

Qualitätsbericht

Elisabeth-Krankenhaus Thüne



Inhaltsverzeichnis

A Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten	8
A-1.1 Allgemeine Merkmale des Krankenhauses	8
A-1.2 Institutionskennzeichen des Krankenhauses	8
A-1.3 Name des Krankenhausträgers	8
A-1.4 Akademisches Lehrkrankenhaus	8
A-1.5 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus nach § 108/109 SGB V	9
A-1.6 Gesamtzahl der im abgelaufenen Kalenderjahr behandelten Patienten	9
A-1.7A Fachabteilungen	9
A-1.7B Top-30 DRG des Gesamtkrankenhauses	10
A-1.8 Besondere Versorgungsschwerpunkte & Leistungsangebote des Krankenhauses	12
A-1.9 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	13
A-2.0 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	14
A-2.1 Apparative Ausstattung und therapeutische Möglichkeiten	15
B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	17
B-1.1 Name der Fachabteilung	17
B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung	17
B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung	17
B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung	18
B-1.5 Top-10 DRG der Fachabteilung	19
B-1.6 Die 10 häufigsten Hauptdiagnosen der Fachabteilung	19
B-1.7 Die 10 häufigsten Operationen/Eingriffe der Fachabteilung	20
B-2 Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	27
B-2.1 Ambulante Operationen nach § 115 b SGB V	27
B-2.2 Top-5 der ambulanten Operationen der Fachabteilung	27
B-2.3 Sonstige ambulante Leistungen	27
B-2.4 Personalqualifikation im Ärztlichen Dienst	29
B-2.5 Personalqualifikation im Pflegedienst	29
C Qualitätssicherung	30
C-1 Externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V	30
C-2 Qualitätssicherung beim ambulanten Operieren nach § 115 b SGB V	31
C-3 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht (§ 112 SGB V)	31
C-4 Qualitätssicherungsmaßnahmen bei Disease-Management-Programmen (DMP)	31
C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V	32
C-5.2 Ergänzende Angaben bei Nicht-Umsetzung der Mindestmengenvereinbarungen nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V	33



Systemteil	34
D Qualitätspolitik.....	34
E Qualitätsmanagement und dessen Bewertung.....	37
E-1 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements	37
E-2 Qualitätsbewertung	38
E-3 Ergebnisse in der externen Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V	39
F Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum	42
G Weitergehende Informationen	45

Einleitung

Unsere Tradition

Das Elisabeth-Krankenhaus Thuine blickt auf eine langjährige Tradition zurück. Seit dem Jahre 1912 wird es offiziell im Krankenhausplan des Landes Niedersachsen geführt. Es entwickelte sich langsam aber stetig von einem sehr kleinen dörflichen Krankenhaus mit zunächst 20 Betten zu einem modernen 170 Betten Haus der Grund und Regelversorgung.



Seinen besonderen Charme und seine Verbundenheit mit der Bevölkerung hat es sich bei aller Modernisierung bis heute bewahrt.



In unserem Krankenhaus sind Schwestern der Ordensgemeinschaft der Franziskanerinnen vom heiligen Martyrer Georg tätig, deren Mutterhaus sich in unmittelbarer Nähe unseres Hauses befindet. Die Ordensschwwestern prägen bis heute die besondere Atmosphäre und Ausrichtung unseres Hauses mit. Die Ordensgemeinschaft ist der Träger des Krankenhauses.

Um eine Pflege auf hohem Niveau anbieten zu können, wurde im Jahre 1945 die staatlich anerkannte Krankenpflegeschule gegründet. In Kooperation mit 5 weiteren Krankenhäusern ist unserem Haus seit 1986 eine Hebammenschule angegliedert. So hat sich aus kleinen Anfängen das heutige Elisabeth-Krankenhaus mit seinen differenzierten Angeboten, seiner modernen Ausstattung und seinen patientenorientierten Versorgungsstrukturen entwickelt.

Unser Leitbild

Für das Krankenhaus in der Trägerschaft der Thuiner Franziskanerinnen wurden von Mitarbeitern und dem Träger gemeinsam Leitlinien unter dem Motto „Pax et Bonum“ (Friede und Heil) erarbeitet und herausgegeben.

In der Präambel unserer Leitlinien heißt es: **„Im Mittelpunkt unseres Wirkens und Handelns steht der Mensch. Ihm gilt die Sorge um das ganzheitliche – Geist, Seele und Leib – umfassende Heil. Dieser Dienst ist getragen von dem Glauben an das erlösende Leiden und Sterben Jesu Christi, der Mensch geworden ist, um Gottes heilende Gegenwart in unserer Welt sichtbar zu machen“.**

„Der Kranke steht in der Mitte unserer Dienste“. Diesem zentralen Satz unserer Leitlinien fühlen wir uns besonders verpflichtet. Wir achten die religiösen Anschauungen und die sozialen und die kulturellen Bezüge unserer Patienten. Sie werden mit einer hohen fachlichen Kompetenz behandelt, die für sie transparent gestaltet wird. Menschliche und persönliche Zuwendung sind eine der prägendsten Merkmale unseres Handelns. Unser Leitbild ist in unseren alltäglichen Arbeiten integriert und wird mit den Methoden des umfassenden Qualitätsmanagements umgesetzt.

Unser Handeln

Jährlich werden bei uns ca. 5.000 stationäre und ca. 8.500 ambulante Patienten versorgt. Dafür stehen insgesamt 170 Betten in den Fachabteilungen Innere Medizin, Allgemein- und Visceralchirurgie und in der Belegabteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe zu Verfügung. Die Anästhesiologie wird in Kooperation mit dem Bonifatius Hospital Lingen versorgt.

In unserem Hause werden in großem Umfange ambulante Operationen und seit 01.01.2003 stationsersetzende Eingriffe nach § 115 SGB V durchgeführt.

Ambulante und stationäre Chemotherapien gehören zum onkologischen Schwerpunkt unseres Hauses.

Die beiden Hauptabteilungen organisieren eine Institutsambulanz, eine Ermächtigungsambulanz sowie die durchgehende Notfallambulanz.

Die gynäkologischen Belegärzte betreiben Ihre Arztpraxen in Thuine und Lingen.





Die ärztlichen Mitarbeiter unserer Hauptabteilungen sind regelmäßig am Rettungsdienst des Landkreises Emsland beteiligt.

Ziel unserer Pflege ist es, dem Kranken und seinen Angehörigen Wertschätzung und Achtung entgegenzubringen und ihnen fachkompetente und umfassende Unterstützung und Hilfestellung in ihren besonderen Lebenssituationen zu geben.

Wir sind bestrebt, eine noch intensivere Verzahnung der verschiedenen Versorgungsbereiche zur weiteren Verbesserung der Versorgung unserer Patienten zu erreichen. Es bestehen bereits verschiedene Kooperationen mit umliegenden Krankenversorgungseinrichtungen (Sozialstation, Krankenhaus, Rehabilitationsklinik).

Auf dem Gelände des Elisabeth-Krankenhauses Thuine haben sich bereits eine gynäkologische und eine augenärztliche Praxis sowie auch ein Sanitätshaus angesiedelt.

Um weitere Informationen über unser Krankenhaus zu erhalten, besuchen Sie uns bitte auf unserer Internetseite www.Krankenhaus-Thuine.de.

Wir heißen Sie herzlich willkommen.

Der Qualitätsbericht

Mit Paragraph 137 des Sozialgesetzbuches V macht der Gesetzgeber den Krankenhäusern die verbindliche Auflage, einen Qualitätsbericht zu erstellen, der im zweijährigen Rhythmus zu aktualisieren ist.

Dieser Qualitätsbericht verfolgt das Ziel, Transparenz herzustellen.

Er informiert Patienten, Angehörige, Ärzte im niedergelassenen Bereich, Klinikärzte, gesetzliche und private Krankenkassen sowie die breite Öffentlichkeit über unser Leistungsangebot und unsere Qualität.

Mit diesen Informationen geben wir den oben genannten Adressaten ein Instrument an die Hand, um wertvolle Informationen zu erlangen, die bei der Entscheidung, die richtige Wahl bei einer anstehenden Krankenhausbehandlung zu treffen, sehr hilfreich sein können.



A Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten

A-1.1 Allgemeine Merkmale des Krankenhauses

Anschrift Elisabeth-Krankenhaus Thüne
Klosterstr. 4
49832 Thüne

E-Mail-Adresse info@krankenhaus-thuine.de

Internetadresse www.krankenhaus-thuine.de

A-1.2 Institutionskennzeichen des Krankenhauses

260340966

A-1.3 Name des Krankenhausträgers

St. Georgsstift e.V.

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^{*)}: **170**

^{*)}Stichtag 31.12. 2004

A-1.6 Gesamtzahl der im abgelaufenen Kalenderjahr behandelten Patienten

Stationäre Patienten: **4.715**

Ambulante Patienten: **8.256**

A-1.7A Fachabteilungen

Schlüssel nach § 301 SGB V	Name der Klinik	Zahl der Betten	Zahl Stationäre Fälle	Hauptabteilung oder Belegabteilung	Poliklinik/ Ambulanz
0100	Innere Medizin	81	2.217	HA	Ja
1500	Allgemeine Chirurgie	57	1.447	HA	Ja
2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	32	1.051	BA	Ja

A-1.7B MindestensTop-30 DRG (nach absoluter Fallzahl) des Gesamtkrankenhauses

Die Top-30 DRG (nach absoluter Fallzahl) des Gesamtkrankenhauses im Berichtsjahr 2004 sind:

Rang	DRG 3-stellig	Text	Fallzahl
1	P67	Versorgung eines Neugeborenen ab 2500 Gramm Geburtsgewicht, ohne größere Operation oder Langzeitbeatmung	229
2	N04	Gebärmutterentfernung, jedoch nicht wegen Krebserkrankung	216
3	F62	Herzschwäche (=Herzinsuffizienz) oder Kreislaufkollaps	160
4	G09	Operationen von Eingeweidebrüchen (=Hernien), die am Leisten- oder Schenkelkanalband austreten	140
5	G48	Dickdarmspiegelung	137
6	O01	Kaiserschnitt-Entbindung	133
7	I03	Operationen am Hüftgelenk (z.B. Hüftgelenkersatz oder Wiederholungsoperation an der Hüfte bei Hüftgelenkverschleiß oder Oberschenkelhalsbruch	128
8	H08	Gallenblasenentfernung mittels Schlüsselloch-Operation (=laparoskopische Gallenblasenentfernung)	114
9	F71	Leichte oder mittlere Herzrhythmusstörung oder Reizleitungsstörung des Herzmuskels	112
10	E62	Infektion und Entzündung der Atmungsorgane	104
11	O60	Normale Entbindung (=vaginale Entbindung)	100
12	K10	Sonstige Operationen an der Schilddrüse, Nebenschilddrüse oder Schilddrüsenzungengang; jedoch nicht bei Krebs (z.B. ernährungsbedingte Jod-Mangel Schilddrüsenvergrößerung = Struma)	87
13	E65	Krankheiten mit zunehmender Verengung der Atemwege (=chronisch-obstruktiv)	86
14	G67	Speiseröhren- oder Magen-Darm-Entzündung oder verschiedene Krankheiten der Verdauungsorgane	84
15	G47	Sonstige Magenspiegelungen bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane	78
16	G50	Magenspiegelungen bei nicht schweren Krankheiten der Verdauungsorgane	76
17	I68	Nicht operativ behandelte Krankheiten oder Verletzungen im Wirbelsäulenbereich (z. B. Lenden- und Kreuzschmerzen)	72
18	G02	Große Operationen an Dünn- und/oder Dickdarm	72
19	B70	Schlaganfall	64

Rang	DRG 3-stellig	Text	Fallzahl
20	D66	Sonstige Krankheiten an Ohr, Nase, Mund oder Hals (z.B. Hörsturz)	63
21	G07	Blinddarmentfernung	58
22	F67	Bluthochdruck	54
23	G08	Operationen von Eingeweidebrüchen (=Hernien), die an Bauchwand oder Nabel austreten	51
24	H42	Sonstige Behandlung von Bauchspeicheldrüse und/oder Gallenwege mittels einer Spiegelung (= ERCP)	51
25	E69	Bronchitis oder Asthma	48
26	J64	Knochenmarkentzündung	46
27	B69	Kurzzeitige (bis 24 Stunden) Nervenfunktionsausfälle aufgrund einer Hirndurchblutungsstörung oder Durchblutungsstörungen am Hals (z. B. Halsschlagader)	45
28	I18	Sonstige Operationen an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und/oder Unterarm	45
29	K62	Verschiedene Stoffwechselkrankheiten (z. B. Flüssigkeits- oder Mineralstoffmangel)	45
30	F73	Kurzdauernde Bewusstlosigkeit, Ohnmacht	44

A-1.8 Besondere Versorgungsschwerpunkte & Leistungsangebote des Krankenhauses

Versorgungsschwerpunkte

Innere Medizin

- Gastroenterologie (Erkrankungen des Verdauungstrakts) und Hepatologie (Erkrankungen der Leber)
- Behandlung des Diabetes mellitus (sog. Zuckerkrankheit) sowie weiterer Stoffwechselerkrankungen einschließlich der endokrinen Drüsen
- Infektionserkrankungen
- Tumorerkrankungen
- Schlaganfallbehandlung
- Behandlung von Erkrankungen des Herzkreislaufsystems, der Lungen und der Nieren

Chirurgie

- Allgemeinchirurgie
- Visceralchirurgie (Bauchchirurgie)
- Endokrine Chirurgie
- Minimal-invasive Chirurgie (Endoskopische Chirurgie)
- Unfallchirurgie und Rettungsmedizin
- Kinderchirurgie
- Endoprothetik des Hüftgelenkes
- Operative Intensivmedizin

Gynäkologie und Geburtshilfe

- Geburtshilfe
- Operationen am weiblichen Genital und an der weiblichen Brust
- Behandlung von Senkbeschwerden
- Tumorerkrankungen
- Harninkontinenz

Besondere Leistungsangebote

Medizinische Angebote

- Interdisziplinäres operatives Zentrum
- Endoskopisches Zentrum
- Radiologische Abteilung
- Abteilung für Laboratoriumsmedizin
- Angeschlossene Arztpraxen am Haus
- Stoma- Versorgung und Therapie

Beratungsangebote

- Diabetesberatung
- Diätberatung
- Elternschule
- Geburtsvorbereitung
- Onkologische Beratung
- Seelsorge (katholisch, evangelisch und auf Wunsch Kontaktaufnahme zu Seelsorgern anderer Glaubensrichtungen)
- Sozialdienst

Serviceangebote

- Menüwahl (inkl. vegetarische Kost, Diätkost und z.B. Kost für Muslime etc.)
- Angebote in Kosmetik und Schönheitspflege (z.B. Fußpflege, Frisör)
- Bibliothek und Zeitschriften
- Cafeteria
- Dolmetscherdienst
- Großzügige Park- bzw. Grünanlagen
- Kirchlich-religiöse Einrichtungen (z.B. Kapelle, Meditationsraum)
- Unterbringung von Angehörigen/ Begleitpersonen

A-1.9 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Unseren Patienten bieten wir folgende ambulante Behandlungsmöglichkeiten an:

- Instituts-Ambulanzen, also ambulante Behandlung durch das Krankenhaus
- KV-Ambulanzen (Ermächtigungsambulanzen der Chefärzte)
- Privatambulanzen der Chefärzte
- Prä- und poststationäre Betreuung (Institutsambulanz)
- BG Ambulanz (Chirurgie)
- Allgemeine Physiotherapie (z.B. Krankengymnastik, Bäder, Massagen)
- Eigenblutspende
- Elternschule



A-2.0 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Die Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft - also zur Behandlung von Arbeitsunfällen - besitzt in unserem Krankenhaus

- **Dr. med. K. Grambach (Facharzt für Allgemein- und Visceralchirurgie, Rettungsmedizin)**

A-2.1 Apparative Ausstattung und therapeutische Möglichkeiten

A-2.1.1 Apparative Ausstattung

Apparative Ausstattung	Vorhanden		Verfügbarkeit 24 Stunden sichergestellt	
Computertomographie (CT)		Nein	Ja	
Magnetresonanztomographie (MRT)		Nein	Ja	
Herzkatheterlabor		Nein	Ja	
Szintigraphie		Nein	Ja	
Positronenemissionstomographie (PET)		Nein	Ja	
Elektroenzephalogramm (EEG)		Nein	Ja	
Angiographie		Nein	Ja	
Schlaflabor		Nein	Ja	
Kernspin		Nein	Ja	
Sonographie		Ja		
Röntgen		Ja		
Bronchoskopie/Endoskopie		Ja		
Echoskopie/TEE		Ja		

A-2.1.2 Therapeutische Möglichkeiten

Therapeutische Möglichkeiten	Vorhanden	
Physiotherapie	Ja	
Bewegungsbad	Ja	
Logopädie		Nein
Ergotherapie		Nein
Schmerztherapie	Ja	
Eigenblutspende	Ja	
Gruppenpsychotherapie		Nein
Einzelpsychotherapie		Nein
Psychoedukation		Nein
Thrombolyse	ja	
Bestrahlung		nein
Balneophysikalische-Therapie	Ja	

A-2.1.3 Erweiterte therapeutische Möglichkeiten

Erweiterte therapeutische Möglichkeiten	Vorhanden	
Operativer Bereitschaftsdienst	Ja	
Präsenzbereitschaft	Ja	
Rufbereitschaft	Ja	
Regelung der Konsiliardienste	Ja	

B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

B-1A.1 Name der Fachabteilung

Innere Medizin

B-1A.2 Medizinisches Leistungsspektrum

Das medizinische Leistungsspektrum umfasst die diagnostische und therapeutische sowie ambulante und stationäre Betreuung und Behandlung von Patienten mit Erkrankungen aus allen Teilgebieten der Inneren Medizin

B-1A.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte

- **Gastroenterologie, z.B.**
 - Spiegelung von Speiseröhre, Magen, Zwölffingerdarm, Dickdarm, Enddarm mit Probenentnahmen einschließlich Abtragung von Polypen und Tumoren auch im Frühstadium
 - Laryngoskopien
 - Ultraschalluntersuchungen und ultraschallgesteuerte Punktionen:
 - Leber; Milz; Niere
 - Lunge
 - Sternalpunktionen/Beckenkamm punktionen
 - Schilddrüsen
 - Pleura
 - Ascites
 - Lumbalpunktion
 - Blutstillung (Injektionsbehandlung, Clip) von akuten Blutungen in Speiseröhre, Magen und Dickdarm
 - Laserbehandlung bei Tumorerkrankungen
 - Argonkoagulation
 - Spiegelung der Bauchhöhle (=Laparoskopie) zum Nachweis oder Ausschluss von Schäden der Leber und Diagnostik bei Tumoren
 - Flexible Bronchoskopie, Spiegelung der Luftröhre und der großen Bronchien bei Verdacht auf Tumore der Lunge und entzündlichen Erkrankungen der Atemwege und therapeutisch zur Bronchialtoilette
 - Spiegelung der Gallenwege und des Bauchspeicheldrüsenganges einschließlich der Zertrümmerung und Entfernung von Steinen aus dem Gallengang (ERCP)
 - Platzierung einer Drainage in den Gallen- oder Pankreasgang
 - Echoskopie/TEE
 - Haemorrhoidenverödung
 - Schmerzpumpenfüllung
 - PEG und PEJ Magensondenanlage, Wechsel und Entfernung
 - Anlage eines Blasenkatheters (=suprapubischer Katheter)

- **Kardiologie, z.B.**

- EKG, Langzeit-EKG, Belastungs-EKG
- 24-Stunden-Blutdruckmessung
- Ultraschall-Farb-Doppleruntersuchung des Herzens (ECHO)
- Echoskopie/TEE
- Lungenfunktion (Spirometrie)
- Implantation, Programmierung und Überwachung von Herzschrittmachern
- Schrittmacher-Batteriewechsel
- Kipp-Tisch (Untersuchung zur Stabilität des Kreislaufs)

- **Angiologie**
 - Ultraschalldiagnostik der Arterien und Venen
 - Kompressionssonographie der peripheren Venen sowie farbkodierte Duplexsonographie der peripheren Venen und Arterien.
 - Spezielle Ultraschalluntersuchung mit denen die Geschwindigkeit des Blutes in den Gefäßen (Arterien und Venen) gemessen wird.
 - Farbkodierte Duplexsonographie der hirnersorgenden Gefäße
 - Spezielle Ultraschalluntersuchung mit denen die Geschwindigkeit des Blutes in den Hirngefäßen (Arterien und Venen) gemessen wird.

- **Radiologie**
 - Röntgenuntersuchungen (Ein breites Spektrum aller Röntgen- und Durchleuchtungsuntersuchungen wird durchgeführt)

- **Intensiv- und Notfallmedizin**
 - Auf der interdisziplinären Intensivstation des Hauses werden alle lebensgefährdeten Patienten intensiv überwacht und behandelt

B-1A.4 Weitere Leistungsangebote der Inneren Medizin

- Internistische Ambulanz
- Neurologie – in Zusammenarbeit mit einer neurologischen Praxis z.B. bei Behandlung von Schlaganfällen

B-1A.5 Top-10 DRG der Inneren Medizin

Die Top-10 DRG (nach absoluter Fallzahl) der Klinik im Berichtsjahr 2004 sind:

Rang	DRG 3-stellig	Text	Fallzahl
1	F62	Herzschwäche (=Herzinsuffizienz oder Kreislaufkollaps)	160
2	G48	Dickdarmspiegelung	135
3	F71	Leichte oder mittlere Herzrhythmusstörung oder Reizleitungsstörung des Herzmuskels	112
4	E62	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane	103
5	E65	Krankheiten mit zunehmender Verengung der Atemwege (=chronisch-obstruktiv)	86
6	G47	Sonstige Magenspiegelungen bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane	76
7	G50	Magenspiegelungen bei nicht schweren Krankheiten der Verdauungsorgane	74
8	G67	Speiseröhren- oder Magen-Darm-Entzündung oder verschiedene Krankheiten der Verdauungsorgane	66
9	D66	Sonstige Krankheiten an Ohr, Nase, Mund oder Hals (z.B. Hörsturz, Tinnitus)	63
10	B70	Schlaganfall	63

B-1A.6 Die 10 häufigsten Hauptdiagnosen der Inneren Medizin

Die 10 häufigsten Hauptdiagnosen der Klinik im Berichtsjahr 2004 sind:

Rang	ICD-10 Nummer	Text	Fallzahl
1	I50	Herzschwäche (=Herzinsuffizienz)	162
2	I48	Herzrhythmusstörung in den Herzvorhöfen (=Vorhofflattern oder Vorhofflimmern)	110
3	J18	Lungenentzündung durch unbekannte Erreger	98
4	J44	Sonstige chronische Lungenkrankheiten mit erhöhtem Atemwegswiderstand	86
5	K29	Magen- und Zwölffingerdarmentzündung	75
6	H91	Sonstiger Hörverlust (z.B. Altersschwerhörigkeit, akuter Hörverlust)	56
7	I10	Bluthochdruck ohne bekannte Ursache	45
8	G45	Kurzzeitige, max. 24 Stunden andauernde Hirndurchblutungsstörung mit neurologischen Funktionsdefiziten	44

Rang	ICD-10 Nummer	Text	Fallzahl
		rung mit neurologischen Funktionsdefiziten	
9	A09	Durchfall oder Magen-Darm-Entzündung, vermutlich durch Mikroorganismen (z.B. Viren, Bakterien) verursacht	43
10	K57	Sackförmige Darmwandausstülpung an mehreren Stellen (=Divertikulose)	40

^{*)} Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodier Richtlinien.

B-1A.7 Die 10 häufigsten Operationen/Eingriffe der Inneren Medizin

Die 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe der Klinik im Berichtsjahr 2004 sind:

Rang	OPS-301 Nummer	Text	Fallzahl
1	1-632	Spiegelung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarmes	672
2	1-650	Dickdarmspiegelung	316
3	8-800	Transfusion von Vollblut, Konzentraten roter Blutkörperchen und/oder Konzentraten von Blutgerinnungsplättchen	125
4	3-052	Endoskopische Untersuchung des Herzens	112
5	1-642	Spiegelung der Gallenwege und der Bauchspeicheldrüsengänge entgegen der normalen Flussrichtung	97
6	1-620	Spiegelung der Luftröhre und der Bronchien	88
7	5-431	Operative Anlegen einer äußeren Magenfistel (=Gastrostoma) zur künstlichen Ernährung unter Umgehung der Speiseröhre (=PEG)	58
8	1-424	Entnahme von Knochenmark	53
9	3-614	Darstellung der Gefäße untere Extremitäten	43
10	8-640	Kardioversion-Defibrillation	39

B-1B.1 Name der Fachabteilung

Allgemein- und Visceralchirurgie

B-1B.2 Medizinisches Leistungsspektrum

Das medizinische Leistungsspektrum umfasst den gesamten Bereich der Allgemein- und Unfallchirurgie für die Bereiche der Grund- und Regelversorgung.

B-1B.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte

Visceralchirurgie

- Des Verdauungstraktes (von der Speiseröhre bis zum Enddarm), „fast-track“-Chirurgie
- Endokrine Chirurgie (der Schilddrüse und anderer Hormondrüsen)
- des Enddarmes (Proktologie)
- der parenchymatösen Organe (Leber, Milz, Pankreas)
- Tumorchirurgie

Minimal invasive Chirurgie – endoskopische Chirurgie

Wir wenden diese Technik regelmäßig an bei

- Gallenblasenerkrankungen
- Sodbrennen (Refluxerkrankungen)
- Bruchoperationen (totale extraperitoneale Hernioplastik)
- Divertikelerkrankungen des Dickdarmes

Erkrankungen und Verletzungen des Bewegungsapparates

- Hüftgelenkersatz (zementierte, zementlose Totalendoprothetik)
- Arthroskopien (von Knie und Schulter)
- Fußchirurgie (Hallux valgus, Krallen- Hammerzehen, Sehnsyndrome)

Ambulante Chirurgie

- Kinderchirurgie
- Hand- und Fußchirurgie
- Arthroskopien
- Proktologie
- Portimplantationen

Operative Intensivmedizin

- Interdisziplinäre Intensivstation mit 8 Überwachungseinheiten

B-1B.4 Weitere Leistungsangebote

- Phlebologische Sprechstunde
- Lasertherapie
- Qualitätssicherungsstudien in Kooperation mit der Universität Osnabrück Abteilung für Gesundheitswesen

B-1B.5 Top-10 DRG (Fallpauschalen) der Allgemein- und Visceralchirurgie

Die Top-10 DRG (nach absoluter Fallzahl) der Klinik im Berichtsjahr 2004 sind:

Rang	DRG 3-stellig	Text	Fallzahl
1	G09	Operationen von Eingeweidebrüchen (=Hernien), die am Leisten- oder Schenkelkanalband austreten	140
2	I03	Operationen am Hüftgelenk (z.B. Hüftgelenkersatz oder Wiederholungsoperationen an der Hüfte bei Hüftgelenkverschleiss oder Oberschenkelhalsbruch)	128
3	H08	Gallenblasenentfernung mittels Schlüsselloch-Operation (=laparoskopische Gallenblasenentfernung)	114
4	K10	Sonstige Operationen an der Schilddrüse, Nebenschilddrüse oder Schilddrüsenzungengang; jedoch nicht bei Krebs (z.B. ernährungsbedingte Jod-Mangel Schilddrüsenvergrößerung = Struma)	87
5	G02	Große Operation an Dünndarm- und/oder Dickdarm	72
6	G07	Blinddarmentfernung	58
7	G08	Operationen von Eingeweidebrüchen (=Hernien), die an Bauchwand oder Nabel austreten	51
8	I18	Sonstige Operation an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und/oder Unterarm	45
9	B80	Sonstige Kopfverletzungen (z.B. Gehirnerschütterung)	42
10	I13	Operation am Oberarm, am Schienbein, am Wadenbein und/oder am Sprunggelenk	39

B-1B.6 Die 10 häufigsten Hauptdiagnosen der Allgemein- und Visceralchirurgie

Die 10 häufigsten Hauptdiagnosen der Klinik im Berichtsjahr 2004 sind:

Rang	ICD-10 Nummer	Text	Fallzahl
1	K40	Eingeweidebruch (=Hernie) an der Leiste	145
2	K80	Gallensteinleiden	127
3	M16	Chronischer Hüftgelenkverschleiss mit zunehmender Gelenkversteifung (=Arthrose)	90
4	E04	Vergrößerung der Schilddrüse, ohne Überfunktion der Schilddrüse (z.B. wegen Jodmangel)	82
5	S72	Oberschenkelbruch	60
6	S06	Verletzung innerhalb des Schädels	45

Rang	ICD-10 Nummer	Text	Fallzahl
7	S82	Unterschenkelbruch, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	45
8	K35	Akute Blinddarmentzündung	35
9	K43	Eingeweidebruch (=Hernie) an der mittleren/ seitlichen Bauchwand	32
10	K57	Sackförmige Darmwandausstülpung an mehreren Stellen (=Divertikulose)	31

¹⁾ Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien.

B-1B.7 Die 10 häufigsten Operationen/Eingriffe der Allgemein- und Visceralchirurgie

Die 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe der Klinik im Berichtsjahr 2004 sind:

Rang	OPS-301 Nummer	Text	Fallzahl
1	5-530	Verschluss von Eingeweidebrüchen (=Hernien), die im Leistenbereich austreten	141
2	5-511	Gallenblasenentfernung	134
3	5-820	Einsetzen eines Gelenkersatzes (=Gelenkendoprothese) am Hüftgelenk	125
4	5-470	Blinddarmentfernung	56
5	5-455	teilweise operative Entfernung des Dickdarmes	55
6	5-062	Sonstige Operationen an der Schilddrüse mit teilweiser Schilddrüsenentfernung (z.B. Herausschneiden von erkranktem Gewebe)	54
7	5-812	Operationen am Gelenkknorpel und/oder an den sichelförmigen Knorpelscheiben (=Meniskus) mittels Gelenkspiegel (=Arthroskop)	34
8	5-536	Verschluss von Eingeweidebrüchen (=Hernien), die im Bereich einer Operationsnarbe austreten	28
9	5-794	Stellungskorrektur eines mehrteiligen Knochenbruches ohne intakte Weichteilbeteilbedeckung (=offene Reposition) im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens mittels Knochenstabilisierungsmaterial (z.B. Drähte, Schrauben, Platten, externer Fixateur)	27
10	5-399	Sonstige Operationen an Blutgefäßen (z.B. Einführung eines Katheters in ein Blutgefäß; Implantation von venösen Katheterverweilsystemen zur Chemotherapie/Schmerztherapie)	24

B-1C.1 Name der Fachabteilung

Gynäkologie und Geburtshilfe

B-1C.2 Medizinisches Leistungsspektrum Gynäkologie und Geburtshilfe

Gynäkologie:

- Das medizinische Leistungsspektrum umfasst **alle gängigen** und **speziellen Operationsverfahren** im Bereich der Frauenheilkunde

Geburtshilfe:

- Wir bieten die **umfassende ambulante** und **stationäre familienorientierte Geburtshilfe**

B-1C.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe

Gynäkologie:

- Operative Behandlung von Harninkontinenz und Senkungszuständen (z.B. durch TVT)
- Endoskopisches Operieren (sog. „Schlüsselloch-Chirurgie“), z.B. bei
 - Bauchspiegelung (Laparoskopie)
 - Gebärmutterspiegelung (Hysteroskopie)
 - Blasenspiegelung (Cystoskopie)
 - laparoskopische Myomentfernung
 - laparoskopische Entfernung der Adnexen (Eileiter und Eierstock)
- Operative und konservative Krebsbehandlung im Unterleib

Geburtshilfe:

- Individuelle Geburtshilfe
- Betreuung von Risikoschwangerschaften
- Betreuung von Beckenendlagen
- Behandlung von Schmerzen (z.B. durch Akupunktur und Homöopathie)

B-1C.4 Weitere Leistungsangebote der Gynäkologie und Geburtshilfe

Gynäkologie:

- Gynäkologische Ambulanz
- Inkontinenzsprechstunde
- Ganzheitliche Inkontinenzbetreuung
- Ambulante Chemotherapie (Tagesklinik)

Geburtshilfe:

- Kreißsaalführungen
- Geburtsvorbereitung und Geburtsnachbereitung (Elternschule)
- Familienzimmer
- Rückbildungsgymnastik
- Babymassage
- Babyschwimmen

- Stillberatung
- Ultraschallsprechstunde
- Amnioszentesen

B-1C.5 Top-10 DRG (Fallpauschalen) der Gynäkologie und Geburtshilfe

Die Top-10 DRG (nach absoluter Fallzahl) der Klinik im Berichtsjahr 2004 sind:

Rang	DRG 3-stellig	Text	Fallzahl
1	P67	Versorgung eines Neugeborenen ab 2.500 Gramm Geburtsgewicht (ohne größere Behandlung oder Langzeitbeatmung)	229
2	N04	Entfernung der Gebärmutter (Hysterektomie), jedoch nicht wegen Gebärmutterkrebs	216
3	O01	Kaiserschnitt-Entbindung	133
4	O60	Normale Entbindung (=vaginale Entbindung)	100
5	N07	Sonstige Operationen an der Gebärmutter oder den Eileitern, jedoch nicht wegen Krebs (z.B. Eierstockzysten oder gutartige Gebärmuttergeschwulste = Myom)	38
6	N05	Entfernung der Eierstöcke oder Operation an den Eileitern; jedoch nicht wegen Krebserkrankung	36
7	N10	Gebärmutterespiegelung oder untersuchende Ausschabung; Sterilisation oder Eileiterdurchblasung	32
8	J13	Kleine Operationen an der weiblichen Brust außer bei Krebserkrankung	24
9	N08	Kleine Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (z.B. Bauch- oder Gebärmutterespiegelungen)	23
10	J06	Große Operationen bei Brustkrebs	20

B-1C.6 Die 10 häufigsten Hauptdiagnosen der Klinik für Gynäkologie, Geburtshilfe und Senologie

Die 10 häufigsten Hauptdiagnosen der Klinik im Berichtsjahr 2004 sind:

Rang	ICD-10 Nummer	Text	Fallzahl
1	O33	Betreuung der Mutter bei festgestellter oder vermuteter Normabweichung (Anomalie) der Beckenorgane	97
2	O80	Spontangeburt eines Einlings	84
3	N81	Vorfall von Genitalorganen der Frau (z.B. Gebärmutter) durch die Scheidenöffnung	76

Rang	ICD-10 Nummer	Text	Fallzahl
4	D25	Gutartige Geschwulst des Gebärmuttermuskels (=Myom)	75
5	N80	Gutartige Wucherung von Gebärmutter Schleimhaut-Zellen außerhalb der Gebärmutter Schleimhaut	64
6	N92	Zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Menstruation	31
7	C50	Brustkrebs	26
8	D27	Gutartige Eierstockgeschwulst	23
9	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems (z.B. Harnwegsinfektion, unfreiwilliger Harnverlust)	19
10	D24	Gutartige Neubildung der Brustdrüse (Mamma)	18

¹⁾ Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien.

B-1C.7 Die 10 häufigsten Operationen/Eingriffe der Klinik für Gynäkologie, Geburtshilfe und Senologie

Die 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe der Klinik im Berichtsjahr 2004 sind:

Rang	OPS-301 Nummer	Text	Fallzahl
1	5-683	Entfernung der Gebärmutter	212
2	5-740	Klassische Schnittentbindung (=Kaiserschnitt)	127
3	9-260	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt	92
4	1-672	Spiegelung der Gebärmutter	30
5	1-501	Probenentnahme Mamma (Mamma PE)	26
6	5-653	Operative Entfernung des Eileiters und der Eierstöcke	26
7	5-870	Brusterhaltende Operation ohne Entfernung von Lymphknoten im Achselbereich	26
8	5-704	Plastisch-operative Scheideneinengung bei Genitalvorfall durch vordere/hintere Raffnaht und/oder Stabilisierung des muskulären Beckenbodens durch Beckenbodenplastik	24
9	1-694	Spiegelung des Bauchraumes und seiner Organe	20
10	1-471	Entnahme einer Gewebeprobe der Gebärmutter Schleimhaut ohne Einschneiden (z.B. Strickkurette)	19

B-2 Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

B-2.1 Ambulante Operationen nach § 115 b SGB V

Gesamtzahl der ambulanten Operationen*): 1.239

*)nach absoluter Fallzahl, im Berichtsjahr 2004

B-2.2 Top-5 der ambulanten Operationen

B-2.2.1 Top-5 der ambulanten Operationen der Inneren Medizin

Die Top-5 der ambulanten Operationen (nach absoluter Fallzahl) der Inneren Medizin im Berichtsjahr 2004 sind:

Rang	EBM-Nummer	Text	Fälle absolut
1	764	Darmspiegelungen	636
2	741	Spiegelung der Speiseröhre, des Magen und des Zwölffingerdarmes (01.01.04-30.06.2004)	206
3	765	Abtragung von Polypen im Darm	66
4	5140	Röntgenologische Darstellung der Venen (=Phlebographie)	59
5			

B-2.2.2 Top 5 der ambulanten Operationen der Chirurgischen Abteilung

Die Top-5 der ambulanten Operationen (nach absoluter Fallzahl) der Chirurgischen Abteilung im Berichtsjahr 2004 sind:

Rang	EBM-Nummer)	Text	Fälle absolut
1	2447	Resezierende arthroskopische Operationen (z.B. Entfernen freier Gelenkkörper)	109
2	2361	Entfernung von Stellschrauben, Osteosynthesematerial (z.B. Platten, Kirschnerdrähte)	80
3	2275	Karpaltunnelsyndrom	25
4	2861	Krampfaderentfernung	18
5	2382	Operationen am Fuß – Hallux valgus)	16

B-2.3 Sonstige ambulante Leistungen

Sonstige ambulante Leistungen bestehen nicht.

Hochschulambulanz (§ 117 SGB V)	Nicht vorhanden
Psychiatrische Institutsambulanz (§ 118 SGB V)	Nicht vorhanden
Sozialpädiatrisches Zentrum (§ 119 SGB V)	Nicht vorhanden

B-2.4 Personalqualifikation im Ärztlichen Dienst

Personalqualifikation im Ärztlichen Dienst^{*)}:

Schlüssel nach § 301 SGB V	Abteilung	Anzahl der beschäftigten Ärzte insgesamt	Anzahl Ärzte in der Weiterbildung	Anzahl Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung
0100	Innere Medizin	9	6	3
1500	Allgemeine Chirurgie	9	4	5
2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	3		2
	Gesamt	21	11	10

^{*)} Stichtag 31.12.2004

Anzahl der Ärzte mit Weiterbildungsbefugnis (gesamtes Krankenhaus): 4

B-2.5 Personalqualifikation im Pflegedienst

Personalqualifikation im Pflegedienst (Stichtag 31.12.2004):

Schlüssel nach § 301 SGB V	Abteilung	Anzahl Pflegekräfte insgesamt ^{*1)}	%-Anteil examinierter Pflegekräfte ^{*2)}	%-Anteil Pflegekräfte mit Fachweiterbildung ^{*3)}	%-Anteil Krankenpfleger/-in ^{*4)}
0100	Innere Medizin	57	83	17	
1500	Allgemeine Chirurgie	40	95	5	
2400	Gynäkologie und Geburtshilfe	19	100		

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 unseres Leistungsspektrums nehmen wir an folgenden externen Qualitätssicherungsmaßnahmen (Leistungsbereiche) teil:

Nr	Leistungsbereich	Leistungsbereich wird vom Krankenhaus erbracht		Teilnahme an der externen Qualitätssicherung		Dokumentationsrate	
		ja	nein	ja	nein	Krankenhaus	Bundesdurchschnitt*
1	Aortenklappenchirurgie		X		X		
2	Cholezystektomie	X		X		98,5	100
3	Gynäkologische Operationen	X		X		99,2	94,7
4	Herzschrittmacher-Erstimplantation	X		X		84,6	95,5
5	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	X		X		100	100
6	Herzschrittmacher-Revision	X		X		0	74
7	Herztransplantation		X		X		
8	Hüftgelenknahe Femurfraktur (ohne subtrocantäre Frakturen)	X		X		91,4	95,5
9	Hüft-Totalendoprothesen-Wechsel	X		X		83,3	92,4
10	Karotis-Rekonstruktion		X		X		
11	Knie-Totalendoprothese (TEP)		X		X		
12	Knie-Totalendoprothesen-Wechsel		X		X		
13	Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie		X		X		
14	Koronarangiografie/Perkutane transluminale Koronarangioplastie (PTCA)		X		X		
15	Koronarchirurgie		X		X		
16	Mammachirurgie	X		X		100	91,7

17	Perinatalmedizin		X		X		
18	Pflege: Dekubitusprophylaxe mit Koppelung an die Leistungsbereiche 8, 9, 11, 12, 19	X		X		0	92,4
19	Totalendoprothese (TEP) bei Koxarthrose	X		X		98,9	98,4
20	Gesamt					98,2	98,3

- Die bundesweiten Dokumentationsraten in der externen Qualitätssicherung der Krankenhäuser nach § 137 SGB V ergeben sich aus dem Verhältnis von übermittelten zu erwarteten Datensätzen.
- Nr. 6 Herzschrittmacherrevisionen wurden in 2004 nicht durchgeführt.
- Nr. 18 Dekubitusprophylaxe: in 2004 noch keine zwingende Dokumentation erforderlich.

Zusätzlich nimmt die Abteilung für Allgemein- und Visceralchirurgie an den Qualitätssicherungsmaßnahmen des Konvents der Leitenden Krankenhausärzte und der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie teil.

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)

X

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

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

Gemäß unseres Leistungsspektrums nehmen wir an folgenden DMP - Qualitätssicherungsmaßnahmen teil:

- Keine Teilnahme

C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung

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 gelistetem Operateur ^{*2)}	Leistung wird im Krankenhaus erbracht (ja/nein)	Erbrachte Menge (pro Jahr) pro KH (4a)/ pro gelistetem Operateur (4b) ^{*2)}		Anzahl der Fälle mit Komplikationen im Berichtsjahr 2004
				4a	4b	
1a	1b	2	3	4a	4b	5
Lebertransplantation		10	Nein			
Nierentransplantation		20	Nein			
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus (Speiseröhre)		5/5	Ja			
	5-424.2		Ja	6	6	0
	5-426.02		Ja	1	1	0
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas (Bauchspeicheldrüse)		5/5	Ja			
	5-521.0		Ja	1	1	0
	5-523.2		Ja	2	2	0
	5-524.0		Ja	2	2	0
	5-524.1		Ja	1	1	0
	5-524.2		Ja	1	1	0
Stammzelltransplantation		12	Nein			

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

Erläuterungen zu den OPS:

- 5-424.2 = Speiseröhrenentfernung vom Bauchraum ausgehend
- 5-426.02 = Komplette Entfernung der Speiseröhre und Wiederherstellung der Passage
- 5-521.0 = Lokale Ausräumung von erkranktem Gewebe
- 5-523.2 = Ableitung von Zysten und Pseudozysten
- 5-524.0 = Linksseitige Teilentfernung der Bauchspeicheldrüse
- 5-524.1 = Rechtsseitige Teilentfernung der Bauchspeicheldrüse einschließlich Teile des Magens und des Zwölffingerdarmes
- 5-524.2 = Entfernung des Bauchspeicheldrüsenkopfes, den Magenausgang erhaltend

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

[Leistungen aus der Mindestmengenvereinbarung, die erbracht werden, obwohl das Krankenhaus/ der Arzt die dafür vereinbarten Mindestmengen unterschreitet, sind an dieser Stelle unter Angaben des jeweiligen Berechtigungsgrundes zu benennen (Ausnahmetatbestände gem. Anlage 2 der Vereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V, Votum der Landesbehörde auf Antrag nach § 137 Abs. 1 S. 5 SGB V).

Für diese Leistungen ist hier gem. § 6 der Vereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 jeweils auch darzustellen, mit welchen ergänzenden Maßnahmen die Versorgungsqualität sichergestellt wird.

Diese Thematik ist für unser Krankenhaus **nicht relevant**, da wir im vereinbarten Bereich die Mindestmengenvereinbarung umgesetzt haben.

Systemteil

D Qualitätspolitik

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

Nr.	Qualitätspolitik
1	<p>Leitbild:</p> <p>In interdisziplinären Arbeitsgruppen, in denen Mitarbeiter aus allen Bereichen unseres Krankenhauses und Vertreter des Trägers mitarbeiteten, wurden Leitlinien entwickelt. Diese wurden vom Träger unter dem Motto Pax et Bonum (Friede und Heil) veröffentlicht und verbindlich eingesetzt. Die zentralen Aussagen sind, dass der Mensch im Mittelpunkt unseres Wirkens und Handelns steht und wir jeden Menschen als Geschöpf Gottes wertschätzen. Ihm gilt alle Sorge um das Ganzheitliche – Geist, Seele und Leib – umfassende Heil. Die christliche Botschaft soll uns im menschlichen Umgang leiten, und unser Krankenhaus zu einem Ort machen in dem christliche Nächstenliebe gelebt wird.</p>
2	<p>Entwicklung einer Zielplanung</p> <p>Sämtliche strategische Entscheidungen des EKT werden von der Betriebsleitung vorbereitet und zur Entscheidung dem Trägergremium des St. Georg Stiftes e.V vorgelegt. Ziel ist die Standortsicherung, die Weiterentwicklung des medizinischen Leistungsspektrums und der Auf- und Ausbau von Geschäftsfeldern.</p> <p>Zielplanung für die kommenden Jahre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausbau der Institutsambulanz in der Chirurgie und der inneren Medizin • Verstärkte Kooperation mit dem St. Bonifatius Hospital Lingen und anderen Gesundheitseinrichtungen • Anbindung niedergelassener Ärzte an das Krankenhaus • Festigung der Organisation der Kurzliegerstation • Einführung einer Kostenträgerrechnung • Aufbau einer Palliativstation <p><u>Weitere Zielplanung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Gezielte Verbesserung der Kodierqualität im Rahmen des DRG-Systems • Kontinuierlicher Ausbau des EDV- KISS- Systems • Ausbau und Umsetzung eines auf christlich ethischen Werten basierenden QM-Systems nach proCum Cert und KTK • Etablierung eines Palliativstützpunktes <p><u>Festlegung einer Organisationsstruktur:</u></p> <p>Für das EKT gibt es ein aktuelles Organigramm aus dem alle Funktionen und Entscheidungsstrukturen des Krankenhauses einschließlich der Zuständigkeiten deutlich werden.</p> <p><u>Festlegung eines Finanz- und Investitionsplanes:</u></p> <p>Die Verantwortlichkeiten für das Budget liegen bei der Betriebsleitung. Sie erstellt einen jährlichen Wirtschaftsplan und einen 2 jährigen Investitionsplan, der mit den Chefarzten abgestimmt und dem Träger zur Genehmigung vorgelegt wird. Im Verlauf des Jahres werden monatliche Berichte über die Kosten- und Leistungsentwicklung er-</p>

	stellt, mit den Verantwortlichen besprochen und ggf. Maßnahmen zur Anpassung eingeleitet.
3	<p>Strategische Ziele der Qualitätspolitik</p> <p>Nutzung des Qualitätsmanagements zur Unternehmensentwicklung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Strukturierung und Optimierung der Behandlungsprozesse und der Behandlungsqualität • Überprüfung der Ablauforganisation • Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit • Entwicklung und Verbesserung der Kundenorientierung • Vernetzung der Versorgungsstrukturen
4	<p>Operative Ziele der Qualitätspolitik</p> <p>Unsere Qualitätsziele sind u.a. in unseren Ablaufbeschreibungen enthalten. Orientierungsmaßstäbe für unsere Qualitätsziele sind unser Leitbild, die Ergebnisse verschiedener Befragungen sowie die aktuellen Entwicklungen im Gesundheitswesen. Zur Vermittlung der Ziele werden Fortbildungen, Optimierungsworkshops, Besprechungen etc. genutzt. Die Umsetzung der Ziele erfolgt in einem kontrollierten Prozess der Planung, Durchführung, Überprüfung und weiteren Verbesserungen. Mehrere Projektgruppen bearbeiten verschiedene Projekte z.B. Palliativstation, Labor, Standards etc. Für alle Projekte wird grundsätzlich die Projektorganisation bzw. die Projektleitung festgelegt und zusammen mit einem Projektziel dokumentiert.</p>
5	<p>Grundlegende Maßnahmen und Umsetzung der Qualitätspolitik</p> <p><u>Information der Patienten:</u> In unserem Krankenhaus bekommt jeder Patient zunächst mündliche Informationen. Zusätzlich werden ihm umfassende schriftliche Informationen ausgehändigt bzw. bereitgelegt. Dazu gehören z.B. die Patientenbroschüre, das Patientenfaltblatt und Anhänge. Besonders wichtig sind uns die für die Patienten informativen Gespräche z.B. mit dem Pflegepersonal, den Ärzten, den Therapeuten, Sozialarbeiter etc.. Auf der Homepage www.krankenhaus-thuine.de wird ebenfalls über unser Krankenhaus informiert.</p> <p><u>Information der Mitarbeiter:</u> Das EKT verfügt über ein wirksames Informationssystem mit einer gezielten Informationspolitik. Dieses dient dazu, Informationen (z.B. bezüglich strategischer Entscheidungen, Neuerungen u.s.w.) systematisch an die entsprechenden Stellen zu verbreiten. Die Größe des Hauses erlaubt in vielen Fällen den direkten Informationsaustausch. Der Einsatz des KIS-Systems GWI gewährleistet eine Kommunikation zwischen den Stationen und Abteilungen im Rahmen der vergebenen Zugriffsberechtigung. Unsere krankenhauseigene Zeitschrift „Krankenhauskurier“ gibt u.a. Informationen über verschiedene Themen an unsere Mitarbeiter. Regelmäßige Sitzungen (Stationsleiterrunden, Betriebsleitersitzungen, Hygienesitzungen etc.) dienen der Kommunikation zwischen verschiedenen Krankenhausbereichen. Durch Sitzungsprotokolle werden Informationen an alle anderen beteiligten Personen weitergegeben.</p> <p><u>Information der niedergelassenen Ärzte:</u> Kontakte zu den niedergelassenen Ärzten bilden für das EKT einen wichtigen Stützpfeiler um sich als zukunftsorientiertes Unternehmen zu etablieren. Sowohl einzelne Mitglieder unserer Betriebsleitung als auch alle hier tätigen Ärzte stehen in persönlichem Kontakt mit ihren niedergelassenen Kollegen in unserer Region. Das EKT ist</p>

	<p>Mitglied im Ärztenetz Emsland Süd. Bei Neuerungen im EKT werden Führungen für niedergelassene Ärzte angeboten, Broschüren der Fachabteilungen werden an niedergelassene Ärzte versendet.</p> <p><u>Informationen der Öffentlichkeit:</u> Öffentlichkeitsarbeit hat das Ziel, Zustimmung und Vertrauen für strategische Entscheidungen und Neuerungen innerhalb des EKT in der Öffentlichkeit und somit bei den Patienten und anderen mit dem EKT in Kontakt stehenden Einrichtungen (Ärzte, Krankenkassen) zu erreichen. Ein weiteres Ziel ist die Identifikation der Patienten mit „ihrem“ Krankenhaus zu fördern. Auf unserer Homepage und in Informationsbroschüren geben wir Interessierten Informationen zur Zielsetzung sowie zum Leistungsspektrum und allgemeine Hinweise zum Krankenhaus sowie zum Krankenhausträger. Außerdem informiert die Tagespresse durch Berichte über unser Haus.</p>
6	<p>Qualitätsphilosophie des Krankenhauses</p> <p><u>Leitbild (siehe Punkt 1)</u> Unser Leitbild wird in allen Abläufen des Qualitätsmanagements berücksichtigt. Aus der Erarbeitung des Leitbildes wurden Projekte abgeleitet, die unter der Organisation der Betriebsleitung bzw. des QMB bearbeitet werden (z.B. schriftliches Seelsorgekonzept, Umgang mit Früh- und Fehlgeburten etc.). Zentrales Dokument unseres Qualitätsmanagementkonzeptes ist unser QM- Handbuch. Der QMB ist für den Aufbau, die Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements im Auftrag der Betriebsleitung verantwortlich. Diese wird von ihm laufend über die Qualitätsprojekte informiert.</p>
7	<p>Patientenorientierung</p> <p>In unserem Leitbild ist festgehalten – Der Kranke/ Mitte aller Dienste - Diese Orientierung der Dienste bezogen auf den Patienten findet sich in unseren Ablaufbeschreibungen und im QM- Handbuch in Bezug auf die Patientenorientierung durchgehend wieder.</p>
8	<p>Mitarbeiterorientierung</p> <p>Träger und Mitarbeiter des EKT bilden eine Dienstgemeinschaft und wissen sich von daher mit den verschiedenen Aufgaben und Begabungen auf einander angewiesen und begegnen sich mit Achtung und Wohlwollen (siehe Leitlinien – Dienstgestaltung der Mitarbeiter). Besonders wichtig ist uns die Einarbeitung neuer Mitarbeiter, die Fort- und Weiterbildung von Mitarbeitern und die Qualifikation von Führungskräften.</p>
9	<p>Fehlervermeidung und Umgang mit Fehlern</p> <p>Im Lenkungsausschuss des QM werden systematisch Kriterien der Struktur-/Prozess- und Ergebnisqualität überprüft und wenn erforderlich Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung vereinbart. Die Durchführung der Maßnahmen wird überprüft. Problemorientierte Projektgruppen werden eingesetzt. Fehlerursachenanalysen werden durchgeführt.</p>
10	<p>Wirtschaftlichkeit</p> <p>Das EKT erstellt jährlich einen Finanzplan und einen 2 jährigen Investitionsplan. Ziel dabei ist, ein ausgeglichenes wirtschaftliches Jahresergebnis zu erreichen. Die Verantwortlichkeiten für das Budget liegen bei der Betriebsleitung. Das Controlling erstellt am Ende jedes Monats die Gesamtkosten und Ertragssituation. Die Zahlen und Daten sind u.a. durch KIS-System für das Controlling greifbar. Ergebnisse werden in der Klinikkonferenz vorgestellt und besprochen. Wirtschaftlichkeitsberechnungen stehen grundsätzlich immer vor einer Investitionsmaßnahme.</p>

E Qualitätsmanagement und dessen Bewertung

E-1 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

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

Nr.	Aufbau
1	<p>Modellprojekt Osnabrück</p> <p>Das Elisabeth-Krankenhaus Thuine (EKT) hat zusammen mit 16 weiteren katholischen Krankenhäusern der Diözese Osnabrück an dem Modellprojekt „Qualitätsmanagement im Krankenhaus“ teilgenommen. Dieses Projekt soll uns befähigen, systematisch ein Qualitätssystem aufzubauen.</p>
2	<p>Qualitätsmanagementbeauftragter</p> <p>Vor Beginn des Modellprojektes erfolgte die Ernennung eines Qualitätsmanagementbeauftragten, der hausintern das QM aufbauen, sowie eine Zertifizierung nach proCum Cert inklusive KTQ erreichen sollte.</p> <p><u>Weitere Aufgaben des QMB:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Koordination der Erstellung der QM Dokumentation • Pflege der QM- Dokumentation • Schulung der Mitarbeiter im QM • Durchführung interner Audits und Sicherstellung einer vertrauensvollen Zusammenarbeit mit der Betriebsleitung und allen Abteilungen • Bekanntmachung der geltenden und neuen QM- Dokumente im Haus • Überprüfung der bestehenden QM- Regelungen auf ihre Aktualität und Richtigkeit • Einladungen zu Sitzungen des QM- Lenkungsausschusses und des QM-Teams
3	<p>Qualitätsmanagementteam</p> <p>Um alle Bereiche und Berufsgruppen einzubinden wurden insgesamt 15 Qualitätsbeauftragte benannt die alle Fachabteilungen des Hauses repräsentieren. Diese Qualitätsbeauftragten sind an der Entwicklung des QM-Systems aktiv beteiligt.</p>
4	<p>Lenkungsausschuss</p> <p>Der QM- Lenkungsausschuss setzt sich aus den Mitgliedern der Betriebsleitung, dem QMB und 4 leitenden Mitarbeitern des Hauses zusammen. Vom Lenkungsausschuss wurde nach einer 2 tägigen Klausurtagung für die vereinbarte Qualitätspolitik ein Projektplan erstellt, der systematisch abgearbeitet wurde. Qualitätsziele wurden vom QM-Team vorbereitet und durch den Lenkungsausschuss in Optimierungsworkshops verabschiedet. Der QMB lud nach Absprache mit der Betriebsleitung monatlich zu den Optimierungsworkshops ein.</p>
5	<p>QM Handbuch</p> <p>Für jede Abteilung steht ein QM Handbuch zur Verfügung und stellt sicher, dass jeder Mitarbeiter die gesamten Arbeitsprozesse dort jederzeit einsehen kann.</p>

E-2 Qualitätsbewertung

Nr.	Maßnahmen
1	<p>Modellprojekt Osnabrück</p> <p>Das Elisabeth-Krankenhaus Thuine (EKT) hat zusammen mit 16 weiteren katholischen Krankenhäusern der Diözese Osnabrück an dem Modellprojekt „Qualitätsmanagement im Krankenhaus“ teilgenommen. Dieses Projekt soll uns befähigen, systematisch ein Qualitätssystem aufzubauen.</p>
2	<p>Selbstbewertungsbericht</p> <p>Der Selbstbewertungsbericht wurde von den Mitgliedern des QM-Teams nach den Vorgaben des proCum Cert (in konfessioneller Trägerschaft) und KTQ („Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen“) Kataloges erstellt.</p>
3	<p>Fremdbewertung</p> <p>Im Oktober 2004 erfolgte vor Ort die Fremdbewertung durch 3 Visitoren der PCC und KTQ zu den Kategorien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patientenorientierung (beurteilt die Abläufe von der Aufnahme bis zur Entlassung und häuslichen Weiterversorgung) • Mitarbeiterorientierung (beschreibt die Personalentwicklung, Einarbeitung neuer Mitarbeiter etc) • Sicherheit im Krankenhaus (beurteilt Brand- und Katastrophenschutz, Hygiene, Umgang mit Medikamenten und Blutprodukten) • Informationswesen ((beschreibt Dokumentation, Archivierung, EDV) • Trägerverantwortung und Krankenhausführung (wie nehmen der Träger und die Betriebsleitung ihre Verantwortung für das Krankenhaus, die Patienten und Mitarbeiter wahr) • Qualitätsmanagement (Patienten- und Mitarbeiterbefragungen, kontinuierliche Kontrolle der Qualität im Krankenhaus) • Seelsorge (Angebote der Seelsorge, Umgang mit Sterbenden und Verstorbenen, Ethik) • Verantwortung gegenüber der Gesellschaft (Ausbildungsplätze, Umweltschutz)
4	<p>Zertifizierung nach proCum Cert und KTQ</p> <p>Am 15.11.2004 erhielt das Elisabeth- Krankenhaus Thuine das Zertifikat. Dieses Zertifikat hat eine Gültigkeit von 3 Jahren. Im Jahre 2007 erfolgt eine Re- Zertifizierung.</p>
5	<p>Patientenbefragungen</p> <p>In jährlichen Abständen befragen wir unsere Patienten, die letzte Befragung fand Mitte 2004 statt. Dabei setzten wir den Patienten Fragebogen des Katholischen Krankenhausverbandes Osnabrück ein. Die Themenblöcke der Befragung sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unterkunft und Verpflegung • Organisation • Ärztlicher Dienst • Pflegedienst • Seelsorge und Betreuung • Zusätzliche Angebote • Entlassung und Entlassungsvorbereitung und Gesamtbewertung <p>98% der Patienten gaben in der Gesamtbewertung an, dass sie uns weiterempfehlen werden. Die Fachkompetenz und Freundlichkeit unserer Mitarbeiter wurde sehr gelobt.</p>

	Kritikpunkte wurden von der Klinikleitung aufgenommen und entsprechend bearbeitet. Allen Mitarbeitern wurde die Auswertung der Patientenbefragung von der Betriebsleitung mitgeteilt.
6	<p>Mitarbeiterbefragungen</p> <p>Regelmäßige Mitarbeiterbefragungen im EKT dienen dazu, die Arbeitszufriedenheit zu erheben. Der bei der letzten Befragung 2003 eingesetzte Fragebogen enthielt Fragen zu verschiedenen Aspekten wie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Arbeitsumfeld • Kollegen • Vorgesetztenverhalten • Hausleitung • Informationsfluss • Einarbeitung • Fortbildung und berufliche Perspektiven • Leitbildumsetzung • Seelsorge <p>In den meisten Bereichen sind unsere Mitarbeiter im Vergleich zu anderen Krankenhäusern überdurchschnittlich zufrieden. Alle Ergebnisse wurden abteilungsbezogen ausgewertet. In einer Mitarbeitervollversammlung wurde das Gesamtergebnis den Mitarbeitern vorgestellt. Zahlreiche Maßnahmen zur Verbesserung wurden aus den Ergebnissen abgeleitet.</p>

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

Die deutschen Krankenhäuser sammeln in festgelegten Leistungsbereichen umfangreiche Informationen zur Messung und zum bundesweiten Vergleich der Qualität in Medizin und Pflege. Diese Daten werden an eine zentrale Auswertungsstelle geschickt, unabhängig vom Krankenhaus ausgewertet und mit den Daten der anderen Krankenhäuser in Niedersachsen verglichen. Für einige Module sind Qualitätsziele von den Fachgruppen festgelegt worden.

Auf den folgenden Seiten stellen wir Ihnen die Ergebnisse unserer externen Qualitätssicherung gemäß § 137 (soweit vorhanden) vor:

Leistungsbereich 2	Gallenblasenentfernung (Cholezystektomie) 2004	
Ausgewählte Qualitätsziele	EKT	Niedersachsen
Dokumentierte Fälle	134	16.670
Bei Gallenflüssigkeitsstauung außerhalb der Leber immer Abklärung der Gallenwege vor einem operativen Eingriff	100,0 %	96,3 %
Immer Erhebung eines histologischen Befundes	100,0 %	89,4 %
Selten eingriffsspezifische, behandlungsbedürftige Komplikationen	3,7%	4,
Geringe Reinterventionsrate (= Wiedereingriffsrate) in Abhängigkeit vom OP-Verfahren (bei laparoskopisch begonnener Operation)	2,5%	1,8 %

Basisdaten: keine Qualitätsmerkmale		EKT		Niedersachsen	
Verweildauer		134	5,0 Tage	16.670	6,0 Tage
OP-Verfahren	Laparoskopisch	119	88,8 %	14.928	89,6 %
	offen-chirurgisch	15	11,2 %	1.716	10,3 %
Dauer des Eingriffs		134	52,3 min.	16.670	67,2 min.

Leistungsbereich 4	Herzschrittmacher-Erstimplantation
Für dieses Modul sind keine Qualitätsmerkmale definiert.	

Basisdaten: keine Qualitätsmerkmale		EKT		Niedersachsen	
Dokumentierte Fälle		22	22	5.576	5.576
Verweildauer		22	8,5 Tage	5.576	6,2 Tage
Implantiertes Schrittmachersystem	Ein-Kammer-SM	20	90,9 %	2.293	41,6 %
	Zwei-Kammer-SM	2	9,1 %	3.217	58,4 %
Dauer des Eingriffs		22	47,4 min.	5.576	55 min.

Leistungsbereich 8	Versorgung eines geschlossenen Oberschenkelhalsbruches (Hüftgelenknahe Femurfraktur) (2004)				
Ausgewählte Qualitätsziele		EKT		Niedersachsen	
Dokumentierte Fälle		28		5.270	
Selten Gefäß- und/ oder Nervenschäden		0,0 %		0,2 %	
Selten Komplikationen durch Blutpfropfen und –gerinsel (z.B. Beinbeckenvenenthrombose oder Lungenembolie)		3,6 %		1,0 %	
Gefähigkeit bei Entlassung		84,0 %		77,2 %	
Ein hoher Anteil an Patienten ist bei festgelegter Verweildauer bei Entlassung selbständig gehfähig		87,6 %		79,6 %	

Basisdaten: keine Qualitätsmerkmale		EKT		Niedersachsen	
		FZ	Mittelwert	FZ	Mittelwert
Verweildauer (Einbau eines Hüftgelenks-TEP)		27	23,1 Tage	1.481	19,5 Tage
Dauer des Eingriffs (Einbau eines Hüftgelenks-TEP)		27	72,4 min.	1.481	85,2 min.

Leistungsbereich 18	Pflegerische Vorbeugung vor Wundliegen (Dekubitus) bei den orthopädisch-unfallchirurgischen Modulen				
Ausgewählte Qualitätsziele		EKT		Niedersachsen	
Dokumentierte Fälle		135		35.457	
Zu allen Modulen: Patienten mit Dekubitus bei Aufnahme und ohne Dekubitus bei Entlassung		0,0 %		19,77 %	
Zu Modul „Versorgung einer geschlossenen Oberschenkelhalsfraktur“: Patienten mit Dekubitus bei Aufnahme und ohne Dekubitus bei Entlassung		0,0 %		18,60 %	
Patienten mit Dekubitus entlassen, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden		0,0 %		1,65 %	

Leistungsbereich 19		Einbau einer Totalendoprothese im Hüftgelenk bei Gelenkverschleiß (Koxarthrose) 2004	
Ausgewählte Qualitätsziele		EKT	Niedersachsen
Dokumentierte Fälle		92	13.629
Oft eine angemessene Indikation anhand der klinischen Symptomatik (Schmerzen u. Bewegungseinschränkung)		97,5 %	85,2 %
Angemessene OP-Dauer		62 min.	80 min.
Bluttransfusion: hier: Fälle <u>mit</u> Bluttransfusion		17,4 %	57,2 %
Immer Durchführung einer Infektionsvorbeugungsmaßnahme mit Antibiotika; hier: Anteil der Patienten <u>mit</u> Prophylaxe		99,6 %	95,91 %
Hoher Anteil an Patienten, die bei der Entlassung/ Verlegung mobil und selbständig sind		97,6 %	93,6 %
Selten Komplikationen nach der Operation (z.B. Wundinfektion, Lungenentzündung)		6,5 %	5,5 %
Selten Gefäß- und/ oder Nervenschädigungen		1,1 %	0,5 %
Selten Komplikationen in Form von Blutpfropfen und –gerinnseln (Thrombosen und Embolien)		2,2 %	0,5 %
Selten Prothesenluxation		1,1 %	0,7 %

Basisdaten: keine Qualitätsmerkmale	EKT		Niedersachsen	
	FZ	Mittelwert	FZ	Mittelwert
Postoperative VD (Einbau eines Hüftgelenks-TEP)	92	17,0 Tage	13.629	15,0 Tage
Selbstständiges Gehen nach Entlassung (Gehhilfen)	91	98,9 %	13396	98,3 %

F Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum

Das Krankenhaus hat sich im Berichtszeitraum an folgenden Maßnahmen zur Bewertung von Qualitäts- bzw. Qualitätsmanagements beteiligt (Selbst- und Fremdbewertung)

Nr.	Projektbezeichnung/-Ziel	Projektstatus (Stichtag 31.12.2004)
1	<p>Zertifizierung nach proCum Cert inklusive KTQ</p> <p>Das Elisabeth-Krankenhaus Thuine hat im Berichtsjahr 2004 eine Fremdvisitation nach den Kriterien proCum Cert Zertifizierungsgesellschaft mit Erfolg absolviert. Folgende 8 Kriterien sind überprüft worden.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patientenorientierung • Mitarbeiterorientierung • Sicherheit im Krankenhaus • Informationswesen • Trägerverantwortung und Krankenhausführung • Qualitätsmanagement • Spiritualität • Gesellschaft 	Projekt erfolgreich abgeschlossen. In Regelbetrieb überführt.
2	<p>Seelsorgekonzept</p> <p>Neugestaltung des Seelsorgekonzeptes für das EKT.</p>	Projekt erfolgreich abgeschlossen. In Regelbetrieb überführt.
3	<p>Umgang mit Fehl- und Todgeburten</p> <p>Erstellung eines Konzeptes zum Umgang mit Fehl- und Todgeburten.</p>	Projekt erfolgreich abgeschlossen. In Regelbetrieb überführt.
4	<p>Seelsorgebeirat</p> <p>Etablierung einer Projektgruppe – Seelsorgebeirat – Regelmäßige Sitzungen mit u.a. Festlegung der im Betriebsjahr angebotenen seelsorgerischen Fortbildungen.</p>	Projekt läuft.
5	<p>Leitbild</p> <p>Die Ausführungsbestimmungen des bestehenden Leitbildes wurden überarbeitet.</p>	Projekt erfolgreich abgeschlossen. In Regelbetrieb überführt.
6	<p>Brandschutz</p> <p>Im Jahre 2003/2004 wurden zusammen mit dem Landkreis Emsland Richtlinien für die Erstellung von Alarmierungs- und Einsatzplänen erstellt. Nach diesen Vorgaben wurde in einer Projektgruppe der individuelle Brandschutzplan für das EKT im Hause erarbeitet. Ein Brandschutzbeauftragter wurde ernannt. Regelmäßige Brandschutzunterweisungen erfolgen.</p>	Projekt erfolgreich abgeschlossen. In Regelbetrieb überführt.
7	<p>Alarm- und Einsatzplan</p> <p>Im Sinne eines Katastrophenschutzmanagements ist im EKT nach den Vorgaben der Richtlinien des Landkreises</p>	Projekt erfolgreich abgeschlossen. In Regelbetrieb überführt.

	Emsland ein Alarm- und Einsatzplan für das EKT von einer Projektgruppe erarbeitet worden.	
8	Datenschutz Es erfolgte die Ernennung eines Datenschutzbeauftragten. Einführung eines neu konzipierten Datenschutzkonzeptes.	Projekt läuft.
9	Patientenbroschüre Eine informative Patientenbroschüre wurde neu gestaltet und liegt in jedem Patientenzimmer aus.	Projekt erfolgreich abgeschlossen. In Regelbetrieb überführt.
10	EDV-System In das in 2002 neu eingeführte EDV-System GWI wurden in 2004 die Bereiche Labor und Röntgen integriert.	Projekt erfolgreich abgeschlossen. In Regelbetrieb überführt.
11	Aufnahmezimmer Für die Patienten der inneren Abteilung wurde ein Aufnahmezimmer eingerichtet.	Projekt erfolgreich abgeschlossen. In Regelbetrieb überführt.
12	Kurzliegerstation Einrichten einer interdisziplinären Kurzliegerstation.	Projekt erfolgreich abgeschlossen. In Regelbetrieb überführt.
13	Planung einer Palliativstation Projektgruppe zur Planung einer Palliativstation im Bereich der Wöchnerinnenstation.	Projekt läuft.
14	Laborumstrukturierung Projektgruppe – Labor – Veränderung der Arbeitszeiten und des Bereitschaftsdienstes.	Projekt läuft.
15	Homepage Erstellung einer neuen informativen Homepage für das Elisabeth-Krankenhaus Thuine.	Projekt läuft.
16	Wegeleitsystem Planung und Installierung eines neuen Wegeleitsystems.	Projekt erfolgreich abgeschlossen. In Regelbetrieb überführt.
17	Transfusionshandbuch Überarbeitung des bestehenden Transfusionshandbuchs nach den gesetzlichen Vorgaben.	Projekt läuft.
18	Qualitätsmanagement-Handbuch Alle zentralen Prozesse im EKT sind in Form von Arbeitsabläufen im Qualitätsmanagement-Handbuch dargestellt worden. Sie stehen allen Mitarbeitern zur Verfügung. In Workshops erfolgt die Optimierung der Prozesse im Sinne einer kontinuierlichen Verbesserung.	Projekt läuft.
19	Patientenbefragung Durchführung einer Patientenbefragung mittels Fragebogen des Katholischen Krankenhausverbandes der Diözese Osnabrück.	Projekt erfolgreich abgeschlossen. In Regelbetrieb überführt.

20	Mitarbeiterbefragung Ableitung von Verbesserungsmaßnahmen aus der Mitarbeiterbefragung 2003.	Projekt erfolgreich abgeschlossen. In Regelbetrieb überführt.
21	Müllentsorgung Entwicklung einer Abfallfibel zur gesetzlich vorgeschriebenen Abfallentsorgung.	Projekt erfolgreich abgeschlossen. In Regelbetrieb überführt.
22	Standardgruppe Erarbeitung und Aktualisierung von pflegerischen Standards	Projekt läuft.
23	Fortbildung für Mitarbeiter Alle Mitarbeiter können aufgrund einer Kooperation der Arbeitsgemeinschaft von Einrichtungen im Gesundheitswesen Nord-West an zahlreichen kostengünstigen der kostenlosen Fort- und Weiterbildungen teilnehmen.	Projekt läuft.
24	Informations-Flyer Erarbeitung von Informations-Flyern zu den Themenbereichen: <ul style="list-style-type: none"> • Elisabeth-Krankenhaus Thuine – Wir stellen uns vor • Innere Medizin -Ambulante Chemotherapie • Innere Medizin – Endoskopische Untersuchungen • Chirurgie -Ambulantes Operieren • Elisabeth-Krankenhaus Thuine – Eröffnung einer Palliativstation am 01.07.2005 • Krankenhausbroschüre 	Projekt läuft. Teilweise in Regelbetrieb überführt.
25	Hygienekommission Regelmäßige Sitzungen der Hygienekommission zur Verabschiedung der erarbeiteten Hygienestandards und Besprechung von eventuell aufgetretenen Problemen und nach dem Infektionsschutzgesetz aufgeführten Infektionserfassung.	Projekt läuft permanent.



G Weitergehende Informationen

Verantwortlich für den Qualitätsbericht...

...ist die Betriebsleitung des Elisabeth-Krankenhauses Thuine

info@krankehaus-thuine.de

Klara Graf – Verwaltungsleiterin
Tel.: 05902/951-570

Dr. med. Johannes-Hermann Schepers – Ärztlicher Leiter
Tel. 05902/951-532

Schw. M. Luka Stindt – Oberin/Pflegedienstleitung
Tel.: 05902/951-580

Ihr Ansprechpartner für den Qualitätsbericht

Renate Heldt
Qualitätsmanagementbeauftragte
Tel. 05902/951-532

Links/ Verweise

- Weitere Informationen zu unserem Krankenhaus, unseren Leistungen und Angeboten erhalten Sie auf unserer Homepage unter www.krankenhaus-thuine.de
- Den Qualitätsbericht zur Zertifizierung unseres Hauses nach proCum Cert & KTQ können Sie auf folgenden Homepages nachlesen:
 - www.ktg.de
 - www.procum-cert.de