

Öffentlicher Qualitätsbericht für das Jahr 2004

entsprechend der Vereinbarung
gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V
über Inhalt und Umfang eines
strukturierten Qualitätsberichtes
für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser



**DIE
JOHANNITER®** 
Johanniter-Krankenhaus Geesthacht

Einleitung

Einleitung	Seite 3
------------	---------

Basisteil

A-1.1 bis 1.6	Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	Seite 4
A-1.7 A	Fachabteilungen des Krankenhauses	Seite 5
A-1.7 B	Top-30 DRG (nach absoluter Fallzahl) des Gesamtkrankenhauses im Berichtsjahr	Seite 5
A-1.8	Besondere Versorgungsschwerpunkte und Leistungsangebote	Seite 6
A-1.9	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	Seite 7
A-2.0	Abteilungen mit Zulassung zum D-Arztverfahren der BG	Seite 7
A-2.1 ff	Apparative Ausstattung und therapeutische Möglichkeiten	Seite 7
B-1 ff	Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten	Seite 9
B-2 ff	Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten	Seite 25
C	Qualitätssicherung	Seite 28
C-1	Externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V	Seite 28
C-2	Qualitätssicherung beim amb. Operieren nach § 115 b SGB V	Seite 29
C-3	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht (§ 112 SGB V)	Seite 29
C-4	Qualitätssicherungsmaßnahmen bei Disease - Management – Programmen (DMP)	Seite 29
C-5.1	Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach §137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 SGB V	Seite 30
C-5.2	Ergänzende Angaben bei Nicht-Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach §137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 SGB V	Seite 33

Systemteil

D	Qualitätspolitik	Seite 34
E	Qualitätsmanagement und dessen Bewertung	Seite 35
E-1	Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements	Seite 35
E-2	Qualitätsbewertung	Seite 37
E-3	Ergebnisse in der externen Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V	Seite 37
F	Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum	Seite 38
G	Weitergehende Informationen	Seite 40

Herausgeber:

Johanniter-Krankenhaus Geesthacht

**Am Runden Berge 3
21502 Geesthacht**

info@johanniter-krankenhaus.de
www.johanniter-krankenhaus.de/

Verpflichtungserklärung:

Das wahrheitsgemäße Reporting und die vollständige Datenlieferung der Krankenhäuser für die externe Qualitätssicherung sind gesetzlich verpflichtend.

Insbesondere die für eine bundesweit sinnvolle und letztlich dem einzelnen Patienten dienliche vergleichende Auswertung aller Qualitätssicherungsdaten der Krankenhäuser sind die diesem Bericht zugrunde liegende Datensätze von der Geschäftsleitung des **Johanniter-Krankenhauses Geesthacht gGmbH** auf Validität und Vertrauenswürdigkeit geprüft. Die Geschäftsleitung kommt dementsprechend ihrer Verpflichtung gegenüber den Partnern (hier insbesondere den Patienten, den Kassen und der BQS) nach Grundsätzen von Treu und Glauben nach.

Die Geschäftsleitung verpflichtet sich, auch alle weiteren Daten gemäß diesen Grundsätzen an die entsprechenden Stellen zu liefern und innerhalb der zukünftigen Qualitätsberichte in Auszügen darzulegen.

Konformitätserklärung:

Alle diesem Bericht zugrunde liegenden Datensätze sind ordnungsgemäß entsprechend § 19 der Vereinbarung über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB V i.V.m § 135 a SGB V und Beschluss des Bundeskuratoriums Qualitätssicherung vom 05.12.2003 ermittelt, aufbereitet und termingereicht an die dafür vorgesehenen Stellen weitergeleitet worden. Die **Johanniter-Krankenhaus Geesthacht gGmbH** erklärt damit seine Verfahrens-Konformität zu der vorgenannten gesetzlichen Grundlage.

A Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1.1 Allgemeine Merkmale des Krankenhauses (Anschrift, Email, Internetadresse)

Johanniter-Krankenhaus Geesthacht

**Am Runden Berge 3
21502 Geesthacht**

info@johanniter-krankenhaus.de
www.johanniter-krankenhaus.de/

A-1.2 Wie lautet das Institutionskennzeichen des Krankenhauses?

260 100 432

A-1.3 Wie lautet der Name des Krankenhausträgers?

**Johanniter-Gesellschaft für Krankenpflege im Kreis Herzogtum
Lauenburg, gemeinnützige Betriebs-GmbH Geesthacht / Lauenburg**

A-1.4 Handelt es sich um ein akademisches Lehrkrankenhaus?

☐

Ja

☒

Nein

A-1.5 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus nach § 108 / 109 SGB V
(Stichtag 31.12.2004)

327 (inkl. 43 teilstationäre Betten)

A-1.6 Gesamtzahl der im abgelaufenen Kalenderjahr behandelten Patienten:

Stationäre Patienten:

10568

Ambulante Patienten:

9179

A-1.7 A Fachabteilungen

Schlüssel nach § 301 SGB V	Name der Klinik	Zahl der Betten	Zahl Stationäre Fälle	Hauptabt. (HA) oder Belegabt. (BA)	Poliklinik/ Ambulanz ja (j) / nein (n)
1500	Chirurgie	84*	2930	HA	j
0100	Innere Medizin	103*	3640	HA	j
2400	Gynäkologie/Geburtshilfe	45	1829	HA	j
2900	Psychiatrie	50	1050	HA	j
2600	HNO	2	57	BA	n

* Chirurgie und Innere Medizin inkl. jeweils 4 intensivmedizinische Betten

A-1.7 B Top-30 DRG (nach absoluter Fallzahl) des Gesamtkrankenhauses im Berichtsjahr

Rang	DRG 3-stellig	Text	Fallzahl
1	P67	Neugeborenes >2500 g	641
2	O60	Vaginale Entbindung	561
3	B80	Kopfverletzungen	300
4	G67	Entzündung der Speiseröhre und des Magen/Darmtrakt und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane	297
5	I68	Erkrankungen und Verletzungen der Wirbelsäule	216
6	F62	Herzschwäche und Schock	192
7	B70	Schlaganfall	190
8	F73	Kreislaufschwäche mit kurzzeitigem Bewusstseinsverlust	190
9	F67	Bluthochdruck	180
10	E62	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane	168
11	N04	Entfernung der Gebärmutter	157
12	O01	Kaiserschnitt	147

Fortsetzung nächste Seite

Rang	DRG 3-stellig	Text	Fallzahl
13	F71	Herzrhythmusstörungen	124
14	J65	Verletzungen der Haut, Unterhaut und Brust	119
15	G48	Darmspiegelung	113
16	V60	Alkoholvergiftungen	111
17	B76	Krampfanfälle mit äußerst schweren Begleiterecheinungen oder durchgeführten Langzeit EEG	110
18	G66	Bauchschmerzen oder Entzündungen der Lymphknoten im Bauchraum Alter > 55 Jahre und schweren Begleiterkrankungen	110
19	J64	Infektionen/Entzündungen der Haut und Unterhaut	110
20	J62	Bösartige Neubildung der Brust	109
21	F60	Kreislaufferkrankungen mit Herzinfarkt	103
22	B69	Kurzzeitig anhaltende Durchblutungsstörungen im Gehirn	101
23	G47	Magenspiegelungen	101
24	H08	Gallenblasenentfernung mittels Bauchspiegelung	100
25	I10	Eingriffe an der Wirbelsäule	99
26	F66	Verkalkungen der Herzkranzgefäße	98
27	G07	Blinddarmentfernungen	98
28	G50	Magenspiegelungen	96
29	O65	Vorgeburtliche stationäre Aufnahme mit äußerst schweren Begleiterkrankungen	94
30	I 13	Eingriffe an Oberarm, Schienbein, Wadenbein und Sprunggelenk	86

A-1.8

Welche besonderen Versorgungsschwerpunkte und Leistungsangebote werden vom Krankenhaus wahrgenommen?

siehe B1

Für psychiatrische Fachkrankenhäuser bzw. Krankenhäuser mit psychiatrischen Fachabteilungen:
Besteht eine regionale Versorgungspflicht?

☒ Ja

☐ Nein

A-1.9 Welche ambulanten Behandlungsmöglichkeiten bestehen?

- Möglichkeiten ambulanter Operationen nach § 115b SGB V, alle somatischen Fachabteilungen
- Ambulante Behandlung durch Krankenhausärzte § 116 SGB V,
- Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser bei Unterversorgung § 116 a SGB V
- Ambulante Behandlung im Krankenhaus § 116 b SGB V
- Notfallambulanz
- Psychiatrische Institutsambulanzen § 118 SGB V

A-2.0 Welche Abteilungen haben die Zulassung zum D-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft?

- Chirurgie

A-2.1 Apparative Ausstattung und therapeutische Möglichkeiten

A-2.1.1 Apparative Ausstattung

	Vorhanden				Verfügbarkeit 24 Std. sichergestellt			
Computertomographie (CT)	Ja	X	Nein		Ja	X	Nein	
Magnetresonanztomographie (MRT)	Ja	X	Nein		Ja		Nein	X
Herzkatheterlabor	Ja		Nein	X	Ja		Nein	X
Szintigraphie	Ja		Nein	X	Ja		Nein	X
Positronenemissionstomographie (PET)	Ja		Nein	X	Ja		Nein	X
Angiographie	Ja	X	Nein		Ja	X	Nein	
Schlaflabor	Ja		Nein	X	Ja		Nein	X
Kältekammer	Ja		Nein	X	Ja		Nein	X
Navigationsgerät Knieprothetik	Ja		Nein	X	Ja		Nein	
Stroke Unit	Ja	X	Nein		Ja	X	Nein	

A-2.1.2 Therapeutische Möglichkeiten

	Vorhanden			
Physiotherapie	Ja	X	Nein	
Dialyse	Ja	X	Nein	
Logopädie	Ja		Nein	X
Ergotherapie	Ja	X	Nein	
Schmerztherapie	Ja	X	Nein	
Eigenblutspende	Ja	X	Nein	
Gruppenpsychotherapie	Ja	X	Nein	
Einzelpsychotherapie	Ja	X	Nein	
Psychoedukation	Ja	X	Nein	
Thrombolyse	Ja	X	Nein	
Bestrahlung	Ja		Nein	X
Kältekammer	Ja		Nein	X
Bewegungsbad	Ja	X	Nein	

B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

B-1.1.1 Fachabteilung Chirurgie

Bezeichnung

Chirurgie

Leitung

Dr. Karlheinz Schoppmeier

Zugang via Internet

[direkter Link zur Chirurgie](#)

B-1.2.1 Medizinisches Leistungsspektrum der

Chirurgie

Unfallchirurgie:

- operative Unfallchirurgie mit Ausnahme der operativen Wirbelsäulenchirurgie
- Behandlung von Bagatelleverletzungen bis hin zur Versorgung Schwerstverletzter (sog. Polytrauma) rund um die Uhr
- das gesamte Spektrum der nichtoperativen Unfallchirurgie.

Orthopädische Chirurgie:

- Endoprothetischer Teil- und Völlersatz vom Hüft-, Knie- und Schultergelenken
- „Knopfloch“ Gelenkspiegelungen aller großer Gelenke zur Diagnostik und Therapie
- Einsatz von Spezialanwendungen wie der Laser-Chirurgie Korrigierende Chirurgie des Bewegungsapparates wie beispielsweise Dupuytren'sche, Karpaltunnelsyndrom, Schnellender Finger oder Kniescheibendeformitäten.

Bauchchirurgie:

- Gesamtspektrum der Bauchchirurgie inkl. Der Magen-, Dünn und Dickdarmoperationen, der Gallenblasen-, Blinddarm- und bei gutartigen und bösartigen Erkrankungen mit breitester Anwendung endoskopischer („Knopfloch“) Techniken
- Anwendung von. Laser- und Ultraschallsonden
- operativen Behandlung von Sodbrennen
- Bauchspiegelungen zur Entfernung von Verwachsungen mit schonender Ultraschalltechnik.

Leistenbruchchirurgie

- Klassische Operationsmethoden (mit Operationsnarbe in der Leiste) über modifizierte Methoden (mit Operationsnarbe in der Leiste und mit Implantation von Netzen) bis hin zur endoskopischen („Knopfloch“) Operationsmethoden (ohne Operationsnarbe in der Leiste).

Gefäßchirurgie:

- Krampfaderchirurgie inkl. der endoskopischen ("Knopfloch") Verfahren
- Gesamtspektrum der Port- und Hickman Implantationen
- Operative Korrektur akuter Arterienverschlüsse.

Schilddrüsen Chirurgie:

- Gesamtspektrum der Schilddrüsenchirurgie vom Kropf bis zum Schilddrüsenkrebs.

Kinderchirurgie:

- Blinddarmentfernungen (in überwiegend „Knopflochtechnik“)
- Leistenbruchversorgung und sonstige Allgemeinchirurgie mit besonderen Instrumentarien, wie beispielsweise 3 mm, durchmessende „Knopfloch“ Instrumente.

Urologische Chirurgie:

- Hodenchirurgie (z.B. Wasserbruch)
- Penischirurgie (z.B. Vorhautverengungen)
- diagnostische und therapeutische Blasenspiegelungen
- Nierenoperationen bis zu Nierenentfernungen
- Schienungen der Harnleiter.

B-1.3.1 Besondere Versorgungsschwerpunkte der

Chirurgie**Unfallchirurgie:**

- Polytraumaversorgung (Schwerverletztenversorgung)
- Onkologische Visceralchirurgie (Krebsoperationen des Bauchraumes)
- Minimalinvasive laparoskopische Chirurgie (Knopflochchirurgie).

B-1.4.1 Weitere Leistungsangebote der

Chirurgie

- Hüftsprechstunde
- Sportmedizin
- Rettungsmedizin

B-1.5.1.a TOP-10 DRG (nach absoluter Fallzahl) im abgeschlossenen Berichtsjahr

Chirurgie

Rang	DRG 3-stellig	Text	Fallzahl
1	B80	Kopfverletzungen	299
2	I68	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich	185
3	G67	Entzündungen der Speiseröhre u. des Magendarmtraktes sowie verschied. Erkrankungen der Verdauungsorgane	156
4	J65	Verletzung der Haut, Unterhaut und Brust	116
5	H08	Gallenblasenentfernung mittels Bauchspiegelung	100
6	G07	Blinddarmentfernung bei Bauchfellentzündung	97
7	J64	Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut	89
8	I13	Eingriffe an Oberarm, Schienbein, Wadenbein und Sprunggelenk mit Frührehabilitation und Geriatischer Komplexbehandlung	86
9	I10	Eingriffe an der Wirbelsäule	84
10	I18	Eingriffe am Kniegelenk, Ellenbogengelenk u. Unterarm	80

B-1.6.1.b Die 10 häufigsten Haupt - Diagnosen im abgeschlossenen Berichtsjahr

Chirurgie

Rang	ICD-10 Nummer (3-stellig)	Fälle Absolute Zahl	Text
1	S06	307	Hirnverletzungen
2	K52	129	Dickdarmentzündungen
3	R10	125	Bauch- und Beckenschmerzen
4	K80	124	Gallensteinleiden
5	M51	123	Bandscheibenschäden
6	S72	121	Bruch des Oberschenkelknochen
7	S82	121	Bruch des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes
8	S22	100	Rippenbrüche, Bruch des Brustbeins und der Brustwirbelsäule
9	S52	86	Unterarmbruch
10	K35	74	Akute Blinddarmentzündung

B-1.7.1.c Die 10 häufigsten OP's bzw. Eingriffe im abgeschlossenen Berichtsjahr

Chirurgie

Rang	OPS-301 Nummer (4-stellig)	Fälle Absolute Zahl	Text
1	8-390	295	Lagerungsbehandlung
2	8-718	228	Dauer der maschinellen Beatmung
3	1-632	132	Magenspiegelung
4	5-511	119	Gallenblasenentfernung
5	5-984	115	Mikrochirurgische Technik
6	5-986	112	Minimalinvasive Technik
7	5-794	106	Operative Behandlung eines Knochenbruches
8	5-470	103	Blinddarmentfernung
9	8-910	98	Gabe von Medikamenten an das Rückenmark zur Schmerztherapie
10	5-892	97	Einschnitte an Haut und Unterhaut

Fachabteilung 2

B-1.1.2 Fachabteilung Innere Medizin

Bezeichnung

Innere Medizin

Leitung

Dr. Ekkehard Schnieber

Zugang via Internet

[direkter Link zur Inneren Medizin](#)

B-1.2.2 Medizinisches Leistungsspektrum der

Inneren Medizin

- Magen- und Darmkrankheiten, einschließlich kompletter Spiegelung inklusive Spiegelung mit kleiner Operationen
- Kardiologie, einschließlich Schrittmacherimplantation
- Lungenkrankheiten, einschließlich Spiegelung der Bronchien
- Gefäßkrankheiten mit Ultraschall- und Röntgenuntersuchungen
- Röntgenuntersuchungen inklusive Computertomographie
- Internistische Intensivmedizin
- Notfallmedizin mit Leitendem Notarzt
- Diabetologie (Behandlung der Zuckerkrankheit)

B-1.3.1 Besondere Versorgungsschwerpunkte der

Inneren Medizin

- Herzschrittmacherimplantation und Untersuchungen auf Herzrhythmusstörungen
- Schlaganfallversorgung in der Spezialeinheit Stroke Unit
- Dialyse in Kooperation mit Dialysepraxis (Nierenwäsche)
- Gefäßerkrankungen, auch kassenärztlich ambulant einschließlich Ballonaufweitungen in Kooperation mit Gefäßzentrum Hamburg-Harburg
- gesamte Endoskopie einschließlich ambulanter Versorgung

B-1.4.1 Weitere Leistungsangebote der

Inneren Medizin

- Ballonaufweitungen der Becken- und Bein Gefäße
- Stroke Unit, Spezialeinheit für Schlaganfallbehandlung

B-1.5.2.a

TOP-10 DRG (nach absoluter Fallzahl) im abgeschlossenen Berichtsjahr

Innere Medizin

Rang	DRG 3-stellig	Text	Fallzahl
1	F62	Herzschwäche und Schock	191
2	B70	Schlaganfall	187
3	F73	Synkope und Kollaps	183
4	F67	Bluthochdruck	179
5	E62	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane	166
6	G67	Entzündungen der Speiseröhre, des Magen-Darmtraktes und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane	136
7	F71	Nicht schwere Herzrhythmusstörungen und Erregungsleitungsstörungen	124
8	B76	Krampfanfälle mit äußerst schweren Begleitscheinungen oder durchgeführten Langzeit EEG	108
9	F60	Kreislaufferkrankungen mit akutem Herzinfarkt	103
10	V60	Alkoholvergiftungen und Alkoholentzug	101

B-1.6.2.b

Die 10 häufigsten Haupt - Diagnosen im abgeschlossenen Berichtsjahr

Innere Medizin

Rang	ICD-10 Nummer (3-stellig)	Fälle Absolute Zahl	Text
1	R55	193	Kreislaufschwäche
2	I10	180	Bluthochdruck
3	I21	174	Herzinfarkt
4	I50	173	Herzschwäche
5	I20	151	Herzenge
6	I63	142	Hirninfarkt
7	F10	122	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol
8	J15	114	Lungenentzündung durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert
9	G40	107	Krampfleiden
10	A09	103	Brechdurchfall

B-1.7.2.c

Die 10 häufigsten OP's bzw. Eingriffe im abgeschlossenen Berichtsjahr

Innere Medizin

Rang	OPS-301 Nummer (4-stellig)	Fälle Absolute Zahl	Text
1	1-632	514	Magenspiegelung
2	8-930	416	Kreislaufüberwachung
3	3-200	222	Computerschichtuntersuchung des Kopfes
4	1-650	171	Darmspiegelung
5	3-220	136	Computerschichtuntersuchung des Schädels mit Kontrastmittel
6	8-390	122	Lagerungsbehandlung
7	8-718	92	Dauer der maschinellen Beatmung
8	8-147	84	Künstliche Harnableitung
9	8-800	78	Gabe von Blutkonzentraten
10	5-513	57	Gallengangsspiegelung mit Operation

Fachabteilung 3

B-1.1.3 Fachabteilung Gynäkologie / Geburtshilfe

Bezeichnung

Frauenklinik

Leitung

Dr. Peter Jagella

Zugang via Internet

[direkter Link zur Frauenklinik](#)

B-1.2.3 Medizinisches Leistungsspektrum der

Frauenklinik

Das medizinische Leistungsspektrum der Frauenklinik umfasst die gesamte Gynäkologie und Geburtshilfe ab der 32. SSW,

- Probleme, welche in der Schwangerschaft in einem Krankenhaus therapiert werden müssen, einschließlich vorzeitiger Wehen und Frühgeburtlichkeit.
- Versorgung von Risikoschwangerschaften einschließlich der Dopplersonographie.
- Versorgung des Neugeborenen nach der Geburt ebenso wie Neugeborene, welche leichte Erkrankungen haben, werden im Neugeborenen-Intensivzimmer von den Kinderärzten des städtischen Krankenhauses in Lüneburg vor Ort im Johanniter Krankenhaus, therapiert.

Es umfasst alle Erkrankungsbereiche der Frauenheilkunde,

- die gutartigen Erkrankungen, die stationäre Therapie der Endometrioseerkrankungen (versprengte Gebärmutter Schleimhaut), Unterbauchschmerzen, die operative Abklärung im Rahmen der Sterilitätsdiagnostik.
- die Gynäko-Onkologie der Eierstöcke, des Muttermundes und des Gebärmutterhalses, des Gebärmutterkörpers und der Scheide und Schamlippen.
- Brustoperationen, einschließlich der hierin enthaltenen Karzinomchirurgie rekonstruktiven Brustchirurgie, Bauchdeckenplastiken, die Brustverkleinerungen, die Brustvergrößerung, den Brustumbau und plastische Operationen an der Brust nach onkologischen Eingriffen, einschließlich der wiederherstellenden Operationsverfahren.
- die zur gynäkologischen Onkologie gehörenden standardmäßigen Chemotherapien.
- die Behandlung uro-gynäkologischen Erkrankungen (Scheidensenkung, Blasenschwäche und Blasensenkung).
- die Diagnostik mithilfe unseres urodynamischen Messplatzes.
- uro-gynäkologische Operationen, einschließlich TVT- Einlage (Bändcheneinlage bei Inkontinenzbeschwerden).

B-1.3.3

Besondere Versorgungsschwerpunkte der

Frauenklinik

Besondere Versorgungsschwerpunkte der Abteilung umfassen:

- die normale Gynäkologie, die Geburtshilfe, die Gynäko-Onkologie, aller zur Frauenheilkunde gehörigen Organe, einschließlich der dazugehörigen Chemotherapie
- die Behandlung der weiblichen Brust, hier wurde mit Kooperationspartnern ein Brustzentrum gemäß DMP-Schleswig-Holstein gegründet
- umfangreiche Mammadiagnostik, einschließlich Mammographien, Galaktographien (Röntgendarstellung der Milchgänge), Vergrößerungsmammographien, Großflächenmammographie und ultra-schallgesteuerte Hochgeschwindigkeitsstanzen
- Vorhaltung eines uro-gynäkologischer Messplatzes, welcher regelmäßig eingesetzt wird zur Diagnostik im Rahmen der urodynamischen Operationen
- Durchführung von ambulanten Operationen in der Frauenheilkunde
- Dysplasie-Sprechstunde, z. B. zur Früherkennung des Gebärmutterhalskrebs
- die Brustsprechstunde im Rahmen der Mamma-Diagnostik und der plastischen Operationen
- die Risiko-Sprechstunde in der Schwangerschaft, die Doppler-Sonographie-Sprechstunden Mutter und Kind in der Schwangerschaft.

B-1.4.3

Weitere Leistungsangebote der

Frauenklinik

- Familienfreundliche Geburtshilfe
- Vaginale Beckenendlagegeburten bei Erstgebärenden nach Triage
- Alle laparoskopischen Operationsverfahren der Frauenheilkunde, einschließlich der laparoskopisch assistierten vaginalen Hysterektomie
- Mammachirurgie mit plastischer Mammachirurgie einschließlich der Diagnostik durch Mammographie, Vergrößerungsmammographie, Großflächenmammographie, Mammasonographie und Ultraschall-gesteuerten Hochgeschwindigkeitsstanzen
- Dysplasie-Diagnostik
- Senologische Sprechstunde
- Akupunktur, Delfi, Babyschwimmen, Stillambulanz, Wassergymnastik, Mütter-Babytreff, Babymassage usw.

B-1.5.3.a TOP-10 DRG (nach absoluter Fallzahl) im abgeschlossenen Berichtsjahr

Frauenklinik

Rang	DRG 3-stellig	Text	Fallzahl
1	P67	Geburt eines gesunden Kindes	641
2	O60	Vaginale Entbindung mit mehreren komplizierenden Diagnosen	561
3	N04	Gebärmutterentfernung außer bei bösartiger Neubildung	157
4	O01	Kaiserschnitt	147
5	J62	Bösartige Neubildungen der Brust	105
6	O65	Vorgeburtliche stationäre Aufnahme	94
7	J06	Große Eingriffe an der Brust bei bösartiger Neubildung	60
8	O64	Frustrane Wehen	57
9	N07	Eingriffe an Gebärmutter und Eileiter außer bei bösartiger Neubildung	56
10	N09	Eingriffe an Scheide, Mutermund und äußere weibliche Geschlechtsteilen	44

B-1.6.3.b Die 10 häufigsten Haupt - Diagnosen im abgeschlossenen Berichtsjahr

Frauenklinik

Rang	ICD-10 Nummer (3-stellig)	Fälle Absolute Zahl	Text
1	Z38	611	Lebendgeborene nach dem Geburtsort
2	O62	441	Abnorme Wehentätigkeit
3	C50	173	Bösartige Neubildung der Brustdrüse
4	D25	76	Gutartige Geschwulst der Gebärmutter
5	N83	60	Nichtentzündliche Krankheiten des Eierstockes und der Eileiter
6	O48	58	Übertragene Schwangerschaft
7	O47	52	Unnütze Wehen
8	N81	44	Gebärmuttervorfall bei der Frau
9	N92	42	Zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Menstruation
10	R10	33	Bauch- und Beckenschmerzen

B-1.7.3.c

Die 10 häufigsten OP's bzw. Eingriffe im abgeschlossenen Berichtsjahr

Frauenklinik

Rang	OPS-301 Nummer (4-stellig)	Fälle Absolute Zahl	Text
1	9-262	663	Versorgung des Neugeborenen nach der Geburt
2	1-208	591	Hörtest bei Neugeborenen
3	9-260	428	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt
4	5-758	317	Wiederherstellung weiblicher Geschlechtsorgane bei Dammriss nach der Geburt
5	5-683	186	Gebärmutterentfernung
6	8-718	151	Dauer der maschinellen Beatmung
7	9-261	136	Überwachung und Leitung einer Risikogeburt
8	5-730	128	Künstliche Fruchtblasensprengung
9	5-749	112	Kaiserschnitt
10	1-694	91	Bauchspiegelungen

Fachabteilung 4

B-1.1.4 Fachabteilung Psychiatrie

Bezeichnung	Psychiatrie
Leitung	Dr. Matthias Heißler
Zugang via Internet	<u>direkter Link zur Psychiatrischen Klinik</u>

B-1.2.4 Medizinisches Leistungsspektrum der

Psychiatrie

Die Abteilung arbeitet nach dem Prinzip der Pflichtversorgung, d.h. die Angebote richten sich an alle BürgerInnen des Landkreises von 18 bis 100+ Jahren mit psychischen und psychosomatischen Störungen aller Diagnosenbereiche, bei denen eine Krankenhausbehandlung oder eine ambulante Behandlung mit den Mitteln der Institutsambulanz (multiprofessionelles Team, aufsuchende Behandlung) erforderlich ist, auch diejenigen, deren Bedürfnisse besondere individuell angepasste Vorgehensweisen erfordern (schwer chronisch psychisch Kranke auch mit Mehrfachdiagnosen, sog. Extrem-Individualität).

Insbesondere richten sich die Angebote der Abteilung an Menschen in Krisen, die sich und Andere

- fügen oder aus den Fugen geraten (schizophrene Störungen).
- niederschlagen (depressive Störungen).
- aufbrechen (manische Störungen).
- versuchen (Abhängigkeit).
- bemühen (neurotisches Handeln, Persönlichkeitsstörungen, Psychosomatik).
- töten (Krise, Krisenintervention).
- körperkränken (körperbedingte Psychosyndrome).
- und an alte Menschen.

Das Konzept geht vom *Bild der Landschaft* aus und ist an einer *anthropologischen Psychiatrie* ausgerichtet. Das heißt:

Alltag und Lebenswelt des Patienten ist Ausgangspunkt unseres Handelns (Subjektorientierung und Normalitätsprinzip).

Orientierung am Alltag: Wohnung, Familie, Arbeit oder sinnvolle Tätigkeit, soziale Kontakte, etc...und am kulturell üblichen Lebenszyklus: Schule, Pubertät, Auflehnung, finden eines eigenen Weges, Ausbildung, Beruf, Freundschaften, Partnerschaft, Kinder, Ablösung, Trennung, Tod (der Eltern z.B.), Umgang mit Krankheit, schmerzhaften Erfahrungen, Behinderung, Unzulänglichkeiten, Berentung, Altwerden, Pflege, Abschied, u.ä., Umgang mit dem Fremden im Einzelnen und im kommunalen Lebensbereich.

Die Patienten werden auf der Abteilung nach einem diagnostisch integrierten Konzept *nach dem Prinzip der offenen und gewaltarmen Psychiatrie* behandelt.

Die Abteilung besteht aus 3 Stationen mit insgesamt 50 Betten und 2 Tageskliniken in Schwarzenbek und Mölln (30 Plätze).

Hinzukommt die psychosomatische Tagesklinik mit 12 Plätzen und eine Integrierte Institutsambulanz

Einige Kennzahlen:

- Es werden etwa 1 100 Fälle /Jahr stationär behandelt.
- Die Verweildauer beträgt durchschnittlich 15 Tage.
- Teilstationär psychiatrisch 380 Fälle und psychosomatisch 120 Fälle.
- Der Anteil an Zwangsbehandlungen (PsychKG oder Betreuungsrecht) beträgt etwa 9 %.

Selbsttötungen während der stationären Behandlung kamen in den 9 Jahren, in denen die Abteilung besteht, siebenmal vor.

B-1.3.4

Besondere Versorgungsschwerpunkte der

Psychiatrie

Die Abteilung bietet stationäre, teilstationäre und ambulante Behandlung an.

Behandlungskonzept:

Alltagsorientierung auf den Stationen, z.B. durch gemischte Belegung mit Patienten mit unterschiedlichen Problemen und **Küchentherapie**, die nach dem Vorbild von Soterias oder Cantous (Frankreich) auf den Stationen integriert wurde. Zusammen mit den Patienten wird täglich eingekauft und gekocht. Es geht aber nicht allein ums Einkaufen und Kochen, sondern um therapeutische Wirksamkeit im Kontext einer *tätigen Gemeinschaft*. Davon profitieren insbesondere sowohl schwer gestörte psychotische Patienten als auch Demenzkranke.

Nach eingehender Diagnostik unter Berücksichtigung der jeweiligen Ressourcen wird der individuell aufgestellte Therapieplan über ein **Bezugspersonensystem** umgesetzt.

Die Übergänge von ambulanten in den stationären Bereich und umgekehrt werden fließend gestaltet: Z. B. Tagesklinische Behandlung schon von Station aus und integrierte Institutsambulanz, Kooperation mit gemeindepsychiatrischen Zentren mit Kontakt- und Arbeitsmöglichkeiten und mit sonstigen kommunalen und gemeindepsychiatrischen Diensten.

Über einen Konsil- und Liaisondienst wird die Versorgung der psychiatrischen und psychosomatischen Patienten auf den somatischen Stationen gewährleistet und der für Patienten oft schwierige Übergang erleichtert (Niedrigschwelligkeit)

Während auf den jeweiligen Stationen allgemeintherapeutische Aspekte (am Alltag orientiert) im Vordergrund stehen wie

- Diagnostik, Differentialdiagnostik,
- psychotherapeutische Einzelgespräche,
- handlungsorientierte Therapieverfahren einschließlich
- Verhaltenstherapie,
- Paar- und Familiengespräche,
- Pharmakotherapie,
- somatische Diagnostik und Behandlung,
- Aktivitäten des täglichen Lebens, etc.

werden überstationär spezielle therapeutische Verfahren angeboten, wie

- Motivationsgruppen und
- Orientierungsgruppen für abhängige Patienten,
- psychotherapeutisch orientierte Gruppen (Gesprächsgruppe, Familienstellen, psychoedukative Elemente),
- eine Gruppe für Psychose- Erfahrene (psychotherapeutisch bis psychoedukativ),
- Angehörigengruppe,
- Selbstsicherheitstraining (GSK),
- Psychoseseminare,
- Und körperbezogene Therapieformen wie Bewegungstherapie, Entspannungstraining und Krankengymnastik einschließlich physikalische Therapieformen.

Dadurch werden die Vorteile spezieller therapeutischer Techniken gewahrt. Die Gruppen werden zum überwiegenden Teil sowohl von stationären wie von ambulanten Patienten nach der Entlassung genutzt. Gemäß unserem Konzept, die therapeutischen Angebote der psychiatrischen Abteilung mit dem Angebot zuhause zu verknüpfen, treiben wir die teilstationären und die ambulanten Angebote voran.

B-1.4.4

Weitere Leistungsangebote der

Psychiatrie

- Methadonambulanz
- Mobile Intensivbegleitung im häuslichen Umfeld, z. B. zur ambulanten Krisenintervention (Assertive outreach teams)
- Immobilientherapie
- Individuell zugeschnittene Betreuungs- und Behandlungskonzepte für Extrem-Individualisten
- Tiergestützte Therapie
- Ambulante Gruppenangebote (s.a. überstationäre Therapieangebote)
- Aufstellungen/Familienaufstellungen i. R. von psychotherapeutischen Gruppen

Fachabteilung 4

B-1.5.4.a TOP-10 DRG (nach absoluter Fallzahl) im abgeschlossenen Berichtsjahr

Psychiatrie

Rang	DRG 4-stellig	Text	Fallzahl
		keine DRG's	

B-1.6.4.b Die 10 häufigsten Haupt - Diagnosen im abgeschlossenen Berichtsjahr

Psychiatrie

Rang	ICD-10 Nummer (3-stellig)	Fälle Absolute Zahl	Text
1	F10	268	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol
2	F20	200	Schizophrenie
3	F43	158	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
4	F32	75	Depressive Episode
5	F25	64	Schizoaffektive Störungen
6	F05	47	Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt
7	F19	42	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen
8	F60	31	Spezifische Persönlichkeitsstörungen
9	F33	25	Rezidivierende depressive Störung
10	F31	23	Bipolare affektive Störung

B-1.7.4.c Die 10 häufigsten OP's bzw. Eingriffe im abgeschlossenen Berichtsjahr

Psychiatrie

Rang	OPS-301 Nummer (4-stellig)	Fälle Absolute Zahl	Text
1	3-200	147	Computerschichtuntersuchung des Kopfes
2	3-220	7	Computerschichtuntersuchung des Kopfes mit Kontrastmittel
3	1-632	6	Magenspiegelung
4	5-431	1	Ernährungssonde (PEG)
5	8-930	1	Kreislaufüberwachung
6 - 10			- entfällt -

B-2 Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

B-2.1 Ambulante Operationen nach § 115 b SGB V Gesamtzahl (nach absoluter Fallzahl) im Berichtsjahr:

330

B-2.2 Top-5 der ambulanten Operationen (nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilung **Gynäkologie** im Berichtsjahr

Rang	EBM-Nummer (vollständig)	Text	Fälle absolut
1	1104	Ausschabung d. Gebärmutterhöhle u. Gebärmutterhalskanal	98
2	195	Schwangerschaftsabbruch	47
3	1060	Ausräumung einer Blasenmole oder einer Fehlgeburt	45
4	2634	Bauchspiegelung mit Probeentnahme	16
5	1084	Entfernung von Muttermundsveränderungen mit Hitze, Kälte oder Laser	6

B-2.2 Top-5 der ambulanten Operationen (nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilung **Chirurgie** im Berichtsjahr

Rang	EBM-Nummer (vollständig)	Text	Fälle absolut
1	2361	Entfernung von Stellschrauben, tastbaren Einzelschrauben oder von Kirschnerdrähten aus einem Knochen nach Aufsuchen durch Schnitt oder Entfernung eines Fixateur extern	13
2	2363	Entfernung von Osteosynthesematerial (z. B. Platten) aus einem großen Knochen	9
3	2145	Eröffnung eines tiefliegenden Abszesses oder Ausschneiden eines Karbunkels	5
4	1741	Plastische Operation der Vorhaut und/oder des Frenulums	6
5	2447	Kniespiegelung mit Entfernung erkrankten Gewebes	3

B-2.2 Top-5 der ambulanten Operationen (nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilung **Innere Medizin** im Berichtsjahr

Rang	EBM-Nummer (vollständig)	Text	Fälle absolut
1	764	Darmspiegelung einschl. Zökum Videogastroskopie	25
2	765	Abtragung eines Polypen u./o. Schlingenbiopsie(n)	14
3		entfällt	
4		entfällt	
5		entfällt	

B-2.3 Sonstige ambulante Leistungen (Fallzahl für das Berichtsjahr)

Hochschulambulanz (§ 117 SGB V)

nein

Psychiatrische Institutsambulanz (§ 118 SGB V)

ja

Sozialpädiatrisches Zentrum (§ 119 SGB V)

nein



B-2.4 Personalqualifikation im Ärztlichen Dienst (Stichtag 31.12.2004)

Schlüssel nach § 301 SGB V	Abteilung	Anzahl der beschäftigten Ärzte insgesamt	Anzahl Ärzte in der Weiterbildung	Anzahl Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung
-	Anästhesie	7	2	5
1500	Chirurgie	10	6	4
0100	Innere Medizin	12	7	5
2400	Frauenklinik	9	3	6
2900	Psychiatrie	15	9	6
Gesamt		53	27	26

Anzahl der Ärzte mit Weiterbildungsbefugnis (gesamtes Krankenhaus)

9

B-2.5 Personalqualifikation im Pflegedienst (Stichtag 31.12.2004)

Schlüssel nach § 301 SGB V	Abteilung	Anzahl der beschäftigten Pflegekräfte insgesamt	Prozentualer Anteil der examinierten Krankenschwestern /-pfleger (3 Jahre)	%-Anteil der Krankenschwestern /-pfleger mit Fachweiterbildung (3 Jahre plus Fachweiterbildg.)	Prozentualer Anteil Krankenpflegehelfer/in (1 Jahr)
1500	Chirurgie	44	93,2	-	6,8
0100	Innere Medizin	43	90,7	-	9,3
2400	Frauenklinik	25	92,0	-	8,0
2900	Psychiatrie	43	72,1	23,3	4,7
-	Intensivmedizin	23	65,2	30,4	4,3
Gesamt		178	83,7	9,6	6,7

C Qualitätssicherung

C-1 Externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V

Zugelassene Krankenhäuser sind gesetzlich zur Teilnahme an der externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V verpflichtet. Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Leistungsbereiche teil):

	Leistungsbereich (Modul-Ziffer)	Leistungsbereich wird vom Kran- kenhaus erbracht		Teilnahme an der externen Qualitätssicherung		Dokumentationsrate	
		Ja	Nein	Ja	Nein	Kranken- haus	Bundes- durchschnitt
1	Herzschrittmacher- Erstimplantation (09/1)	X		X		87,5	95,48
2	Herzschrittmacher- Aggregatwechsel (09/2)	X		X		100	100,00
3	Herzschrittmacher- Revision/-Explantation (09/3)	X		X		o.A.	74,03
4	Karotis-Rekonstruktion (10/2)		X		X	-	95,55
5	Cholezystektomie (12/1)	X		X		99,1	100,00
6	Gynäkologische Operationen (15/1)	X		X		90,6	94,65
7	Geburtshilfe (16/1)	X		X		99,4	99,31
8	Hüftgelenknahe Femurfraktur (17/1)	X		X		96,1	95,85
9	Hüft-Endoprothesen- Erstimplantation (17/2)	X		X		100	98,44
10	Hüft-Endoprothesen- Wechsel (17/3)	X		X		100	92,39
11	Knie- Totalendoprothesen- Erstimplantation (17/5)	X		X		100	98,59
12	Knie- Totalendoprothesen- Wechsel (17/7)	X			X	-	97,38
13	Mammachirurgie (18/1)	X		X		82,3	91,68
14	Koronarangiographie und Perkutane transluminale Koronarangioplastie (PTCA) (21/3)	X		X		97,7	99,96

Leistungsbereich (Modul-Ziffer)		Leistungsbereich wird vom Kran- kenhaus erbracht		Teilnahme an der externen Qualitätssicherung		Dokumentationsrate	
		Ja	Nein	Ja	Nein	Kranken haus	Bundes- durchschnitt
Weiter von Vorseite...							
15	Herzchirurgie (HCH)		X				100,00
16	Herztransplantation (HTX)		X				94,26
?	Follow-Up Herztransplantation (HTXFU)		X				
17	Dekubitusprophylaxe (Pflege)	X			X		
Gesamt						95,9	

(Quelle: www.bqs-online.de - Leistungsbereiche 2004; hier nach Modulen sortiert)

C-2 Qualitätssicherung beim ambulanten Operieren nach § 115 b SGB V

Eine Aufstellung der einbezogenen Leistungsbereiche findet im Qualitätsbericht im Jahr 2007 Berücksichtigung.

C-3 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht (§ 112 SGB V)

☒

Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene keine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart.



Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene eine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart. Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Leistungsbereiche) teil:

Nicht zutreffend

C-4 Qualitätssicherungsmaßnahmen bei Disease - Management – Programmen (DMP)

Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden DMP - Qualitätssicherungsmaßnahmen teil:

DMP Brustkrebs in Schleswig-Holstein

Nähere Informationen hierzu finden sich unter:

www.brustzentrum-herzogtum-lauenburg.de

C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V

Leistung ¹	OPS der einbezogenen Leistungen ¹	Mindestmenge ¹ (pro Jahr) pro KH / pro geleistetem Operateur ²	Leistung wird im Krankenhaus erbracht (Ja/Nein)	Erbrachte Menge (pro Jahr) pro KH (4 a) / pro geleistetem Operateur (4 b) ²		Anzahl der Fälle mit Komplikation im Berichtsjahr
1 a	1 b	2	3	4 a	4 b	5
Lebertransplantation 10						
	5-503.0		Nein			
	5-503.1		Nein			
	5-503.2		Nein			
	5-503.3		Nein			
	5-503.x		Nein			
	5-503.y		Nein			
	5-504.0		Nein			
	5-504.1		Nein			
	5-504.2		Nein			
	5-504.x		Nein			
	5-504.y		Nein			
	5-502.0		Nein			
	5-502.1		Nein			
	5-502.2		Nein			
	5-502.3		Nein			
	5-502.5		Nein			
	5-502.x		Nein			
	5-502.y		Nein			
Nierentransplantation 20						
	5-555.0		Nein			
	5-555.1		Nein			
	5-555.2		Nein			
	5-555.3		Nein			
	5-555.4		Nein			
	5-555.5		Nein			
	5-555.x		Nein			
	5-555.y		Nein			

¹ Jeweils entsprechend der im Berichtsjahr geltenden Anlage 1 zur Vereinbarung über Mindestmengen nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V.

² Angabe jeweils bezogen auf den Arzt/ Operateur, der diese Leistung erbringt.

Weiter zu: Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V

Leistung ¹	OPS der einbezogenen Leistungen ¹	Mindestmenge ¹ (pro Jahr) pro KH / pro geleistetem Operateur ²	Leistung wird im Krankenhaus erbracht (Ja/Nein)	Erbrachte Menge (pro Jahr) pro KH (4 a) / pro geleistetem Operateur (4 b) ²		Anzahl der Fälle mit Komplikation im Berichtsjahr
1 a	1 b	2	3	4 a	4 b	5
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus (Speiseröhre)	5/5					
	5-420.00		Nein			
	5-420.01		Nein			
	5-420.10		Nein			
	5-420.11		Nein			
	5-423.0		Nein			
	5-423.1		Nein			
	5-423.2		Nein			
	5-423.3		Nein			
	5-423.x		Nein			
	5-423.y		Nein			
	5-424.0		Nein			
	5-424.1		Nein			
	5-424.2		Nein			
	5-424.x		Nein			
	5-424.y		Nein			
	5-425.0		Nein			
	5-425.1		Nein			
	5-425.2		Nein			
	5-425.x		Nein			
	5-425.y		Nein			
	5-426.0**		Nein			
	5-426.1**		Nein			
	5-426.2**		Nein			
	5-426.x**		Nein			
	5-426.y		Nein			
	5-427.0**		Nein			
	5-427.1**		Nein			
	5-427.2**		Nein			
	5-427.x**		Nein			
	5-427.y		Nein			
	5-429.2		Nein			
	5-438.0**		Nein			
	5-438.1**		Nein			
	5-438.x**		Nein			

¹ Jeweils entsprechend der im Berichtsjahr geltenden Anlage 1 zur Vereinbarung über Mindestmengen nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V.

² Angabe jeweils bezogen auf den Arzt/ Operateur, der diese Leistung erbringt

Weiter zu: Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V

Leistung ¹	OPS der einbezogenen Leistungen ¹	Mindestmenge ¹ (pro Jahr) pro KH / pro geleistetem Operator ²	Leistung wird im Krankenhaus erbracht (Ja/Nein)	Erbrachte Menge (pro Jahr) pro KH (4 a) / pro geleistetem Operator (4 b) ²		Anzahl der Fälle mit Komplikation im Berichtsjahr
1 a	1 b	2	3	4 a	4 b	5
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas (Bauchspeicheldrüse)	5/5					
	5-521.0		Nein			
	5-521.1		Nein			
	5-521.2		Nein			
	5-523.2		Nein			
	5-523.x		Nein			
	5-524		Nein			
	5-524.0		Nein			
	5-524.1		Nein			
	5-524.2		Nein			
	5-524.3		Nein			
	5-524.x		Nein			
	5-525.0		Nein			
	5-525.1		Nein			
	5-525.2		Nein			
	5-525.3		Nein			
	5-525.4		Nein			
	5-525.x		Nein			

¹ Jeweils entsprechend der im Berichtsjahr geltenden Anlage 1 zur Vereinbarung über Mindestmengen nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V.

² Angabe jeweils bezogen auf den Arzt/ Operator, der diese Leistung erbringt.

Weiter zu: Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V

Leistung ¹	OPS der einbezogenen Leistungen ¹	Mindestmenge ¹ (pro Jahr) pro KH / pro geleistetem Operator ²	Leistung wird im Krankenhaus erbracht (Ja/Nein)	Erbrachte Menge (pro Jahr) pro KH (4 a) / pro geleistetem Operator (4 b) ²		Anzahl der Fälle mit Komplikation im Berichtsjahr
1 a	1 b	2	3	4 a	4 b	5
Stammzellen- Transplantation	12+/- 2 [10-14]					
	5-411.00		Nein			
	5-411.01		Nein			
	5-411.20		Nein			
	5-411.21		Nein			
	5-411.30		Nein			
	5-411.31		Nein			
	5-411.40		Nein			
	5-411.41		Nein			
	5-411.50		Nein			
	5-411.51		Nein			
	5-411.x		Nein			
	5-411.y		Nein			
	8-805.00		Nein			
	8-805.01		Nein			
	8-805.20		Nein			
	8-805.21		Nein			
	8-805.30		Nein			
	8-805.31		Nein			
	8-805.40		Nein			
	8-805.41		Nein			
	8-805.50		Nein			
	8-805.51		Nein			
	8-805.x		Nein			
	8-805.y		Nein			

¹ Jeweils entsprechend der im Berichtsjahr geltenden Anlage 1 zur Vereinbarung über Mindestmengen nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V.

² Angabe jeweils bezogen auf den Arzt/ Operator, der diese Leistung erbringt

C-5.2 Ergänzende Angaben bei Nicht-Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V

nicht zutreffend

D Qualitätspolitik

Folgende Grundsätze sowie strategische und operative Ziele der Qualitätspolitik werden im Krankenhaus umgesetzt:

Beschreibung (= Präambel)

Mit der Implementierung eines umfassenden und systematischen Qualitätsmanagement im Johanniter Krankenhaus Geesthacht ist die Zielsetzung verbunden,

- 1
 - die Qualität der täglichen Arbeit und die Zufriedenheit der Patienten sowie die der Mitarbeiter weiter zu erhöhen,
 - die Wettbewerbsfähigkeit weiter zu steigern und
 - das Vertrauen sowie die Akzeptanz der Kostenträger gegenüber der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses weiter auszubauen.

Die Implementierung soll dabei schrittweise über mehrere Jahre erfolgen. Sie berücksichtigt im besonderen Maße die bisherigen Aktivitäten zum Qualitätsmanagement. Mit dem Prozess soll insgesamt eine alle Mitarbeiter umfassende Corporate Identity aufgebaut werden, welche insbesondere die Patienten des Johanniter Krankenhauses Geesthacht in den Mittelpunkt aller Bemühungen stellt.

Vorgehensweise

- 2

Von der Krankenhausführung des Johanniter Krankenhauses Geesthacht ist im Rahmen eines Planungsgespräches die Zielvorgabe als Präambel für ein krankenhausesinternes Qualitätsmanagement herausgegeben worden. Diese Präambel ist von der Projektgruppe, die sich mit der Konzeptionierung des umfassenden und systematischen Qualitätsmanagement befasst, in Form einer Geschäftsordnung bestätigt worden.

Information der Mitarbeiter

- 3

Die Mitarbeiter des Johanniter Krankenhauses Geesthacht sind - zu Beginn der Einführung des umfassenden und systematischen Qualitätsmanagement - auf einer Informationsveranstaltung (= Startveranstaltung) sowie erneut auf insgesamt drei weiteren Informationsveranstaltungen im Rahmen der Präsentation der Ergebnisse der Mitarbeiter- und Patientenbefragung über die anstehenden Arbeitsschritte des umfassenden und systematischen Qualitätsmanagement unterrichtet worden. Insbesondere sind die Informationsveranstaltungen zu den Ergebnissen der Mitarbeiter- und Patientenbefragung genutzt worden, um die Mitarbeiter zur Teilnahme an den Projektgruppen zu gewinnen, die als „Konsequenz“ aus den Befragungsergebnissen gebildet worden sind.

E Qualitätsmanagement und dessen Bewertung

E-1 Der Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements (QM) im Krankenhaus stellt sich wie folgt dar:

Zugrundeliegendes QM-Modell

Eigenentwicklung eines umfassenden und systematischen Qualitätsmanagement (USQM) auf der Grundlage anerkannter QM-Verfahren und -methoden. Die Entwicklung erfolgt mit externer Unterstützung und ist auf einen mehrjährigen Prozess ausgelegt.

Zum Einstieg in die Systematisierung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagement im Johanniter Krankenhaus Geesthacht erfolgte im ersten Jahr (= 1998) insbesondere die Informationsgewinnung für qualitätsverbessernde Aktivitäten vor allem durch:

- Mitarbeiterbefragung zum Stellenwert des Qualitätsmanagement
- Patientenbefragung zu ausgewählten Aspekten der Patientenversorgung.

1

Parallel hierzu ist ein

- Konzept für die Etablierung eines USQM

erarbeitet worden. Diese Konzept sieht als zentrales Organ für die Steuerung und Koordination der QM-Aktivitäten eine Q-Kommission vor. Für die eigentliche Durchführung von QM-Aktivitäten sind die Mitarbeiter des Krankenhauses zunächst in Form von Projektgruppen oder Qualitätszirkel einzubinden.

Das „Projektmanagement“ des USQM erfolgt durch einen externen Q-Manager und einen krankenhausinternen Q-Koordinator.

Für alle Organisationseinheiten des USQM liegt eine Aufgabenbeschreibung vor, in der auch die Kompetenzen und Verantwortlichkeiten geregelt sind.

Entwicklungsstand des QM-Systems

Das USQM ist nach einer zweijährigen Entwicklungsphase im Jahr 2000 erstmals einer Evaluation im Form einer Selbstbewertung unterzogen worden.

2

Im Zuge der Evaluation des USQM ist v.a. die Projektgruppenarbeit und die Arbeit innerhalb der Q-Kommission einer selbstkritischen Prüfung unterzogen. Aber auch das Konzept für das USQM ist auf dem Prüfstand im Sinne des Qualitätsmanagement gestellt worden. Ziel war es hierbei, sowohl die Rahmenbedingungen als auch die QM-Tätigkeiten selbst kontinuierlich zu verbessern und zu immer effektiveren Strukturen zu kommen.

Ende 2003 / Anfang 2004 ist für die Frauenklinik ein spezielles abteilungsbezogenes Qualitätsmanagement eingeführt worden. Hiermit waren v.a. folgende Ziele verbunden:

1. Schaffung bzw. Weiterentwicklung einer professionellen QM-Kultur - gerade auch im Zusammenhang mit der Teilnahme am DMP Brustkrebs in Schleswig-Holstein und insbesondere der Beteiligung am Brustzentrum Herzogtum Lauenburg
 2. Sicherstellung der Wettbewerbsfähigkeit der Abteilung.
- 2 Nach erfolgreicher Umsetzung soll das hierfür im Vorfeld aufgestellte Grobkonzept auch auf die anderen Abteilungen des Johanniter Krankenhauses Geesthacht übertragen werden.
- Ende 2004 ist ein Vorschlag für die zukünftige USQM-Struktur formuliert worden. Dieser soll im Laufe des Jahres 2005 schrittweise umgesetzt werden.

Beteiligte und Vorgehensweise bei der Erarbeitung

- 3 Für die Konzeptionierung des USQM ist Anfang 1998 eine Projektgruppe „Konzeptentwicklung“ (PROZEPT) etabliert worden. Diese PROZEPT setzt sich aus dem Geschäftsführer, den Chefärzten der chirurgischen, der gynäkologisch-geburtshilflichen, der internistischen und der psychiatrischen Abteilung, der Pflegedienstleitung, dem Controller und dem externen Berater zusammen. Die Erarbeitung des Konzeptes erfolgte in insgesamt sechs, größtenteils ganztägigen Sitzungen außerhalb des Krankenhauses im Zeitraum vom 16.03. bis 19.08.1998.
- Für eine stringente und erfolgreiche Durchführung der Konzeptentwicklung hat sich die PROZEPT eine Geschäftsordnung gegeben. Danach hat insbesondere die PROZEPT ihre Beschlüsse einvernehmlich zu treffen gehabt, wodurch die Ergebnisse der Konzeptentwicklung auf einen breiten Konsens aufbauen.

Information über die Erarbeitung des QM-Systems

- 4 Die Mitarbeiter des Krankenhauses sind vor Beginn der Arbeiten der PROZEPT auf einer Startveranstaltung über die Absicht, ein USQM im Johanniter Krankenhaus Geesthacht einzuführen, informiert worden. Im Zuge der Präsentation der Ergebnisse der - parallel zur Konzeptentwicklung durchgeführten - Mitarbeiter- und Patientenbefragung ist auch das Ergebnis der Konzeptentwicklung vorgestellt worden.

Einbindung der Führungsebene

- 5 Die Führungskräfte des Johanniter Krankenhauses Geesthacht sind maßgeblich an der Entwicklung des Konzeptes zum USQM im Rahmen der PROZEPT beteiligt gewesen. Die PROZEPT ist dann in die Q-Kommission überführt worden, so dass die Führungskräfte als Mitglieder der Q-Kommission maßgeblich in die Steuerung und Koordination des QM eingebunden sind. Anforderungen und Aufgaben der Q-Kommission sind definiert worden.

E-2 Qualitätsbewertung

Das Krankenhaus hat sich im Berichtszeitraum an folgenden Maßnahmen zur Bewertung von Qualität bzw. des Qualitätsmanagements beteiligt

- 1 **Repräsentative Patientenbefragung in Krankenhäusern Schleswig-Holsteins**
Nach der in Eigenregie durchgeführten Patientenbefragung im Jahr 1998 hat das Johanniter Krankenhaus Geesthacht im Jahr 2003 erstmals an der Repräsentativen Patientenbefragung in Krankenhäusern Schleswig-Holsteins der Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein (KGSH) teilgenommen. Ergänzend zu den Bereichen Chirurgie und Innere Medizin hat das Johanniter Krankenhaus Geesthacht die Befragung auch in der Frauenklinik durchgeführt.
- 2 **QS-Report Schleswig-Holstein**
Das Johanniter Krankenhaus Geesthacht gehört zu den vier Krankenhäusern Schleswig-Holsteins, dass allen bisher von der Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein (KGSH) durchgeführten QS-Reports Schleswig-Holstein - 1997, 1998, 1999/2000 und 2001 - teilgenommen hat.
Grundlage dieser ersten Länderqualitätsberichte bildeten die der KGSH zugeleiteten Checklisten-Informationen der teilnehmenden Krankenhäuser sowie das von der KGSH erarbeitete Bewertungsschema. Die teilnehmenden Krankenhäuser erhielten neben dem QS-REPORT SCHLESWIG-HOLSTEIN als gesamthafte Übersicht über die aktive Auseinandersetzung auch ihre Bewertungsergebnisse zurück. Die Rückkopplung der Bewertungsergebnisse zielte v.a. auf das Aufzeigen von Handlungsbedarf ab. Hierbei wurden neben den Aussagen zu ausgewählten QM-Aspekten insbesondere auch die durchgeführten QM-Projekte (seinerzeit als problemorientierte Interne QS-Maßnahmen bezeichnet) bewertet.
- 3 **Selbstbewertung**
Im Nachgang zur Teilnahme am QS Report Schleswig-Holstein 1999/2000 hat das Johanniter Krankenhaus Geesthacht im Zuge der Erstellung des 1. Qualitäts- und Entwicklungsberichtes im Jahr 2001 eine Selbstbewertung vorgenommen. Fokus dieser Selbstbewertung war v.a. Arbeitsweise der Projektgruppen sowie die Arbeit innerhalb der Q-Kommission. Darüber hinaus wurden die mit dem QS Report Schleswig-Holstein 1999/2000 zurückgekoppelten Ergebnisse einer kritischen Betrachtung bzw. ergänzende Selbstbewertung unterzogen.

E-3 Ergebnisse in der externen Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V

Auf eine Darstellung der Ergebnisse, dem Umgang mit den Ergebnisse und den daraus gezogenen Konsequenzen wird an dieser Stelle verzichtet.

F Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum

Im Krankenhaus sind folgende ausgewählte Projekte des Qualitätsmanagements im Berichtszeitraum durchgeführt worden:

Projekt „Mangelnde Dokumentation“

Bereich:

QM-Projekt in der Frauenklinik;
das Projekt wird durch das QM-Team GG bearbeitet

Auslöser:

Auslöser für die Durchführung dieses QM-Projektes war zum einen die Durchführung einer Delbeq-Runde zum Erkennen von Problemen und Setzen von Prioritäten und zum anderen die Ergebnisse der Patientenbefragung 2003.

Projektbeginn:

2004

Projektende:

2005

Zielsetzung:

Vereinheitlichung und Vollständigkeit der Dokumentation

Vereinfachung/Reduzierung der Dokumentation

Bisherige Ergebnisse:

Im Zuge der Problemanalyse ist eine Quantifizierung des Problems durch stichprobenartige Überprüfung der Dokumentation in den Krankenakten (Mängelzählung nach Art und Häufigkeit) vorgenommen worden.

Anschließend ist eine Ursachenanalyse (ISHIKAWA) durchgeführt worden.

Für die maßgeblichen Ursachen sind Problemlösungen einschließlich Umsetzungsvorschläge erarbeitet worden. Hierzu zählt insbesondere die Erarbeitung von Musterdokumentationen.

1

2

Projekt „Mangelnder Informationsfluss“

Bereich:

QM-Projekt in der Frauenklinik;
das Projekt wird durch das QM-Team GG bearbeitet

Auslöser:

Auslöser für die Durchführung dieses QM-Projektes war zum einen die Durchführung einer Delbeq-Runde zum Erkennen von Problemen und Setzen von Prioritäten und zum anderen die Ergebnisse der Patientenbefragung 2003.

Projektbeginn:

2004

Projektende:

2005

Zielsetzung:

„Verbesserung“ des Informationsflusses bei ausgewählten Übergabeprozessen

Bisherige Ergebnisse:

Zur Konkretisierung des Problems ist zunächst eine Mitarbeiterbefragung mit der Zielsetzung durchgeführt worden, messbare Aspekte im Sinne von „Mangelnder Informationsfluss macht sich fest an“ zu erarbeiten.

Als wesentliches Instrument zur Problemlösung sind/werden für die ausgewählten Prozesse Verfahrensanweisungen erarbeitet.

Projekt „Mangelnde Aufklärung der Patientinnen“

Bereich:

QM-Projekt in der Frauenklinik;
das Projekt wird durch das QM-Team GG bearbeitet

Auslöser:

Auslöser für die Durchführung dieses QM-Projektes war zum einen die Durchführung einer Delbeq-Runde zum Erkennen von Problemen und Setzen von Prioritäten und zum anderen die Ergebnisse der Patientenbefragung 2003.

Projektbeginn:

2004

Projektende:

3 2005/2006

Zielsetzung:

Aufklärung der Patienten über Krankheit, Behandlungsmöglichkeiten, etc. in einer für den Patienten verständlichen Form

Bisherige Ergebnisse:

Zur Konkretisierung des Problems ist eine „einfache“ Patientenbefragung mit der Zielsetzung durchgeführt worden, messbare Aspekte im Sinne von „Mangelnde Aufklärung macht sich fest an“ zu erarbeiten.

Leider hat die Patientenbefragung keine verwertbaren Ergebnisse geliefert hat.

Es ist daher vom QM-Team beschlossen worden, das - nicht nur in der Frauenklinik - wichtige Thema „Aufklärung des Patienten“ durch eine methodisch saubere Patientenbefragung anzugehen.

G

Weitergehende Informationen

Verantwortlicher für den Qualitätsbericht:

Christian Madsen

Ansprechpartner:

Sylvia Ziesmann-Busche

Links:

www.johanniter-krankenhaus.de/
www.johanniter-qmbh.de
www.johanniterorden.de

Dieser über das Internet verbreitete Qualitätsbericht enthält vertrauliche und/oder urheberrechtlich geschützte Informationen bzw. Anhänge, die nur für autorisierte Empfänger bestimmt sind. Jegliches Kopieren und/oder Vervielfältigen sowie die unbefugte Weitergabe und Verbreitung dieser Informationen im Ganzen oder in Auszügen in allen Medien sind gemäß Urheberrechtsgesetz nur mit ausdrücklicher schriftlicher Zustimmung des Urhebers, Johanniter-Krankenhaus Geesthacht, gestattet.

© Qualitätsbericht 2004 des Johanniter-Krankenhauses Geesthacht