



©Bacho Foto - stock.adobe.com

OP-Controlling: Controlling von zentralen Strukturen

Steuerung von Dienstleistungsabteilungen durch Kennzahlen

Von Maik Peckmann

Der nachfolgende Beitrag befasst sich mit der Darstellung der Relevanz eines aussagekräftigen OP-Controllings.

Keywords: OP-Management, Controlling, Strategie

Der post-COVID Zustand der Krankenhäuser ist geprägt von insgesamt rückläufigen stationären Fallzahlen, knapper Verfügbarkeit von Fachkräften und zugleich deutlichen Lohnsteigerungen. Neben diesen externen Faktoren haben sich in zentralen Dienstleistungsstrukturen oftmals auch verminderte Nutzungsgrade etabliert. Somit entstehen häufig ineffiziente Strukturen mit verminderter Wirtschaftlichkeit, die gerade in kostenintensiven Zentralstrukturen wie dem OP vermieden werden sollten: Ein aussagekräftiges OP-Controlling ist unerlässlich.

Dabei haben diese für die Patientensteuerung aber auch für die Sicherstellung eines wirtschaftlichen Betriebs des Krankenhauses insgesamt eine hohe Bedeutung. Gerade kostenintensive interdisziplinäre Zentralstrukturen wie der OP-Bereich und die Inten-

sivstation entscheiden über die generelle Verfügbarkeit von Kapazitäten im gesamten Haus. Zudem leisten sie mit effizienter Kapazitätsausnutzung einen erheblichen Beitrag zum wirtschaftlichen Erfolg der gesamten Klinik. Es ist daher von großer Bedeutung, deren Nutzungsgrade durch entsprechende Controlling-Kennzahlen stets im Auge zu behalten.

Dies gilt im besonderen Maße in einer Zeit, in der durch die Krankenhausreform weitere Einflüsse auf den OP-Bereich zukommen. Die stärkere Ambulantisierung von Regeleingriffen und die Einführung von levelbezogenen Leistungsgruppen führt in den OP-Sälen der Krankenhäuser schon jetzt zu Kapazitätsverschiebungen, baulichen und ablauftechnischen Veränderungen. Es gilt die Kapazitäten optimal einzusetzen und auf das erforderliche Maß anzupassen.

OP-Verfügbarkeit

Für Krankenhäuser stellen die Verfügbarkeit und Auslastung von OP-Kapazität einen wesentlichen Faktor dar. Verfügbare OP-Slots werden für die Erfüllung des Versorgungsauftrags im Rahmen der Notfallversorgung benö-

tigt, dürfen jedoch auch nicht zum Engpass für die Versorgung elektiver Fallgruppen werden. In der Praxis zeigt sich, dass insbesondere die COVID-Pandemie mit der regulativen Einschränkung der Eingriffszahlen im OP sich auch heute noch auswirkt: Das verminderte Fallzahlaufkommen hat in zentralen Dienstleistungsstrukturen allgemein und im OP-Bereich im Speziellen zu größeren Kapazitätspotentialen geführt, die auch in der post-COVID-Phase weiter feststellbar bleiben.

Wählen wir die summierten Schnitt-Naht-Zeiten als originäre produktive Prozesszeit eines Eingriffs, stellen wir zumeist einen deutlichen Rückgang zur prä-COVID-Zeit fest, unter Beibehaltung der personellen Ressourcen: Obwohl der Nutzungsgrad wie auch die Wirtschaftlichkeit des OP-Bereichs sinkt. Denn auch die äußeren Rahmenbedingungen haben sich verschärft: Personalengpässe, häufig gedeckt über kostenintensives Fremdpersonal, Lohnsteigerungen sowie erhöhte Krankenstände verteuern die Erbringung jeder einzelnen OP-Minute. Es ist daher wichtig, die knappen und kostenintensiven OP-Ressourcen so vorzuhalten, wie sie zum aktuellen und zukünftigen (geplanten) Leistungsgeschehen passen.

Definition einfacher Kennzahlen

Die optimale Steuerung des OP-Bereichs ist aus vielerlei Gründen nicht einfach. Das liegt vor allem an den vielen interdisziplinären Beteiligten, die koordiniert werden müssen. Auch die Planung ist komplex: Notfallpatienten müssen eingeschoben, das geplante Programm verändert und nicht vorhergesehene Komplikationen gemeistert werden. Damit dieser hochkomplexe Bereich reibungslos funktionieren kann, bedarf es vom Haus selbst aufgestellter Regeln, dem OP-Statut. Dort sind Festlegungen zum generellen Ablauf, der zu dokumentierenden Zeitstempel sowie der interdisziplinären Zusammenarbeit festgelegt, optimalerweise in Abstimmung mit allen im OP tätigen Berufsgruppen. Damit diese Regeln auch angewendet und eingehalten werden, sollte ein OP-Koordinator benannt sein.

Im Rahmen des OP-Controllings ist zunächst das Ziel des Kennzahlencontrollings zu definieren: In den meisten Fällen steht die möglichst optimale Auslastung der OP-Säle während der geplanten Regelarbeitszeit im Fokus. Es sollte ein Kennzahlensystem entstehen, welches zum einen die gesteckte Zielerreichung aus dem OP-Statut abbildet und zudem Hinweise auf ungenutzte Kapazitäten liefert. Oftmals wird vor allem bei der Kennzahlauswahl versucht, zu viele Kennzahlen in das System einzubringen: Das Controlling wird unübersichtlich, die Steuerung unnötig komplex und die Sicherstellung der vollständigen und korrekten Erfassung vieler verschiedener Zeitpaare zeigt sich als Herausforderung. Als Grund für die Vielzahl von Kennzahlen wird häufig die Akzeptanz bei den interdisziplinären Berufsgruppen im OP angeführt. Unsere Erfahrung zeigt das Gegenteil: Je schlanker und aussagekräftiger das Kennzahlensystem ist, desto höher ist dessen Akzeptanz.

Ein OP-Controlling sollte daher möglichst wenige, dafür relevante, verständliche und nachvollziehbare Kennzahlen beinhalten. So lassen sich kurze Implementierungszeiten ohne mehrmonatige Projektierungsphasen realisieren. Im OP-Bereich gibt es aufgrund der hohen Zahl an interdisziplinären Akteuren viele potenzielle Reibungspunkte. Das Kennzahlenset sollte so gewählt sein, dass diese ein objektives Bild der Situation liefern. Optimalerweise orientiert es sich an den selbst aufgestellten Regeln: Aus dem OP-Statut sind vor allem Regelöffnungszeiten der OP-Säle, berufsgruppenspezifische Planungen („geplanter

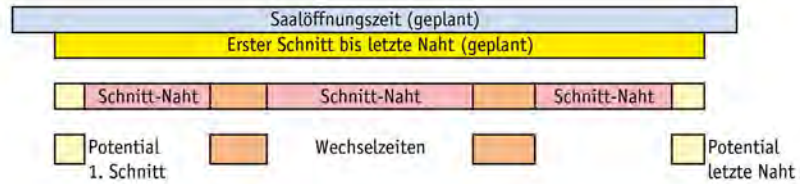


Abb. 1: Stark vereinfachter Tagesablauf eines OP-Saals mit einfacher Potentialermittlung

erster Schnitt“, ...) sowie ggf. OP-Kontingente für die nutzenden Fachbereiche geeignet.

Am einfachsten lässt sich ein Kennzahlensystem rund um die primäre Eingriffszeit (Schnitt-Naht-Zeiten) als originäre, am Patienten produktive und zumeist verlässlich dokumentierte Prozesszeit definieren. Die Summe der saalbezogenen Schnitt-Naht-Zeiten kann ins Verhältnis zur jeweiligen Saalöffnungszeit gesetzt werden, um eine Schnitt-Naht-Auslastung der einzelnen Säle errechnen zu können. Die Zielgröße von ca. 55–60 Prozent Schnitt-Naht-Auslastung der Saalöffnungszeit ist naturgegeben nicht in allen Sälen zu erreichen: Während in einem Saal wenige große Eingriffe über die gesamte Saalöffnungszeit nur einen oder gar keinen Wechsel erfordern, kann ein Saal mit mehreren kleineren Eingriffen eine Vielzahl an Wechseln erfordern. Daher werden für die Einordnung der Auslastung weitere Kennzahlen benötigt.

Geeignete Prozesskennzahlen im OP

Betrachten wir die Zeiten der Saalöffnung, die nicht durch die Schnitt-Naht-Zeit belegt sind, ergeben sich Kennzahlen zur Optimierung der Saalauslastung (► Abb. 1).

Um die Kapazität eines OP-Saals bestmöglich auszunutzen, ist vor allem ein pünktlicher Beginn unerlässlich. Obwohl die Pünktlichkeit des ersten Schnitts als „der Klassiker“ der OP-Kennzahlen schlechthin gilt, findet sich in der Praxis regelhaft ein hohes Potential. Klassischerweise werden für die Einordnung des ersten Schnitts zwei Kennzahlen gebildet: Zum einen wird tages- und saalbezogen gemessen, wie häufig der erste Schnitt tatsächlich bis zum gesetzten Ziel gemäß OP-Statut stattgefunden hat (Kennzahl „Pünktlichkeit des ersten Eingriffs“). Zum anderen werden Potentialminuten errechnet (realer Schnitt-Zeitpunkt abzüglich des geplanten Zeitpunkts des ersten Schnitts gemäß OP-Statut). Dies ermöglicht die Bewer-

tung des Potentials, das durch einen verspäteten Beginn tatsächlich besteht. Für die Analyse ist es hilfreich, wenn im OP-Modul bereits Verzögerungsgründe für einen verspäteten OP-Beginn zu hinterlegen sind. Es ist darauf zu achten, dass Tage, an denen Notfalleingriffe das OP-Programm und damit den geplanten ersten Eingriff verschieben bei diesen Kennzahlen nicht inkludiert werden.

Auch bei der Definition der Wechselzeiten liegt der Fokus auf der Zeit, die nicht effektiv für Eingriffe am Patienten genutzt werden kann: Die Zeitspanne vom Zeitpunkt der Naht des vorhergehenden Patienten bis zum folgenden Schnitt. Die Anforderungen sind haus- und saalbezogen aufgrund unterschiedlicher medizinischer Schwerpunkte und Lagerungsanforderungen sicher unterschiedlich, für eine grundsätzliche Einordnung können aber einfache Richtwerte herangezogen werden. Beispielhaft kann definiert werden, dass Regeleingriffe keine Wechselzeiten über 60 Minuten haben sollten. Da die Häufigkeit von langen Wechselzeiten hinterfragt werden sollte, empfiehlt sich die Darstellung der Kennzahl in Clustern, z.B. Anteil der Wechsel < 60 Minuten und ≥ 60 Minuten. Ergänzend kann die Abweichung der Wechselzeiten vom Plan auch in 5- oder 15-Minutenschritten dargestellt werden. Die in der Praxis regelhaft auftretende Fragestellung nach der interdisziplinären Verantwortung für verzögerte Wechsel kann meist einfach durch das Ergänzen der anästhesiologischen Wechselzeit dargestellt werden (► Abb. 2).

Ebenso wie ein verspäteter Beginn liefert der Zeitpunkt der letzten Naht Hinweise auf ungenutzte Ressourcen am Ende der Saalöffnungszeiten. Diese Potentiale werden durch Abgleich des Zeitpunkts der geplanten letzten Naht eines OP-Saals (gemäß OP-Statut) mit dem Zeitpunkt der tatsächlichen letzten Naht ermittelt. Dabei sollten beide Zeitpunkte möglichst eng zusammen liegen. In der Praxis zeigen sich regelmäßig Potentiale, die entweder durch Reduzierung der Saalöff-

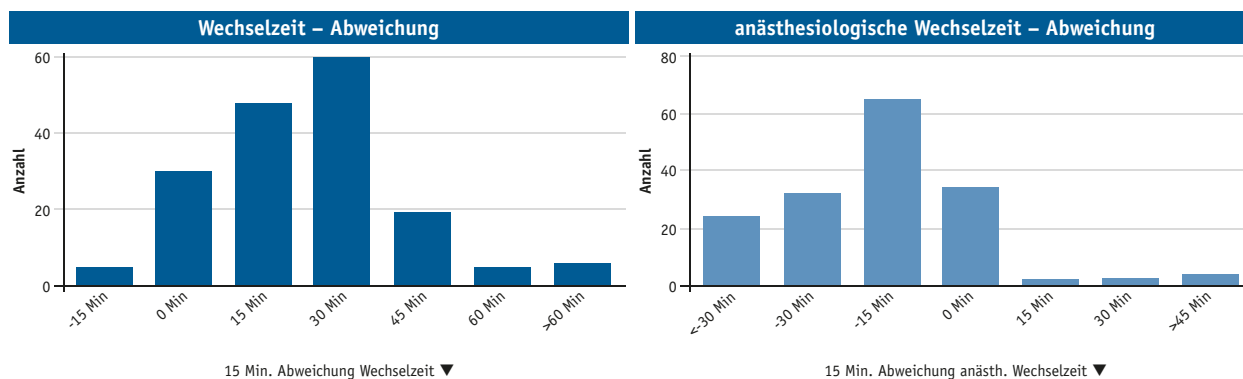


Abb. 2: Beispielhafte Abweichung der gesamten- und anästhesiologischen Wechselzeiten zum Vorgabewert



Abb. 3: Beispielhaftes KCC-Dashboard für OP-Controlling

nungszeiten (=keine geeigneten Eingriffe vorhanden) oder durch die Durchführung zusätzlicher Eingriffe bei regelhaft betriebenen Spätsälen gehoben werden können. Regelmäßige Überschreitung der geplanten Saalöffnungszeiten, die zu zusätzlichen Personalkosten, Unzufriedenheit oder Überlastung des OP-Personales führen, werden durch das Visualisieren der Spätsäle analysierbar.

Ergänzend kann auch die Wirtschaftlichkeit des OP als Kennzahl ermittelt und für das Benchmarking herangezogen werden („Was kostet mich die Erbringung einer OP-(Schnitt-/Naht-) Minute oder Anästhesie minute“). Dafür reicht häufig eine Vernetzung mit Daten aus der Finanzbuchhaltung oder eine Nebenrechnung aus. Im Zusammenspiel helfen die Kennzahlen dabei, die Kernthemen im OP-Bereich im Blick zu behalten. Beim Heben der Potentiale gilt es jedoch die verantwortlichen Detailkomponenten des Prozesses zu hinterfragen und zu optimieren (Dienstzeiten, Patiententransport, Visitenzeiten, ...).

Etablierung des OP-Controllings im Haus

Um ein kennzahlbasiertes OP-Controlling im Krankenhaus erfolgreich etablieren zu können, bedarf es einfacher Kennzahlen und einer geeigneten, einfach verständlichen und zugänglichen Visualisierung für alle Akteure des OP-Prozesses. Diese muss es ermöglichen, Potentiale einfach zu erkennen und bei Bedarf bis auf die Fallebene nachvollziehen zu können (►Abb. 3).

Zudem muss sichergestellt sein, dass die im OP-Dokumentationssystem erfassten Daten vollständig, logisch und fehlerfrei vorliegen. Es ist von Bedeutung, dass parallel zur Darstellung von Prozess-Kennzahlen auch ein möglichst automatisiertes fallbezogenes Fehler- und Hinweisreporting aufgebaut wird, damit die abgebildeten Kennzahlen auf validen Grundlagendaten fußen.

Zur aktiven und zielgenauen Steuerung empfiehlt es sich, ausgewählte Kennzahlen in einem Dashboard elek-

tronisch zur Verfügung zu stellen. Dies sollte mindestens eine monatliche Darstellung der wichtigsten Kennzahlen umfassen, bei Bedarf aber auch auf tagesebene fallbezogen dargestellt werden können. Nur so lässt sich Vertrauen in die Validität der dargestellten Kennzahlen und die abgeleiteten Kapazitätspotentiale aufbauen. ■



Maik Peckmann
Geschäftsführung
Dr. Kreysch Clinical Consulting GmbH
info@kreysch-consulting.de