

Lohnt sich eine Zertifizierung in der Unfallchirurgie?

Erfahrungen aus einem zertifizierten Zentrum für Alterstraumatologie

A. Prokop¹, K. M. Reinauer², N. Futterer³, C. Scharck³, J. Volbracht⁴, R. Reinstdorf⁵

Ergänzender Bericht zum Artikel Interdisziplinäre Versorgungsstrukturen in Zentren für Alterstraumatologie von Th. Friess, E. Hartwig und M. J. Raschke in DGU Mitteilungen und Nachrichten 61, 33–37, 2010.

Infolge moderner Sicherheitstechniken im Verkehr und am Arbeitsplatz sind in den letzten Jahren weniger Verletzte und Schwerverletzte zu verzeichnen. So ist beispielsweise für die Region Stuttgart ein Rückgang von 11% Verkehrsopfern in 2009 gegen 2008 dokumentiert. Andererseits sind wir, bedingt durch die demographische Entwicklung unserer Gesellschaft, zunehmend mit alten Patienten konfrontiert. Der Altersdurchschnitt der Bevölkerung wächst pro Jahr um drei Monate an. In unserem Krankenhaus waren im Jahr 2009 von über 2700 stationär behandelten Patienten bereits ein Drittel über 70 Jahre alt.

Um die Behandlung dieser Patienten zu optimieren und klare, für alle an der Behandlung Beteiligten (Notaufnahme, Unfallchirurgie, Anästhesie, Radiologie, Sozialdienst, Pflege, Physiotherapie, Hilfsmittelversorger, Geriater, Rehabilitation u. v. a.) Abläufe, Vorgehen und Zuständigkeiten zu etablieren, haben wir 2008 beschlossen, ein Zentrum für Alterstraumatologie zu etablieren und nach DIN ISO 9000 vom TÜV zertifizieren zu lassen. Entsprechend dem Artikel von Friess et al. im letzten Heft DGU-Mitteilungen und Nachrichten (Nr. 61, S. 33–37) möchten wir die Erfahrungen der Autoren bezüglich des Aufbaus und der Zertifizierung eines Zentrums für Alterstraumatologie (ZAT) ergänzen.

Das bis dahin erste Zentrum dieser Art wurde von uns im Herbst 2007 in Oberhausen besucht und danach mit Hilfe einer externen Beraterin das Projekt im Februar 2008 hier begonnen. Wir haben uns entschlossen, für unser ZAT die folgenden Kriterien festzulegen: Einbezogen werden sollen alle Patienten ab dem siebzigsten Lebensjahr, die eine proximale Humerusfraktur, eine proximale Femurfraktur oder eine Wirbelkörperfraktur erlitten haben und deshalb stationär aufgenommen wurden.

Patienten mit anderen Verletzungen oder Mehrfachverletzte gehören dazu, wenn ein Einschlusskriterium vorliegt. Die distalen Radiusfrakturen haben wir wegen der zunehmend ambulanten Versorgung und meist nur sehr kurzen stationären Liegezeit bewusst nicht mit einbezogen.

Für die so definierten Patientenkollektive haben wir in Arbeitsgruppen mit Vertretern der beteiligten medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Berufsgruppen unser Vorgehen beschrieben, wo notwendig verändert, mit Leitlinien und gesetzlichen Vorgaben abgeglichen und angepasst. Die Zusammenarbeit aller Berufsgruppen, insbesondere an den Schnittstellen wie beispielsweise mit der Radiologie oder dem Sozialdienst wurde beschrieben. Es wurden Ablaufdiagramme erstellt, die das Vorgehen visualisieren und aufzeigen, wo beispielsweise Anästhesisten, Internisten oder Geriater zugezogen werden sollen und wie weiter zu verfahren ist. In der Pflege wurde eine innerbetriebliche Weiterbildung (Zerkur) etabliert, die spezifische Kenntnisse in der Pflege alter Patienten vermittelt. Trotz gleichbleibender Personalstruktur wurden diese zusätzlichen Maßnahmen vom Pflegepersonal motiviert umgesetzt. Bereits etablierte medizinische Verfahren wie die standardisierte Schmerztherapie und Osteoporosebehandlung wurden überarbeitet, auf ihre Leitlinienkonformität geprüft und eine abgestimmte Delir-Behandlung eingeführt. Alle Patienten mussten sich einem neu eingeführtem MRSA-Screening unterziehen. Zuvor waren die Tests zum Teil unterblieben oder eine MRSA-Besiedlung wurde erst nach 48 Stunden stationären Aufenthaltes nachgewiesen, was zur Folge hatte, dass der Patient der Gruppe im Hospital erworbener Infektionen zugeordnet wurde.

Richtlinien zur Therapie und Nachbehandlung wurden gemeinsam mit der zum Klinikverbund gehörenden geriatrischen Rehaklinik und den dort aktiven Geriatern festgelegt.

Zur Qualitätskontrolle wurden Parameter definiert (Aufnahme und Diagnostik in 90 Minuten abgeschlossen, Operationen in über 80% in den ersten 24 Stunden, Deku-

bitusrate unter 5%, Entlassung in das alte Umfeld in über 80%, etc.). Alle Zielwerte wurden im ersten Jahr erreicht bzw. unterschritten. Die Letalitätsrate bei proximalen Femurfrakturen wurde auf 4,7% weit unter den Bundesdurchschnitt gesenkt. 81% der 199 proximalen Femurfrakturen wurden innerhalb der ersten 24 Stunden operiert. Im Vergleich dazu liegt der Bundesdurchschnitt bei knapp über 80% innerhalb der ersten 48 Stunden.

Wir denken, dass die gesenkten Letalitätszahlen ausschließlich mit der zügigen Operation auch am Wochenende begründet sind. Durch die frühe OP lassen sich die Liegezeiten und die Krankenhausverweilzeiten verkürzen. Dadurch lässt sich auch die Rate an Dekubiti senken. Entsprechend dem Ablaufschema werden die Patienten schneller physiotherapeutisch mobilisiert und aus dem Bett geholt. Früher kam es dazu, dass durch eine verzögerte Anmeldung zur Krankengymnastik im Computer bis zu 24 Stunden Zeitverzögerung auftrat.

Die Dekubitus-Rate lag bei 4,1% (wobei davon 2,3% bereits vorbestanden). 81% der Patienten konnten in das alte Umfeld entlassen werden.

Durch die Einführung einer geriatrischen Komplexbehandlung konnten die Umsätze deutlich gesteigert und mit diesem Mehrerlös ein Geriater eingestellt werden, der vor Ort präsent ist. In den Genuss dieser für die Betroffenen sehr hilfreichen Therapien kommen natürlich auch Patienten, die formal nicht unter die Einschlusskriterien des ZAT fallen, aber auf Grund ihrer Komorbiditäten entsprechend behandelt werden können und müssen. Hierzu finden allwöchentlich Teamsitzungen zur Besprechung der Patienten unter Beteiligung aller involvierten Berufsgruppen statt, die protokolliert und somit auch für die zu erwartenden MDK Prüfungen „sicher“ sind.

Es wurden Letalitäts- und Fehlerkonferenzen einmal pro Monat in der Klinik neu eingeführt.

Durch die enge Kooperation mit den Geriatern konnte bei den Unfallchirurgen der medizinische Horizont für geriatrische Problemlösungen erweitert werden. So können z. B. Probleme mit Delir und Demenz früher

als bisher erkannt und leitlinienkonform behandelt werden. Einmal pro Woche findet inzwischen eine Visite eines unfallchirurgischen Oberarztes in der Rehaklinik statt. Akuttraumatologische Probleme können so früh detektiert und gelöst werden.

In Abstimmung mit dem Sozialdienst und der geriatrischen Rehabilitationsklinik konnten die Reha-Anträge für die Kassen optimiert und die Belegung der Rehaklinik gesteigert werden.

In Kooperation mit den Sanitätshäusern wurde die Hilfsmittelverordnung verbessert. Die durchgeführten Maßnahmen werden im elektronischen Krankenhausdokumentationssystem erfasst und so die Abrechnung verbessert und vereinfacht.

Alle gesetzlichen Vorgaben (Hygiene, Röntgenverordnung, Abfall, Brandschutz, Geräteschulungen etc.), die zum Teil vorher nicht realisiert wurden und in der juristischen Verantwortung des Chefarztes und der Geschäftsführung liegen, wurden durch interne Fortbildungen vermittelt und umgesetzt. Nach einem internen Audit erfolgte nach 1 Jahr die erfolgreiche TÜV-Zertifizierung. Die Reauditierung ist im Mai 2011 geplant.

Kritische Anmerkung

Nachteile/Aufwendungen/Belastungen

Ein solches Projekt ist nur zu stemmen, wenn die Leitung, sprich der Chefarzt mit den Oberärzten und die Geschäftsführung, als treibende Kräfte voll dahinter stehen und die Prozesse auch selber aktiv begleiten.

Es wurden ca. 25.000€ investiert, um das Qualitätshandbuch zu erstellen. Die Unterstützung einer externen Beratung,

mit Erfahrungen im Zertifizierungsprozess eines bereits bestehenden Alterstraumazentrums war von großem Nutzen und ersparte viel Zeit und Mühe. Innerhalb unseres Klinikverbundes bestand bereits ein zertifiziertes Brust- und Darmzentrum, so dass hier auf vorhandene allgemeine Unterstützungsprozesse zurückgegriffen werden konnte.

Ein Oberarzt übernahm über 12 Monate aktiv mit einer 30–50% Tagesarbeitszeit die Begleitung des Projektes. Ein Assistenzarzt stand unterstützend bei Bedarf zur Seite. Zusätzlich waren die Pflege- und Stationsleitungen der unfallchirurgischen und geriatrischen Stationen zum Teil während und zum Teil nach ihrer offiziellen Arbeitszeit eingebunden. Ein Mitarbeiter aus der Abteilung Medizin-Controlling wurde dem Projekt zugeordnet, um die Dokumente digital einzupflegen und zu sichern und die notwendigen Zieldaten beizusteuern.

15 ganztägige Sitzungen und 5 halbtägige Sitzungen mit 8–12 Personen waren für die Prozessorganisation notwendig. 21 Schwestern nahmen an einem innerbetrieblich ins Leben gerufenen Zerkurkurs teil, dessen Finanzierung die Geschäftsführung übernahm. Von den 52 Unterrichtseinheiten wurde der größte Teil von eigenen Referenten kostenfrei gehalten, so dass die Kosten für den Kurs nur 3700€ betragen. Das eingeführte MRSA-Screening führte zu zusätzlichen Kosten von 25,20€ pro Patient. Die Prävalenz an positiven MRSA-Infektionen im ganzen Krankenhaus beträgt zur Zeit 1,2%. Ungezählt bleiben viele freiwillig geleistete Überstunden von Pflegekräften, Sozialdienst und Therapeuten bei der Erstellung und Umsetzung der Behandlungspfade.

Fazit

Alle Mitarbeiter waren trotz erheblicher Mehrarbeit durch ihre aktive Teilnahme sehr motiviert. Die Abläufe konnten in allen Bereichen optimiert werden. Alle gesetzlichen Vorgaben und Richtlinien werden im Haus eingehalten. Das Entlassungsmanagement und somit die mittlere Liegezeit verbesserten sich. Die geriatrische Komplexbehandlung konnte eingeführt und abgerechnet werden. Für alle Beteiligten war die Zertifizierung ein messbarer Erfolg. Die Aktivitäten waren zu Beginn zwar durch den Erwerb der TÜV-Urkunde getriggert. Im Verlaufe der Prozesse stellte sich aber rasch heraus, dass durch die aktive Beteiligung aller Mitarbeiter der Teamgedanke gestärkt wurde und alle persönlich am positiven Ausgang des Projektes interessiert waren. Die eng gesetzten Termine zu Erreichung des erfolgreichen Audits bewirkten eine zeitnahe Umsetzung.

Die Patientenstruktur hat sich im Krankenhaus durch die Zertifizierung nicht geändert. Nach wie vor behandeln wir alle unfallchirurgischen Verletzungen. Die Befürchtung, zum geriatrischen Krankenhaus zu mutieren, bestätigte sich nicht.

*Prof. Dr. Axel Prokop
Chefarzt der Klinik für Unfallchirurgie
Klinikum Sindelfingen-Böblingen
Arthur-Gruberstr. 70
71065 Sindelfingen*

Institutsangaben

- 1 Kliniken Sindelfingen-Böblingen, Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie, Arthur-Gruber-Str. 70, 71065 Sindelfingen
- 2 Geriatrische Rehabilitationsklinik Böblingen, Bunsenstr. 120, 71032 Böblingen
- 3 Akut Geriatrie Kliniken Sindelfingen, Arthur-Gruber-Str. 70, 71065 Sindelfingen
- 4 Medizin Controlling, Klinikverbund Südwest, Arthur-Gruber-Str. 70, 71065 Sindelfingen
- 5 Reinstorf QM-Beratung, Almastr.11, 44651 Herne