

Vorlesungsreihe Gesundheitsökonomie, Gesundheitssysteme, Öffentliche Gesundheitspflege

Dozenten:

Henrich/Böhm - Kranke – Vogel, U. - Vogel, H. - Menzel



OP Management

Hans-Günther Henrich

OP Manager ZOM & Frauenklinik

Universitätsklinikum Würzburg



- Hans-Günther Henrich
- 1997 Facharzt für Anästhesie
(1991 – 1999 Uniklinik Gießen, 1988 - 1991 BW-KH Gießen)
(1999 - 2008 Ostalbklinikum Aalen: u.a. stellv. OP-Koordinator/ 2002 Projekt OP-Reorganisation)
- 2004 -2006 MBA „Gesundheitsmanagement“ (FH Deggendorf)
- 2008 „Ärztliches Qualitätsmanagement“
- Seit 2008 hauptamtlich OP-Management (Maximalversorger):
2008 – 2012 Klinikum Bremerhaven (>700 Betten)
2012 – 2013 Klinikum Minden / Mühlenkreiskliniken (>850 / >1.900 Betten)
- Seit 6/2013 OP Manager am UKW (Kollegialsystem)

- Herausforderungen
- Historie des OP Managements
- Aufgaben und Inhalte des OP Managements
- „Messen im OP“: Prozesszeiten und Kennzahlen
 - Möglichkeiten und Grenzen
- OP Management im UKW

„Die Zeiten ändern sich und wir ändern uns in ihnen“ (Sprichwort 16.Jhd.)

- „Das Krankenhaus als Teilbereich dieses Gesundheitswesens, einst Oase unbeobachteten wirtschaftlichen Handelns und medizinischen Selbstverwirklichungsstrebens, ist herausgerissen aus dem Vakuum der Unnahbarkeit und wird dem unterworfen, dem sich jede frei wirtschaftende Unternehmung schon immer zu unterwerfen hatte, dem **Postulat der Wirtschaftlichkeit**.
- Was im Klartext bedeutet, dass auf Dauer nur das Geld ausgegeben werden kann, das auch erwirtschaftet wird.“

(aus Th. Busse: „OP-Management: Grundlagen. (2010), S.1., Medhochzwei Verlag)

- **Grundsätzlich das Stiften von Kundennutzen !!**
- Gewinnerwirtschaftung ist nicht Unternehmenszweck, sondern Erfordernis !
- Erwirtschaftet ein Unternehmen auf Dauer keinen Gewinn, wird es untergehen, weil es sein Eigenkapital verbrennt oder in Liquiditätsnot gerät

(Tschudi,O.,Schüpfer,G.: Management für den OP-Bereich;
CME Fortbildung Anästhesist 2015-64:243-258)

RODIIIMCDIKISSION BEL HELI OC



Operation im Helios
Klinikum Bad Saarow

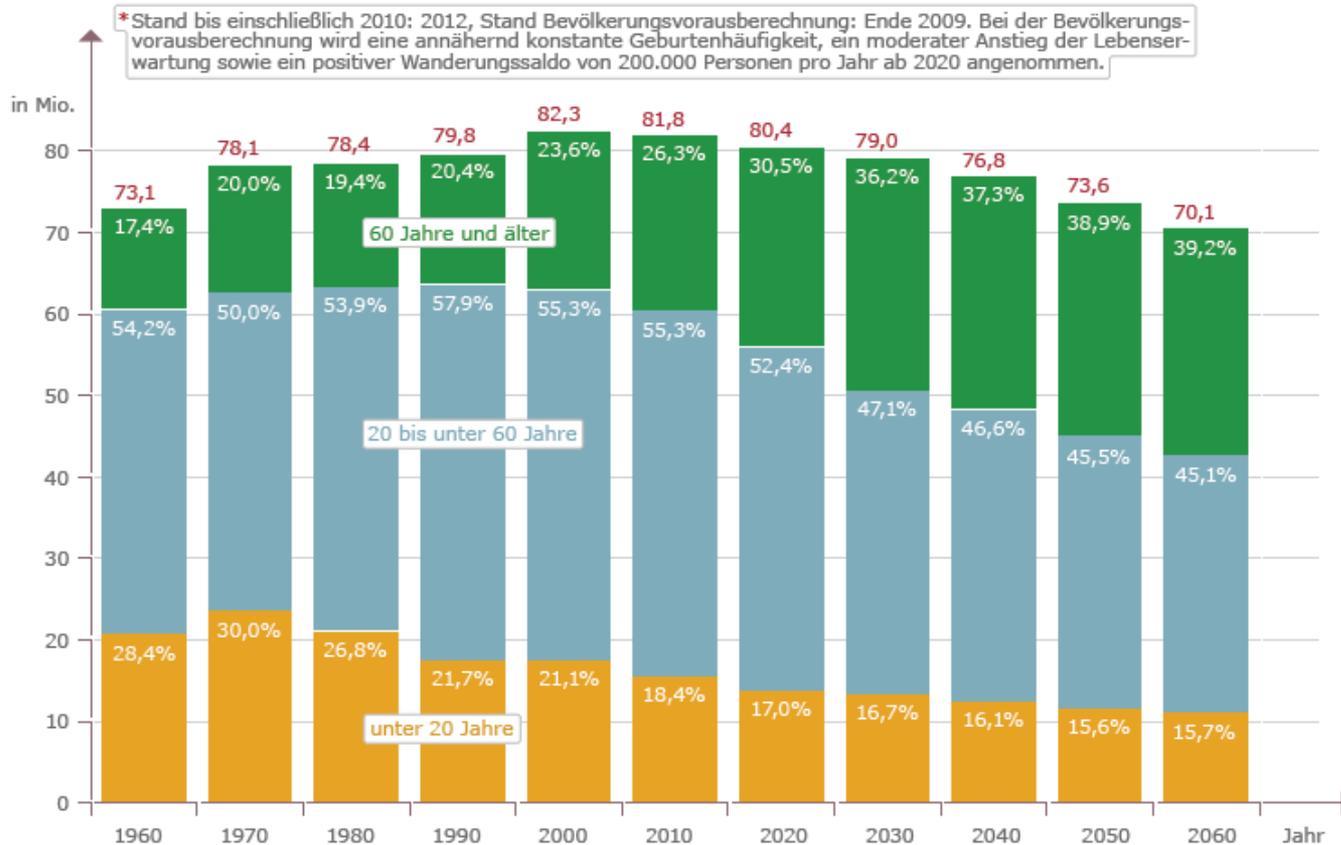
„Der Anfang ist schmerzhaft“

SPIEGEL-Gespräch Fresenius ist Deutschlands größter Klinikkonzern, und der Chef Ulf Schneider, 48, verlangt von seinen Krankenhäusern 15 Prozent Gewinn. Ärzte und Beschäftigte klagen über enormen Druck

- **Demographie**
- Personalkosten
- Med. Entwicklung
- Digitalisierung/ IT

Bevölkerungsentwicklung und Altersstruktur

Bevölkerung in absoluten Zahlen, Anteile der Altersgruppen in Prozent, 1960 bis 2060*



Quelle: Statistisches Bundesamt: Lange Reihen: 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung

Lizenz: Creative Commons by-nc-nd/3.0/de

Bundeszentrale für politische Bildung, 2012, www.bpb.de





zukunfts-fähig durch
sinn und kompetenz

[Home](#) > [Aktuelles](#) > [Zahl der unbesetzten Stellen in der Gesundheitswirtschaft wird stark steigen](#)

Zahl der unbesetzten Stellen in der Gesundheitswirtschaft wird stark steigen

Die Zahl der unbesetzten Stellen in gesundheitswirtschaftlichen Berufen könnte schon bis 2030 dramatisch zunehmen.

Das geht aus aktuellen Statistiken des Bundeswirtschaftsministeriums (BMWi) zur Gesundheitswirtschaft hervor. Ab 2020 sind danach 10% aller Facharztstellen unbesetzt, 2030 bereits mehr als jede dritte Stelle. Den Mangel an Gesundheits- und Krankenpflegern schätzt das Ministerium für 2020 auf rund ein Viertel aller Stellen, 10 Jahre später sogar auf 35%. Hintergrund ist die prognostizierte Entwicklung der Erwerbsfähigenzahl, welche laut BMWI von aktuell rund 53 Millionen Deutschen im Alter zwischen 15 und 65 Jahren auf etwa 47 Millionen im Jahre 2030 sinkt. Das Wirtschaftsforschungsinstitut WIFOR hat diese Werte zusammen mit der Beratungsgesellschaft BASYS berechnet. Die Forscher kommen für 2060 sogar auf nur noch 38,7 Millionen erwerbsfähige Menschen hierzulande. „Durch die Dynamik wird sich die Nachfrage nach Pflege in erheblichem Umfang steigern“, schreiben die Autoren des Ministeriums.

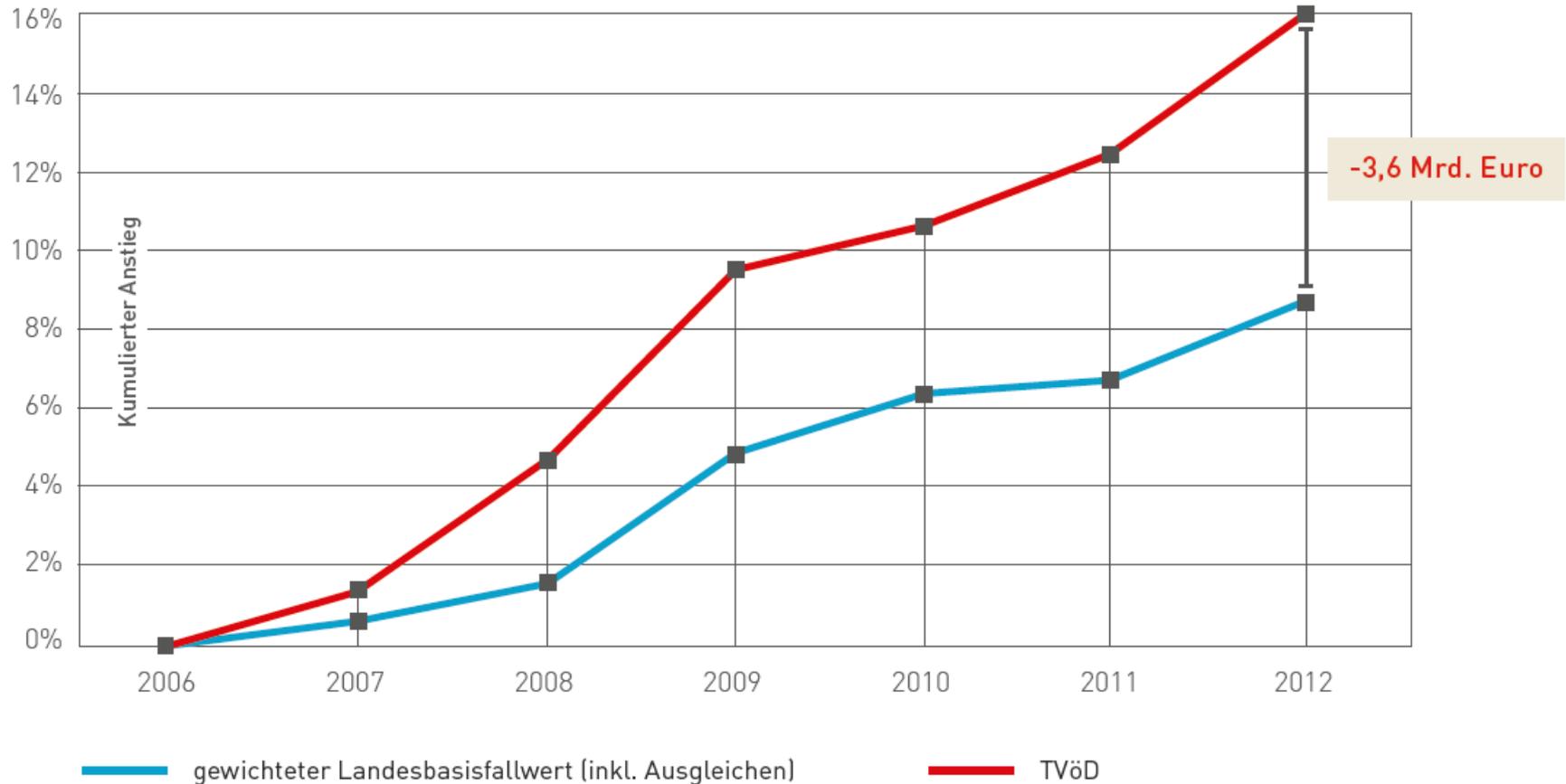
Quelle: Gesundheitspolitischer Brief, 16. KW 2015

[Jetzt lesen](#)

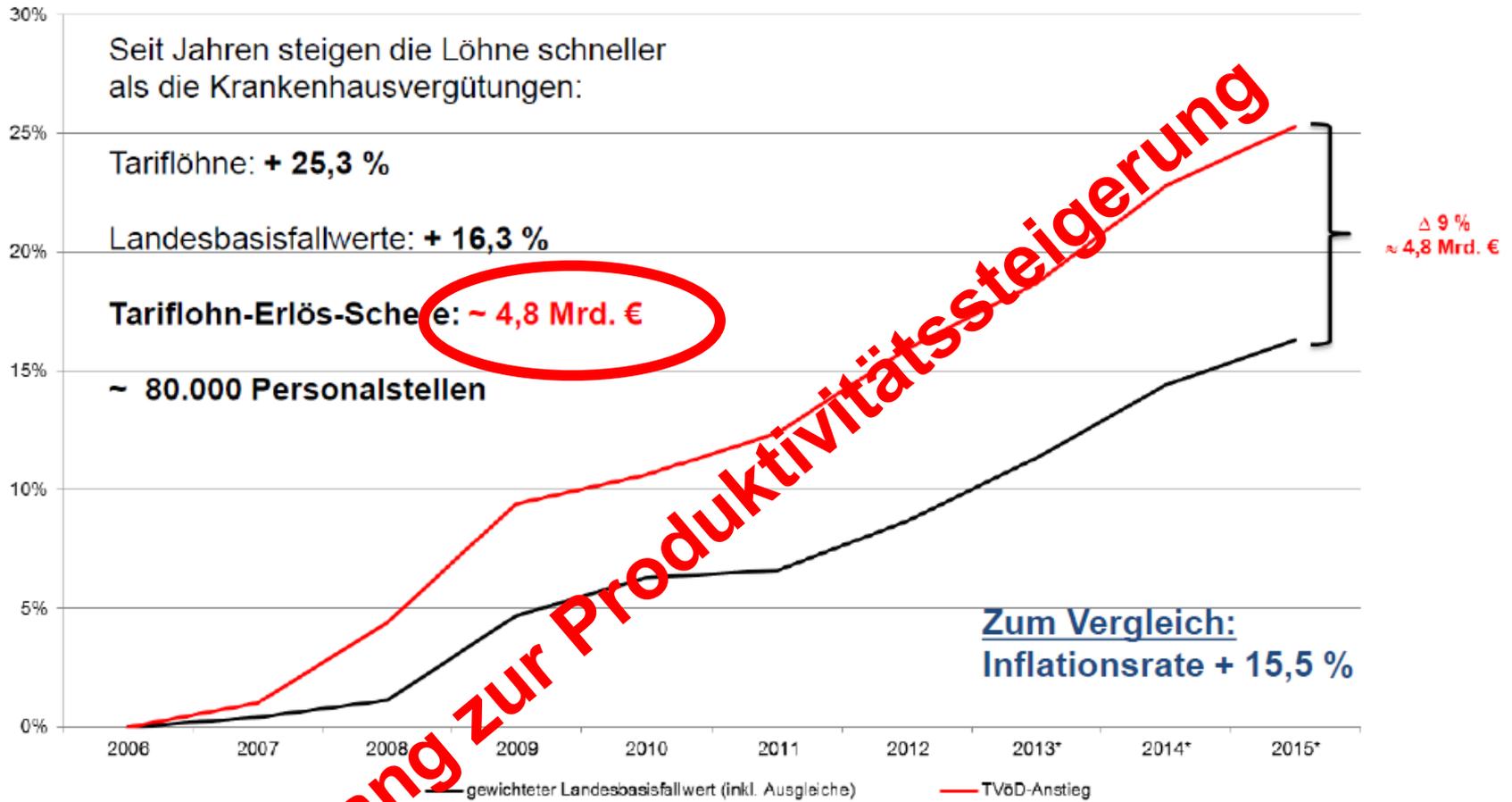


Deutsche Krankenhausgesellschaft: 2006 - 2012

Tariflohn-Erlös-Schere der Krankenhäuser



Deutsche Krankenhausgesellschaft: 2006 - 2015



Quelle: DKG



- ▶ Pressemitteilungen
- ▶ Aktuelle Meldungen (hib)
- ▶ Akkreditierung
- ▶ Termine
- ▶ Bilderdienst, Bildarchiv
- ▶ Mitschnittservice
- ▶ Pressedokumentation
- ▶ Kontakt

Regierung: Effizienz in Kliniken gewollt

Gesundheit/Antwort - 23.11.2015

Berlin: (hib/PK) Die Bundesregierung sieht im Wettbewerb um Wirtschaftlichkeit und Qualität ein wichtiges Instrument zur Weiterentwicklung der Versorgung im Krankenhausbereich. Eine reine Effizienzfokussierung führe auch keineswegs automatisch zu Qualitätseinbußen, schreibt die Regierung in ihrer Antwort ([18/6736](#)) auf eine Kleine Anfrage ([18/6537](#)) der Fraktion Die Linke.

In vielen Bereichen sei das Gegenteil der Fall. So stelle etwa die verkürzte Verweildauer durch minimalinvasive Operationsverfahren eine erhebliche Effizienzsteigerung dar. Gleichzeitig werde die Qualität gesteigert durch geringere Risiken und einen schnelleren Heilungsprozess. Auch Wirtschaftsforscher kämen zu dem Ergebnis, dass Qualität, Patientenzufriedenheit und Wirtschaftlichkeit miteinander in Verbindung stünden.

Der Wettbewerb gerade im Gesundheitswesen dürfe nicht allein durch den Preis bestimmt werden, heißt es in der Antwort weiter. Der Verzicht auf einen Qualitätswettbewerb würde jedoch Anreize ungenutzt lassen, die auf eine Steigerung der Behandlungsqualität und damit das Patientenwohl abzielten.

Aus Studie „Investitionsfähigkeit deutscher Krankenhäuser“ (2015)

Drei von vier Krankenhäusern in Deutschland sind nicht ausreichend investitionsfähig. Die unzureichende Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser ist der Hauptgrund, warum seit mehr als 10 Jahren zwischen 30 % und 50 % der Krankenhäuser Verluste schreiben.

Die maßgebliche Ursache für die schwache Investitionsfähigkeit ist eine nicht hinreichende Finanzierung der Investitionskosten der Krankenhäuser durch die Bundesländer. Die Krankenhäuser sind gezwungen, die betriebswirtschaftlich erforderlichen Investitionen selbst zu finanzieren. Eigenmittelfinanzierte Investitionen schmälern das Betriebsergebnis bis hin zum Verlustrisiko. Eine unzureichende Investitionsquote führt zu einer Überalterung und zu Substanzverzehr bei der baulich-technischen Infrastruktur der Krankenhäuser mit möglicherweise abträglichen Folgen für die Patientenversorgung.

Faktisch wird nur noch die Hälfte der Krankenhausinvestitionen aus öffentlichen Fördermitteln bestritten. Die andere Hälfte der erforderlichen Investitionen steuern die Krankenhäuser anderweitig bei, etwa über Überschüsse aus den Leistungsentgelten. Die Gewinnmargen der Krankenhäuser reichen aber zumeist nicht aus, um den Investitionsbedarf zu decken oder Kredite finanzieren zu können. Nur jeweils rund ein Viertel der Krankenhäuser hat in den letzten Jahren eine hinreichende Rendite zur Finanzierung notwendiger Investitionen erzielt oder erwartet dies für die Zukunft.

Die Unterfinanzierung der Krankenhausinvestitionen führt zu einem erheblichen Investitionsstau. Für die nächsten fünf Jahre beträgt der Investitionsbedarf der deutschen Krankenhäuser rund 7 Mrd. € pro Jahr. Die öffentliche Förderquote durch die Bundesländer lag in den letzten Jahren nur bei 2,7 Mrd. € pro Jahr. Der Investitionsbedarf ist damit um das Zweieinhalbfache höher als aktuell die öffentlichen Fördermittel für Krankenhausinvestitionen.

(Studie von BDO AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft und Deutschem Krankenhausinstitut (DKI))



« SMS schreiben mal neu
Ehemaligen V
60 Millionen Euro fehl
19. Oktober 2008 von Redaktion

Mindener Tageblatt

UNABHÄNGIGE, ÜBERPARTeilICHE ZEITUNG

START **LOKALES** LOKALSPORT WELTNEWS MACAZIN MEINUNG SZENE SERV

MINDEN PORTA WESTFALICA | PETERSHAGEN | HILLE | NACHBARSCHAFT | KULTUR | WIRTSCHA

Startseite » Lokales » Blickpunkt » Mühlenkreiskliniken » Rote Zahlen gehören bald der Ver

Landrat v

Niermann: Umden

18 Mindener Tageblat

Drucken Versenden Leserbrief Schrift

Ue/vorlesen

17.12.2011

Rote Zahlen gehören bald der Vergangenheit an

Mühlenkreiskliniken präsentieren nahezu ausgeglichenen Haushalt

VON STEFAN KOCH

„round mit Macht“

ppell an die Beschäftigten



Nummer 19

„Kliniken zum Sanierungserfolg verdammt“

Verdi bittet zur Diskussion: Neue Erkenntnisse auch auf dem Podium / Klare Bekenntnisse mit Einschränkungen

2014 zum 4.x in Folge Millionenplus trotz ca. 10 Mio. Kreditlast jährlich

19. April 2015, 18:54 Uhr Forum

Gesundheit 4.0



Axel Ekkernkamp ist Ärztlicher Direktor, Geschäftsführer des Unfallkrankenhauses Berlin und Mitglied des "Ayingen Gesprächskreises". (Foto: privat)

Deutschland sollte die Chancen der Digitalisierung nutzen, damit der medizinische Fortschritt beim Menschen ankommt. Stichworte sind E-Health und Telemedizin.

ANZEIGE

Die USA und Israel investieren Milliarden für IT in der Gesundheit. Deutschland liegt bei der Nutzung von E-Health in der EU im hinteren Mittelfeld. Die Kliniken geben beispielsweise nur ein bis zwei Prozent ihres Budgets für IT aus. **Unser Nachbar Dänemark investiert dagegen das Zehnfache.** Bei den großen Trendthemen der Gesundheits-IT geben andere Länder den Ton an. Dabei lassen sich mit intelligenter Datennutzung Krankheiten effizienter bekämpfen, das Gesundheitswesen regionalisieren und Kosten sparen.



Augurzky/Krolop/Hentschker/Pilny/Schmidt

Krankenhaus Rating Report 2015

Bad Bank für Krankenhäuser –
Krankenhausausstieg vor der Tür?

Inklusive eBook



medhochzwei

- Insolvenzwahrscheinlichkeit deutscher Krankenhäuser hat sich 2013 gegenüber Vorjahr leicht erhöht:
- **16% sind im „roten Bereich“**
- Jährlicher Investitionsbedarf (ohne Unikliniken) ~ 5,3 Mrd.€
- Länder steuern z.Zt. nur die Hälfte bei
- **Kumulierter Investitionsstau mind. 12 Mrd. €**



Augurzky/Krolop/Hentschker/Pilny/Schmidt

Krankenhaus Rating Report 2015

Bad Bank für Krankenhäuser –
Krankenhausausstieg vor der Tür?

Inklusive eBook



medhochzwei

- Bei Fortschreibung des Status quo würde Anteil der Krankenhäuser im roten Bereich auf 27% steigen
- Produktivitätsfortschritte und Marktaustritte von wirtschaftlich schwachen Häusern sind zusätzlich nötig, um den Anteil der Kliniken im „roten Bereich“ wieder zu verringern
- **Mittelfristig wird demographischer Wandel ein deutlich effizienteres Gesundheitswesen erfordern**

EMSDETTEN

Wenn das Krankenhaus stirbt

In vielen deutschen Städten werden ansässige Krankenhäuser geschlossen. Für die Einwohner eine Katastrophe, für Politik und Krankenkassen eine sinnvolle Entwicklung.

VON Marius Elfering | 28. Oktober 2015 - 17:43 Uhr

Klinikschießungen sind im Zuge der Krankenhausreform gewollt. Schon im Juli kündigte der Patie Auch wenn Krankenhäuser geschlossen werden, steht Deutschland im internationalen Kliniken Ranking ziemlich gut da. Nordrhein-Westfalen hat ungefähr dreimal so viele Krankenhäuser wie die Niederlande. In Niedersachsen stehen viermal mehr Kliniken als in ganz Dänemark. Ist es da nicht sinnvoll, einige von ihnen zu schließen, um die Patienten besser behandeln zu können, indem die Fachbereiche der Krankenhäuser gestärkt werden?

COPYRIGHT: ZEIT ONLINE

ADRESSE: <http://www.zeit.de/wirtschaft/2015-10/krankenhaus-emsdetten-marienhospital-schliessung>

Ausmaß von Rationierung und Überversorgung in der stationären Versorgung

Ergebnisse einer bundesweiten Umfrage in deutschen Krankenhäusern

A. Reifferscheid¹, N. Pomorin¹, J. Wasem¹

Dtsch Med Wochenschr 2015; 140: 991

Diskussion | Da sich die finanzielle Situation der Krankenhäuser mittelfristig kaum entspannen wird, besteht Handlungsbedarf für die Politik, um negative Auswirkungen auf die Patientenversorgung zu vermeiden. Wenn die Rationierung unter den derzeitigen wirtschaftlichen Rahmenbedingungen unumgänglich ist, sollte die Entscheidung hierüber anhand definierter Kriterien erfolgen. Das Thema Priorisierung sollte trotz seiner Unpopularität auch auf politischer Ebene aufgegriffen werden.

Konsequenz für Klinik und Praxis

- ▶ Rationierung ist keineswegs auf Hochkostenbereiche beschränkt, folglich sind in allen Fachgebieten Einschnitte in der Patientenversorgung zu befürchten.
- ▶ Die prognostizierte wirtschaftliche und demografische Entwicklung wird die Rationierungsproblematik weiter verschärfen.
- ▶ Implizite Rationierung ist mit rechtlichen Problemen verbunden. Daher ist eine gesundheitspolitische Debatte notwendig.

Ineffizienz als Problem

Die Wirtschaft am Tropf des Gesundheitswesens

Das Gesundheitswesen wird als Wirtschaftsfaktor immer dominanter. Wenn

nicht annähernd eine so gute Figur gemacht. Laut dem Bundesamt für

Statistik war das Gesundheitswesen im letzten Jahr für mehr als einen

Dr Zum Glück, könnte man sagen, gibt es noch Branchen, die wachsen. Aber ist

ne es «gesund», wenn nicht mehr nur unser körperliches und geistiges

we Wohlergehen vom Gesundheitswesen bestimmt ist, sondern bald die

Ve gesamte Volkswirtschaft an diesem Tropf hängt? Die Branche ist

Pe vergleichsweise wenig produktiv, und je dominanter sie wird, desto geringer

wird auch die durchschnittliche Produktivität der Schweiz und damit das

Wachstumspotenzial. Entgegenwirken liesse sich dem durchaus, denn

Schuld an der niedrigen Produktivität ist nicht nur die Personalintensität

der Branche. Es gibt auch viele Ineffizienzen, die sich mit etwas mehr

Marktnähe verringern liessen.

„Forderung von außen“

Startseite Die Stiftung Gesundheit

Ein Plädoyer für Strukturierte Medizin

VON PROF. HEINZ LOHMANN 13. APRIL 2015 ALLGEMEIN, GESUNDHEITSPOLITIK

Ein Plädoyer für Strukturierte Medizin

Wir 'verplempern' Ärzte und Krankenschwestern im 'Improvisationstheater'

Die Zeit ist reif, neue Konzepte für Kliniken zu entwickeln und sie dann auch zu implementieren. Letztes ist besonders wichtig, weil es ausreichend Pläne gibt. Realisierte Projekte sind hingegen schon viel seltener. Dabei werden die Herausforderungen immer größer.

Eine innovative Branche, wie es die Gesundheitswirtschaft ist, entwickelt ständig neue und sehr häufig auch segensreiche medizinische Angebote. Zudem tut die Demographie ihr übriges. Kurz: die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen steigt. Gleichzeitig werden die finanziellen Mittel aus dem Sozialtransfer jedoch knapp. Diese immer weiter aufgehende Schere sorgt seit Jahren für einen Kostendruck im System, der von den Betroffenen immer schmerzlicher wahrgenommen wird. Zudem steigen jetzt zusätzlich die Anforderungen an die Qualität der Leistungen, weil die Patienten auch zu Konsumenten werden. Diese Entwicklung ist zwar noch ganz am Anfang, aber sie macht sich auf dem Gesundheitsmarkt schon bemerkbar.

Fokus auf die Patienten richten

Wie in vielen anderen Branchen vorher auch, heißt das Zauberwort in der Gesundheitswirtschaft jetzt auch: Prozesse! Es kann angesichts der Herausforderungen nicht darum gehen, immer „schneller zu arbeiten“. Weder Mitarbeiter noch Patienten sind bereit, die Folgen eines solchen Vorgehens auf die Dauer zu ertragen. Deshalb geht es jetzt darum „anders zu arbeiten“. Wir dürfen unsere wertvollen Ärzte und Krankenpflegekräfte nicht mit dem üblichen „Improvisationstheater“ weiterhin „verplempern“! Wer mit „dem

Das wertvollste Gut: die Mitarbeiter

Dieser Zustand ist nicht länger hinnehmbar. Dies gilt insbesondere, weil in Zukunft Personal knapp wird. Die Gesundheitswirtschaft kämpft dabei mit anderen durch attraktiven Branchen um die Talente. Zudem wandeln sich die Ansprüche der

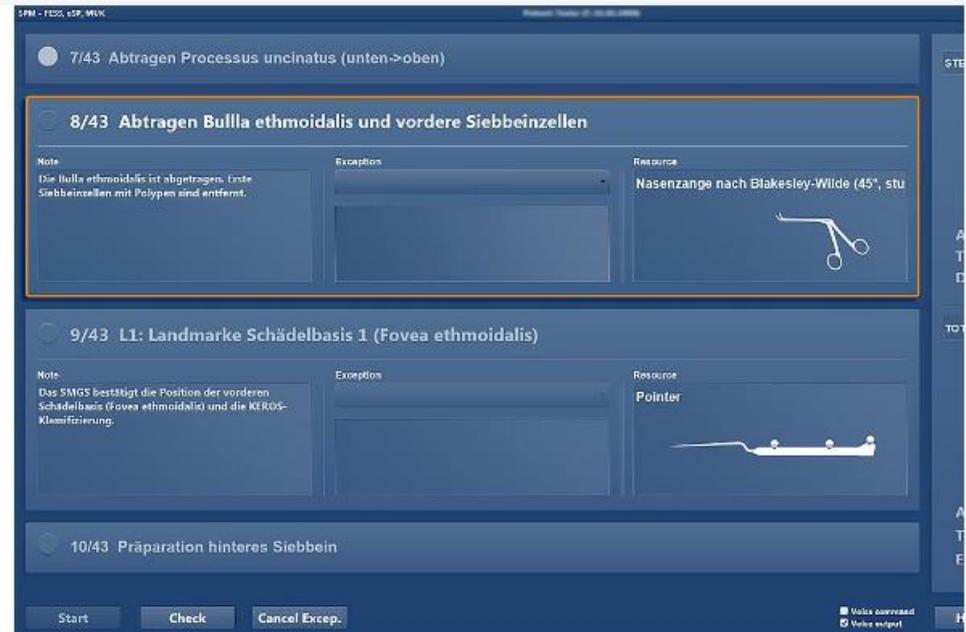
Was könnte „anders“ z.B. bedeuten ?

Gemäß Prof. Heinz Lohmann (Vortrag OPM-Kongress Bremen 6.4.2016)

- „Digitale Industrialisierung“ =
Standardisierung und digitale Workflows

Procedure Point Navigation®

Besonders wichtige oder schwierige Manöver fordern heute die gesamte chirurgische Crew. Dabei kommt es besonders auf das Zusammenspiel zwischen den Beteiligten und das korrekte Einhalten der Schrittabfolge an. Bestimmte Parameter müssen regelmäßig und durch eine zweite Person überprüft werden. Um diese anspruchsvollen Situationen immer gleich gut ablaufen zu lassen und den Anteil irregulärer Verläufe zu minimieren, kann die Software **Surgical Procedure Manager®** die Handbücher zur Durchführung einer chirurgischen Operation während der OP abfragen. Der OP-Computer weist den Chirurg, den Technischen Offizier (TOS) und den Anästhesisten auf wichtige Schritte hin und fordert die Bestätigung ein. So entsteht ein gleichbleibender Ablauf der OP: die Prozedur unterscheidet sich nicht mehr von Operateur zu Operateur oder von Wochentag zu Wochentag. Das erhöht die Ergebnisqualität und die Stabilität der Ergebnisse.



Was ist eine Privatklinik?
Eine Klinik für alle!

www.acqua-klinik.de

Warum wird OP-Management gebraucht?

- „Krankenhäuser und medizinische Abteilungen stehen in Zukunft unter steigendem Qualitäts- und Kostendruck. Insbesondere in den personal- und kostenintensiven Bereichen werden dabei die Ressourcen und Kernprozesse einer kritischen Analyse unterzogen.“
- „Einen dieser Bereiche stellt der „OP-Betrieb“ dar, der als „Kostenfaktor“ in vielen Krankenhäusern bis zu 35% des Gesamtbudgets aufgrund der Personaldichte, der Sachmittel und des Investitionsvolumens vereinnahmt.“
- „Erfahrungen zeigen dabei, dass die verbesserte Nutzung der Ressource OP einen entscheidenden Standortvorteil für Krankenhäuser in der Zukunft darstellen wird. Professionelles OP-Management ist daher erforderlich, um diese Ressource zu entwickeln, zu planen, zu steuern und letztlich profitabel zu gestalten“

(„Berufsverband Deutscher Anästhesisten“ www.bda.de/fortbildung/op-manager-in.html)

Was ist OP-Management ?

- Z.B. eine Grundeinstellung:
- „OP-Management ist die Verbindung von ökonomischem Denken und medizinischer Verantwortung/ Werten
- OP-Management führt damit zu einem Paradigmenwechsel in der Krankenhausorganisation:
- Nicht das Interesse der einzelnen Berufsgruppen steht im Vordergrund, sondern das übergeordnete Bewusstsein, eine optimierte medizinische Versorgung trotz knapper finanzieller Ressourcen zu ermöglichen
- Es ist der Gedanke der Effizienz“

(M.Diemer in „OP-Management“, Hrsg. J.Ansorg /M.Diemer, 2.Auflage 2009)

- **Aus Patientensicht:**
 - *Patientensicherheit*
 - *Respektvoller Umgang, Empathie*
 - **Termintreue (auch aus wirtschaftlichen Gründen höchste Priorität !)**
- **Aus Sicht der Geschäftsführung:**
 - **„nichts Schlechtes hören“**
 - *Nachfragegerechte Verfügbarkeit von OP-Kapazitäten*
 - *Wirtschaftlichkeit: effiziente Kapazitätsnutzung, „optimale Auslastung“*
 - *Zufriedene Teammitglieder*
- **Aus Sicht der Chirurgen (DER Kunde des OP-Managements):**
 - *Freier Zugang zu OP-Kapazität, (relative) Planungssicherheit*
 - *Adäquate Infrastruktur (Personal, Material etc.)*
- **Aus Sicht der Mitarbeiter:**
 - *Wertschätzung (Umgangskultur, faire/verlässliche Einsatzpläne/ Arbeitszeiten)*
 - *Arbeitssicherheit*

Historie des OP-Managements I

- Deutschland: „Startschuß“ ~Mitte der 90er Jahre
 - erste spürbare Auswirkungen von Budgetierung
 - V.a. Umgang mit Personalressource im Fokus
- Folge: Anästhesie-Oberarzt wird „OP-Koordinator“
 - Primäre Aufgabe: „Anästhesisten auslasten“
 - in der Folge auch „Säle auslasten“
- USA: Wesentlich frühere Etablierung von OP-Management
 - Belegarztsystem = Arzt oft Einzelunternehmer, der OP-Zeit bucht
 - Hohe Zahl unterschiedlicher Partner mit individuellen Interessen
 - Auch Folge: Wissenschaftliche Arbeiten zu OP-Management bis Mitte 2000 er Jahre fast ausschließlich aus USA

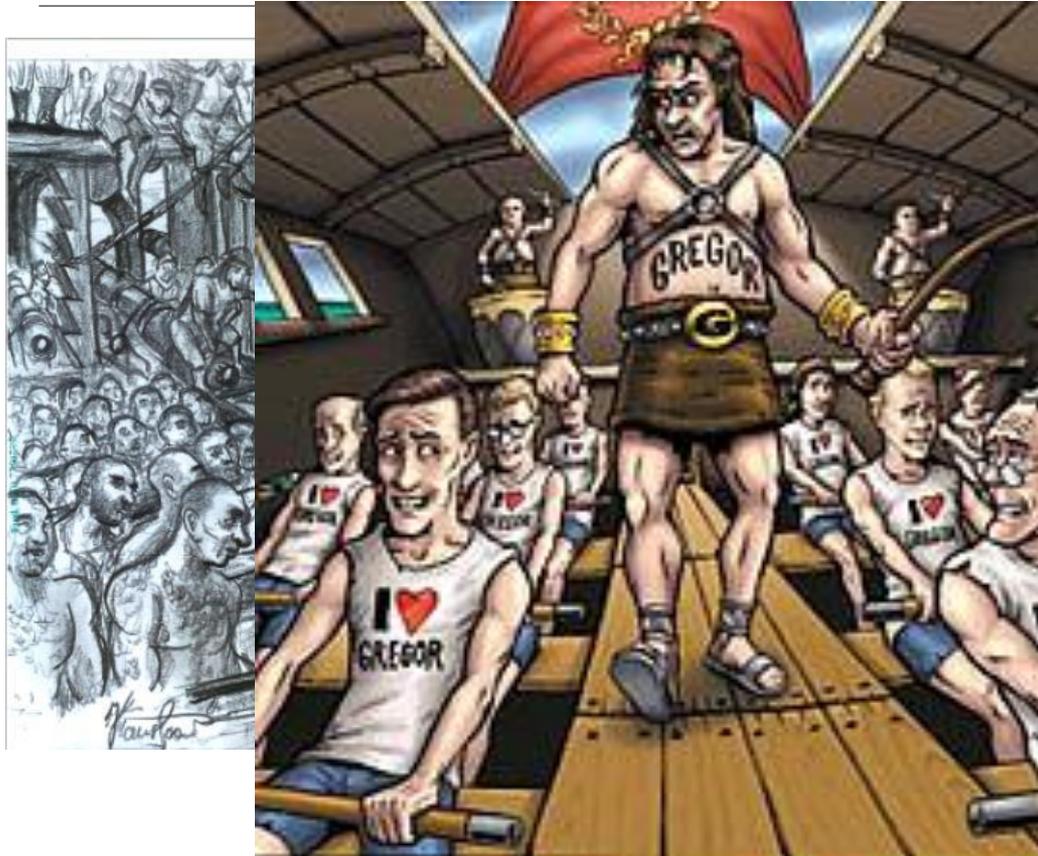
Historie des OP-Managements II

- Nächster „Schub“ 2003/04: Einführung des DRG-Systems
- 30 – 40% der anfallenden Kosten eines operativen Falles werden im OP verursacht (davon 60-70% Personalkosten)
- (nicht zu vergessen: Tarifsteigerungen werden nicht durch Erlöse gedeckt !!)
- In keinem anderen Bereich eines Krankenhauses arbeiten so viele Mitarbeiter unterschiedlicher Berufsgruppen gleichzeitig auf engstem Raum an einem Patienten
- Das bedeutet nicht zuletzt entsprechend viele unterschiedliche Interessen und Ansichten über „beste“ Organisationsmethode, „richtige“ Balance zwischen Qualität und Ökonomie etc.
 - (und dabei den Patienten nicht vergessen!!)
- „Machtposition/ gewohnte Prozesse“ vs. „Effizienzsteigerung“:
 - Resultierende Konflikte hemmen gemeinsamen Blick für erforderliche Veränderungen

- Nächstliegende (und vielerorts immer noch wichtigste) Frage:
Wer soll/ darf im OP (letzt-)entscheiden ?
- --> Etablierung bzw. Stärkung OP-**Koordination** (i.d.R. OA Anästh.)
- **Definition Koordination:**
Abstimmen verschiedener Aktivitäten aufeinander, die Verbesserung des Zusammenspiels, des Zusammenwirkens, das Ordnen unter Berücksichtigung mehrerer Aspekte

-> **Entscheiden innerhalb abgestimmter Varianten**

Immer noch häufige Vorstellung von OP-Management



gstes Erkennungsmerkmal eines guten OP-
agements: (Umfrage auf dem DAK 2005)

Adäquate Reaktion auf Regelverstöße!

23.10.12 Kicker-Ticker

Weltrekord! Schiedsrichter zeigt 36 Rote Karten

Im Video: Brutale Szenen bei einem Juniorenspiel in Paraguay.

ARTIKE

Historie des OP-Managements / Organigramme

- Zunächst Besetzung durch Anästhesie oder OP-Pflege im Rahmen der herkömmlichen Personalstrukturen



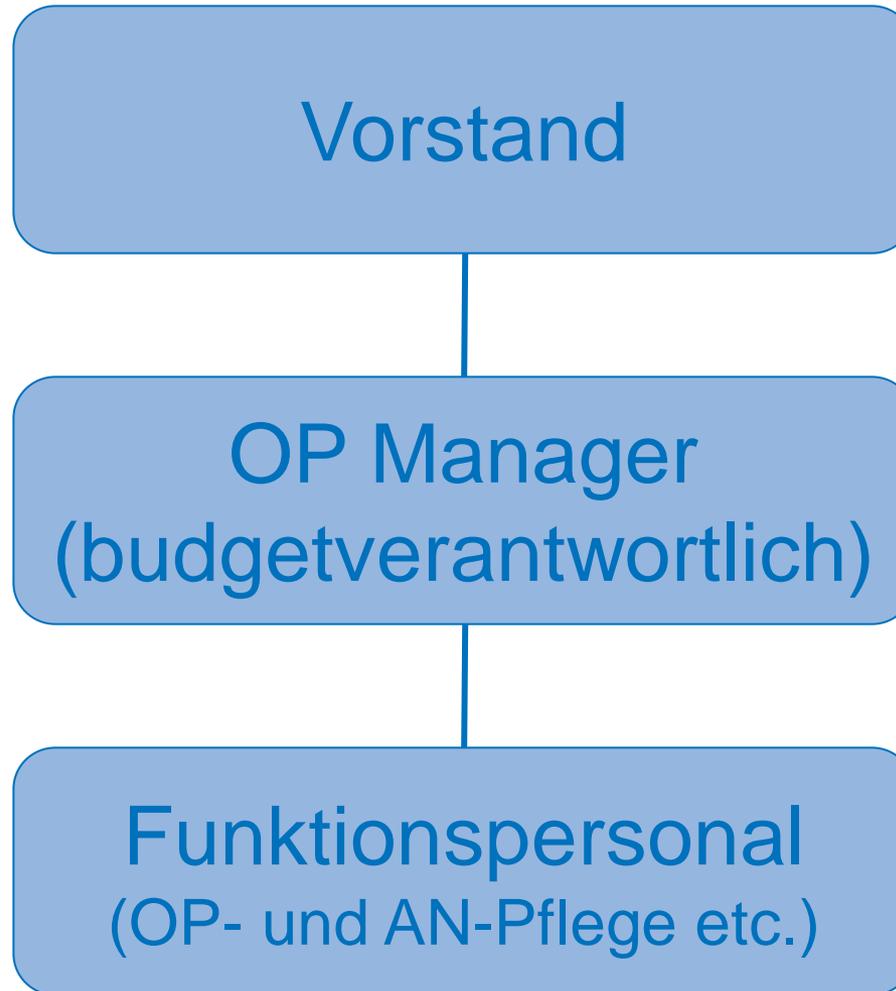
Historie des OP-Managements IV

- Immer häufiger bei Krankenhausleitungen:
Zunehmende Sicht des OP's als „Kostenverursacher“, der zwingend nach Führung (Management) ruft
 - → „Weiterentwicklung“ OP-Management:
 - Definition Management:
 - für Ziele sorgen
 - organisieren
 - entscheiden
 - überwachen
 - Mitarbeiter entwickeln
- = Rahmenbedingungen (mit-)gestalten**
= für Struktur sorgen bzw. Struktur bereit stellen

- Dann Positionierung als Stabsstellen



- Zunehmend: Profit Center Strukturen



Historie des OP-Managements V

- Zunehmendes Interesse am Potential von OP-Management führte – an großen Krankenhäusern (Maximalversorger, Unikliniken) - zunehmend zu hauptamtlichen, oft externen Besetzungen mit z.B. betriebswirtschaftlicher Zusatzqualifikation o.ä.
(Empfehlung z.B. AK „OP-Management“/ AG kommunale Großkrankenhäuser: Hauptamtlich ab 8-10 OP-Sälen)
- Sich dadurch verstärkendes „Einzelkämpfer-Dasein“ steigerte das Interesse an überregionalem Wissensaustausch
- 1. OP-Managementkongress 2004 in Bremen
- Gründung des „Verband für OP-Management (VOPM)“ 2007
- Unverändert wachsendes Interesse an standardisierter Qualifikation (Zertifikate bis zu Master-Studiengänge)



Herausforderung OP-Management Strukturen - Konzepte - Visionen

14.
OP MANAGEMENT
KONGRESS



Bremen
05. und 06. April 2017

Kongress Anmeldung



Hier können Sie sich direkt für die
Teilnahme am Kongress registrieren...

➔ WEITER

August 2016

31/08/16 - Zürich



AKADEMIESEMINAR: "KENNZAHLENGESTEUERTES OP-MANAGEMENT"

http://www.vopm.de/ger_akademie/akademie-29/

September 2016

01/09/16 - Hilton Zürich Airport

4. OP-MANAGEMENTKONGRESS SCHWEIZ

05/09/16 - 09/09/16 - Erlangen/Forchheim

HOT- HYBRID-OP TECHNIKER 4. KURS

1. Ausbildungswoche

<http://www.ir-optimiert.de/hot-hybrid-op-techniker/>

12/09/16 - 16/09/16 - Magdeburg

HOT- HYBRID-OP TECHNIKER 4. KURS

2. Ausbildungswoche

<http://www.ir-optimiert.de/hot-hybrid-op-techniker/>

16/09/16 - 17/09/16 - Morschen (Nähe Kassel)

QUALIFIZIERUNG ZUM/ZUR OP MANAGER/IN (IHK)

Modul 1: OP Organisation / OP Management / Personalführung I

<http://www.diomedes.de/veranstaltungen.html>

16/09/16 - Berlin

AKADEMIESEMINAR: "RISIKOMANAGEMENT UND RECHTSFRAGEN IM OP"

http://www.vopm.de/ger_akademie/akademie-29/

23/09/16 - 24/09/16 - Morschen (Nähe Kassel)

QUALIFIZIERUNG ZUM/ZUR OP MANAGER/IN (IHK)

Modul 1: OP Organisation / OP Management / Personalführung I

<http://www.diomedes.de/veranstaltungen.html>

30/09/16 - Zürich



AKADEMIESEMINAR: "OP-STATUT 2.0"

http://www.vopm.de/ger_akademie/akademie-29/

OP-Management: Qualifizierungsangebote II

ANMELDUNG

Hiermit melde ich mich **verbindlich** zur 31. Fortbildungsreihe „OP-Manager/in“ an.
Bitte in BLOCKSCHRIFT ausfüllen:

Akad. Titel und Name

Vorname

Institut / Krankenhaus

Abteilung

Position

Strasse / Nr. (für weitere Korrespondenz)

PLZ / Ort (für weitere Korrespondenz)

Telefon

E-Mail

Datum / Unterschrift

BDA/DGAI-Mitglied BDC-Mitglied VOPM-Mitglied

ORGANISATION

BDA / DGAI Geschäftsstelle
z.H. Monika Gugel
Roritzerstr. 27 | 90419 Nürnberg
Tel.: 0911-9337811 | Fax: 0911-3938195
E-Mail: mgugel@bda-ev.de

VERANSTALTUNGSTERMINE

Modul 1 - 2: (21.) 22. bis 25.06.2016
Modul 3: 09. bis 10.09.2016
Modul 4 - 5: 05. bis 08.10.2016

VERANSTALTUNGSORT

Sheraton Carlton
Eilgutstraße 15, 90443 Nürnberg

REFERENTEN

Die Referenten sind Praktiker mit langjähriger Führungserfahrung, die Know-how sowohl aus dem Gesundheitsbereich als auch aus anderen Organisationen und Branchen mitbringen und dies auch professionell vermitteln können.

KONDITIONEN

Teilnehmer: max. 18 Personen
Gesamtpreis Module 1 - 5: 3.810.- €
Nicht-Mitglieder von BDA/DGAI/BDC/VOPM 3.950.- €
Die Gebühren enthalten die Seminarunterlagen, Mittagessen, Abendessen, Tagungsgetränke, Pausenverpflegung, Betreuung und Administration. Nicht enthalten sind Reise- und Übernachtungskosten sowie eine Prüfungsgebühr von € 100,- für die Zertifizierung. Die Fortbildung ist ein Closed-Shop-Programm, d.h. zur Zertifizierung müssen alle Module besucht und die Prüfung abgelegt werden. Die Prüfung findet im Rahmen von Modul 5 statt.

WIDERRUFSRECHT

Wir verweisen auf die Widerrufsbelehrung, die Sie mit der Anmeldebestätigung erhalten.

ZIMMERRESERVIERUNG

Im Veranstaltungshotel haben wir ein Zimmerkontingent zu Vorzugspreisen reserviert. Bitte nehmen Sie ihre Zimmerreservierung frühzeitig und eigenständig vor.

SEMINARUNTERLAGEN

Das Tagungsprogramm sowie die Seminarunterlagen erhalten Sie ca. 1 Woche vor Beginn des Moduls.

ANMELDEBESTÄTIGUNG

Die Teilnahmebestätigung und die Rechnung erhalten Sie rechtzeitig vor Seminarbeginn. Die Kursgebühr ist spätestens 14 Tage nach Erhalt der Rechnung fällig.



OP-MANAGER/IN

BDA BERUFSVERBAND
DEUTSCHER
ANÄSTHESISTEN

BDC Berufsverband der
Deutschen Chirurgen e.V.

VOPM
VERBAND FÜR
OP-MANAGEMENT

Zertifiziert durch:

Berufsverband Deutscher Anästhesisten e.V.
Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V.
Verband für OP-Management e.V.

In Zusammenarbeit mit:

der Bayerischen Landesärztekammer

Universitätsklinikum Würzburg



MODUL 1 Einführung OP-Management

Ziele/Inhalte:

Die Teilnehmer

- ▶ sind mit der Definition von Management vertraut,
- ▶ haben die wesentlichen Aufgabenstellungen im Krankenhaus erarbeitet,
- ▶ haben die Rolle des OP-Managers definiert und Beispiele für gutes OP-Management aus der Praxis kennengelernt,
- ▶ kennen Notwendigkeit, Inhalte und Voraussetzungen zur Implementierung eines optimalen OP-Statuts.

Bitte planen Sie Ihre Anreise für das erste Modul bereits am Vorabend bis 20:00 Uhr, da ein gemeinsames Abendessen und Einführung in die Veranstaltungsreihe stattfindet.

MODUL 2 Team und Konflikt

Ziele/Inhalte:

Die Teilnehmer

- ▶ kennen die Voraussetzungen und Erfolgsfaktoren für hohe Leistungen im Team,
- ▶ sind sich der unterschiedlichen Teamrollen und Beziehungen im Team bewusst und wissen, wie sie sich selber und anderen daraus an die Fertigkeiten und Fähigkeiten aneignen,
- ▶ erkennen das konstruktive Potenzial von Spannungsfeldern für die Kooperation im Team und erkennen die eigenen Stärken im Konfliktmanagement,
- ▶ kennen die möglichen Ursachen und Verlaufsmuster bei Konflikten und verfügen über die Kompetenz, Konflikte zu steuern und professionelle Strategien zur Konfliktlösung zielführend einzusetzen,
- ▶ reflektieren ihr persönliches Konfliktverhalten anhand praktischer Beispiele.

MODUL 3 Prozessorientierung im OP-Management

Ziele/Inhalte:

Die Teilnehmer

- ▶ kennen Grundlagen Nutzen und Grenzen der Prozessorientierung im OP-Management,
- ▶ lernen wesentliche Konzepte, Methoden und Werkzeugen für Analyse, Gestaltung und Implementierung,
- ▶ wenden die Konzepte in der Weise der Prozesssimulation an, bringen ihre eigenen Erfahrungen ein und können ihre Erkenntnisse in der beruflichen Praxis umsetzen,
- ▶ kennen die wesentlichen Grundlagen der Prozessorientierung von OP-Management.

MODUL 4 Controlling / Reporting im OP-Management

Ziele/Inhalte:

Die Teilnehmer

- ▶ kennen den Unterschied zwischen strategischem und operativem Controlling sowie die Grundlagen der Kostenrechnung und Prozesskostenrechnung,
- ▶ haben die wesentlichen Kostentreiber im OP-Bereich identifiziert und deren Auswirkungen diskutiert,
- ▶ kennen die Zusammenhänge von Kennzahlen hinsichtlich Messfelder, Kennzahlen und deren Messung, Reports und Dokumentationspflichten.

AMBULANTES OPERIEREN

Im Rahmen der Module 4 oder 5 erhalten Sie in einer zwei-stündigen Veranstaltung ausführliche Gelegenheit, die rechtlichen, organisatorischen und abrechnungsspezifischen Besonderheiten im Bereich "Ambulantes Operieren" kennen zu lernen.

MODUL 5

Teil 1: Methoden zur Steuerung im OP-Management

Ziele/Inhalte:

Die Teilnehmer

- ▶ kennen die wesentlichen Methoden zur Steuerung von OP-Bereichen wie Ressourcensteuerung, Kapazitätsplanung und Abweichungsanalysen sowie interne Leistungsverrechnung,
- ▶ haben diese Methoden an hand von Beispielen trainiert und diskutiert,
- ▶ kennen die Einsatzmöglichkeiten, Vor- und Nachteile von IT-Systemen im OP-Management.

Teil 2: Zielvereinbarung und Kommunikation

Ziele/Inhalte:

Die Teilnehmer

- ▶ kennen die wesentlichen Methoden zur Arbeit mit Zielvereinbarungen,
- ▶ haben diese Methoden an hand von Beispielen trainiert und diskutiert,
- ▶ kennen die unterstützenden Basiskonzepte zur Kommunikation insbesondere im OP-Management.

E-Learning

OP-Manager/in

Beratung OP-Management

OP-Bau/Layout, Materialwirtschaft und IT

Kapazität, Benchmarking, Moderation/Verhandlung

Management der Notaufnahme

Management- Intensivmedizin

Antoniektive Therapie in der Intensivmedizin

Inhouse-Coaching für Führungskräfte

Recht am See

CIRS-AINS Basis Schulung

CIRS-Fallanalyse

Hygienebeauftragter Arzt

Beratung OP-Management



Als personal- und kostenintensiver Betriebsteil kommt dem OP-Bereich im Krankenhaus eine besondere Relevanz zu. Aufgrund der zentralen Stellung in der Wertschöpfungskette bildet der Berufsverband Deutscher Anästhesisten seit Jahren erfolgreich im Bereich OP-Management aus.

Mit der Implementierung umfassender OP-Managementstrukturen in Krankenhäusern steigt die Nachfrage nach Beratung vor Ort. Mit unserem Beratungsangebot möchten wir Sie in 4 Modulen bei der Schaffung effektiver Strukturen in Ihrem OP-Betrieb begleiten. Wir greifen dabei auf langjährige Experten im Bereich OP-Management zurück, die Sie vor Ort mit hoher fachlicher Expertise begleiten und beraten können.

Modul 1: OPM/live

1 Tag Hospitation vor Ort:

- OP-Plan Finalisierung
- Morgendlicher Beginn
- Wechselzeiten-Monitoring
- Hygiene
- Bau
- Kostenstellen-Pflege im Bereich Investition und Ersatzbeschaffung
- OP-Vorplanung und
- Berichtswesen aus realen Abläufen in das Tages-Cockpit
- Regeln & Konflikte

Modul 2: OPPeer Review

Peer Review zum aktuellen Stand des OP-Managements (2 Auditoren, 3 Präsenztage)

Inhaltlich werden folgende Themenkomplexe vor Ort evaluiert und im Soll-Ist-Vergleich die spezifischen Stärken/Schwächen und Chancen/Risiken analysiert:

- Organisationsstruktur & Kompetenzen
- Präsenz & Regelkommunikation
- Zielwerte (intra- / inter-operativ), Betriebszeiten & Arbeitszeiten, Garantie-Kapazitäten
- OP-Planung, Schnitt-Naht-Schätzung
- Kennzahlen, Zeitintervalle und Zeitpunkte
- OP-Beginn, Wechselzeiten
- Berichtswesen, Konfliktmanagement & Moderation
- Patientensicherheit, Hygiene, Instrumentenmanagement
- Budgetsteuerung, Investition & Bau
- Personalentwicklung, Generationen-gerechte Führung

OP-Management - Donau-Universität Krems - Microsoft Internet Explorer bereitgestellt von SMI

http://www.donau-uni.ac.at/de/studium/opmanagement/index.php

Donau-Universität Krems
Medizin, Gesundheit und Soziales

DEUTSCH

SUCHE

UNIVERSITÄT FAKULTÄTEN STUDIUM SERVICE FORSCHUNG AKTUELLES

Home > Studium > Medizin, Gesundheit und Soziales > Management und Technik im Gesundheitswesen > OP-Management

Medizin, Gesundheit und Soziales

- Management und Technik im Gesundheitswesen
 - OP-Management
 - Lehrgangsziele
 - Zulassungsvoraussetzungen
 - Information / Lehrplan
 - Partner
 - ReferentInnen
 - Termine
 - Bewerbungsbogen
 - Kontakt

OP-Management (Vertiefung aus Management im Gesundheitswesen)

Akademischer Experte/in (AE)
Master of Science (MSc)
Master of Business Administration (MBA)



Das Management im Gesundheitswesen wird angesichts gesellschaftlicher und wirtschaftlicher Entwicklungen immer komplexer. Steigende Patientenansprüche an die Qualität der zu erbringenden Leistung sowie zunehmender Konkurrenzdruck bei knapper werdenden Ressourcen stellen hohe Anforderungen dar. Um diesen Herausforderungen begegnen zu können, ist ein professionelles Management der Funktionsbereiche eines Krankenhauses unabdingbar.

Besonders der kostenintensive OP-Bereich ist mit seinen hochkomplexen Prozessen auf qualifizierte MitarbeiterInnen angewiesen, welche auch aus betriebswirtschaftlicher Sicht in der Lage sein müssen, für einen optimalen Ablauf zu sorgen. Zur bestmöglichen Nutzung der personellen und materiellen Ressourcen im Funktionsbereich OP bedarf es Spezialkenntnisse in den Bereichen Management und Organisation, welche in ärztlichen oder pflegerischen Ausbildungen nicht vermittelt werden.

Zielgruppe	Dieser Lehrgang wendet sich an ärztliche MitarbeiterInnen einer operativen Abteilung, leitende MitarbeiterInnen der Pflege im Funktionsbereich OP, an MitarbeiterInnen in mittleren und oberen Führungspositionen sowie an Personen, welche eine solche Position anstreben oder im Rahmen der Nachfolgeplanung dafür vorgesehen sind.		
Sprache	Deutsch		
Beginn	13.10.2014		
Abschluss	Akademischer Experte/in (AE)	Master of Science (MSc)	Master of Business Administration (MBA)
Dauer	3 Semester, berufsbegleitend	4 Semester, berufsbegleitend	6 Semester, berufsbegleitend
ECTS-Punkte	60 ECTS (Infos zu ECTS)		
Teilnahmegebühr	€ 8.500,-	€ 11.500,-	€ 14.500,-
Veranstaltungsort	Donau-Universität Krems		
Veranstalter	Zentrum für Management im Gesundheitswesen		



Monat Oktober 2015



Termin zur Zertifizierung für OP- Manager ... ein Qualifizierungsverfahren des VOPM e.V.

Entsprechend dem Mitgliedervotum auf der Mitgliederversammlung im April in Bremen hat der VOPM das Zertifizierungsverfahren für OP- Manager erstellt, das für alle tätigen und angehenden OP-Manager ein verbindliches Qualifizierungsniveau sicherstellt. Alle Vorbereitungen für die erste Prüfung im November 2015 laufen auf Hochtouren. Bitte informieren Sie sich umgehend auf unserer Homepage. Dort finden Sie alle Hinweise zum Termin, den Vorgaben und Gebühren. Es liegen bereits einige Anmeldungen vor. Bei Interesse bitte umgehend den VOPM kontaktieren. **Alle Informationen hier...**

Ziele:

- Anerkannten Standard für die Berufsbilder OP-Manager und OP-Koordinator schaffen
- Fachliche Mindestanforderungen festlegen
- Verbindliche Aufgabenbeschreibung für beide Berufsbilder definieren
- Zuständigkeiten und Verantwortungen beider Berufsbilder im OP-Management abgrenzen
- Grundlegende Kenntnisse in z.B.: Hygienevorschriften, Arbeitsrecht und Medizinproduktegesetz sicherstellen
- Fundierte Argumentationsgrundlage in Haftungsfällen formulieren

Nutzen:

- Anerkannte nachgewiesene Kompetenz durch formalen Abschluss
- Reduzierte Haftungsrisiken

Changing Allocations of Operating Room Time From a System Based on Historical Utilization to One Where the Aim is to S

Trends und Medizinökonomie

Improving Operating Room Efficiency Bin-Packing and Portfolio Technique Case Scheduling

Franklin D

Anaesthesist 2016 · 65:137-147
DOI 10.1007/s00101-015-0124-5
Online publiziert: 1. Februar 2016
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016



R.M. Waeschle¹ · J. Hinz¹ · F. Bleeker¹ · B. Sliwa² · A. Popov³ · C.E. Schmidt⁴ · M. Bauer^{1,5}

¹ Klinik für Anästhesiologie, Universitätsmedizin Göttingen, Göttingen, Deutschland
² Medizincontrolling, Universitätsmedizin Göttingen, Göttingen, Deutschland
³ Department for Cardiothoracic Transplantation and Mechanical Support, Royal Brompton & Harefield NHS Trust, London, Vereinigtes Königreich
⁴ Universitätsmedizin Rostock, Rostock, Deutschland
⁵ OP Management, Universitätsmedizin Göttingen, Göttingen, Deutschland

Mark Van Houdenhoven, MSc*†

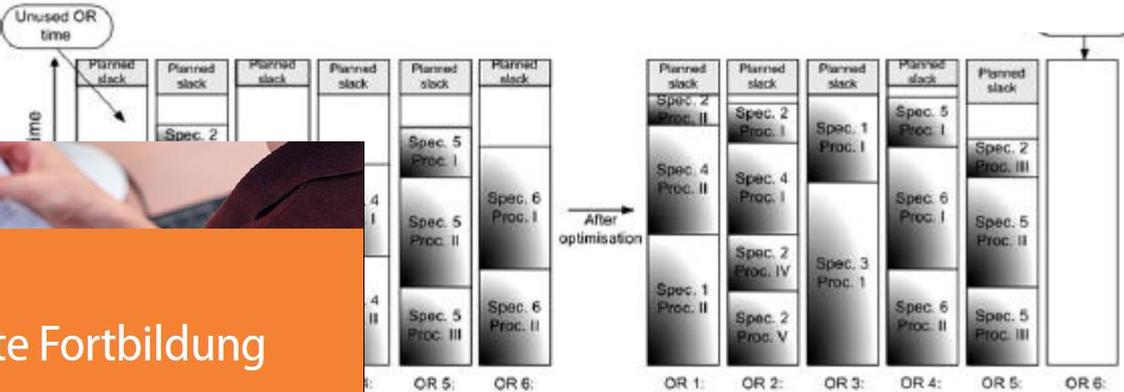
Jeroen M. van Oostrum, MSc*

Erwin W. Hans, PhD‡

Gerhard Wullink, PhD*

Geert Kazemier, MD, PhD*§

BACKGROUND: An operating room (OR) business model and subsequently improved. The aim of this study is to identify organizational barriers and apply them. **METHODS:** We applied advanced bin-packing scenarios that model relaxation of constraints. **RESULTS:** Lowering constraints can yield a 4.5% (4.0%–5.0%). This is



3 Punkte sammeln auf...

springermedizin.de/eAkademie

Teilnahmemöglichkeiten
Diese Fortbildungseinheit steht Ihnen als e.CME und e.Tutorial in der Springer Medizin e.Akademie zur Verfügung.
– e.CME: kostenfreie Teilnahme im Rahmen des jeweiligen Zeitschriftenabonnements
– e.Tutorial: Teilnahme im Rahmen des e.Med-Abonnements

Zertifizierung
Diese Fortbildungseinheit ist mit 3 CME-Punkten zertifiziert von der Landesärztekammer Hessen und der Nordrheinischen Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung und damit auch für andere Ärztekammern anerkennungsfähig.

Hinweis für Leser aus Österreich und der Schweiz

CME Zertifizierte Fortbildung

Olivier Tschudi · Guido Schüpfer
Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin, Rettungs- und Schmerzmedizin, Stab Medizin/OP-Management, Luzerner Kantonsspital, Luzern 16, Schweiz

Management für den Operationsbereich

Zusammenfassung

...erating room block by reallocating surgical cases.

Aufgaben und Inhalte OP Managements vs. -Koordination

Zentrales OP-Management

Schwerpunkt OP-Manager

- Leitung zentrales OP-Management
- OP-Geschäftsordnung
- Leistungsplanung der schneidenden Fächer
- Langfristige OP-Kapazitätsplanung
- Baumaßnahmen -> OP/ZSVA/Aufwachraum
- Perioperatives Prozessmanagement
- Interdisziplinäres QM
- Personalmanagement
- Personalbudgets
- Projektmanagement
- OP-Controlling
- Medizintechnische Investitionsplanung

Schwerpunkt OP-Koordinator

- OP-Tagesgeschäft
- OP-Ablaufsteuerung
- Notfallintegration
- Personaleinsatzplanung

Umsetzung auf der Grundlage der Regelwerke und Verfahrensanweisungen der OP-Geschäftsordnung und der QM-Vorgaben



- **Management by results**
(klare definierte Leistungsziel-Vorgabe, Konsequenzen bei Abweichung)
 - **Management by delegation**
(Delegation auch umfangreicher Aufgaben → Erfolgskontrolle, Hilfe)
 - **Management by motivation**
(gezielte Motivation, Leistungssteigerung durch Anreize)
 - **Management by exception**
(selbständige MA, eigenes Eingreifen nur im Ausnahmefall)
 - **Management by rules**
(Delegation von Entscheidungsaufgaben anhand von Regeln)
- **Zumindest in mittleren bis großen OP-Bereichen geeignetste Methode**
- **Regelwerk = Geschäftsordnung = OP-Statut**

- **Geschäftsordnung = OP-Statut**
- Aber: Es gibt nicht **DAS** OP-Statut
- **IMMER** anzupassen an die individuellen Ziele/
Strukturen eines Krankenhauses
- Große Befürchtung „aller“ Operateure“ (nicht nur):
 - *OP-Management = „Ökonomie über alles“*
- Daher in Präambel die Bedeutung von Qualität und Qualifikation hervorheben
- In Präambel auch klarstellen, dass die originäre Aufgabe von OP-Management eine zentrale Dienstleistung darstellt, den jeweiligen Fachkliniken eine so optimal wie mögliche Nutzung der OP-Kapazitäten nach **Anforderung und nachgewiesenem Bedarf zu vermitteln**

(aus H.J.Bender: OP-Management)

- **Geschäftsordnung = OP-Statut**
 - **Ziele eines OP-Statuts:**
 - *Festlegung von Verantwortlichkeiten und Verbindlichkeiten*
 - *Treffen von Absprachen zur Aufbau- und Ablauforganisation*
 - *Aufstellung von Rahmenbedingungen für die OP-Organisation*
 - *Benennung von Betriebszeiten*
 - *Erstellung von Planungskriterien für die OP-Planerstellung*
 - *Definition und Bearbeitung von Schnittstellen*
 - *Verabredung von Bonus- und Malusregelungen*
- *Effizienzsteigerung, Vermeidung Reibungsverluste*

(aus Ansorg/Diemer: OP-Management)

- **Inhalte eines OP-Statuts:**
 - *Kompetenzen (Prozesse, Entscheidungen)*
 - *Information/ Kommunikation (Strukturen, Wege)*
 - *OP-Planung (Anmeldung, Nachmeldung, Prioritäten)*
 - *Kapazitäten (Mengenzuweisung, Saalbelegung)*
 - *Prozesszeiten (Definitionen, Zielvorgaben)*
 - *Notfallmanagement (Definitionen, Integration)*
 - *Motivationen/ Sanktionen (Bonus-/Malusregelungen)*
 - *Beschwerdewege*
 - *OP-Berichtswesen*

- Mangelnde Kommunikation
- Gegenseitige Abhängigkeit
- Gefühl der Ungerechtigkeit
- Unklare Verantwortung
- Misstrauen
- Persönlichkeitsunterschiede
- Wettbewerb um knappe Ressourcen

(n. E.Tsekos, Vortrag DGOU 2012)

- Ungleiche Arbeitszeiten, morgendlicher Beginn
- **Unzureichende Priorisierung von Zielen**

- **Missbrauch des OP-Managers für Stellvertreterkriege auf Grund von Management- und Fachdefiziten bei Ärztlicher Leitung, Geschäftsführung und Verwaltungsbereichen**
 - *Konflikt mit und zwischen Chefärzten*
 - *Personalmangel*
 - *Leistungssteigerung*

(Quelle: Vortrag Prof.A.Schleppers, BDA, Bremen 2013)

Höchstes Ziel:

- Kein Patient / keine Operation wird aus organisatorischen Gründen verschoben

(JEDE Fallabsage mit Durchführung an einem anderen Tag steigert die Kosten, selbst inkl. Überstunden !)

- UND:

Qualität vor – falsch verstandener -
Ökonomie

- **„Führen durch Zahlen“** (Ishikawa)

hin zum Ansatz

- **„Hilf mir, es selbst zu tun“** (Montessori)

Glossar perioperativer Prozesszeiten und Kennzahlen*

Gemeinsame Empfehlung der Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin, des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten, des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen und des Verbandes für OP-Management

Zusammenfassung

Ein erfolgreiches OP-Management realisiert die effizienzorientierte Reorganisation medizinischer Leistungsprozesse sowie die Etablierung eines suffizienten Berichtswesens für den operativen Bereich. Beide Aufgaben bedingen den Einsatz geeigneter Monitoring-Parameter. Die diesbezüglichen Datenanforderungen sind 2002 in einer gemeinsamen Stellungnahme des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten (BDA) und des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen (BDC) konsentiert und veröffentlicht worden.

Einleitung

Der Kostendruck in den deutschen Krankenhäusern macht eine effiziente medizinische Leistungserbringung erforderlich. Da bei operativen Fällen die intraoperative Ressourcennutzung den wesentlichen Kostentreiber darstellt, kommt dem OP-Management eine zentrale Rolle zu. Folgerichtig wird zunehmend versucht, durch die Implementierung weisungsbefugter und budgetverantwortlicher OP-Manager die Wirtschaftlichkeit in diesem Kostenzentrum sicherzustellen. Die Aufgabe des OP-Managers besteht im

38 Prozesszeiten und 38 Kennzahlen

Messen im OP: erhobene Zeitmarken im UKW

OP-Zeiten bearbeiten

SAP-Zeitmaske

Objekt	Objektname	Zeitmarken	Startzeit	Belegdatum	Belegzeit	F		
C	Chirurgie Hauptoperation	Pat. hat Prämedikation	00:00			<input type="checkbox"/>		
		Abruf d. Pat. in den OP	12:32	13.08.2013		<input type="checkbox"/>		
		Beginn Einschleusen	12:46	13.08.2013		<input type="checkbox"/>		
		P	Chirurgiepflege Hauptoperation	Beginn Vorb. Pflege	13:06	13.08.2013		<input type="checkbox"/>
				Saaleintritt	13:27	13.08.2013		<input type="checkbox"/>
				Beginn op.Arzt	13:41	13.08.2013		<input type="checkbox"/>
				Schnitt	13:52	13.08.2013		<input type="checkbox"/>
				HLM ON	00:00			<input type="checkbox"/>
				Clamp ON	00:00			<input type="checkbox"/>
				Clamp OFF	00:00			<input type="checkbox"/>
HLM OFF	00:00			<input type="checkbox"/>				
		20-30 min. bis zur Naht	14:12	13.08.2013		<input type="checkbox"/>		
		Naht	14:24	13.08.2013		<input type="checkbox"/>		
		Ende chir. Maßnahmen	14:33	13.08.2013		<input type="checkbox"/>		
		Saalaustritt	14:36	13.08.2013		<input type="checkbox"/>		
		Ende Nachb. Pflege	14:43	13.08.2013		<input type="checkbox"/>		
		S/N-Zeit	00:00		00:32	<input type="checkbox"/>		
		OP-Zeit	00:00		00:52	<input type="checkbox"/>		
		Saal-Zeit	00:00		01:09	<input type="checkbox"/>		
		PF-Zeit	00:00		01:37	<input type="checkbox"/>		
A	Anästhesie	Präsenz Beginn AN-FD	00:00			<input type="checkbox"/>		
		Präsenz Beginn Arzt	12:48	13.08.2013		<input type="checkbox"/>		
		Beginn Anästhesie	12:49	13.08.2013		<input type="checkbox"/>		
		Freigabe Anästhesie	13:25	13.08.2013		<input type="checkbox"/>		
		Ende Anästhesie	00:00			<input type="checkbox"/>		
		Präsenz Ende Arzt	14:43	13.08.2013		<input type="checkbox"/>		
				AN-Zeit	00:00		01:55	<input type="checkbox"/>
		PAS time	00:00		00:50	<input type="checkbox"/>		
B	Anästhesiepflege	Beginn Holding Area (PA...	00:00			<input type="checkbox"/>		
		Ende Holding Area (PAS)	00:00			<input type="checkbox"/>		
		Beginn PAS	14:40	13.08.2013		<input type="checkbox"/>		

Beispiel

O8 ► 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 wenn 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. CT-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.

K8 ► Schnitt-Naht-Zeit

Definition: Schnitt (O8) bis Naht (O10).

Synonym: Reine OP-Zeit (ROZ).

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.

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].

Wichtige Kennzahlen im OP II

K17 ► Säulenzeit

- Definition: Patient im OP (P5) bis Patient aus OP (P7).
- Bemerkung: Diese Kennzahl beschreibt die physikalische Belegung des OPs.
Eine Routinedokumentation wird empfohlen.

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 (P4) 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 Personaleinsatz-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].

Viel zu wenig beachtete Kennzahl

K23 OP-Effizienz

Definition: $K21 + x * K22$.

Synonym: OR Efficiency.

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].

- Stetig zunehmender ökonomischer Druck steigert allgemein das Interesse an Betriebsvergleichen, ohne dabei dem benachbarten Konkurrenten Detail-Einblicke gewähren zu müssen
- Lösung: Teilnahme an anonymisierten Benchmark-Projekten
- Ziel: Standortbestimmung und „Lernen vom Besten“
- Seit 2009 von VOPM gestaltetes OP-Benchmark-Projekt:
 - aktuell > 150 Krankenhäuser (> 40 Max.versorger, 20 Uniklinika)
 - Kooperationspartner Berufsverbände Chirurgie und Anästhesie

Benchmark-Projekt VOPM



Anmelden Registrieren



OP-Benchmark: Auswahl teilnehmende Kliniken (aktuell n=151)

The screenshot shows the digmed website interface. The browser address bar displays <http://www.digmed.de/index.php?id=44>. The website header includes the digmed logo and navigation tabs: Home, Referenzen, Wissenschaftlicher Beirat, Veranstaltungen, and digmed. A left sidebar contains a login form with fields for 'Benutzername:' and 'Passwort:', a 'Anmelden' button, and links for 'Passwort vergessen?' and 'Jetzt registrieren'. Below the login form is contact information for digmed, including the address '22083 Hamburg, Deutschland', phone number '+49 40/226344300', fax number '+49 40/226344399', email 'info[at]digmed.de', and website 'www.digmed.de'. Further down, it lists 'Kooperationspartner:' with logos for VOPM (Verband für OP-Management), BDÄ (Berufsverband Deutscher Anästhesisten), and BDC (Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V.).

The main content area is titled 'UNIVERSITÄTSKRANKENHÄUSER' and lists the following institutions:

- CHUV Centre hospitalier universitaire vaudois
- MHH Medizinische Hochschule Hannover
- Orthopädische Universitätsklinik Friedrichsheim gGmbH
- HEINRICH HEINE UNIVERSITÄT DÜSSELDORF
- UKH Universitätsklinikum Halle (Saale)
- Universitätsklinikum Leipzig
- UNIVERSITÄTSMEDIZIN GÖTTINGEN UMG
- Universitätsmedizin GRIFFSWALD
- Universitätsklinikum Würzburg
- universitäts klinikumbonn
- Universitätsklinikum Erlangen
- UniversitätsSpital Zürich
- Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
- Bergmannsheil UK RUB
- Charité Universitätsmedizin Berlin

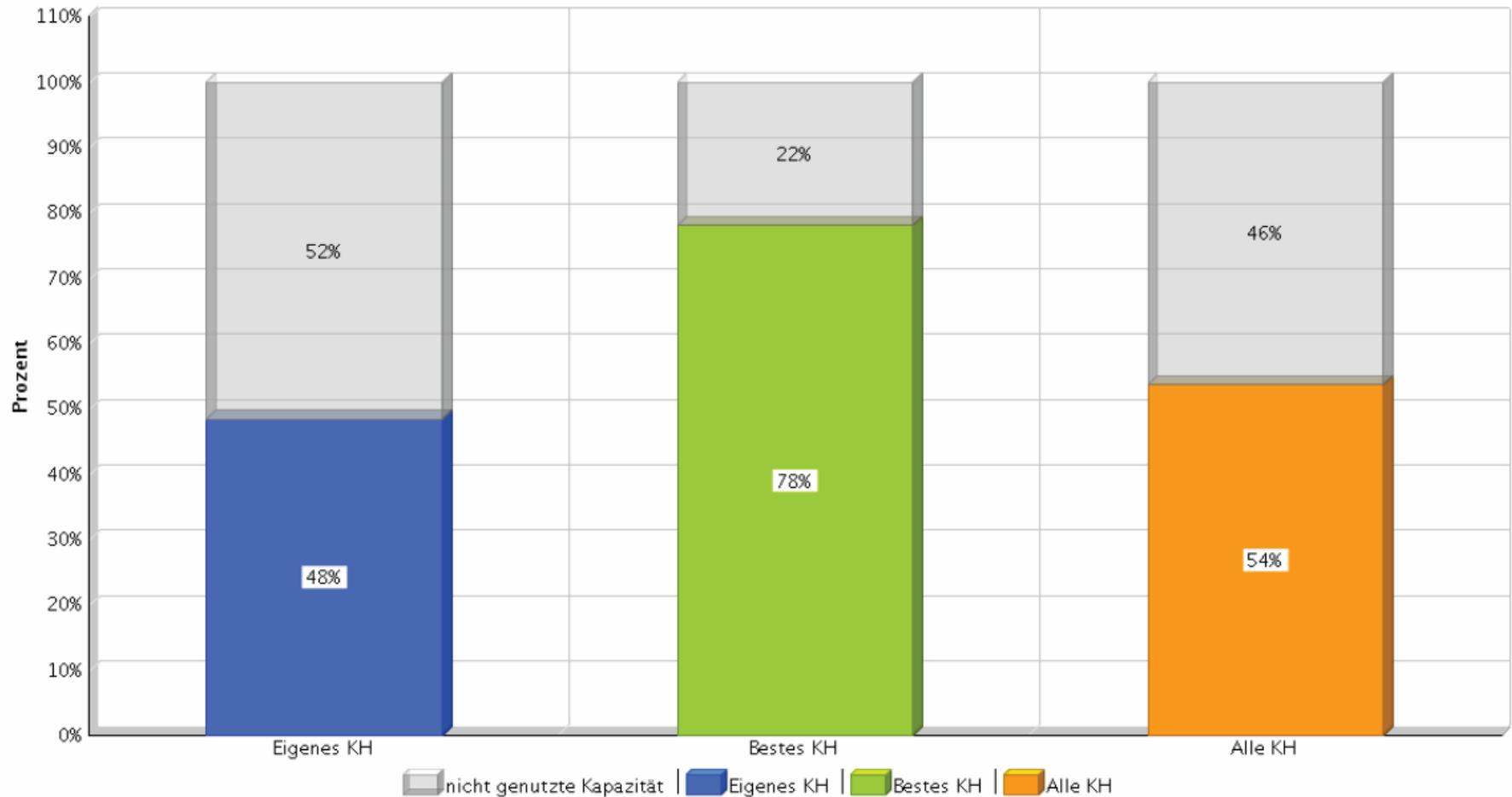
The next section is titled 'MAXIMALVERSORGER' and lists the following institutions:

- BG Klinik Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Tübingen
- Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Trier
- Klinikum Frankfurt Höchst
- Evangelisches KRANKENHAUS Bielefeld
- Klinikum Fulda Akademisches Lehrkrankenhaus der Philipps-Universität Marburg
- Schwarzwald-Baar Klinikum Villingen-Schwenningen GmbH Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Freiburg
- Evangelisches und Johanner Klinikum Niederrhein
- IHR klinikum OSNABRÜCK
- MKK
- KLINIKUM LEVERKUSEN
- Kliniken der Stadt Köln gGmbH
- Klinikum Lüdenscheid
- Klinikum Bremerhaven Reinkenheide gGmbH
- Evangelisches KRANKENHAUS Bielefeld unsere kompetenz für ihre gesundhelt
- Klinikum Stuttgart
- BGU Murnau Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Murnau

The final section is titled 'SCHWERPUNKTVERSORGER' and is currently empty.

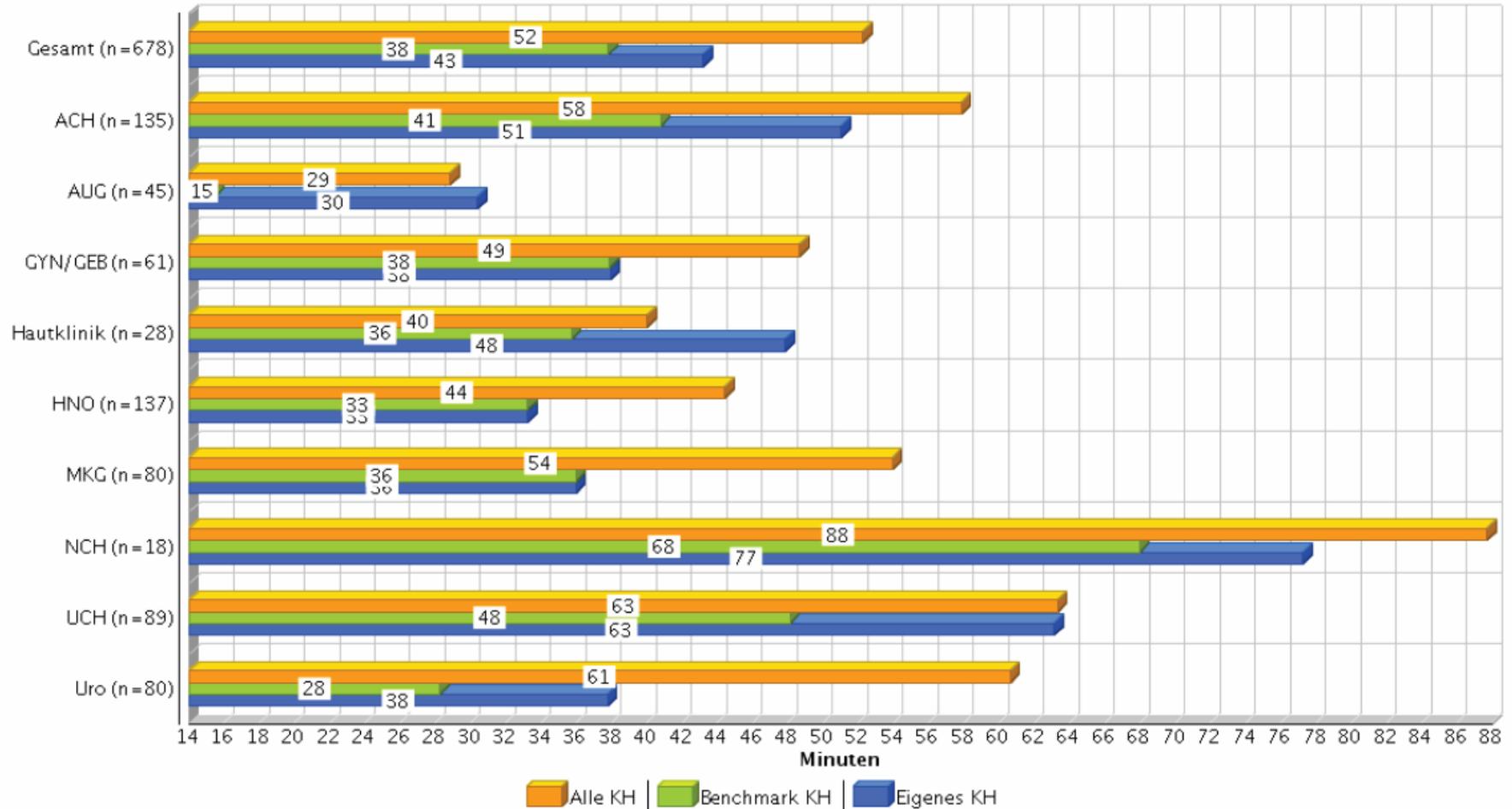
Benchmark Saal-Auslastung (Muster !!)

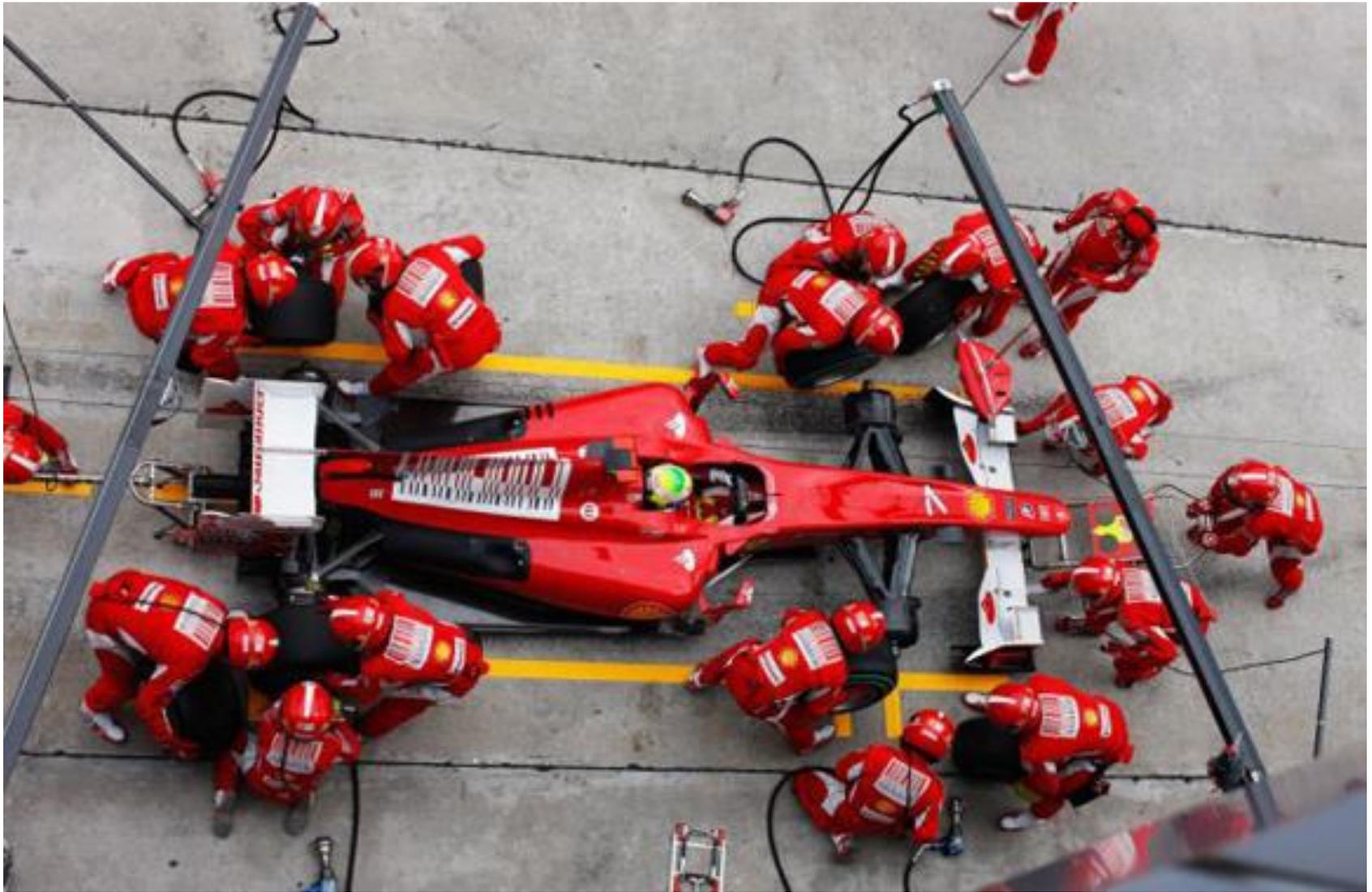
OP-Auslastung mit Reiner OP-Zeit (ROZ) [%]



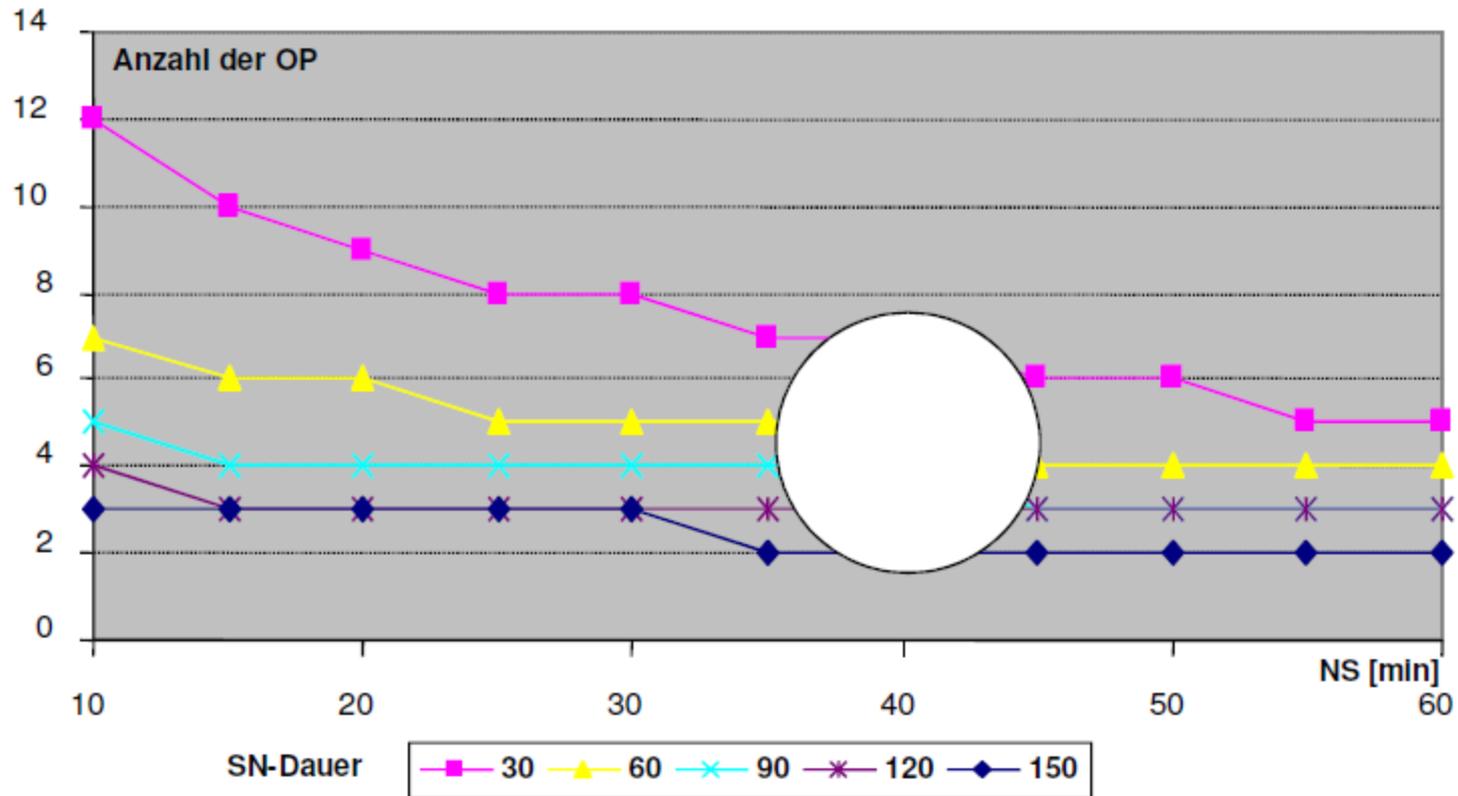
Benchmark Wechselzeit (Muster !!)

Mittelwert Naht-Schnitt-Zeit [min]

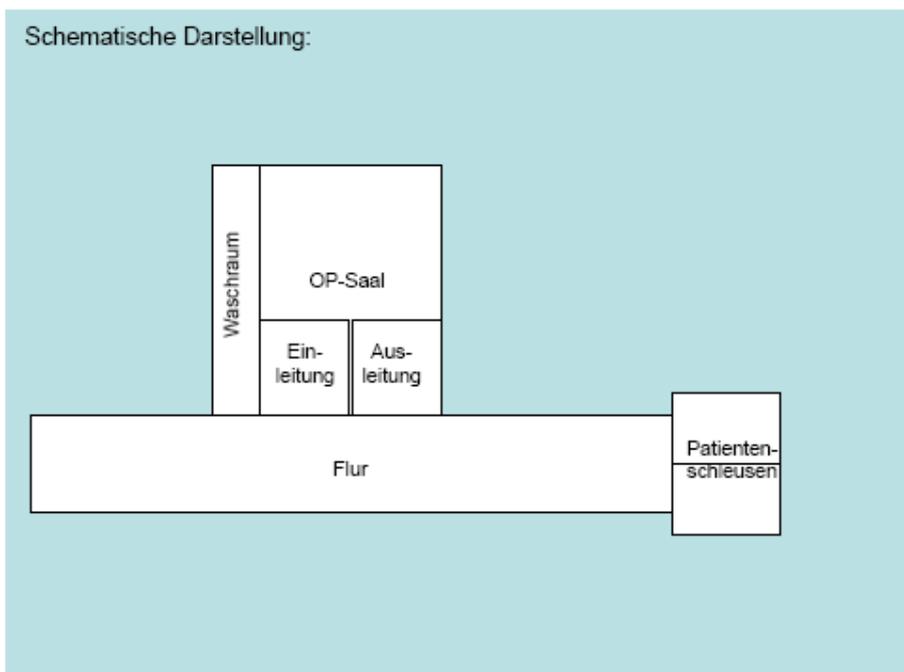




Optimierte Anästhesie



Entwicklungsschritte der baulichen OP-Gestaltung: Dritte Entwicklungsstufe



Hinweis: Die Darstellung ist nicht maßstabgerecht und zeigt nur ausgewählte Räumlichkeiten

Merkmale:

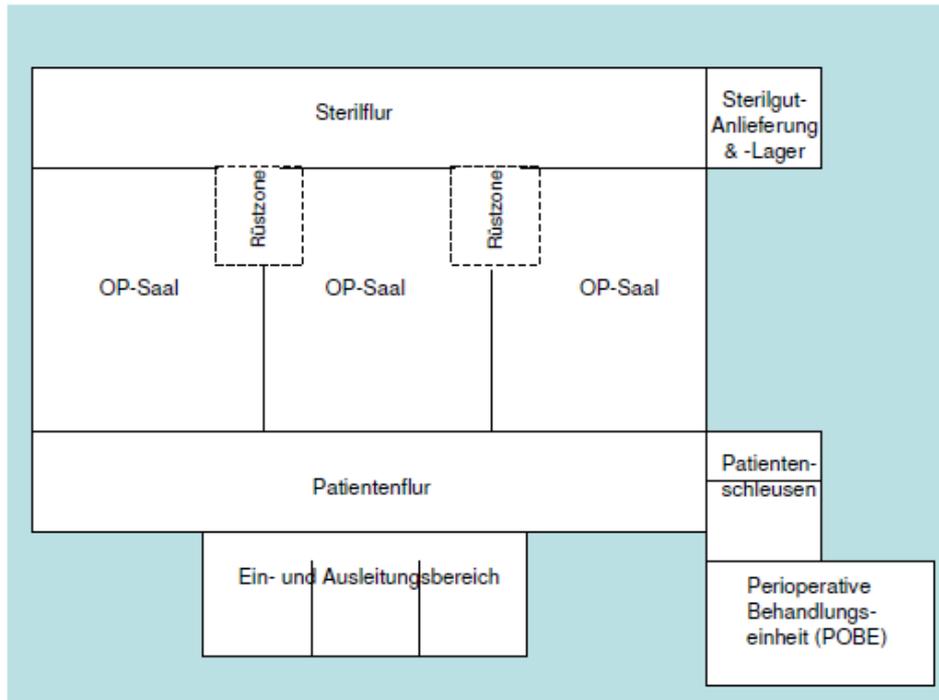
- Getrennte Ein- und Ausleitung mit gerätetechnischer Ausstattung
- Sonstige Merkmale wie zweite Stufe

Konsequenzen:

- Einleitung parallel zum Eingriff möglich
- Steriles Richten als Engpass, Funktionsdienst OP gerät unter Druck

Einfluss der OP-Gestaltung auf die Wechselzeit

- Aktuellste Entwicklungsstufe



Hinweis: Die Darstellung ist nicht maßstabsgerecht und zeigt nur ausgewählte Räumlichkeiten

Merkmale:

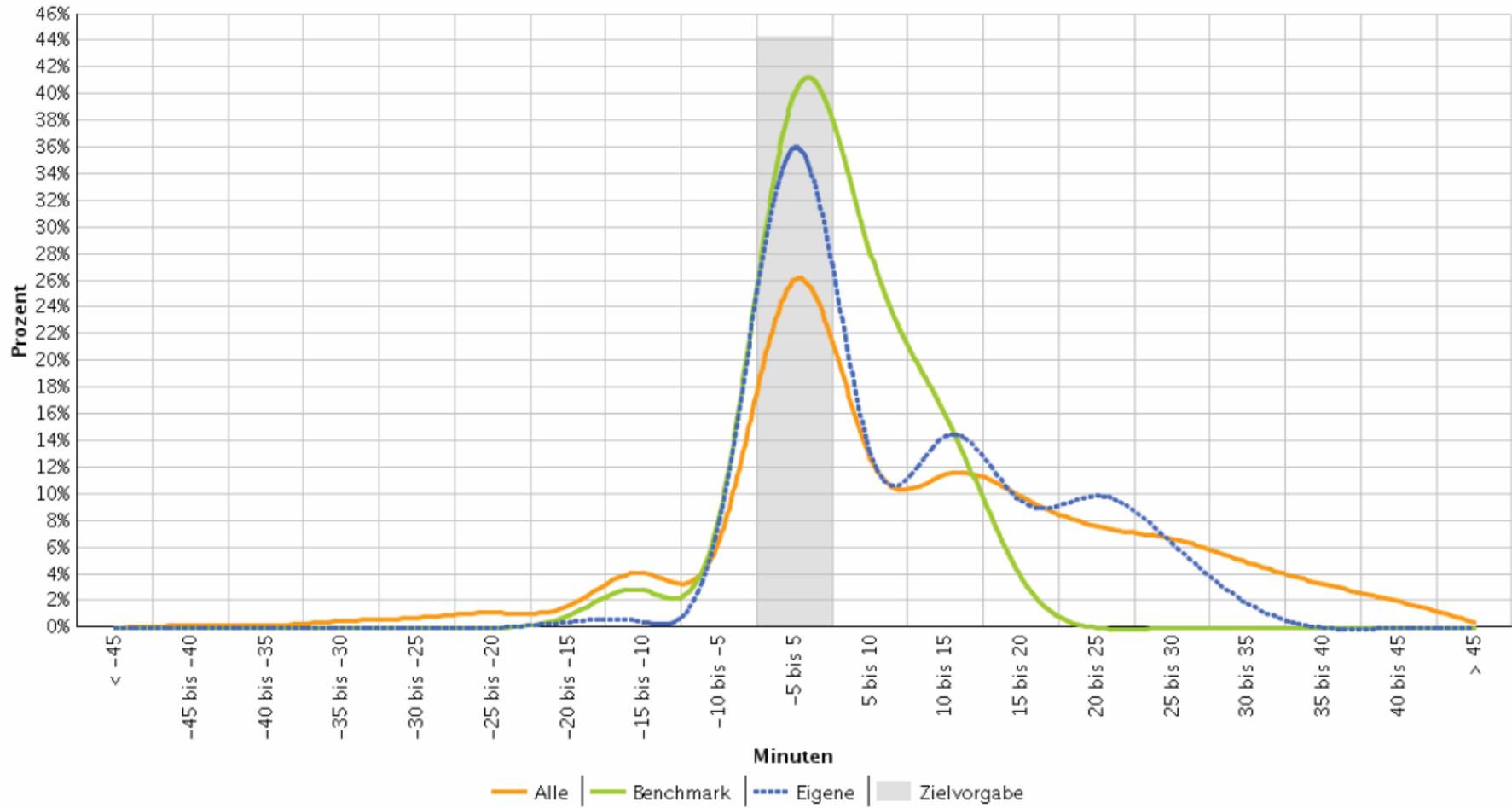
- Perioperative Behandlungseinheit (POBE)
- Sterilflur mit Rüstzonen unter Laminar Airflow
- Zentraler Ein- & Ausleitungsbereich

Konsequenzen:

- „Fliegende“ Wechsel möglich
- Vermeidung von präop. Wartezeiten durch POBE als Holdingarea und Einheit zur Patientenvorbereitung
- Vorhalten eines Anästhesisten in der POBE

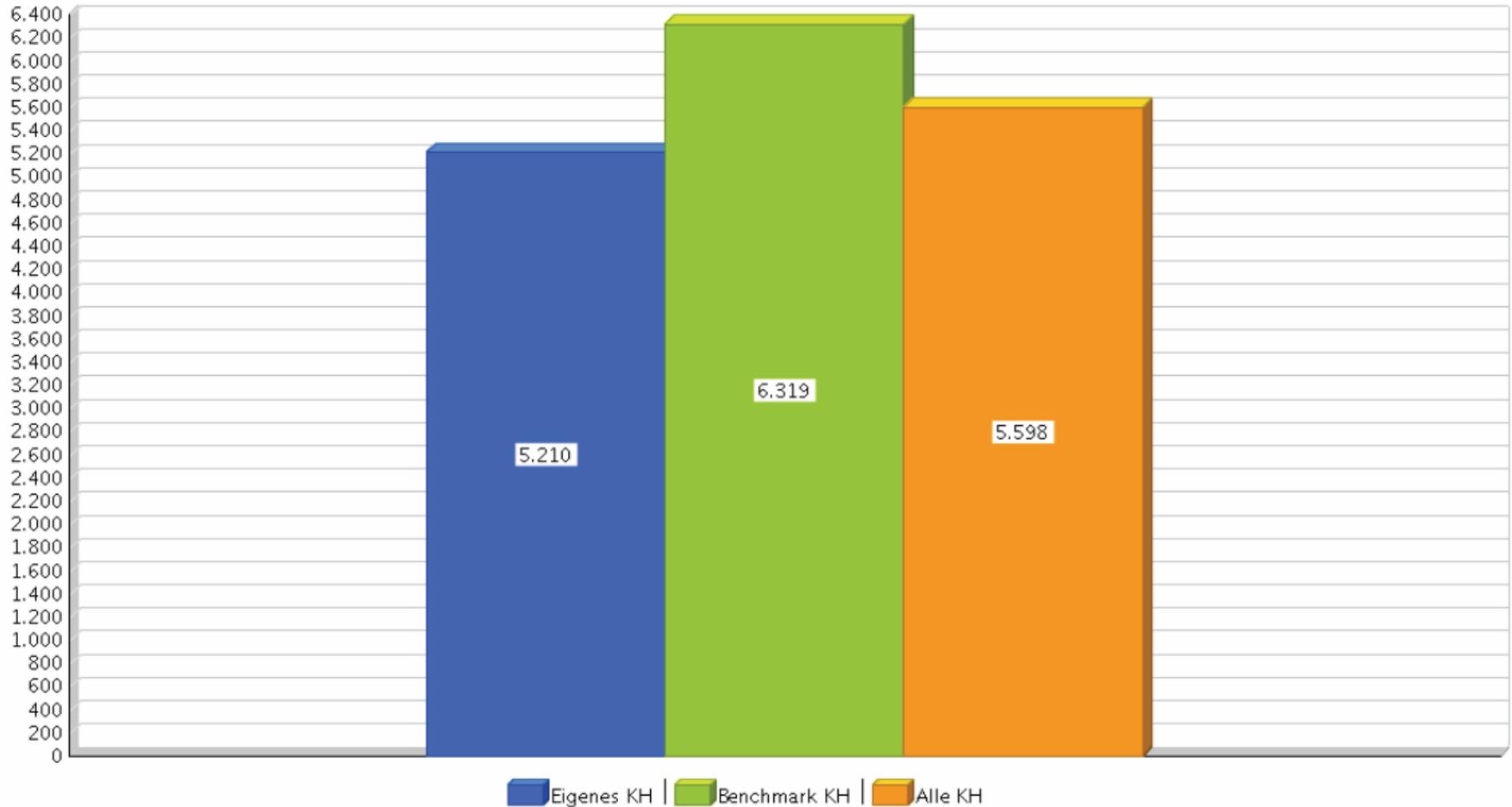
Benchmark „Morgendlicher Beginn“

Morgendlicher OP-Beginn [min;%]



Benchmark Produktivität: Schnitt-Naht-Minuten pro Vollzeitkraft FD (Muster !!)

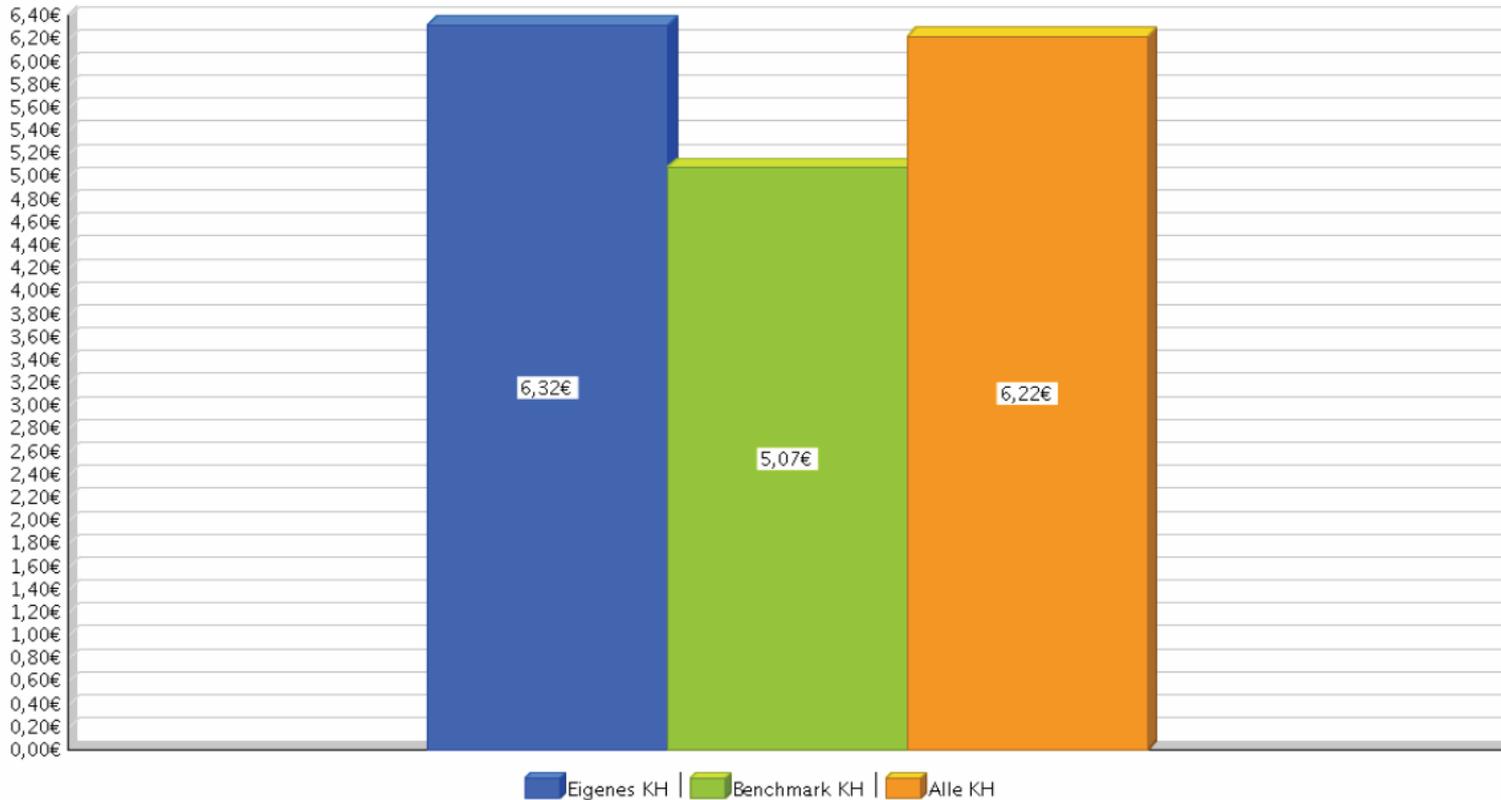
Schnitt-Naht-Minuten je VK [min]



Benchmark Produktivität: Personalkosten/ Schnitt-Naht-Minute

- Grundlage: Personal-Vollkosten/ Gesamtzahl Schnitt-Naht-Minuten (z.B. Jahr)

Personalkosten je Schnitt-Naht-Minute [€]



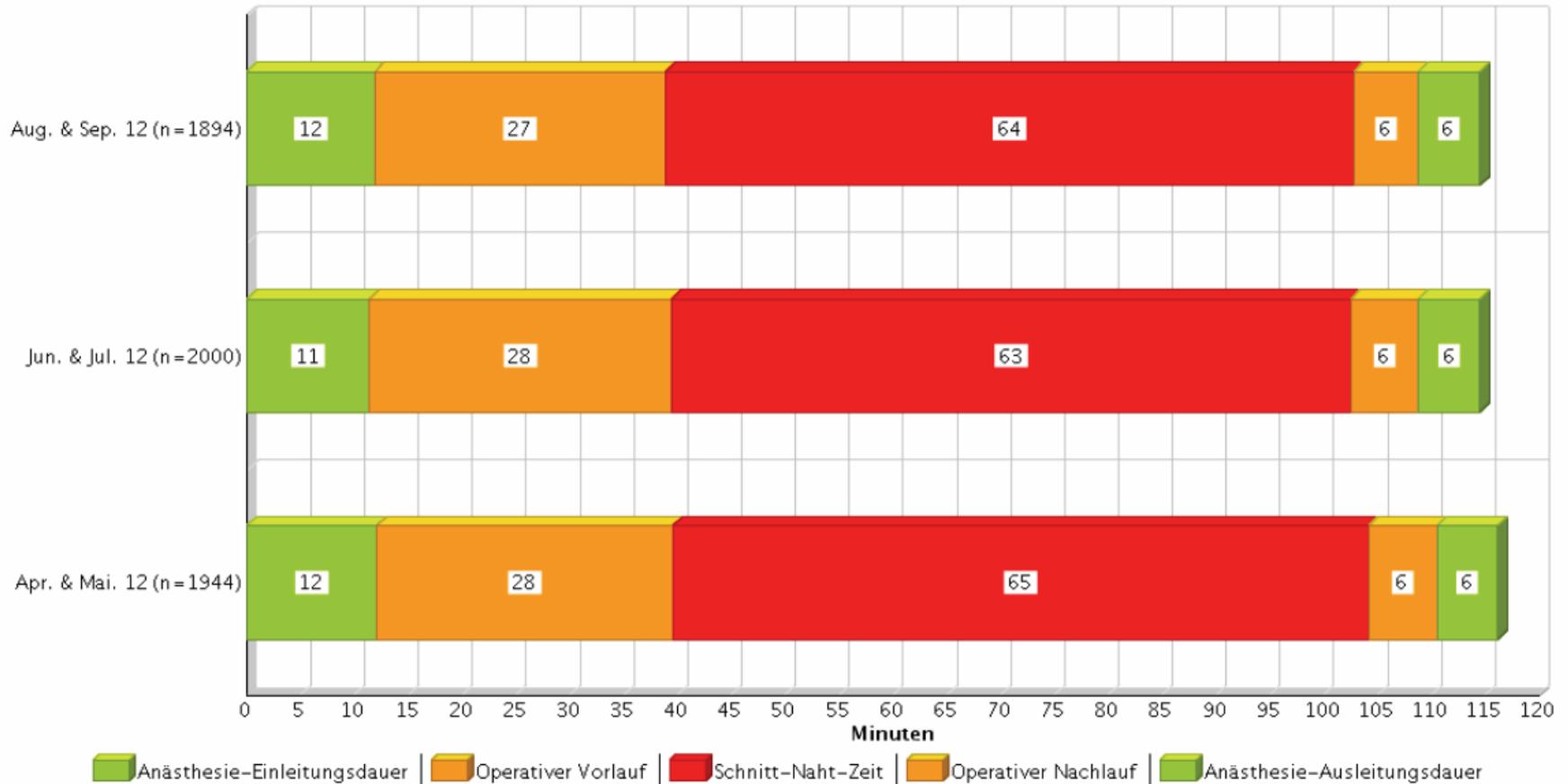
„Wie viele Schnitt-Naht-Minuten sind in einer Pauschale enthalten?“

Berechnung erfolgt ohne Zu- oder Abschläge										
KstBereich	1. ÄD	2. PFD	3. MTD/FD	4. AM	5. Impl. / Transpl.	6. Übriger med. Bedarf	7. Med. Infrastr.	8. Übrige Infrastr.	TOTAL	
1 Normalstation	504,61	933,53	43,06	101,53		109,02	257,03	820,60	2.769,39	38,4%
2 Intensivstation	149,57	340,75	4,65	48,07		58,08	61,05	167,01	829,20	11,5%
3 Dialyseabteilung									-	
4 OP-Bereich	508,27		370,44	18,05	12,99	502,49	204,04	290,99	1.907,27	26,5%
5 Anaesthesie	336,88		216,25	21,93		75,02	45,43	87,99	783,50	10,9%
6 Kreißsaal									-	
7 Kard. Diagn./Therapie	0,67		0,77	0,06	0,63	1,06	0,23	0,52	3,94	0,1%
8 Endosk. Diagn./Therapie	28,59		20,81	1,12	0,11	18,00	12,86	19,63	109,48	1,5%
9 Radiologie	43,16		50,73	0,79	0,03	47,22	20,44	33,52	195,88	2,7%
10 Labor	29,11		98,92	28,54		162,72	14,68	47,40	390,68	5,4%
11 Übrige diagn./therap. Bereiche	43,10	5,08	97,33	1,49	0,00	17,95	10,33	16,56	21,47	3,1%
TOTAL	1.643,98	1.279,36	910,32	231,89	13,79	991,16	626,10	1.514,21	7.210,81	
Relativer Anteil an Gesamt (%) :	22,8%	17,7%	12,6%	3,2%	0,2%	13,7%	8,7%	21,0%		
Erlöse pro Tag (mVD FPK)	127,44	99,18	70,57	17,98		76,83	48,53	117,38	558,98	
Erlöse pro Tag (Ihre VD)	328,80	255,87	182,06	46,38		198,23	125,22	302,84	1.442,16	

= 587 €
 / 6,22 €
 = ~95 Schnitt-Naht-Minuten

Verteilung der Prozesszeiten

Durchschnittliche Dauer der operativen Prozessschritte





Optimierte Operateure

➤ *Bisher:*

Eine Prozessfolge von Operationen, unterbrochen von störenden Narkose - Ein/Ausleitungen!

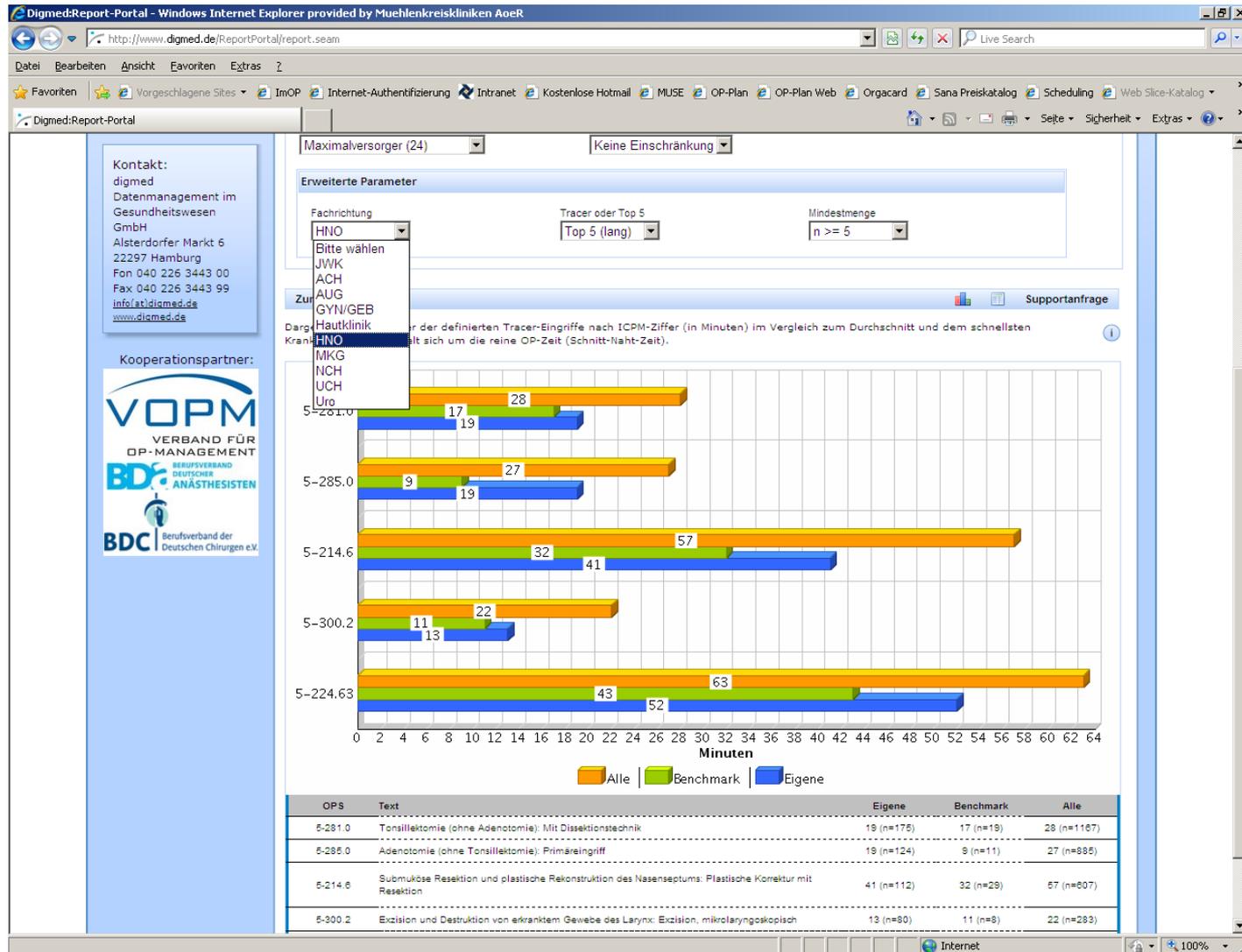
- Eine Reduzierung der Wechselzeiten um 10% ergibt (in Mannheim) eine Steigerung der OP-Anzahl von **1,4 %!**

➤ *Paradigmenwechsel:*

Eine Prozessfolge von Narkosen, unterbrochen von zu optimierenden Operationen!

- Eine Reduzierung der OP-Zeiten um 10% ergibt (in Mannheim) eine Steigerung der OP-Anzahl von **8%!**

Konsequenz: Benchmark Schnitt-Naht-Zeiten (Muster !!!)



OP Management im UKW / Standort ZOM (AC, HC, UC, UR)



OP Management im UKW / Standort Kopfklinik (AU, HN, NC)



OP Management im UKW / Standort ZMK-Klinik



OP Management im UKW / Standort Gyn (Mutter-Kind-Zentrum)



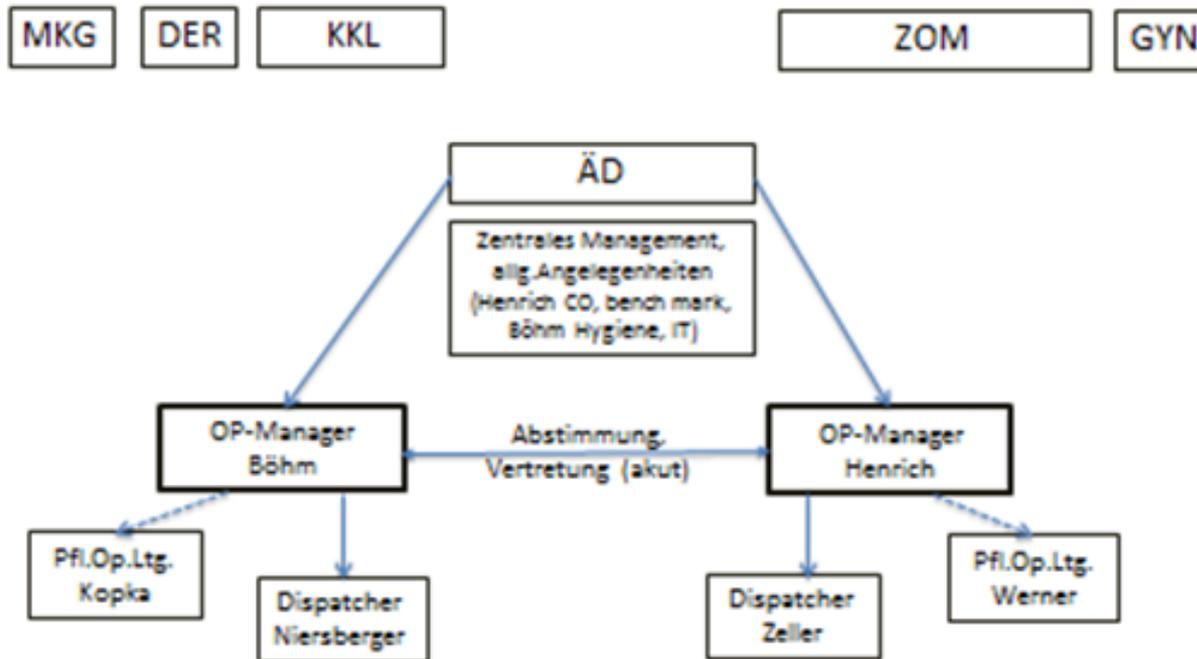
OP Management im UKW / Standort Dermatologie



OP Management im UKW / Historie

- Mit Eröffnung des Zentrums operative Medizin (ZOM) im März 2004 wurde das OP Management eingeführt (Zuständigkeit ausschließlich ZOM → CHI, CHII, HC, UR)
- das OP Management bestand aus dem OP Manager und der OP-Koordination
- 2007: Wechsel von OP Manager und OP-Koordination an andere Häuser
- **2007: Vorstandsbeschluss zur Änderung des OP Management Konzepts**
- 01.01.2008 Wiederbesetzung des OP Managers
- 01.04.2008 Wiederbesetzung der OP Koordination ZOM
- 01.01.2009 Besetzung des OP-Dispatchers ZOM
- 2011 Inkrafttreten des OP-Statuts im Zentral-OP ZOM
- 01.01.2013 Besetzung des OP-Dispatchers KKL
- 01.07.2013 Besetzung des 2. OP Managers
- 01.07.2013 Teilung der Zuständigkeitsbereiche (ZOM+GYN / KKL+HAUT+MKG)
- Seit 2013 Teilnahme am Benchmark-Projekt des VOPM

OP-Management am UKW





OP-Management

OP-Statut Zentral-OP ZOM

Version 1.3 vom 24.02.2012

Status: freigegeben (Unterschrift der Klinikdirektoren – Verabschiedung durch Vorstand)

1

OP-Statut Zentral-OP ZOM

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung und Ziele
2. Aufbauorganisation / OP-Management
 - 2.1. Kompetenzen, Aufgaben und Verantwortung des OP- Managers
 - 2.2. OP-Koordinatoren
 - 2.2.1 Kompetenzen, Aufgaben und Verantwortung des ärztlichen OP-Koordinators
 - 2.2.2 Kompetenzen, Aufgaben und Verantwortung des pflegerischen OP-Koordinators (in der Folge pflegerische OP-Leitung genannt)
 - 2.2.3 Aufgaben des OP-Leitstellenmitarbeiters
 - 2.3. OP-Zirkel
3. Ablauforganisation
 - 3.1. OP-Planung
 - 3.1.1. Wochenplanung
 - 3.1.2. Planung OP-Folgetag
 - 3.1.3. Veränderungen am OP-Tag
 - 3.1.4. Notfallregelung
 - 3.2. Verteilung der OP- Kapazitäten
 - 3.3. Betriebszeiten des OP
 - 3.4. Personalausfall und Überstunden
 - 3.5. OP-Ablauf
 - 3.5.1. Meldungen von OP-Planveränderungen
 - 3.5.2. Einbestellung der Patienten
 - 3.5.3. Lagerung
 - 3.5.4. Beginn chirurgischer Maßnahmen
 - 3.5.5. Wechselzeiten
 - 3.5.6. Eingriffe außerhalb der OP-Betriebszeiten
4. Ideen- und Beschwerdemanagement
5. Controlling
6. Geltungsdauer



Mittels OP-Statut angestrebte Verbesserungen

Das OP-Statut ist für alle beteiligten Berufsgruppen und im OP-tätigen Mitarbeiter verbindlich.

Mit dem OP-Statut sollen weiterhin folgende Ziele erreicht werden:

- ❖ Die wesentlichen Abläufe im OP sind definiert, standardisiert und werden effektiv und effizient erbracht. Dazu gehören:
 - Ein pünktlicher Beginn der operativen Dienstleistung am Morgen
 - Minimierte Wechselzeiten, die für die einzelnen Kliniken zu definieren sind.
 - Vermeidung von Leerlaufzeiten in den OP-Sälen.
 - Eine verbindliche, realistische und zeitgerechte sowie informative OP-Plan-Erstellung.
 - Konsequente fachübergreifende Nutzung der vorhandenen personellen, materiellen und räumlichen Ressourcen.
 - Geordnete Betriebsabläufe
 - Eine optimierte innerbetriebliche Kommunikation für eine reibungslose interne Kooperation.
 - Planung und Durchführung der elektiven Operationen innerhalb der definierten Betriebszeit der Säle unter Zugrundelegung der statistischen Auswertung von OP-Kennzahlen über die durchschnittliche OP-Dauer der durchgeführten Operationen.
 - Vorrangige Integration der wegen Notfällen abgesetzten oder aus anderen Gründen verschobenen Patienten in der OP-Planung
 - Vermeidung des Absetzens von geplanten Eingriffen.
 - Regelmäßige Auswertung der Notfälle mit dem Ziel, den Zeitbedarf für Notfälle in die OP-Planung zu integrieren.
 - Planbarkeit der den beteiligten Kliniken angebotenen OP-Kapazitäten
 - Reduzierung der ineffektiven Vorhaltekosten

- ❖ Qualifizierte, motivierte und zielorientierte Mitarbeiter versorgen die Patienten im ZOP des Universitätsklinikum Würzburg. Dazu sind ein gutes Betriebsklima und eine effiziente Kommunikationsstruktur unabdingbar.

Eine weitere Voraussetzung zur Erfüllung der im OP-Statut festgelegten Rahmenbedingungen ist eine ausreichende personelle Besetzung sowie die Bereitstellung von räumlichen und strukturellen Ressourcen.

- Keine Personalverantwortung (Grauzone Weisungsbefugnis)
- Keine innerbetriebliche Verrechnungen (profit center) (eingeschränkte Steuerungsmöglichkeiten)
- Mit Beginn der Gültigkeit des aktuell zu ratifizierenden OP-Status für den Zentral-OP ZOM klarer definierte Befugnisse (u.a. organisatorische Unterstellung des gesamten Funktionspersonals OP und AN)

- Permanente Anzeige im OP-Bereich



- Täglich aktualisierte Anzeige der Anzahl der anwesenden OP-Pflegekräfte pro Fachbereich
 - Monatlich aktualisierte Anzeige der Überstunden pro OP-Pflegekraft (durchschnittlich) in den Fachbereichen
- Anzeige des ersten Beginns chirurgische Massnahmen pro Saal
- Anzeige der durchschnittlichen Wechselzeiten des Vortags pro Saal
 - Entspannung der interdisziplinären Konfliktsituation
 - Entwicklung einer gesunden Wettbewerbssituation

OP Management im UKW / Werkzeuge / i.s.h.med OP-Sichten

ZOM OP Programm Mittwoch, 22.10.2014

Frei	Raum	Zeit	Ztm...	Zeitmarke	akt.OE	gepl.OE	OP-Pr...	IG	R	...	...	...	...	P...	C...	Patient	EK	PP	Zu	Ab	Veranlasste Leistungen (Bez.)	LK	Diagnosetext	Lagerung	Bemerkung zum Auftrag	Prämedikation	Info	OP-Team	pos
		9...			021		N06.i...	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	N.N.					Thrombektomie Shunt	L	Akuter Shuntverschluss li...						Staf
		9...			Gvn II			⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	N.N.					Cystoskopie		V.a. Infiltration der Blase b...		+Cystogramm			Türbe	Staf
OP 14		08: 60	11:10	Ende PAS	024	Privat	elektiv	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	N.N.					Leistenherniotomie		Großer Leistenbruch rechts		LMA, TIVA, ASA...		Chef, Svistunov, Ru...	Staf	
		10: 60	12:40	Ende PAS	054		N24.i...	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	N.N.					URS (Diagnostik), URS (mit St...	R	URS (Diagnostik), URS (mit St...	SSL		LMA, Art., wach...		Chef, Vergho, Schw...	Staf
		12: 45	14:20	Ende PAS	025		elektiv	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	N.N.					...transurethral	L	DJ links, Ileozökale Neoblas...	SSL		LMA, ASA II, Mal...		Chef, Vergho, Mark...	Staf
		13: 60	14:20	Ende Nach	025	025	elektiv	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	N.N.	2				TUR-Blase (mit PDD)		Blasentumor, Z.n. TUR-B		Nachresektion	LMA, ASA II, Mal...		Vergho, Schwinger...	Staf
		14: 60	14:10	Beginn Ens	025		elektiv	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	N.N.					URS		prox. HL-KK links		Langer Bemerkungste...	ITN, RSI, MS, AS...		Taljour, Ruocco, Me...	Staf
		15: 90			025	025	elektiv	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	N.N.	4				retroperitoneale Lymphadene...		Metas. NCC, Zust. n. Tum...			ITN, PDK, MS, ZV...		Vergho, Kalogrou, ...	Inte
OP 13		09: 1..	14:15	Ende PAS	054	024	elektiv	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	N.N.	2				Nierentumorexstirpation		Nierentumor ?			ITN, RSI, ASA III...		Kocot, Krebs, Kone...	Inte
		13: 60	13:10	Schnitt	024		elektiv	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	N.N.					URS, Primär nur rUPG+DJ links	L	V.a. Ureterolithiasis li, Nier...	SSL		LMA, ASA II, Mal...		Taljour, Fabian, Len...	Staf
		12: 1..			024		elektiv	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	N.N.	4				Nierenfreilegung rechts		3 Nierenzyten rechts		laparoskopisch	ITN, ASA II, Mala...		Taljour, Mulfinger	Inte
OP 01		08: 30	09:45	Ende PAS	025	Privat	elektiv	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	N.N.					Cysto in N., HR-Abstrich (KPI)...		Blasenentleerungsstörung,			LMA, TIVA, ASA...		Chef, Haubold, Klein	Staf
		09: 2..	09:45	Schnitt	054	024	elektiv	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	N.N.	4				Zystektomie/vordere Exentera...		Urothelca,			ITN, PDK, MS, ZV...		Ohnheiser, Vollmer...	Inte
OP 02		08: 70	10:55	Ende PAS	46/Hn...		elektiv	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	N.N.					Bandnaht oder palmarisschlinge		alter Skidaumen			AXP, ggf Sediere...		Jakubietz, Ziegler C...	Amf
		10: 60	12:50	Ende PAS	013		elektiv	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	N.N.					Ulnarverkürzungsosteotomie	R	Ulnarimpingement, Ulnaneu...	RL, HT		AXP, ASA I, Mala...		Hölscher-Doh, Meffe...	Staf
		12: 1..	14:05	Ende Nach	46/UC...		elektiv	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	N.N.					Fasziektomie		Dupuytren 3-5 Grad IV re			AXP, ASA II, Mal...		Jakubietz, Erdmann...	Amf
		14: 60	14:06	Beginn Vor	013		N72.i...	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	N.N.					Debridement, Jet-lavage, Abst...	R	Zn, trimall, SG-fraktur und...	RL	Vorbereitung zur Arthr...	LMA, ASA III, Mal...		Ziegler D., Fehske...	Staf
		17: 1..			053		elektiv	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	N.N.	2				Debridement/VAC-Wechsel/O...	L	Polytrauma; offene Fraktur...	Rückenlageru...	Langer Bemerkungste...	ITN, MS, ZVK, AR...		Ziegler D., Gilbert, P...	Inte
OP 03		02: 60	03:30	Ende Nach	053		N24.i...	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	N.N.	2				Debridement/VAC-Wechsel		Polytrauma; offene Fraktur...	Rückenlageru...	plus Verbandwechsel...	ITN, ASA III, Mal...		Heintel, Bantz, Sch...	Inte
		08: 25	11:10	Ende PAS	014		N72.i...	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	N.N.					ORIF, palmare Aptusrahmenpl...	R	dist. Radiusfraktur re	RL		AXP, falls ITN: TI...		Jordan, Eden, P.J. Di...	Staf
		11: 30	13:02	Saalaustritt	055		elektiv	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	N.N.					Hämatomausräumung		rez. Glutealhämatom		!!Faktor VIII-mangel!!!	ITN, ASA III, Mal...		Jordan, Weißer, P.J...	Inte
		13: 10	14:10	Ende Nach	013		elektiv	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	N.N.					Fix ex. Entfernung und K-Drah...	L	Z.n. III*ig offener bimalleol...			ITN, DIB, ggf Fe...		Eden, P.J., Diener...	Staf
		14: 60	14:11	Beginn Vor	014		N24.i...	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	N.N.	2				Abstrichentnahme, Débrideme...	L	Infekt dist. US li	RL	ev. komplette ME, Fxa	SPA, ASA II, Mal...		Eden, Jordan, P.J. Jä...	Staf
OP 04		08: 1..	13:00	Ende PAS	013		elektiv	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	N.N.					Valgis, Tibiakopfumstellung (T...	R	Medial betonte Gonarthros...	RL	Tomofix ist bestellt	LMA, Fem.-Block...		Weißer, Fehske, P.J...	Staf
		11: 45	14:05	Ende PAS	013		N24.i...	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	N.N.	2				perkutane Verschraubung		ScaphoidFx li	RL, Handtisch	Langer Bemerkungste...	AXP, ASA II, Mal...		Jansen, Erdmann, P...	Staf
		12: 60	14:24	20-30 min.	053		N00.L...	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	N.N.	2				explorative Laparotomie		Polytrauma, intraabdomine...	RL				Rahden, Jurowlich...	Inte
		13: 1..			053		N01.i...	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	N.N.	2				FixExt bde Beine+ HG li		Polytrauma	RL				Gilbert, Jansen, P...	Inte
OP 05		08: 45	09:45	Ende PAS	015		elektiv	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	N.N.					Nabelherniotomie		Nabelhernie			LMA, Kaudalanäst...		Meyer, Mintsenkas...	Staf
		09: 60	11:15	Ende PAS	015	015	elektiv	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	N.N.					Biopsie+Osteosynthese Humer...		zystoide Knochenläsion dia...		Langer Bemerkungste...	ITN, ggf ISB, AS...		Meyer, Sperling, Ho...	Staf
		11: 90	14:10	Ende PAS	40/Re...		N72.i...	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	N.N.					Hickman RE VII		ALL-Rez,		Langer Bemerkungste...	ITN, ASA II, Mala...		Meyer, Sperling, Ho...	Staf
		13: 1..	13:47	Schnitt	40/Ra...		elektiv	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	N.N.	1				Re-Lap, ggf Hemicolektomie li...		Z.n. NEC, Stenose im Colo...		Langer Bemerkungste...	ITN, ZVK, (ZVK z...		Grashoff, Sperling...	Inte
OP 06		00: 60	02:50	Präsenz En	052		N12.i...	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	N.N.					lap CHE		akute cholezystitis		PräOP DJ Anlage recht	ITN, RSI, ZVK, A...		Dietz, Kim, Grombe...	Staf
		08: 45	11:45	Ende PAS	023		N12.i...	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	N.N.					Wundrevision, Vac-Anlage		Infekt Nabel			ITN, RSI, ASA III...		Wierlemann, Haubn...	Staf
		09: 1..	12:25	Ende PAS	023	023	elektiv	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	N.N.					Lap. IPOM li, lateral		Narbenhernie		6:30 nü	ITN, MS, ASA III...		Dietz, Wierlemann...	Staf
		11: 1..	14:24	Ende Nach	025	025	elektiv	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	N.N.					Umwandlung Maensleeve in...		Adipositas per magna			ITN, TIVA, DK, Z...		Wierlemann, Jurowi...	Staf
		14: 60	12:42	Pat. hat Pr	052		N24.i...	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	N.N.	6				Abdominelle Lavage		eitrige Peritonitis	RL		ITN, MS, DK, AR...		Wierlemann, Sevfrie...	Inte
		14: 9..			023		N06.i...	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	N.N.					Explorativlaparoskopie, ggf. AE		Appendizitis	RL		ITN, RSI, ASA II...		?	Staf
OP 07		03: 60	05:45	Ende Nach	052		N24.i...	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	N.N.	6				Abdominelle Lavage		Perforierte Appendizitis mi...	RL		ITN, MS, DK, AR...		Dietz, Kim, Bahr, Gr...	Inte

W13-UC09 - 1.Beg.chir.Maßn.08:42		
W17UC	 N.N. * 10.10.1966	
Diag:	Pilon-tibiale Fraktur li.	
OP:	ORIF (med./dist. Tibia LCP+ low bend / 3,5 mm Zugschrauben)	
Team:		
15:41	Schnitt	180 min.

Phase I / Messgrößen

- Standardisierung der zu erfassenden statistikrelevanten OP-Zeiten
- Ermittlung der Personalbindungszeiten auf der Basis der erfassten OP-Zeiten
- Definition und Erfassung von Verzögerungsgründen und Verzögerungszeiten
- Integration der Anästhesie in die i.s.h.med Team- und Zeitenerfassung
- Erweiterung des Nutzungsgrades der OP-Planung

Komplettierung der Datenerfassung

- Die deutschen Klinika verfügen derzeit über recht exakte Informationen hinsichtlich der Erlöse ihrer Fälle bzw. Fallgruppen. Von einer suffizienten Fallkostenrechnung sind noch viele weit entfernt. Die OP-Bereiche gehören zu erlösreichsten und kostenintensivsten Bereichen eines Klinikums. In den OP-Bereichen handelt es sich im Wesentlichen um drei Kostensäulen – Personal, Material und OP-Saal-Zeit. Die erforderlichen Daten zur Bestimmung der Personal- und der OP-Saal-Zeiten sind bereits jetzt in der Universitätsklinik Würzburg verfügbar. Die **Materialerfassung** stellt für alle beteiligten Bereiche eine große Herausforderung dar.
- Migration des Berichtswesens von SAP-Reports / EXCEL-Auswertungen in business warehouse

Täglicher Report Morgenperformance

Datum	Saal	Klinik	Station	Abruf	Schleuse	Beg. Anästhesie	Freigabe	BCM	Schnitt	08:10-F	F/08:10-BCM	F/08:10-Schnitt	Wochentag	Feiertag
22.10.2014	AUG-1	AU OP	59/III West	07:37	07:50	07:55	07:59	08:10	08:26	0	0	16	MI	
22.10.2014	AUG-2	AU OP	59/III Ost/M	07:30	07:45	07:52	08:00	08:10	08:15	0	0	5	MI	
22.10.2014	AUG-3	AU OP	59/III Ost/M	07:53	08:02	-	-	08:23	08:33	-	13	23	MI	
22.10.2014	GYN-1	GY OP	Gyn II	07:30	07:34	07:50	08:00	08:21	08:32	0	11	22	MI	
22.10.2014	GYN-2	GY OP	Gyn I	06:50	07:00	07:25	08:20	08:30	08:57	10	10	37	MI	
22.10.2014	GYN-3	GY OP	Gyn II	08:26	08:31	08:41	08:48	08:55	09:04	38	7	16	MI	
22.10.2014	HAUT-1	DE OP	H12	-	07:57	-	-	08:04	08:21	-	0	11	MI	
22.10.2014	HAUT-2	DE OP	H12	-	07:49	-	-	08:03	08:18	-	0	8	MI	
22.10.2014	HAUT-3	DE OP	H11	-	07:54	-	-	08:04	08:06	-	0	0	MI	
22.10.2014	HAUT-4	DE OP	60/Pr.-Amb.	-	08:33	-	-	08:37	08:37	-	27	27	MI	
22.10.2014	HNO-1	HN OP	Wunderland	06:55	07:40	08:16	08:40	08:29	09:32	30	0	52	MI	
22.10.2014	HNO-2	HN OP	HN/6 Ost	06:56	07:15	07:45	08:10	08:10	08:50	0	0	40	MI	
22.10.2014	HNO-3	HN OP	HN/6 Ost	06:55	07:13	07:35	07:40	08:01	08:04	0	0	0	MI	
22.10.2014	HNO-4	HN OP	HN/4 Ost	06:57	07:33	07:45	08:00	08:09	08:25	0	0	15	MI	
22.10.2014	HNO-ENDO	HN OP	HN/6 Ost	06:56	07:35	07:45	07:55	07:49	07:57	0	0	0	MI	
22.10.2014	MKG-OP1	MK OP	54/MKG-Stat.	07:15	07:27	07:40	08:15	08:20	08:52	5	5	37	MI	
22.10.2014	MKG-OP2	MK OP	54/MKG-Stat.	07:47	08:10	08:22	08:31	08:52	09:26	21	21	55	MI	
22.10.2014	NCH-1	NC OP	53/St.3 West	07:00	07:23	08:00	08:20	08:35	09:45	10	15	85	MI	
22.10.2014	NCH-2	NC OP	53/St.3 West	07:05	07:30	07:45	08:02	08:20	09:16	0	10	66	MI	
22.10.2014	NCH-3	NC OP	53/Pr.-S.IIS	07:00	07:33	07:43	07:53	08:05	08:20	0	0	10	MI	
22.10.2014	NCH-4	NC OP	53/St.4 West	07:20	07:50	08:04	08:34	08:35	09:30	24	1	56	MI	
22.10.2014	ZOPZOM01	UR OP	O25	06:45	07:35	07:40	07:45	07:50	08:10	0	0	0	MI	
22.10.2014	ZOPZOM02	UC OP	46/Hnd-Plast	06:50	07:22	-	-	08:10	08:18	-	0	8	MI	
22.10.2014	ZOPZOM03	UC OP	O14	07:15	07:57	08:10	08:20	08:25	08:45	10	5	25	MI	
22.10.2014	ZOPZOM04	UC OP	O13	06:45	07:12	07:50	08:05	08:09	08:42	0	0	32	MI	
22.10.2014	ZOPZOM05	AC OP	O15	08:08	08:37	08:50	09:07	09:15	09:30	57	8	23	MI	
22.10.2014	ZOPZOM06	AC OP	O23	06:45	07:15	07:40	07:50	08:04	08:13	0	0	3	MI	
22.10.2014	ZOPZOM07	AC OP	O12	06:45	07:09	07:55	08:04	08:27	08:53	0	17	43	MI	
22.10.2014	ZOPZOM08	AC OP	O23	06:45	07:06	07:32	08:30	09:05	09:21	20	35	51	MI	
22.10.2014	ZOPZOM09	AC OP	O23	08:56	09:15	09:30	09:42	09:58	10:18	92	16	36	MI	
22.10.2014	ZOPZOM10	HT OP	O51	07:45	07:59	08:00	08:25	08:20	08:43	15	0	18	MI	
22.10.2014	ZOPZOM11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
22.10.2014	ZOPZOM12	HT OP	O51	06:45	07:10	-	-	07:40	08:36	-	0	26	MI	
22.10.2014	ZOPZOM13	UR OP	O25	06:45	07:02	-	-	08:45	09:00	-	35	50	MI	
22.10.2014	ZOPZOM14	UR OP	O24	06:45	07:13	07:35	07:40	07:55	08:30	0	0	20	MI	
22.10.2014	ZOPZOM15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
22.10.2014	ZOPZOM16	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Für die Klinikleitung als feedback über erfolgreichen oder weniger erfolgreichen OP-Start am Morgen

Wöchentlicher / monatlicher Report Planinstabilität 1. OP

Klinik	Anzahl PLAN	Anzahl IST	Anzahl PLAN ohne IST	Anzahl IST ohne PLAN	% PLAN ohne IST
ACOP-G	20	20	1	2	5%
ACOP-K	21	21	2	2	10%
ACOP-V	67	68	5	5	7%
HTOP	67	67	10	10	15%
UCOP-P	21	21	0	0	0%
UCOP-U	43	45	0	1	0%
UROB	58	59	5	6	9%
GYOP	64	64	6	6	9%
NCOP-3	19	21	0	1	0%
NCOP-R	39	39	4	4	10%
HNOP	109	108	10	9	9%
AUOP	63	63	24	24	38%
MKOP	44	44	1	1	2%
DEOP	85	85	25	25	29%
*	720	725	93	96	

Plan(in)stabilität 1. OP als Bestandteil der Zielvereinbarungen mit den Klinikdirektoren

Wöchentlicher / monatlicher Report Planinstabilität alle

Planinstabilität (alle OPs) vom 01.09.2014 bis 30.09.2014 (incl. Notfä)

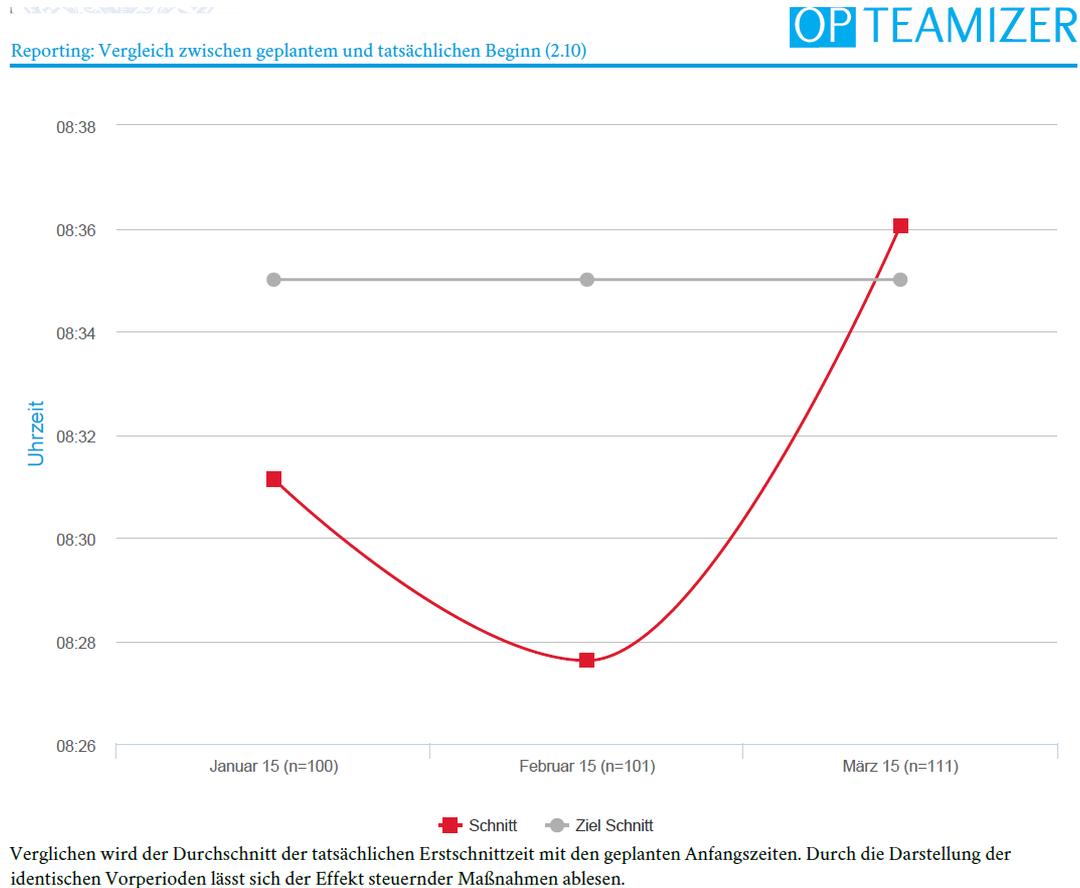


Klinik	Σ	Anzahl PLAN	Σ	Anzahl IST	Σ	Anzahl PLAN ohne IST	Σ	Anzahl IST ohne PLAN	% PLAN ohne IST
ACOP-G		42		39		6		14	14%
ACOP-K		72		107		0		27	0%
ACOP-V		166		224		8		60	5%
HTOP		171		188		30		42	18%
UCOP-P		70		84		5		19	7%
UCOP-U		127		144		18		35	14%
UROP		149		173		27		51	18%
GYOP		173		179		12		19	7%
NCOP-3		23		24		2		3	9%
NCOP-R		56		70		5		17	9%
HNOP		295		318		7		29	2%
AUOP		291		310		42		61	14%
MKOP		89		95		5		11	6%
DEOP		379		393		52		65	14%
		2.103		2.348		219		453	

Verschieben von Operationen als zentrales Qualitätsmerkmal einer Klinik

Für alle von jedem sichtbar:

Benchmark-Ergebnisse und Reporting (hier: Geplanter und tatsächl. Erstschnitt)



- Die kommende Herausforderung besteht darin das OP-Management zu standardisieren und eine eigenständige Professionalisierung zu erreichen

- Das OP-Management ist elementarer Bestandteil des Klinikmanagements
- Es ist Teil der operativen Steuerung und strategischen Ausrichtung
- Es ist Treiber der machbaren Umsetzung

Resümee

- ◆ Warnung vor einer Verselbständigung des OP-Managements und Abkoppelung von der Medizin
- ◆ Rückhalt des OP-Managements durch eine bestehende Abteilungsstruktur kann von erheblichem Vorteil sein.
- ◆ Reden, Reden, Reden – Entwicklung des OP-Managers zum Kommunikationsspezialisten

OP-Management mögliche Fragen

- Bitte stellen Sie das bevorzugte Organigramm des OP-Managements im Rahmen eines profit centers dar
- Wie nennt man das Dokument, in dem die „Regeln“ der operativen Bereiche festgelegt sind ?
- Nennen Sie bitte das höchste Ziel des OP-Managements
- Nennen Sie bitte vier OP-Zeiten in der Prozesskette OP
- Nennen und erläutern Sie bitte zwei „Effizienz-Kennzahlen“



Mehr Cartoons unter:
www.rippenspreizer.com



Der Postillon

Ehrliche Nachrichten - unabhängig, schnell, seit 1845

NEWSTICKER

+++ Nimmt die Beine in die Hand: Kannibale isst aus Zeitmangel ohne Bestück +++

Freitag, 13. November 2015

Krankenhaus führt Operationen nur noch nachts durch, um Narkosemittel zu sparen



bedeuten aber gleichzeitig jede Menge Stress für den Organismus. Nachts hingegen schlafen die meisten Menschen ganz ohne Sedierung, was es uns abseits der gesundheitlichen Vorteile außerdem ermöglicht, auf lange Sicht eine Menge Geld zu sparen, das wir an anderen Stellen gezielt einsetzen können."

Die Vorteile der neuen Methode liegen auf der Hand: Viele Patienten schlafen nachts bis zu acht Stunden, was auch komplizierte, langwierige Eingriffe ohne Vollnarkose ermöglicht. Kleinere Routine-Eingriffe können aber auch nachmittags während des Mittagsschlafs durchgeführt werden.

Der Ablauf einer solchen OP unterscheidet sich kaum vom bisherigen Prozedere: Nachdem alle

Vorbereitungen getroffen sind, wird lediglich gewartet, bis der Patient selbstständig eingeschlafen ist. In schwierigen Fällen hilft ein Anästhesist mit warmer Milch und Schlafliedern nach. Sobald der Patient auf Fragen wie "Hallo?



"War was?": Aufwachen am Morgen nach der OP