

# Orthopädische Klinik Kassel

gemeinnützige GmbH

Eine Gesellschaft des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen

**Akademisches Lehrkrankenhaus der Philipps-Universität Marburg**



*Bad Wilhelmshöhe*



## **Strukturierter Qualitätsbericht**

**für das Berichtsjahr 2004**

# **Orthopädische Klinik Kassel**

gemeinnützige GmbH

---

## Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	2
<b>Basisteil</b>	<b>4</b>
A Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	4
A-1.1 Allgemeine Merkmale des Krankenhauses	4
A-1.2 Institutionskennzeichen des Krankenhauses	4
A-1.3 Name des Krankenhausträgers	4
A-1.4 Handelt es sich um ein akademisches Lehrkrankenhaus?	4
A-1.5 Anzahl der Betten im Krankenhaus nach § 108/109 SGB V	4
A-1.6 Gesamtzahl der im abgelaufenen Kalenderjahr behandelten Patienten:	4
A- 1.7 A Fachabteilungen	5
A-1.7 B Top 30 DRG	5
A-1.8 Besondere Versorgungsschwerpunkte und Leistungsangebote	6
A-1.9 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	6
A-2.0 Abteilungen mit Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft?	6
A-2.1 Apparative Ausstattung und therapeutische Möglichkeiten	7
A-2.1.1 Apparative Ausstattung	7
A-2.1.2 Therapeutische Möglichkeiten	7
B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	8
B-1.1 Name der Fachabteilung:	8
B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung:	8
B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung:	8
B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung:	8
B-1.5 Top-10 DRG	9
B-1.6 Die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen der Fachabteilung im Berichtsjahr	9
B-1.7 Die 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe der Fachabteilung im Berichtsjahr	9

B-2	Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	10
B-2.1	Ambulante Operationen nach § 115 b SGB V	10
B-2.2	Top-5 der ambulanten Operationen	10
B-2.3	Sonstige ambulante Leistungen	10
B-2.4	Personalqualifikation im Ärztlichen Dienst	11
B-2.5	Personalqualifikation im Pflegedienst	11
C	Qualitätssicherung	11
C-1	Externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V	11
C-2	Qualitätssicherung beim ambulanten Operieren nach § 115 b SGB V	13
C-3	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht (§ 112 SGB V)	13
C-4	Qualitätssicherungsmaßnahmen bei Disease - Management - Programmen (DMP)	13
C-5.1	Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V	13
C-5.2	Ergänzende Angaben bei Nicht-Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V	
	<b>Systemteil</b>	<b>14</b>
D	Qualitätspolitik	14
E	Qualitätsmanagement und dessen Bewertung	14
E-1	Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements im Krankenhaus	14
E-2	Qualitätsbewertung	16
E-3	Ergebnisse in der externen Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V	20
F	Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum	20
G	Weitergehende Informationen	24

## **Basisteil**

### **A Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses**

#### A-1.1 Allgemeine Merkmale des Krankenhauses

Straße: **Wilhelmshöher Allee 345**  
PLZ und Ort: **34131 Kassel**  
Postfach: **410153**  
Postfach -PLZ und Ort: **34063 Kassel**  
E-Mail-Adresse: **Info@okkassel.de**  
Internetadresse: **www.okkassel.de**

#### A-1.2 Institutionskennzeichen des Krankenhauses

Institutionskennzeichen: **260620022**

#### A-1.3 Name des Krankenhausträgers

Krankenhausträger: **Landeswohlfahrtsverband Hessen**

#### A-1.4 Handelt es sich um ein akademisches Lehrkrankenhaus?

Akad. Lehrkrankenhaus: **( Ja )** (bitte auswählen: Ja/Nein)

#### A-1.5 Anzahl der Betten im Krankenhaus nach § 108/109 SGB V

(Stichtag 31.12. des Berichtsjahres)

Anzahl Betten. **205**

#### A-1.6 Gesamtzahl der im abgelaufenen Kalenderjahr behandelten Patienten:

Stationäre Patienten: **4.700**

Ambulante Patienten: **12.000**

A-1.7 A Fachabteilungen

FA-Kode § 301 SGB V	Name der Fachabteilung	Zahl der Betten	Zahl der stationären Fälle	HA (Hauptabteilung) oder BA (Belegabteilung)	Poliklinik/ Ambulanz ja/nein
2300	Orthopädie	205	4.700	HA	ja

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	I68	Konservative Behandlung im Wirbelsäulenbereich	938
2	I16	Operationen am Schultergelenk	432
3	I69	Konservative Behandlung von Kochenkrankheiten	432
4	I44	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk	374
5	I18	Kleinere Eingriffe am Knie, Ellenbogen oder Unterarm	354
6	I48	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	326
7	I24	Arthroskopie am Knie, Ellenbogen oder Unterarm	186
8	I20	Eingriffe am Fuß	156
9	B71	Erkrankungen an Nerven	114
10	I30	Komplexe Eingriffe am Knie	104
11	I55	Knochen- und Gelenksinfektionen	98
12	I23	Entfernung von Osteosynthesematerial	88
13	I05	Anderer großer Gelenkersatz	86
14	I56	Eingriffe an der Wirbelsäule ohne schwere Nebenerkrankung	70
15	I64	Knochenhautentzündungen	66
16	I51	Andere Eingriffe an der Hüfte oder Oberschenkel	62
17	I53	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule	62
18	I76	Andere Erkrankungen des Bindegewebes	56
19	I46	Prothesenwechsel am Hüftgelenk	54
20	I59	Eingriffe am Sprunggelenk	25
21	I21	Entfernung von Osteosynthesematerial am der Hüfte	44
22	I45	Implantation von Bandscheibenprothesen	42
23	I49	Wirbelkörperfusionen ohne Nebenerkrankungen	42
24	I71	Muskel- und Sehnenerkrankungen	42
25	I09	Wirbelkörperfusionen mit Nebenerkrankungen	40
26	I58	Eingriffe am Weichteilgewebe	36
27	I03	Revision des Hüftgelenkes mit Nebenerkrankungen	28
28	I25	Diagnostische Eingriffe an Knochen	28
29	I57	Kleinere Eingriffe am Sprunggelenk	28
30	I52	Knochen- und Gelenksinfektionen mit Nebenerkrankungen	26

A-1.8 Besondere Versorgungsschwerpunkte und Leistungsangebote

- Endoprothetik ( Knie- und Hüft-Totalendoprothesen)
- Wirbelsäulenchirurgie
- Sportorthopädie
- Arthroskopien (Gelelenkspiegelungen)
- Rheumaorthopädie
- Kinder- und Jugendorthopädie
- Orthopädische Schmerztherapie

A-1.9 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

- Sprechstunden für die Allgemein- und Sportorthopädie
- Sprechstunden für Wirbelsäulenchirurgie
- Sprechstunden für Kinder- und Jugendorthopädie
- Sprechstunden für Rheuma- und Handorthopädie
- Sprechstunden für orthopädische Schmerztherapie
- Ambulante Operationen

A-2.0 Abteilungen mit Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der  
Berufsgenossenschaft?

- nicht vorhanden

## A-2.1      Apparative Ausstattung und therapeutische Möglichkeiten

### A-2.1.1    Apparative Ausstattung

Leistungsbereich	Vorhanden		Verfügbarkeit 24 Stunden sichergestellt	
	JA	NEIN	JA	NEIN
Computertomographie (CT)	x		x	
Magnetresonanztomographie (MRT)	x		x	
Herzkatheterlabor		x		x
Szintigraphie in Kooperation mit dem Klinikum Kassel	x			x
Positronenemissionstomographie (PET)		x		x
Angiographie (Phlebographie) in Kooperation mit DGK	x		x	
Schlaflabor		x		x
Stoßwellengerät	x			x
Röntgen konventionell	x		x	
Sonographie	x		x	
EKG	x		x	
In Kooperation mit der Neuropsychiatrischen Ambulanz des ZSP Kurhessen:				
Elektroenzephalogramm (EEG)	x			x
Nervenleitungs geschwindigkeit (NLG)	x			x
Elektromyographie (EMG)	x			x

### A-2.1.2    Therapeutische Möglichkeiten

Leistungsbereich	Vorhanden	
	JA	NEIN
Physiotherapie	x	
Dialyse		x
Logopädie		x
Ergotherapie	x	
Schmerztherapie (auch interdisziplinär)	x	
Eigenblutspende in Kooperation mit dem Roten Kreuz	x	
Gruppenpsychotherapie		x
Einzelpsychotherapie in Kooperation mit der Neuropsychiatrischen Ambulanz des ZSP Kurhessen	x	
Psychoedukation		x
Thrombolyse		x
Bestrahlung in Kooperation mit dem Klinikum Kassel	x	
Stoßwellentherapie	x	
CT gesteuerte Eingriffe	x	
MRT gesteuerte Eingriffe	x	
Manuelle Therapie	x	
Akupunktur	x	
Chemosynoviorthese	x	
Internistische und orthopädische Rheumatherapie	x	
Orthesen und Hilfsmittelversorgung und -anpassung	x	

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

### B-1.1 *Name der Fachabteilung:*

Orthopädie

### **B-1.2 *Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung***

- Künstlicher Gelenkersatz (Endoprothese) aller großen und kleinen Gelenke
- Wirbelsäuleneingriffe aller Art
- Arthroskopische Operationen an allen großen und kleinen Gelenken
- Rheumachirurgie
- Kinderorthopädie

### B-1.3 *Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung:*

- Minimal invasive Operationen in Orthopädie und Traumatologie
- Wechseloperationen bei künstlichen Gelenken
- Bandscheibenprothesen
- konservative Schmerztherapie

### B-1.4 *Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung:*

- Spezialsprechstunden für Schulter-, Hand-, Fuß-, Wirbelsäulen-, Rheumaerkrankungen,
- Sportorthopädie, Unfallbehandlung
- Stoßwellentherapie
- Interdisziplinäres Schmerzzentrum

B-1.5 Top-10 der (Fallpauschalen (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	I68	Konservative Behandlung im Wirbelsäulenbereich	938
2	I16	Operationen am Schultergelenk	432
3	I69	Konservative Behandlung von Knochenkrankheiten	432
4	I44	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk	374
5	I18	Kleinere Eingriffe am Knie, Ellenbogen oder Unterarm	354
6	I48	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	326
7	I24	Arthroskopie am Knie, Ellenbogen oder Unterarm	186
8	I20	Eingriffe am Fuß	156
9	B71	Erkrankungen an Nerven	114
10	I30	Komplexe Eingriffe am Knie	104

B-1.6 Die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen der Fachabteilung im Berichtsjahr

<b>Rang</b>	<b>ICD-10 3-stellig</b>	<b>Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)</b>	<b>Fallzahl</b>
1	M 17.1	Gonarthrose / Verschleiß im Kniegelenk	480
2	M 51.1	Bandscheibenschäden	360
3	M 75.4	Impingement-Syndrom der Schulter	302
4	M 16.1	Koxarthrose / Verschleiß im Hüftgelenk	266
5	M 48.06	Spinalstenose / Verengung des Rückenmarkkanals	218
6	M42.16	Osteochondrose der Wirbelsäule	140
7	T 84.0	Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendorprothese	124
8	M23	Meniskusschädigungen	112
9	M54	Lumboischialgie	112
10	M20	Hallux Valgus	82

Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien.

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

<b>Rang</b>	<b>OPS (4-stellig)</b>	<b>Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)</b>	<b>Fallzahl</b>
1	5812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel	754
2	5811	Arthroskopische Operation an der Gelenkkapsel	741
3	5822	Arthroskopische Gelenkrevisionen	509
4	5822	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk	444
5	5820	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	391
6	5032	Zugang zur Lendenwirbelsäule	288
7	5787	Entfernung von Osteosynthesematerial	250
8	5786	Osteosynthese von Knochen	242
9	5784	Knochen transplantationen	237
10	5788	Operationen am Fuß	204

---

B-2 Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

B-2.1 Ambulante Operationen nach § 115 b SGB V

Gesamtzahl im Berichtsjahr: 220 Operationen

B-2.2 Mindestens Top-5 der ambulanten Operationen

(nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilung\* im Berichtsjahr

<b>Rang</b>	<b>EBM- Nummer 4-stellig</b>	<b>Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)</b>	<b>Fallzahl</b>
1		Gelenkspiegelungen am Knie	60
2		Kleinere Operationen an der Hand	45
3		Metallentfernungen (Draht, Schrauben)	45
4		Gelenkspiegelungen an der Schulter	30
5		Operationen an Sehnen und Bändern	25

Sofern keine Unterteilung nach Fachabteilungen vorhanden ist, erfolgt die Auflistung über das Gesamt-Krankenhaus.

B-2.3 Sonstige ambulante Leistungen

(Fallzahl für das Berichtsjahr)

Hochschulambulanz (§ 117 SGB V) - nicht vorhanden -

Psychiatrische Institutsambulanz (§ 118 SGB V) - nicht vorhanden -

Sozialpädiatrisches Zentrum (§ 119 SGB V) - nicht vorhanden -

#### B-2.4 Personalqualifikation im Ärztlichen Dienst

(Stichtag 31.12. des Berichtsjahrs)

FA-Kode § 301 SGB V	Fachabteilung	Anzahl der beschäftigten Ärzte insgesamt	Anzahl Ärzte in Weiterbildung	Anzahl Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung
0100	Innere Medizin	1		1
	Orth./ Radiologie	1		1
	Anästhesie	5		5
2300	Orthopädie	20	6	14

Anzahl der Ärzte mit Weiterbildungsbefugnis (gesamtes Krankenhaus): 6

#### B-2.5 Personalqualifikation im Pflegedienst

(Stichtag 31.12. des Berichtsjahrs)

FA-Kode § 301 SGB V	Fachabteilung	Anzahl der beschäftigten Pflegerkräfte insgesamt	Prozentualer Anteil		
			Krankenschwestern-/pfleger	Krankenpflege-	
			examiniert (3 Jahre)	mit entspr. Fach- weiterbildung (3 Jahre plus Fachweiterbildung)	helfer/-in (1 Jahr)
2300	Orthopädie	85	79	10	6

## **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 die Klinik an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Leistungsbereiche) teil.**

	Leistungsbereich	Leistungsbereich wird vom Krankenhaus erbracht		Teilnahme an der externen Qualitätssicherung		Dokumentationsrate	
		JA	NEIN	JA	NEIN	Krankenhaus	Bundesdurchschnitt
1	Aortenklappenchirurgie		x				
2	Cholezystektomie		x				
3	Gynäkologische Operationen		x				
4	Herzschrittmacher-Erstimplantation		x				
5	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel		x				
6	Herzschrittmacher-Revision		x				
7	Herztransplantation		x				
8	Hüftgelenknahe Femurfraktur (ohne subtrochantäre Frakturen)	x		x		92,3	95,9
9	Hüft-Totalendoprothesen-Wechsel	x		x		91,5	92,4
10	Karotis-Rekonstruktion		x				
11	Knie-Totalendoprothese (TEP)	x		x		100,0	98,6
12	Knie-Totalendoprothesen-Wechsel	x		x		87,9	97,4
13	Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie		x				
14	Koronarangiografie/ Perkutane transluminale Koronarangioplastie (PTCA)		x				
15	Koronarchirurgie		x				
16	Mammchirurgie		x				
17	Perinatalmedizin		x				
18	Pflege: Dekubitusprophylaxe mit Kopplung an die Leistungsbereiche 1, 8, 9, 11, 12, 13, 15, 19	x		x		93,4	
19	Totalendoprothese (TEP) bei Koxarthrose	x		x		95,1	98,4
20	Gesamt					93,4	

---

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:

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

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

*Für das Leistungsspektrum der Klinik sind zurzeit noch keine Disease-Management-Programme vorgesehen.*

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

*Entfällt für den Bereich der Lebertransplantationen, Nierentransplantationen oder Pankreasoperationen.*

*Die Klinik beteiligt sich an freiwilligen Veröffentlichungen der Kostenträger zur Erfüllung von Mindestmengen bei Knie-Endoprothesen. Von den Krankenkassen werden mindestens **50** Eingriffe pro Jahr gefordert. In unserer Klinik werden über **500** Eingriffe pro durchgeführt.*

## **Systemteil**

### **D      Qualitätspolitik**

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

#### 1. Qualitätspolitik und Qualitätsmanagement

##### 1.1 Qualitätspolitik

In der Orthopädischen Klinik ist das Qualitätsmanagement direkt der Klinikleitung zugeordnet. In den 14-tägigen Klinikleitungssitzungen, den wöchentlichen Abteilungsleiter- und Stationsleiterbesprechungen sowie im monatlichen Qualitätszirkel befassen wir uns ständig mit aktuellen Themen und Problemen der Qualitätssicherung. Die in diesen Gremien erarbeiteten Vorschläge werden in eine berufsgruppenübergreifende Projektplanung aufgenommen und soweit möglich, kurzfristig umgesetzt.

Die Aufgabe der Qualitätssicherung ist im Sinne eines lernenden Prozesses ständig sich aktuell ergebenden Veränderungen und Qualitätsanforderungen inhaltlich anzupassen. Neben der Patientenorientierung hat die Mitarbeiterorientierung im Sinne eines systemischen Ansatzes ein großes Gewicht. Schließlich kann eine Organisation nur die Leistung an Kunden/ Patienten erbringen, die sie sich selbst auch zuführt. Deshalb kam den Themen Gesundheitsschutz und Anpassung der Arbeitszeitregelungen in unserem Qualitätsmanagement des Jahres 2004 eine große Bedeutung zu. Unser Bestreben ist, dass wir uns zu einem gesundheitsfördernden Krankenhaus weiterentwickeln.

Zur Gesundheit im systemischen Kontext einer Organisation gehört auch die Sicherung der wirtschaftlichen Existenz und damit der Arbeitsplätze. Neben der Verbesserung der medizinischen, pflegerischen Qualität und Ablauforganisation lag ein weiterer Fokus auf der Verbesserung des internen Controllings, der effizienten Ressourcenschöpfung und des wirtschaftlichen Riskmanagement im angebrochenen DRG-Zeitalter sowie der Weiterentwicklung des Primärleistungsprofils der Klinik

### **E      Qualitätsmanagement und dessen Bewertung**

#### **E-1    Aufbau des einrichtungswirtschaftlichen Qualitätsmanagements im Krankenhaus**

Das QM-System der Orthopädischen Klinik orientiert sich am DIN EN ISO 9000:2000. Es wird kontinuierlich an einer flächendeckenden Umsetzung gearbeitet. Wobei die Maßnahmen in berufsgruppen- und hierarchieübergreifenden Projektgruppen umgesetzt werden. Jede Berufsgruppe verfügt über einen von der Klinikleitung bestellten Beauftragten, der als Mitglied des erweiterten Klinikleitungskreises Koordinationsfunktionen übernimmt und den Informationsfluss zu seiner Berufsgruppe sicherstellt.

Wir verstehen unter Qualitätsmanagement alle koordinierenden Aktivitäten, die wir einsetzen, um unsere Qualität zu steuern und zu lenken. Unter Qualitätssicherung

---

verstehen wir alle prüfenden und kontrollierenden Tätigkeiten, die als Teil unseres Qualitätsmanagements zu sehen sind.

Die Klinikleitung erteilt die jeweiligen Projektaufträge und sorgt für die Bereitstellung der materiellen und personellen Ressourcen. Wir haben diese Form der Beauftragung gewählt, weil zum Projekterfolg unbedingt die Unterstützung und der Konsens in der Klinikleitung gehören.

Parallel zur Aufstellung und Bearbeitung von Qualitätszielen werden monatliche Berichte erstellt, die einen Überblick über die Leistungsfähigkeit des Krankenhauses erlauben. Diese Monatsberichte werden im Intranet im MIS (Management Informations System) veröffentlicht und beinhalten:

- Veranstaltungen und Tagungen im Haus
- Fallzahlen, Verweildauer, Nutzungsgrad, Belegungstage
- Fallpauschalen (DRGs), Diagnosen, Operationen
- Erlöse, Fördermittel und Betriebskosten
- Formulare, Dienstanweisungen und Standards

Die Qualitätspolitik und die damit verbundenen Strukturen und Handlungsleitlinien werden in einem digitalen QM- Handbuch zusammengefasst, kontinuierlich aktualisiert und im „Multiplikatoren-System“ u.a. durch die QM-Beauftragten der drei Berufsgruppen kommuniziert.

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

Die Orthopädische Klinik hat sich im letzten Jahr in beachtlichem Umfang dem Anspruch auf Qualitätssicherung durch eine Vielzahl eingeleiteter Maßnahmen gestellt. Diese betreffen nahezu alle Bereiche des Klinikalltags. Die nachfolgend aufgeführten Schwerpunkte untermauern diese Einschätzung. Sie verstehen sich als eine Aufzählung von Einzelbeispielen, aus einem größeren Gesamtspektrum:

- Verbesserung der organisatorischen Abläufe in der Ambulanz sowie der Patientenaufnahme. Aufbau eines Patientensekretariats
- Überarbeitung des direkt der Geschäftsführung zugeordneten Beschwerdemanagements
- Konzeption und Aufbau der Integrierten Versorgung
- Einführung neuer OP-Techniken und Optimierung der OP-Abläufe
- Schaffung neuer ablauftechnischer und räumlicher Strukturen für das ambulante Operieren
- Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Diagnostik und Therapie

- Weiterentwicklung von Präventionsverfahren zur Gesunderhaltung der Mitarbeiterschaft und Reintegration nach Langzeiterkrankungen
- Weiterentwicklung der Arbeitszeitgestaltung und Einführung eines neuen Dienstplanprogramms
- Überarbeitung der Patientendokumentation und des Archivierungssystems der Krankengeschichten
- Reorganisation des Medizinischen Schreibdienstes und Einführung des digitalen Diktierens
- Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Diagnostik und der Therapie
- Einführung einer Fallkostenrechnung
- Weiterentwicklung des Riskmanagementsystems

## **E-2 Qualitätsbewertung**

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

<h3><b>Konzept zur Erweiterung des Anregungs- u. Beschwerdemanagements</b></h3>
---

#### **Einleitung**

Niemand mag Anregungen oder Beschwerden. Anregungen und Beschwerden kosten Zeit, stellen unter Umständen die eigene Arbeit in Frage und verbreiten eine schlechte Stimmung. Aber das ist nur die eine Seite der Medaille - wird mit Beschwerden richtig umgegangen, lässt sich nicht nur viel Ärger vermeiden, sondern es tun sich Chancen auf für wertvolle Hinweise auf Verbesserungsmöglichkeiten ihrer Arbeit.

#### **Anregungs- und Beschwerdewege in der OKK**

Die bereits bestehenden Anregungs- und Beschwerdewege in der OKK sind:

- mündlich - z. B. bei Mitarbeitern, Stationsleitungen oder Klinikleitung)
- schriftlich - z. B. über die Patientenbefragungsbögen (anonym) oder durch einen formlosen Brief an die Klinikleitung
- telefonisch

Diese bestehenden Wege müssen auf jeden Fall beibehalten und ausgebaut werden, damit keine wichtigen Kundeninformationen zur Verbesserung der Qualität verloren gehen.

---

Weil das Internet von immer mehr Menschen genutzt wird, wäre es eine gute Möglichkeit, in der Homepage der OKK eine Seite einzurichten, auf der Patienten und Angehörige Lob, Anregungen und Beschwerden anbringen können. Der Beschwerdemanagement- Controller soll in regelmäßigen Abständen auf die Internetseite zugreifen und die Informationen und Kundenwünsche an die jeweiligen Stationen weiterleiten.

Weiterhin wäre es denkbar eine Anregungs- u. Beschwerdehotline in den Kernzeiteinzurichten, die direkt mit dem Beschwerde - Controlling verbunden ist.

### **Dokumentation von Anregungen und Beschwerden**

Um dauerhaft die Anlässe für Beschwerden zu reduzieren ist es wichtig die Anregungen und Beschwerden der Kunden zu dokumentieren. Auf diese Art und Weise entsteht ein Nachschlagewerk für etwaige Veränderungen. Darüber hinaus schafft die Dokumentation von Beschwerden eine gewisse Rechtssicherheit und vermittelt dem Kunden das Gefühl mit seinem Problem ernst genommen zu werden. Die Anregungen (Verbesserungsvorschläge) werden bereits durch die Patientenbefragung (freier Raum für eigene persönliche Worte) in der Patienteninformation, die jeder Kunde erhält, erfasst und dokumentiert. Um nun diese Informationen der Kunden auch wirklich vor Ort aufgreifen und Veränderungen durchführen zu können, müssen die Auswertungen der Patientenbefragung monatlich den jeweiligen Stationen zugänglich gemacht werden.

Diese Rückmeldung an die Stationen kann entweder auf herkömmlichem Wege durch einen Papiausdruck oder über das hausinterne Intranet erfolgen. Diese Ausdrucke werden in einem speziellen Ordner „Beschwerdemanagement“ auf den Stationen abgeheftet. Die anfallenden Lob z. B. Dankeskarten werden ebenfalls im Ordner „Beschwerdemanagement“ gesammelt. Die Beschwerdedokumentation auf den Stationen soll mit Hilfe des im Projektteam erarbeiteten Beschwerdeerfassungsbogens durchgeführt werden. Dieser ist einfach in der Handhabung und bei gravierenden Beschwerden der Kunden von den Beschwerdeempfängern auszufüllen. Auf dem Beschwerdeerfassungsbogen ist der Name des Beschwerdeempfängers, Name und Adresse des Beschwerdeführers, der betroffene Bereich, eine Kurzbeschreibung der Beschwerde, sowie Lösungswünsche des Beschwerdeführers und letztlich die gefundene Lösung einzutragen. Ist die Beschwerde abgearbeitet und eine zufrieden stellende Lösung gefunden, wird der Beschwerdeerfassungsbogen von dem Beschwerdearbeiter (meist der Beschwerdeempfänger) unterschrieben und im Ordner „Beschwerdemanagement“ auf der Station abgeheftet. Die angefallenen Beschwerden können nun jederzeit nachgeschlagen werden.

### **Anregungen und Beschwerden thematisieren**

In den regelmäßigen Teamsitzungen der Stationen ist es wichtig, dass die anfallenden Lob, Anregungen und Beschwerden von den Stationsleitungen thematisiert werden. Bei aktuellen Anlässen eignen sich hierzu auch Dienstübergaben.

### **Einrichtung eines Anregungs- u. Beschwerdemanagement - Controllings**

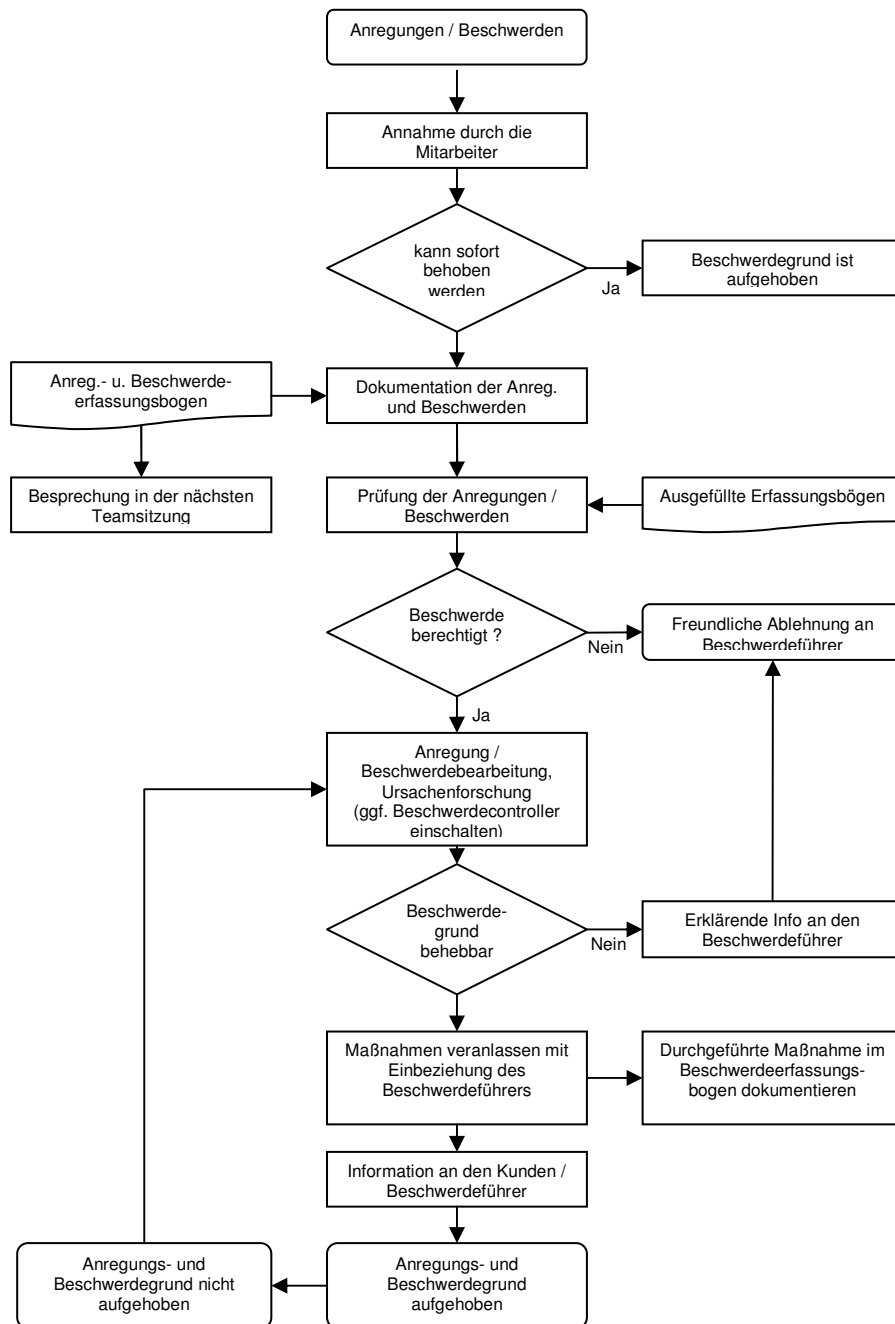
Um das Anregungs- u. Beschwerdemanagement zu überwachen und zu koordinieren, sollte eine Stabstelle eingerichtet werden. Diese Funktion könnte von der Verwaltung und/oder der Pflege ausgeführt werden. Zu den Aufgaben würden unter anderem die Betreuung der Anregungs- u. Beschwerdeline, die monatliche Kontrolle der Anregungs- u. Beschwerdemanagementordner auf den Stationen und die Erarbeitung von langfristigen Verbesserungsvorschlägen gehören.

Sollte sich über einen anfänglichen Zeitraum von z.B. 6 Monaten herausstellen, dass das Beschwerdemanagement - Controlling einen zu großen zeitlichen Aufwand in Anspruch nimmt, so ist evtl. über eine Freistellung seitens der Klinikleitung für diese Tätigkeit, z.B. einer viertel Stelle, nachzudenken.

### **Mitarberschulung**

Lobe, Anregungen und Beschwerden sind in aller Regel mit Kommunikation verbunden. Ein Lob hat eine motivierende Wirkung auf die Mitarbeiter und somit auf die nachfolgende Arbeitsleistung. Bei Anregungen und Beschwerden kommt es jedoch oft auch zu ablehnenden emotionalen Reaktionen. Ein Mitarbeiter fühlt sich persönlich angegriffen und sieht seine Arbeit im Mittelpunkt der Kritik. Dass die Anzahl der Lobe einen großen Bereich der täglichen Arbeit einnimmt, wird aus der subjektiven Sichtweise der Mitarbeiter in der Regel nicht so gesehen. Ebenfalls fällt es den Mitarbeitern oft sehr schwer, Beschwerden als Anregungen für Veränderungen und Verbesserung zu verstehen. Deshalb ist es notwendig die Sensibilität der Mitarbeiter im Umgang mit Anregungen und Beschwerden zu stärken. Ein solche Sensibilisierung ist ein langwieriger Prozess und nicht von heute auf morgen möglich. Langfristig führt aber ein sicherer Umgang mit Anregungen und Beschwerden zu einer inneren Zufriedenheit und somit zu einem verbesserten Betriebsklima. Zur Erreichung dieses Zieles ist eine Mitarbeiterschulung im kommunikativen Sinne (Umgang mit schwierigen Patienten / Kunden) notwendig. Aus den Interviewbögen des Ist-Zustands mit den Stationsleitungen ist ebenfalls ein hohes Interesse an Mitarbeiterschulungen ersichtlich.

## Leitfaden für die Mitarbeit im Umgang mit Anregungen und Beschwerden:



### 9. Zusammenfassung

Zusammenfassend ist zu sagen, dass bei der Erweiterung des Anregungs- u. Beschwerdemanagements der Leitfaden für die Mitarbeiter im Umgang mit Anregungen und Beschwerden so wie eine professionelle Mitarbeiterschulung in der Kommunikation die elementarsten Bestandteile sind.

Ein in der Kommunikation gut trainierter Mitarbeiter kann auch gut mit schwierigen Kunden umgehen ohne gleich emotional zu reagieren.

Der Leitfaden ist als Hilfsmittel zu sehen, der sich wie ein roter Faden durch die Annahme und Bearbeitung von Anregungen und Beschwerden ziehen soll.

Damit keine wichtigen Kundeninformationen verloren gehen, müssen die bisherigen Beschwerdewege erhalten und erweitert werden und sich den Veränderungen der Zeit anpassen.

Die Dokumentation von Loben, Anregungen und Beschwerden z.B. mit einem Dokumentationsbogen spielt eine tragende Rolle bei Beseitigung von Beschwerdegründen und der Glaubwürdigkeit der Kunden. Mit einem funktionstüchtigen Anregungs- und Beschwerdemanagement erhöhen sich die Kompetenzen der Mitarbeiter. Darüber hinaus entsteht eine gewisse Sicherheit im Umgang mit Anregungen und Beschwerden. Durch diese Sicherheit steigt gleichzeitig die Zufriedenheit der Mitarbeiter, was sich auf das Betriebsklima langfristig und nachhaltig positiv auswirkt.

Bei allem anfänglichen Ehrgeiz muss allerdings bedacht werden, dass die Umsetzung in die Praxis nicht in kurzer Zeit reibungslos klappen kann. Vielmehr muss sich ein gut funktionierendes Anregungs- u. Beschwerdemanagement im Laufe der Zeit entwickeln.

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

**Die Klinik beteiligt sich an allen gesetzlich vorgeschriebenen Dokumentationen. Allgemein anerkannte und aussagekräftige Auswertungen liegen zurzeit noch nicht vor.**

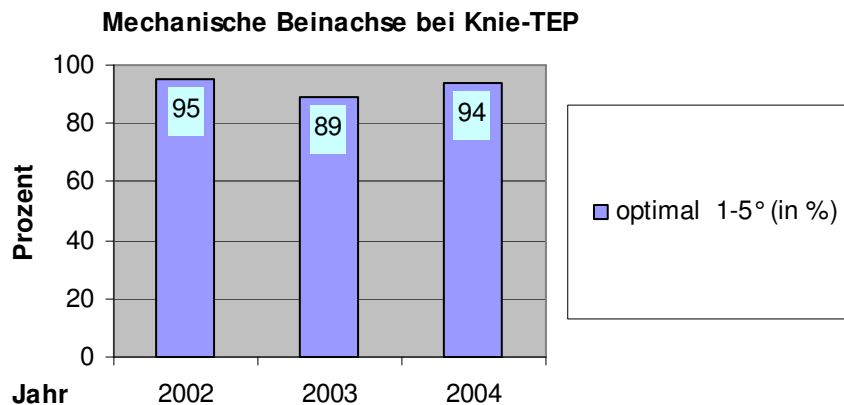
## **F      Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum**

**Die im folgenden dargestellten Projekte sollen einen exemplarischen Einblick in die QM-Tätigkeit der orthopädischen Klinik im Berichtszeitraum geben und erheben nicht den Anspruch der vollständigen Darstellung.**

### **F. 1.    Qualitätsmanagement in der Endoprothetik**

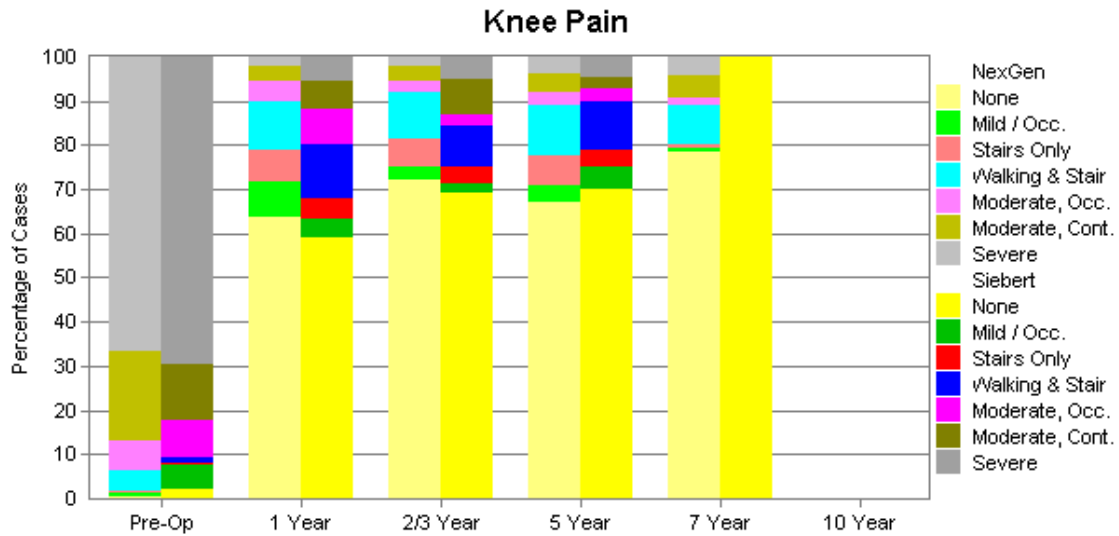
Das Einsetzen von künstlichen Gelenken (Endoprothetik) an allen großen und kleinen Gelenken ist ein wesentlicher Schwerpunkt in unserem Hause und nimmt die überwiegende Anzahl der Operationen ein. Da vor allem Knie- und Hüftgelenke ersetzt werden, gelten diese auch beim Gesundheitsamt als unsere Indikatoroperationen. Bei allen diesen Operationen werden vor, während und nach der Operation besonders ausführlich alle Daten erfasst und die Patienten nach 1 und 5 Jahren kontaktiert, um lückenlos die Ergebnisse und Probleme zu erkennen und daraus Konsequenzen ziehen zu können. Gerade bei den zunehmend verkürzten Liegezeiten ist die Untersuchung nach einem Jahr besonders wichtig, um operationsbedingte Komplikationen zu erfassen. Die Nachuntersuchungen sind aber nicht allein für unsere Qualitätssicherung sondern auch medizinisch notwendig zum Wohle des Patienten, der sich in gewissen Abständen nachuntersuchen lassen sollte, um frühzeitig Veränderungen am Knochen oder Implantat zu erkennen.

Anhand der Daten erkennen wir die allgemeine Entwicklung in unserer Klinik und können auch auf den Operateur bezogene Ergebnisse feststellen. Diese werden individuell mitgeteilt und Auffälligkeiten diskutiert. Zum Beispiel gilt die mechanische Beinachse bei Knieersatz (optimal und suboptimal sind  $\pm 5^\circ$  Achsabweichung) als ein Kriterium für eine gute Implantation. Da es viele Störanfälligkeiten bei dieser Meßmethode gibt, wird sie nur von einem Arzt durchgeführt, um aussagekräftige Daten zu erhalten. Wie sie der Tabelle entnehmen können, hatten wir im Jahre 2003 etwas schlechtere Ergebnisse als im Vorjahr. Nach Gesprächen mit den dafür Verantwortlichen waren die Achsen im Folgejahr mit 94% im optimalen und suboptimalen Bereich wieder sehr zufrieden stellend.



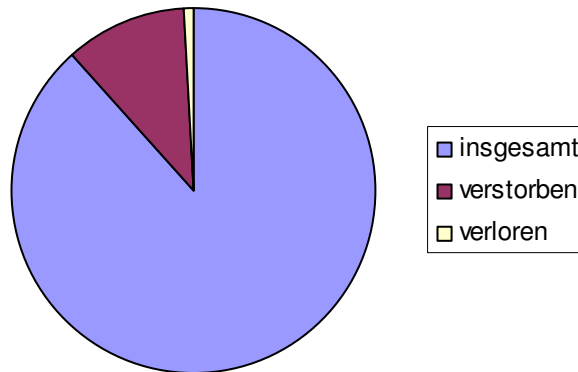
Die Röntgenbilder und Patientenbeschwerden werden regelmäßig postoperativ und bei Wiedervorstellung in unserer Endoprothesen-Sprechstunde wöchentlich mit dem Operateur und zur allgemeinen Schulung in der Ärzteversammlung besprochen. Durch diese intensive und transparente Rückkopplung hat sich die Qualität in der Endoprothetik in unserem Hause ständig verbessert.

Im internationalen, weltweiten Vergleich der Ergebnisse nach Einsetzen eines künstlichen Kniegelenkes vom NexGen-System (externes Benchmark: von 22000 anonym erfassten Patienten sind ca. 2000 aus der Orthopädischen Klinik) konnte gezeigt werden, dass die Orthopädische Klinik bei den vielen verschiedenen Kriterien keine signifikanten Auffälligkeiten aufweist. Siehe dazu die nachfolgende Tabelle, die die Schmerzen am Knie beschreibt. Bei den Balkenpaaren stehen die internationalen Ergebnisse jeweils links, die der OKK rechts.



Beachtenswert ist die hohe Compliance, das heißt die Vollständigkeit der Daten aus unserer Klinik. Bei der Nachuntersuchung eines Kreuzband erhaltenden Knieimplantates nach 5 Jahren konnten von 232 Patienten nur 2 nicht mehr gefunden werden, da unbekannt u.a. ins Ausland verzogen.

#### 5 Jahre Nachuntersuchung NexGen CR: Anzahl der nachuntersuchten Patienten



Dadurch ist es möglich, die Daten auch wissenschaftlich zum Beispiel im Rahmen von Dissertationen, der Weiterentwicklung von Implantaten und Operationsverfahren zu nutzen, sowie an nationalen, internationalen und vergleichenden Studien teilzunehmen. (Näheres siehe Webseite der Klinik / [www.okkassel.de](http://www.okkassel.de))

---

## **F. 2. Einführung eines Zeiterfassungs- und Dienstplanmoduls**

(Ein wichtiger Baustein zur Verbesserung der Arbeitszeitflexibilisierung)

### **Ausgangssituation**

Bereits im Jahr 2002 wurde für verschiedene Arbeitsbereiche und Berufsgruppen der Orthopädischen Klinik flexible Arbeitszeiten mit Gruppenabsprache eingeführt. Dies waren der:

- Ärztliche Dienst
- Verwaltungsdienst
- Technische Dienst
- Funktionsdienst (OP und Anästhesie)

Kennzeichen unserer Betriebsvereinbarung zur Arbeitsflexibilisierung ist ein hohes Maß an Mitarbeiter- und Teamautonomie bei der Arbeitszeitgestaltung mit dem Ziel eine verbesserte Vereinbarkeit von persönlichen und betrieblichen Interessen zu erreichen, sowie die Mit- und Selbstverantwortung im betrieblichen Geschehen zu stärken.

Es wurden Jahresarbeitszeitkonten mit einer Ampelkontoregulierung (grün-, gelb- und rot-Phase) vereinbart. Auf diese Weise ist sichergestellt, dass Vorgesetzte und Klinikleitung nur dann regulierend in die Arbeitszeitgestaltung eingreifen, wenn bestimmte Schwellenwerte des Arbeitszeitaufkommens unter- oder überschritten werden. Für die einzelnen Arbeitsbereiche sind darüber hinaus Servicezeiten festgelegt, in denen die Teams eine bedarfsgerechte Besetzung sicherstellen.

Die Verwaltung und Abrechnung dieser Arbeitszeitkonten ist administrativ sehr aufwendig, solange sie nicht automatisiert durchgeführt wird.

### **Umsetzung**

Im Frühjahr 2004 wurde der neue Zeiterfassungsterminal installiert, die aufwendige Softwareparametrisierung vorgenommen und zunächst die Mitarbeiter der Personalabteilung geschult. Die Einführung war darüber hinaus mit folgenden sonstigen Tätigkeiten verbunden:

- Stammdatenerfassung und Datenübernahme
- Entwurf von (neuen) Formularen
- Entwurf von Vorlagen zum Schriftverkehr
- Definition von Auswertungen und/oder Statistiken
- Administratorschulung
- Mitarbeiterschulungen (z.B. Bedienung Zeiterfassungsterminal)
- Benachrichtigungen betroffener Stellen
- Dokumentation neuer bzw. geänderter Prozesse
- Information der Mitarbeiter über das neue System, z.B. Info-Veranstaltung

Für die Einführung des EDV-Dienstplanes wurde eine Pilotstation ausgewählt und mit der Anwenderschulung zunächst auch nur dieser Station und der Pflegedienstleitung

begonnen. Die Dienstplanung dieser Station wurde zunächst parallel auf Papier und in der EDV vorgenommen. Dabei galt es, z.B. die Berechnung der Sollarbeitszeit unter Berücksichtigung von Feiertagen und Ausfallzeiten abzugleichen und die korrekte Ermittlung der Zeit- und Schichtzuschläge zu überprüfen. Erst nachdem sichergestellt war, dass die Parametrisierung der Software zuverlässig zu den selben Ergebnissen wie die manuelle Ermittlung führte, wurde die händische Aufzeichnung eingestellt und das System in den Echtbetrieb übernommen.

Sobald davon ausgegangen werden konnte, dass die Anwender der Pilotstation relativ sicher im Umgang mit dem System waren, wurde mit der Schulung „neuer“ Leitungen begonnen.

Einführungen und Schulungen erfolgten nach einem im Vorfeld erstellten Zeitplan. Parallel wurde eine Arbeitsgruppe aus Mitarbeitern der Personalabteilung und der Pflegedienstleitung gegründet, die sich mit aufgetretenen Praxisproblemen beschäftigt.

Der EDV- Dienstplan war bis Ende 2004 in allen pflegerischen Bereichen installiert und die vor Ort Verantwortlichen geschult.

Sukzessive konnte auf den vorher üblichen Dienstplan, die Hespera-Bögen zur Abrechnung der Zuschläge und andere Formulare verzichtet werden. Auch die Urlaubsplanung der Pflegestationen erfolgt über den Dienstplan.

### **F. 3. Umstellung der Pflege auf moderne Wundversorgung**

Bei der Behandlung von chronischen Wunden, d.h. von Wunden, die meist aufgrund einer Durchblutungs- und Stoffwechselstörung bzw. Lagerungsdruck nicht von selbst heilen, ist die Anwendung eines phasengerechten Wundverbandes von grundlegender Bedeutung.

Im Gegensatz zur traditionellen, setzt die moderne Behandlungsmethode auf eine "feuchte" Versorgung der Wunden mit so genannten hydroaktiven Verbänden. Diese erhalten das feuchte Milieu der Wunde und unterstützen dadurch den natürlichen Heilungsprozess. Auch entfällt bei dieser Methode der bei der traditionellen Behandlung mit trockenen Verbänden häufige und meist schmerzhafte Bandwechsel.

Deswegen haben wir uns entschlossen, unsere Wundversorgung zu modernisieren und dabei auch zu vereinheitlichen. Dazu haben wir uns über die Produktpaletten informiert und einen geeigneten Anbieter gewählt.

Zur Einführung in die moderne Wundbehandlung haben wir das Pflegepersonal und alle Ärzte im Rahmen von hauseigenen Fortbildungsveranstaltungen geschult. Es wurden zwei Mitarbeiter aus dem Pflegebereich zu „Wundberatern“ ausgebildet. Sie erhalten regelmäßig weiterführende Fortbildungen und stehen den Mitarbeitern (Pflegebereich und Ärzten) aller Stationen beratend zur Seite. Sie übernehmen und koordinieren ebenfalls die Bestellung der Produkte für das ganze Haus. Der Hersteller der verwendeten Produkte bietet außerdem eine externe Beratung für besonders problematische Fälle an.

So haben wir eine im gesamten Haus einheitliche, moderne und zugleich wirtschaftliche Wundbehandlung etablieren können.

---

## **G Weitergehende Informationen**

Verantwortliche(r) für den Qualitätsbericht:

**Klinikleitung:**

Geschäftsführer: Herr Volker Horn  
Ärztlicher Direktor: Herr Prof. Dr. med. W. Siebert  
Pflegedirektor: Herr Detlev Peeck

Ansprechpartner:

Qualitätsbeauftragte: Frau Dr. Sabine Mai (Ärztin und wissenschaft. Mitarbeiterin)  
Frau Kerstin Querl (Personalleiterin)  
Frau Heidemarie Möhle (stv. Pflegedienstleitung)

---

Orthopädische Klinik Kassel  
gemeinnützige GmbH

Wilhelmshöher Allee 345  
34131 Kassel

Tel.: 0561 / 3084-0  
Fax: 0561 / 3084-304

Ambulanzsprechstunden 0561 / 3084-205

Links: Orthopädische Klinik: [www.okkassel.de](http://www.okkassel.de)  
Landeswohlfahrtsverband Hessen: [www.lwv-hessen.de](http://www.lwv-hessen.de)  
Stadt Kassel: [www.Kassel.de](http://www.Kassel.de)