

# Best Practices

## Qualität zum Anfassen

Tagungsband zur Qualitätsarena  
von Qualitätskliniken.de 2016/2017





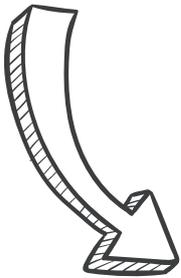
## Liebe Leser des Best-Practice-Bandes,

für die Mitgliedskliniken von Qualitätskliniken.de spielen Transparenz, Kommunikation und Erfahrungsaustausch von jeher eine große Rolle. In der Qualitätsarena bei unseren jährlich stattfindenden Kongressen präsentieren Kliniken ihre Ideen und Projekte rund um das Thema Qualitätsmanagement praktisch und zum Anfassen. Durch den unmittelbaren Austausch in kleinen Gruppen, interaktiv und von Mensch zu Mensch gelingt es, die eigenen Erfolgsrezepte sichtbar zu machen, aber auch neue Ideen für die eigene Einrichtung zu gewinnen und auf die persönlichen Bedürfnisse anzupassen. Mit dieser interaktiven Messe zeigen die Kliniken, dass innovative Ideen, Gestaltungswille und Kreativität die Grundlage für gelebtes Qualitätsmanagement darstellen.

Um die wertvollen Beiträge der Teilnehmer aus der Qualitätsarena zu honorieren und einem noch größeren Publikum zugänglich zu machen, haben wir die Projekte in diesem Tagungsband zusammengestellt. Sie finden auf den folgenden Seiten alle Best Practice Beispiele der Qualitätsarena aus dem Jahr 2016 und 2017, die jeweils im Rahmen unserer Jahresveranstaltung stattgefunden hat. Unter den Praxisbeispielen wird jährlich der Publikumsliebbling ausgewählt.

An dieser Stelle möchten wir uns recht herzlich bei den Teilnehmern bedanken.

Das Team von  
Qualitätskliniken.de



Wenn Sie Interesse an dem  
einen oder anderen Projekt  
haben, kontaktieren Sie  
uns gerne.

4QD - Qualitätskliniken.de GmbH  
Friedrichstraße 60  
10117 Berlin  
Tel: (030) 32503650  
info@qualitaetskliniken.de

## Projekte aus 2016

- 01| Der „Asklepios Qualitätsmonitor“ – ein Instrument zur Steuerung und Verbesserung der Ergebnisqualität
- 02| „Eine für Alles“ – Aufbau der modernsten ZNA der Region
- 03| Einführung eines Rückkopplungsverfahrens zur Reduktion der Patientenverwechslungen im Krankenhaus
- 04| Implementierung eines Analgosedierungsteams für Kinder am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
- 05| Implementierung eines umfassenden Konzeptes zur naturheilkundlichen/komplementären Pflege in der Psychiatrie
- 06| Kurze Wege, keine Wartezeiten – St. Josef-Stift Sendenhorst setzt präoperative Aufnahme für Patienten auf die Überholspur
- 07| Prävention und Reduktion des Tabakkonsums bei Auszubildenden in Pflegeberufen
- 08| Rauchfreies Krankenhaus – Implementierung in das AMEOS Netz Sachsen-Anhalt
- 09| Risiken aus Beschwerden erkennen
- 10| Sektorenübergreifende Versorgung in der Onkologie
- 11| Umsetzung eines systematischen regionsübergreifenden Risikoscreenings in der AMEOS Gruppe
- 12| Verzahnung akuter qualitätsorientierter CI-Versorgung und Rehabilitation am Beispiel des AMEOS Klinikum Halberstadt
- 13| Zentrale Aufnahme im Asklepios Fachklinikum Göttingen
- 14| 4QD-Checker der Regio Kliniken

## Projekte aus 2017

- 15| Aufklärung statt Frust: Patienteninformation für Notfälle
- 16| Das Palliativkonzept der Sana Kliniken Bad Wildbad
- 17| Das Sana Qualitätsinformationssystem – QuIS
- 18| Effekte eines Trainings mit Hilfe von Nintendo® Wii Fit Plus bei Patienten mit Multipler Sklerose
- 19| Entlassmanagement nach §39 GKV-Versorgungsstärkungsgesetz: Vorbereitung auf eine große Herausforderung
- 20| Magnetkrankenhäuser – Qualitätsentwicklung in der Pflege in den RKU – Universitäts- und Rehabilitationskliniken Ulm gGmbH
- 21| Medizinische Ergebnisse zur Verbesserung nutzen – Formen der Fallanalyse
- 22| Optimierung der ärztlichen Gesprächsführung mit onkologischen Patienten
- 23| Pädiatrische Simulationstrainings
- 24| Patientenbefragung PCI in Sana Kliniken
- 25| „Pflegend leicht aktiv bleiben“ – ein Workshop für Angehörige von Schlaganfallpatienten
- 26| Reifegrade des Qualitäts- und Risikomanagementsystems am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein
- 27| Re-Organisation der Zentralen Notaufnahme am Sana-Klinikum Remscheid
- 28| Strategisches Projektmanagement zur Implementierung des Systems Mobile Retter
- 29| Verbundzertifizierung als Katalysator im Integrationsprozess
- 30| Von der CIRS-Meldung zur Organisationsoptimierung – ein Projekt zur Verbesserung des Trachealkanülenmanagements in der Neurologischen Klinik Bad Neustadt
- 31| Vorbeugen ist besser als Schaden – Präventivmaßnahmen im medizinischen Schadensfall und im Beschwerdemanagement
- 32| Wir arbeiten für Ihre Gesundheit – Der AMEOS Strategieprozess
- 33| Zählkontrollen im OP – Jede Nadel zählt



# Der „Asklepios Qualitätsmonitor“

ein Instrument zur Steuerung und Verbesserung der Ergebnisqualität

*Wie kann man Qualität messen und darstellen? Noch dazu in einer Form, die anderen hilft sich zu verbessern? Dazu dient der Asklepios Qualitätsmonitor, ein internes Instrument, mit dem sechs Jahre Erfahrung vorliegen.*

Der Fokus im Gesundheitswesen geht immer mehr zu einer transparenten Qualitätsdarstellung und –beurteilung. Zukünftig wird sich die Vergütung von Krankenhäusern an den Qualitätsergebnissen orientieren. Asklepios verfolgt diesen Ansatz schon länger und nutzt zur Qualitätsdarstellung intern seit mehreren Jahren ein spezielles Instrument, das selbst entwickelte Managementtool „Asklepios Qualitätsmonitor“ (AQM).

Der „Asklepios Qualitätsmonitor“ (AQM) wurde 2010 als Managementtool entwickelt, um die Ergebnis- sowie Struktur- und Prozessqualität anhand von Kennzahlen in allen

Einrichtungen des Unternehmens transparent darzustellen und diese auch vergleichbar zu machen.

Die Ergebnisse werden online über das Asklepios Intranet in Form eines übersichtlichen Ampelsystems dargestellt. Den „AQM“ kann das Management über einen passwortgeschützten Zugang von jedem beliebigen Ort einsehen.

Durch diese transparente Darstellung erfolgt eine offene und ehrliche Kommunikation der Qualitätsergebnisse im gesamten Asklepios Konzern. Mögliche Verbesserungspotenziale sind keine Geheimnisse einzelner Kliniken, sie sollen vielmehr helfen, die dabei erreichten Verbesserungen nach einem Best-Practice-Vorbild nachzuvollziehen und ggf. auch zu kopieren. Bei Abweichungen werden nicht „die Schlechten“ herausgefiltert und sanktioniert, sondern die Besten in Vorbildfunktion den anderen Einrichtungen bekannt gemacht und gute Prozesse / Strukturen weiter vermittelt.



Jede Asklepios Einrichtung erhält eine Bewertung in Form einer Gesamtampel, die sich aus den untergeordneten und unterschiedlich gewichteten Kennzahlenampeln zusammensetzt.

Die Ampelübersicht, auf den ausschließlich die Geschäftsführer, Kaufmännischen Direktoren und die Leiter der Konzernbereiche zugreifen können, dient in ihrer Detailtiefe zur Orientierung der Einrichtungen zu verschiedenen Qualitätsergebnisdarstellungen. Die Einstufung auf vier Dimensionen, die jeweils mit Ergebnissen aus verschiedenen Systemen versehen sind:

#### Unsere Patienten

- Verfahren der medizinischen Ergebnisqualität
- Patientenzufriedenheit
- Patientensicherheit
- Hygieneaudit

#### Unsere Prozesse

- Asklepios Qualität Rezeptionen (AQR)
- Organisationsqualität Reha
- Qualitätscheck Reinigung/ Catering (TÜV Süd)
- Beschwerdemanagement
- Ethik & Werte

#### Unsere Einweiser

- Einweiserzufriedenheit

#### Unsere Mitarbeiter

- Mitarbeiterzufriedenheit

Die Darstellung Qualitätsergebnisse erfolgt im „Asklepios Qualitätsmonitor“ in Form einer Ampelfarbe und eines Prozentwertes für jede abgebildete Kennzahl, welche sich jeweils aus den „inhaltlich“ darunterliegenden Einzelkennzahlen unter Berücksichtigung unterschiedlicher Gewichtungen aufsummiert. Eine weitere Besonderheit des „Asklepios Qualitätsmonitors“ besteht darin, dass sich jede Kennzahl im Sinne der maximalen Transparenz jederzeit durch wenige „Klicks“ in die darunterliegenden Einzelkennzahlensysteme aufklappen und damit eindeutig nachvollziehen lässt. Eine weitere Differenzierung durch weiteres Aufklappen der Kennzahlen soll die Detailtiefe ergänzen.

## Einweiserzufriedenheit einer Klinik

Das System ermöglicht in der Detaildarstellung auch einen Benchmark der einzelnen Einrichtungen. Ziel ist es, sich immer an den Besten zu orientieren und bei Abweichungen möglichst zeitnah eine Qualitätsverbesserung zu erzielen.

## Benchmark von Einrichtungen

Ferner öffnet sich durch direktes Anklicken einer Ampel in der Gesamtübersicht aller Einrichtungen ein Fenster, in dem Detailangaben sowie die Referenzbereiche für die Ampeln hinterlegt sind. Bei gelben oder roten Ampeln sind ggf. bereits Gründe, Empfehlungen und Maßnahmen hinterlegt. Den Maßnahmen sind Verantwortliche und Zieltermine zugeordnet.

## Detailansicht mit Hintergrundinformation

Alle Definitionen, Messfrequenzen und Inhalte zu den einzelnen Qualitätskennzahlen, die Zusammensetzung der Ergebnisse sowie die Darstellung in einzelnen Ampeln sind in der Dokumentenbibliothek des „Asklepios Qualitätsmonitors“ im Menü „Erläuterungen Kennzahlen“ hinterlegt, so dass auch hierzu eine hohe Transparenz besteht.

Der AQM hat sich in unseren Kliniken bewährt, um Qualitätsergebnisse aktuell darzustellen, kontinuierlich zu überwachen und Verbesserungspotenziale rechtzeitig zu erkennen. Dadurch ist er zu einem unverzichtbaren Managementinstrument geworden. Aus den Ergebnissen werden neue Ziele abgeleitet und letztendlich profitieren die Patienten sowie weitere Parteien (Partner, Kunden, Einweiser u.v.m.) davon. Jährlich werden die Asklepios Einrichtungen mit den besten Qualitätsergebnissen mit dem Award für Asklepios Top Qualität ausgezeichnet. Diese Auszeichnung fördert den internen Wettbewerb und belohnt die Einrichtung am Ende für die Arbeit mit einer Anerkennung.



Stefan Kruse  
Konzernbereich Qualität  
Asklepios Kliniken GmbH



*Der Schockraum: Hier werden Patienten medizinisch erstversorgt, die sich in Lebensgefahr befinden. Unmittelbar nach der Diagnose werden geeignete Therapien eingeleitet.*

# „Eine für Alles“

## Aufbau der modernsten ZNA der Region

### Die Zentrale Notaufnahme

Die Zentrale Notaufnahme (ZNA) ist der erste Anlaufpunkt für alle Notfallpatienten im Asklepios Klinikum Schwalmstadt. Hier wird nach einer Ersteinschätzung festgelegt, wie zeitlich dringlich die Behandlung ist. Ein hochmotiviertes und professionelles Team arbeitet bei der Versorgung von Notfallpatienten interdisziplinär, also fachübergreifend zusammen, getreu dem Motto: „Eine für alles“. Patienten können sich jederzeit darauf verlassen, dass unmittelbar lebensbedrohliche Krankheitsbilder umgehend behandelt werden.

Je nach Schwere der Verletzung oder Erkrankung stehen für die Behandlung ein Schockraum, eine Überwachungseinheit mit sechs Betten (einschließlich Brustschmerzeinheit) sowie vier weitere Behandlungsräume zur Verfügung. In diesen Räumlichkeiten können sämtliche lebensrettende und -erhaltende Maßnahmen ergriffen werden.

### Ersteinschätzung oder Triage?

Mithilfe einer sogenannten Ersteinschätzung wägen die Spezialisten die zeitliche Dringlichkeit einer Behandlung ab und legen somit die Reihenfolge der Therapien in der Zentralen Notaufnahme qualifiziert fest. Dabei werden die individuellen Sorgen und Beschwerden eines jeden Patienten berücksichtigt und darauf geachtet, dass das Ergebnis schnell vermittelt werden kann. Eine Ersteinschätzung kann daher nicht einfach „aus dem Bauch heraus“ erfolgen, sondern bedarf eines strukturierten Instruments.

Für den klinischen Alltag existieren grundsätzlich verschiedene Ersteinschätzungs-Instrumente. Das Asklepios Klinikum Schwalmstadt hat sich für das Manchester-Triage-System (MTS) entschieden. Mithilfe einer Ersteinschätzung lassen sich nicht nur Behandlungen priorisieren. Sie ist auch ein Instrument der Qualitätssicherung, des Risikomanagements,



*Spezialstation: In den Räumen der CPU werden Patienten mit akuten Brustschmerzen behandelt und die Ursachen der Beschwerden diagnostiziert.*

zur Einleitung des Behandlungsprozesses, zur rechtlichen Absicherung aller am Behandlungsprozess Beteiligten zur Personalbemessung. Eine standardisierte Einschätzung der Behandlungsdringlichkeit ist umfassend sinnvoll.

Wenn ein Patient mit Brustschmerzen die Klinik aufsucht, können die Beschwerden ganz unterschiedliche Ursachen haben: von scheinbar banalen Leiden wie Nervenreizungen und Erkrankungen des Bewegungsapparats bis hin zu lebensbedrohlichen Krankheitsbildern wie Herzinfarkt, Lungenembolie (Verstopfung der Lungengefäße), Aortendissektion (Aufspaltung der Wandschichten der Hauptschlagader) und Pneumothorax (Eindringen von Luft in eine Körperhöhle der Brust). Um diese lebensbedrohlichen Erkrankungen erkennen zu können, werden Patienten in der Brustschmerzeinheit, der sogenannten Chest Pain Unit (CPU), überwacht und untersucht.

Für die Diagnostik stehen direkt am Patientenbett ein Laborgerät (POCT: Point Of Care Testing) für die Bestimmung von beispielsweise Herzenzymen und Blutgasen sowie ein modernes Ultraschallgerät zum Begutachten von Herz, Bauch und Gefäßen bereit. Das Team diagnostiziert und behandelt nach den jeweils gültigen Leitlinien der Fachgesellschaften, die in feste Arbeitsanweisungen (sogenannte Standard Operating Procedures, SOP) für die Mitarbeiter gefasst sind. Dadurch ist eine standardisierte und qualitativ gleichbleibend hohe Versorgung gewährleistet.

## Schockraumversorgung

Sollte sich ein Patient in Lebensgefahr befinden, wird er im Schockraum medizinisch versorgt. Dort ist ein interdisziplinäres Team von Gesundheits- und Krankenpflegern sowie



*Auf dem neuesten Stand: Moderne Überwachungs- und Diagnoseeinheiten bieten Patienten ein Höchstmaß an Sicherheit.*

Fachärzten verschiedener Bereiche wie Anästhesie, Unfallchirurgie, Innere Medizin und Allgemeinchirurgie sofort zur Stelle. Ziel ist es, eine erste Diagnose zu stellen und lebenswichtige Körperfunktionen wie Atmung und Kreislauf schnell zu stabilisieren. Dafür steht eine Vielzahl von Geräten zur Verfügung: Monitore, um die Lebensfunktionen dauerhaft zu überwachen, Beatmungs- und Narkosegeräte, Ultraschallinstrumente zur schnellen Bildgebung, Röntgenapparate sowie Computertomografen zur computergestützten Röntgendiagnostik.

Im Schockraum entscheidet das gesamte Team mit vereintem Fachwissen, welche Diagnostik und Therapie als nächstes erfolgen soll. Nach der Erstversorgung wird die endgültige Therapie eingeleitet. Diese kann beispielsweise eine Operation sein, oder aber auch eine Verlegung in ein Krankenhaus der Maximalversorgung.



Patrick Müller-Nolte  
 Ärztlicher Leiter der Zentralen  
 Notaufnahme  
 Asklepios Klinikum Schwalmstadt

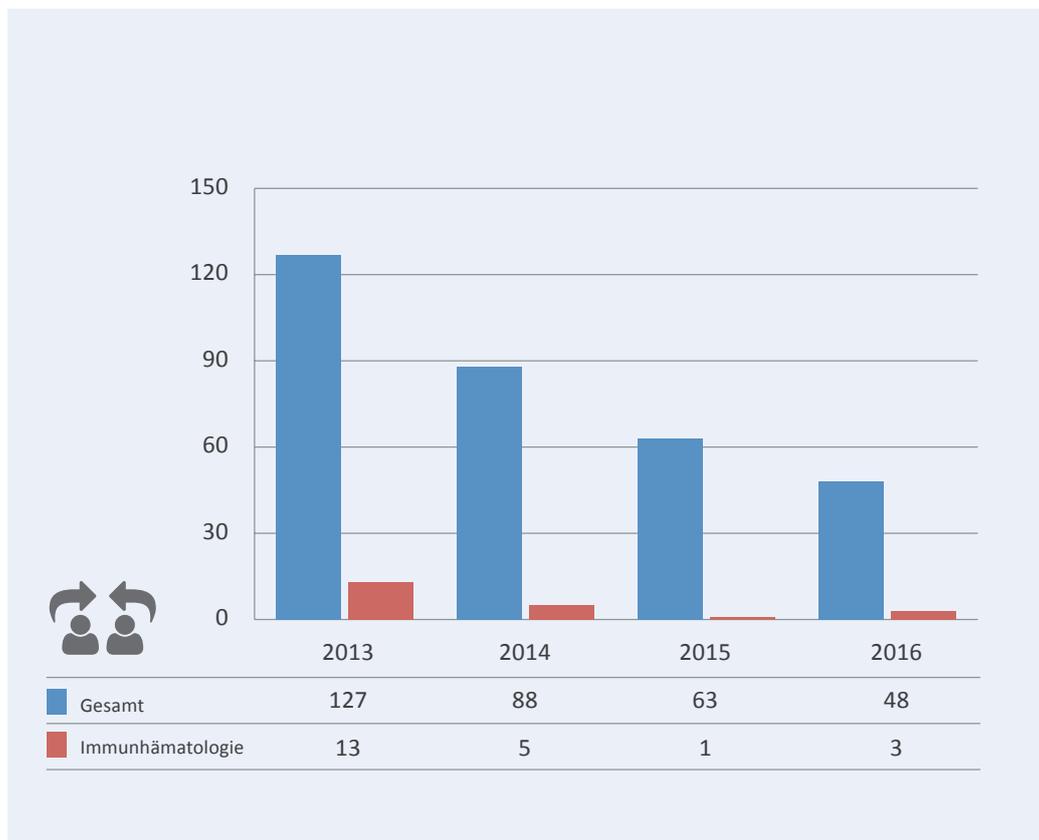


Abbildung 1:  
Patientenverwechslungen  
bei Blutentnahmen  
Jahresvergleich  
2013 bis 2016

## Einführung eines Rückkopplungsverfahrens zur Reduktion der Patientenverwechslungen im Krankenhaus

Alle Konzepte zur Patientensicherheit, wie Arzneimitteltherapiesicherheit und Sicherheit rund um eine Operation, beruhen auf der korrekten Identifikation des Patienten. Fehler bei diesem Vorgang, die zu einer Patientenverwechslung führen, können schwerwiegende Folgen haben – bis hin zum Tod des Patienten.

Mit der Zielsetzung, dass jeder im Labor festgestellte Verdachtsfall einer Patientenverwechslung im Sinne eines „sentinel events“ konsequent recherchiert, bewertet und aufgearbeitet wird, legte die Transfusionskommission unseres Hauses eine verbindliche Verfahrensweise fest, in der zeitnahe Rückkopplungen vorgesehen sind. Das Verfahren wird seit 01.04.2013 im gesamten Krankenhaus konsequent umgesetzt (s. Abbildung 2).

Die systematische Erfassung von Patientenverwechslungen, die im Labor auffallen, ist nicht neu, sondern dürfte in allen Krankenhäusern praktiziert werden. Neu ist hingegen die konsequente Nachverfolgung jedes Einzelfalles, verbunden mit Schulungs- und Informationsveranstaltungen zur korrekten Patientenidentifikation. Die Ergebnisse der Rückmeldungen aus dem Labor stellen somit eine neue Qualitätskennzahl dar, die eine Aussage über den Grad der Bekanntheit und der Umsetzung von Verfahrensanweisungen erlaubt.

Im Jahr 2013 (Erfassungszeitraum 9 Monate) wurden 95 Fälle vom Labor gemeldet. Von diesen betrafen 13 Fälle die Immunhämatologie, also Laboruntersuchungen im Zusammenhang mit der Bestimmung der Blutgruppe oder einer Bluttransfusion. Im Jahr 2014 betrug die Zahl 88, von denen fünf im Zusammenhang mit Blutgruppenbestimmungen oder Transfusionen standen. In den Jahren 2015 und 2016 reduzierte sich die Zahl der Verwechslungen weiter (s. Abbildung 1).

Das Verfahren ist dazu geeignet, die Anzahl von Patientenverwechslungen bei Blutentnahmen zu verringern. Unsere Ergebnisse der Jahre 2013 bis 2016 zeigen eine Fehlerreduktion um 60%.

Vor allem der Rückgang der Fehler im Zusammenhang mit immunhämatologischen Untersuchungen (Blutgruppenbestimmungen, Transfusionen) von 13 auf drei Fälle unterstreicht den Beitrag dieses Verfahrens zur Vermeidung potenziell lebensbedrohlicher, also schwerster vermeidbarer unerwünschter Ereignisse, wie sie im Rahmen von Transfusionszwischenfällen auftreten.

Die Analysen von Blutproben im Labor eines Krankenhauses bieten die Möglichkeit, Patientenverwechslungen zu detektieren, ohne zusätzliche Prüfschritte in einen Prozess aufzunehmen. Wir nehmen die so gewonnenen Informationen unmittelbar als Maß für die Umsetzung bestehender Regelungen zur Patientensicherheit und mittelbar als Maß für die Bekanntheit und Umsetzung von Verfahrensanweisungen.

*Ein Meldesystem für alle Verdachtsfälle einer Patientenverwechslung mit klar geregelter Verfahren, dessen Kernstück die zeitnahe Besprechung der Fehler mit den Mitarbeitern ist, trägt dazu bei, das Bewusstsein der Mitarbeiter für die Patientensicherheit zu erhöhen und die Fehlerzahl zu verringern.*

Der Rückgang der Verwechslungen von 2013 bis dato, insbesondere im Zusammenhang mit Blutgruppenbestimmung und Transfusion, bestätigt unser Vorgehen und liefert schlüssig den Beweis, dass dieses Verfahren einen Beitrag zur Erhöhung der Patientensicherheit darstellt.

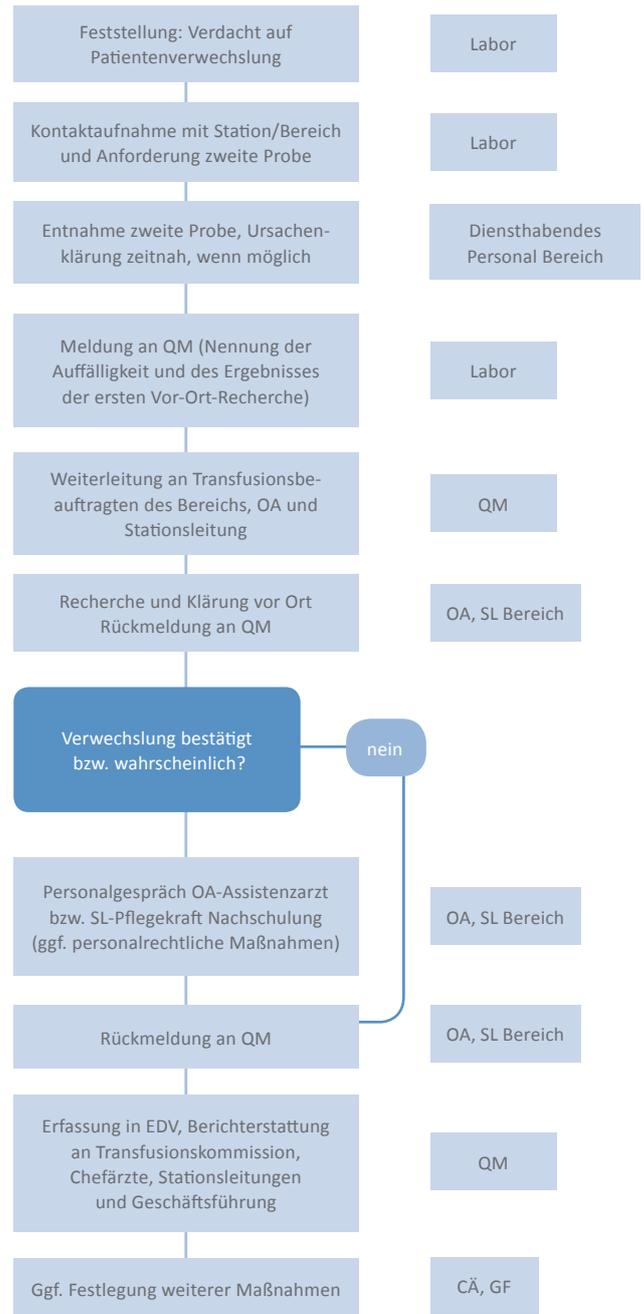


Abbildung 2: Vorgehensweise bei Verdachtsfall Patientenverwechslung



Dr. med. Thomas H. Schneider  
 Leiter der Stabsstelle  
 Qualitätsmanagement  
 St. Josefs-Hospital Wiesbaden GmbH



# Implementierung eines Analgosedierungsteams für Kinder am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

## Hintergrund

Aufgrund neuer nationaler und internationaler Empfehlungen wird für die zügige, komplikationsarme und schmerzfreie Durchführung diagnostischer Maßnahmen (z. B. bildgebende Verfahren wie MRT- und CT-Untersuchungen) und kleiner Eingriffe (z. B. Organbiopsien, Anlage zentralvenöser Zugänge) bei Säuglingen und Kindern eine professionelle Analgosedierung erwartet.

Die negativen Folgen einer unzureichenden Schmerztherapie können im Kindesalter sehr weitreichend sein. Eine ausreichende Sedierung ist ebenfalls notwendig, um die Prozedur für das Kind und die Familie so stress- und angstfrei wie möglich zu gestalten und die Durchführung der Untersuchung zu optimieren. In der Vergangenheit waren viele solcher Prozeduren im Kindesalter nur in Vollnarkose möglich. Die Analgosedierung, bei welcher der Patient zwar tief schläft,

aber selbstständig atmet, kann in vielen Fällen die Vollnarkose ersetzen und ist in der Hand eines erfahrenen Teams sicher und effektiv. In der Vergangenheit wurde die Analgosedierung vom gleichen Kinderarzt „nebenher“ übernommen, welcher auch die Prozedur durchführte. Außerdem stand kein optimal geschultes Team zur Beherrschung von Narkosezwischenfällen zur Verfügung.

Aus diesen Überlegungen heraus ist am UKE ein spezialisiertes Team zur Durchführung von Kinderanalgosedierungen etabliert worden (KAST). So wird gewährleistet, dass sowohl die Aufgaben „Sedierung“ und „Untersuchung“ nicht von demselben Behandler durchgeführt werden, sondern die Aufgaben klar verteilt sind, als auch ein breites Sicherheitsnetz im Falle von Komplikationen zur Verfügung steht.

## Ziele

- Sichere und effektive Durchführung von Analgosedierung bei Kindern
- Verbesserung von Patientensicherheit und Untersuchungsergebnissen
- Zeitnahe und verlässliche Terminierung von Untersuchungen
- Etablierung eines interdisziplinären Teams (Kinderintensivmedizin, Anästhesie)

## Projektumsetzung

- Einrichten einer interprofessionellen und interdisziplinären Projektgruppe, bestehend aus Fachärzten der Anästhesie, der Kinderintensivmedizin sowie Anästhesiefachpflegekräften
- Anschaffung eines mobilen Arbeitsplatzes für die Analgosedierung
- Organisation von Teamschulungen im Simulationszentrum des UKE (feste Teammitglieder)
- Wissenschaftliche Auswertung verschiedener Aspekte der Kinderanalgosedierung zur Überprüfung der Patientensicherheit und Qualität der durchzuführenden Untersuchung
- Lediglich in 4 von 784 Fällen (0,5%) musste die Prozedur aufgrund einer nicht lebensbedrohlichen Komplikation abgebrochen werden.
- Die beobachteten Raten an unerwünschten Ereignissen liegen in der Größenordnung vergleichbarer Literaturangaben, wobei eine höhere Propofoldosierung, mangelnde Erfahrung in der Durchführung von Analgosedierungen bei Kindern sowie ein Patientenalter < 1 Jahr unabhängige Risikofaktoren zu sein scheinen.
- In vielen Fällen war durch effektive Analgosedierung eine Vollnarkose auch bei kleinen Kindern mit schwereren Grunderkrankungen nicht mehr erforderlich. In diesen Fällen konnten die meisten Kinder nach unauffälliger Überwachung am gleichen Tag nach Hause gehen.

## Fazit und Ausblick

Die Ergebnisse belegen den hohen Bedarf an professioneller Kinderanalgosedierung in Kliniken mit pädiatrischen Abteilungen und stehen im Einklang mit großen internationalen Risikostatistiken. Die interdisziplinäre Auslegung des Kinderanalgosedierungsteams am UKE führt zu einer engen Kooperation von Anästhesisten und Kinderintensivmedizinern.

Dadurch wird die Etablierung eines hochkompetenten und spezialisierten Teams mit entsprechenden Standards zur Durchführung und Überwachung von Analgosedierungen ermöglicht, so dass Patientensicherheit und Untersuchungsbedingungen wesentlich verbessert werden. Nicht zuletzt reduziert die zügige und schmerzfreie Durchführung diagnostischer Maßnahmen durch ein professionelles Team für Kinder und ihre Angehörigen Stress und Angst in einer schwierigen Zeit. Um die Zufriedenheit von Eltern und Kindern mit den Analgosedierungen zu erfassen und Faktoren zu ermitteln, die die Elternzufriedenheit beeinflussen, ist eine entsprechende Befragung in Planung.

Aufgrund der erlangten Erfahrung stehen alle Ansprechpartner dieses Projekts gerne in Beratungsfunktion für andere Hamburger Kliniken zur Verfügung, um eine leitliniengerechte Sedierung unter patientensicherheitsrelevanten Kriterien zu etablieren.



Dr. med. Katharina Röher  
Oberärztin der Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie  
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf



Dr. med. Sofia Apostolidou  
Oberärztin der Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin  
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

 **Publikums-  
liebling 2016**



*Patienten und Bewohner finden Ruhe und Entspannung u.a. auf den Entspannungsliegen auf den Wiesen, die umsäumt sind von Bäumen und Sträuchern.*

## Implementierung eines umfassenden Konzeptes zur naturheilkundlichen/komplementären Pflege in der Psychiatrie

Naturheilkundliche Pflegemethoden können die Lebensqualität von Patientinnen und Patienten erhöhen und erfreuen sich insbesondere in der Pflege von chronisch kranken Menschen, bei Palliativ- und Schmerzpatienten und in der psychiatrischen Pflege immer größerer Beliebtheit.

Im AMEOS Klinikum Dr. Heines Bremen haben naturheilkundliche Pflegeanwendungen mittlerweile schon eine längere Tradition. Durch das Projekt „Implementierung eines umfassenden Konzeptes naturheilkundlicher/komplementärer Pflegemethoden“ setzte AMEOS nun ein Zeichen, um die Pflege in ihrer „face-to-face“- Profession durch praktisches Handwerkszeug zu unterstützen. Der Fokus wird dabei durch den Ansatz der Selbstfürsorge klar auf das Empowerment der Patientinnen und Patienten gelegt. Die Pflege arbeitet hier also präventiv und verhilft den Patientinnen und Patienten zu einer gesünderen Lebensführung, setzt aber naturheilkundliche Methoden auch z. B. in akuten psychischen Krisensitu-

ationen ein. Das ganzheitliche Konzept orientiert sich dabei inhaltlich an den fünf Säulen der Naturheilkunde und enthält Bausteine wie Heiltees, Aromamassagen, Bachblütentherapie, Eutonie, Akupunkturanwendungen, Qi-Gong, Achtsamkeitstrainings, Veggy-Days und vieles mehr. Die Besonderheit ist dabei eine vielfache Einbeziehung von Ressourcen aus dem Krankenhausgelände wie z. B. durch eigene Kräuter, selbstgebaute Speisen, Gartenaktivitäten oder Naturreize.

Der Park und die Außenanlagen des AMEOS Klinikums Dr. Heines Bremen sind schon seit ca. 250 Jahren ein Ort der Erholung und von je her Teil der Behandlung von Menschen mit seelischen Erkrankungen. Patienten und Bewohner finden Ruhe und Entspannung u.a. auf den Entspannungsliegen auf den Wiesen, die umsäumt sind von Bäumen und Sträuchern. Gärtner pflegen z.T. unter Einbezug von Bewohnern der Eingliederungseinrichtung (ebenfalls auf dem Krankenhausgelände angesiedelt) das Areal und setzen hier die Anre-



Blumenanbau

gungen der Öko AG in Bezug auf Ökologie und Umwelt um. Auf dem Areal werden u.a. Obstwiesen, Gemüse, Kräuter und Blumen angebaut. Der Garten verfügt über Abschnitte, in denen Patienten und Bewohner in Natur- und Gartengruppen den Garten auch aktiv-therapeutisch nutzen und mitgestalten (z.B. mit dem Sinnespfad, Qi-Gong und Bewegung im Freien, Sport auf der Finnenbahn oder dem Volleyballplatz und separierte Blumenflächen zum Bearbeiten).

Da die "Naturheilkundliche Pflege" seit langem ein fester Bestandteil der Behandlung im Klinikum ist, hat die Krankenhausleitung im Rahmen einer Öko AG in den letzten Jahren diverse Maßnahmen im Gartengelände umsetzen lassen, wie z.B. die Erweiterung der Obstbaumwiese von 26 auf 48 Obstbäume, Verzicht/Reduzierung von Chemikalien/Salz, die Implementierung eines Waldpfades, Insektenhotels und Fledermauskästen, die durch Patienten und Bewohner im Rahmen der Ergotherapie hergestellt wurden, Pflanzungen im Gemüsegarten, Neubepflanzung einer Vogelschutzhecke mit 14 verschiedenen einheimischen Gehölzen (148m), eine Bienenheimat, Namenstafeln für den alten Baumbestand mit einem Baumerlebnispfad, Anlegung eines Teiches, Beteiligung an der NABU Aktion "Stunde der Wintervögel", Pflanzung einer Wildblumenwiese (1100m<sup>2</sup>), Kräuterpflanzung für die Krankenhausküche/Eingliederung - und zukünftig therapeutische "Kräutergruppen".

*Diese Maßnahmen sollen den Patienten und Bewohnern, aber auch den Mitarbeitenden helfen, die Natur als Ressource für mehr Wohlbefinden zu nutzen und mit ihrem Umfeld mehr im Einklang zu leben.*



Aromapflege

Außerdem sollen sie den auf dem Gelände lebenden Tieren zu Gute kommen.

Als absolute Pioniere auf diesem Gebiet hat das AMEOS Klinikum Dr. Heines Bremen gemeinsam mit dem Krankenhaus St. Joseph-Stift Bremen und dem Institut für Berufs- und Sozialpädagogik Bremen (ibs) im Jahr 2015 die erste „staatlich anerkannte Fachweiterbildung für komplementäre Pflege“ ins Leben gerufen. Der erste Kurs startete am 21. November 2016. Die angehenden „Fachpflegerinnen und -pfleger für komplementäre Pflege“ werden das Konzept so auch in Zukunft auf eine breite Basis stellen und zu einer weiteren Konsolidierung beitragen.

Die Art und Weise wie im AMEOS Klinikum Dr. Heines Bremen auf allen Stationen Pflegemethoden aus dem Bereich der Naturheilkunde in das therapeutische Angebot einfließen, begeisterte das Publikum auf dem SIQ Forum 2016 so sehr, dass dieses das Projekt mit dem 1. Platz der Best-Practice-Beispiele quittierte.



Sven Helliger  
Qualitätsbeauftragter  
AMEOS Klinikum Dr. Heines Bremen



*Das St. Josef-Stift Sendenhorst hat die präoperative Aufnahme für Patienten optimiert: Alle erforderlichen Untersuchungen sind in zentral gelegenen Räumlichkeiten zeitlich genau hintereinander geschaltet. So werden lange Wege und Wartezeiten vermieden. Die Ambulanz (Bild) ist Startpunkt und zentraler Ansprechpartner für die Patienten.*

## Kurze Wege, keine Wartezeiten

### St. Josef-Stift Sendenhorst setzt präoperative Aufnahme für Patienten auf die Überholspur

Gutes kann noch besser werden. Obwohl das St. Josef-Stift Sendenhorst für seine Organisation der Abläufe bei Patientenbefragungen immer wieder höchste Zufriedenheitswerte erzielt, hat eine Arbeitsgruppe eine noch weiter optimierte Organisation des präoperativen Aufnahmetages entwickelt. Das (mittlerweile erfolgreich abgeschlossene) Pilotprojekt startete am 2. März 2016 mit Patienten der Klinik für Wirbelsäulenchirurgie. Das Besondere: Durch die rasche Abfolge aller notwendigen Untersuchungen in zentral gelegenen Räumlichkeiten und durch eine zeitlich genaue Planung werden lange Wege und Wartezeiten vermieden. Und zwar auf beiden Seiten: Eine klassische Win-Win-Situation für Patienten wie Mitarbeiter.

Für die genaue Planung der Abläufe müssen viele Zahnräder exakt ineinandergreifen. Die Synchronisation übernahm eine Arbeitsgruppe, in der neben dem stellvertretenden Geschäftsführer Ralf Heese und Pflegedirektor Detlef Roggen-

kemper auch die Chefarzte Dr. Christian Brinkmann (Klinik für Wirbelsäulenchirurgie) und Dr. Matthias Boschin (Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin), Stationsleitung Marion Neukirch und Christiane Schwering (stellvertretende Pflegedienstleitung), EDV-Leiter Jörg Schneider, Claudia Niemann und Martina Paschke (Leitung Patientenmanagement) mitarbeiteten.

Die Herausforderung bestand darin, die Abläufe so hintereinander zu schalten, dass sich eine sinnvolle Reihenfolge ergibt. Ein Beispiel: Erst wenn die Art der Operation genau feststeht, macht es Sinn, in der Orthopädischen Werkstatt das passende Hilfsmittel auszuwählen oder den Start und die Dauer einer Reha-Maßnahme mit dem Sozialdienst zu besprechen.

Für bis zu sieben Patienten, die von morgens bis mittags parallel ihre Termine absolvieren, ist ein Raster erstellt wor-



*Die rote Mappe ist das Erkennungszeichen: Bei der Anmeldung in der Röntgenabteilung weiß die Mitarbeiterin sofort Bescheid, weil der Termin für die Patientin bereits fest eingeplant ist.*

den, in dem die einzelnen Anlaufstationen mit definierten Zeitfenstern hinterlegt sind. Verspätet sich ein Patient bereits bei der Ankunft und kommt ein anderer zu früh, kann flexibel getauscht werden, so dass kein „Stau“ entsteht. Die Ambulanz übernimmt dabei die zentrale Steuerung: Dort ist täglich ein Mitarbeiter beziehungsweise eine Mitarbeiterin für die zur Operation einbestellten Wirbelsäulenpatienten verantwortlich und hält genau nach, dass jeder die notwendigen Untersuchungsstationen in Labor, Röntgen, EKG, Orthopädischer Werkstatt, im Sozialdienst, beim Narkosearzt und beim operierenden Arzt durchläuft. Sind zusätzliche Untersuchungen notwendig oder ist zum Beispiel ein Gang in die Orthopädische Werkstatt nicht erforderlich, wird auch das genau nachgehalten. Alles ist in bewährter Form in Orbis hinterlegt mit passgenau entwickelten Formularen von EDV-Leiter Jörg Schneider.

So kann auf dem Weg durch den präoperativen Aufnahmezeitraum kein Patient „verloren“ gehen, weil immer nachvollziehbar ist, welche Station er gerade durchläuft und wann er seinen festen Ansprechpartner trifft. Diagnostik und Arztgespräche sind räumlich im Diagnostikzentrum gebündelt. Sogar eine halbstündige Pause in Anne's Café ist eingeplant. Das bringt für den Patienten Ruhe in die Abläufe und sorgt für einen Zeitpuffer. Wenn die Patienten gegen Mittag ihr Zimmer auf der Station erreichen, sind alle Vorbereitungen für die Operation am nächsten Tag weitgehend abgeschlossen.

Ein idealtypischer präoperativer Aufnahmezeitraum beginnt streng genommen schon 14 Tage vorher, wenn der Patient Post erhält mit wichtigen Informationsmaterialien zur Aufnahme, zum Ablauf und zur bevorstehenden Narkose und Operation.



*OP-Besprechung mit dem Arzt: Kurze Wege und die rasche Abfolge aller notwendigen Untersuchungen sind eine klassische Win-Win-Situation für Patienten wie Mitarbeiter.*

Am Ankunftstag nehmen die Christlichen Krankenhaushilfen den Patienten in gewohnter Manier in Empfang, geleiten ihn aber in eine besondere Wartezone des Diagnostikzentrums. Das mit Aufklebern versehene Gepäck bringt eine Mitarbeiterin der hauseigenen Perfekt Dienstleistungen GmbH in das Zimmer auf die Station.

Während des gesamten Prozesses tragen die Patienten ihre Unterlagen in einer roten Mappe bei sich. Anders als im Straßenverkehr signalisiert die Farbe „freie Fahrt“ und setzt die Patienten im wahrsten Sinne auf die Überholspur.



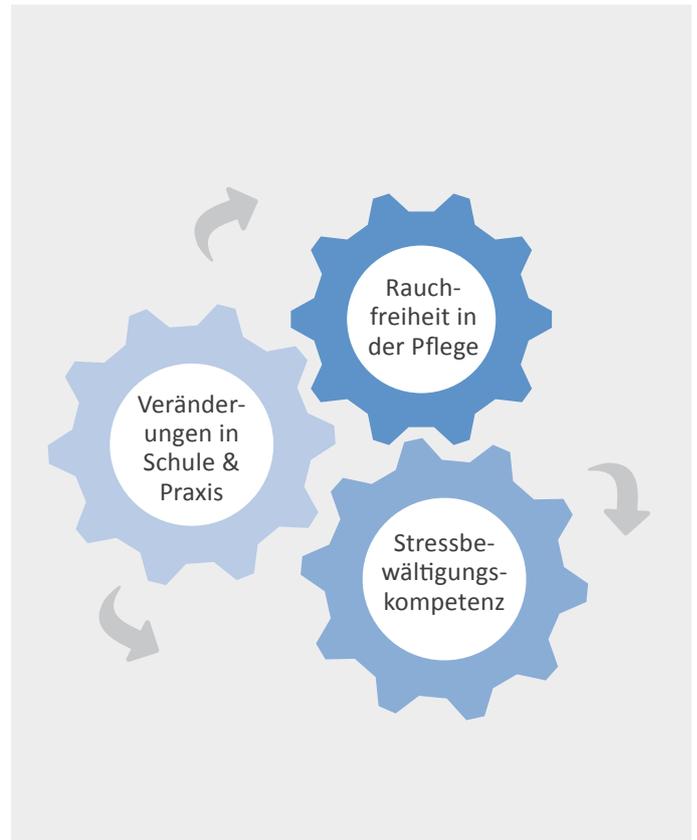
**Ralf Heese**

stellvertretender Geschäftsführer  
St. Josef-Stift Sendenhorst  
Fachklinik für Orthopädie  
und Rheumatologie



**Detlef Roggenkemper**

Pflegedirektor  
St. Josef-Stift Sendenhorst  
Fachklinik für Orthopädie  
und Rheumatologie



## Prävention und Reduktion des Tabakkonsums bei Auszubildenden in Pflegeberufen

Zwischen 30 – 40 Prozent der Beschäftigten und mehr als 50 Prozent der Auszubildenden in der Pflege rauchen. Die Hälfte dieser Mitarbeitenden sind mit der Tatsache, dass sie Rauchen, unzufrieden.

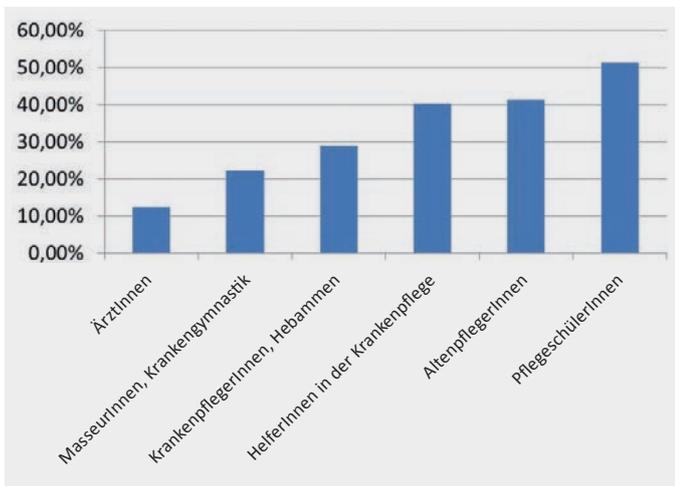
Daher stellte sich die Frage: Welche spezifischen Angebote zur Prävention, als auch zur Unterstützung zum Ausstieg aus der Sucht, speziell auch für Auszubildende, sind sinnvoll?

Ein beobachtetes Phänomen ist, dass Rauchen nicht selten während der Dienstzeit erfolgt und was deshalb zwischen den Mitarbeitenden häufig zu offenen Konflikten führt. Hinzu kommt die Geruchsbelästigung, die von Mitarbeitenden, Patienten und Angehörigen als störend wahrgenommen wird.

Es gibt unterschiedliche Gründe mit dem Rauchen aufzuhören oder erst gar nicht damit anzufangen. Zu diesen zählen beispielsweise: Sorgenfreier in Bezug auf die eigene Gesundheit sein zu können, als Fachkraft in einem Gesundheitsberuf als Vorbild wahrgenommen zu werden, die eigene Gesundheit aktiv und die anderer (passiv Rauchen) zu schützen,

u.v.m. So könnten auch Pausen und Rückzugsmöglichkeiten gesund gestaltet werden.

Das Projekt „astra“ wurde im AMEOS Institut Ost „Albert Schweitzer“ - Aschersleben eingeführt, um die Rauchfreiheit bei Auszubildenden zu fördern bzw. aufrechtzuerhalten. Das Programm unterstützt dieses Ziel nachweislich. Die Beteiligten in den Schulen und in der Praxis reflektieren die notwendigen Rahmenbedingungen und entwickeln gemeinsame Maßnahmen, um langfristig eine Trendwende und Professionalisierung zu erreichen. Dabei ist es wichtig, dass eine zielgruppengerechte Kultur durch Präventions- und Interventionsmaßnahmen zur Förderung der Rauchfreiheit in Pflegeberufen entsteht. Zugleich besteht das Anliegen, den Umgang zur Bewältigung mit Stress im Arbeitsalltag zu fördern. Nicht selten kommt es gerade für Berufsanfänger und Auszubildende aufgrund vieler neu zu bewältigenden Herausforderungen zu Situationen, die zu Stress führen können. Da kann ein Rauchstopp oder Rauchverbot für zusätzlichen Stress sorgen. Um den Umgang mit solchen Situationen zu unterstützen beinhaltet das Programm eine „Aktive Stressprävention“.



Quelle: Mikrozensus 2009 & 2013 und Ergebnisse astra-Modellprojekt (Befragung PflegeschülerInnen n = 441) [www.astra-programm.de](http://www.astra-programm.de)

## Welche Bausteine werden für eine erfolgreiche Implementierung benötigt?

### 1. Steuerungsgruppe

Die Steuerungsgruppe organisiert und unterstützt die Umsetzung des astra-Projektes in der jeweiligen Einrichtung und ist mit kompetenten Mitarbeitenden auch aus der Führung besetzt.

### 2. Informationsveranstaltung für Interessierte

Hier steht die Motivation zur Selbstreflexion im Vordergrund. (Ambivalenz zwischen Selbstpflege/Berufsethos & dem Rauchstatus „Pfleger“)

### 3. Workshop mit einer erweiterten Steuerungsgruppe

Ziel ist es, den Handlungsbedarf zu identifizieren und die Maßnahmen zu planen.

### 4. Aktive Stressprävention für Auszubildende

Positive Beeinflussung der individuellen Stressbewältigungskompetenzen.

### 5a. Rauch-Stopp-Kurs

Dient der aktiven Unterstützung beim Rauchstopp.

### 5b. astra aktiv Projekt

Umsetzung der geplanten Maßnahmen aus dem Workshop.

### 6. Markt der Möglichkeiten

Präsentation der Ergebnisse aus dem astra-aktiv-Projekt und Reflexion zu Umsetzung.

### Zeiträumen des astra-Projektes

Im ersten Förderzeitraum von April 2013 bis Januar 2015 erfolgte die Entwicklung, Implementierung und Evaluation des Programms. Die Umsetzung des Programms fand im zweiten Förderzeitraum von Februar 2015 bis September 2016 statt. Bis 2018 ist die Teilnahme am Förderprogramm der DAK mit dem astra-Programm in weiteren AMEOS Bildungsinstituten vorgesehen.

### Aktivitäten am AMEOS Institut Ost

#### „Albert Schweitzer“ – Aschersleben

In unseren Curricula sind spezielle Kursangebote zur Stressprävention und Rauchstopp-Angebote für Schüler und Lehrkräfte verankert. Ein Planungstool und Workshops für das Team gewährleisten eine verhältnis- und verhaltensbezogene Implementierung. Im Rauchfrei-Kurs wird der Rauchstopp vorbereitet, stressige Situationen analysiert und Alternativen zur Zigarette erarbeitet. Im Programm astra plus wird ein Gruppenkurs zur Tabakentwöhnung, telefonische Raucherberatung und Online-Ausstiegsprogramme angeboten. Zertifizierte Trainer helfen beim Ausstieg.

### Unsere Pflegeschüler

Unsere Auszubildenden haben das Ziel mit gegenseitiger Unterstützung in Schule und Praxiseinrichtungen rauchfrei zu bleiben oder sogar rauchfrei zu werden. Sie lernen ihr eigenes Stressverhalten zu reflektieren und stressresistenter zu werden.

### Die Praxiseinrichtungen

In unseren AMEOS Einrichtungen unterstützen viele Mitarbeitende Angebote, welche in der Umsetzung die astra-Kriterien nutzen. Hierfür finden regelmäßige Kontakte mit den Praxisanleitern und Leitungen der Praxiseinsatzorte statt. Es werden Vereinbarungen zur schrittweisen Umsetzung getroffen. Daraus resultiert ein verbessertes Selbstverständnis zum Gesundheitsberuf, eine bessere Atmosphäre im Team und entspanntere Pausen.



Dipl.-Med. Olaf Haberecht

Oberarzt

FA für Innere Medizin/Arzt für Sportmedizin

Cardiovaskulärer Präventivmediziner der DGPR und zusätzlich Koordinator rauchfreies und gesundheitsförderndes Krankenhaus

AMEOS Klinikum Aschersleben

## Global Network Standards

### 1. Führung & Engagement

Klares Engagement der Führung  
Implementierung der Standards

### 2. Kommunikation

Wahrnehmung der Umsetzung  
und Tabakentwöhnung

### 3. Schulung & Training

Qualifizierung für die Umsetzung  
und Angebote

### 4. Identifizierung, Diagnose und Unterstützung bei der Tabakentwöhnung

Leitlinien und Standards umsetzen

### 5. Tabakfreies Umfeld

Denormalisierung von Tabakkonsum  
und Passivrauchen verhindern

### 6. Gesunder Arbeitsplatz

Betriebliches  
Gesundheitsmanagement

### 7. Öffentliches Engagement

Tabakkontrolle und Tabakprävention  
regional und national unterstützen

### 8. Monitoring & Evaluation

Qualität und Weiterentwicklung

Quelle: [www.dnrfk.de/standards-implementierung/](http://www.dnrfk.de/standards-implementierung/)

# Rauchfreies Krankenhaus

## Implementierung in das AMEOS Netz Sachsen-Anhalt

Im Hinblick auf die Tatsache, dass jährlich über 120.000 Menschen an den Folgen des Rauchens und ca. 3.300 Menschen durch Passivrauchen in Deutschland sterben, ist es sinnvoll ein stärkeres Bewusstsein für das Risiko Rauchen zu schaffen und Wege aus der Nikotinsucht aufzuzeigen. Das Krankenhaus ist ein Ort, an dem Gesundheit und Krankheit zu erleben ist. Patienten sollen dort genesen und gleichzeitig zu einer gesundheitsförderlichen Lebensweise befähigt werden. Viele Raucher legen im Krankenhaus freiwillig einen Rauchstopp ein. Dauerhaft rauchfrei zu werden, gelingt stark abhängigen Rauchern jedoch häufig nicht ohne eine motivierende Unterstützung.

Krankenhausträger und andere Arbeitgeber sind heute in Umsetzung des Nichtraucherschutzgesetzes verpflichtet für rauchfreie Arbeitsstätten zu sorgen. Aufgabe der Krankenhäuser sollte es auch sein, Raucher bei der Tabakentwöhnung aktiv zu unterstützen. Dies gilt für Patienten wie auch für die Mitarbeitenden in den Einrichtungen. Dafür ist es

erforderlich, die Mitarbeitenden zum Erhalt und Stärkung ihrer Gesundheit zu sensibilisieren. Ein wichtiger Erfolgsfaktor auf dem Weg hin zu einem rauchfreien Krankenhaus ist das Engagement der Krankenhausedirektion verbunden mit einer Vorbildfunktion der Institution und der dort Beschäftigten. Dies spiegelt sich in den Standards des Deutschen Netzes Raucherfreier Krankenhäuser & Gesundheitseinrichtungen e.V. (DNRfK) wieder.

Die Umsetzung der „Global Standards“ ist als Ziel in den offiziellen Dokumenten unserer Klinika verankert. „Für unsere Patienten und Bürger der Region stellen wir uns weiterhin den Aufgaben, den Nichtraucherschutz umzusetzen.“ lautet ein Ausschnitt aus den Leitlinien von AMEOS. Das war der erste Schritt in Richtung „Rauchfreies Krankenhaus“. Als nächster Schritt besteht in der Qualifizierung der Mitarbeitenden ein weiterer Erfolgsfaktor, denn sie müssen theoretisch und praktisch darauf vorbereitet werden, Raucher anzusprechen und zum „Rauchstopp“ zu beraten. Dabei



steht das Krankenhaus im Spannungsfeld des offensichtlichen Widerspruchs (Thema: Glaubwürdigkeit), wenn bei einer Beratung und Behandlung dieser Sucht innerhalb des Klinikums gleichzeitig Zigaretten verkauft werden, Rauchgelegenheiten im Gebäude bestehen und dadurch eine Passivrauchbelastung bedingt ist. Erschwerend für die Beratung ist auch, wenn dann der beratende Mitarbeitende selbst Tabak konsumiert.

Daher wurden zunächst Änderungen an den Strukturen innerhalb des Krankenhauses vorgenommen, indem der Verkauf von Zigaretten innerhalb des Klinikums eingestellt wurde. Die Außenanlagen wurden zudem bis auf wenige gekennzeichnete Raucherflächen (Raucherpavillon) als rauchfreie Zonen deklariert. Die Patienten und Angehörigen werden zudem durch Informationstafeln und Informationsbroschüren auf das „Rauchfreie Krankenhaus“ hingewiesen und anlässlich des Weltnichtrauchertages am 31.05. des Jahres über wichtige aktuelle Themen zusätzlich informiert. Als weiterer Bestandteil des Netzwerkes wurde das Projekt „astra plus“ im AMEOS Institut Ost „Albert Schweitzer“ Aschersleben eingeführt. Bei dem astra Programm werden Auszubildende in Pflegeberufen nachweisbar unterstützt, nicht mit dem Rauchen anzufangen bzw. rauchfrei zu werden. Ziel ist es, mit Beteiligten in Schulen und Praxis diese Rahmenbedingungen zu reflektieren und gemeinsame Maßnahmen zu entwickeln, um langfristig eine Trendwende und Professionalisierung zu erreichen. Die Unterstützung erfolgt durch Schule und Praxis. Es sollen dabei zielgerichtete Präventions- und Interventionsmaßnahmen zur Förderung der Rauchfreiheit geschaffen werden sowie eine Förderung der eigenen Stresskompetenzen. Evidenzbasierte Interventionen erfolgen auch in Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern mit nachfolgender Evaluierung der Maßnahmen.

Viele der bisher umgesetzten Maßnahmen werden an weiteren Standorten und auf die Region AMEOS Ost ausgeweitet. Damit kreiert die AMEOS Gruppe ein Netzwerk, welches auch als Basis für weitere Gesundheitsprojekte genutzt werden kann und ein Alleinstellungsmerkmal darstellt.

Aus diesem Grund wurde die AMEOS OST Region der Rauchfreien Krankenhäuser und des astra Projektes 2016 als Modellprojekt durch das Sozialministerium in Sachsen-Anhalt berufen.

Jährlich finden Workshops mit Führungskräften der Region AMEOS Ost und Vertretern des Deutschen Netzwerkes Rauchfreier Krankenhäuser statt, in dem die Arbeit und aktuelle Projekte vorgestellt werden.

## Die Schwerpunkte im Rahmen der bisherigen Umsetzung

- Schaffung eines rauchfreien Krankenhauses mit Beratung und Unterstützung zum Rauchstopp
- Schulung des Personals und Ausbildung qualifizierter Mitarbeiter zur Tabakentwöhnung
- konsequente Umsetzung des Nichtrauchererschutzes entsprechend der Arbeitsstättenverordnung
- Förderung des Nichtrauchers
- Prävention und Reduktion des Tabakkonsums bei Schülern des AMEOS Institut Ost „Albert Schweitzer“ Aschersleben (astra-Projekt)
- Aufbau eines Netzwerkes in der Region AMEOS Ost

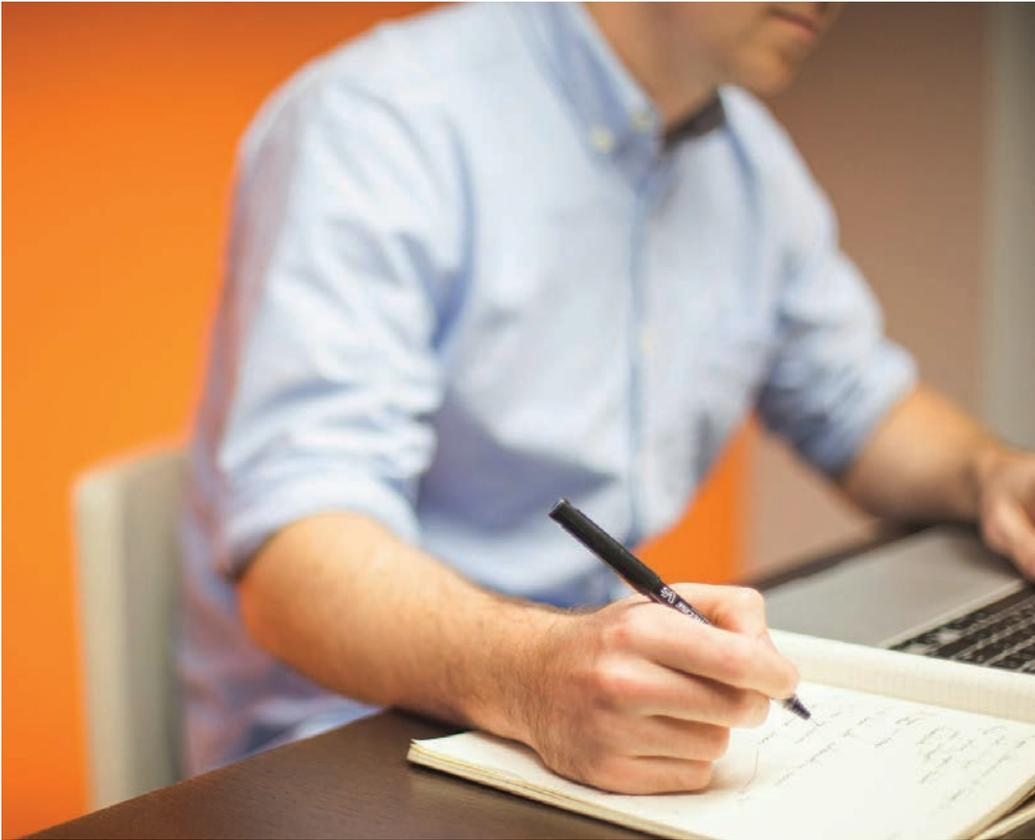
## Bisheriger Zeitrahmen

Die Einführung des rauchfreien Krankenhauses begann in den AMEOS Klinika Aschersleben und Staßfurt im September 2006. Bereits 2007 wurde das Bronze-Zertifikat erworben und 2014 erfolgte nach Umstrukturierungen die Re-Zertifizierung. Als nächste Schritte sind die Antragsstellung auf das Zertifikat „Silber“ und damit weitere Umstrukturierungen sowie die weitere Umsetzung in der Region geplant.



Dipl.-Med. Olaf Haberecht  
Oberarzt

FA für Innere Medizin/Arzt für Sportmedizin  
Cardiovaskulärer Präventivmediziner der DGPR und zusätzlich Koordinator rauchfreies und gesundheitsförderndes Krankenhaus  
AMEOS Klinikum Aschersleben



*Beschwerden aus den verschiedenen Quellen werden pro Krankenhaus zentral gesammelt, auf ihr Beschwerde- und Risikopotenzial hin bewertet, entsprechend bearbeitet, einer Dimension zugeordnet und ausgewertet.*

*Beschwerden fließen in das jährliche Qualitätsplanungsgespräch ein und bilden ggf. den Auslöser für eine qualitäts- oder sicherheitsverbessernde Maßnahme.*

# Risiken aus Beschwerden erkennen

Seit etwa 15 Jahren betreibt jedes Krankenhaus der Sana Kliniken AG ein strukturiertes Beschwerdemanagementsystem. Über mindestens 3 verschiedene Beschwerdewege muss es Patienten und ihren Angehörigen möglich sein, eine Beschwerde zu artikulieren, sei es

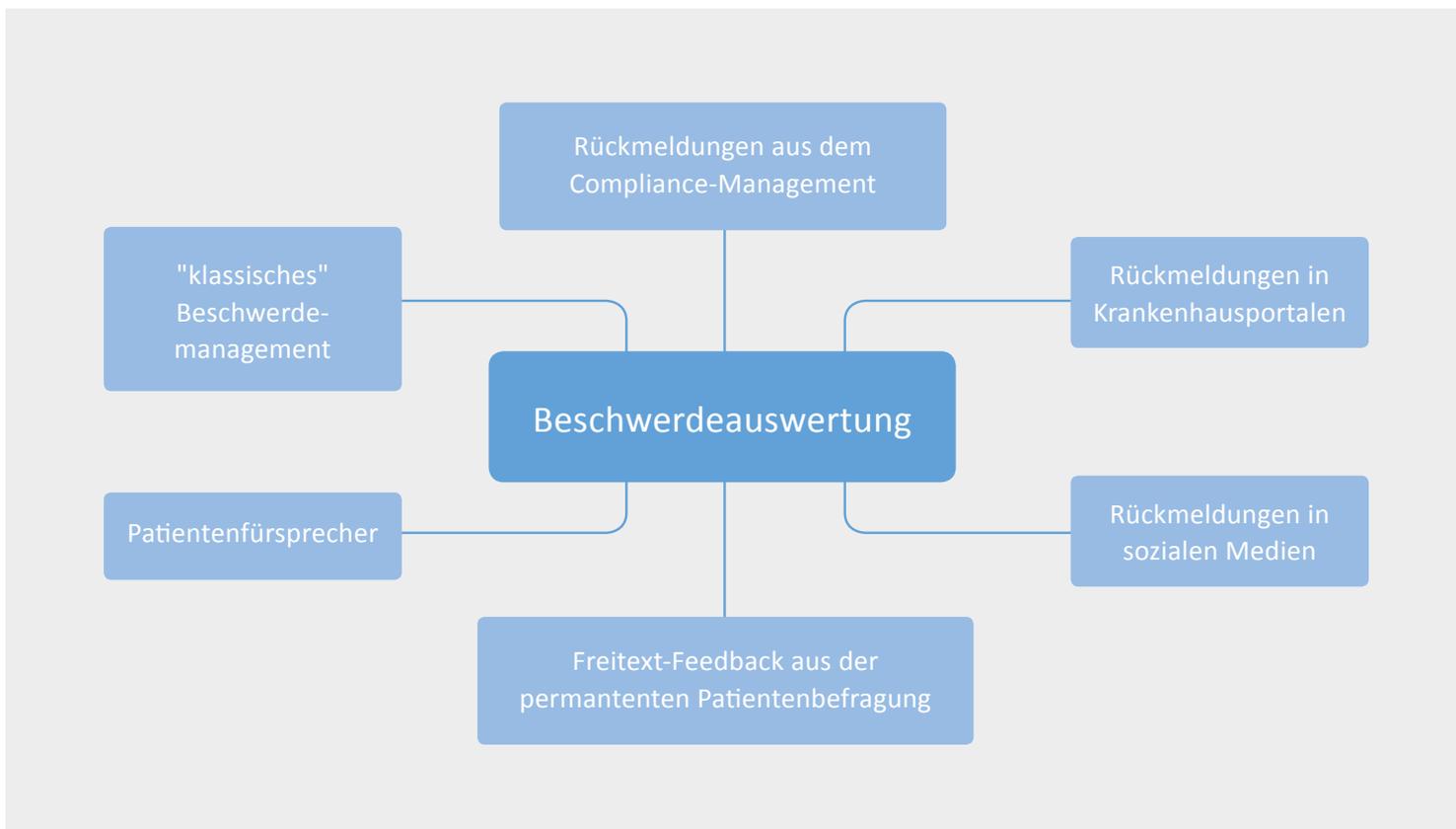
- mündlich und unmittelbar,
- schriftlich über einen Beschwerdebriefkasten,
- auf einem dafür vorgesehenen Abschnitt der permanenten Patientenbefragung,
- über eine dafür auf den Internetseiten eingerichtete Mailadresse.

Dazu kommen an verschiedenen Krankenhäusern Ombudspersonen bzw. Patientenführsprecher. Auch bei ihnen werden kritische Äußerungen mit Beschwerdecharakter platziert.

*Suchen sich Patienten neue Wege, um Beschwerden zu äußern, müssen Krankenhäuser darauf reagieren.*

In den vergangenen Jahren haben sich immer mehr Internetplattformen etabliert, auf denen Patienten kritische, aber auch positive Kommentare über eine Krankenhausbehandlung äußern. Die Sana befasst sich bereits seit mehreren Jahren intensiv auch mit diesen Äußerungen im Sinne einer strukturierten Beschwerdebearbeitung.

Jeder Kommentar wird im Rahmen der wöchentlichen Social Media Auswertung von den Führungskräften und den zuständigen Mitarbeitern zur Kenntnis genommen, kommentiert, Gesprächsangebote unterbreitet, Maßnahmen abgeleitet u.ä..

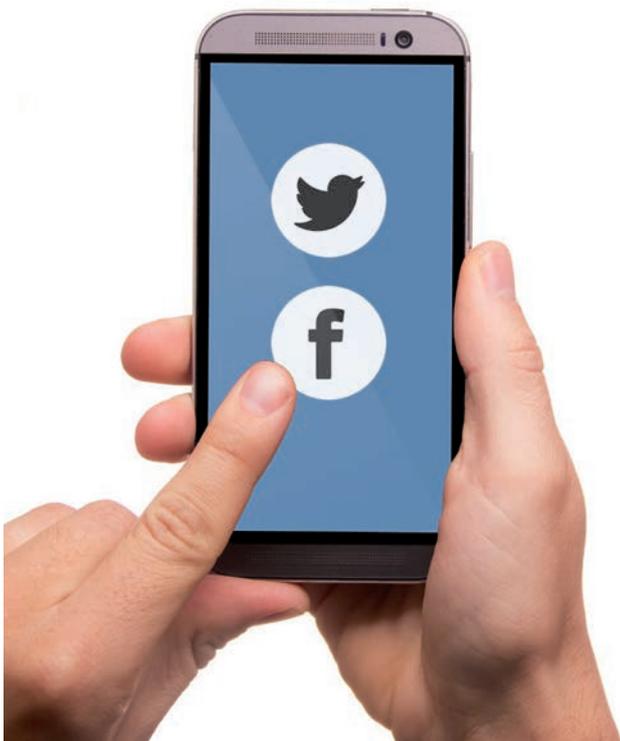


Um all dieses Beschwerdepotenzial im Rahmen des Qualitätsmanagements einer Bewertung zuführen zu können, werden Beschwerden aus diesen Quellen zusammengeführt. Auf diese Weise entsteht ein vollständiges Bild über die von Patienten gegenüber dem Krankenhaus geäußerten

Beschwerden. Neben den „klassischen“ Auswertungen nach Fachabteilung usw. werden die Beschwerden auch nach den bei Sana etablierten 8 Qualitätsdimensionen klassifiziert.

So ist es möglich, Beschwerden anderen Qualitätsergebnissen in den Dimensionen beizustellen, was den Blick auf Qualitätsergebnisse sinnvoll ergänzt, detailliert, illustriert und abrundet.

Die Auswertungen werden in den Krankenhäusern regelmäßig bewertet, um Verbesserungsmaßnahmen ableiten zu können. Zusätzlich werden sie in die jährlich durchgeführte Qualitätsplanung einbezogen.



Dr. med. Heidemarie  
Haeske-Seeberg  
Bereichsleiterin Qualitätsmanagement  
und klinisches Risikomanagement  
Sana Kliniken AG



*Die Mitarbeiterin von STELLA Care erklärt der Patientin die korrekte Einnahme der Bedarfsmedikation.*

# Erfolgsgeschichte mit Stern

## Kontinuität in der sektorenübergreifenden Versorgung onkologischer Patienten

Jährlich erkranken ca. eine halbe Million Menschen in Deutschland an Krebs. Die verbesserte Versorgung onkologischer Patienten ist ein erklärtes Ziel der Bundesregierung im Nationalen Krebsplan.

Mit seinem innovativen STELLA Care Konzept beschreitet der Onkologische Schwerpunkt Esslingen e.V. seit dem Jahre 2013 neue Wege in der Versorgungsstruktur tumorkrankter Patienten. Patienten haben mit der Brückenpflege STELLA Care bereits ab dem Tag der Diagnosestellung in der Klinik die Möglichkeit, auf eine kontinuierlich kompetente Beratung und Begleitung zu vertrauen, die speziell auf ihre Situation abgestimmt ist.

Der Schwerpunkt der Arbeit von STELLA Care liegt auf einem außerordentlich gestalteten Entlassmanagement für onkologische Patienten, das über Sektorengrenzen hinweg die Patientenorientierung in den Mittelpunkt stellt. Die onkologi-

schen Fachpflegekräfte arbeiten eng mit allen Behandlungspartnern, stationär wie ambulant, zusammen. Sie sind, mehr als anderswo, Anwalt des Patienten. Sie stellen die Kommunikation rund um die Versorgung sicher und unterstützen dadurch den Therapieerfolg.

Nötig ist diese Brückenfunktion nicht zuletzt wegen des rasanten medizinischen Fortschritts in der Behandlung von Krebspatienten. Viele Tumorthérapien und Eingriffe erfordern nur noch einen kurzen Klinikaufenthalt. Wenn Therapieprozesse immer mehr in den häuslichen Bereich verlagert werden, bedeutet dies auch, dass die spezifischen Nebenwirkungen der Tumorbehandlung verstärkt zu Hause erlebt werden. Hier entsteht für viele Patienten eine Versorgungslücke.

In der Praxis knüpfen die Fachpflegekräfte von STELLA Care bereits in der Klinik den ersten Kontakt zu den Patienten. Sie begleiten die Betroffenen und ihre Angehörigen mit umfas-



Die Beratung und Begleitung in der häuslichen Umgebung ist für die Patienten von unschätzbarem Wert.

sender fachlicher Beratung. Außerdem unterstützen sie die Erkrankten bei Bedarf telefonisch zu Hause oder mit Hausbesuchen.

In der Klinik, wie auch am Telefon oder zu Hause werden die Patienten aber auch ihre Angehörigen zum Selbstmanagement angeleitet, es werden individuelle Handlungsstrategien erarbeitet. Häufig befindet sich die gesamte Familie durch die Diagnose in einer existentiellen Krisensituation. STELLA Care bietet mit einem Rufbereitschaftsdienst rund um die Uhr eine kompetente Anlaufstelle, das vermittelt Sicherheit. Die Betroffenen fühlen sich durch diese Vorgehensweise kompetent und sicher begleitet. Oft reicht ein Telefonat aus, um Zweifel der Patienten und Angehörigen auszuräumen und Ängste zu nehmen.

## Lebensqualität duldet keinen Aufschub

Alle Mitarbeiter sind durchweg hoch spezialisiert, verfügen über eine Zusatzqualifikation in onkologischer und palliativer Pflege und können das notwendige Nebenwirkungs- und Symptommanagement leisten. Das STELLA Care Konzept lebt von einem engmaschigen und intensiven Austausch. Die Patienten profitieren ausnahmslos von einem auf ihren Bedarf adaptiertes und optimiertes Versorgungs- und Kommunikationsnetz. Im Umkehrschluss profitiert der klinische Bereich außerordentlich von der Informationsübermittlung aus dem ambulanten Sektor.

*„Es ist dieser lückenlosen Versorgungskette zu verdanken, dass krebskranke Patienten enorm an Lebensqualität und Lebenszeit gewinnen.“*



Neben der Arbeit bei STELLA Care sind alle Mitarbeiter zusätzlich noch zu einem gewissen Prozentsatz im stationären oder tagesklinischen Bereich tätig. Durch die enge Anbindung an die Klinik sind die Pflegekräfte in alle Neuerungen und fachlichen Weiterentwicklungen eingebunden und sind dadurch „up to date“. Diese Arbeitsaufteilung ist für die Pflegekräfte attraktiv. Patienten nach dem Klinikaufenthalt nicht alleine lassen zu müssen, sondern sie weiter zu begleiten und zu unterstützen, wirkt sich sehr positiv auf die Arbeitszufriedenheit aus.

Die Patienten schätzen es, dass sie die Pflegekräfte bereits aus der Klinik kennen und damit eine Vertrauensbasis besteht. Die Patienten haben feste Ansprechpartner mit fachlicher Expertise, fühlen sich verstanden und können jederzeit Fragen stellen.

Es ist dieser lückenlosen Versorgungskette zu verdanken, dass krebskranke Patienten enorm an Lebensqualität und Lebenszeit gewinnen. STELLA Care kann sie nicht nur während langjähriger Therapiephasen unterstützen, es können unter Umständen auch unnötige Krankenhausaufenthalte vermieden werden.



**Beate Haensel**

Koordinatorin Onkologisches Zentrum  
Klinikum Esslingen GmbH

*Jeder Tag im Leben eines Tumorpatienten, der nicht im Krankenhaus verbracht werden muss, ist kostbar. Wir unterstützen die Patienten mit unserem Team in allen Phasen der Erkrankung.*



\* Ein Risikoeigner ist eine Person, die die Entscheidungskompetenz und Verantwortung trägt, hinsichtlich eines Risikos zu handeln und somit das Risiko verändern kann.

## Umsetzung eines systematischen regionsübergreifenden Risikoscreenings in der AMEOS Gruppe

Die AMEOS Gruppe hat seit 2013 einen umfassenden, systematischen und regionsübergreifenden Prozess des Risikoscreenings zur Handhabung der klinischer Risiken implementiert. Dieser Entwicklungsprozess basiert auf der Überzeugung, dass Dreh- und Angelpunkt für den Umgang mit klinischen Risiken der Mensch ist. Risikobewusstsein lässt sich nicht von extern in eine Organisation hineinprüfen. Es muss viel mehr intern aus den Mitarbeitenden erwachsen, so dass potentielle klinische Risiken am Ort des Geschehens erkannt und vermieden werden können.

Folgende Schritte wurden hierfür umgesetzt, wobei Risikoaudits ein Kernbestandteil des Risikoscreenings sind:

Im Jahr 2013 wurde die Einführung strukturierter Risikoaudits gestartet. Zusätzlich wurde eine Dokumentationssoftware in der Gruppe etabliert, damit ein einheitlicher Überblick für das Risikomanagement zur Verfügung stand.

Die Dokumentation aller Risikoaudits erfolgt in dieser Dokumentationssoftware in allen Standorten. Hierdurch ist gewährleistet, dass auch auf Gruppenebene Risiken analysiert und strukturelle Probleme erkennbar werden. Der aus diesen Informationen erstellte Risikobericht gibt auch der Unternehmensleitung ein transparentes Bild der Risikosituation, in dem die Ergebnisse mittels Risikomanagementinstrumenten identifiziert, analysiert und bewertet und samt der getroffenen Maßnahmen aufgeführt werden.

Die Einführung der Risikorichtlinie der AMEOS Gruppe 2014 war ein weiterer Meilenstein, welcher bis heute zentraler Bestandteil des klinischen Risikomanagements der AMEOS Gruppe ist.

Im Jahr 2015 wurden die Qualitätsbeauftragten zu klinischen Risikomanagern nach der ONR 49000:2014 ff. ausgebildet, damit die Planung und Durchführung der Risikoaudits durch

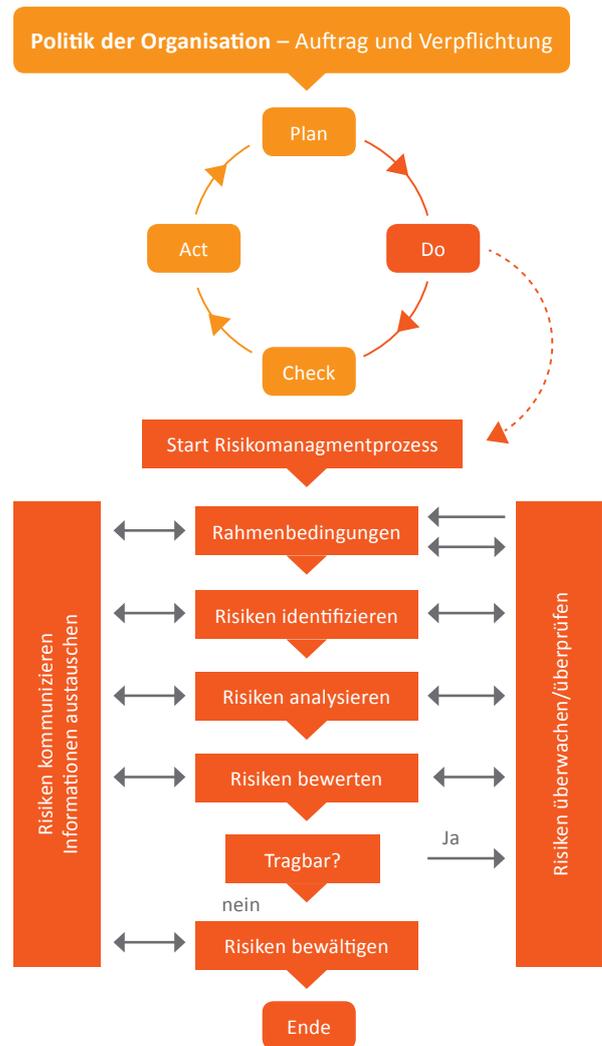
eigene Risikomanager erfolgen konnte. Ein zum Jahresbeginn festgelegter Auditplan stellte zudem sicher, dass jede Einrichtung mindestens einmal jährlich geprüft wird. Die Risikochecklisten mit Definition von „Big Points“ wurden auf Leitungsebene ausgewertet und Maßnahmenkataloge erstellt.

Die erste Revision der Risikorichtlinie fand im Laufe des Jahres 2016 statt. Dazu wurden die ersten Mediziner zu Risikomanagern ausgebildet und die formulierten „Big Points“ aus den Risikoaudits des Vorjahres in den retrospektiv zu erstellenden jährlichen Risikobericht 2015 in allen Klinika aufgenommen. Die Risikochecklisten mit Definition von „Big Points“ auf Leistungsebene wurden ebenfalls ausgewertet und es erfolgte eine Anlage von Risikostammblätttern und Risikovisualisierung in einer Ist-Soll Risikomatrix für die „Big Points unter Angabe von Risikoeignern. Maßnahmenpläne wurden formuliert und nachverfolgt.

Durch den konsequenten Einsatz von internen Mitarbeitenden wurde über die Jahre eine hohe Sensibilisierung erreicht. Durch den Einsatz von Pflegenden und Ärzten aus verschiedenen Einrichtungen steigt die Glaubwürdigkeit und die internen Auditoren sorgen als Multiplikatoren für einen positiven Umgang mit klinischen Risiken. Der Einsatz von Checklisten dient dabei einerseits den Auditoren als Orientierung, ist aber auch gleichzeitig eine wichtige Informationsquelle für die auditierten Bereiche, die die Checklisten im Vorfeld vor jedem Audit erhalten. Durch die Konfrontation mit möglichen Risiken wird auch auf diesem Wege die Sensibilisierung der Mitarbeitenden an der Basis erhöht und eigenverantwortliches Handeln gefördert.

Es bleibt festzuhalten, dass das klinische Risikomanagement der AMEOS Gruppe das Ziel verfolgt, Risiken in der Patientenversorgung zu reduzieren sowie eine kontinuierliche Verbesserung der Behandlungsqualität und Patientensicherheit zu gewährleisten. Darüber hinaus gilt es, den Schutz und die Sicherheit der Mitarbeitenden in Zusammenhang mit dem direkten Patientenkontakt zu stärken. Um dieses Ziel erreichen zu können, werden in einer strukturierten und systematischen Form Fehler und Risiken identifiziert, analysiert, verhindert oder ihre Folgen begrenzt.

Einerseits soll aus einmal begangenen Fehlern gelernt und damit eine Wiederholung vermieden werden (klassisches Fehlermanagement). Andererseits sind klinische Risiken rechtzeitig zu erkennen und diese strukturiert und systematisch zu behandeln. Beide Elemente sind wesentliche Bestandteile unserer verantwortungsvollen Unternehmensführung und -kultur.



Normensammlung Risikomanagement, Austrian Standards Institut (Hrsg.), 2. Auflage, 2014, S. 14ff



**Detlef Handke**  
Leiter Qualitäts- und Risikomanagement  
AMEOS Gruppe



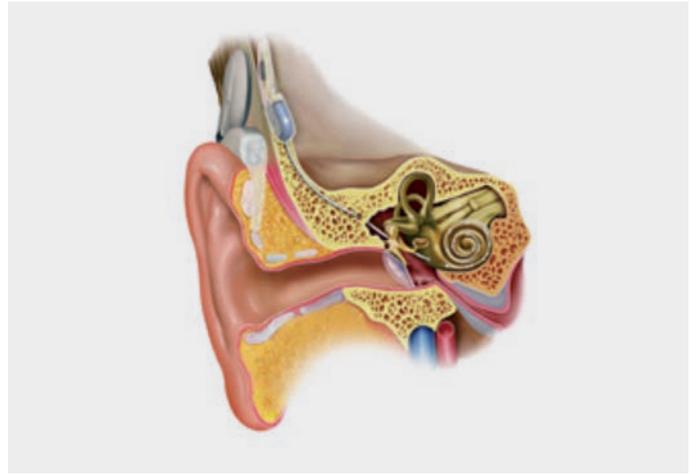
**Kristin Wilkes**  
Regionalverantwortliche für den Bereich Qualitätsmanagement  
Region AMEOS West



**Andrea Hennicke**  
Regionalverantwortliche für den Bereich Qualitätsmanagement  
Region AMEOS Ost



CI-Träger im regen Kommunikationsaustausch (Foto: U. Uhde)



Schematischer Aufbau einer CI-Versorgung (Bildquelle: MEDEL)

## Verzahnung akuter qualitätsorientierter CI-Versorgung und Rehabilitation am Beispiel des AMEOS Klinikum Halberstadt

Die Versorgung mit einem Cochlea Implantat (CI) bei Erwachsenen mit einseitiger Taubheit hat einen Benefit im Sprachverstehen im Störschall und der Richtungslokalisierung. Das Indikationsspektrum für eine sinnvolle CI-Versorgung hat sich in den vergangenen Jahren dabei deutlich erweitert.

### Indikatoren für eine CI-Versorgung sind:

- Taubheit, an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit, hochgradige Schwerhörigkeit beidseits
- Keinen Benefit von Hörgeräten
- Schadenslokalisierung in der Cochlea
- Normale anatomische Verhältnisse des Ohres
- Ausreichende Psychosomatik

Als innovativer Gesundheitsdienstleister in der Harzregion haben wir uns der großen Herausforderung angenommen, eine qualitätsorientierte CI-Versorgung auf einem hohen Niveau im Fachbereich der Hals-Nasen-Ohrenklinik unseren Patienten anzubieten. Dabei erfolgt eine ausführliche, den Leitlinien entsprechende standardisierte CI-Diagnostik und präoperative Beratung, bestehend u.a. aus:

- Erstellung Hörschwelle / Sprachaudiogramm
- Durchführung Tympanometrie / Stapediusreflexe
- FAEP-Ableitung
- Elektrocochleographie

- Promontoriumstest
- CT und MRT
- Pädagogische Einschätzung
- Abklärung Narkosefähigkeit
- Psychologische Beurteilung der Rehabilitationsfähigkeit
- Erläuterungen zum Verlauf der Rehabilitationsphase, etc.

In der engverbundenen Zusammenarbeit zwischen dem Klinikum, den Rehabilitationszentren, den CI-Firmen, den Hörakustikern und selbstverständlich mit den Patienten an sich, wird eine noch intensivere und stärkere qualitätsorientierte Patientenversorgung angestrebt. Dabei sollen einerseits die Qualitätsansprüche unserer Patienten angesprochen werden, aber gleichzeitig eine medizinisch wertvolle Versorgung erbracht werden. Qualitätsanforderungen zu erfüllen und gleichzeitig eine optimierte Aufgabenverteilung in der lebenslangen CI-Nachsorge herzustellen, gilt es miteinander zu verzahnen.

Eine anschließende komplexe Betreuung der betroffenen Patienten umfasst u.a.: Lautspracherziehung, Integration, Frühförderung, Logopädie, Gruppenförderung, Einbindung der Eltern (bei Kindern) und Angehörigen, etc. Hier wird der Patient in den unterschiedlichen Stufen des Erlernens von Hören ausführlich durch ein qualifiziertes und hochkompetentes Team betreut.

## Stufen des Erlernens von Hören gliedern sich in:

### 1. Detektion (Wahrnehmung)

Fähigkeit, auf Geräusche und Laute zu reagieren.

- spontane Wahrnehmung
- selektive Wahrnehmung
- Wahrnehmung und Identifizierung
- Suchen und Lokalisieren

### 2. Diskrimination (Unterscheidung)

Fähigkeit, Ähnlichkeiten und Unterschiede zwischen zwei oder mehreren Hörreizen zu erkennen.

### 3. Identifikation (Erkennen)

CI-Träger erkennt innerhalb einer vorgegebenen Auswahl (closed set) oder einer nichtbekannten Auswahl (open set) einen akustischen Reiz wieder und ordnet ihn zu (Geräusche, Laute, Ausrufe, Einzelwörter, Sätze etc.).

### 4. Comprehension (offenes Sprachverstehen)

Fähigkeit, die Bedeutung von Sprache durch Beantwortung von Fragen, die Ausführung einer Anweisung, sprachliche Wiedergabe oder die Teilnahme an einem Gespräch zu verstehen.

Folgende Fragestellungen müssen unter dem Aspekt der Verzahnung beantwortet werden:

#### Welche Indikatoren werden für eine lebenslange und qualitätsgerechte CI-Versorgung benötigt?

- Immer funktionierendes Cochlea-Implantat
- Regelmäßige klinische und funktionsdiagnostische Kontrollen
- Kontinuierliche Beratung zum Hören
- Gepflegter und unterstützter Erfahrungsaustausch von betroffenen Patienten

#### Welche Erwartungen werden an die einzelnen Stakeholder in der CI-Versorgung gestellt?

- Kontinuierliche Erreichbarkeit der CI-Klinik, um medizinische Probleme beheben so können, eine adäquate Funktionsdiagnostik zu betreiben und ggf. Revisionen bei Defekten durchzuführen.
- Rehabilitationseinrichtungen sollten periodische Kontrollen durchführen sowie eine Beratung bei Hörproblemen anbieten.
- CI-Firmen müssen in der Lage sein kurzfristig(!) technische Probleme beheben zu können.

- Informationen müssen zum Produkt als auch zu Neuheiten im Rahmen eines vernetzten Informationssystems zwischen Klinik und Reha-Einrichtung vermittelt werden.
- Klinik sollte durch Fortbildungen über Neuheiten geschult werden.
- Verhinderung einer Stigmatisierung bei betroffenen CI-versorgten Patienten.
- Zusammenarbeit mit zuständigen Kostenträger sollte problemlos und unkompliziert erfolgen, da es sich um eine sinnvolle medizinische Maßnahme handelt.

Der Patient benötigt Selbstwertgefühl; dies kann insbesondere durch Verbände und Selbsthilfeeinrichtungen gestärkt werden. Dabei sollte die Inklusion in die Gesellschaft erfolgreich stattfinden.

#### Welche strukturellen Voraussetzungen fördern eine qualitätsorientierte CI-Versorgung?

- Planmäßige langfristig terminierte, regelmäßige Konsultationen in Rehabilitationszentren
- Erhebung der Kurzanamnese im Rahmen der Untersuchung, Hörtest, Techniküberprüfung und Beratung zu bestehenden Problemen
- Möglichkeit der kurzfristigen Konsultation der HNO-Klinik und Rehabilitationseinrichtung bei Problemen (Gerätedefekt, kompletter Geräteausfall, medizinische Probleme)
- Nutzung der Telemedizin mit elektronischer Datenverbindung
- Implementierung von geschulten Hörakustikern in Ablauf insbesondere Technikbereitstellung/ -überwachung als auch -schulung



Dipl. Betriebswirtin  
Nadine Poppe  
Medizincontrollerin  
AMEOS Klinikum Halberstadt



Prof. Dr. Klaus Begall  
Ärztlicher Direktor  
AMEOS Klinikum Halberstadt



# Zentrale Aufnahme im Asklepios Fachklinikum Göttingen

Die Zentrale Aufnahme (ZA) im Asklepios Fachklinikum Göttingen nahm im Oktober 2015 ihren Dienst auf. Bis dahin erfolgten die Aufnahmen der Patienten ubiquitär, aber überwiegend auf den allgemeinpsychiatrischen Stationen der Akutpsychiatrie. Aufgrund der unterschiedlichen Arbeitsabläufe der Berufsgruppen Arzt und Pflegeteam lief der Aufnahmeprozess unkoordiniert und war häufig mit längeren Wartezeiten für die Patienten verbunden.

Anmeldungen zu Routineuntersuchungen im Rahmen der Aufnahme wie EKG und Blutabnahmen erfolgten von der jeweils aufnehmenden Station. Aus Sicht der Station betrachtet, störte das Aufnahme-prozedere den Stationsablauf, beispielsweise mussten Visiten unterbrochen werden oder Gruppenangebote konnten in Erwartung der Patienten gar nicht erst stattfinden. Zudem erfolgte die administrative Aufnahme separat.

Mit der Einführung einer zentralen Aufnahme sollte eine Optimierung der Patienten-, Mitarbeiter- und Kundenorientierung, eine Verbesserung der Abläufe des Aufnahme-prozesses und der Wirtschaftlichkeit erreicht werden. Zielsetzung war, dass in einem für Patienten gut zugänglichen Bereich der Klinik die Anmeldung, Belegungskoordination, Erstversorgung und die klinische Aufnahme koordiniert von einem Facharzt und einer Fachpflegekraft durchgeführt werden.

Die administrative Aufnahme sollte in den Aufnahme-prozess integriert werden. Das Belegungsmanagement sollte durch die Zentralisierung optimiert werden und Tätigkeiten, die mit der Aufnahme von Patienten verbunden sind, sollten den Stationsalltag möglichst nicht behindern, damit sich die Tätigkeiten auf den Stationen auf die Behandlung von Patienten fokussieren und administrative Tätigkeiten wie zum Beispiel das Führen von Wartelisten, an die ZA abgegeben werden können.



Asklepios Fachklinikum Göttingen

Eine Projektgruppe wurde beauftragt, um die Umsetzung einer ZA vorzubereiten und ein Konzept zu erarbeiten. Eine Erhebung des Ist-Zustandes Aufnahme (Akut- und Elektiv-Aufnahme, Aufnahmezeiten aus dem Controlling) und eine Definition der psychiatrischen Akutaufnahmen mit festgelegten Ausnahmeregelungen für definierte Patientengruppen wurden erarbeitet. Es folgte die Erstellung von Ablauf- bzw. Prozessbeschreibungen (zum Beispiel Leitfaden/ Workflow Aufnahme, Verfahrensanweisung Akut-Aufnahme und Elektivaufnahme, Verfahrensanweisung administrative Aufnahme, Ersteinschätzung/ Gefährdung, Erstdiagnostik/ Differentialdiagnostik) sowie die Beschreibung der personellen Zusammensetzung und Einsatzplanung für das Team der ZA.

Die mögliche Lokalisation beziehungsweise das vorhandene Raumangebot wurde überprüft und eine Aufstellung über die notwendige Ausstattung des Bereichs angefertigt.

*Die Zentrale Aufnahme ist eine optimale Organisationsform, um einen hohen Qualitätsstandard bei der Erstversorgung von Patienten, der Patientenaufnahme und dem Belegungsmanagement in einem psychiatrischen Fachkrankenhaus zu gewährleisten.*

Die ZA befindet sich im Erdgeschoss des Hauptgebäudes und steht für die Patientinnen und Patienten in der Aufnahmesituation als Hauptansprechpartner zur Verfügung. Das Team



Zentraler Aufnahmebereich

der ZA setzt sich aus einer Fachärztin/ einem Facharzt, einer Case-Managerin, einer medizinischen Fachangestellten und einer Krankenschwester zusammen und ist in den Kernarbeitszeiten eines Krankenhauses in der Zeit von 8:15 – 16:00 Uhr erreichbar.

Die ZA ist für das Aufnahme-, Belegungs- und Verlegungsmanagement zuständig.

Die administrative Aufnahme und der initiale ärztliche Kontakt mit Erstuntersuchung, EKG und Laboruntersuchung erfolgen koordiniert an einem Ort. Eine Verfahrensanweisung zum Standard „Aufnahme“ wurde festgelegt.

Im Rahmen der Patienten-, Mitarbeiter- und Kundenorientierung (zum Beispiel Wartelistenmanagement, Ansprechpartner für Einweiser und Rettungsstellen) konnte über ein zentrales Belegungsmanagement eine Optimierung der Abläufe und der Wirtschaftlichkeit erzielt werden.



Madlen Winkler  
Case-Managerin  
Asklepios Fachklinikum Göttingen



# 4QD-Checker der Regio Kliniken

Der 4QD-Checker ist ein wordbasiertes Tool für Führungskräfte sowie aller Mitarbeiter der Klinik zur Bestimmung des Umsetzungsgrades der 4QD Kriterien. Er dient zur Identifizierung von Schwachstellen und Verbesserungspotentialen in der eigenen Fachabteilung. Er dient als Unterstützungstool der Führungskraft zur Sicherung des Verantwortungsbereiches.

Das Tool beinhaltet die 4QD Kriterien in Form eines Ich-bezogenen Fragenkataloges. Die 4QD Kriterien wurden umformuliert in Prozessleitfragen. So ist es möglich, anhand der in der Fachabteilung etablierten Prozesse jeweils 4QD Kriterien zuzuordnen und in den 4QD-Checker zu integrieren.

Für die Abteilung Prozess- Qualitätsmanagement ist der 4QD-Checker integraler Bestandteil des internen Auditsystems.

Die Regio Kliniken GmbH (KTQ-zertifiziert) ist die integrierte Anbieterin von Dienstleistungen im Gesundheitswesen in

der Region Pinneberg. Ein hohes Maß an Sicherheit für die Patienten und einen überdurchschnittlichen Hygienestandard zeichnen die drei Krankenhäuser der Regio Kliniken in Elmshorn, Pinneberg und Wedel aus.

Als Schwerpunktversorger decken die Kliniken fast das gesamte medizinische Leistungsspektrum wohnortnah ab. In Zentren zur Behandlung von Krebs-, Muskel- und Skelett- sowie Gefäßerkrankungen arbeiten Spezialisten verschiedener Disziplinen für jeden Patienten nach individuellen Behandlungsplänen. Die Urologie und die Gynäkologie sind weit über die Grenzen des Landkreises bekannt und gehören zu den größten Zentren im Land.

Jährlich werden in den Krankenhäusern rund 35.000 Patienten stationär und weitere 55.000 Patienten ambulant behandelt. Im modernen Geburtszentrum mit angeschlossener Intensivstation für Frühgeborene und Kinderklinik in Pinneberg erblicken jedes Jahr rund 1.400 Kinder das Licht der Welt.



## BEISPIEL

### OP Sicherheitscheckliste

- Liegt die Einverständniserklärung der Chirurgie und Anästhesie vor?
- Wie verhalten wir uns, wenn etwas fehlt?

### Beim Einschleusen

- Wie überprüfen wir die Sicherheit, dass es sich um den „richtigen“ Patienten handelt?
- Fand eine Übergabe an der Schleuse statt?
- Welche Maßnahmen ergreifen wir, wenn der Patient in der Schleuse noch Prothesen oder Schmuck o. ä. trägt?
- Fand eine Hautinspektion statt?

## ÜBERSICHT

- Fragenkatalog VA Sturz
- Fragen zur VA Beschwerdemanagement
- Fragen zur VA Umgang mit BTM
- Fragen zur VA Umgang mit Wertsachen
- Fragen zur VA Arzneimittel 4 Augen Prinzip
- Fragen zur VA Umgang und Transport Präparate im OP
- Fragen zur VA Zählen von Textilien und Instrumenten im OP
- Fragenkatalog VA Patientenaufklärung
- Fragenkatalog VA Notfallmanagement
- Fragenkatalog VA Patienten



Angela Lichtner  
Leitung Prozess- und  
Qualitätsmanagement  
Regio Kliniken GmbH



St. Josefs-Hospital Wiesbaden  
Beethovenstraße 20  
65189 Wiesbaden  
www.joho.de



Publikums-  
liebling 2017

Im Notfall...  
...sind wir 24  
Stunden für Sie da



# Aufklärung statt Frust: Patienteninformation für Notfälle

## Projektbeschreibung:

Für alle drei Krankenhäuser in Wiesbaden, die über eine Notaufnahme verfügen, haben wir in Federführung ein Informationstool entwickelt, das Patienten und Angehörige über die Abläufe in einer Notaufnahme informiert und darüber hinaus erläutert, an wen man sich in welcher Situation am besten wendet. Wo bekommt man die beste medizinische Hilfe? Muss man ins Krankenhaus oder geht man besser zum Haus- oder Facharzt?

## Hintergrund:

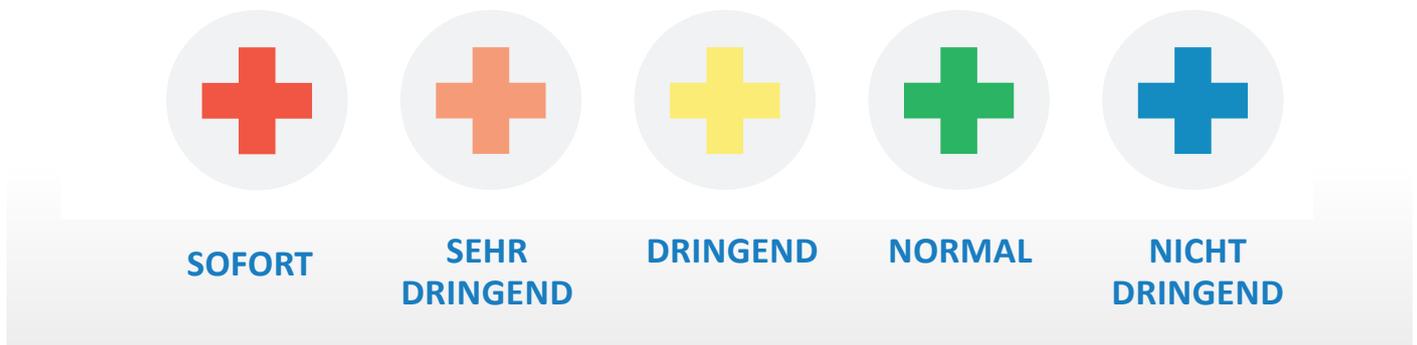
Die Notaufnahmen in Deutschlands Krankenhäusern sind zunehmend stärker frequentiert. Immer häufiger nehmen Patienten oder deren Angehörige diese auch in leichteren Fällen in Anspruch. Wenn sich diese Patientengruppen mit akuten Notfallpatienten mischen, führt dies häufig zu

Unstimmigkeiten. Weniger schwer Betroffene verbringen oft lange Zeit im Wartebereich, während andere vermeintlich einfach „durchgeschleust“ werden. Ursächlich hierfür ist das Unwissen darüber, wie eine Notaufnahme funktioniert und für welche Fälle sie gedacht ist. Dies betrifft auch häufig Menschen mit Migrationshintergrund, die andere Strukturen aus ihren Herkunftsländern gewohnt sind, da es dort nur ein Krankenhaus oder eine Krankenstation gibt und das deutsche Haus- und Facharztssystem oder der ärztliche Bereitschaftsdienst gänzlich unbekannt sind.

## Ziele:

Ankommende Patienten und Angehörige sowie die Bevölkerung im Allgemeinen soll darüber informiert werden, wann man eigentlich als „Notfall-Patient“ gilt und welche

## Die Patientenampel:



Die Patientenampel

Ansprechpartner es in dieser Situation gibt. Außerdem soll erklärt werden, was Patienten und Angehörige in der Notaufnahme eines Krankenhauses erwartet und wie die Abläufe funktionieren, um so möglichen Ängsten und Unsicherheiten vorzubeugen.

### Maßnahme:

In enger Abstimmung mit Ärzten und Pflegekräften in der Notaufnahme sowie mit weiteren Partnern in der Notfallversorgung haben wir eine Broschüre entwickelt: **„Im Notfall ... sind wir 24 Stunden für Sie da.“**

Da die enthaltenen Informationen alle Wiesbadenerinnen und Wiesbadener betreffen und alle drei Kliniken an der Notfallversorgung teilnehmen, beteiligten sich auch die anderen beiden Kliniken an der Aktion. In der Broschüre beantworten wir die wichtigsten Fragen rund um einen medizinischen Notfall. An wen soll man sich wenden? Was passiert eigentlich in einer Notaufnahme? Wie funktioniert das Notfallmanagement, welche Unterlagen und Dokumente können wichtig sein?

Der internationale Standard des Manchester Triage Systems, nach dem die Notaufnahmen in Wiesbaden arbeiten, wird mittels einer eigens entwickelten Patienten-Ampel anschaulich und niedrigschwellig erklärt und macht die Dringlichkeitseinstufung transparent. Neben lebensrettenden Rufnummern, den wichtigen „W“-Fragen für die Kommunikation mit der Rettungsleitstelle, enthält die Notfallbroschüre auch lokale Ansprechpartner, wie die Nummer des örtlichen ärztlichen Bereitschaftsdienstes und weitere Notdienste.

### Resonanz:

Seit Erscheinen im April 2016 erfährt die Notfallbroschüre große Resonanz. Die ersten Auflagen waren bereits in kurzer Zeit vergriffen. Mithilfe unseres fremdsprachigen Fachpersonals aus ärztlichem Dienst und Pflegedienst sowie einem Fachübersetzungsbüro wurde die Broschüre auch in Englisch, Türkisch, Arabisch und Russisch aufgelegt.

Sich in medizinischen Notfällen in der Muttersprache informieren zu können, erleichtert die Auseinandersetzung mit der Situation. Die Broschüren werden nicht nur in den Notaufnahmen und bei den weiteren Partnern in der Gesundheitsversorgung, sondern auch bei ambulanten Pflegediensten, im Gesundheitsamt, in der Aus- und Weiterbildung, in Schulen und bei Integrationskursen eingesetzt.

Die durchweg positive Resonanz auf das Informationstool zeigt, dass Aufklärung und Transparenz über medizinische Abläufe gewinnbringend für alle Beteiligten ist.



Susanne Schiering-Rosch M.A.  
Leiterin Unternehmenskommunikation  
St. Josefs-Hospital Wiesbaden GmbH



## Das Palliativkonzept der Sana Kliniken Bad Wildbad

*„Es geht nicht darum, dem Leben mehr Tage zu geben, sondern den Tagen mehr Leben.“*

*(Cicely Saunders, Krankenschwester, Gründerin Hospizdienst)*

Die Sana Kliniken Bad Wildbad und der Hospizdienst Oberes Enztal haben zusammen ein Konzept zur Begleitung schwerstkranker Patientinnen, Patienten und der ihnen nahestehenden Bezugspersonen erarbeitet.

### Woher stammt der Begriff Palliativ?

**Palliativ:** Sorgsam umhüllend  
*(nach lat. pallium = Mantel, palliativ = jemandem den wärmenden Mantel über die Schultern legen)*

### Was ist Palliativ ?

Dies ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten, die mit einer weit fortgeschrittenen Erkrankung einhergeht.

Bei PatientInnen, die stationär in Behandlung sind, finden wir gemeinsam mit Bezugspersonen und Fachkräften den bestmöglichen Weg für die bevorstehende Lebensphase. Ein spezielles Palliativzimmer mit Möglichkeiten zur gleichzeitigen Unterbringung Angehöriger steht zur Verfügung. Sollte der Zustand eine erneute stationäre Aufnahme notwendig machen, wird diese dem Patienten durch Vertrautheit mit der Umgebung und dem Behandlungsteam wesentlich erleichtert.

### Ziele

- Professionelle Pflege
- Linderung von Schmerzen, Übelkeit, Angstzuständen und belastenden Beschwerden
- Die PatientInnen gut versorgt nach Hause zu entlassen und die weitere Versorgung zu koordinieren und zu organisieren
- Bestmöglichen Erhalt der Lebensqualität

## Was macht uns aus?

Unser wichtigstes Anliegen ist es, uns der Sorgen, Ängste und Anliegen der PatientInnen anzunehmen. Die Stärke des Palliativkonzepts ist die Ganzheitlichkeit in der Behandlung:

- Multiprofessionelles Team
- Integration der physischen, spirituellen und psychosozialen Bedürfnisse
- Fallbesprechung im Ethikkomitee
- Umfassende Betrachtung als zentrales Charakteristikum der Hospizarbeit bzw. Palliativbewegung
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit aller Berufsgruppen der Klinik
- Supervision
- Einbinden der Angehörigen

## Unser Team

- Fachärzte mit Zusatzqualifikation Palliativmedizin und Schmerzmedizin
- Pflegekräfte mit Zusatzqualifikation Palliativ Care und Schmerztherapie
- Physiotherapeuten
- Psychologen
- Seelsorger
- Ethikkomitee

## Zusammenarbeit

- Hospizdienst Oberes Enztal: die ehrenamtlichen (speziell geschulten) Mitarbeiter sind jederzeit bereit, die PatientInnen und die Angehörigen während des Krankenhausaufenthaltes, sowie danach zu begleiten, zu unterstützen und zu entlasten.
- Spezielle ambulante Palliativversorgung (SAPV): um eine reibungslose Entlassung in den häuslichen Bereich und eine adäquate Versorgung zu Hause zu sichern, stellen wir auf Wunsch den Kontakt zum SAPV-Team her.

## Palliativpflege

Wir arbeiten mit:

- Aromatherapie
- Salzkristalllampen
- Rhythmische Einreibungen
- Einreibungen mit speziellen Ölmischungen und Pflanzensalben regen den Organismus an und geben eine schützende Hülle
- Spezielle Waschungen
- Musiktherapie
- Tägliche Besprechungen im Team

## Beispiele aus der Aromatherapie

### Salbei:

Salbei hat eine gute krampflösende, antibakterielle und entzündungshemmende Wirkungsweise. In der Palliativpflege verwenden wir Salbeitee als Mundspülung bei Entzündungen im Mund- und Rachenbereich. Außerdem kann man ihn als Waschung bei starkem Schwitzen verwenden.

### Zitrone:

Zitrone hilft in emotional schwierigen Zeiten. Die Pflanze hat eine desinfizierende, erfrischende Wirkung. Der Duft wirkt gegen Angst und Stress. Außerdem eignet sich Zitronenöl hervorragend als Lufterfrischer. In der Palliativpflege bieten wir Waschungen bei Fieber und/oder Schüttelfrost und zur Erfrischung an.

### Lavendel:

Lavendel wirkt antibakteriell, antiviral, antimykotisch (z.B. gegen Hautpilz und Nagelpilz), entzündungshemmend, schlaffördernd, pflegend und beruhigend. In der Palliativpflege verwenden wir Lavendelöl für beruhigende Waschungen und Einreibungen.

Durch die Einreibung wird eine tiefere und ruhigere Einatmung angeregt. Sie soll lösend und weitend auf die krampfartig behinderte Atmung wirken. Um den geschwächten Organismus eines Patienten nicht zu belasten, ist eine schonende Behandlung oft besser als eine fest zugreifende klassische Muskel- oder Bindegewebsmassage.

Die Rhythmischen Einreibungen nach Wegman/Hauschka bedeuten ein sanftes Berühren und Einreiben. Speziell für die Pflege entwickelt, werden verschiedene Ölmischungen und Pflanzensalben mit dieser Technik auf die Haut aufgetragen. Das regt den Organismus an und gibt ihm eine schützende Hülle.



Sandra Ellinger  
Pflegedienstleitung  
Sana Kliniken Bad Wildbad

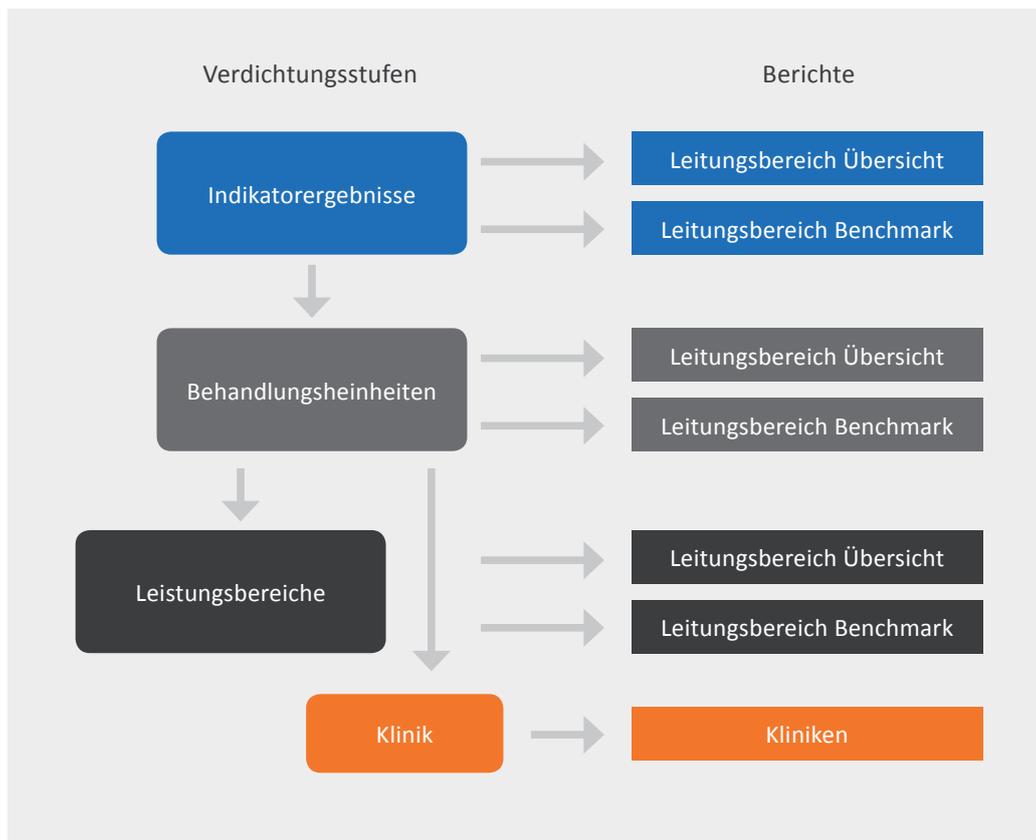


Abbildung 1:  
Verdichtungsstufen

# Das Sana Qualitätsinformationssystem - QuIS

Das QuIS ist ein IT-gestütztes Qualitätsinformationssystem, das 2012 von der Sana Kliniken AG für die Holding und ihre Kliniken entwickelt wurde. In diesem Instrument werden Daten von etwa 550 Indikatoren aus der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 136 ff. SGB V und Abrechnungsdaten nach § 21 KHEntgG zur medizinischen Ergebnisqualität zusammengeführt, bewertet und themenbezogen ausgewertet. Somit ist es möglich, die medizinischen Ergebnisse nicht nur klinik- und standortbezogen darzustellen, sondern auch auf Konzernebene zusammenzuführen.

Den Anwendern können die Ergebnisse auf Indikatorebene und auf verschiedenen Verdichtungsstufen, wie Behandlungseinheit, Leistungsbereich bis hin zur Klinikebene angezeigt und themenbezogen zusammenfassend bewertet werden. Auf jeder Verdichtungsstufe ist ein konzernweiter Benchmark abbildbar. (Abbildung 1).

Für die unterschiedlichen Auswertungen sind im System verschiedene Grafiken hinterlegt. Darüber können Führungskräfte der Kliniken als auch die zentralen Bereiche des Konzerns fokussiert potentielle Qualitätsdefizite identifizieren. In regelmäßig stattfindenden Expertengremien diskutieren Chefärzte aller Fachrichtungen die Ergebnisse aus dem QuIS und legen die Durchführung ärztlicher Peer Reviews fest. Somit können gezielt Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet und ressourcenorientiert eingesetzt werden.

Das QuIS wurde 2013 sanaweit eingeführt und die Führungskräfte in zahlreichen Veranstaltungen geschult. Dabei wurde insbesondere auf die Systematik der Verdichtung der Einzelindikatorergebnisse auf weiteren Ebenen eingegangen. Die Berechnung und Gewichtung der Indikatoren erfolgt in Prozent, wobei das Ergebnis als Ampel angezeigt wird.

Indikator Typ	Ampel	Gewichtungsfaktor
IE, IRA, SE	Grün	0
IE	Gelb	1/(2*ndyn)
IE	Rot	1/ndyn
IRA	Gelb	1,5/(2*ndyn)
IRA	Rot	1,5/ndyn
SE	Gelb	1,5/ndyn
SE	Rot	0,5

Abbildung 2: Gewichtungsfaktoren

In Abhängigkeit von der Entfernung des Ergebnisses zum Referenzbereich wird die Ampel grün, gelb oder rot dargestellt. Weiterhin werden einfache, nicht adjustierte Indikatoren (IE), risikoadjustierte Indikatoren (IRA) und Sentinel Events (SE) unterschiedliche Gewichtungsfaktoren zugrunde gelegt (Abbildung 2).

Führungskräften, medizinischen und nicht-medizinischen, wird somit auf einen Blick das Ergebnis der medizinischen Qualität dargestellt und weist auf Verbesserungspotenziale hin.

Seit 2015 wird neben der medizinischen Ergebnisqualität auch die Patientenzufriedenheit im QuIS dargestellt. Permanent werden Patienten der Sana Kliniken in Bezug auf die ärztliche Versorgung, pflegerische Betreuung, Aufklärung und Information, Ablauforganisation, Hygiene und Sauberkeit sowie Service befragt. Die Ergebnisse der konzernweiten permanenten Patientenbefragung sind im QuIS ebenfalls mit grafischen Vorlagen für die schnelle Auswertung hinterlegt. In regelmäßigen automatisierten Berichten werden Auswertungen zielgruppenspezifisch an Beteiligte und die Führungsebene versandt. Wöchentlich erhalten somit Chefärzte und Chefärztinnen die Auswertungen für ihre Fachabteilungen, Stationsleitungen für die Stationsebene, welche dann in Morgenbesprechungen diskutiert werden (Abbildung 3). Monatlich erhalten darüber hinaus die Krankenhausleitungen zusammengefasste Auswertungen auf Klinikebene. Die zentralen Konzernbereiche erhalten Resultate im Benchmark. Ein Monitoring der Patientenzufriedenheit im Zeitverlauf erfolgt (Abbildung 4).

Gezielt und ressourcenorientiert werden Maßnahmen zur Erhöhung der Zufriedenheit der Patienten abgeleitet, umgesetzt und überwacht.

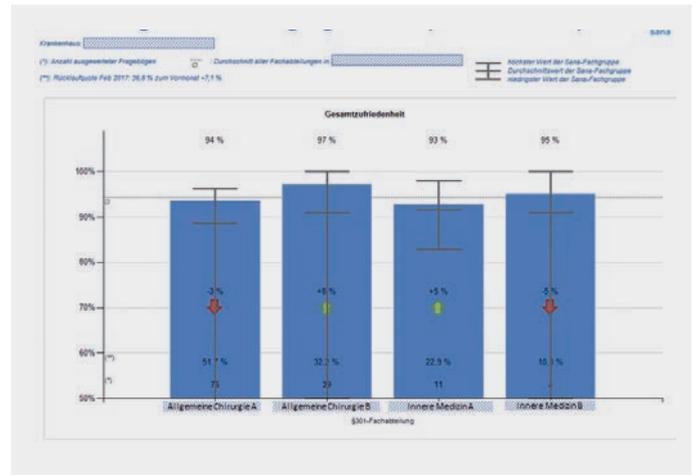


Abbildung 3: Beispiel Auswertung auf Fachabteilungsebene

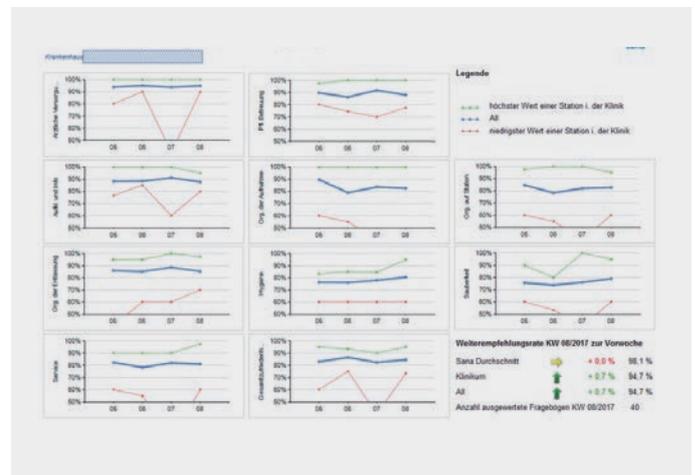


Abbildung 4: Beispiel Auswertung im Zeitverlauf



**Fiona Mc Dermott**  
Referentin Qualitätsmanagement und klinisches Risikomanagement



**Dr. med. Susanne Eberl**  
Leiterin Qualitätsvergleiche im Bereich Qualitätsmanagement und klinisches Risikomanagement



**Dr. med. Heidemarie Haeske-Seeberg**  
Bereichsleiterin Qualitätsmanagement und klinisches Risikomanagement  
Sana Kliniken AG



 **Publikums-  
liebling 2017**

*links:  
Gleichgewichtstraining an der  
Nintendo® Wii Fit Plus auf der  
SIQ!-Tagung am 18. Mai 2017*

*rechts:  
Patientin beim Gleichgewichts-  
training an der Nintendo® Wii  
Fit Plus*

## Effekte eines Trainings mit Hilfe von Nintendo® Wii Fit Plus bei Patienten mit Multipler Sklerose

Welchen Einfluss haben regelmäßige Trainingseinheiten mit der Nintendo® Wii Fit Plus bei Patienten mit Multipler Sklerose? Diese Frage beantwortete Frau Weiland, Physiotherapeutin des Neurologischen Rehabilitationszentrum Quellenhof in Bad Wildbad in einer prospektiven, kontrollierten und randomisierten Studie. Hierbei lag der Fokus auf der somatischen Symptomatik und dem psychischen Befinden von Patienten mit Multipler Sklerose.

### Krankheitsbild Multiple Sklerose

Bei der Multiplen Sklerose (MS) wird das zentrale Nervensystem durch das körpereigene Immunsystem angegriffen. Weder die Ursachen noch die Entstehung der Erkrankung sind nach heutigem Wissenstand ausreichend geklärt. Die chronische Krankheit verläuft individuell unterschiedlich, was den Verlauf, das Ausmaß und die Schwere der Krankheitszeichen betrifft. Sie wird deshalb oftmals die Krankheit mit den 1.000 Gesichtern genannt. Häufige Symptome sind Ataxie, Fatigue, Parästhesien und auch psychische Störungen. Wei-

terhin Spastik und Paresen, woraus sich bei vielen Patienten Gleichgewichts- und Gangstörungen ergeben. Letztere treten bei Patienten mit MS häufig auf und sind für Stürze und daraus folgende Verletzungen verantwortlich.

### Anliegen der Arbeit

In einer Studie von Khan 2016 wird dargelegt, dass Rehabilitation einen positiven Effekt im Hinblick auf die Verbesserung der Handlungsfähigkeit im Alltag aufweist. Ziel ist es, eine Nachhaltigkeit des Rehabilitationseffektes zu erzielen und die Therapie im Alltag fortzuführen. Regelmäßige Physiotherapie stellt demnach einen wichtigen Grundpfeiler in der symptomatischen Behandlung bei MS dar.

Dabei spielt der Erhalt der Alltagsfunktionen und somit der Gehfähigkeit und des Gleichgewichts eine wichtige Rolle. Die Überlegung war ein Training an der Nintendo® Wii Fit Plus zur Gleichgewichtsschulung als zusätzliche Therapiemöglichkeit zur Physiotherapie einzusetzen.

## Studienaufbau

Die Studie fand im Zeitraum von April bis Oktober 2014 statt. Die Patientenauswahl erfolgte nach festgelegten Ein- und Ausschlusskriterien und einer somit nachgewiesenen Störung des Gleichgewichtes. Durch ein Losverfahren wurden die Patienten in zwei Gruppen unterteilt. Die Kontrollgruppe und die Nintendo® Wii Gruppe. In beiden Gruppen erhielten die Patienten über drei Wochen eine individuelle, störungsspezifische Therapie. Die Patienten der Nintendo® Wii Gruppe erhielt ein zusätzliches Gleichgewichtstraining. Um eine Veränderung des Allgemeinzustandes zu erfassen wurden zu Beginn und Ende der dreiwöchigen Studie bei jedem Patienten zehn Testungen bezüglich der Gangqualität, Gangausdauer, des Gleichgewichts und der Alltagsfähigkeit durchgeführt. Dies erfolgte durch einen geblindeten Untersucher.

## Nintendo® Wii Fit Plus

Die Nintendo® Wii Fit Plus ist eine Videospielekonsole. Über den Bildschirm werden verschiedene Übungen angezeigt. Durch das Wii® Balance Board, welches durch Drucksensoren die Bewegungen des Spielers erfasst, wird eine Spielsteuerung per Ganzkörpereinsatz ermöglicht. Der Anwender bestimmt durch Gewichtsverlagerung das Geschehen und kann mittels eines Feedbacks durch einen virtuellen Trainer seine Haltung korrigieren.

## Training an der Nintendo® Wii

Die Patienten, welche per Los der Nintendo® Wii Gruppe zugeteilt wurden, erhielten durch einen Physiotherapeuten eine technische und praktische Einweisung. Daraufhin trainierten die Patienten an 15 aufeinanderfolgende Therapietagen einmal täglich 30 Minuten zehn Übungen zum Thema Gleichgewicht. Nach jedem Training wurde der Punktestand durch die Nintendo® Wii- Software ermittelt. Diesen mussten die Patienten notieren. Somit konnte der Leistungszuwachs in den einzelnen Übungen erfasst werden.

## Ergebnisse der Studie

Neben einer Steigerung des Gleichgewichtes und somit der Stand- und Gangsicherheit konnten positive Auswirkungen auf die Psyche und Motivation der Patienten in der Nintendo® Wii Gruppe nachgewiesen werden. Die integrierten Feedbacktools und die Animation der Spielekonsole fördern die Motivation und bewirken eine Leistungssteigerung. Um Bewegungs- und Funktionseinschränkungen nachhaltig reduzieren zu können, müssen die Patienten auch nach der



Rehabilitation weiter trainieren. Die Motivation der meisten Patienten sich aktiv zu bewegen, lässt jedoch häufig nach kurzer Zeit nach. Das Training an der Nintendo® Wii bewirkt, dass sich spielerisch die Freude erhöht und somit auch die Bereitschaft (Compliance) zum Training. Das Training an der Nintendo® Wii ist aus diesem Grund ein sinnvolles ergänzendes Therapieangebot zur Physiotherapie bei Patienten mit Multipler Sklerose.



Ann-Christin Weiland

Physiotherapeutin

Neurologisches Rehabilitationszentrum Quellenhof GmbH



Entlassbrief – Inhalte  
als gesetzliche Vorgabe

## Entlassmanagement nach §39 GKV-Versorgungsstärkungsgesetz: Vorbereitung auf eine große Herausforderung

Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz 2015 sieht vor, die Grundlagen der Patientenversorgung zu verbessern. Diese Maßnahmen, unter anderem bei der Entlassung von Patienten, sind eine Herausforderung für alle Krankenhäuser – auch für die Kliniken im Sana Verbund. Bei Sana sind die Vorbereitungsarbeiten fast abgeschlossen.

In 50 Kliniken des Sana Verbundes werden jährlich ca. 2 Millionen Patienten medizinisch behandelt und dann auch wieder entlassen. Der Prozess des Entlassmanagements ist je Patient sehr individuell, denn die Bedarfe an Unterstützung für die Versorgung nach dem Krankenhausaufenthalt sind unterschiedlich hoch. Der Sana Verbund hat sich mit der Verbesserung der Abläufe zum Entlassmanagement nicht erst seit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz intensiv auseinandergesetzt. Bereits seit 2008 wurden in interdisziplinären Arbeitsgruppen verschiedene Werkzeuge zur Verbesserung des Übergangs der Patienten in die Nachsorgeeinrichtungen

entwickelt, Entlassmanager ausgebildet und Netzwerke zu den weiterversorgenden Einrichtungen aufgebaut. Zudem wird seit mehreren Jahren bereits die Zufriedenheit der Einweiser und Patienten in Befragungen gemessen. Die Ergebnisse der Befragungen werden analysiert und bei Bedarf werden Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet. Hierbei sind internes und externes Benchmark für uns selbstverständlich.

Die neuen gesetzlichen Vorgaben stellen die Kliniken nun vor neue Aufgaben. Um diese auch in der vorgegebenen Zeit in all unseren Kliniken verbindlich umzusetzen, wurde das Thema Entlassmanagement in 2016 wiederholt als Großprojekt im Sana Verbund aufgesetzt. Das Projekt wird zentral durch den Bereich Qualitätsmanagement und klinisches Risikomanagement gesteuert. Im vergangenen Jahr wurden die neuen gesetzlichen Vorgaben und deren Umsetzungsfristen gesichtet. Nun arbeiten viele Bereiche Hand in Hand, um alle Vorgaben umzusetzen: So werden seit Oktober 2016

Verantwortliche in den Krankenhäusern zum Entlassmanagement geschult und Informations- und Schulungsunterlagen zur Verfügung gestellt. Bereits 2016 wurden Ist-Analysen in Zusammenarbeit mit der Sana IT Services durchgeführt und Konzepte zur Anpassung der Bedarfe erstellt, diese können jetzt auf Abruf ausgerollt werden. Eine enge Zusammenarbeit mit den Krankenhaus-Informationssystem-Herstellern ist hierbei unerlässlich. Die Unternehmensstrategie Pflege hat Assessmentinstrumente für die Kliniken ausgewählt, die die Entscheidung über die Einleitung notwendiger Unterstützungsbedarfe am Anfang des Krankenhausaufenthaltes abfragen. Die Unternehmenskommunikation erarbeitet den gesetzlich vorgegebenen Internetauftritt und eine Infokarte für Patienten in den Kliniken. Der Sana Einkauf hat notwendige Schulungsunterlagen zum Thema Rezeptaussstellung zur Verfügung gestellt. Auch hier sind umfangreiche gesetzliche Vorgaben zu berücksichtigen. Mitarbeiter aus den Apotheken unterstützen bei Schulungen in den Kliniken. Zusätzlich sind in all unseren Kliniken dezentrale Projektgruppen gebildet worden, diese begleiten die Umsetzung vor Ort.

Wenn ein Patient entlassen wurde, gab es bisher wenige Möglichkeiten der Unterstützung: Nur Medikamente für eine kurze Anfangszeit mitgeben, keine Rezepte für Hilfsmittel ausstellen und die weitere Krankschreibung muss vom Hausarzt bzw. einweisenden Facharzt ausgestellt werden, nicht vom Krankenhaus. Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz bringt hier einige Änderungen und bedeutet damit in den Kliniken größere Anpassungen. So muss bei der Versorgung der Patienten zum Beispiel künftig beachtet werden, dass der Bedarf für die nach dem Krankenhausaufenthalt erforderliche Anschlussversorgung frühzeitig eingeleitet und der weiterbehandelnde Arzt oder die weiterversorgende Einrichtung rechtzeitig informiert werden. Dafür muss das schriftliche Einverständnis des Patienten eingeholt werden. Außerdem ist die Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, von häuslicher Krankenpflege oder Soziotherapie möglich, um die nahtlose Versorgung für einen Zeitraum von bis zu sieben Tagen sicherzustellen. Für diese Zeitspanne kann künftig auch der Krankenhausfacharzt die Arbeitsunfähigkeit feststellen. Die dafür vorgenommene Entlassplanung muss künftig schriftlich und verlaufs begleitend dokumentiert werden. Konkrete gesetzliche Vorgaben der Arztbriefschreibung sind ebenso zu beachten wie die Mitgabe des Medikationsplans und Pflegeüberleitungsbogens.

Aufgabe der dezentralen Projektgruppen ist es den bisherigen Prozess des Entlassmanagements innerhalb der eigenen Klinik zu analysieren und nach den neuen gesetzlichen Vorgaben anzupassen. Ebenfalls unerlässlich für jeden einzelnen Prozessschritt ist es, Verantwortlichkeiten zu definieren, die Beteiligten zu informieren und zu schulen. Die Umsetzung



Neue Verordnungsmöglichkeiten für Krankenhäuser

**Medikationsplan** für: Erika-Annemarie Maxdata-Demonstrator  
Seite 1 von 1  
ausgedruckt von:  
Apotheke Winfried Wagenmüller  
Hauptstraße 55, 99900 Furth vor dem Wald  
Tel: 098765-12345678  
Wagenmueller.apotheke@medizin-netz.de

ARZNEIMITTEL THERAPIESICHERHEIT

Wirkstoff	Handelsname	Stärke	Form	Mo	Mi	Ab	zN	Einheit
bi-Präp.	VOCADO®HCT		Tabl.	1-0				Stück
ason-17-(2-...	Nasonex 50 µg/Sprüh.	50 µg	Spray	1	1	1		Hub
hyllin	Tromphyllin retard 600	600 mg	Tabl.	1/2	0,5	1/2		Stück
carbonat iferol	Calcium Sandoz D ...	1500 mg 0,01 mg	Tabl.	1/4	0,25	1/4		Stück
en-Lysin	Ibu-Lysin AbZ Migräne	648 ...						Stück

Medikationsplan – als gesetzliche Vorgabe

werden wir validieren und die Zufriedenheit wird weiterhin aus den Ergebnissen der Befragungen ersichtlich werden. Als Zeitpunkt für die Umsetzung der Vorgaben in den Kliniken ist vom Gesetzgeber der 1. Oktober 2017 vorgegeben. Eine große Herausforderung, die Sana interdisziplinär in Angriff genommen hat. Wir sind auf die gesetzliche Vorgabe gut vorbereitet.



Kerstin Barthol

Referentin Qualitätsmanagement  
und klinisches Risikomanagement  
Projektleitung Entlassmanagement  
Sana Kliniken AG

## Die 14 Kräfte des Magnetismus

*Pflegeführung Managementstil  
Qualität der Pflege Organisations-  
struktur Personalpolitik Berufliche  
Entwicklung Gemeinde und Gesund-  
heitsorganisationen Image der Pflege  
Professionelle Pflegemodelle Beratung  
und Ressourcen Autonomie Pflegendе als  
Lehrkräfte Interdisziplinäre Beziehungen Kontinuierliche  
Qualitätsverbesserung*



# Magnetkrankenhäuser

## Qualitätsentwicklung in der Pflege in den RKU – Universitäts- und Rehabilitationskliniken Ulm gGmbH

Magnetkrankenhäuser zeichnen sich durch exzellente Patientenergebnisse sowie eine hohe Zufriedenheit der Pflegefachpersonen aus. Die RKU – Universitäts- und Rehabilitationskliniken Ulm gGmbH haben sich auf den Weg gemacht, die Qualitätsentwicklung nach dem Magnetkrankenhausmodell aus den USA durchzuführen. Die ersten Schritte stimmen optimistisch und sind ein klares Ja zur Patientenorientierung.

Die RKU – Universitäts- und Rehabilitationskliniken Ulm sind Kliniken der Maximalversorgung mit den Schwerpunkten Orthopädie und Neurologie. Die Orthopädische Universitätsklinik mit Querschnittgelähmtenzentrum sowie die Neurologische Universitätsklinik mit Stroke-Unit bilden den Akutbereich der Klinik und führen den Lehr- und Forschungsauftrag für die Universität Ulm aus. Neben den Akutkliniken existiert als zweite Säule der Patientenversorgung das Zentrum für Integrierte Rehabilitation und eine Neurogeriatrische Akutklinik. Die Gesellschafter sind zu 50 Prozent die Universitätsklinik Ulm und zu 50 Prozent die Sana Kliniken AG. Die Klinik

umfasst im Gesamten 391 Betten, davon 268 im Akutbereich und 123 in der Rehabilitation. Für die Strategieausrichtung hält die Klinik demnach eine optimale Größe vor, um die Entwicklung zu einem Magnetkrankenhaus voranzutreiben.

Akademisierung, Evidenzbasierung in der Pflege mit dem Fokus auf pflegesensitive Outcomes und Pflege auf Augenhöhe sind wesentliche Faktoren, in denen sich die Umsetzung des Magnetkrankenhausmodells in der Qualitätsentwicklung in der Pflege zeigt. In der Abbildung rechts werden die wesentlichen Komponenten des Magnetkrankenhausmodells dargestellt. Folgende Entwicklungen auf der Reise zum Magnetkrankenhaus haben sich bereits im RKU ergeben: In 2013 absolvierte Frau Helene Maucher, Pflegedirektorin im RKU, eine Hospitation im Rahmen des Hospitationsprogramms Pflege der Robert Bosch Stiftung im Magnetkrankenhaus UF Health in Jacksonville, Florida, USA. Motiviert durch diese Erfahrung entwickelte sie mit ihrem Team an den RKU eine klare Strategie zur Qualitätsentwicklung in der Pflege. Das

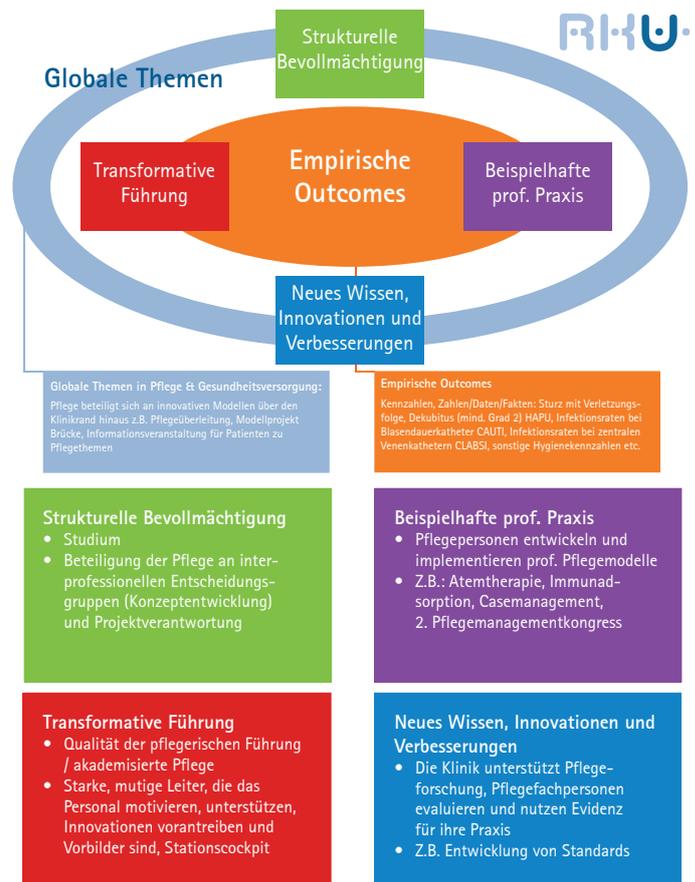
Ziel: den Magnetstatus nach den Anerkennungskriterien der American Nurse Credentialing Center (ANCC 2014) zu erreichen. Der darauffolgende 1. Ulmer Pflegemanagementkongress am RKU im Juli 2015 war ein weiterer wichtiger Schritt zur klaren Strategieentscheidung.

Der Besuch der Magnetkonferenz in Orlando im Oktober 2016 mit mehreren deutschen Pflegemanagern sowie Führungskräften aus dem RKU bestärkte die Beteiligten in ihrer Vision:

*„Wir machen uns auf den Weg zum Magnetkrankenhaus“.*

Die Begeisterung der Pflegedirektion, der Bereichs- und Stationsleitungen für das Thema war sicherlich ein großer Motivator und eine wichtige Voraussetzung für das strategische Ziel. Die Entscheidung zur Umsetzung des Magnetkrankenhausmodells an den RKU wurde in der Betriebsleitung mit dem Commitment der Pflege getroffen, unterstützt durch die Befürwortung des Projektantrags durch den Vorstand der Sana Kliniken AG. Nach der finalen Entscheidung durch die Geschäftsführung erfolgte als nächster Schritt eine SWOT-Analyse.

Neben Neustrukturierungen in der Pflegedirektion startete zur Akademisierung der Pflegenden im März 2017 mit 15 Studierenden ein RKU-spezifischer Bachelorstudiengang „Management für Gesundheits- und Pflegeberufe“ in Kooperation mit der Hochschule Neu-Ulm mit Fokus auf den Einsatz der Bachelorabsolventen in der Pflegepraxis. Ein weiteres wichtiges Ziel ist, Führungskräfte für ökonomische Prozesse in der Klinik mittels eines Stationscockpits zu sensibilisieren. Zur Weiterentwicklung der Pflegepraxis werden Projekte durch Pflegenden initiiert. Derzeit wird die (Weiter-)Entwicklung von den von ANCC geforderten Qualitätszahlen stark fokussiert und vorangetrieben. Die Abbildung folgender Kennzahlen ist dabei obligat: im Krankenhaus erworbene Dekubitalulcera ab Grad 2, Stürze mit Verletzungen, Blutstrominfektionen bedingt durch zentrale Katheter und Harnwegsinfektionen bedingt durch Harnwegskatheter. Mit der Entwicklung und Weiterentwicklung der Kennzahlen geht die Auswahl geeigneter Benchmarkpartner einher. Wesentlicher Baustein dabei ist die Implementierung der elektronischen Patientendokumentation ePA\_AC. Neben Hospitationen in anderen Kliniken fand im April diesen Jahres im RKU die von der ANCC empfohlene GAP-Analyse statt. Derzeit werden die Ergebnisse ausgewertet und weitere Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Pflege geplant. Am 06. und 07. Juli 2017 fand der 2. Ulmer Pflegemanagementkongress im RKU statt, unter anderem mit Referenten aus den USA.



Schlüsselkomponenten des Magnetmodells

Dieser Weg bedeutet eine Transformation des Systems und ein Kulturwandel, dennoch sind wir überzeugt, dass durch das Magnetkrankenhausmodell ein evidenzbasiertes ganzheitliches Konzept vorliegt, das konkrete Qualitätsentwicklungen in der Pflege mit einer Nachhaltigkeit vorantreibt und damit eine bestmögliche patientenzentrierte Pflege ermöglicht sowie Ökonomie und Qualität miteinander verbindet (Drenkard 2010: The business case for Magnet).



Matthias Gruber

Geschäftsführer

RKU – Universitäts- und Rehabilitationskliniken Ulm gGmbH



Helene Maucher

Pflegedirektorin

RKU – Universitäts- und Rehabilitationskliniken Ulm gGmbH



# Medizinische Ergebnisse zur Verbesserung nutzen

## Formen der Fallanalyse

Die Sana Kliniken haben sich mit der Durchführung von Fallanalysen im Rahmen des klinischen Risikomanagements auf die vom Gesetzgeber vorgegebene Verpflichtung zur Einführung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach §135a und die Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement systematisch vorbereitet.

Auffällige Ergebnis-Indikatoren, unerwartete Heilverläufe und Anspruchsstellungen bedürfen einer adäquaten sicheren Analyse, um anschließend sinnvolle Maßnahmen ableiten zu können. Seit 2013 werden in den Sana Krankenhäusern verschiedene Fallanalysemethoden eingeführt.

Die Auswahl der Methodik erfolgt durch das Team Fallanalyse der Sana Holding und basiert auf einem definierten Auslöse- und Entscheidungsalgorithmus. Die Auffälligkeit des

Behandlungsergebnisses bzw. Hinweise auf ablauforganisatorische Mängel geben dabei das weitere Vorgehen vor. Kernteams der medizinischen Fachgruppen der Sana haben Qualitätsindikatoren aus der externen Qualitätssicherung und aus den von Abrechnungsdaten abgeleiteten §21-Daten festgelegt, die bei Auffälligkeit als Aufgreifkriterien für Ärztliche Peer Reviews dienen. In Abhängigkeit von der Ergebnisausprägung legen die Kernteams mit der Leiterin Qualitätsvergleiche fest, in welchen Kliniken ein Ärztliches Peer Review erfolgen wird. Jedem Ärztlichen Peer Review geht eine Selbstbewertung der Klinik voraus.

Bei Anspruchsstellungen hängt die Entscheidung über eine Analyse zunächst von der Bewertung der rechtlichen Situation ab. Bestehen keine Einwände, werden Unterlagen unter Berücksichtigung definierter Fragestellungen analysiert. Sie beziehen sich auf die Nichtnachvollziehbarkeit eines leitlinien- oder fachgerechten bzw. fachlich begründeten Vorge-

Art	Form	Auswahlkriterium
Aktenanalyse	intern oder extern	<ul style="list-style-type: none"> <li>oft nur Arztbrief scannen</li> <li>Entscheidungsfindung für weiteres Vorgehen</li> </ul>
M&M - Konferenz	intern	<ul style="list-style-type: none"> <li>unerwarteter Heilverlauf mit Aussicht auf Verbesserungspotenzial</li> </ul>
	Experten-moderiert	<ul style="list-style-type: none"> <li>intern konnten keine Ursachen bzw. kein Konsens ermittelt werden</li> <li>Kommunikation schwierig</li> </ul>
Ärztliches Peer Review	onsite	<ul style="list-style-type: none"> <li>Auffälligkeit bei Aufgreifkriterien</li> <li>Analyse mehrerer Fälle durch Peers vor Ort</li> </ul>
	offsite	<ul style="list-style-type: none"> <li>Auffälligkeit bei Aufgreifkriterien</li> <li>Analyse weniger Fälle durch Peers nicht im betroffenen KH</li> <li>Notwendigkeit zeitnaher Analyse</li> </ul>
Ereignis-Risiko- & Kommunikations-Analyse	ERiKA	<ul style="list-style-type: none"> <li>Never Event-Meldung</li> <li>Meldung durch Versicherungsmakler</li> <li>2tägige Analyse durch ausgebildete Fallanalytiker</li> <li>Fall aus jüngerer Zeit</li> </ul>
	„ERiKA“-light	<ul style="list-style-type: none"> <li>2stündige Analyse durch ausgebildete Fallanalytiker</li> </ul>
ERiKA & Ärztliches Peer Review	kombiniertes Verfahren	<ul style="list-style-type: none"> <li>Behandlungsfehlervorwurf</li> <li>Never Event-Kriterien</li> </ul>

Analysemethoden und ihre Auswahlkriterien

hens, auf ablauforganisatorische Fehler. In Abhängigkeit der ersten Prüfungsergebnisse wird entweder ein Ärztliches Peer Review eingeleitet oder situationsabhängig eine moderierte M&M-Konferenz oder eine Fallanalyse auf der Basis des London-Protokolls (Ereignis-, Risiko- und Kommunikationsanalyse) veranlasst.

Alle Fallanalysen erfolgen möglichst in zeitlicher Nähe zum Ereignis. Die einzelnen Methoden können zusätzlich auch kombiniert werden, z.B. Ärztliche Peer Reviews mit ERiKA-Fallanalysen, wenn ein detaillierterer Erkenntnisgewinn erwartet wird. Die kriteriengestützte Auswahl der Analyseform zeigt obige Abbildung.

Alle Analysen werden von Mitarbeitern und Führungskräften durchgeführt, die zuvor freiwillig in einer ein- bis zweitägigen Schulung für die Aufgabe als Fallanalytiker oder Peer qualifiziert wurden. Die Auswahl des Ärztlichen Peer Review-Teams bzw. der Fallanalytiker erfolgt durch die Sana Holding. Der Erfolg der Analyse hängt wesentlich von den abgeleiteten Konsequenzen und dem Nachhalten der Maßnahmen ab.

Deshalb folgt allen Analysemethoden die Ableitung von Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen, die zu definierten Zeitpunkten umgesetzt sein müssen. Die Nachweise werden von den Kliniken zeitgerecht in das zentrale, IT-gestützte Audit-

management- und Maßnahmenportal (sana.zamm) hochgeladen und damit dem Monitoring der Sana Holding zugeführt. Allgemeingültige Erkenntnisse werden in medizinischen Fachgruppen präsentiert, um darüber die Wahrscheinlichkeit eines erneuten Auftretens ähnlicher Vorkommnisse zu minimieren.



Dr. med. Susanne Eberl

Leiterin Qualitätsvergleiche im Bereich Qualitätsmanagement und klinisches Risikomanagement



Brigitte Jahn

Referentin Qualitätsmanagement und klinisches Risikomanagement



Dr. med. Heidemarie Haeske-Seeberg

Bereichsleiterin Qualitätsmanagement und klinisches Risikomanagement  
Sana Kliniken AG



## Optimierung der ärztlichen Gesprächsführung mit onkologischen Patienten

Jede ärztliche Behandlung, insbesondere die mit onkologischen Patienten, setzt eine vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung voraus. Der Patient befindet sich nach der Diagnosemitteilung, aber auch im Therapieverlauf, beispielsweise bei einem Rezidiv oder einem Progress der Krebserkrankung, häufig in einem existentiellen emotionalen Zustand, in dem er neben der notwendigen medizinischen Behandlung auch auf emotionale Unterstützung angewiesen ist. Grundlage hierfür ist die Kommunikation zwischen Patient, Arzt und Angehörigen.

Das Arzt-Patienten-Gespräch ist primär eine genuin ärztliche Tätigkeit. Diese rückt jedoch durch sich ständig ändernde, äußere strukturelle Gegebenheiten wie immer kürzer werdende stationäre Verweildauern, Hightech-Medizin und Zunahme von administrativen Aufgaben immer mehr in den Hintergrund. Von den gravierenden Folgen sind sowohl Patienten als auch Ärzte betroffen: Patienten sind verunsichert, unzufrieden, fühlen sich mit ihren Ängsten und Sorgen

alleine gelassen. Angehörige interagieren in einer der Behandlung nicht förderlichen Art und Weise, sind vorwürflich oder unzufrieden. Die Folge kann eine negative Compliance im Hinblick auf Therapiemaßnahmen sein. Aber auch Ärzte sind durch die Arbeitsbedingungen, die ihnen oft nicht ermöglichen, ihrem eigenen Anspruch gerecht zu werden, belastet. Sie versuchen sowohl der ständigen Rationierung von Zeit und Ressourcen als auch dem innovativen Druck des medizinischen Fortschrittes gerecht zu werden. Eigene emotionale Belastung im Umgang mit Tumorerkrankungen, Tod und Sterben drohen dabei keinen Raum zu bekommen, werden in der Folge oft verdrängt oder tabuisiert.

In den AWMF S3-Leitlinien Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung (AWMF-Registrierungsnummer 128-001 OL) ist festgelegt, dass alle an der Behandlung von Patienten Beteiligten ihre kommunikativen Kompetenzen durch geeignete Fortbildungsmaßnahmen schulen und weiter entwickeln sollen.

*Das Arzt-Patienten-Gespräch ist primär eine genuin ärztliche Tätigkeit und Grundlage einer vertrauensvollen Arzt-Patienten-Beziehung. Die Verbesserung der Kommunikation ist sowohl für den Patienten als auch für den Arzt hilfreich.*

Diese Vorgabe der S3-Leitlinie Palliativmedizin hat am Klinikum Esslingen, einem Krankenhaus der Zentralversorgung, zur Entwicklung eines Pilotprojekts geführt. In der ärztlichen Gesprächsführung bieten hochqualifizierte Dozenten (Oberärzte und Chefarzt der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie) für die unterschiedlichen onkologischen Zentren des Klinikums Esslingen (Darm-Zentrum, Lungen-Zentrum, Pankreas-Zentrum, Mamma-Zentrum, Zentrum für gynäkologische Tumorerkrankungen, Onkologisches Zentrum) ein Seminar der ärztlichen Gesprächsführung an. Insgesamt 10 Teilnehmer (je ein Oberarzt und Assistenzarzt aus fünf Kliniken) nehmen über fünf Termine à 4 Stunden an dem Seminar teil. Folgende Themen wurden dabei behandelt:

- Diagnosemitteilung
- der schwierige Patient und seine Angehörigen
- der suizidale Patient
- die palliative Situation
- Besprechung eigener Fälle

Methodisch wird zunächst durch einen Theorieteil in die Thematik eingeführt. Anhand von ausgearbeiteten Rollenspielen oder eigenen Fällen der Teilnehmer wird dann ein Arzt-Patienten-Gespräch durchgeführt und mit einer Videokamera aufgezeichnet. Nach einer kurzen Feedback-Runde im Hinblick auf das Rollenspiel wird anschließend das Video in der Gruppe gemeinsam analysiert. Besonderer Wert wird hierbei nicht nur auf Gesprächstechniken gelegt, sondern insbesondere auch auf die emotionalen Empfindungen der Teilnehmer. Eine vertrauensvolle Atmosphäre innerhalb der Gruppe wird durch vorher festgelegte Gruppenregeln gewährleistet.

Nach dem ersten komplett durchgeführten Seminar zeigten sich die Seminarteilnehmer sehr zufrieden, insbesondere die Mischung aus Theorie und Praxis wurde als sehr hilfreich erlebt. Dabei wurden die Videoaufzeichnungen der Arzt-Patienten-Gespräche mit anschließender Analyse in der Gruppe als ausgesprochen hilfreich bewertet, nachdem eine anfängliche Scheu und Skepsis gegenüber diesem Medium



*Ärzte sind durch die Arbeitsbedingungen, die ihnen oft nicht ermöglichen, ihrem eigenen Anspruch gerecht zu werden, belastet.*



*Die Verbesserung der Kommunikation ist sowohl für den Patienten als auch für den Arzt hilfreich.*

überwunden war. Die Teilnahme sowohl von Oberärzten als auch von Assistenzärzten erwies sich ebenfalls als sinnvoll, da hierdurch das Gefühl des Behandlungsteams gestärkt wurde.

Neben der Vermittlung von spezifischen Gesprächsführungskompetenzen ist dabei auch besonders hervorzuheben, dass sich die Teilnehmer durch den kollegialen Austausch sehr entlastet fühlten, so dass der Kurs letztendlich auch der Psychohygiene der einzelnen Teilnehmer dient. Daher ist eine Fortführung des Seminars am Klinikum Esslingen geplant.



**Dr. med. Björn Nolting**

Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychoanalyse (DPV/IPA), Psychoonkologie  
Chefarzt der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
Klinikum Esslingen GmbH



# Pädiatrische Simulationstrainings

## Ausgangslage

Alle Mitarbeiter von Ärzteschaft und Pflege sollen optimal auf potenziell auftretende Notfälle vorbereitet sein. Es zeigt sich allerdings in der Realität, dass in diesem Zusammenhang Fehler auftreten können, die nicht allein auf fehlerhafter Anwendung gelernter Algorithmen, sondern sehr häufig auf unklarer Verantwortlichkeitsverteilung und unzureichender Kommunikation beruhen. Pädiatrische Simulationstrainings können Defizite in diesem Notfallversorgungsprozess aufzeigen und damit zur Erhöhung der Patientensicherheit und letztlich der Ergebnisqualität führen.

Die Trainings ermöglichen, Fehler und Verbesserungspotentiale im geschützten Raum aufzudecken, erwünschtes Teamverhalten und konkrete Maßnahmen abzuleiten, um einen Notfall effektiv zu beherrschen.

## Historie

Bereits seit 2012 werden in der Pädiatrie der Sana Kliniken Duisburg Simulationstrainings durchgeführt. Bis zum Start des Projekts wurden diese zusammen mit PAEDSIM e.V. in mehrtägigen Inhouse-Schulungen durchgeführt. Innerhalb der Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin wurden in der Folge mit begrenzten Ressourcen Trainings auf den Stationen durchgeführt. Der Ausbildungsgrad der Ausbilder umfasst bisher zwei Mitarbeiter mit PAEDSIM-Instruktorenstatus.

Ferner gibt es noch mehrere Kollegen aus der Ärzteschaft, die über einen PALS-Provider-Kurs ausgebildet wurden und ebenfalls zum Team der Ausbilder gehören. Damit steht das notwendige Know-how zur eigenständigen Durchführung von Trainings zur Verfügung.

## Projektstruktur

Im Qualitätsentwicklungsplan 2016/2017 wurde die Entwicklung der Sana Kliniken Duisburg zu einem Simulationszentrum durch die Etablierung eines internen pädiatrischen Simulationsteams als Projekt beschlossen. Infolgedessen wurden drei hochwertige Simulationspuppen (Neugeborenes, Säugling, Kleinkind / Schulkind) und das begleitende Equipment beschafft. In einer Projektstruktur (Leitung: Ltd. Arzt Neonatologie / Kinderintensiv, Mitglieder: PDL, stellv. pflegerische Leitung Kinderintensiv, QM, IBF, Marketing / PR, Personalabteilung) wurden die Aktivitäten Personalkonzept, Konzept für Raum und Technik, Curriculum, Kooperationen sowie Trainingsplanung für die kommenden 12 Monate bearbeitet.

## Beschreibung der Trainings

Die Trainings umfassen sowohl einen theoretischen als auch einen praktischen Teil, dabei sollen vor den praktischen Übungen mit allen Teilnehmern folgende Themen besprochen werden: Algorithmen der neonatologischen und pädiatrischen Notfälle, Basismaßnahmen der pädiatrischen Reanimation, der adäquaten medikamentösen Therapie im Notfall, der Notfallbehandlung von Rhythmusstörungen und respiratorischer Störungen.

Im praktischen Teil der Schulungen wird in Gruppen von max. 10 Personen trainiert. Ein besonderer Schwerpunkt liegt dabei auf der Teamarbeit bzw. Crew-Ressource-Management. Dazu wird in ausgewählten Szenarien nicht nur Wissen um die Notfallalgorithmen als Ziel erachtet, sondern auch die Arbeit als Mitglied eines Teams.

Dabei kommt es auf eine klare und transparente Kommunikation zwischen den einzelnen Mitgliedern an. Die Schulungen werden im Rahmen der Innerbetrieblichen Fortbildung in einem jährlichen Turnus wiederholt. Sie können auch als follow-up auf vorherige Schulungsinhalte aufbauen.

## Ausblick

Ursprünglich als rein pädiatrisches Projekt geplant, erfährt das Thema Simulation nun einen fachübergreifenden Ansatz. Die Trainings werden nunmehr auch im Kreißsaal und der Wöchnerinnenstation unter Beteiligung von Nicht-Pädiatern (Geburtshelfer, Hebammen, Gesundheits- und Krankenpfleger) durchgeführt. Auch ist geplant, die Trainings darüber hinaus auszuweiten, um einen noch höheren Durchdringungsgrad zu erreichen.



Die Sana Kliniken Duisburg sind ein Haus der Maximalversorgung und akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Duisburg-Essen und verfügen über 19 Fachdisziplinen. Die Klinik für Kinder- und Jugendmedizin gehört dabei zu den drei größten Kliniken des Hauses.

Die Klinik betreibt eine neonatologische und pädiatrische Intensivstation mit insgesamt 12 Beatmungsplätzen, eine Frühgeborenenüberwachungsstation mit 10 Betten, eine Station für Säuglinge sowie eine allgemeinpädiatrische Station. Die Kinderklinik ist gemeinsam mit der Geburtshilflichen Abteilung der Frauenklinik als Perinatalzentrum Level I anerkannt und betreut Risikoschwangerschaften aus einem großen Einzugsgebiet.

Darüber hinaus ist die Kinderklinik als Versorgungszentrum für schwerbrandverletzte Kinder ausgewiesen, die auf unserer Intensivstation zusammen mit der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik betreut werden. Weiterer Schwerpunkt unserer Pädiatrischen Intensivmedizin ist die Versorgung von Patienten mit zerebralen Verletzungen, Tumoren, Fehlbildungen oder Gefäßanomalien, die interdisziplinär mit den Abteilungen der Neuro-, Unfallchirurgie sowie der Neuroradiologie, betreut werden.



Francisco Brevis Nuñez  
Leitender Arzt  
Sana Kliniken Duisburg GmbH

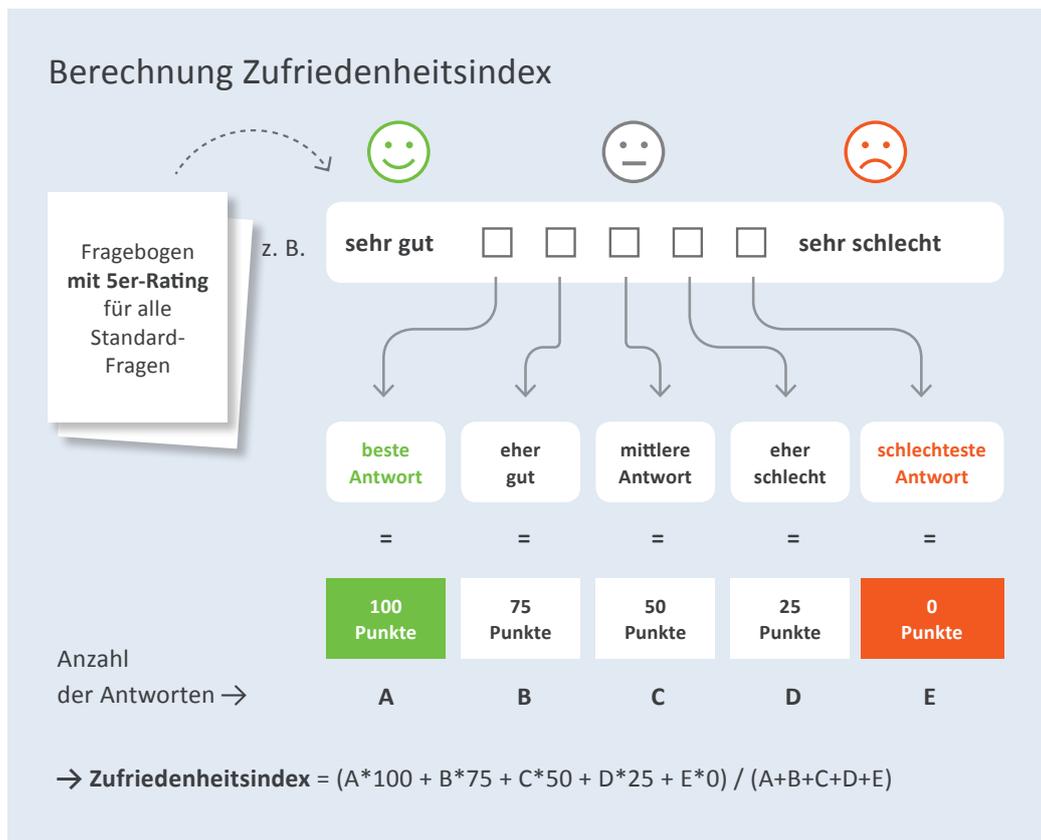


Abbildung 1: Berechnung des Zufriedenheitsindex  
Quelle: anaQuesta GmbH

# Patientenbefragung PCI in Sana Kliniken

Auf Grundlage des G-BA Beschlusses aus 2016 ist das erste einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherungsverfahren, die „Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie“, in den Regelbetrieb gegangen. Für das Jahr 2018 sind für weitere Leistungsbereiche Patientenbefragungen in Planung, um valide und vergleichbare Aussagen zur Qualität der Indikationsstellung, zur Durchführung der Eingriffe und zur Langzeit-Ergebnisqualität zu erhalten.

Im Rahmen der Aktivitäten mit 4QD – Qualitätskliniken.de haben die Sana Kliniken eine Vorab-Befragung organisiert, die gezeigt hat, dass es in den verschiedenen Sana Kliniken große Qualitätsunterschiede in der Patientenwahrnehmung gibt.

Unter Berücksichtigung der Ein- und Ausschlusskriterien erfolgte die Stichprobenziehung der anonymisierten Pati-

enten zentral durch das Befragungsinstitut anaQuesta für jede Sana Klinik, wobei die Stichprobengröße 200 Patienten je Klinik betrug. Die erforderlichen Rohdaten wurden im vereinbarten Format von den teilnehmenden Kliniken bereitgestellt. Die Befragung erfolgte postalisch 6 – 12 Wochen nach Entlassung. Die Berechnung des Zufriedenheitsindex ergibt sich aus den ordinalen Fragen mit einem 5er-Rating, wobei für die beste Antwort 100 Punkte und für die schlechteste Antwort 0 Punkte vergeben werden (Abbildung 1).

Die Rücklaufquote in den Sana Kliniken und je Frage ist heterogen und liegt zwischen 19 % und 54 %.

Durch den Vergleich der Ergebnisse aus den teilnehmenden Krankenhäusern, können nun Aussagen darüber getroffen werden, welche Sana Klinik in welchem Bereich noch Verbesserungsbedarf hat. Abbildung 2 zeigt ein Benchmark der Kliniken (A bis Q) für eine ausgewählte Frage, mit der Anzahl

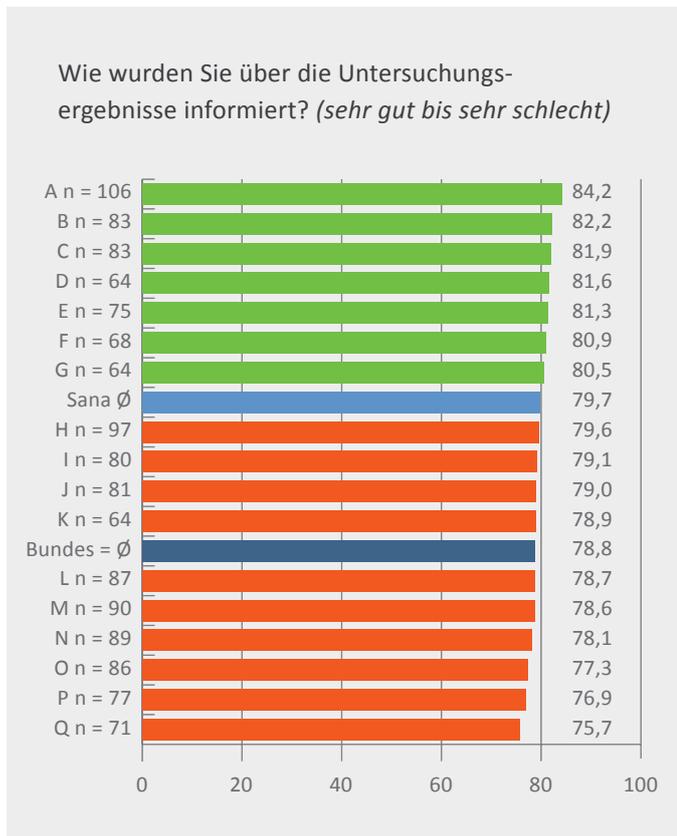


Abbildung 2: Beispiel Benchmark



der gültigen Antworten je Klinik (n). Als weitere Information sind die Durchschnittswerte der Sana Kliniken gesamt und der teilnehmenden Kliniken bundesweit angegeben (Sana Ø, Bundes Ø).

Diese Ergebnisse werden in medizinischen Fachgruppen zentral präsentiert und diskutiert. Auf Klinikebene werden die Ergebnisse in den jährlich stattfindenden Qualitätsplanungsgesprächen mit dem Klinikleitungsgremium und dem Qualitätsmanagement besprochen.

Die abgeleiteten Maßnahmen und deren Umsetzung werden im Qualitätsentwicklungsplan überwacht.



Fiona Mc Dermott

Referentin Qualitätsmanagement und klinisches Risikomanagement



Dr. med. Susanne Eberl

Leiterin Qualitätsvergleiche im Bereich Qualitätsmanagement und klinisches Risikomanagement



Dr. med. Heidemarie Haeske-Seeberg

Bereichsleiterin Qualitätsmanagement und klinisches Risikomanagement  
Sana Kliniken AG



# „Pflelegend leicht aktiv bleiben“

## Ein Workshop für Angehörige von Schlaganfallpatienten

Welche Bedeutung hat es, pflegende Angehörige schon in der Akutphase der Behandlung in die Betreuung und Versorgung von Schlaganfallpatienten mit einzubeziehen? Dieser Frage kam Frau Raqué (Ergotherapeutin B.Sc.) im Rahmen einer umfassenden Studie im Neurologischen Rehabilitationszentrum Quellenhof, Bad Wildbad nach.

Auf Grundlage der Ergebnisse stellte sich heraus, dass die Angehörigen verstärkt Bedarf haben, in den Therapiealltag mit einbezogen zu werden. Dies zeigte sich insbesondere in den Aussagen über die Sorgen und eventuellen Ängste vor der Entlassung der Patienten. Die Angehörigen fühlten sich nicht ausreichend mit der zukünftigen Situation vertraut und könnten die Situation nur schwer überblicken. Dabei spielen besonders pflegerische Maßnahmen bei den Alltagsaktivitäten eine große Rolle. Zudem wurde festgestellt, dass die Angehörigen zu wenige Informationen bezüglich des Krankheitsbildes „Schlaganfall“ erhielten.

Angesichts dieser Vorarbeiten und der Notwendigkeit, pflegende Angehörige bereits während der Rehabilitation des Schlaganfallpatienten zu unterstützen, entstand das Projekt „Pflelegend leicht aktiv bleiben“ im Dezember 2015.

### Die Bedeutung der pflegenden Angehörigen

Die Angehörigen von Schlaganfallpatienten stellen eine wesentliche Säule bei der Versorgung und Rehabilitation von Schlaganfallpatienten dar, insbesondere diejenigen, die ihren pflegebedürftigen Angehörigen im Anschluss an die Behandlung zu Hause pflegen wollen. Dazu gehören die Unterstützung und Abnahme von alltäglichen Tätigkeiten wie auch die Grundpflege und geistige Anregung.

Angehörige bilden eine emotionale Stütze für den Patienten und sind dessen wichtigste Bezugsperson. Darüber hinaus

sind die Angehörigen eine wichtige Informationsquelle für die behandelnden Therapeuten – sie kennen am besten den Alltag und die Vorlieben des Patienten.

Weiterhin wird deutlich, dass sich nicht nur das Leben des Schlaganfallpatienten umstellt, sondern sich auch der Alltag der Angehörigen verändert. So leiden Angehörige in der Akutphase unter schweren Ängsten und Sorgen bezüglich des Gesundheitszustandes des Patienten. Während der stationären Rehabilitationsbehandlung häufen sich Depressionen und Angststörungen nicht nur bei den Schlaganfallbetroffenen, sondern auch bei den Angehörigen. Zudem konnte gezeigt werden, dass die Ehepartner von Schlaganfallpatienten unter Schlafstörungen leiden. Aufgrund der genannten Faktoren werden Angehörige als Risikogruppe für affektive Neuerkrankungen angesehen. Hierzu steht der Schweregrad des Schlaganfalls in Relation.

*Für uns als Therapeuten ist es somit ein Anliegen, dass Angehörige, die ihren Partner oder Elternteil zu Hause pflegen wollen, die Möglichkeit bekommen, die Behandlung mit zu beeinflussen und schon erste Schritte für die Versorgung zu Hause einzuleiten.*

## Ziel dieses Workshops

Unter dem Motto „Pflegend leicht aktiv bleiben“ – ein Workshop für Angehörige von Schlaganfallpatienten wurde das Programm von einem interdisziplinären Team, bestehend aus den Fachbereichen Ergotherapie, Physiotherapie, Psychologie, Logopädie und Ärzten entwickelt und durchgeführt. Das Projekt soll dazu dienen, die körperliche und psychische Leistungsfähigkeit zu erhalten, die bestmögliche Bewältigung des Pflegealltags zu gewährleisten und somit die Lebensqualität des Angehörigen und des Patienten zu verbessern. Als Richtlinie des Projektes „Pflegend leicht aktiv bleiben“ diente der Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes. Das Projekt besteht aus drei Vorträgen aus den Fachbereichen Medizin, Physio- und Ergotherapie sowie Psychologie. Während der Fachvorträge stehen ein Facharzt sowie Therapeuten mit umfangreichen Erfahrungen in der Schlaganfallbehandlung als direkter Ansprechpartner zur Verfügung. Im Anschluss an die Vorträge finden drei Module in Kleingruppen statt, die sich aus Vorträgen sowie praktischen



Übungssequenzen und einer durchgehenden Anleitung und Beratung von Fachpersonal zusammensetzen.

Die Intention des Programms ist es, Tipps und Anregungen für einen reibungslosen Übergang in das häusliche Umfeld zu vermitteln und praktisch zu erproben. Hierbei können aufkommenden Schwierigkeiten, wie beispielsweise Überforderung und Überbelastung, direkt entgegengewirkt werden, indem das Therapeutenteam den Pflegealltag gemeinsam mit den Kursteilnehmern durchspielt und optimiert. Die Workshops finden nach Anmeldung in Abständen von sechs bis acht Wochen mit einer Dauer von circa vier Stunden statt.

Die regelmäßigen Befragungen von Teilnehmern unterstreichen in ihren Ergebnissen eine hohe Alltagsnähe und bezeugen die Notwendigkeit der Inhalte dieses Workshops.



**Ann-Christin Weiland**  
Physiotherapeutin

Neurologisches Rehabilitationszentrum Quellenhof GmbH



**Nina Vogt**  
Ergotherapeutin

Neurologisches Rehabilitationszentrum Quellenhof GmbH



Abbildung 1: Die vier untersuchten Qualitätskriterien Qualitätssicherung, Critical Incident Reporting System, Beschwerdemanagement und Prozessmanagement

## Reifegrade des Qualitäts- und Risikomanagementsystems am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein

Die Einführung der Diagnosis Related Groups (DRG) in Deutschland ab dem Jahr 2003 führte zu einer deutlichen Zunahme des ökonomischen Drucks in den Krankenhäusern. Selbstverständlich darf diese Ökonomisierung in der Medizin die Qualität der Patientenversorgung und der Patientensicherheit nicht negativ beeinträchtigen.

Seit vielen Jahren sind sowohl Krankenhäuser als auch alle anderen Leistungserbringer im Gesundheitswesen verpflichtet, an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung (QS) teilzunehmen und ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement (QM) einzuführen und weiterzuentwickeln (vgl. §135a SGB V). Mit dem Inkrafttreten des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) am 1. Januar 2016 und der QM-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) im November 2016 kommt ein in das QM-System integriertes Risikomanagement (RM)-System hinzu.

Qualitäts- und Risikomanagement (QRM) in Krankenhäusern sind nicht nur gesetzlich gefordert, sondern führen maßgeblich zu einer optimierten patienten- und ablaforientierten Krankenversorgung mit dem primären Ziel einer größtmöglichen Patientensicherheit.

Durch unterschiedliche differenzierte Vergütungsanreize, wie beispielsweise die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren, soll die Qualität und Effizienz im Gesundheitswesen nachhaltig gesteigert und weiterentwickelt werden. Zur Messung werden Indikatoren der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sowie der Patientenzufriedenheit herangezogen. Diese neue gesetzliche Weichenstellung sollte als Chance für alle Krankenhäuser und in besonderem Maß für Universitätskliniken gelten, weil diese – zusätzlich zu Forschung, Lehre und Ausbildung – die hochwertige medizinische Versorgung schwerstkranker Patienten vornehmen.

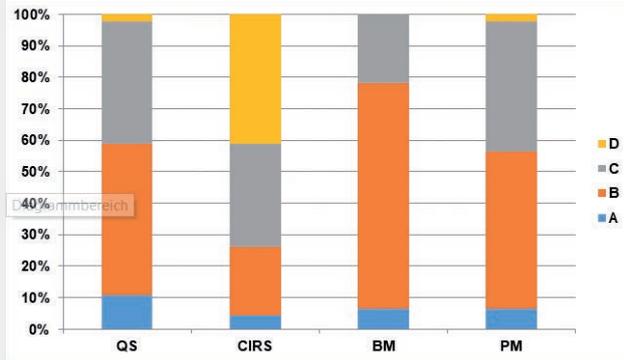


Abbildung 2: Verteilung der Reifegrade der vier Qualitätskriterien QS, CIRS, BM und PM in den 46 analysierten Kliniken des UKSH mit den Kategorien A (voll implementiert) bis D (nicht implementiert).

Hierzu sind das Vorhandensein eines umfassenden Qualitäts- und Risikomanagementsystems sowie einer zukunftsfähigen Unternehmensstrategie wesentliche Bausteine.

Das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH) ist das zweitgrößte Universitätsklinikum Deutschlands mit 13.000 Mitarbeitern, 2.500 Betten und über 100.000 stationären sowie über 300.000 ambulanten Patienten pro Jahr, verteilt auf die beiden Standorte Kiel und Lübeck. Zur Evaluation der Reifegrade des QRM-Systems am UKSH wurde ein strukturiertes Analysetool entwickelt, das einfach und effizient anzuwenden ist.

Vier Qualitätskriterien – Qualitätssicherung (QS), Critical Incident Reporting System (CIRS), Beschwerdemanagement (BM) und Prozessmanagement (PM) – wurden mittels eines strukturierten Fragebogens zur Eigen- und Fremdbewertung an den beiden Standorten des UKSH analysiert. (Abbildung 1) Jedes Qualitätskriterium wiederum wurde in vier Kategorien von A (voll implementiert) bis D (nicht implementiert) eingeteilt.

Zunächst fand eine Fremdbewertung durch das zentrale QRM und im Anschluss die Eigenbewertung der insgesamt 46 befragten Kliniken zu den jeweiligen vier Qualitätskriterien statt. Unstimmigkeiten zwischen Eigen- und Fremdbewertungen wurden in einem kollegialen Dialog gelöst. Letztendlich resultierte aus den erhobenen Daten eine Gesamtreifegradbeurteilung pro Klinik.

Der Gesamtreifegrad A wurde von 3 der 46 Kliniken (6,5%) erzielt. Keine Klinik erhielt die Gesamtreifegradbeurteilung D. 50% aller Kliniken erreichten Reifegrad B und 43,5% Reifegrad C.

Die Verteilung der unterschiedlichen vier Qualitätskriterien zeigte insgesamt eine gute Implementierung des Beschwerdemanagements auf (Reifegrade A und B mit 78,3%), während bei CIRS ein hoher Anteil der Reifegrade C und D (73,9%) vorlag. QS und PM wiesen eine sehr ähnliche Verteilung auf mit den Reifegradbeurteilungen B und C (87% QS; 91% PM) (Abbildung 2).

Durch das strukturierte Analysetool sind sowohl die Gesamtreifegrade des QRM-Systems an 46 Kliniken des UKSH als auch detailliert die Reifegrade vier wesentlicher Qualitätskriterien (QS, CIRS, BM, PM) erhoben worden. In der Konsequenz wurde ein umfangreiches Maßnahmenpaket zur Verbesserung des QRM-Systems, vor allem im Bereich des CIRS, eingeleitet.

Zukünftig werden die Reifegrade im 2 Jahresrhythmus reevaluiert. Dieses qualitative Reifegradmodell ermöglicht auf einfache und effiziente Weise, präzise Aussagen bezüglich des Vorhandenseins, der Ausprägung und der Weiterentwicklung des Qualitäts- und Risikomanagements zu generieren.



Prof. Dr. Dr. Rainer Petzina, MaHM

Ärztliche Leitung Qualitäts- und Risikomanagement und Patientensicherheit

Universitätsklinikum Schleswig-Holstein

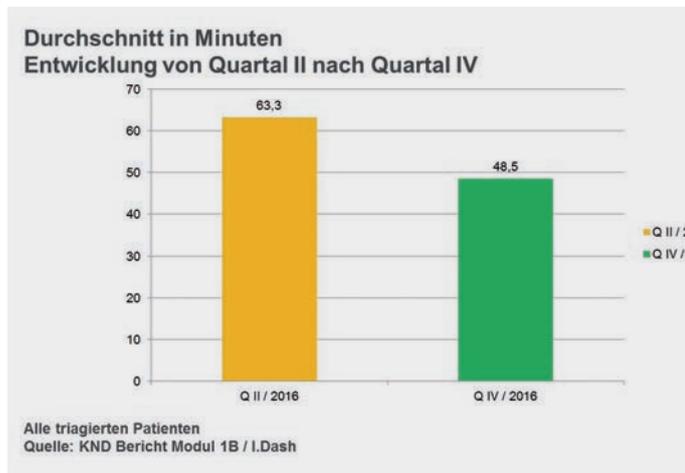


Abbildung 1: Durchschnittliche Wartezeit bis zum ersten Arztkontakt

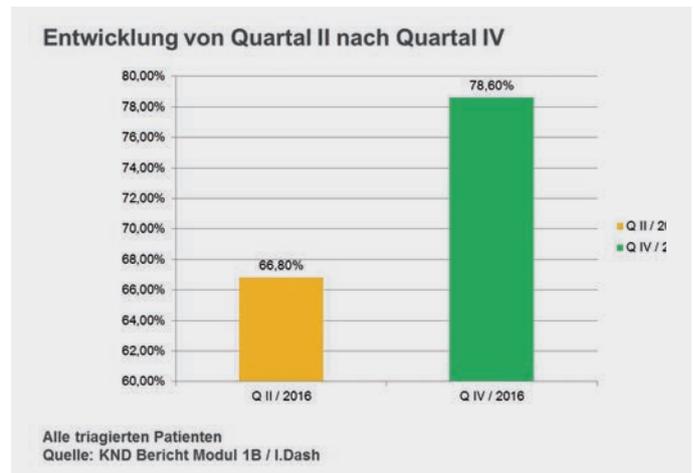


Abbildung 2: Einhaltung der vorgegebenen Triagezeit

# Re-Organisation der Zentralen Notaufnahme am Sana-Klinikum Remscheid

## Ausgangslage

Die Zentrale Notaufnahme am Sana-Klinikum Remscheid versorgt pro Jahr ca. 35.000 ambulante und stationäre Notfallpatienten. Sie ist im Grundsatz interdisziplinär ausgerichtet, es sind die klinischen Fachabteilungen

- Kardiologie, Pneumologie und Angiologie
- Gastroenterologie, Hepatologie, Stoffwechsel- und Infektionskrankheiten
- Hämatologie, Onkologie und Nephrologie
- Neurologie und Neurophysiologie
- Allgemein-, Viszeral- und Minimal Invasive Chirurgie
- Orthopädie und Unfallchirurgie
- Gefäßchirurgie

in der Zentralen Notaufnahme unmittelbar vertreten.

Enge klinische Kooperationen bestehen darüber hinaus zu weiteren Fachabteilungen und Zentren, z.B. dem Zentrum für Anästhesiologie (Schockraum) und der Radiologie. Das Sana-Klinikum Remscheid ist als regionales Traumazentrum zertifiziert und kooperiert im Traumanetzwerk Region Köln.

Organisatorisch war die Zentrale Notaufnahme bis August 2016 eng in das Zentrum für Innere Medizin eingebunden. Die ärztliche Leitung wurde bis zu diesem Zeitpunkt regelhaft aus der Klinik für Kardiologie rekrutiert und war darüber hinaus über einen langen Zeitraum vakant. Kompetenzen, Zuständigkeiten und Verantwortlichkeit der Leitungsfunktion waren insbesondere hinsichtlich der erforderlichen interdis-

ziplinären Zusammenarbeit nicht eindeutig geregelt. Ebenso gab es keine Festlegungen und Absprachen mit den bettenführenden Abteilungen zum sinnvollen und notwendigen Leistungsumfang der Zentralen Notaufnahme.

## Problemstellung

Aufgrund der organisatorischen Rahmenbedingungen und insbesondere der fehlenden medizinischen Leitung und Koordination hatte sich eine multidisziplinäre räumliche Einheit zur Versorgung von Notfallpatienten entwickelt. Eine wirkliche interdisziplinäre Zusammenarbeit fand kaum statt und beschränkte sich häufig auf Diskussionen um Zuständigkeiten in der Patientenversorgung. Untersuchungsprozesse und hier insbesondere technische Untersuchungen und Konsile durch verschiedene Fachabteilungen liefen in der Regel seriell ab und wurden oft durch relativ unerfahrene Assistenzärzte indiziert und angefordert. Diese waren oft geprägt vom Wunsch nach möglichst umfassender Absicherung. Häufig wurden Maßnahmen veranlasst, die über den notwendigen Umfang einer Notfallversorgung deutlich hinausgingen, um den nachgeschalteten stationären Sektor zu entlasten. Gesteuert wurden diese Prozesse – wenn überhaupt – von Oberärzten der klinischen Fachabteilungen, jedoch nicht unter dem Aspekt einer effizienten und qualitativ hochwertigen Notfallversorgung. Dies hatte Einfluss auf die Verweildauer der Patienten und, begünstigt durch ein baulich limitiertes Raumangebot, auch auf die Wartezeiten bis zum ersten Arztkontakt. Die gut etablierte Manchester Triage (MTS) konnte hier nur eingeschränkt Wirksamkeit entfalten,

zumal den triagierenden Pflegekräften kein unmittelbares Weisungsrecht gegenüber den ärztlichen Mitarbeitern zukommt.

Neben der oft schwierigen Außenwirkung der Zentralen Notaufnahme mit einem hohen Maß an – teils öffentlich artikulierter – Unzufriedenheit der Patienten und einer entsprechenden Beschwerdefrequenz war die Problematik auch an messbaren Indikatoren deutlich erkennbar:

- Durchschnittliche Wartezeit bis zum ersten Arztkontakt
- Einhaltung der per MTS festgelegten Zeit bis zum ersten Arztkontakt
- Anteil Patienten mit einer Wartezeit > 120 Minuten
- Anteil Patienten mit einer Wartezeit < 30 Minuten
- Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in der ZNA

Die durchschnittliche Wartezeit bis zum Arztkontakt und die Einhaltung der Triagezeiten verdienen besondere Beachtung nicht nur unter dem Aspekt der Patientenzufriedenheit, sondern vor allem auch unter dem Aspekt der Patientensicherheit. Bei der Zeitspanne zwischen Ersteinschätzung und erstem Arztkontakt handelt es sich um ein therapiefreies Intervall, dass aufgrund der jederzeit möglichen Verschlechterung des Zustandes von Notfallpatienten selbst bei fehlerfreier und zutreffender Ersteinschätzung erhebliche Risiken birgt.

## Strategien und Maßnahmen

Die Zentrale Notaufnahme wurde zum 01.09.2016 in eine eigenständige klinische Organisationseinheit (Fachabteilung) überführt und unter ärztliche Leitung gestellt. Der Leitende Arzt ist den Chefarzten der anderen klinischen Fachabteilungen gleichgestellt und berichtet direkt an die Geschäftsführung. Die Leitungsfunktion wurde eindeutig schriftlich definiert und mit fachlichem und organisatorischem Weisungsrecht gegenüber allen in der Notaufnahme eingesetzten Mitarbeitern ausgestattet. Hierdurch konnte eine unabhängige und handlungsfähige Führung etabliert werden.

Sodann wurden erste Strategien entwickelt und Maßnahmen umgesetzt:

- Etablierung von Steuerungsgremien auf Ebene der Geschäftsführung
- Klare Festlegung zur Abordnung des ärztlichen Personals aus den Fachabteilungen
- Vereinbarungen mit den Fachabteilungen zur Zuständigkeit und zum Verantwortungsübergang
- Etablierung einer täglichen interdisziplinären Frühbesprechung in der ZNA

- Festlegung der grundsätzlichen Aufgaben und des Leistungsumfanges der ZNA
- Festlegung einer Mindestqualifikation für die in der Notaufnahme tätigen Ärzte
- Konzeptionierung und Durchführung erster Fortbildungsveranstaltungen
- Situativ angepasste Fast-Track-Strategie (schnellstmögliche Weiterleitung auf Station)
- Beginn Einführung First-View-Konzept (schnellstmöglicher erster Arztkontakt)
- Zufriedenheitsbefragung des Rettungsdienstes und Ableitung erster Maßnahmen

## Erste Ergebnisse

- Die durchschnittliche Wartezeit der Patienten bis zum ersten Arztkontakt konnte im 4. Quartal 2016 von 63,3 auf 48,5 Minuten gesenkt werden
- Einhaltung der Triagezeit (Reduzierung der Verweildauer der Patienten in der Notaufnahme von 258 auf 251 Minuten)

## Ausblick

- Etablierung weiterer Strategien zur Reduzierung von Wartezeiten und Aufenthaltsdauer (Eskalationsstufen für Regel- und Bereitschaftsdienst bei hohem Patientenzustrom)
- Detaillierte symptombezogene Definition des notwendigen Leistungsumfanges der Zentralen Notaufnahme
- Intensivierte Notfallmedizinische Aus- und Fortbildung der ärztlichen Mitarbeiter; Einführung eines strukturierten Curriculums („ZNA-Führerschein“)
- Vernetzung mit der Notfallpraxis der Kassenärztlichen Vereinigung
- Erarbeitung einer Strategie für die zeitgerechte Versorgung von Patienten der MTS-Stufe 3 (< 30 min.)



Dr. med. Stefan Kortüm  
Chefarzt Ambulanz- und  
Aufnahmezentrum  
Sana-Klinikum Remscheid GmbH

Jede Sekunde zählt!

Mobile Retter  
Germersheim

Das Smartphone-basierte Ersthelfer-System mit Rettungsleitstellen-Anbindung

Publikums-liebling 2017

## Eine App, die Leben rettet

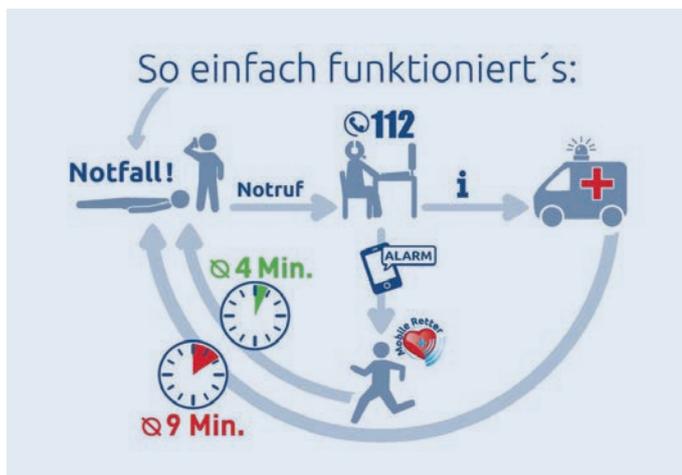
### Implementierung des Systems Mobile Retter im Landkreis Germersheim

Bei einem Herz-Kreislauf-Stillstand entscheiden die ersten Minuten über die Überlebens- und Heilungschancen. Doch gerade in ländlichen Gebieten dauert es mitunter mehr als zehn Minuten bis Notarzt und Rettungswagen eintreffen. Diese Zeit überbrücken im Landkreis Germersheim in Rheinland-Pfalz nun die „Mobilen Retter“. Das Prinzip des Asklepios-Projekts: Jeder Mensch mit einer medizinischen Ausbildung kann Mobiler Retter sein, etwa Krankenschwestern, Ärzte, Rettungsdienstpersonal, Feuerwehrleute oder Rettungsschwimmer.

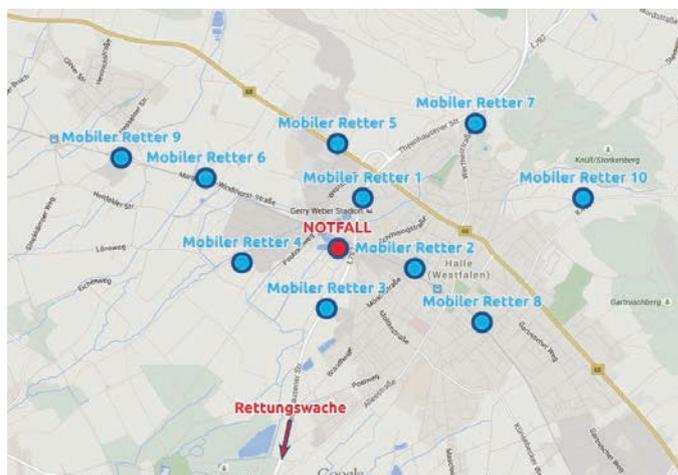
Nach einer Schulung lädt sich jeder Mobile Retter die App der Initiative auf sein Smartphone. Geht beim Rettungsdienst ein Notruf ein, bei dem es sich um einen Herz-Kreislauf-Stillstand handeln könnte, erhalten die Mobilen Retter eine Nachricht, die den kürzesten Weg zum Patienten haben. Nach erfolgter Rückmeldung werden die Einsatzdaten und die Wegbeschreibung weitergeleitet. Reagiert ein Mobiler Retter nicht binnen 20 Sekunden, wird der nächste Mobile Retter alarmiert.

Eine dieser Retterinnen ist Michaela Faugel. Die Fachkrankenschwester der Germersheimer Intensivstation erzählt: „Ich arbeite ehrenamtlich zusätzlich im Rettungsdienst. Deshalb kenne ich auch diese Seite und weiß, wie lange man mitunter braucht, bis man an der Einsatzstelle ankommt, da sich nicht in jedem Ort eine Rettungswache befindet. Einen Helfer mit medizinischer Ausbildung allerdings gibt es überall.“ Sie selbst konnte schon in ihrer Nachbarschaft in den Einsatz kommen: „Eine tolle Sache, so schnell zur Stelle zu sein, wenn Hilfe dringend nötig ist!“

Nach Gütersloh, wo das System von Dr. med. Ralf Stroop, M.Sc. entwickelt wurde, war Germersheim deutschlandweit der zweite Landkreis, der es schaffte, die Idee in die Praxis umzusetzen. Die Initiative von Dr. med. Matthias Wölfel, Ärztlicher Leiter der Notarztstandorte im Landkreis Germersheim konnte nur umgesetzt werden, da Dr. med. Volker Moog, Chefarzt der Abteilung für Anästhesie- und Intensivmedizin sowie der Landrat des Landkreises Germersheim, Dr. Fritz Brechtel gemeinsam mit der Geschäftsführung der



Die genannten Eintreffzeiten basieren auf bundesweiten Durchschnittswerten



Mobile Retter finden sich meist in nächster Nähe zum Notfallort

Asklepios Südpfalzkliniken diese begeistert aufnehmen und engagiert unterstützen.

**„In rund 60 Prozent der Fälle kommen die Mobilen Retter vor dem Rettungsdienst an – im Schnitt schon 4 Minuten nach Alarmierung!“**

„In den ersten 17 Monaten haben wir 367 Alarmierungen verzeichnet, davon wurden 224 beantwortet“, sagt Dr. Moog. „In rund 60 Prozent der Fälle kommen die Mobilen Retter vor dem Rettungsdienst an – im Schnitt schon 4 Minuten nach Alarmierung!“ Derzeit gibt es im Kreis Germersheim über 270 Mobile Retter. „Das System nutzt die Aus- und regelmäßige Fortbildung der qualifizierten Ersthelfer in Reanimationsmaßnahmen, so dass sich der Aufwand für den Einzelnen in einem akzeptablem Rahmen hält.“, so Projektleiter Dr. Wölfel. Der Landkreis und viele weitere Stellen hätten pragmatische Lösungen geschaffen, die die Umsetzung ermöglichen haben.

Die besondere Leistung bei der Umsetzung lag dabei nicht in der Technik oder darin Helfer zu gewinnen. Nein. In Rheinland-Pfalz sind die rechtlichen und organisatorischen Strukturen so unterschiedlich zu Gütersloh in Nordrhein-Westfalen, dass ein komplett neuer rechtlicher Rahmen konstruiert werden musste. In diesem Rahmen konnte der Landkreis die große Verantwortung der Trägerschaft übernehmen und jeder Retter weiß sich im Einsatz rechtlich geschützt und gut versichert. Dr. Wölfel freut sich, wenn viele Weitere dem Kreis Germersheim folgen – und so bundesweit Mobile Retter Leben retten.

Die Realisierung dieses Projektes wurde möglich durch die enge und vertrauensvolle Zusammenarbeit des Vereines „Mobile Retter“ in Gütersloh als Ideengeber, dem Landkreis Germersheim als rechtlicher Träger, der Geschäftsführung der Asklepios Südpfalzklinken als Finanzier und Mitorganisation der Schulungen und öffentlichen Veranstaltungen, und vor allem den zahlreichen ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern, ohne die es keine Mobile Retter gäbe.

Die derzeit über 270 qualifizierten Retter aus dem Kreis sind Personen aus unterschiedlichen Einheiten, Organisationen und Kliniken, darunter das Deutsche Rote Kreuz (DRK) Kreisverband Germersheim mit Bereitschaften und Ortsvereinen, DRK Rettungsdienst Südpfalz GmbH, Malteser Hilfsdienst (MHD), Rettungsdienst Rülzheim, MHD Ortsverein Hatzenbühl, die Deutsche Lebensrettungsgesellschaft (DLRG) Wörth, die Feuerwehren des Landkreises, das Technische Hilfswerk (THW) Germersheim, das Christliche Jugenddorfwerk (CJD) Maximiliansau, Lehranstalt für Rettungsdienst, Betriebsmedizinischer Dienst Daimler, Notärzte, niedergelassene Ärzte und natürlich die Asklepios Südpfalzkliniken Kandel und Germersheim mit Schwestern, Pflegern und Ärzten.



Dr. med. Matthias Wölfel

Projektleiter und Leiter der Regieeinheit Mobile Retter Landkreis Germersheim  
 Facharzt für Anästhesiologie - Notfallmedizin / Oberarzt der Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin / Ärztlicher Leiter der Notarztstandorte Germersheim und Kandel / Sprecher der Leitenden Notärzte Kreis Germersheim  
 Asklepios Südpfalzkliniken GmbH  
 Kliniken Kandel & Germersheim



# Verbundzertifizierung als Katalysator im Integrationsprozess

## Verbundzertifizierung – hoher Aufwand – hoher Nutzen

Verbund bzw. Matrixzertifizierung sollen bewusst in einem zusammenhängenden Unternehmensverbund die Gemeinsamkeiten betonen und die Unterschiede herausstellen. Sie bieten sich also geradezu an, um Unternehmensprozesse zu harmonisieren und die Corporate Identity zu stärken. Die Möglichkeit der Kostenreduktion ist ein zusätzlicher Benefit.

## Aufgabe und Herausforderungen

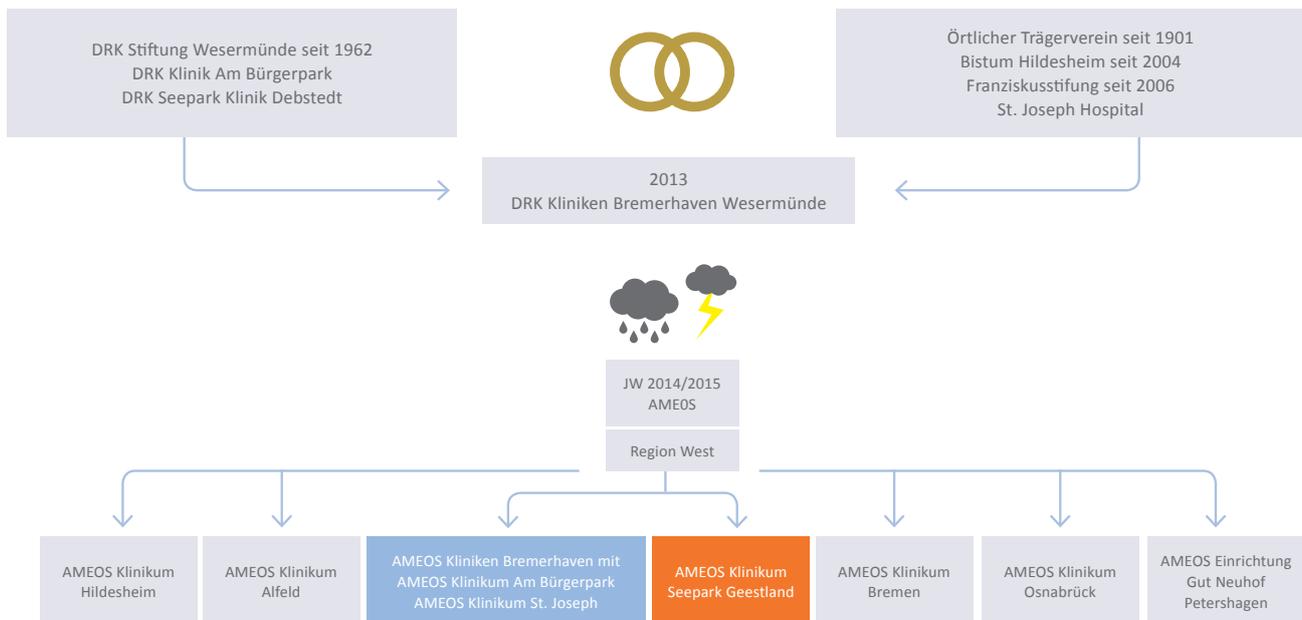
Die AMEOS Gruppe hatte Ende 2014 drei Krankenhäuser erworben, die bis dato nach den Grundsätzen des DRK geführt waren und somit in einer Verbundstruktur die Versorgung in der Region sicherstellten. Die drei Einrichtungen waren vorher bereits aus einer freigemeinnützigen Stiftung und einer konfessionellen Trägerschaft zusammengeführt worden, ohne dass dabei eine in sich geschlossene Einheit erzeugt werden konnte. Neben diesem historischen Erfahrungshintergrund war die Berücksichtigung länderspezifischer

spezifischer Vorgaben (Bremen und Niedersachsen) eine zusätzliche Herausforderung. Aus der Organisationsstruktur der AMEOS Gruppe heraus war auch die Regionalzentrale AMEOS West in Hildesheim in die DIN ISO Zertifizierung einbezogen.

Nach der Übernahme der Einrichtungen wurden sie in das Führungs- und Qualitätsmanagementsystem der AMEOS Gruppe eingebunden, d.h. die aktuelle Aufbau- und Ablauforganisation orientiert sich an einer für AMEOS geltenden Qualitätspolitik und gemeinsamen Qualitätszielen.

## Unterstützung des Integrationsprozesses durch eine Verbundzertifizierung

Ausgehend von der Schaffung eines gemeinsamen Qualitätsbewusstseins wurde die Basis für die Identifikation mit der AMEOS Gruppe als dem neuen Träger geschaffen. Dies war und ist die Basis für die Schaffung eines „Wir Gefühls“. Dabei werden, wie auch in der Vergangenheit, die Veränderungsprozesse aktiv von den Führungskräften begleitet und unterstützt. Die organisatorischen Änderungen waren zum



Beispiel die Identifizierung und Reduzierung redundanter Leistungsbereiche im Sinne einer Portfoliobereinigung sowie eine einheitliche Vorgehensweisen mit Blick auf die Abläufe und Prozesse als Vorbereitung für die standortübergreifende Bildung von Zentren.

### Und was bedeutete das im Klartext?

Abgesehen von der Sichtung von über 8.000 Dokumenten und deren Vereinheitlichung und Anpassung an ein neues Layout ging mit der Verbundzertifizierung das Angebot von Schulungen für alle Mitarbeitenden einher.

Nach der ersten Sichtung der bestehenden Dokumente gab es eine klare Vorgabe zur Reduzierung der Anzahl der gelenkten Dokumente, sowie einer Verschlinkung der Regelungsbreite und Regelungstiefe. Die Anzahl der bestehenden Dokumente konnte in Folge dessen auf 30 Prozent reduziert und im Verlauf ca. 1.000 neue Dokumente erstellt werden. Ebenfalls fand 2016 als Voraussetzung für eine einheitliche Infrastruktur (07/2016) ein unterjähriger Wechsel auf ein neues Krankenhausinformationssystem (KIS) statt. Im Verlauf wurden zudem neue personelle Ressourcen mit einer fachlichen Qualifikation im Qualitäts- und Risikomanagement geschaffen, um den neuen Ansprüchen gerecht zu werden.

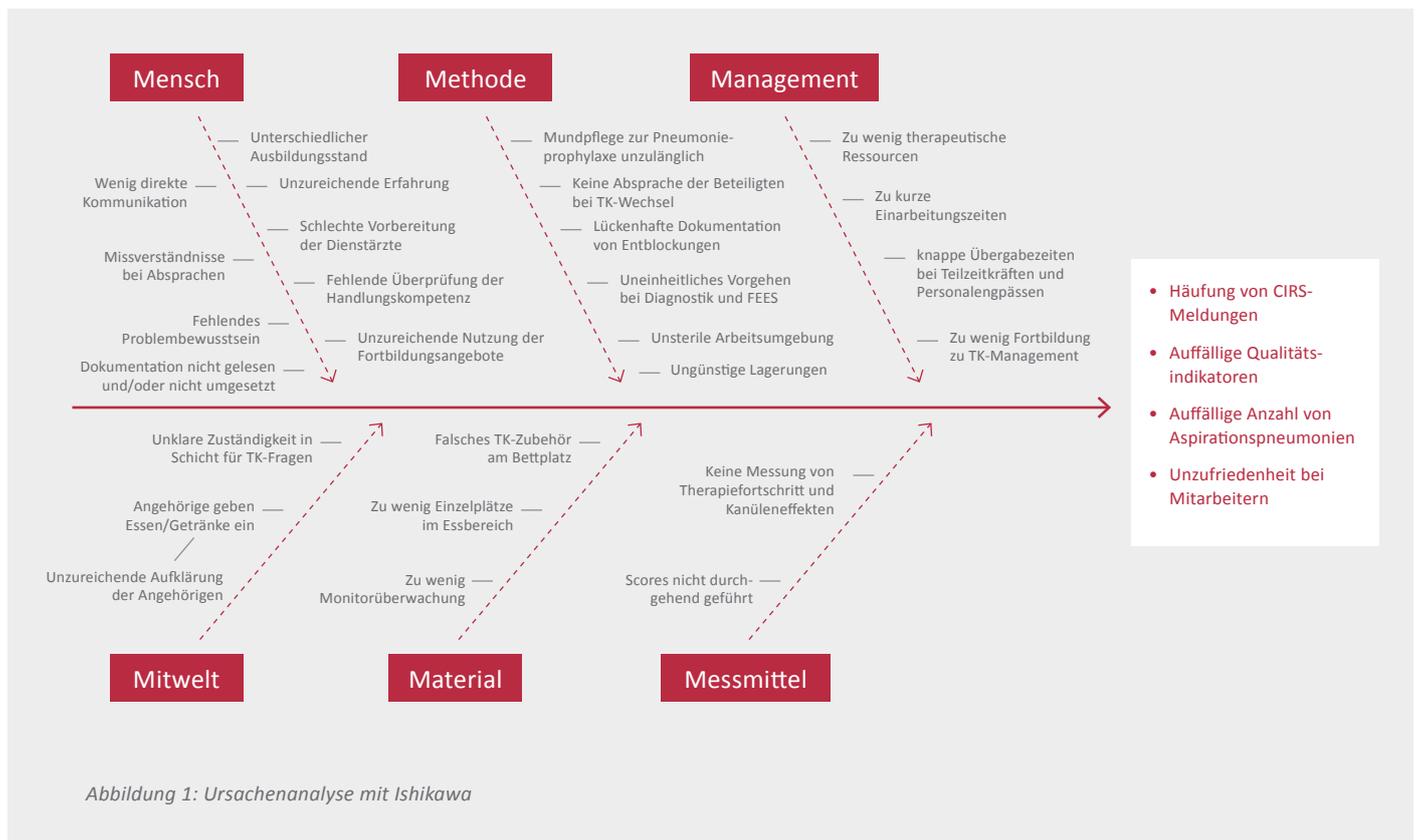
Es wurde ein Schulungsprogramm erarbeitet und in allen genannten Einrichtungen zur DIN EN ISO umgesetzt. Die Sekundär- und Tertiärprozesse wurden vereinheitlicht, wie z.B.: Abrechnung, Beschaffung, Reinigung. Zeitgleich fand zudem die Integration und Einbindung von sieben neuen Chefarzten in das neue QM-System statt.

### Was haben wir erreicht?

- Eingliederung der bisherigen QM-Systeme (ProcumZert, Inselzertifizierungen im Rahmen onkologischer Zentren) in eine einheitliche Struktur, normkonform mit der DIN ISO 9001:2015
- Bildung einer einheitlichen Regionalstruktur als Teil der AMEOS QM-Strategie 2020
- Zertifizierung aller Klinika der Region West ab Oktober 2016, die Verbundregion Bremerhaven Geestland im Februar 2017
- Ein allgemein akzeptiertes Qualitätsverständnis, das auf die gemeinsamen Werte setzt und die Unterschiede abbaut
- Die Umsetzung der DIN ISO 2015 als echtes (Führungs-) Managementinstrument
- Die Schaffung eines hausübergreifenden WIR-Gefühls
- Eine Vision und Mission (wirtschaftliche Perspektive) für 1.500 Mitarbeitende in einer strukturschwachen Region



Claudia Heinicke-Drechsler  
 Regionalleiterin Medizinentwicklung  
 AMEOS West  
 AMEOS Klinikum Seepark Geestland



# Von der CIRS-Meldung zur Organisationsoptimierung

## Ein Projekt zur Verbesserung des Trachealkanülenmanagements in der Neurologischen Klinik Bad Neustadt

### Fragestellung

Dysphagien sind häufig (> 70 %) ein Symptom bei Patienten der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation. Sie bergen ein hohes Risiko für eine Aspiration. Aspirationspneumonien und weitere schwere Komplikationen können die Folge sein. Die Versorgung mit einer Trachealkanüle stellt oft eine lebensnotwendige Maßnahme dar. Eine besondere Herausforderung ist die Phase der Entwöhnung und Dekanülierung.

Das Trachealkanülenmanagement stellt hohe Anforderungen an das interdisziplinäre Team. Die Komplexität liegt in:

- sehr arbeitsteiligen und kommunikationsintensiven Prozessen,
- einer hohen Anforderung an Spezialisierung und Qualifikation der Mitarbeiter und

- einer hohen Anzahl beteiligter Personen, z. B. Ärzte, Pflegekräfte, Therapeuten, Angehörige.

Eine Häufung von CIRS-Meldungen zum Thema „Trachealkanülenmanagement“ und Diskussionen auf Station führten zur Analyse von Qualitätsindikatoren und wiesen auf einen Handlungsbedarf hin. QM-Beauftragte und Chefarzt setzten daraufhin 2016 eine interdisziplinäre Projektgruppe ein, die durch die Klinikleitung beauftragt wurde.

### Methoden

Anhand des Ursache-Wirkungs-Diagramms erfolgte die strukturierte Erfassung der vermuteten Schwachstellen. Nach Priorisierung wurden die Themen in Arbeitspaketen (AP) gebündelt und Projektmitgliedern zugewiesen:

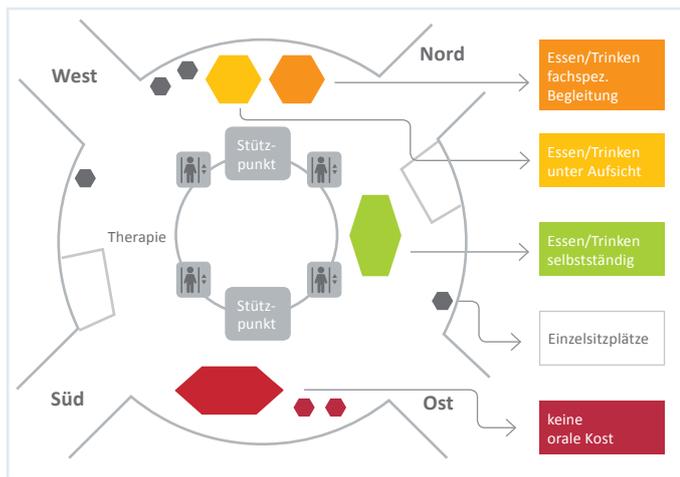


Abbildung 2: Platzierung der Patienten an Esstischen nach Dysphagiestatus

- Hausstandards und Verfahrensanweisungen
- Behandlungsexpertise
- Interdisziplinäre Kommunikation
- Sichere Arbeitsumgebung für Trachealkanülenwechsel
- Personalstruktur und -organisation
- Prozess- und Ergebnismessung
- Sichere Sitzplatzumgebung

## Ergebnisse

- Mensch und Kommunikation
  - Benennung von festen Ansprechpartnern auf Station mit entsprechender Expertise für Fragen des Kanülen-/Dysphagiemanagements
  - Harmonisierung aller Verfahrensanweisungen und Checklisten zum Thema Dysphagie
  - Einführung einer Hospitationspflicht für neue Ärzte auf der Station für Frührehabilitation mit Einweisung in das Kanülen-/Dysphagiemanagement
  - Einrichtung eines Fortbildungssets mit allen im Haus gebräuchlichen Trachealkanülen
- Struktur und Organisation
  - Neuordnung der Esstische zur Gruppierung der Dysphagiepatienten zu den Mahlzeiten
  - Einführung von Aufklebern, die alle Beteiligten über den Status der Dysphagie informieren
  - Einführung von dysphagiebezogenen Pflegekennzeichen im KIS
  - Anschaffung von Trachealkanülen-Wagen mit festgelegten Inhalten
  - Einführung eines kriteriengeleiteten Entblockungs- und Dekanülierungsmanagements mit Dysphagie-Visite
  - Anpassung des Personaleinsatzes in Bezug auf die Essensbegleitung

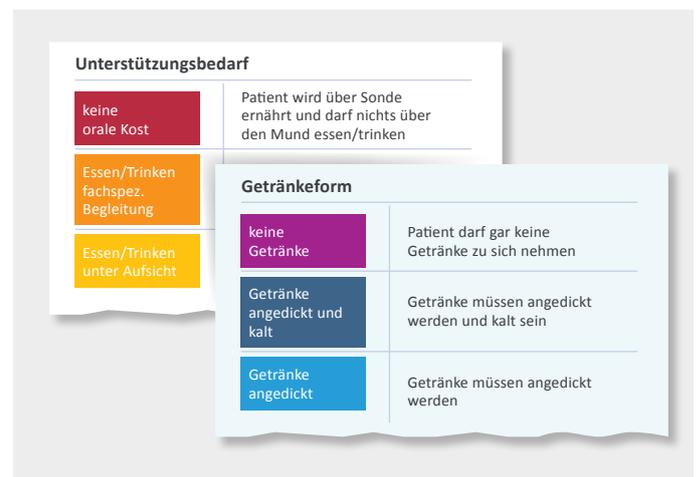


Abbildung 3: Aufkleber auf Therapiekarte zur Info über Unterstützungsbedarf und Getränkeform

## Schlussfolgerungen

Als Bausteine des klinischen Risikomanagements können sowohl qualitative Instrumente (z. B. CIRS) als auch quantitative Instrumente (z. B. Auswertung von Indikatoren) auf Problematiken der sicheren Patientenversorgung hinweisen. Das Ursache-Wirkungs-Diagramm (Ishikawa) ist eine geeignete Methode zur Analyse und bewährt sich besonders bei komplexen Zusammenhängen. Ein Erfolgsfaktor für die Wirksamkeit von Maßnahmen ist die Kombination aus verbindlichen Festlegungen, strukturellen Änderungen und Verbesserung der sicheren Informationsweitergabe.

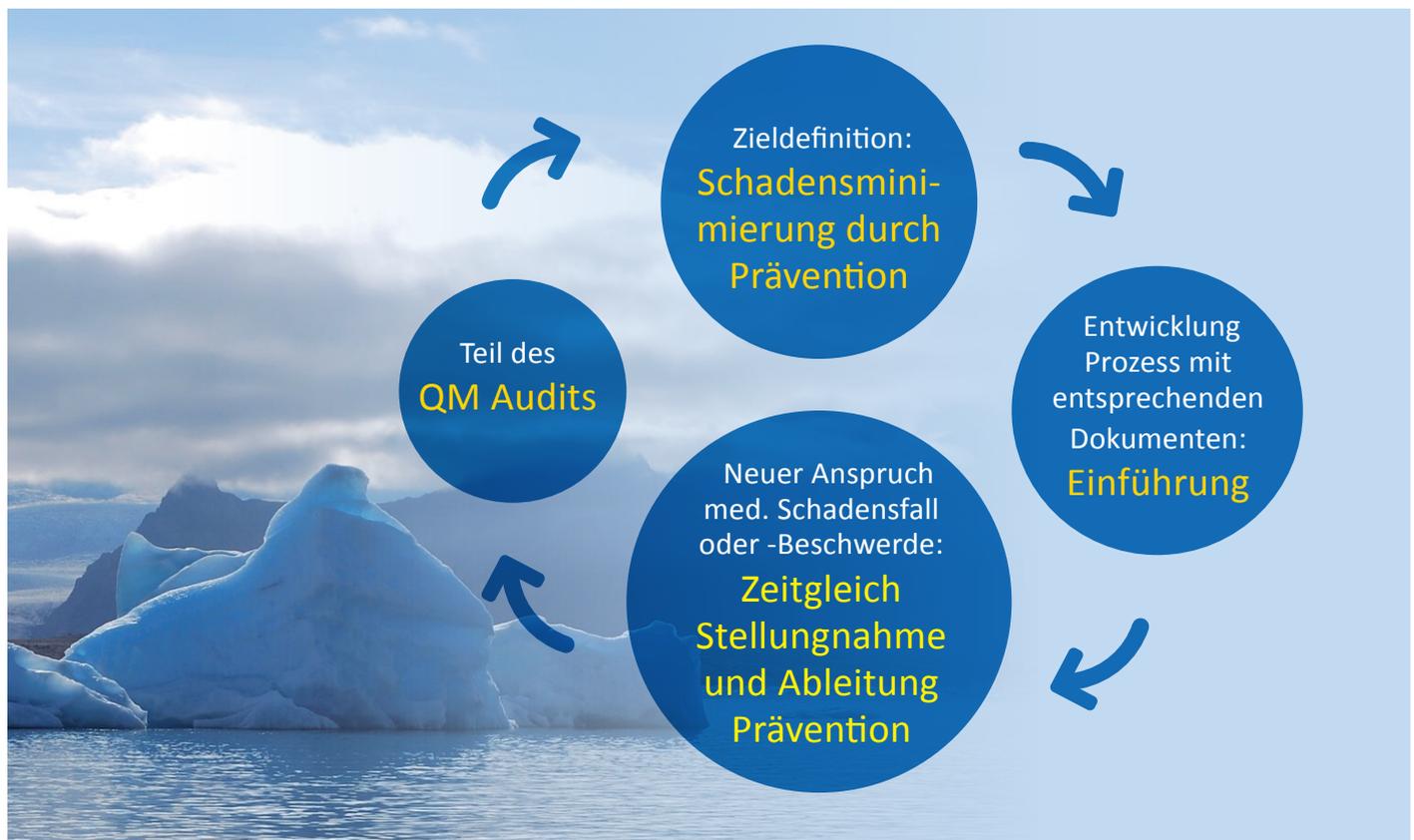
Die Überprüfung der entsprechenden Qualitätsindikatoren wird 6 Monate nach Abschluss des Projektes erfolgen.



Karin Meier  
Qualitätsmanagementbeauftragte  
Neurologische Klinik Bad Neustadt  
Campus Bad Neustadt



Dr. med. Volker Ziegler  
Chefarzt der neurologischen-neurochirurgischen Frührehabilitation  
Neurologische Klinik Bad Neustadt  
Campus Bad Neustadt



# Vorbeugen ist besser als Schaden

## Präventivmaßnahmen im medizinischen Schadensfall und im Beschwerdemanagement

In 2016 entwickelte der Bereich PQM (Prozess und Qualitätsmanagement) unter der Leitung von Angela Lichtner ein Präventionsverfahren zur verbindlichen Umsetzung von Maßnahmen aufgrund von möglichen und tatsächlichen Abweichungen aller Fehlerquellen wie z.B. Beschwerden, klinischen Schadensfällen und CIRS-Meldungen.

Die verschiedenen Instrumente zur Messung und Überprüfung von Fehlern waren bereits in den Alltag eingeführt und dienen in dem Projekt als gute Basis.

Qualitätsmanagement gilt in den Regio Kliniken als Führungsaufgabe. So sind in dem neuen Verfahren die Führungskräfte der Fachabteilungen diejenigen, die Präventionsmaßnahmen konzipieren, in ihren Praxisalltag etablieren und für die Nachhaltigkeit Verantwortung zeigen.

Der Präventionsprozess sieht nun vor, dass bei neu aufgetretenen medizinischen Schadensfällen, Beschwerden etc. der Chefarzt oder die Führungskraft nicht nur um eine Stellungnahme zum Vorwurf oder Sachverhalt gebeten wird, sondern auch gleichzeitig um die Festlegung einer Präventionsmaßnahme aufgefordert wird. Dazu wird ein Formular (Prävention - Maßnahmenableitung bei besonderen Vorkommnissen / Behandlungsvorwürfen) genutzt. Bei Beschwerden gilt seit 2016 dasselbe Verfahren. Das ausgefüllte Formular wird dem Bereich PQM zugeleitet. Die beschriebene Präventionsmaßnahme fließt dann bei internen Audits in die Kriterien des Bereiches mit ein und wird zeitnah auf Umsetzung überprüft.

Dieses Präventionsverfahren ist inzwischen gut in der Praxis etabliert und wird von allen Beteiligten mit hohem Engagement umgesetzt. Damit haben wir einen weiteren Baustein

Fachabteilungen	Termin	Auditteam	Auditart	A: Regio interne Audits Audits: IKS C: Riskaudits D: Audits: Prozessaudits	B:	aus Beschwerden	Umsetzung	aus CIRS, Schadensf.	Umsetzung
				Präventionsmaßnahme	geprüft	Präventionsmaßnahme	geprüft		
<b>CS 1 = Privatstation</b>									
BL Frau Heuer	07.03.2017 09:00 - 10:00 Uhr	Anja Wandt	A	Frau xxx „Präventionsmaßnahmen der FAIBeschwerdenElmshorn02.2017xy, Anästhesie.doc“	ja				ja
			B	Frau xxx „Präventionsmaßnahmen der FAIBeschwerdenElmshorn12.2016 He xy.pdf“					
<b>2 DE = Unfallchirurgie/Orthopädie</b>									
	02.03.2017 09:00 - 10:30 Uhr	Anja Wandt Bitte der PD	A	Herr xxx „Präventionsmaßnahmen der FAIBeschwerdenElmshorn03.2017 xy.pdf“	ja		Präventionsmaßnahmen der FAISchadensfWG Fr.xy Klinikum Elmshorn.msg		ja
			B	„Präventionsmaßnahmen der FAIBeschwerdenElmshorn03.2017 xy2DE (Pflege).pdf“	ja				ja
<b>3 BC = Viszeralchirurgie</b>									
CA Dr. Ulf Niemann	23.03.2017 09:00 - 10:30 Uhr	Anja Wandt Audit Pl, A	A	Frau xxx „Präventionsmaßnahmen der FAIBeschwerdenElmshorn03.17 xy.pdf“	ja		Präventionsmaßnahmen der FAISchadensfWG Fr.xy Klinikum Elmshorn.msg		ja
BL Frau Sommer			B						

Präventionsmaßnahmen

in unserem klinischen Risikomanagement, um die Sicherheit der uns anvertrauten Patienten gewährleisten zu können.

Die Regio Kliniken GmbH (KTQ-zertifiziert) ist die integrierte Anbieterin von Dienstleistungen im Gesundheitswesen in der Region Pinneberg. Ein hohes Maß an Sicherheit für die Patienten und einen überdurchschnittlichen Hygienestandard zeichnen die drei Krankenhäuser der Regio Kliniken in Elmshorn, Pinneberg und Wedel aus.

Als Schwerpunktversorger decken die Kliniken fast das gesamte medizinische Leistungsspektrum wohnortnah ab. In Zentren zur Behandlung von Krebs-, Muskel- und Skelett- sowie Gefäßerkrankungen arbeiten Spezialisten verschiedener Disziplinen für jeden Patienten nach individuellen Behandlungsplänen. Die Urologie und die Gynäkologie sind weit über die Grenzen des Landkreises bekannt und gehören zu den größten Zentren im Land. Jährlich werden in den Krankenhäusern rund 35.000 Patienten stationär und weitere 55.000 Patienten ambulant behandelt.

Im modernen Geburtszentrum mit angeschlossener Intensivstation für Frühgeborene und Kinderklinik in Pinneberg erblicken jedes Jahr rund 1.400 Kinder das Licht der Welt.

Regio Kliniken GmbH  
Präventionsmaßnahmen  
Beschwerdemanagement

Prävention – Maßnahmenleitung bei Beschwerden

Beschwerde:

Darstellung der daraus abgeleiteten Maßnahmen: Was? Wer? Wann? (Sichwoit, Verantwortlichkeit, Zeitfenster)

Regio Kliniken GmbH  
Präventionsmaßnahmen  
Versicherungswesen (Einkauf)

Prävention – Maßnahmenleitung bei besonderen Vorkommnissen / Behandlungsvorfällen, CIRS

Anlage zur Stellungnahme im Behandlungsfall, weil vom Versicherungsgeber (Einkauf) eingedragene Präventionsdaten, Name, Vorname, Geburtsdatum

Behandlungsvorwurf / Vorkommnis:

Reg. Unvollständige Aufklärung  
Nicht vom Versicherungsgeber (Einkauf) eingetragene

Darstellung der daraus abgeleiteten Maßnahmen: Was? Wer? Wann? (Sichwoit, Verantwortlichkeit, Zeitfenster)

Präventions-Formulare



Angela Lichtner  
Leitung Prozess- und Qualitätsmanagement  
Regio Kliniken GmbH



# Wir arbeiten für Ihre Gesundheit

## Der AMEOS Strategieprozess

### Basis für das AMEOS QM-System

Die AMEOS Gruppe hat in einem umfangreichen Prozess ihre Strategie überarbeitet. Entstanden ist eine neue Basis für das zukünftige Handeln und Wirken im gesamten Unternehmen. Mission, Vision und Werte dienen als Orientierung für alle Mitarbeitenden, ob in den ärztlichen, pflegerischen, therapeutischen oder den serviceorientierten Bereichen. „Qualitätsmanagement ist eine elementare Führungsaufgabe.“

Darüber hinaus sind die strategischen Elemente Grundlage für unsere Qualitätspolitik und die Qualitätsziele. Die Implementierung eines QM-Systems wird bei AMEOS als elementare Führungsaufgabe verstanden. Das AMEOS QM-System wird zentral vorgegeben und dann lokal weiter ausgestaltet, konkretisiert und umgesetzt. Es ist ein übergreifender Rahmen, der eindeutige Ziele vorgibt. Diese werden verknüpft mit den Anforderungen und Besonderheiten der einzelnen

Einrichtungen. So erreichen wir eine einheitliche Stringenz für alle Einrichtungen als Basis für die DIN EN ISO 9001:2015 Zertifizierungen.

Der Strategieprozess verknüpfte Top-down- und Bottom-up-Ansatz. Zunächst fand auf Vorstandsebene eine grundlegende Überarbeitung aller Elemente statt. Dann wurden die nächsten Managementebenen in den Prozess eingebunden. Dies mündete in einem Strategietag mit über 100 Teilnehmenden, welcher die Einbindung aller Ebenen und Berufsgruppen in den Prozess ermöglichte.

Diese sogenannten Strategiebotschafter begleiten den Prozess der Kommunikation und Umsetzung bei AMEOS weiter. Abschließend wurde das Ergebnis des Prozesses auf der höchsten Managementtagung diskutiert und die finale Strategie zur Implementierung freigegeben. Der Prozess wurde von einer externen Strategieberatung begleitet.

## Ausgewählte Maßnahmen und Auswirkungen im Überblick

### Maßnahmen:

- Strukturierter und umfassender Strategieprozess
- Etablierung von Strategiebotschaftern und regelmäßige Einbindung
- Regionale Take-off Veranstaltungen für Führungskräfte und Strategiebotschafter aus allen Ebenen und Berufsgruppen
- Strategie-Mitarbeiter-Versammlungen
- Strategieflyer – Versand an alle Mitarbeitenden mit der Lohnabrechnung
- Sonderbeilage Mitarbeiterzeitung (MAZ)
- MAZ Serie zu den AMEOS Werten
- Lokale Erarbeitungen von Maßnahmen zur Übersetzung und Umsetzung der Strategie auf Einrichtungsebene
- Überarbeitung der Leitbilder auf der Basis der AMEOS Strategie
- AMEOS Unternehmensfilm – Werte, Mission und Vision

### Auswirkungen:

- Schaffung eines Wir-Gefühls – Wir sind mit dabei!
- Übertragung der Strategieelemente auf die Einrichtungen
  - Beteiligung
  - Transparenz
  - Identifikation mit der Strategie
  - Handlungsrahmen wird erlebbar
- Erzeugung einer Plattform für Ideen zur Verbesserung von Prozessen, zur Weiterentwicklung der Einrichtungen u.v.m.
  - Gemeinsam Zukunft gestalten
- Es entstehen Leitbilder, die auf die Einrichtungen passen und die von den Mitarbeitenden angenommen werden.
  - Werteorientiertes Handeln

## Die AMEOS Strategie

Die Mission für die gesamte AMEOS Gruppe, als Ergebnis dieses Prozesses, lautet nun: „Wir arbeiten für Ihre Gesundheit – AMEOS sichert die Gesundheitsversorgung in den Regionen. AMEOS ist Ihr Gesundheitsversorger – Wir stehen für Qualität. Wir sind Taktgeber. Wir wachsen erfolgreich.“ Dies tun wir auf der Basis unserer Werte. AMEOS steht für:

**A wie Außergewöhnlich:** In jeder Hinsicht, mit Qualität und Ideen für eine bestmögliche Versorgung.

**M wie Menschlich:** Leben und Erleben mit Herz und Verstand.

**E wie Engagiert:** Gemeinsam besser werden; anpacken und verantwortlich handeln.

**O wie Offen:** Entwicklungen und Chancen für alle, die uns brauchen.

**S wie Sozial:** Füreinander einstehen; Vorbild sein – im Großen wie im Kleinen.

Die einzelnen Einrichtungen können auf dieser Basis ihre eigenen Formulierungen und eine Konkretisierung erarbeiten. Damit haben sie eine Wertebeschreibung, welche die Besonderheiten der Einrichtung berücksichtigt. Diese Basis fließt in die Qualitätsmanagementdokumente der Einrichtung ein und verknüpft damit Gruppen-, Regional- und Einrichtungsebene.

## Die AMEOS Strategie

<b>Einrichtungen</b>	77
<b>Standorte</b>	41
<b>Betten/Plätze</b>	ca. 9.000
<b>Mitarbeitende</b>	ca. 12.800
<b>Klinika und Poliklinika</b>	53
<b>Pflege und Eingliederung</b>	24
<b>Gesamterlöse</b>	825 Mio. Euro
<b>Bilanzsumme</b>	900 Mio. Euro

*„Die Strategie, als eine solide Basis für die Weiterentwicklung der AMEOS Gruppe, sollte von möglichst vielen Mitarbeitenden entwickelt werden. Diese Beteiligung erzeugt Identifikation. So können wir unsere Qualitätsziele gemeinsam erreichen.“*

*Dr. Marina Martini*



Dr. Marina Martini  
Mitglied des Vorstandes  
AMEOS Gruppe



*In der Herzchirurgie werden zum Teil über 150 Nadeln und Nadel-Faden-Kombinationen pro Operation benötigt.*

# Zählkontrollen im OP

## Jede Nadel zählt

Unbeabsichtigt im OP-Gebiet belassene Fremdkörper sind ein anhaltendes Risiko für die Patientensicherheit. Bislang nur eine Empfehlung, gehört das Zählen von Tupfern, Instrumentarium und Co mittlerweile zum Risikomanagement vieler Kliniken. Eine Statistik zur Häufigkeit des unbeabsichtigten Belassens von Fremdkörpern im operierten Patienten liegt für Deutschland nicht vor. Auf der Grundlage international veröffentlichter Studien sterben in Deutschland nach einer Schätzung aber ca. 600 bis 700 Patienten wegen im Körper vergessener Tupfer und anderer Operationsmaterialien. Insgesamt verbleiben in Deutschland schätzungsweise jährlich bis zu 3.000 Fremdkörper wie Tupfer und Bauchtücher nach einem Eingriff unbeabsichtigt im Körper von Patienten. Diese Zahlen zeigen, dass der Empfehlung Zählkontrollen durchzuführen, unbedingt nachgegangen werden sollte.

Zählkontrollen gehören seit jeher zum Standard der OP-Abteilung unserer Klinik und sind fester Bestandteil des

Team-Time-Outs. Diese Vorgehensweise soll das unbeabsichtigte Belassen von Fremdkörpern im OP-Gebiet verhindern und damit maßgeblich zur Erhöhung der Patientensicherheit beitragen. Damit ist unsere Klinik den Empfehlungen des Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. nachgekommen. Das Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. (APS) hat im Jahr 2010 „Jeder Tupfer zählt! – Handlungsempfehlungen zur Vermeidung unbeabsichtigt belassener Fremdkörper im OP-Gebiet“ herausgegeben ([www.aktionsbueundnis-patientensicherheit.de](http://www.aktionsbueundnis-patientensicherheit.de)).

Die praktischen Empfehlungen für den Ablauf und die Durchführung umfassen die Ausgestaltung von Zählkontrollen zu unterschiedlichen Zeitpunkten. Im Zuge der präoperativen Zählkontrolle sollen zum Einsatz kommende Instrumente und Materialien bekannt sein, gezählt und dokumentiert werden. Die intraoperative Zählkontrolle zielt darauf, dass alle Instrumente und Materialien bekannt, gezählt und dokumentiert werden, die anlässlich des chirurgischen Eingriffes zusätzlich



angereicht werden. Die postoperative Zählkontrolle hat zum Ziel, dass der Patient den Ort des chirurgischen Eingriffes ausschließlich mit Fremdkörpern verlässt, die beabsichtigt in ihn eingebracht wurden.

### *Eine strukturierte Zählkontrolle setzt eine gute Teamarbeit sowie Zeit und Ruhe voraus. Zeit, die im straffen OP-Alltag oft nicht vorhanden ist.*

Eine große Herausforderung für das OP-Team bestand in einer strukturierten Zählkontrolle von Nadeln und Nadel-Faden-Kombinationen. In der Herzchirurgie werden zum Teil über 150 Nadeln und Nadel-Faden-Kombinationen pro Operation benötigt. Dies lässt darauf schließen, dass sich der Überblick und die Durchführung einer Zählkontrolle schon wegen der hohen Anzahl und dem daraus resultierenden Zeitaufwand schwierig gestalten können. Die Befürchtung war, dass durch das Zählen der Nadeln und Nadel-Faden-Kombinationen eine Verlängerung der Operationszeit eintritt.

Die Vorgaben des Leitfadens der Qualitätsdimension Patientensicherheit von Qualitätskliniken.de (vom 22.07.2014) veranlassten uns, die Thematik noch einmal aufzugreifen. Ohne große Zeitverzögerung und mit wenig Aufwand eine ordnungsgemäße Zählkontrolle der Nadeln und Nadel-Faden-Kombinationen durchzuführen und eine ausreichende Akzeptanz unter allen Berufsgruppen zu erreichen, waren die Ziele.

Es wurden Nadelboxen mit Magneten und nummerierten Einstichkissen angeschafft und eine Strichliste zum Überblick über angereicherte Nadeln und Nadel-Faden-Kombinationen erstellt. Das KIS sowie das OP-Pflegeprotokoll wurden um



diese Punkte entsprechend ergänzt. Gezählt wird wie gewohnt nach dem 4-Augen-Prinzip und das Ergebnis wird im OP-Pflegeprotokoll sowie im KIS dokumentiert. Im Rahmen des Team-Time-Outs erfragt der Operateur das Ergebnis der Zählkontrolle. Nach jeder offiziellen Zählkontrolle wird der Operateur über das Ergebnis informiert. Jedes Teammitglied muss Zweifel laut und deutlich aussprechen. Bei Diskrepanzen in einer Zählkontrolle wird die Prozedur nach Möglichkeit gestoppt und eine systematische Revision des Wundgebietes (ggf. unter Einsatz des Röntgengerätes) durchgeführt.

Aus der heutigen Erfahrung lässt sich sagen, dass eine strukturierte Zählkontrolle die OP-Zeiten nicht wesentlich verlängert. Mit den Nadelboxen wurde nicht nur mehr Übersicht geschaffen, das Risiko eines Patientenschadens durch eine im Körper verloren gegangene Nadel wurde stark minimiert.

Bei einer Diskrepanz zwischen angereichten und gezählten Nadeln können rechtzeitig geeignete Maßnahmen zum Wiederauffinden der Nadel eingeleitet werden. Bei einem Personalwechsel unter der Operation kann eine ordnungsgemäße Übergabe erfolgen. Die Kriterien des 4QD-Leitfadens zum Thema Zählkontrollen konnten in vollem Maße umgesetzt werden.



Christine Wenzel

Leiterin OP-Pflege und Zentrale  
Sterilgut-Versorgungsabteilung  
Sana-Herzzentrum Cottbus GmbH

## 4QD – Qualitätskliniken.de GmbH

Geschäftsstelle  
Friedrichstraße 60  
10117 Berlin  
Tel: (030) 32503650  
info@qualitaetskliniken.de

1. Auflage  
November 2017

### **Gestaltung:**

Annette Forsch, Konzeption & Design, Berlin

### **Beteiligung:**

Bei der Entwicklung des Tagungsbandes haben folgende Institutionen mitgewirkt:

AMEOS Gruppe  
AMEOS Klinikum Aschersleben  
AMEOS Klinikum Dr. Heines Bremen  
AMEOS Klinikum Halberstadt  
AMEOS Klinikum Seepark Geestland  
Asklepios Kliniken GmbH  
Asklepios Fachklinikum Göttingen  
Asklepios Klinikum Schwalmstadt  
Asklepios Südpfalzkliniken GmbH / Kliniken Kandel & Germersheim  
Klinikum Esslingen GmbH  
Neurologische Klinik Bad Neustadt  
Neurologisches Rehabilitationszentrum Quellenhof GmbH  
Regio Kliniken GmbH  
RKU – Universitäts- und Rehabilitationskliniken Ulm gGmbH  
Sana-Herzzentrum Cottbus GmbH  
Sana Kliniken AG  
Sana Kliniken Bad Wildbad  
Sana Kliniken Duisburg GmbH  
Sana-Klinikum Remscheid GmbH  
St. Josefs-Hospital Wiesbaden GmbH  
St. Josef-Stift Sendenhorst  
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf  
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein

### **Druck:**

bis 500druck

### **Nutzungsbedingungen:**

Der Tagungsband darf zu wissenschaftlichen Zwecken und zum Eigengebrauch kopiert und zitiert werden. Die Urheberrechte liegen bei den Autoren. Jede kommerzielle Nutzung der Dokumente, auch von Teilen und Auszügen, ist ohne vorherige Zustimmung und Absprache mit den Autoren ausdrücklich verboten.



4QD – Qualitätskliniken.de GmbH

Geschäftsstelle  
Friedrichstraße 60  
10117 Berlin  
Tel: (030) 32503650  
info@qualitaetskliniken.de

[www.qualitaetskliniken.de](http://www.qualitaetskliniken.de)