

Gesetzlicher Qualitätsbericht nach §137 SGB V



st. agatha
k r a n k e n h a u s

Berichtsjahr 2004

St. Agatha Krankenhaus
Feldgärtenstrasse 97
50735 Köln
Tel. 0221 / 7175 – 0
Fax 0221 / 7175 - 112
www.st-agatha-krankenhaus.de

Strukturerhebungsbogen

EINLEITUNG

Einleitung für den Qualitätsbericht

Das St. Agatha - Krankenhaus

Das St. Agatha – Krankenhaus ist eine caritative Einrichtung innerhalb der katholischen Kirche.

Im Jahre 1894 erbaten sich die Bewohner des Kölner Vorortes Niehl einige Ordensschwwestern zur Pflege ihrer Kranken und der Fürsorge der noch nicht schulpflichtigen Kinder. Diesem Wunsch kam die amtierende Generaloberin bereitwillig nach.

Tatkräftig begannen die Schwestern ihren Dienst. Die Zahl der zu Betreuenden stieg jährlich, so dass im September 1903 der Grundstein für das Krankenhaus gelegt und im Februar 1905 die Einweihung vollzogen wurde.

Es folgten Zeiten des Wiederaufbaus (Weltkriegsschäden) sowie von Sanierungen, Renovierungen und Modernisierungen.

In Köln – Niehl, einem urkölschen, urbanen Stadtviertel, mit einem alten Fischerdorkern, dem Niehler Hafen, der angesiedelten Automobil- und Petrochemie, steht das St. Agatha – Krankenhaus jetzt als leistungsstarkes und nach dem heutigen Standard ausgestattetes Haus der aus vielen Nationen und Kulturen bestehenden Bevölkerung zu Verfügung.

Aufgabe des St. Agatha-Krankenhauses ist heute die stationäre Regel- und Notfallversorgung der Bevölkerung primär des Stadtbezirkes Köln Nord, mit den Stadtteilen Niehl, Merkenich, Mauenheim, Riehl und anteilig Nippes. Die Behandlung erfolgt darüber hinaus selbstverständlich überregional nach Bedarf und / oder Wunsch.

Das St. Agatha-Krankenhaus ist als konfessionell getragenes Krankenhaus für die Grund- und Regelversorgung in den vorhandenen Fachrichtungen Innere Medizin, Allgemein-, Unfall-, und Visceralchirurgie und Psychosomatik zuständig.

KATALOGVERSIONEN

Gültigkeitsjahr der Katalogversion
DRG
2004
ICD
2004
OPS
2004
EBM
2004

BASISTEIL

A Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1.1-1.6 Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

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

Feldgärtenstrasse 97 50735 Köln info@st-agatha-krankenhaus.de www.st-agatha-krankenhaus.de

A-1.2 Wie lautet das Institutionskennzeichen des Krankenhauses?

260530385

A-1.3 Wie lautet der Name des Krankenhausträgers?

Stiftung der Cellitinnen e.V.

A-1.4 Handelt es sich um ein akademisches Lehrkrankenhaus?

Nein

A-1.5 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus nach § 108/109 SGB V (Stichtag 31.12. des Berichtsjahres)

179

A-1.6 Gesamtzahl der im abgelaufenen Kalenderjahr behandelten Patienten:

Stationäre Patienten:

4667

Ambulante Patienten:

3122

Weitere Institutskennzeichen

	Weitere in Ihrer Einrichtung verwendete Institutskennzeichen
01	
02	
03	
04	
05	
06	
07	
08	
09	
10	

A-1.7 A Fachabteilungen

Nr	Fachabteilung	Zahl der Betten	Zahl stationäre Fälle	Haupt- oder Belegabt.	Poliklinik/ Ambulanz?	Durchgangsarztverfahren
0100	Innere Medizin	74	2189	ha	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1500	Allgemeine Chirurgie	71	2265	ha	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3100	Psychosomatik/ Psychotherapie	40	213	ha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
XXXX	Anästhesie				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Rang	DRG dreistellig	Text (in umgangssprachlicher Klerschrift, deutsch)	Fallzahl
1	I32	Aufwendige Operationen an Handgelenk und/oder Hand	147
2	G09	Operationen von Eingeweidebrüchen (= Hernien), die am Leisten- oder Schenkelkanalband austreten	126
3	F62	Herzschwäche (= Herzinsuffizienz) oder Kreislaufkollaps	119
4	G48	Dickdarmspiegelung	119
5	E62	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane	117
6	E65	Krankheiten mit zunehmender Verengung der Atemwege (=chronisch-obstruktiv)	108
7	J65	Verletzung der Haut, Unterhaut oder weiblichen Brust	107
8	I68	Nicht operativ behandelte Krankheiten oder Verletzungen im Wirbelsäulenbereich (z. B. Lenden- und Kreuzschmerzen)	89
9	F73	Kurzdauernde Bewusstlosigkeit, Ohnmacht	88
10	F67	Bluthochdruck	85
11	V62	Psychische Störung durch Alkoholmissbrauch oder – Abhängigkeit	82
12	X62	Vergiftungen / giftige Wirkungen von Drogen, Medikamenten oder anderen Substanzen	75
13	I26	Sonstige Operationen an Handgelenk und/oder Hand	68
14	B05	Operation zur Druckentlastung bei Nerveneinklemmung im Handgelenksbereich (= Karpaltunnelsyndrom)	66
15	B70	Schlaganfall	66
16	F20	Unterbinden oder Entfernen von Venen (z.B. Krampfadern)	66
17	I18	Sonstige Operationen an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und/oder Unterarm	66
18	F74	Schmerzen in der Brust oder im Brustbereich	60
19	G67	Speiseröhren- oder Magen-Darm-Entzündung oder verschiedene Krankheiten der Verdauungsorgane	58
20	G47	Sonstige Magenspiegelung bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane	57
21	G50	Magenspiegelung bei nicht schweren Krankheiten der Verdauungsorgane	56
22	J08	Sonstige Hauttransplantation und/oder Abtragung oberflächlicher abgestorbener Gewebeteile	54
23	X06	Sonstige Operationen bei anderen Verletzungen (z. B. nach einer Operation)	54
24	I23	Operation zur Entfernung von Schrauben und/oder Platten an sonstigen Körperregionen; jedoch nicht an Hüfte und/oder Oberschenkel	53
25	G49	Dickdarm- und/oder Magenspiegelung, ein Behandlungstag	50
26	L63	Infektionen der Harnorgane	49
27	B76	Anfälle	47
28	K62	Verschiedene Stoffwechselkrankheiten (z. B. Flüssigkeits- oder Mineralstoffmangel)	47
29	K12	Operationen an der Schilddrüse mit Entfernung oder Teilentfernung der Nebenschilddrüse; jedoch nicht bei Krebs	46
30	F71	Leichte oder mittlere Herzrhythmusstörung oder Reizleitungsstörung des Herzmuskels	44

A-1.8-2.0

A-1.8 Medizinisch-therapeutische Versorgungsschwerpunkte

Nr	Besonderer Versorgungsschwerpunkt
1	Grundversorgung
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	

A-1.8 Serviceorientierte Leistungsangebote

Nr	Besonderes Leistungsmerkmal	Wird angeboten?
01	Keine	<input type="checkbox"/>
02	Aufenthaltsräume	<input checked="" type="checkbox"/>
03	Beschwerdemanagement	<input type="checkbox"/>
04	Beschwerdestellen	<input checked="" type="checkbox"/>
05	Besondere Verpflegung möglich (vegetarisch, koscher...)	<input checked="" type="checkbox"/>
06	Besuchsdienste	<input checked="" type="checkbox"/>
07	BG-Sprechstunde	<input checked="" type="checkbox"/>
08	Bibliothek	<input checked="" type="checkbox"/>
09	Bringdienste	<input checked="" type="checkbox"/>
10	Cafeteria	<input checked="" type="checkbox"/>
11	computergestützte Patienteninformationssysteme	<input type="checkbox"/>
12	Dolmetscherdienste	<input checked="" type="checkbox"/>
13	Elektrisch verstellbare Betten	<input type="checkbox"/>
14	Fax auf dem Zimmer verfügbar	<input type="checkbox"/>
15	Fernsehanschluss am Bett/ im Zimmer	<input checked="" type="checkbox"/>
16	Fernsehen und Radio kostenlos	<input type="checkbox"/>
17	Fernsehgerät am Bett/ im Zimmer	<input checked="" type="checkbox"/>
18	Fernsehraum auf der Station	<input type="checkbox"/>
19	Fortbildungsangebote für Patienten bzw. Öffentlichkeit	<input checked="" type="checkbox"/>
20	Freie wählbare Essenszusammenstellung (Komponentenwahl)	<input checked="" type="checkbox"/>
21	Friseur im Haus	<input checked="" type="checkbox"/>
22	Fußpflege im Haus	<input checked="" type="checkbox"/>
23	Internetanschluss am Bett/ im Zimmer	<input type="checkbox"/>
24	Internetzugang	<input checked="" type="checkbox"/>
25	Kiosk/ Einkaufsmöglichkeiten	<input checked="" type="checkbox"/>
26	Kirchlich-religiöse Einrichtungen (Kapelle, Mediationsraum)	<input checked="" type="checkbox"/>
27	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Patienten	<input checked="" type="checkbox"/>
28	Kulturelle Angebote (Klinikeigene Fernseh- und Rundfunkangebote)	<input checked="" type="checkbox"/>
29	Modem / Notebook auf dem Zimmer verfügbar	<input type="checkbox"/>
30	Parkanlagen	<input type="checkbox"/>
31	Patienteninformationsmaterial : Faltblätter, Broschüren zu Krankheitsbildern und interventionellen / operativen Verfahren	<input checked="" type="checkbox"/>
32	Regelmäßige Fortbildungsveranstaltungen für Hausärzte	<input checked="" type="checkbox"/>
33	Rundfunkempfang am Bett/ im Zimmer	<input checked="" type="checkbox"/>
34	Seelsorge / Grüne Damen	<input checked="" type="checkbox"/>
35	Stereoanlage am Bett/ im Zimmer	<input type="checkbox"/>
36	Telefon	<input checked="" type="checkbox"/>
37	Unterbringung Begleitperson	<input checked="" type="checkbox"/>
38	Videogerät am Bett/ im Zimmer	<input type="checkbox"/>
39	Wertfach/ Tresor am Bett/ im Zimmer	<input checked="" type="checkbox"/>
40	Zweibettzimmer mit eigener Nasszelle Regelleistung	<input checked="" type="checkbox"/>
00	Sonstige	

A-1.9 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten durch Krankenhäuser

Nr	Angebotene ambulante Leistung
1	Ambulante Operationen
2	Physikalische Therapie
3	Notfallambulanz
4	Privatambulanzen
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	

Nr	Angebotene ambulante Leistung
15	
16	
17	
18	
19	
20	

A-1.9 Ambulante Behandlung durch Krankenhausärzte

Nr	Angebotenes Fachgebiet
1	Allgemeinchirurgie
2	Innere Medizin
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	

A-1.9 Ambulante Behandlung wegen Unterversorgung durch Krankenhäuser

Nr	Angebotenes Fachgebiet
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	

A-2.1 Apparative Ausstattung und therapeutische Möglichkeiten

A-2.1.1 Apparative Ausstattung

Apparative Ausstattung	Vorhanden	Verfügbarkeit 24h sichergestellt	Apparategemeinschaft?
Computertomographie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Magnetresonanztomographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herzkatheterlabor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Szintigraphie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Positronenemissionstomographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Elektroenzephalogramm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Angiographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schlaflabor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kernspin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonographie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Röntgen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Broncho-/Endoskopie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Echoskopie/TEE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Mikrobiologie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Labor Stein
ERCP	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Spiroergometrie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Bodypletismographiie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Elektrokardiographie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Echokardiographie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Langzeit- EKG	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Langzeit- Blutdruckmessung	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Heimbeatmung	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Firma Air Product
Blutgasanalyse	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Labor Stein

A-2.1.2 Therapeutische Möglichkeiten

Therapeutische Möglichkeiten	Vorhanden	Apparategemeinschaft?
Physiotherapie	<input checked="" type="checkbox"/>	
Bewegungsbad	<input checked="" type="checkbox"/>	
Balneophysikalische-Therapie	<input checked="" type="checkbox"/>	
Dialyse	<input type="checkbox"/>	
Logopädie	<input type="checkbox"/>	
Ergotherapie	<input checked="" type="checkbox"/>	
Schmerztherapie	<input checked="" type="checkbox"/>	Praxis Dr. Strick im Haus
Eigenblutspende	<input type="checkbox"/>	
Gruppenpsychotherapie	<input checked="" type="checkbox"/>	
Einzelpsychotherapie	<input checked="" type="checkbox"/>	
Psychoedukation	<input checked="" type="checkbox"/>	
Thrombolyse	<input type="checkbox"/>	
Bestrahlung	<input type="checkbox"/>	

B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

B-1.1-1.4 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum / Versorgungsschwerpunkt der Fachabteilung

0100 Innere Medizin

LfdNr	Medizinisches Leistungsspektrum
1.	Herz-/Kreislaufkrankungen
2.	Lungen- und Atemwegserkrankungen
3.	Alkoholentgiftung
4.	Schlaganfälle
5.	Adipositas

1500 Allgemeine Chirurgie

LfdNr	Medizinisches Leistungsspektrum
1.	Schilddrüsenchirurgie (laparoskopisch)
2.	Bauchchirurgie auch des Dickdarms
3.	Handchirurgie
4.	Adipositaschirurgie
5.	ästhetische Chirurgie

3100 Psychosomatik/ Psychotherapie

LfdNr	Medizinisches Leistungsspektrum
1.	Posttraumatische Belastungsreaktionen
2.	Essstörungen
3.	Psychosomatische Erkrankungen im engeren Sinne
4.	Konversionsneurosen
5.	Anpassungsstörungen

XXXX Anästhesie

LfdNr	Medizinisches Leistungsspektrum
1.	Operative Anästhesie
2.	Schmerztherapie

B-1.4 Leistungsangebot der Fachabteilung

0100 Innere Medizin

LfdNr	Leistungsangebot
1.	02 – Allgemeine Sprechstunden
2.	03 – Beratungsangebote für spezifische Patientengruppen (z.B. Stillberatung, Inkontinenzberatung, Diätberatung etc.)
3.	07 – Spezialsprechstunden für spezifische Patientengruppen
4.	08 – Unterbringungsmöglichkeit von Begleitpersonen

1500 Allgemeine Chirurgie

LfdNr	Leistungsangebot
1.	02 – Allgemeine Sprechstunden
2.	03 – Beratungsangebote für spezifische Patientengruppen (z.B. Stillberatung, Inkontinenzberatung, Diätberatung ect.)
3.	05 – Patienteninformationsmaterial: Faltblätter, Broschüren zu Krankheitsbildern und interventionellen/operativen Verfahren
4.	07 – Spezialsprechstunden für spezifische Patientengruppen
5.	08 – Unterbringungsmöglichkeit von Begleitpersonen

3100 Psychosomatik/ Psychotherapie

LfdNr	Leistungsangebot
1.	02 – Allgemeine Sprechstunden
2.	03 – Beratungsangebote für spezifische Patientengruppen (z.B. Stillberatung, Inkontinenzberatung, Diätberatung etc..)
3.	05 – Patienteninformationsmaterial: Faltblätter, Broschüren zu Krankheitsbildern und interventionellen / operativen Verfahren
4.	07 – Spezialsprechstunden für spezifische Patientengruppen
5.	00 – Sonstiges: Betreuung nach dem stationären Aufenthalt bis zum Antritt einer ambulanten Therapie

XXXX Anästhesie

LfdNr	Leistungsangebot
1.	02 - Allgemeine Sprechstunden
2.	05 - Patienteninformationsmaterial: Faltblätter, Broschüren zu Krankheitsbildern und interventionellen / operativen Verfahren

B-1.5 Mindestens die Top-10 DRG (nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilung im Berichtsjahr*0100 Innere Medizin*

LfdNr	DRG dreistellig	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1.	F62	Herzschwäche (= Herzinsuffizienz) oder Kreislaufkollaps	119
2.	E62	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane	116
3.	E65	Krankheiten mit zunehmender Verengung der Atemwege (=chronisch-obstruktiv)	108
4.	F73	Kurzdauernde Bewusstlosigkeit, Ohnmacht	88
5.	F67	Bluthochdruck	85
6.	V62	Psychische Störung durch Alkoholmissbrauch oder – Abhängigkeit	79
7.	G48	Dickdarmspiegelung	76
8.	X62	Vergiftungen / giftige Wirkungen von Drogen, Medikamenten oder anderen Substanzen	75
9.	B70	Schlaganfall	66
10.	F74	Schmerzen in der Brust oder im Brustbereich	59

1500 Allgemeine Chirurgie

LfdNr	DRG dreistellig	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1.	I32	Aufwendige Operationen an Handgelenk und/oder Hand	146
2.	I13	Operationen am Oberarm, am Schienbein, am Wadenbein und/oder am Sprunggelenk	117
3.	G08	Operationen von Eingeweidebrüchen (= Hernien), die an Bauchwand oder Nabel austreten	102
4.	J64	Infektion / Entzündung der Haut oder Unterhaut	83
5.	I26	Sonstige Operationen an Handgelenk und/oder Hand	67
6.	I18	Sonstige Operationen an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und/oder Unterarm	66
7.	B05	Operation zur Druckentlastung bei Nerveneinklemmung im Handgelenksbereich (= Karpaltunnelsyndrom)	65
8.	G09	Operationen von Eingeweidebrüchen (= Hernien), die am Leisten- oder Schenkelkanalband austreten	64
9.	F20	Unterbinden oder Entfernen von Venen (z.B. Krampfadern)	63
10.	J65	Verletzung der Haut, Unterhaut oder weiblichen Brust	55

3100 Psychosomatik/ Psychotherapie

LfdNr	DRG dreistellig	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
-------	-----------------	--	----------

XXXX Anästhesie

LfdNr	DRG dreistellig	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
-------	-----------------	--	----------

B-1.6 Mindestens die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen der Fachabteilung im Berichtsjahr*0100 Innere Medizin*

LfdNr	ICD-10 Nummer (dreistellig)	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1.	J44	Sonstige chronische Lungenkrankheiten mit erhöhtem Atemwegwiderstand	123
2.	I50	Herzschwäche (=Herzinsuffizienz)	117
3.	F10	Psychische und/oder Verhaltensstörungen durch Alkohol	115
4.	J18	Lungenentzündung durch unbekanntes Erreger	92
5.	R55	Kurzdauernde Bewusstlosigkeit/Ohnmacht	84
6.	I10	Bluthochdruck ohne bekannte Ursache	84
7.	I20	Anfallartige Schmerzen in der Herzgegend (=Angina pectoris, z.B. mit typischen Ausstrahlungen in den linken Arm)	55
8.	A09	Durchfall oder Magen-Darm-Entzündung, vermutlich durch Mikroorganismen (z.B. Viren, Bakterien) verursacht.	54
9.	E86	Flüssigkeitsmangel	47
10.	G40	Anfallsleiden (=Epilepsie)	47

1500 Allgemeine Chirurgie

LfdNr	ICD-10 Nummer (dreistellig)	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1.	K40	Eingeweidebruch (=Hernie) an der Leiste	128
2.	G56	Schädigung eines Nerven an den Armen, nicht unfallbedingt	86
3.	E04	Vergrößerung der Schilddrüse, ohne Überfunktion der Schilddrüse (z.B. wegen Jodmangel)	80
4.	S72	Oberschenkelbruch	71
5.	S82	Unterschenkelbruch, einschließlich des oberen Sprunggelenkes	70
6.	I83	Krampfader an den Beinen	69
7.	S62	Knochenbruch im Bereich des Handgelenkes oder der Hand	63
8.	S52	Unterarmbruch	59
9.	M54	Rückenschmerzen	55
10.	K56	Lebensbedrohliche Unterbrechung der Darmpassage aufgrund einer Darmlähmung und/oder eines Passagehindernisses	55

3100 Psychosomatik/ Psychotherapie

LfdNr	ICD-10 Nummer (dreistellig)	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1.	F32	Phasisch verlaufende depressive Erkrankung	47
2.	F45	Seelische Erkrankung, die sich in körperlichen Beschwerden niederschlägt	45
3.	F41	Panikstörung	32
4.	F50	Magersucht	26
5.	F33	Erneut aufgetretene depressive Erkrankung	23
6.	F43	Reaktion auf schwere Belastungen	18
7.	F40	Platzangst	6
8.	F44	Bewegungsstörung psychischer Ursache	5
9.	F61	Störungen der Persönlichkeit	3
10.	F60	Persönlichkeitsstörung mit emotionalen Ausbrüchen	2

XXXX Anästhesie

LfdNr	ICD-10 Nummer (dreistellig)	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
-------	-----------------------------	--	----------

B-1.7 Mindestens die 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe der Fachabteilung im Berichtsjahr*0100 Innere Medizin*

LfdNr	OPS-301 Nummer	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1.	1-632	Spiegelung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarmes	623
2.	3-200	Computertomographie des Kopfes	361
3.	1-650	Dickdarmspiegelung	370
4.	1-620	Spiegelung der Luftröhre und der Bronchien mit flexiblem Instrument	254

LfdNr	OPS-301 Nummer	Text (in umgangssprachlicher Klerschrift, deutsch)	Fallzahl
5.	1-440	Entnahme einer Gewebeprobe des oberen Verdauungstraktes, der Gallengänge und/oder der Bauchspeicheldrüse durch eine Spiegelung	247
6.	1-710	Ganzkörper- Lungenfunktionsprüfung	228
7.	3-225	Computertomographie des Bauchraumes mit Kontrastmittel	188
8.	8-831	Legen, Wechsel und Entfernung eines Venenkatheters	137
9.	3-222	Computertomographie des Brustraumes mit Kontrastmittel	128
10.	8-800	Transfusion von Vollblut, Konzentraten roter Blutkörperchen und/oder Konzentraten von Blutgerinnungsplättchen	126

1500 Allgemeine Chirurgie

LfdNr	OPS-301 Nummer	Text (in umgangssprachlicher Klerschrift, deutsch)	Fallzahl
1.	5-893	Abtragung abgestorbener Hautzellen (= chirurgische Wundtoilette) und/oder Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	204
2.	5-056	Operation mit Auflösung von Nervenzellen und/oder Druckentlastung von Nerven (z.B. bei chronischen Schmerzen)	163
3.	5-530	Verschluss von Eingeweidebrüchen (=Hernien), die im Leistenbereich austreten	132
4.	5-894	Herausschneiden von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	126
5.	5-840	Operationen an Sehnen der Hand	105
6.	5-787	Entfernung von Knochenstabilisierungsmaterial	93
7.	5-385	Unterbindung, Herausschneiden und/oder Herausziehen von Krampfadern	88
8.	5-790	Stellungskorrektur eines Knochenbruches ohne freie Verbindung des Bruches zur Körperoberfläche (=geschlossene Reposition) und/oder einer Lösung der Knochenenden von Röhrenknochen mittels Knochenstabilisierungsmaterial (z.B. Drähte, Schrauben, Platten, externe Fixateur)	87
9.	5-062	Sonstige Operation an der Schilddrüse mit teilweiser Schilddrüsenentfernung (z.B. Herausschneiden von erkranktem Gewebe)	83
10.	5-812	Operation am Gelenkknorpel und/oder an den sichelförmigen Knorpelscheiben (=Menisken) mittels Gelenkspiegel (=Arthroskop)	78

3100 Psychosomatik/ Psychotherapie

LfdNr	OPS-301 Nummer	Text (in umgangssprachlicher Klerschrift, deutsch)	Fallzahl
-------	----------------	--	----------

XXXX Anästhesie

LfdNr	OPS-301 Nummer	Text (in umgangssprachlicher Klerschrift, deutsch)	Fallzahl
-------	----------------	--	----------

B-2 Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

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

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

461

B-2.1 Ambulante Operationen nach §115b SGB V

Nr	EBM	Erbrachte Anzahl gesamt
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		

B-2.2 Mindestens Top-5 der ambulanten Operationen (nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilungen im Berichtsjahr - Gesamtkrankenhaus

Gesamtkrankenhaus

Rang	EBM-Nummer (vollständig)	in umgangssprachlicher Klarschrift	Fälle absolut
1	2275	Schädigung eines Nerven an den Armen, nicht unfallbedingt	154
2	2220	Operative Versorgung einer entzündeten Daumenstrecksehne	62
3	3220	Operation eines Überbeins an der Hand	36
4	741	Spiegelung des Magens	13
5	2106	Tumorentfernung	10

Auf Fachabteilungsebene

0100 Innere Medizin

LfdNr	EBM Nummer	Fälle absolut	in umgangssprachlicher Klarschrift
-------	------------	---------------	------------------------------------

1500 Allgemeine Chirurgie

LfdNr	EBM Nummer	Fälle absolut	in umgangssprachlicher Klarschrift
-------	------------	---------------	------------------------------------

3100 Psychosomatik/ Psychotherapie

LfdNr	EBM Nummer	Fälle absolut	in umgangssprachlicher Klarschrift
-------	------------	---------------	------------------------------------

XXXX Anästhesie

LfdNr	EBM Nummer	Fälle absolut	in umgangssprachlicher Klarschrift
-------	------------	---------------	------------------------------------

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

Hochschulambulanz (§ 117 SGB V)

Psychiatrische Institutsambulanz (§ 118 SGB V)

Sozialpädiatrisches Zentrum (§ 119 SGB V)

B-2.3 Fachgebiete / Kliniken mit Hochschulambulanz §117 SGB V

Nr	Fachgebiet/Klinik mit Hochschulambulanz	Fallzahl
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		

B-2.4 Personalqualifikation im Ärztlichen Dienst (Stichtag 31.12. Berichtsjahr)

Nr	Fachabteilung	Anzahl beschäftigter Ärzte insgesamt	Ärzte in Weiterbildung	Ärzte mit abgeschl. Weiterbildung
0100	Innere Medizin	10	4	6
1500	Allgemeine Chirurgie	12	6	6
3100	Psychosomatik/ Psychotherapie	4	3	3
XXXX	Anästhesie	4	0	4

B-2.4 B Anzahl der Ärzte mit Weiterbildungsbefugnis (gesamtes Krankenhaus):

B-2.4 Anzahl der Ärzte mit Weiterbildungsbefugnis (gesamtes Krankenhaus):

4

B-2.5 Personalqualifikation im Pflegedienst (Stichtag 31.12. Berichtsjahr)

Gesetzlicher Qualitätsbericht nach § 137 SGB V

Nr	Fachabteilung	Anzahl beschäftigter Pflegekräfte	Prozentualer Anteil examinierter Krankenschw./ -pfleger	Prozentualer Anteil Krankenschw./ -pfleger mit Fachweiterbildung	Prozentualer Anteil Krankenpflegehelfer/in
0100	Innere Medizin	44	86	16	4
1500	Allgemeine Chirurgie	42	92	0	8
3100	Psychosomatik/ Psychotherapie	17	92	0	8
XXXX	Anästhesie	4	75	25	0

C Qualitätssicherung

C-1 Externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V

Nr	Leistungsbereich	Leistungsbereich wird im KH erbracht	Teilnahme an der externen QS	Dokumentationsrate KH	Dokumentationsrate Bundesdurchschnitt
1	Aortenklappenchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2	Cholezystektomie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	100	100
3	Gynäkologische Operationen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	100	94.65
4	Herzschrittmacher-Erstimplantation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6	Herzschrittmacher-Revision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
7	Herztransplantation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
8	Hüftgelenknahe Femurfraktur (ohne subtrochantäre Frakturen)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	100	95.85
9	Hüft-Totalendoprothesen-Wechsel	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	100	92.39
10	Karotis-Rekonstruktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
11	Knie-Totalendoprothese (TEP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
12	Knie-Totalendoprothesen-Wechsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
13	Kombinierte Koronar- und Aortenklappen-Chirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
14	Koronarangiografie / Perkutane transluminale Koronarangioplastie (PTCA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
15	Koronarchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
16	Mammachirurgie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	100	91.68
17	Perinatalmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
18	Pflege: Dekubitusprophylaxe mit Kopplung an die Leistungsbereiche 1, 8, 9, 11, 12, 13, 15, 19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
19	Totalendoprothese (TEP bei Koxarthrose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
20	Gesamt			100	94.91

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)

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

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

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

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

Nr	Verpflichtende QS auf Landesebene über §137 hinaus vereinbart?	Leistungsbereich, in dem das Krankenhaus an QS-Maßnahmen auf Landesebene teilnimmt
1	<input type="checkbox"/>	
2	<input type="checkbox"/>	
3	<input type="checkbox"/>	
4	<input type="checkbox"/>	
5	<input type="checkbox"/>	
6	<input type="checkbox"/>	
7	<input type="checkbox"/>	
8	<input type="checkbox"/>	
9	<input type="checkbox"/>	
10	<input type="checkbox"/>	
11	<input type="checkbox"/>	
12	<input type="checkbox"/>	
13	<input type="checkbox"/>	
14	<input type="checkbox"/>	
15	<input type="checkbox"/>	
16	<input type="checkbox"/>	
17	<input type="checkbox"/>	
18	<input type="checkbox"/>	
19	<input type="checkbox"/>	
20	<input type="checkbox"/>	

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

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

C-4 Leistungsbereiche Krankenhaus QS-DMP

Nr	Leistungsbereich
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	

Nr	Leistungsbereich
17	
18	
19	
20	

C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach §137 Abs. 1 S.3 Nr. 3 SGB V

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

Leistung	OPS der einbez. Leistungen	Mindestmenge (pro Jahr) pro KH / pro gel. Operateur	Leistung wird im KH erbracht	Erbrachte Menge (pro Jahr) pro KH	Erbrachte Menge (pro Jahr) pro gel. Operateur	Anzahl der Fälle mit Komplikation im Berichtsjahr
Lebertransplantation		10	<input type="checkbox"/>			
	5-503.0		<input type="checkbox"/>			
	5-503.1		<input type="checkbox"/>			
	5-503.2		<input type="checkbox"/>			
	5-503.3		<input type="checkbox"/>			
	5-503.x		<input type="checkbox"/>			
	5-503.y		<input type="checkbox"/>			
	5-504.0		<input type="checkbox"/>			
	5-504.1		<input type="checkbox"/>			
	5-504.2		<input type="checkbox"/>			
	5-504.x		<input type="checkbox"/>			
	5-504.y		<input type="checkbox"/>			
	5-502.0		<input type="checkbox"/>			
	5-502.1		<input type="checkbox"/>			
	5-502.2		<input type="checkbox"/>			
	5-502.3		<input type="checkbox"/>			
	5-502.5		<input type="checkbox"/>			
	5-502.x		<input type="checkbox"/>			
	5-502.y		<input type="checkbox"/>			
Nierentransplantation		20	<input type="checkbox"/>			
	5-555.0		<input type="checkbox"/>			
	5-555.1		<input type="checkbox"/>			
	5-555.2		<input type="checkbox"/>			
	5-555.3		<input type="checkbox"/>			
	5-555.4		<input type="checkbox"/>			
	5-555.5		<input type="checkbox"/>			
	5-555.x		<input type="checkbox"/>			
	5-555.y		<input type="checkbox"/>			
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus		5/5	<input type="checkbox"/>			
	5-420.00		<input type="checkbox"/>			
	5-420.01		<input type="checkbox"/>			
	5-420.10		<input type="checkbox"/>			
	5-420.11		<input type="checkbox"/>			
	5-423.0		<input type="checkbox"/>			
	5-423.1		<input type="checkbox"/>			
	5-423.2		<input type="checkbox"/>			
	5-423.3		<input type="checkbox"/>			
	5-423.x		<input type="checkbox"/>			
	5-423.y		<input type="checkbox"/>			

Gesetzlicher Qualitätsbericht nach § 137 SGB V

Leistung	OPS der einbez. Leistungen	Mindestmenge (pro Jahr) pro KH / pro gel. Operateur	Leistung wird im KH erbracht	Erbrachte Menge (pro Jahr) pro KH	Erbrachte Menge (pro Jahr) pro gel. Operateur	Anzahl der Fälle mit Komplikation im Berichtsjahr
	5-424.0		<input type="checkbox"/>			
	5-424.1		<input type="checkbox"/>			
	5-424.2		<input type="checkbox"/>			
	5-424.x		<input type="checkbox"/>			
	5-424.y		<input type="checkbox"/>			
	5-425.0		<input type="checkbox"/>			
	5-425.1		<input type="checkbox"/>			
	5-425.2		<input type="checkbox"/>			
	5-425.x		<input type="checkbox"/>			
	5-425.y		<input type="checkbox"/>			
	5-426.0**		<input type="checkbox"/>			
	5-426.1**		<input type="checkbox"/>			
	5-426.2**		<input type="checkbox"/>			
	5-426.x**		<input type="checkbox"/>			
	5-426.y		<input type="checkbox"/>			
	5-427.0**		<input type="checkbox"/>			
	5-427.1**		<input type="checkbox"/>			
	5-427.2**		<input type="checkbox"/>			
	5-427.x**		<input type="checkbox"/>			
	5-427.y		<input type="checkbox"/>			
	5-429.2		<input type="checkbox"/>			
	5-438.0**		<input type="checkbox"/>			
	5-438.1**		<input type="checkbox"/>			
	5-438.x**		<input type="checkbox"/>			
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas		5/5	<input type="checkbox"/>			
	5-521.0		<input type="checkbox"/>			
	5-521.1		<input type="checkbox"/>			
	5-521.2		<input type="checkbox"/>			
	5-523.2		<input type="checkbox"/>			
	5-523.x		<input type="checkbox"/>			
	5-524		<input type="checkbox"/>			
	5-524.0		<input type="checkbox"/>			
	5-524.1		<input type="checkbox"/>			
	5-524.2		<input type="checkbox"/>			
	5-524.3		<input type="checkbox"/>			
	5-524.x		<input type="checkbox"/>			
	5-525.0		<input type="checkbox"/>			
	5-525.1		<input type="checkbox"/>			
	5-525.2		<input type="checkbox"/>			
	5-525.3		<input type="checkbox"/>			
	5-525.4		<input type="checkbox"/>			
	5-525.x		<input type="checkbox"/>			
Stammzelltransplantation		12+/- 2 (10-14)	<input type="checkbox"/>			
	5-411.0		<input type="checkbox"/>			
	5-411.00		<input type="checkbox"/>			
	5-411.01		<input type="checkbox"/>			
	5-411.2		<input type="checkbox"/>			
	5-411.20		<input type="checkbox"/>			
	5-411.21		<input type="checkbox"/>			
	5-411.3		<input type="checkbox"/>			
	5-411.30		<input type="checkbox"/>			

Gesetzlicher Qualitätsbericht nach § 137 SGB V

Leistung	OPS der einbez. Leistungen	Mindestmenge (pro Jahr) pro KH / pro gel. Operateur	Leistung wird im KH erbracht	Erbrachte Menge (pro Jahr) pro KH	Erbrachte Menge (pro Jahr) pro gel. Operateur	Anzahl der Fälle mit Komplikation im Berichtsjahr
	5-411.31		<input type="checkbox"/>			
	5-411.4		<input type="checkbox"/>			
	5-411.40		<input type="checkbox"/>			
	5-411.41		<input type="checkbox"/>			
	5-411.5		<input type="checkbox"/>			
	5-411.50		<input type="checkbox"/>			
	5-411.51		<input type="checkbox"/>			
	5-411.x		<input type="checkbox"/>			
	5-411.y		<input type="checkbox"/>			
	8-805.0		<input type="checkbox"/>			
	8-805.00		<input type="checkbox"/>			
	8-805.01		<input type="checkbox"/>			
	8-805.2		<input type="checkbox"/>			
	8-805.20		<input type="checkbox"/>			
	8-805.21		<input type="checkbox"/>			
	8-805.3		<input type="checkbox"/>			
	8-805.30		<input type="checkbox"/>			
	8-805.31		<input type="checkbox"/>			
	8-805.4		<input type="checkbox"/>			
	8-805.40		<input type="checkbox"/>			
	8-805.41		<input type="checkbox"/>			
	8-805.5		<input type="checkbox"/>			
	8-805.50		<input type="checkbox"/>			
	8-805.51		<input type="checkbox"/>			
	8-805.x		<input type="checkbox"/>			
	8-805.y		<input type="checkbox"/>			

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

Leistung	Mindestmenge unterschritten	Im Berichtsjahr gelt. gem. Ausnahmetatbestand	Ergänzende Maßnahme der QS	Befreiendes Votum der Landesbehörde nach Antrag
Lebertransplantation	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Nierentransplantation	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Stammzellentransplantation	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

SYSTEMTEIL

D Qualitätspolitik

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

Leitbilder und Konzepte

Die „Unternehmensphilosophie“ des St. Agatha-Krankenhauses wird in einem Leitbild definiert. Es entstand in einem Leitbildprozess unter Beteiligung der Mitarbeiter/Innen des Krankenhauses in den Jahren 1997 und 1999.

Ziel des Leitbildes ist, dass es die täglichen Dienste und die Zusammenarbeit der Mitarbeiter/Innen prägt und befruchtet. Es fordert inhaltliche Akzeptanz und soll Impuls und Angebot sein für persönliche Identifikation. Es soll helfen, die Zukunft aktiv zu gestalten und der Sehnsucht des Menschen nach Heil und dem Wunsch nach Heilung Raum zu geben.

Ein weiteres Leitbild im St. Agatha-Krankenhaus besteht durch das Pflegeleitbild.

Pflegeleitbilder beschreiben das Wesen und das Ziel pflegerischen Handelns. Sie basieren auf sozio - kulturellen, psychologischen, religiösen und ökonomischen Erkenntnissen. Pflege leistet als Wesensäußerung christlicher Caritas einen wichtigen Beitrag in unserer Gesellschaft. Pflege muss sich demzufolge an gesellschaftlichen Erfordernissen orientieren, aber auch Entwicklungen voraussehen und vorantreiben.

In dem Maße, in dem die Gesellschaft die Summe der Individuen darstellt, somit auch von ihnen gestaltet wird, bewegt sich Pflege in der konkreten Situation im Beziehungsfeld:

Pflegender - Patient

Krankenpflege spielt sich immer zwischen Menschen ab. Da, wo Menschen miteinander umgehen, treffen immer Einstellungen, Haltungen, sprich Lebensphilosophien aufeinander. Je ähnlicher Einstellungen, Werte und Menschenbild sind, je harmonischer und zielstrebigter wird das Zusammenleben gestaltet. Nicht zuletzt auf dieser Grundlage bilden sich Familien, Freundeskreise oder auch Arbeitsgruppen.

Auf einer dementsprechenden Basis bestehen für das St. Agatha-Krankenhaus folgende Aspekte für die pflegenden Mitarbeiter:

Der Patient in unserem Krankenhaus

- erfährt die Achtung seiner Würde als Geschöpf Gottes
- erfährt die Achtung seiner geistigen, seelischen, körperlichen, und religiösen Dimensionen

- erfährt die Förderung seiner Gesundheit und das Ausschöpfen seiner Ressourcen
- erfährt die Begleitung in der Krise
- erfährt Verständnis und Einfühlungsvermögen für seine Person als Ganzes
- erfährt Pflegepersonen als Partner.

Im Rahmen unserer zentralen Krankenhausaufgaben, kranken Menschen eine optimale medizinische, pflegerische und therapeutische Behandlung zur Verfügung zu stellen, verfolgen wir mit unserer Qualitätspolitik folgende Qualitätsziele:

- Die kranken Menschen sollen zu aller erst gemäß den jeweils aktuellen medizinischen und pflegerischen Standards optimal und fehlerfrei behandelt und gepflegt werden.
- Die medizin-pflegerische Versorgung ist an einer ganzheitlichen Medizin und einer biographisch-orientierten Pflege ausgerichtet. Wir behandeln nicht nur die Symptome einer Krankheit sondern berücksichtigen – sowohl für die Diagnose und die Entstehung einer Krankheit als auch für deren Behandlung - die Lebensweise in seinem komplexen Umfeld.
- Die hauswirtschaftliche Versorgung soll den
 - krankheitsspezifischen Besonderheiten und Notwendigkeiten,
 - biographisch erworbenen Ernährungsgewohnheiten,
 - ernährungswissenschaftlichen Erkenntnissen gerecht werden.
- Die Patientin/der Patient soll sich bei uns wohlfühlen.
- Die Aufgaben müssen auf wirtschaftlicher Basis erledigt werden.
- Unsere Mitarbeiter/Innen sollen sich ebenso bei uns wohlfühlen und Zufriedenheit in und durch ihre Arbeit in unserem Krankenhaus erlangen.

Verantwortung und Führung

Zur Planung, Durchführung, Überwachung und Verbesserung aller qualitätsrelevanten Tätigkeiten und zur Verbesserung der Kundenzufriedenheit wird in unserem Krankenhaus ein Qualitätsmanagement - System nach KTQ (Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus) eingeführt und im gesamten Krankenhaus praktiziert.

Die QM - Dokumentation, die aus diesem QM - Handbuch und den darin zitierten Dokumenten wie z. B. Verfahrensanweisungen besteht, ist verbindlich für alle Mitarbeiter/Innen unseres Hauses.

Der Qualitätsbeauftragte der obersten Leitung hat die Aufgabe zu gewährleisten, dass die erforderlichen Prozesse im QM - System aufrechterhalten werden, regelmäßig über die Leistungsfähigkeit des QM - Systems und notwendige Verbesserung zu berichten (z. B. anhand durchgeführter Managementbewertung, interne Audits o. ä.). Er soll dafür die Unterstützung der Geschäftsleitung und aller Mitarbeiter/Innen im Krankenhaus erhalten.

Durch die genannten Maßnahmen soll die in diesem Handbuch dargestellte Qualitätspolitik des Hauses verwirklicht werden. Dabei dient die Qualitätspolitik allen Mitarbeitern/Innen als verbindliche Richtlinie für qualitätsbewusstes, kundenorientiertes und verantwortliches Handeln

Die Betriebsleitung demonstriert ihr Engagement für die Erreichung der angeführten Ziele im Weiteren durch folgende Verpflichtungen:

- Sie schafft und unterhält im gesamten Krankenhaus das Bewusstsein, dass das oberste Ziel des Krankenhauses die Erfüllung der mit diesem Qualitätsmanagementsystem fixierte Grundlage ist. Dies geschieht vorrangig durch die beispielhafte Ausrichtung der Betriebsleitung an den selbst gesetzten Maßstäben (Vorreiter- und Vorbildfunktion).
- Die Betriebsleitung stellt zur Verwirklichung des QM- Systems die erforderlichen Mittel zur Verfügung.
- Eine wichtige Aufgabe sieht die Geschäftsleitung weiterhin in der Förderung des Qualitätsbewusstseins. Dies geschieht durch vielfältige Maßnahmen zur ständigen Verbesserung der Leistungen durch die Mitarbeiter/Innen, für die die Geschäftsleitung die strukturellen Bedingungen aufbaut sowie durch spezielle Veranstaltungen für die Mitarbeiter/Innen seitens der Geschäftsleitung zum Thema QM.
Die Leitungskräfte haben die Verantwortung, durch Überwachung und Steuerung der entsprechenden Prozesse so zu gestalten, dass festgelegte Forderungen (etwa resultierend aus Kunden- und Patientenrückmeldungen) umgesetzt und erfüllt werden.
- Die ständige Verbesserung der Qualifikation und Kompetenz der Mitarbeiter/Innen, sowohl in Bezug auf die Fachkompetenzen als auch im Bereich QM wird angestrebt.

- Die Geschäftsleitung legt die allgemeinen Forderungen und Verpflichtungen in der Qualitätspolitik fest. Aus den allgemeinen Forderungen der Qualitätspolitik werden von der Geschäftsleitung in Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern/Innen messbare Qualitätsziele für einzelne Abläufe abgeleitet und deren Zielerreichung durch die Leitung in festgelegten Zeitabständen überprüft (Managementbewertung, QM-Bericht).

E Qualitätsmanagement und dessen Bewertung

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

Im Rahmen eines Verbundprojektes unter der Leitung des Diözesan Caritasverbandes wurde im Jahre 2004 mit der Einführung eines umfassenden Qualitätsmanagement-Systems begonnen. Dem Projekt des Caritasverbandes schlossen sich 20 katholische Krankenhäuser der Diözese Köln an. Hier treffen sich monatlich die Qualitätsmanagementbeauftragten und tauschen sich über den Projektverlauf in ihren Krankenhäusern aus. Außerdem werden in Kooperation mit der APB - Unternehmensberatung regelmäßige Fortbildungsveranstaltungen für die Mitarbeiter der teilnehmenden Krankenhäuser angeboten.

Für die Einführung von QM - Systemen gibt es zwei gute Gründe:

Der Gesetzgeber ist in den letzten Jahren zunehmend dazu übergegangen, im sozialen Bereich explizit interne QM - Systeme per Gesetz zu fordern.

Die Beliebtheit von QM- Systemen kann sicher zum Teil damit erklärt werden, dass diese zurzeit aus verschiedenen Gründen in „Mode“ sind. Aber sie sind sicher mehr als nur „Mode“. QM - Systeme sind letztlich eine ernsthafte Methode, eine soziale Einrichtung gut zu führen. Hierbei muss „gut“ natürlich zu aller erst bestimmt werden. Zwingende Kriterien, wie Wirtschaftlichkeit oder auch selbst gesetzte Maßstäbe, wie sie in unserem Leitbild zum Ausdruck kommen, bieten sich hierfür an.

Beide Gründe waren für unser Krankenhaus maßgebend, ein QM - System einzuführen.

Zur weiteren Vorgehensweise musste unterschieden werden, zwischen

Qualitätsmanagement als Management der Qualität und

Qualitätsmanagement als Management durch Qualität - Umfassendes Qualitätsmanagement (UQM oder TQM).

Bei der ersten Variante wird QM als Führungsaufgabe verstanden. Allerdings ist dies nur eine von vielen Führungsaufgaben. In der Praxis läuft dies darauf hinaus, dass Qualitätsmanagement an eine Abteilung (Qualitätswesen) oder Person (QMB) delegiert wird, die sich um das Thema kümmert und den Führungspersonen berichtet. Es führt dazu, dass Qualität im betrieblichen Alltag ein Thema unter vielen ist.

Bei der zweiten Variante wird QM ebenfalls als Führungsaufgabe verstanden. Umfassendes oder Total Quality Management (UQM oder TQM) besagt jedoch, dass alle Unternehmensbereiche umfassend von der Qualität her geführt werden. Das heißt, nicht der Blick auf die Produkte oder Leistungen, auf Verfahren, die Aufbau- und Ablauforganisation oder Wirtschaftlichkeitsüberlegungen leiten die Führungskräfte, sondern einzig (oder hauptsächlich) die Absicht, die Qualität zu verbessern. Umfassend heißt auch permanent und kontinuierlich. UQM macht Qualität zur Daueraufgabe.

Wesentlicher Bestandteil der Organisation des St. Agatha-Krankenhauses ist ein UQM-

System der APB- Unternehmensberatung in der Tradition des TQM. Dieses System ist im Organisationshandbuch dokumentiert. Hier sind alle qualitätsrelevanten Prozesse, Abläufe und Tätigkeiten beschrieben, ergänzt durch QM - Dokumente und Pflegestandards.

Das Organisationshandbuch ist die Basis auf der alle Verbesserungen und Weiterentwicklungen der Organisation aufgebaut werden. Es stellt sicher, dass die Mitarbeiter/Innen alle qualitätsrelevanten Prozesse, Abläufe und Tätigkeiten beherrschen. Zudem können neue Mitarbeiter/Innen zuverlässig und effizient eingearbeitet werden.

Die Organisation sowie das gesamte Know-how der stationären Einrichtung sind somit für alle Mitarbeiter/Innen nutzbar dokumentiert.

Die Einführung des umfassenden Qualitätsmanagements ist als zeitlich befristetes Projekt vorgesehen. Es wird durch ein Projektmanagement und einen externen Coach der APB- Unternehmensberatung unterstützt. Die Verantwortung der Leitung als zwingende Voraussetzung für die Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung des QM - Systems wird in Form der Steuergruppe wahrgenommen. Sie ist mit dem Geschäftsführer, dem Pflegedirektor und dem stellvertretenden Ärztlichen Direktor besetzt und hat folgende Aufgaben:

- Sie trägt die Verantwortung für die gesamte Projektplanung.
- Sie leitet den Betrieb unter den neuen Gesichtspunkten.
- Sie setzt die Rahmenbedingungen und Grundlagen des Qualitätsmanagements.
- Sie ist verantwortlich für das Ressourcenmanagement.
- Sie erstellt die Qualitätsziele und erklärt ihre Gültigkeit.
- Sie ist Vorbild und Vorreiter.

Das QM - Team (Qualitätsmanagement- Team) besteht aus acht Mitarbeitern aus allen Bereichen des Krankenhauses.

Sie arbeiten regelmäßig mit ca. 10% ihrer Arbeitszeit an der Einführung des QM- Systems:

- Sie erarbeiten gemeinsam mit Kollegen Ablaufbeschreibungen und notwendige QM- Dokumente.
- Sie unterstützen den QMB bei der Erstellung des QM- Handbuches.
- Sie sind verantwortlich für ausgewählte Prozesse.
- Sie motivieren ihre Kollegen dazu, sich aktiv an der Entwicklung des QM-Systems zu beteiligen.
- Sie verstehen sich als Multiplikatoren und informieren interessierte Mitarbeiter.
- Sie nehmen an Optimierungsworkshops teil und arbeiten aktiv an der Selbstbewertung

mit.

Der QMB (Qualitätsmanagementbeauftragte) arbeitet mit 50% seiner Arbeitszeit an der Einführung des QM - Systems:

- Er organisiert und leitet die regelmäßigen QM – Teamsitzungen.
- Er führt das QM – Team.
- Er erarbeitet Ablaufbeschreibungen.
- Er organisiert Optimierungsworkshops und die Selbstbewertung.
- Er optimiert und lenkt die in der Klinik verwendeten Formulare.
- Er aktualisiert die QM- Handbücher.

Bis zum Ende des Jahres 2005 werden die Sitzungen der Steuergruppe und des QM - Teams regelmäßig von einem Coach der APB - Unternehmensberatung begleitet. Er übernimmt eine beratende Funktion und unterstützt die Steuergruppe und das QM - Team bei der Planung von QM - Prozessen und achtet gemeinsam mit dem QMB auf die Einhaltung des Projektplans.

E-2 Qualitätsbewertung

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

QM- Kurzcheck

Von der APB - Unternehmensberatung wurde zu Beginn des Projektes ein zweitägiger Kurzcheck durchgeführt. Hierbei wurden an Hand des KTQ / PCC - Kataloges relevante Prozesse abgefragt und durch die teilnehmenden Mitarbeiter bewertet. Die Ergebnisse wurden in einem umfassenden Bericht zusammengefasst und fließen in die laufende QM - Arbeit ein.

Risikopotentialanalyse

Im Juli 2004 wurde in ebenfalls in Kooperation mit der APB eine Risikopotentialanalyse durchgeführt. Hierbei wurden von ausgewählten Mitarbeitern des Hauses potentielle Risiken erfasst und die Wahrscheinlichkeit eines Schadens für Patienten und Personal bewertet. Die Ergebnisse wurden in einem Bericht zusammengefasst und fließen in die laufende QM - Arbeit ein.

Selbstbewertung

Ende 2004 begann die Vorbereitung für die erste Selbstbewertung im St. Agatha Krankenhaus. Mit einer zweitägigen Schulung durch die APB - Unternehmensberatung wurden die Mitarbeiter des QM - Teams auf diese Arbeit vorbereitet. Anfang 2005 wurden sie für diese Tätigkeit von ihren herkömmlichen Aufgaben für 14 Tage entbunden und beantworteten alle Fragen des KTQ - und ProCumcert - Kataloges. Die dadurch entstandene Datenbank ist richtungsweisend für den weiteren Qualitätsmanagement- Prozess und ist notwendig für die im Jahr 2006 geplante Zertifizierung.

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

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

Das Krankenhaus kann hier Ergebnisse aus dem externen Qualitätssicherungsverfahren in tabellarischer Form darstellen

E-3 Ergebnis der externen vergleichenden QS aus BQS

01. Isolierte Aortenklappenchirurgie

Nr. Ind.	Indikator / Qualitätsziel	Ergebnis (%)
01	Seltenes Auftreten einer postoperativen Mediastinitis	
02	Möglichst geringe In-Hospital-Letalität	
03	Rethorakotomie / Wiedereröffnung des Brustkorbs / Grund (Antwort mit OPS): Häufigkeit der Wiedereröffnung des Brustkorbes nach erfolgter Operation	
04	Wundinfektionen: prozentuale Anzahl an Wundinfektionen	
05	Wundrevisionen / Erneuter Eingriff an der Operationswunde: prozentualer Anteil eines erneuten Eingriffs an der Operationswunde	

02. Cholezystektomie

Nr. Ind.	Indikator / Qualitätsziel	Ergebnis (%)
01	Selten fragliche Indikation	
02	Geringe Reinterventionsrate/ Erneute Operation wegen Komplikation(en) (J/N), %-Angabe: prozentuale Angabe von erneuten Operationen aufgrund von Komplikationen	
03	Umsteige-Rate / Änderung des Operationsverfahrens von minimal-invasiv in offen-chirurgisch (in % nach Auswertungsergebnissen, Abfrage über OPS): prozentuale Angabe von Operationsverfahren, bei denen während der Operation von der minimalinvasiven Operation	
04	Eingriffsspez. Komplikationen (J/N), %-Angabe: prozentuale Angabe von Komplikationen nach der Operation	
05	Postoperative Wundinfektion (nach Definition der CDC) (J/N), %-Angabe: prozentuale Angabe von Wundinfektionen (Entzündungen) nach der Operation nach anerkannten Definitionen	

03. Gynäkologische Operationen

Nr. Ind.	Indikator / Qualitätsziel	Ergebnis (%)
01	Möglichst wenige Patientinnen mit isolierten Ovareingriffen und fehlender postoperativer Histologie oder Follikel- oder Korpus-luteum -Zyste oder fehlende Organpathologie als führender histologischer Befund	
02	Möglichst wenige Patientinnen < 35 Jahren mit Hysterektomie bei benigner Histologie	
03	Möglichst viele Patientinnen mit medikamentöser Thromboseprophylaxe bei Hysterektomie	
04	intraoperative Komplikationen: prozentuale Angabe von Komplikationen während der Operation	
05	postoperative Wundinfektion (nach Definition der CDC): prozentuale Angabe von Wundinfektionen (Entzündungen) nach der Operation nach anerkannten Definitionen	

Nr. Ind.	Indikator / Qualitätsziel	Ergebnis (%)
06	Revisions-Operation / Erneute Operation aufgrund von Komplikationen:prozentuale Angabe von erneuten Operationen aufgrund von Komplikationen	

04.Herzschrittmacher-Erstimplantation

Nr. Ind.	Indikator / Qualitätsziel	Ergebnis (%)
01	Möglichst oft leitlinienkonforme Indikation bei Herzschrittmacherimplantationen	
02	Immer Wahl eines adäquaten Schrittmachers bei AV-Block II. oder III. Grades	
03	Möglichst wenige perioperative Komplikationen/ im Rahmen der Operation auftretende Komplikationen (J/N), %-Angabe: prozentuale Angabe von Komplikationen während der Operation	
04	Möglichst hohe intrakardiale Signalamplituden	
05	Wundinfektion (J/N), wenn J: prozentuale Angabe von Wundinfektionen (Entzündungen) nach der Operation nach anerkannten Definitionen	
06	Revisionseingriff / Erneute Operation erforderlich (J/N): prozentuale Angabe von erneuten Operationen aufgrund von Komplikationen	

05.Herzschrittmacher-Aggregatwechsel

Nr. Ind.	Indikator / Qualitätsziel	Ergebnis (%)
01	Möglichst selten Schrittmacher-Aggregatwechsel wegen vorzeitiger Batterieerschöpfung	
02	Möglichst lange Laufzeit des Schrittmacher-Aggregats (AAI oder VVI)	
03	Möglichst lange Laufzeit des Schrittmacher-Aggregats (VDD oder DDD)	
04	Perioperative / im Rahmen der Operation auftretende Komplikationen (J/N),wenn J: prozentualer Anteil an Komplikationen während der Operation	
05	Wundinfektionen (J/N), wenn J: prozentualer Anteil an Infektionen der Operationswunde	
06	Revisionseingriff erforderlich / Erneute Operation (J/N): prozentualer Anteil an erneuten operativen Eingriffen / Zweiteingriff	

06.Herzschrittmacher-Revision/ -Explantation

Nr. Ind.	Indikator / Qualitätsziel	Ergebnis (%)
01	Möglichst selten Infektionen von Anteilen des Schrittmachersystems bezogen auf das Implantationsvolumen der eigenen Institution	
02	Immer Bestimmung der Reizschwellen bei revidierten Sonden (Vorhofsonden)	
03	Immer Bestimmung der Reizschwellen bei revidierten Sonden (Ventrikelsonden)	
04	Perioperative / im Rahmen der Operation auftretende Komplikationen (J/N) (Bei Systemumwandlungen sind nur die Komplikationen anzugeben, die der Explantation / Operation zur Entnahme des SM-Systems zuzuordnen sind).	

07.Herztransplantation

Nr. Ind.	Indikator / Qualitätsziel	Ergebnis (%)
01	Möglichst selten behandlungsbedürftige Abstoßungsreaktionen	
02	Möglichst geringe In-Hospital-Letalität	
03	Möglichst geringe 30-Tage-Letalität	

08.Hüftgelenknahe Femurfraktur/en(ohne subtrochantäre Frakturen)

Nr. Ind.	Indikator / Qualitätsziel	Ergebnis (%)
01	Kurze präoperative Verweildauer bei Schenkelhalsfraktur/ OP nach Aufnahme innerhalb von / Zeitpunkt der Operation nach der Krankenhausaufnahme < 24h	
02	Kurze präoperative Verweildauer bei Schenkelhalsfraktur/ OP nach Aufnahme innerhalb von / Zeitpunkt der Operation nach der Krankenhausaufnahme 24 - 48 h	
03	Kurze präoperative Verweildauer bei Schenkelhalsfraktur/ OP nach Aufnahme innerhalb von / Zeitpunkt der Operation nach der Krankenhausaufnahme > 48h	
04	Geringe Letalität bei osteosynthetischer Versorgung	
05	Geringe Letalität bei endoprothetischer Versorgung	
06	Geringe Letalität (Risikoklasse ASA 1 oder 2)	
07	behandlungsbedürftige intra-/postoperative chirurgische Komplikationen,(J/N): prozentuale Anzahl an behandlungsbedürftiger Komplikationen während und nach der Operation	

Nr. Ind.	Indikator / Qualitätsziel	Ergebnis (%)
08	Postoperative / Nach der Operation auftretende Wundinfektion (nach Definition an der CDC), (J/N): prozentuale Angabe von Wundinfektionen (Entzündungen) nach der Operation nach anerkannten Definitionen	

09. Hüft-Totalendoprothesen-Wechsel

Nr. Ind.	Indikator / Qualitätsziel	Ergebnis (%)
01	Möglichst oft Gelenkpunktion bei Infektionsverdacht	
02	Selten Endoprothesenluxation	

10. Karotis-Rekonstruktion

Nr. Ind.	Indikator / Qualitätsziel	Ergebnis (%)
01	Indikation bei asymptomatischer Carotis-Stenose: Nur Stenosen operieren mit einem Stenosegrad $\geq 60\%$ (NASCET)	
02	Asymptomatische Stenose: Angemessene niedrige Rate an perioperativen Schlaganfällen und Todesfällen	
03	Symptomatische Stenose: Angemessene niedrige Rate an perioperativen Schlaganfällen oder Todesfällen	
04	Lokale Komplikation (J/N), wenn J: prozentualer Anteil an örtlichen Komplikationen im Wundgebiet	
05	Op-pflichtige Nachblutung: prozentualer Anteil an Nachblutungen nach erfolgter Operation	
06	periphere Nervenläsion/ Schädigung eines Nerven (N. hypoglossus, N. facialis, N. laryngeus recurrens): prozentualer Anteil an Schädigungen eines Nerves nach der Operation	
07	Karotisverschluss / Verschluss der Halsschlagader: prozentualer Anteil eines Verschlusses der operierten Halsschlagader	
08	postoperative Wundinfektion (nach Definition der CDC): prozentuale Angabe von Wundinfektionen (Entzündungen) nach der Operation nach anerkannten Definitionen	
09	allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikationen, (J/N), %-Angabe: prozentualer Anteil an allgemeinen Komplikation nach der Operation die zu behandeln sind	

11. Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation (TEP)

Nr. Ind.	Indikator / Qualitätsziel	Ergebnis (%)
01	Möglichst oft postoperative Beweglichkeit Extension/Flexion von mindestens 0/0/90	
02	Selten postoperative Wundinfektionen/ Nach der Operation auftretende Wundinfektion (nach Definition der CDC), (J/N): prozentuale Angabe von Wundinfektionen (Entzündungen) nach der Operation nach anerkannten Definitionen	
03	Selten postoperative Wundinfektionen bei Patienten mit Risikoklasse 0/ Nach der Operation auftretende Wundinfektion (nach Definition der CDC) bei Patienten mit Risikoklasse 0, (J/N): prozentuale Angabe von Wundinfektionen (Entzündungen) nach der Operation	
04	Reintervention / Erneute Operation wegen Komplikation(en) erforderlich? (J/N)	
05	allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikationen, (J/N), %-Angabe: prozentualer Anteil an allgemeinen Komplikation nach der Operation die zu behandeln sind	
06	behandlungsbedürftige intra-/postoperative chirurgische Komplikationen, (J/N): prozentuale Anzahl an behandlungsbedürftiger Komplikationen während und nach der Operation	

12. Knie-Totalendoprothesen-Wechsel

Nr. Ind.	Indikator / Qualitätsziel	Ergebnis (%)
01	Selten postoperative Wundinfektionen	
02	Selten postoperative Wundinfektionen bei Patienten mit Risikoklasse 0	
03	Selten erforderliche Reinterventionen wegen Komplikation	

13. Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie

Nr. Ind.	Indikator / Qualitätsziel	Ergebnis (%)
01	Seltenes Auftreten einer postoperativen zerebrovaskulären Komplikation (TIA, Krampf, Parese, Plegie oder Koma) bis zur Entlassung mit einer Dauer von > 24 bis < 72 Std,	
02	Seltenes Auftreten einer postoperativen zerebrovaskulären Komplikation (TIA, Krampf, Parese, Plegie oder Koma) bis zur Entlassung mit einer Dauer von > 72 Std,	
03	Möglichst geringe In-Hospital-Letalität	
04	Rethorakotomie / Wiedereröffnung des Brustkorbs / Grund (Antwort mit OPS): Häufigkeit der	

Nr. Ind.	Indikator / Qualitätsziel	Ergebnis (%)
	Wiedereröffnung des Brustkorbes nach erfolgter Operation	
05	Wundinfektionen: prozentuale Anzahl an Wundinfektionen	
06	Wundrevisionen / Erneuter Eingriff an der Operationswunde: prozentualer Anteil eines erneuten Eingriffs an der Operationswunde	

14. Koronarangiografie / Perkutane Intransluminale Koronarangioplastie (PTCA)

Nr. Ind.	Indikator / Qualitätsziel	Ergebnis (%)
01	Indikation zur Koronarangiografie: Ischämiezeichen	
02	Indikation zur Koronarangiografie: Ausschluss KHK	
03	Indikation zur Koronarangiografie: Therapieempfehlung „Verdacht auf KHK bzw. Ausschluss KHK“	
04	Indikation zur Koronarangiografie: „bekannte KHK“	
05	Selten intra- oder postprozedurale MACCE (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular Events) bei Koronarangiographie(n)	
06	seltene intra- oder postprozedurale MACCE (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular Events) bei PTCA	
07	intraprozedural / während des Eingriffs auftretende Ereignisse oder Komplikationen, (J/N): prozentuale Angabe über das Auftreten von Komplikationen während des Eingriffs	
08	postprozedural / nach dem Eingriff festgestellte Komplikationen, (J/N): prozentuale Angabe über das Auftreten von Komplikationen nach dem Eingriff	

15. Isolierte Koronarchirurgie

Nr. Ind.	Indikator / Qualitätsziel	Ergebnis (%)
01	Angemessener Anteil von Operationen mit Verwendung der linksseitigen IMA (innere Brustwandarterie)	
02	Seltenes Auftreten einer postoperativen Mediastinitis	
03	Möglichst geringe In-Hospital-Letalität	
04	Rethorakotomie / Wiedereröffnung des Brustkorbs / Grund (Antwort mit OPS): Häufigkeit der Wiedereröffnung des Brustkorbes nach erfolgter Operation	
05	Wundinfektionen: prozentuale Anzahl an Wundinfektionen	
06	Wundrevisionen / Erneuter Eingriff an der Operationswunde: prozentualer Anteil eines erneuten Eingriffs an der Operationswunde	

16. Mammachirurgie

Nr. Ind.	Indikator / Qualitätsziel	Ergebnis (%)
01	Möglichst viele Eingriffe mit postoperativem Präparatröntgen nach präoperativer Markierung durch bildgebende Verfahren	
02	Möglichst viele Patientinnen mit immunhistochemischer Hormonrezeptoranalyse bei invasivem Mamma-Karzinom/ immunhistochemische Hormonrezeptoranalyse durchgeführt (Eigen- oder Fremdbefund), (J/N): prozentualer Anteil an durchgeführter Analyse von Hormonrezeptoren	
03	Möglichst viele Patientinnen mit Angabe des Pathologen zum Sicherheitsabstand	
04	Angemessene Indikationsstellung zur brusterhaltenden Therapie bei Tumorstadium pT1 oder pT2	
05	brusterhaltende Operation (BET) : J; N; N auf Wunsch der Patientin, trotz erfüllter Kriterien BET; J auf Wunsch der Patientin trotz nicht erfüllter Kriterien BET	
06	Postoperative Wundinfektion (nach Definition der CDC), (J/N): prozentuale Angabe von Wundinfektionen (Entzündungen) nach der Operation nach anerkannten Definitionen	
07	sonstige postoperative Komplikation(en), (J/N): prozentualer Anteil an Komplikationen nach der Operation	
08	Revisions-Operation auf Grund von intra/postoperativen Komplikation(en) notwendig (J/N): prozentualer Anteil an erneuten Operationen wegen Komplikationen während der ersten Operation oder nach der ersten Operation	
09	definitive postoperative Histologie / mikroskopische Untersuchung des Gewebes, (J/N): prozentualer Anteil an erfolgter mikroskopischer Untersuchung des entnommenen Gewebes	

17. Perinatalmedizin

Nr. Ind.	Indikator / Qualitätsziel	Ergebnis (%)
01	Häufig Anwesenheit eines Pädiaters bei Geburt von lebendgeborenen Frühgeborenen von 24 +	

Nr. Ind.	Indikator / Qualitätsziel	Ergebnis (%)
	0 bis unter 35 + 0 Wochen	
02	Stets Bestimmung des Nabelarterien-pH-Wertes bei lebendgeborenen Einlingen	
03	Geringe Azidoserate bei reifen lebendgeborenen Einlingen mit Nabelarterien-pHBestimmung	
04	Häufig antenatale Kortikosteroidtherapie (Lungenreifeinduktion) bei Müttern in einem Schwangerschaftsalter unter 34 + 0 Wochen	
05	E-E-Zeit bei Notsektio / Kaiserschnitt (Zeit in min): Angabe der durchschnittlichen Zeit vom Einleiten des Kaiserschnitts bis zur Geburt des Kindes	
06	revisionsbedürftige / operationsbedürftige Wundheilungsstörungen des Geburtskanals durch Eröffnung und/oder Sekundärnaht, (J/N): prozentualer Anteil von Störungen der Wundheilung des Geburtskanals	
07	Fieber im Wochenbett > 38 °C > 2 Tg, (J/N): prozentualer Anteil von Patientinnen mit Fieber nach der Entbindung	
08	allgemeine behandlungsbedürftige postpartale / nach der Entbindung auftretende Komplikationen, (J/N): prozentualer Anteil an Komplikationen nach der Entbindung	

18. Pflege: Dekubitusprophylaxe mit Kopplung an die Leistungsbereiche 1, 8, 9, 11, 12, 13, 15, 19

Nr. Ind.	Indikator / Qualitätsziel	Ergebnis (%)
01	Möglichst wenig Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden, werden mit Dekubitus entlassen	
02	Hohe Rate an Patienten, die mit Dekubitus aufgenommen und ohne Dekubitus entlassen wurden	

19. Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation

Nr. Ind.	Indikator / Qualitätsziel	Ergebnis (%)
01	Im Verhältnis zur OP-Dauer angemessene Antibiotikaprophylaxe Single shot bei Op-Dauer bis 120 min Intraoperative Zweitgabe bei OP-Dauer > 120 min	
02	Hoher Anteil an Patienten mit selbständigem Gehen bei der Entlassung	
03	behandlungsbedürftige intra-/postoperative / während oder nach der Operation auftretende chirurgische Komplikationen, (J/N): prozentualer Anteil an chirurgischen Komplikationen während oder nach der Operation	
04	Postoperative / nach der Operation auftretende Wundinfektion (nach Definition der CDC), (J/N): prozentuale Angabe von Wundinfektionen (Entzündungen) nach der Operation nach anerkannten Definitionen	

00. Sonstiger Leistungsbereich

Nr. Ind.	Indikator / Qualitätsziel	Ergebnis (%)
00	Sonstiger Indikator	

E-3 Krankenhausindividuelle Kennzahlen der Ergebnisqualität

Komplikationen im Rahmen der Anästhesie

Erläuterung Indikator

--

Art der im Zähler eingeschlossenen Fälle

--

Anzahl der im Zähler eingeschlossenen Fälle gesamt

Art der im Nenner eingeschlossenen Fälle

--

Anzahl der im Nenner eingeschlossenen Fälle gesamt

Art der im Nenner ausgeschlossenen Fälle

--

Anzahl der im Nenner ausgeschlossenen Fälle gesamt

Ergriffene Verbesserungsmaßnahme

Aktivitäten, um über die Ergebnisqualität zu informieren (intern und extern)

Dekubitus

Erläuterung Indikator

Art der im Zähler eingeschlossenen Fälle

Anzahl der im Zähler eingeschlossenen Fälle gesamt

Art der im Nenner eingeschlossenen Fälle

Anzahl der im Nenner eingeschlossenen Fälle gesamt

Art der im Nenner ausgeschlossenen Fälle

Anzahl der im Nenner ausgeschlossenen Fälle gesamt

Ergriffene Verbesserungsmaßnahme

Aktivitäten, um über die Ergebnisqualität zu informieren (intern und extern)

Ausgewählte Infektionen im Zusammenhang mit medizinischer Behandlung

Erläuterung Indikator

Art der im Zähler eingeschlossenen Fälle

Anzahl der im Zähler eingeschlossenen Fälle gesamt

Art der im Nenner eingeschlossenen Fälle

Anzahl der im Nenner eingeschlossenen Fälle gesamt

Art der im Nenner ausgeschlossenen Fälle

Anzahl der im Nenner ausgeschlossenen Fälle gesamt

Ergriffene Verbesserungsmaßnahme

Aktivitäten, um über die Ergebnisqualität zu informieren (intern und extern)

F Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum

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

Das Jahr 2004 war im Wesentlichen von der Einführung eines umfassenden Qualitätsmanagement- Systems geprägt. Mit der APB- Unternehmensberatung wurde im Rahmen eines Projektes für die Krankenhäuser der Erzdiözese Köln ein Beratungsvertrag abgeschlossen. Die Gesamtprojektleitung für 20 teilnehmende Krankenhäuser liegt in den Händen des Diözesan- Caritasverbandes für das Erzbistum Köln.

Erstellung der QM- Dokumente

Zu Beginn des Projektes wurden alle Mitglieder des QM- Teams in einer Schulung durch die APB auf die Erstellung von Ablaufbeschreibungen vorbereitet. In diesen Ablaufbeschreibungen werden die Kernprozesse mit beteiligten Personen, Hilfsmitteln sowie eventuelle Probleme erfasst. In regelmäßigen Optimierungsworkshops werden die erfassten Probleme mit den beteiligten Personen besprochen und beseitigt. Die Ablaufbeschreibungen werden dann Bestandteil der QM- Handbücher in den Abteilungen. Gleichzeitig wurde von der Betriebsleitung der allgemeine Teil der Handbücher erstellt. Er enthält Informationen zu den Themen:

- Grundsätzliches zum Qualitätsmanagement
- Leitbilder und Konzepte
- Organisationsstruktur
- Leitung und Führung
- Management der Ressourcen
- Qualitätspolitik und Qualitätsziele

Die QM- Handbücher werden in elektronischer- sowie in Papierform veröffentlicht und sind für alle Mitarbeiter verbindlich. Darüber hinaus wurde das Leitbild des St. Agatha Krankenhauses erneut allen Mitarbeitern zur Kenntnis gegeben.

QM- Kurzcheck

Von der APB- Unternehmensberatung wurde zu Beginn des Projektes ein zweitägiger Kurzcheck durchgeführt. Hierbei wurden an Hand des KTQ / PCC- Kataloges relevante Prozesse abgefragt und durch die teilnehmenden Mitarbeiter bewertet. Die Ergebnisse wurden in einem umfassenden Bericht zusammengefasst und fließen in die laufende QM- Arbeit ein.

Risikopotentialanalyse

Im Juli 2004 wurde in ebenfalls in Kooperation mit der APB eine Risikopotentialanalyse durchgeführt. Hierbei wurden von ausgewählten Mitarbeitern des Hauses potentielle Risiken erfasst und die Wahrscheinlichkeit eines Schadens für Patienten und Personal bewertet. Die Ergebnisse wurden in einem Bericht zusammengefasst und fließen in die laufende QM- Arbeit ein.

Neustrukturierung des Dokumentenwesens

Alle im Haus verwendeten Dokumente wurden vom QMB erfasst und ggf. dem Hausstandard

angepasst. Es wurde eine Dokumentenliste erstellt, die für alle Mitarbeiter verbindlich ist.

Selbstbewertung

Ende 2004 begann die Vorbereitung für die erste Selbstbewertung im St. Agatha Krankenhaus. Mit einer zweitägigen Schulung durch die APB- Unternehmensberatung wurden die Mitarbeiter des QM- Teams auf diese Arbeit vorbereitet. Anfang 2005 wurden Sie für diese Tätigkeit von Ihren herkömmlichen Aufgaben für 14 Tage entbunden und beantworteten alle Fragen des KTQ- und ProCumcert- Kataloges. Die dadurch entstandene Datenbank ist richtungsweisend für den weiteren Qualitätsmanagement- Prozess und ist notwendig für die im Jahr 2006 geplante Zertifizierung.

G Weitergehende Informationen

Verantwortliche(r) für den Qualitätsbericht:

Herr Richard Tonn
Geschäftsführer
Tel. 0221 / 7175-111
Fax 0221 / 7175-112
tonn@st-agatha-krankenhaus.de

Ansprechpartner (z.B. Qualitätsbeauftragter, Patientenfürsprecher, Pressereferent;
Leitungskräfte verschiedener Hierarchieebenen):

Herr Peter Altmann
Qualitätsmanagement
Tel. 0221 / 7175-160
Fax 0221 / 7175- 112
altmann@st-agatha-krankenhaus.de

Links (z.B. Unternehmensberichte, Broschüren, Homepage):

www.st-agatha-krankenhaus.de