

Vorlesungsreihe Gesundheitsökonomie, Gesundheitssysteme, Öffentliche Gesundheitspflege

Dozenten:

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

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)

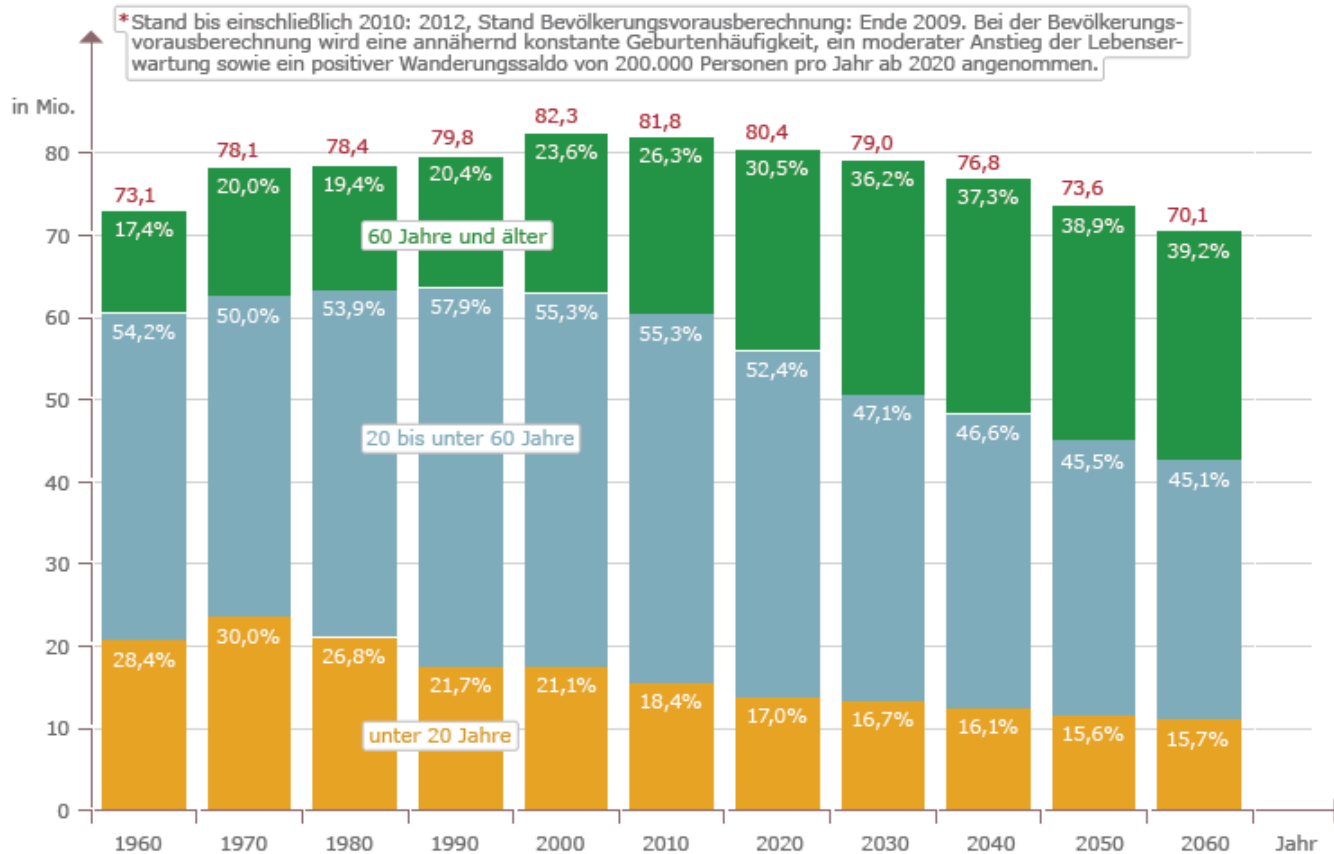
- **Demographie**
- Personalkosten
- Med. Entwicklung
- Digitalisierung/ IT

Expertenannahme:

- Sozialausgaben immer stärker für Pflege und Rente, dies zumindest relativ „zu Lasten“ des Gesundheitswesens !

■ 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*

[i](#) Jetzt lesen



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

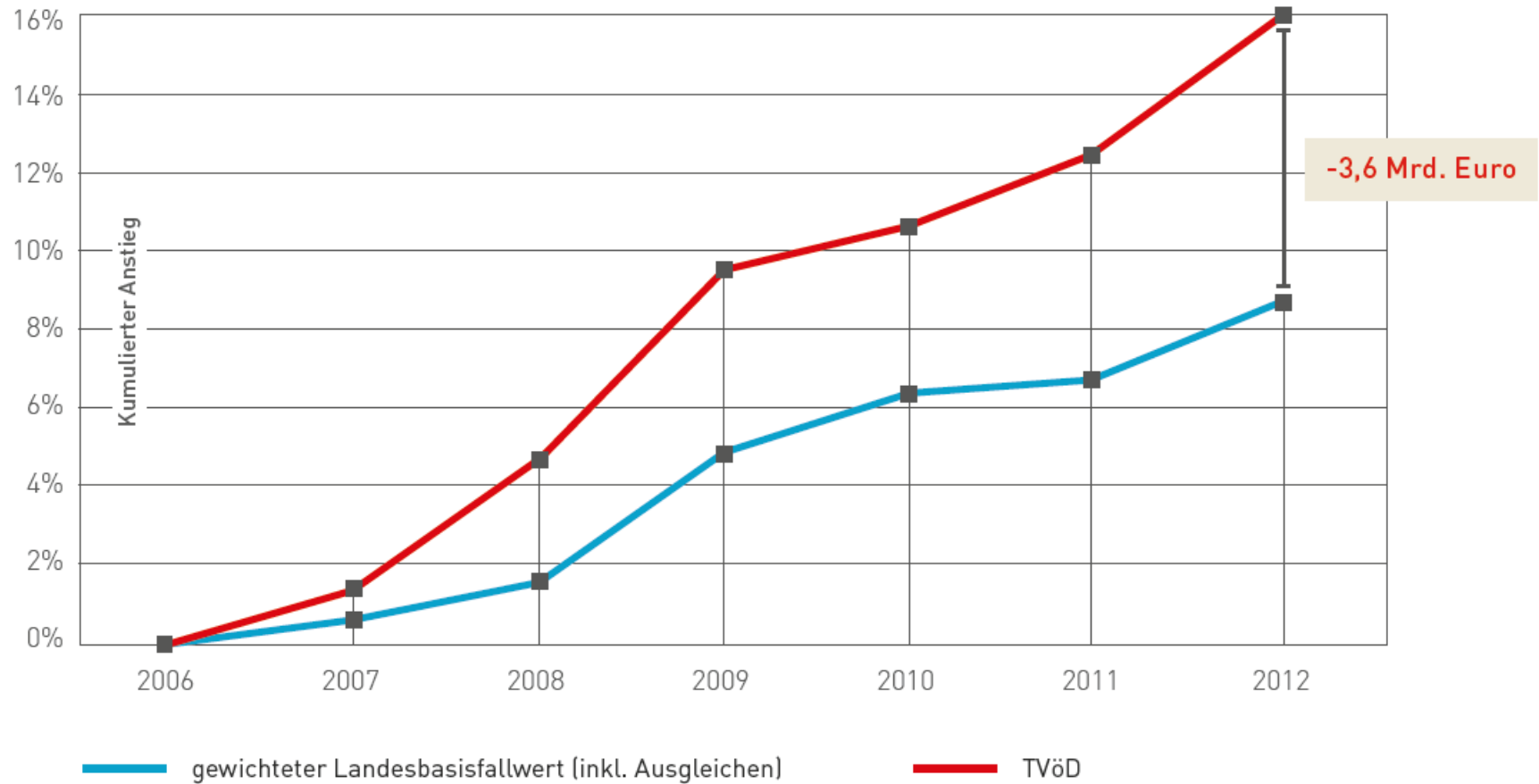
Zahl der unbesetzten Stellen in der Gesundheitswirtschaft wird stark steigen

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 WIFO hat diese Werte zusammen mit der Beratungsgesellschaft BASYS berechnet. Die Forscher kommen für 2060 sogar auf nur noch 38,7 Millionen erwerbstätige 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

Tariflohn-Erlös-Schere der Krankenhäuser



Regelmäßig wiederkehrende Forderung

DER TAGESSPIEGEL



STARTSEITE

POLITIK

BERLIN

WIRTSCHAFT

AGENDA | NSA-SKANDAL | RECHTSEXTREMISMUS | GE

Politik > Debatte zur Krankenhausreform: Ende der Sparpo

09:24 Uhr

Debatte zur Krankenhausreform

Ende der Sparpolitik: Kliniken Investitionen

Von Georg Baum

Damit deutsche Krankenhäuser die hohen Qualitätserwartungen und Sicherheitsanforderungen erfüllen können, müssten Bund und Länder jährlich sechs Milliarden Euro bereitstellen, fordert die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Ein Debattenbeitrag.

Browser address bar: [http://www.ku-gesundheitsmanagement.de/index.php?id=331&tx_ttnews\[tt_news\]=988](http://www.ku-gesundheitsmanagement.de/index.php?id=331&tx_ttnews[tt_news]=988)

Navigation: Datei Bearbeiten Ansicht Favoriten Extras ?

Logos: REHAB, MESSE KATLSRUHE 23.-25. April 2015, komme Marketing & Kommunikation

Events: 5. Mai 2015 in München, 8. Oktober 2015 in Hamburg

Kontakt Impressum AGBs

Suchbegriff eingeben ...

Veranstaltungen Aktuelle Meldungen Shop Fachmagazin Stellenmarkt Umfragen Media-Service Studienführer

Mehr Klinik-Personal für mehr Patientensicherheit

20.04.2015

Berlin. Gesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) will mit mehr Pflegepersonal in den Kliniken die Patientensicherheit fördern. Das kündigte der Minister zur Eröffnung der Veranstaltung "10 Jahre Aktionsbündnis Patientensicherheit" an. Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) lehnte jedoch einen Antrag des Bundesrates ab, wonach gesetzliche Krankenkassen Einrichtungen der Patientensicherheit mit 500.000 Euro jährlich fördern sollten.

Erst kurz vor der Jahrestagung hätten die Vorsitzenden des Aktionsbündnisses Patientensicherheit (APS) davon erfahren, teilten sie der „Ärzte Zeitung“ mit.

Gesundheitsminister Gröhe (CDU) nannte in seiner Rede die Patientensicherheit "ein Pflichtprogramm" der Regierung. Mit dem Zehn-Punkte-Programm gegen multiresistente Keime, dem neuen Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) und den künftigen Termin-Servicestellen werde für eine schnelle und sichere Versorgung der Patienten gesorgt. Er kündigte an, bei Telemedizin-Projekten "etwas Druck machen zu wollen", damit die elektronische Gesundheitskarte ihren Nutzen vor allem in Notfällen und bei der Medikationsplanung entfalten könne.

Mit Blick auf die Krankenhausplanung sei dazu eine "Arbeitsteilung" zwischen Zentren für seltene Erkrankungen, Hochschulambulanz, Maximalversorgern und Telemedizin nötig. Auch die Förderung von zusätzlichen Pflegestellen als Teil der Krankenhausreform, stärke die Patientensicherheit.

Quelle: www.aerztezeitung.de

[- Zurück zur Übersicht](#)

Stellenmarkt

KU Marktplatz

Kurze Wege beim Klinikeinkauf

KU Marktplatz

Studienführer 2015

Süddeutsche Zeitung

SZ.de Zeitung Magazin

Politik Wirtschaft Panorama Sport München & Bayern Kultur Wissen Digital Chancen Leb

Wirtschaft > Forum - Gesundheit 4.0

Private Vorsorge

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.

[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 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)

- 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

- 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-
gements: (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.

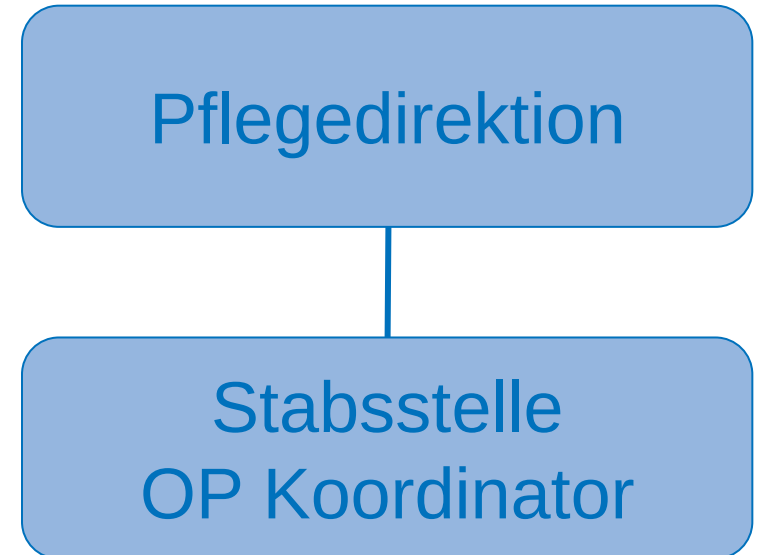
ARTIKE

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

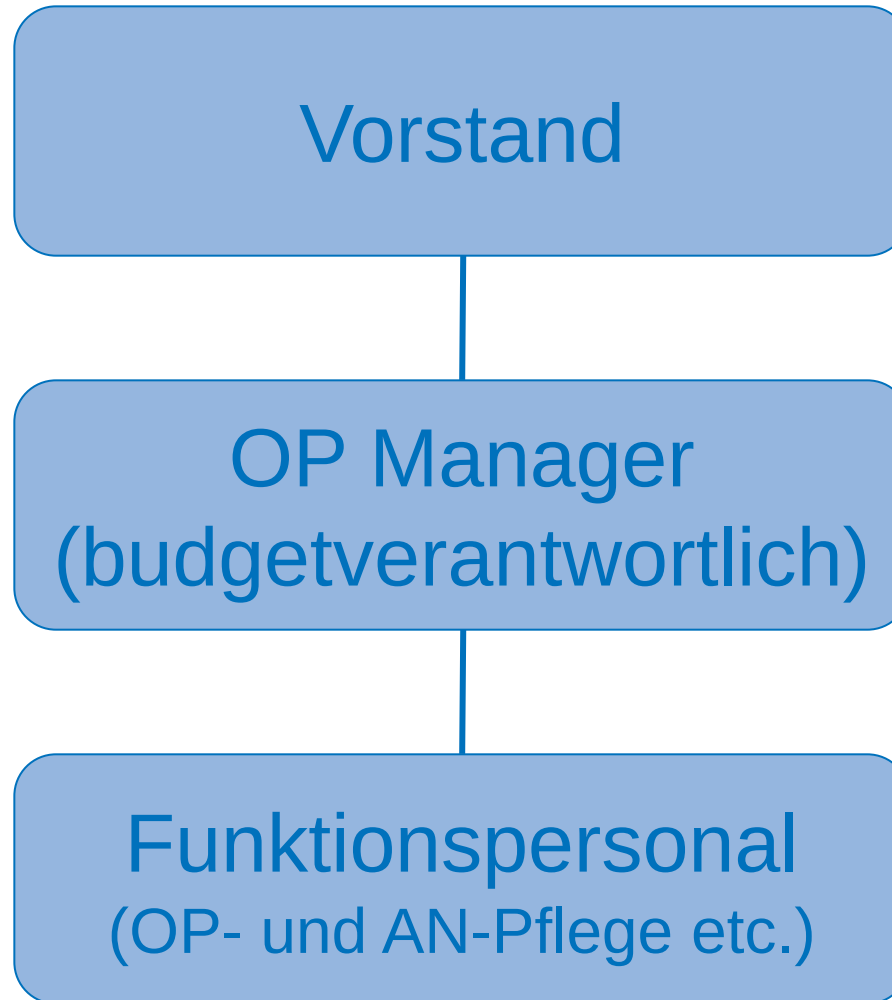


- Immer häufiger bei Krankenhausleitungen:
Zunehmende Sicht des OP's als „Kostenverursacher“, der zwingend nach Führung (Management) ruft
 - → „Weiterentwicklung“ OP-Management:
 - Definition Management:
 - für Ziele sorgen
 - organisieren
 - entscheiden
 - überwachen
 - Mitarbeiter entwickeln
- = Rahmenbedingungen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

- Dann Positionierung als Stabsstellen



- Zunehmend: Profit Center Strukturen



- 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)

http://www.op-management-kongress.de/

Aktuelles | OP - Manageme...

OP Management Kongress | aktualisiert am 31.03.2015

Kontakt | Impressum | Sitemap

Home Kongress Veranstalter Organisatorisches Online@Anmeldung Kooperationspartner Rückblick Impressum

OP MANAGEMENT KONGRESS

11. OP-MANAGEMENT KONGRESS
Bremen
09. und 10. April 2014

Herausforderung OP-Management
Strukturen - Konzepte - Visionen

12.
OP MANAGEMENT KONGRESS

Bremen
15. und 16. April 2015

Kongress Anmeldung

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

WEITER

Startseite | Kongress | Programm | Referenten | Veranstalter | Organisatorisches | Hotelverzeichnis | Anfahrt | Online Anmeldung | Kooperationspartner | Rückblick | Programm 2014 | Referenten 2014 | Impressum | Haftungsausschluss | Sitemap

OP-Management: Qualifizierungsangebote I (Quelle: www.vopm.de)

The screenshot shows a web browser window with the URL http://www.vopm.de/ger_veranstaltungen/. The page displays a list of training events, alternating between light blue and light grey background blocks. Each block contains the dates, location, event title, and a link to the event page.

18/09/15 - 19/09/15 - Morschen/Nähe Kassel
QUALIFIZIERUNG ZUM/ZUR OP MANAGER/IN (IHK)
Modul 1: OP-Organisation/ OP-Management/ Personalführung I
<http://www.diomedes.de/veranstaltungen.html>

23/09/15 - 24/09/15 - Zürich
 **AKADEMIESEMINAR: "KENNZAHLENGESTEUERTES OP-MANAGEMENT"**
http://www.vopm.de/ger_akademie/akademie-29/

25/09/15 - 26/09/15 - Morschen (Nähe Kassel)
QUALIFIZIERUNG ZUM/ZUR OP MANAGER/IN (IHK)
Modul 1: OP Organisation / OP Management / Personalführung I
<http://www.diomedes.de/veranstaltungen.html>

30/09/15 - 01/10/15 - Hamburg
 **AKADEMIESEMINAR: "PERIOPERATIVES MANAGEMENT"**
http://www.vopm.de/ger_akademie/akademie-29/

Oktober 2015

08/10/15 - 09/10/15 - Zürich
 **AKADEMIESEMINAR: "PERIOPERATIVES MANAGEMENT"**
http://www.vopm.de/ger_akademie/akademie-29/

15/10/15 - Göttingen
OP MANAGEMENT LIVE
OP Reorganisation in der Praxis, erfolgreiches Arbeiten mit Kennzahlen
<http://www.diomedes.de/veranstaltungen.html>

16/10/15 - 17/10/15 - Morschen/Nähe Kassel
QUALIFIZIERUNG ZUM/ZUR OP MANAGER/IN (IHK)
Modul 2: Personalführung II / Konfliktmanagement / Medizin-Controlling
<http://www.diomedes.de/veranstaltungen.html>

November 2015

05/11/15 - Zürich
3. OP- MANAGEMENT KONGRESS SCHWEIZ

06/11/15 - 07/11/15 - Morschen/Nähe Kassel
QUALIFIZIERUNG ZUM/ZUR OP MANAGER/IN (IHK)

OP-Management: Qualifizierungsangebote II

ANMELDUNG

Hiermit melde ich mich **verbindlich** zur 25. 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 25.01.2014
Modul 3: 21. bis 22.02.2014
Modul 4 - 5: 19. bis 22.03.2014

VERANSTALTUNGSORT

Holiday Inn Nürnberg City Centre
Engelhardsgasse 12, 90402 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

MODUL 1 Einführung OP-Management

Ziele/Inhalte:

Die Teilnehmer

- sind mit der Definition von Management vertraut,
- haben die Eigenschaften des OP-Managements 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 daraus an die Führung des Teams ansetzen,
- 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 die wesentlichen Konzepte und die wichtigsten OP-Methoden und Werkzeugen für Analyse, Gestaltung und Implementierung,
- wenden die wesentlichen Vorgehensweisen der Prozesssimulation an, bringen ihre eigenen Erfahrungen ein und können ihre Erkenntnisse in der beruflichen Praxis umsetzen,
- kennen die wesentlichen Konzepte der Prozesskollaboration und die wesentlichen Konzepte der Prozessintegration 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 wesentlichen Kennzahlen im OP-Management hinsichtlich Messfelder, Messverfahren, Datenflüsse, Berichterstattung, Reports und Dokumentationspflichten.

AMBULANTES OPERIEREN

Im Rahmen der Module 4 oder 5 erhalten Sie in einer zweistündigen 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 Konzepte zur Steuerung von OP-Bereichen wie Ressourcensteuerung, Kapazitätsplanung und Abweichungsanalysen sowie interne Leistungsverrechnung,
- haben diese Konzepte anhand von Fallbeispielen 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 anhand von Fallbeispielen trainiert und diskutiert,
- kennen die unterstützenden Basiskonzepte zur Kommunikation insbesondere im OP-Management.

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 Expert/e/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 Expert/e/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)	90 ECTS	120 ECTS
Teilnahmegebühr	€ 8.500,-	€ 11.500,-	€ 14.500,-
Veranstaltungsort	Donau-Universität Krems		
Veranstalter	Zentrum für Management im Gesundheitswesen		

Qualifizierungs- und Zertifizierungssysteme für OP-Manager und OP-Koordinatoren

Institut für Business Excellence (IfBE)
der Steinbeis-Hochschule Berlin

Helmut Bayer und Prof. Dr. Dr. Hans-Joachim Bender
Magirus-Deutz-Straße 18
89077 Ulm

Fon 0731/146602-00
kontakt@tqu-group.com
<http://www.tqu-group.com/ifbe/index.htm>



Zertifikat
Steinbeis-Hochschule Berlin
Institut für Business Excellence



Muster

Holger Mustermann

hat im Januar 2008
die Prüfung zum

Lean Management Consultant
certified by Steinbeis University (three stars)

gemäß der vom Institut für Business Excellence der Steinbeis-Hochschule Berlin festgelegten Forderungen bestanden und ist damit qualifiziert, dieses persönliche Hochschulzertifikat zu verwenden.

Der Zertifikatsinhaber hat in einer schriftlichen Prüfung und in der Praxis nachgewiesen, dass er Prinzipien, Methoden und Vorgehen des Lean Management entsprechend der Expertenausbildung in der Anwendung kennt und in betrieblichen Aufgabenstellungen sachlich und fachlich fundiert beraten kann. Er ist berechtigt, den Titel „Lean Management Consultant certified by Steinbeis University“ zu tragen.



IfBE-Zertifikat Nr. LMC08-014/A
Berlin, den 25. Januar 2008
Steinbeis-Hochschule Berlin



Direktor Prof. Dr. Jürgen P. Bläsing

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
- Weiterentwicklungsmöglichkeit durch MasterStars-Konzept
- Reduzierte Haftungsrisiken

OP-Organisation zunehmend im Fokus von Studien

(hier 2 persönliche „Lieblinge“)

Changing Allocations of Operating Room Time From a System Based on Historical Utilization to One Where the Aim is to Schedule as Many Surgical Cases as Possible

Franklin Dexter, MD, PhD*, and Alex Macario, MD, MBA†

, University of Iowa, Iowa City, Iowa; †Department of

Improving Operating Room Efficiency by Applying Bin-Packing and Portfolio Techniques to Surgical Case Scheduling

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) department has adopted an efficient business model and subsequently investigated how efficiency could be further improved. The aim of this study is to show the efficiency improvement of lowering organizational barriers and applying advanced mathematical techniques.

METHODS: We applied advanced mathematical algorithms in combination with scenarios that model relaxation of various organizational barriers using prospective

collected data from a university hospital, block planning methods and OR utilization

RESULTS: Lowering organizational barriers can yield a 4.5%–5.0% improvement in OR utilization. This is a significant improvement. **CONCLUSIONS:** Efficient algorithms and low organizational barriers can improve OR utilization. (Anesth Analg 2007;105:707)

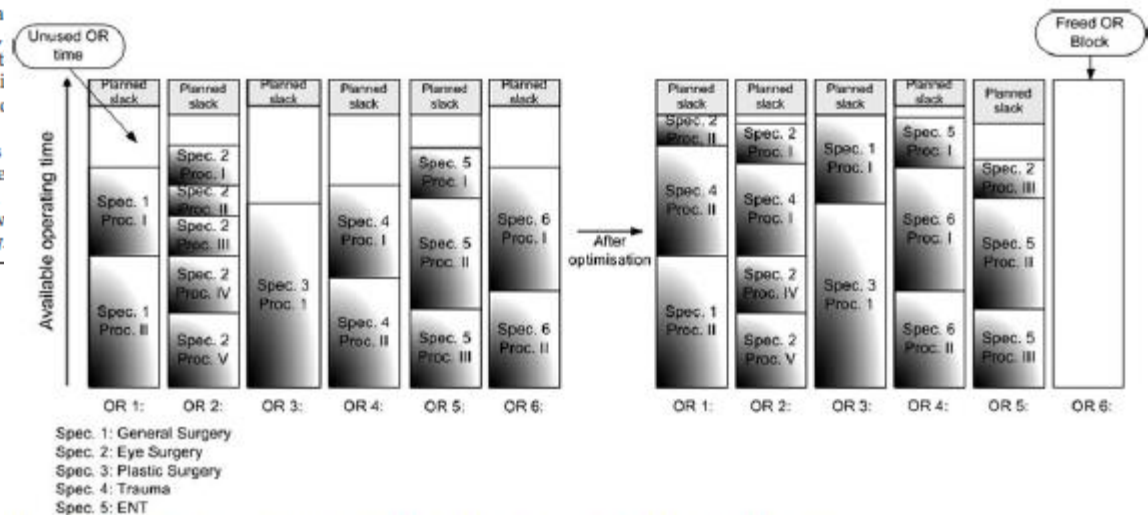


Figure 4. Example of creating a free operating room block by reallocating surgical cases.

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*

- Knappe Personal- und Sachmittelkontingente
- Knappe Intensiv-Kontingente
- Interdisziplinäre Saalnutzung/ OP-Kontingente
- Ungleiche Arbeitszeiten, morgendlicher Beginn
- Abläufe im OP, Pausenregelung
- Absetzen von Patienten

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

- **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)

- **„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 Kostenfokus sicherzustellen.

Die Aufgabe des OP-Managers besteht im

38 Prozesszeiten und Kennzahlen

Messen im OP: erhobene Zeitmarken im UKW

OP-Zeiten bearbeiten

SAP-Zeitmaske

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

Beispiel

O8 ► Schnitt / OP-Beginn

Definition: Anlegen des Hautschnittes nach Hinzutreten des Operators 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 Routinedokumentation 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].

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 Personalzufriedenheit unterstellt werden).

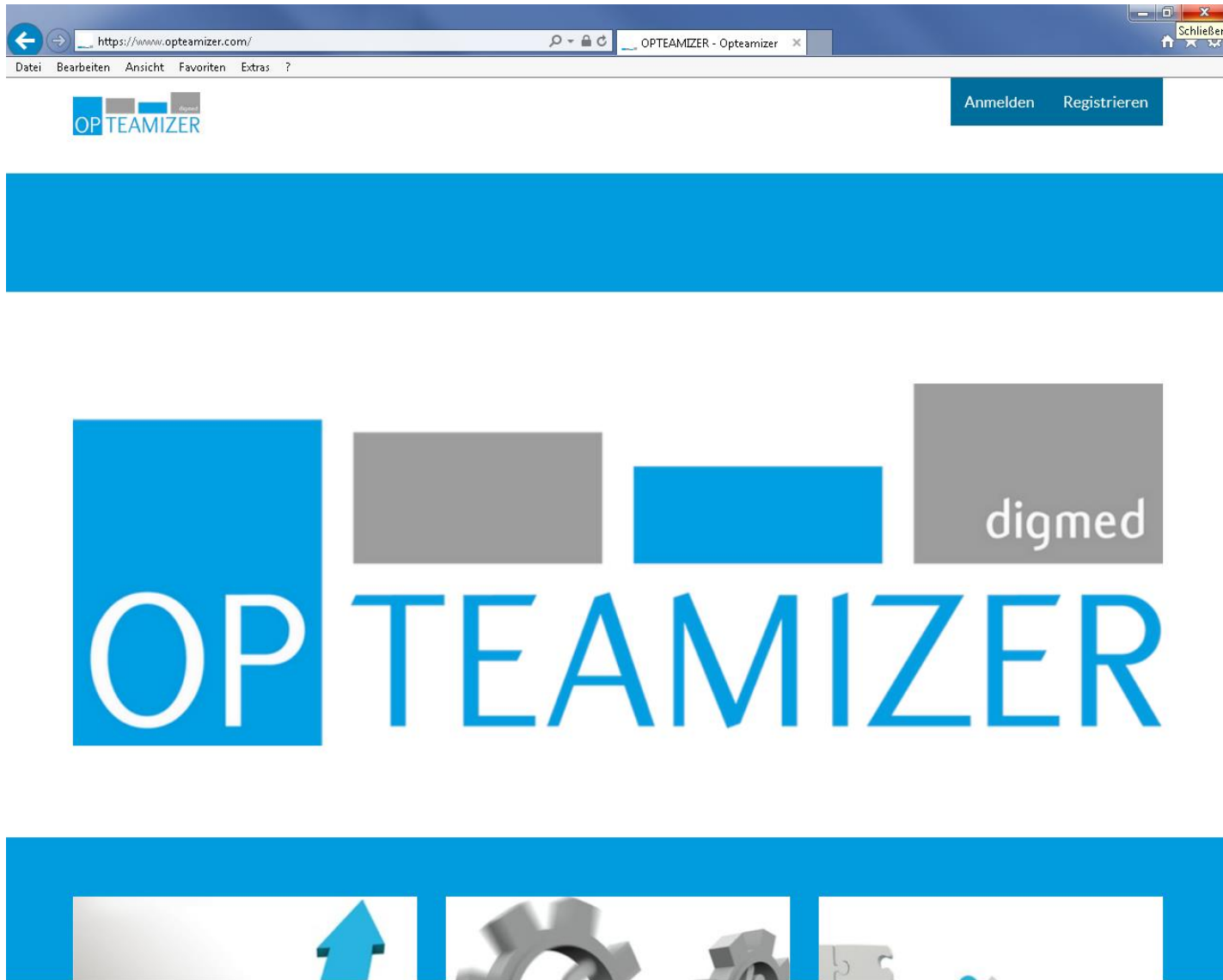
Literaturhinweis: [1,22,33,34].

- 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, 19 Uniklinika)
 - Kooperationspartner Berufsverbände Chirurgie und Anästhesie

Benchmark-Projekt VOPM



Benchmark-Projekt VOPM: „Brandaktueller Relaunch“



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 the tagline "Datenmanagement im Gesundheitswesen GmbH". Navigation tabs are present for Home, Referenzen, Wissenschaftlicher Beirat, Veranstaltungen, and digmed.

Left Sidebar:

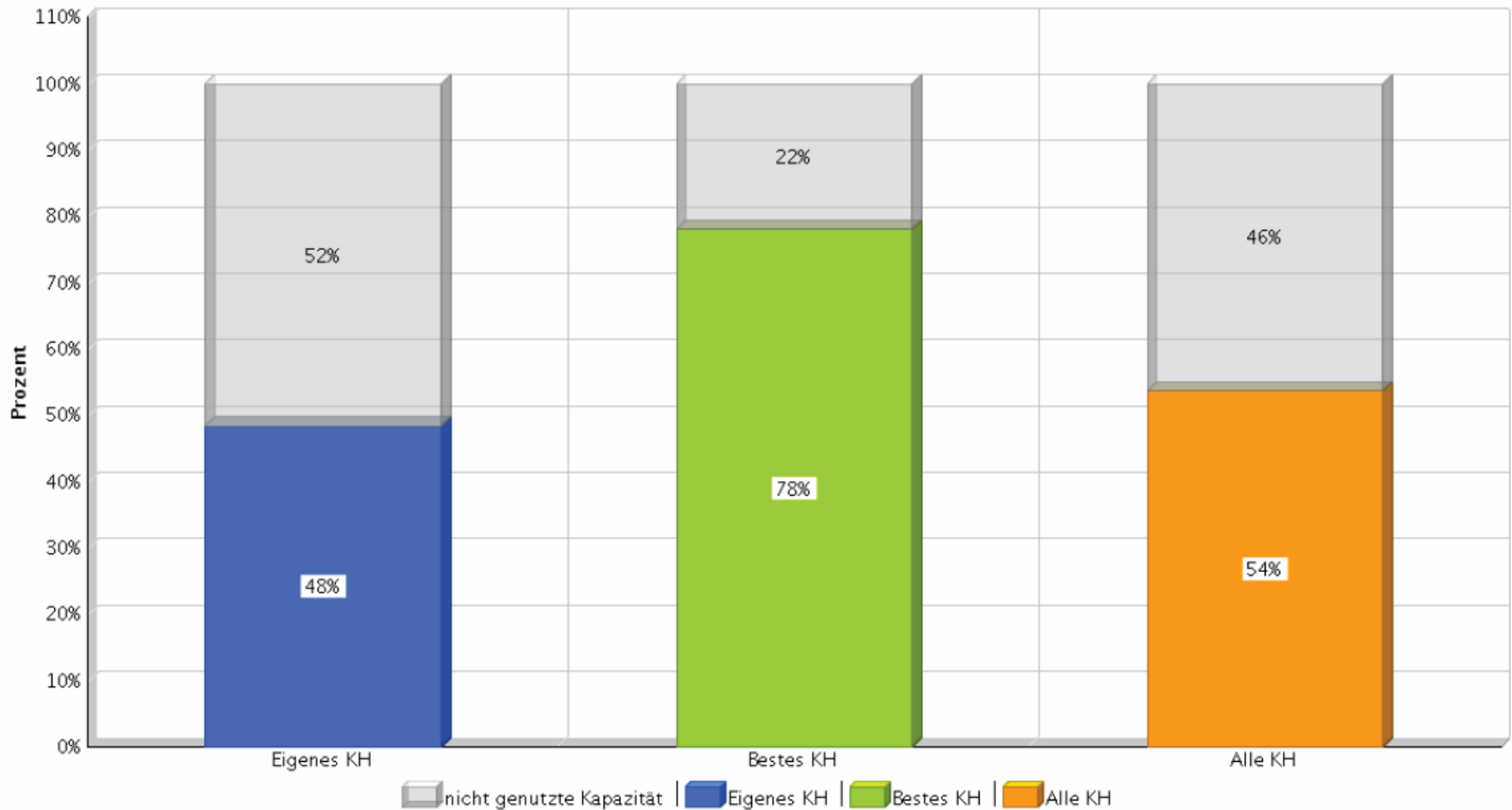
- Anmelden:** Fields for Benutzername and Passwort, with links for "Anmelden", "Passwort vergessen?", and "Jetzt registrieren".
- Kontakt:** digmed Datenmanagement im Gesundheitswesen GmbH, Flachsland 23, 22083 Hamburg, Deutschland. Fon: +49 40/226344300, Fax: +49 40/226344399, info@digmed.de, www.digmed.de.
- Kooperationspartner:** Logos for VOPM (Verband für OP-Management), BDC (Berufsverband Deutscher Anästhesisten), and BDC (Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V.).

Main Content Area:

- UNIVERSITÄTSKRANKENHÄUSER:** A grid of logos for various university hospitals, including Centre hospitalier universitaire vaudois, Medizinische Hochschule Hannover, Orthopädische Universitätsklinik Friedrichsheim gGmbH, HEINRICH HEINE UNIVERSITÄT DÜSSELDORF, Universitätsklinikum Halle (Saale), Universitätsklinikum Leipzig, UNIVERSITÄTSMEDIZIN GÖTTINGEN, UMG, Universitätsmedizin GRIFFWALD, Universitätsspital Basel, Universitätsklinikum Würzburg, universitäts klinikum bonn, Universitätsklinikum Erlangen, UniversitätsSpital Zürich, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Bergmannsheil UK RUB, and Charité Universitätsmedizin Berlin.
- MAXIMALVERSORGER:** A grid of logos for maximal providers, including BG Klinik, Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Trier, Klinikum Frankfurt Höchst, Evangelisches KRANKENHAUS Bielefeld, Klinikum Fulda, BG Klinik, Evangelisches und Johanniter Klinikum Niederrhein, IHR klinikum OSNABRÜCK, MKK, KLINIKUM LEVERKUSEN, Schwarzwald-Baar Klinikum, Evangelisches Krankenhaus der Philipps-Universität Marburg, Kliniken der Stadt Köln gGmbH, Klinikum Lüdenscheld, Klinikum Bremerhaven, klinikumbielefeld, and Klinikum Stuttgart.
- SCHWERPUNKTVERSORGER:** A grid of logos for focus providers, including BGU Murnau.

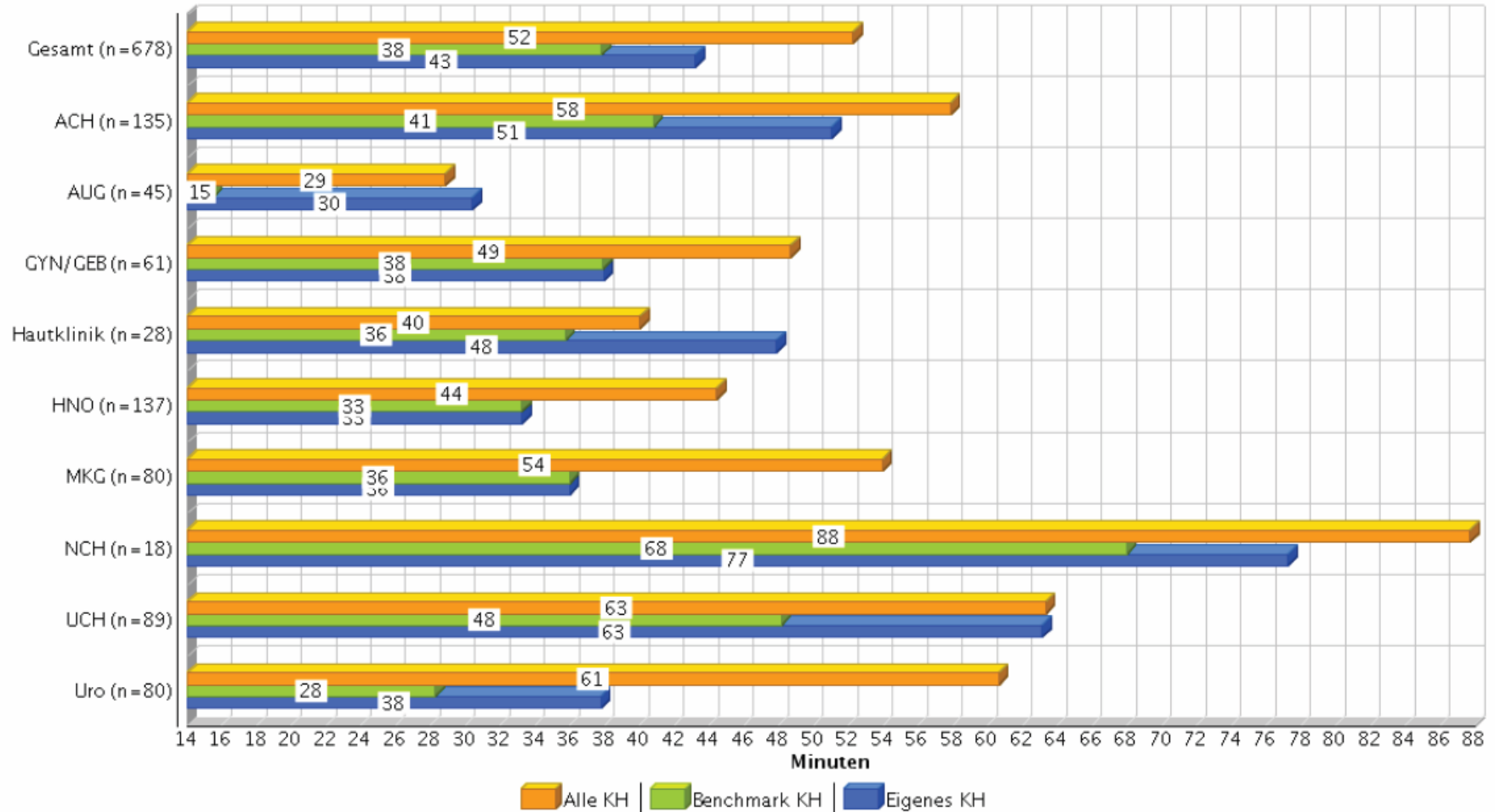
Benchmark Saal-Auslastung (Muster !!)

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



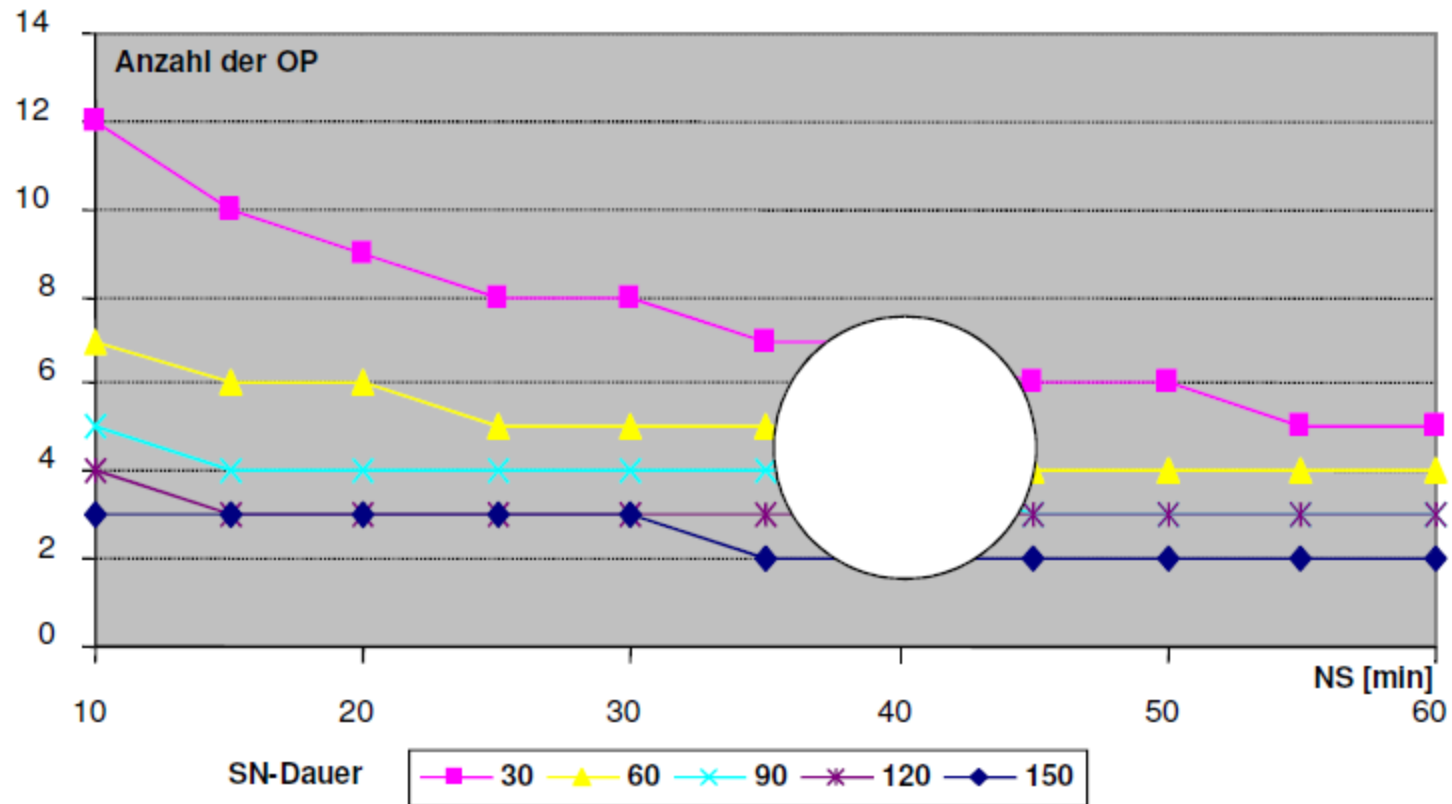
Benchmark Wechselzeit (Muster !!)

Mittelwert Naht-Schnitt-Zeit [min]





Optimierte Anästhesie

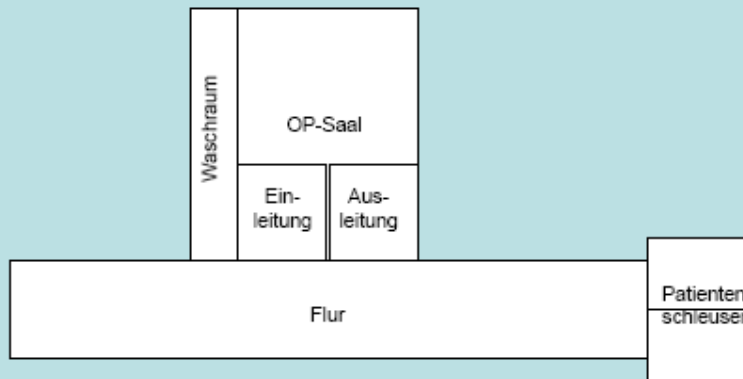


Prof. Dr. Dr. H. J. Bender

Dienstleistungszentrum OP Universitätsklinikum Mannheim gGmbH

Entwicklungsschritte der baulichen OP-Gestaltung: Dritte Entwicklungsstufe

Schematische Darstellung:



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

Merkmale:

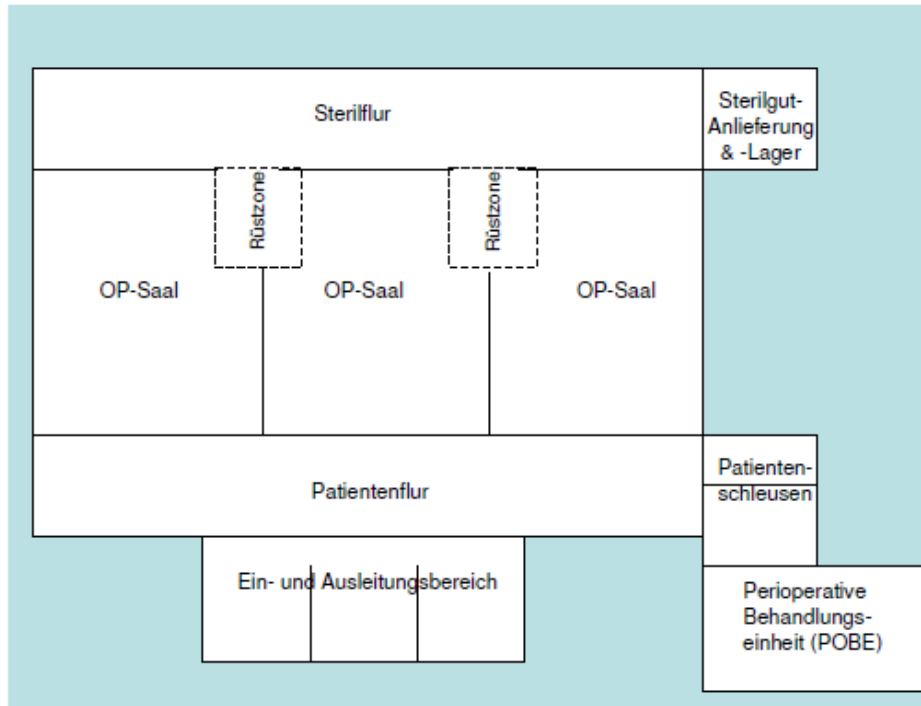
- Getrennte Ein- und Ausleitung mit gerätetechnischer Ausstattung
- Sonstige Merkmale wie zweite Stufe

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:

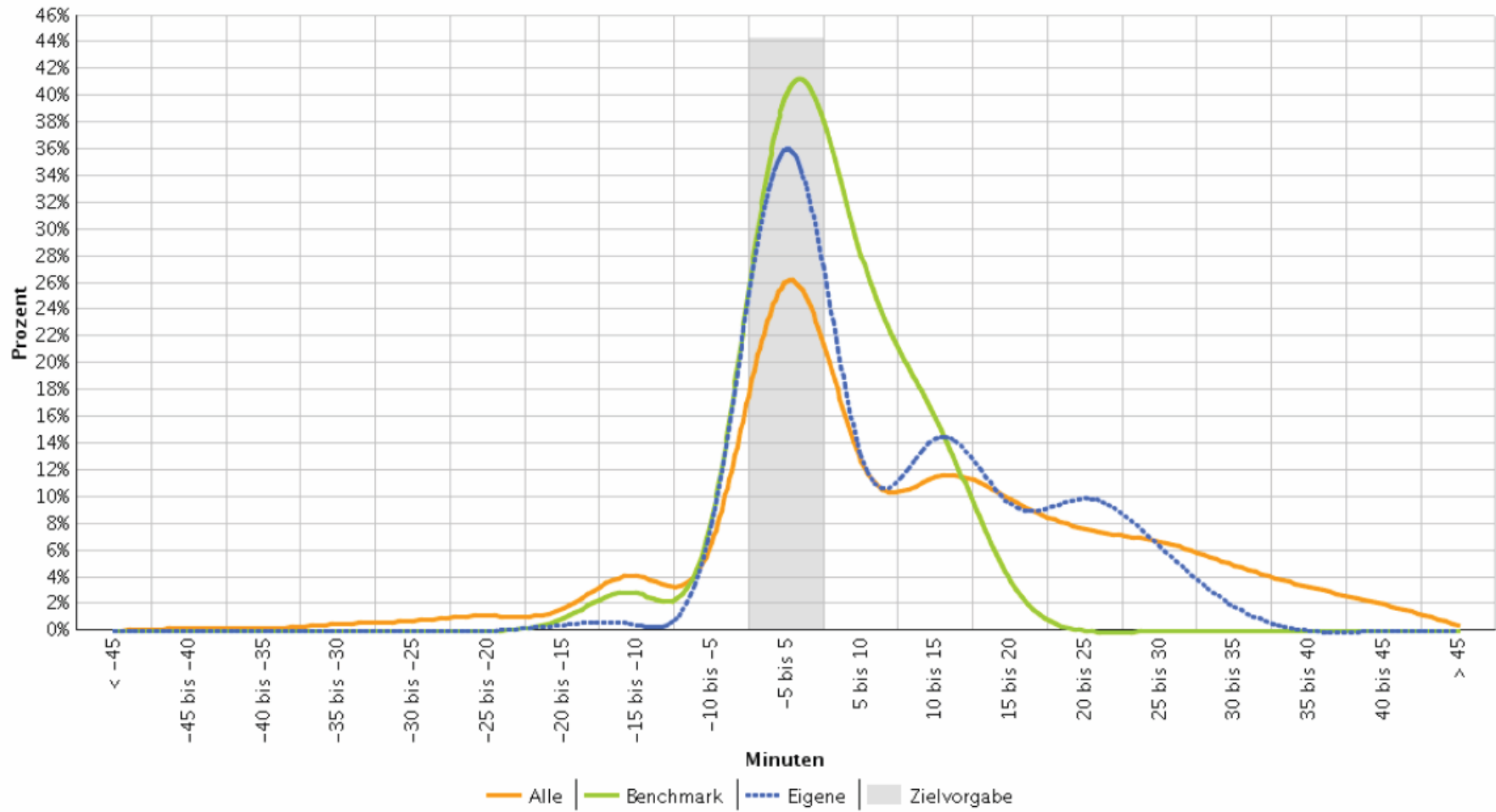
- Perioperative Behandlungseinheit (POBE)
- Sterilflur mit Rüstzonen unter Laminar Airflow
- Zentraler Ein- & Ausleitungsbereich

Konsequenzen:

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

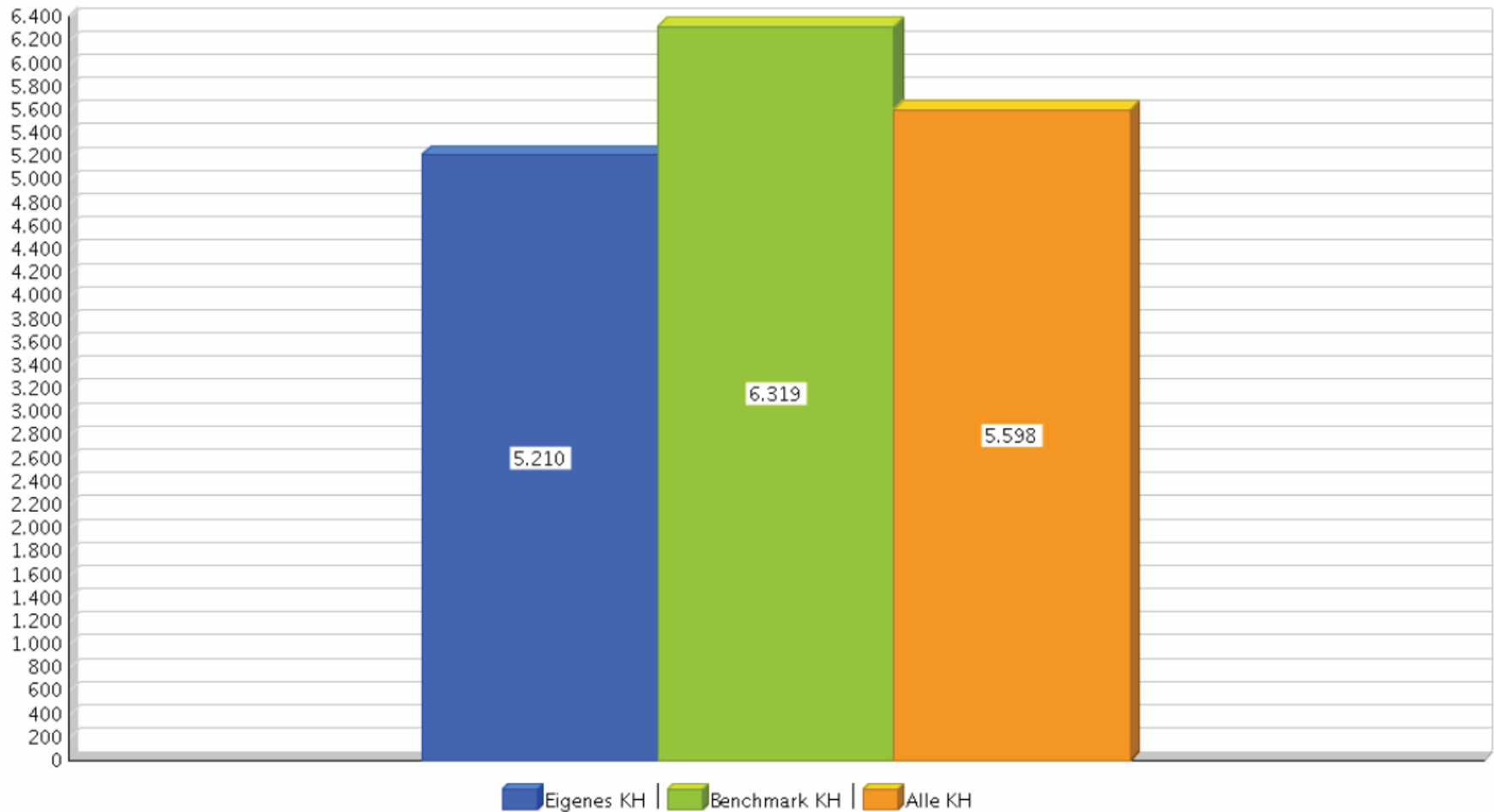
Benchmark „Morgendlicher Beginn“

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 [€]

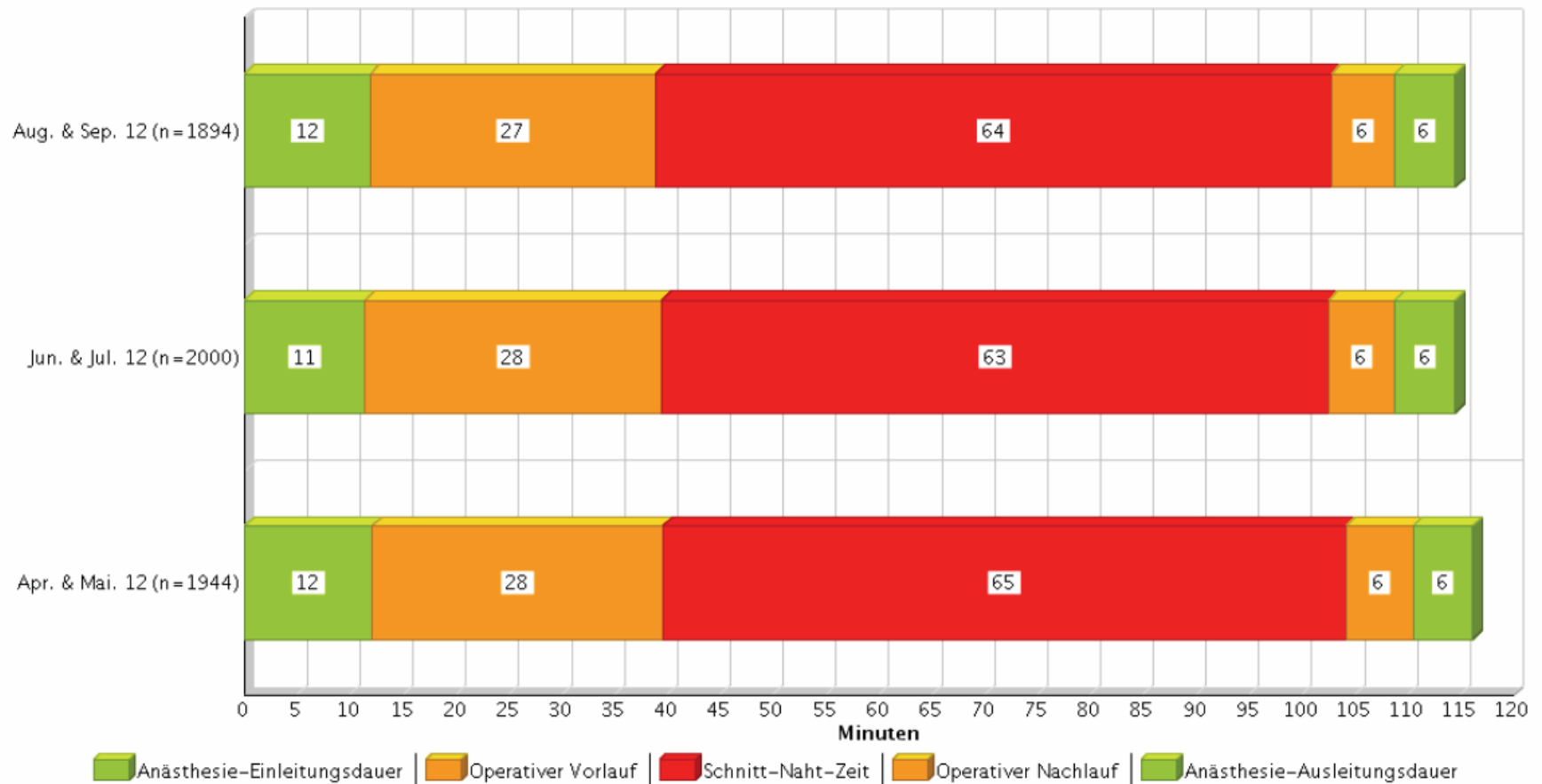


„Wie viele Schnitt-Naht-Minuten sind in einer Pauschale enthalten?“

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
2 Intensivstation	149,57	340,75	4,65	48,07		58,08	61,05	167,01	829,20
3 Dialyseabteilung									-
4 OP-Bereich	508,27		370,44	18,05	12,99	502,49	204,04	290,99	1.907,27
5 Anaesthesie	336,88		216,25	21,93		75,02	45,43	87,99	783,50
6 Kreißsaal									-
7 Kard. Diagn./Therapie	0,67		0,77	0,06	0,63	1,06	0,23	0,52	3,94
8 Endosk. Diagn./Therapie	28,59		28,81	1,12	0,11	18,00	12,86	19,63	109,48
9 Radiologie	43,16		50,12	0,79	0,03	47,22	20,44	33,52	195,88
10 Labor	29,11		98,23	48,54		162,72	14,68	47,40	390,68
11 Übrige diagn./therap. Bereiche	43,10	5,08	97,33	1,49	0,00	17,55	11,33	46,50	221,47
TOTAL	1.643,98	1.279,36	910,32	231,89	13,79	991,16	626,10	1.514,21	7.210,81
= 587 € / 6,22 € = ~95 Schnitt-Naht-Minuten									
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

Verteilung der Prozesszeiten

Durchschnittliche Dauer der operativen Prozessschritte





Optimierte Operateure

➤ ***Bisher:***

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

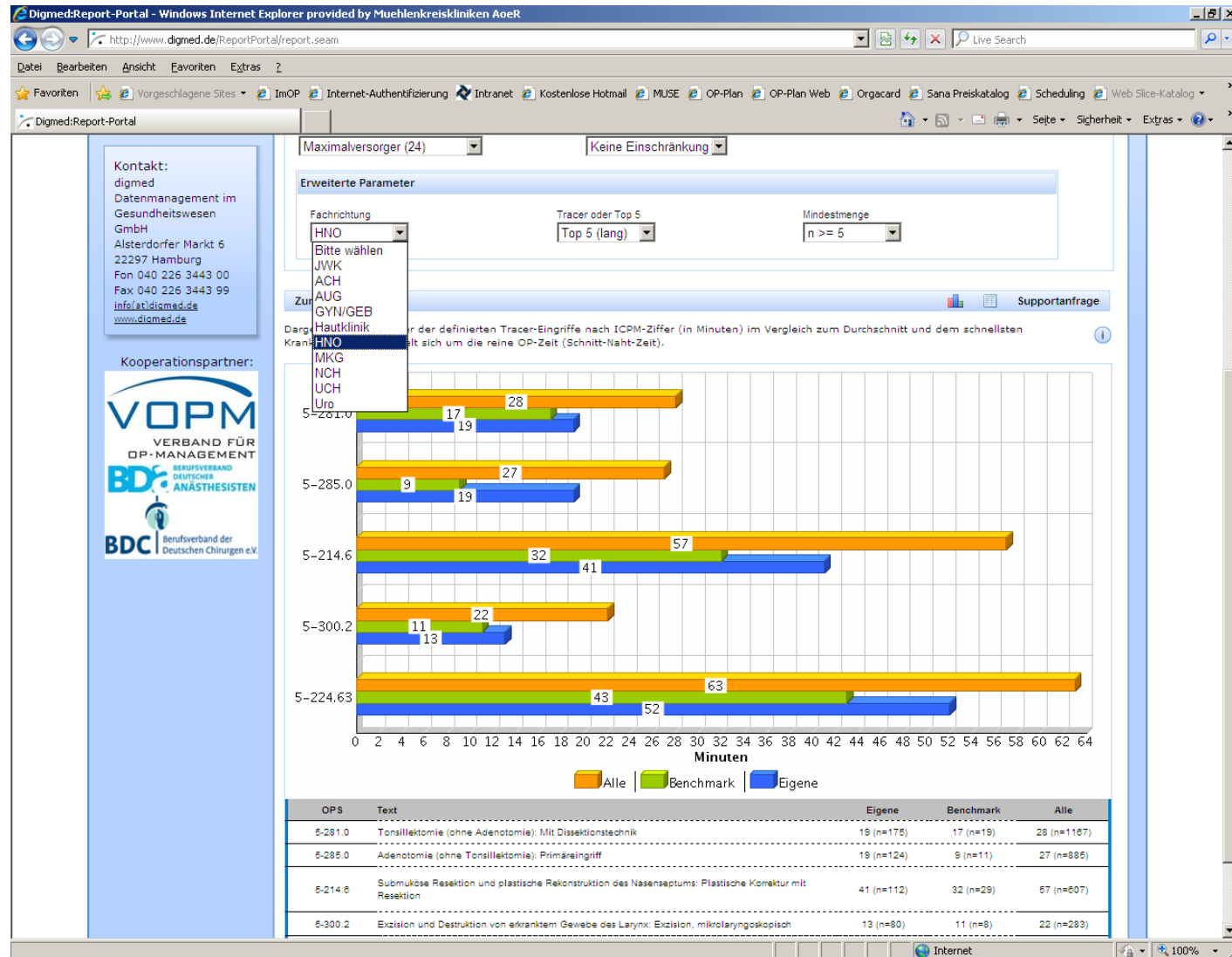
- Eine Reduzierung der Wechselzeiten um 10% ergibt (in Mannheim) eine Steigerung der OP-Anzahl von **1,4 %!**

➤ ***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



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)

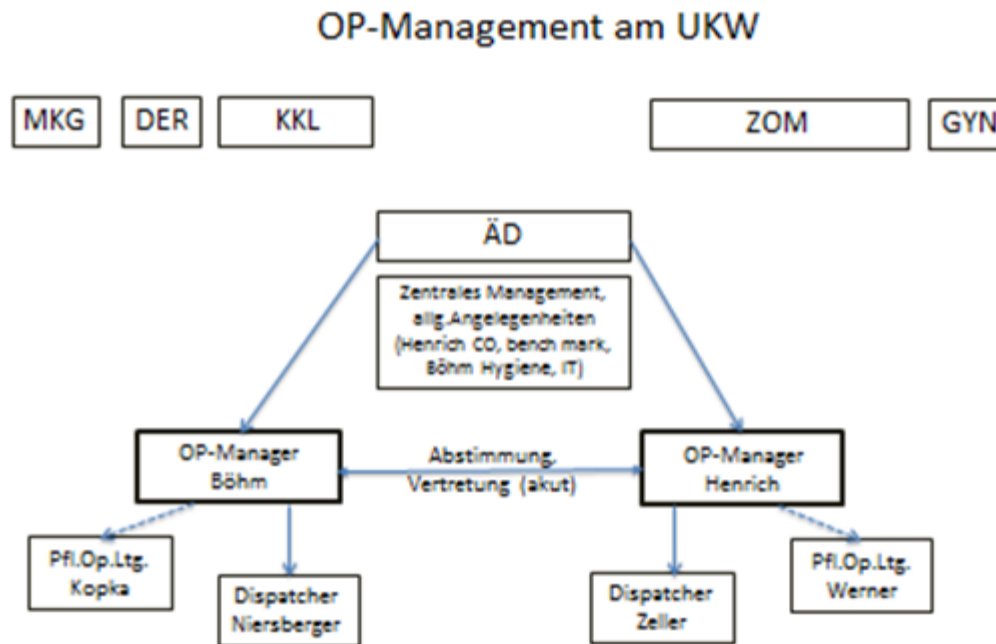


OP Management im UKW / Standort Dermatologie



- 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)

OP Management im UKW / Organigramm Zentral-OP ZOM





OP-Management

OP-Statut Zentral-OP ZOM

Version 1.3 vom 24.02.2012

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

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. Unterstellung des gesamten Funktionspersonals OP und AN)

- Transparenz erfordert Vertrauen in die und Entscheidungskompetenz der regulierenden / veröffentlichenden Organe
- Wer würde denn aus Eigeninitiative seine Daten veröffentlichen ?

- Permanente Anzeige im OP-Bereich

Stand: 22.10.2014 14:03:22			
Überstd. am 31.10.13: AU 36,6 HN 52,1 NC 20,1 - Anw. am 22.10.14: AU 12/1 HN 11/0 NC 9/0			
AU-OP1- 1.Beginn chir. Massnahmen: 08:10	AU-OP3- 1.Beginn chir. Massnahmen: 08:23	HN-OP1- 1.Beginn chir. Massnahmen: 08:29	HN-OPE- 1.Beginn chir. Massnahmen: 07:49

- 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...				Turbe	Stal	
		9...			Gyn II										N.N.					Cystoskopie		V.a. Infiltration der Blase b...		+Cystogramm		??		
OP 14		08: 60	11:10	Ende PAS	024	Privat	elektiv								N.N.					Leistenherniotomie		Großer Leistenbruch rechts			LMA, TIVA, ASA...	Chef, Svistunov, Ru...	Stal	
		10: 60	12:40	Ende PAS	054		N24.i								N.N.					URS (Diagnostik), URS (mit St...	R	prävesikales Konkrement r...	SSL		LMA, Art. wach...	Chef, Vergho, Schw...	Stal	
		12: 45	14:20	Ende PAS	025		elektiv								N.N.					...transurethral	L	DJ links, Ileozökal Neoblas...	SSL		LMA, ASA II, Mal...	Chef, Vergho, Mark...	Stal	
		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...	Stal	
		14: 60	14:10	Beginn Eins	025		elektiv								N.N.					URS		prox. HL-KK links		Langer Bemerkungste	ITN, RSI, MS, AS...	Tailour, Ruocco, Me...	Stal	
		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...	Tailour, Fabian, Len...	Stal	
		12: 1...			024		elektiv								N.N.	4				Nierenfreilegung rechts		3 Nierenzyten rechts		laparoskopisch	ITN, ASA II, Mala...	Tailour, Mulfinger	Inte	
OP 01		08: 30	09:45	Ende PAS	025	Privat	elektiv								N.N.					Cysto in N., HR-Abstrich (KPI)...		Blasentleerungsstörung...			LMA, TIVA, ASA...	Chef, Haubold, Klein	Stal	
		09: 2...	09:45	Schnitt	054	024	elektiv								N.N.	4				Zystektomie/vordere Exentera...		Urothelka...			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			ASP, ggf Sedierung	Jakubietz, Ziegler C...	Ami	
		10: 60	12:50	Ende PAS	013		elektiv								N.N.					Ulnarverkürzungsosteotomie	R	Ulnarimpingement, Ulnaneu...	RL, HT		ASP, ASA I, Mala...	Hölscher-Doh, Maffe...	Stal	
		12: 1...	14:05	Ende Nach	46/UC...		elektiv								N.N.					Fasziektomie		Dupuytren 3-5 Grad IV re			ASP, ASA II, Mal...	Jakubietz, Erdmann...	Ami	
		14: 60	14:06	Beginn Vor	013		N27.i								N.N.					Debridement, Jet-lavage, Abst...	R	Zn. trimall, SG-fraktur und...	RL	Vorbereitung zur Arthr...	LMA, ASA III, Mal...	Ziegler D., Fehske...	Stal	
		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: 75	11:10	Ende PAS	014		N27.i								N.N.					ORIF, palmare Aptusrahmenpl...	R	dist. Radiusfraktur re	RL		ASP, falls ITN: TI...	Jordan, Eden, P.J. Di...	Stal	
		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. P.J. Diener	Stal	
		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. Ja...	Stal	
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...	Stal	
		11: 45	14:05	Ende PAS	013		N24.i								N.N.	2				perkutane Verschraubung		ScaphoidFx li	RL, Handtisch	Langer Bemerkungste	ASP, ASA II, Mal...	Jansen, Erdmann, P...	Stal	
		12: 60	14:24	20-30 min.	053		N00.L								N.N.	2				explorative Laparotomie		Polytrauma, intraabdomine...	RL			Rahden, Jurowich...	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...	Stal
		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...	Stal	
		11: 90	14:10	Ende PAS	40/Re...		N27.i								N.N.					Hickman RE VII		ALL-Rez.			ITN, ASA II, Mala...	Meyer, Sperling, Ho...	Stal	
		13: 1...	13:47	Schnitt	40/Ra...		elektiv								N.N.	1				Re-Lap, ggfs 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...	Stal	
		08: 45	11:45	Ende PAS	023		N12.i								N.N.					Wundrevision, Vac-Anlage		Infekt Nabel			ITN, RSI, ASA III...	Wierlemann, Haubn...	Stal	
		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...	Stal	
		11: 1...	14:24	Ende Nach	025	025	elektiv								N.N.					Umwandlung Magensleeve in...		Adipositas per magna			ITN, TIVA, DK, Z...	Wierlemann, Jurowi...	Stal	
		14: 60	12:42	Pat. hat Pr	052		N24.i								N.N.	6				Abdominelle Lavage		eitrige Peritonitis	RL		ITN, MS, DK, AR...	Wierlemann, Sevfr...	Inte	
		14: 9...			023		N06.i								N.N.					Explorativlaparoskopie, ggf. AE		Appendizitis	RL		ITN, RSI, ASA II...	??	Stal	
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	

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

[illegible]

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

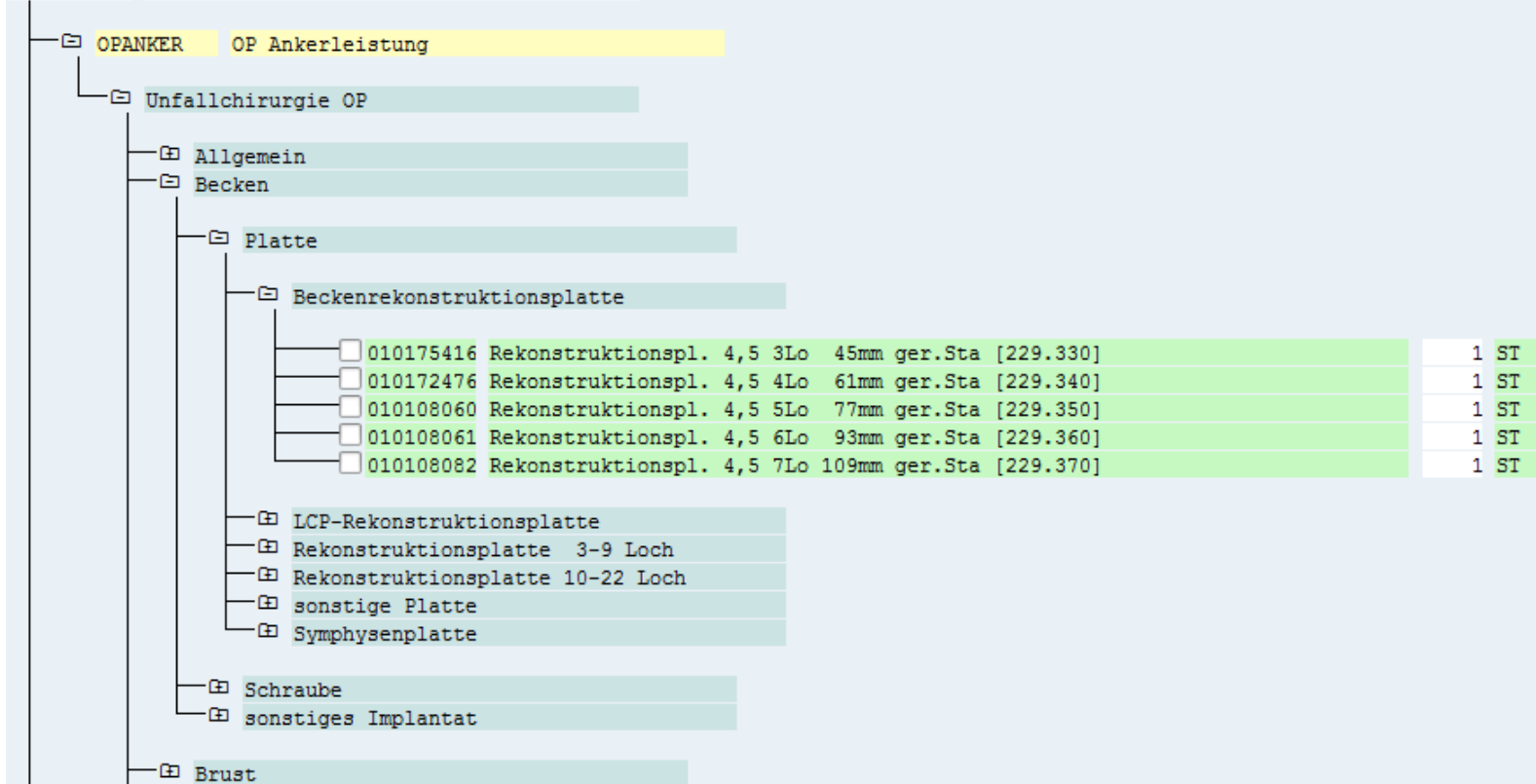
Phase II / Analysen + Prozessbeschreibungen

- Aufgrund der besagten lokalen und fachlichen Besonderheiten ist es erforderlich, in jeder Klinik eine Analyse des Ist-Zustandes der Abläufe zu erstellen. Von zentraler Bedeutung sind die Aufnahme / OP-Planung, das präoperative Umfeld (Prämedikation, Untersuchungen), Einhaltung des ‚ersten Punktes‘, erster Schnitt, überlappende Narkoseeinleitungen / Wechselzeiten, Requirierung aller verfügbaren Personalressourcen. Eine zeitweise aktiv mitwirkende Tätigkeit des OP-Managers in den Kliniken ist hierfür unabdinglich.
- Die Ergebnisse aus den in der Phase I und im Rahmen der Analyse erworbenen Erkenntnisse finden im mit den Kliniken zu erarbeitenden **OP-Statut** Eingang. Die notwendigen unterstützenden IT-Routinen werden in Zusammenarbeit mit dem SMI entwickelt.

Phase III / 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

00469421 Materialvorschlag



Material/Implantate ändern							Materialerfassung beenden	
Materialnr.	Bezeichnung	M...	A...	M...	S..	Freitext zum Material		
10114910	Kirschnerdr.Ø1,40x150mm m.3-Kants...	1	0	ST				
10144336	MEDARTIS HAND - Kort.schr. HD6 Ø2...	2	0	ST				
10144337	Kort.schr. HD6 Ø2,0x15mm Titan [A-...	1	0	ST				
10144338	MEDARTIS HAND - Kort.schr. HD6 Ø2...	1	0	ST				
10152308	Vblk.pl. 2,0/2,3 6(3x2) Git. trap.re [...]	1	0	ST				

Phase IV / Steuerung

- Erst nach Abschluss der 3 beschriebenen Phasen sind ausreichend Informationen verfügbar, um über **Steuerungsmassnahmen** zu diskutieren. Steuerungsvorschläge werden vom OP-Management erarbeitet und dem Vorstand vorgestellt.
- Beispiele: OP-Start am Morgen, Plan(in)stabilität

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	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

Planinstabilität (1.OP) vom 01.09.2014 bis 30.09.2014 (excl. Notfälle)										
										
Klinik	Σ	Anzahl PLAN	Σ	Anzahl IST	Σ	Anzahl PLAN ohne IST	Σ	Anzahl IST ohne PLAN	% PLAN ohne IST	
ACOP-G		17		15		4		4	24%	
ACOP-K		22		22		7		7	32%	
ACOP-V		70		71		8		7	11%	
HTOP		73		74		11		12	15%	
UCOP-P		20		20		3		3	15%	
UCOP-U		43		44		2		3	5%	
UROP		56		58		17		19	30%	
GYOP		56		60		8		12	14%	
NCOP-3		21		20		2		1	10%	
NCOP-R		41		43		2		4	5%	
HNOP		104		104		9		9	9%	
AUOP		58		60		23		25	40%	
MKOP		44		44		7		7	16%	
DEOP		88		88		24		24	27%	
■		713	■		723	■		127	■	137

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

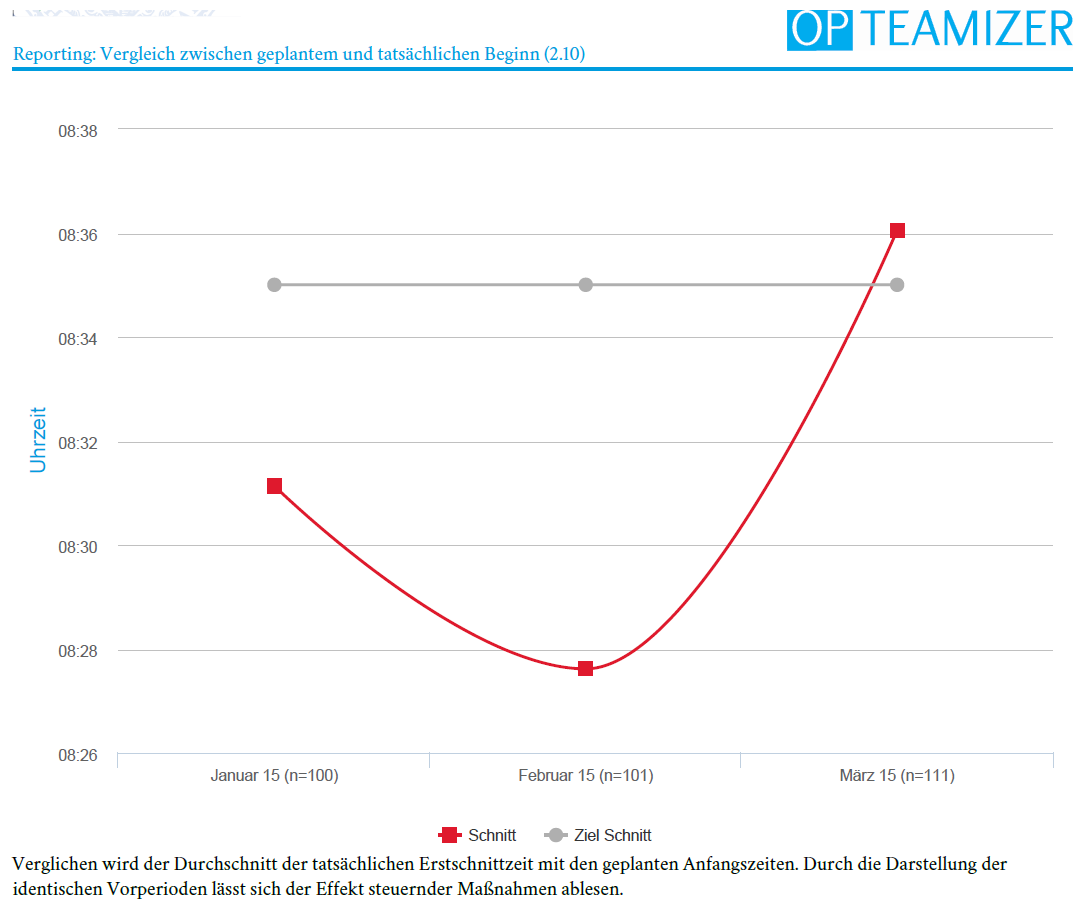
Wöchentlicher / monatlicher Report Planinstabilität alle

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)



Selbstverständnis



Prospektive



- 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

- 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

