

Ökonomische Aspekte eines Aufnahmezentrums

Dr. Thomas Hilmer
Klinikum Bremen Ost



Beispiel: Klinikum Bremen Ost

1. **Schwerpunktkrankenhaus mit 12 Fachkliniken**
2. **Bettenzahl: 1170 (Somatik/Psychiatrie)**
3. **Patientenversorgung/Jahr: 22000 stationär, 21000 ambulant**
4. **Ca. 2100 Mitarbeiter**
5. **KTQ zertifiziert**
6. **Zertifikat „Vereinbarkeit von Beruf und Familie“**

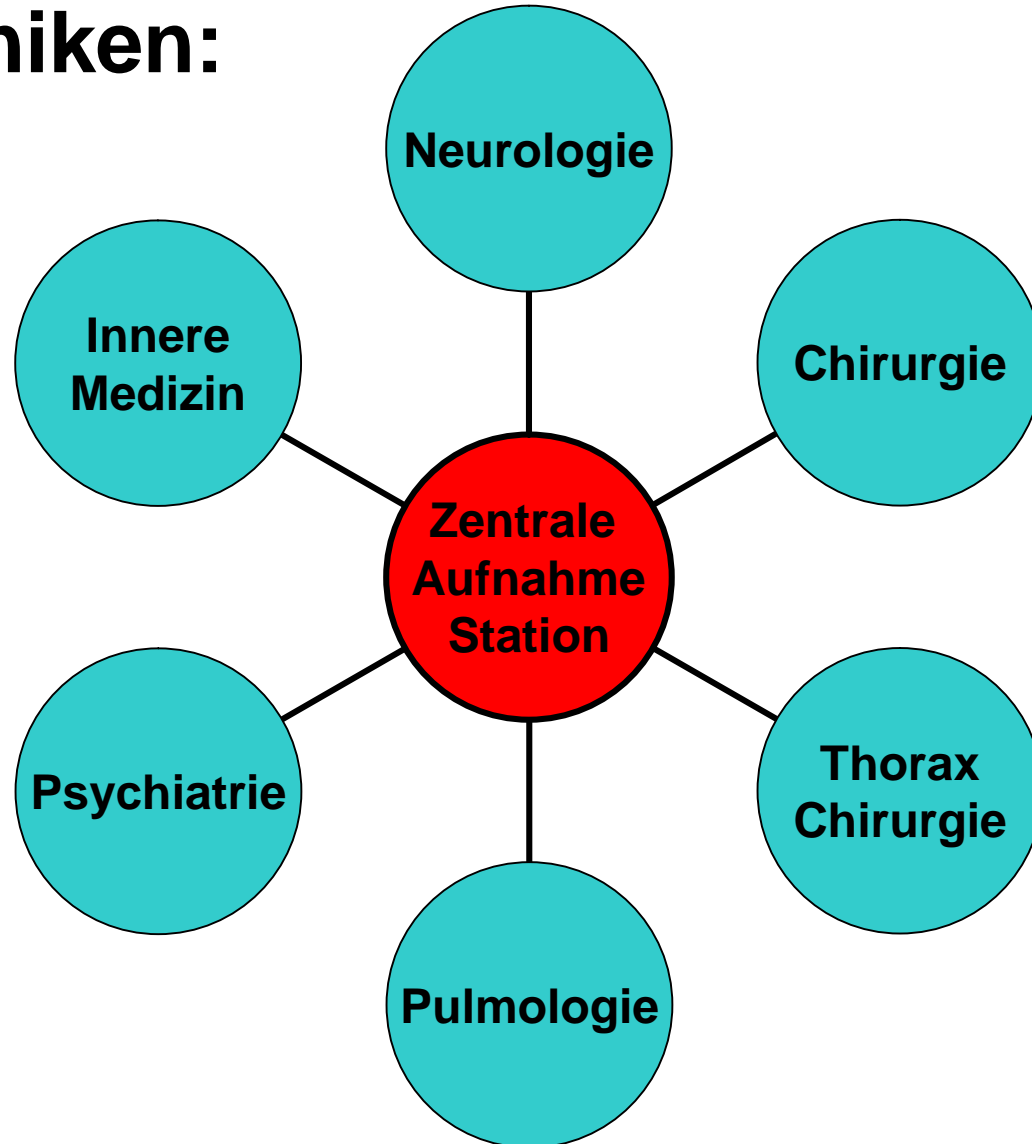
Interdisziplinäres Aufnahmezentrum:

Besteht aus...

- **Ambulanz/Aufnahme
(interdisziplinär seit 1996)**
- **Aufnahmestation (seit 2004,
jedoch räumlich getrennt)**

Aufnahmezentrum

Beteiligte Kliniken:



Aufnahmestation:

1. **Interdisziplinäre Betten: 20**
2. **Monitorplätze: 10**
3. **Belegung von 16:00 bis 8:00 Uhr in der Woche.
Wochenende 24 h.**
4. **Modernste Sonographiediagnostik (Sono
Abdomen/Doppler/Echo)**

Zielvorstellungen des Aufnahmezentrums:

1. Verkürzung der Verweildauer
2. Bettenpuffer
3. „Abfangen“ von Kurzliegern
4. Bahnung nachgeschalteter Therapie/Diagnostik
5. Interdisziplinäre Behandlung an einem Ort

Wirtschaftlichkeit 2006

Aufnahmezentrum:

-379202,--

Getrennt:

ZAS 57283,--

Aufnahme/Ambulanz -436485,--

Meßbare Effekte:

1. **Reduzierung der mittleren Verweildauer um 1,3 Tage (Vergleich mit und ohne ZAS)**
2. **Kurzlieger statt Notfallpauschale (48,-- Euro gegenüber DRG mit Abschlag)**

Besondere Situation 2007:

**Schließung einer Station zur
Reduzierung von Personalkosten.**

Führt zu Einsparung von:

732750,-- Euro/Jahr

Weitere Effekte ZAS:

1. **Komplette Untersuchung auf ZAS (Sono/Echo /Doppler/LZ-EKG/LZ-RR, Punktion, etc..). Spart Wege und Zeit.**
2. **Vorbereitung und Therapiebahnung für die nachgeschalteten Stationen.**
3. **Konsiliarwesen = Zeitnahe Konsultation anderer Fachabteilungen, ggf. Verlegung in andere Klinik bei unklarer Klinik/Diagnose**
4. **Facharztstandard**

Perspektive

1.

Diagnostisches Zentrum

2.

**Zusammenlegung Ambulanz und ZAS
ermöglicht Personaleinsparungen im
Aufnahmezentrum von ca 5 VK Pflege/Jahr
(250000,-- Euro)**

Zusammenfassung

1.

Die Wirtschaftlichkeit der ZNA mit Clinical Decision Unit ist besser als ohne

2.

Die Berechnungsgrundlagen sollten genauer erarbeitet und standardisiert werden

3.

Weitere Effekte auf das gesamte Krankenhaus dürfen nicht außer acht gelassen werden