



Bericht zur Umfrage

In Zusammenarbeit mit dem Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie der ZHAW / Prof. Dr. A. Angerer wurde im Frühjahr 2020 eine Umfrage bei Schweizer akutsomatischen Spitälern und chirurgischen Zentren durchgeführt. Die Ergebnisse dienen als Benchmark in der Umsetzung von Ambulant vor Stationär seit Einführung der ambulanten Liste durch das BAG.

Datenerhebung

Die Datenerhebung fand mittels quantitativem Fragebogen, mit geschlossenen und halboffenen Fragen, statt. Bei der Population handelt es sich um Führungspersonal aus akutsomatischen Spitälern und chirurgischen Zentren. Bei einer Stichprobengrösse von 230 Personen betrug die Rücklaufquote 15%.

Benchmark Vergleich Ambulant vor Stationär «AVOS»

Zusammenfassung Ergebnisse

I. AMBULANTES SETTING

Durchschnittliche Klinikgrösse



Die Mehrzahl der Befragten (**79%**) gibt an, **unter 10'000 stationäre Eintritte pro Jahr** zu verzeichnen, was **mittelgrossen Institutionen** entspricht. Nur 21% geben an, mehr als 10'000 stationäre Eintritte pro Jahr auszuweisen.

Rangliste ambulanter Anteil > 50%



1. Handchirurgie
2. Ophthalmologie
3. Fusschirurgie, Gefässchirurgie (exkl. Angioplastik)
4. Viszeralchirurgie
5. Gynäkologie

Anteil ambulanter Operationen



Die Mehrzahl der Befragten (**68%**) gibt an, dass der **Anteil ambulanter Operationen bereits zwischen 20-49% liegt**. 12% geben an, dass der Anteil ambulanter Operationen über 50% liegt.

Umsetzungsmodell



Die Mehrheit, **68%** der ambulanten Operationen, werden gemäss den Befragten noch **im stationären Setting** durchgeführt. Davon 21% «Inhouse, stationäre und ambulante Prozesse gleich» und 47% «Inhouse, ambulante und stationäre Prozesse getrennt (Tagesklinik), aber OP kombiniert».

Anzahl ambulanter Operationen



Die Mehrheit, 44% der Befragten, führt monatlich zwischen **100-299 der Operationen ambulant durch**. Bei weiteren 15% wird die Anzahl ambulanter Operationen auf 300-400 monatlich geschätzt.



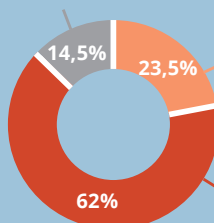
27% realisieren bereits **komplett getrennte Prozesse**; entweder in getrennten Gebäuden (21%) oder mindestens mit getrennten Operationssälen (6%).

II. BETRIEBSPROZESSE



Der ambulante Patientenpfad wird bei der **Mehrheit (53%)** der Befragten **physisch wie auch organisatorisch** im prä- und postoperativen Bereich getrennt. **38%** der Befragten arbeiten immer noch in **alten Prozessen ohne physische und organisatorische Trennung** der Patientenpfade.

Die postoperative Aufenthaltsdauer ist nicht bekannt.



Realisieren eine **postoperative Aufenthaltsdauer** von **unter 2 Stunden**.

Geben eine durchschnittliche **post-OP-Aufenthaltsdauer** von **mehr als 2 Stunden** an.



Von **29%** der Befragten in den Kliniken wird der **gesamte ambulante Prozess** inklusive OP (prä OP, OP, post OP) **getrennt** realisiert.



III. VERSCHIEBUNGSRATE AVOS UND POTENTIAL



Die **Verschiebungsrate** von **stationären zu ambulanten** Fällen, seit Einführung der BAG Liste, wird von 71% der Befragten **kleiner als 15%** geschätzt. 29% der Befragten schätzen die Verschiebungsrate zwischen 15-29%.



12% der Befragten geben an, dass bei ihnen **mehr als 50% der Operationen im ambulanten Setting** durchgeführt werden.



Bei der Mehrheit der Befragten (32%) beträgt die Anzahl **kurzstationärer Fälle** (1-2 Übernachtungen) rund **20-39%**. Nur **15%** behandeln **über 40%** der stationären Patienten mittels kurzstationärem Aufenthalt.



68% führen zwischen **20-49% der Operationen ambulant** durch. 21% der Befragten führen noch weniger als 20% der Operationen ambulant durch. Nur **12% führen mehr als 50% der Operationen ambulant durch.**

IV. HERAUSFORDERUNGEN «AMBULANT VOR STATIONÄR»

Organisation und Kultur

82% der Befragten sehen den **grössten Abstimmungsbedarf** zwischen den **internen Akteuren der Klinik**. Dabei sehen jeweils 29% den grössten Abstimmungsbedarf zwischen den Akteuren: Pflege – Arzt und nochmals 29% zwischen Führung – Arzt. 24% sehen den grössten Abstimmungsbedarf zwischen Führung – Pflege.

Patientenzufriedenheit

50% der Befragten geben an, **keine Vergleichswerte** zwischen **stationärer** und **ambulanter Patientenzufriedenheit** zu kennen. Bei 29% der Befragten ist die Patientenzufriedenheit im stationären Sektor ihrer Klinik grösser als die ambulante Patientenzufriedenheit.



Organisation und Kultur

Den **kleinsten Abstimmungsbedarf** entlang des ambulanten Pfades wird mit über 60% dem direkten Behandlungsbereich zugeordnet: 32% Pflege – **Patient** / 29% Arzt – Patient.

Rekrutierung Fachpersonal

Als **kleinste Herausforderung** sehen 47% der Befragten den Bereich **«Personalrekrutierung»**.

Ambulante Tarife / Finanzielle Steuerung

Für 44% der Befragten sind die **«ambulanten Tarife» die grösste Herausforderung** für die Umsetzung «Ambulant vor Stationär» gefolgt mit 21% für die **«fehlenden Datenlage zur finanziellen Steuerung»**.

Anpassung auf ambulante Prozesse

Das **«Anpassen von ambulanten Prozessen»** wird von 15% als grösste Herausforderung angegeben.



V. CONTROLLING / KENNZAHLEN

Leistungskennzahlen



Produktivitätskennzahlen Personalkosten/ OP Minute (OP und Anästhesie) stehen bei 39% der Befragten nicht zur Verfügung, würden aber gebraucht werden.

Prozesskennzahl



Die **präoperative Wartezeit** pro ambulanter Patient würde von 52% der Befragten benötigt werden, wird aber nicht gemessen.

Qualitätskennzahlen



Die **Surgical Safety Checklist** wird bei 73% der Befragten **durchgeführt und genutzt**. Die **Händehygiene Compliance** und die **Rehospitalisierungsrate** bei ambulanten Eingriffen werden hingegen nur bei 48% gemessen. Über 40% der Befragten **möchten die Kennzahlen nutzen**, messen sie aber nicht.



47% der Befragten geben an, die **Weiterempfehlungsrate** der ambulanten Operationen **nicht zu messen** – jedoch zu brauchen. 67% der Befragten geben an, die **ambulante Patientenzufriedenheit** zu messen. 15% geben an, die ambulante Patientenzufriedenheit zu messen, jedoch nicht zu nutzen.

VI. WIRTSCHAFTLICHKEIT

Marge ambulantes Operieren



44% der Befragten können zur Marge aufgrund fehlender Daten keine Aussage machen.

Bei 35% beträgt die Marge bei ambulanten Operationen weniger als 5%. 15% geben an, eine Marge bei ambulanten Eingriffen von 9-12% zu erzielen.

OP-Produktivität

OP-Personalkosten pro OP-Minute

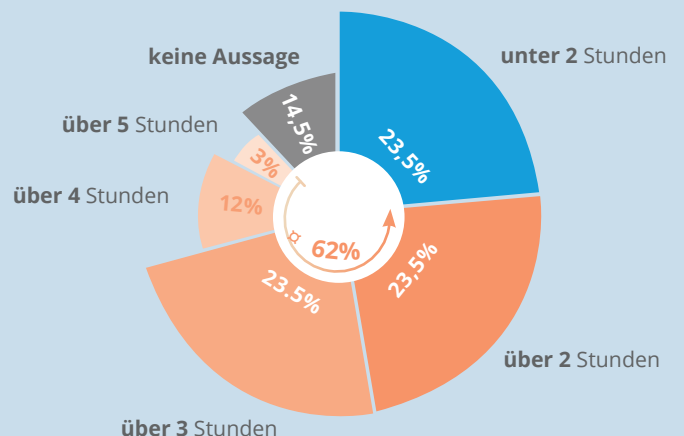
55%

55% der Befragten sind ihre ambulanten **OP-Personalkosten / OP Minute** nicht bekannt.

45%



Ambulante postoperative Aufenthaltszeit





Fazit

I. AMBULANTES SETTING

Der hohe Anteil von 68% ambulanter Operationen, welche im stationären Setting durchgeführt werden, erstaunt nur bedingt. Zumal die Befragten vornehmlich aus mittelgrossen Institutionen stammen (< 10 000 stationäre Fälle pro Jahr). Dies, obwohl heute unlängst bekannt ist, dass getrennte Prozesse und wenn möglich auch eine separate Operationsinfrastruktur zur Kosteneffizienz wesentlich beitragen. Bei mittelgrossen und kleineren Spitälern ist die Anzahl ambulanter und stationärer Fälle ein zentraler Faktor zur richtigen Wahl des richtigen Betriebsmodells von Ambulant vor Stationär.

Einschätzung HAVOS AG

Je nach Institution und eigener Infrastruktur, Fallzahlen, Patienteneinzugsgebiet und Marktsituation der Gesundheitsversorger im Gebiet, lohnt es sich, die unterschiedlichen Betriebsmodelle in Modellszenarien detailliert zu rechnen.

II. BETRIEBSPROZESSE

In Kliniken, die keine physisch getrennte Tagesklinik (ambulantes Operationszentrum) unterhalten, scheint eine strikte Trennung der Prozesse schwierig umsetzbar. Bei den Befragten sind es gerade mal 6%, die alle Prozesse inklusive der Operationssäle aufgeteilt haben. 21% haben noch gar keine Anpassungen (weder Organisation, noch OP, noch Prozesse) vorgenommen seit der Ambulantisierung.

Einschätzung HAVOS AG

Das Anpassungspotenzial der gesamten Prozesse ist bei rund 1/5 der Kliniken nicht ausgeschöpft. Neben den prä- und postoperativen Prozessen bietet allein der Operationssaal durch Prozesse, Ressourcen- und Performancemanagement viel Effizienzgewinn. Die Realisierungen neuer Prozesse bedingen oftmals Anfangsinvestitionen. Dieser Aufwand lässt sich relativ schnell mit entsprechendem Ertragsgewinn aufrechnen.

III. VERSCHIEBUNGSRATE AVOS UND POTENZIAL

Seit Einführung der BAG Liste konnten nur 15-29% der Institutionen eine deutliche Verschiebung von stationären Fällen in den ambulanten Bereich feststellen. Dies erscheint erstaunlich tief.

Einschätzung HAVOS AG

Es ist abzusehen, dass die BAG Liste mit den ambulanten Fällen weiterwachsen wird. Gleichzeitig könnten die kurzstationären Fälle (1-2 Übernachtungen), die bei rund 47% der Befragten doch bereits zwischen 20-59% betragen, weiteres Verschiebungspotenzial darstellen. Je nach Leistungsauslegung der Klinik wird es noch weiteren Spielraum zum ambulanten Ausbau geben. Interessant ist, dass rund 21% den Anteil ihrer kurzstationären Fälle nicht kennen.

IV. HERAUSFORDERUNGEN «AMBULANT VOR STATIONÄR»

Es erstaunt nicht, dass die ambulanten Tarife von den meisten Befragten als grösste Herausforderung zur Umsetzung Ambulant vor Stationär genannt werden, wohingegen die Personalrekrutierung für den ambulanten Bereich ohne Nachtschichten und Wochenenddienste das kleinste Problem darstellt. Die restlich genannten Herausforderungen wie Prozessanpassungen, Kulturwandel und Datenlage zur finanziellen Steuerung, werden dahingegen sehr unterschiedlich beurteilt und zeigen kein einheitliches Bild.

Einschätzung HAVOS AG

Der Fokus der Kliniken ist auf die Einnahmenseite gerichtet. Die finanziellen Konsequenzen der ambulanten Tarife könnten durch Prozessanpassung, optimale Planung von Personalressourcen, Materialressourcen sowie Einkaufsstrategien überwunden werden. Die aktive Steuerung der Kostenseite geht oft kaum über standardisierte Prozessanpassungen im Sinne von Lean heraus. Dass für ein kosteneffizientes ambulantes Setting auch der Mindset der Mitarbeiter und Ärzte eine wichtige Rolle spielt und ein Kulturwandel vollzogen werden muss, ist weniger im Bewusstsein der Befragten.



Auch die Unkenntnis der Patientenzufriedenheit im ambulanten Setting von 50% der Befragten lässt darauf schliessen, dass diese kaum im Fokus steht. Dies, obwohl sie bei 67% offenbar separat gemessen und genutzt wird. Eine separate Befragung der Patientenzufriedenheit im ambulanten Bereich und die Abfrage der Weiterempfehlungsrate sind wichtige Qualitätskennzahlen und sollten parallel zu den Prozessanpassungen implementiert und zur Steuerung genutzt werden.

V. KENNZAHLEN / COCKPIT

Spezifische Kennzahlen (Produktivität, Qualität, Leistung, Prozesse, Zufriedenheit) stehen für den ambulanten Bereich relativ bescheiden zur Verfügung. Die Aussage, dass generell keine Daten bezüglich OP-Personalkosten/OP Minute für 41% der Befragten zutrifft, ist erstaunlich. Dies macht eine adäquate Anpassung und/oder Förderung der Bereiche schwierig. Zudem wird jegliche Art von Zielsetzung in Frage gestellt.

Einschätzung HAVOS AG

Ein doch hoher Anteil der Befragten vermisst entsprechende Produktivitäts- und Qualitätskennzahlen (39% und 33%), weil sie nicht erhoben werden. Daraus lässt sich schliessen, dass entweder die Prozesse ambulant und stationär nicht sauber getrennt sind und damit eine Kostenrechnung schnell unscharf wird, oder aber dass der Kostendruck zu tief war, um eine aktive Kostensteuerung mit Hilfe eines Kennzahlen-Cockpits für den ambulanten Bereich zu implementieren.

VI. WIRTSCHAFTLICHKEIT

Obwohl 15% der Befragten über eine Marge von 9-12% und 35% eine Marge unter 5% im ambulanten Bereich schätzen, fällt auf, dass die grosse Mehrheit (44%) keine Daten für eine Aussage zur Verfügung hat. Die Verluste, welche die Spitäler im ambulanten Bereich beklagen, stehen im Gegenzug im Raum.

Einschätzung HAVOS AG

Die Daten zeigen ansatzweise, dass eine knapp zweistellige Marge möglich ist. Dies am ehesten bei ambulanten Zentren oder bei sehr effizient ausgerichteter Umsetzung Ambulant vor Stationär.

GESAMTFAZIT

Ambulant vor Stationär (AVOS) ist noch zu häufig eher ein Schlagwort als eine gelebte Wirklichkeit.

Richtig umgesetzt liefert AVOS finanziell gute Resultate für die Kliniken und ebenso positive Ergebnisse im Patientenerlebnis. Führende Kliniken im Benchmark konnten dies aufzeigen.

Voraussetzung damit das gelingt ist ein Betriebsmodell, welches durchgängig und stringent bis in den OP sowie alle Prozesse inkludiert. Dies zumindest wurde von einigen Kliniken bereits umgesetzt. Die aktive Steuerung der Kostenseite und damit des ambulanten Betriebsergebnisses und des Patientenerlebnisses mittels entsprechenden Kennzahlen ist noch nicht im Fokus.

Genauso wenig bewusst ist die Tatsache, dass der Faktor Mensch für den Erfolg im Wandel von Stationär nach Ambulant einen Kulturwandel durchlebt und eine neues «ambulantes» Mindset auf allen Führungsstufen und Funktionen initiiert werden muss.

Da der Trend AVOS unaufhaltsam ist, sollten man lieber heute als morgen darauf reagieren.