

KLINIK FÜR HERZCHIRURGIE
KARLSRUHE GMBH



QUALITÄTSBERICHT



BERICHTSJAHR 2005
JUNI 2006

Inhalt

4	Einleitung
5	Die Klinik: Strukturdaten und Leistungsüberblick
6	Fachabteilungen der Klinik
6	Abteilung für Herzchirurgie
11	Abteilung für Anästhesiologie und Intensivmedizin
14	Qualitätsmanagement
14	Qualitätsziele
15	Strukturen des klinikinternen Qualitätsmanagements
16	Projekte des Qualitätsmanagements
18	Messergebnisse im Qualitätsmanagement
24	Perspektiven des Qualitätsmanagements
25	Impressum

1 Einleitung

Zehn Jahre Klinik für Herzchirurgie Karlsruhe

Am 15. September 1995 wurde nach 19 Monaten Bauzeit, in Anwesenheit der damaligen baden-württembergischen Sozialministerin Helga Solinger, die Klinik für Herzchirurgie Karlsruhe eingeweiht. Die Vision von einer neuen Fachklinik zur Verbesserung der Patientenversorgung in der Region wurde Wirklichkeit. Seither arbeiten wir Tag für Tag mit größtem Engagement daran, dem Anspruch der Patienten gerecht zu werden. Was 1995 durch eine Gruppe hochengagierter Mitarbeiter aufgebaut wurde, ist heute aus der kardiochirurgischen Versorgung der Region und weit darüber hinaus nicht mehr wegzudenken.

Qualitäts- management 2005

Die Klinik für Herzchirurgie Karlsruhe hat ein bewegtes Jahr hinter sich. In zahlreichen Bereichen des Krankenhauses haben wir daran gearbeitet, unsere Struktur und Organisation weiter zu verbessern – dies alles, um unseren Patientinnen und Patienten den unvermeidlichen Krankenhausaufenthalt noch weniger einschneidend, noch weniger belastend gestalten zu können. Unser Augenmerk lag besonders in der weiteren Optimierung der Abläufe, um Diagnostik und Therapie noch sicherer zu gestalten. Beispielhaft sind hier zu nennen:

- Hohe Investitionen in die Beschaffung moderner Geräte
- Konsequente Umsetzung der digitalen Bildgebung
- Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements der Klinik für Herzchirurgie Karlsruhe

Das medizinische Qualitätsmanagement wurde – im Gleichklang mit den anderen Kliniken des RHÖN-KLINIKUM Konzerns – weiterentwickelt. Wir haben ein Kennzahlensystem auch für die medizinische Ergebnismessung etabliert. Außerdem wurde eine Reihe von qualitätsrelevanten Einzelprojekten in Angriff genommen beziehungsweise beschlossen.

Wir legen unseren Patientinnen und Patienten, den mit uns zusammen arbeitenden Ärztinnen/Ärzten und anderen Interessierten hiermit den zweiten Bericht über unsere medizinische Tätigkeit und die damit zusammenhängende medizinische Qualitätssicherung vor und freuen uns über eine Rückmeldung.

Karlsruhe, Juni 2006

B. Zimmermann

Geschäftsführung

Dr. med. H. Posival

Ärztlicher Direktor

2 Die Klinik: Strukturdaten und Leistungsüberblick

Name und Anschrift der Klinik	Klinik für Herzchirurgie Karlsruhe Franz-Lust-Straße 30 76185 Karlsruhe Telefon: (0721) 97380 Fax: (0721) 9738111
Institutskennziffer	260821968
Träger	Klinik für Herzchirurgie Karlsruhe GmbH
Zentrale E-Mail-Adresse	E-Mail: khk@herzchirurgie-karlsruhe.de
Internet-Präsenz	www.herzchirurgie-karlsruhe.de
Betten Intensivmedizin	28
Betten Intermediate Care	16
Stationäre Fälle im Jahr 2005 gesamt	2.402
Operationen und andere interventionelle Maßnahmen im Jahr 2005 gesamt (stationär)	2.690

Fachabteilungen und Planbetten

Fachabteilungsschlüssel nach § 301 SGB V	Fachabteilung	Zahl der Betten (laut Krankenhausplan)
2100	Abteilung für Herzchirurgie	75

Besonderheiten der Klinik

Lage

Die Klinik für Herzchirurgie Karlsruhe liegt gut erreichbar mit Straßenbahn oder PKW im Zentrum der Stadt Karlsruhe.

Ausstattung

- Die Unterbringung erfolgt standardmäßig in einem Zweibettzimmer.
- Jedes Zimmer verfügt über einen Fernsehapparat, der kostenlos genutzt werden kann.
- Die Ausstattung der Zimmer bietet einen hohen Komfort, um den Patienten einen möglichst angenehmen Aufenthalt zu ermöglichen.

Besondere Ausstattung

3 Fachabteilungen der Klinik

3.1 Abteilung für Herzchirurgie

Die Abteilung für Herzchirurgie wird geleitet von Herrn Chefarzt Dr. Herbert Posival (Facharzt für Chirurgie, Facharzt für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie, Facharzt für Herzchirurgie, Herzchirurgische Intensivmedizin).

Von den in der Abteilung tätigen Ärztinnen und Ärzten sind 29% Fachärzte.

Es bestehen folgende Weiterbildungsermächtigungen:

- Volle Weiterbildungsermächtigung Herzchirurgie (sechs Jahre)
- Weiterbildungsermächtigung „Spezielle Herzchirurgische Intensivmedizin“ (zwei Jahre)

Gesamt-Leistungszahlen der Abteilung:

Fallzahlen (DRG)	2.402
Operationen/interventionelle Maßnahmen (OPS Kapitel 5)	2.690
Behandlungsmaßnahmen insgesamt (OPS alle Kapitel)	6.574

Die folgenden Tabellen stellen die **mengenmäßig** wichtigsten Leistungen dar:

Die häufigsten Fallgruppen (DRG)

Rang	DRG	Text	Fallzahl
1	F32	Koronare Bypass-Operation (operative Umgehung verengter Herzkranzgefäße) ohne invasive kardiologische Diagnostik (z. B. Herzkatheteruntersuchung)	861
2	F22	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine ohne invasive kardiologische Diagnostik (z. B. Herzkatheteruntersuchung)	216
3	F24	Implantation eines Herzschrittmachers, Zweikammersystem	193
4	F11	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine ohne invasive kardiologische Diagnostik (z. B. Herzkatheteruntersuchung)	192
5	F01	Neuimplantation (Einpflanzung) eines Kardioverter/Defibrillator-Gerätes (zur Unterbrechung lebensbedrohlicher Herzrhythmusstörungen), komplettes System	176
6	F12	Implantation eines Herzschrittmachers, Einkammersystem	80
7	F07	Kardiothorakale Eingriffe (am Herzen oder im Brustraum) oder Gefäßeingriffe, mit Herz-Lungen-Maschine mit komplizierenden Prozeduren oder komplexer Operation	77
8	F31	Kardiothorakale Eingriffe (am Herzen oder im Brustraum) oder Gefäßeingriffe, mit Herz-Lungen-Maschine	67
9	F26	Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie oder Wechsel eines Herzschrittmachers	48

Rang	DRG	Text	Fallzahl
9	F06	Koronare Bypass-Operation (operative Umgehung verengter Herzkranzgefäße) ohne invasive kardiologische Diagnostik (z. B. Herzkatheteruntersuchung) mit komplizierenden Prozeduren	48

Die häufigsten Hauptdiagnosen

Rang	ICD 10	Text	Fallzahl
1	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit (Durchblutungsstörung des Herzmuskels)	977
2	I35	Nichtreumatische Aortenklappenkrankheiten (nicht durch rheumatisches Fieber bedingte Herzklappenkrankheit)	368
3	I21	Akuter Myokardinfarkt (Herzinfarkt)	202
4	I49	Kardiale Arrhythmien (Herzrhythmusstörung)	139
5	Z45	Anpassung und Handhabung eines implantierten medizinischen Gerätes	134
6	I44	Atrioventrikulärer Block und Linksschenkelblock (Herzrhythmusstörung mit elektrischer Überleitungsstörung)	88
7	I34	Nichtreumatische Mitralklappenkrankheiten (nicht durch rheumatisches Fieber bedingte Herzklappenkrankheit)	84
8	I47	Paroxysmale Tachykardie (anfallsartiges Herzasen)	73
9	T82	Komplikationen durch Prothesen, Implantate (z. B. Herzschrittmacher) oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen	72
10	I42	Kardiomyopathie (Herzmuskelerkrankung, nicht durch die Herzkranzgefäße, den Herzbeutel, Bluthochdruck oder Herzfehler bedingt)	60

Die häufigsten Prozeduren

Rang	OPS 301	Text	Fallzahl
1	5-361	Anlegen eines aortokoronaren Bypass (operative Umgehung verengter Herzkranzgefäße)	843
2	5-377	Implantation (Einpflanzung) eines Herzschrittmachers und Defibrillators (Gerät zur Beseitigung von Herzrhythmusstörungen)	402
3	5-351	Ersatz von Herzklappen durch eine Prothese	311
4	5-632	Anlegen eines aortokoronaren Bypass (operative Umgehung verengter Herzkranzgefäße) durch minimalinvasive Technik	264
5	5-378	Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators (Gerät zur Beseitigung von Herzrhythmusstörungen)	226
6	5-311	Temporäre Tracheostomie (vorrübergehende Eröffnung der Luftröhre)	57
7	8-839	Perkutane Einführung einer intraaortalen Ballonpumpe	37
8	5-353	Rekonstruktion der Herzklappen	32
9	5-384	Resektion (Gewebeentfernung) und Ersatz (Interposition) an der Aorta	30
10	5-358	Operationen bei kongenitalen Klappenanomalien des Herzen	14

Leistungsschwerpunkte der Abteilung

Schwerpunkt 1: Bypass-Operationen mit Herz-Lungen-Maschine

Isoliert:

Bypass-Operationen

Für die chirurgische Behandlung der koronaren Herzerkrankung ist die Bypassoperation der Herzkranzgefäße (Koronar-Arterien) ein seit mehr als 30 Jahren klinisch etabliertes Verfahren mit hervorragenden Ergebnissen. Bypass bedeutet die Überbrückung der verengten oder verschlossenen Herzkranzgefäße durch körpereigene Venen oder Arterien. Dieses operative Behandlungsverfahren der koronaren Herzerkrankung ist für die meisten Patienten geeignet.

Kombiniert:

Bypass-Operationen in Kombination mit Herzklappenfehlern und/oder Aortalen Aneurysma

Ist die koronare Herzerkrankung mit einem aortalen Aneurysma oder einem Herzklappenfehler kombiniert, so wird dieser Fehler im Rahmen der Bypassoperation mit korrigiert.

1.023 Patienten bekamen eine isolierte Bypass-Operation, davon wurden 779 Patienten unter dem Einsatz einer Herz-Lungen-Maschine und 244 ohne Herz-Lungen-Maschine (siehe Schwerpunkt 3) operiert.

243 Patienten bekamen eine Bypass-Operation und eine Aneurysmaresektion oder eine Herzklappenersatz beziehungsweise -rekonstruktion

Qualitätsmanagement

Im Rahmen einer externen Qualitätssicherung und der Jahresstatistik der Deutschen Gesellschaft für Herz-, Thorax und Gefäßchirurgie werden spezielle Qualitätsindikatoren erhoben und bewertet. Eine genaue Beschreibung zu den einzelnen Erhebungen und deren Ergebnisse können sie aus dem Kapitel 4.4.2 entnehmen.

Darüber hinaus haben die im folgenden beschriebenen Maßnahmen für uns einen hohen Stellenwert:

Komplikationsbesprechung

Im Rahmen einer monatlich stattfindenden Komplikationsbesprechung werden interdisziplinär die Charakteristika, der Verlauf und eventuell mögliche Alternativen bei der Behandlung schwerstkranker Hochrisikopatienten diskutiert.

Medizinischer Beirat

Ein **medizinischer Beirat**, bestehend aus den Chefärzten und einem Oberarzt des jeweiligen Fachbereiches, wurde etabliert. Der medizinische Beirat ist an der Definition und Umsetzung der Qualitätsziele beteiligt. Eine wesentliche Zielsetzung des medizinischen Beirates ist die Bestimmung und Bewertung aussagekräftiger interner Qualitätsindikatoren.

Eine kontinuierliche Betreuung des Bereichs Krankenhaushygiene in Form einer 24-stündigen Bereitschaft und wöchentlichen ausführlichen Konsultationen von hygienetechnischen Fragen und patientenbezogenen mikrobiologischen Problemen findet gemeinsam mit dem Leiter der Abteilung für Mikrobiologie und Krankenhaushygiene des Städtischen Klinikums Karlsruhe statt.

**Mikrobiologische
Besprechungen**

Darüber hinaus stellt dieses Institut der Klinik für Herzchirurgie Karlsruhe die aktuellen lokalen Erregerstatistiken zur Verfügung. Vor diesem Hintergrund können wir die Antibiotikatherapie, mögliche Infektionswege und die Qualitätssicherung unserer Krankenhaushygiene zeitnah erfassen.

Im Bedarfsfall, wie bei Häufungen von Infektionen oder problematischen Erregern, erfolgt umgehend eine persönliche Benachrichtigung des hygienebeauftragten Arztes und die direkte Einleitung der erforderlichen Maßnahmen.

Schwerpunkt 2: Herzklappenersatz beziehungsweise -rekonstruktion

Bei einer Herzklappenoperation werden Herzklappenfehler korrigiert oder es wird ein individuell angepasster Klappenersatz implantiert. Herzklappenoperationen werden heute relativ häufig und sehr routiniert vorgenommen.

**Klappen-
rekonstruktionen**

Leistungszahlen

311 Patienten bekamen im Jahr 2005 eine Herzklappe ersetzt oder rekonstruiert.

Qualitätsmanagement

Hier greifen die gleichen Qualitätssicherungsmaßnahmen wie auch bei den Bypass-Operationen.

Schwerpunkt 3: Koronare Bypass-Operation ohne Herz-Lungen-Maschine („off-pump“ Eingriffe)

244 Operationen von insgesamt 1.107 Bypass-Operationen wurden als sogenannte „off-pump“ Eingriffe durchgeführt, das heißt die Bypass-Operation erfolgt über eine mediane Sternotomie am schlagenden Herzen **ohne Herz-Lungen-Maschine**. Es handelt sich hier um ein Operationsverfahren, das besonders bei Risikopatienten mit verkalkter Aorta, schwerer arterieller Verschlusskrankheit und schwerer Funktionseinschränkung der Niere Vorteile bietet.

**Bypass-Operationen
ohne Herz-Lungen-
Maschine**

Leistungszahlen

244 Patienten bekamen 2005 eine Koronare Bypass-Operation ohne Einsatz einer Herz-Lungen-Maschine im sogenannten „off-pump“ Verfahren.

Qualitätsmanagement

Auch hier greifen die gleichen Qualitätssicherungsmaßnahmen wie bei den Bypass-Operationen.

3.2 Abteilung für Anästhesiologie und Intensivmedizin

Das Institut für Anästhesiologie wird geleitet von Herrn Chefarzt Dr. Michael Schwerdt (Facharzt für Anästhesiologie).

Es bestehen folgende Weiterbildungsermächtigungen:

- Weiterbildungsermächtigung für Anästhesie (zwei Jahre)
- Fakultative Weiterbildungsermächtigung für „Spezielle Anästhesiologische Intensivmedizin“ (ein Jahr)

Gesamt-Leistungszahlen der Abteilung:

Fallzahlen (DRG)	2.402
Operationen/interventionelle Maßnahmen (OPS Kapitel 5)	2.690

Leistungsschwerpunkte der Abteilung

Schwerpunkt 1: Anästhesiologie

Versorgung kardiochirurgischer Patienten im Intensivbereich, die Anästhesie bei kardiochirurgischen Patienten und die Anästhesie bei Hochrisikopatienten bilden den Hauptschwerpunkt der Anästhesieabteilung.

Leistungszahlen

Bei 2.699 Fällen wurden spezielle anästhesiologische Leistungen im Jahr 2005 durchgeführt. Das Leistungsspektrum beinhaltet die Narkose, die Betreuung der Intensivpatienten in enger Zusammenarbeit mit den Chirurgen, Kardioversionen, bronchoskopische Punktionstracheotomien und weitere spezielle anästhesiologische Leistungen.

Qualitätsmanagement

Externe Qualitätssicherung:

Durch den Arbeitskreis Leitender Kardioanästhesisten wird seit 2001 ein speziell auf die Bedürfnisse der Kardioanästhesie zugeschnittener erweiterter Datensatz erhoben und einer vergleichenden Bewertung mit andern kardiochirurgischen Kliniken zugeführt. Die Ergebnisse können Sie der Tabelle in Kapitel 4.4.3 entnehmen.

**Qualitätssicherung
Kardioanästhesie
im Auftrag des
Arbeitskreises
Leitender
Kardioanästhesisten
(ALK)**

„Qualitätssicherung Anästhesiologie“ der Landesärztekammer Baden-Württemberg

Für die „Externe Qualitätssicherung Anästhesiologie“ der Landesärztekammer Baden-Württemberg wird bei jeder Narkose ein „standardisierter Kerndatensatz“ nach Vorgaben der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) erhoben, der Auffälligkeiten im Narkoseverlauf beschreibt und so den Vergleich mit anderen Kliniken erlaubt und insbesondere hilft, Gefahrenpunkte aufzudecken und diese zu beseitigen (siehe Abbildung 1: „Eingruppierung bezüglich der relevanten AVB-Schweregrade“, Kapitel 4.4.2).

Anästhesiologische Visite

Routinemäßige postanästhesiologische Visite:

Jeder Patient wird durch seinen Anästhesisten am dritten postoperativen Tag nach einem erweiterten Fragebogen visitiert, welcher ebenfalls die Vorgaben der DGAI (Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin) erfasst. Unter anderem wird der Patient hierfür in einem Interview nach der Übelkeit im postoperativen Verlauf, Heiserkeit oder Halsschmerzen sowie seiner allgemeinen Zufriedenheit befragt. Bei eventuell auftretenden Problemen werden diese direkt und zeitnah behoben. Des Weiteren werden die Patientenüberwachungssysteme auf ihren erfolgreichen Einsatz überprüft (siehe Neurologisches Monitoring, Neurologische Komplikationen). Hierbei wird ein Patientenfragebogen erstellt, welcher unter anderem die Vorgaben der DGAI für die postoperative Visite beinhaltet.

Erweiterte Überwachung der Gehirnfunktionen

Schwerpunkt 2: Neuromonitoring

Bei der Versorgung der kardiochirurgischen Patienten wird besonders auf ein erweitertes neurologisches Sicherheitsmonitoring Wert gelegt.

Dieses besteht in der routinemäßigen Überwachung der Gehirnfunktion (EEG) und einer Überwachung der Blutversorgung der Gehirngefäße mittels bilateralem transkranielltem Doppler (TCD). Mit Hilfe der transkraniellen Dopplersonographie kann der Blutstrom zentraler Hirngefäße (meist Aa. cerebri media) während der Operation kontinuierlich verfolgt werden. Der Einfluss von Veränderungen der Hämodynamik oder von Maßnahmen an den hirnversorgenden Arterien auf die Hirndurchblutung wird dadurch ohne Zeitverzögerung erkannt, so dass therapeutische Maßnahmen zur Aufrechterhaltung des zerebralen Blutflusses gezielt ergriffen werden können.

Neben der Überwachung der zerebralen Blutversorgung dient die TCD auch der Detektion und damit der Vermeidung von Embolien. Darüber hinaus erfolgt eine Überwachung der Narkosetiefe über die Ermittlung des bispektralen Index (BIS).

Leistungszahlen

1.069 Patienten wurden während des operativen Eingriffs mittels transkraniellem Doppler (TCD) überwacht. **TCD**

Bei 107 Patienten erfolgte intraoperativ ein EEG zur Überwachung der Hirnfunktion bei komplizierten Eingriffen **EEG**

Bei 180 weiteren Patienten war sowohl eine TCD als auch ein EEG erforderlich. **EEG und TCD**

Qualitätsmanagement

Hier greifen die gleichen Maßnahmen wie bei Schwerpunkt 1.

Schwerpunkt 3: Erweitertes hämodynamisches Monitoring

Hierbei wird eine kontinuierliche rechnergesteuerte Korrektur der invasiv gemessenen Blutdrucke durchgeführt, was kontinuierliche Informationen über Herzzeitvolumen und Herzkraft ermöglicht. Des Weiteren werden Daten aus der Überwachung mittels eines transösophagealen Echos (TEE) zur besseren Evaluierung der Kreislauf- und Klappenfunktion des Patienten erhoben.

**Erweitertes
hämodynamisches
Monitoring**

Qualitätsmanagement

Es gibt klar definierte Zielwerte, welche durch das erweiterte hämodynamische Monitoring eingehalten werden können und somit in der Regel eine stabile Kreislaufsituation des Patienten gewährleisten.

4 Qualitätsmanagement

4.1 Qualitätsziele

Wichtige Grundsätze

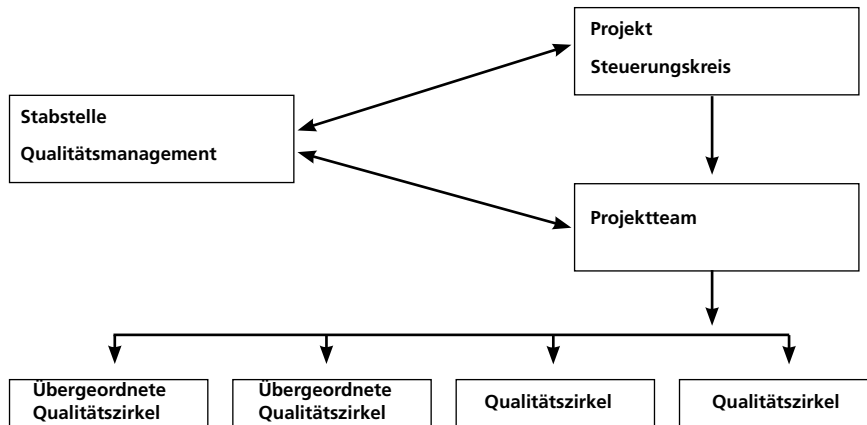
Wir haben in unserem ersten Qualitätsbericht (erschieden im Juli 2005) ausführlich unsere Vorstellungen von guter Medizin und von einem guten Umgang mit unseren Patienten beschrieben. Nach wie vor sind für uns folgende Grundsätze wichtig:

- Ein Qualitätsmanagementsystem in der Klinik etablieren und umzusetzen
- Jeder Patient erhält zu jeder Zeit, das heißt ohne Beeinflussung durch Tageszeit, Wochentag oder Dienstplangestaltung, eine patientenorientierte optimale Behandlung.
- Sichtbare und transparente Ergebnisqualität
- Gut ausgebildete Mitarbeiter
- Modernste medizinische, diagnostische und therapeutische Gerätschaften

4.2 Strukturen des klinikinternen Qualitätsmanagements

Die 2004 gelegten Grundlagen zur Einführung eines Qualitätsmanagementsystems wurden konsequent weitergeführt. 2005 wurde die Organisationsstruktur zur Umsetzung eines Qualitätsmanagementsystems verbindlich festgelegt und eingeführt.

Einführung eines Qualitätsmanagementsystems



Organisationsstruktur zur Einführung des Qualitätsmanagements

	Zuständig	Verantwortet
Projektsteuerungskreis	<ul style="list-style-type: none"> - Qualitätspolitik - Umsetzungsstrategie für das Projekt QM - Ausgaben/Kosten - Einberufung der Qualitätszirkel - Das Projektteam 	<ul style="list-style-type: none"> - Die Realisierung des Projektes - Die Aufrechterhaltung des Qualitätsmanagements - Die externe Kommunikation - Das QM-Personal - Die Methodenvorgabe
Qualitätsmanager	<ul style="list-style-type: none"> - Koordination des Projektteams - Qualitätsmanagement Mittel einsatz in Absprache mit dem Projektsteuerungskreis - Methodenfestlegung - Leitlinien 	<ul style="list-style-type: none"> - Interne Fortbildungen zum Qualitätsmanagement - Interne Kommunikation - Projektbetreuung - Koordination der Qualitätszirkel - Koordination der übergeordneten Qualitätszirkel - Qualitätsmanagement Dokumentation
Projektteam	<ul style="list-style-type: none"> - Teilnehmer der Qualitätszirkel - Abteilungsübergreifende Projekte 	<ul style="list-style-type: none"> - Betreuung der Qualitätszirkel - Betreuung der fachübergreifenden Qualitätszirkel - Teilprojekte QM

Im Rahmen dieser festgelegten Organisationsstruktur wurden 2005 einige wichtige Projekte umgesetzt beziehungsweise begonnen.

4.3 Projekte des Qualitätsmanagements

Klinikinterne Zielvereinbarungen

Wir haben im Rahmen einer klinikinternen Zielvereinbarung festgelegt, welche qualitätsrelevanten Projekte in den Jahren 2005 und 2006 durchgeführt werden sollen. Planmäßig abgeschlossen haben wir im vergangenen Jahr:

Fortbildungen im Qualitätsmanagement

Seminare Qualitäts- management

Um ein Qualitätsmanagementsystem einzuführen ist es wichtig, alle Mitarbeiter in der Systematik eines solchen zu unterweisen. Deshalb wurden für alle Mitarbeiter Fortbildungen über die Grundlagen im Qualitätsmanagement vorbereitet und Anfang 2006 durchgeführt.

Digitales Qualitätsmanagementhandbuch

Digitales Qualitäts- management- handbuch

Um die aktuelle Verfügbarkeit des Qualitätsmanagementhandbuches für alle Mitarbeiter zu ermöglichen, wurde beschlossen, dieses im Intranet der Klinik für alle Mitarbeiter zugänglich zu machen. Damit ist der Zugriff von jedem Arbeitsplatz aus möglich. Die Grundlagen hierfür wurden geschaffen und ein Raster für das Qualitätsmanagementhandbuch erstellt. Im ersten Quartal 2006 wird das Handbuch allen Mitarbeitern zur Verfügung stehen.

Weitere Optimierung der Personalentwicklung in der Pflege

Personalentwicklung in der Pflege

Aufgrund der Erfahrungen bei der Personalentwicklung in der Pflege wurden die Konzepte hierzu überprüft und dem aktuellen Stand angepasst. Dazu gehörten unter anderem die Anpassung der Einarbeitungskonzepte und das Abstimmen der benötigten Formulare auf die einzelnen Bereiche.

Weiterentwicklung der Pflegestandards

Pflegestandards

Bestehende Pflegestandards wurden überarbeitet und neue hinzugefügt. Es wurde eine verbindliche Struktur geschaffen, welche eine konsequente Weiterentwicklung und Überprüfung ermöglicht. Die Korrekturinstanzen, Anzahl der Standards, der Workflow und die Verantwortlichkeiten wurden klar definiert und verbindlich festgelegt. Hierzu notwendige Arbeitsgruppen sind ein fester Bestandteil dieser Struktur.

Digitale Pflegedokumentation

Die 2004 eingeführte digitale Pflegedokumentation wurde überprüft und die vorhandenen Profile (pflegerische Behandlungspfade) den aktuellen Entwicklungen angepasst.

**Digitale
Pflege-
dokumentation**

Externe Qualitätszirkel

Durch die Stabsstelle Qualitätsmanagement-Konzern wurden für die medizinischen Fachdisziplinen konzernweite Qualitätszirkel auf Chefarzteebene eingeführt.

**Externe
Qualitätszirkel**

Ziel ist es, den strukturierten klinikübergreifenden Fachaustausch in qualitätsrelevanten Dingen anzuregen, gemeinsame Qualitätsprojekte durchzuführen und damit praxisnah die medizinische Qualitätssicherung im Konzern zu fördern. Die Qualitätszirkel sind auf Fachebene ein wichtiges Bindeglied zwischen den Kliniken und dem Qualitätsmanagement-Konzern. Sie finden daher in der Regel zwei- bis dreimal im Jahr unter Beteiligung des Qualitätsmanagement-Konzern statt. Mit ähnlicher Ziel- und Aufgabenstellung wurde auch für den Hygienebereich ein konzernweiter Qualitätszirkel installiert.

Abläufe Medizinproduktegesetz

Die für unsere Klinik relevanten Vorgehensweisen wurden zusammengefasst und in einer für alle betroffenen Bereiche verständlichen Form dokumentiert. Des Weiteren wurden die notwendigen Strukturen hierzu gefestigt und im Rahmen des Qualitätsmanagementhandbuches verbindlich definiert. Das Formularwesen wurde diesbezüglich auf einen einheitlichen Stand gebracht.

**Medizin-
produktegesetz**

4.4 Messergebnisse im Qualitätsmanagement

4.4.1 Systematische Ausleitung von Qualitätsindikatoren

Die Klinik hat sich an der konzerninternen systematischen Ausleitung fachübergreifender und fachspezifischer Qualitätsindikatoren beteiligt. Neben Indikatoren aus dem System der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) werden zunehmend Indikatoren verwandt, die aus den Routinedaten in Anlehnung an die AHRQ-Kriterien oder andere international anerkannte Messwerte abgeleitet werden. Die regelhafte Ausleitung und Arbeit mit Qualitätsindikatoren wurde zur Jahreswende 2005/2006 begonnen, als die Qualitätsindikatoren für den Bezugszeitraum 2005 ausgewertet wurden. Im Anschluss daran werden die Qualitätsindikatoren quartalsweise ermittelt.

Die Indikatoren stammen derzeit aus zwei unterschiedlichen Quellen: (a) Routinedaten entsprechend § 21 KHEntgG und daraus abgeleitete DRG-Groupingergebnisse; von den Indikatoren aus dieser Quelle ist ein Teil bereits so robust, dass die Ergebnisse extern darstellbar sind; (b) Daten aus der Erfassung zur externen Qualitätssicherung gemäß dem BQS-System. Es wurden Qualitätsindikatoren ausgewählt, die möglichst ergebnisorientiert, aussagekräftig (zum Beispiel nicht häufig null) und spezifisch sind und mit geringem Aufwand für die behandelnden Ärzte erhoben werden können. Für alle Indikatoren werden der Hintergrund, das Ziel, der Referenzwert und die Logik für Nenner (Grundgesamtheit) und Zähler sowohl konzernintern im Intranet als auch gegenüber der Öffentlichkeit im Internet (www.rhoen-klinikum-ag.com/qb/) dargestellt.

Die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren werden regelmäßig vom Qualitätsmanagement des Konzerns ausgeleitet und den Geschäftsführungen der Konzernkliniken zugeleitet. Auch geeignete und gezielte Qualitätsindikatoren sind nicht als definitive Qualitätsergebnisse zu verstehen, sondern geben erste Hinweise auf mögliche qualitätsrelevante Aspekte. Daher beauftragen die Kliniken die entsprechenden Chefarzte, die Ergebnisse zu bewerten, sie in ihren Abteilungen zu kommunizieren und gegebenenfalls Maßnahmen für die klinischen Abläufe zu ergreifen. Nach sechs bis acht Wochen werden die eingeführten Änderungen im Tagesgeschäft evaluiert. Damit ist ein Zyklus von Planung, Ausführung, Evaluierung, Korrektur und Neuplanung (PDCA-Zyklus) geschlossen. Nach der Evaluation entscheiden die Abteilungen, ob sie die Unterstützung der Fachgruppen (konzernweite, fachbezogene Qualitätszirkel) oder die des Qualitätsmanagements des Konzerns in Anspruch nehmen möchten. Auch für die vorangehende Arbeit mit den Qualitätsindikatoren werden die Kliniken vom Qualitätsmanagement des Konzerns unterstützt, wobei hauptsächlich die Planungs- und Evaluierungsgespräche mit Geschäftsführern, Ärztlichen Direktoren und Chefarzten begleitet werden.

Ergebnisse des Jahres 2005

Qualitätsindikator 2005	Indikator- typ	Nenner	Zähler	Ergebnis [Prozent]	Ziel	Mittelwert RKA [Prozent]
Herzchirurgie: Revisionsbedürftige thorakale Wundinfektion nach elektiver oder dringlicher aortokoronarer Bybass- operation (alle Risikoklassen, mit Herzlungenmaschine)	BQS	690	1	0,1	Selten	0,49
Herzchirurgie: Revisionsbedürftige thorakale Wundinfektion nach elektiver oder dringlicher isolierter Aortenklap- pen-operation (alle Risikoklassen, mit Herzlungenmaschine)	BQS	199	0	0,0	Selten	0,27
Herzchirurgie: In-House-Mortalität nach elektiver oder dringlicher aortokoronarer Bybass-operation (mit Herzlungen- maschine)	BQS	691	16	2,3	Selten	2,76
Herzchirurgie: In-House-Mortalität nach elektiver oder dringlicher isolierter Aorten- klappen-operation (mit Herzlungen- maschine)	BQS	199	4	2,0	Selten	3,11
Karotis-Rekonstruktion: Schwere neurologische Defizite oder Tod bei Operation einer asymptomatischen Karotisstenose (Gruppe II, Indikationsgruppe A)	BQS	12	0	0,0	Wenig	1,01
Mortalität während des Kranken- hausaufenthaltes bei Patienten mit PCCL 0 bis 2 gemäß DRG-Syste- matik	Routine	758	3	0,4	≤ 2%	0,37

Da die Vergleichswerte 2005 zum Zeitpunkt der Drucklegung noch nicht vorla-
gen, werden hier die Vergleichswerte 2004 dargestellt.

4.4.2 Ergebnisse der externen Qualitätssicherung 2004

BQS Kardiochirurgie

Datengrundlage: Bundesauswertung 2004, Qualitätssicherung Herzchirurgie

Beim risikoadjustierten (Euroscore-)Vergleich der 30-Tage-Letalität wird die tat-
sächliche Zahl tödlicher Verläufe (in Zusammenhang mit einem herzchirurgischen
Eingriff) der eigenen Klinik mit denjenigen Werten tödlicher Komplikationen ver-
glichen, die statistisch (Annahme auf der Basis Tausender von Erkrankungsver-
läufen weltweit) erwartet werden müssten. Naturgemäß hängt die Rate der „er-
warteten Todesfälle“ von der Schwere der Operation und vom Ausmaß der Beglei-

BQS Kardiochirurgie

terkrankungen der Patienten ab. Dieser risikoadjustierte Vergleich der Letalität gilt heute in Fachkreisen als eines der wichtigsten und sensibelsten Zeichen einer guten operativen und anästhesiologischen Behandlung in der Herzchirurgie.

Folgende Tabelle zeigt, dass an unserer Klinik die Rate tödlicher Verläufe nach Herzoperationen nicht nur durchgehend deutlich unter der Rate der bei unseren Patienten eigentlich zu erwartenden Komplikationsrate liegt, sondern auch unabhängig davon deutlich unterhalb der nationalen Vergleichswerte.

	Herzchirurgie Karlsruhe 2004		Nationaler Vergleichswert 2004	
	Beobachtet	Erwartet	Beobachtet	Erwartet
Letalität Aortenklappenchirurgie	1,2%	8,6%	3,8%	9,5%
Letalität Koronarchirurgie	3,5%	6,1%	3,2%	5,8%
Letalität kombinierte Aortenklappen- und Koronarchirurgie	4,0%	10,7%	7,0%	11,8%

BQS Karotis-Rekonstruktion (Modul 10/2)

BQS Karotis-Rekonstruktion (Modul 10/2)

Auch nach einer operativen Erweiterung der Halsschlagader (Karotis-Rekonstruktion) interessiert den Chirurgen vor allem die Rate von Komplikationen – und hier vor allem die Zahl der Fälle, in denen es im Rahmen des Eingriffs an der Halsschlagader zu einer Durchblutungsstörung im Gehirn kam.

Komplikationen nach Erweiterungsoperation an der Halsschlagader	Herzchirurgie Karlsruhe			Baden-Württemberg		
	Anzahl	Gesamtzahl Patienten	%	Anzahl	Gesamtzahl Patienten	%
Fälle mit lokalen Komplikationen insgesamt	2	54	3,7	137	2.399	5,7
Davon:						
OP-pflichtige Nachblutung	1	54	1,9	66	2.399	2,8
Periphere Nervenläsion	1	54	1,9	51	2.399	2,1
Karotis-Verschluss	0	54	0,0	4	2.399	0,2

Die Auswertung zeigt bei unseren Patienten im Jahre 2004 eine (im Bundesvergleich) deutlich niedrigere Rate an Komplikationen.

4.4.3 Weitere, klinikspezifisch erhobene qualitätsrelevante Messdaten

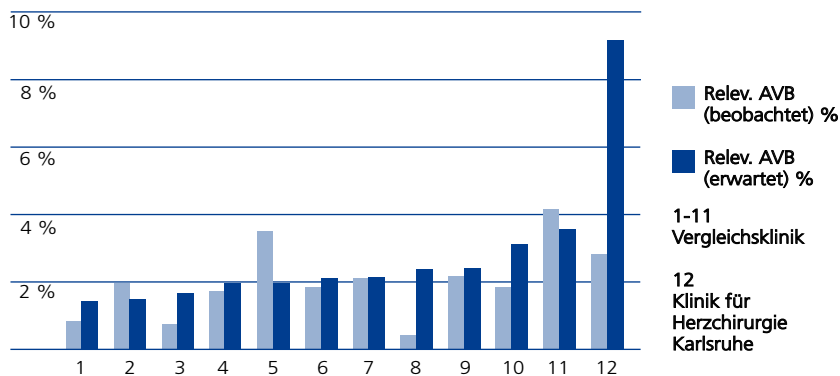
In der durch die Fachgesellschaft der deutschen Herzchirurgen erhobenen und ausgewerteten Jahresstatistik werden alle im Berichtszeitraum behandelten Patienten erfasst. Als direkter Qualitätsindikator gilt dabei die Hospitalletalität. Die Ergebnisse dieser Statistik werden auf der jährlich stattfindenden Jahrestagung der Gesellschaft veröffentlicht, wodurch ein Vergleich klinikeigener Daten mit dem Bundesdurchschnitt möglich wird.

Aus den Daten der „Externen Qualitätssicherung Anästhesiologie“ der Landesärztekammer Baden-Württemberg lässt sich ablesen, wie oft es bei der Narkose während eines operativen Eingriffs zu schwereren Komplikationen ($AVB \geq 3$) kam. Jedes Säulenpaar in dieser Abbildung vergleicht für je eine Klinik die **tatsächliche** Zahl von schwereren Komplikationen (helle Säule) mit der Zahl der für die Art der Patienten und Operationen dieser Klinik **erwarteten** Komplikationen (dunkle Säule). Die elf linken Säulenpaare repräsentieren andere Kliniken unterschiedlichster Art aus ganz Baden-Württemberg; das rechte Säulenpaar gehört zur Klinik für Herzchirurgie Karlsruhe. Man sieht, dass dort eigentlich in rund 9% aller Narkosen mit einer schwereren Komplikation hätte gerechnet werden müssen, dass eine solche aber nur in knapp 3% tatsächlich auftrat.

Jahresstatistik der Deutschen Gesellschaft für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie

„Externe Qualitätssicherung Anästhesiologie“ der Landesärztekammer Baden-Württemberg

In dieser Abbildung wird die Eingruppierung bezüglich der relevanten AVB (Schweregrad ≥ 3) dargestellt.



Arbeitskreis Leitender Kardioanästhesisten (ALK)

Die Datenerfassung über den Arbeitskreis leitender Kardioanästhesisten (ALK) macht es möglich, anhand zahlreicher medizinisch bedeutsamer Einzelwerte die Narkoseverläufe insgesamt zu bewerten – auch hier wieder im Vergleich mit der Gesamtheit der teilnehmenden Anästhesieabteilungen in Krankenhäusern in Baden-Württemberg. Alleine der Blick auf die jeweils erste Zeile („stabil“) zeigt, dass es den Anästhesisten und Herzchirurgen unserer Klinik gemeinsam gelingt, einen vergleichsweise sicheren Operations- und Narkoseverlauf zu gewährleisten.

Arbeitskreis Leitender Kardioanästhesisten (ALK)

	Klinik für Herzchirurgie Karlsruhe		Baden-Württemberg	
Hämodynamik bei	Anzahl/ Gesamtzahl	Prozentualer Anteil	Anzahl/ Gesamtzahl	Prozentualer Anteil
Einleitung				
Stabil	2.314/2.556	90,5%	8.328/9.405	88,5%
Stabil mit niedrigdosierter medikamentöser Unterstützung	133/2.556	5,2%	560/9.405	6,0%
Stabil mit hochdosierter medikamentöser Unterstützung	37/2.556	11,4%	298/9.405	3,2%
Low Output trotz hochdosierter medikamentöser Unterstützung	19/2.556	0,7%	90/9.405	1,0%
Low Output und IABP	6/2.556	0,2%	61/9.405	0,6%
Low Output und VAD (und IABP)	0/2.556	0,0%	25/9.405	0,3%
Hypertone Kreislaufsituation	47/2.556	1,8%	43/9.405	0,5%
Hämodynamik nach Sternotomie				
Stabil	2.347/2.556	91,8%	7.784/9.069	85,8%
Stabil mit niedrigdosierter medikamentöser Unterstützung	120/2.556	4,7%	750/9.069	8,3%
Stabil mit hochdosierter medikamentöser Unterstützung	30/2.556	1,2%	310/9.069	3,4%
Low Output trotz hochdosierter medikamentöser Unterstützung	17/2.556	0,7%	84/9.069	0,9%
Low Output und IABP	4/2.556	0,2%	66/9.069	0,7%
Low Output und VAD (und IABP)	0/2.556	0,0%	25/9.069	0,3%
Hypertone Kreislaufsituation	38/2.556	1,5%	50/9.069	0,6%
Hämodynamik nach Thoraxverschluss				
Stabil	2.216/2.556	86,7%	4.980/9.086	54,8%
Stabil mit niedrigdosierter medikamentöser Unterstützung	242/2.556	9,5%	3.019/9.086	33,2%
Stabil mit hochdosierter medikamentöser Unterstützung	70/2.556	2,7%	809/9.086	8,9%

	Klinik für Herzchirurgie Karlsruhe		Baden-Württemberg	
Low Output trotz hochdosierter medikamentöser Unterstützung	7/2.556	0,3%	43/9.086	0,5%
Low Output und IABP	15/2.556	0,6%	172/9.086	1,9%
Low Output und VAD (und IABP)	2/2.556	0,1%	44/9.086	0,5%
Hypertone Kreislaufsituation	4/2.556	0,2%	19/9.086	0,2%
Mechanische Kreislaufunterstützung „post bypass“ (5-361, 5-362)				
IABP	26/1.341	2,7%	72/2.341	3,1%
Rechtsventrikulärer AD	1/1.341	0,1%	17/2.302	0,7%
Linksventrikulärer AD	0/1.341	0,0%	147/2.302	0,6%
Daten 2004				
Anzahl der Patienten Karlsruhe: 2.556, Baden-Württemberg: 17.908				
IABP = intraaortale Ballonpulsation				
AD = assist device (zum Beispiel Kunstherz), VAD = ventrikulärer AD				

4.5 Perspektiven des Qualitätsmanagements

Im Rahmen der weiteren Planung zur Einführung eines Qualitätsmanagementsystems haben wir für das Jahr 2006 folgende Projekte festgelegt:

Beschwerdemanagement

Für 2006 ist die Überarbeitung der Fragebögen zum Beschwerdemanagement und darüber hinaus die Einführung von jährlichen Patientenbefragungen geplant.

Erstellen verbindlicher Vorgaben zum Thema Arzneimittelsicherheit

Der Umgang mit Arzneimitteln bedarf einer professionellen und besonders sorgfältigen Vorgehensweise. Damit in der Zukunft auch weiterhin eine hohe Sicherheit gewährleistet bleibt, werden wir 2006 verbindliche Vorgaben über die gesetzliche Regelungen hinaus zum Umgang mit diesem Thema erstellen.

Umsetzung des Digitalen Qualitätsmanagement-Handbuches

Die Grundlagen für das digitale Qualitätsmanagement-Handbuch wurden geschaffen und ein Raster für das Qualitätsmanagement-Handbuch erstellt. Die Umsetzung in die Praxis wird 2006 erfolgen.

5 Impressum

Fragen? Sie sind herzlich eingeladen, auf den Gesamtbestand der Qualitätsberichte über die Internetseite: <http://www.rhoen-klinikum-ag.com/qb/> zugreifen. Wenn Sie weitere Fragen haben, zögern Sie nicht, uns anzusprechen. In jeder Ihrer Fragen steckt Verbesserungspotential für uns!

Ansprechpartner:

Geschäftsführung:

Bernd Zimmermann

Telefon: (0721) 9738107

Fax: (0721) 9738111

E-Mail: gf@herzchirurgie-karlsruhe.de

Qualitätsmanagement:

Kai Gorenflo

Telefon: (0721) 9738129

E-Mail: gorenflo.qs@herzchirurgie-karlsruhe.de