

Jahresbericht 2019/2020

Das starke Netzwerk kommunaler Kliniken

Top-Themen



QuMiK
Qualitätspreis



QuMiK
Perinatalstudie



Inhaltsverzeichnis

Vorwort	04
Der QuMiK-Verbund	06
Überblick	08
QuMiK-Jahresveranstaltung	10
Selbstverständnis	12
Die Verbundmitglieder	14
ALB FILS KLINIKEN	16
Gesundheitsverbund Landkreis Konstanz, Hegau-Bodensee-Klinikum	17
Klinikverbund Südwest	18
Kreiskliniken Reutlingen	19
Oberschwabenklinik	20
RKH Kliniken	22
Schwarzwald-Baar Klinikum Villingen-Schwenningen	24
SLK-Kliniken Heilbronn	26
Städtisches Klinikum Karlsruhe	28
Top-Thema QuMiK-Qualitätspreis	30
Einleitung	32
Prämierte Projekte	34
Top-Thema QuMiK-Perinatalstudie	40
Studienergebnisse	42
Interview zur QuMiK-Perinatalstudie	46
Wissenstransfer durch Arbeitsgruppen	48
Überblick	50
QuMiK-Austauschplattform	51
Projekt QuMiK-Bündelstrategie zur Vermeidung postoperativer Wundinfektionen	52
Top-Veranstaltungen zur Weiterbildung	54
Meinungsaustausch im Sozialministerium	58
Ausblick	60
Impressum	62

Vorwort

Zusammenkommen ist ein Beginn.

Zusammenbleiben ist ein Fortschritt.

Zusammenarbeiten ist ein Erfolg. (Henry Ford)



Dr. Thomas Jendges
QuMiK-Verbandsprecher

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

mit unserem regelmäßig erscheinenden Jahresbericht möchten wir Sie in einer kompakten Form über die Aktivitäten der QuMiK informieren.

Die Mitglieder im Verbund arbeiten seit der Gründung der QuMiK im Jahr 2001 sehr erfolgreich zusammen und verfolgen dabei ein gemeinsames Ziel: Einen möglichst breiten und vielfältigen Wissensaustausch, um die Behandlungsqualität in den Krankenhäusern kontinuierlich zu verbessern. Durch gemeinsame Vergleiche und gegenseitiges Lernen vom jeweilig Besten stellen sich unsere Mitglieder den Herausforderungen im Gesundheitssystem und dem Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit.

Die Formen der Zusammenarbeit und das Maß an Transparenz im QuMiK-Verbund entwickeln sich permanent weiter. Um vom Besten lernen zu können, ist es notwendig, dass herausragende Leistungen eines Einzelnen innerhalb der Einrichtungen transparent gemacht werden. Bei der insgesamt vierten Verleihung des QuMiK-Qualitätspreises ist es uns einmal mehr gelungen, ganz besondere, innovative Projekte zur Verbesserung der Patientenversorgung zu identifizieren und innerhalb des Verbundes bekannt zu machen. In unserem Top-Thema Qualitätspreis stellen wir Ihnen die prämierten Projekte vor.

Unser zweites Top-Thema kommt aus dem Bereich der Medizin. Die medizinischen Fachgruppen der QuMiK sind ein fester Bestandteil des dichten Netzwerkes an produktiven Arbeitsgruppen im Verbund. Die Chefärzte der Fachgruppe der Perinatalzentren haben mit ihrer Perinatalstudie ein neues Kapitel in der QuMiK aufgeschlagen. Die zweijährige Studie untersuchte, ob sich zwischen unterschiedlichen Perinatalzentren relevante Unterschiede in der Frühgeburtenrate nachweisen lassen. Die Ergebnisse sind eindeutig und fordern eine Neuausrichtung der Qualitätssicherung bei der Versorgung von Frühgeborenen. Wir haben Ihnen in unserem Bericht alle Details aus diesem spannenden Projekt in einer gut verständlichen Form aufbereitet.

Neben den beiden Top-Themen finden sie viele weitere interessante Informationen über den QuMiK-Verbund, seine Mitglieder und die Zusammenarbeit kommunaler Krankenhäuser. Wir stellen Ihnen unsere Arbeits- und Fachgruppen sowie ausgewählte Aktivitäten vor und geben Ihnen einen Einblick in das Benchmarking der QuMiK, unsere regelmäßig stattfindenden Leistungsvergleiche.

Wir wünschen Ihnen viel Freude bei der Lektüre.



Matthias Ziegler
Geschäftsführer der
QuMiK GmbH



Der QuMiK-Verbund





Überblick

Die QuMiK GmbH wurde 2001 durch vier Krankenhausträger in Baden-Württemberg gegründet. In den folgenden Jahren ist der QuMiK-Verbund stetig gewachsen. Der Verbund umfasst aktuell 12 kommunale Krankenhausträger in Baden-Württemberg:

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

Seit August 2018 ist das Kreiskrankenhaus Emmendingen (Eigenbetrieb des Landkreises Emmendingen) ein assoziiertes Mitglied im QuMiK-Verbund und profitiert damit von ausgewählten Verbundleistungen, insbesondere im Bereich Benchmarking und von Fortbildungsveranstaltungen.

Die QuMiK GmbH mit Sitz in Ludwigsburg koordiniert die Verbundarbeit und unterstützt diese administrativ. Geschäftsführer der QuMiK GmbH ist Matthias Ziegler. Matthias Ziegler ist Betriebswirt für Gesundheitsmanagement und Regionaldirektor der RKH Kliniken.

Dr. Thomas Jendges, Geschäftsführer der SLK-Kliniken Heilbronn GmbH, wurde im Dezember 2018 zum Sprecher des QuMiK-Klinikverbundes gewählt. Der Diplom-Ingenieur und promovierte Volkswirt ist Nachfolger von Prof. Dr. Hans-Jürgen Hennes, der die Sprecherfunktion über knapp zwei Jahre ausgeübt hatte.

Die 12 QuMiK-Mitglieder sind an 35 Standorten in Baden-Württemberg vertreten (siehe Karte) und verfügen über rund 11.000 Betten. Im Jahr 2018 wurden 1.500.000 Patienten ambulant und 500.000 Patienten stationär behandelt. Damit repräsentiert der QuMiK-Verbund einen Anteil von circa 20 Prozent in Baden-Württemberg.

Im QuMiK-Verbund findet ein vielfältiger und offener Wissensaustausch statt. Qualität in der Patientenversorgung ist für die QuMiK-Mitglieder 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 Wissenstransfer durch Arbeitsgruppen) 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.



▲ Akutversorgung ▲ Rehabilitation △ Ambulante Versorgung / MVZ

QuMiK-Jahresveranstaltung

Mit den Jahresveranstaltungen bietet der QuMiK-Verbund seinen Mitgliedern und geladenen Gästen seit mehreren Jahren eine informative Plattform für den fachlichen Austausch. Die am 5. Juli 2018 ausgerichtete Jahresveranstaltung in Markgröningen mit über 140 Gästen aus den 32 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. „Gemeinsam haben sich die Mitglieder der QuMiK ein einzigartiges Netzwerk mit engen fachlichen Verflechtungen aufgebaut, von dem der Verbund auf verschiedensten Ebenen profitiert“, so Ziegler.

Im Rahmen der Jahresveranstaltung wurde bereits zum vierten Mal der QuMiK-Qualitätspreis (siehe Top-Thema QuMiK-Qualitätspreis) verliehen. Mit der Ausrichtung des Qualitätspreises werden innovative Projekte im Verbund ausgetauscht. Dieses Jahr wurden insgesamt 21 Projekte der Verbundmitglieder eingereicht. Die Preisträger wurden während der Veranstaltung vorgestellt. Die höchste Auszeichnung erhielt der Klinikverbund Südwest für das Projekt „Delirvermeidung durch ehrenamtliche Patientenbegleiter“. Das Projekt wurde auf Initiative des Zentrums für Alterstraumatologie und des Kreiseniorenrates Böblingen zur Vermeidung von Delir und Angstzuständen bei älteren stationären Patienten mit geschulten ehrenamtlichen Betreuern gestartet. Seit Beginn des Projekts ist kein Delir aufgetreten und die Klingelrufe seitens der Patienten sind deutlich zurückgegangen.

Der zweite Preis ging an die RKH Rechbergklinik Bretten für das Projekt „Qualitätssteigerung und Kostenreduktion bei Laborleistungen“. Durch die Implementierung eines Leitfadens konnten insbesondere bei ambulanten Patienten die Kosten für Laborleistungen deutlich reduziert werden. Das Projekt „Verbessertes Notfallmanagement durch Early-Warning-Score“ des Städtischen Klinikums Karlsruhe gewann – durch das Einführen eines Frühwarnsystems, um geplante Aufnahmen auf die Intensivstation wie auch Todesfälle zu vermindern – den dritten Platz.

Erstmals wurde im Rahmen des QuMiK-Qualitätspreises ein Sonderpreis verliehen. Dieser ging an Prof. Dr. Andreas Trotter und Ricarda Schreiber aus dem Hegau-Bodensee-Klinikum Singen für die erfolgreiche Durchführung der QuMiK-Perinatalstudie (siehe Top-Thema QuMiK-Perinatalstudie). Im Rahmen der Studie wurden die Daten von sechs Perinatalzentren des QuMiK-Verbundes über einen Zeitraum von 24 Monaten erfasst und ausgewertet. Ziel der Studie war es, herauszufinden, ob bei einem definierten Kollektiv von Risikoschwangerschaften zwischen verschiedenen Kliniken Unterschiede in der Erfolgsrate bei der Verhinderung von Frühgeburten existieren. Die Studie ist in Deutschland bisher einmalig, da bislang noch nie Daten zu diesem Themenfeld in solch detailliertem Ausmaß erhoben wurden. Die Studie liefert dem QuMiK-Verbund wichtige Impulse zur besseren Vermeidung von Frühgeburten.

Festredner Prof. Dr. Giovanni Maio, M.A. phil., Direktor des Instituts für Ethik und Geschichte der Medizin an der Albert-Ludwigs-Universität in Freiburg, hielt einen spannenden Vortrag über die ethischen Herausforderungen, denen sich das Gesundheitswesen im Rahmen der Digitalisierung zu stellen hat.

Die enge Zusammenarbeit innerhalb des QuMiK-Verbundes ist einzigartig und der beste Weg, um den hohen Ansprüchen an stationäre Gesundheitseinrichtungen in den Bereichen Qualität und Wirtschaftlichkeit gerecht werden zu können. Der Verbund entwickelt sich dabei kontinuierlich weiter. Im künftigen Fokus stehen wirksame Strategien gegen den zunehmenden Personal- und Fachkräftemangel sowie der Ausbau der Digitalisierung.

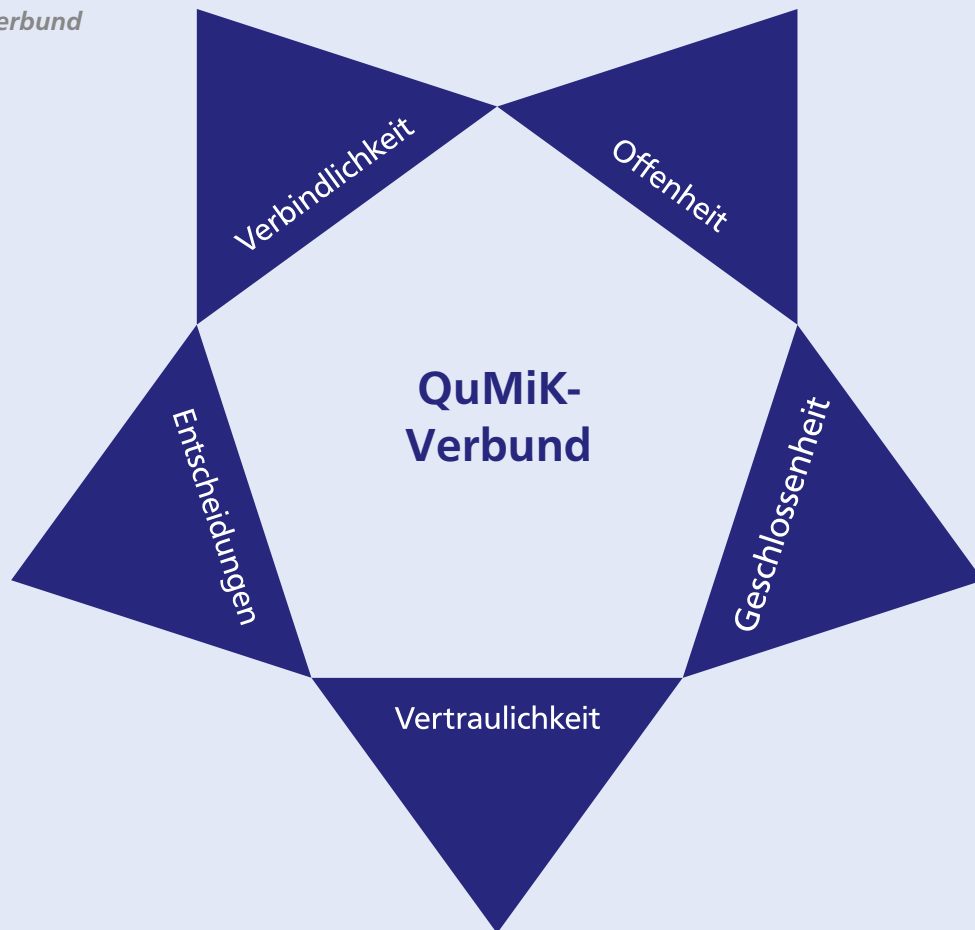
„Qualität und Wirtschaftlichkeit werden bei unseren Strategien, Aktivitäten und Leistungsvergleichen gleichermaßen berücksichtigt. So wird gewährleistet, dass unser Verbund auch künftig bestens aufgestellt ist“, bekräftigt QuMiK-Sprecher Dr. Thomas Jendges.



Über 140 Gäste kamen zur QuMiK-Jahresveranstaltung in den Annemarie-Griesinger-Saal der RKH Orthopädischen Klinik Markgröningen.

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 Informationen, 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

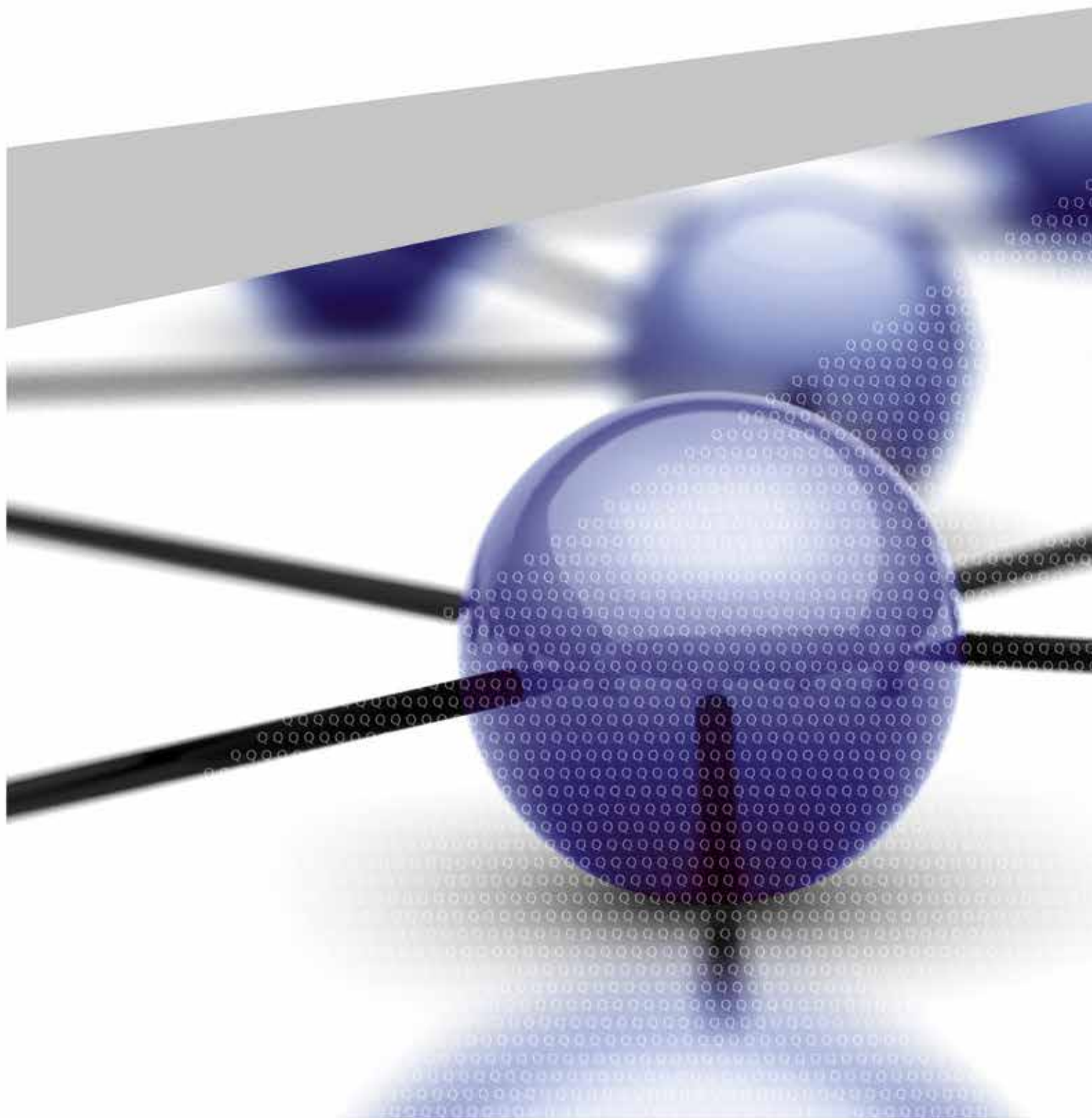
Entscheidungen im QuMiK-Verbund werden möglichst im Konsens getroffen, gegebenenfalls auch durch einfache Mehrheit.

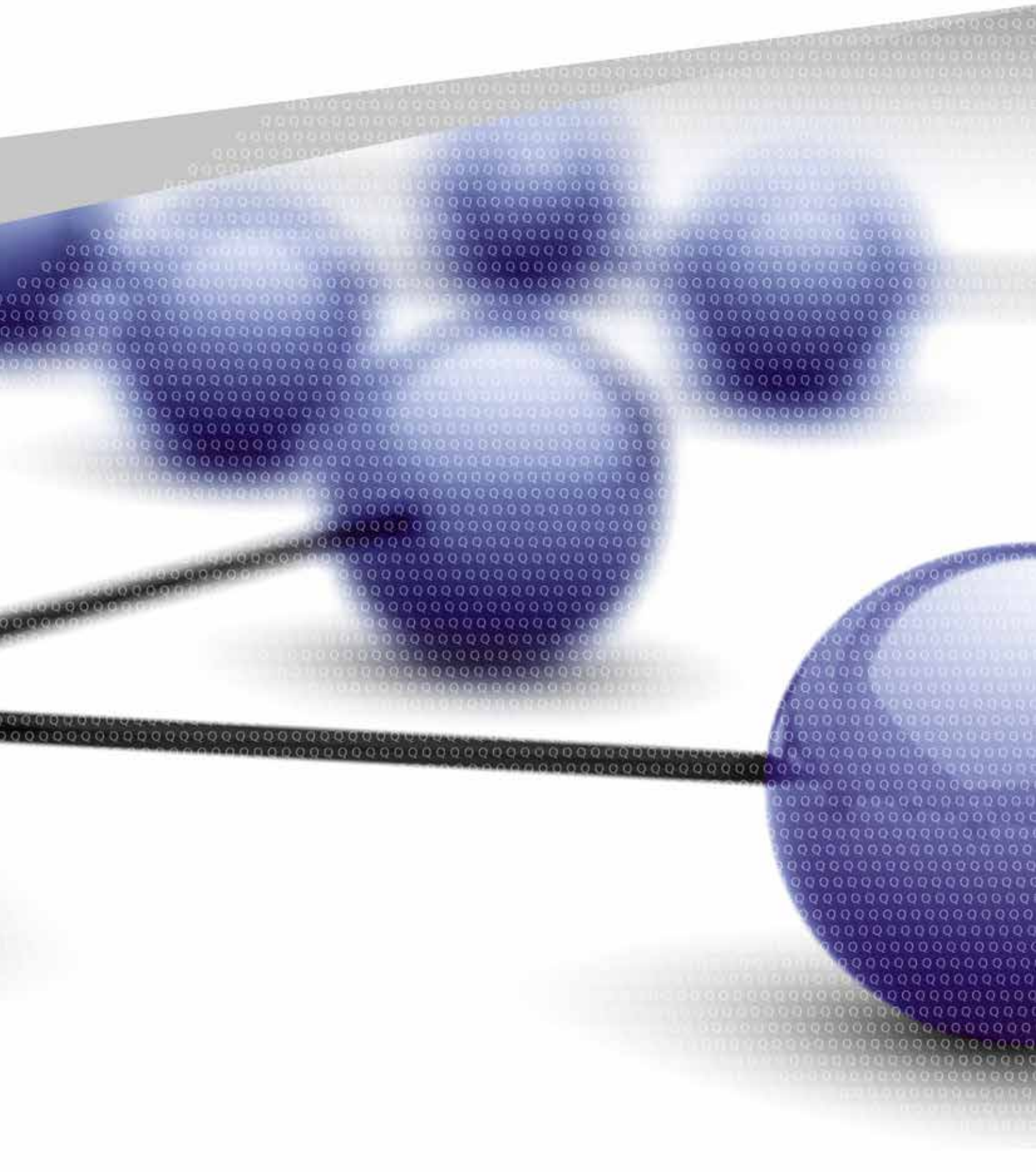
Verbindlichkeit

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



Die Verbundmitglieder





ALB FILS KLINIKEN



Patienten (stationär)	32.680
Patienten (ambulant)	120.975
Betten (Planbetten)	775
Mitarbeiter (Anzahl)	2.409
(Daten 2018)	

Die ALB FILS KLINIKEN sind der größte Gesundheitsanbieter zwischen Stuttgart und Ulm. Die Landkreiskliniken sind gleich an zwei Standorten vertreten, mit der Klinik am Eichert in Göppingen mit maximalversorgendem Charakter und der Helfenstein Klinik in Geislingen, ein Haus mit wohnortnaher und hochspezialisierter Regelversorgung. 19 Fachkliniken, 3 Institute, 20 Fachzentren und 10 Arztpraxen im Medizinischen Versorgungszentrum bieten ein umfassendes Leistungsspektrum und eine hohe Behandlungsqualität. Die Kliniken sind auf die unterschiedlichsten Erkrankungen spezialisiert, vom Frühgeborenen bis zum Hochbetagten. Kurzum: Mit modernen medizinischen Konzepten, erstklassiger Pflege und Serviceleistungen stehen die ALB FILS KLINIKEN den Menschen im Landkreis Göppingen und darüber hinaus als starker Gesundheitspartner zur Seite.

Mit rund 2.400 Mitarbeitern ist die Kliniken-GmbH zudem einer der größten Arbeitgeber in der Region, über 100 Auszubildende und Studenten starten jedes Jahr ins Arbeitsleben. Als Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Ulm pflegen die ALB FILS KLINIKEN eine enge Verbindung zur medizinischen Hochschule mit unmittelbarem Zugang zur aktuellen medizinischen Forschung und Entwicklung sowie zu neuesten Behandlungsmethoden.

Am Göppinger Klinikstandort entsteht derzeit ein neues Klinikgebäude. Auf rund 43.000 Quadratmetern Nutzfläche schaffen die ALB FILS KLINIKEN Raum für modernste Medizin und Pflege; und sorgen damit dafür, dass die hochwertige Gesundheitsversorgung auch weiterhin gesichert bleibt. 645 Betten in zeitgemäßen 1- und 2-Bettzimmern und eine optimale Anordnung von OP, Intensivstation, Kreißsaal, Funktionsbereichen, Ambulanzen und Stationen erhöhen dabei nicht nur den Komfort für die Patienten, sondern schaffen auch attraktive Arbeitsbedingungen. Kurze Wege, Prozesseffizienz und moderne, tageslichtdurchflutete Arbeitsplatzgestaltung werden das neue Gebäude auszeichnen. Mit einem Gesamtvolumen von rund 427,6 Millionen Euro ist der Neubau der Klinik am Eichert (inklusive Parkhaus, Kindertagesstätte und Personalwohnungen) eines der größten

Bauprojekte in Baden-Württemberg. Die Eröffnung der neuen Klinik ist im Jahr 2024 vorgesehen.

Auch befinden sich die ALB FILS KLINIKEN auf dem Weg zum papierlosen Krankenhaus: mobiler Visitenwagen, mobile elektronische Patientenkurve anstelle einer Fieberkurve auf Papier, Barcodescanner für Medikamente und Blutprodukte, digitale Spracherkennung, digitale Aufklärungsbögen und Behandlungsverträge, digitaler Arztbrief, Einweiserportal und vieles mehr.

Herausragende Qualität nimmt einen hohen Stellenwert ein und ist Verpflichtung gegenüber den Patienten zugleich. Qualität zu sichern und zu verbessern ist das Ziel – durch medizinische und pflegerische Standards, Qualitätssicherungsmaßnahmen, das Fehlermeldesystem CIRS sowie den Patientensicherheitscheck im OP, das Patientenarmband und weitere Aktivitäten im Rahmen des Klinischen Risikomanagements. Auch das Rückmelde- und der enge Kontakt zu den niedergelassenen Ärzten im Rahmen eines strukturierten Einweisermanagements tragen zur hohen Qualität der Patientenversorgung bei.



Helfenstein Klinik Geislingen mit Gesundheitszentrum



Klinik am Eichert Göppingen

Gesundheitsverbund Landkreis Konstanz, Hegau-Bodensee-Klinikum



Gesundheitsverbund
Landkreis Konstanz

Das Hegau-Bodensee-Klinikum (HBK): Ein Plankrankenhaus mit drei Standorten. Der größte Standort des Plankrankenhauses Hegau-Bodensee-Klinikum, mit seinen insgesamt 640 Betten, ist das Klinikum in Singen mit 448 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 umfassen die Krankenhäuser in Radolfzell und Stühlingen. Diese sind Häuser der Grundversorgung.

Innerhalb des Hegau-Bodensee-Klinikums wurden 2018 an allen Standorten über 29.000 Patienten stationär behandelt, mehr als 59.000 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, Gynäkologisches Zentrum, Darmzentrum und Prostatazentrum. In den Überwachungsaudits im Jahr 2018 wurde dem Krebszentrum von den Auditoren erneut eine hohe Professionalität zugesprochen und die DIN ISO-Zertifikate wurden 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 2018 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)	29.351
Patienten (ambulant)	59.125
Betten (Planbetten)	640
Mitarbeiter (Anzahl)	1.814
(Daten 2018)	

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 Region Hegau-Bodensee-Hochrhein und verfügt insgesamt über mehr als 1.000 Betten.



Hegau-Bodensee-Klinikum Singen

Klinikverbund Südwest



Klinikverbund Südwest

Patienten (stationär)	76.688
Patienten (ambulant)	293.362
Betten (Planbetten)	1.525
Mitarbeiter (Anzahl)	5.000

(Daten 2018)

Als einer der größten kommunalen Gesundheitskonzerne im Süden Deutschlands hat der Klinikverbund Südwest einen Versorgungsauftrag für circa 550.000 Menschen in seinem Kerneinzugsgebiet. Rund 5.000 Mitarbeiter aus über 70 Nationen und 125 Berufsgruppen bieten an den Standorten Sindelfingen, Böblingen, Calw, Nagold, Leonberg und Herrenberg über die Grund- und Regelversorgung hinaus auch die Versorgung spezieller und komplexer Erkrankungen an. Im Verbund wurden dafür Schwerpunktzentren wie beispielsweise das Perinatalzentrum, das Pankreaskarzinomzentrum und das Brustzentrum in Böblingen, die Schlaganfallzentren in Sindelfingen und Calw, die Darmzentren in Böblingen und Nagold, das

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

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 15 etablierten Fachzentren, die sich entsprechend der einzelnen Disziplinen (Pflege, Neurologie, Allgemein- und Viszeralchirurgie, Gefäßchirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Urologie, Anästhesie und Intensivmedizin, Radiologie, Gastroenterologie, Onkologie, Altersmedizin, Unfallchirurgie und Orthopädie,

interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin, Kinder- und Jugendmedizin sowie Kardiologie) gegründet haben. Dort wird die Expertise der leitenden Ärzte und Pflegekräfte gebündelt. 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.

Für die Modernisierung der Kliniklandschaft werden überdies von den Landkreisen Böblingen und Calw in den kommenden Jahren rund 800 Millionen Euro investiert. Neben der laufenden Generalsanierung der Kliniken in Leonberg, Herrenberg und Nagold wurden zudem mit den Neubauten in Calw sowie des Flugfeldklinikums Sindelfingen-Böblingen die Weichen für die Medizin von Morgen gestellt – sowohl für die Patienten, aber vor allem auch für die Mitarbeiter.



Visualisierung des Flugfeldklinikums Sindelfingen-Böblingen



Visualisierung des Neubaus der Kliniken Calw

Kreiskliniken Reutlingen



Zu dem Verbund der Kreiskliniken Reutlingen GmbH mit insgesamt 773 Planbetten, 16 Fachabteilungen und 3 Instituten unter hauptamtlicher Leitung, mehreren Belegabteilungen und einer Zentralapotheke gehören das Klinikum am Steinenberg Reutlingen, die Ermstalklinik 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 92.000 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 Ermstalklinik Bad Urach werden seit 2013 unter einem Plankrankenhaus mit insgesamt 678 Betten 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 72.000 ambulante Patienten betreut. Mit insgesamt 12 Kompetenzzentren bietet das Klinikum am Steinenberg eine medizinische Versorgung auf höchstem Niveau für die Bevölkerung im Landkreis Reutlingen.

Die Ermstalklinik versorgt als Haus der Grundversorgung circa 4.000 stationäre und circa 7.000 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)	92.000
Betten (Planbetten)	773
Mitarbeiter (Anzahl)	2.500
(Daten 2018)	

Funktionalität und Modernität kennzeichnen den Neubau der Albklinik Münsingen. Das Haus der Grundversorgung verfügt über 95 Planbetten und versorgt rund 4.000 stationäre und 13.000 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



Ermstalklinik Bad Urach



Albklinik Münsingen

Oberschwabenklinik



OBERSCHWABENKLINIK

Patienten (stationär)	40.980
Patienten (ambulant)	135.122
Betten (Planbetten)	899
Mitarbeiter (Anzahl)	2.706
(Daten 2018)	

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 St. Elisabethen-Klinikum (EK) in Ravensburg das umfangreichste Fächerspektrum zwischen Bodensee und Ulm. Gesellschafter der OSK sind zu 98,2 Prozent der Landkreis und zu 1,8 Prozent die Stadt Ravensburg.

Im komplett erneuerten EK Ravensburg mit 542 Betten sind die Patienten ausschließlich in Zwei- und Einbettzimmern untergebracht. Die Kinder- und Jugendmedizin ist aus dem 1958 erbauten historischen Kinderkrankenhaus in das moderne Hauptgebäude umgezogen. Auch die Notaufnahme und die Intensivbereiche haben im Neubau ihren endgültigen Platz gefunden. Damit ist eine wesentliche Voraussetzung für das EK als überregionales Traumazentrum und als Haus des Schwerstverletzungs-

artenverfahrens der BG erfüllt. Beispielhaft ist die Altersmedizin mit einer geriatrischen Spezialstation der OSK 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 EK ist Sitz eines Gefäßzentrums, eines Wundzentrums, eines Schlaganfallzentrums sowie eines Perinatalzentrums Level 1. Standortübergreifend sind die drei Akuthäuser der OSK als Endoprothetikzentrum zertifiziert.

Weit über die Kreisgrenzen hinaus stößt das EK mit seiner architektonischen und künstlerischen Gestaltung auf große Beachtung. Originale einheimischer Künstler prägen das Bild in den öffentlichen Bereichen und auf den Gängen. Als ein Kleinod zeitgenössischer Kirchenbaukunst gilt die neue Kapelle.

Das Westallgäu-Klinikum in Wangen ist mit 228 Betten stationärer Standort der OSK im östlichen Teil des Landkreises. Die modernisierte Geburtshilfe war vorläufiger Schlusspunkt einer langen Reihe von Investitionen, mit denen das Haus in den vergangenen zehn Jahren innen wie außen aufgewertet worden ist. Überregional bedeutende Spezialgebiete sind ein stationäres Schmerzzentrum, eine Belegabteilung für Augenheilkunde sowie ein Adipositaszentrum. Mit einem MRT-Gerät, welches auch das im Hause arbeitende

Medizinische Versorgungszentrum nutzt, hat die OSK die Radiologie am Standort wesentlich gestärkt.

Das Krankenhaus Bad Waldsee (85 Betten) mit seinen Kliniken für Innere Medizin sowie Chirurgie ist nicht zuletzt aufgrund seiner unmittelbaren Nachbarschaft zu großen Reha-Einrichtungen als Gelenkzentrum sehr erfolgreich. Seit dem Dienstantritt des neuen Chefarztes Prof. Dr. Andreas Suckel ist es als „Gelenklinik Oberschwaben“ am Markt. Eine Sonderrolle im Verbund spielt das historische Heilig-Geist-Spital in Ravensburg als Sitz der Geriatrischen Rehabilitation. Die 44 Betten sind durchweg sehr gut ausgelastet und ermöglichen der OSK die schnelle Weiterverlegung von stationären Patienten aus den Akuthäusern.

Im ambulanten Bereich betreibt die OSK zwei Medizinische Versorgungszentren. In Wangen mit einer 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 St. Elisabethen-Klinikum in Ravensburg sind mittlerweile alle neuen Gebäude in Betrieb und die Patienten ausschließlich in Zwei- und Einbettzimmern untergebracht.



Als „Gelenklinik Oberschwaben“ stärkt das Krankenhaus Bad Waldsee unter dem neuen Chefarzt der Chirurgie Prof. Dr. Andreas Suckel sein Profil als Zentrum für den Gelenkersatz.



RKH Kliniken



RKH Kliniken

Patienten (stationär)	113.948
Patienten (ambulant)	265.899
Betten (Planbetten)	2.531
Mitarbeiter (Anzahl)	7.783

(Daten 2018 inkl. aller Tochtergesellschaften)

Seit seiner Gründung im Jahr 2005 kann der RKH Klinikverbund 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 zählen die RKH Akademie in

Markgröningen mit der Möglichkeit eines eLearning, das robotergestützte fachübergreifende Operationszentrum und das RKH Telemedizinzentrum in Ludwigsburg, das RKH Simulationszentrum in Vaihingen und die Kooperation mit einem Institut für Gendiagnostik. 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 zusammengerückt. 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 Innova-

tion durch Schnelligkeit und Größe auszeichnet, hat dauerhaft eine Überlebenschance auf dem Gesundheitsmarkt. Ein starker Klinikverbund gibt den Patienten Orientierung und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern Sicherheit.

Das im Inneren langsam gewachsene Selbstverständnis für die „RKH“ zeigt sich inzwischen auch in der Außenwirkung. Die Regionale Kliniken Holding RKH wird in der Öffentlichkeit zunehmend als „RKH Kliniken“ 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 wurde auch im Erscheinungsbild mit einer einheitlichen Bildmarke Rechnung getragen, mit der alle RKH Kliniken und auch die Service-Tochtergesellschaften auftreten.





RKH Kliniken
Ludwigsburg-
Bietigheim



Patienten (stationär)	64.964
Patienten (ambulant)	159.482
Betten (Planbetten)	1.499
Mitarbeiter (Anzahl)	4.000
<small>(Daten 2018)</small>	



RKH Enzkreis-
Kliniken



Patienten (stationär)	14.005
Patienten (ambulant)	24.121
Betten (Planbetten)	317
Mitarbeiter (Anzahl)	704
<small>(Daten 2018)</small>	



RKH Kliniken
des Landkreises
Karlsruhe

Patienten (stationär)	25.691
Patienten (ambulant)	47.719
Betten (Planbetten)	515
Mitarbeiter (Anzahl)	1.340
<small>(Daten 2018)</small>	



RKH
Orthopädische
Klinik
Markgröningen

Patienten (stationär)	9.288
Patienten (ambulant)	34.577
Betten (Planbetten)	200
Mitarbeiter (Anzahl)	593
<small>(Daten 2018)</small>	

Schwarzwald-Baar Klinikum Villingen-Schwenningen



SCHWARZWALD-BAAR
KLINIKUM

Patienten (stationär)	48.639
Patienten (ambulant)	157.067
Betten (Planbetten)	1.000
Mitarbeiter (Anzahl)	3.130
(Daten 2018)	

Das Schwarzwald-Baar Klinikum Villingen-Schwenningen ist Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Freiburg und ein zukunftsorientiertes Krankenhaus der Zentralversorgung. Das Krankenhaus hat sich – zwischen den beiden Universitätskliniken Tübingen und Freiburg – zum leistungsstärksten Klinikum der Region entwickelt. Es entstand 2004 aus der Fusion des früheren Städtischen Klinikums Villingen-Schwenningen und des Kreisklinikums Schwarzwald-Baar in Donaueschingen. Als Dienstleister der Gesundheitswirtschaft kommt ihm primär die gesamte stationäre Versorgung im Landkreis Schwarzwald-Baar (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 Fachabteilungen/Institute und zwei Belegkliniken. Den knapp 50.000 stationären und fast 160.000 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/Onkologisches Zentrum, Überregionaler Schlaganfallschwerpunkt, Regionales Schmerzzentrum, Perinatalzentrum und Geriatriischer Schwerpunkt.

Darüber hinaus sind folgende interdisziplinäre Zentren vorhanden: Interdisziplinäres Brustzentrum, Gynäkologisches Krebszentrum, Überregionales Traumazentrum, Prostata-Karzinom-Zentrum, Diabetes-Zentrum, Diabetisches Fußzentrum, Kontinenzzentrum, Wirbelsäulenzentrum, Sozialpädiatrisches Zentrum, Adipositas-Zentrum, Endoprothetikzentrum der Maximalversorgung und Viszeralonkologisches Zentrum (Darm-, Magen- und Pankreaszentrum).

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 „Cyberknife“, einen robotergestützten Linearbeschleuniger zur Radiochirurgie. Zudem gibt es das 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 gebauten Palliativzentrum aufgenommen. Die spezialisierte Palliativeinrichtung befindet sich in direkter Nachbarschaft zum Krankenhaus in Villingen-Schwenningen und ist an das Gebäude über einen Tunnel angeschlossen.

Für die Erbringung der Leistungsbandbreite sind rund 3.100 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 Dependance mit eigenständigen Fachabteilungen in einem abgestimmten medizinischen Leistungskonzept betrieben. Der Klinikneubau mit einem Kostenvolumen von 281 Millionen Euro bildete den Abschluss einer großen Strukturreform und ist die Basis für eine optimierte Krankenhausversorgung in den kommenden Jahren.



Standort Villingen-Schwenningen



Standort Donaueschingen



SLK-Kliniken Heilbronn

SLK-Kliniken

SLK-Lungenklinik Löwenstein

Patienten (stationär)	77.597
Patienten (ambulant)	182.453
Betten (Planbetten)	1.614
Mitarbeiter (Anzahl)	4.639

(Daten 2018, inkl. Krankenhaus Möckmühl,
Geriatrische Rehaklinik Brackenheim)

SLK-Kliniken – sozial. leistungsstark. kommunal.

Der Verbund der SLK-Kliniken Heilbronn ist der größte Gesundheitsdienstleister der Region Heilbronn-Franken. Die medizinische Bandbreite reicht von der soliden und wohnortnahen Grundversorgung bis zur Spitzenmedizin in zertifizierten Zentren.

In den SLK-Kliniken werden jährlich mehr als 75.000 Patienten stationär behandelt; rund 3.000 Kinder erblicken das Licht der Welt. Zum SLK-Verbund zählen das Heilbronner Klinikum am Gesundbrunnen, das Klinikum am Plattenwald in Bad Friedrichshall, die Geriatrische Rehaklinik Brackenheim sowie als hundertprozentige Tochtergesellschaft die Lungenklinik Löwenstein.

Gute Medizin und gute Pflege für die Patienten setzen auch auf eine moderne Infrastruktur. Deshalb investieren die SLK-Kliniken ständig in die medizintechnische Ausstattung und die bauliche Entwicklung der Klinikstandorte. Seit 2017 ist der erste neue Bauabschnitt des Klinikums am Gesundbrunnen in Betrieb. Im Neubau sind unter anderem 16 Operationssäle, die Intensivstationen, die Zentrale Notaufnahme sowie etwa 500 Betten untergebracht. 2018 markierte die Einweihung des Erweiterungsbaus der Neonatologie einen großen Schritt in der Versorgung von Früh- und Neugeborenen in der Region. Bis Ende 2022 entsteht der zweite Bauabschnitt des Klinikums am Gesundbrunnen, welches insgesamt über knapp 1.000 Betten verfügt.

In Bad Friedrichshall eröffnete 2016 der Neubau des Klinikums am Plattenwald. Mit fast 400 Betten und sieben modernen Operationssälen, darunter einem großen Hybrid-OP, ist das Klinikum das zweite große Standbein der SLK-Kliniken. In Möckmühl und Brackenheim werden für die wohnortnahe ambulante Versorgung des Jagsttals und des Zäbergaus Gesundheitszentren betrieben. Für die dortigen Gesundheitszentren entstehen bis Ende 2020 moderne Neubauten.

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 Lungenklinik Löwenstein das komplette Diagnostik- 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.

Ausbildung wird groß geschrieben

Die SLK-Kliniken in Heilbronn und Bad Friedrichshall sind Akademische Lehrkrankenhäuser der Universität Heidelberg. Rund 350 Ausbildungsplätze in verschiedenen zeitgemäßen Gesundheits- und Verwaltungsberufen bieten die SLK-Kliniken außerdem jedes Jahr an. Die Ausbildungskonzepte tragen dem Trend zur Spezialisierung in der Pflege, Medizin und Technik Rechnung.





Klinikum am
Gesundbrunnen,
Heilbronn

Patienten (stationär)	51.197
Patienten (ambulant)	136.138
Betten (Planbetten)	969
Mitarbeiter (Anzahl)	3.153
<small>(Daten 2018)</small>	



Klinikum am
Plattenwald,
Bad Friedrichshall

Patienten (stationär)	16.018
Patienten (ambulant)	27.739
Betten (Planbetten – ab 10/2018)	390
Mitarbeiter (Anzahl)	929
<small>(Daten 2018)</small>	



Klinik Löwenstein,
Löwenstein

Patienten (stationär)	8.248
Patienten (ambulant)	11.805
Betten (Planbetten)	205
Mitarbeiter (Anzahl)	381
<small>(Daten 2018)</small>	

Städtisches Klinikum Karlsruhe



Städtisches Klinikum Karlsruhe



Patienten (stationär)

59.532

Patienten (ambulant)

184.285

Betten (Planbetten)

1.538

Mitarbeiter (Anzahl)

4.367

(Daten 2018)

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 Karls-

ruhe 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 über 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 Qualitätsmanagementsystem des gesamten Klinikums ist seit 2016 nach DIN EN ISO 9001 zertifiziert.

Im Fokus stehen aktuell die Neubaulprojekte. 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. Mit der Umsetzung der Neubauvorhaben sollen die Voraussetzungen für eine moderne Medizin, adäquate Unterbringungsmodalitäten für die Patienten sowie gute Rahmenbedingungen für die hochqualifizierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter geschaffen werden, um auch langfristig das Fortbestehen des Klinikums zu sichern. Die Neubauten des Institutsgebäudes Haus I und der Kältezentrale Haus G sowie der Rohbau für das Herzstück der Baumaßnahmen, das Betten- und Funktionshaus M, sind bereits abgeschlossen. Aktuell läuft der Innenausbau auf Hochtoren. Als größte Baumaßnahme soll Haus M 2021 bezugsfertig sein.



Neubau Betten- und Funktionshaus M Eingangsbereich



Neubau Eingangsbereich Haus M



Top-Thema QuMiK-Qualitätspreis





3

Einleitung

Der QuMiK-Qualitätspreis wurde erstmals 2012 ausgelobt. Aufgrund der sehr positiven Resonanz – innerhalb und außerhalb des Verbundes – wird der Preis seither alle zwei Jahre verliehen. Der Preis verfolgt das Ziel, innovative Verbesserungsprojekte wechselseitig im Verbund 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 Projektentwicklung anhand des PDCA-Zyklus.

Für den QuMiK-Qualitätspreis 2018 wurden von den Verbundmitgliedern 21 Projekte eingereicht. Drei Projekte wurden zur Prämierung ausgewählt. Die Vorstellung der Gewinner und die Preisverleihung fanden am 5. Juli 2018 im Rahmen der QuMiK-Jahresveranstaltung statt.

Die höchste Auszeichnung erhielt der Klinikverbund Südwest für das Projekt „Delirvermeidung durch ehrenamtliche Patientenbegleiter“. Das Projekt wurde auf Initiative des Zentrums für Alterstraumatologie und des Kreissenioresrates Böblingen zur Vermeidung von Delir und Angstzuständen bei älteren stationären Patienten mit geschulten ehrenamtlichen Betreuern gestartet. Bereits mit Beginn des Projekts haben sich eine Reihe nachweisbarer Verbesserungen eingestellt.

Der zweite Preis ging an die RKH Reckbergklinik Bretten für das Projekt „Qualitätssteigerung und Kostenreduktion bei Laborleistungen“. Mit dem dritten Preis ausgezeichnet wurde das Projekt „Verbessertes Notfallmanagement durch Early-Warning-Score“ des Städtischen Klinikums Karlsruhe.

Erstmals wurde im Rahmen des QuMiK-Qualitätspreises ein Sonderpreis verliehen. Dieser ging an das Hegau-Bodensee-Klinikum Singen für die erfolgreiche Durchführung der QuMiK-Perinatalstudie (siehe Top-Thema QuMiK-Perinatalstudie).



Auszeichnung für den ersten Platz:

Dr. Karl-Michael Reinauer, Chefarzt Altersmedizin, Zentrum für Alterstraumatologie (ZAT), Klinikverbund Südwest, Klinikum Sindelfingen, Manfred Koebler, Vorstandsvorsitzender Kreissenioresrat Böblingen, Prof. Dr. Axel Prokop, Chefarzt Unfallchirurgie, Zentrum für Alterstraumatologie (ZAT), Klinikverbund Südwest, Klinikum Sindelfingen (v.l.n.r.)

**QuMiK-Qualitätspreis 2018:
Eingereichte Projekte**

<i>QuMiK-Mitglied</i>	<i>Projekt</i>	<i>Verantwortliche Abteilung</i>
ALB FILS KLINIKEN	E-Portal	Medizininformatik, Göppingen
	Patientenbefragung in niedergelassenen Praxen	Unternehmensentwicklung und Qualitätsmanagement, Göppingen
	Schulstation	Koordination Praxisanleitung, Göppingen
Gesundheitsverbund Landkreis Konstanz	Inklusives Krankenhaus	Pflegedirektion, Singen
	Interprofessionelles Training in der Infektionsprävention (IPTIP)	Institut für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention, Radolfzell
	Perioperative Infektionsprophylaxe bei geriatrischen Traumapatienten	Klinik für Unfall- und Handchirurgie, Singen
Klinikverbund Südwest	Delirvermeidung durch ehrenamtliche Patientenbegleiter	Zentrum für Alterstraumatologie (ZAT), Sindelfingen
	Einführung Reinigungsrobotik	Krankenhaus-Service GmbH Schwarzwald, Böblingen
	Entwicklung Evakuierungsmatratze	Sicherheitsmanagement, Sindelfingen
Kreiskliniken Reutlingen	Anerkennungsverfahren von OP-Fachkräften aus Drittstaaten als OTA	Akademie, Reutlingen
	Demenzsensible Versorgung	Pflegedirektion, Reutlingen
	1-Minuten Fortbildungen	Akademie, Reutlingen und Pflegedirektion, Reutlingen
RKH Kliniken	Holdingleit kompetent – RKH Bildungsziele	RKH Akademie, Markgröningen
	Patient Blood Management (PBM)	Klinik für Anästhesie, Intensivmedizin und Schmerztherapie, Markgröningen
	Qualitätssteigerung und Kostenreduktion bei Laborleistungen	Medizinische Klinik, Bretten
Schwarzwald-Baar Klinikum Villingen-Schwenningen	Check Point Blue	Krankenhaushygiene, Villingen-Schwenningen
	Rettung von Patienten von Dachflächen und Innenhöfen	Arbeitssicherheit, Villingen-Schwenningen
	Sozialdienst to go	Qualitätsmanagement / Sozialdienst, Villingen-Schwenningen
SLK-Kliniken Heilbronn	Mentorenkonzept Pflegerische Bereichsleitung	Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie / Wirbelsäulenchirurgie, Bad Friedrichshall
	Prävention postoperative Wundinfektion Gefäßchirurgie	Institut für Infektionsprävention und Klinikhygiene, Heilbronn
Städtisches Klinikum Karlsruhe	Verbessertes Notfallmanagement durch Early-Warning-Score	Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin, Karlsruhe

Prämierte Projekte

Delirvermeidung durch ehrenamtliche Patientenbegleiter im Klinikverbund Südwest

Einleitung

Knapp 2 Millionen Menschen über 80 Jahre leben in Deutschland. Laut Auskunft des Deutschen Zentrums für Altersfragen hat jeder Vierte davon nur noch einmal im Monat Besuch von Familie, Freunden und Bekannten. Die zunehmende Vereinsamung hat Folgen für die geistige wie auch körperliche Gesundheit. Analog eines bereits 2012 bis 2015 gestarteten Modellprojekts in Nordrhein-Westfalen beschloss der Kreissenorenrat Böblingen in Kooperation mit der Klinik für Unfallchirurgie ein vergleichbares Projekt zur Patientenbegleitung; seit dem 1. Juli 2017 wurden als Pilotprojekt Besuchsdienste bei Delir gefährdeten Patienten durchgeführt.

Das Delir ist ein akuter Verwirrheitszustand von Patienten in Extremsituationen, wie beispielsweise die Notwendigkeit einer stationären Krankenhausbehandlung außerhalb der gewohnten häuslichen Umgebung. Es kommt in der Unfallchirurgie bei 15 bis 30 Prozent der Patienten über 70 Jahre vor und birgt in bis zu 15 bis 25 Prozent der Fälle die Gefahr, an den Folgen zu sterben. Ansprache, Zuwendung und Beschäftigung verringern hoch signifikant dieses Risiko.

Idee

Ein täglicher Besuchsdienst durch Laienhelfer: Die ersten Freiwilligen rekrutierten sich aus dem Verein für Nachbarschaftshilfe (FISH e.V.). Die Patientenbegleiter werden geschult, fortgebildet und versichert. Pro Nachmittag erhalten sie eine Fahrtkostenentschädigung und eine Haftpflichtversicherung. Im Sinne des Datenschutzes sind sie zur Verschwiegenheit verpflichtet.

Wichtige Säulen des Projektes sind Freiwilligkeit und soziales Engagement der Patientenbegleiter. Die Einsatzkoordination liegt bei der Stationsleitung. Alle Ergebnisse und Rückmeldungen werden in einem Berichtswesen erfasst. Infoschreiben für die Patienten beziehungsweise deren Angehörige und entsprechende Rückmeldbögen zur Ergebnisevaluation werden hierfür eingesetzt. Alle 6 Wochen erfolgt in kleiner Gruppe eine Evaluation, alle 4 Wochen eine Fortbildungsmaßnahme.

Einmal im Monat werden Fortbildungen zu den Themen Gesprächsführung, Altersverletzungen, Osteoporose, Delir und Demenz, Hygiene, erste Hilfe, Ernährung, Mobilität und rechtliche Voraussetzungen angeboten, um den Begleitern im Anschluss nach der 30-stündigen Fortbildung ein Zertifikat aushändigen zu können. Dieses Zertifikat berechtigt, auch außerhalb der Klinik, die Nachbarschaftshilfe und ehrenamtliche Vormundschaft zu übernehmen. Inzwischen sind 69 Begleiter geschult und im Einsatz.

Voraussetzungen

Die Klinik für Unfallchirurgie wurde als Alterstraumatologiezentrum vom deutschen TÜV und 2010 von der deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie zertifiziert. Seither konnte die komplexe Frührehabilitation sowie gemeinsame Visiten mit Geriatern und Apothekern eingeführt und die Behandlungsergebnisse signifikant verbessert und die Letalitäts-, Komplikations- und Verlegungsrate in Pflegeheime deutlich unter den Bundesdurchschnitt gesenkt werden.

Erste Ergebnisse der Pilotphase

Die erste dreimonatige Testphase wurde mit 1.500 € durch den Kreissenorenrat finanziert. Die Begleiter betreuten und beschäftigten einen Patienten circa 1 Stunde pro Tag. Sie begleiteten die Patienten im Haus und bei der Mobilisation, vermittelten Ruhe, gaben Rückhalt und Zuwendung (siehe Foto). Medizinische Leistungen wurden nicht durchgeführt. Von jedem Aufenthalt wurde ein kurzer Berichtsbogen erstellt.

In der Pilotphase wurden in 10 Wochen 86 Begleitungen durchgeführt. Die Patienten und Begleiter bewerteten das Ergebnis nach Schulnoten im Mittel mit 1,8. Ein Delir trat in keinem Fall auf. Eine Spende des Rotary Vereins Böblingen-Schönbuch in Höhe von 2.800 € erlaubte die Fortführung des Projekts. Ein Förderantrag über 20.000 € beim Sozial- und Gesundheitsausschuss des Landkreises wurde bewilligt mit der Idee, das Projekt in den nächsten 2 Jahren auf weitere Stationen im Krankenhaus und weitere Krankenhäuser des Klinikverbundes auszuweiten.

Die Patienten und Begleiter fanden die Betreuung sehr gut und höchst befriedigend. Die Bewertung der Ehrenamtlichen zum Erfolg ihrer Arbeit lag nach Schulnoten im Mittel bei 1,4 und damit sogar noch besser als bei dem Pilotprojekt. Auffällig war eine deutlich geringere Frequenz von Patientenrufen an das Pflegepersonal, das also entlastet wird. Bei einer Auswertung der Krankenhausapotheke wurde der Verbrauch an Psychopharmaka vor und während des Projektes auf den Stationen gemessen. Im Vergleich vom ersten Halbjahr 2017 zum Halbjahr 2018 konnte der Verbrauch an Melperon und Risperidon-Tabletten um 15,2 Prozent gesenkt werden, ohne Änderungen der Medikationsrichtlinien.

Kostenreduktion

Seit dem 1. Juli 2017 bis 1. März 2019 begleiteten 69 Ehrenamtliche bislang 3.503 Patienten. Die mittlere Besuchszeit betrug 55 Minuten. Keiner der Patienten erlitt ein Delir. Bei einer hypothetischen Inzidenz von 15 Prozent konnte in unserem Kollektiv bei circa 450 Patienten ein Delir vermieden werden. Hätten diese ein Delir erlitten, wären folgende Kosten entstanden: Circa 50 Prozent der Patienten erholen sich vom Delir in 2 bis 3 Tagen, die andere Hälfte benötigt allerdings mindestens einen Tag länger im Krankenhaus mit Mehrkosten von 250 € und geschätzten Gesamtkosten von 56.500 €.

Fazit für die Praxis

Die Unterstützung von Laien als Patientenbegleiter führt zu einer hohen Zufriedenheit bei den Patienten und Helfern sowie zu einer deutlichen Entlastung des Pflegepersonals. Eine Aufwandsentschädigung und Versicherung der Begleiter war unabhängig vom Krankenhausbudget durch Spenden und Förderungen zu finanzieren, da das Projekt viele Unterstützer fand. Eine strukturierte Fort- und Weiterbildung ermöglichte den Begleitern neben Zugang zu einem anerkannten Zertifikat auch eine gute Reputation.

Quellenhinweise bei den Verfassern



Patientenbegleiter im Einsatz am Krankenbett

Qualitätssteigerung und Kostenreduktion bei Laborleistungen in den RKH Kliniken des Landkreises Karlsruhe



Durch Einsatz eines Leitfadens und Schulungen konnten Laborkosten deutlich gesenkt und die diagnostische Qualität gesteigert werden.

Hintergrund

Unbeschadet der medizinischen Prozess- und Ergebnisqualität jeder Behandlung sind die ökonomischen Zielsetzungen des Krankenhauses nicht zu vernachlässigen. Dabei sind bei einer verständigen Berücksichtigung des geltenden Vergütungssystems leider nur sehr wenige Möglichkeiten für eine wirtschaftliche Optimierung gegeben:

- Einerseits kann man versuchen, die Erlöse durch eine Erweiterung und Vertiefung der angebotenen medizinischen Leistungen oder durch die Optimierung der Dokumentation der ärztlichen Tätigkeit und ihre Codierung zu steigern;
- Andererseits kann man versuchen, die Kosten durch die Beachtung von Kosten-Nutzen-Relationen bei Diagnose und Therapie oder durch Standardisierung und permanente Optimierung aller Arbeitsprozesse zu senken.

Der letztere Denkansatz war bei diesem Projekt nach der Analyse der Ist-Situation der entscheidende Ausgangspunkt für die Projektentwicklung.

Ausgangssituation

Obwohl Laborleistungen zu den wichtigsten Leistungen internistischer Diagnostik gehören, haben viele Ärzte nur unzureichende Kenntnisse bei deren Inanspruchnahme. In den letzten Jahren ist die Anzahl der Laborleistungen bei Krankenhausaufenthalten ohne signifikante Auswirkung auf die Qualität der Diagnostik und Therapie gestiegen. Dies hat einzig und allein zu einer erhöhten Belastung der Budgets geführt.

Projektbeschreibung

Die Medizinische Klinik der Rechbergklinik Bretten im RKH Klinikverbund befasste sich mit einer kritischen Betrachtung der Kosten-Nutzen-Relation bei der Inanspruchnahme von Laborleistungen sowie mit der Optimierung und Standardisierung aller diesbezüglichen Arbeitsprozesse. Als Ergebnis dieser Überlegungen wurden mehrere Maßnahmen entwickelt. Dabei ging es insbesondere um

- die Erstellung eines Leitfadens zu Laborleistungen für die klinische Praxis und ein Schulungsprogramm für ärztliche Mitarbeiter hinsichtlich seiner Anwendung, sowie
- eine höhere Diagnose-Qualität durch gezielte Laborleistungen trotz einer nachhaltigen Reduktion der Prozess- und Laborkosten.

Projektevaluation

Der Leitfaden zur Anforderung von Laborleistungen liegt seit 2017 jedem ärztlichen Mitarbeiter zur Nutzung im klinischen Alltag vor. Dabei kommen auch standardisierte Laborprofile für ambulante Patienten zum Einsatz. Die Akzeptanz des Projekts durch die ärztlichen Mitarbeiter wurde durch ein Schulungsprogramm gefördert und erhöht, das permanent aktualisiert wird. Ein Vergleich von Laborleistungen und deren Kosten vor der Standardisierung im Jahr 2016 und nach Einführung im Jahr 2017 hat eine signifikante Verbesserung ergeben (siehe Abbildung).

Fazit

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass durch die Schulung der ärztlichen Mitarbeiter, die Nutzung des Leitfadens zu Laborleistungen in der klinischen Praxis und die Standardisierung der Arbeitsprozesse bei der Inanspruchnahme von Laborleistungen die Diagnose-Qualität erheblich verbessert und die Kosten der Laborleistungen nachhaltig gesenkt werden konnten.

Um die Nachhaltigkeit des Projekts zu gewährleisten, werden die klinischen Erfahrungen mit dem Laborleitfaden für seine Aktualisierung ständig gesammelt. Die Potentiale des Projekts scheinen noch nicht ausgeschöpft und werden deshalb weiterverfolgt.

Abbildung: Beispiele für Verbesserungen



Verbessertes Notfallmanagement durch Early-Warning-Score (EWS) im Städtischen Klinikum Karlsruhe

Ausgangssituation

In deutschen Krankenhäusern werden jährlich circa 18 Millionen Patienten behandelt. Bei 5 bis 10 Prozent dieser Patienten kommt es zu einem sogenannten „unerwünschten Ereignis“. Dieses entwickelt sich bei geschätzt 360.000 bis 900.000 Patienten zu einem innerklinischen Notfall pro Jahr (Daten aus dem Deutschen Reanimationsregister). Notfälle, mit denen man nicht rechnen konnte, oder vielleicht doch? In retrospektiven Analysen konnte gezeigt werden, dass bei bis zu 84 Prozent der Patienten im Krankenhaus eine Verschlechterung bestimmter Vitalparameter schon Stunden vor dem Herzstillstand feststellbar waren. McQuillan kam 1998 im British Medical Journal zu dem Schluss, dass bis zu 41 Prozent der Aufnahmen auf die Intensivstation potenziell vermeidbar wären. Als Folge wurde 2015 in den ERC-Leitlinien (European Resuscitation Council) zur Reanimation und dem Weißbuch Reanimationsvorsorge des Deutschen Rates für Wiederbelebung (GRC) von den Krankenhäusern gefordert, dass neben der Aufstellung von speziellen Notfallteams auch „eindeutige Leitlinien (zum Beispiel über Alarmierungskriterien oder Frühwarnsysteme) zur Unterstützung des Personals in der Früherkennung der Patientenverschlechterung“ etabliert werden sollten.

Vor diesem Hintergrund wurde 2017 im Städtischen Klinikum Karlsruhe durch die Geschäftsführung beschlossen, ab 2018 mit der schrittweisen Einführung eines monitorgestützten Frühwarnsystems – auf Grundlage des in Großbritannien schon etablierten Early-Warning-Scores (EWS) – zu beginnen, um das Notfallmanagement zu verbessern und die Patientensicherheit zu erhöhen.

Zielsetzung

Mit der Einführung des Projekts sollten mehrere Ziele verfolgt werden:

- Erhöhung der Patientensicherheit
- Mehr Sicherheit für das Pflegepersonal durch die Festlegung verbindlicher Parameter für die Alarmierung des Stationsarztes beziehungsweise des Notfallteams
- Kritisch kranke Patienten früher erkennen
- Therapie frühzeitig beginnen, gegebenenfalls schon auf der Normalstation
- Ungeplante Verlegungen auf die IMC oder Intensivstation minimieren
- Zahl der Reanimationen zu senken
- Weniger Einsätze für das Notfallteam
- Mehr OP-Kapazität

Projektbeschreibung

Der EWS wurde zunächst auf zwei gefäßchirurgischen Stationen mit 34 Betten eingeführt, da wir nicht sicher waren, wie sich die Einsatzzahlen für das Notfallteam entwickeln würden. Nach sieben Monaten, bei rückläufigen Einsätzen, kamen zwei unfallchirurgische Stationen mit 44 Betten hinzu. Seit Februar 2019 sind, mit zwei neurochirurgischen Stationen, drei Kliniken mit insgesamt 114 Betten beteiligt.

Vor dem Start wurden Ärzte und Pflege für 1,5 Stunden in den Gebrauch des EWS sowie in die Bedienung des Monitors eingewiesen. Ferner wurde im Vorfeld mit der pflegerischen und ärztlichen Leitung festgelegt, in welchen Abständen und bei welchen Patienten der EWS erhoben werden soll und welche Maßnahmen zu ergreifen sind, wenn der Patient bei der Messung auffällig ist.

Durch Messung der Vitalparameter und Eingabe der „Atemfrequenz“, des „Bewusstseinsstatus“ und der möglichen „Sorge um den Patienten“ wird der Summenwert berechnet und gleichzeitig die entsprechende Maßnahme auf dem Bildschirm angezeigt. Zusätzlich wurden auf jeder Station mehrere Poster aufgehängt. Poster 1 (siehe Abbildung 1) zeigt die ein-

Abbildung 1: Das EWS-Punktesystem

Punktwert		3	2	1	0	1	2	3	
A	Atemfrequenz (min ⁻¹)	≤ 8	Niedrig		Normal (10 – 20)		Erhöht	≥ 25	Apnoe
B	O ₂ -Sättigung (%)*	≤ 90	91 – 92	92 – 93	≥ 94				Nicht messbar
C	Blutdruck systolisch (mmHg)	≤ 90	91 – 100	101 – 110	111 – 199		200 – 219	≥ 220	Nicht messbar
	Puls (min ⁻¹)	≤ 40		41 – 50	51 – 100	101 – 110	111 – 129	≥ 130	Nicht messbar
D	Bewusstsein				Wach/ Kooperativ	Reaktion auf Ansprache	Agitation/ Verwirrt	Reaktion auf Schmerz	Bewusstlos
E	Temperatur (°C)		< 35	35 – 35,9	36 – 37,4	37,5 – 38,5	> 38,5		

Sorge um den Patienten sollte zur Eskalation führen, unabhängig vom Punktwert!
* Bei Gabe von Sauerstoff sind 2 Punkte zu addieren.

Abbildung 2: Klinische Reaktion auf den EWS-Summenwert

Summenwert	Minimale Überwachungs-frequenz	Eskalationsstufen	
		Maßnahmen Pflege	Maßnahmen Arzt
0 – 1	alle 12 Stunden	Dokumentation	
2 – 4	alle 4 – 6 Stunden	<ul style="list-style-type: none"> – Schichtleitung und Stations-/ Dienstarzt informieren – Zeit dokumentieren – Akte und aktuelle Labor- und Mikrobiologiebefunde bereitlegen – Erstmaßnahmen vorbereiten 	Innerhalb 1 Stunde Patienten visitieren: 1. Überwachungsfrequenz festlegen 2. Erstmaßnahmen einleiten: <ul style="list-style-type: none"> – ggf. Sauerstoffgabe – Schmerzbehandlung – Flüssigkeitstherapie – Fieber senken, Sepsis? – Diagnostik? – Eskalation? MET?
5 – 7	alle 1 – 2 Stunden	<ul style="list-style-type: none"> – Schichtleitung und Stations-/ Dienstarzt informieren – Zeit dokumentieren – Maßnahmen wie oben – Notfallrucksack holen 	Innerhalb von 30 Minuten Patienten visitieren: <ul style="list-style-type: none"> – Maßnahmen wie oben – ggf. Verlegung auf IMC oder ITS planen – ggf. MET rufen
> 7 oder 3 Punkte in einem Parameter	kontinuierlich	<ul style="list-style-type: none"> – MET RUFEN – ABCDE-SCHEMA BEFOLGEN – NOTFALLRUCKSACK HOLEN und ggf. REANIMATION STARTEN – STATIONS-/DIENSTARZT INFORMIEREN – ERWEITERTE DIAGNOSTIK/THERAPIE 	
MET SOFORT ALAMIEREN und mit der REANIMATION BEGINNEN			
HINWEIS: Die Überwachungsfrequenz kann von Ihnen angepasst werden. Wenn Sie um einen Patienten besorgt sind, eskalieren Sie bitte unabhängig vom Summenwert.			

zelenen Vitalparameter, deren Grenzwerte sowie den dazugehörigen Punktwert für den EWS. Poster 2 (siehe Abbildung 2) zeigt die einzuleitenden Maßnahmen. Als weitere Merkhilfe bekam jeder Mitarbeiter die Poster als laminierte Taschenkarte.

Projektelevaluation

Bei unseren Auswertungen konnten wir feststellen, dass die Akzeptanz auf Seiten der Pflege und der Ärzte gut war. Der Aufwand für die Ermittlung des EWS hält sich mit 3 bis 5 Minuten pro Patient in Grenzen. Der Nutzen für das Pflegepersonal liegt vor allem in einem „Mehr an Sicherheit“. Durch den EWS gibt es „harte Fakten“ für die Alarmierung des Stationsarztes oder des Notfallteams und eine verbindliche Regelung, innerhalb welcher Zeit der Patient zu visitieren ist.

Fast immer wurde bereits auf der Station mit einer zielgerichteten Therapie begonnen. Nur vereinzelt unterblieb die Alarmierung der Intensivstation, obwohl indiziert, weil man das Problem alleine auf der Normalstation lösen konnte, da der Patient früh genug vom EWS erfasst wurde.

Bei der Evaluation unserer Daten im Deutschen Reanimationsregister konnten wir feststellen, dass die Zahl der Einsätze für das Notfallteam im Jahresvergleich 2017 zu 2018 von 17 auf 9 Einsätze zurückgegangen ist. Die Zahl der Reanimationen verringerte sich um 50 Prozent. Als Folge gab es weniger ungeplante Verlegungen auf die Intensivstation.

Fazit

Durch das Projekt konnten wir die Patientensicherheit deutlich erhöhen und das

Notfallmanagement spürbar verbessern. Die Mitarbeiter sind durch die tägliche Anwendung des EWS noch stärker sensibilisiert, Veränderungen beim Patienten wahrzunehmen und fühlen sich bei ihrer Entscheidungsfindung, wann der Stationsarzt oder das Notfallteam gerufen werden soll, sicherer. Für die Intensivstation und das Notfallteam bedeuten weniger Alarme und weniger Reanimationen auch weniger ungeplante Aufnahmen und eine Entlastung in der täglichen Arbeit bei knappen Ressourcen.

Ausblick

2019 soll der EWS in den operativen Kliniken weiter ausgerollt werden, so dass bis Ende 2019 fünf operative Kliniken mit insgesamt 180 Betten am EWS teilnehmen werden.

Top-Thema QuMiK-Perinatalstudie





Studienergebnisse

In einer Publikation im Lancet 2013 wurden 39 Länder mit einem hohen Index der menschlichen Entwicklung (Wohlstandsindikator für Staaten) bezüglich ihrer Frühgeburtenrate verglichen. Dabei reicht die Spanne von 5,3 bis 14,7 Frühgeburten pro 100 lebend geborene Kinder. Deutschland nimmt hier mit 9,2 Frühgeburten pro 100 Lebendgeborenen Platz 33 ein und hat damit im internationalen Vergleich eine der höchsten Frühgeburtenraten. Im IQ-TIG-Qualitätsreport 2017 (Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen, www.iqtig.de) lag die Frühgeburtenrate in Deutschland bei 8,8 Prozent. Die Ursachen der Frühgeburtenrate sind multifaktoriell. Diabetes, Bluthochdruck, Rauchen oder Alkoholkonsum in der Schwangerschaft sind nur einige Faktoren, die mit einem erhöhten Frühgeburtsrisiko assoziiert sind. Auch Reproduktionsmedizin führt zu einem höheren als natürlich vorkommenden Anteil an Mehrlingsschwangerschaften, die per se ein höheres Frühgeburtsrisiko haben. Neben diesen zum Teil selbstbestimmten Ursachen ist jedoch auch entscheidend, was im Falle einer drohenden Frühgeburt medizinisch unternommen wird, um eine Schwangerschaft möglichst lange zu halten. Was passiert vom Zeitpunkt der stationären Aufnahme in den Frauenkliniken? Wie effektiv sind die durchgeführten medizinischen Maßnahmen, um eine drohende Frühgeburt zu verhindern?

Diesen Fragen stellten sich sechs Perinatalzentren in Baden-Württemberg, die gemeinsam Mitglieder im QuMiK-Verband sind. Über einen Zeitraum von zwei Jahren wurden alle stationär in den Frauenkliniken dieser sechs Perinatalzentren aufgenommenen Schwangeren mit einer Schwangerschaftsdauer zwischen 22 + 0 und 31 + 6 Wochen erfasst (primäres Einschlusskriterium). Um aus den stationär aufgenommenen Schwangeren das Kollektiv mit einem erhöhten Risiko für eine Frühgeburt zwischen den sechs Perinatalzentren gegenüberstellen zu können, wurden sekundäre Einschlusskriterien definiert, die bekanntermaßen häufig mit Frühgeburten assoziiert sind:

- gesicherter Blasensprung und/ oder
- Zervixlänge unter 25 mm und/ oder
- mehr als drei Wehen von je mindestens 30 Sekunden Dauer in 30 Minuten.

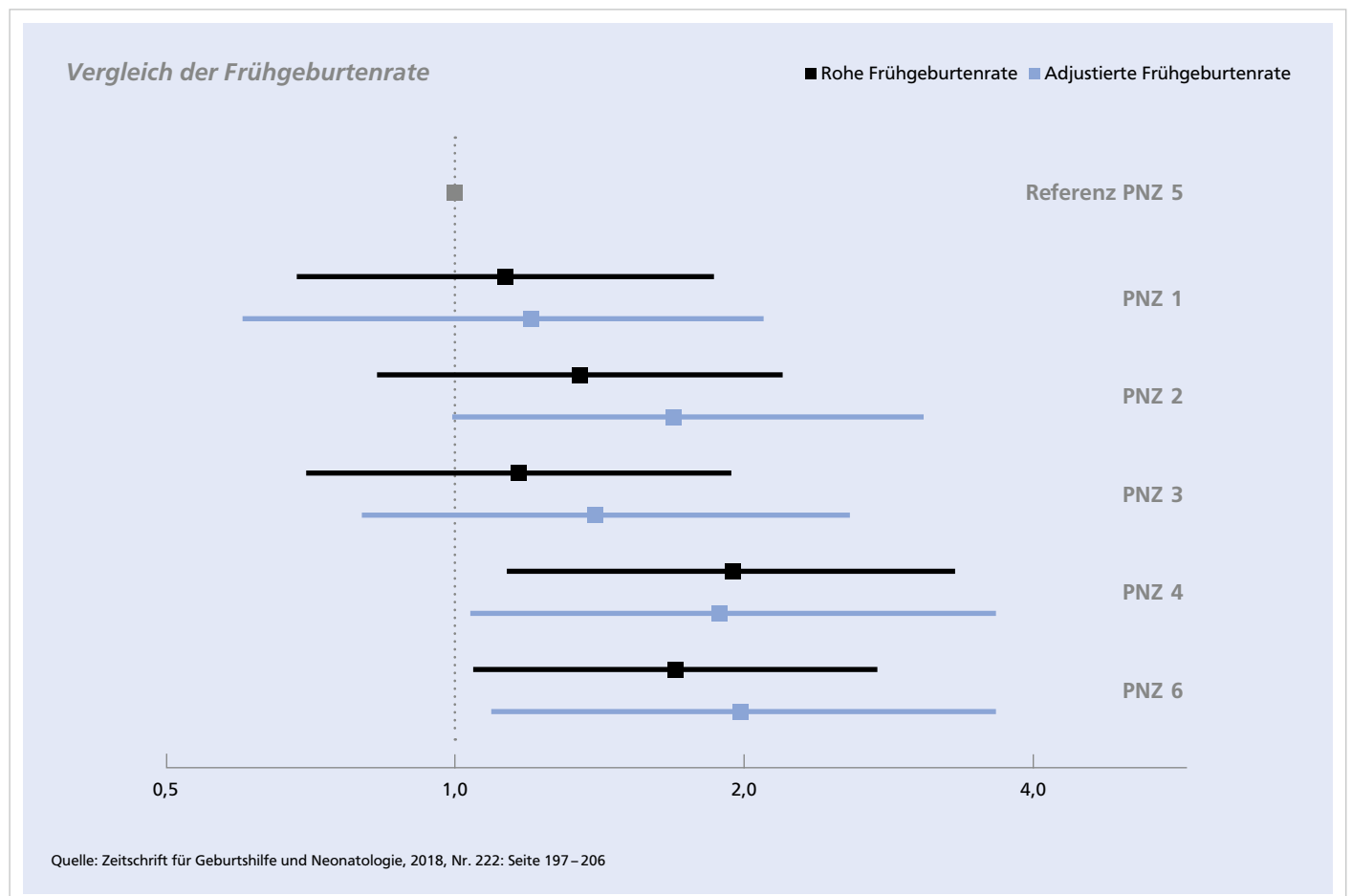
Sofern mindestens ein sekundäres Einschlusskriterium innerhalb der ersten 24 Stunden nach Aufnahme erfüllt war, wurde der weitere Schwangerschaftsverlauf bis zum Erreichen von 32 + 0 Schwangerschaftswochen dokumentiert. Die Studie wurde in der Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie im Oktoberheft 2018 publiziert.

Von insgesamt 2.972 erfassten Frauen erfüllten 1.325 mindestens ein sekundäres Einschlusskriterium. Zur Frühgeburt kam es bei 279 Schwangeren (21,1 Prozent). Dabei schwankte die Frühgeburtsrate zwischen 16,8 und 27,9 Prozent (Differenz: 11,1 Prozentpunkte) zwischen den Frauenkliniken. Vergleicht man das Perinatalzentrum mit der niedrigsten Frühgeburtenrate mit den anderen, wiesen zwei Zentren ein doppelt so hohes Risiko für eine Frühgeburt vor 32 Wochen auf (siehe Abbildung 1). Warum es in zwei der sechs Kliniken eine doppelt so hohe Frühgeburtenrate im Vergleich zu dem Zentrum mit der niedrigsten Frühgeburtenrate gab, kann diese Studie nicht beantworten. Sie zeigt jedoch auf, dass großes Potenzial besteht, durch eine optimierte und möglichst evidenzbasierte Vorgehensweise die Zahl der Frühgeborenen zu reduzieren. Innerhalb der sechs QuMiK-Kliniken sind die Ergebnisse der Studie Anlass, sich über verschiedene Therapiestrategien bei der Verhinderung einer Frühgeburt auszutauschen, um in einer gemeinsamen Diskussion zu einer konsentierten und optimierten Therapie zur Verhinderung einer Frühgeburt zu kommen.

Zu Abbildung 1:

Vergleich der Frühgeburtenrate zwischen den sechs Perinatalzentren (PNZ). PNZ 5 ist Referenz mit der niedrigsten Frühgeburtenrate. Rohe Frühgeburtenrate (schwarze Balken) und adjustierte Frühgeburtenrate (blaue Balken, adjustiert für Blasensprung, Zervixlänge < 25 mm und mehr als 3 Wehen). Odds Ratios mit 95 Prozent Konfidenzintervallen (aus Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie, 2018, Nr. 222: Seite 197–206)

Abbildung 1



Eine niedrigere Frühgeburtenrate wäre nicht zu rechtfertigen, wenn dadurch eine höhere Morbidität der Frühgeborenen resultieren würde. Um diesen Aspekt zu beleuchten, wurde auch das Outcome der Frühgeborenen untersucht. Von den 279 Entbundenen stimmten 197 (70,6 Prozent) der Erhebung des postnatalen Outcomes der Frühgeborenen zu. Mit Ausnahme eines Zentrums (PNZ 4) war eine niedrigere Frühgeburtenrate auch mit einer niedrigeren Morbidität der Frühgeborenen vergesellschaftet (siehe Abbildung 2). Die Sterblichkeit der Frühgeborenen lag mit 4,5 Prozent im internationalen Vergleich mit ähnlichen Kollektiven (in sechs europäischen Ländern 8,0 bis 15,7 Prozent) führend niedrig.

Perinatalzentren im Kontext der G-BA-Beschlüsse

Die Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL), die erstmals vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) 2005 beschlossen wurde, definiert Maßnahmen mit dem Ziel, die Qualität bei der Versorgung zu verbessern. Im Jahr 2009 wurde neben umfangreichen strukturellen und personellen Vorgaben auch eine Mindestmenge an zu versorgenden Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1.250 Gramm von 14 pro Jahr festgelegt (für Perinatalzentren Level 1), um eine Gelegenheitsversorgung auszuschließen. Bereits ein Jahr später wurde die Mindestmenge auf 30 erhöht. Nach Klagen mehrerer Kliniken gegen die Mindestmengenerhöhung wurde diese vom Bundessozialgericht abgelehnt mit der Begründung, dass die Studienlage nicht uneingeschränkt die

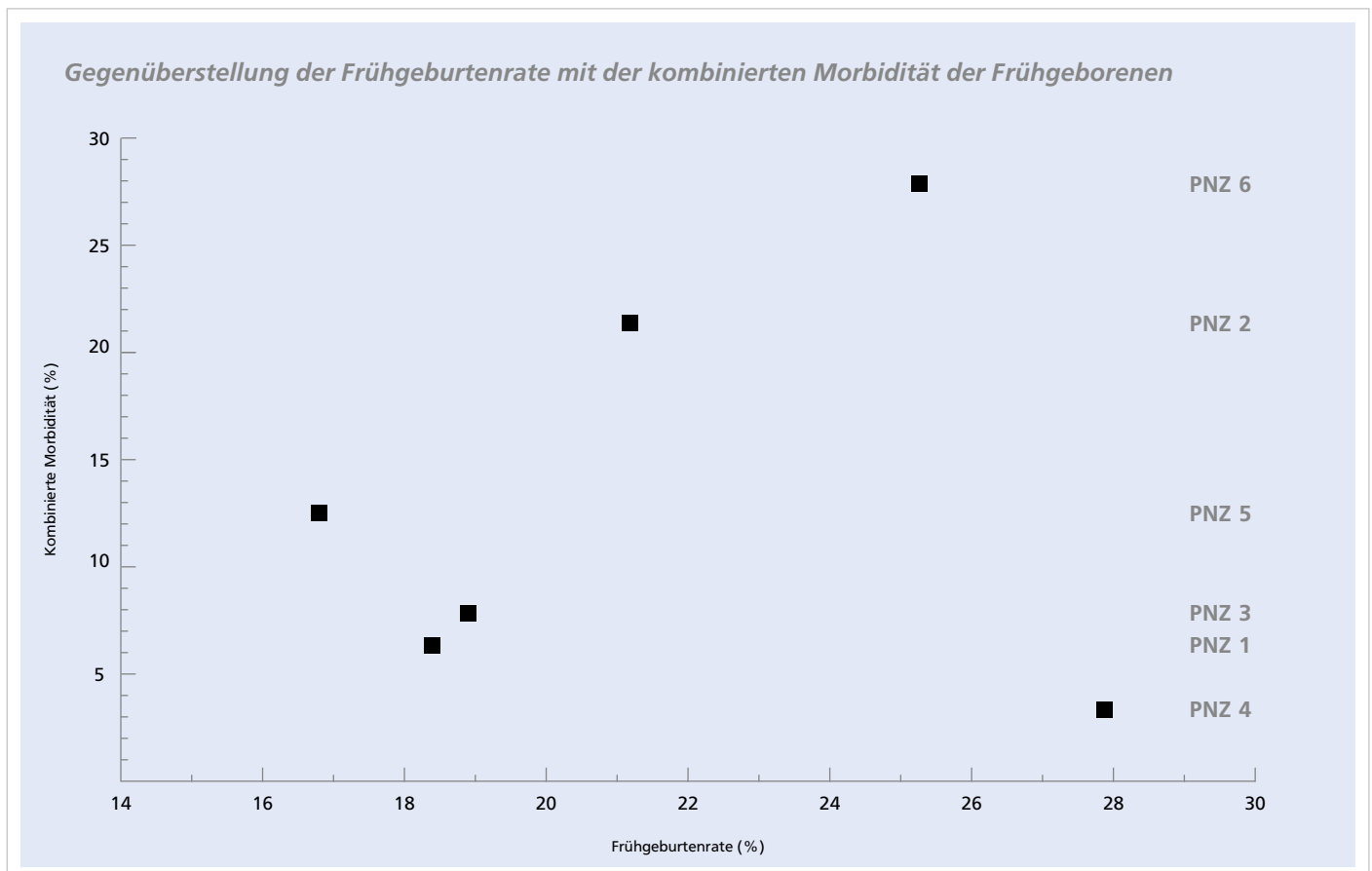
Einschätzung rechtfertigt, dass die Güte der Versorgung Frühgeborener mit einer Erhöhung der Mindestmenge in relevanter Weise zusätzlich gefördert wird. Immer wieder wird über die Erhöhung der Mindestmenge beim G-BA diskutiert. Dabei sind es vor allem die Krankenkassen, die die Erhöhung politisch durchsetzen wollen.

Zu Abbildung 2:

Eine kombinierte Morbidität wurde dokumentiert, wenn mindestens eine der folgenden Morbiditäten bei Entlassung nach Hause vorlag:

- Intraventrikuläre Hämorrhagie (IVH) > II °
- Zusätzlicher Sauerstoffbedarf bei Entlassung
- Operation einer nekrotisierenden Enterokolitis (NEC)
- Therapie einer Retinopathie.

Abbildung 2



Was ist die Zielsetzung und was wären die Auswirkungen einer Anhebung der Mindestmenge?

Eine immer wieder zitierte, zum Beispiel gegenüber Schweden und Finnland als Länder mit hohem Zentralisierungsgrad bei der neonatologischen Versorgung erhöhte Säuglingssterblichkeit in Deutschland sollte dabei kein Argument sein, denn die Überlebensrate von Frühgeborenen ist in Deutschland im internationalen Vergleich führend gut, wie auch in der QuMiK-Studie erneut bestätigt. Nur etwa 9 Prozent der Variabilität der Sterblichkeit von Frühgeborenen unter 1.500 Gramm erklärt sich über die Fallzahlen eines Perinatalzentrums, das heißt, viele andere Faktoren (zum Beispiel Strukturqualität) spielen eine Rolle. Da Frühgeborene eine deutlich höhere Sterblichkeit als Reifgeborene haben, resultiert aufgrund der hohen Frühgeburtenrate in Deutschland auch eine höhere Säuglingssterblichkeit. Zusammengefasst heißt das, dass Frühgeborene in Deutschland eine international führend gute Versorgung erhalten, aber es wird zu wenig getan, um Frühgeburt zu vermeiden. Das wäre der größte Hebel, um die Säuglingssterblichkeit in Deutschland zu reduzieren.

Wieso wird anhand dieser Datenlage erneut das Instrument der Mindestmengenanhebung und damit eine weitere Zentralisierung der perinatalologischen Versorgung diskutiert? Sind es planwirtschaftliche Gründe mit dem Ziel der Kosteneinsparung unter dem Mantel der Qualitätssicherung, die vor allem die Kostenträger dazu bewegen, die Mindestmengenerhöhung voranzutreiben. Schätzungen zufolge würde beispielsweise eine Mindestmengenerhöhung auf 30 Frühgeborene unter 1.250 Gramm Geburtsgewicht pro Jahr dazu führen, dass von den 161 Perinatalzentren Level 1 in Deutschland 70 diese Vorgabe nicht mehr erfüllen. Wenn diese 70 Zentren nicht mehr versorgen dürfen, würde es in den übrig gebliebenen größeren Zentren zu enormen Engpässen kommen. Dabei gibt es schon jetzt Versorgungsengpässe aufgrund des Mangels an Pflegekräften. Vor drei Jahren wurde vom G-BA eine weitere Verschärfung der per-

sonellen Vorgaben mit wünschenswerten, aber aktuell nicht realisierbaren Pflegeschlüsseln beschlossen. Danach muss unter anderem beispielsweise jederzeit mindestens ein Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder eine Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin je intensivtherapiepflichtigem Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm verfügbar sein. Eine weitere Zentralisierung würde das Problem des Mangels an Pflegekräften massiv verschärfen, da Pflegekräfte nicht automatisch der Zentralisierung nachfolgen. Nach der Strukturabfrage gemäß QFR-RL zum Erfassungsjahr 2017 des IQTIG konnten 91 Prozent der Perinatalzentren Level 1 in Deutschland die vom G-BA vorgesehenen Pflegeschlüssel für die Versorgung der Frühgeborenen nicht erfüllen. In vielen Perinatalzentren – vor allem in deutschen Großstädten, in denen oft Pflegekräfte aufgrund steigender Mietkosten nicht mehr ansässig bleiben können – müssen immer wieder Risikoschwangere abgewiesen oder Frühgeborene in andere Zentren verlegt und dabei zum Teil lange Transportwege zugemutet werden, da zu wenige Pflegekräfte in der Neonatologie zur Verfügung stehen. Bei einer weiteren Zentralisierung wären auch bauliche Erweiterungen in den verbleibenden Zentren notwendig, die zum Teil schwierig oder gar nicht in absehbarer Zeit umzusetzen sind. Die mittlerweile vom G-BA wie kein anderer Bereich überregulierte neonatologische Versorgung (insgesamt 121 Vorgaben für Level 1 Perinatalzentren) würde kollabieren.

Circa zehnmal mehr Früh- und Reifgeborene mit einem Geburtsgewicht über 1.500 Gramm werden auf den neonatologischen Stationen der Perinatalzentren versorgt. Eine weitere Zentralisierung würde damit für ein weit größeres Patientenkollektiv eine schlechtere neonatologische Versorgung bei Notfällen oder kritischer Krankheit nach sich ziehen, dies besonders in strukturschwachen Regionen. Es ist berechtigterweise zu befürchten, dass dadurch die Versorgung aller Früh- und Reifgeborenen schlechter und nicht besser wird.

Es ist an der Zeit, den Fokus von Mindestmengen weg auf die pränatale Versorgungsqualität zu richten. Die Frühgeburtenrate sollte zu einem Qualitätsindikator eines Perinatalzentrums werden. Eine Reduktion der Frühgeburtenrate um nur 5 Prozent könnte die Zahl der Frühgeborenen unter 1.500 Gramm Geburtsgewicht in Deutschland um circa 2.400 pro Jahr (25 Prozent) reduzieren und damit auch zu einer Reduktion der Säuglingssterblichkeit und nebenbei auch der Kosten beitragen. Wünschenswerte Pflegepersonalschlüssel müssen sich an der Machbarkeit orientieren und Spielräume für Ausnahmesituationen offen halten.

Fazit

Der G-BA sollte bei weiteren Entscheidungen hinsichtlich der QFR-Richtlinie den Fokus auf die Verhinderung von Frühgeburten richten und dies als Qualitätsindikator eines Perinatalzentrums einführen, denn Frühgeborene vermeiden ist besser als Frühgeborene behandeln. Eine weitere Erhöhung der Mindestmenge und damit Zentralisierung gefährdet die heute bereits international führend gute Versorgung sehr kleiner Frühgeborener und verschlechtert sie für einen weit größeren Teil an Früh- und Reifgeborenen mit einem Geburtsgewicht über 1.500 Gramm. Der bereits bestehende Pflegekräftemangel würde sich gerade in dann zwangsläufig größeren Zentren deutlich verschärfen. Transportrisiken für Risikoschwangere und Frühgeborene bei der Suche nach einem Versorgungsplatz beziehungsweise Versorgungen jenseits der Kapazitätsgrenze wären die Folge.

Quelle: QuMiK-Studie: Zu viele Frühgeborene in Deutschland? das Krankenhaus, 12-2018, Seite: 1170 – 1172

Weitere Quellenhinweise beim Verfasser

Interview zur QuMiK-Perinatalstudie



Prof. Dr.
Andreas Trotter

„In Deutschland muss es oberstes Ziel sein, Frühgeburten besser zu verhindern“

Nach dem Medizinstudium in Freiburg Ausbildung zum Facharzt für Kinderheilkunde im Jahr 1998. Ab 2000 Oberarzt der Neonatologie und pädiatrischen Intensivmedizin am Universitätsklinikum Ulm. 2002 Habilitation und ab 2003 als Chefarzt in Duisburg tätig. Seit 2006 Chefarzt der Klinik für Kinder und Jugendliche im Hegau-Bodensee-Klinikum Singen. Mitglied in unterschiedlichen Fachgesellschaften. Seit 2010 Mitglied der QuMiK-Fachgruppe Perinatalzentren. 2013 Ernennung zum Professor der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg und ab 2014 Studienleiter der QuMiK-Perinatalstudie. Seit 2016 Präsident des Verbandes Leitender Kinderärzte und Kinderchirurgen Deutschland.

Die QuMiK-Perinatalstudie ist bisher einzigartig in Deutschland. Was waren die Beweggründe zur Durchführung der Studie?

In der QuMiK-Studie ging es um die Frage, ob Unterschiede in der Erfolgsrate bei der Verhinderung einer Frühgeburt zwischen verschiedenen Perinatalzentren der QuMiK-Mitglieder nachweisbar sind. Wenn sich dies bestätigen würde, müsste man fordern, dass bei der Beurteilung der Qualität eines Perinatalzentrums nicht nur wie bisher die Ergebnisse bei der Versorgung der Frühgeborenen erhoben werden, sondern auch die Qualität beim Verhindern der Frühgeburt. Der Gemeinsame Bundesausschuss, das oberste Beschlussgremium des Gesundheitswesens, beschloss bereits 2009 eine Mindestmenge von 14 sehr kleinen Frühgeborenen (weniger als 1.250 Gramm Geburtsgewicht), die ein Perinatalzentrum Level 1 pro Jahr betreuen muss, um die Versorgung anbieten zu dürfen. Damit hatte man nachvollziehbar eine nur gelegentliche Versorgung ausgeschlossen. Immer wieder gibt es jedoch Diskussionen, diese Mindestmenge anzuheben, zum Beispiel auf 30 Frühgeborene. Dabei rechtfertigen die Ergebnisse aus Studien nicht, dass die Güte der Versorgung Frühgeborener durch eine Erhöhung der Mindestmenge in relevanter Weise zusätzlich gefördert werden kann. In Anbetracht der im internationalen Vergleich hohen Frühgeburtenrate in Deutschland muss es oberstes Ziel sein, Frühgeburten besser zu verhindern statt durch Erhöhung der Mindestmenge Fehlanreize zu schaffen.

Welche Ergebnisse brachte die Studie?

In einem Zeitraum von zwei Jahren wurden die Daten schwangerer Frauen ausgewertet, die in sechs verschiedenen Perinatalzentren in Baden-Württemberg mit drohender Frühgeburt stationär aufgenommen wurden. Für die Studie zugelassen wurden ausschließlich Frauen, die bestimmte Aufnahmekriterien erfüllten. Diese bestanden unter anderem darin, dass sich die Frauen zwischen 22 und 32 Schwangerschaftswochen (eine normale Schwangerschaft dauert 40 Wochen) befinden und zudem ein weiteres Merkmal zeigen wie zum Beispiel einen Blasenprung, eine bestimmte Anzahl an Wehen oder ein verkürzter Muttermund. Durch diese Kriterien sollte erreicht werden, dass möglichst ähnliche Risikogruppen in den sechs Zentren verglichen werden. Insgesamt konnten 1.325 Risikoschwangere über zwei Jahre in die Studie aufgenommen werden. Untersucht wurde, bei wie vielen Schwangeren es vor 32 Schwangerschaftswochen zu einer Frühgeburt kam. Bei 279 Schwangeren (21,1 Prozent) kam es vor 32 Wochen zur Frühgeburt. Die Frühgeburtsrate lag in den sechs Perinatalzentren zwischen 16,8 und 27,9 Prozent. Somit zeigten sich deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen Perinatalzentren. Zum Beispiel gab es in zwei Zentren doppelt so viele Frühgeburten als in den vier anderen. Warum es diese Unterschiede gibt, kann die Studie nicht beantworten. Doch sie hält dazu an, in weiteren Studien herauszufinden, wie Frühgeburt besser verhindert werden kann. Interessanterweise zeigte sich im Trend auch ein besseres Ergebnis für die Frühgeborenen, wenn die Frühgeburtenrate niedriger war.

Was passiert, wenn die Mindestmenge der Frühgeborenen von 14 auf 30 erhöht wird? Wie würde sich das auf die Perinatalzentren in Deutschland anhand der aktuellen Versorgungszahlen auswirken?

Von den 161 Perinatalzentren, die es in Deutschland derzeit gibt, würden 70 Zentren eine Mindestmenge von 30 nicht erreichen. Wenn diese 70 Zentren nicht mehr versorgen dürfen, würde es in den übrig gebliebenen größeren Zentren zu enormen Engpässen kommen. Dabei gibt es schon jetzt Versorgungseingänge aufgrund des Mangels an Pflegekräften. Eine weitere Zentralisierung auf weniger Zentren würde das Problem verschärfen, da Pflegekräfte nicht unbedingt der Zentralisierung nachfolgen. Gerade in einigen Perinatalzentren in deutschen Großstädten, in denen immer weniger Pflegekräfte aufgrund explodierender Mietkosten ansässig bleiben können, müssen Risikoschwangere abgewiesen werden, da man personell an Kapazitätsgrenzen stößt. Dies gefährdet die aktuell im europäischen Vergleich führend gute Versorgungsqualität der Frühgeborenen.

Was sollte die Politik Ihrer Meinung nach tun?

Der Gemeinsame Bundesausschuss sollte bei weiteren Entscheidungen den Fokus auf die Verhinderung von Frühgeburten richten und dies als zusätzlichen Qualitätsmarker eines Perinatalzentrums einführen. Eine weitere Erhöhung der Mindestmenge gefährdet die Versorgung in der Fläche, denn Perinatalzentren versorgen neben den sehr kleinen Frühgeborenen wesentlich mehr Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht über 1.250 Gramm und kranke Reifgeborene. Die Versorgung dieser etwa zehnfach größeren Patientengruppe würde sich verschlechtern. Um mehr Pflegekräfte zu gewinnen, muss der Pflegeberuf wieder attraktiver werden – nicht nur durch bessere Bezahlung.

Wissenstransfer durch Arbeitsgruppen





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.

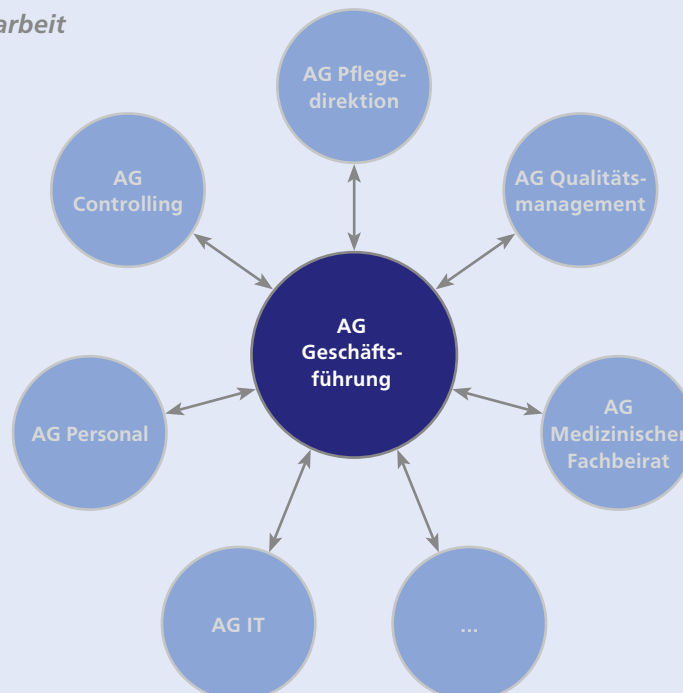
Exkurs Medizinischer Fachbeirat

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 unterschiedlichsten 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



QuMiK-Austauschplattform

Der fachliche Austausch zwischen den Einrichtungen ist seit Anbeginn der QuMiK ein Kernelement des Verbundes. Durch die Implementierung einer onlinebasierten Austauschplattform im Jahr 2017 werden nun neueste Kommunikationsmöglichkeiten genutzt, um die Mitarbeiter beim Wissenstransfer in den Arbeitsgruppen noch besser zu unterstützen. Die moderne und anwenderfreundliche Plattform vereinfacht die fachlichen Diskussionen und ermöglicht dabei auch einen Zugriff auf alle relevanten Dokumente. 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.

Jede Arbeitsgruppe verfügt über einen eigenen Austauschraum. Zusätzlich besteht auch die Möglichkeit, andere Arbeitsgruppen oder einzelne Personen in Austauschprozesse 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. „Durch die QuMiK-Austauschplattform können wir uns innerhalb der Arbeitsgruppe zu tagesaktuellen Fragestellungen sehr schnell austauschen. Die Rückmeldungen der Kollegen ermöglichen eine fundierte Einordnung der Sachverhalte“, sagt Markus Kielkopf, Abteilungsleiter Patientenmanagement in den RKH Kliniken und Sprecher der QuMiK-Arbeitsgruppe Patientenmanagement.

Projekt QuMiK-Bündelstrategie zur Vermeidung postoperativer Wundinfektionen

Der QuMiK-Verbund hat in den vergangenen Jahren unterschiedliche Maßnahmen zur Vermeidung postoperativer Wundinfektionen, auch Surgical Site Infections (SSI) genannt, ergriffen (siehe QuMiK-Jahresberichte 2015 und 2017/2018). Um diese Infektionen noch besser vermeiden zu können, wurde im ersten Quartal 2019 unser Projekt QuMiK-Bündelstrategie in den Verbundkliniken gestartet. Das Projekt wurde durch die zwei QuMiK-Fachgruppen Allgemein- und Viszeralchirurgie und Hygiene ins Leben gerufen.

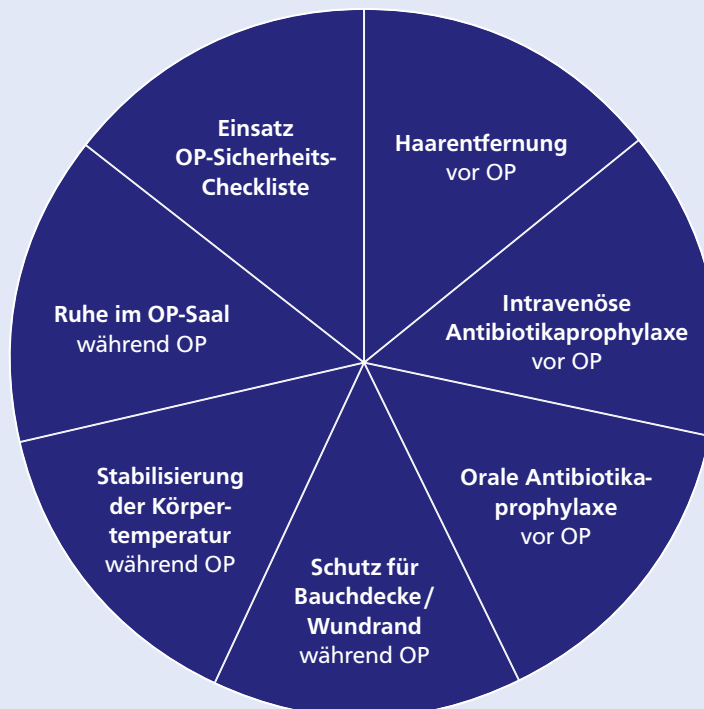
Das Projekt verfolgt folgende Ziele:

- Erhöhung der Compliance mit definierten Hygienemaßnahmen (siehe Grafik)
- Reduktion der SSI-Rate nach kolorektalen Operationen
- Reduktion der postoperativen Sepsis-Rate
- Schaffung von wissenschaftlicher Evidenz für die Wirksamkeit des gewählten Projektansatzes

Die Projektdauer ist für drei Jahre festgelegt. Indikator-Operationen sind Eingriffe am Kolon und Rektum, wobei die analogen Definitionen des KISS (Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System, www.nrz-hygiene.de) angewendet werden. Zur Projektvorbereitung wurde daher mit der KISS-Erfassung für die genannten Eingriffe Ende 2018 in den neun teilnehmenden Kliniken begonnen. Im ersten Quartal 2019 wurden Compliance-Messungen der definierten Hygienemaßnahmen und standardisierte, nachstationäre Telefon-Befragungen 30 Tage nach Operation zur Infektionserfassung durch Hygienefachkräfte gestartet. Sämtliche Daten werden über eine Online-Plattform erfasst und können in dieser zentral ausgewertet werden. Die Plattform stellt unterschiedliche Reporting-Funktionen mit Grafiken zur Verfügung. Während der Projektdauer finden regelmäßige Schulungen und Feedback-Runden in den Kliniken statt. Jährlich wird für alle Projektteilnehmer ein verbundweiter Erfahrungsaustausch zum Projekt organisiert.

Vom 1. Januar bis Ende Mai 2019 wurden in den teilnehmenden Kliniken 812 Operationen erfasst und insgesamt bereits 120 Compliance-Messungen durchgeführt. Die ersten Rückmeldungen zum Projekt sind sehr positiv: Die Projektteilnehmer stellen eine verbesserte interdisziplinäre Zusammenarbeit und ein geschärftes Problembewusstsein fest. Der Ist-Zustand eines Operationsverlaufes wird noch besser transparent gemacht. Prozesse in projektbeteiligten Fachdisziplinen werden besser nachvollzogen und Prozessdefizite insgesamt besser erkannt. So zeigte sich in den ersten Beobachtungen die Anzahl der Türöffnungen als Surrogatparameter für die Disziplin im Operationssaal in den meisten Kliniken als Verbesserungspotential. Darüber hinaus geben Patienten – die einen nachstationären Anruf erhalten haben – an, sich besonders gut umsorgt zu fühlen.

Maßnahmen der Bündelstrategie in der Darmchirurgie



„Die ersten Erfahrungen zeigen eine verbesserte Zusammenarbeit und Kommunikation aller Projektbeteiligten. Die Hygienefachkräfte werden als Partner in einem übergreifenden Verbesserungsprozess gesehen“, sagt Kirsten Kurth, Hygienefachkraft im Klinikverbund Südwest, die das Projekt am Standort Böblingen betreut.

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.

Intravenöse Antibiotikaprophylaxe vor OP

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.

Orale Antibiotikaprophylaxe vor OP

Vor OP wird dem Patienten ein schwer resorbierbares Antibiotikum verabreicht, um nach mechanischer Darmreinigung die Konzentration von Bakterien im Darm zu senken.

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 ($\geq 36^{\circ}\text{C}$) 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 wie möglich reduziert.

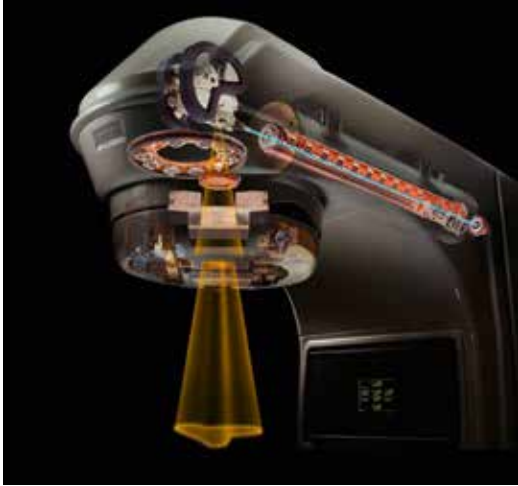
Einsatz OP-Sicherheits-Checkliste

Die Checkliste dient der Erhöhung der Patientensicherheit im Rahmen einer OP. Mit ihr werden verschiedene Prozessschritte auf deren Einhaltung überprüft. 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.



Top-Veranstaltungen zur Weiterbildung

Fachtagung zur adjuvanten Strahlentherapie beim Prostatakarzinom



Im Rahmen der Fachtagung wurde erklärt, wann welche Strahlentherapie beim Prostatakarzinom wie einzusetzen ist.

Zur Optimierung der Prostatakarzinom-Behandlung wurde am 25. April 2018 die QuMiK-Fachtagung adjuvante Strahlentherapie beim Prostatakarzinom in Markgröningen mit rund 40 Teilnehmern veranstaltet. Die Veranstaltung wurde durch die QuMiK-Fachgruppe Urologie organisiert, die sich seit 2010 mit Hilfe von Benchmarkanalysen und Fachtagungen intensiv mit der Therapie des Prostatakarzinoms befasst.

Zur Einführung wurde zunächst die aktuelle Therapiesituation durch die Moderatoren Dr. Hartwig Schwaibold, Sprecher der QuMiK-Fachgruppe Urologie und Chefarzt der Urologischen Klinik am Klinikum am Steinberg Reutlingen, sowie Prof. Dr. Jens Rassweiler, Mitglied der QuMiK-Fachgruppe Urologie und Klinikdirektor der Urologischen Kliniken Heilbronn und Bad Friedrichshall, dargestellt. Die radikale Prostatektomie ist eine primäre Therapieoption für Patienten mit klinisch lokal begrenztem und zunehmend auch lokal fortgeschrittenem Prostatakarzinom. In circa 25 Prozent der Fälle zeigt die pathologische Aufarbeitung der Präparate ungünstige prognostische Faktoren wie Kapselüberschreitung, hoher Gleason-Score oder positive Schnittränder. In dieser Situation stellt sich regelmäßig die Frage des weiteren Vorgehens: Sofortige adjuvante Bestrahlung oder engmaschige Kontrolle des PSA-Wertes und erst bei biochemischem Progress die Salvage-Bestrahlung? Trotz dreier prospektiv randomisierter Studien

ist die Evidenz für die adjuvante Bestrahlung nicht eindeutig und eine aktuelle internationale retrospektive Studie zeigte keine Unterschiede zwischen der sofortigen und der verzögerten Bestrahlung.

Für die Behandlung stellen sich daher zentrale Fragen: Wie zuverlässig und prognostisch relevant ist die Diagnose eines positiven Schnittrandes? Wie sinnvoll sind schnellschnittgesteuerte Verfahren? Welche Patienten profitieren von der adjuvanten oder Salvage-Strahlentherapie tatsächlich und wie groß ist das Risiko der Übertherapie? Bringt uns die moderne Bildgebung beim frühen PSA-Anstieg zusätzliche Informationen?

Diese Fragen wurden durch drei hochkarätige Referenten beantwortet. Prof. Dr. Arndt Hartmann, Direktor des Pathologischen Instituts am Universitätsklinikum Erlangen, beschrieb zunächst Prognosefaktoren des lokal begrenzten Prostatakarzinoms nach radikaler Prostatektomie. Zur Vertiefung des Themas Bestrahlung folgten Vorträge zum aktuellen Stand der Strahlentherapie nach radikaler Prostatektomie von Prof. Dr. Thomas Wiegel, Ärztlicher Direktor der Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie am Universitätsklinikum Ulm, und von Prof. Dr. Jürgen Breul, Chefarzt der Klinik für Urologie und urologische Onkologie am Loretto-Krankenhaus Freiburg, zum Vergleich der Strahlentherapien adjuvant versus Salvage.

„Die Veranstaltung hat Transparenz geschaffen und aufgezeigt, wann welche Therapieform wie einzusetzen ist“, betont Dr. Schwaibold. „Durch ein abgestimmtes interdisziplinäres Therapiekonzept können wir den Patienten mit Prostatakarzinom höchste Sicherheit und Behandlungsqualität bieten“, fügt Dr. Schwaibold hinzu.

6. Kompetenztag im QuMiK-Perinatalverbund



Auszeichnung der besten Fallvorstellung: PD Dr. Erich Weiss, ehemaliger Chefarzt, Frauenklinik Böblingen, Dr. Dorothea Köthe, Assistenzärztin, Kinderklinik Ludwigsburg, Dr. Gerald Nachtrodt, Chefarzt, Kinderklinik Böblingen, Prof. Dr. Stefan Renner, Chefarzt, Frauenklinik Böblingen (v.l.n.r.)

Bereits zum sechsten Mal fand 2018 der Kompetenztag des QuMiK-Perinatalverbundes zur ärztlichen Nachwuchsförderung statt. Die ganztägige interdisziplinäre Weiterbildungsveranstaltung mit Fachvorträgen und Fallberichten richtete sich sowohl an Assistenzärzte der Geburtshilfe als auch an Ärzte der Neonatologie. Mit über 70 Teilnehmern aus den Perinatalzentren des Klinikverbundes war der sechste Kompetenztag am 13. Juli 2018 in Böblingen sehr gut besucht.

Im Rahmen des Kompetenztages wurde auch die beste Fallvorstellung „pearls and pitfalls“ von Assistenzärztinnen der QuMiK-Perinatalzentren prämiert. Die Auszeichnung ging an Dr. Dorothea Köthe von der Kinderklinik Ludwigsburg für die Fallvorstellung „Das kranke Neugeborene“.

„Um höchste Qualität bei der Schwangerschaftsbetreuung, der Wahl des optimalen Geburtszeitpunktes oder der Neugeborenenversorgung gewährleisten zu können, ist eine enge und fächerübergreifende Zusammenarbeit aller Beteiligten unabdingbar. Die Veranstaltung ist der perfekte Rahmen für diesen Austausch“, erklärt Dr. Lutz Feldhahn, Geschäftsführender Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Pädiatrie, Neonatologie in Böblingen.

Prof. Dr. Stefan Renner, Chefarzt am Zentrum für Frauenheilkunde und Geburtshilfe in Böblingen, fügt hinzu: „Die Veranstaltung ist ideal, um unserem Nachwuchs interdisziplinäre Inhalte zu vermitteln und sie auf das zunehmend vernetzte Arbeitsumfeld optimal vorzubereiten.“

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 Perinatalologie sowie Organisation von Fortbildungen für Assistenzärzte. Ein besonderer Schwerpunkt der derzeitigen Arbeit umfasst die Ergebnisauswertung der QuMiK-Perinatalstudie zur Vermeidung von Frühgeburten (siehe Top-Thema QuMiK-Perinatalstudie). Ziel ist dabei die

Entwicklung von optimierten Strategien zu Vermeidung von Frühgeburten im QuMiK-Verbund.

Fachtagung zur interdisziplinären Infektionsprävention



Über 90 begeisterte Zuhörer besuchten die interdisziplinär und interprofessionell ausgerichtete Fachtagung zur Infektionsprävention in Markgröningen.

Bereits zum zweiten Mal wurde federführend durch die QuMiK-Fachgruppen Hygiene und Intensivmedizin eine große Fachtagung zur Infektionsprävention ausgerichtet. Das Fortbildungsformat für den interdisziplinären und interprofessionellen Austausch wird alle zwei Jahre durchgeführt. 2018 fand die sehr gut besuchte Veranstaltung am 10. Oktober mit über 90 Teilnehmern in Markgröningen statt. Im Fokus standen Vorträge zu postoperativen Wundinfektionen – auch „Surgical Site Infections“ (SSI) genannt.

SSI zählen zu den weltweit häufigsten nosokomialen Infektionen. Die Vermeidung von SSI rückt daher immer mehr in den Fokus der operativ tätigen Ärzte und der Pflege. SSI bedeuten nicht nur für den einzelnen Patienten eine erhebliche Beeinträchtigung in seinem Krankheitsverlauf, die zu Morbidität und Mortalität beitragen können. SSI haben auch eine hohe ökonomische Bedeutung für die Krankenhäuser. Es existieren zahllose Maßnahmen, die bewiesenermaßen zu einer Vermeidung von SSI beitragen können. Diese betreffen unterschiedlichste Krankenhausbereiche und Berufsgruppen: Operateure, Anästhesisten und Anästhesie-Personal, OP-Pflege, Pflegepersonal auf den Stationen, Mikrobiologen, Hygienefachkräfte, Sterilisation, aber auch Hauswirtschaft und Reinigungskräfte. Es gibt kaum einen Klinikbereich, der nicht zur Vermeidung von SSI beitragen kann.

Anhand von sieben Vorträgen durch hochkarätige Referenten aus den Bereichen Allgemein- und Viszeralchirurgie, Anästhesie und Hygiene wurde auf die Prävention, Diagnostik und Behandlung von SSI eingegangen. Dazu wurde auch ein Überblick zu aktuellen Entwicklungen im Infektionsmanagement und zu wichtigen Maßnahmen für die erfolgreiche Infektionsprävention gegeben. Von besonderer Bedeutung waren die Themen Händehygiene-Compliance, perioperative Antibiotikaphylaxe und antibiotische Darmdekontamination. Darüber hinaus wurde das aktuelle QuMiK-Projekt zur Vermeidung von SSI in der Viszeralchirurgie vorgestellt (siehe Seite 52).

„Mit der Fachtagung stellt sich der QuMiK-Verbund erneut den aktuellen Themen und bietet konkrete Verbesserungen für seine Mitglieder an. Um die volle Aufmerksamkeit auf lebensbedrohlich gefährdete Patienten zu lenken, ist es erforderlich, alle am Behandlungsprozess Beteiligten auf den aktuellen Stand des Wissens zu bringen und intensivmedizinische Maßnahmen im Bereich der Infektiologie sowie Infektionsprävention ständig zu optimieren. Dies fördern wir am besten 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.

Ausbildungskurse für Basisultraschall im Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe

Im Fokus der QuMiK-Ultraschallkurse stehen intensives Training und individuelle Betreuung der Assistenzärzte.



Die QuMiK-Fachgruppe Gynäkologie hat sich zum Ziel gesetzt, die Ultraschallausbildung für Assistenzärzte im 1. und 2. Ausbildungsjahr praxisgerecht, wohnortnah und kostengünstig gemeinsam anzubieten.

2018 fanden erstmals an den drei QuMiK-Standorten Bruchsal, Göppingen und Singen die zweitägigen Kompaktkurse mit 22 Teilnehmern statt. Die Gesamtbeurteilung der ersten Kurse durch die Teilnehmer fiel mit einer Durchschnittsnote von 1,4 (6er-Skala Schulnoten) sehr gut aus.

Die Kurse decken das gesamte Spektrum der Ultraschalldiagnostik im Bereich Gynäkologie sowie Geburtshilfe ab und orientieren sich strukturell an den Vorgaben der Kassenärztlichen Vereinigung. Die Kursinhalte wurden durch Vertreter der QuMiK-Fachgruppe Gynäkologie entwickelt. An den jeweiligen QuMiK-Standorten werden die Kurse mit identischen Inhalten durchgeführt. Die Referenten sind langjährig in leitender Funktion tätig und nach DEGUM Stufe II qualifiziert.

Die Vermittlung der Kursinhalte findet durch einzelne Module statt, die jeweils aus einem theoretischen und praktischen Teil („hands-on“) bestehen. Die limitierte Zahl von fünf Teilnehmern pro Tisch gewährleistet ein intensives Training mit individueller Betreuung.

Das Ausbildungsformat wird nun jährlich angeboten. 2019 wurde der Kurs am 3. und 4. Mai in Singen mit drei Teilnehmern erneut durchgeführt.

„Durch unsere selbst konzeptionierten Kompaktkurse erhalten unsere Assistenzärzte die notwendigen Praxisinhalte mit individuellem Coaching vermittelt“, betont Dr. Wolfram Lucke, Sprecher der QuMiK-Fachgruppe Gynäkologie und Chefarzt der Frauenklinik im Hegau-Bodensee-Klinikum Singen, Gesundheitsverbund Landkreis Konstanz.

Meinungsaustausch im Sozialministerium



Sozialminister Manne Lucha (Stirnseite, Zweiter von links) trifft Geschäftsführer der QuMiK-Einrichtungen

Manne Lucha, Minister für Soziales und Integration in Baden-Württemberg, hat sich am 14. März 2019 mit den Geschäftsführern des QuMiK-Klinikverbundes zum Austausch im Sozialministerium in Stuttgart getroffen.

Auf Einladung des Ministers wurde ein Arbeitstreffen zu aktuellen Themen der Gesundheitspolitik durchgeführt. Der Austausch umfasste die politischen Rahmenbedingungen zum Pflegepersonal wie Pflegepersonaluntergrenzen, Pflegeberufegesetz und Pflegepersonal-Stärkungsgesetz. Des Weiteren wurden Strukturänderungen mit Verbundbildungen von Krankenhäusern und intersektorale Versorgung besprochen.

Minister Lucha nutzte bei dem Treffen die Gelegenheit zum Meinungsaustausch mit Praktikern der großen kommunalen Klinikträger in Baden-Württemberg. Ebenfalls anwesend zum Austausch war Matthias Einwag, Hauptgeschäftsführer der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft BWKG. Lucha ermutigte die Geschäftsführer, ihre Zusammenarbeit im Rahmen der QuMiK fortzusetzen und zu intensivieren. „Es wird ja aktuell sehr viel über

Qualität im Krankenhaus gesprochen und gestritten. Die beste Antwort darauf sind wirksame, freiwillige gemeinsame und vergleichende Qualitätsanstrengungen der Krankenhäuser selbst. Dafür ist die QuMiK ein sehr gutes Beispiel“, so der Minister.

„Wir sind dankbar für die Einladung von Minister Lucha und begrüßen es sehr, dass wir im direkten Austausch die Sichtweise unserer Krankenhäuser darstellen können. Der heutige Austausch mit dem Ministerium hat gezeigt, dass die kommunalen Einrichtungen einen wichtigen Beitrag zur Weiterentwicklung der Krankenhauslandschaft in Baden-Württemberg leisten“, sagt QuMiK-Verbandsprecher Dr. Thomas Jendges.



Ausblick

Unsere Verbundmitglieder arbeiten seit mehr als 15 Jahren mit Leistungsvergleichen, Wissenstransfer und dem Lernen vom jeweilig Besten mit großem Erfolg an ihrer stetigen Verbesserung.

Im laufenden Jahr 2019 wird sich der QuMiK-Verbund mit dem Beitritt des Universitätsklinikums Mannheim nochmals deutlich verstärken. Das neue Mitglied gibt dem Verbund wichtige neue Impulse zum Ausbau der Zusammenarbeit. Die QuMiK umfasst jetzt 33 kommunale Kliniken in Baden-Württemberg.

Der QuMiK-Verbund verfügt mittlerweile über 21 aktive Arbeits- und Fachgruppen, welche die stetigen Fortschritte im Verbund vorbereiten und anschließend die Umsetzung in den Einrichtungen sicherstellen. Leitende Mitarbeiter der Einrichtungen bilden ein dichtes Netzwerk von Experten aus allen Bereichen des Krankenhauses, welches auch außerhalb regelmäßiger Treffen permanent für den fachlichen Austausch genutzt wird. Die QuMiK stellt mittlerweile zur Kommunikation auch eine eigene onlinebasierte Plattform zur Verfügung, die den fachlichen Austausch zwischen den Einrichtungen nochmals intensiviert hat.

Die QuMiK-Geschäftsführer haben mit den Themen Personalgewinnung und -bindung sowie Ausbau der Digitalisierung die neuen Schwerpunkte der Zusammenarbeit für die nächsten beiden Jahre ausgewählt. Die Identifizierung von Best-Practice-Methoden, insbesondere bei der Einrichtung von Ausfallkonzepten zur Einhaltung der Mindestbesetzungen, als auch strategische Überlegungen wie der künftige Qualifikationsmix auf Pflegestationen, sind Themen, die in diesem Kontext eine gemeinsame Bearbeitung finden. Im Bereich der Digitalisierung besteht ein erhebliches Entwicklungspotential in allen Krankenhäusern. Unsere Mitglieder werden im Bereich der IT-Anwendungen ihr Wissen weiter bündeln und bei der Entwicklung von IT-Lösungen stärker zusammenarbeiten. So wird beispielsweise im laufenden Jahr die Umsetzung der KRITIS-Anforderungen zwischen den Experten abgestimmt. Die stärkere Bündelung der Interessen gegenüber Dienstleistern und die sektorenübergreifende Verfügbarkeit von Patientendaten gehören zu den längerfristigen gemeinsamen Projekten.

Die QuMiK-Einrichtungen stellen wiederholt unter Beweis, dass stationäre Gesundheitsversorgung in kommunaler Trägerschaft gemeinsam erfolgreich gestaltet werden kann. Die Basis dafür bildet ein guter und vertrauensvoller Austausch.

Gemeinsam sehen wir uns für die Zukunft sehr gut aufgestellt und betreiben kontinuierlich die Weiterentwicklung unserer kommunalen Krankenhäuser, im Interesse unserer Patienten und Mitarbeiter.



Impressum

Ansprechpartner für die QuMiK GmbH

Hans-Christian Schübert
Erlachhofstraße 1
71640 Ludwigsburg
info@qumik.de

www.qumik.de

Konzeption & Gestaltung

b_werk gmbh, Metzingen
www.b-werk.de

Druck

Vereinigte Druckereibetriebe Laupp & Göbel GmbH, Gomaringen
www.meine-druckerei.de

Bildnachweis

Seite 01 (Titelbild, Hintergrund), 02/03, 05, 13, 29, 63:
Städtisches Klinikum Karlsruhe gGmbH – Fotograf: Markus Kümmerle

Seite 01 (Titelbild unten links), 14/15, 30/31: fotolia (Adobe Stock)

Seite 01 (Titelbild unten rechts), 35, 40/41: Klinikverbund Südwest GmbH

Seite 04 (oben), 26, 27: SLK-Kliniken Heilbronn GmbH

Seite 04 (unten), 11, 32, 55, 56: QuMiK GmbH

Seiten 06/07, 22, 23, 36, 48/49, 59, 61: Bildarchiv Regionale Kliniken Holding RKH GmbH

Seite 16: ALB FILS KLINIKEN GmbH

Seite 17, 57: Gesundheitsverbund Landkreis Konstanz gGmbH

Seite 18 (unten links): Arbeitsgemeinschaft HDR GmbH und h4a Gessert + Randecker Generalplaner GmbH (Stuttgart)

Seite 18 (unten rechts): Ingenieurbüro Prof. Dr. Ing. Vogt Planungsgesellschaft mbH (Leipzig) und
Arbeitsgemeinschaft HDR GmbH (Stuttgart)

Seite 19: Kreiskliniken Reutlingen GmbH

Seite 20, 21: Oberschwabenklinik gGmbH

Seite 24, 25: Schwarzwald-Baar Klinikum Villingen-Schwenningen GmbH

Seite 28: wörner traxler richter planungsgesellschaft mbH

Seite 46: Fotostudio Wöhrstein, Singen

Seite 53: iStock

Seite 54: Varian Medical Systems

Seite 58: Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg





QuMiK GmbH
Erlachhofstraße 1
71640 Ludwigsburg
www.qumik.de