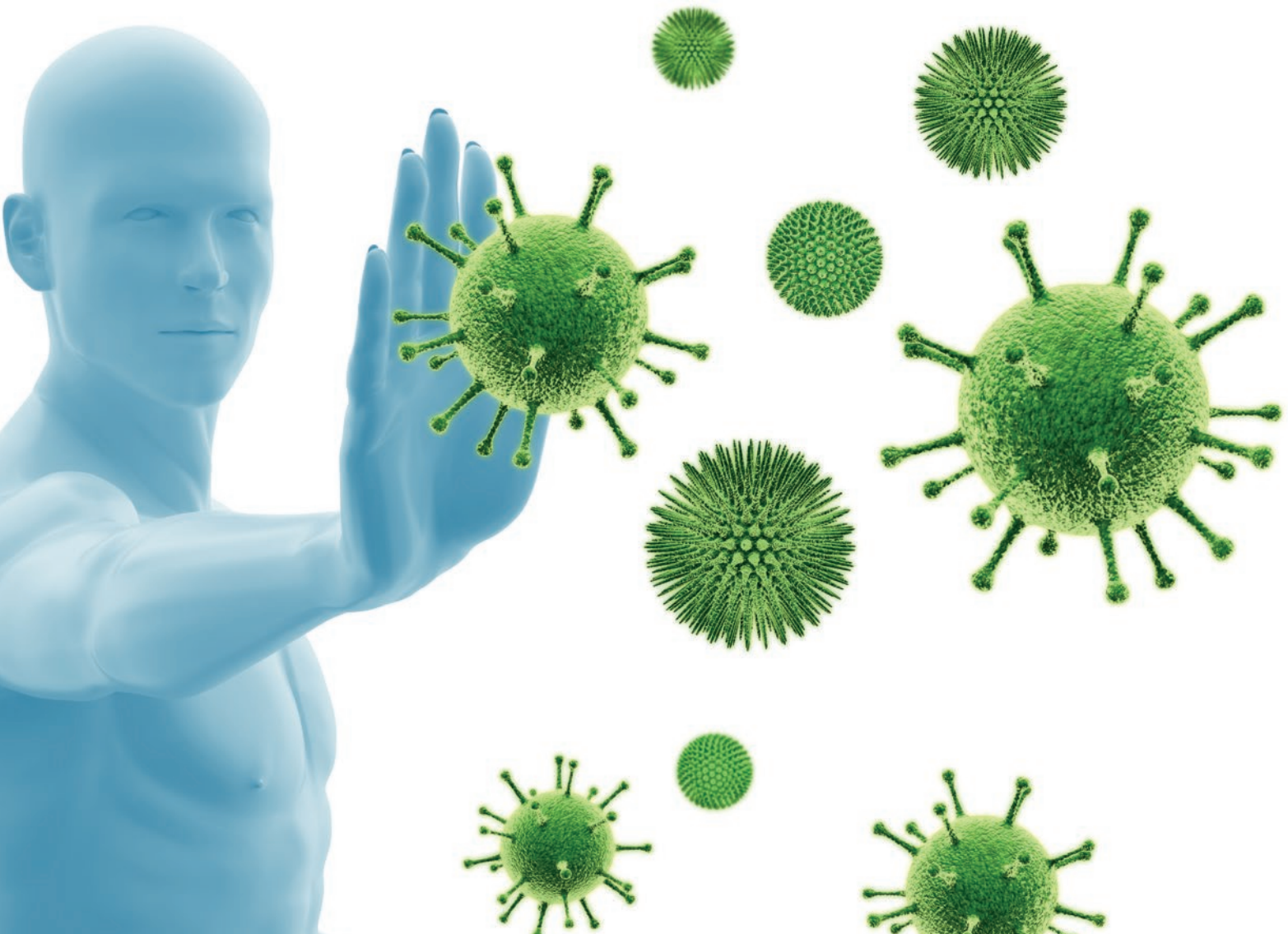


med.izin

Das **Ärzt**emagazin
aus dem
Klinikum Heidenheim



NORBERT PFEUFER (MBA)

Aktuelles aus der ZNA

Seite 2



PD DR. MARTIN GRÜNEWALD

STAUfrei ins Klinikum?

Prävention der Übertragung gefährlicher Keime

Seite 4



PROFESSOR DR. ALEXANDER BRINKMANN

Perioperative Patientensicherheit

Seit vielen Jahren im Fokus unserer Bemühungen

Seite 6



Heidenheim, Januar 2018

Editorial

Liebe Kolleginnen,
liebe Kollegen,

gerne präsentieren wir Ihnen den ersten Newsletter im Jahre 2018. Auch wenn das Jahr schon weit fortgeschritten ist, hoffe ich, dass Ihnen der Jahreswechsel gut gelungen ist und Sie die tägliche Routine nicht überrollt.

Wir sind sehr stolz darauf, dass wir vom Innovationsfond des GBA viel Geld erhalten, um unser Projekt »STAUfrei ins Klinikum« gemeinsam mit Ihnen durchführen können. Die Einzelheiten finden Sie im Beitrag von PD Dr. Grünewald.

Die Dauerbaustelle ZNA wurde durch erfolgreiche Umbaumaßnahmen entschärft, auch wenn damit nicht alle Probleme gelöst sind – für unsere Patienten sollte der Ablauf damit angenehmer zu gestalten sein.

Als Chirurgen sind wir immer auf der Hut, Fehler zu vermeiden, in diesem Sinne wurde der neue Bogen zur perioperativen Patientensicherheit im Klinikum etabliert – er erfüllt im gewissen Sinne auch eine Filterfunktion – um rechtzeitig problematische Patienten zu identifizieren, die eine umfangreichere präoperative Abklärung benötigen.

Viel Freude beim Lesen

Ihr


Andreas Imdahl

Aktuelles aus der ZNA

(Zentrale Notaufnahme)

Auch 2017 war für die ZNA in Heidenheim mit einem deutlichen Anstieg der Patientenzahlen verbunden.

Noch komplizierter ist es mit der Abklärungsziffer seit 1. April 2017. Administrative Aufnahme (6 min), Arztkontakt geplant (2 min) und dann dem Patienten die Hausarztpraxis empfehlen. Das wird so nicht funktionieren. Es bleibt nur eine gesundheitspolitische Lösung, eine kostendeckende Notfallpauschale und die Verlegung der Finanzmittel aus dem ambulanten Sektor in die Kliniken. Dort werden jetzt schon deutlich mehr ambulante Patienten versorgt. (25 Millionen/ Jahr)

Die Patienten haben also schon lange mit den Füßen entschieden und kommen mit vielen medizinischen Problemen, die keine Notfälle sind, in die Notaufnahmen. Diese »All-inclusive-Mentalität« macht den täglichen Ablauf einer Notaufnahme extrem schwierig. Die größte Kunst ist es, aus den vielen Patienten die kritisch Kranken herauszufiltern. Unsere eigentliche Aufgabe ist Notfallversorgung und nicht das Abarbeiten von unklaren Krankheitsbildern in kürzester Zeit, weil es im ambulanten Bereich keine Termine gibt. Auch die klassischen Telefoneinweisungen, vor allem aus Alters- und Pflegeheimen, häufen sich, obwohl das Sozialgesetzbuch diese Art der Einweisung nicht vorsieht.

Wenn wir dann die Patienten nach bestem Wissen versorgt haben, bleibt den Kliniken ein hohes finanzielles Defizit, da die Vergütung den Kassenarztpraxen gleichgestellt ist, die Kliniken jedoch rund um die Uhr Personal und Medizintechnik vorhalten müssen. Am Ende bleiben pro ambulanten Patienten mindestens 100 Euro als Minusbilanz stehen.

Um unter diesen Bedingungen und den aktuellen Patientenzahlen (33359 / 2017) für die Patienten eine sichere Notfallversorgung und ein angenehmes Umfeld anzubieten, hat die Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH auf Vorschlag des ZNA-Teams den Umbau des Wartebereiches veranlasst. Es ist ein großzügiger, freundlicher Wartebereich entstanden, durch kostenfreies WLAN und 2 Bildschirme soll die unvermeidbare Wartezeit ebenfalls kurzweiliger gestaltet werden.

Zusätzlich kann durch die Verlagerung und Abschirmung des Wartezimmers der Datenschutz im Bereich der Anmeldung deutlich besser gewährleistet werden.

Im freigewordenen Bereich wurde eine Zone für liegende Patienten (vor und nach Diagnostik z.B. CT, Röntgen) und eine durch Schiebetüren abtrennbare zusätzliche Raumeinheit zur Umlagerung ohne Verlust der Privatsphäre und bei hohem Patientenaufkommen zur ärztlichen Ersteinschätzung oder Erstversorgung geschaffen.



Trotz problematischer Personalknappheit im ärztlichen Bereich hat das Kernteam der ZNA eine Facharztanwesenheit von 7 – 21 Uhr unter der Woche und von 7 – 13.30 Uhr an den Wochenenden und Feiertagen sichergestellt.

Um den steigenden Patientenzahlen auch an den Wochenenden gerecht zu werden soll auch hier die Facharztpräsenz für den gleichen Zeitraum bereitgestellt werden. Die momentan deutschlandweit bestehenden Besetzungsproblematik mit qualifizierten Ärzten hat jedoch auch Heidenheim im Griff und es wird nur mit der Steigerung von Stellenattraktivität (Oberarztposition für qualifizierte Fachärzte, hauseigene Kinderbetreuung, Hilfe bei Wohnungssuche und Arbeitsplatz für Partner) eine kontinuierliche Besetzung und damit Versorgung möglich sein.

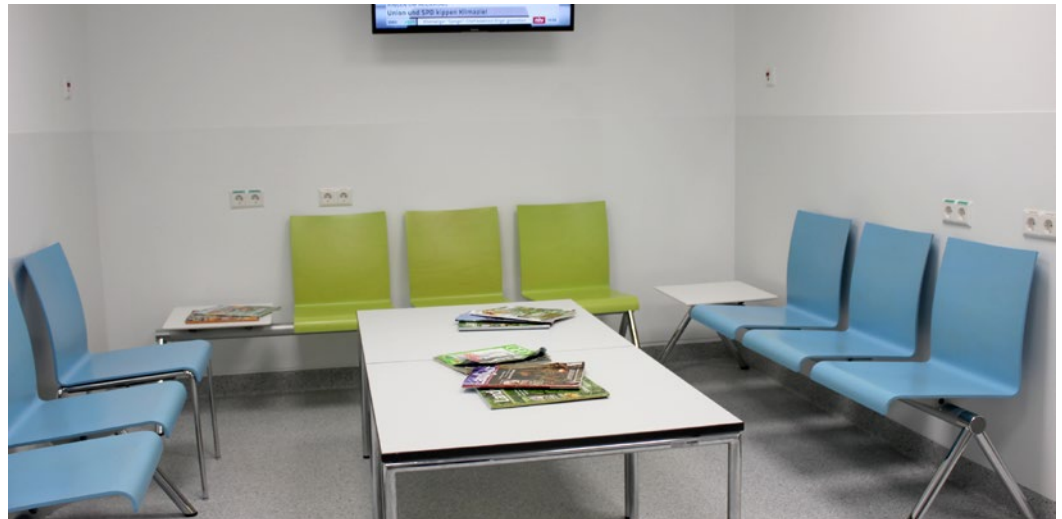
Zukunftsausblick für 2018 ist die Integration einer sogenannten »Chest Pain Unit« in die Überwachungsstation der ZNA. Die 4 Betten stehen dann jederzeit den jetzt schon täglich versorgten Patienten mit Thoraxschmerz, Abklärung bzgl. Herzinfarkt, Rhythmusstörungen etc. zur Verfügung. Die Integration dieser Betten in die ZNA macht den Ablauf logistisch und zeitlich effizient. Durch die fachärztliche Verantwortung der Abteilung für Kardiologie ist dann in der Zusammenarbeit mit dem ZNA-Team und der Entwicklung und Einhaltung von medizinischen Standards für eben diese Patienten eine hochqualitative Betreuung möglich.

Um hier die bestmöglichen Voraussetzungen zu schaffen wird auch 2018 das bis jetzt genutzte Monitoringsystem gegen ein zeitgemäßes technisches System, kompatibel zu Schockraum und Intensivstation, ersetzt und außerdem ein zusätzliches EKG und Ultraschallgerät angeschafft.

Zukunftsplanung:

- Räumliche Anbindung der kassenärztlichen Notfallpraxis an die ZNA
- Etablierung eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ)
- Verkürzung Administrativer Aufnahmeprozess, mobile Administration

Autor:
Norbert Pfeufer, MBA
Chefarzt ZNA



STAUfrei ins Klinikum?

Prävention der Übertragung gefährlicher Keime im Krankenhaus und die Vermeidung der Zunahme von Resistenzen

Gefährliche Krankheitserreger, bisweilen gerne und fälschlicherweise Krankenhauskeime genannt, sind seit Jahren in aller Munde und auch weiterhin auf allen Händen.

Die Prävention der Übertragung gefährlicher Keime im Krankenhaus und die Vermeidung der Zunahme von Resistenzen gegen Antibiotika wurde in Deutschland 2015 durch Bundesgesundheitsminister Gröhe und 2016 durch die WHO zur »Chefsache« erklärt.

Da das bloße Erklären einer Sache zu einer Chefsache Probleme selten wirklich löst, wurden auf Anregung vom GBA über den Innovationsausschuss Gelder zur Erforschung neuer Versorgungsformen ausgemittelt. Erstmals konnte man sich in Deutschland 2016 um Forschungsgelder des Innovationsausschusses bewerben, im Mai 2017 endete die zweite Bewerbungsrunde.

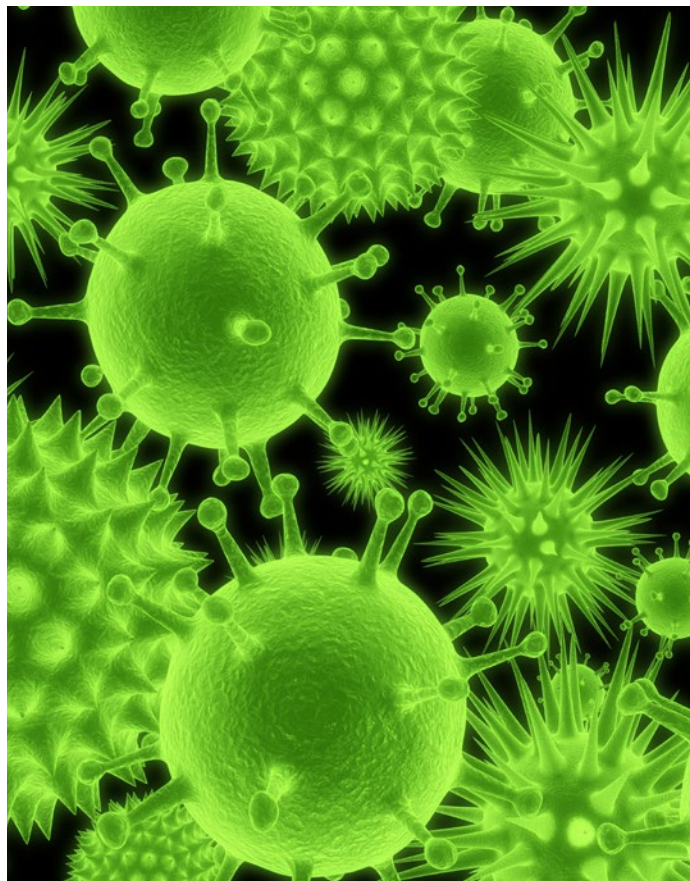
Wie viele von Ihnen wissen, beschäftigt man sich am Klinikum Heidenheim schon seit ungefähr 2007 mit dem Thema Infektionsprävention, ursprünglich mit dem Fokus auf MRSA. Aus der MRSA AG um Herrn Hans Eberhardt und die Infektionsstation des Klinikums entstand schließlich das MRE Netzwerk Heidenheim, welches 2009 gegründet und 2012 akkreditiert wurde und welchem viele von Ihnen angehören.

Nach einigen Vor-Projekten ab dem Jahr 2010, welche nicht zuletzt die Durchführbarkeit eines größeren Projektes untersuchen sollten und welche gemeinsam mit Partnern aus der Industrie und der Universität Ulm durchgeführt wor-

den waren, wurde im Rahmen einer kleinen Projektgruppe beschlossen, den ganz großen Sprung zu wagen und Gelder aus dem Innovationsfonds für ein Landkreis-weites Infektions-Prävention-Projekt zu beantragen.

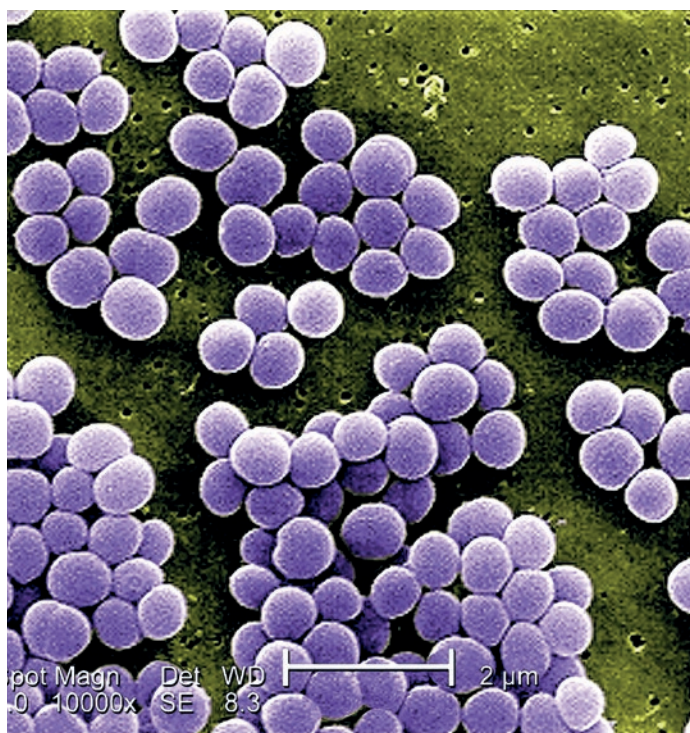
Die präzise Ausformulierung des Projektes und die detaillierte Projektantragstellung hat die Projektgruppe* um Hans Eberhardt und Rieke Schulz (Pathways, Berlin) wochenlang intensiv beschäftigt, als Akronym für das Projekt wurde der Titel »STAUfrei« gewählt (*Prästationäre Detektion und Sanierung zur Vermeidung von Staphylokokken AUREUS Komplikationen bei elektiven Patienten*). Schließlich konnte der Projektantrag zeitgerecht eingereicht werden – Ende Oktober 2017 kam die erfreuliche und erlösende Nachricht, dass unser STAUfrei Projekt durch den gemeinsamen Bundesausschuss zur Förderung ausgewählt worden ist. [→Link](#)

Die Realisierung des Projektes wird in mehreren Schritten erfolgen, bis einschließlich September 2018 müssen übergeordnete Organisation, Personalauswahl, Logistik, Datenerhebung und -Transfer und viele andere Dinge mehr mit unseren Projektpartnern detailliert geplant und festgelegt werden. Ab Oktober 2018 wird das Projekt mit Schulungen aller Projektteilnehmer sowie einem abschließenden »dummy run« starten, die eigentliche Phase der prospektiven Patientenerhebung wird sich von April 2019 bis Ende März 2021 erstrecken. Dieser eigentlichen Studienphase wird sich noch eine intensive Evaluationsphase mit Abschluss des Gesamtprojektes Ende September 2021 anschließen.



Gefährliche Krankheitserreger sind seit Jahren in aller Munde und auch weiterhin auf allen Händen.

© Adpic



Staphylokokken AUREUS

© Public Domain

Aktuell



Praxis



Klinik

Screening



Dekontamination
in der Klinik



Intervention

STAUfrei



Praxis

Screening



Dekontamination
zu Hause



Klinik



Intervention

Worum geht es bei STAUfrei?

Dank jahrelanger Forschung ist heute relativ klar, welche Menschen/Patienten ein erhöhtes Risiko tragen, mit bestimmten, potenziell gefährlichen Krankheitserregern besiedelt zu sein. Hieraus resultieren international und national sehr unterschiedliche Empfehlungen, entsprechend festgelegter Risiko-Scores Screening-Untersuchungen bei der Aufnahme in Krankenhäuser durchzuführen. Mit solchen Strategien ist es möglich, das Risiko der Übertragung potenziell gefährlicher Krankheitserreger im Krankenhaus und vor allem hieraus resultierende Infektionen zu vermeiden. Der Nachteil einer solchen Strategie ist allerdings, dass der Eintrag von potenziell gefährlichen Krankheitserregern in Krankenhäuser hierdurch nicht verringert wird.

Das neue am Heidenheimer STAUfrei Ansatz ist deshalb, Risiko-Scoring und hieraus resultierende Screening-Untersuchungen, ebenso wie möglicherweise indizierte Dekontaminations-Behandlungen, vom sensiblen Krankenhausbereich weg in den

ambulantem Bereich zu verlagern. Nach unserer Einschätzung und erfreulicherweise wohl auch nach Einschätzung der Gutachter beim GBA könnte es durch diese Strategie tatsächlich gelingen, den Eintrag potenziell gefährlicher Krankheitserreger in Krankenhäuser deutlich zu reduzieren.

Konkret ist vorgesehen, bei Menschen, welche sich wegen einer Intervention dringlich oder elektiv am Klinikum Heidenheim vorstellen sollen, vor Eintritt ins Klinikum eine Abstrich-Diagnostik auf MRSA und MSSA durchzuführen. Bei positivem Befund erfolgt nach klar vorgegebenen Behandlungsleitlinien eine Dekontamination. Im Rahmen des Projekts wird der Erfolg der Dekontaminierung und der klinische Verlauf (insbesondere Wundinfekt ja/nein) erfasst und statistisch ausgewertet. Dieser innovative Einsatz wird während des Studienzeitraums verglichen werden mit der aktuellen üblichen Standardpraxis; in dieser Gruppe werden Patienten erfasst, welche an der Studie nicht teilnehmen können oder wollen. Das erfreuliche und spannende an diesem Ansatz ist, dass

hier Wege einer tatsächlich transsektoralen Behandlung skizziert und bezüglich ihrer Praktikabilität und Effektivität untersucht werden. Um die Teilnahme an dieser Studie konstruktiv zu unterstützen, wurde im Vorfeld mit der regionalen KV festgelegt, dass der Aufwand für die Betreuung der Studienpatienten mittels Sonderziffern abgegolten werden kann. Transportlogistik, Dekontaminierungs-Sets und EDV-Unterstützung werden über die Studienzentrale am Klinikum zentral bereitgestellt.

Vorausbedingung für eine Förderung eines Projektes über den Innovationsausschuss ist es, dass eine realistische Möglichkeit besteht, das neue und in einem Projekt auf ihre Wirksamkeit hin untersuchte, Versorgungsformen direkt in die Regelversorgung übernommen werden könnten. Das STAUfrei diesbezüglich ein hohes und attraktives Potenzial hat, wurde uns von unterschiedlichen Seiten mehrfach ausdrücklich bestätigt.

Als Kreisärzteschaft des Landkreises Heidenheim, mit Aufgaben im ambulanten wie im stationären Bereich, haben

wir mit diesem Projekt eine vielleicht historische Chance sowohl konkretere Möglichkeiten einer gelebten, transsektoralen Medizin aufzuzeigen, wie auch die Ausbreitung potenziell sehr gefährlicher Krankheitserreger und hierdurch hervorgerufene Infektionen zu vermeiden. Hierfür wurde ein Gesamtbetrag von knapp 2,9 Millionen € ausgelobt - ein Betrag, welches sicherlich Vieles möglich macht, ein Betrag, welcher uns allerdings sicher auch zu Vielem verpflichtet. Auf geht's und in Zukunft STAUfrei!

* Projektgruppe:

Klinikum Heidenheim

Hans Eberhardt, Prof. Dr. Alexander Brinkmann, Dr. Tatzel, PD Dr. Martin Grünewald, Norbert Pfeufer MBA,

Niedergelassene Ärzte der KÄS

Dr. Sandfort, Dr. Ströhle, Dr. Ruffle, Dr. Gmelin, Dr. Pösl, Dr. Maunz, Dr. Neumann

Gesundheitsamt

Dr. Bauer
Health Pathways Berlin
Rieke Schulz

Autor

PD Dr. Martin Grünewald
Chefarzt Medizinische Klinik I

Perioperative Patientensicherheit

Seit vielen Jahren im Fokus unserer Bemühungen am Klinikum Heidenheim

In der Vergangenheit wurde der Patientensicherheit als integralem und wesentlichem Qualitätsmerkmal des Behandlungsprozesses unzureichend Beachtung geschenkt. Nicht zuletzt angestoßen durch den Report »To Err Is Human: Building a Safer Health Care System« des Instituts of Medicine in den USA, wurde die Prozessqualität in der medizinisch-pflegerischen Versorgung kritisch hinterfragt.

Bereits im Jahr 2007 veröffentlichte die Joint Commission und die World Health Organisation (WHO) das umfangreiche Konzeptpapier »Lösungskonzepte zur Patientensicherheit«


Im Kapitel IV der Lösungskonzepte geht es um die Durchführung von Operationen und Anästhesien. Wissenschaftliche Daten aus Amerika und Kanada unterstreichen, dass die Einführung einer OP-Checkliste in der elektiven Chirurgie dazu beitragen kann, dass die perioperative Sterblichkeit signifikant sinkt. Tatsache ist, dass es bei vielen Patienten in der routinemäßigen medizinischen Betreuung potentiell zu unerwünschten Ereignissen kommt. Obwohl die Mehrzahl dieser sogenannten adverse events ohne bleibende Konsequenzen ist, zeigen Daten aus unterschiedlichen Ländern, dass bei etwa 1 % der Patienten mit relevan-

ten Schäden bis hin zum Tod zu rechnen ist. Es gibt also allen Grund über Strategien und Werkzeuge zur Verbesserung der Patientensicherheit nachzudenken.

Fehlerproduzierende Rahmenbedingungen und der Umgang mit Fehlern und Zwischenfällen sind weniger auf mangelndes Fachwissen oder das Fehlhandeln und Versagen von Einzelnen, sondern in erster Linie auf Probleme beim Umsetzen des Wissens unter den Bedingungen der Versorgungsrealität und -komplexität sowie auf Defizite der Kommunikation und Teamkoordination zurückzuführen. Auch augenfällige schwere Fehler wie die Amputation einer falschen Extremität beruhen nicht ausschließlich auf individuellem Versagen eines einzelnen Chirurgen, sondern auf multifaktoriellen Systemfehlern, wobei Arbeitsbelastung, Kommunikation-, Ausbildungs- und Überwachungsprobleme, ungenügende Ressourcen, Teamfaktoren, inadäquate Umgebung und auch Patientenmerkmale entscheidend mit beteiligt sind.

Der Eintritt von unerwünschten Ereignissen wird umso wahrscheinlicher, je mehr Menschen, selbst auf hohem Sicherheitsniveau, miteinander agieren und das Fehlerisiko steigt, je mehr Arbeitsschritte oder Verrichtungen am Patienten erforderlich sind. Stärkere Spezialisierung und damit arbeitsteiligere Patientenversorgung mit konsekutiv zunehmender Schnittstellenproblematik, geprägt von hoher Interdisziplinarität und Interprofessionalität führen zu wachsenden Anforderungen an das Behandlungsteam. Eine der heute sehr ernstzunehmenden fehlerproduzierenden Bedingungen ist die

enorme Arbeitsverdichtung mit einem vor allem ökonomisch induzierten Zeitdruck. Hierfür sind Entscheidungssituationen typisch, in denen man dazu neigt, nicht unbedingt durchdacht, sondern vor allem schnell und spontan zu reagieren und unter der Vorstellung, »es wird schon gutgehen«, mögliche Risiken zu unterschätzen oder gar nicht wahrzunehmen. Definiert man Patientensicherheit als das Produkt aller Maßnahmen, die darauf gerichtet sind, Patienten vor vermeidbaren Schäden in Zusammenhang mit dem gesamten Behandlungsprozess zu bewahren, wird die Komplexität eines nachhaltigen


klinikumheidenheim
Klinik für Anästhesie, operative Intensivmedizin und spezielle Schmerztherapie

Checkliste PRÄ

Risiko erhöhende Symptome und Erkrankungen	Risiko erhöhende Operationen
5 Hohes Risiko Akute Koronarsyndrome: Akuter Myokardinfarkt bis < 30 Tage Angina in Ruhe oder bei leichter körperlicher Belastung Dekompensierte Herzinsuffizienz Klinisch relevante Herzrhythmusstörung Schwere Herzklappenerkrankung ab Grad III Ventilationsstörung und / oder Belastungsinsuffizienz bei Treppensteigen < 1 Etage	5 Hohes Risiko z. B. Aortenchirurgie / große arterielle Gefäßeingriffe Offene peripherarterielle Gefäßeingriffe und Amputationen an der unteren Extremität Thromboemboliektomie Duodeno-Pancreatektomie Leber- und Gallengangschirurgie Ösophagektomie OP bei Darmperforation Nebennierenresektion Zystektomie (total) Pneumonektomie
3 Mittelgradiges Risiko Angina pectoris (CCS I und II) Myokardinfarkt in der Anamnese oder pathologische Q-Welle im EKG Kompensierte Herzinsuffizienz und bekannte kardiale Dekompensation Schlaganfall in der Anamnese paVK Diabetes mellitus Niereninsuffizienz (Krea > 1,4 mg/dl) Belastungsinsuffizienz bei Treppensteigen < 2 Etagen	3 Mittelgradiges Risiko z. B. Intraoperative Eingriffe Karotis-Chirurgie (Pat. mit neurologischen Symptomen) Aortenchirurgie endovaskulär Operationen im Kopf-Hals-Bereich Große urologische, gynäkologische und orthopädische Eingriffe Kleine intrathorakale Eingriffe
1 Geringes Risiko Alter > 75 Jahre Unspezifische EKG-Veränderungen Fehlender Sinusrhythmus (z. B. Vorhofflimmern) Arterielle Hypertonie (RR syst. >180, diast. >110 mmHg) Belastungsinsuffizienz bei Treppensteigen > 2 Etagen	2 Geringes Risiko z. B. Oberflächliche Eingriffe Zahnoperationen Schilddrüsenchirurgie Augenchirurgie Plastisch-rekonstruktive Eingriffe Karotis-Chirurgie (Pat. Ohne neurologische Symptomatik) Kleinere urologische (TUR Prostata), gynäkologische und orthopädische (Knie-Arthroskopien) Operationen Mammachirurgie
0 Kein erhöhtes Risiko	

Anmerkungen zu Entscheidungsfindung **Wunsch bezüglich Anästhesieverfahren**

Wunsch bezüglich Schmerzkonzept

Datum	Arzt Anästhesie	Datum	Arzt operatives Fachgebiet
Bewertung / Risiko-Score Punktesumme ergibt OP-Risiko Bitte ankreuzen! Keine OP-Freigabe bei abweichendem Risiko-Score! 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> OP-Freigabe OP-Freigabe wenn Treppensteigen über 2 Etagen möglich Risikopatient Risikoscore ≥ 6: ZPM Termin 3 Tage vor stationärer Aufnahme		Achtung! Ggf. Internistisches Konsil Duale Plättchenhemmung in den letzten 4 Wochen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Noaks in den letzten 7 Tagen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Bridging? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Bei Risikopatient 1. Interdisziplinäre Absprache <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein 2. Patientenaufklärung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein 3. OP-Freigabe <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Datum	Fach- / Oberarzt Anästhesie	Datum	Fach- / Oberarzt operatives Fachgebiet

855480_DSG_1017

und wirksamen Fehlervermeidungsansatzes unter Berücksichtigung der vielschichtigen, potentiell Fehler produzierenden Bedingungen deutlich. An dieser Stelle können wir in der Versorgung kranker Menschen methodisch viel von der Luftfahrt lernen, was etwa Crew Ressource Management (Teamschulung nicht-technischer Fertigkeiten wie Kooperation, situative Aufmerksamkeit, Führungsverhalten und Entscheidungsfindung) oder Simulatortraining anbelangt.

Checklisten können hier einen systematischen und konstruktiven Beitrag leisten, um insbesondere im operativen Umfeld unsere Behandlungsprozesse sicherer zu gestalten. Bereits ein Jahr nach initialer Veröffentlichung der sogenannten WHO-Checkliste für die operative Medizin wurde am Klinikum Heidenheim ebenfalls eine Checkliste für Patienten, die sich einem operativen Eingriff unterziehen müssen, entwickelt. Diese erste Heidenheimer Checkliste umfasste neben pflegerischen Aspekten vor allem das Sicherstellen zentraler Untersuchungen und Unterlagen einschließlich der unterschied-

lichen Einverständniserklärungen. Darüber hinaus wurden mithilfe dieses Bogens im OP Patientenidentität, Markierung der Eingriffsstelle und die Zuordnung zum richtigen Saal sichergestellt. Die vorbenannten Aspekte wurden durch die zuständige Pflege auf der Station, im OP und durch den zuständigen Anästhesisten sowie Chirurgen mit schriftlichem Handzeichen bestätigt.

zinsische Besonderheiten des Patienten und Besonderheiten und Auffälligkeiten des Versorgungsprozesses detailliert abstimmen. Mitte des Jahres 2018 werden wir eine systematische Überprüfung der Ergebnisqualität im Zusammenhang mit den Checklisten PRÄ und PERI am Klinikum Heidenheim durchführen.

Autor
Professor Dr. Alexander Brinkmann
 Chefarzt Klinik für Anästhesie, operative Intensivmedizin und spezielle Schmerztherapie

Auf dem Boden der Erfahrungen der HELIOS Kliniken GmbH hat das zentrale OP-Management am Klinikum Heidenheim unter Mithilfe der chirurgischen Kliniken und der Klinik für Anästhesie neue Checklisten für die prä- und perioperative Periode entwickelt. Wesentliches Merkmal dieser neuen Checklisten ist die gemeinsame präoperative Risikoabschätzung zwischen Chirurgie und Anästhesie bezüglich der Vorerkrankungen und des allgemeinen Gesundheitszustandes des Patienten sowie der Einschätzung des originären operativen Risikos. Darüber hinaus wurde die bereits bestehende Checkliste PERI durch weitere wichtige Details ergänzt. Es wird nunmehr ein detailliertes Team-Time-out vor dem operativen Schnitt und nach erfolgreicher Beendigung der Operation durchgeführt. Team-Time-out bedeutet an dieser Stelle, dass sich alle Beteiligten der Pflege und des interdisziplinären ärztlichen Teams über die Identität des Patienten, medi-

Checkliste **PERI** / Team-time-out

Datum _____

In der Schleuse / Einleitung

- Der Patient hat die **Prämedikation** erhalten.
- Patienten-Identität und Eingriff** bestätigt: Patientenarmband oder Bestätigung über Dritte oder Angehörige, Pflegepersonal der Station.
- Der Patient hat das **OP-Gebiet** und die **Art des Eingriffs** bestätigt.
- Die **schriftliche Einwilligung** zu Operation und Anästhesie liegt vor.
- Labor** und notwendige **Befunde** liegen vor und sind auf Identität geprüft.
- Die Körpersette, an der der Eingriff stattfinden soll, ist **markiert**. nicht anwendbar
- Der Anästhesie-Gerätecheck ist erfolgt.
- Implantat vorhanden.

Allergie(n):

- Nein Ja – entsprechende Maßnahmen wurden vorbereitet

Intubations – oder Aspirationsrisiko:

- Nein Ja – entsprechende Maßnahmen wurden vorbereitet

Risiko eines hohen Blutverlustes:

- Nein Ja – Blutgruppe bestimmt; Konserven vorbereitet

Pflegekraft _____

Vor Schnitt

Antibiotikaprophylaxe wurde verabreicht:

- Ja Nicht notwendig

Risikoscore nach Checkliste PRÄ:

- Chirurgie, Anästhesie und OP-Pflege haben die Identität des Patienten, die OP-Lokalisation, den geplanten Eingriff und die korrekte Lagerung bestätigt.
- Chirurgie hat über kritische Schritte, Dauer der Operation, erwarteten Blutverlust informiert.
- Anästhesie hat über besondere Vorerkrankungen und Risikoscore informiert.
- OP-Pflege hat Sterilitätsindikatoren, Instrumentarium, vollständig verfügbare Implantate und Geräte geprüft.

Arzt Anästhesie _____

Arzt operatives Fachgebiet _____

Bevor der Patient den Operationssaal verlässt

OP-Pflege fragt beim Team folgendes ab:

- Ist sichergestellt, dass kein Instrument, Instrumententeil, Bauchtuch, Tupfer, Nadel o. ä. im Patienten verblieben ist?
- Wurden die Proben für die Pathologie korrekt gekennzeichnet (inkl. Patientennamen)?
 Ja nicht anwendbar
- Gab es Fehlfunktionen bei den Instrumenten?
 Nein Ja – entsprechende Maßnahmen wurden veranlasst

Chirurgie und Anästhesie gehen abschließend durch

- Inhalt und Besonderheiten des Eingriffs
- Postoperative Anordnungen
- Weiterbehandelnde Einheit wurde festgelegt und informiert

Arzt Anästhesie _____

Arzt operatives Fachgebiet _____

Modifiziert nach Heiler-Bogen-PRÄ und PERI und in Anlehnung an den WHO-Standard.



Veranstaltungen & Termine**PSYCHIATRIE-FORTBILDUNGEN****jeweils Dienstag**

13.30 bis 15.00 Uhr

→ Konferenzraum Psychiatrie

27. 2. 2018**Psychiatrie als Gemeinschaftsaufgabe:
Krisenversorgung und integrierte Akutbehandlungskonzepte
in München**

↓ Gabriele Schleuning, München

6. 3. 2018**Ambulant betreutes Wohnen, Betreutes Wohnen in Familien,
Soziotherapie und Stationäre Wiedereingliederungshilfe – Was
hilft wem?**

↓ Andrea Krumhard, Jenny Schmid und Ralf Hertrich, Heidenheim:

20. 3. 2018**Behandlung der Opiatabhängigkeit:
Entzug und Substitution**

↓ Franz Bentele, Ulm

17. 4. 2018**Update: Behandlung der Alkoholabhängigkeit**

↓ Falk Kiefer, Mannheim

24. 4. 2018**ALG 1, AG 2, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, EU-Rente
– Wer hat Anspruch auf was?**

↓ Andrea Krumhard, Jenny Schmid und Ralf Hertrich, Heidenheim

15. 5. 2018**Diagnostik und Behandlung von Essstörungen, Teil 1**

↓ Claudia Eichholz, Aalen

5. 6. 2018**Behandlung von Essstörungen im Netzwerk, Teil 2**

↓ Claudia Eichholz, Aalen:

19. 6. 2018**Praxis-Workshop Musiktherapie**

↓ Gertraude Scheidt und Ella-Leonore Hoffmann-Ziegler, Heidenheim

26. 6. 2018**Bipolare Depression: Grundlagen, Verlauf, Therapie**

↓ Hans-Jörg Assion, Dortmund

FORTBILDUNGEN KREISÄRZTESCHAFT**jeweils Mittwoch**

19.00 bis 21.00 Uhr

→ Hörsaal des Klinikums (außer 13. 6.)

7. 2. 2018**Neues zur Patellainstabilität**

↓ Treß

Diagnostik und Therapie des Protheseninfektes

↓ Professor Dr. Peter Helwig

7. 3. 2018**Vorstellung Klinik für Frauenkunde und Geburtshilfe**

↓ Dr. Carina Paschold

11. 4. 2018**SAPV**

↓ Prof. Dr. Hebart und Team

16. 5. 2018**Pneumo Update 2018**

↓ Dr. Brigitte Mayer

13. 6. 2018**Akutes Abdomen**

↓ NN

→ Ort: Wental

11. 7. 2018**Psychiatrie**

↓ Dr. Martin Zinkler

SCHMERZKONFERENZEN

Veranstalter: Klinik für Anästhesie, operative Intensivmedizin und spezielle Schmerztherapie

jeweils von 17.30 – 19.00 Uhr

8. 2. 2018

→ Besprechungsraum Haus A, Zi. 2.216

8. 3. 2018

→ Konferenzraum

19. 4. 2018

→ Konferenzraum

24. 5. 2018

→ Konferenzraum

14. 6. 2018

→ Besprechungsraum Haus A, Zi. 2.216

19. 7. 2018

→ Konferenzraum

QUALITÄTSZIRKEL

Qualitätszirkel Brustzentrum**Mittwoch, 21.02.2018**

17:30 – 19.00 Uhr

→ Konferenzraum, Klinikum Heidenheim

Mittwoch, 13. 6. 2018

17.30 – 19.00 Uhr

→ Konferenzraum, Klinikum Heidenheim

Qualitätszirkel Darmzentrum**Mittwoch, 21.03.2018**

17.30 – 18.30 Uhr

→ Konferenzraum, Klinikum Heidenheim

Mittwoch, 20.06.2018

17:30 – 19:00 Uhr

→ Konferenzraum, Klinikum Heidenheim

ANÄSTHESIE

Veranstalter: Klinik für Anästhesie, operative Intensivmedizin und spezielle Schmerztherapie

29. 1. 2018

16.00 – 18.00 Uhr

Anästhesie in der Geburtshilfe

→ Hörsaal

MEDIZINISCHE KLINIKEN

31. 1. 2018

13.30 – 14.30 Uhr

CED und Schwangerschaft

↓ Marc Reiser

→ Besprechungsraum der Medizinischen Kliniken

21. 2. 2018

13.30 – 14.30 Uhr

Neues in der oralen Eisensubstitution

↓ Dr. Philip Kulozik

→ Besprechungsraum der Medizinischen Kliniken

28. 2. 2018

13.30 – 14.30

Das Pankreaskarzinom – Ein Überblick anno 2018

↓ Marc Reiser

→ Besprechungsraum der Medizinischen Kliniken

23. 3. 2018 24. 3. 2018

15.00 – 19.30 Uhr 8.00 – 16.00 Uhr

Workshop Starter Sonografie

↓ Dr. Norbert Jung

Oberarzt Medizinische Klinik I

→ Raum B 2.135



RADIOONKOLOGIE UND STRAHLENTHERAPIE

jeweils Mittwoch

13.00 bis 14.00 Uhr

→ Besprechungsraum der Klinik für Radioonkologie und Strahlentherapie

7. 2. 2018**Mammakarzinom – Rezidiv**↓ Chefärztin Dr. med. Voica Ghilescu
Fachärztin für Strahlentherapie**07. 3. 2018****Unterweisung nach § 36 RöV und § 38 StrlSchV**

↓ Dipl.-Ing. Thomas Merz, Medizinphysiker

4. 4. 2018**Polymerspektrographie**

↓ Dipl.-Phys. Linda Sabrina Grodd

2. 5. 2018**Radio-/Chemotherapie**

↓ Dr. med. Edina Tushi, Fachärztin für Strahlentherapie

4. 7. 2018**Merkelzell-Karzinom**

↓ Dr. med. Adina Merz, Assistenzärztin

ONKOLOGISCHER SCHWERPUNKT OSTWÜRTTEMBERG

3. KREBS TAG



Onkologischer
Schwerpunkt
Ostwürttemberg

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wir – der Onkologische Schwerpunkt Ostwürttemberg – laden Sie herzlich zum 3. Krebstag im Congress-Centrum Heidenheim am Samstag, den 14. April 2018 ein.

Der Tradition folgend, ist es uns auch dieses Mal gelungen, zahlreiche international geschätzte Fachexperten für einen Vortrag in Heidenheim zu gewinnen. Sie alle werden uns an ihrem immensen Wissen teilhaben lassen und uns Gelegenheit geben, von ihnen zu lernen und uns mit ihnen auszutauschen.

Die Einleitung unseres Programms wird Dr. Axel Munte, Vorsitzender des Bundesverbands ambulante spezialfachärztliche Versorgung e.V., gestalten. Er wird uns mit seinem Beitrag die Chancen und Risiken der zukünftigen Vernetzungen im ambulanten und stationären onkologischen Bereich darstellen.

Bitte besuchen Sie unser Symposium und lassen Sie uns gemeinsam ein spannendes wie abwechslungsreiches Programm am 14. April 2018 erleben.

Samstag, 14. April 2018

8.30 – 15.30 Uhr

→ Congress Centrum Heidenheim

Infos, Anmeldung: Telefon 07321 33-2954

Wichtige Telefonnummern

Klinikum Heidenheim	07321 33	- 0
Zentrale Notaufnahme (ZNA)		- 91 120
Anästhesie, operative Intensivmedizin und spezielle Schmerztherapie		- 22 12
Schmerzambulanz		- 22 29
Frauenheilkunde und Geburtshilfe		- 95 507
Ambulanz		- 95 500
Kreißsaal		- 95 300
Kinder- und Jugendmedizin		- 22 70
Medizinische Klinik I (Gastroenterologie, Onkologie)		- 26 65
MRE-Koordinator		-94 005
Medizinische Klinik II (Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie)		- 28 62
Dialyse teilstationär		- 21 45
Neurologie		- 21 02
StrokeUnit		- 91 410
Orthopädie und Unfallchirurgie		- 21 82
Elektivambulanz		- 23 39
Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik		- 24 52
Psychiatrische Institutsambulanz (PIA)		- 26 59
Radiologie und Nuklearmedizin		- 23 09
Radioonkologie und Strahlentherapie		- 26 71
Urologie		- 23 42
Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie		- 21 72
Elektivambulanz		- 23 39
Belegklinik Augenheilkunde (Station C5)		- 91 500
Belegklinik HNO (Station B7)		- 93 700
Belegklinik Homöotherapie		- 91 202
Belegklinik MKG (Station B1)		- 93 100
Onkologischer Schwerpunkt Ostwürttemberg (OSP)		- 29 54
Regionales Arzneimittelinformationszentrum (RAIZ)		-2362

Geriatrische Rehabilitationsklinik Giengen 07322 954-201

Impressum

med.izin – Newsletter für niedergelassene Ärzte aus dem Klinikum Heidenheim

Herausgeber:
Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH,
Schloßhastr. 100,
89522 Heidenheim

Redaktion:
Professor Dr. Andreas Imdahl,
Thomas Schönemeier

Für Schreibfehler wird keine Haftung übernommen

Bilder:
Bild Titelseite: Adobe Stock
Weitere Bilder:
Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH

Layout:
Werner Heinle

Zuschriften:
Redaktion **med.izin**,
c/o Klinik für Viszeral-, Thorax-
und Gefäßchirurgie
Sekretariat
Schloßhastr. 100
89522 Heidenheim

E-Mail:
med.izin@kliniken-heidenheim.de