

einheit dar. Es liegt eine zentrale Organisationsform vor.

Die Ausgliederung ambulanter Operationen, die in stationären Versorgungsstrukturen durchgeführt wurden, eröffnet neue OP-Kapazitäten für stationäre Operationen – verbunden mit einer erweiterten Wertschöpfung für bestehende OP-Kapazitäten. Ambulantes Operieren muss in einem eigenen unabhängigen AOZ stattfinden, dessen Betrieb den Erfordernissen des ambulanten Operierens genügt [342].

Häufig findet in Krankenhäusern ein Übergang von einer dezentralen in eine zentrale Organisationsform statt. Dadurch bietet sich die Möglichkeit, das Konzept schrittweise zu optimieren und ein an die eigenen, bereits bestehenden klinischen Strukturen angepasstes Konzept eines AOZ zu etablieren.

Merke



Ambulante und stationäre Patientenversorgung müssen strikt voneinander getrennt werden. Die Durchführung ambulanter Operationen in stationären Versorgungsstrukturen ist nicht wirtschaftlich. Eine genaue Analyse der Kosten bei Durchführung ambulanter Operationen in stationären Strukturen, verbunden mit einer Visualisierung von

- Abläufen,
- Zeitbedarf und
- Patientenzufriedenheit

kann wichtige Argumente für den Aufbau eines eigenständigen Funktionsbereichs in Form eines AOZ liefern.

3.4 Bauliche Voraussetzungen

Die bauliche Gestaltung eines AOZ wird von einer Vielzahl an ggf. länderspezifischen Vorschriften, Empfehlungen und Leitlinien beeinflusst. Die Kenntnis der zu berücksichtigenden Vorschriften ist zwingend erforderlich, zumal sich insbesondere hinsichtlich der Hygiene und der Notwendigkeit raumluftechnischer Anlagen auch Erfordernisse für die bauliche Gestaltung ergeben. Exemplarisch seien folgende Empfehlungen genannt, die einen praxisorientierten Einstieg in die Anforderungen an die bauliche Gestaltung ermöglichen:

- Mindestanforderungen an den anästhesiologischen Arbeitsplatz (DGAI; [181])
- Anforderungen der Hygiene bei Operationen und anderen invasiven Eingriffen (KRINKO; [297])
- Anforderungen der Hygiene beim ambulanten Operieren im Krankenhaus (KRINKO; [296])
- Hygieneanforderungen beim ambulanten Operieren (AWMF = Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften; [15])
- Anforderungen an raumluftechnische Anlagen (AWMF; [18])

3.4.1 Vorteile eines AOZ im Krankenhaus

Insbesondere im Bereich der baulichen Gestaltung verfügen Krankenhäuser aufgrund bestehender Infrastrukturen wie Notstromversorgung und Klimatisierung über einen entscheidenden Vorteil gegenüber neu konzeptionierten AOZ. Darüber hinaus können Krankenhäuser zumeist auf Fachkräfte in den Bereichen Bauplanung, Hygiene, Qualitätsmanagement und Prozessplanung zurückgreifen, die den Planungs- und Bauprozess beratend begleiten können.

Weitere Vorteile des Krankenhauses hinsichtlich der baulichen Gestaltung bestehen dahingehend, dass

- bestehende Räume und Prozesse insbesondere hinsichtlich des Personals (Personalumkleiden, -toiletten und -pausenräume) gemeinsam genutzt werden können;
- vorhandene Prozesse der Materialver- und -entsorgung, Reinigung und Wartung nicht vollständig neu etabliert werden müssen.

3.4.2 Bauliche Gestaltung eines ambulanten OP-Bereichs

Die bauliche Gestaltung eines ambulanten OP-Bereichs muss sich an einer zuvor durchgeführten Bedarfsplanung und Ausrichtung orientieren (beispielhafter Grundriss ► Abb. 3.1). Die Durchführung orthopädischer Eingriffe z.B., die mitunter eine längere Verweildauer im Erholungsbereich erforderlich machen, resultiert im Gegensatz zur Durchführung von Kataraktoperationen in einer veränderten Zahl von Aufwachraumbetten.

Vor der Festlegung baulicher Gegebenheiten muss eine Bedarfsanalyse erfolgen, die auch die strategische Fortentwicklung des AOZ in den nächsten

5–10 Jahren beinhaltet. Basierend auf dieser Bedarfsplanung sollte die gemeinsame Definition von

- Behandlungspfaden,
- Standards und
- Funktionsabläufen erfolgen.

Erst daraus sollten sich bauliche Veränderungen und Planungen ergeben. Dies ist umso wichtiger, je mehr ein AOZ in bestehende Strukturen eines Krankenhauses integriert werden soll. Die vorausgehende Analyse kann unter Umständen wichtige Erkenntnisse für die bauliche Planung liefern (► Tab. 3.2). So kann beispielsweise die Verlegung eines Aufwachraumes in die Nähe des ambulanten OPs dazu beitragen, weniger personelle Ressourcen zu binden, sodass sich eine anfänglich höhere Investition langfristig gesehen rechnet. Abhängig von einer zentralen oder dezentralen Struktur sollten eine Ambulanzstruktur mit Untersuchungs- und Behandlungsräumen das AOZ ergänzen.

Tab. 3.2 Mögliche Räume eines AOZ.

Arbeits- und Funktionsbereiche	benötigte Räumlichkeiten
Personal	
	<ul style="list-style-type: none"> • Umkleide • Toilette/Dusche • Aufenthaltsraum
Patienten	
Vorbereitung	<ul style="list-style-type: none"> • Anmeldung • Wartebereich • Toilette • Umkleide • Patientenschleuse
Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> • OP • Waschraum • Anästhesievorbereitung/-einleitung • Sterilgutvorbereitung
Nachsorge	<ul style="list-style-type: none"> • Aufwachbereich • erweiterter Erholungsbereich • Toilette
Ver- und Entsorgung	
	<ul style="list-style-type: none"> • Sterilgutentsorgung • Materiallager • Müllentsorgung • Haustechnik • Putzmittelraum
Sonstige	
	<ul style="list-style-type: none"> • Untersuchungszimmer • Sprechzimmer • Eingriffsraum



Cave

Die **Grundrissplanung** (s. ► Abb. 3.1) erfolgt um die Prozesse und Abläufe herum – nicht umgekehrt.

Eine Überschneidung von stationären und ambulanten Prozessen ist ebenso zu vermeiden wie die Überkreuzung von Material- und Personal- oder Patientenwegen. Alle Wege sollten, sofern sie nicht vom Patienten selbst bewältigt werden können, so kurz wie möglich sein, um den Personaleinsatz für den Patiententransport zu reduzieren. Zusätzlich sollte ein Augenmerk auf die Materiallogistik gelegt werden, sodass Ver- und Entsorgung während des Regelbetriebs problemlos erfolgen können.

Selbstständigkeit der Patienten

Bei allen Planungen sollte berücksichtigt werden, dass der Grad der Hospitalisierung von Patienten so gering wie möglich zu halten ist. Ziel aller Prozesse muss die Erhaltung der Selbstständigkeit des Patienten sein.

Daher sollten im ambulanten Bereich keine Betten, sondern **multifunktionale Liegen** oder OP-Stühle eingesetzt werden. Diese Liegen haben den Vorteil, dass sie problemlos durch einen Mitarbeiter bewegt werden können und den temporären Charakter der Unterbringung unterstreichen. Zusätzlich benötigen sie weniger Platz und erhöhen damit die Kapazität für Vorbereitungs- und Ruhebereich.

Selbstständiges Laufen der Patienten in Kombination mit einer entsprechenden **Sturzprophylaxe** und **Einsatz rutschfester Einmalsocken** zum OP-Tisch etc. kann eine weitere Möglichkeit sein, um die Patienten mobil zu halten. Mehrfaches personal- und zeitintensives Umlagern des Patienten sollte ebenfalls vermieden werden und wann immer möglich durch den Patienten selbst erfolgen.

► **Bettentaugliche Türen.** Auf den Einbau bettentauglicher Türen sollte insbesondere im Rahmen des ambulanten Operierens im Krankenhaus nicht verzichtet werden, da so im Falle auftretender Komplikationen ein problemloser Transport des Patienten zur Intensivstation o.Ä. gewährleistet werden kann. Zusätzlich ergibt sich so im Rahmen einer strategischen Neuausrichtung der Klinik die Möglichkeit, ambulant genutzte Strukturen für die

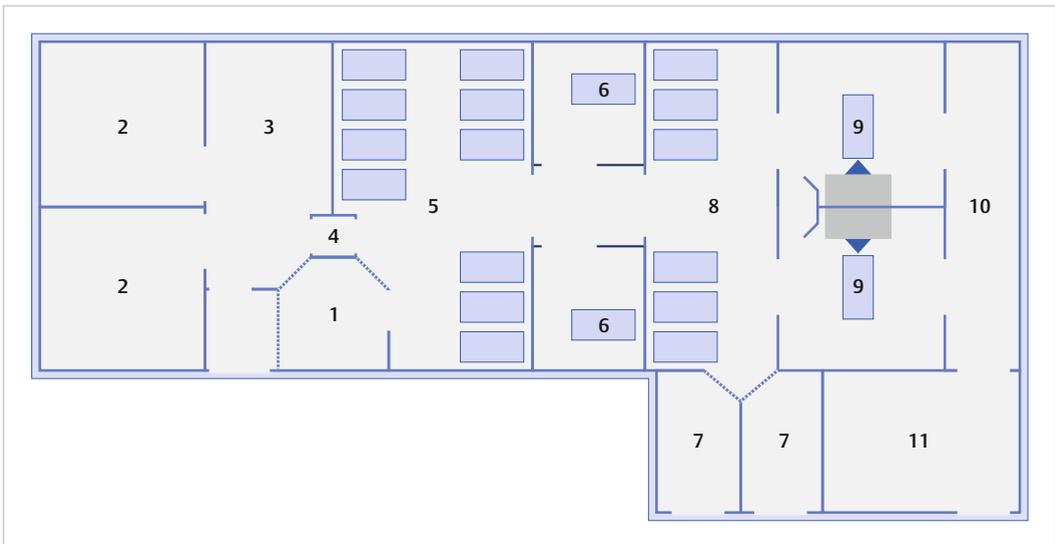


Abb. 3.1 Beispielhafte Grundrissplanung eines AOZ (nicht realisierter Konzeptentwurf): Patienten-, Personal- und Materialwege kreuzen sich nicht (1 Anmeldung, Schwesterstützpunkt für den Vorbereitungs-/Aufwachbereich (gleichzeitige Tätigkeit im AWR und an der Rezeption möglich), 2 Sprech-/Untersuchungszimmer, 3 Wartebereich, 4 Patientenschleuse, 5 Vorbereitungs-/Aufwachbereich, 6 Eingriffsraum, 7 Personalumkleide, 8 Patientenpuffer/Anästhesievorbereitung, 9 OP, 10 Sterilgutvorbereitung, 11 Sterilgutlager).

stationäre Patientenversorgung zu erschließen – ohne dass größere Umbaumaßnahmen erforderlich wären.

Raumkonzept

Sofern keine langen Wartezeiten für Patienten entstehen, werden Prozesse und Abläufe eher selten von Patienten wahrgenommen. Vielmehr entscheidend ist die Umgebung, in der die Behandlung stattfindet. Wer ambulant operiert wird, möchte möglichst wenig das Gefühl haben, im Krankenhaus zu sein. Dieser Wunsch spricht gegen die gemeinsame Nutzung eines Aufwachraums für ambulante und stationäre Patienten.

Weiterhin beeinflussen **Farbwahl und Gestaltung** das Befinden der Patienten wesentlich. Der Betrieb eines modernen, freundlichen und hochqualifizierten AOZ ist eine gute Möglichkeit, Patienten zu überzeugen, eine ggf. später notwendige stationäre Behandlung im angeschlossenen Krankenhaus durchführen zu lassen.

Bereiche für Kinder

Im Rahmen eines solchen Raumkonzepts sollten getrennte Wartezonen und Aufwachbereiche für Kinder geschaffen werden. Bis zur erfolgten Narko-

seenleitung und unmittelbar nach Ausleitung sollte unbedingt auf einen maximalen Kontakt der Eltern mit dem Kind geachtet werden – soweit räumlich und hygienisch realisierbar.

Empfangsbereich

Die Angliederung des Empfangs- an den Aufwachbereich kann die personelle Betreuung der Patienten am Empfang durch das Personal des Aufwachraums ermöglichen. Die Gestaltung des Empfangs als separate Rezeption hingegen ermöglicht mehr Diskretion und ist insbesondere dann sinnvoll, wenn auch Ambulanzfunktionen durch das AOZ wahrgenommen werden. Allerdings bindet eine separate Rezeption zusätzliches Personal.

► **Verwaltung von Patientendokumenten und Befunden.** Am Vortag der Operation sollten alle erforderlichen Dokumente und Untersuchungsbefunde am Empfang vorliegen. Die entsprechend vorgeschalteten Prozesse sind so zu organisieren, dass am OP-Tag nur die anästhesiologische Aufklärung der Patienten erfolgen muss. Am Empfang ist dadurch lediglich die kurze Akkreditierung erforderlich.

Wartebereich

Der dem Empfang zugeordnete Wartebereich muss ausreichend Kapazitäten und Komfort für Patienten und deren Begleitung bieten. Gesonderte Wartebereiche für Kinder sind abhängig vom operativen Spektrum einzuplanen.

Untersuchungsräume

Damit notwendige Nachuntersuchungen, Informations- und Aufklärungsgespräche in entsprechender Privatsphäre für den Patienten durchgeführt werden können, müssen ausreichende Räume dafür vorgehalten werden. Zusätzlich sind weitere spezialisierte Untersuchungs- und Besprechungsräume je nach Organisationsstruktur des AOZ vorzuhalten.

Merke

Die Durchführung von Untersuchungen und Aufklärungsgesprächen im Wartebereich oder Vorbereitungsbereich muss unterbleiben.



OP-Säle

Operationssäle und Eingriffsräume sollten eine Grundfläche von 20 m² nicht unterschreiten und sich nach der apparativen und technischen Ausstattung richten [15]. Die Nutzung mobiler Schrank- oder Containersysteme ermöglicht eine flexible Nutzung der OP-Säle und erleichtert die Materiallogistik.

Operationssäle für ambulantes Operieren müssen die gleichen hygienischen Anforderungen hinsichtlich Oberflächen, Lüftungsanlagen etc. erfüllen wie sie für stationäre Strukturen vorgesehen sind. Das ambulante Operieren darf für den Patienten nicht mit einem höheren Infektionsrisiko verbunden sein ([252], [297]). Ein Desinfektions- und Hygieneplan muss gemäß IfSG für alle Bereiche vorliegen.

Konzeption

Die im AOP-Vertrag aufgeführten Eingriffe werden entweder den „Operationen“ oder den „kleineren invasiven Eingriffen“ zugeordnet ([296], [297]) und können dementsprechend in Operationssälen oder Eingriffsräumen durchgeführt werden. Die Konzeption ambulanter OP-Säle ausschließlich als Ein-

griffsraum kann sich hinsichtlich eines geänderten operativen Spektrums oder des Wechsels einer Fachrichtung als Wettbewerbsnachteil erweisen. Verschiedene Operationen können nicht in Eingriffsräumen durchgeführt werden. Die Durchführung kleinerer invasiver Eingriffe in einem Operationsaal ist jedoch immer möglich.

Vorbereitungs- und Aufwachbereich

Vorbereitungs- und Aufwachbereich können organisatorisch und räumlich eine Einheit bilden. Es empfiehlt sich, diese zwischen dem Empfangs- und dem OP-Bereich anzuordnen. Dadurch können personell 3 Bereiche (Empfangs-, Vorbereitungs- und Aufwachbereich) gleichzeitig betreut werden. Dennoch muss stets eine ausreichende Privatsphäre und Ruhe für die Patienten gewährleistet sein.

► **Ausstattung.** Die materielle Ausstattung sollte neben einem konsequenten Patientenmonitoring (S_pO₂, NiBD, EKG) mit Verlaufsprotokollierung alle Möglichkeiten bereithalten, um auf etwaige Notfallsituationen entsprechend reagieren zu können.

► **Erholungsbereich.** Die Ergänzung um einen zusätzlichen Erholungsbereich kann die Kapazität des Aufwachbereichs erweitern. In diesen Bereich werden hämodynamisch und respiratorisch stabile Patienten verlegt, die bis zur Entlassung keiner kontinuierlichen Überwachung der Vitalparameter bedürfen.

► **Elektronisches Protokoll.** Die Erfassung aller perioperativen Leistungen und Vitalparameter sollte nach Möglichkeit in einem elektronischen Protokoll erfolgen.

3.5 Personal

3.5.1 Facharztstandard

Ärztliche Leistungen im Rahmen des ambulanten Operierens müssen gemäß AOP-Vertrag nach dem jeweils zum Behandlungszeitpunkt geltenden Facharztstandard erbracht werden. Somit sind ausschließlich Fachärzte oder unter deren unmittelbarer Aufsicht und Weisung tätige Assistenzärzte mit der Möglichkeit des unverzüglichen Eingreifens durch Fachärzte zur Erbringung von Leistungen im Bereich des ambulanten Operierens zugelassen.

Tab. 3.3 Personalbedarf ambulant vs. stationär am Beispiel einer Kniearthroskopie.

stationär	ambulant
Operateur	Operateur
1. Assistenz	-
Fachkrankenschwester/-pfleger „OP“	OP-Assistenz (med. Fachangestellte, operationstechnische Assistenten)
Springer	1. ggf. durch Anästhesieassistenten wahrgenommen 2. Operateur arbeitet ohne Instrument 3. kein Springer erforderlich
Assistenzarzt „Anästhesiologie“	-
Fach-/Oberarzt „Anästhesiologie“	Facharzt „Anästhesiologie“
Fachkrankenschwester/-pfleger „Anästhesie/Intensivmedizin“	Anästhesieassistent

Werden die im AOP-Vertrag aufgeführten, ambulant durchführbaren Operationen und sonstigen stationärsersetzenden Eingriffe auf der Grundlage einer vertraglichen Zusammenarbeit des Krankenhauses mit niedergelassenen Vertragsärzten ambulant im Krankenhaus erbracht, so ist das Krankenhaus für die Einhaltung des Facharztstandards verantwortlich.

3.5.2 Qualifikation und Teambildung

Hinsichtlich der Qualifikation des anästhesiologischen Assistenzpersonals wird „entsprechend qualifiziertes Assistenzpersonal“ gefordert [181], das während der Anästhesieein- und -ausleitung nicht mit anderen Aufgaben betraut sein darf. Darüber hinaus muss es mit der Ausrüstung sowie den örtlichen Gegebenheiten vertraut sein und bei besonderen Situationen zur Verfügung stehen [181].

► Tab. 3.3 verdeutlicht, dass der Personaleinsatz bei ambulanten Operationen deutlich geringer ist und medizinische Fachangestellte in die Versorgungskonzepte einbezogen werden (Kap. Personal (S.82) und Kap. Personal (S.89)).

Ambulantes Operieren erfordert eine zeiteffiziente Durchführung von Operationen mit einer möglichst geringen Wahrscheinlichkeit intra- und postoperativer Komplikationen. Eine Aus-, Fort- und Weiterbildung im OP-Betrieb erschwert diese zeit-effiziente Umsetzung.

Zielsetzung

Ziel ist es, dass ambulante Operationen von einem **eingespielten Team** durchgeführt werden, das über ein Höchstmaß an Verständnis für die Abläufe und Erfordernisse der jeweiligen Teammitglieder verfügt. Zuständigkeiten und Aufgaben müssen dabei eindeutig festgelegt sein.

- Eine konstante Zusammensetzung des Teams,
- die Vermeidung häufiger Personalwechsel,
- verbunden mit einer Fokussierung auf das Arbeitsklima

ermöglichen und verbessern die Teambildung. Dadurch können OP-Abläufe optimiert und aus anästhesiologischer Sicht Aufwach- und Wechselzeiten reduziert werden.

3.6 Anbindung ans Krankenhaus

Die Anbindung eines AOP an ein Krankenhaus bzw. die Erweiterung eines Krankenhauses ist sinnvoll, wie in Kap.4 dargestellt. Neben der wirtschaftlichen Seite ergeben sich für das betreibende Krankenhaus zusätzlich Vorteile durch die Möglichkeiten der Patientenakquise. Darüber hinaus verfügen Krankenhäuser aufgrund bereits bestehender Strukturen und Servicebereiche, wie Labor, Pathologie und weiterer Funktionsbereiche, über entscheidende Vorteile für die Umsetzung eines AOP. Außerdem bietet das Krankenhaus eine wichtige Rückfallebene bei Komplikationen oder personellen und technischen Problemen. Ein weiterer Synergieeffekt ist eine gemeinsame Materialvorbereitung, verbunden mit einem zentralen Materialeinkauf.