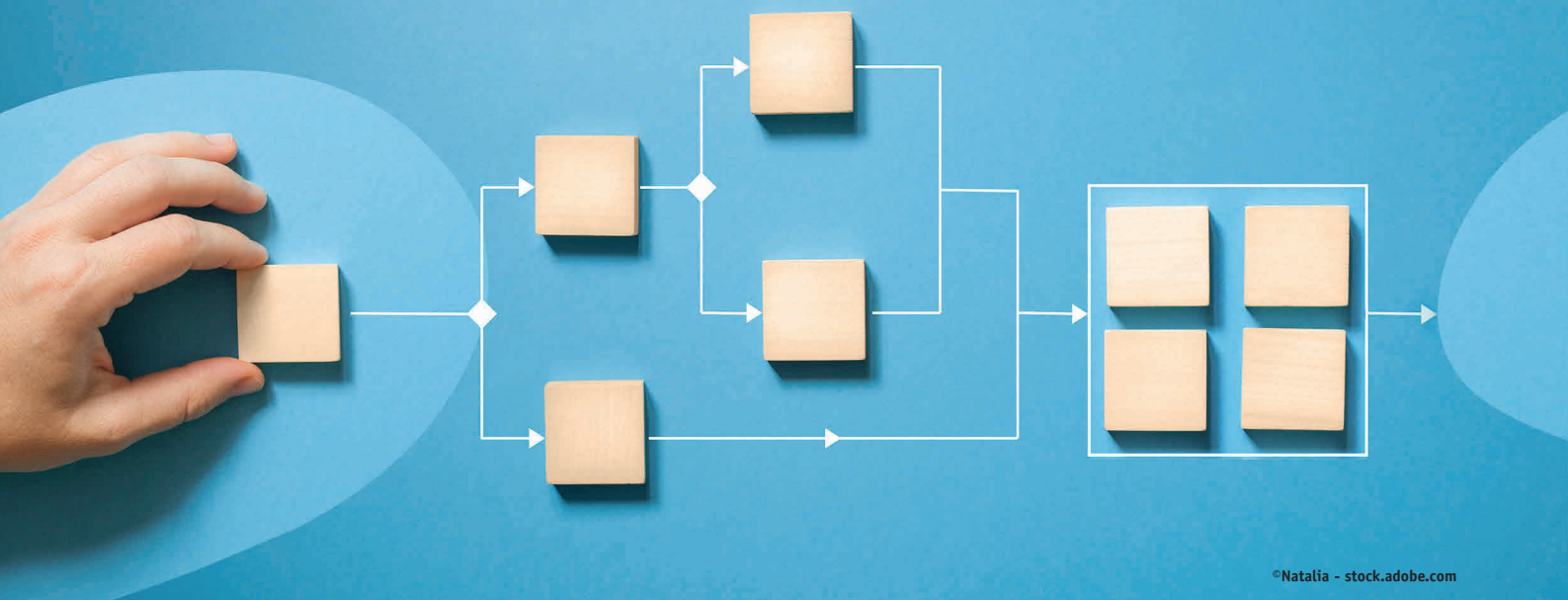




©Natalia - stock.adobe.com

Von der Kennzahl zur Prozessoptimierung

Datengesteuertes OP-Management

Von Dr. med. Enno Bialas und Prof. Dr. med. Martin Schuster

Mit Einführung der DRG im Jahr 2003 wurde nicht nur die Hoffnung verknüpft, dass sich Leistungs- und Kostentransparenz der deutschen Krankenhäuser erhöht. Auch die Prozess- und Kosteneffizienz sollte sich deutlich verbessern. Auch wenn sich der Gesetzgeber nun zunehmend von der ehemals in Reinform gedachten Finanzierung über DRGs verabschiedet, bleibt die hohe Prozess- und Kosteneffizienz entscheidend für Krankenhäuser. Für den Operations-Bereich (OP) ist die konsequente und präzise Prozess-Steuerung besonders wichtig und zugleich besonders schwierig. Der nachfolgende Beitrag gibt Einblick, wie datengesteuertes OP-Management umgesetzt werden kann.

Keywords: OP-Management, Strategie, Prozessmanagement

Mit dem im Jahr 2003 vom Gesetzgeber für alle Krankenhäuser eingeführten einheitlichen Vergütungssystem auf Basis der Diagnosis Related Groups (DRG) wurde nicht nur die Hoffnung verknüpft, dass sich Leistungs- und Kostentransparenz der deutschen Krankenhäuser erhöhen. Auch die Prozess- und Kosteneffizienz sollte sich deutlich verbessern. So sollten

Krankenhausfälle nahezu unabhängig von der konkreten Verweildauer eines Patienten an die Krankenhäuser vergütet werden. Auch wenn sich der Gesetzgeber nun zunehmend von der ehemals in Reinform gedachten Finanzierung über DRGs verabschiedet, bleibt die hohe Prozess- und Kosteneffizienz entscheidend für Krankenhäuser. Für den Operations-Bereich (OP) ist die konsequente und präzise Prozess-Steuerung besonders wichtig und zugleich besonders schwierig.

Der OP wird interdisziplinär genutzt und ist interprofessionell besetzt. Er zeichnet sich im Vergleich zu allen anderen Bereichen im Krankenhaus durch sehr hohen Personal-, Sachmittel- und Kapitalkosteneinsatz aus. Ablaufstörungen verursachen Kosten und Erlösausfälle und es ist dabei unerheblich, ob es sich um Probleme vor, im oder nach dem Verlassen des OP handelt. Der OP ist somit ein kritischer Erfolgsfaktor für alle Krankenhäuser. Vor einer effizienten Steuerung steht jedoch die Analyse der Abläufe im OP. Denn nur das, was gemessen wird, kann auch gesteuert werden.

Herausforderungen für Kennzahlen im OP

Schon sehr früh wurde die hohe Anzahl an möglichen Prozesszeitpunkten und Kennzahlen im perioperativen Ablauf als Herausforderung für eine allgemeingültige Analyse und Beurteilung der Prozesse im OP erkannt. Soweit Daten aus einzelnen Kliniken vorlagen, waren es individuell gegriffene Prozesszeitpunkte und Kennzahlen mit uneinheitlichen Definitionen, zum Teil widersprüchlich sogar innerhalb der verschiedenen Fachabteilungen eines Krankenhauses. Auch blieb unklar, inwieweit mit diesen Informationen eine erfolgreiche Steuerung erreicht werden könnte. Als Antwort auf diese heterogene Ausgangssituation erarbeitete und konsentrierte eine Arbeitsgruppe des Berufsverbands Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten (BDA), dem Berufsverband der Deutschen Chirurgie (BDC) und dem Verband für OP-Management (VOPM) im Jahr 2008 gemeinsam das „Glossar perioperativer Prozesszeiten und Kennzahlen“. Mit der Verabschiedung durch die Präsidien der Berufsverbände stand somit erstmals eine einheitliche und konsentrierte Aufstellung der in der Literatur und Praxis in der D-A-CH-Region etab-

lierten Zeitpunkte und Kennzahlen der OP-Prozesse zur Verfügung.

Doch die Setzung von Definitionen allein brachte das Prozess-Management nicht weiter. Ohne eine Klärung, was „normal“ ist, konnte immer nur auf Basis eines historischen Vergleiches (vorher-nachher) innerhalb des eigenen Hauses gearbeitet werden. Auch die Datenqualität war an vielen Stellen mangelhaft oder, aufgrund inkonsistenter Datenerhebung, unvollständig. Wenn zum Beispiel unerkannt nicht alle Operationen eines Tages aus einem OP-Saal zur Analyse herangezogen werden, ergaben sich fehlerhafte Werte zu Wechselzeiten und Saal-Auslastungen.

Lösungsansätze

Die Einigung der Fachgesellschaften auf das „Glossar perioperativer Prozesszeiten und Kennzahlen“ stellten einen notwendigen, aber noch nicht ausreichenden Schritt für die Etablierung einer externen Vergleichsmöglichkeit dar. Die beteiligten Berufsverbände nutzten die Vorarbeiten der Vereinheitlichung der Nomenklatur durch das Glossar gleichwohl im weiteren Verlauf zum Aufbau eines Benchmarking-Programms. Im ersten Schritt erfolgte die Zieldefinition für das Benchmarking. Als „Lernen vom Besten“ sollte anhand der definierten Kennzahlen eine Standortbestimmung zur Effizienz der eigenen OP-Prozesse im Vergleich zu den OP-Prozessen in anderen Krankenhäusern ermöglicht werden und gleichzeitig einen direkten Ansatz zur Steuerung der OP-Prozesse bieten. Ausgehend von externen Werten sollten erforderliche Anregungen zur Anpassung der Abläufe für mehr Effizienz hausintern diskutiert und umgesetzt werden.

Im zweiten Schritt wurden Anforderungen bezüglich „Datenqualität“, „Nutzbarkeit“ sowie „Sicherheit“ definiert, die für eine hohe Akzeptanz bei den Anwendern gewährleistet sein müssen. Die Stichworte dazu lauten bei der Datenqualität zum Beispiel Nutzung von konsentierten und einheitlichen Kennzahlen, die Verwendung von Routinedaten, die Elimination von Datenfehlern sowie eine große Datenbasis, um statistisch valide Aussagen treffen zu können. Bei der Nutzbarkeit lauten die Stichworte zum Beispiel Aktualität und Transparenz der Daten, umfangreiche Parametrierung, um eigene Fragestellungen zielgerichtet beantworten zu können, sowie einfache Bedienbarkeit für eine breite

Nutzung in den Häusern. Bei dem Thema Sicherheit geht es vor allem um die Gewährleistung höchster technischer und organisatorischer Maßnahmen, um alle rechtlichen Vorgaben hinsichtlich der Nutzung von Gesundheitsdaten zu erfüllen. Diese Anforderungen werden in Kooperation mit den Berufsverbänden von einem kommerziellen Unternehmen im Gesundheitswesen umgesetzt.

Um dem Kreis der stetig zahlreicher werdenden Nutzer – außer dem OP-Management zunehmend auch das Controlling und die Geschäftsführungen – eine einfache Orientierung zu geben, wurde ein Standard-Berichtswesen definiert. Damit haben auch Personen, die etwas weniger in der Materie stehen, einen schnellen Überblick über die Qualität und Effizienz ihrer OP-Prozesse. Eine tiefergehende Detailanalyse der eigenen Daten bleibt via Webinterface jederzeit möglich und wird insbesondere von den OP-Managern vor Ort genutzt, um konkrete Fragestellungen zur eigenen Prozessorganisation (z.B. Auslastung während Ferienzeiten, Prozesshindernisse durch Patientenlogistik etc.) vertiefend untersuchen zu können (► Infokasten 1)

Die Stufe 1 des Standard-Berichtswesens umfasst insgesamt sechs Analysen und startet mit einem Überblick über die eigenen Leistungszahlen im Auswertungszeitraum. Sollten Datensätze nicht berücksichtigt worden sein, wird dies bereits hier sichtbar.

Die weiteren Analysen in der Stufe 1 fokussieren auf die aus vielen wissenschaftlichen Studien und langjähriger Erfahrung bekannten „Hot Topics“ einer jeden Prozessablauf-Organisation. Läuft es im OP nicht rund, tauchen in diesen Kennzahlen Auffälligkeiten auf. Eine Analyse und Darstellung dieser Stufe 1 ist für jede einzelne Fachabteilung und sogar heruntergebrochen auf den einzelnen OP-Saal möglich. Die Nutzung fokussierter Kennzahlen auf Basis der publizierten Literatur gibt eine Antwort auf die Frage: Wo stehen wir mit unseren OP-Prozessen im Vergleich zu anderen Krankenhäusern? Hierbei ist nochmals zu betonen: Ohne die Nutzung von Benchmarking um Vergleichswerte zu haben, bleibt jeder Steuerungsansatz für OP-Prozesse unvollständig und letztlich wirkungslos, weil es immer 1.000 Gründe geben wird, woran der Prozessablauf im konkreten Fall hakt. Erst der Nachweis, es geht auch anders, legitimiert die Prozessverantwortlichen zur Einforderung

Infokasten 1: Standard-Berichtswesen, Stufe 1

1. Fallzahlen mit Leistungszahlen
2. Auslastung der zur Verfügung gestellten OP-Kapazitäten mit Schnitt-Naht-Minuten
3. Morgendlicher Beginn
4. Durchschnittliche Naht-Schnitt-Zeiten
5. Durchschnittliche Schnitt-Naht-Zeiten
6. Schnitt-Naht-Minuten je Vollzeitäquivalent

Infokasten 2: Standard-Berichtswesen, Stufe 2

1. Zeitgerechte Durchführung des ersten Prozess-Schrittes
2. Über- und Unterauslastung
3. Leistungsgerechte Kapazitätsverteilung
4. Saalnutzung
5. Verteilung der Notfall-Eingriffe
6. Nächtliche Schnitt-Naht-Zeiten

von Veränderungen, nimmt sie aber auch in die Pflicht.

Das Standard-Berichtswesen der Stufe 2 gibt Informationen, warum ein Krankenhaus mit seinen OP-Prozessen die Position im Benchmarking einnimmt. Anhand von detaillierten Analysen werden Ansatzpunkte für eine Effizienzsteigerung gezeigt. Gleichzeitig dient die zweite Stufe des Standard-Berichtswesens auch dem kontinuierlichen Controlling von Veränderungsprozessen im eigenen Haus (► Infokasten 2).

In der Stufe 3 des Standard-Berichtswesens werden zusätzlich Analysen benannt, die in Ergänzung zu den prozessualen Aspekten betriebswirtschaftliche Dimensionen beinhalten (z.B. Personal-Effizienz, Leistungsdichtefaktor – operative Fachabteilungen).

Herausforderungen bei der Umsetzung eines datengetriebenen OP-Managements

Selbst mit den besten, benchmark-basierten Vergleichswerten kann eine Steuerung der OP-Abläufe scheitern. Eine häufige Ursache dafür besteht im fehlenden Ownership des Prozesses durch das OP-Management. So, wie die Verantwortung für die medizinischen Behandlungen der Patienten von den Leitungen der jeweiligen

Fachabteilungen getragen werden, ist das OP-Management für die OP-Prozesse verantwortlich. Diese Klarheit muss seitens des Krankenhausmanagements verstanden sein und gelebt werden. Dazu gehört auch, dass die Rolle des OP-Managers für alle verbindlich definiert ist. Ist eine tatsächlich strategische Steuerung der OP-Organisation, wie zum Beispiel der Allokation der OP-Ressourcen gewollt, muss das allen Beteiligten vermittelt und das OP-Management mit entsprechenden Befugnissen und Tools ausgestattet werden. Sollte sich die Steuerung auf die Ebene der Ablaufoptimierung begrenzen, einem viel begrenzteren Auftrag ohne Eingriff in die Ressourcenallokation also, kann durch eine reine OP-Koordination trotzdem viel erreicht werden, aber eben keine Strukturprobleme adressiert werden. Hier müssen Missverständnisse in der Beauftragung vermieden werden. Erfolgreiches Arbeiten erfordert in beiden Varianten Zielformulierungen, die konsentiert sind und bezüglich der Zielerreichung gemessen werden. Ein Alignment mit den allgemeinen Krankenhauszielen, wie zum Beispiel die Allokation der knappen OP-Kapazitäten, ist unabdingbar, um eine Blockade von Entscheidungen durch Partialinteressen zu vermeiden.

Mit einem vom OP-Management Board herausgegebenen, akzeptierten, einheitlichen und regelmäßigen Berichtswesen der wichtigsten steuerungsrelevanten OP-Kennzahlen (vom jährlichen OP-Benchmarking bis zum täglichen OP-Cockpit) werden alle Beteiligten (die operativen, zunehmend auch die interventionell tätigen konservativen und die anästhesiologischen Abteilungen sowie die Funktionsdienste) kontinuierlich in alle Entscheidungen eingebunden. Auch die Einbindung des (Finanz-) Controllings zur Zusammenführung von Prozess- und Finanzkennzahlen hilft dem OP-Management, als Dienstleister für die operativen Fachabteilungen erfolgreich zu sein. Disparate Ergebnisse und widersprüchliche Ansagen zwischen OP-Management und Controlling lassen sich vermeiden, indem zum Beispiel bei Leistungsausweitungen in hochpreisige Bereiche die wahren Kosten und Prozesskomplexitäten berücksichtigt werden.

Trotz aller Bemühungen eines detaillierten und fokussierten OP-Berichtswesens werden Probleme in der OP-Ablauforganisation vom Krankenhausmanagement oft als wenig transparent und zu komplex empfunden, zu sehr

verhaftet in operativen Einzelthemen. Dies führt nicht selten dazu, die Bedeutung der Einbindung der Top-Führungsebene zu unterschätzen. Werden notwendige Entscheidungen aber an das OP-Management delegiert, welches für die Entscheidung und deren Durchsetzung nicht die notwendigen Durchgriffsmöglichkeiten hat, wird dies nicht zum notwendigen Erfolg führen. Gegebenenfalls werden Entscheidungsnotwendigkeiten auch als Ganzes negiert oder Entscheidungen von strategischer Bedeutung (zum Beispiel Ausweitungen oder Änderungen der OP-Kapazitäten, Veränderungen der Personalstruktur) in Rücksprache mit einzelnen Prozessbeteiligten ohne Rückkopplung mit dem OP-Management getroffen, zum Teil auch ohne Nutzung der zur Verfügung stehenden Steuerungskennzahlen. Diese Entscheidungen werden dann meist in ihrer Umsetzung scheitern. Dabei wird häufig unterschätzt, dass Prozessanalytik des OP mit entsprechendem Involvement des Managements viele Optionen bietet. So lassen sich nicht nur die OP-Prozesse verbessern, sondern auch die Management-Prozesse als solche im Krankenhaus optimieren. So sind zum Beispiel Prozess-Kennzahlen gut geeignet, um Zielvereinbarungen mit Chefärzten zu treffen. Kollisionen mit den rechtlichen Regelungen zu Zielvereinbarungen lassen sich auf diese Weise vermeiden.

Ausblick

Ohne ein präzises, datengetriebenes OP-Management wird es für die Krankenhäuser schwierig, die aktuellen gesundheitspolitischen Herausforderungen erfolgreich zu bestehen. Sowohl die schon seit einiger Zeit laufenden Bestrebungen zur Ambulantisierung von Krankenhausleistungen als auch das jetzt auf den Weg gebrachte Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) fordern seitens des OP-Managements strategische Entscheidungen: Ambulant zu erbringende Operationen müssen identifiziert und in geeignete niedrigkomplexe Strukturen überführt werden. Für die kommenden Leistungsgruppen ist die Vergabe von OP-Kapazitäten mit effizienten Prozessen gleichfalls von großer Bedeutung. Viele Informationen, die diese strategischen Entscheidungen unterstützen, liegen bereits vor. Die Zusammenführung der unterschiedlichen Quellen ist in Deutschland immer noch ein großes datenschutzrechtliches Thema. Der Blick in andere europäische Länder mit deren Lösungen könnte hierbei einen erfolgreichen Weg weisen. ■



Dr. med. Enno Bialas
Medizinischer Berater
LOGEX Healthcare Analytics AG
Flachsland 23
22083 Hamburg

Prof. Dr. med. Martin Schuster
Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin,
Notfallmedizin und Schmerztherapie
RKH-Kliniken Landkreis Karlsruhe
Akademische Lehrkrankenhäuser der
Universität Heidelberg
Gutleutstr. 1-14
76646 Bruchsal
martin.schuster@rkh-gesundheit.de