

Projektarbeit im Rahmen der Weiterbildung Sterilgutversorgung,

FK IIII

Wien 2016

ÖGSV

Die Bedeutung einer an den OP-Bereich angeschlossenen AEMP für die OP Koordination in einem Belegspital

Stefan Gabardi

akademischer Experte für die Pflege im Operationsbereich

PremiQaMed Privatkliniken GmbH

Privatklinik Graz Ragnitz

Berthold-Linder-Weg 15

8047 Graz-Ragnitz

0316/596 - 3415

Inhaltsverzeichnis

I. Einleitung	3
II. Hauptteil	4
II.1. Allgemeines	4
II.1.1. Belegkrankenhaus	4
II.1.2. Der Belegarzt	4
II.1.3. OP Management	5
II.1.4. Der Belegarzt aus Sicht des OP Managements	7
II.1.5. Der Belegarzt aus Sicht der AEMP	7
II.1.6. OP Planung	8
II.1.7. Bedeutung für die AEMP eines Belegkrankenhauses	9
II.2. Organisation	10
II.2.1. Informationsfluss	10
II.2.2. Planung	11
II.2.3. Tagesablauf	13
II.2.4. Optimierung	14
II.2.5. Spannungsfeld OP - AEMP	17
II.2.6. Auslagerung der Aufbereitung	18
III. Schlussbetrachtung	20
IV. Abkürzungs- und Literaturverzeichnis	21
IV.1. Abkürzungen	21
IV.1. Literaturverzeichnis	22

I. Einleitung

Die AEMP erfährt, gerade in kleinen Häusern nicht die Wertschätzung und den Stellenwert, dem dieser Einheit gebührt. Denn ohne sterile Instrumente kann keine Operation durchgeführt werden.

Gerade im privaten Gesundheitsbereich wirkt die AEMP als finanzieller Klotz am Bein des Unternehmens, da er auf den ersten Blick nur Kosten verursacht und keinen Income erzeugt.

Diese Arbeit soll einen Einblick auf das System des Belegkrankenhauses und seiner Eigenheiten, die Aufgaben der OP Koordination und des OP Managements in Zusammenarbeit mit der AEMP beleuchten und ansatzweise Lösungsvorschläge bieten, wie diese intensiviert und optimiert werden kann. Vor allem im Hinblick auf wachsende Herausforderungen im Blick auf personelle, finanzielle und marktpolitische Aspekte für die Zukunft.

II. Hauptteil

II.1. Allgemeines

II.1.1. Belegkrankenhaus

In einem Belegkrankenhaus werden Patienten von sogenannten Belegärzten behandelt. Dies sind oft niedergelassene Ärzte, aber auch Klinikärzte, die die vom Belegkrankenhaus zur Verfügung gestellte Infrastruktur zur Behandlung ihrer Patienten nutzen.¹

Für alle medizinischen Maßnahmen, die im Rahmen des ambulanten oder stationären Aufenthalts im Belegkrankenhaus erfolgen, trägt der Belegarzt aufgrund des mit ihm geschlossenen Behandlungsvertrages die Verantwortung. Er erteilt dem von der privaten Gesundheitseinrichtung zur Verfügung gestellten Personal Anweisungen und kann auf seine Verantwortung weitere Konsiliarärzte/-ärztinnen hinzuziehen.

Der Belegarzt trägt daher auch die Haftung für ihre ärztliche Behandlung, die von ihm persönlich, sowie den von ihm beigezogenen Konsiliarärzten und sonstigen Erfüllungsgehilfen durchgeführt wird.

Das Belegkrankenhaus ist für die Unterbringung und Pflege des Patienten verantwortlich. Ausserdem trägt die Einrichtung die Verantwortung für die Qualifikation des angestellten pflegerischen, therapeutischen und sonstigen Personals, sowie für die zur Klinik gehörende Infrastruktur des Hauses, einschließlich der medizintechnischen Ausstattung.

Wird nun ein Patient in einem Belegkrankenhaus aufgenommen, schliesst er, neben dem Behandlungsvertrag mit dem Belegarzt einen Unterbringungsvertrag mit der Einrichtung. Inhalt dieses Vertrages sind neben der Unterbringung und Verpflegung auch die Bereithaltung jederzeitiger ärztlicher Hilfe im Notfall, sowie die stationäre Pflege, zu der auch therapeutische Leistungen wie zum Beispiel die Physiotherapie gehören.²

II.1.2. Der Belegarzt

Ärzte, die für die operative Therapie ihres Patienten ein Belegkrankenhaus nutzen, unterliegen im Gegensatz zu angestellten Ärzten einer Einrichtung nicht den Weisungen der klinischen Hierarchieebenen.

Obgleich sie die Infrastruktur und Dienstleistungen der privaten Gesundheitseinrichtung wie

¹ <http://www.wissen.de/medizin/belegkrankenhaus>, 7.7.2016

² <http://www.privatklinik-graz-ragnitz.at/de/patienten-besucher/rechtliches.html>, 3.8.2016

Administration, Betten, Operationseinheit, Pflege und Funktionsdienste nutzen, sind sie, im Gegensatz zu angestellten Dienstnehmern nicht an hausinterne Behandlungspfade und Standards der medizinischen Leitungsebene gebunden. Das Belegkrankenhaus hat zwar die Möglichkeit, gewisse Rahmenbedingungen durch Verträge und Geschäftsordnungen festzulegen, jedoch keinen Einfluss auf die medizinische Behandlungsqualität zu nehmen.

Da der Belegarzt seine eigenen organisatorischen Zielvorgaben definiert, also den für ihn und seine Tagesplanung idealen Workflow anstrebt, wird es, insbesondere bei steigender Anzahl an operativ tätigen Belegärzten, eine zunehmende Herausforderung für das OP Management und am Operationsprozess direkt und indirekt beteiligten Spezialisten, die Interessen des einzelnen mit den organisatorischen und infrastrukturellen Gegebenheiten des Belegkrankenhaus in Einklang zu bringen.

Haben es die verantwortlichen Handlungspersonen in öffentlichen Spitälern in der Regel mit einem Chefarzt und einer überschaubaren Anzahl leitender Oberärzte pro Fachrichtung zu tun, so steht man in einem Belegkrankenhaus mit jedem Belegarzt einem Chefarzt und seinen persönlichen Interessen gegenüber.

So kann es in grösseren Belegkrankenhäusern vorkommen, dass der OP Manager bzw. der OP Koordinator weit über 100 Chefarzte betreut, die alle mit ihren ureigenen Bedürfnissen nach idealer OP-Slotverteilung und flexibler Programmgestaltung, welche die individuellen Prozessstrukturen aus seinem persönlichen Tagesabläufen in den deutlich statischeren Krankenhausalltag einfließen lassen.

Es ist natürlich gerade dem niedergelassenen Mediziner anzurechnen, dass er neben der Praxisorganisation mit definierten Sprechzeiten, die Wegzeiten zwischen Praxis und Krankenhaus, die Visitenzeiten, die Dokumentations- und Abrechnungsschnittstellen, die Anästhesievorgaben, sowie eine eventuelle operative Assistenz ebenso in seinen Behandlungspfad einzukalkulieren hat, wie auch die Tatsache, dass er sich als niedergelassener Belegarzt dem direkten Wettbewerbsdruck innerhalb seines Fachgebiets zu stellen hat.³

II.1.3. OP Management

Grundlegend muss im Bereich des OP Managements zwischen zwei Funktionen, dem OP Manager und dem OP Koordinator, unterschieden werden. Jede dieser beiden Funktionen hat ein genau definiertes Aufgabengebiet. Ist jedoch nur eine entsprechende Funktion besetzt, übernimmt die andere dessen Aufgaben oder die Zuständigkeiten werden in der

³ Handbuch OP Management, S.863, Oliver Sackers

Organisations- und Hierarchiestruktur verteilt. Oft übernimmt die leitende OP-DGKP oder der leitende Anästhesist die Aufgaben des Koordinators, wenn keine entsprechende Position im Haus vorhanden ist..

OP Manager

- Der OP Manager ist unter anderem neben der Ablauforganisation für folgende Punkte verantwortlich:
 - strategische und trägerorientierte Definition von Saalbetriebszeiten,
 - bedarfsgerechte Allokation der fachabteilungsspezifischen OP-Kapazitäten,
 - Finalisierung der Operationsanmeldungen aus den einzelnen operativen Bereichen zu einem für den Gesamtbetrieb effizienten OP-Plan,
 - valide und vollständige Dokumentation des intraoperativen Leistungsgeschehens,
 - Implementierung eines Transparenz- und Effizienzdienlichen Berichtswesens,
 - Einhaltung sicherheitsrelevanter Standards (Zugangsberechtigungen, Patientenbereitstellung),
 - organisatorische und fakultativ disziplinarische Führung der OP-Funktionsdienste,
 - störungsarme Integration notwendiger Renovierungs- und Baumaßnahmen,
 - Einhaltung der Hygienevorschriften,
 - zeitgerechte Bereitstellung des benötigten Instrumentariums (Materiallogistik)
- sowie
- umfassende Kostenstellenverantwortung für den OP-Bereich.

OP Koordinator

Der OP-Koordinator ist beauftragt, das operative Tagesgeschäft unter Vermeidung beziehungsweise Minimierung von Prozessbrüchen und Ineffizienzen zu gestalten (Ablauforganisation).

In die Verantwortlichkeit des OP-Koordinators fallen somit:

- termingerechter Abruf von Patienten in den OP,
- Zuweisung eines für den entsprechenden Eingriff geeigneten OP,
- koordinierende Kommunikation mit den an der Leistungserbringung beteiligten Berufsgruppen und Planumstellung bei Auftreten von unvorhersehbaren Ereignissen (Komplikation, Notfall etc.).⁴

⁴ Der Anaesthesist 1 · 2010 Seite 70

II.1.4. Der Belegarzt aus Sicht des OP Managements

Durch die zunehmende Anzahl der belegärztlich tätigen Mediziner, wird es aus Sicht des des OP Management zunehmend zu einer Herausforderung, auf die individuellen Bedürfnisse (vgl. II.1.2.) einzugehen.

Je mehr Belegärzte den Versuch starten, ihre Bedürfnisse in den klar strukturierten OP Betrieb eines Belegkrankenhauses einzubringen, desto schwerer fällt es, die Anforderungen an eine strukturierte OP Koordination im Tagesgeschäft und einem wirtschaftlichen Betriebsablauf zu erfüllen.

Hinzu kommt, dass der Belegarzt mit seinem, in der Regel begrenzten OP Spektrum, in der Terminplanung saisonal abhängig ist. So wird der Patient, sofern er die Wahl hat, sich für einen OP Termin entscheiden, der nicht unbedingt in Ferien- und heißen Sommerzeiten oder Feiertagen kollidiert.

Wenn sich der Patient nun zu einem gewünschten Eingriff entscheidet, dann sollte dieser im Interesse des Patienten, aber vor allem im Interesse des Belegarztes kurzfristig realisierbar sein, da auch hier wieder der Wettbewerb die treibende Kraft ist. Bekommt der Patient nicht raschestmöglich einen Termin für die bestmögliche Versorgung, wandert er in vielen Fällen zum nächsten Belegarzt. Kann dieser ihm einen schnelleren Termin verschaffen, so wird ein rascher Wechsel des Behandlers vollzogen. Teilweise auch unabhängig davon, ob bereits ein Operationstermin in einem Belegkrankenhaus fixiert wurde.

Den verantwortlichen, am Behandlungsprozess im Belegkrankenhaus beteiligten Personen, allen voran dem OP Manager, steht somit ein Partner gegenüber, der, im gesamten Betrachtet, wenig Motivation mitbringt, sich den Organisationsstrukturen der privaten Gesundheitseinrichtung anzupassen, und auf den man, aufgrund des fehlenden Direktionsrechts nur schwer führen kann.

Um im Interesse beider Seiten allen Anforderungen gerecht zu werden, ist es hilfreich, den Belegarzt als Kunden zu sehen und zu behandeln.⁵

II.1.5. Der Belegarzt aus Sicht der AEMP

Nicht nur für das OP Management gilt es, den Belegarzt und seine persönlichen Bedürfnisse und im weiteren Sinne, die seines Patienten zu befriedigen, auch die AEMP ist hier maßgeblich daran beteiligt.

Denn der Belegarzt benötigt für seine operative Therapie nicht nur zeitliche und personelle Ressourcen, sondern vor allem Instrumente und sterile Operationssysteme um zu einem

⁵ Handbuch OP Management, S.863, Oliver Sackers

Behandlungserfolg zu kommen. Die besondere Herausforderung für die AEMP besteht vor allem im Bereich der Prothesenversorgung und im Leihinstrumentenmanagement. Da der Belegarzt im Gegensatz zu einem öffentlichen Krankenhaus zu keiner Nutzung eines bestimmten Operationssystems „gezwungen“ werden kann, bringt jeder Belegarzt das System ins Haus, mit dem er den besten Behandlungserfolg erzielen kann.

Da der Belegarzt an kein System gebunden ist, kommt es immer häufiger vor, dass ein Belegarzt ein neues Operationssystem oder neues Instrumentarium testen will. Durch die fehlende Reglementierung, da diese Testungen oft auch für das Belegkrankenhaus wirtschaftlich interessant sind (teilweise keine Kosten für die Ersttestung, Testrattche), stehen sowohl OP Management als auch die AEMP vor einer Herkulesaufgabe.

Es gilt hier den gesetzlichen Vorgaben genüge zu tun und dies oft in kürzester Zeit und minimalen Vorabinformationen.

II.1.6.OP Planung

Die OP Planung eines Belegkrankenhauses lässt sich in keiner Weise mit der eines öffentlichen Krankenhauses vergleichen. Die Operationssäle haben sehr lange und unregelmässige Betriebszeiten, ein Operationstermin richtet sich nach zeitlichem Angebot und Vorgaben des Belegarztes. Die Planung besitzt also einen hohen Grad an Dynamik.

Der Patient ist im Normalfall in der Ordination des Belegarztes, wo eine chirurgische Interventionsindikation gestellt wird. Der Belegarzt meldet nun den Patienten in der Einrichtung seiner Wahl (oder jener seines Patienten) mit einer Vorstellung von OP-Tag und OP Zeit an.

Die Vorlaufzeit für elektive Eingriffe beträgt zwischen mehreren Monaten und einem Tag. Da es Aufgabe des OP Managements beziehungsweise des OP-Koordinators ist, die Operationssäle in der Regelbetriebszeit so gut es geht auszulasten, sind auch kurzfristige, selektive Eingriffe keine Seltenheit, sofern es Kapazitäten und Ressourcen zulassen. Dies stellt aber natürlich auch eine enorme Belastung für die beteiligten Bereiche und Personen dar.

Benötigt ein Belegarzt für die Durchführung einer Operation ein spezielles Instrument oder hat spezielle Anforderungen, gibt er dies bei der Anmeldung bekannt und wird im Falle von Fragen oder Problemen an die entsprechende Stelle (OP Leitung, AEMP) weitergeleitet.

II.1.7. Bedeutung für die AEMP eines Belegkrankenhauses

Durch die Vielzahl an verschiedenen Belegärzten, kommt es auch zu einer Vielzahl an Anforderungen im Bezug auf Ausstattung von Instrumenten und chirurgischen Systemen. Vor allem in der Orthopädie und Traumatologie kann dies eine enorme Herausforderung für die Verantwortlichen der AEMP bedeuten.

Durch die immer länger werdenden Wartezeiten auf elektive Eingriffe in öffentlichen Spitälern, steigt die Nachfrage nach OP-Kapazitäten in Belegkrankenhäusern. Damit aber auch der Aufwand und die Anzahl an Bereitstellungen von pro Eingriff angelieferter Leihsysteme. Zusätzlich werden die Zeitabstände zwischen OP Anmeldung und Eingriff immer kürzer, also auch die Reaktionszeiten der Bereitstellung. Dies erfordert eine gute Kommunikation und Zusammenarbeit aller am Bereitstellungsprozess beteiligten Personen und Funktionen.

Es ist somit eine straff organisierte, Prozess- und Lösungsorientierte AEMP unabdingbar für das funktionieren eines reibungslosen Operationsablaufs.

II.2.Organisation

II.2.1.Informationsfluss

Der wichtigste Punkt für alle Beteiligten ist ein durchgehender, transparenter Informationsfluss aller am Operations- und Aufbereitungsprozess beteiligten Personen. Ziel ist die Schaffung einer Informationsdrehscheibe, die in Echtzeit alle Prozessschritte des Sterilgutkreislauf in Verbindung mit dem Operationskreislauf verbindet.



Dies ist über eine Softwarelösung (Applikation) möglich, die bereits die Plandaten der OP Planung heranzieht und die entsprechenden benötigten Siebe der Operation vorrangig zuweist. Diese Zuweisungen müssen manuell verändert werden können und stehen dem Personal, welches die Fallwagen bestückt zur Verfügung. Es muss auch möglich sein, dass von allen Knotenpunkten ein Informationsrückfluss möglich ist, wenn zum Beispiel ein

zugewiesenes Sieb während des Richtprozesses unsteril geworden ist und nicht mehr zur Verfügung steht. Diese Information muss mittels entsprechender Warnung an die OP Leitstelle gehen, wenn sich daraus Probleme für den Ablauf des Operationsprogramms ergeben oder ergeben könnten. Dies ermöglicht eine frühzeitige und rasche Reaktion auf die geänderten Ressourcenbedingungen.

Zusätzlich kann die Applikation benötigte Leihsysteme filtern und ausgeben und einen, für ein Belegkrankenhaus passenden Workflow bieten. Gerade bei dem Management Leihsystemen bietet ein prozessbezogenes System zur Warenverfolgung enorme Vorteile.

Durch die Transparenz und die vorliegenden Informationen kann ein stressreduzierter, transparenter und qualitativ hochwertige Dienstleistung geboten werden.

II.2.2. Planung

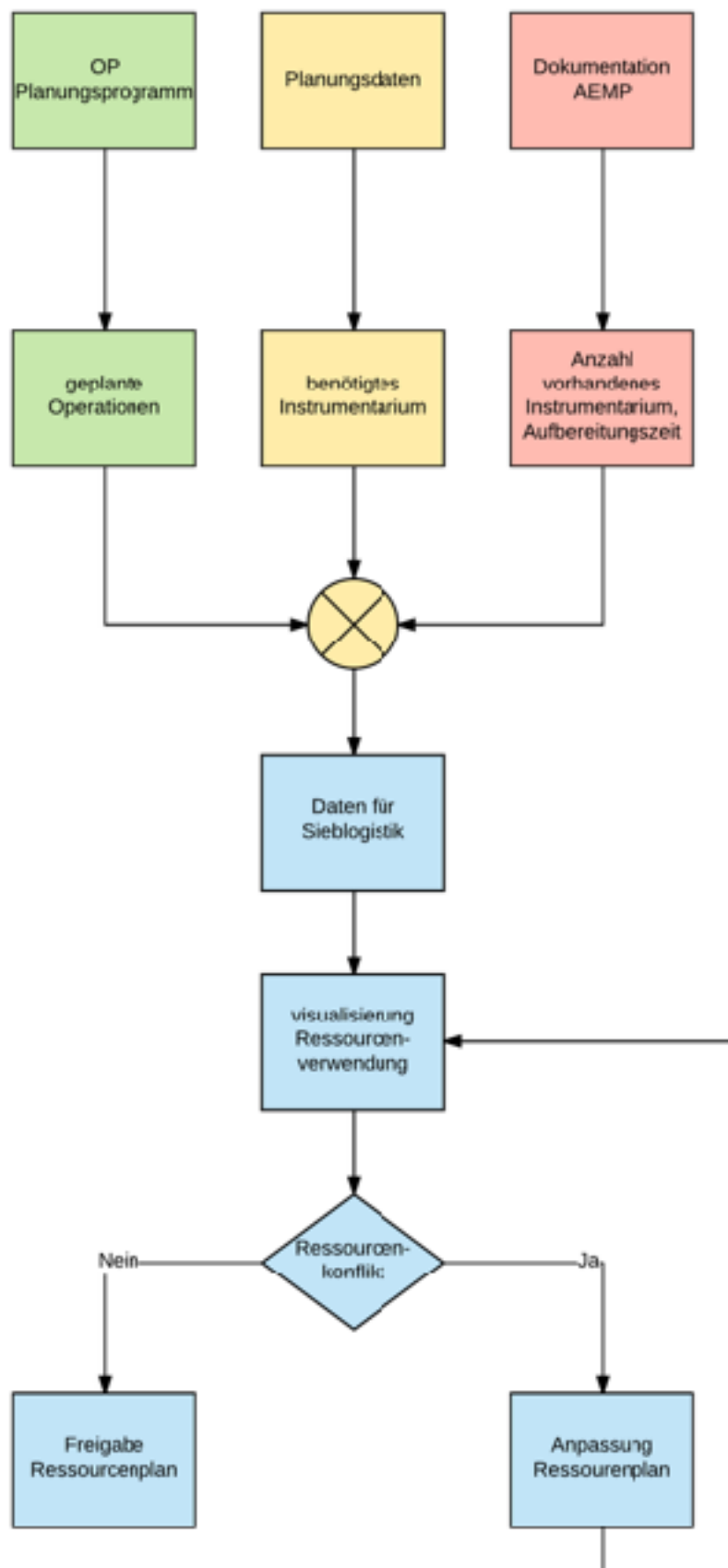
Bereits bei der OP Planung als auch bei der Steuerung muss berücksichtigt werden, dass Siebe die bei Eingriffen in anderen Sälen genutzt werden, aus technischen Gründen nicht oder während der Wiederaufbereitung nicht zur Verfügung stehen.

Hierzu ist eine übergeordnete Sieblogistik von großer Bedeutung. Idealerweise sind die verschiedenen Softwarebestandteile aus OP Planungs-, OP Dokumentations- und Sterilisationsdokumentationsprogramm soweit verbunden, um eine Ressourcenprüfung zu ermöglichen.

Dazu werden einerseits die grundlegenden Planungsdaten (welcher Arzt benötigt welche Sets und Instrumente bei welchem Eingriff) in Echtzeit mit den über die in der OP Dokumentation erfassten, tatsächlich verwendeten Sets abgeglichen und aktualisiert und für die planerische Ressourcenprüfung herangezogen.

Somit lässt das OP Planungsprogramm Operationen nicht zu, welche einen unlösbaren Konflikt verursachen. Es lassen sich jedoch Schwellenwerte festlegen, welche vom OP Management/OP Koordinator in Zusammenarbeit mit der Leitung AEMP eventuell verändert werden können (z.B. priorisierte Aufbereitung, alternative Setsysteme).

Werden bereits in der Planungsphase Ressourcen und eventuelle Probleme visualisiert und aufgezeigt, kann man frühzeitig agieren. Durch die Verbindung von OP Plan und den die AEMP betreffenden Ressourcen wird es möglich, dass die AEMP ihre Abläufe planen und sich auf eventuelle Engpässe vorbereiten kann. Ist dies nicht möglich, führt dies zu Stress sowohl im OP als auch in der AEMP, da es zu Problemen in den Arbeitsabläufen kommt, wenn mehr Operationen geplant werden als Siebe vorhanden sind. Daraus resultiert eine



höhere Fehlerwahrscheinlichkeit.

Dokumentationsprogramme der AEMP liefern für die Planung wichtige Daten zur Sieblogistik. Da diese Applikationen auch die genauen Zeiten der Aufbereitung eines Siebsystems statistisch erfassen, wird es möglich, anhand dieser Daten abzuschätzen, wann ein Sieb wieder zur Verfügung steht. Hat das Dokumentationsprogramm eine Lagerverwaltung, wo jedes Sieb mit seinem Lagerplatz registriert ist, kann im Akutfall rasch auf einzelne Siebe zurückgegriffen werden.

II.2.3.Tagesablauf

Abhängig von der Ausstattung, der Lokalisation und der räumlichen Gestaltung der AEMP kann die Aufbereitungszeit mehrere Stunden betragen. Daher ist es wichtig, die genauen Prozessabläufe und Prozesswege zu visualisieren und zu analysieren, um Potentiale und Schwachstellen aufzeigen zu können. Gerade in Zeiten von Simulationssystemen, steht der Einrichtung ein Werkzeug zur Prozessanalyse zur Verfügung, die, ohne den Tagesbetrieb zu beeinträchtigen, realistische Ergebnisse liefern kann. In der täglichen Koordination bedeutet eine enge Zusammenarbeit zwischen OP Koordinator, OP und AEMP eine hohe Flexibilität und kurze Informationswege.

Idealerweise verfügt ein Krankenhaus über den 2-3 fachen Satz an Instrumenten, die in 24 Stunden gebraucht werden, mindestens aber das 1,5 fache. Durch den hohen Durchsatz und die knappen Ressourcen wird oft just-in-time produziert. Dies stellt sowohl die OP Koordination als auch die Organisation der Arbeitsabläufe der AEMP vor Herausforderungen. Da sich, aufgrund der für Belegkrankenhäuser spezifischen OP Planung die mittlere Menge der benötigten Siebe pro 24 Stunden nur schwer errechnen lässt, kann es zu Verzögerungen aufgrund fehlender Siebe oder Instrumente kommen. Denn es ist eine wirtschaftliche Überlegung, ob es sich eine private Gesundheitseinrichtung leistet, eine entsprechende Anzahl von Sets anzukaufen, um 10 Endoprothesen pro Tag ohne Wiederaufarbeitung versorgen zu können oder die OP Planung so zu gestalten, dass die Durchführung der Anzahl trotzdem möglich ist.

Hier ist es Aufgabe des OP Managements in enger Zusammenarbeit mit der Leitung AEMP, entsprechende Auswertungen und Argumentationen zu entwickeln um eine eventuelle Notwendigkeit eines Zukaufs zu belegen.

Hierbei darf aber nicht vergessen werden, dass wenn mehr Operationen geplant werden, als Tassensysteme zur Verfügung stehen, dies mit einer Mehrbelastung des Personals

einher geht, da die planmäßige Durchführung von jedem Mitarbeiter vollste Konzentration und Umsichtigkeit verlangt. Hier kann es, durch eben diese Belastung, zu teilweise falschen Zusammenstellungen von Sieben kommen. Diese wiederum erzeugen Stress und Belastungssituationen im Operationssaal selbst und verursachen so eine Verzögerung des OP-Ablaufs, da, sofern möglich, die Organisation von Ersatzinstrumenten Zeit in Anspruch nimmt.

Unvollständig bzw. falsch gepackte Siebe stellen eine Schwachstelle im OP-Betrieb dar. Hier darf jedoch nicht der OP-Funktionsdienst im Einzelnen verantwortlich gemacht werden, da die Siebe in der Regel von Personal aufbereitet werden, die nicht oder nur bedingt von der Operationstechnik Ahnung oder Verständnis haben.⁶

Ist die AEMP direkt im OP oder in unmittelbarer Nähe zum OP Bereich, der OP-Koordinator den Vorteil der kurzen Wege. Dies ermöglicht einen nicht zu unterschätzenden Spielraum für den Koordinator. Dies ist aber nicht nur im täglichen Ablauf von Vorteil, sondern auch im Bereich des OP Managements, denn durch die vor Ort befindliche AEMP, kann auch dieser Bereich auf Prozessebene beeinflusst werden.

Ist die AEMP aber nicht am OP angegliedert, fällt dieser Bereich weg. Somit besteht für das OP Management nur noch eine geringe Möglichkeit, Prozessanpassungen im Aufbereitungsprozess vorzunehmen.

Ein weiteres Problem bei der Auslagerung einer AEMP stellt für ein Belegkrankenhaus das Instrumentenmanagement dar.

II.2.4.Optimierung

Instrumente stellen Vermögenswerte eines Krankenhauses dar. Daher ist es im Sinne des Betreibers, Operationen so gut wie möglich zu organisieren und zu standardisieren. Auch in einem Belegkrankenhaus nutzen die Chirurgen im Grunde die selbe Operationstechnik und dasselbe Instrumentarium für einen Eingriff.

Erreicht man einen hohen Grad an Standardisierung und können somit alle Instrumentiertische auf dieselbe Weise gerichtet werden, bietet dies den Vorteil, dass die Zählkontrolle vereinfacht und im gleichen Zuge die Wechselzeiten optimiert werden.

Aber dennoch benötigen viele Belegärzte ganz spezielle Instrumente für spezielle Anwendungen. Um hier keinen Wildwuchs an Instrumenten auf den Sieben entstehen zu lassen, müssen OP Management und AEMP eng zusammenarbeiten.

⁶ Optimierungsansätze für die Qualitätsverbesserung der perioperativen Patientenversorgung

Einzel verpackt werden sollten die Instrumente, die nur sehr selten (< 20% der Operationen) für einen Eingriff benötigt werden. Instrumente, die auf den Sieben liegen, aber nicht genutzt werden, durchlaufen dennoch ständig den Aufbereitungskreislauf und verursachen damit Kosten. Je mehr Instrumente auf einem Sieb liegen, desto länger dauert es dieses Sieb zu packen und zu kontrollieren, desto unübersichtlicher wird es und desto größer wird die Fehlerwahrscheinlichkeit.⁷

Zusätzlich wird nicht benötigtes Instrumentarium durch oftmaliges Aufbereiten zusätzlich belastet und die Reparaturwahrscheinlichkeit steigt.

Um zu erkennen, ob es Sinn macht, ein Instrument in ein Sieb aufzunehmen, kann das OP Management der Leitung AEMP Daten zu Verfügung stellen. Diese umfassen genaue Leistungsdaten des betreffenden Belegarztes.

Wichtig ist hier vor allem die Häufigkeit, die ein Belegarzt einen bestimmten Eingriff durchführt, welchen prozentualen Anteil an der Gesamtheit des betreffenden Eingriffes hat und einige Daten mehr. So kann anhand von transparenten Daten aus der OP Dokumentation und OP Planung die Notwendigkeit einer Packlistenänderung argumentiert werden.

Aber nicht nur die Siebe selbst sind durch die Zusammenarbeit des OP Managements mit der AEMP optimierbar. Der Optimierungsprozess muss auch Transportwege, Entsorgung, Lagerhaltung und Abläufe betreffen, wenn die Wechselzeiten beeinflusst werden sollen.

So kann mit den vom OP Management bereitgestellten Daten eine Simulation des Sterilgutkreislaufs durchgeführt werden und so Schwachstellen in der Transportlogistik, der Transportwege, der Vorbereitungen oder der Prozesse während der Aufbereitung selbst aufgezeigt werden.

Ein wesentlicher Punkt in der Zusammenarbeit zwischen OP Management und AEMP Leitung ist die Ressourcenplanung im Bezug auf die Ausstattung und Umfang der Siebe. Durch die steigenden Operationen muss zwangsläufig aber auch die Anzahl gewisser Siebe steigen.

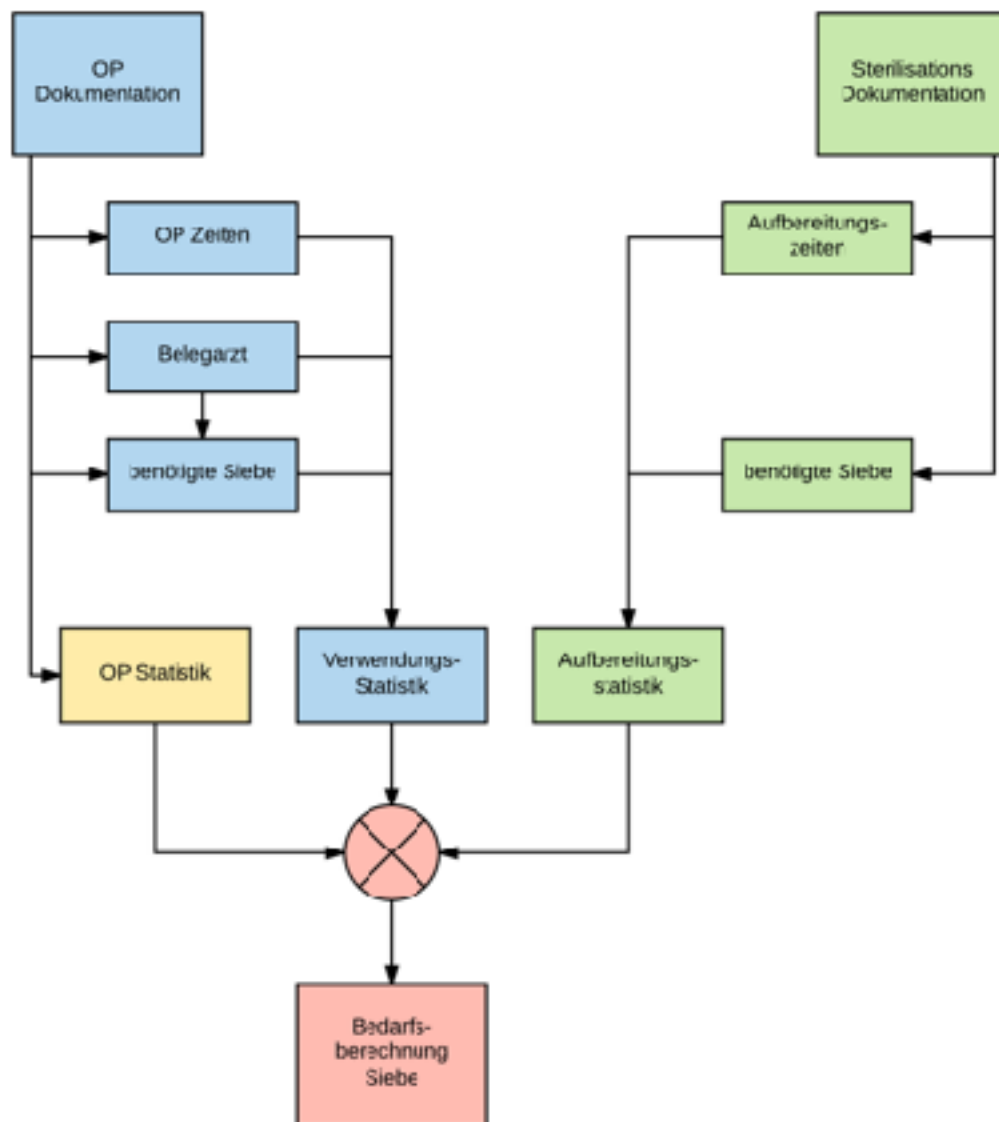
Aber in wirtschaftlich schwierigen Zeiten muss eine solche Aufstockung gegenüber der Geschäftsführung gut argumentiert sein. Bei Kosten von 10000 Euro aufwärts pro Sieb, müssen OP Management und Leitung AEMP eine nüchterne, auf realen Zahlen basierende Argumentation aufbauen.

Dies funktioniert am einfachsten, wenn man die zur Verfügung stehenden Daten aus OP

⁷ Handbuch OP Management, S. 797-799 Corinna Frese-Meier

Planung, OP Ressourcensteuerung und Aufbereitungsdaten aus dem Sterilisationsdokumentationssystem kombiniert.

Dies ermöglicht eine genaue Planung und Visualisierung der benötigten Siebe. Durch die Berechnung des Forecast des jeweiligen Eingriffs lässt sich auch für die zukünftige Planung der Anzahl der notwendigen Siebe erkennen. Nicht berechnen lässt sich natürlich, wenn ein Belegarzt nicht mehr im Haus operiert und dadurch ein bestimmter Eingriff nicht mehr oder nur mehr zu einer geringen Anzahl durchgeführt wird.



Aber nicht nur vollständige Siebe lassen sich anhand der Bedarfsberechnung belegarztbezogen berechnen, sondern auch die Notwendigkeit, ob ein System überhaupt

angeschafft werden sollte oder ob eine Versorgung mittels Leihstellung mehr Sinn macht.

Kann die Sterilisationsdokumentationssoftware noch genaue Einzelinstrumente verfolgen und verfügt über ein auswertbares Reparaturmanagementsystem, kann man auch laufend den Umfang des Nachlegelagers optimieren.

Denn gerade dieses Nachlegelager bedarf einiger Überzeugungsarbeit bei der Geschäftsführung, da diese Instrumente in Summe sehr teuer sind und auf den ersten Blick als teures, unbewegtes Gut wahrgenommen werden. Hier können Leitung AEMP und OP Management gemeinsam, auch mit Hilfe von Ausfallszenarien anhand der ausgewerteten Daten die Wichtigkeit des Nachlegelagers belegen.

Ein weiterer nicht unwesentlicher Punkt stellt die Lagerlogistik im Sterilgutlager dar. Da in einem Belegkrankenhaus die operativen Angebote einem ständigen Wandel unterliegen, ist es auch im Interesse aller Mitarbeiter im Operationsbereich, dass sich die Lage im Logistikbereich ändert. So kann die Leitung der AEMP mit den Statistikdaten des OP Managements auf geänderte Anforderungen reagieren und entsprechende Bereiche im Sterilgutlager optimieren.

So kann man kurze Wege für den Fall geschaffen werden, dass schnell entsprechende Medizinprodukte benötigt werden. Aber auch die Lagerkapazitäten können somit optimiert, Platz geschaffen und Lagerkosten gesenkt werden.

II.2.5.Spannungsfeld OP - AEMP

Durch die Angliederung der AEMP an den OP Bereich ergibt sich gerade im Konfliktfall für das OP Management der Vorteil, auf, mit Ausnahme des Belegarztes, alle am OP Prozess beteiligten Berufsgruppen einwirken zu können.

Dies betrifft aber nicht nur einen einzelnen Konfliktfall, bei dem der OP Manager oder OP Koordinator aufgrund seiner hierarchischen Stellung in der Organisationsstruktur Einfluss hat, sondern vor allem in der Entwicklung einer Fehlerkultur für eine dauerhafte gute Zusammenarbeit. Gerade in den saisonal starken Zeiten muss es seitens der Leitungen von Operationsbereich und AEMP in Zusammenarbeit mit dem OP Management für jeden Mitarbeiter möglich gemacht werden, Fehler im Aufbereitungsprozess nüchtern und rasch melden zu können.

In welcher Form dieses Fehlermanagementsystem funktioniert ist von nachrangiger Priorität, wichtig ist hier vor allem, dass die Leitungen entsprechend reagieren, transparent, nachweislich und erkennbar.

Daher ist es ratsam, ungeachtet des wirtschaftlichen Druckes, regelmässig (Team-) Besprechungen durchzuführen, in Rahmen dessen auch diese Fehler, zusammengefasst und strukturiert, besprochen werden. Und zwar mit OP- und AEMP Team. Dies ist gerade bei angegliederten AEMP ein enormer Vorteil, da wirklich jeder Mitarbeiter beider Teams teilnehmen kann.

Ist die AEMP jedoch an einen Fremdanbieter ausgelagert, fällt der Zugriff auf den einzelnen Mitarbeiter im Bereich der Sterilgutversorgung weg. Somit wird es schwieriger, den an und für sich wichtigsten Faktor, also den Mitarbeiter direkt am Instrument zu erreichen.

Zu einer zusätzlichen Reduktion der Spannung führt die Tatsache, dass die Mitarbeiter der AEMP mit den Mitarbeitern des Operationsbereichs bei einer angegliederten Einheit sehr eng zusammenarbeiten und sich eher als ein Team fühlen.

Ein weiterer, nicht zu unterschätzender Vorteil liegt in der Möglichkeit, die AEMP direkt in den Prozess der Einschulung neuer Mitarbeiter zu integrieren. Damit hat der neue Mitarbeiter, vor allem solche, die noch über keine Erfahrung im Operationsbereich haben, die Möglichkeit, die verschiedenen Instrumente und die Siebzusammenstellung zu erlernen, bevor sie zum Instrumentieren schreiten.

Ist die AEMP durch ein eigenständiges Team besetzt, so kann durch eine, ab und an auch notwendige, Personalrotation aus dem OP Team für einen unschätzbaren Wissenstransfer sorgen. Aber auch die Möglichkeit, dass Mitarbeiter der AEMP im OP in beobachtender Funktion an operativen Eingriffen teilnehmen, führt bei diesen Mitarbeiter zu einem anderen Umgang mit Instrumenten und Sieben, da sie hautnah erfahren, was mit den von ihnen hergestellten Medizinprodukten passiert.

Für den Betreiber des Belegkrankenhauses bedeutet dies um Umkehrschluss wiederum, dass für einen sorgsamen Umgang mit diesen Vermögenswerten und somit für eine Kostenreduktion gesorgt wird.

II.2.6. Auslagerung der Aufbereitung

Wird vom Betreiber des Belegkrankenhauses über eine Auslagerung, zum Beispiel im Zuge einer grösseren Investition (Neukauf Geräte, Umbau, Kapazitätserweiterung) nachgedacht, ist es Aufgabe des OP Managements, in Zusammenarbeit mit den Leitungen OP und AEMP, entsprechende Zahlen, Fakten und Argumente zusammenzufassen.

Gerade für ein Belegkrankenhaus bedeutet solch eine Auslagerung eine Reduktion des

Angebotes, wenn nicht im Gegenzug eine entsprechende Anzahl von Siebssystemen angekauft wird. Denn alleine schon durch den Transport an einen externen Partner erhöht sich die Durchlaufzeit eines einzelnen Siebcontainers.

Gerade bei sehr teuren Systemen, wie zum Beispiel Bohrmaschinen oder Sägen muss vom Betreiber des Belegkrankenhauses ein enormer finanzieller Aufwand betrieben werden, um das gewohnte Angebot aufrecht erhalten zu können.

Aber auch die Qualität der Aufbereitung und die Priorität der Aufbereitung kann von Seiten der OP Koordination und des OP Managements nicht oder nur noch in geringem Maße beeinflusst werden. Somit fällt ein entscheidender Vorteil und Punkt der Wechselzeitbeeinflussung weg.

III. Schlussbetrachtung

Ist die AEMP direkt dem OP angegliedert, bieten sich gerade in einem Belegkrankenhaus viele Vorteile. Durch OP Planung, wirtschaftlichen Druck und Anforderungen und Bedürfnisse der Belegärzte benötigt man einen hohen Grad an Flexibilität der AEMP.

Der OP Manager oder OP Koordinator hat die Möglichkeit, in Abstimmung mit der Leitung, unter Einhaltung gesetzlicher Vorgaben, direkten Einfluss auf Abläufe im laufenden Ablaufprozess nehmen zu können. Zusätzlich stehen durch die direkte Anbindung kurze Wege, sowohl bei der Logistik als auch bei den Informationen. Für das OP Management ist es wichtig, immer im Hinterkopf zu behalten, dass die AEMP ein wichtiger und gleichwertiger Partner im Dienst für den Belegarzt und den Patienten ist.

In Summe gesehen ist es im Interesse eines Belegkrankenhauses, in eine funktionierende AEMP zu investieren um auf den dynamischen Markt des Belegarztsystems rasch reagieren und bestehen zu können. Es ermöglicht eine rasche Reaktionsfähigkeit und somit trägt es zu einer Notwendigen Steigerung der Leistungsfähigkeit und Rentabilität des Operationsbereiches bei.

IV. Abkürzungs- und Literaturverzeichnis

IV.1. Abkürzungen

SOP	Standard Operating Procedure
AEMP	Aufbereitungseinheit für Medizinprodukte

IV.1.Literaturverzeichnis

<http://hss.ulb.uni-bonn.de/2010/2344/2344.pdf> S. 129,

Optimierungsansätze für die Qualitätsverbesserung der perioperativen Patientenversorgung

Marc Frederik Maria Lübbe

<http://www.ains.med.uni-goettingen.de/sites/default/files/>

[G%C3%B6ttinger%20Leitfaden%20zum%20OP-Management.pdf](http://www.ains.med.uni-goettingen.de/sites/default/files/G%C3%B6ttinger%20Leitfaden%20zum%20OP-Management.pdf)

Göttinger Leitfaden für OP Manager

M. Bauer · J. Hinz · A. Klockgether-Radke

Anaesthesist 2010 · 59:69–79

Handbuch OP-Management, Ausgabe August 2015

M.Diemer, C.Taube, J.Ansorg, J.Heberer, W.von Eiff