

10 Jahre

QUALITÄTSFÖRDERPREIS
BADEN-WÜRTTEMBERG | SIEGERPROJEKTE

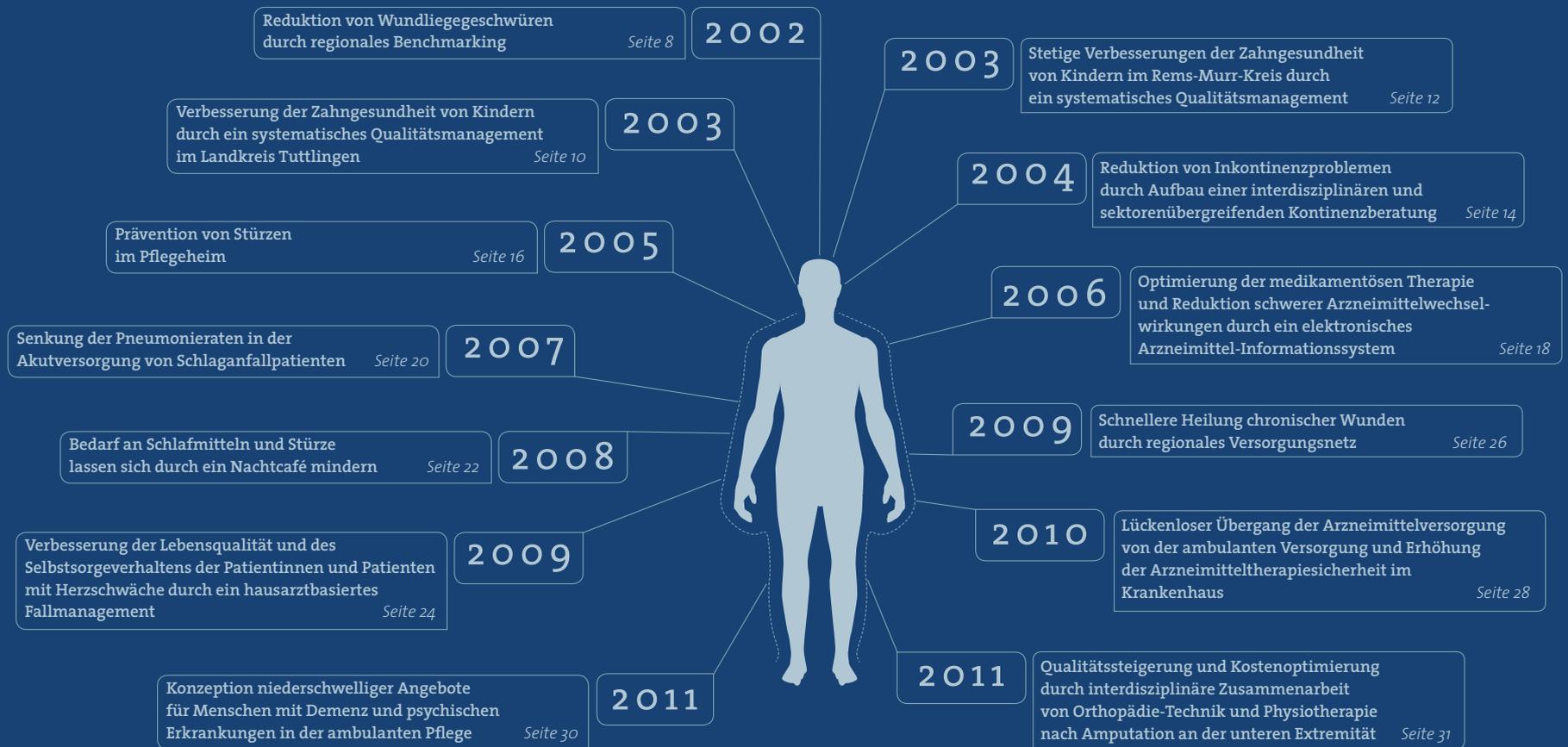
GESUNDHEIT
2002 – 2011



Inhalt

Grußwort Sozialministerin Katrin Altpeter MdL	Seite 3
Grußwort Professor Dr. Hans-Konrad Selbmann	Seite 5
Grußwort Dieter Berg	Seite 7
Preisträger 2002 bis 2011	Seite 8

Diskussionsforen im Überblick	Seite 32
Die Jury	Seite 33
Informationen zum Gesundheitsforum Baden-Württemberg	Seite 34



GRÜßWORT

Sozialministerin Katrin Altpeter MdL



Seit 2002 loben das Sozialministerium und die im Gesundheitsforum beteiligten Institutionen jährlich den Qualitätsförderpreis Gesundheit Baden-Württemberg aus, um den Qualitätswettbewerb im Gesundheitswesen Baden-Württemberg zu fördern und besonders gelungene Projekte einer breiten Öffentlichkeit vorzustellen.

Wir haben das zehnjährige Jubiläum des Qualitätsförderpreises zum Anlass genommen, einen näheren Blick auf die seit 2002 ausgezeichneten Projekte zu werfen. Was ist aus ihnen geworden? Konnten Sie sich weiter entwickeln? Sind sie als positives Beispiel angenommen und andernorts übertragen worden? Was waren ihre Erfolgsfaktoren? Oder gab es Hinderungsgründe für eine Weiterentwicklung und Verstetigung der Projekte?

Dabei ist eine beeindruckende Gesamtschau vorbildlicher Qualitätsprojekte entstanden, die das hohe Qualitätsbewusstsein der baden-württembergischen Gesundheitsversorger aufzeigt. Die tragende Motivation der Projektverantwortlichen, die sich in den vergangenen zehn Jahren um den Qualitätsförderpreis beworben haben, war es, qualitative Verbesserungen der medizinischen Versorgung für die Patientinnen und Patienten zu erreichen. Sie haben den Mut gehabt, Neuland zu betreten und trotz oftmals ungewisser Finanzierung und schwierigen Rahmenbedingungen für ihre guten Ideen einzustehen und sie mit hohem persönlichem Engagement umzusetzen.

Oft stand dabei ein sektoren- und berufsgruppenübergreifender Ansatz im Vordergrund. Viele Projekte haben gezeigt, dass zur sektorenübergreifenden Versorgung, insbesondere auch chronisch kranker Menschen, durch regionale Versorgungsnetzwerke bereits erhebliche Wissens- und Erfahrungspotentiale vorhanden sind und dass nachhaltige regionale Versorgungsnetze stark von der Unterstützung durch Telemedizin profitieren.

Diese bessere Verzahnung zwischen ambulanten und stationären Angeboten im Sinne einer integrierten Versorgung mit passgenauen Lösungen für die jeweilige Region voran zu treiben, ist ein wichtiges Anliegen der Landesregierung. Baden-Württemberg soll eine Vorreiterrolle in der Entwicklung neuer medizinischer Versorgungsstrukturen einnehmen. Die Patientenorientierung soll hierbei im Vordergrund stehen. Nicht der Patient soll sich am Gesundheitssystem ausrichten, sondern das Gesundheitssystem an den Bedürfnissen des Patienten.

Wir werden die Erkenntnisse aus zehn Jahren Qualitätsförderpreis Gesundheit Baden-Württemberg in die weitere Arbeit des Gesundheitsforums Baden-Württemberg einfließen lassen. Wir wollen vorbildliche Projektansätze nachhaltig in die flächendeckende Versorgung bringen und eine dahingehende Weiterentwicklung des Gesundheitssystems aktiv und steuernd befördern. Eine im Frühjahr 2010 eingesetzte Arbeitsgruppe Regionale Versorgung chronisch Kranker des Gesundheitsforums Baden-Württemberg hat auf der Basis von beispielhaften Projekten aus dem Qualitätsförderpreis bereits Empfehlungen für nachhaltig erfolgversprechende regionale Versorgungsnetze erarbeitet. Diese Empfehlungen sollen unter anderem die Diskussion der Versorgungsstrukturen auf örtlicher Ebene in den Kommunalen Gesundheitskonferenzen unterstützen.



Darüber hinaus wird eine im Frühjahr 2011 eingesetzte Arbeitsgruppe Gesundheitstelematik des Gesundheitsforums die vorhandenen Telemedizin- und Telemonitoringprojekte in Baden-Württemberg erfassen und bewerten sowie Empfehlungen für die Initiierung und Umsetzung von Versorgungsnetzen mit Telemedizin- und Telemonitoringunterstützung erarbeiten.

Um die Empfehlungen dieser beiden Arbeitsgruppen in die Praxis umzusetzen, wollen wir 2013 einen Qualitätsförderpreis mit Schwerpunkt Gesundheitstelematik ausloben. Bei der Prämierung sollen neben der Qualität insbesondere die Nachhaltigkeit und die Vernetzung mit telemedizinischer Unterstützung als weitere Bewertungskriterien berücksichtigt werden.

Ich möchte den vielen engagierten Projekten danken, die die Idee des Qualitätsförderpreises Gesundheit Baden-Württemberg in den letzten zehn Jahren mit Leben gefüllt haben. Mein herzlicher Dank gilt auch den Jurymitgliedern, die den Qualitätsförderpreis über diese Zeit begleitet und die eingereichten Projekte mit großem Engagement und Sachverstand gesichtet und bewertet haben. Die Jury hat sich die Entscheidung oft nicht leicht gemacht, die Diskussionen waren immer angeregt und bereichernd. Mein besonderer Dank gilt der Robert Bosch Stiftung, die in den letzten Jahren das Preisgeld in Höhe von jeweils 15.000 Euro zur Verfügung gestellt und damit die Idee des Qualitätsförderpreises Gesundheit Baden-Württemberg ganz maßgeblich unterstützt hat. Schließlich möchte ich allen danken, die im Rahmen hochkarätiger Fachvorträge und Diskussionsforen dazu beigetragen haben, dass die jährlichen Preisverleihungsveranstaltungen immer eine große öffentliche Resonanz gefunden haben.

Liebe Leserin, lieber Leser,

die vorliegende Broschüre zeichnet die Ausgangspunkte und Entwicklungen der Siegerprojekte des Qualitätsförderpreises Gesundheit Baden-Württemberg von 2002 bis 2010 nach und stellt auch die beiden Siegerprojekte aus dem Jahr 2011 vor. Das Heft bietet eine Fülle von Informationen über die Erfolgs- und Hinderungsfaktoren von Qualitätsprojekten und über die Voraussetzungen, unter denen sich eine gute Projektidee weiter entwickeln und verstetigen kann. Ich würde mich besonders freuen, wenn die eine oder andere Idee auch für Ihre Praxis von Nutzen wäre oder Sie zur Nachahmung anregen würde.

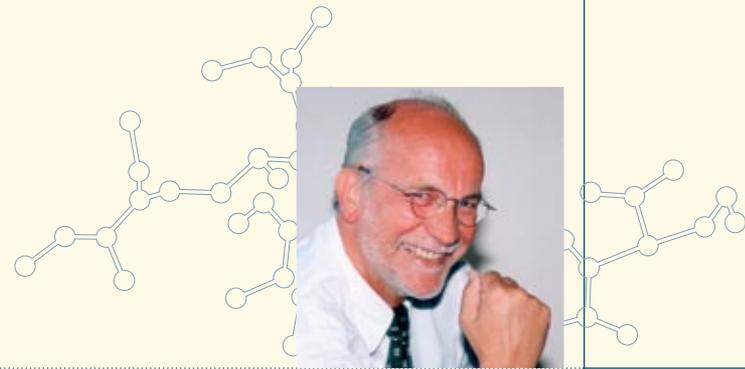
Ich wünsche Ihnen bei der Lektüre Vergnügen und Inspiration!

Katrin Altpeter MdL

Ministerin für Arbeit und Sozialordnung, Familie,
Frauen und Senioren Baden-Württemberg

GRÜßWORT

Professor Dr. Hans-Konrad Selbmann



Einer repräsentativen Bevölkerungsstudie aus dem Jahr 2008 zufolge ist jeder vierte Deutsche der Meinung, dass unser Gesundheitssystem von Grund auf reformiert werden sollte. Im Vergleich zu sieben anderen Ländern steht unser Gesundheitssystem damit am Ende der Wertschätzungsskala durch die Bürger. Betrachtet man allerdings harte Qualitätsindikatoren, dann liegt das deutsche Gesundheitssystem mit an der Spitze der in der Studie verglichenen Länder Frankreich, Großbritannien, Niederlande, Australien, Kanada, Neuseeland und USA.

Das heißt aber nicht, dass es keine Verbesserungspotenziale im deutschen Gesundheitssystem gäbe. Aus dem Fundus gerade dieser Verbesserungspotenziale schöpften in den letzten 10 Jahren 386 Bewerber ihre Ideen für den Qualitätsförderpreis Gesundheit Baden-Württemberg, ein klarer Hinweis auf die hohe Motivation zur Qualitätsverbesserung bei den verschiedensten Akteuren unseres Gesundheitswesens.

Als die Arbeitsgruppe Qualitätssicherung des Gesundheitsforums Baden-Württemberg 2001 unter der Leitung von Roger Jaeckel, damals Leiter der VdAK/AEV- Landesvertretung Baden-Württemberg, den Preis aus der Taufe hob, wollte man keinen reinen Ideenwettbewerb veranstalten, denn davon gibt es viele. Die Preisträger aus Baden-Württemberg sollten neben dem Innovationsgehalt für ihr Umfeld auch belegen können, dass ihre Anstrengungen tatsächlich den Bürgerinnen und Bürgern bzw. den Patientinnen und Patienten zugute kommen. Diese Belege, die man inzwischen auch als Evidenz bezeichnet, zu erarbeiten, setzt eines voraus: man muss die Ausgangsbedingungen kennen und gemessen haben, um daran die Verbesserungen ablesen zu können. Es geht also nicht um schnelles Aufsehen erregendes Agieren, sondern um das reflektierte Handeln, ganz so wie es der PDCA-Zyklus des Qualitätsmanagements – Problem erkennen, Lösungen suchen und den Alltag verändern, Nachsehen, ob das Problem verschwunden ist und dafür sorgen, dass es nicht wieder auftritt – fordert. Die Preisträger der Jahre 2002 bis 2011 haben genau dieses hervorragend gemacht. Die nachstehende Dokumentation der Sieger macht es deutlich.

Die Jury, die sich aus prominenten Vertreterinnen und Vertretern der Ärztekammer, der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft, der gesetzlichen Krankenkassen, der Rentenversicherung, der Apothekerkammer und der Wissenschaft zusammensetzte und unter der Leitung der Sozialministerinnen und -minister ihr Urteile fällte, ging nach einem strikten Begutachtungsplan, definiertem Kriterienkatalog und reproduzierbarem Bewertungsverfahren vor. Die besten drei oder vier Projekte jeden Jahrganges – die so genannten Favoriten – wurden von Juryvertretern vor Ort aufgesucht. Mit den hinter den Bewerbungen stehenden, hoch motivierten und auf ihren Erfolg stolzen, manchmal auch überraschten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aller Berufsgruppen wurde ein intensiver Dialog geführt. Die Besuche waren für beide Seiten – die Juroren und die Besuchten – jedes Jahr wieder ein neues Highlight.

AUSLOBUNG DES QUALITÄTSFÖRDERPREISES GESUNDHEIT BADEN-WÜRTTEMBERG

Das Sozialministerium und die im Gesundheitsforum Baden-Württemberg beteiligten Institutionen loben seit 2002 den mit insgesamt 15.000 Euro dotierten Qualitätsförderpreis Gesundheit Baden-Württemberg aus. Die Robert Bosch Stiftung stellt seit 2007 das Preisgeld zur Verfügung.

ZIELE

Über den Qualitätsförderpreis Gesundheit Baden-Württemberg sollen der Qualitätswettbewerb im Gesundheitswesen nachhaltig gefördert und besonders gelungene Projekte gewürdigt werden. Die Auslobung soll gleichzeitig den zahlreichen in Baden-Württemberg initiierten und durchgeführten Qualitätsprojekten die Möglichkeit eröffnen, sich vorzustellen und bekannt zu machen.

PREISKRITERIEN

Mit dem Qualitätsförderpreis Gesundheit Baden-Württemberg sollen aktuelle, weitgehend realisierte Qualitätsprojekte im Bereich des Gesundheitswesens gefördert werden,

- die einen unmittelbaren Bezug zu Baden-Württemberg haben, d.h. hier entwickelt wurden und zur Anwendung kommen,
- die innovativen Charakter haben, d.h. neue Ansätze der Qualitätsverbesserung aufzeigen, die noch nicht allgemein etabliert sind,
- die einen messbaren Beitrag zur Qualitätsverbesserung leisten (möglichst belegt durch einen Vorher/Nachher-Vergleich),
- die sowohl einen Praxis- als auch einen konkreten Patientenbezug haben,
- bei denen der Nutzen den Aufwand überwiegt und
- die auf andere Einrichtungen übertragen werden können.

Von Anfang an war eines der Qualitätskriterien die Übertragbarkeit der Projekte auf andere Einrichtungen oder in andere Regionen. Die Würdigung der Favoriten und der Preisträger fand daher anlässlich einer eigenen Veranstaltung statt, in der jeweils ein Schwerpunktthema der Qualitätsförderung sowie die ausgezeichneten Projekte im Mittelpunkt standen. Möglichst viele sollten von den Projektideen und ihren Möglichkeiten, die Qualität der Versorgung zu verbessern, erfahren und zu eigenen Projekten motiviert werden. Regelmäßig wurden die Projektverantwortlichen auch nach dem Stand der Verstetigung und Übertragung ihrer Vorhaben befragt. Die Ergebnisse der neuesten Befragungsrunde sind in den nachstehenden Beschreibungen der Preisträger dokumentiert. Die Ergebnisse können sich sehen lassen, auch wenn man ab und zu feststellen muss, dass noch Platz nach oben vorhanden ist. Denn auch das lehrt das Qualitätsmanagement: es gibt eben nichts, was nicht noch verbessert werden könnte.

Professor Dr. Hans-Konrad Selbmann

*Universität Tübingen, Leiter der AG Qualitätssicherung
des Gesundheitsforums Baden-Württemberg und Mitglied der Jury*

TEILNEHMERKREIS

An der Ausschreibung können teilnehmen

- Einzelpersonen, z. B. niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten, Apotheker,
- Einrichtungen, z. B. stationäre oder teilstationäre Kliniken, Rehabilitationskliniken oder
- Arbeitsgruppen, z. B. Kooperationen, Gemeinschaften.

Jede Teilnehmerin und jeder Teilnehmer kann sich pro Ausschreibung mit einem Projekt bewerben. Qualitätsprojekte, die als solche bereits anderweitig prämiert wurden, sind von der Teilnahme ausgeschlossen.

JURY

Die Bewertung der eingereichten Projekte und die Ermittlung der Preisträger werden von einer unabhängigen Jury vorgenommen, die sich aus namhaften Vertretern des Gesundheitsforums Baden-Württemberg zusammensetzt. Den Vorsitz der Jury führt die Sozialministerin/der Sozialminister. Die Jury tagt nicht öffentlich. Sie behält sich eine Überprüfung der vorgeschlagenen Qualitätsprojekte vor Ort vor.

GRÜßWORT

Dieter Berg



In Zeiten einer alternden und schrumpfenden Gesellschaft funktioniert der Sozialstaat nicht mehr wie bisher. Der demographische und gesellschaftliche Wandel stellt vor allem die Gesundheitsversorgung vor große Herausforderungen. Innovation, Qualitätssteigerung und ein Bewußtsein für regionale Besonderheiten sind die zentralen Prämissen für eine erfolgreiche Weiterentwicklung unserer Gesundheitsversorgung. Diese Herausforderungen weisen der Förderung und Auszeichnung von innovativen Ideen im Gesundheitssektor einen besonderen Stellenwert zu.

Für die Robert Bosch Stiftung ist die Unterstützung von neuen Ansätzen in der Gesundheitspflege seit ihrer Gründung im Jahre 1964 eine zentrale Aufgabe. Denn schon Robert Bosch, dessen 150. Geburtstag wir in diesem Jahr feiern, schenkte in seinen philanthropischen Bemühungen der Verbesserung der Gesundheitsversorgung besondere Beachtung. Das beweist nicht zuletzt die Stiftung des Robert-Bosch-Krankenhauses, das er 1940 einweihete.

Die Robert Bosch Stiftung hat es als Mitglied des Gesundheitsforums Baden-Württembergs gern übernommen, den Qualitätsförderpreis Gesundheit mitzutragen und in den vergangenen fünf Jahren das Preisgeld zur Verfügung zu stellen. Betrachtet man die in dieser Jubiläumsschrift vorgestellten Siegerprojekte, so wird deutlich, dass es dem Gesundheitsforum Baden-Württemberg in den letzten zehn Jahren in beeindruckender Weise gelungen ist, den Qualitätsförderpreis Gesundheit zu einem zentralen Instrument der Qualitätsverbesserung in der Gesundheitsversorgung Baden-Württembergs zu etablieren. Die Preisträger beeindrucken nicht nur durch die thematische Vielfalt der vorgestellten Projekte, sondern vor allem durch die Expertise und die innovativen Ideen der dahinterstehenden Institutionen und Personen.

Ich gratuliere an dieser Stelle nochmals allen Preisträgern – von Ihren Projekten gehen wertvolle Impulse für eine zukunftsfähige Gesundheitsversorgung in unserem Land aus.

Dieter Berg

Vorsitzender der Geschäftsführung Robert Bosch Stiftung GmbH



REDUKTION VON WUNDLIEGEGESCHWÜRE DURCH REGIONALES BENCHMARKING

PREISTRÄGER
2002



PROJEKTBEZEICHNUNG ZUM ZEITPUNKT DER PREISVERLEIHUNG

Dekubitalulzera gelten in der Regel durch adäquate Pflege und Vorsorgemaßnahmen als vermeidbar. Im Rahmen der Lokalen Agenda 21 wurden im Ostalbkreis von der im Landratsamt angesiedelten Gesundheits- und Heimaufsichtsbehörde umfangreiche Maßnahmen initiiert, um eine entsprechende Sensibilisierung in den Einrichtungen für die Prävention zu schaffen und damit wesentlich zur Lebensqualität der betroffenen Patienten beizutragen.

Im Rahmen eines Modellversuchs, der vom Fraunhofer IAO begleitet wurde, haben alle Pflegebereiche des Ostalbkreises – Krankenhaus, Pflegeheim, ambulante Pflege, Sozialstation – Daten zu den Pflegetagen und dabei die Tage, die mit Liegegeschwüren verbracht wurden, mit einem EDV-Tool erfasst. Zu den Zielsetzungen, die damit verfolgt wurden, zählten neben der internen Qualitätssicherung vor allem auch eine Vergleichbarkeit der Daten zu erhalten, um den Einrichtungen ein Benchmarking mit den anderen Einrichtungen zu ermöglichen.

PROJEKTBEZEICHNUNG

*Dekubitusserfassung
im Ostalbkreis*

EINSENDER

*Landratsamt Ostalbkreis
Geschäftsbereich
Gesundheit
Julius-Bausch-Straße 12
73430 Aalen*

Ausgehend von einer schon durch die im Rahmen eines Agenda-Prozesses vorangegangenen intensiven Diskussion und einer deutlichen Sensibilisierung für das Problem, konnte die Prävalenzrate der Pflegetage mit Liegegeschwüren von 2,15 auf 1,82 Prozent während der Projektdauer weiter gesenkt werden.





ZWISCHENZEITLICHE ENTWICKLUNG

Die Erfassung der Dekubitalulzera wurde bis einschließlich 2008 weitergeführt. Die Ergebnisse wurden regelmäßig mit allen teilnehmenden Institutionen bei Veranstaltungen im Landratsamt kommuniziert, die letzte dieser Veranstaltungen war im Februar 2009. Nachdem sich abzeichnete, dass der Ostalbkreis zusammen mit dem Ministerium Ländlicher Raum ein weitaus größeres Projekt zum Thema „Chronische Wunde“ im Rahmen von Telemedizin-Projekten weiterführen wird, und da auch keine Mittel mehr zur Verfügung standen, wurde die Dekubituserfassung in dieser Form beendet. Das Projekt hatte alle Beteiligten für das Problem der Dekubitalulzera sensibilisiert, die Situation im Ostalbkreis ist heute eine deutlich bessere als zu Beginn des Projektes.

ERFOLGSFAKTOREN ODER HEMMNISSE FÜR DIE WEITERFÜHRUNG DES PROJEKTS

Persönliches Engagement und eine finanzielle Unterstützung des Ostalbkreises sicherte die Weiterführung des Projektes für viele Jahre. Vor allem konnte dadurch auch die wichtige externe Evaluation durchgeführt werden. Eine externe Datenauswertung war den Teilnehmern deshalb wichtig, da der Geschäftsbereich Gesundheit des Landratsamtes als Dienstaufgabe auch die hygienische Überwachung der Einrichtungen hat und diese beiden Aufgaben sich nicht gegenseitig behindern sollten.

AUSBLICK

Das Projekt „Dekubituserfassung im Ostalbkreis“ hat den Boden bereitet für weitreichende Folgeprojekte. Derzeit führt der Ostalbkreis mit dem Land Baden-Württemberg Telemedizinprojekte durch. Die drei Telemedizin-Projekte haben folgende Themen:

1. Tele-EKG bei Herz-Rhythmusstörungen,
2. Telekonsultation Chronische Wunde und
3. Teleprüfung Sturzprävention.

Dabei werden EKG's bzw. Fotos und Videosequenzen per Fotohandy einem Experten mit weiteren Informationen übermittelt. Eine detaillierte Beschreibung befindet sich auf der Webseite www.gesundheitsnetz-ostalbkreis.de unter „Aktuelles“ und „Telemedizinische Projekte“.



DERZEITIGER ANSPRECHPARTNER

*Gesundheitsdezernent
Dr. med. Klaus Walter
Landratsamt Ostalbkreis,
Geschäftsbereich Gesundheit*

*Julius-Bausch-Straße 12
73430 Aalen
Telefon 07361 503-1150
klaus.walter@ostalbkreis.de*



VERBESSERUNG DER ZAHNGESUNDHEIT VON KINDERN DURCH EIN SYSTEMATISCHES QUALITÄTSMANAGEMENT IM LANDKREIS TUTTLINGEN

PREISTRÄGER
2003



PROJEKTBEZEICHNUNG

Qualitätsmanagement in der zahnärztlichen Gruppenprophylaxe unter Berücksichtigung gesundheitsökonomischer Aspekte

EINSENDER

*Landratsamt Tuttlingen
Gesundheitsamt
AG Zahngesundheit
Luginsfeldweg 15
78532 Tuttlingen*

PROJEKTbeschreibung ZUM ZEITPUNKT DER PREISVERLEIHUNG

Die Durchführung gemeinsamer und einheitlicher Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen wird in Baden-Württemberg durch die 37 regionalen Arbeitsgemeinschaften für Zahngesundheit umgesetzt und von der Landesarbeitsgemeinschaft für Zahngesundheit unterstützt. Baden-Württemberg steht mittlerweile aufgrund bundesweiter Untersuchungsergebnisse an der Spitze aller Bundesländer was die Zahngesundheitsförderung bei Kindern angeht.

Das Gesamtvorhaben der Landesarbeitsgemeinschaft für Zahngesundheit zeichnet sich dadurch aus, dass es ein systematisches Qualitätsmanagementkonzept für die zahnärztliche Gruppenprophylaxe bei Kindern entwickelt hat. Der Qualitätsmanagementprozess wird dabei jeweils als Kreislauf begriffen, wobei Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität in einen Zusammenhang gestellt und entsprechend analysiert werden.

Im Landkreis Tuttlingen führte dies dazu, dass der entsprechende Wert, der den Kariesbefall anzeigt, bei den 12-Jährigen um 40 Prozent niedriger lag als im Durchschnitt des Landes Baden-Württemberg. Gleichzeitig konnte eine sehr gute Kosten-Wirksamkeits-Relation erzielt werden. Denn die Kosten, die für eine entsprechende Reduktion des Kariesbefalls aufgewendet werden mussten, lagen um 37 Prozent unter den Kosten im Landesdurchschnitt.

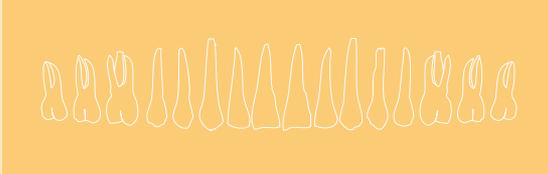
Wesentlicher Grund für den Erfolg des Projektes war nicht zuletzt die intensive Kooperation der Akteure auf Kreisebene, insbesondere der Zahnärzte, Krankenkassen, Gesundheitsämter und Schulämter.

ZWISCHENZEITLICHE ENTWICKLUNG

Ausgehend von den Ergebnissen der ersten Evaluation in 2000 wurden in einem zweiten Zyklus die präventiven Maßnahmen weiterentwickelt sowie die gesundheitsbezogenen Zielvorgaben fortgeschrieben. Die zweite Evaluation erfolgte 2004/05. Daran wiederum schloss sich der dritte Optimierungszyklus an, dessen Ergebnisse in 2011 evaluiert werden.

Insgesamt hat sich die positive Entwicklung des Projekts in den vergangenen Jahren fortgesetzt. Folgende Kernaussagen fassen die bisherige Entwicklung zusammen:

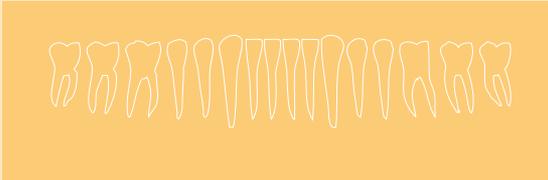
- Von 2000 auf 2005 hatte sich die Karieshäufigkeit bei den 12-Jährigen um 60,9 Prozent verringert. Die Kariesreduktion verlief damit im Landkreis Tuttlingen um 10,5 Prozent schneller als im Landesdurchschnitt.
- Die durchschnittliche Karieslast (DMF-T-Wert) bei den 12-Jährigen lag im Landkreis Tuttlingen bei der letzten Erhebung in 2005 nur noch bei 0,43 geschädigten Zähnen pro Kind. Der Landkreis liegt damit um 39,4 Prozent unter dem Durchschnittswert des Landes Baden-Württemberg.
- Der Kariesbefall hatte sich in dem Drittel der Kinder mit den höchsten Karieswerten (Significant Caries Index SiC) ebenfalls um 57,6 Prozent reduziert. Die Kariesreduktion lag damit in Bevölkerungsgruppen mit einer erhöhten Karieshäufigkeit



Zusammenfassend hat die ziel- und ergebnisorientierte Steuerung zahnärztlicher Präventionsmaßnahmen im Landkreis Tuttlingen zu überdurchschnittlichen Verbesserungen bei der Zahngesundheit geführt und zudem einen sehr effizienten Einsatz der vorhandenen Mittel und Ressourcen ermöglicht. Das Qualitätsmanagement-Konzept in der Zahngesundheitsförderung des Landkreises Tuttlingen hat sich damit bewährt.

ERFOLGSFAKTOREN ODER HEMMNISSE FÜR DIE WEITERFÜHRUNG DES PROJEKTS

Durch die Zusammenarbeit aller relevanten Handlungsträger in der Arbeitsgemeinschaft für Zahngesundheit wurden die Ressourcen gebündelt und zusammengeführt. Dieses gemeinsame und einheitliche Vorgehen nutzt die vorhandenen Synergien sinnvoll und erhöht die Effektivität und die Effizienz des Projekts. Die Ansiedlung der Steuerungs- und Entscheidungskompetenz auf der Kreisebene ermöglichte dabei regional maßgeschneiderte Lösungen, die passgenau die Rahmenbedingungen vor Ort berücksichtigen.



figkeit (Kinder aus sozial schwachen Verhältnissen und/oder Migrationshintergrund) in einer Größenordnung, die sich auch für die Gesamtpopulation ergab.

- Die durchschnittliche Karieshäufigkeit in der Gruppe der Risikokinder lag zuletzt bei 1,3 kariös geschädigten Zähnen. Damit unterschreitet der Landkreis Tuttlingen den von der Weltgesundheitsorganisation WHO für das Jahr 2015 formulierten Grenzwert für Kariesrisikokinder von drei bereits 2005 deutlich.

Im Hinblick auf die Ausgabenseite können folgende Aussagen getroffen werden:

- Die jährlichen Ausgaben für die zahnärztliche Gruppenprophylaxe lagen im Landkreis Tuttlingen 2005 durchschnittlich bei 8,40 Euro pro betreutem Kind. Damit wurden im Landkreis Tuttlingen um 14,7 Prozent weniger finanzielle Mittel verbraucht als im Landesdurchschnitt bei überdurchschnittlichen Verbesserungen der Zahngesundheit.
- Durch die realisierten Verbesserungen bei der Zahngesundheit konnten bei den Behandlungskosten Mittel eingespart werden. Dabei lagen die Ausgaben für die durchgeführten Präventionsmaßnahmen um 70,3 Prozent niedriger als die Kosten, die ohne Prävention für zahnärztliche Behandlungsmaßnahmen angefallen wären.

Durch die Festlegung auf konkrete und realisierbare Vorgaben arbeitet das Projekt sehr strukturiert und zielorientiert. So ermöglichte die Steuerung über Zielplanungskreisläufe eine kontinuierliche Weiterentwicklung und Optimierung des Vorgehens. Die regelmäßig durchgeführten Evaluationen lieferten dabei die notwendige Datenbasis, um vorhandenes Optimierungspotential systematisch zu identifizieren und zu nutzen.

Das Projekt arbeitet nach dem Setting-Ansatz im Sinne einer aufsuchenden Betreuung der Zielgruppen vor Ort. Dadurch profitieren auch solche Personen, die von Beratungs- und Präventionsangeboten, die man aufsuchen muss, nicht erreicht werden. Ergänzend zu gesundheitserzieherischen Maßnahmen wirkt das Projekt dabei darauf hin, das Lebensumfeld im Setting gesundheitsfördernd zu gestalten.

AUSBLICK

Derzeit wird die dritte Evaluation des Tuttlinger Projekts vorbereitet. Sie wird neue Daten zu den Strukturen, Arbeitsabläufen (Prozessen) sowie zu den erzielten Ergebnissen in der zahnärztlichen Gruppenprophylaxe liefern. Ausgehend von den Ergebnissen dieser Evaluation werden die gesundheitsbezogenen Zielvorgaben dann bis zum Jahr 2015 fortgeschrieben.

DERZEITIGER ANSPRECHPARTNER

*Dr. Dietmar Pommer
Vorsitzender der AG
Zahngesundheit Tuttlingen*

*Luginsfeldweg 15
78532 Tuttlingen*

*Telefon 07461 926-4213
d.pommer@landkreis-tuttlingen.de*



STETIGE VERBESSERUNGEN DER ZAHNGESUNDHEIT VON KINDERN IM REMS-MURR-KREIS DURCH EIN SYSTEMATISCHES QUALITÄTSMANAGEMENT

PREISTRÄGER
2003



PROJEKTBEZEICHNUNG

PROJEKTBEZEICHNUNG
*Qualitätsmanagement im Rahmen
der Mundgesundheitsförderung
im Rems-Murr-Kreis*

Die Durchführung gemeinsamer und einheitlicher Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen wird in Baden-Württemberg durch die 37 regionalen Arbeitsgemeinschaften für Zahngesundheit umgesetzt und von der Landesarbeitsgemeinschaft für Zahngesundheit unterstützt. Baden-Württemberg steht mittlerweile aufgrund bundesweiter Untersuchungsergebnisse an der Spitze aller Bundesländer was die Zahngesundheitsförderung bei Kindern angeht.

Das Gesamtvorhaben der Landesarbeitsgemeinschaft für Zahngesundheit zeichnet sich dadurch aus, dass es ein systematisches Qualitätsmanagementkonzept für die zahnärztliche Gruppenprophylaxe bei Kindern entwickelt hat. Der Qualitätsmanagementprozess wird dabei jeweils als Kreislauf begriffen, wobei Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität in einen Zusammenhang gestellt und entsprechend analysiert werden.

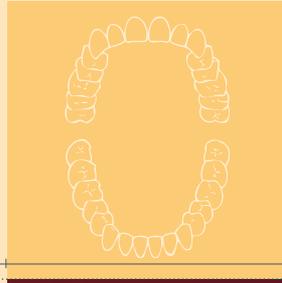
EINSENDER

*Landratsamt Rems-Murr-Kreis
AG Zahngesundheit
Bahnhofstraße 1, 71322 Waiblingen*

Im Rems-Murr-Kreis konnte festgestellt werden, dass der entsprechende Wert für den Kariesbefall 2003 um 28 Prozent unter dem Landesdurchschnitt lag. Zudem weisen die Maßnahmen zur Zahngesundheitsförderung im Rems-Murr-Kreis ein sehr gutes Kosten-Wirkungs-Verhältnis auf. Anzumerken ist allerdings, dass aufgrund kreisspezifisch unterschiedlicher Ausgangssituationen (z.B. der Zahl der Migranten) direkte Vergleiche zwischen den Kreisen nicht möglich sind.

Wesentlicher Grund für den Erfolg des Projektes war nicht zuletzt die intensive Kooperation der Akteure auf Kreisebene, insbesondere der Zahnärzte, Krankenkassen, Gesundheitsämter und Schulämter.

*Ansprechpartner
Marc Van Steenkiste
Geschäftsführer*



ZWISCHENZEITLICHE ENTWICKLUNG

Eine neue Zielplanung wurde für den Zeitraum 2006 bis 2011 auf der Basis der epidemiologischen Untersuchungen im Jahre 2005 erstellt.

Die Karieshäufigkeit bei den 12-Jährigen im Rems-Murr-Kreis war 2005 immer noch 30 Prozent niedriger als im Landesschnitt. Landesweit wurde ein Kariesniveau gemessen, das im Rems-Murr-Kreis bereits fünf Jahre früher erreicht worden war. Dabei war die Karieshäufigkeit 1993 noch gleich hoch.

Die 6-Jährigen wiesen im Schnitt 1,41 geschädigte Milchzähne auf, immerhin 25 Prozent weniger als 5 Jahre zuvor. Damit lag das Kariesvorkommen an Milchzähnen erstmals unter dem Landesschnitt. Im Vergleich zu 2000 zeichnete sich auch ein deutlich positiver Trend bei der Milchzahnbehandlung ab. Statt 38,8 Prozent waren im Jahr 2005 bereits 46,4 Prozent der erkrankten Milchzähne mit einer Füllung versorgt. Diese erfreuliche Entwicklung steht wahrscheinlich mit der deutlichen Zunahme der Aktivitäten in Kindergärten und Krabbelgruppen in Verbindung.

Die Hauptschüler wiesen bei der Untersuchung in 2005 einen besseren Sanierungsgrad auf als die Gymnasiasten und



Realschüler. Wahrscheinlich ist dies auf den sukzessiven Ausbau von Vorsorgeuntersuchungen in den Hauptschulen ab 2000 zurückzuführen. Der Sanierungsgrad bei den 12-Jährigen im Rems-Murr-Kreis war mit 83,5 Prozent besser als im Landesschnitt (71,8 Prozent). Besonders auffällig waren die Unterschiede beim Sanierungsgrad zwischen Kreis und Land bei den Hauptschülern (85,6 Prozent vs. 68,7 Prozent).

ERFOLGSFAKTOREN ODER HEMMNISSE FÜR DIE WEITERFÜHRUNG DES PROJEKTS

Ein wesentlicher Erfolgsfaktor bei der Umsetzung des Projektes ist die Möglichkeit, das Projekt autonom und bedarfsgerecht zu steuern. So beruht z. B. der Erfolg der Arbeit im



Rems-Murr-Kreis auf einer anderen Schwerpunktsetzung als im übrigen Land (deutlich mehr Fluoridierungsmaßnahmen und deutlich mehr Elternarbeit als im Landesschnitt).

AUSBLICK

Im Schuljahr 2008/2009 wurde das Kindergartenprogramm neu gestaltet. Im Gegensatz zum früheren Programm werden primär nicht die Kinder, sondern die Eltern angesprochen und aktiv einbezogen. Das neue Programm könnte zu einer weiteren Verbesserung der Zahngesundheit bei Kindergartenkindern führen.

DERZEITIGER ANSPRECHPARTNER

*Marc Van Steenkiste
Landratsamt Rems-Murr-Kreis
AG Zahngesundheit*

*Postfach 1413
71328 Waiblingen
Telefon 07151 975 000
m.vansteenkiste@rems-murr-kreis.de*



REDUKTION VON INKONTINENZPROBLEMEN DURCH AUFBAU EINER INTERDISZIPLINÄREN UND SEKTORENÜBERGREIFENDEN KONTINENZBERATUNG

PREISTRÄGER

2004



PROJEKTBEZEICHNUNG

*Verbesserung der Versorgungs-
qualität durch Inkontinenz-
management – Aufbau einer
stationären und ambulanten
Kontinenzberatung*

EINSENDER

*PD Dr. Clemens Becker
Dr. Sigrid Ege
Sabine Podewski*

*Klinik für Geriatrische Rehabilitation
am Robert-Bosch-Krankenhaus
Auerbachstraße 110, 70376 Stuttgart*

PROJEKTBESCHREIBUNG ZUM ZEITPUNKT DER PREISVERLEIHUNG

Kern des Projekts der Geriatrischen Klinik des Robert-Bosch-Krankenhauses in Stuttgart ist der Aufbau einer interdisziplinären Kontinenzberatung. Dabei wirken Ärzte, Pflegekräfte und Psychologen zusammen, um eine für die betroffenen Patienten optimale Beratung, Diagnose und Therapie sowie einen adäquaten Hilfsmiteleinsetz zu gewährleisten. Dieses Kontinenzmanagement hat dazu geführt, dass z. B. Inkontinenz aufgrund von Harnwegsinfekten in 80 Prozent der Fälle erfolgreich behandelt werden konnten. Bei anderen Inkontinenzindikationen konnte zumindest eine erhebliche Reduktion des Inkontinenzproblems erreicht werden.

Das Projekt zeigt damit eindrucksvoll, dass Inkontinenz vielfach kein unabwendbares Schicksal, sondern behandelbar ist. Im Rahmen eines Forschungsprojekts wird der stationär/ambulante Übergang besonders betrachtet, etwa mit Blick auf die Nachhaltigkeit der erzielten Erfolge. Darüber hinaus wird derzeit ein Angebot zur Schulung von Kontinenzkoordinatoren bei ambulanten Pflegediensten aufgebaut. Damit wird auch ein wichtiger Beitrag zur besseren Verzahnung von stationärem und ambulatem Sektor sowie zur qualitativen Weiterentwicklung der ambulanten Pflege geleistet.

ZWISCHENZEITLICHE ENTWICKLUNG

Die Kontinenzberatung ist inzwischen fester Bestandteil der Arbeit in der Klinik. Hierfür ist ein Stellenanteil reserviert (30 Prozent). Die Arbeitsprozesse und Strukturen wurden beibehalten. Nach einem Screening durch die Mitarbeiter der Pflege und der Medizin wird das Kontinenzberatungsteam einbezogen. Dieses steuert die weitere Diagnostik und Behandlung.

Durch die Verabschiedung des nationalen Expertenstandards „Förderung der Harnkontinenz in der Pflege“ im Jahr 2006 wurde die Bedeutung der Arbeit nochmals sichtbarer. Dr. Ege und Fr. Podewski haben sich an der Entwicklung und Testung aktiv beteiligt. Durch die Anwendung des Expertenstandards konnten Arbeitsprozesse und Strukturen weiter ausgebaut und verbessert werden. Nach einem Screening wird die Diagnostik, Behandlung und Beratung durchgeführt. Der kontinuierliche Austausch und die Zusammenarbeit zwischen Mitarbeitern der Pflege, der Kontinenzberatung und der Medizin ermöglichen ein effektives Vorgehen.

In zahlreichen internen und externen Fortbildungen wurden die Kenntnisse weitervermittelt. Vorträge für Ärzte zum Thema Inkontinenzmanagement wurden durch die Mitarbeiter der Geriatrischen Klinik u. a. in Kooperation mit Urogynäkologen in der Ärztekammer oder beim GIH-Kongress in Stuttgart sowie beim Kongress der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie in Berlin gehalten. Weiterbildungen für die Pflege wurden z. B. am Fachtag der Evangelischen Heimstiftung 2006, bei



der Jahrestagung des Forums des Kuratoriums Deutsche Altershilfe 2006 in Köln, beim Pflegeforum des Ostalbklinikums Aalen 2007, beim Impulstag des Diakonischen Werkes 2008 und beim Vertiefungsseminar für Fachkräfte für Kontinenzstörungen bei älteren Menschen der Agaplesion Akademie Heidelberg 2010, mit gestaltet. Auch im Stadt seniorenrat Stuttgart, bei der ilco (Selbsthilfevereinigung für Stomaträger und Menschen mit Darmkrebs) und für das Projekt „Aktiv und selbstbestimmt“ – eine Kooperation der Stadt Ludwigsburg mit der BKK-Bosch – haben wir unsere Erfahrungen weiter gegeben. Der Wissenstransfer erfolgte des weiteren durch Hospitationen externer Pflegemitarbeiter.

Ein Wissenstransfer in die ambulante Pflege (Sozialstationen) gestaltete sich als sehr schwierig (s.u.). Im Projekt „Schulung von Kontinenzkoordinatoren in ambulanten Pflegediensten“ konnten Wissenstand und Bewusstsein für die spezielle Problematik gesteigert werden.

Im Bereich der stationären Altenpflege wurde ein Projekt durch die Robert Bosch Stiftung in Heidelberg gefördert (KIPS Projekt). Hier bestand ein enger Austausch der Erfahrungen. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass das Konzept einrichtungsbezogen nachhaltig verankert ist. In stationären Settings ist ein teilweiser Transfer gelungen (Rehabilitation und mit Einschränkungen im Akutbereich und in der stationären Altenpflege). Der Transfer in den ambulanten Bereich ist bisher nicht oder bestenfalls ansatzweise geglückt.

ERFOLGSFAKTOREN ODER HEMMNISSE FÜR DIE WEITERFÜHRUNG DES PROJEKTS

Entscheidend für den Erfolg ist die verbindliche Verankerung im Stellenplan und nicht als Projekt. Es ist eine kontinuierliche Schulung der Beteiligten erforderlich. Es bedarf des persönlichen Engagements der Projektleiter, um dieses manchmal sperrige Thema in der Mitte des Interesses zu halten.

Wichtig ist auch eine konstruktive interdisziplinäre Kooperation der beteiligten Berufsgruppen wie Pflege, Ärzte, Physiotherapeuten sowie ein consequentes Schnittstellenmanagement stationär-ambulant.

Der Transfer in den ambulanten Bereich ist im Gegensatz zum stationären Bereich noch nicht gelungen. Dies liegt u. a. an der mangelnden Zusammenarbeit zwischen Pflegediensten und Haus-/Fachärzten. Ein prototypisches Beispiel hierfür ist die fehlende Bereitschaft zur Zusammenarbeit bei der Kontrolle von Restharmengen. Dies kann nur in Kooperation zwischen Pflege und Ärzten gelingen.

Auch in der stationären Langzeitpflege kann nur durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit ein signifikanter Fortschritt erzielt werden. Die Abstimmung der medikamentösen und nichtmedikamentösen Therapie setzt ein Minimum an Kommunikation und Kooperation voraus.

AUSBLICK

Das Thema ist unverändert wichtig und relevant. Es ist ein wichtiger Aspekt der Lebensqualität älterer Menschen. Die unzureichende Versorgung führt zu erheblichen direkten und indirekten Kosten.

Weitere Fortschritte werden nur erreichbar sein, wenn es zu Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit kommt.

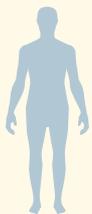
Das Thema sollte nicht zuletzt in der Qualitätsprüfung in der ambulanten und stationären Langzeitpflege verstärkt berücksichtigt werden.

DERZEITIGE ANSPRECHPARTNER

*PD Dr. Clemens Becker
Dr. Sigrid Ege
Sabine Podewski, B. Sc. N.*

*Klinik für Geriatrische
Rehabilitation am
Robert-Bosch-Krankenhaus*

*Auerbachstraße 110
70376 Stuttgart*



PRÄVENTION VON STÜRZEN IM PFLEGEHEIM

PREISTRÄGER

2005

PROJEKTBEZEICHNUNG

Sturzprävention im Pflegeheim
Umsetzung eines erfolgreichen
Modellprojekts in
Baden-Württemberg

EINSENDER

Ulrich Rissmann
Bethesda-Klinik Ulm/Alb-Donau
Zollenring 26, 89073 Ulm

Luzia Erhardt-Beer
AOK Baden-Württemberg
Heilbronner Straße 184
70191 Stuttgart

PD Dr. Clemens Becker
Klinik für Geriatrische
Rehabilitation am
Robert-Bosch-Krankenhaus
Auerbachstraße 110, 70376 Stuttgart

PROJEKTBESCHREIBUNG ZUM ZEITPUNKT DER PREISVERLEIHUNG

Das Projekt, ein Gemeinschaftswerk von Geriatrischem Zentrum Ulm/Alb-Donau und der AOK Baden-Württemberg, sah drei wesentliche Bausteine zur Vermeidung von Stürzen in Pflegeheimen vor:

1. die Schulung der Pflegemitarbeiterinnen und -mitarbeiter durch Experten,
2. ein Kraft- und Gleichgewichtstraining der Heimbewohner und
3. eine Sturzdokumentation zur Analyse des Sturzgeschehens und Rückmeldung der Heime über das eigene Sturzgeschehen und den Vergleich zur Gesamtheit der Heime des jeweiligen Projektjahres. Dabei werden insbesondere die Zeiträume vor und nach der Intervention (Kraft- und Balancetraining) miteinander verglichen.

Das Geriatrische Zentrum Ulm erarbeitete die Konzeption für das Präventionsprojekt, die AOK sorgte für dessen Umsetzung. Die Maßnahmen wurden bisher in über 320 Einrichtungen eingeführt. Das Projekt konnte in der Sturzprävention beachtliche Erfolge erzielen: So ergab sich zwischen 2002 und 2004 in 82 ausgewerteten Pflegeheimen mit 8.414 Bewohnerplätzen eine Reduktion der Stürze von 4.532 auf 3.576, das sind 21,1 Prozent. Zudem reduzierten sich die Krankenhauseinweisungen von 302 auf 212 bzw. um 29,8 Prozent. Des Weiteren konnte die Zahl der Frakturen vermindert werden. Sie sanken von 112 auf 100, was einer Reduktion von 10,7 Prozent entspricht.

Neben der konkret feststellbaren guten Ergebnisqualität aufgrund des dokumentierten Vorher-Nachher-Vergleichs beeindruckt das Projekt durch seine konsequente Umsetzung in die Praxis und die Verbreitung in der Fläche.



ZWISCHENZEITLICHE ENTWICKLUNG

Das Projekt wurde mit jährlicher Aufnahme interessierter Pflegeheime fortgeführt. Mit Stand vom 31. Dezember 2010 sind inzwischen Mitarbeiter von über 850 Pflegeheimen mit mehr als 66.000 Bewohnerplätzen von Experten aus Medizin und Pflege über sturzpräventive Maßnahmen geschult worden.

Aufgrund der Erkenntnisse bis 2005 wurden Veränderungen vorgenommen und die Eigenverantwortung der Heime gestärkt. Die Bausteine wurden seit 2006 um das Element „Beratung und Erprobung von Hüftprotektoren“ erweitert. Die Heime erhielten einen Zuschuss in Höhe von 500 Euro pro Heim zum Kauf von Demonstrationsprodukten. Weiter wurden Veränderungen beim Element „Kraft- und Gleichgewichtstraining“ vorgenommen. Nach der Implementierung wird das Training von geschulten hauseigenen Kräften fortgeführt und somit die Nachhaltigkeit gestärkt. Als weiterer Qualitätsfaktor wird das Training im zweiten und dritten Jahr nach Einführung in der Regel ein bis zwei Mal von Sportfachkräften der AOK supervidiert. Über die ganzen Jahre konnten die Heime nach ihren Aufzeichnungen Verbesserungen erzielen. Bei den Stürzen gab es eine Reduzierung zwischen 6 und 20 Prozent, bei den behandlungspflichtigen Verletzungen wurden Rückgänge zwischen 10 und 22 Prozent und bei den Frakturen von 11 bis 32 Prozent gemeldet.

Die Bundes-AOK empfahl aufgrund der guten Ergebnisse eine Umsetzung in ganz Deutschland. Seit 2007 wird das Pro-

jekt „Sturzprävention – Aktiv bleiben im Pflegeheim“ in vielen Bundesländern oft unter Beteiligung der Experten aus Baden-Württemberg durchgeführt.

Auf Grund des Wechsels des beteiligten Arztes an das Robert-Bosch-Krankenhaus, Stuttgart wurde die medizinische Begleitung von dort fortgesetzt. Die methodische/epidemiologische Betreuung erfolgte in Zusammenarbeit mit der Abt. Epidemiologie der Universität Ulm (Priv. Doz. Dr. Kilian Rapp). Mittlerweile wurde auch eine gesundheitsökonomische Analyse abgeschlossen (Zusammenarbeit Universität Hamburg, Prof. H. H. König).

ERFOLGSFAKTOREN ODER HEMMNISSE FÜR DIE WEITERFÜHRUNG DES PROJEKTS

Eine Vielzahl von Faktoren trug zum Erfolg der Weiterführung bei:

- Sowohl Heime als auch Bewohner erleben das Projekt, insbesondere das Training, als spürbaren Erfolg.
- Das Projekt erfährt eine hohe Akzeptanz in der Öffentlichkeit (positive Vermarktung möglich).
- Präventionsangebote sind mittlerweile von der Fachwelt auch für die Personengruppe der hochbetagten multimorbiden Menschen akzeptiert.
- Die Heime profitieren bei der Umsetzung des Expertenstandards zur Sturzprophylaxe (gültig ab 2006) sowohl durch die Mitfinanzierung der AOK als auch durch die Schulungen der Experten.

■ In einigen Fällen wurde die Teilnahme des Heimes am Projekt von der Heimaufsicht oder dem Medizinischen Dienst der GKV angeregt.

Verbesserungsmöglichkeiten sehen wir in einer verstärkten Einbindung der Haus- und Fachärzte. Dies stößt bisher an organisatorische Grenzen. Als Ansätze für weiteren Fortschritt sind gemeinsame Teambesprechungen und Visiten, Verbesserung der medikamentösen Versorgung durch Vermeidung von unnötigen Psychopharmaka und verstärkte Vitamin D Gabe zu nennen.

AUSBLICK

Um die Nachhaltigkeit zu sichern sind Schulungen für Pflegeteamer als auch für Trainer bis mindestens 2012 vorgesehen.

Es wurden Modelle entwickelt zur Übertragung in den ambulanten Bereich. Eine Erprobung ist ab Ende 2011 vorgesehen. Es wird derzeit geprüft, in welchem Umfang auch Bewohner von Behinderteneinrichtungen in die Präventionsarbeit miteinbezogen werden. Außerdem wird derzeit ein Programm für eine populationsbasierte Präventionskampagne in der Stadt Reutlingen entwickelt.

DERZEITIGE ANSPRECHPARTNER

Luzia Erhardt-Beer
AOK Baden-Württemberg
Telefon 0711 2593-724

Ulrich Rissmann
Bethesda Krankenhaus
Stuttgart
Telefon 0711 2156-571

PD Dr. Clemens Becker
Klinik für Geriatrische
Rehabilitation am
Robert-Bosch-Krankenhaus
Auerbachstraße 110
70376 Stuttgart
Telefon 0711 8101-3101



OPTIMIERUNG DER MEDIKAMENTÖSEN THERAPIE UND REDUKTION SCHWERER ARZNEIMITTELWECHSELWIRKUNGEN DURCH EIN ELEKTRONISCHES ARZNEIMITTEL-INFORMATIONSSYSTEM

PREISTRÄGER
2006



PROJEKTBEZEICHNUNG

Qualitätssicherung der medizinischen medikamentösen Therapie durch ein elektronisches Arzneimittelinformationssystem

EINSENDER

Prof. Dr. Walter Haefeli
Medizinische Klinik
(Kreihl-Klinik)

Im Neuenheimer Feld 410
69120 Heidelberg
Telefon 06221 568740

PROJEKTBESCHREIBUNG ZUM ZEITPUNKT DER PREISVERLEIHUNG

Die Abteilung Innere Medizin VI, Klinische Pharmakologie und Pharmakoepidemiologie des Universitätsklinikums Heidelberg hat ein computergestütztes Arzneimittelinformationssystem interdisziplinär entwickelt und 2003 zur Qualitätssicherung in der Arzneimitteltherapie klinikumsweit eingeführt. Die Interdisziplinarität zeigt sich im gelungenen Zusammenwirken von Medizin, Informationstechnologie und Pharmazie. Kernelemente des elektronischen Arzneimittelinformationssystems AiDKlinik sind:

- Suchfunktion für Arzneimittel bzw. deren Wirkstoff mit Stichworteingabe,
- Abrufmöglichkeit der kompletten Fachinformation,
- Suchmöglichkeiten nach verwandten Präparaten,
- besondere Information zur Dosisanpassung bei Niereninsuffizienz,
- Informationen zur Arzneimitteldosierung und Applikation,
- Warnhinweise bei Kontraindikationen,
- elektronische Rezeptschreibung,
- elektronische Dokumentation aller verordneten Rezepte,
- elektronische Arztbriefschreibung durch Integration von AiDKlinik in den Erstellvorgang der Entlassbriefe,
- Informationsbogen für den Patienten, der dadurch einen persönlichen Therapieplan mit einer übersichtlichen Auflistung der Präparate und Einnahmehinweise erhält,
- Beschleunigung der Umstellung der Medikation an den intersektoralen Schnittstellen der Versorgung.

Der Einsatz des Rezeptschreibmoduls hat nach ersten 8.000 Rezeptdrucken bei jeder 8. Nutzung zu einer Reduktion gefährlicher Arzneimittelkombinationen geführt. Außerdem hat das System bei 2,5 Prozent der verordneten Rezepte potenziell schwerwiegende Interaktionen, die eine Behandlung bedürften, entdeckt. AiDKlinik konnte Dank der integrierten Wechselwirkungsdatenbank auf über 900 Probleme verschiedener Schweregrade hinweisen und etwa 20 Prozent der schweren Wechselwirkungen wurden bereits während der Rezeptschreibung eliminiert.

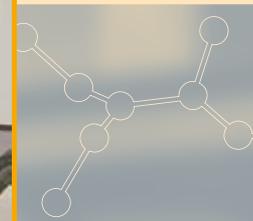
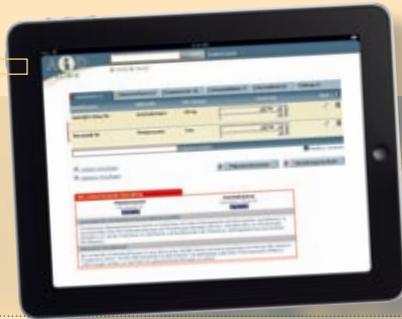
Für die hohe Akzeptanz des Systems sprachen über 1.500 Recherchen pro Tag und mehr als 47.000 Suchanfragen im Monat. AiDKlinik war 2006 zudem bereits an fünf anderen Kliniken im Bundesgebiet im Testbetrieb, weitere Kliniken sollen hinzukommen. Zusammengefasst wirkt sich AiDKlinik positiv auf die Prozessqualität und mittelbar auf die Ergebnisqualität i. S. einer Qualitätssteigerung des Behandlungsergebnisses aus.

ZWISCHENZEITLICHE ENTWICKLUNG

AiDKlinik wurde in den vergangenen Jahren kontinuierlich weiterentwickelt und wird am Standort Heidelberg inzwischen mehr als 70.000 Mal pro Monat konsultiert. Nach und nach wurden neue Module und sophisticatede Funktionalitäten integriert, um dem Anspruch der umfassenden Individualisierung der Arzneimitteltherapie auf die Bedürfnisse des Einzelpatienten konsequent näher zu kommen und die betreuenden Ärzte umfassend zu unterstützen. Gleichzeitig sollen Medikationsfehler, die als wichtige Störgrößen der heutigen Krankenversorgung erkannt wurden, auf ein Minimum reduziert werden.

Die neuen Module lösen aufwändige, risikoreiche oder fehleranfällige Aufgaben der modernen Arzneimitteltherapie meist mit Hilfe komplexer pharmakologischer Algorithmen. Zur Illustration hier einige der neuen Module:

- Ein Modul zur Verhinderung des unangemessenen Teilens von Tabletten (Häufigkeit 2,4 Prozent aller Verordnungen) wurde entwickelt und verhindert seither ungefähr 50 Pro-



zent dieser häufigen Fehler im Klinikum (bmc Med Inform Decis Mak 2009; 9: 30).

- Überdosierungen (4,8 Prozent der Verordnungen) von Medikamenten werden mit einem Werkzeug sofort in Farb-codes angezeigt und mit expliziten Vorschlägen zur Dosisreduktion versehen. Diese Maßnahme hat zu einer Senkung von Überdosierungen um 20 Prozent geführt (Qual Saf Health Care 2010; 19: 15).
- Ein Schmerzmodul wurde entwickelt, welches eine leitliniengerechte Behandlung von Patienten mit Tumorschmerzen mit maximal 8 Klicks sicherstellt. Dessen Einsatz führte dazu, dass die Leitlinien-treue von 26 auf 86 Prozent anstieg (Pain 2009; 147: 20-28).
- Durch konsequente Verwendung des Wechselwirkungswerkzeugs, welches inzwischen über 12.000 Warnungen enthält, konnte auf den Intensivstationen nicht nur die Rate der Wechselwirkungen reduziert, sondern auch das Auftreten unerwünschter Ereignisse um 40 Prozent gesenkt werden (Intensive Care Med 2010; 36: 665-72). Dies war bisher niemandem gelungen.

Weitere Module umfassen Warnhinweise für unangebrachte Medikation bei Betagten, ein komplexes Allergiemodul, das neben Kreuzallergien auch Warnhinweise für allergene Hilfsstoffe generieren kann (Pharm World Sci 2009; 31: 464-72), ein sehr mächtiges Austauschmodul auf therapeutische Alternativen, das z. B. bei Krankenhausaufnahme weit über 90 Prozent der Medikamente automatisch auf die Hauslistenpräparate um-

stellen kann (Eur j Clin Pharmacol 2008; 64: 319-27), ein Werkzeug, das den optimalen Verabreichungszeitpunkt im Tagesablauf bestimmt (Pharm World Sci 2010; 32: 162-71) aber auch ein Werkzeug, das komplizierte Doppelverordnungen eliminiert.

Aufgrund der guten Erfahrungen in den Heidelberger Universitätskliniken war es nicht überraschend, dass viele andere Krankenhäuser Interesse an einem Zugang zu diesem mächtigen Informationssystem geäußert hatten, weshalb bereits 2006 eine Ausgründung vorangetrieben wurde (Dosing GmbH). Dieses Unternehmen ermöglicht es nun mit Hilfe eines professionellen inzwischen zehnköpfigen Entwicklungs- und Vertriebsteams, AiDKlinik externen Partnern zur Verfügung zu stellen und es für diese auf die lokalen Gegebenheiten anzupassen. So trägt die Dosing GmbH deutschlandweit zur Fehlervermeidung im Umgang mit Arzneimitteln bei und erreicht durch ihre zahlreichen Installationen etwa 20.000 Betten und somit über 500.000 stationäre Krankenfälle pro Jahr.

ERFOLGSFAKTOREN ODER HEMMNISSE FÜR DIE WEITERFÜHRUNG DES PROJEKTS

Sicherlich trug der Qualitätsförderpreis Gesundheit Baden-Württemberg 2006 zu der Weiterentwicklung des Systems bei, da durch die Anerkennung des Erreichten sich jeder einzelne an der Entwicklung Beteiligte in seinem Beitrag bestärkt sah. Des Weiteren war die Ausgründung der Dosing GmbH durch den Qualitätsförderpreis beflügelt worden, so dass aus dem Heidelberger Projekt ein Deutschland-Projekt werden

konnte. Weitere wichtige Erfolgsfaktoren waren dann der Gewinn des 1. StartUp Preises des Landes Baden-Württemberg im Jahr 2006, die Unterstützung und Offenheit der Klinikumsverwaltung und des Dezernats für Technologietransfer (UniTT) der Universität Heidelberg, sowie die professionelle und unermüdliche Beratung durch die BIOPRO Baden-Württemberg GmbH. Sie alle beflügelten den Unternehmensstart erheblich.

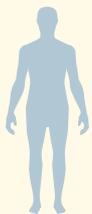
AUSBLICK

An der Vision, einem Patienten eine individualisierte qualitätsgesicherte Arzneimitteltherapie zukommen zu lassen, hat sich seit den Anfängen von AiDKlinik nichts geändert. Die Entwicklung hat vielmehr gezeigt, dass solche Systeme dringend gebraucht werden. Entsprechend wird mit Hochdruck am Umfang, Inhalt und auch der Verbreitung von AiDKlinik gearbeitet, um so möglichst viel Wissen möglichst vielen Anwendern zur Verfügung zu stellen. Zu diesen sollen in der Zukunft auch die Patienten selber gehören, da zahlreiche Studien gezeigt haben, dass zu wenig über die Anwendung von Arzneimitteln bekannt ist und erschreckend viele Fehler erst nach der Verordnung passieren. So sind beispielsweise bis zu 97 Prozent der elterlichen Verabreichungen an Kinder fehlerhaft, was nach entsprechender Information auf sechs Prozent gesenkt werden konnte (Qual Saf Health Care 2010; 19: e26). Dies soll nun als Teil des gewonnenen BMBF-Wettbewerbs „Gesundheitsregionen der Zukunft“ erreicht werden, indem das System die Qualitätssicherung der Arzneimitteltherapie für die gesamte Metropolregion Rhein-Neckar übernehmen soll.

DERZEITIGE ANSPRECHPARTNER

*Prof. Dr. Walter E. Haefeli
Abteilungsleiter
Klinische Pharmakologie und
Pharmakoepidemiologie
Medizinische Klinik
Universitätsklinikum Heidelberg
Im Neuenheimer Feld 410
69120 Heidelberg*

*Alexander El Berins
Geschäftsführer Dosing GmbH
Hans-Bunte-Straße 8-10
69123 Heidelberg*



SENKUNG DER PNEUMONIERATEN IN DER AKUTVERSORGUNG VON SCHLAGANFALLPATIENTEN

PREISTRÄGER
2007



PROJEKTBEZEICHNUNG ZUM ZEITPUNKT DER PREISVERLEIHUNG

Ziel des Projektes war es, durch eine verbesserte Integration und Standardisierung der interdisziplinären, diagnostischen und therapeutischen Abläufe bei Schlaganfallpatienten mit akuten Schluckstörungen die Pneumonierate über die gesamte Verweildauer im Krankenhaus zu senken. Etwa 50 Prozent der Schlaganfallpatienten auf Schlaganfallstationen sind als Folge von Lähmungserscheinungen von Schluckstörungen (Dysphagien) betroffen. Das Auftreten von Schluckstörungen ist mit einer erhöhten Mortalität und mit dem Auftreten von Sekundärkomplikationen wie Mangelernährung, Wassermangel und Aspirationspneumonien assoziiert. Letztere werden durch Eindringen von Speise- und Flüssigkeitsresten in die unteren Atemwege ausgelöst. Deshalb sind Schlucktestungen heute allgemeiner Bestandteil des Akutmanagements von Schlaganfällen. Studien haben ergeben, dass durch eine Standardisierung des Vorgehens eine starke Reduktion der Risiken für Lungenentzündungen und Sterblichkeit, der Anlagen von PEG-Magensonden und der gesamten Behandlungskosten erreicht werden kann.

PROJEKTBEZEICHNUNG

Schlaganfall-Dysphagie-Pneumonie (SDP) – Verbesserung der Sekundärprävention zur Reduzierung von Aspirationspneumonien in der Akutversorgung von Schlaganfallpatienten

EINSENDER

Sönke Stanschus
Karlsbader Schluckzentrum
am SRH-Klinikum
Karlsbad-Langensteinbach
Guttmanstraße 1, 76307 Karlsbad
Telefon 07202 613508

Das Projekt war interdisziplinär angelegt. Neben dem Schluckzentrum, der Neurologie, der Inneren Medizin und der Radiologie sind die Pflege, die Logopädie, die Diätküche, die DV-Abteilung sowie der Qualitätsbeauftragte beteiligt. Das frühzeitige Dysphagie-Screening wurde standardisiert, Behandlungspfade eingeführt, die Zielgenauigkeit prophylaktischer Maßnahmen verbessert, die Zuständigkeiten und das Kenntnisniveau bei Mitarbeitern klarer geregelt, Schulungen des Schlaganfallteams und anderer Teams durchgeführt, eine schweregradabhängige Prognostik und Ressourcenallokation eingeführt, nachfolgende Interventionen auf Evidenzbasierung geprüft, das Diätmanagement neu geregelt (z.B. spezielle Speisepläne mit verschiedenen Schluckkost-Stufen), die Röntgenschluckdiagnostik über technische Innovation wieder in die beschleunigte Taktung des Schlaganfallbehandlungspfades reintegriert, Skalierungen und Dokumentationssysteme überarbeitet oder neu entwickelt und eine Erfolgskontrolle des Dysphagiemanagements bezogen auf die Erreichung niedriger Pneumonieraten eingeführt. Dadurch konnten die Pneumonieraten 2005 bei Patienten mit Dysphagien insgesamt im Vergleich zum Vorjahr von 11,1 Prozent auf 7,5 Prozent gesenkt werden. Im Jahr 2006 konnte ein weiterer Rückgang auf 6,1 Prozent erreicht werden. Allerdings betraf die weitere Reduktion 2006 nicht die schweren Fälle der Dysphagie. Bei ihnen stieg die Quote im Vergleich zu 2005 an.

ZWISCHENZEITLICHE ENTWICKLUNG

Die Weiterführung des Projektes führte im Jahr 2007 mit 4,8 Prozent zu einer leichten Unterschreitung des Sollwertes der Pneumonierate der akuten dysphagischen Schlaganfallpatienten, der zu Beginn des Projektes auf der Grundlage evidenzbasierter Literatur für die Versorgungssituation des SRH-Klinikum Karlsbad-Langensteinbach auf 5,0 Prozent festgelegt worden war. Im Jahr 2008 war eine nur geringfügige Erhöhung auf 5,4 Prozent zu verzeichnen. Da sich weiterhin die Pneumonierate bei den schwergradigen Dysphagikern kaum senken ließ, wurde im 1. Halbjahr 2009 eine Intervention speziell für diese Gruppe durchgeführt. Die vergleichenden Auswertungen konnten wegen Personalfluktuation bisher noch nicht abgeschlossen werden. Zwischenzeitlich wurde die Datenauswertung an Masterstudierende im Sinne einer extern verlagerten Qualitätssicherung vergeben. Mit den Ergebnissen für das Jahr 2009 und 2010 ist in 2011 zu rechnen.

Das Problem der extrem langen Auswertungslatenz konnte bisher nicht zufrieden stellend im Rahmen der Arbeitszeit gelöst werden. Dennoch kann das Erreichen des Sollwertes von 5,0 Prozent als erheblicher Erfolg des Projektes eingestuft werden, die entsprechenden damit verbundenen qualitätsverbessernden Maßnahmen wurden zwischenzeitlich dauerhaft als Routineprozeduren in die Versorgung der akuten Schlaganfallpatienten etabliert. Veröffentlichungen zu Daten des Projektes führten zu einer erhöhten Aufmerksamkeit in

der Fachöffentlichkeit, so dass infolge dessen die Berufung des Leiters des Karlsbader Schluckzentrums, Sönke Stanschus, als Mitglied der Kommission Neurogene Dysphagie (KND) der Deutschen Schlaganfallgesellschaft und der Deutschen Gesellschaft für Neurologie erfolgte. In dieser kam es nun zu einer Übernahme mehrerer Versorgungsmodulare des Projektes in die Empfehlungen der KND, die bundesweit als hochrangige Rahmenempfehlungen für die Versorgung akuter Schlaganfallpatienten mit Dysphagie veröffentlicht werden. Zentraler Punkt hierbei ist vor allem die Übernahme des frühzeitigen Dysphagie-Screenings, des Röntgenschluckdiagnostik-Standards und die Pneumonieratenmessung jeweils nach Karlsbader Vorbild in das Empfehlungspapier.

Die Veröffentlichung der Empfehlungen der KND lassen damit erwarten, dass eine bundesweite Verbreitung einiger Verfahrensweisen des Projektes als Folge von Zertifizierungsstandards für Stroke Units erfolgen wird. Im Weiteren waren Experten des Projektes in entsprechende Beratungen zur Durchführung von Qualitätsmanagement-Projekten nach SDP-Vorbild in Krankenhäusern in Deutschland und in der Schweiz involviert, um von den Erfahrungen zu profitieren.

ERFOLGSFAKTOREN ODER HEMMNISSE FÜR DIE WEITERFÜHRUNG DES PROJEKTS

Wesentliche Erfolgsfaktoren für die Weiterführung des Projektes waren der sehr schnell eintretende anfängliche Erfolg, der eine Art sportlichen Ehrgeiz weckte, immer „besser“ zu



werden, und so die Motivation aller Beteiligten hochhielt, auch außerhalb der Arbeitszeit wichtige und zentrale Projektarbeiten durchzuführen. Der Gewinn des Qualitätsförderpreises selbst gab einen weiteren Schub der Motivation, zudem konnten zwischenzeitlich Preisgelder gezielt für Dienstreisen von Projektmitarbeitern zu klinischen Zentren im Ausland (Großbritannien und USA) durchgeführt werden, um von dortigen Erfahrungen zu profitieren bzw. einen kontinuierlichen Erfahrungsaustausch zu etablieren und so weitere mögliche Verbesserungspotentiale zu erschließen.

AUSBLICK

Nach der abgeschlossenen Auswertung der Jahre 2009 und 2010 sowie nach der erfolgten Veröffentlichung der KND-Rahmenempfehlung werden weitere Maßnahmen gestartet, die geeignet erscheinen, vor allem die Latenz der Messung zu verkürzen, um damit die Zielgenauigkeit und Effizienz individueller Interventionsmöglichkeiten insbesondere in der Gruppe der akuten Schlaganfallpatienten mit schwergradigen Dysphagien, die weiterhin besonders von Pneumonien betroffen sind, zu verbessern. Im Weiteren werden zur Zeit Voraussetzungen geschaffen, um die bildgebende Diagnostik vor allem in der Durchführungsdauer und im Personaleinsatz weiter zu optimieren, um so dem zunehmenden Bedarf nach aussagekräftiger Bildgebung für die Patienten begegnen zu können.

DERZEITIGER ANSPRECHPARTNER

*Sönke Stanschus, MA
Klinischer Linguist (BKL)
Leiter der Abteilung
Logopädie & Leiter des
Karlsbader Schluckzentrums
am SRH Klinikum
Karlsbad-Langensteinbach*

*Guttmanstraße 1
76307 Karlsbad
Telefon 07202 613508*



BEDARF AN SCHLAFMITTELN UND STÜRZE LASSEN SICH DURCH EIN NACHTCAFÉ MINDERN

PREISTRÄGER
2008



PROJEKTBEZEICHNUNG ZUM ZEITPUNKT DER PREISVERLEIHUNG

Das Projekt individualisiert die Schlafens-/Nachtruhezeiten der Bewohnerinnen und Bewohner der Pflegestufe III im Pflegeheim durch die Einrichtung eines Nachtcafés und passt sie den persönlichen Bedürfnissen an. Vorausgegangen war der Wunsch vieler Bewohner, die Abendzeiten, die bis dahin vom Zurechtmachen für die Nacht nach dem Abendessen um 17.00 Uhr bestimmt war, kurzweiliger zu gestalten. Auch war eine relativ häufige Einnahme von Benzodiazepinen mit einer signifikanten Anzahl nächtlicher Stürze festgestellt worden. Durch eine Neuordnung der Schichtzeiten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter konnte ohne wesentliche zusätzliche Kosten und Mehrbelastung für die Beschäftigten ein tägliches Nachtcafé für die Pflegeheimbewohner von 18.30 Uhr bis 21.30 Uhr eingerichtet werden, in dem die Möglichkeit besteht, Gesellschaftsspiele zu spielen und gemeinsam zu musizieren, fern zu sehen sowie Radio zu hören. Im Nachtcafé werden kostenlos Getränke und Speisen angeboten. Jeden Freitag findet zudem ein themenbezogener Abend statt.

PROJEKTBEZEICHNUNG

*Implementierung eines
Nachtcafés im Pflegeheim*

EINSENDER

*Seniorenresidenz
Sillenbacher Markt*

*Kirchheimer Straße 130
70691 Stuttgart*





Mit der Anzahl der Nachtcafébesucherinnen und -besucher reduzierten sich die Einnahme von Schlafmitteln (Benzodiazepine) und die Zahl der Stürze erheblich. Im März 2007, vor der Eröffnung des Nachtcafés, nahmen 52,5 Prozent der Pflegebedürftigen regelmäßig Benzodiazepine zur Nacht ein und im ersten Quartal 2007 betrug die Zahl der Stürze im Monat durchschnittlich 15. Diese Werte sanken nach Einführung des Nachtcafés Anfang Mai 2007 auf 17,5 Prozent Benzodiazepineinnahme im Januar 2008 und durchschnittlich fünf Stürze im vierten Quartal 2007. Dabei gingen die Werte kontinuierlich mit der Zunahme der Zahl der Nachtcafégäste zurück. Durch das Angebot eines Nachtcafés wurde zudem die Flüssigkeitszufuhr erhöht und die subjektive Zufriedenheit der Bewohnerinnen und Bewohner gesteigert. Der Qualitätsverbesserungszyklus von Problemanalyse, Lösungsfindung, Auswertung und langfristiger Sicherung wurde bei diesem Projekt in mustergültiger Weise umgesetzt.

Das Projekt setzt eine verblüffend einfache aber wirkungsvolle Idee zur Qualitätsverbesserung um und überzeugt auch

aufgrund der dargestellten Ergebnis- und Prozessqualität sowie der guten Übertragbarkeit auf andere Einrichtungen. Es betrifft mit der Situation in Pflegeheimen einen großen Bevölkerungskreis, ist ohne großen Aufwand zu realisieren und hat damit große Chancen auf eine nachhaltige Vorbildwirkung für andere Pflegeheime

ZWISCHENZEITLICHE ENTWICKLUNG

Das Nachtcafé ist mittlerweile fester Bestandteil des Heimalltages/-abends des Pflegeheims. Allerdings hat sich die Bewohnerstruktur verändert. Zwei Drittel der Bewohner fallen unter § 87 b SGB XI und erfahren dadurch eine engmaschigere Betreuung. Diesem Umstand versucht das Nachtcafé gerecht zu werden, indem Snoezelen bzw. Snoezelenelemente eingeführt werden sollen (Entspannungsmusik, verschiedene Gerüche etc.). Freitags findet noch immer ein Themenabend statt, der bei unseren orientierten Bewohnern viel Zuspruch findet. Sie wählen zuvor selbst das Speisenangebot aus. Döner, Hot-Dog, Hamburger und Pommes gehören zu den Favoriten.

ERFOLGSFAKTOREN ODER HEMMNISSE FÜR DIE WEITERFÜHRUNG DES PROJEKTS

Die Schlüssigkeit der Idee, der kurzfristige Erfolg und die geringen Mehrkosten sind die Erfolgsfaktoren des Projektes. Die Zahl der Stürze ist weiterhin gering, von den 40 Bewohnern nehmen nur zwei orientierte Bewohner Benzodiazepine zur Nacht auf eigenen Wunsch ein. Des Weiteren haben sich die variablen Schlafenszeiten für die Bewohner bewährt. Das Projekt Nachtcafé hat auch bisher kaum nennenswerte Mehrkosten gefordert.

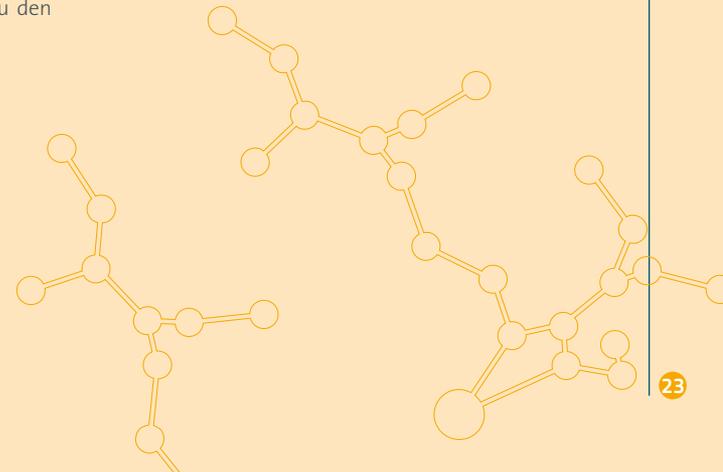
AUSBLICK

Das Nachtcafé in dieser oder ähnlicher Form wurde auch in anderen stationären ASB-Einrichtungen implementiert.

DERZEITIGER ANSPRECHPARTNER

*Jonny Stöterau
Arbeiter-Samariter-Bund
Regionalverband Stuttgart*

*Mausersstraße 20
70469 Stuttgart
Telefon 0711 95484813
jonny.stoeterau@asb-stuttgart.de*





VERBESSERUNG DER LEBENSQUALITÄT UND DES SELBSTSORGEVERHALTENS DER PATIENTINNEN UND PATIENTEN MIT HERZSCHWÄCHE DURCH EIN HAUSARZTBASIERTES FALLMANAGEMENT

PREISTRÄGER
2009



PROJEKTBEZEICHNUNG ZUM ZEITPUNKT DER PREISVERLEIHUNG

Das Projekt wurde im Rahmen einer vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Studie des Kompetenznetzes Herzinsuffizienz initiiert. Kennzeichnend ist, dass Medizinische Fachangestellte in der hausärztlichen Versorgung von Patienten mit chronisch systolischer Herzinsuffizienz systematisch einbezogen werden.

31 Medizinische Fachangestellte aus 29 Hausarztpraxen in Nord- und Mittelbaden führten im Delegationsverfahren und nach Schulungen im Jahr 2007 über 12 Monate ein komplexes Case Management auf der Basis von Leitlinien zur Diagnostik und Therapie der Herzinsuffizienz durch. Die Maßnahmen bestanden aus Praxiskontakten, Telefonmonitoring und Hausbesuchen mit zusätzlichem Screening, welches dem behandelnden Arzt zurückgemeldet wurde.

Ziel war eine messbare Verbesserung von Lebensqualität und Selbstsorgeverhalten der Patientinnen und Patienten, die Verbesserung der Versorgungsqualität aus Sicht der Patienten sowie die qualitative Begleitevaluation der Leistungserbringer.

Der Projektansatz war stark patientenorientiert. Gleichzeitig führte das Projekt zu einer Professionalisierung der Medizinischen Fachangestellten bzw. des Arztteams und zur besseren Strukturierung von krankheitsbezogenen Informationen über den Patienten.

In der Evaluation zeigten sich gegenüber der Vergleichsgruppe mit herkömmlicher Versorgung signifikante Verbesserungen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität wie Vitalität, soziale Einschränkung, Selbstwirksamkeit. Das krankheitsspezifische Selbstsorgeverhalten und die Qualität der Versorgung chronisch kranker Patienten und der von Patienten wahrgenommenen Gesundheitsberatung wurden verbessert. Die Akzeptanz der Medizinischen Fachangestellten hinsichtlich der neuen Rolle als Case Manager und die Akzeptanz der delegierenden Ärzte war sehr hoch.

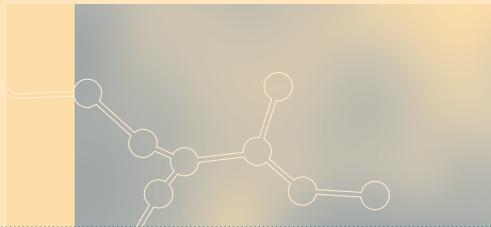
PROJEKTBEZEICHNUNG

Heidelberger hausarztbasiertes
Case Management für Patienten
mit Herzinsuffizienz
(Herzschwäche), HICMan

EINSENDER

PD Dr. Frank Peters-Klimm
Universitätsklinikum
Heidelberg

Voßstraße 2
69115 Heidelberg
Telefon 06221 566206



ZWISCHENZEITLICHE ENTWICKLUNG

Das Projekt „Heidelberger hausarztbasiertes Case Management für Patienten mit Herzinsuffizienz (Herzschwäche), HIC-Man“ ist abgeschlossen. Die Hauptpublikation ist zwischenzeitlich erschienen (Peters-Klimm et al., *Trials* 2010; 11: 56).

Die positiven Ergebnisse und Erfahrungen mit praxisbasiertem krankheitsspezifischem Case Management unter verstärktem Einbezug von zuvor geschulten Medizinischen Fachangestellten decken sich mit den Ergebnissen anderer deutscher Projekte (aus Heidelberg und Frankfurt) mit den Indikationen Arthrose und Depression. Hausärzte halten das Konzept für übertragbar auf Patienten mit anderen chronischen Erkrankungen.

ERFOLGSFAKTOREN ODER HEMMNISSE FÜR DIE WEITERFÜHRUNG DES PROJEKTES

Das Projekt ist abgeschlossen. Die Möglichkeit zur Professionalisierung der Medizinischen Fachangestellten bzw. des Arztteams und die Einbettung in Versorgungsverträge der Krankenversicherungen sind als Erfolgsfaktoren zu werten. Die Gesamtschau zeigte, dass praxisbasiertes Case Manage-

ment im Rahmen von Hausarztverträgen der Krankenversicherungen wirksam ist und von Patienten angenommen wird. In Hausarztpraxen ist es prinzipiell gut durchführbar, sein Zusatzaufwand ist überschaubar. Es wird jedoch ein betriebswirtschaftliches Konzept benötigt. Belastbare Kosten-/Nutzenanalysen fehlen allerdings.

AUSBLICK

Eine Weiterentwicklung des Case Managements sollte aus Kostenträgerperspektive idealerweise verbesserte Ergebnisse bei gleichen oder geringeren Kosten erbringen. Deshalb wurde das Folgeprojekt „Hausarztpraxis-basiertes Case Management für chronisch kranke Patienten - PraCMan“ initiiert. Nach einer Vorstudie mit 10 Hausarztpraxen aus Baden-Württemberg in 2009 (Freund et al., *Implementation Science* 2010; 5: 70) wird „PraCMan“ seit November 2010 im Rahmen einer kontrollierten cluster-randomisierten klinischen Studie hinsichtlich seiner Effekte evaluiert. Hauptendpunkt ist die Verminderung (vermeidbarer) Krankenhausaufenthalte. Beteiligt sind 118 Praxen mit ca. 2.000 Patienten aus ganz Baden-Württemberg, die an der Versorgung im Rahmen des Hausarztvertrages der AOK Baden-Württemberg teilnehmen.

Patienten müssen mindestens eine der drei Indexerkrankungen Diabetes mellitus Typ 2, chronisch obstruktive Bronchitis oder Herzinsuffizienz und eine (mittels eines auf Routinedaten basierenden statistischen Modells ermittelten) hohe Wahrscheinlichkeit einer Krankenseinweisung aufweisen. Der Beobachtungszeitraum beträgt 12 Monate.

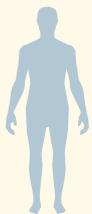
Speziell geschulte Medizinische Fachangestellte (MFA) führen das Case Management durch, welches als Kernelement ein gründliches Assessment und ärztlich festgelegtes, regelmäßiges strukturiertes Telefonmonitoring auszeichnet. Die Vergleichspraxen führen kein Case Management durch. Sponsoren des Projektes sind der AOK Bundesverband und die AOK Baden-Württemberg.

Professionalisierung von Hausarztpraxen erscheint nicht zuletzt auch wegen der demographischen Entwicklung innerhalb der Ärzteschaft (Hausarztmangel) als wichtiger nachhaltiger Ansatz, der den Veränderungen (nicht nur) dieser Rahmenbedingungen konstruktiv entgegensteuern kann.

DERZEITIGER ANSPRECHPARTNER

*PD Dr. Frank Peters-Klimm
Prof. Dr. med. Joachim Szecsenyi
Abteilung Allgemeinmedizin
und Versorgungsforschung
Universitätsklinikum Heidelberg*

*Vofßstraße 2
69115 Heidelberg
Telefon 06221 566206*



SCHNELLERE HEILUNG CHRONISCHER WUNDEN DURCH REGIONALES VERSORGUNGSNETZ

PREISTRÄGER
2009

PROJEKTBEZEICHNUNG

Sektorübergreifende
multidisziplinäre Versorgung von
Patienten mit chronischen Wunden

EINSENDER

Prof. Dr. M. Storck
Städt. Klinikum Karlsruhe – Klinik
für Gefäß- und Thoraxchirurgie
Telefon 0721 974-2301

Dr. Holger Lawall
SRH-Klinikum Langensteinbach

Dr. Marc Schmidt
Monika Schindzielorz
MEDNET GmbH Karlsruhe

Harald Röcker, Geschäftsführer AOK
Mittlerer Oberrhein

PROJEKTbeschreibung ZUM ZEITPUNKT DER PREISVERLEIHUNG

Das im Oktober 2006 vom Städtischen Klinikum Karlsruhe in enger Kooperation mit dem SRH-Klinikum Langensteinbach ins Leben gerufene Wundkompetenznetz Mittlerer Oberrhein ist ein auf den Bereich Mittlerer Oberrhein bezogenes Modellprojekt und hat die Verbesserung der Versorgungsqualität von Patienten mit chronischen Wunden durch die Einbindung interprofessioneller Partner aus dem stationären und ambulanten Bereich bei gleichzeitig verbesserter standardisierter Dokumentation zum Ziel.

Durch die freiwillige Teilnahme aller Beteiligten wurde nach Einwilligung der betroffenen Patienten die Überleitung vom ambulanten in den stationären sowie vom stationären in den ambulanten Bereich kostenneutral organisiert. Voraussetzung zur Teilnahme war lediglich die Akzeptanz eines Wundbehandlungsstandards nach aktuellen Empfehlungen sowie die Bereitschaft, die Dokumentation mit dem Akestes®-Wunddokumentationssystem zu ermöglichen.

Die Regionalstruktur ist zwar durch den AOK-Verwaltungsbezirk vorgegeben, das Projekt ist jedoch für alle Patienten, unabhängig von ihrer Krankenversicherung, offen.

Unter Mitwirkung einer neugegründeten Service GmbH (MedNet GmbH) ergab sich folgender Organisationsfluss:

- Information und Aufklärung der Patienten unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Aspekte
- Fotodokumentation des Ausgangsbefundes der Wunde mit Ausmessung der Wundflächen (z.T. mehrere Wunden pro Patient)
- Aktivierung eines zertifizierten Pflegedienstes (Sozialstation)
- Informierung des Hausarztes/Facharztes/Zuweisers
- EDV-gestützte Wunddokumentation und Kostenerfassung (Akestes®-System)
- Feedback an behandelnden Arzt oder Ambulanz bei Problemen
- Einrichtung einer kostenlosen Hotline für Rückfragen
- Zentrale Auswertung der erhobenen Daten in einem Intranet-System (MedNet)

In dem ausgezeichneten Projekt kooperierten 2009 fünf Kliniken, 50 Pflegedienste und ca. 70 niedergelassene Ärzte, die AOK Baden-Württemberg (neben anderen Kassen), der MDK Baden-Württemberg sowie die MedNet Service GmbH.

Regelmäßige interdisziplinäre Fortbildungen zur Thematik chronischer Wunden und zur Bekanntmachung des Projekts unter Einbeziehung der Kassenärztlichen Vereinigung, Außenstelle Karlsruhe und der AOK Mittlerer Oberrhein fanden seit 2007 statt.



Die Auswertung der Daten von 304 Patienten mit 396 Wunden aus den Jahren 2006 bis 2008 ergab folgende Qualitätsverbesserungen: Bei unveränderten oder sogar tendenziell niedrigeren Kosten für Pflegeaufwand und Materialkosten kam es zu einer doppelt so hohen Wundverschlussrate und einer Verkürzung der Zeit bis zur Abheilung von 101,6 auf 81,1 Tage bei gleichzeitiger Reduktion der Wiedereinweisungsrate ins Krankenhaus. Nach 90 Tagen betrug die Wundheilungsrate 39 Prozent. Eine signifikante Verbesserung zeigten 22 Prozent, verschlechterte Wundverhältnisse zeigten 25 Prozent und verstorben waren 14 Prozent der Patienten. Die Tagestherapiekosten waren bei der vorgesehenen Verwendung moderner hydroaktiver Wundauflagen zunächst höher. Dies wurde aber durch die kürzeren Abheilungszeiten kompensiert.

Für die höhere Versorgungsqualität verantwortlich sind der von allen Kooperationspartnern verbindlich akzeptierte einheitliche Behandlungsstandard und die enge Zusammenarbeit der an der Versorgung teilnehmenden Partner bei Komplikationen.

ZWISCHENZEITLICHE ENTWICKLUNG

Die positive Entwicklung des Projektes zeigte sich im Vergleich der Jahre 2008 bis 2010 an den Zunahmen der eingeschlossenen Patienten (+158 Prozent), dem höheren Vernetzungsgrad (Zahl der Kliniken +40 Prozent, Zahl der teilnehmenden Ärzte +400 Prozent), den neuen Ergebnissen und Erkenntnissen und der Übertragung auf fünf andere Regionen.

ERFOLGSFAKTOREN FÜR DIE WEITERFÜHRUNG

Wichtigster Erfolgsfaktor ist die signifikante Verbesserung der Behandlungserfolge. Grund hierfür ist, dass im Wundkompetenznetz Mittlerer Oberrhein – im Gegensatz zu vielen anderen Ansätzen – gezielt geeignete Teilbereiche des Versorgungsprozesses identifiziert wurden und die Gesamtvorgehensweise daraus neu programmiert wurde. Daraus entstanden neue Behandlungspfade, die innerhalb unseres Versorgungsmanagements konsequent eingehalten werden. Eine Veränderung, die ausschließlich auf einer Emulation (z. B. Telemedizin, Einsatz spezieller Informationstechnologie) beruht, reicht als dauerhafter Erfolgsfaktor zur Behandlung von chronischen Erkrankungen nicht aus.

Das Projekt erhält nach wie vor keinerlei finanzielle Unterstützung in Form von Fördergeldern oder sonstigen extrabudgetären Leistungen. Es ist nicht von der Industrie finanziert oder erhebt irgendwelche Gebühren von Patienten, Kassen, Ärzten oder Kliniken, eine Anschubfinanzierung war ebenfalls nicht notwendig. Im Gegensatz zu den bisher bekannten Vertragskonstrukten beinhaltet der Entwurf keinerlei finanzielle Forderung. Allein die Institutionalisierung des Netzwerkes würde das Vorantreiben dieser innovativen Versorgungsform wesentlich erleichtern und ließe eine regionale oder sogar nationale Ausdehnung zu.

Alle Auswertungen, (Versorgungsforschungs-) Studien und Innovationen finanzieren sich durch Ausnutzen von Skaleneffekten wie z. B. der gezielten Steuerung der Systempatienten.

Zahlreiche Veröffentlichungen, wissenschaftliche Arbeiten, Kongressbeiträge und Informationsveranstaltungen schaffen große Transparenz vor allem im Kosten-Nutzen-Bereich und sorgen für großes Vertrauen und damit hohe Akzeptanz bei den teilnehmenden Patienten und Partnern.

AUSBLICK

Ausgehend von den Erfahrungen aus dem Wundkompetenznetz Mittlerer Oberrhein wird an der Weiterentwicklung des Versorgungskonzeptes für die Bereiche Diabetes mellitus Typ 2 und multimorbiden Menschen mit Polypharmazie und besonders hohem Materialverbrauch gearbeitet. Auch hier findet eine Neuprogrammierung der Prozesse statt, begleitet von einem individuellen Versorgungsmanagement.

Ein Informationsaustausch zum Wirtschaftlichkeitsprüfungsausschuss der Kassenärztlichen Vereinigung und der gesetzlichen Krankenkassen besteht bereits und soll zu einer konstruktiven Zusammenarbeit ausgebaut werden.

Angeschlossene Versorgungsforschungsstudien sollen die Überlegenheit der Konzepte beweisen. Als Kontrollgruppe wird ein statistischer Zwilling mit Daten aus einem Ärztenetz dienen („matched controlled“).

DERZEITIGE ANSPRECHPARTNER

Prof. Dr. M. Storck
Städt. Klinikum Karlsruhe
Moltkestraße 90
76133 Karlsruhe
martin.storck
@klinikum-karlsruhe.de

Dr. Marc Schmidt
MedNet Service GmbH
Nördliche Uferstraße 11
76189 Karlsruhe
m.schmidt@mednet-bw.de



LÜCKENLOSER ÜBERGANG DER ARZNEIMITTELVERSORGUNG VON DER AMBULANTEN VERSORGUNG UND ERHÖHUNG DER ARZNEIMITTELTHERAPIESICHERHEIT IM KRANKENHAUS

PREISTRÄGER
2010



PROJEKTBEZEICHNUNG ZUM ZEITPUNKT DER PREISVERLEIHUNG

Die Aufnahme des Patienten im Krankenhaus erfordert die Anpassung der Arzneimitteltherapie von der hausärztlichen auf die stationäre Versorgung. Arbeitsteilung der verschiedenen Berufsgruppen, Delegation, Schichtdienst und Arbeitsverdichtung erschweren eine abgestimmte Arzneimittel-Therapie auf den Stationen im Krankenhaus. Sie kann vom Pflegedienst „nebenbei“ nicht mehr sachgerecht geleistet werden. Unerwünschte Arzneimittelwirkungen belasten Patienten und führen zu hohen Kosten.

In der Fürst-Stirum-Klinik in Bruchsal wurde daher auf den chirurgischen, urologischen und gynäkologischen Stationen ein „Beratungsapotheker auf Station“ eingesetzt. Über ein Formular, das sog. „Pharmazeutische Konsil“, wird die von den Stationsärzten eingetragene hausärztliche und weitere Klinikmedikation für den einzelnen Patienten durch den Apotheker bearbeitet. Insbesondere werden die hausärztliche Medikation durch die Mittel der Hausliste substituiert sowie Interaktionen, Dosierung und Indikationen auf der Basis von Leitlinien geprüft. In einer wöchentlichen Kurvenvisite wird die Medikation aller Patienten in der Gesamtheit und im Zusammenhang mit Laborwerten überprüft. Auffälligkeiten werden vom Apotheker an den Stationsarzt kommuniziert. Gleichzeitig wird in diesem Zusammenhang die Arzneimittel-Bevorratung optimiert.

PROJEKTBEZEICHNUNG

Krankenhausapotheker auf Station

– Pharmazeutisches Konsil

EINSENDER

Helga Giraud

Leiterin Zentralapotheke

der Kliniken des

Landkreises Karlsruhe

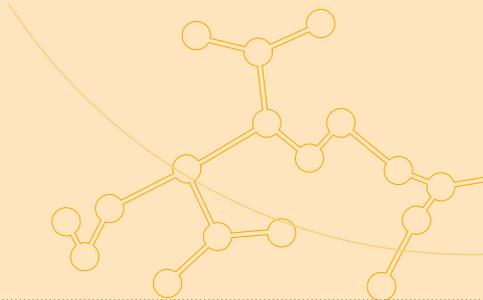
Fürst-Stirum-Klinik

Gutleutstraße 114

76646 Bruchsal

Für den Patienten wird vor allem der lückenlose Übergang der Arzneimittelversorgung von der hausärztlichen Versorgung gewährleistet sowie für die Dauer des Krankenhausaufenthalts die Arzneimitteltherapiesicherheit erhöht und an Standards orientiert. In 60 Prozent der Medikationen gab der Apotheker beratende Hinweise. Neben den aut-idem/aut simile Substitutionen auf Mittel der Hausliste waren dies besonders für die Patientensicherheit relevante Hinweise z.B. zur Dosierung, zu Arzneimittelinteraktionen, zur Kontrolle bestimmter Blutwerte oder zu Einnahme und Absetzen vor der Operation. Ärzte und Pflegekräfte werden durch den „Service“ des Apothekers entlastet. Das bevorratete Arzneimittelsortiment wird gestrafft, weniger Sonderanforderungen sind erforderlich. Eine Befragung beim ärztlichen und pflegerischen Personal ergab eine hohe Zufriedenheit mit dem Verfahren und eine hohe Einschätzung des Patientennutzens.





ZWISCHENZEITLICHE ENTWICKLUNG

Das Pharmazeutische Konsil ist über den Projektstatus hinaus eine etablierte und unverzichtbare Serviceleistung der Krankenhausapotheke in Bruchsal. Eine Optimierung erfolgt derzeit im wirtschaftlichen Bereich durch Standardisierung der Stationsvorräte in Form von sog. „Schränklisten“, wodurch die Apotheke einen Überblick über die Vorräte hat und nicht bevorratete Arzneimittel anhand des Konsils automatisch bestellen und liefern kann.

Neben der hausärztlichen Medikation wurde für alle Stationen der Block „Medikation während des Aufenthalts“ in das Formular eingefügt. Dadurch erübrigt sich die wöchentliche Kurvenvisite. Die Felder des Formulars für die Entlassmedikation wurden gestrichen, da die Entlassmedikation im

Arztbrief angegeben wird. Verschiedene Interaktionsprogramme wurden von der Apotheke getestet im Hinblick auf Inhalt, Komfort, Geschwindigkeit und Verknüpfung mit dem vorhandenen Krankenhaus-Informationssystem.

Anfragen für das pharmazeutische Konsil bestehen von der Rechbergklinik in Bretten und von einer Reha-Klinik. Beim wissenschaftlichen Kongress der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Krankenhausapotheker im Mai 2011 wurde über das Projekt in einem Kurzvortrag berichtet.

ERFOLGSFAKTOREN ODER HEMMNISSE FÜR DIE WEITERFÜHRUNG DES PROJEKTS

Die gewonnene Arzneimitteltherapiesicherheit durch den Interaktionscheck, die lückenlose Weiterführung der hausärztlichen

Medikation und die intensive pharmazeutische Beratung, die sehr gut angenommen wird, sind als Erfolgsfaktoren zu nennen.

Zudem werden Ärzte und Pflegepersonal entlastet und die Arzneimitteltherapie erhält durch die regelmäßige Präsenz des Apothekers auf den Stationen ein größeres Augenmerk.

AUSBLICK

Der Bedarf an pharmazeutischer Beratung und Betreuung ist auch in den Krankenhäusern vorhanden und wird von den Ärzten und dem Pflegedienst gerne angenommen. Jedoch mangelt es in ganz Deutschland an Apothekerstellen im Krankenhaus. Die Ausbildung der Pharmaziestudierenden sollte in Zukunft noch mehr am Patienten und weniger chemisch orientiert sein.

DERZEITIGE ANSPRECHPARTNERIN

*Helga Giraud
Leiterin Zentralapotheke
der Kliniken des
Landkreises Karlsruhe
Fürst-Stirum-Klinik*

*Gutleutstraße 114
76646 Bruchsal
Telefon 07251 70857260
helga.giraud@kliniken-lk.de*



KONZEPTION NIEDERSCHWELLIGER ANGEBOTE FÜR MENSCHEN MIT DEMENZ UND PSYCHISCHEN ERKRANKUNGEN IN DER AMBULANTEN PFLEGE



PREISTRÄGER
2011

PROJEKTBEZEICHNUNG

Der Alten- und Krankenpflegedienst Gugeller & Niegisch bietet seit dem 1. Januar 2009 für einen Teil seiner Patienten zusätzliche Betreuungsleistungen an, wenn der Medizinische Dienst der Krankenversicherungen für diese einen erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf i. S. der §§ 45 a und b SGB XI bejaht hat.

Ausgehend von der Erfahrung, dass eine ausschließlich versorgende Pflege (warm, satt und sauber) bei den zu Pflegenden zu Orientierungslosigkeit, verstärktem Rückzug, Aggressivität und verschiedenen psychischen Erkrankungen führt, sollen im Rahmen des auf drei Jahre angelegten Projekts durch bedürfnisorientierte Betreuungsleistungen Wohlbefinden und Lebensqualität insbesondere von Menschen mit Demenz gesteigert, ihre Fähigkeiten gestärkt und eine Entlastung der Pflegenden und Angehörigen erreicht werden.

Das von dem Pflegedienst erarbeitete therapeutische Angebot auf der Grundlage des Pflegemodells von Tom Kitwood wird an den jeweiligen individuellen Fähigkeiten und den Bedürfnissen der zu Pflegenden u. a. nach Trost, Bindung, Einbeziehung, Beschäftigung und Identität ausgerichtet. Es umfasst Techniken wie Validation, Milieutherapie, Gedächtnistraining, Musiktherapie, Rhythmus und Bewegung, Biographiearbeit, Selbsterhaltungstherapie, Ergotherapie und basale Stimulation.

– je nach Einstufung durch den MDK – zusätzliche Betreuungsleistungen (45 Minuten) erhalten. Seit Beginn des Projekts 2009 wurden zwölf Patienten auf diese Weise betreut. Der Betreuungsverlauf und die erreichten patientenrelevanten Ergebnisse werden in den Pflegebericht ergänzenden Evaluationsbögen dokumentiert. In regelmäßigen Teambesprechungen werden Ziele und Ergebnisse bei den individuellen Betreuungsleistungen aufgearbeitet. Die Abstimmung z. B. mit Hausärzten und Angehörigen findet je nach Bedarf statt.

die Angehörigen entlastet. Hinzu kommt, dass die Fachkräfte des Pflegedienstes diese Tätigkeit als sehr befriedigend erleben. Es kommt häufig durch die bessere Kenntnis der Gesamtsituation der Patienten zu einer positiven Rückwirkung auf die Basispflege und damit zu einer ganzheitlicheren, nachhaltigeren Sichtweise.

PROJEKTBEZEICHNUNG

Konzeption niederschwelliger Angebote für Menschen mit Demenz und psychischen Erkrankungen in der ambulanten Pflege

EINSENDER

*Alten- und Krankenpflege
Gugeller & Niegisch
Stettener Straße 2, 71394 Kernen
Telefon 07151 48434*

Die Besonderheit dieses Projektes besteht darin, dass für die Betreuungsleistungen ausschließlich Pflegefachkräfte (derzeit zehn) eingesetzt werden mit überzeugenden Folgen für Pflegenden und zu Pflegenden. Die in § 45 b SGB XI vorgesehene allgemeine Anleitung und Betreuung könnte auch mit geringer qualifizierten Kräften geleistet werden.

Das Projekt zeichnet sich durch eine hohe Kontinuität in der Bezugspflege, feste Terminplanung und hohe Transparenz der erbrachten Leistungen aus. Bei den zu Pflegenden zeigt sich – belegt durch den Pflegebericht und die einzelnen Evaluationsbögen sowie Angehörigenaussagen – durchweg eine Verbesserung der Gesamtsituation. U. a. werden Wünsche wieder geäußert, eigene Ressourcen besser genutzt, soziale Kontakte neu belebt, der Aktionsradius erweitert und das psychische sowie emotionale Erleben verbessert. Dadurch werden auch

Die Stärken des Projekts liegen weniger im Bereich einer mit Zahlen messbaren Qualitätsverbesserung als in der überzeugenden praktischen und gelebten Durchführung. In bildlicher Weise gelingt auf der Basis der durch §§ 45 a und b SGB XI geschaffenen Möglichkeiten eine wirtschaftlich tragfähige und qualitativ über die Basispflege sowie die allgemeine Alltagsanleitung und Betreuung hinausgehende, ganzheitliche Betreuung der Patienten, die zu großer Zufriedenheit bei Patienten, Angehörigen und nicht zuletzt des Pflegepersonals führt. Der Ansatz des Projektes lässt sich leicht auf andere Pflegedienste übertragen.

Eine Fachkraft ist jeweils einem bis drei Patienten zugeordnet, die von ihr gepflegt werden und ein- bis zweimal pro Woche

QUALITÄTSSTEIGERUNG UND KOSTENOPTIMIERUNG DURCH INTERDISZIPLINÄRE ZUSAMMENARBEIT VON ORTHOPÄDIE-TECHNIK UND PHYSIOTHERAPIE NACH AMPUTATION AN DER UNTEREN EXTREMITÄT



PROJEKTBESCHREIBUNG

Im Vordergrund der herkömmlichen stationären und häuslichen Behandlung bei Patienten nach Amputation an den unteren Extremitäten steht die oft langwierige Wundheilung des Stumpfes. Stumpfformende Maßnahmen (Kompressionstherapie) und Krankengymnastik werden oft nicht frühzeitig genug eingeleitet. In der Folge entstehen Kontrakturen am Knie- oder Hüftgelenk, der Patient wird zunehmend demotiviert und entkräftet. Die Anpassung und Handhabung einer Prothese wird dadurch verzögert und erschwert, Reha-Leistungen sind teilweise weniger effektiv. Eine koordinierte Nachsorge durch den Orthopädie-Techniker findet in der Regel nicht statt. Vielmehr wird meist erst bei Einzelproblemen (Druckstellen o. ä.) die Leistung in Anspruch genommen.

Dem wirkt das Projekt mit seiner Zentrale im Orthopädie + Vital Zentrum Piro GmbH durch eine eng vernetzte Zusammenarbeit von Orthopädietechnik und Physiotherapie und ein über das reine Orthopädiehandwerk hinausgehendes Nahtstellenmanagement entgegen, das die Versorgung des Patienten aus einer Hand über die ganze Behandlungskette von der akut stationären Behandlung, der stationären Rehabilitation bis zur Betreuung im Alltag abdeckt. Seit Januar 2011 sind zwei Physiotherapeuten in Vollzeit mit Kassenzulassung in dem Projekt tätig.

In Absprache mit dem Akutklinikum wird z.T. noch vor dem elektiven Eingriff ein frühes Beratungsgespräch zwischen Patient, Angehörigen und Orthopädietechniker gesucht, um dem Patienten eine Perspektive für ein Leben nach der Amputation aufzuzeigen und eine Vertrauensbasis für die Patienten in dieser schwierigen Lebenssituation zu schaffen. Bereits am zweiten bis siebten postoperativen Tag wird ein Silikonliner zur Kompressionstherapie angepasst. Gleichzeitig wird der zu erwartende Mobilitätsgrad des Patienten erhoben und mit der physikalischen Therapie (Steh- und Gleichgewichtsübun-

gen) begonnen. Die Behandlung wird nach der Entlassung in Absprache mit dem Hausarzt durch dieselben Orthopädietechniker und Physiotherapeuten weitergeführt. Nach der Wundheilung werden die Prothesenversorgung sowie die Reha-Maßnahmen vom Hausarzt in die Wege geleitet und bei der Kasse beantragt. Der Patient tritt die Reha-Maßnahme bereits mit einer inzwischen angepassten Interimsprothese an, so dass das Gehtraining mit Prothese in der Reha-Einrichtung sofort beginnen kann. Die Betreuung durch die Projektmitarbeiter wird möglichst während der Reha-Maßnahme und in der späteren häuslichen Nachsorge weitergeführt, um durch eine konzeptionelle Nachsorge die Reha-Ergebnisse zu festigen.

Die patientenrelevanten Ergebnisse sind Folge der überzeugenden Umsetzung in der Praxis. Die Behandlung aus einer Hand über die Sektoren- und die Berufsgruppengrenzen hinweg kommt Patienten wie Kostenträgern zugute.

Bei einer Gegenüberstellung von Fallbeispielen herkömmlicher Behandlung und Behandlung im Projekt zeigt sich bei den Patienten im Projekt eine rasche Behandlungsfolge vom

Amputationsdatum über den ersten Kontakt, dem Reha-Beginn und der Prothesenversorgung innerhalb weniger Wochen. Kontrakturen werden weitgehend vermieden und es wird schnell ein guter Mobilitätsgrad von überwiegend der Stufen zwei und drei erreicht. Im Gegensatz dazu zieht sich der Verlauf bei herkömmlicher Behandlung z.T. über ein Jahr hinaus und ist verbunden mit erheblichen Kontrakturen und einem eingeschränktem Mobilitätsgrad von eins bis zwei.

Die einheitliche Führung des Patienten durch den gesamten Behandlungsverlauf hilft Doppelversorgungen durch Leistungserbringer und Verlängerungen von Reha-Maßnahmen zu vermeiden sowie die Notwendigkeit weiterer Hilfsmittel (Rollstuhl, Badewannenlifter usw.) auf Grund der höheren Mobilität der Patienten möglichst gering zu halten.

Die vernetzte Zusammenarbeit zwischen ärztlicher Akut- und Reha-Versorgung einerseits und der Orthopädietechnik und der Physiotherapie andererseits lässt sich auf andere Regionen übertragen, vorausgesetzt, es findet sich ein Gesundheitsunternehmer, der die Behandlungen koordiniert und steuert.

PREISTRÄGER

2011



PROJEKTBEZEICHNUNG

Qualitätssteigerung und Kostenoptimierung durch interdisziplinäre Zusammenarbeit von Orthopädie-Technik und Physiotherapie nach Amputation an der unteren Extremität.

EINSENDER

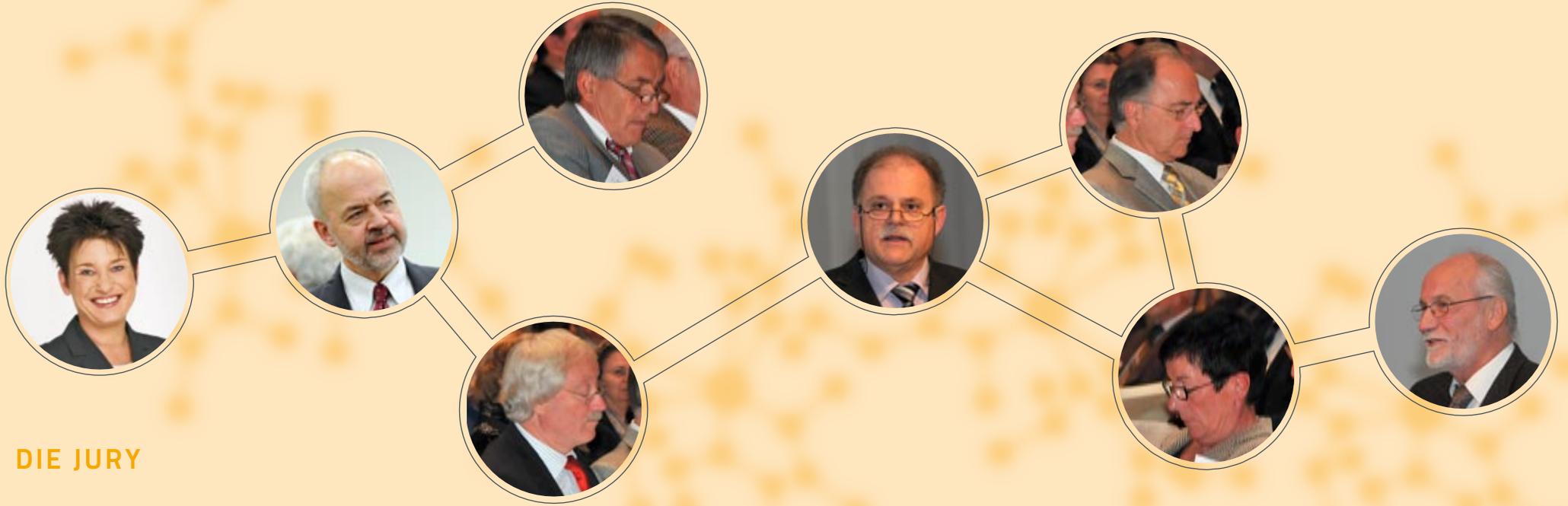
*Markus Piro
Geschäftsführer Orthopädie+Vital
Zentrum Piro GmbH
Neuer Markt 6
78052 Villingen-Schwenningen
Telefon 07721 99829-0*



EINDRÜCKE AUS DEN PREISVERLEIHUNGEN

DIE DISKUSSIONSFOREN

- 2002** Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen – Standortbestimmung im europäischen Kontext, KTQ und andere Zertifizierungsverfahren im Krankenhaus, Qualitätsförderung in der ambulanten Versorgung, Qualitätsverbesserung durch das Pflegequalitätssicherungsgesetz, Qualitätswettbewerb in der medizinischen Reha, Qualitätsmanagement in der medizinischen Industrie
- 2003** Qualitätsmanagement in der integrierten Versorgung
- 2004** Qualitätsberichte in Krankenhäusern
- 2005** Qualitätstransparenz durch Zertifikate
- 2006** Qualität in der Reha, Anspruch und Wirklichkeit
- 2007** Fehlerkultur und Patientensicherheit
- 2008** Patientenbefragung – Chancen und Grenzen für die Qualität der Versorgung
- 2009** Mehr Qualität durch vernetzte Versorgung?
- 2010** Qualität in der Medizin - reicht messen?
- 2011** Was zählt, ist Nachhaltigkeit!



DIE JURY

Als Sozialministerinnen und Sozialminister saßen der Jury vor:

- Dr. Friedhelm Repnik MdL
- Tanja Gönner
- Andreas Renner
- Dr. Monika Stolz MdL
- Katrin Altpeter MdL

Die Sozialministerinnen und Sozialminister wurden von hochrangigen Vertretern des baden-württembergischen Gesundheitswesens unterstützt:

- Roger Jaeckel und Walter Scheller,
Leiter des Verbands der Ersatzkassen (vdek),
Landesvertretung Baden-Württemberg

- Prof. Dr. Hans-Konrad Selbmann,
Universität Tübingen
- Dr. Günther Hanke,
Präsident Landesapothekerkammer Baden-Württemberg
- Prof. Dr. Friedrich-Wilhelm Kolkmann, Dr. Ulrike Wahl und
Dr. Ulrich Clever, Präsidenten/Präsidentin Landesärztekammer
Baden-Württemberg
- Wolfgang Pföhler, Franz Weber und Thomas Reumann,
Vorstandsvorsitzende der Baden-Württembergischen
Krankenhausgesellschaft e.V.
- Hubert Seiter, Erster Direktor der
Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg
- Roland Sing und Dr. Rolf Hoberg,
Vorstandsvorsitzende der AOK Baden-Württemberg

GESUNDHEITSFORUM BADEN-WÜRTTEMBERG IMPULSGEBER FÜR DEN QUALITÄTSFÖRDERPREIS

Das Gesundheitsforum Baden-Württemberg wurde auf Initiative der Landesregierung im Jahr 2000 ins Leben gerufen. Anlass für die Gründung war die Studie der Unternehmensberatung Roland Berger und Partner „Zukunftsinvestitionen in Baden-Württemberg“, die darlegte, dass Netzwerke von Akteuren, etwa im Gesundheitswesen, wirtschaftliches Wachstum und Synergiepotenziale freisetzen können.

Um den Netzwerkgedanken im Gesundheitswesen zu befördern und Effizienz und Qualität zu steigern, kooperieren im Gesundheitsforum Vertreter unterschiedlicher Gesundheitsbereiche u. a. der Gesundheits- und Heilberufe, Krankenkassen, Hochschulen und Forschungseinrichtungen sowie Unternehmen aus dem Gesundheitsbereich. 2009 wurden die kommunalen Landesverbände, die IHK, die Arbeitgeberverbände und die Gewerkschaften, der Landessportverband und Patientenvertreter in das Gesundheitsforum aufgenommen. Im themenbezogenen Arbeits- und Projektgruppen engagieren sich darüber hinaus weitere Institutionen und Verbände.

ZIELE DES GESUNDHEITSFORUMS

Unser Ziel in Baden-Württemberg ist es, die Potentiale von Gesundheitswesen und Gesundheitswirtschaft weiter zu stärken. Hierfür arbeitet das Gesundheitsforum Baden-Württemberg im Sinne eines Impulsgebers für Innovation und Fortschritt.

Ziele des Gesundheitsforums Baden-Württemberg im Einzelnen sind:

- Netzwerkgedanken im Gesundheitswesen fördern.
- Übergreifende Kooperationen ermöglichen.

- Innovative Impulse für das Gesundheitswesen geben.
- Gesundheitssystem und Gesundheitswirtschaft nachhaltig stärken.

Diese Stärken können im Verbund der Akteure und Ministerien zur weiteren Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung bestmöglich genutzt werden. Die Zukunftsthemen einer patientenorientierten, sektoren- und berufsgruppen übergreifenden Gesundheitsversorgung stehen dabei im Mittelpunkt.

ARBEITSWEISE

Die Mitglieder des Gesundheitsforums treffen sich in der Regel einmal jährlich im Plenum zum Gedankenaustausch. Im Rahmen des Strategietreffens kommt – ebenfalls einmal jährlich – rund ein Drittel der Mitglieder des Gesundheitsforums zusammen, um neue Arbeitsschwerpunkte zu diskutieren und festzulegen, die Arbeitsgruppenarbeit fördernd zu begleiten und die Plenumsitzung im Herbst vorzubereiten.

Verschiedene Arbeitsgruppen wollen mit projektbezogener Arbeit wichtige Impulse insbesondere in folgenden Bereichen setzen:

- Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgungsstrukturen (Qualitätssicherung, Informationstechnologie und regionale Versorgung)
- Forschung und Technologietransfer (Gesundheitsregionen und Versorgungsforschung)
- Förderung der Gesundheitswirtschaft (Außenwirtschaft und Gesundheitscluster)
- Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg

ZIELE DER ARBEITSGRUPPE QUALITÄTSSICHERUNG

Zunächst unter der Leitung von Herrn Roger Jaeckel, ehemals Leiter des Verbands der Ersatzkassen (vdek), Landesvertretung Baden-Württemberg und später von Herrn Prof. Dr. Hans-Konrad Selbmann, ehemaliger Direktor des Instituts für Medizinische Informationsverarbeitung, Tübingen, erstellt die AG den „Landesqualitätsbericht Gesundheit Baden-Württemberg“, der in Spezialheften jeweils in kompakter Form die Qualität der Versorgung in den einzelnen Bereichen des Gesundheitswesens in Baden-Württemberg beschreibt. Damit sollen die Bürgerinnen und Bürger über die Qualität der Gesundheitsversorgungsstrukturen in Baden-Württemberg informiert sowie die Leistungserbringer zur Sicherung und Verbesserung ihrer Versorgungsqualität motiviert werden. Aus der Arbeitsgruppe heraus entstand die Idee für den Qualitätsförderpreis Gesundheit.

Ziel der Ausschreibung des Qualitätsförderpreises ist die nachhaltige Förderung des Qualitätswettbewerbs im Gesundheitswesen in Baden-Württemberg und eine öffentlichkeitswirksame Darstellung besonders gelungener Projekte. Mit der Preisverleihung ist eine Information der Öffentlichkeit über das prämierte Qualitätsprojekt und damit über die angebotene Versorgungsqualität verbunden.

Weitere Informationen, z. B. zu den Mitgliedern oder zu den weiteren Arbeitsgruppen des Gesundheitsforums, finden Sie unter WWW.GESUNDHEITSFORUM-BW.DE

IMPRESSUM

Verteilerhinweis:

Diese Informationsschrift wird von der Landesregierung in Baden-Württemberg im Rahmen ihrer verfassungsmäßigen Verpflichtung zur Unterrichtung der Öffentlichkeit herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von deren Kandidatinnen und Kandidaten oder Helferinnen und Helfern während eines Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für alle Wahlen.

Missbräuchlich ist insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken und Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel.

Untersagt ist auch die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die vorliegende Druckschrift nicht so verwendet werden, dass dies als Parteinarbeit des Herausgebers zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte. Diese Beschränkungen gelten unabhängig vom Vertriebsweg, also unabhängig davon, auf welchem Wege und in welcher Anzahl diese Informationsschrift dem Empfänger zugegangen ist.

Erlaubt ist es jedoch den Parteien, diese Informationsschrift zur Unterrichtung ihrer Mitglieder zu verwenden.

Herausgeber:

Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg
Schellingstraße 15, 70174 Stuttgart,

Internetverfügbarkeit:

Diese Broschüre kann auch über das Internet unter www.gesundheitsforum-bw.de bezogen werden.

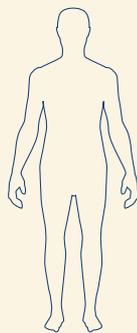
Gestaltung:

Kreativ plus Gesellschaft für Werbung
und Kommunikation mbH, Stuttgart
www.kreativplus.com

Fotos:

Siegerprojekte
Sozialministerium Baden-Württemberg
Fotolia, Bilderbox

September 2011



MINISTERIUM FÜR ARBEIT
UND SOZIALORDNUNG,
FAMILIE, FRAUEN
UND SENIOREN
BADEN-WÜRTTEMBERG

Schellingstraße 15
70174 Stuttgart
Telefon 0711 123-0
Telefax 0711 123-3999
poststelle@sm.bwl.de

WWW.SOZIALMINISTERIUM-BW.DE



Baden-Württemberg
MINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG,
FAMILIE, FRAUEN UND SENIOREN