

Jahresbericht 2014

Das starke Netzwerk
kommunaler Kliniken

Top-Themen



Klinisches Risiko-
management

QuMiK
Qualitätspreis



Ketamin
mg/ml
mit Natriumchlorid 0,9 %
ad 50 ml gesamt
Herstellungszahl: 24312

Ketamin
mit Natriumchlorid 0,9 % 0,5%
ad 50 ml gesamt
50 IE, 1mg/ml
Uhrzeit: Hz:

50 mg/ml
50 mg/ml
50 mg/ml

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	04
1.0 Der QuMiK-Verbund	06
1.1 Überblick	08
1.2 QuMiK-Jahresveranstaltung	10
1.3 Selbstverständnis	12
2.0 Die Verbundmitglieder	14
2.1 Alb Fils Kliniken	16
2.2 Gesundheitsverbund Landkreis Konstanz, Hegau-Bodensee-Klinikum	17
2.3 Kliniken Landkreis Heidenheim	18
2.4 Klinikverbund Südwest	19
2.5 Oberschwabenklinik	20
2.6 Regionale Gesundheitsholding Heilbronn-Franken	22
2.7 Regionale Kliniken Holding RKH	24
2.8 Rems-Murr-Kliniken	26
2.9 Schwarzwald-Baar Klinikum Villingen-Schwenningen	27
3.0 Top-Thema Klinisches Risikomanagement	28
3.1 Einleitung	30
3.2 Risikobeurteilung und Bewältigung	34
4.0 Top-Thema QuMiK-Qualitätspreis	40
4.1 Einleitung	42
4.2 Prämierte Projekte	44
5.0 Wissenstransfer durch Arbeitsgruppen	52
5.1 Überblick	54
5.2 Neue Arbeitsgruppen	56
5.3 Top-Veranstaltungen zur interdisziplinären Weiterbildung	58
Ausblick	60
Impressum	62

Vorwort

Zusammenkommen ist ein Beginn.

Zusammenbleiben ist ein Fortschritt.

Zusammenarbeiten ist ein Erfolg. (Henry Ford)



Dr. Thomas Jendges
QuMiK-Verbands-
sprecher

Sehr geehrte Damen und Herren,
Liebe Leser,

die Themen Qualität und Hygiene in Krankenhäusern stießen im vergangenen Jahr auf ein deutlich gestiegenes öffentliches Interesse. In der Berichterstattung der Medien wurde dabei klar erkennbar, dass es Kliniken nur dann gelingt, das Vertrauen der Bevölkerung in die Sicherheit ihrer Krankenhäuser zu erhalten beziehungsweise zu gewinnen, wenn sie transparent darlegen können, mit welchen Maßnahmen sie den aktuellen Herausforderungen begegnen. Dabei sollte deutlich werden, mit welchen nachvollziehbaren Instrumenten sie ihren Erfolg messen und nachhaltig sichern. Die Einrichtungen des QuMiK-Verbundes sind aufgrund der gemeinsamen Weiterentwicklung sowohl im Bereich des Qualitätsmanagements als auch in dem des Hygienemanagements auf diese Diskussion sehr gut vorbereitet. Dazu gehören beispielsweise die systematische Überprüfung medizinischer Ergebnisqualität und umfangreiche Aktivitäten zu deren Verbesserung, die in den medizinischen Fachgruppen diskutiert werden. Auch im Bereich Krankenhaushygiene werden in der 2012 dazu gegründeten Arbeitsgruppe Projekte zur Hygieneverbesserung vorgestellt, gemeinsame Analysen durchgeführt und verbundweit geltende Vorgehensweisen definiert.

Nach den Schwerpunktthemen Hygienemanagement und Peer Review-Verfahren im letzten Jahr wird im vorliegenden Jahresbericht 2014 über das klinische Risikomanagement in den QuMiK-Einrichtungen als Top-Thema berichtet. Klinisches Risikomanagement stellt die Patientensicherheit in den Mittelpunkt des Behandlungsprozesses. Die Weiterentwicklung des klinischen Risikomanagements mit der Definition von gemeinsamen Standards zur Patientensicherheit wird maßgeblich durch unsere Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement unterstützt, die anschließend auch eine einheitliche Umsetzung innerhalb des QuMiK-Verbundes gewährleistet. Der konzeptionelle Rahmen sowie Praxisbeispiele einzelner Mitglieder zum klinischen Risikomanagement wurden entsprechend für diesen Jahresbericht aufgearbeitet.

Außerdem finden Sie in diesem Bericht drei innovative Krankenhaus-Projekte, die im Rahmen der QuMiK-Jahresveranstaltung mit dem QuMiK-Qualitätspreis 2014 ausgezeichnet wurden. Der zweijährig ausgeschriebene Preis macht besonders innovative Projekte innerhalb des Verbundes bekannt und unterstützt damit den Wissenstransfer zwischen den Einrichtungen. Die bewährte Darstellung der Mitglieder, der Verbundsstrukturen und der Bericht über aktuelle Aktivitäten umrahmen die beiden Top-Themen.

Das 2013 neu beigetretene Mitglied Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH wurden mittlerweile erfolgreich in die QuMiK integriert und hat dem Verbund neue Impulse zum Ausbau der Zusammenarbeit und der kontinuierlichen Weiterentwicklung der Qualität geliefert. Der QuMiK-Verbund umfasst damit 40 kommunale Kliniken in Baden-Württemberg.

Wir wünschen Ihnen viel Freude bei der Lektüre.



Matthias Ziegler
Geschäftsführer der
QuMiK GmbH



1.0 *Der QuMiK-Verbund*





1.1 Überblick

Die QuMiK GmbH wurde 2001 durch vier Krankenhausträger in Baden-Württemberg gegründet. In den folgenden Jahren ist der QuMiK-Verbund stetig gewachsen. Ende 2013 sind die Kliniken des Landkreises Heidenheim dem Verbund beigetreten. Damit umfasst der Verbund dreizehn kommunale Krankenhausträger in Baden-Württemberg:

- Alb Fils Kliniken GmbH
- Gemeinnützige Krankenhausbetriebsgesellschaft Hegau-Bodensee-Klinikum mbH
- Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH
- Klinikverbund Südwest GmbH
- Kliniken Ludwigsburg-Bietigheim gGmbH
- Enzkreis-Kliniken gGmbH
- Kliniken des Landkreises Karlsruhe gGmbH
- Oberschwabenklinik GmbH
- Rems-Murr-Kliniken gGmbH
- Schwarzwald-Baar Klinikum Villingen-Schwenningen GmbH
- SLK-Kliniken Heilbronn GmbH
- Klinik Löwenstein gGmbH
- Hohenloher Krankenhaus gGmbH

Die QuMiK GmbH, welche die Verbundarbeit koordiniert und administrativ unterstützt, hat ihren Sitz in Ludwigsburg. Geschäftsführer der QuMiK GmbH ist Matthias Ziegler. Matthias Ziegler ist Betriebswirt für Gesundheitsmanagement und Regionaldirektor der Regionale Kliniken Holding RKH.

Sprecher des QuMiK-Verbundes ist Dr. Thomas Jendges. Dr. Thomas Jendges ist Diplom-Ingenieur und promovierter Volkswirt und Geschäftsführer der Regionale Gesundheitsholding Heilbronn-Franken GmbH sowie der SLK-Kliniken Heilbronn GmbH.

Die dreizehn QuMiK-Mitglieder sind an 37 Standorten in Baden-Württemberg vertreten (siehe Karte) und verfügen über rund 11.000 Betten. Im Jahr 2013 wurden 1.420.000 Patienten ambulant und 480.000 Patienten stationär behandelt. Damit repräsentiert der QuMiK-Verbund einen Anteil von knapp 20 Prozent in Baden-Württemberg.

Im QuMiK-Verbund findet ein vielfältiger und offener Wissensaustausch statt. Qualität in der Patientenversorgung ist für die Mitglieder der QuMiK messbar und damit vergleichbar. Durch gemeinsame Vergleiche und gegenseitiges Lernen vom jeweilig Besten stellen sich Geschäftsführer, Ärzte sowie Pflege- und Verwaltungspersonal den Herausforderungen im Gesundheitssystem und dem Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit. Dabei sieht der QuMiK-Verbund den Patienten stets im Mittelpunkt.

Unsere Arbeitsgruppen (siehe Kapitel 5.0) stellen die wichtigste Säule dar. In den verschiedenen Arbeitsgruppen werden laufend medizinische, betriebswirtschaftliche und technische Themen von Fachexperten aller Einrichtungen gemeinsam bearbeitet – mit dem Ziel der ständigen Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit.



▲ Akutversorgung ▲ Akutversorgung + Rehabilitation ▲ Rehabilitation

1.2 QuMiK-Jahresveranstaltung

Die kontinuierliche Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit in Krankenhäusern ist seit über zehn Jahren das Ziel unserer Kliniken. Die diesjährige Jahresveranstaltung der Mitglieder in Markgröningen mit circa 110 Gästen aus den 40 Partnerkliniken gab einen beeindruckenden Überblick über die zahlreichen Aktivitäten zur Kooperation und zum partnerschaftlichen Lernen der QuMiK-Krankenhäuser in Baden-Württemberg.

QuMiK-Sprecher Dr. Thomas Jendges schilderte aktuelle Entwicklungen im Verbund und würdigte dabei den Austausch sowie die erreichten Erfolge der letzten Jahre. „Wir verbessern die Qualität sowohl in den kleinen Krankenhäusern im ländlichen Raum als auch in unseren Zentren der Spitzenmedizin“, so Jendges.

Im Rahmen der Verleihung des QuMiK-Qualitätspreises 2014 (siehe Kapitel 4.0) wurde deutlich, dass innovative Projekte für den Austausch der Kliniken einen besonderen Stellenwert haben. Die Projekte der Preisträger wurden während der Veranstaltung vorgestellt. Die höchste Auszeichnung erhielt die Regionale Kliniken Holding RKH, welche die Antibiotika-Behandlung klinikweit abgestimmt hat. Die Ergebnisse finden sich in einem Antibiotikamanual mit jährlicher Neuauflage. Durch das praktische Format für die Kitteltasche können die Therapie-Empfehlungen von den Ärzten bei der Arbeit mitgeführt werden. Der zweite Preis ging gemeinsam an die SLK-Kliniken Heilbronn und das Schwarzwald-Baar Klinikum für die Einrichtung eines Patienten- und Belegungsmanagements. Mit dem dritten Preis ausgezeichnet wurde das Projekt „Stroke Nurse“ der Oberschwabenklinik.

Festredner Professor Urban Wiesing, Direktor des Instituts für Ethik und Geschichte der Medizin an der Universität Tübingen, stellte die genannten Aktivitäten der Krankenhäuser in den Kontext einer zunehmenden Ökonomisierung in der Medizin. Sein Vortrag zeigte Möglichkeiten auf, wie Kliniken ihrem Versorgungsauftrag, auch unter den gegenwärtig schwierigen finanziellen Rahmenbedingungen, gerecht werden können.

Es herrschte Einigkeit, dass die enge Zusammenarbeit innerhalb des QuMiK-Verbundes der richtige Weg ist, damit die kommunalen Krankenhäuser auch in Zukunft eine optimale Patientenversorgung gewährleisten. Die QuMiK-Einrichtungen planen bereits weitere Projekte im Bereich des Einkaufs und bei Produktivitätsvergleichen.



Rund 110 Gäste kamen zur QuMiK-Jahresveranstaltung in den Annemarie-Griesinger-Saal der Orthopädischen Klinik Markgröningen.

1.3 *Selbstverständnis*

Fünf Elemente prägen die Zusammenarbeit im QuMiK-Verbund:

Offenheit

Die Basis der Arbeit im QuMiK-Verbund bilden gegenseitiges Vertrauen und die Offenlegung aller qualitativen und quantitativen Größen, soweit sie für die festgelegten Aufgaben notwendig sind.

Geschlossenheit

Gemeinsames Handeln stärkt den Verbund und die einzelnen Partner. Wird ein geschlossenes Vorgehen im Verbund vereinbart, ist die Teilnahme für jedes Mitglied verpflichtend. Dazu gehört auch die aktive Teilnahme in den Arbeitsgruppen.

Vertraulichkeit

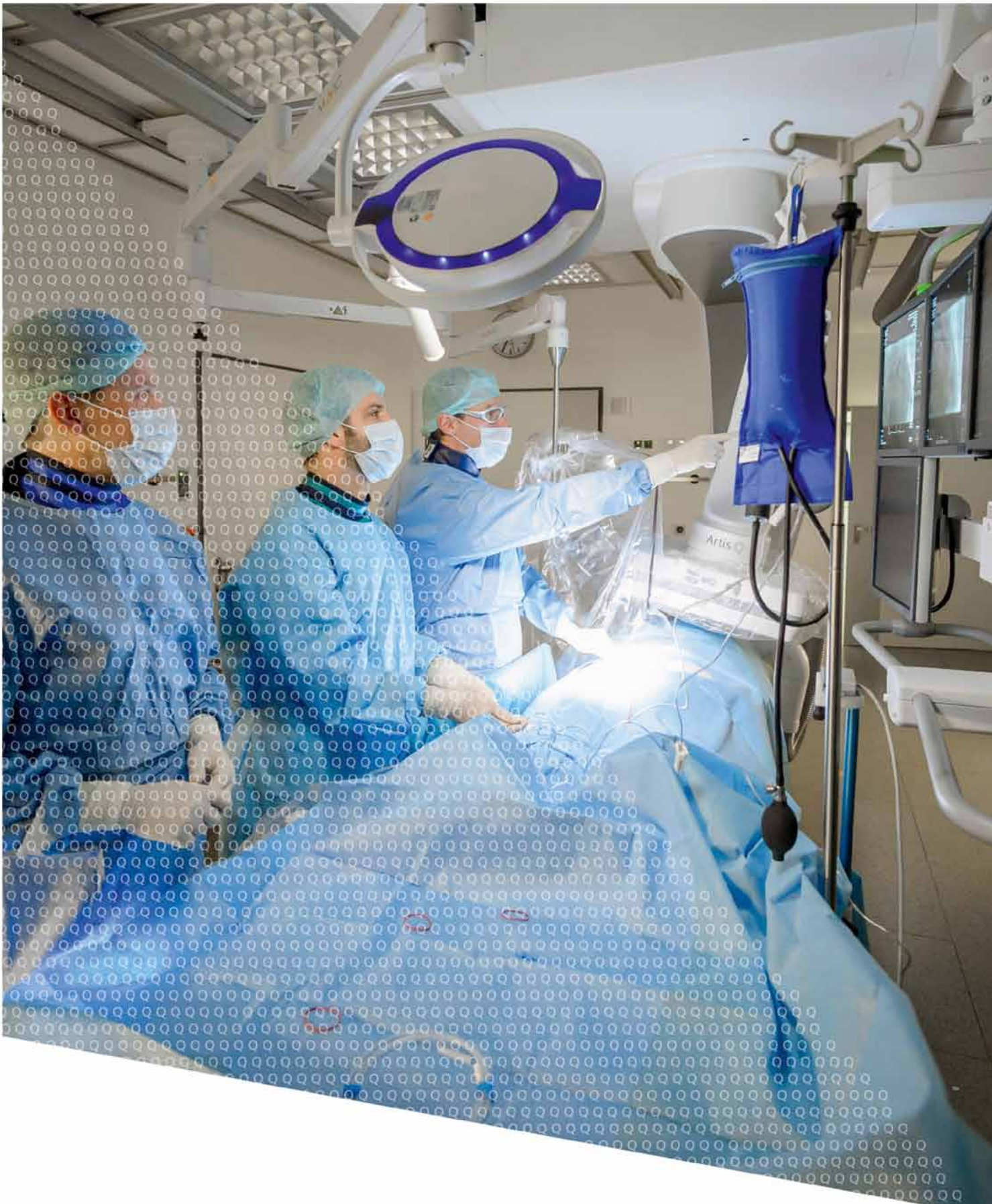
Alle Ergebnisse werden ausschließlich für die Erfüllung der festgelegten Aufgaben verwendet. Eine Veröffentlichung von Daten anderer Einrichtungen ist jedem Mitglied nur mit Zustimmung des QuMiK-Verbundes möglich.

Entscheidungen

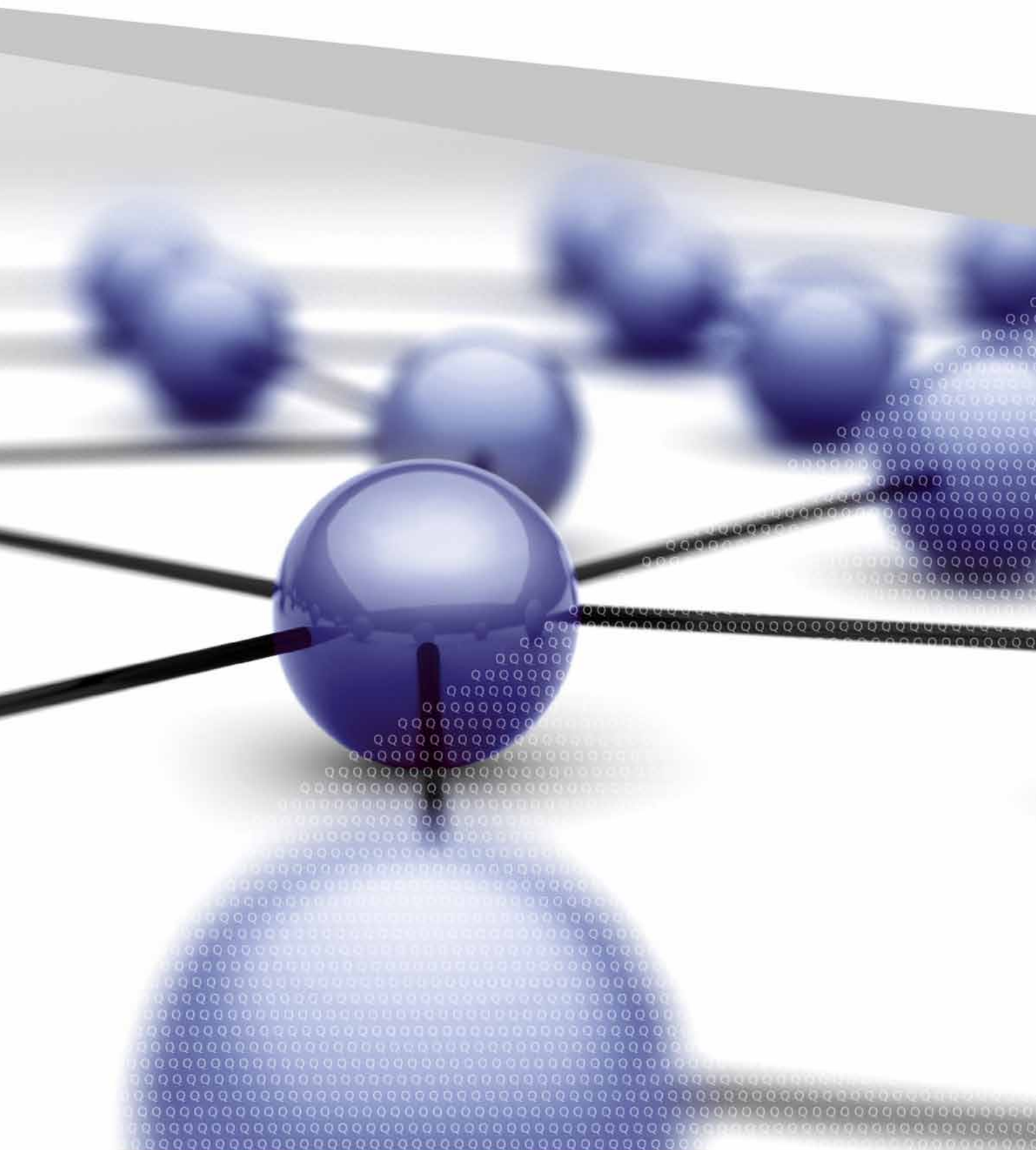
Entscheidungen im QuMiK-Verbund werden möglichst im Konsens getroffen, ggf. auch durch einfache Mehrheit.

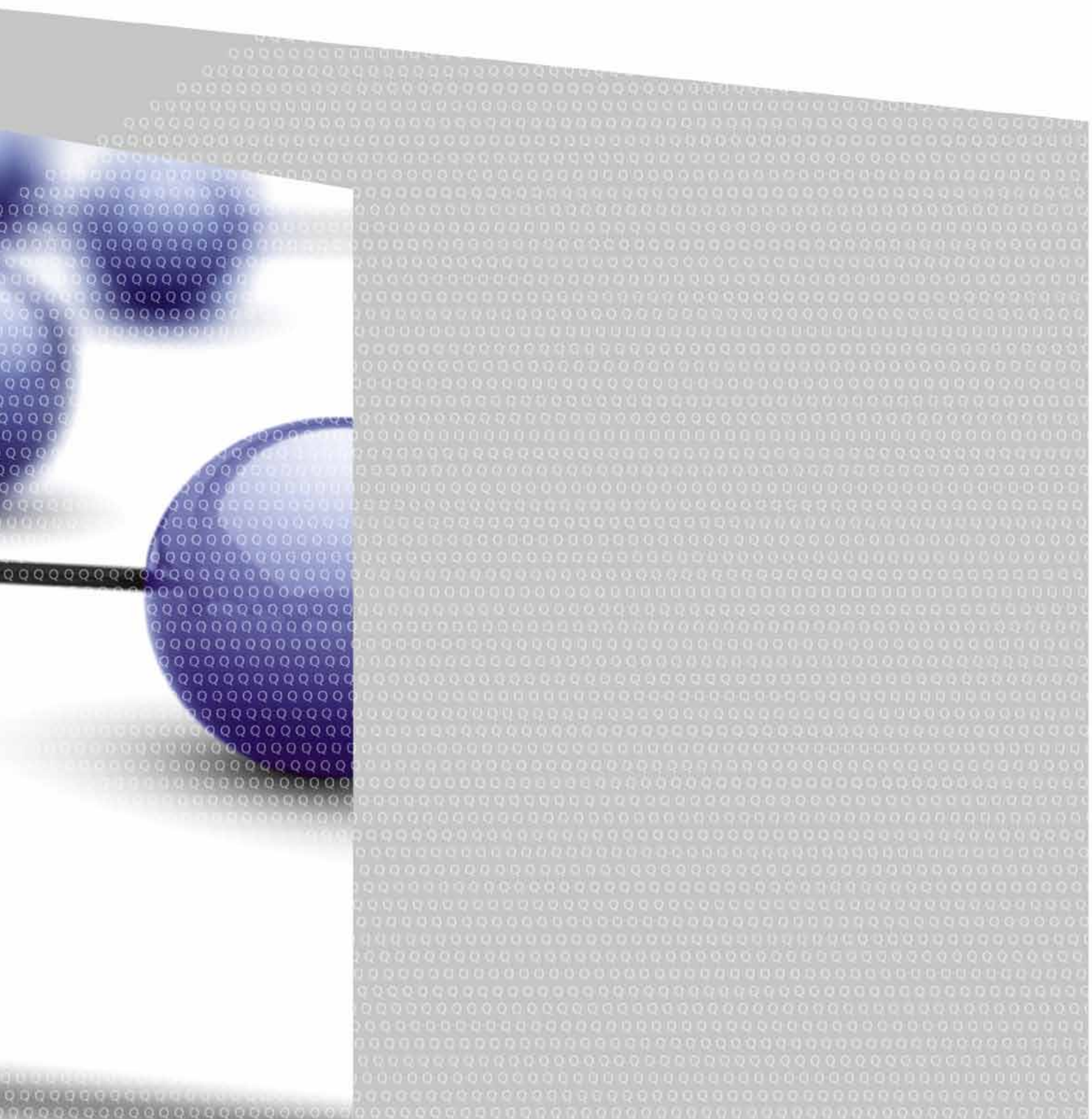
Verbindlichkeit

Die getroffenen Beschlüsse sind anschließend für alle Mitglieder des Verbundes verbindlich.



2.0 *Die Verbundmitglieder*





2.1 Alb Fils Kliniken



Patienten (stationär)	34.043
Patienten (ambulant)	115.938
Betten (Planbetten)	775
Mitarbeiter (Anzahl)	2.334
(Daten 2013)	

Als größter Gesundheitsanbieter in der Region stehen die ALB FILS KLINIKEN nicht nur für ein äußerst breites Leistungsspektrum, sondern auch für eine herausragende medizinische Qualität sowie pflegerische Kompetenz. Über 2.300 Mitarbeiter der beiden Standorte, Klinik am Eichert in Göppingen sowie Helfenstein Klinik in Geislingen, setzen sich für die Gesundheit der Bevölkerung im Landkreis Göppingen und darüber hinaus ein. In jeder Lebensphase – vom Frühgeborenen bis zum Hochbetagten.

20 Fachkliniken, 5 Institute sowie über 15 Zentren bieten exzellente Medizin gepaart mit modernster Medizintechnik, hoher Pflege- und Servicekompetenz sowie menschlicher Zuwendung. Die Fachdisziplinen decken über die Grundversorgung hinaus Spezialisierungen und zukunftsweisende Therapien mit weit über den Landkreis hinausgehendem Einzugs-

gebiet ab. Beispielhaft sei hier der Onkologische Schwerpunkt der ALB FILS KLINIKEN mit dem ersten und derzeit einzigen CyberKnife® in Baden-Württemberg für die Behandlung von Krebspatienten genannt. Unter dem Dach des Onkologischen Schwerpunkts ziehen fachübergreifend zertifizierte Organzentren, Fachkliniken und Institute sowie weitere Einrichtungen an einem Strang, Betroffenen mit individualisierten Therapien zu helfen. Unterstützende Angebote wie psychoonkologischer Dienst, Sozialdienst, Brückenpflege, Palliativversorgung oder Aromapflege runden das Angebot ab.

Herausragende Qualität nimmt in den ALB FILS KLINIKEN einen hohen Stellenwert ein und ist Verpflichtung gegenüber den Patienten zugleich. Qualität aufrechterhalten und verbessern ist das Ziel – durch Medizinische- und Pflegestandards, durch die Teilnahme an Qualitätssicherungsmaßnahmen, durch das Fehlermeldesystem CIRS oder durch den Patientensicherheitscheck im OP. Auch das etablierte Rückmeldemanagement sowie der enge Kontakt zu den niedergelassenen Ärzten im Rahmen eines Einweiser-Kontaktmanagements tragen zur Qualitätssicherung bei.

Vernetzung, Qualitätsbewusstsein und Innovationsbereitschaft haben das Jahr 2014 der ALB FILS KLINIKEN geprägt. Ebenfalls im Fokus stand die Medizin von Morgen – denn Gesundheit braucht Zu-

kunft. Mit drei neuen Chefärzten in den Fachbereichen Gastroenterologie-Hepato-logie, Hämatologie-Onkologie sowie Orthopädie konnte das medizinische Leistungsspektrum nachhaltig weiterentwickelt werden. Der Schwerpunkt Alters-traumatologie wurde weiter gestärkt. Auch die umfangreichen Vorarbeiten und Planungen für den Neubau der Klinik am Eichert schreiten zügig voran. In enger Abstimmung zwischen Architekt, Prozessplaner und Bauherr wird unter größtmöglicher Einbeziehung der Nutzer der Neubau von „innen nach außen“ geplant. Neben einer ansprechenden zeitgemäßen Architektur steht die Funktionalität im Mittelpunkt, um einen prozessoptimierten und wirtschaftlichen Klinikbetrieb zu gewährleisten.



Neues Gesundheitszentrum an der Helfenstein Klinik Geislingen



Klinik am Eichert Göppingen

2.2 Gesundheitsverbund Landkreis Konstanz, Hegau-Bodensee-Klinikum

Gesundheitsverbund
Landkreis Konstanz
gemeinnützige GmbH



Das Hegau-Bodensee-Klinikum (HBK):
Ein Plankrankenhaus mit vier Standorten.

Der größte Standort des Plankrankenhauses Hegau-Bodensee-Klinikum mit seinen insgesamt 676 Betten ist das Klinikum in Singen mit 412 Betten. Es ist ein Krankenhaus der Zentralversorgung und verfügt über modernste technische Geräte (z. B.: DaVinci Operationssystem). Das Klinikum in Singen ist Lehrkrankenhaus der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg. Weitere Standorte sind die Krankenhäuser in Radolfzell (148 Betten), Engen (43 Betten, Schwerpunkt: Geriatrie) und Stühlingen (73 Betten), diese sind Häuser der Grundversorgung.

Innerhalb des Hegau-Bodensee-Klinikums wurden 2013 an allen vier Standorten über 29.000 Patienten stationär behandelt. Rund 63.000 Patienten wurden im ambulanten Bereich versorgt.

Durch die Schwerpunktbildung an den vier Standorten kann den Patienten gewährleistet werden, dass sie innerhalb des Plankrankenhauses an Spezialisten weitergeleitet und so stets dort behandelt werden können, wo die größte fachliche Kompetenz vorhanden ist. Die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten verläuft konsequent und eng.

Innerhalb des Hegau-Bodensee-Klinikums finden sich zahlreiche interdisziplinäre Zentren, die durch die jeweiligen Fachgesellschaften einer regelmäßigen Qualitätsprüfung durch Zertifizierung unterzogen werden. Unter dem Dach des Krebszentrums Hegau-Bodensee sind folgende Organkrebs-Zentren vorhanden:

- Brustzentrum
- Darmzentrum
- Prostatazentrum.

Für 2014 wird hier die Zertifizierung des Krebszentrums nach DIN ISO angestrebt. Zusätzlich sind weitere interdisziplinäre Zentren, wie Diabetes-, Gefäß-, Perinatal- und Regionales Traumazentrum, innerhalb des Hegau-Bodensee-Klinikums etabliert.

Rund 1.800 Beschäftigte waren im Jahr 2013 an den vier Standorten des Hegau-Bodensee-Klinikums tätig. Somit ist es mit einer der größten Arbeitgeber in der Region Hegau-Bodensee-Hochrhein.

Seit Dezember 2012 ist das Hegau-Bodensee-Klinikum Bestandteil des Gesundheitsverbundes Landkreis Konstanz (GLKN), in dem sich das Plankrankenhaus auf Landkreisebene mit dem Klinikum Konstanz und dem Vincentius Krankenhaus Konstanz (orthopädische Fachklinik) zusammengeschlossen hat. Durch diesen Schritt wurde die ehemalige Hegau-Bodensee-Hochrhein GmbH rechtlich abgelöst.

Patienten (stationär)	29.054
Patienten (ambulant)	62.666
Betten (Planbetten)	676
Mitarbeiter (Anzahl)	1.762
(Daten 2013)	

Der GLKN ist mit seinen Einrichtungen der größte Gesundheitsversorger in der Bodenseeregion.



Hegau-Bodensee-Klinikum Singen

2.3 Kliniken Landkreis Heidenheim

klinikumheidenheim

geriatriische reha giengen

Patienten (stationär)	20.551
Patienten (ambulant)	40.983
Betten (Planbetten)	598
Mitarbeiter (Anzahl)	1.610
(Daten 2013)	

Die Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH besteht seit 2006. Alleingesellschafter ist der Landkreis Heidenheim. Zur Gesellschaft gehören das Klinikum Heidenheim (537 Betten, 31 tagesklinische Plätze) sowie die Geriatriische Rehabilitationsklinik Giengen (30 Betten). In dem zum Kreis der größeren Krankenhäuser in Baden-Württemberg gehörenden Klinikum Heidenheim erhalten jährlich fast 62.000 Patienten medizinische und pflegerische Versorgung auf sehr hohem Niveau. Gleichzeitig zählt die Klinik-Gesellschaft mit ihren rund 1.600 Voll- und Teilzeitbeschäftigten zu den größten Arbeitgebern im Landkreis (128.000 Einwohner) und mit zu den größten Dienstleistungsunternehmen in Ostwürttemberg.

Das Klinikum Heidenheim ist Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Ulm. Es bildet ein Gesundheitszentrum im Osten von Baden-Württemberg, in dem auch Patienten aus den angrenzenden Landkreisen und dem benachbarten Bayern versorgt werden.

Das Akutkrankenhaus mit 16 medizinischen Fachdisziplinen, darunter neun Hauptkliniken sowie je eine psychiatrische und nephrologische Tagesklinik, vier Belegklinien und drei Institute erfüllt aufgrund seiner Größe, Struktur und medizinischen Leistungsvielfalt in Diagnose und Therapie als Monopolist im Landkreis neben der Grundversorgung auch überörtliche Schwerpunktaufgaben.

Hauptklinien:

- Anästhesie, operative Intensivmedizin und spezielle Schmerztherapie
- Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Medizinische Klinik I
- Medizinische Klinik II
- Kinder- und Jugendmedizin
- Neurologie
- Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
- Radiologie und Nuklearmedizin
- Radioonkologie und Strahlentherapie
- Unfall- und Wiederherstellungschirurgie
- Urologie
- Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie

Belegklinien:

- Augenheilkunde
- Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde
- Homöotherapie
- Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

Zentrale Einrichtungen:

- Zentrum für Intensivmedizin
- Zentrale Notaufnahme

Etabliert sind folgende weitere Einrichtungen: Brustzentrum (zertifiziert), Brückenpflege, Darmkrebszentrum (zertifiziert), Gefäßzentrum (zertifiziert), Geriatriischer Schwerpunkt, Krankenhausapotheke und Regionales Arzneimittelinformationszentrum, Lungenzentrum, Nephrologisches Zentrum, Onkologischer Schwerpunkt Ostwürttemberg, Perinatalogischer Schwerpunkt, Psychiatrische Institutsambulanz, Regionaler Schlaganfallschwerpunkt mit zertifizierter Stroke Unit, Regionaler Schmerzschwerpunkt, Schule für Gesundheits- und Krankenpflege, Traumazentrum im Trauma-Netzwerk Ulm, Zentrallabor, Zentrum für Palliativmedizin mit Zentrum für integrierte Onkologie und Palliative Care.

Seit Ende 2012 ist die moderne Infrastruktur des neuen Hauses C in Betrieb. Das Haus C bildet den ersten Bauabschnitt des umfassenden und bis 2024 terminierten Modernisierungskonzepts des Klinikums auf Heidenheims Schlossberg.



Klinikum Heidenheim – Neubau Haus C

2.4 Klinikverbund Südwest



Als einer der größten kommunalen Gesundheitskonzerne im Süden Deutschlands hat der Klinikverbund Südwest einen Versorgungsauftrag für ca. 550.000 Menschen. Rund 4.300 Mitarbeiter aus über 70 Nationen und 125 Berufsgruppen bieten an den Standorten Sindelfingen, Böblingen, Calw, Nagold, Leonberg und Herrenberg über die Grund- und Regelversorgung hinaus auch die Versorgung spezieller und komplexer Erkrankungen an. Im Verbund wurden dafür Schwerpunktzentren, wie beispielsweise das Perinatalzentrum, das Pankreaskarzinomzentrum und das Brustzentrum in Böblingen, die Schlaganfallzentren in Sindelfingen und Calw, die Bauch- und Darmzentren in Leonberg, Böblingen und Nagold, das Gefäßzentrum in Leonberg und das Prostatakarzinomzentrum in Nagold oder das Zentrum für Alterstraumatologie sowie das Endoprothetikzentrum der Maximalversorgung in Sindelfingen etabliert. In der Akademie des Klinikverbundes und in den beiden akademischen Lehrkrankenhäusern der Universität Tübingen (Klinikum Sindelfingen-Böblingen und Kliniken Nagold) wird eine fachlich ausgezeichnete theoretische und praktische Ausbildung angeboten.

Das beherrschende Thema der vergangenen zwei Jahre war das Thema verbundweite Medizinkonzeption. Ende November

2014 hat der Landeskrankenhausausschuss (LkHA) dieses Medizinkonzept und die damit verbundene betrieblich-bauliche Entwicklung im Verbund erfreulicherweise für die Umsetzung empfohlen. Die Entscheidung ist ein Meilenstein in der Weiterentwicklung des Klinikverbundes Südwest. In den kommenden Monaten und Jahren geht es jetzt an die Umsetzung der im Medizinkonzept beschlossenen Maßnahmen. Mit der Zustimmung des LkHA sind die Voraussetzungen zur Einstellung der Planungskostenraten in die Landeshaushaltsplanung 2015 für die Neubauprojekte in den Landkreisen Böblingen und Calw gegeben. Die Entscheidung des LkHA bestätigt unter anderem die Ergebnisse der Bürgerforen im Kreis Calw. Der geplante Neubau in Calw und die umfangreichen Sanierungen des Nagolder Standortes sind demnach zukunftsweisend. Für den Landkreis Böblingen bedeutet der Beschluss nicht nur, dass man sich auf den Weg in Richtung Neubau Flugfeldklinikum in Sindelfingen/Böblingen begeben kann, sondern auch dass dies mit den Standorten Herrenberg und Leonberg in einer Gesamtkonzeption geschieht. Für den geplanten Neubau auf dem Flugfeld wird Anfang 2015 über eine Projektstruktur entschieden. Für die Standorte Herrenberg und Leonberg wurde die betrieblich-bauliche Zielplanung ebenfalls bereits beauftragt.

Patienten (stationär)	74.039
Patienten (ambulant)	297.524
Betten (Planbetten)	1.525
Mitarbeiter (Anzahl)	4.300
<small>(Daten 2013)</small>	

Die Zustimmung des Sozialministeriums und die damit in Aussicht gestellte finanzielle Unterstützung sind ein großer Erfolg für den Klinikverbund Südwest und seine Träger, vor allen Dingen, wenn man die derzeitigen Umstände und aktuellen Rahmenbedingungen im Krankenhauswesen in Baden-Württemberg und bundesweit kennt und mit berücksichtigt. Damit haben alle Standorte eine langfristige Zukunftsperspektive, die inhaltlich nicht nur vom Land, sondern auch von den Landesverbänden der Krankenkassen, mitgetragen wird. Somit trägt der Klinikverbund Südwest seinem Gründungsziel Rechnung, für die Bevölkerung in den Landkreisen Böblingen und Calw dauerhaft eine flächendeckende Versorgung zu garantieren und die Existenz der Klinikstandorte zu sichern.



Kliniken Sindelfingen



Kliniken Böblingen



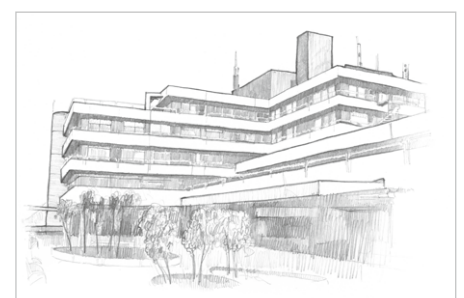
Krankenhaus Leonberg



Krankenhaus Herrenberg



Kliniken Calw



Kliniken Nagold

2.5 Oberschwabenklinik



Patienten (stationär)	39.814
Patienten (ambulant)	120.248
Betten (Planbetten)	862
Mitarbeiter (Anzahl)	2.721
(Daten 2013)	

Die Oberschwabenklinik GmbH (OSK) ist mit drei akutstationären Standorten und einer Geriatrischen Rehabilitation größter Gesundheitsdienstleister der Region Oberschwaben-Allgäu-Bodensee. Mit 15 Hauptfach- und drei Belegabteilungen bietet das Krankenhaus St. Elisabeth (EK) in Ravensburg das umfangreichste Fächerspektrum zwischen Bodensee und Ulm.

Im Westallgäu hat die OSK nach einer Strukturreform die stationäre Versorgung auf den Standort Wangen konzentriert. Das Haus verfügt mit sechs Haupt- und zwei Belegabteilungen über ein umfassendes Angebot der Grund- und Regelvorsorge. Neu etabliert worden ist ein Adipositaszentrum. Nachdem das Krankenhaus Leutkirch bereits Mitte 2013 geschlossen

worden ist, konnte nach einem längeren Rechtsstreit Ende Mai 2014 auch die stationäre Versorgung in Isny beendet werden. Ein weiterer Ausbau der Kapazitäten in Wangen ist geplant. An den Standorten Wangen und Isny arbeitet ein Medizinisches Versorgungszentrum der OSK mit den Fachbereichen Chirurgie, Orthopädie und Radiologie.

Das Krankenhaus Bad Waldsee mit seinen Abteilungen Innere Medizin sowie Chirurgie arbeitet nicht zuletzt aufgrund seiner unmittelbaren Nachbarschaft zu großen Reha-Einrichtungen als Gelenkzentrum auch wirtschaftlich sehr erfolgreich. Eine Sonderrolle im Verbund spielt das historische Heilig-Geist-Spital Ravensburg als Sitz der Geriatrischen Rehabilitation.

Gesellschafter der OSK sind zu 95 Prozent der Landkreis und zu 5 Prozent die Stadt Ravensburg. Der Landkreis erneuert für rund 260 Millionen Euro das EK Ravensburg. Ein erster Bauabschnitt ist in Betrieb. Das 1901 gegründete Traditionshaus verfügt nun über ein neues Gebäude mit 360 Betten ausschließlich in Ein- und Zweibettzimmern. Als vorgezogener Teil des zweiten Bauabschnitts geht in der ersten Jahreshälfte 2015 eine neue Strahlentherapie in Betrieb. Der zweite Abschnitt der

Erneuerung des EK, der unter anderem ein Frauen-Kind-Zentrum sowie ein Notfallgebäude mit Dachlandeplatz für Hubschrauber umfasst, soll 2017 fertig sein.

Mit den Neubauten kann das EK seine zentrale Rolle in der Region auch in Zukunft spielen. Es ist überregionales Traumazentrum und von der BG zugelassen für das Schwerstverletzungsartenverfahren. Unter dem Dach eines zertifizierten Onkologischen Zentrums arbeiten das Darmzentrum, das Brustzentrum, das Gynäkologische Krebszentrum und ein Prostatakarzinomzentrum. Das EK ist Sitz eines Gefäßzentrums, Schlaganfallschwerpunkt und Perinatalzentrum Level I.

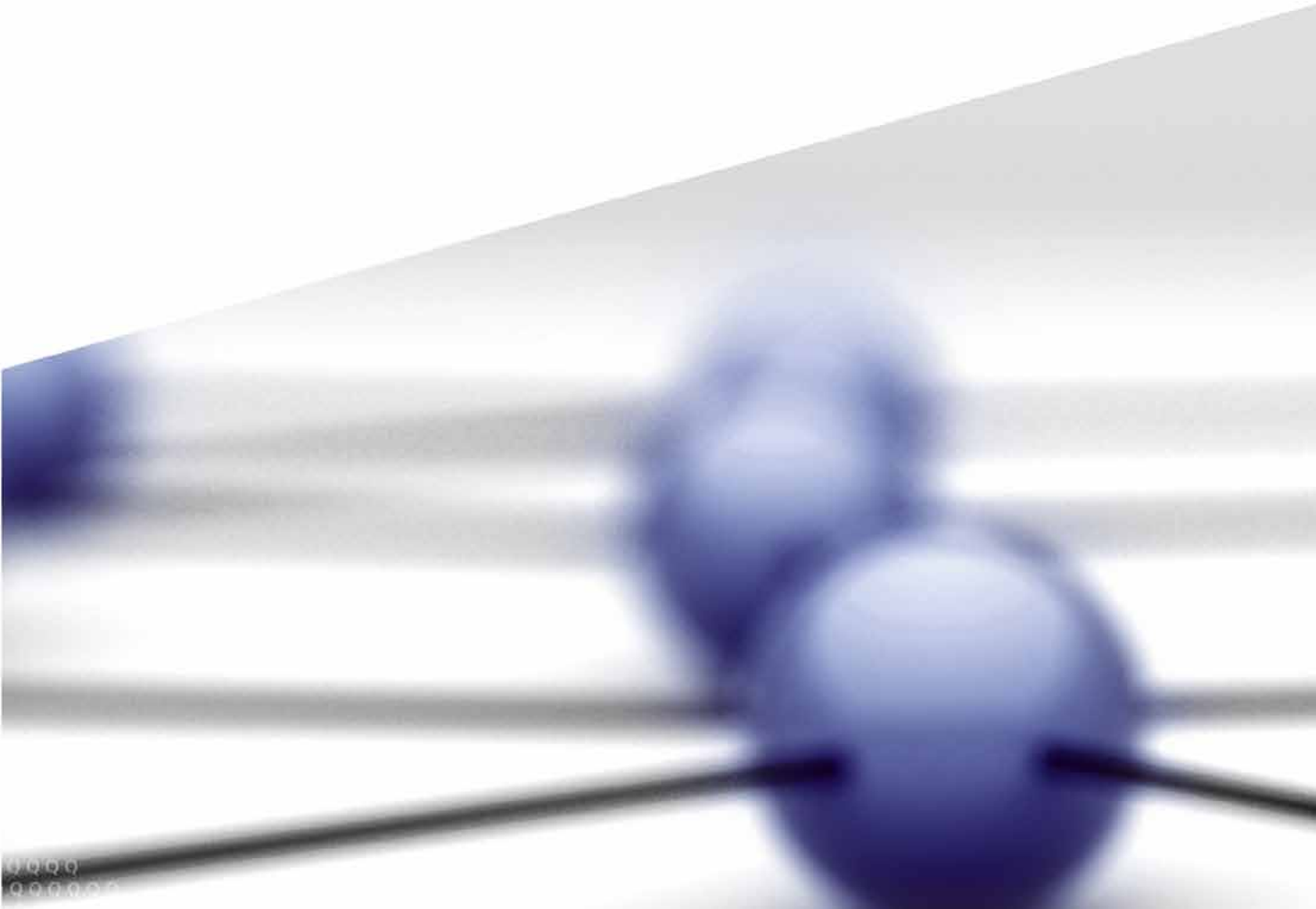
Mit der Tochtergesellschaft Gesundheitsakademie Bodensee-Oberschwaben GmbH sowie den Krankenpflegeschulen Wangen und Bad Waldsee ist die OSK der größte Bildungsträger der Gesundheitsbranche in der Region. 240 junge Menschen werden ausgebildet, über 3.000 Teilnehmer besuchen jährlich die Fort- und Weiterbildungen.



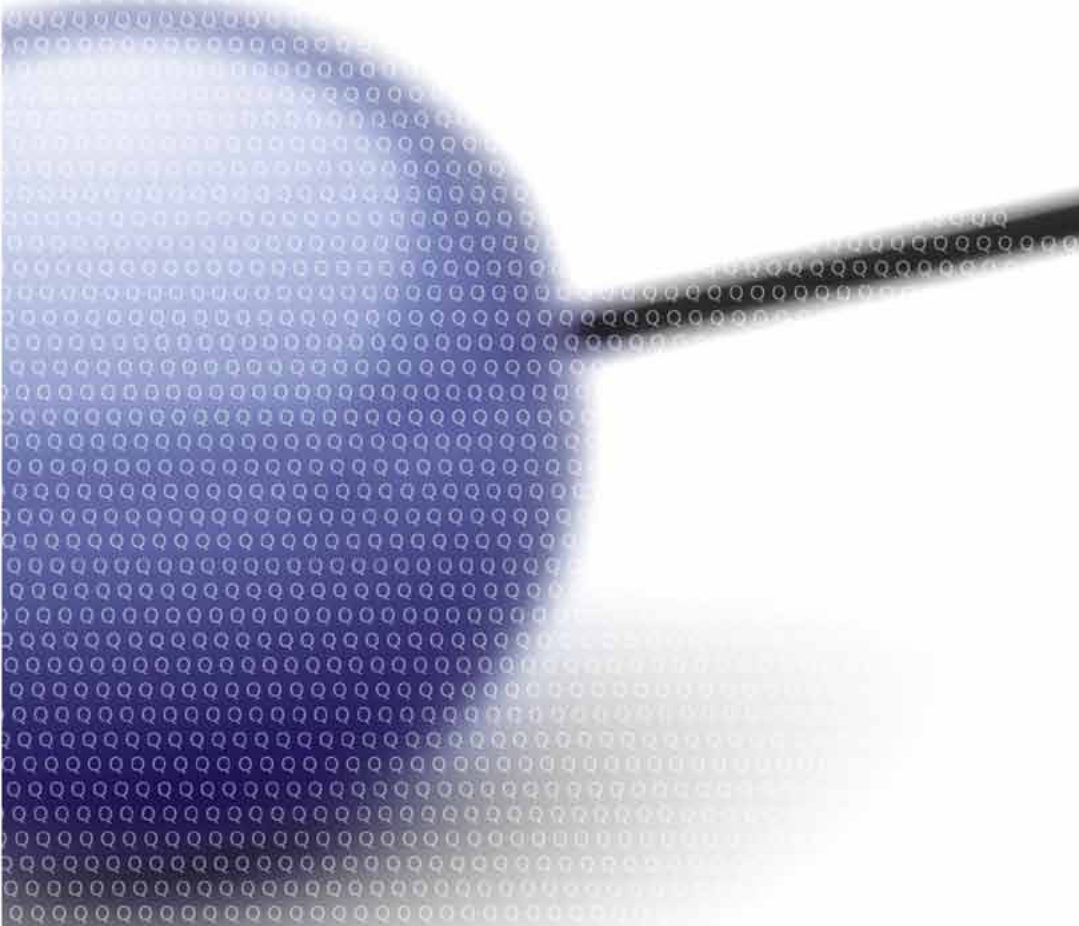
In Ravensburg ist der 1. Bauabschnitt der Erneuerung des Krankenhauses St. Elisabeth abgeschlossen.



Im Westallgäu hat die OSK die stationäre Versorgung auf den Standort Wangen konzentriert.



0000
000000



2.6 Regionale Gesundheitsholding Heilbronn-Franken

SLK Kliniken

SLK Lungenklinik
Löwenstein


HOHENLOHER KRANKENHAUS

Patienten (stationär)	90.298
Patienten (ambulant)	373.077
Betten (Planbetten)	1.894
Mitarbeiter (Anzahl)	5.956
(Daten 2013)	

RGHF – Ein starker Verbund

Die Regionale Gesundheitsholding Heilbronn-Franken (RGHF) ist ein Zusammenschluss der SLK-Kliniken Heilbronn GmbH und der Klinik Löwenstein mit den Hohenloher Krankenhäusern. Ziel des Verbunds ist die wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung des Stadt- und Landkreises Heilbronn sowie des Hohenlohekreises mit Medizin auf höchstem Niveau. Unter dem Dach der RGHF arbeiten rund 6.000 Mitarbeiter an sieben Standorten für das Wohl der Patienten. Alle RGHF-Kliniken werden durch unabhängige, externe Institute regelmäßigen Qualitätskontrollen unterzogen und zertifiziert. Die Verbundkliniken vereinen Medizin auf universitärem Niveau in überregionalen, medizinischen Leuchttürmen mit einer profilierten Grundversorgung in den Krankenhäusern der ländlichen Gebiete. Ein gutes Beispiel hierfür ist die enge, klinikübergreifende Zusammenarbeit innerhalb des Tumorzentrums Heilbronn-Franken. In den regelmäßigen Tumorkonferenzen tauschen sich die Experten der acht zertifizierten Organzentren des Klinikums am Gesundbrunnen und der Klinik Löwenstein unter Einbeziehung des Hohenloher Krankenhauses und der niedergelassenen Ärzte

aus. Etwaige Nachbehandlungen können für die Patienten wohnortnah erfolgen, z. B. im Klinikum am Plattenwald oder im Krankenhaus Öhringen. Auch im Beispiel des „Leuchtturms Kardiologie“ gibt es eine enge Zusammenarbeit der spezialisierten Schwerpunktkliniken Gesundbrunnen und Plattenwald mit den kardiologischen Abteilungen der Grundversorgungshäuser. Ein drittes Beispiel ist die Altersmedizin. Die Geriatrische Frührehabilitation an den Standorten Heilbronn, Bad Friedrichshall, Brackenheim und Künzelsau kombiniert mit der Geriatrischen Rehabilitation in Brackenheim und Öhringen sowie den geriatrischen Schwerpunkten am Gesundbrunnen und Plattenwald deckt ein umfassendes Leistungsangebot für die Bevölkerung ab. Ergänzt werden diese Leuchttürme durch spezialisierte Zentren wie zum Beispiel das Gefäßzentrum am Standort Plattenwald oder das klinikübergreifende Zentrum für Anästhesie und Schmerztherapie – immer mit dem Ziel, die bestmögliche Behandlung für unsere Patienten zu ermöglichen.



**Regionale
Gesundheitsholding
Heilbronn-Franken GmbH**

Die Kliniken der RGHF: Klinikum am Gesundbrunnen, Klinikum am Plattenwald, Krankenhaus Brackenheim, Krankenhaus Möckmühl, Klinik Löwenstein, Krankenhaus Öhringen, Krankenhaus Künzelsau

SLK-Kliniken, Klinik Löwenstein, Hohenloher Krankenhausgesellschaft

SLK-Kliniken – sozial. leistungsstark. kommunal

Mit dem Klinikum am Gesundbrunnen in Heilbronn, dem Klinikum am Plattenwald in Bad Friedrichshall sowie den Krankenhäusern Möckmühl und Brackenheim reicht die klinische Bandbreite der SLK-Kliniken von der Grundversorgung bis hin zur Spitzenmedizin. Dank der rund 4.000 hochqualifizierten Mitarbeiter ist die SLK-Kliniken Heilbronn GmbH der größte und leistungsfähigste Gesundheitsdienstleister der Region.

Damit die SLK-Kliniken auch in Zukunft die Patienten der Region optimal versorgen können, werden in einem Großprojekt zwei Neubauten mit modernster Medizintechnik geschaffen. Für die Erweiterung des Klinikums am Gesundbrunnen entsteht ein 550-Betten-Funktionsneubau mit modernen OP-Räumen, Intensivstationen und Notaufnahme. Nach dem Endausbau wird das Klinikum am Gesundbrunnen insgesamt über 850 Betten verfügen. Zeitgleich wird am Plattenwald in Bad Friedrichshall ein neues Krankenhaus gebaut. Das neue, siebengeschossige Haus wird über 350 Betten und sieben moderne Operationssäle verfügen. Insgesamt werden rund 320 Millionen Euro in die beiden Neubauten investiert.

Klinik Löwenstein – Medizin auf höchstem Niveau

Die Klinik in den Löwensteiner Bergen ist über die Grenzen des Stadt- und Landkreises hinaus als Fachklinik für Lungenerkrankungen bekannt. Als überregionales pneumologisch-thoraxchirurgisches Zentrum bietet die Klinik das komplette Diagnostik- und Behandlungsspektrum der Pneumologie und Beatmungsmedizin, der Thoraxchirurgie und der Lungenkrebsbehandlung an. Über 300 Mitarbeiter stehen den Patienten in der rund 200-Betten-starken Klinik zur Verfügung. Die Klinik ist im Landeskrankenhausplan als Weaningzentrum ausgewiesen und von der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie zertifiziert. Weitere Spezialisierungen gibt es in der Diagnostik und Behandlung der Pulmonalen Hypertonie, von Schlafstörungen sowie der Tuberkulosebehandlung. Die Thorax- und Gefäßchirurgie bietet mit modernsten technischen Möglichkeiten und hochqualifizierten Mitarbeitern das gesamte Spektrum operativer Eingriffe im Brustraum (ausgenommen dem Herz) und der peripheren Gefäße an. Das zertifizierte Lungenkrebszentrum gehört zum Tumorzentrum Heilbronn-Franken. Die Anästhesie bietet u. a. das komplette Behandlungsspektrum der ambulanten und stationären Schmerztherapie an.

Hohenloher Krankenhausgesellschaft – Gesundheit und Pflege aus einer Hand

Die beiden Krankenhäuser der Hohenloher Krankenhaus gGmbH in Öhringen und Künzelsau bieten den Menschen der Region eine solide, wohnortnahe Versorgung von der Geburtshilfe über die Chirurgie und Innere Medizin bis zur modernen Altersmedizin. Besonderes Aushängeschild ist der geriatrische Schwerpunkt des Krankenhauses Künzelsau in Kombination mit der Geriatrischen Rehaklinik in Öhringen. Wie alle Kliniken der RGHF wird die medizinische Qualität regelmäßig durch unabhängige Institute kontrolliert und zertifiziert. Die Hohenloher Krankenhaus gGmbH betreibt mit der Tochtergesellschaft Hohenloher Seniorenbetreuung gGmbH acht Seniorenzentren und Altenheime sowie drei Einrichtungen für betreutes Seniorenwohnen. Besonderer Schwerpunkt in der Seniorenbetreuung ist neben der individuellen Pflege die Nähe zur vertrauten Umgebung. Die Seniorenzentren bieten ihren Bewohnern und deren Angehörigen eine vielfältige, individuelle Betreuung und Unterstützung. Rund 800 Mitarbeiter kümmern sich in den beiden Krankenhäusern mit 283 Betten und den Seniorenzentren mit fast 360 Seniorenpflegeplätzen, circa 80 betreuten Wohneinheiten und über 20 Tagespflegeplätze um ihre Patienten und Bewohner.

2.7 Regionale Kliniken Holding RKH



Regionale Kliniken
Holding RKH GmbH

Patienten (stationär)	109.412
Patienten (ambulant)	277.490
Betten (Planbetten)	2.600
Mitarbeiter (Anzahl)	7.767

(Daten 2013)

„Die Gesundheit ist zwar nicht alles, aber ohne Gesundheit ist alles nichts.“ Dies schrieb der vor 150 Jahren gestorbene Philosoph Arthur Schopenhauer. Gemäß des daraus abgeleiteten Grundsatzes, dass die Gesundheit eines unserer höchsten Güter sei, ist es das Ziel der Regionalen Kliniken Holding (RKH), für die Gesundheit der Bürgerinnen und Bürger der drei Landkreise Ludwigsburg, Enzkreis und Karlsruhe einen wichtigen Beitrag zu leisten. Um künftigen Anforderungen an eine moderne, leistungsfähige Krankenhausversorgung gerecht zu werden, muss permanent weiterentwickelt und investiert werden. Hierfür ist die Netzwerkstruktur des RKH-Klinikenverbunds von besonderem Vorteil. Doch das Klinikunternehmen wird sich dabei

auch im Spannungsfeld zwischen hoher Behandlungsqualität, sozialer Verantwortung und Wirtschaftlichkeit bewegen müssen.

Auf Basis des im Juli 2014 vorgelegten medizinischen Gutachtens wird das medizinische Angebot der neun Krankenhausstandorte zukünftig konzernweit aufeinander abgestimmt. Dies soll nachhaltig die Versorgungsqualität optimieren und die Wirtschaftlichkeit erhöhen. Damit wird es der RKH gelingen, langfristig ein wichtiger Gesundheitsanbieter in der Region zu werden. Dazu gehören natürlich auch hoch motivierte Mitarbeiter in allen Fachbereichen und Berufsgruppen. Mit 541 Ausbildungsplätzen insbesondere an den Schulen für Pflegeberufe, umfangreichen Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten an unserer RKH Akademie, Rotationsmöglichkeiten für Ärzte und Pflegekräfte und der im Aufbau begriffenen Personalentwicklung bietet die RKH ein breites Spektrum beruflicher Perspektiven.

Die Leitgedanken der RKH sind: Qualität, Transparenz, Innovation und Zuwendung. Zahlreiche Projekte und Maßnahmen des Jahres 2013 wurden in diesem Sinne umgesetzt.

Für mehr Qualität: Plastische Chirurgie in Bietigheim, multimodale Schmerztherapie in Bretten, Sektion Gefäßchirurgie und Sektion Kardiologie/Angiologie in Bruchsal, neue internistische Intensivstation, Kinder-notfallpraxis und psychosomatische Tagesklinik in Ludwigsburg, Gesundheitszentrum in Marbach, Kooperation mit einer radiologischen Praxis in Mühlacker, Zertifizierung zum Endoprothetikzentrum der Maximalversorgung in Markgröningen.

Für mehr Transparenz: Mitgliedschaft bei der IQM mit erstmaliger Veröffentlichung medizinischer Ergebnisqualität, Mitgliedschaft bei Transparency International, Bürgerdialog über die Zukunft der Rechbergklinik Bretten.

Für mehr Zuwendung: Holdingweite Charmeoﬀensive, Beitritt der RKH zur Charta der Vielfalt, Trauercafé in Bietigheim und Auszeichnung zur babyfreundlichen Geburtsklinik in Bruchsal.

Für mehr Innovation: Video-Live-Übertragung aus dem Hybrid-OP in Ludwigsburg zum weltgrößten Kongress für Gefäßmediziner in Leipzig, Start des Neubaus Rechbergklinik Bretten und weitere Umbaumaßnahmen an verschiedenen Standorten.





Kliniken Ludwigsburg-Bietigheim gGmbH

Im Verbund der Regionalen Kliniken Holding RKH



Enzkreis-Kliniken gGmbH

Im Verbund der Regionalen Kliniken Holding RKH



Kliniken des Landkreises Karlsruhe gGmbH

Im Verbund der Regionalen Kliniken Holding RKH



OKM Orthopädische Klinik Markgröningen gGmbH

Im Verbund der Regionalen Kliniken Holding RKH

* Die OKM ist eine eigenständige Tochtergesellschaft



Kliniken Ludwigsburg-Bietigheim



Patienten (stationär)	64.568
Patienten (ambulant)	168.866
Betten (Planbetten)	1.512
Mitarbeiter (Anzahl)	4.079
(Daten 2013)	



Enzkreis-Kliniken



Patienten (stationär)	13.032
Patienten (ambulant)	23.969
Betten (Planbetten)	293
Mitarbeiter (Anzahl)	692
(Daten 2013)	



Kliniken des Landkreises Karlsruhe

Patienten (stationär)	23.951
Patienten (ambulant)	45.384
Betten (Planbetten)	610
Mitarbeiter (Anzahl)	1.405
(Daten 2013)	



OKM Orthopädische Klinik Markgröningen

Patienten (stationär)	7.845
Patienten (ambulant)	39.271
Betten (Planbetten)	200
Mitarbeiter (Anzahl)	556
(Daten 2013)	

2.8 Rems-Murr-Kliniken

RMK

Rems-Murr-Kliniken

Patienten (stationär)	38.548
Patienten (ambulant)	keine Angabe
Betten (Planbetten)	901
Mitarbeiter (Anzahl)	1.920
(Daten 2013)	

Die Rems-Murr-Kliniken (RMK) leisten mit dem Rems-Murr-Klinikum Winnenden und der Rems-Murr-Klinik Schorndorf eine qualifizierte Zentral- und Regelversorgung für die Menschen im Rems-Murr-Kreis und darüber hinaus. In 19 Fachkliniken mit insgesamt rund 900 Betten werden jährlich fast 40.000 Patienten stationär versorgt.

Spezialisierte Fachkliniken, hoher Komfort und moderne Medizintechnik gewährleisten optimale Strukturen für Patienten und Mitarbeiter. Als Unternehmen stehen die Rems-Murr-Kliniken auf drei zentralen Säulen: optimale Patientenversorgung, attraktive Arbeitsplätze und wirtschaftliches Handeln. Auf Basis dieser Unternehmensvision gehen die Rems-Murr-Kliniken erfolgreich in die Zukunft. Die Rems-Murr-Kliniken bieten attraktive Arbeitsplätze durch eine konsequente

Mitarbeiterorientierung. Die familienbewusste Ausgestaltung der Arbeitsbedingungen steht im Mittelpunkt, zum Beispiel in der Vereinbarkeit von Beruf und Familie und bei der Verbesserung der Work-Life-Balance.

Mit Inbetriebnahme des Klinikum-Neubaus in Winnenden hat das medizinische und pflegerische Angebot der Kliniken seit Juli 2014 eine neue Qualität erreicht. Das Leistungsspektrum der Rems-Murr-Kliniken wurde grundlegend erweitert und vertieft. Neue Fachkliniken und moderne Strukturen stehen für zuverlässige medizinische Versorgung, hohen Patientenkomfort und attraktive Arbeitsplätze. Mit 620 Betten und 13 OP-Sälen, darunter ein Hybrid-OP, eröffnet sich für das ärztliche und pflegerische Personal die Chance, sich noch stärker zu spezialisieren. Auch eine neue Organisationsform interdisziplinärer Zentren schafft dafür die Voraussetzungen, ohne dabei die Wirtschaftlichkeit und Qualität aus den Augen zu verlieren. Immer mit dem Ziel, fachübergreifende Patientenbetreuung zu gewährleisten.

Parallel zum Neubau in Winnenden wird die Rems-Murr-Klinik Schorndorf umfassend modernisiert, so dass auch der Standort Schorndorf über ein modernes Krankenhaus der Grund- und Regelversor-

gung verfügt. Alle Abteilungen sind technisch auf hohem Niveau ausgestattet. In den letzten Jahren haben wir die Klinik fortlaufend modernisiert, um auch weiterhin das hohe medizinische Niveau und den modernen klinischen Standard sicherzustellen.

Bereits Anfang 2012 wurden die zentralen Bereiche der Rems-Murr-Kliniken sowie das Haus Schorndorf erfolgreich nach DIN EN ISO 9001:2008 zertifiziert. Schon seit mehreren Jahren sind das Brustzentrum Rems-Murr sowie das Schorndorfer Schlaganfallzentrum zertifiziert. In letzter Zeit reihten sich auch die Chest Pain Unit der Kardiologie, das Endometriosezentrum und die Unfallchirurgie als Regionales Traumazentrum in die Reihe der zertifizierten Einrichtungen ein.

Bei der interdisziplinären Verzahnung von ambulanter und stationärer Behandlung im Rems-Murr-Kreis spielen die Gesundheitszentren an den Klinikstandorten Winnenden und Schorndorf sowie in Backnang eine große Rolle. Die stationäre Patientenversorgung der Krankenhäuser wird hier um das ambulante Angebot niedergelassener Ärzte und leistungsstarker Gesundheitsdienstleister ergänzt.



Neubau Rems-Murr-Klinikum Winnenden

2.9 Schwarzwald-Baar Klinikum Villingen-Schwenningen



SCHWARZWALD-BAAR KLINIKUM

Das Schwarzwald-Baar Klinikum Villingen-Schwenningen ist Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Freiburg und ein zukunftsorientiertes Krankenhaus der Zentralversorgung. Das Krankenhaus hat sich – zwischen den beiden Universitätskliniken Tübingen und Freiburg – zum leistungsstärksten Klinikum der Region entwickelt. Es entstand 2004 aus der Fusion des früheren Städtischen Klinikums Villingen-Schwenningen und des Kreisklinikums Schwarzwald-Baar in Donaueschingen. Als Dienstleister der Gesundheitswirtschaft kommt ihm primär die gesamte stationäre Versorgung im Landkreis Schwarzwald-Baar zu. Darüber hinaus ist das Klinikum als Zentralversorgungs Krankenhaus für die Landkreise Tuttlingen und Rottweil zuständig und hat so ein Einzugsgebiet von 500.000 Einwohnern.

Das Klinikum verfügt über 25 hauptamtlich geführte Fachkliniken/Institute und zwei Belegkliniken. Mehr als 47.000 stationäre und knapp 134.000 ambulante Patienten stehen 1.000 Betten zur Verfügung. Die hoch spezialisierten medizinischen Einrichtungen erreichen universitäres Niveau und decken nahezu alle medizinischen Fachdisziplinen ab. Das Klinikum ist nach der Landesplanung ausgewiesen als Onkologischer Schwerpunkt, Regionaler Schlaganfallschwerpunkt, Regionales Schmerzzentrum, Perinatalzentrum und Geriatriischer Schwerpunkt.

Darüber hinaus sind folgende interdisziplinäre Zentren vorhanden: Interdisziplinäres Brustzentrum, Gynäkologisches Krebszentrum, Überregionales Trauma-Zentrum, Darmzentrum, Prostata-Karzinom-Zentrum, Diabetes-Zentrum, Kontinenzzentrum, Wirbelsäulenzentrum, Sozialpädiatrisches Zentrum, Adipositas-Zentrum, Endoprothetikzentrum der Maximalversorgung sowie Wund- und Stomazentrum.

Die gerätetechnische Ausstattung ist umfangreich und auf dem neuesten Stand. Als Großgeräte sind drei Kernspintomographen (davon ein Card-MR), vier Computertomographen, zwei Linearbeschleuniger, vier Linksherzkathetermessplätze, digitale Angiographiegeräte und Gammakameras vorhanden. Ab 2015 verfügt das Schwarzwald-Baar Klinikum außerdem über „Cyberknive“, einen robotergestützten Linearbeschleuniger zur Radiochirurgie.

Für die Erbringung der Leistungsbandbreite sind rund 2.900 Beschäftigte an zwei Standorten tätig. Das Klinikum ist damit größter Arbeitgeber im Schwarzwald-Baar Kreis. Im Juli 2013 wurde im Zentralbereich von Villingen-Schwenningen ein Klinikneubau mit 750 Betten in Betrieb genommen. Die Kliniken Donaueschingen mit 250 Betten werden als Dependance mit eigenständigen Fachabteilungen in einem abge-

Patienten (stationär)	47.363
Patienten (ambulant)	133.134
Betten (Planbetten)	1.000
Mitarbeiter (Anzahl)	2.900
(Daten 2013)	

stimmten medizinischen Leistungskonzept betrieben. Der Klinikneubau mit einem Kostenvolumen von 281 Millionen Euro bildete den Abschluss einer großen Strukturreform und ist die Basis für eine optimierte Krankenhausversorgung in den kommenden Jahren.



Schwarzwald-Baar Klinikum, Villingen-Schwenningen

3.0 *Top-Thema Klinisches Risikomanagement*





3.1 Einleitung

Ausgangssituation

Das Thema Patientensicherheit und Behandlungsfehler gewinnt aufgrund der jüngsten Berichterstattung zunehmend an Bedeutung. Darüber hinaus gibt es verstärkte gesetzliche Vorgaben, um die Patientensicherheit zu erhöhen. Aufgrund dieser Ausgangssituation wird im diesjährigen Bericht das Thema Klinisches Risikomanagement (KRM) schwerpunktmäßig dargestellt – mit innovativen Maßnahmen der Verbundmitglieder zur Risikobeurteilung und Bewältigung. In den zurückliegenden Jahren haben die Verbundmitglieder durch zahlreiche Aktivitäten ihre Risikomanagement-Systeme umfangreich aufgebaut und bauen diese durch weitere Maßnahmen aus. Die Bereiche Patientensicherheit, Arzneimittelsicherheit, Hygienemanagement, Fehlermeldesysteme, Standardisierungen und Mitarbeiterqualifikation stehen dabei im Fokus. Durch individuelle Schwerpunktsetzung ergeben sich zum Teil in den QuMiK-Kliniken unterschiedlich ausgeprägte Arbeitsfelder und Organisationsformen. Darüber hinaus unterstützen QuMiK-Mitglieder bundesweite Initiativen zur Steigerung der Patienten-

sicherheit, z. B. das Aktionsbündnis Patientensicherheit und die Hygiene-Aktion „Saubere Hände“.

Konzeptionelle Weiterentwicklung

Die Weiterentwicklung des KRM erfolgt sowohl individuell durch die QuMiK-Mitglieder als auch übergreifend durch den QuMiK-Verbund. Die Strategie und organisatorische Verankerung des KRM wird individuell festgelegt, wobei in der Regel ein dezentraler Ansatz mit zentraler Steuerung umgesetzt wird, d. h. jeder Bereich ist verantwortlich für das Bearbeiten seiner Risiken. Die übergreifende Grundlage für den Ablauf des KRM bietet der Risikomanagement-Kreislauf (siehe Grafik). Durch die QuMiK-Arbeitsgruppe QM wird die konzeptionelle Weiterentwicklung maßgeblich unterstützt und durch die Definition von Standards vereinheitlicht (siehe Tabelle Seite 33).

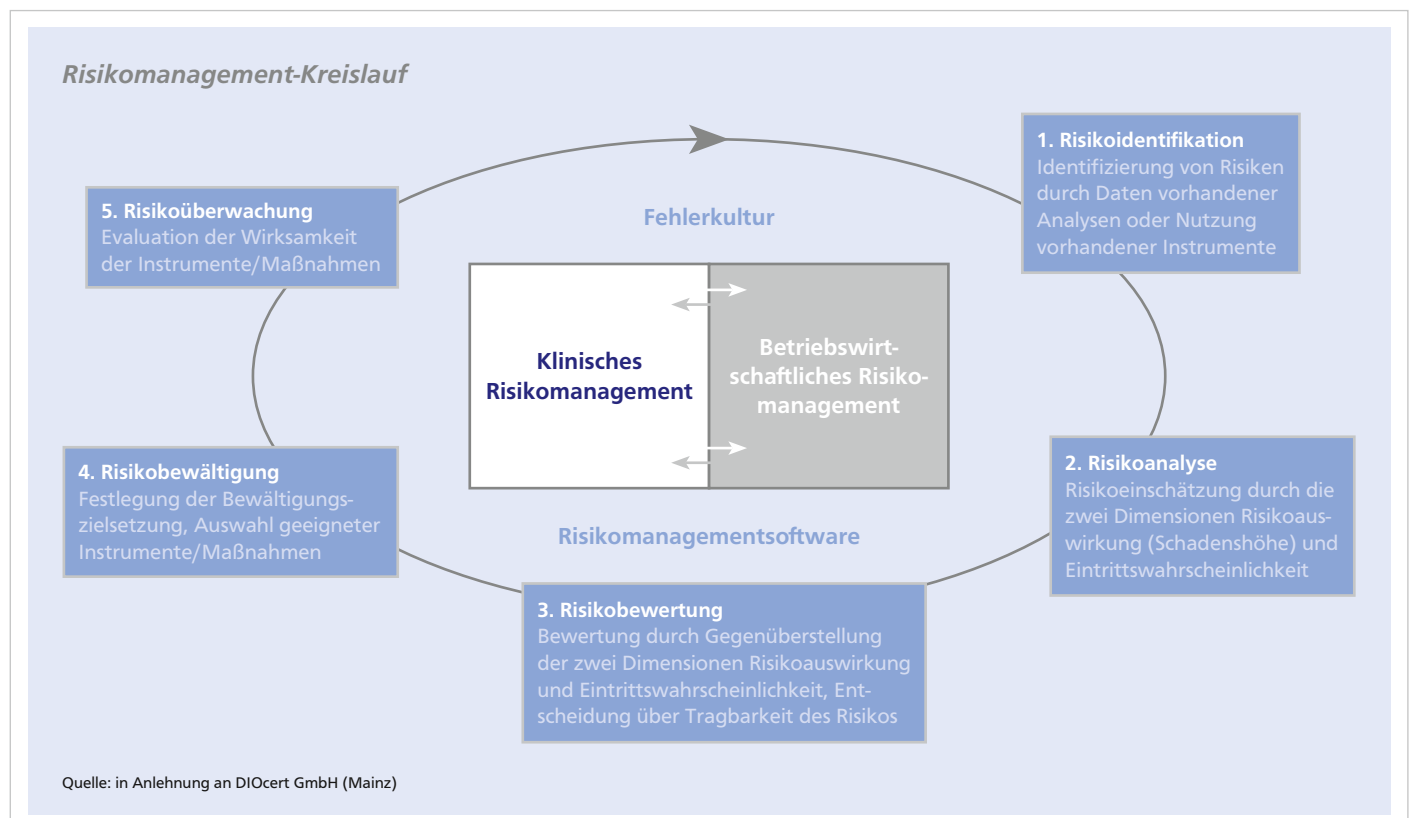
Risikomanagement-Kreislauf

Der Risikomanagement-Kreislauf zeigt die wesentlichen Prozessschritte und Rahmenbedingungen des Risikomanagements.

Klinisches versus betriebswirtschaftliches Risikomanagement

Das klinische und betriebswirtschaftliche Risikomanagement (BRM) werden durch den gleichen Prozess gesteuert und weisen zum Teil Wechselwirkungen auf. Das KRM umfasst die Strukturen, Prozesse, Instrumente und Aktivitäten, welche die Krankenhausmitarbeiter unterstützen, die medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Risiken bei der Patientenversorgung mit direktem Kontakt zu erkennen, zu reduzieren und zu bewältigen. Zentrale Regelungen, die das KRM bestimmen, finden sich im G-BA-Beschluss vom Januar 2014, Patientenrechtegesetz sowie in ISO-, ONR- und DIN-Normen.

Das BRM betrifft alle Risiken, die im wirtschaftlichen und finanziellen Sektor des Krankenhauses entstehen können. Bedeutende gesetzliche Regelungen umfassen KonTraG, Basel II, Deutscher Rechnungslegungs-Standard und TransPuG. Die zwei Bereiche hängen dann am offensichtlichsten zusammen, sobald Risikoauswirkungen im klinischen Bereich bedeutsame wirtschaftliche Auswirkungen nach



sich ziehen (oder umgekehrt), z. B. Abteilungsschließung durch Hygienevorfälle mit entsprechender Erlösminderung.

Risikoidentifikation

Die Risikoidentifikation umfasst das Finden, Erkennen und Beschreiben von Risiken, wobei eine Vielzahl vorhandener Daten, z. B. Routinedaten der Qualitätssicherung und Instrumente, z. B. Fehlermeldesysteme, Beschwerdemanagement genutzt werden kann. Die Beschreibung der Risiken sollte möglichst systematisch, prozessorientiert und detailliert erfolgen unter Nennung der Fehlerquelle und relevanter Einflussfaktoren. Hilfreich für die Beschreibung ist die Berücksichtigung des Schweizer-Käse-Modells, um festzustellen, ob und welche Sicherheitsbarrieren bestehen und wie fehleranfällig diese sind. Identifizierte Risiken sollten in Gefahrenlisten zusammengefasst und nach Gefahrenbereichen gegliedert werden.

Risikoanalyse

Im Rahmen der Risikoanalyse wird eine Risikoeinschätzung vorgenommen, wobei die zwei Dimensionen Risikoauswirkung (Schadenshöhe) und Eintrittswahrscheinlichkeit des Risikos zu berücksichtigen sind. Ein besonderes Augenmerk ist dabei auf Risiken zu legen, deren Auswirkungen erhebliche Schäden verursachen können, insbesondere für Patienten. Zur Ausdifferenzierung der genannten Dimensionen sollten Abstufungen (z. B. geringe bis hohe Schadenshöhe) festgelegt werden. Auf diese Weise festgelegte Risiken können in einer Matrix erfasst werden. Eine besondere Herausforderung für die Praxis stellen erstmalig auftauchende Risiken dar, da bei diesen nicht immer auf Erfahrungswerte zur Abschätzung der Risikodimensionen zurückgegriffen werden kann.

Risikobewertung

Durch die Risikobewertung wird die Tragbarkeit des Risikos festgestellt und entschieden, welche Maßnahmen einzuleiten sind. Wesentlich für die Entscheidung ist die integrierte Betrachtung der Risikoauswirkung und Eintrittswahrscheinlichkeit. Im Falle eines nicht annehmbaren Risikos, z. B. bei hoher Schadenshöhe und Eintrittswahrscheinlichkeit, sind Maßnahmen zur Risikobewältigung einzuleiten. Sofern die Bewertung ein annehmbares Risiko ergibt, ist dieses zu überwachen. Die genannten

Schritte zur Risikobewertung: Identifikation, Analyse und Bewertung sollten mittels einer Risikomanagementsoftware bearbeitet werden. Diese ermöglicht u. a. die effiziente Verknüpfung einer Gefahrenliste und der zweidimensionalen Risikobewertung sowie komplexe Risikoanalysen mit Visualisierungsmöglichkeiten.

Risikobewältigung

Die Maßnahmen zur Risikobewältigung sollten in erster Linie darauf abzielen, das Risiko zu vermeiden, die Schadenshöhe oder die Eintrittswahrscheinlichkeit erheblich zu reduzieren. Aufgrund einer komplexeren werdenden Behandlungslandschaft mit vielfältigen Therapiemöglichkeiten, zunehmender Arbeitsteilung und hoher Prozessdichte sind hier besonders Maßnahmenbündel zur Risikobewältigung gefordert, um das Restrisiko möglichst gering zu halten. Im Falle von Risiken mit besonders hoher Schadenshöhe bei sehr geringer Eintrittswahrscheinlichkeit ist zu überlegen, ob aus wirtschaftlichen Gründen die Versicherung des Risikos vorzuziehen ist als eigeninitiativ Maßnahmen zu ergreifen.

Risikoüberwachung

Um beurteilen zu können, ob die Maßnahmen zur Risikobewältigung wirksam waren, sind diese kontinuierlich zu überwachen – orientiert am PDCA-Zyklus.

Fehlerkultur

Eine positive Fehlerkultur kann nicht per Dienstanweisung angeordnet werden, sondern wird sich nur entfalten, wenn dies durch die Geschäftsführung und die Führungskräfte aller Krankenhausbereiche vorgelebt wird, möglichst in flachen Hierarchien. Neben dem persönlichen Umgang mit Fehlern ist von entscheidender Bedeutung, dass das Sprechen über Fehler nach und nach zur Gewohnheit in der Organisation wird und Tabuisierung abgebaut wird. Der QuMiK-Verbund fördert diesen Anspruch durch zahlreiche Aktivitäten, z. B. Peer Review-Verfahren, M&M-Konferenzen, medizinische Fallbesprechungen sowie Austausch und Diskussion zu Routinedaten. Des Weiteren müssen Personen anonym bleiben, die Fehler melden. Die Aufarbeitung der Fehler hat transparent und sanktionsfrei zu erfolgen; mit dem deutlichen Signal, dass Fehlermeldungen eine Chance zur Verbesserung

sind und nicht der Grund dafür, einen Schuldigen zu finden. Flankierend sind regelmäßige Schulungen zur Nutzung von Fehlermeldesystemen durchzuführen und durch interne Kommunikation sicherzustellen, dass der Nutzen dieser Systeme herausgestellt wird.

QuMiK definiert Standards zum klinischen Risikomanagement

Die Auswahl der Standards erfolgte durch ein intensives und mehrstufiges Verfahren, indem unterschiedlichste Instrumente bewertet worden sind. Die Standards gehen weit über gesetzliche Vorgaben hinaus. Sie gelten für alle Mitglieder und sind auch verbindliche Grundlage für neue Mitglieder. Aufgrund der Vielzahl an relevanten Instrumenten wurde eine Priorisierung vorgenommen mit der Einteilung in Pflicht-Standards und derzeit optionale. Etliche Pflicht-Standards sind bereits seit mehreren Jahren umgesetzt und fester Bestandteil des KRM unserer Mitglieder. Die vollständige Umsetzung erfolgt grundsätzlich 2015. Die Planungen für die derzeit optionalen Standards sehen vor, dass diese größtenteils 2016 von allen Mitgliedern umgesetzt werden. Nach und nach werden die optionalen Standards als Pflicht-Standards definiert. Alle Standards werden jährlich überprüft und an aktuelle Entwicklungen angepasst. Die Standards decken nur einen Teil der Instrumente ab, die unsere Mitglieder nutzen.

Beschreibung zu den Pflichtstandards

CIRS

Das prophylaktisch ausgerichtete Fehlermeldesystem CIRS (Critical Incident Reporting System) dient der systematischen Erfassung von kritischen Ereignissen und Beinahe-Zwischenfällen mit dem Ziel, diese zu bewerten und zu beseitigen. Die Meldungen erfolgen durch die Mitarbeiter aus deren Arbeitsumfeld und basieren auf Freiwilligkeit und Anonymität. Durch EDV-gestützten Einsatz wird eine niederschwellige sowie abteilungs- und berufsgruppen-übergreifende Nutzung des Systems erleichtert. Die Meldungen sind sanktionsfrei und transparent durch Experten zu bearbeiten; dieses Vorgehen ermöglicht den Aufbau einer positiven Fehlerkultur und erhöht die Meldebereitschaft. Durch externe Fachkommentare zu den Meldungen, insbesondere durch das ÄZQ (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin), wird die interne Bearbeitung zusätzlich unterstützt, da die Kommentierung auf Erfahrungen anderer Einrichtungen zurückgreift und Optimierungsansätze aufzeigt.

Beschwerdemanagement für Patienten und Angehörige

Das Beschwerdemanagement erfasst Beschwerden der Patienten und Angehörigen, damit diese systematisch bearbeitet werden können. Die Bearbeitung ist patientenorientiert, z. B. in laienverständlicher Form, zeitnah und transparent durchzuführen. Darüber hinaus sollte die emotionale Lage des Beschwerdeführers berücksichtigt und ggf. die Korrespondenz daraufhin ausgerichtet werden. Zu Beginn des Krankenhausaufenthaltes sind Patienten und Angehörige über die Beschwerdemöglichkeiten vor Ort zu informieren. Das Beschwerdemanagement liefert wichtige Informationen, um klinische Risiken aus Patientensicht zu reduzieren und ist ein zentraler Hebel zur Steigerung der Patientenzufriedenheit.

IQM

IQM (Initiative Qualitätsmedizin) umfasst drei grundlegende Bausteine zur Optimierung der medizinischen Ergebnisqualität und des Risikomanagements:

- **Routinedaten**
Ergänzend zu den Routinedaten der gesetzlichen Qualitätssicherung liefert IQM weitere Daten zur Beurteilung der medizinischen Ergebnisqualität. Die Daten enthalten Vergleichswerte sowie eine Risikoadjustierung, um die Datenanalyse zu erleichtern und Verbesserungsmaßnahmen abzuleiten.
- **Peer Review-Verfahren**
Durch den umfassenden Verfahrensablauf – mit Selbstbewertung, Peer-Besuch, Fremdbewertung und kollegialem Dialog sowie Abschlussbericht – werden unterschiedlichste Perspektiven verdeutlicht und Behandlungsschritte sowie Schnittstellen analysiert. Das Verfahren bietet Hilfe zur Selbsthilfe und liefert praxisrelevante Verbesserungsansätze (Details siehe QuMiK-Jahresbericht 2013 zum Top-Thema Peer Review-Verfahren).
- **M&M-Konferenzen**
Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M&M-Konferenzen) beleuchten besondere Behandlungsverläufe nach definierten Auffälligkeiten. Durch die interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammensetzung der Teilnehmer wird eine umfassende Analyse gewährleistet. Die Ergebnisse der Konferenzen unterstützen in hohem Maße Prozessverbesserungen. Regelmäßig stattfindende M&M-Konferenzen begünstigen die Entwicklung einer positiven Fehlerkultur.

KISS-Daten

Durch die Teilnahme am KISS (Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System) können die Krankenhäuser ihre nosokomialen Infektionen für stationäre Patienten unterschiedlicher Bereiche – bezogen auf das gesamte Krankenhaus, die Station und ausgewählte Patientengruppen – mit anderen Krankenhäusern vergleichen, wobei die Daten durch Standardisierung und Stratifikation eine hohe Aussagekraft erhalten (Details siehe QuMiK-Jahresbericht 2013 zum Top-Thema Hygienemanage-

ment). Durch die Analyse und Dateninterpretation sowie deren Rückmeldung an das ärztliche und pflegerische Personal kann das Auftreten nosokomialer Infektionen reduziert werden. Maßnahmen zur Reduktion nosokomialer Infektionen – wie Surveillance mit KISS – sind regelmäßig Gegenstand unserer QuMiK-Fachgruppe Hygiene.

Operations-Sicherheits-Checkliste

Zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen und Komplikationen sowie zur Absicherung des Operations-Teams wird eine Checkliste eingesetzt. Zentrale Prozessschritte zur Durchführung der Operation, inklusive notwendiger Patientendokumente, werden anhand der Checkliste abgeprüft. Nach jedem Prozessschritt wird per Unterschrift des beteiligten Personals sichergestellt, dass die relevanten Checklistenkriterien abgeprüft wurden und benötigte Informationen vollständig sind. Sofern Informationen fehlen, stoppt der Ablauf. Erst nach Vervollständigung der Informationen wird fortgefahren. Um die angestrebte Patientensicherheit zu erreichen, wird die Identität des Patienten, Operationsart und Stelle mehrfach überprüft. Des Weiteren erfolgt nach der Operation eine Zählkontrolle der Operationsinstrumente und Materialien.

Arzneitherapiesicherheit: Standardetiketten

Die DIVI (Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin) hat in Kooperation mit weiteren Institutionen die Kennzeichnung von Spritzenetiketten optimiert, um Arzneimittelverwechslungen und Fehldosierungen zu vermeiden. Die Optimierungen betreffen die Schreibweise des Medikaments, Farbgebung und Platzierung auf der Spritze.

Quellenhinweis (Auszug):

DI/Ocert GmbH (Mainz)

G-BA, Beschluss 23. Januar 2014

Weitere Quellenhinweise bei den Verfassern.

QuMiK-Standards zum Klinischen Risikomanagement

Pflicht-Standards

<i>Instrumente</i>	<i>Wesentliche Umsetzungsschritte (SOLL)</i>	<i>Kriterien zur Umsetzung</i>
CIRS	<ul style="list-style-type: none"> – EDV-gestütztes Meldeverfahren – Mitarbeiter-Schulungen – Maßnahmenableitung und Kontrolle – Hausweite Umsetzung* 	G-BA
Beschwerdemanagement für Patienten und Angehörige	<ul style="list-style-type: none"> – Zeitnahe Rückmeldung an Beschwerdeführer und betroffenen Bereich – Beschwerdestatistik geführt und ausgewertet – Transparenz und Kommunikation der Ergebnisse für die Bereiche QM und RM 	G-BA
IQM	<ul style="list-style-type: none"> – Analyse von Routinedaten (G-IQI und QSR) – Peer Review-Verfahren – Hausweite interdisziplinäre und interprofessionelle M&M-Konferenzen (Ärztlicher Direktor oder Sprecher ist Ansprechpartner und Moderator der M&M-Konferenzen) 	IQM
KISS-Daten	<ul style="list-style-type: none"> – Beteiligung an KISS-Modulen – Datenauswertung, Rückmeldung an die Bereiche sowie Maßnahmenableitung auf Basis der Jahresauswertung* 	–
Operations-Sicherheits-Checkliste	<ul style="list-style-type: none"> – Team-Time-Out wird durchgeführt – Umsetzung im operativen Bereich – Kontrolle durch regelmäßige Stichproben – Umsetzung bei aufklärungspflichtigen Untersuchungen im internistischen und diagnostischen Bereich* 	WHO
Arzneitherapiesicherheit: Standardetiketten	<ul style="list-style-type: none"> – Standardetiketten nach DIVI in den Bereichen OP, Notfall und Intensiv (Beschriftung von Spritzen) 	DIVI

Derzeit optionale Standards

Daten der externen Qualitätssicherung (§ 137 SGB V)	<ul style="list-style-type: none"> – Erfassung der Daten – Unterjährige Auswertung und Rückmeldung an die Bereiche – Kontrolle der Dokumentationsrate – Maßnahmenableitung aufgrund der Jahresauswertung 	–
Auswertung von Patientenschadensfällen und -Anspruchserhebungen	<ul style="list-style-type: none"> – Erfassung aller Versicherungsmeldefälle – Strukturierte Auswertung – Analyse nach strukturellen und prozessualen Ursachen (Organisationsverschulden) – Ableiten von Maßnahmen – Transparenz der Ergebnisse für die Bereiche QM und RM 	–
Krankenaktenanalyse	<ul style="list-style-type: none"> – Prüfung Vorhandensein einer Dokumentationsrichtlinie – Einheitliche QuMiK-Checkliste zur Prüfung der Dokumentation – Stichprobenkontrolle (10 Akten pro Fachabteilung im Jahr) 	–
Patienten-Identifikationsbänder	<ul style="list-style-type: none"> – Umsetzung für Neugeborene – Umsetzung für Patienten der Bereiche OP (ambulant und stationär), Notfall, nicht-OP internistisch und nicht-OP psychiatrisch bei diagnostischen Maßnahmen 	Landesdatenschutz
Arzneitherapiesicherheit: Schulungen und Informationen	<ul style="list-style-type: none"> – Schulungen und Newsletter durch die Apotheke über verwechslungsanfällige Medikamente – Aktuelle Liste aller Arzneimittel-Wirkstoffe im Intranet 	–

* Umsetzung 2016

3.2 Risikobeurteilung und Bewältigung

Einführung CIRS am Beispiel des Schwarzwald-Baar Klinikums

Bereits 2009 startete das Schwarzwald-Baar Klinikum am Standort Donaueschingen das Pilotprojekt Critical Incident Reporting System (CIRS) in den Bereichen OP und Anästhesie. Seitdem verfolgt das Klinikum mit Hilfe von systematischer Bearbeitung von gemeldeten Zwischenfällen das Ziel, die Patientensicherheit zu erhöhen. Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass es bei CIRS nicht um Vorkommnisse geht, die einen Schaden zur Folge haben – denn das sind Fälle für das Schadenmeldesystem. Sondern es geht um kritische Ereignisse, die als Vorstufe von Fehlern erkannt werden. Am Schwarzwald-Baar Klinikum überzeugten die Ergebnisse des auf eineinhalb Jahre angelegten Pilotprojekts alle Beteiligten derart, dass CIRS zwischenzeitlich in fast allen Bereichen des Standorts fest verankert ist.

Das Schwarzwald-Baar Klinikum am Standort Donaueschingen entschied sich 2009 für das Pilotprojekt, weil CIRS als noch fehlender Baustein in der Fehlerkultur betrachtet wurde. Schließlich arbeitete das Anästhesie-Team in den meisten Bereichen schon SOP-basiert, vor allem aber gab es bereits ein funktionierendes Beschwerde- und Zwischenfallmanagement. Gleichzeitig war das eine der wichtigen Voraussetzungen zur Einführung von CIRS: Geht es um Patientensicherheit, ist das Meldesystem nur dann sinnvoll, wenn es bereits vorhandene Maßnahmen ergänzt. Aber es gibt noch weitere Bedingungen: CIRS muss von der Geschäftsführung gewollt sein, den Mitarbeitern muss Sanktionsfreiheit in jeder Hinsicht schriftlich garantiert werden und es bedarf fachlich qualifizierter und vertrauenswürdiger Mitarbeiter.

Bitte ohne Chefarzt: die Arbeitsgruppe

Als erstes wurde im Klinikum eine Arbeitsgruppe zusammengestellt. Dafür geeignete Mitglieder zu finden, war keine Selbstverständlichkeit – alle Mitarbeitergruppen mussten vertreten sein. Außerdem sollten es akzeptierte, kompetente Vertrauenspersonen sein, die auch in menschlicher Hinsicht als qualifiziert galten. Die Leitung der Arbeitsgruppe übernahm eine Oberärztin, denn bewusst hat das Klinikum auf einen Chefarzt im

Team verzichtet, um von vornherein Zurechtweisungen für Meldende auszuschließen. Die Arbeitsgruppe hat zunächst gemeinsam mit der Abteilung Qualitätsmanagement einen Projektplan entwickelt und eine Kick-off-Veranstaltung organisiert. Wichtig war, dass alle Beschäftigten die Abläufe innerhalb von CIRS von Beginn an genau kannten und sicher sein konnten, dass ihre Anonymität als Meldender gewahrt bleibt. Außerdem sollte der Verwaltungsaufwand in Grenzen gehalten werden. Die Verantwortlichen haben ein strukturiertes Meldeformular entwickelt, das seitdem allen geschulten Mitarbeitern zur Verfügung steht und in wenigen Minuten entweder am PC oder handschriftlich ausgefüllt in den Briefkasten der CIRS-Gruppe geworfen werden kann. Nur CIRS-Verantwortliche und Beauftragte haben Zugang zu den Meldungen.

Risiken: identifizieren, analysieren, bewerten

Alle zwei Wochen setzt sich die CIRS-Arbeitsgruppe zusammen: Die Mitglieder sichten die eingegangenen Meldungen und sortieren diese – dabei werden ausschließlich Nachrichten ausgewertet, die auch anonymisiert werden können. Dann wird das bestehende Risiko für den Patienten festgestellt und analysiert, das heißt die Arbeitsgruppe sucht nach möglichen Ursachen für das Ereignis und bewertet dessen Schweregrad, wobei ursächliche Faktoren, wie beispielsweise erhöhter Arbeitsdruck oder Überlastung, berücksichtigt werden. Dann erarbeitet das Team Vorschläge zur Vermeidung des unerwünschten Ereignisses. Abschließend erfolgt eine Zusammenfassung, die an den Meldekreis sowie die Geschäftsführung kommuniziert wird.

Nur noch selten

In den ersten eineinhalb Jahren verzeichnete die Arbeitsgruppe rund 70 Meldungen zu den verschiedensten Ereignissen. Unter anderem kam es wiederholt vor, dass Patienten beispielsweise auf Grund fehlender Unterlagen oder nicht vorhandener Anästhesiefreigabe aus dem OP wieder ausgeschleust werden mussten. Um das zukünftig zu vermeiden, wurde

nach kurzer Zeit eine Sicherheitscheckliste eingeführt – seitdem treten derartige Ereignisse nur noch sehr selten auf. Gelegentlich mussten Patienten auch vom OP-Plan gestrichen werden, weil das Anästhesierisiko während der chirurgisch-operativen Sprechstunden nicht erkannt worden war. Die Arbeitsgruppe entwickelte daraufhin eine Checkliste für die operativ tätigen Fachabteilungen. Damit sind diejenigen Patienten schneller herauszufiltern, die bereits im Vorfeld einer Operation in der Risikosprechstunde der Anästhesieambulanz vorgestellt werden sollten. Seitdem sind Absetzungen auf Grund fehlender Narkosefähigkeit sehr selten geworden.

Fazit

CIRS hat sich im Schwarzwald-Baar Klinikum bewährt: Es ist ein ausgezeichnetes Frühwarnsystem, mit dessen Hilfe verhindert werden kann, dass aus unerwünschten Ereignissen Fehler oder Schadenereignisse werden. Man muss einen Fehler nicht machen, um ihn zukünftig zu vermeiden! Ohne die Geschäftsführung mit „im Boot“ zu haben und der damit verbundenen Unterstützung funktioniert CIRS allerdings nicht. Denn es reicht nicht, ausschließlich Vorschläge zu machen – die Ergebnisse müssen auch an die Mitarbeiter kommuniziert werden und die Entscheidungsträger für deren Umsetzung sorgen. Der Aufwand für das Meldesystem sollte sich in Grenzen halten. Denn es gilt auch: besser gar kein CIRS als ein schlecht gepflegtes CIRS.

CIRS-Einsatz am Beispiel der ALB FILS KLINIKEN

In den Kliniken des Landkreises Göppingen, die seit September 2012 als ALB FILS KLINIKEN zusammengeführt sind, hat Klinisches Risikomanagement eine lange Tradition. Schon Mitte 2007 wurde in Zusammenarbeit mit dem Universitätsklinikum Tübingen das System PaSIS in einem Pilotbereich eingeführt und ab 2009 flächendeckend zur Verfügung gestellt. 2011 erfolgte die Umstellung auf CIRSmedical mit externer Kommentierung durch das ÄZQ (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin), einer gemeinsamen Einrichtung der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Als großer Vorteil hat sich die Analyse und externe Kommentierung durch den CIRS-Fachbeirat des ÄZQ erwiesen. Viele Kommentare waren für die anschließende interne Bearbeitung sehr hilfreich. Jede CIRS-Meldung und die anschließende Bearbeitung kann maßgeblich zur Verbesserung der Patientensicherheit, der Abläufe und der Versorgungsqualität beitragen. In den ALB FILS KLINIKEN ist durch Vorgesetzte sicherzustellen, dass gemeldete Ereignisse bewertet, systematisch analysiert und besprochen werden. Die Berichte werden regelmäßig abteilungs- und zentrumsintern unter Berücksichtigung der Fachkommentare des ÄZQ analysiert und daraus abgeleitete Verbesserungen kommuniziert und zeitnah umgesetzt.

Fallbeispiel 1

Aufklärung fremdsprachiger Patienten
Der CIRS-Fall bezieht sich auf die Aufklärung eines Patienten für eine notfallmäßige Operation am Wochenende in der Schmerzambulanz der Anästhesie.

Kritisches Ereignis

Der Patient musste operiert werden, weil eine akute Appendizitis diagnostiziert worden war. Der Patient konnte nur unzureichend über das geplante Vorgehen aufgeklärt werden, weil er und seine Angehörigen nur Russisch sprechen und verstehen. Nach langem Suchen in der Klinik wurde eine Reinigungskraft gefunden, die Russisch aber nur unzureichend Deutsch spricht. Diese versuchte bei der Aufklärung zu helfen.

Vorschlag des Melders

Zunehmende Anzahl an fremdsprachigen Patienten. Erstellen einer Dolmetscherliste von den Mitarbeitern, die übersetzen können? (Frage: Ist dies rechtssicher?)

Fachkommentar ÄZQ

Jeder Arzt ist vor Durchführung der von ihm geplanten Maßnahmen, insbesondere eines Eingriffs in den Körper des Patienten, dazu verpflichtet, die Einwilligung des Patienten nach Aufklärung einzuholen. Da die Aufklärung für den Patienten verständlich sein muss, ist der Arzt dafür verantwortlich, dass der Patient seine Erläuterungen versteht, Missverständnisse ausgeräumt und Fragen geklärt werden können. Damit bei der Aufklärung nicht Deutsch verstehender Patienten nicht jedes mal aufs Neue eine Suche nach geeigneten „Sprachmittlern“ beginnt, bietet sich die vom Melder vorgeschlagene Vorgehensweise an, im Krankenhaus eine Liste von Mitarbeitern anderer Nationalitäten zu führen, die sich grundsätzlich für eine Übersetzungstätigkeit eignen. Die gängigen Aufklärungs- und Anamnesebögen sind in einer Vielzahl fremdsprachiger Versionen verfügbar und können, da sie dem deutschen Aufklärungsbogen entsprechen, parallel zu diesem im Rahmen des Aufklärungsgespräches eingesetzt werden.

Umsetzung

Eine aktuelle Dolmetscherliste (unter Einbeziehung der Gebärdensprache) mit der telefonischen Erreichbarkeit der jeweiligen Mitarbeiter wurde vom Geschäftsbereich Personal erstellt und kommuniziert sowie in das Intranet eingestellt. Diese Liste wird quartalsweise überprüft. Derzeit wird geklärt, ob Aufklärungsbögen in weiteren Sprachen beschafft werden sollen.

Fallbeispiel 2

Umrechnung Methadon zu L-Polamidon
Der CIRS-Fall bezieht sich auf die Dosierung und Verabreichung eines Betäubungsmittels in der Orthopädie.

Kritisches Ereignis

Der Patient ist mit Methadon eingestellt und im Haus ist stattdessen nur L-Polamidon gelistet und vorrätig. Die Umrechnung wurde nicht korrekt durchgeführt,

was zur Verabreichung einer höheren Dosierung des Betäubungsmittels führte. Die höhere Dosierung führte zu keiner Schädigung des Patienten.

Fachkommentar ÄZQ

In der Tat muss man eine Methadondosis in die korrekte L-Polamidondosis umrechnen. In Deutschland kommt erschwerend hinzu, dass Methadon in zwei Konzentrationen hergestellt wird (0,5- bzw. 1-Prozent-Lösung) und die Dosierung häufig in „Milliliter“ angegeben wird und nicht in eindeutigen „Milligramm“. Daher muss im Rahmen der Medikationsanamnese zunächst festgestellt werden, wie viel Milligramm Methadon der Patient benötigt. Diese Dosierung in „Milligramm“ Methadon kann dann in L-Polamidon umgerechnet werden. Hierfür ist es sehr günstig, wenn die Apotheke eine Umrechnungstabelle mitliefert. Es ist empfehlenswert, bei Umrechnungen dieser Art (selten, nicht trivial, möglicherweise erhebliche Auswirkungen bei Fehlern) eine zweite Person kontrollieren zu lassen oder gegebenenfalls den Krankenhausapotheker hinzuziehen.

Umsetzung

Der Fall wurde gemeinsam mit der Apotheke im Rahmen des Qualitätszirkels Schmerzmanagement besprochen. Im Intranet ist inzwischen eine Umrechnungstabelle hinterlegt. Bei Fragen kann man sich jederzeit an die Apotheke wenden.

Fazit

Diese beiden Beispiele verdeutlichen, dass externe Fachkommentare eine gute Hilfestellung für die weitere interne Bearbeitung darstellen, weil sie Erfahrungen aus anderen Häusern weitergeben und Hinweise zur Verbesserung der Qualität liefern. Die Fallschilderungen anderer Häuser weisen auf Verbesserungspotenziale im medizinischen Behandlungsprozess hin, die präventiv anzugehende Handlungsfelder im eigenen klinischen Risikomanagement aufzeigen. Gerade komplexe und sensible Fälle beschreiben klinische Risikopotenziale, die in der eigenen Organisation ebenfalls vorbeugend zu bewerten und zu analysieren sind.

CIRS-Einsatz in Alltagsfällen am Beispiel der Rems-Murr-Kliniken

Mit CIRS sollen mögliche Fehlerquellen und Risiken frühzeitig erkannt werden, bevor daraus ein Schaden entstehen kann. Mit diesem Ziel wurde auch in den Rems-Murr-Kliniken 2012 das CIRS-Meldesystem eingeführt. Nach knapp zwei Jahren wurde festgestellt, dass mit diesem Lern- und Berichtssystem nicht nur neue Themen aufgedeckt werden, sondern auch Aspekte in den Fokus der Aufmerksamkeit rücken, die eigentlich schon geregelt schienen. Auch für kleine Alltagsfälle ist die Aufarbeitung durch CIRS ein wirksames Instrument, um künftige Fehler zu vermeiden und die Patienten- und Mitarbeitersicherheit zu verbessern.

Beispiel 1

Der CIRS-Fall „Patientenverwechslung: derselbe Name, jedoch falscher Patient“ half, die Abfrage beziehungsweise Abfragetechnik bei der Aufnahme von Patienten zu präzisieren.

Vorkommnis

Bei der Anforderung von Kreuzblut für einen Patienten fiel auf, dass die Blutgruppe nicht mit der in der Akte dokumentierten Blutgruppe übereinstimmte. Es wurde festgestellt, dass im Verlegungsbrief einer dritten Einrichtung abweichende Geburts- und Adressdaten angegeben waren. Es stellte sich heraus, dass im Krankenhausinformationssystem ein anderer Patient mit demselben Namen zugeordnet worden war. Die Verwechslung hatte allerdings ansonsten keine weiteren Folgen für die Behandlung des Patienten.

Analyse

In der Analyse stellte sich heraus, dass fehlende Sorgfalt bei der Aufnahme des Patienten in der Notaufnahme zu der Verwechslung geführt hatte.

Ergebnis

Die Identifikation der Patienten bei der Aufnahme in das Krankenhausinformationssystem bedarf besonderer Aufmerksamkeit, um Patientenverwechslungen zu vermeiden. Geeignete Fragen können helfen, solche Verwechslungen zu reduzieren. Name, Vorname und Geburtsdatum alleine bieten nicht die erforderliche

Sicherheit. Je mehr Patienten das System enthält, desto mehr „Zwillinge“ sind im System enthalten. Die für die Aufnahme zuständigen Mitarbeiter werden bei der Feststellung der Identität für folgende Punkte sensibilisiert:

- Vorlage der Versichertenkarte (Personalausweis), falls diese nicht vorliegt
- Abfrage von Vor- und Nachname
- Abfrage des Geburtsdatums (Vermeidung von Suggestivfragen)
- ggf. Abfrage des Wohnorts oder der Voraufenthalte.

Patienten-Identifikationsarmbänder, die in den Rems-Murr-Kliniken angewandt werden, sind ein sinnvolles Hilfsmittel, um den Identifizierungsprozess im Krankenhaus zu unterstützen. Jedoch müssen auch hier die Patienten zu Beginn korrekt identifiziert werden, bevor das Patientenarmband angelegt wird.

Beispiel 2

Der Fall „Nichteinhalten der Kleiderhygienevorschriften“

Vorkommnis

Vereinzelt wurde bei Mitarbeitern die Nichteinhaltung der Hygienevorschriften festgestellt, z. B. das Tragen von Schmuck im OP-Bereich, das Anlassen der Bereichskleidung nach dem Aufsuchen anderer Bereiche.

Analyse

Das Wissen um die vorhandenen Vorschriften war mit der Zeit nicht mehr ausreichend vorhanden. Nicht alle Mitarbeiter kannten die vorgegebene Regelung.

Ergebnis

Zur Steigerung der Durchdringung und der Einhaltung eines korrekten Hygieneverhaltens wurden eingeleitet:

- regelmäßige Thematisierung in den Leitungssitzungen
- regelmäßige interne Pflicht-Fortbildungen für alle Mitarbeiter im OP.

Beispiel 3

CIRS-Meldungen können aufdecken, wenn Regelungen nicht konkret genug sind. So verhielt es sich im CIRS-Fall „Patient kam von der Notaufnahme ohne Transportbegleitung auf die Intensivstation“.

Vorkommnis

Ein gehfähiger Risikopatient kam zu Fuß von der Notaufnahme auf die Intensivstation zur stationären Überwachung. Aufgrund seiner bekannten kardiologischen Erkrankungen waren im äußersten Falle lebensbedrohliche Komplikationen auf diesem Weg nicht auszuschließen.

Analyse

Die intensivpflichtigen Patienten werden von qualifiziertem Pflegepersonal transportiert. Bei diesem Patienten kam es aufgrund seiner Gehfähigkeit dazu, dass er sich selbst auf den Weg zur Intensivstation machte. Als Grund musste ein Personalmangel erkannt werden. Der Patient war in der Notaufnahme nicht ausreichend überwacht worden.

Ergebnis

Eine Dienstanweisung zum Transport von intensivpflichtigen beziehungsweise überwachungspflichtigen Patienten wurde erstellt. Diese regelt, dass überwachungspflichtige Patienten grundsätzlich nur mit qualifizierter Begleitung im Haus verlegt werden dürfen. Die Qualifikation des begleitenden Personals wurde festgelegt. Die Kriterien für qualifizierte Transporte wurden definiert.

Fazit

In keinem der als Beispiele genannten Fälle kam es zu einem Schaden oder gar zu einem schwerwiegenden Zwischenfall im Krankenhausbetrieb. Es sind vermeintlich „kleine“ Alltagsprobleme. Trotzdem haben alle hier aufgeführten CIRS-Fälle und deren Aufarbeitung zur Verbesserung von Prozessen und Abläufen beigetragen. Dadurch wurde unmittelbar die Patienten- und Mitarbeitersicherheit in den Kliniken erhöht.

Risikobewältigung der Medikationsfehlerquellen am Beispiel des Klinikverbundes Südwest

Der Klinikverbund Südwest (KVSWS) verfügt seit 2012 über ein CIRS (Critical Incident Reporting System), das den Mitarbeitern ermöglicht, anonymisiert Beinahe-Zwischenfälle und Risiken zu melden. Alle Meldungen werden kategorisiert, um einen Überblick über die größten Handlungsfelder zu gewinnen. Etwa zehn Prozent der Meldungen können der Kategorie „Medikation“ zugeordnet werden.

Im Rahmen des interdisziplinär besetzten CIRS-Teams wurden die Fälle detailliert aufgearbeitet sowie aktuelle Veröffentlichungen zum Thema Medikationsfehler ausgewertet. Es konnten folgende TOP3-Handlungsfelder identifiziert werden:

- Verwechslungsgefahren durch Look-alike-/Sound-alike-Medikamente
- Neueinführung/Wechsel von Medikamenten
- Schnittstellen in der Arzneimittelversorgung

Look-alike-/Sound-alike-Medikamente
Etwa die Hälfte der CIRS-Meldungen der Kategorie „Medikation“ sind Hinweise der Mitarbeiter über potenzielle Verwechslungsrisiken von Medikamenten durch ähnlich klingende Medikamentennamen oder optisch ähnliche Medikamentenverpackungen. Die internationale Namensgebung von Arzneimittelwirkstoffen erfolgt über die WHO. Hierbei gilt die Maßgabe, dass die Namen universell und schriftlich sowie mündlich klar zu unterscheiden sein sollen. Bei einer Anzahl von fast 8.000 generischen Medikamentenbezeichnungen bleiben ähnliche Namen allerdings nicht aus. Parallel dazu erfinden die Pharmakonzernunternehmen Handelsnamen für ihre Medikamente. Namensverwechslungen sind somit extern vorgegeben und lassen sich nicht direkt beeinflussen. Gleiches gilt für optisch ähnliche Medikamentenverpackungen, die dem Corporate Design der Pharmahersteller geschuldet sind. Es stellt sich somit die Frage, was die Klinik intern tun kann, um die Verwechslungsrisiken zu reduzieren.

Zunächst hat der KVSWS per Verfahrens-anweisung festgelegt, wie die ärztliche Verordnung von Medikamenten im KVSWS erfolgen soll. So soll bei der Vielzahl an

generischen Arzneimittelnamen und Handelsnamen zunächst eine einheitliche Sprache in allen Kliniken des KVSWS gesprochen werden. Bei Unklarheiten zwischen Verordnung und vorrätigen Medikamenten auf der Station, ist vor Verabreichung Rücksprache mit dem verordnenden Arzt zu halten.

Ein weiterer wesentlicher Ansatzpunkt ist die Sensibilisierung aller am Medikationsprozess Beteiligten für die Verwechslungsproblematik. So wird beispielsweise in einer Veröffentlichung des „Institute for Safe Medication Practices“ das Phänomen der „inattention blindness“ beschrieben: Dinge werden nur dann richtig wahrgenommen, wenn die volle Aufmerksamkeit darauf gerichtet ist. Dazu kommt das Phänomen des „confirmation bias“: Menschen sehen das, was sie zu sehen erwarten und nicht das, was tatsächlich da ist (siehe Dtsch. Ärzteblatt 2011; 108 (36)). Letztlich zeigen diese Phänomene, dass auch optisch und namentlich eindeutig zu unterscheidende Medikamentenbezeichnungen in der Praxis keine absolute Sicherheit vor Verwechslungen bieten würden und dass das bewusste und konzentrierte Lesen und Wahrnehmen aller am Medikationsprozess Beteiligten unumgänglich ist. So setzt der KVSWS insbesondere an dem Punkt des Bewusstseinserschaffens an. Bekannt gewordene oder im Rahmen des CIRS gemeldete Verwechslungsrisiken werden von der Apotheke aufgearbeitet und visualisiert. Regelmäßig werden diese Apothekeninformationen den Mitarbeitern breit zugänglich gemacht und sind im Intranet sowie in der Klinik (z. B. Stationszimmer) an prominenter Stelle verfügbar.

Medikamentenneueinführung/-Wechsel
Ein weiteres Risiko, das im Bereich der Medikation identifiziert werden konnte, ist der Wechsel von Medikamenten (12 Prozent der Meldungen der Kategorie Medikation). Das bedeutet, dass Medikamente bei einem anderen als dem bisherigen Lieferanten, in der Regel mit anderem Packungsdesign und gegebenenfalls unter einem anderen Handelsnamen bezogen werden. Wechsel von Medikamenten sind häufig ökonomisch begründet oder aufgrund von Lieferengpässen erforderlich.

Der KVSWS versucht möglichst langfristige Vertragsbeziehungen zu zuverlässigen Lieferanten aufzubauen und zu pflegen, um das Risiko zu reduzieren. Allerdings kommt es auch bei Produkten, für die verbindliche Liefervereinbarungen abgeschlossen wurden, zunehmend zu Lieferengpässen, was einen schnellen und zeitlich befristeten Umstieg auf ein anderes Medikament oftmals unumgänglich macht. In solchen Fällen werden beim Medikamentenversand aus der Apotheke in die Kliniken immer schriftliche Informationen zu den Ersatzprodukten mitgeliefert.

Schnittstellenprobleme

Die stationäre Aufnahme in die Klinik, die interne Verlegung eines Patienten innerhalb der Klinik sowie die Entlassung aus der stationären Behandlung sind Schnittstellen im Medikationsprozess, bei denen es zu Medikationsfehlern kommen kann. An diesen Schnittstellen besteht insbesondere das Risiko des Auslassens, der Verwechslung, der Doppelverordnung oder auch das Risiko von Dosierfehlern.

Zur Risikoreduzierung wurde in der Klinik für Unfallchirurgie am Standort Sindelfingen ein Pilotprojekt initiiert. Bei kürzlich aufgenommenen Patienten erfolgt über einen Apotheker die Arzneimittelanamnese. Durch eine Befragung des Patienten und gegebenenfalls der Angehörigen sowie des Hausarztes wird die Hausmedikation vollständig erfasst und auf die entsprechenden im KVSWS gelisteten Arzneimittel umgestellt. Im weiteren Schritt (Arzneimitteltherapiesicherheitsprüfung) werden gegebenenfalls bestehende Interaktionsrisiken sowie zweifelhafte Indikationen oder Dosierungen berücksichtigt und Empfehlungen zur Korrektur ausgesprochen. Außerdem nimmt der Apotheker regelmäßig an mehreren ärztlichen Visiten teil. Dabei werden die aktuellen Verordnungen geprüft und bei Bedarf mit dem verordnenden Arzt Rücksprache genommen.

Chargendokumentationssystem (CDS) in der Zentralen Sterilgutversorgungs- abteilung (ZSVA) am Beispiel des Klinikums Heidenheim

Das Patientenrechtegesetz aus dem Jahr 2013 fordert neben verbesserten Regelungen zur Aufklärung auch Maßnahmen zur Bewältigung von Risiken, welche die Behandlung von Patienten begleiten. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in der Folge die Vorgaben für zugelassene Krankenhäuser um einen Artikel betreffend des Fehler- und Risikomanagements erweitert. Diese gesetzlichen Veränderungen veranlassten das Klinikum Heidenheim, sich mit der Rückverfolgbarkeit bei der Wiederaufbereitung von Medizinprodukten (MP) zu beschäftigen. Ein weiterer Anlass ergab sich aus dem Anspruch, die Anforderungen der KRINKO sowie des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte für die Wiederaufbereitung zu erfüllen. In diesen Anforderungen wird eine lückenlose Dokumentation gefordert, denn die zuverlässige Dokumentation der Aufbereitung von Instrumenten und Sterilgut spielt bei der Gewährleistung einer hohen Patientensicherheit eine wesentliche Rolle.

Zur Erfüllung dieser Forderungen wurde in der ZSVA des Klinikums Heidenheim zum 1. Juli 2014 ein neues CDS in Betrieb genommen.

Im Rahmen der Softwareauswahl entschieden sich die Verantwortlichen aus ZSVA, Qualitätsmanagement und Medizin-informatik für die Einführung der Software „instacount® PLUS“ der Firma INVITEC, die

den Installationszahlen nach Marktführer im deutschsprachigen Raum ist.

Wie der Name bereits vermuten lässt, stellt ein CDS in der ZSVA ein System zur Dokumentation des Aufbereitungsprozesses von MP dar, zur Nachvollziehbarkeit jedes einzelnen Arbeitsschrittes der Aufbereitung bis hin zur Anwendung am Patienten. Durch die softwaregestützte Chargendokumentation lassen sich die Arbeitsprozesse in der ZSVA transparenter und effizienter gestalten, aber auch auf Seiten der Patienten lassen sich einige Risiken minimieren, wenn nicht sogar vermeiden.

Beginnend bei der Annahme der kontaminierten Instrumente aus dem OP und von den Stationen, wird jeder Prozessschritt der Reinigung und Desinfektion, Verpackung und Sterilisation in der Software dokumentiert. Sämtliche Packlisten für Siebe werden elektronisch hinterlegt. Diese können automatisch über ein Barcodeetikett, das auf jedem Sieb angebracht ist, aufgerufen werden, wenn das jeweilige Sieb gepackt wird. An allen Transportwagen sind ebenfalls Barcodes angebracht, um genau bestimmen zu können, welche Charge auf welchem Wagen transportiert worden ist. In der Software werden die Mitarbeiter jeweils arbeitsplatzbezogen aufgeführt, um auch hier nachvollziehen zu können, wer genau an einem Prozess beteiligt war.

Durch die Software werden auch die Sterilisations- und Reinigungsgeräte überwacht. Tritt bei diesen Arbeitsschritten ein Fehler auf, so haben die Mitarbeiter ein weiteres Fehlererkennungstool, das sie rechtzeitig warnt. Schließt sich dann der Kreislauf bei der Nutzung der sterilen MP, wird das Barcodeetikett in die Patientenakte übertragen. Bei einem Zwischenfall wird dadurch eine gezielte Rückverfolgbarkeit beziehungsweise gezieltes Zurückrufen fehlerhaft desinfizierter MP schnell ermöglicht.

Ein Vierteljahr nach Inbetriebnahme des Systems zeigt sich, dass Abläufe optimiert werden konnten. Die auch aus haftungsrechtlichen Gründen notwendige Dokumentation konnte vereinfacht werden. Allein durch die papierlose Dokumentation können pro Monat zehn Aktenordner mit Protokollen eingespart werden. Weitere Vorteile bilden, neben der lückenlosen Rückverfolgbarkeit der Aufbereitung und der Unterstützung der Dokumentation durch Barcodesteuerung, die Reduzierung des Fehlerpotentials durch Aufbereitungshinweise und Prüfung der Aufbereitungsmethoden sowie mehr Kontrollmöglichkeiten (z. B. bei Aufbereitung von MP für externe Praxen). Die Einführung der elektronischen Chargendokumentation hat sich bewährt. Sie bietet Transparenz und Sicherheit für Patienten, wie auch für die Mitarbeiter der ZSVA.



Sichere Identifikation der Medizinprodukte via Barcodeetikett



Aufbereitungshinweise werden am Bildschirm angezeigt.



4.0 *Top-Thema QuMiK-Qualitätspreis*





3

4.1 **Einleitung**

Der QuMiK-Qualitätspreis wurde erstmals 2012 ausgelobt. Aufgrund der sehr positiven Resonanz – sowohl innerhalb als auch außerhalb des Verbundes – wird der Preis nun alle zwei Jahre verliehen. Mit dem Projektwettbewerb verfolgen die QuMiK-Einrichtungen das Ziel, innovative Verbesserungsideen und deren Umsetzung wechselseitig innerhalb des Verbundes bekannt zu machen. Die innovativsten Projekte werden ausgezeichnet und der Öffentlichkeit vorgestellt.

Die QuMiK-Arbeitsgruppe QM hat das Bewertungsverfahren zum Qualitätspreis entwickelt und ist an der Auswahl der Siegerprojekte maßgeblich beteiligt. Die zentralen Bewertungskriterien umfassen den Patientenbezug, Innovationsgrad, die Übertragbarkeit auf andere Standorte und die Projektabwicklung anhand des PDCA-Zyklus.

Der QuMiK-Qualitätspreis 2014 wurde am 3. Juli 2014 im Rahmen der QuMiK-Jahresveranstaltung in der Orthopädischen Klinik Markgröningen verliehen. Während der Veranstaltung wurden alle prämierten Projekte vorgestellt. Für den Preis 2014 wurden insgesamt 18 Projekte der Verbundmitglieder eingereicht.

Die höchste Auszeichnung erhielt die Regionale Kliniken Holding RKH, welche die Antibiotika-Behandlung klinikweit abgestimmt hat. Die Ergebnisse finden sich in einem Antibiotikamanual mit jährlicher Neuauflage. Durch das praktische Format für die Kitteltasche können die Therapie-Empfehlungen von den Ärzten bei der Arbeit mitgeführt werden. Der zweite Preis ging gemeinsam an die SLK-Kliniken Heilbronn und das Schwarzwald-Baar Klinikum für die Einrichtung eines Patienten- und Belegungsmanagements. Mit dem dritten Preis ausgezeichnet wurde das Projekt „Stroke Nurse“ der Oberschwabenklinik. Im Folgenden werden die ausgezeichneten Projekte detailliert beschrieben.



Auszeichnung für den ersten Platz:

Geschäftsführer der QuMiK GmbH Matthias Ziegler, Dr. Matthias Hoffmann, Oberarzt, Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin, Schmerztherapie und Notfallmedizin am Klinikum Ludwigsburg, Regionale Kliniken Holding RKH, QuMiK-Sprecher Dr. Thomas Jendges (v. l. n. r.)

4.2 Prämierte Projekte

Erstellung eines abteilungsübergreifenden Antibiotika-Manuals für das Klinikum Ludwigsburg

Ausgangssituation

Spätestens im Jahr 2006 wurde uns durch die Studie von Kumar et al. bewusst, wie wichtig eine suffiziente Antibiotikatherapie für das Überleben des septischen Patienten ist. Er zeigte auf, dass die Gabe eines effektiven Antibiotikums innerhalb der ersten Stunde dokumentierter Hypotension noch mit einer Überlebensrate von 80 Prozent assoziiert ist, dass aber mit jeder Stunde Verzögerung einer kalkulierten oder gezielten antimikrobiellen Therapie die Überlebensrate um 8 Prozent sinkt. Der durchschnittliche Zeitraum zwischen dokumentierter Hypotension und Beginn einer effektiven antimikrobiellen Gabe liegt bei 6 Stunden. Die Mortalität steigt von 20 auf 65 Prozent.

Unter anderem führte dies zu einer Vielzahl sinnvoller Empfehlungen, federführend für Deutschland seien hier die Leitlinien der Paul-Ehrlich-Gesellschaft genannt. Um den Anspruch „allgemeingültiger Leitlinien“ gerecht zu werden, mussten diese zwangsweise extrem weit gefächert werden, was allein bei der ambulant erworbenen Pneumonie zu 42 sinnvollen Therapieempfehlungen führte.

So kam es auch in unserem Haus zu einer Vielfalt an Leitlinien, die individuell gesehen sicherlich richtig, im Gesamtkonzept für das Klinikum aber als kontraproduktiv zu werten waren.

Zielsetzung

Auch unsere hausinternen Statistiken belegten, dass sich Resistenzen nicht nur von Land zu Land und von Stadt zu Stadt, sondern auch in einem Klinikum deutlich unterscheiden können. Spricht eine Antibiose auf resistente Keime nicht an, muss zwangsläufig auf ein Antibiotikum einer anderen Substanzklasse gewechselt werden. Dies führte zu der Überlegung, die abteilungsinternen Richtlinien in einem stimmigen Konzept zusammenzuführen, das im Bedarfsfall ein leitliniengerechtes Stufenschema im Sinne einer „Eskalationstherapie“ ermöglicht.

Zusätzlich hatte uns ein externes Audit gezeigt, dass in unserem Klinikum Antibiotika aus der Gruppe der Cephalosporine und Chinolone im Übermaß verwendet wurden, die sich durch ein hohes

Potential zur Selektion von Problemkeimen auszeichnen. Folgerichtig sollten diese zugunsten der hier unproblematischeren Penicilline reduziert werden.

Projektbeschreibung

Nach Präsentation leitliniengerechter Vorschläge für eine rationale und ökonomisch sinnvolle Diagnostik und Therapie wurden in enger Zusammenarbeit mit den Antibiotikabeauftragten der verschiedenen Abteilungen die bestehenden Therapierichtlinien zusammengeführt und optimiert. Dies erfolgte in Form eines jährlich aktualisierten Antibiotika-Manuals, welches zusätzlich aktuelle Behandlungsstrategien zur Therapie relevanter Infektionen und wichtige Informationen bezüglich der Präanalytik sowie der in der Klinik verwendeten Antibiotika übermitteln sollte.

Den Abteilungen wurde vor jeder Neuauflage die Möglichkeit einer Änderung ihrer spezifischen Abteilungsleitlinien ermöglicht. Die Wünsche wurden diskutiert und das Manual bei Bedarf angepasst. Als Entscheidungshilfen, für erforderliche Änderungen, dienten die hausinterne Resistenzstatistik sowie aktuelle Leitlinien und Literaturrecherchen. Für den Anwender wurde zusätzlich eine E-Mail-Adresse eingerichtet, an die jeder Mitarbeiter Optimierungswünsche richten konnte.

Projektelevaluation

Das Antibiotikamanual ist im Jahr 2014 in einer 4. Auflage mit 1.000 Exemplaren erschienen und umfasst mittlerweile 85 Seiten. Als Kennzahlen für die Akzeptanz und Nutzung des Taschenbuches wurde der Antibiotikaverbrauch der drei Substanzklassen Cephalosporine, Chinolone und Penicilline bewertet (siehe Grafik Seite 45 oben). Ziel war eine Reduktion der als potenziell problematisch eingestuften Cephalosporine und Chinolone zugunsten der Penicilline.

Im Verlauf ist es gelungen die Cephalosporinanwendungen von 49 auf 39 Prozent und die Chinolonanwendungen von 22 auf 17 Prozent zu reduzieren. Konsequent kam es zu einem (gewünschten) Anstieg der Penicillinanwendungen von 29 auf 44 Prozent.

Zu befürchten war eine deutliche Kostensteigerung durch die erfolgte Umstellung. Auch wenn die Zahlen nur eingeschränkt als valide zu betrachten sind, weil hier Faktoren wie die Preisentwicklung der Medikamente oder gegebenenfalls erforderlicher Umstieg auf andere Substanzklassen nicht berücksichtigt werden konnte, war der nachgewiesene Effekt verblüffend.

Lagen die Kosten im Jahr 2010 bei über 155.000 Antibiotikagaben noch bei 1,49 Euro je Anwendung, hatten sich diese bis zum Jahr 2013 mit circa 172.000 auf 1,12 Euro je Anwendung reduziert. Dies entspricht einer Reduktion der Kosten je Anwendung um 25 Prozent oder einer Ersparnis von fast 40.000 Euro allein im Jahr 2013 (siehe Grafik Seite 45 unten), und dies trotz Steigerung der Anwendungen um 11 Prozent. Die Kosten für das Manual liegen bei 1,70 Euro pro Exemplar.

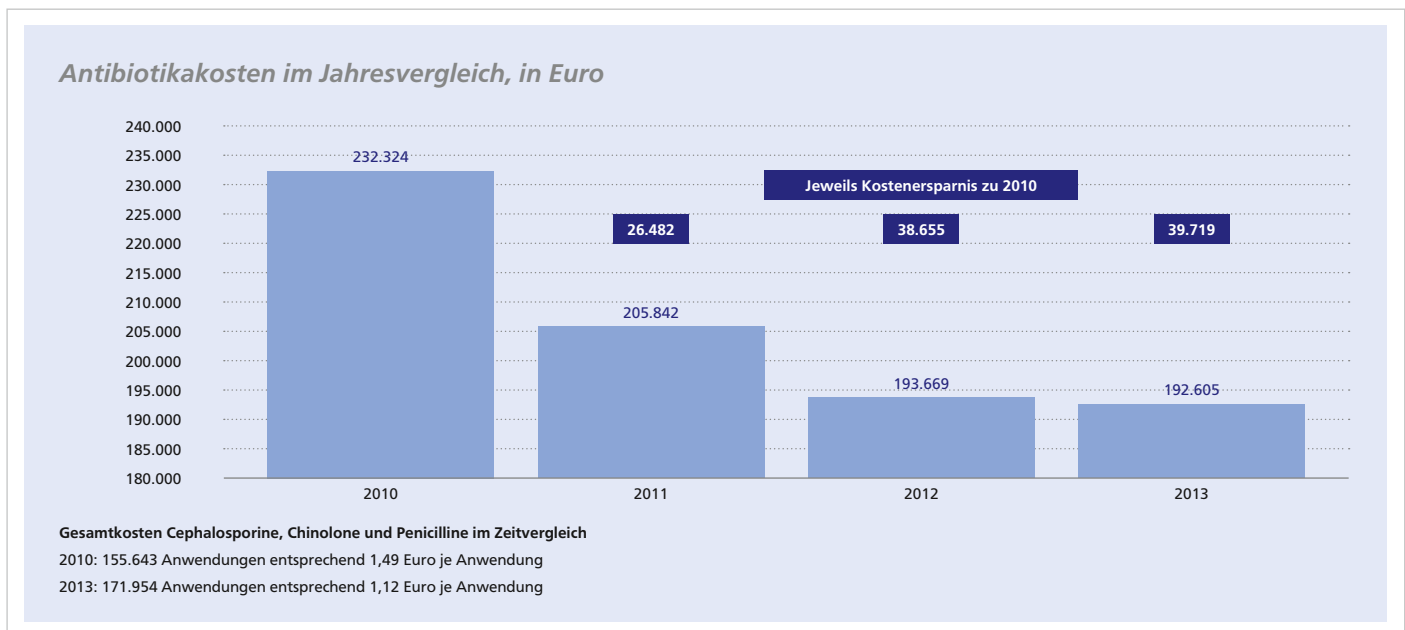
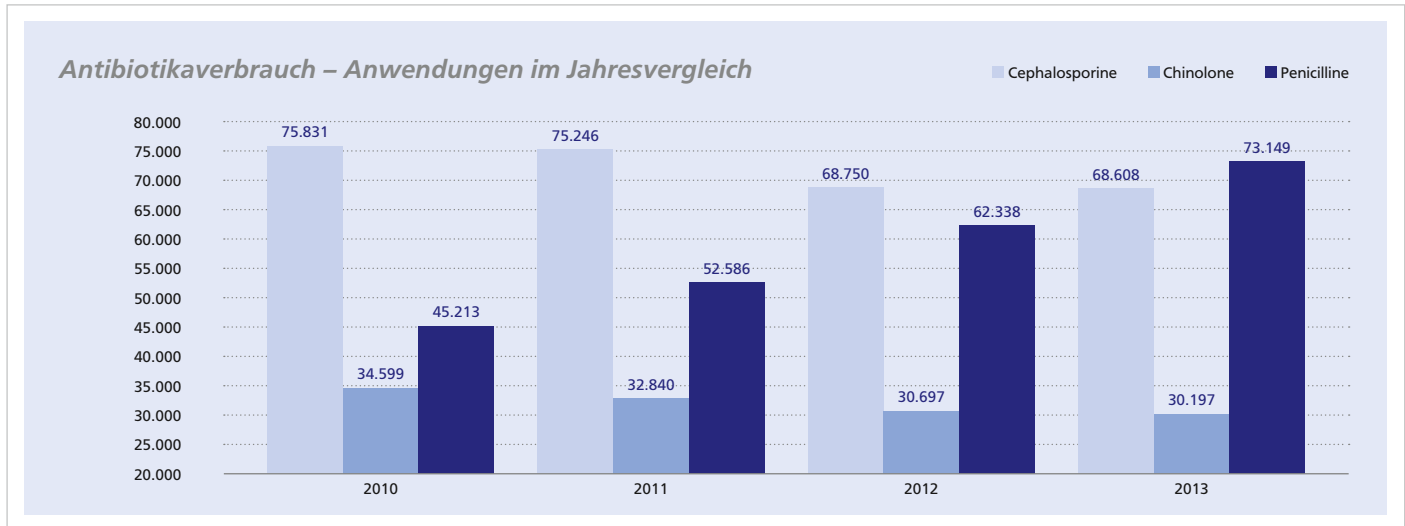
Fazit

In enger Zusammenarbeit mit allen Abteilungen ist es gelungen, ein anwenderfreundliches und stets aktuelles Manual zu erstellen, das die allgemeinen Leitlinien auf hausinterne Problemlösungen fokussiert. Änderungen im Antibiotikaverbrauch lassen auf eine hohe Akzeptanz und Durchdringung schließen, welche trotz einer anzunehmenden Verbesserung der Patientenversorgung die Kosten reduziert hat. Das Manual ist zu einem festen Bestandteil der Studentenausbildung geworden und dient mittlerweile auch anderen Kliniken als Vorlage zur Erstellung individueller Leitlinien.

Ausblick

Die jährliche Aktualisierung sichert die Möglichkeit, zeitnah und gezielt auf Veränderungen zu reagieren und so die Patientenversorgung weiter zu optimieren. Durch die Teilnahme am „Antinfektiva-Surveillance-Projekt“ des RKI kann dieser Prozess in Zukunft objektiviert und weiter verbessert werden.

Quellenhinweise beim Verfasser.



Implementierung des Patientenmanagements in den SLK-Kliniken Heilbronn

Die SLK-Kliniken Heilbronn haben an den Standorten Heilbronn und Bad Friedrichshall ein Patientenmanagement implementiert, für das sie 2014 mit dem QuMiK-Qualitätspreis ausgezeichnet wurden. Es umfasst die Aufgaben Bettenmanagement, Kodierung und Entlassmanagement.

Eine heterogene Belegungssituation und vermutete Potentiale in der Verweildauersteuerung der Kliniken veranlassten die Geschäftsführung im Jahr 2011, eine interprofessionelle Projektgruppe ins Leben zu rufen, die ein neues Patientenmanagement konzeptionieren sollte. Die Projektgruppe bestand aus Vertretern der Direktion Unternehmensentwicklung/ Erlösmanagement, des Patientenservice/ Erlösmanagements, des Controllings, der Klinikdirektoren und Chefärzte, des Pflegedienstes, der Ambulanzen, der Chefarztsekretariate und der Oberärzte.

Erarbeitet wurde ein Konzept mit festgelegten Zielen in Bezug auf die Organisation von Einbestellungen der Patienten, Belegungsmanagement, Kodierung, Verweildauersteuerung und Entlassmanagement.

Die zu Projektbeginn rund 20 in den SLK-Kliniken tätigen Kodierfachkräfte wurden mit Hilfe eines eigens entwickelten Schulungskonzeptes zu Patientenmanagern weitergebildet. Die Schulungs-

einheiten fanden dabei sowohl intern über die Personalentwicklung als auch über externe Partner statt. In jeder Klinik und Fachabteilung wurden Ärzte als Ansprechpartner für die Belegungs- und Entlassplanung benannt. Um eine hohe Kontinuität in der Betreuung der Fachabteilungen und Kliniken bei gleichzeitig hoher Kodierqualität zu ermöglichen, wurden die Patientenmanager klinik- und fachspezifisch zugeordnet. Damit die Kommunikation zwischen Patientenmanagern, Ärzten und Pflegekräften auf möglichst kurzen Wegen zum Leistungsgeschehen stattfinden kann, wurden stationsnahe Arbeitsplätze für die Patientenmanager geschaffen. Die Patientenmanager koordinieren die Aufnahmen und weisen den Stationen die Patienten der Notaufnahmen, die Verlegungen von den Intensivstationen und aus anderen Kliniken und Fachabteilungen zu. Für jede Fachabteilung wurde ein zentraler Terminkalender eingeführt, auf den alle an der Einbestellung und Aufnahme der Patienten beteiligten Berufsgruppen zugreifen können.

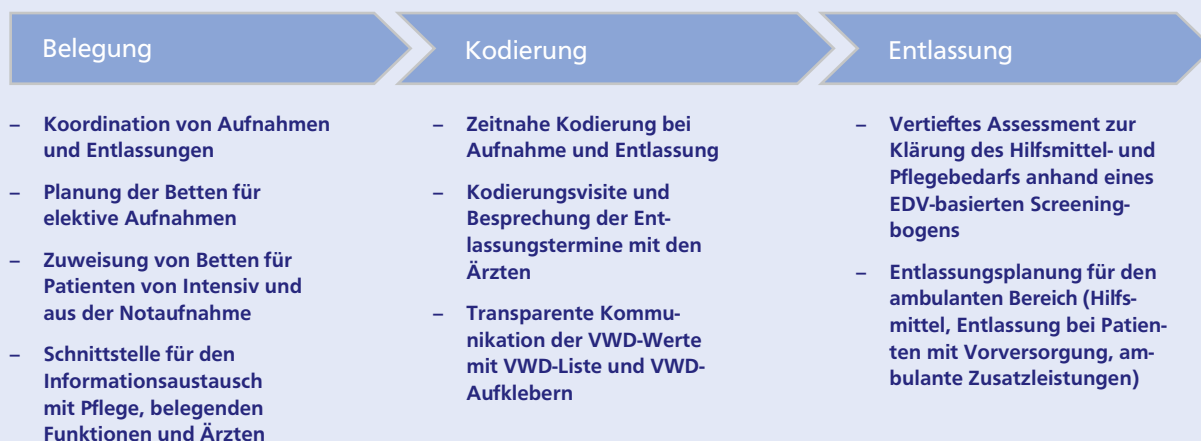
Um bei steigenden Fallzahlen und unveränderter Bettenkapazität die sichere Unterbringung der Patienten zu gewährleisten, wurde die interdisziplinäre Belegung forciert. Dazu wurde eine interdisziplinäre Belegungskaskade abgestimmt, die eine Reihenfolge, nach der Patienten bei Bettenengpässen auf andere

Stationen verlegt werden können, festlegt. Ist z. B. die Kardiologie voll belegt, kommt der Patient in die Gastroenterologie, wenn auch hier keine Betten zur Verfügung stehen, wird er in die Onkologie verlegt. Dabei wurde primär auf die fachlich-inhaltliche und räumliche Nähe der Fachabteilungen geachtet. Oberstes Ziel bleibt dabei bei Verlegungen immer, den Patienten innerhalb von 24 Stunden in die fachverantwortliche Abteilung zurückzuverlegen.

Durch die Zuordnung der Patientenmanager in feste Fachgebiete wird eine hohe Fachlichkeit im Bereich der Kodierung bewirkt. Durch den regelmäßigen Austausch mit den Pflegekräften und Ärzten werden Dokumentationsfehler reduziert und die Qualität der Kodierung verbessert. Aufgrund dessen werden die medizinischen und pflegerischen Leistungen am Patienten auch in der Abrechnung vollständig berücksichtigt und MDK-Anfragen können reduziert beziehungsweise zugunsten der Klinik abgeschlossen werden.

Die Patientenmanager beginnen die Kodierung zeitnah nach der Aufnahme und ergänzen diese im Aufenthalt kontinuierlich. Dadurch können sehr früh Verweildauerwerte ermittelt und die Ärzte über den optimalen ökonomischen Entlasszeitpunkt informiert werden. Da eine Verringerung der Verweildauer bei gleich-

Prozessschritte und Aufgaben des Patientenmanagers



bleibend hoher medizinischer Qualität vor allem auch durch ein gut organisiertes Entlassmanagement erreicht werden kann, stand die Optimierung des Entlassprozesses besonders im Fokus. Mithilfe eines EDV-basierten Screening-Instrumentes werden schon am ersten Tag des Aufenthaltes die am Entlassprozess beteiligten Berufsgruppen informiert. Patientenmanager, Sozialberatung und geriatrischer Schwerpunkt arbeiten eng zusammen, um schnellstmöglich den adäquaten Versorgungsbedarf bei Entlassung zu ermitteln und entsprechende Maßnahmen einzuleiten.

Nach einem ersten Pilotprojekt im Jahr 2011 in zwei medizinischen Fachabteilungen wurde das Patientenmanagement sukzessive seit März 2012 an fast allen Kliniken der Standorte Klinikum am Gesundbrunnen und Klinikum am Plattenwald eingeführt. Mittlerweile arbeiten 40 Mitarbeiter im Team des Patientenmanagements. Ein monatliches Reporting an die Chefärzte gibt ein Feedback über Fallzahlen, CMI-Werte, Verweildauern und einer Verweildauermatrix für die TOP 15-DRGs jeder Fachabteilung.

„Durch die fachübergreifende Belegung können wir Spitzen mittlerweile besser abfedern“, erklärt die Direktorin Unternehmensentwicklung/Pflegemanagement Claudia Pfefferle. Außerdem seien die Fallzahlen bei gleicher Bettenzahl gestiegen und auch die Dokumentation sei durch den direkten Kontakt mit Ärzten und Pflegekräften deutlich verbessert worden. Dafür hat das Patientenmanagement 2014 den QuMiK-Qualitätspreis erhalten.

Zentrales Belegungsmanagement im Schwarzwald-Baar Klinikum

Persönlicher Kontakt geht über alles – Mit rumtelefonieren und Betten suchen ist seit etwa anderthalb Jahren im Schwarzwald-Baar Klinikum Schluss: Das Klinikum begann 2012 damit, nach und nach ein Zentrales Belegungsmanagement einzurichten. Seit Mitte 2013 ist die Organisationseinheit an beiden Standorten – Villingen-Schwenningen und Donaueschingen – erfolgreich eingeführt. Mittlerweile kümmern sich insgesamt sechs Mitarbeiterinnen um die Belegungsplanung sowohl für Elektiv- als auch für Notfallpatienten.

Anders als früher: Die Sekretariate der einzelnen Fachabteilungen planten die Betten für die Patienten mit elektiven Eingriffen, und für Notfallpatienten mussten die Ärzte der Notaufnahme selbst ein Bett organisieren – was bedeutete: alle Stationen abzutelefonieren. Eine genauere Betrachtung zeigte, dass ein Mediziner dabei pro Schicht zwei bis zweieinhalb Stunden mit Bettensuche verbrachte. Außerdem waren die einzelnen Fachabteilungen unterschiedlich stark ausgelastet und die eigentlich vorhandenen Bettenkapazitäten konnten nicht optimal genutzt werden. Es herrschte geringe Transparenz. Zudem gab es nur teilweise eine systematische Planung der Patientenentlassungen – und das alles bei dem steigenden Druck in punkto Wirtschaftlichkeit, dem die Krankenhäuser dank der politischen Vorgaben auch zukünftig ausgesetzt sein werden.

Das Ziel: Ressourcenoptimierung

Als im Schwarzwald-Baar Klinikum die Entscheidung feststand, ein Belegungsmanagement einzuführen, beschäftigte sich ein Projektteam ausgiebig mit dem Thema: Dazu gehörten Mitglieder des Direktoriums und der Geschäftsführung ebenso wie Mitarbeiter aus den Bereichen Qualitätsmanagement und Informationstechnologie sowie der Leiter der Zentralen Notaufnahme. Als Ergebnis ihrer Diskussionen und Planungen verabschiedeten sie 2011 ein Organisationsstatut, mit dessen Umsetzung mehrere Ziele verfolgt werden sollten: geeignete Unterbringung der Patienten bei gleichzeitig optimaler Ausnutzung der Bettenkapazitäten, außerdem sollten möglichst reibungslose Abläufe sichergestellt werden. Termine sollten besser planbar und verlässlicher,

die Wartezeiten für Patienten kürzer sein. Darüber hinaus sollte das Belegungsmanagement dafür sorgen, dass die Stationen gleichmäßig belegt und die Belastung für die Mitarbeiter folglich gerechter verteilt wird. Ein weiterer Aspekt im Konzept waren primäre und sekundäre Fehlbelegungstage, die reduziert werden sollten – unter Berücksichtigung der kapazitätsbegrenzenden Ressourcen wie OP, Endoskopie und interventionelle Radiologie. Dass bei alledem die medizinische Versorgungsqualität für den Patienten gewährleistet sein muss, war dabei Voraussetzung.

Eine Besonderheit: Kern- und Poolbetten

Die Arbeitsgruppe entwickelte ein Konzept für das Belegungsmanagement, das – im Vergleich zu den meisten anderen Kliniken – eine Besonderheit aufweist: die Aufteilung in Kern- und Poolbetten. Dabei verfügt jede Fachabteilung über eine definierte Anzahl von Kernbetten, die primär zur Belegung mit elektiven, planbaren Patienten bestimmt sind. Die Kernbetten werden vornehmlich mit einbestellten, der Fachabteilung eindeutig zuzuordnenden Patienten belegt – nach Rücksprache auch zu Notfallpatienten dieser Abteilung.

Im Gegensatz dazu sind die so genannten Poolbetten vor allem für die Notfallpatienten vorgesehen. Wenn möglich, vergeben die Mitarbeiterinnen die Betten fachspezifisch. Prinzipiell können die Betten bei Bedarf aber auch anderen Abteilungen zur Verfügung gestellt werden.

Die Einführung des Belegungsmanagements

Ein wichtiger Punkt bei der Vorbereitung war die Frage nach dem geeigneten Personal. Früh stand die Teamleiterin fest: Sie war nicht nur einige Jahre als Stationsleiterin im Klinikum, sondern hat auch das Studium „Management im Gesundheitswesen“ abgeschlossen. Auch die restlichen Belegungsmanagerinnen bringen fachliches Know-how mit – fast alle sind Gesundheits- und Krankenpflegerinnen. Außerdem waren persönliche Eigenschaften wie gute Kommunikationsfähigkeit, hohe soziale Kompetenz sowie Durchhalte- und Durchsetzungsvermögen Voraussetzung für die Aufnahme im Team. Die Beschäftigten haben, um einen

Eindruck von den Aufgaben zu bekommen, im Vorfeld teilweise auch in anderen Kliniken hospitiert.

Auch die restlichen der rund 2.900 Beschäftigten des Klinikums sollten der neuen Situation nicht unvorbereitet gegenüberstehen: In der Einführungsphase des Belegungsmanagements legte das Projektteam deshalb viel Wert darauf, das Bewusstsein für die Notwendigkeit dieses Vorhabens bei den Beschäftigten zu wecken. Es galt nicht nur, zu informieren und offene Fragen zu klären, sondern häufig auch, Misstrauen abzubauen. Darüber hinaus führte die Teamleiterin eigens mit jeder Fachabteilung viele Gespräche. Auf diese Weise konnten auch individuelle Anforderungen der Kliniken aufgenommen und berücksichtigt werden.

Ein weiterer Aspekt im Konzept war die technische Umsetzung, also die Auswahl einer geeigneten, unterstützenden IT-Lösung: Das Schwarzwald-Baar Klinikum arbeitet mit der Software ORBIS und hat sich zusätzlich für BDIS als Tool zur Bettendisposition entschieden.

Ein Tag im Belegungsmanagement

Es hat sich gezeigt, dass die aktuellen Entlassdaten in ORBIS nahezu unabdingbar für die Arbeit der Belegungsmanagerinnen sind. Denn mit der Kontrolle des Terminbuchs und den darin enthaltenen Daten beginnt für das Team der Tag: Passt die Planung noch, oder hat sich in den vergangenen zwölf Stunden etwas geändert? Erfahrungsgemäß lassen sich 80 Prozent der Fälle gut planen, der Rest muss spontan berücksichtigt werden. Neben dem Terminbuch spielt außerdem die „Außenliegerliste“ eine wichtige Rolle: Damit kein Patient übersehen wird, erhält jede Fachabteilung morgens vom Belegungsmanagement eine Liste „ihrer“ aktuellen Außenlieger – also mit den Patienten, die nicht in der entsprechenden Fachabteilung untergebracht werden konnten.

Anschließend geht es um die Patienten, die auf die Normalstationen verlegt werden – entweder kommen sie von den Intensivstationen oder von der Aufnahmestation der Zentralen Notaufnahme.

Am Nachmittag folgt das, was die Mitarbeiter des Belegungsmanagements als nahezu wichtigstes „Instrument“ bei der Planung betrachten: der persönliche Rundgang über jede einzelne Station und die Rücksprache mit den Stationsleitenden und Medizinern. Dabei sprechen die Belegungsmanagerinnen nicht nur über den voraussichtlichen Tag der Entlassung eines Patienten, sondern sammeln auch weitere wichtige Informationen über seinen Zustand. Geprüft wird auch, ob die Entlassung der Patienten systematisch organisiert ist. Erst wenn der Rundgang abgeschlossen ist, kann die Planung für den nächsten Tag in Angriff genommen werden. Das Team ist werktags von 7 bis 19 Uhr und samstags von 9 bis 13 Uhr im Haus und arbeitet in Früh- und Spätschichten. Außerhalb dieser Zeiten ist die Zentrale Notaufnahme für die Bettenbelegung zuständig.

Fazit und Ausblick

Das Schwarzwald-Baar Klinikum hat das Belegungsmanagement nach und nach eingeführt, seit dem Umzug in den Neubau 2013 ist es flächendeckend vorhanden. Dafür hat es Zeit gebraucht – zwei, drei Monate reichten nicht aus – und viele Gespräche. Das Vorhaben sorgte in vielen Fällen zunächst für Skepsis und Verunsicherung bei den Beschäftigten. Zwischenzeitlich ist das Miteinander sehr gut und das Belegungsmanagement genießt hohe Akzeptanz, denn die Vorteile sind deutlich erkennbar: Termine sind zuverlässiger, die Verweildauer wird niedriger und die Auslastung ist beständig, außerdem sind sehr pflegebedürftige Patienten gleichmäßiger als früher auf alle Stationen verteilt.

Ärzte und die Ansprechpartner auf den Stationen haben frühzeitig die Erfahrung gemacht, dass es sich lohnt, mit den Belegungsmanagerinnen zu kooperieren und diese beispielsweise frühzeitig über freiwerdende Betten zu informieren – denn dadurch kommt es unter anderem zu weniger Außenliegern. Auch eine enge Zusammenarbeit mit dem Medizincontrolling macht sich – im wahrsten Sinne des Wortes – bezahlt.

Klar ist aber auch: Beim interdisziplinären Management gibt es viele Schnittstellen, beispielsweise Sekretärinnen oder Ärzte, deren Bereitschaft zur aktiven Informationsweitergabe erforderlich ist. Mit dem Vorhandensein einer IT-Anwendung ist es nicht getan, denn die Arbeit damit setzt vollständige, aktuelle Daten voraus. Entscheidend für die erfolgreiche Planung sind Kooperationsbereitschaft und vor allem die tägliche persönliche Präsenz der Belegungsmanagerinnen auf den Stationen. Die nächsten Schritte im Projekt Belegungsmanagement werden noch stärker das prästationäre Management fokussieren, um beispielsweise primäre Fehlbelegungen besser vermeiden zu können.

Förderverein unterstützt Stroke Nurse an der Oberschwabenklinik

Wird ein Schlaganfallpatient aus dem Krankenhaus entlassen, ist sein Bedarf an Unterstützung noch längst nicht gedeckt. Es ist enorm wichtig, die Betroffenen und ihre Angehörigen zu Hause nicht alleine zu lassen. Hier klafft seit langer Zeit eine Lücke in der Kette der Hilfsangebote. Die „Stroke Nurse“ im Landkreis Ravensburg, ein gemeinsames Projekt des „Fördervereins gegen Schlaganfall“ und der Oberschwabenklinik (OSK), versucht diese Lücke zu schließen. Beim QuMiK-Qualitätspreis hat das Projekt „Stroke Nurse“ den dritten Platz belegt.

Die Akutbehandlung von Schlaganfällen hat große Fortschritte gemacht. Maßgeblich dafür war die seit den 90er-Jahren flächendeckende Einrichtung von Stroke-Units. Auch am Krankenhaus St. Elisabeth der OSK in Ravensburg gibt es seit dem Jahre 2000 eine Schlaganfall-Spezialeinheit. Akutversorgung und präklinisches Management sind hier etabliert. Von Anfang an wurde die Aufklärung der Bevölkerung über Risikofaktoren und Schlaganfallsymptome als Aufgabe der Stroke-Units begriffen.

Es blieb nur ein Problem ungelöst: Verlassen die Schlaganfallpatienten die Klinik und müssen sich wieder in ein Leben zu Hause einfinden, sind sie allein gelassen – genauso wie ihre Angehörigen, die ein solch einschneidendes Ereignis ebenfalls betrifft. Die Sekundärprophylaxe, um das Risiko eines erneuten Schlaganfalls zu minimieren, blieb in zu vielen Fällen unbefriedigend. Gleiches galt für die psychosozialen Aspekte.

Die Lösung lag auf der Hand: Eine erfahrene Pflegekraft muss die Betroffenen nach dem Klinikaufenthalt zu Hause begleiten. Es stellte sich nur, wie so oft im Gesundheitswesen, die Frage: Wer finanziert eine derart sinnvolle Zusatzleistung? Zum Katalog der gesetzlichen Krankenkassen zählt sie bis heute nicht. In Ravensburg erwies sich der 1998 gegründete „Förderverein gegen den Schlaganfall“ als Glücksfall. Er stellte das Projekt „Stroke Nurse“ in den Mittelpunkt seiner Aktivitäten. 2012 richtete der Förderverein gemeinsam mit der OSK eine ausschließ-

lich spendenfinanzierte 50-Prozent-Stelle ein. Mit Pia Bader konnte eine erfahrene Fachkraft als „Stroke Nurse“ gewonnen werden. Bereits 229 Patienten hat sie betreut.

Die „Stroke Nurse“ nimmt bereits in der Klinik Kontakt mit den Patienten auf und informiert auch deren Hausarzt über ihr Projekt. Wenn Patient und Hausarzt zur Teilnahme bereit sind, werden zusammen mit den Ärzten auf der Stroke-Unit die Ursachen des Schlaganfalls identifiziert. Die wesentlichen Risikofaktoren für einen erneuten Schlaganfall werden analysiert und gemeinsam die Ziele für Rehabilitation und Sekundärprävention festgelegt. Nach Ende der Rehabilitation meldet sich die „Stroke Nurse“ telefonisch erneut bei dem Patienten oder seinen Angehörigen.

Die „Stroke Nurse“ begleitet die Patienten und ihre Bezugspersonen im ersten halben Jahr nach einem Klinikaufenthalt nach einem klar strukturierten Konzept. Dazu gehören zwei Hausbesuche, drei und sechs Monate nach dem Schlaganfall. Pia Bader überprüft, ob die Ziele der Sekundärprophylaxe erreicht worden sind. Sie hinterfragt die medikamentöse Behandlung und die Fortschritte der Rehabilitation. Es geht darum, eventuelle Defizite in der pflegerischen Versorgung oder der ambulanten Therapie frühzeitig zu erkennen und mit den Angehörigen sowie dem Arzt zu besprechen.

Pia Bader bekommt Einblicke in das private Umfeld und ist zugleich Vertrauensperson. Zuhören, beobachten und motivieren gehören zu ihrer Aufgabe. Aber sie kontrolliert auch, ob ihre Patienten ihre Hausaufgaben gemacht haben. Auf einer Checkliste streicht sie ab, ob die Medikamente genommen wurden, vermerkt, wann der nächste Besuch beim Hausarzt ansteht, notiert Blutdruck und Körpergewicht. „Ich komme mit der Waage, das wissen meine Patienten“, sagt Pia Bader.

Zielsetzung war von Anfang an, für die Patienten die vielen Schnittstellen nach einem Klinikaufenthalt zu überbrücken. Und Schnittstellen gibt es nicht wenige: Klinik/Rehaklinik, Klinik/Hausarzt

oder Klinik/weiterbehandelnde Neurologen und Therapeuten. Oft muss Pia Bader Informationen zwischen Patienten und behandelnden Ärzten vermitteln. Nach sechs Monaten erstellt sie einen Befundbericht mit ihren Empfehlungen für die weitere Behandlung.

„Die Rückmeldungen meiner Patienten sind durchweg positiv. Oft bekomme ich auch Lob von deren Kindern. Ein Ratschlag von mir hat doch ein anderes Gewicht“, berichtet Pia Bader. Der häufigste Ratschlag lautet: Besuchen sie einen niedergelassenen Neurologen! „Patienten mit Herzproblemen gehen zum Spezialisten, nämlich zum Kardiologen. Bei Patienten nach einem Schlaganfall fehlt oft die Einsicht, zu einem Neurologen zu gehen. Hier müssen wir noch viel Aufklärungsarbeit leisten“, erklärt Dr. Thomas Staudacher, Oberarzt an der Klinik für Neurologie des Krankenhauses St. Elisabeth. Er hat von Anfang an das Projekt „Stroke Nurse“ mit begleitet. Sowohl Dr. Staudacher als auch Pia Bader sind hoch zufrieden, wie sich ihr Projekt seit 2012 entwickelt hat.

Die Kriterien, wer für eine Betreuung durch die „Stroke Nurse“ in Frage kommt, sind klar festgelegt. Es müssen Patienten sein, die auf der Stroke-Unit nach einem Schlaganfall oder einer Durchblutungsstörung des Gehirns mit neurologischen Ausfallerscheinungen behandelt und nach Hause entlassen worden sind. Außerdem sollen es Patienten sein, die ein neurologisches Defizit aufweisen, das eine stationäre oder ambulante Rehabilitation nach sich zieht. Insbesondere sollen Patienten erreicht werden, die aufgrund ihrer Risikofaktoren ein erkennbar hohes Rezidivrisiko haben. Im Fokus stehen dabei jüngere Patienten mit multiplen Risikofaktoren und einem mäßigen bis mittelschweren neurologischen Defizit. Schließlich soll das Einzugsgebiet der in Ravensburg wohnhaften „Stroke Nurse“ auf einen Umkreis von 15 bis 20 Kilometern beschränkt bleiben. Denn knapp bemessene Arbeitszeit soll nicht durch überlange Wegstrecken auf der Straße liegen bleiben.

Das Projekt „Stroke Nurse“ ist erfolgreich. Das lässt sich in Zahlen messen. Wesentlich weniger Patienten als sonst haben im Durchschnitt eine neuerliche Durchblutungsstörung im Hirn erlitten. Zwölf Patienten aus der von Pia Bader betreuten Gruppe waren in der bisherigen Nachbeobachtungszeit davon betroffen, das sind fünf Prozent. Ohne eine Nachbetreuung, wie sie die „Stroke Nurse“ bietet, ist der Literatur zufolge die Rate von Schlaganfallrezidiven im selben Zeitraum doppelt bis dreimal so hoch. Das Ziel, mit der „Stroke Nurse“ gerade Patienten mit einem hohen Rezidivrisiko zu helfen, wird ganz offensichtlich erreicht. Die Auswertung der Risikofaktoren von 241 Fällen zwischen April 2012 und März 2014 belegt dies. 165 (68 Prozent) litten an Hypertonie, 61 (25 Prozent) an Diabetes, 63 (26 Prozent) an Hyperlipidämie, 28 (12 Prozent) an Nikotinsucht und 33 (14 Prozent) an Adipositas. Das Durchschnittsalter lag bei 68 Jahren, bei einer Spannbreite zwischen 24 und 95 Jahren.

Andere Effekte der Arbeit der „Stroke Nurse“ sind schwerer oder auch gar nicht messbar. Zu diesen „weichen“ Faktoren gehört die Motivation zu rehabilitativen Therapien oder zur Inanspruchnahme psychosozialer und medizinischer Unterstützungsangebote. Die Nachbetreuung durch niedergelassene Neurologen ist in jedem Fall signifikant angestiegen. Und nicht zuletzt ist die Kommunikation zwischen Klinikärzten und niedergelassenen Neurologen sowie Hausärzten durch die Moderation von Pia Bader einfacher und damit besser geworden.

Der Bedarf an Pia Baders Arbeit und der Ausweitung des Angebotes besteht. Dieses Fazit lässt sich nach über zwei Jahren ziehen. Die Arbeit der „Stroke Nurse“ schlägt sich in einer deutlich geringeren Zahl an Rezidiven nieder. Diesen Schluss lassen die vorliegenden Zahlen zu. Dies bedeutet vor allem ein Mehr an Lebensqualität für viele Menschen, aber auch eine Entlastung der Krankenkassen

betreffend der Aufwendungen für teure Folgebehandlungen. Der Ausblick für ein erfolgreiches Projekt schließt deshalb vor allem eines ein: den Wunsch nach einer nachhaltigen Finanzierung des Angebotes durch die Krankenkassen, um nicht allein von Spenden abhängig zu sein.



Die Stroke Nurse schließt eine Lücke im Betreuungskonzept, Stroke Nurse Pia Bader (rechts) mit Patientin

5.0 *Wissenstransfer durch Arbeitsgruppen*





5.1 Überblick

Die Arbeitsgruppen (AG) stellen die wichtigste Säule im QuMiK-Verbund dar. Sie ermöglichen das gegenseitige Lernen vom jeweilig Besten in partnerschaftlicher Zusammenarbeit.

In den Arbeitsgruppen werden kontinuierlich medizinische, betriebswirtschaftliche und technische Themen bearbeitet – zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit für die Einrichtungen unserer Verbundmitglieder. Dies beinhaltet neben aktuellen Fragestellungen:

- Benchmarks zu Strukturen, Prozessen und Ergebnissen
- Projektvorstellungen
- Fort- und Weiterbildungen
- Interessenvertretung gegenüber Dienstleistern
- Dokumentenaustausch

Derzeit engagieren sich die Arbeitsgruppen:

- AG Geschäftsführung
- AG Controlling
- AG Einkauf
- AG IT

- AG Marketing
- AG Medizincontrolling
- AG Medizinischer Fachbeirat mit neun Fachgruppen
- AG Patientenmanagement
- AG Personal
- AG Pflegedirektion
- AG Qualitätsmanagement

Die Arbeitsgruppen stimmen ihre Aufträge mit der AG Geschäftsführung ab – siehe Grafik. Jede Arbeitsgruppe hat einen Geschäftsführer als Ansprechpartner.

Die Ergebnisse der Arbeitsgruppen werden regelmäßig in den Geschäftsführer-Sitzungen vorgestellt. Der kontinuierliche Austausch zwischen den Geschäftsführern und den Arbeitsgruppen ermöglicht eine optimale Abstimmung strategischer und operativer Themen sowie die zeitnahe Bearbeitung aktueller Inhalte.

Die QuMiK GmbH bietet den Arbeitsgruppen die nötige administrative Unterstützung, damit diese effizient arbeiten können.

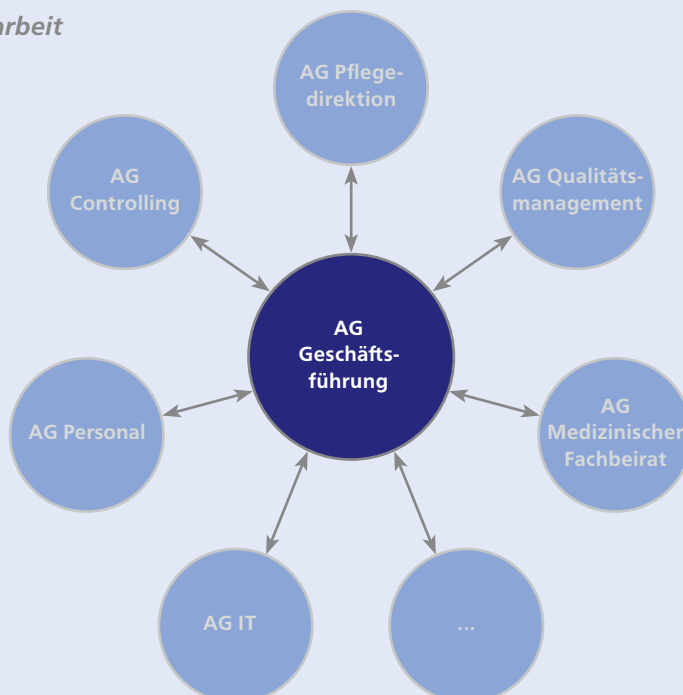
Exkurs Medizinischer Fachbeirat

Der Medizinische Fachbeirat ist das zentrale medizinische Steuerungsgremium im QuMiK-Verbund. Er koordiniert die Arbeit von neun Fachgruppen und ist mit diesen vernetzt. Jede Fachgruppe wird von einem Vertreter des Medizinischen Fachbeirates geleitet. Der Medizinische Fachbeirat ist interdisziplinär besetzt, mit leitenden Ärzten aus allen Fachbereichen. Die Gruppe wird ergänzt durch einzelne Medizin-Controller und QM-Beauftragte.

Ziele und Aufgaben des Medizinischen Fachbeirates umfassen:

- Steuerung der Arbeit der medizinischen Fachgruppen
- Fortentwicklung des bestehenden Qualitätskennzahlen-Systems
- Förderung von Peer Review-Verfahren und M&M-Konferenzen
- Unterstützung medizinischer Fort- und Weiterbildungen
- Unterstützung von Studien

Struktur der Zusammenarbeit





5.2 **Neue Arbeitsgruppen**

AG Einkauf



Sprecher der AG
Einkauf:

Claus Bühler

*Geschäftsbereichsleiter,
Geschäftsbereich Wirtschaft und Beschaffung,
Klinikverbund Südwest
GmbH*

Der Einkauf in Krankenhäusern unterliegt etlichen Besonderheiten, insbesondere im Vergleich zum klassischen Industrie-einkauf. Diese umfassen beispielsweise das Vergaberecht oder die Berücksichtigung der speziellen Regelungen zur Krankenhausfinanzierung. Des Weiteren stellen Haftungsfragen zum Medizinproduktegesetz sowie die Einhaltung des Arzneimittelgesetzes spezielle Anforderungen an den Einkauf im Krankenhaus. Darüber hinaus ist das Spektrum der zu beschaffenden Güter im Krankenhaus ausgesprochen vielfältig und erfordert einen hohen Abstimmungsbedarf, um die medizinischen und pflegerischen Präferenzen mit den ökonomischen Interessen zur Deckung zu bringen. Für die Beschaffung sind neben wirtschaftlichen Gesichtspunkten auch technische und verfahrensbezogene Aspekte für die künftige Leistungsausrichtung des Krankenhauses zu berücksichtigen. Die genannten Rahmenbedingungen stellen daher besonders hohe Anforderungen an die fachliche Kompetenz der Mitarbeiter im Bereich Einkauf. Künftige Herausforderungen betreffen vor allem die Bewältigung des weiter ansteigenden wirtschaftlichen Drucks und die zunehmende Komplexität medizinischer Verfahren.

Die Arbeitsgruppe zeigt Möglichkeiten zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit auf: durch die Analyse von Einspar- und Standardisierungspotenzialen sowie der Ausgestaltung von Sachkostenvergleichen und der Optimierung von Beschaffungsprozessen. Der Wissenstransfer deckt sowohl einrichtungsübergreifende als auch bereichsspezifische Fragestellungen der Beschaffung ab.

Die Arbeitsgruppe Einkauf wurde im September 2014 gegründet und setzt sich aus leitenden Mitarbeitern aus dem Bereich der Beschaffung zusammen.

Ziele und Aufgaben der Arbeitsgruppe umfassen:

- Austausch zu Fragen der Beschaffung und damit verbundener Prozesse
- Aufzeigen von Einspar- und Standardisierungspotenzialen
- Vorbereitung von Entscheidungsgrundlagen für Geschäftsführer und medizinische QuMiK-Fachgruppen zur verbundübergreifenden Produktstandardisierung

Aktuelle Themen der Arbeitsgruppe beinhalten:

- Strukturvergleich der Beschaffungsabteilungen und -prozesse
- Austausch zu Einkaufsprojekten
- Benchmark mit Einspar- und Standardisierungsanalysen für volumenrelevante Produktgruppen der Bereiche Wäscherei, Endoprothetik und Kardiologie

FG Neurologie



Sprecher der FG
Neurologie:

Prof. Dr. Martin Schabet

Ärztlicher Direktor,
Klinik für Neurologie am
Klinikum Ludwigsburg,
Kliniken Ludwigsburg-
Bietigheim gGmbH

Im Fachgebiet Neurologie spielt die Behandlung von Patienten mit Schlaganfall eine zentrale Rolle. Schlaganfälle sind die häufigsten neurologischen Notfälle. Die Prognose für Schlaganfallpatienten ist besser, wenn sie auf spezialisierten Einheiten, den so genannten Stroke Units, behandelt werden. Stroke Units gibt es an den meisten Hauptstandorten im QuMiK-Verbund.

Die medizinische Fachgruppe Neurologie soll die medizinische Ergebnisqualität der Schlaganfallversorgung im QuMiK-Verbund erfassen und nach Möglichkeit steigern. Sie soll Vorschläge unterbreiten, wie die Versorgung von Schlaganfallpatienten auch in den Kliniken ohne Hauptabteilung Neurologie verbessert werden kann.

Die Fachgruppe wurde im November 2014 gegründet und setzt sich aus den Chefarzten der neurologischen Kliniken im QuMiK-Verbund zusammen.

Ziele und Aufgaben der Fachgruppe umfassen folgende Themen:

- Verbesserung der versorgungsrelevanten Strukturen und Prozesse
- Wissenstransfer zur Schlaganfallversorgung
- Auswahl und Analyse von Qualitätsindikatoren

Aktuelle Themen der Fachgruppe beinhalten:

- Optimierung Door-to-Needle-Zeiten
- Dysphagie und Ernährungsmanagement
- Therapiebegrenzung und Mortalität

5.3 Top-Veranstaltungen zur interdisziplinären Weiterbildung

Fachtagung Neoadjuvante Therapie beim Rektumcarcinom



Die Veranstaltung informierte die Teilnehmer zur aktuellen Evidenzlage und bekräftigte das leitliniengerechte Vorgehen zur neoadjuvanten Therapie beim Rektumcarcinom.

Zur Verbesserung des interdisziplinären Dialoges und zur Diskussion des aktuellen Stellenwertes der neoadjuvanten Therapie beim Rektumcarcinom fand am 4. Juni 2014 eine QuMiK-Fachtagung in Markgröningen mit rund 30 Teilnehmern statt. Die Veranstaltung richtete sich an leitende Allgemein- und Viszeralchirurgen und Radioonkologen des QuMiK-Verbandes sowie die Leiter kooperierender Strahlentherapie-Praxen. Der Vergleich der 5x5Gy-Kurzzeitbestrahlung mit der Langzeit-Radiochemotherapie stand im Fokus der Diskussion. Die Veranstaltung wurde durch die QuMiK-Fachgruppe Allgemein- und Viszeralchirurgie organisiert, welche sich seit 2010 durch Benchmarkanalysen intensiv mit dem Rektumcarcinom und seiner Therapie befasst hat.

Zur Einführung wurde zunächst die aktuelle Therapiediskussion durch den Moderator Prof. Ekkehard C. Jehle, Sprecher der QuMiK-Fachgruppe Allgemein- und Viszeralchirurgie und Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie am Krankenhaus St. Elisabeth, Ravensburg, dargestellt. Prof. Jehle wies darauf hin, dass sich weltweit in den Zentren für colorektale Chirurgie die neoadjuvante Radiochemotherapie zur Behandlung des

fortgeschrittenen Rektumcarcinoms etabliert hat und als Standard in den Leitlinien definiert ist. In Deutschland werden diese Leitlinien aufgrund verbesserter Bildgebung (Feinschicht-MRT mit Abstandsmessung zur mesorektalen Fascie) und bei chirurgisch korrekt durchgeführter totaler mesorektaler Exzision (TME) zunehmend hinterfragt. Dies führt nach Prof. Jehle zu der grotesken Situation, dass einerseits die neoadjuvante Strahlentherapie außerhalb der zertifizierten Zentren häufig noch nicht leitliniengerecht durchgeführt und andererseits gerade in den spezialisierten Zentren teilweise bereits wieder verlassen wird.

Zur Klärung dieses Sachverhaltes stellte Prof. Wilfried Budach, Direktor der Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie und Radioonkologie Universitätsklinikum Düsseldorf, die aktuelle Evidenzlage zur 5x5Gy-Kurzzeitbestrahlung und Langzeit-Radiochemotherapie vor. Die Ausführungen von Prof. Budach bekräftigten ein leitliniengerechtes Vorgehen. Als wesentliche Quelle wurde die Studie Dutch TME Trial 2011 genannt. Besondere Schwerpunkte seines Vortrages umfassten die Themen Indikation, Reihenfolge der Bestrahlung präoperativ und postoperativ,

Strahlendosierung, Wahl und Wirkung von Zytostatika sowie Tumorstadium und Staging. Des Weiteren wurde auf die künftige Studienlage und noch offene Studienfragen eingegangen.

„Die Veranstaltung hat Klarheit gebracht und eindeutig ein leitliniengerechtes Vorgehen bestätigt; ein Abweichen von den Leitlinien ist aufgrund der aktuellen Datenlage nicht gerechtfertigt“, betont Prof. Jehle. „Durch unser interdisziplinäres Therapiekonzept können wir den Patienten mit Rektumcarcinom die höchste Sicherheit und die höchste Behandlungsqualität bieten“, fügt Prof. Jehle hinzu.

Zweiter Kompetenztag im QuMiK-Perinatalverbund



*Auszeichnung der besten Fallvorstellung:
Dr. Mareike Heiler, Assistenzärztin,
Gynäkologie und Geburtshilfe und
Dr. Janaina Nufer, Assistenzärztin, Kinder-
und Jugendmedizin, mit Prof. Ralf Rauch,
Chefarzt Kinder- und Jugendmedizin,
Prof. Hans-Joachim Strittmatter, Chefarzt
Gynäkologie und Geburtshilfe, alle vom
Rems-Murr-Klinikum Winnenden*

Bereits zum zweiten Mal fand 2014 der Kompetenztag des QuMiK-Perinatalverbundes zur ärztlichen Nachwuchsförderung statt. Die ganztägige interdisziplinäre Weiterbildungsveranstaltung mit Fachvorträgen, Fallberichten und Hands-on Workshops ist gezielt für Assistenzärzte der Geburtshilfe und der Neonatologie abgestimmt. Mit rund 60 Teilnehmern aus den Perinatalzentren des Klinikverbundes war der Kompetenztag 2014 in Winnenden sehr gut besucht.

„Der Kompetenztag unterstützt die optimale Versorgung von Mutter und Kind rund um die Geburt. Hier steht gerade die Vermeidung von Schwangerschaftszucker mit teils lebenslangen Folgen für das Kind im Vordergrund, und auch die sogenannte Äußere Wendung von Ungeborenen in sitzender Position soll Kaiserschnitte mit entsprechenden Problemen für Mutter und Kind verhindern“, erklärt Prof. Ralf Rauch, Chefarzt für Kinder- und Jugendmedizin am Rems-Murr-Klinikum Winnenden. „Beide Themenkomplexe wurden ergänzt durch Empfehlungen zur richtigen Vorgehensweise bei im Geburtskanal feststeckenden Neugeborenen sowie zur Versorgung von Kindern, die bei der Entbindung großem Stress ausgesetzt werden.“

Besondere Schwerpunkte der Veranstaltung wurden durch Hands-on Workshops zur Notfallversorgung und Pränataldiagnostik abgedeckt. „Die Praxis zeigt, dass sich in Notfallsituationen meist die Fehlerhäufigkeit erheblich gegenüber dem Normalbetrieb erhöht“, sagt Prof. Rauch. „Daher ist es besonders für ärztliche Nachwuchskräfte wichtig, diese Situationen zu trainieren, um im Erstfall die bestmöglichen Entscheidungen zu treffen. Dies wurde in Dopplerübungen an Schwangeren und an pädiatrischen Simulationspuppen mit engem Coaching realitätsnah und mit überzeugendem Feedback geübt.“

„Unsere Veranstaltung sensibilisiert den Nachwuchs gezielt für integriertes Arbeiten“, sagt Prof. Hans-Joachim Strittmatter, Chefarzt für Gynäkologie und Geburtshilfe am Rems-Murr-Klinikum Winnenden. „Dafür bietet sie die passenden interdisziplinären und praxisbezogenen Inhalte an.“

Im Rahmen der Veranstaltung wurde auch die beste Fallvorstellung „pearls and pitfalls“ von Assistenzärzten der QuMiK-Perinatalzentren prämiert. Die Auszeichnung erhielten Dr. Mareike Heiler,

Gynäkologie und Geburtshilfe und Dr. Janaina Nufer, Kinder- und Jugendmedizin, vom Rems-Murr-Klinikum Winnenden für ihre interdisziplinäre Fallvorstellung zum Thema Schulterdystokie und deren Folgen.

Innerhalb des QuMiK-Verbundes arbeiten seit 2010 leitende Ärzte der Geburtshilfe und Neonatologie eng in einem Perinatalverbund zusammen. Die Mitglieder der Arbeitsgruppe sind Vertreter der acht QuMiK-Perinatalzentren Böblingen, Göppingen, Heilbronn, Ludwigsburg, Ravensburg, Singen, Villingen-Schwenningen und Winnenden.

Ziel des QuMiK-Perinatalverbundes ist es, durch enge Kooperation eine medizinisch hochwertige Versorgung von werdenden Müttern und Früh- und Neugeborenen im Versorgungsgebiet zu gewährleisten. Zentrale Arbeitsfelder der Kooperation beinhalten den Wissenstransfer durch Spezialisten – insbesondere für Augenheilkunde, Chirurgie, Kardiologie, Neurochirurgie und genetischer Beratung – und Erstellung von Benchmarks zur Perinatalogie sowie Organisation von Fortbildungen für Assistenzärzte.

Ausblick

Die Kliniken der QuMiK arbeiten seit mehr als 10 Jahren mit Leistungsvergleichen, Wissenstransfer und dem Lernen vom jeweilig Besten mit großem Erfolg an ihrer kontinuierlichen Verbesserung. Gerade in Zeiten, in denen sich Krankenhäuser bezüglich ihrer Versorgungsqualität mit einer steigenden Aufmerksamkeit und Erwartungshaltung der Öffentlichkeit auseinandersetzen müssen, gewinnt diese Form nachhaltiger Qualitätsverbesserung eine besondere Bedeutung. Als leistungsfähige Kliniken in einem starken Verbund sehen sich unsere Einrichtungen für eine fachlich fundierte Diskussion gut gerüstet.

Die Zusammenarbeit im QuMiK-Verbund wurde und wird weiter intensiviert. Die Arbeitsgruppen haben sich stärker vernetzt und zu mehr Gemeinsamkeit – sowohl formell als auch informell – gefunden. Ein Beispiel sind die medizinischen Fachgruppen, in denen gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen organisiert, Studien entwickelt und Konzepte erarbeitet wurden, die 2014 in die Umsetzung gegangen sind. Dabei bleibt auch weiterhin eines unserer Hauptanliegen, die geleistete Qualität messbar darzustellen. So erwarten wir aus unseren medizinischen Fachgruppen beispielsweise im nächsten Jahr gespannt die Ergebnisse der Perinatalstudie und neue Erkenntnisse aus der gemeinsamen Teilnahme an einer bundesweiten Untersuchung zur Qualität unserer Herzinfarktversorgung.

Im betriebswirtschaftlichen Bereich wurde 2014 der Vergleich von Produktivität im ärztlichen Bereich erfolgreich umgesetzt. Ziel war dabei, eine Vergleichbarkeit der Leistungsfähigkeit medizinischer Fachabteilungen in übersichtlicher Form herzustellen, unter Berücksichtigung des jeweiligen Leistungsspektrums. Das Projekt lieferte neben Kennzahlen zusätzliche Informationen über konkrete Verbesserungsansätze. 2015 wird der Produktivitätsvergleich auf weitere Berufsgruppen ausgeweitet.

Qualität wird in der QuMiK auch in Zukunft groß geschrieben. Für eine ständig verbesserte Qualität und ein gutes Management in unseren Kliniken setzen wir uns ein. Wir arbeiten gemeinsam mit dem festen Willen zur Weiterentwicklung unserer Krankenhäuser, zum Wohle unserer Patienten und unserer Mitarbeiter.



Impressum

Ansprechpartner für die QuMiK GmbH

Matthias Ziegler
Erlachhofstraße 1
71640 Ludwigsburg
info@qumik.de

www.qumik.de

Konzeption & Gestaltung

b_werk markenarchitektur gmbh, Metzingen
www.b-werk.de

Druck

UDO unabhängiger Druckoptimierer, Deizisau
www.der-udo.de

Bildnachweis

Seite 01 (Titelbild, Hintergrund), 02/03, 04 (unten), 05, 06/07, 13, 24-25, 52/53, 55, 57, 61:
Bildarchiv Regionale Kliniken Holding RKH GmbH

Seite 01 (Titelbilder unten links/rechts), 11, 14/15, 21, 28/29, 40/41, 43, 59: QuMiK GmbH

Seite 04 (oben), 22: Regionale Gesundheitsholding Heilbronn-Franken GmbH

Seite 16: Alb Fils Kliniken GmbH

Seite 17: Gesundheitsverbund Landkreis Konstanz gGmbH

Seite 18, 38: Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH

Seite 19, 56: Klinikverbund Südwest GmbH

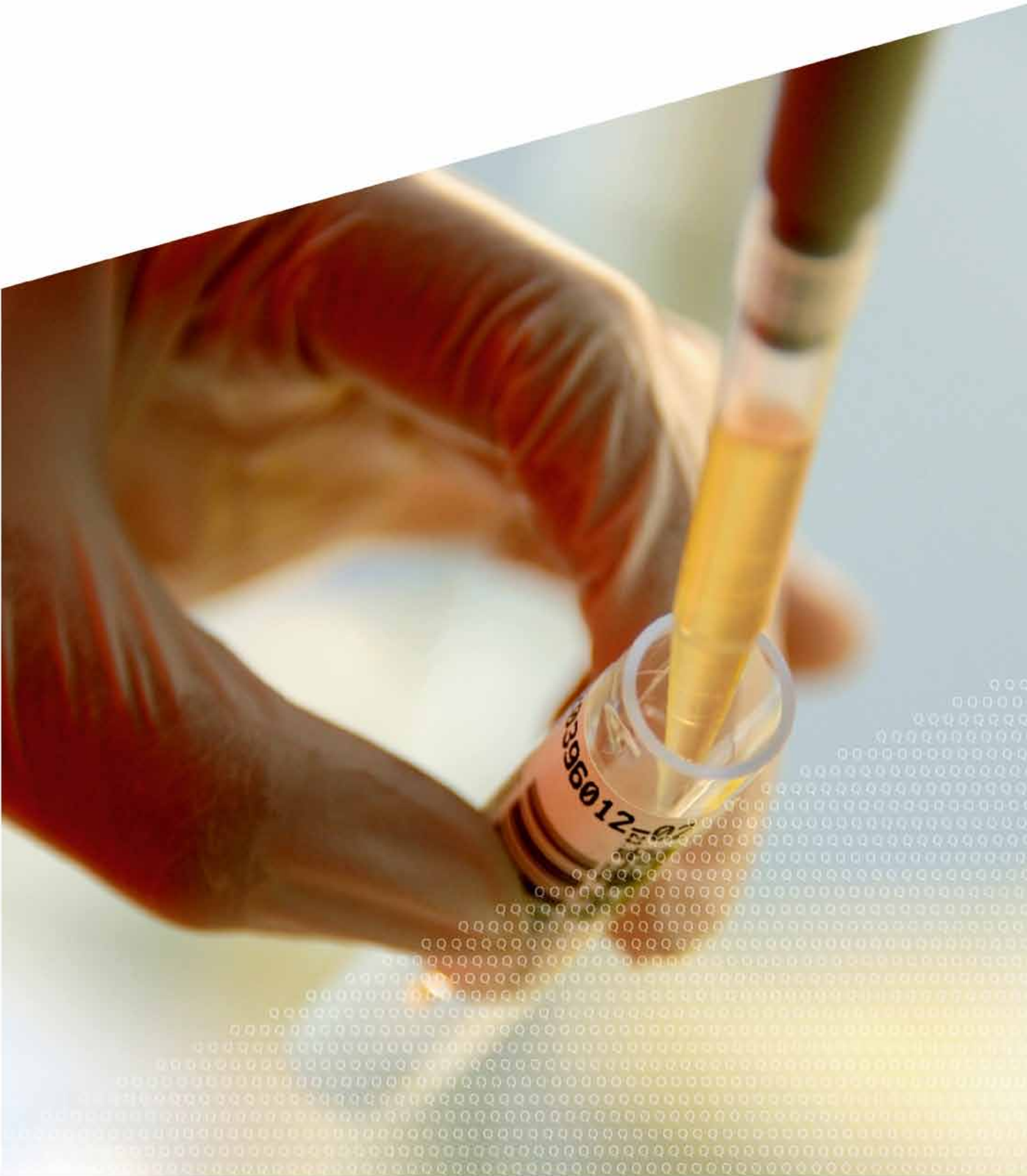
Seite 20, 51: Oberschwabenklinik GmbH

Seite 26: © Rems-Murr-Kliniken gGmbH

Seite 27: Schwarzwald-Baar Klinikum Villingen-Schwenningen GmbH

Seite 39, 63: © m42 Katja Zern und Thomas Frank

Seite 58: Varian





QuMiK GmbH
Erlachhofstraße 1
71640 Ludwigsburg
www.qumik.de