

WEGE AUS DEM DOKU-WAHNSINN

Halb digital, halb papieren – das ist Realität
in deutschen Kliniken. Aber nur diejenigen, die
konsequent digitalisieren, erhöhen Effizienz und Erlöse.





PRÄOPERATIVE VERWEILDAUER

Sofort in den OP dank „Dosa“-Prinzip

In anglo-amerikanischen Ländern werden Elektivpatienten meist erst am OP-Tag stationär aufgenommen. Auch für deutsche Krankenhäuser kann dieses „Dosa“-Prinzip ein Schlüssel zur Effizienzsteigerung im kostenträchtigen OP-Bereich sein. Und: Patienten müssen nicht im Krankenhaus auf ihre OP warten.

Von Thomas Kersting

Für mehr Wirtschaftlichkeit im kostenträchtigen OP-Bereich setzen deutsche Krankenhäuser derzeit vor allem auf den rechtzeitigen OP-Beginn, die Wechselzeiten zwischen den Operationen und auf das OP-Management. Einige von ihnen erproben dennoch bereits das Prinzip der stationären Aufnahme bei planbaren OPs am Tag des Eingriffs – in der Fachsprache „Day of Surgery Admission“, nach seinen Initialen kurz „Dosa“ genannt. In vielen Ländern ist diese Versorgungsform bereits Standard und mit festen Zielraten verbunden: In

Irland, Australien oder Neuseeland beispielsweise werden Dosa-Raten von 75 bis 95 Prozent angestrebt. In erprobten Verfahren führt die Einhaltung gegebener Dosa-Raten zur regulären DRG-Erstattung, eine Unterschreitung zu einem Malus. Die Effizienz und systemische Kostenwirksamkeit des Dosa-Verfahrens wurde vielfach nachgewiesen.

Dokumentierte Vorteile

Zu den umfassend dokumentierten positiven Effekten des Dosa-Verfahrens gehören eine hohe Patientenzufriedenheit, medizinische Vorteile

wie die Verringerung nosokomialer Infektionsraten und die ökonomische Entlastung von Krankenhäusern wie Gesundheitssystemen. Auch in Deutschland erproben Krankenhäuser das Dosa-Verfahren. Systematische Ergebnisse hierzu arbeitet das Iges Institut derzeit auf Basis von Auswertungen des Statistischen Bundesamts auf.

Wir haben am Beispiel der endoskopischen Gallenblasenoperation (Cholezystektomie) untersucht, wie umfangreich derzeit Krankenhäuser in Deutschland das Dosa-Prinzip nutzen. Erkenntnisse daraus wurden in einem



Illustration: Wiedenroth

Ressourcen sinnvoll einsetzen: Auch vor elektiven und damit nicht-akuten Eingriffen liegen Patienten oft vollstationär zur präoperativen Diagnostik im Krankenhaus. Sie müssen warten – und sie kosten. Dabei geht es auch anders, heißt es in einer Expertise des Iges Instituts.

zweiten Schritt auf andere operative Eingriffe übertragen. Ziel war es, die mit einer konsequenten Umsetzung des Dosa-Prinzips verbundenen Einsparpotenziale für Kliniken zu ermitteln.

Datengrundlagen waren zunächst die Daten des Inek-Reportbrowsers, des Inek-Paragraf-21-Datensatzes und der externen Qualitätssicherung durch das Aqua-Institut (Stand 2013). Während die Inek-Daten keine Informationen zum Zeitraum zwischen Aufnahmezeitpunkt und Operationstermin enthalten, lässt sich den Aqua-Daten zumindest die mittlere präoperative Aufenthaltsdauer entnehmen. Um die Einsparpotenziale der Krankenhäuser schätzen zu können, wurden dann ergänzend Daten des Krankenhaus-Benchmarks der Iges-Gruppe herangezogen, die detaillierte Angaben zu Aufnahmezeitpunkten und Operationsterminen umfassen.

Für alle Varianten von Gallenblasenoperationen zusammen beträgt die

durchschnittliche präoperative Aufenthaltsdauer gemäß den Aqua-Daten 2,1 Tage, für die endoskopisch begonnen OPS in den risikoarmen ASA-Klassen I und II 1,7 Tage, für klassische offene Operationen sogar 3,3 Tage. Aus den Daten des Krankenhaus-Benchmarks lässt sich hierzu folgende Verteilung der präoperativen Tage ermitteln (siehe Seite 36, obere Grafik): Aktuell werden nur 43,6 Prozent (beziehungsweise 47,6 Prozent der Fälle aus der Benchmark-Gruppe) als „Dosa“ behandelt, also noch am Tag der Aufnahme operiert. Ein größerer Anteil von 26,3 Prozent (27,1 Prozent) wird am Tag nach der Aufnahme operiert, 19,5 Prozent (17,9 Prozent) der Patienten hingegen erst mit deutlichem Abstand zum Aufnahmetag (das heißt nach zwei bis sechs Tagen). Schwere Fälle mit mehr als sechs Aufnahmetagen unberücksichtigt, kommen rund 45 Prozent für Dosa infrage.

Aus dem Paragraf-21er-Datensatz des Inek für Hauptabteilungen ergibt sich

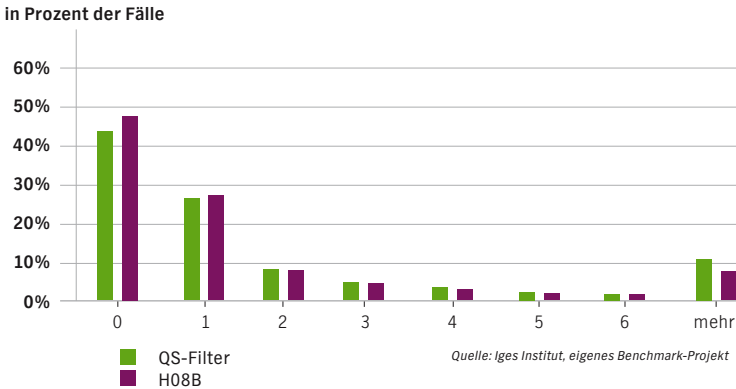
für die betrachtete DRG H08B: In 2013 wurden 134.392 Fälle mit 4,2 Tagen durchschnittlicher Verweildauer behandelt. 87,8 Prozent davon zeigten keine oder nur einen leichten Komplexitäts-/Komplikationsgrad (PCCL-Level ≤ 1).

Als mittlere Kosten ermittelte das Inek 2.490,24 Euro je Fall. Diese Kosten haben wir genutzt, um das Einsparpotenzial einer konsequenten Umsetzung des Dosa-Prinzips zu ermitteln. Als Soll wurde dabei ein an internationalen Werten orientierter Dosa-Anteil von 85 Prozent gesetzt. Unberücksichtigt blieben die 12,2 Prozent komplexeren Fälle (PCCL-Level > 1).

11 Millionen Euro Einsparpotenzial allein bei Gallenblasen-OPs

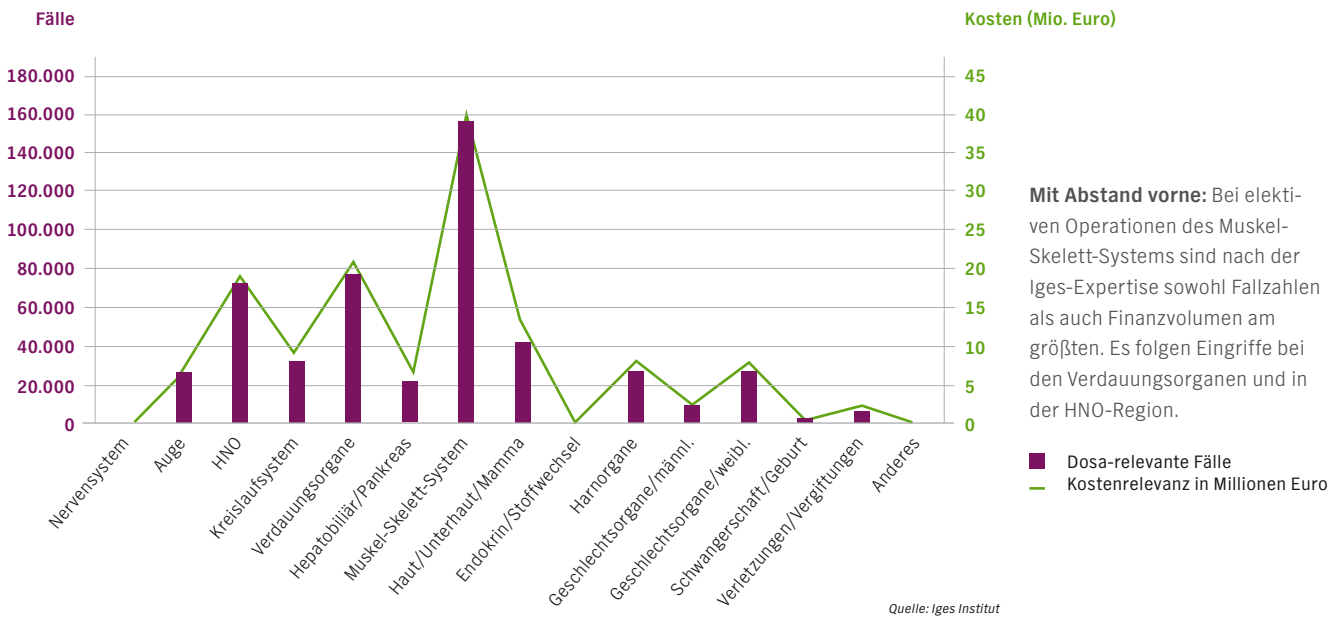
Die verbleibende Teilgruppe der knapp 46.000 weniger komplexen Fälle ohne Dosa (34,2 Prozent) ergibt zusammen mit den Fällen, die bereits am Tag der Aufnahme operiert wurden, den Ziel-Anteil von 85 Prozent aller Fälle mit

Präoperative Verweildauer nach Tagen



Bei manchen Operationen gilt: Schon ein präoperativer Tag kann zu lange sein. Allein bei elektiven Gallen-Operationen könnten bei 45 Prozent der Fälle präoperative Tage eingespart werden. In der Grafik ist dies sowohl für die DRG H08B als auch für die Patienten mit AQUA-QS-Filter dargestellt.

„Dosa“-Potenzial in den wichtigsten Diagnose-Kategorien



Mit Abstand vorne: Bei elektiven Operationen des Muskel-Skelett-Systems sind nach der Iges-Expertise sowohl Fallzahlen als auch Finanzvolumen am größten. Es folgen Eingriffe bei den Verdauungsorganen und in der HNO-Region.

Operation. Für diese Teilgruppe haben wir nun eine konservative Schätzung der Einsparpotenziale gewählt und lediglich unterstellt, dass die durchschnittliche präoperative Aufenthaltsdauer um einen Tag reduziert werden kann (anstatt eine Senkung auf einheitlich null Tage). Unter diesen Annahmen und auf Basis der Inek-Stichprobe (für die Versorgung in Hauptabteilungen) ergibt sich ein

Einsparpotenzial von entsprechend knapp 46.000 Belegungstagen oder 122 durchschnittlich belegten Betten. Als Maß für die hierin verborgenen Wirtschaftlichkeitspotenziale wurde für die möglich einzusparenden Tage der vom Inek kalkulierte Abschlagsfaktor pro Tag für Verlegungspatienten (0,081 Bewertungsrelationen – entsprechend 260,54 Euro bei einem Basisfallwert von 3.216,54

Euro) zugrunde gelegt und mit dem Bundesbasisfallwert 2015 sowie der zu vermeidenden präoperativen Verweildauer (1 Tag) multipliziert. Damit ergibt sich allein für die elektive Cholezystektomie bei konsequenter Umsetzung eines Dosa-Konzepts ein jährliches Einsparvolumen von mindestens 11,6 Millionen Euro. Dies entspricht einem Durchschnittsbetrag von 260,54 Euro (beziehungsweise

547,13 Euro) für jede für Dosa in Frage kommende Cholezystektomie. Für eine erste Schätzung der Einsparungen für weitere Operationen haben wir anschließend folgendes Vorgehen gewählt: Einbezogen wurden lediglich die für DRG gruppierungsrelevanten operativen Codes des Vertrags zur ambulanten Operation nach Paragraf 115b SGB V. Die entsprechenden DRG wurden mit der gleichen Methodik bewertet wie oben beschrieben. Und: Die Gesamtzahl dieser DRG wurde nur zu 34,2 Prozent als Dosa-relevant gekennzeichnet. Die zusammenfassende Betrachtung (nach Major Diagnostic Categories) ergibt am Ende ein Dosa-Potenzial von 510.774 Fällen. Mit nur einem Tag angenommener präoperativer Verweildauerverkürzung resultieren hieraus 1.399 einzuspärende

durchschnittlich belegte Betten und ein finanzielles Volumen von rund 138 Millionen Euro (siehe Seite 36, untere Grafik).

Die als Hochrechnung ermittelten Dimensionen des Wirtschaftlichkeitspotenzials eines konsequenten Dosa-Regimes sind sowohl für das einzelne Krankenhaus als auch für das Gesamtsystem der stationären Leistungserbringung in Deutschland insgesamt von erheblicher Bedeutung. Die bereits in anderen Ländern etablierten Programme zur Erreichung hoher Dosa-Raten sollten nicht nur zur infektiologischen Risikominimierung genutzt werden, sondern vor allem auch als interessante Möglichkeit, weitere Wirtschaftlichkeitspotenziale zu erschließen. ■



Foto: Iges Institut

Thomas Kersting ist Senior Associate beim Berliner Iges Institut und Professor für Krankenhausmanagement an der Technischen Universität Berlin.

Mitarbeit:

Martin Albrecht,

Geschäftsführer Iges Institut GmbH

Sebastian Irps,

Geschäftsführer IMC Clinicon GmbH



Es trifft mich...
Es trifft mich nicht...

Berufsunfähigkeit kann jeden treffen !

**Berufsunfähigkeitsabsicherung
über den DUK**

Guter Schutz. Gutes Leben!

Wir beraten Sie gern unter:
Tel. 030 5779979 - 20, E-Mail: info@duk.de, www.duk.de