



©Deemerwha studio - stock.adobe.com

Die Zukunft der Gesundheitsversorgung

Erweiterung der Ambulantisierung gynäkologischer Eingriffe und Stellenwert der roboter-assistierten Chirurgie

Von Prof. Dr. Cosima Brucker, Prof. Dr. Dimitrios Bolovis und Prof. Dr. Michael Greiling

Im Rahmen der von Gesundheitsminister Karl Lauterbach geplanten Krankenhausreform ist eine systematische Einteilung der Kliniken nach Versorgungslevels und Leistungsgruppen vorgesehen. Ein Bestandteil dieser Reform soll eine verbesserte Verzahnung von stationärer und ambulanter Versorgung sein; auf dieser Grundlage soll und kann, laut IGES-Gutachten 2022, eine Ausweitung kurzstationärer und ambulanter Eingriffe erfolgen. Im Bereich der Gynäkologie wird die Ambulantisierung in den nächsten Jahren auch Eingriffe steigender Komplexität wie die Hysterektomie (Gebärmutterentfernung) betreffen.

Keywords: Ambulantisierung, Krankenhausplanung, Patientenversorgung

Für die Ambulantisierung der Hysterektomien gibt es neben den notwendigen medizinischen Vorkehrungen zur Gewährleistung der Patientensicherheit auch Herausforderungen in der Finanzierung: Die derzeitige Finanzierung im AOP-Katalog und die Kurzlieger-Abschläge für entsprechende DRGs bei Unterschreitung der unteren stationären Verweil-

dauer führen dazu, dass eine kostendeckende kurzstationäre oder ambulante benigne Hysterektomie wirtschaftlich nicht umsetzbar ist. Dieser Beitrag zeigt auf Basis einer softwarebasierten prozessualen gesundheitsökonomischen Analyse (SPGA) für minimalinvasive benigne Hysterektomien am Klinikum Nürnberg, wie diese Eingriffe stationär kostendeckend erfolgen könnten. Hierbei ist zwischen konventioneller Laparoskopie und roboter-assistierter OP zu unterscheiden. Für eine roboter-assistierte OP im ambulanten Setting sind etwas höhere Erlöse notwendig, die jedoch möglicherweise durch raschere Rekonvaleszenz und reduzierte Folgemaßnahmen kompensiert werden. Die Prozesse außerhalb des Krankenhauses sind bisher nur unzureichend ökonomisch evaluiert. Sie führen, unter dem bisherigen Finanzierungsmodell der ambulanten Abrechnungskataloge, zu einer nicht ausreichenden Deckung der Therapie. Dies hat bisher zur Folge, dass in Deutschland kaum ambulant-sensitive Leistungen in fachübergreifenden Indikationsgebieten durchgeführt werden. Eine flächendeckend gute und sichere Versor-

gung wurde für Eingriffe, die bisher stationär erfolgten, im ambulanten Bereich bislang nicht organisiert. Um eine Umstellung von stationären auf ambulante Leistungen umsetzen zu können, müssen erst die organisatorischen und finanziellen Voraussetzungen dafür geschaffen werden.

Aufgrund der Fortschritte in der operativen Gynäkologie müssen auch die verschiedenen OP-Techniken im Einzelnen bewertet werden.

SPGA zur minimalinvasiven Hysterektomie am Klinikum Nürnberg: Die Methodik

Die Prozesskostenrechnung bietet als Kalkulationsverfahren für Krankenhäuser eine erweiterte Möglichkeit, Kosten zu analysieren und zielgerichtet beeinflussen zu können. In diesem Beispiel wurden die Prozesskosten für eine konventionelle laparoskopische Hysterektomie, für eine roboter-assistierte Hysterektomie mit zweitägigem stationärem Aufenthalt und für eine roboter-assistierte Hysterektomie unter den Bedingungen der 1 Tag-Hybrid-DRG einzeln erhoben und vergli-

chen. Im Rahmen des SPGA-Projekts wurden die folgenden Arbeiten ausgeführt: Definition der homogenen Fallgruppe, Ermittlung der während der Therapie zu erbringenden Leistungen der beteiligten Fachabteilungen und Festlegung der Anzahl von Verweiltagen (► Abb. 1).

Ein ProzessReferenzModell (PRM) dient der standardisierten Modellierung von Behandlungsabläufen. Auftretende Prozesse mit einheitlichen Bezeichnungen sind hinterlegt und lassen sich zu Abläufen zusammensetzen. So entsteht ein Entwurf der Prozesse von der Aufnahme bis zur Entlassung (► Abb. 2). Die Überprüfung des Ablaufs erfolgt mit allen Beteiligten unter anderem auf Plausibilität, Reihenfolge sowie Vollständigkeit und der Ermittlung von Zeiten für die Durchführung eines jeden Prozesses sowie der verwendeten Sachmittel.

Zur Berechnung der Prozesskosten mithilfe eines Time-Driven Activity Based Costing (TD ABC) sind die Daten der Kostenstellen, Kostenarten sowie Bruttostundensätze der beteiligten Organisationseinheiten sowie die Einzelkosten für Sachmittel zu verwenden. Nachdem in Anlehnung an InEK / REKOLE / LKF die Daten zu Kostenarten- sowie Kostenstellen-

„Bei der Bezugsgrößenkalkulation des InEK werden die Gesamtkosten des Krankenhauses auf verschiedene Bereiche verteilt, basierend auf der Bezugsgröße wie zum Beispiel „Pflegetage“ oder „Leistungspunkte“.“

gruppen verdichtet und relevante Kosten für die Therapie abgegrenzt sind, erfolgt die Kalkulation der Personalkosten mithilfe der benötigten Zeiten für Aktivitäten und den direkten Sachkosten in den Prozessen sowie durch die indirekten Kosten der Therapie mithilfe von Kostentreibern für die zu erzielende Vollkostenrechnung.

Bei der Bezugsgrößenkalkulation des InEK werden die Gesamtkosten des Krankenhauses auf verschiedene Bereiche verteilt, basierend auf der Bezugsgröße wie zum Beispiel „Pflegetage“ oder „Leistungspunkte“. Dies geschieht gleichmäßig, unabhängig von den individuellen Aktivitäten und Ressourcen für jede Patientin. Hierdurch entstehen Ungenauigkeiten.

Das durchgeführte TD ABC hingegen berücksichtigt die benötigte Zeit für Aktivitäten, eliminiert die Abhängig-

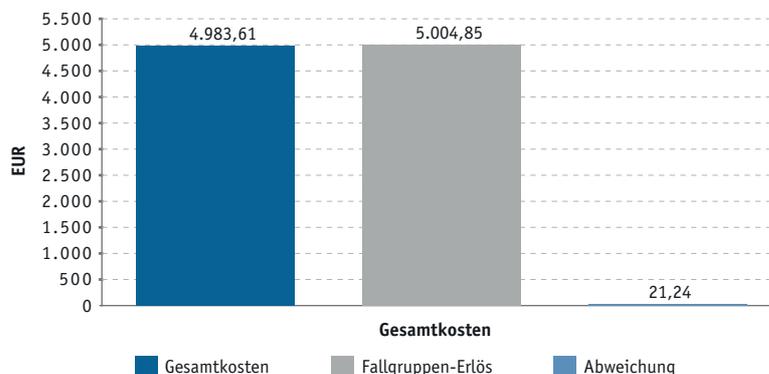


Abb. 1: Gesamtkosten im Vergleich mit dem Fallgruppen-Erlös (2 Tage Aufenthalt)

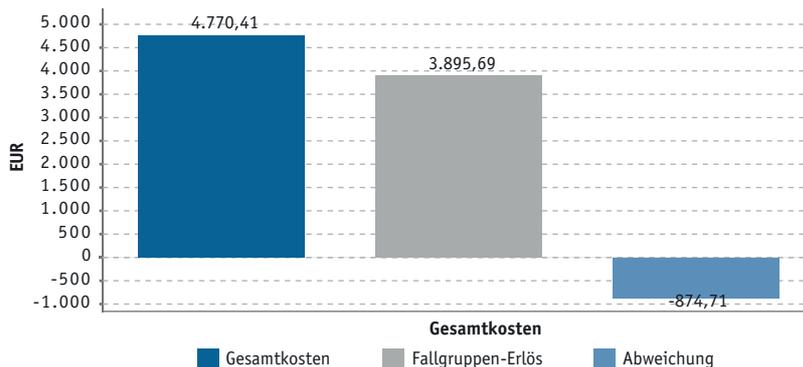


Abb. 2: Gesamtkosten im Vergleich mit dem Fallgruppen-Erlös (1 Tag-Hybrid-DRG)

keit von den allgemeinen Bezugsgrößen und ermöglicht eine detaillierte

(2023): „Die Zukunft der Gesundheitsversorgung – Wie Kliniken ambulant-klinische Leistungen erfolgreich planen“ In: KU, 08/2023, S. 46–49).

Prozesskostenanalyse: Die Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse der Prozesskostenanalyse (TD ABC) zeigen, dass die Vergütung im stationären Bereich ausreicht, um eine konventionell minimalinvasive, aber auch eine robo-

Kostenzuordnung (siehe hierzu ausführlich Greiling, M. / Greiling, M. M.

Vorteile der roboter-assistierten Hysterektomie

Die roboter-assistierte Chirurgie hat in den letzten Jahren – neben der Urologie und der abdominalen Chirurgie – auch in der Gynäkologie einen großen Aufschwung erfahren. Ihre Domäne ist das präzise und gewebeschonende Operieren in engen Räumen wie z. B. im Becken. Der Einsatz eines da Vinci-Operationssystems verbessert die Sicht des Operierenden auf das Operationsfeld. Durch die verbesserte Beweglichkeit und Präzision der Instrumente wird die Qualität des Eingriffs erhöht. Für die Patientin macht sich dies durch einen geringeren Blutverlust und eine reduzierte Traumatisierung des Gewebes bemerkbar. Bei Befunden, die zuvor nur mittels Bauchschnitt operiert werden konnten, wird durch den OP-Roboter häufig ein minimalinvasives Vorgehen ermöglicht. Auch stark übergewichtige Patientinnen und solche mit ausgedehnten intraabdominalen Adhäsionen, etwa nach vorausgegangen Eingriffen, können häufig roboter-assistiert operiert werden. Damit geht meist eine schnellere Erholung nach dem Eingriff einher – auch gegenüber konventioneller laparoskopischer Technik. Auch der Schmerzmittelverbrauch sinkt. Dies unterstützt grundsätzlich das Bestreben nach kurzer Verweildauer in der Klinik bis hin zur Durchführung bestimmter Hysterektomien im tagesstationären oder ambulanten Setting.

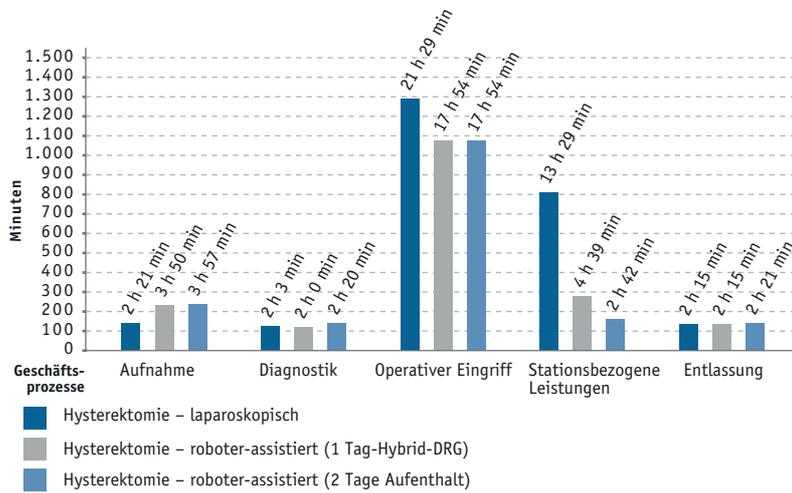


Abb. 3: Durchführungszeit (lmi) der Geschäftsprozesse – Hysterektomie

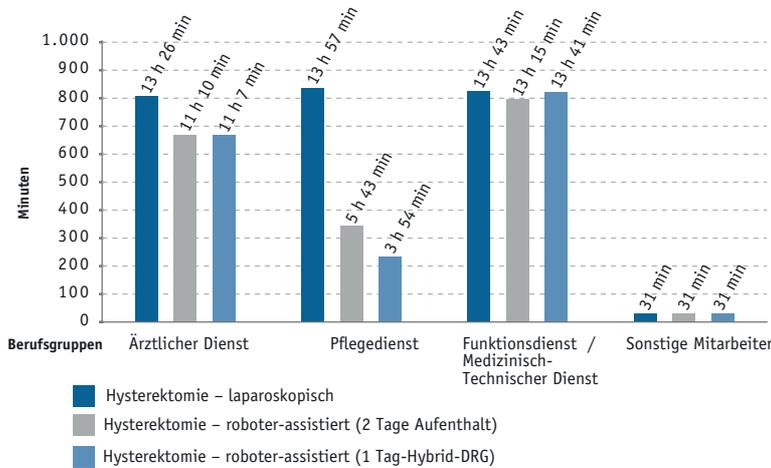


Abb. 4: Durchführungszeit der Berufsgruppen – Hysterektomie

ter-assistierte Hysterektomie kostendeckend durchzuführen, da kein Kurzliegerabschlag erfolgt. Im ambulanten Bereich ist dies hingegen nicht der Fall (►Abb. 1).

Die Analyse zeigt auch, welche finanziellen Mittel erforderlich und welche

In den beiden Übersichten in den ►Abbildungen 3 und 4 über die zeitliche Inanspruchnahme der Geschäftsprozesse und von Berufsgruppen ist die notwendige Ressourcenbindung der verschiedenen Therapiearten zu erkennen. Die roboter-assistierte Chirurgie zeigt im Vergleich zu laparoskopischen Eingriffen einen effektiveren Einsatz der knappen Personal- und Zeitressourcen. Die Analysen verdeutlichen, dass der Ärztliche Dienst bei roboter-assistierten Eingriffen weniger in Anspruch genommen wird. Auch für die Berufsgruppe der Pflege wird

„Wenn mehr gynäkologische Eingriffe ambulant vorgenommen werden können, profitieren nicht nur die Patientinnen, die ambulant behandelt werden können. Auch Patientinnen, die aufgrund komplexerer Situationen stationär versorgt werden müssen, haben einen Vorteil durch die dadurch zur Verfügung stehenden Ressourcen.“

Abrechnungsmodalitäten (Hybrid-DRG, sektorengleiche Vergütung, Selektivvertrag, AOP-Katalog) notwendig sind, damit auch eine roboter-assistierte Operation im ambulanten oder hybriden Setting kostendeckend durchgeführt werden kann (►Abb. 2).

Die Analyse zeigt auch, welche finanziellen Mittel erforderlich und welche

wie erwartet deutlich, dass im tagesstationären Setting weniger Pflegebindungszeiten eingeplant werden müssen, da die Patientinnen je nach medizinischer Möglichkeit eher nach Hause entlassen werden können. Dieses bedingt aber, wie vorab bereits erwähnt, die finanzielle Umsetzbarkeit von tageschirurgischen Eingriffen unter Berücksichtigung medizinischer und organisatorischer Aspekte.

Zusätzliche Aspekte

Wenn mehr gynäkologische Eingriffe ambulant vorgenommen werden können, profitieren nicht nur die Patientinnen, die ambulant behandelt werden können. Auch Patientinnen, die aufgrund komplexerer Situationen stationär versorgt werden müssen, haben einen Vorteil durch die dadurch zur Verfügung stehenden Ressourcen. Selbstverständlich steht die Sicherheit der Patientinnen und die reproduzierbare Behandlungsqualität im Vordergrund. Um das Behandlungsergebnis zu sichern, ist eine gute postoperative Betreuung der Patientinnen unabdingbar und darf nicht aus ökonomischen Aspekten eingeschränkt werden.

Nicht jede Operation verläuft wie geplant, Blutungen und andere Komplikationen sind oft nicht vorhersehbar. Die Option zum Wechsel von einer ambulanten in eine stationäre Behandlung muss abgesichert sein. Die Vorhaltestrukturen prä-, intra- und postoperativ sind von zentraler Bedeutung und sollten evidenzbasierten Einzug in die Leitlinien finden. Die S3-Leitlinie „Diagnostik und Therapie von benignen Erkrankungen der Gebärmutter“ wird derzeit überarbeitet und soll 2024 in neuer Version zur Verfügung stehen (AWMF-Leitlinienregister).

Fazit

Die Ergebnisse zeigen, dass die laparoskopische, aber auch die roboter-assistierte Hysterektomie durchaus kostendeckend im stationären Setting durchgeführt werden kann. Die präzisere Art des robotischen Operierens kann Patientinnen Vorteile bieten, und die Durchführung in einem tagesstationären Setting mit evtl. Übernachtung oder im ambulanten Setting ist in geeigneten Fällen möglich. Die derzeitigen Entgelte für das ambulante oder tagesstationäre Operieren reichen jedoch nicht aus, um es flächendeckend wie in anderen Ländern einzuführen. Daneben müssen

die organisatorischen Vorhaltungen geklärt werden, um die Sicherheit der Patientinnen nicht zu gefährden und das medizinische Ergebnis zu sichern. Dies gilt für alle minimalinvasiven Verfahren, die derzeit genutzt werden.

Daher plädieren wir für die Abschaffung der unteren Grenzerweildauer, um es dem Krankenhaus ohne monetäre Zwänge überlassen zu können, wann eine Patientin entlassen werden kann. Eine andere Möglichkeit wäre die Einführung von Hybrid-DRGs, die jährlich neu kalkuliert werden, um eine sachgerechte Erlössituation herbeizuführen. Die Hybrid-DRGs müssen nach Kalkulation für minimalinvasive Verfahren höher bewertet werden als die bisher vorhandenen ambulanten Abrechnungsziffern für Krankenhäuser. Eine sachgerechte Vergütung ist Voraussetzung dafür, dass die Bestrebungen der Bundesregierung zu mehr Ambulantisierung Erfolg haben. Dies ist wichtig für den effektiven und effi-

zienten Einsatz von Ressourcen, aber auch für die adäquate und sichere Behandlung von Patientinnen und Patienten. ■

Literatur bei den Verfasserinnen

Prof. Dr. med. Cosima Brucker

Chefärztin
Universitätsklinik für Frauenheilkunde
und Geburtshilfe
Paracelsus Medizinische Privatuniversität
Nürnberg
cosima.brucker@klinikum-nuernberg.de

Prof. Dr. med. Dimitrios I. Bolovis

Bereichsleiter Operative Gynäkologie und
Gynäkologische Onkologie
Universitätsklinik für Frauenheilkunde und
Geburtshilfe
Paracelsus Medizinische Privatuniversität
Georg Simon Ohm Technische Universität
Nürnberg
gynaekologie@klinikum-nuernberg.de

Prof. Dr. rer. oec. Dipl. Soz.-Päd.

Michael Greiling
Institut für Workflow-Management
im Gesundheitswesen (IWIG)
Professur für Workflow-Management
Europäische Fachhochschule
Telgte
michael.greiling@iwig-institut.de

DER KU PODCAST

AKTUELL, INFORMATIV UND PRAXISRELEVANT

Ausgewählte Expertinnen und Experten aus dem Krankenhausmanagement geben im Gespräch mit unserer Fachredaktion Einblicke in eines unserer Schwerpunktthemen der aktuellsten KU Gesundheitsmanagement-Ausgabe.

Abrechnung im Krankenhaus, Marketing, Führung oder Personalmanagement – Der KU Podcast beleuchtet alle relevanten Fachbereiche aus dem Krankenhausmanagement.

Kurz, knackig und leicht verständlich!



Jetzt Reinhören und
keine Folge mehr verpassen!

Seien Sie Teil der nächsten Folge und reichen Sie jetzt Ihre Fragen und Meinungen zu der nächsten Podcastfolge unter kupodcast@mgo-fachverlage.de ein.

