

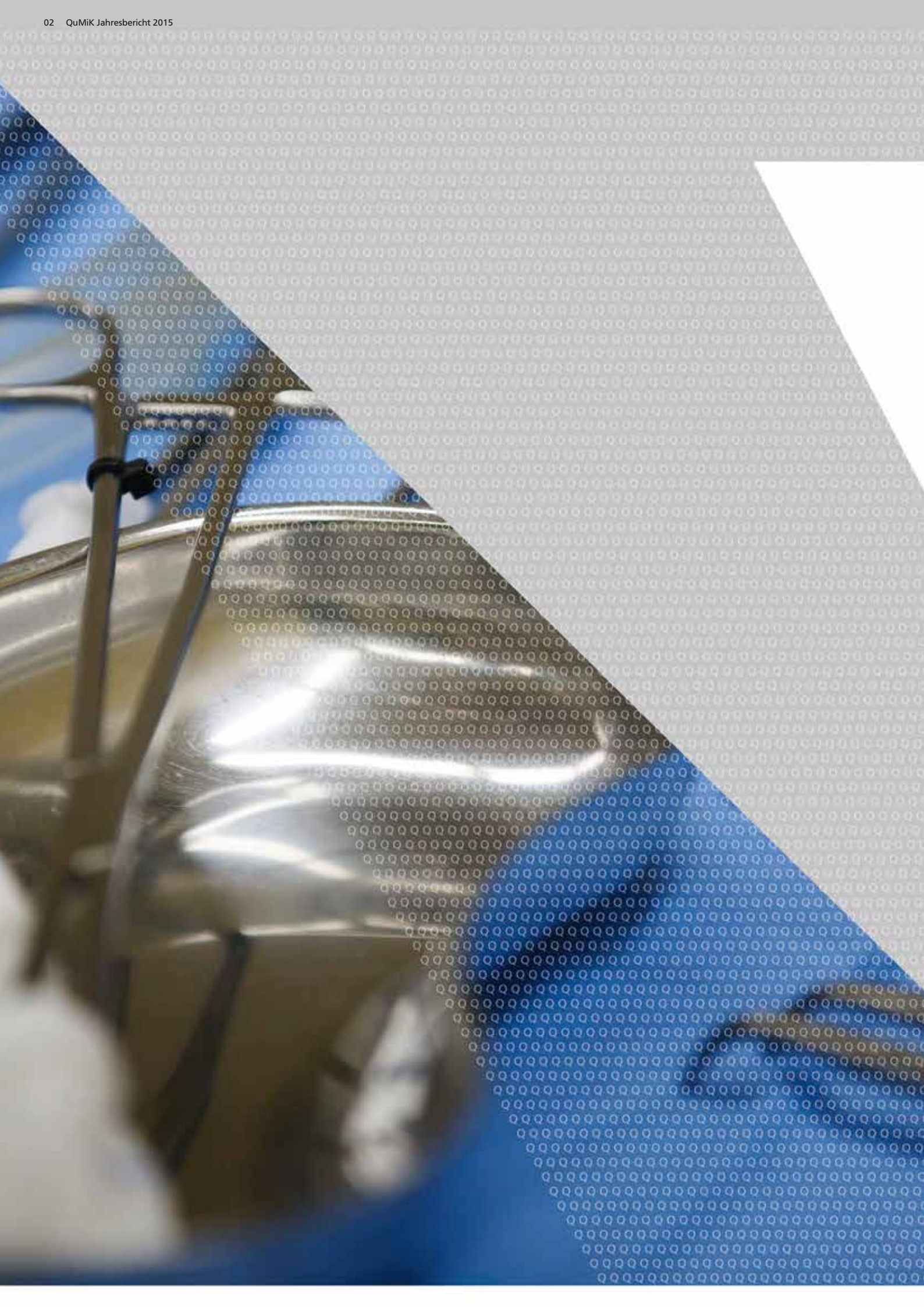
Jahresbericht 2015

Das starke Netzwerk
kommunaler Kliniken

Top-Thema



Patientensicherheit
und Fehlerkultur



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,

als Verbundpartner verfolgen die Mitglieder der QuMiK ein gemeinsames Ziel: Einen vielfältigen und offenen Wissensaustausch, um die Behandlungsqualität in den Krankenhäusern der Mitglieder permanent weiterzuentwickeln. Durch gemeinsame Vergleiche und gegenseitiges Lernen vom jeweils Besten stellen sie sich den Herausforderungen im Gesundheitssystem und dem Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit.

Von den Besten zu lernen heißt auch, aus den Fehlern anderer zu lernen und von deren Erkenntnissen zu profitieren. Top-Thema des vorliegenden Jahresberichts 2015 ist „Patientensicherheit und Fehlerkultur“ in den QuMiK-Einrichtungen. Denn um die Sicherheit unserer Patienten zu gewährleisten, werden hohe Anforderungen an die Mitarbeiter in der Gesundheitsversorgung gestellt. Um diese in ihrer täglichen Arbeit zu unterstützen, ist es notwendig, zum einen die Organisationsstrukturen unter einer kritischen Lupe zu betrachten, zum anderen unerwünschte Ereignisse und Beinahe-Schäden in der Gesundheitsversorgung systematisch zu erfassen und auszuwerten. Auf Basis der Ergebnisse müssen dann Veränderungen der Organisations- und Behandlungsabläufe in die Wege geleitet werden. Im diesjährigen Bericht beschreiben wir Projekte und Maßnahmen, die sowohl einheitlich im Verbund als auch individuell durch die Mitglieder umgesetzt werden, um die Patientensicherheit zu erhöhen. Im Interview mit Prof. Dr. Jörg Martin, Koordinator des Medizinischen Fachbeirats der QuMiK, wird zudem deutlich, welche wichtige Rolle Führungskräfte bei der Entfaltung einer positiven Fehlerkultur spielen.

Neben dem guten und vertrauensvollen Austausch unter den Mitgliedern gehören auch die systematische Überprüfung medizinischer Ergebnisqualität und umfangreiche Aktivitäten zu deren Verbesserung. Zu diesem Zweck hat die Fachgruppe Krankenhaushygiene eine Hygienestudie durchgeführt, in der die Infektionslage und die eingeleiteten Therapien erfasst wurden. Diese bringt den QuMiK-Kliniken weitere wichtige Informationen

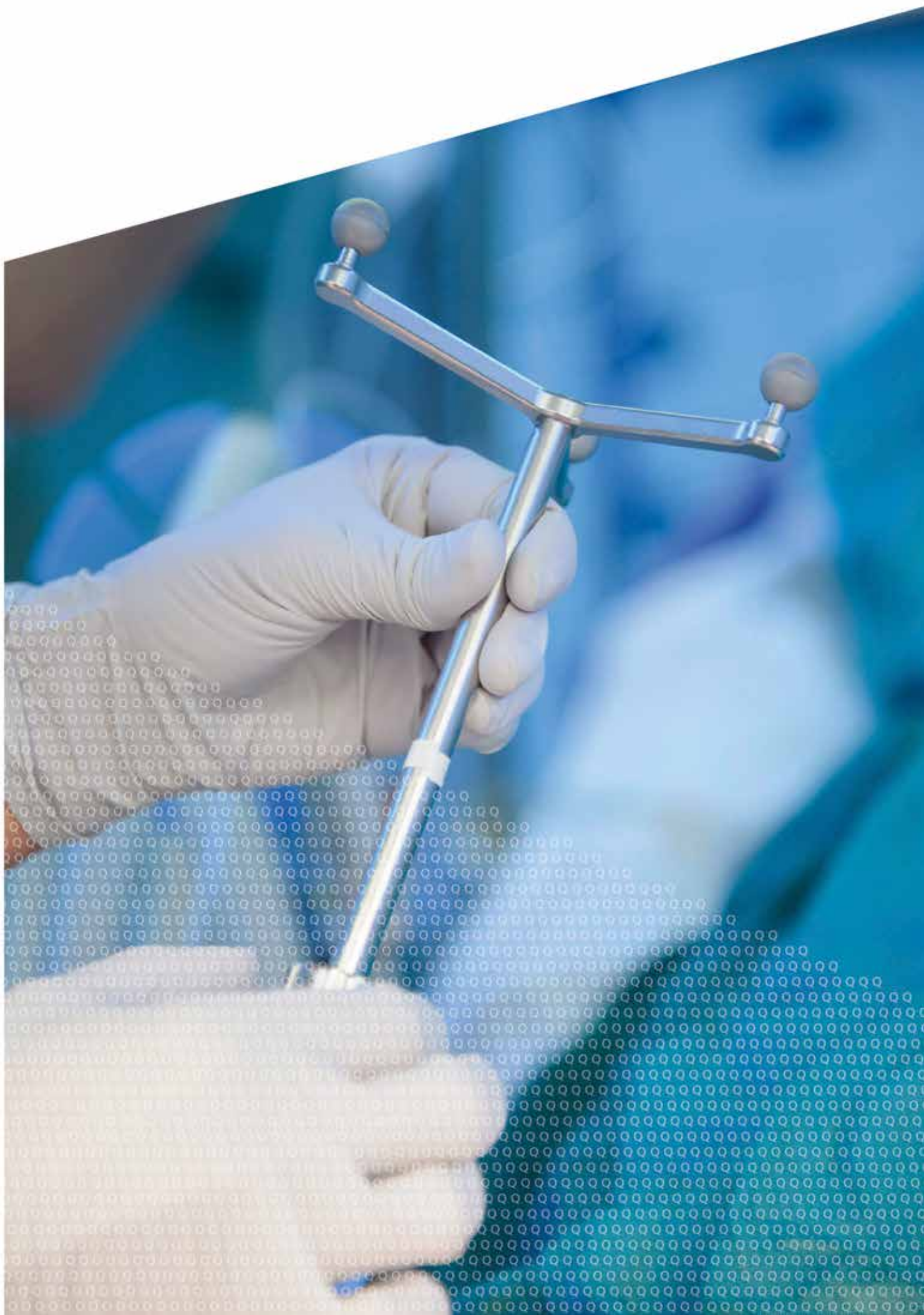
bei der Entwicklung des Hygienemanagements. Die Qualitätsergebnisse ergänzt der Verbund durch betriebswirtschaftliche Vergleiche. Im Fokus steht dabei der Vergleich der fachabteilungsbezogenen Produktivität. Dieser wird seit zwei Jahren kontinuierlich ausgebaut. Das Projekt liefert neben Kennzahlen zusätzliche Informationen über potenzielle Verbesserungsansätze.

Durch die vielfältigen Aktivitäten in Arbeitsgruppen, Projekten und Leistungsvergleichen sieht sich der QuMiK-Verbund für die Zukunft sehr gut aufgestellt, wenn es darum geht, die Versorgungsqualität in unseren Einrichtungen zu erhöhen und gleichzeitig einen Beitrag zur nachhaltigen Finanzierbarkeit unseres Gesundheitswesens zu leisten.

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. Anfang 2015 sind die Kreiskliniken Reutlingen 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
- Kreiskliniken Reutlingen GmbH
- Oberschwabenklinik GmbH
- 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 38 Standorten in Baden-Württemberg vertreten (siehe Karte) und verfügen über rund 11.000 Betten. Im Jahr 2014 wurden 1.350.000 Patienten ambulant und 490.000 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 jeweils 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 4.0) 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 **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

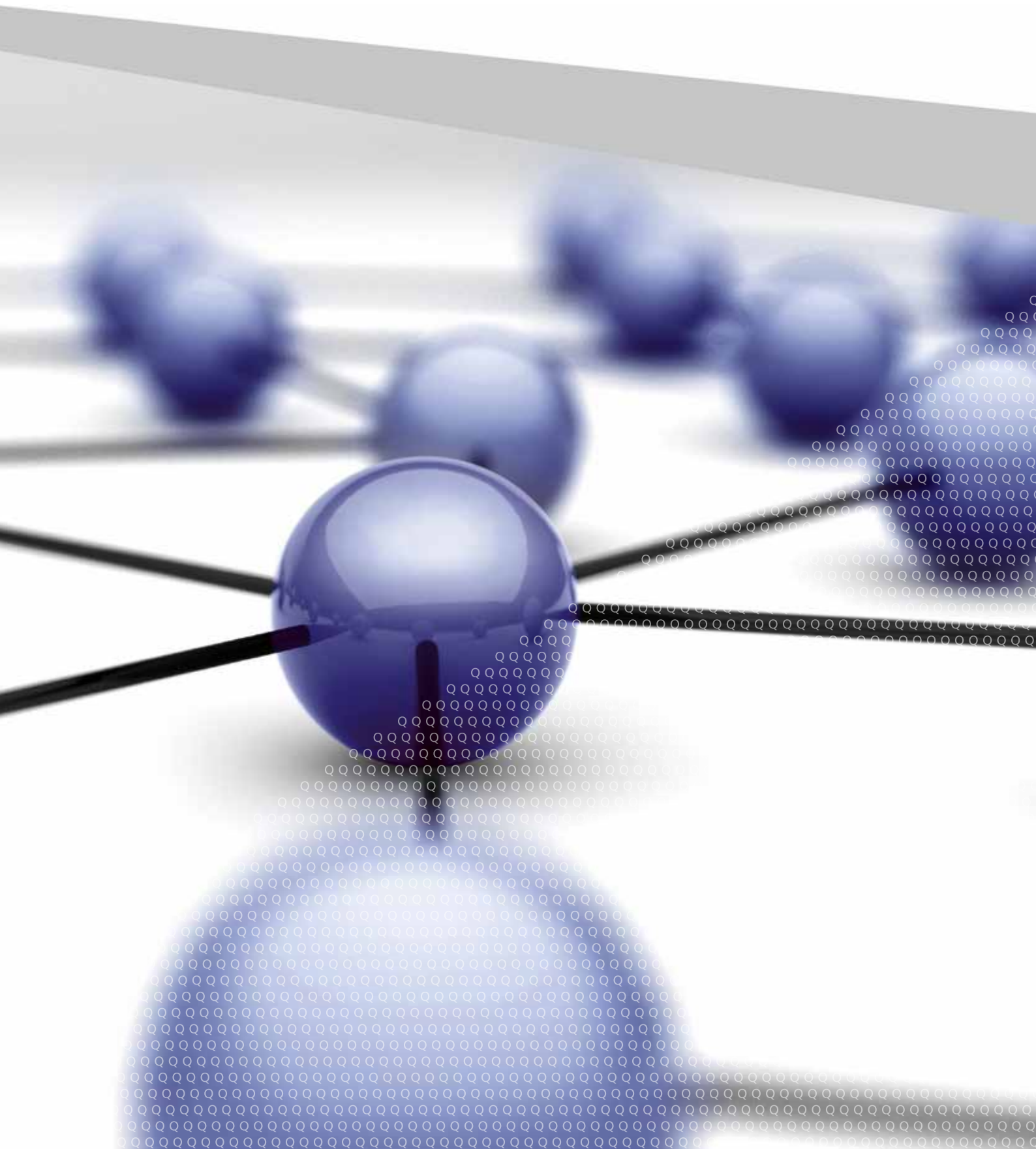
Entscheidungen im QuMiK-Verbund werden möglichst im Konsens getroffen, ggf. auch durch einfache Mehrheit.

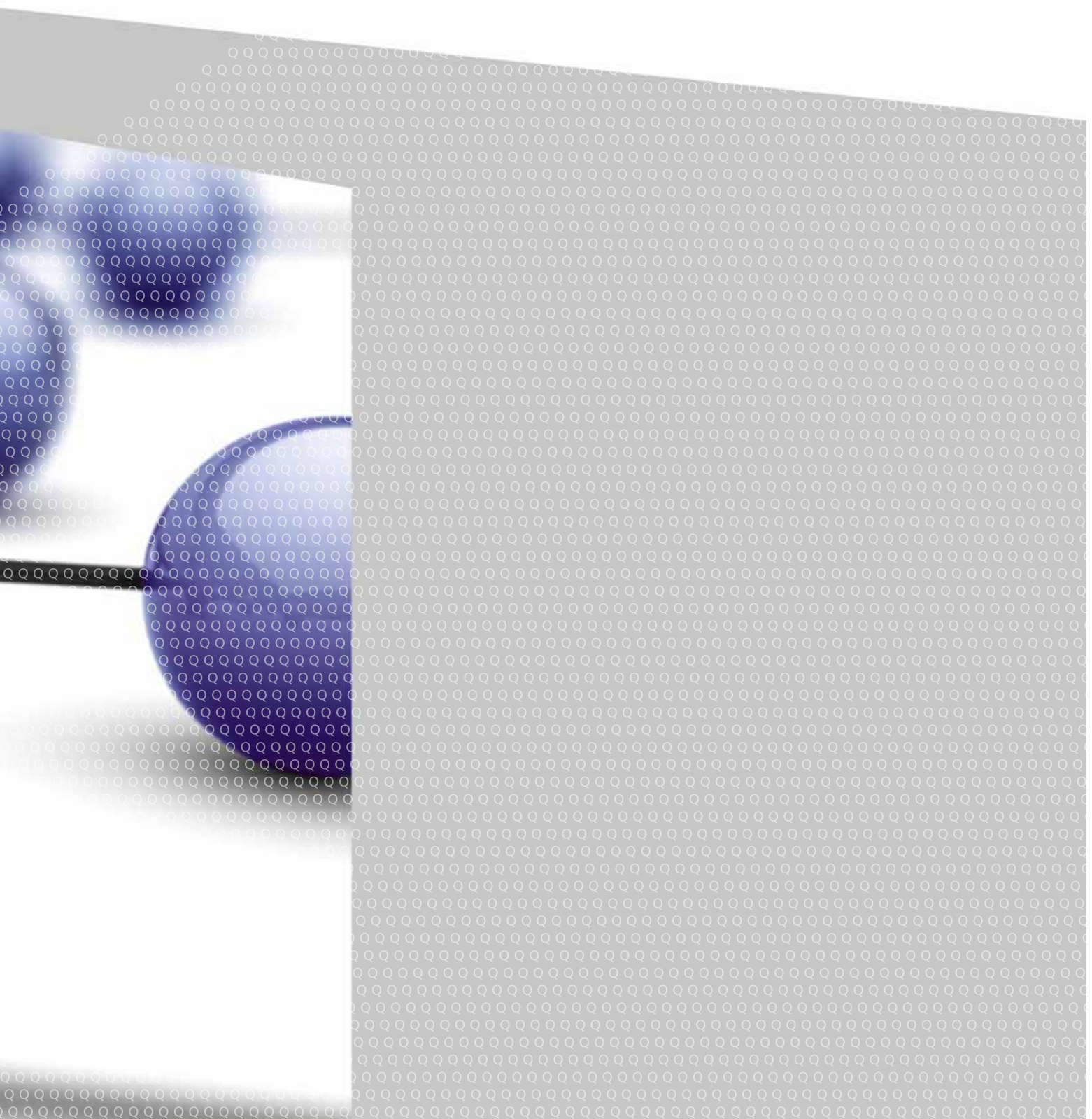
Verbindlichkeit

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



2.0 Die Verbundmitglieder





2.1 ALB FILS KLINIKEN



Patienten (stationär)	34.758
Patienten (ambulant)	109.970
Betten (Planbetten)	775
Mitarbeiter (Anzahl)	2.296
(Daten 2014)	

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. Rund 2.300 Mitarbeiter der beiden Standorte Klinik am Eichert in Göppingen sowie Helfenstein Klinik in Geislingen setzen sich für die Gesundheitsversorgung 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 Einzugsgebiet ab. Um die Zukunftsfähigkeit auch bei zunehmend komplexer werdenden ökonomischen und gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen langfristig sicherzustellen, wurde in 2015 ein neues Medizin-konzept erarbeitet. Im Fokus der neuen Medizinstrategie steht die umfassende Gesundheitsversorgung der Bevölkerung im Landkreis Göppingen. Dabei wurde sowohl auf die Spezialisierung des Angebots mit Schärfung des Profils der beiden Standorte als auch auf den Ausbau spezieller Kompetenzen hohen Wert gelegt. Mit der Umsetzung des Konzeptes wird das Zusammenwachsen beider Standorte durch die Intensivierung der standortübergreifenden Zusammenarbeit fokussiert. Professionelle Pflege und kompetente Physio- und Ergotherapie sowie Logopädie tragen an beiden Klinikstandorten maßgeblich zum Erfolg der Medizin bei.

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 sowie durch den Patientensicherheitscheck im OP und weiteren Aktivitäten im Rahmen des Klinischen Risikomanagements. Auch das etablierte Rückmeldemanagement und der enge Kontakt zu den niedergelassenen Ärzten im Rahmen eines strukturierten Einweiser-managements tragen zur Qualität der Patientenversorgung bei.

Die umfangreichen Vorarbeiten und Planungen für den Neubau der Klinik am Eichert sind im Jahr 2015 zügig vorangeschritten. 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 hohe 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 im Jahr 2014 waren die Krankenhäuser in Radolfzell (148 Betten), Engen (43 Betten) und Stühlingen (73 Betten), diese sind Häuser der Grundversorgung.

Innerhalb des Hegau-Bodensee-Klinikums wurden 2014 an allen vier Standorten über 30.000 Patienten stationär behandelt, rund 65.000 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 und Prostatazentrum. Im Jahr 2014 wurde das Krebszentrum Hegau-Bodensee erfolgreich nach DIN ISO zertifiziert. 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 2014 an den vier Standorten des Hegau-Bodensee-Klinikums tätig. Somit ist das HBK 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)	30.099
Patienten (ambulant)	64.996
Betten (Planbetten)	676
Mitarbeiter (Anzahl)	1.773
(Daten 2014)	

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)

22.323

Patienten (ambulant)

39.335

Betten (Planbetten)

598

Mitarbeiter (Anzahl)

1.601

(Daten 2014)

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 Belegkliniken 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.

Hauptkliniken:

- 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

Belegkliniken:

- 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



Klinikverbund Südwest

Als einer der größten kommunalen Gesundheitskonzerne im Süden Deutschlands hat der Klinikverbund Südwest einen Versorgungsauftrag für circa 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 Darmzentren in Böblingen und Nagold, das Gefäßzentrum in Leonberg, die Prostatakarzinomzentren in Nagold und Sindelfingen oder auch 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 Jahre war und ist die verbund-

weite Medizinkonzeption. Ende November 2014 hatte der Landeskrankenhausausschuss (LKhA) diese Medizinkonzeption und die damit verbundene betrieblich-bauliche Entwicklung im Verbund erfreulicherweise für die Umsetzung empfohlen. Die Entscheidung war ein Meilenstein in der Weiterentwicklung des Klinikverbundes Südwest. In den kommenden Jahren geht es jetzt an die Umsetzung der in der Medizinkonzeption beschlossenen Maßnahmen. Mit der Zustimmung des LKhA waren 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 Bürgerversammlungen 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. Die Zustimmung des Sozialministeriums verbunden mit der Mitte

.....	74.515
.....	302.674
.....	1.525
.....	4.300
.....	
(Daten 2014)	

2015 bewilligten Planungskostenrate für das Flugfeldklinikum in Höhe von acht Millionen Euro 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 mitberücksichtigt. 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 Kreiskliniken Reutlingen



KREISKLINIKEN
REUTLINGEN

Patienten (stationär)	36.000
Patienten (ambulant)	80.000
Betten (Planbetten)	770
Mitarbeiter (Anzahl)	2.500
(Daten 2014)	

Zu dem Verbund der Kreiskliniken Reutlingen GmbH mit insgesamt 770 Planbetten, 16 Fachabteilungen und 3 Instituten unter hauptamtlicher Leitung, mehreren Belegabteilungen und einer Zentralapotheke gehören das Klinikum am Steinenberg Reutlingen, die Ermstallklinik Bad Urach sowie die Albklinik Münsingen. Die Kreiskliniken Reutlingen GmbH versteht sich als eine Klinik an drei Standorten. Als Gesundheitsdienstleister mit qualifizierter personeller sowie modernster medizintechnischer Ausstattung und fortschrittlichen Untersuchungsmethoden betreuen die Kreiskliniken Reutlingen mit circa 2.500 Beschäftigten insgesamt rund 36.000 stationäre und 80.000 ambulante Patienten pro Jahr. In den 12 Kompetenzzentren mit erstklassiger medizinischer Ausstattung stimmen interdisziplinäre Expertenteams Diagnostik und Therapie eng miteinander ab. Das Klinikum am Steinenberg Reutlingen und die Ermstallklinik Bad Urach werden seit 2013 als einhäusiges Krankenhaus mit einer IK-Nummer geführt.

Das Klinikum am Steinenberg Reutlingen, ein Haus der Zentralversorgung mit einem breiten medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Spektrum, ist Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Tübingen. In 10 Fachabteilungen, 3 Instituten, 3 Belegabteilungen und einer Zentralapotheke werden jährlich circa 26.000 stationäre und circa 60.000 ambulante Patienten betreut. Mit insgesamt 12

Kompetenzzentren bietet das Klinikum am Steinenberg eine medizinische Versorgung auf höchstem Niveau für die Bevölkerung im Landkreis Reutlingen. Künftig werden das Klinikum am Steinenberg und die Ermstallklinik Bad Urach unter einem Plankrankenhaus geführt mit insgesamt 675 Betten.

Die Ermstallklinik versorgt als Haus der Grundversorgung circa 6.000 stationäre und circa 11.000 ambulante Patienten pro Jahr. Bei Patienten mit besonders komplexen Krankheitsbildern werden die medizinischen Kompetenzzentren des Klinikums am Steinenberg in den Behandlungsprozess eingebunden.

Funktionalität und Modernität kennzeichnen den Neubau der Albklinik Münsingen. Das Haus der Grundversorgung verfügt über 95 Planbetten und versorgt rund 4.000 stationäre und 9.000 ambulante Patienten. Durch die enge Zusammenarbeit mit den Kompetenzzentren des Klinikums am Steinenberg Reutlingen werden Diagnostik und Therapie bei Bedarf mit den interdisziplinären Expertenteams abgestimmt.



Klinikum am Steinenberg Reutlingen



Ermstallklinik Bad Urach



Albklinik Münsingen

2.6 Oberschwabenklinik



Die Oberschwabenklinik GmbH ist größter Gesundheitsdienstleister der Region Oberschwaben-Allgäu-Bodensee. Die OSK betreibt drei Akuthäuser in Ravensburg, Wangen und Bad Waldsee sowie eine Geriatrische Rehabilitation in Ravensburg. Mit 16 Hauptfach- und zwei Belegabteilungen bietet das Krankenhaus St. Elisabeth (EK) in Ravensburg das umfangreichste Fächerspektrum zwischen Bodensee und Ulm.

Im Westallgäu hat die OSK nach der Schließung der kleineren Häuser in Leutkirch und Isny die stationäre Versorgung auf den Standort Wangen mit nun 205 aufstellbaren Betten konzentriert. Das Haus verfügt mit sechs Haupt- und zwei Belegabteilungen über ein umfassendes Angebot der Grund- und Regelversorgung. Spezialgebiete sind ein Schmerzzentrum sowie ein Adipositaszentrum. Um der überörtlichen Versorgungsfunktion des Hauses gerecht zu werden, werden eine weitere Station mit 30 Betten sowie ein eigener Notsectio-OP geschaffen.

Das Krankenhaus Bad Waldsee mit seinen Abteilungen Innere Medizin sowie Chirurgie ist nicht zuletzt aufgrund seiner unmittelbaren Nachbarschaft zu großen Reha-Einrichtungen als Gelenkzentrum sehr erfolgreich. Eingang, Foyer und Außenbereich sind erneuert worden, um die Attraktivität des Hauses gerade für Pati-

enten mit eingeschränkter Gehfähigkeit zu erhöhen. Eine Sonderrolle im Verbund spielt das historische Heilig-Geist-Spital in 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 mit einem erneuerten Behandlungshaus sowie einem neuen Bettenhaus, das 360 Plätze ausschließlich in Zwei- und Einbettzimmern bietet, ging 2013 in Betrieb. Die neue Strahlentherapie ist im April 2015 fertig geworden. Der zweite Bauabschnitt des EK, dessen Rohbauten bereits stehen, umfasst unter anderem ein Frauen-Kind-Zentrum sowie ein Notfallgebäude. 2017 soll das neue EK fertiggestellt sein.

Mit den Neubauten wird das EK seiner zentralen Rolle in der Region auch in Zukunft gerecht. Es ist überregionales Traumazentrum und von der BG für das Schwerstverletzungsartenverfahren zugelassen. Unter dem Dach eines zertifizierten Onkologischen Zentrums arbeiten das Darmzentrum, das Brustzentrum, das Gynäkologische Krebszentrum sowie das Prostatakarzinomzentrum. Das EK ist Sitz eines Gefäßzentrums, eines Wundzentrums, eines Schlaganfallzentrums sowie eines Perinatalzentrums Level I. Mit einem standortübergreifenden Endoprothetik-

Patienten (stationär)	40.247
Patienten (ambulant)	122.327
Betten (Planbetten)	862
Mitarbeiter (Anzahl)	2.716
(Daten 2014)	

zentrum hat die OSK erstmals ihre drei Akuthäuser in einem Bereich gemeinsam zertifizieren lassen.

Im ambulanten Bereich verfügt die OSK über zwei Medizinische Versorgungszentren. In Wangen mit Nebenbetriebsstätte in Isny arbeitet ein MVZ mit den Fachbereichen Chirurgie, Orthopädie und Radiologie. In Ravensburg wurde 2015 ein MVZ mit den Bereichen Orthopädie und Allgemeinmedizin eröffnet.

Mit der Tochtergesellschaft Gesundheitsakademie Bodensee-Oberschwaben GmbH sowie den Krankenpflegeschulen Wangen und Bad Waldsee ist die OSK größter Ausbildungsbetrieb der Gesundheitsbranche in der Region. 240 junge Menschen werden als Pflegefachkräfte oder OTA's 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.

2.7 Regionale Gesundheitsholding Heilbronn-Franken

SLK Kliniken

SLK Lungenklinik
Löwenstein



Hohenloher
Krankenhaus

Patienten (stationär)	91.843
Patienten (ambulant)	217.506
Betten (Planbetten)	1.918
Mitarbeiter (Anzahl)	6.041

(Daten 2014)

RGHF – Ein starker Verbund

Die Regionale Gesundheitsholding Heilbronn-Franken (RGHF) ist ein Zusammenschluss der SLK-Kliniken Heilbronn GmbH und deren Tochtergesellschaft 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.

Für die beiden großen Standorte der SLK-Kliniken entstehen zwei hochmoderne Klinik-Neubauten, die im Laufe des Jahres 2016 bezogen werden können.



Neubau Klinikum am Gesundbrunnen, Heilbronn



Neubau Klinikum am Plattenwald, Bad Friedrichshall

SLK-Kliniken Heilbronn, Lungenklinik 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 sind die SLK-Kliniken der größte 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 Funktionsneubau mit modernen OP-Räumen, Intensivstationen und einer zentralen Notaufnahme sowie Stationsbereiche mit in Summe über 500 Betten. Nach dem Endausbau wird das Klinikum am Gesundbrunnen insgesamt über 850 Betten verfügen. Zeitgleich entsteht am Klinikum am Plattenwald in Bad Friedrichshall ein Krankenhaus-Neubau. Das neue Klinikum wird über sieben moderne Operationssäle und rund 350 Betten verfügen. Insgesamt werden rund 330 Millionen Euro in die beiden Neubauten investiert.

Lungenklinik 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 350 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.

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 Inneren 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 sechs Einrichtungen für betreutes Seniorenwohnen. Rund 1.000 Mitarbeiter kümmern sich in den beiden Krankenhäusern mit 283 Betten und den Seniorenzentren mit fast 360 Seniorenpflegeplätzen, circa 80 betreuten Wohneinheiten und über 20 Tagespflegeplätzen um ihre Patienten und Bewohner.



**Regionale
Gesundheitsholding
Heilbronn-Franken GmbH**

2.8 Regionale Kliniken Holding RKH



**Regionale Kliniken
Holding RKH GmbH**

Patienten (stationär)	111.389
Patienten (ambulant)	279.657
Betten (Planbetten)	2.621
Mitarbeiter (Anzahl)	7.719

(Daten 2014 inkl. aller Tochtergesellschaften)

Unsere Leitplanken Qualität, Transparenz, Innovation und Zuwendung bilden die Eckpfeiler unserer Unternehmensstrategie und sind Basis für zahlreiche Projekte und Maßnahmen. Der Fokus des Jahres 2015 lag auf dem Leitgedanken der „Zuwendung“.

Wir konnten erfolgreich eine neue Unternehmensstruktur einführen. Neben organisatorischen Änderungen in den zentralen Diensten haben sich inzwischen die Etablierung der medizinischen Fachgruppen und des medizinischen Fachbeirats bewährt. Diese garantieren eine fachliche Umsetzung und Weiterentwicklung strategischer und medizinischer Themen im Klinikalltag. Zudem wurde ein holdingweites Hygienekonzept erarbeitet und umgesetzt sowie die Standardisierung der Medizinprodukte vorangetrieben.

Zur Erzielung einer höheren Qualität und Patientenzufriedenheit wurden in den letzten zwei Jahren zwei große Kampagnen angestoßen. Die Kampagne zur Charmeoffensive mit den Schulungen durch die TUI-Akademie und die Kampagne zum Risikomanagement mit allen Maßnahmen für mehr Sicherheit und Behandlungsqualität.

Weitere Verbesserungen wurden durch Projekte in den einzelnen Regionen erzielt, die in diesem Jahr angestoßen oder vorangetrieben wurden. Dazu zählen in Bruchsal die Etablierung der Gastroenterologie/Onkologie und Kardiologie/Angiologie, in Bretten der Start des Klinik-Neubaus, in Mühlacker die Etablierung der Kardiologie, der Gastroenterologie, der Viszeralchirurgie und des Schlaganfallnetzwerks in Kooperation mit dem HELIOS Klinikum Pforzheim, in Markgröningen die Etablierung der konservativen Station, in Ludwigsburg der Umbau der Notaufnahme sowie die Gründung eines Zentrums für interdisziplinäre Notfallmedizin, der Neubau des Frauen-Kind-Zentrums, der Führungswechsel in der Neurochirurgie einschließlich der Kooperation mit dem SLK-Klinikum Heilbronn, in Bietigheim der Führungswechsel in der Allgemein- und Viszeralchirurgie und diesbezüglichem Ausbaus der Adipositaschirurgie, in Marbach die Zertifizierung zum schmerzarmen Krankenhaus und in Vaihingen die Planungen zur Umwandlung des Krankenhauses in eine internistisch-diagnostische Tagesklinik für geriatrische Patienten.





Kliniken Ludwigsburg-Bietigheim gGmbH

Im Verbund der Regionalen Kliniken Holding RKH



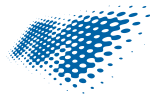
Enzkreis-Kliniken gGmbH

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)	65.490
Patienten (ambulant)	169.704
Betten (Planbetten)	1.518
Mitarbeiter (Anzahl)	4.055
(Daten 2014)	



Enzkreis-Kliniken



Patienten (stationär)	12.866
Patienten (ambulant)	20.565
Betten (Planbetten)	293
Mitarbeiter (Anzahl)	691
(Daten 2014)	



Kliniken des Landkreises Karlsruhe

Patienten (stationär)	25.089
Patienten (ambulant)	49.388
Betten (Planbetten)	610
Mitarbeiter (Anzahl)	1.338
(Daten 2014)	



OKM Orthopädische Klinik Markgröningen

Patienten (stationär)	7.944
Patienten (ambulant)	40.000
Betten (Planbetten)	200
Mitarbeiter (Anzahl)	554
(Daten 2014)	

2.9 Schwarzwald-Baar Klinikum Villingen-Schwenningen



SCHWARZWALD-BAAR
KLINIKUM

Patienten (stationär)	48.894
Patienten (ambulant)	137.195
Betten (Planbetten)	1.000
Mitarbeiter (Anzahl)	2.900

(Daten 2014)

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 Kreis-klinikums Schwarzwald-Baar in Donaueschingen. Als Dienstleister der Gesundheitswirtschaft kommt ihm primär die gesamte stationäre Versorgung im Landkreis Schwarzwald-Baar (210.000 Einwohner) 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. Den knapp 49.000 stationären und mehr als 137.000 ambulanten 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, Kontinenz-zentrum, Wirbelsäulenzentrum, Sozialpädiatrisches Zentrum, Adipositas-Zentrum, Endoprothetikzentrum der Maximalversorgung und 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 Gamma-kameras vorhanden. Seit 2015 verfügt das

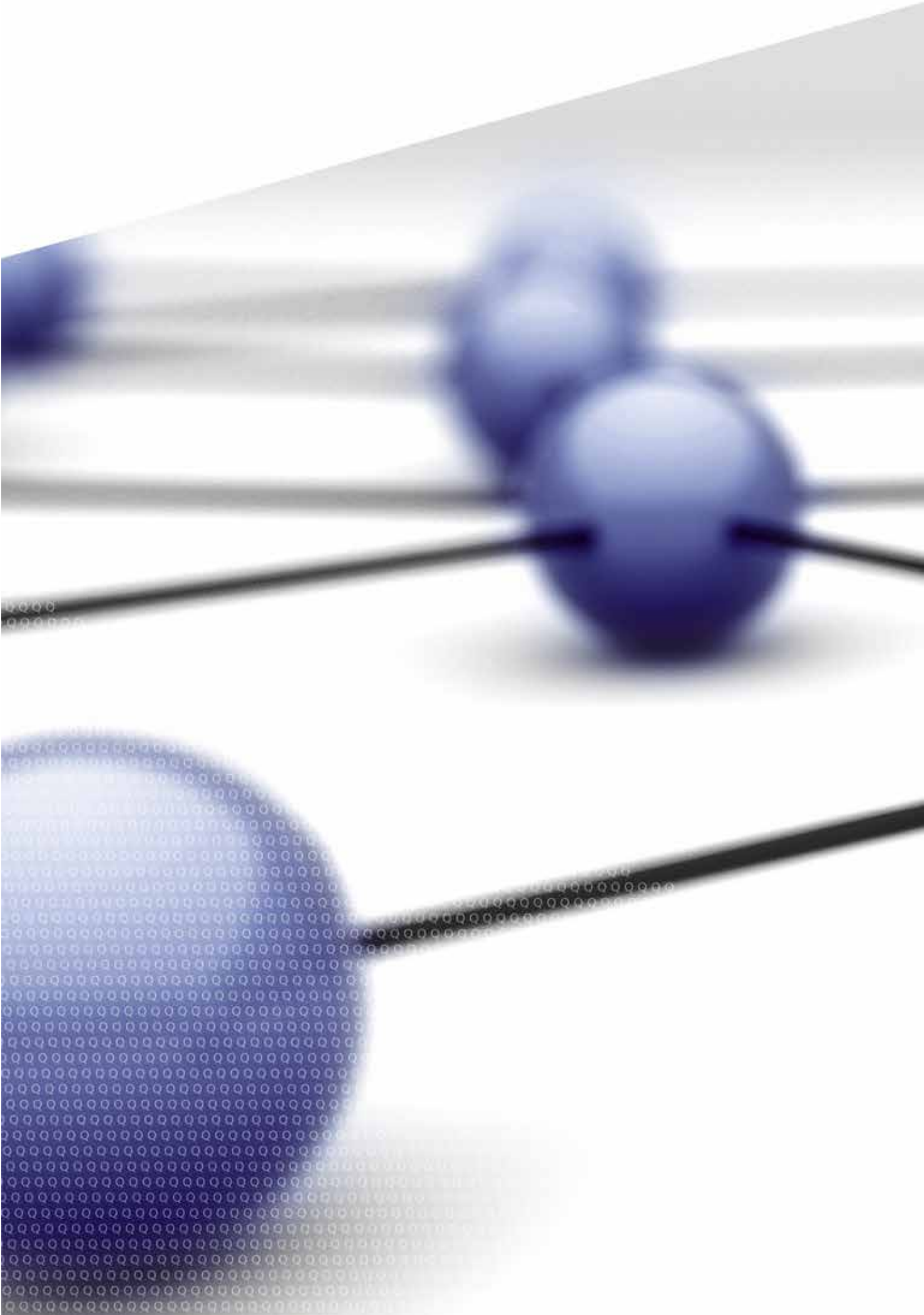
Schwarzwald-Baar Klinikum außerdem über „Cyberknife“, einen robotergestützten Linearbeschleuniger zur Radiochirurgie.

Für die Erbringung der Leistungsbandbreite sind rund 2.900 Beschäftigte an den beiden Standorten Villingen-Schwenningen und Donaueschingen 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 Dependence mit eigenständigen Fachabteilungen in einem abgestimmten 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.

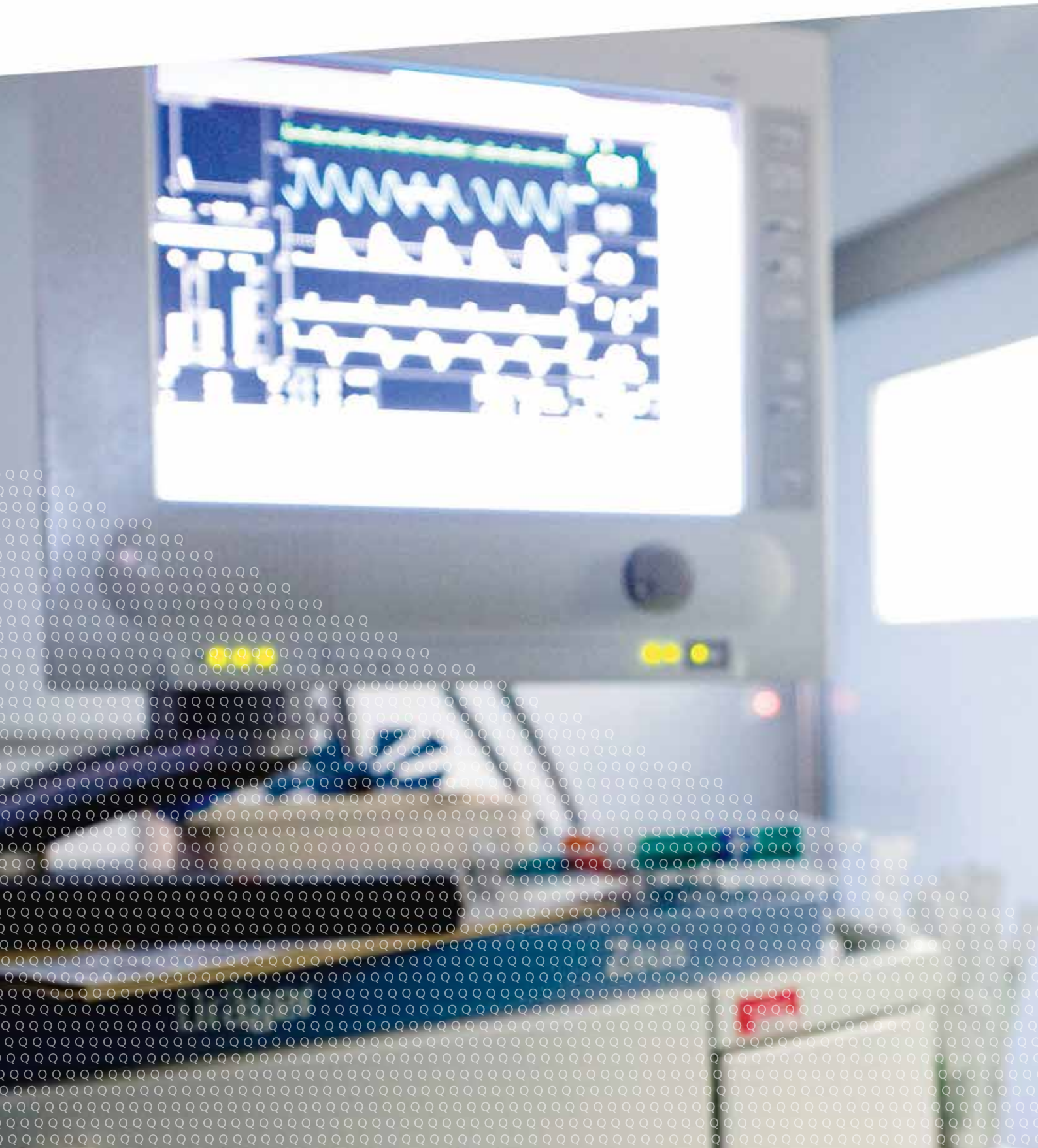
Ende 2015 hat das Klinikum darüber hinaus die ersten Patienten im neu gebauten Palliativzentrum aufgenommen. Die spezialisierte Palliativeinrichtung befindet sich in direkter Nachbarschaft zum Neubau in Villingen-Schwenningen und ist an das Gebäude über einen Tunnel angeschlossen.



Schwarzwald-Baar Klinikum, Villingen-Schwenningen



3.0 *Top-Thema Patientensicherheit und Fehlerkultur*





3.1 **Einleitung**

Ausgangssituation

In Deutschland finden jährlich circa 19 Millionen stationäre Behandlungen in Krankenhäusern an zunehmend älteren Patienten statt, bei denen rund 50 Millionen oftmals komplizierte Prozeduren durchgeführt werden – häufig unter Beteiligung unterschiedlichster Spezialisten. Nach Schätzwerten basierend auf den Angaben des Sachverständigenrats-Gutachten und Berechnungen des Interdisziplinären Zentrums für Versorgungsforschung (IZVF) treten bei etwa fünf bis zehn Prozent aller Krankenhausbehandlungen unerwünschte Ereignisse auf, wobei knapp die Hälfte als vermeidbar gilt. Behandlungsfehler geschehen bei rund einem Prozent aller Krankenhausfälle und tödliche Fehler entstehen bei etwa einem Promille. Im schlechtesten Falle bedeutet dies jährlich rund 19.000 Todesfälle. Diese Zahlen werden derzeit häufig in der öffentlichen Diskussion über Krankenhäuser und deren Patientensicherheit verwendet.

Darüber hinaus hat das Thema Patientensicherheit mittlerweile in gesetzlichen Regelungen an Bedeutung gewonnen, insbesondere im neuen Krankenhausstrukturgesetz im Bereich der Qualitätssicherung mit erweiterten Kontrollen und in einem GBA-Beschluss (Gemeinsamer Bundesausschuss) zu den Anforderungen an das Risikomanagement für Krankenhäuser.

Daher ist es sehr naheliegend, dass die QuMiK-Häuser dem Thema Patientensicherheit und Fehlerkultur seit mehreren Jahren eine besondere Beachtung schenken. Gemäß dem eigenen Anspruch der stetigen Qualitätsverbesserung wurden viele Aktivitäten gestartet, die in einer auszugswisen Darstellung im diesjährigen Bericht das Schwerpunktthema bilden – mit innovativen Maßnahmen und Projekten zur Vermeidung unerwünschter Ereignisse (ab Seite 30) sowie einem Interview zur Fehlerkultur als die wichtigste Führungsaufgabe aus Sicht des Geschäftsführers der Regionale Kliniken Holding RKH Prof. Dr. Jörg Martin (siehe Seite 40).

Bedeutung der Patientensicherheit und Fehlerkultur für den QuMiK-Verbund
Integraler Bestandteil der Behandlungsqualität ist neben der hochwertigen medizinischen und pflegerischen Versorgung das Management von Strukturen und

Prozessen zur Erhöhung der Patientensicherheit sowie zum Aufbau einer positiven Fehlerkultur. Primäres Ziel der Patientensicherheit ist die Vermeidung von unerwünschten Ereignissen, die auf Fehlern beruhen. Voraussetzung für eine zielführende Fehleraufarbeitung ist hierbei das Vorhandensein einer positiven Fehlerkultur, die durch die Führungskräfte aller Krankenhausbereiche vorgelebt wird. Dieser Führungsprozess ermöglicht den transparenten und sanktionsfreien Umgang mit Fehlern getreu dem Motto der NASA „If it's not safe, say so!“.

In den zurückliegenden Jahren haben die Verbundmitglieder durch zahlreiche Aktivitäten diese Themen umfangreich bearbeitet und bauen diese durch weitere Maßnahmen aus (Details dazu finden sich bereits im QuMiK Jahresbericht 2014 im Kapitel Klinisches Risikomanagement). Die Bereiche Operationssicherheit, Arzneimittelsicherheit, Hygienemanagement, Fehlermeldesysteme, Standardisierungen und Mitarbeiterqualifikation stehen dabei im Fokus. Die Themenfelder werden laufend durch neun medizinische Fachgruppen und die Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement bearbeitet. Die Mitglieder profitieren sowohl durch die Erarbeitung gemeinsamer Lösungen als auch durch den Austausch individueller, wegweisender Projekte.

Die Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement hat daraus mittlerweile einen Sicherheitsstandard für alle Patienten der QuMiK-Einrichtungen entwickelt (siehe Tabelle Seite 29). Alle Häuser haben sich darauf verständigt, dass zur Erhöhung der Patientensicherheit in der QuMiK einheitliche Verfahrensweisen im Bereich Klinisches Risikomanagement eingesetzt werden.

Der neue Sicherheitsstandard ist auch ein sehr gutes Beispiel dafür, dass bei entsprechend enger Zusammenarbeit und gegenseitiger Abstimmung ein maximaler Nutzen für alle Mitglieder entsteht. Die Regelungen werden nun jährlich überprüft und an aktuelle Entwicklungen angepasst. Die derzeit noch optionalen Anforderungen werden schrittweise verpflichtend. Weiterhin wird 2016 der Austausch im Bereich CIRS (Critical Incident Reporting System) intensiviert, indem regelmäßig in der Arbeitsgruppe Qualitäts-

management über kritische Ereignisse berichtet wird. Eine vollständige, systematische Dokumentation aller medizinischen Maßnahmen bringt gleichermaßen Sicherheit für Patienten und Mitarbeiter. Der QuMiK-Verbund entwickelt zur Unterstützung gemeinsame Überprüfungs-Instrumente für die Qualität der Patientendokumentation.

Im vorliegenden Bericht finden sich zudem ausgewählte Aktivitäten unserer medizinischen Fachgruppen, die ebenfalls das Thema Patientensicherheit unterstützen. Die Fachgruppe Hygiene veröffentlicht Ergebnisse der 2015 durchgeführten Hygienestudie (ab Seite 46) zur Optimierung der Infektionslagen und der zugehörigen Therapien. Die Fachgruppen Allgemein- und Viszeralchirurgie sowie Unfallchirurgie und Orthopädie haben eine Großveranstaltung zum Thema „Prävention postoperativer Wundinfektionen“ durchgeführt (siehe Seite 56); die Fachgruppe Perinatalzentren hat mit ihrem etablierten Kompetenztag zum dritten Mal Assistenzärzte der Bereiche Geburtshilfe und Neonatologie für Kindernotfälle trainiert (siehe Seite 57). Darüber hinaus unterstützen QuMiK-Mitglieder bundesweite Initiativen zur Steigerung der Patientensicherheit, z. B. das Aktionsbündnis Patientensicherheit und die Hygiene-Aktion „Saubere Hände“.

Innovative Projekte aus den QuMiK-Häusern

Die besondere Leistung besteht nicht darin, eine Verbesserungsidee zu haben, sondern diese mit nachhaltiger Wirkung in der Praxis umzusetzen. Wir stellen im Folgenden innovative Praxisbeispiele aus den QuMiK-Häusern vor. Diese umfassen insbesondere die Themen Patientenidentifikation, Arzneitherapiesicherheit, Hygienemanagement und Infektionsschutz sowie Komplikationserfassung bei chirurgischen Eingriffen. Im Sinne eines Best-Practice-Ansatzes werden solche Projekte regelmäßig innerhalb des Verbundes ausgetauscht und tragen damit insgesamt wesentlich zur Erhöhung der Patientensicherheit in unseren Mitgliedseinrichtungen bei. Mit der Veröffentlichung machen wir die Arbeit unserer Mitglieder auch für andere nutzbar und leisten damit einen Beitrag zur Weiterentwicklung des Themas in den Kliniken insgesamt.

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 Praxisbeispiele zur Patientensicherheit

Einführung eines Patientenidentifikationsarmbandes in den SLK-Kliniken Heilbronn

Ausgangssituation

Als zentrales Element zur Erhöhung der Patientensicherheit sehen die SLK-Kliniken die sichere Patientenidentifikation. Wenn es auch nur selten vorkommt, so kann es dennoch sein, dass ein Patient wegen Verwechslung die falsche Behandlung erhält. Die Gefahr der Verwechslung nimmt mit der Komplexität der Behandlungsprozesse zu. Wie auch in den Handlungsempfehlungen des Aktionsbündnisses für Patientensicherheit erwähnt, stellen ein hohes Patientenaufkommen, die Beteiligung vieler Menschen am Behandlungsprozess oder ein vielfältiges Angebot an medizinischen Versorgungsmöglichkeiten weitere Risiken bei der sicheren Patientenidentifikation dar. Des Weiteren werden aktive und wiederkehrende Identifizierungsmaßnahmen unter Einbeziehung des Patienten nicht selten dadurch erschwert, dass es sich um Notfallpatienten, fremdsprachige Patienten, demente Patienten oder Patienten mit Behinderung handelt. Das Patientenarmband ist ein wirksames Mittel, um das Problem der Patientenverwechslung erst gar nicht aufkommen zu lassen. Für alle Patienten, die operiert werden, wurden in den SLK-Kliniken bereits seit längerem Patientenarmbänder eingesetzt.

Pilotphase

In einer interprofessionell besetzten Projektgruppe wurden die bisherigen Prozesse nochmals analysiert und die Anwendung des Patientenarmbandes neu geregelt. Um die neu festgelegten Prozesse auf Umsetzbarkeit zu prüfen, wurde eine zweimonatige Pilotphase an den Klinikstandorten durchgeführt. In einer anschließenden Projektgruppensitzung wurden die Rückmeldungen zum Umsetzungsstand gesammelt und bewertet.

Umsetzung

Seit längerem werden in den SLK-Kliniken zur Unterstützung des Identifizierungsprozesses Patientenarmbänder für alle Patienten, die operiert werden, eingesetzt. Hier haben die SLK-Kliniken bereits gute Erfahrungen gemacht. Seit 2015 erhalten nun flächendeckend alle stationären Patienten sowie Notfallpatienten ein Identifikationsarmband, auf dem Name, Geburtsdatum und die persönliche Identifikationsnummer aufgedruckt und über einen Barcode ablesbar sind. Dabei steht es jedem Patienten frei, das Armband zu tragen. Es hat sich jedoch gezeigt, dass die Akzeptanz bei den Patienten sehr hoch ist. Eine detaillierte Arbeitsanweisung für die Mitarbeiter stellt sicher, dass die Armbänder

jederzeit richtig angelegt, benutzt und entsorgt werden. Muss ein Band entfernt werden, beispielsweise während einer Operation, so ist die Abteilung, welche das Armband abnimmt, auch für das Anlegen eines neuen Armbandes verantwortlich.

Patientenarmband

Bei der Auswahl des Patientenarmbandes wurde zudem auf Hautverträglichkeit und Tragekomfort, aber auch auf das einfache und schnelle Anlegen des Armbandes geachtet. Ebenso wurden Aspekte wie Wasserbeständigkeit und Resistenz gegen Desinfektionsmittel, Seife und Ähnliches in die Produktentscheidung miteinbezogen. Zudem konnten durch den Wechsel des Herstellers die Kosten für ein Armband halbiert werden.

Ausblick

Für die Zukunft ist geplant, das Armband nicht nur für die Patientenidentifikation zu nutzen, sondern den enthaltenen Barcode auch für die Speicherung medizinisch relevanter Informationen, wie zum Beispiel Allergien, zu verwenden. Mit Hilfe eines Scanners kann der Barcode ausgelesen werden. Alle Informationen stehen dann auch digital zur Verfügung.



Ein Patientenarmband für die sichere Patientenidentifikation

Komplikationsstatistik im Schwarzwald-Baar Klinikum

Mit zuverlässigen Daten zu mehr Transparenz und höherer Versorgungsqualität: 2011 hat die Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie am Schwarzwald-Baar Klinikum in Villingen-Schwenningen eine standardisierte Komplikationserfassung eingeführt. Dabei geht es um Informationen zu unvorhersehbaren Umständen und unerwünschten Ereignissen während des Patientenaufenthalts. Mittels eines Erhebungsbogens erfasst die Klinik die entsprechenden Daten für jeden Patienten, hinterlegt ist der Bogen im Krankenhaus-Informationssystem Orbis. Obwohl die Fachabteilung die Daten erst seit wenigen Jahren erhebt, sind positive Auswirkungen auf interne Prozesse und die Patientenversorgung bereits deutlich zu verzeichnen.

„Unser Ziel ist es, die interne Prozessqualität zu sichern und auf diese Weise die Patientenversorgung zu gewährleisten und zu optimieren“, erklärt Priv.-Doz. Dr. med. Friedrich Thielemann, Direktor der Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie am Schwarzwald-Baar Klinikum. „Wir wollen Arten und Anzahl der Komplikationen reduzieren. Um das zu erreichen, erfassen wir die zugrunde liegenden Ursachen und suchen nach Lösungen, damit es möglichst keine Wiederholung gibt. Dazu braucht es aber nicht nur Transparenz und einen offenen Umgang mit Komplikationen. Sondern eine weitere wichtige Voraussetzung ist deren strukturierte, zahlenmäßige Erfassung. Eine subjektive Einschätzung – also „rein nach Gefühl“ – reicht nicht aus. Nur mit einer zuverlässigen Datenbasis können eventuelle Probleme greifbar gemacht werden.“

Komplikationen und Risikoeinschätzungen

Der behandelnde Arzt füllt für jeden Patienten digital einen Komplikationsbogen aus, der zuständige Oberarzt kontrolliert die Angaben. Neben der Diagnose, den Patientendaten und Details zur medizinischen Behandlung führt das Team die unerwarteten Ereignisse auf, also Komplikationen wie beispielsweise Blasenentzündung, Wundheilungsstörungen, Infekte

oder technische Fehler. „Aber nicht nur das: Ob es zu Problemen kommt, hängt wesentlich auch von der körperlichen Verfassung des Patienten ab. Häufig stehen dabei Menschen mit vielfältigen Vorerkrankungen, wie zum Beispiel Diabetes oder Herz- und Lungenerkrankungen, besonders im Fokus“, weiß Dr. Thielemann. Deshalb nimmt seine Mannschaft im Vorfeld einer Operation für jeden Patienten eine Risikoeinschätzung aufgrund seines körperlichen Zustandes, der Anamnese und weiterführender Untersuchungen vor. Die Einstufung erfolgt nach dem System der American Society of Anesthesiologists (ASA), das Indikatoren für das operative Risiko festlegt. Das Klinikum erfasst vier ASA-Risikogruppen – vom normalen, ansonsten gesunden Patienten bis hin zu demjenigen mit schwerer, prinzipiell bedrohlicher Allgemeinerkrankung.

Auswertungen und Komplikationskonferenzen

Die Fachabteilung wertet die erhobenen Daten aus. Darüber hinaus trifft sich das Team zu einer wöchentlichen Komplikationskonferenz, um die Ereignisse vorzustellen und zu diskutieren. „Dabei sind keine persönlichen Schuldzuweisungen bezüglich der Komplikation erlaubt“, stellt der Direktor der Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie klar. „Es geht darum, die eigenen Prozesse und Gegebenheiten kritisch zu hinterfragen und gegebenenfalls gemeinsam Verbesserungsvorschläge oder Lösungen zu finden.“ Alle drei Monate gibt es einen zusammenfassenden Bericht zu den Ereignissen, zu den Analysen und darüber, ob Fortschritte in der Qualität zu verzeichnen sind.

Darüber hinaus haben Medizintechnik-Studenten der Hochschule Furtwangen University im Rahmen einer Studienarbeit die Ereignisse aus den Jahren 2011 bis 2013 ausgewertet. Dabei haben sie die Daten chronologisch hinsichtlich der fünf häufigsten Operationen, Art der Komplikation und Risikogruppeneinstufung betrachtet. Außerdem haben die Studenten die Statistik selbst und das Vorgehen gründlich unter die Lupe genommen.

„Wir haben daraufhin noch einmal die Komplikationsbögen angepasst, um die Dokumentation noch weiter zu optimieren“, erklärt Dr. Thielemann. „Denn für die Komplikationsstatistik sind richtig und vollständig ausgefüllte Komplikationsbögen unabdingbar: Es dürfen weder Fehlinformationen enthalten sein noch Angaben weggelassen werden.“

Erste Erfolge

Obwohl die Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie die Statistik im Dokumentationsprogramm Orbis erst seit 2011 führt und deshalb bisher nur eine begrenzte Datenmenge ausgewertet werden konnte, macht sich das Vorgehen bereits sehr positiv bemerkbar. Beispielsweise konnte das Team die Komplikationen bei der Versorgung von Ober- und Unterarmfrakturen reduzieren. Gleichzeitig fördern die Dokumentation und der damit verbundene interne Prozess die Transparenz und die gemeinsame Suche nach Verbesserungspotenzialen. „Unser Ziel ist es, für unsere Patienten die operative Versorgung und den weiteren Verlauf so sicher wie möglich zu gestalten“, so Dr. Thielemann. „Komplikationen können vorkommen – egal, wie gut und gewissenhaft der Eingriff geplant und vorgenommen wird und unabhängig davon, wie weit die Medizin heutzutage fortgeschritten ist. Wir sind davon überzeugt: Komplikationen zu analysieren und zu besprechen ist der einfachste Weg, sie zu vermeiden!“

Medikationsmanagement mit Stationsapothekerin in der Oberschwabenklinik

Seit 2006 hat die Oberschwabenklinik am Standort Ravensburg durch verschiedene Maßnahmen der Klinischen Pharmazie das Medikationsmanagement optimieren, die Arzneimittelkosten reduzieren und die Qualität und Sicherheit für die Patienten steigern können. Diese Maßnahmen beinhalten:

- Einführung eines Antibiotika-Arbeitskreises zur Erarbeitung von internen Therapieleitlinien
- Interne Leitlinien der Antibiotikatherapie und Veröffentlichung als Kitteltaschenkarten
- Informationsseiten im Intranet
- Seit 2007 Beschäftigung einer Stationsapothekerin
- Ausbildung von drei Ärzten und einer Apothekerin zu Antibiotic-Stewardship-Experten

Durch Einführung des Antibiotika-Arbeitskreises in der Oberschwabenklinik war es möglich, Leitlinien verschiedener Fachgesellschaften auf die Resistenzsituation vor Ort abzustimmen, zu modifizieren und innerhalb der Oberschwabenklinik „interne“ Leitlinien einzuführen. Ökonomisch konnten die Antibiotikakosten pro Leistung (Case-Mix-Punkt) innerhalb von einem Jahr um 28 Prozent und die gesamten Arzneimittelkosten um 15 Prozent gesenkt werden. Dieser qualitative und ökonomische Erfolg konnte durch die Beschäftigung einer Stationsapothekerin und durch die Ausbildung eines Teams von drei Ärzten und einer Apothekerin zu Antibiotic-Stewardship-Experten bis heute fortgeführt werden.

Arbeitsweise der Stationsapothekerin

Der Aufgabenbereich der Stationsapothekerin zur Optimierung der Arzneimitteltherapie ist breit gefächert. Von der Dosisanpassung, über Beachtung von Wechselwirkungen, Übertragungsfehlern in Patientenakten bis hin zu Arzneimitteln, die doppelt verordnet werden, überprüft die Stationsapothekerin als Arzneimittelexpertin patientenindividuell die jeweilige Medikationstherapie.

Warum ist der Einsatz von Stationsapothekern sinnvoll?

In Untersuchungen sind schwere unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) mit circa 7 Prozent und Todesfälle für Krankenhauspatienten beschrieben worden. Durch den Einsatz von Stationsapothekern (klinische Pharmazeuten) konnte die Häufigkeit von UAW und Todesfällen, verursacht durch UAW, deutlich reduziert werden.

Auch in der Oberschwabenklinik konnte dies gezeigt werden. Die Abbildung auf Seite 33 stellt die systematische Erfassung von 590 pharmazeutischen Interventionen der Stationsapothekerin und den prozentualen Anteil der „Fehler“ bezüglich der patientenindividuellen Medikationstherapie grafisch dar. Diese „Fehler“ werden mit dem jeweiligen Arzt oder Pflegepersonal besprochen und korrigiert. Anhand des Spektrums und der Fehlerhäufigkeit ist ersichtlich, wie wichtig die Arbeit der Stationsapothekerin zur Verbesserung der Patientensicherheit im Medikationsmanagement ist.

Stationsapothekerin im Arbeitsalltag – Fallbeispiele

1. Fall – Doppelverordnung

Eine Patientin erhält aufgrund ihrer Arthrose Arcoxia-Tabletten dauerhaft als Schmerzmittel. Aufgrund einer Hüftoperation erhält sie zusätzlich im Krankenhaus Diclofenac-Tabletten im Rahmen der postoperativen Schmerztherapie. Beide Schmerzmedikamente dürfen wegen erheblichen Nebenwirkungen (mögliche Niereninsuffizienz) nicht zusammen verabreicht werden. Die Stationsapothekerin hat am ersten postoperativen Tag diese Doppelverordnung in der Patientenakte entdeckt und nach Rücksprache mit dem zuständigen Arzt wurde Arcoxia pausiert. Leider gibt es Fallbeispiele ohne Stationsapothekerin, wo Patienten beide Schmerzmittel über mehrere Tage erhalten haben und die Nierenfunktion so schlecht wurde, dass diese dialysepflichtig wurden.

2. Fall – Arzneimittel ungeeignet

Patientendaten:

Weibliche Patientin, Zustand nach Mitralklappenersatz, Trikuspidalklappenrekonstruktion und Cholezystektomie. Aktuell auf Intensivstation wegen respiratorischer Insuffizienz mit Pneumonie, schwere intrahepatische Cholestase, Mitralklappenendokarditis und chronisch kompensierte Niereninsuffizienz. In der Blutkultur war ein Staphylococcus epidermidis (multiple Antibiotika-Resistenzen) nachweisbar. Unter Berücksichtigung dieses Keims, einer durchgemachten Candida-Sepsis sowie der schwer geschädigten Leber wurde eine gezielte antibiotische Therapie eingeleitet.

Initiale infektiologische Therapie:

Daptomycin, Rifampicin und Anidulafungin.

Pharmakonsil:

Aufgrund von Sonderbestellungen für Daptomycin und Anidulafungin diskutiert die Stationsapothekerin den Fall mit dem zuständigen Stationsarzt und dem Mikrobiologen. Daptomycin wurde angesetzt, weil es bei grampositiven Infektionen deutlich bakterizid wirkt als Vancomycin. Rifampicin penetriert gut ins Gewebe und in sogenannte „Biofilme“, die bei Kunstklappenersatz am Herzen zu erwarten sind. Anidulafungin wurde als Antimykotikum angesetzt, da es bei einer mittelschweren Leberinsuffizienz nicht kumuliert.

Die Therapie wurde folgendermaßen geändert und abgestimmt:

Daptomycin wurde nach sieben Tagen Therapie durch Vancomycin ersetzt, da Vancomycin durch Labormessungen bei eingeschränkter Nierenfunktion besser steuerbar ist. Rifampicin ist bei Leberinsuffizienz kontraindiziert und wurde durch Fosfomycin ersetzt, da es ebenso gut ins Gewebe penetriert und ein sehr gutes Staphylococcal-Antibiotikum ist. Anidulafungin wurde durch Caspofungin als Antimykotikum ersetzt, da es nicht so breit klinisch getestet ist wie Caspofungin.

Die antibiotische Therapie wurde für insgesamt 6 Wochen durchgeführt. Die Patientin war seitdem fieberfrei bei nur minimal erhöhten Entzündungsparametern. In der Transösophagealen Echokardiographie (TEE) vor Entlassung war kein Hinweis für eine persistierende Endokarditis der Mitralkunstklappe zu erkennen. Die Patientin wurde nach acht Wochen infektiologisch saniert entlassen.

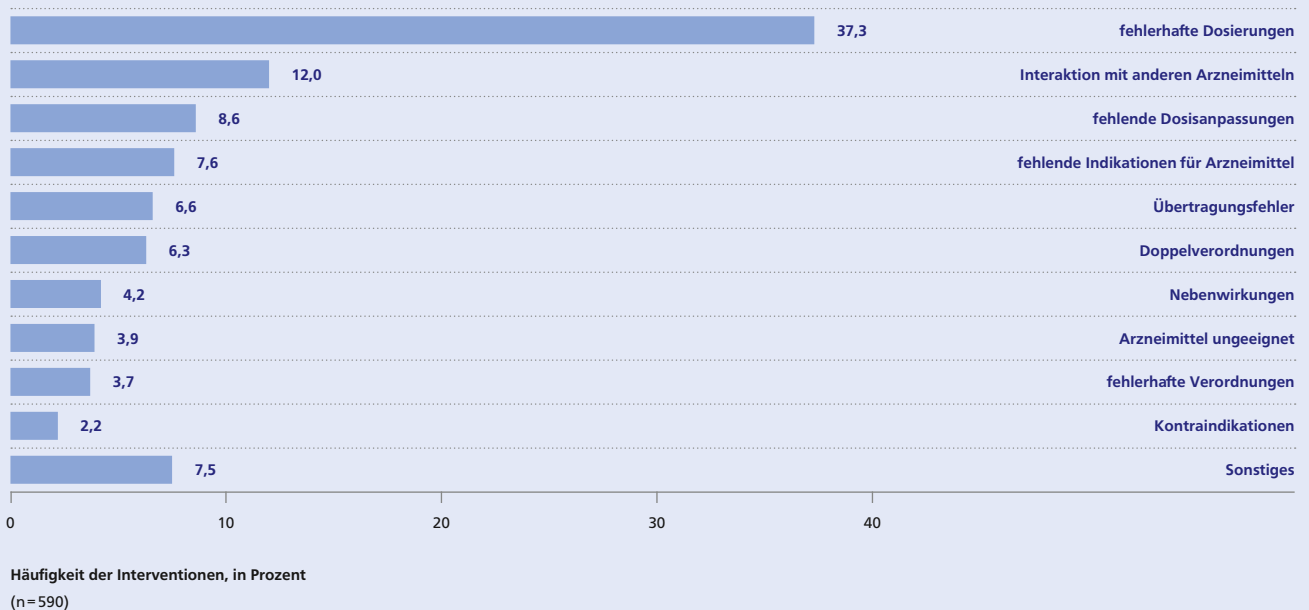
Anhand dieser Fallbeispiele wird die Komplexität des Medikationsmanagements deutlich und es zeigt, wie wichtig die fachliche Diskussion verschiedener Berufsgruppen (Arzt, Apotheker, Mikrobiologie, Pflege) ist, damit eine optimale Therapie für den Patienten entwickelt wird. Nur durch die Kombination der verschiedenen klinisch-pharmazeutischen Dienstleistungen sind mittel- und langfristig Verbesserungen im Medikations-

management zur Erhöhung der Patientensicherheit und auch ökonomische Kostenreduktionen möglich. Auf die „Schnelle“ sind mit Stationsapothekern diese Effekte nicht zu erwarten, da ein therapeutisches Team (Arzt, Apotheker, Pflege) erst lernen muss, vertrauensvoll miteinander zu arbeiten.

Fazit

Stationsapotheker können im Rahmen des Medikationsmanagements im therapeutischen Team mit Ärzten und Pflegepersonal ihre Kernkompetenzen als Arzneimittelexperten einbringen, um in erster Linie die individuelle Arzneimitteltherapie des einzelnen Patienten zu optimieren (Verbesserung der Patientensicherheit) und als Nebeneffekte sowohl Prozesskosten wie auch Arzneimittelkosten zu senken (Verkürzung der Liegedauer, Vermeidung von Medikationsfehlern).

Erfassung von pharmazeutischen Interventionen am Standort Ravensburg, 2005–2014



Umgang mit MRSA in den Kliniken Landkreis Heidenheim

Resistente Erreger fordern die Medizin schon seit vielen Jahrzehnten heraus. Bereits einige Jahre nach der Behandlung erster Patienten mit Penicillin im Jahr 1940 wurden erste resistente Staphylococcen entdeckt. In amerikanischen Spitälern waren 1946 bereits 14 Prozent aller Stämme von *Staphylococcus aureus* für Penicillin unempfindlich. Zwei Jahre später stieg dieser Wert bereits auf knapp 60 Prozent an. Anfang der 1950er Jahre wurden erste Mehrfachresistenzen beschrieben.

Allein in Deutschland verursachen multi-resistente Erreger Tausende von Todesfällen pro Jahr. Circa 20 bis 50 Prozent der gesunden Normalbevölkerung ist mit *Staphylococcus aureus* besiedelt. Diese Bakterien sitzen hauptsächlich im Nasenvorhof und gehören zu einem der widerstandsfähigsten Erreger. Sie können Hitze einwirkung von bis zu 60° C über 30 Minuten überstehen.

70 bis 80 Prozent aller Wundinfektionen gehen auf das Konto von *Staphylococcen*, ebenso 14 bis 40 Prozent aller Gefäßprotheseninfektionen. 10 bis 30 Prozent aller nosokomialen Infektionen werden durch *Staphylococcus aureus* verursacht.

Die Entwicklung von MRSA bezogen auf alle *Staphylococcus aureus*-Nachweise in Deutschland hat sich von 1990 bis 2007 kontinuierlich gesteigert. Machte der Anteil 1990 noch 1,1 Prozent aus, so steigerte sich diese Rate bis 2007 auf 20,3 Prozent.

Seit 2007 allerdings bewegt sich diese Rate im Durchschnitt konstant zwischen 20 und 25 Prozent pro Jahr.

Im Klinikum Heidenheim wurde 2012 begonnen, Patienten gezielt nach ihrem MRSA-Risiko abzufragen. Dieses Risikoprofil setzt sich aus den Empfehlungen des RKI zusammen und besteht aus zwei Gruppen. In der ersten Gruppe wird nach bekannter MRSA-Anamnese, nach Kontakt zu MRSA-Patienten, nach medizinischer Behandlung im Ausland, Tätigkeit in der Tierzucht oder Verarbeitung gefragt. Bei positiver Antwort auf eines dieser Kriterien erfolgt – ebenso wie es bei Verlegungen aus Pflegeheimen oder anderen Kliniken der Fall ist – ein MRSA-Screening.

In der zweiten Gruppe müssen zwei Abfragekriterien erfüllt werden, damit ein MRSA-Screening erfolgt. Es werden Aspekte, wie das Vorhandensein verschiedener Katheter, Dialysepflicht, chronische Wunden, Versorgung durch Soziale Dienste und beispielsweise chronische Pflegebedürftigkeit, abgefragt.

Das Screening erfolgt mittels eines Abstriches aus der Nase und – falls vorhanden – einer Wunde oder einer Kathetereintrittsstelle. Das Klinikum Heidenheim ist in der glücklichen Lage, mit einem PCR-Schnelltestgerät der Firma Cepheid arbeiten zu können, welches neben MRSA noch eine Vielzahl anderer Erreger nachweisen kann. Bis zu 16 Tests können damit gleichzeitig rund um die Uhr getätigt werden.

Das Testergebnis steht nach 20 bis maximal 60 Minuten fest.

Im Jahr 2012 erfolgten Schulungen in allen Pflegebereichen über Abfrage, Abnahmetechnik und Verfahren. Die Risikoabfrage erreichte bis zum Jahresende 2012 einen Wert von 53 Prozent aller Patienten, die stationär aufgenommen wurden.

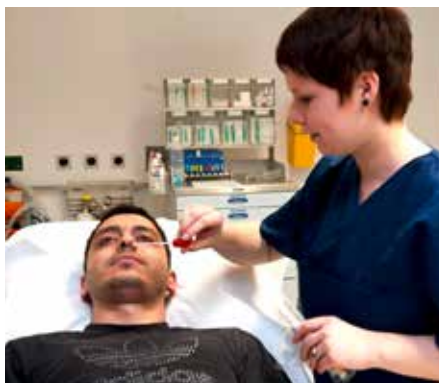
Der Durchbruch gelang mit Inbetriebnahme der Zentralen Notaufnahme. Über diese gelangt der größte Teil aller Patienten in das Klinikum Heidenheim. Durch Abfrage in dieser zentralen Stelle steigerten sich die Werte auf 90 Prozent. Dieser Wert wurde 2013 und 2014 bestätigt.

Bei positivem MRSA-Ergebnis wird der Patient umgehend isoliert und der Kontakt zu ihm findet nur noch mit Schutzmaßnahmen (Schutzkittel, Handschuhe und OP-Maske) statt. Je nach Zustand des Patienten werden sogenannte Dekontaminationsmaßnahmen eingeleitet. Dies bedeutet: Der Patient wird über einen bestimmten Zeitraum mit speziellen Produkten behandelt. Es werden Nasenvorhöfe, Mund-Rachenraum, Haut, Haare und bei Bedarf Wunden mit diesen Produkten behandelt. Unterstützt von zusätzlichen, sehr aufwendigen Maßnahmen, wie dem täglichen Bettwäschewechsel, wird versucht, den Patienten von MRSA zu befreien.

Ein großes Problem stellen hier die Schnittstellen der Patientenversorgung da. Wird der Patient beispielsweise vor



Bernd Linsmeier, Hygienefachkraft



MRSA-Abstrich



MRSA-Labor

Beendigung der Maßnahmen entlassen, müssen diese zu Hause, im Pflegeheim oder von der Sozialstation weitergeführt werden. Dies setzt voraus, dass diese Produkte vom Hausarzt verschrieben werden, was nicht immer der Fall ist.

Positiv hat sich hier das Heidenheimer MRE-Netzwerk erwiesen, das mittlerweile seit fünf Jahren besteht. Die Mitglieder setzen sich aus niedergelassenen Ärzten sowie Mitarbeitern aus Pflegeheimen und ambulanten Diensten zusammen. Hier werden Probleme der verschiedenen Bereiche im Umgang mit MRSA und Patienten mit anderen resistenten Erregern besprochen und gemeinsame Lösungen erarbeitet.

Die Summe der deutschlandweiten Bemühungen hat dazu beigetragen, dass die MRSA-Raten gleichbleibend, tendenziell sogar rückläufig sind.

Neue Problemkeime wie ESBL oder VRE stellen die Kliniken vor neue, zum Teil noch größere Probleme, die wiederum nur durch gemeinsame Bemühungen gestemmt werden können.

Quellenhinweise beim Verfasser

Bewältigung der Transfusionsrisiken im Klinikverbund Südwest

Bei bestimmten Eingriffen oder Erkrankungen sowie in Notfallsituationen sind Bluttransfusionen unumgänglich. Die Gabe von Blutprodukten ist jedoch mit gewissen Risiken verbunden. Grundsätzlich besteht bei jedem Blutprodukt die Möglichkeit der Infektionsübertragung. Daneben kann es auch zu Unverträglichkeiten, zu Hypervolämie und – bedingt durch immunmodulatorische Effekte – zu einer temporären Immunsuppression kommen, die dann zum Beispiel mit einem erhöhten Infektionsrisiko assoziiert ist. Weitere Komplikationen, die aufgrund ihrer Seltenheit üblicherweise nicht im Fokus stehen, jedoch schwerwiegende Folgen haben können, betreffen die Indikationsstellung wie mögliche Verwechslungen. Verwechslungsrisiken beginnen bereits bei der Entnahme der diagnostischen Blutprobe – beispielsweise zur Blutgruppenbestimmung – und reichen bis zur Problematik, dass das Blutprodukt für Patient A dem Patienten B appliziert wird.

Aufgrund der mit der Gabe von Blutprodukten verbundenen Risiken, hat der Gesetzgeber hier bereits strenge Vorgaben für die Kliniken erlassen.

Der Klinikverbund Südwest hat sich in dem Hochrisikobereich der Transfusionsmedizin hohe Standards gesetzt und verfolgt das Ziel der Null-Fehler-Politik. Hierzu wurden Sicherheitsmaßnahmen eingeführt, die über die gesetzlichen Anforderungen hinausgehen.

Im gesamten Transfusionsprozess wird mit Checklisten gearbeitet, die ein hohes Maß an Sicherheit bieten. Der Einsatz von Checklisten dient bei Routineabläufen als Gedächtnisstütze und sichert auch in komplexen, stressbehafteten Situationen ein standardisiertes Vorgehen mit klaren Verantwortlichkeiten.

Schon bei der Indikationsstellung für die Gabe eines Blutproduktes wird der ärztliche Entscheidungsprozess mit einer sogenannten Transfusions-Trigger-Checkliste unterstützt. Üblicherweise werden Blutpräparate bereits zu einem früheren Zeitpunkt angefordert – in vielen Fällen auch prophylaktisch, zum Beispiel, wenn ein operativer Eingriff geplant ist. Sinn der Transfusions-Trigger-Checkliste ist es, den Arzt vor Abholung des Blutpräparates aus dem Blutdepot nochmals dazu zu verpflichten, die Indikation für die Gabe kritisch zu hinterfragen.

Seit Einführung der Trigger-Checkliste konnte die Anzahl der Transfusionen deutlich reduziert werden und dadurch wurden weniger Patienten dem Transfusionsrisiko ausgesetzt. Damit einhergehend konnten die Kosten für Blutprodukte reduziert werden.

Eine weitere Checkliste „Gabe von Blutprodukten“ wird mit der Blutkonserve vom Labor ausgegeben. Diese fragt alle sicherheitsrelevanten Punkte vor, während und nach der Bluttransfusion ab. Nach dem Vier-Augen-Prinzip wird die Checkliste von unseren Ärzten und den Mitarbeitern des Pflegedienstes, die die Bluttransfusion durchführen, gemeinsam ausgefüllt.



Mehrstufige und dokumentenbasierte Prüfmaßnahmen gewährleisten eine bestmögliche Patientensicherheit im Labor.



Dr. Thilo Rünz, Klinikverbund Südwest

Infektions-Taskforce in der Regionale Gesundheitsholding Heilbronn-Franken

Infektionsalarmplan

Sensibilisiert durch den Ausbruch des Ebola-Fiebers 2014 in Westafrika hat die Regionale Gesundheitsholding Heilbronn-Franken (RGHF) eine 35-köpfige Infektions-Taskforce gebildet. Die Taskforce ist ein temporärer Zusammenschluss von verschiedenen Einheiten, die an allen Standorten der RGHF im Rahmen des Infektionsalarmplans bestimmte Aufgaben übernimmt. Sie besteht aus Pflegekräften und Ärzten aller sieben RGHF-Standorte und wird von der Direktorin des Instituts für Infektionsprävention und Klinikhygiene (Inip) koordiniert. Besteht bei einem Patienten der Verdacht auf eine Infektion mit einem lebensgefährlichen, hochansteckenden Erreger, wird eine Alarmkette ausgelöst und die Taskforce einberufen. Mitglieder der Taskforce übernehmen dann die Versorgung des Patienten bis zu seiner Verlegung in die Sonderisoliereinheit am Robert-Bosch-Krankenhaus in Stuttgart. Der Infektionsalarmplan der RGHF regelt die zu ergreifenden Maßnahmen bei Verdacht auf eine Ebola-Infektion oder bei anderen vergleichbaren Situationen. Das erarbeitete Konzept stellt ein standardisiertes Regelwerk zum Vorgehen im Fall des Auftretens von hochkontagösen, lebensgefährlichen Infektionserregern dar und gibt den Mitarbeitern somit mehr Sicherheit im Umgang mit solchen Extremsituationen. An allen Standorten der RGHF wurden in den möglichen „Eintrittsbereichen“ (z. B. Notaufnahme) die Prozesse standortspezifisch angepasst, Isolierbereiche definiert und die Mitarbeiter für die Erkennung eines Ebola-Verdachtsfalles geschult. Die festgelegten Regelungen sollen die Versorgung der Patienten sicherstellen, den höchstmöglichen Schutz für alle Mitarbeiter gewährleisten und den Schutz der Allgemeinbevölkerung sichern.

Schutzausrüstung

Die Versorgung von Patienten mit lebensbedrohlichen, hochansteckenden Erkrankungen erfordert ein besonderes Vorgehen, um Mitarbeiter und andere Personen zu schützen. Insbesondere ist hier im Sinne des Arbeitsschutzes das Tragen einer speziellen Schutzausrüstung vorgeschrieben. Der Umgang mit dieser speziellen Schutzkleidung erfordert eine hohe Konzentration und intensives Training, um das Ansteckungsrisiko auf ein Minimum zu reduzieren. In Zusammenarbeit des Inip mit dem Arbeitsschutz wurden daher auch entsprechende Checklisten für das An- und Ausziehen der speziellen Schutzausrüstung erstellt. In den Kliniken wird ein Vorrat dieser speziellen Schutzausrüstungen vorgehalten. Die Mitglieder der Taskforce, die bei einem konkreten Verdacht die Versorgung eines Patienten mit hochansteckenden, lebensbedrohlichen Erkrankungen übernehmen, erhalten hierfür spezielle, intensive Trainingseinheiten. Insbesondere werden sie intensiv und kontinuierlich im An- und Ausziehen der speziellen Schutzausrüstung trainiert. Die Durchführung des Trainings erfolgt zusammen mit dem Arbeitsschutz.

Hygienestandards

Für Patienten mit Erkrankungen, die im Rahmen des Infektionsalarmplans versorgt werden müssen, wurden spezifische Hygienestandards erstellt. In diesen Standards sind Angaben zum Übertragungsweg, der Labordiagnostik und weitere krankheitsspezifische Informationen enthalten. Die Hygienestandards sind im Online-Hygienehandbuch der RGHF publiziert und so jederzeit von allen Mitarbeitern einsehbar. Mit diesem Konzept und der damit möglichen schnellen und standardisierten Reaktion auf Verdachtsfälle von lebensbedrohlichen und hochansteckenden Erregern sind die Kliniken der RGHF für die Zukunft gut aufgestellt, um das Auftreten solcher Erkrankungen zu bewältigen.



Spezielle Schutzkleidung für die Notfall-Versorgung von Patienten mit hochkontagösen, lebensbedrohlichen Erkrankungen, z. B. Ebola-Virus-Infektion

Online-Hygienschulungen in den ALB FILS KLINIKEN

Fortbildungen dienen der Wissensvermittlung. Die gesetzlichen Regelwerke, wie das Infektionsschutzgesetz und die Medizinhygieneverordnung Baden-Württembergs, fordern eine regelmäßige Hygienschulung des Personals.

Vielfach werden Fortbildungen, die vom Hygienepersonal gehalten werden, nur von wenigen Mitarbeitern besucht. Gründe dafür sind die fehlende Zeit, welche Arbeitnehmer aufgrund der Arbeitsverdichtung haben, um eine dreiviertelstündige Fortbildung zu besuchen. Des Weiteren finden Fortbildungen auch zu Hauptarbeitszeiten – welche zwischen den einzelnen Fachabteilungen variieren – statt. Wünschenswert ist eine Durchdringung von über 90 Prozent des Personals bei Hygienefortbildungen. In der Konsequenz würde der Aufwand für das Hygienefachpersonal unermesslich groß werden, wenn jeder Mitarbeiter erreicht werden soll.

Die Durchführung von Lernprozessen am Computer oder Laptop hat sich mittlerweile bewährt. E-Learning stellt gerade für die „Generation Y“ einen unverzichtbaren Baustein für die modernen Qualifizierungsstrategien dar.

In den ALB FILS KLINIKEN wurde daher zusätzlich zu den schon bestehenden Hygiene-Fortbildungen ein neues Konzept verfolgt. Es sollen Online-Schulungen angeboten werden, die durch das eigene Hygiene-Fachpersonal erstellt und damit inhaltlich an die Abläufe der Kliniken angepasst wurden.

Durch das E-Learning werden verschiedene Zielgruppen erreicht. Es ist durch ein hohes Maß an Flexibilität gekennzeichnet, weil es Mitarbeiter nach individuellen Bedürfnissen einsetzen können.

Die ALB FILS KLINIKEN setzen damit auf eine Strategie, die die Vorteile verschiedener Medien und Methoden nutzt, beziehungsweise nutzen kann.

Um die Akzeptanz der Nutzer zu steigern, sollen die Online-Fortbildungen folgende neun Kriterien erfüllen:

- Die Fortbildungen sollen in erster Linie hausbezogene Regelungen vermitteln.
- Sie sollen Brennpunkte ansprechen, z. B. die Regelungen zum Überleitbogen des MRE-Netzwerks Baden-Württemberg.
- Sie sollen kurz, prägnant und maximal 7 bis 10 Folien lang sein.
- Sie sollen zu jeder Zeit durchführbar sein, sozusagen in Pausenlücken am freien Bildschirmarbeitsplatz.
- Der Nutzer soll interaktiv durch Fragen einbezogen werden, die das Gelernte überprüfen.
- Es soll möglich sein, ein direktes Feedback zum Nutzer zu geben.
- Sie sollen den Lernenden visuell und auditiv ansprechen.
- Der Lernende soll sich ein Zeugnis ausdrucken können.
- Die Dokumentation der Fortbildung soll – unabhängig vom Nutzer – im Hintergrund automatisch erfolgen.

Die Wahl der Software fiel auf ein kommerziell erhältliches Produkt, welches es gestattet, mit wenigen Webdesign-Kenntnissen eigene Fortbildungen zu erstellen.

Die so generierten Fortbildungen wurden technisch auf einem virtuellen Web-Server im klinieigenen Intranet platziert, der über konfigurierte Web-Plattformen die Verbindung zwischen Online-Fortbildung und Datenbank garantierte.

So bleibt die gesamte Installation im klinieigenen Intranet und der Datenfluss findet ausschließlich ohne Verbindung zum Internet statt. Der Vorteil dabei ist, dass alle Klinikmitarbeiter per E-Mail über neue Fortbildungen informiert werden und über einen entsprechenden Link in der E-Mail diese gleich aufrufen können. Ein weiterer Vorteil ist, dass die Online-Fortbildungen vom Klinikhygieniker in

das Web-Verzeichnis des Web-Servers hineinkopiert werden können, ohne großes administratives Engagement der EDV-Abteilung zu benötigen. Die Datenbank ist für den Klinikhygieniker als Excel-Tabelle auswertbar, sodass nur für ihn ersichtlich ist, wer an welcher Fortbildung mit Erfolg teilgenommen hat.

Die Konstellation wurde vom Betriebsrat positiv eingeschätzt. Es wurde vereinbart, dass

- den Mitarbeitern bei einer Teilnahme keinerlei Nachteile entstehen dürfen, d. h. eine Teilnahme darf sich nicht auf Beurteilungen und Zeugnisse auswirken,
- zur Dokumentation der Fortbildung Name und Stellung sowie die Art der Fortbildung dem Institut für Fort- und Weiterbildung übermittelt werden dürfen, damit fehlenden Teilnehmern ein „reminder“ geschickt werden kann,
- bei Pflichtfortbildungen die Fortbildung bestanden werden muss,
- Art und Anzahl falsch gelöster Fragen nicht weitergegeben werden dürfen. Sie dienen aber eventuell dem Klinikhygieniker dazu, Zielgruppenfortbildungen vor Ort durchzuführen, wenn ersichtlich wird, dass Schwerpunkte entstehen.

Anhand einer ersten Fortbildung „Anlage und Pflege peripherer Verweilkanülen“ wird das Prinzip der Fortbildung im Folgenden erläutert.

Zu Beginn werden die Nutzerdaten eingegeben (siehe Abbildung 1 Seite 39). Abgefragt werden Name, Station, ggf. E-Mail-Adresse und Dienstgrad (oder Funktion). Der Button für das Weiterkommen erscheint erst, wenn die Textfelder gefüllt sind.

Es folgen Kurztexpte (siehe Abbildung 2), welche das Wissen vermitteln. Hier werden die Essentials in kurzen Sätzen präsentiert. Bild- und Tonmaterial kann eingefügt werden.

Über gezielte Fragen zum Thema können einzelne Punkte verdeutlicht werden. Solche Fragen können sich auch auf Beispielbilder beziehen. Z. B. zeigt das in der Fortbildung vergrößerbare Bild in Abbildung 3 eine periphere Verweilkanüle, die schon 6 Tage liegt und die Bewegung des Patienten beeinträchtigt. Zusätzlich deckt das Pflaster die Punktionsstelle nicht richtig ab. Die Fragen beziehen sich auf diese Missstände. Beim direkten Feedback werden falsche Antworten rot gekennzeichnet; richtige Antworten sind blau und mit einem Häkchen gekennzeichnet. Feedback in Form von ganzen Sätzen kann individuell zu jeder Frage eingefügt werden.

Erst mit der letzten Seite der Online-Fortbildung erfolgt das Senden der Daten an die Datenbank. Der Nutzer bekommt eine Übersicht darüber, wie viele Antworten richtig sind und welche Punktzahl er erhalten hat (siehe Abbildung 4). Dieses Gesamt-Feedback kann ausgedruckt werden.

In den ALB FILS KLINIKEN wurden bislang vier Fortbildungen erstellt. Weitere folgen. Seit Juli 2015 läuft der Testbetrieb. Erste Auswertungen darüber, ob über die Online-Fortbildungen höhere Teilnehmerzahlen erreicht werden als in herkömmlichen Fortbildungen, werden Anfang 2016 erwartet. Das Prinzip dieser Fortbildungen ist auf alle Bereiche übertragbar. Es bleibt anzumerken, dass die „Vorbildfunktion“ der Vorgesetzten bei „neuen“ und „alt bekannten“ Handlungsabläufen immer noch die entscheidende Bedeutung hat.



Abbildung 1



Abbildung 2



Abbildung 3



Abbildung 4

3.3 Interview zur Fehlerkultur



Prof. Dr. Jörg Martin

Nach dem Studium der Humanmedizin in Tübingen und Stuttgart Ausbildung zum Facharzt für Anästhesiologie mit Anerkennung im Jahr 1990. Ab 1999 Oberarzt Anästhesie und Intensivmedizin der Klinik am Eichert, Göppingen. 2000 Fernstudium Management in Gesundheits- und Sozialeinrichtungen an der Universität Kaiserslautern. 2006 Habilitation und 2009 Ernennung zum apl. Professor durch die Universität Ulm. 2007 bis 2013 Geschäftsführer der ALB FILS KLINIKEN GmbH, Göppingen. Seit 2013 Geschäftsführer der Regionale Kliniken Holding RKH GmbH, Ludwigsburg. Darüber hinaus im QuMiK-Klinikverbund Pate des Medizinischen Fachbeirats; dieser koordiniert als zentrales Steuerungsgremium die Arbeit von neun medizinischen Fachgruppen.

In der aktuellen Diskussion werden Krankenhäuser immer stärker gefordert, eine positive Fehlerkultur aufzubauen. Was verstehen Sie darunter?

Wo Menschen arbeiten, passieren Fehler. Insbesondere gilt dies für Bereiche mit hoher Personalinteraktion, komplexen Prozessen und Notfallsituationen wie im Krankenhaus. Für mich stellen sich in diesem Zusammenhang zwei entscheidende Fragen: Welchen Stellenwert räumen wir dem Umgang mit Fehlern ein? Und wie soll die Fehleraufarbeitung erfolgen? Der Aufbau einer positiven Fehlerkultur kann nur sinnvoll institutionalisiert werden, wenn dies zur Führungsaufgabe in allen Krankenhausbereichen gemacht wird. Unsere Führungskräfte sind als Vorbilder gefordert, offen und sanktionsfrei mit Fehlern umzugehen. Es muss einfach für unser Personal zur Gewohnheit werden, darüber zu sprechen. Bei der Fehleraufarbeitung geht es in erster Linie darum,

zu ergründen, warum ein Fehler passieren konnte. Die Sachebene steht im Vordergrund und nicht die Personenebene. Auf dieser Basis kann die künftige Lösung abgeleitet werden: Was können wir künftig besser machen, um den Fehler zu vermeiden? In der Regionalen Kliniken Holding setzen wir auf den beschriebenen Prozess und haben so eine positive Fehlerkultur aufgebaut, die wir kontinuierlich weiterentwickeln.

Welche persönlichen Erfahrungen haben Sie mit dem Thema gemacht?

Zu meiner Anfangszeit als Arzt ist es leider auch vorgekommen, dass der Fehler personalisiert worden ist. Es ging dann primär darum, den „Schuldigen“ zu finden und ihn vor versammelter Mannschaft zu verurteilen. Solch ein Vorgehen unterstützt eher die Entwicklung einer negativen Fehlerkultur und fördert das Vertuschen von Fehlern. Mittlerweile zeigt sich jedoch ein Kulturwandel. Zum einen werden derartige Gespräche in geschützter Umgebung geführt und zum anderen wird die emotionale Lage der betroffenen Person stärker berücksichtigt, welcher der Fehler unterlaufen ist. Heutige Führungskräfte erkennen diese Situation besser und sorgen auch dafür, dass das Team entsprechend unterstützt.

Wo sehen Sie Barrieren für den Aufbau einer positiven Fehlerkultur?

An erster Stelle sind hier die Führungskräfte zu nennen, einschließlich der Geschäftsführung. Lebt die Führungskraft die entsprechende Fehlerkultur vor, hat dies unmittelbare Auswirkungen auf ihre Mitarbeiter. Dieser Abstrahleffekt ist nicht zu unterschätzen. Denn es ist ja gerade gewünscht, dass bereits

Nachwachskräfte lernen, verantwortungsvoll und transparent mit Fehlern umzugehen. An zweiter Stelle sind fehlende oder nicht umfassend genutzte Systeme und Instrumente zur Fehleraufarbeitung zu nennen, insbesondere Fehlermeldesysteme oder M&M-Konferenzen. Mittlerweile gibt es in den genannten Bereichen viele Hinweise auf Fehler und Gefahrenquellen. Um zielführend für die Organisation im Krankenhaus daraus zu lernen, sind in erster Linie die systembedingten Verbesserungspotenziale abzuleiten, zum Beispiel Zusammenarbeit der Schnittstellen oder durchgängige und standardisierte Therapien. Eine große Hilfe ist in diesem Zusammenhang die Analyse anhand des Schweizer-Käse-Modells zur Aufdeckung fehlender Sicherheitsbarrieren.

Welche Maßnahmen sollten aus Ihrer Sicht Krankenhäuser künftig noch stärker umsetzen, um eine positive Fehlerkultur zu festigen?

Die Krankenhäuser machen bereits eine Menge. Ist erst einmal das grundsätzliche Verständnis für den positiven Umgang mit Fehlern in der Führungsmannschaft gereift, sollte dies durch anerkannte Instrumente wie M&M-Konferenzen, Peer Review-Verfahren, einem Fehler- und Berichtssystem (CIRS) und medizinische Fallbesprechungen sowie Austausch und Diskussion zu Routinedaten gefestigt werden. Eine besonders wertvolle Unterstützung bot uns hierbei die Mitgliedschaft im QuMiK-Verband, dessen Gründungsmitglied wir sind. Durch den Austausch im Rahmen der QuMiK-Arbeitsgruppen sind die genannten Themen ständig abgedeckt. Basierend auf diesen Erfahrungen wurde beispielsweise durch die Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement ein Sicherheitsstandard für alle Patienten der QuMiK-

Einrichtungen entwickelt, der insbesondere auch den Austausch zu kritischen Ereignissen fördert. Und so letztlich zur Weiterentwicklung der Fehlerkultur beiträgt. Im Rahmen dieser Standards ist auch eine Mitgliedschaft in der Initiative Qualitätsmedizin (IQM) verpflichtend. Um die Fehlerkultur noch weiter zu festigen – vor allem bei jüngeren Mitarbeitern – werden künftig Simulations- und Notfalltrainings eine noch größere Rolle spielen. Gerade diese Trainings helfen, Fehler-Erfahrungen in einem abgesicherten Lernumfeld zu machen, auf die dann im Echtbetrieb zurückgegriffen werden kann. Durch die Investition in derartige Instrumente gewährleisten wir, dass unseren Patienten in jeder Situation die bestmögliche Qualität in der medizinischen Versorgung zukommt.

4.0 *Wissenstransfer durch Arbeitsgruppen*





4.1 Überblick

Die Arbeitsgruppen (AG) stellen die wichtigste Säule im QuMiK-Verbund dar. Sie ermöglichen das gegenseitige Lernen vom jeweils 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.

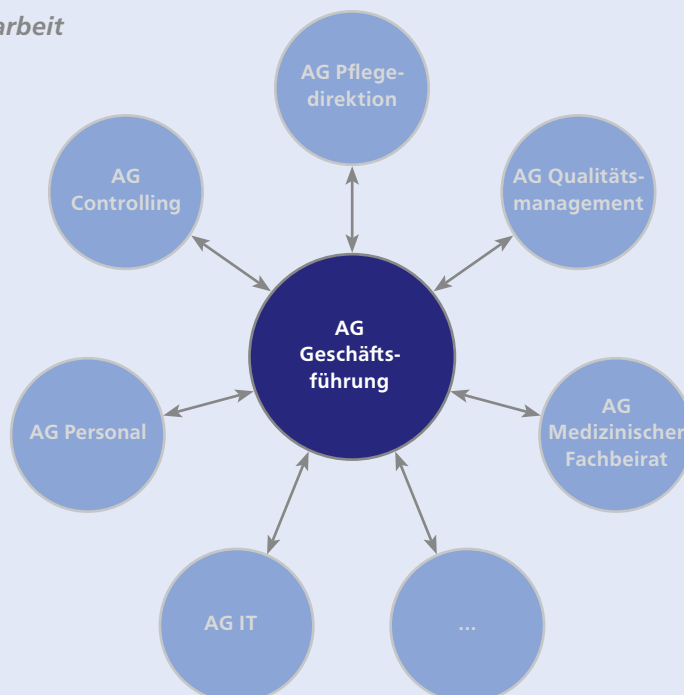
Exkurs Medizinischer Fachbeirat

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





4.2 Ausgewählte Projekte

Ergebnisse der QuMiK Punkt-Prävalenz-Hygienestudie (PPS) 2015

Die Aspekte der Patientensicherheit beschäftigen uns heute, vor allem im Rahmen der immer komplexer werdenden Eingriffe und der dazugehörigen therapeutischen Maßnahmen, in den verschiedensten Bereichen. So stellen uns die Vermeidung von Eingriffsverwechslungen, die Sicherstellung der richtigen Medikation, die Kommunikation bei Übergabe von Behandlungsprozessen, die Optimierung der Händehygiene und die Vermeidung von krankenhausspezifischen Infektionen vor große Herausforderungen. Auch der weiter ansteigende Verbrauch von Antibiotika und der daraus resultierende vermehrte Nachweis von Keimen, die gegen eine Vielzahl von Antibiotika resistent sind, steht im Fokus – und zwar auch in der Öffentlichkeit.

Vor diesem Hintergrund wurden im April und Mai 2015 in den Kliniken und Krankenhäusern des QuMiK-Verbundes

- das Vorkommen von nosokomialen Infektionen,
- der Händedesinfektionsmittelverbrauch und
- die Anwendung von Antibiotika erfasst.

Die zentralen Studienergebnisse der QuMiK-Einrichtungen sind auf Seite 51 in tabellarischer Form aufbereitet.

Im Gegensatz zu den üblichen Inzidenzstudien, die durch Beobachtung über einen längeren Zeitraum z. B. die Krankenhausinfektionen erfassen, stellt die PPS eine eher zeitsparende Methodik dar, da die Patienten und mögliche Infektionen nur zu einem festen Zeitpunkt erfasst werden.

Diese Rahmenbedingungen führen zu folgenden Limitationen:

- „Schnappschuss“ der Situation; mögliche Beeinflussung durch Zufallseffekte,
- teilweise noch nicht fertiggestellte mikrobiologische Befunde, die auf Infektionen hinweisen,
- negative Verzerrung im Hinblick auf Patienten mit längerem Krankenhausaufenthalt.

Aus diesen Gründen ist eine derartige Untersuchung bei einem sehr kleinen Patientenkollektiv weniger geeignet, da zufällige Effekte eine große Rolle spielen können. Demgegenüber stehen Vorteile, wie zeitsparende Methodik, Kosteneffektivität und die Erfassung von Entwicklungen bei wiederholter Studiendurchführung.

Die Erhebung der erforderlichen Daten erfolgte durch ein geschultes und fachkundiges Team im jeweiligen Krankenhaus. Die Methodik entspricht dem Vorgehen, das bereits im Rahmen der europäischen Erhebung seitens des European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC, Stockholm) gemeinsam mit nationalen Experten erarbeitet wurde. Hierbei werden einheitliche Definitionen und Formulare verwendet, die sicherstellen, dass eine nationale und europaweite Vergleichbarkeit gegeben ist. Diese Auswertung erfolgte sowohl auf Ebene des gesamten QuMiK-Verbundes als auch auf Ebene jedes Krankenhauses.

Die Studie des QuMiK-Verbundes hat 5.784 Patienten aus 28 Krankenhäusern eingeschlossen. Die Prävalenz der während eines aktuellen stationären Aufenthaltes (Inhouse) erworbenen nosokomialen Infektionen betrug 3,1 Prozent (95%-Konfidenzintervall: 2,6 bis 3,7 Prozent). Der Wert lag damit 0,7 Prozentpunkte niedriger als bei der 2011 durchgeführten nationalen PPS (3,8 Prozent) des Nationalen Referenzzentrums und 0,4 Prozentpunkte unterhalb der Prävalenz von 1994 (NIDEP-Studie).

Wie zu erwarten, fanden sich die höchsten Prävalenzraten im Bereich der Intensivstationen (10,3 Prozent), gefolgt von den operativen Fachgebieten (3,6 Prozent) und den konservativen Fachgebieten (2,8 Prozent). Ininigem Abstand folgten die Fachbereiche Pädiatrie (0,6 Prozent), Gynäkologie/ Geburtshilfe (0,4 Prozent) und Psychiatrie (0,0 Prozent). Aufgrund der geringen Patientenzahl ist die Prävalenz im Bereich der Geriatrie (19,1 Prozent) nicht aussagekräftig (siehe Tabelle Seite 47 oben).

Die Verteilung der häufigsten während eines aktuellen stationären Krankenhausaufenthaltes erworbenen Infektionsarten betrifft Harnwegs- und Atemwegsinfektionen, gefolgt von postoperativen Wundinfektionen (siehe Kuchendiagramm Seite 47 mittig). Bei Einbeziehung der Nachbeobachtungszeit (30 Tage bei operativen Eingriffen, 1 Jahr bei Einbau eines Implantats), d. h. mit Aufnahme auch von außen aufgenommenen Patienten in die Statistik, kommt es zu deutlichen Verschiebungen in der Verteilung: Jetzt dominieren, mit einem Anteil von 30 Prozent, die postoperativen Wundinfektionen das Geschehen.

Die Clostridium-difficile-Infektionen, die als nosokomiale Infektionen bis 1994 nur eine untergeordnete Rolle spielten und in der ECDC-PPS in 2011 bereits eine Prävalenz von 6,8 Prozent aufwiesen, gelangten mit den Jahren auf Rang 4. In der aktuellen PPS der QuMiK lag der Wert für die Inhouse-Prävalenz bei 11,5 Prozent. Aus heutiger Sicht müssen wir der Diagnostik, Therapie und Prävention dieser Infektionen einen höheren Stellenwert zukommen lassen.

Bei insgesamt 125 Patienten konnte die nosokomiale Infektion durch einen mikrobiologischen Keimnachweis verifiziert werden. Die Verteilung der wichtigsten Erreger für nosokomiale Infektionen kann dem Kuchendiagramm auf Seite 47 unten entnommen werden.

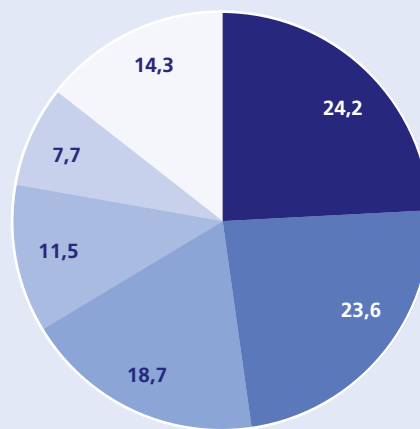
Prävalenz nosokomialer Infektionen (Inhouse) nach Fachbereichen

Fachbereich	Anzahl Patienten	Prävalenz nosokomialer Infektionen in Prozent
Intensivstationen	214	10,3
Operative Fachgebiete	2.159	3,6
Konservative Fachgebiete	2.490	2,8
Pädiatrie	180	0,6
Gynäkologie / Geburtshilfe	508	0,4
Geriatric	21	19,1 *
Psychiatrie	145	0,0

* Achtung: Wert basiert auf geringer Fallzahl

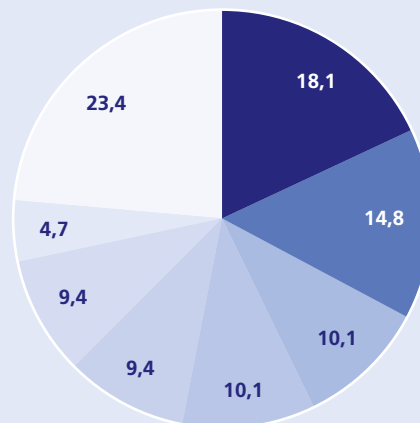
Häufigste nosokomiale Infektionsarten (Inhouse), in Prozent (n = 182)

- Harnwegsinfektionen
- Atemwegsinfektionen
- Postoperative Wundinfektionen
- Clostridium-difficile-Infektionen
- Primäre Sepsis
- Sonstige



Häufigste nachgewiesene Mikroorganismen, in Prozent (n = 149)

- Escherichia coli
- Staphylococcus aureus
- Enterococcus faecalis
- Anaerobier
- Clostridium difficile
- Koagulase-negative Staphylokokken
- Enterococcus faecium
- Sonstige



Die Prävalenz der Antibiotika-Anwendung in den Krankenhäusern (siehe Tabelle Seite 49 oben) betrug im Mittel 31,2 Prozent. Der Wert zeigt damit ein Plus von rund 20 Prozent im Vergleich zur PPS 2011 (25,5 Prozent) und ein deutliches Plus von 75 Prozent im Vergleich zur PPS aus dem Jahr 1994 (17,7 Prozent).

Im Rahmen der QuMiK-PPS bekamen 1.804 von 5.784 Patienten (31,2 Prozent) ein Antibiotikum oder mehrere Antibiotika verabreicht. Die in der Untersuchung dokumentierten Indikationen zur Gabe von Antibiotika wiesen im Vergleich zur Studie der ECDC 2011 nur geringe Differenzen auf (siehe Tabelle Seite 49 unten).

Die entscheidende Frage nach einer solchen Studie ist immer: Welche Schlüsse ziehen wir und wie erreichen wir deren Umsetzung? Die Fachgruppe Hygiene der QuMiK hat nachfolgende Schlussfolgerungen und daraus abzuleitende Maßnahmen aus den Daten gezogen:

Ausreichende Händehygiene-Compliance gewährleisten

Eine ausreichende Händehygiene-Compliance setzt im Pflegedienst eine ausreichende Personalbesetzung in quantitativer und qualitativer Hinsicht voraus. In Bezug auf das ärztliche Personal muss hier an die Vorbildfunktion appelliert werden. Die aktive Teilnahme an der nationalen „Aktion Saubere Hände“ ist ein für alle Kliniken zu empfehlender Schritt, der bereits von QuMiK-Kliniken umgesetzt wird.

Maßnahmen gegen vermehrte gastro-intestinale Infektionen mit Clostridium difficile

Die gastrointestinalen Infektionen durch Clostridium difficile, 1994 noch ohne Bedeutung, 2011 bei 6,8 Prozent und heute in der QuMiK-PPS bei 11,5 Prozent, bedürfen unserer vollen Aufmerksamkeit, insbesondere sind bei Rezidiv-Infektionen hohe Komplikationsraten mit zunehmend letalen Verläufen zu verzeichnen. Um diese Infektionen zu reduzieren, ist eine hohe Compliance mit den Standardhygienemaßnahmen von überragender Bedeutung

sowie der rationale Einsatz von Antibiotika im Sinne eines Antibiotic Stewardship (ABS) – siehe QuMiK Jahresbericht 2013 zum Top-Thema Hygienemanagement. Für 2016 sind durch die QuMiK-Fachgruppe Hygiene weitere Maßnahmen zum ABS-Ausbau geplant.

Maßnahmen zur Minimierung postoperativer Wundinfektionen

Diverse Maßnahmen zur Minimierung der Anzahl postoperativer Wundinfektionen sind bereits im QuMiK-Verbund umgesetzt und werden weiter ausgebaut. Im Fokus steht bei weiteren Maßnahmen die Patienteninformation – mit dem Ziel, hygienebewusstes Verhalten der Patienten zu fördern. In erster Linie sollte hierbei laienverständliches Basiswissen zur Vermeidung von Wundinfektionen vermittelt werden und auf spezielle Themen wie Impfstatus, eigene Händedesinfektion und Vorgehen bei Juckreiz im Wundbereich eingegangen werden. Eine weitere Maßnahme ist die flächendeckende desinfizierende Waschung vor großen elektiven Eingriffen, z. B. Hüftendoprothesen. Darüber hinaus können durch präoperative mikrobiologische Screenings weitere Risiken für den Patienten besser abgeschätzt werden.

Im Rahmen des operativen Eingriffs sind ebenfalls weitere Risiken auszuschließen: So kann die perioperative Antibiotikaphylaxe (PAP) optimiert werden. Die Anpassung der PAP stellt sich besonders bei Nachweis hochresistenter Keime. Zudem sollte es während des operativen Eingriffs nicht zu einer Abkühlung des Patienten kommen. Da Drainagen Eintrittspforten für Erreger darstellen, sollte zum einen die Indikation für das Legen, als auch die Liegedauer von Drainagen kritisch überprüft werden. Im Rahmen des postoperativen Verlaufs kommt dem standardisierten Verbandwechsel eine hohe Bedeutung zu, der von den Mitarbeitern konsequent umzusetzen ist.

Zusätzlich können Patientenbefragungen weitere Hinweise zur Optimierung des Hygienemanagements während des stationären Aufenthaltes liefern.

Prolongierte PAP hinterfragen

Mehr als 50 Prozent der dokumentierten PAP wurden länger als einen Tag gegeben. Für infektionspräventive Vorteile einer PAP über die OP-Dauer hinaus gibt es aktuell keine Evidenz. Stellungnahmen und Empfehlungen von Expertengruppen und Fachgesellschaften weisen explizit darauf hin, dass die Praxis einer verlängerten PAP die Selektion von (multi-)resistenten Keimen fördert und das Risiko für eine Clostridium-difficile-Infektion damit erhöhen kann. Seitens des Hygienemanagements besteht hier Aufklärungs- und Schulungsbedarf für die Kliniker der operativen Bereiche.

Prävalenz der Antibiotika-Anwendung nach Fachbereichen

<i>Fachbereich</i>	<i>Anzahl Patienten</i>	<i>Prävalenz Antibiotika-Anwendung in Prozent</i>
Intensivstationen	214	49,1
Operative Fachgebiete	2.159	35,3
Konservative Fachgebiete	2.490	30,4
Pädiatrie	180	28,3
Gynäkologie / Geburtshilfe	508	16,3
Geriatrie	21	57,1 *
Psychiatrie	145	0,7

Indikation zur Antibiotikagabe – QuMiK vs. ECDC

<i>Indikation Antibiotikagabe</i>	<i>PPS QuMiK 2015 in Prozent (n = 5.784)</i>	<i>PPS ECDC 2011 ** in Prozent (n = 41.539)</i>
Behandlung von ambulant erworbenen Infektionen	16,5	11,3
Behandlung von im Krankenhaus erworbenen Infektionen	5,2	4,7
Prophylaxe mit nicht operativer Indikation	1,6	2,5
Perioperative Prophylaxe: Einzeldosis	2,7	1,4
Perioperative Prophylaxe: ≤ 1 Tag	0,5	0,4
Perioperative Prophylaxe: > 1 Tag	3,6	3,8
Andere Indikation	0,9	1,2

* Achtung: Wert basiert auf geringer Fallzahl ** Deutschland-Werte

Erläuterung zur Ergebnis-Tabelle der QuMiK Punkt-Prävalenz-Hygienestudie 2015:

1. Anzahl Patienten nach Studien-Einschlusskriterien

Stationäre Patienten aller Stationen in Akut-Krankenhäusern, die sich ab 8.00 Uhr auf der Station befunden haben und innerhalb des Erhebungszeitraumes noch nicht entlassen worden sind.

2. Rate Patienten mit nosokomialen Infektionen (NI) während des stationären Aufenthaltes

Prozentsatz der Patienten mit nosokomialen Infektionen, die sich auf den aktuellen Krankenhausaufenthalt zum Studienzeitpunkt bezieht (Inhouse) – bezogen auf alle Patienten, welche die Studien-Einschlusskriterien erfüllen (siehe 1.). Basis für die NI sind die Definitionen der folgenden Institutionen: NRZ (Nationales Referenzzentrum für die Surveillance von nosokomialen Infektionen), ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control) und ESCMID (European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases).

3. Konfidenzintervall NI zu 2.

Für die Auswertung wurde das 95%-Konfidenzintervall verwendet. Das Konfidenzintervall besagt theoretisch, dass bei einer 100-mal mit gleicher Methodik durchgeführten Studie, der Schätzwert wahrscheinlich in 95 Studien innerhalb des vom Konfidenzintervalls umschlossenen Wertebereiches liegen würde, in 5 Studien jedoch außerhalb dieses Bereiches. Durch Vergrößerung der Stichprobe oder durch eine Verbesserung der Messgenauigkeit können die Konfidenzintervalle verkleinert werden.

4. Rate Patienten mit Antibiotikagabe

Prozentsatz der Patienten, die ein Antibiotikum oder mehrere Antibiotika verabreicht bekommen haben – bezogen auf Patienten nach 1.; antivirale Medikamente und Tuberkulostatika wurden nicht erfasst.

5. Anzahl Händedesinfektionen pro Patiententag

Diese Anzahl berechnet sich aus der Höhe des Händedesinfektionsmittelverbrauches in ml je Patiententag dividiert durch 3, da der Sollverbrauch für eine Händedesinfektion 3 ml beträgt. Die dargelegten Zahlen beziehen sich auf den Verbrauch innerhalb eines Kalenderjahres.

6. Anzahl Hygienefachkräfte, KRINKO-Sollwert

Die seit 2009 geltende Medizinhygieneverordnung fordert mit Verweis auf die KRINKO (Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention) eine bestimmte Anzahl an Hygienefachkräften. Diese Anzahl richtet sich maßgeblich nach der Bettenanzahl und dem Risikoprofil der Patienten.

7. Anzahl Hygienefachkräfte, Istwert Anzahl der beschäftigten Hygienefachkräfte

In der Tabelle werden Ergebnisse von Standorten unterschiedlicher Größenordnung gezeigt. Dies führt zum Teil dazu, dass diese auf kleinen Zahlen basieren, die mit erhöhten Schwankungen einhergehen. Entsprechende Konstellationen werden mit einer gesonderten Fußnote (* Achtung: Wert basiert auf geringer Fallzahl) versehen.

Quellenhinweise bei den Verfassern

Kommentierung zur Tabelle

Gesundheitsverbund Landkreis Konstanz, Hegau-Bodensee-Klinikum

Ab Januar 2015 leitet Prof. Dr. Markus Dettenkofer (früher: Universitätsklinikum Freiburg) als verantwortlicher Krankenhaushygieniker das neu gegründete „Institut für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention“ des Gesundheitsverbundes Landkreis Konstanz. Eingebunden sind alle Hygienefachkräfte der Kliniken des Gesundheitsverbundes. Zusätzliche Hygienefachkraftstellen werden seit Mitte 2015 geschaffen.

Ergebnisse der QuMiK Punkt-Prävalenz-Hygienestudie 2015	1. Anzahl Patienten nach Studien- Einschluss- kriterien	2. Rate Patienten mit nosokomialen Infektionen (NI) während des statio- nären Aufenthaltes, in Prozent	3. Konfidenz- intervall NI zu 2., in Prozent	4. Rate Patienten mit Anti- biotika- gabe, in Prozent	5. Anzahl Hände- desinfek- tionen pro Patienten- tag	6. Anzahl Hygiene- fachkräfte, KRINKO- Sollwert	7. Anzahl Hygiene- fachkräfte, Istwert
PPS ECDC 2011 ***	41.539	3,8	< 3,5 ; 4,0 >	25,5	10,8	–	–
PPS QuMiK 2015	5.784	3,1	< 2,6 ; 3,7 >	31,2	10,8	47,4	44,5
Alb Fils Kliniken							
Klinik am Eichert Göppingen	440	7,1	< 4,8 ; 10,0 >	33,4	9,8	3,7	3,7
Helfenstein Klinik Geislingen	118	2,5	< 0,5 ; 7,4 >	30,5	7,5	0,9	0,9
Gesundheitsverbund Lk Konstanz, HBK **							
Hegau-Bodensee-Klinikum Singen	306	3,6	< 1,8 ; 6,4 >	36,3	9,2	2,8	2,0
Kliniken Ludwigsburg-Bietigheim							
Klinikum Ludwigsburg	766	1,8	< 1,0 ; 3,1 >	21,4	5,2	4,4	5,0
Krankenhaus Bietigheim	259	0,8	< 0,1 ; 2,8 >	30,5	6,7	1,5	1,5
Krankenhaus Marbach	62	6,5 *	< 1,8 ; 16,5 >	35,5 *	6,9	0,3	0,3
Krankenhaus Vaihingen	25	0,0 *	< 0,0 ; 14,8 >	36,0 *	7,1	0,2	0,2
OKM Orthopädische Klinik Markgröningen	151	3,3	< 1,1 ; 7,7 >	41,7	7,6	1,2	1,2
Enzkreis-Kliniken							
Krankenhaus Mühlacker	103	1,9	< 0,2 ; 7,0 >	14,6	7,7	0,8	0,8
Krankenhaus Neuenbürg	39	0,0 *	< 0,0 ; 9,5 >	41,0 *	8,7	0,3	0,3
Kliniken des Landkreises Karlsruhe							
Rechbergklinik Bretten	106	3,8	< 1,0 ; 9,7 >	33,0	15,1	0,9	1,0
Fürst-Stirum-Klinik Bruchsal	250	3,6	< 1,7 ; 6,8 >	29,6	9,8	1,6	1,6
Klinikum Heidenheim	291	7,9	< 5,0 ; 11,9 >	28,2	8,5	2,3	2,0
Klinikverbund Südwest							
Klinikum Sindelfingen	260	5,4	< 2,9 ; 9,0 >	40,0	9,5	2,0	2,0
Klinikum Böblingen	234	1,3	< 0,3 ; 3,8 >	23,1	9,5	2,0	2,0
Krankenhaus Leonberg	190	2,6	< 0,9 ; 6,1 >	27,9	23,6	1,2	1,0
Krankenhaus Herrenberg	100	6,0	< 2,2 ; 13,1 >	40,0	13,6	0,9	0,6
Kreisklinikum Calw	135	3,0	< 0,8 ; 7,6 >	25,2	11,8	1,0	1,0
Kreisklinikum Nagold	170	4,1	< 1,7 ; 8,5 >	28,2	12,8	1,4	1,4
Kreiskliniken Reutlingen							
Klinikum am Steinenberg Reutlingen	428	3,5	< 2,0 ; 5,8 >	29,2	9,2	3,0	3,0
Oberschwabenklinik							
Klinikum Westallgäu Wangen	127	2,4	< 0,5 ; 6,9 >	16,5	14,4	4,5	2,5
SLK-Kliniken Heilbronn							
Klinikum am Gesundbrunnen, Heilbronn	639	1,3	< 0,5 ; 2,5 >	39,8	13,2	4,7	4,7
Klinikum am Plattenwald, Bad Friedrichshall	211	2,4	< 0,8 ; 5,5 >	45,0	12,3	1,9	2,0
Krankenhaus Brackenheim	71	1,4 *	< 0,0 ; 7,9 >	36,6 *	12,6	0,5	0,5
Krankenhaus Möckmühl	41	0,0 *	< 0,0 ; 9,0 >	17,1 *	8,3	0,5	0,5
Lungenklinik Löwenstein	115	0,0	< 0,0 ; 3,2 >	43,5	20,4	1,5	1,4
Hohenloher Krankenhaus							
Krankenhaus Künzelsau	65	1,5 *	< 0,0 ; 8,6 >	26,2 *	12,6	1,4	0,4
Krankenhaus Öhringen	82	1,2 *	< 0,0 ; 6,8 >	28,1 *	10,0		1,0

* Achtung: Wert basiert auf geringer Fallzahl ** Hegau-Bodensee-Klinikum *** Deutschland-Werte

Erfahrungen mit dem FITT STEMI Projekt in den ALB FILS KLINIKEN

Das FITT STEMI Projekt (fitt-stemi.com) wurde im Jahr 2006 durch Prof. Dr. Karl Heinrich Scholz, St. Bernward-Krankenhaus in Hildesheim, begründet. Die Abkürzung bedeutet „Feedback-Intervention and Treatment-Times in ST-Elevation Myocardial Infarction“. Dabei handelt es sich um ein QM-Interventionsprojekt zur Verbesserung der Prozessabläufe bei der Behandlung von Patienten mit einem akuten ST-Hebungsinfarkt.

Es werden unselektiert alle Patienten mit ST-Hebungsinfarkt und einer Symptombdauer von weniger als 24 Stunden erfasst und die Zeitintervalle in der Rettungs- und Therapiekette ab Erstkontakt mit dem Rettungssystem bis zur Wiedereröffnung des verschlossenen Herzkranzgefäßes erhoben. Die Datenerfassung erfolgt webbasiert mit einer zentralen Analyse. Quartalsweise gibt es interaktive Feedback-Veranstaltungen mit allen an der Akutversorgung beteiligten Institutionen und Personen. Die Datenerhebung und -eingabe erfolgt anhand eines standardisierten Fragebogens, welcher nach einer gewissen Einarbeitung sehr effizient und zügig ausgefüllt werden kann. Die differenzierte Abfrage und Eingabe dieser Informationen wird künftig auch für die interventionelle Kardiologie und Versorgungsforschung weitere wichtige Datenanalysen ermöglichen.

Zwischenzeitlich nehmen 51 PCI-Kliniken deutschlandweit teil (siehe Karte Seite 53). Es sind mehr als 19.000 Patienten mit STEMI erfasst worden, davon rund 14.000 Primärtransporte, 3.000 Sekundärtransporte und 2.000 Selbstvorsteller.

Bei allen Kliniken beginnt die Teilnahmephase mit einem Studienteil, in welchem der „Ist-Zustand“ erhoben und im Sinne einer Feedback-Veranstaltung rückgekoppelt wird. Es folgt die Interventionsphase mit Evaluierung des Einflusses der konkreten Erhebungen und des Feedbacks auf die Behandlungszeiten.

Die Ziele des FITT STEMI Projektes sind die Implementierung eines standardisierten und aktiven QM-Systems bei STEMI-Behandlungen mit einer fortlaufenden

und nachhaltigen Verbesserung der prozeduralen und klinischen Ergebnisse – unter Nutzung der vorhandenen Ressourcen. Außerdem sollen Qualitätsindikatoren erarbeitet werden.

Die wissenschaftliche Fragestellung ist, inwieweit ein standardisiertes QM-System mit systemischer Ergebnissrückkopplung zu Zeitgewinnen bei der STEMI-Behandlung führen kann (Prozessqualität), ob diese Zeitgewinne zu einer Prognoseverbesserung führen und welche Patienten tatsächlich davon profitieren (Ergebnisqualität). Exemplarisch finden sich auf Seite 55 die Behandlungszeiten der Projektteilnehmer im Quartalsvergleich.

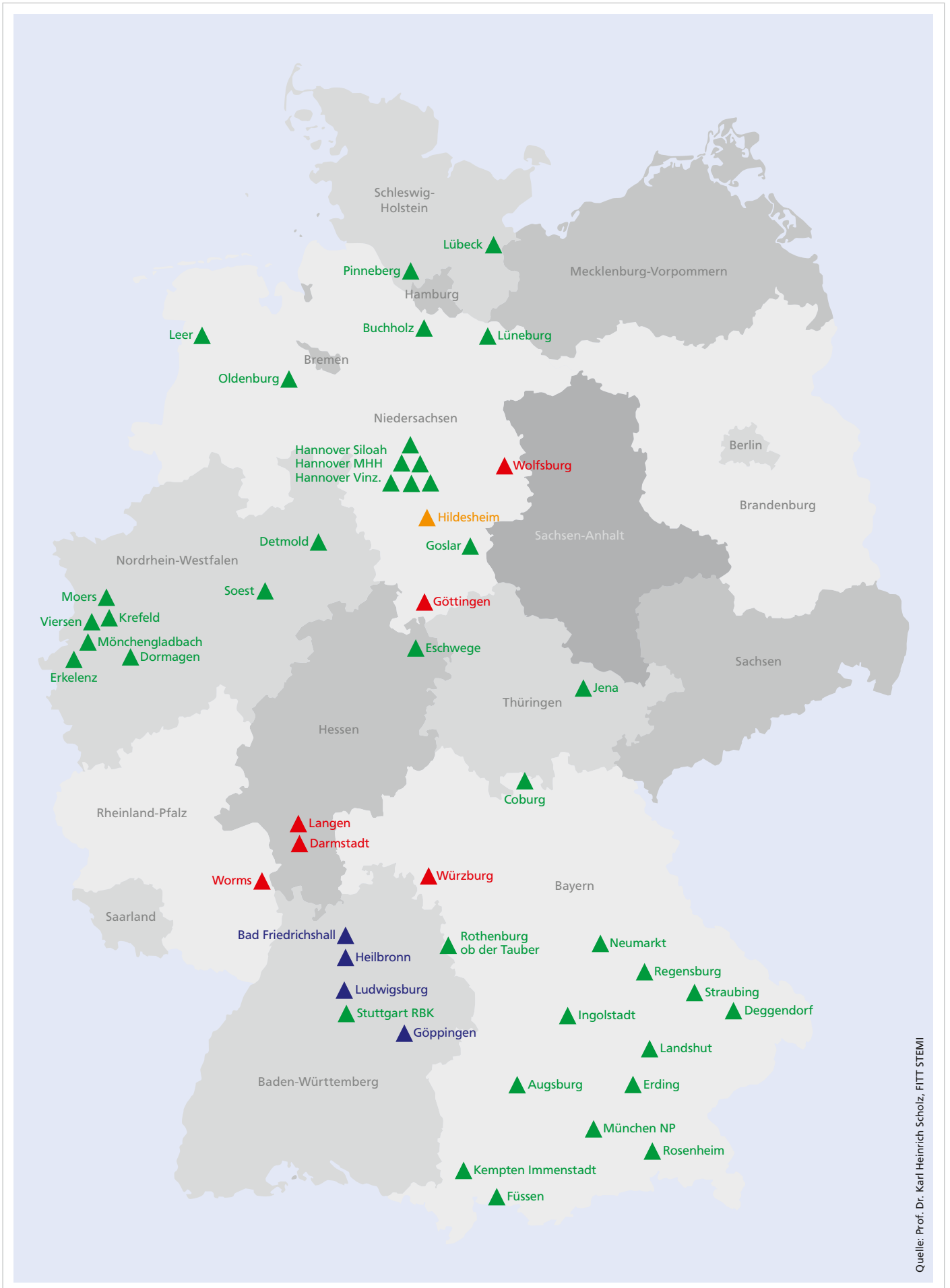
Von besonderer Bedeutung ist die Unterstützung und Finanzierung dieses Projektes, welche ausschließlich über Stipendien der Deutschen Herzstiftung und der Arbeitsgemeinschaft leitender kardiologischer Krankenhausärzte und anderer Institutionen erfolgt. Dies gewährleistet eine unabhängige Datenerhebung.

Seit dem 1. April 2010 nehmen die ALB FILS KLINIKEN am FITT STEMI Projekt teil. Die systematische Erhebung der Behandlungszeiten hat in unserem Herzinfarktnetzwerk zu einer weiteren Verkürzung der Zeiten geführt und damit zu einer Verbesserung der Prozessqualität. Diese war bereits von Beginn an gut und ließ sich weiter verbessern. Insbesondere wurde in unserem System deutlich, wie wichtig die Direktabgabe eines STEMI-Patienten im Herzkatheterlabor ist. Der wesentliche Ansatzpunkt zur Verkürzung der Behandlungszeiten waren die intrahospitalen Wege. Die eigentlichen Einsatzzeiten prä- und intrahospital mit Zeitdauer von Alarm bis Ankunft Rettungsdienst, die Transportzeiten und die Behandlungsdauern im Herzkatheterlabor sind im Wesentlichen unverändert geblieben und deuten auf gut strukturierte Abläufe hin. Um diese verbesserten Ablaufzeiten zu erhalten, sind wiederkehrende Feedback-Veranstaltungen mit allen Beteiligten erforderlich. Diese führt der leitende Oberarzt des Herzkatheterlabors, Dr. Josef Steindl, in jedem Quartal durch, sobald uns die entsprechenden neuen Analysen vorliegen.

Hinsichtlich der Ergebnisqualität findet sich ein Trend zu einer sich verringernenden Akutsterblichkeit nach akutem STEMI. Aufgrund der niedrigen Fallzahl ist dies aber aktuell ohne statistische Signifikanz.

In der QuMiK nehmen vier Kliniken am FITT STEMI Projekt teil: neben den ALB FILS KLINIKEN das Klinikum Ludwigsburg und die SLK-Kliniken mit den zwei Standorten Klinikum am Gesundbrunnen, Heilbronn und Klinikum am Plattenwald, Bad Friedrichshall.

Das FITT STEMI Projekt wird regelmäßig im Rahmen der QuMiK Fachgruppe Kardiologie besprochen. Teilnehmer der Fachgruppe sind die leitenden Kardiologen der QuMiK-Einrichtungen. Zentrale Arbeitsfelder der Fachgruppe beinhalten die Optimierung der STEMI-Versorgung und Aufbau eines Herzinfarktnetzwerkes, Entwicklung gemeinsamer Medizinstandards, Austausch zu Abteilungsstrukturen sowie Analyse von Qualitätskennzahlen.



Quelle: Prof. Dr. Karl Heinrich Scholz, FITT/STEMI

Hinweis zu den Balkengrafiken

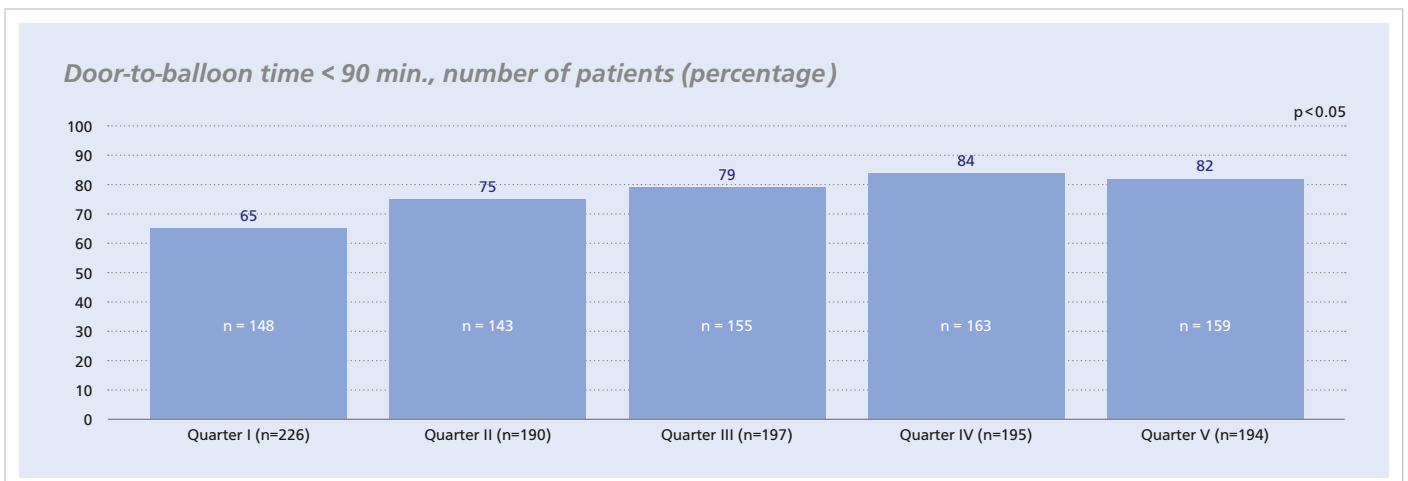
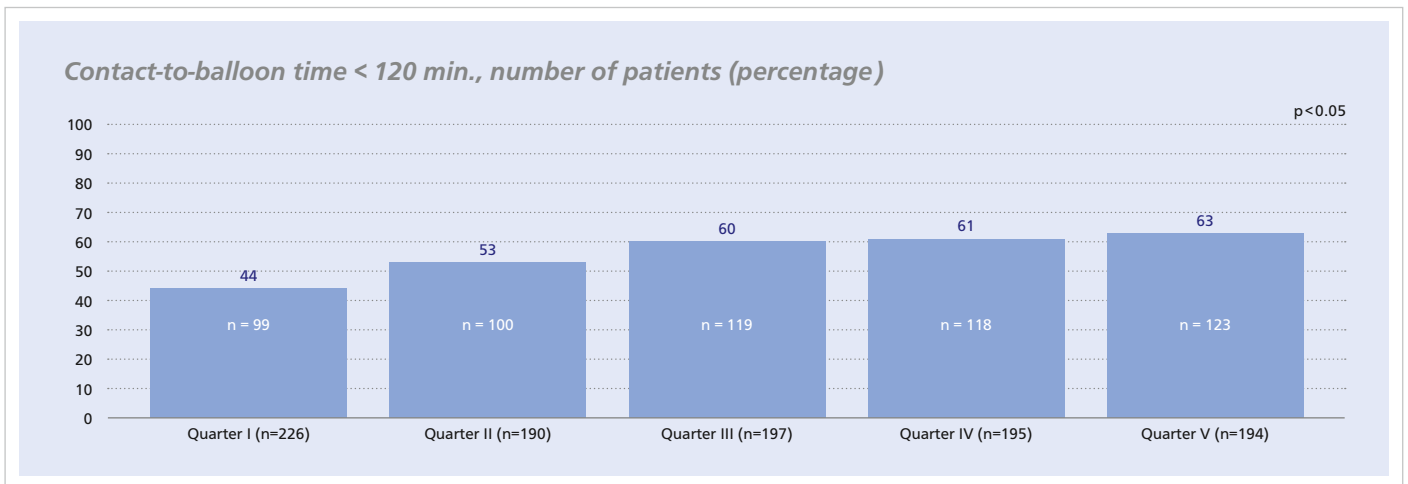
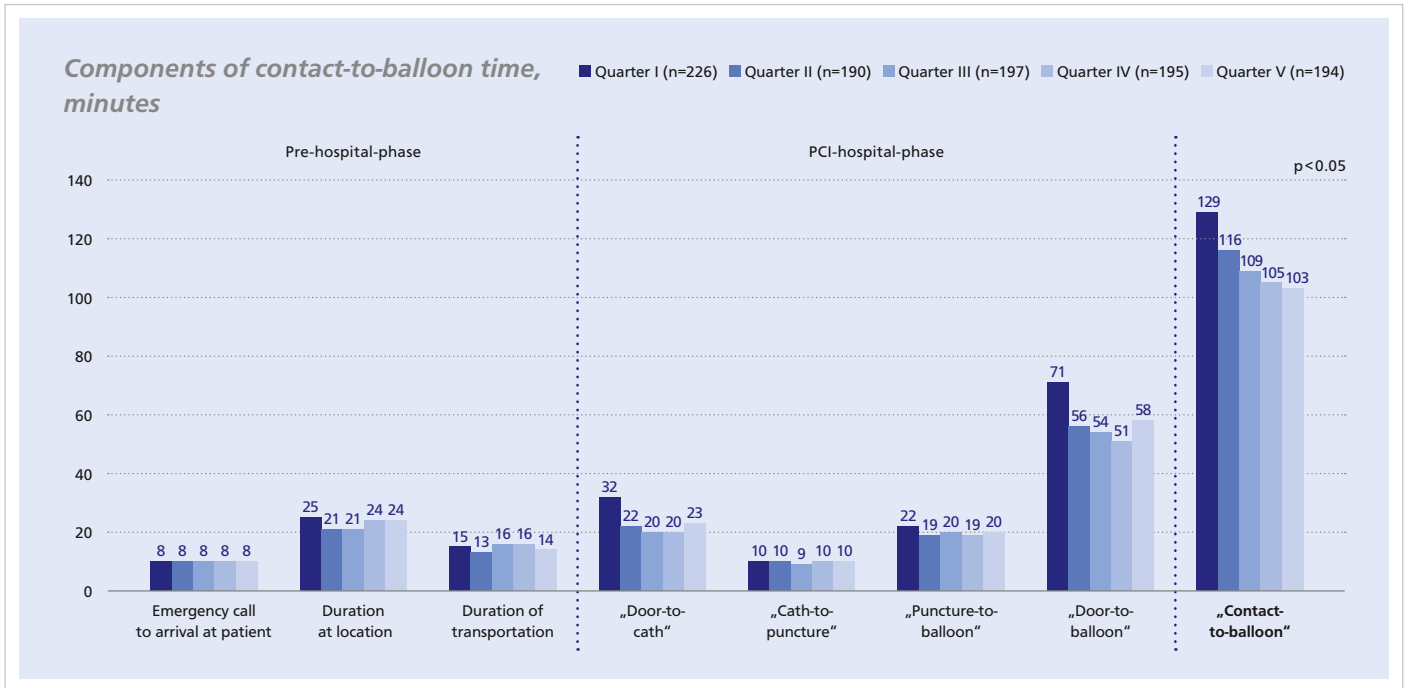
Tendenziell zeigt sich für die beteiligten Kliniken eine Verkürzung der prä- und intrahospitalen Einsatzzeiten. Die größten Potenziale zur Zeitverkürzung bestehen im Bereich der intrahospitalen Einsatzzeiten mit besonderem Fokus auf die Direktabgabe der STEMI-Patienten im Herzkatheterlabor.

Ein Vorteil des FITT STEMI Projektes ist, dass in kurzer Zeit sehr große Patientenzahlen zentral ausgewertet werden können. So konnten bereits einige wissenschaftliche Auswertungen und Publikationen erfolgen, die den positiven Zusammenhang zwischen kurzen Ablaufzeiten und verbesserter Prognose, bei Patienten unterschiedlicher Risikokonstellation, vom kardiogenen Schock bis hin zu leicht betroffenen Patienten, zeigten.

Quellenhinweis:

Karl Heinrich Scholz et al.: Reduction in Treatment Times Through Formalized Data Feedback, In: JACC: Cardiovascular Interventions, VOL. 5, NO. 8, AUGUST 2012, Seite 848-857





4.3 Top-Veranstaltungen zur interdisziplinären Weiterbildung

Fachtagung Prävention postoperativer Wundinfektionen



Die Veranstaltung informierte die Teilnehmer zur aktuellen Evidenzlage und bekräftigte die Bündelstrategie als das richtige Vorgehen bei der Prävention postoperativer Wundinfektionen.

Zur Verbesserung des interdisziplinären Dialoges und zur Diskussion des immer stärker in den Fokus tretenden Themas Vermeidung postoperativer Wundinfektionen („Surgical Site Infections“ = SSI) fand am 10. Juni 2015 eine sehr gut besuchte QuMiK-Fachtagung in Markgröningen mit rund 80 Teilnehmern statt. Die Veranstaltung richtete sich an Ärztliche Direktoren, Chefärzte der operativen Fachbereiche, Anästhesie und Hygiene-Abteilungen, OP-Manager, Pflegedienstleitungen, OP-Pflege-Personal, Anästhesie-Pflege-Personal und Hygiene-Fachkräfte. Zur Prävention von SSI stand die Bündelstrategie – die Priorisierung und Zusammenführung von überschaubaren und leicht umzusetzenden Einzelmaßnahmen – im Fokus der Diskussion. Die Veranstaltung wurde durch die QuMiK-Fachgruppen Allgemein- und Viszeralchirurgie sowie Unfallchirurgie und Orthopädie organisiert, die sich 2015 intensiv mit der Bündelstrategie befasst und Standards für den QuMiK-Verbund abgestimmt haben. Die Umsetzung und eine erste Maßnahmenbeurteilung erfolgt 2016.

Zur Einführung wurde zunächst auf die Bedeutung von SSI für den Patienten und auch für die ökonomische Situation des Krankenhauses 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, hingewiesen. Prof. Jehle erläuterte, dass SSI den Krankheitsverlauf erheblich beeinträchtigen kann und unterschiedlichste

Krankenhausbereiche und Berufsgruppen, wie Ärzte, Pflege, Hygiene, Sterilisation aber auch Hauswirtschaft und Reinigungskräfte, zur Vermeidung von SSI beitragen können. Die Bündelstrategie unterstützt die Akteure im Krankenhaus durch handhabbare Maßnahmen, deren Zusammenwirken die Rate postoperativer Wundinfekte senken können.

Zur Verdeutlichung des Sachverhaltes stellte Dr. Johannes Tatzel, Ärztlicher Mitarbeiter am Institut für Krankenhaushygiene am Klinikum Stuttgart, zunächst grundlegende Maßnahmen der Infektionsprävention im OP und formale Anforderungen an die Krankenhäuser dar. Vertieft wurde das Thema durch den Vortrag zur Bündelstrategie von Prof. Dr. Axel Kramer, Geschäftsführender Direktor des Instituts für Hygiene und Umweltmedizin der Universitätsmedizin Greifswald. Prof. Kramer erläuterte Hauptquellen und Risikofaktoren für SSI und die Evidenzlage für Präventionsmaßnahmen vor, während und nach der Operation und gab abschließend Empfehlungen zur Umsetzung einer Bündelstrategie.

„Die Veranstaltung hat unser QuMiK-Projekt Umsetzung einer Bündelstrategie eindeutig bestätigt und wichtige Impulse zur weiteren Ausgestaltung geliefert“, betont Prof. Jehle. „Durch die Umsetzung einer Bündelstrategie, unter Beteiligung unterschiedlichster Krankenhausakteure, können wir den Patienten höchste Sicherheit und Behandlungsqualität bieten“, fügt Prof. Jehle hinzu.

Dritter Kompetenztag im QuMiK-Perinatalverbund



*Auszeichnung der besten Fallvorstellung:
Prof. Dr. Wolfgang Heyl, Ärztlicher Direktor, Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Dr. Viola Hirner, Assistenzärztin, Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Dr. Matthias Walka, Ärztlicher Direktor, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, alle vom Klinikum Ludwigsburg (v. l. n. r.).*

Bereits zum dritten Mal fand 2015 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 konzipiert. Mit rund 30 Teilnehmern aus den Perinatalzentren des QuMiK-Verbundes war der Kompetenztag 2015 in Markgröningen gut besucht.

„Der Kompetenztag fördert die qualitativ hochwertige Versorgung von Mutter und Kind rund um die Geburt. Im Fokus stehen dabei das möglichst lange Reifen des ungeborenen Kindes im Bauch seiner Mutter und die Herbeiführung eines optimalen Geburtszeitpunktes. Diese Zielsetzung wurde durch Fachvorträge zu den Themen Tokolyse und Cerclage bei Cervixinsuffizienz verdeutlicht“, erklärt Dr. Matthias Walka, Sprecher der QuMiK-Fachgruppe Perinatalzentren und Ärztlicher Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin am Klinikum Ludwigsburg. „Beide Themenkomplexe wurden ergänzt durch Empfehlungen und Standards zur Reanimation bei Frühgeborenen und reifen Neugeborenen sowie Empfehlungen zur Rotavirus-Impfung bei Frühgeborenen unter stationären Bedingungen.“

Besonderer Schwerpunkt der Veranstaltung war das Thema Kindernotfall, der durch einen Fachvortrag und Hands-on Workshops abgedeckt wurde.

„Für ärztliche Nachwuchskräfte ist es besonders wichtig, Notfallsituationen zu trainieren, um im Ernstfall die bestmöglichen Entscheidungen zu treffen. Dies wurde mit pädiatrischen Simulationspuppen mit intensivem Coaching realitätsnah und mit direktem Feedback geübt“, sagt Dr. Walka.

„Unser ärztlicher Nachwuchs wird durch die Veranstaltung gezielt an integriertes Arbeiten herangeführt“, betont Prof. Dr. Wolfgang Heyl, Ärztlicher Direktor der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe am Klinikum Ludwigsburg. „Dafür bietet die Veranstaltung die passenden interdisziplinären und praxisbezogenen Inhalte an.“

Im Rahmen der Veranstaltung wurde auch die beste Fallvorstellung „pearls and pitfalls“ von Assistenzärztinnen der QuMiK-Perinatalzentren prämiert. Die Auszeichnung erhielt Dr. Viola Hirner, Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe am Klinikum Ludwigsburg, für die Fallvorstellung „Schnittstelle Gynäkologie und Geburtshilfe“.

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, Reutlingen, Singen und Villingen-Schwenningen.

Ziel des QuMiK-Perinatalverbundes ist es, durch enge Kooperation eine medizinische Versorgung mit höchster Qualität für werdende Mütter und Früh- und Neugeborene 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 Perinatalologie sowie Organisation von Fortbildungen für Assistenzärzte. Darüber hinaus läuft derzeit als besonderer Schwerpunkt eine Multi-Center-Studie zur Vermeidung von Frühgeburten in den Perinatalzentren des QuMiK-Verbundes.

Ausblick

Die Kliniken im QuMiK-Verbund arbeiten seit mehr als zehn Jahren mit Leistungsvergleichen, Wissenstransfer und dem Lernen vom jeweils Besten mit großem Erfolg an ihrer kontinuierlichen Verbesserung. Ein Erfolg, von dem künftig zwei neue Kooperationspartner profitieren werden. Nachdem bereits zu Beginn des Jahres 2015 die Kreiskliniken Reutlingen aufgenommen wurden, ist am Ende des Jahres auch das Städtische Klinikum Karlsruhe der QuMiK beigetreten. Damit umfasst der QuMiK-Verbund im Jahr 2016 nun 42 kommunale Kliniken in Baden-Württemberg.

Die beiden neuen Mitglieder geben dem Verbund ihrerseits wichtige neue Impulse zum Ausbau der Zusammenarbeit und der stetigen Weiterentwicklung der Qualität.

Im Jahr 2016 wird der QuMiK-Qualitätspreis bereits zum dritten Mal verliehen. Unter allen eingereichten Projekten werden dabei die Projekte mit dem höchsten Grad an Innovation und Patientennutzen ausgezeichnet. Alle eingereichten Beiträge werden innerhalb des QuMiK-Verbundes umfassend bekannt gemacht und unterstützen damit die Einrichtungen der QuMiK beim gegenseitigen Lernen.

Die QuMiK verfügt inzwischen über 19 Arbeits- und Fachgruppen, die mit ihrer Arbeit die wesentlichen Erfolge im Verbund vorbereiten und realisieren. Im nächsten Jahr wird eine onlinebasierte Austauschplattform implementiert werden, um den Austausch der Mitarbeiter in den Arbeitsgruppen noch besser zu unterstützen. Die moderne und bedienungsfreundliche Plattform ermöglicht eine Intensivierung der fachlichen Diskussionen und den einfachen Austausch von Dokumenten.

Außerdem werden sich die Arbeitsgruppen durch gemeinsame Projekte und geplante Fachveranstaltungen künftig weiter vernetzen. Dabei bleibt weiterhin eines unserer Hauptanliegen, die geleistete Qualität messbar darzustellen. Für das kommende Jahr hat die medizinische Fachgruppe Perinatalzentren Ergebnisse der QuMiK-Studie für die Versorgung von Frühgeborenen angekündigt. Außerdem soll es neue Erkenntnisse aus der Umsetzung einer Bündelstrategie zur Vermeidung postoperativer Wundinfektionen im chirurgischen Bereich geben.

Unser Verbund setzt damit seine enge Zusammenarbeit fort und wird künftig noch stärker die Interessen der Mitglieder bündeln. Die Basis dafür bildet der gute und vertrauensvolle Austausch untereinander. Dafür arbeiten wir gemeinsam mit festem Willen an der Weiterentwicklung unserer kommunalen 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 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, 11, 12/13, 22-23, 25, 26/27, 40, 42/43, 45, 54, 59, 61:
Bildarchiv Regionale Kliniken Holding RKH GmbH

Seite 04 (oben), 20-21, 30, 37: Regionale Gesundheitsholding Heilbronn-Franken GmbH

Seite 14, 39: Alb Fils Kliniken GmbH

Seite 15: Gesundheitsverbund Landkreis Konstanz gGmbH

Seite 16, 34: Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH

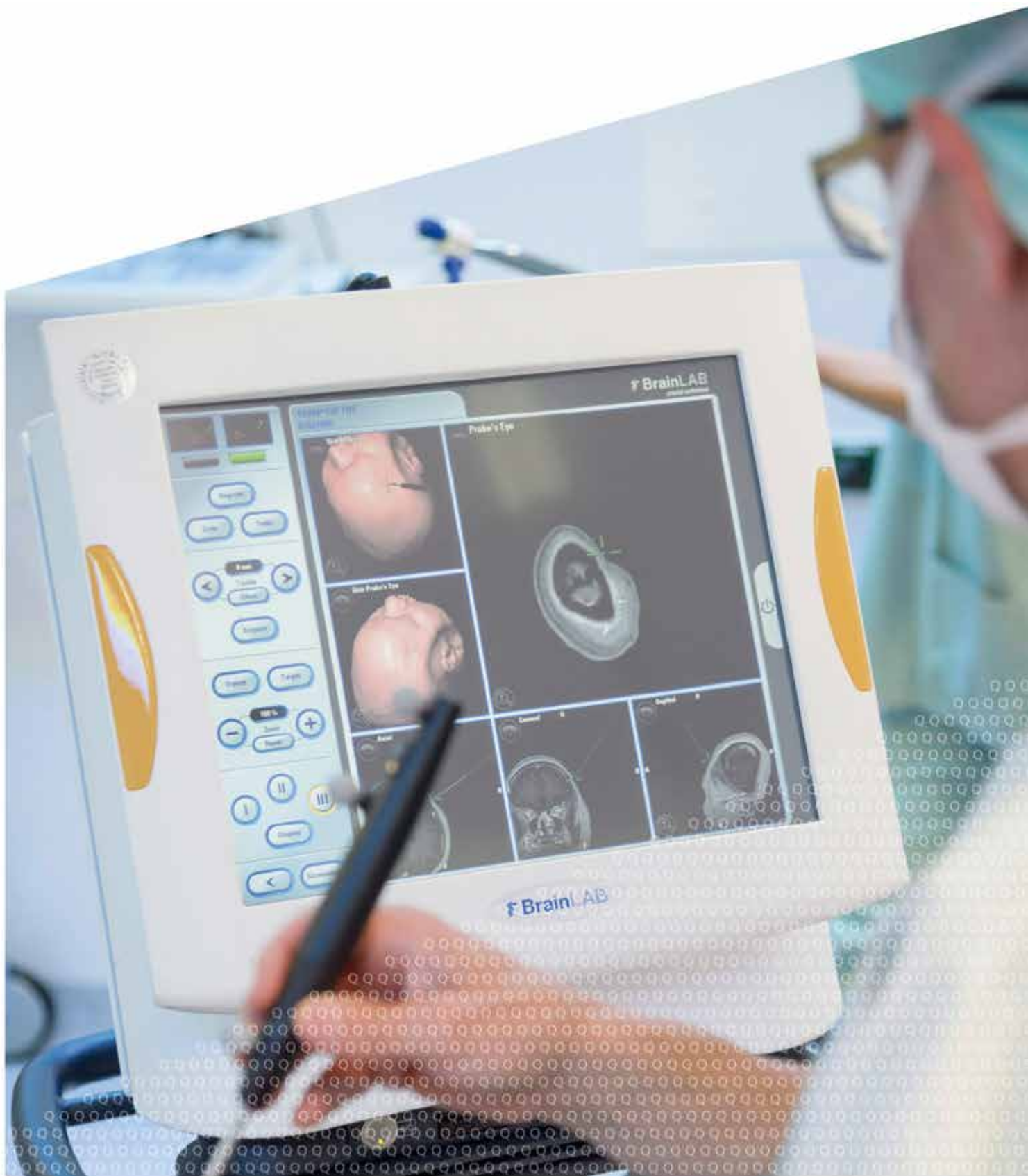
Seite 17, 36: Klinikverbund Südwest GmbH

Seite 18: Kreiskliniken Reutlingen GmbH

Seite 19: Oberschwabenklinik GmbH

Seite 24: Schwarzwald-Baar Klinikum Villingen-Schwenningen GmbH

Seite 56, 57: QuMiK GmbH





QuMiK GmbH
Erlachhofstraße 1
71640 Ludwigsburg
www.qumik.de