

(R)Evolution im OP

Von Dr. Marco Emmermann
und Toralf Giebe

OP-Logistik in deutschen Krankenhäusern ist heute vorrangig von zwei Grundsätzen geprägt: Operationen und die dafür benötigten Materialien sind nicht planbar, und für möglicherweise eintretende Fälle müssen Verbrauchsmaterialien, medizinische Geräte und Instrumente sofort verfügbar sein. Beste Voraussetzungen also, um optimierte Logistikaläufe zu gewährleisten. Aber woher stammen diese Grundsätze? Und gelten sie tatsächlich?

Es ist in der Tat so, dass nicht alle operativen Eingriffe planbar sind. Der Anteil der „echten Notfälle“ mit vorwährendem Notarztwagen oder Hubschraubereinsatz, über den Flur laufenden Ärzten und sofortiger Bereitstellung von OP-Kapazitäten ist jedoch meist begrenzt. Durch die konsequente Einführung von OP-Management- und -Planungsinstrumenten lassen sich bereits heute Planungssicherheiten von über 80 Prozent erzielen.

Durch höhere Planungssicherheit, gepaart mit Sicherheitskapazitäten zur Abdeckung von Risiken, werden nicht nur die gebundenen Ressourcen der medizinischen Kernprozesse optimierbar, sondern auch die der logistischen Unterstützungsprozesse.

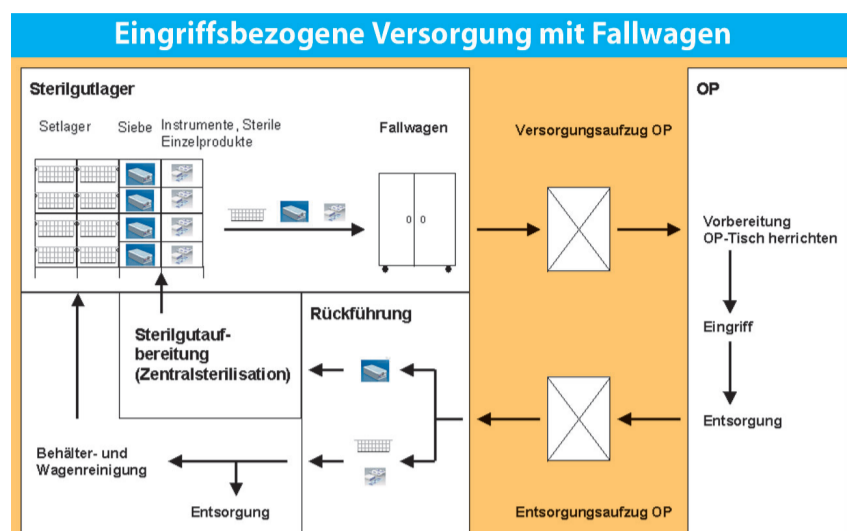
Ein weitaus größeres Problem stellt heute der unvorhersehbare Zwischenfall bei einem „Standardeingriff“ dar – zum Beispiel, dass im OP-Saal ein Instrument die Sterilität verliert und sofort Ersatz benötigt wird oder aber tatsächlich Art und Komplexität der Operation sich ändern. In diesen Fällen sind gut funktionierende Logistikaläufe ein Muss, denn die Folgen reichen von steigenden spezifischen Operationskosten bis hin zu lebensbedrohlichen Situationen für den Patienten.

OP-Logistik wird also immer durch planungsgetriebene sowie spontane Anforderungen von Flächen, Materialien, Geräten und letztlich Personal gekennzeichnet sein.

In den meisten deutschen Krankenhäusern werden die Anforderungen an die Logistikprozesse heute eher pragmatisch gelöst. Die zur Operation und Anästhesie benötigten Güter wie Arzneimittel, Medizinprodukte, Verbandstoffe als auch Instrumente werden in eher zu hohen Mengen gelagert.

Die Kostendiskussion im Gesundheitswesen sollte auch vor dem OP nicht halt machen.

Selbst in diesem hoch sensiblen Bereich kann Logistik segensreich wirken.



Weil – so der weit verbreitete Glaube – nur die OP-Schwester selbst die Materialien kennen, übernehmen sie auch die logistischen Tätigkeiten wie Lagerpflege und Bestückung oder Materialanforderung und Bestellung bis hin zur Verhandlung mit Vertretern.

Von all dem merkt der Patient meist nichts. Die zum Teil nicht dokumentierte und kommunizierte Verschiebung geplanter Eingriffe jedoch erfährt er nicht selten am eigenen Leibe.

Die Auswirkungen auf die Strukturen im OP-Bereich lassen sich klar benennen: Die hohen Vor- und Nachbereitungszeiten für eine Operation inklusive der logistischen Tätigkeiten bedingen geringe Auslastungsgrade von OP-Sälen, medizinischen Geräten und Personal.

Die Auswirkungen auf die Gesamtlogistikette lassen sich wie folgt identifizieren:

- Viele Spontaneinsätze für Materialversorgung und Patiententransporte
- hohe, oft nicht verwaltete Bestände
- Unplanbarkeit von Folgeprozessen wie OP-Tisch-, Betten- und Instrumentenaufbereitung sowie Flächenreinigung
- Geringer Standardisierungsgrad von Verbrauchsmaterialien.

Die Ausschöpfung wirtschaftlicher Reserven im Krankenhaus hat derzeit oberste Priorität. Die prekäre Finanzsituation im deutschen Gesundheitswesen wirkt sich 1:1 auf die Krankenhäuser aus. Einer der Hauptansatzpunkte zur Optimierung eines Krankenhauses ist die Reorganisation der OP-Bereiche als erlös- aber auch kostenintensivster Funktionsbereich. Die Ziele lauten klar:

- Erlössteigerung
- Kostenminimierung.

Wie können Erlöse durch unterstützende Bereiche wie die Logistik gesteigert werden? Durch die Entkoppelung der logistischen Vorbereitungstätigkeiten von dem Starttermin eines Eingriffs lassen sich die OP-Rüstzeiten und letztlich die „Durchlaufzeit“ der Patienten verringern. Dies wiederum hat zur Folge, dass in einem festen Betrachtungszeitraum – beispielsweise einer Schicht – bis zu 20 Prozent höhere Auslastungsgrade erreicht werden können.

Um diesen recht simpel klingenden Ansatz in die Realität umsetzen zu können, bedarf es einer „Prozess(r)evolution“ im OP.

Wie wird das Material heute bereitgestellt? Vor einem Eingriff stellt die

OP-Schwester alle benötigten Materialien zusammen. Sie sucht die entsprechenden Instrumente heraus, ordnet die notwendigen Hilfsmittel zur Fixierung des Patienten, sterile Wunddeckungen sowie die Einmalprodukte dazu. Das Wissen um die bereitgestellten Artikel hat sie im Kopf. Dabei spielt die Kenntnis des geplanten Eingriffs eine Rolle, das Gewicht des Patienten oder aber auch der Name des operierenden Arztes.

All diese Informationen müssen transparent gemacht werden. Dazu sind OP-Standards zu definieren, Stücklisten zu Operationen zu erarbeiten, Standardreports aus OP-Planung und Patientendokumentation zu generieren. Nach Erfüllung genannter Voraussetzungen ist eine Verlagerung der Tätigkeiten auf logistisches Fachpersonal möglich.

Bereits heute umgesetzte Projekte greifen auf das beschriebene „One-Piece-Flow“-Konzept aus der Industrie zurück. Im Krankenhaus werden diese Versorgungsarten beispielsweise als „Fallwagensystem“ bezeichnet: Hier werden sämtliche zur Operation benötigten Materialien zusammengestellt und vor OP-Beginn angeliefert.

Die Konfektionierung des Wagens kann an unterschiedlichen Stellen im oder außerhalb des Krankenhauses erfolgen. Wichtig ist die Gewährleistung der Zusammenführung von Materialien aus verschiedenen Quellbereichen wie dem Zentrallager und der Sterilisation (siehe Grafik).

Eine weitere Verringerung der Vorbereitungszeiten ist durch eine Zone zur Vorbereitung des OP-Feldes möglich – außerhalb des eigentlichen Saales. So können die Vorbereitungen beginnen, während im OP-Saal noch operiert wird oder Entsorgung und Reinigung begonnen haben.

Ein weiterer Ansatzpunkt auf dem Weg zu einer verbesserten Logistik ist die Nutzung von standardisierten, indi-

kations- oder lokalisationsbezogenen Material-Sets. Diese Sets können sowohl innerhalb eines eigenen Lagerbereiches produziert werden, von einem externen Logistikdienstleister hergestellt werden oder bereits industriell vorgefertigt bezogen werden. Das aufgeführte Fallwagensystem wird dadurch optimal unterstützt.

Die genannten Maßnahmen zur Erlössteigerung setzen voraus, dass mit bestehenden Ressourcen mehr Leistung erbracht werden kann. Voraussetzung dafür ist, dass der Markt diese Leistungen abrufen kann. Durch Steigerung der Leistungsfähigkeit werden nicht automatisch mehr Operationen erbracht. Im Umkehrschluss bedeutet dies jedoch, dass bei gleichbleibender Operationsanzahl Kapazitäten abgebaut werden können. Diese spiegeln sich kostentechnisch natürlich wider.

Es gibt jedoch auch leistungsunabhängige Möglichkeiten zur Kostenreduktion. Bereits die Verlagerung logistischer Tätigkeiten in Berufsgruppen mit anderen Tarifen senkt die Kosten. Und Standardisierung mindert Prozessaufwendungen, vermeidet Investitionskosten durch einheitliches Instrumentarium und reduziert Schwund und Verfallrisiko begrenzter haltbarer Materialien.

Ein weiteres angewandtes Logistikkonzept stellt die Versorgung medizinischer Nutzungseinheiten nach dem KANBAN-Prinzip dar – im Krankenhaus unter Modulversorgung bekannt. Durch dieses System werden Sortimente und Bestände kostenstellenspezifisch optimiert. Die notwendigen Lagerplatzkapazitäten im medizinischen Nutzungsbereich können um bis zu 30 Prozent reduziert werden. Verfahrensabläufe werden klar geregelt und weitestgehend in Logistikstrukturen verlagert. In Referenzprojekten wurde zudem eine Reduzierung des Materialverbrauchs nachgewiesen.

(DVZ 21.10.2003)



Dr. Marco Emmermann ist geschäftsführender Gesellschafter von GÖK-Consulting sowie Geschäftsführer Visality Consulting.



Toralf Giebe ist Projektmanager bei GÖK-Consulting.

Grafik/Fotos: GÖK-Consulting