



Verwaltungs- und Wirtschafts-Akademie und
Berufsakademie Göttingen

**„Change Management - dargestellt am Beispiel
des Zentral OP der Universitätsmedizin Göttingen“**

Thesis

Betreuer: Dipl. Kfm. Klaus Fischer

Torsten Berthel

Thiestr. 5a

37077 Göttingen

Studiengang Gesundheitsbetriebswirtschaft

GBW08.W.006

10.05.2011

**Change Management – dargestellt am Beispiel des Zentral-OP der Universitätsmedizin
Göttingen**

Inhaltsübersicht

1	Einleitung.....	1
2	Grundzüge der Deutschen Gesundheitswirtschaft.....	3
3	Management und Führungsstrukturen im Krankenhaus.....	16
4	Change Management im OP Bereich.....	27
5	Fazit.....	68

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis.....	V
Abbildungsverzeichnis.....	VI
Tabellenverzeichnis.....	VII
1 Einleitung.....	1
1.1 Problemstellung und Ziel der Arbeit.....	1
1.2. Fragestellung und Methodik.....	2
2 Grundzüge der Deutschen Gesundheitswirtschaft.....	3
2.1 Entwicklung vom Gesundheitswesen zur Gesundheitswirtschaft.....	3
2.2 Herausforderungen auf dem Gesundheitsmarkt.....	6
2.2.1 Demographische und epidemiologische Entwicklung und veränderte Nachfragestruktur.....	7
2.2.2 medizinischer und technologischer Fortschritt.....	9
2.2.3 Einführung des diagnosebezogenen Vergütungssystems auf Basis der DRG im teilstationären und stationären Bereich der Krankenhäuser.....	11
2.3 Auswirkungen und Handlungsfelder für Krankenhäuser.....	13
3 Management und Führungsstrukturen im Krankenhaus.....	16
3.1 Management im Krankenhaus.....	17
3.1.1 Organisations- und Führungsstruktur im Krankenhaus.....	18

3.1.2 Führen über Ziele und Zielvereinbarungen – Strategisches Management.....	21
3.1.2 Mit Kennzahlen steuern - Operatives Management.....	23
3.2 Einordnung des OP Management.....	25
4 Change Management im OP Bereich.....	27
4.1 Change Management.....	27
4.2 Implementierung eines Zentralen OP Managements als Grundlage für Change Management.....	29
4.3 Aufbauorganisation des OP-Managements.....	35
4.4 Grundlagen prozessorientierter Organisationsentwicklung im Operationsbereich.....	37
4.4.1 Dokumentation als Grundlage von Optimierungen.....	39
4.4.2 Definition relevanter Zeitpunkte.....	39
4.4.3 Definition relevanter Zeitintervalle und Kennzahlen.....	44
4.4.4 Formen des Berichtswesens.....	49
4.5 Einsatz geeigneter Analyseinstrument zur Bestimmung der Ausgangslage und der Strategieentwicklung.....	56
4.6 Optimierung der Prozesse im OP-Bereich.....	61
4.6.1 OP-Planung.....	62
4.6.2 Optimierung von Betriebsabläufen.....	64
4.6.3 Umgang mit Veränderungen und limitierende Faktoren.....	67
5 Fazit.....	70

Literaturverzeichnis.....	72
Rechtsquellenverzeichnis.....	76
Selbständigkeitserklärung.....	77

Abkürzungsverzeichnis

ArZG	Arbeitszeitgesetz
BDA	Berufsverband der Deutschen Anästhesisten
BDC	Berufsverband der Deutschen Chirurgen
BIP	Bruttoinlandsprodukt
DRG	Diagnosis Related Groups
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
G-DRG	German Diagnosis Related Groups
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
ICD	International Classification of Diseases and Related Health Problems
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, gGmbH
MPG	Medizinproduktegesetz
OECD	Organization for Economic Cooperation and Development
OPS	Operationenschlüssel-Katalog
PKV	Private Krankenversicherung
ROZ	reine Operationszeit
RVO	Reichsversicherungsordnung
SGB	Sozialgesetzbuch
SOP	Standard Operating Procedures
VOPM	Verband für OP-Management

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Gesundheitsausgaben Deutschland nominal in Mrd. €/Jahr.....	4
Abb. 2: Gesundheitsausgaben Deutschland bezogen auf das BIP in %.....	4
Abb. 3: Veränderung des Altersaufbaus der Bevölkerung in Deutschland von 1950 bis zum Jahr 2060.....	7
Abb. 4: Verlierer/Gewinner nach der Einführung des landeseinheitlichen Basisfallwertes (LBFW) im Rahmen der DRG Einführung im Jahr 2004/2005.....	12
Abb. 5: Grafische Darstellung der Entwicklung der Krankenhausstatistik.....	14
Abb. 6: Abbildung eines Basis-Cockpits einer Orthopädischen Abteilung.....	24
Abb. 7: OP-Statut des Zentral-OP der Universitätsmedizin.....	32-35
Abb 8: Definition gängiger Zeitpunkte Konsens BDA/BDC/VOPM.....	40-42
Abb. 9: Definierte Kennzahlen gemäß Konsens BDA/BDC/VOPM.....	45-48
Abb. 10: Fa. Siemens, Software Medico, Ablaufsteuerung.....	49
Abb 11: Fa. Siemens, Software Medico, Ablaufsteuerung.....	50
Abb. 12: Tagescockpit Zentral-OP der Universitätsmedizin Göttingen	52-53
Abb. 13: Quartalsbericht des OP-Management der Universitätsmedizin Göttingen.....	55
Abb. 14: Stärken-Schwächen-Analyse der Wechselzeiten nach Fachabteilungen des Zentral-OP der Universitätsmedizin Göttingen.....	57
Abb. 15: Stärken-Schwächen-Analyse Zentral-OP der Universitätsmedizin Göttingen.....	61

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Krankenhausstatistik Deutschland.....	14
Tab. 2: Definierte Zeitpunkte der Dokumentation im OP gestaffelt nach den Leistungserbringern.....	43
Tab. 3: Empfohlene Kennzahlen im Berichtswesen.....	54

1 Einleitung

1.1 Problemstellung und Ziel der Arbeit

Die Zeiten ändern sich und wir uns in ihnen. Eine Weisheit der alten Römer, die in der heutigen schnelllebigen, von Veränderungen geprägten Zeit mehr denn je Bestand hat. Veränderungen, durch Restrukturierungen oder infolge von Strategiewechseln, als Ergebnis von Kooperationen und Unternehmenszusammenschlüssen oder als Resultat von sich verändernden externen Faktoren und technologischer Innovation, begleiten uns und werden häufig sogar zum aktiven Treiber des Handelns im täglichen Klinikalltag. War es in der Vergangenheit so, dass Krankenhäuser als Teil des Gesundheitswesens eher unbeobachtete Oasen des wirtschaftlichen Handelns und der medizinischen Selbstverwirklichung waren, so sind sie heute auf dem Krankenhausmarkt einem harten Wettbewerb unterworfen.¹ Krankenhäuser, in denen sich in der Vergangenheit Wandlungsphasen mit eher statischen Phasen abwechselten, sehen sich durch die rasante Entwicklung im Gesundheitswesen zunehmend in der Situation eines ständigen Wandels. Der Wandel ist längst nicht mehr die Ausnahme, sondern die Regel.² Der Erwartung, bei steigendem Kostendruck eine hohe Qualität zu erbringen, können sie nur gerecht werden, wenn in besonders personal- und kostenintensiven Bereichen wie beispielsweise dem Operationsbereich Ressourcen und Kernprozesse analysiert und den veränderten Bedingungen angepasst werden. Auf Dauer kann nur Geld ausgegeben werden, das auch erwirtschaftet wird.³ Unter dieser Maßgabe werden diejenigen Krankenhäuser, die ihre Ressourcen optimal nutzen und ihre Effizienz durch die Anpassung von Strukturen und Prozessen erhöhen, zukünftig einen Wettbewerbsvorteil haben. Diese Arbeit beschäftigt sich schwerpunktmäßig mit der Frage: Welche Chancen bietet die Einführung eines effizient und konsequent durchgeführten OP-Managements? Ziel ist es darzustellen, welche Führungsstrukturen, welche Analyseinstrumente und welche Prozessveränderungen notwendig sind, um im OP-Bereich Kosten zu reduzieren und die Leistungsfähigkeit, bei gleichbleibender oder verbesserter Qualität, zu erhöhen.

¹ Vgl. Busse OP-Management Grundlagen 2010 S. 1

² Vgl. Bodenburg Führung im Wandel - Die Rolle der Führungskraft beim Change Management 2008

³ Siehe z. B. Die Gesetzgebung zur Modernisierung des Gesundheitssystems (GMG 2003)

1.2 Methodik und Durchführung

Der inhaltliche Aufbau der Arbeit folgt den grundsätzlichen Überlegungen, welche im Rahmen der strategischen Planung und Ausrichtung im Krankenhaus anzustellen sind. Hierzu gehören Analyse und Abgrenzung der externen Rahmenbedingungen sowie die Darstellung der internen Unternehmensbedingungen und die Formulierung von Unternehmenszielen als Basis für die Festlegung einer strategischen Entwicklungsrichtung.

In *Kapitel 2* werden zunächst die Veränderungen des deutschen Gesundheitssystems hin zur Gesundheitswirtschaft und die Gründe hierfür beschrieben. Es werden die Reformen der letzten Jahre dargestellt, wobei die Einführung des pauschalierten Vergütungssystems auf Basis der Diagnosis Related Groups (DRGs) besondere Beachtung findet. Diesbezüglich werden im Abschnitt 2.4 die aktuellen und zukünftigen Herausforderungen benannt, denen sich Krankenhäuser, bedingt durch den strukturellen Wandel der Krankenhauslandschaft, stellen müssen.

Das *Kapitel 3* gibt einen Überblick über die Führungsstruktur im Krankenhaus. Hierbei wird zwischen den Bereichen des strategischen und des operativen Managements unterschieden und eine Einordnung des OP-Managements vorgenommen. Es werden die Anforderungen aufgezeigt, um im Rahmen der strategischen Planung die Potenziale des Krankenhausunternehmens mit den Marktbedingungen abzugleichen und schnell auf Veränderungen des Marktes reagieren zu können.

Kapitel 4 bildet den Schwerpunkt dieser Arbeit. Nach der Konkretisierung des Begriffs Change Management, bezogen auf den OP, werden zunächst die Herausforderungen bezeichnet, denen sich OP-Bereiche durch veränderte Rahmenbedingungen, sich verändernde Operationstechniken und Veränderungen in Organisation und Struktur stellen müssen. Diesbezüglich wird die Wichtigkeit von Analyseverfahren für die Ist-Analyse, die Strategie und Konzeptentwicklung sowie die Überprüfung und Kontrolle eingeleiteter Maßnahmen herausgestellt. Es wird deutlich gemacht, welche Führungs- und Planungsstrukturen notwendig sind, um Change Management im OP erfolgreich umsetzen zu können. Im Fokus stehen die Veränderungsprozesse, die zunächst theoretisch dargestellt werden. Deren

Bewertung erfolgt soweit möglich anhand empirischer Daten sowie mit Beispielen aus dem Zentral-OP der Universitätsmedizin Göttingen.

Das abschließende Resümee in *Kapitel 5* fasst die wichtigsten Untersuchungsergebnisse dieser Arbeit zusammen. Dabei werden grundsätzliche Schlussfolgerungen für die strategische Planung im OP-Bereich gezogen und ein Ausblick für weiteren Forschungsbedarf dieses Themenbereichs gegeben.

2 Grundzüge der Deutschen Gesundheitswirtschaft

2.1 Entwicklung vom Gesundheitswesen zur Gesundheitswirtschaft

Zwei unterschiedliche Begriffe, denen der grundlegende Wandel unserer Einstellung zugrunde liegt. So impliziert der Begriff Gesundheitswesen, dass es eine rein staatliche Aufgabe sei, die Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen zu versorgen. Wie weit die Eingriffe des Staates reichen sollen, um Rahmenbedingungen zu schaffen, die einzelnen Ebenen wie solidarische Versicherung und Leistungsangebot zu regeln oder als Betreiber und Träger von Gesundheitseinrichtungen aufzutreten, wurde in den vergangenen Jahren kontrovers diskutiert. Dem gegenüber soll der Begriff Gesundheitswirtschaft verdeutlichen, dass es sich bei dieser, unter rein volkswirtschaftlichen Gesichtspunkten betrachtet, um eine Zukunftsbranche handelt⁴. So wurden mit annähernd 4,7 Mio. Beschäftigten im Jahr 2009 Umsätze von über 278 Mrd. € erzielt.⁵ Im Durchschnitt der OECD-Länder haben sich die Gesundheitsausgaben, gemessen am Bruttoinlandsprodukt (BIP), seit dem Jahr 1970, in dem sie lediglich ~ 5% des BIP betragen, bis zum Jahr 2008 mit 9,0% fast verdoppelt.⁶ In Deutschland beliefen sich die Gesamtausgaben in diesem Bereich im Jahr 2009 auf 11,6% des BIP. Nur in den Vereinigten Staaten, Frankreich und der Schweiz lag im gleichen Jahr der Anteil der Gesundheitsausgaben an der Wirtschaftsleistung höher als in Deutschland.⁷

⁴ Vgl. Heinz Kölking DRG und Strukturwandel in der Gesundheitswirtschaft 2007 S.21

⁵ Vgl. Statistisches Bundesamt http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gastd&p_aid=15866971&p_sprache=D&p_knoten=TR19200

⁶ Vgl. OECD http://www.oecd.org/document/6/0,3746,en_21571361_44315115_16662342_1_1_1_1,00.html

⁷ Vgl. OECD <http://www.oecd.org/> OECD Health Daten

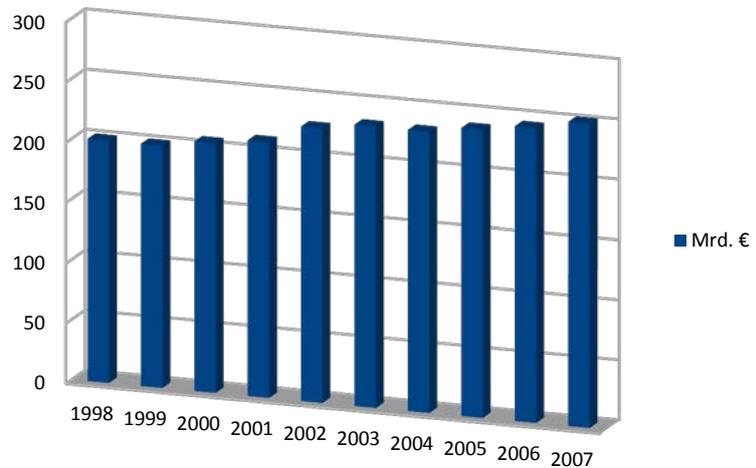


Abbildung 1: Gesundheitsausgaben Deutschland nominal in Mrd. €/Jahr (Quelle: Statistisches Bundesamt 2008)

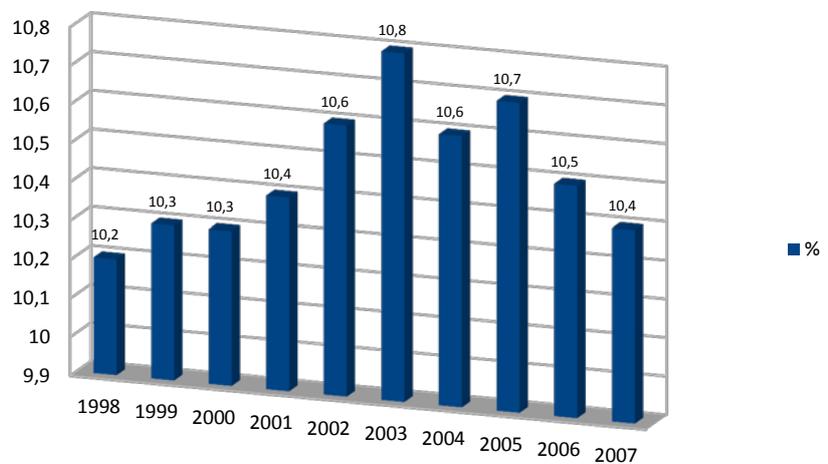


Abbildung 2: Gesundheitsausgaben Deutschland bezogen auf das BIP in % (Quelle: Statistisches Bundesamt 2008)

Der Krankenhausmarkt nimmt, gefolgt von Arzneimittelausgaben und Kosten für ambulante ärztliche Behandlung, den ersten Platz im Kostenspektrum ein.⁸ In ihm werden in mehr als 12.000 Einrichtungen mit einem Marktvolumen von 80 Mrd. €

⁸ Vgl. Offermanns, Integriertes Personalcontrolling im Krankenhaus 2005 S.2

über 5% des BIP Deutschlands erwirtschaftet. Davon erreichten im Jahr 2009 allein die ~ 2.100 Akutkrankenhäuser einen Umsatz in Höhe von mehr als 52 Mrd. €⁹ ¹⁰ Gesundheitswirtschaft steht auch für Dynamik in vielen Richtungen. Voraussetzung ist, dass die Dynamik sich unter den strikten Regeln der Qualität, Effizienz und Effektivität entwickelt, um systembedingter Verschwendung entgegenzuwirken. Der hohe gesamtwirtschaftliche Stellenwert lässt es zweckmäßig erscheinen, den Begriff Gesundheitswesen zu vermeiden und stattdessen von Gesundheitswirtschaft zu sprechen.¹¹ Den Zugang zu dieser Gesundheitswirtschaft regelt in Deutschland das Modell der gesetzlichen Sozialversicherung, welche in den Sozialgesetzbüchern verankert ist. Deren Ursprung liegt in den von Otto von Bismarck ab 1883 verabschiedeten Sozialgesetzen, welche ab 1911 in der Reichsversicherungsordnung (RVO) gebündelt wurden.¹² Den größten Anteil des Versicherungsschutzes und somit der Finanzierung der Gesundheitsversorgung übernimmt neben der gesetzlichen Unfallversicherung, der gesetzlichen Pflegeversicherung, den Arbeitgebern und den privaten und öffentlichen Haushalten die gesetzliche Krankenversicherung.¹³ Ihr Anteil an den versicherten Leistungen und somit den Kosten der Gesundheitsausgaben lag im Jahr 2009 bei ~160 Mrd € gegenüber 26 Mrd. € die von den privaten Krankenversicherungsträgern übernommen wurden.¹⁴ Vorherrschend sind in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) Arbeiter und Angestellte versichert, deren Bruttoeinkommen unter der Versicherungspflichtgrenze liegt.¹⁵ Die Bemessung ihrer Beiträge orientiert sich mit einem Anteil von zur Zeit 15,5%, wobei 7,3% vom Arbeitgeber und 8,2% vom Arbeitnehmer getragen werden, an der Höhe ihres Bruttoeinkommens. Zusätzlich können die gesetzlichen Krankenversicherer Zusatzbeiträge von bis zu 1 %, maximal 37,50 € des monatlichen Bruttoeinkommens einfordern.¹⁶ Das Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie der Universität Köln prognostiziert einen Anstieg dieser Zusatzbeiträge auf bis zu 120 € monatlich am Ende des Jahrzehnts. Die Folge wäre, dass viele Versicherte nicht mehr in der Lage wären, diese Zusatzbeiträge zu

⁹ Vgl. http://www.dkgev.de/media/file/9068.Foliensatz_Krankenhausstatistik_20110216.pdf

Krankenhausstatistik

¹⁰ Vgl. Welk, Bauer OP-Management praktisch und effizient 2006 S. 4

¹¹ Vgl. Heinz Kölking DRG und Strukturwandel in der Gesundheitswirtschaft 2007 S. 21

¹² Vgl. SGB I §4

¹³ Vgl. Diss. Claudia Rohde Strategische Planung in Krankenhausunternehmen 2006

¹⁴ Vgl. Die Zeit <http://www.zeit.de/politik/deutschland/2010-04/gesundheitskosten-anstieg-statistik>

¹⁵ Vgl. Versicherungspflichtgrenze (Jahresarbeitsentgeltgrenze) 2011 49.500 € <http://www.pkv-2007.de/versicherungspflichtgrenze-2011.php>

¹⁶ Vgl. SGB V GKV-FinG

finanzieren.¹⁷ Gerade die historisch bedingte Bindung der Versicherungsbeiträge an die Lohnnebenkosten ist in Zeiten der Globalisierung und des Wettbewerbs als überholt und kontraproduktiv anzusehen, da sowohl Arbeitgeber als auch Arbeitnehmer durch die steigenden Ausgaben in der Gesundheitswirtschaft immer stärker belastet werden.¹⁸

2.2 Herausforderungen auf dem Gesundheitsmarkt

Die ursprüngliche Funktion der Gesundheitswirtschaft und ihrer Institutionen ist die Produktion von Gesundheit. Die beteiligten Unternehmen wie Krankenhäuser, Arztpraxen, Pharmahersteller, aber auch die Hersteller von Medizintechnik und Medizinprodukten haben die Aufgabe, Produkte und Dienstleistungen zu erbringen, die einen Beitrag zur Wiederherstellung oder Aufrechterhaltung von Gesundheit leisten¹⁹. Die Ausgangssituation der Gesundheitswirtschaft im Vergleich zu anderen Branchen ist sicherlich nicht schlecht. Jedoch sind Wachstumsfaktoren wie die steigende Nachfrage nach der knappen Ressource Gesundheit und die Innovationskraft der Medizin mit dem Blick auf die begrenzten Finanzierungsmöglichkeiten aus dem Sozialtransfer auch die Problemstellungen der nächsten Jahre auf dem Gesundheitsmarkt. Bei dem Versuch, die Chancen der Gesundheitswirtschaft im Zusammenhang mit der gesellschaftlichen Entwicklung zu gestalten, gilt es, folgende Fragen zu beantworten.

- Wie wird es gelingen, die gesundheitliche Versorgung unserer Gesellschaft unter den Veränderungen der Altersverschiebung und des medizinischen Fortschritts zu sichern?
- Wie kann man die Vergeudung von Ressourcen vermeiden oder verringern?
- Wie bringt man Eigenverantwortung, staatliches Handeln und Solidarität in ein ausgewogenes Verhältnis?
- Wie kann man die Dynamik der medizinischen Innovationsfähigkeit strukturieren, ohne die Solidargemeinschaft zu überfordern?²⁰

¹⁷ Vgl. http://www.uk-koeln.de/kai/igmg/sgmg/2010-02_geplanter_sozialausgleich_gkv.pdf Tabelle S. 16

¹⁸ Vgl. Heinz Kölking DRG und Strukturwandel in der Gesundheitswirtschaft 2007 S. 29

¹⁹ Vgl. Busse, Schreyögg, Tiemann Management im Gesundheitswesen 2. Auflage 2010 S. 10

²⁰ Vgl. Heinz Kölking DRG und Strukturwandel in der Gesundheitswirtschaft 2007 S.21

2.2.1 Demographische und epidemiologische Entwicklung und veränderte Nachfragestruktur

Nicht nur demographische Einflüsse, sondern auch marktspezifische nachfrageseitige Einflussfaktoren bestimmen den zukünftigen Bedarf an Gesundheitsleistungen. So steht der Gesundheitszustand der Individuen in direktem Zusammenhang mit der nachgefragten Versorgungsleistung.²¹ Die Geburtenrate in Deutschland gehört zu den niedrigsten im europäischen Vergleich.²² Dem gegenüber steht eine immer älter werdende Gesellschaft. Der Anteil der über 60-jährigen Personen, der heute ~ 21% der Gesamtbevölkerung beträgt, wird nach Vorausberechnungen des Statistischen Bundesamtes bis zum Jahr 2030 auf über 28% steigen.²³ Heute geborene Jungen werden im Durchschnitt eine Lebenserwartung von über 77 Jahren, Mädchen von über 82 Jahren haben.

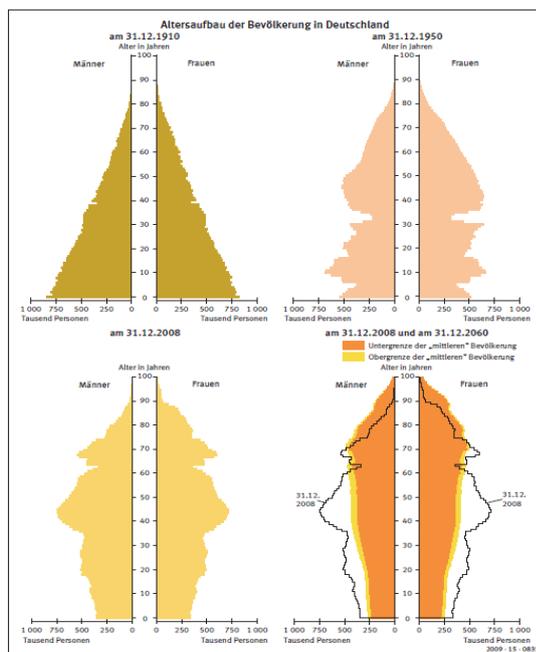


Abbildung 3: Veränderung des Altersaufbaus der Bevölkerung in Deutschland von 1950 bis zum Jahr 2060 (Quelle: Destatis 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung)

²¹ Vgl. Diss. Claudia Rohde Strategische Planung in Krankenhausunternehmen 2006 S.18

²² Vgl. Statistisches Bundesamt

<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Fachveroeffentlichungen/Bevoelkerung/BroschuereGeburtenDeutschland.property=file.pdf> S.22

²³ Vgl. Statistisches Bundesamt <http://www.destatis.de/bevoelkerungspyramide/>

Der demographische Wandel wird die Ausrichtung unserer Gesundheitswirtschaft, unseres Denkens und Handelns nachhaltig verändern. Betrachtet man die Altersstruktur der Patienten im Krankenhaus, so lässt sich feststellen, dass der Anteil der über 60-jährigen Patienten bereits heute über 40% beträgt und bis zum Jahr 2050 auf über 55% steigen wird.²⁴ Während im Jahr 2009 die Gruppe der 35-45-jährigen Patienten eine durchschnittliche Krankenhausverweildauer von 7,2 Tagen zu verzeichnen hatte, waren es in der Gruppe der 65-75-jährigen 8,8 und bei den über 75-jährigen Patienten im Durchschnitt 10 Tage.²⁵ Daraus ergibt sich eine zusätzliche Bindung finanzieller und medizinischer Ressourcen, die aber nur begrenzt zur Verfügung stehen. Ein weiteres Erklärungsmerkmal der Nachfrageveränderung in der Gesundheitswirtschaft ist, dass viele ältere Menschen oft allein leben und im Krankheitsfall besonders stark auf Gesundheitsleistungen angewiesen sind.²⁶ Dies führt zu einer Verlagerung des Bedarfs in den stationären Versorgungs- und Betreuungsbereich, der oft mit hohen Kosten verbunden ist. Mit den Veränderungen der Altersstruktur unserer Gesellschaft sind auch epidemiologische Effekte verbunden. So sind veränderte Gesundheitsrisiken ebenso zu beobachten wie die Zunahme altersbedingter, lang anhaltender, chronisch-degenerativer Erkrankungen.²⁷ In der öffentlichen Diskussion wird die Altersentwicklung in der Gesellschaft oft nur als Last für die Sozialsysteme wahrgenommen und dargestellt. Wie sich die Überalterung der Bevölkerung tatsächlich auf die Gesundheitsausgaben auswirkt, ist strittig. Es gibt hierzu zwei verschiedene Theorien. In der Medikalisierungsthese geht man davon aus, dass mit steigender Lebenserwartung die Morbidität in der Bevölkerung zunimmt und es zu höheren Gesundheitsausgaben und einer Veränderung des Ausgabenprofils kommt. Die Kompressionsthese hingegen sagt, dass eine gestiegene Lebenserwartung nicht zu höheren durchschnittlichen Leistungsausgaben führt, weil die Ausgaben erst kurz vor dem Todeszeitpunkt sprunghaft ansteigen.²⁸ Letztlich müssen wir aber Voraussetzungen dafür schaffen, die Chance auf ein längeres Leben in positiver Weise zu nutzen, um Alter und Lebensqualität zu verknüpfen. Ein zentraler Punkt ist hierbei nicht nur der Einsatz

²⁴ Vgl. Welk, Bauer OP Management praktisch und effizient 2006 S. 6

²⁵ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit: <http://www.gbe-bund.de/> Statistik über die durchschnittliche Verweildauer aller Diagnosen

²⁶ Vgl. Arnold, Klauber, Schellschmidt Krankenhausreport 2001 S.51-55

²⁷ Vgl. Kreienbrock, Schach Epidemiologische Methoden 4. Auflage 2005 S. 1

²⁸ Vgl. für beide Thesen Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Koordination und Qualität im Gesundheitswesen Band I, 2005 S. 81-85

modernster Medizin, um bis ins hohe Alter körperlich und geistig aktiv und damit selbständig zu bleiben, sondern Prävention zur Vorbeugung und Verhütung von Krankheiten. Prävention erhöht Lebensqualität und Mobilität und kann das Risiko senken, im Alter auf langzeitige Pflege angewiesen zu sein.²⁹

2.2.2 medizinischer und technologischer Fortschritt

Neben der demographischen Entwicklung wird der medizintechnologische Fortschritt als zweiter Hauptgrund für den stetigen Anstieg der Gesundheitsausgaben angesehen. Beide können jedoch nicht losgelöst voneinander betrachtet werden. So begünstigt eine innovative fortschrittliche Medizin die Alterung der Bevölkerung. Dies hat höhere Ausgaben in der Gesundheitsbranche zur Folge, aus denen wiederum medizintechnologische Entwicklungen gefördert werden.³⁰ Das zunehmende Auftreten altersbedingter Diagnosen gibt zusätzliche Impulse für technologische Neuerungen.³¹ Durch innovative Verfahren im diagnostischen Bereich können Krankheitsbilder frühzeitig erkannt und therapiert werden. Problematisch ist hierbei, dass durch fehlendes Kostenbewusstsein bei Patienten und Ärzten mit einer Erhöhung des Angebots innovativer Diagnostik auch eine erhöhte Nachfrage mit zum Teil fraglicher Indikation einhergeht. Krankenhäuser befinden sich in der Zwickmühle, bei begrenzten Budgets im Rahmen des Wettbewerbs mit technologischer Entwicklung und Nachfrage mitzuhalten.³² Der Einsatz zum Teil minimal invasiver Behandlungsverfahren kann die Lebensqualität und Lebenserwartung erhöhen. Sie sind ein geeignetes Mittel, um die durchschnittliche Krankenhausverweildauer zu verringern und damit die Gesundheitsausgaben zu senken. Darüber hinaus ermöglichen sie es, eine große Anzahl von Behandlung in den ambulanten Versorgungsbereich zu verlagern oder durch moderne Diagnose und Therapieverfahren komplizierte Eingriffe gänzlich zu vermeiden.³³ Als Beispiele hierfür können Leistenbruch- und Krampfader-Operationen oder der Einsatz von Stammzelltherapien und Chemotherapeutika bei Krebs- beziehungsweise Tumorerkrankungen gelten. Bei den Ausgaben für Pharmazeutika belegt Deutschland im internationalen Vergleich nach den USA, Frankreich, Italien und

²⁹ Vgl. Heinz Kölking DRG und Strukturwandel in der Gesundheitswirtschaft 2007 S.26

³⁰ Vgl. Henke, Reimers http://www.wm.tu-berlin.de/fileadmin/f8/wiwidok/diskussionspapiere_wiwidok/dpa08-2006.pdf 2006 S.13

³¹ Vgl. Diss. Claudia Rohde Strategische Planung in Krankenhausunternehmen 2006 S.21

³² Vgl. Welk, Bauer OP Management praktisch und effizient 2006 S. 4f

³³ Vgl. Welk, Bauer OP Management praktisch und effizient 2006 S. 6

Kanada mit 30,7 Mrd. € im Jahr 2009 den 5. Platz.³⁴ Um ein Ausufernd der Kosten in diesem Bereich zu begrenzen, wurden durch verschiedene Bundesregierungen in den letzten Jahren zahlreiche Gesetzesänderungen auf den Weg gebracht.³⁵ Dies hatte u. a. zur Folge, dass Patienten einen Eigenanteil zu den Medikamentenkosten zu leisten haben. Zunächst wurden Budgets reglementiert und begrenzt, später abgeschafft und durch Ausgabenvolumina und Zielvereinbarungen ersetzt, deren Überschreiten Auswirkungen auf die Honorarverhandlungen der verordnenden Ärzte hatte. Zusätzlich wurden Kosten-Nutzen-Profile für Arzneimittel festgelegt und Festbeträge für Analogpräparate eingeführt. Der Wettbewerb unter den Apotheken wurde durch die Genehmigung des Versandhandels für Medikamente gestärkt. Bonus-Malus-Regelungen bei Überschreiten festgelegter Tagestherapiesätze sollten das Kostenbewusstsein der Ärzte steigern. Die Krankenkassen wurden in die Lage versetzt, Rahmenverträge mit den Pharmaherstellern abzuschließen, um ihre Ausgaben in diesem Bereich zu reduzieren. Eine Reihe von Reformen, die allesamt nur kurzfristig in der Lage waren, die Arzneimittelkosten zu senken beziehungsweise einen weiteren Anstieg zu vermeiden. Im Rahmen der letzten Gesundheitsreform im Jahr 2011 wurden nun ein Arzneimittel-Preisstopp bis 2013 festgeschrieben und ein gesetzlich vorgeschriebener Rabatt von 16% eingeführt, den die Pharmaunternehmen auf Medikamente mit Patentschutz ohne Festpreisregelung gewähren müssen. Ob diese Maßnahmen erfolgreich sein werden, um zukünftig die Kosten für Arzneimittelausgaben zu begrenzen, bleibt abzuwarten.³⁶ Ohne die Einführung ökonomischer Anreize, zugunsten kostensparender Innovationen, im Vergleich zur übermäßigen Produktion von kostenverursachenden Innovationen wird der medizinisch-technische Fortschritt nicht in der Lage sein, sich durch seine eigenen Effizienzsteigerungen selbst zu finanzieren.³⁷

³⁴ Vgl. Bundesverband der Pharmaindustrie <http://www.bpi.de/info-und-service/publikationen/informationsmedien/>

³⁵ Vgl. GKV-Gesundheitsreformgesetz –GKV-GRG 2000, Arzneimittelausgabenbegrenzungsgesetz – AABG 2001, Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetz-ABAG 2002, GKV – Modernisierungsgesetz – GMG 2004, Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz – AVWG 2006,

³⁶ Vgl. Gesundheitsreformgesetz 2011

³⁷ Vgl. Henke, Reimers http://www.wm.tu-berlin.de/fileadmin/f8/wiwidok/diskussionspapiere_wiwidok/dpa08-2006.pdf 2006 S. 13

2.2.3 Einführung des diagnosebezogenen Vergütungssystems auf Basis der DRG im teilstationären und stationären Bereich der Krankenhäuser

Im Kontext vieler Veränderungen, sowohl gesetzlicher Rahmenbedingung als auch neuer Formen der Leistungserbringung, Leistungsvereinbarung und Leistungsabrechnung mit zum Teil erheblichen strukturellen Wirkungen, war die Einführung der Diagnosis Related Groups (DRGs) der größte Einschnitt der vergangenen Jahre.³⁸ Hier soll ein kurzer Überblick über die entscheidende Änderung gegeben werden. Ab dem 01.01.2003 konnte das DRG-System von den Krankenhäusern zunächst auf freiwilliger Basis genutzt werden. Ab dem 01.01.2004 galt es als verbindliche Grundlage zur Abrechnung der erbrachten Leistungen. Es wurde hierbei das traditionelle Kostenerstattungsprinzip nach tagesgleichen Pflegesätzen abgelöst durch eine Kostenerstattung auf Basis von Fallpauschalen, also Entgelten, die auf Diagnosen bezogen sind.³⁹ Die in Deutschland verwandten German Diagnosis Related Groups (G-DRGs) ergeben sich aus der Verschlüsselung von Diagnosen im „International Classification of Diseases and Related Health Problems“ Katalog (ICD-10-GM Version 2011) und Maßnahmen und Prozeduren im Operationenschlüssel-Katalog (OPS Version 2011). Des Weiteren wurden auf Grundlage der bis 2003 bestehenden Budgets der Kliniken hausspezifische Basisfallwerte verhandelt. Diese werden mit den für die einzelnen Diagnosen und Prozeduren im G-DRG- und OPS-Katalog bestimmten Entgelten sowie den geleisteten Fallzahlen multipliziert und ergeben die Vergütung der von den Krankenhäusern erbrachten Leistungen.⁴⁰ Ab dem Jahr 2005 wurden landeseinheitliche Basisfallwerte festgelegt. In der Konvergenzphase, beginnend im Jahr 2004 bis zum Jahr 2010, wurde den Krankenhäusern ein Lern- und Anpassungsprozess an das neue Abrechnungssystem ermöglicht. In dieser Zeit der Umstellung vom hausspezifischen auf den landeseinheitlichen Basisfallwert bekamen Kliniken, welche ihre Strukturen und Prozesse beziehungsweise ihre Ausgaben den neuen Gegebenheiten nicht ausreichend schnell anpassen konnten (vorwiegend universitäre Einrichtungen und Häuser der Maximalversorgung), einen

³⁸ Vgl. Heinz Kölking DRG und Strukturwandel in der Gesundheitswirtschaft 2007 S. 37

³⁹ Vgl. Saalfeld, Hohner, Wichels, Modernes Krankenhausmanagement 2. Auflage 2009 S. 19

⁴⁰ Vgl. InEK Institut www.g-drg.de, KHEntgG

Differenzausgleich.⁴¹ Durch diese Ausgleichszahlungen wurde verhindert, dass Kliniken, deren hausspezifischer Basisfallwert oberhalb des festgelegten landeseinheitlichen Basisfallwertes lag und die damit eine Unterdeckung der von ihnen erbrachten Leistungen erzielt hätten, in eine wirtschaftliche Schieflage gerieten. Dass es nach der Einführung des DRG-Systems nicht nur Gewinner gab, zeigt eine Umfrage zum Krankenhaus-Barometer im Jahr 2007. Demnach erwirtschafteten nur ~50% der Häuser mit mehr als 50 Betten einen Gewinn, während 15% ein ausgeglichenes Ergebnis erreichten und 28% Verluste schrieben.⁴²

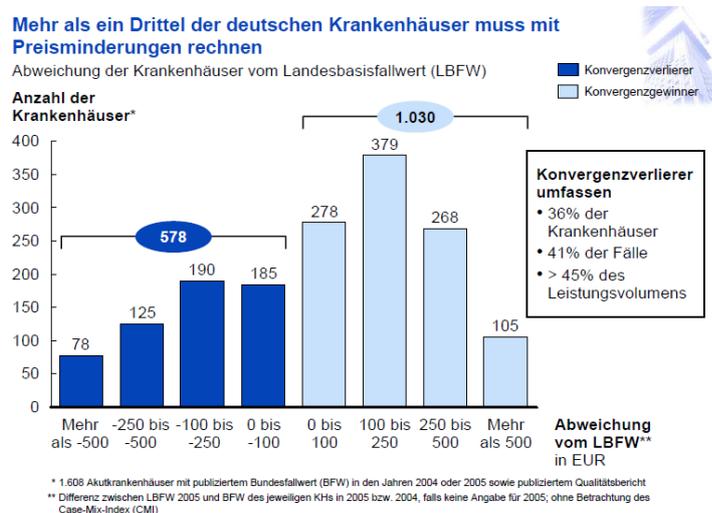


Abbildung 4: Verlierer/Gewinner nach der Einführung des landeseinheitlichen Basisfallwertes (LBFW) im Rahmen der DRG Einführung im Jahr 2004/2005 (Quelle: entnommen aus Saalfeld, Hehner, Wichels, Modernes Krankenhausmanagement, 2. Auflage 2009 S. 20)

Mit der Einführung dieses Vergütungssystem wurde beabsichtigt, die Transparenz und Vergleichbarkeit der Krankenhausleistungen zu erhöhen. Durch den so forcierten Wettbewerb und die einheitliche Bezahlung ihrer Leistungen sollten die Krankenhäuser zu Struktur- und Prozessoptimierungen angeregt werden, um vermutete Überkapazitäten abzubauen, die durchschnittliche Verweildauer zu senken und zukünftige Preissteigerungen im stationären Krankenhausbereich zu limitieren.

⁴¹ Vgl. McKinsey & Company Report http://www.mckinsey.de/downloads/presse/2006/060502_bb_praesentation_perspektiven_der_krankenhausesversorgung_in_deutschland.pdf 2005, AOK Bundesverband http://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/presse/psg/thema/psg_thema_0605.pdf 2005 S.5

⁴² Vgl. Saalfeld, Hehner, Wichels, Modernes Krankenhausmanagement 2. Auflage 2009 S. 17

2.3 Auswirkungen und Handlungsfelder für Krankenhäuser

Durch die Einführung der diagnosebasierten Fallpauschalen wurde den Krankenhäusern in Deutschland eine Produktivitätsrevolution verordnet.⁴³ Um unter dem Einfluss des entstandenen Wettbewerbs und sinkender Erlöse die zukünftige Wirtschaftlichkeit zu sichern, verschärfte sich der seit den 90er Jahren bestehende Trend, Krankenhausbetten abzubauen und Überkapazitäten zu reduzieren. Gab es im Jahr 1991 noch ~670.000 Krankenhausbetten in Deutschland, so sank deren Zahl bis zum Jahr 2009 um mehr als 25% auf nur noch ~503.000. Parallel hierzu verringerte sich die Zahl der Krankenhäuser nur um ~14% von 2411 im Jahr 1991 auf 2084 im Jahr 2009. In dieser Zeit stieg allerdings die Zahl der behandelten Fälle von 14,5 Mio. pro Jahr auf 17,8 Mio. an.⁴⁴ Möglich wurde dies hauptsächlich durch innovative Behandlungsverfahren, aber auch durch eine Anpassung der Strukturen und Prozesse im Krankenhaus, die der Einführung der Fallpauschalen in Deutschland geschuldet ist.⁴⁵ War es vor Einführung der DRGs oft so, dass Verwaltungsdirektoren und Chefarzte angehalten waren, die Auslastung mit bestehenden Patienten hoch zu halten, bis die Betten mit neuen Patienten belegt werden konnten, ist die Situation heute eher umgekehrt. Wirtschaftlich ist es nun, eine möglichst kurze effiziente Behandlung durchzuführen und frei werdende Betten rasch mit neuen Patienten zu füllen, um möglichst hohe Fallzahlen zu erreichen.⁴⁶ Dies spiegelt sich am Trend der durchschnittlichen Verweildauer im Krankenhaus wider. Lag diese im Jahr 1991 noch bei 14,0 Tagen, waren es 2002 vor DRG-Einführung nur noch 9,2 Tage. Seit 2003 ist eine weitere Reduktion auf 8,0 Tage im Jahr 2009 zu verzeichnen. Dass hier aber weiteres Potential besteht, zeigt der internationale Vergleich. Während der Durchschnitt der OECD Länder im Jahr 2007 eine mittlere Verweildauer von 6,8 Tagen zu verzeichnen hatte, waren es in Deutschland zu diesem Zeitpunkt 8,3 Tage.⁴⁷

⁴³ Vgl. Saalfeld, Hehner, Wichels, Modernes Krankenhausmanagement 2. Auflage 2009 S. 17

⁴⁴ Vgl. Statistisches Bundesamt Destatis Gesundheitsberichterstattung Bund 2010 www.gbe-bund.de

⁴⁵ Vgl. Welk, Bauer OP Management praktisch und effizient 2006 S. 6

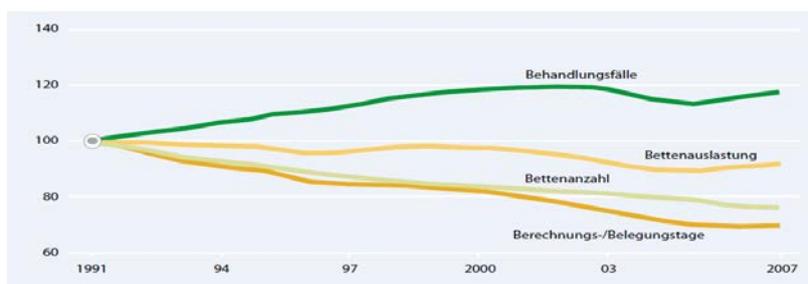
⁴⁶ Vgl. Saalfeld, Hehner, Wichels, Modernes Krankenhausmanagement 2. Auflage 2009 S. 21

⁴⁷ Vgl. Statistisches Bundesamt Gesundheitsberichterstattung Bund www.gbe-bund.de, OECD Public Health Data www.oecd.org

Tabelle 1: Krankenhausstatistik Deutschland (Vgl. Statistisches Bundesamt 2009)

Jahr	Krankenhäuser			Patientenbewegung				
	insgesamt	aufgestellte insgesamt	Betten Je 100.000 Einwohner	Fallzahl		Berechnungs- und Belegungstage Anzahl in 1000	durchschnittliche	
				Anzahl	Je 100.000 Einwohner		Verweildauer In Tagen	Bettenauslastung In Prozent
1991	2411	665565	832	14576613	18224	204204	14	84,1
1992	2381	646995	803	14974845	18581	198769	13,3	83,9
1993	2354	628658	774	15191174	18713	190741	12,6	83,1
1994	2337	618176	759	15497702	19034	186049	12	82,5
1995	2325	609123	746	15931168	19509	182627	11,5	82,1
1996	2269	593743	725	16165019	19739	175247	10,8	80,6
1997	2258	580425	707	16429031	20023	171837	10,5	81,1
1998	2263	571629	697	16847477	20538	171802	10,2	82,3
1999	2252	565268	689	17092707	20823	169696	9,9	82,2
2000	2242	559651	681	17262929	21004	167789	9,7	81,9
2001	2240	552680	671	17325083	21041	163536	9,4	81,1
2002	2221	547284	664	17432272	21135	159937	9,2	80,1
2003	2197	541901	657	17295910	20960	153518	8,9	77,6
2004	2166	531333	644	16801649	20365	146746	8,7	75,5
2005	2139	523824	635	16539398	20056	143244	8,7	74,9
2006	2104	510767	620	16832883	20437	142251	8,5	76,3
2007	2087	506954	616	17178573	20883	142893	8,3	77,2
2008	2083	503360	613	17159579	21297	142535	8,1	77,4
2009	2084	503341	615	17817180	21761	142414	8,0	77,5

Abbildung 5: Grafische Darstellung der Entwicklung der Krankenhausstatistik (Quelle: Destatis 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung)



Einen sehr großen Einfluss auf die Herausforderungen in der Krankenhauslandschaft hat die Wirkung der veränderten Anreize. Beispielfähig sollen hier einige der zukünftigen Handlungsfelder genannt werden. Im Streben, Kosten zu reduzieren sowie die Effektivität und Effizienz zu steigern, müssen bestehende Ressourcen besser genutzt werden. Dies gilt vor allem mit Blick auf die Personalentwicklung, da dieser Bereich mit ca. 64% den größten Ausgabenfaktor im Krankenhaus darstellt.⁴⁸ Die Grundlage der Arbeitsorganisation sind loyale, geschulte und motivierte Arbeitnehmer. Die Schaffung von neuen Anreizstrukturen in Form von familienentlastenden Einrichtungen oder differenzierten Arbeitszeit- und Weiterbildungsmodellen sind nur einige Herausforderungen in diesem Bereich. Wichtig für den nachhaltigen Unternehmenserfolg ist es, gute Leute zu halten und deren Entwicklung zu unterstützen, um Arbeitszufriedenheit entstehen zu lassen und adäquaten Personaleinsatz zu ermöglichen.⁴⁹ Um die komplexen Prozesse im Krankenhaus darzustellen und zu optimieren, sind oft zunächst hohe Investitionen in bauliche oder infrastrukturelle Gegebenheiten wie EDV notwendig.⁵⁰ Angesichts leerer Kassen dürfte die öffentliche Hand dazu aber kaum noch *im Stande* sein. Dies stellt die Krankenhausträger vor die Herausforderung, ihre Investitionsmittel zukünftig selbst zu erwirtschaften.⁵¹ Eine weitere Aufgabe ist es, das Behandlungsziel mit möglichst wenig Aufwand zu erreichen. Dies stellt hohe Anforderungen an alle Beteiligten, sowohl Mitarbeiter als auch Patienten. Das Minimieren oder gänzliche Beseitigen von Schnittstellen zur Vereinfachung von Abläufen und eine möglichst standardisierte Patientenbehandlung können hierbei Sach- und Personalkosten des Krankenhauses senken. Als Beispiel kann das Implementieren sogenannter Clinical Pathways gelten.⁵² Die Bemühungen, Abläufe zu optimieren und Kosten zu senken, um Effektivität und Effizienz zu steigern, dürfen jedoch nicht mit den Qualitätszielen in Konflikt geraten.⁵³ Eine qualitativ hochwertige Behandlung und die Vermeidung von Fehlern und Komplikationen tragen zur schnellen Entlassung des Patienten bei und haben somit einen erheblichen wirtschaftlichen Einfluss. Qualität kann in vielerlei Hinsicht zum Erfolgsfaktor für das Krankenhaus werden. Der Gesetzgeber hat dem, mit der in §135a SGB V

⁴⁸ Vgl. Klauber, Geraedts, Friedrich Krankenhaus-Report 2010 S.82

⁴⁹ Vgl. Debantin, Ekkernkamp, Schulte, Krankenhausmanagement 2010 S. 144

⁵⁰ Vgl. Heinz Kölking DRG und Strukturwandel in der Gesundheitswirtschaft 2007 S. 39

⁵¹ Vgl. Saalfeld, Hehner, Wichels, Modernes Krankenhausmanagement 2.Auflage 2009 S. 23

⁵² Vgl. Albrecht, Töpfer, erfolgreiches Changemanagement im Krankenhaus 2006 S.118

⁵³ Vgl. Heinz Kölking DRG und Strukturwandel in der Gesundheitswirtschaft 2007 S. 38

festgeschriebenen Verpflichtung zur Durchführung von internen und externen Qualitätssicherungsmaßnahmen Rechnung getragen. Die Messung und Aufbereitung der in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser veröffentlichten Daten wird seit dem Jahr 2010 vom AQUA-Institut wahrgenommen, um die sektorenübergreifende Versorgungsqualität darzustellen.⁵⁴ Darüber hinaus kann mit der Zertifizierung eines erreichten Qualitätsniveaus eine positive Außenwirkung bei Patienten, Einweisern und Vertragspartnern sowie Medizintechnikunternehmen und Krankenkassen erzielt werden. Dies eröffnet die Möglichkeit, sich nachweislich von Wettbewerbern zu differenzieren.⁵⁵ Neben internen Anpassungen müssen Krankenhäuser im Zuge der Strategieentwicklung aber auch Überlegungen anstellen, wie sie sich zukünftig am Markt ausrichten und ihre Wettbewerbsposition stärken. Zweckmäßig kann es in diesem Zusammenhang sein, strategische Kooperationen auf Trägerebene einzugehen, niedergelassene Ärzte einzubinden oder medizinische Versorgungszentren zu integrieren.⁵⁶ Bei den anstehenden Veränderungen in der deutschen Krankenhauslandschaft geht es nicht nur um strukturelle und prozessbezogene Veränderungen sowie inhaltliche Verbesserungen, sondern es muss ein generelles Umdenken stattfinden mit dem Wandel der Unternehmenskultur vom mehr oder minder öffentlich finanzierten Krankenhaus hin zum kostendeckend wirtschaftenden und selbständig agierenden Gesundheitsdienstleister. Dieser Transformationsprozess erfordert Führungsstrukturen mit Managementfähigkeiten, die die spezifische Ausgangssituation richtig analysieren und bewerten, den konkreten Handlungsbedarf ableiten und marktbezogene Anpassungen mit Augenmaß vollziehen.⁵⁷

3 Management und Führungsstrukturen im Krankenhaus

In der allgemeinen Darstellung von Management unterscheidet man zwischen Management im institutionellen Sinn und Management im funktionalen Sinn. Management im institutionellen Sinn umschreibt ein Gruppe von Menschen, die innerhalb der Organisation mit Anweisungsbefugnis vertraut sind. Demgegenüber beschreibt Management im funktionalen Sinn bestimmte Handlungen zur Steuerung

⁵⁴ Vgl. Busse Schreyögg, Tiemann Management im Gesundheitswesen 2. Auflage 2010 S. 15

⁵⁵ Vgl. Albrecht, Töpfer Erfolgreiches Changemanagement im Krankenhaus 2006 S.382/383

⁵⁶ Vgl. Kölking, DRG und Strukturwandel in der Gesundheitswirtschaft 2007 S. 51

⁵⁷ Vgl. Albrecht, Töpfer Erfolgreiches Changemanagement im Krankenhaus 2006 S.35
Vgl. Saalfeld, Hehner, Wichels, Modernes Krankenhausmanagement 2009 S. 25

von Prozessen im Unternehmen, die unabhängig von Personen sind. Die Funktionen des Managements sind die Planung, die Organisation, die Steuerung des Personaleinsatzes sowie die Führung und Kontrolle im Unternehmen.⁵⁸ Um ein effektives und effizientes Management zu ermöglichen, müssen Führungskräfte über bestimmte Fähigkeiten und Schlüsselkompetenzen verfügen. Sie müssen zunächst über die technische Kompetenz verfügen, welche umschreibt, dass Sie das Wissen sowie bestimmte Methoden und Techniken im konkreten Fall anwenden können. Die zweite wichtige Fähigkeit ist die soziale Kompetenz, die ein ausgeprägtes Verständnis für interkulturelle Zusammenhänge ebenso umfasst wie Kooperationsbereitschaft. Die letzte in diesem Kontext genannte Fähigkeit ist die konzeptionelle Kompetenz. Sie sagt aus, dass komplexe Sachverhalte schnell aufgenommen und strukturiert werden können, und beinhaltet die Fähigkeit, diese in konkrete Handlungsanweisungen umzusetzen.⁵⁹

3.1 Management im Krankenhaus

Übertragen auf das Management von Krankenhäusern bedeutet dies, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die finanziellen Rahmenbedingungen sowie die Prozesse so koordiniert und geplant werden, dass mithilfe geeigneter Abläufe und Strukturen innerhalb der gesetzlichen Vorgaben bestimmte Ergebnisse erzielt werden. Teil dieses Managementprozesses ist die Führung, also die direkte Einflussnahme auf Menschen.⁶⁰ Als Ergebnis kann je nach Ausrichtung des Krankenhauses ein möglichst hoher Output an Gesundheitsleistung bei gegebenem Ressourceneinsatz oder aber ein gegebener Output an Gesundheitsleistungen bei minimalem Ressourceneinsatz gelten.⁶¹ Die Organisation und Aufrechterhaltung des Geschäftsbetriebes war bis vor kurzem eher Verwaltungs- als Managementaufgabe. Da bei ordnungsgemäßem Kostennachweis durch das Selbstkostendeckungsprinzip Sach- und Personalaufwand durch die Krankenkassen übernommen wurden, blieb die Effizienz der Abläufe und die Qualität der erbrachten Leistung unberücksichtigt. Das hatte zur Folge, dass es für wirtschaftliches Handeln kaum Anreize gab und strategische Planung in den Hintergrund rückte. Durch die Veränderungen der Vergütungsstruktur hat sich seit dem Jahr 2004 die Wettbewerbssituation auf dem

⁵⁸ Vgl. Busse, Schreyögg, Tiemann, Management im Gesundheitswesen 2.Auflage 2010 S. 3

⁵⁹ Vgl. Steinmann, Schreyögg, Management 6.Auflage 2005 S.23

⁶⁰ Vgl. Stadelhofer, Klinikmanagement 2001 S.18

⁶¹ Vgl. Busse, Schreyögg, Tiemann, Management im Gesundheitswesen 2.Auflage 2010 S. 10

Krankenhausmarkt deutlich verschärft. Gut gemanagte Krankenhäuser werden mit hohen Renditen belohnt, während schlecht wirtschaftende in ihrer Existenz bedroht sind. Dies hat zu einer grundlegenden Neuordnung der Führungs- und Organisationsstrukturen im Krankenhaus geführt.⁶²

3.1.1 Organisations- und Führungsstruktur im Krankenhaus

Der Begriff „Organisationsstruktur“ umschreibt die Gesamtheit aller bestehenden organisatorischen Regeln und gibt an, welche Handlungsbeziehungen zwischen den einzelnen Unternehmensbereichen bestehen und auf welche Weise sie ihre Aktivitäten an übergeordneten Unternehmenszielen ausrichten. Unter Führungsstruktur versteht man die Wechselbeziehungen zwischen Führung und der zu leitenden Einheit. Diese beinhaltet die Persönlichkeit des Vorgesetzten mit seinen Führungskompetenzen sowie die Persönlichkeitsstruktur der zu führenden Mitarbeiter, wie beispielsweise Erwartungen und Bedürfnisse in der eigenen Person und in der Gruppe. Des Weiteren gibt sie Aufschluss über Aufbau und Funktion der zu leitenden Einheit in Bezug auf die Organisationsstruktur sowie die Art ihrer Aufgaben. Alle diese Interaktionen werden in verschiedenen Führungsmodellen zusammengefasst, welche unterschiedliche, aufeinander abgestimmte Führungsstile und -theorien beinhalten.⁶³ Der Aufbau von Organisations- und Führungsstruktur richtet sich dabei an der Charakteristik des Krankenhausumfeldes aus sowie an strategischen Geschäftsfeldern und Märkten und Teilmärkten des Krankenhauses. Die Organisationsstruktur selbst ist hierbei von der Entscheidungsautonomie der Klinik, dem Grad ihrer Spezialisierung, durch die Beziehung der Aufgaben zu den Stellen untereinander und den Weisungs- und Kommunikationslinien im Unternehmen charakterisiert. Im Krankenhausunternehmen trifft man vorwiegend eine Unterscheidung zwischen Aufbau- und Ablauforganisation.⁶⁴ Aufbauorganisation umschreibt dabei die hierarchische Beschaffenheit und Aufteilung der Krankenhausstrukturen in organisatorische Einheiten, Abteilungen und Stellen und schafft die Rahmenbedingung, wer mit welchen Sachmitteln welche Aufgaben zu bewältigen hat. Als Ablauforganisation bezeichnet man hingegen die Ausstattung und Disposition von personellen und materiellen Ressourcen auf die

⁶² Vgl. Saalfeld, Hehner, Wichels, Modernes Krankenhausmanagement 2. Auflage 2009 S. 28

⁶³ Vgl. Diss. Claudia Rohde, Strategische Planung im Krankenhausunternehmen 2005 S. 69

⁶⁴ Vgl. Kräkel, Organisation und Management 2. Auflage 2004 S. 77

ermittelten klinischen Leistungs- und Arbeitsprozesse.⁶⁵ Das traditionelle Bild der Aufbauorganisation im Krankenhaus umfasste bisher die Teilung nach Berufsgruppen in den ärztlichen und pflegerischen Bereich sowie den administrativen Verwaltungsbereich, mit Konzentration der Verantwortung in der Geschäftsleitung. Das Problem hierbei ist die Trennung aller Zuständigkeiten und Entscheidungskompetenzen auf Geschäftsführungsebene bei gleichzeitig bestehender Trennung von operativer und wirtschaftlicher Verantwortung. So werden die Umsätze und Kosten vor allem im klinischen Bereich verursacht, wobei die ökonomische Verantwortung hierüber beim kaufmännischen Leiter liegt.⁶⁶ Im Zuge der veränderten Wettbewerbsbedingungen und bei marktwirtschaftlichem Umfeld findet aber zunehmend eine Neuordnung der Führungs- und Organisationsstrukturen statt. Neben Ausgründung und Verselbständigung von nicht-medizinischen Serviceleistungen richtet man die Krankenhausstruktur zunehmend auf bereichsübergreifende Zusammenarbeit aus.⁶⁷ Dabei orientiert sich die Struktur der Organisation durch die gedankliche Trennung in strategische Geschäftsfelder und klinische Geschäftseinheiten zukünftig mehr an den klinischen Leistungsprozessen und lockert die klassische Dominanz von Fachabteilungen und Professionen. Diese Neuausrichtung führt zu einer Dezentralisierung der Aufbau- und Ablauforganisation. Es kommt zu einer Konzentration bestimmter Patientengruppen, eines bestimmten Marktsegmentes oder aus mehreren Einzelleistungen zusammengesetzter Leistungspakete in Erfolgs-, Ergebnis- oder Profitcentern beziehungsweise zur Bildung sogenannter ergebnisorientierter medizinischer Leistungszentren. Hierbei wird die Entscheidungskompetenz der Krankenhausführung mit Produkt-, Qualitäts-, Budget- und Ergebnisverantwortung auf die Entscheidungsträger dieser klinischen Geschäftseinheiten delegiert. Das Ziel dieser Strukturierung ist es, jedem Geschäftsfeld eine eigene Strategie zuweisen zu können und durch die in den Zentren gesteigerte Eigenverantwortung die Effektivität, Effizienz und die leistungsbezogene Wertschöpfung zu erhöhen.⁶⁸ Dadurch, dass die Entscheider dieser selbststeuerungsfähigen Organisationseinheiten mit den Themen des Tagesgeschäfts fortlaufend befasst sind, kann bei entsprechender Sachkompetenz die Handlungsgeschwindigkeit und damit Flexibilität

⁶⁵ Vgl. Diss. Claudia Rohde, Strategische Planung im Krankenhausunternehmen 2005 S. 69

⁶⁶ Vgl. Saalfeld, Hehner, Wichels, Modernes Krankenhausmanagement 2. Auflage 2009 S. 36

⁶⁷ Vgl. Saalfeld, Hehner, Wichels, Modernes Krankenhausmanagement 2. Auflage 2009 S. 28

⁶⁸ Vgl. Diss. Claudia Rohde, Strategische Planung im Krankenhausunternehmen 2005 S. 71/72

der Organisation verbessert sowie die Qualität der Entscheidungen erhöht werden. Die Verlagerung der Führungsverantwortung von der Geschäftsführung als erster Führungsebene in die Geschäftseinheiten als zweiter Führungsebene macht auch eine Neuregelung deren Beziehung zueinander notwendig. Dazu müssen zunächst die Aufgaben der Geschäftsführung neu definiert werden. Deren Aktivitäten konzentrieren sich zukünftig schwerpunktmäßig auf:

- das Definieren und Implementieren der Ziele des Krankenhauses
- die Ausarbeitung und Umsetzung verbindlicher Handlungspläne, die das Erreichen dieser Ziele möglich machen.
- die Verteilung der notwendigen Personal- und Sachressourcen auf die verschiedenen Geschäftseinheiten.
- die Sicherstellung eines transparenten Informations- und Berichtswesens.

Wenn diese neue Führungsorganisation erfolgreich sein und Bestand haben soll, ist es wichtig, neben diesen Hauptaufgaben zu klären, wie sich der Dialog zwischen erster und zweiter Führungsebene im Einzelnen gestaltet. Die zwingenden Fragen sind hierbei:

- In welchem Maß will die Geschäftsführung zukünftig Einfluss auf die Führung und den Prozess der Entscheidungsfindung in den Zentren ausüben?
- Welche Freiheiten soll die Zentrumsleitung bezüglich operativer und strategischer Entscheidungen der Geschäftseinheit erhalten?
- Wie ist/wird das bereichsübergreifende Zusammenwirken der einzelnen Zentren untereinander geregelt?
- Wie verhält sich die Geschäftsführung, und welche Handlungsmöglichkeiten nimmt sie bei Konflikten auf Zentrumsebene wahr?

Zur Zeit wird vielerorts mit verschiedenen Organisationsstrukturen experimentiert, wobei eine den anderen prinzipiell überlegene Struktur sich bisher nicht herauskristallisiert hat. Das traditionelle Dreigestirn aus ärztlichem Dienst, Pflegedienst und administrativem Bereich mit Konzentration der Entscheidungen auf Direktionsebene kann aber dennoch als Auslaufmodell bezeichnet werden, da es in keiner Weise der spezifischen Situation, der Größe und der Komplexität eines Krankenhauses gerecht wird. Da die Ausgangssituation in jedem Haus unterschiedlich ist, ist es ein Irrglaube, dass

eine Organisationsstruktur für alle Krankenhäuser gleichermaßen vorteilhaft ist. Die Führungsorganisation muss so gewählt werden, dass ein Erreichen der gesetzten Ziele jeweils optimal gefördert wird. Bestimmt durch die unterschiedliche Ausgangslage und Zielsetzung der Häuser, müssen sich auch die Organisations- und Führungsstrukturen in ihnen von Haus zu Haus unterscheiden.⁶⁹

3.1.2 Führen über Ziele und Zielvereinbarungen – Strategisches Management

Im Zuge der Neuordnung von Organisations- und Führungsstrukturen im modernen Krankenhausunternehmen darf sich Führung nicht mehr nur auf grobe Richtungsvorgaben und operative Einzelanweisung beschränken. Um sich den ständig wechselnden Markt- und Wettbewerbsbedingungen anzupassen, ist das Führen durch Ziele und Zielvereinbarungen zum unerlässlichen Managementinstrument geworden.⁷⁰ Hierzu ist es notwendig, strategische Ziele des Krankenhauses festzulegen. Strategie ist in diesem Zusammenhang nicht kongruent mit Vision, Mission oder Leitbild, sondern sie ist das Folgeprodukt aus diesen mit dem Fokus auf festgelegte Maßnahmen zur Erreichung der strategischen Ziele.⁷¹ Als solche Ziele können beispielsweise die Verkürzung der Verweildauer oder die Erfüllung bestimmter Qualitätskriterien definiert werden, eventuell mit Bezug auf einzelne klinische Bereiche oder Leistungsangebote in Form von Sachzielen. Sachziele besitzen oft einen Instrumentalcharakter und dienen der Erfüllung von Formalzielen, wie dem Erreichen wirtschaftlicher Gewinn- oder Umsatzziele. Für selbstverantwortlich agierende Krankenhäuser ist das strategische Leitziel, eine hochwertige medizinische Versorgung und die Wirtschaftlichkeit des Krankenhausbetriebes gleichermaßen sicherzustellen. Hierbei ist zu beachten, dass beide Teilziele einander bedingen. So ist es einerseits nur bei einer kontinuierlich kostendeckenden Erlössituation möglich, eine hochwertige medizinische Versorgung zu realisieren, andererseits ist es nur mit einer qualitativ hochwertigen Behandlung möglich, hohe Fallzahlen zu

⁶⁹ Vgl. Saalfeld, Hehner, Wichels, Modernes Krankenhausmanagement 2. Auflage 2009 S. 36/37

⁷⁰ Vgl. Saalfeld, Hehner, Wichels, Modernes Krankenhausmanagement 2. Auflage 2009 S. 28

⁷¹ Vgl. Debatin, Ekkernkamp, Schulte, Krankenhausmanagement 2010 S.69

generieren, um den wirtschaftlichen Betrieb zu sichern.⁷² Ein weiteres übergeordnetes strategisches Ziel muss es sein, attraktive Bedingungen für Mitarbeiter zu etablieren, denn diese sind für die Umsetzung der Strategie entscheidend.⁷³ Sinnvoll ist es, verschiedene Zeithorizonte für die strategische Planung festzulegen. So wird in der Regel eine mittelfristige Wirtschaftsplanung von einem Jahr durch eine eher langfristige 3-5-Jahresplanung ergänzt. Diese sollte sich jedoch nicht an retrospektiven Daten orientieren, sondern eine Projektion auf ein zu erreichendes Ziel abgeben. Für das Ableiten von Verbesserungspotenzialen und Zielwerten steht bundesweit eine Reihe etablierter Analyseinstrumente zur Verfügung, mit deren Hilfe sich Potenziale, Maßnahmenideen und schließlich Zielwerte definieren lassen. So ist es zum Beispiel möglich, auf der Basis der vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) erhobenen Daten, Benchmarkingvergleiche differenziert nach Kostenarten wie Personal-, Sach- oder auch Infrastrukturkosten anzustellen. Der eigentliche Strategieprozess besteht nun darin, die Ziele des Krankenhauses schrittweise zu operationalisieren und zu detaillieren. Hierbei werden die durch die Geschäftsleitung sowohl für das Krankenhaus als auch für Organisationseinheiten von oben nach unten (top-down) vorgegebenen strategischen Grobziele schrittweise durch die verantwortlichen Abteilungen und Funktionen von unten nach oben (bottom-up) detailliert und konkrete Detailziele festgelegt. In Zielvereinbarungsgesprächen muss eine Planungskongruenz zwischen Geschäftsführung, Chefärzten und nachgeordneten Abteilungsleitern hergestellt werden. Die Kommunikation der Zielvereinbarungen ist ein wichtiges Instrument und hat entscheidenden Einfluss auf ein strategiekonformes Handeln der Mitarbeiter, weil sie die gemeinsame Planung erst valide macht und die nötige Akzeptanz für deren Umsetzung schafft. Vor allem bei Veränderungen und Unsicherheit, ist das Führen mit Zielen als strategisches Managementinstrument unverzichtbar geworden. Es ermöglicht eine zielbezogene Ausrichtung des operativen Geschäfts, kann übertrieben unkontrollierten Aktionismus vermindern und erleichtert erforderliche Anpassungsmaßnahmen durch eine rationale, zukunftsorientierte Entscheidungsfindung. Eine effektive Strategie, welche die ressourcenbezogene

⁷² Vgl. Saalfeld, Hehner, Wichels, Modernes Krankenhausmanagement 2. Auflage 2009 S. 29

⁷³ Vgl. Debatin, Ekkernkamp, Schulte, Krankenhausmanagement 2010 S.73

und die wettbewerbsbezogene Sicht zusammenführt, bildet die Grundlage, einen Nutzen für Patienten und Krankenhaus zu ermöglichen.⁷⁴ Durch die zielorientierte Koordination der Teilsysteme Information, Planung, Organisation, Personalführung und Kontrolle steht dieses Steuerungssystem im Dienste einer erfolgreichen Unternehmensleitung.⁷⁵

3.1.2 Mit Kennzahlen steuern - Operatives Management

Gegenüber der eher mittel- bis langfristig angelegten strategischen Planung, hat das operative Management kurzfristige Planungs-, Steuerungs- und Überwachungsfunktion und überprüft die strategische Planung hinsichtlich Eignung und Alternativen. Die operative Steuerung, auch operatives Controlling genannt, soll Entscheidungs- und Führungshilfe sein und muss die organisatorischen Gliederungsmerkmale des Krankenhauses wie Trennung von Funktionen und Abteilungen sowie die Kostenstellenstruktur abbilden.⁷⁶ Bedingt durch die zunehmende Dezentralisierung der Führungsorganisation ändert sich auch der Adressatenkreis, an den sich das Berichtswesen und das operative Controlling richten. Die als eigenständige betriebswirtschaftliche Geschäftseinheiten geführten Profit- und Costcenter, die immer öfter über Zielvereinbarungen geführt werden, benötigen notwendige und steuerungsrelevante Daten. Die Verlagerung der Verantwortung im Rahmen der Dezentralisierung muss sich also auch im Berichtswesen und Controlling fortsetzen, die Kennzahlen nicht mehr ausschließlich der Verwaltung zur Verfügung stellen. Aus den getroffenen Zielvereinbarungen der Unternehmensführung müssen konkret quantifizierbare sowie zeitnah zu verfolgende Kenngrößen für die einzelnen Geschäfts- und Organisationseinheiten abgeleitet werden. Hierfür ist es notwendig, ein leistungsstarkes, nutzerorientiertes Kennzahlensystem zu implementieren und die Sensibilität zu entwickeln, die für die entsprechenden Adressatengruppen wichtigen Kernsteuerungsparameter und Kernkennzahlen herauszufiltern und bereitzustellen.⁷⁷ Das vielerorts bestehende Berichtswesen wird den Nutzern oft nur bedingt gerecht, weil es Informationen bereitstellt, die häufig zu

⁷⁴ Vgl. Conrad, Wirtschaftliche Steuerung von Krankenhäusern 2010 S. 12

⁷⁵ Vgl. Wöhe, Einführung in die Allgemeine Betriebswirtschaftslehre 21. Auflage 2002 S. 137

⁷⁶ Vgl. Conrad, Wirtschaftliche Steuerung von Krankenhäusern 2010 S. 17

⁷⁷ Vgl. Saalfeld, Hehner, Wichels, Modernes Krankenhausmanagement 2. Auflage 2010 S. 42

umfangreich, von den Zielvereinbarungen der einzelnen Zentren losgelöst oder nicht aktuell sind. Aus diesem Grund müssen die Kriterien eines adressatengerechten Kennzahlensystems klar definiert sein. Im Folgenden werden einige Anforderungen genannt:

- Die Kennzahlen müssen mit einem entsprechenden Unternehmensziel verknüpfbar sein, um nur relevante Daten zu verfolgen.
- Jede Kennzahl muss auf einen vordefinierten Zielwert und eine Handlungsreaktion verweisen, um das Gesamt-Unternehmensergebnis erreichen zu können und Maßnahmen abzuleiten.
- Es werden nur für den Adressaten relevante Daten berichtet, die in einer klar erkennbaren Beziehung zum verantworteten Leistungsbereich stehen.
- Sämtliche Kennzahlen müssen vom Adressaten beeinflussbar sein.
- Alle berichteten Kennzahlen müssen aktuell und kontinuierlich erfassbar sein und ohne Verzögerung zur Verfügung gestellt werden.

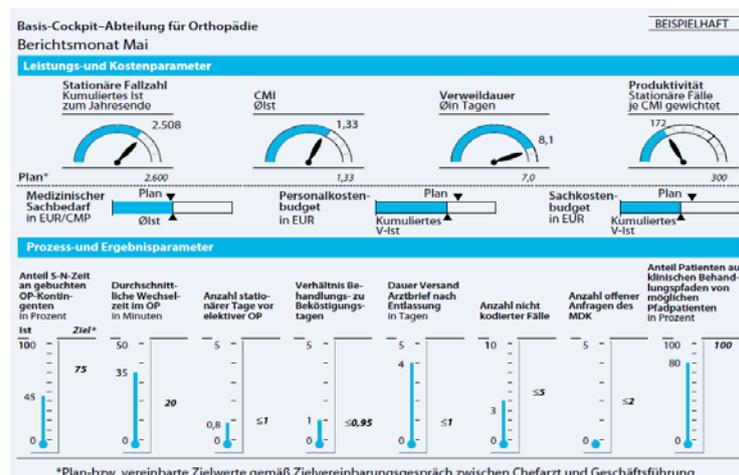


Abbildung 6: Abbildung eines Basis-Cockpits einer Orthopädischen Abteilung (Quelle: entnommen aus Saalfeld, Hehner, Wichels, Modernes Krankenhausmanagement, 2. Auflage 2009 S. 44)

Welche Daten erfasst werden, muss von ihrer Verfügbarkeit abhängig gemacht werden. Um Übermittlungsfehler durch organisatorische Schnittstellen zu vermeiden, sollten die Daten aber nur von einer Instanz durch klar definierte Erhebungsprozesse erfasst und aufbereitet werden.⁷⁸

⁷⁸ Vgl. Saalfeld, Hehner, Wichels, Modernes Krankenhausmanagement 2. Auflage 2010 S. 46

3.2 Einordnung des OP Management

Das OP-Management als Leitung der Geschäftseinheit OP dient der Führung und Bereitstellung aller notwendigen Ressourcen zur qualitativ und quantitativ angemessenen Durchführung einer oder mehrerer Operationen. Das OP-Management hat das Ziel, die vorhandenen Ressourcen so einzusetzen, dass die Leistung mit größtmöglicher Produktivität erbracht wird. Leistungsqualität und Patientenakzeptanz sollen hierbei optimiert werden.⁷⁹ Ein effektives OP-Management versucht, die richtigen Dinge zu tun, während ein effizientes OP-Management dafür steht, die Dinge richtig zu tun. OP-Management wird dabei von folgenden Punkten charakterisiert:

- OP-Auslastung

Die Auslastung sollte möglichst gleichmäßig sein, Arbeitsspitzen sollten entzerrt werden und die Kapazitätsvergabe sollte bedarfsadaptiert erfolgen.

Ein pünktlicher Operationsbeginn, die Reduktion von Wechselzeiten, minimierte organisatorische Warte- und Leerlaufzeiten sowie flexible Saalnutzung können Kapazitäten erhöhen.

- Kostensenkung

Diese kann beispielsweise durch die Einführung von Standard Operating Procedures (SOPs), die Reduktion der Produktvielfalt und die Vermeidung unnötiger Lagerhaltung durch Just-in-Time-Versorgung erreicht werden.

- Optimierung des Personaleinsatzes

Der Personaleinsatz kann durch fachübergreifenden Einsatz der OP-Pflege in fachverwandten operativen Disziplinen optimiert werden, mit multidisziplinären Teams in der Pflege oder Konzentration von OP-ablaufbezogenen Tätigkeiten, beispielsweise ein OP-Springer für mehrere Säle.

- Strategieentwicklung

Hauptaugenmerk hier ist es, innovative Konzepte wie Costcenter, Profitcenter oder Einkaufsmodelle zu entwickeln und voranzutreiben.⁸⁰

⁷⁹ Vgl. Busse, OP-Management Grundlagen 2010 S. 4

⁸⁰ Vgl. Welk, Bauer, OP Management praktisch und effizient 2006 S. 140

Betrachtet man die durchschnittlichen Fallkosten eines operierten Patienten, stellt man fest, dass 25–50% im OP-Bereich entstehen.⁸¹ Der OP-Bereich stellt den kostenintensivsten Einzelbereich des Krankenhauses dar, was wiederum spezielle Anforderung an das OP-Management stellt. Dieses steht somit im Brennpunkt eines Struktur- und Kulturwandels, und bei dessen Ausrichtung sind es daher meist operationelle Aspekte, die im Vordergrund stehen.⁸² Der Fokus liegt hierbei auf der konsequenten Durchführung von Prozessoptimierung, einer strikten Kostenkontrolle und der Beherrschung der Logistik, um Durchlaufzeiten zu minimieren und die Auslastung der Kapazitäten zu maximieren. Im Operationsbereich entfallen 60–70% der Gesamtkosten auf den Personalbedarf. Ein optimaler Personaleinsatz kann hier schon für eine erhebliche Steigerung der Effizienz sorgen. Eine weitere operative Aufgabe ist die kontinuierliche Durchführung des Controlling von Prozessen, Qualität, Kosten und der Kundenzufriedenheit. Das OP-Management nutzt die hierbei erhobenen Daten sowohl für die Überprüfung der strategischen Ziele auf ihre Erreichbarkeit als auch für das Berichtswesen gegenüber der Geschäftsleitung. Hauptaufgabe ist es hierbei, Transparenz über die im OP-Bereich ablaufenden Prozesse zu schaffen. Dadurch, dass die Behandlungsprozesse in klassischen Krankenhäusern in weiten Teilen von der Dienstleistung Operation abhängig sind, hat das OP-Management darüber hinaus die Aufgabe, sich aktiv an der Findung und dem Ausbau zukunftsfähiger OP-relevanter Leistungsspektren zu beteiligen, beziehungsweise diese Beteiligung einzufordern. Das Ziel muss es sein, Abläufe und notwendige Ressourcen für die Umsetzung zeitnah und vor konkurrierenden OP-Einheiten zur Verfügung zu stellen.⁸³ Im Rahmen der Strategieentwicklung gehört dazu eine kontinuierliche und systematische Umfeldanalyse, um relevante Entwicklungen zu beschreiben und daraus Chancen und Gefahren für den OP-Bereich und das Krankenhaus abzuleiten.⁸⁴ Werden die Ausführungen von Hans Ullrich, dem Gründer des St. Gallener Management-Modells, auf die Aufgaben des OP-Management übertragen, lässt es sich zusammenfassen als „die bewegende Kraft, überall

⁸¹ Vgl. Welk, Bauer, OP Management praktisch und effizient 2006 S. 58

⁸² Vgl. Ansorg, Diemer, Heberer, Tsekos, von Eiff, OP-Management 2.Auflage 2009 S. 16

⁸³ Vgl. Busse, OP Management Grundlagen 2010 S. 15

⁸⁴ Vgl. Bender, Biermann, Schüpfer, Wichtl, Management im OP 2009 S. 25

wo es darum geht, durch ein arbeitsteiliges Zusammenwirken vieler Menschen gemeinsam etwas zu erreichen“, demnach die Transformation von Ressourcen in Nutzen.⁸⁵

4 Change Management im OP Bereich

4.1 Change Management

Die in Kapitel 2 und 3 dieser Arbeit benannten Herausforderung sind die Basis für das Veränderungsmanagement im Krankenhaus. Nichts ist so konstant wie der Wandel. Permanent muss sich die Organisation Krankenhaus den veränderten Umweltbedingungen anpassen, um auch zukünftig überlebensfähig zu sein. Dafür werden neue Fähigkeiten und Kompetenzen, aber auch Systeme, Prozesse und Strukturen benötigt. Für den OP-Bereich bedeutet dies, dass sich ein OP-Management mit neuen Technologien und neuen Prozessen, beispielsweise beim Aufbau eines ambulanten OP-Zentrums, aber auch mit dem strukturellen Wandel wie der Änderung der Eigentumsverhältnisse durch Fusionen oder Übernahmen oder der Einführung neuer Managementkonzepte konfrontiert sieht. Beim Change Management im OP lassen sich daher drei unterschiedliche Veränderungszonen definieren:

Die Organisationsveränderung.

- Dies können durch ein neues Management eingeführte veränderte Beziehungen zwischen Abteilungen ebenso wie neu definierte oder umgestellte Reporting-Strukturen sein.
- Die Einführung von neuen Technologien, Prozeduren, neuen Prozessen oder Systemen.
- Die Restrukturierung von Aufgaben, Stellen und Positionen im Rahmen der Personalentwicklung.

Dabei können die Veränderungen vom vorgesetzten Management, durch externe Vorgaben oder den Bereichsleiter selbst ausgelöst sein. Dem Bereichsleiter kommt neben der nicht zu unterschätzenden Vorbildfunktion in der Umsetzungsphase die Aufgabe zu, das Change Management zu unterstützen, ein ausreichendes Training zu ermöglichen sowie die Ergebnisse zu erfassen und auszuwerten. Um Veränderungen

⁸⁵ Zitat: Bender, Biermann, Schüpfer, Wichtl, Management im OP 2009 S. 4

durchzuführen, benötigt man einen Umsetzungsplan und konkret definierte Ziele. Diese können dann über die richtig ausgewählten Mitarbeiter, die gut vorbereitet und motiviert sind, sowie die für die Umsetzung zur Verfügung gestellten erforderlichen Ressourcen und die Umsetzung selbst erreicht werden. Am Anfang des Veränderungsprozesses ist es notwendig, die Ist-Situation in den Dimensionen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu beschreiben, um Verbesserungspotenziale für den zukünftigen Soll-Zustand zu generieren. Es ist in diesem Zusammenhang relevant festzustellen, wie die Arbeitsprozesse der Schnittstellen die OP-Ablauforganisation mitbestimmen.⁸⁶ Für die Ist-Analyse, die Strategieentwicklung und die Kontrolle der Zielerreichung stehen dem Management eine Reihe von Controlling-Instrumenten zur Verfügung. Neben der klassischen Kostenrechnung und der Auswertung von finanzwirtschaftlichen Kennzahlen können Portfolioanalysen, Wertkettenanalysen, ABC-Analysen oder aber der Einsatz der Balanced Scorecard nach Kepler und Norton geeignet sein, Zieldefinitionen und eine ausgewogene Ausrichtung zwischen finanziellen, kundenorientierten und qualitativen Erfordernissen zu ermöglichen.⁸⁷ Diese Veränderungsplanung definiert die zu erreichenden Ziele und gibt Aufschluss, wo der Nutzen für das Krankenhaus oder die betroffene Abteilung liegt.⁸⁸ Zudem werden die benötigten Ressourcen benannt und sich ändernde Beziehungen und Einflussstrukturen dargestellt. Wichtig ist das Festlegen eines Zeitplans mit entsprechenden Zwischenzielen sowie das Implementieren eines Feedbacksystems, um das Variieren und Anpassen der Planung auch während des Veränderungsprozesses zu ermöglichen. Kennzahlen, Maßnahmen und Ziele müssen verbindlich formuliert und der Zielerreichungsgrad muss überprüft werden.⁸⁹ Grundlegende Überlegung einer jeden Planung von Veränderung müssen sein:

- Welchen Einfluss hat der Wandel auf die Profitabilität, die Qualität, die Produktivität und die Moral im Krankenhaus?
- Sind die gesetzten Ziele in Einklang mit der Unternehmenskultur zu bringen und wirken sie sich positiv oder negativ auf die Autonomie des einzelnen Mitarbeiters aus?
- Von wem wird die geplante Veränderung unterstützt, von wem nicht?

⁸⁶ Vgl. Welk, Bauer, OP Management praktisch und effizient 2006 S. 41

⁸⁷ Vgl. Welk, Bauer, OP Management praktisch und effizient 2006 S. 76

⁸⁸ Vgl. Bender, Biermann, Schüpfer, Wichtl, Management im OP 2009 S. 11/12

⁸⁹ Vgl. Welk, Bauer, OP Management praktisch und effizient 2006 S. 75

- Wer ist der Profiteur des anstehenden Wandels?

Das frühzeitige Einbeziehen der betroffenen Mitarbeiter schafft hierbei nicht nur Akzeptanz, sondern kann auch Zustimmung zum geplanten Vorgehen hervorrufen. Über die Planung hinaus ist eine offene Kommunikations- und Informationspolitik absolut unabdingbar, um die Mitarbeiter für den Veränderungsprozess zu gewinnen. Es muss klar herausgestellt werden:

- Welche Effekte sich auf die Profitabilität, die Wettbewerbsfähigkeit oder die Patientenzufriedenheit ergeben.
- Welche Konsequenzen ein Scheitern oder ein Erfolg des Veränderungsprozesses auf jeden einzelnen und die Organisation hat.

So kann eine Spannungsreduktion erreicht werden und die Angst vorm Unbekannten genommen werden. Im Planungsprozess sollte auch die Möglichkeit eines Scheiterns einkalkuliert sein und Vorkehrungen getroffen werden, um dies möglichst zu verhindern.⁹⁰ Das Managen von Veränderungen sollte dabei eine vorausschauende ausgewogene Rationalisierung statt einer banalen Rationierung zum Ziel haben. Es gilt, sich auf die frühzeitige systematische Freisetzung von Optimierungspotenzialen zu fokussieren, um mit den freiwerdenden Ressourcen neue vielversprechende Aufgabenfelder anzugehen.⁹¹ Vor welchen Veränderungen durch die sich wandelnden Markt- und Umweltbedingungen OP-Bereiche stehen, welche Führungsstrukturen notwendig sind, welche Analyseverfahren eingesetzt werden und welche Prozesse im Einzelnen angepasst werden müssen, darüber gibt diese Arbeit in den folgenden Punkten einen Anhalt.

4.2 Implementierung eines Zentralen OP-Managements als Grundlage für Change Management

Die Grundlage eines jeden Veränderungsprozesses im OP-Bereich ist die konsequente und langfristige Einrichtung eines OP-Managements mit klar definiertem Handlungs- und Kompetenzrahmen. Die komplexen und vielfältigen Herausforderungen des OP-Managements bestehen darin, aufeinanderfolgende, ineinander übergreifende und parallel ablaufende Prozesse der verschiedenen

⁹⁰ Vgl. Bender, Biermann, Schüpfer, Wichtl, Management im OP 2009 S. 12/13

⁹¹ Vgl. Behrendt, König, Krystek, Zukunftsorientierter Wandel im Krankenhausmanagement 2009 S.

Fachrichtungen und Berufsgruppen zu synchronisieren und zu harmonisieren.⁹² Die entsprechende Arbeitsgrundlage für das OP-Management ist das OP-Statut, in dem die Aufgaben, die Kompetenzen und die ökonomischen Rahmenbedingungen in Abstimmung mit allen beteiligten Kliniken und der Geschäftsführung verbindlich fixiert sind.⁹³ Das Statut als die Geschäftsordnung des OP-Bereichs muss genau auf dessen Organisationsform ausgerichtet sein. Hierbei wird unterschieden in reine OP-Koordination, in diesem Fall sollte das Statut mehr operativ ausgerichtet sein, oder in OP-Management, was zu einer eher strategischen Ausrichtung führen sollte. Im Folgenden sind die Punkte benannt, aus denen sich das OP-Statut zusammensetzen muss:

Präambel

Diese geht dem eigentlichen Statut voraus und klärt die Besonderheiten eines Krankenhauses. Es sollte zum Ausdruck gebracht werden, dass es sich trotz aller ökonomischen Zwänge um einen OP-Bereich handelt und nicht um einen Industriebetrieb oder eine Verwaltungseinrichtung. Alle Optimierungen müssen sich deshalb auch primär an den Bedürfnissen der Patienten orientieren. Ebenso sollte dargestellt werden, dass die originäre Aufgabe des OP-Managements eine zentrale Dienstleistung ist, in der es sich verpflichtet, durch Bereitstellen aller Ressourcen den Fachabteilungen nach Anforderung und Bedarf eine optimale Nutzung der OP-Kapazitäten zu vermitteln.

- **Zweck**
- **Geltungsbereich**
- **Ziele**

Hauptziel ist das wirtschaftliche und effektive Arbeiten im OP. Weiterer Ziele sind u. a.:

- Planung und Festlegung der den Kliniken zur Verfügung stehenden OP-Kapazitäten
- pünktlicher OP-Beginn
- minimierte Wechselzeiten
- Vermeiden von Leerlauf im OP
- Integration von Notfällen in das OP-Programm

⁹² Vgl. Welk, Bauer, OP Management praktisch und effizient 2006 S.142

⁹³ Vgl. Bender, Biermann, Schüpfer, Wichtl, Management im OP 2009 S. 27

- **Rahmenbedingung**
Hierzu zählen Betriebs- und Arbeitszeiten ebenso wie allgemeine Verhaltensregeln im OP.
- **Struktur**
Es handelt sich hierbei um die Darstellung der Infrastruktur mit OP-Sälen und Räumlichkeiten, der Personalstruktur, der Budgets und der Leistungsvorgaben.
- **Prozesse**
In diesem Punkt werden alle an der Leistungserstellung beteiligten Prozesse spezifiziert. Diese sind unter anderem:
 - die Auslastung der Säle,
 - die Reglementierung und Verteilung der Kapazitäten auf die Fachabteilungen,
 - Definition wichtiger organisatorischer Eckpunkte,
 - Schnittstellenmanagement,
 - Notfallintegration von Patienten,
 - OP-Planung.
- **Qualitätsmanagement**
Hier werden die Vereinbarungen über Standards und Standard Operating Procedures für ärztliches Personal und Pflegepersonal getroffen.
- **Berichtswesen**
Das Statut regelt die Auswertung medizinischer und finanzwirtschaftlicher Daten wie Kennzahlen, Kapazitäten und Leerlaufzeiten und regelt beispielsweise das Vorgehen bei Zufriedenheitsanalysen von Personal und Patienten.
- **Aktualisierung mitgeltender Unterlagen**
Dies betrifft die Überarbeitung und Anpassung von Verfahrensanweisungen und Hygieneplänen.⁹⁴

Das OP-Statut muss in seiner Gesamtheit ausreichende Werkzeuge für ein schlagkräftiges OP-Management bieten, weil Restrukturierungsmaßnahmen im OP-Bereich sonst nicht erfolgreich umgesetzt werden können. Durch die interdisziplinäre und berufsgruppenübergreifende Beeinflussung der OP-Abläufe durch das OP-

⁹⁴ Vgl. Welk, Bauer, OP Management praktisch und effizient 2006 S.143,
Vgl. Bender, Biermann, Schüpfer, Wichtl, Management im OP 2009 S. 28-34

Management berührt dies oftmals auch hierarchische Strukturen und Spannungsfelder. Dies zeigt die Wichtigkeit einer klaren und eindeutigen Kompetenzbeschreibung. Das OP-Management muss der Krankenhausführung direkt unterstellt sein und mit Weisungsbefugnis gegenüber seinen Mitarbeitern ausgestattet sein. Das OP-Statut muss aber mit Augenmaß erstellt werden, um nicht alle Gegebenheiten des Alltags oder Konfliktlösungen fixieren zu müssen. Es soll die Freiheit bestehen bleiben, Probleme auch im persönlichen Gespräch zu lösen. Die höchste Akzeptanz kann ein OP-Management nur dann erreichen, wenn allen Beteiligten das Gefühl vermittelt wird, dass es nach Verbesserungen ihrer legitimen Interessen sucht und positive Veränderungen in Aussicht stellt.⁹⁵

Abbildung 7: OP-Statut des Zentral-OP der Universitätsmedizin Göttingen (Quelle: OP-Management Göttingen)

Einleitung

Zur Sicherstellung der Konsolidierung der UMG hat sich der Vorstand in 2008 entschlossen ein zentrales OP-Management zu implementieren.

Für diese Aufgabe konnte der Stellvertretende Direktor der Abteilung Anaesthesiologie, Prof. Dr. Dr. Bauer, gewonnen werden.

Für die Dauer der initial notwendigen Reorganisation wurde ein Projekt eingesetzt, welches am 18.01.2011 abgeschlossen wurde.

Die Prof. Dr. Dr. Bauer vorstandsseitig aufgetragenen Projekt-Ziele konnten erreicht werden:

1. Implementierung eines Berichtswesens
2. Erhöhung der effektiven Schnitt-Naht-Zeit
3. Ausweitung der Saal-Betriebszeiten
4. Reduktion der täglich betriebenen Säle

Die Zielerreichung wurde durch die eindeutige Festlegung von Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten im OP-Bereich ermöglicht.

Im Einzelnen ist Prof. Dr. Dr. Bauer in seiner Funktion als OP-Manager der UMG vorstandsseitig mit folgenden Kompetenzen ausgestattet:

1. Berechtigung zur Finalisierung des OP-Endplans und zur bedarfsorientierten Vergabe nicht rechtzeitig angemeldeter Garantie-Kapazität (siehe Anhang 1).
2. Berechtigung zur Definition prozessorientierter Zielwerte (siehe Anhang 2).
3. Berechtigung zur bedarfsorientierten Saalallokation (siehe Anhang 3).
4. Berechtigung zur effizienzorientierten Definition der Saallaufzeit (siehe Anhang 4).
5. Berechtigung zur organisatorischen Weisungsbefugnis gegenüber den OP-FD/Anä-FD (siehe Anhang 5).

Der Vorstand legt auch weiterhin großen Wert auf ein gut funktionierendes OP-Management und konsentiert daher die im Rahmen der Projektphase erstellten, für den Erfolg des OP-Managements maßgeblichen und nachstehend in der vorstandsseitig aktuell als gültig erklärten Version aufgeführten Dokumente:

- Anhang 1: Procedere der OP-Planung der UMG
Anhang 2: Zielwerte der intraoperativen Versorgungsprozesse
Anhang 3: Allokation der OP-Saal-Kapazitäten
Anhang 4: Saalöffnungszeiten ZOP
Anhang 5: Interaktion OPM / Funktionsdienste

Der OP-Manager berichtet gegenüber dem Vorstand vierteljährig über die aktuellen Anpassungen der Unterlagen.


Prof. Dr. G. Frömmel
Vorstand Forschung und Lehre
Sprecher des Vorstandes


Dr. M. Siess
Vorstand Krankenversorgung


Dipl.-Kffr. B. Schulte
Vorstand Wirtschaftsführung
und Administration

⁹⁵ Vgl. Bender, Biermann, Schüpfer, Wichtl, Management im OP 2009 S. 35

Anhang 1: Prozedere der OP-Planung an der UMG

- Bis Vortag 10 Uhr des geplanten OP-Tages erfolgt die Abgabe der vollständig ausgefüllten OP-Anmeldungen (Name, Vorname, Geb.-Datum, Patientennummer, Station, gewünschter Saal und Position, Eingriff, OP-Dauer, OP-Team, Anästhesiebedarf, Intensivbedarf, Lagerung, OP-Tisch, Keimstatus, Allergiestatus, Körpergewicht, Besonderheiten) durch die Fachabteilungs-Oberärzte bei der OP-Leitstelle.
- Bis Vortag 11 Uhr des geplanten OP-Tages erfolgt aus den OP-Anmeldungen die Erstellung des vorläufigen Vorplans durch die dem OPM unterstellten Mitarbeiter der OP-Leitstelle.
- Bis Vortag 14 Uhr des geplanten OP-Tages erfolgt durch das OPM die Finalisierung und Freigabe des vorläufigen Vorplans zum vorläufigen Endplan.
 - Prüfung des Vorplans auf Machbarkeit durch das OPM
 - Patientenprofil (Ambulant, Kind, Keimstatus, Körpergewicht, Latexallergie, u.a.)
 - Verfügbarkeit Personal (Anästhesieärzte / Anästhesiepflege / OP-Pflege, u.a.)
 - Verfügbarkeit Equipment (Siebe, Implantate, Fiberoptik, TEE, Kinderwagen, u.a.)
 - Prüfung des Vorplans auf Effizienz durch das OPM
 - Saalkontingent gemäß der Kapazitätsplanung
 - Bedarfsadaptierte Vergabe der nicht entsprechend der Allokationsplanung angemeldeten OP-Kapazität.
 - Saalkürzung bei Overutilization
 - Saalkombination bei Underutilization
 - Nachrangige Einplanung verspätet gemeldeter Elektivfälle.
- Bis Vortag 18 Uhr des geplanten OP-Tages erfolgen Änderung des vorläufigen Endplans ausschließlich durch das OPM
 - Auf Wunsch der Fachabteilung nach Absprache mit dem OPM (Pieper 7788)
 - Auf Wunsch des OPM nach Absprache mit der Fachabteilung
- Von Vortag 18 Uhr bis 6 Uhr OP-Tag werden Änderungswünsche der operativen Fachabteilungen in vollständiger Meldung (siehe oben) entweder schriftlichen im Postkasten der OP-Leitstelle hinterlegt oder mündlich dem 1.Dienst der Anästhesie (Pieper 4051) mitgeteilt.
- Von OP-Tag 6 bis 6:30 Uhr werden die Änderungswünsche durch das OPM auf Machbarkeit und Effizienz geprüft, ggf. in den vorläufigen Endplan integriert und der OPM-Entscheid dem Fachabteilungsdienst kommuniziert.
Auf Ansage des OPM erfolgt anschließend durch die OP-Leitstelle die Freigabe des Endplans und damit der Übergang zur Ablaufsteuerung (OPAS).
- Von OP-Tag 6:30 bis 18 Uhr erfolgt die OPAS-gestützte OP-Koordination durch das zentrale OPM der UMG (Pieper 7788).

Anhang 2: Zielwerte der intraoperativen Versorgungsprozesse

FA	Stationsvorbereitung abgeschlossen	Krankentransport: Eintreffen OP-Leitstelle	Bereitstellung: Eintreffen Einleitung	Arbeitsbeginn		RAnZ-Beginn	Freigabe A.	OP-Beginn
				A-FD	A-Arzt			
THG ¹	Bis 06:30	Bis 06:50 Mo: ab 07:15	07:00 – 07:10 Mo: 7:20 - 7:30	06:45	07:15 Mo: 07:40	07:20 Mo: 07:45	07:50 Mo: 08:15	08:30 Mo: 08:45
THG-KI	Bis 06:45	Abholen von ITS	Nach Absprache	07:00	07:15	07:20 (Abholen ITS)	08:20	09:00
CALL	Bis 06:45	Bis 07:00	07:10 - 07:20	07:00	07:30 Mo: 07:40	07:35 Mo: 07:45	08:10	08:30
HNO ^{1,2}	Bis 06:45	Bis 07:20	07:20 - 07:30	07:00	07:30 Mo: 07:40	07:35 Mo: 07:45	07:50 Mo: 08:00	08:00 Mo: 08:10
URO ^{1,2} HAUT	Bis 06:45	Bis 07:20	07:20 - 07:30	07:00	07:30 Mo: 07:40	07:35 Mo: 07:45	08:00 Mo: 08:05	08:15
FRAU ^{1,2}	Bis 06:45	Bis 07:20	07:20 - 07:30	07:00	07:30 Mo: 07:40	07:35 Mo: 07:45 KS: 07:45 KS = Kreisssaal	08:00 Mo: 08:05 KS: 08:05 KS = Kreisssaal	08:15 KS: 08:15 KS = Kreisssaal
ORTH ^{1,3} CUNF ^{1,3} MKG ^{2,3}	Bis 06:45	Bis 07:20	07:20 - 07:30	07:00	07:30 Mo: 07:40	07:35 Mo: 07:45	08:00 Mo: 08:05	08:30
NCHI ^{1,2,3}	Bis 07:30	Bis 08:00	08:00 - 08:10	Aus Pool	08:15	08:20	08:35	08:45
AUGE	Bis 07:30	Bis 08:00	08:00 - 08:10	Aus Pool	08:15	08:20	08:25	08:30

- ¹ Komplexe Einleitung (PDK-Anlage, periphere Regionalanästhesie, Kinder-Einleitung, Vollinstrumentierung NCHI) +15 Minuten bei Freigabe
- ² Komplexe Lagerung (HNO, MKG: Lappenplastik / URO, FRAU: Lap. OP / NCHI: Shuntanlage, TEE-Untersuchung) +15 Minuten bei OP-Beginn
- ³ OP-Beginn = Schnitt = Beginn der operativen Manipulation + 10 Minuten nach Freigabe (Lokalisation WS / BB-Gips / geschlossene Reposition / Anlage Elektrophysiologie / Navigation / Einspannen Kopf)

Anlage 3: Allokation der OP-Saal-Kapazitäten

Fachabteilung (Saal = 465 Minuten)	Mo	Di	Mi	Do	Fr
UROL	1	2	1	1	1
FRAU	2	1	1	1	2
HNO	2	3	2	3	3
CALL (+1x LRD)	3	2	3	3	3
CUNF (+1x LRD)	3	4	3	3	3
ORTHO	1	1	2	2	2
MKG	2	2	2	1,3	1
NCHI (+2x LRD)	3	3	3	3	3
AUGE	2	2	2	2	2
THG (Saal = 690 Minuten)	3,4	4,4	4,4	4,1	2,4
HAUT			1	1	
ZE	1	1	1	1	1
AWR	1	1	1	1	1
Prämed.-Amb.	2	2	2	2	2
ASD	1	SA	1	1	1
Außenbereich (Bestrahlung, EKT, LP, MRT)	1	1	1	1	1
ZMK-Poli	1	1			
F-MRT					1
STRAH	1	1			
Kardiologie	1		1	1	
DERMA-Laser Kinder / MKG privat					1
NRAD/AKG/HKL2	1	1	1	1	1
Supervision OP	6	6	6	6	6
Rettung	2	2	2	2	2
Dienstfrei OP	4	4	4	4	4
Dienstfrei Rettung	3	3	3	3	3
Σ	47,4	47,4	47,4	47,4	47,4

Bauer / OPM der UMG / 05.01.2011

Anlage 4: Saalöffnungszeiten ZOP – SOLL-Kapazitäten

UROL
⇒ 1 Saal Elektivprogramm 07:45 – 15:30 an Mo-Fr
⇒ 1 Saal Elektivprogramm 07:45 – 15:30 an Di
FRAU
⇒ 1 Saal Elektivprogramm 07:45 – 15:30 an Mo-Fr
⇒ 1 Saal Elektivprogramm 07:45 – 15:30 an Mo, Fr
AUGE
⇒ 1 Saal Elektivprogramm 07:45 – 15:30 an Mo-Fr
⇒ 1 Saal Elektivprogramm 07:45 – 15:30 an Mo-Fr
⇒ 1 Saal Elektivprogramm 07:45 – 15:30 an Mo-Fr
HNO
⇒ 1 Saal Elektivprogramm 07:45 – 15:30 an Mo-Fr
⇒ 1 Saal Elektivprogramm 07:45 – 15:30 an Mo-Fr
⇒ 1 Saal Elektivprogramm 07:45 – 15:30 an Di, Do, Fr
NCHI
⇒ 1 Saal Elektivprogramm 07:45 – 15:30 an Mo-Fr
⇒ 1 Saal Elektivprogramm 07:45 – 17:45 an Mo-Fr
⇒ 1 Saal Elektivprogramm 07:45 – 17:45 an Mo-Fr, dann NF-Saal
MKG
⇒ 1 Saal Elektivprogramm 07:45 – 15:30 an Mo, Mi-Fr
1 Saal Elektivprogramm 07:45 – 18:30 an Di (Doppelschicht)
⇒ 1 Saal Elektivprogramm 07:45 – 15:30 an Mo, Mi
1 Saal Elektivprogramm 07:45 – 10:30 an Do
CALL
⇒ 1 Saal Elektivprogramm 07:30 – 15:15 an Mo-Fr
⇒ 1 Saal Elektivprogramm 07:30 – 15:15 an Mo + Mi-Fr
⇒ 1 Saal Elektivprogramm 07:30 – 17:30 an Mo-Fr
CUNF / ORTHO
⇒ 1 Saal Elektivprogramm 07:30 – 15:15 an Mo-Fr
⇒ 1 Saal Elektivprogramm 07:30 – 15:15 an Mo-Fr
⇒ 1 Saal Elektivprogramm 07:30 – 15:15 an Mo-Fr
⇒ 1 Saal Elektivprogramm 07:30 – 15:15 an Di-Fr
⇒ 1 Saal Elektivprogramm 07:30 – 17:30 an Mo-Fr
THG
⇒ 1 Saal Elektivprogramm 07:15 – 18:45 an Mo-Fr
⇒ 1 Saal Elektivprogramm 07:15 – 18:45 an Mo-Fr
⇒ 1 Saal Elektivprogramm 07:15 – 18:45 an Mo-Do
⇒ 1 Saal Elektivprogramm 07:15 – 18:45 an Di, Mi
1 Saal Elektivprogramm 07:15 – 16:00 an Do
1 Saal Elektivprogramm 11:00 – 15:00 an Mo-Fr

Anlage 5: Spezifizierung der Interaktion des Pflege- und Funktionsdienstmanagers ZOP mit dem Geschäftsfeld OP-Management der UMG

25.06.2010	
Spezifizierung der Interaktion des Pflege- und Funktionsdienstmanagers ZOP mit dem Geschäftsfeld OP-Management der UMG	
<p>Der Pflege- und Funktionsdienstmanager ZOP übernimmt zusätzlich zu seiner Primärfunktion innerhalb der Linienfunktion Pflegedienst Aufgaben und Funktionen innerhalb des Geschäftsfeldes OP-Management (s.u.). Der OP-Manager ist dem Pflege- und Funktionsdienstmanager ZOP weisungsbefugt. Diese organisatorische Weisungsbefugnis bezieht sich insbesondere auch auf die Verpflichtung des Pflege- und Funktionsdienstmanagers ZOP dem OP-Manager Pflege- und Funktionsdienst-Personal unter dem Leitungsfunken der Effizienz und Versorgungsqualität bereit zu stellen. Die Entscheidung, ob und in welchem Umfang adäquat qualifiziertes Personal bereitgestellt werden kann, obliegt allein der Einschätzung des Pflege- und Funktionsdienstmanagers ZOP. Innerhalb des Geschäftsfeldes OP-Management verpflichten sich alle Beteiligten zu einer zeitnahen und vollumfänglichen gegenseitigen Informationsweitergabe mit dem Ziel einer kooperativen, sachorientierten und vertrauensvollen Zusammenarbeit.</p>	
<p>Präsenz: Eingebunden in den tariflichen Rahmen einer 32,5 Stundenwoche wird von Pflege- und Funktionsdienstmanager ZOP an 4 Werktagen /Woche eine Präsenz im ZOP von mind. 06:45 Uhr – 17 Uhr erwartet (9,5 Stunden zzgl. 45 Minuten Pause).</p>	
<p>Der Stellvertreter übernimmt die Aufgaben und Funktionen des Pflege- und Funktionsdienstmanagers ZOP innerhalb des Geschäftsfeldes OP-Management an 1 Werktag /Woche, bei geplanter Abwesenheit und – sofern die OP-Kapazität hierdurch nicht beeinträchtigt wird– auch bei ungeplanter Abwesenheit.</p>	
<p>Tätigkeitsprofil</p>	
<p>1. Operatives Management</p> <ul style="list-style-type: none"> • Umsetzung der aktuellen Änderungen im OP-Plan, Integration von Notfalloperationen, Einplanung medizinisch dringlicher Eingriffe in das laufende Tagesprogramm. • Koordination und Abstimmung kurzfristiger Programmänderungen (z.B. Absetzen von Patienten, Verschiebungen, Prioritätsänderung, Übernahme von Operationen aus anderen Sälen) unter Berücksichtigung der Kapazitäten und Saalbelastung. • Abstimmung und Koordination von Operationen, die geplant über die Regelarbeitszeit hinausgehen, incl. Absprache der Personaleinsatzplanung. • Ansprechpartner für Konfliktlösungen in Zusammenhang mit der OP-Abauforganisation. • Kurz-, mittel- und langfristige OP-Planung, insbesondere unter dem Aspekt der Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben zur täglichen und wöchentlichen Höchstbelastzeit. 	
<p>2. Patientenmanagement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Überwachung und Optimierung der patientenbezogenen Abläufe im OP in Abstimmung mit den verantwortlichen Ansprechpartnern. 	
<p>3. Qualitätsmanagement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mitwirkung bei Entwicklung, Optimierung und Kontrolle von Prozessstandards sowie deren Auswirkungen auf den Gesamtprozess • Unterstützung von Projekten und Maßnahmen zur Optimierung von Prozessen, organisatorischen Umstrukturierungen, inhaltlichen Veränderungen, Implementierung von IT-Support • Überprüfung der Einhaltung der für den ZOP maßgeblichen Hygienevorschriften sowie ggf. umgebende Meldung von Überschreitungen dieser an die Stabstelle Krankenhaushygiene. 	
<p>4. Infrastrukturelles Management</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unterstützung des OP-Managers bei der Koordination der technischen Wartungstermine, Reparaturen sowie Bau- und Sanierungsmaßnahmen bzw. medizintechnischer Ressourcen • Steuerung der Material- und Gerätedisposition sowie von Logistikabläufen in enger gegenseitiger Absprache mit dem Leiter der ZSVA. 	
<p>5. Kommunikations- und Informationsmanagement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Teilnahme an Planungs- und Entwicklungsgesprächen. • Teilnahme an Besprechungen mit für den OP-Ablauf relevanten Inhalten. • Information der unterstellten Mitarbeiter über alle den OP betreffenden Vorgänge. • Abstimmung der Material- und Logistikprozesse und Zusammenarbeit mit den betreffenden Nachbarstellen im Universitätsklinikum. • Entwicklung von Instrumenten der Regelkommunikation 	
<p>Norbert Erlichson Geschäftsführer Pflegedienst</p>	<p>Prof. Dr. Dr. Martin Bauer OP-Manager</p>

4.3 Aufbauorganisation des OP-Managements

Die Organisationsstruktur des OP-Managements ist von vielen Faktoren abhängig. So hat beispielsweise die Größe des Krankenhauses, seine infrastrukturellen Gegebenheiten, seine Leitungsstruktur sowie die Anzahl der Operationssäle entscheidenden Einfluss auf die Ausprägung des OP-Managements.⁹⁶ In den meisten Fällen ist die Struktur so ausgerichtet, dass eine Person die Funktion eines OP-Koordinators und des OP-Managers parallel wahrnimmt und direkt der Klinikleitung unterstellt ist. In vielen Krankenhäusern findet man eine ärztliche Leitung in Form des OP-Managers/OP-Koordinators in Kooperation mit einer leitenden OP- oder Anästhesiepflegekraft vor. „Das Profil des OP-Managers fordert entsprechend der komplexen Aufgabenstellung neben der medizinischen Fachkompetenz und klinischen Erfahrung, ein zunehmendes Wissen aus Ökonomie, Qualitäts- und Prozessmanagement. Eine besondere Bedeutung liegt in der Kenntnis von

⁹⁶ Vgl. Busse, OP-Management Grundlagen 2010 S.131

Managementstrukturen, der Personalentwicklung und Arbeitsorganisation und dem Wissen um die Organisation von Veränderungen, dem „Change-Management.“⁹⁷ Zu den vielschichtigen Aufgaben des OP-Managers gehören neben der Programmplanung auch die Koordination infrastruktureller Prozesse wie Personaleinsatzplanung oder Absprache von Wartungs- und Reparaturterminen. Der OP-Manager verfügt über die Informationshoheit. Er trägt die organisatorische Gesamtverantwortung, hat die Budgetverantwortung und führt das Controlling der Leistung durch. Des Weiteren steuert er das Qualitätsmanagement und überwacht die Einhaltung der rechtlichen Vorgaben, zum Beispiel des Arbeitszeitgesetzes (ArZG), des Medizinproduktgesetzes (MPG) oder bestehender Hygienevorschriften. Zu den Aufgaben des OP-Koordinators, der oft aus dem ärztlichen und/oder dem pflegerischen Bereich besetzt wird, gehört die Ablaufplanung der Tagesroutine, die Personalplanung und die Weiterleitung von Informationen über Änderungen und Notfälle an den OP-Manager. Um Verfahrensanweisungen und Standards für den OP-Bereich zu erarbeiten oder OP-relevante Themen besprechen zu können, sollte zudem eine OP-Kommission, die interdisziplinär aus den Klinik- und Pflegedirektoren, dem Klinikvorstand sowie dem OP-Manager und OP-Koordinator zusammengesetzt ist, zu regelmäßigen Treffen einberufen werden.⁹⁸

Dargestellt am Beispiel des Zentral-OP der Universitätsmedizin Göttingen:

Die Universitätsmedizin Göttingen ist ein Krankenhaus der Maximalversorgung mit zur Zeit 1470 Betten und 40 klinischen Abteilungen. In ihr werden im Jahr ca. 44.000 Patienten stationär sowie ca. 100.000 Patienten ambulant versorgt. Die Operationsabteilung verfügt über einen Zentral-OP mit 26 Sälen sowie mehrere Außenbereiche in der Urologie, der Zahn- und Kieferchirurgie, der Neuroradiologie, der Kinderklinik, der Gastroenterologie, der Psychiatrie sowie in den Herzkatheter-Laboren.⁹⁹ Bis zum 31.12.2008 war die Leitungsstruktur so geregelt, dass ein ärztlicher Kollege der Anästhesieabteilung als OP-Manager und OP-Koordinator in einer Person fungierte. Am 01.09.2008 wurde Prof. Dr. Dr. Martin Bauer zum stellvertretenden Direktor der Abteilung Anaesthesiologie und zum Leiter der operativen Anästhesie sowie des OP-Managements berufen. Infolge dieser

⁹⁷ Zitat: Leitbild Verband für OP-Management http://www.vopm.de/ger_leitbild/

⁹⁸ Vgl. Welk, Bauer OP-Management praktisch und effizient 2006 S. 145/146

⁹⁹ Vgl. Universitätsmedizin Göttingen <http://www.med.uni-goettingen.de/content/medversorgung.html>

Personalveränderung wurde auch die Organisationsstruktur des OP-Managements angepasst. Die Einordnung erfolgte hierbei direkt unterhalb der Vorstandsebene mit klarer Weisungsbefugnis gegenüber allen im OP tätigen Berufsgruppen und mit Budgetverantwortung für den OP-Bereich. Zunächst bestand die OP-Leitung ab diesem Zeitpunkt aus einem OP-Manager und einem OP-Koordinator mit jeweils einem Stellvertreter, die in der operativen Planung von den leitenden OP- sowie Anästhesiepflegekräften unterstützt wurden. Im Jahr 2010 wurde ein Funktionsdienstmanager in das OP-Management integriert. Dieser trägt die Gesamtverantwortung für das OP-Pflege- und Anästhesiepflegepersonal im OP-Bereich und ist direkt dem Pflegedirektor unterstellt. Er fungiert als Bindeglied zwischen OP-Management und Pflegedienst und reduziert die Nahtbeziehungsweise Schnittstellen zwischen der OP-Führung und den pflegerischen Leitungen der einzelnen Fachbereiche. Es wurde hierbei eine Organisationsstruktur geschaffen, bei der die Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten von den entsprechenden Funktionen leicht abzuleiten sind. Unabhängig von Organigrammen, Statuten und Prozessbeschreibungen führt dies zu einer wirksamen und handlungsfähigen Organisation.

4.4 Prozessorientierte Organisationsveränderung im Operationsbereich

Die Auslöser für eine Organisationsveränderung und Restrukturierung im OP-Bereich können verschiedener Natur sein. Eine Ursache kann die strategische Positionierung der Organisation sein. Diese Entscheidungen werden in der Regel von der Krankenhausführung getroffen, um auch zukünftig die Wettbewerbsfähigkeit zu erhalten. Eine Möglichkeit ist es hierbei, über eine Spezialisierung Kompetenzzentren zu bilden. Die Auswirkung auf den OP-Bereich sind neben einer Reduktion der Operationsvarianten auch reduzierte Rüstzeiten, weil sich der Routinegrad und die Kalkulierbarkeit der Operationen erhöhen. Dadurch, dass man sich auf einzelne Methoden konzentriert, sind unter Umständen aber neue Geräte und Techniken notwendig, die ein hohes Know-how der Bediener erfordern. Eine andere Möglichkeit ist die Verbreiterung des Leistungsspektrums mit der Aufnahme weiterer Leistungselemente. Die Folgen sind hierbei die Zunahme eines differenzierten Gerätebestandes mit hohen Anforderungen an das medizinisch-technische Personal sowie die Erhöhung der Vorhaltekapazitäten bei Abnahme der

Plan- und Kalkulierbarkeit. Neben strategischen Veränderungen zieht auch der nach wie vor hohe Kostendruck Umgestaltungen in den OP-Abläufen nach sich. Das Konkurrenzumfeld des Krankenhauses, das Leistungen unter Umständen günstiger anbietet, oder die Veränderungen der Vergütungssituation machen es notwendig, über interne Einsparungsmöglichkeiten nachzudenken, um die Kluft zwischen steigenden Ausgaben und sinkenden Einnahmen nicht weiter wachsen zu lassen. Auch auf die Veränderungen am Markt, das heißt sich ändernde Kundenbedürfnisse und Technologien, muss mit entsprechenden Organisationsanpassungen reagiert werden. Die Krankenhäuser prüfen in der heutigen Zeit zunehmend, welche Leistungen sie noch selbst erstellen und welche Leistung von externen Anbietern zugekauft werden. In diesem Zusammenhang seien Fusionen, Zukauf oder auch Outsourcing genannt. Als Beispiel können Sterilgutaufbereitung und OP-Reinigung dienen, die immer öfter von Fremdfirmen übernommen werden. Diese Änderungen bedingen aber, dass neue Anknüpfungspunkte und Kommunikationswege definiert werden, um einen reibungslosen Ablauf zu ermöglichen. Als letzter Grund für den Bedarf einer Reorganisation ist das Feststellen offensichtlicher Schwächen in der Organisation anzuführen. In einem solchen Fall ist es angebracht, besonders schnell und entschlossen Gegenmaßnahmen einzuleiten, weil ein Ansteigen beispielsweise der Fehlerhäufigkeit nicht nur hohe Kosten zur Folge hat, sondern auch eine Beschädigung des Ansehens der Klinik bewirken kann.¹⁰⁰ Um Veränderungen ergreifen zu können, die durch diese Vielzahl von Ursachen hervorgerufen sein können, ist es notwendig, zunächst eine Analyse der bisherigen Organisation, ihrer Leistungsfähigkeit und Ergebnisse durchzuführen. Diese sogenannte Ist-Analyse ist aus zwei Gründen wichtig. Zum einen dient sie als Ausgangsbasis und Identifikationsmöglichkeit bestehender Schwachstellen. Zum anderen dient sie dem Vergleich mit den Leistungsergebnissen nach Reorganisation und erlaubt eine Kontrolle der vereinbarten Ziele und Zwischenziele. Die Basis hierfür ist es, Prozesse zu analysieren und mit Hilfe geeigneter Controlling-Instrumente zum Beispiel Kosten, Qualität oder Durchlaufzeiten zu erfassen und zu überwachen.¹⁰¹

¹⁰⁰ Vgl. Bender, Biermann, Schüpfer, Wichtl, Management im OP 2009 S. 57/58

¹⁰¹ Vgl. Bender, Biermann, Schüpfer, Wichtl, Management im OP 2009 S. 60

4.4.1 Dokumentation als Grundlage von Optimierungen

In der Vergangenheit erfolgte die Dokumentation von erbrachten Leistungen und Leistungszeiten meist, um der aus rein rechtlicher Sicht geforderten Dokumentationspflicht nachzukommen. Neben auswertbaren Anästhesieprotokollen wurden oftmals Zahlensysteme eingesetzt, die auf Basis der Bedürfnisse ihrer Anwender definiert wurden. Heute liegt der Fokus darauf, im Rahmen einer wettbewerbsfähigen Leistungserbringung die Abläufe im OP-Bereich möglichst schlank und schnörkellos zu gestalten, um kurze Durchlaufzeiten mit möglichst geringen Wartezeiten zu erreichen.¹⁰² Dafür sind Dokumentationssysteme nötig, die es erlauben, ein möglichst genaues und aussagekräftiges Bild der Lage zu vermitteln.¹⁰³ Der Dokumentation kommt die Aufgabe zu, suboptimale Abläufe aufzuzeigen, sie einzugrenzen und auf bestimmte Teilbereiche zu fixieren. Sie muss es erlauben, Änderungen im komplexen perioperativen Ablauf der Patientenbetreuung zu definieren, und die Kontrolle ermöglichen, ob diese Veränderung tatsächlich zu Verbesserungen geführt haben. Daneben soll sie auch Personen, die mit der Leistungserbringung nicht unmittelbar in Zusammenhang stehen, Schwachstellen aufzeigen und positive Effekte überzeugend darstellen können. Um den Ist-Zustand zu beschreiben und eine Analyse zu ermöglichen, müssen die komplexen Arbeitsgänge der Patientenversorgung in einzelne Arbeitsschritte mit klar definiertem Beginn und Ende unterteilt werden. Sowohl für den internen Vergleich als auch für die Gegenüberstellung verschiedener Kliniken im Rahmen von Benchmarking ist es hierbei entscheidend, Definitionen und Zeitpunkte zu verwenden, die einen fachübergreifenden Konsens darstellen. Darüber hinaus müssen sie den an der Leistungserbringung beteiligten Teams zuzuordnen sein.¹⁰⁴

4.4.2 Definition relevanter Zeitpunkte

OP-Manager müssen der Aufgabe gerecht werden, eine effizienzorientierte Reorganisation der medizinischen Leitungsprozesse durchzuführen sowie ein suffizientes Berichtswesen zu etablieren, für das sie aussagekräftige Kennzahlen benötigen. Um diese Ansprüche zu erfüllen und durch Optimierungen der Prozesse Effizienzsteigerungen, Ressourceneinsparungen oder eine Qualitätssteigerung in der

¹⁰² Vgl. Welk, Bauer OP-Management praktisch und effizient 2006 S. 95

¹⁰³ Vgl. Bender, Biermann, Schüpfer, Wichtl, Management im OP 2009 S. 61

¹⁰⁴ Vgl. Welk, Bauer, OP-Management praktisch und effizient 2006 S. 94

Patientenbehandlung zu erreichen, ist es notwendig, Prozesse transparent darzustellen. Dafür muss das Krankenhaus als Ganzes in sinnvoll abzugrenzende übergeordnete Teilprozesse (Makroprozesse) untergliedert werden. Diese Teilsysteme werden dann immer detaillierter dargestellt, um eine Transparenz für Beurteilung und mögliche Optimierung einzelner Prozesse oder Prozesssteile zu erreichen.¹⁰⁵ In Deutschland werden zur Darstellung noch immer eine Vielzahl unterschiedlicher Begrifflichkeiten und Kennzahlen verwendet. Die bestehenden Kennzahlen werden zudem oft nicht sinnhaft miteinander verknüpft oder enthalten wenig aussagekräftige Informationen. Dies erschwert die Vergleichbarkeit der Prozess- und Kostendaten zwischen den Krankenhäusern. Der Berufsverband der Deutschen Anästhesisten (BDA) und der Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC) haben deshalb im Verbund mit dem Verband für OP-Management (VOPM) ein Konsens-Papier veröffentlicht. In diesem werden die in der Literatur und der Praxis gängigen Zeitpunkte und Kennzahlen der perioperativen Versorgung aufgelistet, definiert und bewertet.

Abbildung 8: Definition gängiger Zeitpunkte Konsens BDA/BDC/VOPM (Quelle: entnommen aus Bauer, Diemer, Ansorg, et. al., Glossar perioperativer Prozesszeiten und Kennzahlen, Anästhesie Intensivmedizin, Ausgabe 49/2008 S. 93 – S. 105)

Zeitpunkte Patientenlogistik	
P1	<p>Patientenanforderung Definition: Zeitpunkt der Patientenanforderung. Bemerkung: Es sollte die Art der vorgelagerten Einheit dokumentiert werden, von welcher der Patient abgerufen wird (periphere Station, OP-Holding Area, ambulanter Wartebereich).</p>
P2	<p>Eintreffen Patient an der Schleuse Definition: Der Patient trifft an der Schleuse ein. Bemerkung: P1 und P2 können identisch sein, z.B. wenn der Patient selbstständig in den OP kommt oder sich im OP-Wartebereich befindet.</p>
P3	<p>► Beginn Einschleusen Definition: Der Patient wird aus dem Stationsbett/Transportliege auf den OP-Tisch umgebettet. Bemerkung: Dieser Zeitpunkt ist relevant für die Kennzahl „Anästhesiologiezeit“ (s. dort) und daher für die Routedokumentation zu empfehlen.</p>
P4	<p>Ende Einschleusen Definition: Der Patient liegt nach Umbettung auf dem OP-Tisch. Bemerkung: Zu diesem Zeitpunkt sollte eine Überprüfung der Patientenidentität und der erforderlichen Unterlagen abgeschlossen sein.</p>
P5	<p>► Patient im OP Definition: Auffahren des OP-Tisches auf die Saal-Säule. Bemerkung: Dieser Zeitpunkt ist Teil der Säulenzeit (K17), die im Sinne der physikalischen Belegung des OPs dokumentiert werden sollte, insbesondere da in den Kliniken relevante Unterschiede bezüglich des Ortes der Narkoseeinleitung bestehen.</p>
P6	<p>Anmeldung nachsorgende Einheit Definition: Terminierung von Kapazität zur postoperativen Weiterversorgung des Patienten.</p>
P7	<p>► Patient aus OP Definition: Abfahren des OP-Tisches von der Saal-Säule. Bemerkung: Dieser Zeitpunkt ist Teil der Kennzahl Säulenzeit (K17), die im Sinne der physikalischen Belegung des OPs dokumentiert werden sollte.</p>
P8	<p>Umbettung Definition: Der Patient wird vom OP-Tisch in das Stationsbett/Transportliege umgebettet.</p>
P9	<p>Beginn Saalreinigung Definition: Beginn der nach Hygieneordnung notwendigen Reinigungs- und Desinfektionsmaßnahmen.</p>
P10	<p>Ende Saalreinigung Definition: Ende der nach Hygieneordnung notwendigen Reinigungs- und Desinfektionsmaßnahmen.</p>

¹⁰⁵ Vgl. Prondzinski, Integriertes Medizin-Controlling Optimierungsprozess der Strukturen und Abläufe im Krankenhaus 2004 S.33f

Zeitpunkte Anästhesie	
A1	<p>Definition: Beginn aller notwendigen Arbeiten zur Vorbereitung einer Anästhesie.</p> <p>Bemerkung: Bei der ersten Anästhesie des Tages in einer OP-Einheit ist auf eine ausreichende Vorlaufzeit für technische Vorbereitungen wie das Testen der Narkosegeräte zu achten. Im laufenden OP-Betrieb sollte dieser Zeitpunkt während der vorangehenden Anästhesie erreicht werden.</p>
A2	<p>Definition: Ende aller notwendigen Vorbereitungen für eine Anästhesie.</p> <p>Bemerkung: Dieser Zeitpunkt sollte vor Eintreffen des Patienten am Ort der Anästhesie-Einleitung erreicht werden. Da die Vorbereitung eines Anästhesie-Arbeitsplatzes regelhaft nicht als kontinuierlicher Prozess durchgeführt wird, sondern in mehreren Schritten (zwischen denen lange Pausen auftreten können) erfolgt, ist ein Rückschluss auf die tatsächliche Personalbindung des Funktionsdienstes Anästhesie durch die Zeitpunkte A1 und A2 nicht valide möglich.</p>
A3	<p>Definition: Der Patient trifft am Ort der Anästhesieeinleitung ein.</p> <p>Bemerkung: Der Ort der Narkoseeinleitung kann von Klinik zu Klinik und von OP zu OP variieren (Zentrale Einleitung, Einleitungsraum, OP-Saal).</p>
A4	<p>Definition: Beginn der Patientenbindung des Anästhesie-Funktionsdienstes.</p> <p>Bemerkung: Aus medizinischen Gründen sollte der Zeitpunkt, ab welchem sich der Patient unter der kontinuierlichen Überwachung des Anästhesie-Funktionsdienstes befindet (Übergabe des Patienten durch den Einschleusenden), dokumentiert werden.</p>
A5	<p>Definition: Beginn der Patientenbindung des Anästhesie-Arztes.</p> <p>Bemerkung: Dieser Zeitpunkt ist relevant für die Kennzahl Anästhesie Präsenz-Zeit Arzt (K12). Im Rahmen von Prozessanalysen ist dieser Zeitpunkt geeignet, nicht anästhesiologisch bedingte Verzögerungen (z.B. fehlende Unterlagen, präoperativer Kontaktwunsch des Operateurs mit dem Patienten, Anzeichen der Schnittführung etc.) zu detektieren. Aus medizinischen Gründen und zur Berechnung des Gleichzeitigkeitsfaktors bei Doppelpräsenz am Patienten kann es sinnvoll sein, auch die Dokumentation von Präsenzzeiten weiterer Anästhesie-Arzte, die über eine Supervisions-Funktion hinausgehen, zu ermöglichen.</p>
A6	<p>Definition: Zeitpunkt der Injektion des ersten Narkosemedikaments bzw. bei Regionalanästhesie der Zeitpunkt der Hautdesinfektion.</p> <p>Bemerkung: Dieser Zeitpunkt ist relevant für die Kennzahl „Reine Anästhesiezeit“ (RAnZ, K13). Eine Routinedokumentation ist unabdingbar. Es besteht Konsens, dass über die obige Definition hinaus medizinisch indizierte invasive anästhesiologische Maßnahmen am wachen Patienten (z.B. Anlegen einer blutigen arteriellen Druckmessung) als Beginn Anästhesie zu werten sind.</p>
A7	<p>Definition: Der Anästhesist gibt den Patienten für operative Maßnahmen frei. Diese operativen Maßnahmen können parallel zu abschließenden anästhesiologischen Leistungen erfolgen (z.B. die Lagerung von Extremitäten während der Annäherung des zentralen Venenkatheters).</p> <p>Bemerkung: Dieser Zeitpunkt ist relevant für die Kennzahl „Perioperative Zeit“ (K10). Eine Routinedokumentation ist unabdingbar.</p>
A8	<p>Definition: Ende aller Maßnahmen der Anästhesie-Einleitung.</p> <p>Bemerkung: Eine prinzipielle Gleichsetzung von Ende Anästhesie-Einleitung mit dem Zeitpunkt Beginn Lagern ist nicht sinnvoll, da Verzögerungen zwischen Ende Einleitung und Beginn Lagern (O3) dann nicht mehr detektiert werden können. Beide Zeitpunkte können aber im Einzelfall identisch sein.</p>
A9	<p>Definition: Extubation des Patienten oder äquivalente Situation (z.B. Abbau der Überwachung bei Patienten mit regionalen Anästhesieverfahren) oder Zeitpunkt der Übergabe des intubierten Patienten an die nachsorgende Einheit.</p> <p>Bemerkung: Dieser Zeitpunkt ist relevant für die Kennzahl „Reine Anästhesiezeit“ (RAnZ, K13). Eine Routinedokumentation ist unabdingbar.</p>
A10	<p>Definition: Ende der Patientenbindung des Anästhesie-Funktionsdienstes.</p>
A11	<p>Definition: Eintreffen des Patienten in der nachsorgenden Einheit.</p> <p>Bemerkung: Sofern die postoperative Nachsorge im Aufwachraum erfolgt, ist dieser Zeitpunkt für die Kennzahlen Anästhesiologiezeit (K14) und Aufwachraumdauer (K33) relevant. Eine Routinedokumentation ist unabdingbar. Der Zeitpunkt sollte in der Regel vor oder zeitgleich mit Ende Präsenz Anästhesie-Arzt (A12) liegen, da im Sinne der Patientensicherheit in der Regel eine ärztliche Übergabezeit notwendig sein wird.</p>
A12	<p>Definition: Ende der Übergabe des Patienten an ärztliches oder pflegerisches Personal in der nachsorgenden Einheit (Aufwachraum, IMC, Intensivstation).</p> <p>Bemerkung: Bei Übergabe eines beatmeten Patienten kann dieser Zeitpunkt mit Ende Anästhesie (A9) identisch sein. Dieser Zeitpunkt ist für die Kennzahlen „Anästhesie Präsenz-Zeit Arzt“ (K12) und Anästhesiologiezeit (K14) relevant.</p>
A13	<p>Definition: Der Anästhesie-Arzt hat sich nach Beendigung der Patientenbindung und ggf. nach Absolvieren des Rückweges im OP-Bereich rückgemeldet und ist einsatzbereit für eine erneute Patientenbindung.</p> <p>Bemerkung: Eine Gleichsetzung dieses Zeitpunktes mit Ende Präsenz Anästhesie-Arzt ist bei dezentralen baulichen Strukturen nicht statthaft.</p>
A14	<p>Definition: Ende aller notwendigen Arbeiten zur Nachbereitung einer Anästhesie.</p>
A15	<p>Definition: Vereinbarung einer Zielzeit für die Abholung des Patienten aus der nachsorgenden Einheit.</p>
A16	<p>Definition: Abholung des Patienten aus der nachsorgenden Einheit durch transportierendes Personal.</p> <p>Bemerkung: Sofern die postoperative Nachsorge im Aufwachraum erfolgt, ist dieser Zeitpunkt für die Kennzahlen Anästhesiologiezeit (K14) und Aufwachraumdauer (K33) relevant. Eine Routinedokumentation wird empfohlen.</p>

Zeitpunkte Operation	
O1	<p>Beginn Vorbereitung OP-Funktionsdienst Definition: Beginn OP-Saalvorbereitung. Bemerkung: Bei der ersten Operation des Tages in einer OP-Einheit ist auf eine ausreichende Vorlaufzeit für das Aufrüsten des Saales zu achten.</p>
O2	<p>Ende Vorbereitung OP-Funktionsdienst Definition: Ende OP-Saalvorbereitung.</p>
O3	<p>Beginn Lagern Definition: Beginn der operativen Vorbereitungsmaßnahmen am Patienten.</p>
O4	<p>Ende Lagern Definition: Ende des Lagerens am anästhesierten respektive lokalanästhesierten Patienten.</p>
O5	<p>► Beginn Abwaschen/Abdecken Definition: Abwaschen und Abdecken für die OP nach Ende des Zeitpunktes Lagern (O3).</p>
O6	<p>Beginn Präsenz Erster Operateur Definition: Beginn der Patientenbindung des 1. Operateurs.</p>
O7	<p>Ende Abwaschen/Abdecken Definition: Ende der für den OP-Beginn notwendigen operativen Maßnahmen am Patienten. Bemerkung: Zu diesem Zeitpunkt müssen alle Vorbereitungen zum Hautschnitt/OP-Beginn abgeschlossen sein. Dieser Zeitpunkt kann je nach Zuständigkeit für die vorbereitenden operativen Maßnahmen auch vor Beginn Präsenz Erster Operateur (O5) erreicht werden.</p>
O8	<p>► Schnitt / OP-Beginn Definition: Anlegen des Hautschnittes nach Hinzutreten des Operateurs an das Operationsfeld. Bemerkung: Dieser Zeitpunkt findet sich in den Kodierrichtlinien des G-DRG-Systems aufgeführt. Dieser Zeitpunkt ist relevant für die Kennzahl Schnitt-Naht-Zeit (K8) und daher für die Routedokumentation unabdingbar. Bei Operationen ohne Hautschnitt oder wann vor Hautschnitt komplexere Prozeduren durchgeführt werden (z.B. Reposition bei Frakturen), gilt der Beginn der operativen Manipulation als OP-Beginn. Bei interventionellen Prozeduren (z.B. kardiovaskuläre Diagnostik, neuroradiologisches Coiling) wird die Anlage des perkutanen Gefäßzuganges als OP-Beginn gewertet. Bei reinen Transportleistungen (z.B. GT-Transport eines Intensivpatienten) oder sonstigen Fällen ohne OP-Beginn und -Ende (Schockraumbetreuung) sollte die Dokumentation von Schnitt-Naht-Zeiten unterbleiben. In diesen Fällen sind Beginn Anästhesie (A6) und Ende Anästhesie (A9) respektive Beginn Anästhesie-Präsenz Arzt (A5) und Ende Anästhesie-Präsenz Arzt (A12) zwingend zu dokumentieren. Bei operativen Eingriffen an verschiedenen anatomischen Lokalisationen oder von verschiedenen OP-Teams kann die mehrfache Dokumentation des Zeitpunktes Schnitt sinnvoll sein.</p>
O9	<p>Ende Präsenz Erster Operateur Definition: Ende der Patientenbindung des 1. Operateurs.</p>
O10	<p>► Naht Definition: Ende der letzten Hautnaht. Bemerkung: Dieser Zeitpunkt ist relevant für die Kennzahl Schnitt-Naht-Zeit (K8) und daher für die Routedokumentation unabdingbar. Bei operativen Eingriffen an verschiedenen anatomischen Lokalisationen oder von verschiedenen OP-Teams kann die mehrfache Dokumentation des Zeitpunktes Naht sinnvoll sein.</p>
O11	<p>► Ende nachbereitender operativer Maßnahmen Definition: Abschluss aller der Operation zugeordneten operativen Maßnahmen am Patienten (Verband, Gips). Synonym: Ende chirurgischer Maßnahmen, OP-Ende, Ende Wertschöpfung. Bemerkung: Dieser Zeitpunkt ist relevant für die Kennzahl Perioperative Zeit (K10). Eine Routedokumentation ist unabdingbar.</p>
O12	<p>Ende Nachbereitung OP-Funktionsdienst Definition: Ende aller notwendigen Arbeiten zur Nachbereitung einer Operation.</p>

Tabelle 2: Definierte Zeitpunkte der Dokumentation im OP gestaffelt nach den Leistungserbringern (Quelle: Vgl. Bauer, Diemer, Ansorg, et. al., Glossar perioperativer Prozesszeiten und Kennzahlen – Eine gemeinsame Empfehlung von DGAI, BDA, BDC und VOPM, Anästhesie Intensivmedizin, Ausgabe 49/2008 S. 93 – S. 105)

Patientenlogistik	Anästhesie	Chirurgie
P1 Patienten Anforderung	A1 Beginn Vorbereitung Anästhesie Funktionsdienst	O1 Beginn Vorbereitung OP-Funktionsdienst
P2 Patient an der Schleuse	A2 Ende Vorbereitung Anästhesie Funktionsdienst	O2 Ende Vorbereitung OP-Funktionsdienst
P3 Beginn einschleusen	A3 Eintreffen des Patienten in der Einleitung	O3 Beginn Lagern
P4 Ende einschleusen	A4 Präsenzbeginn Anästhesie Funktionsdienst	O4 Ende Lagern
P5 Patient im OP	A5 Präsenzbeginn Anästhesiearzt	O5 Beginn abwaschen und abdecken
P6 Anmeldung bei nachsorgender Einheit	A6 Beginn Anästhesie	O6 Präsenzbeginn 1. Operateur
P7 Patient aus OP	A7 Freigabe Anästhesie	O7 Ende abwaschen und abdecken
P8 Umbettung	A8 Ende Anästhesie Einleitung	O8 Schnitt/OP-Beginn
P9 Beginn Saalreinigung	A9 Ende Anästhesie	O9 Präsenzende 1. Operateur
P10 Ende Saalreinigung	A10 Präsenzende Anästhesie Funktionsdienst	O10 Naht
	A11 Beginn nachsorgende Einheit	O11 Ende nachbereitender operativer Maßnahmen
	A12 Präsenzende Anästhesiearzt	O12 Ende Nachbereitung OP-Funktionsdienst
	A13 Bereitmeldung Anästhesiearzt	
	A14 Beginn Nachbereitung Anästhesie Funktionsdienst	
	A15 Ende Nachbereitung Anästhesie Funktionsdienst	
	A16 Ende nachsorgende Einheit	

Die auf den vorhergehenden Seiten abgebildeten definierten Zeitpunkte werden dabei nach den beteiligten Fachbereichen unterschieden. Die Teilprozesse der Patientenversorgung werden nach Patientenlogistik (P), Anästhesie (A) und Operation (O) unterschieden. Ziel dieser Konsensvereinbarung war es, das Grundgerüst einer widerspruchsfreien Dokumentation zu etablieren und durch eine

gewisse Standardisierung ein zentrumsübergreifendes Leistungsbenchmarking zu ermöglichen.¹⁰⁶

4.4.3 Definition relevanter Zeitintervalle und Kennzahlen

Die Festlegung von Zeitintervallen und damit Kenngrößen muss immer im Zusammenhang mit dem dargestellten Vorgang und damit auch mit dem operativen Fach ihrer Entstehung gesehen werden. Die Definition von genauen Zeitpunkten, die den exakten Beginn und das Ende einer Leistung bestimmen, ermöglicht es nun, Intervalle zusammenzufassen. Diese Zeitintervalle beschreiben sowohl aktive als auch passive Phasen der Leistungserbringung. Als aktiv kann die Leistungserbringung selbst angesehen werden. Als Beispiel für eine aktive Phase dient die Schnitt-Naht-Zeit. Diese wird auch als reine Operationszeit (ROZ) bezeichnet und spiegelt die Dauer der Operation ohne die Berücksichtigung von Begleitumständen wider. Als passive Phase wird die Zeit zwischen zwei Leistungen bezeichnet. Eine solche passive Phase ist die Naht-Schnitt-Zeit. Sie gibt die Länge des Zeitintervalls an, in dem der OP-Saal, das hochqualifizierte OP-Personal und die teuren medizinischen Geräte ungenutzt bleiben.¹⁰⁷ Auf der Suche nach geeigneten Kennzahlen, um Prozesse adäquat abbilden zu können, sollten folgende Anforderungen hinterfragt werden:

- Was möchte ich wissen?
- Wird der interessierende Sachverhalt wirklich abgebildet?
- Werden die benötigten Grundlagen bereits erfasst?
- Wenn nein, wie viel Aufwand erfordert deren Dokumentation?
- Wie wird die Kennzahl generiert?
- Wen interessiert die Information?
- Wem und wann wird sie berichtet?
- Wird sie zeitlich begrenzt erhoben?

¹⁰⁶ Vgl. Bauer, Diemer, Ansgor, et al., Glossar peri-operativer Prozesszeiten und Kennzahlen, Anästhesie und Intensivmedizin, 2008 S.94

¹⁰⁷ Vgl. Welk, Bauer OP-Management praktisch und effizient 2006 S. 97

- Bekommt sie ihre Aussagekraft erst im längeren zeitlichen Verlauf?

- Kann der Adressat der Zahl deren Aussagekraft nachvollziehen?

Die Frage zum abzubildenden Sachverhalt „Was will ich genau und zur Beantwortung welcher Frage wissen?“ sollte die größte Rolle spielen bei der Entscheidung, welche Kennzahlen erhoben werden. Der Bund der Deutschen Anästhesisten und der Bund der Deutschen Chirurgen haben sich neben der Definition relevanter Zeitpunkte auch auf die Festlegung geeigneter Kennzahlen verständigt. Die Zusammenstellung dieser Kennzahlen befindet sich auf den folgenden Seiten dieser Arbeit, wobei besonders relevante Kenngrößen gekennzeichnet (►) sind.

Abbildung 9: Definierte Kennzahlen gemäß Konsens BDA/BDC/VOPM (Quelle: entnommen aus Bauer, Diemer, Ansorg, et. al., Glossar perioperativer Prozesszeiten und Kennzahlen – Eine gemeinsame Empfehlung von DGAI, BDA, BDC und VOPM, Anästhesie Intensivmedizin, Ausgabe 49/2008 S. 93 – S. 105)

Kennzahlen	
K1	Transferzeit Definition: Patientenanforderung (P1) bis Eintreffen Patient an der Schleuse (P2). Bemerkung: Geeignete Kennzahl zur Evaluierung der Patientenbereitstellung im Rahmen von Prozessanalysen.
K2	Anästhesie-Einleitungsdauer Definition: Beginn Anästhesie (A6) bis Freigabe Anästhesie (A7). Bemerkung: Diese Kennzahl ist auch Komponente der Kennzahl Anästhesiologischer Vorlauf (K4). Zur Interpretation der Prozesszeit ist es sinnvoll, die Art der Anästhesieeinleitung zu dokumentieren. Hierbei hat sich folgender Katalog möglicher Anästhesietechniken bewährt: <ul style="list-style-type: none">• Stand-by• Analgosedierung• Maskennarkose• Narkose mit Larynxmaske• Intubationsnarkose• Intubationsnarkose mit ZVK und / oder Arterie• Kombinationsanästhesie mit Intubationsnarkose (mit oder ohne erweitertem Monitoring) und PDK oder Plexusanästhesie / peripherem Block• Spinalanästhesie (SpA)• Epiduralanästhesie ohne / mit Katheter (EDK, PDK)• Combined-Spinal-Epiduralanästhesie (CSE)• Plexusanästhesie / peripherer Block Eine Dokumentation des Weiterbildungsniveaus des Einleitenden ist sinnvoll: <ul style="list-style-type: none">• Weiterzubildender alleine• Weiterzubildender zusammen mit Facharzt• Facharzt alleine oder mit weiterem Facharzt Literaturhinweis: [4,8,32].
K3	Anästhesie-Ausleitungsdauer Definition: Ende nachbereitender operativer Maßnahmen (O11) bis Ende Anästhesie (A9). Bemerkung: Dieses Zeitintervall ist Komponente der Kennzahl Anästhesiologischer Nachlauf (K5). Sollte A9 zeitlich vor O11 liegen, ist aus Prozesssicht der Wert 0 für K3 zu dokumentieren, da negative Zeiten die Mittelwertbestimmung verändern würden, ohne dass tatsächliche Zeiteinsparungen mit diesen negativen Zeitwerten einhergehen.
K4	Anästhesiologischer Vorlauf Definition: Beginn Präsenz Anästhesie-Arzt (A5) bis Freigabe Anästhesie (A7). Bemerkung: Diese Kennzahl ist auch Komponente der Kennzahl Anästhesie-kontrollierte Zeit (K 6).

K5	Anästhesiologischer Nachlauf Definition: Ende nachbereitender operativer Maßnahmen (O11) bis Ende Präsenz Anästhesie-Arzt (A12). Bemerkung: Diese Kennzahl ist auch Komponente der Kennzahl Anästhesie kontrollierte Zeit (K6).
K6	Anästhesie kontrollierte Zeit Definition: Anästhesiologischer Vorlauf (K4) + Anästhesiologischer Nachlauf (K5). Bemerkung: Diese Kennzahl ist beeinflusst von Anästhesie und Infrastruktur, jedoch frei von operativ verantworteten Prozesszeiten. Literaturhinweis: [4,8,19,32].
K7	Operativer Vorlauf Definition: Freigabe Anästhesie (A7) bis Schnitt (O8). Bemerkung: Diese Kennzahl ist auch Komponente der Kennzahl Perioperative Zeit (K10).
K8	► Schnitt-Naht-Zeit Definition: Schnitt (O8) bis Naht (O10). Synonym: Reine OP-Zeit (FOZ). Bemerkung: Eine Routinedokumentation inklusive der führenden OPS-Ziffer wird empfohlen. Diese Kennzahl ist auch Komponente der Kennzahl Perioperative Zeit (K10). Bei operativen Eingriffen an verschiedenen anatomischen Lokalisationen oder von verschiedenen OP-Teams kann die Dokumentation mehrerer Schnitt-Naht-Zeiten sinnvoll sein. Solche Mehrkomponenten-Eingriffe müssen gesondert gekennzeichnet werden.
K9	Operativer Nachlauf Definition: Naht (O10) bis Ende nachbereitender operativer Maßnahmen (O11). Bemerkung: Diese Kennzahl ist auch Komponente der Kennzahl Perioperative Zeit (K10).
K10	► Perioperative Zeit Definition: Freigabe Anästhesie (A7) bis Ende nachbereitender operativer Maßnahmen (O11). Synonym: Chirurgisch kontrollierte Zeit, operative Wertschöpfungszeit. Bemerkung: Diese Kennzahl ist frei von Anästhesie- und infrastrukturbedingten Einflüssen und rein operativ verantwortet. Diese Kennzahl kann zur Internen Leistungsverrechnung (ILV) über Anästhesie Minuten verwendet werden. Eine Routinedokumentation wird empfohlen. Literaturhinweise: [4,8,19,32].
K11	Anästhesie Präsenz-Zeit Funktionsdienst Definition: Beginn Präsenz Anästhesie-Funktionsdienst (A4) bis Ende Präsenz Anästhesie-Funktionsdienst (A10).
K12	Anästhesie Präsenz-Zeit Arzt Definition: Beginn Präsenz Anästhesie-Arzt (A5) bis Ende Präsenz Anästhesie-Arzt (A12).
K13	► Reine Anästhesiezeit (rAnZ) Definition: Beginn Anästhesie (A6) bis Ende Anästhesie (A9). Bemerkung: Eine Routinedokumentation wird empfohlen. Diese Kennzahl kann zur Internen Leistungsverrechnung (ILV) über Anästhesie Minuten verwendet werden. Diese Kennzahl wurde bei den von BDA / DGAI durchgeführten Evaluationen der Anästhesiekosten zu Grunde gelegt. Literaturhinweis: [3,4,9,24,26,29].
K14	► Anästhesiologiezeit Definition: Ende Einschleusen (F4) bis Ende Präsenz Anästhesie-Arzt (A12) + Rüstzeiten*.

	Bemerkung: Diese Kennzahl stellt im G-DRG-System die maßgebliche Bezugsgröße für die fallbezogene Kostenverteilung in der Anästhesie dar. *Die Rüstzeit für Vor- und Nachbereitung einer Narkose umfasst laut DRG-Kalkulationshandbuch folgende personalbindenden Tätigkeiten: • Aufklärung und Prämedikation durch den Anästhesie-Arzt • Umkleiden, Händedesinfektion • Postoperative Patientenversorgung im Aufwachraum • Postoperative Anästhesie-Visite durch den Anästhesie-Arzt • Dokumentation. In der Praxis erfolgt die Meldung der Anästhesiologiezeit durch die Kalkulationshäuser allerdings überwiegend ohne die Rüstzeiten, da diese Personalinsatz-Zeiten oft nicht elektronisch verfügbar sind. Hierdurch erfolgt die Erlöszuteilung für die Kostenstelle Anästhesie innerhalb der InEK-Matrix fehlerhaft. Dieser Dissens wird aktuell zwischen den Fachgesellschaften BDA/DGAI und dem InEK-Institut beraten. Sollte ein Konsens erzielt werden, wird über die Fachgesellschaften umgehend eine Information der Mitglieder erfolgen. Eine Routinedokumentation dieser Kennzahl wird empfohlen. Literaturhinweis: [26,28].
K15	Wechselzeit Definition: Ende nachbereitender operativer Maßnahmen (O11) des vorangehenden Patientenfalles bis Freigabe Anästhesie (A7) des nachfolgenden Patientenfalles. Synonym: Chirurgische Pause. Bemerkung: Diese Kennzahl ist beeinflusst von Anästhesie und Infrastruktur, jedoch frei von operativ verantworteten Prozesszeiten und daher sinnvoller als die Naht-Schnitt-Zeit (K16). Für Prozessanalysen dürfen nur Wechsel konsekutiver Fälle (ohne geplante oder ungeplante Pause am Ende des vorhergehenden Falles und/oder Beginn des folgenden Falles) berücksichtigt werden. Diese Kennzahl erlaubt keine Rückschlüsse auf vermeidbare Wartezeiten. Literaturhinweis: [31].
K16	Naht-Schnitt-Zeit Definition: Naht (O10) des vorangehenden Patientenfalles bis Schnitt (O8) des nachfolgenden Patientenfalles. Bemerkung: Diese Kennzahl ist beeinflusst von Operateur, Anästhesie und Infrastruktur und daher für Prozessanalysen wenig hilfreich. Diese Kennzahl erlaubt keine Rückschlüsse auf vermeidbare Wartezeiten. Literaturhinweis: [6,7,8,31].
K17	► Säulenzeit Definition: Patient im OP (P5) bis Patient aus OP (F7). Bemerkung: Diese Kennzahl beschreibt die physikalische Belegung des OPs. Eine Routinedokumentation wird empfohlen.
K18	OP-Kapazität (Synonym: Blockzeit) Definition: Summe der Minuten an geplant vorgehaltener Öffnungszeit je Saal. Bemerkung: Diese Kennzahl inkludiert Rüst-, Produktiv- und Leerlaufzeiten.
K19	OP-Auslastung Perioperative Zeit (%) Definition: Perioperative Zeit innerhalb der OP-Kapazität (K10 in K18, kumuliert nach OP-Bereich und Beobachtungszeitraum) / OP-Kapazität (K18, kumuliert nach OP-Bereich und Beobachtungszeitraum). Synonym: Utilization. Bemerkung: Diese Kennzahl ist in Abhängigkeit von der Art der operativen Fachabteilung und der durchschnittlichen OP-Dauer zu bewerten.

	<p>Diese Kennzahl gibt keine Hinweise auf die Profitabilität der genutzten OP-Zeit und sollte nicht als analytische Basis für die Allokation von OP-Zeit genutzt werden. Diese Kennzahl inkludiert die gesamte operativ kontrollierte Zeit und ist daher der Kennzahl OP-Auslastung Schnitt-Naht-Zeit (K20) vorzuziehen. Literaturhinweis: [17,30,31].</p>
K20 OP-Auslastung Schnitt-Naht-Zeit (%)	<p>Definition: Schnitt-Naht-Zeit innerhalb der OP-Kapazität (K8 in K18, kumuliert nach OP-Bereich und Beobachtungszeitraum) / OP-Kapazität (K16, kumuliert nach OP-Bereich und Beobachtungszeitraum).</p> <p>Bemerkung: Diese Kennzahl ist in Abhängigkeit von der Art der operativen Fachabteilung und der durchschnittlichen OP-Dauer zu bewerten. Diese Kennzahl gibt keine Hinweise auf die Profitabilität der genutzten OP-Zeit und sollte nicht als analytische Basis für die Allokation von OP-Zeit genutzt werden. Es sollte der Kennzahl OP-Auslastung Perioperative Zeit (K19) der Vorzug gegeben werden, da diese die gesamte operativ kontrollierte Zeit inkludiert.</p>
K21 Unterauslastung (%)	<p>Definition: $1 - [K19]$ kumuliert nach OP-Saal.</p> <p>Synonym: Underutilization.</p> <p>Bemerkung: Diese Kennzahl zeigt nicht durch operative Tätigkeiten genutzte Zeit innerhalb der OP-Kapazität an, wie z.B. Rüstprozesse, Zeiten für Ein- und Ausleitung der Narkose, geplante und ungeplante Leerlaufzeiten und Wartezeiten außerhalb der Perioperativen Zeit (K10). Diese Kennzahl gibt Auskunft darüber, wie viel Perioperative Zeit bei optimaler Planung und optimalen Abläufen zumindest theoretisch rekrutierbar wäre (s. auch Bemerkungen zu K19). Literaturhinweis: [33,34].</p>
K22 Überauslastung (%)	<p>Definition: Perioperative Zeit (K10) resp. Schnitt-Naht-Zeit (K8) außerhalb der OP-Kapazität (K18) / OP-Kapazität (K16, kumuliert nach OP-Bereich und Beobachtungszeitraum).</p> <p>Synonym: Overutilization.</p> <p>Bemerkung: Diese Kennzahl gibt an, in welchem Maße saalbezogen die OP-Kapazität überschritten wird. Berücksichtigt werden nur die Überauslastungszeiten, die durch in der Regelarbeitszeit begonnene elektive Fälle entstehen. Aus offensichtlichen Gründen ist diese Kennzahl sehr abhängig von Art und Dauer der Eingriffe resp. der Fachdisziplin und der Dauer der OP-Kapazität pro OP-Saal. Literaturhinweis: [33,34].</p>
K23 OP-Effizienz	<p>Definition: $K21 + x \cdot K22$.</p> <p>Synonym: OR Efficiency.</p> <p>Bemerkung: Für diese Kennzahl werden Unter- und Überauslastung kombiniert, wobei ein zu definierender Faktor x verwendet wird, welcher das Verhältnis von Unter- und Überauslastung beschreibt (in US-amerikanischer Literatur wird i.d.R. der Faktor x mit 1,75 bewertet, da bei Überauslastung negative Folgen für die Personalfriedenheit unterstellt werden). Literaturhinweis: [1,22,33,34].</p>
K24 Notfall-Aufkommen	<p>Definition: Prozentualer Anteil an Notfällen sowohl als „Anzahl der Notfälle bezogen auf die Gesamtzahl aller Fälle“ als auch als „Summe der OP-Minuten für Notfälle bezogen auf die Gesamtminuten aller Fälle“.</p>
K25 Ratio abgesetzter Fälle	<p>Definition: Prozentualer Anteil abgesetzter Fälle bezogen auf die Gesamtzahl aller elektiv geplanten Fälle.</p>
K26 Notfall-Integration	<p>Definition: Prozentualer Anteil an Notfällen in der geplant vorgehaltenen Saalöffnungszeit bezogen auf die Anzahl aller elektiv geplanten Fälle.</p>
K27 Planungsgenauigkeit Schnitt-Naht-Zeit	<p>Definition: $\frac{\text{Schnitt-Naht-Zeit}_{\text{er}}}{\text{Schnitt-Naht-Zeit}_{\text{pl}}}$.</p> <p>Bemerkung: Unterschätzung und Überschätzung sind gleichermaßen negativ zu bewerten, daher ist der Mittelwert der Absolutwerte der Abweichung zu berücksichtigen. Eine verbesserte Planung kann durch Berücksichtigung historischer Daten erfolgen. Eine Darstellung im xy-Plot kann helfen, systematische Fehler bei der Planung zu detektieren. Diese Kennzahl kann auch für andere Prozessparameter gebildet werden, z.B. K10, Perioperative Zeit, K12, Anästhesie Präsenz-Zeit Arzt, K13, Reine Anästhesiezeit etc.. Literaturhinweis: [12,14,15,30].</p>
K28 Abweichung Freigabe Anästhesie	<p>Definition: Abweichung des Zeitpunktes Freigabe Anästhesie (A7) des ersten geplanten Falles in einem OP-Saal von dem Zielwert in Minuten.</p> <p>Bemerkung: Diese Kennzahl kann auch für andere Zeitpunkte gebildet werden, z.B. O8: Schnitt etc. Schulung von Zeitdisziplin und Prozessanpassung kann zu einer Reduktion der morgentlichen Verzögerungen führen. Literaturhinweis: [25,35].</p>
K29 Wartezeit Anästhesie-kontrollierte Zeit	<p>Definition: Wartezeit innerhalb der Kennzahl Anästhesie-kontrollierte Zeit (K6, kumuliert nach OP-Bereich und Beobachtungszeitraum).</p> <p>Bemerkung: Diese Kennzahl kann im Rahmen von Detailanalysen weiter spezifiziert werden in die inkludierten Kennzahlen Anästhesiologischer Vorlauf (K4) und Anästhesiologischer Nachlauf (K5). Es wird empfohlen, zusätzlich zu dieser Kennzahl die zu Grunde liegenden Ursachen zu dokumentieren. Als Vorgabe an möglichen Ursachen hat sich nachfolgender Katalog bewährt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kein Anästhesist verfügbar • Fehlende Unterlagen • Anästhesiologisches Material/Geräte nicht verfügbar/defekt • Patient ist nicht prämediziert/laufende Prämedikation • Kein Funktionsdienst Anästhesie verfügbar <p>Literaturhinweis: [30,31].</p>
K30 Wartezeit Perioperative Zeit	<p>Definition: Wartezeit innerhalb der Kennzahl Perioperative Zeit (K10, kumuliert nach OP-Bereich und Beobachtungszeitraum).</p> <p>Bemerkung: Diese Kennzahl kann im Rahmen von Detailanalysen weiter spezifiziert werden in die inkludierten Kennzahlen Operativer Vorlauf (K7), Schnitt-Naht-Zeit (K8) und Operativer Nachlauf (K9). Es wird empfohlen, zusätzlich zu dieser Kennzahl die zu Grunde liegenden Ursachen zu dokumentieren. Als Vorgabe an möglichen Ursachen hat sich nachfolgender Katalog bewährt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kein entscheidungsberechtigter Operateur verfügbar • Kein Funktionsdienst OP verfügbar • Tischeaufbau • Chirurgisches Material/Geräte nicht verfügbar/defekt • Fehlende Unterlagen Chirurgie • Lagerung unklar <p>Literaturhinweis: [30,31].</p>
K31 Wartezeit Logistik	<p>Definition: Wartezeit außerhalb der Kennzahlen Wartezeit Anästhesie-kontrollierte Zeit (K29) und Wartezeit Perioperative Zeit (K30).</p>

Bemerkung:	Es wird empfohlen, zusätzlich zu dieser Kennzahl die zu Grunde liegenden Ursachen zu dokumentieren. Als Vorgabe an möglichen Ursachen hat sich nachfolgender Katalog bewährt: <ul style="list-style-type: none"> • Wartezeit Patientenbereitstellung • Saal nicht verfügbar (nicht gereinigt, techn. Defekt) • Warten auf Notfall • Intensivstation nicht aufnahmebereit • Unklarheit über nächsten Patient • Intensivbettenzusage offen • Aufnahme Aufwachraum verzögert Literaturhinweis: [30,31].
K32 Wartezeit Patientenabholung	Definition: Patient aus OP (P7) bis Umbettung (P9).
K33 ► Aufwachraumdauer	Definition: Beginn nachsorgende Einheit (A12, sofern Aufwachraum) bis Ende nachsorgende Einheit (A16, sofern Aufwachraum). Bemerkung: Diese Kennzahl ist eine Komponente der Anästhesiologiezeit (K14, Anteil der Rüstzeit) und daher für die Routinedokumentation zu empfehlen.
K34 Wartezeit Patientenabholung	Definition: Freigabe Abholung in der nachsorgenden Einheit (A15) bis Ende nachsorgende Abholung (A16). Bemerkung: Die Kennzahl Wartezeit Patientenabholung korreliert positiv mit der Anzahl der notwendigen Betten im Aufwachraum.
K35 RAnZ-Kapazität (Minuten)	Definition: Personalkosten der Kostenstelle 5 (Anästhesie) aus der InEK-Kalkulationsmatrix für alle in der OP-Einheit erbrachten DRGs dividiert durch den in der zentrumseigenen Anästhesieminute nach RAnZ hinterlegten Personalkosten-Satz. Bemerkung: Diese Kennzahl gibt diejenige zeitliche Grenze an, bei deren Überschreitung die Wertschöpfung im Prozess negativ wird. Fakultativ kann im Nenner anstelle des zentrumseigenen Personalkostensatzes für die Anästhesieminute auch der Benchmark-Wert aus den IST-Kostenerfassungen des BDA verwendet werden. Literaturhinweis: [4,9].
K36 Nicht-Schnitt-Naht-Zeit	Definition: Anästhesiepräsenz-Zeit Arzt (K12, kumuliert nach OP-Bereich und Beobachtungszeitraum) abzüglich Schnitt-Naht-Zeit (K6, kumuliert nach OP-Bereich und Beobachtungszeitraum). Bemerkung: Diese Kennzahl wird zur Berechnung der Nutzungsgrad Schnitt-Naht-Zeit benötigt (s. dort).
K37 Nutzungsdauer _{OP}	Definition: OP-Kapazität (K18, kumuliert nach OP-Bereich und Beobachtungszeitraum) abzüglich Nicht-Schnitt-Naht-Zeit (K36). Bemerkung: Diese Kennzahl wird zur Berechnung der Nutzungsgrad Schnitt-Naht-Zeit benötigt (s. dort).
K38 Nutzungsgrad Schnitt-Naht-Zeit (%)	Definition: $\frac{\text{Schnitt-Naht-Zeit (K6, kumuliert nach OP-Bereich und Beobachtungszeitraum)}}{\text{Nutzungsdauer}_{\text{OP}} \text{ (K37)}} \times 100$ / Nutzungsgrad _{OP} (K37). Bemerkung: Diese Kennzahl beschreibt die OP-Auslastung während der effektiv genutzten OP-Kapazität. Im Gegensatz zur Kennzahl OP-Auslastung Schnitt-Naht (K18) führt Unterauslastung (K21) nicht zu falsch niedrigen Werten. Lange Wechselzeiten vermindern die Nutzungsdauer _{OP} (K37) und führen zu einem falsch hohen Nutzungsgrad Schnitt-Naht-Zeit. Literatur: [23].

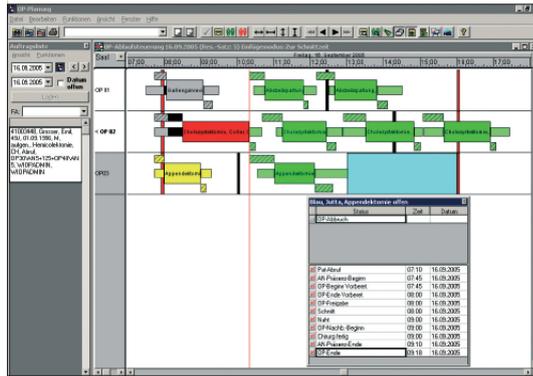


Abbildung 11: Fa. Siemens, Software Medico, Ablaufsteuerung (Quelle: Produktbroschüre Fa. Siemens)

Weitere Möglichkeiten des Reportings sind retrospektive Berichte in Form von Tagescockpits, Monats-, Quartals- und Jahresberichten, um die Vergangenheit aufzuarbeiten.¹⁰⁸ Da die Daten möglichst zeit- und arbeitsplatznah erfasst werden sollen, müssen ausreichend Computerarbeitsplätze zur Verfügung gestellt werden, und es muss Software implementiert werden, die es ermöglicht, Daten zu dokumentieren und Kennzahlen zu generieren. Problematisch ist hierbei, dass zur Zeit noch keine kommerziell erhältliche Software existiert, welche die komplexen Anforderungen, die sich aus den geforderten Kennzahlen des Berichtswesens ergeben, erfüllt. Das Extrahieren der notwendigen Daten aus den OP-Informationssystemen ist daher sehr zeitaufwändig. Heute verwandte Programme für das Berichtswesen sind oft selbstentwickelte Lösungen der Anwender.¹⁰⁹ Für die Datenqualität spielt der dokumentierende Mitarbeiter eine zentrale Rolle, deshalb muss er über die Wichtigkeit seines Handelns gut informiert sein. Gerade in Krankenhäusern mit vielen am Behandlungsprozess beteiligten Berufsgruppen und strengen Hierarchien entstehen immer wieder Spannungsfelder und Interessenkonflikte, die zu falscher Dokumentation verleiten können.¹¹⁰

Dargestellt am Beispiel des Zentral-OP der Universitätsmedizin Göttingen:

Durch die Einführung der neuen OP-Managementstrukturen beginnend ab dem Jahr 2008 hat sich auch das Dokumentations- und Berichtswesen in der

¹⁰⁸ Vgl. Berry, Schupfer, Martin, et al., Controlling and reporting in operating room management: analysis of the state of development, Anästhesist 57/2008 S. 269-274

¹⁰⁹ Vgl. Berry, Schupfer, Martin, et al., Controlling and reporting in operating room management: analysis of the state of development, Anästhesist 57/2008 S. 269-274

¹¹⁰ Vgl. Welk, Bauer OP-Management praktisch und effizient 2006 S. 97

Universitätsmedizin Göttingen grundlegend verändert. Die Ziele, die durch diese Veränderungen verfolgt wurden, waren dabei von unterschiedlicher Natur. Zum einen erwartete der Vorstand des Krankenhauses, dass die Abläufe, der Verbrauch der Ressourcen und die Kostenstruktur des Operationsbereiches ihm gegenüber transparent und verständlich dargelegt werden. Zum anderen benötigte das OP-Management eine Handlungsgrundlage, um Veränderungen in den Abläufen und den Prozessstrukturen zu initiieren, Ziele zu vereinbaren und zu kontrollieren und diese auch gegenüber anderen Fraktionen im OP-Bereich zu rechtfertigen und durchzusetzen. Es gab bereits vor dem Jahr 2008 ein Berichtswesen im Haus, jedoch handelte es sich hierbei mehr um die abstraktere, arbeitsplatzferne Controllingebene mit Blick auf die Gesamtklinik. Dafür wurden Kennzahlen des klassischen Controllings verwandt, die aber nur wenige Rückschlüsse auf die eigentlichen Arbeitsabläufe und Prozesse zuließen. Das hatte zur Folge, dass zunächst viele Veränderungen auf rein theoretischer Basis angestoßen wurden, weil eine ausreichende Datengrundlage für eine Ist-Analyse nicht zur Verfügung stand. Im Jahr 2008 hat man zunächst damit begonnen, sich auf verbindliche Zeitpunkte für die Dokumentation auf Basis des Konsens-Papiers von BDA und BDC zu verständigen. Diese Dokumentation ermöglicht einen aktuellen Überblick über den Status der OP-Säle und der laufenden Operationen in der OP-Ablaufsteuerung. Um eine ganzheitliche Sicht der Mitarbeiter auf die OP-Abläufe zu gewährleisten, wurden im Eingangsbereich des OPs Monitore installiert, auf denen diese OP-Ablaufsteuerung kontinuierlich abgebildet wird. Operateure und Mitarbeiter müssen nun auch bei eventuellen Änderungen der OP-Saal-Belegung nicht mehr suchen und fragen, in welchem Saal sie operieren, sondern können mit einem Blick erfassen, in welchem Bereich ihre Operation stattfindet. Darüber hinaus ermöglichte die nun durchgeführte Dokumentation das Generieren geforderter Kennzahlen, die in Form von Tages-, Monats- und Quartalscockpits den Mitarbeitern und Abteilungen sowie dem Vorstand berichtet werden. Die unterschiedliche Verknüpfung der Kennzahlen macht es möglich, eine Vielzahl von Einzelprozessen transparent darzustellen. So erhält man einen Überblick über die Stabilität der 1. Stelle des OP-Programms, Abweichungen beim OP-Beginn, Wechselzeiten der Anästhesie- und OP-Pflege, Saallaufzeiten und Kapazitäten. Die Tagescockpits werden zentral im OP-Bereich ausgehängt und erlauben einen bereichsübergreifenden Vergleich der Leistungen des Vortages. Zudem werden sowohl die Abteilungsleiter als auch der Vorstand täglich

über die operativen Abläufe des Vortages unterrichtet. Dieses arbeitsplatz- und zeitnahe Controlling erlaubt es, Engpässe im Versorgungsprozess, einen verspäteten Operationsbeginn oder verlängerte Wechselzeiten zu erklären und Gegenmaßnahmen abzuleiten, um die Effizienz des Versorgungsprozesses zu erhöhen. Mit dem Reporting von Tagescockpits des OP-Bereichs hat die Universitätsmedizin Göttingen momentan ein Alleinstellungsmerkmal in der deutschen Kliniklandschaft. Zur besseren Veranschaulichung ist in Abbildung 14 ein solcher Tagesreport dargestellt.

Abbildung 12: Tagescockpit Zentral-OP der Universitätsmedizin Göttingen (Quelle: OP-Management Göttingen)

Mittwoch, 2. März 2011

Stab/Schl 1. Punkt	Soll	Ist	Delta	Bereitsstellung	
AUGE 21	08:00	08:00	0		Lithiumlösung
22	08:00	08:00	0		
23	08:00	08:00	0		
GAL 9	07:20	07:20	0		
8	07:20	07:20	0		
7	07:20	07:20	0		
CLMP 11	07:30	07:30	0		
12	07:30	07:30	0		
13	07:30	07:30	0		
FRAD 4	07:30	07:30	0		Körper-Einstellung
FRAD 5	07:30	07:30	0		
FRAD 6	07:30	07:30	0		
HGO 7	07:30	07:30	0		Anästhesie-Einstellung
HGO 8	07:30	07:30	0		
HGO 9	07:30	07:30	0		
WNS 18	08:00	08:00	0		Körper-Einstellung
17	08:00	08:00	0		
16	08:00	08:00	0		
NOH 15	08:00	08:00	0		Körper-Einstellung
14	08:00	08:00	0		
13	08:00	08:00	0		
OPHA 19	07:30	07:30	0		Körper-Einstellung
18	07:30	07:30	0		
17	07:30	07:30	0		
THG 2	07:30	07:30	0		Körper-Einstellung
1	07:30	07:30	0		
0	07:30	07:30	0		
URUL 1	07:30	07:30	0		Körper-Einstellung
2	07:30	07:30	0		

■ Minderer Verfügungsraum
■ Mehrer Verfügungsraum
■ OP-Zeit gesamt
■ Minderer OP-Zeit

Mittwoch, 2. März 2011

Stab/Schl 1. Punkt	Soll	Soll (h)	Ist	Delta	1. Freigabe Anästhesie
AUGE 21	08:00	08:00	08:00	0	
22	08:00	08:00	08:00	0	
23	08:00	08:00	08:00	0	
GAL 9	07:20	07:20	07:20	0	
8	07:20	07:20	07:20	0	
7	07:20	07:20	07:20	0	
CLMP 11	07:30	07:30	07:30	0	
12	07:30	07:30	07:30	0	
13	07:30	07:30	07:30	0	
FRAD 4	07:30	07:30	07:30	0	Körper-Einstellung
FRAD 5	07:30	07:30	07:30	0	
FRAD 6	07:30	07:30	07:30	0	
HGO 7	07:30	07:30	07:30	0	Anästhesie-Einstellung
HGO 8	07:30	07:30	07:30	0	
HGO 9	07:30	07:30	07:30	0	
WNS 18	08:00	08:00	08:00	0	Körper-Einstellung
17	08:00	08:00	08:00	0	
16	08:00	08:00	08:00	0	
NOH 15	08:00	08:00	08:00	0	Körper-Einstellung
14	08:00	08:00	08:00	0	
13	08:00	08:00	08:00	0	
OPHA 19	07:30	07:30	07:30	0	Körper-Einstellung
18	07:30	07:30	07:30	0	
17	07:30	07:30	07:30	0	
THG 2	07:30	07:30	07:30	0	Körper-Einstellung
1	07:30	07:30	07:30	0	
0	07:30	07:30	07:30	0	
URUL 1	07:30	07:30	07:30	0	Körper-Einstellung
2	07:30	07:30	07:30	0	

■ Minderer Verfügungsraum
■ Mehrer Verfügungsraum
■ OP-Zeit gesamt
■ Minderer OP-Zeit

Mittwoch, 2. März 2011

Stab/Schl 1. Punkt	Soll	Soll (h)	Ist	Delta	1. OP-Beginn korrigiert
AUGE 21	08:00	08:00	08:00	0	
22	08:00	08:00	08:00	0	
23	08:00	08:00	08:00	0	
GAL 9	07:20	07:20	07:20	0	
8	07:20	07:20	07:20	0	
7	07:20	07:20	07:20	0	
CLMP 11	07:30	07:30	07:30	0	
12	07:30	07:30	07:30	0	
13	07:30	07:30	07:30	0	
FRAD 4	07:30	07:30	07:30	0	Körper-Einstellung
FRAD 5	07:30	07:30	07:30	0	
FRAD 6	07:30	07:30	07:30	0	
HGO 7	07:30	07:30	07:30	0	Anästhesie-Einstellung
HGO 8	07:30	07:30	07:30	0	
HGO 9	07:30	07:30	07:30	0	
WNS 18	08:00	08:00	08:00	0	Körper-Einstellung
17	08:00	08:00	08:00	0	
16	08:00	08:00	08:00	0	
NOH 15	08:00	08:00	08:00	0	Körper-Einstellung
14	08:00	08:00	08:00	0	
13	08:00	08:00	08:00	0	
OPHA 19	07:30	07:30	07:30	0	Körper-Einstellung
18	07:30	07:30	07:30	0	
17	07:30	07:30	07:30	0	
THG 2	07:30	07:30	07:30	0	Körper-Einstellung
1	07:30	07:30	07:30	0	
0	07:30	07:30	07:30	0	
URUL 1	07:30	07:30	07:30	0	Körper-Einstellung
2	07:30	07:30	07:30	0	

■ Minderer Verfügungsraum
■ Mehrer Verfügungsraum
■ OP-Zeit gesamt
■ Minderer OP-Zeit

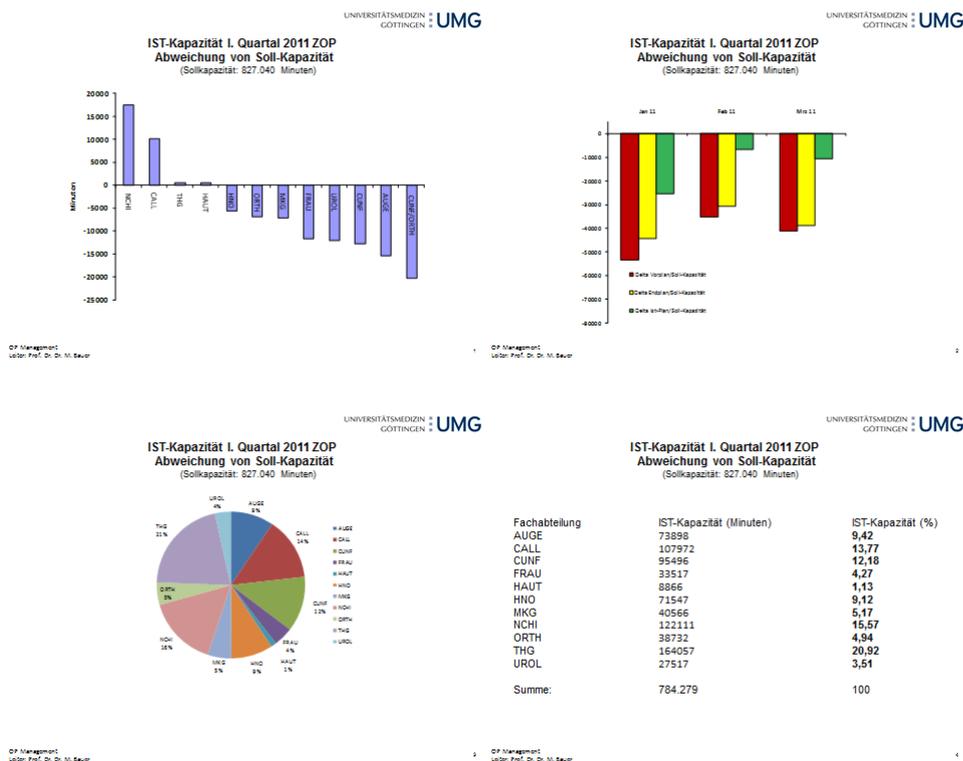
Neben dem täglichen Reporting empfiehlt es sich, auch Monats- beziehungsweise Quartalsberichte zu erstellen. Während das kurzfristige Berichtswesen darauf abzielt, Schwachstellen im Ablauf der Tagesroutine exakt nachvollziehen zu können, zeigt das mittelfristige Berichtswesen durch die viel breitere Datenbasis Tendenzen auf und erlaubt Rückschlüsse auf die strategische Zielerreichung und Ausrichtung. Der vom Umfang größte Bericht ist in der Universitätsmedizin Göttingen der Monatsbericht. Zusätzlich zu den täglich erhobenen Daten findet hier eine gezielte Auswertung der angeforderten bzw. genutzten Saalkapazitäten sowie Saallaufzeiten gestaffelt nach Fachrichtung statt. Die nachfolgende Tabelle zeigt die empfohlenen Kennzahlen für Tages-, Monats- und Quartalsberichte:

Tabelle 3: Empfohlene Kennzahlen im Berichtswesen (Quelle: OP-Management Göttingen)

Kennzahl	Tagesbericht	Monatsbericht	Quartalsbericht
Stabilität 1. Stelle	•	•	
Bereitstellung	•	•	
Freigabe Anästhesie	•	•	
1. OP Beginn korrigiert	•	•	
1. OP Beginn kumuliert	•	•	
Wartezeit 1. OP Beginn	•	•	
Wechselzeit Anästhesie	•	•	
Wechselzeit Operative Pflege	•	•	
Ausgefallene vs. Notfallpatienten	•	•	
Saalkapazität		•	•
Saallaufzeiten		•	

Die Berichterstattung für das Quartal ist nicht so umfangreich und gibt einen groben Überblick über die zur Verfügung gestandenen und genutzten Kapazitäten des Gesamt-OPs. In Abbildung 15 ist ein solcher Quartalsbericht zur Verdeutlichung dargestellt.

Abbildung 13: Quartalsbericht des OP-Management der Universitätsmedizin Göttingen (Quelle: OP-Management Göttingen)



Ein suffizientes Berichtswesen ist unabdingbar, um Transparenz für die operativen Versorgungsprozesse aller Prozessverantwortlichen zu erzeugen. Es ermöglicht das Benchmarking zwischen einzelnen Fachabteilungen der Klinik und anderen Krankenhäusern. Nachteilig wirkt sich aus, dass zurzeit noch keine Standardsoftware verfügbar ist. Die Dokumentation erfordert einen hohen infrastrukturellen Aufwand bei der Bereitstellung von elektronischen Datenverarbeitungssystemen. Sowohl Dokumentation als auch die Auswertung der Daten ist mit einem hohen Zeitaufwand verbunden.

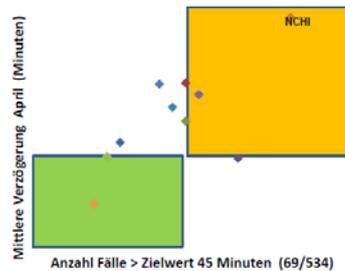
4.5 Einsatz geeigneter Analyseinstrumente zur Bestimmung der Ausgangslage und der Strategieentwicklung

Ein zentrales Element des Krankenhauses und somit auch des OP-Bereiches ist die Planung und die Kontrolle von Leistungen, Erlösen und Kosten. Die Beschreibung der Ausgangslage für die Planung der kurzfristigen operativen Entwicklung muss klar und hinreichend differenziert erfolgen. Ein geeignetes Instrument hierfür kann der Einsatz von internen Stärken-Schwächen-Analysen, zum Beispiel in Form von Portfolioanalysen, sein. Hierbei wird ein Portfolio in Form eines Achsendiagramms erstellt. Typischerweise wird die y-Achse dieses Diagramms dabei als Umweltvariable bezeichnet, während die x-Achse die Unternehmensvariable darstellt. Auf der Ebene der Geschäftseinheit OP könnte die y-Achse, beispielsweise bei der Analyse der Wechselzeiten zwischen den Operationen, auch mit „mittlere Verzögerung in Minuten nach Fachabteilungen“ beschriftet werden. Die x-Achse gibt den relativen Wettbewerbsvorteil gegenüber der Konkurrenz wieder. Im Beispiel der Analyse der Wechselzeiten kann dies „die Fallzahl nach Fachabteilungen“ sein. Die nach Fachabteilungen gewichteten Kriterien können jetzt graphisch wiedergegeben werden. Der Graph unterteilt sich hierbei in 4 Quadranten, denen einzelne Handlungsempfehlungen zugeordnet sind.¹¹¹ Bei der Interpretation der Beispielanalyse der Wechselzeiten finden sich nun im oberen rechten Quadranten Fachabteilungen wieder, die durch hohe Fallzahlen, aber auch durch lange Wechselzeiten einen negativen Einfluss auf die Kapazitätsauslastung des OPs haben. Im linken unteren Quadranten befinden sich Fachabteilungen, die sehr schnelle Wechselzeiten haben. Durch die geringere Anzahl der Operationen ist der positive Einfluss dennoch begrenzt. Eine Stärken-Schwächen-Analyse ist in Abbildung 16 zu sehen.

¹¹¹ Vgl. Conrad Wirtschaftliche Steuerung von Krankenhäusern 2010 S.51/52,
Vgl. Welk, Bauer, OP-Management praktisch und effizient 2006 S. 66

Abbildung 14: Stärken-Schwächen-Analyse der Wechselzeiten nach Fachabteilungen des Zentral-OP der Universitätsmedizin Göttingen (Quelle: OP-Management Göttingen)

Wechselzeit nach FA



Eine weiteres Analyseinstrument, das nicht nur zur Situationsanalyse, sondern auch zur strategischen Unternehmensplanung eingesetzt wird, ist die sogenannte SWOT-Analyse. SWOT steht für Strengths (Stärken), Weaknesses (Schwächen), Opportunities (Chancen) und Threats (Risiken). Bei diesem Analysemodell ist es möglich, eine ganzheitliche Sicht auf das Unternehmen oder das entsprechende Geschäftsfeld zu erhalten. Neben einer internen Stärken-Schwächen-Analyse wird eine externe Analyse, auch Umweltanalyse genannt, durchgeführt. Bei der Umweltanalyse werden Chancen und Risiken für das Unternehmen bewertet, die sich aus Veränderungen des Marktes beziehungsweise seines Umfeldes ergeben. Es werden hierbei Teilbereiche und innerhalb derer wesentliche Attribute festgelegt, die der Chancen-Risiko-Analyse unterzogen werden. Im Folgenden werden einige Teilbereiche benannt:

- Medizin und Medizintechnik

Welchen Einfluss haben innovative Operationsverfahren und neue medizintechnische Geräte auf den OP?

- Kultur und Verbraucherverhalten

Patienten sind besser informiert als in der Vergangenheit und stellen andere Anforderung an die Behandlung und den Service. Ergeben sich daraus Potenziale oder Gefahren für uns?

- Markt und Wettbewerb

Welche Chancen und Risiken bieten sich dem OP durch die zunehmende Konkurrenz zwischen stationären und ambulanten Angeboten?

Nachdem man die Umweltanalyse durchgeführt hat, setzt man die Ergebnisse mit der internen Stärken-Schwächen-Analyse des Unternehmens oder der Geschäftseinheit in Verbindung. Aus den Kombinationen von Stärken und Schwächen sowie Chancen und Gefahren kann das Management die aktuelle Lage beurteilen und ganzheitliche Strategien ableiten.

- Trifft in diesem Fall eine Stärke auf eine Chance, lautet das strategische Ziel, nach neuen Chancen zu suchen, die zu den Stärken des Unternehmens passen.

- Trifft eine Stärke auf ein Risiko, so muss es das Ziel sein, die Gefahr durch die bestehende Stärke abzuwenden.

- Wenn eine Schwäche auf eine Chance trifft, gilt es, die Schwäche zu beseitigen, um die Chance nutzen zu können.

- Hat man ein Risiko identifiziert, das auf eine Schwäche trifft, ist es das strategische Ziel, das Unternehmen so weiterzuentwickeln, dass Konkurrenten nicht von dieser Schwäche profitieren können.¹¹²

Ein weiteres Instrument, dessen Grundidee es ist, die strategischen Pläne aller Beteiligten einer Organisation transparent zu machen und in konkrete Handlungen zu übersetzen, ist die Balanced Scorecard nach R. S. Kaplan und D. P. Norton. Mit ihr wird die methodische Lücke zwischen Tagesgeschäft und Strategieentwicklung geschlossen und zugleich der strategische Erfolg des Unternehmens jenseits finanzieller Ziele durch Frühindikatoren messbar. Die Basis der Balanced Scorecard ist ein System aus Kennzahlen, das in verschiedene Ebenen eingeteilt wird, zwischen denen ein Ursache-Wirkungs-Prinzip besteht. Im Mittelpunkt steht die Vision beziehungsweise das Leitbild des Unternehmens. Darauf aufbauend stellt die Scorecard vier Perspektiven dar, unter denen ein universeller Wirkungszusammenhang besteht.

¹¹² Vgl. Conrad Wirtschaftliche Steuerung von Krankenhäusern 2010 S.49/50

Vision ↓

▶ **Finanzperspektive** ↓

Das Erreichen der Finanzziele hat den höchsten Stellenwert.

▶ **Kundenperspektive** ↓

Das Erfüllen der spezifischen Erwartungen seiner Kunden versetzt ein Unternehmen in die Lage, seine Finanzziele zu erreichen.

▶ **Prozessperspektive** ↓

Will man die Erwartung seiner Kunden hervorragend erfüllen, muss man wettbewerbsfähige Leistungsprozesse realisieren.

▶ **Mitarbeiterperspektive**

Um wettbewerbsfähige Leistungsprozesse realisieren zu können, benötigt man eine leistungsstarke Infrastruktur, Organisation und qualifizierte Mitarbeiter.¹¹³

Die Empfehlung ist es nun, für jede dieser Perspektiven fünf bis sieben Kennzahlen auszuwählen. Diesen Kennzahlen werden wiederum Ziele vorgegeben, von denen Maßnahmen zur Zielerreichung abgeleitet werden. Dabei dürfen die Kennzahlen nicht willkürlich gewählt werden, sondern müssen die Ursache-Wirkungs-Beziehung der Organisation exakt abbilden. Typische Kennzahlen für den OP-Bereich sind die Auslastung der Saalkapazitäten, die Mitarbeiterzufriedenheit und die Zufriedenheit der Patienten.¹¹⁴

- Aus der Prozessperspektive kann beispielsweise die Verminderung der Wechselzeiten um 5% als Ziel gelten. Die Kennzahl hierfür ist die Wechselzeit in Minuten. Die abgeleitete Maßnahme kann die überlappende Einleitung sein oder das Einrichten von Rüstzonen für das OP-Personal.

¹¹³ Vgl. Ansorg, Diemer, Heberer, et al. OP-Management 2. Auflage 2010 S. 139

¹¹⁴ Vgl. Ansorg, Diemer, Heberer, et al. OP-Management 2. Auflage 2010 S. 140

- Kürzere Wechselzeiten sind gleichbedeutend mit geringeren Wartezeiten der Patienten. Damit kann das Ziel erreicht werden, die Patientenzufriedenheit zu erhöhen. Der Indikator hierfür ist eine Zufriedenheitsanalyse der Patienten.

Durch den Einsatz der Balanced Scorecard wird es möglich, die Strategie des Unternehmens oder seiner Teilbereiche zu operationalisieren, darzustellen und zu kommunizieren. Die Strategie wird übersetzt in das operative Handeln. Die Gefahr beim Einsatz der Balanced Scorecard ist, dass auch falsche und unrealistische Ziele professionell umgesetzt werden. Wichtig in ihrer Anwendung ist, dass nicht zu viele und zu komplexe Kennzahlen verwandt werden. Zudem ist es gerade bei Analyseinstrumenten, aus denen sich strategische Ziele ableiten, wichtig, dass diese Instrumente kontinuierlich eingesetzt werden, um auch während des Veränderungsprozesses eine ständige Kontrolle der Zielerreichung vorzunehmen.¹¹⁵

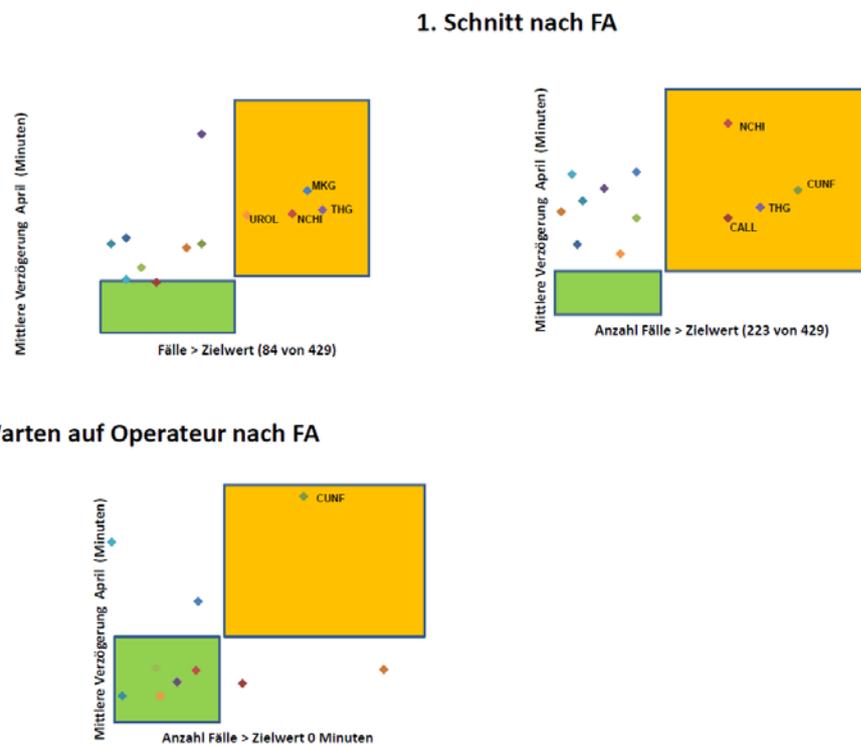
Dargestellt am Beispiel des Zentral-OP der Universitätsmedizin Göttingen:

Im Rahmen der Monatsberichte findet auch im OP-Bereich der Universitätsmedizin Göttingen neben der allgemeinen Prozessanalyse eine engmaschige Stärken-Schwächen-Analyse verschiedener Faktoren statt. So wird unter anderem die Freigabe des Patienten für die Operation durch die Anästhesie in den verschiedenen Fachabteilungen ausgewertet. Trotz standardisierter Narkoseverfahren kann es hier zu erheblichen Schwankungen der Zeit der Freigabe kommen. Die Daten lassen mehrere Interpretationsmöglichkeiten zu. Zum einen ist die Dauer der Narkoseeinleitung natürlich von der Fallschwere der Patienten beeinflusst. Da es sich hierbei aber um kumulierte Daten einer längeren Periode handelt, dürfte dieser Einfluss nicht so erheblich sein, da auch weniger schwere Fälle abgebildet sind. Die andere Sichtweise ist, dass hinter den Prozessen Menschen stehen. Wenn es also bei identischen Prozessen und vergleichbaren Patienten solch gravierende Unterschiede der Einleitungszeiten gibt, führt dies zu der Vermutung, dass die technischen und organisatorischen Fähigkeiten oder auch die Motivation der Mitarbeiter unterschiedlich stark ausgeprägt sind und dies einen großen Einfluss ausübt. Neben der kontinuierlichen Verbesserung der Prozesse und Abläufe im Operationsbereich lässt sich ableiten, dass es notwendig ist, die Mitarbeiter zu motivieren und zu qualifizieren, um einen einheitlichen hohen Ausbildungsstand zu erreichen. Darüber

¹¹⁵ Vgl. Busse, Schreyögg, Tiemann, Management im Gesundheitswesen, 2. Auflage 2010 S. 345-347

hinaus finden Analysen der Wechselzeiten nach Fachabteilung, verzögertem Operationsbeginn und Wartezeiten auf den Operateur statt. Dieses zeitnah durchgeführte Controlling zeigt Tendenzen auf, stellt Stärken und Schwächen transparent dar und gibt dem Vorstand der Klinik sowie dem OP-Management die Möglichkeit, gezielt Gegenmaßnahmen einzuleiten beziehungsweise Einfluss auf die entsprechende Fachabteilung auszuüben. Im Folgenden ist in Abbildung 17 eine entsprechenden Stärke-Schwächen-Analysen des Zentral-OP der Universitätsmedizin Göttingen dargestellt.

Abbildung 15: Stärken-Schwächen-Analyse Zentral-OP der Universitätsmedizin Göttingen (Quelle: OP-Management Göttingen)



4.6 Beispiele für prozessorientierte Veränderungen im OP-Bereich

Werden in der Industrie Produktionsprozesse geplant, so sind sie darauf ausgelegt, ein Produkt oder Stückgut mit optimalem Ressourceneinsatz herzustellen. Dabei gilt es, weder materielle noch personelle Ressourcen zu verschwenden. Die Ressourcen müssen im Sinne der Wertschöpfung ohne oder mit dem geringstmöglichen Verlust eingesetzt werden. Der Produktion geht eine detaillierte Planung der Prozesse,

welche in viele Teilprozesse und Einzelschritte unterteilt werden, voraus. Diese Teilprozesse und Einzelschritte umschreiben die einzusetzenden Werkstoffe und Materialien sowie benötigte Zeiteinheiten für die involvierten Menschen und Maschinen. Diese Grundprinzipien der industriellen Produktionsplanung lassen sich auch auf das Krankenhaus und seinen OP-Bereich übertragen. Im Folgenden sind nun einige Optimierungsansätze, auf die im Rahmen der Reorganisation eines OP-Bereiches besonderes Augenmerk gerichtet werden sollte, aufgeführt.¹¹⁶

4.6.1 OP-Planung

Eine der schwierigsten und facettenreichsten Aufgaben des OP-Managements ist es, einen verbindlichen OP-Plan unter Berücksichtigung der Planungs- und Zeitvorgaben sowie der materiellen, technischen und personellen Voraussetzungen zu erstellen.¹¹⁷ Um die Nahtstellen und somit Fehlerquellen während des Planungsprozesses zu reduzieren, ist es wichtig, für jede operative Klinik einen Planungsverantwortlichen mit Entscheidungskompetenz festzulegen. Die exakte und allgemeingültige Definition der Leistung ist das Kernelement der OP-Planung. Nur sie erlaubt die genaue Bedarfsermittlung für Zeit, Mitarbeiter und Materialvorhaltung.¹¹⁸ Um die Planung der Abläufe und des Ressourceneinsatzes zu ermöglichen, sind darüber hinaus weitere Informationen erforderlich. Dies betrifft anaesthesiologische, operations- und patientenbezogene sowie logistische und infrastrukturelle Besonderheiten, die zu Verzögerungen im Ablauf führen können oder besondere Ressourcen erfordern. Aus patientenbezogener Sicht muss der OP-Plan dahingehend optimiert werden, dass Kinder und Allergiker zuerst am Tag operiert werden. Für Kinder ist die Phase der Nüchternheit vor OP-Beginn besonders belastend. Bei Allergikern stellt sich das Problem, dass im OP die Belastung der Luft mit Allergenen im Tagesverlauf zunimmt. Die verspätete Ankunft von am OP-Tag einbestellten Patienten kann zu Ablaufverzögerungen zu Beginn des OP-Tages führen. Diese Patienten sollten nicht an 1. Stelle des OP-Programms geplant werden. Operationsbedingte Voraussetzungen, die geplant werden müssen, sind zum Beispiel schwierige oder nicht kalkulierbare Operationen. Diese sollten an erster Stelle operiert werden, um die Flexibilität zu erhalten, kürzer dauernde OPs auf andere Säle zu verteilen und sie nicht absetzen zu müssen. Die personalbezogenen Faktoren der

¹¹⁶ Vgl. Ansorg, Diemer, Heberer, OP-Management 2. Auflage 2010 S. 422

¹¹⁷ Vgl. Welk, Bauer, OP-Management praktisch und effizient 2006 S. 158

¹¹⁸ Vgl. Busse, OP-Management Grundlagen 2010 S.48

OP-Planung sind Spezialeingriffe, in denen viel oder speziell qualifiziertes Personal gebunden wird. Zudem sollten Operationen mit demselben Operateur nicht parallel geplant werden, um Verzögerungen zu vermeiden. Unter dem Aspekt der geräte- und instrumentenbezogenen Voraussetzungen muss das Risiko einer Komplikation durch fehlende Instrumente oder Spezialzubehör erkannt und durch die Planung verhindert werden.¹¹⁹ In der Regel werden alle zur Verfügung stehenden Kontingente mit Routine OPs verplant. Dies kann aber bei der Integration von Notfall-OPs zum Problem werden weil, es zur Überschreitung der Normalarbeitszeit kommt und eventuell andere OPs abgesetzt werden müssen. Wenn, basierend auf Vorperioden, der prozentuale Anteil an Notfall-Operationen einer Fachabteilung errechnet, und dieser vom zur Verfügung stehenden Planungskontingent abgezogen wird, führt das zur Freisetzung entsprechender Kapazitäten. Somit können die Probleme bei der Integration von Notfällen vermieden werden. Als solide und effizient kann eine OP-Planung aber nur dann bezeichnet werden, wenn:

- alle Planinhalte verbindlich festgelegt und beachtet werden,
- qualifiziertes Personal die OP-Planung wahrnimmt und diese überwacht,
- es nur in dringenden Fällen zu Änderungen des OP-Plans kommt,
- verbindliche Planungsprozesse festgelegt und diese eingehalten werden.¹²⁰

Dargestellt am Beispiel des Zentral-OP der Universitätsmedizin Göttingen:

In der Literatur wird einheitlich empfohlen, eine robuste und effiziente OP-Planung in verschiedenen Zeithorizonten durchzuführen. Es wird hierbei von einer kurz-, mittel- und langfristigen Planung gesprochen. Im OP-Bereich der Universitätsmedizin Göttingen wird die OP-Planung, wie in den meisten Krankenhäusern üblich, jedoch nur in Form einer kurzfristigen Tagesplanung durchgeführt. Aus organisatorischen Gründen haben mittel- und langfristige Planungen hier noch kein Einzug gehalten. Der Planungsprozess selbst besteht darin das die Planungsverantwortlichen der einzelnen Fachabteilungen bis 10.00 Uhr die Patienten, die am Folgetag operiert werden sollen, beim OP-Management anmelden. Bis 14.00 Uhr erstellt das OP-Management hieraus einen verbindlichen OP-Plan.

¹¹⁹ Vgl. Welk, Bauer, OP-Management praktisch und effizient 2006 S. 159/160

¹²⁰ Vgl. Busse, OP-Management Grundlagen 2010 S.52

Spätere Änderungen sind nur noch durch das OP-Management selbst möglich. Sollten außerhalb der Regelarbeitszeiten Änderungswünsche bestehen, so ist dies dem diensthabenden Anästhesie-Facharzt mitzuteilen. Die Festlegung des OP-Plans zielt dabei darauf ab, einen möglichst reibungslosen Ablauf im OP zu ermöglichen. Die Operation von Kindern findet besondere Beachtung. Diese werden möglichst an erster Stelle operiert. Besonders komplexe Narkoseeinleitungen werden oft nach einer kürzeren Operation an zweiter Stelle geplant. So werden Verzögerungen beim morgendlichen OP-Beginn vermieden.

4.6.2 Optimierung von Betriebsabläufen

Ein weiterer Optimierungsansatz der OP-Abläufe besteht, darin unnötige Schnittstellen zu vermeiden und die Prozesse möglichst zentral zu organisieren. Der erste Ansprechpartner sollte dafür das OP-Management als sogenannter Prozess-Eigner mit Informationshoheit und Weisungsbefugnis sein. Zur Unterstützung kann es sinnvoll sein, zusätzlich in den einzelnen Fachkliniken Planungsbeauftragte zu implementieren. So haben alle in diesem Bereich tätigen Mitarbeiter einen zentralen Ansprechpartner. Weitere mögliche Optimierungsansätze sind

- flexible interdisziplinäre Saalnutzung,
- Stabilität der ersten Stelle des OP-Programms,
- überlappende Narkoseeinleitungen,
- gestaffelter OP-Beginn mit definierten Erst-Schnitt-Zeitpunkten,
- Veränderung der Infrastruktur mit Einrichtung von Warte- und Rüstzonen,
- Einführung von Standard Operating Procedures.

Der Einfluss dieser Maßnahmen wird nachfolgend am Beispiel der Universitätsmedizin Göttingen konkretisiert.

Dargestellt am Beispiel des Zentral-OP der Universitätsmedizin Göttingen:

In den Jahren vor Einführung des neuen OP-Managements war der OP-Bereich der Universitätsmedizin Göttingen eher von einer dezentralen Leitungsstruktur geprägt. So waren die in den Fachkliniken eingesetzten Oberärzte der Anästhesie weitgehend selbst verantwortlich für die Ablaufsteuerung der Operationen in ihren Bereichen.

Dazu gehörte es auch, die für ihre Patienten postoperativ benötigten Betten auf den Intensivstationen zu organisieren und bereitstellen zu lassen. Die Bestellung der Patienten gemäß OP-Plan wurde oftmals an das Personal der einzelnen OP-Säle delegiert. Daneben besaßen sie die Handlungsfreiheit, Änderungen des OP-Programms zum Beispiel bei drohender Überschreitung der Regelarbeitszeit vorzunehmen. Durch das im Jahr 2008 eingeführte OP-Management wurden diese Strukturen deutlich gestrafft. So werden die für den OP-Tag benötigten Intensivstations-Betten seitdem zentral vom OP-Management verwaltet. Diese Bündelung erlaubt eine wesentlich bessere Übersicht über die benötigten und die zur Verfügung stehenden Kapazitäten der Intensivstationen. Zudem können bei Engpässen sofort Änderungen und Gegenmaßnahmen eingeleitet werden. In den einzelnen Fachkliniken sind die Oberärzte der Anästhesie als verantwortliche Planungsbeauftragte tätig. Der Abruf der Patienten von Station in den OP wird über sie zentral abgewickelt. Änderungen des OP-Programms sind nunmehr nur in Absprache mit dem OP-Management möglich. Diese Veränderungen haben zu einer erheblichen Verminderung der Wechselzeiten in den Fachkliniken geführt. Durch die nun zentralisierte Organisation werden Fehler und Missverständnisse zwischen den einzelnen Akteuren, die zu Verzögerungen in den Abläufen führen, vermieden. Zudem steht bei Fragen immer ein kompetenter, gut informierter Ansprechpartner zur Verfügung. Durch die zentrale Sichtweise und Verwaltung der Ressourcen zum Beispiel an Anästhesiepflegepersonal, Ärzten und OP-Sälen können diese nun besser genutzt werden. Dies macht bei identischem Personaleinsatz überlappende Narkoseeinleitungen möglich, was wiederum die Wechselzeit zwischen zwei Operationen verkürzt. Im Bereich der Unfall- und Allgemein Chirurgie wurde eine zentrale Einleitung eingerichtet, in der Patienten mit zeitintensiven Verfahren wie peripheren Nervenblockaden sowie aufwändigen Narkoseeinleitungen vorbereitet werden, um den negativen Einfluss auf die Überleitungszeiten gering zu halten. Zudem arbeitet man in Göttingen mit dem System einer Wartezone, die vom Personal des Aufwachraums betreut wird. Hierhin werden Patienten von Station abgerufen und warten auf die Einschleusung in den OP-Saal. Die Wartezone hilft, Verzögerungen zu vermeiden, die durch Kapazitätsengpässe des hausinternen Krankentransport-Dienstes hervorgerufen werden. Der stark verkürzte Weg bis zum OP-Saal erlaubt es, die Patienten flexibler und schneller einzuschleusen. Um beim morgendlichen OP-Beginn die Ressourcen des Transportdienstes und der im OP-

Bereich tätigen Lagerungspfleger optimal zu nutzen, wurden den OP-Sälen unterschiedliche Erst-Schnitt-Zeitpunkte zugeordnet. Durch die so erreichte Staffellung der OP-Anfangszeiten konnten Arbeitsspitzen und Wartezeiten beim morgendlichen Einschleusen der Patienten erheblich reduziert werden. Besonderes Augenmerk wird auf die Stabilität des ersten OP-Punktes gelegt. Verändert sich die erste Position des OP-Programms, muss zunächst ein Alternativpatient geplant, abgerufen und eingeschleust werden. Daten des Verbandes für OP-Management belegen, dass eine Verzögerung des morgendlichen Erstschnittes um 20 Minuten Erlösausfälle von 15.000,-€ pro Saal und Jahr zur Folge hat.¹²¹ Dies verdeutlicht die Wichtigkeit eines pünktlichen OP-Beginns. Seit dem Jahr 2010 besteht in Göttingen eine Rüstzone für das OP-Personal. Hierbei handelt es sich um einen Bereich, in dem die Instrumente und sterilen OP-Tische für die nächste Operation vorbereitet werden. Um die Räumlichkeit für diese Rüstzone zu gewinnen, musste ein OP-Saal stillgelegt werden. Die verlorene OP-Kapazität wird aber durch die frei werdenden personellen und materiellen Ressourcen sowie die nun schnelleren Wechselzeiten in diesem Bereich überkompensiert. Als letzte Optimierungsmaßnahme sei hier die Einführung von Standard Operating Procedures genannt. Im Rahmen der im Zentral-OP der Universitätsmedizin Göttingen vorgenommenen strukturellen Veränderungen wurden in vielen Bereichen Standard Operating Procedures eingeführt oder bestehende überarbeitet. Um eine kontinuierliche Verbesserung zu gewährleisten, werden diese Standards in regelmäßigen Abständen überprüft und angepasst. Diese Standards führen zu einer einheitlichen Vorgehensweise bei identischen Verfahren und ermöglichen es, die Prozesse zu strukturieren und Regelungen transparent darzustellen. Neben der so erreichten Prozessoptimierung ist durch diese Verfahrensanweisungen auch eine gezielte Kostenkontrolle möglich geworden. Die schrittweise eingeführten Optimierungsmaßnahmen haben es in Verbindung mit der veränderten Organisationsstruktur möglich gemacht, die Leistungszahlen des OP-Bereiches seit dem Jahr 2008 kontinuierlich zu steigern. Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang, dass dies mit dem gleichen Ressourceneinsatz an Personal, aber mit geringeren OP-Saal-Kapazitäten erreicht wurde. So wird auch die gesteigerte Effizienz deutlich.

¹²¹ Vgl. Verband für OP-Management,
http://www.vopm.de/ger_projekte/op+management+benchmarking-21/

4.6.3 Umgang mit Veränderungen und limitierende Faktoren

Die Einführung eines OP-Managements sowie strukturelle und kontinuierliche Veränderungen im OP-Bereich können zu ganz unterschiedlichen Reaktionen führen. Diese Reaktionen reichen über aktive, positive Unterstützung, beschränkte Anpassungsbereitschaft, Indifferenz bis hin zu passivem und aktivem Widerstand und sogar Austritt aus dem System in Form von Kündigung.¹²² Der größte Widerstand gegen ein OP-Management ergibt sich oft aus der Angst vor Fremdbestimmung, dem Ungewissen, weil oft nicht klar dargestellten Veränderungsprozessen und dem Verlust von Abteilungsautonomien. Wenn die Notwendigkeit einer Reorganisation von Prozessen und Abläufen von den Mitarbeitern nicht erkannt wird, ist es erst recht überflüssig über die Synchronisation von Arbeitszeiten oder die Ausweitung von Betriebszeiten zu diskutieren. Die Gründe für Widerstände ergeben sich aus den Organisationsformen und der Abteilungskultur, die vor dem Einsatz von Veränderungsmanagement bestanden. Oft sind es gewachsene Strukturen, unterschiedliche Arbeitszeiten, ein zuvor eher statisches Organisationsmodell, aber auch die bauliche Infrastruktur, Kommunikationsdefizite und rigide hierarchische Strukturen, welche die Umsetzung von Veränderungen beeinflussen.¹²³ Dass Menschen sich Veränderungen widersetzen, hängt oft nicht mit der Veränderung selbst zusammen, sondern damit, dass sie gewissermaßen über die Köpfe der Menschen hinweg von oben aufgezwungen werden. Um Ziele in der Organisation erreichen zu können, ist es daher wichtig, die Betroffenen zu Beteiligten zu machen. Die Grundfunktion von Change Management im OP ist es, für Ziele zu sorgen, zu organisieren, zu entscheiden, Leistungen zu beurteilen und Mitarbeiter zu fördern und zu entwickeln. Die Kommunikation mit den Mitarbeitern ist das entscheidende Medium im Veränderungsprozess, um Akzeptanz zu schaffen und Widerstände zu durchdringen. Daneben ist das Abstellen von organisatorischen, räumlichen und personellen Schwachstellen ein wichtiges Ziel des Veränderungsmanagements. Räumliche Schwachstellen wirken sich als organisatorisches Nadelöhr sehr restriktiv auf die Gesamtorganisation aus und sind durch Optimierung der Ablauforganisation nur schwer zu kompensieren. Klassische Engpässe sind hierbei fehlende oder begrenzte Kapazitäten von Aufzügen und OP-Schleusen. Weitere Schwierigkeiten im

¹²² Vgl. Albrecht, Töpfer, Erfolgreiches Changemanagement im Krankenhaus, 2006 S. 584

¹²³ Vgl. Welk, Bauer, OP-Management praktisch und effizient, 2006 S. 150

Gesamtablauf entstehen durch mangelnde Aufwachraumkapazitäten und fehlende Räumlichkeiten für überlappende Einleitungen und OP-bezogene Vorbereitungen. Ständige Missstände in den Abläufen erhöhen die Ausfallzeiten und die Fluktuation in der Abteilung. Durch die sinkende Motivation werden die Leistungsbereitschaft und die Zufriedenheit der Mitarbeiter negativ beeinflusst. Diese personellen Schwachstellen werden durch mangelnde Transparenz und fehlerhafte Kommunikation noch verstärkt. Die organisatorischen Schwachstellen werden maßgeblich von der OP-Planung, dem Zeitmanagement und den bereitgestellten Ressourcen bestimmt. Probleme im Zusammenspiel der Schnittstellen und fehlende Synchronisation von Teilprozessen sind häufige Schwachstellen der Organisation. Optimierungspotentiale sind hierbei:

- Verkürzen der Wartezeiten auf Patient und Personal,
- Sicherstellen eines pünktlichen OP-Beginns am Morgen,
- Vermeiden von unrealistischer Zeitplanung, unvollständigen Angaben und häufigen Umstellungen im OP-Plan,
- Verhindern langer Wechselzeiten,
- Sicherstellen einer guten Kommunikation,
- Ermöglichung einer guten Notfallintegration von Operationen,
- Ermöglichung des Einsatzes von Personal in verschiedenen Sälen.¹²⁴

Das Hauptziel beim Abstellen von organisatorischen Schwachstellen ist es aber, die Kooperation und Kommunikation im Team und darüber hinaus zu verbessern. Dazu gehört es:

- ärztliche, pflegerische und kaufmännische Betrachtung zu synchronisieren,
- fehlerhafte Kommunikation mit unvollständigen Informationen zu vermeiden,
- den Versorgungsprozess optimal abzustimmen,
- Ablauf- und Strukturveränderungen zu berücksichtigen.

¹²⁴ Vgl. Welk, Bauer, OP-Management praktisch und effizient, 2006 S. 151

Das aktive Leben von Kooperation, Kommunikation und Transparenz erfüllt den Versorgungsauftrag über alle Berufsgruppen hinweg mit Professionalität.¹²⁵

Dargestellt am Beispiel des Zentral-OP der Universitätsmedizin Göttingen:

Im OP-Bereich der Universitätsmedizin Göttingen werden Mitarbeiter schon früh in den Planungs- und Umsetzungsprozess von Veränderungen eingebunden. So werden Ängste genommen und Barrieren abgebaut. Aus diesem Grund findet in regelmäßigen Abständen eine aktuelle Stunde des OP-Managements statt. In diesem Rahmen trägt das Management Probleme vor, spricht über geplante Maßnahmen und gibt Auskunft über den Zielerreichungsgrad von getroffenen Zielvereinbarungen. Hier besteht auch Raum für konstruktive Kritik seitens der Beschäftigten. Darüber hinaus ist seit dem Jahr 2009 ein externes Beratungsunternehmen beauftragt, das in Fragen der Personalentwicklung unterstützend tätig ist. In Einzelgesprächen wird hier die Gelegenheit gegeben über Ängste, Sorgen und Belastungen, die durch den vollzogenen und anstehenden Wandel entstanden sind, zu sprechen. Dies führte zu personellen Veränderungen in der Organisationsstruktur um den Mitarbeitern mehr Mitsprache bei der Planung und Umsetzung von Veränderungen zu geben. Damit die neuen Methoden, Verfahren und Prozessen keine Überforderung auslösen, finden regelmäßig Schulungen und Instruktionen statt. In diesem Sinne werden Abläufe und Prozesse vereinfacht. In vielen Bereichen bieten überarbeitete und neue SOPs nun eine klar definierte Handlungsgrundlage. Die offene Kommunikation, das Eingehen auf die Bedürfnisse der Mitarbeiter und ihre Integration in Planungsprozesse führten dazu, dass der anfängliche Widerstand der Mitarbeiter transformiert wurde in Erfolg für die Organisation.

¹²⁵ Vgl. Welk, Bauer, OP-Management praktisch und effizient, 2006 S. 151

5 Fazit

Die Arbeit hat aufgezeigt, dass sich die Rahmenbedingung für Krankenhäuser in den letzten Jahren grundlegend verändert haben. Die Gründe für den Wandel in der Krankenhauslandschaft sind vielfältig. So ergeben sich für Krankenhäuser, in einem florierenden Gesundheitsmarkt mit einem immer größer werdenden Ausgabenvolumen, eine Vielzahl von Chancen. Durch die sich ändernden Rahmenbedingungen ergeben sich aber auch viele Risiken. So leben wir in einer immer älter werdenden Gesellschaft, in der durch den medizinisch-technologischen Fortschritt und mündige, gut informierte und aufgeklärte Patienten, eine zunehmende Nachfrage nach Gesundheitsleistungen besteht. Zum anderen haben sich durch eine Reihe von Gesetzesänderungen, insbesondere die Einführung der Diagnosis Related Groups im Jahr 2003, die Finanzierungsbedingungen für Krankenhäuser dramatisch verschärft. Die Einführung der DRGs und die Verpflichtung zur Durchführung von internen und externen Qualitätssicherungsmaßnahmen hatten zur Folge, dass sich die Transparenz der Preisgestaltung und der medizinischen Qualität der Krankenhäuser erhöht hat. Der so gestärkte Wettbewerb, kombiniert mit dem stetig wachsenden Kosten- und Investitionsdruck der Krankenhäuser, führte zu einem Wandel von der staatlichen Krankenhausplanung in einen funktionierenden Krankenhausmarkt. Um die Wettbewerbsfähigkeit langfristig zu erhalten, müssen Krankenhäuser ein aktives Kundenmanagement betreiben, sich strategisch neu positionieren und das Leistungsangebot und die Leistungsprozesse optimieren. Durch den zunehmenden ökonomischen Druck muss insbesondere der kostenintensive OP-Bereich eines Krankenhauses einer kritischen Betrachtung unterzogen werden. Um eine Reorganisation und Optimierung des OP-Betriebes zu ermöglichen, ist es zunächst notwendig, ein effizientes und effektives OP-Management zu implementieren. Die Handlungsgrundlage dieses OP-Managements ist ein verbindliches OP-Statut, in dem Prozessabläufe, Regeln und Kennzahlen definiert sind. Auf Basis dieses Statuts und mit den geeigneten Analyse- und Controlling-Instrumenten wird das OP-Management in die Lage versetzt zu planen, zu entscheiden, zu organisieren, zu führen, zu kontrollieren und zu bewerten. Das Ziel ist es, mit optimalem Ressourceneinsatz, die größtmögliche Produktivität und Qualität zu erreichen. Um dieses Ziel zu erreichen, müssen Schwachstellen im strukturellen, personellen und organisatorischen Bereich analysiert, aufgedeckt und beseitigt werden. Der Einsatz

zielgerichteter, strukturierter und prozessorientierter Maßnahmen ermöglicht es, die Kosten im OP-Bereich zu senken, die Auslastung zu erhöhen und den Personaleinsatz zu optimieren. Das Gelingen dieser Reorganisation hängt aber im Wesentlichen davon ab, wie die Mitarbeiter in die Umstrukturierung eingebunden werden und wie Kooperation und Kommunikation gefördert werden. Nur durch eine ganzheitliche Sichtweise der Reorganisation wird es möglich alle Optimierungspotenziale des OP-Bereiches auszuschöpfen und eine positive Wirkung, auf die gesamten Leistungsprozesse des Krankenhauses, zu erreichen.

Literaturverzeichnis

Buch Quellen:

Albrecht, Michael/Töpfer, Armin: Erfolgreiches Changemanagement im Krankenhaus, Springer Medizin Verlag, Heidelberg 2006

Ansorg, Jörg/Diemer, Matthias/Heberer, Jörg/Tsekos, Evangelos/von Eiff, Wilfried: OP-Management, 2. Auflage, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin 2009

Arnold, Michael/Klauber, Jürgen/Schellschmidt, Henner: Krankenhausreport 2001, Schattauer Verlag für Medizin und Naturwissenschaften, Stuttgart 2002

Behrendt, Ingo/König, Hans-Joachim/Krystek, Ulrich: Zukunftsorientierter Wandel im Krankenhausmanagement, Springer Verlag, Dordrecht Heidelberg London New York, Heidelberg 2009

Bender, Hans-Joachim/Biermann, Elmar/Schüpfer, Guido/Wichtl, Oliver: Management im OP, Medical Event & Publisher Service und Aktiv Druck & Verlag, Nürnberg Ebelsbach 2009

Bodenburg, Isabell: Führung im Wandel – Die Rolle der Führungskraft beim Change Management, Grin Verlag für akademische Texte, München Ravensburg 2008

Busse, Reinhard/Schreyögg, Jonas/Tiemann, Oliver: Management im Gesundheitswesen, 2. Auflage, Springer Verlag, Heidelberg 2010

Busse, Thomas: OP-Management Grundlagen, medhochzwei Verlag, Heidelberg 2010

Conrad, Hans-Joachim: Wirtschaftliche Steuerung von Krankenhäusern, Mediengruppe Oberfranken – Buch & Fachverlage, Kulmbach 2010

Debatin, J. F./Ekkernkamp, A./Schulte, Barbara: Krankenhausmanagement, Medizinisch wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin 2010

Klauber, Jürgen/Geraedts, Max: Krankenhausreport 2010, Schattauer Verlag für Medizin und Naturwissenschaften, Stuttgart 2010

Kölking, Heinz: DRG und Strukturwandel in der Gesundheitswirtschaft, Kohlhammer, Stuttgart 2007

Kreienbrock, Lothar/Schach, Siegfried: Epidemiologische Methoden, 4. Auflage, Elsevier Spektrum Akademischer Verlag, München 2005

Offermanns, Guido: Integriertes Personal-Controlling im Krankenhaus: Neue Instrumente für die prozess- und Ressourcensteuerung, Integrierte Bildung, Heidelberg 2005

Saalfeld, Rainer/Hehner, Steffen/Wichels, Reinhard: Modernes Krankenhausmanagement, 2. Auflage, Springer Dordrecht Heidelberg London New York, Heidelberg 2009

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen:
Koordination und Qualität im Gesundheitswesen Band I, Kolhammer, Stuttgart 2006

Stadelhofer, Erhard C.: Klinik-Management, Schlütersche Verlag und Druckerei, Hannover 2001

Steinmann, Horst/Schreyögg, Georg: Management. Grundlagen, 6. Auflage,
Betriebswirtschaftlicher Verlag Dr. Th. Gabler, Wiesbaden 2006

Rohde, Claudia: Diss. Strategische Planung im Krankenhausunternehmen,
wirtschaftswissenschaftliche Fakultät der Universität Leipzig, Leipzig 2006

Prondzinski, Norbert von Depka: Diss. Integriertes Medizin-Controllin Optimierungsprozess
der Strukturen und Abläufe im Krankenhaus, Medizinische Fakultät der Rheinisch –
Westfälischen Technischen Hochschule Aachen, Lichtenfels Bayern 2004

Welk, Ina/Bauer, Martin: OP-Management: praktisch und effizient, Springer Medizin Verlag,
Heidelberg 2006

Wöhe: Einführung in die allgemeine Betriebswirtschaftslehre, 21. Auflage, Vahlen Verlag,
München 2002

Fachjournal Quellen:

Bauer, M./ Diemer, M./Ansorg, J./Schleppers, A./Bauer, K./Bomplitz, M./Tsekos, E./Hanss1,
R./Schuster, M.: Glossar perioperativer Prozesszeiten und Kennzahlen – Eine gemeinsame
Empfehlung von DGAI, BDA, BDC und VOPM – The German Perioperative Procedural
Time Glossary – A concerted recommendation, Anästhesie Intensivmedizin, Aktiv Druck &
Verlag, Ausgabe 49/2008 S. 93 – S. 105, Nürnberg 2008

Berry, M./Schüpfer, G./Martin, J./Bauer, M./Denz, C./Bender, H.J./Schleppers, A.:
Controlling and reporting in operating room management: analysis of the state of
development, Der Anästhesist, Springer Medizin, Ausgabe 57/2008 S. 269 – S. 274, Berlin
2008

Internet Quellen:

AOK Bundesverband: Wie Krankenhäuser vergütet werden, http://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/presse/psg/thema/psg_thema_0605.pdf , Veröffentlichung 2005, Einsichtnahme 01.04.2011 16.10 Uhr

Bundesministerium für Gesundheit <http://www.gbe-bund.de> Statistik über die durchschnittliche Verweildauer aller Diagnosen http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=3&p_aid=96267401&nummer=594&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=62018738, Veröffentlichung 2010, Einsichtnahme 20.04.2011 17.52 Uhr

Bundesverband der Pharmaindustrie: Pharma Daten 2010, <http://www.bpi.de/info-und-service/publikationen/informationsmedien/> , Veröffentlichung 2011, Einsichtnahme 16.04.2011 14.24 Uhr

Deutsche Krankenhausgesellschaft:

Krankenhausstatistik, http://www.dkgev.de/media/file/9068.Foliensatz_Krankenhausstatistik_20110216.pdf , Veröffentlichung 2011, Einsichtnahme 08.05.2011 21.54 Uhr

Die Zeit Onlinausgabe: Milliarden Euro mehr für die Gesundheit, <http://www.zeit.de/politik/deutschland/2010-04/gesundheitskosten-anstieg-statistik> , Veröffentlichung 2009, Einsichtnahme 05.05.2011 13.12 Uhr

InEk Institut: G-DRG System 2011: <http://www.g-drg.de/cms/> , Veröffentlichung 2010, Einsichtnahme 22.04.2011 11.23 Uhr

Institut für Gesundheitsökonomie und klinische Epidemiologie der Universität zu Köln: Studien zu Gesundheit, Medizin und Gesellschaft, http://www.uk-koeln.de/kai/igmg/sgmg/2010-02_geplanter_sozialausgleich_gkv.pdf, Veröffentlichung 2010, Einsichtnahme 15.04.2011 16.12 Uhr

McKinsey & Company: Business Breakfast Perspektiven der Krankenhausversorgung in Deutschland, http://www.mckinsey.de/downloads/presse/2006/060502_bb_praesentation_perspektiven_der_krankenhausversorgung_in_deutschland.pdf , Veröffentlichung 2006, Einsichtnahme 05.04.2011 14.16 Uhr

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD): Gesundheitsausgaben OECD

Länder, http://www.oecd.org/document/6/0,3746,en_21571361_44315115_16662342_1_1_1_1,00.html, Veröffentlichung 2003, Einsichtnahme 16.04.2011 20.58 Uhr

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD): Health Data 2010, http://www.oecd.org/document/16/0,3746,en_2649_34631_2085200_1_1_1_1,00.html , Veröffentlichung 2011, Einsichtnahme 16.04.2011 21.12 Uhr

PKV: Versicherungspflichtgrenze 2011, <http://www.pkv-2007.de/versicherungspflichtgrenze-2011.php>, Veröffentlichung 2010, Einsichtnahme 15.04.2011 16.34 Uhr

Reimers, Lutz/Henke, Klaus Dirk: Zum Einfluss von Demographie und medizinisch-technischem Fortschritt auf die Gesundheitsausgaben, http://www.wm.tu-berlin.de/fileadmin/f8/wiwidok/diskussionspapiere_wiwidok/dpa08-2006.pdf, Veröffentlichung 2006, Einsichtnahme 19.04.2011 20.13 Uhr

Statistisches Bundesamt: Geburten in Deutschland, <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Fachveroeffentlichungen/Bevoelkerung/BroschuereGeburtenDeutschland,property=file.pdf> Veröffentlichung 2007, Einsichtnahme 16.04.2011 15.11 Uhr

Statistisches Bundesamt: Bevölkerungspyramide, <http://www.destatis.de/bevoelkerungspyramide/> Veröffentlichung 2010, Einsichtnahme 16.04.2011 15.20 Uhr

Universitätsmedizin Göttingen: Kennzahlen Medizinische Versorgung, <http://www.med.uni-goettingen.de/content/medversorgung.html> , Veröffentlichung 2011, Einsichtnahme 01.05.2011 10.12 Uhr

Verband für OP-Management: Leitbild, http://www.vopm.de/ger_leitbild/ Veröffentlichung 2007, Einsichtnahme 01.04.2011 19.23 Uhr

Verband für OP-Management: Benchmarking Kennzahlen OP – Management, http://www.vopm.de/ger_projekte/op+management+benchmarking-21/ Veröffentlichung 2010, Einsichtnahme 01.04.2011 19.32 Uhr

Rechtsquellenverzeichnis

AABG 2001: Arzneimittelausgabenbegrenzungsgesetz

ABAG 2002: Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetz

ABAG 2002: Gesetz zur Ablösung des Arznei- und Heilmittelbudgets

ArZG Arbeitszeitgesetz

AVWG 2006: Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz

GMG 2004: Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung GKV-Modernisierungsgesetz

GKV-GRG 2000: Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000

KHEntgG: Krankenhausentgeltgesetz

MPG Medizinproduktegesetz

SGB V Sozialgesetzbuch Teil V § 135a und 137d Abs. 1,2,4: Vereinbarung zur externen Qualitätssicherung und zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement und Veröffentlichung Strukturierter Qualitätsberichte der Krankenhäuser

Selbständigkeitserklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe angefertigt habe. Ich versichere auch, dass ich bei allen Gedanken, Befunden und anderen Inhalten, die nicht von mir stammen, direkt vor Ort auf die entsprechenden Quellen verwiesen habe. Alle wörtlichen Zitate sind als solche kenntlich gemacht.

Göttingen, den 10.05.2011

Torsten Berthel