

Brandherd IT

Durch fehlende IT-Strategien und Sparen am falschen Ende verbrennen Krankenhäuser Millionen Euro.



Medica

16. bis 19. November 2011

Regionalisierung

Länder mischen wieder mit

Porträt Gero Strauß

Der OP-Innovator

Das „Saalrecht“ des Chefarztes: eine uralte OP-Tradition, die manche Verzögerung verursacht.

VERSÄTUNGEN IM OP

Kostenkontrolle macht Chefarzten Beine

Zeitverzug im OP ist gang und gäbe. Doch wie lassen sich die Teams und vor allem die Chefarzte zu mehr Effizienz motivieren? Helfen können nur präzise Analysen und eine interne Leistungsverrechnung der OP-Kosten, wie Erfahrungen von Prozessexperten und der Charité zeigen.

Verzögerungen im OP gibt es oft schon morgens vor dem ersten Eingriff: Der Chirurg ist noch mit anderen Patienten beschäftigt. Die OP-Schwester muss dringend ein Implantat bestellen, nebenbei erfährt sie vom „Instrumentenstau“ im Steri und regelt, dass wenigstens die Siebe für die aktuell anstehenden Eingriffe pünktlich geliefert werden. Die Anästhesie-Schwester muss sich um die Blutkonserve kümmern, die nicht eingetroffen ist. Die Frauen vom Reinigungsdienst putzen gerade einen anderen Saal und können erst in zehn Minuten die verschüttete Lösung vom Boden aufwischen. So geht es den ganzen Tag weiter. Dazu kommen Notfälle oder unvorhergesehene Ereignisse bei elektiven Eingriffen, die einen Saal doppelt so lange blockieren wie geplant.

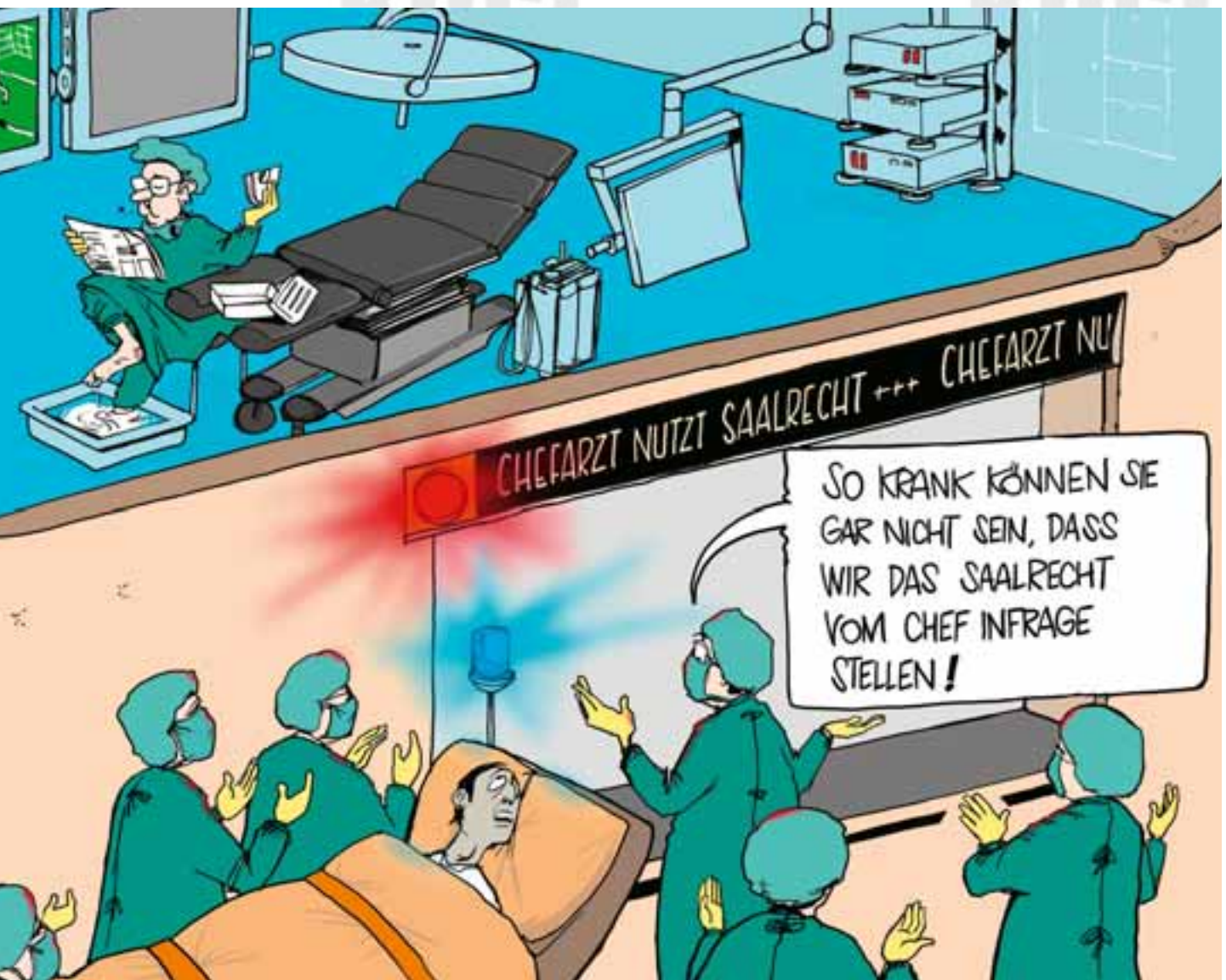
„Immer wieder stellen wir fest, dass es schon bei der ersten OP am pünktlichen Beginn hapert“, stellt Dagmar Ackermann fest, die als Professorin der Niederrheinischen Hochschule auch Krankenhäuser berät. Zu Beginn eines Optimierungsprozesses erfasst sie deshalb erst einmal die unterschiedlichen Zeitfresser: „Unsere Studenten messen alle Abläufe im OP mit der Stoppuhr, schreiben akribisch auf, was dauert wie lange und welche Ereignisse führen zu Verzögerungen. Wir unterscheiden zwischen Ereignissen, die vermeidbar sind und solchen, die nicht vermieden werden können; genauso zwischen Prozessen, die wertschöpfend sind und solchen, die es nicht sind.“ Die Analyse beginnt zu dem Zeitpunkt, an dem ein Patient für eine OP bestellt wird: Wann war der Anruf auf der Station? Wie lange dauert es, bis der Patient zum OP

gebracht wird, wie viel Zeit geht vor dem Aufzug und vor der Schleuse verloren? Fehlen noch Unterlagen, die von der Station geholt werden müssen? Sind die Vorbereitungen im OP wirklich effizient? Auch externe Faktoren, die den OP-Ablauf beeinflussen, bezieht Ackermann in die Analyse ein.

Störungen einplanen

Der Wirtschaftsingenieur Tomas Pfänder von der Unity AG wählt dagegen einen eher mathematischen Ansatz, er nimmt sich die Eckdaten vor, bevor er in die Praxis eintaucht. Zunächst erstellt er aus den OP-Ablaufdaten eines ganzen Jahres ein Simulationsmodell. Von diesem Modell leitet er Regeln ab und ändert einzelne Parameter, um Arbeitsabläufe zu optimieren. Anschließend quantifiziert er die Wahrscheinlichkeit und Häufigkeit von





Störfällen und -faktoren. So lässt sich errechnen, wie wahrscheinlich ein Notfall eintritt oder etwa aus einer geplanten laparoskopischen Appendektomie eine zeitaufwendige Tumorchirurgie wird. Das mathematische Ergebnis gibt den Puffer vor, der dann im täglichen OP-Plan als Zeit für Notfälle kalkuliert wird. Der Berater sieht in dieser Methode eine hohe Effizienz: „Je mehr Störungen wir gezielt einplanen, umso geringer werden die Auswirkungen auf das Gesamtsystem OP. Und diese Planungsstabilität schafft Handlungsflexibilität.“

Einfach nur Kosten einsparen, ohne die Folgen zu kennen, sei kontraproduktiv, meint Pfänder und macht dies durch ein Beispiel aus seinem Berateralltag deutlich: Der Geschäftsführer einer Klinik kündigte auf Anraten des

Mehr EDV wäre ein erster Schritt

Das Abmontieren der althergebrachten OP-Tafel würde allen Mitarbeitern eindeutig signalisieren: Es ist endgültig Schluss mit dem alten Schlendrian. Etwa 40 Prozent der Krankenhäuser organisieren heute noch ihr komplettes OP-Programm auf diese antiquierte Art und Weise: Jeder schreibt hier etwas hin, wischt etwas weg oder schiebt Namen und Termine hin und her. Ein EDV-gestützter OP-Plan wäre ein erster Schritt hin zu einer zeitgemäßen Organisationsstruktur.

Controllings mehreren Reinigungskräften aus dem OP und sparte die Personalkosten ein. Die anschließende Analyse ergab, dass das ein teures Unterfangen war. Permanent waren Säle

blockiert, die Teams mussten warten, bis der Reinigungsdienst kam, um zwischen zwei Eingriffen den Saal zu putzen. Die Folge waren weniger Operationen, das so entstandene Defizit überstieg die eingesparten Personalkosten deutlich. Schätzungsweise in der Hälfte aller Deutschen Krankenhäuser steckt Potenzial für ein besseres OP-Management, meint Pfänder. Die Reorganisation lohne sich: „Optimierte Prozesse brachten den von uns beratenen Kliniken jeweils etwa eine Million Euro in diesem Jahr ein.“

Kostenträgerrechnung sollte Standard werden

Doch wie bei jedem Prozessthema gilt auch in diesem Fall: Der Erfolg hängt von den Mitarbeitern ab, sie müssen die Veränderung umsetzen. Entscheider wie Chefärzte und Klinikdirektoren

entwickeln aber nur dann Kostenbewusstsein, wenn eine verschwenderische Wirtschaftsweise zu Lasten des eigenen Budgets geht. Deshalb empfiehlt Dagmar Ackermann bei OP-Leistungen eine interne Leistungsverrechnung, bei der die einzelnen Ausgabenposten sachgerecht den verursachenden Disziplinen zugewiesen werden. Benchmarking und Daten des Instituts für Entgeltsystem im Krankenhaus (Inek) liefern die notwendigen Vergleichsgrößen. Mit einem vereinbarten Budget plant, kalkuliert und bucht der Klinikdirektor die Ressourcen, die für seine Operationen notwendig sind. Das Klinikmanagement vereinbart mit ihm den Material- und Personaleinsatz nach eindeutigen Regeln zu einem festen Zeitpunkt. Und dann gilt: Was gebucht ist, muss auch bezahlt beziehungsweise verrechnet werden – egal, ob der OP-Saal dann für die veranschlagten acht Stunden benötigt wird oder die zwei eingeplanten OP-Schwestern tatsächlich für drei Stunden gebraucht werden. Nutzt ein Chefarzt mehr als die gebuchten Ressourcen, muss er diese, meist mit einem Aufschlag, begleichen. Er kann sie nicht mit einem ungenutzten OP-Saal vom Vortag verrechnen. Hinter der internen Leistungsverrechnung steht die Kostenträgerrechnung, die in deutschen Krankenhäusern, laut

Notfälle richtig klassifizieren

Notfälle sind in manchen Kliniken die Regel, in anderen Häusern dagegen nur selten. Das ist kein Zufall: Je häufiger „Feuerwehreinsätze“ auftreten, desto schlechter ist die Organisationsstruktur. Darunter leidet das Budget, aber auch das Betriebsklima. Denn Mitarbeiter registrieren „Mogelpackungen“ sehr wohl: Wenn nämlich deklarierte Notfälle eigentlich nur das Resultat schlechter Planung sind. Solche negativen Effekte lassen sich mit einer klar definierten Notfallklassifikation vermeiden. Eine Möglichkeit ist etwa ein Stufensystem von null bis drei, plus dringlich:

- Stufe Null heißt: Es ist solche Eile geboten, dass der Patient an dem Ort operiert werden muss, an dem er sich gerade befindet – sei es die Intensivstation oder die Notaufnahme. Bei dieser Stufe muss er innerhalb einer Stunde auf einem OP-Tisch liegen, der gerade frei ist.
- Stufe Zwei: Innerhalb von sechs Stunden hat ein Saal der zuständigen Fachrichtung bereitzustehen.
- Stufe Drei: Es ist ein Planungskorridor von sechs bis zwölf Stunden erlaubt, um den geeigneten OP samt Team zu organisieren. Wird der erforderliche Eingriff als dringlich deklariert, kann er innerhalb von zwölf bis 24 Stunden in das folgende Tagesprogramm aufgenommen werden.

Als weitere Lösung beschreibt Ralf Wienströer, OP-Manager vom Klinikum Bielefeld, Notfallkategorien mit exemplarischen Indikationen. Sie sollen Bestandteil eines OP-Statuts sein und klar regeln, welche Diagnose in welche Dringlichkeitsstufe eingeordnet wird. Auch das schafft Klarheit und Transparenz für alle Beteiligten.



Berater Tomas Pfänder: „Durch optimierte OP-Prozesse spart ein Krankenhaus rund eine Million Euro im Jahr.“



Hedwig François-Kettner: „In der Charité wissen die Chefarzte, wie teuer es ist, wenn sie beispielsweise ein Team warten lassen.“

Ackermann von der Niederrheinischen Hochschule, immer noch selten zur Anwendung kommt. Nur etwa 220 Kliniken arbeiten mit der Kostenträgerrechnung und liefern als sogenannte Kalkulationshäuser ihre Daten weiter an das Inek. Viele der übrigen Kliniken, nämlich mehr als die Hälfte der 1.800 Einrichtungen, verfügen nicht über dieses Instrument und können diese Steuerungsmöglichkeit somit auch gar nicht nutzen.

Strenges OP-Statut in der Charité

Die Charité hat mit dieser internen Leistungsverrechnung seit mehreren Jahren Verzögerungen wesentlich verbessert. Hedwig François-Kettner, Pflegedirektorin an der Berliner Universitätsklinik, hat eine einfache Begründung dafür: „Unseren Chefarzten liegt die monatliche Bilanz aus der internen Leistungsverrechnung vor. Sie wissen, wie teuer es ist, wenn sie einen Saal überziehen, außerhalb der Regelarbeitszeit das elektive Programm abarbeiten oder was es sie kostet, wenn sie ein ganzes Team warten lassen.“ Dabei hilft die Geschäftsordnung für den OP, die die Abläufe regelt. Auch an den Schnittstellen sind die Aufgaben klar verteilt, und es entstehen weniger Reibungsverluste. Zurzeit wird die Geschäftsordnung, auch Statut genannt, überarbeitet. Auch Dagmar Ackermann hält es für wichtig, dass die Mitarbeiter dieses Statut stetig weiterentwickeln. „Wenn Mitarbeiter aktiv die Abläufe steuern und beim Beheben von Störungen mitwirken, dann können sie das als eigenen Erfolg verbuchen. So kann ein Statut zugleich ein Motivationsstimulator sein“, sagt Ackermann. ■

Monika Hiltensperger

Mehr Infos:

 **Jörg Ansorg: OP-Management**

Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2009