Vereinbarungen

Gemeinsame Stellungnahme des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen (BDC) und des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten (BDA)

Witte J., Landauer B.

1. Zeitgemäße Datenanforderungen auf dem Personalsektor für eine rechenbare Kalkulation

Als Voraussetzung für eine Transparenz des Leistungsgeschehens im Opera- tionsbetrieb sind klare Vorgaben und Definitionen zur perioperativen Leistungserfassung dringlich erforderlich. Spätestens seit der Einführung der leistungsorientierten Entgelte mit der Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 wissen wir, dass die erhobenen Daten aus dem Operationsbereich im Kalkulationsmodell unzureichend sind.
In den meisten Publikationen zu den Mengen- und Kostensatz-Komponenten wird der Personaleinsatz aus den Anästhesie- und Operationsprotokollen errechnet. Neben der völligen Ignoranz von Tätigkeitsmerkmalen werden veraltete Begriffe wie „Schnitt-Naht-Zeit“ herangezogen. Der Begriff ist sowohl seitens des operativen Fachgebietes wie auch der Anästhesie irreführend. Die mangels detaillierter Zahlen angenommene Ermittlung des Anästhesiepersonaleinsatzes von plus/minus 10 Minuten um die Schnitt-Naht-Zeit herum ist heute definitiv nicht aufwandsgerecht und sollte durch konkrete Zeitermittlungen objektiv ersetzt werden. Für die operativen Fachgebiete ist zur Ermittlung einer Fallpauschale die definitive Personalbindung und nicht die Schnitt-Naht-Zeit relevant. Für die interventionelle Radiologie oder Endoskopie sind diese Begriffe grundsätzlich nicht anwendbar.

Die nachstehenden Ausführungen und Definitionen zur perioperativen Leistungserfassung sind das Ergebnis einer genauen Recherche, die im Zusammenhang mit einer Operation erfasst worden sind. Welche therapeutischen Eingriffe auch errechnet worden sind, es bestand ein deutliches Ungleichgewicht der erfassten Kostenanteile für die Vorund Nachbereitungszeiten um die eigentliche Operation herum. Besonders deutlich war der höhere Zeitaufwand für das nicht-ärztliche Personal, der weit über die sogenannte „Schnittzeit“ hinausgeht. Für die Zukunft muss geregelt werden, dass die Präsenzzeiten der Ärzte wie auch des Pflegepersonals Grundlage der Zeitberechnung sowie der Vergütung für einen spezifischen Eingriff/Diagnostik etc. werden, da die technischen Vorbereitungen des spezifischen Eingriffes wie die spezifische Konditionierung des Patienten unabdingbarer Bestandteil des Eingriffes/der Narkose sind.

2. Definition zur Perioperativen Leistungserfassung

2.1 Generelles

Zeitangaben werden auf- und abgerundet auf die volle Minute. Für das operative Fachgebiet wie auch für die Anästhesiologie müssen die Einsatzzeiten des Pflegepersonals wie auch des ärztlichen Personals getrennt erfasst werden. Für technische Dienste wie Lagerungspfleger, MTA's, MRT's oder Kardiotechniker müssen bei Bedarf zusätzliche Zeiten definiert werden.

2.2 Definierte Zeitpunkte/Zeiträume

2.2.1 „Stand-By“-Zeiten

Für Anästhesie und Operateur werden sogenannte „Stand-By“-Zeiten analog zum realen Einsatz etwa als Personal- einsatzzeit und Präsenzzeit erfasst. Erläuterung: „Stand-By“ beinhaltet zur Verfügungstellen eines Anästhesisten bzw. Operateurs bei einem inter- ventionellen Eingriff wie Nierenarteriendilatation oder Koronardilatation.

2.2.2 Doppelbesetzung

Eine Doppelbesetzung erfasst die Anwesenheit einer oder mehrerer zusätzlicher Personen im Rahmen einer Erfassungszeit/Tätigkeit. Erläuterung: Im Regelfall ist der Operateur repräsentativ für ein Operationsteam, wenn dieses im Umfang definiert ist. Entsprechend wird das Chirurgie-Pflege-Team dann insgesamt erfasst, wenn es definiert ist (z.B. Instrumentierschwester, Springer). Im Anästhesiebereich wird für die Pflegekraft wie für den Arzt jeweils vom Regeleinsatz einer einzelnen Personen für einen Eingriff ausgegangen.

Zusätzliches Personal kann erforderlich sein:

Schwere der Erkrankung, Arbeitsaufwand z. B. bei Massentransfusion.

Die Routineüberwachung eines Arbeitsbereiches durch einen Oberarzt ist keine Doppelbesetzung. Der Oberarzt wird dann zur Doppelbesetzung, wenn es über einen zu erfassenden längeren Zeitraum (z. B. länger als 10 Minuten) zu einer überwiegenden Zuwendung an den betroffenen Patienten kommt. Ablösungen für Pausen sind keine Doppelbesetzung.

Ablösen einer Pflegekraft oder eines Arztes ist eine Doppelbesetzung. Zum Zeitpunkt des Ablösens endet die Personaleinsatzzeit des Abgelösten und die der Ersatzperson beginnt. Datenerfassungsprogramme müssen diesen Personal- wechsel erfassen können. Interessant ist vorwiegend die absolute, personalunabhängige Personaleinsatzzeit für die jeweilige Berufsgruppe sowie die Indikationen zur Doppelbesetzung in deren Zeitumfang, da entsprechende logistische Vorhaltungen erfolgen müssen. Ist eine Pflegekraft als Springer für mehrere OPs parallel verantwortlich, so wird diese in beiden Sälen dokumentiert, die hinterlegte Datenverarbeitung muss dies interpretieren können.

2.2.3 Wegezeiten

Wegezeiten beinhalten die Personaleinsatzzeiten, die Konsiliartätigkeit und die Patienten-Evaluationszeiten. Sie werden nur außerhalb eines Interventionsbereiches/OP-Bereiches erfasst.

2.2.4 Wartezeiten

Wartezeiten sind Zeitabschnitte, in denen der geplante Arbeitsfortschritt nicht realisiert werden kann. Erläuterung: z. B. Warten auf Patienten, auf das Ende der Anästhesieeinleitung, Warten auf Operateure, Warten auf Schnellschnittergebnisse,Warten auf andere beteiligte Disziplinen, warten auf ad hoc dringend benötigte Medikamente,Warten auf Reinigungskräfte.Die Zeit sollte unbedingt mit Kausalitätshinweis in Minuten angegeben werden, um ggf. auch unnötige Wartezeiten definieren zu können.

3. Perioperative Patientenevaluation

Fachgebietsspezifische Evaluation des Zustandes und der Vorbereitung eines Patienten für die Narkose. Der früher verwendete Begriff Prämedikationszeit ist heute obsolet, da dieser nicht umfassend genug ist.

Erläuterung: Die Evaluation erfolgt unter Einschluss der körperlichen Untersuchung, Studium der Patientenunterlagen, Hinterfragen bei Besonderheiten, Verordnung spezifischer Medikamente und Anordnung je Auswertung erforderlicher Untersuchungen. Patientenbezogene Organisation (z. B.Verlegung der Eingriffszeit, Risikoabschätzung und Aufklärung, Maßnahmen der Qualitätssicherung mit der erforderlichen Dokumentation, Wegezeiten) sind in dieser Zeit enthalten.

3.1 Postoperative Patientenevaluation

Fachgebietsspezifische Evaluation des Zustandes eines Patienten unter Einschluss erforderlicher Maßnahmen gehören zur Risikoreduktion der postoperativen Phase.

Erläuterung: Die Evaluation erfolgt unter Einschluss der körperlichen Untersuchung, Studium der Patientenunterlagen, Verordnung spezifischer Medikamente und Anordnung je Auswertung erforderlicher Untersuchungen.

3.1.1 Patientenbezogenes Organisationsmanagement und Versorgungsmaßnahmen

Die Prüfung der Lungenfunktion, Training von Atemtherapiemaßnahmen bzw. Schmerztherapie, Wegezeiten sind in dieser Zeit enthalten.

3.1.2 AWR-/PACU-Zeit

Die Betreuung eines Patienten zum Zwecke der Sicherung vitaler Funktionen in abgegrenzten OP-Bereichen und außerhalb der OP-Räume.

Erläuterung: Die Zeit beginnt und endet mit der Anwesenheit des Patienten im entsprechenden Raumbereich.

3.1.3 Konsiliartätigkeit

Angeforderte fachspezifische Evaluation des Zustandes eines Patienten, der von einem anderen Fachgebiet verantwortlich betreut wird.

Erläuterung: Die anfallenden Wegezeiten innerhalb des Op-Traktes sind mit dieser Zeit abgegolten.

3.1.4 Einschleusung

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

3.1.5 Patienten-Präsenz-Beginn

Anwesenheit des Patienten am Eingriffsort, einer Holding-Area.

Erläuterung: Voraussetzung für Anästhesie-/Chirurgie-Präsenz.

3.1.6 Patientenpräsenz-Ende

Ende der Anwesenheit des Patienten am Eingriffsort.

3.1.7 Ausschleusen

Zeitpunkt des Abschlusses des Ausschleusens: Der Patient hat definitiv den OP- und Aufwachraumbereich verlassen und ist in der Regel in die Verantwortung von Stationspersonal übergeben worden.

4. Definierte Personaleinsatzzeiten

4.1 Chirurgie

4.1.1 OP-Zeit

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

Die 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.

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

4.1.2 Operationsende

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

Erläuterung: Gemeint ist der Zeitpunkt, an welchem alle unmittelbar am Patienten durchgeführten chirurgischen Maßnahmen beendet sind, die mit der Komplettierung und Sicherung des Operationsergebnisses in direktem Zusammenhang stehen.Darunter ist das Anlegen von Stützverbänden, Gisverbänden, Spezialverbänden und Colostomie- oder Drainagebehältnissen o. ä. zu verstehen. Der Abschluss dieser durch das OP-Team durchgeführten und zwingend notwendigen Maßnahmen wird vom Chirurgen bekannt gegeben.

4.1.4 Chirurgie-Präsenz-Ende

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

Erläuterung: Mithilfe bei der Umlagerung, Anfertigung von OP-Berichten und Rücksortieren von Unterlagen gehören zu dieser Zeitspanne ebenso wie Dateneingaben in das EDV-System z. B. ICPM-Ziffern. Bei der längeren Versorgung etwa eines Polytraumatisierten kann die chirurgische Präsenz unabhängig vom Einsatzort mehrere Funktionsbereiche umfassen.

4.1.5 Chirurgie-Pflege-Präsenz-Beginn

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

Die chirurgische Pflegepräsenz ist in der Regel kontinuierlich. Sie wird meist mindestens zwei Pflegekräfte umfassen (Instrumentierschwester und den sogenannten Springer).

Die Personaleinsatzminuten/Operation/Betreuung sind kumulativ zu erfassen. Zusätzlich fallen unspezifische Vorund Nachbereitungsabeiten an. Diese sind bei Bedarf separat zu erfassen.

4.1.6 Chirurgie-Pflege-Präsenz-Ende

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 entlassen wird. Auf die kontinuierliche Präsenz des chirurgischen Pflegedienstes ist bereits hingewiesen worden.

4.2 Anästhesie

4.2.1 Einleitung-Beginn-Narkosedauer

Der Beginn der Narkose ist derjenige Zeitpunkt, an dem das erste relevante Anästhetikum verabreicht wird bzw. zu dem für das Anästhesieverfahren unmittelbar relevante Maßnahmen ergriffen werden.

Erläuterung: Meist gehören aufwendige Überwachungsmaßnehmen bzw. große Gefäßzugänge oder eine andere Maßnahme in diese Zeitspanne, da sie zumutbar erst unter Anästhesie durchgeführt werden können.

4.2.2 Anästhesie-Einleitung-Ende (OP-Freigabe)

Der Zeitpunkt, an dem alle für Beginn des Eingriffs erforderlichen Maßnahmen der Überwachung und Anästhesie/Lokalanästhesie abgeschlossen sind.

Erläuterung: Die Schmerzbewusstseinsausschaltung wie auch eine notwendige Volumentherapie etc. müssen in der Regel soweit abgeschlossen sein, dass der Eingriff sofort beginnen kann. Dieser Zeitpunkt kann Überschneidungen mit der Lagerung und bei Notfällen mit dem OP-Beginn haben.

4.2.3 Anästhesie-Ende

Der Zeitpunkt, an dem die anästhesiologischen Maßnahmen enden (z. B. wacher Patient nach Allgemeinanästhesie).Bei Regionalanästhesien kann dieser Zeitpunkt mit dem Ende der Anästhesie-Präsenz zusammenfallen.

4.2.4 Anästhesie-Präsenz-Beginn

Derjenige Zeitpunkt, an dem die überwiegende Zuwendung des Anästhesisten zum Patienten erfolgt, so dass dieser Anästhesist sich nicht mehr um einen weiteren Patienten kümmern kann.

Erläuterung: Das Legen von Gefäßzugängen, Herzkathetern und örtlicher Betäubung, das Installieren der Überwachungssysteme gehören in diese Zeitspanne. Eine Verzögerung des Anästhesiebeginns auf Grund notwendiger vorheriger Volumentherapie bei Patienten (im Einleitungsbereich) wie auch das Warten auf den sich waschenden Operateur bei einer Maskennarkose gehören in diese Zeitspanne.

4.2.5 Anästhesie-Präsenz-Ende

Ist derjenige Zeitpunkt, an dem der Patient aus der Verantwortung des durchführenden Anästhesisten abgegeben wird.Dies kann die Übergabe in den Aufwachraum oder in die weitere Betreuung einer Station sein.

4.2.6 Anästhesie-Pflege-Präsenz-Beginn

Der Beginn der Anästhesie-Pflege-Präsenz ist derjenige Zeitpunkt, an dem die überwiegende Zuwendung des Anästhesie-Pflegepersonals zu einem Patienten erfolgt, so dass sich die betreffende Pflegekraft nicht mehr um einen weiteren Patienten kümmern kann.

Erläuterung: Diese Zeit umfasst auch die spezifische Vor- und Nachbereitung für die betroffene Narkose/Betreuung, sie ist also nicht an die Anwesenheit des Patienten gebunden.

Die Anästhesie-Pflege-Präsenz kann kontinuierlich (bei sehr schwierigen Eingriffen, Maskennarkosen bei Kindern, etc.) oder situationsbedingt intermittierend sein, falls eine Anästhesie-Pflegekraft meist mehrere OP-Säle betreut. Es können aber auch mehrere Anästhesie- Pflegekräfte parallel zum Einsatz kommen (Versorgung eines polytraumatisierten Patienten, Massivtransfusion etc. DiePersonaleinsatzminuten/Narkose/Betreuung sind kumulativ zu erfassen. Zusätzlich fallen unspezifische Vorund Nachbereitungsarbeiten an. Diese sind bei Bedarf separat zu erfassen.

Der Einsatz einer Anästhesie-Pflegekraft für mehrere Patienten ist üblich und zulässig. Eine der Zeiterfassung hinterlegte Software muss den parallelen Einsatz der Anästhesie-Pflegekräfte auswerten können.

4.2.7 Personaleinsatzzeit-Beginn

Das Personal begibt sich von dem Ort derzeitiger Tätigkeit (Bereitschaftsdienstzimmer, anderer OP-Bereich, Übergabe des Patienten an den Aufwachrum) zum Einsatzort für seine nächste spezifizierte Tätigkeit.

Erläuterung: Zeit im Tagdienst für den Anästhesisten oft identisch mit Anästhesiepräsenz.

4.2.8 Personaleinsatzzeit-Ende

Anästhesist/Operateur/OPSchwester/An ästhesieschwester verlässt den Ort der Patientenbetreuung (OP-Bereich, Interventionsbereich) und begibt sich zum Einsatzort für seine nächste spezifische Tätigkeit/hat das Bereitschaftsdienstzimmer im Bereitschaftsdienst wieder erreicht.

5. Aus dem zuvor definierten Bereich sind folgende Definitionen essentiell

Personaleinsatzzeiten: Personaleinsatzzeiten müssen generell für das beteiligte Personal erfasst werden.

Präsenzbeginn:

Anästhesie-Pflege-Präsenz-Beginn + Anästhesie-Präsenz-Beginn
Chirurige-Pflege-Präsenz-Beginn + Chirurgie-Präsenz-Beginn

Operationsspezifische Zeiterfassung:
OP-Zeit (Interventionszeit)
Operationsbeginn Schnitt-Naht-Zeit
Operationsende

Präsenzende:
Chirurgie-Präsenz-Ende + Chirurgie-Pflege-Präsenz-Ende
Anästhesie-Präsenz-Ende + Anästhesie-Pflege-Präsenz-Ende

Wartezeiten

6. Unberücksichtigte Aufwendungen

Unberücksichtigt bleiben in dieser Aufstellung Zeiten für eine korrekte Führung des OP-Lagers, für das Bestellwesen, für operative Innovationen (neue Operationsmethoden, neue Geräte), für die Personaleinsatzplanung durch die OP-Leitung bzw.Anästhesisten/Chirurgen sowie für ein zentrales OP-Management.

7. Schlussfolgerung

Die Eingabe der genannten Definitionen in EDV-Systeme ist eine unverzichtbare Voraussetzung für die Klinikverwaltungen und für eine interdisziplinäre berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit, um die Personaleinsatzzeiten exakt zu erfassen