



Foto: Brian Jackson – Fotolia

# Der Patient im Mittelpunkt?

## Wartende Patienten binden Tausende Pflegestellen

Von Dr. Dirk Ralfs

*Krankenhäuser beklagen massiven Pflegekräftemangel. Mehr Geld wird kurzfristig kaum helfen, der Stellenmarkt ist leer gefegt. Kein Geheimnis ist, dass kürzere Verweildauern Entlastung bringen: Dieselbe Behandlung in kürzerer Zeit bedeutet weniger Arbeit. Offenbar besteht kein Erkenntnis-, sondern ein Umsetzungsproblem. Anders ist nicht zu erklären, dass die Verweildauer in Deutschland mit 7,3 Tagen in 2017 gegenüber 2016 nicht weiter gesunken ist. Der Rückstand auf andere Länder wird so eher größer als kleiner. Rund 20.000 dringend gesuchte Pflegekräfte dürften bundesweit weiterhin damit gebunden sein, Patienten zu versorgen, während sie auf die Klinikorganisation warten.*

**Keywords:** Organisation, Fachkräftemangel, Patientenversorgung

**K**onsens ist, dass Patienten nicht länger, aber auch nicht kürzer als medizinisch notwendig im Krankenhaus bleiben sollen. Die medizinisch notwendige Behandlungszeit stellt man sich am besten vor als diejenige Zeit, die nicht unter-

sritten werden kann, selbst wenn alle Klinikressourcen nur für einen Patienten da wären. Beispiel: Unmittelbar nach Aufnahme auf Station ordnet der Arzt weitere Diagnostik an. Die Untersuchung wird zeitnah terminiert und erfolgt bereits eine halbe Stunde später. Der Befund trifft elektronisch ein, noch bevor der Patient zurück auf Station ist. Der Arzt empfängt ihn und gemeinsam wird besprochen, wie es weitergeht. Ein solcher Ablauf verdient zu Recht die Bezeichnung „patientenorientiert“. Er kommt so am ehesten in der Notaufnahme vor.

Auf Station ticken die Uhren anders: üblicherweise in Tagen, nicht in Stunden. Aktivitäten, die aus Patientensicht zwei Stunden Zeit in Anspruch nehmen, dehnen sich so auf einen oder zwei Tage aus. Beispiel: Ein Patient wird erst nachmittags aus der Notaufnahme auf Station verlegt, weil vorher kein Bett frei ist. Weitere Diagnostik findet erst am Folgetag statt. Schlussfolgerungen aus dem Befund werden womöglich erst bei der Visite am übernächsten Morgen mit dem Patienten besprochen.

### Warten im Krankenhaus – noch immer normal

Auslastungsschwankungen und Ressourcenengpässe führen naturgemäß zu Wartezeiten für Patienten. Die Frage ist, in welchem Ausmaß das geschieht: In einer Fachabteilung verlängern organisatorische Verzögerungen Aufenthalte auf 85 Prozent, in anderen auf 100 Prozent oder 115 Prozent heutiger DRG-Verweildauern.

Zwar sind Liegezeiten in Deutschland in den letzten 20 Jahren um rund 30 Prozent gesunken. Gleichwohl sind 7,3 Tage im internationalen Vergleich weiterhin lang. Im Mittel verließen Patienten in 15 Staaten, die vor 2004 EU-Mitglied waren, das Krankenhaus 2017 nach 6,2 Tagen, also mehr als einen Tag früher als bei uns.

Zudem wird hierzulande manch leichter Fall stationär versorgt, der anderenorts ambulant behandelt wird, was die deutsche Verweildauer tendenziell senkt.

Nationaler wie internationaler Vergleich lassen daher weiteres Potenzial vermuten. Wahrnehmungen im Alltag vieler deutscher Kliniken stüt-

zen die Einschätzung, dass im Mittel einer von sieben Tagen durch organisatorische Verzögerungen bedingt ist. Warten im Krankenhaus gilt noch immer als normal und wäre damit für jedes siebte in Deutschland belegte Klinikbett verantwortlich.

### Vermeidbarer Pflegeaufwand von 20.000 Stellen

Würden deutsche Verweildauern um 15 Prozent von 7,3 auf 6,2 Tage sinken, fiel die mittlere Bettenauslastung von 78 Prozent (2017) auf 66 Prozent. Das zeigt das enorme Potenzial. Experten schätzen den fall- und verweildauerabhängigen Anteil des Pflegeaufwands auf jeweils 50 Prozent. Demnach verspricht eine 15 Prozent kürzere Verweildauer 7,5 Prozent weniger Pflegeaufwand. Allgemeine deutsche Krankenhäuser beschäftigten 2016 in der Pflege 295.000 Vollkräfte. Geht man vorsichtig von 10.000 unbesetzten Stellen aus und unterstellt, dass 10 Prozent der Pflegekapazität in anderen Klinikbereichen gebunden ist, ergibt sich ein Bedarf von rund 275.000 Vollkräften auf Station. Eine 15 Prozent kürzere Verweildauer kann danach Arbeit im Umfang von etwa 20.000 Pflegestellen vermeiden.

### Ursachenanalyse – Außensicht

Warum sinken Verweildauern in Deutschland nicht weiter, wenn es doch den Pflegenotstand wirksam bekämpft? Einige politische Vorbehalte sind immer wieder zu hören. Patienten werden älter, Verweildauern sind bereits deutlich gesunken. Behandlungen in noch kürzerer Zeit würden die medizinische Qualität gefährden. Das stimmt, sobald medizinisch notwendige Behandlungszeiten unterschritten werden. Nehmen jedoch Wartezeiten ab, indem Behandlungen früher starten und weniger stocken, werden nicht selten bessere Ergebnisse in kürzerer Zeit erzielt.

Beispiel: Ein Patient wird mit Verdacht auf Wirbelbruch in die Unfallchirurgie eingeliefert und am Aufnahmetag geröntgt. Erst am dritten Tag gibt es einen Termin für ein MRT, das den Verdacht bestätigt. Die OP verschiebt sich vom fünften auf den sechsten Tag, weil der Anästhesist kurzfristig ein EKG anordnet.



Leistungsverdichtung für Patienten ist keinesfalls mit Arbeitsverdichtung für Mitarbeiter gleichzusetzen. Die Arbeit für dieselbe Behandlung wird nicht mehr, wenn sie sich auf weniger Tage konzentriert. Im Gegenteil: An Tagen, an denen Patienten sonst nur warten, müssen sie nicht versorgt werden. Das entlastet die gesamte Klinikorganisation. Natürlich bedeutet ein weiterer Tag eines entlassfähigen Patienten weniger Arbeit als die Aufnahme eines neuen Patienten im freiwerdenden Bett. Trotzdem verspricht ein neuer Fall Entlastung. Denn er bedeutet auch mehr Erlöse, ein weiterer Tag nur mehr Arbeit und Kosten.

die Pflegebesetzung wird im Verhältnis zu belegten, nicht zu betriebenen Betten gemessen.

### Ursachenanalyse – Innensicht

Warum senken deutsche Krankenhäuser Verweildauern nicht im eigenen Interesse mit mehr Nachdruck? Die ehrliche Antwort lautet vermutlich: Weil es so leicht nicht ist. Zwar mögen Fallmanager Aufnahmen und Entlassungen immer besser vorbereiten. Zwar mögen Medizincontrolling und IT-Systeme Ärzte beim Überwachen von Verweildauerzielen eng unterstützen. Auch werden Patientenakten zunehmend digital. Doch

**„Warum senken deutsche Krankenhäuser Verweildauern nicht im eigenen Interesse mit mehr Nachdruck? Die ehrliche Antwort lautet vermutlich: Weil es so leicht nicht ist.“**

Kommen keine zusätzlichen Patienten, sinkt mit der Verweildauer auch die Auslastung. Dann können im Krankenhausplan Betten verloren gehen. Auf dem Papier schrumpft das Haus. Doch tatsächlich bleibt seine Kapazität gleich. Es erbringt ja nach wie vor dieselbe Leistung, nur eben mit weniger Betten.

Derzeit zeigt sich statt der Betten- oft die Pflegekapazität als Engpass. Immer wieder müssen Kliniken deshalb Betten sperren. Folglich sind kürzere Verweildauern wichtig, um Fallzahlen auch bei Pflegeengpässen halten zu können. Regelungen zur Mindestbesetzung verstärken den Anreiz zur Verweildauerverkürzung noch. Denn

scheint die Wirkung insgesamt begrenzt. Woran also fehlt es wirklich? Kaufmännisch gelten Tage über der mittleren Verweildauer als Verlustbringer. Deshalb lautet die pauschale Vorgabe an Ärzte oft „mittlere Verweildauer minus X“. Doch ist es nur normal, dass manche Patienten mehr Zeit benötigen als andere. Medizinisch notwendige Tage über der mittleren Verweildauer sind in den Preisen ja einkalkuliert. Was soll der Arzt also tun, wenn ein Patient diese Grenze zu überschreiten droht? Praxisgerechter als die Orientierung an Verweildauergrenzen ist es, zwischen medizinisch notwendigen und organisatorisch verursachten Tagen zu unterscheiden (► Abb.). ►

Dinge sollen dann passieren, wenn es medizinisch wünschenswert ist, und nicht erst dann, wenn es organisatorisch möglich ist. Dieser Sichtweise können sich Arzt, Pflege und Kaufmann gleichermaßen anschließen.

**„Um Verweildauern zu steuern, bieten manche KIS-Systeme DRG-Ampeln. Farben zeigen an, wenn ein Patient die Verweildauergrenzen seiner voraussichtlichen DRG erreicht. Basis dafür ist fallbegleitendes Kodieren. Das hilft zwar, realistische zeitliche Ziele zu setzen und im Blick zu halten, doch noch lange nicht, sie auch zuverlässig zu erreichen.“**

Die Formulierung „das medizinisch machbare Entlassdatum organisatorisch einhalten“ macht daraus eine verständliche Maxime für den Klinikalltag. Ihre Anwendung hängt weder von der Indikation noch der Kodierung oder der bisherigen Verweildauer ab. Sie setzt daher kein fallbegleitendes Kodieren voraus. Verzögerungen sind stets zu vermeiden, denn auch Kurzlieger werden durch Wartetape nicht zu Normalliegern.

**Das Ziel nicht im Blick**

Ein Verweildauerziel für eine Fachabteilung oder Indikation ist abstrakt. Konkret wird das Ziel in Form des erwarteten Entlassdatums von Patienten. Auf dieser Ebene lässt sich einschätzen, welcher Termin

wie wichtig es ist, Angehörige früh einzubeziehen. Doch sie kann nirgends nachsehen, ob der Arzt den Entlasstermin bei der heutigen Visite bekräftigt hat.

Um Verweildauern zu steuern, bieten manche KIS-Systeme DRG-Ampeln. Farben zeigen an, wenn ein Patient die Verweildauergrenzen seiner voraussichtlichen DRG erreicht. Basis dafür ist fallbegleitendes Kodieren. Das hilft zwar, realistische zeitliche Ziele zu setzen und im Blick zu halten, doch noch lange nicht, sie auch zuverlässig zu erreichen.

Signalisiert die Ampel, dass die übliche Behandlungszeit demnächst abläuft, ist es oft zu spät zu reagieren. Womöglich hat sich die Diagnostik verzögert, die Therapie noch nicht einmal begonnen. Wie lange ein Patient bereits liegt, sollte klinische Entlasskriterien nicht beeinflussen. Auch ist es unerheblich dafür, wieviel Zeit ab jetzt noch notwendig ist. Erst auf die Zeit zu achten, wenn sie sich dem Ende neigt, wird auch als Studentensyndrom bezeichnet: Sicher nicht die beste Strategie, angestrebte Termine zuverlässig einzuhalten. Die Kodierung lässt sich korrigieren, verlorene Zeit jedoch nicht mehr einholen.

**Der Patient als Projekt**

Zeitliche Ziele setzen:

- innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme
- Behandlungszeit statt Behandlungsdauer
- patientenindividuell, herausfordernd, machbar
- zeitnah angepasst bei veränderter Einschätzung

Gemeinsam auf Einhaltung steuern:

- wissen, bis wann das Ziel erreicht sein soll
- zeitkritische Aufgaben erkennen und im Blick halten
- bei drohenden Verzögerungen gegensteuern
- wird das Ziel nicht erreicht, den Grund erkennen
- Gründe für regelmäßige Verzögerungen beseitigen

medizinisch machbar ist, und beeinflussen, ob er organisatorisch eingehalten wird. Bisweilen wird die voraussichtliche Verweildauer lediglich als Pflichtfeld in Aufnahmemitteilungen an Krankenkassen angesehen. Womöglich wird sie automatisch aus der Aufnahme-diagnose abgeleitet, die Fachkräfte im Hintergrund kodieren. Bei diesem Ablauf nimmt der Arzt das zeitliche Ziel weder wahr noch passt er es auf den individuellen Patienten an, macht es sich also nicht zu eigen.

In der Folge hat das zeitliche Ziel für die Steuerung der Patientenbehandlung keine Relevanz. So überrascht es nicht, wenn im KIS eingetragene erwartete Entlasstermine bisweilen in der Vergangenheit liegen. Ohne ein zeitliches Ziel, das stets aktuell und transparent ist, ist es kaum möglich, gemeinsam darauf hinzuarbeiten. Beispiele: Mit viel Mühe gelingt es dem Sozialdienst am Tag vor der Entlassung, häusliche Pflege zu organisieren. Bleibt der Patient dann doch länger, ist es schlecht, wenn dem Arzt das bereits seit zwei Tagen bewusst ist. Verständliche Reaktion des ambulanten Pflegedienstes: „Ihr wisst ja selbst nicht, wann eure Patienten gehen!“

Oder: Die Tochter eines Patienten fragt den Spätdienst am Mittwoch, ob es bei der Entlassung am Freitag bleibt. Sie würde sich dann freinehmen. Der Schwester ist bewusst,

**Der Weg zur Lösung**

Dass Verweildauern schnell und spürbar sinken können, zeigen eine Reihe niederländischer und deutscher Kliniken. Ihr Ziel war jeweils die systematische Vermeidung von Verzögerungen im Behandlungsprozess. Beispiele: Das Albert-Schweitzer-Krankenhaus in Dordrecht (NL) mit rund 700 Betten senkte seine Verweildauer in zwei Jahren um 17 Prozent von 6,5 auf 5,4 Tage. Täglich wurden über 80 Betten frei. Zwei Drittel davon belegten 12 Prozent zusätzliche Patienten (vgl. Kennzahlen auf Klinik Webseite). Oder: Im Robert-Bosch-Krankenhaus Stuttgart (D) verbesserten zwei Fachabteilungen ihren Patientenfluss in sechs Monaten um je 12 Prozent. Sie belegten so täglich 18 bis 20 Betten weniger. Das schaffte Spielraum für den Umbau einer Normalstation mit 40 Betten zu einer Intensivstation mit 18 Betten. Ist der Visitenablauf klar

geregelt, existieren Behandlungspläne nicht nur im Kopf von Ärzten und sind der Pflege anstehende Termine ihrer Patienten bewusst, können alle Beteiligten aktiv auf die pünktliche Entlassung hinarbeiten. Abläufe stellen sich sukzessive von Hinterherlaufen auf Vorausdenken um. Beispiele: Der Krea-Wert vor MRT ist bestimmt. Der Dolmetscher für die Aufklärung ist organisiert. Das Medikament ist vor OP abgesetzt. Das Herzecho vor Entlassung ist frühzeitig angemeldet. Der Patient ist vorbereitet, wenn der Transportdienst kommt. Die Entlassung ist angekündigt, der Arztbrief fertig.

Die Beispiele zeigen: Offenbar lässt sich der Patientenfluss nachhaltig verbessern, auch ohne fallbegleitend zu kodieren, Kliniken neu zu bauen oder umfassend zu digitalisieren.

### Ausblick

Die Diskussion um den Pflegekräftemangel konzentriert sich aktuell darauf, wie Pflege im Krankenhaus künftig finanziert wird, welche Mindest-

besetzungen gelten sollen und wie Menschen für den Pflegeberuf (zurück)gewonnen werden. Nur am Rande berührt wird die Frage, wie sich Pflegebedarf nachhaltig senken lässt.

Natürlich gibt es auch strukturelle und medizinische Gründe für überdurchschnittliche Verweildauern. Fest steht jedoch: Je öfter und je länger Patienten aus organisatorischen Gründen im Krankenhaus warten, desto mehr Arbeit entsteht. Umso größer wiederum die Gefahr, dass noch mehr Patienten warten. Diesen Teufelskreis der Arbeitsverdichtung gilt es zu durchbrechen.

Neben einigen Abläufen müssen sich dafür vor allem Bewusstsein und Verhalten im Umgang mit Zeit ändern. Bei guter Arzt-Pflege-Kommunikation lassen sich viele Verzögerungen im Behandlungsprozess vermeiden. Gleichzeitig verbessern zeitnahe Entscheidung, Diagnostik und Therapie die Qualität. Behandlungen, die früher starten und weniger stocken, sind

früher beendet. So verlagert sich auch kaum Aufwand in den Pflege-sektor. Im Ergebnis kann eine um 15 Prozent kürzere Verweildauer den Pflegeaufwand in deutschen Kliniken um rund 20.000 Vollzeitstellen reduzieren. ■

*Literatur beim Verfasser*

**Dr. Dirk Ralfs**  
Geschäftsführender Gesellschafter  
InnoQare Deutschland GmbH  
Johannes-Brahms-Weg 10  
21493 Schwarzenbek  
dralfs@innoqare.com



Dr. Dirk Ralfs

# WORKFLOW-MANAGEMENT EXZELLENZ-MODELL

EINE ERFOLGSSTRATEGIE FÜR MEHR ZEIT DURCH WENIGER VERSCHWENDUNG

## Band 1: Kriterien der Exzellenz

In der neuen Reihe „Workflow-Management Exzellenz-Modell“ werden Potentiale, Effektivität, Effizienz und Nutzen des Einsatzes eines professionellen Workflow-Managements in Gesundheitseinrichtungen aufgezeigt. Band 1 beschreibt die Herleitung der Kategorien und Kriterien von Exzellenz und stellt ein Workflow-Management Exzellenz-Modell vor, welches alle anerkannten Aspekte zu Qualität und Qualitätsmanagement beinhaltet.

Prof. Dr. Michael Greiling  
**Workflow-Management Exzellenz-Modell – Eine Erfolgsstrategie für mehr Zeit durch weniger Verschwendung**  
**Band 1: Kriterien der Exzellenz**  
Hardcover, 2019, 232 Seiten,  
ISBN 978-3-947566-80-8, 49,95 Euro

