

Medizinische Teamleistung-Markenbildung

Jürgen Ennker

Klinik für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie
MediClin Herzzentrum Lahr/Baden





Stadt mit 42.000 Einwohnern, am Fuße des Schwarzwaldes gelegen. Verkehrsgünstig angebunden im Südwesten von Baden-Württemberg, bietet Lahr eine Menge Freizeitmöglichkeiten inmitten südländischem Flair. Die attraktive Fußgängerzone, der einzigartige Stadtpark oder der nahe Schwarzwald laden ein, die Stadt und die Umgebung zu erkunden. Für kulinarische Erlebnisse empfehlen wir zahlreiche Restaurants, um die bekannte badische Küche und die ebenso genussreichen badischen Weine kennenzulernen. Für Sportliche reichen die Angebote vom Joggen in frischer Schwarzwaldluft bis zur gepflegten 9-Loch-Golfanlage im Stadtteil Reichenbach.

Das kulturelle Leben wird ergänzt durch attraktive Theatergastspiele, Orchester, Musikensembles und Solisten, die alljährlich in Lahr zu Gast sind. Museen, Ausstellungen und Feste setzen weitere Akzente.



Medizinische Teamleistung-Markenbildung

Perspective

December 23, 2010

What Is Value in Health Care?

Michael E. Porter, Ph.D.

In any field, improving performance and accountability depends on having a shared goal that **unites the interests and activities of all stakeholders.**

.....

n engl j med 363;26 nejm.org december 23, 2010

The New England Journal of Medicine
Downloaded from nejm.org on December 23, 2010.

Medizinische Teamleistung-Markenbildung

- 1) **Vorbildfunktion des ärztlichen Teams**
- 2) **positive Imagebildung - herausragende medizinische Leistungen**
- 3) **Förderung der beruflichen und persönlichen Ziele**
- 4) **Gemeinsames Vorgehen - Ärzte, Klinikträger, Pflege**

Cardiac Surgery

Colleagues in
A SURGEON'S GUIDE TO HEART VALVE ISSUES VOL 4-1 2004

A strong reputation, a commitment to patients and innovative marketing keep Heart Institute Lahr on top

Jürgen Ennker, M.D.

In 1993, Lahr, Germany, was the European headquarters for the Canadian armed forces, with nearly 15,000 soldiers and their families stationed there. Situated in a rather remote area of southwest Germany, Lahr is just 10 miles from the French border on the outskirts of the Black Forest.

Dr. Ennker, it was about building a reputation. "To draw patients from longer distances and perform large numbers of operations, we had to create a certain reputation. We did that by accepting many patients who were rejected elsewhere."

In the mid 90s, for instance, the Institute was one of the only hospitals to accept patients with a body mass index over 40. "Many surgeons sent these patients back home to lose weight, and a lot of them died while doing so," Dr. Ennker pointed out. "We not only accepted them, but also collected and published data on our success rates. It wasn't long

Medizinische Teamleistung-Markenbildung

Wissenschaftliche Publikationen

Prevalence and Risks of Undiagnosed Diabetes Mellitus in Patients Undergoing Coronary Artery Bypass Grafting

Achim H. Lauruschkat, Bert Arnrich, Alexander A. Albert, Jörg A. Walter, Berthold Amann, Ulrich P. Rosendahl, Tejas Alexander and Jürgen Ennker
Circulation 2005;112:2397-2402
 DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.105.534545
 Circulation is published by the American Heart Association, 7272 Greenville Avenue, Dallas, TX 752514
 Copyright © 2005 American Heart Association. All rights reserved. Print ISSN: 0009-7322
 ISSN: 1524-4539

Journal of Cardiothoracic Surgery 

Research article Open Access
The concept of negative pressure wound therapy (NPWT) after poststernotomy mediastinitis – a single center experience with 54 patients
 Ina C Ennker^{1,2}, Anita Malkoc¹, Detlef Pietrowski^{1,3}, Peter M Vogt², Juergen Ennker¹ and Alexander Albert¹

Aortic valve replacement in octogenarians: identification of high-risk patients[☆]

Ines Florath^{a,*}, Alexander Albert^b, Andreas Boening^c, Ina Carolin Ennker^a, Juergen Ennker^{a,d}

^aHeart Institute Lahr/Baden, Heibergweg 2, D-77933 Lahr, Germany;
^bDepartment of Cardiothoracic Surgery, University Duesseeldorf, Germany
^cDepartment of Cardiothoracic Surgery, University Gießen, Germany
^dCardiovascular Medicine, University Witten-Herdecke, Germany
 0009-7322/09/\$ – see front matter © 2009 Elsevier Inc. All rights reserved.
 ☆ 2009; received in revised form 18 December 2009; accepted 21 December 2009

Current determinants of 30-day and 3-month mortality in over 2000 aortic valve replacements: impact of routine laboratory parameters

Ines Florath, Alexander Albert, Wael Hassanein, Bert Arnrich, Ulrich Rosendahl, Ina C. Ennker and Jürgen Ennker
Eur J Cardiothorac Surg 2006;30:716-721
 DOI: 10.1016/j.ejcts.2006.08.009

Concomitant aortic valve replacement and coronary bypass: the effect of valve type on the blood flow in bypass grafts

Wael Hassanein, Alexander Albert, Ines Florath, Yasser Y. Hegazy, Ulrich Rosendahl, Stefan Bauer and Juergen Ennker
Eur J Cardiothorac Surg 2007;31:391-396
 DOI: 10.1016/j.ejcts.2006.12.021

CARDIOVASCULAR MEDICINE

Mid term outcome and quality of life after aortic valve replacement in elderly people: mechanical versus biological valves

I Florath, A Albert, U Rosendahl, T Alexander, I C Ennker, J Ennker

Heart 2005;91:1023-1029. doi: 10.1136/hrt.2005.08.1484

The Freestyle Stentless Bioprosthesis in more than 1000 Patients: A Single-Center Experience over 10 Years

Jürgen A.C. Ennker, M.D.,*; Ina C. Ennker, M.D.,† Alexander A. Albert, M.D.,† Ulrich P. Rosendahl, M.D.,† Stefan Bauer, M.D.,† and Ines Florath, Ph.D.†

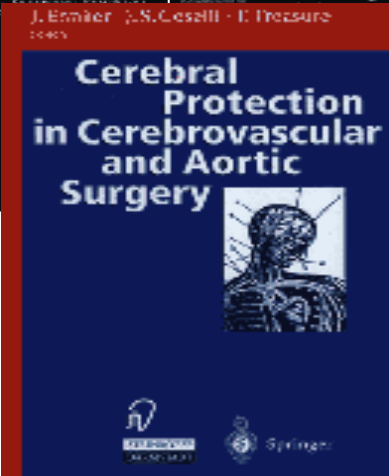
*Institute of Cardiovascular Medicine, Witten-Herdecke University, Witten, Germany; and †Heart Institute Lahr/Baden, Lahr, Germany

Impact of Gender on Outcome After Coronary Artery Bypass Surgery
 Ina C Ennker, Alexander Albert, Detlef Pietrowski, Kerstin Bauer, Juergen Ennker and Ines Florath

Asian Cardiovasc Thorac Ann 2009;17:253-258
 DOI: 10.1177/0218492309104746

MediClin integriert.

Veröffentlichungen



PRÄVENTION AKUT REHA PFLEGE

Medizinische Teamleistung-Markenbildung

Circulation

JOURNAL OF THE AMERICAN HEART ASSOCIATION

American Heart
Association 
Learn and Live...

An Unusual Team of Cardiothoracic Surgeons

Ina Ennker, MD, and Juergen Ennker, MD, Make Up a Husband-and-Wife Cardiothoracic Surgical Partnership.

Women cardiothoracic surgeons are rare, but Ina Ennker, MD, is particularly unusual. She is married to Juergen Ennker, MD, who is the chief surgeon at the Heart Institute in Baden, Germany, where they both work. Despite their hectic work schedules, they have a family of 3 children. Ingrid Torjesen, BSc, speaks to them about their life, work, and expectations.

While half of medical students in Germany are women, women comprise only 5% of doctors in cardiothoracic surgery. Ten years ago, that figure was only 2%. Against this

make a special contribution to this city, which was at that time still divided."

Dr Ina Ennker came to the Institute to do a cardiothoracic



Circulation: European Perspectives

Medizinische Teamleistung-Markenbildung

- 1) Vorbildfunktion des ärztlichen Team
- 2) **positive Imagebildung**
-herausragende medizinische Leistungen
- 3) Förderung der beruflichen und persönlichen Ziele
- 4) Gewährleistung adäquater Ausbildung
- 5) Gemeinsames Vorgehen - Chefarzt, Klinikträger, Pflege

Transparenz und Qualitätssicherung in der Chirurgie

Qualitätssicherung in der Medizin ist ein seit Jahren propagiertes Thema. In allen Disziplinen werden entsprechende Bemühungen in Hinblick auf eine adäquate Umsetzung dieser Thematik durchgeführt.

zusammengefallenen Daten werden kontinuierlich gesammelt und am Jahresbeginn dann für das Vorjahr zusammengetragen in wöchentlichen Klinik

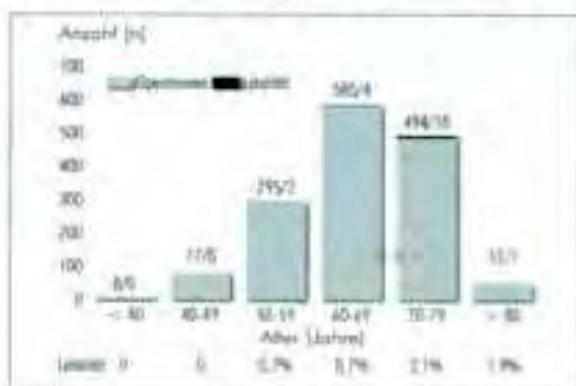
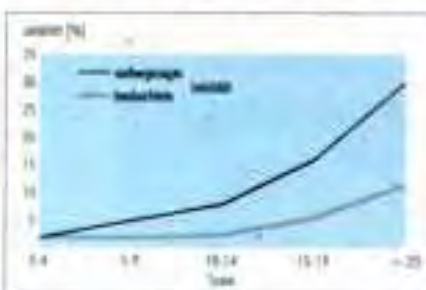
Insbesondere die Chirurgie, speziell die Herzchirurgie, ist aufgrund der Messbarkeit von verschiedenen Patientenvariablen, von präoperativen, perioperativen und postoperativen Ergebnissen für eine eingehende Evaluation besonders geeignet. Diese Daten werden seit 1989 jährlich gesammelt und



Prof. Dr. Dr. med. J. Essler

damit von der Arbeitsgruppe für Qualitätssicherung in der Herzchirurgie der Deutschen Gesellschaft für Thorax, Herz- und Gefäßchirurgie zentral ausgewertet. Die generierten Durchschnittswerte werden derzeit an die übermittelnden Kliniken zurückgesandt, so daß sich jede teilnehmende Klinik mit den eigenen Ergebnissen

analysieren werden. Diese Beson- denheiten erteilt in Hinblick auf ihr bezogene Kennzahlen, Analysen, Publikationszahlen, Letalitätstrends, den kontinuierlichen



Zusammenfassung

Während in Amerika in einzelnen Bundesstaaten Patienten die Ergebnisse der jeweiligen Herzchirurgischen im sogenannten „Consumer Guide to Cardiac Surgery“ nachlesen können und die Konsequenzen derartiger Publizität aufgrund nicht akzeptierter Resultate im Einzelfall zu Wanderungsbewegungen der Patienten von einem Bundesstaat in den anderen führen, findet in Deutschland die Qualitätskontrolle derzeit nur zumeist unentgeltlich auf quasi freiwilliger Basis

Transparenz und Qualitätssicherung am Herzzentrum Lahr/Baden

Ein Update

Im Jahr 1998 wurde die Qualitätssicherung durch eine öffentliche ISO 9001-Zertifizierung durch den TÜV bestätigt. In der Zertifizierung wurde die Qualitätssicherung im gesamten Krankenhaus als ein zentraler Bestandteil der Qualitätssicherung im gesamten Krankenhaus bestätigt. Die Zertifizierung wurde im Rahmen der ISO 9001-Zertifizierung im Jahr 1998 durch den TÜV bestätigt.

Im Rahmen der Zertifizierung wurde die Qualitätssicherung im gesamten Krankenhaus als ein zentraler Bestandteil der Qualitätssicherung im gesamten Krankenhaus bestätigt. Die Zertifizierung wurde im Rahmen der ISO 9001-Zertifizierung im Jahr 1998 durch den TÜV bestätigt.

Im Rahmen der Zertifizierung wurde die Qualitätssicherung im gesamten Krankenhaus als ein zentraler Bestandteil der Qualitätssicherung im gesamten Krankenhaus bestätigt. Die Zertifizierung wurde im Rahmen der ISO 9001-Zertifizierung im Jahr 1998 durch den TÜV bestätigt.

Im Rahmen der Zertifizierung wurde die Qualitätssicherung im gesamten Krankenhaus als ein zentraler Bestandteil der Qualitätssicherung im gesamten Krankenhaus bestätigt. Die Zertifizierung wurde im Rahmen der ISO 9001-Zertifizierung im Jahr 1998 durch den TÜV bestätigt.

Im Rahmen der Zertifizierung wurde die Qualitätssicherung im gesamten Krankenhaus als ein zentraler Bestandteil der Qualitätssicherung im gesamten Krankenhaus bestätigt. Die Zertifizierung wurde im Rahmen der ISO 9001-Zertifizierung im Jahr 1998 durch den TÜV bestätigt.

Im Rahmen der Zertifizierung wurde die Qualitätssicherung im gesamten Krankenhaus als ein zentraler Bestandteil der Qualitätssicherung im gesamten Krankenhaus bestätigt. Die Zertifizierung wurde im Rahmen der ISO 9001-Zertifizierung im Jahr 1998 durch den TÜV bestätigt.



Prof. Dr. Dr. med. J. Essler

Markenbildung durch Transparenz

diese dem einflussreichen Kollegen...
hat den Zusammenhang der...

seiner Bemühungen...
nicht aufgegeben...

Im Jahr 1998 wurde die Qualitätssicherung durch eine öffentliche ISO 9001-Zertifizierung durch den TÜV bestätigt. In der Zertifizierung wurde die Qualitätssicherung im gesamten Krankenhaus als ein zentraler Bestandteil der Qualitätssicherung im gesamten Krankenhaus bestätigt. Die Zertifizierung wurde im Rahmen der ISO 9001-Zertifizierung im Jahr 1998 durch den TÜV bestätigt.

Im Rahmen der Zertifizierung wurde die Qualitätssicherung im gesamten Krankenhaus als ein zentraler Bestandteil der Qualitätssicherung im gesamten Krankenhaus bestätigt. Die Zertifizierung wurde im Rahmen der ISO 9001-Zertifizierung im Jahr 1998 durch den TÜV bestätigt.

Im Rahmen der Zertifizierung wurde die Qualitätssicherung im gesamten Krankenhaus als ein zentraler Bestandteil der Qualitätssicherung im gesamten Krankenhaus bestätigt. Die Zertifizierung wurde im Rahmen der ISO 9001-Zertifizierung im Jahr 1998 durch den TÜV bestätigt.

Im Rahmen der Zertifizierung wurde die Qualitätssicherung im gesamten Krankenhaus als ein zentraler Bestandteil der Qualitätssicherung im gesamten Krankenhaus bestätigt. Die Zertifizierung wurde im Rahmen der ISO 9001-Zertifizierung im Jahr 1998 durch den TÜV bestätigt.

Im Rahmen der Zertifizierung wurde die Qualitätssicherung im gesamten Krankenhaus als ein zentraler Bestandteil der Qualitätssicherung im gesamten Krankenhaus bestätigt. Die Zertifizierung wurde im Rahmen der ISO 9001-Zertifizierung im Jahr 1998 durch den TÜV bestätigt.

Im Rahmen der Zertifizierung wurde die Qualitätssicherung im gesamten Krankenhaus als ein zentraler Bestandteil der Qualitätssicherung im gesamten Krankenhaus bestätigt. Die Zertifizierung wurde im Rahmen der ISO 9001-Zertifizierung im Jahr 1998 durch den TÜV bestätigt.

Im Rahmen der Zertifizierung wurde die Qualitätssicherung im gesamten Krankenhaus als ein zentraler Bestandteil der Qualitätssicherung im gesamten Krankenhaus bestätigt. Die Zertifizierung wurde im Rahmen der ISO 9001-Zertifizierung im Jahr 1998 durch den TÜV bestätigt.



Im Rahmen der Zertifizierung wurde die Qualitätssicherung im gesamten Krankenhaus als ein zentraler Bestandteil der Qualitätssicherung im gesamten Krankenhaus bestätigt. Die Zertifizierung wurde im Rahmen der ISO 9001-Zertifizierung im Jahr 1998 durch den TÜV bestätigt.

Im Rahmen der Zertifizierung wurde die Qualitätssicherung im gesamten Krankenhaus als ein zentraler Bestandteil der Qualitätssicherung im gesamten Krankenhaus bestätigt. Die Zertifizierung wurde im Rahmen der ISO 9001-Zertifizierung im Jahr 1998 durch den TÜV bestätigt.

Im Rahmen der Zertifizierung wurde die Qualitätssicherung im gesamten Krankenhaus als ein zentraler Bestandteil der Qualitätssicherung im gesamten Krankenhaus bestätigt. Die Zertifizierung wurde im Rahmen der ISO 9001-Zertifizierung im Jahr 1998 durch den TÜV bestätigt.

Im Rahmen der Zertifizierung wurde die Qualitätssicherung im gesamten Krankenhaus als ein zentraler Bestandteil der Qualitätssicherung im gesamten Krankenhaus bestätigt. Die Zertifizierung wurde im Rahmen der ISO 9001-Zertifizierung im Jahr 1998 durch den TÜV bestätigt.

Im Rahmen der Zertifizierung wurde die Qualitätssicherung im gesamten Krankenhaus als ein zentraler Bestandteil der Qualitätssicherung im gesamten Krankenhaus bestätigt. Die Zertifizierung wurde im Rahmen der ISO 9001-Zertifizierung im Jahr 1998 durch den TÜV bestätigt.

KOMMENTAR

Prof. Dr. med. Jürgen Ennker,
Ärztlicher Direktor, MediClin Herzzentrum Lahr/Baden



Wer in Deutschland ein Auto erwirbt, weiß um PS, Hubraum und Zylinder. Wer sich für die Behandlung in einem bestimmten Krankenhaus entscheidet, kennt hingegen nur wenige objektive Qualitätskriterien.

Angesichts von jährlich rund 100 000 akuten kardial bedingten Todesfällen in Deutschland müsste die Notwendigkeit der Aufklärung hinsichtlich Präventions- und Therapiemöglichkeiten eigentlich selbstverständlich sein

fung der eigenen Institution: Weil ein Vergleich plötzlich möglich war, wurden eben nicht nur die positiven, sondern auch negative Ergebnisse aufgezeigt. Aber wie in den USA und später auch anderswo deutlich wurde, kann ein Vergleich der Leistungen auch zu einer Qualitätsverbesserung zum Vorteil der betroffenen Patienten und zum Wettbewerbsvorteil des leistungstransparen-ten Krankenhauses führen. So wurde 1989 im US-Bundesstaat New York das

Daten (BQS, AQUA) derzeit nicht vergleichbar, weil die Follow-up-Rate teilweise nur bei 70 Prozent liegt (statt wie zu verlangen bei 100 Prozent).

Neben diversen Bundesstaaten in den USA ist auch Großbritannien bereits weiter als Deutschland. Dort werden alle herzchirurgischen Ergebnisse auch operatorsbezogen veröffentlicht (<http://heartsurgery.cqc.org.uk>). In seinem Artikel „What is value in health care“ (NEJM 2010; 363:2477–2481) führt M. E. Porter aus: „Value in health care is measured by the outcomes achieved“. In der Folge gilt es, medizinische Ergebnisse transparent zu machen. Denn durch einen Ergebnisvergleich wird es zu einer Verbesserung des „value“ im Gesundheitswesen kommen. Hierdurch werden Patienten, Finanzierer und Bereitsteller von Gesundheitsleistungen profitieren. Die ökonomische Belastbarkeit des Gesundheitswesens steigt.

Die gute Nachricht: Wegen der Um-

TRANSPARENZ DER MORTALITÄTSDATEN

Ethische Bringschuld

(um nur ein Beispiel zu nennen). Das Engagement, mit dem sich die Patienten um Informationen über Behandlungsstrategien, Risiken und Krankenhäuser bemühen, nimmt zudem immer

medizinische Benchmarking eingeführt. Die Folge war ein Rückgang der Mortalität von koronarchirurgisch operierten Patienten von 3,5 auf 2,5 Prozent im Jahr 1994 (www.health.state.ny.us).

Qualitätsmanagement

30-Tage-Letalität

Qualitätsziel: Möglichst geringe 30-Tage-Letalität

Grundgesamtheit: Alle Patienten, die in ihrer ersten Operation koronarchirurgisch und an der Aortenklappe operiert wurden

Notwendige Follow-up-Rate zur Berechnung der 30-Tage-Letalität: $\geq 97\%$

Kennzahl-ID: 2008/HCH-KOMB/47942

Follow-up-Rate

	Krankenhaus 2008		Gesamt 2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit bekanntem Status am 30. Tag postoperativ (Follow-up-Rate)	236 / 236	100,0%	5.860 / 7.700	76,1%
Vorjahresdaten:	Krankenhaus 2007		Gesamt 2007	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Patienten mit bekanntem Status am 30. Tag postoperativ (Follow-up-Rate)	207 / 207	100,0%	5.832 / 7.889	73,2%

64 SERVICE Gesundheitswelt BILD am SONNTAG, 18. Juni 2006

Das 5-Punkte-Programm

So finden Sie die richtige Klinik

NAVIGATOR GESUNDHEITSWESEN

Das Gesundheitssystem ist für die meisten Patienten schon längst undurchschaubar. BamS erklärt in der neuen Serie Navigator Gesundheitswesen in loser Reihenfolge, wie Versicherte sich zurechtfinden können, wo Sie Hilfe und Infos finden. Heute: Krankenhauswahl

Von KERSTIN QUASSOWSKY und CHRISTIAN BUSCH

Erst kommt der Schock, dann die Fragen: „Sie müssen ins Krankenhaus und operiert werden“ – so die knallharte Diagnose des Arztes. Doch welche Klinik ist die beste? Haben die Ärzte dort auch genügend Erfahrung? Entspricht die Behandlung dem neuesten Stand der Forschung?

Experten sagen, worauf ein Patient bei der Suche nach dem richtigen Krankenhaus achten sollte. Die fünf wichtigsten Fragen:

1. Wo gibt es Hilfe?

Erster Ansprechpartner ist der einweisende Arzt. Er kennt sich mit den Häusern in der Umgebung meist gut aus. Ulrich Dembski, Klinikexperte beim AOK-Bundesverband: „Auch die Krankenkassenmitarbeiter geben direkt oder telefonisch Auskunft. Einige Kassen haben auf ihrer Internetseite eine Suchmaschine eingerichtet. Hier können Sie bundesweit nach Krankenhäusern gucken.“ Fragen Sie auch bei Selbsthilfeverbänden

und medizinischen Fachgesellschaften (z. B. Deutsche Schmerzliga oder Deutsche Krebshilfe) nach Adressen.

2. Lohnt ein persönlicher Besuch in der Klinik?

„Auf jeden Fall. Je informierter Sie sind, desto beruhigter können Sie auch die Operation antreten“, sagt Franz Dormann, Geschäftsführer vom Netzwerk „Gesundheitsstadt Berlin“.

„Wir wissen aus Erfahrung, daß selbstbewußte, aufgeklärte Patienten in der Regel besser von den Ärzten behandelt werden“, so der Experte. Sein Rat: „Sprechen Sie mit dem Facharzt, der Sie operieren wird. Fragen Sie ihn nach Therapiedetails, und gewinnen Sie einen Eindruck von der Atmosphäre und der Einrichtung. Je besser Ihr Gefühl ist, desto angstärmer werden Sie ins Krankenhaus gehen.“

3. Woran läßt sich eine gute Klinik erkennen?

Dormann: „Achten Sie darauf, ob die Klinik auf Ihre Erkrankung spezialisiert ist und die behandelnden Ärzte den Eingriff oder die Behandlung genügend häufig ausführen. Das spricht für ausreichend Erfahrung.“ Beispiel: Beim Einsetzen von Knieprothesen gelten 50 Operationen pro Jahr und Klinik als Mindestzahl. „Fragen Sie, wie oft Ihr Operateur

den Eingriff schon gemacht hat.“ Wichtig sind auch Langzeitergebnisse. Dormann: „Erkundigen Sie sich nach der Anzahl von Wundheilungsstörungen, und fragen Sie beispielsweise, wie viele der Kniepatienten nach einem halben Jahr wieder gut laufen.“

4. Was taugen die Qualitätsberichte der Krankenhäuser?

Alle Krankenhäuser müssen Qualitätsberichte veröffentlichen, weil sie per Gesetz dazu verpflichtet sind. Daniela Riese, Verband der Angestellten-Krankenkassen (VdAK): „In den meisten Fällen sind das aber nur Strukturdaten, die noch dazu für Laien undurchschaubar sind“, so die Expertin. „Wirkliche Qualitätsmerkmale wie Komplikations- oder Sterblichkeitsraten gehen nicht bei allen Krankenhäu-



ern daraus hervor.“ (Infos: www.g-qb.de; www.klinik-lotse.de.; www.qualitaetsbericht.de.) „Somit wird die Kliniksuche manchmal zur Glücksache“, sagt Daniela Riese. Allerdings: Ein Drittel der rund 2000 Kliniken in Deutschland veröffentlicht freiwillig Daten über Wundheilungsstörungen und andere Komplikationen im Internet. Vorbildlich dabei sind 44 Berliner Kliniken (Infos: www.gesundheitsstadt-berlin.de), das Hamburger Universitätsklinikum (www.uke.de) und Kliniken der Rhein-Ruhr-Region (www.kliniken-rhein-ruhr.de).

5. Arbeiten die Kliniken auch mit Schmerztherapeuten zusammen?

Nach Operationen ist eine frühzeitige Mobilisierung wichtig. Das geht nur ohne Schmerzen. Dr. Gerhard Müller-Schwefe, Schmerzmediziner aus Göppingen: „Werden diese nicht frühzeitig und ausreichend behandelt, kann es zu dauerhaften Schmerzen, dem sogenannten Schmerzgedächtnis, kommen.“ Besprechen Sie daher die Schmerzbehandlung mit Narkosearzt und Operateur. Müller-Schwefe: „Fragen Sie auch, ob der Schmerz mittels einer Schmerzskala gemessen wird. Das ist eine Voraussetzung für eine gute Behandlung.“

DCHUNGEL
Auf der Suche nach dem richtigen Krankenhaus sollte sich der Patient vorher ausführlich informieren

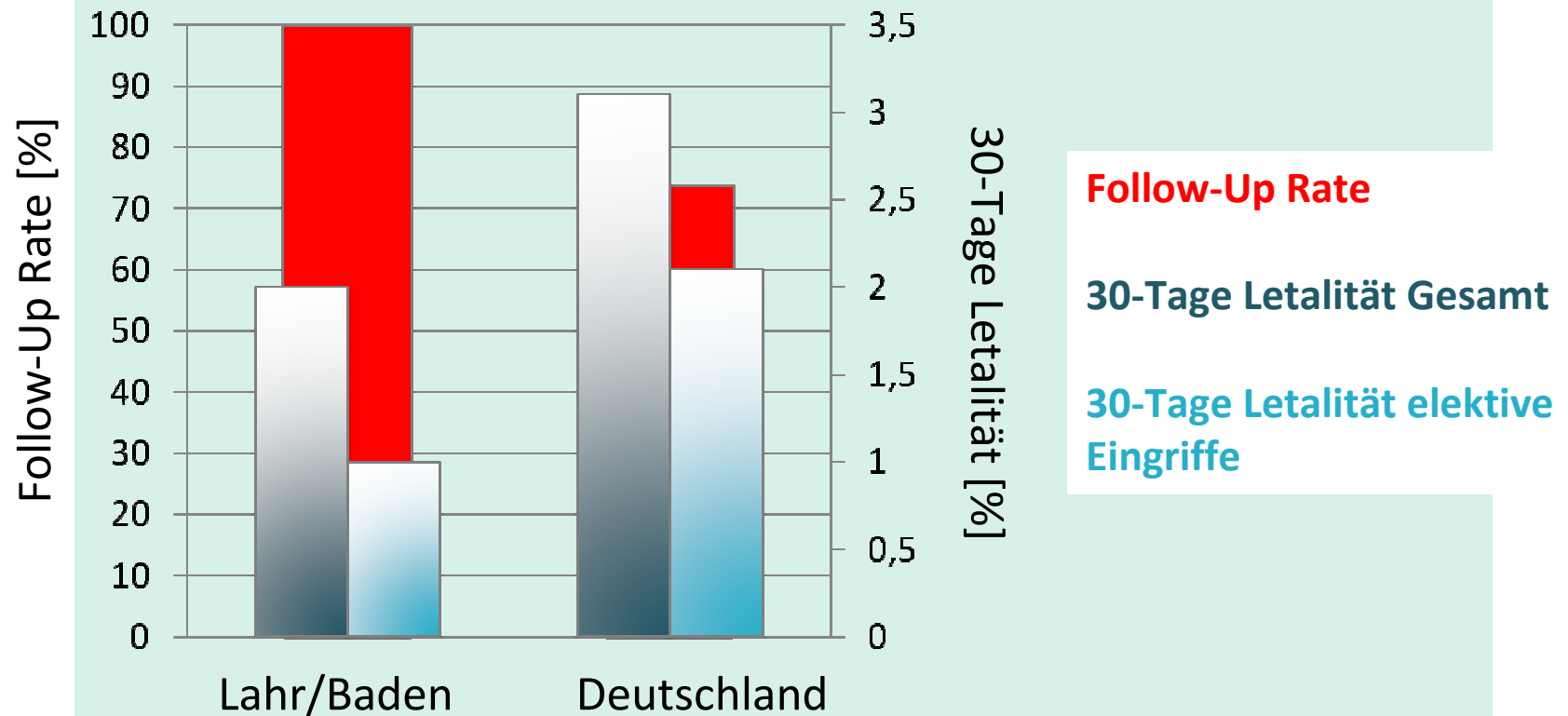
Medizinische Teamleistung-Markenbildung

Gewährleistung von herausragenden chirurgischen Leistungen

„Eigenschaften der vom Dienstleister erbrachten Dienstleistungen müssen auf lange Zeit dem Image entsprechen, das der Dienstleister kommuniziert.“

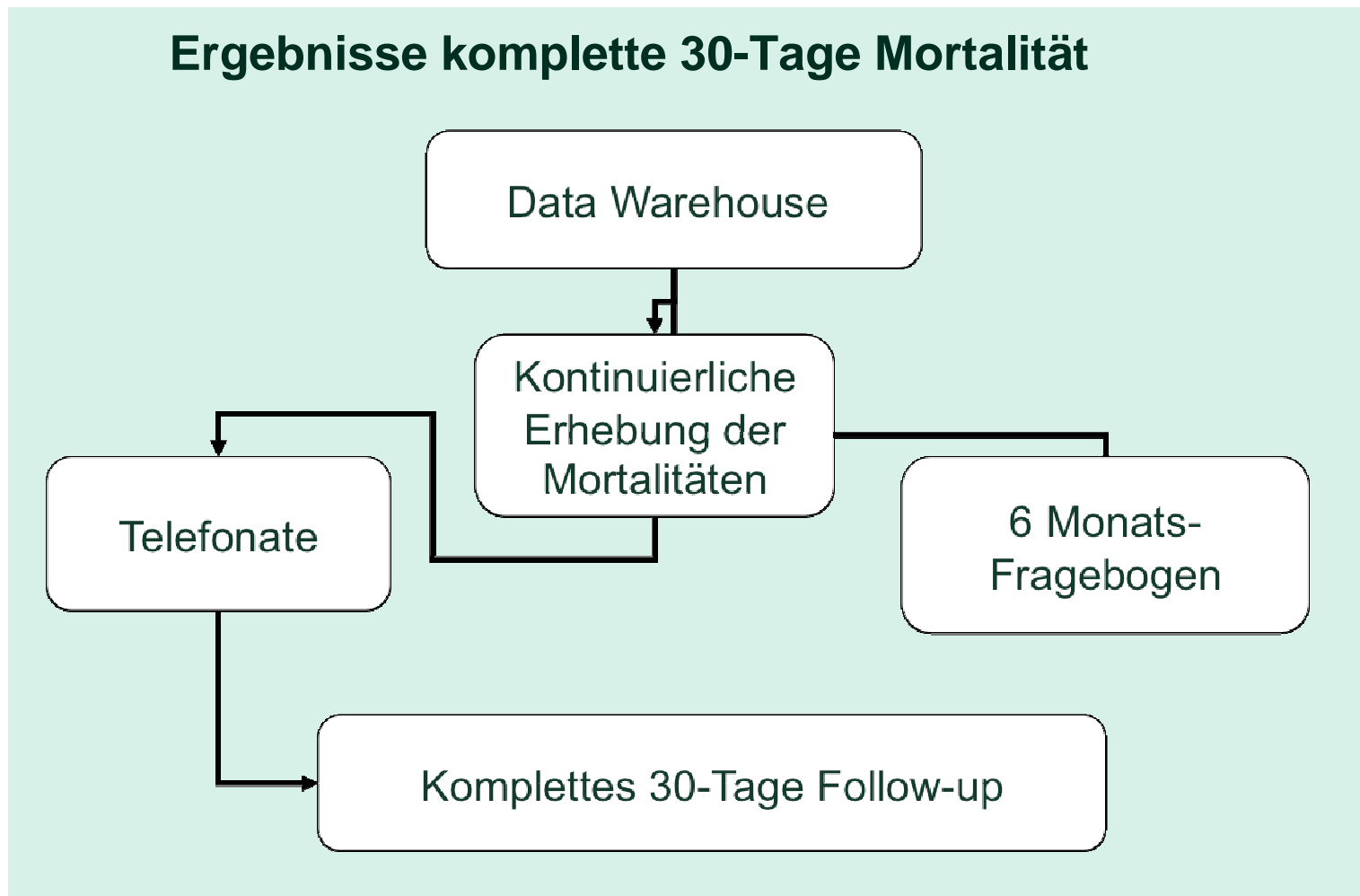
Medizinische Teamleistung-Markenbildung

BQS Leistungsstatistik 30-Tage Letalität isolierte Bypass-Operationen 2008



Qualitätskontrolle

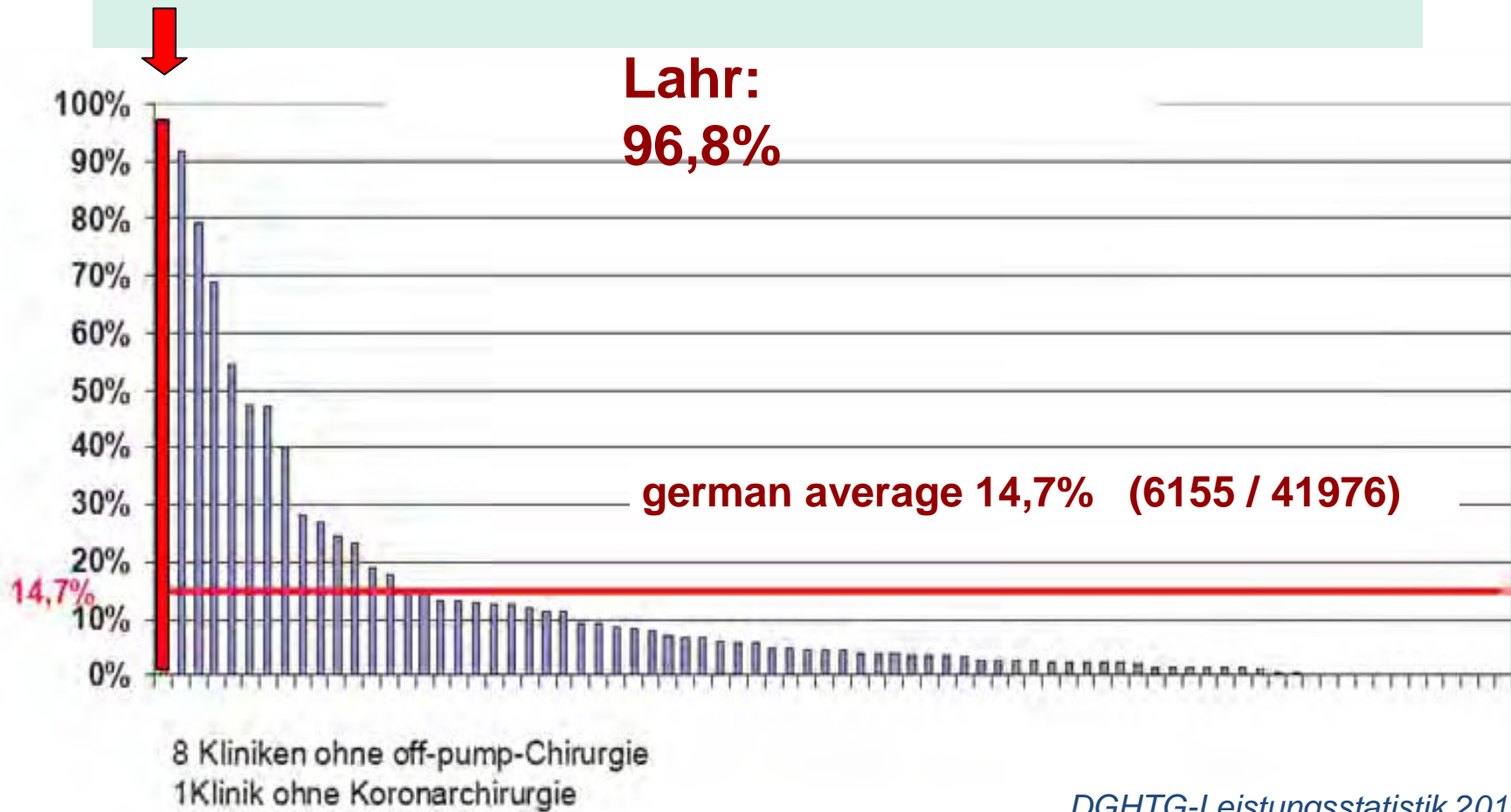
Ergebnisse komplette 30-Tage Mortalität



Albert AA, Rosendahl U, Ennker J, Freund J. 30 days-follow-up in cardiac surgery: method and costs. *Gesundh Ökon Qual Manag.* 2003;8:1-4.

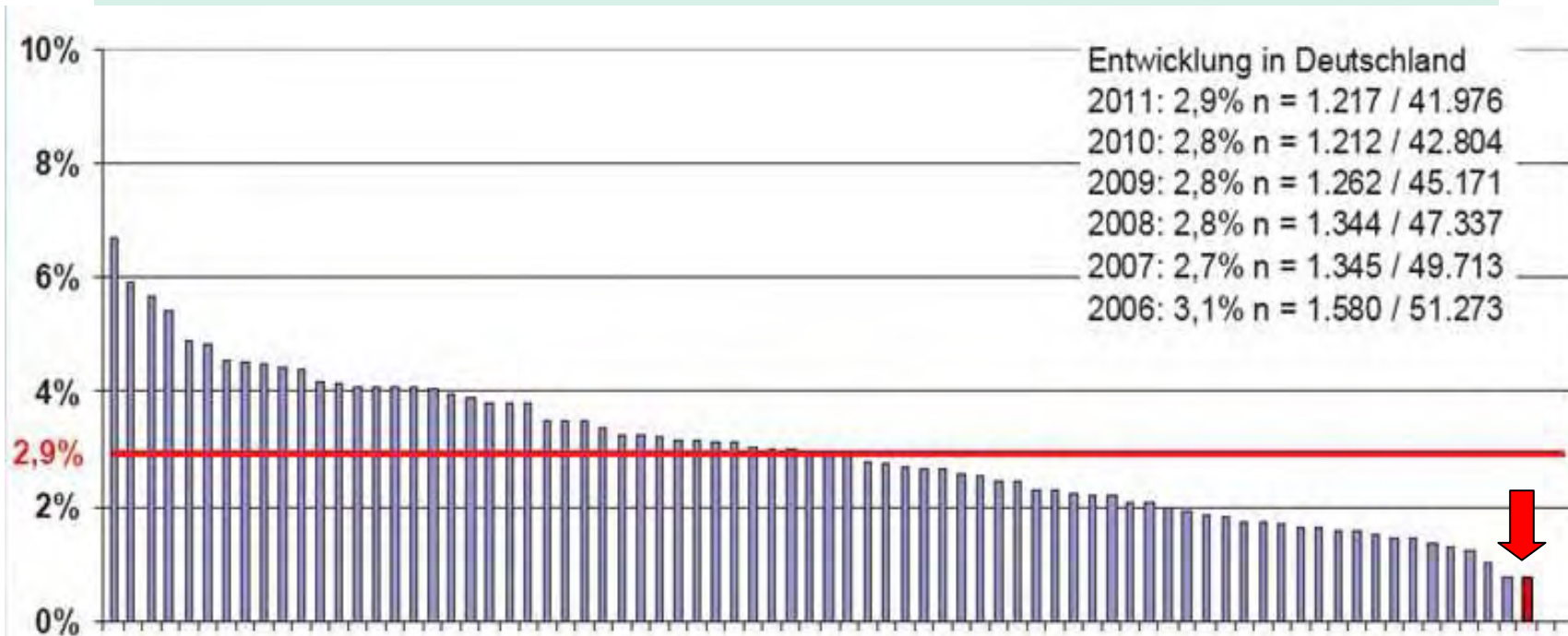
	DGHT 2009	DGHT 2010	HZ-Lahr 2009	HZ-Lahr 2010
Anteil Re-OP	8,6 %	8,8 %	12,6 %	15,3 %
Anteil ON-Pump	86,9 %	85,1 %	20,6 %	5,6 %
Anteil OFF-Pump	13,1 %	14,9 %	79,4 %	94,4 %
Ges.Letalität	2,8 %	2,8 %	1,7 %	1,0%
Letalität OFF Pump	1,8 %	1,8 %	0,9%	0,7 %
Anteil der vollständig Arteriell ausgeführten	20,7 %	21,2 %	55,5 %	56,6 %

Isolated coronary artery surgery 2011 Percentage of bypass procedures without pump



DGHTG-Leistungsstatistik 2011

Isolated coronary artery surgery 2011 mortality



1 Klinik ohne Koronarchirurgie, 1 Klinik ohne Angaben zu Verstorbenen

**Lahr 2011:
0,6%**

DGHTG-Leistungsstatistik 2011

3 Year Mortality in Consecutive elective Coronary Artery Patients J. Ennker 2009 - 2011

	2009	death	2010	death	2011	death	total
OPCAB conversion	125 1	0	140 1	0	123 0	0	388 Pat., mortality n = 0 conversion n = 2
on pump	12	0	2	0	0	0	14 Pat., mortality n = 0
re-do on pump	7 2	1 0	1 5	0 0	1 7	0 0	9 Pat., mortality n = 1
re-do OPCAB							re-do OPCAB 14 mortality = 0
total OPCAB + on pump	137	1	142	0	131	0	425 Pat., mortality n = 1 (1 re-do) = 0,23 %

complete arterial revascularisation 2011: 97,7 %

Medizinische Teamleistung-Markenbildung

Imagebildung = Vertrauensbildung

Ohne Vertrauen, kein Gang zum Arzt

Ohne Transparenz, kein Vertrauen

Medizinische Teamleistung-Markenbildung

Vertrauensbildung durch Transparenz

Veröffentlichung von chir. Ergebnissen seit Kliniköffnung

- sofortiger Versand des OP-Berichts
- BQS Daten, Mortalitätsdaten im Internet
- jährliche Ergebnisse für Einweiser der eigenen Patienten

Persönlicher Kontakt und Verfügbarkeit für den Patienten

- tägliche Rücksprache
- Vorträge, Vorlesungen, ...
- Patientengerechte Informationsschreiben,
Tag der offenen Tür etc. ...

MediClin integriert.



Medizinische Teamleistung-Markenbildung



PRÄVENTION AKUT REHA PFLEGE

Jahresberichte

MediClin integriert.



Medizinische Teamleistung-Markenbildung



Internet: www.mediclin.de

Medizinische Teamleistung-Markenbildung

- 1) Vorbildfunktion des ärztlichen Team
- 2) positive Imagebildung - herausragende medizinische Leistungen
- 3) **Förderung der beruflichen und persönlichen Ziele**
- 4) **Gemeinsames Vorgehen - Ärzte, Klinikträger, Pflege**

Medizinische Teamleistung-Markenbildung

- 1) 1994 Klinikgründung mit 40 Mitarbeitern aus dem DHZBerlin
- 2) 2011 - mitgekommene ärztl Mitarbeiter alle noch da
- 3) 2011 - 48 % Kolleginnen
- 4) 2011 - 57 % ärztl Mitarbeiter mit Migrationshintergrund

DataMart Online-Berichtswesen

Zeitraum - Selektion ignorieren

1.1.1996 bis 22.05.2006

Auswahl fertig?

>>> Neu berechnen <<<

[[Home](#) | [Erläuterungen](#)]

Alle Operationsarten - einzeln

- ACVB
- OPCAB
- AKE
- AKE_ACVB
- MKE
- MKE_ACVB
- MKR
- MKR_ACVB
- AKE_MK
- TKR_MK

Alle Operateure - gesamt

- AbuA
- AlbA
- BauK
- BauS
- BehM
- BelC
- BerN
- DalF
- EnnI
- EnnJ

Erwartete Mortalitäten - anzeigen

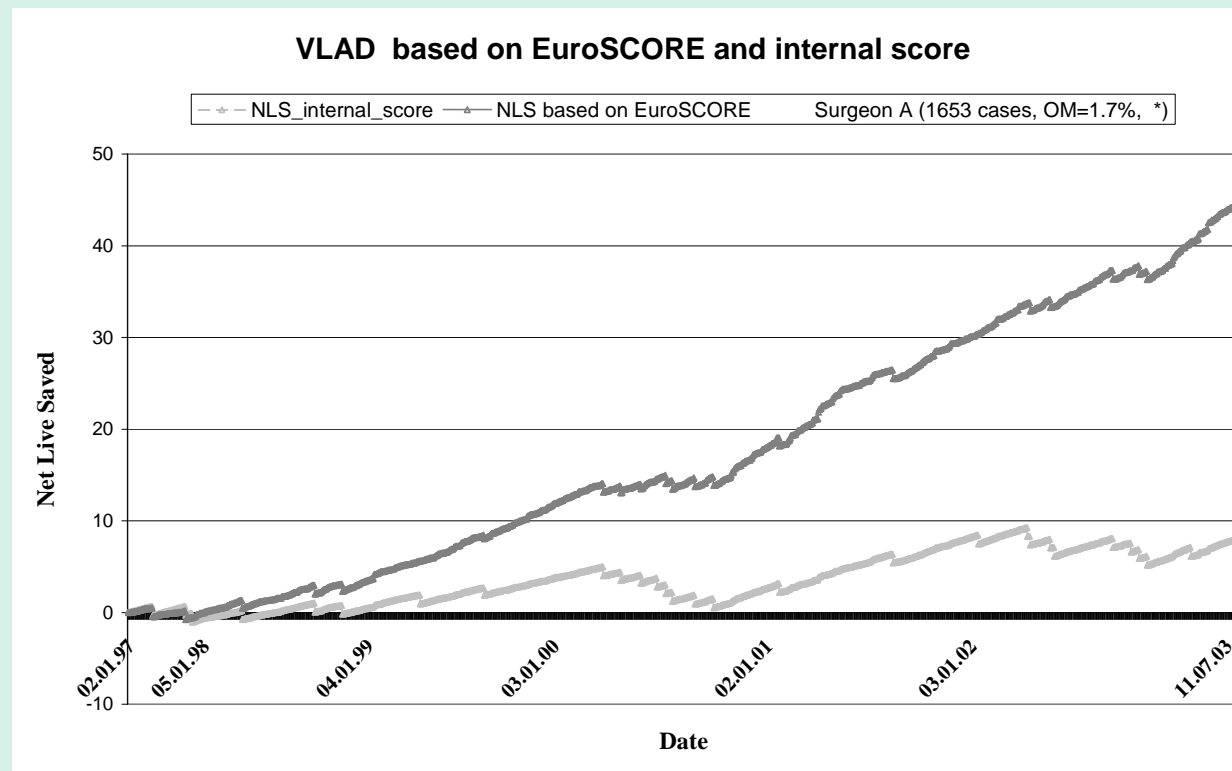
- EuroSCORE (ES)
- Cleveland Clinic Score (CCS)
- Initial Parsonnet Score (IPS)
- French Score (FS)
- Pons Score (PS)
- Ontario Province Risk Score (OPRS)
- BQS Score (BQSS)

Operationstyp	Operateur	# Eingriffe	# Verstorben	Letalität in %
ACVB	Alle	10531	148	1.41
AKE	Alle	1663	46	2.77
AKE_ACVB	Alle	1177	52	4.42
AKE_MK	Alle	130	9	6.92
Aorten chirurgie	Alle	429	19	4.43
ASD	Alle	45	0	0.00
Infarkt_VSD	Alle	17	5	29.41
MKE	Alle	302	11	3.64
MKE_ACVB	Alle	142	7	4.93
MKR	Alle	232	4	1.72
MKR_ACVB	Alle	154	6	3.90
OPCAB	Alle	1028	14	1.36
Re_ACVB	Alle	527	18	3.42
Re_Klappen	Alle	249	23	9.24
TKR_MK	Alle	22	1	4.55
Ventrikeln eurysma	Alle	214	10	4.67
_No_HLM_Support	Alle	1868	17	0.91
_Sonstiges	Alle	472	36	7.63

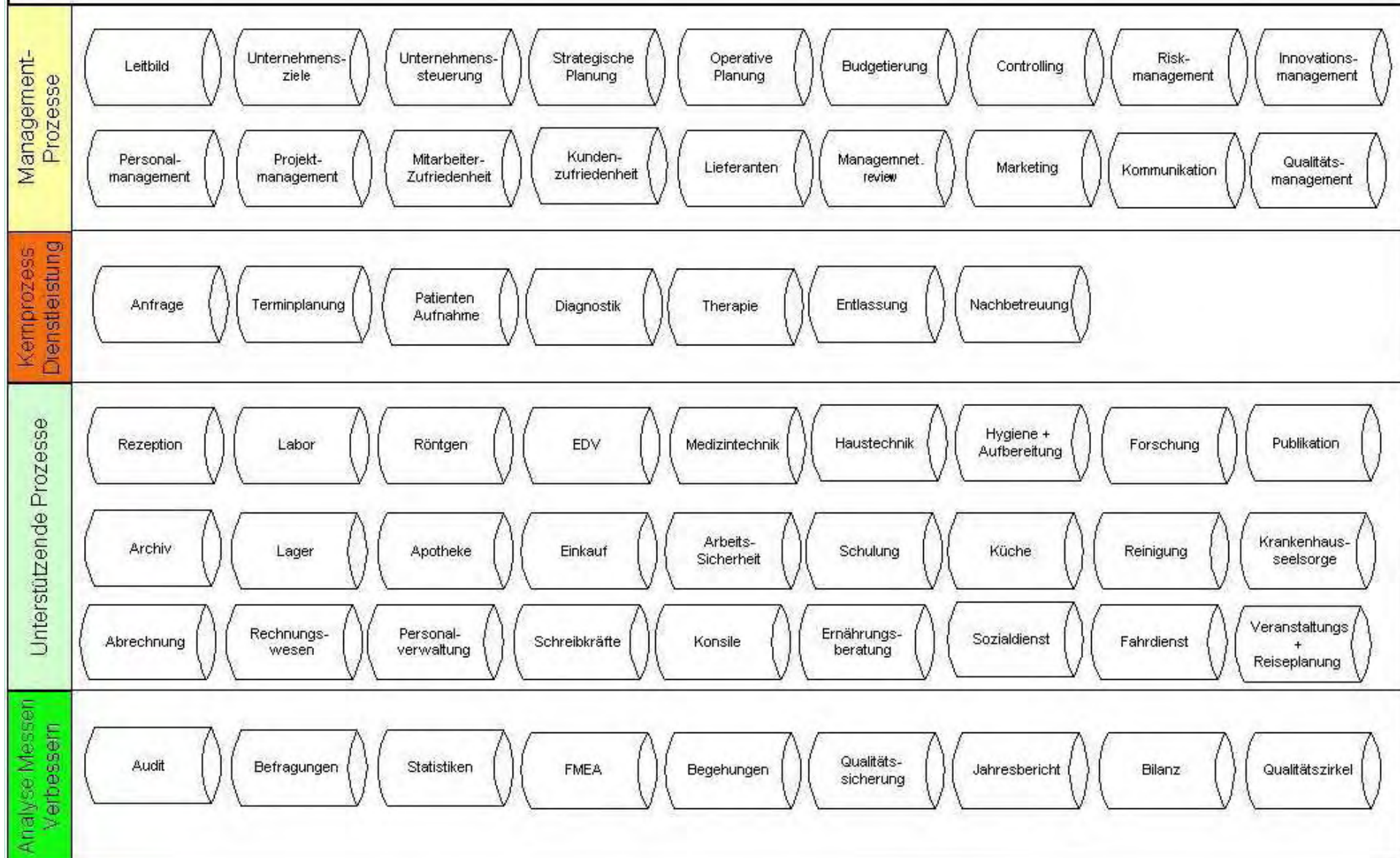
Mortality by EuroScore and Surgeons Herzzentrum Lahr\ Baden

Operateur	No of Op	In-hospital- mortality	30-days- mortality	Mortality	Average EuroScore
1	303	3.3%	3.63%	3.45%	6.74
2	331	2.4%	2.42%	2.4%	6.07
3	296	3.0%	1.01%	2.0%	5.69
4	310	2.6%	2.26%	2.4%	5.65
5	77	1.3%	2.6%	1.95%	5.15
6	282	2.1%	1.77%	1.94%	4.71
7	149	0%	2.00%	1.00%	4.18

Variable life adjusted display - VLAD Leistungskurve eines einzelnen Operateurs



**Risk adjusted Trends werden erfasst während der Lernkurve sowie nach 600 Operationen. Die Ergebnisse führten zu einer gestiegenen Supervision von jüngeren aber auch erfahrenen Kollegen.
Die Gesamtergebnisse sind besser im Vergleich zum Klinikdurchschnitt und deutlich besser im Vergleich zum EuroSCORE.**



Medizinische Teamleistung-Markenbildung

Risikomanagement

Critical Incident Reporting System

- Auf allen Ebenen einsehbar
 - Benennt identifizierbare Risiken
 - Kündigt organisatorische Änderungen an
-
- hohes Maß an Patientensicherheit
 - gesteigerte Behandlungsqualität
 - kostengünstigere Versorgung

Medizinische Teamleistung-Markenbildung

- 1) Vorbildfunktion des ärztlichen Team
- 2) positive Imagebildung - herausragende medizinische Leistungen
- 3) Förderung der beruflichen und persönlichen Ziele
- 4) Interessenausgleich - Ärzte, Klinikträger, Pflege

Medizinische Teamleistung-Markenbildung

Einvernehmliche Personalpolitik

- 1) **adäquater Stellenschlüssel**
- 2) **Vergütungsstruktur**
- 3) **Zielvereinbarungen, Honorierung wiss. Leistungen**
- 4) **Förderung der Anteils von ärztl. Mitarbeiterinnen**
- 5) **Fort- und Weiterbildung**

Tod durch Personalmangel?

WESTMEAD – Die Mortalität auf Intensivstationen ist in Schichten mit hoher Arbeitsbelastung mehr als doppelt so hoch wie in jenen mit niedriger Belastung. Dies ergab eine 4-Jahres-Studie mit 1025 Patienten einer Erwachsenen-Intensivstation in Schottland.

Fast 50 Tote mehr

Verglichen wurde zum einen die angenommene Mortalität – ermittelt durch den APACHE II (Acute Physiology, Age and Chronic Health Evaluation) Score – mit der tatsächlichen Sterblichkeit: Insgesamt starben 49 Patienten mehr als erwartet. Außerdem nahm die Wahrscheinlichkeit zu sterben mit höherer personeller

Arbeitsbelastung zu und war umso höher, je weniger Pflegepersonal für ein Bett zur Verfügung stand. Die Autoren erklären sich das u.a. mit dem Zeitmangel für medizinisch notwendige Maßnahmen und der größeren Gefahr von Behandlungsfehlern bei personeller Arbeitsüberlastung.

Diese Ergebnisse sollten zukünftig sowohl bei der Personalplanung als auch beim Risiko-Management von Intensivstationen – nicht zuletzt auch im Sinne eines guten Qualitätsmanagements – berücksichtigt werden, schreiben die Studienautoren im „Lancet“. mt

Quelle: Professor W. O. Tarnow-Mordi, Neonatology, Westmead Hospital, Westmead, et al.; The Lancet, Vol. 356, No. 9225 (2000), S. 185 – 189

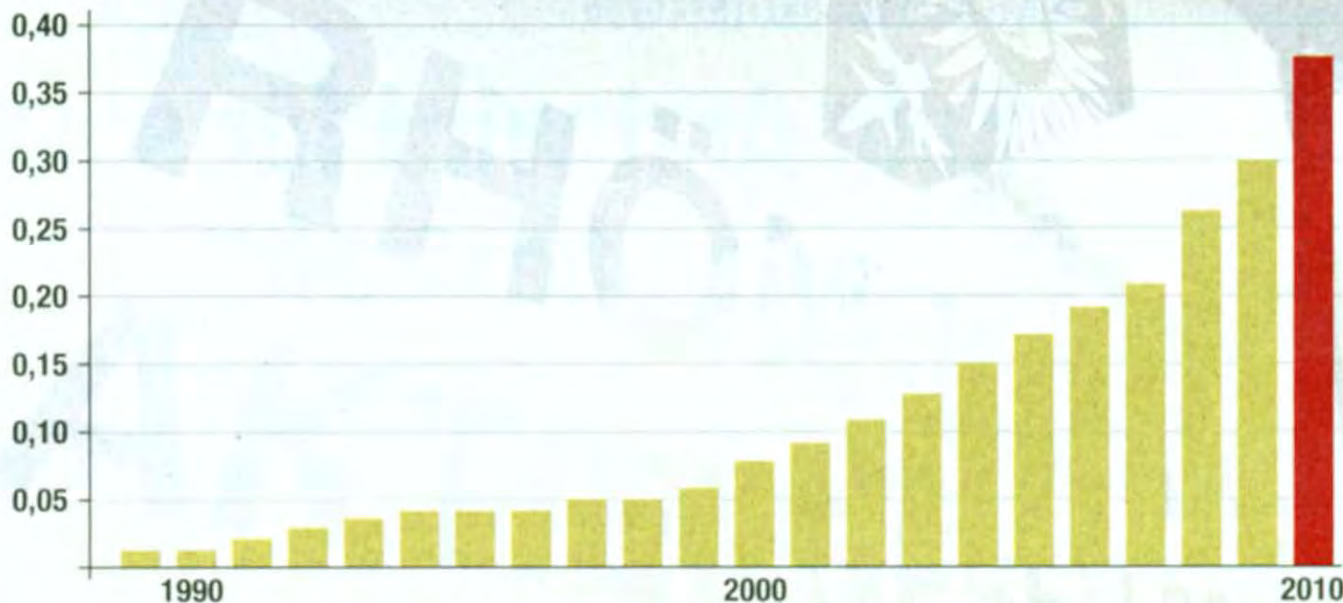
RHÖN-KLINIKUM AG

Gewinn mit Nebengeräuschen

Die Aktionäre des privaten Klinikbetreibers freuen sich über eine Rekorddividende. Kritiker behaupten, der ökonomische Erfolg des Konzerns werde teuer erkauft.

GRAFIK

Dividendenentwicklung der Rhön-Klinikum AG seit dem Börsengang 1989 (in Euro je Aktie)



„Insbesondere an Wochenenden, aber auch im Tagesverlauf unter der Woche, ist es in den vergangenen Wochen mehrfach zu Situationen gekommen, wo mehrere schwer kranke Patienten gleichzeitig behandelt werden müssten und dies mit der aktuellen Personalsituation nicht in adäquater Weise ... erfolgen konnte.“



Beurteilung des Behandlungsverlaufs durch Patienten

Kennzahlen, in Prozent

Patientenbefragung	Deutschland	Australien	Kanada	Neusee-land	GB	USA
Vor der Krankenhausbehandlung sind alle Risiken erklärt worden						
• Komplet	65	65	67	61	62	66
• Partiiell	20	10	11	13	14	15
• Überhaupt nicht	12	18	21	17	16	14
Fehlende Kommunikation ggü. den Patienten (ÄD und Pflegepersonal)						
• Mangelnde Kommunikation zwischen Krankenhauspersonal bezüglich der Behandlung	12	16	13	17	17	17
• Fehlende Kommunikation ggü. Patienten	17	12	16	20	16	17
• Beide o.g. Kommunikationsprobleme wurden erlebt	23	22	19	26	22	25
• ÄD und Pflegepersonal haben Patienten nicht genügend in die Behandlungsmessung mit einbezogen	21	22	27	19	22	16
Erfahrungen bei der Entlassung						
• Habe keine klare Anweisung bez. möglicher Symptome erhalten	23	18	17	14	26	11
• Wusste nicht, wen ich i.S. Behandlung kontaktieren sollte	12	9	12	9	12	8
• Kein Follow-up arrangiert	50	23	30	23	19	27
• Schlechtes Entlassmanagement	60	36	41	33	37	33

Quelle: Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Sicker Adults, 2005

TrendForum Klinik

Arbeitgeberattraktivität – Wer ist wichtiger: Chefarzt oder Klinik?
Fachtagung für Vorstände, kaufmännische/ärztliche Führungskräfte und Personaler



Drei Impulsvorträge reflektieren aus
jeweils unterschiedlicher Sicht Wege oder Irrwege:

Bedeutung ärztlicher Kompetenz

PD Dr. Jürgen Ennker
(Ärztlicher Direktor/Chefarzt der Klinik
für Herz-/Thorax-/Gefäßchirurgie, MediClin Herzzentrum Lahr)

Medizinische Teamleistung-Markenbildung

„Der Wettbewerb entscheidet sich in den Köpfen und Herzen der Patienten“

Moral

Erfahrung

Intelligenz

Patientenzuwendung

Exzellenz

Einfühlungsvermögen

Integrität

Ergebnisse

Medizinische Teamleistung-Markenbildung

FAZIT

- 1) Ohne gute Medizin läuft nichts (Erbringer der Kernleistung)
- 2) Adäquate Interaktion Medizin - Klinikträger
- 3) Klinik muss Interessen der Mitarbeiter abdecken
- 4) Vertrauensvoller Umgang mit Patienten – Geborgenheit
- 5) **Medizinische Teamleistung essentiell für
Markenbildung**

www.ennker.de

**[www.mediclin.de/
herzzentrum-lahr](http://www.mediclin.de/herzzentrum-lahr)**

**Mediclin Herzzentrum Lahr/Baden
Hohbergweg 2, 77933 Lahr**