



Die Zusammenarbeit im OP-Saal muss durch gegenseitige Wertschätzung getragen werden

Gerade im OP-Bereich wird häufiger Personalwechsel schnell zum wirtschaftlichen und qualitativen Manko. move! befragte dazu Kathrin Ziörjen, OP-Leiterin der Universitätsklinik Bern am Inselspital und Präsidentin der Schweizer Vereinigung für leitendes OP-Personal LOPS.

Frau Ziörjen, was zeichnet eigentlich ein gutes OP-Team aus?

Ein gutes OP-Team verfügt über hohe Fach- und Sozialkompetenz. Gefragt sind qualitative Höchstleistung des Einzelnen und eine positive Dynamik innerhalb des Teams. Wichtig ist hohe Flexibilität, Konfliktfähigkeit und die Bereitschaft, sich dem gemeinsamen Ziel unter zu ordnen. Die Zusammenarbeit im OP-Saal muss durch gegenseitige Wertschätzung zwischen Ärzten, OP- und Anästhesiepflege getragen werden. Denn im Zentrum steht der Patient. Seine Sicherheit und die Qualität der chirurgischen Arbeit muss hundertprozentig gewährleistet sein.

Bei uns im Inselspital können die Mitarbeitenden der OP-Pflege in regelmässigen Team-sitzungen Konflikte innerhalb der Gruppe aufarbeiten. Und in monatlichen Abteilungsbesprechungen diskutieren alle Mitarbeitenden vom Chefarzt bis zum Pflege-Hilfspersonal über fachliche, organisatorische und persönliche Probleme. Das fördert den Zusammenhalt, den gegenseitigen Respekt und die Loyalität gegenüber den Vorgesetzten.

Sie haben im vergangenen Jahr eine Untersuchung über die Fluktuation in den OP-Bereichen Schweizer Spitäler durchgeführt. Was haben Sie herausgefunden?

Im Spitalbereich wird eine hohe Fluktuation oft als Normalzustand akzeptiert. Wir wollten wissen, wie hoch die Fluktuation in der Berufsgruppe des Instrumentierpersonals (Operations-Pflegefachpersonen und Technische Operationsfachpersonen TOA) wirklich ist und welche Kosten dadurch entstehen.

» **Es ist erheblich günstiger, in Gegenmassnahmen zu investieren, als eine hohe Fluktuationsrate zu finanzieren.** «

Für 71 OP-Bereiche in 60 Spitälern der Deutschschweiz zeigte sich eine jährliche Fluktuation von durchschnittlich 19,7 %. Bedenklich stimmen aber die hohen Abweichungen. Es gab Fluktuationsraten von bis zu 200 %. Dabei kostet die Stellenwiederbesetzung – je nach Lage am Personalmarkt – zwischen 15.800 und 49.800 Schweizer Franken. Und die Personalsuche ist zur Zeit recht schwierig: Auf eine ausgeschriebene Stelle bewerben sich im Durchschnitt drei Personen – in der Privatwirtschaft sind es mehrere Hundert! Wenn Sie das hochrechnen auf insgesamt 133 Stellen, die in den untersuchten OP-Bereichen innerhalb eines Jahres neu besetzt werden mussten, dann kommen Sie auf Gesamtkosten von bis zu 6,6 Millionen Schweizer Franken.

Haben diese Ergebnisse Sie überrascht?

Die hohen Fluktuationsraten weniger. Aber dass sie die Spitäler finanziell derartig belasten, hat mich schockiert. Die Spitäler hätten die Pflicht, hier zu sparen. Bisher jedoch wurden diese Kosten ignoriert und in der Buchhaltung nicht gesondert ausgewiesen. Hinzu kommen

Fortsetzung auf der nächsten Seite >>>>

Kathrin Ziörjen



Kathrin Ziörjen ist Leiterin des Operationsbereiches der chirurgischen Universitätskinderklinik des Inselspitals in Bern. Mit zwei OP-Sälen und ca. 5.500 Operationen pro Jahr ist die Kinderklinik zwar ein kleiner, dafür aber sehr effizienter Betrieb.

Zugleich ist Kathrin Ziörjen Mitbegründerin und Präsidentin der Vereinigung für leitendes OP-Personal, kurz LOPS, dem Schweizer Berufsfachverband für OP-Personal in Führungsfunktion. Gemeinsam mit der Zürcher Beratungsgesellschaft Belares hat LOPS erstmals eine valide Kostenerhebung zur Personalfluktuations im OP-Sektor durchgeführt und ein webbasiertes Austrittsmonitoring für OP-Personal initiiert. Mehr dazu unter www.lops.ch und www.belares.ch



>> Fortsetzung

ausserdem die qualitativen Folgen einer hohen Personalfuktuation: Imageverlust, Folgekündigungen, Unruhe im Team, innere Kündigung bis hin zu Qualitätsunsicherheiten im OP-Saal.

Was wissen Sie denn über die Gründe für den häufigen Personalwechsel im OP-Bereich?

Möglicherweise spielt das soziale Arbeitsumfeld, etwa fehlende Wertschätzung durch andere Berufsgruppen oder zwischenmenschliche Probleme, eine wesentliche Rolle. Doch wir brauchen Fakten statt Vermutungen. LOPS führt daher gerade ein webbasiertes Austrittsmonitoring durch. Seit Dezember 2003 werden so in 31 Schweizer OP-Bereichen die Daten von austretenden Mitarbeitenden erhoben. Abgefragt werden Erwartungen an und Zufriedenheit mit arbeitsrelevanten Faktoren sowie die Austrittsgründe. In Kürze werden wir die ersten Ergebnisse anonymisiert als Benchmark aufbereiten und den teilnehmenden OP-Leitungen zur Verfügung stellen.

Was müssten denn Ihrer Meinung nach die Spitäler und OP-Bereiche tun, um eine hohe Fluktuation zu verhindern?

Von Massnahmen, die sich nach dem Giesskannenprinzip über das Gesamtspital erstrecken, würde ich abraten. Lieber sollte man zum Beispiel mit regelmässigen, begleitenden Coachings auf die spezifischen Anforderungen des OP-Bereichs eingehen. Gruppendynamik und Teamentwicklung müssten gezielt gefördert werden. Auf jeden Fall ist es erheblich günstiger, in Gegenmassnahmen zu investieren, als eine hohe Fluktuationsrate zu finanzieren. Die Verantwortlichen in den Spitälern sind klar gefordert, die Verbesserungspotenziale im OP-Bereich besser auszuschöpfen.

Frau Ziörjen wir danken Ihnen für das Gespräch. //

balanSys™ UNI

Evolution in der Unikondylären Kniearthroplastik

von Christoph Fankhauser, Leiter Entwicklung Knie, Mathys AG Bettlach, Schweiz

Zur minimal invasiven Behandlung der medialen und lateralen Gonarthrose hat die Mathys AG Bettlach mit einem international zusammengesetzten Kniechirurgenteam, bestehend aus Dr. Russel F. Warren (HSS – Hospital for Special Surgery, New York, USA), Dr. Frank Hoffmann (Klinikum Rosenheim, Rosenheim, D) und Dr. Ulrich Wehrli (Spital Bern Ziegler, Bern, CH), das Unikondyläre Knieimplantatsystem balanSys™ UNI entwickelt.

Die Entstehung von unikompartimentellen Gonarthrosen basiert auf einer Vielzahl von Ursachen, die aber häufig auf mechanische Überlastung der betroffenen Gelenkabschnitte zurückzuführen sind. In der Regel handelt es sich um eine mediale Gonarthrose; lateralseitig kommt sie nur in ca. 5% der Fälle, überwiegend nach dem Verlust des Aussenmeniskus, vor^[1, 2, 3, 4, 5].

Physiologischeres Bewegungsmuster, weniger invasive OP-Technik

Der unikompartimentelle Gelenkersatz kann im Vergleich zur totalen Knieprothese weniger invasiv vorgenommen werden. Beide Kreuzbänder bleiben bei diesem Eingriff erhalten. Der Bewegungsumfang des unikondylär endoprothetisch versorgten Knies sowie seine Kniekinematik entsprechen einem physiologischeren Bewegungsmuster^[6], was sich gerade bei jüngeren und aktiven Patientinnen und Patienten positiv auf das Langzeitverhalten

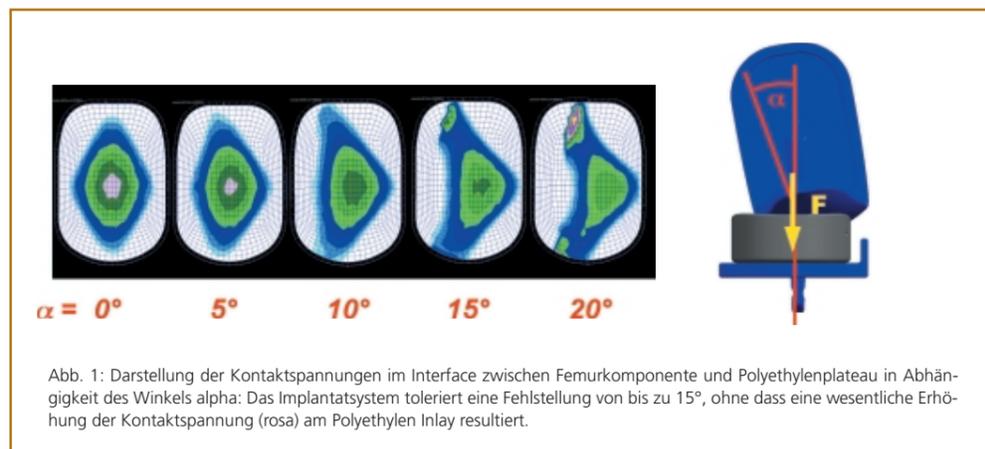


Abb. 1: Darstellung der Kontaktspannungen im Interface zwischen Femurkomponente und Polyethylenplateau in Abhängigkeit des Winkels alpha: Das Implantatsystem toleriert eine Fehlstellung von bis zu 15°, ohne dass eine wesentliche Erhöhung der Kontaktspannung (rosa) am Polyethylen Inlay resultiert.

des Implantats auswirken kann. Der operative Eingriff für eine „Schlittenprothese“, wie der unikompartimentelle Gelenkersatz auch genannt wird, weist eine tiefere Morbidität auf, eine Bluttransfusion wird nicht erfordert^[7] und das Implantat ist in der Regel günstiger^[8].

Die weniger invasive ‚Operationstechnik balanSys™ UNI‘ lässt es zu, unter applizierter Bandspannung, die optimale femorale und tibiale Knochenresektion vor dem effektiven Knochnschnitt zu quantifizieren und dadurch die Höhe der gewünschten Kniegelenkebene exakt und knochenschonend zu reproduzieren.

[1] Grelsamer RP (1995) Unicompartmental osteoarthritis of the knee, J Bone Joint Surg 77-A: 278-292.
 [2] Johnson RJ, Kettelkamp DB, Clark W, Leaverton P: Factors effecting late results after meniscectomy J Bone Joint Surg 56-A (1974) 719-729. [3] McDaniel WJ, Jr., Dameron TB, Jr. (1983) The untreated anterior cruciate ligament rupture, Clin Orthop 172 (1983) 158-163.
 [4] Neyret P, Donell ST, Dejour H (1993) Results of partial meniscectomy related to the state of the anterior cruciate ligament. Review at 20 to 35 years, J Bone Joint Surg 75-B (1993) 36-40. [5] V. Martinek, A.B. Imhoff (2003) Tibiale Umstellungsosteotomie am Kniegelenk, Jahrgang 54, Nr. 6 (2003) Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin [6] Laurencin CT, Zelicof SB, Scott RD, Ewald FC (1991) Unicompartmental versus total knee arthroplasty in the same patient: a comparative study, Clin Orthop 1991, 273:151-156. [7] Rougraff BT, Heck DA, Gibson AE (1991) A comparison of tricompartmental and unicompartmental arthroplasty for the treatment of gonarthrosis, Clin Orthop 1991; 273: 157-164. [8] Murray DW, Goodfellow JW, O'Connor JJ (1998) The Oxford unicompartmental arthroplasty: A ten-year survival study, J Bone Joint Surg 80-B: 983-989.

System-Bestandteile	Femurkomponente in 5 Grössen	Tibia-Metallverstärkung in 5 Grössen	Polyethylen (UHMWPE)-Komponente in 5 Grössen und 4 Höhen (5, 6, 7, 9 mm)
Merkmale und Vorteile	<ul style="list-style-type: none"> Aussenkontur, basierend auf CT-Daten, entspricht der Morphometrie des distalen Femurs; dies lässt ein optimales knochenschonendes femorales „resurfacing“ zu. weist eine hohe Kongruenz im Interface zum Polyethylen Läufer auf, was zu einem minimalen Abrieb führt. lässt Dank des geneigten dorsalen Knochnschnitts einen grösseren Bewegungsumfang bis zum tiefen Kniebeugen zu. durch optimierte Radien in Frontal- und Sagittalebene resultiert eine stabilisierte Bewegung des mobilen Polyethylen-Läufers. 	<ul style="list-style-type: none"> Variante A: Kombiniert mit einem mobilen Polyethylen-Läufer für die Anwendung im medialen Kompartiment geeignet. Variante B: Kombiniert mit einem fixen Polyethylen-Inlay für die Anwendung auf der medialen und lateralen Seite. weist auf der Unterseite einen Kiel zur optimalen zementierten Verankerung in der proximalen Tibia auf; die medio-laterale Position des Kiels berücksichtigt den Knochen-dichteunterschied in der proximalen Tibia. Das an die Anatomie angepasste Design basiert auf CT-Daten und entspricht der proximalen Tibia optimal. 	<ul style="list-style-type: none"> in „mobile bearing“- und „fixed bearing“-Variante. Design toleriert eine gewisse Fehlausrichtung (misalignment) bis zu 15° zwischen Femur- und Polyethylenkomponente (Abb.1). Zwecks Reduktion des Abriebs werden die artikulierenden Oberflächen mittels hochentwickeltem Bearbeitungsverfahren gefertigt sowie aus formgepressten (compression molded) Polyethylenplatten hergestellt und unter inerter Atmosphäre in Stickstoff gammasterilisiert.

Teamfähigkeit

Den inneren Schweinehund besiegen

Jedermann trägt seinen ganz persönlichen „inneren Schweinehund“ mit sich herum. Bestimmte Denk- und Verhaltensweisen, die den Umgang mit der eigenen Arbeit und den Kollegen am Arbeitsplatz wesentlich beeinflussen. Im gesunden Mass ist so etwas nicht weiter bedenklich. In einer Abteilung oder einem Team jedoch können sich solche Verhaltenscharakteristika leicht potenzieren. Konflikt und Missverständnisse sind die Folge, die Effizienz leidet.



Nur wer den inneren Schweinehund – den eigenen und den seiner Kollegen – kennt, kann ihn besiegen. Ganz nach dem Motto: Stärken nutzen, Schwächen ausgleichen. Der Management-Trainer Marco von Münchhausen hat einmal eine „Kleine Typologie der Schweinehunde“ aufgelegt.

Der Prinzipienreiter ist der Auffassung, seine Arbeit überrage diejenige aller anderen, und die Leistungen der Kollegen seien absolut inakzeptabel. Er beharrt übertrieben auf formale Vorschriften und grenzt sich auf diese Weise aus dem Team aus.

Um ihn stärker einzubinden, sollte das Team ihn Sinn und Nutzen seiner Prinzipien begründen lassen und deren Grenzen in Einzelfällen aufzeigen.

Der Teamvermeider arbeitet am liebsten alleine und hat Probleme, Aufgaben zu delegieren. Bei Teamsitzungen fehlt er gerne aufgrund „wichtigerer“ Verpflichtungen. Eine Einbindung ins Team lässt er zu, wenn er um Rat gefragt wird und mit seiner Kompetenz glänzen kann. Seine Fähigkeiten lassen sich aber am besten nutzen, wenn er eine Aufgabe eigenständig bearbeiten kann.

Der Lastenträger lässt sich im Team alle möglichen Aufgaben aufbürden. Er braucht das Gefühl „gebraucht zu werden“. Im Team ist er daher sehr beliebt. Der Lastenträger benötigt Anerkennung, die sein Selbstbewusstsein stärkt. Ihm muss aber

auch vermittelt werden, dass die Wertschätzung seiner Kollegen nicht allein von seinem Arbeiteinsatz abhängt.

Der Arbeitsscheue ist genau das Gegenteil. Er engagiert sich nur so weit, als es unbedingt erforderlich ist. Er nimmt eine freizeitorientierte Schonhaltung ein. Teamarbeit ist ihm eher lästig.

Für Jobs, bei denen es auf Engagement und Mitdenken ankommt ist er ungeeignet. Am besten aufgehoben ist er auf einem Posten, der nur ein Mindestmass an Anstrengung verlangt.

Der Wichtigtuer gibt zu allem seinen „Senf“ dazu, auch wenn er gar nicht gefragt wurde. Er fühlt sich überall zuständig, selbst wenn sein Arbeitseifer längst nicht so ausgeprägt ist wie seine Neigung, Ratschläge zu erteilen. Im Grunde hat der Wichtigtuer nur Angst, nicht genug wahr genommen zu werden. Am besten übergibt man ihm Repräsentationsaufgaben. Wenn er sich in Gebiete ausserhalb seines Arbeitsbereiches einmisch, muss man ihm klare Grenzen setzen.

Der Bedenkträger ist der Feind alles Neuen. Sorgfältig passt er auf, dass keine „falschen“ oder „übereilten“ Entscheidungen getroffen werden. Mit seinem Sicherheits- und Traditionsdenken brems er andere Team-Mitglieder. Der Bedenkträger lässt sich besänftigen, indem man seine Bedenken ausdrücklich zur Kenntnis nimmt, ihm aber andererseits die Chancen neuer Ansätze aufzeigt.

Der Opportunist hängt sein Fähnchen immer nach dem Wind. Er geht Konflikten aus dem Weg und schliesst sich gerne der Meinung seines Vorgesetzten an, dabei kann er von Sicherheits- aber auch von Karrieredenken geleitet sein. Opportunisten verweigern sich der Teamarbeit nicht, müssen aber aus ihrer Komfortzone gelockt werden. Sie sollten ausdrücklich aufgefordert werden, ihren eigenen Standpunkt zu begründen.

Zum Weiterlesen

Marco von Münchhausen, Hermann Scherrer: Die kleinen Saboteure – So managen Sie die inneren Schweinehunde im Unternehmen; Campus Verlag 2003, ISBN 3593372029



Qualitätssicherung als Schutzwall



hohe Qualifikation des medizinischen Personals sowie konsentrierte Behandlungsleitlinien sind wichtige Bausteine dieses Walles.

Was meinen Sie?

Führt wirtschaftlicher Druck zu Qualitätseinbußen bei der Patientenbehandlung? Lassen Sie sich bei medizinischen Entscheidungen auch von wirtschaftlichen Erwägungen leiten? Schreiben oder mailen Sie uns. Wir sind gespannt auf Ihre Meinung.

move!

c/o Mathys AG Bettlach

Güterstrasse 5

2544 Bettlach, Schweiz

E-Mail: move@mathysmedical.com

Bedroht der zunehmende Kostendruck in den Kliniken die Behandlungsqualität? Tatsächlich scheint die Rechnung in einem fallpauschalisierten Vergütungssystem einfach: Je kürzer die Verweildauer des Patienten, je geringer der medizinische und pflegerische Aufwand, der ihm zuteil wird, desto profitabler seine Behandlung. Das populistische Schreckgespenst der „blutigen Entlassung“ macht die Runde.

Tatsächlich geht gerade in der Orthopädie der Trend zum ambulanten Eingriff, kürzeren postoperativen Liegezeiten und einer ambulanten Rehabilitation. Gehorchend allerdings allein den Möglichkeiten neuer OP-Techniken und gewachsener medizinischer Erkenntnis. Minimal invasive Eingriffe, eine frühzeitige Mobilisierung des Patienten und eine Rehabilitation im vertrauten sozialen Umfeld sind womöglich therapeutisch sinnvoll. Das medizinische Leistungsniveau ist durch diese Entwicklung nicht gesunken, sondern gestiegen.

Die verweildauerorientierte Vergütung jedenfalls hat nicht zu einer von wirtschaftlichen Zwängen unabhängigen, qualitätsorientierten Medizin geführt, sondern zu aufgeblähten Versorgungsstrukturen. Vermehrter Wettbewerb und Kostendruck dagegen lenken heute

den Blick auf das medizinisch Notwendige. Sie erzwingen eine stärkere Spezialisierung in den Krankenhäusern und effizientere Behandlungsprozesse. Aber aufgepasst! Damit diese positiven Effekte nicht ins Negative umschlagen, muss der strukturellen Ökonomisierung durch einen Schutzwall der Qualitätssicherung Einhalt geboten werden. Die individuelle Therapieentscheidung des Arztes, ausreichende Ausstattungs- und Sachmittelressourcen, die

Ihr kostenloser Abruf



Kleine Motivationsfibel: Vom Eigenbrötler zum Teamplayer



Berufliche Selbstverwirklichung, eigene Einstellung und Teamfähigkeit sind untrennbar miteinander verbunden. Als Führungskraft sind Sie zur Selbstmotivation geradezu verpflichtet. Und sie müssen Arbeitsfreude und Teamfähigkeit bei Ihren Mitarbeitern gezielt fördern. Der neue Mathys-Leitfaden „Motivation managen: Tipps und Tricks für den Klinikalltag“ lässt Sie die Antriebskräfte entdecken für sich selbst und für Ihr Team.

Ihre kleinen Motivationsfibel liegt jetzt für Sie zum kostenlosen Abruf bereit. Einfach anfordern!

- Per beiliegender Faxantwort: +41 (0)32 644 1 460
- Oder ganz formlos per E-Mail: move@mathysmedical.com

Impressum

Herausgeber:

Mathys AG Bettlach • Güterstrasse 5 • 2544 Bettlach, Schweiz

Telefon: +41 (0)32 644 1 497 • E-Mail: move@mathysmedical.com

Verantwortliche Redakteurin:

Regula Haag • Unternehmens- und Marktkommunikation • Mathys AG Bettlach

Konzept und Gestaltung:

IFAM Institut für angewandte Marketing-Wissenschaften GmbH • D-40545 Düsseldorf

move! ist eine Veröffentlichung der Mathys AG Bettlach – Ihr kompetenter Partner für die totalendoprothetische Behandlung in der Orthopädie. *move!* wendet sich mit neuen, nützlichen Informationen an orthopädische und traumatologische Spezialisten in Klinik und Praxis sowie an alle Fach- und Führungskräfte in Medizin, Pflege und Management im Krankenhaus.

Vielen Dank an alle, die uns bei der Realisierung von *move!* mit eigenen Beiträgen, Informationen und Fotos behilflich waren! Sie haben Neuigkeiten oder Tipps aus Orthopädie und Klinik für uns? Sie möchten sich mit einem eigenen Beitrag an *move!* beteiligen? Gerne. Nutzen Sie das beigegefügte Fax-Formular. Oder den direkten Draht per Telefon und Mail.