Westdeutsches Herzzentrum Aachen
Maßnahmen des Qualitätsmanagements

Übersicht Datenjahr 2022

Autoren:
Dr. P. Fränkel

Stand:
Zuletzt aktualisiert: Nov. 2023

Klinisches Qualitäts- und Risikomanagement
Uniklinik Aachen
Pauwelsstraße 30
52074 Aachen

Inhaltsverzeichnis

1. Team – Beteiligte Kliniken ... 3

2. Angewandtes Qualitätsmanagement (QM) ... 3

2.1 Instrumente des QM ... 3

2.2 Praxisbezug durch PDCA ... 4

2.3 QM Ergebnisse 2022 ... 4

2.3.1 Externe Qualitätssicherung DeQS ... 4

2.3.2 Critical Incident Reporting System (CIRS) ... 5

2.3.3 Patientenbefragung ... 6

2.3.4 Zentrales Beschwerdemanagement ... 6

2.3.5 Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen ... 7

2.3.6 Schadenfallanalysen ... 7

2.3.7 Internes Qualitäts- und Risikoaudit ... 7

2.3.8 Zertifizierungen ... 9

3. Zusammenfassung QM Westdeutsches Herzzentrum Aachen ... 9

1. Team – Beteiligte Kliniken

Das Westdeutsche Herzzentrum Aachen besteht im Kern aus folgenden Kliniken der Uniklinik RWTH Aachen:

- Klinik für Kardiologie, Angiologie und Internistische Intensivmedizin (Med. Klinik I)
- Klinik für Herzchirurgie[1]
- Klinik für Gefäßchirurgie
- Klinik für Kinderkardiologie und Angeborene Herzfehler[2]
- Klinik für Kinderherzchirurgie und Chirurgie angeborener Herzfehler[3]

Aufgrund der großen organisatorischen und fachlichen Nähe werden die beiden letztgenannten Kliniken medizinisch und für die Belange des Qualitätsmanagements seit jeher als eine Organisationseinheit gesehen.

2. Angewandtes Qualitätsmanagement (QM)

2.1 Instrumente des QM

Die Zentrumskliniken wenden die folgenden QM Instrumente an, aus denen wichtige Rückschlüsse für die zielgerichtete Weiterentwicklung des internen QM gezogen werden:

- Externe Qualitätssicherung (DeQS; gesetzlich verpflichtend)
- Critical Incident Reporting System (CIRS; intern angewendetes Berichts- und Bearbeitungssystem für Beinahe-Schäden und –Ereignisse)
- Kontinuierliche Patientenbefragung
- Zentrales Beschwerdemanagement
- Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen
- Schadenfallanalysen
- Internes Qualitäts- und Risikoaudit
- Zertifizierungen

In der jüngeren Vergangenheit war die Leistungserbringung an der Uniklinik RWTH Aachen durch die Auswirkungen der SARS-CoV-2 Pandemie (seit März 2020) und des ver.di Streiks (12 Wochen in 2022) eingeschränkt.

[1] Bis 31.07.2022 Klinik für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie; Wechsel Klinikdirektor 01.08.2022
[2] Bis 31.10.2022 Klinik für Kinderkardiologie; Wechsel Klinikdirektor 01.11.2022
[3] Wechsel Klinikdirektor 01.09.2021

2.2 Praxisbezug durch PDCA

Aus den o.g. Instrumenten werden Informationen und Warnhinweise gewonnen, die Handlungsbedarf für medizinische und/ oder organisatorische Verbesserungen anzeigen. Die Bearbeitung erfolgt interdisziplinär und berufsgruppenübergreifend. Ausgehend von einem Ereignis oder Ergebnis wird ein Ziel formuliert; hierfür werden Maßnahmen entwickelt (plan), deren Umsetzung (do) Personen zugwiesen wird und die mit einem Zeitplan versehen sind. Die Zielerreichung wird mittels geeigneter Kennzahlen objektiviert (check). Bei Zielverfehlung wird nachjustiert, bei Zielerreichung nach weiteren Verbesserungsoptionen gesucht (act).

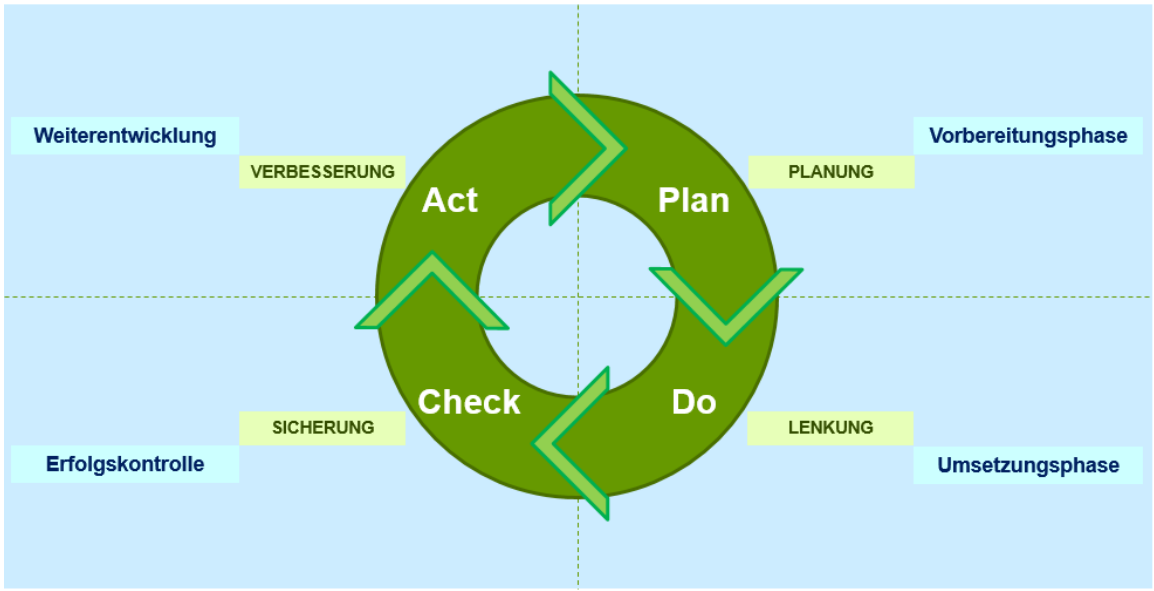

Abbildung 1: PDCA Zyklus

2.3 QM Ergebnisse 2022

2.3.1 Externe Qualitätssicherung DeQS

In der Datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS) steuern die Zentrumskliniken insgesamt 15 verschiedene Module mit jeweils zahlreichen Einzelindikatoren an. Ist ein Ergebnis primär rechnerisch auffällig, schließt sich ein Stellungnahmeverfahren an, in dem die Klinik in anonymisierter Form über die zugrunde liegenden Behandlungsfälle berichtet. Eine Expertenkommission (für die das Krankenhaus ebenfalls anonym bleibt) bewertet diese Stellungnahmen und kann zu folgenden Ergebnissen kommen: (sekundär) unauffällig (in der Regel erklärt sich die rechnerische Auffälligkeit hier durch die besondere Schwere und Komplexität der Einzelfälle), Abgabe eines Hinweises (dieser kann medizinisch oder organisatorisch gelagert sein), Dokumentationsmangel, auffällig.

Für das Datenjahr 2022 haben die Zentrumskliniken für 22 primär rechnerisch auffällige Qualitätsindikatoren Stellungnahmeverfahren geführt. Abschließend wurden nur zwei Indikatoren als auffällig bewertet, wobei ein Monitum nicht medizinisch-fachlich begründet war. (Ein Indikator wurde systemseitig deutschlandweit von der Bewertung ausgenommen.)

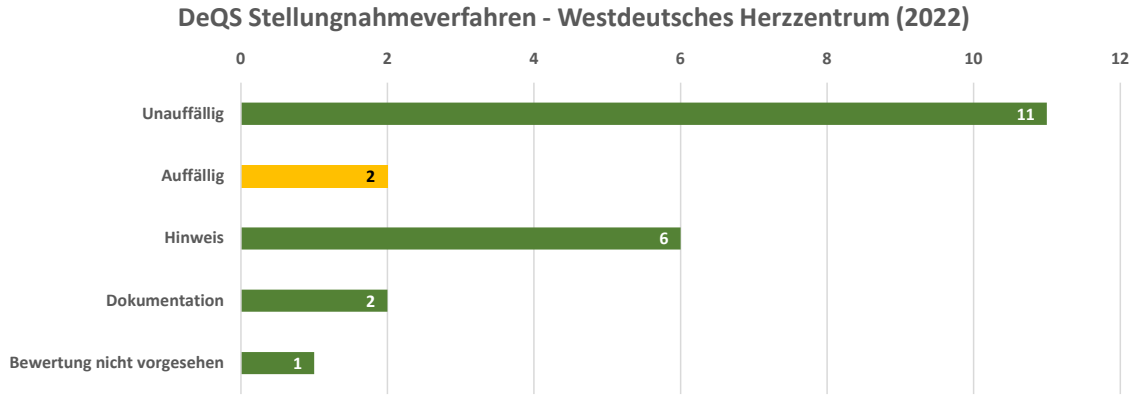

Abbildung 2: Ergebnis Stellungnahmeverfahren DeQS Herz-/Gefäß-Module (Datenjahr 2022)

2022 wurde somit auf dem Gebiet der Herz-Kreislaufmedizin insgesamt ein sehr gutes Ergebnis erzielt. Im Vorjahr war ein Indikator wurde nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens als abschließend auffällig bewertet worden.

2.3.2 Critical Incident Reporting System (CIRS)

An der Uniklinik RWTH Aachen ist ein elektronisches CIRS etabliert; zum Jahreswechsel 2022/2023 erfolgte die Umstellung auf eine neue Software. Die Bearbeiterteams der Meldekreise sind stets berufsgruppenübergreifend zusammengesetzt.
Die CIRS-Nutzung variierte 2022 unter den Zentrumskliniken noch erheblich. Die CIRS-Nutzung ist Gegenstand des jährlichen internen UKA Qualitätsaudits. Geringe Nutzung ist hier jeweils Gegenstand einer Verbesserungsinitiative. Für 2023 zeigt sich eine homogene Nutzung über alle Zentrumskliniken. Die Anzahl der CIRS Meldungen pro Meldekreis entspricht dem guten Durchschnitt der UKA Meldekreise. In Summe kann CIRS als Instrument des Risikomanagements als gut etabliert gelten.

CIRS Meldungen			
Bereich	**2022**	**% stat. Fälle**	**1-11/2023**
Klinik für Kardiologie, Angiologie und Internistische Intensivmedizin (Medizinische Klinik I)	35	1,0%	25
Klinik für Herzchirurgie	5	0,5%	23
Klinik für Gefäßchirurgie	1	0,2%	24
Klinik für Kinderkardiologie/ Klinik für Kinderherzchirurgie	19	3,9%	24
Gesamt Westdeutsches Herzzentrum Aachen	60	1,1%	96

Tabelle 1: CIRS-Nutzung Zentrumskliniken Westdeutsches Herzzentrum

2.3.3 Patientenbefragung

An der Uniklinik RWTH wird eine kontinuierliche Patientenbefragung im stationären Bereich durchgeführt. Die Bewertung erfolgt in Form von Schulnoten. Die Ergebnisse werden viermonatlich veröffentlicht. Es werden 16 Items aus den Bereichen „Ärzte“ (4), „Pflegepersonal“ (4), „Organisation und Service“ (7) und „Weiterempfehlung“ (1) zur Bewertung angeboten. Insgesamt werden die Zentrumskliniken schlechter bewertet als der UKA Durchschnitt (2022: 1,73). In den ersten acht Monaten 2023 zeigten drei Zentrumskliniken gegenüber dem eigenen Vorjahresergebnis verbessert; in Summe ist die Bewertung nun besser als der UKA Durchschnitt.
Die Patientenbefragung (Rücklaufquote, Bewertungen) ist ebenfalls Gegenstand des jährlichen internen UKA Qualitätsaudits.

Patientenbefragung (Gesamtnote)		
Bereich	**2022**	**1-8/2023**
Klinik für Kardiologie, Angiologie und Internistische Intensivmedizin (Medizinische Klinik I)	1,73	1,77
Klinik für Herzchirurgie	1,96	1,83
Klinik für Gefäßchirurgie	1,82	1,61
Klinik für Kinderkardiologie/ Klinik für Kinderherzchirurgie	1,56	1,53
Gesamt Westdeutsches Herzzentrum Aachen	1,77	1,69

Tabelle 2: Gesamtnote (Schulnoten) Patientenbefragung Zentrumskliniken Westdeutsches Herzzentrum

2.3.4 Zentrales Beschwerdemanagement

Im Zentralen Beschwerdemanagement werden jene Beschwerden erfasst und übergeordnet bearbeitet, die direkt an das Haus gerichtet werden. Für die Zentrumskliniken des Westdeutschen Herzzentrums ergibt sich für 2022 und den bislang unterjährigen Verlauf 2023 folgendes Bild:

Beschwerden (Zentrales Beschwerdemanagement)			
Bereich	**2022**	**% stat. Fälle**	**1-11/2023**
Klinik für Kardiologie, Angiologie und Internistische Intensivmedizin (Medizinische Klinik I)	21	0,6%	10
Klinik für Herzchirurgie	5	0,5%	5
Klinik für Gefäßchirurgie	0	0,0%	4
Klinik für Kinderkardiologie/ Klinik für Kinderherzchirurgie	3	0,6%	2
Gesamt Westdeutsches Herzzentrum Aachen	29	0,5%	21

Tabelle 3: Vorgänge Zentrales Beschwerdemanagement Zentrumskliniken Westdeutsches Herzzentrum

Im Vergleich zum Vorjahr waren in 2022 im Zentralen Beschwerdemanagement in absoluten Zahlen mehr Beschwerden bezüglich der Zentrumskliniken anhängig. In den ersten elf Monaten 2023 war die Entwicklung hingegen wieder rückläufig. Dies ist insofern bemerkenswert, als auf Ebene des gesamten UKA in 2023 eine deutliche Zunahme der Beschwerden zu verzeichnen war.
Die Bearbeitung der Beschwerden erfolgt inhaltlich in der betreffenden Zentrumsklinik. Nach Eingang im Zentralen Beschwerdemanagement wird sie an die zuständige Klinik weitergeleitet, die den Sachverhalt

zeitnah analysiert und aufarbeitet. Über die Erkenntnisse und die geplanten Maßnahmen wird eine Stellungnahme zu Händen des Zentralen Beschwerdemanagements verfasst, das der Beschwerde führenden Person per Briefpost antwortet.

2.3.5 Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen

Die systematische Durchführung von Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen ist fest etabliert. Sie finden regelmäßig statt, werden nach Aktenlage und persönlicher Erinnerung vorbereitet, die Durchführung wird protokolliert, so dass Maßnahmen nachvollziehbar abgeleitet werden können. Während der Konferenz kann jederzeit die Akte des Patienten eingesehen werden, um Detailfragen zu klären, die sich unter den Teilnehmern ergeben können. Die Teilnehmerschaft setzt sich aus den an der Patientenversorgung beteiligten Kliniken zusammen. Eine offene Fehlerkultur ermöglicht eine konstruktive Fallbesprechung und eine ergebnisoffene Suche nach Verbesserungspotenzialen.
Je nach Bedarf und Dringlichkeit werden Zusatztermine für M&M Konferenzen (z.T. kurzfristig) anberaumt.

Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen		
Herkunft	**2022**	**1-11/2023**
Monatliche interdisziplinäre M&M Konferenzen	✓	✓

Tabelle 4: M&M Konferenzen Zentrumskliniken Westdeutsches Herzzentrum

2.3.6 Schadenfallanalysen

Das Instrument der Schadenfallanalyse ist in der Uniklinik RWTH Aachen etabliert. Die Zentrumskliniken des Westdeutschen Herzzentrums haben in der Vergangenheit bereits davon Gebrauch gemacht. In 2022 wurde jedoch keine Schadenfallanalyse durchgeführt.

2.3.7 Internes Qualitäts- und Risikoaudit

Die Uniklinik RWTH Aachen hat ein internes Qualitäts- und Risikoaudit System etabliert, das jährlich im Hause durchgeführt wird. Dabei wird der jeweilige Anforderungskatalog im Januar veröffentlicht; die Audits finden im letzten Quartal des Jahres statt. Die folgende Abbildung zeigt den Anforderungskatalog 2022 in tabellarischer Form.

2022				
	Instrument (Qualitätsziel)	Nachweis	Bewertung	Ziel-erreichung
0	Orga	Aussagekräftiger Selbstbewertungsbogen	0/1	0/1
1	Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten	Medizinprodukte: - Liste Anlage 1 Geräte der Klinik - Liste Ersteinweiser u. Nachweis Herstellereinweisung	0/1	0/1
		Umgang mit Betäubungsmitteln	0/1	0/1
		Hinweise o. Abweichungen aus Vorjahr: Keine oder erledigt	-1/0	-1/0
	Strukturierte, berufsgruppenüber-greifende Teambesprechungen	Entwicklung, Umsetzung und Dokumentation von klinikspezifischen Verbesserungsmaßnahmen und Problemlösungen		
		Hinweise o. Abweichungen aus Vorjahr: Keine oder erledigt	-1/0	-1/0
2	Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen	Schulungsplan, Schulungsnachweise Pflichtunterweisungen	0/1	0/1
		Hinweise o. Abweichungen aus Vorjahr: Keine oder erledigt	-1/0	-1/0
3	Patientenzufriedenheit	Quote/ Bewertung Patientenbefragung	0/1	0/1
		Hinweise o. Abweichungen aus Vorjahr: Keine oder erledigt	-1/0	-1/0
4	Risiko - und Fehlermanagement	Management eines medizinischen (selbst definierten) Risikos	0/1	0/1
		CIRS Nutzung und Ableitung von Maßnahmen	0/1	0/1
		Hinweise o. Abweichungen aus Vorjahr: Keine oder erledigt	-1/0	-1/0
5	Notfallmanagement	Schulungen, prakt. Übung med. Notfall (inkl. Ambulanzen)/ Ausrüstung Station vorhanden, vollständig, geprüft	0/1	0/1
		Hinweise o. Abweichungen aus Vorjahr: Keine oder erledigt	-1/0	-1/0
6	Hygienemanagement	Verbrauch Händedesinfektionsmittel (bettenführende Kliniken)	0/1	0/1
		Temperaturkontrollen Medikamenten- u. Materialkühlschränke	0/1	0/1
		Hinweise o. Abweichungen aus Vorjahr: Keine oder erledigt	-1/0	-1/0
7	Schnittstellenmanagement	M&M Konferenzen (BÄK; abteilungsübergreifend)	0/1	0/1
		Dekubitus Dokumentation in EQS und Arztbrief	0/1	0/1
		Strukturierte (ärztliche und pflegerische) Patientenübergabe bei internen und externen Verlegungen	0/1	0/1
		Hinweise o. Abweichungen aus Vorjahr: Keine oder erledigt	-1/0	-1/0
8	Prozesse und Abläufe	Dokumentation qualitätssicherungsrelevanter Parameter	0/1	0/1
		Tägliche, ärztliche, patientenbezogene Dokumentation (medico)	0/1	0/1
		Hinweise o. Abweichungen aus Vorjahr: Keine oder erledigt	-1/0	-1/0
9	OP Checklisten und Patientenarmbänder	OP Checkliste in Stichprobe vorhanden u. vollständig	0/1	0/1
		Patientenidentifikation (SOP stat. Patienten mit Patientenarmbändern)	0/1	0/1
		Hinweise o. Abweichungen aus Vorjahr: Keine oder erledigt	-1/0	-1/0
	Summe			**0**

Tabelle 5: Anforderungskatalog interne Audits Uniklinik RWTH Aachen 2022

In 2022 haben die Zentrumskliniken des Westdeutschen Herzzentrums unterschiedlich abgeschnitten. Zwei Kliniken haben sich gegenüber dem eigenen Vorjahresergebnis verbessert, Eine ist konstant geblieben, Eine hat sich verschlechtert. Auf Zentrumsebene steht eine Zielerreichung von 83% zu Buche.

Interne Qualitäts- und Risikoaudits 2022			
Bereich	Items	Erfüllt	Ziel-erreichung
Klinik für Kardiologie, Angiologie und Internistische Intensivmedizin (Medizinische Klinik I)	16	15	94%
Klinik für Herzchirurgie	16	13	81%
Klinik für Gefäßchirurgie	16	10	63%
Klinik für Kinderkardiologie/ Klinik für Kinderherzchirurgie	15	14	93%
Gesamt Westdeutsches Herzzentrum Aachen	**63**	**52**	**83%**

Tabelle 6: Zielerreichung internes Qualitäts- und Risikoaudit 2021 Zentrumskliniken Westdeutsches Herzzentrum

2.3.8 Zertifizierungen

Im Bereich der Zentrumskliniken bestehen folgende Zertifizierungen:

» Überregionales Herzinsuffizienz-Zentrum (HFU)
» Überregionales Zentrum für Erwachsene mit angeborenem Herzfehler (EMAH)
» EHRA Recognised Training Centre
» Reanimationszentrum Cardiac Arrest Center
» Mitralklappenzentrum (DGK)
» Vorhofflimmerzentrum (DGK)
» Fortbildungsstandort Junge Kardiologie (DGK)
» Stätte der Zusatzqualifikation Interventionelle Kardiologie
» Chest Pain Unit (DGK)

3. Zusammenfassung QM Westdeutsches Herzzentrum Aachen

Im Bereich des Westdeutschen Herzzentrums kommt ein breites, sich sinnvoll ergänzendes Spektrum von QM Instrumenten routinemäßig zum Einsatz. Erkenntnisse aus diesen Systemen werden strukturiert unter Anwendung des PDCA Prinzips bearbeitet.
Insgesamt werden gute Ergebnisse erzielt, auf denen die Weiterentwicklung des Zentrums aufgebaut werden kann.

Aachen, 29.11.2023 Dr. P. Fränkel