

01.11.2020 Vergütung

# Glossar perioperativer Prozesszeiten und Kennzahlen: Version 2020

*M. Bauer, T. C. Auhuber, R. Kraus, J.-A. Rüggeberg, K. Wardemann, P. Müller, C. Taube, M. Diemer, M. Schuster*



In der neuen Version 2020 finden sich wesentliche Änderungen und Erweiterungen, u. a.

- die Überarbeitungen von Prozesszeitpunkten, insbesondere die Schnittstelle Freigabe Anästhesie und Wechselzeit OP-FD betreffend (v.a. A6, A7, O2, K7, K15a),
- die Konkretisierungen der kapazitätsbezogenen Bezugsgrößen (v.a. S2 und K18) mit neu aufgenommenener Definition der Kern-

betriebszeit (K18a),

- die Revision der Klassifikation der Dringlichkeit von Operationen,
- eine neu aufgenommene Einteilung der Dringlichkeit der Sectio caesarea für das OP-Management, analog der Sectio-Klassifikation in der im Juni 2020 erschienen S3-Leitlinie Sectio caesarea der deutschsprachigen Gesellschaften für Gynäkologie und Geburtshilfe,
- erstmals eine neu erarbeitete grundsätzliche Abgrenzung der im OP-Management zentralen Begriffe Prozedur, Operation, Sitzung und Fall.

Die Originalpublikation finden Sie in der Zeitschrift A&I, Ausgabe 10/2020. Wir drucken an dieser Stelle nicht den vollständigen Artikel, sondern Auszüge ab. Den vollständigen Artikel finden Sie [HIER](#).

Mit der Konsentierung der aktuellen Empfehlung verliert die aktualisierte Version des Glossars aus dem Jahr 2016 ihre Gültigkeit.

Die aktualisierte Empfehlung ist eine grundlegende Überarbeitung der vorherigen Versionen; die Beiträge der früheren Autoren an der Entwicklung der Empfehlungen werden an dieser Stelle ausdrücklich gewürdigt. An den Vorgängerversionen des Glossars waren zusätzlich folgende Autoren beteiligt: J.Ansorg, A.Schleppers, K.Bomplitz, E.Tsekos, R.Hanss (2008) sowie R.M.Wäschle, H.J.Meyer (2016).

# Zusammenfassung

Ein erfolgreiches OP-Management realisiert die effizienzorientierte Organisation medizinischer Leistungsprozesse sowie die Etablierung eines belastbaren Berichtswesens für den operativen Bereich. Beide Aufgaben bedingen den Einsatz geeigneter Prozesskennzahlen.

Eine erste einheitliche Definition der im operativen Versorgungsprozess relevanten Zeitpunkte und Kennzahlen wurde 2008 durch den Berufsverband Deutscher Anästhesisten (BDA), den Berufsverband Deutscher Chirurgen (BDC) und den Verband für OP-Management (VOPM) konsentiert und veröffentlicht [1].

Die in 2016 publizierte Aktualisierung [2] sowie die hier vorliegende Veröffentlichung 2020 stellen Weiterentwicklungen des Glossars dar, welche der zunehmenden Komplexität und den gestiegenen Anforderungen im heutigen OP-Management Rechnung tragen. Dazu wurde das Glossar jeweils grundlegend überarbeitet, Definitionen dem aktuellen Wissensstand angepasst und relevante Inhalte ergänzt.

Ziel dieser kontinuierlichen Weiterentwicklungen ist es, eine unter den aktuellen Bedingungen im OP-Betrieb gültige einheitliche Definition der perioperativen Leistungsparameter bereit zu stellen. Diese soll allen an den OP-Prozessen Beteiligten und zuvorderst den OP-Managern, aber auch den Geschäftsführungen, als Handlungsanleitung bei Auswahl, Einsatz, Interpretation und Reporting von geeigneten OP-Leistungsparametern dienen. Zudem ist es das wesentliche Fundament von aussagekräftigen Benchmark-Vergleichen, die ohne präzise und einheitliche Definitionen aller Zeitpunkte und Kennzahlen keine validen Ergebnisse liefern können. Mit der in der vorliegenden Version 2020 erstmals erreichten Konsentierung der Inhalte durch die entsprechenden Gremien in Deutschland, Schweiz und Österreich erlangt das Glossar nunmehr Gültigkeit für den gesamten deutschsprachigen Raum, wodurch nicht zuletzt vergleichende Prozessanalysen über die Grenzen von Gesundheitssystemen ermöglicht werden.

## Einleitung

Der Kostendruck in Krankenhäusern und ambulanten Operationseinrichtungen macht unverändert eine effiziente medizinische Leistungserstellung erforderlich.

Da bei operativen Fällen die intraoperative Ressourcennutzung den wesentlichen Kostentreiber darstellt, kommt dem OP-Management eine zentrale Rolle zu. Entsprechend wird zunehmend versucht, durch die Implementierung weisungsbefugter und budgetverantwortlicher OP-Manager die Wirtschaftlichkeit in diesem Hochkostenbereich sicherzustellen, zumal gezeigt werden konnte, dass die Einführung eines zentralen OP-Managements zu einer positiven Leistungsentwicklung und damit verbunden einer relevanten Erlössteigerung führen kann [3].

Die Aufgabe des OP-Managers besteht im Wesentlichen in der effizienzorientierten Organisation der Leistungsprozesse sowie der Etablierung eines validen, zeitnahen und verständlichen respektive nachvollziehbaren Berichtswesens.

Hierfür benötigt der OP-Manager aussagekräftige Kennzahlen, die (soweit es sich um Prozesskennzahlen handelt) auf Basis klar definierter Zeitpunkte erhoben sein müssen. Außerdem werden solche validen Prozesskennzahlen für Erlös- und Kostenberechnungen auf Kostenträgerebene für den OP-Bereich benötigt [4].

In Deutschland wurden erstmalig 2008 einheitliche Definitionen für die Zeitpunkte bzw. Kennzahlen des perioperativen Versorgungsprozesses als gemeinsame konsentiert Stellungnahme des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten (BDA), des Berufsverbandes Deutscher Chirurgen (BDC) und des Verbandes für OP-Management (VOPM) veröffentlicht [1]. Die hier vorliegende Version 2020 stellt nach 2016 [2] die zweite Aktualisierung dar.

## Präambel

In den Leistungszentren sollte ein schriftlicher Konsens der beteiligten Berufsgruppen vorliegen bezüglich der im Folgenden erwähnten Prozessschritte. In diesem Konsens sollte u. a. festgelegt sein,

- was der einzelne Prozessschritt beinhaltet.
- wer für den Prozessschritt verantwortlich ist.
- welche Qualifikation/formale Voraussetzung der Ausführende mind. erfüllen muss.
- wie der Prozessschritt genau ausgeführt werden soll.
- wie und ggf. von wem der Prozessschritt dokumentiert werden muss.
- wie bei Abweichungen vom Soll-Prozess zu verfahren ist.

Die im Folgenden genannten Prozesszeitpunkte und Zeitdauern bilden den perioperativen Prozess für den Patienten und der beteiligten Operateure, Anästhesisten, Pflegekräfte und Personal für Reinigungsleistungen und Logistikleistungen möglichst präzise ab. Allerdings zeigen sich große Unterschiede in der gelebten Praxis der perioperativen Prozesse in den verschiedenen Krankenhäusern und ambulanten Operationseinrichtungen; das Glossar will keinen bestimmten Prozess vorgeben oder propagieren, sondern lediglich ermöglichen, dass in jeder Einheit die OP-Prozesse mit einheitlichen und widerspruchsfreien Definitionen und Syntax beschrieben werden können.

Bedingt durch den Anspruch eine Vielzahl an unterschiedlichen Prozessvarianten, Teilprozessen und auch wissenschaftlichen Fragestellungen zum OP-Management exakt abbilden zu können, beinhaltet das Glossar deutlich mehr Prozesszeitpunkte und Kennzahlen als in den meisten Krankenhäusern routinemäßig erfasst werden. Dabei wird innerhalb der Zeitpunkte unterschieden in Patientenlogistik (P), Anästhesie (A) und Operation (O).

Diejenigen Zeitpunkte und Kennzahlen, welche hinsichtlich der prozessualen Qualitätssicherung und der ökonomischen Beurteilung der OP-Abläufe für eine Routedokumentation besonders empfohlen werden, sind für Deutschland gekennzeichnet mit „“; für Österreich mit „†“, für die Schweiz mit „\*“. Die Verwendung darüberhinausgehender Zeitpunkte und Kennzahlen soll dadurch jedoch nicht eingeschränkt werden.

Bei der Kalkulation von Personalbindungszeiten auf Basis der hier genannten Prozesszeitpunkte und – dauern ist zu bedenken, dass in der Regel nur die unmittelbar patientenbezogenen Prozesse in diesem Glossar erschöpfend aufgeführt sind. Es gibt darüber hinaus zahlreiche weitere, unmittelbar OP-bezogene Tätigkeiten und Zeitbedarfe der unterschiedlichen Mitarbeitergruppen, die hier nicht aufgeführt sind. Hierzu gehören z. B. Zeitbedarfe für die OP-Planung, Qualitätssicherung, Dokumentation, Supervision, aber auch Zeitbedarfe für Aus- und Weiterbildung oder Logistik- und Vorbereitungszeiten zwischen den Operationen oder beim Wechsel der Einsatzorte etc. Auch sind die Kosten für vorgegebene Hygienemaßnahmen, gesetzlich vorgeschriebenen Schulungsmaßnahmen im Strahlenschutz, Brandschutz, nach der MPG-Betreiberverordnung und der Gefahrstoffverordnung, sowie die

Instrumentenaufbereitung etc. nicht unmittelbar einzelnen Eingriffen zuzuordnen. Diese Kosten müssen ggf. in Form eines allgemeinen Overhead je Fachgruppe getrennt ausgewiesen werden.

## Fazit

Mit der vorliegenden Version 2020 steht ein durch die entsprechenden Gremien Deutschlands, der Schweiz und Österreichs, und damit für den gesamten deutschsprachigen Raum, konsentiertes Glossar der perioperativen Prozesszeiten und Kennzahlen zur Verfügung, das an die aktuellen Bedingungen im OP-Management adaptierte Definitionen der Zeitpunkte und Kennzahlen ausweist. Das Glossar weist neben einer revidierten Klassifikation der Dringlichkeit von Operationen auch eine neu aufgenommene Sectio-Klassifikation auf und erarbeitet eine grundsätzliche Abgrenzung der Begriffe Prozedur, Operation, Sitzung und Fall.

Es soll sowohl als VOPM-Empfehlung den OP-Managern als Handlungsanleitung bei Auswahl, Einsatz und Interpretation von geeigneten Leistungsparametern dienen als auch das Fundament eines jeglichen Reporting und Benchmarking von OP-Prozessen darstellen. Mit der Weiterentwicklung werden damit auch OP-Management-Vergleiche über die Grenzen von Gesundheitssystemen hinweg möglich.

[Zum vollständigen Artikel auf der Webseite der A&I...](#)

Autor:in des Artikels

© Anästh Intensivmed 2020;61:Bauer\_Glossar\_Online-First Aktiv Druck & Verlag GmbH

### Korrektur

Im in der November-Ausgabe der A&I veröffentlichten „Glossar perioperativer Prozesszeiten und Kennzahlen – Version 2020“ (Anästh Intensivmed 2020;61:516–531. DOI: 10.19224/ai2020.516) hat sich der Fehlerteufel eingeschlichen. In der Definition von K7a muss der Endpunkt „Ende vorbereitender Maßnahmen OP-Funktionsdienst am Patienten (O3b)“ lauten anstelle „Ende Vorbereitung OP-Funktionsdienst“ (O2).

Der korrekte Abschnitt lautet demnach wie folgt:

**K7a Operative Vorbereitung OP-Funktionsdienst**

Def.: Freigabe Anästhesie (A7) bis Ende vorbereitender Maßnahmen OP-Funktionsdienst am Patienten (O3b).

Wenn Patient im OP-Saal (P5) nach A7 oder bei Eingriffen ohne Anästhesie: Patient im OP-Saal (P5) bis Ende

vorbereitender Maßnahmen OP-Funktionsdienst am Patienten (O3b).

## Autoren des Artikels



**Prof. Dr. med. Dr. Martin Bauer**

Kliniken für Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin  
und Schmerztherapie

Klinikum Mitte, Standorte Nordstadt/Siloah

Klinikum Region Hannover

[> kontaktieren](#)



**Prof. Dr. med. Thomas Auhuber**

Leiter Themen-Referat Medizinische Dokumentation Klinik-  
& Leistungsmanagement im BDC

[> kontaktieren](#)



**Dr. Ralf Kraus**

Verband für OP-Management Österreich e.V. (VOPMÖ)  
Baden, Österreich



**Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg**

Vizepräsident des BDC

Referat Presse- & Öffentlichkeitsarbeit/Zuständigkeit

PASSION CHIRURGIE

Praxisverbund Chirurgie/Orthopädie/Unfallchirurgie Dres.

Rüggeberg, Grellmann, Henke

Zermatter Str. 21/23

28325 Bremen

[> kontaktieren](#)



**K. Wardemann**

Verband für OP-Management e.V. (VOPM)  
Hannover



**Dr. med. Peter Müller**

Schweizerische Fachgesellschaft für OP Management  
(SFOPM)

Luzern, Schweiz



**Dr. Christian Taube**

Berufsverband Deutscher Anästhesisten (BDA), Nürnberg,  
Deutschland



**Matthias Diemer**

Leitung OP-Management  
Charité Universitätsmedizin Berlin

[> kontaktieren](#)



**Prof. Dr. med. Martin Schuster**

Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin  
und Schmerztherapie Fürst-Stirum-Klinik Bruchsal  
Berufsverband Deutscher Anästhesisten (BDA)/Deutsche  
Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI),  
Nürnberg  
Forum „Qualitätsmanagement & Ökonomie“ von BDA und  
DGAI, Nürnberg