



ASKLEPIOS PAULINEN KLINIK WIESBADEN



QUALITÄTSBERICHT 2004

Online-Version

gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V

Qualitätsbericht nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V

Asklepios Paulinen Klinik Wiesbaden

Basisteil

A Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

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

Asklepios Paulinen Klinik Wiesbaden
Geisenheimer Str. 10
65197 Wiesbaden

Telefon: 0611 847 0
E-Mail: wiesbaden@asklepios.com
Homepage: www.asklepios.com/wiesbaden

A-1.2 Wie lautet das Institutionskennzeichen des Krankenhauses?

260610428

A-1.3 Wie lautet der Name des Krankenhausträgers?

Asklepios Klinik Wiesbaden 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)

309

Gesamtzahl der im abgelaufenen Kalenderjahr behandelten Patienten:

Stationäre Patienten: 10416

Ambulante Patienten: 29866

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)
100	Innere Medizin	71	2.423	HA	j
200	Geriatrie	70	1.008	HA	n
260	Geriatrie / Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	15	237	HA	n
1500	Allgemeine Chirurgie	98	2.766	HA	j
2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	37	2.491	HA	j
2600	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	8	785	BA	n
3600	Intensivmedizin	10	180	HA	n

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	P67	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g ohne signifikante Prozedur oder Langzeitbeatmung	648
2	O60	Vaginale Entbindung	458
3	I41	Geriatrische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	344
4	D11	Entfernung der Gaumenmandeln	279
5	B42	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems	269
6	N04	Entfernung der Gebärmutter außer bei bösartiger Neubildung	227
7	O01	Geburt durch Kaiserschnitt	204
8	E62	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane	194
9	J06	Große Eingriffe an der weiblichen Brust bei bösartiger Neubildung	165
10	I04	Ersatz des Kniegelenkes und Replantation am Kniegelenk	158
11	I69	Knochenkrankheiten und spezifische Gelenkerkrankungen	153
12	I03	Eingriffe am Hüftgelenk	146
13	F62	Herzinsuffizienz und Schock	141
14	G67	Entzündungen der Speiseröhre und des Magen-Darm-Traktes und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane	133
15	I18	Andere Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm	123
16	D06	Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Warzenfortsatz und komplexe Eingriffe am Mittelohr	122
17	G48	Darmspiegelung, mehr als ein Belegungstag	122
18	G50	Andere Magenspiegelung bei nicht schweren Krankheiten der Verdauungsorgane	117
19	B80	Andere Kopfverletzungen	116
20	D14	Eingriffe bei Krankheiten und Störungen im HNO-Bereich, ein Belegungstag	110
21	F73	Bewußtlosigkeit und Kollaps	110
22	G07	Blinddarm Operation	109
23	I13	Eingriffe an Knochen des Oberarmes und Unterschenkels und am Sprunggelenk	105
24	I70	Unspezifische Gelenkerkrankungen	103
25	J07	Kleine Eingriffe an der weiblichen Brust bei bösartiger Neubildung	102
26	D09	Verschiedene Eingriffe im HNO-Bereich	98
27	H08	Entfernung der Gallenblase durch Bauchspiegelung	98
28	G09	Eingriffe bei Leisten- und Schenkelbrüchen	96
29	G60	Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane	95
30	F67	Bluthochdruck	93

A-1.8 Welche besonderen Versorgungsschwerpunkte und Leistungsangebote werden vom Krankenhaus wahrgenommen?
(Auflistung in umgangssprachlicher Klarschrift)

Onkologischer Schwerpunkt

Für psychiatrische Fachkrankenhäuser bzw. Krankenhäuser mit psychiatrischen Fachabteilungen:

Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung?

ja

nein

A-1.9 Welche ambulanten Behandlungsmöglichkeiten bestehen?
(Auflistung in umgangssprachlicher Klarschrift)

- Ambulantes OP-Zentrum in der Klinik, Operationen durch alle Fachrichtungen des Hauses und externe Operateure verschiedenster Fachrichtungen

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

- Allgemeine Chirurgie

A-2.1 Apparative Ausstattung und therapeutische Möglichkeiten

A-2.1.1 Apparative Ausstattung

	vorhanden	Verfügbarkeit 24 Stunden sichergestellt
Szintigraphie	ja	ja
Magnetresonanztomographie (MRT)	ja	ja
Elektronenzephalogramm (EEG)	ja	ja
Positronenemissionstomographie (PET)	nein	nein
Herzkatheterlabor	nein	nein
Computertomographie (CT)	ja	ja
Angiographie	ja	ja
Schlaflabor	nein	nein

A-2.1.2 Therapeutische Möglichkeiten

	vorhanden
Psychoedukation	nein
Logopädie	ja
Gruppenpsychotherapie	nein
Dialyse Angegliedertes Dialyse Institut und die Nierenersatztherapie im Rahmen der intensivmedizinischen Behandlung	ja
Schmerztherapie	ja
Eigenblutspende Auf die Möglichkeit der Eigenblutspende wird hingewiesen und die Eigenbluttherapie bei elektiven Eingriffen auch angewandt.	nein
Akupunktur Akupunktur in der Geburtshilfe, Akupunktur im Zentrum für Traditionelle Chinesische Medizin	ja
Ergotherapie	ja
Bestrahlung	nein
Thrombolysie Im Rahmen der intensivmedizinischen	ja
Physiotherapie	ja
Einzelpsychotherapie	nein

B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

B-1.1 Name der Fachabteilung:

Allgemeine Chirurgie

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung:
(Auflistung in umgangssprachlicher Klarschrift)

Bereich I:

Tumorchirurgie (Leistungsschwerpunkte: Dick- und Enddarmkrebs, Bauchspeicheldrüsenkrebs, Metastasen Chirurgie; Leitung: Prof.Dr.K.H.Link)
Spezialisierung: Tumorchirurgie (Dick- und Enddarmkrebs, Bauchspeicheldrüsenkrebs, Lebermetastasen, Bauchfellkrebs). Weitere Schwerpunkte: Indikationen aus der Visceralchirurgie (Chronische und Akute Pankreatitis; Magen Chirurgie; Hepatobiliäre Chirurgie).

Viscerale und minimal invasive Chirurgie (Hernien, Gallensteine, Divertikulitis, Proktologie u.a.) Leitung: Prof.Dr.K.H.Link, Vertretung: TCA Dr.Th.Weigel, OA Dr.Ch.Hessler, OA Dr.M.Holtappels.

Bereich II:

Unfall- und Akutchirurgie (Gelenknahe Frakturen, andere Frakturen und Verletzungen; Leitung: TCA J.Tannert)

Orthopädische Chirurgie (Gelenkersatz bei Knie- und Hüft- und Schultergelenkgelenkarthrosen o. Fehlbildungen, Fusschirurgie; Leitung: TCA Dr.Ch.Meister)

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung:

Onkologische Chirurgie,
Allgemein- und Unfallchirurgie,
Minimal Invasive Chirurgie,
Orthopädische Chirurgie

B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung:

Asklepios Tumor Therapie Centrum (ATC),

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	I69	Knochenkrankheiten und spezifische Gelenkerkrankungen	148
2	I04	Ersatz des Kniegelenkes und Replantation am Kniegelenk	141
3	I18	Andere Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm	120
4	B80	Andere Kopfverletzungen	114
5	G07	Blinddarm Operation	109
6	I03	Eingriffe am Hüftgelenk	109
7	I70	Unspezifische Gelenkerkrankungen	103
8	I13	Eingriffe an Knochen des Oberarmes und Unterschenkels und am Sprunggelenk	97
9	G09	Eingriffe bei Leisten- und Schenkelbrüchen	96
10	H08	Entfernung der Gallenblase durch Bauchspiegelung	94

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

Rang	ICD-10 Nummer* (3-stellig)	Fälle Absolute Anzahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	M17	268	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]
2	K80	118	Steine der Gallenblase und der Gallenwege
3	S06	117	Verletzung des Gehirns
4	S82	109	Knochenbruch des Unterschenkels, einschließlich des oberen Sprunggelenkes
5	M13	102	Sonstige Gelenkentzündung
6	S52	101	Knochenbruch des Unterarmes
7	K40	101	Leistenbruch
8	S83	75	Luxation, Verstauchung und Zerrung des Kniegelenkes und von Bändern des Kniegelenkes
9	M16	73	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]
10	K35	66	Akute Blinddarmentzündung

Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien.

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

Rang	OPS- 301 Nummer (4-stellig)	Fälle Absolute Anzahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	8-530	270	Therapie mit offenen Radionukliden
2	8-900	250	Intravenöse Anästhesie
3	8-831	188	Legen, Wechsel und Entfernung eines Katheters in zentralvenöse Gefäße
4	1-632	182	Diagnostische Spiegelung des Magens und Zwölffingerdarms
5	5-822	159	Implantation eines künstlichen Kniegelenkes
6	8-931	155	Engmaschige Überwachung der Vitalparameter mit Messung des zentralen Venendruckes auf einer Intensivstation
7	5-511	145	Entfernung der Gallenblase
8	1-650	141	Dickdarmspiegelung
9	3-225	139	Computertomographie des Bauchraumes mit
10	1-440	130	Entnahme einer Gewebeprobe vom oberen Verdauungstrakt, Gallengängen oder Bauchspeicheldrüse, endoskopisch
11	5-470	121	Blinddarmoperation
12	5-812	120	Gelenkspiegelung mit Eingriff am Gelenkknorpel und den Menisken
13	8-930	114	Engmaschige Überwachung der Vitalparameter auf einer Intensivstation
14	5-787	114	Entfernung von Implantaten nach operativer Versorgung von Knochenbrüchen
15	5-790	102	Geschlossenes Einrichten eines Knochenbruches
16	5-530	102	Verschuß eines Leistenbruchs
17	5-820	102	Implantation eines künstlichen Hüftgelenkes
18	5-793	82	Offenes Einrichten eines einfachen Bruches im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens
19	5-813	77	Gelenkspiegelung mit Eingriff am verletzten Kapsel-Bandapparat des Kniegelenkes
20	5-399	75	Andere Operationen an Blutgefäßen

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

Rang	EBM- Nummer (vollständig)	in umgangssprachlicher Klarschrift	Fälle absolut
1	2447	Entnahme von erkranktem Gewebe durch Gelenkspiegelung und oder Kapsel-Band-Spaltung und/oder Entfernung freier Gelenkkörper und/oder Entfernung der Gelenkinnenhaut	536
2	2449	Wiederherstellende Operation durch Gelenkspiegelung(z.B. Bandrekonstruktion, Meniskusnaht)	406
3	2265	Operative Herstellung eines Sehnenbettes, einschl. einer körperfremden Einlage an der Hand oder am Fuß	155
4	2275	Operation einer Einengung der Sehnengruppe der Hand oder des Fußes mit Entlastung von Nerven und Spaltung des Sehendurchtrittsortes, ggf. einschl. Freilegung des Nerven und/oder Freilegung der Sehenscheiden und/oder Entfernung gutartiger Neubildungen	127
5	2363	Entfernung von Osteosynthesematerial (z. B. Platten) aus einem großen Knochen	126

B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

B-1.1 Name der Fachabteilung:

Intensivmedizin

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung:
(Auflistung in umgangssprachlicher Klarschrift)

10 Betten interdisziplinäre Intensivstation unter anästhesiologischer Leitung
Leistungsspektrum:

- Allgemeinanästhesie; balancierte Anästhesie, Totale intravenöse Anästhesie (TIVA)
- Regionalanästhesieverfahren; wie periphere Nervenkatheter, Spinalanästhesie, lumbale und thorakale Periduralkatheter
- Kombinationsanästhesie von Allgemeinnarkose und Regionalanästhesie
- intraoperatives EEG-Monitoring
- postoperative Betreuung im Aufwachraum
- postoperative Schmerztherapie
- Intensivmedizin internistischer und chirurgischer Krankheiten
- Invasive und Nichtinvasive Beatmung
- Herz-Kreislaufüberwachung mittels modernster Technik
- Nierenersatzverfahren
- interne klinische Notfallversorgung

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung:

5 Beatmungsplätze,
Nierenersatzverfahren,
Thrombolyseverfahren bei Herzinfarkt

B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung:

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	X62	Vergiftungen / Toxische Wirkungen von Drogen, Medikamenten und anderen Substanzen	43
2	F60	Kreislaufkrankungen mit akutem Myokardinfarkt, ohne Herzkatheteruntersuchung	12
3	V60	Alkoholintoxikation und -entzug	11
4	A12	Langzeitbeatmung > 143 und < 264 Stunden	10
5	A10	Langzeitbeatmung > 479 und < 720 Stunden	7
6	A13	Langzeitbeatmung > 95 und < 144 Stunden	7
7	F71	Nicht schwere Herzrhythmusstörung und Erregungsleitungsstörungen	7
8	F40	Kreislaufkrankungen mit maschineller Beatmung	6
9	B70	Schlaganfälle	6
10	A11	Langzeitbeatmung > 263 und < 480 Stunden	5
11	F70	Schwere Herzrhythmusstörung und Herzstillstand	5
12	E62	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane	5

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

Rang	ICD-10 Nummer* (3-stellig)	Fälle Absolute Anzahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	I21	16	Akuter Herzinfarkt
2	T43	14	Vergiftung durch psychotrope Substanzen, anderenorts nicht klassifiziert
3	T42	14	Vergiftung durch Antiepileptika, Sedativa, Hypnotika und Antiparkinsonmittel
4	F10	11	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol
5	I46	9	Herzstillstand
6	T39	5	Vergiftung durch nichtopioidhaltige Analgetika, Antipyretika und Antirheumatika
7	I48	5	Vorhofflattern und Vorhofflimmern des Herzens
8	S06	4	Verletzung des Gehirns
9	J15	4	Lungenentzündung durch Bakterien
10	I61	4	Hirnblutung
11	I50	4	Herzschwäche

Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien.

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

Rang	OPS- 301 Nummer (4-stellig)	Fälle Absolute Anzahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	8-831	120	Legen, Wechsel und Entfernung eines Katheters in zentralvenöse Gefäße
2	8-930	104	Engmaschige Überwachung der Vitalparameter auf einer Intensivstation
3	8-931	73	Engmaschige Überwachung der Vitalparameter mit Messung des zentralen Venendruckes auf einer Intensivstation
4	8-718	66	Zusatzkode, der die Dauer der maschinellen Beatmung angibt
5	3-200	54	Native Computertomographie des Schädels
6	8-701	33	Einführen eines Tubus in die Luftröhre zur Erleichterung der Atmung oder zur künstlichen Beatmung
7	8-854	28	Hämodialyse
8	1-620	17	Diagnostische Spiegelung der Luftröhre und der Bronchien
9	5-311	16	Temporärer Luftröhrenschnitt
10	1-632	14	Diagnostische Spiegelung des Magens und Zwölffingerdarms

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

Rang	EBM- Nummer (vollständig)	in umgangssprachlicher Klarschrift	Fälle absolut
------	---------------------------	------------------------------------	---------------

B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

B-1.1 Name der Fachabteilung:

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung: (Auflistung in umgangssprachlicher Klarschrift)

Gynäkologie
Geburtshilfe
Senologie und onkologische Gynäkologie

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung:

DMP Vertrag Brustkrebs
Brustzentrum

B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung:

Südwestdeutsches Brustzentrum - Asklepios - DKD
Body Contouring
Anti Aging

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

Rang	DRG 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klerschrift, deutsch)	Fallzahl
1	P67	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht > 2499 g ohne signifikante Prozedur oder Langzeitbeatmung	648
2	O60	Vaginale Entbindung	456
3	N04	Entfernung der Gebärmutter außer bei bösartiger Neubildung	226
4	O01	Geburt durch Kaiserschnitt	205
5	J06	Große Eingriffe an der weiblichen Brust bei bösartiger Neubildung	166
6	J07	Kleine Eingriffe an der weiblichen Brust bei bösartiger Neubildung	102
7	O65	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme	82
8	N07	Andere Eingriffe an Gebärmutter und Eierstöcken außer bei bösartiger Neubildung	74
9	J13	Kleine Eingriffe an der weiblichen Brust außer bei bösartiger Neubildung	43
10	N10	Diagnostische Ausschabung, Spiegelung, Sterilisation, Pertubation	41

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

Rang	ICD-10 Nummer* (3-stellig)	Fälle Absolute Anzahl	in umgangssprachlicher Klerschrift (deutsch)
1	Z38	565	Neugeborener Säugling
2	C50	217	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]
3	D25	170	Leiomyom (Gutartige Neubildung der Gebärmutter-Muskulatur)
4	O70	137	Dammriß unter der Geburt
5	O42	79	Vorzeitiger Blasensprung
6	O36	70	Betreuung der Mutter wegen sonstiger festgestellter oder vermuteter Komplikationen beim Feten
7	D05	64	Carcinoma in situ der Brustdrüse [Mamma]
8	O71	51	Sonstige Verletzungen unter der Geburt
9	D27	46	Gutartige Neubildung des Eierstocks
10	O80	44	Spontangeburt eines Einlings

Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien.

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

Rang	OPS- 301 Nummer (4-stellig)	Fälle Absolute Anzahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	9-262	655	Zusatzkode für die Versorgung aller (auch der gesunden) neugeborenen Kinder im Krankenhaus
2	9-260	447	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt
3	5-683	247	Entfernung der Gebärmutter
4	5-758	195	Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Geburtsverletzung (Dammriß)
5	5-740	171	Klassische Kaiserschnitt-Entbindung
6	8-020	161	Therapeutische Injektion in Organe und Gewebe
7	5-401	153	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße
8	5-738	130	Dammschnitt unter der Geburt und Naht
9	5-870	128	Brusterhaltende Entfernung und Zerstörung von erkranktem Gewebe der Brust ohne Entfernung der Achsel-Lymphknoten
10	1-471	72	Entnahme einer Gewebeprobe von der Gebärmutter Schleimhaut

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

Rang	EBM- Nummer (vollständig)	in umgangssprachlicher Klarschrift	Fälle absolut
1	1104	Ausschabung der Gebärmutterhöhle und des Gebärmutterhalskanals, ggf. einschl. Entfernung von Polypen oder Fremdkörpern, ggf. einschl. Aufbereitung des Gewebematerials zur feingeweblichen Untersuchung	669
2	1060	Ausräumung einer Blasenmole oder einer verhaltenen Fehlgeburt	78
3	2634	Bauch/Beckenspieglung, ggf. einschl. Probenentnahme und/oder Probepunktion und/oder Lösung von Verwachsungen	32
4	2110	Diagnostische Entfernung eines tastbaren Brustdrüsentumors oder Entfernung einer Geschwulst unterhalb der Muskulatur	18
5	1086	Ausschneiden eines Gewebekegels aus dem Muttermund einschl. Versorgung des Wundgrundes	17

B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

B-1.1 Name der Fachabteilung:

Geriatric

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung: (Auflistung in umgangssprachlicher Klarschrift)

Zentrum für Internistische und Geriatrische Medizin (ZIGM)
Medizinische Klinik II: Innere Medizin, Geriatrie, Geriatrische Tagesklinik,
Rehabilitation

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung:

Behandlung der Folgen von Schlaganfällen,
Behandlung von Zuständen nach Frakturen oder Gelenkersatz,
Polyneuropathien,
Parkinson- Syndrom

B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung:

Geriatrische Tagesklinik,
Memory Clinic

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

Rang	DRG 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klerschrift, deutsch)	Fallzahl
1	I41	Geriatrische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	339
2	B42	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems	265
3	F45	Frührehabilitation und Geriatrische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	80
4	E41	Frührehabilitation und Geriatrische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	37
5	I03	Eingriffe am Hüftgelenk	35
6	I08	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Oberschenkelknochen	31
7	I71	Muskel- und Sehnenerkrankungen	29
8	G51	Frührehabilitation und Geriatrische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	27
9	B81	Andere Erkrankungen des Nervensystems	17
10	B70	Schlaganfälle	9
11	K43	Frührehabilitation und Geriatrische Komplexbehandlung bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	9

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

Rang	ICD-10 Nummer* (3-stellig)	Fälle Absolute Anzahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	R26	400	Störungen des Ganges und der Mobilität
2	I63	96	Hirnfarkt
3	S72	83	Knochenbruch des Oberschenkels
4	I21	30	Akuter Herzinfarkt
5	I50	29	Herzschwäche
6	S32	28	Knochenbruch der Lendenwirbelsäule und des Beckens
7	J18	24	Lungenentzündung durch nicht bezeichneten Erreger
8	G20	18	Primäres Parkinson-Syndrom (Schüttellähmung)
9	S42	16	Knochenbruch im Bereich der Schulter und des Oberarmes
10	M96	15	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert
11	I64	15	Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet

Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien.

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

Rang	OPS- 301 Nummer (4-stellig)	Fälle Absolute Anzahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	8-550	1.064	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung
2	3-200	228	Native Computertomographie des Schädels
3	8-930	121	Engmaschige Überwachung der Vitalparameter auf einer Intensivstation
4	1-632	90	Diagnostische Spiegelung des Magens und Zwölffingerdarms
5	1-207	84	Hirnstrommessung (EEG)
6	8-390	58	Lagerungsbehandlung auf einer Intensivstation zur Vorbeugung von Druckgeschwüren
7	8-831	54	Legen, Wechsel und Entfernung eines Katheters in zentralvenöse Gefäße
8	9-404	50	Neuropsychologische Therapie
9	8-931	47	Engmaschige Überwachung der Vitalparameter mit Messung des zentralen Venendruckes auf einer Intensivstation
10	8-900	47	Intravenöse Anästhesie

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

Rang	EBM- Nummer (vollständig)	in umgangssprachlicher Klarschrift	Fälle absolut
------	---------------------------	------------------------------------	---------------

B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

B-1.1 Name der Fachabteilung:

Innere Medizin

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung:
(Auflistung in umgangssprachlicher Klarschrift)

Gesamtes Spektrum der Inneren Medizin,
Gastroenterologie,
Infektionskrankheiten

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung:

B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung:

HIV- Ambulanz

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	E62	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane	186
2	F62	Herzinsuffizienz und Schock	133
3	F73	Bewußtlosigkeit und Kollaps	106
4	F67	Bluthochdruck	93
5	G50	Anderer Magenspiegelung bei nicht schweren Krankheiten der Verdauungsorgane	89
6	E65	Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung (Asthma)	86
7	K60	Diabetes mellitus	78
8	K62	Verschiedene Stoffwechselerkrankungen	72
9	B70	Schlaganfälle	69
10	G67	Entzündungen der Speiseröhre und des Magen-Darm-Traktes und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane	68

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

Rang	ICD-10 Nummer* (3-stellig)	Fälle Absolute Anzahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	J18	145	Lungenentzündung durch nicht bezeichneten Erreger
2	I50	126	Herzschwäche
3	J44	92	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit
4	R55	88	Bewußtlosigkeit und Kollaps
5	I10	87	Bluthochdruck
6	E11	80	Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) mit spätem Beginn, nicht primär insulinabhängig
7	I21	70	Akuter Herzinfarkt
8	E86	65	Flüssigkeitsmangel infolge Verlust oder verminderter Aufnahme
9	I20	59	Brustschmerz infolge Mangel durchblutung des Herzmuskels
10	F10	59	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol

Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien.

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

Rang	OPS- 301 Nummer (4-stellig)	Fälle Absolute Anzahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	1-632	492	Diagnostische Spiegelung des Magens und Zwölffingerdarms
2	8-900	430	Intravenöse Anästhesie
3	8-930	407	Engmaschige Überwachung der Vitalparameter auf einer Intensivstation
4	3-200	398	Native Computertomographie des Schädels
5	1-440	302	Entnahme einer Gewebeprobe vom oberen Verdauungstrakt, Gallengängen oder Bauchspeicheldrüse, endoskopisch
6	8-390	200	Lagerungsbehandlung auf einer Intensivstation zur Vorbeugung von Druckgeschwüren
7	1-650	148	Dickdarmspiegelung
8	1-207	143	Hirnstrommessung (EEG)
9	8-831	109	Legen, Wechsel und Entfernung eines Katheters in zentralvenöse Gefäße
10	8-931	74	Engmaschige Überwachung der Vitalparameter mit Messung des zentralen Venendruckes auf einer Intensivstation

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

Rang	EBM- Nummer (vollständig)	in umgangssprachlicher Klarschrift	Fälle absolut
1	764	Totale Dickdarmspiegelung einschl. Blinddarm, einschl. Patientenaufklärung zur Spiegelung und zur medikamentösen Vorbereitung, mindestens 24h vor dem Eingriff, Aufklärung zum Vorgehen und zu einer möglichen Polypenabtragung und anderer therapeutischer Maßnahmen	107
2	765	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nrn. 740, 741 und 755 bis 764 für die Abtragung eines Polypen und/oder Schlingenbiopsie(n) mittels Hochfrequenz-elektroschlinge	66
3	741	Magen- und Zwölfingerdarmspiegelung, ggf. einschl. Speiseröhrendarstellung, Probenentnahme und/oder Bakterientestung	21

B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

B-1.1 Name der Fachabteilung:

Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung:
(Auflistung in umgangssprachlicher Klarschrift)

Mittelohrchirurgie,
Nasennebenhöhlenchirurgie,
Nasentumoroperationen,
Otosklerose,
Mandelopoperationen

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung:

B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung:

Implantation von "Aktiven Hörhilfen"

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	D11	Entfernung der Gaumenmandeln	279
2	D06	Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Warzenfortsatz und komplexe Eingriffe am Mittelohr	122
3	D14	Eingriffe bei Krankheiten und Störungen im HNO-Bereich, ein Belegungstag	110
4	D09	Verschiedene Eingriffe im HNO-Bereich	95
5	D10	Verschiedene Eingriffe an der Nase	77
6	E02	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen	25
7	D66	Andere Krankheiten im HNO-Bereich	19
8	J12	Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und weiblicher Brust bei bösartiger Neubildung	17
9	R04	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit anderen OR-Prozeduren	6
10	901	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose	5
11	D07	Eingriffe an den Speicheldrüsen außer Entfernung	5

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

Rang	ICD-10 Nummer* (3-stellig)	Fälle Absolute Anzahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	J35	289	Chronische Krankheiten der Gaumen- und Rachenmandeln
2	J34	112	Sonstige Krankheiten der Nase und der Nasennebenhöhlen
3	H66	91	Eitrige und nicht näher bezeichnete Otitis media
4	J32	83	Chronische Entzündung der Nasennebenhöhlen
5	G47	29	Schlafstörungen
6	H80	24	Otosklerose
7	C44	18	Sonstige bösartige Neubildungen der Haut
8	H74	18	Sonstige Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes
9	Q17	16	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Ohres
10	R04	14	Blutung aus den Atemwegen

Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien.

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

Rang	OPS- 301 Nummer (4-stellig)	Fälle Absolute Anzahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	5-282	291	Entfernung der Gaumen- und Rachenmandeln
2	5-215	264	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]
3	5-214	227	Komplexe Operation an der Nasenscheidewand
4	5-222	90	Operation am Siebbein und an der Keilbeinhöhle
5	5-984	84	Zusatzkode zu anderen Operationen, in welchen mikrochirurgische Techniken benutzt werden
6	5-195	76	Tympanoplastik (Verschluß einer Trommelfellperforation und Rekonstruktion der Gehörknöchelchen)
7	5-985	72	Zusatzkode zu anderen Operationen, in welchen Lasertechnik benutzt wird
8	5-200	62	Schlitzung des Trommelfells
9	5-221	54	Operationen an der Kieferhöhle
10	5-289	44	Andere Operationen an Gaumen- und Rachenmandeln

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

Rang	EBM- Nummer (vollständig)	in umgangssprachlicher Klarschrift	Fälle absolut
------	---------------------------------	------------------------------------	------------------

B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

B-1.1 Name der Fachabteilung:

Geriatric / Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung: (Auflistung in umgangssprachlicher Klarschrift)

Innere Medizin,
Geriatriche Medizin,
Rehabilitation

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung:

Behandlung der Folgen von Schlaganfällen,
Behandlung von Zuständen nach Frakturen oder Gelenkersatz,
Polyneuropathien,
Parkinson- Syndrom

B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung:

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
------	---------------	--	----------

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

Rang	ICD-10 Nummer* (3-stellig)	Fälle Absolute Anzahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
------	----------------------------	-----------------------	--

Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien.

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

Rang	OPS- 301 Nummer (4-stellig)	Fälle Absolute Anzahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
------	-----------------------------	-----------------------	--

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

Rang	EBM- Nummer (vollständig)	in umgangssprachlicher Klarschrift	Fälle absolut
------	---------------------------	------------------------------------	---------------

B-2 Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

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

3137

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

Hochschulambulanz (§ 117 SGB V)	0
Psychiatrische Institutsambulanz (§ 118 SGB V)	0
Sozialpädiatrisches Zentrum (§ 119 SGB V)	0

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

Abteilung	Anzahl der beschäftigten Ärzte	Anzahl Ärzte in der Weiterbildung	Anzahl Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung
100 Innere Medizin	14,00	11,00	3,00
200 Geriatrie	10,00	5,00	5,00
260 Geriatrie / Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	0,00	0,00	0,00
1500 Allgemeine Chirurgie	17,00	11,00	6,00
2400 Frauenheilkunde und Geburtshilfe	10,00	5,00	5,00
2600 Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	0,00	0,00	0,00
3600 Intensivmedizin	12,00	7,00	5,00

Anzahl der Ärzte mit Weiterbildungsbefugnis (gesamtes Krankenhaus): 6

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

Abteilung		Anzahl der beschäftigten Pflegekräfte insgesamt	Prozentualer Anteil der examinierten Krankenschwester	Prozentualer Anteil der Krankenschwestern/-pfleger mit entsprechender Fachweiterbildung (3 Jahre plus)	Prozentualer Anteil Krankenpflegehelfer/ in (1 Jahr)
100	Innere Medizin	51,00	74,51	0,00	0,00
200	Geriatrie	42,00	76,19	0,00	11,19
260	Geriatrie / Tagesklinik (für teilstationäre	2,00	100,00	0,00	0,00
1500	Allgemeine Chirurgie	73,00	79,45	1,37	5,48
2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	26,00	88,46	0,00	7,69
2600	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	0,00	0,00	0,00	0,00
3600	Intensivmedizin	30,00	63,33	36,66	0,00

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		Dokumentationsrat	
	ja	nein	ja	nein	Krankenhaus	Bundesdurchschnitt
1 Aortenklappenchirurgie		X		X	0,00	100,00
2 Cholezystektomie	X		X		100,00	100,00
3 Gynäkologische Operationen	X		X		100,00	94,65
4 Herzschrittmacher-Erstimplantation		X		X	0,00	95,48
5 Herzschrittmacher-Aggregatwechsel		X		X	0,00	100,00
6 Herzschrittmacher-Revision		X		X	0,00	74,03
7 Herztransplantation		X		X	0,00	94,26
8 Hüftgelenknahe Femurfraktur (ohne subtrocantäre Frakturen)	X		X		100,00	95,85
9 Hüft-Totalendoprothesen-Wechsel	X		X		90,00	92,39
10 Karotis-Rekonstruktion		X		X	0,00	95,95
11 Knie-Totalendoprothese (TEP)	X		X		100,00	98,59
12 Knie-Totalendoprothesen-Wechsel	X		X		100,00	97,38
13 Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie		X		X	0,00	100,00
14 Koronarangiografie / Perkutane transluminale Koronarangioplastie (PTCA)		X		X	0,00	99,96
15 Koronarchirurgie		X		X	0,00	100,00
16 Mammachirurgie	X		X		100,00	91,68
17 Perinatalmedizin	X		X		100,00	99,31
18 Pflege: Dekubitusprophylaxe mit Kopplung an die Leistungsbereiche 1, 8, 9, 11, 12, 13, 15, 19	X		X		100,00	0,00
19 Totalendoprothese (TEP) bei Koxarthrose	X		X		100,00	98,44
Summe					99,00	0,00

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

Eine Aufstellung der einbezogenen Leistungsbereiche findet im Qualitätsbericht im Jahr 2007 Berücksichtigung.

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

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

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

Schlaganfall Akut
Gemidas = Geriatrisches Minimal Data Set
ODSEasy = Tumordokumentation Brust - WBC Benchmark
Gynäkologische Operationen Vollerfassung in Hessen

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

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

DMP Vertrag Brust

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

Leistung	OPS der einbezogene n Leistung	Mindestmenge (pro Jahr) pro KH / pro	Leistung wird im Krankenhaus erbracht (Ja/ Nein)	Erbrachte Menge (pro Jahr)		Anzahl der Fälle mit Komplikation im Berichtsjahr
				pro KH (4a)/ pro gelistetem Operateur		
1a	1b	2	3	4a	4b	5
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus		5				
	5-420.00		Nein	0	0	0
	5-420.01		Nein	0	0	0
	5-420.10		Nein	0	0	0
	5-420.11		Nein	0	0	0
	5-423.0		Nein	0	0	0
	5-423.1		Nein	0	0	0
	5-423.2		Nein	0	0	0
	5-423.3		Nein	0	0	0
	5-423.x		Nein	0	0	0
	5-423.y		Nein	0	0	0
	5-424.0		Nein	0	0	0
	5-424.1		Nein	0	0	0
	5-424.2		Nein	0	0	0
	5-424.x		Nein	0	0	0
	5-424.y		Nein	0	0	0
	5-425.0		Nein	0	0	0
	5-425.1		Nein	0	0	0
	5-425.2		Nein	0	0	0
	5-425.x		Nein	0	0	0
	5-425.y		Nein	0	0	0
	5-426.01		Nein	0	0	0
	5-426.02		Nein	0	0	0
	5-426.03		Nein	0	0	0
	5-426.04		Nein	0	0	0
	5-426.0x		Nein	0	0	0
	5-426.11		Nein	0	0	0
	5-426.12		Nein	0	0	0
	5-426.13		Nein	0	0	0
	5-426.14		Nein	0	0	0
	5-426.1x		Nein	0	0	0
	5-426.21		Nein	0	0	0
	5-426.22		Nein	0	0	0
	5-426.23		Nein	0	0	0
	5-426.24		Nein	0	0	0
	5-426.2x		Nein	0	0	0
	5-426.x1		Nein	0	0	0
	5-426.x2		Nein	0	0	0
	5-426.x3		Nein	0	0	0
	5-426.x4		Nein	0	0	0
	5-426.xx		Nein	0	0	0
	5-426.y		Nein	0	0	0
	5-427.01		Nein	0	0	0
	5-427.02		Nein	0	0	0
	5-427.03		Nein	0	0	0
	5-427.04		Nein	0	0	0
	5-427.0x		Nein	0	0	0
	5-427.11		Nein	0	0	0
	5-427.12		Nein	0	0	0
	5-427.13		Nein	0	0	0
	5-427.14		Nein	0	0	0
	5-427.1x		Nein	0	0	0
	5-427.21		Nein	0	0	0
	5-427.22		Nein	0	0	0
	5-427.23		Nein	0	0	0
	5-427.24		Nein	0	0	0
	5-427.2x		Nein	0	0	0

5-427.x1		Nein	0	0	0
5-427.x2		Nein	0	0	0
5-427.x3		Nein	0	0	0
5-427.x4		Nein	0	0	0
5-427.xx		Nein	0	0	0
5-427.y		Nein	0	0	0
5-429.2		Nein	0	0	0
5-438.01		Nein	0	0	0
5-438.02		Nein	0	0	0
5-438.03		Nein	0	0	0
5-438.04		Nein	0	0	0
5-438.0x		Nein	0	0	0
5-438.11		Nein	0	0	0
5-438.12		Nein	0	0	0
5-438.13		Nein	0	0	0
5-438.14		Nein	0	0	0
5-438.1x		Nein	0	0	0
5-438.x1		Nein	0	0	0
5-438.x2		Nein	0	0	0
5-438.x3		Nein	0	0	0
5-438.x4		Nein	0	0	0
5-438.xx		Nein	0	0	0
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	5				
5-521.0		Nein	0	0	0
5-521.1		Nein	0	0	0
5-521.2		Nein	0	0	0
5-523.2		Nein	0	0	0
5-523.x		Nein	0	0	0
5-524		Nein	0	0	0
5-524.0		Nein	0	0	0
5-524.1		Nein	0	0	0
5-524.2		Nein	0	0	0
5-524.3		Nein	0	0	0
5-524.x		Nein	0	0	0
5-525.0		Nein	0	0	0
5-525.1		Nein	0	0	0
5-525.2		Nein	0	0	0
5-525.3		Nein	0	0	0
5-525.4		Nein	0	0	0
5-525.x		Nein	0	0	0
Lebertransplantation	10				
5-502.0		Nein	0	0	0
5-502.1		Nein	0	0	0
5-502.2		Nein	0	0	0
5-502.3		Nein	0	0	0
5-502.5		Nein	0	0	0
5-502.x		Nein	0	0	0
5-502.y		Nein	0	0	0
5-503.0		Nein	0	0	0
5-503.1		Nein	0	0	0
5-503.2		Nein	0	0	0
5-503.3		Nein	0	0	0
5-503.x		Nein	0	0	0
5-503.y		Nein	0	0	0
5-504.0		Nein	0	0	0
5-504.1		Nein	0	0	0
5-504.2		Nein	0	0	0
5-504.x		Nein	0	0	0
5-504.y		Nein	0	0	0
Nierentransplantation	20				
5-555.0		Nein	0	0	0
5-555.1		Nein	0	0	0
5-555.2		Nein	0	0	0
5-555.3		Nein	0	0	0

	5-555.4		Nein	0	0	0
	5-555.5		Nein	0	0	0
	5-555.x		Nein	0	0	0
	5-555.y		Nein	0	0	0
Stammzellentransplantation		[10-14]				
	5-411.00		Nein	0	0	0
	5-411.01		Nein	0	0	0
	5-411.20		Nein	0	0	0
	5-411.21		Nein	0	0	0
	5-411.30		Nein	0	0	0
	5-411.31		Nein	0	0	0
	5-411.40		Nein	0	0	0
	5-411.41		Nein	0	0	0
	5-411.50		Nein	0	0	0
	5-411.51		Nein	0	0	0
	5-411.x		Nein	0	0	0
	5-411.y		Nein	0	0	0
	8-805.00		Nein	0	0	0
	8-805.01		Nein	0	0	0
	8-805.20		Nein	0	0	0
	8-805.21		Nein	0	0	0
	8-805.30		Nein	0	0	0
	8-805.31		Nein	0	0	0
	8-805.40		Nein	0	0	0
	8-805.41		Nein	0	0	0
	8-805.50		Nein	0	0	0
	8-805.51		Nein	0	0	0
	8-805.x		Nein	0	0	0
	8-805.y		Nein	0	0	0

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

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

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

(Das Folgende ist für jede Leistung aus Spalte 1a der obigen Tabelle darzustellen, für die die im Vertrag vereinbarte Mindestmenge in diesem Krankenhaus im Berichtsjahr unterschritten wurde.)

Leistung (aus Spalte 1a der Tabelle unter C-5.1)

Für das Berichtsjahr geltend gemachter Ausnahmetatbestand

Ergänzende Maßnahme der Qualitätssicherung

Systemteil

D **Qualitätspolitik**

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

Qualitätsphilosophie

Qualitätsmanagement (QM) ist in der Unternehmensstrategie der ASKLEPIOS Gruppe verankert und hat damit einen hohen Stellenwert. Im Sinne der ASKLEPIOS Unternehmensgrundsätze Mensch-Medizin-Mitverantwortung (M-M-M) betreiben wir in der ASKLEPIOS Paulinen Klinik (APK) ein QM, das die Interessen und das Wohl der Patienten in den Vordergrund stellt.

Qualitätsziele

Übergeordnetes Ziel aller Q- Bemühungen ist die kontinuierliche Steigerung der Zufriedenheit unserer Kunden. Dies sind in erster Linie die Patienten, aber auch Angehörige und Besucher, einweisende Ärzte, kooperierende Einrichtungen, Kostenträger etc.

Strategische Q- Ziele der APK sind im Q- Zielplan festgelegt und Bestandteil der jährlichen Gesamtzielplanung. Die Q- Ziele orientieren sich am medizinischen Leistungsspektrum, der Unternehmensstrategie M-M-M, insbesondere aber auch an den Bedürfnissen und Erwartungen der Kunden und Mitarbeiter.

Ziele des QM der APK:

- Erhaltung und Weiterentwicklung des einrichtungsinternen QM- Systems
- freiwilliges Engagement im QM über das gesetzlich geforderte Maß hinaus
- kontinuierliche Verbesserung und Weiterentwicklung des QM nach einer erfolgten Schwachstellen-Analyse
- Aufdecken von Verbesserungspotentialen durch regelmäßigen Q- Prüfungen, z.B. im Bereich der medizinisch-pflegerischen Versorgung/Behandlung und der Hotel- und Serviceleistungen

Folgende Q- Ziele wurden im Qualitätszielplan für das Jahr 2004 festgelegt:

- Steigerung der Behandlungsqualität durch die Erarbeitung und Umsetzung von Behandlungspfaden
- Durchführung von Patientenbefragungen
- Durchführung von Projekten und Q- Zirkeln
- Durchführung von internen Q- Prüfungen

Davon abgeleitet wurden für die einzelnen Fachabteilungen folgende Ziele festgelegt:

- Ausweitung der Operationen im Zentral- OP
- Aufrechterhaltung der Zertifizierung der APK nach DIN EN ISO 9001:2000-12
- Aufrechterhaltung der Zertifizierung des Südwestdeutschen Brustzentrums nach DIN EN ISO 9001:2000-12
- Teilnahme am Gemidas QM- Projekt
- Evaluation der Behandlungspfade der Frauenklinik
- Etablierung der Behandlungspfade im Chirurgischen Zentrum
- Steigerung der Eingriffszahlen im Ambulanten OP- Zentrum

Qualitätsmanagementansatz

Grundlage aller QM- Aktivitäten der APK ist das ASKLEPIOS Modell für Integriertes Qualitätsmanagement (AMIQ). Dieses Modell wird stufenweise in allen Einrichtungen der ASKLEPIOS Gruppe implementiert und fortwährend ausgebaut. Es umfasst die Struktur-, Prozess-

und Ergebnisqualität. Es erfolgt eine systematische Beschreibung und Überprüfung aller Abläufe und Strukturen, der Ausbau von Stärken, die Arbeit an Verbesserungspotentialen sowie die Messung und Überwachung der Qualität der medizinisch - pflegerischer Behandlung.

Die Aspekte des AMIQ werden in der APK wie folgt umgesetzt:

1.Patientenorientierung

Alle Aktivitäten im QM orientieren sich an den drei Hauptanliegen M-M-M. Die so entstandenen Unternehmensgrundsätze werden durch die Arbeit mit dem AMIQ und der sich daraus ergebenden kontinuierlichen Patientenorientierung aktiv in der täglichen Arbeit umgesetzt. In der APK werden regelmäßig Patientenbefragungen durchgeführt, um die Zufriedenheit zu ermitteln und die Versorgung zielgerichtet verbessern zu können. Folgende Maßnahmen hinsichtlich der Patientenorientierung wurden ergriffen:

- Verbesserung der Information der Patienten (Info-Material, Aufklärung etc.)
- Dezentralisierung der Patientenaufnahme
- Verbesserung der Ausstattung der Patientenzimmer
- Verbesserung der Serviceleistungen

2.Verantwortung der Führung

QM ist als Führungsaufgabe definiert. Die Klinikleitung sowie alle Abteilungsleiter sind verantwortlich in das QM eingebunden. Dieses erfolgt durch die gemeinsame Erstellung und Verabschiedung des jährlichen Q- Zielplanes. Die Umsetzung der gesetzten Q- Ziele liegt in der Verantwortung der Leitungs- und Führungskräfte aller Hierarchieebenen.

3.Wirtschaftlichkeit

Die Sicherstellung der bestmöglichen medizinischen Versorgung ist die erste und wichtigste Aufgabe der Klinik und unserer Mitarbeiter. Die Qualität medizinischer Versorgung wird ständig überprüft, um sie auf einem hohen Niveau zu halten und bei Bedarf zu verbessern. Im Rahmen der AMIQ und der ISO- Zertifizierung werden Behandlungsprozesse Schritt für Schritt überprüft, um die qualitativen sowie die ökonomischen Ergebnisse positiv zu beeinflussen.

4.Prozessorientierung

Die APK arbeitet im AMIQ- Baustein „Prozess-Führung“ und der ISO- Zertifizierung mit ärztlichen Leitlinien, Pflegestandards und Prozessbeschreibungen, die zu einer kontinuierlichen Prozessverbesserung beitragen.

Zur Verbesserung der klinischen Abläufe und Sicherung der hohen Q- Standards wurden Behandlungspfade für die häufigsten Diagnosen entwickelt, z.B.

- „Gebärmutterentfernung“
- „Kaiserschnitt“
- „Schilddrüsenoperation“
- „Leistenbruch“ und „Oberschenkelhalsbruch“

5. Mitarbeiterorientierung und -beteiligung

In Abständen erfolgt eine Mitarbeiterbefragung, um die Zufriedenheit mit ihrem Arbeitsplatz zu überprüfen. Ziel ist die kontinuierliche Steigerung der Zufriedenheit durch Schaffung eines optimalen Arbeitsumfeldes und optimaler Arbeitsbedingungen.

Alle Mitarbeiter tragen durch ihre konstruktive und engagierte Zusammenarbeit dazu bei, dass das QM erfolgreich arbeiten kann und sich selbst einer ständigen Evaluation unterzieht.

Neben der Möglichkeit der Beteiligung in Qualitätszirkeln und Projektgruppen werden Mitarbeiter unserer Klinik durch folgende Maßnahmen beteiligt:

- jährliche Personalentwicklungsgespräche
- Mitarbeiterseminare
- externe und interne Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten
- regelmäßige Betriebsversammlungen
- Maßnahmen im Arbeitsschutz (Optimierung von Arbeitsplätzen, Gesundheitsprogramme -angebote
- Sonstige Vergünstigungen für Mitarbeiter

6. Zielorientierung und Flexibilität

Durch die jährlich Gesamtzielplanung der APK, deren Bestandteil der Qualitätszielplan ist, wird eine Zielorientierung aller durchgeführten Q- Maßnahmen und die Ausrichtung auf ein gemeinsames Ziel hin gewährleistet. Über permanent erhobene Leistungsindikatoren, Kennzahlen und Daten der internen und externen Qualitätssicherung erfolgen eine kontinuierliche Zielerreichungskontrolle. Bei eventuellen Abweichungen erfolgt eine sofortige Einleitung von Korrekturmaßnahmen. Zudem wird auf aktuelle Entwicklungen zeitnah und flexibel reagiert. Zielpläne werden ggf. angepaßt. Einmal jährlich erfolgt eine Evaluation der Zielerreichung durch die Geschäftsführung.

7. Fehlervermeidung und Umgang mit Fehlern

Grundsätzlich verfolgen wir bei allen Prozessen und Abläufen den „Null-Fehler-Ansatz“, d.h. es ist unser Ziel, Abläufe so zu strukturieren, dass ein optimales Ergebnis erzielt wird und Fehler möglichst vermieden werden. Kommt es trotz der Maßnahmen des Prozessmanagements doch zu einem Fehler, erfolgt eine Ursachen-Analyse mit dem Ziel der Vermeidung einer Wiederholung und als Chance zur Optimierung.

Die Einschätzung unserer Kunden ist die Grundlage für eine weitere Verbesserung unserer Leistungen. Wir ermutigen und fordern unsere Kunden auf, Wünschen und Beschwerden zu äußern. Über folgende Maßnahmen erfolgt eine systematische Sammlung und Auswertung von Kundenwünschen und -beschwerden:

- Befragung von Patienten und Mitarbeitern
- Beschwerdestelle und feste Ansprechpartner für die Patienten
- Patientenfürsprecher

8. Kontinuierlicher Verbesserungsprozess

Sowohl AMIQ, als auch das ISO- System beinhalten den kontinuierlichen Verbesserungszyklus. In der Umsetzung werden die Bewertungs- und Optimierungsphase in einem 1-jährigen Rhythmus durchlaufen. Nach dem Erstellen einer sog. Selbstbewertung (Schwachstellen-Analyse), dem Unterziehen einer Fremdbewertung (Überprüfung durch externe Gutachter) erfolgt die Optimierung

der identifizierten Verbesserungspotentiale in Qualitätszirkeln und Projektgruppen. Diese gehen nach erfolgreicher Umsetzung wieder in die nächste Selbstbewertung ein und werden in der anschließenden Fremdbewertung einer Überprüfung unterzogen. Sowohl an der Bewertung als auch an der Optimierung werden Mitarbeiter aller Klinikbereiche beteiligt. Jeder Beteiligte am Prozess der Patientenversorgung ist für die Qualität der Krankenhausleistung mitverantwortlich und hat daran mitzuwirken, diesen Prozess kontinuierlich zu verbessern.

Kommunikation der Qualitätspolitik

Die Q- Ziele sowie Q- Aktivitäten möchten wir sowohl innerhalb der Klinik gegenüber unseren Patienten und Mitarbeitern kommunizieren, als auch die Öffentlichkeit über unsere Q- Aktivitäten informieren. Hierzu nutzen wir folgende Maßnahmen:

- Veranstaltungen für Patienten, Besucher und interessierte Öffentlichkeit, z.B. Informationsveranstaltungen, Kongresse und Kolloquium
- Fortbildungen zu fachlichen Themen (ASKLEPIOS Akademie), zu denen auch Externe eingeladen werden (niedergelassene Ärzte, kooperierende Krankenhäuser und Rehabilitations-Kliniken, Alten -und Pflegeheime, ambulante Pflegedienste)
- Jahresberichte
- Informationsbroschüren
- Aushänge/Informationsschaukasten/Presse

E Qualitätsmanagement und dessen Bewertung

Im Folgenden werden die Strukturen des Qualitätsmanagements (QM) in der ASKLEPIOS Paulinen Klinik (APK) beschrieben. Die Organisation ist in der Geschäftsordnung des Qualitätsmanagements unter Nennung der Verantwortlichen, Aufgaben und Kompetenzen eindeutig geregelt.

Geschäftsführung:

Die Hauptverantwortung für das QM liegt beim Geschäftsführer.

Aufgaben:

- Sicherstellung der Einhaltung der festgelegten Qualitätspolitik und der Qualitätszielplanung
- Bereitstellung der erforderlichen Ressourcen

Abteilungsleiter:

Verantwortliche für das QM in ihren Abteilungen, Multiplikatoren, Weitergabe von Informationen hinsichtlich des Qualitätsmanagements.

Qualitätsbeauftragter:

Der Qualitätsbeauftragte berät die Geschäftsführung in Stabsfunktion. Er ist für die Initiierung, Begleitung und Koordination bzgl. Struktur, Planung und Maßnahmen des QM in Absprache mit der Geschäftsführung verantwortlich.

Aufgaben:

- Organisation, Koordinierung und Betreuung aller Maßnahmen im Qualitätsmanagement
- Initiierung, Steuerung und Begleitung von Qualitätsprojekten
- Beratung der Geschäftsführung im Bereich Qualitätsmanagement
- Regelmäßige Berichterstattung an die Geschäftsführung zum aktuellen Stand des QM
- Erstellung der Jahresberichte / des Qualitätsberichtes

Qualitätsverantwortliche:

Für die Berufsgruppe der Pflege und den ärztlichen Dienst wurden jeweils Qualitätsverantwortliche (Kriterienverantwortliche/Prozessverantwortliche) benannt. Dadurch soll gewährleistet werden, dass die Arbeit des Qualitätsmanagements auf breite Akzeptanz und Unterstützung aller Mitarbeiter trifft.

Qualitätszirkel:

Aufgabe: Erarbeitung von Lösungsvorschlägen zu einem vorgegebenen Thema (meist ablauforganisatorisch) aus den Zielplanungen

Teilnehmer: Mitarbeiter aus allen Berufsgruppen und Hierarchieebenen (interdisziplinär und interprofessionell), je nach Themenstellung, mind. 1 Mitarbeiter jedes Bereiches, der von der Thematik betroffen ist

Beispiele:

- Behandlungspfade in der Gynäkologie
- Behandlungspfade in der Chirurgie
- Behandlungspfade in der Inneren Medizin
- Sturzprävention
- Mangel- / Fehlernährung
- Arbeitsablaufoptimierung im OP

Projektgruppe:

Aufgabe: konzeptionelle Bearbeitung eines vorgegebenen Themas aus der Zielkonferenz
Teilnehmer: Fachexperten hinsichtlich der Thematik

Beispiele:

- Einarbeitungskonzept für neue Mitarbeiter im Pflegedienst
- Mitarbeitergesprächsführung
- Supervision in der Onkologie
- Schmerzkonsildienst
- Präanästhesiologische Pflegevisiten (Spezielle Visiten von Fachpflegekräften vor bestimmten Operationen)
- Umsetzung der Behandlungspfade in das KIS (Krankenhausinformationssystem) mit dem Softwareanbieter GWI

Gremien:

Weitere Gremien sind die Hygienekommission, die Transfusionskommission sowie der Arbeitssicherheitsausschuss und die Arzneimittel-Kommission. Aufgabe der genannten Gremien ist der Beschluss wesentlicher Maßnahmen zu den Bereichen Krankenhaushygiene, Transfusionswesen, Arbeitsschutz und Arzneimittelwesen. Alle Gremien agieren im Rahmen einer Geschäftsordnung.

Projektbezogene Arbeitsgruppen werden nach Bedarf gegründet. Zu einem festen Bestandteil zählt der "Hygienearbeitskreis", der sich aus Mitarbeitern des Pflegedienstes und der externen Hygienefachkraft zusammensetzt und Vorlagen für die Hygienekommission erarbeitet. Auch die Arbeitsgruppe "OP- Reorganisation" ist ein fester Bestandteil des QM- Systems und tagt regelmäßig oder bei konkreten Anlässen.

Zentrale Dienste Qualitätsmanagement der ASKLEPIOS Kliniken GmbH

Externe Unterstützung im Qualitätsmanagement erhält die APK durch die Zentralen Dienste Qualitätsmanagement der ASKLEPIOS Verwaltungsgesellschaft mbH. Hierfür stehen Fachexperten für Qualitäts- und Projektmanagement zur Verfügung.

Aufgaben:

- Beratung der Kliniken der ASKLEPIOS Gruppe im Bereich Qualitätsmanagement
- Unterstützung der Qualitätsbeauftragten in den Kliniken bei der Ausübung ihrer Tätigkeiten im Qualitätsmanagement
- Projektmanagement und Projektcontrolling, z.B. Erstellung von Projektzeitplänen gemeinsam mit den Kliniken, Überwachung der Einhaltung der Projektzeitpläne
- Durchführung von Schulungen und Fortbildungen im Qualitätsmanagement
- Überprüfung der Umsetzung von Qualitätsmanagement-Maßnahmen in den Kliniken, z. B. Durchführung von Fremdbewertungen/Audits

E-2 Qualitätsbewertung

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

Die Asklepios Paulinen Klinik unterzieht sich seit 1996 der Fremdbewertung des etablierten Qualitätsmanagementsystems durch jährlich stattfindende externe Audits. Diese externen Audits werden durch unabhängige Zertifizierungsgesellschaften durchgeführt. Gleichfalls erfolgen jährliche hausinterne Audits durch den Qualitätsmanagementbeauftragten der Klinik. Ziel dieser Audits ist einerseits die Überprüfung der Einhaltung der ISO spezifischen Anforderungen, andererseits die kontinuierliche Verbesserung hinsichtlich der Prozessabläufe und der Zufriedenheit der „Kunden“.

Jährlich erfolgt eine Qualitätsmanagementbewertung der Geschäftsführung für das Südwestdeutsche Brustzentrum der Frauenklinik. Sie ist interaktiver Bestandteil der Zertifizierungsverfahren nach DIN ISO und bilden, in Verbindung mit den internen Audits, die Grundlage zur Aufrechterhaltung des Qualitätszertifikates.

Der Bistrobereich wird halbjährlich mittels Lufthansa- Service- Gesellschaft- Check überprüft und die Gäste des Paulinen Bistros und die Patienten der Klinik zur Zufriedenheit mit den angebotenen Speisen und dem Service befragt.

Ein Beschwerdemanagement ist eingeführt und bei dem Sekretariat der Geschäftsführung etabliert. Jede schriftlich eingereichte Beschwerde wird hier bearbeitet und schriftlich beantwortet. Die Beschwerden werden statistisch ausgewertet. Die Ergebnisse liegen der Geschäftsführung vor und fließen in die jährlichen Zielplanungsgespräche, mit den prozessverantwortlichen Mitarbeitern, ein.

Im ersten Halbjahr 2005 wird sich die die APK einer Selbstbewertung nach dem krankenhausspezifischen Qualitätsmodell „Kooperation für Transparenz und Qualität“ (KTQ) unterziehen. Die Erstellung des KTQ- Selbstbewertungsberichtes erfolgt dann unter Einbeziehung aller Krankenhausbereiche und zahlreicher Klinikmitarbeiter. Dieser Bericht stellt eine umfangreiche Beschreibung der IST- Situation der Klinik dar und dient als

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

	Leistungsbereich	Komplikation srate	Mortalitätsrate
12/1	Cholezystektomie	5,00 %	0,80 %
17/1	Hüftgelenknahe Femurfraktur	13,00 %	12,50 %
17/2	Hüft- Endoprothese Erstimplantation	1,20 %	0,00 %
17/3	Hüft- Endoprothesen- Wechsel	11,11 %	0,00 %
17/5	Knie- Totalendoprothese- (TEP) Erstimplantation	8,80 %	0,00 %
17/7	Knie- TEP- Wechsel	0,00 %	0,00 %
15/1	Gynäkologische Operationen	2,70 %	0,20 %
16/1	Geburtshilfe	0,00 %	0,50 %
18/1	Mammachirurgie	2,10 %	0,00 %

F Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum

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

Bis heute wurden in der ASKLEPIOS Paulinen Klinik zahlreiche Projekte zur internen und externen Qualitätssicherung realisiert, die zu einer erheblichen Verbesserung der Versorgungsqualität geführt haben:

Beschreibung der Projekte in 2004:

- Erarbeitung und Einführung von weiteren pflegerischen und medizinischen Standards
- Erarbeitung von Behandlungspfaden
- Patientenbefragungen
- Arbeit in Qualitätszirkeln zu den Themen wie:
 - Behandlungspfade, mit dem Ziel: Abläufe zu optimieren, Doppeluntersuchungen zu verhindern, die Verweildauer zu senken und die Patientenzufriedenheit zu erhöhen.
 - Hygienische Standards, mit dem Ziel: die Forderungen an ein zeitgemäßes Hygienemanagement zu erfüllen und nosokomiale (im Krankenhaus erworbene) Infektionen zu vermeiden.
 - Sturzprävention, mit dem Ziel: Gefahrenstellen aufzuzeigen, Patienten und Angehörige über ein bestehendes Sturzrisiko zu informieren und Stürze zu vermeiden.
 - OP- Arbeitsablaufoptimierung, mit dem Ziel: einer hohen Auslastung des OP's zu erreichen, OP's organisatorisch besser zu planen, das Verschieben von Op's zu verhindern, die Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit zu erhöhen.

Ansprechpartner zur Koordination, bzw. zur Moderation der Qualitätszirkel / Projektgruppen ist der Qualitätsmanagementbeauftragte der Klinik.

Geplante Maßnahmen im Qualitätsmanagement 2005

Auch für das Jahr 2005 sind alle Bereiche der APK bestrebt, sich nachweislich zu verbessern. Bezugnehmend auf neue Anforderungen und die Analysen des Jahres 2004 (QM- Bewertung, interne und externe Qualitätssicherungsmaßnahmen, Patientenbefragung, Beschwerdemanagement, interne Q- Überprüfungen, betriebliches Vorschlagswesen), wurden Verbesserungspotentiale formuliert und dokumentiert. Schwerpunkte sind:

- Behandlungspfade in der Inneren Medizin
- Erreichung der Zertifizierung nach dem Qualitätsmodell KTQ (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen)
- Akkreditierung (Zertifizierung) des Brustzentrums nach den EUSOMA- Kriterien ([European Society of Mastology] Europäische Gesellschaft für Brustkunde) und weiterer Ausbau der überregionalen Bedeutung des Brustzentrums
- Erstellung medizinischer Standards im Rahmen des DMP Vertrag Brustkrebs (Disease Management Programm [Vertrag über ein strukturiertes Behandlungsprogramm für Brustkrebspatienten]) in Verbindung mit der DMP-koordinierenden Klinik des Brustzentrums Frankfurt – Rhein- Main
- Zertifizierung zum „Stillfreundlichem Krankenhaus“
- Teilnahme am Qualitätszirkel Gemidas- QM (bundesweit) zum Thema Sturzprävention (nationales Benchmark)
- Teilnahme am Qualitätszirkel Gemidas- QM (bundesweit) zum Thema Malnutrition (Mangel- Fehlernährung) (nationales Benchmark)

- Fortführung des Ergebnisqualitätsinstruments (seit 1996) GEMIDAS (Geriatrisches Minimal Data Set) (nationales Benchmark)
- Schulung von Typ II Diabetiker (Altersdiabetes) für geriatrische Patienten (Schulung der Deutschen Diabetes Gesellschaft und der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie)
- Aufbau einer interdisziplinären Sprechstunde „Diabetischer Fuß“
- Ausbau der bestehenden Memory Clinic
- Ausbau der Dysphagiediagnostik (Diagnostik von Schluckbeschwerden) bei geriatrischen
- Patienten
- Aufbau eines Schlafapnoescreenings
- Teilnahme an der Tumorerfassung mittels ODSeasy = Benchmark des WBC (West Deutsches Brustzentrum)
- Erarbeitung von SOP's (Standard Operating Procedures = Arbeitsanweisungen) für die wesentlichen Operationen
- Regelmäßige interne Fortbildung über Neuerungen in der Anästhesie- und Intensivmedizin
- Weiterführung des Qualitätszirkels- Arbeitsablaufoptimierung OP und Steigerung der OP- Auslastung und der Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit Etablierung der nichtinvasiven Beatmung in der Intensivmedizin
- Ausbau der interdisziplinären Kompetenzzentren in der Tumorchirurgie im strukturellen Rahmen des Asklepios Tumortherapie Centrum Rhein Main (ATC)
- Ausbau der Qualitätskontrolle (Perioperative und Langzeitresultate)
- Ausbau der „Interdisziplinären Visceralen Station“
- Behandlungspfade „Kreuzbandrisse und proximale/ gelenknahe Frakturen des Humerus (Oberarms) und der Tibia (Schienbein)“
- Erhöhung der Fallzahl von Wechseloperationen
- Etablierung der navigierten Hüftgelenkchirurgie
- Kooperation, Vernetzung, integrierte Versorgung in der Wahl- Endoprothetik

Im Rahmen der Vorbereitung auf die KTQ- Zertifizierung wurde ein Maßnahmenkatalog erstellt, den wir Schritt für Schritt in Form von Projekten umsetzen werden.

Für das Jahr 2005 ist eine Bewertung des Qualitätsmanagement-Systems der APK nach dem krankenhausspezifischen Zertifizierungsverfahren „Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen“ (KTQ) geplant.

Verantwortlicher für den Qualitätsbericht:

- Herr Matthias Bothe / Qualitätsmanagementbeauftragter

Ansprechpartner:

- Herr Dr. hc Peter Coy / Geschäftsführer

- Herr Oliver Zimmer / Verwaltungsleiter / Verantwortlicher für Öffentlichkeitsarbeit der Klinik

- Herr Dr. Wolfgang Knauf / Ärztlicher Leiter

- Frau Martina Kramp / Pflegedienstleiterin

- Herr Prof. Dr. K. H. Link / Direktor Chirurgisches Zentrum / Chefarzt Onkologische Chirurgie, Direktor des Asklepios Tumor Centrum (ATC)

- Herr Dr. T. F. Weigel / Teamchefarzt Endokrine Chirurgie, Proktologie

- Herr Dr. Christoph Meister / Teamchefarzt Orthopädische Chirurgie /

Gründungsmitglied der Süddeutschen Osteopathischen Gesellschaft (SDOG)

- Herr Jürgen Tannert / Teamchefarzt Unfall- und Akut Chirurgie / Mitglied des

Instituts für Chirurgische Orthopädie und Sporttraumatologie (ICOST)

- Herr Dr. Klaus Tischbirek / Chefarzt Medizinische Klinik I (Innere Medizin, Endoskopie, Funktionsdiagnostik, Labor, HIV- Ambulanz)

- Herr Dr. Wolfgang Knauf / Chefarzt Medizinische Klinik II (Innere Medizin, Geriatrie, Geriatrische Tagesklinik, Memory Clinic)

- Herr Dr. Volker Heyl / Chefarzt Frauenklinik, Gründungsmitglied des Südwestdeutschen Brustzentrums

- Herr Dr. Klaus Schulz / Chefarzt Anästhesie- und Intensivmedizin

- Herr Dr. R. R. Thimm / Chefarzt Diagnostische Radiologie

- Herr Dr. Christof Harenberg / Chefarzt Hals- Nasen- Ohren Belegabteilung

- Frau Dr. Kerstin Höpp / Leitende Ärztin Akupunkturzentrum

- Herr Dr. Albert Theisen / Leitender Arzt Operative Tagesklinik

- Frau Monika Dohrn / Pressestelle ASKLEPIOS

Links:

- <http://www.asklepios.com/wiesbaden>

- <http://www.asklepios.com/brustzentrum>

- <http://www.akupunkturzentrum-wiesbaden.de>

- http://www.asklepios.com/atc_rhein_main

- <http://www.icost.de>

- <http://www.osteopathie-sdog.de>

- <http://www.asklepios.com>

Weitere Informationen können auf Anfrage versandt werden:

- Patientenmagazin

- CD-ROM mit dem APK Informationsfilm „Wir stellen uns vor“ (mpg3)

- Informationsflyer zu den am häufigsten behandelten Erkrankungen

- Informationsflyer Brustzentrum

Mail:

- wiesbaden@asklepios.com

- p.coy@asklepios.com

- o.zimmer@asklepios.com

- m.bothe@asklepios.com

- m.kramp@asklepios.com

- w.knauf@asklepios.com