

Vom Safran- auf den Eselsberg

KLINIKUMZUG Wenn eine Klinik umzieht, stehen alle Beteiligten vor großen Herausforderungen. Patienten müssen zwischen Alt- und Neubau transportiert werden, es gilt, Essen für alle Beteiligten zu organisieren, Notfallpläne vorzubereiten und einen reibungslosen OP-Ablauf zu gewährleisten. Das war auch beim Umzug der Uniklinik Ulm so. Vorab ausgefeilte Pläne verhinderten Chaos und reduzierten Reibungsverluste. Hilfreich dabei sind Umzugsprofis. Sie geben Tipps zum optimalen Ablauf und weisen auf Stolperfallen hin. *Von Monika Hiltensperger*

Beim Umzug einer Klinik stehen die Patienten im Vordergrund. Das war auch so beim Umzug von 118 Patienten der chirurgischen Kliniken des Uniklinikums Ulm am 15. Juni 2012. Um acht Uhr morgens verließ der erste Patient den Altbau am Safranberg, bis 12.20 Uhr kamen alle Patienten im Neubau der Chirurgie I Dermatologie am Oberen Eselsberg an. Dazu waren 38 Fahrzeuge des Deutschen Roten Kreuzes (DRK) im Einsatz. Im Schnitt fuhr alle 2,4 Minuten ein Fahrzeug mit Patienten an den neuen Standort. Um Behinderungen zu vermeiden, leitete und überwachte die Polizei auf der Strecke. 84 Patienten wurden liegend in Krankentransportwagen an den neuen Standort gefahren. 13 gehfähige Patienten waren mit Mannschaftstransportwagen unterwegs. Die 21 Intensivpatienten wurden in Intensivtransportwagen mit notärztlicher und intensivpflegerischer Begleitung in den Neubau gefahren. Dabei war die allgemeine Notfallversorgung rund um die Uhr gewährleistet. Die letzte Operation wurde am Safranberg um 11.00 Uhr beendet, die erste im neuen Zentral-OP am Oberen Eselsberg begann um 11.30 Uhr.

Auf diesen Tag bereiteten sich die Ulmer mit einer Stabsübung und einem Simulationsprogramm vor, das sogar mögliche Pannen simulierte. Sie bedienten sich eines Konzeptes, das jedem Patienten vom Safranberg bis zum Eselsberg einen persönlichen Begleiter an die Seite stellte. Viele Aspekte wurden einbezogen: Welcher Patient braucht welche Begleitung, welche Transportart? Welcher Takt ist für die Fahrten vom Deutschen Roten Kreuz notwendig, um einen Zeitplan einzuhalten? Welche Wege sind wenig stauanfällig, wo sind Baustellen vorgesehen? Wohin muss welches Essen für Patienten und Helfer?

Der Umzug war Teil des Gesamtkonzeptes für die Inbetriebnahme der neuen Klinik. Bereits 2010 saß der siebenköpfige Kern des Projektteams an einem Tisch: Fünf hausinterne Mitarbeiter aus den Bereichen Pflege, Medizin, Verwaltung, die die lokalen Verhältnisse kennen. Dazu zwei externe Spezialisten. An die internen Mitarbeiter schlossen sich 15 Teilprojektgruppen mit rund 150 Klinikmitarbeitern an. Auch das DRK war in die Planungsgruppen integriert. Nichts sollte unbedacht bleiben, sodass selbst Regenschirme am Umzugstag bereitstanden.

Unerwartete Überraschungen

Peter Sturm-Breil von der Hospitaltechnik Planungsgesellschaft MbH in Krefeld ist Spezialist für Klinikumzüge. Er hat viele Krankenhäuser, wie beispielsweise das Sana Klinikum Lichtenberg mit 450 Betten und einer gehobenen Versorgungsstufe, professionell

beim Umzug beraten und begleitet. Deshalb weiß er, worauf es dabei ankommt und wo typische Stolpersteine lauern: „Oft sieht der theoretische Plan idealtypisch aus. Ungeübten Planern fällt es schwer, über die ‚Insel‘ der alten Gegebenheiten hinaus zu sehen. Schnell kann die Wirklichkeit andere Weichen stellen.“

Dafür nennt er ein Beispiel: Laut Plan sollen alte Schränke durch neues Mobiliar im Neubau ersetzt werden. Doch nicht selten geht dem Träger plötzlich das Geld aus und die alten Schränke müssen mit. Nun hat aber der neue OP-Trakt einen anderen Grundriss, sodass Schreiner alle alten Schränke umarbeiten müssen. Unter dem Strich steigen dadurch die Kosten über die einer Neuanschaffung, zumal mit diesen Schränken die Stauräume nicht ausgenutzt werden können. Bereits beim Einzug reicht dann der Stauraum nicht aus. Oder es passiert, dass den Planern erst dann auffällt, dass eine Tür fehlt oder ein Durchgang zu schmal für einen OP-Tisch ist, wenn der Reinigungsdienst geputzt hat und die OP-Räume bezugsfertig sind. Es gilt, diese Schwierigkeiten im Vorfeld zu verifizieren und zu beseitigen.

Denn schon eine vergleichsweise kleine Panne oder Störung im Betrieb kann einen kompletten Klinikbetrieb stören oder gar zum Erliegen bringen. Eine Klinik erlebte bei der Inbetriebnahme ihrer neuen OP-Säle eine Störung der Klimaanlage. Das warf ihren kompletten Umzugsplan über den Haufen. Legionellen in den Wasserleitungen des Neubaus sorgten für ein Horrorszenario in einem anderen Krankenhaus.

Deshalb ist es ratsam, genügend Zeitpuffer zu kalkulieren und einen Plan B in die Schublade zu legen. Probleme tauchen auch auf, wenn im Neubau längere Wege als gewohnt für die Instrumentenaufbereitung notwendig werden. Ein Haus berichtete über erhebliche Engpässe, das OP-Programm musste vorübergehend reduziert werden. Knifflig ist es, wenn die OP-Teams unterschiedlich qualifiziert sind. Beim Umzug, während der Doppelbesetzung für Alt- und

MEHRARBEIT BEIM UMZUG

Überstunden für den Umzug sollten budgetiert sein. Sind Auszahlung oder Freizeitausgleich vorgesehen? Bei einer Größenordnung von 450 Betten und 250 aktiven Menschen sind mindestens zwei Überstunden pro Person für die doppelte Umzugsbesetzung einzuplanen. Wenn für eine normale Frühschicht vier Personen notwendig sind, sollten beim Umzug mindestens sechs bis acht Mitarbeiter zur Verfügung stehen. Die Ausnahmesituation rechtfertigt keinen Verstoß gegen das Arbeitszeitgesetz.



Abb. 1 Hausmeister montierten am alten Standort auf dem Safranberg ein Hinweisschild zum Umzug.

Abb. 2 Am Tag des Umzugs versammelte sich das komplette DRK-Team zum Briefing vor dem Neubau der Chirurgie | Dermatologie.

Abb. 3 Eine Patientenbegleiterin trug das Gepäck eines umziehenden Patienten zum Transportfahrzeug des DRK.

Abb. 4 Insgesamt waren 38 Fahrzeuge des DRK am Patientenumzug beteiligt.

Abb. 5 Fast leergeräumt: ein alter OP auf dem Safranberg am Tag des Umzugs.





Abb. 6 Medizintechnik aus dem OP-Bereich stand für den Umzug bereit.

Neubau, müssen genügend Fachkräfte für alle anfallenden Operationen vor Ort einsatzbereit sein. Ist der Plan zu knapp bemessen, können wenige Krankheitsausfälle den Betrieb empfindlich stören.

Anders als erwartet, lief in einer Klinik die Inbetriebnahme der modernen Automaten zur Wäscheausgabe: Die Mitarbeiter standen vor verschlossenen Geräten. Ihnen fehlte schlichtweg die notwendige Chipkarte. Das bedeutete einen erheblichen Mehraufwand für die Bereitstellung frischer Dienstkleidung bis zur Ausgabe der Karten.

Gute Planung ist die halbe Miete

Optimal ist ein Jahr Vorlaufzeit für die Umzugsplanung. Genügend Zeit für einen Lenkungsausschuss, wie ihn die Hospitalplanungsgesellschaft einberuft. Dieser besteht aus etwa 15 Personen: Bauleitung und Facility Management, Ärztlichem- und Pflegedienst, Verwaltung, Informationstechnik-Mitarbeitern (IT), Hygienikern, Telefondienst und – nicht zu unterschätzen – dem Betriebsrat. Schließlich muss er zustimmen, wenn Überstunden für den Umzug angeordnet werden, bei der Neuplanung von Arbeitszeiten, bei Arbeitszeitmodellen, wie der Einführung eines Zwei-Schicht-Systems im OP, oder wenn Mitarbeiter aufgrund von Neustrukturierungen in andere Abteilungen versetzt werden sollen. Sturm-Breil berichtet von einem Umzug, dessen Termin lange feststand. Nur die IT-Abteilung wusste nichts davon, für eine IT-Umstellung war das vorgesehene Datum aber unmöglich. Schließlich musste der Umzug verschoben werden.

Der Lenkungsausschuss hat eine Filter- und Steuerungsfunktion. Alle Beteiligten setzen sich etwa alle vier Wochen an einen Tisch

und besprechen anhand von Listen das weitere Vorgehen. „In diesen Gremien gibt es keine Tabuthemen“, erklärt Sturm-Breil. Dazu sind Fachleute notwendig, die Unklarheiten ausräumen und Fragen beantworten. Dem Ausschuss nachgeordnet sind Projektgruppen, die jeweils aus den Chefsärzten der einzelnen Kliniken oder der künftigen Zentren, dem Pflegedienst und den Verwaltungsfachkräften bestehen. Wichtig ist, dass darin keine Hierarchien gebildet werden. Im Falle, dass etwa ein Chefarzt die Projektgruppe dominiert und Mitarbeitern aus Schnittstellenbereichen kein Gehör schenkt, moderieren Sturm-Breil oder seine Kollegen die Arbeitsgruppe. Denn bei den Planungen ist der Beitrag der OP-Schwester genauso wichtig wie der eines Mediziners. Die Projektgruppen treffen sich im zweiwöchigen Rhythmus, um ihre innerhalb des Zeitplans erledigten Aufgaben zu besprechen und neue Projekte zu starten. Zu ihren Aufgaben zählen das Erstellen von Behandlungspfaden, Aufnahmekonzepten, Notfallplänen, doppelte Teamplanung für den Umzug mit arbeitszeitkompatiblen Überstunden oder Dienstpläne für geänderten Schichtbetrieb. Tun sie das nicht, geraten alte Strukturen in ein schönes, neues Gebäude, die dort gar nicht hinpassen.

Sturm-Breils Checkliste enthält etwa 80 Themenkomplexe mit zahlreichen Fragestellungen, um alle Eventualitäten zu prüfen. Weitgehend alle Funktionalitäten sind darin enthalten. Ihnen folgen, in Kaskaden, die daraus resultierenden Abhängigkeiten. Die drei Säulen der Liste bestehen aus den Bereichen „Mitarbeiter“, „Gebäude“ und „Patienten“. Alle drei gehen häufig ineinander über, wie das Beispiel der Terminierung zeigt: In der Orthopädie erfolgen die meisten Operationen im Winter, im Sommer sinkt das Aufkommen. Ein Umzug in dieser Jahreszeit wäre nahelie-

gend. Andererseits steht im Winter das meiste OP-Personal zur Verfügung, während im Sommer, während der Ferienzeit, schnell Ressourcen für einen Umzug fehlen. Deshalb sind Kompromisse notwendig. Sie werden erfahrungsgemäß von den Mitarbeitern nur getragen, wenn sie auch selbst Einfluss darauf nehmen können und daran beteiligt sind. Sturm-Breil weiß, dass es genauso bei Umzugskonzepten der Fall ist: „Werden Teams, deren Erfahrung, Ideen und Wünsche nicht eingebunden, kommt der Bumerang zurück und die Tragfähigkeit des Konzeptes ist dürrtig.“

Der Patiententransport – Kernstück eines Klinikumzugs

Inventar, Patienten, Personal – anders als bei einem „normalen“ Umzug bedarf ein Klinikumzug einer streng festgelegten Abfolge: Zuerst sind die weniger schwer Erkrankten an der Reihe. So bleibt mehr Zeit, um die Schwerkranken vorzubereiten. Gerontopsychiatrische Patienten binden mehr Personal als Kranke aus der Dermatologie, bis zu 70 Prozent von ihnen sind gehfähig. Einheiten müssen vernetzt geplant werden und „wellenförmig“ umziehen, damit sie immer funktionsfähig bleiben. Eine spezialisierte Intensiv- und Überwachungsstation, Cardiac Care Unit (CCU), ist verwoben mit dem Herzkatheterlabor und dem Kardiochirurgischen oder dem Hybrid-OP. Beim Umzugstermin der Onkologie sind die Chemotherapie-Zyklen zu berücksichtigen.

Der Stufenplan des Umzugs priorisiert selbst Aufzüge und Treppenhäuser. In der Ulmer Uniklinik standen Verwaltungskräfte als Streckenposten zur Verfügung und leiteten die Patientenströme an verschiedene Ausgänge. Sie achteten darauf, dass Intensivpatienten die Klinik durch einen anderen Ausgang als die übrigen Patienten verließen. Ein Verkehrskonzept der Polizei lenkte die Transportwagen durch die Stadt. Gegen Staugefahr standen an allen Ampeln Polizisten. Die Routenwahl sah vor, dass die Fahrzeuge auf den Strecken vorwiegend rechts abbiegen konnten.

Um den Patientenumzug herum, teils vorher, teils nachher und bei Bedarf parallel, wechselte in Ulm das Inventar den Ort. Lebenserhaltende Geräte wie Infusomaten, Perfusoren oder Monitore wurden zusammen mit den Patienten umgezogen. Teile der alten Ausstattung wurden in das neue Gebäude übernommen, ein Teil wurde neu angeschafft. Die Medikamente blieben bis zum Patientenumzug am Safranberg, während die Stationen auf dem Eselsberg schon mit neuen ausgestattet waren. Nach dem Patientenumzug sammelten die Mitarbeiter der Klinikapotheke noch am Umzugstag die verbliebenen Medikamente ein.

Ein Teil der Ulmer Mitarbeiter hat jeweils im Alt- und im Neubau eine Notallversorgung aufrechterhalten, der Rest kümmerte sich um Patienten und räumte ein oder aus.

Inventar – Sichten und Ordnen nach Plan

Im OP begann das Räumen, Packen und Aussortieren etwa vier Wochen vor dem Umzug neben dem OP-Programm. Pläne dazu gab es lange vorher. Die OP-Leitungen überlegten sich, was für Notfälle im Altbau bleiben muss, was im Neubau für Notfälle zwingend notwendig ist, was Kollegen vorab einpacken können, welche Neuanschaffungen es gibt, welche gebrauchten Gegenstände wie transportiert werden, was im Neubau wo stehen wird, wie es in die neue Raumaufteilung passt und jeweils, trotz

der weiteren Wege, erreichbar ist. Eine Reduzierung des OP-Programms, ein bis zwei Wochen vor dem Umzug, erleichterte das Sichten und Ordnen. Externe Unterstützung gab es für den OP-Umzug nicht. Checklisten oder sonstige Hilfsmittel zum Abarbeiten standen dem OP-Team nicht zur Verfügung. Lediglich die Aufteilung der Lagerräume war schon bekannt. Eine Mitarbeiterin aus dem Lenkungsausschuss übernahm einen Teil der Logistik. Stefanie Schmölling, OTA und stellvertretende Leitung der OP-Pflege, stemmte den Löwenanteil. Sie stellte ein grobes Konzept auf, das logisch angeordnet war. Ideen für die Feinarbeit der Materialsortierung beim Einräumen steuerten die OP-Profis bei, die täglich damit arbeiten. Schon eineinhalb Wochen vor dem Patienten-Umzugsdatum wanderte ein Teil des Equipments in den Neubau. Einen Tag, nachdem die Patienten in ihren neuen Betten lagen, traf der letzte LKW mit OP-Material ein.

Gute Gelegenheit zur Modernisierung

Neben den Geräten, die mit in den Neubau ziehen, wird ein Umzug gern dazu genutzt, neues und moderneres Equipment anzuschaffen. So erwartete Stefanie Schmölling im Neubau ein neuer High-tech-Hybrid-OP mit für die Mitarbeiter noch unbekannten Geräten wie einem Artis zeego, eine Robotertechnik zur Angiografie mit einem C-Bogen, der sich um den Patienten herum positionieren lässt, einem Navigationssystem und einer 3-D-Darstellung. Die Ulmer nutzen das Gerät für Angiografien, in der Herzklappenchirurgie und für Wirbelsäulenoperationen. Zudem neu eingekauft sind ein Mikroskop, ein Röntgengerät, Arthroskopie-Türme und ein Multimediasystem, womit die Mitarbeiter per Freisprechanlage telefonieren können. Dadurch entfällt das lästige „Telefon ans Ohr der Chirurgen halten“. Die Anlage enthält ein Radio und selbst die neuen OP-Lampen bieten technische Raffinessen. Sie enthalten Kameras, die Bilder aus dem OP-Feld erstellen – Fotografen sind damit überflüssig. Eine Raumkamera dient der Live-Übertragung von Operationen, zum Beispiel für den Studentenunterricht. Nicht

■ WAS GESCHIEHT MIT DEM INVENTAR AUS ALTEN OPs?

OP-Tische, Lampen, Bildwandler, Instrumente und weiteres Inventar, das aus Altbauten nicht umgezogen wird, finden sich oft in fernen Ländern wieder. Das internationale Auktionshaus Troostwijk bietet Online-Versteigerungen, Präsenzauktionen, Ausschreibungen und Freihandverkäufe in der freiwilligen Industrieverwertung an und ist auch in puncto Krankenhausinventar aktiv. Das Auktionshaus hat für Krankenhäuser, wie das Sankt Georg-Krankenhaus in Furth im Wald, das Evangelische Bethesda Krankenhaus in Essen oder das Sankt Antonius-Krankenhaus in Viersen, die Ausrüstung versteigert.

Bei der Auktion von Geräten des Bethesda-Krankenhauses boten etwa 550 Interessenten aus aller Welt mit, darunter Ägypten, Algerien, Libanon und viele osteuropäische Länder. Bei diesen Auktionen entfallen die Kosten für Zwischenhändler. Für die Versteigerungen können Mindestpreise oder Erlösgarantien vereinbart werden. Die gesamte Abwicklung, wie Inventarisieren, Katalogisieren, verkaufsgerechte Aufarbeitung, Inkasso und die Koordination des Abtransports, kann als Dienstleistung vom Industrieverwerter gebucht werden.

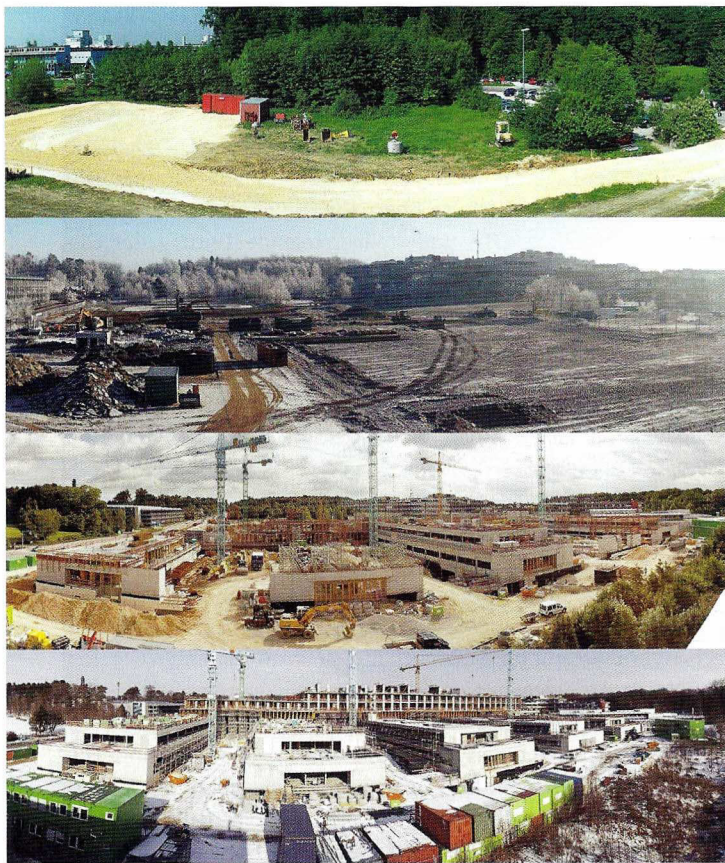


Abb. 7 Baufortschritt: Blick auf die Baustelle des Neubaus der Chirurgie | Dermatologie.

zu fürchten ist eine Hightech-Überwachung der Mitarbeiter. Denn die Anlage läuft nur, wenn das Team sie nach Anfrage aktiv freischaltet.

Was für junge Kollegen Spaß ist, ist für die älteren unter ihnen schwer zu akzeptieren. „Etwas Neues ist nicht immer das Beste“, so sehen es manche im fortgeschrittenen Alter und hoffen insgeheim, dass der Neubau, der vor ihren Augen auf dem Klinikgelände stetig wächst, erst nach ihrem Renteneintritt fertiggestellt ist. Nicht nur die vielen neuen technischen Geräte und Knöpfe, die bedient werden wollen, erschweren älteren Mitarbeitern die Freude auf neue OP-Räume. „Alte Hasen“, die seit 20 Jahren im Altbau am Safranberg im Einsatz waren, müssen Abschied nehmen. Und Abschiede sind zuerst einmal traurig. Ein Neubeginn ist für eine Generation, die nicht mit Computern, Internet und Mobiltelefonen aufgewachsen ist, sich aber trotzdem auf die techniklastige Arbeit einstellen muss, nicht einfach. Schmölling beschreibt ihr altersgemischtes Team so: „Am Anfang war es schwer für unsere älteren Mitarbeiter. Langsam wird es besser. Wir unterstützen uns gegenseitig. Die Jungen profitieren vom Erfahrungsschatz der Älteren, dafür profitieren die Älteren davon, wenn Junge sie in puncto Technik unterstützen und mit ihrer Begeisterung mitreißen.“

ZAHLEN UND FAKTEN

Kliniken des Universitätsklinikums Ulm, die auf den Oberen Eselsberg umgezogen sind:

- Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie
- Klinik für Unfall-, Hand-, Plastische- und Wiederherstellungschirurgie
- Klinik für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie
- Klinik für Neurochirurgie
- Klinik für Diagnostische und Interventionelle Radiologie
- Klinik für Anästhesiologie
- Ambulantes OP-Zentrum
- Ambulanz für Hand-, Plastische- und Mikrochirurgie
- Klinik für Dermatologie und Allergologie

Für den Patiententransport standen 38 Fahrzeuge vom Deutschen Roten Kreuz (DRK) zur Verfügung, davon waren

- 5 Intensivtransportwagen
- 9 Notarztwagen
- 16 Krankentransportwagen
- 4 Mannschaftstransportwagen
- 2 Einsatzleiterwagen
- 2 Führungsfahrzeuge

Rund 100 Mitarbeiter, auch aus den Nachbarkreisen, hatte das DRK für den Transport im Einsatz, es bestand aus:

- Rettungsassistenten
- Sanitätshelfern aus dem Katastrophenschutz
- Hebammen-Schülerinnen
- Gesundheits- und Krankenpflegeschülern
- Intensivpflegekräften

Der Neubau der Chirurgie I Dermatologie wurde nach vier Jahren Bauzeit fertiggestellt. Dabei wurde der Zeit- und Kostenplan eingehalten. Die Baukosten betrugen 190 Mio. Euro, die Ausstattungskosten 50 Mio. Euro, finanziert von Klinikum und Land. Der neue Komplex bietet Platz für:

- 235 Normalpflegebetten
- 80 Intensiv- bzw. Überwachungsbetten
- 15 OP-Säle für ambulante und stationäre Operationen
- jährlich rund 20.000 Operationen

AUTORIN

Monika Hiltensperger
Hiltensperger PR
Asterweg 25
51143 Köln-Zündorf
info@hiltensperger-pr.de
www.hiltensperger-pr.de



BIBLIOGRAFIE

DOI 10.1055/s-0032-1331671
Im OP 2013; 1: 6–10
© Georg Thieme Verlag KG
Stuttgart · New York · ISSN 1611-7905