

# **Strukturierter Qualitätsbericht**

gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V

für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser

**inkl. Erweiterungen zur Datensatzbeschreibung**

**Standort:**

Lfd. Nr.:

Anschrift:

Telefon:

Telefax:

E-Mail:

Internet:

**Krankenhaus: St. Georg Krankenhaus Fredeburg**

Anschrift: Im Ohle 31

57392 Schmallebenberg

Telefon: 02974-710711500

Telefax: 02974-711502

E-Mail: [info@krh-bad-fredeburg.de](mailto:info@krh-bad-fredeburg.de)

Internet: [www.krh-bad-fredeburg.de](http://www.krh-bad-fredeburg.de)

**Berichtsjahr: 2004**

## Inhaltsverzeichnis

<b>Basisteil</b>	<b>3</b>	
A	Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	3
B-1	Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	9
B-2	Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	15
C	Qualitätssicherung	19
C-1	Externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V	19
C-3	Ergebnisse in der externen Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V	20
C-4	Qualitätssicherungsmaßnahmen bei Disease-Management-Programmen (DMP)	21
C-5.1	Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach §137 Abs. 1 S.3 Nr. 3 SGB V	22
<b>Systemteil</b>	<b>23</b>	
D	Qualitätspolitik	23
E	Qualitätsmanagement und dessen Bewertung	24
F	Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum	27
G	Weitergehende Informationen	30

## Basisteil

### A Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

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

Im Ohle 31  
57392 Schmalleberg  
info@krh-bad-fredeburg.de  
www.krh-bad-fredeburg.de

---

A-1.2 Wie lautet das Institutionskennzeichen des Krankenhauses?

260590787

---

A-1.2 / 1.1.3 Sonstige verwendete Institutionskennzeichen

#### Institutionskennzeichen

A-1.3 Wie lautet der Name des Krankenhausträgers?

KH Kurklinik Hochsauerland GmbH

---

A-1.4 Handelt es sich um ein akademisches Lehrkrankenhaus?

ja  nein

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

102

---

A-1.6 Gesamtzahl der im abgelaufenen Kalenderjahr behandelten Patienten:

Stationäre Patienten:

3077

Ambulante Patienten:

6625

## A-1.7 A Fachabteilungen

Schlüssel nach § 301 SGB V	Name der Klinik	Zahl der Betten	Zahl Stationäre Fälle	Hauptabt. (HA) oder Belegabt. (BA)	Poliklinik/ Ambulanz ja (j) / nein(n)	DArzt- Verfahren ja (j) / nein(n) (A-2.0)
0100	Innere Medizin	40	1174	HA	Ja	Nein
1500	Allgemeine Chirurgie	50	1380	HA	Ja	Nein
2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe Anästhesie	12	583	BA	Nein Ja	Nein Nein

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

Rang	DRG 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1	F20	Unterbindung u. Stripping von Venen	167
2	P67	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht > 2499 g	107
3	V60	Alkoholintoxikation und -entzug	105
4	I18	Eingriffe am Kniegelenk	101
5	N10	Diagnostische Kürettage oder diagnostische Hysteroskopie	74
6	O60	Vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose	59
7	G09	Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien	59
8	N07	Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen außer bei bösartiger Neubildung	46
9	I03	Ersatz des Hüftgelenkes ohne äußerst CC	40
10	J65	Verletzung der Haut, Unterhaut und Mamma, Alter < 70 Jahre	40
11	O64	Frustrane Wehen	39
12	J64	Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut Alter > 59 Jahre	39
13	G67	Ösophagitis, Gastroenteritis u. verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane	38
14	O65	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme mit schwerer komplizierender Diagnose	33
15	B69	Transitorische ischämische Attacke	33
16	G67	Ösophagitis, Gastroenteritis u. verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane	33
17	B76	Anfälle, Alter > 2 Jahre ohne äußerst schwere CC	32
18	N04	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung	30
19	F71	Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen	30
20	G44	Andere Koloskopie	30
21	F62	Herzinsuffizienz und Schock	29
22	B05	Dekompression bei Karpaltunnelsyndrom	29
23	I19	Andere Eingriffe an Ellenbogengelenk oder Unterarm	28
24	I23	Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesenmaterial außer an Hüftgelenk und Femur	28
25	J07	Kleine Eingriffe bei bösartigen Neubildungen der Mamma	27
26	F73	Synkope und Kollaps ohne äußerst schwere CC	27
27	G45	Andere Gastroskopie bei nicht schweren Krankheiten der Verdauungsorgane	27
28	I13	Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk	27
29	I68	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelbereich	27
30	O62	Drohender Abort	26

A-1.8 Besondere Versorgungsschwerpunkte

Für psychiatrische Fachkrankenhäuser bzw. Krankenhäuser mit psychiatrischen Fachabteilungen:

Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung

ja  nein

A-1.8 / 1.1.1.1 Medizinisch-therapeutische Versorgungsschwerpunkte

**Besonderer Versorgungsschwerpunkt**

A-1.8 / 1.1.1.2 Serviceorientierte Leistungsangebote

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

37	Unterbringung Begleitperson	Ja
38	Videogerät am Bett/ im Zimmer	Nein
39	Wertfach/ Tresor am Bett/ im Zimmer	Nein
40	Zweibettzimmer mit eigener Nasszelle Regelleistung	Nein
00		Nein

A-1.9 / 1.1.1.3      Ambulante Behandlungsmöglichkeiten durch Krankenhäuser

**Angebote Leistung**

Ambulante Behandlungsmöglichkeiten für die gesamte Allgemein- und Unfallchirurgie sowie Kinderchirurgie, auch mit Diagnostik zur Abklärung der Operationsnotwendigkeit, Nachbehandlung nach Eingriffen, amb. Eingriffe der "kleinen" Chirurgie, ambulantes Operieren, Behandlung von Notfällen, durchgangsärztliche Behandlung von Arbeits-, Schul- und Wegeunfällen. Herzkatheter, Spiegelung der Bronchien, des Darmes und des Magens, Dialyse

---

A-1.9 / 1.1.1.5      Ambulante Behandlung durch Krankenhausärzte

**Angebotenes Fachgebiet**

siehe oben A-1.9/ 1.1.1.3

A-1.9 / 1.1.1.6      Ambulante Behandlung wegen Unterversorgung durch Krankenhäuser

**Angebotenes Fachgebiet**

A-2.1 Apparative Ausstattung und therapeutische Möglichkeiten

A-2.1.1 Apparative Ausstattung

<b>Apparative Ausstattung</b>	<b>Vorhanden</b>	<b>Verfügbarkeit 24 Stunden sicherge- stellt</b>
Computertomographie	Nein	Ja
Magnetresonanztomographie	Nein	Ja
Herzkatheterlabor	Nein	Ja
Szintigraphie	Nein	Ja
Positronenemissionstomographie	Nein	Ja
Elektronenzephalogramm	Nein	Ja
Angiographie	Nein	Ja
Schlaflabor	Nein	Ja

A-2.1.2 Therapeutische Möglichkeiten

<b>Therapeutische Möglichkeit</b>	<b>Vorhanden</b>
Physiotherapie	Ja
Dialyse	Ja
Logopädie	Nein
Ergotherapie	Nein
Schmerztherapie	Ja
Eigenblutspende	Ja
Gruppenpsychotherapie	Nein
Einzelpsychotherapie	Nein
Psychoedukation	Nein
Thrombolyse	Ja
Bestrahlung	Nein

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

### B-1.1 Innere Medizin

#### B-1.2 / 1.1.19.2 Medizinisches Leistungsspektrum/ Versorgungsschwerpunkt der Fachabteilung

Nr	Bezeichnung
11	Diabetesschulung
12	Dialyse
16	Ernährungs-/Diätberatung
28	Physiotherapie
32	Sozialdienst

#### B-1.4 / 1.1.19.3 Leistungsangebot der Fachabteilung

Nr	Bezeichnung
02	Allgemeine Sprechstunden
04	Computergestützte Patienteninformationssysteme
05	Patienteninformationsmaterial: Faltblätter, Broschüren zu Krankheitsbildern und interventionellen/operativen Verfahren
08	Unterbringungsmöglichkeit von Begleitpersonen
03	Beratungsangebote für spezifische Patientengruppen (z.B. Stillberatung, Inkontinenzberatung, Diätberatung, et cet.)

#### B-1.5 Mindestens die Top-10 DRG (nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilung im Berichtsjahr

Rang	DRG 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1	V60	Alkoholintoxikation	105
2	B69	Transitorische ischämische Attacke	33
3	G67	Ösophagitis, Gastroenteritis u. verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane	33
4	B76	Anfälle, Alter > 2 Jahre ohne äußerst schwere CC	32
5	F71	Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen	30
6	G44	Andere Koloskopie	30
7	F62	Herzinsuffizienz und Schock	29
8	F73	Synkope und Kollaps ohne äußerst schwere CC	27
9	G45	Andere Gastroskopie bei nicht schweren Krankheiten der Verdauungsorgane	27
10	X62	Vergiftungen, Toxische Wirkungen von Drogen	26

B-1.6 Mindestens die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen der Fachabteilung im Berichtsjahr

	<b>ICD-10 Nummer (3-stellig)</b>	<b>Fälle absolute An- zahl</b>	<b>in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)</b>
1	F10	110	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol
2	G45	54	Zerebrale transitorische ischämische Attacken und verwandte Syndrome
3	I48	45	Vorhofflattern und Vorhofflimmern
4	I50	41	Herzinsuffizienz
5	A09	38	Diarrhoe und Gastroenteritis, vermutlich infektiösen Ursprungs
6	G40	38	Epilepsie
7	I20	30	Angina pectoris
8	R55	28	Synkope und Kollaps
9	I21	27	Akuter Myokardinfarkt
10	J18	27	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet

B-1.1 **Allgemeine Chirurgie**

B-1.2 / 1.1.19.2 Medizinisches Leistungsspektrum/ Versorgungsschwerpunkt der Fachabteilung

<b>Nr</b>	<b>Bezeichnung</b>
24	Minimal-invasive Eingriffe
28	Physiotherapie
30	Regelmäßige Fortbildungsveranstaltungen für Hausärzte
32	Sozialdienst
13	Eigenblutspende

B-1.4 / 1.1.19.3 Leistungsangebot der Fachabteilung

<b>Nr</b>	<b>Bezeichnung</b>
02	Allgemeine Sprechstunden
04	Computergestützte Patienteninformationssysteme
05	Patienteninformationsmaterial: Faltblätter, Broschüren zu Krankheitsbildern und interventionellen/operativen Verfahren
08	Unterbringungsmöglichkeit von Begleitpersonen
03	Beratungsangebote für spezifische Patientengruppen (z.B. Stillberatung, Inkontinenzberatung, Diätberatung, et cet.)

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

<b>Rang</b>	<b>DRG 3-stellig</b>	<b>Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)</b>	<b>Fallzahl</b>
1	F20	Unterbindung und Stripping von Venen	167
2	I18	Eingriffe am Kniegelenk	101
3	G09	Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien	59
4	I03	Ersatz des Hüftgelenkes	40
5	J65	Verletzung der Haut, Unterhaut	40
6	J64	Infektion / Entzündung der Haut, Unterhaut	39
7	G67	Ösophagitis, Gastroenteritis u. verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane	38
8	B05	Dekompression bei Karpaltunnelsyndrom	29
9	I19	Andere Eingriffe an Ellenbogengelenk oder Unterarm	28
10	I23	Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesenmaterial außer an Hüftgelenk und Femur	28

B-1.6 Mindestens die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen der Fachabteilung im Berichtsjahr

	<b>ICD-10 Nummer (3-stellig)</b>	<b>Fälle absolute An- zahl</b>	<b>in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)</b>
1	I83	167	Varizen der unteren Extremitäten
2	S72	56	Fraktur des Femurs
3	K40	55	Hernia inguinalis
4	S82	55	Fraktur des Unterschenkels, einschl. des oberen Sprunggelenkes
5	M23	53	Binnenschädigung des Kniegelenkes
6	S83	41	Luxation, Verstauchung u. Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern
7	S52	35	Fraktur des Unterarmes
8	G56	33	Mononeuropathien der oberen Extremität
9	M16	30	Koxarthrose (Arthrose des Hüftgelenkes)
10	K35	29	Akuter Blinddarm

B-1.7 Mindestens die 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe der Fachabteilung im Berichtsjahr

	<b>OPS-301 Nummer (4-stellig)</b>	<b>Fälle absolute An- zahl</b>	<b>in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)</b>
1	5385	191	Unterbindung, Exzision und Stripping von Varizen: Crossektomie und Stripping: V. saphena magna
2	5812	154	Arthroskopische Gelenkoperationen am Meniskus (Kniespiegelung), Knorpel oder Schleimhaut
3	5792	106	Versorgung von Knochenbrüchen
4	5530	61	Versorgung von Weichteilbrüchen (z.B. Leistenbruch)
5	5399	58	Gefäßoperationen (z.B. Portanlage)
6	5820	54	Hüftprothesenimplantationen
7	5511	38	Gallenblasenoperationen durch Bauchspiegelung
8	5470	37	Blinddarmoperationen
9	5056	37	Nervenengpassoperationen (z.B. Karpaltunnel)
10	5062	22	Schilddrüsenoperationen

**B-1.1 Frauenheilkunde und Geburtshilfe**

B-1.2 / 1.1.19.2 Medizinisches Leistungsspektrum/ Versorgungsschwerpunkt der Fachabteilung

<b>Nr</b>	<b>Bezeichnung</b>
05	Anästhesist 24 Std. im Haus
24	Minimal-invasive Eingriffe
27	Naturheilverfahren
05	Anästhesist 24 Std. im Haus
31	Schmerztherapie

B-1.4 / 1.1.19.3 Leistungsangebot der Fachabteilung

<b>Nr</b>	<b>Bezeichnung</b>
02	Allgemeine Sprechstunden
03	Beratungsangebote für spezifische Patientengruppen (z.B. Stillberatung, Inkontinenzberatung, Diätberatung, et cet.)
04	Computergestützte Patienteninformationssysteme
05	Patienteninformationsmaterial: Faltblätter, Broschüren zu Krankheitsbildern und interventionellen/operativen Verfahren
06	Rooming in

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

<b>Rang</b>	<b>DRG 3-stellig</b>	<b>Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)</b>	<b>Fallzahl</b>
1	P67	Neugeborenes	115
2	N10	Diagnostische Kürettage (Ausschabung)	74
3	O60	Vaginale Entbindung	63
4	N07	Andere Eingriffe an Uterus (an der Gebärmutter)	46
5	O64	Unnütze Wehen	39
6	O65	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahmen	33
7	N04	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung (Entfernung der Gebärmutter)	30
8	J07	Kleine Eingriffe bei bösartigen Neubildungen	27
9	O62	Drohender Abort (Fehlgeburt)	26
10	O01	Sectio caesarea (Kaiserschnitt)	24

B-1.6 Mindestens die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen der Fachabteilung im Berichtsjahr

	<b>ICD-10 Nummer (3-stellig)</b>	<b>Fälle absolute An- zahl</b>	<b>in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)</b>
1	Z38	103	Lebendgeborene nach dem Geburtsort
2	O80	53	Spontangeburt eines Einlings
3	O82	41	Geburt eines Einlings durch Schnittentbindung
4	O47	32	Frustrane Kontraktionen (Unnütze Wehen)
5	D25	27	Leiomyom des Uterus (Gebärmutter)
6	O20	27	Blutung in der Frühschwangerschaft
7	N83	22	Nichtentzündliche Krankheiten des Ovars (Eierstock)
8	P07	20	Störungen im Zusammenhang mit kurzer Schwangerschaftsdauer
9	N80	18	Endometriose
10	N95	18	Klimakterische Störungen

B-1.7 Mindestens die 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe der Fachabteilung im Berichtsjahr

	<b>OPS-301 Nummer (4-stellig)</b>	<b>Fälle absolute An- zahl</b>	<b>in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)</b>
1	5690	143	Therapeutische Kürettage (Ausschabung)
2	1672	135	Diagnostische Hysteroskopie (Spiegelung der Gebärmutter)
3	1694	43	Diagnostische Laparoskopie (Bauchspiegelung)
4	9260	40	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt
5	8910	39	Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie (PDA)
6	9261	33	Überwachung und Leitung einer Risikogeburt
7	5738	31	Dammschnitt und Naht: Episiotomie
8	5740	27	Klassische Sectio caesarea: Kaiserschnitt
9	5683	24	vaginale Gebärmutterentfernung
10	5870	23	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe ohne axilläre Lymphadenektomie

## B-1.1 Anästhesie

B-1.2 / 1.1.19.2 Medizinisches Leistungsspektrum/ Versorgungsschwerpunkt der Fachabteilung

Nr	Bezeichnung
05	Anästhesist 24 Std. im Haus
30	Regelmäßige Fortbildungsveranstaltungen für Hausärzte
30	Regelmäßige Fortbildungsveranstaltungen für Hausärzte
13	Eigenblutspende
20	Homopathie

B-1.4 / 1.1.19.3 Leistungsangebot der Fachabteilung

Nr	Bezeichnung
03	Beratungsangebote für spezifische Patientengruppen (z.B. Stillberatung, Inkontinenzberatung, Diätberatung, et cet.)
02	Allgemeine Sprechstunden
05	Patienteninformationsmaterial: Faltblätter, Broschüren zu Krankheitsbildern und interventionellen/operativen Verfahren
04	Computergestützte Patienteninformationssysteme

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

B-2.1 / 1.1.1.4 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

**EBM Erbrachte Fallzahl gesamt**  
82

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

Schl. nach § 301 SGB V	Fachabteilung	EBM-Nummer (vollständig)	in umgangssprachlicher Klarschrift	Fälle absolut	
1500	Allgemeine Chirurgie	1	2102	Radikale u. ausgedehnte Exzision v. erkrankten Geweben an Haut u. Unterhaut	36
		2	2209	Operationen am Nabelorgan	20
		3	1741	Cirkumzision	12
		4	2361	Metallentfernungen	6
		5	2862	Varizenoperationen	6
2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	1	1104	Abrasio (Ausschabung)	30
		2	1110	Hysteroskopie (Spiegelung der Gebärmutter)	8
		3	1090	Entfernung einer Spirale	3
		4	2101	Vulva PE (Gewebeprobeentnahme)	3
		5	2110	Konusexcision Mamma (Probeentnahme der Brust)	2

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

Psychiatrische Institutsambulanz (§ 118 SGB V)	<u>0</u>
Sozialpädiatrisches Zentrum (§ 119 SGB V)	<u>0</u>

B-2.3 / 1.1.1.7 Fachgebiet/Kliniken mit Hochschulambulanz §117 SGB V

**Fachgebiet / Kliniken mit Hochschulambulanz** **Fallzahl**

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

	Abteilung	Anzahl der beschäftigten Ärzte insgesamt	Anzahl der Ärzte in der Weiterbildung	Anzahl Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung
0100	Innere Medizin	6	4	2
1500	Allgemeine Chirurgie	7	2	6
2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	2		2
	<b>Gesamt</b>	15,00	6,00	10,00

Anzahl der Ärzte mit Weiterbildungsbefugnis (gesamtes Krankenhaus):

2

## B-2.5

## Personalqualifikation im Pflegedienst (Stichtag 31.12. Berichtsjahr)

	Abteilung	Anzahl der be- schäftig- ten Pfl- gekräfte insge- samt	Prozentua- ler Anteil der exami- nierten Kranken- schwestern /-pfleger (3 Jahre)	Prozentualer Anteil der Kranken- schwestern/- pfleger mit entsprechen- der Fachwei- terbildung (3 Jahre plus Fachweiterbil- dung)	Prozen- tualer Anteil Kranken- pflege- helfer/ in (1 Jahr)
<b>0100</b>	<b>Innere Medizin</b>	24	55	9	45
<b>1500</b>	<b>Allgemeine Chirurgie</b>	20	70	10	30
<b>2400</b>	<b>Frauenheilkunde und Geburtshilfe</b>	18	62	6	38
	<b>Gesamt</b>	62	62	8	38

## C Qualitätssicherung

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

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

	Leistungsbereich	Leistungsbereich wird vom Krankenhaus erbracht	Teilnahme an der externen Qualitätssicherung	Dokumentationsrate	
				Krankenhaus	Bundesdurchschnitt
1	Aortenklappenchirurgie	Nein			
2	Cholezystektomie	Ja	Ja	1,00	
3	Gynäkologische Operationen	Ja			
4	Herzschrittmacher-Erstimplantation	Ja	Ja	1,00	
5	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	Ja	Ja	1,00	
6	Herzschrittmacher-Revision	Ja	Ja	1,00	
7	Herztransplantation	Nein			
8	Hüftgelenknahe Femurfraktur (ohne subtrochantäre Frakturen)	Ja	Ja	1,00	
9	Hüft-Totalendoprothesen-Wechsel	Ja	Ja	1,00	
10	Karotis-Rekonstruktion	Nein			
11	Knie-Totalendoprothese (TEP)	Ja	Ja	1,00	
12	Knie-Totalendoprothesen-Wechsel	Ja	Ja	1,00	
13	Kombinierte Koronar- und Aortenklappen-Chirurgie	Nein			
14	Koronarangiografie / Perkutane transluminale Koronarangioplastie (PTCA)	Nein			
15	Koronarchirurgie	Nein			
16	Mammachirurgie	Ja	Ja	1,00	
17	Perinatalmedizin	Ja	Ja	1,00	
18	Pflege: Dekubitusprophylaxe mit Kopplung an die Leistungsbereiche 1, 8, 9, 11, 12, 13, 15, 19	Ja	Ja	1,00	
19	Totalendoprothese(TEP bei Koxarthrose)	Ja	Ja	1,00	
00	Gesamt			1,00	

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

C-3 / 1.1.1.16 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht (§ 112 SGB V)

**QS Ja/**    **Leistungsbereich**  
**Nein**

Geschäftsstelle Qualitätssicherung qs-nrw, Regionalvertretung Westfalen-  
Lippe  
Onkologischer Schwerpunkt Hamm  
KV  
Ärztekammer  
Onkologischer Schwerpunkt Uni Marburg (Gynäkologie)

---

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

C-4 / 1.1.1.17      Leistungsbereiche Krankenhaus QS-DMP

### **Leistungsbereich**

Das St. Georg Krankenhaus nimmt zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht an DMP-Qualitätssicherungsmaßnahmen teil, jedoch läuft der Antrag für Diabetes mellitus II. Der Antrag für koronare Herzkrankheiten folgt in Kürze.

---

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

Leistung <sup>1</sup>	OPS der einbezogenen Leistungen <sup>1</sup>	Mindestmenge <sup>1</sup> (pro Jahr)	Leistung wird im Krankenhaus erbracht  (Ja/ Nein)	Erbrachte Menge (pro Jahr)		Anzahl der Fälle mit Komplikation im Berichtsjahr
				pro KH (4a)/ pro gelistetem Operateur (4b) <sup>2</sup>	4b	
1a	1b	2	3	4a	4b	5
01 Lebertransplantation		10	Nein			
02 Nierentransplantation		20	Nein			
03 Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus		5/5	Nein			
04 Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas		5/5	Nein			
05 Stammzelltransplantation		12+/- 2 [10-14]	Nein			

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

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

## Systemteil

### D Qualitätspolitik

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

#### Qualitätspolitik

Die Qualitätspolitik leitet sich unmittelbar aus dem Leitbild des St. Georg Krankenhauses ab und überträgt und konkretisiert die dort aufgeführten Ziele auf das Qualitätsmanagement

1. Die kontinuierliche Verbesserung der von unseren Mitarbeitern am Patienten erbrachten Qualität hat eine besonders hohe Bedeutung.
2. Im Rahmen des hausweiten Qualitätsmanagement wird sichergestellt, dass auch in Zeiten sich stetig wandelnder Rahmenbedingungen und steigender Bedeutung der Kosten, der Patient und seine Genesung das oberste Ziel der Behandlung im St. Georg Krankenhaus darstellen.
3. Durch den frühzeitigen freiwilligen Aufbau und Weiterentwicklung eines sich an dem Konzept der „Kooperation für Qualität und Transparenz“ (KTQ) orientierenden hausweiten Qualitätsmanagementsystems wurde der Rahmen für die kontinuierliche Verbesserung der Qualität geschaffen. Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität stellen die relevanten Kriterien für die Bewertung der Qualität dar.
4. Neben der fachlichen Fort- und Weiterbildung nimmt die Vermittlung der QM-Techniken und des Nutzens der Anwendung der QM-Techniken eine zentrale Bedeutung ein.
5. Aus der Nutzung von Qualitäts-Benchmarks und sogenannten Qualitäts-Best Practices aus anderen Krankenhäusern wollen wir Hinweise für Verbesserungen unserer Abläufe und Strukturen gewinnen. Mit Hilfe des Qualitätsmanagements sollen unsere Kern- und Unterstützungsprozesse weiter optimiert werden.
6. Das Qualitätsmanagement und die Einbindung aller Mitarbeiter des St. Georg Krankenhauses hat für die Krankenhausleitung eine besondere Bedeutung. Im Sinne des Qualitätsmanagements verpflichten sich die Krankenhausleitung und der Qualitätsmanagement-Beauftragte zur kontinuierlichen Reduzierung der Fehler und zur Schaffung einer im Umgang mit Fehlern offenen Unternehmenskultur.
7. Die Krankenhausleitung und der QM-Beauftragte werden die Rahmenbedingungen dafür schaffen, dass Verbesserungsvorschläge im Sinne des Qualitätsmanagements gefördert und Anreize zu deren Erweiterung geschaffen werden.

#### Qualitätsziele für das Jahr 2004

- 1) Durchführung einer 1. systematischen Patientenzufriedenheitsbefragung bis zur Zertifizierung
- 2) Etablierung einer QM-Organisation
- 3) Vorbereitung zur erfolgreichen Zertifizierung nach KTQ bis Ende des Jahres
- 4) Erreichung einer Mindestpunktzahl von 60% im Rahmen der KTQ-Zertifizierung
- 5) Reduktion der beeinflussbaren Komplikationen im med. / ärztlichen Bereich und Etablierung einer für Verbesserungen offenen Kultur.
- 6) Etablierung eines QM-Vorschlagswesens im Rahmen des Aufbaus einer Mitarbeiterbefragung.

## **E Qualitätsmanagement und dessen Bewertung**

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

#### **Aufbau des Qualitätsmanagements im St. Georg Krankenhaus Fredeburg**

Bereits im Jahr 2002 erkannte die Krankenhausleitung, vor dem Hintergrund der sich stetig wandelnden Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen, die Notwendigkeit ein Qualitätsmanagementsystem zu etablieren. Daher ließ man zunächst einen Mitarbeiter zum Qualitätsbeauftragten ausbilden. Im Jahr 2003 begann dann der schrittweise Aufbau des Qualitätsmanagementsystems.

Der Aufbau stellt sich so dar, dass die oberste Verantwortung und Entscheidungsbefugnis bei dem Lenkungsausschuss liegt, der sich zusammensetzt aus allen Chefärzten, der Pflegedienstleitung, dem Betriebsrat, dem QM-Beauftragten mit seinem QM-Team und der Krankenhausleitung, die den Vorsitz hat. Direkt darunter ist der QM-Beauftragte mit seinem QM-Team als zentrales Organ des Qualitätsmanagements angesiedelt. Darunter steht eine breite Ebene der Qualitätsverantwortlichen, welche in der Regel die Abteilungsleitungen sind. Zudem sind noch QM-verantwortlich der Ärztliche Direktor und die Pflegedienstleitung übergreifend aller Fachabteilungen. Darüber hinaus werden viele Mitarbeiter durch die Mitarbeit an den Projekten in das Qualitätsmanagement integriert. Die verschiedenen, gesetzlich geforderten Beauftragten wie z.B. Hygienefachkraft, -beauftragter, Sicherheitsbeauftragter, Strahlenschutzbeauftragter etc. werden im Rahmen der Kommissionen und deren regelmäßigen Sitzungen und Begehungen, Themen bezogen vom QM-Team in das QMS eingebunden.

Nach Festlegung der o.g. QM bezogenen Funktionen wurde zunächst für die gesamte Einrichtung eine Stärken/Schwächenanalyse durchgeführt. Um die erkannten Schwächen in Stärken umzuwandeln setzte man zahlreiche Projektarbeitsgruppen und Einzelaufträge ein, die nach Prioritäten, zeitlich gestaffelt, ihre Arbeit aufnahmen. Um zeitliche Verzögerungen zu vermeiden und die aktuelle Entwicklung stets transparent zu haben, werden regelmäßig Jour-Fixe-Sitzungen abgehalten. Ergebnisse und Teilergebnisse werden mehrmals jährlich durchgeführten Lenkungsausschusssitzungen vorgestellt; über Entscheidungsvorlagen aus den Projektarbeitsgruppen entscheidet der Lenkungsausschuss. Sollte keine einstimmige Zustimmung erfolgen, bekommt die Projektarbeitsgruppe den Auftrag zur Nachbearbeitung und/oder die wöchentlich stattfindene Leitungskonferenz (LEIKO) entscheidet später darüber.

Das QM-Team erarbeitet Jahresziele des Qualitätsmanagements für das Krankenhaus, um die Qualität fortlaufend zu verbessern; diese bedürfen der Zustimmung des Lenkungsausschuss.

---

## E-2 Qualitätsbewertung

### Qualitätsbewertung

Im März 2003 wurde eine erste Bewertung im St. Georg Krankenhaus durchgeführt. Hierzu wurde ein Beratungsunternehmen beauftragt. Als Instrument nutzte man hierbei schon den Selbstbewertungskatalog der KTQ.

Eine zweite Bewertung erfolgt im Dezember 2004 als Selbstbewertung auf Grundlage der aktuellen Version der KTQ.

---

### E-3 / 1.1.2.2 Ergebnis der externen vergleichenden QS aus BQS

<b>Nr. LB</b>	<b>Leistungsbereich</b>	<b>Nr. Ind.</b>	<b>Indikator</b>	<b>Ergebnis (%)</b>
	Ergebnisse 2002		St. Georg Krankenhaus	Nordrhein-Westfalen gesamt
	Hernien Anzahl Operationen		87	51.361
	Inkarzerierte Hernie		9	1.887
	Rezidivhernie		19 (23%)	5.730 (11,16%)
	Op-Team Operateur oder 1. Assistent Facharzt		100%	94,05%
	Op-Zeit Mittelwert		48,1 Minuten	53,3 Minuten
	Operation konventionell		100%	69,4%
	endoskopisch		-	26,8%
	Reinterventionsrate		0,00%	0,99%
	Eingriffsspezifische Komplikationen		0,00%	5,24%
	allgemeine postoperative Komplikationen		1,00%	4,35%
	Thrombembolische Komplikationen		0,00%	0,05%
	Wundhaematom/Nachblutung/Infektion/Abszeß		0,00%	2,66%
	Aufenthaltsdauer insgesamt		6,6 Tage	7,7 Tage
	postoperativer Aufenthalt		5,2 Tage	6,1 Tage

Erfasst wurden in der externen Qualitätssicherung auch:

Schenkelhals/Oberschenkelbrüche  
Hüftprothesen  
Knieprothesen  
Appendektomien  
Karpaltunnelsyndrom  
Herzschrittmacherimplantationen  
Varizen  
Gallenoperationen

Die Ergebnisse wurden aber von der externen Qualitätssicherungstelle noch nicht vorgelegt.

### E-3 / 1.1.2.3 Krankenhausindividuelle Kennzahlen der Ergebnisqualität

Indikator	Erläuterung g Indikator	Art Zähler	Anz Z	Art. eing. Nenner	Anz. N	Art ausg. Nenner	Anz. N	Verb essu ngs mas sna hme	Aktivität en
-----------	----------------------------	------------	----------	----------------------	-----------	---------------------	-----------	--	-----------------

## F Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum

### QM-Projekte im Berichtszeitraum 2003/2004

- 100 PAG-Patientenorientierung
- 101 Einheitliche und verbindliche Systematik zur Führung von Patientenakten mit verbindlichen Regelungen zur Vollständigkeit, die lfd. überprüft werden
- 102 Handzeichenliste
- 103 Systematische Leistungsabstimmung mit den Zuweisern (Vorbefunde, Patienteninformation, Weiterbehandlung)
- 104 Abstimmung der Visiten mit den Patientenbedürfnissen und Stationsabläufen
- 105 Sicherstellen durchgehend verantwortlicher Ansprechpartner für Patienten während des stationären Aufenthalts
- 106 Sicherstellen der Intimsphäre des Patienten
- 107 Sicherstellen einer zeitnahen Arztbriefherstellung
- 108 Koordination und Optimierung Leistungserbringung der Funktionsabteilungen
- 109 Sicherstellen der vollständigen Archivierung nachkommender Befunde
- 110 Schaffen von separaten Raucher/Nicht-Raucherzonen in der Cafeteria
- 111 Sicherstellen der Visiten an Wochenenden
- 112 Intensivstation: Verantwortlichkeiten und Kommunikation klären
- 113 Überprüfung der Konsiliarität hinsichtlich Effizienz, insbes. zeitnahe Bereitstellung, verwertbarer Ergebnisse (Lesbarkeit)
- 114 Überprüfen und Sicherstellen der ärztlichen (Mit-) Betreuung der Belegabteilung (Infusionen, Blutabnahmen)
- 115 Sicherstellen der Kommunikation zwischen Beleger-Praxis und Station
- 116 Sicherstellen einer vollständigen Dokumentation in der Belegabteilung (Aufnahme, Entlassungsstatus)
- 117 PAG OP-Planung und technische Optimierungen im OP
- 200 PAG-Mitarbeiterorientierung
- 201 Sicherstellen einer einheitlichen Einarbeitungsroutine und Systematische Erfassung und Kommunikation von Arbeitsanweisungen an die Mitarbeiter / Aufbau einer systematischen Personalentwicklung (MA-Gespräche, Beurteilungen)
- 202 Regelmäßige Erfassung der Mitarbeiterzufriedenheit (inkl. IT)
- 203 Erstellen von Stellenbeschreibungen (schrittweise) im gesamten Kh
- 204 Schaffung transparenter Beteiligungsmöglichkeiten für MA (Vorschläge, Wünsche, Ideen, Beschwerden) i nkl. eines Kommunikationskonzeptes zur Förderung der MA-Motivation
- 300 PAG-Sicherheit im Krankenhaus
- 301 Sicherstellung zeitnahe Verfügbarkeit von Röntgenbildern und Optimierung der Ablage
- 302 Überprüfung Sicherstellung von Vorsorgeuntersuchungen von Mitarbeitern in der Röntgenabteilung & Überprüfung der erforderlichen Regelungen
- 303 Etablierung Verfahren zur Vermeidung von Mehrfachuntersuchungen von Patienten in der Röntgenabteilung & Sicherstellung der Einhaltung der Strahlenschutz-VO
- 304 Überprüfung der erforderlichen Regelungen / Vorgaben zur Beschaffung von Gefahrstoffen (inkl. Desinfektionsmittel)
- 305 Sicherstellung Vollständigkeit und zentrale Verfügbarkeit von Betriebsanweisungen für spezielle Anlagen (Gefahrstoffe, Strahlenschutz, etc.)
- 306 Überprüfung / Erweiterung / Konkretisierung Beschaffungsvorgaben
- 307 Überprüfung weiteren Möglichkeiten zur Ausweitung des Umweltschutzes
- 308 Sicherstellung der Chargendokumentation
- 309 Konsequente Umsetzung der Hygienevorschriften (Info an Infektionszimmer, IM), Prüfung weiterer Ansatzpunkte
- 310 Verbindliche Leitlinien zur Sicherstellung der Hygiene
- 311 Sicherstellung / Einhaltung Hygienerichtlinien und Notwendigkeit Einführung eines HACCP-Konzeptes in der Küche
-

- 312            Sicherstellung / Einhaltung Medizinprodukte-Gesetz
- 400            PAG-Informationstechnologie und -wesen
- 401            Einführung eines Intranet
- 402            Prüfung des Einsatzes des Internet zur weiteren Optimierung der  
Außendarstellung
- 403            Prüfung des hauseigenen Behandlungsvertrags hinsichtlich der Befugnis zur  
Weitergabe von Patientendaten            an Vor-, Mit- und Nachbehandelnde unter  
Berücksichtigung der internen Verlegung
- 404            Überarbeiten der krankenhausinternen Beschilderung & Tragen von  
Namensschildern durch KH-Personal
- 500            PAG-Krankenhausführung
- 501            Entwicklung eines spezifischen Leitbildes
- 502            Etablierung und Transparenzerhöhung des Zielplanungs- und  
Budgetierungsprozesses (Inhalte, Beteiligte, etc.)
- 503            Systematisierung von Soll-/Ist-Vergleichen (medizinisch, wirtschaftlich) &  
Sicherstellung Verständnis bei CA
- 504            Prüfung der Etablierung von Budgets
- 505            Regelmäßigere Information und stärkere Einbindung der nachgelagerten  
Führungsebenen
- 506            Stärkere systematische Kontrolle der Einhaltung von Entscheidungen und  
Beschlüssen
- 507            Überprüfung Notwendigkeit eines Ethikkomitees
- 508            Sicherstellung Fortbildung Mitarbeiter in der Sterbebegleitung
- 509            Systematische Erfassung der Einweiserzufriedenheit und Ableitung von  
Maßnahmen
- 510            "- Überprüfung Optimierung des Raumprogramms (Ziele: Eingriffsraum für IM,  
US-Raum auf Station)  
- Ausstattung der Pat.-Zimmer wird im Rahmen des geplanten Umbaus  
angehoben? "
- 600            PAG Qualitätsmanagement / KTQ-Vorbereitung
- 601            Aufbau von QM-Strukturen und Prozessen, Qualitätspolitik, -strategie, -ziele
- 602            Planung und Verabschiedung eines Konzepts zum Qualitätsmanagement (   
QM-System, Qualitätspolitik und            -ziele, Strukturen, Verantwortlichkeiten, Aufgaben,  
Prozesse) unter Einbindung der von Belegärzten            verantworteten Gynäkologie
- 603            Etablierung von Projektarbeitsgruppen und Systematisierung der  
Projektsteuerung - Bearbeitung erfolgt im            Rahmen der KTQ-Jour Fixe
- 604            "Entwicklung einer Grundstruktur für die QM-Dokumentation im KH. St. Georg  
unter Berücksicht von  
- Organisationsstruktur und klaren Verantwortlichkeiten der einzelnen  
Funktionen im Rahmen des QM  
- Prüfung der durch das QM zu lenkenden Dokumente  
- Darstellung, Aktualität und Änderungsdienst (z.B. im Intranet)
- 605            Erhöhung der Transparenz über Patientenbeschwerden, durch Einführung  
einer Patientenbefragung - und Ableitung von Maßnahmen (Anpassung des Fragebogens,  
Sicherstellung der Verteilung an alle Patienten, Auswertung, Verfahrensoptimierung)
- 606            Vorbereitung u. Durchführung der Auswahl des für die KTQ-Zertifizierung zu  
beauftragenden Zertifizierers
- 607            Aktualisierung KTQ-Status-Check unter Berücksichtigung von  
- aktualisierten KTQ-Forderungen  
- Ergebnissen der PAG  
- Veränderten Strukturen u Prozessen und sonstigen Veränderungen seit dem  
Status-Check"
- 608            Durchführung der Selbstbewertung nach KTQ
- 609            Erstellung des 1. Qualitätsberichts
- 610            Finalisierung der Anmeldeunterlagen für die KTQ-Zertifizierung



## **G Weitergehende Informationen**

Verantwortliche(r) für den Qualitätsbericht:

Herbert Knoche, Verwaltungsdirektor  
Dr.med. Krystian Baranski, Ärztlicher Direktor

---

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

Christof Ditzel, QMB (Qualitätsmanagementbeauftragter)  
Horst Dellori, QM-Team  
Ulrich Plaga, QM-Team  
Dr.med. Ralf Zetzmann, QM-Team  
Herbert Knoche, Verwaltungsdirektor  
Dr.med. Krystian Baranski, Ärztlicher Direktor  
Michael Schulte, Pflegedienstleiter

---

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

[www.krh-bad-fredeburg.de](http://www.krh-bad-fredeburg.de)

---