

Wie ich von Mitarbeitern gehört habe, soll der bereits fertig gestellte Teil einige Mängel haben. Meine Quellen sprechen unter anderem von erhöhtem Infektionsrisiko, durch räumliche Bedingungen erschwerte Arbeitsprozesse und damit verbundenen Zeitverlust.

Grundsätzlich ist festzuhalten, dass der OP Ost nach Abschluss der ersten Bauetappe in einem provisorischen betrieblichen Zustand funktioniert. Die betrieblich optimalen Abläufe werden erst nach Vollendung und Inbetriebnahme der zweiten Bauetappe erreicht sein, also wenn der ganze OP Ost-Trakt zur Verfügung steht. Dies beinhaltet auch den Rückbau aller derzeit provisorisch eingerichteten Funktionen (2 Container-Lager, 2 Container-OP-Säle, Anästhesieaufbereitung, provisorischer Bau der Zentralsterilisation Ost usw.). Dass die Platzverhältnisse während des provisorischen Zustandes eng sind, war schon vor der Inbetriebnahme bekannt und wurde mit den Mitarbeitenden der beteiligten Disziplinen entsprechend thematisiert. Ebenso war klar, dass die Betriebsabläufe alles andere als optimal sein werden. So stehen zum Beispiel die automatischen Transportanlagen erst nach Inbetriebnahme des ganzen OP-Traktes wieder zur Verfügung.

Bis zur Fertigstellung der zweiten Bauetappe werden wir damit leben müssen, dass weder die Platzverhältnisse noch die Betriebsabläufe optimal sind. Wichtig ist aber, dass dadurch weder Patienten gefährdet, noch hygienische Anforderungen in Mitleidenschaft gezogen werden. So zeigen beispielsweise die Infektionsraten in der Herzchirurgie seit der Inbetriebnahme des OP Ost keine steigende Tendenz auf:

2013: 3,1 %

2014: 4,1 %

2015: 3,5 %

Die Spitalhygiene des USB bescheinigt dem Betrieb im OP Ost, dass für dieses Provisorium in Sachen Hygiene ein Optimum erreicht wird.

Selbstverständlich sind im OP Ost auch organisatorische Mängel und Baumängel aufgetreten. Diese wurden erst im tatsächlichen Betrieb ersichtlich und sind unterdessen alle abgearbeitet worden. Es sind aber keine kritischen Mängel zum Vorschein gekommen.

Ich schicke eine Auswahl von sieben Kritikpunkten, die von den Mitarbeitenden geäußert worden sind.

– Lange Wege vom sterilen Waschen bis zu den Operationssälen

Der Weg vom sterilen Waschen bis in den OP beträgt je nach OP-Saal adäquate 6.5-9.5m. Der Waschplatz ist bewusst so positioniert, dass eine möglichst ungestörte Händedesinfektion weg von den Transferstrecken (Patient/Material) möglich ist. Der Chirurg muss zwar aktuell einige Meter und um eine Ecke laufen. Mittlerweile haben sich die Chirurgen aber daran gewöhnt. Ein zusätzliches Sterilitätsrisiko besteht dadurch nicht.

– Platzmangel in den Gängen, OP-Wägen und Betten stehen in Gängen.

Wie erwähnt befinden wir uns bis zur Fertigstellung der zweiten Bauetappe in einem Provisorium. Weil wesentliche Zusatz- und Lagerräume erst nach Abschluss der zweiten Bauetappe als Definitivum zur Verfügung stehen, sind die Platzverhältnisse ausserhalb der direkten OP- und Anästhesiezonen zur Zeit in der Tat etwas knapp (wie auch für Büros und Aufenthaltsräume). Mit Vollendung der zweiten Bauetappe wird diese relative Raumnot behoben. Zur Überbrückung wurden zwei temporäre Container-Lager für Geräte und Material installiert. Gewisse Erschwernisse müssen vorübergehend akzeptiert werden, wenn man Operationssäle modernisieren möchte.

– Ein- und Ausleitung sind nicht klar getrennt

Es bestehen dezidierte, grosszügige und quervernetzte Anästhesie-Einleitungsräume. Die Anästhesieausleitung findet wie in vielen anderen Kliniken direkt am Ende der Operation im OP-Saal statt. Dies ist ein verbreitetes und effizientes Verfahren und macht die Anästhesie-Ausleitungsperiode noch sicherer, da dadurch in dieser kritischen Zeit keine zusätzlichen Patienten-Transfers nötig sind.

– Keine klare Trennung von sterilem und nicht sterilem Bereich, Stationsbetten und Reinigungswagen stehen im Bereich zwischen Schleuse und OP-Sälen

Der „sterile“ Bereich ist durch eine Kennzeichnung auf dem Fussboden klar getrennt. Ausserhalb der direkten Anästhesie-Räume und OP-Säle sind Mischzonen aus logistischen Versorgungsgründen normal. Die Entsorgungswege sind klar vorgegeben, die Entsorgung erfolgt im Betrieb kontinuierlich mit einer hohen Taktfrequenz. Stationsbetten haben in der Tat im regulären Tagesbetrieb im OP nichts verloren. Aus diesem Grund werden die meisten Patiententransporte auf spezialisierten Patienten-Trolleys durchgeführt.

– Teilweise sehr kleine Operationssäle. Bei gewissen Eingriffen hat nicht alles Material im Saal Platz, Personal muss während Operation Material bringen und holen. Zeitverlust und Sterilitätsproblem.

In der ersten Bauetappe wurden die multifunktionalen (für alle chirurgischen Disziplinen), unspezialisierten OP-Säle gebaut. Diese haben eine Grösse von 42-47m². Die Grösse der bisher gebauten OP-Säle entspricht dem üblichen Standard, übertrifft sogar die Vorgaben der Schweizer Norm „Strukturelle Anforderungen an Operationsabteilungen unter Berücksichtigung der Good Operating Practice“ (SN 22500) und erlaubt die Durchführung der meisten Eingriffe problemlos.

Nach Abschluss der zweiten Bauetappe werden die disziplinspezifischen Hybrid-Grosssäle zur Verfügung stehen. Diese sind signifikant grösser als die derzeit betriebenen OP-Säle. In den Hybrid-Grosssälen werden moderne Grossgeräte installiert, was die Durchführung gewisser hochspezialisierten Eingriffen vereinfachen wird.

Alle für eine OP geplant benötigten Materialien sind im OP verfügbar. Kurzfristige Zusatzmaterialien können rasch zugebracht werden. Dies ist explizit so gewollt, weil OP-Säle keine Lagerräume sind. Es gibt deswegen kein Sterilitätsproblem.

– Gewisse Türen zu schmal für OP-Wägen der Anästhesie

Wo soll das genau sein? Unseres Wissens gibt es keine Türen, die für Anästhesiewagen nicht problemlos passierbar wären. Alle im Prozess mit dem OP-Tisch oder dem Anästhesiewagen zu passierenden Türen sind breit genug für die entsprechenden Wagen/Tische.

– Türen ohne Bewegungssensor, Einklemmgefahr von Personal und Patientenbetten.

Aus hygienischen Gründen dürfen OP-Türen keine Bewegungssensoren haben. Die Sensorik der OP-Türen war in der Tat initial ungenügend. Daher wurden innert weniger Wochen sämtliche Türen mit der entsprechenden Sensorik nachgerüstet und das Problem damit behoben. Eine Gefahr für Patienten oder Personal hat nie bestanden.

– Wofür benötigt das Spital einen zusätzlichen Kredit von 50 Millionen Franken. Ich beziehe mich dabei auf den Finanzbericht 2014. Dort steht auf Seite 51:

«Die Investitionstätigkeit, insbesondere die Sanierung und Erweiterung des Operationstrakts Ost, führte per Februar 2015 zur Aufnahme einer ersten langfristigen Fremdkapitaltranche im Umfang von CHF 50 Mio. beim Kanton Basel-Stadt (Laufzeit 20 Jahre; Zinsbelastung 0.595% p.a.)»

Die Frage der Finanzierung eines Bauwerks bzw. des gesamten USB und die Frage, ob die Termine und Kosten eingehalten sind, hat im vorliegenden Fall nichts miteinander zu tun. Das USB finanziert einen Teil der Investitionen über Fremdkapital. Die Finanzierung des gesamten Investitionsbedarfes des USB z.T. mit Fremdkapital ist also ein ganz gewöhnlicher Vorgang. Im Februar 2015 wurde eine Fremdkapitaltranche von 50 Mio. beim Kanton Basel-Stadt aufgenommen. Davon war ein kleiner Teil für die Aufstockung des OP-Ost-Kredits gedacht, sowie eine Reserve, auch wenn es im Bericht sprachlich anders ausgeführt ist ("insbesondere" ist in diesem Zusammenhang falsch). Damit befinden wir uns immer noch in der erhobenen Kostengenauigkeit der ursprünglichen Planung. Die höheren Baukosten haben in der gesamten Finanzplanung des USB nicht zu einem höheren Fremdkapitalbedarf geführt.

– Im Artikel wird folgender anonymer Vorwurf gemacht: «Manchmal fragen wir uns», sagt einer der Mitarbeiter, «ob bei der Planung überhaupt ein Arzt involviert war.»

Dieser Vorwurf wurde dem USB vor der Publikation des Artikels nicht bekannt gemacht. Der Vorwurf ist aber in jeder Hinsicht falsch und wird vom USB zurückgewiesen. Im Nutzausschuss für das Projekt OP Ost waren fünf Ärzte vertreten (Stand 17.3.2015). Überdies hatte auch ein Arzt den Vorsitz des Nutzausschusses.