

OP-Management im Krankenhaus der Grundversorgung*

– Erfahrungsbericht aus dem Franz-Hospital Dülmen –

Operating room management in a general hospital: Shared experiences at the Franz Hospital in Dülmen (Germany)

M. Holtel und M. Hessel

OP-Management, Franz-Hospital Dülmen, Christophorus-Kliniken GmbH Coesfeld (Leitung: Dr. M. Holtel)

► **Zusammenfassung:** Das OP-Management in einem Krankenhaus der Grundversorgung unterscheidet sich vielfach von den Lösungen in einer großen Klinik. In einem überschaubaren Umfeld kann das OP-Management als zentrale Instanz mit weitgehenden Kompetenzen installiert werden. Es kann die zentrale Planung des OP-Programms übernehmen und dabei die Optimierung des Gesamtsystems verfolgen. Es nimmt übergreifende Aufgaben wahr, die sonst der Verantwortungsdiffusion unterliegen. Die Wege der Prozessoptimierung unterscheiden sich dabei von den Lösungen großer OP-Abteilungen. Der Beitrag dokumentiert die Einführung und Aspekte des OP-Managements in einem Krankenhaus der Grundversorgung am Fallbeispiel des Franz-Hospitals Dülmen.

► **Schlüsselwörter:** OP-Management - Externe Operateure - Krankenhaus der Grundversorgung - Change Management - Zentrale Steuerung - Perioperativer Dienst.

► **Summary:** Operating room (OR) management in general hospitals frequently requires different solutions than those applied in large hospitals. In small hospitals, OR management can be set up as a central authority with extensive powers. It can take responsibility for central OR schedule planning while supervising the optimization of the overall system. The OR management staff can then perform general tasks that are normally subject to a division of authority. Process optimization pathways at small hospitals differ from those of hospitals with large surgery departments. This paper documents the various aspects of scheduled OR management as well as the experience shared at the Franz Hospital in Dülmen (Germany).

► **Keywords:** Operating Room (OR) Management – Surgical Consultants – Change Management – Central Controlling – Perioperative Services.

Einleitung

Die Operationsabteilung jeder Klinik ist betriebswirtschaftlich schwieriges Terrain, sie „fokussiert alle tradierten und aktuellen Probleme“ der Krankenhäuser [15]. Daher erwägen viele Häuser die Einführung eines OP-Managements oder haben es bereits installiert [7]. An keinem anderen Arbeitsplatz im Krankenhaus trifft eine solche Vielfalt an Berufsgruppen und Abteilungen aufeinander. Der OP ist mit seinen aufwändigen, hoch spezialisierten und teuren Leistungen ein Cost-driver im Budget der Klinik. Gleichzeitig ist der OP schon seit über 100 Jahren das Prestigeobjekt eines Krankenhauses. Die Möglichkeit zu größeren operativen Eingriffen begründete im 19. Jahrhundert den Ruhm der Klinik, und der OP etablierte sich als Symbol moderner Medizin [11].

OP-Organisation

In vielen Fällen stammt auch die interne Organisation der Operationsabteilung noch aus dieser ruhmreichen Zeit: Jeder operative Chefarzt belegt eine bestimmte Zahl von Sälen an festgelegten Wochentagen [12]. Diese, auch als Hausrecht empfundene, freie Verfügbarkeit ist zudem emotional aufgeladen als Ausdruck ärztlicher Unabhängigkeit gegenüber ökonomischen Zwängen und gegenüber der Einmischung nichtärztlicher Entscheider. Ob die belegten Zeiten genutzt werden und wie effizient dies geschieht, ist mehr oder minder ins Belieben der Operateure gestellt. So ist es die wichtigste Aufgabe bei der Einführung eines effektiven OP-Managements, anachronistische Strukturen zu überwinden und trotzdem Akzeptanz bei allen Beteiligten zu finden.

Das aktuelle Interesse am Thema OP-Management zeigt sich an der zunehmenden Zahl von Veröffentlichungen. Diese beschreiben jedoch meist Lösungen für große Einheiten [6,9]. Allein die in manchen

* Rechte vorbehalten

► Beiträgen vorgeschlagene „Holding area“ [8] umfasst bereits die gesamte Kapazität einer kleinen OP-Abteilung.

Diese Konzepte können daher nicht die Konzepte kleinerer Kliniken sein. Dennoch gilt es auch dort, Prozesse zu optimieren und Einsparpotentiale aufzuspüren. In ihrer inneren Organisation haben diese Häuser andere Probleme zu bewältigen, und sie finden andere Lösungen als große Institutionen.

Franz-Hospital Dülmen

Mit der Einführung von Qualitätsmanagement fiel 2003 im Franz-Hospital Dülmen die Entscheidung, die Gesamtverantwortung für den OP an einen OP-Manager zu übergeben. Die Klinik betreibt eine OP-Abteilung mit drei Operationssälen, zum damaligen Zeitpunkt genutzt von den Hauptabteilungen Chirurgie und Gynäkologie/Geburtshilfe, der Belegabteilung HNO sowie weiteren externen Operateuren. Am Fallbeispiel dieses Krankenhauses der Grundversorgung beschreiben wir die Einführung und die Routine des OP-Managements.

Kliniken der Grundversorgung

Trotz der bereits angelaufenen Welle von Fusionen und Krankenhausschließungen führen noch immer 70% der Kliniken weniger als 300 Betten (Zahlen 2004 [17]). Diese Häuser der Grundversorgung rechnen immerhin 35% aller Pflgetage ab, sind also auch in ihrer volkswirtschaftlichen Bedeutung nicht geringzuschätzen. Das OP-Management muss in der Struktur, der personellen Besetzung und der Zuweisung von Kompetenzen den Verhältnissen eines solchen Hauses entsprechen.

Effektive Strukturen

Das Management von bis zu vier Sälen erfordert einen geringeren zeitlichen Aufwand als das großer Einrichtungen. Das verfügbare Kontingent an Stunden für Management ist aber auch entsprechend kleiner. Eine kleine OP-Abteilung versorgt weniger Patienten, es arbeiten dort weniger operative Hauptabteilungen, die Strukturen sind übersichtlicher. Viele Abläufe sind besser planbar als bei Maximalversorgern.

Auch eine hohe Facharztquote und ein sehr routinisiertes Arbeiten ist Merkmal kleiner Krankenhäuser. Denn mit Sicherstellung des fachärztlichen Bereitschaftsdienstes ist in manchen Abteilungen die benötigte Zahl an Ärzten schon erreicht, Weiterbildungsassistenten werden in geringerem Maße eingesetzt. Unter den verschärften Auflagen des Arbeitszeitgesetzes wird sich dieser Effekt in Zukunft noch häufiger einstellen.

Andererseits muss ein kleineres Team bei Änderungen des OP-Plans und Notfällen sehr flexibel reagieren können, weil durch einzelne aufwändige Patienten überproportional stark Ressourcen gebunden und aus der Routine abgezogen werden. Außerdem arbeitet in den Kliniken der Grundversorgung eine große Zahl von Belegärzten und niedergelassenen Operateuren. Dies führt oft zu kurzen OP-Programmen mit hohem Anteil an kleinen Eingriffen. Die Arbeit im OP muss mit der Praxisorganisation abgestimmt werden.

Die oft beschriebenen, unkontrolliert ausufernden OP-Pläne großer Kliniken gibt es vielfach nicht. Dagegen ist es wichtig, die vorhandenen OP-Kapazitäten geschickt einzusetzen und z.B. kleine OP-Programme mehrerer Operateure so zu kombinieren, dass die Planungssicherheit für alle Beteiligten gewährleistet ist und gleichzeitig die Personal- und Sachressourcen der Abteilung optimal genutzt werden. Dies erfordert vor allem eine Umverteilung althergebrachter OP-Zeiten, z.T. gegen den Widerstand der Operateure.

OP-Management als zentrale Instanz

Bisherige Veröffentlichungen zum OP-Management beschäftigen sich vor allem mit der Einführung einer „OP-Geschäftsordnung“ oder einer innerbetrieblichen Leistungsverrechnung. Diese versuchen, die ökonomischen Anreize für die Planer der operativen Abteilungen so zu setzen, dass der Gesamtprozess im OP optimiert wird. Die Entscheidungen der Routineabläufe verbleiben jedoch dezentral in den Abteilungen. In manchen Fällen mag dies seinen Grund darin haben, dass es nicht opportun ist, die Autonomie der operativen Abteilungen anzutasten. Bei einem zu komplexen Gesamtsystem mag die dezentrale Steuerung aber auch die effektivste Alternative darstellen.

Ein Krankenhaus der Grundversorgung stellt dagegen insgesamt eine überschaubare Einheit dar und kann sein OP-Management anders positionieren. Über die übliche Koordinierungsfunktion hinaus können beim OP-Management alle Ressourcen „gepoolt“ werden, um sie in den Gesamtprozess zu integrieren.

Position und Kompetenzen

Gerade in einer kleinen OP-Abteilung sollte das OP-Management als zentrale Instanz fungieren. Alle

Befragt, wie seine erste Weisung lauten werde, würde er Herrscher des Reichs der Mitte, soll Konfuzius geantwortet haben: „... die Bezeichnungen und Überschriften prüfen“.

► Prozesse sollten dort gebündelt sein, um sie klar und einheitlich zu strukturieren [1]. Das OP-Management im Franz-Hospital Dülmen hat in dieser Position Anfang 2004 die Arbeit aufgenommen. Die Bezeichnung „OP-Manager“ statt „OP-Koordinator“ konnotiert dabei eine starke Position mit Entscheidungskompetenzen statt einer Instanz, die nur vermittelnde Funktion wahrnimmt.

Das OP-Management hat die Entscheidungshoheit über alle OP-Kapazitäten, und die Aufgabe ist an eine Person delegiert. Eine Organisation nach dem System „Runder Tisch“, bei dem eine Versammlung der beteiligten Gruppen auf die Suche nach Konsens geht, ist langsam und ineffektiv. Schnelle und unbürokratische Entscheidungen sind notwendig, z.B. beim Mischen von OP-Programmen interner und externer Operateure. Dies ist nur gewährleistet, wenn Einzelentscheidungen nicht abhängig sind von Zusagen der diversen Beteiligten. Ein „Hausrecht“ übender Operateur blockiert effektive Prozesse.

Positive Effekte

Das OP-Management mit Entscheidungshoheit bildet die zentrale Anlaufstelle für alle „Player“ im OP und beeinflusst frühzeitig die OP-Programme. Es kann Prozesse wie Logistik oder Wartungs- und Reparaturzeiten mit dem OP-Routineprogramm koordinieren. Es kann reagieren auf Leistungsspitzen und -täler. Bei allgemeinen Leistungsschwankungen, z.B. durch Feiertage und Urlaubszeiten, können Anästhesie und OP-Pflege synchron reduziert werden. Bei freibleibenden Kapazitäten einzelner Operateure, z.B. durch Fortbildungen, können andere Abteilungen gezielt antizyklisch arbeiten.

Das OP-Management kann darüber hinaus die Kapazitäten vor- und nachgelagerter Einheiten wie der operativen Intensivstation in die Planung einfließen lassen und OP-Programme frühzeitig beeinflussen. Es kann aber auch kurzfristige Zusagen machen an Operateure, die zusätzliche OP-Kapazität abfragen. OP-Management als übergeordnete Instanz kann die Prozessoptimierung der gesamten Abteilung in den Blick nehmen. Teilloptimierungen einzelner Beteiligter auf Kosten des Gesamtprozesses lassen sich verhindern [1]. Das OP-Management ist beteiligt an allen Prozessen im Umfeld des OP, die zuvor unter einer Verantwortungsdiffusion dem persönlichen Engagement Einzelner überlassen waren. Beispielsweise kann es Themen aufgreifen wie Kommunikationseinrichtungen im OP, die Zusammenarbeit mit zuführenden Bettenstationen und externen Operateuren oder die einheitliche Organisation des ambulanten Operierens. Ein funktionierendes Qualitätsmanagement ist ohne diese zentrale Instanz in der OP-Abteilung nicht realisierbar.

Auch das Controlling der Leistungsdaten und Kosten liegt für die gesamte OP-Abteilung beim OP-Management. Transparent gemachte, objektive Daten bieten den Mitarbeitern einen Überblick über ihre Leistung. Als neutrale Instanz kann das OP-Management auch die Bedingungen der Zusammenarbeit beobachten, z.B. die Einhaltung vereinbarter Zeiten und Verantwortlichkeiten.

Person des OP-Managers

Der ideale OP-Manager sollte unabhängig sein von den Partikularinteressen der Abteilungen, und er sollte Durchsetzungsfähigkeit beweisen. Neben langjähriger Berufserfahrung im OP sollte er analytisches Denkvermögen, Führungsqualitäten und möglichst eine betriebswirtschaftliche Weiterbildung mitbringen. Die Aufgabe erfordert einerseits kreatives Potential bei der Gestaltung der Prozesse, andererseits die Fähigkeit, Veränderungen zu vermitteln und klare Absprachen zu treffen [14].

Bei dem beschränkt einsetzbaren Stundenkontingent eines Hauses der Grundversorgung kann dieser Auftrag nur als Nebentätigkeit erbracht werden. Manche Unternehmen legen allerdings selbst in größerem Rahmen Wert darauf, dass der OP-Manager in der Arbeit am Patienten verhaftet bleibt und nur nebenamtlich tätig wird [15]. Der Forderung nach unabhängiger Position wird am ehesten eine Person aus der Anästhesie gerecht [9]. Um die Akzeptanz auch auf Chefarzdebene zu gewährleisten, bietet es sich in der Startphase eines OP-Managements an, einen Arzt auszuwählen. Nach erfolgreicher Einführung, im Routinebetrieb, kann die Position später auch von Pflegekräften besetzt werden.

Im Franz-Hospital fiel die Wahl auf einen Oberarzt der Anästhesie und auf den leitenden Anästhesiepfleger als ständige Vertretung. In jedem Fall benötigt der OP-Manager bei den vorhersehbaren Konflikten in der Startphase die uneingeschränkte Rücken- deckung der Geschäftsführung. Die Position sollte als Stabsstelle der Geschäftsführung eingerichtet werden und nicht dem nebenamtlichen Ärztlichen Direktor zugeordnet sein [5]. Denn dieser ist möglicherweise einer der im OP tätigen Chefarzte und somit ein potentieller Konfliktgegner.

Change-Management

Die Einführung eines OP-Managements in einem bis dahin dezentral organisierten Betrieb ist eine Herausforderung. Fingerspitzengefühl und Durchsetzungsvermögen zugleich sind gefragt. Bei Operateuren, die zuvor die dominierende Rolle im OP ►

► spielten, sind Vorbehalte und die Angst vor Machtverlust zu erwarten. Aber auch bei anderen Gruppen weckt jede Veränderung Ängste.

Vermittlung und Motivation

Hier ist eine klare Strategie hilfreich, die sachlich die Vorteile einer kundenfreundlichen Optimierung der OP-Abteilung herausstellt und gleichzeitig auf Bedenken eingeht. Zudem lässt sich die Abgabe von Entscheidungskompetenzen auch positiv darstellen als Entlastung von Steuerungsaufgaben in einem Randbereich statt als Verlust an Macht.

Alle beteiligten Gruppen wurden zu gemeinsamen Workshops geladen, um ihnen das Konzept eines OP-Managements nahezubringen. Dabei ließen sich die Vorteile einer zentralen Instanz präsentieren und die angestrebten Veränderungen des Arbeitsprozesses vorstellen. Als psychologischen Anker und als Grundlage für die Zusammenarbeit im OP haben wir ein OP-Statut ausformuliert. Darin wurden Zuständigkeiten und Verantwortungen festgelegt und Details beschrieben.

Das Statut steht allerdings nicht im Mittelpunkt des Veränderungsprozesses, es wird in seiner Bedeutung oft überbewertet [1,3,9,13,16]. Es wurde ausdrücklich nicht von den beteiligten Abteilungsleitern unterzeichnet, sondern lediglich von der Betriebsleitung in Kraft gesetzt. So ließ sich der Eindruck vermeiden, unabhängige Vertragspartner handelten eine freie Vereinbarung aus. Das Statut definiert explizit die zentrale Entscheidungsverantwortung des OP-Managers. Andererseits stellt es fest, dass ihm keine Eingriffe in die ärztlichen oder personellen Entscheidungen der Abteilungen zusteht. Ein solches Statut ist nicht geeignet, die internen Organisationsdefizite anderer Einheiten zu beheben.

Implementierung

Mit Inkrafttreten des Statuts ging Anfang 2004 die OP-Planung an das OP-Management über. In den ersten Wochen gab es regelmäßig Konflikte über die Gestaltung des OP-Plans. Das OP-Management musste vor allem in dieser Zeit stark Präsenz zeigen, seine Entscheidungen gut begründen und manches Mal gegen Widerstände durchsetzen.

Danach entdeckten aber gerade die Leistungsträger aus den operativen Abteilungen, dass das OP-Management für sie eine Entlastung von lästigen Planungsaufgaben bedeutet und ihnen eine effizientere Planung über alle Abteilungen hinweg bietet. Letztlich übertreffen die Vorteile eines reibungslosen Ablaufs die Einschränkungen ihrer Planungshoheit.

Änderung der OP-Planung

Die OP-Planung erfolgt frühzeitig beim OP-Management. Die Operateure melden ihre geplanten Eingriffe gleich nach der Indikationsstellung an. Als Planungshilfe erhalten sie in der Anmeldeliste Informationen über Einschränkungen der Kapazität, z.B. durch Wartung der Säle, durch reduzierte Personalstärke in der Anästhesie oder der Pflege.

Dem OP-Management gibt die Anmeldeliste frühzeitig Transparenz über die Planung aller Operateure. Terminkorrekturen werden möglich, z.B. bei Überbelegung einzelner Tage oder neu auftretenden Kapazitätsengpässen. Freibleibende Kapazitäten, z.B. durch Fortbildungsveranstaltung einer Abteilung, können an andere Operateure vergeben werden.

Die Anmeldung erfolgt IT-gestützt. Das benutzte System ist dabei unerheblich, entscheidend ist der Zugriff auf die Eingabemaske von vielen Arbeitsplätzen im Haus, von den Stationen und Ambulanzen, wo OP-Indikationen gestellt werden. Eine Einbindung in das KIS ist zu bevorzugen, jedoch lässt sich auch mit einer einfachen Excel-Tabelle die Planung bewältigen.

Tagesplanung

Der aktuelle OP-Plan ist ebenfalls IT-gestützt jederzeit im ganzen Haus zugänglich. Neu eingeführt wurde die Angabe exakter Zeiten für jeden Eingriff. Die geplante Dauer jeder OP wird vom Operateur bei der Anmeldung angegeben oder vom OP-Management nach Erfahrungswerten geschätzt. Das Planungsprogramm fügt automatisch Wechselzeiten hinzu, die zum Teil angepasst werden. Beispielsweise werden sie bei septischen Eingriffen mit erhöhtem Reinigungsaufwand automatisch verlängert. Am Ende längerer OP-Programme stimmen Soll- und Ist-Zeiten oft erstaunlich gut überein.

Die Angabe exakter Uhrzeiten erhöht die Planbarkeit für alle Beteiligten. Die Anforderungen des OP lassen sich auf den zuführenden Stationen besser in die Abläufe integrieren, die präoperative Sedierung erfolgt zeitgerecht. Änderungen im OP-Plan werden mit den Stationen abgestimmt, um deren Planung nicht zu gefährden. Die erste OP in jedem Saal wird nur bei dringender Indikation abgesetzt oder verschoben. Sehr positiv und beruhigend wirkt die Angabe exakter OP-Zeiten auch bei den Patienten, denen gute Planung und Kompetenz vermittelt wird.

Die zeitliche und räumliche Verteilung der Operationen erfolgt möglichst nach den Wünschen der Operateure, aber ausschließlich durch das OP- ►

► **Management.** Nur diese klare Aufgabenverteilung gewährleistet, dass sich Programme verschiedener Abteilungen unkompliziert mischen lassen. Vor allem kleine Programme niedergelassener Operateure können so hintereinander im gleichen Saal abgearbeitet werden. Gibt es viele externe Operateure, die nach den Operationen ihre Praxis versorgen müssen, sind allerdings Zugeständnisse bei den Hauptabteilungen erforderlich, die oft erst anschließend den OP belegen können.

Das früher übliche starre Schema von OP-Tagen der einzelnen Abteilungen dient noch als Grundgerüst für die OP-Planung. Es wird jedoch regelmäßig durchbrochen und flexibel den aktuellen Erfordernissen angepasst. Nicht voll genutzte Säle sollen geschlossen bleiben, so dass Personal für andere Tätigkeiten oder Überstundenabbau frei bleibt und Rüst- und Reinigungszeiten gespart werden. Die Effektivität zentraler Planung zeigt sich daran, dass dieses Ziel öfter als vor Einführung des OP-Managements erreicht wurde (Tab. 1).

Prozesse im OP

Wichtige Aufgabe eines zentralen OP-Managements ist neben der Planung des OP-Programms das Controlling der erbrachten Leistungen. In Absprache mit der Geschäftsführung und abhängig von gesetzten Zielen müssen Kennzahlen für die Prozesse festgelegt werden. Das Controlling kann sowohl die Arbeit des OP-Managements selbst, die Effektivität der OP-Abläufe, wie auch die Arbeit der operativen Abteilungen darstellen. Es sollte eine Kostenanalyse und die Aufdeckung von Einsparpotentialen ermöglichen. Allen Beteiligten sollten diese Zahlen zur Verfügung gestellt werden.

Kennzahlen

Der Leistungsumfang jeder einzelnen operativen Abteilung und des gesamten OP wird im Franz-Hospital Dülmen durch Fallzahlen und die geleisteten OP-Minuten dargestellt. Die Qualität der OP-Planung und des reibungslosen Programmablaufs wird erfasst durch die Auslastung der angebotenen OP-Säle.

Die pünktliche morgendliche Freigabe jedes Saales durch die Anästhesie, die Wechselzeiten sowie der unverzügliche OP-Beginn nach Freigabe werten die Zuverlässigkeit der Partner im OP. Jede OP-Abteilung hat jedoch spezifische Probleme, und es müssen im Controlling Kennzahlen ausgewählt werden, die diese abbilden.

Verantwortung zuweisen

Bei der Definition der Zeiten sind wir abgewichen von den allgemein üblichen Schnitt-Naht-Zeiten. Stattdessen wurden die Zeiten mit Blick auf die Zuständigkeit neu definiert (vgl. auch [2]). Der Operateur verantwortet die OP-Zeit, von „OP-Beginn“ bis „OP-Ende“. Die OP-Zeit beginnt, sobald der Patient von der Anästhesie freigegeben ist und der Operateur mit seinen Maßnahmen beginnt. Das können bei aufwändigen Operationen die Lagerungsmaßnahmen sein, bei einfachen OPs der Beginn der Hautdesinfektion. Die Anästhesie und die OP-Pflege verantworten die Wechselzeit von OP-Ende bis zur nächsten Freigabe.

Diese Definition beugt im Gegensatz zur Schnitt-Naht-Zeit einer Verantwortungsdiffusion vor: Es gibt eindeutige Zuständigkeiten für die Einhaltung von geforderten Wechselzeiten sowie für pünktliche Freigabe und unverzüglichen OP-Beginn. Probleme im Ablauf lassen sich statistisch zuordnen. ►

Tab. 1: Reduzierung der angebotenen Säle unter Leitung des OP-Managements seit 01/2004: Ziel war es, die Leistung in möglichst wenigen OP-Sälen zu erbringen und damit Personalressourcen zu sparen.

	ohne OP-Mangement	mit OP-Management	
Zeitraum	09-12/2003	09-12/2004	09-12/2005
Fallzahl	939	783	874
Anästhesie Gesamtzeit	926,1 h	781,7 h	851,9 h
Arbeitstage	81 d	85 d	84 d
davon mit < 3 Sälen	28 d (35%)	66 d (78%)	47 d (56%)

Die verfügbaren Zahlen vor Einführung des OP-Managements stammen aus den Monaten 09-12/2003, zum Vergleich sind die entsprechenden Monate der Folgejahre angegeben. Im Zeitraum 11-12/2004 wurden Renovierungsarbeiten im OP ausgeführt, über Wochen war jeweils ein Saal geschlossen und musste durch Leistungsverminderung und dichtere Belegung der anderen Säle kompensiert werden. Der Fallzahlrückgang durch Schließung der Hauptabteilung Gynäkologie/Geburtshilfe wurde zum Teil durch externe Operateure kompensiert.

Für die OP-Dauer gibt es aufgrund der Umstellung der definierten Zeiten (s.u.) keine Vergleichszahlen, die Anästhesiedauer ist jedoch als Parameter geeignet und pro Fall in den drei Beobachtungszeiträumen konstant, im Monatsdurchschnitt pro Fall zwischen 51 und 67 min.

► Transport-Timing durch pOP-Dienst

Bei der Zusammenarbeit mit den zuführenden Stationen kam es an der OP-Schleuse als Schnittstelle oft zu Verzögerungen. Eine „Holding area“ ist für eine kleine OP-Abteilung keine praktikable Lösung. Großen Effekt brachte aber die Installation eines perioperativen Dienstes (pOP-Dienst). Dazu wird täglich auf jeder Station eine Pflegekraft benannt, die verantwortlich zeichnet für die Organisation der OP-Patienten. Sie ist informiert über alle OP-Patienten, selbst wenn diese, im Rahmen der Bereichspflege, in anderen Bereichen versorgt werden. Sie verantwortet die Vollständigkeit aller Unterlagen gemäß Checkliste, meldet dem OP-Management Probleme bei der Vorbereitung und organisiert den Patiententransport. Zudem ist sie ständig über Mobiltelefon erreichbar, so dass zeitraubende Telefonate mit anderen Pflegekräften entfallen.

Diese klare Zuweisung von Verantwortung und schnelle Erreichbarkeit ermöglicht kurze Kontakte und eine schnelle Reaktion beim Patiententransport. Das Team im OP kann „just in time“ planen, und die Wartezeiten auf beiden Seiten der Schleuse haben sich stark reduziert.

Die wichtigsten Prozessveränderungen und der notwendige Kulturwandel im OP finden sich unten noch einmal in tabellarischer Form (Tab. 2).

Ambulantes Operieren

Vor allem aus großen Kliniken wird eine komplette Ausgliederung des ambulanten Operierens mit eigener perioperativer Versorgung und eigenen OP-Sälen vorgeschlagen. Diese Lösung ist für eine kleine OP-Abteilung kaum zu empfehlen. Dem Vorteil, ambulante Operationen kostengünstig unter Bedingungen eines Eingriffsraums durchzuführen, stehen gravierende Nachteile entgegen.

Vom zentralen OP getrennte Eingriffsräume verhindern den flexiblen Einsatz des Personals, z.B. beim überlappenden Einschleusen und Vorbereiten des folgenden Patienten. Auch bei anästhesiologischen Zwischenfällen, die gerade in der ambulanten HNO gelegentlich auftreten, steht in einem Zentral-OP sofort weiteres Personal zur Verfügung. Ebenso kann aufwändige technische Ausrüstung, z.B. Endoskopietürme, alternierend für ambulante und stationäre Patienten genutzt werden.

Darüber hinaus sollen einige typische ambulante Eingriffe, z.B. alle Augenoperationen an der Linse, Leistenhernien oder das Karpaltunnelsyndrom, nach Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention unter OP-Kautelen durchgeführt werden [10]. Ein komplett getrenntes ambulantes Operieren müsste also weiterhin OP- ►

Tab. 2: Überblick über Maßnahmen und erreichbare Effekte durch Einrichten eines zentralen OP-Managements und flankierende Veränderungen.

Ist-Zustand	Maßnahme	Soll-Zustand	Effekt
Dezentrale OP-Planung, OP-Säle starr nach Wochenschema den Operationen zugeordnet	OP-Anmeldung beim OP-Management, Delegieren der Saalverteilung ans OP-Management	Zentrale und flexible OP-Planung, Zusammenfassen kleiner OP-Programme	Abstimmen von Leistungsschwankungen, Einsparen von Rüst- und Reinigungszeiten, geringere simultane Personalbindung
Mehrere OP-Pläne einzelner Abteilungen	Zusammenfassen der OP-Pläne zu einem Gesamtplan	Übersichtliches, detailliertes, zentrales OP-Programm mit exakten Zeiten	Höherer Informationsgehalt, bessere Übersicht, größere Verbindlichkeit
Planung ohne Rücksicht auf vor- und nachgelagerte Prozesse	Koordination aller perioperativen Prozesse	Übergreifende Planung (z.B. Logistik, Wartung, Belegung der Intensivstation)	Abstimmen auf Leistungsschwankungen und Probleme
Operateur übt „Hausrecht“, Koordination ggf. als Gruppenprozess	Entscheidungshoheit geht ans OP-Management	Wenige Personen verfügen flexibel über Säle, planen Notfälle und Nachmeldungen	Unbürokratische, kundenorientierte Entscheidungen, bessere Koordination
Teilloptimierung von Abteilungen und Berufsgruppen, Verantwortungsdiffusion für zentrale Prozesse	Bündelung der Verantwortung, z.B. für QM, gemeinsame Einrichtungen, vor- und nachgelagerte Routinen	Zueinander kompatible Entscheidungen, Aufgreifen aller relevanten Probleme, Controlling für den OP	Gesamtoptimierung der OP-Abteilung, verbesserte Steuerung der Prozesse im OP
Planung mit Schnitt-Naht-Zeiten	Neudefinition der Zeiten	Planung mit OP-Beginn und OP-Ende	Klare Trennung der Verantwortung
Verzögerter Patiententransport, schlechte Erreichbarkeit der zuständigen Pflegekraft	Einrichten eines pOP-Dienstes auf zuweisenden Stationen	Klar verteilte Verantwortung auf den zuweisenden Stationen	Gute Erreichbarkeit und kurze Reaktionszeiten, Minimierung der Schleusenprobleme

- Kautelen anbieten oder Patienten in den Zentral-OP abgeben.

Perioperative Trennung

Die perioperativen Prozesse der ambulanten Patienten am OP-Tag weichen dagegen stark von den Routineabläufen einer Station ab. Bei einer Mindestzahl an ambulanten Operationen scheint daher die Trennung der perioperativen Versorgung sinnvoll.

Im Franz-Hospital Dülmen machen ambulante Eingriffe ca. 40% der Operationen aus. Wir konnten 2005 einen Bereich Ambulantes Operieren eröffnen, der vom OP-Management geleitet wird und zugleich als Anästhesieambulanz fungiert. Die Versorgung orientiert sich stark an den Besonderheiten der ambulanten Abläufe. Die Servicequalität für Patienten und zuweisende wie operierende Ärzte steht im Fokus der Aufmerksamkeit. Die regelmäßige Patientenbefragung bestätigt, dass die Ausgliederung dieses Bereichs die ambulanten Prozesse deutlich verbessert hat. Dies ist um so wichtiger, als gerade „soft facts“ wie gute Information, ansprechendes Ambiente und freundlicher Umgang das Image prägen und den Patienten als Ersatzindikatoren für die medizinische Leistung des Hauses dienen [4].

Literatur:

1. **Bartz H-J.** Grundlagen der betriebswirtschaftlichen Organisationstheorie und ihre Bedeutung für den täglichen Operationsbetrieb. *Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther* 2005;40:387-392.
2. **Bender H-J, Schleppers A.** Tischlein wechsele dich: Sind Wechselzeiten ein Maß für ein effektives OP-Management? *Anästhesiol Intensivmed* 2004;45:529-535.
3. **Böning O, Hempelmann G.** „Alter Wein in neuen Schläuchen“ - waren wir früher nicht betriebswirtschaftlich organisiert? *Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther* 2005;40:385-386.
4. **Braun GE, Schmutte AM.** Der Stellenwert von Imageanalysen. Marketing eines Krankenhauses. *F&W Führen und Wirtschaften im Krankenhaus* 1995;12:48-56.
5. **Busse T.** Ohne neue Strukturen bleibt es im OP-Management beim Verwalten des Chaos. *F&W Führen und Wirtschaften im Krankenhaus* 2003;20:338-340.
6. **Busse T.** OP-Management im Wandel veränderter Krankenhausstrukturen. *MHK (Management-Handbuch Krankenhaus)*, 60. Aktualisierung, September 2004; 2004.
7. **Busse T.** Spezialauswertung „OP-Management“. Ziel noch nicht erreicht: Eine Bestandsaufnahme. *F&W Führen und Wirtschaften im Krankenhaus* 2004;21:74-76.
8. **Geldner G, Eberhart LHJ, Trunk S, Dahmen KG, Reissmann T, Weiler T, et al.** für den gemeinsamen Arbeitskreis Anästhesie und Ökonomie der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin und des Berufsverbands Deutscher Anästhesisten. Effizientes OP-Management. Vorschläge zur Optimierung von Prozessabläufen als Grundlage für die Erstellung eines OP-Statuts. *Anaesthesist* 2002;51:760-767.
9. **Hensel M, Wauer H, Bloch A, Volk T, Kox WJ, Spies C.** Implementierung eines OP-Statuts - Erfahrungen unter den Bedingungen einer Universitätsklinik. *Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther* 2005;40:393-405.
10. Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut (RKI). Empfehlungen: Anhang zur Anlage zu Ziffern 5.1 und 4.3.3 der Anforderungen der Hygiene beim ambulanten Operieren in Krankenhaus und Praxis. *Bundesgesundheitsbl* 1997;40:361-365.
11. **Murken AH.** Vom Armenhospital zum Großklinikum. Die Geschichte des Krankenhauses vom 18. Jahrhundert bis zur Gegenwart. DuMont, Köln; 1988.
12. **Schleppers A, Bauer M, Berry M, Geldner G, Bender H-J, Martin J.** Entwicklungsstand im OP-Management. - Eine Analyse in deutschen Krankenhäusern im Jahr vor Einführung der G-DRGs (Jahr 2002) -. *Anästhesiol Intensivmed* 2006;47:157-161.
13. **Schleppers A, Sturm J, Bender H-J.** Implementierung einer Geschäftsordnung für ein zentrales OP-Management. *Anästhesiol Intensivmed* 2003;44:295-303.
14. **Schwing C.** „Alles hat sich dem OP-Programm unterzuordnen“. Mit dem Einzug des OP-Managements beginnt eine neue Ära - nicht alle sind beglückt. *Krankenhaus-Umschau* 2005;74:758-761.
15. **Schwing C.** „Wir arbeiten in einem schwierigen Umfeld“. Führungskräfte sollen dem täglichen Leben im OP-Betrieb verhaftet bleiben. *Krankenhaus-Umschau* 74 (2005). S. 762-765.
16. **Sievert B.** Erstellen eines OP-Statuts. In: Ansorg J, Diemer M, Schleppers A, Heberer J, von Eiff W (Hrsg.). *OP-Management. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin*; 2006:312-318.
17. Statistisches Bundesamt. Gesundheitswesen. Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Fachserie 12 Reihe 6.1.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Markus Holtel, Krankenhausbetriebswirt (VKD)
OP-Management
Franz-Hospital Dülmen
Vollenstraße 10
48249 Dülmen, Deutschland
Tel.: 02594/92-3377
E-Mail: mholtel@gmx.net