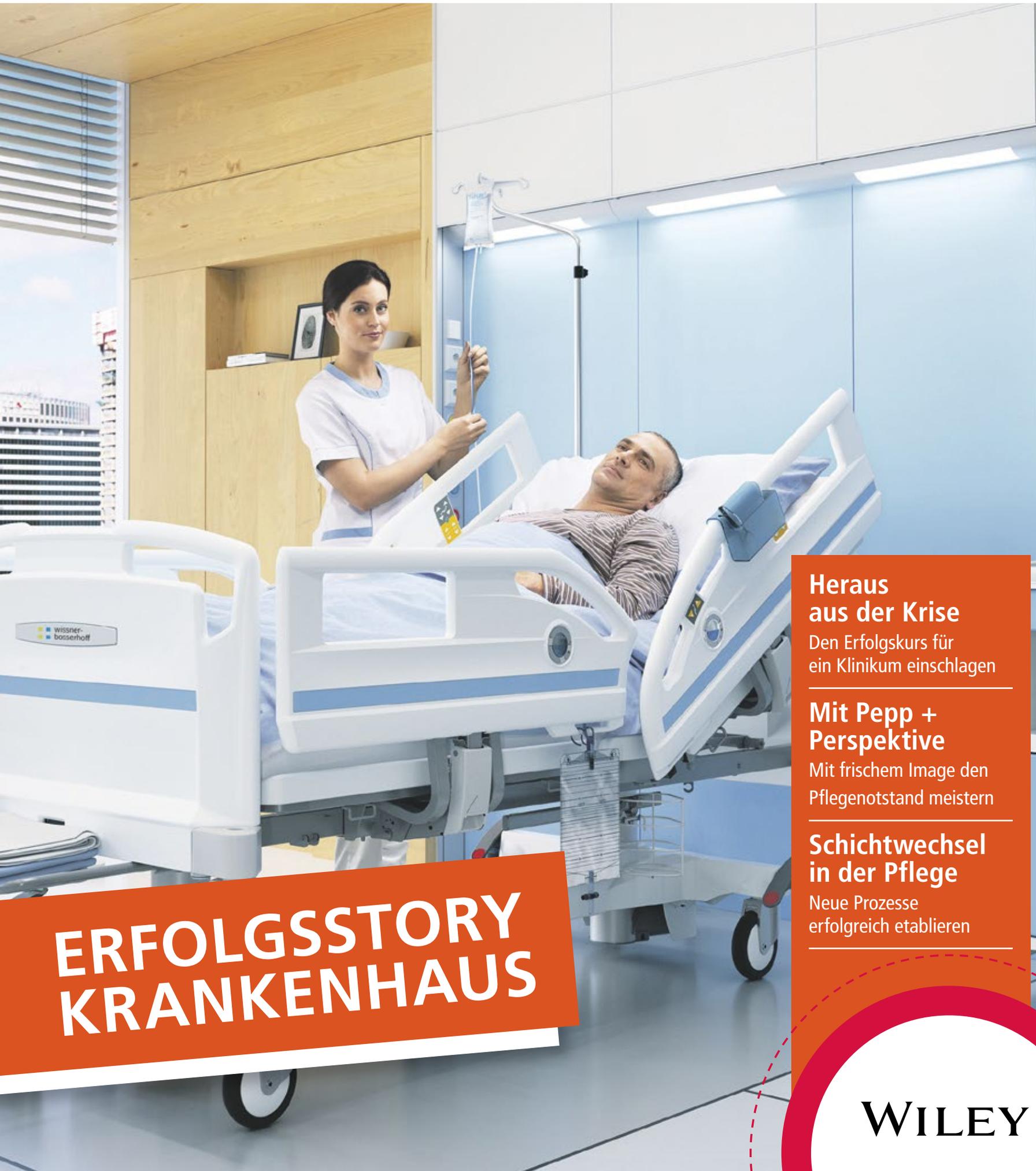


Management & Krankenhaus

M&K kompakt ist das regelmäßige Supplement von Management & Krankenhaus – zu besonderen Themen oder Events.



Ausgabe 6/2017
kompakt
Supplement



**ERFOLGSSTORY
KRANKENHAUS**

Heraus aus der Krise

Den Erfolgskurs für
ein Klinikum einschlagen

Mit Pepp + Perspektive

Mit frischem Image den
Pflegenotstand meistern

Schichtwechsel in der Pflege

Neue Prozesse
erfolgreich etablieren

WILEY

**JETZT
EINREICHEN**
ANMELDESCHLUSS
31. JULI 2017

M&K sucht die besten Produkte oder Lösungen aus den Kategorien A–D.

M&K
Management &
Krankenhaus
AWARD
2018

- A** – Medizin & Technik
- B** – IT & Kommunikation
- C** – Bauen & Einrichten & Versorgen
- D** – Labor & Hygiene

Teilnahmebedingungen per Internet:
www.PRO-4-PRO.com/mka



MIT PEPP UND PERSPEKTIVE – EIN WEG AUS DEM PFLEGENOTSTAND

Der Krankenpflegeberuf ist eine große Herausforderung für Körper, Geist und Seele. Allein ... ihm fehlt das peppige Image. Die erfolgreiche Kampagne am Krankenhaus Barmherzige Brüder, Regensburg, zeigt, wie's geht.

Claudia Schneeberger, Tuttligen

Er nennt Pflegeberufe in einem Atemzug mit Mechatroniker und Designer. Dr. Jörg Kunz, Leiter Marketing und Öffentlichkeitsarbeit am Krankenhaus Barmherzige Brüder Regensburg, hält Auszubildende in Pflegeberufen für echt coole Typen.

Sie möchten sich weiterentwickeln, einen tollen Job machen und gut verdienen. Sprechen wir wirklich von Pflegeberufen? Mit einer Kampagne über mehrere Kanäle hinweg räumt

Kunz mit Vorurteilen auf und entstaubt das Image eines Ausbildungsberufs. Kommt das bei jungen Menschen an?

M&K: Die demografische Entwicklung zeigt, dass wir raschen Schrittes in einen eklatanten Pflegenotstand steuern. Sie jedoch verlieren keine Zeit mit Lamento, sondern folgen einem eigenen Rezept. Wie begeistern Sie qualifizierte Bewerber für Ihr Haus?

Dr. Jörg Kunz: Die Barmherzigen Brüder des Johannes von Gott sind ein Pflegeorden mit fast 500 Jahren Tradi-

tion. Gleichzeitig ist die Pflege ein absolut modernes Berufsbild. Pflegenden sind nicht nur sehr gefragt, sie haben auch beruflich unheimlich viele Entwicklungsmöglichkeiten. Die Attraktivität des Krankenhausverbunds der Barmherzigen Brüder in Bayern besteht für etablierte Pflegekräfte, aber eben auch für junge Berufseinsteiger in der Mischung aus medizinisch hochwertiger Patientenversorgung verbunden mit den Werten und Ansprüchen des Ordens: Qualität, Verantwortung, Respekt und Spiritualität. Wir wollen uns abgrenzen durch ein stark



Postkartenmotiv Action



Postkartenmotiv Flexibilität

Fotos: Barmherzige Brüder Regensburg

Bitte umblättern ▶

INHALT

Titelbild: Wissner-Bosserhoff „Eleganza 2“



- 4 **Mit Pepp und Perspektive – Weg aus dem Pflegenotstand**
Eine erfolgreiche Kampagne gibt dem Pflegeberuf ein pfiffiges Image.
- 5 **Denken! Handeln! Turnaround!**
Auf dem Weg aus der Krise befindet sich das Klinikum Darmstadt.
- 7 **Krankenhaus-IT umfassend absichern**
Durch die Digitalisierung gerät auch die Gesundheitsbranche in den Fokus von Cyberkriminellen.

- 8 **Schichtwechsel in der Pflege: Neue Prozesse etablieren**
Die Schichtübergabe der Pflegekräfte ist ein wichtiger Bestandteil im Klinikalltag.
- 10 **TITELTHEMA: Neuer Standard für die Akutversorgung**
Die Gesundheit Nordhessen stattet vier Häuser mit dem Klinikbett Eleganza 2 von Wissner-Bosserhoff aus.
- 11 **Integratives Bildungszentrum**
- 12 **Uniklinik Tübingen: Ernährung ist auch Medizin**
Mangelernährte Patienten erhalten ein individuelles Ernährungsmanagement.
- 13 **Schritt für Schritt zum erfolgreichen Gesundheitszentrum**
Die Kooperation von Praxis

und Klinik funktioniert prima in der GRN Klinik.

- 14 **Nächster Halt: Value Based Healthcare?**
- 15 **Vom Sanierungsfall zum Gesundheitsdienstleister**
Seit Übernahme durch die Sana Kliniken ist das Krankenhaus Rummelsberg, Nürnberg, im Aufwind.
- 16 **Lösungsorientiert: Instrumenten-Management**
Optimierte Arbeitsabläufe etablieren: Funktional, benutzerfreundlich, wirtschaftlich
- 17 **Nosokomiale Infektionen auf alternative Art erfassen**
Karl-Olga-Krankenhaus Stuttgart: Wundinfektionen werden mittels Scoring-System erfasst.

- 18 **Weniger ist mehr – gelungener Kampf gegen Sepsis**
QM-Projekte können nachhaltig zur Reduktion der Sterblichkeit beitragen.
- 19 **Spenden aus Benefizlauf machens möglich**
- 20 **Die Mühen der Ebenen lindern**
Mobile Krankenhäuser verbessern die Krankenversorgung in weiten Teilen der Welt.
- 22 **Krebstherapie: Ambulant, Multiprofessionell – Individuell**
Im Uniklinikum Regensburg nutzen diverse Fachbereiche die Struktur einer Tagesklinik.
- 21 **Index, Impressum**

menschlich geprägtes Miteinander in Bezug auf unsere Patienten, aber eben auch auf unsere Mitarbeiter.

Es gibt gewiss zahllose Richtungen und Zielsetzungen für eine derartige Kampagne. Auf welche Kernbotschaften bauen Sie auf? Wie haben Sie diese identifiziert?

Kunz: Durch intensive Gespräche mit unseren Krankenpflegeschülern und begleitet von entsprechenden Literaturrecherchen haben wir fünf Kernbotschaften identifiziert. Diese lauten „Zukunftssicherer Job“, „Stolz auf die Ausbildung und den Arbeitgeber“, „Action“, „Flexibilität für jede Lebenssituation“ sowie „Teamgeist und Ersatzfamilie“. Das ist jungen Menschen heute wichtig, und hier haben in den Häusern der Barmherzigen Brüder die Kranken- und Kinderkrankenpflege, aber auch die Krankenpflegehilfe oder ein Spezialgebiet wie die des Operationstechnischen Assistenten viele gute Antworten parat.

Antworten, denen auch die Realität durchaus standhalten kann. Nur wenn sich Markenversprechen und Markenerlebnis tatsächlich decken, kann das gelingen. Dass wir dabei stets authentisch bleiben, spricht sich auch unter den Schülern herum. Die Zahl der Bewerber an unseren Berufsfachschulen in Regensburg, München, Schwandorf und Straubing sowie die hohe Zahl von etwa 480 Auszubildenden bestätigt uns dies nachdrücklich.

Wie stellen Sie sicher, dass Sie nicht an Ihren Zielgruppen vorbeilaufen? Wie nähern Sie sich den jungen Menschen, die Sie ansprechen möchten?

Kunz: Sie haben eingangs von coolen Typen gesprochen und die Frage gestellt, ob tatsächlich von der Pflege die Rede ist. Es geht aber nicht darum, cool zu sein, sondern aufzuzeigen, dass die Krankenpflege ein moderner Beruf ist, der sich absolut mit solchen messen kann, die gemeinhin als cool gelten.

Die Krankenpflege ist eine echte Herausforderung mit großem menschlich-

sozialen, aber eben auch mit hohem naturwissenschaftlichen, technischen, ökonomischen und organisatorischen Anspruch. Entsprechend muss die Kommunikation für diesen Beruf aussehen. Sie muss modern und packend sein. Man muss den jungen Menschen in ihrer Sprache begegnen und mit ihren Kernwünschen argumentieren. Man muss zeigen, dass man an sie glaubt, als Typen. Man muss grafisch in ihrer Art kommunizieren und ihre Kanäle nutzen.

Praktische Frage: Welche Kanäle nutzen Sie und wie schaffen Sie es, im digitalen Bereich die Kontrolle zu behalten?

Kunz: Kernstück der Kommunikation ist das eigene Webportal für unsere Berufsfachschulen im Verbund (www.gute-pflege-macht-schule.de). Dort arbeiten wir mit zielgruppengerechten Texten und einer entsprechenden Grafik – natürlich auch mit Filmen und Videointerviews. Soziale Medien haben wir zum jetzigen Zeitpunkt noch außen vor gelassen, insofern hat das Thema „Kontrolle“ noch keine Relevanz. Es ist aber zweifelsohne so, dass die Sozialen Medien intelligent in den Kommunikationsmix eingebaut werden müssen – idealerweise unter direkter Beteiligung der eigenen Schüler. Ansonsten haben wir auch jede Menge analoger Kanäle bedient, wie Anzeigen, Gebäude- und Straßenplakate, Postkarten, Give-aways oder Flyer.

Sehen Sie bereits Erfolge in Form von gestiegenen Bewerberzahlen? Erhalten Sie Feedback auf Ihre Aktionen?

Kunz: Die Bewerberzahlen für unsere Berufsfachschulen waren schon in der Vergangenheit so, dass wir keinen Grund zu klagen hatten. Insofern ist unsere Kampagne eine Art Präventivmaßnahme, mit der wir unsere Marke der Barmherzigen Brüder auch bei jungen Menschen langfristig stärken wollen. Feedback erhalten wir vor allem von unseren eigenen Schülern, die durch die Kampagne Wertschät-



Dr. Jörg Kunz

Zur Person

Dr. Jörg Kunz ist seit April 2014 Leiter Marketing und Öffentlichkeitsarbeit im Krankenhausverbund der Barmherzigen Brüder in Bayern. Vor seiner Tätigkeit im Krankenhaus hat der promovierte Biologe viele Jahre in verschiedenen nationalen und internationalen Vertriebs-, Marketing- und Kommunikationsfunktionen in der Pharma- und vor allem der Med-Tech-Industrie gearbeitet.

zung für ihr Engagement spüren. Vor allem bei Jobmessen haben wir einen unmittelbaren Effekt beobachten können. Der Messestand der Berufsfachschulen im neuen Corporate Design steht in seiner Professionalität den Wettbewerbern aus Gewerbe und Industrie in nichts mehr nach. Es ist einfach ein Stück mehr an Stolz, mit dem die Schüler uns nun bei solchen Gelegenheiten mit vertreten.

Eine coole Kampagne ist das eine – die oft belastende Situation auf der Station das andere. Gibt es Momente, wenn die Realität im Alltag der Auszubildenden die frohen Botschaften einholt und an die Wand fährt? Anders gefragt: Verführt die Kampagne zum Blick durch die rosa Brille?

Kunz: Wie gesagt, der Krankenpflegeberuf ist eine große Herausforderung für Körper, Geist und Seele. Daraus machen wir mit unserer Kampagne keinen Hehl. Einer unserer Auszubildenden berichtet auf der Webseite, dass seine Freunde sagen, sie hätten großen Respekt vor ihm, weil er etwas tue, was sie nicht könnten. Wir setzen der Zielgruppe also keine rosa Brille auf. Und das ist aus unserer Sicht auch nicht notwendig, denn die jungen Menschen, die zu uns kommen, möchten gefordert werden und eine Aufgabe annehmen, in der sie sich bewähren und wachsen können. Dazu bieten wir ihnen alle Möglichkeiten.

Welches sind Ihre nächsten Schritte in Richtung Zielgruppenansprache mit Pepp?

Kunz: Im April gibt es unter dem Motto „Die Pflege humanisieren – ein

Bildungsstil“ ein internationales Jugendtreffen in Granada, wo der Ordensgründer der Barmherzigen Brüder, Johannes von Gott, 1539 weltweit erstmals ein Krankenhaus moderner Prägung gründete. Dazu haben die Krankenpflegeauszubildenden der Bayerischen Ordensprovinz zwei Filmprojekte realisiert.

Einmal galt es, den Ordenswert „Verantwortung“ zu visualisieren, und einmal, einen kleinen Imagefilm über ihre Schulen zu machen. Das zeigt, dass unsere Schüler auch über den Krankenhausbereich hinaus in die Welt ihres Arbeitgebers und seines Trägers fest eingebunden sind. Sicherlich kann so etwas Motivation für andere sein, einen genaueren Blick auf uns zu werfen und Teil einer unserer Dienstgemeinschaften zu werden. Darüber hinaus gilt es wie erwähnt eine Strategie für das Thema Soziale Medien auszuarbeiten und dann mit Leben zu füllen. Die Basis für eine nachhaltige Kommunikation steht auf jeden Fall. ■

| www.barmherzige-regensburg.de |



Give-aways

DENKEN! HANDELN! TURNAROUND! – KLINIKEN IN KOMMUNALER TRÄGERSCHAFT

Auf dem Weg aus der Krise befindet sich das Klinikum Darmstadt, Maximalversorger in kommunaler Trägerschaft. Noch vor fünf Jahren setzte kaum jemand auf den Fortbestand des Unternehmens.

Claudia Schneebauer, Tuttlingen

■ Spürbarer Investitionsstau und handfeste Defizite waren das Ergebnis von jahrelangem Hinauszögern wichtiger Entscheidungen. Heute sprechen die Verantwortlichen über Profitabilität bei steigenden Patientenzahlen.

2015 ist die Klinikum Darmstadt GmbH sogar in die regionale Verantwortung getreten und hat ein kleines

konfessionelles Krankenhaus mit auf ihren Weg genommen. Die Geschäftsführer Clemens Maurer und Prof. Dr. Steffen Gramminger schildern, mit welchen Maßnahmen der Kurs auf Patientenzufriedenheit und Profitabilität umgestellt wurde.

M&K: *Mit welchen drei entscheidenden Maßnahmen/Zielsetzungen wurde das Klinikum auf Erfolgskurs gesetzt?*

Prof. Dr. Steffen Gramminger: Die erste entscheidende Maßnahme war die Implementierung einer funktionierenden Doppelspitze aus Kaufmann und Mediziner. Dadurch wurde es der Geschäftsführung möglich, ganz tief in das Unternehmen einzutauchen und die Führungskräfte aller Berufsgruppen und aller Bereiche mitzunehmen.

Wir sorgen mit maximaler Transparenz und Kommunikation für Authentizität und Identifikation, was der

zweite ganz wichtige Punkt unseres Erfolgsweges ist. Als dritter entscheidender Faktor möchte ich die hervorragende Zusammenarbeit zwischen Management und Kommunalpolitik nennen. Bei kommunalen Häusern stellt das Einmischen der Politik in das operative Geschäft häufig ein großes Problem dar. In Darmstadt ist es gelungen, die richtige Mischung zwischen Einfluss und Zurückhaltung der Politik zu finden.

Einer Klinik in kommunaler Trägerschaft wird gerne unterstellt, dass Defizite aus dem Steueraufkommen aufgefangen werden. Mussten Sie sich vor diesem Hintergrund überhaupt Sorgen machen?

Clemens Maurer: Wir halten es grundsätzlich nicht richtig, wenn Krankenhäuser an kommunalen Töpfen hängen. Denn die Mittel der Kommunen sind beileibe nicht so üppig und

schon gar nicht verlässlich verfügbar. Darauf zu setzen, ist alles andere als nachhaltig; denn diese Töpfe können – je nach politischer Lage – ganz schnell versiegen. Und dann steht ein kommunales Haus vor dem Aus oder wird verkauft.

Nein, wir erhalten keine Zuschüsse, keinen Betriebsausgleich. Wir wollen und müssen uns aus eigener Kraft tragen und finanzieren. Insofern müssen wir sehr wohl sorgsam mit unserem Hab und Gut umgehen.

In den Jahren zwischen 2014 und 2021 wollen Sie 240 Mio. € investieren. Wie schafft es ein Haus in der Krise, Mittel in dieser Höhe zu erhalten?

Maurer: Nicht in der Krise, sondern aus der Krise heraus: Die 240 Mio. € sind für die Zukunftsfähigkeit unseres Unternehmens elementar wichtig.

Bitte umblättern ▶

Weil aus einem Großprojekt keine Dauerbaustelle werden soll.

Unsere Beratung für stationäre Versorgungsstrukturen.

Profitieren Sie von unserer einmaligen Branchenexpertise, mit der wir Ihr Projekt sicher zum Erfolg führen.

Telefon: +49 211 5998 2222
E-Mail: firmenkunden@apobank.de

Weil uns mehr verbindet.

Neu: apoPLANER⁵ Planungstool

www.apobank.de/firmenkunden

Städtisches Klinikum
Hier entsteht ein neues Kardiologiezentrum

Finanziert durch:
Deutsche Apotheker- und Ärztekammer



Prof. Dr. Steffen Gramminger

ensbasis, um die nötigen Kredite von den Bankinstituten zu erhalten. Und ja, auch ein kommunales Krankenhausmuss Rendite in Höhe von 6 % aus eigener Kraft erwirtschaften, um all die Investitionen tätigen zu können, die notwendig sind.

Ein wirtschaftlich angeschlagener Arbeitgeber wirkt nicht attraktiv auf bestehende Mitarbeitende. Mit welchen Maßnahmen haben Sie Ihre Belegschaft überzeugt dabeizubleiben?

Prof. Dr. Gramminger: Zum einen mit Sicherheit durch das klare Bekenntnis der Stadt zum kommunalen Krankenhaus. Zum anderen aber auch vor allem aufgrund der offenen Kommunikation und Transparenz des Businessplanes mit klar definierten Zielen, welche zwar ambitioniert, aber auch erreichbar sind. Schließlich hat das Haus gelernt und erfahren, dass wir diese Ziele dann auch tatsächlich Stück für Stück erreichen. Das schafft Vertrauen, Vertrauen in die Führung, Vertrauen in die eigene Leistungsfähigkeit und Vertrauen in die eigene Arbeit. Unterstützt von einem internen Projektmanagement wurde ein Change-management-Prozess in Gang gesetzt, der alle Mitarbeiter mitnimmt und zu einem Teil des Gesamtprozesses macht. Nicht nur diskutieren, sondern machen – das ist mit das Wichtigste in so einem Prozess. Wir haben von Anfang an auch kleine Erfolge im Haus sichtbar gemacht und so ein Wir-Gefühl entwickelt.

Spürten Sie die Krise in niedrigen Bewerberzahlen und sehen Sie nun einen Unterschied?

Sie fließen in bauliche Investitionen, in Medizintechnik und in die IT-Ausstattung. Uns helfen dabei eine einmalige Bürgschaft der Stadt und Fördermittel in Höhe von 65 Mio. € des Landes. Aber die Grundlage, diese Mittel zu erhalten, ist ein funktionierender Businessplan, den die Führungskräfte mittragen. Der Businessplan bildet die Leistungsfähigkeit und den Ertrag des Unternehmens ab, dies ist die Vertrau-

Maurer: Wir haben in den gut drei Jahren, die wir jetzt gemeinsam Verantwortung für das Haus tragen, einen entscheidenden und positiven Imagewandel hinbekommen. Das ist ganz deutlich sichtbar – auch an den Bewerberzahlen. Heute sagen die Mitarbeitenden wieder mit Stolz: Ich arbeite im Klinikum. Wir wissen, dass wir gute Arbeit machen. Das trägt sich nach außen und führt zu Initiativbewerbungen.

Heute haben im Verhältnis weniger Mitarbeiter mehr Patienten zu betreuen. Prozessoptimierung alleine schultert diesen hohen Anstieg nicht. Mit welchen Maßnahmen erreichen Sie es, dass Ihre Mannschaft durchgängig so viel mehr auf die Beine stellt?

Gramminger: Ja, richtig ... allein 5.000 stationäre Patienten mehr als noch vor drei Jahren bei gleichbleibender Mitarbeiterzahl, das zeigt die Verdichtung deutlich. Da will ich an dem anknüpfen, was Herr Maurer gesagt hat. Das geht nur, wenn sich die Mitarbeiter mit dem Haus identifizieren. Das klappt, wenn Erfolge sichtbar werden und die Mitarbeiter sagen „Ja, wir sind gut, und wir schaffen das“. Tue Gutes und rede darüber – dieses Motto hat uns geleitet. Wir wenden uns mit aktiver Pressearbeit an die Öffentlichkeit, wir kommunizieren unsere Projekte und Erfolge im Intranet, unsere Mitarbeiter stehen mit ihrer ganzen Persönlichkeit und ihren Gesichtern für unser Unternehmen auf Werbebannern und im Geschäftsbericht. Ein gut aufgestelltes Lob- und Beschwerdebüro erzielt auch im Inneren Veränderungen. Und eine Top-down-Kommunikationsstruktur sorgt für den Informationsfluss in regelmäßigen Abteilungs- und Stationsleitersitzungen, Direktorenkonferenzen, Neujahrsempfängen und Mitarbeiterversammlungen. So bedeutet Mehrarbeit nicht nur Mehrbelastung, sondern macht auch stolz auf das Erreichte. Vor gut einem Jahr haben wir gemeinsam daraus das Zukunftsbild für unser Krankenhaus entwickelt, das die Veränderungen im Selbstverständnis spiegelt und in welchem sich unsere Mitarbeiter wiederfinden.

Die Erfolgsmeldungen häufen sich in den letzten vier Jahren. Haben Sie das Gefühl, dass Sie mit dem Klinikum wirtschaftlich über den Berg sind?

Maurer: Nein, wir stehen immer wieder vor Herausforderungen, mit jedem Monatsabschluss. Das ist ein ständiger Balanceakt zwischen der medizinischen Qualität, der Leistungsfähigkeit und den Verhandlungen mit den Kos-



Clemens Maurer

enträgern. Leider sind ja die politischen Rahmenbedingungen so, dass die Finanzierung nicht ausreicht.

Die vielen jährlichen Änderungen machen uns zu Getriebenen. Über den Berg sind wir, solange sich die Rahmenbedingungen nicht ändern – und etwa Tarifabschlüsse oder Instandsetzungen oder auch die Notfallversorgung nicht gegenfinanziert werden –, nie. So bleibt die Wirtschaftlichkeit eine ständige Herausforderung.

Was wünschen Sie sich für die nächsten drei Jahre?

Gramminger: Dass wir die letzten Schritte durch die weit offene Tür gehen und sich die Mitarbeiter für ihr Engagement und ihre tolle Arbeit belohnen. Am Ende steht ein moderner Maximalversorger für eine hochqualifizierte und menschliche Gesundheitsversorgung in der Region bei gleichzeitig hoher Mitarbeiterzufriedenheit.

Maurer: Ganz klar: Eine verlässliche Finanzierung, eine frühzeitige Krankenhaus-Gesetzgebung, die uns in die Lage versetzt, verlässlich zu planen. Intern stehen wir auf dem richtigen Gleis, jetzt heißt es weiter unseren Weg zu gehen.

Infobox:

Die **Klinikum-Darmstadt GmbH** und die **Marienhospital gGmbH** hatten zum 31. Dezember 2016 Bilanzsummen in Höhe von knapp 330 Mio. €. Die Gesamterlöse beider Krankenhäuser – bei Fallzahlen stationärer Behandlungen in Höhe von 46.831 und einem Casemix von 45.023 – beliefen sich auf 220 Mio. € (vorläufiger Jahresabschluss).

Das Klinikum Darmstadt – mit 819 Betten an zwei Standorten in 21 Kliniken und Instituten – ist auch Akademisches Lehrkrankenhaus der Universitäten Frankfurt/Main und Heidelberg-Mannheim. Das Krankenhaus der Grundversorgung Marienhospital Darmstadt hat 115 Betten. In beiden Häusern gibt es jährlich mehr als 3.000 Geburten.

Weiter gehören zur GmbH dazu: Emilia Seniorenresidenz, Medizinisches Versorgungszentrum am Klinikum, Logistikservice SSG und Klinikum Catering Service. Beteiligt ist die GmbH auch an einer Krankenpflegeschule und zu 50 % an den Darmstädter Kinderkliniken Prinzessin Margaret. Insgesamt arbeiten in der GmbH knapp 3.000 Mitarbeitende.

www.klinikum-darmstadt.de



KLINIK-IT UMFASSEND ABSICHERN

Mit zunehmender Digitalisierung gerät auch die Gesundheitsbranche in den Fokus von Cyberkriminellen. Wie ein wirksamer Schutz aussehen kann, zeigt das Robert-Bosch-Krankenhaus, Stuttgart.

Silke Kilz, Köln

■ Anfang 2016 legte ein Computervirus mehrere Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen fast vollständig lahm. Für einige Kliniken war es wie eine Reise in die Vergangenheit: Statt mit dem Rechner arbeitete das Personal plötzlich wieder mit Papier und Bleistift. Wirklich überraschend sind solche Angriffe nicht. Denn mit der zunehmenden Vernetzung und Mobilität wächst auch die Angriffsfläche für Cyberkriminelle: Laut dem „Cyber Security Intelligence Index 2016“ von IBM wurden 2015 fast zwei Drittel mehr schwere Sicherheitsvorfälle im Gesundheitswesen registriert als noch im Vorjahr.

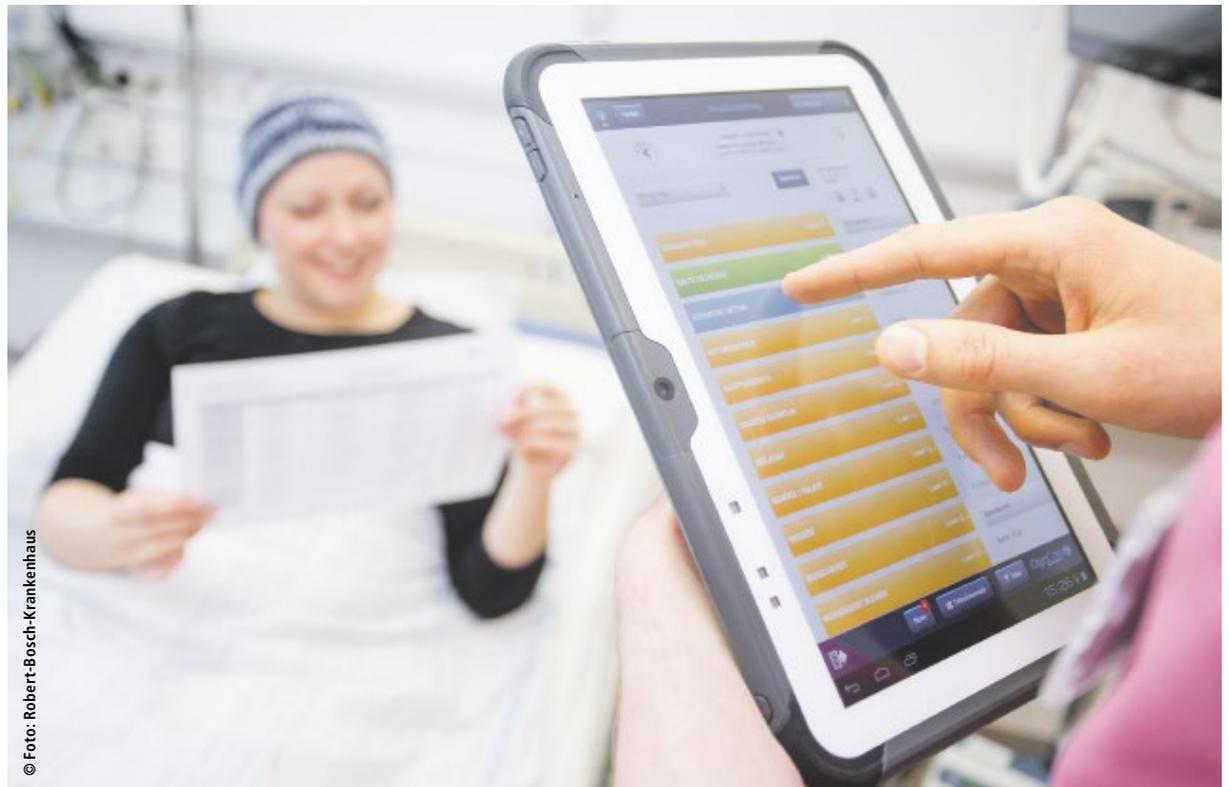
Unterschätztes Risiko

„Themen wie Cloud, Mobile Computing oder das Internet der Dinge werden natürlich auch für Kliniken immer wichtiger“, sagt Sascha Müller, stellvertretender IT-Leiter des Robert-Bosch-Krankenhauses (RBK). „So gehen unsere Ärzte und Pflegekräfte heute nicht mehr mit Papierakten, sondern mit iPads mini zur Visite. Über die mobilen Geräte können sie direkt am Patientenbett auf alle Befunde und Untersuchungsergebnisse zugreifen oder neue Informationen, wie z. B. Änderungen in der Medikation, erfassen.“

Was viele Krankenhäuser jedoch unterschätzen: Wer solche digitalen Lösungen einsetzt, muss sie auch entsprechend schützen. Doch hier hapert es: Vielfach beschränken sich die Sicherheitssysteme in Kliniken auf Antivirenprogramme und Firewalls – zum Teil auch deshalb, weil die Einrichtungen die Mühen und Kosten einer Sicherheitslösung scheuen.

Gefahren frühzeitig erkennen

Dabei muss ein wirksamer Schutz gegen Cyberangriffe weder komplex noch teuer sein, wie das Beispiel des RBK zeigt. Hier haben IT-Verantwortliche gemeinsam mit den Experten von



T-Systems ein Sicherheitsinformations- und Ereignis-Management (SIEM) des Telekom Partners AlienVault installiert. „Die SIEM-Lösung dient dazu, mögliche Cyberangriffe frühzeitig zu erkennen – und zwar bevor das Kind in den Brunnen gefallen ist“, erklärt Müller.

Dazu sammelt das System an verschiedenen Stellen Millionen von sicherheitsrelevanten Log- und Eventdaten, setzt diese miteinander in Beziehung und erkennt daraus in Echtzeit bestimmte Trends und Muster. Sobald auffällige Abweichungen vom Normalzustand auftreten, löst das System einen Alarm aus. Dadurch haben die IT-Experten die Chance, bereits zu einem sehr frühen Zeitpunkt Gegenmaßnahmen zu ergreifen. Müller verdeutlicht die Funktionsweise anhand eines Beispiels: „Wenn im Active Directory, dem Verzeichnisdienst von Microsoft Windows Server, ein neuer Admin-User angelegt wird und gleichzeitig der Netzwerkverkehr zunimmt, könnte das ein Indiz für einen zielgerichteten Angriff sein.“

Bewährungsprobe bestanden

Dass sich die SIEM-Lösung bei dem Stiftungs-Krankenhaus bereits bewährt hat, zeigt folgender Fall: Über eine Website hatten ein oder mehrere Angreifer versucht, auf das IT-System des Krankenhauses zuzugreifen. Diese Seite war noch auf keiner Black List registriert und wies auch keine gesperrten Protokolle auf, sodass sie von der Firewall des Klinikums auch

nicht als kritisch beurteilt wurde. Das SIEM-System registrierte, dass die besagte Seite erst Stunden zuvor registriert worden war, es sich also möglicherweise um einen Bot-Netz-Betreiber handelte. Ein Abgleich mit der Open Threat Exchange Community, einer offenen Datenbank digitaler Bedrohungen, zeigte, dass es sich nach Auswertung und Vergleich dieser „Indicators of compromise“ tatsächlich um einen Angriff handelte. Die IT-Fachleute reagierten entsprechend und konnten so Schlimmeres verhindern.

Sicherheitspaket aus der Box

„Mit der Lösung von T-Systems und AlienVault haben wir ein vorkonfiguriertes Sicherheitspaket aus der Box gebucht“, sagt Müller. Sensoren und SIEM-Lösung wurden im Rechenzen-

trum des RBK installiert und konfiguriert.

T-Systems-Cybersicherheitsexperten überwachen von einem Security Operations Center (SOC) aus rund um die Uhr alle Systeme, bewerten die Signale bezüglich ihrer Kritikalität und initiieren – wenn nötig – Gegenmaßnahmen. „All das könnten wir mit unserer IT-Abteilung hier vor Ort gar nicht leisten“, so Müller. Ein weiterer Vorteil: Regeln und Aktualisierungen müssen vom Krankenhaus nicht selbst erarbeitet werden, sondern gelangen aus der Kooperation von Telekom und der Community mit Open Threat Exchange auf die Plattform. „So steht das Wissen um aktuelle Sicherheitsbedrohungen rasch auch anderen Unternehmen zur Verfügung“, erklärt Bernd König, Experte für Cyber Security bei Telekom Security. ■

IT-Sicherheitsgesetz kommt im Frühjahr

Nach dem seit Juli 2015 gültigen Gesetz zur Erhöhung der Sicherheit informationstechnischer Systeme (IT-Sicherheitsgesetz) müssen Betreiber kritischer Anlagen künftig ein Mindestniveau an IT-Sicherheit einhalten. Der erste Teil der KRITIS-Verordnung zur Umsetzung des Gesetzes trat am 3. Mai 2016 in Kraft. Er richtet sich an die Sektoren Energie, Informationstechnik und Telekommunikation, Wasser sowie Ernährung.

Im Frühjahr 2017 wird der zweite Teil der Verordnung erwartet. Dieser betrifft die Sektoren Transport und Verkehr, das Finanz- und Versicherungswesen sowie den Gesundheitssektor und stellt damit an Krankenhäuser erhöhte Sicherheitsanforderungen. Kliniken werden u. a. verpflichtet sein, ihre IT nach dem Stand der Technik angemessen abzusichern und diese Sicherheit mindestens alle zwei Jahre überprüfen zu lassen. Erhebliche IT-Störungen sind künftig umgehend an das BSI (Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik) zu melden.

SCHICHTWECHSEL IN DER PFLEGE: NEUE PROZESSE **ERFOLGREICH** ETABLIEREN

Die Schichtübergabe der Pflegekräfte ist ein wichtiger Bestandteil im Klinikalltag. Dafür einen grundlegend neuen Ablauf zu schaffen und umzusetzen, ist im laufenden Betrieb sehr ambitioniert.

Julia Braun, SRH Klinikum, Karlsbad

Die Schichtübergabe für Pflegekräfte hat das SRH Klinikum Karlsbad-Langensteinbach neu gestaltet. Und das erfolgreich! „Übergabe am Patientenbett“ heißt das Projekt, das den SRH Qualitätspreis 2016 erhielt und Vorbild für andere Kliniken sein kann.

Wenn eine Pflegekraft den Dienst antritt und eine andere ablöst, ist ein standardisierter, verbindlicher Ablauf bei der Übergabe des Patienten wichtig. Dies sichert die Qualität der Pflege, minimiert das Fehlerrisiko und fördert, dass sich Patienten und Pflegekräfte wertgeschätzt fühlen. Seit Juni 2015 orientieren sich die Stationsabläufe am SRH Klinikum Karlsbad-Langensteinbach an einer entsprechenden Leitlinie. Sie in fünf Monaten zu entwerfen und einzuführen war eine enorme Leistung, die sich gelohnt hat. Eine Vorher-Nachher-Evaluation zeigt, dass die Pflegekräfte die Zufriedenheit und das Vertrauen ihrer Patienten maßgeblich steigern konnten.

Geringe Kosten – großer Effekt

Heute arbeiten die Pflegekräfte am Klinikum noch näher am Patienten: Sie beziehen ihn bei der Übergabe ein, indem sie die Schicht direkt am Patientenbett wechseln. Beide Pflegekräfte, die abgebende und die übernehmende, besprechen vor dem Patienten dessen pflegerische Bedürfnisse. Dabei erhält er die Möglichkeit, zu äußern, wie es ihm geht, und Fragen zu stellen. Das stärkt sein Vertrauen in die Pflegeteams und überzeugt ihn von ihrer fachlichen Kompetenz.

Vor und nach der Übergabe am Patientenbett kontrollieren die Teams auf der Stationsplantafel die medizinische Dokumentation der Patienten. Diese Tafeln wurden im Rahmen des Projekts entwickelt und zeigen Mitarbeitern auf einen Blick, welche besonderen Bedürfnisse jeder Patient hat.



Die Übergabe teilt sich in vier Phasen: Vorbereitung, Kurzübergabe, Übergabe am Bett sowie Abschlussfeedback.

Foto: SRH

Auch Ärzte und der Sozialdienst können sich so ohne ständige Rücksprache mit einer Pflegekraft über Patienten erkundigen. Diese Selbstinformation überbrückt den Zeitraum der Übergabe

am Patientenbett und soll die Pflege entlasten.

Zum neuen Übergabesystem gehört auch ein Spickzettel. Die Checkliste für die Kitteltasche hilft den Pflegen-

den dabei, sich an die vier Phasen der Übergabe zu erinnern: Vorbereitung, Kurzübergabe an der Stationsplantafel, Übergabe am Patientenbett sowie Abschluss im Stationszimmer mit kurzem Feedback. Durch das handliche Format ist die Gedächtnisstütze immer griffbereit. So lässt sich der Ablauf schneller reibungslos umsetzen und einprägen.

„Die besondere Leistung dieses Projekts besteht in einer nachhaltigen Verbesserung, die wir mit minimalen Mitteln erreicht haben. Unsere Patienten fühlen sich noch besser aufgehoben, und unsere Pflegekräfte erfahren mehr Wertschätzung“, resümiert Hartmut Hippich, Pflegedirektor am SRH Klinikum Karlsbad-Langensteinbach. Er hat das Projekt ins Leben gerufen.



Für das Projekt „Übergabe am Patientenbett“ hat das Karlsbad-Langensteinbacher Klinikum den SRH Qualitätspreis 2016 erhalten.

Foto: SRH

Infobox:

Das **SRH Klinikum Karlsbad-Langensteinbach** ist Akutkrankenhaus und akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Heidelberg. Es bietet mit seinen Schwerpunkten Wirbelsäulenchirurgie, Orthopädie und Traumatologie, Querschnittlähmungen, Innere Medizin, Neurologie, Gefäßchirurgie und Psychiatrie Behandlung auf höchstem Niveau. Das Klinikum ist Mitglied der Initiative Qualitätsmedizin (IQM) und mit über 1.000 Arbeitnehmern einer der bedeutendsten Arbeitgeber des Landkreises. Jährlich werden hier mehr als 30.000 Patienten behandelt, davon rund 21.000 ambulant.

Umstellung im laufenden Betrieb

Mit der Ablaufänderung ging ein Kulturwandel einher, auf den sich die Pflegeteams erst einlassen mussten. Motivierende Gespräche mit den Teamleitungen förderten, dass alle das neue System schnell annahmen. Gemeinsam mit der Projektleiterin aus der Abteilung für Organisationsentwicklung entwarfen leitende Pflegekräfte ein innovatives und praxistaugliches System, das heute auf jeder somatischen Station des Klinikums angewendet wird. Eine transparente Übergabe und die Plantafeln tragen zur größeren Patientensicherheit bei,

indem zusätzlich zur Dokumentation auch der aktuelle Zustand kontrolliert wird.

An diesen neuen Ablauf gewöhnten sich Pflgeteams und Ärzte innerhalb

alle Unterlagen gemeinsam durch, was die Dokumentation verbessert hat. Außerdem verbringen wir noch mehr Zeit mit unseren Patienten, die dadurch schneller eine Beziehung zu



Enge Abstimmung im Team unter Einbindung des Patienten steigert nachweislich Vertrauen und Zufriedenheit.

Foto: SRH

weniger Wochen. Heute sprechen sie sich noch besser ab und verständigen sich darüber, wer wann beispielsweise die Fieberkurve braucht. „Das neue System bringt viele Vorteile. Durch die strukturierte Übergabe gehen wir

uns aufbauen. Wir übergeben unseren Patienten quasi Hand in Hand der Teamkollegin“, sagt Lea Becker, Pflegekraft auf der Wirbelsäulen-Station. Sie kümmert sich täglich um acht bis zehn Patienten.

Projektabschluss in Rekordzeit

Durch das strukturierte Vorgehen konnte das anspruchsvolle Projekt in kürzester Zeit erfolgreich umgesetzt werden. Im Januar 2015 gründete die Pflegedirektion eine Projektgruppe, die noch im gleichen Monat für ein erstes Kick-off-Treffen zusammenkam. Zunächst definierte sie Ziele und erstellte einen Projektplan, anschließend wurden die Übergabeformen im Haus, die sich zu diesem Zeitpunkt noch erheblich voneinander unterschieden, analysiert. Schnell wurde klar, dass nur ein standardisierter, für alle verbindlicher Übergabeprozess die Sicherheit und Zufriedenheit der Patienten weiter verbessern würde. Vor diesem Hintergrund entwickelten die Projektteilnehmer die erforderlichen Maßnahmen und die Pflegeleitlinie. So richtig greifbar wurde das Projekt, als die neu entworfene Stationsplantaform Gestalt annahm: Mithilfe von magnetischen Symbolen sind die beteiligten Fachabteilungen, behandelnden Ärzte und pflegerischen Besonderheiten jedes Einzelnen sofort zu erkennen. Besonders der engagierten Projektleiterin, die selbst ausgebildete Intensiv-Krankenschwester ist, ist es zu verdanken, dass die Plantaform die wichtigsten Patienteninformationen dokumentiert und gleichzeitig übersichtlich ist.

Bereits vier Monate nach Projektstart ging es auf die Zielgerade: Der neue Übergabeprozess war bereit zur Anwendung. Um den Übergang so reibungslos wie möglich zu gestalten,

wurden die Mitarbeiter aller Stationen geschult. Die Pflegeleitungen begleiteten jeden Schritt und standen immer als Ansprechpartner zur Verfügung. Anfang Juni 2015 war es geschafft: Die Übergabe am Patientenbett war erfolgreich in die Stationsabläufe integriert worden und somit fester Bestandteil der Pfleger-Patienten-Beziehung.

Positive Resonanz: Patientenzufriedenheit

Ein halbes Jahr nach Projektabschluss zeigte sich ein deutlicher Aufwärtstrend in Sachen Patientenzufriedenheit. Befragte Patienten gaben an, sich gehört und wahrgenommen zu fühlen. Nach eigenen Angaben schätzen sie die Möglichkeit sehr, sich im Rahmen der Übergabe an ihrem Bett aktiv am Pflegeprozess beteiligen und Fragen stellen zu können. Kontinuierliche Befragungen untermauern, dass sich Patienten und deren Angehörige gut behandelt fühlen.

Am Ende steht der Mehrwert für alle Beteiligten: Die Übergabe am Patientenbett ist ein erfolgreiches Instrument zur Qualitätssicherung, Risikominimierung und Wertschätzung Patienten und Pflegekräften gegenüber. „Sowohl die Pflegekräfte als auch die Projektgruppe haben dazu beigetragen, dass dieser Spagat zwischen laufendem Betrieb und Umstellung gelungen ist. Wir sind stolz auf die nachhaltige Verbesserung, die wir gemeinsam erreicht haben“, so Hippich.

| www.klinikum-karlsbad.de |

S SIZEWISE



Adipositasversorgung

- Klinikbetten
- Mobilisationshilfen
- Transferhilfsmittel
- Wiegesysteme



Anti-Dekubitus-Systeme

- Low-Air-Loss-Systeme
- Anti-Dekubitus-Wechseldrucksysteme
- Non-Powered-Matratzensysteme



Klinik- und Pflegebettmatratzen

- Anti-Dekubitus-Schaumstoffmatratzen
- Pflegebett- und Objektmatratzen



www.sizewise.de

Die Gesundheit Nordhessen Holding AG ist ein regionaler Gesundheitskonzern, der das gesamte Spektrum der ambulanten und stationären Krankenhausversorgung mit nahezu allen Leistungen aus der Medizin umfasst. Foto: Gesundheit Nordhessen Holding AG



EIN NEUER STANDARD FÜR DIE AKUTVERSORGUNG

Einer der größten Gesundheitsversorger Hessens, die Gesundheit Nordhessen, stattet seine Häuser in Kassel, Bad Arolsen, Wolfhagen und Hofgeismar mit dem Klinikbett eleganza 2 von Wissner-Bosserhoff aus.

■ Insgesamt werden in den kommenden drei Jahren 550 der Klinikbetten eleganza 2 an die Kliniken geliefert. Die Gesundheit Nordhessen (GNH) ist ein regionaler Gesundheitskonzern, der das gesamte Spektrum der ambulanten und stationären Krankenhausversorgung mit nahezu allen Leistungen aus der Medizin umfasst. Zur Gesundheit Nordhessen gehören das Klinikum Kassel als Haus der Maximalversorgung mit dem Medizinischen Versorgungszentrum ZMV, die Kreiskliniken in Hofgeismar und Wolfhagen, das Krankenhaus Bad Arolsen, die Kassel School of Medicine, die Reha-Zentren am Klinikum Kassel und in Kassel-Wilhelmshöhe, die Senioren Wohnanlagen (SWA) mit ambulantem Pflegedienst SWA aktiv und die Servicegesellschaft ökomed. Mit diesen Standorten kommen die einzelnen Kliniken ihrem Versorgungsauftrag nach und sichern die stationäre medizinische Versorgung der Menschen der

Stadt Kassel und den angrenzenden Landkreisen, Städten und Regionen.

Im Rahmen der Bemusterung verschiedener Betttypen für die Häuser der GNH wurde das eleganza 2 von Wissner-Bosserhoff im April 2016 erstmals präsentiert. Im Anschluss wurde das Bett auf verschiedenen Stationen der Intensiv- und Normalpflege intensiv getestet, denn ein solches Kunststoffbett amerikanischen Typus war bis dato innerhalb der GNH nicht im Einsatz. Die Vorteile des Betttyps wurden dabei den Mitarbeitern der Pflege unmittelbar bewusst.

Ein wichtiges Kriterium bei der Auswahl eines neuen Bettmodells war, dass die Patienten nicht mehr umgelagert werden müssen, wenn sie von einer Normalstation auf eine Intensiv- bzw. IMC-Station wechseln. Bei unruhigen Patienten oder in der Pädiatrie hatte sich dazu die vollflächige Seitensicherung als vorteilhaft erwiesen. Ziel der Kliniken war es, die Patienten aus der Zentralen Notaufnahme mit einem Universalbett direkt auf die Stationen bringen zu können, um so die Gesamtzahl der Betten durch eine möglichst zentrale Bettenbevorratung zu reduzieren.

Als weiterer Vorteil von eleganza 2 wurde die mitgeführte Seitensicherung gesehen, die sowohl für die Unterstützung bei der Mobilisation als auch als Aufstehhilfe beim Herauffahren des Bettes genutzt werden kann. Das feststehende Kopfteil wurde als Vorteil bei

der Kopftiefposition empfunden, weil das Bett bei Einstellung dieser Position nicht von der Wand weggeschoben werden muss.

eleganza 2 – Sicherheit für die Akutversorgung

Die neueste Generation der Klinikbetten eleganza 2 bietet eine ganze Reihe wertvoller Lösungen, die für neue Standards in der Akutversorgung stehen. Maßstäbe setzt dieses Bett immer dann, wenn es um Sicherheit geht. Das einzigartige 4Safe-Konzept mit geteilten Seitensicherungen schützt lückenlos und ohne Einsatz von Mittellückenprotektoren über die gesamte Liegeflächenlänge hinweg. Der Mobil-Lift in den kopfseitige Seitensicherung dient dem Patienten zur Höhenanpassung, während er gleichzeitig sicher und ergonomisch die speziell hierfür konzipierten Haltegriffe in den Seitensicherungen nutzt. Die Handläufe und Eingriffe sind auf Basis ergonomischer Erfahrungen gestaltet und bieten gemeinsam mit dem Mobil-Lift ein unschlagbares Team für die selbstständige und sichere Patienten-Mobilisierung.

Die 4Safe-Seitensicherungen sind mit Soft-Drop-Technologie ausgestattet, d. h. mit einer besonderen Dämpfung, bei der die Abwärtsbewegung sanft gebremst wird. Dadurch wird vermieden, dass beim Verstellen der Seitensicherungen unnötiger Lärm

im Patientenzimmer entsteht. Mithilfe der 30-Grad-Automatik auf der Supervisor-Bedienung kann die Rückenlehne automatisch auf einen Winkel von 30 Grad eingestellt werden, was eine korrekte Patienten-Positionierung in der Akutversorgung deutlich erleichtert. Die Winkelanzeige erfolgt durch eine innovative Eigenentwicklung, den flüssigkeitsgefüllten Winkelmessers mit Hintergrundbeleuchtung. Dieses Tool an der Außenseite der kopfseitigen Seitensicherung dient gleichermaßen als Anzeige für die Anti-/Trendelenburg-Position und zur Orientierung als ergänzendes Nachtlicht.

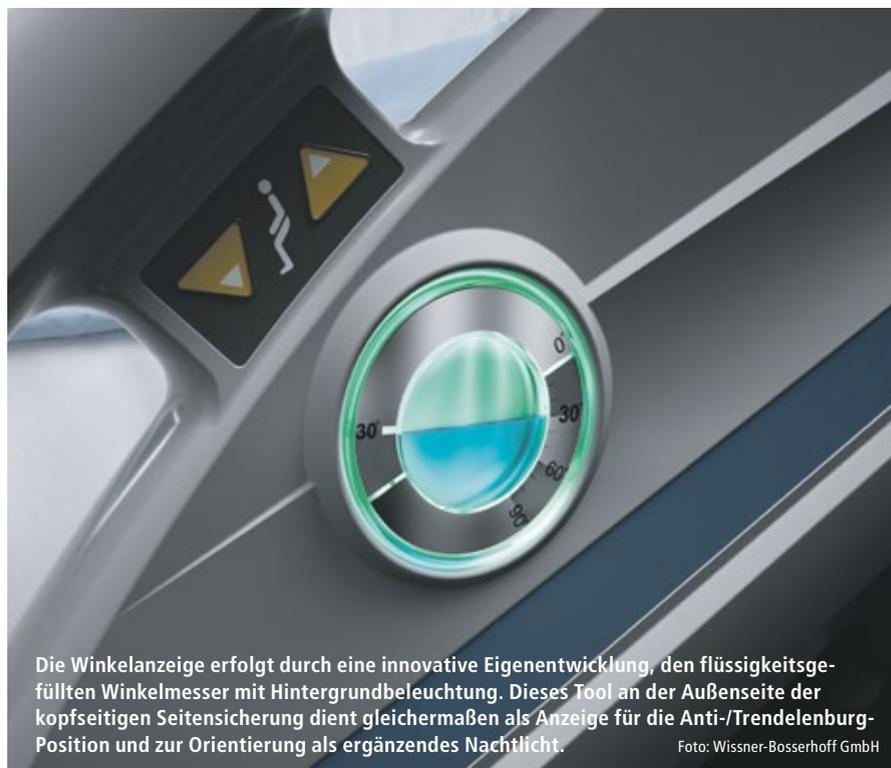
Eine farbliche Veränderung in der Hintergrundbeleuchtung des Winkelmessers zeigt an, wenn das Bett die tiefste und somit sicherste Position erreicht hat. Das umfassende Bedienkonzept steht für einfache Handhabung und maximale Funktionalität. Die Bedienelemente reichen vom Patientenhandschalter mit beleuchtetem Display und integrierter LED-Leuchte über den Supervisor und die optionalen Fußschalter für das Pflegepersonal bis hin zu gemeinsam verwendbaren, in die Seitensicherungen integrierten Bedienelementen sowie dem Bediensattelt auf einem flexiblen Schwenkarm.

Die patentierten Teleskop-Hubsäulen prägen ebenfalls das Design des eleganza 2 und gewährleisten eine hohe Stabilität.

Äußerst überzeugend ist auch das Zubehörkonzept dieses Bettes. Die



Neben zahlreichen innovativen Funktionen überzeugt das smarte Design des Betts mit seinen klaren, eleganten Linien. Foto: Wissner-Bosserhoff GmbH



Die Winkelanzeige erfolgt durch eine innovative Eigenentwicklung, den flüssigkeitsgefüllten Winkelmessler mit Hintergrundbeleuchtung. Dieses Tool an der Außenseite der kopfseitigen Seitensicherung dient gleichermaßen als Anzeige für die Anti-/Trendelenburg-Position und zur Orientierung als ergänzendes Nachtlcht. Foto: Wissner-Bosserhoff GmbH

neugestaltete Oberseite der Seitensicherungen dient über die gesamte Länge als universelle Anbringungsmöglichkeit für Bettzubehöre und persönliche Gegenstände des Patienten. So ist auch der Handschalter dank der Universalhalterung für Patient und

Pflegepersonal stets griffbereit. Zusätzlich gibt es eine praktische Tasche für Mobiltelefone oder andere persönliche Dinge. Ein optionaler Bremsalarm vermeidet Stürze, die auftreten können, wenn ein Bett – beispielsweise nach der Reinigung – nicht wieder in die

Bremsposition gebracht wird. Das elegant 2 setzt dank dieser vielseitigen technischen Funktionalitäten höchste Sicherheitsansprüche. Neue Maßstäbe setzt das moderne Klinikbett darüber hinaus durch eine effektive Patientenmobilisation und sein einfaches Hand-

ling zur schnellen Durchführung täglicher Pflegeroutinen. Neben zahlreichen innovativen Funktionen überzeugt das smarte Design des Betts mit seinen klaren, eleganten Linien. ■■

| www.wi-bo.de |

INTEGRATIVES BILDUNGSZENTRUM

■■ Das Klinikum Itzehoe erhält vom Land aus einem neuen Programm zur Integrationsförderung 4,5 Mio. € für den Neubau eines integrativen Bildungszentrums. 1,5 Mio. € steuert das Klinikum aus Eigenmitteln bei. Darüber freut sich Verbandsvorsteher Dr. Reinhold Wenzlaff: „Die Nachwuchswerbung ist unser vordringliches strategisches Ziel.“

In dem Gebäude mit 1.700 m² Nutzfläche, das auf dem Erweiterungsgelände direkt gegenüber dem Haupteingang entsteht, sollen die vier bestehenden Klassen der Schule für Gesundheits- und Krankenpflege/ Gesundheits- und Kinderkrankenpflege an einem Ort vereint werden. Bislang ist eine der Klassen in Räume am zweiten Schulstandort ausgelagert. Die Schule soll zudem um zwei weitere Klassen aufgestockt werden, sodass in jedem Jahr jeweils im Frühjahr und Herbst Klassen starten – und somit auch regelmäßig Nachwuchs für die Pflege bereitsteht. Die Zahl der Schüler wird von jetzt rund 150 auf etwa 200 steigen.

Seinem Namen wird das integrative Bildungszentrum, das in dieser Form



Planungsansicht des neuen Bildungszentrums

in Schleswig-Holstein einzigartig ist, auch auf weiteren Gebieten gerecht, betont Krankenhausdirektor Bernhard Ziegler. So sollen dort besonders auch junge Migranten für den deutschen Arbeitsmarkt fit gemacht werden: „Wir wollen das Potential nutzen, das durch die Flüchtlinge zu uns gekommen ist“, sagt Krankenhausdirektor Ziegler. Bedarf bestehe nicht nur in der Kran-

kenpflege, sondern auch im IT- und Service-Bereich. Auch das Simulationstraining soll ausgebaut werden. Indem Pflegesituationen mit lebensechten Puppen nachgestellt werden, kann unter realistischen Bedingungen geübt werden, ohne dass Fehler schwerwiegende Auswirkungen haben. Dadurch werde nicht nur die Patientensicherheit erhöht, betont Pflegedirektor Michael

Müller. Da junge Menschen eine hohe Affinität zu Simulationen haben, werde auch die Rekrutierung von Nachwuchs erleichtert. Durch das Trainieren der Zusammenarbeit in berufsübergreifenden Teams werde zudem die Mitarbeiterzufriedenheit gestärkt und das Personal an Haus gebunden.

Die Räume, die auch Platz für größere Personengruppen bieten, sollen auch für vielfältige Fort- und Weiterbildungen genutzt werden – auch für externe Teilnehmer. „So können wir unseren attraktiven Standort präsentieren“, sagt der Ärztliche Direktor Dr. Michael Kappus. Die Physiotherapeuten-Ausbildung, die in Kooperation mit der Akademie für Gesundheits- und Sozialberufe (AGS) als Ausbildungsträger stattfindet, soll ebenfalls stärker integriert werden.

Das Bildungszentrum wirkt also gleich in dreifacher Hinsicht integrativ, betont Wenzlaff: „Über Berufsgruppen hinweg, bei der Verzahnung von Theorie und Praxis sowie durch die Einbindung von Migranten“. Baubeginn ist im Sommer 2017, die Bauzeit wird auf rund 18 Monate geschätzt. ■■

| www.kh-itzehoe.de |



ERNÄHRUNG IST AUCH MEDIZIN

Mangelernährte Patienten mit einem individuellen Ernährungsmanagement wieder zu Kräften kommen lassen: Das hat sich das Universitätsklinikum Tübingen auf die Fahne geschrieben.

Priv.-Doz. Dr. Michael Adolph, Ernährungsmedizin, Universitätsklinikum Tübingen

■ Im Universitätsklinikum Tübingen (UKT) ist das Nutrition Support Team um Priv.-Doz. Dr. Michael Adolph im Einsatz – mit effizienten Konzepten der oralen, enteralen und parenteralen Ernährung.

„Was haben Sie denn heute Morgen zum Frühstück gegessen?“ Eine einfache Frage, die eigentlich zum Plaudern einlädt. Doch wenn das Nutrition Support Team (NST) zum ersten Mal ins Krankenzimmer kommt, geht es nicht nur um das Brot auf dem Frühstücksteller. Es geht um das individuelle Ernährungsmanagement für den einzelnen Patienten. Hierfür ist die Evaluation der Energiezufuhr, aber auch des Energiebedarfs mittels ausführlicher Ernährungsanamnese essenziell.

Bereits bei der Aufnahme hat der Patient am UKT einen Routinecheck durchlaufen. Im Rahmen der Pflegeanamnese wird ein Mangelernährungsscreening durchgeführt, welches Patienten mit einem erhöhten Mangelernährungsrisiko detektiert. Für diese Einschätzung werden Angaben zur Störung des Ernährungszustandes – wie Nahrungszufuhr und ungewollter Gewichtsverlust –, zur Krankheitschwere und zum Alter des Patienten benötigt. Bei einem auffälligen Screening wird das NST benachrichtigt und aktiv.

Fragebogen ermöglicht schnelle Einschätzung

„Wir haben bewusst darauf geachtet, dass die Fragen auf eine Seite passen

und in drei bis vier Minuten zu beantworten sind“, erläutert Ernährungsmediziner Priv.-Doz. Dr. Michael Adolph, Ärztlicher Leiter des NST. Es gehe darum, möglichst schnell, ohne hohe Hürden herauszufinden, ob der Befragte ein Fall fürs Ernährungsteam ist. Dabei orientiert sich die Befragung am Nutritional Risk Screening (NRS 2002, Jens Kondrup et al, Clinical Nutrition 2003), empfohlen von der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin und der European Society for Clinical Nutrition and Metabolism.

Die Aufgabenbereiche sind so vielfach wie die Ursachen für eine Mangelernährung. Vom jungen mobilen Patienten mit Schluckstörungen bis hin zum intensivpflichtigen Patienten nach Trauma oder nach einer umfangreichen Magen- bzw. Darmresektion ist alles tägliche Praxis. Dementsprechend gilt es, jeweils eine individuelle, bedarfsgerechte und dem Zustand sowie dem Mitwirkungswillen des Patienten angemessene Ernährungstherapie-Empfehlung auszusprechen.

Die Therapiemöglichkeiten erstrecken sich von einer oralen Optimierung bis hin zu einer künstlichen enteralen bzw. parenteralen Ernährungstherapie. Daniela Schweikert, Teamleitung der Diätassistenz des NST, betont diesbezüglich: „Wir sind der empfehlende Part. Die Entscheidung, was zu verordnen ist, trifft der Arzt.“ Sie und ihre beiden Teamkolleginnen geben ernährungsmedizinisch fundierte Empfehlungen, die in den meisten Fällen übernommen werden.

Enge Kooperation für eine bedarfsgerechte Versorgung

Hatte sich das Team anfangs noch auf die künstliche Ernährung spezialisiert, gehören inzwischen auch maßgeschneiderte Lösungen für eine orale Optimierung zum Angebot des NST. „Ganz allgemein sind unsere Ziele eine sichere und nachhaltige ernährungsmedizinische Versorgung unserer Patienten, die Festigung der fachübergreifenden Zusammenarbeit und die Sicher-

stellung einer bedarfsgerechten Weiterversorgung zu Hause oder im Pflegeheim durch die enge Verzahnung mit dem Entlassungsmanagement“, sagt Priv.-Doz. Dr. Michael Adolph.

Seit 2016 ist das NST am Universitätsklinikum Tübingen im Einsatz. Inzwischen arbeiten Ernährungsmediziner Adolph, sein Stellvertreter und Diabetologe Prof. Dr. Andreas Fritsche und ihr Team – neben Daniela Schweikert gehören dazu Johannes Kufeldt, Master of Public Health, sowie zwei weitere Diätassistentinnen – konsiliarisch für sechs Fachbereiche: Allgemeine Viszeral- und Transplantationschirurgie, Gastroenterologie, Hämatonkologie, Onkologie und Radioonkologie sowie Intensivmedizin. Weitere Bereiche wie Hals-Nasen-Ohren-Klinik, Urologie und Frauenklinik sollen zeitnah hinzukommen. Ein wichtiger Erfolgsfaktor ist eine gute interdisziplinäre Zusammenarbeit mit allen an dem Patientenversorgungsprozess beteiligten Berufsgruppen. Hierzu zählen neben Ärzten und Pflege vor allem auch Logopädie, Physiotherapie, Psycho(onko)logen, Ergotherapeuten und weitere.

Der Mehraufwand rechne sich für Patient und Klinik, erklärt Adolph: „Wenn man bedenkt, dass 25 % bis 30 % der Patienten bereits bei der Aufnahme mangelernährt sind, können wir einiges bewirken.“ Mit einem effektiven Screening und einem frühzeitigen, engmaschigen Ernährungsmanagement senke das NST die Komplikationsrate und Liegezeit und nehme damit positiven Einfluss auf Le-

bensqualität und Therapiefähigkeit der Patienten. Und noch einen wichtigen Aspekt nennt der Ernährungsmediziner: „Dadurch erreichen wir nebenbei eine Reduzierung der Therapiekosten. Ziel ist es, dass wir uns wirtschaftlich betrachtet selbst tragen. Der Aufwand macht sich also mehr als bezahlt.“

Ziel: mehr Lebensqualität

Wie sinnvoll ein gutes Ernährungsmanagement ist, zeigt die Zusammenarbeit von Priv.-Doz. Dr. Michael Adolph und Prof. Marc Reymond, Chirurg am Klinikum Tübingen. Dieser hat sich auf die Therapie von Patienten mit Bauchfellkrebs spezialisiert und u. a. das PIPAC-Verfahren (Druck-Aerosol-Chemotherapie) entwickelt, bei dem Chemotherapeutika unter Druck in den Bauchraum vernebelt werden. „Die Betroffenen sind meist Palliativpatienten, für die es in der verbleibenden Zeit um möglichst viel Lebensqualität geht“, erklärt Reymond.

Patienten mit Bauchfellkrebs seien oft mangelernährt, Studien zufolge zu 56%. Der Grund: Tumorwachstum und Entzündungen führen zu einem erhöhten Stoffwechsel. Tumorinvasion und Nebenwirkungen der Chemotherapie auf den Darm stören die Kalorienaufnahme. „Entsprechend muss auf eine angebrachte und quantitativ ausreichende Nährstoffzufuhr gewährleistet sein.“ Ernährungsmanagement sei daher kein Luxus, sondern ein Muss.

Reymond und Adolph haben sich dafür eingesetzt, dass die Ernährungstherapie bereits vor einer geplanten

Operation beginnt. „Ein gut ernährter Patient hat 50 % mehr Chancen auf ein gutes OP-Ergebnis“, erklärt der Chirurg. Das standardisierte Vorgehen des NST bringe messbare Verbesserungen bei der Senkung der Kosten. „Und die Lebensqualität der Patienten in ihrem letzten Lebensabschnitt wird ebenfalls deutlich besser.“ ■■

| www.medizin.uni-tuebingen.de



SCHRITT FÜR SCHRITT ZUM ERFOLGREICHEN GESUNDHEITZENTRUM

Eine gelungene Kooperation von Praxis und Klinik: Die GRN Klinik Schwetzingen und die am Krankenhausgelände fachärztlich niedergelassenen Praxen machen vor, wie's funktioniert!

Prof. (apl.) Dr. D. Dinter, Radiologie Schwetzingen, Gemeinschaftspraxis am Krankenhaus und Rüdiger Burger, GRN Gesundheitszentren Rhein-Neckar



Rüdiger Burger



Prof. Dr. Dietmar Dinter

■ Warum sucht eine Klinik nach Kooperationspartnern? In der Ausgangssituation Mitte der 90er Jahre gab es im deutschen Gesundheitswesen mit wenigen Ausnahmen keine vertraglich vereinbarte Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern. Krankenhäuser agierten selbständig, im niedergelassenen Bereich gab es fast nur Einzelpraxen. Die Zusammenarbeit zwischen ambulantem und stationärem Sektor beschränkte sich auf die Belegärzte (HNO, Gynäkologie, u.a.). Das damalige „Kreiskrankenhaus Schwetzingen“ verfügte 1995 über 300 Planbetten mit den Fachbereichen Innere Medizin mit Kardiologie/Angiologie sowie Gastroenterologie/Onkologie, Chirurgie mit Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie sowie Unfallchirurgie/Orthopädie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Anästhesie und Intensivmedizin.

Konkurrenz in der Metropolregion

Zusätzlich waren bereits damals auch verschiedene Belegabteilungen (HNO, Handchirurgie, Plastische Chirurgie) vorhanden. Träger des Krankenhauses ist der Rhein-Neckar-Kreis, der 1996 für seine vier Kliniken (zusätzlich Eberbach, Sinsheim und Weinheim) zunächst einen Eigenbetrieb gründete. 2006 wurde der Eigenbetrieb in eine gemeinnützige Gesellschaft umgewandelt, die GRN (Gesundheitszentren Rhein-Neckar gGmbH) mit Sitz in Schwetzingen.

Ein Argument für den Gedanken an eine Kooperation war das bereits damals sehr kompetitive Angebot an Gesundheitsleistungen in der Metropolregion: Im Umkreis von ca. 15 km um Schwetzingen finden sich 17 Krankenhäuser mit ca. 7.000 Betten, darunter die zwei Universitätskliniken in Hei-

delberg und Mannheim. Alle Kliniken stehen in unmittelbarer Konkurrenz zueinander. Eine Zusammenarbeit war ursprünglich nicht vereinbart.

Krankenhäuser konnten und können Kooperationen eingehen mit:

- Kliniken einer höheren oder geringeren Versorgungsstufe, bei Abstimmung der medizinischen Schwerpunkte auch mit Kliniken gleicher Größe; mit Reha-Einrichtungen; Pflegeeinrichtungen;
- Facharztpraxen, die das Spektrum der Klinik ergänzen, bzw. mit eigenen oder externen MVZ und auch mit Hausarztpraxen, wobei hier wegen der Konkurrenz eine Selektion einzelner schwierig ist.

Beginn der Kooperation

Wie kam es zur Entwicklung der Kooperationen zu einem Gesundheitszentrum? Einerseits begann es mit einer Krankenhauskooperation: Ab 1997 wurde die Zusammenarbeit der GRN und des Kreiskrankenhauses Schwetzingen mit dem Universitätsklinikum Heidelberg gesucht und ständig weiter ausgebaut. Begonnen hatte die Zusammenarbeit im Bereich der Pathologie sowie der Teleradiologie und Telemedizin. Ab 2005 begann eine intensive Zusammenarbeit mit dem Psychiatrischen Zentrum Nordbaden in Wiesloch (PZN). Heute betreibt die GRN in Schwetzingen eine Station für Psychosomatik, das PZN unterhält eine Tagesklinik mit 18 Plätzen und eine Psychiatrische Institutsambulanz in Räumen des somatischen Krankenhauses.

Weiterhin erfolgte der Ausbau des stationären Angebots der GRN an der Klinik Schwetzingen. Dazu errichtete die GRN im Jahr 1999 ein Altenpflegeheim mit direkter Anbindung an das Krankenhaus. Das Seniorenzentrum Schwetzingen „Haus am Schlossgar-

ten“ mit seinen 80 Betten kann im Anschluss an den stationären Aufenthalt in der Akutklinik sowohl im Bereich der Kurzzeitpflege als auch der Dauerpflege das Angebot für Patienten und Angehörige ergänzen. Die Nachfrage nach Heimplätzen ist nach wie vor ungebrochen, zumal eine umfassende medizinische Versorgung rund um die Uhr im direkten Umfeld garantiert ist. Schließlich wurde in einem weiteren Anbau im Jahr 2008 die GRN-Klinik für geriatrische Rehabilitation neu untergebracht. Hier stehen bis zu 30 Betten für Alterspatienten zur Verfügung.

Umsetzen in die Praxis

Andererseits wurde der Weg hin zu Kooperationen mit Facharztpraxen beschritten. Dabei wurde 1998 mit dem einzigen in Schwetzingen niedergelassenen Radiologen die erste Kooperation vereinbart. Für den Umzug der Praxis wurde im Erdgeschoss eine Fläche für CT, MRT und Nuklearmedizin zur Verfügung gestellt. Überwiegend werden konventionelle Röntgenleistungen bis heute von der Klinik für die Praxis erbracht. Im Gegenzug bezieht die Klinik alle Schnittbildverfahren von der Praxis. Das CT wird rund um die Uhr für Klinikpatienten zur Verfügung gestellt.

Im Anschluss wurden bei jeder folgenden Erweiterung der Klinik Praxisräume für niedergelassene Fachärzte errichtet und langfristig an diese vermietet. Im Rahmen einer im Jahr 2000 durchgeführten Erweiterung für ein ambulantes OP-Zentrum (AOZ) sowie den Ausbau der Intensivstation der Klinik wurden Flächen an verschiedene Praxen vermietet: eine Nephrologie mit 45 Dialyseplätzen, eine Neurochirurgie, eine Kinderchirurgie sowie eine Praxis für Chirurgie, Hand- und Plas-

tische Chirurgie. Im Zusammenhang mit dem Anbau für die GRN-Klinik für geriatrische Rehabilitation und der Station für Psychosomatik im Jahr 2008 wurden Praxisräume errichtet und an weitere Praxen vermietet: Anästhesie und Schmerzmedizin, Urologie, Neurologie. Zusätzlich wurde ein MVZ mit Onkologie, Kardiologie und Angiologie, eine Tagesklinik für Psychiatrie und Psychosomatik und eine Psychiatrische Institutsambulanz angesiedelt. Die bestehende Radiologische Praxis wurde in dem Zusammenhang erweitert.

Erfolgreicher weiterer Ausbau

Im Rahmen dieser Umbaumaßnahmen war die Anbindung des Onkologen an die Klinik sehr wichtig, nachdem die Chefärzte der Klinik - Gynäkologe und Gastroenterologe - ihre über Jahre bestehende Ermächtigung der KV zur ambulanten Behandlung verloren hatten. Im bisher letzten Schritt wurden mit der Sanierung eines ehemaligen Personalwohnhauses Flächen für eine HNO-Praxis, eine Praxis für Kinderheilkunde (der Arzt nimmt dabei auch an der Neugeborenenversorgung teil), bereit gestellt. Zusätzlich erfolgte eine Erweiterung der Psychiatrischen Institutsambulanz.

In 13 Facharztpraxen bieten ca. 35 Niedergelassene in 17 unterschiedlichen Fachgebieten medizinische Leistungen an. Damit entwickelte sich im Laufe von 20 Jahren ein umfassendes, mit vielen Spezialisten ausgestattetes Gesundheitszentrum mit ambulanten und stationären Behandlungsmöglichkeiten. Dieses vernetzte Angebot deckt fast alle medizinischen Leistungen ab, die Patienten und deren Hausärzte nachfragen. Dabei ergänzen sich die hoch spezialisierten Fachärzte aus allen Bereichen gegenseitig und schaffen ein umfassendes Zentrum mit einem nahezu barrierefreien Übergang von ambulant zu stationär sowie zurück.

Die Kooperationen zwischen Klinik und Praxen beinhalten viele Aspekte: Zwischen der Klinik und den niedergelassenen Fachärzten gibt es viele Kooperationsverträge, z.B. im Rahmen von belegärztlichen Leistungen oder über die Durchführung von Konsultationen bei stationären Patienten bis hin zu stationären Operationen, die Nutzung von Einrichtungen der Klinik wie OP für ambulante Operationen, die Nutzung der beiden Linksherzkatheterplätze, das Überlassen von Medizingeräten oder die Nutzung der

Bitte umblättern ►

Zentralsterilisation. Die Klinik ergänzt die Behandlungsmöglichkeiten für die niedergelassenen Fachärzte.

Auch die Kooperation zwischen den Praxen schafft deutliche Synergieeffekte, die dem Patienten zugutekommen und zur Qualitätsverbesserung, zu erweiterten Angeboten an medizinischen Leistungen und zu verkürzten Wartezeiten führt. Zudem führt die intensivere Kommunikation der Praxen untereinander zu effektiveren Behandlungspfaden

Als Beispiel sei die Versorgung eines Patienten mit einem Bandscheibenvorfall genannt: Er wird etwa vom hausärztlichen MVZ über den Schmerztherapeuten zur Radiologie überwiesen und bei entsprechender Diagnose nach interdisziplinärer Fallbesprechung zwi-

schen Radiologie, Schmerztherapie und Neurochirurgie meist schon innerhalb eines Tages einer Behandlung zugeführt. Das ist dank der Logistik mit kurzen Wegen zwischen den Praxen auf dem Gelände problemlos möglich.

Auch erfolgt durch die höhere Dichte an Fachärzten automatisch eine höhere Rate an gegenseitigen Zuweisungen von Patienten, sei es in Diagnostik oder Therapie. Dabei ergeben sich Unterschiede zum Prinzip der Polikliniken: Einerseits beinhalten diese eine zusätzliche stationäre Versorgung, andererseits und bedeutender ist, dass Ärzte in Polikliniken angestellt sind und daher Produktivität, Engagement und Servicegedanke messbar niedriger sind als bei Kooperationskonzepten.

Wirtschaftliche Verbesserung

Für Praxen im Allgemeinen und speziell für radiologische Praxen ergeben sich diverse Vorteile im Rahmen einer Kooperation. Es erfolgt eine Stärkung der Praxis durch Nutzung der klinischen Stärken mit der Option des Aufbaus einer Qualitätsreferenz. Hierüber wird ein größeres Einzugsgebiet mit zusätzlichen Fallzahlen versorgt. Dazu kommen neue attraktive Versorgungsbereiche durch den Aufbau klinischer Schwerpunkte, die sich auch in interdisziplinärer Zusammenarbeit mit dem klinischen Partner ausgestalten lassen.

Auch verbessert sich die Wirtschaftlichkeit: Reduktion des nicht kostendeckenden EBM-Anteils bei den Gesamterlösen; Ausbau nicht budgetierter

Umsatzanteile; stabile, kalkulierbare stationäre GKV-Versorgungsanteile zu frei vereinbarten Konditionen und eine planbare Auslastung der Modalitäten. Auch verbessert sich die Qualitätssicherung im Vergleich zur rein ambulanten Versorgung dank klinischer Besprechungen, direktem klinischen Feedback und interdisziplinärer Zusammenarbeit. Eventuell kann durch ein Rotationssystem für den ärztlichen Nachwuchs die volle Weiterbildungsmächtigung erreicht werden. Schließlich führt eine nachhaltig stabilisierte Kooperation zu einer Stärkung der Innovationsfähigkeit.



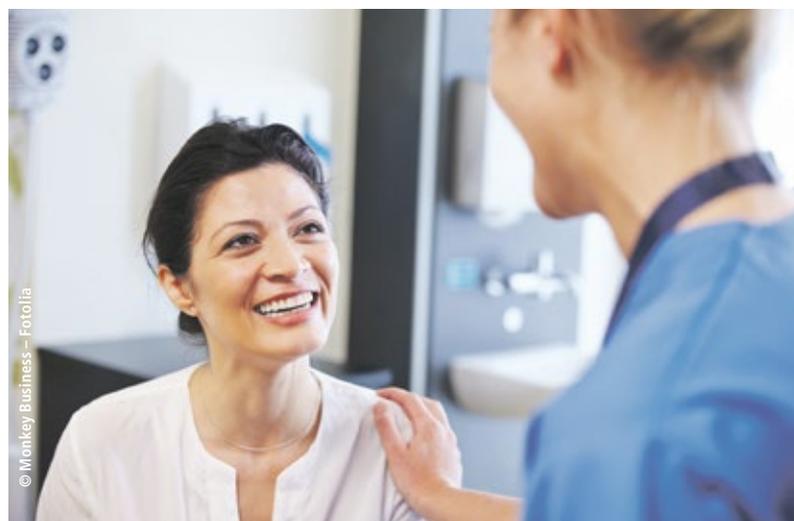
| www.grn.de |

| www.radiologie-schwetzingen.de |

NÄCHSTER HALT VALUE BASED HEALTHCARE?

Das Gesundheitssystem steht vor großen Aufgaben. Es herrscht der Imperativ der Veränderung. Ist eine werteorientierte Neuausrichtung der Versorgung die Lösung?

„Qualität und nachhaltige Finanzierung“ lautet das Motto des diesjährigen Hauptstadtkongresses Medizin und Gesundheit in Berlin. Es reflektiert den Paradigmenwechsel von einer Kostendämpfungspolitik hin zu einer qualitätsorientierten Vergütung. Zu- und Abschläge für hervorragende bzw. unzureichende Qualität sollen Kliniken finanzielle Anreize zur Erhaltung und Verbesserung der Versorgungsqualität geben. Doch der Pay for performance-Ansatz des Krankenhausstrukturgesetzes sorgt für Gesprächsstoff. Eine Kopplung der Vergütung an das Behandlungsergebnis oder sogar an den Gesamtnutzen für den Patienten im Sinne von Value Based Healthcare setzt die Möglichkeit zur Messung dieser Zielgrößen voraus. Die Diskussion über das erste methodische Grundlagenpapier des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen zeigt allerdings, wie schwierig es ist, geeignete Qualitätsindikatoren zu definieren. Das liegt nicht zuletzt an der Fragmentierung des deutschen Gesundheitssystems. Glücklicherweise sind sich die Akteure mittlerweile einig, dass die Sektorengrenzen ein Anachronismus sind und aus dem Nebeneinander ein Miteinander entstehen muss. Aber das geht nicht ohne die Bereitschaft zur Veränderung.



Im internationalen Vergleich schneidet das deutsche Gesundheitssystem gut ab. Im Bloomberg 2017 Healthiest Country Index belegt es Platz 16, in der Global Burden of Disease Study 2015 (ein weltweit angelegtes Projekt zur Messung der Lebensqualität) Platz 15. Wird das auch in Zukunft so sein?

System- und Prozesslösungen gewinnen an Bedeutung

Auch Philips hat sich in der jüngeren Vergangenheit neu aufgestellt. Früher reiner Produkthersteller, bietet das Unternehmen heute System- und Prozesslösungen für das gesamte Health Continuum an: vom gesunden Lebensstil über Prävention, Diagnostik und Therapie bis hin zur Unterstützung des Lebens zu Hause. Einen besonderen Schwerpunkt bildet die Optimierung sowohl einrichtungsinterner als auch sektorenübergreifender Prozesse. Eine Aufgabe, die nur gelingt, wenn man ein tiefgreifendes Verständnis für die Versorgungsrealität mitbringt. „Als kompetenter Partner unterstützt Philips seine Kunden dabei, Effizienz, Produktivität und Outcome zu verbessern. Wenn wir zukünftig jeden Schritt

der Wertschöpfungskette zusätzlich daraufhin überprüfen, welchen Nutzen er für die Lebensqualität des Patienten hat, schaffen wir nicht nur den Weg aus der Krise, sondern auch eine wirklich patientenorientierte Versorgung“, erklärt Peter Vullings, CEO Philips DACH und Market Leader Health Systems.

Healthcare Transformation Services

Die Durchführung von Prozessanalysen und die Erarbeitung von Optimierungsempfehlungen gehört bei Philips zum umfassenden Consulting-Portfolio der Abteilung Healthcare Transformation Services (HTS). Das HTS-Team berät Krankenhäuser beispielsweise im Rahmen der Einführung der Intelivue Guardian Solution von Philips.

Die mit einem Frühwarnsystem (Early Warning Scoring) ausgestattete Lösung zur Entscheidungsunterstützung hilft dem Pflegepersonal auf Normalstationen dabei, Verschlechterungen des Patientenzustandes rechtzeitig zu erkennen und unerwartete Todesfälle zu verhindern. Aber erst Workflowanalysen und -verbesserungen sorgen dafür, dass sie ihr volles Potenzial entfalten kann. Denn auch die neueste Medizintechnik wird immer nur das abbilden, was in den Prozessen passiert.

Hohe Erwartungen an die Digitalisierung

Das Prinzip ist übertragbar: Die Digitalisierung von schlechten analogen Prozessen führt zwangsläufig zu schlechten digitalen Prozessen. Und die Erwartungen an die Digitalisierung sind hoch, sei es im Hinblick auf die Prozesse innerhalb eines Krankenhauses oder auf die Prozesse zur Verzahnung von stationärem und ambulanten Sektor. Philips ist der festen Überzeugung, dass Konzepte zur vernetzten Versorgung von entscheidender Bedeutung für die Zukunftsfähigkeit des deutschen Gesundheitssystems sind. Nur wenn alle Beteiligten an einem Strang ziehen, gelingt der Wandel von einer episodischen zu einer kontinuierlichen werteorientierten Versorgung.

Philips GmbH Market DACH, Hamburg
Tel.: 040/2899-0
healthcare.deutschland@philips.com
www.philips.de/healthcare

**Hauptstadtkongress:
Halle B, Level 2, Stand 98**

IM AUFWIND – VOM **SANIERUNGSFALL** ZUM ERFOLGREICHEN HEALTHCARE-DIENSTLEISTER

Anfang der 2000er Jahre geriet das Krankenhaus Rummelsberg bei Nürnberg in finanzielle Schieflage. Seit Übernahme durch die Sana Kliniken befindet sich die Klinik im Aufwind.

Martin Sprung und Alexander Schlaak,
Sana Kliniken des Landkreises Cham

■ Nach der Umstellung auf das neue Abrechnungssystem der DRG-Fallpauschalen Anfang 2004 fanden sich viele Kliniken im Bundesgebiet in unruhigem Fahrwasser wieder. Auch am Krankenhaus Rummelsberg hatte man sich nur bedingt auf die Reformen vorbereitet. Die Folge waren mangels finanzieller Möglichkeiten fehlende Investitionen in die orthopädisch und neurologisch geprägte Fachklinik. Die anderen sozialen Einrichtungen des Trägers (Diakonie Rummelsberg), die erfolgreich betrieben wurden, waren plötzlich aufgrund der finanziellen Belastung durch die defizitär wirtschaftende Klinik bedroht.

Der Vorstand der Diakonie entschloss sich daher Ende der 2000er Jahre, das Krankenhaus zu verkaufen. „Es war eine Situation erreicht, die wir aus eigener Kraft nicht mehr bewerkstelligen konnten“, so Vorstand Martin Neukamm. Der Zuschlag fiel an die Sana Kliniken, deren umfassendes Konzept und professionelles Management überzeugte. Nicht nur die Arbeitsplätze und das diakonische Profil des Hauses blieben erhalten. Zudem sollte das medizinische Leistungsangebot erweitert und der Investitionsstau abgebaut werden. Die Sana Kliniken haben sich zu millionenschweren Investitionen in die medizinische, technische und Gebäudeinfrastruktur binnen kürzester Zeit vertraglich verpflichtet.

Neue Kommunikationsstrukturen etablieren

Mit der Etablierung schneller Entscheidungsprozesse und der Einrichtung einer personell erweiterten Klinikleitung wurde die Kommunikation in den obersten Führungsebenen und vor allem in die Organisation hinein verbessert. Über regelmäßig stattfindende Führungskräftekonferenzen werden strategische Entscheidungen fortan



klar und transparent an das mittlere Management kommuniziert.

So konnten interne Reformvorhaben wie das Strategieprogramm „Rummelsberg PLUS“ oder die Einführung des Zentralen Belegungsmanagements und der Zentralen Patientenaufnahme als Taktgeber des Krankenhauses zeitnah mit allen Beteiligten diskutiert und über deren Projektfortschritt berichtet werden. Dies erwies sich als zentral, waren doch alle Bereiche der Patientenversorgung von der Optimierung des Aufnahmeprozesses direkt betroffen. Als wichtigste Ziele wurden die Reduzierung der präoperativen Verweildauer und die Verbesserung des allgemeinen Verweildauermanagements definiert. „Auf dieser Basis lässt sich mittlerweile – auch aktuell im Rahmen der gesetzlichen Verpflichtung zum Entlassmanagement – eine stringente und für den Patienten optimale Entlasssteuerung umsetzen“, erklärt Sebastian Holm, Geschäftsführer Krankenhaus Rummelsberg.

Zufriedene Mitarbeiter und Patienten bekommen

Neben einer hochwertigen Versorgung der Patienten liegt das Augenmerk auf der Mitarbeiter- und Patientenzufriedenheit. Eine erste Great-Place-to-Work-Umfrage hat Verbesserungspotentiale identifiziert, die im Rahmen der Zertifizierung „Beruf und Familie“ nachgehalten und umgesetzt werden.

Für die Klinikleitung standen von Beginn an Möglichkeiten einer offenen Diskussionskultur im Zentrum, beispielsweise über Stationsleitungsworkshops, die regelmäßig für die

Führungskräfte der Pflege stattfinden. Im ärztlichen Bereich wiederum können Assistenz- und Oberärzte vom konzernweiten Förderprogramm des medizinischen Personals profitieren. Generell kann das Krankenhaus Rummelsberg von den umfangreichen Qualitätssicherungsstrukturen der Sana Kliniken profitieren. So lassen sich im Qualitätsinformationssystem (QuIS) auch aktuelle Parameter zur medizinischen und pflegerischen Qualität regelmäßig bewerten und Maßnahmen zur Verbesserung ableiten.

Marketingaktivitäten ausbauen

Die kontinuierliche Messung der Patientenzufriedenheit wird nicht nur für hausinterne Entscheidungsprozesse, sondern auch für die extern ausgerichtete Kommunikation nutzbar gemacht.

Auch in diesem Bereich wurden am Krankenhaus Rummelsberg in den vergangenen Jahren verstärkt Anstrengungen unternommen, vorrangig über den Ausbau der lokalen und überregionalen Pressearbeit. Parallel dazu wurde die Präsenz auf Online-Bewertungsplattformen gezielt gestärkt. Im Rahmen von jährlich etwa 100 Veranstaltungen am Krankenhaus wird die Öffentlichkeit zudem über mitunter europaweit einmalige Therapie- und Diagnoseverfahren direkt informiert.

Zielgerichtete Spezialisierung schaffen

Im medizinischen Bereich setzt die Leitung der orthopädischen und neurologischen Fachklinik seit Jahren

auf eine zielgerichtete Spezialisierung. Allein in der Orthopädie garantieren inzwischen sechs selbstständige und jeweils Chefarztgeführte Abteilungen ein überdurchschnittliches Maß an Kompetenz im jeweiligen Fachgebiet.

„Nach dem Motto: Nicht jeder macht alles, sondern jeder bedient das Feld, auf dem er zu den Besten gehört“, betont Klinik-Geschäftsführer Sebastian Holm.

Dabei fördert die Klinikleitung konsequent die Zertifizierung zu spezialisierten Zentren, sei es für eines der ersten Endoprothetikzentren der Maximalversorgung in Deutschland oder für das deutschlandweit erste Zentrum für Fuß- und Sprunggelenkchirurgie der Maximalversorgung.

Mit der interdisziplinären Station für Menschen mit Mehrfachbehinderung, auf der Orthopäden und Neurologen gemeinsam Patienten mit schwersten Behinderungen behandeln und betreuen, wurde eine europaweit einzigartige Einrichtung etabliert. Die Voraussetzung für diese Patientenversorgung auf Spitzenniveau ist auch der unternehmerische Mut für Investitionen in modernste Medizintechnik. So verfügt das Krankenhaus Rummelsberg über das erste Fuß-CT (pedCAT) in Kontinentaleuropa, innovative computergestützte Therapiegeräte wie den InnoWalk oder Europas modernstes Ganganalyselabor mit 3-D-Kameratechnik.

Prozessoptimierung, Mitarbeiterorientierung, Patientenzentrierung und Portfoliosteuerung: Durch ein gesteuertes Ineinandergreifen dieser Aufgabenfelder verbessert sich die Qualität des eigenen Leistungsspektrums und damit der Patientenversorgung. Effizienzgewinne und höhere Patientenzahlen sind die logische Folge. Das Krankenhaus Rummelsberg ist ein gutes Beispiel dafür, wie sich auf diese Weise nachhaltiges sowie unternehmerisch erfolgreiches Wachstum generieren lässt. ■■

| www.sana.de |

LÖSUNGSORIENTIERT: INSTRUMENTEN-MANAGEMENT NEU ORGANISIEREN

Die Optimierung von Arbeitsabläufen, vor allem unter den Aspekten der Funktionalität, Benutzerfreundlichkeit und wirtschaftlicher Effizienz spielt eine wichtige Rolle im klinischen Betrieb.

Dr. Siegfried Kalix,
Klinikverbund Südwest, Sindelfingen



Dr. Siegfried Kalix

Speziell im Instrumentenmanagement und den damit verbundenen logistischen Prozessen und Anforderungen an die Aufbereitung kommt es zu Verschwendung und ineffizienten Prozessen, die das Patientenrisiko erhöhen und wirtschaftlich negative Konsequenzen hervorrufen. Mit diesen Erkenntnissen hatte der Klinikverbund Südwest bereits im Jahr 2011 ein Projekt zur Neuordnung des Instrumentenmanagements und der Sieboptimierung initiiert. Die Reparaturkosten waren unkontrollierbar geworden, verschiedene Schnittstellen griffen nicht mehr richtig, kurzum, eine Neuordnung des Instrumentenmanagements war notwendig. Kleinere Siebsichtungen im Vorfeld hatten gezeigt, dass hier Handlungsbedarf bestand.

Die effizientere Nutzung des vorhandenen Instrumentariums, Kapazitätsgewinn, Kosteneinsparung bei der Aufbereitung und eine gesteigerte Wirtschaftlichkeit waren die definierten Projektziele.

Ausgangssituation

Mit der Gründung des Klinikverbundes im Jahr 2006, durch die Zusammenlegung der Kreiskrankenhäuser Böblingen, Herrenberg und Leonberg, der Geriatrischen Reha-Klinik der beiden Kreiskrankenhäuser Calw und Nagold sowie des Städtischen Krankenhauses Sindelfingen, wurden auch gegebene Strukturen und Einrichtungen übernommen. Dies machte eine Analyse der bisherigen Prozesse notwendig.

Ganzheitliches Reparaturmanagement

Der Klinikverbund Südwest definierte seine Anforderungen an ein Reparaturmanagement und initiierte eine Ausschreibung. Viele Reparaturdienst-

leister sind mittlerweile im Markt etabliert und bieten ihre Leistungen zu unterschiedlichen Konditionen und in unterschiedlicher Qualität an. In der Vergangenheit waren häufig Reparaturen nicht nach Herstellervorgaben durchgeführt worden, was durchaus zu erhöhten Risiken im Klinikbetrieb führen kann.

Nach eingehender Prüfung entschied man sich für die Firma SteriLog, deren Angebot den Anforderungen des

Klinikverbunds entsprach. Gemeinsam mit der Firma erarbeitete man ein ganzheitliches Reparaturmanagementkonzept, welches anschließend so etabliert wurde.

- Seit dem gibt es für die Kliniken/ZSVAs nur noch einen Ansprechpartner für die Reparaturen des gesamten Sterilguts.
- Ein neues Reportingsystem informiert die OP- und ZSVA-Leitungen kontinuierlich über die laufenden Reparaturkosten (transparent bis zur Kostenstelle (siehe Muster Reporting)).
- In einem wöchentlichen Turnus kommen die reparierten Instrumente zügig wieder zurück, sodass die Nachlegeware in den ZSVAs auf wenige Stückzahlen begrenzt werden konnte.
- Die Sieb-Ausfallzeiten konnten, auch infolge der Harmonisierung der Instrumente, stark verkürzt bzw. können gänzlich vermieden werden.
- Die Kosten für Reparaturen konnten über die Jahre gesenkt und konstant gehalten werden (s. Abb. 1).

Effizienzsteigerung

Die Arbeitsgruppe des Klinikverbundes, die gemeinsam mit der SteriLog

GmbH das ganzheitliche Reparaturmanagement erarbeitete, setzte sich aus den Chefärzten, OP-Leitungen und dem Einkauf zusammen.

Im Vorfeld fand eine ausführliche Siebberatung bei der Firma Aesculap statt. Folgende Resultate wurden durch die Beratung erzielt:

- Von 407 besprochenen Siebtiteln im Klinikverbund Südwest konnten 48 Siebe komplett aufgelöst werden.
- 151 Siebtitel wurden auf 57 reduziert.
- Bei 270 Siebtiteln wurden die Instrumente neu zusammengestellt.
- Zudem konnte eine Standardisierung der Instrumente in den Siebtiteln – je nach Haus – zwischen 29% und 68% erreicht werden (siehe Abb. 2).
- Auch Grundsiebe innerhalb einer Klinik sowie zwischen den Disziplinen konnten fast identisch ausgelegt werden.

Realisierung mit hoher Nachhaltigkeit

Die Umsetzung der Siebreorganisation in sechs Häusern im laufenden Betrieb stellte eine neue, große Herausforderung dar.

Dadurch, dass vorhandene und neue Instrumente verwendet werden konnten, war es möglich, diese Maßnahme zügig umzusetzen.

Allerdings erforderte es von allen Betroffenen ein vollkommenes Umdenken und das Einschlagen neuer Wege.

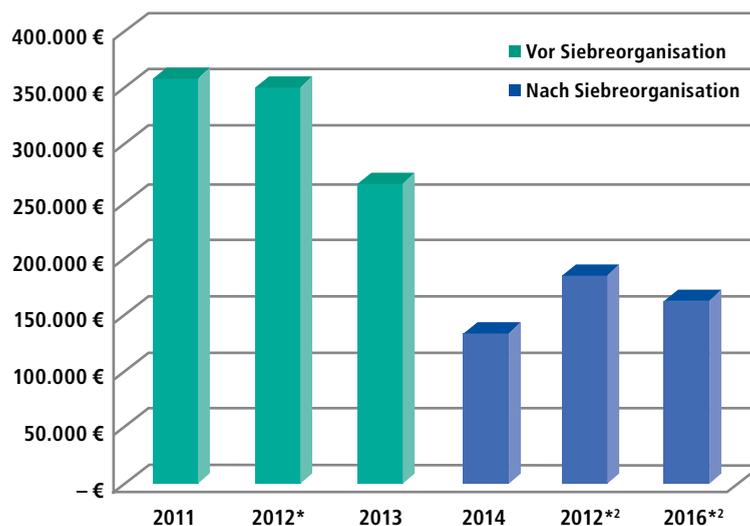
Hier zeigte sich die Qualität der Beratung, die darin resultierte, dass alle Nutzer sich auf die Ausstattung der Siebe gemeinsam verständigen konnten.

Noch heute werden die Siebe zum größten Teil so verwendet, wie es in den Beratungen festgelegt wurde.

Fazit

Durch die inhaltliche Angleichung der Siebe innerhalb der Disziplinen ließ sich ein höherer Nutzungsgrad der Instrumentensiebe erreichen. Die Harmonisierung der Instrumente hatte eine vereinfachte Lagerhaltung der Nachlegeware zur Folge, was einen zusätzlichen Benefit bedeutete. Des Weiteren wurde die ZSVA zentralisiert und ein einheitliches Sterilgut- und Managementsystem eingeführt. Aktuell überprüft der Klinikverbund Südwest eine Umstellung der Stationsinstrumente auf Einweg-Instrumente.

Reparaturkosten Klinikverbund Südwest, p. a.



* Hochrechnung, Datenbasis: Reparaturkosten Juni bis Dezember 2012

** Im Anschluss an die Siebreorganisation wurden ab 2016 vereinzelt weitere Siebe beschafft. Die Reparaturkosten sind in der Datengrundlage mit enthalten.

| Standort | vor Optimierung | nach Optimierung | Abweichung in % |
|--------------|-----------------|------------------|-----------------|
| Sindelfingen | 1.252 | 643 | 51,36% |
| Calw | 1.474 | 420 | 28,49% |
| Herrenberg | 655 | 442 | 67,48% |
| Leonberg | 882 | 497 | 56,35% |
| Böblingen | 1.384 | 474 | 34,25% |
| Nagold | 889 | 373 | 41,96% |

| www.klinikverbund-suedwest.de |

SINNVOLL: NOSOKOMIALE WUNDINFEKTIONEN AUF ALTERNATIVE WEISE ERFASSEN

Die Abteilung für Klinikhygiene und Infektionsprävention am Karl-Olga-Krankenhaus Stuttgart erfasste nosokomiale Wundinfektionen in einer Studie mittels eines Scoring-Systems.



Rita Crocama

Rita Crocama, lfd. Fachkrankenschwester für Hygiene und Infektionsprävention, Karl-Olga-Krankenhaus Stuttgart

Das Erfassen und Bewerten nosokomialer Wundinfektionen (WI) ist laut § 23 Infektionsschutzgesetz (IfSG) u. a. durch die Krankenhausleitung sicherzustellen. Hierzu gibt es prospektiv oder retrospektiv verschiedene Möglichkeiten.

Die Surveillance von WI mit den etablierten Verfahren erfordert einen hohen Zeitaufwand und weist eine erhebliche subjektive Bewertung der Befunde auf. Wir überprüften die von Branch-Elliman et al. 2014 veröffentlichte, alternative Methode der WI-Surveillance durch Nutzung bereits vorhandener, objektiver, klinischer Daten (mikrobiologischer Befund, radiologische Untersuchungen wie CT und/oder MRT, Antibiotikatherapie und ICD-Kodierung) und Anwendung eines Scoring-Systems. Das Scoring-System hat seinen Ursprung in der Wirtschaft, es ist ein selbstlernendes System und ermöglicht eine hohe Treffsicherheit bei der Prognose. Dabei werden bestimmte Daten mit Punktzahlen belegt (engl. „Score“ = „Punktzahl“), diese Werte summiert und daraus Wahrscheinlichkeiten für

das Vorliegen bestimmter Zustände (hier: nosokomiale WI) berechnet.

Bei der vorliegenden Studie wurden folgende Ereignisse bewertet (siehe Grafik)

- Mikrobiologischer Befund 1 Punkt
- CT oder MRT 1 Punkt
- Antibiotikagabe 2 Punkte
- Kodierung Wundinfektion OPS Code T81.xx 5 Punkte

Die Addition der Scoring-Punkte ergibt die Summe, welche bei der Bewertung der Diagnose „nosokomiale Wundinfektion“ hinzugezogen wird:

- 0 Punkte: keine Wundinfektion
- 1 Punkt: geringes Wundinfektionsrisiko, Fall weiter beobachten
- 2-4 Punkte: erhöhtes Wundinfektionsrisiko
- 5 und > Punkte: Wundinfektion

Diese Methode zeichnet sich durch eine begleitende, prospektive Erfassung aus, die hierdurch die Aufmerksamkeit auf

eine eventuell drohende Wundinfektion steigert und welche somit frühzeitig erkannt oder auch verhindert werden kann. Die Abteilung für Klinikhygiene und Infektionsprävention am Karl-Olga-Krankenhaus Stuttgart – ein Haus der Grund- und Regelversorgung mit 315 Betten und jährlich ca. 14.000 stationären Patienten – begann im Oktober 2015 mit der Studie zur alternativen Erfassung nosokomialer WI mittels Scoring-System.

Angewandte Methodik

Im ersten Schritt wurden alle Patienten der Abteilung für Allgemeinchirurgie nach dem Kriterium „Nachweis eines mikrobiologischen Befundes aus dem Operationsgebiet“ gescreent. Lag ein positiver Befund vor, wurde der Patient durch die Krankenhaushygiene weiter während seines stationären Aufenthalts begleitet. Das heißt, es wurden die anstehenden Verbandwechsel und ggf. die Antibiotikagabe kontrolliert. Weitere Kriterien waren die Durchführung eines CT und/oder MRT und die abschließende Kodierung der Wundinfektion mit den OPS Codes T 81.xx „Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert“ in der digitalen Patientenakte. In der wöchentlichen Morbiditäts- und Mortalitätskonferenz der operativen Abteilung wurden die Fälle gemeinsam mit der Abteilung für Hygiene und Infektiologie besprochen und bewertet und so ggf. die Diagnose nosokomiale WI gestellt. Bereits das Gespräch über die aufgetretenen Fälle hat nachfolgend die Rate der nosokomialen WI (z. B. bei den Herniotomien) gesenkt. Hier trat der sog. Hawthorne-Effekt auf, bei dem das alleinige Wissen, dass ein Prozess beobachtet wird, bei den Beteiligten zu einer Verbesserung der Prozessdurchführung

beit mit dem hygienebeauftragten Arzt der Allgemeinchirurgischen Abteilung die Beobachtungen und Bewertungen durch. Nach einem Jahr konnte anhand der durchgeführten Indikator-Operationen „Rektum“ die Zahl der nosokomialen WI ausgewertet werden.

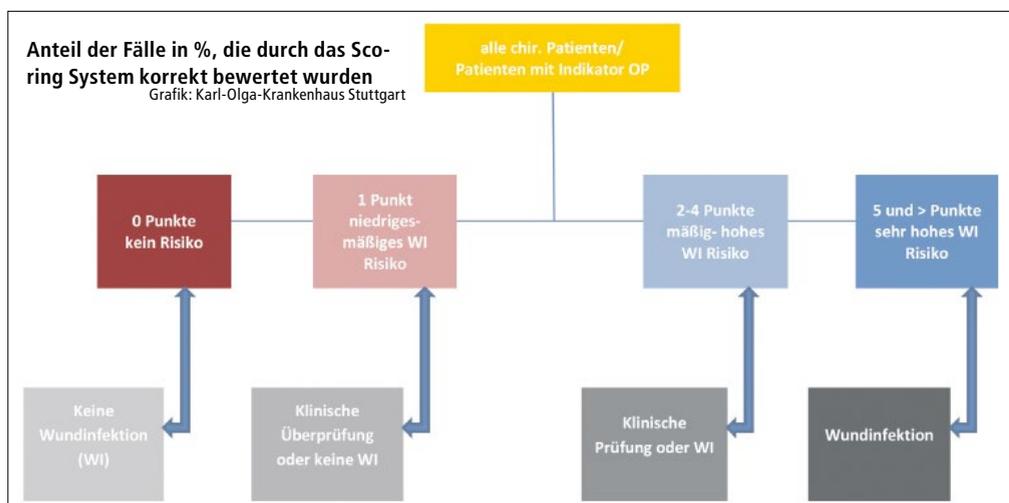
Im weiteren Verlauf wurde nach den Ursachen bzw. größten Risikofaktoren für die nosokomiale Wundinfektion bei der Indikator-Operation „Rektum“ gesucht. Im Ergebnis konnten folgende Risikofaktoren identifiziert werden: das Alter des Patienten > 70 Jahre, Nebendiagnosen Hypertonie und Diabetes mellitus. Ein weiterer Risikofaktor ist die Diagnose Adipositas. Diese Nebendiagnosen tragen zu einem erhöhten Wundinfektionsrisiko bei.

Nach 18 Monaten Durchführung der alternativen Erfassungsmethode zeigte sich im Ergebnis, dass dieses Verfahren enorme Vorteile gegenüber den herkömmlichen Erfassungen darstellt. Die postoperative Begleitung des Patienten ermöglicht zeitnah eine rasche Intervention bei einer drohenden Wundinfektion. Es wurden 98% der Wundinfektionen mit einem Scoring-Wert > 3 Punkte erkannt.

Wichtiger Pluspunkt: geringer Zeitaufwand

Ein großer Vorteil war der geringe Zeitaufwand durch die Abteilung für Hygiene und Infektiologie. Es wurden nur jene Patienten beobachtet, die einen begründeten Verdacht auf eine nosokomiale Wundinfektion hatten; alle anderen Patienten mit einem regelhaften postoperativen Verlauf wurden nicht berücksichtigt. Zur Auswertung lagen am Ende eines Monats die Zahlen aller durchgeführten Rektum-Operationen aus dem medizinischen Controlling vor.

Der Algorithmus stellt mittels bereits vorhandener Daten eine einfache Bewertung zur gezielten Überprüfung von Patienten mit Verdacht auf nosokomiale WI dar. Gleichzeitig ist der Zeitaufwand deutlich geringer als bei den bisherigen Verfahren. Durch Visitenbegleitung und die direkte Fallbesprechung mit den Verantwortlichen ist eine prospektive Intervention möglich. Diese Form der Surveillance erlaubt zugleich einen einfachen Vergleich zwischen verschiedenen Einrichtungen



führt. Die Daten wurden 2016 in der halbjährlich stattfindenden Hygienekommissionssitzung vorgestellt. In der zweiten Sitzung 2016 legte sich das Gremium auf die Durchführung der alternativen Erfassung, Indikator-OP „Rektum“ fest. Fortan führten die zuständige Hygienefachkraft in Zusammenar-

| www.karl-olga-krankenhaus.de |

WENIGER IST MEHR – GELUNGENER KAMPF GEGEN DIE SEPSIS

Sepsis ist ein Notfall, der sofortige Diagnostik und Therapie erforderlich macht. Qualitätsmanagementprojekte können nachhaltig zu einer Reduktion der Sterblichkeit beitragen.

Dr. Matthias Gründling, Dr. Christian Scheer und Prof. Dr. Klaus Hahnenkamp, Qualitätsmanagementprojekt Sepsisdialog, Universitätsmedizin Greifswald der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald



Dr. Matthias Gründling



Dr. Christian Scheer



Prof. Dr. Klaus Hahnenkamp

■ Eine Organdysregulation, die durch eine Infektion ausgelöst wurde, wird als Sepsis bezeichnet. Die Ursache dafür liegt in einer fehlregulierten Immunantwort. Ältere und Patienten mit vielfältigen Vorerkrankungen sind besonders gefährdet, an einer Sepsis zu erkranken. Die Sterblichkeit wird in der Literatur zwischen 20–50% angegeben und liegt damit deutlich höher als beim Herzinfarkt oder Schlaganfall.

Eine aktuelle Studie – die INSEP Study – zeigte eine Sterblichkeit von 34,3% auf deutschen Intensivstationen auf. Die Inzidenz der schweren Sepsis und des septischen Schocks betrug dabei in Mecklenburg-Vorpommern, welches unter allen Bundesländern am repräsentativsten abgebildet wurde, 267/100.000 Einwohner. Internationale Analysen zeigen eine Inzidenz von 270/100.000 Einwohner in der letzten Dekade.

Sepsis – ein relevanter Notfall

Somit muss weltweit von jährlich 5,3 Mio. Sepsis-Toten ausgegangen werden. Neben dem persönlichen Schicksal stellt dies ein zunehmendes medizinisches und gesellschaftlich-ökonomisches Problem dar.

Sepsis ist ein Notfall, der sofortige Diagnostik und Therapie erforderlich macht. Im Gegensatz zu Notfällen wie Herzinfarkt und Schlaganfällen sind die Symptome sehr unspezifisch. Zudem existieren zur Diagnose keine spezifischen Laborparameter oder apparativen Verfahren. Um eine möglichst frühzeitige Diagnose zu ermöglichen, wird empfohlen, Risikopatienten auf das Vorliegen einer Sepsis zu screenen. Zudem sollen Krankenhäuser Qualitätsmanagementprogramme für die Diagnostik und Therapie der Sep-

sis etablieren. Viele Studien bestätigen bereits den Erfolg solcher Programme. Es gibt aber auch Untersuchungen, die zeigen, dass ein kontinuierliches Fortführen solcher Programme schwierig ist und dass nach Unterbrechung ein Rückfall auf das vorherige Niveau droht.

Interprofessionelle Zusammenarbeit

An der Universitätsmedizin Greifswald wurde 2008 ein interprofessionelles Qualitätsmanagementprojekt (Sepsis-

dialog) durch ein Change-Management-Team bestehend aus Intensivmedizin, Pflege, Hygiene und Mikrobiologie begonnen. Die Einführung des Sepsisdialogs erfolgte in Abstimmung mit der Leitung des Klinikums und den Klinikdirektoren. Zudem wurde eine Stelle für eine sogenannte Sepsisschwester geschaffen, die organisatorische Aufgaben, das Screening der Patienten und Dokumentationsaufgaben zur Qualitätssicherung übernimmt. Nach Initiierung auf den Intensivstationen wurde das Qualitätsmanagementprojekt schrittweise auf alle Stationen

und die Notaufnahme des Greifswalder Universitätsklinikums ausgeweitet.

Weiterbildungen für Pflegekräfte und ärztliches Personal wurden in regelmäßigen Abständen auf allen Stationen veranstaltet. Hinzu kamen zwei bis drei jährliche Minisymposien für alle Mitarbeiter des Klinikums. Die Umsetzung unterstützten Plakate und Kitteltaschenkarten zur Diagnose und Primärtherapie. Zusätzlich wurden Informationen und Ergebnisse des Projekts im Intranet des Klinikums (www.sepsisdialog.de) bereitgestellt.

Schwerpunkte der Weiterbildungen waren und sind Definition und Diagnostik der Sepsis und die Einleitung einer schnellen fokussierten Primärbehandlung (siehe Tab.) entsprechend den Bundles der Surviving Sepsis Campaign (SSC) und den jeweils aktuellen Sepsisleitlinien. Weitere Schulungsinhalte sind Prävention, Epidemiologie und Pathophysiologie der Sepsis.

Interne Qualitätskontrolle und Feedback

Die Implementierung des Sepsisdialogs erfolgte nach dem Prinzip des „Deming-Zyklus“ (PDCA = Plan-Do-Check-Act). So erfolgten nach Planung und Durchführung regelmäßig Überprüfungen und darauf basierend Anpassungen der Schulungsinhalte. Grundlage der Qualitätskontrolle ist eine pseudonymisierte Erfassung qualitätsrelevanter Daten in einer eigens für das Projekt entwickelten Datenbank SIQ (Sepsis Informationssystem zur Qualitätssicherung, G.punkt medical services Magdeburg, Universitätsmedizin Greifswald, www.siqmed.de). Neben Informationen zum Schweregrad werden Qualitätsparameter (z.B. Anzahl von Blutkulturen, Zeit bis



Sixbac zur Entnahme von drei Blutkultursets, Sepsisdialog, Universitätsmedizin Greifswald

zur Antibiotikatherapie, Adäquate Antibiotikatherapie) erfasst. Diese Daten sind Grundlage des Feedbacks in den Weiterbildungsveranstaltungen, ermöglichen Maßnahmenanpassungen und können die Entwicklung und die Erfolge des Projekts dokumentieren.

Höhere Compliance, niedrigere Sterblichkeit und Liegedauer

Das Qualitätsmanagementprojekt wird im zehnten Jahr fortgeführt. Bisher wurden mehr als 15.000 Intensivpatienten auf Sepsis gescreent. Seit Beginn des Projekts Sepsisdialog stieg die Compliance mit den initialen Behandlungszielen (Sepsis Bundles) wie Abnahme von Blutkulturen, Antibiotikatherapie und Volumentherapie zur hämodynamischen Stabilisierung. Auf dieser Grundlage ließ sich die Sterblichkeit der schweren Sepsis und des septischen Schocks anhaltend um rund 20% (absolute Risikoreduktion) reduzieren (siehe Abb. 4). Zudem wurden Intensiv- und Krankenhausliegedauer signifikant reduziert.

Hindernisse und Lösungsansätze

Qualitätsmanagementprojekte müssen langfristig etabliert werden. Dies ist vor allem vor dem Hintergrund von wechselnden Teams, neu hinzukommenden Mitarbeitern und sich ständig



Logo der Kampagne „Sepsis erkennen – ich bin dabei“, Sepsisdialog, Universitätsmedizin Greifswald

erneuerndem Wissen in allen medizinischen Bereichen wichtig. Fehlende personelle und finanzielle Ressourcen und unklare Strukturen stellen weitere Hindernisse dar.

Die Ergebnisse des Sepsisdialogs zeigen, dass durch Investition von Ressourcen neben einer Sterblichkeitsreduktion auch ökonomische Vorteile wie die Verkürzung der Liegedauer bei besserer Qualität erreicht werden können. Zur Darstellung dieser Ergebnisse ist die Erhebung von Qualitätsindikatoren – wie der Zeit bis Antibiotikatherapie, der Sterblichkeit, und der Liegedauer – unverzichtbar. Auch wenn Qualitätsmanagementprojekte meist in einer kleinen Einheit starten, so müssen, um maximale Erfolge zu erzielen, alle in der Behandlungskette Beteiligten (Hausarzt, Notarzt, Notaufnahme,

Erstmaßnahmen (Abschluss innerhalb von 3 Stunden)

| | |
|----|--|
| 1. | Messung des Serum-Laktatwertes |
| 2. | Abnahme von Blutkulturen (3 Paare) vor Antibiotikagabe (Sixbac) |
| 3. | Beginn der kalkulierten antiinfektiven Therapie innerhalb 60 min nach Diagnosestellung |
| 4. | Volumensubstitution mit Kristalloiden (30 ml/kg) bei Hypotension (mittlerer arterieller Druck < 65 mmHg und/oder Laktat \geq 4 mmol/l) |

Weiterführende Maßnahmen (Abschluss innerhalb von 6 Stunden)

| | |
|----|---|
| 1. | asopressoren wenn trotz Volumen mittlerer arterieller Druck (MAP) < 65 mmHg |
| 2. | Reevaluation des Volumenstatus wenn weiterhin MAP < 65 mmHg oder Laktat \geq 4 mmol/l |
| 3. | Laktatkontrolle wenn dieses primär erhöht war |

Info

- Sepsis ist ein Notfall mit gesundheitsökonomischer Relevanz und hoher Sterblichkeit. Voraussetzung für das Überleben einer Sepsis sind ein rechtzeitiges Erkennen, eine unverzügliche Diagnostik und der schnelle Beginn einer Therapie.
- Langfristige Qualitätsmanagementprojekte wie der Sepsisdialog sind in der Lage, Diagnostik und Therapie nachhaltig zu verbessern und Sterblichkeit und Liegedauer zu reduzieren.
- Qualitätsmanagementprojekte zur Senkung der Sepsis-Sterblichkeit sollten interdisziplinär durchgeführt und alle an der medizinischen Behandlungskette beteiligten Mitarbeiter einbeziehen.

Station, Intensivstation) und alle im Krankenhaus vertretenen Disziplinen eingeschlossen werden. Nur durch ein

dauerhaftes interprofessionelles Konzept lässt sich ein nachhaltiger Erfolg erreichen. ■■

SPENDEN AUS BENEFIZLAUF MACHENS MÖGLICH

■■ Das Netzwerk „Spenderfamilien“ hat seine Arbeit aufgenommen und betreut Angehörige von Organspendern.

Angehörige von Organspendern haben jetzt erstmals auch in Deutschland die Möglichkeit, sich vor oder nach ihrer Entscheidung zur Organentnahme vom „Netzwerk Spenderfamilien“ beraten zu lassen. Der neue Verein hat im Rahmen des Chirurgenkongresses seine Arbeit aufgenommen. Als Anschubfinanzierung dienen Spenden in Höhe von 10.000 €, die bei einem Benefizlauf anlässlich der Veranstaltung eingenommen wurden. DGCH-Präsident Prof. Dr. Tim Pohlemann übergab den Spendenscheck am 24. März offiziell an Netzwerk-Initiatorin und Bundesvorsitzende Lebertransplantierte Deutschland, Jutta Riemer, und Marita Donauer, Spenderangehörige und Mitglied des Gründungsteams. Das Netzwerk bietet ab sofort allen Interessierten seine Unterstützung an. Angehörige von Organspendern hatten bisher in Deutschland keine politische Stimme. „Das gab es bisher nur in der Schweiz,



Der Transport von Spenderorganen muss schnell, äußerst sorgfältig und medizinisch einwandfrei geschehen.

Foto: DSO / Paul Bischoff

obwohl ein solcher Bedarf ganz klar auch bei uns existiert“, erklärte Pohlemann. Mit der Gründung des „Netzwerks Spenderfamilien“ solle sich dies nun ändern. „Es ist sehr wichtig, mit allen Beteiligten im Dialog zu bleiben,

um das Vertrauen in die Organspende zu stärken“. Angehörige, die darüber entscheiden sollen, befänden sich oft in einer schwierigen Ausnahmesituation.

Marita Donauer kennt diese Situation aus persönlicher Erfahrung. Vor elf Jahren erlag ihr Bruder unerwartet einem Gehirnaneurysma, die Mediziner stellten den Hirntod fest. „Ich kannte den Willen meines Bruders bezüglich Organspende nicht“, sagt Donauer. „Ich musste eine Entscheidung für ihn treffen, mit der auch ich selbst gut weiterleben konnte.“ Sie gab schließlich sieben Organe des verstorbenen Bruders zur Transplantation frei. „Davon sind sechs Empfänger heute noch am Leben, und es ist immer wieder sehr bewegend, dankbare Organempfänger zu treffen“, berichtet die Rheinland-Pfälzerin. „Es war die richtige Entscheidung.“ Geholfen habe ihr dabei das Gespräch mit Organempfängern, vermittelt durch die DSO. Das „Netzwerk Spenderfamilien“ steht für das Ja zur Organspende, für sachlich korrekte Information, gegenseitiges Verständnis zwischen Organemp-

fängern und Spenderfamilien sowie Hilfen in der Situationsverarbeitung. Darüber hinaus will die Organisation einen flächendeckenden, würdevollen professionellen Umgang mit den Angehörigen vor, während und nach einer Spende ermöglichen und die Anerkennung der Organspender und deren Familien fördern. Allen, die vor der Entscheidung einer Organspende stehen, steht das Netzwerk auf Anfrage für Gespräche zur Verfügung. „Wir wollen den Angehörigen helfen, die Situation dauerhaft gut zu bewältigen, auch bei einem Nein“, betont Donauer. Interessierte können das Netzwerk über die Organisation „Lebertransplantierte Deutschland“ kontaktieren, dort ist die Vertretung der Spenderfamilien als eigenständige Gruppe angegliedert.

Der Benefizlauf des Chirurgenkongresses wird jährlich unter dem Namen „Organspendelauf“ abgehalten – abwechselnd in Berlin und München. „Wir wollen darauf aufmerksam machen, dass Organspenden Leben retten können“, so Pohlemann. ■■

| www.lebertransplantation.eu |

DIE MÜHEN DER EBENEN LINDERN

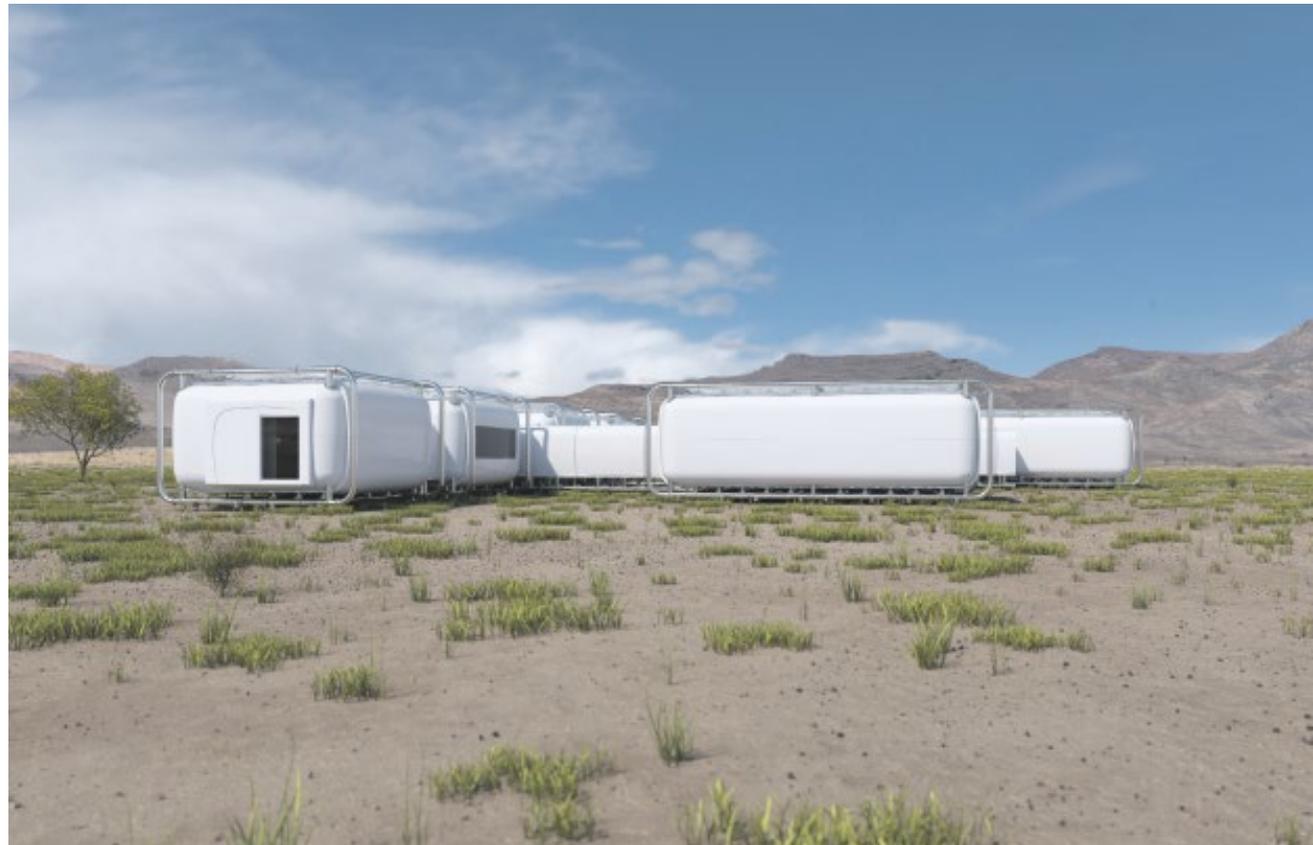
Von einer Utopie zur Praxis: Es gibt beeindruckende Beispiele, wie der Einsatz mobiler und modularer Krankenhäuser die Krankenversorgung in weiten Teilen der Welt verbessern können.

■ Die Chance auf ein gesundes und langes Leben ist weltweit ungleich verteilt: Während die durchschnittliche Lebenserwartung derzeit in Deutschland 81 Jahre und in der Schweiz 83,4 Jahre beträgt, werden Menschen in Laos im Schnitt 65,7, in Afghanistan 60,5 und in Nigeria nur 54,5 Jahre alt. Eine der Ursachen dafür lautet: Wo man lebt, ist mitbestimmend dafür, welche medizinische Versorgung man bekommt.

Von der Geburt bis zum Tod zeigt sich diese Kluft in den Statistiken der Weltgesundheitsorganisation WHO. Zwischen armen und reichen Ländern gibt es drastische Unterschiede bei der Kindersterblichkeit, der Sterblichkeitsrate von Müttern und der Gefahr, an behandelbaren Infektionskrankheiten oder Epidemien zu sterben. Selbst nach dem Tod wird deutlich, wie ungleich die Wertschätzung fürs menschliche Leben weltweit verteilt ist: Nicht mal jeder zweite Todesfall des Jahres 2015 taucht in den Statistiken der WHO auf. Denn keine staatliche Institution hat vom Ableben dieser Menschen je Notiz genommen.

Die Diagnose: In vielen Ländern fehlt die Klinik auf dem Land

Das Gesundheitsgefälle zwischen Nord und Süd sowie zwischen West und Ost beruht zu einem großen Teil auf einem Mangel an Kliniken, Ambulanzen, Ärzten und Medikamenten in weiten Teilen der Welt. Während in europäischen Ländern praktisch jede Geburt von ausgebildetem Personal begleitet wird, fanden im Jahr 2013 in Afrika und Südostasien über 40 % aller Geburten ohne ärztliche Begleitung statt. Einem Europäer stehen über 13-mal mehr Ärzte und viermal mehr Krankenpfleger zur Verfügung als einem Menschen, der in Afrika lebt. Vor allem in den ländlichen Regionen Afrikas, Lateinamerikas und Südostasiens klaffen laut WHO riesige Lücken in der Gesundheitsversorgung (Tabelle 1). Es gibt zu wenige Krankenhäuser / Behandlungszentren, und die, die es gibt, erfüllen oft nicht die



Von einer Utopie hin zur Praxis: Wie mobile und modulare Krankenhäuser die Versorgung in weiten Teilen der Welt verbessern können.

einfachsten gesundheitlichen und hygienischen Standards.

Zwar erhalten Menschen in den Städten der Dritten Welt meist wenigstens eine Basisversorgung. Doch die Menschen in den Dörfern bleiben oft sich selbst überlassen. Die regionalen Ungleichheiten der medizinischen Versorgung zu verringern, ist ein wichtiges Ziel der WHO und zählt zu deren Sustainable Development Goals, die bis zum Jahr 2030 erreicht sein sollen.

Das Ziel: Unterversorgte Gebiete erhalten Gesundheitseinrichtungen

Eine flächendeckende Gesundheitsversorgung auch auf dem Land zu gewährleisten – also in eher dünn besiedelten Gebieten –, ist eine Herausforderung. Sind noch dazu keine Straßen vorhanden oder in schlechtem Zustand, werden die Wege zum nächsten Arzt oder zur nächsten Apotheke für viele Landbewohner viel zu lang – erst recht wenn sie durch Krankheit geschwächt sind. Scheitern Länder bereits an der Aufgabe, für ihre Landbevölkerung eine flächendeckende Versorgung sicherzustellen, sind sie erst recht überfordert, wenn es aufgrund von Naturkatastrophen oder Kriegen auf einmal viele Opfer und Flüchtlinge medizinisch zu versorgen gilt. Der akute Anstieg des Versorgungsbedarfs vor

Ort ist dann nicht oder nur notdürftig zu stemmen.

Die bisherige Lösung: Operiert wird in Zelten

Was wäre, wenn die Menschen nicht mehr zu den wenigen Krankenhäusern kommen müssten – sondern die Krankenhäuser zu ihnen? Die Idee ist nicht neu. Hilfsorganisationen betreiben bereits Krankenstationen auf Lkws, Armeen nutzen transportfähige Feldlazarette. Ein großer Teil dieser mobilen „Krankenhäuser“ bis hin zum Operationssaal befindet sich jedoch in Zelten, die in puncto Keim- und Partikelschutz nur einfachste Anforderungen an die Hygiene erfüllen, von einer Beherrschung der klimatischen Verhältnisse einmal ganz abgesehen.

Bei den Qualitätsstandards klafft somit eine große Lücke zwischen stationären Krankenhäusern und ihren mobilen Versionen. Aus technischer Sicht muss das nicht so sein. Hier für eine praktikable Abhilfe zu sorgen, ist Ziel eines 2014 gegründeten Unternehmens im italienischen Ancona. Das Adriatic Institute of Technology (AIT) im italienischen Ancona entwickelt ein hoch mobiles Krankenhaus, das aus transportfähigen Modulen besteht, sich leicht auf- und abbauen und je nach Bedarf um beliebig viele Module erweitern lässt.

Die Lösung: Es entsteht der modulare transportfähige Reinraum

Das Herzstück des Konzepts ist ein Basismodul von sechs mal sechs 6 m Kantenlänge und 3,4 m Höhe. Das Modul in Schalenbauweise ist nicht größer als ein Buswartehäuschen. Das „Shelter“ für Schutzraum ist darum zusammen mit „Shell“ für Hülle der englische Namenspatte des Moduls: Dessen Prototyp erblickt derzeit in einer Werkhalle in Ancona (Italien) als „Shellbe“ das Licht der Welt.

Das Basismodul setzt sich aus wenigen Elementen zusammen. Zusammensteckbare Aluminiumrohre sowie die Boden- und Deckplatte bilden einen tragenden Rahmen. Daran werden Schalen als Seitenwände befestigt. Sie enthalten die Öffnungen für Tür und Fenster. In einer der Seitenwände sind zudem alle technischen Vorrichtungen untergebracht, die etwa für die Energieversorgung, Klimatisierung und Luftreinigung nötig sind. Das Modul soll nämlich – so das Ziel der Entwickler – sehr hohen Ansprüchen an die autarke Versorgung genügen, sodass sein Einsatz gerade in nicht erschlossenen Gebieten der Welt möglich wird. Fotovoltaische Module, Solarzellen und Windräder könnten ebenso wie Dieselgeneratoren die Stromversorgung für medizinische Geräte, Leuchten und Klimaanlage sicherstellen. Regenwas-

serkollektor und Wasseraufbereitungsanlage sind ebenfalls inklusive.

Einmal irgendwo abgestellt, sollen im Inneren gleichmäßige und kontrollierte Temperaturen herrschen – ob in der der Wüste oder im Dschungel. Zunächst ist eine sichere Funktionsfähigkeit geplant von minus 30 bis plus 50°C Außentemperatur. Im nächsten Schritt fassen die Entwickler eine Spanne von minus 50 bis plus 80°C ins Auge, wofür sie ein spezielles Isolationsmaterial sowie einen speziellen Verbundkunststoff mit Carbonfaser testen.

Teil der technischen Ausstattung des Moduls ist ein neu entwickeltes System der Luftreinhaltung (HVAC). Es filtert Partikel und Keime aus der Luft und sorgt dafür, dass innerhalb der Station hochreine Arbeits- und Lebensbedingungen herrschen. Dank dieser – im mobilen Einsatz außergewöhnlich hohen – Standards kann „Shellbe“ für sehr viele Zwecke eingesetzt werden. Je nach Variante und Innenausstattung ist es Reinraum, OP-Saal, Ambulanz, Apotheke, Pflgeraum, Biolabor oder Forschungsstation. Das Modul entspricht den Maßstäben an Keimfreiheit, Klima- und Partikelkontrolle, die sonst nur in (besseren) stationären Krankenhäusern, sowie in technischen und aseptischen reinraumtechnischen Anlagen eingehalten werden können. Das System bietet hierfür eine integrative und gesamtübergreifende Anlagen- und Überwachungstechnologie und stellt somit alle Anforderungen an einen Betrieb nach DIN EN ISO-14644 sowie den GMP Anforderungen (Klasse A-B-C-D) sicher.

Der Vorteil: Je nach Bedarf kann erweitert oder verlagert werden

Je nach Einsatzgebiet wird mobile Gesundheitsversorgung in verschiedenen Kapazitäten benötigt. Während die flächendeckende Versorgung mit grundlegender ärztlicher Betreuung

| Land | Betten |
|---------------|--------|
| Mali | 1 |
| Nigeria | 5 |
| Pakistan | 6 |
| Angola | 8 |
| Kolumbien | 10 |
| Mexiko | 16 |
| Ägypten, Iran | 17 |
| Kuwait | 20 |
| USA | 30 |
| Vietnam | 31 |
| China | 42 |
| Kasachstan | 76 |
| Deutschland | 82 |
| Monaco | 87 |

Krankenhausbetten je 10.000 Einwohner Länderauswahl, Stand: 2009 und jünger

Quelle: Statistisches Bundesamt

über viele verstreute, kleine Stationen gesichert werden könnte, müsste ein Gesundheitskomplex für viele Menschen, etwa in einem Flüchtlingslager, mehrere 100 Betten samt Infrastruktur umfassen. „Shellbe“ kann beides sein: eine kleine, eigenständige Station auf dem Land oder Teil eines großen Komplexes. Denn die Module lassen sich koppeln. Nach dem Zugang durch Schleusen erreichen Mitarbeiter und Patienten die einzelnen Module durch Korridore, die Ähnlichkeit haben mit den Fluggastbrücken, die Terminals und Flugzeuge miteinander verbinden. Diese Korridorsysteme können auch genutzt werden um die Vielfalt der Systeme an eine bestehende Infrastruktur anzubinden.

Diese Skalierbarkeit hat viele Vorteile. Damit ist es zum einen möglich, ein komplett ausgestattetes Krankenhaus mit all seinen verschiedenen Abteilungen für Behandlung und Pflege aufzu-

bauen – mitten im infrastrukturellen Niemandsland. In einem Modul wären der Operationssaal untergebracht, in einem anderen Betten für bis zu sechs Patienten, im nächsten wiederum ein Sprechzimmer – und so weiter. Anlagen mit bis zu 1.000 Betten haben die Entwickler am Computer bereits design und durchgeplant.

Zum anderen können die Betreiber dank Skalierbarkeit bedarfsgerecht planen und damit die Kosten im Auge behalten. Die Gesundheitsstation muss nur so groß sein, wie sie aktuell gebraucht wird. Sollte sich der Bedarf ändern, ist eine Erweiterung ebenso machbar wie eine Verlagerung der Module an einen anderen Ort.

Um diese Mobilität zu gewährleisten, legen die Entwickler besonderes Augenmerk auf die Transportfähigkeit von „Shellbe“. Zerlegt lässt sich ein einzelnes Basismodul per Autoanhänger überall hin transportieren. Drei Stück passen in einen 40 ft-Standardcontainer. Die können weltweit verschifft und per geländegängigem LKW / PKW auch in unwegsame Gebiete verfrachtet werden. Dort angekommen, werden die Moduleteile entpackt und montiert. Das schwerste Einzelteil wiegt 50 Kilogramm, weshalb der Aufbau in Handarbeit, also ohne Kräne oder Ähnliches, möglich ist. Bodenebenenheiten gleicht die erdbebensichere Rahmenkonstruktion bis zur einer Höhe von bis zu 1,60 m aus. So kann „Shellbe“ auch auf Geröllfeldern und sogar in Hanglagen aufgestellt werden – und das nach nur wenigen Monaten Vorlaufzeit. Ein stationäres Krankenhaus in konventioneller Bauweise dauert hingegen mehrere Jahre der Planung und Errichtung.

„Shellbe“ würde die Chancen auf medizinische Behandlung und deren Qualität in vielen Ländern deutlich vergrößern. Das ist aufgrund der steigenden Zahl an Krisen in immer mehr Regionen von Bedeutung: Na-

turkatastrophen oder Kriege führen oft zu einem sprunghaften Anstieg des medizinischen Versorgungsbedarfs in unterversorgten Regionen. ■■

Prof. Gernod Dittel
AIT Institut, Ancona, IT
Tel.: +39/071-2866-072
info@ait-institute.com
www.ait-institute.com

IMPRESSUM

Herausgeber:
Wiley-VCH Verlag GmbH & Co. KGaA, GIT VERLAG

Publishing Director:
Steffen Ebert

Regional Commercial Director:
Dr. Katja Habermüller

Chefredakteurin: Ulrike Hoffrichter M.A.
Tel.: 06201/606-725, ulrike.hoffrichter@wiley.com

Verkaufsleiter: Dipl.-Kfm. Manfred Böhler
Tel.: 06201/606-705, manfred.boehler@wiley.com

Redaktion:
Dr. Jutta Jessen
Tel.: 06201/606-726, jjesen@wiley.com

Carmen Teutsch
Tel.: 06201/606-238, cteutsch@wiley.com

Freie Redakteurinnen:
Claudia Schneebauer
Nina Passoth, Berlin

Wiley GIT Leserservice: 65341 Eltville
Tel.: +49 6123 9238 246 · Fax: +49 6123 9238 244
E-Mail: WileyGIT@vuservice.de
Unser Service ist für Sie da von Montag bis Freitag zwischen 8:00 und 17:00 Uhr

Mediaberatung:
Miryam Reubold, Tel.: 06201/606-127,
miryam.reubold@wiley.com

Dipl.-Kfm. Manfred Böhler
Tel.: 06201/606-705, manfred.boehler@wiley.com

Sibylle Möll, Tel.: 06201/606-225, smoell@wiley.com

Anzeigenvertretung: Dr. Michael Leising
Tel.: 03603/8942800, leising@leising-marketing.de

Redaktionsassistent: Christiane Rothermel
Tel.: 06201/606-746, christianerothermel@wiley.com

Herstellung: Jörg Stenger (Herstellung);
Silvia Edam (Anzeigenverwaltung);
Ruth Herrmann (Satz, Layout);
Elli Palzer (Litho)

Sonderdrucke: Christiane Rothermel
Tel.: 06201/606-746, christianerothermel@wiley.com

Wiley-VCH Verlag GmbH & Co. KGaA
Boschstraße 12, 69469 Weinheim,
Tel.: 06201/606-0, Fax: 06201/606-790,
mk@gitverlag.com, www.gitverlag.com

Bankkonten
J.P. Morgan AG, Frankfurt
Konto-Nr. 6161517443, BLZ: 501 108 00
BIC: CHAS DE FX, IBAN: DE55501108006161517443
Druckauflage: 32.000 (4. Quartal 2016)

M&K kompakt ist ein Supplement von
Management & Krankenhaus



Originalarbeiten
Die namentlich gekennzeichneten Beiträge stehen in der Verantwortung des Autors. Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung der Redaktion und mit Quellenangaben gestattet. Für unaufgefordert eingesandte Manuskripte und Abbildungen übernimmt der Verlag keine Haftung.

Dem Verlag ist das ausschließliche, räumlich, zeitlich und inhaltlich eingeschränkte Recht eingeräumt, das Werk/den redaktionellen Beitrag in unveränderter Form oder bearbeiteter Form für alle Zwecke beliebig oft selbst zu nutzen oder Unternehmen, zu denen gesellschaftsrechtliche Beteiligungen bestehen, sowie Dritten zur Nutzung zu übertragen. Dieses Nutzungsrecht bezieht sich sowohl auf Print- wie elektronische Medien unter Einschluss des Internets wie auch auf Datenbanken/Datenträger aller Art.

Alle etwaig in dieser Ausgabe genannten und/oder gezeigten Namen, Bezeichnungen oder Zeichen können Marken oder eingetragene Marken ihrer jeweiligen Eigentümer sein.

Druck: DSW GmbH,
Flomersheimer Straße 2-4, 67071
Ludwigshafen
Printed in Germany

ISSN 0176-053 X



INDEX

| | | | |
|--|----|--|----------------|
| AIT Institut | 20 | Marienhospital Darmstadt | 5 |
| Deutsche Apotheker- und Ärztekammer | 5 | Philips | 14, 4.US |
| Deutsche Gesellschaft für Chirurgie | 19 | Radiologie Schwetzingen Praxismgemeinschaft am Krankenhaus | 13 |
| DSO | 19 | Robert-Bosch-Krankenhaus Stuttgart | 7 |
| Gesundheit Nordhessen | 10 | Sana Kliniken des Landkreises Cham | 15 |
| GRN Gesundheitszentren Rhein-Neckar | 13 | Size-wise Rentals Deutschland | 9 |
| Karl-Olga-Krankenhaus | 17 | SRH Klinikum Karlsbad-Langensteinbach | 8 |
| Klinikum Darmstadt | 5 | Universitätsklinikum Regensburg | 22 |
| Klinikum Itzehoe | 11 | Universitätsklinikum Tübingen | 12 |
| Klinikverbund Südwest | 16 | Universitätsmedizin Greifswald | 18 |
| Krankenhausverbund der Barmherzigen Brüder in Bayern | 3 | Wissner-Bosserhoff | 10, Titelseite |

ÜBERZEUGENDE KREBSTHERAPIE: AMBULANT-MULTIPROFESSIONELL-INDIVIDUELL

Im Universitätsklinikum Regensburg greifen verschiedene Fachbereiche zur Versorgung ihrer onkologischen Patienten gemeinsam auf die Struktur einer neuen Tagesklinik zurück.

Katja Rußwurm,
Universitätsklinikum Regensburg

■ Das Universitätsklinikum Regensburg (UKR) versorgt einen Großteil seiner onkologischen Patienten seit Herbst 2016 im Interdisziplinären Centrum für medikamentöse Tumortherapie – kurz ICT. Das Centrum versteht sich als eine ambulante, multiprofessionelle und ganzheitliche Systemtherapieeinheit, in der Ärzte unterschiedlicher Fachdisziplinen ihre Tumorpatienten mit onkologischen oder supportiven Systemtherapien auf Grundlage aktueller Leitlinien und neuester wissenschaftlicher Erkenntnisse behandeln.

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit fördert den Dialog zwischen den Fachkliniken und führt zu gemeinsam abgestimmten Therapiestrategien. Dies betrifft nicht nur die Therapieregime, sondern auch die Supportivmaßnahmen, das Nebenwirkungsmanagement, die psychoonkologische Mitbetreuung und die Indikation für eine frühe Integration palliativmedizinischer Maßnahmen.

An die Bedürfnisse der Patienten anpassen

Für ihre Therapie verbringen Patienten bis zu acht Stunden am Tag im ICT. Bei der Planung der Räumlichkeiten wurde daher besonderer Wert auf eine angenehme Atmosphäre gelegt.

In vier Behandlungsräumen stehen insgesamt 26 ambulante Therapieplätze zur Verfügung, die sich auf zwei Bettplätze, 21 Therapiesessel und drei Therapiestühle aufteilen. Zum individuellen Zeitvertreib ist jeder Therapieplatz mit einem eigenen TV-Gerät und kostenlosem W-LAN ausgestattet. Die Technik verschwindet fast vollständig hinter Wandverkleidungen. Zudem ist jeder Platz mit verstellbaren Jalousien ausgestattet, um je nach Wohlbefinden und Stimmung entweder Privatsphäre



Eine interdisziplinäre Behandlung in gemeinsamen Strukturen kennzeichnet das ICT.

Foto: UKR

oder den unverstellten Kontakt zum Sitznachbarn zu ermöglichen.

Neben den zwei großen Therapieräumen gibt es auch zwei Spezialbereiche. Einer davon ist mit vier separaten Therapiesesseln für die Behandlung stammzelltransplantierte Patienten vorgesehen. Daneben gibt es die „Early Clinical Trial Unit“ (ECTU) mit drei Therapieplätzen. Sie ermöglicht Patienten die Teilnahme an frühen klinischen Studien und damit die Behandlung nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen. So trägt das ICT dazu bei, den medizinisch-wissenschaftlichen Fortschritt auf dem Gebiet der Onkologie voranzutreiben. Die technischen Voraussetzungen für die Durchführung von frühen klinischen Studien (Phase-I und Phase-II) sind bereits in der Planung des ICT berücksichtigt worden. Um höchste Patientensicherheit zu garantieren, ist die ECTU u.a. mit einer der modernsten Monitoring-Anlagen, Kontrastmittel-Sonographiegerät und einem medical Body Composition Analyzer ausgestattet.

Neben den Behandlungsräumen stehen ein Interventionsraum für diagnostische und therapeutische Punktionen, ein Therapiezubereitungsraum, ein Blutentnahmeraum und mehrere (Rotations-)Arztzimmer zur Verfügung.

Infrastruktur für multiprofessionelle Versorgung optimieren

Das ICT ermöglicht den verschiedenen Fachbereichen des UKR eine gemeinsame ambulante Weiterbehandlung ihrer

onkologischen Patienten unter ihrer eigenen medizinischen Führung. Die übergreifende Struktur- und Prozessorganisation wird von Prof. Dr. Wolfgang Herr, Direktor der Klinik und Poliklinik für Innere Medizin III (Hämatologie und Internistische Onkologie) des UKR, unter der operativen Leitung von Prof. Dr. Tobias Pukrop übernommen. Die interdisziplinäre Nutzung ist durch eine gemeinsame Geschäftsordnung organisiert. Derzeit sind am UKR die Fachbereiche Dermatologie, Innere Medizin I, Innere Medizin II, Innere Medizin III, Neurologie und Strahlentherapie Mitglieder des ICT.

Im ICT finden über 900 Patientenkontakte im Monat statt, d. h. bis zu 60 pro Tag. Um einen reibungslosen Ablauf kümmern sich 13,5 Pflegekräfte, sechs Arzhelfer und ein Facharzt für Innere Medizin, Hämatologie und Onkologie. Zur Bewältigung des enormen Koordinationsaufwands braucht es neben kompetentem Personal auch gut organisierte Abläufe und eine passende technische Infrastruktur. In enger Zusammenarbeit mit der Abteilung DV-med des UKR wurde hierfür auf Basis des SAP-Systems eine passgenaue IT-Lösung erarbeitet, mit der sich die Behandlung jedes einzelnen Patienten nahezu lückenlos nachvollziehen lässt.

Das Erstellen des Therapieplans und die Aufklärung des Patienten erfolgen außerhalb des ICT in den entsprechenden Fachambulanzen der beteiligten Kliniken. Jeder Arzt meldet seinen Patienten zentral über den Stützpunkt des ICT an und übermittelt hierbei die

notwendigen Informationen für die Vergabe des Therapieplatzes.

Ab diesem Zeitpunkt ist der Patient mit allen verfügbaren Informationen im System des ICT erfasst. Für seinen Termin wird ihm ein Therapieplatz zugewiesen, der seinen Anforderungen entspricht, und Medikations-, Therapie- und Verlaufspläne sowie Regieanweisungen des behandelnden Arztes hinterlegt. Ärzte, Pflegekräfte und Mitarbeiter des ICT-Stützpunkts sehen so zu den bereits im System vorhandenen Informationen auf einen Blick, was an dem jeweiligen Termin mit dem Patienten geschehen soll und worauf sie achten müssen.

Eine weitere Besonderheit des IT-Systems ist die lückenlose Dokumentation des Behandlungsfortschritts durch Zeitmarken. Pflegekräfte und Mitarbeiter des ICT-Stützpunkts tragen während des Aufenthalts des Patienten alle relevanten Untersuchungs- und Behandlungsschritte ins System ein und setzen Zeitmarken. So herrscht jederzeit ein Überblick über den Aufenthaltsort, den aktuellen Behandlungsschritt und die Verweildauer des Patienten.

Die speziell für das ICT entworfene IT-Lösung sieht eine Reihe weiterer individueller Programmierungen vor, die die Koordination der vielen verschiedenen Patienten und Beteiligten unter Beachtung der Datenschutzvorgaben erleichtern.

Das ICT – mehr als nur medizinische Therapie einsetzen

Um den Patienten die bestmögliche onkologische Versorgung zukommen zu lassen, verfügen alle Mitarbeiter des ICT über spezielle onkologische Weiterbildungen. Besonders die Pflegekräfte sind im Umgang mit Krebspatienten geschult.

Das ICT begreift sich als ganzheitliche Systemtherapieeinheit. Entsprechend geht die Betreuung über die reine medizinische Behandlung hinaus. Teil des ICT ist beispielsweise ein Raum für psychoonkologische oder palliativmedizinische Gespräche. Des Weiteren stehen physiotherapeutische und Tumorsportangebote zur Verfügung. Auch Seelsorge, Ernährungsberatung, Sozialberatung sowie der Kontakt zu Selbsthilfegruppen werden über das Interdisziplinäre Centrum für medikamentöse Tumortherapie vermittelt. ■■

| www.ukr.de |

WILEY

35 JAHRE



Unser Jubiläum

Wir sagen Danke!

Vor 35 Jahren entstand Management & Krankenhaus.



Zunächst konzipiert als erfolgreiches Thema in einem Magazin, entwickelte sich daraus rasch eine eigene Publikation für das deutsche stationäre Gesundheitswesen. Heute hat Management & Krankenhaus die größte Verbreitung im Markt dieser Branche.

Gemeinsam mit dem B2B-Zielgruppenportal management-krankenhaus.de erreicht M&K deutschlandweit die meisten Leser im stationären Gesundheitswesen. Unser M&K-Team freut sich darauf, die kommenden Ausgaben informativ, vielgestaltig aber ausgewogen zu präsentieren. Und das mit viel Schwung und Spaß.

Ulrike Hoffrichter
Chefredaktion Management & Krankenhaus



Von einer episodischen hin zu einer kontinuierlichen Versorgung

Die Digitalisierung und eine technologiegestützte Versorgung bieten Leistungserbringern, Kostenträgern und Patienten im Gesundheitswesen deutlich erweiterte Handlungsspielräume. Mit Blick auf Effizienz und langfristige Ergebnisqualität arbeitet Philips an Lösungen, die Versorgungsprozesse optimieren, die klinische Entscheidungsfindung unterstützen und Patienten aktiv in die Behandlung einbeziehen. Die effektive Nutzung, Zusammenführung und der sichere Austausch von Informationen, sowohl innerhalb von Krankenhäusern als auch über die Sektorengrenzen hinweg, ist dafür eine wichtige Voraussetzung.

innovation  you

Besuchen Sie uns auf dem
Hauptstadtkongress - Halle B, Ebene 2, Stand 98
oder unter www.philips.de/hsk

PHILIPS