

OP-Kennzahlen

Basis einer Balanced Scorecard

Dr. med. Ulrich Wenning

Medizinische Organisation / Hamburg

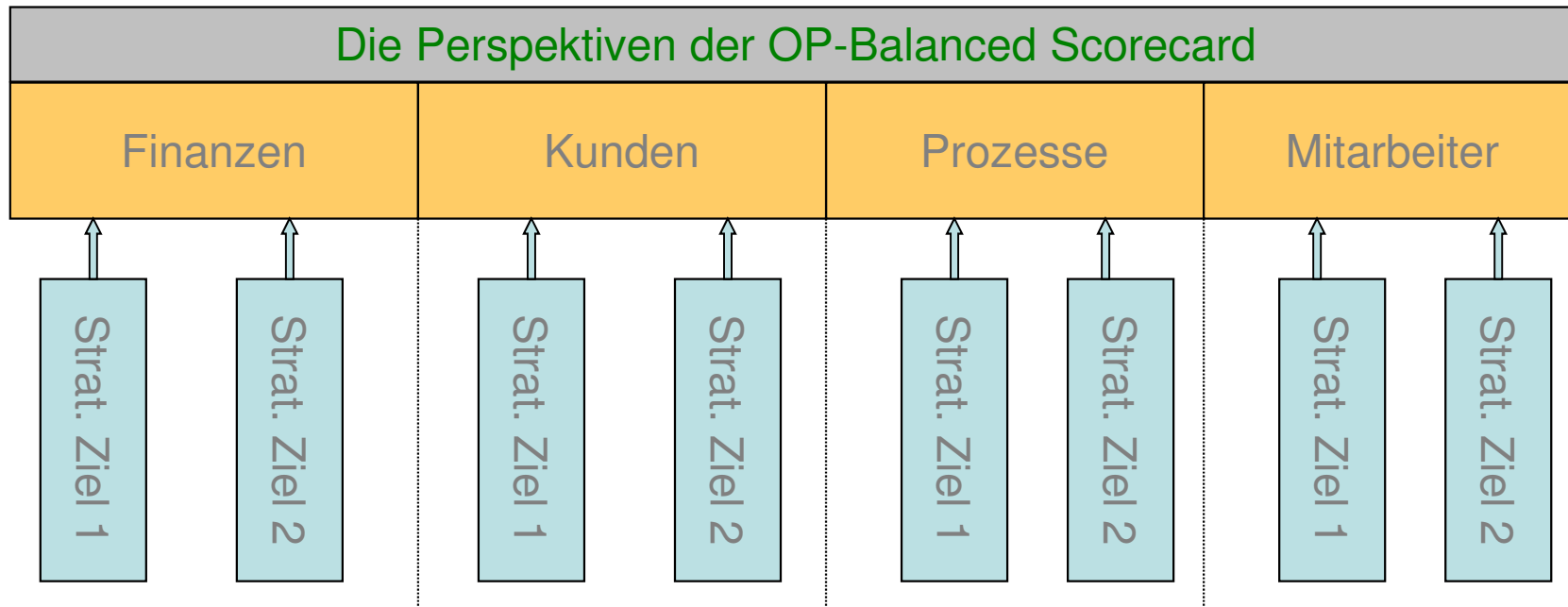
16. Mölnlycke Health Care Surgical Forum

Perspektiven und Aufbau BSC

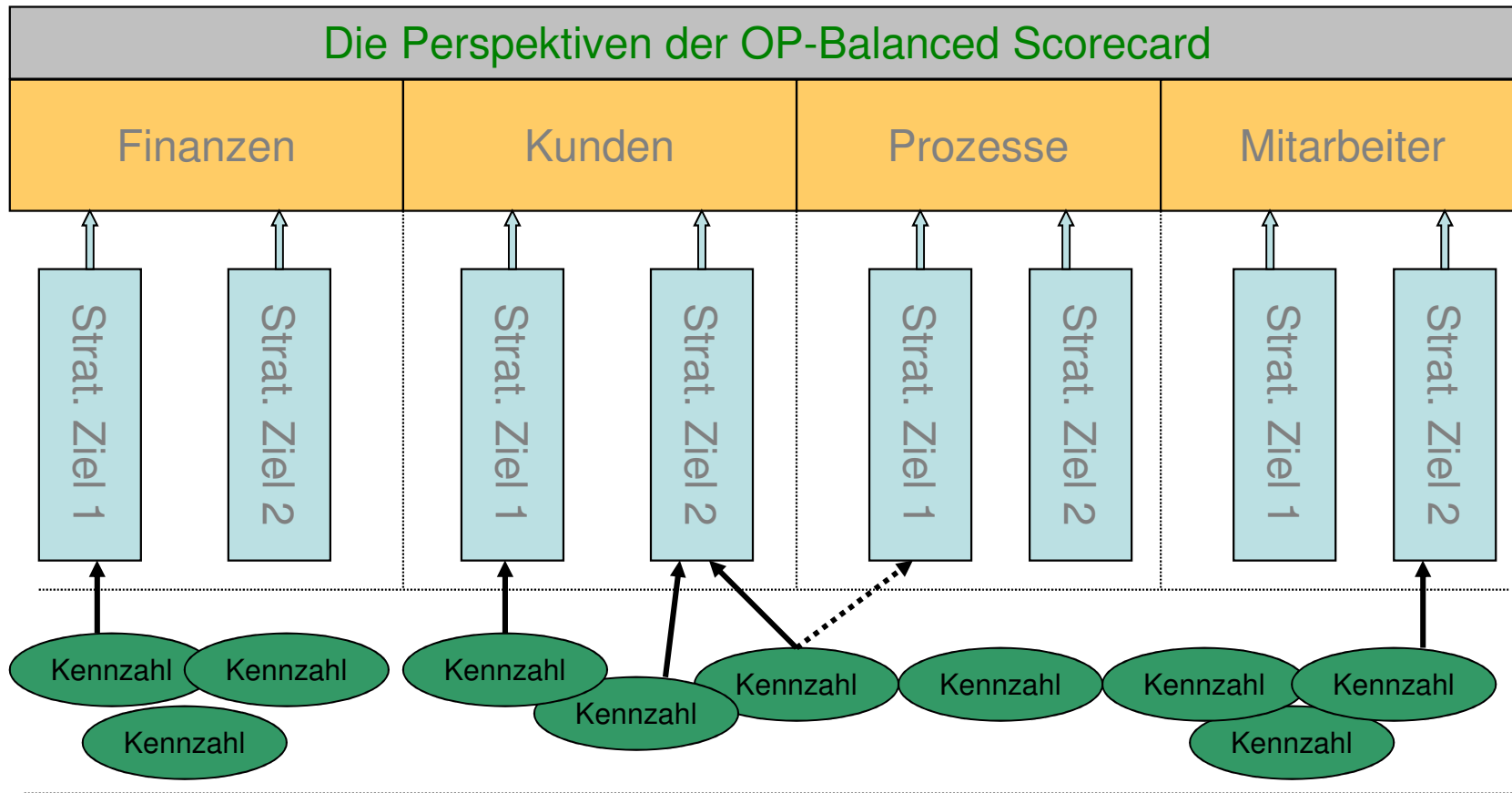


Die Perspektiven der OP-Balanced Scorecard			
Finanzen	Kunden	Prozesse	Mitarbeiter

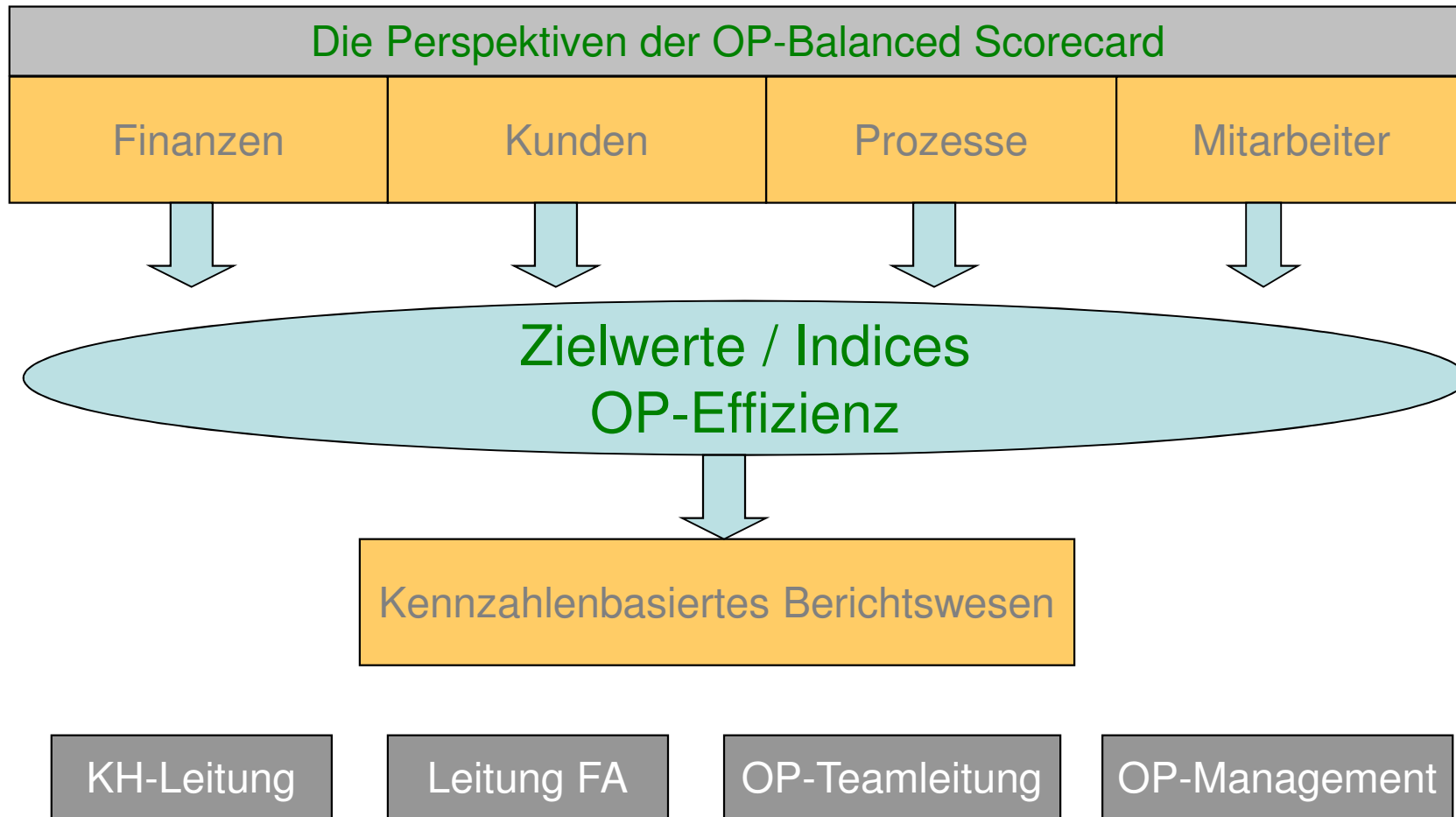
Perspektiven in der BSC



Perspektiven in der BSC



BSC – Zielwerte - Berichtswesen



Auswahl von Kennzahlen



Die Auswahl der Kennzahlen zur Steuerung einer operativen Einrichtung ergibt sich zwingend aus den den einzelnen Perspektiven zugeordneten strategischen Zielen.

Diese sind auf die Steigerung von Prozessqualität und Prozesseffizienz ausgerichtet.

Basis einer Prozessbetrachtung

Prozessorganisation im Gegensatz zur Aufbauorganisation

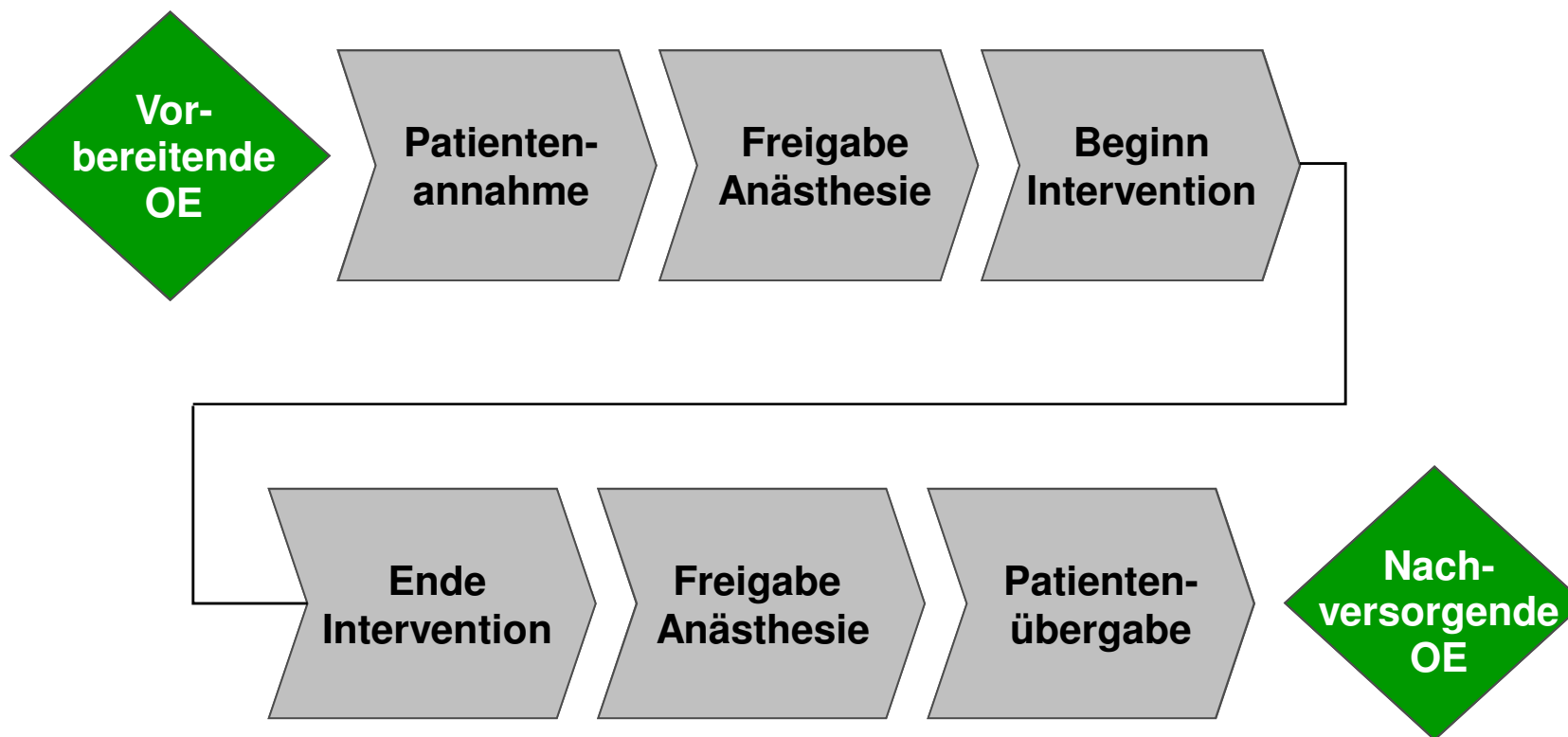
- Nicht mehr eine Abteilung steht im Mittelpunkt, sondern die Folge von Tätigkeiten, die sich unmittelbar auf den Patienten beziehen.

Definition „Prozess“

- Eine Folge von Ereignissen in ursächlichem Zusammenhang mit Ablauf von mehreren Teilschritten und einem definierten Anfang und Ende

Kennzahlen und Prozess

Vereinfachtes Prozessdiagramm Operativer Einheiten



Prozess und Ereignis



Im Prozess wird die Abfolge von Ereignissen dargestellt die messbar sind.



Ein Ereignis setzt die Tätigkeit handelnder Personen voraus.

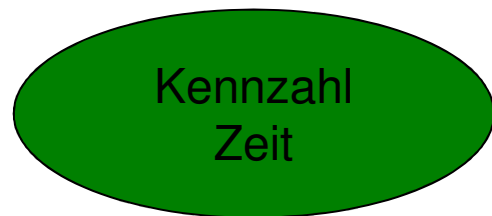
Ereignis

Tätigkeit handelnder Personen beim Ereignis „Schleusen“



Datengewinnung - Messung

Für eine Kennzahl ist die Datengewinnung und deren Qualität entscheidend



Das Messen von Zeitmarken sollte

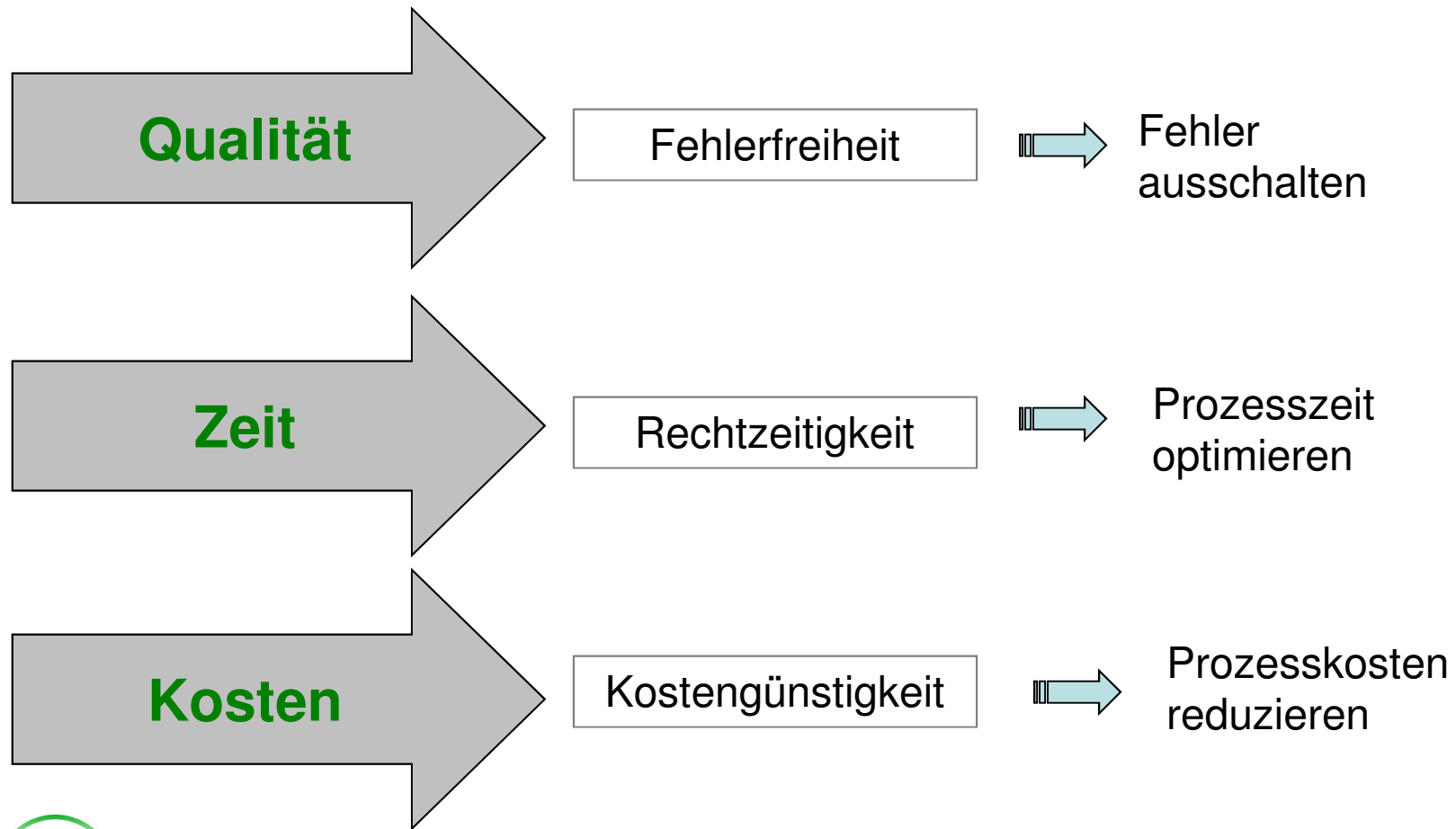
- prozessbegleitend und zeitgleich
- unveränderlich
- einfach
- fehlerfrei
- personenunabhängig??
- automatisiert??
- in einem System
- valide

erfolgen !

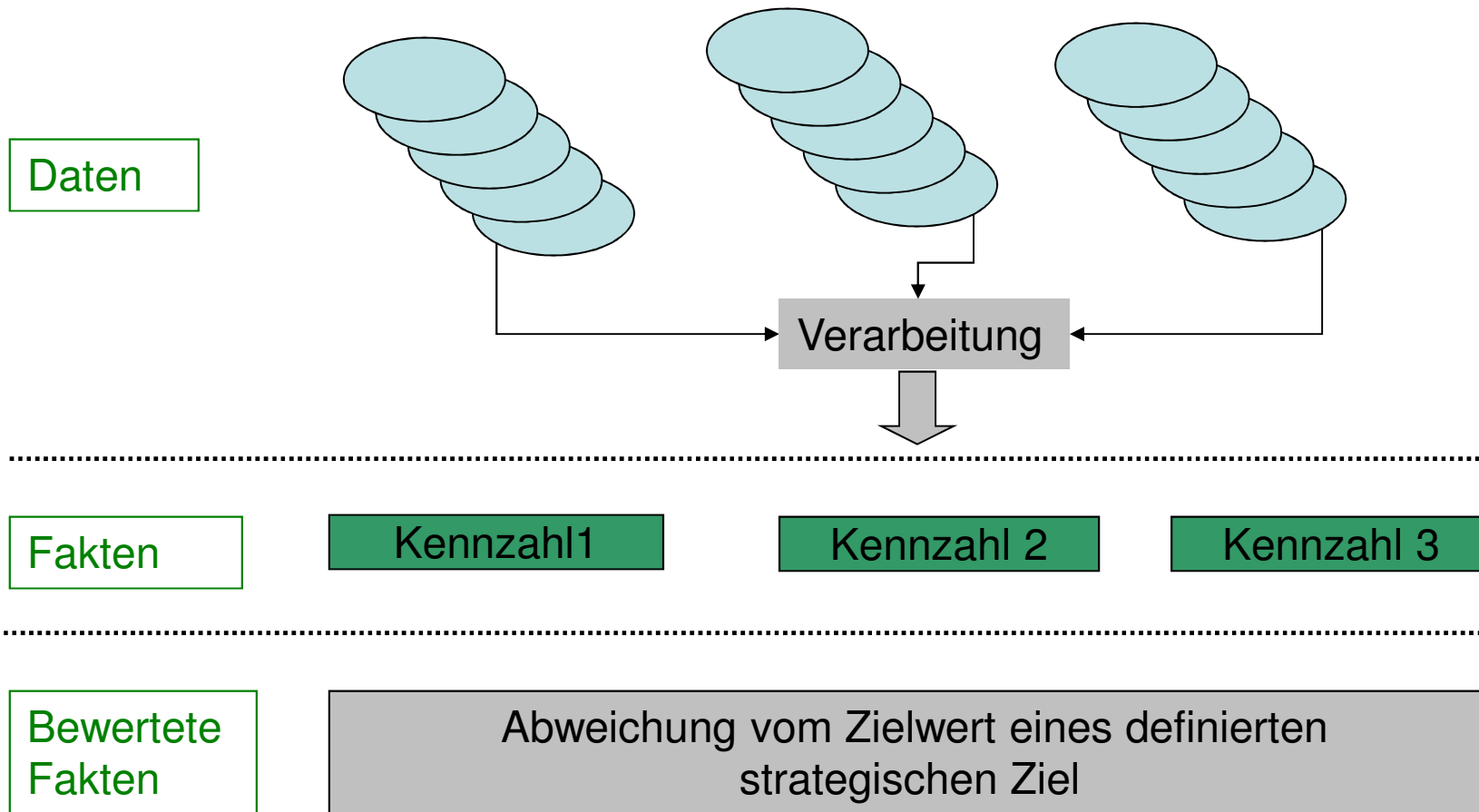
Messen von Zeitmarken

Zeitpunkte Patientenlogistik		10 Zeitpunkte	
P1	Patientenanforderung Definition: Zeitpunkt der Patientenanforderung. Bemerkung: Es sollte die Art der vorgelagerten Einheit dokumentiert werden, von welcher der Patient abgerufen wird (periphere Station, OP-Holding Area, ambulanter Wartebereich).		
P2	Eintreffen Patient an der Schleuse Definition: Der Patient trifft an der Schleuse. Bemerkung: P1 und P2 können sich im OP-Wartebereich befinden.		
P3	▶ Beginn Einschleusen Definition: Der Patient wird in den OP-Saal eingeschleust. Bemerkung: Dieser Zeitpunkt ist in der Routine dokumentiert.		
P4	Ende Einschleusen Definition: Der Patient liegt auf dem OP-Tisch. Bemerkung: Zu diesem Zeitpunkt werden die Unterlagen abgegeben.		
P5	▶ Patient im OP Definition: Auffahren des OP-Tisches. Bemerkung: Dieser Zeitpunkt ist in der Routine dokumentiert.		
P6	Anmeldung nachsorgende Einheit Definition: Terminierung von OP-Platz.		
P7	▶ Patient aus OP Definition: Abfahren des OP-Tisches. Bemerkung: Dieser Zeitpunkt ist in der Routine dokumentiert.		
P8	Umbettung Definition: Der Patient wird in den OP-Saal umbetten.		
P9	Beginn Saalreinigung Definition: Beginn der Saalreinigung.		
P10	Ende Saalreinigung Definition: Ende der Saalreinigung.		
		Zeitpunkte Anästhesie	
		16 Zeitpunkte	
A1	Beginn Vorbereitung Anästhesie-Funktionsdienst Definition: Beginn aller notwendigen Arbeiten zur Vorbereitung einer Anästhesie. Bemerkung: Bei der ersten Anästhesie des Tages in einer OP-Einheit ist auf eine ausreichende Vorlaufzeit für technische Vorbereitungen wie das Testen der Narkosegeräte zu achten. Im laufenden OP-Betrieb sollte dieser Zeitpunkt während der vorangehenden Anästhesie erreicht werden.		
A2	Ende Vorbereitung Anästhesie-Funktionsdienst Definition: Ende aller notwendigen Arbeiten zur Vorbereitung einer Anästhesie. Bemerkung: Dieser Zeitpunkt ist in der Routine dokumentiert. Da die Vorbereitungsarbeiten durchzuführen können) an den Funktionsdienstes Anästhesie.		
A3	Eintreffen Anästhesie-Einleitung Definition: Der Patient trifft an der Anästhesie-Einleitung. Bemerkung: Der Ort der Narkose (Zentrale Einleitung).		
A4	▶ Beginn Präsenz Anästhesie-Funktionsdienst Definition: Beginn der Präsenz des Anästhesisten. Bemerkung: Aus medikolegalen Gründen (Überwachung des Patienten durch den Anästhesisten).		
A5	▶ Beginn Präsenz Anästhesie-Assistenten Definition: Beginn der Präsenz des Anästhesie-Assistenten. Bemerkung: Dieser Zeitpunkt ist in der Routine dokumentiert. Im Rahmen von bedingten Verzögerungen mit dem Patienten kann es vorkommen, dass der Anästhesist, die über den Anästhesisten.		
A6	▶ Beginn Anästhesie Definition: Zeitpunkt der Injektion der Anästhetika. Bemerkung: Dieser Zeitpunkt ist in der Routine dokumentiert. Es besteht die Möglichkeit einer anästhesiologischen Druckmessung) als		
O1	Beginn Vorbereitung OP-Funktionsdienst Definition: Beginn der OP-Saalvorbereitung. Bemerkung: Bei der ersten Operation des Tages in einer OP-Einheit ist auf eine ausreichende Vorlaufzeit für das Aufräumen des Saales zu achten.		
O2	Ende Vorbereitung OP-Funktionsdienst Definition: Ende der OP-Saalvorbereitung.		
O3	Beginn Lagern Definition: Beginn der Lagerung des Patienten.		
O4	Ende Lagern Definition: Ende des Lagerens.		
O5	▶ Beginn Abwaschen/Abdecken Definition: Beginn des Abwaschens/Abdeckens.		
O6	Beginn Präsenz Erster Operateur Definition: Beginn der Präsenz des Chirurgen.		
O7	Ende Abwaschen/Abdecken Definition: Ende der Abwaschens/Abdecken. Bemerkung: Zu diesem Zeitpunkt ist der Patient für die Operation bereit.		
O8	▶ Schnitt / OP-Beginn Definition: Anlegen des Hautschnittes. Bemerkung: Dieser Zeitpunkt ist in der Routine dokumentiert. Bei Operationen, die nicht durch einen Hautschnitt durchgeführt werden (z. B. OP-Beginn, bei interventionellen Eingriffen) wird die Zeit bis zum Beginn der Operation (z. B. bei reinen Transkatheter-Interventionen) dokumentiert.		
		Zeitpunkte Operation	
		12 Zeitpunkte	
		Kennzahlen	
		38 Kennzahlen	
		K1	Transferzeit Definition: Zeit zwischen Patientenanforderung (P1) und Eintreffen des Patienten an der Schleuse (P2). Bemerkung: Geeignete Kennzahl zur Evaluierung der Patientenbereitstellung im Rahmen von Analysen.
		K2	Anästhesie-Einleitungsdauer Definition: Zeit zwischen Beginn der Anästhesie (A6) und Freigabe der Anästhesie (A7). Bemerkung: Diese Kennzahl ist auch Komponente der Kennzahl Anästhesiologischer Vorlauf (K3). Zur Interpretation der Prozesszeit ist es sinnvoll, die Art der Anästhesieeinleitung zu spezifizieren. Hierbei hat sich folgender Katalog möglicher Anästhesietechniken bewährt: <ul style="list-style-type: none"> • Stand-by • Analgosedierung • Maskennarkose • Narkose mit Larynxmaske • Intubationsnarkose • Intubationsnarkose mit ZVK und / oder Arterie • Kombinationsanästhesie mit Intubationsnarkose (mit oder ohne erweitertem Hämodynamik) und PDK oder Plexusanästhesie / peripherem Block • Spinalanästhesie (SpA) • Epiduralanästhesie ohne / mit Katheter (EDK, PDK) • Combined-Spinal-Epiduralanästhesie (CSE) • Plexusanästhesie / peripherer Block Eine Dokumentation des Weiterbildungsniveaus des Einleitenden ist sinnvoll: <ul style="list-style-type: none"> • Weiterzubildender alleine • Weiterzubildender zusammen mit Facharzt • Facharzt alleine oder mit weiterem Facharzt Literaturhinweis: [4,8,32].
		K3	Anästhesie-Ausleitungsdauer Definition: Zeit zwischen Ende der Anästhesie (A8) und Ende der Saalreinigung (P10).

Prozessqualität und Effizienz



Gesamtprozess und Steuerung



Kennzahlendefinitionsblatt leer



X.X.X Kennzahlenname		Perspektive: Ziel:
Definition der Kennzahl:		Berechnung der Kennzahl:
Einheit der Kennzahl:	Erhebungshäufigkeit:	Messgrößen / Messdaten:
Quellen:		Datenquelle im KH:
Betroffene Unternehmensbereiche:		Vorhandene Vergleichsdaten:
Darstellung der Kennzahl(en):		Verantwortlich im KH:
		Was spricht für diese Kennzahl als Messgröße für OP-Effizienz?
Sonstiges:		

Kennzahlendefinitionsblatt



3.0.1 Morgendlicher OP-Beginn		Perspektive: Prozesse Ziel: Ablauforganisation verbessern
Definition der Kennzahl: Morgendlicher OP-Beginn und Abweichung von der vereinbarten Zeit		Berechnung der Kennzahl: <ul style="list-style-type: none"> - Erste dokumentierte Schnittzeit pro Saal und Tag - Differenz zwischen Start und Vereinbarung
Einheit der Kennzahl: Uhrzeit, Abweichung in Minuten	Erhebungshäufigkeit: monatlich	Messgrößen / Messdaten:
Quellen: OP-Dokumentation		Datenquelle im KH: OP-Dokumentation
Betroffene Unternehmensbereiche: Kliniken, Anästhesie, KH-Leitung, OPM		Vorhandene Vergleichsdaten:
Darstellung der Kennzahl(en): Pro Saal und Fachabteilung		Verantwortlich im KH: OP-Management
		Was spricht für diese Kennzahl als Messgröße für OP-Effizienz? Effizienz- und Disziplin-Parameter
Sonstiges:		

Fragen zu Kennzahlen



- Kann an der Kennzahl das Erreichen des Zieles abgelesen werden ?
- Liegt die Meßgröße überwiegend in der Möglichkeit zur Beeinflussung der Zielverantwortlichen und ist sie quantifizierbar ?
- Ist eine unmittelbare Kongruenz zwischen dem gewünschten Handeln und der Veränderung der Meßgrößen gegeben ?
- Ist die Meßgröße zur Kennzahl erhebbar ?
- Gibt es Benchmarks ?
- Wird die Meßgröße intern schon gemessen? Gibt es Vergangenheitswerte ?
- Wird die Meßgröße bereits im heutigen Berichtswesen verwendet ?

(n. Prof.Greiling)

BSC -Workshop

Workshop 1

Workshop 2

Perspektive	Strategisches Ziel		Kennzahlen	
Finanzen	1.0	Prozesskosten senken	1.0.0 bis 1.0.2	(Definitionsblätter)
	1.1	Erlöse steigern	1.1.0 bis 1.1.1	(Definitionsblätter)
Kunden	2.0	Prozesse optimieren	2.0.0 bis 2.0.3	(Definitionsblätter)
	2.1	Unternehmenskultur verbessern	2.1.1 bis 2.1.3	(Definitionsblätter)
	2.2	Patientenzufriedenheit verbessern	2.2.0 bis 2.2.1	(Definitionsblätter)
Prozesse	3.0	Prozessmanagement/ Ablauforganisation verbessern	3.0.1 bis 3.0.8	(Definitionsblätter)
	3.1	Kommunikation/ Information verbessern	3.1.x	NN
Mitarbeiter <i>(Lernen und Entwicklung)</i>	4.0	Prozesskompetenz verbessern	4.0.x	NN
	4.1	Qualifikationsniveau erhöhen	4.1.x	NN
	4.2	Teamfähigkeit erhöhen	4.2.x	NN
	4.3	Führungskompetenz verbessern	4.3.x	NN
	(3.2/2.3)	Infrastruktur verbessern		NN

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Workshop 1

Aufgabenstellung

Bitte reflektieren Sie die Ihnen vorliegenden Kennzahldefinitionen hinsichtlich Ihrer praktischen Umsetzbarkeit in Ihrem Arbeitsumfeld.

Bitte vermerken Sie Anregungen, Ideen oder Verbesserungsvorschläge auf den DIN A3 Blättern auf Ihrer Metaplanwand als Feedback an den Expertenkreis OP-Effizienz.

Mögliche Leitfragen:

Ist die Messgröße auf das strategische Ziel abgestimmt?

Kann an der Messgröße das Erreichen des gewünschten Ziels abgelesen werden?

Wie gut bildet die Kennzahl das betreffende Ziel ab?

Wird damit das Verhalten der Mitarbeiter in die gewünschte Richtung gelenkt?

Kann die Kennzahl eindeutig interpretiert werden?

Sind es hauptsächlich Outputgrößen (z.B. Anzahl neuer Therapieformen") statt Inputgrößen (z.B. „Personalbedarf“)?

Ist eine prinzipielle Erhebung der Messgröße gewährleistet? Gibt es eine Formel je Messgröße?