

Lehren aus der COVID-19 Pandemie für den klinischen Alltag - Flexible Personal- und Raumkonzepte und eine Verbesserung des Patientenflusses zur Optimierung von Patientenversorgung und Patientensicherheit

Hintergrund

Während der COVID-19 Pandemie wurden in der Akutmedizin viele Maßnahmen zu Patientenfluss und Patientensicherheit entwickelt, von denen auch der Klinikalltag profitieren kann.

Zu Beginn der COVID-19 Pandemie musste in Deutschland auf Anweisung der Bundesregierung binnen weniger Wochen eine Verdopplung der Intensivtherapiekapazitäten geschaffen werden, um für das erwartete Infektionsgeschehen in der Bevölkerung und für den damit verbundenen gestiegenen Bedarf an intensivtherapeutischer Betreuung extremer Verläufe gerüstet zu sein. Dazu mussten technische Voraussetzungen der Intensivtherapieplätze¹ mit der notwendigen Ausstattung von Beatmungsgeräten und Monitoren - sowie darüber hinaus Bildgebungstechnik und erweiterte Laborausstattung in den Kliniken beschafft, Fachpersonal rekrutiert und ausgebildet, Hygienemaßnahmen überdacht, Informationen und Patientendaten umfassend vernetzt, Patienten- und Personalflüsse sowie Arbeitsabläufe neu strukturiert werden. Manche Regionen, wie zum Beispiel die Region um Heinsberg in Nordrhein-Westfalen als COVID-19 Hotspot im Frühjahr 2020, wurden trotz vorbereitender Maßnahmen an ihre Kapazitätsgrenzen gebracht und waren deshalb noch stärker gefordert, ihre vorhandenen Kapazitäten für die Patientensteuerung und -behandlung zu bündeln. Zudem galt es, sich mit den umliegenden Versorgern zu vernetzen, um eine stabile Patientenversorgung in allen notwendigen Bereichen aufrechtzuerhalten. Viele dieser Maßnahmen wurden innerhalb kürzester Zeit erarbeitet, implementiert und unter Extrembedingungen im klinischen Alltag angewendet. Zwei zentrale Punkte waren dabei, Patienten mit einer möglichen SARS-CoV-2 Infektion sowie Patienten ohne SARS-CoV-2 Infektion sicher, zeitnah und gleichzeitig zu behandeln und ebenso das pflegerische sowie ärztliche Personal vor einer möglichen Infektion ausreichend zu schützen.

In solchen Situationen lassen sich neue Best Practice-Beispiele beobachten, retrospektiv für eine mögliche Weiterführung im klinischen Alltag außerhalb der Pandemie bewerten und gegebenenfalls für eine standardisierte Implementierung aufbereiten und empfehlen.

Methodik

Eine interdisziplinäre Expertenrunde formulierte Best-Practice-Beispiele und prüfte diese Maßnahmen in einem mehrstufigen Abstimmungsprozess auf Mehrwert für die Patientenversorgung und -sicherheit sowie Umsetzbarkeit im Klinikalltag.

In einem ersten Schritt wurde hierfür eine angepasste Delphi-Umfrage durchgeführt. Die Ergebnisse und Erkenntnisse aus der Delphi-Umfrage wurden in einem nächsten Schritt während eines runden Tisches validiert, vertieft und priorisiert, die jetzt mit praktischen Fallbeispielen untermauert und zur Publikation gebracht werden sollen.

Ergebniszusammenfassung

Den größten Mehrwert einer Operationalisierung von Best-Practice-Beispielen für den Klinikalltag hat die Expertengruppe bei Maßnahmen in den Themenbereichen „Interdisziplinäre Patientensteuerung“,

¹<https://www.degedmed.de/wp-content/uploads/2020/03/200317-Bundesregierung-Grobkonzept-Infrastruktur-Krankenhaus.pdf>.

„Flexibilisierung des Einsatzes von Mitarbeitern in hochspezialisierten Bereichen der Akutmedizin durch moderne Personalkonzepte“ und der „Etablierung einer gelebten situationsangepassten Kommunikation“ gesehen. Die Themengebiete Intensivkapazitätsengpässe, Patientenflussoptimierung, sowie Herausforderungen im Daten- und Informationsfluss sind für viele Kliniken nicht nur während der COVID-19 Pandemie sehr alltägliche Herausforderungen. Die Methodik des Projektes zielte mit der Befragung von Experten zu praktisch umgesetzten Maßnahmen während der Pandemie darauf ab, dass erprobte Maßnahmen und keine zu testenden Theorien formuliert werden, die sich für die Fortführung im klinischen Alltag eignen. Des Weiteren repräsentieren die Experten aus kommunalen Krankenhäusern eine große Gruppe von Krankenhäusern im deutschen Gesundheitssystem, bei denen es ähnliche Herausforderungen und auch Umsetzungsmöglichkeiten und -hürden gibt.

Die Maßnahmen aus der Delphi-Umfrage wurden während des runden Tisches innerhalb einer Matrix (Impact/ Umsetzbarkeit) weiter priorisiert und zusammengefasst. Aus den so formulierten drei Aktionsfeldern (Empfehlungen) lassen sich Fortschritte für die Patientenversorgung in Deutschland postulieren. Die Fortschritte liegen besonders darin begründet, dass Empfehlungen und Fallbeispiele formuliert werden, die sicherstellen, dass der richtige Patient zur richtigen Zeit am richtigen Ort ist. Diese optimierte Patientenflusssteuerung mündet in einer medizinisch notwendigen Verweildauer (VWD) und Vermeidung einer Verlängerung der VWD durch organisatorische Prozessblockaden und nicht synchronisierten Prozessen zwischen den Abteilungen eines Krankenhauses.

Die aktuell wieder ansteigenden COVID-19 Fallzahlen zeigen, dass ein Ende der Pandemie noch nicht abzusehen ist. Dieser Umstand lässt die Wichtigkeit unseres Projektes und die damit verbundenen Empfehlungen noch weiter in den Vordergrund treten. Sinnvolle und aufeinander abgestimmte Behandlungsstrategien haben einen herausragenden Einfluss auf eine sichere und zeitnahe Behandlung aller Patienten.

Alle Maßnahmen wurden bereits während der „ersten Welle“ der Pandemie Anfang dieses Jahres implementiert und werden in einigen Häusern auch weitergeführt. Empfehlungen anhand von Fallbeispielen sowie Weiterentwicklungen seitens Fachgesellschaften und Institutionen (DIVI, RKI) und geplante Implementierungsstudien sollen die Maßnahmen in der klinischen Praxis festigen und ihren nachhaltigen Mehrwert bewerten lassen.

Durch regionale Zusammenarbeit und fachübergreifende Patientensteuerung lassen sich die vorhandenen Kapazitäten in der Akutmedizin im Falle eines erhöhten Bedarfs an intensivmedizinischer Versorgung effizient nutzen, was auch zur Patientensicherheit beiträgt. Die positiven Errungenschaften der interdisziplinären Zusammenarbeit während der Pandemiezeit sollten für den klinischen Alltag operationalisiert werden. Andernfalls würden Fachgruppen und Versorgungseinheiten schnell wieder in alte Muster der Zusammenarbeit innerhalb ihrer Abteilungsgrenzen zurückfallen.