

Teil D - Qualitätsmanagement

D-1 Qualitätspolitik

Qualitätsmanagement als integraler Bestandteil des Managements des Universitätsklinikums Dresden

Mit Beginn des Jahres 2000 hat sich der Vorstand des Universitätsklinikums Dresden für die Einführung und Weiterentwicklung eines umfassenden und systematischen Qualitätsmanagements im Universitätsklinikum Dresden ausgesprochen. Diese Entscheidung folgt nicht nur der gesetzgeberischen Forderung (§ 135 a Sozialgesetzbuch – SGB V), sondern auch der Erkenntnis, dass es im Bemühen um Qualität zum Wohl des Patienten mehr bedarf als die bereits zahlreich vorhandenen Aktivitäten in den verschiedenen Kliniken und Instituten. Vielmehr gilt es, die Zufriedenheit der Patienten und folglich auch der Mitarbeiter im universitären Spannungsfeld von Krankenversorgung, Forschung und Lehre mit den damit verbundenen wirtschaftlichen Zwängen konsequent und systematisch in den Vordergrund des täglichen Tun und Handelns zu stellen. **Qualitätsmanagement im Universitätsklinikum Dresden wird als eine Führungsaufgabe verstanden**, die sich in der Einführung und Weiterentwicklung eines Qualitätsmanagementsystems widerspiegelt. Der Fokus liegt hierbei auf den Ergebnissen der verschiedenen Qualitätsdimensionen (Strukturen, Prozesse, Ergebnisse), die in erster Linie medizinische Ergebnisse betreffen. Darüber hinaus spielen ökonomische Resultate und Serviceaspekte bis hin zu persönlichen Sichtweisen der Patienten sowie deren Angehörigen, kooperierender Einrichtungen und der eigenen Mitarbeiter eine Rolle. Damit wird ein ganzheitlicher und umfassender Ansatz verfolgt und das Qualitätsmanagementsystem im Universitätsklinikum Dresden als integraler Bestandteil des Managementkonzeptes des Klinikums mit entsprechender Führungsverantwortung durch den Vorstand verstanden. Dies zeigt sich u. a. auch daran, dass von Beginn an der „Zentralbereich Qualitätsmanagement“ ein gleichwertiges Führungsinstrument zu den Bereichen Finanzen, Controlling, Personal etc. darstellt und auftragsgemäß regelmäßige Informationen für die Steuerung der Kliniken, Institute und Zentren liefert. Demzufolge sind diese qualitätsrelevanten Kennzahlen integraler Bestandteil des seit dem Jahr 2006 etablierten internen Berichtswesens und allen Mitarbeitern im Intranet des Klinikums wie folgt zugänglich.

Qualitätsmanagement - Externe Qualitätssicherung

BERICHTSTITEL	PUBLIKATION	Bericht	Archiv	Info
AQUA - 10/2 Karotis-Rekonstruktion	jährlich			
AQUA - 12/1 Cholezytektomie	jährlich			
AQUA - 15/1 Gynäkologische Operationen	jährlich			
AQUA - 16/1 Geburtshilfe	jährlich			
AQUA - 17/1 Hüftgelenknahe Femurfraktur	jährlich			
AQUA - 17/2 Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	jährlich			
AQUA - 17/3 Hüft-Totalendoprothesenwechsel	jährlich			
AQUA - 17/5 Knie-Endoprothesen-Erstimplantation	jährlich			
AQUA - 17/7 Knie-Totalendoprothesenwechsel	jährlich			
AQUA - 18/1 Mammachirurgie	jährlich			
AQUA - DEK Dekubitus	jährlich			
AQUA - NEO Neonatologie	jährlich			
AQUA - NLS Nierenlebendspende	jährlich			
AQUA - NTX Nierentransplantation	jährlich			
AQUA - PNEU Ambulant erworbene Pneumonie	jährlich			
AQUA - PNTX Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	jährlich			
IQIP Akutmedizin	quartalsweise			
IQIP Psychiatrie	quartalsweise			
IQM - Basisliste	jährlich			
IQM - Detailauswertung	halbjährlich			
VUD - Indikatoren	jährlich			

Abbildung 1: Internes Berichtswesen UKD: Alle Qualitätskennzahlen sind im Intranet des Universitätsklinikums

Gemeinsames Leitbild des Universitätsklinikums und der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus Dresden

Die Qualitätspolitik des Klinikums wird durch einen jährlich vom Vorstand beschlossenen Qualitätsentwicklungsplan konkretisiert (siehe D-2) und orientiert sich an den im gemeinsamen Leitbild des Universitätsklinikums und der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus zusammen gefassten Grundwerten:

1. Unser Maßstab ist fachliches Spitzen-Niveau als Kompetenzführer in der Region.
2. Patientenfreundliche Abläufe sind Verpflichtung eines jeden von uns.
3. Eine auf den Patienten ausgerichtete Kommunikation und Information ist Teil unserer täglichen Aufgaben.
4. Motivierte, eigenverantwortlich handelnde und geachtete Mitarbeiter sind unser Ziel.
5. Der wirtschaftliche Einsatz der materiellen Ressourcen ist eine Verpflichtung für jeden von uns und entscheidet über unsere Zukunft.
6. Qualifizierung ist Teil unserer täglichen Aufgaben und eine Investition in die Zukunft.
7. Optimale Betreuung braucht die Kooperation mit weiteren Partnern des Gesundheitswesens. Für die Pflege dieser Beziehung und der Darstellung nach außen sind unsere Mitarbeiter mit verantwortlich.
8. Wir achten unsere Geschichte.
9. Wir sind eine lernende Organisation.

Zusammengefasst lautet das vom Vorstand beschlossene und veröffentlichte Leitbild wie folgt:

Das Universitätsklinikum Dresden und die Medizinische Fakultät bilden eine gemeinsame Institution. Sie sind zur Exzellenz in der Hochleistungsmedizin, der medizinischen Forschung und Lehre sowie der Gesundheitsdienstleistung für die Patienten der gesamten Region verpflichtet.

Unser Ziel ist es, ein international hervorragendes akademisches, medizinisches Zentrum mit starker Ausstrahlungskraft zu sein.

Dies wird mit hoch qualifizierten, engagierten Mitarbeitern und einer hervorragenden Ausstattung erreicht.

Damit bildet das Universitätsklinikum Dresden mit der Medizinischen Fakultät an der Technischen Universität Dresden eine Einheit. Beide stellen sich gemeinsam dem Anspruch, exzellente Qualität sowohl in der Krankenversorgung als auch in Lehre und Forschung zu erbringen. Dass dies für eine Einrichtung der Maximalversorgung nicht immer einfach ist, ist dem Klinikumsvorstand sehr wohl bewusst. Schon aus diesem Grund wird der tatsächlichen Zufriedenheit insbesondere der Patienten und ihrer Angehörigen, aber auch der niedergelassenen Ärzte, sowie zuweisenden Krankenhäusern und weiteren Kooperationspartnern eine hohe Bedeutung beigemessen. Diese konkretisiert sich zum einen an den regelmäßig stattfindenden Zufriedenheitsbefragungen der verschiedenen Adressaten und zum anderen an dem seit dem Jahr 2002 etablierten übergreifenden Beschwerdemanagementsystem (siehe D-5).

Kommunikation, Information und Transparenz sind unsere Herausforderungen

Die Schwerpunkte Kommunikation, Information und Transparenz sind ein wesentlicher und integraler Bestandteil der Qualitätspolitik des Klinikumsvorstandes und dies auch im Hinblick auf die wertschöpfende Ressource der Mitarbeiter. Deshalb investiert das Universitätsklinikum Dresden jährlich in verschiedene interne und externe Informations- und Kommunikationsinstrumente und hat hierzu eine Marketinggruppe beauftragt. Auch im Jahr 2010 wurden zahlreiche bestehende Angebote weiterentwickelt bzw. neue Ideen umgesetzt. Hierzu gehören unter anderem:

- Regelmäßige Überarbeitung der Kurzinformation für Patienten mit aktuellem Lageplan,
- Umsetzung des neuen Konzeptes für die Patientenbroschüre,
- Einheitliche Gestaltung von Druckerzeugnissen für Kliniken, Institute, Medizinische Zentren und selbständige Abteilungen sowie weitere Bereiche (z.B. Cochlea-Implant-Zentrum) sowie von verschiedenen Produkten für den täglichen Klinikumsbedarf (Behandlungsnachweise, Sportbefreiungen, Patienten-Telefonkarten, etc.),
- Kontinuierliche Weiterentwicklung der Intranetplattform (z.B. verbesserte Telefonnummernsuche, Veranstaltungskalender etc.),

- Start von „Carus Cafe“ mit insgesamt 3 Veranstaltungen, bei dem der Vorstand die Mitarbeiter persönlich zum Gespräch einlädt und Themen zur Diskussion stellt,
- Einführung von regelmäßigen Einführungsveranstaltungen für neue Mitarbeiter mit Vorstellung aller Geschäfts- und Zentralbereiche des UKD; begleitet von so genannten „Mitarbeiterordnern“ für klinikumsbezogene Dokumente des jeweiligen Mitarbeiters.

Darüber hinaus verfügt das Universitätsklinikum seit 2003 über eine **eigene Mitarbeiterzeitung „Carus Intern“**. Die Zeitung entspricht einer Verbesserungsmaßnahme aus Mitarbeiterbefragungen. Der Klinikumsvorstand hat als Konsequenz ein Redaktionsteam und einen -beirat mit der Erstellung einer mindestens viermal im Jahr erscheinenden Zeitung mit eigenem Layout beauftragt.



Abbildung 2: Mitarbeiterzeitung „Carus Intern“

Der **öffentlichkeitswirksamen Präsentation des Universitätsklinikums Dresden** in den Medien misst der Klinikumsvorstand einen hohen Stellenwert bei. Die Pressestelle ist in den Bereich Vorstand/Organisations- und Unternehmensentwicklung (VOU) integriert, bleibt dabei jedoch den beiden Vorständen direkt unterstellt. Die strategische Ausrichtung der Öffentlichkeitsarbeit wird zudem durch die „Arbeitsgruppe Marketing“ gesteuert. Das Gremium setzt sich aus Klinikumsmitarbeitern und Experten der Dresdner Agentur von Ketchum Pleon Deutschland zusammen.

Im Mittelpunkt der Pressearbeit des Universitätsklinikums Dresden steht die Information der Medien zu allen Fragen der Gebiete Gesundheitsversorgung und patientennahe Forschung sowie der wirtschaftlichen Situation des Klinikums. Seit Oktober 2007 bearbeitet in der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus ein eigener Pressereferent die Anfragen zu Forschung und Lehre. Mehr als 700 Kontakte von Journalisten zur Pressestelle hat es im Berichtszeitraum 2010 gegeben. Mit 86 Pressemitteilungen informierte das Klinikum die Öffentlichkeit über das Behandlungsprofil der Einrichtung, über Patientenveranstaltungen, Forschungsprojekte, Investitionen, Personalien sowie weitere Aktivitäten wie die vom Klinikum initiierte Gesundheitsregion „Carus Consilium Sachsen“. Die Resonanz auf diese Medieninformationen ist in den vergangenen Jahren kontinuierlich gestiegen. Die in den Print- und Onlinemedien erschienenen Beiträge (ohne Fachpublikationen) werden seit 2010 elektronisch nach kommunikationswissenschaftlichen Indikatoren ausgewertet. **Dabei wurden insge-**

Der **Jahresbericht des Universitätsklinikums Dresden** erschien 2010 als Almanach für Einweiser. Das 300 Seiten starke Nachschlagewerk mit detaillierten Informationen über die Kliniken und Institute des Klinikums wurde an 5.000 niedergelassene Ärzte in Ostsachsen sowie Südbrandenburg verschickt. Dank des handlichen Buches haben die Einweiser die Möglichkeit, sich auf einen Blick über die Expertise und Leistungsfähigkeit der Einrichtungen gezielt zu informieren. Dieses Nachschlagewerk ist in dieser Form einzigartig in Deutschland.



Abbildung 3: Jahresbericht 2010

samt 991 Beiträge in sogenannten Publikumsmedien (Zeitungen, Zeitschriften und Online-Medien) registriert, in denen direkt über das Universitätsklinikum Dresden berichtet wird. Schwerpunkt sind hierbei die lokalen und regionalen Medien. Rund 200 Beiträge strahlte der Hörfunk aus, etwa 100 Beiträge wurden 2010 von regionalen und auch bundesweiten Fernsehsendern ausgestrahlt.

D-2 Qualitätsziele

Die aus der Qualitätspolitik und -strategie des Universitätsklinikums Dresden abgeleiteten Qualitätsziele werden bereits seit dem Jahr 2003 in einem jährlichen Qualitätsentwicklungsplan festgelegt und vom Vorstand beschlossen. Damit wird zum einen das Ziel erreicht, Transparenz über qualitätsrelevante Projekte und Aktivitäten im Universitätsklinikum gegenüber den Einrichtungen und ihren Mitarbeitern herzustellen und zum anderen, einen klaren Auftrag an den Zentralbereich Qualitäts- und Medizinisches Risikomanagement zu erteilen. Die Zielerreichung wird mit der Erarbeitung jedes neuen Qualitätsentwicklungsplanes regelmäßig überprüft und vom Klinikumsvorstand gemeinsam mit der Leiterin des Zentralbereiches Qualitäts- und Medizinisches Risikomanagement ausgewertet.

Der Qualitätsentwicklungsplan ist damit integraler Bestandteil des Qualitätsmanagementsystems im Universitätsklinikum Dresden und setzt auch im Jahr 2010 die bisherige Strategie des Klinikumsvorstandes kontinuierlich fort. Dieser verfolgt bewusst keine flächendeckende Zertifizierung aller Kliniken, Institute, Zentren und selbständigen Bereiche, vielmehr soll eine Zertifizierung in den Struktureinheiten durchgeführt werden, bei denen ein klares Commitment, d. h. Identifikation seitens der Leitung besteht und eine Wertschöpfung sowohl für die Einrichtung als auch für das UKD identifiziert werden kann.

Inhaltlicher Schwerpunkt ist im Jahr 2010 der Fokus, der sich aus dem 10-jährigen Jubiläum des Qualitätsmanagementsystems im UKD ergibt. **Nach 10 Jahren gilt es, das gut implementierte und kontinuierlich weiterentwickelte QM-System im UKD hinsichtlich des Aufwands und des Nutzens auf den Prüfstand zu stellen.** Bewährtes bzw. Festetabliertes kann ggf. hinsichtlich einer regelmäßigen Überwachung und Dokumentation reduziert oder für einen definierten Zeitraum ruhen gelassen werden. Nutzbringendes ist zu erhalten bzw. gemeinsam mit den Mitarbeitern weiter zu entwickeln.

Qualitätsentwicklungsplan 2010

Mit diesen Themenschwerpunkten wurde zu Beginn des Jahres 2010 folgender Qualitätsentwicklungsplan vom Vorstand des Universitätsklinikum Dresden beschlossen:

1. Zertifizierungsverfahren:

- Erstzertifizierung des Hauttumorcenters (UHTC) unter dem Dach des Universitäts Krebs-Centers (UCC) nach den Vorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft und der DIN EN ISO 9001:2008
- Erweiterung des Dresdner Universitäts GefäßCenters (UGC) um den Bereich der Chirurgischen Intensivstation (ZCH-ITS) nach DIN EN ISO 9000:2008
- Zweite Re-Zertifizierung des Institutes für Pathologie nach DIN EN ISO 9001:2008

2. Nutzung der Instrumente aus Zertifizierungsverfahren auch in nicht-zertifizierten Bereichen des Klinikums:

- Sicherung des implementierten internen Auditsystems in allen Ambulanzen des Klinikums mit Integration in laufende Zertifizierungsverfahren und mit dem Fokus der Reduzierung des Aufwandes.
- Weiterentwicklung der inhaltlichen Arbeit „Peer Group QM UKD“ mit besonderer Abbildung des Risikomanagements auch im Sinne des Lernens von den Anderen.

3. Weiterentwicklung einer Betriebsorganisation im Neubauvorhaben Diagnostisch-Internistisch-Neurologisches Zentrum (DINZ) auf der Grundlage modellierter und abgestimmter Sollprozesse mittels der Prozessmodellierungssoftware AENEIS und mit folgenden Schwerpunkten:

- Dienstraumkonzept
- Termin- und Ressourcenmanagement mit möglicher Übertragung auf das UKD

4. Weiterentwicklung des Organisationshandbuches UKD mit folgenden Schwerpunkten:

- Erweiterung und Weiterentwicklung folgender Führungsprozesse im UKD: Klinisches Risikomanagement und Kommunikation

- Vollständige Integration aller Managementhandbücher der zertifizierten Bereiche in das Organisationshandbuch mit Start der Vernetzung untereinander

5. Konsequente Weiterentwicklung der Erfassung und Bewertung von Qualitätsindikatoren aus den verschiedenen vorhandenen und neuen Systemen zur internen Steuerung und zum externen Vergleich (Benchmark):

- AQUA (externe Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V)
- KISS (Krankenhaus Infektions Surveillance/Überwachungs System)
- IQIP (International Quality Indicator Project)
- VUD (Verband der Universitätskliniken in Deutschland)
- IQM (Initiative Qualitätsmedizin)

6. Weiterentwicklung des Schwerpunktes Risikomanagement und Patientensicherheit:

- Sicherheits-Check im OP: Weiterentwicklung im UKD
- Umsetzung des Sturzprophylaxestandards im UKD mit elektronischer Dokumentation und regelmäßiger Auswertung
- Weiterentwicklung CIRS im UKD (Standard)

7. Aufwand-Nutzen-Betrachtung des QM-Systems im UKD:

Aufbauorganisation QM-System im UKD:

Mit Einführung des QM-Systems im UKD wurde der Steuerkreis als berufsgruppenübergreifendes Gremium zur Auswahl, Diskussion und Bewertung qualitätsrelevanter Aktivitäten und Maßnahmen im UKD gegründet. Im Laufe der Jahre hat sich das Thema Qualitätsmanagement in den Kliniken, Instituten, Zentren und Geschäftsbereichen etabliert, so dass sich die Frage des weiteren Bedarfs des Steuerkreises ergibt. Diesbezüglich erfolgt eine kritische Überprüfung und Abstimmung im Jahr 2010 gemeinsam mit dem Vorstand. Hierbei sind gesetzgeberische Vorgaben zu berücksichtigen.

Flächendeckende Dekubitusdokumentation im UKD:

Die flächendeckende Dekubitusdokumentation ist seit einigen Jahren im UKD fest etabliert und zeigt eine hohe Dokumentationsrate seitens der pflegerischen Mitarbeiter. Der Aufwand der quartalsweisen Auswertungen mit Integration in das interne Berichtswesen des ZB QM ist aufwendig und hinsichtlich der tatsächlichen Nutzung durch die Mitarbeiter kritisch zu bewerten. So sind einige Vorfälle mit einer Diskrepanz zwischen tatsächlichem Befund und erfolgter Dokumentation bekannt geworden, so dass seitens des ZB QM eine Vorort-Auswertung mit den Stationsleitungen und ggf. Wundschwestern eingeführt wurde. Diese Maßnahme hat sich als erfolgreich und zielführend erwiesen, zeigt jedoch auch, wie trügerisch 100%-Dokumentationsraten sein können.

Im Ergebnis steht die Überlegung, den Dokumentationsaufwand für die pflegerischen Mitarbeiter im UKD zu reduzieren und den Fokus auf die tatsächliche Qualität der Leistungserbringung in Form des direkten und persönlichen Gespräches mit dem konkreten Fall zu legen.

In diese Überlegungen ist der Zentralbereich Medizincontrolling mit einzubeziehen.

8. Zehn Jahre Qualitätsmanagement am Universitätsklinikum Dresden:

Im Rahmen einer kleinen und feinen Veranstaltung wurde am 07. Oktober 2010 das Jubiläum mit Gastreferenten in einem schönen Ambiente vor allem als Dank gegenüber den Mitarbeitern gefeiert.

Hohe Zielerreichung im Universitätsklinikum Dresden

Mit Erarbeitung des Qualitätsentwicklungsplanes 2011 erfolgte automatisch die Überprüfung zur Zielerreichung der zahlreichen Projekte, Aktivitäten und Maßnahmen aus dem Jahr 2010.

Zusammengefasst kann festgestellt werden, dass alle Ziele erreicht wurden!

Dies betrifft insbesondere ein neues, zertifiziertes und drittes Organzentrum, das Universitäts HauttumorCentrum (UHTC) und die Erstzertifizierung der Tumor- und Normalgewebebank unter dem Dach des Universitäts KrebsCentrums (UCC).



Abbildung 4: Unter dem Dach des Universitäts KrebsCentrums (UCC) erscheint das dritte Organzentrum (Hauttumorzentrum)

Das Universitäts GefäßCentrum (UGC) wurde um den Bereich der chirurgischen Intensivstation erweitert und hat sich erfolgreich den Zertifizierungsanforderungen der DIN EN ISO 9001:2008 gestellt. Und das Institut für Pathologie, das erste nach DIN EN ISO zertifizierte universitäre Institut für Pathologie, hat die zweite Rezertifizierung mit Bravour bestanden.

Auch die nicht-zertifizierten Bereiche nutzen Methoden und Instrumente aus Zertifizierungsverfahren, wie die mehr als 50 Ambulanzen im Klinikum. Es entspricht einer hohen Leistung der Mitarbeiter, sich regelmäßig der Überprüfung durch die eigenen Kollegen zu stellen und ggf. Verbesserungsmaßnahmen für den laufenden Betrieb abzuleiten.

Das Neubauvorhaben DINZ mit ca. 400 Betten und 1000 Mitarbeitern stellt eine ständige Herausforderung für alle Beteiligten dar. Im Vordergrund standen im Jahr 2010 die Erarbeitung eines Dienstraumkonzeptes als Entscheidungsvorlage für den Klinikumsvorstand und die Entwicklung eines UKD-weiten Terminkalenders mit Vorbereitung der Pilotierung im DINZ.

Die kontinuierliche Erfassung und Bewertung der Qualitätskennzahlen im UKD ist eine besondere Wertschöpfung für das Klinikum und den Zentralbereich Qualitäts- und Medizinisches Risikomanagement. Jährlich werden demzufolge die bestehenden Kennzahlensysteme im Hinblick auf ihren Nutzen und der potentiellen Möglichkeit der Erweiterung überprüft. So wurde das internationale Benchmarkprojekt IQIP (International Quality Indicator Project) um Indikatoren aus dem Bereich der Psychiatrie ergänzt. Diese betreffen z. B. die Fixierung von Patienten oder die vorzeitige Wiederaufnahme nach Entlassung. Die Initiative Qualitätsmedizin hat seit Mitbegründung im Jahr 2008 einen hohen Stellenwert im UKD. Dies betrifft zum einen die interne Bewertung der Qualitätsindikatoren aus den Routedaten, die Mitwirkung an den insgesamt 21 Peer Review Verfahren in den mehr als 100 beteiligten deutschen Krankenhäusern und die Weiterentwicklung des Verfahrens seitens der Leiterin des Zentralbereiches Qualitäts- und Medizinisches Risikomanagement in den Gremien von IQM.

Einen besonderen Schwerpunkt bildete im Jahr 2010 die Nutzenbetrachtung aller qualitätsrelevanten Maßnahmen, Aktivitäten und Projekte des Zentralbereiches Qualitäts- und Medizinisches Risikomanagement. Ausführliche Informationen finden Sie in den Teilen D-5 (Qualitätsmanagementprojekte) und D-6 (Bewertung des Qualitätsmanagements).

D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Im Universitätsklinikum Dresden spiegelt sich die hohe Anbindung des Qualitätsmanagements als Führungsaufgabe sowohl strukturell als auch inhaltlich wider. So ist die Leiterin des Zentralbereiches Qualitäts- und Medizinisches Risikomanagement bereits seit Einführung eines Qualitätsmanagementsystems im Jahre 2000 stimmberechtigtes Mitglied in der **Betriebsleitung**, gemeinsam mit der Leiterin des Geschäftsbereiches Pflege, Service, Dokumentation, dem Leiter des Geschäftsbereiches Personal, einem Vertreter der Klinikdirektoren sowie der Medizinischen Fakultät und dem Vorstand. Gemäß der Geschäftsordnung bereitet die Betriebsleitung auf Veranlassung des Vorstandes wesentliche Beschlüsse vor. Dabei werden vorgelegte Konzepte hinsichtlich des interprofessionellen Zusammenwirkens der an den medizinischen und wirtschaftlichen Hauptprozessen beteiligten Berufsgruppen, zentralen Betriebseinheiten und der Fakultät bewertet.

Das Forum der inhaltlichen Diskussion war 10 Jahre lang der Steuerkreis, der interdisziplinär mit Ärzten aus verschiedenen Kliniken und Fachdisziplinen, Mitarbeitern der Pflege und Verwaltung auf hoher Hierarchieebene zusammengesetzt war. Dort fand die inhaltliche Diskussion der Themenschwerpunkte des Qualitätsentwicklungsplanes und auch eigener Problemstellungen statt, die als Empfehlung für den Vorstand bzw. für die Betriebsleitung aufbereitet wurden. Der Steuerkreis wurde im Jahr 2000 gegründet und zeichnete sich sowohl durch die Kontinuität der monatlich stattfindenden Sitzungen als auch durch die Kontinuität der Besetzung durch die verschiedenen Berufsgruppen und Fachgebiete aus. Mit dem Auftrag, das eigene Qualitätsmanagementsystem auf den Prüfstand zu stellen, wurde auch die Notwendigkeit der weiteren Existenz des Steuerkreises diskutiert. Es festigte sich die Einschätzung, dass der Themenkomplex „Qualität – Qualitätsmanagement“ gut in den Kliniken, Zentren, Instituten und selbständigen Abteilungen verankert ist und von den Mitarbeitern durch verschiedene Maßnahmen, Aktivitäten und Projekte gelebt wird. Eine explizite Sensibilisierung insbesondere gegenüber der Betriebsleitung schien nicht mehr notwendig zu sein. Hinzu kam die persönliche Einschätzung der Mitglieder im Steuerkreis, dass die Leistungsdichte im Klinikalltag in den letzten Jahren stark zugenommen hat und jede Entlastung von zusätzlichen Aufgaben eine Erleichterung im Arbeitsalltag darstellt. Die Leiterin des Zentralbereiches Qualitäts- und Medizinisches Risikomanagement hat die Diskussion gemeinsam mit dem Medizinischen Vorstand moderiert, und **der „Prozess der Auflösung“ war für alle Beteiligten nicht einfach, denn die vielen Jahre der Zusammenarbeit haben eine freundschaftliche und lösungsorientierte Atmosphäre entstehen lassen, die keiner gerne aufgeben wollte**. Das Qualitätsmanagementsystem im UKD wurde somit selbst auf eine harte Probe gestellt, ob es von etablierten Traditionen ablassen und neue Wege einschlagen kann. **Als gemeinsam getragene Entscheidung wurde der Steuerkreis im Jahr 2010 aufgelöst**. Die Betriebsleitung hat die Entscheidungsbefugnis über qualitätsrelevante Projekte und holt sich künftig bei den verschiedenen Fragestellungen den Rat von Experten aus den jeweiligen Bereichen.

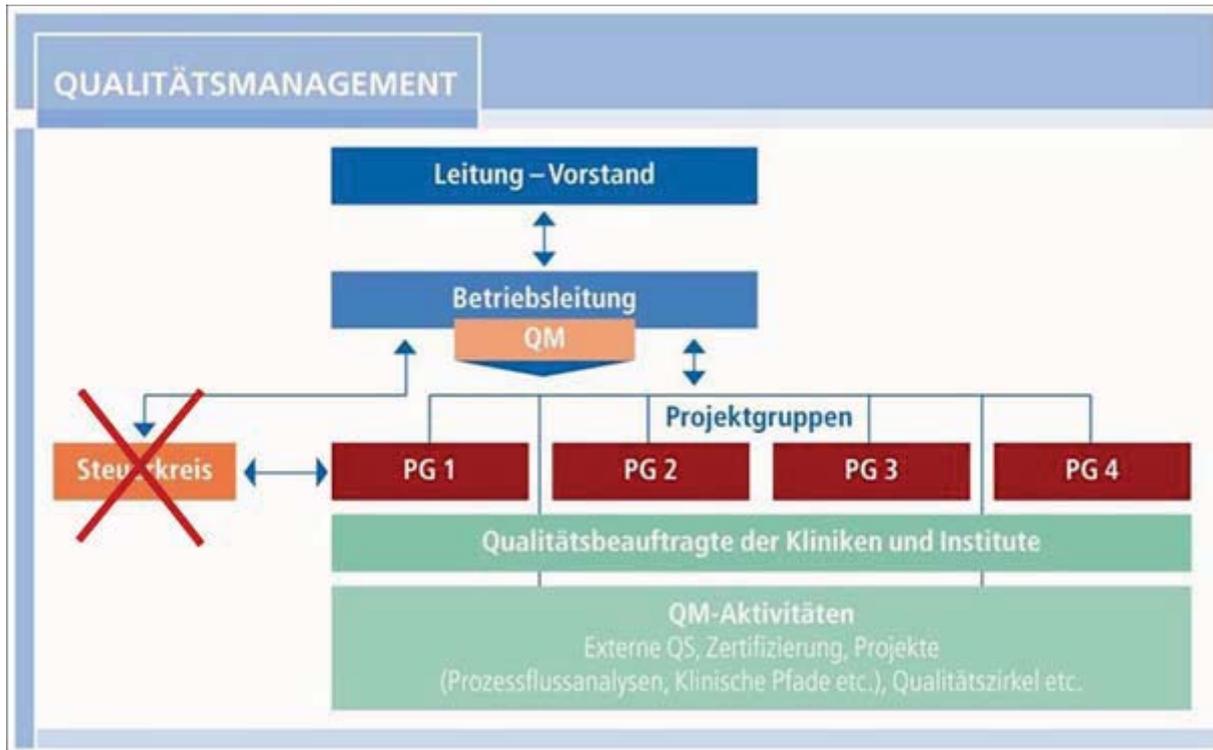


Abbildung 5: Auflösung des Steuerkreises nach 10jähriger erfolgreicher Tätigkeit im Universitätsklinikum Dresden

Die **Qualitätsbeauftragten** in den Kliniken, Zentren, Instituten und Verwaltungsbereichen sind an der Umsetzung der zahlreichen Maßnahmen und Projekte beteiligt und treffen sich einmal im Quartal. Hier stehen wichtige Informationen und vor allem der Erfahrungsaustausch im Vordergrund.

Der **Zentralbereich Qualitäts- und Medizinisches Risikomanagement** unterstützt mit seinen insgesamt 9 Mitarbeitern die verschiedenen Berufsgruppen im Klinikum bei der Erbringung einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung. Das Grundprinzip für die Leiterin des Zentralbereiches Qualitäts- und Medizinisches Risikomanagement ist dabei die **Stärkung der Eigenverantwortung jedes einzelnen Mitarbeiters! Denn nur gemeinsam gelingt es, im Arbeitsalltag, an jedem Arbeitsplatz und zu jeder Tages- und Nachtzeit die Qualitätsansprüche der Patienten und ihrer Angehörigen, auch die des „Unternehmens Klinikum“ und der Mitarbeiter erfüllen zu können.**

Der Zentralbereich Qualitäts- und Medizinisches Risikomanagement deckt damit ein kontinuierlich wachsendes Aufgabenspektrum ab, das zum Ende des Jahres 2010 auch zu einer **Erweiterung der Bezeichnung um das Medizinische Risikomanagement** geführt hat. Dabei hat die Leiterin des Zentralbereiches von Beginn an den Themenkomplex „Risikomanagement“ als integralen Bestandteil der Arbeitsaufgaben eingeschätzt: **„Qualitäts- und Risikomanagement sind verwandte Seelen mit zahlreichen Schnittstellen und haben beide den Fokus auf die Prävention, d. h. auf die Fehlervermeidung“.** Heute umfasst das Aufgabengebiet des Zentralbereiches Qualitäts- und Medizinisches Risikomanagement (ZB QRM) folgende Themengebiete:

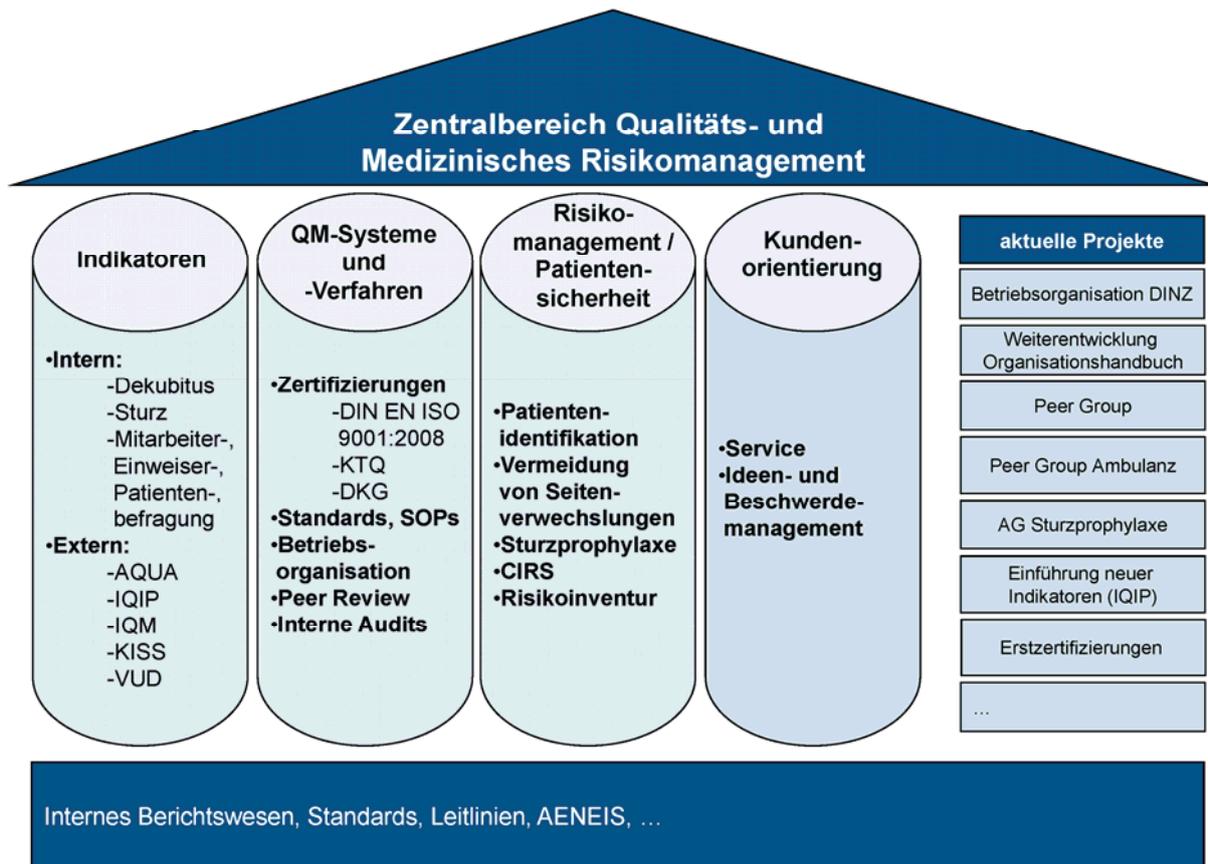


Abbildung 6: Themenschwerpunkte des Zentralbereiches Qualitäts- und Medizinisches Risikomanagement im Universitätsklinikum Dresden

Die sich hieraus ableitenden Arbeitsaufgaben für die kontinuierliche Weiterentwicklung des Qualitäts- und Medizinischen Risikomanagements im Universitätsklinikum Dresden lauten für die einzelnen Mitarbeiter wie folgt:

Die Leiterin des Zentralbereiches Qualitäts- und Medizinisches Risikomanagement ist Fachärztin für Pathologie und hat berufsbegleitend zahlreiche Fort- und Weiterbildungen zum Thema Qualitätsmanagement erfolgreich absolviert sowie ein Studium zum European Master in Quality Management abgeschlossen. Im Jahr 2008 hat sie ihre Habilitationsschrift zum Thema „Qualitätsmanagement in der Pathologie“ erfolgreich verteidigt. Ihre Aufgaben betreffen insbesondere:

- die Koordination und Weiterentwicklung sämtlicher Qualitäts- und Risikomanagementaktivitäten im UKD im Hinblick auf die vom Vorstand beschlossene Qualitätspolitik und Strategie,
- Weiterentwicklung der Zertifizierungsverfahren im UKD als „externer“ Begleiter im Sinne der Projektplanung und erfolgreichen Durchführung,
- Übertragung der Erfahrungen aus den Zertifizierungsverfahren in die nicht zertifizierten Einrichtungen,
- Koordination und Bewertung der nationalen und internationalen Benchmark-Projekte,
- Information und Kommunikation über laufende Qualitäts- und Risikomanagementaktivitäten sowie Aus-, Fort- und Weiterbildung,
- Lehraufträge u. a. an der Medizinischen Fakultät Dresden und der staatlich anerkannten Universität „Dresden International University (DIU)“,
- Öffentlichkeitsarbeit in enger Zusammenarbeit mit der Pressestelle des Universitätsklinikums Dresden sowie Publikationen in Fachzeitschriften.

Mitarbeiter mit Schwerpunkt Service:

- Annahme, Bearbeitung und Dokumentation von Beschwerden laut Beschwerdemanagementsystem des UKD,
- Entwicklung von Serviceangeboten (Post-, Kopier- und Faxservice für die Patienten, Pflege des

- Dolmetscherpools etc.) einschließlich Bedienung des Servicetelefons im Klinikum,
- Mitwirkung bei der Öffentlichkeitsarbeit (Mitarbeiterzeitung, Patientenbroschüre, Patienteninformationsmappe, Postkarten, Beschilderung etc.),
- Fortbildungs- und Trainingsangebote bis hin zum persönlichen Coaching zur Verbesserung der Kommunikation im UKD.

Mitarbeiter mit Schwerpunkt Pflege, QM- und Zertifizierungsverfahren, Internes Audit:

- Einführung, Weiterentwicklung und Überprüfung von Pflegestandards,
- Einführung und Weiterentwicklung von Qualitätsindikatoren speziell in der Pflege mit Aufbau eines Berichtswesens (z. B. zur Vermeidung von Stürzen),
- Begleitung von Kliniken bzw. Instituten bei der Einführung systematischer Qualitätsmanagementverfahren wie z. B. der Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001:2008,
- Implementierung und Weiterentwicklung interner Auditverfahren im Bereich des OPs und der Ambulanzen im UKD.

Mitarbeiter mit Schwerpunkt Indikatoren:

- Statistische Auswertung und Bewertung der Daten, insbesondere der externen Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V, des International Quality Indicator Projects (IQIP), des Qualitätsvergleiches des Verbands der Universitätsklinika Deutschlands (VUD) sowie der Initiative Qualitätsmedizin (IQ^M),
- Betreuung der Kliniken und deren Ansprechpartner u. a. im Rahmen des zu führenden strukturierten Dialogs (externe Qualitätssicherung gemäß §137 SGB V) mit den Facharbeitsgruppen bei der Sächsischen Landesärztekammer.

Mitarbeiter mit Schwerpunkt Risikomanagement:

- Mitarbeit in klinikspezifischen Arbeitsgruppen zur Analyse und Auswertung von Beinahefehlern (CIRS- Critical Incident Reporting System) und damit Schnittstelle für organisationsübergreifende Themen des UKD,
- Erarbeitung und Umsetzung sicherheitsrelevanter Standards und Verfahren zur Vermeidung oder Minderung unerwünschter Ereignisse im Sinne der Patienten- und auch der Mitarbeiter (z. B. Einführung des Expertenstandards Sturzprophylaxe),
- Projektbegleitung und Unterstützung im Rahmen der Umsetzung von Schwerpunkten des Aktionsbündnisses Patientensicherheit (z. B. Patientenidentifikation).

Mitarbeiter mit Schwerpunkt Prozessmanagement:

- Implementierung und Weiterentwicklung des elektronischen Organisationshandbuches UKD,
- Unterstützung der Mitarbeiter in den Kliniken/Zentren/Instituten auf dem Weg zu einer prozessorientierten Arbeitsweise,
- Erarbeitung und Weiterentwicklung von Managementhandbüchern und Verfahrensanweisungen,
- Erarbeitung und Weiterentwicklung von organisatorischen klinikumsweiten Standards.

Der „Rotationsstelle Arzt“ kommt eine besondere Bedeutung zu. Für einen definierten Zeitraum ist ein ärztlicher Mitarbeiter im ZB QRM für klinik-, zentrums- bzw. institutseigene Projekte tätig und von der täglichen Routine freigestellt. Er selbst erhält eine Ausbildung im Qualitätsmanagement und hilft seiner eigenen Einrichtung beim Aufbau eines Qualitätsmanagementsystems. Zurück in der Klinik, dem Zentrum bzw. im Institut ist er der qualifizierte Ansprechpartner für den ZB QRM und entwickelt das Qualitätsmanagementsystem der Klinik bzw. des Institutes kontinuierlich weiter.

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

Im Universitätsklinikum Dresden kommen zahlreiche Instrumente zur Messung, Bewertung und kontinuierlichen Verbesserung der Qualität zur Anwendung. Dies entspricht im Übrigen einer im Berufsrecht der Ärzte verankerten Verpflichtung. Und bereits Theodor Billroth, einer der bedeutendsten Chirurgen des 19. Jahrhunderts, hat bereits 1860 festgestellt:

„Bald wird die Zeit kommen, wo auch unsere Kollegen und Schüler strengere Anforderungen an uns und unser Handeln legen, wo man sich nicht mehr mit allgemeinen Bemerkungen über die Erfolge dieser oder jener Operation begnügen wird, sondern jeden Arzt für einen Scharlatan hält, der nicht im Stande ist, seine Erfahrungen in Zahlen auszudrücken.“

Lang etablierte Werkzeuge der Ärzteschaft wie z. B. Morbiditäts- (Häufigkeit von Erkrankungsfällen in einer bestimmten Bevölkerungsgruppe in einem definierten Zeitraum), Mortalitäts- (Anzahl der Todesfälle in einem bestimmten Zeitraum bezogen auf 1.000 Individuen einer Population) und Komplikationskonferenzen kommen im Universitätsklinikum Dresden regelmäßig zum Einsatz. Auch neue Methoden z. B. des Medizinischen Risikomanagements und der Patientensicherheit werden von den Mitarbeitern regelmäßig zur Verbesserung der Versorgungsqualität der Patienten im UKD genutzt.

Es würde den Rahmen dieses Berichtes sprengen, alle Maßnahmen und Aktivitäten der einzelnen Kliniken, Institute, Zentren sowie selbständigen Abteilungen diesbezüglich aufzuzählen, weshalb der Schwerpunkt auf die übergreifenden Methoden und Instrumente des Qualitäts- und Risikomanagementsystems im Universitätsklinikum Dresden gelegt wird. **Ausdrücklich verweisen wir auf den auf unserer Homepage hinterlegten Jahresbericht, den aktuellen, hier vorgelegten Qualitätsbericht über das Jahr 2010, die Kennzahlen aus der Initiative Qualitätsmedizin und die Informationen über das Leistungsangebot unserer Kliniken, Zentren und Institute (www.uniklinikum-dresden.de).**

Indikatoren

Die Einführung eines Qualitätsmanagementsystems basiert auf zwei wesentlichen Elementen:

- dem Qualitätsmanagement-Verfahren mit festgelegten Abläufen, Zuständigkeiten und Überwachungs- bzw. Anpassungsmechanismen und
- den zugrundeliegenden Stellgrößen, an denen die Qualität gemessen, bewertet und ausgerichtet wird.

Die Qualität der medizinischen Versorgung ist dabei ein komplexes Phänomen und lässt sich in der Regel nur durch mehrere Indikatoren abbilden, denn einzelne können nur Teilaspekte der Qualität beleuchten. Es ist daher sinnvoll, Zusammenstellungen mehrerer Indikatoren zur Beurteilung eines Versorgungsaspektes in Form von Profilen zugrunde zu legen. Die Einteilung der einzelnen Indikatoren erfolgt nach unterschiedlichen Kriterien; so betreffen typische globale Indikatoren die Mortalität (Sterblichkeit) im Krankenhaus, nosokomiale, d. h. im Krankenhaus erworbene Infektionen, unerwünschte Arzneimittelnebenwirkungen, Stürze aus dem Bett, ungeplante Wiederaufnahmen etc.. Diese Indikatoren geben im Vergleich zu den spezifischen ein eher grobes Bild, wenngleich sie wichtige Informationen liefern. Fach- und diagnosespezifische Indikatoren betreffen z. B. in der Geburtshilfe die Sectiorate (Kaiserschnitt) und in einem Fach wie der Pathologie z. B. das Verhältnis zwischen vermuteter Diagnose und histologischer Bestätigung.

Im Universitätsklinikum Dresden wird die Qualität der Leistungserbringung schon seit vielen Jahren mittels systematischer Messung von zahlreichen globalen und fachspezifischen Indikatoren gemessen und bewertet. Beispiele betreffen sowohl gesetzlich verbindliche Verfahren als auch freiwillige nationale und internationale Projekte. **Erklärtes Ziel ist es, anhand des Vergleiches von Kennzahlen mit anderen Krankenhäusern zu wissen, wo das Universitätsklinikum mit seinem Qualitätsniveau steht.** Erst dieses Wissen liefert eindeutige und nachvollziehbare Fakten. Und demzufolge können erst dann Rückschlüsse auf vorhandene Verbesserungspotentiale geschlossen werden, die entsprechende Maßnahmen, Aktivitäten und Verbesserungen auslösen.

Die Auswahl aus dem Jahr 2010 gibt einen Einblick sowohl in die Erfassung und statistische Aufbereitung der Kennzahlen als auch in die sich anschließende Bewertung mit ggf. Ableitung von Maßnahmen.

Gesetzgeberisch verbindliche Maßnahmen gemäß § 137 SGB V

Im Rahmen der gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätssicherung hat das Universitätsklinikum Dresden auch im Jahr 2010 dieses Instrument der externen Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V genutzt, um die medizinische und pflegerische Behandlungsqualität zu messen und durch das „Institut für Angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (AQUA)“ (www.aqua-institut.de) analysieren zu lassen. Eine große Anzahl von bis zu 182 Indikatoren findet sich im Teil C-1.2 unter „Ergebnisse für ausgewählte Qualitätsindikatoren aus dem AQUA-Verfahren“. Besonders hervorheben möchten wir an dieser Stelle unser Grundprinzip zur eigenverantwortlichen Leistungserbringung auf hohem Qualitätsniveau. Als **Voraussetzung müssen die Mitarbeiter selbst über die nach ihren Bedürfnissen entsprechend aufbereiteten Daten verfügen und in die Lage versetzt werden, diese auszuwerten**, um ggf. Maßnahmen zur Verbesserung einzuleiten. Bezüglich der Qualitätsindikatoren der externen Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V wurde deshalb die **Notwendigkeit einer zeitnahen und unterjährigen Rückmeldung an die Kliniken mit der Möglichkeit einer frühzeitigen Erkennung von Auffälligkeiten** erkannt und ein Berichtswesen des Zentralbereiches Qualitäts- und Medizinisches Risikomanagement etabliert (siehe Kapitel D-1 Qualitätspolitik). Damit besteht die Chance, vor Abschluss des laufenden Berichtsjahres auf mögliche Fehler in der Dokumentation Einfluss zu nehmen (Dokumentationsqualität), Definitionsunklarheiten bezüglich der Indikatoren zu bereinigen, Trends bzw. Qualitätsdefizite zu erkennen und prospektiv Maßnahmen zur Verbesserung einzuleiten. Folgende Abbildung zeigt ein Beispiel aus dem Modul „Cholezystektomie (Entfernung der Gallenblase)“ mit einer Auffälligkeit zur Erhebung des histologischen Befundes. Hierbei handelt es sich eindeutig um einen Dokumentationsfehler, der somit rechtzeitig erkannt und korrigiert wurde.

3M		Quality Report / BQS - Qualitätsindikatoren im Überblick -		Legende:	
Krankenhaus	261401030 Universitätsklinikum Dresden			 innerhalb Zielbereich	
Fachabteilung	Alle Hauptabteilungen			 ausserhalb Zielbereich	
BQS-Modul	2010-(12/1) Cholezystektomie			 es liegen keine Zielwerte vor	
Zeitraum (Quartal)	2010				
Entlassender Standort	Alle Entl Standorte				
BQS-Qualitätsindikatoren		Analysefallzahl (Nenner)	Häufigkeit (Zähler)	Indikator KH	Zielwert
2010-(12/1) Cholezystektomie					
Qualitätsindikatoren					
Q1 1: Indikation					
Q1 1: Indikation	Patienten mit uncharakter. Schmerzen im re. Oberbauch, ohne Cholestase, ohne sicheren Gallensteinachweis und ohne akute Entzündung	32	0	0,00%	 5,00%
Q2: Präoperative Diagnostik bei extrahepatischer Cholestase					
Q2 1: Präoperative Diagnostik bei extrahepatischer Cholestase					
Q2 1: Präoperative Diagnostik bei extrahepatischer Cholestase	Patienten mit erfolgter Abklärung der Gallenwege bei extrahep. Cholestase	2	2	100,00%	
Q2 2: Präoperative Diagnostik bei extrahepatischer Cholestase	Patienten OHNE erfolgter Abklärung der Gallenwege bei extrahep. Cholestase (Ziel: <5,0 %)	2	0	0,00%	 5,00%
Q3: Erhebung eines histologischen Befundes					
Q3 1: Erhebung eines histologischen Befundes					
Q3 1: Erhebung eines histologischen Befundes	Patienten, bei denen KEIN postop. histologischer Befund der Gallenblase erhoben wurde (Ziel: <5,0 %)	32	2	6,25%	 5,00%
Q3 2: Erhebung eines histologischen Befundes	Patienten, bei denen postop. ein histologischer Befund der Gallenblase erhoben wurde	32	30	93,75%	
Q4: Eingriffsspezifische Komplikationen und OP-Verfahren					
Blutung					
Gruppe 1: Alle Patienten		32	1	3,13%	
Gruppe 2: Patienten mit laparoskopisch begonnener Operation		26	1	3,85%	
Gruppe 3: Patienten mit offen-chirurgischer Operation		6	0	0,00%	
Okklusion oder Durchtrennung des DHC					
Gruppe 1: Alle Patienten (Ziel: =0 %)		32	0	0,00%	 0,00%
Gruppe 2: Patienten mit laparoskopisch begonnener Operation		26	0	0,00%	
Gruppe 3: Patienten mit offen-chirurgischer Operation		6	0	0,00%	

Abbildung 7: Unterjähriges Ergebnis der externen Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V für das Modul der Cholezystektomie

Freiwillige Verfahren

Aktion Saubere Hände

In Deutschland treten etwa 500.000 Krankenhausinfektionen im Jahr auf. Diese Infektionen führen zu zusätzlichem Leid der Patienten, zur Verlängerung der Krankenhausverweildauer und damit auch zu zusätzlichen Kosten.

Experten sind sich darüber einig, dass die **wichtigste Maßnahme zur Vermeidung der Übertragung von Infektionserregern die sorgfältige Händedesinfektion** ist. In vielen Untersuchungen konnte gezeigt werden, dass durch die Verbesserung der Händedesinfektion das Auftreten von Krankenhausinfektionen reduziert werden kann. Deshalb hat die World Health Organization (WHO) in einer weltweiten Kampagne „Clean care is safer care“ die Verbreitung von effektiven Maßnahmen zur Verbesserung der Händehygiene als eines von fünf vorrangigen Zielen zur Erhöhung der Patientensicherheit genannt. In verschiedenen Ländern wurden bereits umfangreiche Initiativen zur Verbesserung der Händehygiene eingeleitet.

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit (www.aktionsbueundnis-patientensicherheit.de), die Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung (www.gqmg.de) und das Nationale Referenzzentrum für die Surveillance von nosokomialen Infektionen (www.nrz-hygiene.de) haben die Kampagne „Aktion Saubere Hände“ für deutsche Gesundheitseinrichtungen ins Leben gerufen. Sie bündelt Partner aus dem Gesundheitswesen, Politik und Gesellschaft, um die Thematik der Händedesinfektion und ihre Bedeutung in der Prävention in der Krankenhausinfektion in einem breiteren Kontext hervorzuheben.

Die Kampagne hat das Ziel, die Compliance (Einhaltung von Verhaltensmaßregeln) der Händedesinfektion in deutschen Krankenhäusern deutlich und nachhaltig zu erhöhen (www.aktion-sauberehaende.de).

Das Universitätsklinikum Dresden ist von Beginn an Mitglied der Kampagne. Mit maßgeblicher Unterstützung des Leiters des Zentralbereiches Krankenhaushygiene und Umweltschutz, Herrn PD Dr. rer. nat. et rer. habil. Lutz Jatzwauk, wurden Untersuchungen zur Compliance sowie zum Verbrauch von Händedesinfektionsmitteln realisiert. Die Untersuchungen erfolgten im Jahr 2009 auf allen Intensivstationen des Universitätsklinikums Dresden sowie auf ausgewählten Stationen. Die beobachteten Mitarbeiter des Universitätsklinikums Dresden desinfizierten sich durchschnittlich in 60 % der erforderlichen Fälle die Hände.

Durch ein E-Learning-Programm „Klinische Händehygiene“ sowie zahlreiche Fortbildungen wurde eine Optimierung der Händedesinfektion angestrebt. Darüber hinaus wurden alle Patientenbetten mit Desinfektionsmittelspendern ausgestattet.



Abbildung 8: Ausstattung der Patientenbetten mit Desinfektionsmittelspender

Im Jahr 2010 wurde das E-Learning-Programm „Klinische Händehygiene“ als Verpflichtung im Rahmen der Einarbeitung neuer Mitarbeiter im Universitätsklinikum Dresden von der Betriebsleitung beschlossen.

Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) - Surveillance nosokomialer Infektionen auf den Intensivstationen des Universitätsklinikums Dresden

Durch systematische Erfassung, Analyse und Interpretation (Surveillance) der wichtigsten nosokomialen Infektionen lassen sich Infektionsprobleme erkennen, vorbeugende Maßnahmen (Prävention) gezielt intensivieren und damit Infektionen vermeiden. Wissenschaftlich fundierte Vergleichsdaten stehen in Deutschland durch das vom Nationalen Referenzzentrum für nosokomiale Infektionen und vom Robert-Koch-Institut aufgebauten Krankenhaus-Infektions-Surveillance System (KISS) zur Verfügung. Das Universitätsklinikum Dresden nimmt schon seit einigen Jahren an diesem nationalen Indikatoren-Programm teil, und es ist schon eine gute Tradition, über die Entwicklung der nosokomialen Infektionen in den Intensivstationen des Universitätsklinikums Dresden zu berichten.

Bei allen ausgewerteten Infektionen (ZVK-assoziierte Sepsis, Blasenkatheter-assoziierte Harnwegsinfektionen, Beatmungsassoziierte Pneumonie) zeigt sich eine positive Entwicklung und bestätigt das konsequente Hygieneregime des Leiters des Zentralbereiches Krankenhaushygiene/Umweltschutz. Im Folgenden werden zwei Beispiele aus dem KISS-System veranschaulicht.

ZVK- assoziierte Septikämie

Bei zahlreichen Patienten auf den Intensivstationen ist eine Infusionstherapie über intravasale Katheter erforderlich. Diese können Ursache schwerer Komplikationen, wie beispielsweise einer Bakteriämie (Einschwemmung von Bakterien in den Blutkreislauf) sein.

Die Anzahl der bei Patienten von Intensivstationen dokumentierten Septikämien ist seit Jahren niedrig. Dies wird durch konsequente Hygienemaßnahmen, vor allem der Händedesinfektion und dem kontinuierlichen Einsatz antimikrobiell beschichteter Venenkatheter erreicht.

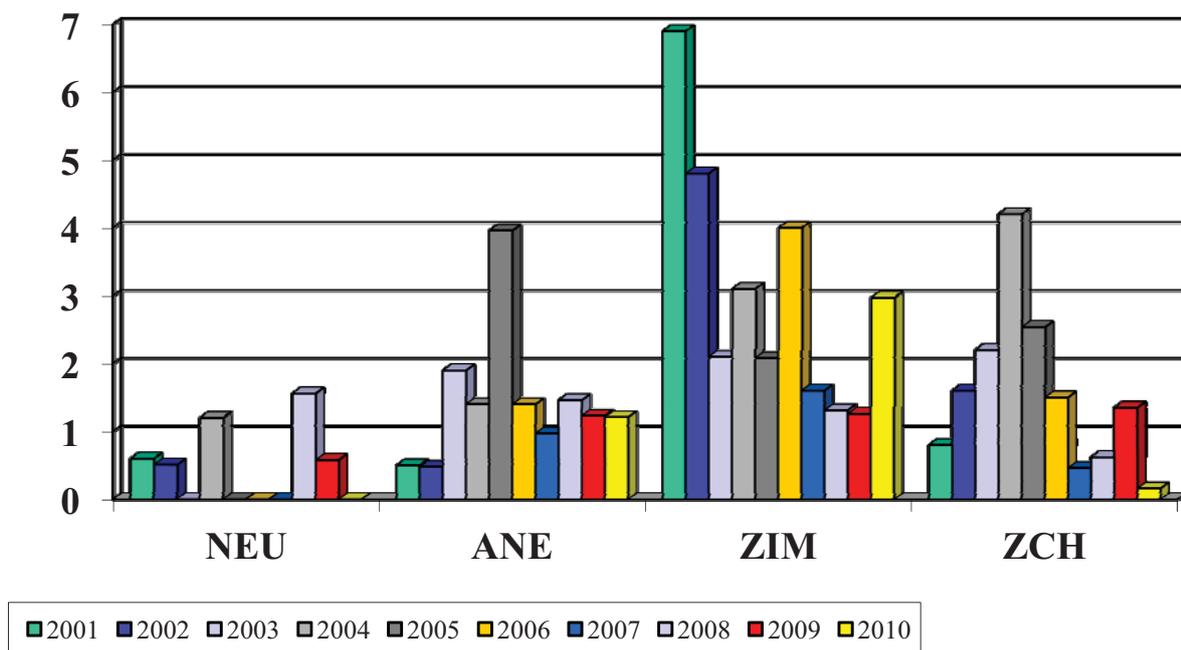


Abbildung 9: Entwicklung der ZVK-assoziierten Septikämien in den vier Intensivstationen des UKD (Neurologie, Anästhesie, Innere Medizin, Chirurgie)

Beatmungsassoziierte Pneumonie

Die Pneumonie (Lungenentzündung) gehört neben der Harnwegsinfektion und der an Venenkatheter assoziierte Septikämie zu den häufigsten Krankenhausinfektionen. Besonders hoch ist das Risiko bei intubierten und beatmeten Intensivpatienten. Da diese Infektion häufig durch patienteneigene Mikroorganismen hervorgerufen wird, kann sie nicht vollständig verhindert werden. Umso mehr sind entsprechende vorbeugende Maßnahmen mit einem konsequenten Hygieneregime von großer Bedeutung. Dies wird in der folgenden Abbildung mit der weiteren Abnahme der Häufigkeit der Beatmungspneumonie im Jahr 2010 auf allen vier Intensivstationen des Universitätsklinikums Dresden deutlich.

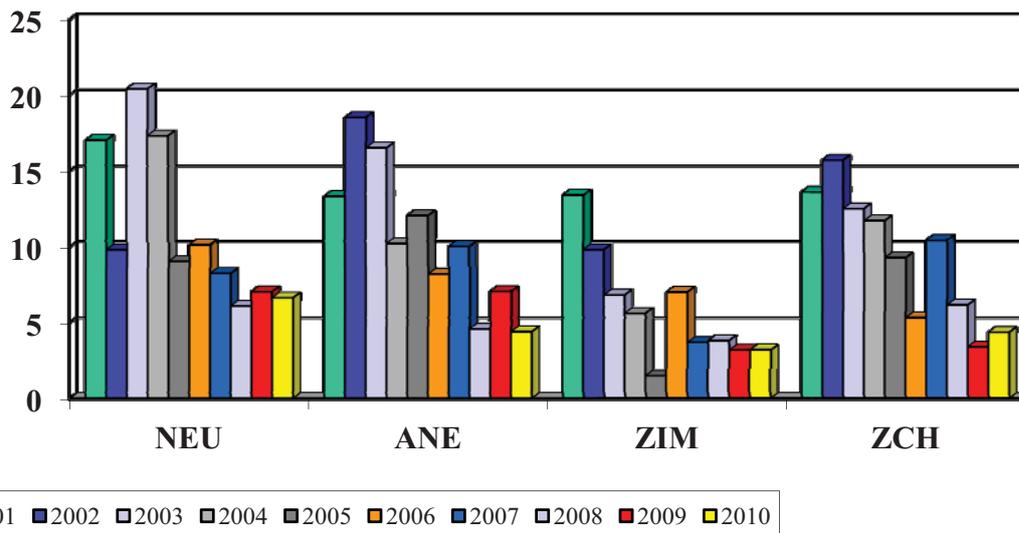


Abbildung 10: Entwicklung der Beatmungspneumonie in den vier Intensivstationen des UKD

International Quality Indicator Project (IQIP)

Das International Quality Indicator Project (IQIP - www.internationalqip.com) ist ein System zur Bewertung von medizinischen Versorgungsleistungen in Krankenhäusern und anderen Gesundheitseinrichtungen. Es basiert auf der Messung von wissenschaftlich fundierten und international anwendbaren Leistungsindikatoren in inzwischen weltweit mehr als 2.000 Einrichtungen. Es hat sich als Grundlage für die Einführung und professionelle Weiterentwicklung eines Qualitätsmanagementsystems in Krankenhäusern bewährt. Inzwischen ist IQIP das weltweit größte Qualitätsinstrument und Forschungsprojekt der Messung von klinischen Leistungsindikatoren.

Seit dem Jahr 2004 hat der Zentralbereich Qualitäts- und Medizinisches Risikomanagement die Teilnahme am IQIP um jeweils einen weiteren Indikator erweitert und in das interne Berichtswesen des Universitätsklinikums Dresden integriert.

Verband der Universitätsklinika Deutschlands

Der Verband der Universitätsklinika Deutschlands (VUD) wurde 1997 gegründet (www.uniklinika.de). Er vertritt die Interessen von 32 Universitätsklinika, die an 38 Standorten in Deutschland medizinische Spitzenleistung anbieten. Der VUD hat im Jahr 2008 die erste Version eines Qualitätsberichtes speziell für die Hochschulmedizin veröffentlicht. Die Grundlage für die darin abgebildete Statistik bilden Routinedaten, die primär der Abrechnung mit den Kostenträgern dienen. Abgebildet werden überwiegend die Anzahl der in den Universitätsklinika durchgeführten Eingriffe bzw. Behandlungen. Zukünftig sollen weitere Qualitätsindikatoren abgebildet werden, die vor allem die Aspekte der Hochleistungsmedizin widerspiegeln.

Initiative Qualitätsmedizin (IQM)

Im Jahr 2008 haben sich zwölf führende Krankenhausträger zur „Initiative Qualitätsmedizin“ (IQM, www.initiative-qualitaetsmedizin.de) zusammengeschlossen. **Das Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden ist Gründungsmitglied**, und der Medizinische Vorstand, Herr Prof. Dr. med. D. Michael Albrecht, hat sich von Beginn an für folgende Zielsetzung der Initiative eingesetzt:

Die Initiative Qualitätsmedizin (IQM) verfolgt das Ziel, Sicherung und Management der Qualität in der Medizin durch den Einsatz von Routinedaten träger- und sektorenübergreifend weiter zu entwickeln. Im Kapitel D-6 sind weitere Informationen über die Aktivitäten des UKD nachzulesen.

Ideen- und Beschwerdemanagement

Seit dem Jahr 2002 werden vom Zentralbereich Qualitäts- und Medizinisches Risikomanagement Be-

schwerden und Ideen von Patienten sowie auch von Mitarbeitern des Universitätsklinikums Dresden entgegengenommen und systematisch gemeinsam mit der Rechtsstelle, dem Geschäftsbereich Finanzen und dem Klinikumsvorstand bearbeitet. **Lösungsorientiertes Handeln durch schnelle Rückmeldung an die Beschwerdeführer und konsequente Einbeziehung der Mitarbeiter stehen bei der Beschwerdebearbeitung im Mittelpunkt.** Ziel ist es, Unzufriedenheit zu erkennen, Ursachen gemeinsam mit den Beteiligten zu analysieren, Maßnahmen zu erarbeiten und zu kommunizieren. Die Beschwerdeentwicklung bis zum Jahr 2010 zeigt folgende Abbildung.

	2010	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003
<u>Kliniken/ Institute/ Centren</u>	167	176	165	145	106	106	101	67
<u>Verwaltung - GB/ Carus Akademie</u>	49	43	32	25	40	35	31	37
Service-GmbH (o. FBK)	3	4	0	1	2	3	4	5
<u>Kooperationspartner (intern) TFI/ SWSG/ MVZ/ MTR/ Reinigung</u>	16	11	10	12	14	9	0	0
<u>Kooperationspartner (extern) HZ/ KVS/ DRK/ Taxi/ Bavaria Klinik</u>	5	7	8	4	4	0	0	0
Gesamt:	240	241	215	186	164	150	132	104

Abbildung 11: Beschwerdeentwicklung im UKD in den vergangenen 8 Jahren

Im Jahr 2010 gingen insgesamt 240 schriftliche Beschwerden beim Vorstand bzw. den beteiligten Bereichen ein. Die steigende Tendenz gegenüber den Vorjahren entspricht der zunehmenden Fallzahl im stationären und ambulanten Versorgungsbereich. Sie ist auch ein Indiz dafür, dass Patienten, Angehörige und Besucher zunehmend aktiv ihre Unzufriedenheit über Abläufe, Umgangsformen, unzureichende Informationen oder Servicequalität äußern. **Dabei liegt es im eigenen Interesse des Klinikums, Patienten und Besucher zur Kommunikation bei Unzufriedenheit zu motivieren, denn nur so können Verbesserungspotenziale aufgedeckt und Wege zur Problemlösung identifiziert werden.** Insofern werden häufig nicht nur Beschwerden eingereicht, sondern auch zahlreiche Ideen, Hinweise und auch Danksagungen.

Die Auswertung der schriftlichen Beschwerden aus dem Jahr 2010 ergab wie in den Vorjahren einen wesentlichen Schwerpunkt hinsichtlich einer missverständlichen oder auch unzureichenden Kommunikation. **Beschwerden insbesondere gegenüber den Ärzten und dem Pflegepersonal machen deutlich, dass sich Patienten aus ihrer Sicht zu wenig informiert, häufig allein gelassen oder unsensibel behandelt fühlen.** Dabei stehen die Wahrnehmung der Patienten und ihrer Angehörigen häufig in Kontrast zur Einschätzung der Mitarbeiter. Deshalb ist eine sehr sensible und zugleich sachlich fundierte Aufarbeitung der Schilderungen notwendig, um den Bedürfnissen der Beteiligten beider Seiten gerecht zu werden.

Einen zweiten Schwerpunkt bilden kritische Rückmeldungen über die Ausstattung und die baulichen Rückstände im Klinikum. Das betrifft in erster Linie den Altbauring, klinikumweit werden aber auch verschlissene Kopfkissen, Matratzen, Unsauberkeit der Sanitäranlagen, fehlende Mückenfenster und Baulärm beanstandet, oder es wird der Wunsch nach Wasserspendern, Klimaanlage oder kostenlosen Kopfhörern geäußert.

Der stete Ausbau des Ideen- und Beschwerdemanagements hat die Sensibilität für die Wünsche und Sorgen der Patienten gestärkt. Auch weiterhin steht die Zufriedenheit der Patienten mit den Angehörigen im Vordergrund unserer Bemühungen. Die Unterstützung der Mitarbeiter vor Ort, beispielsweise durch Kommunikationstrainings und auch die Umsetzung von Anregungen, etwa der Einsatz von Hostessen in der Speisenversorgung oder die Einrichtung von Arzt- und Klinikhotlines sind sichtbare Ergebnisse mit einem reichen Potenzial zur noch stärkeren Ausweitung.

CIRS – Critical Incident Reporting System als Werkzeug des Medizinischen Risikomanagements

Die systematische Erfassung kritischer, sogenannter sicherheitsrelevanter Ereignisse ist ein in der Industrie etabliertes Verfahren, um Systemfehler bzw. systematische Fehler zu identifizieren und nach einer entsprechenden Analyse Vermeidungs- bzw. Lösungsstrategien abzuleiten. Im medizinischen Bereich und hier insbesondere in der Anästhesie wurde in den letzten Jahren zunehmend auf die Erfahrungen der Industrie zurückgegriffen und ähnliche Erfassungssysteme eingeführt. Übertragbar auf das Medizinische Risikomanagement bezeichnet man eine Situation immer dann als kritisch, wenn sie zu einer Gefährdung der Sicherheit der Patienten hätte führen können. Hiervon theoretisch abzugrenzen sind Beinaheunfälle und Unfälle. Bei diesen ist eine Gefährdung der Sicherheit von Patienten offensichtlich. Es ist davon auszugehen, dass sich die Ursachen, die zu einem kritischen Ereignis oder zu einem Unfall bzw. Beinaheunfall führen, nur unwesentlich voneinander unterscheiden. Ein Critical Incident Reporting System (CIRS) macht sich dieses Wissen zu Nutzen. **Ziel eines CIRS ist es, die häufigen kritischen Ereignisse systematisch zu erfassen und zu analysieren, um durch die abgeleiteten Maßnahmen die Inzidenz von seltenen Unfällen und Beinaheunfällen zu reduzieren.** In der Klinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie am Universitätsklinikum Dresden existiert seit acht Jahren ein CIRS und ist eine Erfolgsgeschichte nicht nur für die Klinik sondern für das gesamte Klinikum. Seither sind 920 Meldungen von den Mitarbeitern der Klinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie eingegangen und von der eigens etablierten Arbeitsgruppe bearbeitet worden. Dies bedeutet nicht nur die Analyse der eingegangenen Meldungen, sondern insbesondere die Ableitung von Maßnahmen unterschiedlichster Art wie z. B.:

- Erarbeitung von Regeln, Standards sowie Algorithmen
- Planung und Durchführung von Schulungen
- Durchführung regelmäßiger Fallkonferenzen

Von ganz besonderer Bedeutung ist die konsequente Unterstützung der Klinikleitung, die ungebrochen seit der Einführung durch Frau Prof. Dr. med. Thea Koch besteht. Diese motiviert ihre Mitarbeiter zur Anzeige kritischer Ereignisse und unterstützt die Arbeitsgruppe maßgeblich bei der Ableitung bzw. Umsetzung von Verbesserungsmaßnahmen.



Abbildung 12: Flugblatt 21 - Umintubation Spiraltubus

D-5 Qualitätsmanagementprojekte

Es würde den Rahmen dieses Qualitätsberichtes sprengen, alle Qualitätsprojekte des Universitätsklinikums Dresden zu beschreiben, deshalb wurde folgende Auswahl getroffen. **So stand im Jahr 2010 das eigene Qualitätsmanagementsystem mit dem Fokus der Nutzenbetrachtung im Vordergrund und hat zu zahlreichen spürbaren Konsequenzen geführt.** Über die Auflösung des Steuerkreises wurde bereits im Kapitel D-3 „Aufbau eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements“ berichtet. Zwei weitere Projekte betrafen die Reduktion des Dokumentationsaufwandes der pflegerischen Mitarbeiter zum Dekubitus und die Vereinfachung der Pflegestandards im Universitätsklinikum Dresden.

Vereinfachung der Dekubitusdokumentation im Universitätsklinikum Dresden

Ein Dekubitus ist ein Druckgeschwür der Haut als Folge eingeschränkter Mobilität und dauerhafter örtlicher Druckwirkung mit lokaler Schädigung der Haut und des darunter gelegenen Gewebes. Das Auftreten oder die Verschlimmerung eines Dekubitus im Krankenhaus kann entsprechend der vier verschiedenen Schweregrade für den Patienten eine massive zusätzliche Belastung darstellen. Demzufolge existieren zahlreiche, vor allem pflegerische Maßnahmen, um insbesondere das Entstehen eines Dekubitus zu verhindern. Die Umsetzung des Expertenstandards Dekubitus gehört damit zum Pflichtprogramm jedes Mitarbeiters aus der Berufsgruppe der Pflege und erfordert u. a. eine kontinuierliche Risikoerfassung. Im Universitätsklinikum Dresden wurde im Jahr 2003 eine Erhebung zur Prävalenz (wie viele Patienten werden bereits mit einem Dekubitus stationär aufgenommen) und Inzidenz (wie viele Patienten entwickeln einen Dekubitus im Verlauf des stationären Aufenthaltes) durchgeführt und die Ergebnisse der Betriebsleitung vorgestellt. Es wurde der Beschluss gefasst, **mit Einführung des Krankenhausinformationssystems ORBIS® ein flächendeckendes System der Dekubitusdokumentation aufzubauen und mit einer systematischen Bewertung zu verknüpfen.** Seit dem dritten Quartal 2005 wird der Qualitätsindikator Dekubitus elektronisch im Krankenhausinformationssystem erfasst, vom Zentralbereich Qualitäts- und Medizinisches Risikomanagement ausgewertet und die Ergebnisse im internen Berichtswesen (Intranet) für alle Mitarbeiter zugänglich veröffentlicht. Dieses System hat sich über die Jahre etabliert und kontinuierlich weiterentwickelt. **Es ist ganz wichtig, die Mitarbeiter nicht nur mit Tabellen und Zahlenwerken zu „bombardieren“, sondern Auffälligkeiten im persönlichen Gespräch gemeinsam zu analysieren.** Dies erfolgt im Rahmen der stichprobenartigen „Dekubitusdokumentationsauswertung“, bei welcher jeweils zwei Kliniken und eine Intensivstation pro Monat mit Einzelfallbetrachtung geprüft und anschließend die Ergebnisse vor Ort mit den Stationsleitungen ausgewertet werden. Damit gelingt die Darstellung der Gesamtauswertung, die Rückkopplung für die Pflegenden auf Station und die Umsetzung von Verbesserungsmaßnahmen anhand konkreter Daten. **Die Ergebnisse der vergangenen Jahre belegen, dass im Universitätsklinikum Dresden vermehrt Patienten mit einem Dekubitus zur stationären Aufnahme kommen,** was den Aufwand insbesondere für die Mitarbeiter der Pflege erhöht. **Die Zahl der Patienten, die einen Dekubitus während des stationären Aufenthaltes entwickeln, ist dagegen über die vergangenen Jahre aufgrund des strikten Dekubitusregimes im UKD mit einem von fünfzig Patienten gleich konstant niedrig geblieben.**

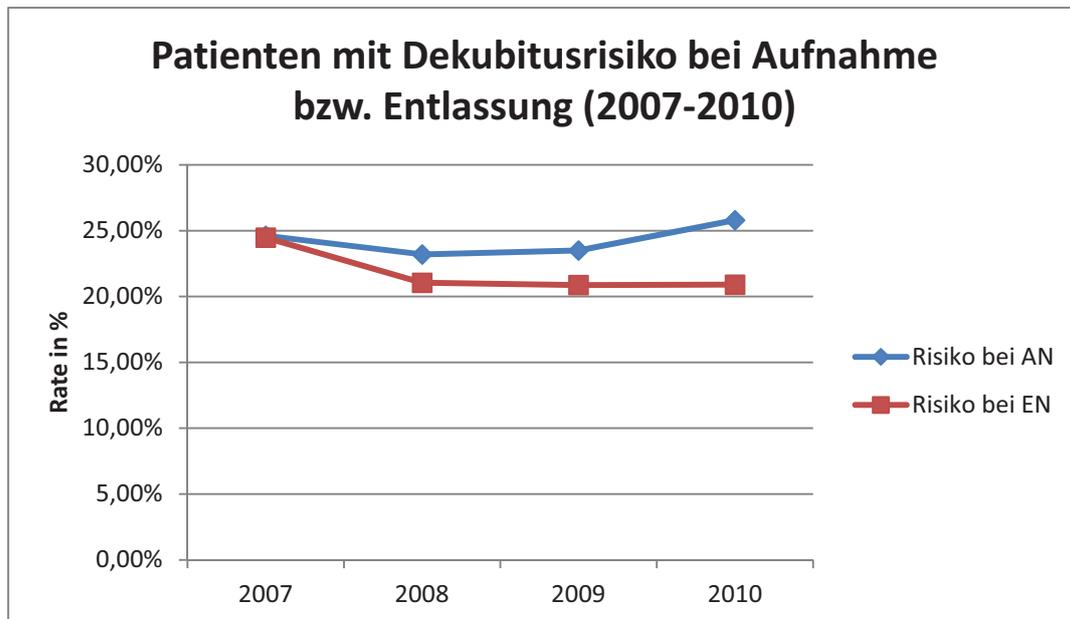


Abbildung 13: Zunahme der Patienten bei stationärer Aufnahme mit einem Dekubitus

Derartige Auswertungen erfordern eine Dokumentation nach genau festgelegten Regeln: Diese beginnt bei der Aufnahme des Patienten und setzt sich zunächst auch bei internen Verlegungen in eine andere Klinik des UKD fort. Nach spätestens 7 Tagen erfolgt ungeachtet des Risikos eine Kontrollerfassung. Im Rahmen der Entlassung aus dem Krankenhaus wird ein abschließender Entlassbefund erstellt. Bei veränderter Mobilität und vorhandenem Dekubitus erfolgt eine engmaschigere Erfassung der Wund- und Schweregradverläufe. **Jährlich werden im Universitätsklinikum Dresden ca. 88 000 Fälle gesplittet nach Aufnahme- und Entlassstatus sowie nach Befunden, Risiken und abgeleiteten Maßnahmen. Die Rohdatenmenge liegt bei ca. 160 000 Datensätzen!** Trotz der Dokumentationslast und über die gesetzgeberischen Anforderungen hinaus hat das System positive Effekte bei der Bewertung medizinischer und pflegerischer Arbeit bewiesen. Ein Beispiel betrifft die Einschätzung der pflegerischen Mitarbeiter über eine erhöhte Anzahl von neu aufgetretenen Dekubitalgeschwüren nach der Anschaffung von Weichlagerungsmatratzen auf der Intensivstation der Klinik für Neurochirurgie. Anhand der aktuellen Monatsvergleiche im Rahmen der engmaschigeren stichprobenartigen Dekubitusdokumentations-Auswertungen konnte gezeigt werden, dass sich die Inzidenzrate, das heißt die Anzahl neu aufgetretener Dekubitalgeschwüre nicht erhöht hat. Mit dem Auftrag zur Nutzenbewertung des Qualitätsmanagementsystems im UKD wurde der Aufwand zur flächendeckenden Dekubitusdokumentation kritisch hinterfragt. **Ziel muss dabei sein und bleiben: Die Dokumentation darf nicht um der Dokumentation willen, sondern muss als tatsächliches Abbild pflegerischer Leistung durchgeführt werden.** Damit fand im April 2010 ein erstes Gespräch mit den Beteiligten der Pflege, des Medizincontrollings, des Medizinischen Rechenzentrums und des ZB QRM statt. Im Ergebnis wurde Einvernehmen zur Aufwandsreduktion unter Berücksichtigung klarer Festlegungen wie folgt getroffen und der Betriebsleitung im Juni 2010 zum Beschluss empfohlen: Die reduzierte Dekubitusdokumentation für Patienten ohne Dekubitusrisiko (Verzicht auf die Entlassdokumentation bei interner Verlegung) wird einstimmig befürwortet. Hiermit würde sich der Aufwand um bis zu 25% bei der Erstellung der Entlassbefunde reduzieren, was in bestimmten Kliniken mit hoher Verlegungsrate in andere Kliniken des UKD monatlich ca. 80 Fälle weniger bedeuten würde. Auch die Intensivstationen würden hiervon eindeutig profitieren. Als Voraussetzung war eine klare Information der Pflegenden und Dokumentationsassistenten notwendig. **Am 9. Juni 2010 hat die Betriebsleitung die Empfehlung der reduzierten Dekubitusdokumentation beschlossen.** Die weitere Entwicklung hat keinen Qualitätseinbruch gezeigt, vielmehr die Mitarbeiter entlastet. Dieses Projekt hat einmal mehr die Forderung der Leiterin des Zentralbereiches Qualitäts- und Risikomanagement unterstrichen: **Qualitäts- und Risikomanagement müssen für alle Beteiligten, sowohl für den Patienten, das Unternehmen Klinikum und den Mitarbeiter Nutzen bringen.**



Abbildung 14: Qualitäts- und Risikomanagement müssen Nutzen bringen!

Pflegestandards im Universitätsklinikum Dresden und ihre Vereinfachung

Pflegestandards sind maßgebende Aussagen, welche mit den Werten und Wissen der Berufsgruppe übereinstimmen und das Niveau oder die Leistung beschreiben, mit denen die Dienstleistung erbracht und beurteilt werden kann. Diese Definition in Anlehnung an die American Nursing Association beschreibt in prägnanten Worten die Aufgabe von durchschnittlich 20 Pflegekräften des Universitätsklinikums Dresden, welche sich seit neun Jahren regelmäßig zur Erarbeitung und Überprüfung von hausinternen Pflegestandards als Arbeitsgruppe treffen. Die Ziele lauten wie folgt:

- Pflegerische Handlungen zu vereinheitlichen
- Mitarbeiter zu unterstützen
- Dokumentation zu vereinfachen und zu vereinheitlichen
- Umsetzung normativer und fachlicher Vorgaben sicherstellen
- Qualitätsniveaus zu definieren

Ein Pflegestandard wird damit als Arbeitsinstrument und Orientierungshilfe für die Pflegepraxis verstanden. Die Aufgaben der Arbeitsgruppe Pflegestandard sind, den Bedarf und Umsetzungsmöglichkeiten neuer Pflegestandards zu ermitteln und diesen in Form gültiger Pflegestandards für das Klinikum zu erarbeiten sowie regelmäßig zu überprüfen. Eine Besonderheit im Universitätsklinikum Dresden ist, dass auch die Pflegestandards durch die Betriebsleitung geprüft und freigegeben werden. Dies folgt der Qualitätsphilosophie der Leiterin des Zentralbereiches Qualitäts- und Medizinisches Risikomanagements, keine Trennung zwischen den Berufsgruppen vorzunehmen: **Es gibt kein Qualitätsmanagement der Pflege und keines der Ärzte, es gibt nur EINES, das von allen Mitarbeitern und Berufsgruppen getragen wird.** Eine weitere Besonderheit betrifft einen Betriebsleitungsbeschluss vom 2. September 2010, dass **alle Pflegestandards vor der Freigabe durch die Betriebsleitung von einem ärztlichen Fachvertreter geprüft werden.** Damit sollen die Berufsgruppen zur interdisziplinären Zusammenarbeit sensibilisiert werden, was am Behandlungsstandard Dekubitus Grad 4 wie folgt deutlich wird. Verantwortlich ist der behandelnde Arzt, der pflegerische Mitarbeiter für die Durchführung. Durch die Einbeziehung eines ärztlichen Fachvertreters wird genau festgelegt, wann z. B. ein chirurgisches Konsil einzuholen ist.

Behandlungsstandard Dekubitus Grad 4	
DekBeh.Grad4	Januar 2011 Universitätsklinikum Dresden
Gültigkeitsbereich	Verantwortlichkeit
<ul style="list-style-type: none"> • gesamter stationärer und operativer Bereich am UKD 	<ul style="list-style-type: none"> • Behandelnder Arzt → <i>Verordnung und Durchführung</i> • Kinder-/ KS/KPF, Gesundheits- und Kinder-/ KrankenpflegerIn, KPH, Hebammen → <i>Durchführung</i>
Problem	
<ul style="list-style-type: none"> • Ausgedehnte Zerstörung, Gewebnekrose oder Schädigung von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen, mit oder ohne Verlust aller Hautschichten 	
Ziel	
<ul style="list-style-type: none"> • Nekrosenfreies Wundgebiet und Förderung der Granulation • Wiederherstellung einer intakten Hautoberfläche 	
Maßnahmen	
<ul style="list-style-type: none"> • Die Maßnahmen unterscheiden sich nach dem jeweilig vorliegenden Wundbefund. • Generell gilt die Anwendung der unter „Behandlungsrichtlinie Dekubitus Grad1“ beschriebenen Maßnahmen → im Sinne der Entlastung und Mobilisation • Die Dokumentation der Wunde erfolgt mittels Beschreibung und nach Möglichkeit mit Foto der Wunde mit Namen des Patienten, Geb.-Datum, Datum der Bildaufnahme und Zentimeterabbildung auf Wundebene (Größenvergleich). • In der Regel kommen alle, bereits bei der Behandlung des Dekubitus Grad 3 genannten Faktoren, zum Tragen. Zunächst muss jedoch in den meisten Fällen eine chirurgische Reinigung und Behandlung der Wunde (Debridement), z.B. durch die V.A.C. Therapie® erfolgen. In jedem Fall ist ein chirurgisches Konsil einzuholen. • Bei sauberen Wunden Dekubitus Grad 3 und Grad 4 kann eine chirurgische Defektversorgung erfolgen. • Dokumentation aller durchgeführten Maßnahmen in der Wunddokumentation der Patientenakte 	
Erstellt von AG-Pflegestandards:2004 2. Revision: 2010	Geprüft von Bereich QM, Klinik DER, Wundschwestern: 2010
Freigabe durch die Betriebsleitung am: 19.01.11 Unterschrift Prof. Dr. med. Albrecht:	
	

Abbildung 15: Behandlungsstandard Dekubitus Grad 4 im UKD

Diese hochprofessionelle Arbeit auf den Prüfstand zu stellen, erforderte für die Arbeitsgruppe Pflegestandard ein Umdenken. Treibende Kraft war der hohe Dokumentationsaufwand, der mit jedem Pflegestandard unmittelbar verknüpft ist. Darüber hinaus fand sich in der Kinderpflege eine enorme Vielfalt von Standards, die sich über die Jahre angesammelt und weiter entwickelt hatten. Das Ergebnis entspricht einer Neugliederung der Pflegestandards im Universitätsklinikum Dresden nach einheitlichen und verbindlichen Vorgaben. Dabei werden die „Standards“ der Kinderklinik künftig als klinikinterne Verfahrensanweisungen bezeichnet und von der dortigen Leitung verabschiedet. Dieser Vorschlag wurde der Betriebsleitung vorgestellt und ausführlich diskutiert. Der Beschluss sieht eine Änderung der Gliederung (siehe Abbildung) vor und bedeutet u. a. eine Erleichterung des Dokumentationsaufwands für die Mitarbeiter der Pflege. Weiterhin erhalten die Behandlungsstandards und Handlungsanweisungen durch die erforderliche Freigabe seitens der Betriebsleitung eine hohe Bedeutung hinsichtlich der regelmäßigen Überarbeitung durch die AG Pflegestandards und als klinikumsübergreifende Richtlinie.

Pflegestandards	
Verzeichnis, Datum der Einführung bzw. Überprüfung der Pflegestandards >>	
Prophylaxestandard (P)	
P1 Pneumonie- und Atelektaseprophylaxe P2 Dekubitusprophylaxe P3 Thromboseprophylaxe P4 Kontrakturreprophylaxe P5 Parotitis- und Soorprophylaxe P6 Mobilisation P7 Sturzprophylaxe	
Allgemeine Richtlinien / Merkblätter	
Dokumentation Standard Fixierung Patientenübergabe am Bett Versorgung von Verstorbenen Merkblatt zur Versorgung von Patienten mit Diabetes im UKD	
Behandlungsstandard	
Dekubitusbehandlung Ergänzungskarte zum Behandlungsstandard Dekubitus	
Handlungsanweisungen (H) - vormals spezielle Pflege	
H (S) 1 Verbandwechsel H (S) 2 A transurethrale Blasenkatheterisierung Frau H (S) 2 B transurethrale Blasenkatheterisierung Mann H (S) 2 C Pflege bei liegendem Verweilkatheter H (S) 3 Legen einer Magensonde H (S) 3A Pflege einer Magensonde H (S) 4 Absaugen H (S) 5 Pflege bei liegender Trachealkanüle H (S) 5 A Trachealkanülenwechsel H 6 (S6) Einlauf H 7 (S8) ZVD-Messung H 8 (S9) Verhalten bei Vd. auf Schluckstörung H 9 (neu) s.c. Anleitung H 10 (neu) i.m. Anleitung H 11 Akutfixierung H 12 Zwangsmedikation H 13 Kompression	
Pflegeempfehlung (E) -vormals Körperpflege	
E 1 (K1) Körperpflege E 2 (K5) Mundpflege beim Bewußtseinseingeschränkten Patienten E 3 (K8) Betten	

Abbildung 16: Neugliederung der Pflegestandards im UKD

„Kunden“orientierung

Es gibt viele „Kunden“ in einem Krankenhaus; man unterscheidet zwischen den internen, das sind die Mitarbeiter, und den externen Kunden. Letztere umfassen in erster Linie die Patienten, ihre Angehörigen, aber auch Kooperationspartner wie einweisende Ärzte, Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen bis hin zu Rehabilitationseinrichtungen.

„Für das Universitätsklinikum Dresden sind die Patienten die allererste Zielgruppe und diese sind mehr als „Kunden“, so der Medizinische Vorstand, Herr Professor Dr. med. D. Michael Albrecht.

Für die umfassenden Anfragen zur Verbesserung der Servicequalität ist unter der Servicehotline (0351-458 2200) Kerstin Riefenstein (Mitarbeiterin des Zentralbereiches Qualitäts- und Medizinisches Risikomanagement) zu erreichen. Für persönliche Gespräche im Rahmen des Beschwerdemanagements steht sie im Verwaltungsgebäude/Haus 1 im Zimmer 322 zur Verfügung. In vertrauensvoller Atmosphäre können dabei enttäuschte Erwartungen oder andere Unzufriedenheiten während des Klinikaufenthaltes besprochen und selbstverständlich auch wertvolle Hinweise und Anregungen gegeben werden. Kerstin Riefenstein beantwortet die verschiedensten Fragen von Patienten einschließlich ihrer Angehörigen mit Geduld und hoher Fachkompetenz. Sie nimmt im Rahmen des Service-, Ideen- und Beschwerdemanagements viele Hinweise und Anregungen zur Steigerung der „Kunden“zufriedenheit im Klinikum entgegen und initiiert Maßnahmen, Aktivitäten und auch klinikumsweite Projekte, um den Patienten den stationären und ambulanten Aufenthalt im Universitätsklinikum Dresden zu erleichtern. So hat sie im Jahr 2010 die örtliche Umsetzung des Taxistandes initiiert, der seit Jahren vor einem Gebäude mit mehreren Stationen lokalisiert war. Die Patienten und auch die Mitarbeiter fühlten sich durch Lärm, Abgase und auch Nikotin belästigt. Stetes Nachhaken bei der Stadt Dresden hat Früchte gezeigt und die Umsetzung des Taxistandes an eine gegenüberliegende Position möglich gemacht. Dieses Beispiel veranschaulicht ein bekanntes Epigramm von Erich Kästner „**Es gibt nichts Gutes, außer man tut es.**“

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

Für die Bewertung des Qualitätsmanagementsystems im Universitätsklinikum Dresden existieren zahlreiche Selbst- und Fremdbewertungsverfahren mit unterschiedlichen Qualitätssiegeln bzw. Zertifikaten, wie die folgende Übersicht veranschaulicht.

Einrichtung/Abteilung	Zertifizierter Bereich	Zertifizierungsverfahren
Betriebsärztlicher Dienst Geschäftsbereich Personal	Betriebsärztlicher Dienst	Gesellschaft zur Qualitätssicherung in der betriebsärztlichen Betreuung mbH
Institut für klinische Chemie und Laboratoriumsmedizin	Medizinisches Laboratorium	DIN EN ISO 15189:2007
Institut für klinische Chemie und Laboratoriumsmedizin	Prüflaboratorium für In-Vitro-Diagnostika	DIN EN ISO 17025:2005
Klinik und Poliklinik für Anästhesie und Intensivtherapie	Certificate of Accreditation of an European Centre for Training of Anaesthesiologists	European Society of Anaesthesiology
	Transösophageale Echokardiographie	Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V.
Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Brustzentrum	Deutsche Krebsgesellschaft DIN EN ISO 9001:2008
Medizinische Klinik und Poliklinik III	Behandlungseinrichtung für Typ 1 und Typ 2 Diabetiker (Stufe 1)	Richtlinien der Deutschen Diabetes-Gesellschaft
Medizinische Klinik und Poliklinik III / Endokrinologie/Stoffwechsel/ Knochenkrankungen	Klinisches osteologisches Schwerpunktzentrum	Wissenschaftlicher Dachverband Osteologie e. V.
Klinik und Poliklinik für Neurologie	Dresdner UniversitätsSchlaganfall Centrum	DIN ISO 9000:2008, Qualitätsstandard der Deutschen Schlaganfallgesellschaft und der Stiftung Deutscher Schlaganfall-Hilfe, Deutsche Gesellschaft für Muskelkranke
Abteilung für Neuroradiologie		DIN EN ISO 9001:2008
Klinik und Poliklinik für Orthopädie	Labor für klinische Forschung - Orthopädie	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie e.V.
Institut für Pathologie		DIN EN ISO 9001:2008
Klinik und Poliklinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie	Akkreditierungsverfahren für überregionales Traumazentrum	Anforderungen des Weißbuches der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie
Klinik und Poliklinik für Urologie	Prostatakarzinomzentrum	Deutsche Krebsgesellschaft DIN EN ISO 9001:2008
Klinik und Poliklinik Strahlentherapie und Radioonkologie	Klinik und Poliklinik Strahlentherapie und Radioonkologie	Ärztliche Stelle der sächsischen Landesärztekammer
UniversitätsGefäßCentrum		DIN EN ISO 9001:2008
Klinik und Poliklinik für Dermatologie	Hauttumorzentrum	DIN EN ISO 9001:2008
UniversitätsKrebsCentrum	UniversitätsKrebsCentrum	DIN EN ISO 9001:2008
Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde	Zahnerhaltung	DIN V 6868-12; DIN 6868-Teil 56; DIN EN ISO 17665 1:2006; DIN 5847-1
Zentralbereich Krankenhaushygiene	Zentralbereich Krankenhaushygiene	DIN EN ISO 9001:2008; DIN EN ISO 13485:2003
Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin	Brückenprojekt	DIN EN ISO 9001:2008
UniversitätsKrebsCentrum, Institut für Pathologie	Tumor- und Normalgewebekbank	DIN EN ISO 9001:2008

Abbildung 17: Übersicht über die verschiedenen Qualitätssiegel in verschiedenen Einrichtungen des UKD

An dieser Stelle möchten wir Sie, die Leserinnen und Leser dieses Qualitätsberichtes beruhigen. Selbst Experten scheinen zuweilen den Überblick über die Fülle an verschiedenen Zertifikaten, die es mittlerweile im Gesundheitswesen gibt, verloren zu haben. **Es ist deshalb Ihr gutes Recht, den Aushang eines Zertifikates kritisch zu hinterfragen und die Mitarbeiter vor Ort diesbezüglich anzusprechen.** Prinzipiell kann davon ausgegangen werden, dass sich die Einrichtung einer Prüfung durch Außenstehende unterzogen hat, was primär erst einmal ein guter Ansatz im Sinne des Qualitätsgedankens ist. Allerdings ist das Niveau der Zertifizierungsverfahren sehr unterschiedlich. **Letztlich wird Sie nicht ein Zertifikat, ein Papieraushang, überzeugen, sondern die Qualität der medizinischen Versorgung und die menschliche Zuwendung, die Sie durch die Mitarbeiter der Einrichtung erfahren haben!**

Angesichts der knappen Zeichenvorgaben mussten wir eine Auswahl hinsichtlich der verschiedenen Selbst- und Fremdbewertungsverfahren treffen und haben uns bewusst für die ausführliche Darstellung der Erstzertifizierung des Universitäts HauttumorCentrums (UHTC) unter dem Dach des Universitäts KrebsCentrums (UCC) entschieden. Immer wieder werden wir gefragt, was sich letztlich hinter einem

Organzentrum an Qualität verbirgt und warum diese Organisation für Patienten etwas ganz Besonderes darstellt. Die Beantwortung dieser Frage war uns im Qualitätsbericht 2010 besonders wichtig.

Erstzertifizierung des Universitäts HauttumorCentrums (UHTC) unter dem Dach des UCC



Abbildung 18: Das Hauttumorzentrum unter dem Dach des Universitäts KrebsCentrums

Am 24. Juni 2009 erfolgte ein erstes Gespräch mit dem damaligen Klinikdirektor, Herrn Prof. Dr. med. M. Meurer sowie den beteiligten Mitarbeitern zu den Anforderungen der Zertifizierung des Universitäts HauttumorCentrums (UHTC) unter dem Dach des Universitäts KrebsCentrums (UCC). Im Ergebnis wurde die Zertifizierung des dritten Organzentrums im Universitätsklinikum Dresden als realistisch eingeschätzt und die verantwortliche Oberärztin, Frau Dr. med. A. Stein, sowie die Qualitätsmanagementbeauftragte, Frau S. Schönberg, mit der Umsetzung beauftragt. Die Leiterin des Zentralbereiches Qualitäts- und Medizinisches Risikomanagement signalisierte Unterstützung und sicherte die Aufnahme in den Qualitätsentwicklungsplan 2010 zu (siehe Kapitel D-2 Qualitätsziele). Grundlagen der Zertifizierung bildet der Anforderungskatalog der Deutschen Krebsgesellschaft (www.krebsgesellschaft.de), der ein allgemeines zertifiziertes Qualitätsmanagementsystem und die Erfüllung von zahlreichen fachlichen Anforderungen vorsieht (http://www.krebsgesellschaft.de/wub_zertifizierung_krebszentren_hauttumorzentren_liste.122247.html). **Insgesamt sind 31 Hautkrebszentren nach den Vorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft zertifiziert; Dresden ist mit der erfolgreichen Erstzertifizierung im Jahr 2010 eines davon!** Von den verbindlich zu erfüllenden Anforderungen zielen einige auf die **Patientenbeteiligung**. So muss einmal pro Jahr über einen Monat eine Befragung der stationären Patienten durchgeführt werden. Diesbezüglich sollte die Rücklaufquote über 40 % betragen. Die Verantwortung für die Auswertung ist festzulegen und hat mindestens einmal pro Jahr zu erfolgen. Hieraus sollen Aktionen zur Verbesserung abgeleitet werden. Das Zentrum hat sich und seine Behandlungsmöglichkeiten umfassend z.B. durch Broschüren, Patientenmappen sowie mittels einer Homepage vorzustellen. Die Kooperations-/Behandlungspartner sind mit Angabe des Ansprechpartners zu benennen und das Behandlungsangebot zu beschreiben. Dies sollte das Spektrum der Rehabilitation/Anschlussheilbehandlung, den Zugang zur Psychoonkologie und Selbsthilfe bis zu Behandlungsmaßnahmen und Alternativen umfassen. Mit jedem Patienten soll bei der Entlassung bzw. dem ersten ambulanten Termin ein Gespräch geführt werden, in dem folgende Themen angesprochen und Informationen bereitgestellt werden: Krankheitsstatus, Prognose, Therapieplanung, Nachsorge, supportive Maßnahmen (z. B. Reha, psychosoziales Angebot). Jeder Patient hat eine Kopie des abschließenden Arztbriefes zu erhalten, der Informationen über Histologie, Tumorstadium, die geplante Nachsorge und mögliche Therapie enthält. Regelmäßig sollen Informationsveranstaltungen für Patienten durchgeführt werden. Darüber hinaus

wird eine enge Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen gefordert, bei denen schriftliche Vereinbarungen z. B. zu persönlichen Gesprächen, der Mitwirkung ärztlicher Mitarbeiter bei Veranstaltungen der Selbsthilfegruppen, der Auslage von Informationsbroschüren bis hin zur Beteiligung an Qualitätszirkeln getroffen werden.

KONTAKT

Anmeldung und Terminergabe zur 914 - Ambulanz und tagelänglichen Aufnahme (914/11)
Montag-Freitag 8.00-12.00 Uhr
MDA-UHTC
Telefon: 0351 459-2232, Fax: 0351 459-5326
Bitte beachten Sie: Bei der Terminergabe ein Dienstgespräch mit unserer Mitarbeiterin erforderlich!

Hauttumor-Sprechstunden

- Allgemeine Tumorsprechstunde**
Mittwoch 9.00-12.00 Uhr
Außer 1. Mittwoch im Monat
- Spezielle Tumorsprechstunde**
Mittwoch 9.00-12.00 Uhr
- Kutanen Lymphomen**
1. Mittwoch im Monat 9.00-13.00 Uhr
- Spezialambulanz für organtransplantierte Patienten**
2. und 4. Mittwoch im Monat 14.00-16.00 Uhr

Anmeldung und Terminergabe:
Mittwoch 9.00-14.20 Uhr
UCC, Haus 22, 1. OG, Telefon: 0351 459-4500
oder Montag-Freitag 8.00-12.00 Uhr
Klinik und Poliklinik für Dermatologie, Haus 15
Telefon: 0351 459-2232

Poliklinische Kosmetik-Sprechstunde
Montag-Freitag 11.00-12.00 Uhr
Ort: Haus 105, EG
Anmeldung: nicht erforderlich
Bitte beachten Sie, dass für die Terminergabe in dieser Sprechstunde eine Beratung mit unserer Mitarbeiterin erforderlich ist!

Sprechzeiten
Telefon: 0351 459-5090
Poliklinische Kosmetik-Sprechstunde UCC
Telefon: 0351 459-4500

SO FINDEN SIE UNS

Die Bereiche des UHTC

Poliklinik und Poliklinik für Dermatologie
Haus 15, Fetscherstr. 74, 01307 Dresden
Telefon: 0351 459-2232, Mo-Fr 9.00-16.30 Uhr,
ab 16.30 Uhr im Notfall unter: 0351 459-1800 (24/7)
Telefon: 0351 459-14135 (OMG)

Universitäts KrebsCentrum (UCC)
Haus 22, Fetscherstr. 74, 01307 Dresden
Telefon: 0351 459-4500
www.uniklinikum-dresden.de/uhc
uhc.uniklinikum-dresden.de

Ordnung der KrebsCentrum
Klinik und Poliklinik für Dermatologie
Klinik für Haut- und Venenkrankheiten
Klinik für Haut- und Venenkrankheiten

Anfahrt mit öffentlichen Verkehrsmitteln:
Obernaußener Str. 12 bis Ausgängerbrücke
Buslinien 62 und 74 direkt ins Uniklinikum
Sonntag 8.00 Uhr

Anfahrt mit PKW
Für Patienten und Besucher mit Auto steht ein Parkhaus an der Hauptstraße (Ausgängerbrücke/Friedrichstr.) zur Verfügung.

Parkieren

	Preis
Ein- u. Ausfahrt	20 Euro
bei 5 Stunden	in aufsteigender Stunde
ab 5 Stunden	3,00 Euro
1 Tag	6,00 Euro
1 Woche	30,00 Euro

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus DIE DRESDNER

Hauttumorzentrum am Universitäts KrebsCentrum Dresden (UHTC)

So können Sie auch die Qualität der Hauttumorbehandlung verbessern und mehr über das UHTC erfahren!

Leitende OA Dr. med. Annette Stein
OMG: Susanne Schönborg

DKG
Dermatologische Krebszentrum

Abbildung 19: Flyer Universitäts HauttumorCentrum (UHTC)

Erstzertifizierung Tumor- und Normalgewebekbank am Universitäts KrebsCentrum

Die Tumor- und Normalgewebekbank am Universitäts KrebsCentrum Dresden erfüllt seit November 2010 die strengen Kriterien der internationalen Qualitätsnorm DIN EN ISO 9001:2008. **Ziel der Tumor- und Normalgewebekbank ist es, den medizinischen Forschern Untersuchungsmaterial in Form von qualitätsgerecht gesammelten und gelagerten Gewebeproben zur Verfügung zu stellen und damit zu einem möglichst raschen Erkenntnisgewinn für die onkologische Medizin beizutragen.** Das neue Gütesiegel sichert einheitliche Qualitätsstandards unter anderem bei der Information und Aufklärung der Patienten, der Gewebeentnahme sowie deren Lagerung und Verwendung in der Forschung.

Die Diagnostik und die Behandlung zahlreicher schwerer Erkrankungen konnten in den vergangenen Jahren durch intensive wissenschaftliche Arbeiten erheblich verbessert werden. Das bedeutet für die betroffenen Patienten neben besseren Heilungschancen auch einen Zugewinn an Lebensqualität durch weniger belastende Untersuchungen und Behandlungen. Eine wesentliche Voraussetzung für diese Fortschritte waren Untersuchungen an menschlichem Gewebe. Da diese Gewebeproben auch in der Zukunft für die medizinische Forschung dringend und in guter Qualität benötigt werden, wurde am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus eine Tumor- und Normalgewebekbank gegründet, die dem Universitäts KrebsCentrum angegliedert ist.

Interne Audits im Universitätsklinikum Dresden

Der aus dem Englischen stammende Begriff „Audit“ entspricht im Deutschen am ehesten „Revision“ oder „Überprüfung“. Im Zusammenhang mit der Überwachung eines Qualitätsmanagementsystems entspricht ein Audit einem durch eine externe (unabhängige) Stelle durchgeführtes Begutachtungsverfahren und prüft die Einführung und Aufrechterhaltung eines Qualitätsmanagementsystems.

Interne Audits werden nicht durch Externe erbracht, sondern durch die eigenen Mitarbeiter in einer Einrichtung, meist in Vorbereitung auf ein Fremdbegutachtungsverfahren (Zertifizierung). Im Universitätsklinikum Dresden hat sich das Instrument der internen Audits auch in den Bereichen bewährt, die nicht zertifiziert sind, was ganz der Qualitätsphilosophie des Klinikums entspricht (siehe hierzu Kapitel D-2 Qualitätsziele). **In allen operativen Abteilungen und allen 54 Ambulanzen des Klinikums erfolgen regelmäßige interne Audits. Erklärtes Ziel ist es, ein gleich hohes Qualitätsniveau zu erreichen, zu sichern und kontinuierlich weiterzuentwickeln.** Die Mitarbeiter erhalten hierfür eine Grundqualifikation zum Internen Auditor, um mit diesem Wissen in der neuen Rolle als „Prüfer“ aufzutreten. Alle zwei Monate stattfindende Treffen der jeweiligen Arbeitsgruppe, schaffen die notwendige Kontinuität bezüglich einer konstruktiv-kritischen Zusammenarbeit zu folgenden Themenschwerpunkten:

- Förderung des Erfahrungsaustauschs zwischen den Kollegen (Ideentransfer/Transparenz),
- systematische und strukturierte Abbildung der wesentlichen Arbeitsabläufe im OP und in den Ambulanzen
- Abstimmung von Mindeststandards, -abläufen und –anforderungen sowie
- Stärkung der Eigenverantwortlichkeit.

Ein konkretes Ergebnis liefert der Blick in das Handbuch des OP-Bereiches. Hier haben die Arbeitsgruppenmitglieder wesentliche Abläufe zur Vorbereitung einer Operation erarbeitet und mit Fotos veranschaulicht. Dies ist insbesondere für neue Mitarbeiter, auch Praktikanten und Hospitanten hilf- und lehrreich.



Abbildung 20: Einblick in das Handbuch OP mit konkreten Vorgaben zur Vorbereitung