

Leserbrief zum Beitrag von R. Grote, S. Perschmann, A. Walleneit, D. Leuchtmann und M. Menzel

Der „OP-Tisch-Erlös-Index“: Steigerung der DRG-Erlöse durch „Erlösorientierte OP-Tischverteilung“

Anästh Intensivmed 2009;50:538-550

Leserbrief

Betriebswirtschaftlich motivierte OP-Tischverteilung – nicht zu kurz springen!

Den Ansatz von R. Grote et al., eine aussagekräftige Kennzahl zu generieren, die bei fehlender Fallkostenkalkulation eine transparente und ökonomisch sinnvolle Verteilung von OP-Kapazitäten ermöglicht, ist sehr zu begrüßen. Den Kontext der vorgestellten Kennzahl „OP-Tisch-Erlös-Index“ möchten wir aber auf Grund der ausschließlichen Fokussierung auf die DRG-Gesamterlöse bei der Einschätzung der Wirtschaftlichkeit operativer Kliniken kommentieren.

Die Profitabilität einer Fachabteilung kann nicht alleine aus der Bewertung der Erlössituation abgeleitet werden. Erlösträchtige Behandlungsfälle müssen nicht zwangsläufig die Profitabilität einer Abteilung steigern. Übertragen auf die Automobilindustrie dürfte Volkswagen dann nur noch den Phaeton produzieren, da dies das teuerste Fahrzeug in der Produktlinie darstellt.

Erlösträchtige Leistungen sind in der Regel auch kostenträchtige Leistungen.

Die Bewertung der Wirtschaftlichkeit einer Abteilung erfolgt im Wesentlichen durch die Betrachtung des Kosten-Erlös-Verhältnisses: Welche Ressourcen (Kosten) müssen eingesetzt werden, um einen bestimmten Erlös zu erwirtschaften? Daraus folgt, dass die Betrachtung nicht allein auf den OP und die Verweildauer reduziert werden darf. Viel wesentlicher ist die Analyse, welche Gesamtkosten während der stationären Behandlungsphase entstehen. Dazu gehören zwar auch die OP-Kosten, aber eben auch Personal- und Sachkosten anderer Leistungsbereiche des Krankenhauses. Kommen zum Beispiel teure Medikamente oder mehrere Behandlungstage auf der Intensivstation bei der Bewertung zum Ansatz, ergeben sich andere Kosten als bei einer „leistungsarmen Behandlung“ auf einer Normalstation. Behandlungsfälle, für die ein Erlös von 50.000 € erzielt wird, können zu großen Defiziten führen, wenn sie deutlich mehr als 50.000 € an Kosten im Krankenhaus verursachen.

Zur Entwicklung von steuerungsrelevanten Kennzahlen für den Krankenhausbetrieb ist deshalb die alleinige Fokussierung auf den Erlös, wie bei der Kennzahl „OP-Tisch-Erlös-Index“, nicht geeignet. Vielmehr muss das Kosten-Erlös-Verhältnis, oder sofern keine Fallkosteninformationen vorliegen, das „Ressourcen-Erlös-Verhältnis“ bewertet werden. Die aus unserer Sicht sehr aussagekräftige Kennzahl „Erlös pro OP-Minute pro Operateur“, die das Ressourcen-Erlös-Verhältnis im OP widerspiegelt, soll nachfolgend vorgestellt werden. Vorher soll aber noch darauf hingewiesen werden, dass auch diese Kennzahl nur im Kontext mit zusätzlichen, andere Dimensionen beleuchtende Kennzahlen zur zielgerichteten Steuerung eines Krankenhauses genutzt werden kann. Sind beispielsweise in einem Krankenhaus die Intensivkapazitäten bereits vollständig ausgeschöpft, wäre die Kennzahl-getriggerte Zuordnung zusätzlicher OP-Kapazitäten zu einer Fachabteilung, die für Ihre Operationen regelhaft eine postoperative intensivmedizinische Versorgung in Anspruch nehmen muss, wenig sinnvoll. Die zusätzlichen OP-Kapazitäten blieben ggf. ungenutzt, weil die notwendigen postoperativen intensivmedizinischen Behandlungsmöglichkeiten nicht bereitgestellt werden können. Es muss festgehalten werden, dass es die eine relevante Kennzahl nicht gibt. Eine erfolgreiche Krankenhausführung kann nur durch Bereitstellung und richtige Interpretation verschiedener Kennzahlen erzielt werden.

Erlös pro OP-Minute pro Operateur

Im OP-Saal werden die Kosten im Wesentlichen durch den Umfang und die Qualifikation des eingesetzten Personals sowie die eingesetzten Sachmittel (Implantate, Verbrauchsmaterialien etc.) bestimmt. Bei einem Großteil der Eingriffe darf der wesentliche Teil des Wertschöpfungspotenzials im OP beim Personal gesehen werden. Soll die OP-Leistung unterschiedlicher Fachabteilungen oder unterschiedlicher Operationsarten im Sinne eines Ressourcen-Erlös-Verhältnisses verglichen werden, kann auf die Kennzahl „Erlös pro OP-Minute pro Operateur“ zurückgegriffen werden.

Das DRG-Institut InEK veröffentlicht mit dem G-DRG-Browser jährlich zu den bundeseinheitlich bewerteten DRGs die sogenannten InEK-Kostenmatrizen. Diese ▶

► Matrizen spiegeln, etwas verkürzt dargestellt, die Erlösanteile unterschiedlicher Leistungsbereiche an den Gesamterlösen einer DRG wider. Neben den Erlösanteilen z.B. für die Leistungsbereiche Normalstation, Intensivstation oder Radiologie werden auch die Erlösanteile für den OP-Bereich und die Anästhesie dargestellt. Für jeden der 11 Leistungsbereiche werden die Erlösanteile differenziert nach Personalkosten, z.B. Kosten für den ärztlichen Dienst oder Funktionsdienst, Kosten für den medizinischen Sachbedarf, wie z.B. Arzneimittel oder Implantate, und Infrastrukturkosten angegeben. Aus diesen Matrizen lassen sich demnach u.a die Erlösanteile für den ärztlichen Dienst und den Funktionsdienst im OP ableiten. Im G-DRG-Browser 2009 wird für die DRG D01B (Kochleaimplantation, unilateral) ein Erlösanteil für den ärztlichen Dienst im OP in Höhe von 340,50 € angegeben. Die hohen Implantatkosten führen zu einem Gesamterlösanteil für den OP in Höhe von 20.807 €. Der Erlösanteil für den ärztlichen Dienst im OP für die DRG I04Z (Revision oder Ersatz des Kniegelenkes mit komplizierender Diagnose oder Arthrodesen) beträgt 441,65 €, bei einem Gesamterlösanteil für den OP in Höhe 3.291,80 €.

Für die Berechnung der Kennzahl „Erlös pro OP-Minute pro Operateur“ werden die Erlösanteile für den ärztlichen Dienst im OP durch die gewichtete Schnitt-Naht-Zeit dividiert. Die gewichtete Schnitt-Naht-Zeit wird durch Multiplikation der Schnitt-Naht-Zeit mit der Anzahl der an der Operation beteiligten Ärzte (Gleichzeitigkeitsfaktor) berechnet.

Diese Kennzahl ist eine ausgezeichnete Grundlage für ein Benchmarking der Fachabteilungen. Unterschiede zwischen den Kliniken/Fachabteilung müssen aber auch richtig interpretiert werden. Ursache für zu geringe Erlöse pro OP-Minute können zu lange OP-Zeiten oder eine zu hohe Personalbindung im OP sein. Wird zum Beispiel eine spezifische Operation in Deutschland mit durchschnittlich zwei Operateuren durchgeführt, im eigenen Haus jedoch mit drei Operateuren, sinkt automatisch der Ertrag pro Operateur. Die Länge der OP-Zeit sowie die Personalbindung im OP werden jedoch nicht unwesentlich auch durch den prozentualen Anteil der Weiterbildungsassistenten in einer Fachabteilung beeinflusst: Je mehr Assistenten weitergebildet werden, desto höher sind OP-Zeit und Personalbindung am OP-Tisch, da die Weiterbildung immer unter fachkundiger Anleitung erfolgen muss.

Selbstverständlich müssen auch die Sachkosten gesondert betrachtet werden, da die Profitabilität einer OP-Personalleistung pro Minute bei überdurchschnittlichem Sachkostenbedarf wieder dramatisch sinken kann. Setzt der Operateur zum Beispiel zur

Verkürzung der OP-Zeit mehrere Stapler für die maschinelle Naht ein, wird er die Kosten für Verbrauchsmaterialien – und damit die Gesamtkosten für die OP-trotz kurzer OP-Zeit dramatisch in die Höhe treiben.

Die Betrachtung der Wirtschaftlichkeit im OP stellt nur den ersten Schritt einer Gesamtwirtschaftlichkeitsbetrachtung einer operierenden Fachabteilung dar. Ein Operateur mit etwas längerer Schnitt-Naht-Zeit kann im Ergebnis komplikationsärmer operieren und damit die Kosten in der postoperativen Behandlungsphase reduzieren. Ein schneller und damit zunächst profitabler erscheinender Operateur kann überproportional häufig Komplikationen produzieren, die dann zu Re-Operationen oder weiteren teuren Maßnahmen führen. Aus diesen Gründen ist letztendlich nur der Vergleich der Gesamtfallkosten mit den Gesamterlösen die wirklich zielführende Messgröße.

Fazit

Die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der OP-Saalnutzung wird über den von R. Grote et al. dargestellten Weg regelhaft nicht zu Kennzahlen führen, die geeignet sind, eine für das Krankenhaus nützliche Zuordnung der OP-Kapazitäten vorzunehmen. Ohne Bereinigung um die Sachkosten und ohne Berücksichtigung des eingesetzten Personals (Gleichzeitigkeitsfaktor) hat die Bewertung der Erlösseite keine Aussagekraft bzgl. der Wirtschaftlichkeit.

Aufgabe einer Krankenhausleitung ist es, die Chefärztinnen und Chefärzte aktiv dabei zu unterstützen, ihre Abteilung wirtschaftlich zu führen. Dazu sollten OP-Management und Controlling ein differenziertes System von Leistungsdaten und Kennzahlen liefern, die es erlauben, die einzelnen Strukturen und Prozesse innerhalb der Wertschöpfungskette zu beurteilen. Nur so können der Optimierungsbedarf festgestellt und Möglichkeiten im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses beschrieben werden. Am UKM arbeitet das OP-Management daher eng mit dem Medizincontrolling zusammen. Als äußeres Zeichen dieser Zusammenarbeit gilt ein gemeinsames Berichtswesen. In einem festgelegten Turnus werden die Kennzahlen und die sich ergebenden Konsequenzen zwischen Klinischem Vorstand und den Klinikdirektoren, Chefärztinnen und Chefärzten diskutiert und Ressourcen geplant sowie Ziele vereinbart. Hierzu gehört auch die Vergabe von OP-Kontingenten in Abhängigkeit vom wirtschaftlichen Beitrag für den Erfolg der Krankenversorgung.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. René Waurick
 Stabsstelle OP-Management
 Dr. med. Holger Bunzemeier
 Leiter Geschäftsbereich Medizinisches Management
 Prof. Dr. med. Norbert Roeder
 Ärztlicher Direktor

Universitätsklinikum Münster
 Albert-Schweitzer-Straße 33
 48149 Münster, Deutschland.

Stellungnahme zum Leserbrief

Der Aussage der Autoren des Leserbriefes, dass es die eine relevante Kennzahl nicht gibt, möchten wir uneingeschränkt zustimmen. Die von uns beschriebene „Erlösorientierte OP-Tischverteilung“ kombiniert daher auch mehrere Kennzahlen, welche die Nutzung der zur Verfügung gestellten OP-Kapazität (Nutzungsgrad Schnitt-Naht-Zeit [1]), die Verweildauer der Patienten und das Verhältnis zwischen der Anzahl an OP-Tischen und den DRG-Erlösen (OP-Tisch-Erlös-Index [2]), beschreiben. Die von den Leserbriefautoren beschriebene Vorgehensweise, dass OP-Management und Medizincontrolling ein gemeinsames Berichtswesen erstellen, um ein taugliches Controllinginstrument zu besitzen, ist eine schlüssige Konsequenz aus unseren Publikationen und findet ebenfalls unsere volle Zustimmung.

Inhaltlich muss jedoch festgestellt werden, dass die Leserbriefautoren die Komplexität unserer publizierten Darstellungen nicht vollständig erfasst und sie darüber hinaus wichtige Zusammenhänge innerhalb des DRG-Systems nicht mit der gebotenen Korrektheit interpretiert und angewendet haben.

Es wird kritisiert, dass der von uns publizierte „OP-Tisch-Erlös-Index“ als steuerungsrelevante Kennzahl nicht geeignet sei, da er sich nur auf die Erlöse fokussiere. Der Index müsse durch ein „Ressourcen-Erlös-Verhältnis“ ersetzt werden. Dies ist für uns nicht nachvollziehbar. Wir haben die für operative Kliniken (neben der Anzahl an belegbaren Betten) wichtigste Ressource: „Anzahl an OP-Tischen pro Zeitraum“ den Erlösen in Form der „Summe an Relativgewichten pro Zeitraum“ (= Casemix) gegenübergestellt. Der OP-Tisch-Erlös-Index beschreibt somit ein Verhältnis zwischen Ressourcen und Erlösen, wie es ja gerade von den Autoren des Leserbriefes gefordert wird.

In der Beschreibung der von den Autoren entwickelten Kennzahl „Erlös pro OP-Minute pro Operateur“

verwechseln sie dann leider mehrfach Erlöse mit Kosten. Die InEK Matrix ist eine Kostenkalkulationsmatrix (!), in welcher die verschiedenen Kostenanteile einer DRG dargestellt werden. Die Datenerhebung erfolgt durch das InEK in den Referenzkrankenhäusern. Die Eurobeträge aus der InEK-Matrix sind nicht die Erlöse, die für eine DRG erzielt werden, sondern die durchschnittlichen Kosten einer DRG, aus denen das Relativgewicht ermittelt wird. Die Erlöse einer DRG werden, vereinfacht ausgedrückt, durch die Multiplikation der Bewertungsrelation (=Relativgewicht, cost weight) einer DRG mit dem Landesbasisfallwert berechnet. Hierbei sind zusätzlich gesetzliche und krankenhausindividuelle Zu- und Abschläge zu berücksichtigen.

Was die Autoren des Leserbriefes dann letztendlich mitteilen möchten, wenn sie im Rahmen der Vorstellung ihrer Kennzahl einmal richtigerweise von InEK-Kostenmatrix, dann von Erlösanteilen unterschiedlicher Leistungsbereiche an den Gesamterlösen einer DRG und sowohl von Erlösanteilen für den ärztlichen Dienst und dann, endlich wieder korrekt, von Kosten für den ärztlichen Dienst schreiben, bleibt unverständlich. Hier wäre mehr Sachkenntnis des DRG-Systems und der InEK-Systematik wünschenswert gewesen.

Wenn wir den „Erlös pro OP-Minute pro Operateur“ InEK-konform interpretieren, bleibt eine an der InEK-Matrix orientierte Betrachtung der Kosten übrig und die Kennzahl müsste folgerichtig „Kosten pro OP-Minute pro Operateur“ genannt werden. Im Vergleich mit der InEK-Kostenmatrix könnten dann entweder Übereinstimmungen oder Abweichungen festgestellt werden. Abweichungen könnten dann weiter analysiert werden, um festzustellen, ob länger oder kürzer oder ob mit geringerem oder höherem Personaleinsatz operiert wurde.

Den „Erlös pro OP-Minute pro Operateur“ als neue Kennzahl dann trotz der beschriebenen sachlichen Mängel und ohne vorherige Publikation eigener Daten als „... eine ausgezeichnete Grundlage für ein Benchmarking der Fachabteilungen“ zu beschreiben, ist sachlich nicht haltbar und wissenschaftlich nicht seriös. In der Entwicklung dieser eigenen Kennzahl wären für die Leserbriefautoren ein Studium der Sachlage sowie die Zusammenarbeit mit ihrem Medizincontrolling und eine anschließende Generierung, Diskussion und Publikation der eigenen Daten vor der Anfertigung des Leserbriefes sinnvoll gewesen, um die beschriebenen Mängel zu vermeiden.

Wir stimmen allerdings mit den Leserbriefautoren überein, wenn sie fordern, die Gesamtwirtschaft- ▶

- ▶ lichkeitsbetrachtung nicht zugunsten einer reinen Erlösfokussierung zu vernachlässigen. Die Autoren des Leserbriefes kritisieren dies vehement an unserem Artikel und sprechen unserem Ansatz einer „Erlösorientierten OP-Tischverteilung“ daher die Relevanz ab.

Aber auch diese Kritik erscheint wiederum unberechtigt. Die ausschließliche Erlösfokussierung wurde in unserer Publikation zwar kalkuliert, wir beschreiben aber ganz im Gegenteil, dass eine OP-Tischverteilung allein mit dem „OP-Tisch-Erlös-Index“ nicht realistisch ist. Nur in Kombination mit dem „Nutzungsgrad-Schnitt-Naht-Zeit“ (einer Kennzahl zur Beurteilung der quantitativen Nutzung der OP-Kapazität [3]) und einer qualitativen Beurteilung der Verweildauer kann der „OP-Tisch-Erlös-Index“ sinnvoll eingesetzt werden. Diese Kennzahlenkombination wird von uns als „Erlösorientierte OP-Tischverteilung“ beschrieben und berücksichtigt eben gerade die Gesamtwirtschaftlichkeit.

Vereinfacht ausgedrückt haben wir ein Kennzahlensystem entworfen, mit dem eine rationale und transparente Umverteilung der OP-Kapazitäten erfolgen kann. Nicht genutzte OP-Kapazitäten einer operativen Klinik werden erkannt und an andere operative Abteilungen verteilt. Die Zuteilung erfolgt nur an die operativen Kliniken, die einen Bedarf an OP-Kapazität aufweisen, eine im Vergleich zu den InEK-Werten kürzere durchschnittliche Verweildauer aufweisen und hohe Erlöse in Form von Relativgewichten für ihre Operationen erzielen. Die Kosten der gesamten Wertschöpfungskette müssen dabei von der Aufnahme bis zur Entlassung der Patienten immer so niedrig wie

möglich sein, um einen entsprechenden Gewinn erzielen zu können. Sind die Kosten zu hoch, kann trotz hoher Erlöse pro DRG-relevanter Operation am Ende der Behandlung ein Defizit entstehen. Diese einfache Wahrheit ist evident und wurde von uns in unserer Publikation auch dezidiert beschrieben.

Wir möchten uns abschließend bei den Kollegen Waurick, Bunzemeier und Roeder sehr für das Interesse an unserer Publikation bedanken und sie auffordern, ihre eigenen Daten zu publizieren und dadurch einer breiten Diskussion zugänglich zu machen.

Literatur

1. **Grote R, Leuchtman D, Walleneit A, Menzel M.** Effektives OP-Management: Die neue Kennzahl "Nutzungsgrad-Schnitt-Naht-Zeit" verbessert die Effektivitätsanalyse und Ressourcensteuerung im OP-Bereich. *Anästh Intensivmed* 2008;49:76-83.
2. **Grote R, Leuchtman D, Menzel M, Perschmann S, Walleneit A.** Der "OP-Tisch-Erlös-Index" - Steigerung der DRG-Erlöse durch "Erlösorientierte OP-Tischverteilung". *Anästh Intensivmed* 2009; 9:538-550.
3. **Grote R, Perschmann S, Walleneit A, Sedlacek B, Leuchtman D, Menzel M.** OP-Management: Vom „Nutzungsgrad-Schnitt-Naht-Zeit“ zur OP-Tisch-Verteilung *Anaesthesist* 2008; 57:882-889.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Rolf Grote
Klinik für Anästhesie, Operative Intensivmedizin
und Rettungsmedizin
Klinikum der Stadt Wolfsburg
Sauerbruchstraße 5
38440 Wolfsburg, Deutschland
Tel.: 05361 801410
Fax.: 05361 801624
E-Mail.: rolf.grote@klinikum.wolfsburg.de ■