

Datenanforderungen auf dem Personalsektor zur Abbildung von Prozessen im OP und zur Kalkulation der DRGs

Stellungnahme des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen und des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten

Die Konsequenzen der Einführung der DRGs, sowohl für ein Krankenhaus in seiner Gesamtheit als auch für seine einzelnen Abteilungen sind nach wie vor nur schemenhaft abschätzbar. Daher wurde und wird seitens beider Berufsverbände empfohlen, sich rechtzeitig mit dem neuen Entgeltsystem und seinen Eigenheiten auseinanderzusetzen, um durch sachgerechte Dokumentation von Diagnosen, Prozeduren und Prozeßdaten eine richtige Bewertung der abteilungs- und fachspezifischen Leistungen zu ermöglichen.

Hierbei wird von der Annahme ausgegangen, daß durch präzise Planung des Behandlungsprozesses im operativen Bereich, etwa durch optimierte OP-Organisation, Ablaufplanungen beim ambulanten Operieren etc., sich nicht nur Kosten einsparen lassen, sondern auch Abläufe effizienter und vor allem für unsere Patienten sicherer und komfortabler gestaltet werden können.

Die perioperative Leistungserfassung in einem Operationsbetrieb erfordert jedoch klare Vorgaben und Definitionen. Einerseits bedingt durch die interdisziplinäre Datenerfassung vor Ort, andererseits durch die Verknüpfung betriebswirtschaftlicher Daten mit Leistungs- und Qualitätsdaten ist die derzeit geübte Praxis der Erfassung tatsächlich im Operationsablauf entstehender Kosten sehr heterogen und führt zu signifikanten Verwerfungen in der Budgetplanung.

Gemeinsame Basis dieser Definitionen ist die Erkenntnis, daß der Personaleinsatz künftig nicht mehr aus Mengen- und Kostensatzkomponenten der Anästhesie- und Operationsprotokolle errechnet werden kann. Vielmehr sollten gerade bei der Kalkulation der DRG's über eine Kostenträgerrechnung spezifische Tätigkeitsmerkmale beider Fächer berücksichtigt werden, da die in der Vergangenheit angenommene Ermittlung des Anästhesiepersonaleinsatzes von plus / minus 10 Minuten um die "Schnitt-Naht-Zeit" herum heute nicht mehr aufwandsgerecht ist und daher durch eine konkrete Zeitermittlung ersetzt werden muß.

Von entscheidender Bedeutung sowohl für den ärztlichen aber auch für den pflegerischen Bereich ist dabei die Erfassung von Vor- und Nachbereitungszeiten. Besonders gravierend ist hier die Dokumentation eines erhöhten Zeitaufwandes für nichtärztliches Personal, der heute weit über die eigentliche Schnitt-

Naht-Zeit hinausgeht und dem in DRG-Kalkulationsmodell durch die sog. Rüstzeit Rechnung getragen worden ist.

Die nachstehenden Ausführungen und Definitionen zur perioperativen Leistungserfassung basieren zum einen auf den aktuellen Anforderungen einer DRG-gerichteten Prozeßkostenkalkulation, zum anderen wurden Anforderungen an ein zukunftsorientiertes Qualitätsmanagement mit eingearbeitet. Als gemeinsame Empfehlung des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen und des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten sollen diese Ausführungen einen weiteren Beitrag zu einer einheitlichen Zeiterfassung beider Fachgebiete mit dem Ziel liefern, eine abgestimmte einheitliche und vergleichbare Prozeßanalyse zu ermöglichen.

Definitionen zur perioperativen Leistungserfassung

Generelles

Es wird empfohlen, Zeitangaben auf- und abgerundet auf die volle Minute anzugeben. Ist eine derart exakte Zeiterfassung technisch nicht umsetzbar, sind Zeiterfassungen mit fünfminütiger Genauigkeit, wie Sie aus maschinenlesbaren Protokollen abgeleitet werden, ebenfalls praktikabel.

Für das operative Fachgebiet wie auch für die Anästhesiologie sollen die Einsatzzeiten des Pflegepersonals und des ärztlichen Personals getrennt erfaßt werden.

Für technische Dienste wie Lagerungspfleger, MTAs, MTRs oder Kardiotechniker sollten bei Bedarf zusätzliche Zeiten definiert werden.

Bis zur endgültigen Klärung der rechtlichen Umsetzung des EuGH-Urteils zum Thema "Arbeitszeit/Bereitschaftsdienst" wird empfohlen, bei der Erfassung der Einsatzzeiten zwischen Regelarbeitszeit und Bereitschaftsdienst zu unterscheiden und diese getrennt auszuweisen.

Berufspolitik

Definierte Zeitpunkte / Zeiträume - allgemeine Zeiten

Konsiliartätigkeit

Angeforderte fachspezifische Evaluation des Zustandes eines Patienten, der von einem anderen Fachgebiet verantwortlich betreut wird. Diese Tätigkeit ist in Minuten anzugeben.

Doppelbesetzung / Mehrfachbesetzung / Gleichzeitigkeitsfaktor (DRG-relevant)

Eine Doppelbesetzung/Mehrfachbesetzung erfaßt die Anwesenheit einer oder mehrerer zusätzlicher Personen im Rahmen einer Erfassungszeit / Tätigkeit.

Operateur

An jeder Operation sind mehrere Personen verschiedener Dienstarten beteiligt. Die Anzahl der gleichzeitig tätigen Personen wird als Gleichzeitigkeitsfaktor zum Ausdruck gebracht. Dieser kann durch die individuelle Erfassung der Tätigkeitszeit für jede an der Operation (auch nur zeitweilig) beteiligte Person durch ein OP-Dokumentationssystem ermittelt werden.

Ist eine Datenerhebung mittels Dokumentationssystemen nicht möglich, kann ein dienstgruppenbezogener standardisierter Gleichzeitigkeitsfaktor für die verschiedenen Eingriffsarten definiert werden, der die zeitnahe Tätigkeit der einzelnen Personen berücksichtigt.

Beispiel: Bei einer Schnitt-Naht Zeit von 120 Minuten, einem in dieser Zeit operierenden Arzt und der zeitweiligen Beteiligung eines zweiten Arztes von 60 Minuten, beträgt der Gleichzeitigkeitsfaktor für den ärztlichen Dienst insgesamt 1,5 ((120 + 60 Minuten) / 120 Minuten).

Anästhesie

Der Gleichzeitigkeitsfaktor in der Anästhesie ist standardisiert mit 1 festzulegen. Er kann jedoch in begründeten Ausnahmefällen höher angesetzt werden. Ein zweiter Arzt ist mit Hilfe des Gleichzeitigkeitsfaktors zu berücksichtigen, wenn seine Anwesenheit medizinisch begründet ist, z.B. bei Kraniotomien, thoraxchirurgischen Eingriffen mit seitengetrenter Beatmung etc..

Gesondert ausgewiesen werden sollten die Fälle, in denen zu Weiterbildungszwecken und zur Supervision ein zweiter Arzt anwesend ist.

Stand-by-Zeiten

Für Anästhesie und Operateur werden sog. Stand-by-Zeiten analog zum realen Einsatz als Personaleinsatzzeit und Präsenzzeit erfaßt.

Stand-by-Anästhesie

Kontinuierliche Überwachung der Vitalfunktionen durch den Arzt für Anästhesiologie während eines diagnostischen und/oder therapeutischen Eingriffs eines anderen Arztes ohne Narkose.

Zeiten werden im Rahmen eines Stand-by in Analogie zu den Anästhesiezeiten dokumentiert.

Bei einem reinen Stand-by entspricht der Anästhesie-

Beginn dem Zeitpunkt, ab dem sich der Anästhesist ausschließlich dem Patienten widmet.

Stand-by-Operateur

Präsenz eines Operateurs bei einem interventionellen Eingriff, wie z.B. Nierenarteriendilatation oder Koronardilatation.

Wartezeiten

Wartezeiten sind Zeitabschnitte, in denen der geplante Arbeitsfortschritt nicht realisiert werden kann. Hierzu gehört z.B. das Warten auf Patienten, auf das Ende der Anästhesieeinleitung, den Operateur, Schnellschnittergebnisse, Reinigungskräfte etc.. Die Zeit kann bei Bedarf mit Kausalitätshinweis in Minuten angegeben werden. Eine Analyse dieser Zeiten kann helfen, Schwachstellen in der Ablauforganisation aufzudecken und im Sinne eines patienten- und prozessorientierten Behandlungspathway zu verbessern.

Wegezeit

Wegezeiten beinhalten die Personaleinsatzzeit, die Konsiliartätigkeit und die Patienten-Evaluationszeit. Sie werden nur außerhalb eines Interventionsbereiches / OP-Bereiches erfaßt.

Perioperative Patientenevaluation / Rüstzeit (DRG-relevant)

Fachgebietspezifische Evaluation des Zustandes und der Vorbereitung eines Patienten für einen Eingriff. Die Evaluation erfolgt unter Einschluß der körperlichen Untersuchung, Studium der Patientenunterlagen, Hinterfragen bei Besonderheiten, Verordnung spezifischer Medikamente und Anordnungen je Auswertung erforderlicher Untersuchungen sowie patientenbezogene Organisation (z.B. Risikoeinschätzung und Aufklärung).

Anästhesie

Die perioperative Patientenevaluation (Aufklärung und Prämedikation) ist im System der DRG Kalkulation Bestandteil der sog. Rüstzeit und damit der Anästhesiologiezeit. Um eine transparente Dokumentation zu gewährleisten, ist dieser Zeitabschnitt gesondert in Minuten auszuweisen.

Postoperative Patientenevaluation / Rüstzeit (DRG-relevant)

Fachgebietspezifische Evaluation des Zustandes des Patienten unter Einschluß erforderlicher Maßnahmen zur Risikoreduktion in der postoperativen Phase. Die Evaluation erfolgt unter Einschluß der körperlichen Untersuchung, Studium der Patientenunterlagen, Hinterfragen bei Besonderheiten, Verordnung spezifischer Medikamente und Anordnungen/Auswertungen erforderlicher Untersuchungen sowie patientenbezogene Organisation.

Anästhesie

Die postoperative Patientenevaluation (postoperative Patientenversorgung im Aufwachraum, Übergabe des

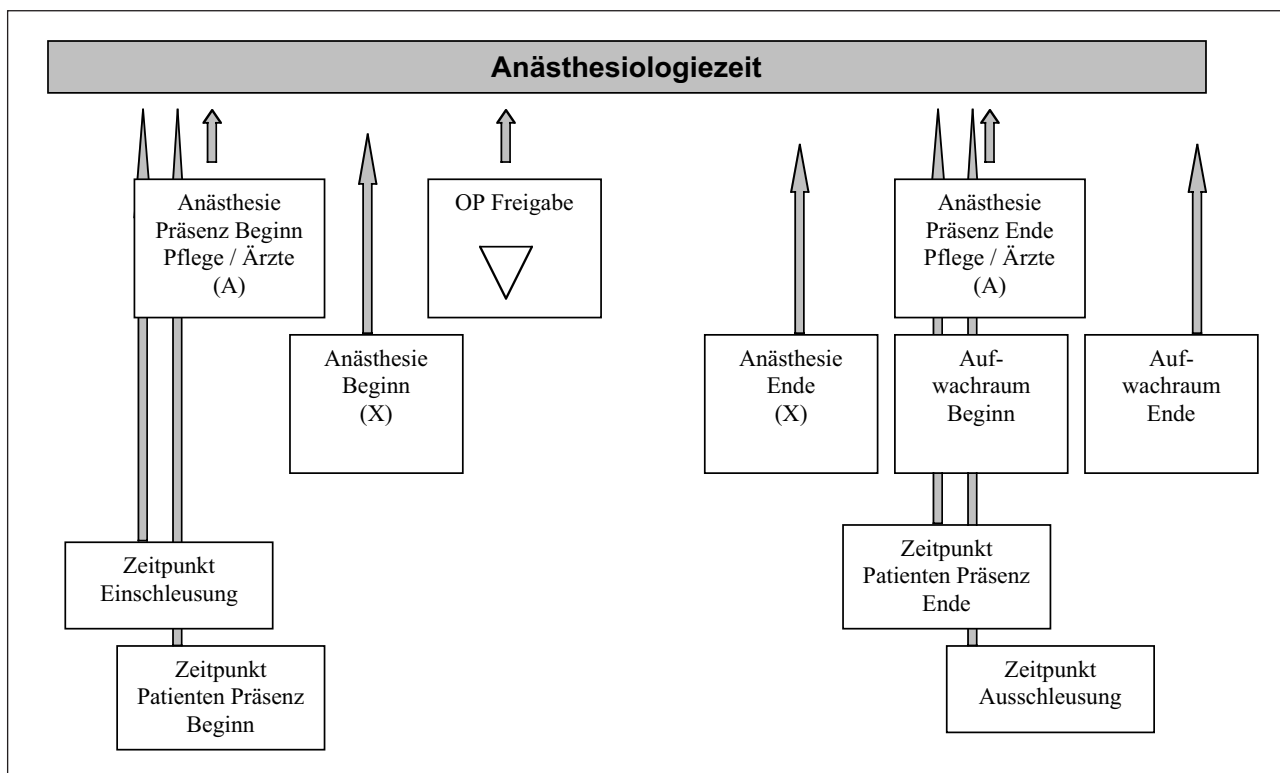


Abbildung 1: Anästhesiologiezeit (DRG-relevant) (Unterteilung in Arztdienst und Pflegedienst).

Patienten) ist im System der DRG-Kalkulation Bestandteil der sog. Rüstzeit und damit der Anästhesiologiezeit. Um eine transparente Dokumentation zu gewährleisten, ist dieser Zeitabschnitt gesondert in Minuten auszuweisen.

Gesonderte Zeitdokumentationen in der postoperativen Phase empfehlen sich ebenfalls für die beiden Bereiche:

- Postanästhesiologische Visite und
- Postoperative Schmerztherapie.

Diese Zeitabschnitte sind gesondert in Minuten auszuweisen.

Anästhesie

Anästhesiologiezeit (DRG-relevant) (Unterteilung in Arzt und Pflege)

Die Anästhesiologiezeit stellt die maßgebliche Bezugsgröße für die fallbezogene Kostenverteilung in der Anästhesie dar. Sie ist definiert als Zeitraum von der Übernahme des Patienten bis zur Übergabe an den weiterbetreuenden Bereich. Anfallende Rüstzeiten sind Bestandteil der Anästhesiologiezeit. Die Rüstzeit des Anästhesiepersonals für Vor- und Nachbereitung einer Anästhesie umfasst die folgenden Tätigkeiten:

- Aufklärung und Prämedikation (ärztlicher Dienst)
- Umkleiden, Händedesinfektion
- Vorbereitung und Lagerung des Patienten
- Postoperative Patientenversorgung

- Übergabe des Patienten
- Dokumentation.

Zeitpunkt Einschleusung

Der Patient liegt nach abgeschlossener Einschleusung im Funktionsbereich auf dem OP-Tisch und kann in den OP-Saal / Einleitungsbereich / Holding Area gebracht werden.

Zeitpunkt Patienten-Präsenz Beginn

Anwesenheit des Patienten im OP-Saal / Einleitungsbereich / Holding Area.

Voraussetzung für Anästhesie-Präsenz.

Anästhesie-Präsenz Beginn

(ggf. Unterteilung in Präsenz-Beginn Arzt und Präsenz-Beginn Pflege)

Start der Zeit, in der ein Patient unter kontinuierlicher anästhesiologischer Betreuung im Zusammenhang mit einem Anästhesie-Verfahren steht; also der Zeitpunkt, ab dem der Patient in die medizinische oder organisatorische Verantwortung der Anästhesieabteilung übernommen wird. Je nach organisatorischen Voraussetzungen kann dieser Zeitpunkt dem Zeitpunkt Einschleusung oder dem Zeitpunkt Patienten-Präsenz Beginn entsprechen.

Anästhesie-Beginn

Beginnt mit der Injektion des Anästhetikums oder mit der Anlage des Regionalverfahrens. Bei einer Analgosedierung entspricht dies der Injektion des ersten Analgetikums oder Sedativums. Die vorbereitenden

Berufspolitik

Maßnahmen (z.B. Applikation einer Verweilkanüle) finden zwischen Zeitpunkt Anästhesie-Präsenz Beginn und Anästhesie-Beginn statt.

Bei einem reinen Stand-by entspricht der Anästhesie-Beginn dem Zeitpunkt, ab dem sich der Anästhesist ausschließlich dem Patienten widmet.

Anästhesie-Einleitungs-Ende (OP-Freigabe)

Die vorbereitenden Maßnahmen der Anästhesie sind soweit abgeschlossen, daß der Operateur bzw. sein Hilfspersonal tätig werden kann. Bei einer Allgemeinanästhesie ist also die Einleitung abgeschlossen; bei einer Regionalanästhesie ist der Block vollständig bzw. ausreichend für das operative Geschehen.

Anästhesie-Ende

Der Zeitpunkt, an dem die anästhesiologischen Maßnahmen enden (Patient ist aus Allgemeinanästhesie erwacht). Bei Regionalanästhesien kann dieser Zeitpunkt mit dem Ende der Anästhesiezeit zusammenfallen.

Anästhesie-Präsenz Ende

(ggf. Unterteilung in Präsenz-Ende Arzt und Präsenz-Ende Pflege)

Ende der Zeit, in der ein Patient unter kontinuierlicher anästhesiologischer Betreuung im Zusammenhang mit einem Anästhesie-Verfahren steht; also der Zeitpunkt, ab dem der Patient aus der medizinischen oder organisatorischen Verantwortung der Anästhesieabteilung an den weiterbetreuenden Bereich übergeben wird. In der Regel wird das Ende der Anästhesie-Präsenz später liegen als der Beginn der Aufwachraum-Zeit.

Zeitpunkt Patienten-Präsenz Ende

Ende der Anwesenheit des Patienten im OP Saal / Ausleitungsbereich / Holding Area.

Zeitpunkt Ausschleusung

Zeitpunkt des Abschlusses des Ausschleusens. Der Patient hat definitiv den OP Bereich verlassen und ist in der Regel in die Verantwortung des Aufwachraumes übergeben worden.

Chirurgie

Op-Beginn (DRG-relevant)

Derjenige Zeitpunkt, an dem der definitive Beginn der chirurgischen Tätigkeit, die unmittelbar am Patienten selbst und aus einer Folge zwingend aufeinander folgender Arbeitsschritte, die für die Durchführung einer Operation erforderlich sind, steht.

Erläuterung: Der maßgeblich für die Operation verantwortliche Chirurg bzw. sein Vertreter beginnt in steriler Kleidung mit der Tätigkeit (i.d.R. Desinfektion, Abdeckung, Befestigung arbeitstechnisch notwendigen Instrumentariums) im Bereich des Operationsgebietes.

Op-Ende (DRG-relevant)

Derjenige Zeitpunkt, an dem alle chirurgischen Tätigkeiten, die zeitlich und funktionell unmittelbar im Zusammenhang mit dem operativen Eingriff stehen, beendet werden.

Erläuterung: Gemeint ist der Zeitpunkt, an welchem alle unmittelbar am Patienten durchgeführten chirurgischen Maßnahmen beendet sind. Dieses schließt auch die Maßnahmen mit ein, die zur Komplettierung und Sicherung des Operationsergebnisses in direktem Zusammenhang stehen. Darunter ist das Anlegen von

- Stütz- und Spezialverbänden
- Gipsverbänden und
- Colostomie oder Drainagebehältnissen u.ä.

zu verstehen. Der Abschluß dieser durch das OP-Team durchgeführten und zwingend notwendigen Maßnahmen wird vom Chirurgen bekanntgegeben.

Anmerkung: Der bislang gebräuchliche Begriff Schnitt-Naht-Zeit bedeutet die Zeit zwischen dem ersten und letzten instrumentellen Eindringen in den Organismus eines Patienten. Typisch sind der Hautschnitt und die letzte Naht eines chirurgischen Eingriffes.

Dieser Begriff ist im Kalkulationshandbuch Version 2.0, Kostenstellengruppe Op-Bereich für die Verrechnung von Personalkosten gestrichen! Grundsätzlich wird nun die "Schnitt-Naht-Zeit mit Gleichzeitigkeitsfaktor + Rüstzeit" zu grunde gelegt.

Allerdings ist im Kalkulationshandbuch festgelegt, daß sich der Gleichzeitigkeitsfaktor nur auf die Schnitt-Naht-Zeit, nicht aber auf die Rüstzeit bezieht! Damit ist eine Gewichtung der Rüstzeit für das operative Fachgebiet derzeit nicht möglich.

Chirurgie-Präsenz Beginn (DRG-relevant als Gleichzeitigkeitsfaktor)

Derjenige Zeitpunkt, an dem die überwiegende Zuwendung des Chirurgen zum Patienten erfolgt, so daß sich der Chirurg nicht mehr um einen weiteren Patienten kümmern und ggf. auch keine andere Tätigkeit übernehmen kann.

Chirurgie-Präsenz Ende (DRG-relevant als Gleichzeitigkeitsfaktor/Rüstzeit)

Der Zeitpunkt, an dem die personengebundene Betreuung des Patienten durch den einzelnen Chirurgen endet.

Erläuterung: Mithilfe bei der Umlagerung, Diktat und Anfertigung von Op-Berichten sowie das Rücksortieren von Röntgenbildern und anderen Unterlagen gehören zu dieser Zeitspanne ebenso wie Dateneingaben (ICD, OPS) in das EDV-System.

Bei der intensiveren und längeren Versorgung etwa eines polytraumatisierten Patienten kann die chirurgische Präsenz unabhängig vom Einsatzort durchaus mehrere Funktionsbereiche und auch mehr als einen Chirurgen umfassen!

Diese Form einer optimalen Patientenversorgung ggf. auch durch mehr als einen Chirurgen sieht das Kalkulationshandbuch, Kostenstellengruppe Op-Bereich bislang nicht vor! Auch durch den Hinweis des Kalkulationshandbuches "die Bildung von hausindividuellen Standards für Rüstzeiten kann bei fehlender Leistungserfassung der Rüstzeiten eventuelle Erfassungslücken schließen" wird nicht festgelegt, inwieweit zeitintensive, perioperative Tätigkeiten mehrerer Chirurgen am gleichen Patienten bei der zukünftigen Fallkostenanalyse berücksichtigt werden.

Chirurgie-Pflege-Präsenz, Beginn (DRG-relevant)

Derjenige Zeitpunkt, in der die überwiegende Zuwendung des Chirurgiepflegepersonals zu einem Patienten erfolgt, so daß sich die betreffende Pflegekraft nicht mehr um einen weiteren Patienten kümmern kann. Diese Zeit umfaßt auch die spezifische Vor- und Nachbereitung für den jeweiligen Eingriff, ist also nicht an die direkte Anwesenheit des Patienten im Operationssaal gebunden.

Die chirurgische Pflegepräsenz ist in der Regel kontinuierlich. Sie wird mindestens zwei Pflegekräfte umfassen (Instrumentierschwester, -pfleger sowie den sog. Springer). Die Personaleinsatzminuten/ Operation/Betreuung sind kumulativ zu erfassen. Zusätzlich fallen Vor- und Nachbereitungsarbeiten an, die separat zu dokumentieren sind!

Chirurgie-Pflege-Präsenz, Ende (DRG-relevant)

Das chirurgische Pflege-Präsenz-Ende ist derjenige Zeitpunkt, an dem der Patient aus der Verantwortung des Pflegedienstes zum Ausschleusen bzw. zum Transport aus dem Op durch das Anästhesie-Team freigegeben wird. Auf die kontinuierliche Präsenz des

chirurgischen Pflegepersonals ist bereits hingewiesen worden.


Anmerkung: Analog zu den Personalkosten des ärztlichen Dienstes ist nach dem Kalkulationshandbuch auch für den Funktionsdienst/Med.-Technischen Dienst die "Schnitt Naht-Zeit mit Gleichzeitigkeitsfaktor + Rüstzeit" zugrunde zu legen.

Der Gleichzeitigkeitsfaktor für den Funktionsdienst kann, sofern keine näheren Informationen vorliegen, standardisiert mit 2 und für den medizinisch-technischen Dienst (z.B. Kardiotechniker) mit 1 angesetzt werden.

Unberücksichtigt bleiben bislang Zeiten für die Führung eines Op-Lagers, für das Bestellwesen, für operative Innovationen (neue Geräte oder Operationsmethoden), für die Personaleinsatzplanung durch die Op-Leitung bzw. Anästhesisten/Chirurgen sowie für eine zentrales Op-Mangement!

Beide Berufsverbände fordern daher Klinikverwaltungen auf, die Eingabe der genannten Definitionen in EDV-Systeme z.B. über eine suffiziente Op-Dokumentation baldmöglichst sicherzustellen, da diese nicht nur eine exaktere Kalkulation der Kosten im Operationsbetrieb ermöglicht, sondern darüber hinaus auch eine unverzichtbare Voraussetzung für eine exakte Dokumentation von Personaleinsatzzeiten und damit für eine reibungslose interdisziplinäre Zusammenarbeit in diesem kostenintensiven Bereich ist.

Unter maßgeblicher Mitwirkung von:
K. Fischer, B. Endrich und A. Schleppers

 Doc's DidactoMed e.V. Hamburg veranstaltet		
Spezielle Schmerztherapie	80 Stunden Kompaktseminar nach den Empfehlungen der BÄK und Anforderungen der ÄK Schleswig-Holstein vom 11.10. bis 19.10.2002 (App.-Vermittlung möglich)	in Westerland/ SYLT ab € 975 (incl. Verpflg)
Repetitorium Intensivmedizin	Fortbildungskurs als Prüfungsvorbereitung zur Zusatzbezeichnung <i>Intensivmedizin</i> vom 01.11. bis 08.11.2002 mit Unterbringung im Tagungshotel	in Cala Vadella/ IBIZA € 1020 (incl. Flug / HP)
Fachkunde Rettungsmedizin	80 Stunden Kompaktseminar nach den Empfehlungen der BÄK und Anforderungen der ÄK Schleswig-Holstein vom 22.11. bis 30.11.2002 (AiP-Ermäßigung möglich)	in Westerland/ SYLT € 775 (incl. HP/ App.)
Qualitätsmanagement in der Medizin	200 Stunden (Teile A, B und C) nach dem Curriculum der BÄK, Teil A vom 06.12. bis 14.12. (Teile B + C im Frühjahr 2003)	in Westerland/ SYLT ab € 1180 (incl. Verpflg)
Palliativmedizin	80 Stunden Kompaktseminar vom 24.01 bis 01.02.2003 (App.-Vermittlung möglich)	in Westerland/ SYLT ab € 1125 (incl. Verpflg)
Repetitorium Anästhesiologie	Fortbildungskurs zur Facharztvorbereitung und Refresherkurs vom 17.03. bis 24.03.2003 mit Unterbringung im Tagungshotel	in Cala Vadella/ IBIZA € 970 (incl. Flug / HP)
Infos und Anmeldung	MediConsult GmbH * Postfach 130687 * 20106 Hamburg Tel. 040-4101706 * Fax. 040-45037931 * eMail: info@mediconsultgmbh.de * www.docsdidactomed.de	