

Ambulant vor Stationär –

**Neue Herausforderungen an die
Leistungsangebots- und
Organisationsplanung**

Mag. Petra Paretta

11. Wiener Fortbildungstage für Krankenhausmanagement
„Höchste Zeit für (mutige) Veränderungen“

12. November 2019 im Wiener Rathaus

Staatliches Interesse: gesunde Bevölkerung

10 Gesundheitsziele Österreich (2012):

Verbesserung der Gesundheit aller in Österreich lebenden Menschen, unabhängig vom Bildungsstatus, Einkommenssituation oder Lebensumständen

= Rahmen für die Steuerung des Gesundheitswesens und Leitfaden für alle Organisationen auch außerhalb des Kernbereichs „Gesundheitswesen“

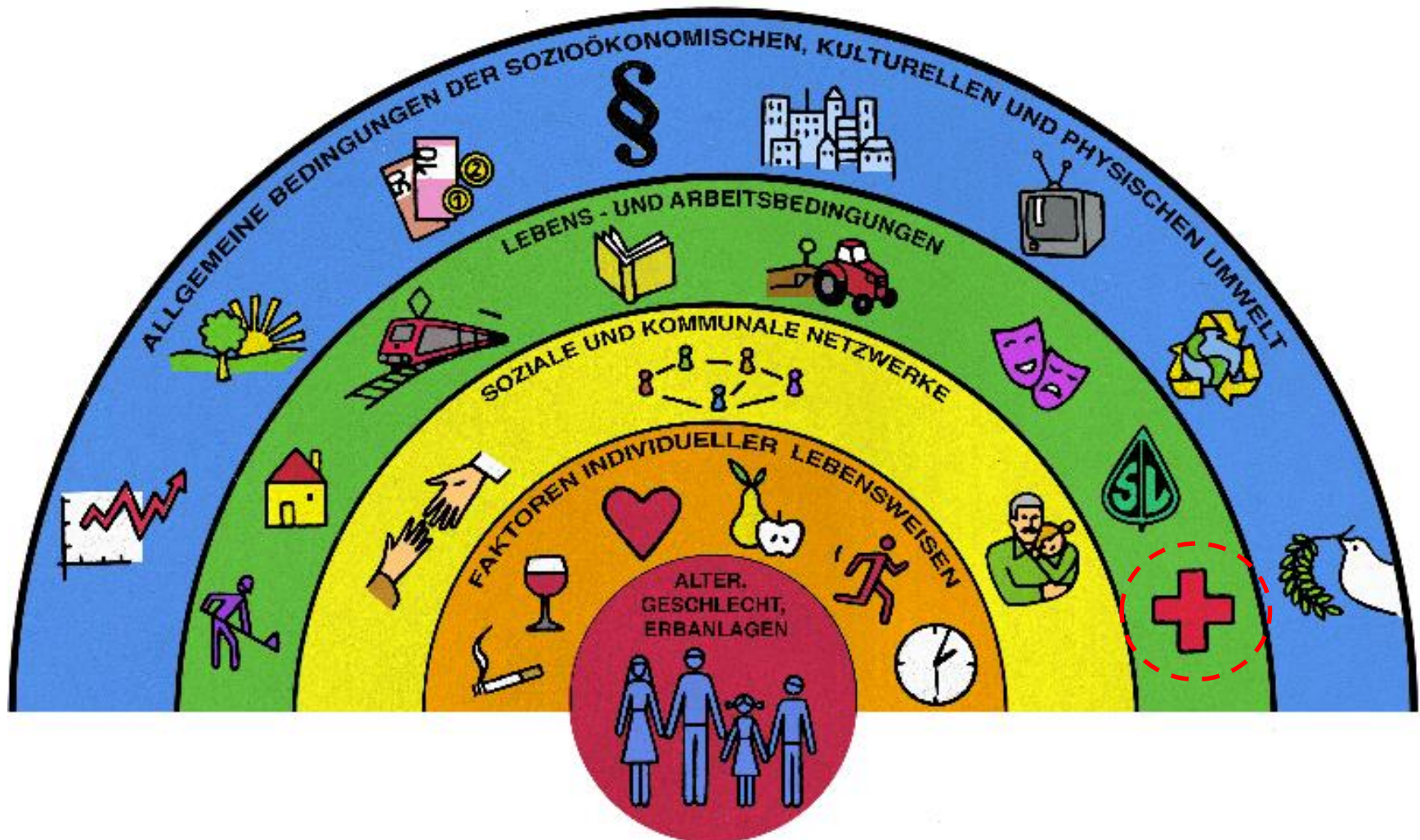
=> „Health in all policies“

(Umsetzung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik)

⇒ Maßnahmen zur **Gesunderhaltung (Ziele 1–9)** und bei Bedarf qualitativ hochstehende **Gesundheitsversorgung (Ziel 10)**

„..... **Das Gesundheitssystem muss sich laufend an die aktuellen Herausforderungen anpassen. ...**“

Einflussfaktoren auf Gesundheit von Menschen



Gesundheitsreform(en)

div. Art. 15a–BV–G– Vereinbarungen O+F Gesundheitswesen i.Z.m. FAG,
auch mit Einführung LKF 1997:

„ambulant vor stationär“

Gesundheitsreformen 2005, 2008, Masterplan SV 2012,
Zielsteuerung–Gesundheit – ZSG 2013–2016 und folgende

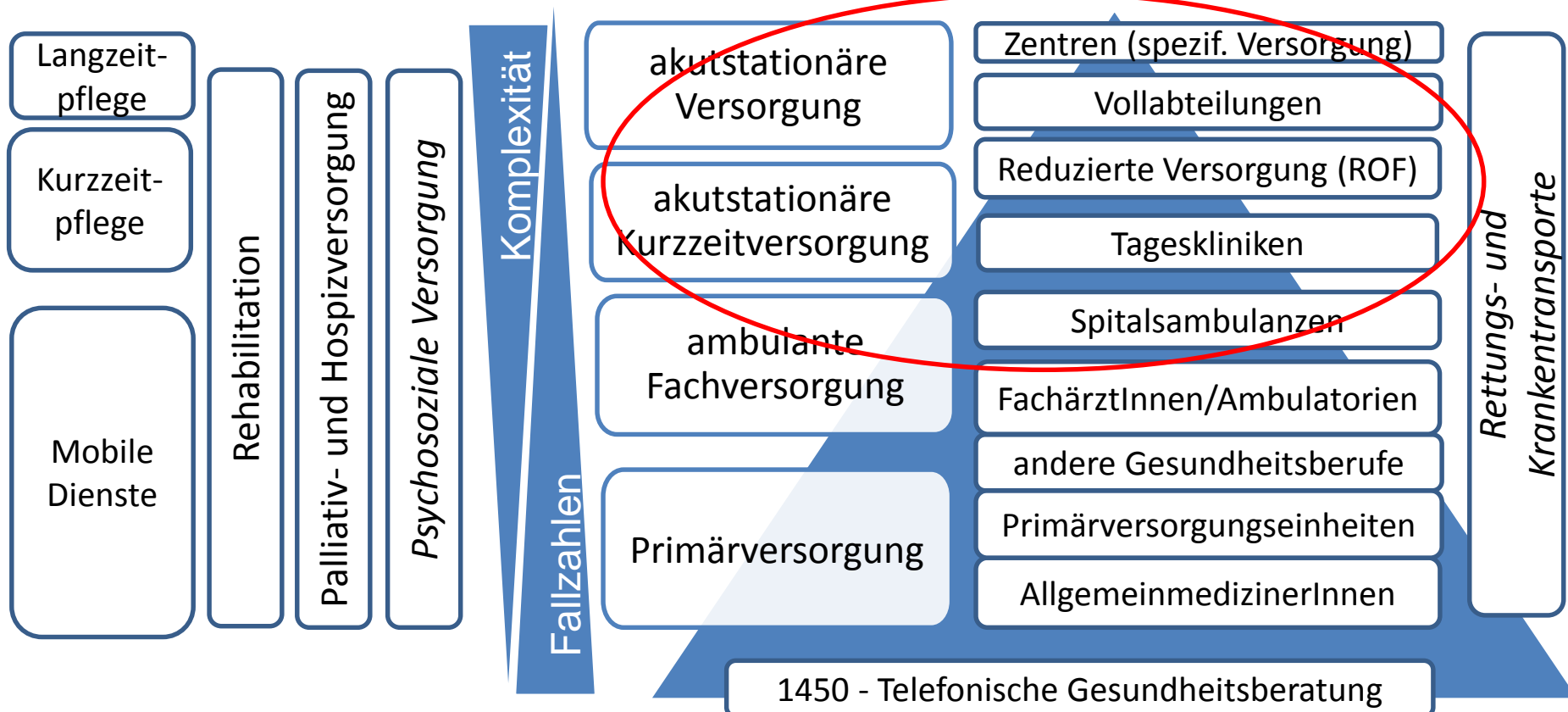
⇒ aktuell: Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene (ZV) 2017–2021:

Art. 3 gemeinsame handlungsleitende Prinzipien (Werte) (Auszug):

- » **Nachhaltiges, bedarfsgerechtes und gesamtwirtschaftlich sinnvolles Planen und Handeln**
- » Orientierung an **Gesundheitszielen** und Public Health
- » **Bekenntnis zu Qualität**
- » **Selbstbestimmung, Bürger– und Patientenorientierung**
- » Orientierung an und **Verfügbarkeit von Beschäftigten und freiberuflich Tätigen** im Gesundheitswesen

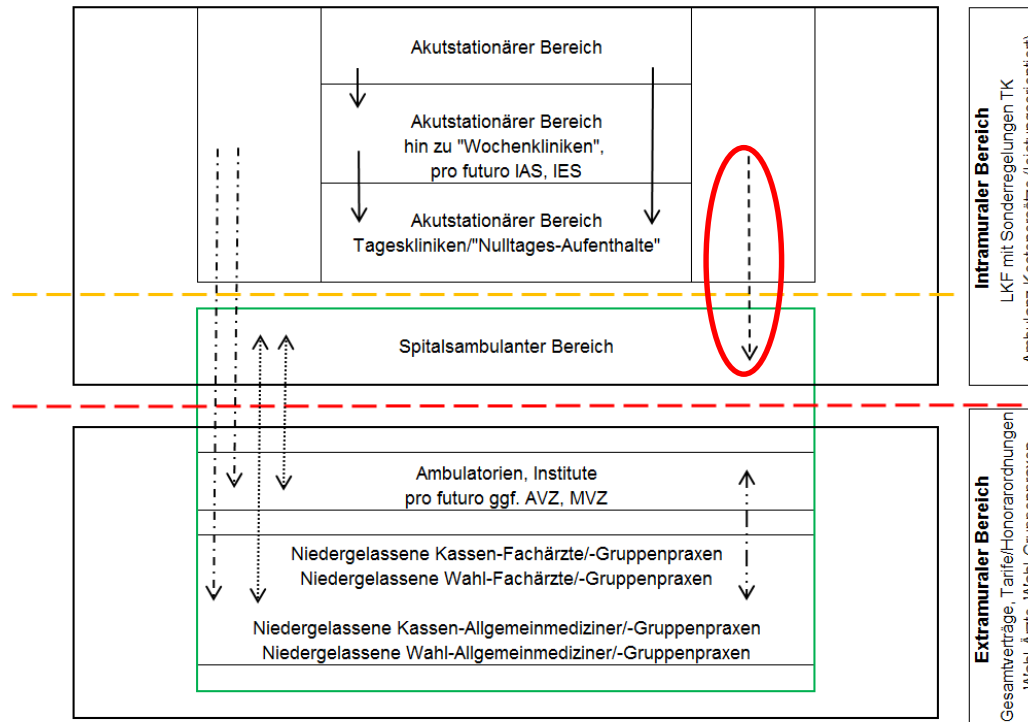
Krankenhaus: Puzzlestein im „Gesundheitswesen“

ÖSG -> Rahmenplan für abgestufte, qualitätsgesicherte und integrierte Gesundheitsversorgung: Grundlagen für Versorgungsaufträge



Steuerung Patientenströme ambulant vor stationär

Perspektiven **Leistungsverschiebungen** zwischen Teilbereichen des Gesundheitswesens



Legende:

- gesamter ambulanter Bereich im Sinne von Artikel 9 der 15a-Vereinbarung 2008-2013
- Übergang akutstationärer Bereich / spitalsambulanter Bereich (Finanzierung v.a. Landesfonds)
- Übergang intramuraler Bereich (Finanzierung v.a. Landesfonds) / extramuraler Bereich (Finanzierung v.a. SV)
- Leistungsverschiebung durch organisatorische Maßnahmen innerhalb der Akut-KA realisierbar
- Leistungsverschiebung stationär/spitalsambulant i.S. von Art. 27 (1) Z. 6 15a-Vereinbarung (ggf. Anpassung der gesetzlichen Grundlagen und Honorierungssysteme)
- Leistungsverschiebung stationär/extramural i.S. von Art. 27 (1) Z. 6 15a-Vereinbarung (derzeit über Kooperationsbereich i.S. von Art. 31 15a-Vereinbarung geregelt)
- Leistungsverschiebung spitalsambulant/extramural i.S. von Art. 27 (1) Z. 6 15a-Vereinbarung (derzeit über Kooperationsbereich i.S. von Art. 31 15a-Vereinbarung geregelt)
- Leistungsverschiebung innerhalb des extramuralen Bereichs (sozialversicherungsrechtliche Grundlagen zu beachten)

Warum (bisher) stationär statt ambulant?

.....
Finanzierungsanreize sind Determinanten für Art der Versorgung!

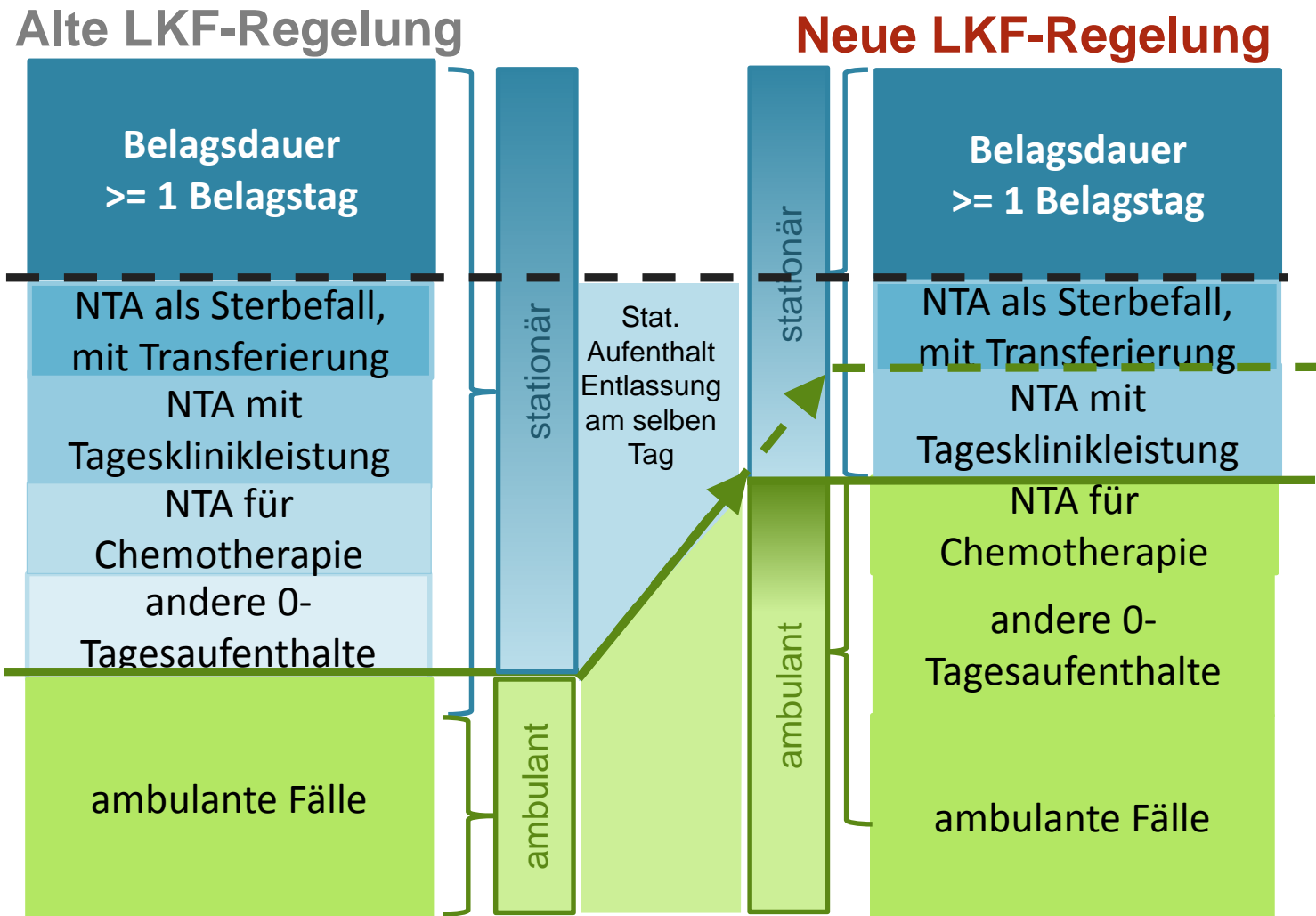
Pflegetagefinanzierung vor und seit 1997 auch LKF-Modell (bis 2016) berücksichtigte nur die **Abgeltung der stationären Leistungserbringung** in Akut-KA (Financiers: Bund, Länder, SV)

Abgeltung der spitalsambulanten Leistungen („subsidiär“ zur extramuralen Versorgung vgl. § 26 KAKuG) über direkte Vereinbarungen zwischen KA-Träger und SV (heterogen, i.d.R. Pauschalen/nicht kostendeckend)

Wirkung LKF = Anreiz zur frühestmöglichen Entlassung

- ⇒ In frei werdende Betten kann man mehr PatientInnen aufnehmen (△ zusätzliche LKF-Einnahmen, bessere Auslastung = Existenzsicherung)
- ⇒ Anstaltsbedürftigkeit gem. KAKuG beruht auf „Bedarf an Anstaltspflege“, dafür jedoch keine Aufnahmekriterien definiert (z.B. D: G-AEP-Kriterien)
- ⇒ Stationäre Aufnahmen für Leistungen, die auch ambulant erbringbar sind
- ⇒ **KORREKTURERFORDERNIS -> LKF-ambulant (2017):** ö-weit einheitliche Abgeltungssystematik ambulante Behandlungen analog zu LKF-stationär

Änderung der Administration der Behandlungsfälle im KH



Warum ambulant vor stationär? – auf operativer Ebene

Administration ambulanter PatientInnen ist deutlich einfacher

–> Entlastung knapper Personalressourcen

- Abwicklung über e-card-Steckung
 - > keine Versichertenzuständigkeitsabfrage
- Keine Pflegedokumentation für „Tages-PatientInnen“
- Keine „Arztbriefe“ – Ambulanzbrief ausreichend
- Entfall Abwicklung Kostenbeiträge für stationäre Aufenthalte
- ...

Weniger Auflagen bei behördlichen Bewilligungen im Ambulanzbereich

Keine Maximalvorgaben zur strukturellen Größe von ambulanten Einheiten

–> betriebliche Optimierungsmöglichkeit v.a. in Gestaltung von Betriebszeit und Personalbesetzung

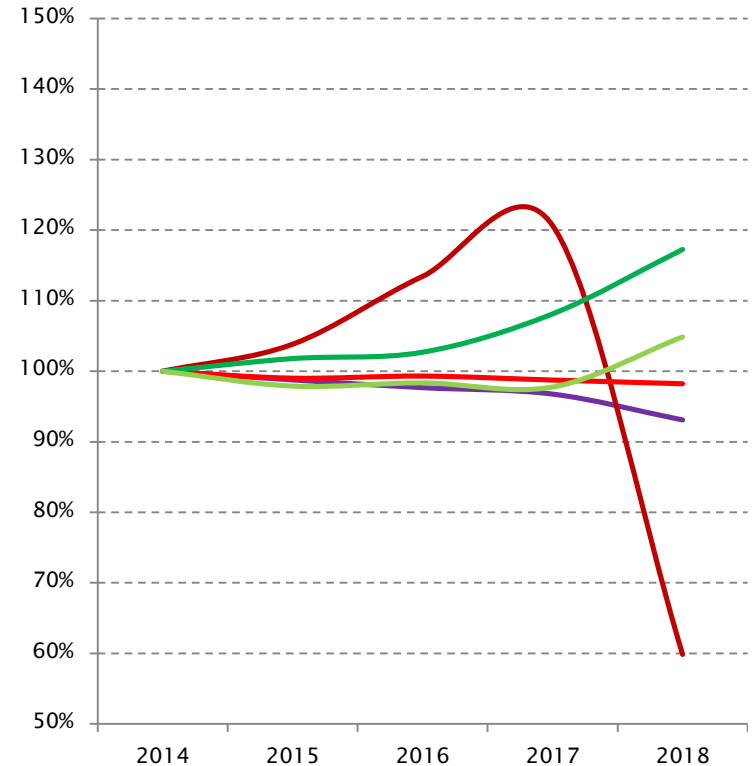
Zusammenführung homogener Behandlungsprozesse für effizienten Ressourceneinsatz – zB AU: – IVOM (amb) und Katarakt-OPs („tkl“)

Hohes Umlagerungspotenzial!

Indexierte Entwicklungen von
 KA-Kennzahlen Wien stat./amb.

ab 2018:
 Abgeltung via
 LKF-stationär+ambulant

Alle Fachrichtungen – Wien

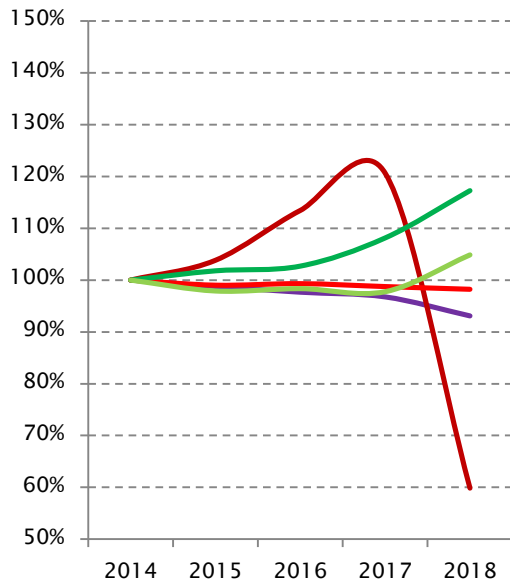


- Tats. Betten in Akut-KA (KDok/BMG)
- Stationäre Aufenthalte (BT=0) (KDok/BMG)
- Stationäre Aufenthalte (BT>0) (KDok/BMG)
- ÄVZÄ in Spit.amb. (KDok/BMG)
- Amb. Frequenzen spit.amb (KDok/BMG)

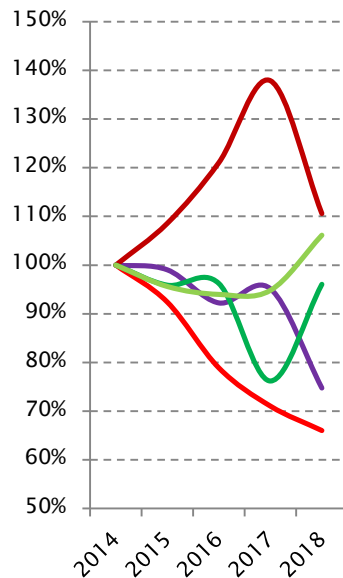
Hohes Umlagerungspotenzial in vielen Fächern!

Indexierte Entwicklungen von KA-Kennzahlen Wien stat./amb. (DER) Haut- und Geschlechtskrankheiten - Wien

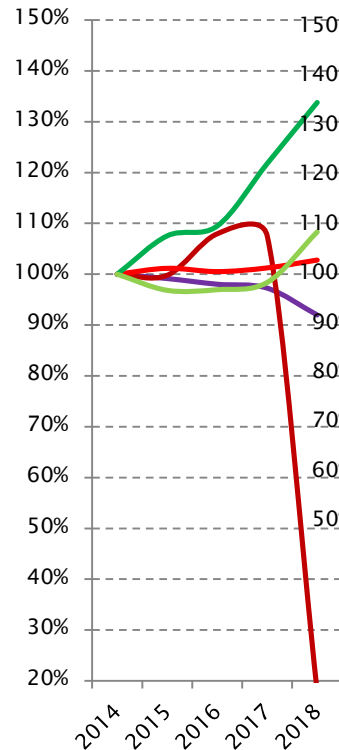
Alle Fachrichtungen - Wien



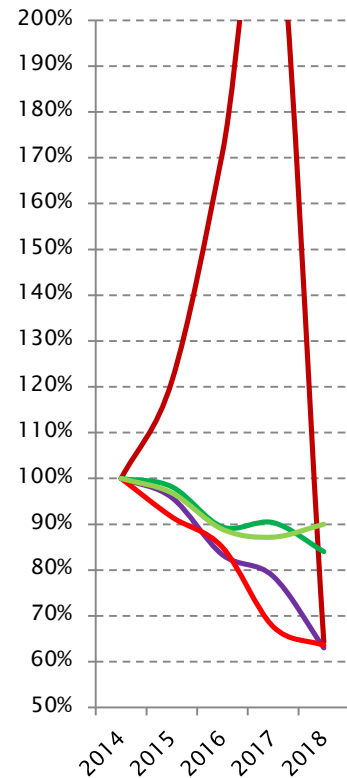
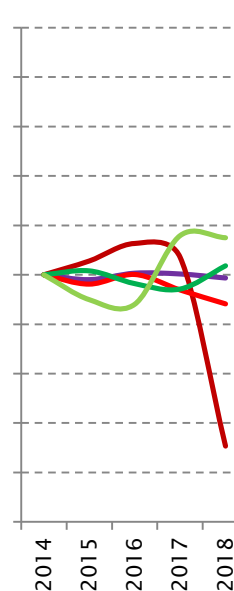
(AU) Augenheilkunde und Optometrie - Wien



(IM) Innere Medizin - Wien



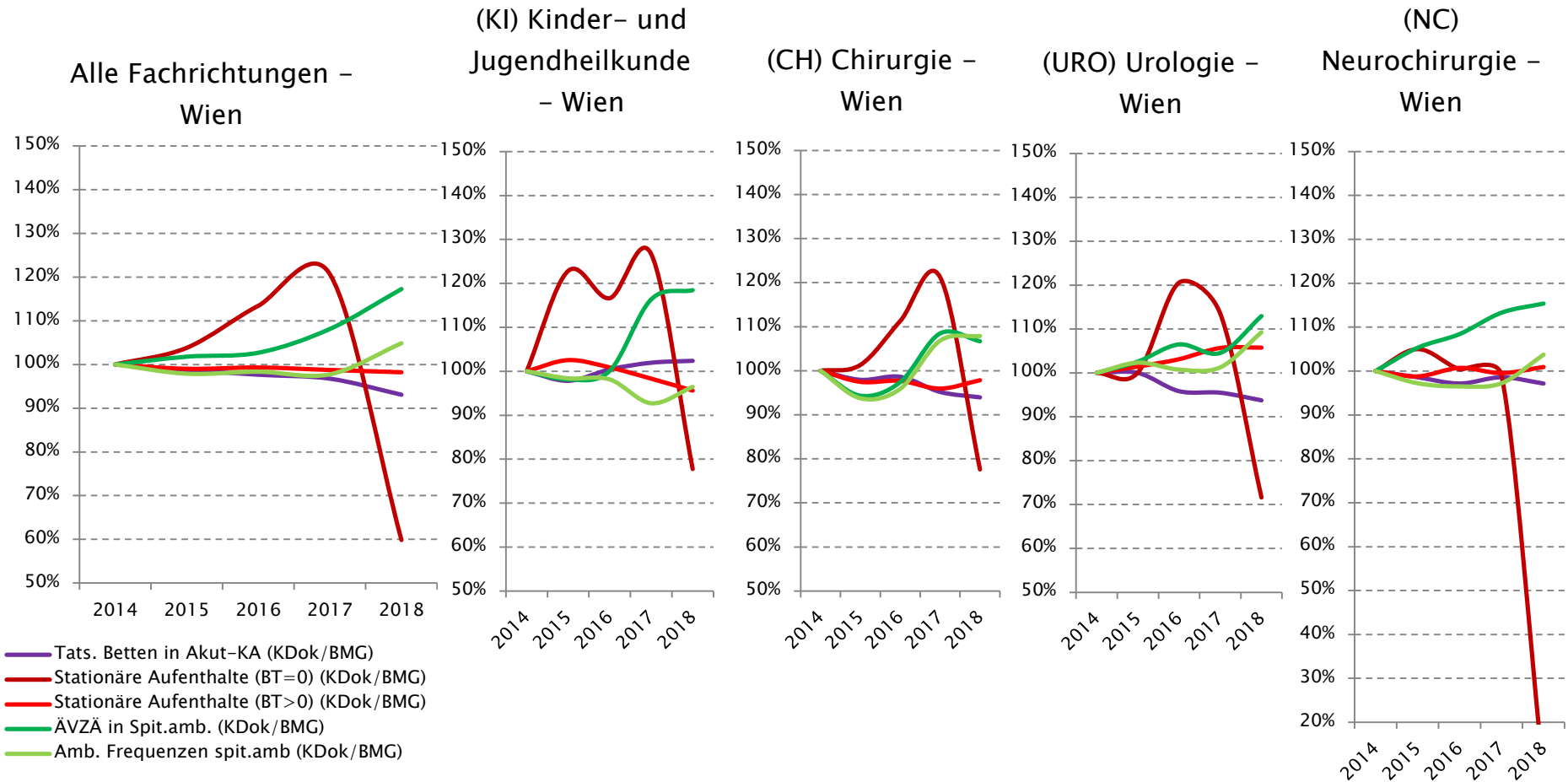
(GGH) Frauenheilkunde und Geburtshilfe - Wien



- Tats. Betten in Akut-KA (KDok/BMG)
- Stationäre Aufenthalte (BT=0) (KDok/BMG)
- Stationäre Aufenthalte (BT>0) (KDok/BMG)
- ÄVZÄ in Spit.amb. (KDok/BMG)
- Amb. Frequenzen spit.amb (KDok/BMG)

Hohes Umlagerungspotenzial in vielen Fächern!

Indexierte Entwicklungen von KA-Kennzahlen Wien stat./amb.



Organisationsrahmen für ambulanten Bereich

Ausgestaltung von Spitalsambulanzen (ÖSG 2017):

Ambulanz-Typen	Leistungsspektrum gemäß regionalem Versorgungsauftrag	Varianten von Betriebsformen ^{1,2}		
		Akut-Ambulanz		Termin-Ambulanz
		Öffnungszeit 7/24	fixe Öffnungszeiten	fixe Öffnungszeiten
Allgemeine Fachambulanz	Diagnostik und/oder Therapie im Rahmen von Basisaufgaben und/oder speziellen Aufgaben der Fachbereiche; präoperative/prästationäre Abklärung; ggf. postoperative/poststationäre Kontrolle	x	x	x
Spezialambulanz	Diagnostik und/oder Therapie im Rahmen spezieller Aufgaben der Fachbereiche	-	x	x
Zentrale ambulante Erstversorgung (ZAE)	Erstversorgung von Notfällen und Akutfällen	x	x	-

¹ zeitliche Ausprägung gemäß regionalem Versorgungsauftrag

² Raumnutzung mono- oder interdisziplinär

Förderung vermehrt ambulanter Behandlungen (1)

- » Einrichtung „**Zentrale ambulante Erstversorgung**“ inkl. Beobachtungsmöglichkeit bis 24h (ZAE – ambulant) – allgemeinmedizinisches Versorgungsniveau! ggf. mit **Aufnahmestation** mit Beobachtung bis 36h (ZNA – stationär)

ERSTversorgung inkl. Filterungsfunktion Akutfälle (ungeplante Zugänge) nach Behandlungsbedarf VOR stationärer Aufnahme

- ⇒ **Bedarfsorientierte Dimensionierung räumliche Kapazitäten und zeitliche Staffelung Personaleinsatz** entsprechend regelhaften Patientenzugängen
- ⇒ **Triage** durch qualifiziertes Pflegepersonal
- ⇒ rasche Beurteilung und Behandlung durch **erfahrenste ÄrztInnen** in der KA
- ⇒ **Integration qualifizierte Ausbildung JungärztInnen**

Ziele:

- » **Entfall von Kurzaufnahmen** in Normalpflegestationen,
- » Konzentration ungeplante Patientenzugänge auf **eine Anlaufstelle im KH**
- » **rasche Patienten-ERSTversorgung** inkl. Möglichkeit Verweis auf extramurale Nachbehandlung (AM/PVE, FachärztInnen)
- » **hohe Ausbildungsqualität**
für Nachwuchs in KA aber auch für Grundversorgung extramural (AM/PVE)
△ zukünftig verbesserten Vermeidung ungeplanter KA-Zugänge

Förderung vermehrt ambulanter Behandlungen (2)

- » Einrichtung von Terminambulanzen für geplante Diagnostik und Behandlung
 - ⇒ Bedarfsorientierte **Dimensionierung Kapazitäten und Betriebszeiten** entsprechend Patientenzugängen;
zeitliche Staffelung interdisziplinärer „Raumnutzung“
 - ⇒ zeitliche **Steuerung Einsatz Stammpersonal** der „Abteilung“ via abgestimmte **Dienstpläne** mit anderen Funktionsbereichen in der KA (OP, Stationen, ...)
 - ⇒ fixe **Zeitbudgets für Ausbildung** der JungärztInnen

Ziele:

- » terminlich geplante Einsatzorte von Gesundheitspersonal
= Vermeidung von Weg-/Leerzeiten und damit Erhöhung Produktivanteil
 - » geringere Wartezeiten für PatientInnen = geringerer Ausfall am Arbeitsplatz
 - » Höhere Ausbildungsqualität für JungärztInnen
-
- » Einrichtung von Spezialambulanzen für hochspezialisierte/komplexe Fragestellungen
 - ⇒ Personaleinsatz „geblockte Fachexpertise“ bzw. interdisziplinär-multiprofessionelles Team für komplexe Fragestellungen
 - ⇒ Kommunikation mit externen Versorgungspartnern im Rahmen Case-Management

Ziele: s.o. + Teilhabe an Integrierter Patientenversorgung

Förderung vermehrt ambulanter Behandlungen (3)

- » **Stärkung ambulante Versorgungsbereiche in KA durch Nutzung Regelfinanzierung via LKF-ambulant zur Verlagerung von ehemals „stationären Leistungen“ in den (spitals-)ambulantem Bereich:**
 - » „Chemotherapien“/Onkologische Pharmakotherapien
 - » **Tagesbehandlungen** PSY, KJP, PSO, AG/R (vormals „halbstationärer“ Bereich)
 - » **Ambulantes Operieren** (inkl. Tagesklinik-Leistungen) mit Einrichtung von Prä-Anästhesie-Ambulanzen und Checklisten für Eignungsfeststellung PatientInnen für ambulante Behandlung (Risikobeurteilung, soziales Umfeld/Betreuung, Nachsorge)!

Wegfall stationärer Strukturen (Betten) ≠ Wegfall der Leistungserbringung in KA!

Infrastruktur für (vermehrte) ambulante Patientenversorgung und entsprechende Personalausstattung erforderlich für
Patientenbehandlung (Ärzte und Therapeuten)
und Patientenbetreuung (v.a. Pflege)

Verlagerung von **ausgewählten** ehemals stationären Leistungen in den ambulanten Bereich

Für **bestimmte Versorgungsbereiche** (ehemals stationärer Leistungserbringung) **Kenngößen** für ambulante Patientenversorgung (**ambulante Betreuungsplätze – ambBP**): Kompensation für Wegfall „identitätsstiftende“ Strukturgröße „Betten“

ambBP = (tlw. ergänzender) „Teil“ der in den Behandlungsbereichen bereits aufgestellten **Betreuungsplätze** (Betten, Liegen, etc.) für bestimmte, im ambulanten Bereich zu erbringende Leistungen (inhaltlich determiniert)

-> Abgrenzung zu „Sesseln“ für kurze Patienten-Nachbeobachtung

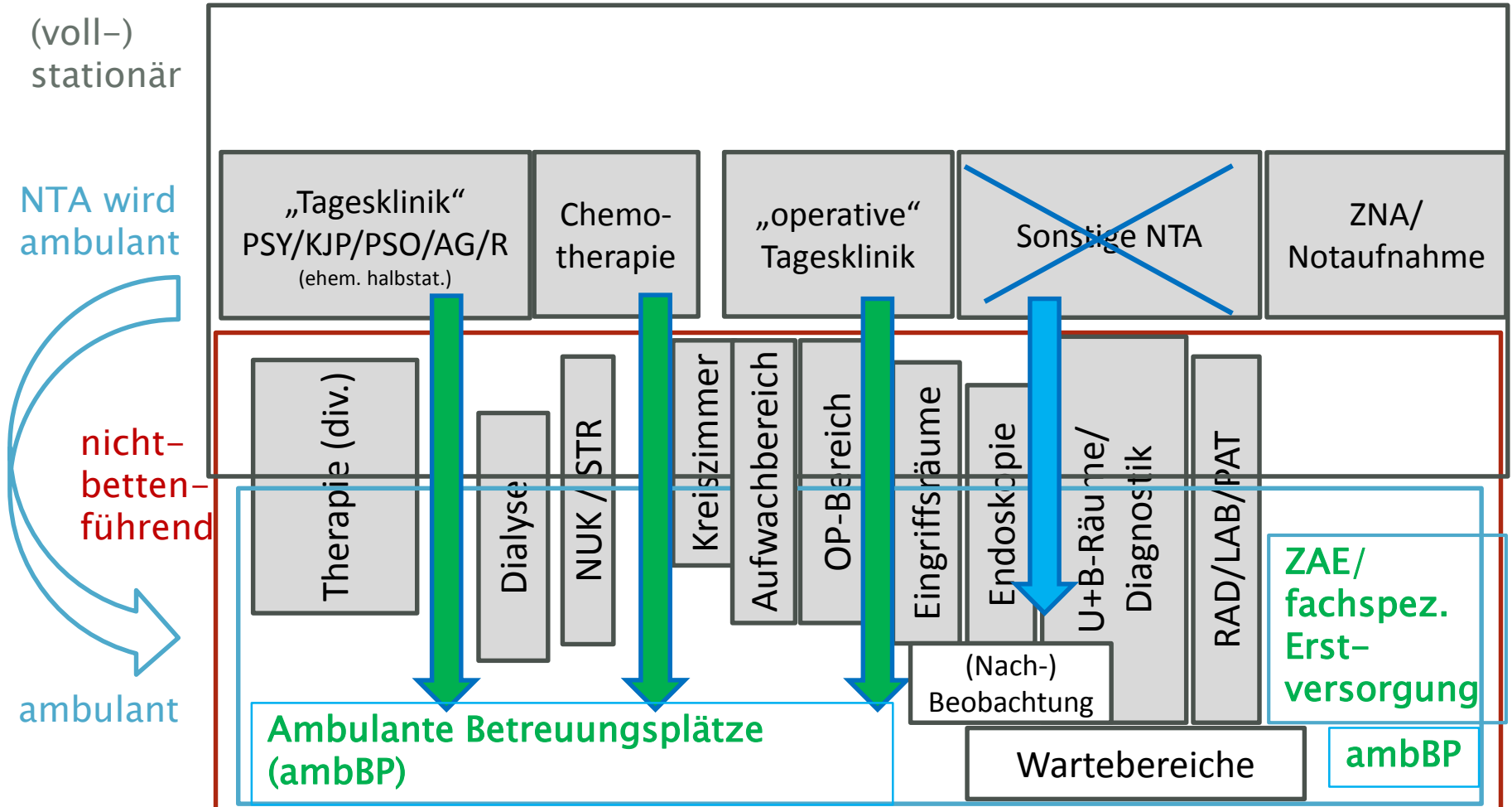
Ambulante Betreuungsplätze beziehen sich auf

besonders **ausgestattete Funktionsplätze**, die je nach Behandlungsart im ambulanten Bereich unterschiedlich technisch ausgestattet sind, z.B.

- Lehnssessel für Chemotherapien,
- Betten für die Beobachtung von PatientInnen bezüglich ihres Gesundheitszustands bzw. für die Erholungsphase nach kleinen Eingriffen bis zur Erlangung der Verkehrsfähigkeit bzw.
- adäquate Aufenthaltsmöglichkeiten für PatientInnen in Tagesbehandlungen in AG/R, PSY, KJP und PSO.

Verlagerung von **ausgewählten** ehemals stationären Leistungen in den ambulanten Bereich → **ambBP**

Akut-Krankenanstalt - Gliederung Funktionsbereiche



Was sind die großen Herausforderungen für die KA? (1)

A) Ambulantisierung Leistungserbringung

Organisatorische Neuorientierung in KA mit verstärkter Schwerpunktsetzung auf gut gestalteten Ambulanzbetrieb:

- » Clusterung Patientenströme geplant vs. akut für Behandlungspfade
- » Optimierung räumliche Funktionsbeziehungen und Wegeführung
- » Zentrale Anlauf-/Leitstellen (Administration und Terminvereinbarung)
- » Anpassung Betriebszeiten -> Personaleinsatz
- » Ausreichende Dimensionierung Behandlungs-/Betreuungs- und Wartebereiche
- » Terminorganisation für geplante Behandlungen inkl. präoperative Abklärung und poststationäre Nachsorge/Kontrollen,
- » nachgehende/aufsuchende Dienste

Todos:

Definition Angebotsportfolio als Basis für

- ⇒ Anpassung Kapazitätsplanung und Organisationsentwicklung zB SOPs für Patientenbehandlung und -steuerung im ambulanten Bereich inkl.
- ⇒ vertiefte Personaleinsatzplanung in den Ambulanzen (kompetenzorientiert)

Was sind die großen Herausforderungen für die KA? (2)

B) Integrierte Versorgung

Vernetzung mit vor- und nachgelagerten Versorgungspartnern der PatientInnen:

- » Dokumentation und Information (elektronisch) als Grundlage für
- » strukturierte Kommunikation mit PatientInnen und deren betreuende „Lotsen“ (HausärztInnen/PVEs, Case-/Care-Manager, BetreuerInnen im Rahmen IV-Programme und bei komplexen medizinisch u/o soziale Konstellationen) inkl. Fallbesprechungen
- » Aufnahme- und Entlassungsmanagement auch für ambulante PatientInnen (insb. bei Eingriffen mit Anästhesie/Sedierung; va. bei Singelhaushalten).

Todos:

- ⇒ Planung Patientenpfad (nach Zielgruppen und individuell)
- ⇒ Förderung Interdisziplinäre und multiprofessionelle Zusammenarbeit
- ⇒ Zeitressourcen für Kommunikationsaufgaben der Gesundheitsberufe mit patientenspezifischen „Lotsen“ extramural
- ⇒ Einsatz von Dokumentationsassistenten als Entlastung Gesundheitspersonal von Doku-Aufgaben (Erhöhung Anteil Produktivzeit für Kernaufgaben Gesundheitsberufe)

Herausforderungen meistern:

Hausverstand einschalten!

(... ggf. beim Billa holen?)

Patientensicht einnehmen:

=> so viel wie erforderlich, so wenig wie möglich!

Flexibilität in der KH-Organisation \triangleq Nachhaltigkeit sichern

Regelmäßig Angebotsportfolio überprüfen, Kooperationen suchen

Anforderungen für Leistungserbringung definieren

(Fokus auf Prozessoptimierung rund um Patientenbedarf)

Kapazitäten: Flaschenhalse vermeiden!

Betriebszeiten anpassen und interdisziplinäre Nutzung forcieren

Gesundheitspersonal: Nutzung der Expertise verschiedener
Gesundheitsberufe

-> **Aufgabenverteilung überdenken**, „Assistenzen“ einsetzen

-> in **Ausbildung Nachwuchs investieren** (Zeitbudgets, Feedback)!

Änderungsprozesse brauchen Change-Management:
intensive Kommunikation über Ziele und Möglichkeiten
geänderter Strukturen und Arbeitsabläufe
inkl. Feedback-Schleifen mit
Möglichkeit von Fehlversuchen und Korrekturen
wichtig: Geduld haben und dranbleiben!

KREATIVITÄT ist gefragt – Viel Erfolg!

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Kontakt

Mag. Petra Paretta

Senior Health Expert

Stubenring 6

1010 Vienna, Austria

T: +43 1 515 61- 303

F: +43 1 513 84 72

E: vorname.nachname@goeg.at

www.goeg.at

