhandel*
  - *Medien*
  - *Public Sector und Verbände, NGOs*
- Für jede dieser **Branchen-Cluster** bieten wir rund um die Beratungsfelder **Operations, Prozesse, SCM, Logistik und IT** ein umfangreiches Set an Themen gestützt durch einen **gut sortierten Werkzeugkasten** an
- Unsere **Produkt-Markt-Matrix** (Branchen, Themen, Methoden) zeigt dies im Überblick:



Exxent Excellence Cluster



Health Care Excellence



Operational Excellence

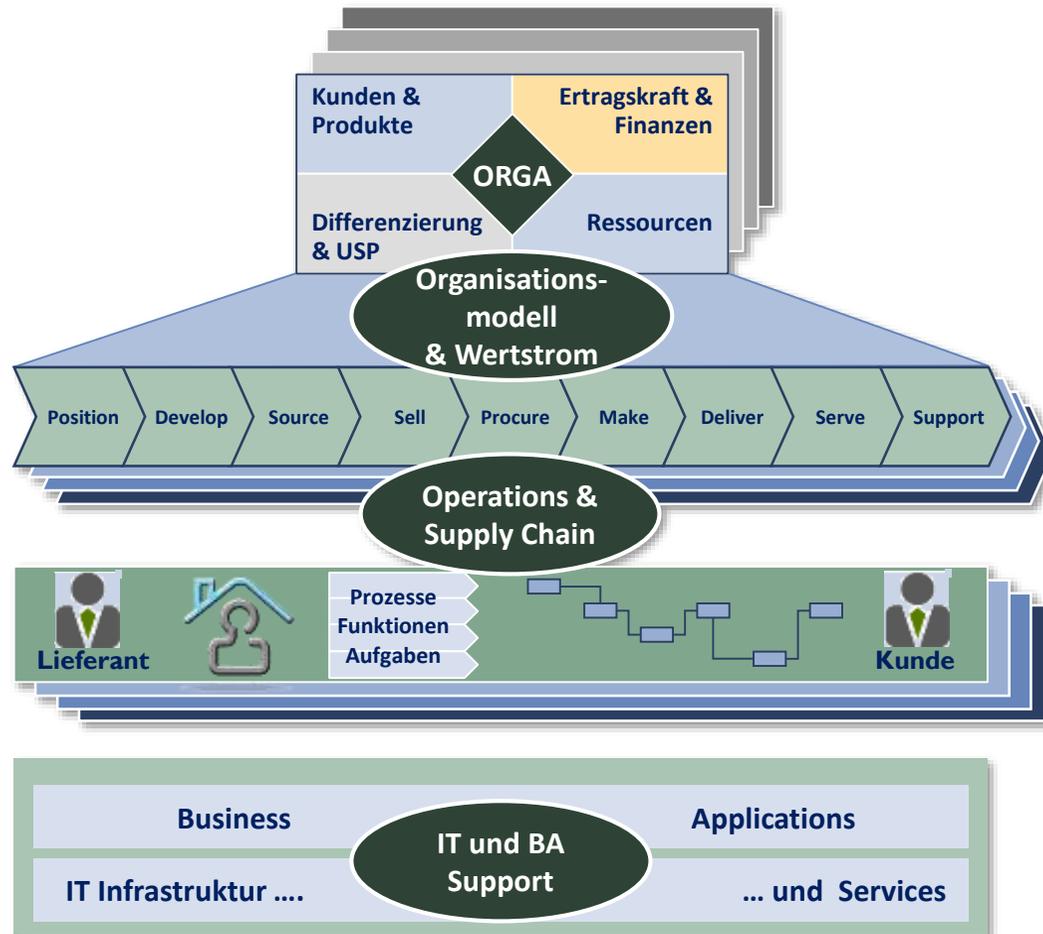


Food & Beverage Excellence



Logistics Excellence

## Unser Leitbild: Die Brückenbauer zwischen Strategie, Prozessen und IT-Tools



### Strategie und Geschäftsmodelle

- ▶ Positionierung (Kunden & Produkte) und Segmentierung
- ▶ Differenzierung & USP
- ▶ Ertragskraft & Gewinnmodelle
- ▶ Ressourcen (HR, Assets, Kapital)

### Organisationsmodell & Wertstrom

- ▶ Wertschöpfungskette und Kernprozesse
- ▶ Leistungsspektrum (make or buy)

### Operations, Supply Chain und Prozesslandkarte

- ▶ Wertstromanalyse und -design
- ▶ Prozess-Management
- ▶ Organisations-Strukturen

### IT and BA Management

- ▶ Anwendungen und Software
- ▶ ERP, CRM, KIS, E-Commerce
- ▶ IT - Infrastruktur

### Operational Excellence: Unser Beratungsansatz ist konsequent auf alle operativen Funktionen und Prozesse ausgerichtet und stellt die Umsetzung in den Mittelpunkt



Unser Beratungsansatz ist konsequent auf alle **operativen Funktionen und Prozesse** ausgerichtet und stellt die **Umsetzung in den Mittelpunkt**.



Hierzu entwickeln wir **individuell zugeschnittene Lösungen** und **unterstützen intensiv die Umsetzung**, der **größte Anteil** unserer Projekte ist **Umsetzungsarbeit**.



Für unsere **Schwerpunkt-Branchen** stellen wir **spezialisierte Teams** bereit, die mit hervorragendem **Praxis- und Methodenwissen** schnell zum Ergebnis kommen.



Unsere Stärke liegt darin, dass wir für die unterschiedlichen **Problem- und Aufgabenstellungen** in den Operations unserer Kunden stets die **richtige Antwort bezüglich Good Practice**, Konzeptlösungen und Methodik finden.

Wir **konzentrieren** uns auf die **wesentlichen Stellhebel und operativen Potenziale** unserer Kunden, um außergewöhnliche **Resultate messbar** zu erzeugen und um die operative Prozesswelt auf die Strategien hin richtig auszurichten.



Unsere Erfahrungen bereiten wir systematisch in **Stellhebelkonzepten, Frameworks und Maßnahmenbibliotheken** auf, so dass wir über eine **umfangreiche Toolbox** verfügen.



Unsere Kunden schätzen daher unsere Praxisnähe, die **Bereitschaft "die Ärmel hochzukrempeln"** und **dabei zu bleiben bis es läuft**.

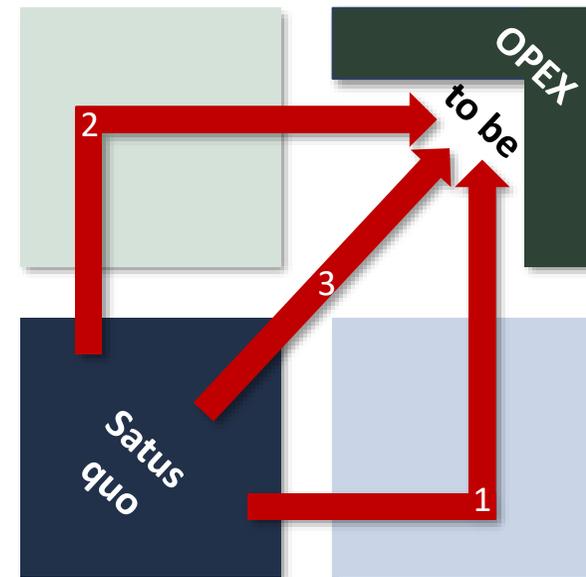


Der professionelle Einsatz unserer **Implementierungs- und Change-Management-Fähigkeiten** sichert **messbare Umsetzungsergebnisse**, an denen wir uns gerne messen lassen.



## Umsetzungspfade und Verdaulichkeit als ein Schwerpunktthema der Umsetzung im Mittelstand

- Wir legen ein starkes Augenmerk auf den **richtigen Umsetzungspfad**, denn er alleine entscheidet über **Geschwindigkeit, Erfolg und Motivation**.
- **Pfad 1 = Evolution**: Der erste scheinbar leichteste Pfad zeigt die größte Verdaulichkeit des Umsetzungs-Prozesses, aber auch das größte Speed-Risiko auf.
- **Pfad 2 = Innovation**: Der zweite Pfad nimmt die größte Veränderung vorweg, beansprucht die Organisation am Anfang stark, aber führt am Ende schneller zum Ziel.
- **Pfad 3 = Revolution**: Er trägt das größte Motivations- bzw. Verdaulichkeits-Risiko, ist aber unter extremem Handlungszwang und Sanierungsdruck oft erforderlich.



# Exxent als Partner und Berater



## Ihre Ansprechpartner



**John A. Eke**  
Geschäftsführender Gesellschafter  
Mob.: +49 (0) 172 824 88 03  
[john.eke@exxent.de](mailto:john.eke@exxent.de)



**Gabriele Hornstein**  
Vertrieb  
Mob.: +49 (0) 162 912 77 41  
[gabriele.hornstein@exxent.de](mailto:gabriele.hornstein@exxent.de)



**Marc A. Eke**  
Geschäftsführer  
Mob.: +49 (0) 173 721 43 41  
[marc.eke@exxent.de](mailto:marc.eke@exxent.de)



**Martina Blust**  
Senior Consultant  
Mob.: +49 (0) 176 841 002 86  
[martina.blust@exxent.de](mailto:martina.blust@exxent.de)



**Thomas Fiedler**  
Partner  
Mob.: +49 (0) 162 79 69 593  
[thomas.fiedler@exxent.de](mailto:thomas.fiedler@exxent.de)



**Kristine Heinecke**  
Senior Consultant  
Mob.: +49 (0) 170 294 91 60  
[kristine.heinecke@exxent.de](mailto:kristine.heinecke@exxent.de)



**Christian Gesing**  
Partner  
Mob.: +49 (0) 152 218 92 480  
[christian.gesing@exxent.de](mailto:christian.gesing@exxent.de)



**Dr. Hans Werner Busch**  
Senior Consultant  
Mob.: +49 (0) 172 422 41 52  
[hanswerner.busch@exxent.de](mailto:hanswerner.busch@exxent.de)

Copyright ©2018 by Exxent Consulting GmbH

Kein Teil dieser Publikation darf in irgendeiner Form (durch Fotokopie, Mikrofilm, Aufnahme oder ein anderes Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung der Exxent Consulting GmbH reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme gespeichert, verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden

exxent-healthcare-stationsoptimierung\_180803

Copyright ©2018 by Exxent Consulting GmbH

[john.eke@exxent.de](mailto:john.eke@exxent.de)  
[www.exxent.de](http://www.exxent.de)





## Unsere Visitenkarte



### Exxent Consulting GmbH Firmensitz

#### Kontaktdaten:

Adresse: Exxent Consulting GmbH  
Dahlienstr. 13  
D-84174 Eching

Ansprechpartner: John Albert Eke (Geschäftsführer)

Mob.: +49 172 824 88 03

Tel.: +49 8709 943 02 89

Fax: +49 8709 943 02 90

E-Mail: [john.eke@exxent.de](mailto:john.eke@exxent.de)

Internet: [www.exxent.de](http://www.exxent.de)



Digitale Visitenkarte



Website

