

Sitzung der AG Kennzahlen des VOPM

Wann: Donnerstag, 26.11.2015, 13:00-17:00

Wo: Universitätsklinikum Bonn

Wer: M. Bieber, K. Böckmann, P.-A. Brand, D. Fleeer, J. Gerst, H. G. Henrich, A. Hoffmann, R. Kraus, D. Kugelart, H.-P. Lehnen, D. Liebsch, A. Mitrenga-Theusinger, P. Müller, C. Münzel, J. Nowotny, S. Orłowski, M. Schweitzer, K. Stremmel, D. Telzer, M. Vorweg, R. Weckenbrock, S. Bertheau, S. Heintze, C. Taube

TOP:

1. Begrüßung, Protokoll der letzten Sitzung
2. Weiterentwicklung des VOPM Benchmarkings
3. Berichte aus den Arbeitskreisen
4. Verschiedenes, Termine

Protokoll der Sitzung vom 26.11.2015, Bonn	
1. Begrüßung, Protokoll der letzten Sitzung	
Keine Anmerkungen zum Protokoll der letzten Sitzung	
2. Weiterentwicklung des VOPM-Benchmarkings	
a) <u>Dokumentation Haupt-OPS:</u> - Prüfung, bei welchen Eingriffen DIMDI neben dem Haupt-OPS die Dokumentation weiterer OPS vorsieht	
b) 47% der Häuser liefern aktuelle Personalangaben - Es ist möglich, nur die VK ohne Angaben von Kosten zu übermitteln	
3. Berichte aus den Arbeitskreisen	
a) <u>Plausibilisierung Auslastung auf Fachabteilungsebene</u> - Vorstellung des Fallbeispiels - Abstimmung: 9J:9N:8E	Anlage 1
b) <u>Dokumentationsqualität</u> - Weiterentwicklung des Handbuchen mit Dokumentation der gefassten Beschlüsse - Strukturdatenplausibilität: Zeitpunkte, welche sich voneinander ableiten, werden nicht mehr einzeln erfasst (Beginn KBZ ergibt sich fachabteilungsspezifisch aus geplanten O8 (-15 Minuten), Kapazität ergibt sich aus KBZ x Anzahl der Säle)	Anlage 2 Arbeitskreis digmed
c) <u>Weiterentwicklung/Neue Kennzahlen</u> - 2.10 Erweitern um A7: 15J:1N:8E - Angenommen - 2.9 Erweitern um A7: 23J:0N:1E - Angenommen - 1.1 adaptieren für A7: 15J:6N:3E - Angenommen - Darstellung der Säulenzeit: 0J:9N:15E - Abgelehnt - Benchmarking der Anästhesieeinleitungsdauer: 0J:21N:3E - Abgelehnt - Neue Kennzahl: Säulenwechselzeit: 6J:7N:11E - Abgelehnt	Anlage 3
4. Verschiedenes, Termine	
Arbeitskreis zur Dokumentation von OPS: S. Orłowski, R. Kraus, digmed Arbeitskreis Weiterentwicklung entwickelt Vorschlag zu Auswertung Säulenzeit Nächstes Treffen am 05.04.'16 von 10:00 bis 14:00 Uhr am Vortag des OP-Management-Kongress, Bremen	

Für das Protokoll: S. Heintze

Plausibilitätsprüfung für die Auslastungsberechnung im VOPM Benchmarking

AG Kennzahlen des VOPM
26. November 2015
Universitätsklinikum Bonn

Anlage 1

Protokollauszug: AG Kennzahlen des VOPM vom 14.04.2015

<p>❖ Berichte aus den Arbeitskreisen</p> <p>➤ Auslastung auf Fachabteilungsebene</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nach ersten Proberechnungen der möglichen Plausibilisierungsformel für die Auslastungsberechnung: $Auslastung_{max} = \frac{(\bar{\delta}Schnitt-Naht-Zeit)}{(\bar{\delta}Schnitt-Naht-Zeit) + (\bar{\delta}Naht-Schnitt-Zeit)}$ ist für die korrekte Abbildung des OP-Nutzungsgrades noch ein Korrekturfaktor notwendig. Dafür werden 2 Alternativen vorgeschlagen: <ul style="list-style-type: none"> • Abhängig von Schnitt-Naht-Zeit und/oder Naht-Schnitt-Zeit • Feste Größe zwischen 5 und 20 Prozent ▪ Für die bessere Beurteilung der Fragestellung werden beide Varianten auf Basis der Daten von der Klinik Hirslanden in Zürich durch digmed berechnet und diese Ergebnisse als Entscheidungsgrundlage für die nächste Arbeitsgruppensitzung aufbereitet. 	<p>digmed</p>
---	---------------

Anlage 1

Plausibilitätsprüfung für die Auslastungsberechnung im VOPM Benchmarking

am Bsp. der UCH im AKN im Sommer
2013

Anlage 1

Reduzierung von OP-Kapazitäten für den Sommer 2013 im AK Nord

Vorgehensweise:

- Abfrage der Fachkliniken bez. Bedarf OP-Kapazitäten in den Sommerferien
Hamburg/Schleswig-Holstein – **6 Kalenderwochen**
- Rückmeldung aller Bereich erfolgte bis zum 25. Mai
 - Reduzierung ganzer Säle
 - Teilweise individuelle Lösungen z.B. HNO
- abschließende Plausibilisierung der Daten; Integration der Augenklinik
- **alle Operationen mit Anästhesie und OP-Beteiligung!**

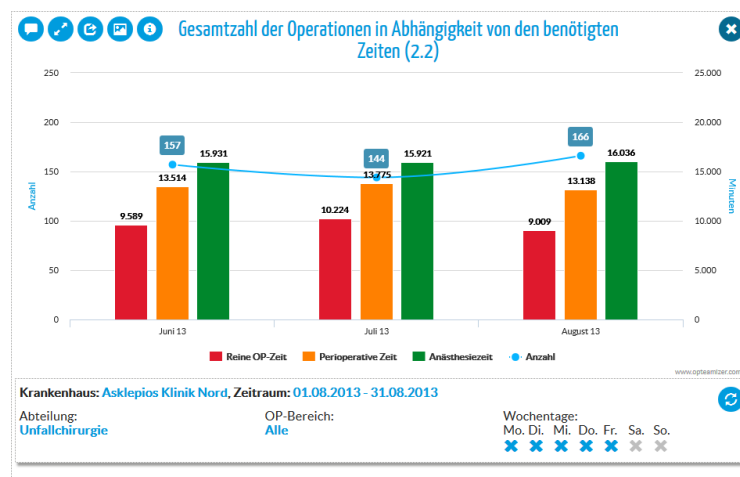


Reduzierung von OP-Kapazitäten für den Sommer 2013 im AK Nord

Zusätzlich gewährte und genutzte OP-Kapazitäten, die vorher nicht geplant waren, verändern den Bezug!

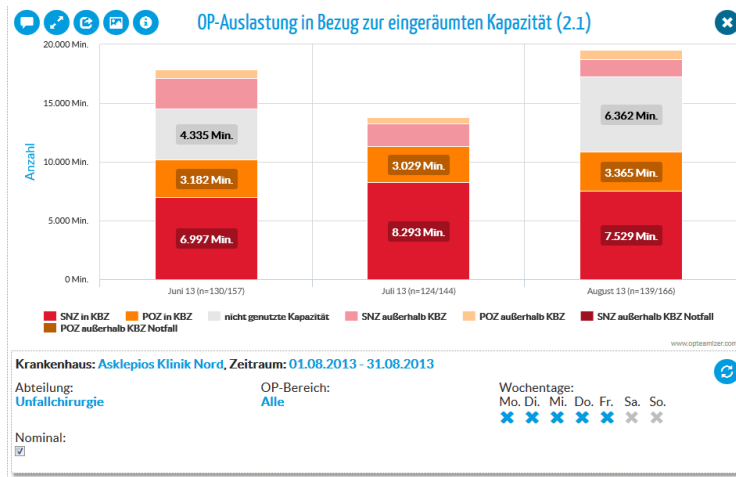
Anlage 1

Entwicklung der Leistung



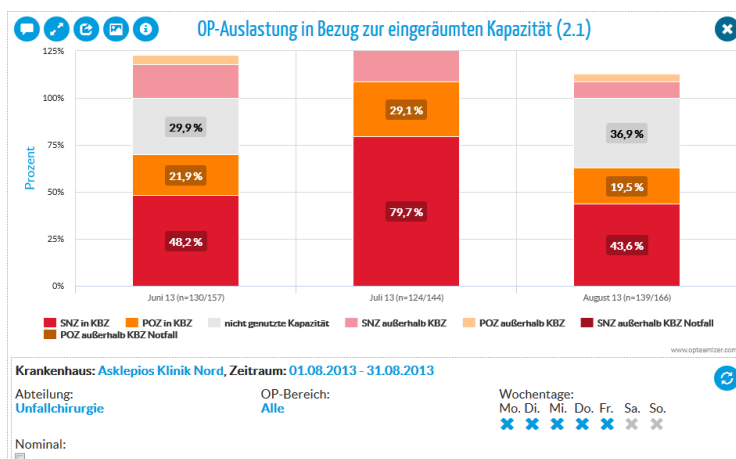
Anlage 1

Entwicklung der Auslastung – nominal temporäre Kapazitätsreduzierung im Juli 2013



Anlage 1

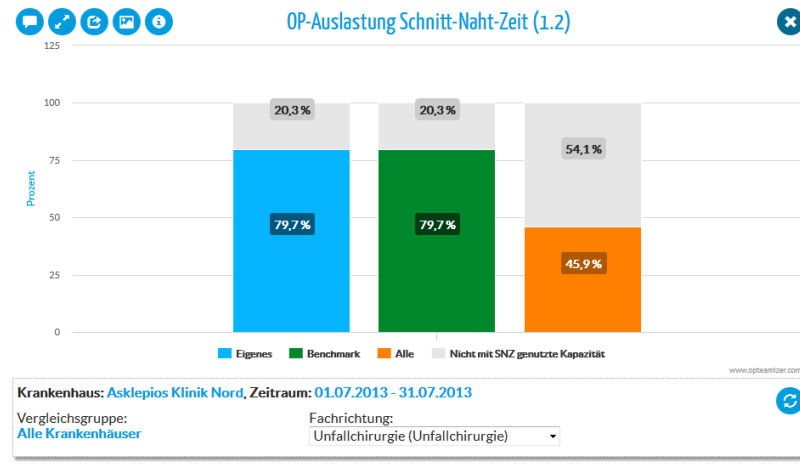
Entwicklung der Auslastung - prozentual



Zusätzlich gewährte und genutzte OP-Kapazitäten, die vorher nicht geplant waren, verändern den Bezug!

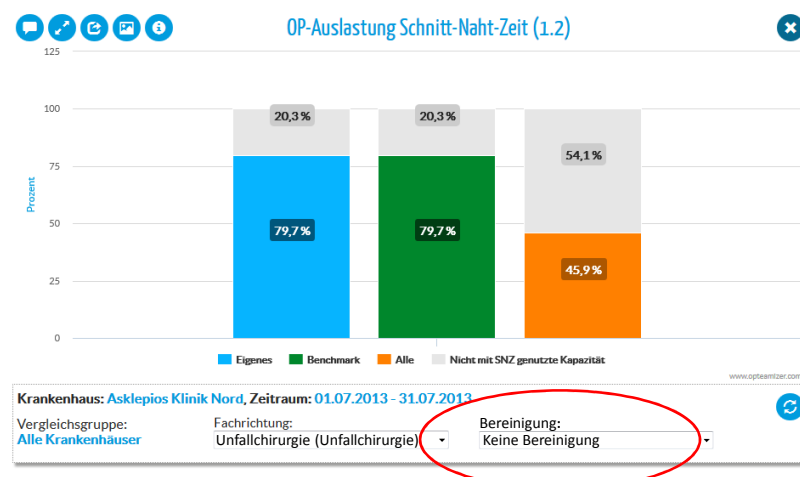
Anlage 1

Aktuelle Darstellung im Benchmarking



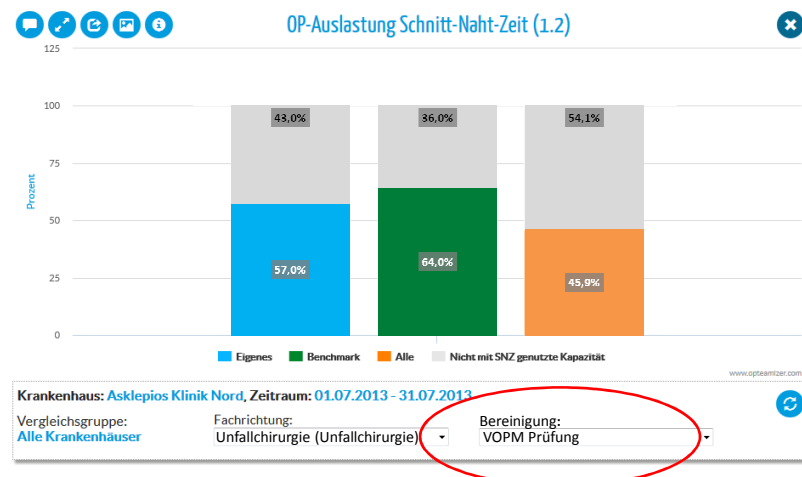
Anlage 1

Geplante Darstellung und Einstellungsmöglichkeiten



Anlage 1

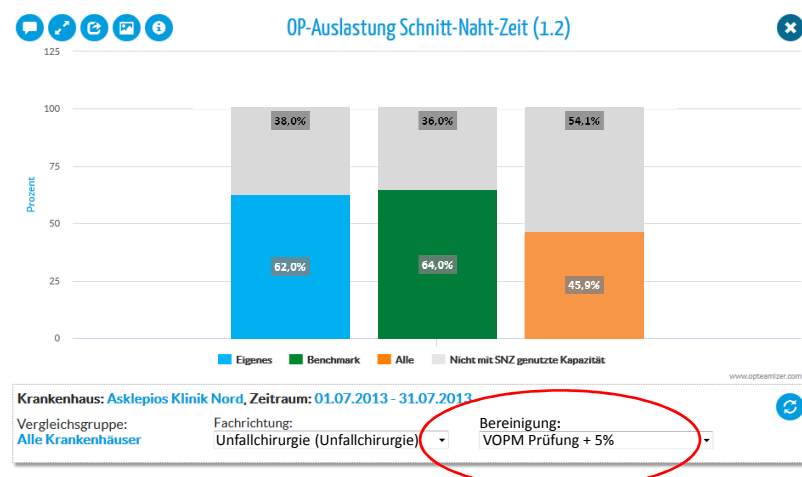
Ergebnis bei aktivierter VOPM Prüfung



Anlage 1

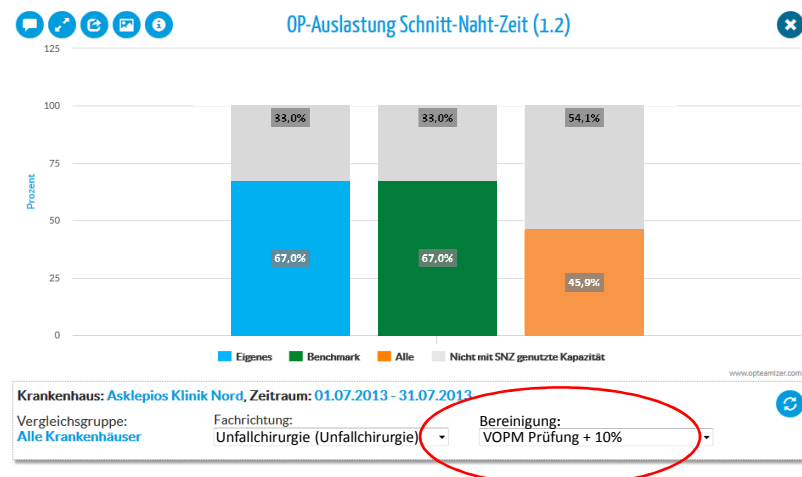
Ergebnis bei aktivierter VOPM Prüfung

+ 5%



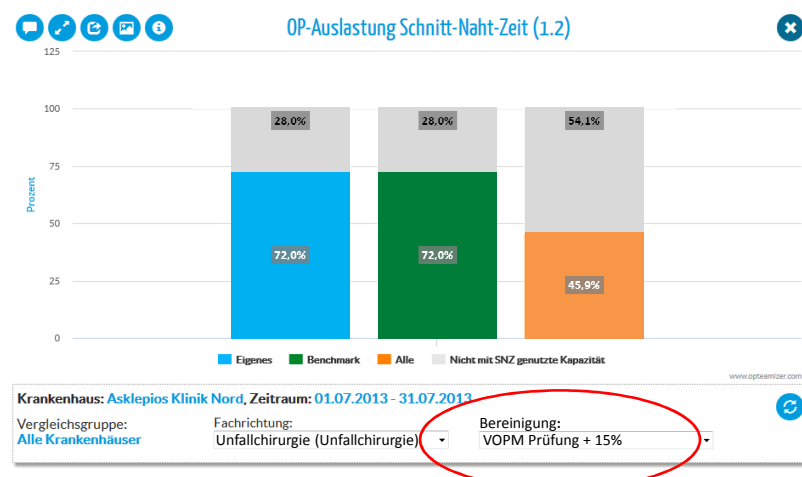
Anlage 1

Ergebnis bei aktivierter VOPM Prüfung + 10%



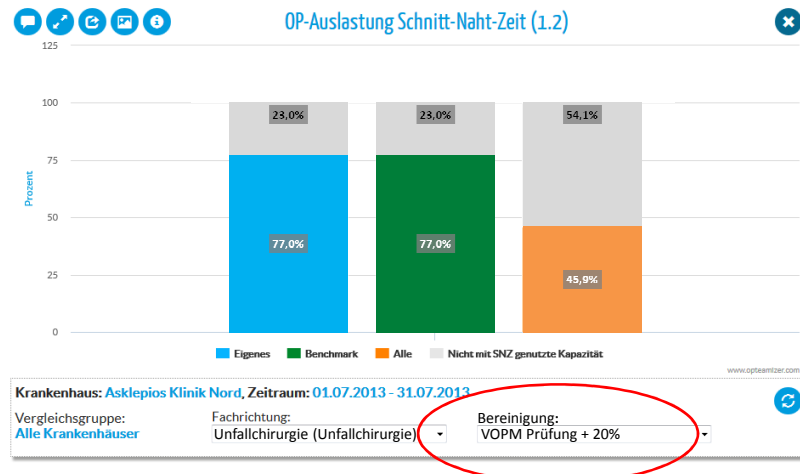
Anlage 1

Ergebnis bei aktivierter VOPM Prüfung + 15%



Anlage 1

Ergebnis bei aktivierter VOPM Prüfung + 20%



Anlage 1

Den Text in der roten Farbe im Buch einfügen.

Der Text in der grünen Farbe stellt besondere Inhalte für unsere Arbeitsgruppe dar.

1. Dokumentation der Eingriffe in Lokalanästhesie/Standby
 - Eingreifen des Anästhesisten nach Anästhesiefreigabe (A7) wird nicht dokumentiert
 - Auch LA durch den Operateur nach der Anästhesiefreigabe (A7) wird nicht als Beginn Anästhesie (A6) erfasst

Seite 24 A7 Bemerkung: Ist es nach dem Zeitpunkt A7 erneut erforderlich, dass die Anästhesiologie in der Art tätig wird, dass die Prozesse verzögert werden, so kann dies nicht dokumentiert werden. Die A7 Zeit wird nicht retrospektiv verschoben.

Seite 24 O8 Bemerkung: Erfolgt eine Operation in einem örtlichen Betäubungsverfahren durch den Operateur, so ist die Platzierung des Lokalanästhetikums als Zeitpunkt O8 zu werten. Die Zeitpunkte A6 und A7 werden in dieser Situation nicht dokumentiert. Cave das hatten wir in der jüngeren Vergangenheit auch schon mal anders besprochen wegen der Berechnung von Wechselzeiten – ein Anliegen aus Frankfurt

2. Berücksichtigung von Saalwechseln in den Naht-Schnitt-Zeiten
 - Dokumentation von Saalpausen auch bei physischem Saalwechsel
 - Teambasierte Dokumentation ist möglich, sofern in Rohdaten erhoben

Seite 28 K8 Bemerkung: dieser Punkt wurde im Buch bereits aufgenommen.

3. Bestimmung der Diagnosen/Prozeduren für die Erstellung einer Kennzahl mit Tracerbezug
 - Alle teilnehmenden Häuser senden eine Übersicht der Top 5 Eingriffe jeder Fachabteilung, die als Tracer in Frage kommen

Seite 9 erster Absatz: Aus Seite 9 steht abweichend von diesem Beschluss, dass die Tracer OP's von den jeweiligen Fachgesellschaften festgelegt werden. Hierzu eine Diskussion in Bonn eröffnen.

4. Tracer: Anfertigung einer neuen Kennzahl auf Basis der Kennzahl "Mittlere Schnitt-Naht-Zeit der Top 5 OPS [n;m]" und der finalen Tracerliste
Umsetzung ist erfolgt auf den Seiten 8 und 9.

Evaluation ob am Ende vom Balken nicht besser die Anzahl der durchgeführten Eingriffe stehen sollte?

5. Jedes teilnehmende Haus liefert die durchschnittliche VK-Zahl je Monat und Berufsgruppe
Dieser Beschluss wurde zu einem späteren Zeitpunkt außer Kraft gesetzt. Die VK im Durchschnitt je Berufsgruppe sollen einmal im Jahr gemeldet werden.
Den Text dem neuen Beschluss 1x pro Jahr anpassen; s.u..

6. Konkretisierung der zu entwickelnden Personalkennzahlen
 1. Produktivität: Operative Eingriffe je VK ; Schnitt-Naht-Minute je VK
 2. Wirtschaftlichkeit: VK-Kosten je operativen Eingriff ; VK-Kosten je Schnitt-N-Minute

Nr 6.1 wurde im Buch umgesetzt siehe hierzu Seite 12.
Nr 6.2 wurde im Buch umgesetzt siehe hierzu Seite 13.

7. Entwicklung von zwei finalen Kennzahlen "Eingriffe/SNZ-Minuten je VK" ; "Personalkosten je Eingriff/SNZ-Minute" ; Die Häuser liefern die notwendigen

Informationen, um an dem Benchmark mit dieser Kennzahl teilzunehmen

-Die Datensätze müssen eine Differenzierung zwischen den VK-Kategorien aufweisen

Weitere Konkretisierung von den Beschlüssen 5 und 6. Hier sind keine weiteren Einträge erforderlich.

8. Ausgestaltung der Personalkennzahlen: -Lokalanästhesie (bisher keine Unterscheidung nach LA);(Anteil Eingriffe LA wird derzeit nicht ausgewiesen)
-Keine Differenzierung nach Kernarbeitszeit oder Notfalldeklaration
Eine Differenzierung nach Operationen in LA ist weiterhin nicht möglich. Siehe Nr 10 Im Bereich Reporting Kuchendiagramm 2.3 Seite 16 sind die Notfall Deklarationen erkennbar.
In diesem Zusammenhang ist aufgefallen, dass 2.9 und 2.10 im Buch nicht aufgeführt werden. Dies müsste nachgeholt werden.
9. Ersatz der Kennzahl "TOP 5 OPS" durch "Tracer/TOP 5 OPS"
-Definition von Mindestmengen für das beste Krankenhaus (Anzahl Eingriffe >5 ; >10); Tracer/TOP 5 OPS:
-Mindestmengen auch für die Gesamtheit aller Krankenhäuser berücksichtigt
Diese Forderung wurde umgesetzt.
Eine Ergänzung könnte auf den Seiten 8 und 9 erfolgen in Bezug auf die aussuchbaren Mindestmengen.
10. Umgang mit LA-Eingriffen in der Auswertung der Gesamtzahl der Operationen in Abhängigkeit der benötigten Zeiten:
-Gegenwärtig wird für alle Eingriffe eine Anästhesiedauer ausgewiesen, da fehlende Zeitpunkte auf die nächsten dokumentierten Zeitpunkte interpoliert werden
-Meldung aller Kliniken, ob LA-Eingriffe markiert werden können
Der Umgang mit Operationen in LA scheint komplex zu sein und war immer wieder Diskussionsgegenstand. Empfehlung im Kapitel A – Kennzahlenempfehlung ein neues Unterkapitel 3 einzufügen „Besonderheiten“; 3.1 Dokumentation von Eingriffen in Lokalanästhesie
11. Umgang mit mehrfach dokumentierten, ggf. interdisziplinären Eingriffen:
-Zeitgleiche Eingriffe im selben Saal: Rückmeldung als Duplikat an den OPM des Hauses im Plausibericht
-Vollständigster Datensatz bleibt bestehen, alternativ Plausiprüfung des OPM bereits vor der Datenlieferung
Für diese spezielle Situation ggf. ein Unterkapitel in dem neuen Kapitel 3 eröffnen oder eine andere Lösung anbieten.
12. Saalpausen werden bei der Naht-Schnitt-Zeit/Wechselzeit berücksichtigt
Kapitel 3.3 Umgang mit Saalpausen – Einfügung von Kalenderausnahmen
13. OP-Planstabilität: -Um die Zusammenführung von zwei Fall-IDs zu ermöglichen (z.B. bei abgesetzten Patienten) soll, wenn möglich, eine Nummer, anhand welcher ein Patient eindeutig identifiziert werden kann, vergeben werden
Das ist nicht relevant für die Kennzahlenauswertung und muss nicht mit aufgenommen werden.
14. Plandatenbasis:
-Kurzfristige Strukturdatenänderungen durch beispielsweise saisonale Ereignisse sind nicht vorgesehen Auswertung
Kapitel 3.2 mit einem Hinweis aller einmal im Jahr zu liefernden Strukturdaten.

15. von Patienten als abgesetzt oder terminlich verlegt ist auf Grund der fehlenden Datenbasis nicht möglich

19.1.2012 was hiermit gemeint war ist aus dem Protokoll nicht erkennbar

16. Mehr Informationen zur Grundgesamtheit im Benchmarking gewünscht:

-Statistische Parameter zur Bewertung des Mittelwertes

Kapitel 3.2 mit einem Hinweis aller einmal im Jahr zu liefernden Strukturdaten.

17. -Nennung des Benchmark-KH, wenn Daten von >5 Häusern in der Auswertung enthalten sind

-Nennung auch des zweitbesten Krankenhauses, wenn Daten von >10 Häusern in der Auswertung enthalten sind

Dieser Beschluss wurde bisher nicht umgesetzt!! Nach der Umsetzung sollte in Kapitel 1.4 eine Bemerkung dazu eingefügt werden.

18. Durchschnittliche Dauer der operativen Prozessschritte:

-Funktionserweiterung auf Eingriffe in Lokalanästhesie (sofern in den Rohdaten erfasst)

3.1 Dokumentation von Eingriffen in Lokalanästhesie

19. Abgrenzung von Personalkosten:

-Einbezogen werden Mitarbeiter und Kosten, deren Haupteinsatzbereich im OP ist.

-Das OP - Management ist nicht zu berücksichtigen.

Das ist auf den Seiten 12 und 13 beschrieben.

20. Einheitliche Notfallklassifikation:

Das ist auf der Seite 16 im Reporting umgesetzt.

21. In der Analyse der zeitgerechten Durchführung der einzelnen Prozessschritte ist eine Berücksichtigung der „Aufholer“ möglich.

Die Aufholer-Funktion ist im Benchmarktool nutzbar.

Müsste aber noch in die Kennzahlenempfehlung auf Seite 17 eingearbeitet werden.

22. Zukünftige Trennung nach Nationalität der Häuser bei bestimmten Auswertungen. (Dies gilt insbesondere für die VK-Zahlen).

Diese wichtige Funktion ist umgesetzt und müsste nur auf die Seiten 12 und 13 eingefügt werden.

23. Ergänzung des Glossars zur Kapazität

-Saalöffnung ist 15 Minuten vor dem geplanten ersten Schnitt (08)

-Saalschließung ist 15 Minuten nach dem geplanten Ende der letzten nachbereitenden operativen Maßnahme (011) des Tages

Die Änderung der Definition der Kapazität (Kernbetriebszeit, Saalnutzungszeit) muss von allen Kliniken in den Strukturdaten angepasst werden. Falls noch nicht geschehen, sollten die überarbeiteten Strukturdaten zusammen mit den Angaben zu VK, Bruttoarbeitslohn und CMI bis zum 31. 01. 20?? an Digmed übermittelt werden. Ggf. Einarbeitung in Kapitel 3.2.

Die Definition der Saalöffnungs- und Saalschließungszeit muss auf Seite 7 eingefügt werden.

24. Die Betrachtung der Auslastung mit reiner OP-Zeit (ROZ) im Benchmark ist nur auf Haus-Ebene sinnvoll. Auf Wunsch der Teilnehmer bleibt die Auswahl der Fachabteilung aber weiterhin möglich.

Dieser Hinweis ist auf Seite 7 in der Kennzahlenempfehlung für OP - Manager eingefügt.

25. Umgang mit parallel im gleichen Saal stattfindenden Eingriffen:

-gleicher Saal, überlappende Schnitt-Naht-Zeit, unterschiedliche Fallnummer

-beide Fälle werden als fehlerhaft identifiziert und nicht berücksichtigt

Das finde ich problematisch, weil bei Eingriffen in Lokalanästhesie der Schnitt, nach Deinem Vorschlag, schon bei Anlage der Lokalanästhesie erfolgt. D.h., wenn eine OP im Saal noch läuft, und ein anderer Chirurg im Vorraum dem nächsten Patienten schon eine LA setzt, würden beide Fälle nicht berücksichtigt. (Bei mir kann eine Freigabe und ein Schnitt immer erst im Saal stattfinden). Ggf Aufnahme in Kapitel 3.1

-gleicher Saal, überlappende Schnitt-Naht-Zeit, gleiche Fallnummer

-die Fälle werden als nicht fehlerhaft identifiziert und berücksichtigt

-Unschärfe bei Schnitt-Naht-Auslastung und anderen Auswertungen wird in Kauf genommen.

26. Alle Krankenhäuser sollen im Januar des Folgejahres ihre aktuellen Personaldaten übermitteln.

Das wird schon gemacht. Jahresstrukturdaten

- 27.
- Anzahl der Krankenhäuser in der Benchmarkauswertung
 - Anzahl der Datensätze in der Benchmarkauswertung
 - Ranking des eigenen Krankenhauses in der Benchmarkauswertung
 - Benchmark der Dokumentationsqualität
 - Auswertung von saisonalen Effekten

Hier weiß ich definitiv nicht, wie weit Digmed mit der Einarbeitung der Funktionen ist.

28. Alle teilnehmenden Häuser liefern den durchschnittlichen Jahres-CMI ex post auf Haus- und Fachabteilungsebene; Abgabe der Jahresstrukturdaten (Personalkosten, CMI) auf Basis des bekannten Wertes vom 31.01. des Folgejahres

Der Hinweis auf den CMI fehlt in Heft und sollte zusammen mit der Angabe, auf welche Auswertungen er einen Einfluss hat, ergänzt werden. Kapitel 3.2

29. Umgang mit Haupt- und Neben-OPS: -Übermittelt und ausgewertet wird der Haupt-OPS

Wie wird der Haupt-OPS ermittelt? Erster Rang? „schwerste“ Prozedur? Ein Hinweis in den Kapitel 1.3 und 1.4 wäre hilfreich.

30. Maßgeblich für die Prozesszeit ist immer die Uhrzeit im KIS

Einfügen im Kapitel B Kurzglossar

31. Angabe des CMI: -CMI jeder operativen Fachabteilung, inkl. konservativer Fälle; - CMI des Hauses als Gesamt-CMI, unter Berücksichtigung aller Fälle der operativen Fachabteilungen

Siehe Punkt 28

32. Das OP-Datum entspricht dem Datum bei Schnitt

Seite 26 zu ZP3: Bemerkung: entspricht dem Datum bei Schnitt

33. Nur die Personalinformationen werden berücksichtigt, die in dem ausgewählten Auswertungszeitraum gültig sind. Eine Ausnahme bilden die Daten des aktuellen Jahres, die bis zum 31.01. des Folgejahres auf Basis der Angaben des Vorjahres berechnet werden, sofern keine aktuelleren Daten vorliegen.

Dieser Punkt sollte im Heft eine Erklärung finden.

34. Plausibilitätsprüfungen: -O8<P2; Beschluss: -Diese Prüfung soll regelhaft mit durchgeführt werden -Die aufgrund dieser Prüfung als unplausibel identifizierten Datensätze werden an die Krankenhäuser zurückgespielt und bleiben bis zur Korrektur, in den Auswertungen unberücksichtigt.

Seite 24: zu P2 Bemerkung: In den Plausibilitätsprüfungen bleiben Datensätze, die das Kriterium O8<P2 erfüllen, in den Auswertungen unberücksichtigt und werden den Kliniken zur Korrektur zurückgespielt.

-A9<O10; Beschluss: -Diese Prüfung bleibt weiterhin bestehen, da im regelhaften OP-Alltag ein Ende Anästhesie vor Naht nicht vorkommen kann.

Seite 25: Zu O10 Bemerkung: es findet eine Plausibilitätsprüfung A9<O10 statt, d im regelhaften OP-Alltag ein Ende der Anästhesie vor Naht nicht vorkommen kann.

35. Schnitt bei komplexen Eingriffen:

-Die Auswertung wird weiterentwickelt und betroffene OPS werden mit einem Hinweis versehen -Auf Basis einer Liste von in Frage kommenden OPS -Nach einem Algorithmus, mit dem ein besonders starker Unterschied zwischen oberstem und unterstem Quartil ermittelt wird.

-Um eine einheitliche Dokumentation zu erreichen, wird darauf hingewirkt, dass sich die Datenanforderung der Qualitätssicherung ebenfalls am Prozess orientiert.

Ab wann gilt ein Eingriff als komplex? Wo kann man die Liste einsehen? Wie sieht die Konkrete Umsetzung der QS-Datenanforderung aus? Aus den Fragen ergeben sich Eintragungen, die im Buch erforderlich wären.

Anpassungen im VOPM-Tool

Final, Stand 16.11.2015 (PM)

Vorschläge der AG zur Einführung:

Für das Reporting:

- A7 – Vergleich zwischen tatsächlichem und geplantem Beginn für Freigabe Anästhesie
 - bis auf Abteilungsebene (Darstellung analog 2.10) und
 - Saalbezogen (Darstellung analog 2.9)

Für den Benchmark:

- A7 – Freigabe Anästhesie auf Abteilungsebene (Darstellung analog 1.1)
- K2 – Anästhesie-Einleitungsdauer
In jedem Fall bis auf Abteilungsebene (Darstellung analog 1.5 und 1.6),
Wenn möglich, dann „CMI-bezogen“ oder an Tracer-OPs oder TOP angehängt.
- K17 – Säulenzeit = P5-P7 (Darstellung analog 1.5 und 1.6)

Weitere Vorschläge zur Diskussion:

- K3 – Anästhesie-Ausleitungsdauer im Benchmark (Darstellung analog 1.5 und 1.6)
- ⇒ **Wird als weniger interessant angesehen.**
- KXneu – Wechselzeit „Säule“ P7 minus P5 (Darstellung analog K15) als Ergänzung zu K15
- ⇒ **Leider gibt es im Glossar keine Definition für die Säule-Säule-Wechselzeit. Deswegen ist diese als „neu“ zu definieren aufgeführt. Das müsste dann vermutlich noch mit dem wiss. Beirat abgestimmt werden.**