



... ist ein Beginn,  
zusammenbleiben  
ist ein Fortschritt,  
zusammenarbeiten  
ist ein Erfolg.“

Henry Ford

# Das Unfallkrankenhaus Salzburg als überregionales Traumazentrum im TraumaNetzwerk Salzburg

Netzwerken in einem Netzwerk  
verschiedener Kliniken.

Rosa Schmidlechner,  
Wolfgang Voelckel



**N**etzwerken, der Begriff aus Wirtschaft und Politik, hat das Gesundheitssystem erreicht. Ein Netzwerk ist „... eine Gruppe von Menschen, die durch gemeinsame Ansichten, Interessen o.Ä. miteinander verbunden sind. Menschen verfügen über ein tragfähiges Netzwerk, wenn sie viele Bekannte oder Freunde o.Ä. haben, die sie im Bedarfsfall unterstützen.“ So steht es im Duden. Was bedeutet es nun, in einem TraumaNetzwerk zu netzwerken?

## TraumaNetzwerk (TNW) – Ist das neu?

Das TraumaNetzwerk Salzburg ist das erste österreichische TNW und als solches ein Netzwerk aus 8 teilnehmenden Kliniken im Bundesland Salzburg sowie angrenzenden Bezirken Oberösterreichs und der Steiermark. Die Kliniken bzw. unfallchirurgischen Abteilungen der unterschiedlichen Versorgungsstufen verfolgen das gemeinsame Ziel, schwerverletzten Patienten eine durchgängige und optimal

abgestimmte Versorgung zu gewährleisten. Erreicht wird dieser Anspruch durch eine enge Zusammenarbeit, insbesondere auch mit den Rettungsdiensten. In diesem Kontext wurden Behandlungs- und Diagnostikkonzepte abgestimmt, die Kommunikation optimiert und die Basis für ein hausübergreifendes Qualitätsmanagement geschaffen.

## TNW – wer hat's erfunden?

Die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) hat diese Netzwerkbildung ins Leben gerufen. Seit 2006 sind in Deutschland 47 TNW mit 625 teilnehmenden Kliniken zertifiziert.

## TNW – was ist das?

In einem TNW arbeiten Kliniken mit unterschiedlichen Kompetenzen und unterschiedlichen Kapazitäten in der Schwerverletzten-Versorgung zusammen. Im Mittelpunkt steht der Schwerverletzte. Aus



gesundheitspolitischer Sicht bedeutet ein verbessertes Behandlungsergebnis und eine differenzierte Vorhaltung von gemeinsam genutzten, kostenintensiven Ressourcen eine deutliche Effizienzsteigerung des gesamten Systems.

### DAS Ziel im TraumaNetzwerk:

**„Jeder Schwerverletzte soll an jedem Ort ... zu jeder Zeit die gleichen Überlebenschancen haben“**

Durch eine abgestimmte Kooperation qualifizierter Kliniken wird die fachgerechte Versorgung Schwerverletzter vom Unfallort bis zur Rehabilitation sichergestellt. Dafür werden Kliniken mit unterschiedlichen Versorgungsstufen definiert und regional vernetzt. Das Weißbuch Schwerverletztenversorgung der DGU beschreibt die Charakteristika, Aufgaben, erforderliche Strukturen und Prozesse für die Einstufung in ein

- lokales TZ
- regionales TZ oder
- überregionales TZ

Jede Klinik im TNW wird durch ein unabhängiges Unternehmen in einem externen Auditierungsprozess zu den geforderten Strukturen und Prozessen in der Schwerverletztenversorgung überprüft.

### Die Auditvorbereitungen

Das UKH Salzburg hat sich bei der DGU um Anerkennung als überregionales TZ im TNW Salzburg beworben. In einem aufwendigen Auditierungsprozess wurden

anhand eines Kriterienkataloges (Checkliste zum Auditorenbesuch) der DGU in 7 Kapiteln 94 Positionen überprüft. Die Checkliste zum Auditorenbesuch repräsentiert im Kern die Anforderungen an ein Traumazentrum nach den Richtlinien des Weißbuchs Schwerverletztenversorgung der DGU. Überprüft wird die Struktur- und Prozessqualität rund um das Schockraummanagement im Sinne der S3-Leitlinie Schwerverletztenversorgung/Polytrauma der DGU. Die Daten zur Ergebnisqualität generieren sich aus dem TraumaRegister der DGU (vgl. Abb. 2, S. 6).



Weißbuch Schwerverletztenversorgung der DGU

### Die Kriterien an ein überregionales Traumazentrum im QM-System der AUVA – Die Qualitätsanforderungen (QA) der AUVA

Die AUVA hat im Jahre 1995 mit der Implementierung eines strukturierten QM-Systems begonnen. Das Kernstück des AUVA QM-Systems sind die von den Einrichtungen der AUVA definierten 43

Qualitätsanforderungen. Die Qualitätsanforderungen sind Zielformulierungen für die unterschiedlichsten Prozesse und Abläufe im Umfeld des Patienten und der Mitarbeiter. Eine QA ist dann vorerst erfüllt, wenn deren inhaltliche Forderung bearbeitet und schriftlich geregelt (Leitlinien, Richtlinien, SOPs, Prozessbeschreibungen,...) ist. Für jede QA wird – individuell für jede Einrichtung und nach dem Deming’schen PDCA-Zyklus – ein

Ziel (oder mehrere), ein Indikator und ein Zielwert gemeinsam mit der Kollegialen Führung festgelegt. Mindestens 2-jährlich erfolgt der Check, also die Überprüfung der Zielerreichung. In der Audit-Checkliste der DGU finden sich zahlreiche Positionen, die mit der Bearbeitung korrelierender QA der AUVA als „vorhanden“ bestätigt werden konnten. Zwei Beispiele sind im Folgenden angeführt.

### Beispiel 2: Umgang mit Blutprodukten

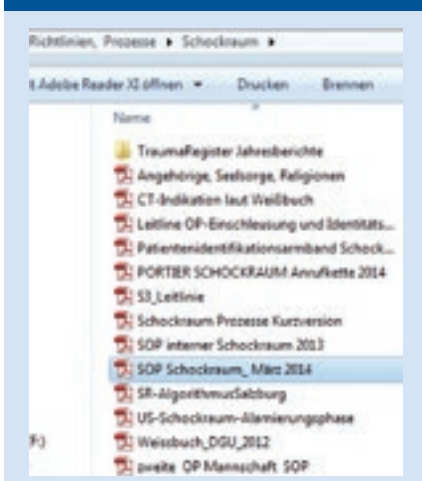
**Kriterien – DGU:**

- „Wer holt das Blut in den Schockraum?“
- „Wie schnell sind Blutgruppen-gleiche Transfusionen verfügbar?“

**Korrespondierende Qualitätsanforderung der AUVA:**

QA 35: „Es ist gewährleistet, dass alle mit transfusionsmedizinischen Belangen befassten Mitarbeitenden über den aktuellen Wissenstand verfügen. Die Verantwort-

Abb. 1: Auszug aus den Regelungen zum Schockraummanagement



### Beispiel 1: Schockraummanagement

**Kriterien – DGU:**

- „Gibt es interdisziplinäre Leitlinien zur Versorgung Schwerverletzter ...“
- „Wie wird ein Polytrauma in ihrer Klinik angemeldet?“
- „Wie läuft die Alarmierung aller (Schockraum)Teammitglieder ...?“

**Korrespondierende Qualitätsanforderung der AUVA:**

QA 19: „Das Schockraummanagement folgt einem klar definierten Plan“. Abbildung 1 zeigt eine Auswahl der vorhandenen Regelungen und Informationen an die Mitarbeiter.

Abb. 3: Regelungen zu QA 35 – Umgang mit Blutprodukten

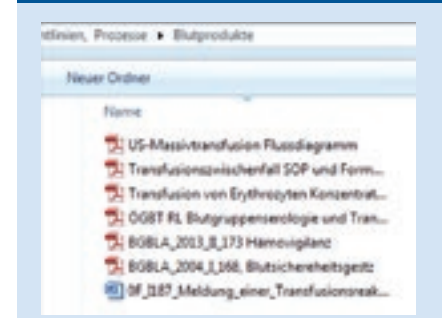


Abb. 2: Indikatoren zur Ergebnisqualität des Schockraummanagements werden aus dem Traumaregister der DGU generiert. Quelle: TraumaRegister DGU. Jahresbericht 2014.

TraumaRegister DGU® A-5010-A Unfallkrankenhaus Salzburg							3
3. Kriterien der Prozessqualität (Auditfilter)							
Die Auswertungen auf dieser Seite beziehen sich nur auf primär versorgte Patienten oder auf Untergruppen von diesen. Bei den Zeiten von Klinikaufnahme bis zur Durchführung der Diagnostik werden jeweils nur Fälle mit gültiger Zeitangabe betrachtet. Eine Standardabweichung (SD) wird nur berechnet, falls Angaben für mindestens 2 Patienten vorhanden sind.							
Kriterien	Ihre Klinik				TR-DGU		
	10 Jahre	2011	2012	2013	2013	10 Jahre	
Primär versorgte Patienten	n=353	n=85	n=109	n=105	n=32.039	n=127.977	
7. Dauer bis zur Durchführung eines Ganzkörper-CT bei allen Patienten, falls durchgeführt [Ø min ± SD]	12 ± 10 n=334	11 ± 6 n=84	10 ± 6 n=97	12 ± 6 n=101	23 ± 17 n=20.471	24 ± 18 n=76.499	



Das Audit beginnt mit einem Einführungsgespräch, gefolgt von der Abfrage der Audit-Checkliste mit Einsicht in vorhandene Regelungen, gefolgt von der Begehung (Hubschrauberlandeplatz, Schockraum, Labor, Intensivstation u.v.a.m.) und endet mit der Nachbesprechung.

lichkeiten sind klar geregelt.“ Abbildung 3 zeigt einen Auszug aus den vorhandenen Regelungen zu QA 35.

## Auswirkungen des Audits auf QM

### 1. Awareness:

Der Auditprozess führt zu einer unmittelbaren Awareness-Steigerung für alle Teilprozesse der Schwerverletztenversorgung. In diesem Kontext wurden u.a. drei Teilprozesse neu identifiziert, für die bislang keine Regelung bestand: Regelung der Angehörigenbetreuung; Feedback-Option für Rettungsdienste; Optimierung der Patientenidentifikation.

### 2. Prozessoptimierung:

Eine weitere Prozessoptimierung erfordert zusätzliches Teamtraining und die regelmäßige Durchführung von Qualitätszirkeln.

### 3. Problemantizipation:

Im Rahmen der Auditvorbereitung wurden Ausnahmeszenarien diskutiert und Lösungsstrukturen erarbeitet; z. B. Neuregelung des Einsatzplans bei einem Massen-anfall von Verletzten.

### 4. Zieldefinition:

Für das Re-Audit in drei Jahren ist die Optimierung der Patientenmanagement- und Behandlungspfade sowie die Einrichtung überregionaler Qualitätszirkel das führende Projekt.

## Schlussfolgerungen

Die Teilnahme an Auditverfahren ist ein geeignetes Instrument, um eine interne Qualitätsverbesserung zu erreichen. Die Zusammenarbeit mit der Stabsstelle Qualitätsmanagement ist dabei von zentraler Bedeutung. Mitarbeiter einbinden und informieren ist Teil des Gelingens und sichert Nachhaltigkeit! ■

### Literatur:

- DGU Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. (2012): Weißbuch Schwerverletztenversorgung. 2., erweiterte Auflage. Thieme. Berlin.

Mag. Rosa Schmidlechner

Stabsstelle Qualitätsmanagement, UKH Salzburg

Prim. Univ. Prof. Dr. Wolfgang Voelckel, M.Sc.

Leitung Institut für Anästhesie und Intensivmedizin, UKH Salzburg