



nah dran

KUNDEN-MAGAZIN DER BBD - B. BRAUN-DEXON GMBH - INFORMATION FÜR CHIRURGEN, OP-TEAM, VERWALTUNG & EINKAUF - 02/02



**UNFALLCHIRURGIE –
Im Notfall entscheiden Sekunden**

**GESUNDHEITSWESEN IN DER KRISE?
Ein Interview mit Bundesgesund-
heitsministerin Ulla Schmidt**

**CHIRURGEN IM AUSLAND –
Ein Bundeswehrarzt berichtet**

IMPRESSUM

nahdran

Kunden-Magazin der BBD -
B. Braun-Dexon GmbH -
Information für Chirurgen,
OP-Team, Verwaltung & Einkauf

Erscheinungsweise:
nahdran erscheint
3 x p.a. in einer Auflage
von 16.000 Exemplaren -
Direktversand

Herausgeber:
BBD - B. Braun-Dexon GmbH
Postfach 31
78501 Tuttlingen
Tel.: (074 61) 91 15 -5
Fax: (074 61) 91 15 -692
www.bbraun-dexon.de

Redaktion:
Rolf Griesel
Barbara Wiehn

Fotografie:
(soweit nicht ausgezeichnet)
BBD-Archiv,
Photodesign Gocke, Bötzingen
Titelbild:
- Motiv: Univ.-Klinik Freiburg
- Fotografie:
Photodesign Gocke, Bötzingen

Layout/Textredaktion:
BusinessWerbung, Kassel

Produktion:
Bernecker Mediagruppe,
Melsungen

SERVICE & LESERBRIEFE

per Post:
BBD
Postfach 20 02 63
34081 Kassel

per Fax (kostenfrei):
Fax: (08 00) 222 37 82

per e-mail:
nahdran@gmx.de

ANZEIGEN

Anja Jasper
Tel.: (05 61) 9 58 98 -11

HINWEISE

Die in dieser Ausgabe
veröffentlichten Beiträge sind
urheberrechtlich geschützt
und liegen jeweils in der
Verantwortung des betreffenden
Autors. Alle Rechte sind
vorbehalten.

Kein Teil dieser Ausgabe darf
ohne schriftliche Genehmigung
des Herausgebers in irgendeiner
Form reproduziert werden.

Nachdruck - auch auszugsweise
- nur mit Genehmigung des
Herausgebers gestattet.

Alle Angaben erfolgen nach
bestem Wissen, jedoch ohne
Gewähr. Eine Haftung wird nicht
übernommen.

INTERVIEW

AB SEITE 6



Allzeit bereit - Ärzte als Krisenmanager?

Die Redaktion im Gespräch
mit Ulla Schmidt



RETTUNGSWESEN

AB SEITE 16



Im Notfall entscheiden Sekunden

Das Polytrauma in der
Unfallchirurgie
Autor:
Dr. Eduard F.-J. Höcherl



ERFAHRUNGSBERICHT

AB SEITE 28



Wenn die Ausnahme zum Alltag gehört ...

PD Dr. Christian Willy
über Chirurgen der
Bundeswehr im
Auslandseinsatz



QUALITÄTSSICHERUNG

Patientenbefragung in der Klinik
Autor: Dr. Bernd Thölke Seite 10

PFLEGE MANAGEMENT IM DRG-ZEITALTER

Strategien zur Reorganisation des OP
Ein Bericht von
Dipl.-Pfleger Thorsten Müller Seite 12

DIE LAPAROSKOPISCHE RADIKALE PROSTATEKTOMIE

Perspektiven einer umstrittenen OP
Ein Interview mit Prof. Dr. Jens Rassweiler Seite 20

AESCULAP-AKADEMIE

Veranstaltungskalender Seite 23

IM ZWEIFEL HAFTET DER ANWENDER

Rechtliche Aspekte der
Produkthaftung im OP
Ein Beitrag von Hans-Werner Röhlig Seite 24

OTA – EIN BERUFSBILD ETABLIERT SICH

Konzepte aus der Praxis
Ein Gespräch mit Alice Hampel Seite 32

RUBRIKEN

Impressum Seite 2

Editorial Seite 4

Kurz notiert Seite 23

Leserbriefe Seite 27

Termine Seite 35



nah dran – Mediainformation

Wenn auch Sie Interesse an einer Anzeigenschaltung haben, setzen Sie sich mit uns in Verbindung. Wir beraten Sie gerne bei der Gestaltung und Entwicklung Ihrer Anzeige und vereinbaren die Platzierung themengerecht mit Ihnen persönlich. Für weitere Informationen stehen wir Ihnen selbstverständlich gerne zur Verfügung.

Ihre Ansprechpartnerin in der Redaktion: Anja Jasper
Telefon: 05 61-9 58 98-11
Telefax: 05 61-9 58 98-58

Therapieziel: Der zufriedene Patient

Wenn in letzter Zeit immer wieder von den „Kunden“ im Krankenhaus die Rede ist, mag das befremdlich erscheinen – schließlich ist der Patient laut Lexikon als der „Erduldende“ mit dem „regelmäßigen Käufer einer Ware“ nur schwer zu vereinbaren. Kann man bei einem Käufer in der Regel von einem hohen Maß an Entscheidungsfreiheit ausgehen, lässt sich diese Autonomie bei einem polytraumatisierten Patienten im Zustand der Bewusstlosigkeit kaum voraussetzen. Wie der Bericht von Dr. Höcherl und Dr. Scherer eindrucksvoll belegt, muss hier der verantwortliche Arzt für den Patienten entscheiden und in kürzester Zeit die notwendigen, oft genug lebensrettenden Maßnahmen einleiten – die Möglichkeit der Abwägung durch den Patienten ist in Extremfällen wie diesen nicht gegeben.

Aber die Rede vom „Patienten als Kunden“ offenbart eine weitergehende Perspektive: Kunde zu sein bedeutet auch Mündigkeit und sich eine auf positiven wie negativen Erfahrungen beruhende Meinung zu bilden. Dazu gehört die Beratung durch den behandelnden Arzt ebenso, wie die Qualität der Pflege und der erfolgreiche Behandlungsverlauf. Auf dieser Grundlage wird die Entscheidung für oder gegen einen Arzt, eine Einrichtung oder eine Therapie getroffen.

Hinter Begriffen wie „Zufriedenheitsanalyse“ oder „Kundenorientierung“ steht nicht zwangsläufig die Absicht, Rationierungen von Gesundheitsleistungen und den Kostendruck in den Kliniken als wirtschaftsorientierte Marktanpassungen schönzureden, sondern die Einsicht, dass Krankenhäuser von ihren Patienten lernen können, wenn Sie deren Meinung ernst nehmen und sie in diesem Sinne als Kunden betrachten. So stellt Dr. Thölke in seinem Bericht die Patientenbefragung als wertvolles Instrument zur Qualitäts-

verbesserung vor und auch Thorsten Müller hat sich mit Strategien zur Ablauforganisation im OP auseinandergesetzt, die sowohl die Patientenzufriedenheit erhöhen als auch zu einer erheblichen Entlastung des Personals beitragen.

Dennoch: nicht alles lässt sich auf diese Weise in den Griff bekommen. Sicherlich verfügen wir im internationalen Vergleich über bestens ausgebildete Ärzte und eine leistungsfähige medizinische Versorgungsstruktur, wie auch der außergewöhnliche Beitrag von PD Dr. Willy über den Einsatz deutscher Bundeswehrärzte in Krisenregionen zeigt. Aber so mancher stellt sich im Zeitalter der Fallpauschalen die Frage, wie man in den Kliniken auch langfristig die medizinisch-pflegerische Versorgung auf höchstmöglichem Niveau sicherstellen soll, wenn die Einrichtungen zunehmend mit Sparmaßnahmen, überlastetem Personal und steigendem Ärztemangel konfrontiert sind. Wir sprachen in diesem Zusammenhang mit Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt über

Arbeitszeiten und Kostendruck in den Kliniken und haben nach den Perspektiven im Gesundheitswesen gefragt.

Ob die Politik hier realistische Konzepte bereit hält, werden nur die Verantwortlichen in den Kliniken selbst angemessen beurteilen können. Und nicht zuletzt die Menschen, die eine umfassende ärztliche und pflegerische Versorgung erwarten und brauchen – ob wir sie nun Patienten oder Kunden nennen.

Ich danke allen Autoren für ihre hervorragende und engagierte Mitarbeit und wünsche Ihnen, wie immer, viel Vergnügen bei der Lektüre der neuen *nahdran!*



Rolf Griesel



Chirurgenkongress 2002

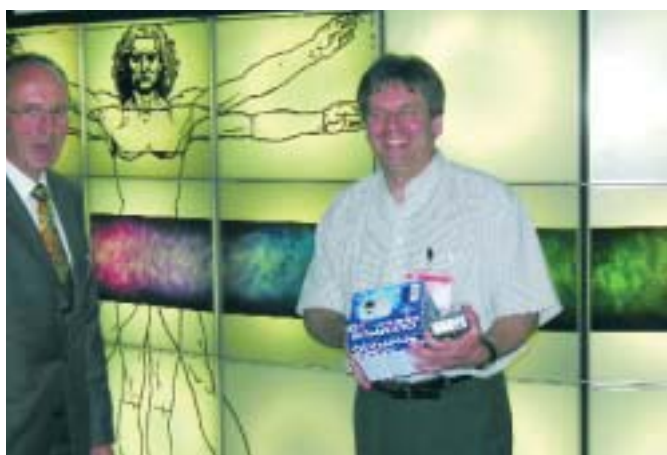
Spannung am Stand der BBD

Wer hat das beste Gedächtnis im ICC? Zum Ausklang des diesjährigen Chirurgenkongresses stand die Antwort fest: Oberarzt Dr. Dietz aus Landshut konnte nach einem spannenden Memory-Turnier als lachender Sieger seinen wohlverdienten Gewinn mit nach Hause nehmen.

Die Digital-Kamera überreichte Thomas Köhl, der den Memory-Profi seit vielen Jahren als BBD-Mitarbeiter im Außendienst berät.

Wir hoffen, Sie hatten Spaß an unserem kleinen Wettkampf und behalten den Chirurgenkongress 2002 in guter Erinnerung.

Ein herzliches Dankeschön an alle, die mitgemacht haben!



Allzeit bereit ...

Ein Gespräch mit
Gesundheitsministerin
Ulla Schmidt über
Bereitschaftszeiten,
Ärztemangel
und Finanzen



Ärzte als Krisenmanager?

Am 3. Oktober 2000 fällt der Europäische Gerichtshof (EuGH) ein Urteil, das seitdem für Diskussionen sorgt: Der ärztliche Bereitschaftsdienst ist als Arbeitszeit zu werten und geht somit in die Überstundenrechnung ein. Spanische Ärzte hatten den Gerichtshof angesichts unzumutbarer Arbeitsbedingungen angerufen und bekamen Recht: Wer als Arzt gezwungen ist, während seines Bereitschaftsdienstes im Krankenhaus anwesend zu sein, der arbeitet. Folglich darf auch bei den Bereitschaftsdiensten ein 10-stündiger Arbeitstag nicht überschritten werden. Allerdings müsste ein solches Urteil in Deutschland nur dann umgesetzt werden, wenn kein entsprechendes nationales Gesetz existieren würde.

Bekanntermaßen gibt es aber das Arbeitszeitgesetz von 1995, in dem die Bereitschaftszeit unmissverständlich als Ruhezeit deklariert ist.

Politik und Krankenhausträger haben sich mit der momentanen Situation mehr oder weniger arrangiert und beginnen nur zögernd, über neue Konzepte nachzudenken. Tatsächlich sind die Umstände komplexer, als es auf den ersten Blick scheinen mag: Im Falle einer Gesetzesänderung, die u.a. die Ablösung der Bereitschaftszeit durch Schichtdienste zur Folge haben könnte, droht das Projekt an der Knappheit der finanziellen Mittel zu scheitern.

Aber damit nicht genug. Fehlender Nachwuchs und Überalterung der Ärzteschaft sind Indizien für einen drohenden Ärztemangel, der insbesondere in den neuen Bundesländern schon heute spürbar wird. Laut einer aktuellen Studie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) konnten im November 2001 bundesweit 3.600 offene Stellen nicht besetzt werden; zusätzlich entscheiden sich ca. 30% der Medizinstudenten im Studienverlauf zu einem Abbruch oder Wechsel und eine etwa gleich hohe Anzahl der Absolventen tritt nicht mehr in die AiP-Phase ein, sondern orientiert sich in alternativen Berufsfeldern.

Angesichts des Dilemmas sind politische Konzepte gefragt, die durch Praxisnähe und ein realistisches Finanzierungsmodell überzeugen. Ob es Anlass zur Sorge gibt oder doch alles nur halb so schlimm ist, wollten wir von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt wissen, die trotz heißer Wahlkampfphase Zeit für ein Gespräch hatte.

Frau Schmidt, DRG-Einführung, die Diskussion um eine Neuregelung des Bereitschaftsdienstes und zunehmender Ärztemangel – immer mehr Beschäftigte im Gesundheitswesen beklagen die zunehmenden Verwaltungstätigkeiten und den verstärkten Kostendruck in den Kliniken sowie zum Teil unerträgliche Arbeitsbedingungen. Steuert das deutsche Gesundheitswesen auf eine Krise zu? Oder, um Gerhard Schröder zu zitieren: „Wenn Krise ist, muss man Krise managen ...“

Von einer Krise kann nicht die Rede sein. Im internationalen Vergleich der Anzahl der berufstätigen Ärzte nimmt Deutschland nach wie vor einen Spitzenplatz ein. In den Krankenhäusern stieg in den letzten Jahren die Zahl der Ärztinnen und Ärzte kontinuierlich an; seit 1991 sogar um 12%. Das heißt, die Voraussetzungen, um die Patientinnen und Patienten im Krankenhaus medizinisch gut zu versorgen, sind gegeben.

Wie in anderen Bereichen auch kommt es jedoch darauf an, dass das vorhandene Personal optimal eingesetzt wird und flexible Arbeitszeitmodelle eingeführt werden. Auch die leider häufig noch vorhandenen streng hierarchischen Strukturen in den Krankenhäusern fördern nicht eine kollegiale und zufriedenstellende Arbeitsweise. Diese und viele andere Maßnahmen können die Verantwortlichen in den Krankenhäusern ergreifen, damit Überstunden abgebaut und Überbeanspru-

chungen vermieden werden. Zahlreiche Kliniken haben dies bereits erfolgreich umgesetzt. Auch der zusätzliche begrenzte Kodieraufwand durch Einführung der DRGs kann bspw. durch geeignete Software erheblich reduziert werden. So ist auch der Einsatz von medizinischen Dokumentationsassistenten in einigen Einrichtungen mit großem Erfolg und sogar weitgehend kostenneutral erprobt worden.

Wie soll die personelle Neuorganisation konkret finanziert werden?

Unabhängig von der noch nicht entschiedenen Frage, ob und inwieweit das EuGH-Urteil zur Arbeitszeit in Deutschland angewendet werden muss, stellt die Bundesregierung mit dem Fallpauschalengesetz 100 Mio. Euro im Jahr 2003 zur Verfügung. Hinzu kommen weitere Mittel von 100 Mio. Euro in 2004, wenn die Krankenhäuser wirtschaftlicher arbeiten. Durch dieses Zwei-Jahres-Programm werden die Voraussetzungen zur Einhaltung der Ruhezeiten, zur Überführung von Bereitschaftsdiensten in Schichtdienste und zum Abbau von Überstunden entscheidend verbessert. Allein durch diese insgesamt 200 Mio. Euro können bundesweit bis zu 10.000 Arztstellen finanziert werden.

Nach Berechnungen des Marburgers Bundes müssten 15.000 Ärzte zusätzlich eingestellt werden, was einer Investition von rund 1 Milliarde Euro entsprechen würde – die DKG



Fortsetzung des Interviews mit Ulla Schmidt

kommt zu noch dramatischeren Zahlen. Sind 200 Mio. angesichts solcher Dimensionen nicht nur ein Tropfen auf den heißen Stein?

Eine realistische Berechnung, wie viele Ärzte bei einer Umsetzung des EuGH-Urteils benötigt werden, ist wegen der unterschiedlichen Ausgangslage in den Krankenhäusern nur schwer möglich. So haben die Krankenhäuser, die das seit 1996 geltende Arbeits-

des Ärztemangels bestehen. Laut Jörg Robbers (DKG) fehlen bereits allein in Sachsen ca. 200 Klinikärzte und auch in Westdeutschland können offene Stellen immer häufiger nicht besetzt werden. Wie wollen Sie der drohenden Unterversorgung der Patienten entgegensteuern?

Bei meinen zahlreichen Besuchen in deutschen Krankenhäusern stelle ich tatsächlich fest, dass es in

beginnt, beschreiten. Immer mehr Ärzte wandern in andere Berufsfelder ab.

Die Gründe hierfür liegen auf der Hand. Mit welchen Konzepten lässt sich die Attraktivität des Arztberufs Ihrer Ansicht nach dauerhaft steigern?

Eine Veränderung dieser Situation ist insbesondere durch attraktivere Arbeitsbedingungen im Krankenhaus herbeizuführen. Daneben wird deutlich, dass gerade durch eine verbesserte Ausbildung wieder entsprechende Anreize geschaffen werden müssen, die Arbeit in den klassischen Berufsfeldern aufzunehmen. Hierzu wird die Reform des Medizinstudiums, die zum 1. 10. 2003 in Kraft tritt, wesentlich beitragen. Durch den Wegfall der AiP-Phase können die jungen Ärztinnen und Ärzte bereits beim Berufseinstieg wesentlich besser bezahlt werden.

Dies ist ein wichtiger Schritt, um die Attraktivität des Arztberufes zu steigern. Entscheidend wird neben der neuen Ausbildungsordnung vor allem die Umsetzung der gemeinsamen Ziele sein, wie sie auf dem von mir einberufenen Arbeitszeitgipfel Anfang März vereinbart wurden. Im Einklang mit

„Immer mehr Ärzte wandern in andere Berufsfelder ab“

zeitrecht zur Zufriedenheit ihrer Mitarbeiter anwenden, weit weniger Anpassungsbedarf als diejenigen, die dieses Gesetz bisher ignoriert haben.

Hinzu kommt, dass nicht alle notwendigen organisatorischen Veränderungen zwingend zusätzliche Ausgaben erfordern. Bei kritischer Durchleuchtung der Organisation und der Betriebsabläufe in den Krankenhäusern werden auch Ressourcen frei. Diese gilt es allererst zu nutzen.

Selbst wenn es durch die DRG-Umstellung langfristig zu Kosteneinsparungen kommt, bleibt das Faktum

manchen Regionen schwerer geworden ist, Ärzte einzustellen. Ein weiterer wichtiger Punkt ist, dass insbesondere in Ballungsgebieten bestimmte Facharztstellen schwieriger nachzubesetzen sind. Von einem bundesweiten Ärztemangel ist meiner Einschätzung nach jedoch nicht auszugehen. Bei über 10.000 Approbationen im Jahr sind ausreichend viele Ärztinnen und Ärzte vorhanden. Die Arztdichte in Deutschland ist noch vergleichsweise hoch.

Das Problem ist aber, dass nicht alle ausgebildeten Ärztinnen und Ärzte den klassischen Weiterbildungsweg, der im Krankenhaus

der Gewerkschaft ver.di, der DKG, den Spitzenverbänden der Krankenkassen sowie dem Deutschen Pflegerat und dem Marburger Bund soll eine pragmatische Umsetzung erfolgen, wozu überprüfbare und rechtlich gesicherte Umsetzungskonzepte einschließlich tarifvertraglicher Lösungen entwickelt und dokumentiert werden. Intelligentes Personalmanagement ermöglicht es nicht nur, engagiertes und qualifiziertes Personal zu bekommen, sondern auch, es zu halten.

Frau Schmidt, zum Abschluss: Worauf können sich die Beschäftigten in deutschen Kliniken in den nächsten 3 Jahren einstellen?

Der von uns gestaltete gesetzliche Rahmen bietet eine gute Grundlage, den jetzt alle Verantwortlichen im eigenen Interesse ausfüllen müssen. Mit dem Fallpauschalengesetz wird ein Vergütungsgesetz eingeführt, das leistungsgerecht und offen für den medizinischen Fortschritt ist. Ganz wesentlich ist, dass es Kosten- und Leistungstransparenz bringen wird und nicht zuletzt Anreize für mehr Wirtschaftlichkeit und Qualität.

Die Chancen, die in dieser Neuorientierung liegen, können aber nur von den Krankenhäusern genutzt werden, wenn alle Beschäftigten gemeinsam an einem Strang ziehen. Dies ist nur dann erfolgreich möglich, wenn den verschiedenen Aspekten der Mitarbeiter-Orientierung Rechnung getragen wird. Neben der Verbesserung der Arbeitssituation und Abflachung der Hierarchien kommt auch der Kommunikation zwischen den Berufsgruppen eine maßgebliche Bedeutung zu.

Ich habe die wesentlichen Voraussetzungen genannt, die erfüllt werden müssen, um die Attraktivität zu verbessern. Ich bin nach wie vor davon überzeugt, dass es ausreichend viele junge Menschen gibt, die aus innerer Überzeugung und mit hohem sozialen Engagement diesen Beruf wählen. Damit dieses Engagement dauerhaft erhalten bleiben kann, müssen die Verantwortlichen auf allen Ebenen ihre Aufgabe ernsthaft wahrnehmen. Die Politik hat die erforderlichen Rahmenbedingungen geschaffen.

Frau Schmidt, wir danken Ihnen für das Gespräch!



Institut für Management im Funktionsdienst

Ihr kompetenter Ansprechpartner, wenn es um die Verbesserung der Organisation in Ihren Funktionsabteilungen sowie um spezielle Fortbildungen für Ihr OP-Management geht.

Organisationsberatung

- Analyse und Reorganisation des operativen Prozesses unter Berücksichtigung aller Schnittstellen
- Einrichten von präoperativen Ambulanzen
- Einrichten von kurzzeitchirurgischen Stationen und ambulanten Zentren
- Optimierung der Patienteneinbestellung und -vorbereitung
- OP-Programmplanung und Steuerung
- Einrichten eines OP-Managements
- Berechnung und Optimierung der OP-Tischkapazitäten
- Ermittlung des Personalbedarfs und Planung des Personaleinsatzes
- Erfassung und Dokumentation der Leistungen
- Sicherung der Qualität in Funktionsabteilungen
- Beratung bei Neubauplanungen bzw. bei Umbauten von OP-Abteilungen

Fortbildung zum OP-Koordinator

Die ausschließlich berufsbegleitende Fortbildung findet in Form von blockweise durchgeführten Intensivwochen in Weinheim und Salzburg statt und bietet folgende Themenschwerpunkte:

- Krankenhausbetriebswirtschaftslehre
- Führung, Moderation, Rhetorik
- Rechtskunde
- Qualitätsmanagement

Wenn Sie mehr über uns erfahren möchten, stehen wir Ihnen gerne mit weiteren Auskünften zur Verfügung.

**OP-Managerkongress 2003
Deutschland/Österreich: 19.-21. Juni 2003**

Institut für Management im Funktionsdienst
Hauptstr. 73 • 69469 Weinheim

Information & Anmeldung:
Tel. (0 62 01) 1 45 33 • Fax (0 62 01) 184 443
www.management-im-op.de

Was Krankenhäuser von Patienten lernen können...

Patientenbefragung als Analyseinstrument des Qualitätsmanagements

Foto: DIOMEDES



Autor:
Dr. Bernd Thölke,
Projektmanager
DIOMEDES Health Care
Consultants GmbH

Die DIOMEDES Health Care Consultants GmbH ist seit dem 1. April 2002 eine von derzeit 11 akkreditierten Zertifizierungsgesellschaften.

Weitere Informationen erhalten Sie bei:
DIOMEDES Health Care
Consultants GmbH
Schwarzenberger Weg 23
34212 Melsungen
Tel.: (05661) 71 31 31
Fax: (05661) 71 33 60
E-Mail: info@diomedes.de
Internet: www.diomedes.de

Die in der letzten Gesundheitsreform verankerte Verpflichtung, ein umfassendes Qualitätsmanagement einzurichten, hat bei vielen Krankenhäusern zur **Initiierung von Prozessanalysen und Ablaufoptimierungen** geführt. Im Rahmen von qualitätssichernden Maßnahmen werden dabei seit langem medizinische Ergebnisparameter betrachtet.

Relativ neu hingegen ist die Analyse der Patientenmeinung für die Bewertung von Qualität im Krankenhaus. Dies liegt in einer veränderten Sichtweise begründet, die die Qualität im Krankenhaus nicht nur als Problem des medizinischen Krankenhauspersonals auffasst. Qualität ist immer auch das, was der Kunde als Qualität betrachtet.

Die Dienstleistungsqualität des Krankenhauses wird durch die Fähigkeit charakterisiert, eine Leistung hinsichtlich der Kundenerwartung auf einem bestimmten Anforderungsniveau bereitzustellen. Hieraus wird deutlich, dass die Bewertung der Qualität nicht nur von der Leistung allein abhängig ist. **Die Beurteilung der Dienstleistungsqualität** kann auch bei gleichbleibender Leistung variieren, wenn sich

die Erwartungen der Patienten ändern.

In der heutigen Zeit ist es für die Krankenhäuser von zentraler Bedeutung, die Meinung und Erwartungen der Patienten zu kennen. Im Rahmen der Modelle KTQ* und EFQM* ist daher die Analyse der Patientenzufriedenheit ein wichtiges Anliegen.

Projektziele und Methodik

Bei konkreten Projekten gilt es im ersten Schritt festzulegen, welche Patienten überhaupt befragt werden sollen. In einer Beispielklinik waren dies die Patienten der Rheumatologischen, Kardiologischen und Kardiochirurgischen Ambulanz sowie der Physikalischen Therapie.

Die zu untersuchenden Themengebiete haben wir genau auf die definierten Patientengruppen abgestimmt, so dass es möglich war, einen sehr spezifischen Fragebogen auszuarbeiten. Dieser wurde dann in jedem der genannten Bereiche mit einem Rückumschlag an die Patienten ausgegeben. Die Übergabe des Fragebogens erfolgte dabei in standardisierter Weise, um eine selektive Patientenverteilung der Unterlagen zu verhindern.

Die Patienten haben die Formulare zu Hause ausgefüllt und anonym per Post zur Auswertung zurückgeschickt.

Auswertung

Im nächsten Schritt erfolgte die statistische Auswertung der Fragebögen. Da in dem Beispielkrankenhaus mehrere Abteilungen befragt wurden, ließ sich ein **internes Benchmarking** erstellen. Die Ergebnisse wurden anhand von Balken-, Säulen- und Tortendiagrammen optisch ansprechend dargestellt, so dass die Unterschiede zwischen den Bereichen präzise und anschaulich herausgearbeitet werden konnten.

Im Einzelnen ergab sich eine **hohe Zufriedenheit in Bezug auf die Freundlichkeit und Fachkompetenz** des medizinischen Personals, wenngleich die kardiochirurgische Ambulanz bei diesen Parametern deutlich besser als die übrigen untersuchten Bereiche abschnitt (ca. 70% der Patienten bewerteten mit „sehr gut“; in den übrigen Bereichen urteilten ca. 70% nur mit „gut“). **Bei anderen Aspekten trat deutlicher Handlungsbedarf** zutage. So beschrieben knapp 15% der



Patienten die Sauberkeit in den Behandlungszimmern als „mittel“ oder „schlecht“. Insbesondere galt dies für die Physikalische Therapie und für die Rheumatologische Ambulanz. Noch deutlicher wurden Hygienemängel im Bereich der Sanitäreanlagen identifiziert.

Bei einer Abteilung wurde von 25% der Patienten das Urteil „mittel“ oder „schlecht“ gefällt.

Weitere kritische Punkte in der Beispielklinik waren die Ablauforganisation und die zeitliche Koordinierung der Behandlungstermine.

Fazit

Die Ergebnisse der Befragung wurden im Rahmen einer Präsentation im Krankenhaus vorgestellt und diskutiert. Um positive Verhaltensweisen zu unterstützen, fand zunächst eine Konzentration auf die Herausarbeitung der Stärken des Krankenhauses statt; erst im Anschluss wurden Optimierungspotenziale aufgezeigt und **konkrete Ansatzpunkte für Verbesserungen** genannt.

Von wesentlicher Bedeutung aus Kundensicht ist die Tatsache, dass erstmals aussagekräftige quantitative Werte zu einzelnen Qualitätsparametern vorliegen. Dadurch ist es möglich, mit Hilfe einer erneuten Analyse nach der Einleitung von Optimierungsschritten den Erfolg von Verbesserungen überhaupt erst nachzuweisen.

Die Patientenzufriedenheitsanalyse ist bei sorgfältiger Anwendung ein Erhebungsinstrument, das die Wünsche und Anforderungen auf Patienten-seite objektiv und zuverlässig abbildet. Dadurch kommt Patientenbefragungen eine **hohe Relevanz im Rahmen des Qualitätsmanagements** zu. Ferner können Patientenzufriedenheitsanalysen auch innerhalb der Planung und Positionierung von Marketingaktivitäten erfolgreich zum Einsatz gebracht werden.

* KTQ

Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus

Das Zertifizierungsverfahren, bestehend aus einer unabhängig voneinander durchzuführenden Selbst- und Fremdbewertung, soll die Qualität der Leistungserbringung des Krankenhauses nach außen darstellen, transparent machen und damit auch einen wichtigen Beitrag zur Patienteninformation leisten. Kernelement ist das KTQ-Manual, das aus einem umfangreichen Strukturhebungsbogen sowie einem Katalog mit insgesamt 69 Kriterien besteht.

Um die Voraussetzungen für eine Zertifizierung zu erfüllen, müssen die Krankenhäuser zunächst im Sinne einer Selbstbewertung die Ausprägung bzw. den Erfüllungsgrad der jeweiligen Kriterien beschreiben und sich anschließend einer Fremdbewertung durch ein Visitoren-team stellen. Nach erfolgreichem Check erhält das Krankenhaus ein auf drei Jahre befristetes Zertifikat und veröffentlicht einen KTQ-Qualitätsbericht.

* EFQM

European Foundation for Quality Management

Die EFQM entstand 1988 durch den Zusammenschluss von 14 führenden europäischen Unternehmen als gemeinnützige Organisation auf Mitgliederbasis. Heute sind mehr als 800 Organisationen aus der Mehrzahl der Länder Europas und aus diversen Branchen Mitglied der EFQM.

Aufgabe der EFQM ist es, den Organisationen in Europa eine umfassende Managementmethode an die Hand zu geben, mit der sie *Excellence*, nachhaltige Spitzenleistungen auf allen Managementebenen, erreichen können.

Die EFQM hat das EFQM-Modell für *Excellence*, ein aus neun Kriterien bestehendes Managementmodell, entwickelt. Es wird herangezogen, um den Reifegrad einer Organisation auf dem Weg zu *Excellence* festzustellen und ihren kontinuierlichen Verbesserungsprozess zu begleiten.

INTERNET-ADRESSEN

www.ktq.de
www.deutsche-efqm.de
www.efqm.org



Welche Konsequenzen wird die DRG-Einführung für das Pflegepersonal in den Funktionsdiensten haben? Wie kann der OP-Bereich reorganisiert werden, um die optimale Versorgung der Patienten sicherzustellen, ohne dabei die Bedingungen eines schärfer werdenden Wettbewerbs aus den Augen zu verlieren? Diplom-Pflegewirt Thorsten Müller hat sich im folgenden Beitrag konstruktive Gedanken zu diesem Thema gemacht

Die Anzahl der Krankenhäuser und Betten wird trotz der demographischen Entwicklung und der hieraus folgenden Zunahme der Anzahl an Patienten in Akut-Kliniken weiter abnehmen. Der bestehende Kostendruck und der Wettbewerb um den Patienten wird sich verschärfen und zu einer weiteren Konsolidierung des Marktes führen, was insgesamt eine Verringerung der Gesamtkosten im Krankenhausbereich zur Folge haben dürfte. **Die effiziente Leistungserbringung wird der Schlüssel zum Überleben unter diesen veränderten Marktbedingungen sein.**

Der OP-Bereich ist insbesondere vor diesem Hintergrund einer der kritischsten Teile eines Krankenhauses. Aufgrund seiner zentralen Funktion, mit vielen Schnittstellen zu anderen Abteilungen, wird der OP zu einem Kristallisationspunkt bestehender Probleme in Abläufen

und Prozessen. Die Optimierung der Abläufe und der organisatorischen Strukturen im OP-Bereich ist deshalb eine besondere Herausforderung, deren Bewältigung in fast alle anderen Bereiche des Krankenhauses hineinwirkt und dort ebenfalls Verbesserungen auslöst. Schnittstellenprobleme bestehen meistens zwischen den Abteilungen Anästhesie und operativ tätigen Abteilungen. Hierdurch bedingt entstehen unproduktive Zeiten, wie z.B. unnötige Wartezeiten, Leerzeiten durch eine suboptimale Organisation und mangelnde Absprachen sowie lange Wechselzeiten. Dabei ist das Wirken zwischen Anästhesie und operativ tätigen Abteilungen unmittelbar verbunden, was letztlich bedeutet: **ohne Narkose keine Operation, keine Operation ohne Narkose.** Durch das Verkennen dieser Abhängigkeiten entsteht Frustration, die sich in einer hohen

Krankheitsrate, Motivationsdefiziten, Arbeitsunzufriedenheit und mangelnder Akzeptanz der Berufsgruppen untereinander manifestiert.

Die Gestaltung und Umsetzung einer wirkungsvollen OP-Organisation steckt allerdings in vielen Krankenhäusern noch in den Kinderschuhen. Ist sie doch ein langer und mühsamer Weg, **der oft gepflastert ist mit Eitelkeiten, Abteilungs-egoismen und mangelnder Phantasie.** Negative Ergebnisse dieses Prozesses sind Überstunden, eine hohe Zahl an abgesetzten Operationen und daraus resultierend unzufriedene Patienten. Letzteres findet seinen Ausdruck in einem negativen Image der Klinik und einer Minderung der externen Fallzahl. Spätestens jetzt wird nach der Ursache geforscht und das Abteilungsmanagement für organisatorische Defizite verantwortlich gemacht. Vor diesem Hintergrund ist

Pflegemanagement im DRG-Zeitalter

Strategien zur Reorganisation des OP

Ein Bericht von Dipl.-Pflegewirt Thorsten Müller

auch das OP-Management gefordert, die Prozesse des OP's zu durchleuchten und ggfs. zu optimieren.

OP-Management möchte ich wie folgt definieren: OP-Management umfasst alle Aufgaben, die die Leitung eines OP-Bereichs betreffen und geht damit weit über eine reine Verwaltungstätigkeit hinaus. Ziel des OP-Managements ist der optimale Einsatz von Ressourcen zur Erbringung einer größtmöglichen Produktivität in Verbindung mit Optimierung der Patientenakzeptanz. Management wird hier gleichgesetzt mit Planen, Entscheiden, Organisieren, Beschaffen, Führen, Kontrollieren und Bewerten. Das im OP-Bereich ausgeprägte falsch verstandene „Management by doing it“, läuft in der Regel nach einem spezifischen Muster ab: überall dort als OP-Leitung einzuspringen, wo Engpässe auftauchen und sog. Lücken stopfen,

anstatt strukturiert und konsequent Aufgabenstellungen zu delegieren und so einer permanenten Überforderung entgegen zu wirken. Dies hat nicht nur die fatale Konsequenz, dass Ausstattungs- und Organisationsdefizite auf Dauer manifest werden (es gibt ja immer jemanden der den Kopf hinhält), sondern führt darüber hinaus dazu, dass Managementaufgaben von allen Beteiligten nicht mehr als solche anerkannt werden (nach dem Motto: „wenn eine OP-Leitung in der Lage ist, den ganzen Tag als instrumentierende Schwester am Tisch zu stehen und der OP-Ablauf trotzdem gesichert ist, dann kann es ja mit den vermeintlichen Managementaufgaben nicht so weit her sein“).

Grundlage für eine Reorganisation im OP sollte daher zunächst eine Übersicht über das Leistungsspektrum sein. Als Basis dient die Untersuchung

einzelner OP's durch eine Längsschnittanalyse, deren typische Fragestellungen z.B. lauten:

- Welche Diagnosen/Operationen haben welche Anästhesie- und Operationszeiten (Mittelwert, Minimum, Maximum)?
- Wie viele Eingriffe werden pro Tag durchgeführt?
- Wie hoch ist die Summe der dazugehörigen Anästhesie- und Operationszeiten?
- Welche Verweildauer haben welche Diagnosen/Operationen?
- Wie hoch ist die mittlere Anästhesie- und Operationszeit sowie die Verweildauer bei den signifikanten Eingriffen?
- Wie ist die Auslastung an den einzelnen Wochentagen je operative Abteilung?
- Wie ist die Auslastung je OP-Saal?
- Wie ist die Personaleinsatzplanung und damit die Auslastung des Personals?



Foto: Thorsten Müller

Zur Person:

Diplom-Pflegewirt Thorsten Müller verfügt über langjährige Berufserfahrung im Bereich Pflege und Medizincontrolling. Als Dozent liegen seine Schwerpunkte u.a. in den Bereichen Krankenhausfinanzierung, OP-Organisation und Pflegedokumentation. Thorsten Müller berät Kliniken bei der DRG-Implementierung und führt als Berater sowohl externe Seminare als auch Inhouse-Schulungen zu den Themen ‚Fehlbelegungsprüfung durch den MDK‘, ‚Dokumentation aus Kassensicht‘, ‚DRG‘ sowie ‚Critical Pathways und Case Management‘ in klinischen Einrichtungen durch.

Anmeldung und Information über: www.thorstenkarin-mueller.de

Durch Auszählen der Operationen im OP-Buch oder Auswertung der OP-Daten in der EDV kann man sich zuerst einen Überblick über die OP-Frequenz pro Fachabteilung innerhalb eines definierten Zeitraumes verschaffen und die Ergebnisse im Anschluss graphisch unter MS-Excel aufbereiten.

Da die numerische Auslastung aber noch nichts über die zeitliche Bindung des Personals aussagt, sollte die tatsächliche Nutzung je OP-Saal unter Berücksichtigung der ICD/ICPM (International Classification of Diseases/International Classification of Procedures in Medicine) ermittelt werden. Als sinnvoll hat sich in

zusammen, jeweils multipliziert mit dem Gleichzeitigkeitsfaktor:

$$\frac{\text{Bruttopersonalkosten OP-Pflege pro Jahr}}{\text{Gesamt-OP-Minuten pro Jahr}} \times 2 \text{ OP-Pflegekräfte / OP} = \text{€ / Minute}$$

Um den Anteil der pflegerischen Aktivität pro Eingriff im OP- und Anästhesiedienst zu erfassen und damit einer Bewertung zugänglich zu machen, ist es erforderlich, bei jeder Operation eine Zeiterfassung durchzuführen.

Als Nebeneffekt dieser Zeiterfassung kann dann eine Arbeitszeitanalyse erstellt

„Orientierung an der Anästhesiezeit“

diesem Zusammenhang eine Orientierung an der Anästhesiezeit erwiesen, wobei Beginn und Ende dieser Zeiten vorab definiert werden sollten. Die Sollzeit ist unabhängig von der tatsächlichen Arbeitszeit zu betrachten, da trotz arbeitsrechtlicher Pausen das OP-Programm weiterläuft. Allerdings wird eine 100%ige Auslastung nur schwer zu erreichen sein, da durch Vor- und Nachbereitung das OP-Programm später beginnt bzw. früher beendet wird. Um den operativ tätigen Abteilungen den finanziellen Verlust einer suboptimalen OP-Organisation zu verdeutlichen, werden die Kosten für eine OP-Minute ermittelt. Die Kosten pro Minute setzen sich aus den Minutenkosten für die OP-Pflege, Anästhesie-Pflege und des Anästhesisten

werden (vgl. Beispiel 1; Daten fiktiv), die geeignet ist, mögliche Schwachstellen in der Ablauforganisation sichtbar zu machen: Wechselzeiten zwischen den einzelnen OP's,

Beispiel 1 – Tatsächliche Auslastung des OP-Saals				
OP 1	Beginn	Ende	Gesamt	
Freitag	08:40	09:25	00:45	
	09:25	11:20	01:55	
	12:00	13:50	01:50	
	14:00	15:00	01:00	
			05:30	
Sollzeit	Auslastung	Differenz in Minuten	Kosten/Minute/A	Verlust
8:30	65 %	180:00	4 €	720 €

spätes Erscheinen der Operateure und schlechte Einsatzplanung des Personals. Voraussetzung ist allerdings, dass die Zeiten (z.B.: Rüstzeitbeginn) vorab schriftlich definiert werden, damit die entsprechende Berufsgrup-

pe erkennen kann, in welchem Bereich Zeitrressourcen vorhanden sind, bzw. wo noch solche geschaffen werden müssen (vgl. Tabelle Analyse, S. 15). In diesem Zusammenhang möchte ich Ihnen abschlie-

ßend das Projekt des ‚kritischen Pfades‘ (Critical Pathway) und der Eingriffsklassen vorstellen: Die kritischen Pfade, „die sich in der Regel aus der Schnitt-Naht-Zeit zwischen Beginn und Ende der

Tabelle ANALYSE

Bereich	OP 1	OP 2	OP 3	OP 4	OP 5	Durchschnitt
Pflege Anästhesie						
Vorbereitungszeit	0:50	1:20	0:15	0:25	0:30	0:40
Wartezeit	0:20	0:35	0:40	0:20	0:35	0:30
Nachbereitungszeit	0:10	0:35	0:15	0:05	0:20	0:17
Pflege OP						
Vorbereitungszeit	0:45	0:50	0:40	0:35	0:55	0:45
Nachbereitungszeit	0:15	0:25	0:20	0:24	0:15	0:19
Arzt Anästhesie						
Vorbereitungszeit	0:25	0:05	0:00	0:15	0:20	0:13
Wartezeit	0:20	0:35	0:40	0:20	0:35	0:30
Anästhesiedauer	2:45	2:10	1:30	1:35	1:50	1:58
Nachbereitungszeit	0:10	0:05	0:15	0:05	0:15	0:10
Operateur						
Vorbereitungszeit	0:30	0:25	0:15	0:15	0:35	0:24
Dauer des Eingriffs	1:45	1:30	0:45	0:56	1:15	1:14
Nachbereitungszeit	0:15	0:05	0:20	0:19	0:10	0:13
Patient						
Wartezeit	0:25	0:15	0:00	0:15	0:20	0:15
Transportzeit AWR	0:07	0:10	0:15	0:10	0:20	0:12

eigentlichen Operation sowie aus den für den Wechsel erforderlichen Zeiten vor und nach der Operation zusammensetzen“¹, sollten im Idealfall unmittelbar aneinander anschließen, um den Arbeitsablauf optimal gestalten zu

ästhesie- und der OP-Abteilung unterliegt einem festgesetzten Zeitmanagement. Dieses kann beschleunigt oder verlangsamt werden und endet mit der Vorbestellung des nächsten Patienten.“² Erfahrungsgemäß variiert die

Grundlage für die Prozessanalyse dient. Innerhalb dieses Systems werden Operationen aller Fachrichtungen, unabhängig von medizinischen Kriterien, prozessorientiert anhand der Dauer ihrer Wechselzeiten auf dem kritischen

¹ Böhmert et al., 1996

² Bazan, 1996

Beispiel 2 – Eingriffsklassen in der Chirurgie (Auswahl)

Kleine Eingriffe	Mittlere und große Eingriffe	Endoskopische Eingriffe
Venenstripping	Schilddrüsenresektionen	Endoskopische Hernien
Weichteilerkrankungen: Furunkel, Abszess	Operationen am Verdauungstrakt	Endoskopische Appendektomien
Wundverschlüsse	Hernien	
Phimosen	Operationen an Lunge und Bronchien	
Carpaltunnelsyndrome	Operationen an großen Blutgefäßen	

können. Weiterhin empfiehlt es sich, den Hin- und Rückweg des Patienten von der Station zum OP zu analysieren und in Verbindung damit die Schnittstellenprobleme sichtbar zu machen, die zu Verspätungen des Patienten führen.

„Die Tätigkeit der An-

Dauer der kritischen Pfade allerdings sehr stark zwischen den verschiedenen Eingriffstypen; um eine Einzelbetrachtung je Eingriff zu vermeiden, erscheint es daher ratsam, ein **System von Eingriffsklassen** (= Eingriffe mit ähnlichen Wechselzeiten) zu entwickeln, das im Anschluss als

Pfad kategorisiert. Während eine fixe Zuteilung der OP-Säle je Fachdisziplin in der Regel eine schlechte Auslastung der OP-Kapazitäten zur Folge hat und hohe Opportunitätsverluste mit sich bringt, können nun prozessorientierte Eingriffsklassen der verschiedenen operativen Abtei-

lungen in einem OP-Saal miteinander kombiniert werden (vgl. Beispiel 2).

Angesichts der von mir geschilderten Strategien lässt sich ein Fazit ziehen, dass die zukünftigen Aufgaben eines erfolgreichen OP-Managements in aller Kürze auf den Punkt bringt: **Unerlässlich ist ein Denken in Prozessen, bei dem nicht die Aufbau- sondern die Ablauforganisation im Vordergrund steht.** Die pflegerischen Abläufe haben dabei zum größten Teil unternehmensspezifischen Charakter; sie sind an das jeweilige Krankenhaus idealtypisch angepasst. Nur durch eine strukturierte Reorganisation dieser Prozesse wird die Zielsetzung erreicht, die Wettbewerbsfaktoren Zeit, Kosten und Qualität in Ausrichtung auf die Kunden im OP zu optimieren.

Zum Thema:

Eine ausführliche und verständliche Darstellung zum Thema findet sich in dem Band ‚Critical Pathways – Interdisziplinäre Versorgungspfade‘ von Dykes/Wheeler (Hrsg.).

Die deutschsprachige Ausgabe wurde von Thorsten Müller und Elisabeth Uhländer-Masiak bearbeitet und ist für €29,95 (Verlag Hans Huber) im Handel erhältlich.



Im Notfall entscheiden Sekunden

Ablaufoptimierung in der klinischen Versorgung polytraumatisierter Patienten

Foto: Dr. Eduard F.-J. Höcherl



Zu den Autoren:

Chefarzt Dr. Eduard F.-J. Höcherl leitet als Ärztlicher Direktor die Abteilung für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie des Städtischen Krankenhauses München-Schwabing (KMS).

Funktionsoberarzt Dr. Jörg Scherer ist als Unfallchirurg ebenfalls in dieser Abteilung tätig.

Die Einrichtung ist mit 1354 Betten und derzeit 2800 Mitarbeitern das größte Krankenhaus in München und gehört zu einem der modernsten Rettungszentren Deutschlands.

*Weitere Informationen über: Dr. Jörg Scherer
KH München-Schwabing
Abt. für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie
Kölner Platz 1
80804 München*

Die Autoren stellen im folgenden Beitrag die auf höchsten Qualitätsstandards basierende klinische Versorgung polytraumatisierter Patienten vor. Die entwickelten Organisationsabläufe entscheiden im Notfall ebenso wie die technischen Voraussetzungen über einen Zeitgewinn, der – insbesondere im Fall des Polytraumas – lebensrettenden Charakter haben kann. Vor dem Hintergrund der exakten Diagnostik bei gleichzeitiger Reduzierung zeitlicher Abläufe steht die CT-Untersuchung in Verknüpfung mit einem optimierten Schockraum-Management im Mittelpunkt der Betrachtung.

Durch Standardisierung der präklinischen und klinischen Versorgung in den Trauma-zentren hat die Rate der traumatisch bedingten Todesfälle in den letzten Jahrzehnten erheblich abgenommen. So konnte eine Reduktion der Letalitätsraten von polytraumatisierten Patienten in der Frühphase der klinischen Behandlung von 40% in den letzten beiden Dekaden auf mittlerweile 18% erzielt werden, wobei der durchschnittliche Injury Severity Score (ISS/Punktwert

des Verletzungs-Schweregrads) bei durchschnittlich 21 Punkten lag. Ursache dieser bemerkenswerten Entwicklung ist die Einrichtung von Trauma-zentren in den letzten zwei Jahrzehnten, mit entsprechenden organisatorischen, strukturellen und personellen Voraussetzungen in

Kombination mit der Umsetzung etablierter Management-Leitlinien und Algorithmen. Die Trauma-zentren (Level-1- und Level-2-Krankenhäuser) versorgen in Deutschland derzeit ca. 100-200 Polytraumen pro Jahr. Standardisierte Versorgungsprozesse minimieren die not-



wendigen Versorgungszeiten und führen über ein verbessertes Timing und die richtige Prioritätenwahl bei der Diagnostik und Therapie mit konsekutivem operativen Stufenkonzept zu einer Risikominderung des Multiorganversagens. Neben einer Verkürzung der präklinischen Rettungs-

zeit ist innerklinisch zur Vermeidung eines protrahierten Schockgeschehens das sofortige Erkennen des Verletzungsmusters und die unverzügliche Einleitung operativer therapeutischer Maßnahmen zu fordern. Hierzu ist in möglichst kurzer Zeit eine optimale Diagnostik unter

Einschluss der bildgebenden Verfahren durchzuführen.

Als diagnostisches „tool“ wird in der Literatur* die Wertigkeit der CT-Untersuchung (CCT, Thorax-CT, vermehrt auch Abdomen-CT) gerade beim Polytraumatisierten zunehmend betont (Abb. 1). Neben der raschen technischen Durchführbarkeit ist vor allem mit der direkten Anbindung eines CT an bzw. in den Schockraum eine deutliche Reduzierung der Behandlungs- und Umlagerungszeiten sowie eine entsprechend geringere Belastung der Patienten verbunden.



Abb. 1
Ventraler Pneumothorax links, ausgedehnte Lungenkontusion rechts, gering links



Schockraum-Algorithmus / KH München-Schwabing

Präklinische Verdachtsdiagnose
Polytrauma

Übernahme „door“

1-3 Min.

Übergabe zum Schockraum

Umlagerung CT

Klinische Evaluation

bis 5 Min.

Klinische Evaluation ggf. Korrektur

„whole body scan“

bis 15 Min.

Auswertung

Entscheidung



Abb. 2



Abb. 3

Basierend auf diesen Überlegungen wurde am Städtischen Krankenhaus München-Schwabing ein Spiral-CT in den Schockraum 1 integriert (Abb. 2 und 3) und seit dem 01.01.1998 die Wertigkeit des geänderten Schockraum-Managements mit primärer Spiral-CT-Untersuchung des Polytraumatisierten in einer Studie untersucht. Zusätzlich wurden alle Alarm-Indikationen des interdisziplinär genutzten Schockraums gelistet und über die Berechnung der Fallzahlen die Akzeptanz der präklinischen Dienste überprüft.

Von Januar 1998 bis Oktober 2001 konnten insgesamt 372 polytraumatisierte Patienten (ISS >16) in die Studie integriert werden. Das Durchschnittsalter der überwiegend männlichen Patienten (74%) belief sich auf 40 Jahre, der mittlere ISS-Wert lag bei 32 Punkten. Hier zeigten sich als häufigste Verletzungsmuster Kombinationen von Extremitäten- mit Schädel-Hirn-Trauma (SHT) in 67% bzw. mit Thoraxtrauma in 63% sowie SHT mit Thoraxtrauma in 57% der Fälle. Der Zeitbedarf für die Spiral-CT-Untersuchung belief sich auf 4 Minuten und die Befundung der Schnittbilder erfolgte online am Monitor durch den

Radiologen und Trauma-leader. Die durchschnittliche Dauer zwischen der Ankunft der Patienten im Krankenhaus sowie der Stabilisierungs- und Diagnostikphase im Schockraum bis zum Therapieentscheid errechnete sich mit 14,4 Minuten.

Die Letalitätsraten zeigten Werte von 6,7% innerhalb von 24 Stunden sowie 7,5% während des Klinikaufenthaltes (Gesamletalität 14,2%) bei einem durchschnittlichen ISS-Wert der Verstorbenen von 44,4 (24-Std.) bzw. 43,7 (Klinik) Punkten. In der Gruppe der 24-Stunden-Letalität lag die Todesursache in 72,7% der Fälle in einem nicht behandelbaren SHT, innerhalb der Gruppe der Klinik-Letalität wurde in 62,5% der Fälle ein Multiorganversagen festgestellt. Verglichen mit den Angaben der deutschsprachigen Literatur (z.B. AG Polytrauma der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie) zeigte sich in beiden Gruppen als hartes Endkriterium in der Polytraumaversorgung eine deutliche Reduktion der Letalität.

Neben der Fallzahlsteigerung in der Behandlung polytraumatisierter Patienten ergab sich eine Zunahme der täglichen Alarmrate des Diagnostikzentrums

von 1,08 (1998) bis zuletzt 3,37 (2002). In der Gesamtheit aller ausgewerteten Patienten (3101) handelte es sich in 1599 Fällen um Trauma-Patienten (51,6%). Internistische Krankheitsbilder sahen wir in 1176 (37,9%) der Notfallversorgungen und kindliche Notfälle wurden mit einem Anteil von 9,7% (302 Patienten) errechnet.

In 24 Fällen waren andere Krankheitsbilder ursächlich (HNO, Gefäßchirurgie). Die kontinuierliche Steigerung der Alarmzahlen des Diagnostikzentrums weist unseres Erachtens aber in jedem Fall eine zunehmende Akzeptanz des mit Spiral-CT ausgestatteten Schockraumes für die präklinischen Dienste nach. Die Zeitdauer der Diagnos-

tik wird durch eine primäre CT-Untersuchung reduziert und eine zielgerichtete fachorientierte Therapie kann im unmittelbaren Anschluss durchgeführt werden. Die steigenden Fallzahlen führen des Weiteren zu einer laufenden interdisziplinären Schulung des gesamten Personals. Die in unserem Krankenhaus zentrale Organisation des in-

terdisziplinär genutzten Diagnostikzentrums erleichtert die Erstversorgung der Patienten und trägt entscheidend zu einer optimalen Verteilung der Intensivkapazitäten bei, da die Diagnostik vor der Intensivbett-Zuweisung erfolgt.

** Literaturangaben sind über die Verfasser zu beziehen*

Als Basis der Ablaufoptimierung in der Schockraumversorgung im KH München-Schwabing diente das bisherige Stufenkonzept (s. Abb. rechts), welches von den Münchener Chirurgen, aufgrund der Integration des CT in den Schockraum, unter dem Gesichtspunkt der Zeitreduzierung modifiziert werden konnte.

STUFENKONZEPT DER PRIMÄRDIAGNOSTIK UND OPERATIVEN VERSORGUNG*

Akut- oder Reanimationsphase (1.- 3. Stunde)

- Lebensrettende Sofortmaßnahmen der 1. Minute (Alpha)
- Dringliche Sofortmaßnahmen der ersten 5 Minuten (Bravo)
- Dringliche obligate Maßnahmen der ersten 30 Minuten (Charlie)
- Komplettierung von Diagnostik und Therapie (Delta)

Primärphase (3.-72. Stunde)

Sekundärphase (3.-10. Tag)

1. Operationsphase

- Lebenserhaltende Sofortoperation

2. Operationsphase („Day-One-Surgery“)

- Verzögerte Primäreingriffe (vulnerable Phase; 2.-4. Tag)

3. Operationsphase

- Verzögerte Operationen (ab dem 5. Tag)

** Modell nach Mutschler und Haas (1999) – Durch die breite Akzeptanz dieses Stufenplanes ist die Vergleichbarkeit der Abläufe und Behandlungsergebnisse in Relation zu den jeweiligen Trauma-Score-Systemen gegeben.*

Korrelierend mit den einzelnen Phasen wird eine diagnostische und therapeutische Zeitspanne dargestellt. Hier ist die Basisdiagnostik innerhalb von 15 Minuten durchzuführen und parallel dazu, analog Körperregion bezogener weiterer Algorithmen (Atmung/Kreislauf, Schädel, Thorax, Abdomen, Bewegungsapparat), die Entscheidung über "lebensrettende Sofortoperationen" zu

treffen. Gemäß klinischem Verdacht ist hier eine CCT vorgesehen. In der anschließenden Phase „Delta“ ("Komplettierung von Diagnostik und Therapie") erfolgt üblicherweise die CT-Untersuchung des Schädels (ohne vorbestehende perakute Indikation) und die Kontrolle sonographischer Befunde; weiterführende diagnostische Maßnahmen entsprechend kli-

nischer, radiologischer und laborchemischer Befunde schließen sich an. Diesbezüglich ist die Untersuchung mittels Spiral-CT für sonographisch unklare Befunde des Abdomen/Retroperitoneum, für die Röntgenthorax-Untersuchung (z.B. verbreitertes Mediastinum, Lungenkontusion) wie auch zur Evaluierung von eventuell vorhandenen Operationsindikationen von

Verletzungen des Stammskeletts maßgebend. In diesem Stufenplan hat sich die "golden half an hour" (Phase Alpha bis Charlie) als standardisiertes Ziel etabliert, wobei die zeitliche Abfolge der Diagnostikschritte durch die strukturellen Voraussetzungen (Trennung zwischen Schockraum und CT-Raum) in vielen Traumazentren häufig noch begrenzt ist.

Die laparoskopische radikale Prostatektomie

Entscheidend ist das Können des Operateurs und ein zuverlässiges Instrumentarium

Ein Interview mit Prof. Dr. Jens Rassweiler

Foto: Prof. Dr. Rassweiler



Zur Person:

Prof. Dr. med. Jens Rassweiler ist Chefarzt und Ärztlicher Direktor der Urologischen Klinik des Stadtkrankenhauses Heilbronn, Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Heidelberg.

Die laparoskopische radikale Prostatektomie (im Folgenden abgekürzt mit LRP) wurde 1992 zum ersten Mal von Schuessler durchgeführt, wobei technische Schwierigkeiten einer weiten Verbreitung im Wege standen. Erst 1999 stellten Guilloneau und Vallancien ein auf der endoskopischen Nahttechnik basierendes Verfahren vor. Diese Technik wurde von zahlreichen Kliniken in Europa und den USA übernommen. Die Urologische Klinik Heilbronn hat das Vorgehen der Franzosen unter der Leitung von Prof. Jens Rassweiler modifiziert und seit März 1999 bei über 500 Patienten eingesetzt. Prof. Rassweiler schildert im folgenden Interview die OP-Technik sowie den Einsatz des optimalen Instrumentariums und stellt die erzielten Ergebnisse vor.

Prof. Rassweiler, wie gehen Sie laparoskopisch vor?

Analog zur offenen Methode lassen sich drei verschiedene Techniken unterscheiden: transperitoneal deszendierend mit vorheriger Samenblasenpräparation; extraperitoneal deszendierend (Bollens) und das von uns entwickelte transperitoneal ascendierende Verfahren. Diese Technik kopiert das von Walsh beschriebene klassische Vorgehen der anatomischen radikalen Prostatektomie, allerdings mit einem transperitonealen Zugang zum Spatium Retzii: Inzision der endopelvinen Faszie, Umstechung des Plexus Santorini, Abpräparation der neurovasculären Bündel (nerve-sparing), Absetzen der Urethra, Kontrolle der distalen Prostatapfeiler, Präparation des Blasenhalses, Kontrolle der proximalen Prostatapfeiler und Absetzen der Vasa deferentia sowie der Samenblasen.

Welches Instrumentarium verwenden Sie in Ihrem Haus?

Es wird ein Zugang über 5 bzw. 6 wiederverwendbare Trokare gewählt. Seit dem 60. Fall setzen wir routinemäßig einen sprachgesteuerten Roboter zur Kameraführung ein, dies ermöglicht die Durchführung des Eingriffs mit zwei Operateuren. Die wesentlichen Teile der Präparation erfolgen mit der endoskopischen Metzenbaumschere und einem bipolaren Dissektor.

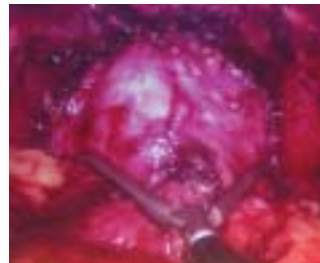
Die Blutversorgung wird je nach Größe mit verschließbaren Polyurethanclips oder Titanclips mit nachladbarem Magazin kontrolliert. Hier verwenden wir den Multifire-Applikator Challenger-Ti, den wir seit seiner Einführung erfolgreich einsetzen. Gegenüber Einmal-Fire-Applikatoren können hier bei besserer mechanischer Qualität zusätzlich effektiv Kosten reduziert werden.



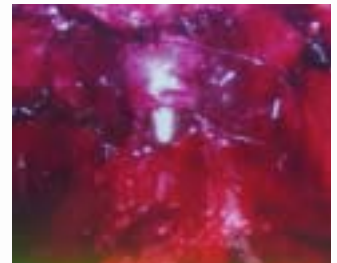
Laparoskopische radikale Prostataektomie – Anordnung der Trokare und Operateure. Hier bei der Umstechung des dorsalen Venenplexus (Winkel zwischen Instrumenten 25°-45°)



Umstechung des dorsalen Venenplexus mit endoskopischer Technik



Optimale Exposition des Apex mit 120°-Dissektor



Urethro-vesikale Anastomose mittels endoskopischer Nahttechnik

Das Challenger-System ist zudem sicher und unkompliziert zu handhaben. Zur Exposition des Apex eignet sich hervorragend ein 120°-Dissektor, ähnlich dem Zeige- und Mittelfinger bei der offenen Operation.

Die Naht der urethro-vesikalischen Anastomose erfolgt mit endoskopischer Einzelknopftechnik unter Verwendung eines mittelfristig resorbierbaren Fadens.

In der Urologischen Klinik Heilbronn wird der Challenger-Ti bei folgenden Indikationen eingesetzt:

5mm-Applikator

- Nerve-sparing radikale Prostataektomie
- Retroperitoneale Lymphadenektomie
- Varikozelektomie
- Fowler-Stephens-Orchidopexie (Einsatz in der Regel nur additiv, nicht substitutiv)

10mm-Applikator

- Radikale Prostataektomie
- Nephrektomie
- Adrenalektomie
- Lymphadenektomie

Können Sie uns kurz Ihre bisherigen Erfahrungen und die Ergebnisse des OP-Verlaufs schildern?

Seit März 1999 haben wir bei über 500 Patienten in einem mittleren Alter von 65 (43-81) Jahren eine LRP durchgeführt. 59% waren pT2-, 37% pT3- und 4% pT4-tumoren mit einem medianen Gleason Score von 7 (3-10). Bei 471 Patienten erfolgte eine pelvine Lymphadenektomie, die in 5 Fällen (1,1%) positiv war. 85 (17%) Kranke wurden nerve-sparing operiert, davon 36 beidseits und 49 unilateral.

Die mittlere Operationszeit lag bei 241 (128-600) Minuten, bei den letzten 150 Patienten betrug sie noch 207 Minuten. Die Transfusionsrate lag bei 19,8%,

bei den letzten 150 noch bei 9,1%. Es gab insgesamt 7 (1,4%) Konversionen (Abschluss als konventionelle retropubische Prostataektomie), davon drei wegen stärkerer Blutungen aus dem dorsalen Venenplexus, drei wegen Präparationsproblemen und einmal nach Rektumverletzung bei einem T4-Karzinom. Sechs weitere intraoperative Rektumläsionen konnten endoskopisch versorgt werden, mit problemlosem postoperativem Verlauf.

In 16 (3,2%) Fällen war eine Reintervention erforderlich: drei Laparotomien und eine Laparoskopie wegen Nachblutung, acht perkutane Nephrostomien bzw. zwei Doppel-J-Schienen wegen Anastomosensuffizienz sowie zwei Colostomien wegen Rektum-

Perspektiven einer umstrittenen Operation

Fortsetzung des Interviews mit Prof. Dr. Jens Rassweiler

fistel. 16 (3,2%) Patienten entwickelten eine Anastomosenstriktur. Postive Ränder fanden sich bei 18,6% unserer Patienten. 27 von 300 (9%) längerfristig (median 24 Monate) beobachteten Patienten wiesen ein PSA-Rezidiv ($>0,1$ ng/ml) auf. Zwei Patienten sind im Progress verstorben. Bei Entlassung waren 35% der Kranken kontinent, nach 6 Monaten stieg die Rate auf 72%, nach 12 Monaten auf 91% und nach 18 Monaten leiden nur noch 5% unter einer Stressinkontinenz I-II°.

Wie beurteilen Sie die Perspektiven der LRP?

Inzwischen haben die Laparoskopiezentren auf Grund der hohen Frequenz des Eingriffs in kurzer Zeit viel Erfahrung gesammelt, so dass solide Daten präsentiert werden können. Die LRP erzielt – unabhängig von der technischen Modifikation – mit dem offenen Eingriff vergleichbare Er-

gebnisse. Sämtliche technischen Modifikationen, wie Schonung des neurovasculären Bündels und Blasenhalss sowie subtile Apexpräparation können umgesetzt werden. Hinzu kommen die Vorteile der Videotechnik mit entsprechender Vergrößerung, visueller Exposition anatomisch schwer zugänglicher Strukturen und die bekannten Vorzüge der minimalen Invasivität mit früher Rehabilitation der Patienten. Darüber hinaus konnten die Operationszeiten deutlich reduziert werden (um 30,9% in 3 Jahren) und die mittelfristigen Ergebnisse zur Tumorkontrolle liegen im Bereich der offenen Operation, was bedeutet, dass die LRP keine spezifischen Risiken (z.B. Portmetastasen) mit sich bringt.

Trotz der guten Ergebnisse wird von Kritikern immer wieder die schwierige Erlernbarkeit der Technik thematisiert ...

In der Tat besteht das Problem eines sicheren Transfers der Technik. An einem Zentrum mit hoher Frequenz kann dies schrittweise erfolgen, wobei eine höhere Fallzahl erforderlich ist als beim offenen Eingriff. Laut jüngster Umfrage der Arbeitskreise Laparoskopie und Endourologie haben 32 von 96 Kliniken den Eingriff schon durchgeführt, jedoch nur 5% der Kliniken mehr als 15 mal pro Jahr.

In jedem Fall ist eine optimale Ausrüstung die Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche Einführung des Verfahrens. Hier sollte das Know-how der Zentren mit ausreichender Erfahrung (z.B. Berlin, Heilbronn oder Leipzig) genutzt werden.

Prof. Rassweiler, wir danken Ihnen für das Gespräch!

PRODUKT-INFO



Challenger-Ti®

Clip-Applikator mit Multifire-Funktion

Das resterilisierbare Challenger-System besteht aus modularen Bausteinen und ist in zwei Größen erhältlich: 5 mm Clip-Applikator SM (Small Medium), 10 mm Clip-Applikator ML (Medium Large).

Challenger-Ti® ist auch als Clip-Box mit 12 sterilen Magazinen à 12 Titan-Clips (SM) sowie 12 sterilen Magazinen à 8 Titan-Clips (ML) lieferbar; der letzte Clip ist jeweils farb-codiert.



KURZ NOTIERT

Anke Dausien:

Manual standardisierter Operationsabläufe der Viszeral-, Gefäß- und Thoraxchirurgie

Dr. Reinhard Kaden Verlag GmbH
ISBN: 3-922777-43-0

€ 64,-

Das Handbuch bietet eine übersichtliche Darstellung nahezu aller standardisierten Operationsabläufe.

Klar gegliedert durch ein Farbleitsystem finden sich auf über 600 Seiten gut verständliche Anleitungen für eine organisierte und prozessorientierte Arbeit am OP-Tisch, ergänzt durch 140 farbige Abbildungen.



Foto: Anke Dausien

Die Autorin:

Seit 1994 ist Anke Dausien als OP-Schwester mit den Schwerpunkten Allgemeine Chirurgie, Traumatologie und Kinderchirurgie am Benjamin-Franklin-Klinikum in Berlin tätig. Zu ihren weiteren Aufgabenbereichen gehört u.a. das Erstellen und Aktualisieren der chirurgischen OP-Standards sowie die Bestellung und Versorgung der laparoskopischen/thorakoskopischen Instrumente; seit März 2001 ist sie chirurgische Fachverantwortliche.

Mit Kompetenz die Zukunft erobern

26./27.	September 2002	Trainingskurs Hysteroskopie
14./15.	Oktober 2002	Personalführung und Motivation für ltd. OP-Personal
21./23.	Oktober 2002	Endoskopische colo-rectale Chirurgie
28./29.	Oktober 2002	OP-Management (Workshop mit Fallstudien)
06./07.	November 2002	Einführung in das Total Quality Management
14./15.	November 2002	Chirurgisches Nahtmaterial und Nahttechniken
22./23.	November 2002	Teamtraining zur vorderen Kreuzbandrekonstruktion
29./30.	November 2002	Knorpelworkshop
29./30.	November 2002	Arthroskopie-Basiskurs für das Kniegelenk

Unsere Veranstaltungen tragen das Qualitätssiegel von Fachverbänden und international anerkannten Institutionen.

Fordern Sie noch heute unsere aktuellen Programme an.



AESCULAP AKADEMIE GMBH
Am Aesculap-Platz
78532 Tuttlingen
Tel.: (0 74 61) 95-20 01
Fax: (0 74 61) 95-20 50
per E-Mail unter
info@aesculap-akademie.de
Mehr über uns im Internet:
www.aesculap-akademie.de

Im Zweifel haftet der Anwender



Der OP ist Schnittstelle verantwortlichen Handelns für den Einsatz einer umfassenden Produktpalette, die in der Anwendung diversen rechtlichen Prüf- und Haftungsbestimmungen unterliegt. Um nur einige zu nennen, werden zur Verdeutlichung u.a. das Medizinproduktegesetz einschließlich der entsprechenden Betreiberverordnung, das Arzneimittelgesetz, das Transfusionsgesetz sowie Richtlinien und Empfehlungen hierzu berufener Stellen wie das Robert-Koch-Institut (RKI), etc. exemplarisch aufgeführt. Da es im OP um den sicheren und komplikationsfreien Einsatz intern oder extern hergerichteter, aufbereiteter oder industriell bezogener Produkte geht, ist die Produkt-

haftung und entsprechende Verantwortlichkeit insbesondere im Schadensfall ein Thema von höchster Priorität. Komplikationsfälle sind dabei hinlänglich aus der forensischen Praxis bekannt. Hier stellt sich die Frage, wer dafür einzustehen hat, wenn es in der Schleuse oder auf dem OP-Tisch bei der Versorgung eines schwergewichtigen Patienten hakt oder die Verkeimung eines Medikaments bzw. des Inhalts von Blutbeuteln zu gefährlichen Infektionen geführt hat. Wie sieht es rechtlich mit der Produkthaftung bei erneutem Einsatz so genannter Einmalprodukte aus und wer trägt die Verantwortung, wenn es zum Katheterbruch kommt oder die Bohrmaschine versagt?

Bei der einen oder anderen Konstellation liegt der Gedanke nahe, in erster Linie dem originären Hersteller des Produkts die Verantwortlichkeit zuzuweisen.

So wurde es z.B. versucht, als in einem Fall ein Patient in der Schleuse „hängen blieb“ und bei anderer Gelegenheit der nach Auslagerung hoch gefahrene OP-Tisch mit einem Ruck – und der weiteren Folge multipler Prellungen für den Patienten – ungewollt wieder in die Ursprungsstellung zurückfuhr. Im Ergebnis kam dann jedoch jeweils die Verantwortlichkeit des Anwenders zum Zuge. Und dies zu Recht: Die Haftungsverantwortlichkeit des Herstellers greift schließlich nur durch, wenn das dem Anwender dargebotene Produkt konstruktiv fehlerhaft oder, im Rahmen der Einweisung, nicht hinreichend zur sicheren Anwendung beschrieben ist. Bei der OP-Tisch-Problematik war es fehlerhaft seitens der OP-Schwester, nicht zu berücksichtigen, dass dieser Tisch entsprechend der Vorgabe des Herstellers als Medizinprodukt mit CE-Zertifizierung nur als geeignet für Patienten mit einer Gewichtsbelastung bis zu 140 kg ausgewiesen war. Der Patient hingegen

Rechtliche Aspekte der Produkthaftung im OP

Ein Bericht von Hans-Werner Röhlig

brachte es auf starke 230 kg. – Was tun, wird der ein oder andere vielleicht fragen. Nicht jeder OP verfügt über einen Tisch der Bezeichnung XXL, der eine Belastung von ca. 300 kg sicher trägt. Genau hier sind wir bei der Produkt- und Haftungsverantwortlichkeit des Anwenders. Qualitätsmanagement, wie es in § 135 a SGB V (Sozialgesetzbuch, Teil 5) rechtlich verpflichtend vorgegeben ist, weist dem therapeutischen Team eine Risikoprüfung beim Einsatz von Produkten jedweder Art zu, gleich, ob es sich um Medizinprodukte, Arzneimittel, Blutprodukte, etc. handelt – mit der Vorgabe, den am wenigsten risikobehafteten Weg zu wählen. Der Patient darf schließlich nur mit dem „unvermeidbaren Restrisiko“ belastet werden. Hier zeigt sich, dass die Letztverantwortlichkeit auch der Produkthaftung zumeist beim Anwender liegt. Medizinische Versorgung, erst recht im Rahmen des operativen Bereichs, ist eine „Tätigkeit höherer Art“.

Sichere Versorgungswege im Umgang mit Medizinprodukten, Arzneimitteln, etc. sind unter Beachtung der Herstellerangaben zu suchen und zu finden.

Im Falle des schwergewichtigen Patienten bei einem nicht hinreichend belastbaren OP-Tisch wäre daran zu denken, etwa mit den hierzu nach § 32 MPG berufenen Medizinprodukteberatern des Herstellers Lösungswege zu finden – etwa auf eine Auslagerung oder ein Hochfahren des OP-Tisches zu verzichten oder durch Stützen die Belastbarkeit zu erhöhen, wenn nicht mangels gangbarer Alternativen auf eine operative Versorgung im Klinikbett zurückgegriffen wird. Die letzte Entscheidung hat zwar der Operateur; oft bleibt die Problematik aber – zu Recht – an der OP-Pflegekraft hängen. Insbesondere dann, wenn die Sachlage gar nicht weiter thematisiert wird und der Operateur entscheidungsmäßig nicht eingebunden ist. So war es auch im geschilderten Fall: Der Operateur wusste von nichts. Er war nicht eingebunden in die Problematik um die Leistungsfähigkeit des Produkts OP-Tisch. Damit konnte er sich auch im Rahmen der „vertrauensvollen Zusammenarbeit des ärztlich-pflegerischen Teams“ darauf verlassen, dass keine Bedenkllichkeiten bei Auslagerung und Hochfahren des OP-Tisches bestanden. Die Produktverantwortung und

-haftung lag also bei der OP-Schwester. Es war ihr Fehler, den Operateur und weitergehend ihre klinische Einrichtung nicht auf vorhersehbare Probleme mit nicht ausreichend beschaffenen OP-Tischen nachweislich aufmerksam zu machen. Zumindest rechtlich erscheint es angemessen, in solchen Fällen der in der Durchführungsverantwortung stehenden Pflegekraft auch die Verantwortung für eine sichere Produktanwendung zuzuweisen. Im Ergebnis stellt sich die Verantwortlichkeit wie folgt dar: Bei einem Patientenschaden geht zumindest ein guter Teil – im Einzelfall bis zur Hälfte des finanziellen Schadens inklusive Schmerzensgeld bei einer Begrenzung auf maximal 1-2 Jahreseinkommen – zu Lasten der OP-Pflegekraft. Zudem trägt sie die strafrechtliche Verantwortlichkeit für die Verwendung eines, im Versorgungsfall bei einem übergewichtigen Patienten, als „gefährlich“ einzustufenden Medizinprodukts (§§ 4 Abs. 1, Nr. 1, 40 MPG), was als Minimum mit einer empfindlichen Geldstrafe allein schon wegen der Gefährlichkeit des Tuns (Gefährdungshaftung) geahndet wird. Entsprechendes gilt für den weiteren Einsatz von Medizinprodukten, Arzneimit-



Foto: H.-W. Röhlig

Zur Person:

Hans-Werner Röhlig ist seit 1983 Richter am Amtsgericht Gladbeck und u.a. Mitglied im wissenschaftlichen Beirat der Aseptica und der Forums Hygiene e.V. Der Spezialist für medizin- und haftungsrechtliche Fragen im Gesundheitswesen bietet darüber hinaus als Dozent Beratungsleistungen im eigenen Institut „seminaris-medizinrecht“, sowie für Fortbildungsstätten, Gesundheitseinrichtungen und die Medizinindustrie an.

*Anschrift des Verfassers:
Hans-Werner Röhlig
seminaris-medizinrecht
Seilerstraße 106
46047 Oberhausen*

teln, usw.: Der in der Durchführung stehende Verantwortliche hat für die höchste Sicherheit zu sorgen, bei Unklarheiten Herstelleranweisungen zu beachten und in Zweifelsfällen die Einrichtung und den letztverantwortlichen Arzt bzw. Operateur entscheidungs- und damit haftungsrelevant einzubeziehen. Wie bei einem unzureichend tragfähigen OP-Tisch sind mangels anderer Möglichkeiten sichere Alternativen aufzufinden.

Bei Einmalprodukten stellt sich die Frage, ob eine gleiche Sicherheit bei Wiederverwendung wie bei einmaligem Gebrauch zu gewährleisten ist – was nur sehr bedingt, wenn überhaupt möglich erscheint. Wiederverwendbare Medizinprodukte sind ausschließlich nach Vorgabe des MPG und des § 4 der Medizinprodukte-Betreiberverordnung, bei strafrechtlichen Sanktionen im Falle des Zuwiderhandelns, nach validierten Verfahren aufzubereiten. Dies umfasst ebenso die hygienische Unbedenklichkeit wie die Sicherstellung der einwandfreien Funktion des Medizinprodukts.

Ein Durchgreifen der Produkthaftung des Herstellers stellt in der forensischen Praxis eher den Ausnahmefall dar.

Generell werden Arzneimittel und Medizinprodukte – von unrühmlichen und höchst seltenen Ausnahmen einmal abgesehen – erst dann zugelassen und erstmalig in den Verkehr gebracht, wenn sie erfolgreich interne und externe, eingeschlossen behördliche Prüfungen auf höchstem Niveau erfolgreich durchlaufen und sicher bestanden haben. Weiter wird jeder Hersteller verbleibende Risiken dem Anwender in einer entsprechenden Produktbeschreibung erkennbar machen. Damit erfolgt bei dem an sich weitgehenden Haftungsrisiko eines Herstellers bzw. des gewerblichen Betreibers des Produkts eine Enthftung bezüglich des nicht voll beherrschbaren Restrisikos. Diese erscheint im übrigen rechtlich und faktisch angemessen und erforderlich, um überhaupt Medizinprodukte, Arzneimittel, etc. ohne die Gefahr des wirtschaftlichen Ruins bei den scharfen Regeln des Produkthaftungsgesetzes auf den Markt bringen zu können.

Im Ergebnis lastet auch bei der Produkthaftung im OP der Großteil der Letztverantwortung auf dem Anwender.

Dies bezieht sich nicht allein auf die sichere Funktion von OP-Tisch und Schleuse. Die Palette der Haftungszuweisung lässt sich beliebig fortsetzen: so wurde schon 1980 der über die Problematik in Kenntnis gesetzte Arzt für eine Komplikation bei der Wiederverwendung eines von Herstellerseite als Einmalartikel ausgewiesenen Medizinprodukts in Anspruch genommen. Das gleiche Schicksal ereilte Arzt- und Pflegepersonal, die im Umgang mit Arzneimitteln und Medizinprodukten die vom Hersteller empfohlenen und in Richtlinien vorgegebenen Sicherheitsmaßnahmen außer Acht ließen. Weiter konnte sich eine Schwester bei der Verwechslung eines Medikaments für die tödliche Folge auch nicht dadurch entlasten, dass der Hersteller Arzneimittel mit unterschiedlichem Indikationsspektrum in ähnlicher Bezeichnung und fast identischem Produktdesign darbot. In der Begründung der Verurteilung zu zwei Jahren Haft (wohl ausgesetzt zur

Bewährung) und einer Geldstrafe im fünfstelligen Bereich führte das Gericht aus, auch und insbesondere Pflegepersonal übe ebenso wie Ärzte und Ärztinnen eine höchst verantwortliche Tätigkeit aus und habe mit höchst möglicher Sorgfalt sicherzustellen, dass optimaler Patientenschutz gewährleistet ist. Hiergegen habe die Schwester – mit letztlich tödlichem Ausgang für den Patienten – bei dem ihr zuzurechnenden „grob fahrlässigen“ Umgang mit dem Arzneimittel verstoßen. Damit trifft auch in der Produkthaftung beim Einsatz von Arzneimitteln und Medizinprodukten den jeweils eigenverantwortlich handelnden Anwender die Pflicht, das erkennbare Gefahrenspektrum auf das „unvermeidbare Restrisiko“ zu vermindern.



Leserbriefe

OTA – Schneller, besser, billiger? Winfried Mönig, *nahdran* 01/02

Dass das Thema OTA-Ausbildung nach wie vor die Gemüter bewegt, hat uns die Vielzahl der Rückmeldungen zum Beitrag von Winfried Mönig gezeigt.

Dabei stellte sich heraus, dass die überaus kritische Haltung des BIG-Bundesvorsitzenden zwar in einigen Punkten als zu einseitig bewertet wurde, aber seine grundsätzliche Beurteilung des neuen Ausbildungskonzepts von der Mehrzahl unserer Leser zumindest in Teilen als durchaus bedenkenswert angesehen wird.

Da eine sachgerechte Meinungsbildung in der Regel mehr als einer Perspektive bedarf, möchten wir hier stellvertretend eine besonders engagierte Leserin zu Wort kommen lassen, die seit 2 Jahren erfolgreich ihren Beruf als OTA ausübt ...

Übrigens: All jenen, die die Ausbildung der/des OTA aus einer speziellen Sicht kennen lernen möchten, sei das Interview mit Alice Hampel, Leiterin der OTA-Schule der Kaiserswerther Diakonie, ab Seite 32 dieser Ausgabe empfohlen.

Sehr geehrte nahdran-Redaktion,

die Stellungnahme von Herrn Mönig hat mich ehrlich gesagt zu einem bitteren Lächeln veranlasst. Würden Sie sich gerne als billig bezeichnen lassen? Jede/r OTA absolviert eine 3-jährige Ausbildung, in der man sein Handwerk gründlich erlernt. Wir brauchen dabei „nur“ drei Jahre statt sieben und können nach der Ausbildung wesentlich schneller eingearbeitet werden, als es bspw. bei Krankenschwestern oder -pflegern der Fall ist. Das dies günstiger ist, müsste einleuchten.

Natürlich steckt diese Ausbildung noch in den Kinderschuhen, aber umso wichtiger wäre die konstruktive Unterstützung durch Pflegeverbände oder den Staat, die bis heute ausbleibt. Es würde mich wirklich interessieren, ob Herr Mönig sich schon einmal mit einer/m OTA unterhalten, geschweige denn zusammengearbeitet hat. Eigentlich ist es doch traurig, im Zeitalter des Fortschritts solch eine Intoleranz zu erfahren. In der Industrie wären diese Probleme undenkbar, ebenso bei unseren Kollegen in der Schweiz.


Der Absatz „Der Beruf ohne Zukunft“ erheiterte mich dann doch, denn der eng geschnittene Aufgabenkatalog, welcher Tätigkeiten im OP, Endoskopie, Notaufnahme und Zentralsterilisation umfasst, zeigt auf, für was ein/e OTA ausgebildet wird und ist. Der Grund ist, dass ein/e OTA eben nicht auf Station oder Intensiv arbeiten möchte und deswegen auch keine entsprechende Ausbildung angestrebt hat. Bei einer berufseinschränkenden Erkrankung bestehen für OTA's darüber hinaus die gleichen Umschulungsmöglichkeiten wie für eine/n Krankenschwester/pfleger.

Gerade vom Bundesvorsitzenden der BIG sollte m.E. mehr Verständnis für eine neue, junge Berufsgruppe im Gesundheitswesen aufgebracht werden, denn es erscheint mir unverständlich, warum man sich so vehement gegen den Einsatz von Fachkräften in einem spezialisierten Berufsfeld sträubt. Bei dem momentan herrschenden Personalmangel im OP-Bereich wäre es wichtig, wenn die Pflegeverbände mehr Energien für den OTA-Einsatz investieren würden. Ein Miteinander statt ein Gegeneinander würde allen entgegenkommen; dass die Angehörigen der Pflegeberufe durchaus mit uns zusammenarbeiten können und möchten, zeigt sich in der Praxis.

Sowohl die Pflegekräfte als auch wir OTA's üben einen Beruf aus, der viel von uns fordert, schon aus diesem Grund wäre es wünschenswert, wenn wir nicht ständig um unseren Stand und unsere Berufsberechtigung kämpfen müssten.

*Miriam Herter
OTA in Ulm*

Leserbrief von der Redaktion gekürzt



Ein Erfahrungsbericht von
Oberfeldarzt PD Dr. Christian Willy

unter Mitwirkung von
Dr. R. Schmidt,
Dr. R. Steinmann,
Dr. B. Friemert
und Prof. Dr.
H. Gerngroß

Chirurgen
der Bundeswehr
im Auslandseinsatz

Wenn die Ausnahme zum Alltag gehört ...



Fotos: Bundeswehrkrankenhaus Ulm

Seit zehn Jahren unterstützt die Bundeswehr Einsätze der Vereinten Nationen und der NATO u.a. in Kambodscha, Somalia, Kroatien, Bosnien-Herzegowina, im Kososvo, Mazedonien und in Afghanistan (Kabul). Eine wesentliche Komponente dieser Unterstützung stellt der Sanitätsdienst in Form mobiler Feldlazarette. Diese bilden, besetzt mit zahlreichen Fachärzten verschiedener Spezialisierung und einer umfangreichen Ausstattung an diagnostischen und therapeutischen Geräten, das zentrale Element der sanitätsdienstlichen Versorgung im Einsatzland. Die medizinische Behandlung konzentriert sich insbesondere auf die chirurgische Notfallversorgung verletzter oder verwundeter Soldaten der eigenen und fremden Streitkräfte sowie auf die Behandlung von Zivilpersonen im Rahmen freier Kapazitäten. Im folgenden Beitrag berichten die Chirurgen des Bundeswehrkrankenhauses Ulm über die Arbeitsbedingungen und das Leistungsspektrum beim Einsatz in Krisenregionen.

Aktuelle Einsatzerfahrungen in der Balkan-Region

Im Balkaneinsatz wurden von Dezember 1995 bis heute insgesamt ca. 3000 chirurgische Eingriffe vorgenommen, wobei etwa ein Viertel dabei traumato-logische Operationen umfasst. Die restlichen Eingriffe sind allgemeinchirurgischer Natur, von denen ca. 40% den reinen Weichteileingriffen und ca. 15% abdominellen, thorakalen und gefäßchirurgischen Operationen zuzuordnen sind. Eine detailliertere Aufschlüsselung der SFOR- und KFOR-Operationszahlen zeigt, dass ein Zehntel der unfallchirurgischen Maßnahmen in Frakturen der langen Röhrenknochen bestand, darunter auch

anspruchsvollere Osteosynthesen an Humerus und Femur sowie Mehrfragmentfrakturen mit Gelenkbeteiligung. Arthroskopien des Kniegelenks wurden



Abb. 1

nur in Rajlovac durchgeführt, da in Prizren und Tetovo kein videounterstütztes Arthroskop zur Verfügung steht. Auffallend ist zudem ein mit 12% großer Anteil an handchirurgischen Eingriffen.



Abb. 2

Als Operationseinheiten stehen in der Regel jeweils zwei Container zur Verfügung, die in ihrer Ausstattung einem OP einer Zentral-Operationseinheit zu Hause nahe kommen und trotz der räumlichen Enge die Integration eines C-Bogens ermöglichen. Für Konsultationen stand ein telemedizinischer Arbeitsplatz zur Verfügung, mit dem man zusätzliche Fachexpertise aus dem Heimatkrankenhaus nutzen konnte (Abb. 2). Zum ärztlichen Team des Feldlazarett in Prizren/Kosovo, in dem die OP-Container in ein Zelt-Lazarett integriert

waren (Abb. 1), gehörten z.B. um die Jahreswende 2000/2001 zwei Fachärzte für Chirurgie, ein Assistent in Weiterbildung Chirurgie, je ein Facharzt für Allgemeinmedizin, Urologie und HNO. Während dieser Monate wurden über 100 kleinere und größere Operationen durchgeführt; zu den „anspruchsvolleren“ Eingriffen an KFOR-Mitgliedern gehörten u.a. Appen-

Kabul im Frühjahr 2002 – Versorgung von Minen- und Erdbebenopfern

Das chirurgische Einsatzspektrum in Kabul umfasst bislang hauptsächlich unfallchirurgische Notfalleingriffe. So wurden unmittelbar in der Aufbauphase fünf Schwerstverletzte nach einem Sprengunfall operativ behandelt (Abb. 5). Die-

profil, wie die Versorgung von Gelenkluxationen, die Behandlung von kindlichen Frakturen nach Verkehrsunfällen oder operative Eingriffe an putriden Weichteilinfektionen der Haut und des Fettgewebes. Besonders nach Anstieg der Temperatur war eine deutliche Zunahme dieser Erkrankungen zu beobachten. Aufgrund der vorhandenen

Logistische Herausforderungen und Improvisationen gehören zum Alltag

Die medizinische Versorgung und Logistik stoßen fernab der Heimat selbstverständlich an ihre Grenzen. Prinzipiell kann von einem Feld- oder Einsatzlazarett nicht erwartet werden, dass hier Leistungen auf dem Level einer hoch-



Abb. 3

dektomien, Metallentfernungen und eine Schussverletzung eines Unterschenkels bei einem österreichischen KFOR-Soldaten (Abb. 3). An Einheimischen wurden 27 komplexere Operationen durchgeführt, wobei es sich insbesondere um Notfalleingriffe handelte: polytraumatisierte Patienten (mit multiplen Extremitätenfrakturen, Darm-, und Leberverletzungen, Lungenkontusionen) sowie ein lebensgefährlicher Lungendurchschuss, bei dem eine Notthorakotomie mit Teilresektion der Lunge erforderlich war (Abb. 4).

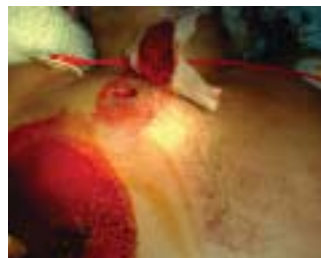


Abb. 4

se Patienten wurden später mit einem eigens dafür umgebauten Airbus A 310 nach Deutschland evakuiert. Des Weiteren konnten zwei schwer verletzte afghanische Kinder nach einer Minenexplosion mit Schädel-, Bauch- und Extremitätenverletzungen erfolgreich versorgt werden, so dass nach intensivmedizinischer postoperativer Betreuung die Verlegung in örtliche Krankenhäuser möglich war. Die Behandlung von Extremitätenverletzungen mittels Fixateur externe gehörte ebenso zum chirurgischen Einsatz-



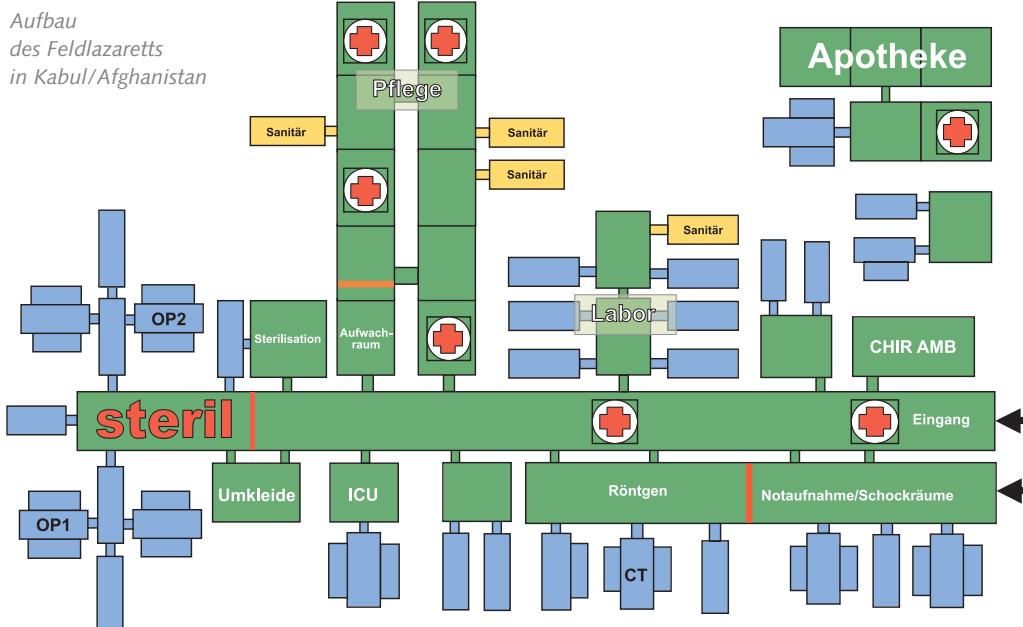
Abb. 5

Logistik konnten auch bei der Erdbebenkatastrophe im Norden von Kabul, Ende März 2002, die Opfer medizinisch betreut und behandelt werden. Die chirurgische Tätigkeit bestand vor allem in zahllosen Wundversorgungen und konservativer Knochenbruchbehandlung. So war eine erste medizinische Betreuung gewährleistet, bis Hilfsorganisationen ihr Versorgungsnetzwerk aufgebaut hatten.



Abb. 6

spezialisierten universitären Einrichtung erbracht werden. Vielmehr entspricht die materielle und personelle Ausstattung einem kleineren Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung zu Hause (Abb. 6). Damit liegt sie aber nach den bisherigen Erfahrungen in der Regel deutlich über dem Niveau der entsprechenden medizinischen Einrichtungen vor Ort. Die Qualifikation des ärztlichen Personals kann als adäquat eingeschätzt werden. Defizite bestehen aber oft im Ausbildungsstand des Assistenzpersonals, besonders



im operativen und pflegerischen Bereich. Dieses „Manko“ konnte bisher jedoch kompensiert werden, indem an Tagen mit geringer Operationsauslastung „Trocken-OP's“ und entsprechende Fortbildungen durchgeführt wurden. In einigen OP-Situationen wünscht man sich das gewohnte Material des Heimatkrankenhauses, kann jedoch in der Regel durch Improvisationen kleineren Ausmaßes die bestehenden Mängel kompensieren. So kam es vor, dass bspw. anstelle eines konfektionierten Reiters, im Rahmen einer doppelläufigen AP-Anlage, eine Silikon-drainage verwendet und die Schienung mittels des Carbonstabeiles aus einem Fixateur-externe-Sieb durchgeführt wurde (Abb. 7). Generell gehören solche und ähnliche Ausnahmen unter den herrschenden Bedingungen in den Einsatzländern zum gewöhnlichen Arbeitsalltag.



Abb. 7

**Anforderungsprofil:
Erfahrene Allrounder mit
umfassender Ausbildung
und speziellen
Kenntnissen**

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Eingriffe auf Facharztniveau einen

großen Anteil der Arbeitsanforderungen bei den geschilderten Auslandseinsätzen darstellen. Das einheimische pflegerische Personal im OP und auf der Station ist oft ungenügend ausgebildet und verfügt in den meisten Fällen über nur geringe praktische Erfahrung. Für schwerwiegendere intraoperative Probleme ist selten einer der OP-Instrumenteure aus-

reichend gut vorbereitet. Die materielle Ausstattung und die Arbeitsbedingungen für den Chirurgen hingegen sind in den modern ausgerüsteten Containern als gut bis sehr gut zu bewerten. In der Gesamtsicht ist ein bedeutender Anteil ziviler Patienten festzustellen, der in den letzten Jahren bei ca. 50% liegt. Er könnte noch deutlich höher sein, wenn dies die knappen finanziellen Ressourcen zuließen. Darüber hinaus soll aber ohnehin, der Einsatzphilosophie entsprechend, eine logistische und organi-

satorische Unterstützung einheimischer medizinischer Einrichtungen im zivilen Bereich zum Aufbau einer eigenständigen Gesundheitsversorgung angestrebt werden.

Das chirurgische Behandlungsspektrum im Auslandseinsatz erfordert eine umfassende Ausbildung in den Heimatkrankenhäusern, die nicht allein durch die Versorgung von Soldaten erreicht werden kann. Daher ist in den Bundeswehrkrankenhäusern eine Integration der medizinischen Versorgung von Zivilpersonen auch im Heimatland unbedingt zu empfehlen. Auch der Erhalt bzw. Ausbau einer 24-stündigen Maximalversorgung erscheint dringend erforderlich. Nur so kann erreicht werden, dass der „Einsatzchirurg“ kein monothematisch ausgerichteter Spezialist ist, sondern der chirurgische Teil eines Feldlazarets von erfahrenen Allroundern mit speziellen Kenntnissen im traumatologischen und viszeralchirurgischen Bereich geleitet wird.



Foto: PD Dr. Willy

Zur den Autoren:

Priv.-Doz. Dr. med. Christian Willy, seit 1987 Sanitätsstabsoffizier, ist Leitender Oberarzt der Chirurgischen Abteilung des Bundeswehrkrankenhauses in Ulm. Als Allgemein- und Unfallchirurg ist er immer wieder für ca. zwei Monate auf Auslandseinsätzen in Krisengebieten unterwegs, wobei sich seine Einsätze insbesondere auf die Regionen Rajlovac/Bosnien-Herzegowina, Prizren/Kosovo und Kabul/Afghanistan konzentrieren.

Einsatzschwerpunkte der Co-Autoren

- Dr. Schmidt: Balkan, Kabul/Afghanistan*
- Dr. Steinmann: Balkan, Somalia*
- Dr. Friemert: Balkan*
- Prof. Dr. Gerngroß: Kambodscha*



Ein Interview mit Alice Hampel

Frau Hampel, was waren die Beweggründe der Kaiserswerther Diakonie, für diese vom Staat bislang nicht voll anerkannte Berufsform Ausbildungsplätze zu schaffen?

In der Hochphase der Jugendarbeitslosigkeit und der gleichzeitigen Meldung aus den Operationssälen, es fehle an Personal, wurde uns schnell klar, dass der OTA-Beruf Zukunft hat. Unser erklärtes Ziel ist, Regelschulträger zu werden und für die Region OTA-Fachkräfte auszubilden. Vor allem soll es kein typischer Frauenberuf werden, das heißt, Sackgassenberuf ohne Aufstiegschancen. Ein hohes Anforderungsprofil – nahezu die Hälfte unserer Auszubildenden sind AbiturientInnen – ist dabei nur einer der Bausteine auf dem Weg zu diesem neuen, von uns mitgetragenen zukunftsweisenden Beruf. Im Gegensatz zu den Ausführungen von Herrn Mönig sind auch die Aufstiegsmöglichkeiten der OTA's durchaus positiv zu bewerten; durch gezielte Fort- und Weiterbildung kann im Prinzip jede/jeder OTA im mittleren Management, z. B. als OP-Leitung, tätig werden.



Schneller, besser, billiger? Unter diesem Motto sorgte Winfried Mönig, Bundesvorsitzender der BIG, in der letzten *nahdran** für eine starke Leserresonanz. Die Meinungen waren geteilt und reichten von Zustimmung bis hin zu massiver Ablehnung gegenüber seiner kritischen Sichtweise zum Thema OTA-Ausbildung.

Wir wollten mehr über die tatsächliche Umsetzung des OTA-Konzepts in der Praxis wissen und sprachen vor diesem Hintergrund mit Alice Hampel, Leiterin der OTA-Schule der Kaiserswerther Diakonie in Düsseldorf, über Perspektiven und Akzeptanz der umstrittenen Fachausbildung.

Jährlich beginnt hier seit August 1998 eine Klasse mit ca. 30 TeilnehmerInnen die OTA-Ausbildung – der zweite Jahrgang hat Ende Juli 2002 erfolgreich abgeschlossen. Inzwischen ist die OTA-Schule die größte Einrichtung dieser Art in der Bundesrepublik. Mehr als 50 Kooperationskrankenhäuser sind auf die gesamte Bundesrepublik verteilt; darüber hinaus haben die Auszubildenden die Möglichkeit, Wahlpraktika in den Niederlanden und der Schweiz zu absolvieren.

* Vergl. die kritische Stellungnahme von Winfried Mönig, Bundesvorsitzender BIG, *nahdran* 01/02, S. 44f.

Ein Berufsbild etabliert sich ...

Perspektiven aus der Praxis

Was ist das Besondere am „Kaiserswerther Modell“?

Die Struktur unserer Ausbildung beinhaltet natürlich eine enge Auslegung und Umsetzung der DKG-Richtlinien. Wir haben sie allerdings um 100 Stunden Ethik sowie um 150 Stunden Chirurgie ergänzt. Unabhängig der Inhalte sind für eine moderne, fachspezifische Berufsausbildung u. E. mindestens

Dem Kostensenkungsbedarf im Gesundheitswesen entsprechen wir in erheblichem Umfang...

1800 Stunden Theorie unerlässlich. Des Weiteren genießen unsere Auszubildenden „Schülerstatus“. Sie werden nicht in den Stellenplan der Operationsabteilungen einbezogen und erfahren somit nicht nur eine intensivere Anleitung, sondern auch eine verbesserte fachpraktische Ausbildung.

Wie ist dieses Konzept mit dem steigenden Kostendruck im Gesundheitswesen zu vereinbaren?

Dem Kostensenkungsbedarf im Gesundheitswesen entsprechen wir in erheblichem Umfang, da

wir den mit uns kooperierenden Krankenhäusern lediglich eine monatliche Schul-Umlage in Rechnung stellen. Im Hinblick auf deren angespannte finanzielle Situation ein nicht unerheblicher Faktor. Die hohe Akzeptanz, die wir bei Kostenträgern und Geschäftsführern der Krankenhäuser erfahren, bestätigt nicht nur unser wirtschaftliches Handeln, sondern auch die Kenntnisse

und Fertigkeiten der OTA's, die sie schnell unter Beweis gestellt haben. Zusätzlich stehen wir in regem Erfahrungs- und Schüleraustausch mit den Nachbarländern Niederlande und Schweiz, die als „Pioniere“ der OTA- bzw. TOA-Ausbildung bereits über jahrzehntelange Erfahrung verfügen. Besonders im letzten Ausbildungsjahr während der Wahlpraktikeinsätze nutzen die ExamensschülerInnen die Möglichkeit, sich dort fremden, frischen Wind um die Nase wehen zu lassen.

Darüber hinaus hat die an unserer Schule ab erstes

Quartal 2003 stattfindende Weiterbildung für OTA's und Pflegepersonal das Ziel, Schritt für Schritt ein Mentoren-Netzwerk für unsere Auszubildenden aufzubauen.

Können Sie die Idee des „Mentoren-Netzwerks“ etwas genauer erläutern?

Ab 15. Januar 2003 bieten wir spezielle Mentoren-Lehrgänge an, in denen neben Grundkenntnissen auch aktuelles Wissen über das Ausbilden und Anleiten von OP-Fachpersonal vermittelt wird. Verantwortliche Mentoren können in diesen 3-tägigen Seminaren die notwendigen Kenntnisse und Handlungskompetenzen erwerben, die sie in die Lage versetzen, eine gezielte und geplante Anleitung in ihrem Fachbereich selbstständig und praxisnah durchzuführen. Dazu gehört neben Rechtskunde, Pädagogik und Methodik u.a. auch die Beschäftigung mit persönlichen Kompetenzen sowie die Vermittlung von Basiskenntnissen der Moderation und des Konfliktmanagements.



Foto: Alice Hampel

Zur Person:

Alice Hampel unterrichtete über 20 Jahre an Krankenpflegeschulen im In- und Ausland; seit 1998 leitet sie mit viel Engagement und großem Erfolg die OTA-Schule der Kaiserswerther Diakonie.

Die 3-jährige Ausbildung zur/zum OTA umfasst ein Tätigkeitsspektrum, das vom Operationsdienst im Bereich der Endoskopie, der Zentralsterilisation sowie der chirurgischen Ambulanz bis hin zur Planung, Assistenz und Vorbereitung sowohl diagnostischer wie auch therapeutischer Eingriffe reicht.

Weiterführende Informationen über Zugangsvoraussetzungen und Ausbildungsinhalte erhalten Sie direkt über Alice Hampel:

Kaiserswerther Diakonie
Schule für Operationstechnische Assistentinnen und Assistenten
Alte Landstr. 161
40489 Düsseldorf
Telefon: 0211-409-3152
Telefax: 0211-409-3732
e-mail:
OTA-Schule@kaiserswerther-diakonie.de

www.kaiserswerther-diakonie.de/aus_weiterbildung/ota.htm



Fortsetzung des Interviews mit Alice Hampel

Wie bewerten Sie die Resonanz auf die OTA-Ausbildung seitens der Kliniken?

Die Resonanz der Krankenhäuser ist in jedem Fall positiv. Alle AbsolventInnen hatten sofort einen Arbeitsplatz. Die meisten wurden übernommen, die übrigen konnten unter einer Vielzahl von Angeboten wählen. Unsere Schule pflegt mittlerweile eine sehr gute und schnelle Kommunikation mit allen

Alle AbsolventInnen hatten sofort einen Arbeitsplatz

an der Ausbildung Beteiligten, unabhängig der räumlichen Entfernung. Häufige Praxisbesuche unsererseits sowie regelmäßige Dozentenvollkonferenzen und Praxisanleitertreffen sind selbstverständlich.

Sehr erfolgreich ist unsere jüngste Konzeption, den Ausbildungsstand der TeilnehmerInnen des zweiten Ausbildungsjahres während eines gemeinsamen Treffens von den Praxisanleitern und Unterrichtenden zu beurteilen. Darüber hinaus sind fast alle Pflegedirektionen inzwi-

schen bereit, die OTA's analog des OP-Pflegepersonals einzugruppieren.

Werden die AbsolventInnen in vollem Umfang akzeptiert?

Mittlerweile sind die OTA's weitestgehend integriert, gelegentlich zu vernehmenden Ressentiments anderer OP-Pflegender zum Trotz.

Natürlich ist es grundsätzlich nicht unproblematisch, für ein- und dasselbe

darin liegt, dass dieser Beruf immer spannend bleibt, Verantwortung fordert und die Nähe zum Menschen mit sich bringt. Ungeachtet der unterschiedlichen Lebenswege und Erwartungen der Auszubildenden ist für sie alle der Mensch der Mittelpunkt ihrer Arbeit.

Frau Hampel, vielen Dank für das Gespräch!



Man sieht der angehenden OTA Passana Cistic-Concaeves die Anspannung förmlich durch den OP-Schutz an. Chefarzt Dr. Kamski vom Marienhospital Wickede-Wimbern, der hier eine Kontinuitätsresektion durchführt, war von den Fähigkeiten seiner OP-Assistentin offenbar überzeugt: Praktische Prüfung bestanden!

termine

04.-06.09.2002 **Mannheim**
KONGRESS
Kongress DBfK - 11. Internationaler
Kongress, Congress Center Mannheim

11.-14.09.2002 **Würzburg**
Gefäßchirurgische Jahrestagung

18.-21.09.2002 **Heidelberg**
33. Jahrestagung Vereinigung der Dt.
Plastischen Chirurgen / 7. Jahrestagung
Vereinigung der Dt. Ästhetisch-
Plastischen Chirurgen

19.-21.09.2002 **Bruchsal**
90. Jahrestagung der Vereinigung
Mittelrheinischer Chirurgen

20.-21.09.2002 **Dachau**
Symposium Leber- und Pankreastumore

26.-28.09.2002 **Leipzig**
Mitteldeutscher Chirurgenkongress
(Sachsen, Thüringen, Sachsen-Anhalt)

26.-28.09.2002 **Essen**
169. Tagung der Vereinigung
Niederrheinisch-Westfälischer Chirurgen,
Congress Center Essen

04.-05.10.2002 **Köln**
16. Chirurgentag

07.-10.10.2002 **Würzburg**
11. Mikrochirurgischer Operationskurs

09.10.2002 **Friedrichshafen**
OP-Fachtagung

16.10.2002 **Saarbrücken**
FORTBILDUNG
Fortbildungsveranstaltung für OP-
Schwestern/Pfleger, Verwaltungen u.a.

17.-19.10.2002 **Wiesbaden Schloss Biebrich**
Symposium Colon and Rectal Cancer:
Surgery and Multimodal Treatment

18.10.2002 **Lindau**
FORTBILDUNG
4. Lindauer Pflegefortbildung
Kreis Krankenhaus Lindau
Veranstaltungsort: Inselhalle

18.-19.10.2002 **Saarbrücken**
CAO-Symposium Saarbrücken
(Saar-Lor-Lux) - CCS Congresshalle

23.10.2002 **Darmstadt**
FORTBILDUNG
Fortbildungsveranstaltung für OP-
Schwestern/Pfleger, Verwaltungen u.a.

24.-26.10.2002 **Altötting**
Kindertraumatologie - Veranstaltung

24.-26.10.2002 **Hannover**
11. Jahrestagung der Deutschen
Transplantationsgesellschaft

24.-26.10.2002 **Marburg**
5. Internationales Uro-Onkologie
Symposium

01.-02.11.2002 **Hildesheim**
Hildesheimer Nahtkurs

07.-09.11.2002 **Berlin-Mitte**
17. Berliner Gefäßchirurgisches
Symposium

13.-15.11.2002 **Berlin**
66. Jahrestagung der Deutschen
Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)

14.-15.11.2002 **Tuttlingen**
Nahtkurs im Aesculapium

20.-23.11.2002 **Düsseldorf**
MEDICA 2002

30.11.2002 **Hamburg-Harburg**
The Second European Symposium of
Vascular Biomaterials

30.11.2002 **Bad Dübener Handtag**
19. Bad Dübener Handtag
Waldkrankenhaus Bad Dübener,
Prof. Dr. Melzer

06.-07.12.2002 **Mainz**
KONGRESS
14. Deutscher Kongress der Gesellschaft
für Inkontinenzhilfe

13.12.2002 **Heidenheim**
Symposium "Wandel in der Chirurgie"

Bei Fragen zu den Ausstellungen, Workshops und
Fortbildungsveranstaltungen sowie bzgl. der Anmeldung
wenden Sie sich bitte an unsere Abteilung Werbung/
Verkaufsförderung:
Ulrike Winston – Telefon: (074 61) 91 15- 623

Leser Forum

BBD

Redaktion *nah dran*

Postfach 20 02 63

34081 Kassel

Telefax: (08 00) 222 37 82

Wir freuen uns über Ihre Anregungen ...

Teilen Sie uns mit, welcher Artikel Ihnen besonders gut gefallen hat oder was wir besser machen können.

Wir veröffentlichen Ihre Leserbriefe – auf Wunsch auch anonym – in der nächsten Ausgabe und recherchieren für Sie Themen rund um den OP.

Ihr persönlicher Beitrag ...

Haben auch Sie Interesse, einen Artikel in unserer Zeitung zu veröffentlichen? Sprechen Sie uns an!

Kostenloses Abo ...

Möchten Sie Ihr persönliches Exemplar der *nah dran* anfordern und/oder in unseren Verteiler aufgenommen werden? Wir bearbeiten Ihre Bestellung umgehend:

- Bitte schicken Sie mir ein Exemplar der letzten Ausgabe an u.g. Adresse
- Bitte nehmen Sie mich in Ihren Verteiler auf

Absender:

Name/Funktion

Klinik/Abteilung

Straße

PLZ/Ort

Telefon/Telefax