

Jahresbericht 2017/2018

Das starke Netzwerk
kommunaler Kliniken

Top-Themen



QuMiK
Qualitätspreis



Benchmarking



Inhaltsverzeichnis

Vorwort	04
1.0 Der QuMiK-Verbund	06
1.1 Überblick	08
1.2 QuMiK-Jahresveranstaltung	10
1.3 Selbstverständnis	12
2.0 Die Verbundmitglieder	14
2.1 ALB FILS KLINIKEN	16
2.2 Gesundheitsverbund Landkreis Konstanz, Hegau-Bodensee-Klinikum	17
2.3 Klinikverbund Südwest	18
2.4 Kreiskliniken Reutlingen	19
2.5 Oberschwabenklinik	20
2.6 Regionale Gesundheitsholding Heilbronn-Franken	22
2.7 Regionale Kliniken Holding RKH	24
2.8 Schwarzwald-Baar Klinikum Villingen-Schwenningen	26
2.9 Städtisches Klinikum Karlsruhe	27
3.0 Top-Thema QuMiK-Qualitätspreis	28
3.1 Einleitung	30
3.2 Prämierte Projekte	32
4.0 Top-Thema Benchmarking	38
4.1 Einleitung	40
4.2 Ausgewählte Benchmarks	42
5.0 Wissenstransfer durch Arbeitsgruppen	52
5.1 Überblick	54
5.2 QuMiK-Austauschplattform	55
5.3 Projekt QuMiK-Bündelstrategie zur Vermeidung postoperativer Wundinfektionen	56
5.4 Top-Veranstaltungen zur interdisziplinären Weiterbildung	58
Ausblick	60
Impressum	62

Vorwort



Prof. Dr.
Hans-Jürgen Hennes
QuMiK-Verbund-
sprecher

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Leser,

unserem Anspruch nach ständiger Verbesserung unterliegt auch der regelmäßige QuMiK-Jahresbericht. Ab diesem Jahr fassen wir zwei Jahre in einem Bericht zusammen. Mit der neuen Darstellungsform möchten wir Ihnen unsere Aktivitäten kompakter und noch etwas anschaulicher präsentieren.

Als Verbundpartner verfolgen die Mitglieder der QuMiK seit ihrer Gründung im Jahr 2001 ein gemeinsames Ziel: Einen vielfältigen und offenen Wissensaustausch, um die Behandlungsqualität in den Krankenhäusern der Mitglieder permanent zu verbessern. Durch gemeinsame Vergleiche und gegenseitiges Lernen vom jeweilig Besten stellen sie sich den Herausforderungen im Gesundheitssystem und dem Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit.

Die Zusammenarbeit im QuMiK-Verbund entwickelt sich kontinuierlich weiter. Von den jeweilig Besten zu lernen, setzt voraus, besondere Leistungen in einzelnen Einrichtungen im QuMiK-Verbund transparent zu machen und deren Transfer zu unterstützen. Die beiden Top-Themen im vorliegenden Jahresbericht 2017/2018, QuMiK-Qualitätspreis und Benchmarking im Verbund, stehen in besonderer Weise für unseren hohen Anspruch und dessen erfolgreiche Umsetzung. Der zweijährig ausgeschriebene Preis macht innovative Krankenhaus-Projekte innerhalb des Verbundes bekannt. Die Auszeichnung der besten Projekte erfolgt im Rahmen unserer QuMiK-Jahresveranstaltung. Im vorliegenden Bericht stellen wir Ihnen die Preisträger und deren Projekte vor.

Nach vielen Jahren mit intensiver Grundlagenarbeit, insbesondere unserer Krankenhaus-Controller, ist es in der QuMiK gelungen, eine sehr umfangreiche gemeinsame Datenbasis aufzubauen, die im Detail zwischen den Häusern abgestimmt ist. Der Erfolg zeigt sich darin, dass die daraus resultierenden jährlichen Benchmarks über die verschiedensten Bereiche eines Krankenhauses mittlerweile eine Aussagekraft erreicht haben, die in dieser Form sicher einzigartig ist. Dies

schließt auch bedeutsame wirtschaftliche Kennziffern ein. Von zentraler Bedeutung ist dabei unser etablierter Produktivitätsbenchmark, der jedem QuMiK-Mitglied anhand von mehreren Perspektiven eine umfassende Analyse bis auf die Ebene der einzelnen medizinischen Fachabteilung liefert. Unser aktuellstes Benchmark-Projekt beschäftigt sich mit dem OP-Bereich und wird durch unsere Fachgruppe OP unterstützt. Der OP ist eine zentrale Stelle der stationären Leistungserbringung mit einer hohen Personalintensität und zahlreichen Schnittstellen. Zusätzliche Transparenz über die Effektivität und Effizienz der Strukturen und der Arbeitsprozesse im OP verschaffen den Einrichtungen einen enormen Vorteil bei der Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit.

Neben den beiden Top-Themen finden Sie weitere interessante Informationen über die QuMiK, die dazugehörigen Mitglieder und die Zusammenarbeit kommunaler Krankenhäuser. Mit einem Netzwerk bestehend aus mittlerweile 20 Arbeits- und Fachgruppen, vielfältigen Aktivitäten, Projekten und Leistungsvergleichen sieht sich der QuMiK-Verbund für die Zukunft sehr gut aufgestellt.

Wir wünschen Ihnen viel Freude bei der Lektüre.



Matthias Ziegler
Geschäftsführer der
QuMiK GmbH



1.0 *Der QuMiK-Verbund*





1.1 Überblick

Die QuMiK GmbH wurde 2001 durch vier Krankenhausträger in Baden-Württemberg gegründet. In den folgenden Jahren ist der QuMiK-Verbund stetig gewachsen. Zuletzt ist im Jahr 2015 das Städtische Klinikum Karlsruhe dem Verbund beigetreten. Damit umfasst der Verbund zwölf kommunale Krankenhausträger in Baden-Württemberg:

- ALB FILS KLINIKEN GmbH
- Gemeinnützige Krankenhausbetriebsgesellschaft Hegau-Bodensee-Klinikum mbH
- Klinikverbund Südwest GmbH
- Kliniken Ludwigsburg-Bietigheim gGmbH
- Enzkreis-Kliniken gGmbH
- Kliniken des Landkreises Karlsruhe gGmbH
- Kreiskliniken Reutlingen GmbH
- Oberschwabenklinik GmbH
- Schwarzwald-Baar Klinikum Villingen-Schwenningen GmbH
- SLK-Kliniken Heilbronn GmbH
- Klinik Löwenstein gGmbH
- Städtisches Klinikum Karlsruhe gGmbH

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

Prof. Dr. Hans-Jürgen Hennes ist seit Januar 2017 Sprecher des QuMiK-Klinikverbundes und nimmt die Funktion für drei Jahre wahr. Hans-Jürgen Hennes ist Facharzt für Anästhesie und absolvierte ein Zusatzstudium Krankenhausmanagement. Seit 2015 ist er Medizinischer Geschäftsführer des Städtischen Klinikums Karlsruhe. Er ist Nachfolger von Dr. Thomas Jendges, Geschäftsführer der SLK-Kliniken Heilbronn GmbH, der die Sprecherfunktion über sechs Jahre ausgeübt und die Weiterentwicklung der QuMiK in dieser Zeit maßgeblich mitgestaltet hat.

Die zwölf QuMiK-Mitglieder sind an 35 Standorten in Baden-Württemberg vertreten (siehe Karte) und verfügen über rund 12.000 Betten. Im Jahr 2016 wurden 1.600.000 Patienten ambulant und 500.000 Patienten stationär behandelt. Damit repräsentiert der QuMiK-Verbund einen Anteil von rund 20 Prozent in Baden-Württemberg.

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

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



v. l.: Dr. Thomas Jendges wünscht Prof. Dr. Hans-Jürgen Hennes einen guten Start als QuMiK-Verbundsprecher. Der Stabwechsel erfolgte im Rahmen der jährlich stattfindenden Strategietagung des QuMiK-Klinikverbundes in Neckarwestheim.



▲ Akutversorgung ▲ Akutversorgung + Rehabilitation

1.2 QuMiK-Jahresveranstaltung

Mit den Jahresveranstaltungen bietet die QuMiK ihren Mitgliedern und geladenen Gästen seit mehreren Jahren eine interessante Plattform für den fachlichen Austausch. Die am 7. Juli 2016 ausgerichtete Jahresveranstaltung in Markgröningen mit rund 120 Gästen aus den 42 Partnerkliniken gab einen beeindruckenden Überblick über die zahlreichen Aktivitäten zur Kooperation und zum partnerschaftlichen Lernen der QuMiK-Krankenhäuser in Baden-Württemberg.

QuMiK-Geschäftsführer Matthias Ziegler schilderte aktuelle Entwicklungen im Verbund und würdigte dabei den Austausch sowie die erreichten Erfolge der letzten Jahre. „Die Mitglieder der QuMiK profitieren mittlerweile von einem einzigartigen Netzwerk mit engen fachlichen Verflechtungen auf verschiedensten Ebenen“, so Ziegler.

Ein fester Bestandteil der Jahresveranstaltung ist die Verleihung des QuMiK-Qualitätspreises (siehe Kapitel 3.0). Innovative Projekte werden mit Hilfe des Wettbewerbs zwischen den Häusern bekannt gemacht. Insgesamt wurden 19 Vorschläge der Verbundmitglieder eingereicht. Die feierliche Prämierung der drei Preisträger fand im Rahmen der Veranstaltung statt. Anschließend stellten die Gewinner ihre Projekte dem interessierten Fachpublikum vor. Die höchste Auszeichnung erhielten die ALB FILS KLINIKEN für das Projekt „Ohne Schlauch geht's auch!“. Den Kliniken ist es mit diesem Projekt gelungen, die im Krankenhaus erworbenen Harnwegsinfektionen erheblich zu senken. Zugleich konnten mikrobiologische Urinuntersuchungen und damit verbundene Kosten reduziert werden. Der zweite Preis ging an die SLK-Kliniken für die Einrichtung eines erweiterten Ausbildungskonzeptes für das Pflegepersonal der Intensiv- und Intermediate-Care-Stationen. Mit dem dritten Preis ausgezeichnet wurde das Projekt „Konservenabhol-schein mit Transfusionstrigger-Checkliste“ des Klinikverbundes Südwest zur Reduktion von Bluttransfusionsrisiken.

Festredner Professor Gunter Dueck, Best-sellerautor und ehemaliger Chief Technology Officer bei IBM, zeigte in einem interessanten und sehr kurzweiligen Vortrag dem Fachpublikum auf, welche Auswirkungen die zunehmende Digitalisierung in der Medizin auf die Gesundheitsversorgung der Zukunft haben wird.

Es herrschte Einigkeit, dass die enge Zusammenarbeit innerhalb des QuMiK-Verbundes der richtige Weg ist, damit die kommunalen Krankenhäuser auch in Zukunft eine optimale Patientenversorgung gewährleisten werden können. Die bereits enge Zusammenarbeit im Bereich Qualität und Benchmarking wird fortgesetzt und vertieft. Neue Schwerpunkte umfassen eine verstärkte Interessenbündelung in den Bereichen medizinischer Sachbedarf und Budgetverhandlungen. „Bei allen Aktivitäten, Projekten und Leistungsvergleichen achten wir immer auf eine enge Verzahnung von Qualität und Wirtschaftlichkeit. Damit ist unser Verbund für die Zukunft bestens aufgestellt“, betont QuMiK-Sprecher Dr. Thomas Jendges.



Rund 120 Gäste kamen zur QuMiK-Jahresveranstaltung in den Annemarie-Griesinger-Saal der Orthopädischen Klinik Markgröningen.

1.3 **Selbstverständnis**

Fünf Elemente prägen die Zusammenarbeit im QuMiK-Verbund:

Offenheit

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

Geschlossenheit

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

Vertraulichkeit

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

Entscheidungen

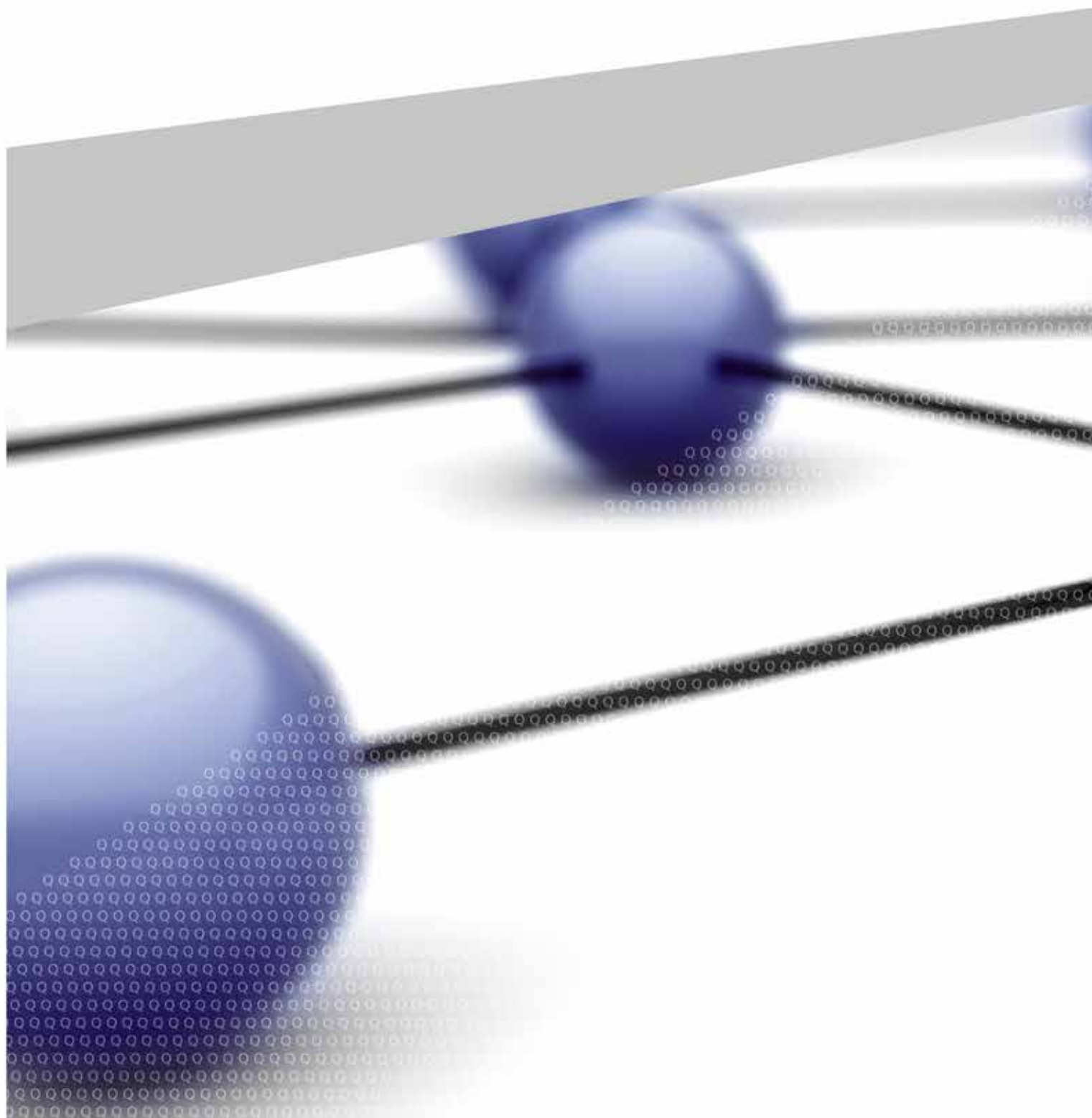
Entscheidungen im QuMiK-Verbund werden möglichst im Konsens getroffen, ggf. auch durch einfache Mehrheit.

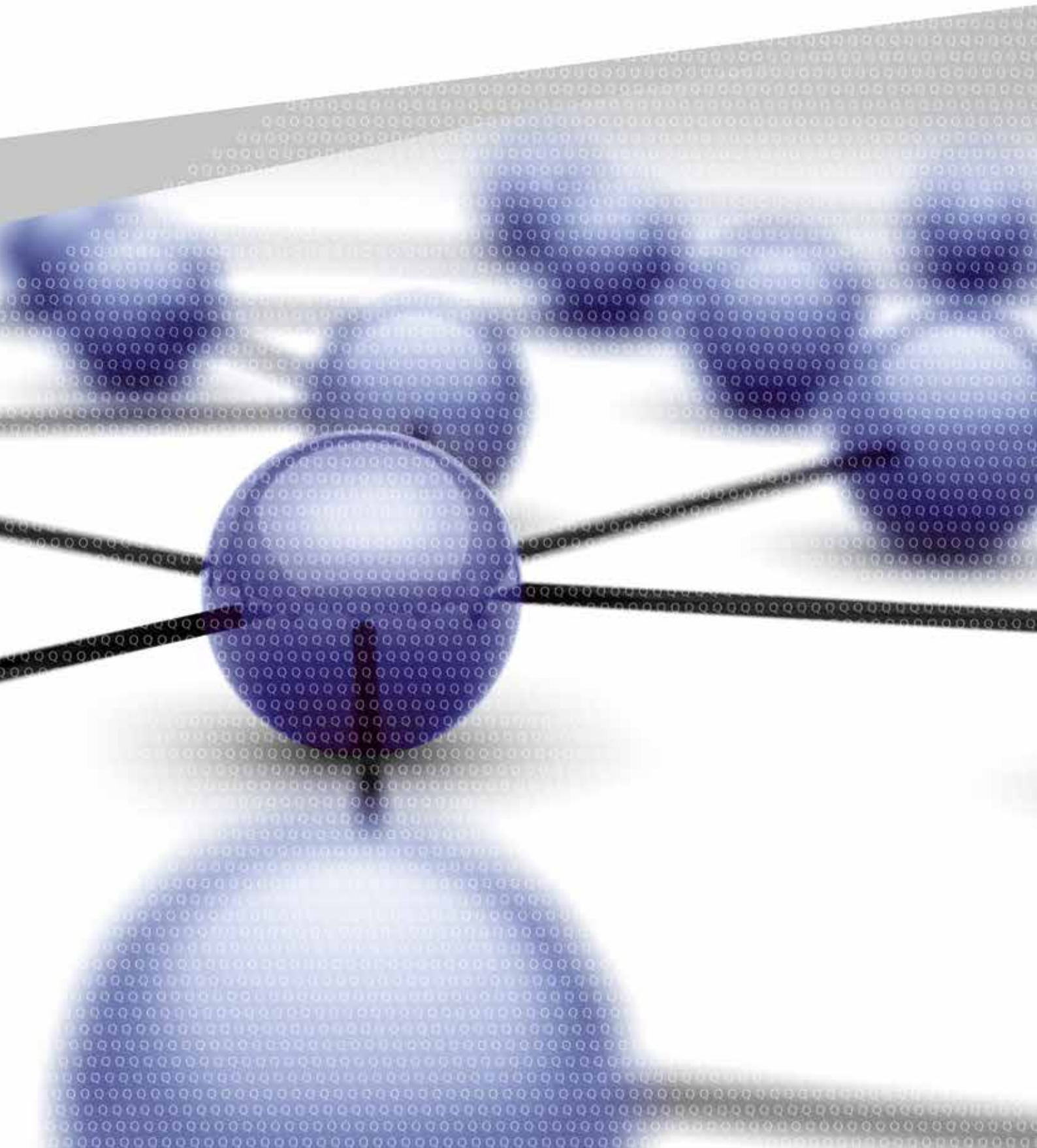
Verbindlichkeit

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



2.0 *Die Verbundmitglieder*





2.1 ALB FILS KLINIKEN



Patienten (stationär)	34.506
Patienten (ambulant)	143.595
Betten (Planbetten)	775
Mitarbeiter (Anzahl)	2.330
(Daten 2016)	

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

20 Fachkliniken, 5 Institute sowie über 15 Zentren bieten exzellente Medizin gepaart mit modernster Medizintechnik, hoher Pflege- und Servicekompetenz sowie menschlicher Zuwendung. Die Fachdisziplinen decken über die Grundversorgung hinaus Spezialisierungen und zukunftsweisende Therapien mit weit über den Landkreis hinausgehendem Einzugsgebiet ab. Um die Zukunftsfähigkeit auch bei zunehmend komplexer werdenden ökonomischen und gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen langfristig sicherzustellen, wurde in 2015 ein neues Medizinkonzept erarbeitet, das nun schrittweise umgesetzt wird. Im Fokus der neuen Medizinstrategie steht die umfassende Gesundheitsversorgung der Bevölkerung im Landkreis Göppingen. Dabei wurde sowohl auf die Spezialisierung des Angebots mit Schärfung des Profils der beiden Standorte als auch auf den Ausbau spezieller Kompetenzen hohen Wert gelegt. Mit der Umsetzung des Konzeptes wird zudem das Zusammenwachsen beider Standorte durch die

Intensivierung der standortübergreifenden Zusammenarbeit fokussiert. Professionelle Pflege und kompetente Physio- und Ergotherapie sowie Logopädie tragen an beiden Klinikstandorten maßgeblich zum Erfolg der Medizin bei.

Herausragende Qualität nimmt in den ALB FILS KLINIKEN einen hohen Stellenwert ein und ist Verpflichtung gegenüber den Patienten zugleich. Qualität aufrechterhalten und verbessern ist das Ziel – durch medizinische und pflegerische Standards, durch die Teilnahme an Qualitätssicherungsmaßnahmen, durch das Fehlermeldesystem CIRS sowie durch den Patientensicherheitscheck im OP und weiteren Aktivitäten im Rahmen des Klinischen Risikomanagements. Auch das etablierte Rückmeldemanagement und der enge Kontakt zu den niedergelassenen Ärzten im Rahmen eines strukturierten Einweisermanagements tragen zur Qualität der Patientenversorgung bei.



Neues Gesundheitszentrum an der Helfenstein Klinik Geislingen



Klinik am Eichert Göppingen

2.2 Gesundheitsverbund Landkreis Konstanz, Hegau-Bodensee-Klinikum

Gesundheitsverbund
Landkreis Konstanz
gemeinnützige GmbH



Das Hegau-Bodensee-Klinikum (HBK): Ein Plankrankenhaus mit drei Standorten. Der größte Standort des Plankrankenhauses Hegau-Bodensee-Klinikum, mit seinen insgesamt 676 Betten, ist das Klinikum in Singen mit 412 Betten. Es ist ein Krankenhaus der Zentralversorgung und verfügt über modernste technische Geräte (z. B.: DaVinci Operationssystem). Das Klinikum in Singen ist Akademisches Lehrkrankenhaus der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg.

Weitere Standorte im Jahr 2016 waren die Krankenhäuser in Radolfzell und Stühlingen. Diese sind Häuser der Grundversorgung.

Innerhalb des Hegau-Bodensee-Klinikums wurden 2016 an allen Standorten über 30.000 Patienten stationär behandelt, mehr als 64.000 Patienten wurden im ambulanten Bereich versorgt.

Durch die Schwerpunktbildung an den einzelnen Standorten des Hegau-Bodensee-Klinikums kann den Patienten gewährleistet werden, dass sie innerhalb des Plankrankenhauses an Spezialisten weitergeleitet und so stets dort behan-

delt werden können, wo die größte fachliche Kompetenz vorhanden ist. Die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten verläuft konsequent und eng.

Innerhalb des Hegau-Bodensee-Klinikums finden sich zahlreiche interdisziplinäre Zentren, die durch die jeweiligen Fachgesellschaften einer regelmäßigen Qualitätsprüfung durch Zertifizierung unterzogen werden. Unter dem Dach des Krebszentrums Hegau-Bodensee sind folgende Organkrebs-Zentren vorhanden: Brustzentrum, Darmzentrum und Prostatazentrum. In den Überwachungsaudits im März 2017 wurde dem Krebszentrum von den Auditoren erneut eine hohe Professionalität zugesprochen und die DIN ISO-Zertifikate erneuert. Zusätzlich sind weitere interdisziplinäre Zentren, wie Diabetes-, Gefäß-, Perinatal- und Regionales Traumazentrum, innerhalb des Hegau-Bodensee-Klinikums etabliert.

Mehr als 1.800 Beschäftigte waren im Jahr 2016 an den Standorten des Hegau-Bodensee-Klinikums tätig. Somit ist das HBK mit einer der größten Arbeitgeber in der Region Hegau-Bodensee-Hochrhein.

Patienten (stationär)	30.363
Patienten (ambulant)	64.501
Betten (Planbetten)	676
Mitarbeiter (Anzahl)	1.828
(Daten 2016)	

Seit Dezember 2012 ist das Hegau-Bodensee-Klinikum Bestandteil des Gesundheitsverbundes Landkreis Konstanz (GLKN), in dem sich das Plankrankenhaus auf Landkreisebene mit dem Klinikum Konstanz und dem Vincentius Krankenhaus Konstanz (orthopädische Fachklinik) zusammengeschlossen hat. Der GLKN ist mit seinen Einrichtungen der größte Gesundheitsversorger in der Bodenseeregion.



Hegau-Bodensee-Klinikum Singen

2.3 Klinikverbund Südwest



Klinikverbund Südwest

Patienten (stationär)	75.996
Patienten (ambulant)	303.276
Betten (Planbetten)	1.525
Mitarbeiter (Anzahl)	4.800
(Daten 2016)	

Als einer der größten kommunalen Gesundheitskonzerne im Süden Deutschlands hat der Klinikverbund Südwest einen Versorgungsauftrag für circa 550.000 Menschen in seinem Kernleistungsgebiet. Rund 4.800 Mitarbeiter aus über 70 Nationen und 125 Berufsgruppen bieten an den Standorten Sindelfingen, Böblingen, Calw, Nagold, Leonberg und Herrenberg über die Grund- und Regelversorgung hinaus auch die Versorgung spezieller und komplexer Erkrankungen an. Im Verbund wurden dafür Schwerpunktzentren wie beispielsweise das Perinatalzentrum, das Pankreaskarzinomzentrum und das Brustzentrum in Böblingen, die Schlaganfallzentren in Sindelfingen und Calw, die Darmzentren in Böblingen und Nagold, das Gefäßzentrum in Leonberg, die Prostatakarzinom-

zentren in Nagold und Sindelfingen oder auch das Zentrum für Alterstraumatologie sowie das Endoprothetikzentrum der Maximalversorgung in Sindelfingen oder das Endoprothetikzentrum in Leonberg etabliert. In der Akademie des Klinikverbundes und in den beiden akademischen Lehrkrankenhäusern der Universität Tübingen (Klinikum Sindelfingen-Böblingen und Kliniken Nagold) wird eine fachlich ausgezeichnete theoretische und praktische Ausbildung angeboten.

Gute Medizin setzt zudem viel Erfahrung und fachliche Expertise voraus. Über beides verfügen die Mitarbeiter der einzelnen Krankenhausstandorte im Klinikverbund Südwest. Miteinander bilden sie daher ein starkes, standortübergreifendes Netzwerk. Der regelmäßige fachliche Austausch erfolgt neuerdings im Rahmen der verbundweiten Medizinkonzeption in insgesamt zwölf neu etablierten Fachzentren, die sich entsprechend der einzelnen Disziplinen (Pflege, Neurologie, Allgemein- und Viszeralchirurgie, Gefäßchirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Urologie, Anästhesie und Intensivmedizin, Radiologie, Gastroenterologie und Onkologie, Altersmedizin, Unfallchirurgie und Orthopädie sowie Kardiologie) gegründet haben. Dort wird die Expertise der leitenden Ärzte und Pflegekräfte ge-

bündelt. Ziel dieser standortübergreifenden Zusammenarbeit ist der Anspruch, die Versorgung der Patienten so wohnortnah wie möglich innerhalb des Klinikverbundes sicherzustellen. Der Patient wendet sich an die für ihn am günstigsten gelegene Klinik und erhält dank der Schwerpunktbildung die notwendige, spezialisierte medizinische Betreuung – eine im wahrsten Sinne des Wortes entgegenkommende Patientenversorgung, die zudem den Erhalt aller Klinikstandorte sichert.

Alle standortübergreifenden Fachzentren des Verbundes treffen sich regelmäßig und arbeiten daran, die hohen Qualitätsstandards zu erhalten und noch weiter zu verbessern. Der medizinische Standard an allen Krankenhäusern wird so kontinuierlich weiterentwickelt und gemeinsame Vorgehensweisen werden regelhaft definiert. Dies dient neben der qualitativen Patientenversorgung auch der Etablierung und Umsetzung eines tragfähigen Zukunftskonzeptes, das zum einen Investitionen für den Erhalt bestehender Strukturen vorsieht, zum anderen aber auch die Weichen für die Medizin von morgen stellt mit den Klinikneubauten in Sindelfingen-Böblingen sowie in Calw.



Kliniken Sindelfingen



Kliniken Calw



Krankenhaus Leonberg



Krankenhaus Herrenberg



Kliniken Böblingen



Kliniken Nagold

2.4 Kreiskliniken Reutlingen



Zu dem Verbund der Kreiskliniken Reutlingen GmbH mit insgesamt 770 Planbetten, 16 Fachabteilungen und 3 Instituten unter hauptamtlicher Leitung, mehreren Belegabteilungen und einer Zentralapotheke gehören das Klinikum am Steinenberg Reutlingen, die Ermstallklinik Bad Urach sowie die Albklinik Münsingen. Die Kreiskliniken Reutlingen GmbH versteht sich als eine Klinik an drei Standorten. Als Gesundheitsdienstleister mit qualifizierter personeller sowie modernster medizintechnischer Ausstattung und fortschrittlichen Untersuchungsmethoden betreuen die Kreiskliniken Reutlingen mit circa 2.500 Beschäftigten insgesamt rund 38.000 stationäre und 80.000 ambulante Patienten pro Jahr. In den 14 Kompetenzzentren mit erstklassiger medizinischer Ausstattung stimmen interdisziplinäre Expertenteams Diagnostik und Therapie eng miteinander ab. Das Klinikum am Steinenberg Reutlingen und die Ermstallklinik Bad Urach werden seit 2013 als einhäusiges Krankenhaus mit einer IK-Nummer geführt.

Das Klinikum am Steinenberg Reutlingen, ein Haus der Zentralversorgung mit einem breiten medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Spektrum, ist Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Tübingen. In 10 Fachabteilungen, 3 Instituten, 3 Belegabteilungen und einer Zentralapotheke werden jährlich circa 30.000 stationäre und circa 60.000 ambulante Patienten betreut. Mit insgesamt 12 Kompetenzzentren bietet das Klinikum am Steinenberg eine medizinische Versorgung auf höchstem Niveau für die Bevölkerung im Landkreis Reutlingen. Das Klinikum am Steinenberg und die Ermstallklinik Bad Urach werden unter einem Plankrankenhaus geführt mit insgesamt 675 Betten.

Die Ermstallklinik versorgt als Haus der Grundversorgung circa 4.000 stationäre und circa 11.000 ambulante Patienten pro Jahr. Bei Patienten mit besonders komplexen Krankheitsbildern werden die medizinischen Kompetenzzentren des Klinikums am Steinenberg in den Behandlungsprozess eingebunden.

Patienten (stationär)	38.000
Patienten (ambulant)	80.000
Betten (Planbetten)	770
Mitarbeiter (Anzahl)	2.500
(Daten 2016)	

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



Klinikum am Steinenberg Reutlingen



Ermstallklinik Bad Urach



Albklinik Münsingen

2.5 Oberschwabenklinik



Patienten (stationär)	41.268
Patienten (ambulant)	129.752
Betten (Planbetten)	909
Mitarbeiter (Anzahl)	2.653
(Daten 2016)	

Die Oberschwabenklinik gGmbH ist der größte Gesundheitsdienstleister in der Region Oberschwaben-Allgäu-Bodensee. Die OSK betreibt drei Akuthäuser in Ravensburg, Wangen und Bad Waldsee sowie eine Geriatrische Rehabilitation. Mit 16 Hauptfach- und zwei Belegabteilungen bietet das Krankenhaus St. Elisabeth (EK) in Ravensburg das umfangreichste Fächerspektrum zwischen Bodensee und Ulm. Gesellschafter der OSK sind zu 95 Prozent der Landkreis und zu 5 Prozent die Stadt Ravensburg.

Der Landkreis hat in zwei großen Schritten das EK Ravensburg erneuert. Wenn im Herbst 2017 der zweite Bauabschnitt in Betrieb geht, bietet das EK seinen Patienten eine Unterbringung ausschließlich in Zwei- und Einbettzimmern. Die Klinik für Kinder- und Jugendmedizin zieht aus dem 1958 erbauten Kinderkrankenhaus in das moderne Hauptgebäude

um. Die Notaufnahme und die Intensivbereiche, die in einem Interimsgebäude untergebracht waren, finden im Neubau ihren endgültigen Platz. Damit ist eine wesentliche Voraussetzung für das EK als überregionales Traumazentrum und als Haus des Schwerverletzungsartenverfahren der BG erfüllt. Beispielhaft ist das EK auch in der Altersmedizin mit einer Spezialstation für Patienten mit Demenz sowie einer Station für Gerontopsychiatrie des Zentrums für Psychiatrie.

Unter dem Dach eines zertifizierten Onkologischen Zentrums arbeiten das Darmzentrum, das Brustzentrum, das Gynäkologische Krebszentrum sowie das Prostatakarzinomzentrum. Das Haus ist Sitz eines Gefäßzentrums, eines Wundzentrums, eines Schlaganfallzentrums sowie eines Perinatalzentrums Level 1. Mit einem standortübergreifenden Endoprothetikzentrum hat die OSK ihre drei Akuthäuser in einem Bereich gemeinsam zertifizieren lassen.

Auch in das Klinikum Westallgäu in Wangen hat der Landkreis investiert, damit das Haus seine Rolle als alleiniger stationärer Standort der Grund- und Regelversorgung im östlichen Teil des Landkreises ausfüllen kann. Mit einer neuen Station im 4. Obergeschoss verfügt es über 228 Betten. Die erneuerte Geburtshilfe fügt sich in eine lange Reihe von Investitionen ein, mit denen das Haus in

den vergangenen zehn Jahren aufgewertet worden ist. Bedeutsame Spezialgebiete sind ein stationäres Schmerzzentrum sowie ein Adipositaszentrum.

Das Krankenhaus Bad Waldsee mit seinen Kliniken für Innere Medizin sowie Chirurgie ist nicht zuletzt aufgrund seiner unmittelbaren Nachbarschaft zu großen Reha-Einrichtungen als Gelenkzentrum sehr erfolgreich. Eine Sonderrolle im Verbund spielt das historische Heilig-Geist-Spital in Ravensburg als Sitz der Geriatrischen Rehabilitation. Um der großen Nachfrage gerecht zu werden, wird die Bettenkapazität um zwei auf dann 44 erhöht.

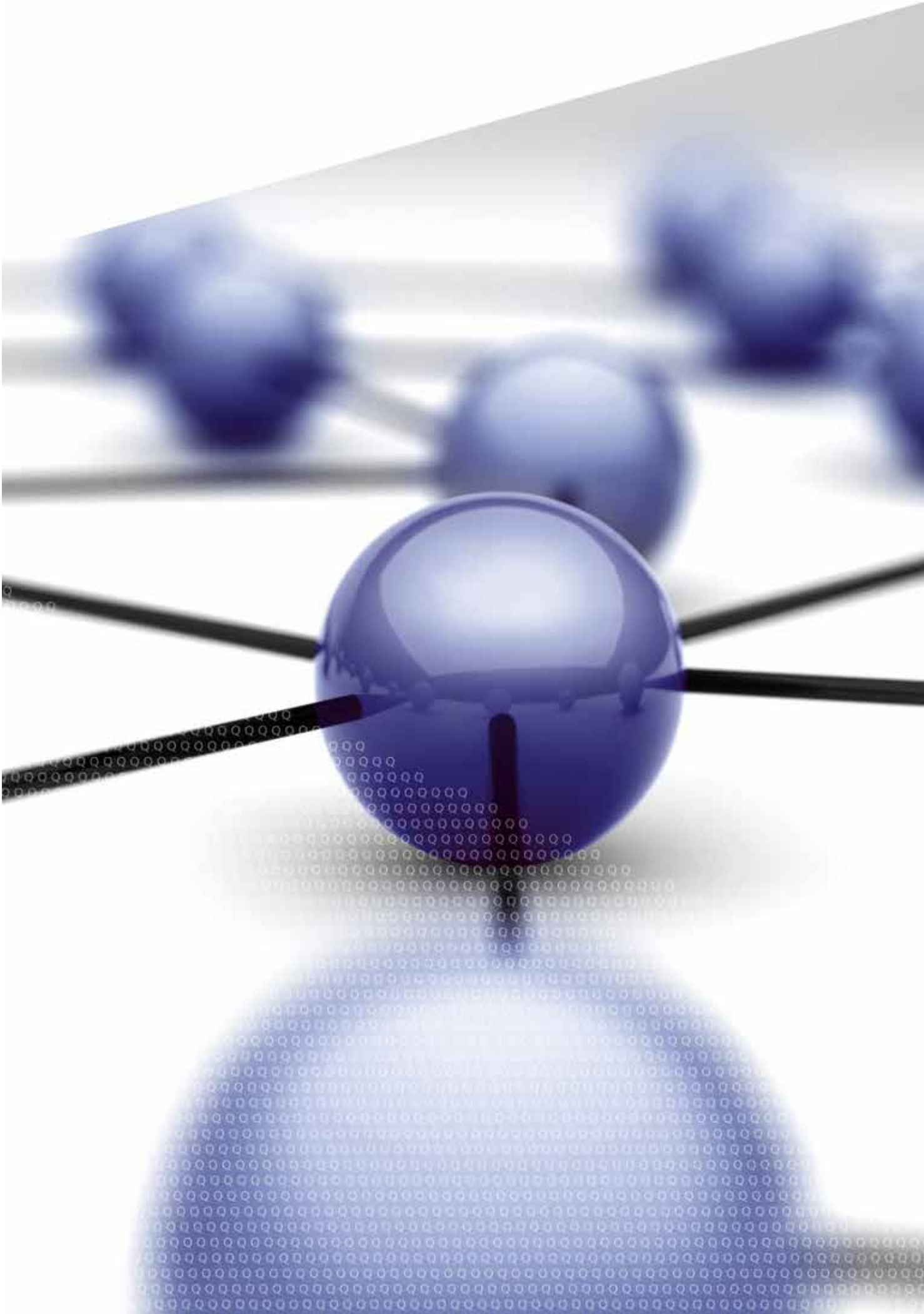
Im ambulanten Bereich betreibt die OSK zwei Medizinische Versorgungszentren. In Wangen mit Nebenbetriebsstätte in Isny arbeitet ein MVZ mit den Fachbereichen Chirurgie, Orthopädie und Radiologie. In Ravensburg besteht ein MVZ für Orthopädie und Allgemeinmedizin. Mit der Tochtergesellschaft Gesundheitsakademie Bodensee-Oberschwaben GmbH sowie der Krankenpflegeschule Wangen ist die OSK größter Ausbildungsbetrieb der Gesundheitsbranche in der Region. Über 200 junge Menschen werden in Gesundheitsberufen ausgebildet. Rund 3.000 Teilnehmer besuchen jährlich die Fort- und Weiterbildungen.



Am Krankenhaus St. Elisabeth ist ab Herbst 2017 der zweite große Bauabschnitt abgeschlossen.



Im Westallgäu hat die OSK im Krankenhaus Wangen eine weitere Station eingerichtet.



2.6 Regionale Gesundheitsholding Heilbronn-Franken

SLK Kliniken

SLK Lungenklinik Löwenstein

Patienten (stationär)	93.581
Patienten (ambulant)	222.668
Betten (Planbetten)	1.891
Mitarbeiter (Anzahl)	6.268
(Daten 2016)	

SLK-Kliniken – sozial. leistungsstark. kommunal.

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

Damit die SLK-Kliniken auch in Zukunft die Patienten der Region optimal versorgen können, sind in einem Großprojekt zwei Neubauten mit modernster Medizintechnik geschaffen worden. In Bad Friedrichshall ist 2016 der Neubau des Klinikums am Plattenwald mit mehr als sieben modernen Operationssälen, darunter ein

großer Hybrid-OP, eröffnet worden. Das Klinikum verfügt über rund 350 Betten. Wenige Monate später wurde Anfang 2017 auch der erste Bauabschnitt des Klinikums am Gesundbrunnen in Heilbronn fertiggestellt. In dem Neubau sind unter anderem 16 Operationssäle, die Intensivstationen, die Zentrale Notaufnahme sowie etwa 500 Betten untergebracht. Nach dem Endausbau wird das Klinikum am Gesundbrunnen über 850 Betten verfügen.

Im Herbst 2016 wurde beschlossen, die stationäre Krankenhausversorgung an den Standorten Brackenheim und Möckmühl bis 2018 sukzessive zu beenden und an den Standorten Heilbronn und Bad Friedrichshall zu konzentrieren. In Brackenheim wird die geriatrische Rehabilitationsklinik fortgeführt und durch Einrichtungen der Notfallversorgung ergänzt. In Möckmühl wird ein Medizinzentrum mit haus- und fachärztlichen Praxen, Einrichtungen der Notfallversorgung und ergänzenden Angeboten errichtet.

Lungenklinik Löwenstein – Medizin auf höchstem Niveau

Die Klinik in den Löwensteiner Bergen ist über die Grenzen des Stadt- und Landkreises hinaus als Fachklinik für Lungenerkrankungen bekannt. Als überregionales pneumologisch-thoraxchirurgisches Zentrum bietet die Klinik das komplette Dia-

gnostik- und Behandlungsspektrum der Pneumologie und Beatmungsmedizin, der Thoraxchirurgie und der Lungenkrebsbehandlung an. Mehr als 350 Mitarbeiter stehen den Patienten der Klinik mit rund 200 Betten zur Verfügung. Die Klinik ist im Krankenhausplan als Weaningzentrum ausgewiesen und von der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie zertifiziert.

Regionale Gesundheitsholding Heilbronn-Franken

Die Regionale Gesundheitsholding Heilbronn-Franken (RGHF) ist ein Zusammenschluss der SLK-Kliniken Heilbronn GmbH mit der Tochtergesellschaft Klinik Löwenstein und den Hohenloher Krankenhäusern. Ziel des Verbunds ist die wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung des Stadt- und Landkreises Heilbronn sowie des Hohenlohekreises auf höchstem Niveau. Unter dem Dach der RGHF arbeiten mehr als 6.000 Mitarbeiter an sieben Standorten für das Wohl der Patienten. Alle RGHF-Kliniken werden durch unabhängige, externe Institute regelmäßigen Qualitätskontrollen unterzogen und zertifiziert.



An den beiden großen Standorten der SLK-Kliniken sind zwei hochmoderne Klinik-Neubauten entstanden, die im Jahr 2016 eingeweiht wurden.



Neubau Klinikum am Gesundbrunnen, Heilbronn



Neubau Klinikum am Plattenwald, Bad Friedrichshald

2.7 Regionale Kliniken Holding RKH



**Regionale Kliniken
Holding RKH**

Patienten (stationär)	112.096
Patienten (ambulant)	270.252
Betten (Planbetten)	2.509
Mitarbeiter (Anzahl)	7.675

(Daten 2016 inkl. aller Tochtergesellschaften)

Seit seiner Gründung im Jahr 2005 kann der RKH-Kliniken-Verbund eine beispielhafte Entwicklung vorweisen. Er ist mittlerweile der größte Anbieter stationärer Krankenhausleistungen in Baden-Württemberg und bietet eine Rundum-Versorgung aus einer Hand. Darüber hinaus zeichnet er sich durch eine ganze Reihe an Innovationen aus, die nicht nur in der Bevölkerung, sondern auch in der Fachwelt Anerkennung finden.

Zu diesen Alleinstellungsmerkmalen im Kliniken-Verbund zählen die RKH-Akademie in Markgröningen mit dem neuen Projekt des eLearning, das robotergestützte fachübergreifende Operationszentrum und das RKH-Telemedizinzentrum in Ludwigsburg, das RKH-Simulationszentrum in Vaihingen, die Kooperationsgespräche mit Instituten für Gendiagnostik und die Planung einer RKH-Zukunftswerkstatt. Damit nimmt er nicht nur in den drei Landkreisen Ludwigsburg, Enzkreis und Karlsruhe, sondern in der gesamten Region eine wichtige Rolle als Gesundheitsanbieter ein und ist ein großer, attraktiver Arbeitgeber.

In den zurückliegenden Jahren sind die einzelnen RKH-Kliniken und deren Mitarbeiter immer näher zusammengedrückt. Die verbundweite Etablierung eines medizinischen Konzepts und neuer interner Strukturen mit zentralen Diensten, Fachgruppen und Konferenzen haben die Kultur in der RKH spürbar verändert. Gleichzeitig hat der Wettbewerb um Patienten und Bewerber unter den Kliniken in der Region stetig zugenommen. Nur wer sich

neben einer hohen Qualität und Innovation durch Schnelligkeit und Größe auszeichnet, hat dauerhaft eine Überlebenschance auf dem Gesundheitsmarkt. Ein starker Kliniken-Verbund gibt den Patienten Orientierung und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern Sicherheit.

Das im Inneren langsam gewachsene Selbstverständnis für die „RKH“ zeigt sich allmählich auch in der Außenwirkung. Die Regionale Kliniken Holding RKH wird in der Öffentlichkeit zunehmend als Klinikverbund und damit als Klinikmarke wahrgenommen. Damit wird auch das Ziel erreicht, eine Arbeitgebermarke zu werden, um auch zukünftig hochqualifizierte Mitarbeiter zu gewinnen und an den Klinikverbund binden zu können. Diesem gelebten Markenentwicklungsprozess wird seit Ende 2016 auch im Erscheinungsbild mit einer einheitlichen Bildmarke Rechnung getragen. Alle RKH-Kliniken und auch die Service-Tochtergesellschaften, die bisher ein eigenständiges Klinik-Logo verwendet haben, präsentieren sich jetzt mit dem bereits bekannten RKH-Logo.





Kliniken
Ludwigsburg-
Bietigheim



Patienten (stationär)	64.168
Patienten (ambulant)	161.285
Betten (Planbetten)	1.499
Mitarbeiter (Anzahl)	3.979
(Daten 2016)	



Enzkreis-Kliniken



Patienten (stationär)	13.620
Patienten (ambulant)	23.769
Betten (Planbetten)	295
Mitarbeiter (Anzahl)	671
(Daten 2016)	



Kliniken des
Landkreises
Karlsruhe

Patienten (stationär)	25.415
Patienten (ambulant)	50.264
Betten (Planbetten)	515
Mitarbeiter (Anzahl)	1.338
(Daten 2016)	



OKM
Orthopädische
Klinik
Markgröningen

Patienten (stationär)	8.893
Patienten (ambulant)	34.934
Betten (Planbetten)	200
Mitarbeiter (Anzahl)	574
(Daten 2016)	

2.8 Schwarzwald-Baar Klinikum Villingen-Schwenningen



SCHWARZWALD-BAAR
KLINIKUM

Patienten (stationär)	49.705
Patienten (ambulant)	163.782
Betten (Planbetten)	1.000
Mitarbeiter (Anzahl)	2.926
(Daten 2016)	

Das Schwarzwald-Baar Klinikum Villingen-Schwenningen ist Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Freiburg und ein zukunftsorientiertes Krankenhaus der Zentralversorgung. Das Krankenhaus hat sich – zwischen den beiden Universitätskliniken Tübingen und Freiburg – zum leistungsstärksten Klinikum der Region entwickelt. Es entstand 2004 aus der Fusion des früheren Städtischen Klinikums Villingen-Schwenningen und des Kreis-klinikums Schwarzwald-Baar in Donaueschingen. Als Dienstleister der Gesundheitswirtschaft kommt ihm primär die gesamte stationäre Versorgung im Landkreis Schwarzwald-Baar (210.000 Einwohner) zu. Darüber hinaus ist das Klinikum als Zentralversorgungs Krankenhaus für die Landkreise Tuttlingen und Rottweil zuständig und hat so ein Einzugsgebiet von 500.000 Einwohnern.

Das Klinikum verfügt über 25 hauptamtlich geführte Fachkliniken/Institute und zwei Belegkliniken. Den knapp 50.000 stationären und mehr als 163.000 ambulanten Patienten stehen 1.000 Betten zur Verfügung. Die hoch spezialisierten medizinischen Einrichtungen erreichen universitäres Niveau und decken nahezu alle medizinischen Fachdisziplinen ab. Das Klinikum ist nach der Landesplanung ausgewiesen als Onkologischer Schwerpunkt, Überregionaler Schlaganfall-schwerpunkt, Regionales Schmerzzentrum, Perinatalzentrum und Geriatriischer Schwerpunkt.

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

Die gerätetechnische Ausstattung ist umfangreich und auf dem neuesten Stand. Als Großgeräte sind drei Kernspintomographen (davon ein Card-MR), ein PET-CT, vier Computertomographen, zwei Linearbeschleuniger, vier Linksherzkathetermessplätze, digitale Angiographiegeräte und Gammakameras vorhanden. Seit 2015 verfügt das Schwarzwald-Baar Klinikum

außerdem über „Cyberknive“, einen robotergestützten Linearbeschleuniger zur Radiochirurgie. Neu ist zudem ein Da-Vinci-System zum robotergestützten Operieren, das die Mediziner in der Urologie, in der Allgemein- und Viszeralchirurgie sowie in der Kinderchirurgie einsetzen.

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

Für die Erbringung der Leistungs-bandbreite sind rund 2.920 Beschäftigte an den beiden Standorten Villingen-Schwenningen und Donaueschingen tätig. Das Klinikum ist damit größter Arbeitgeber im Schwarzwald-Baar Kreis. Im Juli 2013 wurde im Zentralbereich von Villingen-Schwenningen ein Klinikneubau mit 750 Betten in Betrieb genommen. Die Kliniken Donaueschingen mit 250 Betten werden als Dependence mit eigenständigen Fachabteilungen in einem abgestimmten medizinischen Leistungs-konzept betrieben. Der Klinikneubau mit einem Kostenvolumen von 281 Millionen Euro bildete den Abschluss einer großen Strukturreform und ist die Basis für eine optimierte Krankenhausversorgung in den kommenden Jahren.



Standort Villingen-Schwenningen



Standort Donaueschingen

2.9 Städtisches Klinikum Karlsruhe



Das Städtische Klinikum Karlsruhe ist das größte Krankenhaus in der Region Mittlerer Oberrhein. Es ist im Krankenhausbedarfsplan des Landes Baden-Württemberg als Haus der Maximalversorgung für die Region „Mittlerer Oberrhein“ ausgewiesen und Lehrkrankenhaus der Universität Freiburg.

Mit 22 medizinischen Fachabteilungen, 4 Instituten, einer Blutspendezentrale, einer Zentralen Notaufnahme sowie einer Kindernotaufnahme steht den Bürgerinnen und Bürgern der Stadt Karlsruhe und der Region ein umfangreiches Angebot an Gesundheitsdienstleistungen zur Verfügung. Nahezu alle medizinischen Fachrichtungen und Disziplinen sind hier vertreten. Für herzchirurgische Eingriffe besteht eine enge Kooperation mit der benachbarten HELIOS Klinik für Herzchirurgie Karlsruhe.

Mit rund 500 Ausbildungsplätzen zählt das Klinikum Karlsruhe zu einem der größten Ausbildungsbetriebe in der Region. Neben den „klassischen“ Ausbildungsberufen sind auch duale oder berufsbegleitende Studiengänge sowie diverse (staatlich anerkannte) Weiterbildungen innerhalb des Klinikums möglich.

Es werden zwei Standorte betrieben. Die somatischen Fächer befinden sich in der Moltkestraße, die Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie die Erwachsenenpsychiatrie in der Kaiserallee.

Das gesamte Klinikum ist seit 2016 nach DIN EN ISO 9001:2008 zertifiziert.

Im Fokus stehen aktuell die Neubauprojekte. Mit Blick auf die Inbetriebnahme der Städtischen Krankenanstalten in der Moltkestraße im Jahre 1907 sind die Bestandsgebäude des Klinikums in die Jahre gekommen und eine neue bauliche Infrastruktur ist dringend erforderlich. Die durch die Pavillonstruktur bedingte Zersiedelung des gesamten Geländes soll durch eine neue Struktur geordnet werden und das Klinikum hierdurch eine „Neue Mitte“ bekommen. Die Realisierung der Neubauprojekte stellt eine wichtige Grundlage dar, um auch weiterhin modernste Medizin zu gewährleisten. Darüber hinaus schaffen die Neubauprojekte eine ansprechende Unterbringung der Patienten sowie gute Rahmenbedingungen für die hochqualifizierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Patienten (stationär)	62.175
Patienten (ambulant)	186.226
Betten (Planbetten)	1.538
Mitarbeiter (Anzahl)	4.315
(Daten 2016 ohne Tochtergesellschaften)	

Aktuell befinden sich mit dem Neubau des künftigen Institutsgebäudes Haus I, dem Neubau der Kältezentrale und dem Herzstück der Baumaßnahmen, dem Betten- und Funktionshaus M, drei Neubauprojekte in Umsetzung. Haus M soll als größte Baumaßnahme 2021 bezugsfertig sein. Die Inbetriebnahme von Haus I ist für Anfang 2018 vorgesehen und die Kältezentrale soll noch im Sommer 2017 ihren Betrieb aufnehmen.



Neubau Institutsgebäude Haus I



Neubau Betten- und Funktionshaus M

3.0 *Top-Thema QuMiK-Qualitätspreis*





3.1 Einleitung

Der QuMiK-Qualitätspreis wurde erstmals 2012 ausgelobt. Aufgrund der sehr positiven Resonanz – sowohl innerhalb als auch außerhalb des Verbundes – wird der Preis seither alle zwei Jahre verliehen. Der Preis verfolgt das Ziel, innovative Verbesserungsprojekte wechselseitig innerhalb des Verbundes bekannt zu machen. Die innovativsten Projekte werden ausgezeichnet und der Öffentlichkeit vorgestellt.

Die QuMiK-Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement hat das Bewertungsverfahren zum Qualitätspreis entwickelt und ist an der Auswahl der Siegerprojekte maßgeblich beteiligt.

Die zentralen Bewertungskriterien umfassen den Patientenbezug, Innovationsgrad, die Übertragbarkeit auf andere Standorte und die Projektabwicklung anhand des PDCA-Zyklus.

Für den QuMiK-Qualitätspreis 2016 wurden von den Verbundmitgliedern 19 Projekte eingereicht. Drei Projekte wurden zur Prämierung ausgewählt. Die Vorstellung der Gewinner und die Preisverleihung fand am 7. Juli 2016 im Rahmen der QuMiK-Jahresveranstaltung statt.

Die höchste Auszeichnung erhielten die ALB FILS KLINIKEN für das Projekt „Ohne Schlauch geht's auch!“, welche durch ein speziell abgestimmtes Maßnahmen-Bündel zur Indikation für die Anlage und Pflege von Harnwegskathetern die nosokomialen Harnwegsinfektionen erheblich senken konnten. Zugleich konnten mikrobiologische Urinuntersuchungen und damit verbundene Kosten reduziert werden. Der zweite Preis ging an die SLK-Kliniken für die Einrichtung eines erweiterten Ausbildungskonzeptes für das Pflegepersonal der Intensiv- und Intermediate-

Care-Stationen. Mit dem dritten Preis ausgezeichnet wurde das Projekt „Konservenabholchein mit Transfusionstrigger-Checkliste“ des Klinikverbundes Südwest zur Reduktion von Bluttransfusionsrisiken.



Auszeichnung für den ersten Platz:

Geschäftsführer der QuMiK GmbH Matthias Ziegler, Dr. Lutz Zabel, Chefarzt Laboratoriumsmedizin und Klinikhygieniker, Dr. Kai Charles Täubel, Oberarzt Orthopädisch-Unfallchirurgisches Zentrum, Patricia Fischer, Pflegedienstleitung Zentrum für Operative Medizin, Jens Gutknecht, Hygienefachkraft, alle Preisträger von den ALB FILS KLINIKEN, QuMiK-Sprecher Dr. Thomas Jendges (v. l. n. r.)

**QuMiK-Qualitätspreis 2016:
Eingereichte Projekte**

<i>QuMiK-Mitglied</i>	<i>Projekt</i>	<i>Verantwortliche Abteilung</i>
ALB FILS KLINIKEN	Ohne Schlauch geht's auch!	Institut für Laboratoriumsmedizin / Klinikhygiene, Göppingen / Orthopädisch-Unfallchirurgisches Zentrum, Göppingen
	Optimierte Notfallversorgung	Unternehmensentwicklung und Qualitätsmanagement, Göppingen / Zentrale Notaufnahme, Göppingen
	Optimierte Herzinfarktversorgung	Klinik für Kardiologie, Pneumologie und Angiologie mit Schlaganfallstation, Internistische Sportmedizin, Göppingen
Gesundheitsverbund Landkreis Konstanz	Optimiertes Entlassungsmanagement	Zentralapotheke, Konstanz
Kliniken Landkreis Heidenheim	Seminar Patientenverfügung	Stabsabteilung Projekt- und Qualitätsmanagement, Heidenheim
	MRSA-PCR-Screening	Pflegedirektion, Heidenheim
Klinikverbund Südwest	Konservenabholrschein mit Transfusionstrigger-Checkliste	Institut für Laboratoriums-, Transfusionsmedizin und Mikrobiologie, Sindelfingen / Klinik für Anästhesie, Sindelfingen
	Trockenreinigungsverfahren	Hauswirtschaft (Krankenhaus-Service GmbH Schwarzwald), Sindelfingen
Kreiskliniken Reutlingen	Pflegevisite für onkologische Patienten	Pflegedirektion, Reutlingen
Oberschwabenklinik	Ernährung auf Intensivstation	Operative Intensivstation, Klinik für Anästhesie-, Intensiv-, Notfall- und Schmerzmedizin, Ravensburg
	Stationsarzt-Sekretärin / Assistentin	Klinik für Innere Medizin, Bad Waldsee
	Stressbearbeitung nach belastenden Ereignissen	Intensivstationen, Ravensburg
Regionale Kliniken Holding RKH	Holdingleitendes und strukturiertes Wundmanagement	Pflegeberatung, Ludwigsburg / Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Gefäß- und Unfallchirurgie, Bruchsal
	Leitfaden: Praktischer Lernort	Frauenklinik, Bruchsal
Schwarzwald-Baar Klinikum Villingen-Schwenningen	Antibiotic Stewardship Programm	Institut für Klinische Pharmazie, Villingen-Schwenningen
	Optimierte Patientenaufnahme in der ZNA	Zentrale Notaufnahme und Aufnahmestation, Villingen-Schwenningen
	Klinikweites Same Day Surgery Konzept	Medizinische Direktion, Villingen-Schwenningen
	Qualitätskontrolle der Schraubenlage bei Becken-OP	Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie, Villingen-Schwenningen
SLK-Kliniken	Erweitertes Ausbildungskonzept ITS / IMC PLUS	Direktion Unternehmensentwicklung / Pflegemanagement, Heilbronn

3.2 Prämierte Projekte

Projekt „Ohne Schlauch geht's auch!“ zur Vermeidung nosokomialer Harnwegsinfektionen in den ALB FILS KLINIKEN

Die ALB FILS KLINIKEN senkten durch ein abgestimmtes Maßnahmenbündel für die Anlage und Pflege von Harnwegskathetern in einer orthopädisch-unfallchirurgischen Fachabteilung die nosokomialen Harnwegsinfektionen signifikant und haben dafür den QuMiK-Qualitätspreis 2016 erhalten.

Ausgangslage

Harnwegsinfektionen gehören mit einem Anteil von circa 23 Prozent zu den häufigsten nosokomialen Infektionen in Deutschland überhaupt. Auch wenn die gesundheitlichen Folgen häufig weniger gravierend sind als bei anderen nosokomialen Infektionsarten, so kann eine Harnwegsinfektion dennoch zu schwerwiegenden Komplikationen wie beispielweise zu einer Nierenbeckenentzündung und schlimmstenfalls zur (Uro-)Sepsis führen, die mit einer hohen Sterblichkeit einhergeht.

Die überwiegende Anzahl an Harnwegsinfektionen, die während des Klinikaufenthaltes aufkeimen, entstehen nicht von selbst, sondern das größte Risiko für die Entstehung einer Harnwegsinfektion ist die Anlage eines Harnwegskatheters. Folglich ist die wichtigste Präventionsmaßnahme, die Indikation für die Anlage von Harnwegskathetern stringent zu handhaben. Im orthopädisch-unfallchirurgischen Bereich werden Harnwegskatheter – bedingt durch die Immobilisation der Patienten, langer OP-Dauer und der Gefahr der postoperativen Harnretention – besonders häufig gelegt. Zwangsläufig wurden bei der Erfassung der nosokomialen Harnwegsinfektionen bei dieser Abteilung der ALB FILS KLINIKEN höhere Zahlen registriert, als in den klinikinternen Vergleichsabteilungen.

Zielsetzung

Mit dem Ziel, die Zahl der Harnwegsinfektionen in der orthopädisch-unfallchirurgischen Fachabteilung deutlich zu senken, wurde das Projekt „Ohne Schlauch geht's auch!“ ins Leben gerufen.

Projektbeschreibung

Das Interventions-Team wurde aus allen Berufsgruppen zusammengesetzt, die an der Anlage und Pflege von Harnwegskathetern beteiligt sind. Besonders wichtig war die Präsenz und aktive Unterstützung des Chefarztes und des hygienebeauftragten Arztes der Abteilung. Dies signalisierte allen Beteiligten, dass die Abteilungs-führung hinter dem Projekt stand und diesem eine hohe Priorität zuwies.

Es stellte sich heraus, dass es um die Katheter-Anlage mehr Schnittstellen gab, als zunächst angenommen wurde. So wurden Harnwegskatheter nicht nur prä- und postoperativ auf der Fachabteilung gelegt, sondern routinemäßig auch von ärztlichen und nicht-ärztlichen Mitarbeitern im OP. Dies musste bei den späteren Schulungen berücksichtigt werden. Von besonderer Wichtigkeit war auch die frühe und vollständige Einbeziehung der Pflege, da klar war, dass die Vermeidung von Infektionen durch präventive Maßnahmen vordergründig mehr Arbeitsaufwand bedeutete – auch wenn zu erwarten war, dass hinterher eine Entlastung auftrat, weil weniger Infektionen behandelt werden mussten.

Eine tolle Erfahrung dabei war, dass von allen Mitarbeitern der Sinn und die Notwendigkeit des Projektes bejaht und dieses von jedem Einzelnen aktiv unterstützt wurde. Es erfolgte die Festlegung eines Maßnahmenbündels, auf dessen vollständige Umsetzung die Beteiligten zu achten hatten. Dabei wurde berücksichtigt, dass der wesentliche Kernpunkt zur Prävention von Harnwegsinfektionen die Reduktion von Kathetertagen zum Inhalt hat.

Hierzu gehörte eine aktualisierte, sehr stringente Indikationsliste zum Anlegen von Harnwegskathetern. In dieser Liste wurde gleichzeitig die Katheter-Liegezeit festgelegt und in schriftlicher Form als Standardarbeitsanweisung für alle verbindlich gemacht.

Deren Einhaltung wurde bei den täglichen Visiten und durch regelmäßiges Hinterfragen weiterer Notwendigkeit des Harnblasenkatheters im Rahmen von Chef- und Oberarztvisiten überprüft.

Sobald ein Katheter über die festgelegte Liegezeit hinaus verblieb, musste das unter Angabe des Grundes dokumentiert werden. Die Schulung der aseptischen Katheter-Anlage und Pflege bildete den dritten Pfeiler des Maßnahmenbündels. Hierbei wurde der Erfolg der Schulungen durch Supervisionen der Pflege, der Ärzte auf Station und des OP-Personals kontrolliert. Schulungen und Supervisionen erfolgten durch eine Hygienefachkraft mit Ausbildung zum Urologischen Fachpfleger.

Darüber hinaus wurde festgelegt, dass ohne klinische Symptomatik oder wegweisende Laborbefunde keine mikrobiologische Urindiagnostik erfolgt. Der Befund „Übelriechender Urin beim Entleeren des Katheter-Beutels“ war kein Grund, eine Diagnostik zu veranlassen, wenn nicht beim Patienten eine Harnwegsinfektionssymptomatik vorlag. Nach einer kurzen Vorbereitungsphase wurde das Maßnahmenbündel mit Begleitung durch die Klinikhygiene geschult und umgesetzt.

Projektelevaluation

Zur Auswertung der Infektionszahlen wurden die Halbjahre vor und nach der Intervention untersucht. Es wurden insgesamt über 3.600 Patientenfälle mit über 28.000 Patiententagen ausgewertet. Patientenzahlen und -tage waren für beide Halbjahre vergleichbar. Allerdings wurden im Halbjahr nach der Intervention signifikant weniger nosokomiale Harnwegsinfektionen dokumentiert als im Halbjahr davor (28 versus 104 Patienten). Bezogen auf die Patiententage ergab sich eine statistisch signifikante Reduktion nosokomialer Harnwegsinfektionen von 56 Prozent.

Nebenbei wurde deutlich weniger häufig eine Indikation zur bakteriologischen Untersuchung von Urin gestellt. Dadurch verringerte sich die Anzahl untersuchter Proben ebenfalls signifikant. Nach Aktenlage ergab sich dadurch keine Harnwegsinfektion, die übersehen worden wäre. Inzwischen ergab eine Nachevaluation, dass die Zahl der Harnwegsinfektionen in der orthopädisch-unfallchirurgischen Fachabteilung auf dem niedrigen Niveau nach der Intervention geblieben ist.

Fazit

Das Zusammenwirken aller Berufsgruppen und die konsequente Umsetzung der vereinbarten Maßnahmen führten zu einem deutlichen Benefit für die Patienten der Abteilung.

Ausblick

Das Projekt bietet die Möglichkeit, in allen klinischen Fachabteilungen umgesetzt zu werden. Es braucht jedoch Kümmerer und Treiber, die das Projekt vorantreiben und für eine 100-prozentige Umsetzung sorgen.



Mit dem interdisziplinären Projekt „Ohne Schlauch geht’s auch!“ konnten die Harnwegsinfektionen deutlich gesenkt werden.

Erweitertes Ausbildungskonzept ITS/IMC PLUS in den SLK-Kliniken

Ausgangssituation

Der Bedarf an qualifizierten Pflegekräften für die Intensiv- und Kinderintensivbereiche wächst kontinuierlich. In der Kinderintensivpflege sorgt zudem die „Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene“, die der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) Anfang 2014 erlassen hat, für zusätzlichen Bedarf an Personal und Qualifizierungen.

Mit Inbetriebnahme der Neubauten an den Standorten Heilbronn und Bad Friedrichshall werden in den SLK-Kliniken die Intensiv- und IMC-Einheiten (Intermediate Care/Wachstation) deutlich vergrößert, was zu einem weiteren Personalbedarf führt.

Konzept

Als Maßnahme zur Mitarbeitergewinnung und Mitarbeiterbindung im Pflegebereich, insbesondere für die ITS- und IMC-Einheiten der SLK-Kliniken, wurde von der Direktion für Unternehmensentwicklung und Pflegemanagement das „Erweiterte Ausbildungskonzept ITS/IMC PLUS“ entwickelt. Im Rahmen des Konzepts werden geeignete Auszubildende in den Bereichen Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege bereits während des Einsatzes im zweiten Ausbildungsjahr in den Intensivbereichen identifiziert, im Laufe des dritten Ausbildungsjahres für mehrere Monate in der zukünftigen Einsatzintensivstation eingesetzt und dort umfassend eingearbeitet und angeleitet. Nach der erfolgreichen Ausbildung an der SLK-Gesundheitsakademie erhalten diese Mitarbeiter einen zusätzlichen theoretischen Aufbaukurs, der sie für die besonderen fachlichen Anforderungen in den Intensivbereichen qualifiziert.

Das Konzept zur praktischen und theoretischen Anleitung und Schulung wurde in Zusammenarbeit mit der Personalentwicklung und der Gesundheitsakademie der SLK-Kliniken erarbeitet. Die theoretischen Schulungseinheiten werden von Pflegekräften und Ärzten der SLK-Kliniken gestaltet. Nach erfolgreichem Abschluss erfolgt die sofortige Übernahme der Absolventen in die Intensivseinheiten.

Seit dem Start der Konzeption im Herbst 2014 konnten bis Ende April 2017 bereits 83 Teilnehmer geschult werden.

Der erfolgreichen Umsetzung des Konzepts ist es zu verdanken, dass die erheblichen Stellenmehrbedarfe durch die Ausweitung der Intensiv- und IMC-Kapazitäten in den Neubauvorhaben weitgehend gedeckt werden können. Zudem ist die Quote der erfolgreichen Schülerübernahmen in die Intensivbereiche der SLK-Kliniken deutlich gestiegen. Aufgrund des großen Projekterfolges wurde die Konzeption auch auf die Zentralen Notaufnahmen und den onkologischen Pflegebereich der SLK-Kliniken übertragen.

Kommentar

Vor der persönlichen Entscheidung, ob das Angebot der erweiterten ITS/IMC-Ausbildung „etwas für mich ist“, steht oft die Frage, ob die große Verantwortung und der Umgang mit komplizierter Medizintechnik zu schaffen sind. „Wir unterstützen die Auszubildenden sowohl bei ihren Überlegungen, ob der Einsatz im Intensivbereich für sie in Frage kommt, als auch während der Ausbildungsphase selbst. Wenn der Schritt in das neue Feld getan ist, dann heißt es „lernen intensiv“ – mit umfangreichen praktischen Erfahrungen und viel theoretischem Zugewinn“, so die Erfahrung von Heike Müller, Pflegerische Leitung der Kinderintensivstation.



v. l. n. r.: Nadine Schuch (Mitarbeiterin der Station C54), Heike Müller (Pflegerische Leitung der Station C54), Patientenzimmer

Projekt „Konservenabholchein mit Transfusionstrigger-Checkliste“ zur Reduktion von Bluttransfusionsrisiken im Klinikverbund Südwest

Ausgangssituation

Deutschland ist weltweiter Spitzenreiter bei der Gabe von Bluttransfusionen, sogenannter Erythrozytenkonzentrate. Pro 1.000 Einwohner werden rund 57 dieser Konzentrate gegeben. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, ob eine so hohe Anzahl gerechtfertigt ist. Mit Bluttransfusionen sind unterschiedliche Risiken verbunden, beispielsweise die Übertragung von Infektionskrankheiten, Begünstigung von Krebserkrankungen und Anwendungsfehler. Die Diskussion wird zusätzlich durch die Berichterstattung über negative Vorfälle verschärft.

Zielsetzung

Ziel des Projektes „Konservenabholchein mit Transfusionstrigger-Checkliste“ ist die Reduktion von Bluttransfusionsrisiken, durch eine verminderte Gabe von Bluttransfusionen. Die konsequente Umsetzung erfolgte für alle Standorte im Klinik-

verbund Südwest anhand der Leitlinien der Bundesärztekammer für die Transfusionsindikation.

Projektbeschreibung

Im Rahmen der Transfusionskommission, die sich aus den Transfusionsbeauftragten der einzelnen klinischen Fachabteilungen und Vertretern der Geschäftsführung zusammensetzt, wurde das Konzept entwickelt. In den Arbeitsablauf des Transfusionsprozesses (siehe Abbildung 1) ist eine Checkliste eingeführt worden, die den Grund zur Gabe einer Bluttransfusion ermittelt. Die sogenannte Transfusionstrigger-Checkliste befindet sich auf dem Konservenabholchein (siehe Abbildung 2), welcher vom Arzt ausgefüllt wird, der die Blutkonserve benötigt. Durch die Checkliste wird damit vor der Ausgabe der Blutkonserve kontrolliert, ob die Gabe einer Bluttransfusion angezeigt ist. Diese Kontrolle erfolgt durch die Mitarbeiter im Blut-

labor. Der beschriebene Ablauf wurde im Dezember 2014 flächendeckend für alle Fachabteilungen im Klinikverbund Südwest umgesetzt. Der Arbeitsablauf umfasst dabei folgende Schritte:

- Mittels Labor-Informationssystem (LAURIS) können die Stationsmitarbeiter einsehen, ob eine Blutkonserve für den Patienten im Blutlabor vorhanden ist.
- Der Konservenabholchein wird auf der Station ausgedruckt und vom Stationsarzt ausgefüllt.
- Vor Ausgabe der Blutkonserve wird die Checkliste im Konservenabholchein durch einen Labormitarbeiter kontrolliert, gegebenenfalls erfolgt eine telefonische Rücksprache mit dem transfundierenden Arzt.

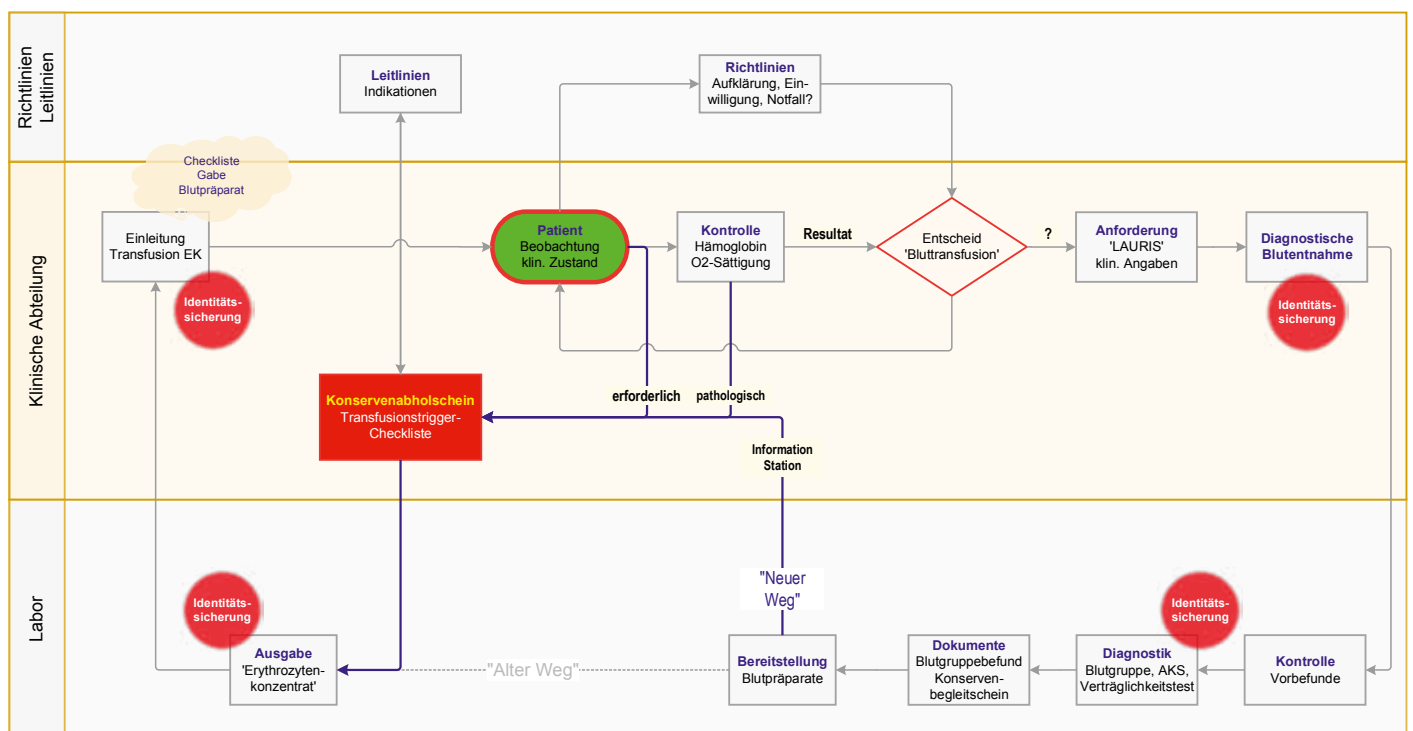


Abbildung 1: Arbeitsablauf des Transfusionsprozesses

Projektelevaluation

Durch das erfolgreiche Projekt wurden die Zahl der Bluttransfusionen deutlich reduziert und Kosten eingespart: Im Jahresvergleich 2015 zu 2014 sank der Verbrauch von Blutkonserven um 19 Prozent; im Vergleich zum langjährigen Mittel um 25 Prozent (2015 versus Mittelwert von 2010 bis 2014). Die Kostensparnis der Maßnahme lag für 2015 bei rund 280.000 Euro. Eine Stichprobenkontrolle (bei 893 Patienten im Jahr 2015) für den Fachbereich Orthopädie ergab, wider Erwarten, eine Verweildauerverkürzung um durchschnittlich 0,7 Tage.

Fazit


Durch das Projekt wurden die medizinischen Fachabteilungen für das Thema Bluttransfusionen erheblich sensibilisiert. Der Patientennutzen einer Bluttransfusion wird heute von unseren Ärzten viel stärker hinterfragt als noch vor Jahren – ein besonderer Wandel hat hierbei in den operativen Bereichen stattgefunden. Aktuelle Entwicklungen, wie minimalinvasive Operationstechniken und eine optimierte Blutstillung, begünstigen zudem, dass weniger Bluttransfusionen durchgeführt werden.

Konserven - Abholschein

Institut für Laboratoriums-, Transfusionsmedizin und Mikrobiologie
Klinikverband Südwest

Druckdatum:
Benutzer:
Arbeitsplatz:
Abteilung:

Patient:	Aufnahme:
Geburtsdatum:	Fall Nr.:
Patient Nr.:	
Auftrag Nr.:	Auftraggeber:
Auftragsdatum:	



Patient:

Konservenart: Anf. Ery-Konzentrat

Anzahl auszugeben: 2

Transfusionstrigger-Checkliste für Erythrozytenkonzentrate

- Notfall oder Massivtransfusion**
- Hb < 6 g/dl - unabhängig von Kompensationsfähigkeit**
- Hb = 6-8 g/dl - Hinweis auf anämische Hypoxie**
(Tachycardie, Hypotension, EKG-Ischämie, Laktatazidose)
- Hb = 6-8 g/dl - Kompensationsfähigkeit eingeschränkt, Risikofaktoren vorhanden**
(KHK, Herzinsuffizienz, zerebro-vaskuläre Insuffizienz)
- Hb = 6-8 g/dl - Sonstige Indikation:**

Die Transfusion bei einem Hb > 8 g/dl ist mit einem unklaren Nutzen-Risiko-Verhältnis verbunden. Bei Hinweisen auf eine anämische Hypoxie kann eine Transfusion angezeigt sein. Hierbei handelt es sich um einen sehr schwachen Empfehlungsgrad (2C)!

- Hb > 8 g/dl - Sonstige Indikation:**

Name/Unterschrift des anfordernden Arztes: R. L.

Seite 1

Abbildung 2: Konservenabholschein mit Transfusionstrigger-Checkliste

4.0 Top-Thema Benchmarking





4.1 **Einleitung**

Umfangreiche Leistungsvergleiche sind integraler Bestandteil unserer Verbundarbeit. Die Erstellung von Benchmarks wurde in den letzten Jahren deutlich ausgebaut und verfeinert. Durch eine kontinuierliche Grundlagenarbeit über mehrere Jahre ist es mittlerweile gelungen, eine qualitativ hochwertige Datenbasis aufzubauen, die detailliert zwischen allen Häusern abgestimmt ist. Die dadurch erreichte Aussagekraft der QuMiK-Benchmarks hebt sich damit deutlich von üblichen Krankenhausvergleichen ab. Die intensive Nutzung unserer Benchmarks in den Mitgliedshäusern bestätigt dies nachdrücklich.

Die Benchmarks dienen als Managementinstrumente für die Führungskräfte und geben reichhaltigen Aufschluss über das Leistungsgeschehen, die Wirtschaftlichkeit sowie Abteilungs- und Personalstrukturen. Darüber hinaus werden bereichsspezifisch zusätzliche Informationen gewonnen, wie zum Beispiel zur Rechnungsprüfung durch den medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) im Bereich Medizincontrolling.

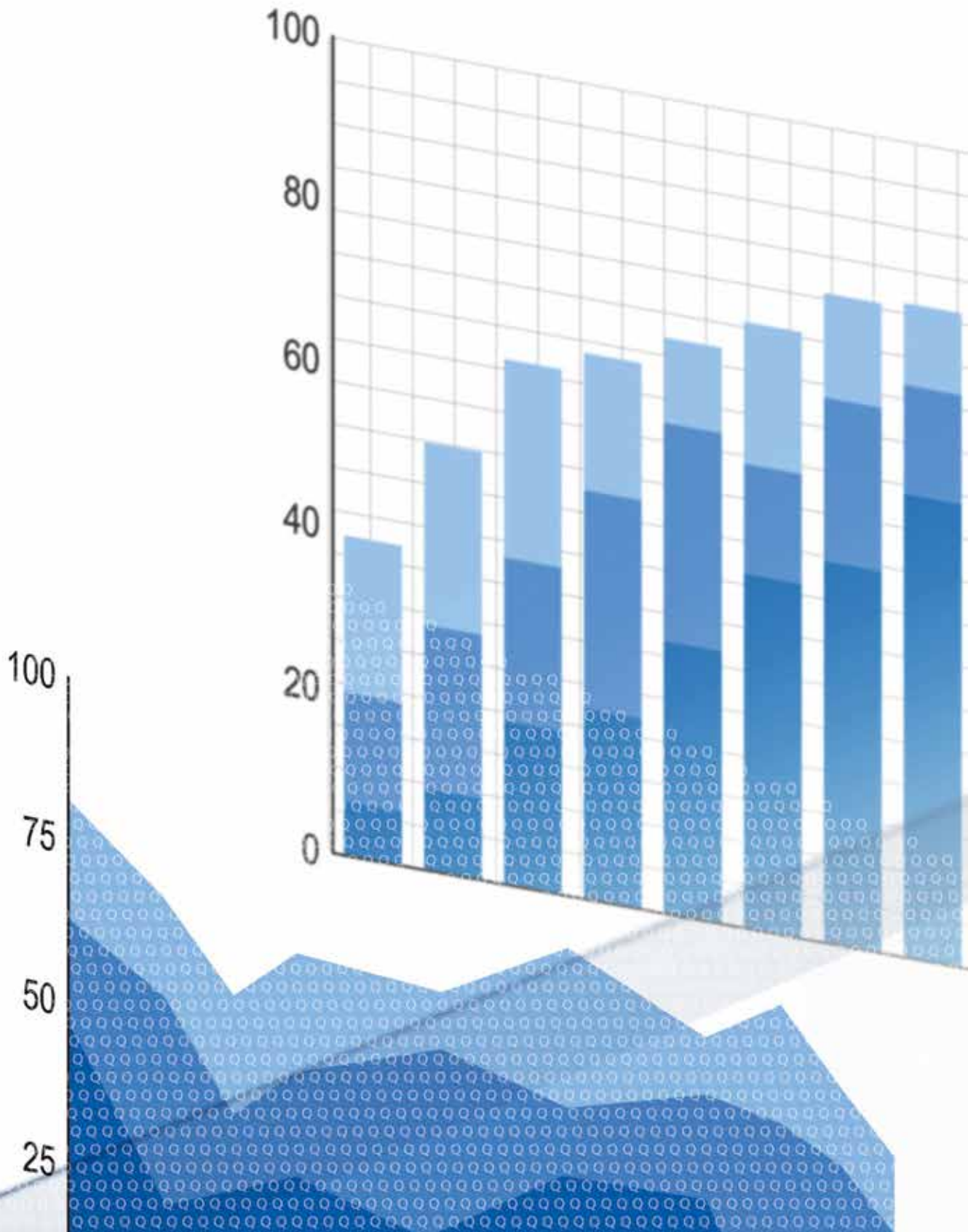
Zu unseren wichtigsten Benchmarks, die jährlich erstellt werden, zählen:

- Ergebnisanalyse
- Personalbenchmark
- Produktivitätsbenchmark
 ärztlicher Dienst
- Pflegebenchmark
- Laborbenchmark
- MDK-Benchmark

Um vergleichbare und einheitliche Daten nutzen zu können, wurde eine zentrale QuMiK-Datenbank aufgebaut, welche die umfangreichsten Benchmarks (Ergebnisanalyse, Personal, Produktivität und Pflege) speist. Die wesentliche konzeptionelle Arbeit wurde hierbei durch unsere Arbeitsgruppen Controlling und Personal geleistet. Eine besonders wichtige Aufgabe lag hierbei in der Abstimmung einer einheitlichen Basis für die Vollkräfte, die in jedem der genannten Benchmarks benötigt wird. Die Personalzuordnung wurde für diesen Zweck bundweit abgestimmt.

Zur Sicherstellung einer hohen Datenqualität und Aussagekraft, wurde jede Kennziffer exakt definiert. Diese Definitionen werden in Leitfäden festgehalten, die regelmäßig aktualisiert werden. Nach jeder Erhebungswelle finden einmal jährlich in den zuständigen Arbeitsgruppen Evaluierungen der Ergebnisse statt. Nach finaler Abstimmung der Daten werden diese anschließend im offenen Austausch innerhalb der Arbeitsgruppen interpretiert, Abweichungen erläutert und Handlungsfelder sowie Potenziale identifiziert. Diese Ergebnisse werden jährlich den Geschäftsführern vorgetragen.

Auf den folgenden Seiten werden zwei unserer Benchmarks im Detail beschrieben: Zum einen unser Produktivitätsbenchmark für den ärztlichen Dienst, der aufgrund seiner inhaltlichen Tiefe und der besonderen grafischen Aufbereitung unser Leitbenchmark ist, zum anderen der neu entwickelte OP-Benchmark, der die Produktivität und Prozesse im OP veranschaulicht. Zu jedem Benchmark finden Sie auch ein Interview mit einer Führungskraft, um die praktische Anwendung der Benchmarks in unseren Mitgliedshäusern zu veranschaulichen.



4.2 Ausgewählte Benchmarks

Produktivitätsbenchmark

Der Produktivitätsbenchmark bildet ein Kernstück unserer Benchmarkaktivitäten. Die Leistungsfähigkeit einer klinischen Fachabteilung auf der Basis von Zahlen beurteilen zu wollen, ist ein hoher Anspruch, dem sich der Verbund mit einem umfassenden Analyseinstrument stellt. Der Leistungsvergleich wurde maßgeblich von der Arbeitsgruppe Controlling aufgebaut. Er wurde im Jahr 2014 erstmals aufgelegt und erscheint seither jährlich. Anhand von fünf Perspektiven (siehe Abbildung 1) wird für den ärztlichen Dienst ein mehrdimensionaler Vergleich von erbrachten Leistungen im Verhältnis zum eingesetzten Personal durchgeführt.

Produktivität

Verhältnis der erbrachten Leistungen (Casemixpunkte) zum eingesetzten Personal (Vollkräfte)

Entwicklung

Vergleich der Produktivität zum Vorjahr

Faktor

Verhältnis der Personalkosten zum eingesetzten Personal (Vollkräfte)

Erlös

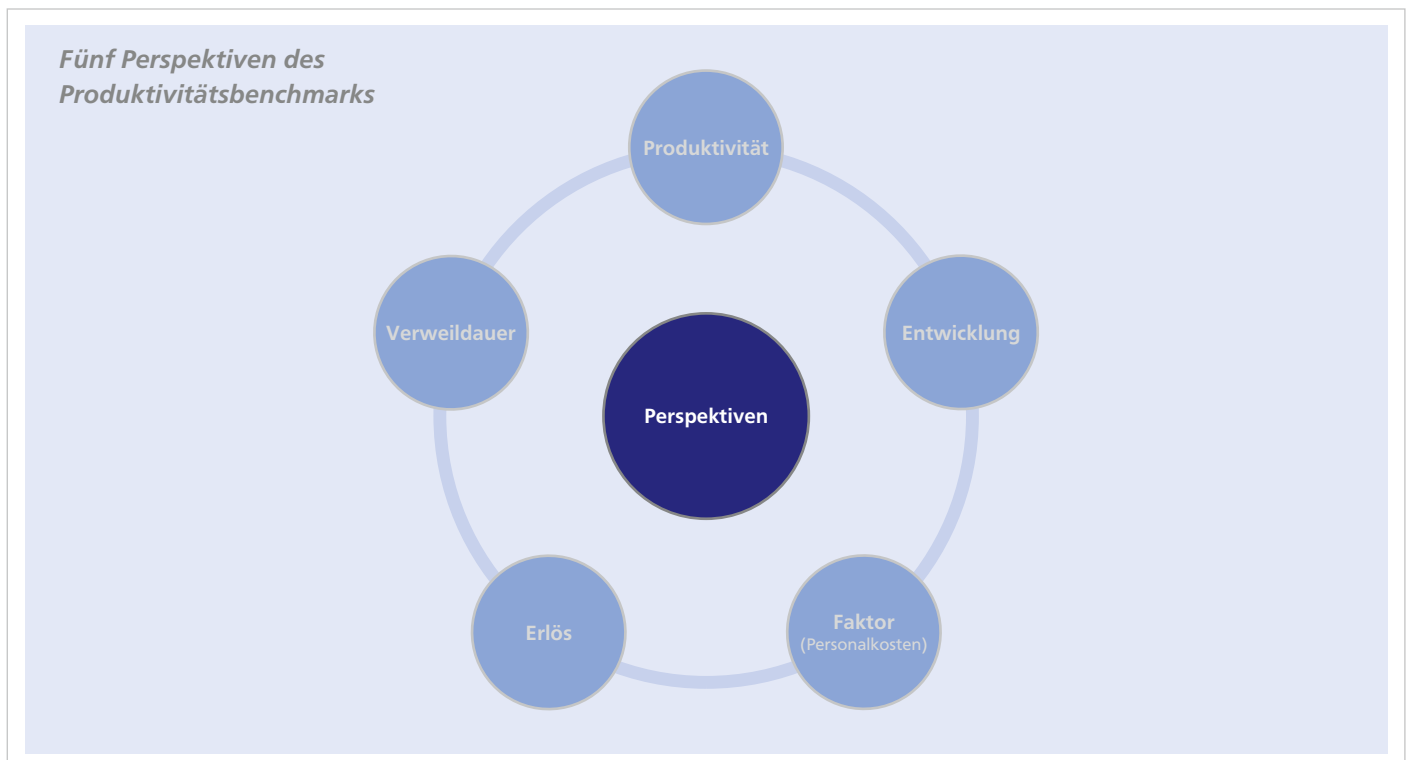
Differenz der Personalkosten (Ist) zu Soll-Personalkosten (nach InEK-Katalog)

Verweildauer

Differenz der Verweildauer (Ist) zur Soll-Verweildauer (nach InEK-Katalog)

Eine Grundvoraussetzung beim Aufbau des Kennzahlensystems war, dass die strukturellen Unterschiede zwischen den Einrichtungen eine ausreichende Beachtung finden. Dazu gehören beispielsweise Art und Umfang ambulanter Leistungen, Personalstruktur und Dienstmodelle als maßgebliche Punkte, die in einem Vergleich berücksichtigt werden müssen. Mit einer Kennzahl alleine ist dies nicht zu schaffen. Durch die fünf Perspektiven wird im Produktivitätsbenchmark eine mehrdimensionale Analyse ermöglicht, was den Leistungsvergleich von vielen anderen Benchmarks unterscheidet. In einem Handlungsleitfaden wurde auf 20 Seiten jedes Datenfeld exakt beschrieben, damit sichergestellt werden kann, dass die Zahlen auch tatsächlich vergleichbar sind. Darin wird beispielsweise geregelt, wie im Bereich der Personalkosten Zeitarbeit und Überstunden berücksichtigt werden.

Abbildung 1



Schließlich findet nach der jährlichen Datenerhebung eine gemeinsame Evaluationsrunde mit den Krankenhaus-Controllern statt, in der die Daten gesamtheitlich nochmals auf Plausibilität überprüft werden. Durch den vertrauensvollen Austausch innerhalb der Arbeitsgruppe Controlling können die Ergebnisse sehr offen und detailliert besprochen werden. Die Aussagekraft und auch die Verwertbarkeit des Benchmarks in der klinischen Praxis sind damit für unsere Verbundmitglieder außerordentlich hoch.

Inhalte des Vergleichs sind die Summe stationärer und ambulanter Erlöse, das zur Leistungserbringung eingesetzte ärztliche Personal, die Entwicklung der Fachabteilungen im zeitlichen Verlauf, die Verweildauer der Patienten sowie Planansätze, die sich aus der InEK-Kalkulation (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus) ergeben. Bei der Darstellung wurde von den Geschäftsführern besonderen Wert darauf gelegt, dass die Grafiken durch eine übersichtliche und einheitliche Systematik gut lesbar sind und Potenziale einfach erkannt werden können.

Die Perspektiven werden einzeln in Balkengrafiken aufgearbeitet (siehe Abbildung 2) und schließlich pro Leistungsbereich in einer Übersichtsgrafik zusammengefasst (siehe Abbildung 3). Geschäftsleitungen und Verwaltungsdirektoren aus unserem Verbund haben damit eine vollständige Analyse und müssen in der Regel keine zusätzlichen Daten erheben.

Um jedem QuMiK-Mitglied einen detaillierten Überblick seiner Einrichtung zu bieten, werden die fünf Perspektiven für folgende drei Ebenen aufbereitet:

- Träger
- Haus
- Fachabteilung

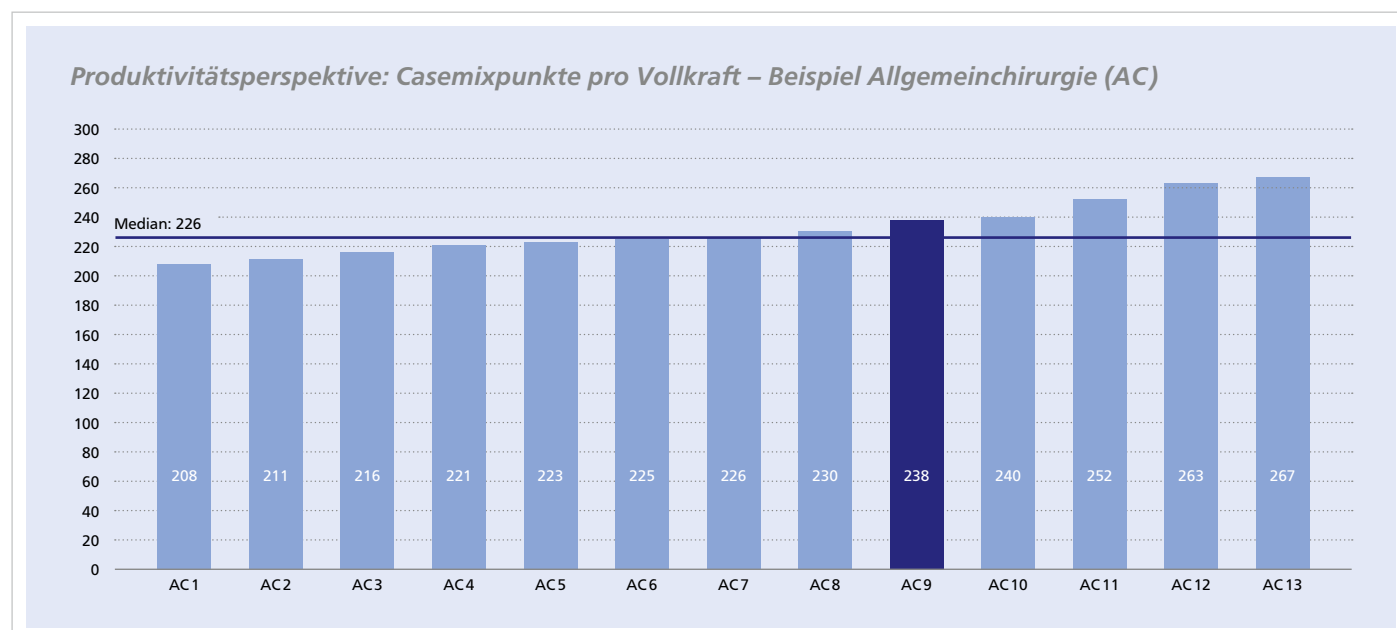
Zur Analyse vergleichbarer Daten wird die Hausebene in drei Bettenklassen eingeteilt. Bei den Fachabteilungen werden Abteilungen, die in ihrem Leistungsgeschehen ähnlich sind, zusammengefasst und gemeinsam dargestellt.

Zu Abbildung 2:

Die Abbildung zeigt die Perspektive Produktivität am Beispiel einer Fachabteilung Allgemeinchirurgie für ein Geschäftsjahr. Die vergleichbaren Fachbereiche sind nach Ergebnis sortiert. Die zu betrachtende Fachabteilung ist farblich hervorgehoben. Der Durchschnittswert (Median) wird als waagrechte Linie dargestellt.

Die Grafik ist wie folgt zu lesen: Die Fachabteilung liegt über dem QuMiK-Durchschnitt im positiven Bereich. Es gibt noch vier Fachabteilungen mit einem höheren Wert. Eine Bewertung des Ergebnisses ist nur im Kontext der anderen Perspektiven möglich. So beeinflussen z.B. unterschiedliche Arbeitszeitmodelle die Anzahl der benötigten Arztstellen und damit die Produktivitätsperspektive.

Abbildung 2

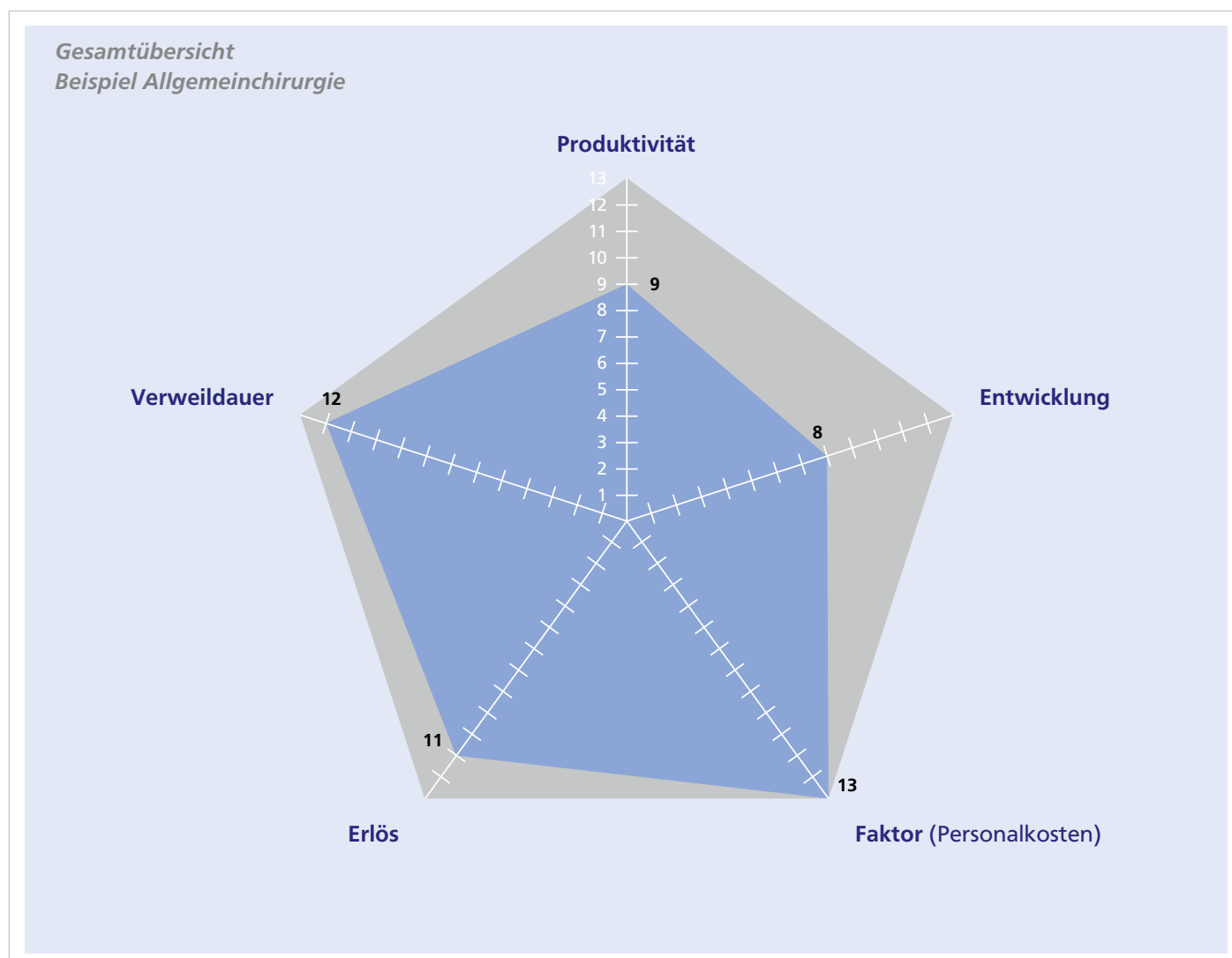


Zu Abbildung 3:

Die Grafik zeigt Ergebnisse am Beispiel der Fachabteilung Allgemeinchirurgie für ein Geschäftsjahr. Alle fünf Perspektiven werden gesamtheitlich dargestellt. Je mehr Fläche der Grafik ausgefüllt ist, desto besser liegt die Fachabteilung im Vergleich zu anderen. Die Skala zeigt die Anzahl vergleichbarer Abteilungen.

Die Grafik ist wie folgt zu lesen: Es bestehen in der Fachabteilung für die Perspektiven Produktivität und Entwicklung Verbesserungspotenziale. Die weiteren Perspektiven liegen auf sehr gutem Niveau.

Abbildung 3



Interview zum Produktivitätsbenchmark



Marcel Wendt

„Ein großer Vorteil ist, dass aufgrund der geschaffenen einheitlichen Datenbasis Gleiches mit Gleichem verglichen werden kann.“

Nach dem BWL-Studium an der Dualen Hochschule in Stuttgart im Fachbereich Gesundheitsmanagement / Krankenhausmanagement ab 2002 Mitarbeiter im BW-Controlling bei den SLK-Kliniken. Seit 2008 Leiter des BW-Controllings und seit 2015 Sprecher der QuMiK-Arbeitsgruppe Controlling; diese erstellt jährlich unterschiedliche Benchmarks, insbesondere den Produktivitätsbenchmark.

Welchen Vorteil bietet Ihnen der Produktivitätsbenchmark im Vergleich zur bisherigen Datenlage?

Für uns Controller ist der Vergleich mit anderen Einrichtungen ein Instrument zur Informationsgewinnung und eine Grundlage für den Planungs- und Kontrollprozess. Die Kennzahlen aus unserem internen Berichtswesen können durch den Benchmark mit denen aus anderen Krankenhäusern verglichen werden, da eine einheitliche Datengrundlage geschaffen wurde. Dabei stellt die Fachabteilungsebene des Benchmarks mit der Zuordnung vergleichbarer Kliniken auch eine gute Grundlage für die Kommunikation mit Berichtsempfängern dar. Diese Vergleichsdaten lagen uns für die Selbsteinschätzung bisher in dieser Form nicht vor. Die Orientierung an den Besten zeigt uns, wo noch Verbesserungspotenziale bestehen.

Wie nutzen Sie den Benchmark für Ihre Arbeit beziehungsweise wie wird er in Ihrem Krankenhaus genutzt?

Zur Analyse und Beurteilung unserer eigenen Kennzahlen liefert der Benchmark wertvolle Informationen. Mit den fünf Perspektiven wird die Leistungserstellung sehr gut beleuchtet. Ein großer Vorteil ist, dass aufgrund der ge-

schaffenen einheitlichen Datenbasis Gleiches mit Gleichem verglichen werden kann. Durch diese Transparenz ist eine Vergleichbarkeit gegeben und wir können die Kennzahlen unserer Kliniken im Vergleich zu anderen Einrichtungen besser beurteilen. Aber auch im Planungsprozess bietet uns der Benchmark die Möglichkeit, genauere Zielgrößen vorgeben zu können. Diese sind Grundlage für interne Planungsgespräche mit den Leistungserbringern aus den Kliniken. Darüber hinaus ermöglicht die QuMiK-Arbeitsgruppe Controlling, gewonnene Informationen im persönlichen Gespräch mit den Kollegen zu diskutieren und sich über Ursachen von Abweichungen sowie Zusammenhänge auszutauschen.

Welche Möglichkeiten der Weiterentwicklung sehen Sie für den Produktivitätsbenchmark, um diesen noch besser nutzen zu können?

Der Benchmark liefert für die fünf festgelegten Perspektiven wichtige Informationen für die Berufsgruppe des ärztlichen Dienstes. Um intern auch in Gesprächen mit anderen Dienstarten Vergleichswerte für den Ressourceneinsatz, die Kosten und weitere Kennzahlen im Vergleich zu den erbrachten Leistungen zu haben, wäre eine Erweiterung auf andere Berufsgruppen eine sinnvolle Entwicklung. Insbesondere für den Pflegedienst könnte diese Transparenz für eine einheitliche Datenbasis geschaffen werden, um den Benchmark als internes Controlling-Instrument noch besser nutzen zu können.

OP-Benchmark

Vor dem Hintergrund eines immer stärker werdenden Wettbewerbsdrucks, dem die Krankenhäuser durch die Gesundheitspolitik ausgesetzt sind, wird es immer wichtiger, die zentralen Bereiche der Leistungserstellung im Krankenhaus zu analysieren. Unser jüngstes Benchmark-Projekt beschäftigt sich mit dem Hochleistungsbe- reich OP. Die Arbeit im OP ist durch eine hohe Personalintensität und zahlreiche Schnittstellen gekennzeichnet. Um die OP-Manager in den Einrichtungen mit va- liden und leicht verfügbaren Daten aus- zustatten, wurde der OP-Benchmark 2016 ins Leben gerufen. Der OP-Benchmark er- weitert unseren bestehenden Produkti- vitätsbenchmark um die Analyse des OP und bietet durch Prozess- und Produkti- vitätskennzahlen (siehe Kennzahlenüber- sicht) vielfältige Erkenntnisse über die Leistungsfähigkeit. Die OP-Verantwort- lichen sind nun nicht mehr auf eigene und zum Teil mühsam zu erstellende Auswer- tungen angewiesen. Im Detail werden die dem OP zuzurechnenden Personalkosten der Berufsgruppen OP-Funktionsdienst und Anästhesie-Funktionsdienst analysiert. Die Auswertungen erfolgen auf Haus- und Fachabteilungsebene.

Die meisten Krankenhäuser haben ihr Leistungsgeschehen im OP in den letz- ten Jahren professionalisiert und eigen- verantwortlich arbeitende Leistungsberei- che mit entsprechender Führungsstruktur geschaffen. Die QuMiK hat mit der Grün- dung einer Fachgruppe OP im Jahr 2017 die Entwicklung aufgenommen. Die neue Fachgruppe setzt sich aus leitenden Mit- arbeitern und Experten der Bereiche OP- Management, Medizincontrolling, Pflege und Ärzten zusammen. Die Ziele der Fach- gruppe umfassen die Verbesserung des OP-Managements, insbesondere der Pro- zesse, und die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Berufsgruppen. Ein wichtiges Instrument der OP-Verantwort- lichen ist der gemeinsame OP-Benchmark, der zusammen mit der Firma digmed neu aufgebaut wurde.

Zentrale Kennzahlen des OP-Benchmarks

Prozesskennzahlen

- Morgendlicher Beginn: OP-Beginn
- Naht-Schnitt-Zeit: Zeit zwischen zwei Operationen
- OP-Auslastung für die Schnitt- Naht-Zeit (Operationszeit): Erbrachte Operationszeit im Ver- hältnis zur Verfügung gestellten Operationszeit

Produktivitätskennzahlen

- Schnitt-Naht-Minuten je Vollkraft (VK)
- Personalkosten je Schnitt- Naht-Minute

Mit der geschaffenen Informations- grundlage werden die OP-Manager bei der Optimierung von Strukturen und Ar- beitsprozessen im OP unterstützt. Im ver- trauensvollen Rahmen der Fachgruppe OP tauschen sich unsere Mitglieder ge- meinsam eingehend über die Ergebnisse aus. Die dabei gewonnenen Erkenntnisse dienen jedem Mitglied zur Weiterentwick- lung seines OP-Bereiches.

Um den Nutzen des Benchmarks kon- kreter aufzuzeigen, wird beispielhaft eine Prozesskennzahl und Produktivitätskenn- zahl näher beschrieben (siehe Abbildung 1 und 2), basierend auf Daten eines Quar- tals.

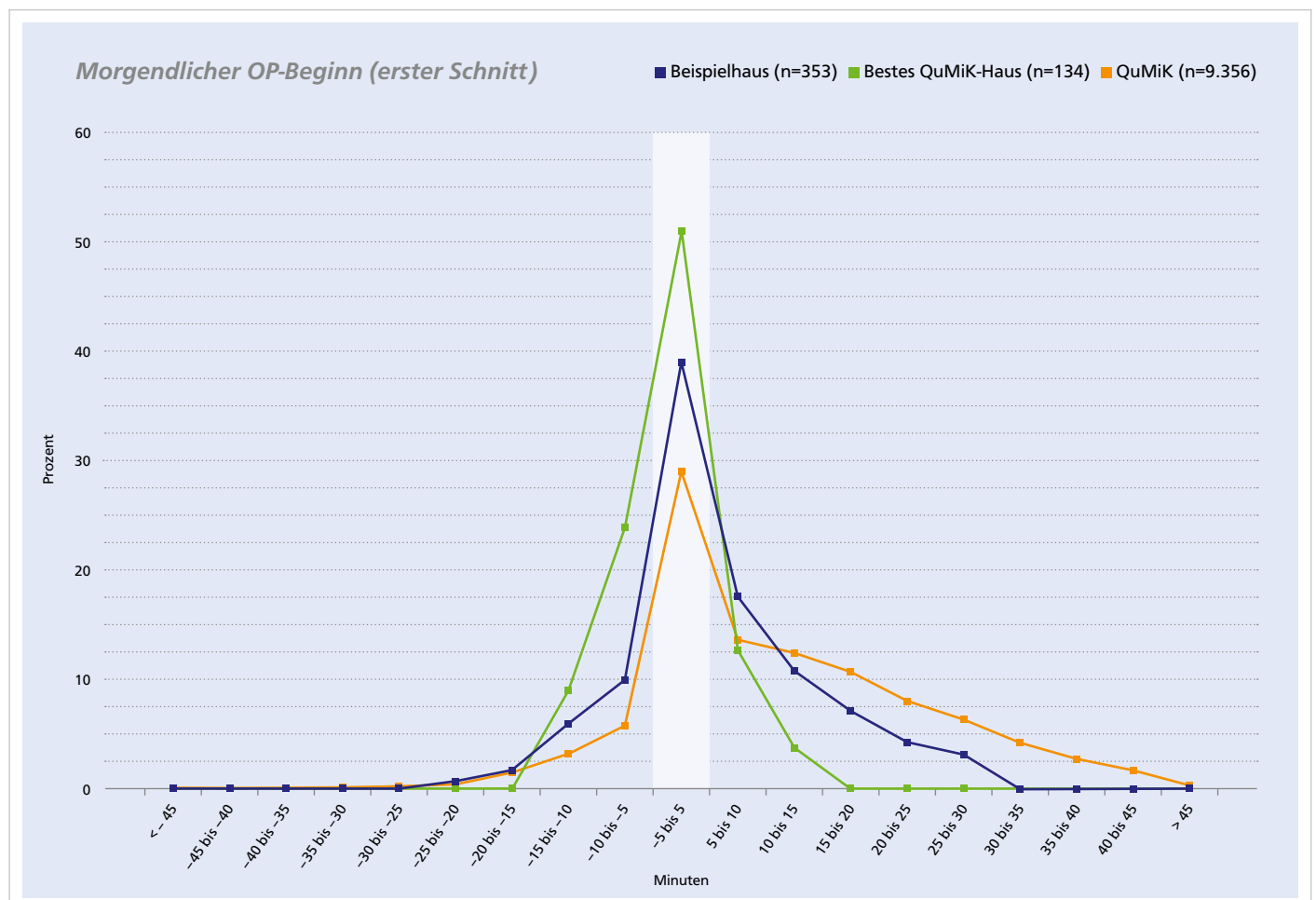
Im vorliegenden Artikel beschränken wir uns auf die Darstellung der zentralen Kennziffern. Das Benchmark-Projekt um- fasst weitere Kennzahlen, die für tiefer- gehende Prozessanalysen herangezogen werden können.

Zu Abbildung 1:

Der morgendliche Beginn ist der wichtigste Tagesabschnitt, da eine morgendliche Verzögerung im Laufe des Tages nicht mehr aufgeholt werden kann. Nachfolgende Operationen starten entsprechend später. Diese Verzögerungen wirken sich negativ auf die zur Verfügung stehende OP-Kapazität aus. Je besser also die morgendlichen Zielzeiten gehalten werden und je kürzer die Wechselzeiten zwischen den Operationen sind, desto besser werden die OP-Säle ausgelastet. Die Auswertung des morgendlichen Beginns umfasst sowohl die Anästhesie-Freigabe des ersten Patienten als auch den ersten Schnitt des Operateurs.

Die dargestellte Auswertung bezieht sich auf den ersten Schnitt. Die Abbildung zeigt in der weiß hinterlegten Fläche den Zielbereich eines pünktlichen Beginns (-5 bis 5 Minuten). Je geringer die Abweichung der tatsächlichen Schnittzeit vom Zielbereich ist, desto besser. Das Beispiel-Krankenhaus (blaue Linie) erreicht in 39 Prozent der Fälle diesen Zielbereich. Das beste Krankenhaus im QuMiK-Verbund (grüne Linie) weist eine Zielerreichung von 51 Prozent auf. Der QuMiK-Wert aller Häuser (orangene Linie) liegt bei 29 Prozent.

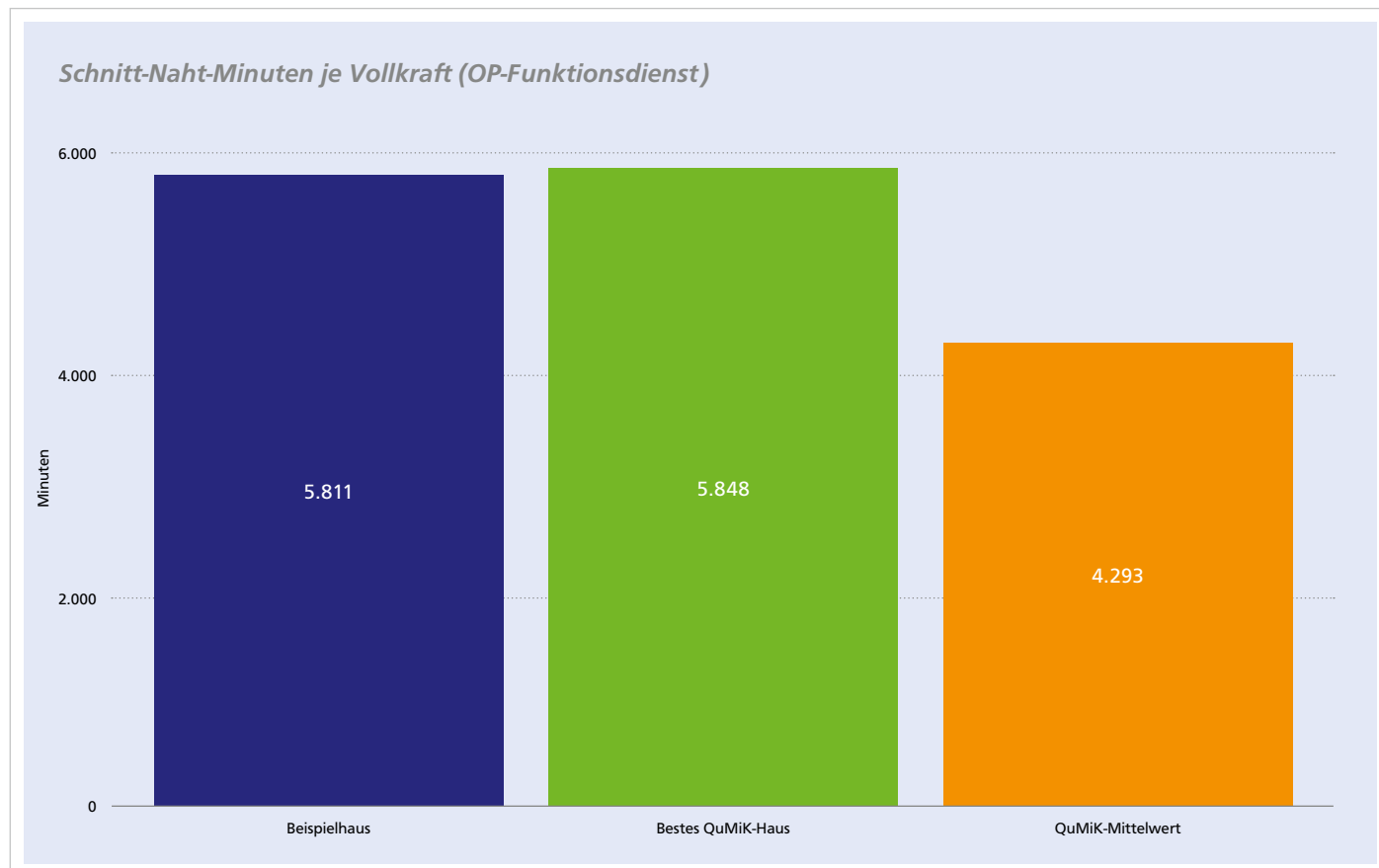
Abbildung 1

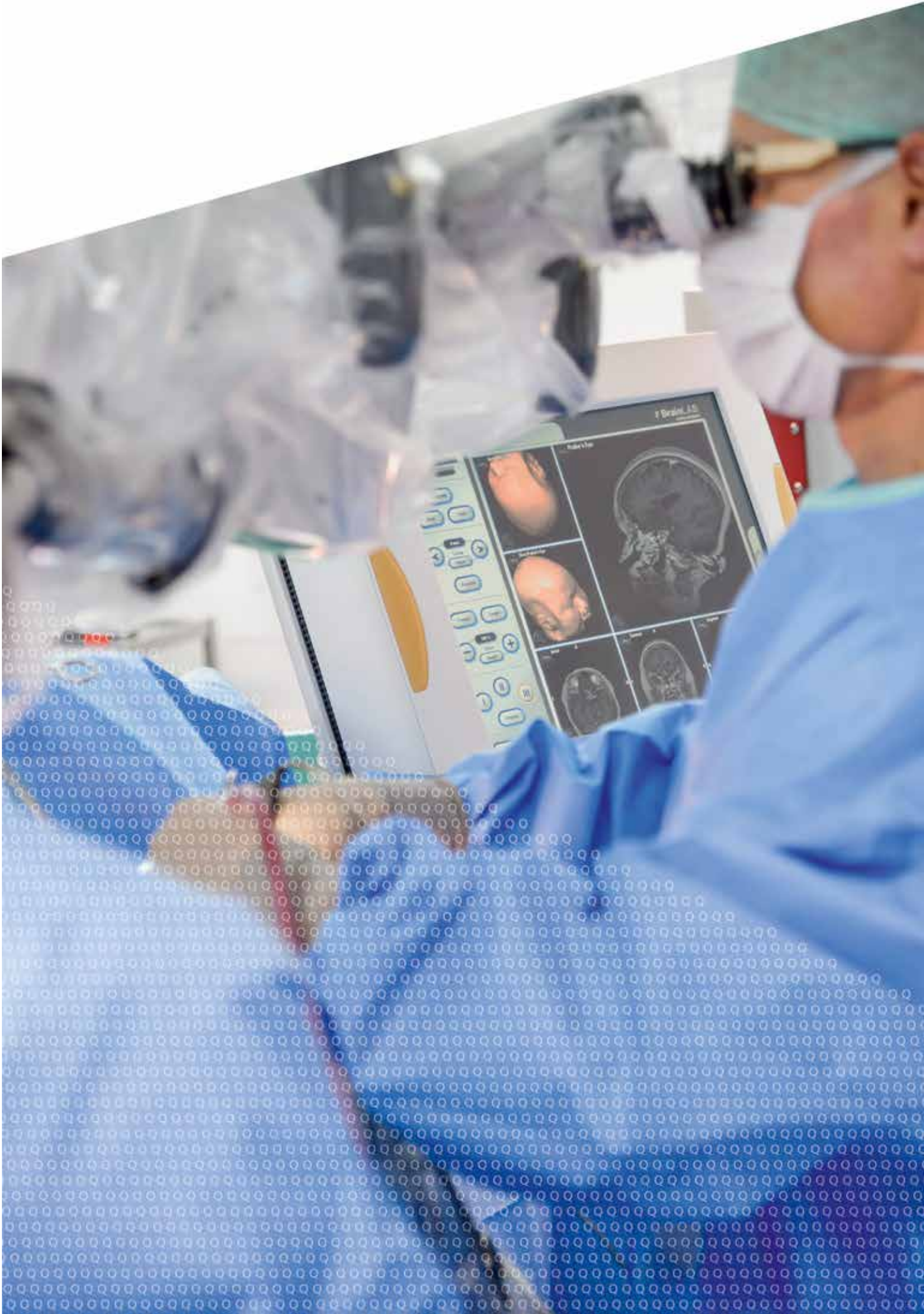


Zu Abbildung 2:

Mit der Auswertung Schnitt-Naht-Minuten (Operationszeit) je Vollkraft kann die Produktivität einzelner Berufsgruppen im OP analysiert werden. Im Beispiel wird der OP-Funktionsdienst ausgewertet. Das Beispielhaus (blauer Balken) belegt mit 5.811 Schnitt-Naht-Minuten je Vollkraft im QuMiK-Vergleich eine sehr gute Position. Das beste QuMiK-Haus (grüner Balken) liegt mit 5.848 Schnitt-Naht-Minuten je Vollkraft nur wenig höher. Der Durchschnitt der QuMiK-Häuser (orangener Balken) liegt bei 4.293 Schnitt-Naht-Minuten.

Abbildung 2





Interview zum OP-Benchmark



Antje Weida MSc.

„Der Benchmark wird künftig das etablierte Steuerungsinstrument für die OP-Bereiche in unserem Hause sein.“

Ausbildung zur Krankenschwester mit anschließender Fachweiterbildung zur OP-Schwester und Weiterbildung zur Stationsleitung. Nach 18-jähriger Berufserfahrung im OP-Bereich Ernennung als Gesamtleitung des Zentral-OP und stellvertretende OP-Koordinatorin am Städtischen Klinikum Karlsruhe. Erwerb Master of Science mit Schwerpunkt Risiko- und Hygienemanagement durch berufsbegleitendes Studium an der Donauuniversität Krems. Zeitgleich Pflegedienstleitung für die dezentralen OP-Bereiche. Derzeit Upgrade des Managementstudiums bis Ende 2017 mit MBA-Abschluss in Krankenhausmanagement. Aktuelle Schwerpunkte sind OP-Management-Projekte am Städtischen Klinikum Karlsruhe. Darüber hinaus im QuMiK-Klinikverbund seit März 2017 Sprecherin der neu gegründeten Fachgruppe OP.

Wie nutzen Sie den OP-Benchmark für Ihre tägliche Arbeit?

Der OP-Benchmark wird in unserem Hause durch meine Kollegen und mich in vielfältiger Weise genutzt. Zum einen dient der monatliche Report des Benchmarks als breite Informationsbasis für die Geschäftsführung, beteiligte Chefärzte, Pflegedirektion, OP-Steuerungsgruppe, den Betriebsrat, das Controlling und weitere Führungskräfte. In der Auswertung werden alle OP-Bereiche unseres Hauses transparent gemacht. Die am OP-Geschehen unmittelbar beteiligten Kollegen können sowohl ihre eigenen Leistungen als auch die der Abteilungen sehen. Als zentraler Vergleichswert dient dabei der spezifische QuMiK-Durchschnitt und der Wert des besten QuMiK-Hauses. Diese Transparenz ermöglicht eine Diskussion mit den Leistungserbringern auf Augenhöhe. Zum anderen wird dieses Wissen zur Kapazitätsplanung genutzt. Zweimal im Jahr werden diese Analysen für Controlling-Gespräche mit den Chefärzten verwendet, um Verbesserungen und Veränderungen diskutieren zu können. Durch dieses Vorgehen unterstützen wir Prozessoptimierungen und Effizienzsteigerungen.

Welche Vorteile bietet Ihnen der OP-Benchmark im Vergleich zu bisherigen Analysen?

Bisher gab es in unserem Hause nur einen eingeschränkten Blick auf den OP-Bereich. Durch den bisherigen Report wurde als Kennzahl nur der erste Schnitt aller OP-Säle dargestellt. Daraus ließ sich nur die Information ableiten, zu welchem Zeitpunkt der erste Schnitt stattfand. Weiterführende Informationen, zum Beispiel zu Verzögerungen, waren nicht ersichtlich. Durch den OP-Benchmark können nun die einzelnen Leistungsschritte genauer betrachtet und der Zeitpunkt des ersten Schnittes detaillierter analysiert werden, wie beispielsweise: Was war die Ursache für die Verzögerung? Kam der Patient zu spät? War die Narkoseeinleitung oder die Lagerung sehr aufwendig? Diese Genauigkeit und Transparenz der Analyse gibt uns die Möglichkeit der Steuerung. Ein weiterer Vorteil ist die frühzeitige Aufdeckung von Fehlentwicklungen und die Möglichkeit, durch geeignete Maßnahmen gegenzusteuern. Vorhandene Effizienzreserven können hierbei erkannt und sinnvoll genutzt werden. Die automatisierte Datenaufbereitung und Fehleranalyse erlauben einen differenzierten Blick auf das tatsächliche Leistungsgeschehen im OP.

Welche Perspektiven sehen Sie für den Benchmark in Ihrem persönlichen Arbeitsumfeld?

Der Benchmark wird künftig das etablierte Steuerungsinstrument für die OP-Bereiche in unserem Hause sein. Für die Kontingentverteilung der einzelnen Fachdisziplinen wird er künftig ein wichtiges Element darstellen. Durch Sonderanalysen und die Einführung zusätzlicher Kennziffern werden wir den Benchmark für unser Haus weiterentwickeln. Der offene Austausch in der QuMiK-Fachgruppe OP bietet darüber hinaus eine gute Plattform zum Benchmark – mit Blick über den Tellerrand. Ein großer Vorteil unserer Gruppe besteht darin, im vertrauten Rahmen gute Diskussionen führen zu können und das vorhandene Wissen zu teilen. Der direkte Vergleich mit anderen Kliniken bewirkt eine natürliche Neugier: Was können wir voneinander lernen? Wo sind Ressourcen, die bis dato übersehen wurden? Was machen die anderen besser und warum?

5.0 *Wissenstransfer durch Arbeitsgruppen*





5.1 Überblick

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

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

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

Derzeit engagieren sich die Arbeitsgruppen:

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

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

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

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

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

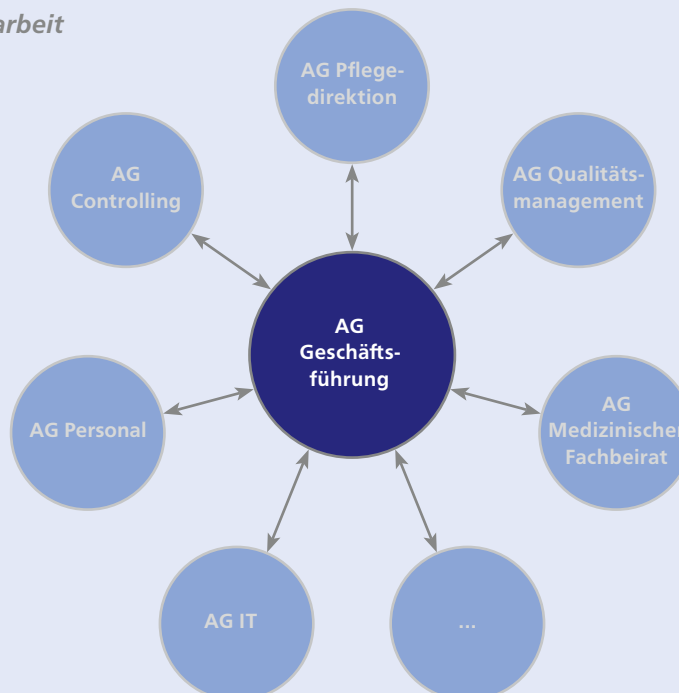
Exkurs Medizinischer Fachbeirat

Der Medizinische Fachbeirat ist das zentrale medizinische Steuerungsgremium im QuMiK-Verbund. Er koordiniert die Arbeit von zehn Fachgruppen und ist mit diesen vernetzt. Jede Fachgruppe wird von einem Vertreter des Medizinischen Fachbeirates geleitet. Der Medizinische Fachbeirat ist interdisziplinär besetzt, mit leitenden Ärzten aus allen Fachbereichen. Die Gruppe wird ergänzt durch Experten der Bereiche Medizincontrolling, OP-Management und Qualitätsmanagement.

Ziele und Aufgaben des Medizinischen Fachbeirates umfassen:

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

Struktur der Zusammenarbeit



5.2 QuMiK-Austauschplattform

Der intensive fachliche Austausch zwischen den Mitarbeitern ist sein Anbeginn der QuMiK ein Kernelement des Verbundes. Durch die Implementierung einer onlinebasierten Austauschplattform innerhalb der QuMiK-Homepage im Jahr 2017 werden nun neueste Kommunikationsmöglichkeiten genutzt, um den Wissenstransfer in den Arbeitsgruppen noch besser zu unterstützen. Die moderne und anwenderfreundliche Plattform intensiviert die fachlichen Diskussionen und vereinfacht den Dokumentenaustausch. Die Plattform wurde auf Wunsch unserer Arbeitsgruppen ins Leben gerufen. Bei der Konzeption wurden die Vertreter der Arbeitsgruppen eng einbezogen, um eine nutzergerechte Lösung zu entwickeln.

Für jede Arbeitsgruppe existiert ein eigener Austauschraum, wobei auch immer die Möglichkeit besteht, andere Arbeitsgruppen oder einzelne Personen in den Austauschprozess miteinzubeziehen, beispielsweise zur Beantwortung von interdisziplinären Fragestellungen. Sobald neue Inhalte auf der Plattform platziert werden, wird an den betreffenden Nutzerkreis eine automatisierte Emailbenachrichtigung versendet. Auf diese Weise sind die Nutzer stets über aktuelle Inhalte informiert.

Die Plattform wird vielfältig eingesetzt, beispielsweise um für tagesaktuelle Fragestellungen in kurzer Zeit eine Einschätzung von Kollegen zu erhalten oder zum Austausch wichtiger Dokumente, insbesondere Ergebnisse der Sitzungen, Handbücher, Leitlinien oder Fachartikel. Der schnelle und einfache Zugang zur Plattform führte bereits nach kurzer Zeit zu einer intensiven Nutzung.

Um die Plattform kontinuierlich und bedarfsgerecht weiterentwickeln zu können, wurde bereits wenige Monate nach Inbetriebnahme eine Umfrage unter allen Arbeitsgruppen-Mitgliedern durchgeführt. Basierend auf dem Umfrageergebnis wird künftig der Bereich zum Dokumentenaustausch erweitert und eine Funktion zur Terminabstimmung umgesetzt. Dies sind weitere wichtige Entwicklungsschritte, um die Plattform noch attraktiver für unsere Mitglieder zu machen.

5.3 Projekt QuMiK-Bündelstrategie zur Vermeidung postoperativer Wundinfektionen

Im QuMiK-Verbund werden umfassende und abgestimmte Maßnahmen zur Erhöhung der Patientensicherheit durchgeführt (siehe QuMiK-Jahresbericht 2015 zum Top-Thema Patientensicherheit und Fehlerkultur). Ein besonderer Schwerpunkt liegt hierbei in der Vermeidung von Krankenhaus-assoziierten Infektionen, sogenannte nosokomiale Infektionen. In 2015 wurde im QuMiK-Verbund eine sogenannte Punkt-Prävalenz-Studie (PPS) zum Vorkommen von nosokomialen Infektionen und Antibiotikagebrauch durchgeführt. In 2016 hat die Mehrzahl der Kliniken im Verbund an der europäischen PPS, koordiniert vom Nationalen Referenzzentrum für die Surveillance von nosokomialen Infektionen, Berlin, teilgenommen.

Die Datenauswertung aus diesen Prävalenzstudien zeigt, dass der Anteil der postoperativen Wundinfektionen an allen nosokomialen Infektionen bei circa 24 Prozent liegt und damit einen erheblichen Anteil ausmacht. Die QuMiK-Fachgruppe

Allgemein- und Viszeralchirurgie hat sich bereits über zwei Jahre intensiv mit dem Thema Bündelstrategie beschäftigt. Patienten haben nach einem darmchirurgischen Eingriff ein besonders hohes Risiko für die Entwicklung einer postoperativen Wundinfektion. Die Eröffnung des Darms, natürlicher Siedlungsort einer Vielzahl von Bakterien, bringt dieses Risiko mit sich. Einzelne Studien, vor allem aus den USA, konnten zeigen, dass die Umsetzung eines „Maßnahmenbündels“ das Risiko für eine Infektion nach einem solchen Eingriff reduzieren kann. Ein weiterer, wichtiger Impuls um in diesem Feld ein Projekt im QuMiK-Verbund zu starten, gab unsere Fachtagung zur Prävention postoperativer Wundinfektionen, die im Juni 2015 gemeinsam mit Prof. Dr. Axel Kramer vom Institut für Hygiene und Umweltmedizin der Universitätsmedizin Greifswald stattfand.

Die Umsetzung der Bündelstrategie wird federführend durch unsere Fachgruppe Allgemein- und Viszeralchirurgie

und die Fachgruppe Hygiene unterstützt. Charakteristisch für eine Bündelstrategie ist die Definition von wenigen und einfach umzusetzenden Maßnahmen, deren einzelne Umsetzung sich bereits als effektiv erwiesen hat – und durch Studien belegt ist. Bei gebündelter Umsetzung dieser Maßnahmen ist eine deutlichere Reduktion der Infektionsrate zu erwarten. Das QuMiK-Bündel umfasst sieben Maßnahmen (siehe Grafik).

Die genannten Maßnahmen werden in den Kliniken des QuMiK-Verbundes bereits mit unterschiedlicher Durchdringung umgesetzt. Die Aufgabe der QuMiK-Bündelstrategie besteht darin, für eine konsequente und einheitliche Umsetzung zu sorgen. Diese soll im Rahmen einer auf zwei Jahre ausgelegten Studie, deren Studiendesign derzeit entwickelt wird, erfolgen. Der Erfolg der Bündelstrategie hängt im Wesentlichen von der konsequenten Umsetzung durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ab, daher wird der Umsetzungsgrad regelmäßig gemes-

Maßnahmen der Bündelstrategie in der Darmchirurgie



sen und rückgemeldet werden. Neben dieser regelmäßigen Messung der Compliance mit den Maßnahmen werden auch die Infektionsraten erfasst, um den Effekt des Bündels zu messen. Das medizinische und pflegerische Personal wird regelmäßig über die Ergebnisse informiert und in den Maßnahmen fortgebildet. Eine klare Regelung der Zuständigkeiten und eine gute Teamarbeit sind erhebliche Einflussfaktoren auf den Erfolg der Maßnahmen. „Die QuMiK trägt die Qualität mit gutem Grund in ihrem Namen. Die medizinischen Fachgruppen arbeiten seit Jahren an deren ständiger Verbesserung. Das interdisziplinäre Projekt Bündelstrategie der Fachgruppen Chirurgie und Hygiene zur Senkung postoperativer Infektionen ist hierfür ein ganz besonderes Beispiel“, betont Prof. Dr. Jörg Martin, Geschäftsführer der Regionale Kliniken Holding RKH, der als Pate des Medizinischen Fachbeirates das Projekt betreut.

Quellenhinweise bei den Verfassern

Haarentfernung vor OP

Vor OP werden Haare des Patienten gekürzt, vorzugsweise mit einem sogenannten „Clipper“, damit diese den Operationsverlauf nicht beeinträchtigen, z.B. beim Aufkleben eines Verbandes. Eine „scharfe Rasur“ im OP-Gebiet erhöht das Infektionsrisiko, daher wird auf diese verzichtet.

Antibiotikaprophylaxe vor OP

30 bis 60 Minuten vor Hautschnitt wird dem Patienten einmalig ein Antibiotikum verabreicht, sogenannter Single-Shot. Diese Form der Anwendung, auch perioperative Antibiotikaprophylaxe (PAP) genannt, ist seit Jahren Bestandteil der Prävention von postoperativen Wundinfektionen und wird in Leitlinien empfohlen.

Hautantiseptik vor OP

Die Haut des Patienten rund um das OP-Gebiet wird im Vorfeld der OP mit einem Antiseptikum mit Langzeitwirkung desinfiziert.

Schutz für Bauchdecke / Wundrand während OP

Zum Schutz der Bauchdecke bzw. des Wundrandes wird eine bakterienundurchlässige Folie während der OP angebracht.

Stabilisierung der Körpertemperatur während OP

Die Körpertemperatur des Patienten wird während der gesamten OP-Dauer im Normbereich ($>35,5^{\circ}\text{C}$) stabilisiert (Normothermie). Eine Unterkühlung wird vermieden und dadurch das Risiko für die Entstehung einer postoperativen Wundinfektion gesenkt.

Ruhe im OP-Saal während OP

Das Betreten und Verlassen eines OP-Saals während einer OP wird auf das Minimum reduziert, ebenso werden andere Störfaktoren so gut möglich reduziert.

Einsatz OP-Sicherheits-Checkliste

Die Checkliste dient der Erhöhung der Patientensicherheit im Rahmen einer OP. Mit ihr werden verschiedene Prozessschritte auf deren Einhaltung abgeprüft. Die Einhaltung der Prüfkriterien wirkt sich nicht nur positiv auf postoperative Wundinfektionen aus, sondern auch auf die Vermeidung von Eingriffsverwechslungen und andere Komplikationen. Die Checkliste wurde von der WHO (Weltgesundheitsorganisation) entwickelt und ist weltweit im Einsatz.



5.4 Top-Veranstaltungen zur interdisziplinären Weiterbildung

Fachtagung zur Intensivmedizin, Infektiologie und Infektionsprävention



Die interdisziplinär und interprofessionell ausgerichtete Fachtagung begeisterte über 110 Zuhörer.

Zur Optimierung des interdisziplinären und interprofessionellen Austausches sowie zur verstärkten Vernetzung unserer medizinischen Fachgruppenarbeit fand am 19. April 2016 eine sehr gut besuchte QuMiK-Fachtagung zum Thema Intensivmedizin, Infektiologie und Infektionsprävention mit über 110 Teilnehmern in Markgröningen statt. Im thematischen Fokus der Veranstaltung stand die Optimierung der intensivmedizinischen Behandlung im Bereich der Infektiologie und Infektionsprävention. Die Veranstaltung richtete sich an Ärzte der operativen Fachbereiche, Anästhesie, Hygiene-Abteilungen und Apotheke sowie an das Pflegepersonal und Hygienefachkräfte. Unsere QuMiK-Fachgruppen Hygiene und Intensivmedizin haben die Veranstaltung organisiert. 2016 haben sich diese Fachgruppen intensiv mit den Themen Antibiotic Stewardship, Basishygiene und Infektionslage im QuMiK-Verbund beschäftigt. Zur Unterstützung dieser Themen wurde jeweils im Jahr 2015 und 2016 eine Punkt-Prävalenz-Studie zu nosokomialen Infektionen und zur Antibiotika-Anwendung im QuMiK-Verbund durchgeführt.

Die zentralen Themenfelder der Veranstaltung umfassten Basishygiene auf der Intensivstation, Umsetzung und Optimierung der Antibiotikatherapie sowie Ergebnisse der genannten QuMiK-Punkt-Prävalenz-Studie 2015. Die breite Themenvielfalt mit konkreten Empfehlungen für den Praktiker wurde durch Vorträge von neun hochkarätigen Referenten abgedeckt.

Zur Abdeckung des Themas Basishygiene auf Intensivstationen wurde die Studienlage zu Erregertransmissionen dargestellt und Wege zur Verbesserung der Händehygiene-Compliance aufgezeigt. Darüber hinaus wurde auf Möglichkeiten zur Prävention der beatmungsassoziierten Pneumonie besonders eingegangen.

Im Rahmen der Umsetzung und Optimierung der Antibiotikatherapie wurden das therapeutische Drug Monitoring und die damit gegebene Möglichkeit einer patientenbezogenen Dosierung von Antibiotika vorgestellt. Im Weiteren wurde auf den Krankheitsverlauf, die Diagnostik und Therapie von intraabdominellen Infektionen eingegangen. Um den Praktiker in der täglichen Arbeit eine Hilfestellung zu geben, wurde auch das Antibiotika-Manual der Regionale Kliniken Holding RKH vorgestellt. Das mit dem QuMiK-Qualitätspreis 2014 prämierte Manual, im praktischen Format für die Kitteltasche, umfasst Therapie-Empfehlungen für Ärzte und wurde für alle Standorte der RKH abgestimmt.

„Mit der Fachtagung beweist der QuMiK-Verbund erneut, dass er sich den aktuellen Themen selbstkritisch stellt und konkrete Verbesserungen für seine Mitglieder bietet. Lebensbedrohlich gefährdete Patienten benötigen unsere volle Aufmerksamkeit. Dies gelingt nur, wenn sich alle am Behandlungsprozess Beteiligten auf dem aktuellen Stand des Wissens befinden und intensivmedizinische Maßnahmen im Bereich der Infektiologie und Infektionsprävention ständig verbessert werden. Diesen Lernprozess fördern wir durch einen interdisziplinären und interprofessionellen Dialog“, betont Dr. Thilo Rünz, Sprecher der QuMiK-Fachgruppe Hygiene und Chefarzt am Institut für Laboratoriums-, Transfusionsmedizin und Mikrobiologie im Klinikverbund Südwest.

Vierter Kompetenztag im QuMiK-Perinatalverbund



*Auszeichnung der besten Fallvorstellung:
Prof. Dr. Peter Freisinger, Chefarzt, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Klinikum am Steinenberg Reutlingen,
Matthias Firnkorn, Assistenzarzt, Kinderklinik Ludwigsburg,
PD Dr. Peter Kristen, Chefarzt, Frauenklinik, Klinikum am Steinenberg Reutlingen (v. l. n. r.)*

Bereits zum vierten Mal fand 2016 der Kompetenztag des QuMiK-Perinatalverbundes zur ärztlichen Nachwuchsförderung statt. Die ganztägige interdisziplinäre Weiterbildungsveranstaltung mit Fachvorträgen, Fallberichten und Workshops mit Simulationen zu Kindernotfällen richtet sich sowohl an Assistenzärzte der Geburtshilfe, als auch an Ärzte der Neonatologie. Mit rund 60 Teilnehmern aus den Perinatalzentren des Klinikverbundes war der vierte Kompetenztag am 25. November 2016 in Reutlingen sehr gut besucht.

Im Rahmen des Kompetenztages wurde auch die beste Fallvorstellung „pearls and pitfalls“ von Assistenzärzten der QuMiK-Perinatalzentren prämiert. Die Auszeichnung erhielt Matthias Firnkorn von der Kinderklinik Ludwigsburg für seine Fallvorstellung mit dem Titel „Wenn das Herz Richtung Epigastrium rutscht“.

„Durch die Veranstaltung unterstützen wir unseren Anspruch von höchster Qualität bei der Schwangerenbetreuung, der Wahl des optimalen Geburtszeitpunktes und der Neugeborenenversorgung. Dies erfordert eine enge Zusammenarbeit aller Beteiligten in einem interdisziplinären Team mit intensiver Kommunikation und fachlichem Austausch“, erklärt Prof. Dr. Peter Freisinger, Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Klinikum am Steinenberg in Reutlingen.

PD Dr. Peter Kristen, Chefarzt der Frauenklinik, Klinikum am Steinenberg in Reutlingen, fügt hinzu: „Die Veranstaltung bietet unserem Nachwuchs gezielt interdisziplinäre und praxisbezogene Inhalte an, um das Bewusstsein für vernetztes Arbeiten frühzeitig zu schärfen.“

Unter dem Dach des QuMiK-Verbundes arbeiten seit 2010 leitende Ärzte der Geburtshilfe und Neonatologie eng in einem Perinatalverbund zusammen. Die Mitglieder der Arbeitsgruppe sind Vertreter der neun QuMiK-Perinatalzentren: Böblingen, Göppingen, Heilbronn, Karlsruhe, Ludwigsburg, Ravensburg, Reutlingen, Singen und Villingen-Schwenningen.

Ziel des QuMiK-Perinatalverbundes ist es, durch enge Kooperation eine medizinische Versorgung mit höchster Qualität für werdende Mütter und Früh- und Neugeborene im Versorgungsgebiet zu gewährleisten. Zentrale Arbeitsfelder der Kooperation beinhalten den Wissenstransfer durch Spezialisten – insbesondere für Augenheilkunde, Chirurgie, Kardiologie, Neurochirurgie und genetischer Beratung – und Erstellung von Benchmarks zur Perinatalogie sowie Organisation von Fortbildungen für Assistenzärzte. Darüber hinaus läuft derzeit als besonderer Schwerpunkt eine Multi-Center-Studie zur Vermeidung von Frühgeburten in den Perinatalzentren des QuMiK-Verbundes. Ende des Jahres werden dazu erste Ergebnisse im Rahmen des Verbundes bekannt gemacht.

Ausblick

Die Kliniken im QuMiK-Verbund arbeiten seit mehr als 15 Jahren mit Leistungsvergleichen, Wissenstransfer und dem Lernen vom jeweilig Besten mit großem Erfolg an ihrer kontinuierlichen Verbesserung.

Dabei bleibt weiterhin eines unserer Hauptanliegen, die geleistete Qualität messbar darzustellen. Mit großer Spannung werden zum Ende des Jahres 2017 die Ergebnisse einer einzigartigen QuMiK-Studie zur Versorgung von Frühgeborenen erwartet. Außerdem schreitet die wissenschaftliche Umsetzung der QuMiK-Bündelstrategie zur Vermeidung postoperativer Wundinfektionen im chirurgischen Bereich weiter voran.

Die QuMiK verfügt inzwischen über 20 Arbeits- und Fachgruppen, die mit ihrer Arbeit die wesentlichen Erfolge im Verbund vorbereiten und realisieren. Mit einer neuen, onlinebasierten Austauschplattform wird den Mitgliedern ein modernes Medium für den fachlichen Austausch zur Verfügung gestellt, welches die Intensität der Zusammenarbeit nochmals weiter befördert.

Die Zukunft wird der QuMiK weitere neue und spannende Projekte bringen, für welche die Geschäftsführer der Krankenhäuser, unter anderem in einer jährlichen Strategietagung, den Rahmen vorgeben. So stehen auf der aktuellen Agenda 2017/2018 der weitere Ausbau des Benchmarkings, eine engere Abstimmung der Einrichtungen im Bereich der Warenwirtschaft und die Bündelung von Interessen bei Budgetverhandlungen. Für die Begleitung der Umsetzung wird die Geschäftsstelle personell verstärkt werden.

In den letzten Jahren wird auch in Baden-Württemberg eine Entwicklung zu mehr Privatisierung der Krankenhäuser beobachtet, sei es, dass die Geschäftsführung an einen privaten Dienstleister übertragen wird oder der kommunale Träger seine Einrichtung an eine Klinik-Kette veräußert. Die QuMiK-Einrichtungen sehen Privatisierungen in Krankenhäuser grundsätzlich kritisch. Sie setzen mit der engen Kooperation innerhalb der QuMiK ein klares Signal dafür, dass kommunale Unternehmen durch intensive fachliche Zusammenarbeit gestärkt werden und gemeinsam in der Lage sind, die aktuellen Herausforderungen, die an Krankenhäuser gestellt werden, zu meistern.

Dafür arbeiten wir gemeinsam mit festem Willen an der Weiterentwicklung unserer kommunalen Krankenhäuser – zum Wohle unserer Patienten und unserer Mitarbeiter.



Impressum

Ansprechpartner für die QuMiK GmbH

Matthias Ziegler
Erlachhofstraße 1
71640 Ludwigsburg
info@qumik.de

www.qumik.de

Konzeption & Gestaltung

b_werk gmbh, Metzingen
www.b-werk.de

Druck

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

Bildnachweis

Seite 01 (Titelbild, Hintergrund), 04 (oben), 05, 13, 50:
Städtisches Klinikum Karlsruhe gGmbH – Fotografen: Markus Kümmerle, Petra Geiger

Seite 01 (Titelbild, unten links/rechts), 14/15, 21, 28/29, 33, 38/39, 41: fotolia

Seite 02/03, 04 (unten), 06/07, 24, 25, 49, 52/53, 61, 63:
Bildarchiv Regionale Kliniken Holding RKH GmbH

Seite 08, 11, 30, 58, 59: QuMiK GmbH

Seite 16: ALB FILS KLINIKEN GmbH

Seite 17: Gesundheitsverbund Landkreis Konstanz gGmbH

Seite 18: Klinikverbund Südwest GmbH

Seite 19: Kreiskliniken Reutlingen GmbH

Seite 20: Oberschwabenklinik GmbH

Seite 22, 23, 35, 45: Regionale Gesundheitsholding Heilbronn-Franken GmbH

Seite 26: Schwarzwald-Baar Klinikum Villingen-Schwenningen GmbH

Seite 27: wörner traxler richter planungsgesellschaft mbh

Seite 57: iStock





QuMiK GmbH
Erlachhofstraße 1
71640 Ludwigsburg
www.qumik.de