

Erfolgreiches OP-Management – mit datenbasierter Prozess-Steuerung

Abstract

Ohne ein präzises, datengetriebenes OP-Management, welches anhand von Leistungs- und Prozessdaten die Effektivität des OP-Betriebs und die Qualität der Prozesskultur misst und steuert, wird es für die Krankenhäuser schwierig, dem ökonomischen Druck erfolgreich zu begegnen. Die aktuellen gesundheitspolitischen Herausforderungen verstärken die Bedeutung suffizienter Steuerung weiter. Sowohl die Bestrebungen zu noch weitergehender Ambulantisierung von Krankenhausleistungen als auch die Einführung der sog. Leistungsgruppen fordern seitens des OP-Managements strategische Entscheidungen: Ambulant zu erbringende Operationen müssen identifiziert und in geeignete niedrigkomplexe Strukturen überführt werden und für die Leistungsgruppen ist die Vergabe von OP-Kapazitäten mit effizienten Prozessen gleichfalls von großer Bedeutung. Um diese Aufgabe leisten zu können, kann das OP-Management auf viele, bereits vorliegende

Informationen – insbesondere Leistungs- und Prozessdaten -, die diese strategischen Entscheidungen unterstützen, zurückgreifen. Nur das, was sich messen lässt, kann auch gesteuert werden. Der Dreiklang lautet: 1.) im Benchmarking mit anderen Häusern sehen, wo die eigenen Prozesse verortet sind; 2.) im detaillierten Reporting sehen, warum die eigenen Prozesse zu dieser Positionierung führen und 3.) Ableitung und Konsentierung geeigneter Maßnahmen, um die eigenen Prozesse zu verbessern. Damit lässt sich die medizinische Qualität und der Nutzungsgrad heben, die Kosten senken und durch stabilere OP-Programme und die Planbarkeit für Patienten und Mitarbeiter erhöhen. Eine geeignete Aufbaustruktur unter Einbindung der Krankenhausleitung, der operativen Disziplinen, der Anästhesie sowie der Funktionsdienste unterstützt das OP-Management in der Umsetzung der erforderlichen Steuerungsimpulse und begleitet die Maßnahmen.

Einleitung

Die über 40-jährige Historie der ausgeprägten Kostendämpfungspolitik in Deutschlands Gesundheitswesen hat zu einer breiten Etablierung von OP-Management-Strukturen geführt. Insbesondere das im Jahr 2002 für alle Krankenhäuser verbindlich eingeführte Vergütungssystem nach sog. Diagnosis Related Groups (DRG) brachte eine starke Fokussierung auf die krankenhaus-internen Prozesse der Patientenversorgung¹. Neben der intendierten Leistungs- und Kostentransparenz sollte sich auch die Prozess- und

Kosteneffizienz deutlich verbessern². Die Vergütung der Krankenhaufälle nahezu unabhängig von der Verweildauer eines Patienten zwingt Krankenhäuser zur Prozessoptimierung³. Für den Operations-Bereich (OP) ist die konsequente und

1 Beivers A, et al. (2020). DRG-Einführung in Deutschland: Anspruch, Wirklichkeit und Anpassungsbedarf aus gesundheitsökonomischer Sicht. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J, Beiver, A (eds) Krankenhaus-Report 2020. Springer, Berlin, Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-60487-8_1

2 Hellmich S, et al. (2021). Die Finanzierung des OP-Bereichs im DRG-System. OP-Management up2date 2021; 01(03): 251-269. DOI: 10.1055/a-1389-2987

3 Behar BI, et al. (2022). Patientenzentrierte Behandlungsabläufe – Schlüssel zu höherer Qualität und besserer Wirtschaftlichkeit. In: Modernes Krankenhausmanagement. Springer Gabler, Berlin, Heidelberg. DOI: 10.1007/978-3-662-65584-9_5

präzise Prozess-Steuerung besonders wichtig⁴. Die interdisziplinäre Nutzung und interprofessionelle Besetzung führt für den OP verglichen mit anderen Bereichen des Krankenhauses einerseits zu hohen Personalkosten. Andererseits machen diese Faktoren die Steuerung der OP-Prozesse sehr komplex. Zusammen mit dem ebenfalls hohen Sachmittel- und Kapitalkosteneinsatz ziehen Ablaufstörungen Kosten und Erlösausfälle nach sich^{5,6,7} in den letzten Jahren zunehmend verursacht auch durch Personal-

mangel. Der OP ist somit ein kritischer Erfolgsfaktor für alle Krankenhäuser und eine effiziente Steuerung der Prozesse deshalb unabdingbar. Eine weitere Herausforderung stellen aktuell die ausgeweiteten Vorgaben zur ambulanten Leistungserbringung dar^{8,9}. Für das Erreichen der strategischen Ziele eines Krankenhauses bedarf es einer effizienten Steuerung der OP-Prozesse. Ohne die datenbasierte Analyse der Abläufe im OP ist das kaum möglich, denn nur das, was gemessen wird, kann auch gesteuert werden.

Herausforderungen für die Steuerung der OP-Prozesse

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 gefgriffene 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 konsentiert eine Arbeitsgruppe des Berufsverbands der Anästhesistinnen und Anästhesisten (BDA), dem Berufsverband der Deutschen Chirurgie (BDC) und dem Verband für OP-Management (VOPM) im Jahr 2008 gemeinsam das „Glossar periop-

rativer Prozesszeiten und Kennzahlen“ (im weiteren Text „das Glossar“). Mit der Verabschiedung durch die Präsidien der Berufsverbände stand erstmals eine einheitliche und konsentiert Aufstellung der in der Literatur und Praxis in der D-A-CH-Region etablierten Zeitpunkte und Kennzahlen der OP-Prozesse zur Verfügung¹⁰. 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 zu Saal-Auslastungen.

4 Waeschle RM, et al. (2016). Leistungsentwicklung eines universitären OP-Bereichs nach Implementierung eines zentralen OP-Managements – Eine 6 Jahres Bilanz. *Anaesthesist* 2016; 65: 615-28

5 Reißmann H, et al. (2004). Abbildung der Anästhesie bei der Kalkulation von Fallkosten. *Anaesth Intensivmed*, 2004; 45: 448-451

6 Schuster M, et al. (2007). Auslastung und Wechselzeit als Kennzahlen der OP-Effizienz. *Anaesthesist* 56; 2007: 1058-1066

7 Dexter F, et al. (2002). Changing allocations of operating room time from a system based on historical utilization to one where the aim is to schedule as many surgical cases as possible. *Anesth Analg*; 2002; 94: 1272-1279

8 Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationersetzender Eingriffe gemäß § 115b SGB V im Krankenhaus 2023. Vertrag zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Zugriff am 11. August 2025: https://gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/amb_stat_vers/ambulantes_operieren/aop_vertrag_2022_12_21/AOP-Vertrag_21.12.2022.pdf

9 Bialas E (2023) Ambulantes Operieren. *OP-Management up2date* 3: 21-42

10 Bauer M, et al. (2008). Glossar perioperativer Prozesszeiten und Kennzahlen. *Anaesth Intensivmed*, 2008; 49: 93-105

Lösungsansätze

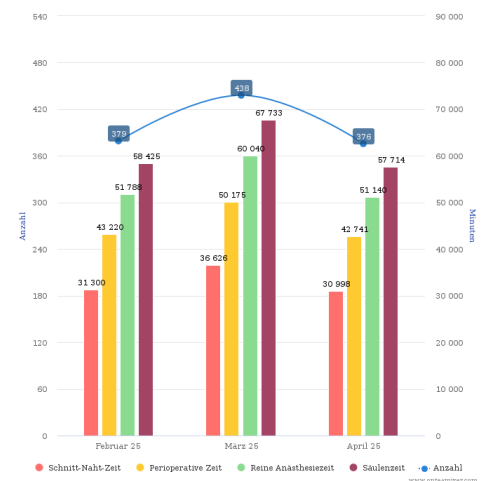
Die Einigung der Fachgesellschaften auf „das Glossar“ stellten einen notwendigen, aber noch nicht ausreichenden Schritt für die Etablierung einer externen Vergleichsmöglichkeit dar. Die beteiligten Berufsverbände nutzten die Vorarbeiten der Vereinheitlichung der Nomenklatur durch „das Glossar“ gleichwohl im weiteren Verlauf zum Aufbau eines Benchmarking-Programms. Es erfolgte eine 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 werden¹¹.

Standardberichtswesen Stufe 1 (Benchmarking)

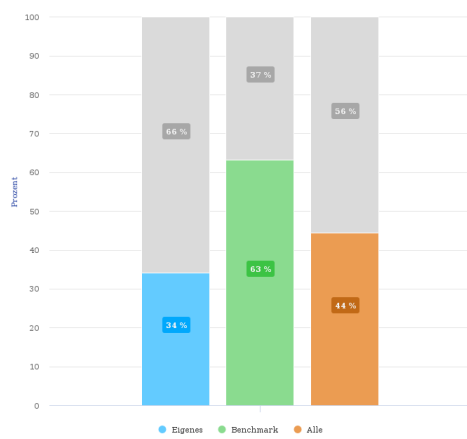
Um dem Kreis der Nutzer eine einfache Orientierung zu geben, wurde ein Standardberichtswesen definiert. Damit haben auch Personen, die etwas weniger in der Materie stehen, einen schnellen Überblick über die Qualität und Effizienz ihrer OP-Prozesse. Die erste Stufe des Standardberichtswesens umfasst insgesamt sechs Analysen und startet mit einem Überblick über die eigenen Leistungszahlen im Auswertungszeitraum (*Analyse 1: Fallzahlen mit Leistungszahlen*). Sollten Datensätze nicht berücksichtigt worden sein, wird dies hier sichtbar.

Analyse 1



Weitere Analysen in der ersten Stufe des Standardberichtswesens sind Benchmarking-Vergleiche zwischen den eigenen Prozessdaten aus dem OP und den OP-Prozessdaten anderer Krankenhäuser. Sie greifen die aus vielen wissenschaftlichen Studien und langjähriger Erfahrung bekannten „pain points“ des OP-Managements auf und folgen einer inneren Logik. Auffälligkeiten in den eigenen Werten bei diesen Kennzahlen deuten oft auf unzureichende OP-Prozesse hin.

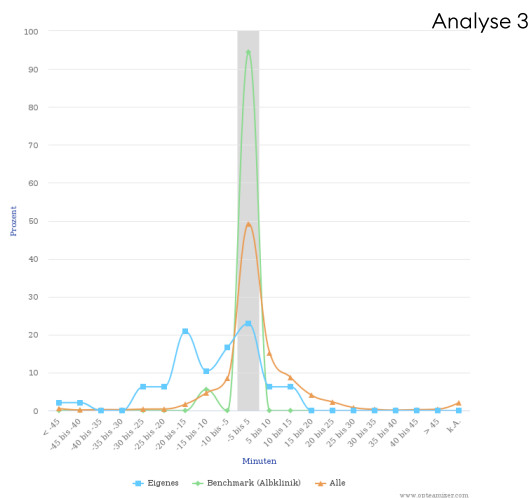
Analyse 2



Kern der Wertschöpfung im OP ist die Zeit, in der ein Patient operiert wird. Sie wird erfasst als „Schnitt-Naht-Zeit“. In der zweiten Analyse des Standardberichts wird der Anteil der „Schnitt-Naht-Zeit“ der zur Verfügung stehenden OP-Kapazität in der Regelarbeitszeit gegenübergestellt (*Analyse 2: Auslastung der zur Verfügung gestellten OP-Kapazitäten mit Schnitt-Naht-Minuten*).

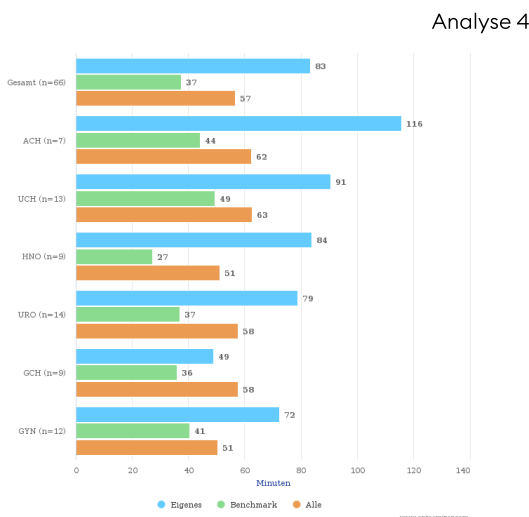
¹¹ Bialas E (2014). Fünf Jahre OP-Prozessdaten Benchmarking (2009 – 2013) Der aktuelle Stand des Programms von VOPM, DGAI/BDA und BDC. Anaesth Intensivmed, 2014; 55: 594-613

Ist dieser Wert niedrig, besteht meist ein Missverhältnis zwischen der erbrachten Leistungsmenge und der zur Verfügung gestellter OP-Kapazität. Dafür kommen mehrere mögliche Ursachen infrage, die mit den nächsten drei Analysen erfasst werden. Der „Morgendliche Beginn“ ist der erste Prozess-Indikator für die Qualität der Prozess-Kinetik (*Analyse 3: Morgendlicher Beginn*).



Werden morgendliche Ziel-Zeiten für den OP-Beginn, meist der Hautschnitt, definiert, wird die Arbeitszeit aller für diesen Prozess-Schritt notwendigen Mitarbeitenden auf diesen verabredeten Beginn ausgerichtet. Beginnt die OP nicht zeitgerecht, entstehen Kosten, ohne dass Patienten versorgt, oder Erlöse generiert werden. Ein Rechenbeispiel veranschaulicht die Dimension: Bei angenommenen Kosten von EUR 25 pro OP-Minute und fünf Minuten Verzögerung jeden Tag in einem OP-Saal resultieren Kosten in Höhe von EUR 31.250.

Eine weitere Analyse, die die Qualität der OP-Prozesse ausdrückt, ist die Zeit, die durchschnittlich zwischen der operativen Versorgung von zwei Patienten benötigt wird. Sie wird als „durchschnittliche Naht-Schnitt-Zeit“ bezeichnet und steht im Standardberichtswesen (*Analyse 4: durchschnittliche Naht-Schnitt-Zeit*) für erste Einschätzungen bereit.



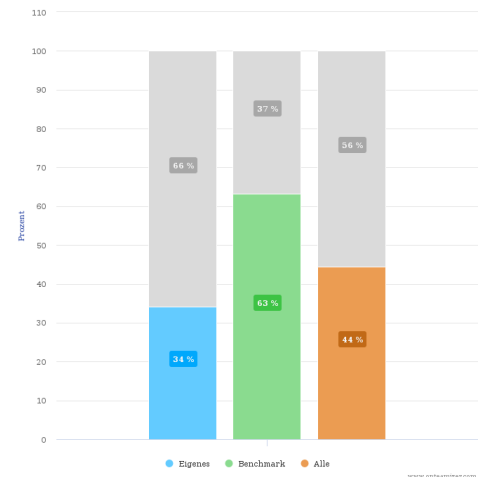
Auch wenn die Interpretation im ersten Augenblick einfach scheint („zu langsam“), müssen verschiedene Faktoren berücksichtigt werden. Zum einen determinieren die baulichen Vorsetzungen viele Prozessabläufe. So dauert z.B. die Verlegung eines operierten Patienten in den Aufwachraum außerhalb des Reinraumbereichs länger als der Transport in den unmittelbar an den OP angrenzenden Holdingbereich. Darüber hinaus gibt es eine Vielzahl von Teilprozessen mit unterschiedlichen Prozess-Verantwortlichen wie z.B. Ver- und Entsorgung, Reinigung, Vorbereitung für den nächsten Eingriff, etc. Das macht eine Analyse oft schwierig, weil es im Zweifelsfall immer „die anderen“ sind, die den Fortgang der Patientenversorgung verzögern.

Das führt in vielen Krankenhäusern zu Konflikten insbesondere zwischen den operativen Disziplinen und anderen Berufsgruppen, z.B. Anästhesie und Funktionsdiensten. Chirurgischen Fachabteilungen blicken häufig allein auf die von ihnen erbrachten Schnitt-Naht-Zeiten, andere erforderliche Prozess-Schritte werden ausgeblendet.

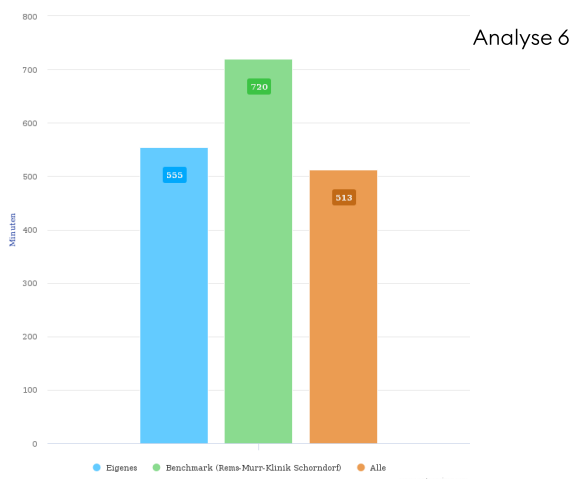
Auch kurzfristige Änderungen des OP-Plans beeinträchtigen die Wechselzeiten negativ und führen zu redundanten Tätigkeiten. Sofern es nicht medizinische Gründe sind, sollten deshalb solche ad-hoc-Wechsel des OP-Programms möglichst vermieden werden. Das Benchmarking mit anderen Krankenhäusern hilft an dieser Stelle, Auffälligkeiten in den eigenen Prozessen zu detektieren und in anderen Krankenhäusern möglichen Anregungen zu Prozessverbesserungen zu finden.

In der fünften Analyse im Standardbericht wird die durchschnittliche Dauer der chirurgischen Versorgung betrachtet (*Analyse 5: durchschnittliche Schnitt-Naht-Zeit*). Erfasst und ausgewertet werden die Leistungen nach dem offiziellen Operations- und Prozeduren-Schlüssel (OPS). Es ist möglich, die häufigsten Leistungen des eigenen Hauses zu analysieren. Alternativ gibt es sog. „Tracer-OPS“, bei denen es sich um chirurgische Prozeduren handelt, die für das Fachgebiet typisch sind, also die Appendektomie, die Thyreoidektomie oder die Hemikolektomie in der Allgemeinchirurgie. Die Auswahl erfolgte in Abstimmung mit den chirurgischen Fachgesellschaften. Abweichungen zum Gesamtkollektiv bei diesen Auswertungen müssen sehr vorsichtig diskutiert werden, weil hier „schnell“ sehr leicht mit „fahrlässig-schlampig“ gleichgesetzt wird.

Analyse 5



In Ergänzung zu den Analysen 2 - 5, die sich mit der Prozess-Kinetik befassen, bezieht sich die Auswertung 6 auf die Effizienz, mit der die Leistungen erbracht werden (*Analyse 6: Schnitt-Naht-Minuten je Vollzeitäquivalent*). Für die Berufsgruppen „Anästhesie – ärztlicher Dienst“, „Anästhesie – Funktionsdienst“ und „OP – Funktionsdienst“ lassen sich die durchschnittlichen Schnitt-Naht-Minuten bezogen jeweils auf Vollzeitkräfte darstellen. Auch hier bedarf es vor abschließenden Aussagen immer der Berücksichtigung weiterer Einflussfaktoren, wie z.B. die Zusammensetzung des Patientenkollektivs, aber auch der baulichen Situation.



Die Nutzung der ersten Stufe des Standardberichtswesens zeigt, wo ein Krankenhaus mit seinen OP-Prozessen im Vergleich zu anderen Krankenhäusern steht. Ohne die Vergleichswerte eines Benchmarkings für OP-Prozesse, bleibt jeder Steuerungsansatz unvollständig und letztlich wirkungslos. Erst der datenbasierte Nachweis, dass Prozesse auch effizienter gestaltet werden können, stellt die Grundlage für Veränderungen dar und nimmt gleichzeitig die Prozessverantwortlichen in die Pflicht. Je größer die Datenbasis des Benchmarkings ist, desto valider sind die resultierenden Aussagen. Der Marktführer, der dieses Programm gemeinsam mit den Verbänden entwickelt und in die Umsetzung gebracht

hat, verfügt über eine Datenbasis von mehr als 30 Mio. Datensätzen, die in rund 20-jähriger Tätigkeit aufgebaut wurden.

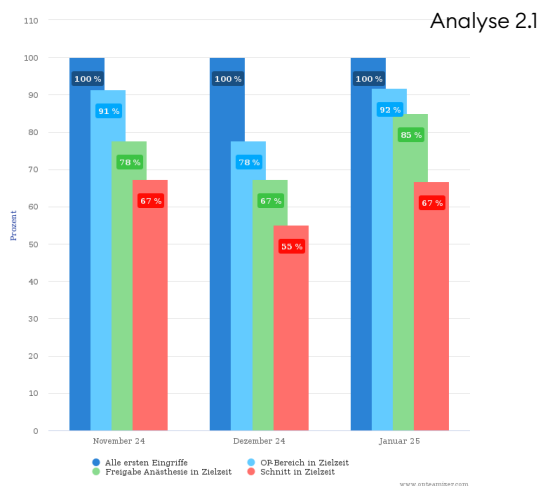
Die erste Stufe des Standardberichtswesens beginnt immer mit den genannten sechs Analysen auf der Ebene des gesamten Krankenhauses. Damit lassen sich Auffälligkeiten anhand von Zahlen identifizieren, bei denen eine tiefergehende Analyse sinnvoll – oder ggf. auch notwendig – ist. Zusätzlich zu den Zahlen sollten gleichwohl immer auch die konkreten Umstände (Bau, Personal, weitere) betrachtet werden. Nach der Analyse auf der Ebene des gesamten Krankenhauses mit Aufzeigen von Auffälligkeiten ist ein Herunterbrechen z.B. für einzelne Fachabteilungen oder spezielle OP-Säle möglich. Eine tiefergehende, detaillierte Analyse der eigenen Daten bleibt ebenfalls jederzeit möglich und wird insbesondere genutzt, um konkrete Fragestellungen zur eigenen Prozessorganisation (z.B. Auslastung während Ferienzeiten, Prozesshindernisse durch unzureichende Patientenlogistik etc.) vertiefend zu untersuchen.

Standardberichtswesen Stufe 2 (Reporting)

Nachdem die erste Stufe des Standardberichtswesens Auskunft darüber gegeben hat, wo ein Krankenhaus mit seinen Prozessen im Vergleich zu anderen Krankenhäusern steht und damit Hinweise für Handlungsbedarf aufgezeigt hat, gibt das Standardberichtswesen der Stufe 2 Informationen darüber, warum ein Krankenhaus mit seinen OP-Prozessen die Position im Benchmarking einnimmt. Anhand von detaillierten Analysen werden Ansatzpunkte für eine Effizienzsteigerung bei den eigenen Prozessen gezeigt. Gleichzeitig dient die zweite Stufe des Standardberichtswesens auch dem kontinuierlichen Controlling von Veränderungsprozessen im eigenen Haus. Wie die Stufe 1 umfasst auch

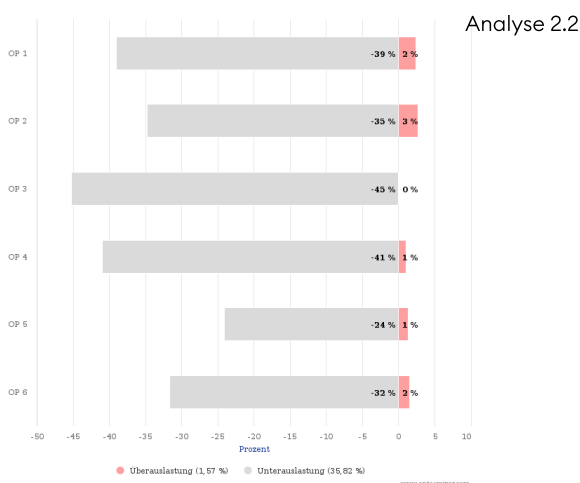
die zweite Stufe sechs unterschiedliche Analysen, allerdings ohne den Vergleich zu anderen Krankenhäusern.

Der morgendliche Beginn ist für den Tagesverlauf im OP von besonderer Bedeutung. Verzögerungen, die sich beim Start ergeben, lassen sich im Tagesverlauf nicht wieder einholen und führen entweder zu Überstunden bei den Mitarbeitenden oder zu abgesetzten Patienten. Beides ist das Gegenteil von guter Prozess-Steuerung. In Ergänzung zu der Analyse 3: Morgendlicher Beginn mit Benchmarking-Werten zeigt die erste Analyse der zweiten Stufe die Werte für die vorgelagerten Teil-Prozesse (*Analyse 2.1: Zeitgerechte Durchführung des ersten Prozess-Schrittes*).



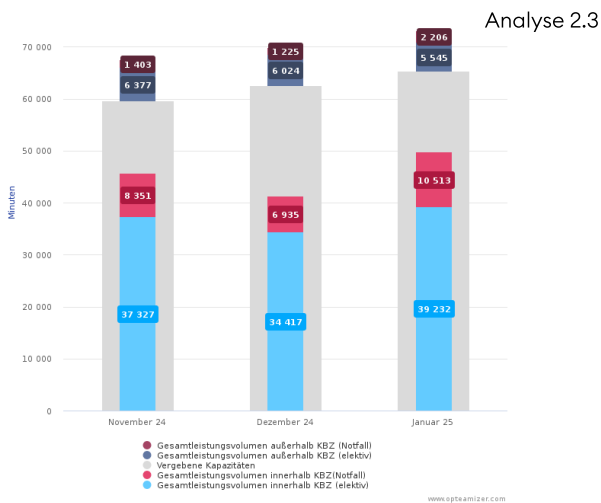
Auch wenn mit dem „Schnitt“ genannten Zeitpunkt die eigentliche Wertschöpfung beginnt, kann ein Operateur nicht schneiden, wenn der Patient nicht schläft (resp. keine adäquate Narkose hat). Eine adäquate Narkose kann der Patient gleichwohl nur haben, wenn er rechtzeitig für die Narkoseeinleitung im OP-Bereich ist. Wenn der Patient regelmäßig nicht zeitgerecht im OP eintrifft, sind andere Maßnahmen erforderlich und andere Teil-Prozess-Verantwortliche anzusprechen, als wenn der Patient häufig nicht rechtzeitig für Lagerung, Waschen und Abdecken in Narkose versetzt wird.

Um den OP-Betrieb effizient zu gestalten, bedarf es eines abgestimmten Verhältnisses von chirurgischem Leistungsbedarf und zur Verfügung gestellter OP-Kapazität. Die folgenden Analysen befassen sich aus verschiedenen Perspektiven mit diesem Thema. Die erste Auswertung zeigt, in welchem Umfang die einzelnen OP-Säle ausgelastet gewesen sind (*Analyse 2.2: Über- und Unterauslastung*).

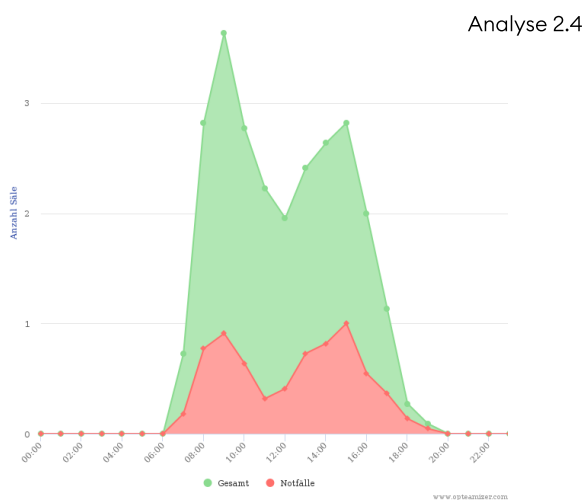


Werden OP-Säle vor dem Ende der Kernbetriebszeit nicht mehr genutzt, ergibt sich eine Unterauslastung, die, wenn sie großen Umfang einnimmt, das Überleben des Krankenhauses gefährden kann. Laufen Operationen in den Sälen über das Ende der Kernbetriebszeit hinaus, besteht eine Überauslastung. Diese ist eine häufige Ursache für unzufriedene Mitarbeitende und ein schlechtes Betriebsklima. Auch das kann einem Krankenhaus ökonomisch gefährlich werden, wenn z.B. die Mitarbeitenden aufgrund des (zu) unzuverlässigen Arbeitszeitendes kündigen. Ziel ist deshalb, eine Saalnutzung möglichst punktgenau bis zum Ende der Kernbetriebszeit. Die erforderlichen Tätigkeiten der Funktionsdienste und der Anästhesie nach Abschluss der Hautnaht müssen dabei berücksichtigt werden.

In engem Zusammenhang mit der Vermeidung von Über- bzw. Unterauslastung der OP-Säle steht die leistungsgerechte Verteilung der insbesondere aufgrund von Personalmangel zunehmend knappen OP-Kapazitäten auf die einzelnen Fachabteilungen. (Analyse 2.3: Leistungsgerechte Kapazitätsverteilung).

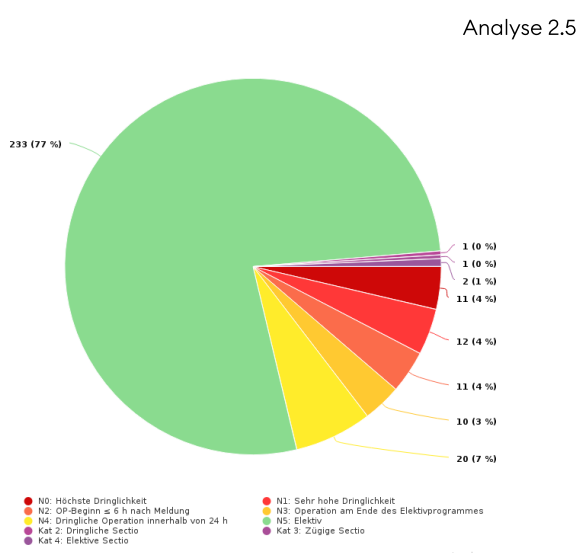


Gefühlt – und basierend auch auf der Systematik des bisherigen Vergütungssystems nach DRGs – benötigen meist alle Fachabteilungen mehr OP-Kapazität, als mit dem vorhandenen Personal abbildbar wäre. Gleichzeitig ist die Bereitschaft, bestehende Prozess-Schwachstellen im eigenen Verantwortungsbereich konsequent abzustellen, nicht überall vorhanden. Die regelmäßige Gegenüberstellung von zur Verfügung gestellter OP-Kapazität und tatsächlich erbrachter Leistung für alle Fachabteilungen in einer OP-Konferenz kann die Basis für eine an den strategischen Zielen des Krankenhauses ausgerichtete Zuteilung der OP-Kapazitäten sein. Die Diskussion über die Kapazitätsverteilung sollte mindestens zwei Mal pro Jahr stattfinden. Primäre Zielrichtung ist es, chirurgische Leistungen zu ermöglichen.



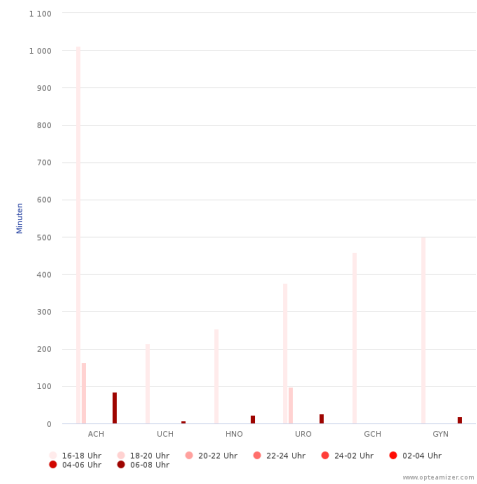
Dem dient auch die Auswertung zur zeitlichen Verteilung der genutzten OP-Säle (Analyse 2.4: Saalnutzung).

Ein möglichst steiler morgendlicher Anstieg bei der Anzahl der genutzten Säle drückt eine hohe Präzision beim Tagesstart aus, ein steiler Abfall von der bis zum Ende der Kernbetriebszeit möglichst großen Anzahl genutzter OP-Säle ist Ausdruck effizienter Steuerung der OP-Prozesse. Das Gegenteil besteht in einem langsamen Anstieg am Morgen, bis die Säle laufen und einem deutlichen Rückgang der Saalnutzung bereits vor Ende der Kernbetriebszeit um 15:30 Uhr, z.B. ab 14:00 Uhr.



Auch wenn der größte Teil der medizinischen Leistungen eines Krankenhauses bezüglich medizinischer Komplexität und zeitlicher Anforderung planbar ist, bleibt ein Anteil von Notfallversorgung, der nicht im Einzelfall vorhersehbar ist. Die Berücksichtigung von Notfällen für die Steuerung der OP-Prozesse ist dessen ungeachtet unverzichtbar. Weder dürfen Elektiv-Eingriffe aufgrund von Notfällen regelhaft abgesetzt werden, noch dürfen Notfälle aufgrund der weiterlaufenden Elektivversorgung verspätet versorgt werden. Mit einer aggregierten Darstellung der Verteilung des Notfallaufkommens lassen sich die erforderlichen OP-Kapazitäten für die einzelnen Fachabteilungen zuordnen (Analyse 2.5: Verteilung der Notfall-Eingriffe).

Analyse 2.6

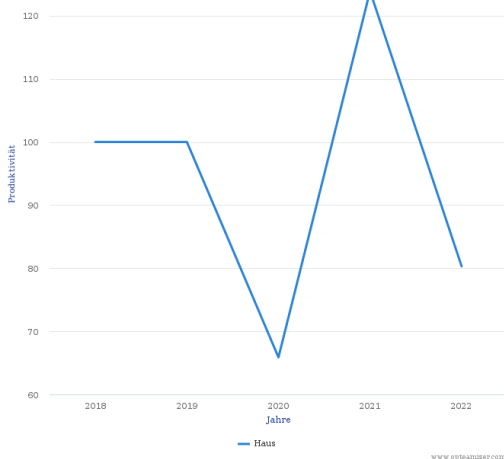


In einem nächsten Schritt können aufgrund der zeitlichen Streuung der Leistungserbringung außerhalb der Kernbetriebszeiten über einen längeren Zeitraum die Arbeitszeitmodelle für die verschiedenen, für die Versorgung erforderlichen Berufsgruppen adaptiert werden, um möglichst wenig, gleichzeitig aber ausreichend Personal verfügbar zu haben (*Analyse 2.6: Nächtlche Schnitt-Naht-Zeiten*).

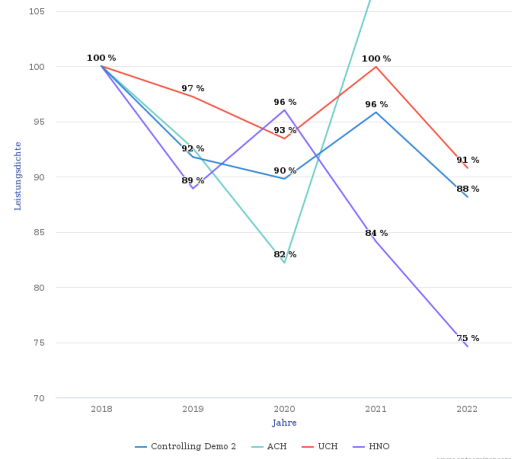
Standardberichtswesen Stufe 3

In der Stufe 3 des Standardberichtswesen werden zusätzlich Analysen benannt, die in Ergänzung zu den prozessualen Aspekten betriebswirtschaftliche Dimensionen beinhalten ¹² (*Analyse 3.1: Personal-Effizienz und Analyse 3.2: Leistungsdichtefaktor – operative Fachabteilungen*).

Analyse 3.1



Analyse 3.2



OP-Kapazitätssteuerung

Demo Krankenhaus 1.0 (Demo...)

Tag: Donnerstag, 21. August 2025 (KW 34)

Alle Funktionen... Geplante Kap...

Ressourcen	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
OP 1									ACH												
OP 2									ACH												
OP 3										GCH											
OP 4									UCH												
OP 5									URO												
OP 6									GYN												
HKL 1									Angio												
HKL 2									Kardio												
HKL 3									Kardio												

Operative Fachabteilungen:

- ACH
- UCH
- HNO
- URO
- GCH
- GYN
- Kardio
- Angio

Das OP-Management informiert mit einem Berichtswesen über die steuerungsrelevanten OP-Kennzahlen, wobei der Bericht regelmäßig, einheitlich und von allen Beteiligten akzeptiert sein soll. Vom täglichen OP-Cockpit bis zum jährlichen OP-Benchmarking werden die operativen, die interventionell tätigen konservativen und die anästhesiologischen Abteilungen sowie die Funktionsdienste kontinuierlich in alle Entscheidungen eingebunden und mit ihrer Verantwortung eingebunden. Auch die Beteiligung des 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, in dem zum Beispiel bei Leistungsausweitungen in hochpreisige Bereiche die wahren Kosten und Prozesskomplexitäten berücksichtigt werden.

Werden notwendige Entscheidungen an das OP-Managements 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 Rückkoppelung mit dem OP-Management getroffen, zum Teil auch ohne Nutzung der zur Verfügung stehenden Steuerungskennzahlen. Häufig wird 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.

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 Krankenhaus-Versor-

gungs-Verbesserungsgesetz (KHVVG) fordern seitens des OP-Managements strategische Entscheidungen. Die Zusammenführung unterschiedlicher Quellen wie es in anderen europäischen Ländern bereits erfolgreich praktiziert wird, wird in absehbarer Zeit auch in Deutschland eine weitere Verbesserung der Versorgungsprozesse unterstützen.