



Traumatologisch-Orthopädisches Zentrum West
des St. Elisabeth Krankenhauses Geilenkirchen



9. Qualitätsbericht

für das

EndoProthetikZentrumderMaximalversorgung Geilenkirchen
der

Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie

Berichtszeitraum: 01.01.2021-31.12.2021

Chefarzt Dr. med. Achim Dohmen

Leiter des EndoProthetikZentrums der Maximalversorgung Geilenkirchen

St. Elisabeth-Krankenhaus Geilenkirchen
Martin-Heyden-Straße 32
52511 Geilenkirchen

Inhalt

| | |
|---|----------|
| 1. Einleitung | 3 |
| 2. Struktur der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie..... | 4 |
| 3. Qualitätspolitik und –ziele..... | 5 |
| 4. Risikomanagement..... | 5 |
| 5. Qualitätssicherung..... | 6 |
| 6. Erfassung der Ergebnisqualität | 7 |
| 6.1 Patientenzufriedenheit im EPZ max | 7 |
| 6.2. Zeitanalysen | 7 |
| 7. Komplikationen | 8 |
| 8. Risiken und Chancen | 8 |
| 9. Öffentlichkeitsarbeit | 9 |
| 10. Ausblick in die Zukunft | 9 |

1. Einleitung

Der Schwerpunkt Endoprothetik wurde mit der Gründung der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie im Jahr 1998 ins Leben gerufen. Der Einzugsbereich der Klinik umfasst den Kreis Heinsberg mit ca. 255.000 Einwohnern sowie die nördlichen Gebiete der Städteregion Aachen. Jährlich werden ca. 900 Totalendoprothesen incl. Wechsel-Endoprothesen an den großen Gelenken (Hüfte, Knie und Schulter) implantiert.

Mit dem Ziel, die Patientensicherheit und Qualität weiter zu optimieren, haben sich unter der Leitung der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie des St. Elisabeth-Krankenhaus Geilenkirchen gemeinnützige Gesellschaft mbH die Verantwortlichen dazu entschlossen, den Bereich der Endoprothetik von ClarCert zertifizieren zu lassen.

Innerhalb des EPZmax sind die Prozesse standardisiert und werden ständig evaluiert, mit dem Ziel, der kontinuierlichen Verbesserung und Steigerung der Ergebnisqualität.

Wie in den vergangenen Jahren wurden die Leistungszahlen in der Endoprothetik gehalten bzw. gesteigert.

Entwicklung der endoprothetischen Fallzahlen des EPZmax Geilenkirchen

| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|--------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Hüfte primär | 294 | 258 | 287 | 355 | 349 | 371 | 372 | 378 | 376 | 390 |
| SH # | 57 | 56 | 52 | 54 | 60 | 47 | 50 | 59 | 70 | 54 |
| Hüfte wechsel | 48 | 55 | 50 | 44 | 70 | 46 | 62 | 78 | 44 | 58 |
| Knie primär | 358 | 329 | 370 | 342 | 342 | 359 | 340 | 364 | 359 | 380 |
| Knie wechsel | 25 | 32 | 26 | 37 | 34 | 36 | 43 | 50 | 51 | 36 |
| Knie # (peripr., osteo) | / | / | / | / | 4 | 6 | 4 | 0 | 4 | 4 |
| Hüfte # (peripr., osteo) | / | / | / | / | / | 1 | 3 | 0 | 6 | 2 |
| Schulter primär+wechsel | / | / | / | / | / | 27 | 28 | 52 | 59 | 58 |
| SUMME | 782 | 757 | 785 | 832 | 866 | 893 | 902 | 981 | 969 | 982 |

In dem nachfolgenden 9. Qualitätsbericht stellen wir die Strukturen im EPZ sowie die Entwicklung seit Gründung des Zentrums vor. Das nächste Audit durch ClarCert findet im Februar 2022 statt. Es handelt sich bei diesem Audit um ein Kombinationsaudit.

2. Struktur der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie

Das EPZmax Geilenkirchen ist in die Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie integriert. Die Zentrumsleitung obliegt Herrn Dr. med. Achim Dohmen, Chefarzt der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie.

Aufgrund der Operationszahlen wurden folgende Ärzte als Seniorhauptoperateure benannt:

- Dr. med. Achim Dohmen (Chefarzt der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie)
- Dr. med. Günter Kaspers (Ltd. Arzt für Orthopädie)

Aufgrund der personellen Veränderungen sind die folgenden Ärzte als Hauptoperateure benannt:

- Dr. med. Norbert Schiffers (Chefarzt der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie)
- Dr. med. Hans Groh (Ltd. Arzt für Chirurgie)
- Frau Melanie Pyttel (Oberärztin für Unfallchirurgie und Orthopädie)
- Frau Rebecca Douven (Oberärztin für Unfallchirurgie und Orthopädie)

Im Zentrum ist sichergestellt, dass endoprothetische Eingriffe immer von einem Seniorhauptoperateur oder Hauptoperateur durchgeführt bzw. zu Weiterbildungszwecken assistiert werden. Ausgenommen hiervon sind Eingriffe innerhalb der Notfallversorgung bei Fraktur- endoprothetik.

Zurzeit im EPZ besetzte Funktionen:

Zentrumskoordinatoren: Dr. med. G. Kaspers und Frau Pyttel

QM: Anna Gutt

Dokumentationsbeauftragte: Michaela Kuhn

Kooperationen bestehen weiterhin mit den folgenden Kooperationspartnern:

| | |
|-----------------------|--|
| Anästhesie | Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin, Geilenkirchen |
| Gefäßchirurgie | Uniklinikum Aachen, Klinik für Gefäßchirurgie, Aachen |
| Gefäßchirurgie | Städtisches Krankenhaus Heinsberg |
| Strahlentherapie | Uniklinikum Aachen, Klinik für Strahlentherapie, Aachen |
| Mikrobiologie | MVZ synlab Leverkusen GmbH |
| Pathologie | Institut für Pathologie, Würselen |
| Radiologie | Praxis für Radiologie Nelke + Pollmeier, Geilenkirchen |
| Physiotherapie | Ambulante Reha am Krankenhaus, Geilenkirchen |
| Sozialdienst | Krankenhaus Geilenkirchen gGmbH |
| Technische Orthopädie | Sanitätshaus Kuchem, Hückelhoven |

3. Qualitätspolitik und –ziele

Mit dem Ziel, die Patientenzufriedenheit zu erhöhen, die Mitarbeiter weiter zu qualifizieren und langfristig an das Haus zu binden und den Einweisern ein verlässlicher Partner zu sein, wird die Weiterentwicklung der Prozesse im Bereich der endoprothetischen Versorgung vorangetrieben.

Das QM-System im EPZmax befindet sich in einem kontinuierlichen Verbesserungsprozess.

Die Patienten- und Kundenbedürfnisse werden von der Zentrumsleitung erfasst und bewertet und mit den gesetzlichen und behördlichen Anforderungen in die Qualitätsplanung einbezogen, um daraus die Qualitätspolitik für das EPZmax festzulegen. Regelmäßig wird retrospektiv überprüft, inwieweit die Qualitätsziele erreicht und die Patientenanforderungen befriedigt wurden. In Sinne eines lernenden Systems werden eventuelle Abweichungen/ Auffälligkeiten innerhalb eines PDCA-Zyklus dazu verwendet, weitere Maßnahmen zur Qualitätserreichung zu etablieren. Des Weiteren werden durch die regelmäßige interne und externe Überprüfung der Behandlungsergebnisse, die Auswertungen der Patienten-, Mitarbeiter- und Einweiserbefragungen, Erkenntnisse gewonnen, die dazu dienen, die Leistungen des EPZmax zu verbessern.

4. Risikomanagement

Das Riskomanagement am EPZ max ist ein Teil des Qualitätsmanagementes. Es sind folgende Items im Rahmen der vorhergehenden Zertifizierungen umgesetzt worden:

- Fortlaufende Besprechung, Analyse und Auswertung der Komplikationen im Zentrum.

- CIRS-System (Critical Incident Reporting System intern und extern)
- Standardvorgehen zur Sonderbestellung von Implantaten
- Einführung einer Sicherheits-Checkliste nach dem WHO-Vorbild.
- Einführung eines Assessments und Standards zur Sturzprophylaxe
- Patientenidentifikation durch ein Thermodirekt-Armband
- kontinuierliche Chargendokumentation des Steril- Gutes

Im Rahmen der regelmäßigen Treffen der Lenkungsgruppe werden potentielle Verbesserungen besprochen und anschließend implementiert. Weiterhin liefern die Aspekte aus den CIRS- Meldungen und auch aus der Patientenbefragung wichtige Hinweise für einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess.

5. Qualitätssicherung

In den regelmäßigen Treffen des Lenkungsgremium des EPZmax werden die Ziele besprochen, Aufgaben zugeteilt bzw. Ergebnisse analysiert und bewertet.

Zu den Hauptthemen gehören die

- Standardisierung der Behandlungsabläufe
- Verbesserung der Dokumentation
- Umsetzung der Vorgaben des Erhebungsbogens
- Kundenzufriedenheit
- Patientenzufriedenheit
- Meldungen aus dem Fehler – und Berichtssystem
- Aktualität der Behandlungspfade
- Terminierungen der Öffentlichkeitsarbeit
- Internetpräsenz
- Kennzahlen
- Sicherheit / Fehlermanagement / Risikomanagement / CIRS
- Prospektive, kontinuierliche Planung von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen
- Projekte im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit

- Interne Audits
- Maßnahmenpläne
- Risiken und Chancen
- Digitalisierung

6. Erfassung der Ergebnisqualität

Das EPZ nimmt jährlich an internen Audits, welche durch die klinikeigenen Fachexperten durchgeführt werden, teil. Ebenso nimmt das EPZmax an den jährlichen externen Audits durch die Firma Clarcert teil.

6.1 Patientenzufriedenheit im EPZ max

Im EPZmax erfolgt eine kontinuierliche Befragung der Patienten. Nachfolgend die Ergebnisse der Patientenbefragung

| Jahr | Rücklaufquote | Durchschnittliche Bewertung (Schulnotensystem) |
|------|---------------|--|
| 2018 | 18,9% | 1,9 |
| 2019 | 22,8% | 1,8 |
| 2020 | 26,3% | 1,5 |
| 2021 | 20% | 1,5 |

Die Rücklaufquote ist leider rückläufig, hier wird vermutet, dass dies Auswirkungen der Pandemie sind. Im Qualitätszirkel des Jahres 2022 werden die beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nochmals darauf hingewiesen, die Patienten zu ermutigen, die Befragung auszufüllen. Der Befragungsbogen wird nochmals in der Lenkungsgruppe besprochen und ggfls. eingekürzt. Dies sind Maßnahmen, um die Rücklaufquote wieder steigern zu können.

6.2. Zeitanalysen

| Jahr | Wartezeit in Tagen auf einen Termin |
|------|-------------------------------------|
| 2018 | 11Tage |
| 2019 | 12 Tage |
| 2020 | 7 Tage |
| 2021 | 6 Tage |

Begründung: Berücksichtigung alle Wunschtermine aller Patienten

| Jahr | Wartezeit in min. bis zum Arztkontakt |
|------|---------------------------------------|
|------|---------------------------------------|

| | |
|------|---------|
| 2018 | 6min. |
| 2019 | 7min. |
| 2020 | 7 min. |
| 2021 | 14 min. |

Begründung: Die Steigerung der Wartezeiten in Minuten bis zum Arztkontakt ist dadurch gegeben, dass die Patientinnen und Patienten durchschnittlich über 10 min zu früh zum Termin erscheinen.

Patienten warten im Durchschnitt keinen Tag auf ein Konsil (2018, 2019, 2020 + 2021)

Keine Begründung notwendig.

7. Komplikationen

| Komplikation: | Neurologische Auffälligkeit | Verstorben | TVT/LE | Re-Intervention | Fissur /Fraktur | Trochanterabriss | Luxation | Infektion |
|---------------|-----------------------------|------------|--------|-----------------|-----------------|------------------|----------|-----------|
| 2018 | 2 | 6 | 5 | 14 | 6 | 0 | 9 | 10 |
| 2019 | 4 | 6 | 7 | 16 | 3 | 0 | 21 | 7 |
| 2020 | 3 | 6 | 3 | 33 | 7 | 2 | 41 | 13 |
| 2021 | 4 | 5 | 11 | 22 | 7 | 2 | 16 | 19 |

Die steigende Zahl der TVT / LE wird zur Kenntnis genommen. Im Zuge der Umstellung und Neuimplementierung des MAKO Systems, bei dem die fast-track Mobilisation postoperativ durchgeführt wird, erhoffen wir uns einen deutlichen Rückgang für das kommende Qualitätsjahr.

Den deutlichen Rückgang der Luxationen erklären wir uns durch eine intensive Aufarbeitung der Qualitätsindikatoren.

Die steigenden Infektionszahlen erklären sich durch die Übernahme der nosokomiale Pneumonien und Harnwegsinfekte.

Im Jahr 2020 entschieden wir uns für die Aufführung aller Komplikationen des EPZ, dies werden wir im Jahr 2021 so fortführen. Die Entscheidung fiel, da wir so die Möglichkeiten haben, einen Überblick zu erhalten, wie viele Komplikationen außerhalb der vorgegebenen Relevanzen die Klinik hat.

Die Komplikationen werden nochmals intern statistisch ausgewertet und innerhalb einer Fortbildung besprochen, umso mögliche Fehlerquellen zu detektieren und die Zentrumsqualität zu steigern.

8. Risiken und Chancen

Das St. Elisabeth Krankenhaus in Geilenkirchen setzt sich regelmäßig und kontinuierlich mit den Risiken und Chancen der Klinik auseinander. Die Identifikation der Risiken verläuft über verschiedene Subsysteme wie Befragungen, Audits, Fehler- und Berichtssysteme, Mitarbeitergespräche, aktuelle Risiken aus der Umwelt und den ermittelten Risiken innerhalb der Lenkungsgruppe. Sind die Risiken identifiziert werden diese in einer Kurzbeschreibung dargestellt. Im weiteren Verlauf werden diese Risiken in einer ausgewählten Leistungsgruppe

mittels eines Risikoatlas analysiert. Hierbei spielt die oberste Leitung eine wichtige Rolle. Des Weiteren werden Bewältigungsstrategien und Maßnahmen definiert und deklariert, welche Personen und/ oder Personengruppe die Verantwortung für die beschlossene Umsetzung trägt. Neben der ausgewählten verantwortlichen Person/ Personengruppe wird ein Zeitfenster festgelegt. Nach Abschluss dieses Schrittes wird definiert, wie die Maßnahme überprüft und evaluiert werden muss. Ein letzter Schritt gibt Aufschluss über die Zielerreichung dies dient der Leistungsgruppe sowohl als Ergebnissicherung als auch zur Überprüfung des gesamten Zyklus. Die Matrix wurde anhand des PDCA – Zyklus erstellt und angepasst. Bei Risiken, die nicht innerhalb der Leistungsgruppe zu einer Lösung führen, werden externe Experten hinzugefügt (CIRS NRW).

An dieser Stelle verzichtet die Klinik auf eine Veröffentlichung der Risiken und Chancen, da dies oft sensible Themen sind und der Schutz unserer Mitarbeitern, Patienten und Kooperationspartnern an oberster Stelle steht.

In 2021 wurden 4 Risiken mittels der FMEA erkannt und bearbeitet. Alle Risiken befinden sich nun in einem annehmbaren Risikobereich.

9. Öffentlichkeitsarbeit

Im Jahr 2021 entfielen durch die Pandemie unsere Veranstaltungen für die Öffentlichkeit..

10. Ausblick in die Zukunft

Die qualitätssichernden Maßnahmen werden fortgeführt.

Wir danken an dieser Stelle allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die zu diesen Ergebnissen beigetragen haben.

Auf viele weitere erfolgreiche Jahre.