Traumatologisch-Orthopädisches Zentrum West
des St. Elisabeth Krankenhauses Geilenkirchen

10. Qualitätsbericht

für das

EndoProthetikZentrumderMaximalversorgung Geilenkirchen
der

Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie

Berichtszeitraum: 01.01.2022-31.12.2022

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 6

5. Qualitätssicherung 6

6. Erfassung der Ergebnisqualität 7

6.1 Patientenzufriedenheit im EPZ max 7

6.2. Zeitanalysen 8

7. Komplikationen 8

8. Risiken und Chancen 9

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		2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Hüfte primär	294	258	287	355	349	371	372	378	376	390	464
SH #	57	56	52	54	60	47	50	59	70	54	58
Hüfte wechsel	48	55	50	44	70	46	62	78	44	58	47
Knie primär	358	329	370	342	342	359	340	364	359	380	503
Knie wechsel	25	32	26	37	34	36	43	50	51	36	55
Knie # (peripr., osteo)	/	/	/	/	4	6	4	0	4	4	9
Hüfte # (peripr., osteo)	/	/	/	/	/	1	3	0	6	2	7
Schulter primär+ wechsel	/	/	/	/	/	27	28	52	59	58	80
SUMME	782	757	785	832	866	893	902	981	969	982	1223

In dem nachfolgenden 10. Qualitätsbericht stellen wir die Strukturen im EPZ sowie die Entwicklung seit Gründung des Zentrums vor. Das nächste Audit durch ClarCert findet im Januar 2023 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 und der operative Expertise 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)

Folgenden Ärzte sind als Hauptoperateure benannt:

- Dr. med. Norbert Schiffers (Chefarzt der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie)
- Dr. med. Hans Groh (Ldt. 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 Senior-hauptoperateur oder Hauptoperateur durchgeführt bzw. zu Weiterbildungszwecken assistiert werden.

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 retroperspektiv 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 Qualitätsmangementes. 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 Assesments 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. Maßnahmen werden abgeleitet und kontinuierlich überwacht.

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
- Treminierungen der Öffentlichkeitsrabeit

- 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
2022	20,5 %	1,5

Die Rücklaufquote ist zufriedenstellend und nahezu gleichbleibend

6.2. Zeitanalysen

Jahr	Wartezeit in Tagen auf einen Termin
2018	11Tage
2019	12 Tage
2020	7 Tage
2021	6 Tage
2022	7 Tage

Begründung: 39 Patienten wurden mehr eingeplant im Monat Mai

Jahr	Wartezeit in min. bis zum Arztkontakt
2018	6min.
2019	7min.
2020	7 min.
2021	14 min.
2022	8 Min.

Begründung: Umstrukturierung des Sekretariats

Patienten warten im Durchschnitt keinen Tag auf ein Konsil (2018, 2019, 2020 + 2021+ 2022)

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
2022	4	5	4	29	8	6	17	16

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

Bei einer deutlichen Steigung der operativen Versorgungen im TEP-Bereich ist die leichte Steigung der Re-Interventionen und der Fissuren/Frakturen sowie der Luxationen sicherlich annehmbar. Zudem kommt es zu mehreren Fällen die primär nicht in unserem Haus versorgt worden sind.

Eine Steigerung der Trochanterabrisse lässt sich auf zum einen auf eine schlechtere Knochenqualität im Zuge des demografischen Wandels zurückführen, und zum anderen auf Voroperationen bei Wechseleingriffen

Positiv zu bewerten sind der Rücklauf der TVT´s und LE´s, dies führen wir auf die Umstellung des Fast-Track Systems zurück.

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, Pateinten und Kooperationspartnern an oberster Stelle steht.

Im Jahr 2022 wurden 4 Risiken mittels der FMEA erkannt und bearbeitet. Alle Risiken befinden sich nun in einem annehmbaren Risikobereich.

9. Öffentlichkeitsarbeit

Im Jahr 2022 wurden 7 Veranstaltungen für die Öffentlichkeit angeboten.

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.