



# Qualitätsbericht

des Krankenhauses Stenum, Fachklinik für Orthopädie

für das Jahr 2004

nach den Vorgaben des Sozialgesetzbuches V

---



## Inhaltsverzeichnis

A Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten .....	4
A-1.1 Allgemeine Merkmale des Krankenhauses .....	4
A-1.2 Institutionskennzeichen des Krankenhauses .....	4
A-1.3 Name des Krankenhausträgers .....	4
A-1.4 Akademisches Lehrkrankenhaus .....	4
A-1.5 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus nach § 108/109 SGB V .....	5
A-1.6 Gesamtzahl der im abgelaufenen Kalenderjahr behandelten Patienten .....	5
A-1.7A Fachabteilungen .....	5
A-1.7B Top-30 DRG des Gesamtkrankenhauses .....	5
A-1.8 Besondere Versorgungsschwerpunkte & Leistungsangebote des Krankenhauses .....	7
A-1.9 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	7
A-2.0 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	7
A-2.1 Apparatve Ausstattung und therapeutische Möglichkeiten .....	8
B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses .....	9
B-1.1 Fachabteilung: Orthopädie .....	9
B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung .....	9
B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung .....	9
B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung .....	10
B-1.5 Top-10 DRG der Fachabteilung .....	11
B-1.6 Die 10 häufigsten Hauptdiagnosen der Fachabteilung .....	11
B-1.7 Die 10 häufigsten Operationen/Eingriffe der Fachabteilung .....	12
B-2 Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses .....	12
B-2.1 Ambulante Operationen nach § 115 b SGB V .....	12
B-2.2 Top-5 der ambulanten Operationen der Fachabteilung .....	12
B-2.3 Sonstige ambulante Leistungen .....	12
B-2.4 Personalqualifikation im Ärztlichen Dienst .....	13
B-2.5 Personalqualifikation im Pflegedienst .....	14
C Qualitätssicherung .....	15
C-1 Externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V .....	15
C-2 Qualitätssicherung beim ambulanten Operieren nach § 115 b SGB V .....	16
C-3 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht (§ 112 SGB V) .....	16
C-4 Qualitätssicherungsmaßnahmen bei Disease-Management-Programmen (DMP) .....	16
C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V .....	17
C-5.2 Ergänzende Angaben bei Nicht-Umsetzung der Mindestmengenvereinbarungen nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V .....	17



<b>Systemteil</b> .....	18
D Qualitätspolitik .....	18
E Qualitätsmanagement und dessen Bewertung .....	20
E-1 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements .....	20
E-2 Qualitätsbewertung .....	22
E-3 Ergebnisse in der externen Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V .....	23
F Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum .....	26
Projekt: Selbstbewertung .....	26
Projekt: Behandlungspfad Hüft- und Knie-Totalendoprothese .....	27
Projekt: Prozessoptimierung Bettenplanung .....	28
Projekt: Patientenbefragung 2004 .....	28
G Weitergehende Informationen .....	28



## A Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten

### A-1.1 Allgemeine Merkmale des Krankenhauses

Anschrift Fachklinik für Orthopädie Stenum  
Heilstättenweg 1  
27777 Ganderkesee

E-Mail-Adresse info@orthopaedie-stenum.de

Internetadresse www.orthopaedie-stenum.de

### A-1.2 Institutionskennzeichen des Krankenhauses

260340421

4

### A-1.3 Name des Krankenhausträgers

Krankenhaus Stenum

### A-1.4 Akademisches Lehrkrankenhaus

Handelt es sich um ein akademisches Lehrkrankenhaus? ja  
nein **X**



### A-1.5 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus nach § 108/109 SGB V

Gesamtbettenzahl des Krankenhauses nach § 108/109 SGB V\*): **76**

\*Stichtag 31.12. des Berichtsjahres

### A-1.6 Gesamtzahl der im abgelaufenen Kalenderjahr behandelten Patienten

Stationäre Patienten: **1969**

Ambulante Patienten: 0

5

### A-1.7A Fachabteilungen

Schlüssel nach § 301 SGB V	Name der Klinik	Zahl der Betten	Zahl Stationäre Fälle	Hauptabteilung oder Belegabteilung	Poliklinik/ Ambulanz
2300	Orthopädie	<b>76</b>	<b>1969</b>	Hauptabteilung	



## A-1.7B Top-30 DRG des Gesamtkrankenhauses

Die Top-30 DRG (nach absoluter Fallzahl) des Gesamtkrankenhauses im Berichtsjahr sind:

Rang	DRG 3-stellig	Text	Fallzahl
1	<b>I68</b>	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich	<b>429</b>
2	<b>I69</b>	Knochenkrankheiten und spezifische Gelenkerkrankungen	<b>294</b>
3	<b>I03</b>	Eingriffe am Hüftgelenk	<b>232</b>
4	<b>I16</b>	Andere Eingriffe am Schultergelenk	<b>208</b>
5	<b>I04</b>	Ersatz des Kniegelenkes	<b>178</b>
6	<b>I18</b>	Andere Eingriffe am Kniegelenk, Ellenbogengelenk, Unterarm	<b>98</b>
7	<b>I09</b>	Wirbelkörperfusion	<b>63</b>
8	<b>I72</b>	Entzündung von Sehnen, Muskeln und Schleimbeuteln	<b>56</b>
9	<b>I73</b>	Nachbehandlung bei Erkrankungen des Bindegewebes	<b>49</b>
10	<b>I10</b>	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule	<b>44</b>
11	<b>I13</b>	Eingriffe an Oberarmknochen, Wadenbein, Knie , Sprunggelenk	<b>37</b>
12	<b>I20</b>	Eingriffe am Fuß	<b>32</b>
13	<b>I08</b>	Andere Eingriffe am Hüftgelenk und Oberschenkelknochen	<b>22</b>
14	<b>I05</b>	Anderer großer Gelenkersatz	<b>21</b>
15	<b>I06</b>	Komplexe Wirbelkörperfusion	<b>19</b>
16	<b>I30</b>	Komplexe Eingriffe am Kniegelenk	<b>19</b>
17	<b>I23</b>	Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial außer an Hüftgelenk und Oberschenkelknochen	<b>18</b>
18	<b>I27</b>	Eingriffe am Weichteilgewebe	<b>18</b>
19	<b>I01</b>	Beidseitige Eingriffe oder mehrere große Eingriffe an Gelenken Der unteren Extremität	<b>16</b>
20	<b>I12</b>	Knochen - und Gelenkinfektion/-entzündung mit verschiedenen Eingriffen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	<b>15</b>
21	<b>I28</b>	Andere Eingriffe am Bindegewebe	<b>11</b>
22	<b>I76</b>	Andere Erkrankungen des Bindegewebes mit komplexer Diagnose	<b>11</b>
23	<b>I21</b>	Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial An Hüftgelenk und Oberschenkelknochen	<b>10</b>
24	<b>I29</b>	Komplexe Eingriffe am Schultergelenk	<b>10</b>
25	<b>I24</b>	Arthroskopie einschließlich Gewebeentnahme	<b>7</b>
26	<b>I71</b>	Muskel- und Sehnerkrankungen	<b>6</b>
27	<b>B71</b>	Erkrankungen an peripheren Nerven ( äußeren Körperbereich)	<b>5</b>



Rang	DRG 3-stellig	Text	Fallzahl
28	I65	Bösartige Neubildung des Bindegewebes	4
29	T01	operative Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten	4
30	Z61	Beschwerden und Symptome	4

## A-1.8 Besondere Versorgungsschwerpunkte & Leistungsangebote des Krankenhauses

Im Krankenhaus Stenum werden folgende besonderen Versorgungsschwerpunkte und Leistungsangebote wahrgenommen:

Versorgungsschwerpunkte
<ul style="list-style-type: none"> <li>Versorgung von orthopädischen Krankheitsbildern mit dem besonderen Schwerpunkt des Gelenkersatzes der Hüfte und des Kniegelenkes sowie Gelenkspiegelungen (arthroskopische Operationen) mit Schwerpunkt von Knie- und Schultergelenk</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Diagnostik und Therapie von Wirbelsäulenerkrankungen, Indikationsstellung und Durchführung operativer Therapie (Bandscheiben-Operationen, Wirbelkanalerweiterungen, Versteifungen)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Konservative Therapie bei Schmerzsyndromen der Wirbelsäule</li> </ul>

7

## A-1.9 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

<ul style="list-style-type: none"> <li>Neben der Möglichkeit ambulanter Behandlung durch Krankenhausärzte (nach § 116 SGB V) bestehen im Krankenhaus Stenum keine weiteren ambulanten Behandlungsmöglichkeiten.</li> </ul>
--

## A-2.0 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Eine Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft besteht nicht.



## A-2.1 Apparative Ausstattung und therapeutische Möglichkeiten

### A-2.1.1 Apparative Ausstattung

Apparative Ausstattung	Vorhanden		Verfügbarkeit 24 Stunden sichergestellt	
Computertomographie (CT)		nein		
Magnetresonanztomographie (MRT)		nein		
Herzkatheterlabor		nein		
Szintigraphie		nein		
Positronenemissionstomographie (PET)		nein		
Elektroenzephalogramm (EEG)		nein		
Angiographie		nein		
Sonographie	ja		ja	
Röntgen	Ja		ja	
Myelographie	Ja		ja	

### A-2.1.2 Therapeutische Möglichkeiten

Therapeutische Möglichkeiten	Vorhanden	
Physiotherapie	ja	
Dialyse		nein
Logopädie		nein
Ergotherapie		nein
Schmerztherapie	ja	
Eigenblutspende		nein
Psychotherapie	ja	
Psychoedukation	ja	
Entspannungstherapie	ja	
Akupunktur	ja	
Manuelle Therapie, Chirotherapie	ja	



## B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

### B-1.1 Name der Fachabteilung

## Orthopädie

### B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung

Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung
• Endoprothetik von Hüfte, Knie, Schulter, auch Wechseloperationen
• Operationen an der Wirbelsäule inklusive Bandscheibenoperationen, Bandscheibenprothetik
• Fußchirurgie
• arthroskopische Operationen (Gelenkspiegelungen) des Knie- und Sprunggelenkes, der Schulter, Ellenbogen
• konservative Therapie von Schmerzsyndromen der Wirbelsäule, multimodale Schmerztherapie
• Kinderorthopädie
• Sportorthopädie
• Hüfterhaltende Operationen aller Art
• Umstellungsoperationen von Gelenken
• Vorbereitung, Durchführung und Nachbetreuung von Narkosen aller Art, wie Vollnarkosen, Teilnarkosen, örtliche Betäubungen (Abteilung Anästhesie*)
• maschinelle Autotransfusion während der Operation (Abteilung Anästhesie*)

9

### B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung

Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung
• Endoprothetik
• Arthroskopische Operationen, inklusive Schultergelenksspiegelungen und -Operationen
• Wirbelsäulenchirurgie
• Konservative Therapie von Wirbelsäulenerkrankungen
• Patientenkontrollierte Analgesie (Schmerztherapie, während und nach der Operation) (Abteilung Anästhesie*)
• Kontinuierliche invasive Schmerztherapie mittels Periduralkatheteranästhesie sowie Plexuskatheteranalgesie und systemische Schmerztherapie (Abteilung Anästhesie*)



## B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung

Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung
• Physikalische Therapie, Physiotherapie
• Schmerztherapie
• Psychoedukation und –Therapie
• Akupunktur
• Hilfsmittelversorgung

### \* **Abteilung Anästhesie**

Der Fachklinik für Orthopädie Stenum ist die Abteilung Anästhesie angeschlossen (keine eigenständige Klinik). Von dieser wurden im Rahmen der stationären operativen Eingriffe **im Jahr 2004** über 2000 Narkosen durchgeführt.

Wie schon in den vorangehenden Jahren lag der Schwerpunkt der Anästhesie auf den örtlichen Betäubungsverfahren. So wurden annähernd 100 % aller Hüft- und Knieendoprothesen in Regionalanästhesie operiert, ebenfalls ca. 90 % aller Schulterarthroskopien wurden ohne Vollnarkose ausschließlich in Leitungsanästhesie durchgeführt.

10

Es ergaben sich insgesamt:

Intubationsnarkosen	564
Larynxmasken (incl. amb. Patienten)	595
Periduralanästhesie/CSE	370
Spinalanästhesie	353
Plexusanästhesie obere Extremität	357
Sonstige	36



## B-1.5 Top-10 DRG der Fachabteilung

Die Top-10 DRG (nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilung im Berichtsjahr sind:

Rang	DRG 3-stellig	Text	Fallzahl
1	<b>I68</b>	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich	<b>429</b>
2	<b>I69</b>	Knochenkrankheiten und spezifische Gelenkerkrankungen	<b>294</b>
3	<b>I03</b>	Eingriffe am Hüftgelenk	<b>232</b>
4	<b>I16</b>	Andere Eingriffe am Schultergelenk	<b>208</b>
5	<b>I04</b>	Ersatz des Kniegelenkes	<b>178</b>
6	<b>I18</b>	Andere Eingriffe am Kniegelenk, Ellenbogengelenk, Unterarm	<b>98</b>
7	<b>I09</b>	Wirbelkörperfusion	<b>63</b>
8	<b>I72</b>	Entzündung von Sehnen, Muskeln und Schleimbeuteln	<b>56</b>
9	<b>I73</b>	Nachbehandlung bei Erkrankungen des Bindegewebes	<b>49</b>
10	<b>I10</b>	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule	<b>44</b>

## B-1.6 Die 10 häufigsten Hauptdiagnosen der Fachabteilung

Die 10 häufigsten Hauptdiagnosen der Fachabteilung im Berichtsjahr sind:

Rang	ICD-10 Nummer*) (3-stellig)	Fälle (absolute Zahl)	Text
1	<b>M75</b>	<b>242</b>	Schulterläsionen
2	<b>M17</b>	<b>204</b>	Arthrose des Kniegelenkes
3	<b>M16</b>	<b>193</b>	Arthrose des Hüftgelenkes
4	<b>T84</b>	<b>134</b>	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate
5	<b>M51</b>	<b>138</b>	Sonstige Bandscheibenschäden
6	<b>M42</b>	<b>89</b>	Knochen- und Knorpeldegeneration der Wirbelsäule
7	<b>M23</b>	<b>69</b>	Binnenschädigung des Kniegelenkes
8	<b>M19</b>	<b>28</b>	Sonstige Arthrose
9	<b>M20</b>	<b>27</b>	Erworbene Deformität der Finger und Zehen
10	<b>M00</b>	<b>24</b>	Eitrige Arthritis

\*) Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierlinien.



## B-1.7 Die 10 häufigsten Operationen/Eingriffe der Fachabteilung

Die 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe der Fachabteilung im Berichtsjahr sind:

Rang	OPS-301 Nummer (4-stellig)	Fälle (absolute Zahl)	Text
1	5-814	201	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes
2	5-820	198	Implantation einer Endoprothese Hüftgelenk
3	5-822	151	Implantation einer Endoprothese Kniegelenk
4	5-839	111	Operation an der Wirbelsäule, Bandscheibenendoprothese
5	5-812	95	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken
6	5-836	60	Wirbelkörperfusion
7	5-821	50	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk
8	5-831	34	Entfernung von erkranktem Bandscheibengewebe
9	5-823	34	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk
10	5-787	30	Entfernung von Osteosynthesematerial ( z.B Draht, Platte, Klammern, Schraube, Marknagel)

12

## B-2 Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

### B-2.1 Ambulante Operationen nach § 115 b SGB V

Im Krankenhaus Stenum werden im Rahmen der KV-Ermächtigung ambulante Operationen durch Krankenhausärzte durchgeführt. Weitere Möglichkeiten ambulanter Operationen (nach § 115 b SGB V) bestehen nicht.

### B-2.2 Top-5 der ambulanten Operationen der Fachabteilung : entfällt

### B-2.3 Sonstige ambulante Leistungen: entfällt (s.o.)



## B-2.4 Personalqualifikation im Ärztlichen Dienst

Personalqualifikation im Ärztlichen Dienst<sup>\*)</sup>:

Schlüssel nach § 301 SGB V	Abteilung	Anzahl der beschäftigten Ärzte insgesamt	Anzahl Ärzte in der Weiterbildung	Anzahl Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung
2300	Orthopädie	11	7	4
	Anästhesie	2	0	2
	<b>Gesamt</b>	13	7	6

<sup>\*)</sup> Stichtag 31.12. des Berichtsjahres.

Anzahl der Ärzte mit Weiterbildungsbefugnis (gesamtes Krankenhaus): 2



## B-2.5 Personalqualifikation im Pflegedienst

Personalqualifikation im Pflegedienst (Stichtag 31.12. des Berichtsjahres):

Schlüssel nach § 301 SGB V	Abteilung	Anzahl Pflegekräfte insgesamt <sup>*1)</sup>	%-Anteil examinierter Pflegekräfte <sup>*2)</sup>	%-Anteil Pflegekräfte mit Fachweiterbildung <sup>*3)</sup>	%-Anteil Krankenpflegehelfer/-in <sup>*4)</sup>
	Orthopädie	41	60,97	22,22	9,76
	Anästhesie	7	100	28,57	
	OP-Abteilung	7	85,72	33,34	14,78
	Sonstige	1	100	100	
	<b>Gesamt</b>	56	75	25,71	8,92

\*1) Anzahl der beschäftigten Pflegekräfte insgesamt

\*2) Prozentualer Anteil der examinierter Krankenschwestern/-pfleger (3 Jahre)

\*3) Prozentualer Anteil der Krankenschwestern/-pfleger mit entsprechender Fachweiterbildung (3 Jahre + Fachweiterbildung)

\*4) Prozentualer Anteil Krankenpflegehelfer/ -in (1 Jahr)



## C Qualitätssicherung

### C-1 Externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V

Gemäß seines Leitungsspektrums nimmt das Krankenhaus an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Leistungsbereiche) teil:

Nr.	Leistungsbereich	Leistungsbereich wird vom Krankenhaus erbracht		Teilnahme an der externen Qualitätssicherung		Dokumentationsrate	
		ja	nein	ja	nein	Krankenh aus	Bundesdu rchschnitt
1	Aortenklappenchirurgie		x				
2	Cholezystektomie		x				
3	Gynäkologische Operationen		x				
4	Herzschrittmacher-Erstimplantation		x				
5	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel		x				
6	Herzschrittmacher-Revision		x				
7	Herztransplantation		x				
8	Hüftgelenknahe Femurfraktur (ohne subtrochantäre Frakturen)	x		x		100 %	95,58 %
9	Hüft-Totalendoprothesen-Wechsel	x		x		100 %	92,39 %
10	Karotis-Rekonstruktion		x				
11	Knie-Totalendoprothese (TEP)	x		x		100 %	98,59 %
12	Knie-Totalendoprothesen-Wechsel	x		x		100 %	97,38 %
13	Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie		x				
14	Koronarangiografie/Perkutane transluminale Koronarangioplastie (PTCA)		x				
15	Koronarchirurgie		x				
16	Mammachirurgie		x				
17	Perinatalmedizin		x				
18	Pflege: Dekubitusprophylaxe mit Kopplung an die Leistungsbereiche						
	8	x		x		100 %	95,85 %
	9	x		x		100 %	92,39 %
	11	x		x		100 %	98,59 %
	12	x		x		100 %	97,38 %
19	19	x		x		100 %	98,44 %
19	Totalendoprothese (TEP) bei Koxarthrose	x		x		100 %	98,44 %
19	Dokumentationsrate Gesamt in %					100 %	98,44 %



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

Entfällt (s.o)

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

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

## **C-4 Qualitätssicherungsmaßnahmen bei Disease-Management-Programmen (DMP)**

Gemäß seines Leistungsspektrums nimmt das Krankenhaus an keinen Disease-Management-Programmen teil.

16



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

Leistung <sup>1)</sup>	OPS der einbezogenen Leistungen <sup>*1)</sup>	Mindestmenge <sup>*1)</sup> (pro Jahr) pro KH/ pro gelistetem Operateur <sup>*2)</sup>	Leistung wird im Krankenhaus erbracht (ja/nein)	Erbrachte Menge (pro Jahr)		Anzahl der Fälle mit Komplikationen im Berichtsjahr
				pro KH (4a)/ pro gelistetem Operateur (4b) <sup>*2)</sup>		
1a	1b	2	3	4a	4b	5
Lebertransplantation		10	nein			
	5-504					
	5-504.0					
	5-504.1					
	[...]					
Nierentransplantation		20	nein			
	5-555					
	5-555.0					
	5-555.1					
	5-555.2					
	5-555.3					
	5-555.4					
	[...]					
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus		5/5	nein			
	5-422...					
	5-423...					
	5-424...					
	5-425...					
	[...]					
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas		5/5	nein			
	5-521...					
	5-524...					
	[...]					
Stammzell-transplantation		12	nein			
	5-410					
	8-805					
	5-411					
	[...]					

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

\*2) Angaben jeweils bezogen auf den Arzt/Operateur, der diese Leistung erbringt.

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

entfällt



## Systemteil

### D Qualitätspolitik

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

Leitsätze zur Qualitätspolitik im Krankenhaus Stenum

1. Die Qualitätspolitik spiegelt sich in definierten Qualitätszielen wider. Diese sind: Kompetenz, kontinuierliche Verbesserung, Verbindlichkeit. Erreicht werden sie u.a. durch eine auf Leitlinien basierende Behandlung, ergänzt durch aktuelle Behandlungsstandards, sowie Transparenz der Prozesse. Dadurch ist eine frühzeitige Fehlererkennung und –Vermeidung gewährleistet.
2. Transparenz ist ein integraler Bestandteil unserer Qualitätspolitik. Dazu müssen alle Beteiligte kontinuierlich miteinander kommunizieren – sowohl intern als auch nach extern.
3. Wir sehen uns als Anwalt unserer Patienten: Ihre Belange wollen wir vertreten, nicht nur aus medizinischer, sondern auch aus ganzheitlicher Sicht. Das Wohl und die Zufriedenheit unserer Patienten ist unser höchstes Ziel.
4. Verantwortlich für die Qualitätspolitik ist die Klinikleitung. Sie unterstützt die Qualitätsarbeit mit allen Kräften und trägt Qualitätsbewusstsein in alle Bereiche des Krankenhauses („die Treppe wird von oben gefegt“). Dabei ist gegenseitiger Respekt und Wertschätzung jedes einzelnen Mitarbeiters ihre Maxime.
5. Unsere Qualitätspolitik soll unsere Mitarbeiter motivieren und qualifizieren, sie sollen sich mit dem Unternehmen identifizieren. Indem wir Leistung anerkennen und Anreize dazu schaffen, wollen wir die Qualität unserer Arbeit weiter optimieren. Wir sind überzeugt, dass nur engagierte und qualifizierte Mitarbeiter zum Erfolg unseres Hauses beitragen können.
6. Jede gesellschaftliche, wirtschaftliche und besonders gemeinnützige Institution hat eine soziale Aufgabe, d. h. die Pflicht, dem Gemeinwohl zu dienen. Damit steht jeder Einzelne im Mittelpunkt unserer Qualitätsbemühungen. Sowohl unsere Patienten als auch unsere Mitarbeiter, aber auch unsere sonstigen „Kunden“ und „Partner“ sollen von unserer Qualitätspolitik profitieren, indem sie persönlich zufrieden sind und sich dem Unternehmen gegenüber grundsätzlich wohlwollend verhalten.
7. Das Qualitätsmanagement unterstützt die Wirtschaftlichkeit des Unternehmens, damit eine stabile Marktpräsenz und sichere Arbeitsplätze gewährleistet sind.



Auf der Grundlage dieser Qualitätspolitik sind konkrete Qualitätsziele abgeleitet und festgelegt worden. Dafür wurden Qualitätsindikatoren definiert, um verlässliche Daten bei der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung zu erhalten:

<b>Strategisches Ziel:</b>	<b>Operatives Ziel:</b>
Gewährleistung einer effizienten (wirtschaftlichen) Patientenversorgung	Weiterentwicklung bestehender (Joint-Care) und Entwicklung neuer (multimodale Schmerztherapie bei WS-Erkrankungen) Behandlungspfade mit Optimierung der Verweildauer durch Verbesserung der Arbeitsabläufe
Erfassung, Analyse und Senkung der Komplikationsrate bei endoprothetischen Eingriffen	Einführung einer Komplikationsstatistik bis zum 31.12.2005
Optimierung der Behandlungsabläufe im Bereich Medizin/Orthopädie	Einführung von medizinischen Leitlinien (10 ärztliche Leitlinien bis 1.10.2005)
Prozessoptimierung Arztbriefschreibung	Patient bekommt endgültigen Entlassungsbrief am Entlassungstag mit nach Hause. Fertigstellung bis Ende 2005
Einbindung der Mitarbeiter in das QM-System, Steigerung der Mitarbeiterorientierung	Leitbildentwicklung bis 1.11.2006
Unser Krankenhaus soll als innovatives, kreatives, junges Krankenhaus wahrgenommen werden, das zuverlässig reproduzierbare Ergebnisse liefert und dadurch für diese (Dienst)leistung überdurchschnittlich in Anspruch genommen wird.	Zertifizierung nach KTQ bis Ende 2006
Verbesserung des Qualitätsbewusstseins und der fachmethodischen Ausbildung der Mitarbeiter durch Optimierung des Schulungsangebotes im Bereich QM	Ausbildung von 3 weiteren Mitarbeitern zu Qualitätsmanagement-„Multiplikatoren“ bis Ende 2005
Erhebung der Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit	Analyse der Zufriedenheit durch Patienten- und Mitarbeiterbefragungen bis 31.12.05



## E Qualitätsmanagement und dessen Bewertung

### E-1 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Anfang des Jahres 2002 wurde damit begonnen, ein modernes und umfassendes Qualitätsmanagementsystem aufzubauen. Erster Schritt war die Befähigung eines ärztlichen Mitarbeiters zur Ausübung eines QM-Beauftragten (QMB) durch Teilnahme am Kurs Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen nach dem Curriculum der Bundesärztekammer. Weitere Führungskräfte und Mitglieder der Krankenhausleitung erwarben durch Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen zeitgleich umfassende Kenntnisse auf diesem Gebiet.

Mit dem Qualitätsmanagementsystem wird sichergestellt, daß alle qualitätsrelevanten Tätigkeiten geplant, gesteuert und überwacht werden. Ziel ist hierbei die systematische und kontinuierliche Verbesserung der Leistungserbringung, das heißt vor allem der Prozeß- und Ergebnisqualität. In besonderem Fokus steht dabei immer die patientenzentrierte Versorgung sowie die Mitarbeiterzufriedenheit. Ein weiterer zentraler Bestandteil ist die Einbindung möglichst vieler Mitarbeiter in das Qualitätsmanagement-System durch Projektarbeit. Hierdurch werden die Ideen und das Know-how der direkt an der Qualität beteiligten Personen optimal genutzt.

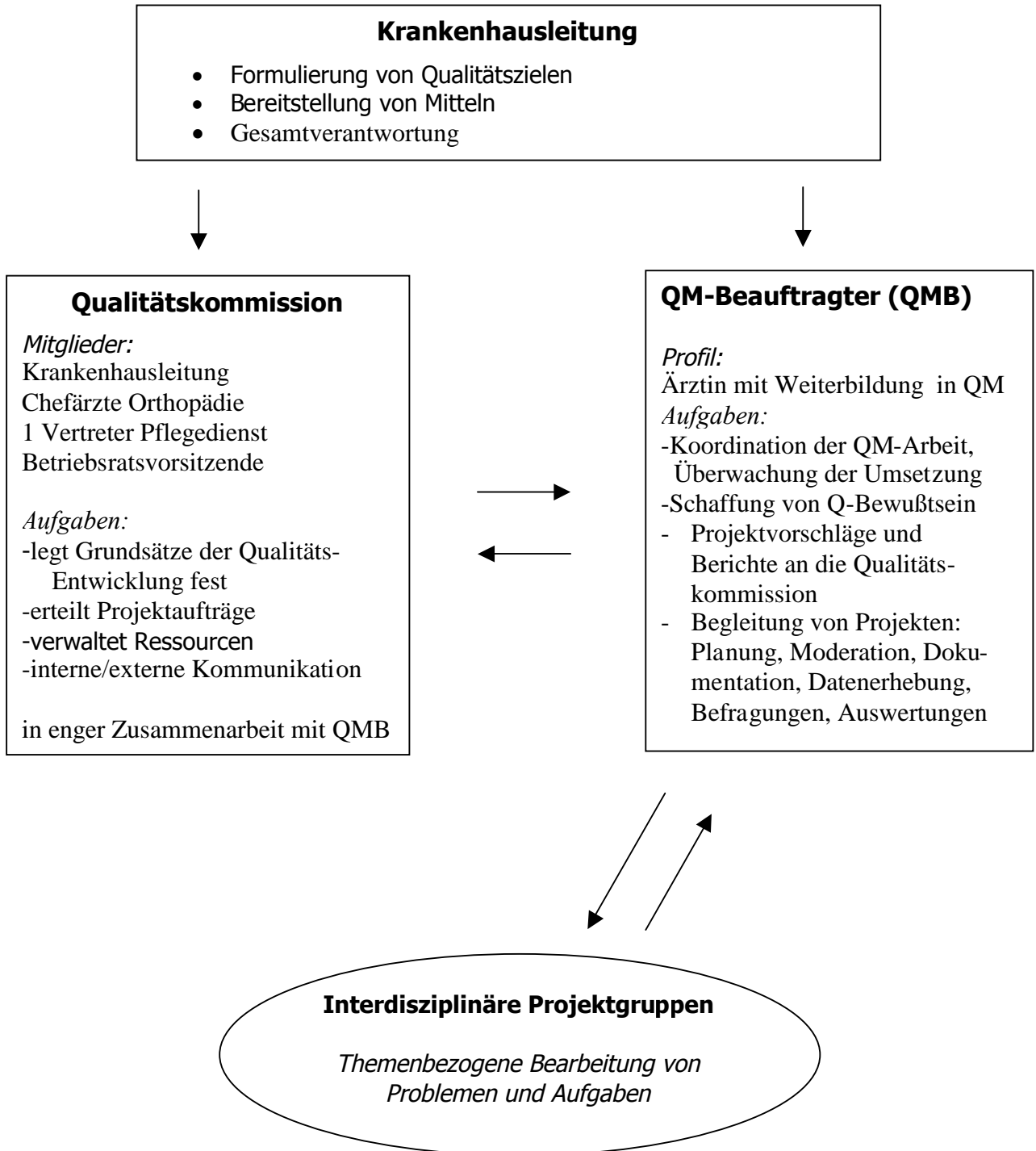
20

Aus der folgenden Abbildung gehen die Strukturen und Aufgaben der am QM-System beteiligten Gruppen hervor. Dabei ist das Qualitätsmanagement eine Stabstelle der Krankenhausleitung. Hierdurch ist die Qualitätsmanagement-Beauftragte (QMB) gegenüber den einzelnen Mitgliedern unabhängig. Grundsätzlich erhält die QMB von der Qualitätskommission ihre Aufträge und berichtet dieser in regelmäßigen Abständen über Ergebnisse. Das im folgenden Organigramm dargestellte Konzept findet grundsätzlich für alle Verbesserungsprojekte und Vorhaben bei der Planung, Durchführung und Ergebnismessung Anwendung.

Der Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements im Krankenhaus stellt sich wie folgt dar:



Abb.1: Aufbauorganisation (Organigramm) Qualitätsmanagement:





## E-2 Qualitätsbewertung

Das Krankenhaus hat sich im Berichtszeitraum an folgenden Maßnahmen zur Bewertung der Qualität bzw. des Qualitätsmanagements beteiligt (Selbst- oder Fremdbewertungen):

Die Bewertung des Qualitätsmanagementsystems erfolgt intern kontinuierlich im Rahmen der regelmäßig stattfindenden Qualitätskommissionssitzungen.

Neben der Auswertung der kontinuierlich stattfindenden Patientenbefragung wurde aus einer ersten orientierenden Ist-Analyse (Selbstbewertung) vorhandenes Verbesserungspotential aufgedeckt.

Diese Selbstbewertung erfolgte nach den Kriterien der Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus (KTQ®). Anschließend daran wurde ein Maßnahmenplan erstellt und damit begonnen, ausgewählte Verbesserungsprojekte in berufsgruppen- und hierarchieübergreifenden Arbeitsgruppen zu bearbeiten.



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

Im Bereich Implantation von künstlichen Hüft- und Kniegelenken sowie Wechseloperationen bei Hüft-Totalendoprothesen wird jährlich von der Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft e.V. eine Auswertung der Ergebnisse einzelner Krankenhäuser zu speziellen Fragestellungen zur Verfügung gestellt.

In der folgenden Tabelle ist ein Auszug aus diesen Ergebnissen aufgeführt. Bei der Auswahl der hier dargestellten Parameter handelt es sich unserer Meinung nach um die für die Patienten relevantesten und interessantesten Fragestellungen.

Auszugsweise Darstellung der Ergebnisse aus dem externen Qualitätssicherungsverfahren (in tabellarischer Form):



Abb.: Daten aus der externen Qualitätssicherung: Krankenhaus Stenum vs. Vergleichsdaten aller Krankenhäuser in Niedersachsen (Nds)

Berichtsjahr 2004	Verweildauer (Tage) nach der Operation (Mittelwert)		mittlere Operationsdauer in Minuten (Median)		sehr gute Mobilität und Selbstständigkeit bei Entlassung (*)		Anteil Patienten mit mind. 1 chirurgischen (**) behandlungsbe- dürftigen Komplikation (in %)		Anteil Patienten mit mind. 1 allgemeinen (***) behandlungsbe- dürftigen Komplikation (in %)	
	Nds	Stenum	Nds	Stenum	Nds	Stenum	Nds	Stenum	Nds	Stenum
<b>Hüft-Total- Endo-prothese</b>	16,1	11,0	80,0	79,0	93,6	98,4	5,5	4,6	4,8	4,1
<b>Knie-Total- Endoprothese</b>	15,6	10,5	87,0	58,5	keine Auswertung ****		4,6	1,4	7,2	9,2
<b>Hüft-Total- Endoprothesen- Wechsel</b> (Jahre 2001-2004)	25,2	21,1	135	113,5	keine Auswertung ****		10,5	6,9	11,3	8,5

24

\* Anteil an Patienten, die bei der Entlassung/Verlegung mobil und selbständig sind (selbständiges Gehen und Treppensteigen sowie selbständige Verrichtung der täglichen Hygiene sind möglich)

\*\* ...während oder nach der Operation. Hier sind eingeschlossen: Fehllage, Verschiebung oder Bruch des Implantates, Ausrenkung der Prothese, Wundhämatom/Nachblutung, Blutgefäß/Nervenschaden, Knochenbruch

\*\*\* ...während oder nach der Operation. Hierzu gehören: Lungenentzündung, Herz-Kreislauf-Komplikationen, Thrombosen, Lungenembolie, Harnwegsinfekt, Wundinfektion, Decubitus

\*\*\*\* nicht vorhandenes Kriterium (der BQS) bei den Modulen "Knie-Total-Endoprothese" und "Hüft-Total-Endoprothesen-Wechsel"



Die geringe Verweildauer der Patienten im Krankenhaus bei den oben aufgeführten Operationen erklärt sich durch unser im Jahr 2004 neu aufgebautes Behandlungskonzept für Patienten mit Knie- und Hüft- Totalendoprothesen. Unter dem Begriff "Joint-Care" (Projekt s.u.) werden die Patienten auf der Basis eines geplanten und standardisierten Behandlungsablaufs betreut, der sich auch auf die nachstationäre Rehabilitation bezieht. Das neue Konzept hat u.a. kürzere Wartezeiten, kürzere Verweildauer im Krankenhaus, verbesserte Information der Patienten und Miteinbeziehung der Angehörigen in den Behandlungsablauf zum Ziel.

## Bluttransfusionen

Der restriktive Gebrauch von Fremdblutkonserven ist seit Jahren eine Maxime unserer Klinik. Neben schonender Operationstechnik kommen fremdblutsparende Verfahren zum Einsatz. Eine besonders wirkungsvolle und in unserer Klinik seit Jahren bewährte Methode ist der Einsatz von „Cellsavern“, also Maschinen, die das Wundblut reinigen und so aufbereiten, dass der wesentliche Anteil des eigenen Blutes dem Patienten zurückgegeben werden kann. Durch den Einsatz solcher Maschinen können wir bei der überwiegenden Zahl unserer Patienten ohne die Gabe von Fremdblut auskommen.

25

Aus Gründen der Evaluation unserer intra- und postoperativen Vorgehensweise führen wir im Krankenhaus Stenum eine interne Statistik über die Gabe von Fremdblut bei bestimmten Operationen durch.

In der folgenden Tabelle ist der prozentuale Anteil der Patienten, die Fremdblut erhalten haben, bei unten genannten Operationen dargestellt.

Hieraus wird ersichtlich, dass sich seit dem Jahr 2000 bei der Hüftprothese der Anteil an Patienten mit Fremdblutgabe mehr als halbiert hat. Bei der Knieprothese sowie Versteifungsoperationen an der Wirbelsäule ist sogar eine noch deutlichere Verbesserung abzuleiten (s.u.).

Abb.: Anteil der Patienten, die Fremdblut bekommen haben, in Prozent:

Jahr	Hüft-TEP	Knie-TEP	DNS*
2000	16	19	32
2001	13	7	26
2002	11	8	20
2003	11	6	21
2004	7	6	11

\* „Dorsale Neutralisationsspondylodese (Versteifungsoperation an der Wirbelsäule)



## F

### Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum

Insbesondere aus den Ergebnissen der Selbstbewertung wurden Verbesserungspotentiale aufgedeckt, aus denen Verbesserungsprojekte entstanden sind. Die Projekte haben grundsätzlich einen Bezug zu den Qualitätszielen und der Qualitätspolitik des Krankenhauses. Der Erfolg der Projekte wird durch die Entwicklung von Kennzahlen bzw. Qualitätsindikatoren messbar gemacht.

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

- Selbstbewertung nach KTQ-Kriterienkatalog
- "Joint-Care" (siehe oben): Behandlungspfad für Hüft-Tep-Patienten
- Prozeßoptimierung Bettenplanung
- Patientenbefragung 2004

#### Projekt: Selbstbewertung

Verantwortlich (Projektleiter):	<b>QMB</b>	Projektdauer:	<b>4 Monate</b>
Priorität:	<b>hoch</b>	Kriterium (Bezug zu Selbstbewertung):	<b>entfällt</b>

#### Ziele/ gewünschte Ergebnisse

- Aufdecken von Schwachstellen und Verbesserungspotential
- Voraussetzung zur geplanten Fremdbewertung

#### Vorgehensweise

1. Bearbeitung des KTQ-Kataloges auf Ebene von Arbeitsgruppen. Ergänzend:
2. Angabe von Verbesserungsvorschlägen, ggf. sogar Maßnahmen, zu den einzelnen Themen
3. Weiterleitung an die KTQ- Koordinationsgruppe, hier Erstellung des Selbstbewertungsberichtes und Zusammentragung der Verbesserungsvorschläge

#### Projektergebnis

- Verbesserungspotentiale wurden aufgedeckt und priorisiert



## Projekt:

### Joint Care / Behandlungspfad Hüft-Totalendoprothese und Knie-Totalendoprothese

Verantwortlich (Projektleiter):	<b>Chefarzt Orthopädie</b>
------------------------------------	--------------------------------

Projektdauer:	<b>kontinuierlich</b>
---------------	-----------------------

Priorität:	<b>hoch</b>
------------	-------------

Kriterium (Bezug zu Selbstbewertung):	<b>Patientenorie ntierung</b>
--	-----------------------------------

#### Ziele/ gewünschte Ergebnisse

- Prozessoptimierung und Standardisierung Behandlungsablauf
- Patienteninformation (und Angehörigeninformation) verbessern
- Verweildauer verkürzen, bessere Aufnahme- und Entlassungsplanung
- bessere Einarbeitung neuer Mitarbeiter
- vollständige und gleichzeitig vereinfachte Dokumentation
- mehr Übersichtlichkeit und Transparenz (für alle am Patienten beteiligten Personen)

#### Vorgehensweise

1. Dokumentation von allen Abläufen am Patienten von der Aufnahme bis zur Entlassung durch berufsgruppenübergreifende Projektgruppe
2. Analyse und Optimierung der Prozesse, Entwicklung von Standards und Leitlinien
3. Dokumentation und Implementierung des Behandlungspfades

27

#### Projektergebnis

Behandlungspfad implementiert, wird regelmäßig überprüft und aktualisiert

## Projekt: Prozessoptimierung Bettenplanung

Verantwortlich (Projektleiter):	<b>QMB</b>
------------------------------------	------------

Projektdauer:	<b>3 Monate</b>
---------------	-----------------

Priorität:	<b>mittel</b>
------------	---------------

Kriterium (Bezug zu Selbstbewertung):	<b>Patienten- orientierung</b>
--	------------------------------------

#### Ziele/ gewünschte Ergebnisse

Erhöhter und reibungsloserer Patientendurchlauf durch bessere Planung möglich, Anpassung an kürzere Verweildauern der Patienten

#### Vorgehensweise

Dokumentation vorhandener Abläufe bei der Betten-Planung, Analyse, Prozeßoptimierung durch interdisziplinäre Arbeitsgruppe.

**Projektergebnis:** Ziele (s.o.) erfüllt



## Projekt: Patientenbefragung 2004

Verantwortlich (Projektleiter):	<b>QMB</b>
------------------------------------	------------

Projektdauer:	<b>2 Monate</b>
---------------	-----------------

Priorität:	<b>hoch</b>
------------	-------------

Kriterium (Bezug zu Selbstbewertung):	Sammlung u. Analyse qualitätsrele- vanter Daten
--	--

### Ziele/ gewünschte Ergebnisse

Aufdecken von Schwachstellen und Verbesserungspotential

### Vorgehensweise

Auswahl eines Fragebogens nach vorher aufgestellten Gütekriterien, Einführung des Personals in Dateneingabe, Auswertung regelmäßig durch QMB

### Projektergebnis

Verbesserungspotentiale werden halbjährlich erhoben

## G Weitergehende Informationen

### Verantwortlich für den Qualitätsbericht

- Fredo Garbade (Basisteil)
- Dr. D. Koch (Systemteil)

### Ansprechpartner

- Dr. D. Koch
- Fr. B. Schmidt (Controlling)

### Links/ Verweise

- [www.Orthopaedie-stenum.de](http://www.Orthopaedie-stenum.de)