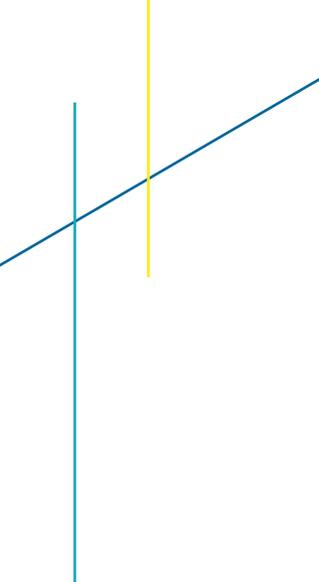


Whitepaper same day surgery

Bis zu 20% mehr Umsatz pro Bett





Inhalt

- 3 Status quo: Prä-OP-Verweildauer
- 6 Prästationäre Tage: Flurstau vermeiden & Verweildauer verringern
- 7 Same-day-surgery, Prä-OP-Area, Entlass-Lounge
- 9 Ambulante Operationssäle und same day surgery
- 10 DRG Kalkulation – Mehrkosten im Blick
- 13 Prä-OP-Verweildauer stärker in den Fokus rücken
- 14 Autoren

Status quo: Prä-OP- Verweildauer

Gezielter steuern: Vermeidung von Prä-OP-Verweildauer ist nicht nur in Corona-Zeiten eine wirkungsvolle Stellschraube

Gute medizinische Qualität und den sachgerechten Einsatz der eingesetzten Ressourcen zu verbinden: Das ist das Ziel aller Steuerungsbemühungen rund um den Klinikaufenthalt eines jeden Patienten. Das bedeutet auch, dass der Aufenthalt eines Patienten nur so lange andauern sollte, wie es aus medizinischen Gründen geboten ist. Verweilen Patienten länger in der Klinik als notwendig, entstehen vermeidbare Kosten.

In wechselhaften Zeiten von Corona & Co, in denen Entwicklungen nur bedingt absehbar sind und Abläufe schnell durcheinandergewirbelt werden können, sind effiziente Steuerungsprozesse gefragt. Bis heute schöpfen jedoch nur wenige Krankenhäuser das volle Potenzial der Verweildauersteuerung aus.

Prozessoptimierungen konsequent zu implementieren und umzusetzen, ist häufig schmerzlich und zäh, weil es ein Umdenken aller am Prozess Beteiligten erfordert. Ein prägnantes Beispiel dafür ist die Prä-OP-Verweildauer.

Als Prä-OP-Verweildauer werden die Tage bezeichnet, an denen ein elektiver Patient bereits vor dem geplanten Eingriff stationär aufgenommen ist. Eine Auswertung von Patientendaten (§21-Datensätze) zahlreicher Kliniken zeigt, dass diese Prä-OP-Verweildauer in vielen Fachabteilungen teils mehrere Tage beträgt.



Zwei Grafiken sollen das anhand einer Auswertung der elektiven Fälle in den schneidenden Fächern einer Muster-Klinik in Deutschland verdeutlichen: Abbildung 1 zeigt, dass die durchschnittliche Gesamt-Verweildauer in diesen Fachbereichen der Klinik teils deutlich über der

Verweildauer des Fallpauschalenkatalogs liegt. In Abbildung 2 wird deutlich, dass allein die Prä-OP-Verweildauer dieser Fachabteilungen dabei zwischen knapp einem bis zu über vier Tagen beträgt.

Muster-Uniklinik 2019 (nur schneidende Fächer)	Fälle	Ø Verweildauer Haus	Ø Verweildauer FPK
1500 Allgemeine Chirurgie	1.280	14,3	10,6
1600 Unfallchirurgie	1.176	7,2	6,7
1700 Neurochirurgie	2.010	9,2	9,2
1800 Gefäßchirurgie	609	13,4	10,4
2100 Herzchirurgie	1.456	15,4	15,2
2200 Urologie	1.889	5,6	5,6
2300 Orthopädie	1.282	7,8	6,9
2400 Frauenheilkunde und Geburtshilfe	5.998	4,2	4,1

Abb. 1: Klinik-Verweildauer vs. InEK-Verweildauer; Beispiel Muster-Klinik 2019, nur schneidende Fächer, nur elektive Fälle

Muster-Uniklinik 2019 (nur schneidende Fächer)	Fälle mit Einweisung		Operierte Fälle		Prä-OP VWD	OP am Aufnahmetag		OP am Folgetag		OP am Folgefolgetag		OP später	
		%		%			%		%		%		%
1500 Allgemeine Chirurgie	344	22,50	306	22,50	2,6	102	33,33	130	42,48	14	4,58	60	19,61
1600 Unfallchirurgie	104	4,78	64	4,78	1,3	39	60,94	12	18,75	5	7,81	8	12,50
1700 Neurochirurgie	524	20,40	448	20,40	2,4	45	10,04	275	61,38	30	6,70	98	21,88
1800 Gefäßchirurgie	263	29,14	192	29,14	2,9	13	6,77	108	56,25	19	9,90	52	27,08
2100 Herzchirurgie	534	28,37	499	28,37	4,2	16	3,21	218	43,69	89	17,84	176	35,27
2200 Urologie	363	15,48	301	15,48	2,0	42	13,95	202	67,11	17	5,65	40	13,29
2300 Orthopädie	525	33,21	437	33,21	0,8	268	61,33	137	31,35	9	2,06	23	5,26
2400 Frauenheilkunde und Geburtshilfe	1.233	16,55	1.008	16,55	0,9	601	59,62	277	27,48	46	4,56	84	8,33
Gesamt	3.890	21,30	3.255	21,30	2,10	1.126	31,15	1.359	43,50	229	7,39	541	17,90

Abb. 2: Prä-OP-Verweildauer; Beispiel Muster-Klinik 2019, nur schneidende Fächer, nur elektive Fälle



Diese zusätzlichen Tage im Krankenhaus können die Kosten für Kliniken enorm in die Höhe treiben, wie ein Artikel von 2018 im Magazin »Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement« verdeutlicht.

»Die Prä-OP-Verweildauer beträgt im Durchschnitt 1 bis 4 Tage.«

Darin heißt es: »Längere präoperative Wartezeiten können die Verweildauern überproportional verlängern und Kostenprobleme verursachen. In Fällen, bei denen Patienten eine bestimmte Anzahl von Tagen auf ihre Operation gewartet haben, können die Kosten für den Fall letztendlich die DRG-Erlöse übersteigen. Die Identifikation und Beseitigung der wartezeitinduzierten Verweildauern kann also positive finanzielle Auswirkungen für Kliniken entfalten. Voraussetzung dafür ist ein Vorgehen, welches die vom DRG-System vorgegebene Verweildauergrößen und die Fallschweren methodisch korrekt berücksichtigt.«*

Verkürzt man also beispielhaft die Verweildauer bei elektiven Eingriffen von 5 auf nur noch 4 Tage, entspricht dies einer Umsatzsteigerung von 20 % pro Bett.

* von Dercks, Nikolaus; Glößner, Peter; Tsertsvadze, Georgi: Ökonomische Auswirkungen von präoperativer Wartezeit im Krankenhaus. In: Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement, März 2018.



Prästationäre Tage: Flurstau vermeiden, Verweildauer verringern

Blutuntersuchungen, EKG, Operations- oder Anästhesie-Vorgespräche: Die angeführten Gründe für eine verfrühte Aufnahme von Patienten sind vielfältig.

Dabei könnten solche OP-Vorbereitungen bei elektiven Patienten bereits im Vorfeld der stationären Aufnahme an nur einem einzigen Tag durchgeführt werden. Diese prästationären Prozesse können zeitgenau getaktet werden, so dass Patienten dabei nicht allzu viel Zeit verlieren.

Ein gut organisierter prästationärer Tag sieht für jeden Patienten einen festen Terminplan vor. Darin sind jede Voruntersuchung und jedes Aufklärungsgespräch einer Abteilung bzw. einem Mitarbeiter des jeweiligen Fachbereichs zugeordnet. Optimal dafür geeignet sind interdisziplinäre Aufnahmezentren, in denen ein Patient an einem prästationären Tag durch alle erforderlichen Prozesse geführt wird.

Dadurch muss dieser erst am OP-Tag stationär aufgenommen werden. Am Aufnahmetag selbst sollte der Patient nicht direkt zur Station gehen. Denn dort befinden sich in der Regel noch die Entlasspatienten des jeweiligen Tages. Häufig warten sie im Patientenzimmer auf Abschlussuntersuchungen, den noch nicht fertigen Arztbrief, die Abholung zur Rehaklinik oder nach Hause. Wenn zur gleichen Zeit die Neuaufnahmen auf der Station eintreffen, die noch für ihre Operation vorbereitet werden müssen, bringt das die Pflegekräfte oft schon frühmorgens an ihre Grenzen.

Flurstau ist Alltag in Deutschlands Kliniken. Denn wohin mit den neu ankommenden Patienten, wenn das Bett noch belegt ist? Häufig müssen diese Patienten sich für die anstehende OP in Untersuchungsräumen oder Stations-Badezimmern umziehen, wo sie auch rasiert und prämediziert werden.

Auf dem Flur steigen sie dann im »Engelhemd« ins Bett und werden zur Operation gefahren. Ihr Gepäck verbleibt – irgendwo! Diese Situation ist nicht nur unangenehm für Patienten. Sie ist auch absolut unnötig, da allein innerklinische organisatorische Gründe hierfür verantwortlich sind.

»Eingriffe werden häufig komplett verschoben«

In so einem Chaos werden Operationen nicht selten nach hinten oder sogar auf einen anderen Tag verschoben. Dadurch entsteht Prä-OP-Verweildauer, die nicht medizinisch begründet ist. Im schlimmsten Fall verzögert sich die Verweildauer um weitere Tage, wenn die OP-Planung in dieser Woche keinen weiteren freien Slot hat. Ein solcher Domino-Effekt kann zur Steilvorlage für Rechnungskürzungen durch den Medizinischen Dienst (MD) werden.

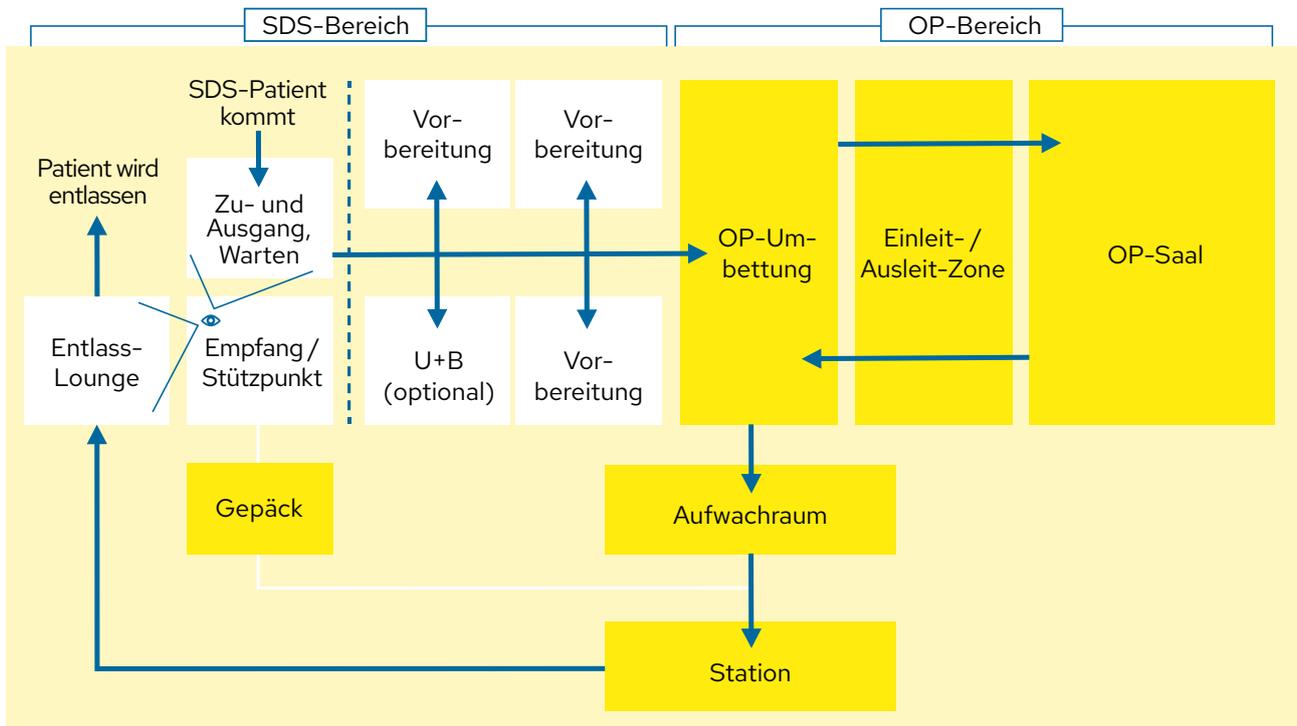
Same day surgery, Prä-OP-Area, Entlass-Lounge

Wie also steuert man diesem alltäglichen Wahnsinn auf vielen Stationen entgegen?

Die Lösung ist ein **same day surgery Konzept (SDS-Konzept)**, also die Aufnahme des Patienten erst am Tag seiner Operation. Elektive Patienten, die bei der prästationären Aufnahme bereits alle erforderlichen Untersuchungen und Aufklärungsgespräche absolviert haben, werden dabei gar nicht erst zur Station geschickt. Stattdessen finden sie sich zur vereinbarten Zeit am OP-Tag in einem gesonderten Bereich vor dem Zentral-OP (ZOP) ein: einer sogenannten Prä-OP-Area.



SDS-Funktionsablauf



In der **Prä-OP-Area** kann sich der Patient in Ruhe umziehen, sein Gepäck und seine Wertsachen in einem Gepäckraum verwahren und bei Bedarf noch einmal untersucht werden. Über die normale Umbettung wird er anschließend in den OP eingeschleust, wo er seinem Eingriff unterzogen wird. Erst nach dem Aufwachen im Aufwachraum wird der Patient zur Station transportiert – zusammen mit seinem Gepäck und seinen Wertsachen. Durch den gemeinsamen Transport wird die Gefahr von Fehllieferungen und Verlusten deutlich reduziert.

Zu diesem Zeitpunkt sollten die Entlassungen des Tages auf der Station bereits erfolgt sein, damit ein Bett für den Patienten frei ist. Natürlich kann das nicht immer gewährt werden, etwa weil sich die Abholung durch Angehörige verzögert oder weil

die Überführung in eine Reha-Einrichtung erst am Nachmittag geplant ist. Auch für solche Fälle, in denen eine Entlassung nicht rechtzeitig vor dem Eintreffen der neuen Patienten aus dem OP erfolgen kann, bietet sich jedoch eine wirksame Lösung an: die Unterbringung in einer **Entlass-Lounge**.

Entlass-Lounges bieten Patienten einen komfortablen Aufenthaltsbereich mit Liegesesseln, einem TV- und Zeitungsangebot sowie einer Auswahl an Speisen und Getränken. Die Lounges sind unmittelbar an den SDS-Bereich angebunden, wodurch der zusätzliche personelle Aufwand minimiert wird. Denn die Entlass-Patienten können durch dasselbe Personal versorgt werden wie die elektiven OP-Patienten.

Ambulante OP-Säle & same day surgery: Synergien nutzen

Weitere Synergien lassen sich in Kombination mit einem ambulanten Operationssaal (AOP) schaffen. Viele der heute noch stationär durchgeführten Operationen werden zukünftig nur noch ambulant erbracht und entsprechend abgerechnet werden können.

Die Eingriffe selbst werden zwar in beiden Settings auf die gleiche Art und Weise durchgeführt, indem man aber ambulante Eingriffe auch in einem ambulanten OP vornimmt, kann man z. T. deutlich wirtschaftlichere Abläufe umsetzen.

Dies beginnt mit der Umbettung und geht über die Einleitung bis hin zum Aufwachbereich. Für ambulante Eingriffe sollte demnach ein eigener AOP-Bereich unabhängig vom ZOP betrieben werden. Beide Bereiche sollten dabei nach Möglichkeit nebeneinander angeordnet werden.

Auf diese Weise können Nebenräume wie Personalumkleiden gemeinsam genutzt und beide OP-Bereiche zusammen versorgt werden. Auch ist es so möglich, OP-Kapazitäten zwischen beiden Bereichen hin- und herzuschieben.

Der Patientenempfang für den AOP ist vergleichbar mit dem des SDS-Bereiches und kann mit diesem kombiniert werden, sofern er neben dem ZOP angeordnet ist. Nach dem Empfang des ambulanten Patienten unterscheidet sich der Weg jedoch von dem des stationären Patienten. Nachdem der ambulante Patient seine Kleidung in einer Umkleide abgelegt hat, wird er in einer eigenen Kabine in einem Vor- und Nachruhebereich (Holding-Area) auf seinen Eingriff vorbereitet.

Je nach Hygienekonzept und OP-Spektrum wird der Patient anschließend ohne weitere Umbettung direkt zum OP-Saal gebracht, wo er sich zur Einleitung auf den OP-Tisch legt. Zusätzliche Räume zur Einleitung (und Ausleitung) sind nur notwendig, wenn die Patienten von einem zusätzlichen Anästhesisten außerhalb der OP-Säle auf ihren Eingriff vorbereitet werden. Bei Kliniken mit drei oder mehr Sälen kann es beispielsweise sinnvoll sein, eine Einleitzone unmittelbar vor den OP-Sälen einzurichten.

Nach dem Eingriff wird der ambulante Patient zurück in seine Kabine gebracht, wo er aufwacht, nachversorgt wird und den AOP dann wieder über die Umkleide verlässt.



DRG-Kalkulation: Ab wann entstehen Mehrkosten?

Innovative Prozesse, effiziente Strukturen und eine bedarfsgerechte Gebäudeplanung können dabei helfen, Kosten zu vermeiden, die entstehen, wenn Patienten länger in der Klinik verweilen als notwendig. Um das zu verdeutlichen, ein kurzer Exkurs in die Logik der DRG-Kalkulation.

Berechnet werden alle DRGs vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), dem Institut der gemeinsamen Selbstverwaltung des Spitzenverbandes der Krankenkassen, den privaten Krankenversicherungen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Basis der Kalkulation sind die Kosten- und Leistungsdaten der Klinikfälle der Kalkulationskliniken (n=296) sowie die Leistungsdaten aller Krankenhäuser, auf die das Krankenhausfinanzierungsgesetz Anwendung findet (siehe Abb. 3).

Kriterium	Erhebung von Daten gem. § 21 KHEntgG	Erhebung von Kostendaten
Anzahl Krankenhäuser	1.463	296
Anzahl Betten	422.901	114.945
Anzahl Fälle	22.128.405	5.222.713

Abb. 3: Basis der DRG-Kalkulation; Quelle: Abschlussbericht zur Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems für 2020; INEK

Bei dieser Kalkulation wird der Preis jeder DRG ermittelt. Gleichzeitig werden im Fallpauschalenkatalog weitere Daten veröffentlicht, die für die abrechnenden Kliniken wichtig sind. Ein zentraler Wert ist die mittlere Verweildauer (mVD). Dies ist, etwas vereinfacht dargestellt, der arith-

metische Mittelwert der Verweildauer aller Fälle aus einer DRG. Bei diesem Wert entsprechen die Kosten des konkreten DRG-Falls in der Kalkulationsstichprobe dem Erlös aus der Fallpauschale (Abb. 4).

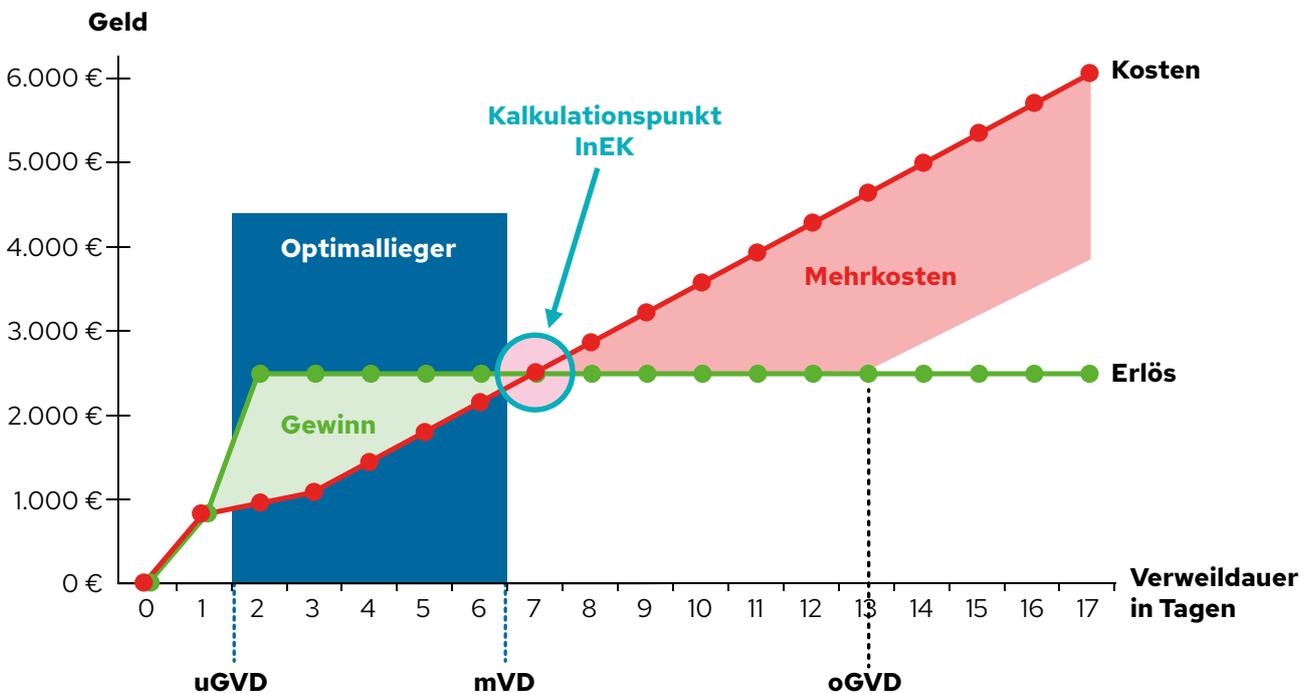


Abb 4: DRG-Kalkulation; Darstellung der Kosten, der Erlöse und der Verweildauergrenzen. Quelle: consus healthcare akademie 2020

Zwar sind die Kostenstrukturen von Klinik zu Klinik unterschiedlich. Dennoch bietet dieser Wert einen guten Anhaltspunkt, ab wann der Aufenthalt des Patienten in der Klinik unwirtschaftlich wird: nämlich dann, wenn die Kosten die Erlöse übersteigen.

In einigen Fällen ist die Verweildauer von Patienten über die mVD hinaus nicht zu ändern. Wenn ein Patient aus medizinischen Gründen nicht entlassen werden kann, ist auch mit allen Steuerungsbemühungen nichts zu gewinnen. Um sich diese nicht steuerbaren Fälle »leisten zu können«, sollten Kliniken bei allen anderen Fällen eine stringente Verweildauersteuerung verfolgen.

Dabei spielt auch die sachgerechte Kodierung eine Rolle: Nur wenn alle DRG-relevanten Informationen richtig und vollständig erfasst werden, resultiert daraus die für den jeweiligen Fall korrekte DRG mit der korrekten mVD und dem korrekten Preis. Werden Nebendiagnosen oder Prozeduren vergessen oder nicht korrekt gemäß den Vorgaben aus den Deutschen Kodierlinien (DKR) erfasst, kann das zu fehlerhaften Erlösen und Verweildauern führen.

Am besten funktioniert die Steuerung der Verweildauer, wenn alle Beteiligten der Klinik Hand in Hand zusammenarbeiten.

Das bedeutet konkret

- Die Belegung wird in Abstimmung mit den Ressourcen im Haus geplant, z. B. OP, Station, diagnostische Funktionsabteilungen und Fachabteilung.
- Während des Aufenthaltes des Patienten wird eine sachgerechte Kodierung und Dokumentation durchgeführt.
- Es gibt einen regelmäßigen Informationsaustausch zwischen Ärzten, Pflegekräften, Kodierfachkräften und Entlassmanagement.
- Es erfolgt eine sachgerechte Überleitung durch das Entlassmanagement.
- Bei Entlassung des Patienten erfolgen die Endkodierung und der medizinische Fallabschluss.
- Zur optimalen Fallsteuerung wird der Patient bei guter medizinischer Qualität zeitgerecht entlassen.
- Dem folgt ein dem Ressourcenverbrauch angemessener Erlös.
- Die Rechnung geht am Folgetag in die Fakturierung.
- Im Falle einer MD-Prüfung liegen alle Unterlagen in guter Qualität vor.

Misslingt dieser Prozess, drohen neben den wirtschaftlichen Problemen durch eine Unterfinanzierung der Krankenhausbehandlung und vermehrten Prüfungen durch den MD weitere Erlösverluste. Denn auch die Unzufriedenheit bei Patienten, Zuweisern und den eigenen Mitarbeitern aufgrund des organisatorischen Wirrwarrs sollten als negative Auswirkungen ungenügender Fallsteuerung nicht vernachlässigt werden.



Die Prä-OP-Verweildauer in den Fokus nehmen

Das Thema Verweildauersteuerung wird von vielen Kliniken immer noch stiefmütterlich behandelt. Verweilen Patienten jedoch länger in der Klinik als notwendig, entstehen vermeidbare Kosten.

In Zeiten, in denen Mitarbeiterressourcen ein knappes Gut sind, Corona die Kliniken weiterhin vor große Herausforderungen stellt und die Medizin immer mehr ambulantisiert wird, sollte eine effiziente Verweildauersteuerung etabliert werden. Mit einem ganz besonderen Fokus auf die Prä-OP-Verweildauer.

Mit einer effizienten Patientensteuerung sorgen Kliniken zugleich für den Fall vor, dass unvorhersehbare Ereignisse wie Corona sich nicht erneut so drastisch auf die Kliniken auswirken können.



Haben Sie weitere Fragen?

Gerne stehe ich Ihnen für ein Gespräch zur Verfügung.



Veronika Schulte-Marin

Leitung Patientensteuerung
veronika.schulte-marin@consus.health
+49 173 6841818



Autoren

Dr. med. Frank Reibe

Dr. med. Frank Reibe verfügt über mehr als 30 Jahre Erfahrung im Gesundheitswesen, unter anderem als Facharzt in Universitätskliniken, bei großen Krankenkassen und ihren Verbänden sowie in Führungspositionen verschiedener Krankenhäuser. Bei consus.health leitet Frank Reibe den Bereich MD- und Forderungsmanagement.



Sven Hettfleisch

Sven Hettfleisch ist Geschäftsführer der consus infratech. Bevor der studierte Architekt zu consus kam, leitete er den Bereich Bau und Projektsteuerung beim größten Klinikunternehmen in Deutschland.



Veronika Schulte-Marin

Veronika Schulte-Marin ist bei consus.health Leiterin Patientensteuerung und hilft Kliniken dabei, die gesetzlichen Rahmenbedingungen umzusetzen und ihr Entlass- und Verweildauermanagement zu optimieren. Zuvor verantwortete sie das Überleitungsmanagement sämtlicher Akut- und Rehakliniken eines privaten Klinik Konzerns in Deutschland.