



Qualitätsbericht 2004

VORWORT



Mit der gesetzlichen Verankerung der Qualitätssicherung und der Verpflichtung für alle Krankenhäuser, ihren Qualitätsbericht zukünftig zu veröffentlichen, ist eine neue Zeitrechnung im Gesundheitswesen angebrochen.

Eine hohe medizinische und pflegerische Qualität haben wir in unseren Häusern schon immer erbracht, Qualitätssicherung schon immer betrieben, so konnte man es landauf, landab hören. Die Umsetzung dieses Unternehmensziels erfolgte aber oft in einem nicht dokumentierten Vertrauensbereich und war damit für die Öffentlichkeit nur schwer nachvollziehbar.

Mit der Einführung des neuen Fallpauschalensystems und wohl auch aufgrund von veränderten gesellschaftlichen Entwicklungen tut sich nun ein Spannungsfeld zwischen der Ökonomie und der Qualität der Leistungserbringung auf. Damit die Qualität hier nicht unter die Räder kommt erscheint es wichtig, sie transparent, nachvollziehbar und vielleicht auch vergleichbar darzustellen und öffentlich zu machen. Wenn dem so ist, so hilft alles lamentieren nichts, wir sollten die Dinge offensiv und freudig angehen.

Für das St. Josef-Stift und seine sieben Fachabteilungen liegt der Qualitätsbericht nun vor. Ich bin stolz auf die medizinischen und pflegerischen Leistungen unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Ich danke allen hierfür und bin ganz sicher, dass wir auch in der Zukunft das Vertrauen der Patienten und der niedergelassenen Ärzte rechtfertigen werden.

Sendenhorst, 22.08.2008

W. Strotmeier
Geschäftsführer

INHALTSVERZEICHNIS:

Einleitung	4
Anerkannte Fachklinik mit anspruchsvollen Plänen	4
Basisteil	6
[A] Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	6
[B] Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	11
[B-1.2] Medizinisches Leistungsspektrum / Versorgungsschwerpunkt der Fachabteilung	11
[B-1.4] Leistungsangebot der Fachabteilungen	13
[B-1.5] Die Top-10 DRG der Fachabteilungen	14
[B-1.6] Die häufigsten Hauptdiagnosen der Fachabteilung	15
[B-1.7] Die 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe der Fachabteilung	18
[B-2] Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	20
[B-2.1] Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	20
[B-2.2] Die häufigsten ambulanten Operationen	20
[B-2.3] Sonstige ambulante Leistungen	20
[B-2.4] Personalqualifikation im Ärztlichen Dienst (Stichtag 31.12. Berichtsjahr)	21
[B-2.4 B] Anzahl der Ärzte mit Weiterbildungsbefugnis (gesamtes Krankenhaus)	21
[B-2.5] Personalqualifikation im Pflegedienst (Stichtag 31.12. Berichtsjahr)	21
[C] Qualitätssicherung	22
[C-1] Externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V	22
[C-2] Qualitätssicherung beim ambulanten Operieren nach § 115b SGB V	22
[C-3] Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht	22
[C-4] Qualitätssicherungsmaßnahmen bei Disease-Management-Programmen (DMP)	22
[C-5] Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung	22
Systemteil	23
[D] Qualitätspolitik	23
[E] Qualitätsmanagement und dessen Bewertung	24
[E-1] Der Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements	24
[E-2] Qualitätsbewertung	25
Selbstbewertung nach proCum-Cert incl. KTQ	25
Outcome Benchmark in der Rheumatologischen Akutversorgung	26
Patientenbefragung: hervorragende Noten für das St. Josef-Stift	27
[E-3] Ergebnisse in der externen Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V	30
[F] Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum	32
Speisenversorgung konzeptionell neu gestaltet	32
Rheuma kinderleicht präsentiert	33
Elektronische Patientendokumentation und Ablaufpfade	34
Angenehmer für Patienten und rückenschonend für Pflegenden	35
Intensive Betreuung für die Spitzensportler von morgen	36
Klinik für Orthopädie fördert fachlichen Austausch zwischen niedergelassenen und Krankenhausärzten	38
Neue Führungsstrukturen wurden im Haus eingeführt	39
Orthopädie führt neue spezielle Operationsmethode ein	40
Strategisch ausgerichtete Arbeitsgruppe beschäftigt sich mit dem „Nadelöhr“ OP	41
Integrierte Versorgung eingerichtet	42
Sturzrisiko minimiert – strukturierte Vorbeugung in der Orthopädie	43
Auf dem Weg zum „Schmerzfremen“ Krankenhaus	44
[G] Weitergehende Informationen	45

EINLEITUNG

Anerkannte Fachklinik mit anspruchsvollen Plänen

Seit seiner Gründung vor 115 Jahren hat das St. Josef-Stift in Sendenhorst regelmäßig und frühzeitig auf Entwicklungen in Gesellschaft und Medizin reagiert und sich daher auch im Laufe der letzten 20 Jahre erheblich gewandelt. Es ist heute eine Fachklinik mit 333 Planbetten in sieben medizinischen Fachabteilungen zur Behandlung orthopädischer und rheumatischer Erkrankungen. Die Patienten kommen aus dem gesamten Bundesgebiet. Sinkende Verweildauern und ständig steigende Patientenzahlen kennzeichnen das Leistungsgeschehen. Diese Entwicklung, die keineswegs abgeschlossen ist, betrifft nicht allein das medizinische Spektrum, sondern ganz entscheidend auch die damit verbundenen Betreuungsleistungen.

Um das Haus auf die Zukunft vorzubereiten, wurde gemeinsam von allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern eine Zielplanung für sämtliche Fachabteilungen erarbeitet. Sie verfolgt zwei Ziele: Der Patient wird noch bewusster als bisher in den Mittelpunkt gestellt und für die Mitarbeiter ergeben sich optimierte Arbeitsbedingungen.

Einige Beispiele mögen das verdeutlichen:

Auf optimierten Behandlungspfaden erfährt der Patient ohne langes Warten seine notwendigen Untersuchungen und Behandlungen. Das erfordert eine Bündelung und Vernetzung verschiedener Aufgabenbereiche. Zum Beispiel verändern sich im medizinischen Bereich die OP-Abläufe und sind nun mit der Intensivabteilung, der Dienstraumgruppe der Ärzte und der Eigenblutspende auf einer Ebene verbunden.

Auch die Abteilung für Ambulante Operationen ist in sinnvoll zueinander angeordneten Räumen so angelegt, dass kurze Wege effizientes Arbeiten ermöglichen. Dabei wird auch an die Begleitpersonen gedacht, die ihre Angehörigen nur während der Operation aus den Augen verlieren.

In einem modernen Therapiezentrum arbeiten die Mitarbeiter verschiedener Berufsgruppen interdisziplinär zum Wohle der Patienten zusammen. Die Organisation des Therapiezentrums ist EDV-unterstützt mit dem gesamten Krankenhaus verbunden, so dass die rund 50 Mitarbeiter nie den Überblick verlieren. Die künstlerisch gestalteten Ruheräume sind allerdings den Patienten vorbehalten, die sich zwischen den Behandlungen hier eine Pause gönnen und eine Erfrischung zu sich nehmen können. Durch die optimierten Arbeitsabläufe gewinnen die Mitarbeiter Zeit, um sich vermehrt den Patienten zuwenden zu können.

Diese Beispiele genügen, um das moderne Organisationsprinzip zu erkennen, dem sich das St. Josef-Stift mit seiner Zielplanung stellt. Kernbereiche wie die Diagnostik, die Therapie, der Operationsbereich und natürlich die Pflege werden gebündelt, um kurze Wege und insgesamt eine ruhigere Atmosphäre zu ermöglichen. Auf diese Weise bieten wir den Patienten Orientierung und Sicherheit und steigern zudem die Behandlungsqualität. Das führt ganz nebenbei auch zu erhöhter Wirtschaftlichkeit, die in den neuen Wettbewerbssituationen der Häuser einen großen Vorteil darstellt.





DER NEUE PARKFLÜGEL

Wir bauen die Zukunft

Dass die medizinische Betreuung auf höchstem Niveau erfolgt, ist für den Patienten ein wichtiges Kriterium bei der Wahl eines Krankenhauses. Dies gilt natürlich auch für die Qualität der Pflege. Immer mehr an Bedeutung gewinnt allerdings auch das Umfeld – die Betreuungsleistungen, die Unterbringung und die Verpflegung. Muss es in einem Krankenzimmer immer aussehen wie in einem Krankenzimmer? Die Sendehorster sagen nein. Der Patient darf sich in seinem Genesungsprozess durchaus auch in einem angenehmen Ambiente wohlfühlen. Das Stichwort lautet „Hotelleistung“. Es erfordert professionelle Lösungen im Sinne der Patienten.

Mit dem neuen Parkflügel des St. Josef-Stiftes, in dem vier Pflegebereiche eingerichtet werden, erfolgt ein entscheidender Schritt in diese Richtung. In jeder Hinsicht will der Neubau den heutigen Anforderungen gerecht werden. Das gilt für seine Architektur genauso wie für seine Funktion und Ausstattung. Durch den U-förmigen Grundriss, der sich nach Osten öffnet, sind die Krankenzimmer überwiegend nach Süden ausgerichtet. Das bringt viel Licht und Sonne. Die Westseite verfügt auf allen Ebenen und über die gesamte Gebäudebreite über eine großzügig verglaste Magistrale mit Blick auf den Park. Auf der Westseite befindet sich ferner der Restaurantbereich mit einem völlig veränderten Konzept der Speisenversorgung.

Die Pflegebereiche im neuen Gebäude verfügen über die bewährten Größen von 30 bis 34 Betten. Die Zuordnung zu den übrigen Bereichen des Hauses entschärfen die ehemals zeitraubenden Transportprobleme nicht gehfähiger Patienten. Die Architektur und der

Raumzuschnitt machen den Aufenthalt für die Patienten so angenehm wie möglich und verbessern gleichzeitig die Arbeitsbedingungen für die Mitarbeiter.

Für den Wahlleistungsbereich setzen komfortable Ein- und Zweibettzimmer, Wohnbereiche und ein entsprechendes Angebot an Serviceleistungen zukunftsweisende Maßstäbe. Ein Beispiel dafür, wie die Gesundheitseinrichtung höchsten Ansprüchen ihrer Patienten gerecht wird, ist die „Toscana-Station“ mit ihrem ganz besonderen Flair.

Das St. Josef-Stift stellt sich dem Anspruch, ein offenes und gastfreundliches Haus zu sein – offen für Tagungen und Symposien der Fachabteilungen, für Veranstaltungen für Patienten, Selbsthilfegruppen, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie für Bewohner der Stadt. Auch dieser Anspruch findet im Rahmen der umfangreichen baulichen Maßnahmen Berücksichtigung.

„Wir bauen die Zukunft“. Unter diesem Titel haben die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des St. Josef-Stiftes gemeinsam mit weiteren Fachleuten die oben erwähnte Zielplanung erarbeitet. Der Titel macht deutlich, dass es hierbei um Wettbewerbsfähigkeit und Sicherung der Arbeitsplätze geht. Der beschriebene, fast fertiggestellte Parkflügel ist ein Kernstück in der Umsetzung unserer Zielplanung. Das St. Josef-Stift von morgen wird sich sehr verändert haben, aber es wird sich gerade deswegen nicht vom heutigen St. Josef-Stift unterscheiden. Ganz sicher wird das Haus noch schöner, noch einladender werden. Darüber hinaus sind sich alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des St. Josef-Stiftes bewusst, dass sie sich täglich neu um das Vertrauen der Patienten und der niedergelassenen Ärzte bemühen müssen.



BASISTEIL

Katalogversionen
Gültigkeitsjahr der Katalogversion
DRG 2004
ICD 2004
OPS 2004
EBM 2004A

A ALLGEMEINE STRUKTUR- UND LEISTUNGSDATEN DES KRANKENHAUSES

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

Westtor 7
48324 Sendenhorst
info@st-josef-stift.de
www.st-josef-stift.de

A-1.2 Institutionskennzeichen des Krankenhauses:

260551074

A-1.3 Krankenhausträger:

St. Josef-Stift

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)

333

A-1.6 Gesamtzahl der im abgelaufenen Kalenderjahr behandelten Patienten:

Stationäre Patienten: 6.578
Ambulante Patienten: 14.963

A-1.7A Fachabteilungen

Nr	Fachabteilung	Zahl der Betten	Zahl stationäre Fälle	Haupt- oder Belegabt.	Poliklinik/ Ambulanz?	Durchgangs- arztverfahren
0109	I.M. SP Rheumatologie	95	2062	ha	–	–
1009	Päd./SP Rheumatologie	30	1087	ha	✓	–
2300	Orthopädie	93	1433	ha	✓	–
2309	Orthopädie/ SP Rheumatologie	71	1215	ha	✓	–
3755	Wirbelsäulenchirurgie	37	858		✓	–
	Anästhesie	7			✓	–

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

Rang	DRG dreistellig	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1	I66	Erkrankungen des Bindegewebes	1441
2	I69	Knochenkrankheiten und Spezifische Arthropathien	1187
3	I04	Knie-Totalendoprothetik	768
4	I03	Hüft-Totalendoprothetik	597
5	I68	Konservative Behandlung Wirbelsäulenbereich	486
6	I71	Muskel- und Sehnenerkrankungen	325
7	I12	Operativ behandelte Knochen- und Gelenkentzündung	321
8	I10	Eingriffe an der Wirbelsäule	144
9	I18	Eingriffe am Kniegelenk, Ellenbogen oder Unterarm	123
10	I70	Unspezifische Arthropathien	115
11	I09	Wirbelkörperfusion	111
12	I72	Entzündung von Sehnen, Muskeln oder Schleimbeuteln	97
13	I20	Eingriffe am Fuß	89
14	I27	Eingriffe am Weichteilgewebe	69
15	I13	Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk	60
16	I05	Anderer großer Gelenkersatz	58
17	I73	Nachbehandlung bei Erkrankung des Bindegewebes	57
18	I30	Komplexe Eingriffe am Kniegelenk	53
19	I32	Komplexe Eingriffe an Hand und Handgelenk	43
20	I06	Komplexe Wirbelkörperfusion	36
21	I08	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur	36
22	I01	Beidseitige Eingriffe an Gelenken der unteren Extremität	31
23	I24	Athroskopie einschl. Biopsie	29
24	B71	Erkrankungen an den Nerven	21
25	I23	Lokale Exzisionen	19
26	I16	Eingriffe am Schultergelenk	16
27	I21	Lokale Exzisionen an Hüftgelenk und Femur	16
28	I28	Eingriffe am Bindegewebe	15
29	E74	Interstitielle Lungenerkrankung	11
30	I76	Andere Erkrankungen des Bindegewebes	11

A-1.8 Medizinisch-therapeutische Versorgungsschwerpunkte

Nr	Besonderer Versorgungsschwerpunkt
1	Kinderrheumatologie
2	Übergangsrheumatologie
3	Rheumatologie für Erwachsene
4	Fibromyalgie
5	Rheumaorthopädie
6	Totalendoprothetik (Knie, Hüfte, Ellenbogen, Schulter)
7	Totalendoprothetik mit Computernavigation
8	Totalendoprothetik mit minimalinvasivem Zugang
9	Wirbelsäulenoperationen
10	Ambulante Operationen
11	Sportmedizin
12	Sporttraumatologie
13	Extremitätenunfallchirurgie
14	Spezielle Fußorthopädie

A-1.8 Serviceorientierte Leistungsangebote

Nr	Besonderes Leistungsmerkmal	Wird angeboten?
01	Keine	–
02	Aufenthaltsräume	✓
03	Beschwerdemanagement	✓
04	Beschwerdestellen	✓
05	Besondere Verpflegung möglich (vegetarisch, koscher...)	✓
06	Besuchsdienste	✓
07	BG-Sprechstunde	✓
08	Bibliothek	✓
09	Bringdienste	✓
10	Cafeteria	✓
11	computergestützte Patienteninformationssysteme	✓
12	Dolmetscherdienste	✓
13	Elektrisch verstellbare Betten	✓
14	Fax auf dem Zimmer verfügbar	✓
15	Fernsehanschluss am Bett/im Zimmer	✓
16	Fernsehen und Radio kostenlos	–
17	Fernsehgerät am Bett/im Zimmer	✓
18	Fernschraum auf der Station	–
19	Fortbildungsangebote für Patienten bzw. Öffentlichkeit	✓
20	Freie wählbare Essenszusammenstellung (Komponentenwahl)	✓
21	Friseur im Haus	✓
22	Fußpflege im Haus	✓
23	Internetanschluss am Bett/im Zimmer	✓
24	Internetzugang	✓
25	Kiosk/Einkaufsmöglichkeiten	✓
26	Kirchlich-religiöse Einrichtungen (Kapelle, Mediationsraum)	✓
27	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Patienten	✓

28	Kulturelle Angebote (Klinikeigene Fernseh- und Rundfunkangebote)	✓
29	Modem/Notebook auf dem Zimmer verfügbar	✓
30	Parkanlagen	✓
31	Patienteninformationsmaterial: Faltblätter, Broschüren zu Krankheitsbildern und interventionellen/operativen Verfahren	✓
32	Regelmäßige Fortbildungsveranstaltungen für Hausärzte	✓
33	Rundfunkempfang am Bett/ im Zimmer	✓
34	Seelsorge/Grüne Damen	✓
35	Stereoanlage am Bett/im Zimmer	✓
36	Telefon	✓
37	Unterbringung Begleitperson	✓
38	Videogerät am Bett/ im Zimmer	✓
39	Wertfach/Tresor am Bett/im Zimmer	✓
40	Zweibettzimmer mit eigener Nasszelle Regelleistung	–
00	Sonstige	

A-1.9 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten durch Krankenhäuser

Nr	Angebotene ambulante Leistung
1	Ambulante Operationen
2	Notfallambulanz
3	D-Arzt-Verfahren
4	Orthopädische Ambulanz
5	Rheumaorthopädische Ambulanz
6	Kinderrheumatologische Ambulanz
7	Rheumatologische Ambulanz für Erwachsene
8	Ambulanz der Wirbelsäulenorthopädie
9	Ambulante Physiotherapie und Ergotherapie
10	Prävention

A-1.9 Ambulante Behandlung durch Krankenhausärzte

Nr	Angebotenes Fachgebiet
1	Rheumatologie
2	Kinder- und Jugendrheumatologie
3	Orthopädie und Traumatologie
4	Rheumaorthopädie
5	Wirbelsäulenorthopädie
6	Sportorthopädie und -traumatologie

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

Klinik für Orthopädie und Traumatologie

A-2.1 Apparative Ausstattung und therapeutische Möglichkeiten

A-2.1.1 Apparative Ausstattung

Apparative Ausstattung	Vorhanden	Verfügbarkeit 24h sichergestellt	Apparategemeinschaft?
Computertomographie	–	✓	
Magnetresonanztomographie	–	✓	
Herzkatheterlabor	–	–	
Szintigraphie	✓	✓	
Positronenemissionstomographie	–	–	
Elektroenzephalogramm	–	–	
Angiographie	–	–	
Schlaflabor	–	–	
Kernspin	–	✓	
Sonographie	✓	✓	
Röntgen	✓	✓	
Broncho-/Endoskopie	✓	✓	
Echoskopie/TEE	–	–	
Mikrobiologie	✓	–	

A-2.1.2 Therapeutische Möglichkeiten

Therapeutische Möglichkeiten	Vorhanden	Apparategemeinschaft?
Physiotherapie	✓	
Bewegungsbad	✓	
Balneophysikalische-Therapie	✓	
Dialyse	–	
Logopädie	–	
Ergotherapie	✓	
Schmerztherapie	✓	
Eigenblutspende	✓	
Gruppenpsychotherapie	–	
Einzelpsychotherapie	✓	
Psychoedukation	✓	
Thrombolyse	–	
Bestrahlung	–	
	–	

B FACHABTEILUNGSBEZOGENE STRUKTUR- UND LEISTUNGSDATEN DES KRANKENHAUSES

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

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum/Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung

0109 I.M. SP Rheumatologie

- Chronische Polyarthritis
- Psoriasisarthritis
- Spondylitis ankylopoetica (Morbus Bechterew) und andere Spondarthritis
- Reaktive Arthritis (Arthritis nach bakteriellen Infektionen)
- undifferenzierte Arthritis
- Systemisch-entzündliche Bindegewebskrankheiten und Gefäßentzündungen (Vaskulitiden)
- Aktivierte Arthrosen und degenerative Wirbelsäulenerkrankungen
- Weichteil-rheumatische Schmerzsyndrome, insbesondere Fibromyalgie-Schwerpunktstation (A4), siehe auch
- Fibromyalgie-Café
- Übergangsrheumatologie-Schwerpunktstation für junge Patienten, deren rheumatische Erkrankung im Kindesalter begonnen hat.

1009 Päd./SP Rheumatologie

- Juvenile chronische Arthritis (verschiedene Verlaufsformen)
- Still-Syndrom (systemische Rheumakrankheit mit Fieber etc.)
- Psoriasis-Arthritis und juvenile Spondylarthropathien (mit Wirbelsäulenbeteiligung)
- Arthritis bei und nach Infektionen
- Kollagenosen (entzündliche Bindegeweberkrankungen)
- Fibromyalgie und „Weichteilrheuma“
- Abklärung von Gelenk- und Bewegungsschmerzen

2300 Orthopädie

- Implantation von künstlichen Hüft- und Kniegelenken, einschließlich der Austauschoperationen
- gelenkerhaltende Eingriffe
- Fuß- und Sprunggelenkschirurgie, incl. künstlichem Gelenkersatz
- Schulterchirurgie, incl. künstlichem Gelenkersatz
- Kinderorthopädie
- Sporttraumatologie

2309 Orthopädie/SP Rheumatologie

- Chronische Polyarthritis
- Schuppenflechte mit Gelenkbeteiligung
- Bechterew'sche Erkrankung
- Verfahrensstrategie bei Vielgelenkverschleiß (Polyarthrose)
- Kniegelenkendoprothetik, auch bei fortgeschrittenen Zerstörungen und Fehlstellungen
- Hüftgelenkendoprothetik, auch bei fortgeschrittenen Zerstörungen und
- Schulter-, Ellenbogen- und Handoperationen einschließlich der Endoprothetik
- Arthroskopische und offene Gelenkinnenhautentfernung (Synovektomie)

3755 Wirbelsäulenchirurgie

- Chronische Polyarthritis
- Schuppenflechte mit Gelenkbeteiligung
- Bechterew'sche Erkrankung
- Verfahrensstrategie bei Vielgelenkverschleiß (Polyarthrose)
- Kniegelenkendoprothetik, auch bei fortgeschrittenen Zerstörungen und Fehlstellungen
- Hüftgelenkendoprothetik, auch bei fortgeschrittenen Zerstörungen und
- Schulter-, Ellenbogen- und Handoperationen einschließlich der Endoprothetik
- Arthroskopische und offene Gelenkinnenhautentfernung (Synovektomie)

Anästhesie

Ambulanz

- Eigenblutspende
- Anästhesie-Sprechstunde/Aufrichtungsoperationen bei
 - Skoliosen
 - Hyperkyphosen (Rundrücken) bei M. Scheuermann, M. Bechterew

Allgemeinanästhesie

- balanced Anästhesie
- TIVA
- TCI

Leistungsanästhesie

- alle rückenmarksnahen Regionalanästhesien
- periphere Blockaden
- kontinuierliche Verfahren mittels Katheter

Schmerztherapie

- PCEA – patientenkontrollierte epidurale Analgesie
- kontinuierliche Schmerztherapie über PDK- oder Plexuskatheter
- postoperative systemische Schmerztherapie

Operative Betreuung

- ambulante Vorstellung
- präanästhetische Gesprächsführung
- postoperative Visiten

Notfallmedizin

- Organisation und Schulung der lebensrettenden Sofortmaßnahmen im St. Josef-Stift

B-1.4 Leistungsangebot der Fachabteilungen

0109 I.M. SP Rheumatologie

LfdNr	Leistungsangebot
1.	02 - Allgemeine Sprechstunden
2.	04 - Computergestützte Patienteninformationssysteme
3.	05 - Patienteninformationsmaterial: Faltblätter, Broschüren zu Krankheitsbildern und interventionellen/operativen Verfahren
4.	07 - Spezialsprechstunden für spezifische Patientengruppen
5.	08 - Unterbringungsmöglichkeit von Begleitpersonen

1009 Päd./SP Rheumatologie

LfdNr	Leistungsangebot
1.	02 - Allgemeine Sprechstunden
2.	04 - Computergestützte Patienteninformationssysteme
3.	05 - Patienteninformationsmaterial: Faltblätter, Broschüren zu Krankheitsbildern und interventionellen/operativen Verfahren
4.	07 - Spezialsprechstunden für spezifische Patientengruppen
5.	08 - Unterbringungsmöglichkeit von Begleitpersonen

2300 Orthopädie

LfdNr	Leistungsangebot
1.	02 - Allgemeine Sprechstunden
2.	05 - Patienteninformationsmaterial: Faltblätter, Broschüren zu Krankheitsbildern und interventionellen/operativen Verfahren
3.	08 - Unterbringungsmöglichkeit von Begleitpersonen
4.	07 - Spezialsprechstunden für spezifische Patientengruppen

2309 Orthopädie/ SP Rheumatologie

LfdNr	Leistungsangebot
1.	02 - Allgemeine Sprechstunden
2.	05 - Patienteninformationsmaterial: Faltblätter, Broschüren zu Krankheitsbildern und interventionellen/operativen Verfahren
3.	07 - Spezialsprechstunden für spezifische Patientengruppen
4.	08 - Unterbringungsmöglichkeit von Begleitpersonen

3755 Wirbelsäulen Chirurgie

LfdNr	Leistungsangebot
1.	02 - Allgemeine Sprechstunden
2.	05 - Patienteninformationsmaterial: Faltblätter, Broschüren zu Krankheitsbildern und interventionellen/operativen Verfahren
3.	08 - Unterbringungsmöglichkeit von Begleitpersonen
4.	07 - Spezialsprechstunden für spezifische Patientengruppen

Anästhesie

LfdNr	Leistungsangebot
1.	02 - Allgemeine Sprechstunden
2.	07 - Spezialsprechstunden für spezifische Patientengruppen

B-1.5 Die Top-10 DRG der Fachabteilungen

0109 I.M. SP Rheumatologie

LfdNr	DRG dreistellig	Text (in umgangssprachlicher Klerschrift, deutsch)	Fallzahl
1.	I69	Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien	935
2.	I66	Erkrankungen des Bindegewebes	445
3.	I71	Muskel- und Sehnenerkrankungen	287
4.	I68	Konservative Behandlung Wirbelsäulenbereich	108
5.	I70	Unspezifische Arthropathien	95
6.	I72	Entzündung von Sehnen, Muskeln oder Schleimbeuteln	84
7.	E74	Interstitielle Lungenerkrankung	11
8.	I12	Operativ behandelte Knochen- und Gelenkentzündung	6
9.	B81	Erkrankungen des Nervensystems	3
10.	G64	Entzündliche Darmerkrankungen	3

1009 Päd./SP Rheumatologie

LfdNr	DRG dreistellig	Text (in umgangssprachlicher Klerschrift, deutsch)	Fallzahl
1.	I66	Erkrankungen des Bindegewebes	985
2.	I71	Muskel- und Sehnenerkrankungen	33
3.	I70	Unspezifische Arthropathien	13
4.	T64	Infektiöse Krankheiten	6
5.	I72	Entzündung von Sehnen, Muskeln oder Schleimbeuteln	5
6.	T62	Fieber unbekannter Ursache	5
7.	C63	Erkrankungen des Auges	3
8.	I68	Konservative Behandlung Wirbelsäulenbereich	3
9.	C60	Augeninfektionen	2
10.	I64	Osteomyelitis	2

2300 Orthopädie

LfdNr	DRG dreistellig	Text (in umgangssprachlicher Klerschrift, deutsch)	Fallzahl
1.	I03	Hüft-Totalendoprothetik	443
2.	I04	Knie-Totalendoprothetik	431
3.	I18	Eingriffe am Kniegelenk, Ellenbogen oder Unterarm	85
4.	I20	Eingriffe am Fuß	52
5.	I69	Knochenkrankheiten und Spezifische Arthropathien	52
6.	I30	Komplexe Eingriffe am Kniegelenk	50
7.	I08	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur	34
8.	I73	Nachbehandlung bei Erkrankung des Bindegewebes	33
9.	I27	Eingriffe am Weichteilgewebe	32

10.	I24	Athroskopien einschl. Biopsie	29
-----	-----	-------------------------------	----

2309 Orthopädie/SP Rheumatologie

LfdNr	DRG dreistellig	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1.	I04	Knie-Totalendoprothetik	334
2.	I12	Operativ behandelte Knochen- und Gelenkentzündung	303
3.	I03	Hüft-Endoprothetik	151
4.	I69	Knochenkrankheiten und Spezifische Athropathien	57
5.	I05	Anderer großer Gelenkersatz	41
6.	I32	Komplexe Eingriffe an Hand und Handgelenk	41
7.	I18	Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogen oder Unterarm	36
8.	I13	Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk	36
9.	I20	Eingriffe am Fuß	35
10.	I27	Eingriffe am Weichteilgewebe	30

3755 Wirbelsäulenchirurgie

LfdNr	DRG dreistellig	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1.	I68	Konservative Behandlung Wirbelsäulenbereich	365
2.	I10	Eingriffe an der Wirbelsäule	141
3.	I69	Knochenkrankheiten und Spezifische Arthropathien	136
4.	I09	Wirbelkörperfusion	111
5.	I06	Kmplexe Wirbelkörperfusion	35
6.	B71	Erkrankungen an den Nerven	17
7.	I05	Anderer großer Gelenkersatz	7
8.	I73	Nachbehandlung bei Erkrankung des Bindegewebes	7
9.	B03	Eingriffe an Wirbelsäule / Rückenmark bei bösartiger Neubildung	2
10.	I27	Eingriffe am Weichteilgewebe	2

B-1.6 Die häufigsten Hauptdiagnosen der Fachabteilung

0109 I.M. SP Rheumatologie

LfdNr	ICD-10 Nummer (dreistellig)	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1.	M05	Seropositive chronische Polyarthrit	678
2.	M79	Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassifiziert	284
3.	M06	Sonstige chronische Polyarthrit	264
4.	L40	Psoriasis	113
5.	M46	Sonstige entzündliche Spondylopathien	93
6.	M13	Sonstige Arthritis	91
7.	M35	Sonstige Krankheiten mit Systembeteiligung des Bindegewebes	88
8.	M45	Spondylitis ankylosans	77
9.	M77	Sonstige Enthesopathien	75
10.	M15	Polyarthrose	45

1009 Päd./SP Rheumatologie

LfdNr	ICD-10 Nummer	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
(dreistellig)			
1.	M08	Juvenile Arthritis	878
2.	M32	Systemischer Lupus erythematodes	33
3.	M35	Sonstige Krankheiten mit Systembeteiligung des Bindegewebes	30
4.	M33	Dermatomyositis-Polymyositis	23
5.	M79	Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassifiziert	19
6.	L40	Psoriasis	16
7.	M25	Sonstige Gelenkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	14
8.	M02	Reaktive Arthritiden	11
9.	M30	Panarteriitis nodosa und verwandte Zustände	10
10.	A69	Sonstige Spirochäteninfektionen	6

2300 Orthopädie

LfdNr	ICD-10 Nummer	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
(dreistellig)			
1.	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	421
2.	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	397
3.	T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	196
4.	M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	74
5.	M20	Erworbene Deformitäten der Finger und Zehen	54
6.	M75	Schulterläsionen	28
7.	M19	Sonstige Arthrose	24
8.	M93	Sonstige Osteochondropathien	22
9.	M21	Sonstige erworbene Deformitäten der Extremitäten	21
10.	M22	Krankheiten der Patella	21

2309 Orthopädie/SP Rheumatologie

LfdNr	ICD-10 Nummer	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
(dreistellig)			
1.	M05	Seropositive chronische Polyarthritis	456
2.	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	224
3.	T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	108
4.	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	69
5.	M19	Sonstige Arthrose	54
6.	M06	Sonstige chronische Polyarthritis	43
7.	L40	Psoriasis	23
8.	M13	Sonstige Arthritis	23
9.	M15	Polyarthrose	23
10.	M20	Erworbene Deformitäten der Finger und Zehen	22

3755 Wirbelsäulenchirurgie

LfdNr	ICD-10 Nummer (dreistellig)	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1.	M42	Osteochondrose der Wirbelsäule	242
2.	M47	Spondylose	209
3.	M48	Sonstige Spondylopathien	160
4.	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	76
5.	M43	Sonstige Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens	53
6.	M41	Skoliose	23
7.	M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	17
8.	M50	Zervikale Bandscheibenschäden	14
9.	T84	Komplikationen durch orthopädische Endoprothesen, Implantate oder Transplantate	11
10.	M40	Kyphose und Lordose	7

B-1.7 Die 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe der Fachabteilung

2300 Orthopädie

LfdNr	OPS-301 Nummer	Text (in umgangssprachlicher Klerschrift, deutsch)	Fallzahl
1.	5-820.00	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Nicht zementiert	191
2.	5-822.12	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese, ungekoppelt, ohne Patellaersatz: Hybrid (teilzementiert)	188
3.	5-820.02	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Hybrid (teilzementiert)	157
4.	5-822.11	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese, ungekoppelt, ohne Patellaersatz: Zementiert	113
5.	5-822.22	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese, ungekoppelt, mit Patellaersatz: Hybrid (teilzementiert)	33
6.	5-812.5	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusteilresektion, partiell	32
7.	5-813.4	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes: Plastik vorderes Kreuzband mit sonstiger autogener Sehne	23
8.	5-823.27	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikondylären Oberflächen- ersatzprothese, Inlaywechsel	19
9.	5-821.21	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Gelenk- pfannenprothese, nicht zementiert, mit Pfannenbodenaufbau	18
10.	5-822-21	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese, ungekoppelt mit Patellaersatz, Zementiert	17

2309 Orthopädie/SP Rheumatologie

LfdNr	OPS-301 Nummer	Text (in umgangssprachlicher Klerschrift, deutsch)	Fallzahl
1.	5-822.11	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese, ungekoppelt, ohne Patellaersatz: Zementiert	189
2.	5-820.00	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Nicht zementiert	74
3.	5-822-31	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese, teilgekoppelt, ohne Patellaersatz: Zementiert	71
4.	5-805-6	Arthrodes: Handgelenk	37
5.	5-808-b	Arthrodes: Zehengelenk	32
6.	5-811.3h	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, total: Kniegelenk	31
7.	5-820.02	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk:	

		Totalendoprothese: Hybrid (teilzementiert)	30
8.	5-822.12	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese, ungekoppelt, ohne Patellaersatz: Hybrid (teilzementiert)	28
9.	5-824.0	Implantation einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität: Humeruskopfprothese	26
10.	5-788.12	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Köpfchen- oder Basisresektion: Köpfchen Os metatarsale II bis V	20

3755 Wirbelsäulenchirurgie

LfdNr	OPS-301 Nummer	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1.	5-8320.2	Inzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule: Facettendenerivation	94
2.	5-835-x	Osteosynthese an der Wirbelsäule: Sonstige	51
3.	5-033.0	Inzision des Spinalkanals: Dekompression	26
4.	5-836.30	Spondylodese: Dorsal: 1 Segment	17
5.	5-835.5	Osteosynthese an der Wirbelsäule: Durch Schrauben-Stabsystem	14
6.	5-836-32	Spondylodese: Dorsal 3-5 Segmente	12
7.	5-836-31	Spondylodese: Dorsal 2 Segmente	10
8.	5-835-y	Osteosynthese an der Wirbelsäule: N.n.bez.	9
9.	5-839-1	Andere Operationen an der Wirbelsäule: Implantation einer Bandscheibenendoprothese	9
10.	5-839-60	Andere Operationen an der Wirbelsäule: Knöcherne Dekompression des Spinalkanals: 1 Segment	9

B-2 FACHABTEILUNGSÜBERGREIFENDE STRUKTUR- UND LEISTUNGS-DATEN DES KRANKENHAUSES

B-2.1 Ambulante Operationen nach §115b SGB V Gesamtzahl:

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

879

B-2.1 Ambulante Operationen nach §115b SGB V

Nr	EBM	Erbrachte Anzahl gesamt
1	2960	329
2	2447	291
3	2361	123
4	2220	32
5	2382	22
6	2261	22
7	2362	22

B-2.2 Die häufigsten ambulanten Operationen Gesamtkrankenhaus

Rang	EBM-Nummer (vollständig)	in umgangssprachlicher Klarschrift	Fälle absolut
1	2960	Kryodeneration	329
2	2447	Arthroskopie Knie / Schulter	291
3	2361	Entfernung von Schrauben	123
4	2220	OP Ganglion Hand-Fuß-Fingergelenk	32
5	2382	Gelenkkopfresektion Hallux Valgus	22
*6	2261	Stellungskorrektur Hammerzehe	22
*7	2262	Entfernung von Osteosynthesematerial	22

B-2.3 Sonstige ambulante Leistungen

nicht zutreffend

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

Nr	Fachabteilung	Anzahl beschäftigter Ärzte insgesamt	Ärzte in Weiterbildung	Ärzte mit abgeschl. Weiterbildung
109	I.M. SP. Rheumatologie	9	5	4
1009	Pädiatrie SP Rheumatologie	6	1	5
2300	Orthopädie	9	6	3
2309	Orthopädie SP Rheumatologie	9	2	7
3755	Wirbelsäulenchirurgie	4	1	3
	Anästhesie	7	1	6
Gesamt		44	16	28

B-2.4B Anzahl der Ärzte mit Weiterbildungsbefugnis (gesamtes Krankenhaus):**B-2.4B** Anzahl der Ärzte mit Weiterbildungsbefugnis (gesamtes Krankenhaus): 6**B-2.5 Personalqualifikation im Pflegedienst (Stichtag 31.12. Berichtsjahr)**

Nr	Fachabteilung	Anzahl beschäftigter Pflegekräfte	Prozentualer Anteil examinierter Krankenschw./ -pfleger	Prozentualer Anteil Krankenschw./ -pfleger mit Fach- weiterbildung	Prozentualer Anteil Kranken- pflegehelfer/in
109	I.M. SP. Rheumatologie	43	77		6
1009	Pädiatrie SP Rheumatologie	19	79		
2300	Orthopädie	37	76		4
2309	Orthopädie SP Rheumatologie	36	75		8
3755	Wirbelsäulenchirurgie	13	78		1
	Anästhesie	19	100	37	
Gesamt		167			

C QUALITÄTSSICHERUNG

C-1 Externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V

Nr	Leistungsbereich wird im KH erbracht	Leistungsbereich	Teilnahme an der externen QS	Dokumen- tationsrate KH	Dokumentations- rate Bundes durchschnitt
8	Hüftgelenknahe Femurfraktur (ohne subtrochantäre Frakturen)	✓	✓	100	95.85
9	Hüft-Totalendoprothesen- Wechsel	✓	✓	100	92.39
11	Knie-Totalendoprothese (TEP)	✓	✓	100	98.59
12	Knie-Totalendoprothesen- Wechsel	✓	✓	100	97.38
18	Pflege: Dekubitusprophylaxe mit Kopplung an die Leistungsbereiche 1, 8, 9, 11, 12, 13, 15, 19	✓	✓	100	100
19	Totalendoprothese (TEP bei Koxarthrose)	✓	✓	100	98.44
20	Gesamt			100	98.25

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

Die Abteilung für ambulante Operationen nimmt regelmäßig an der AQS1-Auswertung für ambulante Operationen teil.

Jeder Patient erhält postoperativ einen Patientenfragebogen, der von einem externen Institut ausgewertet wird.

Einmal je Quartal erhält das Krankenhaus eine Auswertung, in der die Ergebnisse mit denen anderer Abteilungen verglichen werden.

Die Ergebnisse sind sehr gut. Insbesondere die Patientenzufriedenheit mit der Organisation und der Aufklärung durch Operateur und Narkosearzt liegt weit über dem Durchschnitt der Vergleichsabteilungen.

Detaillierte Ergebnisse sind auf der Homepage des St. Josef-Stiftes einzusehen:
www.st-josef-stift.de

C-3 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht

Nicht zutreffend

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

Nicht zutreffend

C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung

Nicht zutreffend

SYSTEMTEIL

D QUALITÄTSPOLITIK

Die Qualitätspolitik des St. Josef-Stiftes basiert auf den – gemeinsam mit den Mitarbeitern erarbeiteten – Leitlinien:

1. Grundwerte unserer Arbeit

Die Arbeit im St. Josef-Stift ist im christlichen Glauben verwurzelt; auf dieser Basis gehen wir miteinander und mit den Patienten um.

Wir bemühen uns darum, diese Wurzeln unserer Arbeit und unseres Engagements lebendig zu erhalten.

2. Patientenorientierung

Im Mittelpunkt unseres Handelns stehen die Patienten. Wir wollen ihr Vertrauen gewinnen und ihnen das Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit vermitteln.

3. Umgang der Mitarbeiter untereinander

Für uns als Mitarbeiter hat der Umgang untereinander einen hohen Stellenwert. Er ist geprägt von gegenseitiger Achtung und Wertschätzung.

4. Kooperation und Zusammenarbeit

Wir sind uns bewußt, daß alle Mitarbeiter, Berufsgruppen und Abteilungen gemeinschaftlich am Erfolg des St. Josef-Stiftes beteiligt sind. Kooperation, die sich auf gegenseitiges Vertrauen gründet, ist deshalb für uns grundlegende Voraussetzung für erfolgreiches und effektives Arbeiten.

5. Kommunikation und Information

Im St. Josef-Stift sehen wir in effektiver Kommunikation und Information eine wichtige Voraussetzung für vertrauensvolle, zielgerichtete Zusammenarbeit und Führung.

6. Führung

Um die Zukunft des St. Josef-Stiftes zu gestalten, ist Führung notwendig. Wir entscheiden uns dabei auf allen Ebenen für einen kooperativen Führungsstil, um gemeinsam unsere fachlichen und menschlichen Ziele zu erreichen.

7. Qualität und Effektivität

Im St. Josef-Stift haben wir einen hohen Qualitätsanspruch an unsere Arbeit. Wir überprüfen deshalb gezielt Qualität und Effektivität unserer Arbeit und bemühen uns fortwährend um deren Verbesserung.

8. Außenwirkung

Das St. Josef-Stift ist eine Einrichtung mit vielfältigen Außenbeziehungen zu unterschiedlichsten Partnern im Gesundheitswesen. Ein Teil unseres Erfolges beruht auf der aktiven Gestaltung dieser Beziehungen.

Wir wollen als verlässlicher Partner Vertrauen gewinnen und dieses Vertrauen durch unser Handeln rechtfertigen.

Wir haben uns folgende Ziele gesetzt:

- Wir erhalten die hohe Fachkompetenz im Hause und bauen sie aus.
- Wir praktizieren Mitarbeiterorientierung.
- Wir sichern die wirtschaftlichen Grundlagen.
- Wir pflegen die unverwechselbare Atmosphäre des Hauses.
- Wir leben eine christliche Anbindung.

E QUALITÄTSMANAGEMENT UND DESSEN BEWERTUNG

E-1 Der Aufbau des einrichtungswirtschaftlichen Qualitätsmanagements

Die Leitlinien und die daraus abgeleiteten Ziele stellen die zentrale Qualitätspolitik des Hauses dar. Alle relevanten Projekte lassen sich hieraus ableiten.

Ein strukturiertes Qualitätsmanagement-System befindet sich im Aufbau. Die im Leitbildprozess gebildeten Strukturen geben hier den Rahmen:

Jährlicher Strategieworkshop der Leitungsebene mit den Trägergremien

Einmal im Jahr findet ein 2-tägiger Workshop statt, in dem die zukünftige strategische Ausrichtung besprochen und geplant wird. Hieran nehmen neben dem Kuratorium der Krankenhausvorstand, alle Chefarzte und die Abteilungsleiter der Technik und Verwaltung teil. Unterstützt wird der Workshop durch anerkannte Experten.

Das Forum

Monatlich trifft sich der Hausvorstand mit den Leitenden Mitarbeitern des Hauses. Dieses Gremium stellt die Steuergruppe des Qualitätsmanagements dar.

Abteilungsworkshops

Im Leitbildprozess wurden regelmäßig mindestens halbjährlich stattfindende Workshops in allen Abteilungen eingeführt, an denen alle in der Abteilung tätigen Mitarbeiter aller Berufe und Hierarchieebenen teilnehmen. Diese Treffen bilden die Basis für kontinuierliche Verbesserungen der Abläufe und Strukturen in den Abteilungen.

Abteilungsleiterbesprechung

Regelmäßige Besprechungen der Führungskräfte finden in allen Bereichen statt. Hierbei ist das Qualitätsmanagement ein regelmäßiger Besprechungspunkt. Beispiele hierfür sind

- Abteilungsleitersitzung (Verwaltung, Technik, Pflege), wöchentlich
- Funktionsleiterbesprechung (monatlich)
- Stationsleiterbesprechung in der Pflege (zweimal monatlich)
- Chefarztbesprechung (monatlich)

Das QM-Team

Geleitet vom QM-Beauftragten, dem Pflegedirektor des Hauses, trifft sich das QM-Team regelmäßig einmal im Monat. Seit 2004 wird in diesem Team eine Selbstbewertung nach proCum-Cert incl. KTQ erstellt. Ziel der Selbstbewertung ist neben der angestrebten Zertifizierung im Jahr 2006 eine Standortbestimmung und die Identifizierung von Verbesserungspotentialen.

Im Rahmen der Selbstbewertung werden Verbesserungsprojekte gestartet. Beispiele hierfür sind die Reorganisation der Notfallkette bei Medizinischen Notfällen, die geplante Einführung eines Beschwerdemanagements sowie die Durchführung einer Mitarbeiterbefragung im Jahr 2005.

E-2 Qualitätsbewertung

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

SELBSTBEWERTUNG NACH PROCUM-CERT INCL. KTQ



◀ *Einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess soll das Selbstbewertungsverfahren im Rahmen des Qualitätsmanagements anstoßen. Dieser Prozess betrifft nicht nur Ärzte und Pflegende, sondern alle Bereiche des Hauses.*

Ein hoher Qualitätsstandard ist gut – Kontrolle ist besser. Auch die Krankenhäuser müssen durch die externe Qualitätssicherung immer wieder ihre Leistung auf den Prüfstand stellen und gegenüber der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung nachweisen.

Das St. Josef-Stift strebt eine Zertifizierung nach proCum-Cert incl. KTQ an, dem die eigene Arbeit selbst bewertet, im Sinne eines konsequenten Qualitätsmanagements überprüft und wenn nötig verbessert wird. Leitlinie für die Selbstbewertung ist ein 69 Kategorien umfassender Fragenkatalog, den Vertreter der Krankenkassen, der Bundesärztekammer, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und des Deutschen Pflegerates als Träger der Initiative „Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus“ (KTQ) entwickelt haben. Hierbei geht es um Aspekte der Patienten- und der Mitarbeiterorientierung, der Sicherheit im Krankenhaus, des Informationswesens, der Führung und des Qualitätsmanagements. Über diese KTQ-Kriterien hinaus stellen sich konfessionelle Häuser wie das St. Josef-Stift den weitergehenden Prüfkriterien von proCum-Cert, beispielsweise zur Trägerverantwortung, Spiritualität oder Verantwortung gegenüber der Gesellschaft.

In einer 20-köpfigen Arbeitsgruppe, der MitarbeiterInnen aus den Gruppen Ärzte, Pflege, Labor, Technik und Verwaltung angehören, werden die Selbstbewertungsbögen nach dem Schema „plan – do – check – act“ bearbeitet. Die Selbstbewertungsberichte werden später von einer Zertifizierungsstelle unter zwei Aspekten bepunktet:

- Wie gut ist ein Problem gelöst?
- Wie umfassend ist die Problemlösung umgesetzt?

55 Prozent der möglichen Punkte müssen erreicht sein, um das KTQ- beziehungsweise proCum-Cert-Zertifikat zu erhalten. Dabei gehört auch eine dreitägige Visitation zur Überprüfung, bei der drei Visitoren aus dem ärztlichen, pflegerischen und Verwaltungsbereich wunde Punkte in der Praxis überprüfen.

Das St. Josef-Stift will dieses Selbstbewertungs- und Zertifizierungsverfahren jedoch intensiv nutzen, um Verbesserungspotentiale zu erkennen und zu nutzen. Deshalb ist das Verfahren auf zwei Jahre angelegt und soll Anfang 2006 mit der externen Prüfung beendet werden.

Im Rahmen des Verfahrens wurden bereits einige Optimierungen umgesetzt. So wurde das hausinterne Notfallmanagement neu strukturiert und eine regelmäßige Patienten- und Mitarbeiterbefragung für alle Abteilungen geplant und umgesetzt.

obra OUTCOME BENCHMARK IN DER RHEUMATOLOGISCHEN AKUTVERSORGUNG

Vor dem Hintergrund der kontinuierlich knapper werdenden Ressourcen im Gesundheitswesen werden zunehmend medizinische Behandlungsinhalte und Versorgungsstrukturen hinterfragt. Ziel ist es, die hohe Versorgungsqualität in der Rheumatologie noch zu verbessern und dies auch nachvollziehbar an die Patientinnen und Patienten zu kommunizieren.

Dreizehn rheumatologische Akutkliniken haben diese Herausforderung angenommen und sich für die Teilnahme an dem vom Verband Akutrheumatologischer Kliniken e.V. (VRA) initiierten Modellprojektes **obra** entschieden. obra ist die Abkürzung für **Outcome Benchmarking** in der **Rheumatologischen Akutversorgung**. Das Ziel dieses Qualitätsmanagementprojektes an dem auch die Rheuma Liga als Vertretung der Patientinnen und Patienten beteiligt ist, ist die weitere Verbesserung der akutrheumatologischen, krankenhausbasierten Versorgung durch Initiierung eines kontinuierlichen Benchmarking- und Lernprozesses. Dieser Prozess basiert auf gleichartigen, patientenorientierten Outcome-/Qualitäts-Messungen und wird zu Prozessverbesserungen in den beteiligten Kliniken führen.

Unser Krankenhaus nimmt an diesem vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung geförderten Qualitätssicherungsprojekt teil. In diesem Projekt werden qualitätsrelevante Parameter gemessen und unsere Patienten hinsichtlich der Zufriedenheit mit der Behandlung und der Behandlungsqualität befragt. Anhand der Messergebnisse wird versucht, eventuelle Qualitätsdefizite herauszuarbeiten und im Rahmen von Qualitätsverbesserungsprojekten zu beseitigen. Durch erneute Messung der qualitätsrelevanten Parameter wird der Erfolg überprüft und dokumentiert. Wesentlich ist in diesem Projekt der Vergleich der eigenen Klinik mit anderen rheumatologischen Akutkliniken, um im Rahmen eines konstruktiven und kooperativen Benchmarkings gemeinsam eine kontinuierliche Verbesserung in der rheumatologischen Akutversorgung zu erreichen. Gemessen werden die Patientenzufriedenheit, diagnoseabhängige (Outcome) und -unabhängige Ergebnisindikatoren. Bei der Messung der Patientenzufriedenheit werden international etablierte und standardisierte Fragebögen eingesetzt. Im Rahmen regelmäßiger Benchmarking-Sitzungen tauschen sich die Kliniken aus und erarbeiten gemeinsam Verbesserungsziele und Umsetzungsmöglichkeiten.

Obwohl das Projekt noch nicht abgeschlossen ist, ist jetzt schon sicher, dass stetige Messungen und Qualitätsverbesserungen unseren Patientinnen und Patienten direkt zu Gute kommen werden. Die im Verband akutrheumatologischer Kliniken (VRA) organisierten Rheumakliniken nutzen die Chance, als Vorreiter Erfahrungen zu sammeln und die Steuerungsprozesse der Zukunft aktiv im Sinne der Verbesserung der hohen Versorgungsqualität ihrer Patienten mitzugestalten.

PATIENTENBEFRAGUNG: HERVORRAGENDE NOTEN FÜR DAS ST. JOSEF STIFT

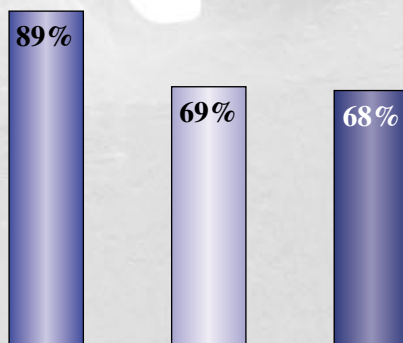
Ergebnisse der Befragung liegen vor und werden in den Abteilungen vorgestellt /
Weitere Optimierungen angestrebt



▲ Bei einer Besprechung in der Mitarbeitercafeteria wurden die Ergebnisse der Patientenbefragung erstmals einer größeren Zahl von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern vorgestellt.

„Das sind hervorragende Ergebnisse, auf die wir alle stolz sein können, und – das steht ebenfalls fest – daran haben alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entscheidenden Anteil gehabt.“ Geschäftsführer Werner Strotmeier ist überaus zufrieden mit dem Abschneiden des St. Josef-Stiftes bei einer groß angelegten Patientenbefragung, die das renommierte Picker-Institut durchgeführt hat. Im direkten Vergleich mit 77 Krankenhäusern bundesweit und 13 Rheumakliniken, die im Rahmen des OBRA-Projektes untersucht

DAS HAUS AUF JEDEN FALL WEITEREMPFEHLEN WÜRDEN:



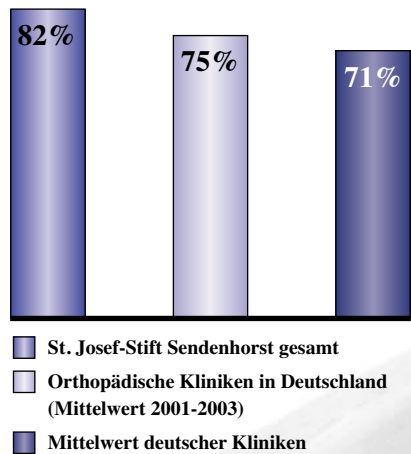
- St. Josef-Stift Sendenhorst gesamt
- Orthopädische Kliniken in Deutschland (Mittelwert 2001-2003)
- Mittelwert deutscher Kliniken

wurden, belegt das Haus den Spitzenplatz.

In den nächsten Wochen sollen die Ergebnisse der Patientenbefragung in den Abteilungen strukturiert erläutert werden. Dabei ist es das erklärte Ziel der Verantwortlichen um Pflegedirektor Detlef Roggenkemper, Chefarzt Professor Dr. Michael Hammer und dem stellvertretenden Geschäftsführer Ralf Heese, nicht den Wettbewerb der Abteilungen zu fördern, sondern vielmehr aus den Ergebnissen der Befragung Rückschlüsse über die eigene Arbeit zu ziehen, weitere Verbesserungen abzuleiten und nach Möglichkeit bei einer neuerlichen Untersuchung noch besser abzuschneiden. „Wir wollen im direkten Vergleich mit anderen noch besser werden und zugleich in keinem Bereich schlechtere Ergebnisse als bisher erzielen“, hat Werner Strotmeier dafür als Maxime ausgegeben.

Durchgeführt wurde die Studie vom Picker-Institut, einer gemeinnützigen wissenschaftlichen Institution. 200 Patien-

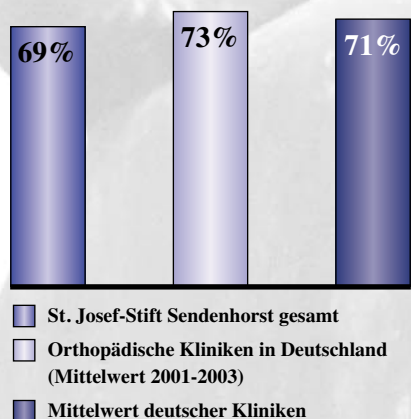
MIT DER ERKLÄRUNG VON UNTERSUCHUNGSERGEBNISSEN WAREN PATIENTEN VOLLSTÄNDIG ZUFRIEDEN:



schen den Abteilungen, auch ein nationaler Vergleich, bei dem 77 Krankenhäuser mit rund 33.000 Patienten befragt wurden, sowie ein Benchmark von 13 Rheumakliniken bundesweit.

Wie ausgezeichnet viele Ergebnisse sind, die das St. Josef-Stift erzielt hat, machen ausgewählte Aspekte deutlich. 98,2 Prozent der Befragten würden die Fachklinik bei Bedarf ihrer Familie und ihren Freunden weiterempfehlen. 88,3 Prozent würden dies sogar ganz sicher tun, 9,9 Prozent sehr wahrscheinlich. Sehr positiv wurden zudem beispielsweise die Ausstattung der Zimmer, die Sauberkeit im Haus und die Nasszellen-Situation beurteilt.

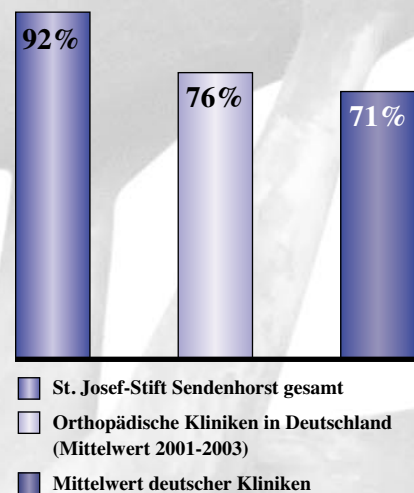
DAS ESSEN WAR IMMER WARM:



ten je Abteilung wurden nach ihrer Entlassung befragt. Im Vordergrund standen dabei Erfahrungen, die die Patienten in den einzelnen Häusern gemacht hatten, nicht die Ermittlung der subjektiven Zufriedenheit. „Deshalb gibt uns die Studie viele verlässliche Ansatzpunkte für eine weitere Verbesserung“, freut sich Detlef Roggenkemper. Die Fragebögen, die vom Picker-Institut in Zusammenarbeit mit Patienten entwickelt wurden, mussten anonym zurückgeschickt werden. Dank einer zweimaligen Erinnerung kam es zu einer hervorragenden Rücklaufquote von 85 Prozent.

Verschiedene Vergleichsmöglichkeiten sind jetzt aufgrund des umfangreichen Datenmaterials möglich: Dazu gehört neben einer eingehenden Betrachtung innerhalb des Hauses, also zwi-

DIE ZIMMERAUSSTATTUNG FANDEN GUT- AUSGEZEICHNET:

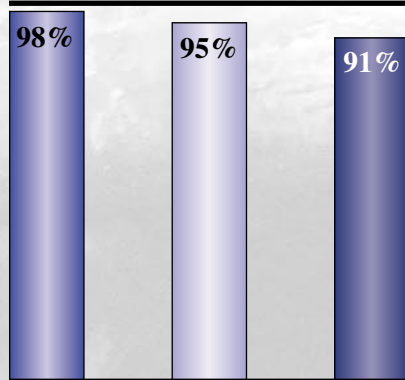


Allerdings gab es auch einige Kritikpunkte. Beispielsweise monierte etwa ein Drittel der Befragten, dass das Essen nicht mehr warm genug gewesen sei, wenn es auf den Zimmern verteilt wurde; auch die Parkmöglichkeiten wurden kritisiert.

„Mit dem baldigen Küchenumbau dürfte das Warmhalten der Speisen bereits bei der nächsten Befragung kein Problem mehr darstellen“, ist sich Geschäftsführer Werner Strotmeier sicher. Bezüglich der Parkplatzsituation sollte eine bessere Ausschilderung das Auffinden der zahlreichen freien Parkplätze im hinteren Teil des Areals erleichtern.

„Diese beiden Beispiele zeigen Früchte, die niedrig am Baum hängen und sehr leicht von uns geerntet werden können, während einige andere Früchte sehr hoch hängen und es für ihre Ernte erheblicher Anstrengungen bedarf“, zieht Pflegedirektor Detlef Roggenkemper einen bildhaf-

SAUBERKEIT IM HAUS FANDEN GUT - AUSGEZEICHNET:



- St. Josef-Stift Sendenhorst gesamt
- Orthopädische Kliniken in Deutschland (Mittelwert 2001-2003)
- Mittelwert deutscher Kliniken

ten Vergleich heran. „Generell sollten alle Beteiligten erkennen, dass Beschwerden kein lästiges Übel, sondern eine Chance zur Verbesserung sind“, macht Strotmeier in diesem Zusammenhang deutlich. Daher soll ein Beschwerdemanagement eingeführt werden. Patienten soll es dadurch leicht gemacht werden, berechnete Kritik möglichst umgehend bei einem eigens dafür benannten Ansprechpartner anzubringen. Der wiederum wird in Verbindung mit den Abteilungen oder Stationen möglichst direkt nach Verbesserungsmöglichkeiten suchen.

Detaillierte Ergebnisse der Patientenbefragung finden Sie auf der Homepage unseres Hauses:

www.st-josef-stift.de

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

08.Hüftgelenknahe Femurfraktur (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	50
02	Kurze präoperative Verweildauer bei Schenkelhalsfraktur/ OP nach Aufnahme innerhalb von / Zeitpunkt der Operation nach der Krankenhausaufnahme 24 - 48 h	50
03	Kurze präoperative Verweildauer bei Schenkelhalsfraktur/ OP nach Aufnahme innerhalb von / Zeitpunkt der Operation nach der Krankenhausaufnahme > 48h	0
04	Geringe Letalität bei osteosynthetischer Versorgung	0
05	Geringe Letalität bei endoprothetischer Versorgung	0
06	Geringe Letalität (Risikoklasse ASA 1 oder 2)	0
07	Behandlungsbedürftige intra-/postoperative chirurgische Komplikationen,(J/N): prozentuale Anzahl an behandlungsbedürftiger Komplikationen während und nach der Operation	0
08	Postoperative / Nach der Operation auftretende Wundinfektion (nach Definiti_an der CDC), (J/N): prozentuale Angabe von Wundinfektionen (Entzündungen) nach der Operation nach anerkannten Definitionen	11.1

09.Hüft-Totalendoprothesen-Wechsel

Nr. Ind.	Indikator / Qualitätsziel	Ergebnis (%)
01	Möglichst oft Gelenkpunktion bei Infektionsverdacht	25
02	Selten Endoprothesenluxation	2.6

11.Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation (TEP)

Nr. Ind.	Indikator / Qualitätsziel	Ergebnis (%)
01	Möglichst oft postoperative Beweglichkeit Extension/Flexion von mindestens 0/0/90	87.3
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	0.4
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	0.3
04	Reintervention / Erneute Operation wegen Komplikation(en) erforderlich? (J/N)	0.1
05	allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikationen, (J/N), %-Angabe: prozentualer Anteil an allgemeinen Komplikation nach der Operation die zu behandeln sind	3.7
06	behandlungsbedürftige intra-/postoperative chirurgische Komplikationen,(J/N): prozentuale Anzahl an behandlungsbedürftiger Komplikationen während und nach der Operation	0.8

12.Knie-Totalendoprothesen-Wechsel

Nr. Ind.	Indikator / Qualitätsziel	Ergebnis (%)
01	Selten postoperative Wundinfektionen	2.1
02	Selten postoperative Wundinfektionen bei Patienten mit Risikoklasse 0	3.8

03	Selten erforderliche Reinterventionen wegen Komplikation	0
----	--	---

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

Nr. Ind.	Indikator / Qualitätsziel	Ergebnis (%)
01	Möglichst wenig Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden, werden mit Dekubitus entlassen	0,5
02	Hohe Rate an Patienten, die mit Dekubitus aufgenommen und ohne Dekubitus entlassen wurden	58

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	99.6
02	Hoher Anteil an Patienten mit selbständigem Gehen bei der Entlassung	99.2
03	behandlungsbedürftige intra-/postoperative / während oder nach der Operation auftretende chirurgische Komplikationen, (J/N): prozentualer Anteil anchirurgischen Komplikationen während oder nach der Operation	2
04	Postoperative / nach der Operation auftretende Wundinfektion (nach Definition der CDC), (J/N): prozentuale Angabe von Wundinfektionen (Entzündungen) nach der Operation nach anerkannten Definitionen	0.3

Alle Ergebnisse der Externen Qualitätssicherung finden Sie auf der Homepage unseres Hauses:
www.st-josef-stift.de

F QUALITÄTSMANAGEMENTPROJEKTE IM BERICHTSZEITRAUM

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

SPEISENVERSORGUNG KONZEPTIONELL NEU GESTALTET

Noch besserer Service für die Patienten



▲ *Ziele und Anforderungen an ein neues Konzept der Speisenversorgung wurden in einer Arbeitsgruppe formuliert, die sich insbesondere aus Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Küche und des Pflegedienstes zusammensetzte.*

Ziel dieses Projektes war ein noch besserer Service für die Patienten und eine Erleichterung bei der Speisenauswahl.

Eine Gruppe von MitarbeiterInnen aus Küche und Pflege wählte aus den am Markt befindlichen alternativen Organisationsformen und Programmen ein Programm der Firma Orgacard, die auf die größte Erfahrung verweisen und zudem das schlüssigste Gesamtkonzept präsentieren konnte. Statt der Anforderungskarten wird nun eine elektronische Speisenbestellung mittels kleiner, tragbarer Computer (Handhelds) durchgeführt. Umfassend und schwierig war die Aufgabe, die das Küchenteam zu lösen hatte, denn sie mussten die Speisepläne im Hinblick auf das Gesamtkonzept völlig neu gestalten und dementsprechend die umfangreichen Stammdaten in dem neuen so genannten Speisenanforderungsprogramm hinterlegen. Eine besondere Rolle spielte dabei, dass zukünftig auch im Bereich der Speisenversorgung besonders hohe Anforderungen an die Zusatzangebote für Patienten, die Wahlleistungsentgelte entrichten, gestellt werden. Im Rahmen des Projektes wurden auch diese Angebote mit viel Kreativität neu ausgearbeitet. Auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflegedienstes mussten sich Gedanken über die zukünftigen Abläufe machen. Das Einsammeln, das Sortieren und die Weitergabe der Karten entfallen, doch dafür müssen die Speisewünsche abgefragt und in die EDV eingegeben werden.

Nach den intensiven Schulungen der beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter funktionierte der Echtbetrieb nach kurzer Eingewöhnung problemlos. Erreicht werden konnte ein insbesondere für Wahlleistungspatienten wesentlich größeres Angebot und die Möglichkeit für die Patienten, die Speiseauswahl später zu treffen.

RHEUMA KINDERLEICHT PRÄSENTIERT

Homepage der Abteilung für Kinder- und Jugendrheumatologie vorgestellt/www.rheumax.de



▲ *Wesentlichen Anteil an der Erstellung der Rheumax-Seiten hatte dieses Team.*

Max macht's auf die lockere Art. Mal mit dem Telefonhörer in der Hand, mal im Kreis von Freunden sowie einmal an der Hand von Vater und Mutter führt er die Internet-Besucher durch die Seiten der Homepage der Abteilung für Kinder- und Jugendrheumatologie.

Bevorzugte Zielgruppe der Seiten, das sieht der Interessierte auf den ersten Blick, sind Kinder und Jugendliche. Bunt, einfach zu navigieren und mit einer Fülle von Informationen, die bereits die Kleinen begreifen können.



„Genau das war auch unsere Intention“, so der Diplom-Psychologe Arnold Illhardt.

„Mittlerweile sind im World-Wide-Web zwar viele Informationen über Rheuma zu finden, aber auch viele Halbwahrheiten“, haben Chefarzt Dr. Gerd Ganser und Arnold Illhardt selbst beim Surfen festgestellt.

Die Erstellung der Seiten war eine anspruchsvolle, schwierige und vor allem zeitaufwändige Arbeit. Gut drei Jahre hat es von der ersten Idee bis zur endgültigen Realisierung gedauert. Doch alle Beteiligten waren sich bei der offiziellen Vorstellung der Homepage darin einig: „Es hat sich gelohnt.“

Vor gut drei Jahren wurde Arnold Illhardt von einem Vater angesprochen, dessen Kind Rheuma hat und der bei einer Recherche im Internet wenig brauchbare Informationen gefunden hatte. Das sei die Initialzündung gewesen, erinnert sich Illhardt. Neben ihrer Arbeit nahmen sich Schwester Birgit, Schwester Claudia und der Diplom-Psychologe der Herausforderung einer Homepage an. Ärzte, Betroffene, der Elternverein und viele mehr wurden angesprochen und aufgefordert, etwas zum Inhalt der Seiten beizutragen.

„Die merkten schnell, dass es gar nicht so einfach ist, einen Text über ein medizinisches Thema zu schreiben, den auch ein Zwölfjähriger schon verstehen kann.“ Aber genau das ist der Anspruch von „Rheumax“. Entsprechend wurde gefeilt, umgeschrieben, neu konzipiert, bis Max endlich frohen Mutes über die Seiten spazieren konnte.

www.rheumax.de

ELEKTRONISCHE PATIENTENDOKUMENTATION UND ABLAUFFPADE

Ein wenig futuristisch sieht es auf den ersten Blick schon noch aus, wenn man mit einem so genannten Tablett-PC am Bett des Patienten erscheint. Doch statt dicker Krankenblätter muss das Team bald vielleicht nur noch den kleinen und leichten Mini-Computer mitnehmen. Dies jedenfalls könnte das Fernziel eines im Jahr 2004 begonnen Projektes sein. Ein so genanntes Funknetz (Wireless-LAN) macht es möglich.

Schon heute lassen sich Informationen über den Patienten per Funk auf den Bildschirm bringen. Verordnungen können schon während der Visite eingegeben werden. Ein vorheriges Aufschreiben und sich anschließendes Übertragen in den PC soll möglichst vermieden werden.

Nach Einführung und sukzessivem Ausbau des Krankenhausinformationssystems stehen immer mehr Informationen über die Patienten digital zur Verfügung. Nur leider waren sie bisher dort, wo sie vielleicht am dringendsten benötigt werden, noch nicht greifbar: am Bett des Patienten bei der Visite. Daraus wurde die Idee geboren, einen Zugriff auf die in ORBIS vorhandenen Informationen mit einem tragbaren PC zu ermöglichen. Als Übertragungsmedium kam nur Funk in Frage.

Nach eingehender Prüfung erfolgte ein „Ausmessen“ des Hauses durch eine Spezialfirma. Denn es müssen unbedingt so genannte Funklöcher vermieden werden, damit ein stabiles System gewährleistet ist. Der theoretischen Vorbereitung folgte die praktische Umsetzung. Die notwendige Technik wurde so installiert, dass sie für Besucher und Patienten möglichst wenig sichtbar wird; schließlich muss auch die Optik stimmen.

Nach einer Pilotphase auf einer Station greifen inzwischen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von sechs Stationen auf zwei Varianten tragbarer Rechner zurück.

Inzwischen werden stehen auf diesen Stationen eine Vielzahl von Patientendaten am Bett zur Verfügung: Labordaten, angeforderte Untersuchungen, OP-Berichte und vieles mehr. Viele Daten und Verordnungen können auch direkt am Patienten erfasst werden, so wird das pflegerische Aufnahmegespräch bei sehr vielen Patienten direkt im Computer dokumentiert.

Im Laufe des Jahres 2005 sollen weitere große Schritte folgen: Die „Patientenkurve“, also die Aufzeichnungen über Puls, Blutdruck, Temperatur und alle Maßnahmen wie verordnete Medikamente, Untersuchungen und Pflegemaßnahmen wird nicht mehr auf Papier, sondern im Computer erfasst werden.

Im Herbst 2004 wurde gemeinsam dem Hersteller unseres Krankenhausinformationssystems an Ablaufpfaden in der EDV gearbeitet. Ziel soll sein, dass die Verordnungen, die bei bestimmten Erkrankungen oder Operationen bei fast jedem Patienten angefordert werden, direkt vom System vorgeschlagen werden. Auch sollen wiederkehrende Aufgaben, wie z.B. Arztbriefe und die Qualitätssicherung stark vom System unterstützt werden. Der Echtbetrieb ist für den Herbst 2005 geplant.

Der EDV-Einsatz am Patientenbett soll die Abläufe verbessern und mittelfristig Zeit einsparen. Diese soll dann für die wichtigste Aufgabe im Krankenhaus verwendet werden: Für die Zuwendung zum Patienten.



▲ Mit dem Tablett-PC am Bett eines Patienten: Seit einiger Zeit wird die Computertechnik, die mit Funk arbeitet, beispielsweise bei Visiten eingesetzt, um alle relevanten Daten am Krankenbett zur Verfügung zu haben.

ANGENEHMER FÜR PATIENTEN UND RÜCKENSCHONEND FÜR PFLEGENDE

Kinästhetik: Bewegen statt Heben und selbstständige Bewegung ermöglichen

Neue Wege geht das St. Josef-Stift mit der Schulung von Pflegekräften, die das in Amerika entwickelte Konzept „Kinästhetik in der Pflege“ erlernen und einüben. Der Name ist vom englischen Begriff Kinaesthetics abgeleitet, der die Wörter kinetic (den Bewegungssinn betreffen) und aesthetic (durch die Sinne wahrgenommen) kombiniert. Dr. Lenny Maietta (klinische Psychologin) und Dr. Frank Hatch (Tänzer und Choreograph) entwickelten dieses Konzept an der University of California. „Kinästhetik in der Pflege“ ist nicht als eine Technik zu verstehen, sondern ist vielmehr ein Handlungskonzept, mit dem Pflegenden lernen, PatientInnen unter Berücksichtigung ihrer Fähigkeiten und ihres Gesundheitszustandes so zu unterstützen, dass beide möglichst viel Selbstkontrolle über ihre Bewegungen haben. Dadurch wird es dem Patienten ermöglicht, Bewegungen für alltägliche Aktivitäten durchzuführen und an Selbstständigkeit zu gewinnen.

Damit werden gleich zwei Fliegen mit einer Klappe geschlagen, weil dieses gesundheitsfördernde Bewegungskonzept nicht nur den PatientInnen, sondern auch den Pflegenden zu Gute kommt. „Die Pflege ist ein Beruf, der den Bewegungsapparat auf Dauer schädigen kann“, begründet Pflegedirektor Detlef Roggenkemper die Entscheidung für dieses Konzept. Auch unter dem Aspekt kürzerer Verweildauern der PatientInnen ist es sinnvoll, den gehandicapten Menschen zu vermitteln, wie sie sich mit natürlicheren, spiraligen Bewegungen selbst schonend trainieren und neue Bewegungsmuster durch kompetente Pflegekräfte erlernen können.



▲ *Pflege mit PATIENT*

Fünf orthopädische Stationen nehmen an dem Projekt teil, in dessen Rahmen im Jahr 2004 die Hälfte aller MitarbeiterInnen eine viertätige Schulung absolvierten. Die andere Hälfte folgt 2005. Außerdem wird pro Station eine Pflegekraft für die monatlichen Treffen der Kinästhetik-AG freigestellt, in der die Umsetzung in die Praxis durch Übungen begleitet wird. Die ersten Schulungen übernahm eine externe Trainerin; der Unterricht wird in mehreren Blöcken im St. Josef-Stift durchgeführt. Das Gelernte kann direkt in der Praxis umgesetzt und in der nächsten Seminereinheit reflektiert werden. Während der Seminare werden die neuen Kenntnisse direkt auf den Stationen am Patienten geübt. Auch MitarbeiterInnen der Physiotherapie sind beteiligt und bringen ihre fachspezifischen Kenntnisse ein, welche Bewegungen beispielsweise für Hüftpatienten günstig und welche kontraproduktiv sind.

Seit Herbst 2004 steht eine eigene Kinästhetiktrainerin zur Verfügung. Diese leitet die Kurse und begleitet die Mitarbeiter bei der Umsetzung des Gelernten in die Praxis.



▲ *In Blockseminaren erlernen und üben MitarbeiterInnen aus dem St. Josef-Stift das Bewegungskonzept „Kinästhetik in der Pflege“.*

INTENSIVE BETREUUNG FÜR DIE SPITZENSORTLER VON MORGEN

Kooperation von St. Josef-Stift und Westfälischem Leichtathletikverband



▲ *Einige der Sportler, die regelmäßig im St. Josef-Stift betreut werden: Yvonne Teichmann, Anja Knippe, Christian Rhoden, Jana Hartmann und Melanie Schulz.*

Neben etlichen Leichtathleten und Spitzensportlern aus der ersten Reihe, wie etwa Yvonne Teichmann und Nils Schumann, kümmern sich Chefarzt Dr. Carsten Radas und der Leitende Physiotherapeut Peter Müller und ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter seit einiger Zeit verstärkt um den Hochleistungssport-Nachwuchs. Die „Athleten für die Weltmeisterschaften und Olympischen Spiele von morgen“ aus dem gesamten Bundesgebiet vertrauen sich den Spezialisten im St. Josef-Stift an, um optimal vorbereitet in die neue Saison gehen zu können, aber auch um ihre kleineren und größeren Leiden behandeln zu lassen. „Wir haben eine Kooperation mit dem Westfälischen Leichtathletikverband geschlossen, um unter anderem die Kaderathleten aus Westfalen zu betreuen“, erzählt Dr. Carsten Radas. Darüber hinaus kommen aber auch Sportler aus der gesamten Republik. Seit einiger Zeit können im St. Josef-Stift eine spezielle Leistungsdiagnostik und die entsprechenden Vorsorgeuntersuchungen, wie sie für Spitzensportler unumgänglich sind, angeboten werden. Dazu gehören beispielsweise das Überprüfen der Lungen- und Herzfunktion sowie ein Laktat-Test. Das umfassende Programm beinhaltet außerdem eine erneute Untersuchung nach etwa sechs Wochen. Eine enge Zusammenarbeit besteht mit der Sportschule Kaiserau. Während der oftmals mehrtägigen Untersuchungen und Behandlungen finden die Athleten im Wohnheim Unterkunft.

Um eine umfassende medizinische Versorgung sicherzustellen, gehört Dr. Michael Renelt als Internist dem Team für die Betreuung der Sportler an. Zudem greift Dr. Carsten Radas im Bedarfsfall auf die Erfahrung eines Radiologen aus Ahlen zurück.

Chefarzt Dr. Radas kann sich gut vorstellen, weitere Kooperationspartner mit ins Boot zu holen und den Bereich der Sportmedizin langfristig noch weiter auszubauen.

„Unser Angebot ist natürlich offen für alle“, erläutert Dr. Radas. Denn auch der ambitionierte Amateur soll von den sportmedizinischen Erfahrungen der Experten profitieren können. Selbstverständlich kann

sich im St. Josef-Stift jeder, der sportlich aktiv ist, von den Experten durchchecken und behandeln lassen.
Einige der betreuten Spitzensportler:

- Grit Breuer (Weltmeisterin und Europameisterin über 4 x 400 m)
- Nils Schumann (Olympiasieger über 800 m und Europameister)
- Anja Knippe: Deutsche Meisterin über 800 m (Juli 2004)
- Christian Rhoden: 3. Platz im Hochsprung (Juli 2004)
- Jana Hartmann: 4. Platz über 800 m
- Yvonne Teichmann (Deutsche Meisterin und Deutsche Hallenmeisterin)
- Ulrike Urbansky (zweifache Juniorenweltmeisterin und Weltcupsiegerin über 4 x 400 m)
- Christian Rhoden (mehrfacher Deutscher Meister im Hochsprung)
- Shanta Gosh (Vizeweltmeisterin über 4 x 400 m)
- Annegret Dietrich (Junioren-Europameisterin und Weltmeisterin im Zweierbob)
- Melanie Schulz (Junioren Europameisterin über 3000 m Hindernis, Deutsche Juniorenmeisterin über 1500 m, Deutsche Meisterin und Deutsche Rekordhalterin über 3000 m Hindernis, Polizei Europameisterin)
- Carsten Marell (Fußballprofi)
- Johannes Eleftheriadis (Bodybuilding-Profi)

KLINIK FÜR ORTHOPÄDIE FÖRdert FACHLICHEN AUSTAUSCH ZWISCHEN NIEDERGELASSENEN UND KRANKENHAUSÄRZTEN



▲ *Niedergelassene und Krankenhausärzte aus der Region diskutierten auf Einladung von Chefarzt Dr. Frank Horst das Thema „Fuß- und Sprunggelenkschirurgie“.*

Ein Netzwerk aus niedergelassenen Ärzten und den Spezialisten des St. Josef-Stiftes soll neben dem fachlichen Austausch die Zusammenarbeit zum Wohle der Patienten intensivieren: Das ist das Ziel des Netzwerkes „Orthopädie und Traumatologie“, das Dr. Frank Horst, Chefarzt im St. Josef-Stift, initiieren möchte. Im Juli fand aus diesem Grund ein erstes Treffen zwischen niedergelassenen und Krankenhausärzten in der „Waldmutter“ statt.

Eingeladen waren Orthopäden, Chirurgen und Allgemeinärzte aus der Region, die sich bei dieser Zusammenkunft mit dem Thema Fuß- und Sprunggelenkschirurgie beschäftigten. Zugleich nutzte Dr. Frank Horst die Gelegenheit, sich seinen Berufskollegen vorzustellen und nach der Veranstaltung mit ihnen ins Gespräch zu kommen.

Ziel des neuen Chefarztes der Klinik für Orthopädie und Traumatologie ist es, solche Zusammenkünfte in regelmäßigen Abständen zu organisieren und dabei Behandlungsstrategien bei Patienten mit schwierigen und außergewöhnlichen Krankheitssymptomen zu diskutieren. Es werden fast ausschließlich Fallbeispiele aus der Praxis besprochen, so dass die niedergelassenen Ärzte die Möglichkeit haben, außergewöhnliche oder besonders schwierige Fälle den Kolleginnen und Kollegen vorzustellen.

„Unser Bestreben ist es, den konstruktiven Austausch auf fachlicher und menschlicher Ebene weiterzuentwickeln und die Begeisterung für die Fächer Orthopädie und Unfallchirurgie gemeinsam zu erhalten. Dadurch können, ganz im Sinne der Patienten, der Informationsfluss und die Organisationsabläufe beschleunigt und verbessert werden“, erläuterte Dr. Frank Horst die Zielsetzung.

Das Schultergelenk, die künstlichen Hüft- und Kniegelenke und die Kinderorthopädie sind als weitere Themen im Rahmen dieser Reihe anvisiert. Außerdem ist derzeit ein Patientenforum zum Thema „Hüft- und Kniegelenkersatz“ in Vorbereitung.

NEUE FÜHRUNGSSTRUKTUREN WURDEN IM HAUS EINGEFÜHRT

Die langfristige Sicherung der verschiedenen Einrichtungen sowie deren konsequente Weiterentwicklung: Das sind die Ziele, die mit der Einführung von neuen Führungsstrukturen im Haus verfolgt werden.

Zugleich geht es um kurze Verbindungswege und eine Intensivierung der Mitarbeiter- und Patientenorientierung. Möglichst flache Hierarchien sieht auch unser Leitbild vor, mit dem Ziel, Entscheidungen weitgehend in den Abteilungen und Bereichen zu treffen, in denen sie dann auch umgesetzt werden müssen.

„Diese Veränderungen in der Führungsstruktur werden durch etliche Einflussfaktoren notwendig“, erläutert Geschäftsführer Werner Strotmeier. Dazu zählt er unter anderem die Einführung des Fallpauschalensystems und die integrierte Versorgung. Zudem hätten sich die Aufgaben im Krankenhaus und den anderen Einrichtungen verändert und seien auch vielfältiger geworden. Mit den neuen Strukturen soll diesen geänderten Aufgaben Rechnung getragen werden.

Schon seit längerer Zeit wurden konkrete Pläne entwickelt, die nach dem Ausscheiden von Dr. Hans Sundermann umgesetzt wurden. Zum Ärztlichen Direktor wurde Professor Dr. Rolf K. Mielhke ernannt, sein Stellvertreter ist Professor Dr. Michael Hammer (siehe auch gesonderten Bericht Seite 3). Die Stellung der stellvertretenden Geschäftsführer wurde gestärkt, ihre Aufgaben gestrafft. Ralf Heese ist für den Bereich Krankenhaus, Dietmar Specht für die Altenheime zuständig. Dabei geht es einerseits darum, den Geschäftsführer zu entlasten, andererseits alle Chancen, die sich zukünftig zu einer adäquaten Weiterentwicklung des Hauses und seiner Einrichtungen bieten, frühzeitig zu erkennen und zu nutzen.

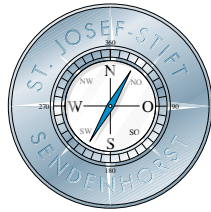
Das Hauptziel für den Bereich des Krankenhauses bleibt, den Patienten in den Mittelpunkt allen Tuns zu stellen. Aus wirtschaftlicher und pflegerischer sowie medizinischer Sicht wurde in diesem Zusammenhang eine so genannte Krankenhausbetriebsleitung eingerichtet, die aus dem stellvertretenden Geschäftsführer Ralf Heese und Pflegedirektor Detlef Roggenkemper besteht. Die strategische Leitung liegt wiederum in den Händen des Krankenhausvorstandes, dem neben Geschäftsführer Werner Strotmeier und dem Ärztlichen Direktor Professor Dr. Rolf Mielhke auch die beiden Mitglieder der Krankenhausbetriebsleitung angehören. Parallel dazu übernahm der stellvertretende Geschäftsführer Dietmar Specht für den Bereich der Altenheime die operative Leitungsverantwortung.

In den einzelnen Funktionsabteilungen wurde die ärztliche Leitung wie folgt festgelegt: Für den OP ist Dr. Marie-Luise Schweppe-Hartenauer zuständig. Für das Therapiezentrum sowie die Ergotherapie und die Orthopädische Werkstatt zeichnet Dr. Frank Horst verantwortlich, für die Röntgenabteilung Dr. Gerd Syndicus und für das Labor Professor Dr. Michael Hammer.

Neben diesen Strukturveränderungen wurden auch grundsätzliche Überlegungen hinsichtlich der Führungsverantwortung und der Mitarbeiterorientierung angestellt. Unter der Leitung von Reinhard Dobat, der vor Jahren als Verantwortlicher von außen die Erstellung des Unternehmensleitbildes moderiert hat, soll die Umsetzung des Leitbildes auf den Prüfstand kommen. Es geht vor allem darum zu sehen, wie sich das Leitbild bisher in der Praxis bewährt hat. „Ich denke, das ist nach einigen Jahren notwendig und ein für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter – vor allem die Neuen – sehr wichtiger Prozess“, erläutert Geschäftsführer Werner Strotmeier.

In intensiven Gesprächen mit der Mitarbeitervertretung wurde zudem das Thema „strukturierte Mitarbeiter- und Vorgesetztenbeurteilung“ angesprochen. Etwa einmal im Jahr hätte dann jeder Vorgesetzte seine MitarbeiterInnen zu beurteilen, während umgekehrt auch die MitarbeiterInnen die Möglichkeit haben, diesen zu beurteilen. Davon verspricht sich Werner Strotmeier eine zusätzliche Motivation für alle Beteiligten. „Dabei ist es uns wichtig, dass die Mitarbeiter dies nicht als Belastung, sondern vielmehr als eine große Chance sehen, aktiv gestaltend tätig zu werden.“

In Planung ist weiter, in absehbarer Zeit eine professionelle, extern begleitete Mitarbeiterbefragung durchzuführen, um zusätzliche Optimierungsansätze zu finden.



ORTHOPÄDIE FÜHRT NEUE SPEZIELLE OPERATIONS-METHODE EIN

Für die Mediziner ist es nur ein kleiner Schnitt, für die Patienten indes ein riesiger Fortschritt: Seit Anfang November werden im St. Josef-Stift in Sendenhorst Patienten mit einer Hüftgelenkarthrose (Verschleißkrankung des Hüftgelenkes, die häufig zu typischen belastungsabhängigen Schmerzen führt) durch einen so genannten minimal invasiven Zugang mit einer Hüftendoprothese versorgt. Dr. Frank Horst, Chefarzt der Klinik für Orthopädie und Traumatologie, hat die äußerst schonende Operationsmethode, die in München entwickelt wurde, im Münsterland eingeführt und gehört bundesweit zu den wenigen Pionieren, die sich derzeit mit diesem Eingriff auskennen.

Marianne Nölle Pier wurde

erst vor rund einer Woche nach der neuen Methode operiert. Sie ist restlos begeistert. „Ich hätte nie gedacht, dass ich so schnell und so sicher wieder auf den Beinen bin. Außerdem ist die Narbe so klein, dass man von dem Eingriff fast nichts sieht“. Ähnlich ist es Thea Imhoff ergangen. „Ich habe keine Schmerzen gehabt und kann mich schon wieder sehr gut bewegen“, erzählt sie.

„Unsere neue Operationsmethode wurde auf nationalen und internationalen orthopädischen Kongressen als entscheidende Neuerung bei der Hüftendoprothetik angesehen, denn sie verschafft vielen Arthrose-Patienten eine wesentliche Erleichterung“. „Nach der Operation sind die Patienten schneller mobil, sie haben weniger Schmerzen und erreichen früher eine gute Gelenkfunktion hinsichtlich Beweglichkeit, Kraft und Koordination“, beschreibt Dr. Frank Horst die wichtigsten Vorteile.

Am Anfang des Eingriffs stehe lediglich ein kleiner Hautschnitt von sechs bis zehn Zentimetern Länge. Das eigentlich Neue sei die Arbeit zwischen zwei Muskeln hindurch, ohne deren teilweise Durch- oder Abtrennung. Dazu benötige der Operateur zwei Spezialinstrumente; ferner sei eine seitliche Lagerung auf dem Operationstisch notwendig.

Fast alle Prothesentypen können implantiert werden, besonders geeignet sind so genannte Kurzschaftprothesen, wie sie im St. Josef-Stift seit Jahren mit guten Ergebnissen verwandt werden. Auch Revisionen, also der Ersatz von älteren Prothesen, sind durch eine Erweiterung des Schnittes ebenfalls möglich. Allerdings gibt es einen kleinen Wermutstropfen: Die neue Methode kann nicht bei jedem Patienten angewandt werden. Im Einzelfall muss der Arzt entscheiden, welche Methode optimal ist. Dennoch: Rund Zweidrittel der 80.000 bis 90.000 Hüftoperationen, die jährlich bundesweit durchgeführt werden, lassen sich nach Schätzungen von Dr. Horst auf diese Weise durchführen.



▲ Chefarzt Dr. Frank Horst und Beate Keller, Leiterin des Therapie-zentrums (l.), sind mit den Fortschritten, die Marianne Nölle Pier in wenigen Tagen gemacht hat, bestens zufrieden. Die Patientin wurde nach einer neuen Methode an der Hüfte operiert, die münsterlandweit bislang nur im St. Josef-Stift in Sendenhorst eingesetzt wird.



▲ Dr. Frank Horst stellt die neue Methode am Modell vor.

STRATEGISCH AUSGERICHTETE ARBEITSGRUPPE BESCHÄFTIGT SICH MIT DEM „NADELÖHR“ OP



▲ *Bei ihren Sitzungen hat die OP-Arbeitsgruppe bereits etliche Ziele definiert, die in den nächsten Monaten und Jahren umgesetzt werden sollen.*

Veränderte Rahmenbedingungen antizipieren und sich neuen Wettbewerbssituationen stellen: Das sind die Hauptziele einer strategisch ausgerichteten OP-Arbeitsgruppe, die im Jahr 2004 ihre Arbeit aufgenommen hat. Dabei darf vorab festgestellt werden, dass das St. Josef-Stift dank einer hohen Leistungskonzentration und Leistungsqualität sowie einer besonders großen Nachfrage über eine sehr gute Ausgangsposition verfügt.

Gerade die hohe Nachfrage und die damit verbundenen manchmal sehr langen Wartezeiten für einen OP-Termin spiegeln fraglos ein Problem, gleichzeitig aber auch eine große Chance für das St. Josef-Stift wider: Gelingt es nämlich, den Wünschen der Patienten in Zukunft noch besser zu entsprechen und ihnen kurzfristige Termine zu ermöglichen, so wird das St. Josef-Stift in der Lage sein, weiter zu wachsen und die Arbeitsplätze langfristig zu sichern.

Alle operierenden Fachabteilungen haben sich in den vergangenen Wochen mit Ihren mittelfristigen Leistungszielen beschäftigt. Das angestrebte Szenario würde zu steigenden Patienten- und Operationszahlen bei möglicherweise gleichzeitig sinkenden Verweildauern führen. Diese mit der Krankenhausleitung abgestimmten Ziele sollen nun in einem zeitlichen Korridor bis etwa 2006 erreicht werden.

Zunächst aber müssen die Voraussetzungen geschaffen werden, damit diese Ziele Wirklichkeit werden können, und eben damit befasst sich die Arbeitsgruppe.

„Das Nadelöhr ist der OP sowie die unmittelbar angrenzenden Bereiche wie zum Beispiel die Intensivstation. Die Arbeit der Arbeitsgruppe setzt deshalb genau an diesen Stellen an“, berichtet Ralf Heese, stellvertretender Geschäftsführer. Gemeinsam sollen Ansatzpunkte identifiziert werden, die dazu beitragen können, zukünftig steigende Operationszahlen zu ermöglichen. Bereits beim ersten Treffen wurden Schlüsselgrößen wie etwa eine noch gleichmäßigere Auslastung über die einzelnen Wochentage und OP-Säle oder die Reduzierung von Wechselzeiten zwischen den Operationen herausgearbeitet. Diese Schlüsselgrößen müssen nun näher untersucht werden. „Was sollte sich ändern, um Optimierungen zu erzielen? Kann man kurzfristig zum Beispiel an der OP-Planung ansetzen oder müssen mittelfristig räumliche Veränderungen vorbereitet werden? Was bedeuten Veränderungen im OP für die unmittelbar angrenzenden Bereiche wie Intensivstation oder auch Zentralsterilisation?“

INTEGRIERTE VERSORGUNG EINGERICHTET

Barmer Ersatzkasse und St. Josef-Stift vollauf zufrieden

Seit dem 1. Oktober 2004 ist sie Wirklichkeit: Die Integrierte Versorgung in der Total-Endoprothetik erweitert die Leistungspalette des St. Josef-Stiftes. Mit der Barmer Ersatzkasse und der Saline Bad Sasendorf wurde an diesem Tag ein entsprechender Vertrag geschlossen. Weitere Kooperationspartner wie die Dörenberg-Klinik Bad Iburg und die Klinik Porta Westfalica in Bad Oeynhausen werden dem Modell wahrscheinlich schon in Kürze beitreten.

In der Zwischenzeit wurde bereits intensiv an den neuen Abläufen in der Integrierten Versorgung gefeilt: Jeweils Dienstagnachmittags findet seit Anfang Dezember eine Sprechstunde statt, bei der die Patienten über die Integrierte Versorgung umfassend informiert werden und dann sowohl mit dem Operateur als auch der Anästhesistin die mögliche Operation durchsprechen und zugleich alle erforderlichen Voruntersuchungen stattfinden. Selbst die Eigenblutspende kann, sofern medizinisch sinnvoll und gewünscht, bereits an diesem Tag durchgeführt werden.

Besprochen werden zudem schon die sich an den stationären Aufenthalt anschließenden Möglichkeiten der Rehabilitation. Eine neuerliche Anreise zu einem zweiten Termin ist also in aller Regel nicht mehr erforderlich.

Zur Integrierten Versorgung gehört darüber hinaus eine straffe Planung der entscheidenden Termine: Die oben beschriebene ambulante Vorstellung erfolgt in der Regel eine Woche nach der Kontaktaufnahme. Etwa vier bis sechs Wochen später kann dann schon die Operation durchgeführt werden, und auch die

Rehabilitation kann, da schon früh geplant, im Anschluss an den akutstationären Aufenthalt unverzüglich einsetzen.

Ansprechpartnerinnen für die Patientinnen und Patienten im Rahmen der Integrierten Versorgung sind insbesondere Christiane Welz und Martina Paschke. Sie informieren über das Konzept, stimmen die Termine ab und kümmern sich auch sonst um alle organisatorischen Belange der Patienten.

„Das Netzwerk zwischen dem St. Josef-Stift und seinen



kooperierenden Partnern wird von der Barmer Ersatzkasse als sehr positiv angesehen“, hat der stellvertretende Geschäftsführer Ralf Heese in den vergangenen Wochen erfahren. Als erfreulich bewerten sowohl die Verantwortlichen im Haus als auch bei der Barmer die Tatsache, dass das Modell von den Patienten sehr positiv aufgenommen wurde. Das Ziel der Integrierten Versorgung, die sektorenübergreifenden Abläufe zu optimieren, fand große Zustimmung. Schon in den ersten zwei Monaten haben sich etwa 50 Versicherte, bei denen eine Total-Endoprothetik anstand, für die Integrierte Versorgung entschieden. Allen Beteiligten ist aber auch klar, dass ein solcher Vertrag, wie er jetzt abgeschlossen wurde, erst die Voraussetzungen für eine noch engere Kooperation und Abstimmung schafft. Er ist sozusagen das Startsignal für eine intensive Zusammenarbeit in einem neu entstehenden Netzwerk.

Angestrebt werden soll darüber hinaus auch eine enge Kooperation mit interessierten, niedergelassenen Ärzten. Auch hier sind Modelle einer engen organisatorischen Abstimmung vorstellbar, müssen aber im Einzelfall sich noch gemeinsam erarbeitet werden.

STURZRISIKO MINIMIERT – STRUKTURIERTE VORBEUGUNG IN DER ORTHOPÄDIE

Im Krankenhaus bewegen sich viele Patienten mit Einschränkungen in einer für sie ungewohnten Umgebung – da kann es leicht zu einem Sturz kommen. Insbesondere Patienten, die bereits zuhause gestürzt sind, haben z.B. nach einer Operation ein besonders hohes Risiko.

Im Rahmen ihrer Weiterbildung zur Stationsleiterin erstellte Frau Marion Neukirch ein Programm zur Reduzierung dieser Sturzgefahr.

Sie wurde hierbei unterstützt von einem Pflegestudenten der Fachhochschule Münster, der im St. Josef-Stift sein Praxissemester absolvierte.

Das Vorsorgeprogramm besteht aus mehreren Teilen

- Bei jedem Patienten wird bei Aufnahme anhand einer speziell für das St. Josef-Stift entwickelten Checkliste das individuelle Sturzrisiko eingeschätzt.
- Basierend auf dieser Einschätzung wird eine auf den Patienten abgestimmte Vorsorge geplant.
- Geschieht trotz aller Vorsichtsmaßnahmen trotzdem ein Sturz, wird dieser erfasst und fließt in eine statistische Auswertung ein – unabhängig davon, ob der Patient verletzt wurde.

Praktische Auswirkungen des eingeführten Sturzrisikomanagement sind beispielsweise Schulungsmaßnahmen und die Anschaffung von speziellen Dusch-Rollstühlen, in denen die Patienten sich selbständiger und sicherer bewegen können.

Frau Neukirch ist nach Umsetzung des Projektes zur bundesweiten Konsensuskonferenz zum Thema Sturzrisikomanagement eingeladen worden und als Referentin zu diesem Thema tätig.



▲ Patientin mit Toilettenrollstuhl

AUF DEM WEG ZUM „SCHMERZFREIEN“ KRANKENHAUS



▲ *Chefärztin Dr. Schweppe-Hartenauer*

Umgesetzt wurden an die Patienten angepasste Therapiestandards und regelmäßige strukturierte Abfragen, wie stark die Schmerzen der Patienten sind. Hierzu wurden für alle Bereiche Fortbildungen durchgeführt.

Im St. Josef-Stift werden viele große Operationen durchgeführt. Um zu gewährleisten, dass die Patienten nach diesen Eingriffen kaum Schmerzen haben und sich schnell wieder gut bewegen können, werden viele moderne Verfahren eingesetzt.

Nach Knie-Operationen erleichtern die Schmerzkatheter, die während der Operation gesetzt werden, noch einige Tage nach der Operation die wirksame Schmerzbekämpfung direkt im Operationsgebiet.

Um diese Maßnahmen der Ärzte, Pflegenden und Therapeuten noch besser aufeinander abzustimmen trifft sich seit Anfang 2004 regelmäßig eine Arbeitsgruppe unter der Leitung von Frau Dr. Schweppe-Hartenauer, der Chefärztin für Anästhesie.

In dieser Arbeitsgruppe wurden gemeinsame Vorgehensweisen besprochen und umgesetzt, um eine Schmerzfreiheit der Patienten gerade auch bei den Bewegungsübungen zu erreichen, die für den Erfolg der Operationen außerordentlich wichtig sind.

G WEITERGEHENDE INFORMATIONEN

Verantwortliche(r) für den Qualitätsbericht:

Krankenhausvorstand:

Werner Strotmeier, Geschäftsführer

Telefon: +49 (0) 2526 300-1100

Email: strotmeier@st-josef-stift.de

Prof. Dr. med. Rolf K. Mielhke, Ärztlicher Direktor

Telefon: +49 (0) 2526 300-1570

Email: mielhke@st-josef-stift.de

Detlef Roggenkemper, Pflegedirektor

Telefon: +49 (0) 2526 300-1150

Email: roggkemper@st-josef-stift.de

Qualitätsmanagementbeauftragter:

Detlef Roggenkemper

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

ORTHOPÄDISCHES ZENTRUM

Klinik für Orthopädie und Traumatologie

Chefarzt: Dr. med. Frank Horst

Sekretariat: Brigitte Volkery

Telefon: +49 (0) 2526 300-1501

Telefax: +49 (0) 2526 300-1515

E-mail: horst@st-josef-stift.de

Abteilung für Wirbelsäulenorthopädie

Chefarzt: Dr. med. Gerd Syndicus

Sekretariat: Hildegard Lütke-Verspohl

Telefon: +49 (0) 2526 300-1521

Telefax: +49 (0) 2526 300-1525

E-mail: wo@st-josef-stift.de

Abteilung für Ambulante Operationen und Sporttraumatologie

Chefarzt: Dr. med. Carsten Radas

Sekretariat: Melanie Broer

Telefon: +49 (0) 2526 300-1581

Telefax: +49 (0) 2526 300-1585

E-mail: radas@st-josef-stift.de

NORDWESTDEUTSCHES RHEUMAZENTRUM
Klinik für Rheumatologie

Chefarzt: Prof. Dr. med. Michael Hammer
Sekretariat: Dorothy Bölting
Telefon: +49 (0) 2526 300-1541
Telefax: +49 (0) 2526 300-1555
E-mail: hammer@st-josef-stift.de

Abteilung für Rheumaorthopädie

Chefarzt: Dr. med. Rolf K. Miehke
Sekretariat: Maria Holtkamp
Telefon: +49 (0) 2526 300-1570, -1571
Telefax: +49 (0) 2526 300-1578
E-mail: miehke@st-josef-stift.de

Abteilung für Kinder- und Jugendrheumatologie

Chefarzt: Dr. med. Gerd Ganser
Sekretariat: Sandra Mykalla, Doris Folgmann
Telefon: +49 (0) 2526 300-1561
Telefax: +49 (0) 2526 300-1565
E-mail: ganser@st-josef-stift.de

Abt. für Anästhesie und Intensivmedizin

Chefärztin: Dr. med. Marie-Luise Schweppe-Hartenauer
Telefon: +49 (0) 2526 300-1530
Telefax: +49 (0) 2526 300-1010
E-mail: an@st-josef-stift.de

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

Weitere Informationen über unser Haus erhalten Sie auf unserer Homepage:
www.st-josef-stift.de

Für Patienten der Kinder- und Jugendrheumatologie und deren Eltern haben wir folgende Informationsseite erstellt:
www.rheumax.de

Sämtliche Ergebnisse der externen Qualitätssicherung und die detaillierten Ergebnisse der Patientenbefragung können Sie auf unserer Homepage einsehen:
www.st-josef-stift.de

WEITERE EINRICHTUNGEN

St. Josef-Stift Sendenhorst als Verwaltungszentrum und Gesellschafter der St. Elisabeth-Stift gGmbH

St. Elisabeth-Stift Sendenhorst

Wohnhaus für ältere Menschen

Kurzzeitpflege

Betreutes Wohnen

Westtor 7 · 48324 Sendenhorst

Tel.: +49 (0) 2526 300-1800

Fax: +49 (0) 2526 300-1888

E-mail: info@st-elisabeth-stift.de

Internet: www.st-elisabeth-stift.de

St. Josefs-Haus Albersloh

Altenwohnheim

Betreutes Wohnen

Teckelschlaut 13 · 48324 Sendenhorst

Tel.: +49 (0) 2535 95335-0

Fax: +49 (0) 2535 95335-55

E-mail: info@st-josefs-haus.de

Internet: www.st-josefs-haus.de

St. Magnus-Haus Everswinkel

Wohnen und Pflege

Altenwohnheim

Tagespflege

Betreutes Wohnen

Am Haus Borg 4a · 48351 Everswinkel

Tel.: +49 (0) 2582 6697-0

Fax: +49 (0) 2582 6697-12

E-mail: info@st-magnus-haus.de

Internet: www.st-magnus-haus.de

Caritas Sozialstation St. Elisabeth

Ambulante Alten- und Krankenpflege

Westtor 7 · 48324 Sendenhorst

Tel.: +49 (0) 2526 300-3030

Internet: www.st-elisabeth-stift.de

www.caritas-ahlen.de



ST. JOSEF-STIFT SENDENHORST