

Der strukturierte Qualitätsbericht nach §137 SGB V



für das

Elisabeth-Krankenhaus Kassel

Berichtsjahr 2004

Weitere Krankenhäuser der Kongregation der Barmherzigen Schwestern vom hl. Vinzenz von Paul in Hildesheim

Krankenhaus Mariahilf
Hamburg



St. Elisabeth-Krankenhaus
Salzgitter



Krankenhaus Neu-Mariahilf
Göttingen



Krankenhaus St. Vinzenz
Braunschweig



Krankenhaus St. Martini
Duderstadt



Vinzenzkrankenhaus
Hannover



Inhaltsverzeichnis

	<u>Seite</u>
Vorwort	V
Basisteil	
A Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	
A-1.1 Allgemeine Merkmale des Krankenhauses	1
A-1.2 Institutionskennzeichen des Krankenhauses	1
A-1.3 Name des Krankenhausträgers	1
A-1.4 Handelt es sich um ein akademisches Lehrkrankenhaus?	1
A-1.5 Anzahl der Betten im Krankenhaus nach § 108/109 SGB V	1
A-1.6 Gesamtzahl der im abgelaufenen Kalenderjahr behandelten Patienten	2
A-1.7 A Fachabteilungen	2
A-1.7 B Top-30 DRGs	2
A-1.8 Besondere Versorgungsschwerpunkte und Leistungsangebote	4
A-1.9 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	5
A-2.0 Abteilungen mit Zulassung zum Durchgangs- Arztverfahren der Berufsgenossenschaft?	7
A-2.1 Apparative Ausstattung und therapeutische Möglichkeiten	7
A-2.1.1 Apparative Ausstattung	7
A-2.1.2 Therapeutische Möglichkeiten	8
B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	
B-1.1 Innere Medizin (Hauptabteilung)	8
B-1.1.1 Medizinisches Leistungsspektrum	8
B-1.1.2 Besondere Versorgungsschwerpunkte	9
B-1.1.3 Weitere Leistungsangebote	9
B-1.1.4 TOP-DRGs im Berichtsjahr	9
B-1.1.5 TOP-Hauptdiagnosen im Berichtsjahr	10

	B-1.1.6 TOP-Operationen und Eingriffe im Berichtsjahr	11
B-1.2	Chirurgie (Hauptabteilung)	12
	B-1.2.1 Medizinisches Leistungsspektrum	12
	B-1.2.2 Besondere Versorgungsschwerpunkte	12
	B-1.2.3 Weitere Leistungsangebote	13
	B-1.2.4 TOP-DRGs im Berichtsjahr	13
	B-1.2.5 TOP-Hauptdiagnosen im Berichtsjahr	14
	B-1.2.6 TOP-Operationen und Eingriffe im Berichtsjahr	15
B-1.3	Urologie (Belegabteilung)	16
	B-1.3.1 Medizinisches Leistungsspektrum	16
	B-1.3.2 Besondere Versorgungsschwerpunkte	17
	B-1.3.3 Weitere Leistungsangebote	17
	B-1.3.4 TOP-DRGs im Berichtsjahr	17
	B-1.3.5 TOP-Hauptdiagnosen im Berichtsjahr	18
	B-1.3.6 TOP-Operationen und Eingriffe im Berichtsjahr	18
B-1.4	HNO (Belegabteilung)	19
	B-1.4.1 Medizinisches Leistungsspektrum	19
	B-1.4.2 Besondere Versorgungsschwerpunkte	19
	B-1.4.3 Weitere Leistungsangebote	20
	B-1.4.4 TOP-DRGs im Berichtsjahr	20
	B-1.4.5 TOP-Hauptdiagnosen im Berichtsjahr	20
	B-1.4.6 TOP-Operationen und Eingriffe im Berichtsjahr	21
B-2	Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	
B-2.1	Ambulante Operationen nach § 115 b SGB V	21
B-2.2	Top-5 der ambulanten Operationen	22
	B-2.2.1 Allgemeine Chirurgie	22
B-2.3	Sonstige ambulante Leistungen	22
B-2.4	Personalqualifikation im Ärztlichen Dienst	22
B-2.5	Personalqualifikation im Pflegedienst	23
C	Qualitätssicherung	
C-1	Externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V	23
C-2	Qualitätssicherung beim ambulanten Operieren nach § 115 b SGB V	24

C-3	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht (§ 112 SGB V)	24
C-4	Qualitätssicherungsmaßnahmen bei Disease-Management-Programmen (DMP)	25
C-5.1	Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V	25
C-5.2	Ergänzende Angaben bei Nicht-Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1, S. 3 Nr. 3 SGB V	28

Systemteil

D	Qualitätspolitik	29
E	Qualitätsmanagement und dessen Bewertung	
E-1	Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements im Krankenhaus	32
E-2	Qualitätsbewertung	33
E-3	Ergebnisse in der externen Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V	35
F	Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum	36
G	Weitergehende Informationen	41
Glossar		43

VORWORT

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

das Elisabeth-Krankenhaus ist ein frei-gemeinnütziges Akutkrankenhaus der Regelversorgung/Notfallstandort mit 198 Planbetten in der Kasseler Innenstadt.

Neben der qualifizierten medizinischen Betreuung und Pflege wird die persönliche Zuwendung durch die Zielsetzung des Hauses bestimmt. Diese ist im Leitbild der sieben Krankenhäuser der Kongregation der Barmherzigen Schwestern vom hl. Vinzenz von Paul, Hildesheim verankert.

„Der Mensch steht im Mittelpunkt unseres heilenden und pflegerischen Handelns und Wirkens. Die Grenzen des Lebens, sein Anfang und Ende, werden in besonderer Weise geschützt. Die Würde des Menschen ist unantastbar. Keine medizinisch-technische oder pflegerische Maßnahme rechtfertigt ihre Verletzung. Das Krankenhaus soll für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nicht nur Arbeitsstätte sein, sondern auch Ort beruflicher Sinnerfüllung. Der Patient hat immer Vorrang vor materiellen und wirtschaftlichen Interessen, auch wenn wir leider oft selber unsere Grenzen sehen.“

Das medizinische Leistungsspektrum unseres Hauses umfasst im stationären Bereich die Fachdisziplinen:



- Innere Medizin
- Unfall- und orthopädische Chirurgie
- Allgemein- und Viszeralchirurgie
- Brustzentrum
- Urologie (Belegabteilung)
- Hals-Nasen-Ohren (Belegabteilung)

Nur durch eine Tür von unserer Klinik getrennt haben wir im Jahr 2001 ein Ärztehaus eröffnet, in dem sechs niedergelassene Fachmediziner ihre Praxen betreiben. Davon betreuen vier zugleich die belegärztlichen Abteilungen Urologie und HNO im Elisabeth-Krankenhaus Kassel.

Seit 2004 bildet das Brustzentrum des Elisabeth-Krankenhauses mit dem Interdisziplinären Brustzentrum des Klinikum Kassel das Nordhessische Kompetenzzentrum für Brusterkrankungen.

Dadurch verfügt Kassel über eine Klinikkooperation zweier unabhängiger Krankenhäuser zur strukturierten Behandlung (DMP – Disease Management Programm) von

Frauen mit Brustkrebs. In den vergangenen sieben Jahren wurden 1.900 Brustkrebspatientinnen von unseren Spezialisten im Brustzentrum des Elisabeth-Krankenhauses erstbehandelt, welches einem Zehntel aller Brustkrebsneuerkrankungen in Hessen entspricht. Davon wurde in 75% aller Fälle brusterhaltend operiert, bei weiteren 10% wurde die Brust nach der Operation sofort oder später rekonstruiert.

Daneben stellen wir nach dem stationären Aufenthalt eine ambulante Versorgung sicher, beispielsweise in der physikalischen Therapie, um die Beweglichkeit und Schmerzfreiheit unserer Patienten möglichst schnell und gut wieder herzustellen.

Ferner werden spezielle Sprechstunden, Schulungsmaßnahmen und Gesprächskreise zu Themen wie Diabetes, Brustkrebs, Ernährung, Stoma und Asthma angeboten.

Um sich den Herausforderungen der Zukunft zu stellen und den permanente Veränderungen im Gesundheitswesen gerecht zu werden, wird sich das Elisabeth-Krankenhaus Kassel auch weiterhin zur Optimierung der medizinischen Versorgung und der internen Strukturen eines umfassenden Qualitätsmanagements bedienen.

Verantwortlich für die inhaltliche Darstellung der jeweiligen Fachabteilungen sind die Chefarzte. Weitere Informationen können direkt über die Chefarzte und unsere Geschäftsführung erfragt oder auf unserer Homepage www.elisabeth-krankenhaus-kassel.de abgerufen werden.

Wir freuen uns, mit diesem Qualitätsbericht einen umfassenden Überblick insbesondere über unser medizinisches Leistungsspektrum zu geben.

Mit freundlichen Grüßen

Albin Zimmermann

*Geschäftsführer
im Namen des Direktoriums*



Basisteil

A Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1.1 Allgemeine Merkmale des Krankenhauses:

Elisabeth-Krankenhaus Kassel gGmbH
Weinbergstr. 7
34117 Kassel

e-mail: info@elisabeth-krankenhaus-kassel.de
Internet: www.elisabeth-krankenhaus-kassel.de

A-1.2 Wie lautet das Institutionskennzeichen des Krankenhauses ?

260620055

A-1.3 Wie lautet der Name des Krankenhausträgers ?

Elisabeth-Krankenhaus Kassel gGmbH

Alleinige Gesellschafterin: Kongregation der Barmherzigen
Schwestern vom heiligen Vinzenz von Paul, Hildesheim

A-1.4 Handelt es sich um ein akademisches Lehrkrankenhaus ?

Nein

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

198

A-1.6 Gesamtzahl der im abgelaufenen Kalenderjahr behandelten Patienten:

Stationäre Patienten: 7.628

Ambulante Patienten: 11.305

A-1.7 A Fachabteilungen:

Im Elisabeth-Krankenhaus Kassel werden die folgenden Fachabteilungen vorgehalten:

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)
0100	Innere Medizin	95	2.933	HA	j
1500	Chirurgie	75	3.190	HA	j
2200	Urologie	22	877	BA	
2600	HNO-Heilkunde	6	723	BA	
3600	Intensivmedizin	- ²	-		n
	Anästhesie	- ³	-	HA	n
Gesamt		198	7.681		

² in der Bettenzahl der einzelnen Fachabteilungen enthalten/interdisziplinär

³ keine bettenführende Fachabteilung

A-1.7 B Mindestens die Top-30 DRGs des Gesamtkrankenhauses im im Berichtsjahr:

Rang	DRG 3-stellig	Text in umgangssprachlicher Klarschrift	Fallzahl
1	J06	Große Eingriffe an der weiblichen Brust bei bösartiger Neubildung	316
2	F62	Beeinträchtigung der Herzfunktion und Schock	267
3	J13	Kleine Eingriffe an der weiblichen Brust außer bei bösartiger Neubildung	263
4	D06	Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid (Warzenfortsatz) und komplexe Eingriffe am Mittelohr	200
5	G09	Eingriffe bei Leisten-, Bauchwand-, Nabelbrüchen (und ähnlichen Brüchen)	180

Fortsetzung

6	F73	Bewusstlosigkeit / Kollaps	171
7	G07	Entfernung des Blinddarms	158
8	H08	Endoskopische Entfernung der Gallenblase mittels Bauchspiegelung	157
9	D09	Verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals	154
10	G67	Entzündung der Speiseröhre, des Magen-Darm-Traktes und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane	153
11	E65	Chronisch-obstruktive (verschließende) Atemwegserkrankung	151
12	F67	Bluthochdruck	142
13	G48	Darmspiegelung	138
14	B80	Andere Kopfverletzungen (z.B. Gehirnerschütterung)	123
15	E62	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane	121
16	G50	Magenspiegelung bei leichten Krankheiten der Verdauungsorgane	115
17	D11	Operative Entfernung der Gaumenmandel	110
18	L63	Infektionen der Harnorgane	108
19	I13	Eingriffe am Oberarmknochen, Schienbein, Wadenbein und Sprunggelenk	106
20	G02	Große Eingriffe an Dünn- und Dickdarm	106
21	L07	Eingriffe durch die Harnröhre mit Ausnahme der Entfernung der Prostata	104
22	F71	Leichte Herzrhythmusstörungen	99
23	L41	Kombinierte Harnröhren und Harnblasenspiegelung	98
24	K60	Zuckerkrankheit	95
25	D10	Verschiedene Eingriffe an der Nase	87
26	M02	Teilentfernung der Prostata mittels Eingriff durch die Harnröhre	84
27	B70	Schlaganfall	80
28	G47	Nicht-komplexe Magenspiegelung bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane	80
29	L42	Berührungsfreie Zertrümmerung von Harnsteinen mittels Stoßwellen	79
30	J15	Große Eingriffe an der weiblichen Brust außer bei bösartiger Neubildung	78
31	V60	Alkoholvergiftung und -entzug	75
32	L64	Harnsteine und Verstopfung der Harnwege	72
33	J07	Kleine Eingriffe an der weiblichen Brust bei bösartiger Neubildung	72
34	I08	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Oberschenkel	72
35	I03	Eingriffe am Hüftgelenk, Überprüfung oder Ersatz	71

36	G60	Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane	71
37	I68	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich	69
38	F60	Kreislaufkrankungen mit akutem Herzinfarkt, ohne invasive kardiologische Diagnostik	65
39	G11	Andere Eingriffe am Anus (Enddarmausgang)	63
40	D14	Eingriffe bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, ein Belegungstag	62
41	G08	Eingriffe bei Leisten-, Bauchwand-, Nabelbrüchen (und ähnlichen Brüchen)	61
42	J65	Verletzung der Haut, Unterhaut und der weiblichen Brust	60
43	X62	Vergiftungen / Toxische Wirkungen von Drogen, Medikamenten und anderen Substanzen	56
44	M60	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane	55
45	K10	Andere Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus außer bei bösartiger Neubildung	54
46	I23	Materialentfernung außer an Hüftgelenk und Oberschenkel	52
47	E69	Bronchitis oder Asthma	51
48	J11	Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und der weiblichen Brust	50
49	M04	Eingriffe am Hoden	46
50	L08	Eingriffe an der Harnröhre	46
Gesamt		Top 50 DRGs (3-stellig)	5.346

A-1.8 Welche besonderen Versorgungsschwerpunkte und Leistungsangebote werden vom Krankenhaus wahr genommen ?

- Endoprothetik (Gelenkersatz) der Hüfte, des Knies und der Schulter
- Brustchirurgie, insbesondere bösartige Neubildungen
- Gut- und bösartige Erkrankungen des Magens, Dünndarms, Dickdarms, Enddarms, der Bauchspeicheldrüse und Leber unter Einsatz minimal-invasiver (Schlüsselloch-) Chirurgie
- Ultraschallverfahren zur Untersuchung der Tumorausdehnung bei Enddarmerkrankungen
- Lungen- und Bronchialerkrankungen, endokrine und Stoffwechselerkrankungen, insbesondere Diabetes mellitus

- bösartige Prostataerkrankungen
- plastische und ästhetische Kopf-Hals-Chirurgie
- interdisziplinäre Intensivmedizin
- Versorgung nach dem so genannten Schwerverletztenverfahren der Berufsgenossenschaften
- Notfallstandort mit Notfalleinsatzfahrzeug und Hubschrauberlandeplatz
- Intermediate-Care-Betten (Überwachungseinheit nach der Intensivstation)

Weitere Leistungsangebote:

- angegliederte Praxen der Belegärzte
- Schulung und Beratung von Patienten mit Ernährungssonden
- Stoma-Sprechstunde
- Team zur Versorgung chronischer Wunden
- Schule für Gruppen und Einzelberatung für Diabetiker
- Trainings für Asthmatiker
- Physikalische Therapie
- Gesprächskreise Brustzentrum
- Ernährungsvorträge für Krebskranke
- Behandlung des diabetischen Fußes, auch ambulant
- Cafeteria
- kostenlose Parkplätze für Patienten und Besucher

A-1.9 Welche ambulanten Behandlungsmöglichkeiten bestehen ?

Notfallbehandlung

Das Krankenhaus ist uneingeschränkt an der Not- und Unfallversorgung stationärer und ambulanter Patienten beteiligt.

Ambulantes Operieren

An 5 Tagen der Woche werden ambulante Eingriffe aus den Hauptabteilungen Unfallchirurgie, Allgemein- und Viszeralchirurgie sowie Brustchirurgie durchgeführt. Ebenso werden in den Belegabteilungen HNO und Urologie ambulante Eingriffe durchgeführt.

Chemotherapie

Für Patienten des Brustzentrums.

Innere Medizin

Für Selbstzahler ambulante Diagnostik und Therapie mit Nutzung aller im Haus vorhandenen Untersuchungsmethoden.

Für KV-Patienten Ermächtigung des Chefarztes zur konsiliarischen Betreuung bei endokrinen und Stoffwechselerkrankungen.

Unfall- und orthopädische Chirurgie

Eine ambulante Therapie und Diagnostik ist uneingeschränkt für alle BG-Fälle, Selbstzahler und bis zu 3 Monate im Anschluss an einen stationären Aufenthalt möglich.

Brustzentrum

Beratung bei bösartigen Brusterkrankungen, vor plastischen Eingriffen (Formanomalien) und erblicher Prädisposition.

Spezialsprechstunde mit Diagnostik:

- Ultraschall
- Hochfrequenzsonografie
- Hochgeschwindigkeits-Stanzbiopsie

Endoskopie

Für Selbstzahler ist eine ambulante Diagnostik und Therapie möglich.

Vor- und nachstationäre Diagnostik und Behandlung

Die vorstationäre Diagnostik dient der Abklärung, ob für die mit der Krankenhauseinweisung beabsichtigte Behandlung eine vollstationäre Aufnahme erforderlich ist oder die Behandlung auch ambulant erfolgen kann.

Sollte eine vollstationäre oder ambulante Behandlung erforderlich sein, werden medizinische Maßnahmen wie z.B. Laboruntersuchungen zur OP-Vorbereitung in der vorstationären Diagnostik durchgeführt.

Die nachstationäre Behandlung schließt sich einem vollstationären Aufenthalt an. Sie wird dann durchgeführt, wenn eine vollstationäre Behandlung nicht mehr notwendig ist, aber der Behandlungserfolg durch eine Nachbehandlung des Krankenhauses gesichert und gefestigt werden muss.

Ambulante Krankengymnastik

Die physikalische Therapie hat die Zulassung nach § 124 SGB V für die folgenden Leistungen im Bereich der offenen Ambulanz. Dazu gehört unter anderem: krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer sowie neuroorthopädischer Grundlage, Gruppenbehandlung bei allgemeinen Rückenbeschwerden und Präventionstraining bei Osteoporose, Wechselgüsse, manuelle Lymphdrainage und Kompressionsbandagierung, Wärmebehandlung, Elektrobehandlung, Mikrowelle und Teil- oder Großmassagen.

Endosonographie (Ultraschall Diagnostik)

Intraluminale, sonographische Darstellung von Hohlorganen und angrenzenden Strukturen zur Diagnostik pathologischer Veränderungen. Anwendung insbesondere zur Untersuchung von Enddarmkrankungen bei bösartigen Neubildungen zur präoperativen Bestimmung der Tumorausdehnung im Bereich der Allgemein- und Viszeralchirurgie.

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

Die Abteilung für (Unfall-)Chirurgie hat die Zulassung zur Beteiligung am Durchgangsarztverfahren für die Behandlung von unfallverletzten Erwachsenen.

A 2.1 Apparative Ausstattung und therapeutische Möglichkeiten

A 2.1.1 Apparative Ausstattung

Geräte	Vorhanden		Verfügbarkeit über 24 Stunden sichergestellt	
	Ja	Nein	Ja	Nein
Computertomographie (CT)	x		x	
Magnetresonanztomographie (MRT)		x		x
Herzkatheterlabor		x		x
Szintigraphie		x		x
Positronenemissionstomographie (PET)		x		x
Elektroenzephalogramm (EEG)	x		x	
Angiographie		x		x
Schlaflabor		x		x
Nierensteinzertrümmerer (ESWL)	x			x

Fortsetzung

Sonographie	X		X	
Röntgen	X		X	
Broncho-/Endoskopie	X		X	
Echokardiographie / TEE	X		X	
Endosonografie	X		X	
Bodyplethysmografie	X		X	
Laser (in der Urologie)	X		X	
Argonbeamer (intraoperative Blutstillung)	X		X	
Mikrobiologie	X		X	

A-2.1.2 Therapeutische Möglichkeiten

Therapieart	Vorhanden	
	Ja	Nein
Physiotherapie	X	
Dialyse		X
Logopädie (in Kooperation)	X	
Ergotherapie		X
Schmerztherapie	X	
Eigenblutspende (in Kooperation)	X	
Gruppenpsychotherapie		X
Einzelpsychotherapie		X
Psychoedukation		X
Thrombolyse	X	
Diabeteschulung	X	
Asthmaschulung	X	
Stomaberatung	X	
Therapie chronischer Wunden	X	
Allergiediagnostik	X	
Bestrahlung (in Kooperation)	X	
Chemotherapie	X	

B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

B-1.1 Name der Fachabteilung: **Innere Medizin**

B-1.1.1 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung:

- Internistische Grundversorgung
- Herz- und Kreislauferkrankungen
- Lungen- und Bronchialerkrankungen

- Krankheiten des Magen-Darm-Traktes
- Behandlung des Diabetes mellitus einschließlich des diabetischen Fußsyndroms
- Endokrine Erkrankungen

B-1.1.2 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung:

- Intensivmedizin
- Lungenheilkunde
- Endokrinologie und Stoffwechselerkrankungen

B-1.1.3 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung:

- Diabetikerschulung

B-1.1.4 Mindestens die Top-10 DRGs der Fachabteilung im Berichtsjahr:

Rang	DRG 3-stellig	Text in umgangssprachlicher Klarschrift	Fallzahl
1	F62	Beeinträchtigung der Herzfunktion und Schock	265
2	F73	Bewusstlosigkeit/Kollaps	171
3	E65	Chronisch-obstruktive (verschließend) Atemwegserkrankung	151
4	F67	Bluthochdruck	141
5	E62	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane	121
6	G48	Darmspiegelung	111
7	G50	Magenspiegelung bei leichten Krankheiten der Verdauungsorgane	106
8	F71	Leichte Herzrhythmusstörungen	99
9	K60	Zuckerkrankheit	94
10	G67	Entzündung der Speiseröhre, des Magen-Darm-Traktes und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane	86
11	B70	Schlaganfall	80
12	G47	Nicht-komplexe Magenspiegelung bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane	74
13	G60	Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane	69

Fortsetzung

14	V60	Alkoholvergiftung und -entzug	65
15	F60	Kreislaferkrankungen mit akutem Herzinfarkt, ohne invasive kardiologische Diagnostik	65
16	X62	Vergiftungen/toxische Wirkungen von Drogen, Medikamenten und anderen Substanzen	56
17	E69	Bronchitis oder Asthma	51
18	F72	Zumeist anfallsartige Schmerzen der Herzgegend bei Minderversorgung des Herzens mit Blut/Sauerstoff	40
19	K62	Verschiedene Stoffwechselerkrankungen	36
20	H61	Bösartige Neubildung am Leber-Galle-System	36
21	B63	Demenz (Altersverwirrtheit) und andere chronische Störungen der Hirnfunktion	35
22	F66	Arteriosklerose (Verkalkung) der Herzkranzgefäße	32
23	Q61	Erkrankungen der roten Blutkörperchen	31
24	H60	Leberzirrhose und alkoholische Hepatitis	29
25	B69	Vorübergehende Durchblutungsstörung des Gehirns mit Ausfallerscheinungen	28
	Gesamt	Top 25 DRGs (3-stellig)	2.072

B-1.1.5 Mindestens die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen der Fachabteilung im Berichtsjahr:

Rang	ICD-10 Nummer ¹ 3-stellig	Text in umgangssprachlicher Klarschrift	Fälle absolute Anzahl
1	I50	Herzinsuffizienz	222
2	R55	Bewusstlosigkeit/Kollaps	166
3	J44	Sonstige chronische obstruktive (verschließende) Lungenkrankheit	151
4	I10	Bluthochdruck (ohne erkennbare Ursache)	139
5	K29	Magenschleimhautentzündung	116
6	J18	Lungenentzündung	100
7	E11	Zuckerkrankheit (Typ-II-Diabetes)	82
8	I21	Akuter Herzinfarkt	77
9	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	77
10	I48	Vorhofflattern und Vorhofflimmern	65
11	I20	Angina pectoris (Durchblutungsstörung der Herzkranzgefäße)	63

¹ Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien.

12	C78	Sekundäre bösartige Neubildung der Atmungs- und Verdauungsorgane	58
13	I63	Hirnfarkt	53
14	C18	Bösartige Neubildung des Kolons	47
15	A09	Diarrhöe (Durchfall) und Gastroenteritis, vermutlich infektiösen Ursprungs	38
16	I47	Paroxysmale Tachykardie (Störungen der Herzfrequenz)	34
17	K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	33
18	I11	Herzkrankheit, verursacht durch Bluthochdruck	31
19	J20	Akute Bronchitis	29
20	E86	Volumenmangel	29
21	G45	Zerebrale transitorische ischämische Attacken und verwandte Syndrome (vorübergehende Hirndurchblutungsstörung)	27
22	K57	Divertikulose des Darmes	26
23	K21	Gastroösophageale Refluxkrankheit (Rückfluss in die Speiseröhre)	26
24	T78	Unerwünschte Nebenwirkungen, anderenorts nicht klassifiziert	25
25	A04	Sonstige bakterielle Darminfektionen	25
	Gesamt	Top 25 ICD (3-stellig)	1.739

B-1.1.6 Mindestens die 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe der Fachabteilung im Berichtsjahr:

Rang	OPS-301 Nummer 4-stellig	Text in umgangssprachlicher Klarschrift	Fälle absolute Anzahl
1	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf	642
2	1-632	Diagnostische Endoskopie von Speiseröhre und Magen	495
3	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Bauchspeicheldrüse	424
4	1-650	Diagnostische Koloskopie	231
5	1-710	Ganzkörperplethysmographie	195
6	3-200	CT des Schädels	146
7	1-207	Elektroenzephalographie (EEG)	131
8	8-831	Legen, Wechsel und Entfernung eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	124
9	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	119
10	3-220	CT des Schädels (mit Kontrastmittel)	105

11	8-542	Nicht komplexe Chemotherapie	83
12	1-444	Endoskopische Biopsie am unteren Verdauungstrakt	72
13	8-931	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf	71
14	8-701	Einfache Intubation (Luftröhre)	68
15	3-222	CT des Brustkorbes (mit Kontrastmittel)	55
16	3-225	CT des Abdomens (mit Kontrastmittel)	46
17	5-377	Implantation eines Herzschrittmachers	29
18	1-631	Diagnostische Ösophagogastroskopie	27
19	8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung	24
20	3-202	CT des Brustkorbes	23
21	5-431	Anlage einer Magensonde (durch die Bauchdecke)	22
22	8-771	Kardiale Reanimation	19
23	5-513	Spiegelung mit Eingriff an den Gallengängen	19
24	8-390	Lagerungsbehandlung	18
25	1-620	Diagnostische Bronchoskopie	17
	Gesamt	Top 25 OPS (4-stellig)	3.205

B-1.2 Name der Fachabteilung: **Chirurgie**

B-1.2.1 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung:

- Allgemein- und Viszeralchirurgie
- Unfall- und orthopädische Chirurgie
- Mammachirurgie

B-1.2.2 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung:

Allgemein- und Viszeralchirurgie

- Schilddrüsenchirurgie
- Laparoskopische und offen chirurgische Gallen- und Leistenbruch-Operationen
- Gut- und bösartige Erkrankungen des Magens, Dünndarms, Dickdarms, Enddarms, der Bauchspeicheldrüse und der Leber
- Ultraschallverfahren zur Untersuchung der Tumorausdehnung bei Enddarmerkrankungen

Unfall- und orthopädische Chirurgie

- Versorgung von Knochenbrüchen und Weichteilverletzungen am gesamten Bewegungsapparat inklusive der Wirbelsäule mit modernsten, auch minimal-invasiven Instrumentarien und Implantaten
- Endoprothetik der Hüfte, des Knies und der Schulter
- Versorgung von schweren Mehrfachverletzungen mit Ausnahme von Schädel-Hirn-Traumata
- Arthroskopische Behandlung traumatischer oder degenerativer Kniegelenksveränderungen
- Operationen im Bereich der Sehnen und Sehnenscheiden

Brustzentrum

- Alle diagnostischen Eingriffe einschließlich der Biopsie nach Sonografie- oder Nadelmarkierung
- Onkologische Operationen der Brust mit paralleler plastisch-ästhetischer Rekonstruktion
- Brustkorrigierende Operationen bei Asymmetrien, Formfehlbildungen, Verkleinerung zu großer, Straffung hängender und Vergrößerung zu kleiner Brüste

B-1.2.3 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung:

- Stomatherapie
- Wundtherapie
- Gesprächskreise Brustzentrum

B-1.2.4 Mindestens die Top-10 DRGs der Fachabteilung im Berichtsjahr:

Rang	DRG 3-stellig	Text in umgangssprachlicher Klarschrift	Fallzahl
1	J06	Grosse Eingriffe an der weiblichen Brust bei bösartiger Neubildung	316
2	J13	Kleine Eingriffe an der weiblichen Brust außer bei bösartiger Neubildung	263
3	G09	Eingriffe bei Leisten,- Bauchwand,- Nabelbrüchen und ähnlichen Brüchen	177
4	G07	Entfernung des Blinddarms	158
5	H08	Endoskopische Entfernung der Gallenblase mittels Bauchspiegelung	156

6	B80	Andere Kopfverletzungen (z.B. Gehirnerschütterung)	122
7	I13	Eingriffe am Oberarmknochen, Schienbein, Wadenbein und Sprunggelenk	105
8	G02	Eingriffe an Dün- und Dickdarm	102
9	J15	Große Eingriffe an der weiblichen Brust außer bei bösartiger Neubildung	78
10	J07	Kleine Eingriffe an der weiblichen Brust bei bösartiger Neubildung	72
11	I03	Eingriffe am Hüftgelenk, Überprüfung oder Ersatz	71
12	I08	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Oberschenkel	69
13	G67	Entzündung der Speiseröhre, des Magen-Darm-Traktes und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane	66
14	G11	Andere Eingriffe am Anus (Enddarmausgang)	62
15	G08	Eingriffe bei Leisten,- Bauchwand,- Nabelbrüchen und ähnlichen Brüchen	59
16	J65	Verletzung der Haut, Unterhaut und der weiblichen Brust	58
17	K10	Andere Eingriffe an der Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus Thyreoglossus außer bei bösartiger Neubildung	53
18	I23	Materialentfernung außer an Hüftgelenk und Oberschenkel	51
19	I68	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich	47
20	J11	Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und der weiblichen Brust	46
21	I18	Andere Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm	39
22	J14	Plastische Rekonstruktion der Mamma bei bösartiger Neubildung	38
23	I31	Komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm	36
24	F20	Unterbindung und Stripping (Entfernen) von Venen	31
25	I62	Frakturen an Becken und Schenkelhals	29
Gesamt		Top 25 DRGs (3-stellig)	2.304

B-1.2.5 Mindestens die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen der Fachabteilung im Berichtsjahr:

Rang	ICD-10 Nummer ¹ 3-stellig	Text in umgangssprachlicher Klarschrift	Fälle absolute Anzahl
1	C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse (Mamma)	432
2	N63	Nicht näher bezeichnete Knoten in der weiblichen Brust (Brustdrüse)	210
3	K80	Gallensteinleiden	179

¹ Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierichtlinien.

4	K40	Leistenbruch	171
5	S82	Unterschenkelbruch	141
6	S06	Verletzung innerhalb des Schädels	125
7	S72	Oberschenkelbruch	124
8	K35	Akute Blinddarmentzündung	124
9	N62	Hypertrophie (Vergrößerung von Gewebe) der weiblichen Brust (Brustdrüse)	69
10	K56	Darmverschluss	69
11	S52	Unterarmbruch	63
12	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	52
13	K57	Divertikulose des Darmes	48
14	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	46
15	E04	Sonstige nichttoxische Schilddrüse	42
16	K43	Bauchwandbruch	40
17	K36	Sonstige Blinddarmentzündung	36
18	C18	Bösartige Neubildung des Dickdarms	33
19	I83	Krampfadern der unteren Extremitäten	31
20	S22	Fraktur der Rippe(n), des Brustbeins und der Brustwirbelsäule	30
21	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	30
22	C79	Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen Lokalisationen	27
23	I84	Hämorrhoiden	26
24	D24	Gutartige Neubildung der Brustdrüse (Mamma)	25
25	K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	24
	Gesamt	Top 25 ICD (3-stellig)	2.197

B-1.2.6 Mindestens die 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe der Fachabteilung im Berichtsjahr:

Rang	OPS-301 Nummer 4-stellig	Text in umgangssprachlicher Klarschrift	Fälle absolute Anzahl
1	5-870	Entfernung und Zerstörung von Gewebe der weiblichen Brust (ohne axilläre Lymphadenektomie)	446
2	5-871	Entfernung und Zerstörung von Gewebe der weiblichen Brust (mit axillärer Lymphadenektomie)	212
3	5-511	Operative Entfernung der Gallenblase	197

4	5-530	Leistenbruch	174
5	5-470	Operative Entfernung des Blinddarms	159
6	8-931	Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf	149
7	8-831	Legen, Wechsel und Entfernung eines Katheters in zentralvenöse Gefäße	118
8	5-793	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	105
9	5-893	Chirurgische Wundtoilette und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	94
10	5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	91
11	5-469	Andere Operationen am Darm	91
12	5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial (wie Platten, Drähten, Schrauben)	86
13	8-800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat	81
14	1-650	Diagnostische Darmspiegelung	79
15	5-455	Teilentfernung des Dickdarms	77
16	5-820	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	70
17	1-632	Diagnostische Endoskopie von Speiseröhre und Magen	70
18	5-794	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens mit Osteosynthese	68
19	5-884	Brustreduktionsplastik	65
20	5-889	Andere Operationen an der weiblichen Brust	62
21	5-873	Totalentfernung der Brustdrüse mit axillärer Lymphadenektomie	61
22	5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	60
23	1-440	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Bauchspeicheldrüse	57
24	5-894	Lokale Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	56
25	3-200	Computertomographie des Schädels	49
Gesamt		Top 25 OPS (4-stellig)	2.777

B-1.3 Name der Fachabteilung: **Urologie**

B-1.3.1 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung:

- Behandlung von gut- und bösartigen Prostatavergrößerungen
- Blasenerkrankungen

- Harnröhrenverengungen
- Nierenerkrankungen

B-1.3.2 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung:

- Tumorchirurgie
- Nierensteinzertrümmerung
- Laseroperationen (TULAP)
- Harninkontinenz einschließlich neurogener Blasenentleerungsstörungen, zum Beispiel bei multipler Sklerose, endoskopische Operationen, offene Operationen einschließlich Blasenhalssuspensionen

B-1.3.3 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung:

- Inkontinenzberatung

B-1.3.4 Mindestens die Top-10 DRGs der Fachabteilung im Berichtsjahr:

Rang	DRG 3-stellig	Text in umgangssprachlicher Klarschrift	Fallzahl
1	L07	Eingriffe durch die Harnröhre mit Ausnahme der Entfernung der Prostata	101
2	L41	Kombinierte Harnröhren und Harnblasenspiegelung	98
3	M02	Teilentfernung der Prostata mittels Eingriff durch die Harnröhre	84
4	L42	Berührungsfreie Zertrümmerung von Harnsteinen mittels Stoßwellen	79
5	L63	Infektionen der Harnorgane	71
6	L64	Harnsteine und Verstopfung der Harnwege	63
7	M60	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane	52
8	M04	Eingriffe am Hoden	46
9	L08	Eingriffe an der Harnröhre	46
10	M03	Eingriffe am Penis	33
11	M40	Kombinierte Harnröhren und Harnblasenspiegelung	27
12	M61	Gutartige Vergrößerung der Prostata	22
13	M62	Infektion / Entzündung der männlichen Geschlechtsorgane	16

14	L40	Diagnostische Untersuchung von Harnleiter und Nierenbecken	16
15	L65	Beschwerden und Symptome der Harnorgane	15
	Gesamt	Top 15 DRGs (3-stellig)	769

B-1.3.5 Mindestens die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen der Fachabteilung im Berichtsjahr:

Rang	ICD-10 Nummer ¹ 3-stellig	Text in umgangssprachlicher Klarschrift	Fälle absolute Anzahl
1	N20	Nieren- und Harnleitersteine	209
2	N40	Vergrößerung der Prostata	128
3	C61	Bösartige Neubildung der Prostata	77
4	C67	Bösartige Neubildung der Harnblase	51
5	N13	Verschluss der Harnwege	50
6	N35	Narbige Verengung der Harnröhre (Striktur)	46
7	N10	Akute Nierenentzündung	42
8	D41	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens der Harnorgane	32
9	D40	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens der männlichen Genitalorgane	28
10	N30	Harnblasenentzündung	24
11	N45	Hoden- und Nebenhodenentzündung	19
12	N43	Hydrozele und Spermatozele	18
13	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	14
14	N23	Nicht näher bezeichnete Nierenkolik	13
15	N41	Entzündliche Krankheiten der Prostata	11
	Gesamt	Top 15 ICD (3-stellig)	762

B-1.3.6 Mindestens die 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe der Fachabteilung im Berichtsjahr:

Rang	OPS-301 Nummer 4-stellig	Text in umgangssprachlicher Klarschrift	Fälle absolute Anzahl
1	1-661	Harnröhren- und Harnblasenspiegelung	215
2	8-137	Einlegen, Wechsel und Entfernung einer Harnleiterschlinge	184

¹ Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierleitlinien.

3	5-601	Entfernung von Prostatagewebe durch die Harnröhre	120
4	5-585	Inzision von (erkranktem) Gewebe der Urethra durch die Harnröhre	105
5	5-573	Entfernung von (erkranktem) Gewebe der Harnblase durch die Harnröhre	105
6	8-110	Nierensteinzertrümmerung (ESWL)	94
7	1-464	Transrektale Biopsie an männlichen Geschlechtsorganen	74
8	8-132	Spülung der Harnblase	60
9	5-570	Endoskopische Entfernung von Steinen, Fremdkörpern und Tamponaden der Harnblase	39
10	5-572	Operative Eröffnung der Harnblase	20
11	1-665	Diagnostische Untersuchung von Harnleiter und Nierenbecken	19
12	5-611	Operation einer Hydrocele testis	15
13	5-562	Operative Eröffnung des Harnleiters, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung	15
14	5-640	Operationen an der Vorhaut	12
15	5-633	Nebenhodenentfernung	12
	Gesamt	Top 15 OPS (4-stellig)	1.089

B-1.4 Name der Fachabteilung: **HNO-Heilkunde**

B-1.4.1 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung:

- Behandlung von Erkrankungen der Kopf-Hals-Region
- Fachspezifische plastische und ästhetische Chirurgie im Gesichtsbereich

B-1.4.2 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung:

- Tumorchirurgie im Kopf-Halsbereich
- Endoskopisch mikrochirurgische Operationen der Nase und der Nasennebenhöhlen und im Kehlkopfbereich
- Mikrochirurgie im Ohr einschließlich aller Gehör verbessernder Operationen
- Lasergestützte Operationen
- Konservative stationäre Behandlung von Hörstürzen, Schwindel und Tinnitus
- Mandel- und Polypabtragung

B-1.4.3 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung:

- Kosmetische, rekonstruktive Nasenoperationen
- Facelifting, einschl. Halsstraffungen und Stirnlifting
- Ober- und Unterlidplastiken
- Ohrmuschelkorrekturen und –rekonstruktionen
- Profilplastiken (Kinn und Jochbein)

B-1.4.4 Mindestens die Top-10 DRGs der Fachabteilung im Berichtsjahr

Rang	DRG 3-stellig	Text in umgangssprachlicher Klarschrift	Fallzahl
1	D06	Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid (Warzenfortsatz) und komplexe Eingriffe am Mittelohr	197
2	D09	Verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals	154
3	D11	Operative Entfernung der Gaumenmandel	110
4	D10	Verschiedene Eingriffe an der Nase	86
5	D14	Eingriffe bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, ein Belegungstag	62
6	D66	Andere Krankheiten an Ohr, Nase, Mund und Hals	30
7	D63	Mittelohrentzündung und Infektionen der oberen Atemwege	8
8	D61	Gleichgewichtsstörungen (Schwindel)	6
9	D02	Große Eingriffe an Kopf und Hals	5
10	D05	Operative Entfernung einer Speicheldrüse	5
	Gesamt	Top 10 DRGs (3-stellig)	663

B-1.4.5 Mindestens die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen der Fachabteilung im Berichtsjahr:

Rang	ICD-10 Nummer ¹ 3-stellig	Text in umgangssprachlicher Klarschrift	Fälle absolute Anzahl
1	J34	Sonstige Krankheiten der Nase und der Nasennebenhöhlen	191
2	H66	Eitrige und nicht näher bezeichnete Mittelohrentzündung	138

¹ Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodier Richtlinien.

3	J35	Chronische Krankheiten der Gaumen- und Rachenmandeln	116
4	J32	Chronische Nebenhöhlenentzündung	43
5	H91	Sonstiger Hörverlust	25
6	H80	Otosklerose (Erkrankung des knöchernen Ohres)	21
7	J38	Krankheiten der Stimmlippen und des Kehlkopfes	20
8	S02	Fraktur des Schädels und der Gesichtsschädelknochen	13
9	J36	Peritonsillarabszess (Mandelabszess)	8
10	D11	Gutartige Neubildung der großen Speicheldrüsen	8
Gesamt		Top 10 ICD (3-stellig)	583

B-1.4.6 Mindestens die 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe der Fachabteilung im Berichtsjahr:

Rang	OPS-301 Nummer 4-stellig	Text in umgangssprachlicher Klarschrift	Fälle absolute Anzahl
1	5-195	Verschluss einer Trommelfellperforation und Rekonstruktion der Gehörknöchelchen (Tympanoplastik)	159
2	5-218	Plastische Rekonstruktion der inneren und äußeren Nase (Septorhinoplastik)	135
3	5-214	Resektion und plastische Rekonstruktion der Nasenscheidewand	127
4	5-281	Entfernung der Gaumenmandeln	84
5	5-215	Operationen an der unteren Nasenmuschel	79
6	5-224	Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen	78
7	5-205	Andere Exzisionen an Mittel- und Innenohr	77
8	5-222	Operation am Siebbein und an der Keilbeinhöhle	64
9	5-221	Operationen an der Kieferhöhle	63
10	5-300	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Kehlkopfes	28
Gesamt		Top 10 OPS (4-stellig)	894

B-2 Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

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

279

B-2.2 Top-5 der ambulanten Operationen der Fachabteilungen im Berichtsjahr

B-2.2.1 Allgemeine Chirurgie

Rang	EBM-Nummer	Text	Fälle absolut
1	2110	Diagnostische Entnahme eines tastbaren Brusttumors	80
2	2821	Implantation eines permanenten Zugangs zu einem Gefäß oder eines intrathekalen Katheters	36
3	2220	Operation eines Ganglions am Hand,- Fuss,- oder Fingergelenk	28
4	2275	Operation des Karpal- oder Tarsaltunnelsyndroms	23
5	2106	Exzision eines großen Geschwulst oder eines Schleimbeutels	14
Zwischensumme			181
übrige			98
Gesamt Allgemeine Chirurgie			279

B-2.3 Sonstige ambulante Leistungen

Hochschulambulanz (§ 117 SGB V): entfällt

Psychiatrische Institutsambulanz (§ 118 SGB V): entfällt

Sozialpädiatrisches Zentrum (§ 119 SGB V): entfällt

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

Schlüssel nach § 301 SGB V	Abteilung	Anzahl der beschäftigten Ärzte insgesamt	Anzahl der Ärzte in Weiterbildung	Anzahl Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung
0100	Innere Medizin	12	8	4
1500	Chirurgie	15	8	7
2200	Urologie	Belegabteilung		
2600	HNO-Heilkunde	Belegabteilung		
	Anästhesie	6	0	6
Gesamt		33	16	17

Anzahl der Ärzte mit Weiterbildungsbefugnis (gesamtes Krankenhaus): 4

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

Schlüssel nach § 301 SGB V	Abteilung	Anzahl der beschäftigten Pflegekräfte insgesamt (Köpfe)	Prozentualer Anteil der examinierten Krankenschwestern/-pfleger (3 Jahre)	Prozentualer Anteil der Krankenschwestern/-pfleger mit entsprechender Fachweiterbildung (3 Jahre plus Fachweiterbildung)	Prozentualer Anteil Krankenpfleger/ in (1 Jahr)
0100	Innere Medizin	48	95,8 %	14,58 %	0
1500	Chirurgie	43	90,7 %	11,6 %	4,2 %
2200	Urologie	12	83,3 %	16,7 %	8,3 %
2600	HNO-Heilkunde	8	87,5 %	0	12,5 %
	Intensivmedizin	24	95,8 %	29,2 %	4,2 %
	Gesamt	135	87,4 %	15,6 %	3,7 %

C Qualitätssicherung

C-1 Externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V

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

	Leistungsbereich	Leistungsbereich wird vom Krankenhaus erbracht		Teilnahme an der externen Qualitätssicherung		Dokumentationsrate	
		Ja	Nein	Ja	Nein	Krankenhaus	Bundesdurchschnitt
1	Aortenklappenchirurgie		x		x		
2	Cholezystektomie	x		x		98,4 %	100 %
3	Gynäkologische Operationen		x		x		

4	Herzschrittmacher-Erstimplantation	x		x		96,7 %	95,48 %
5	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	x		x		100 %	100 %
6	Herzschrittmacher-Revision	x		x		100 %	74,03 %
7	Herztransplantation		x		x		
8	Hüftgelenknahe Femurfraktur (ohne subtochantäre Frakturen)	x		x		93,9 %	95,85 %
9	Hüft-Totalendoprothesen-Wechsel	x		x		100 %	92,39 %
10	Karotis-Rekonstruktion		x		x		
11	Knie-Totalendoprothese (TEP)	x		x		60,0 %	98,59 %
12	Knie-Totalendoprothesen-Wechsel		x		x		
13	Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie		x		x		
14	Koronarangiographie/ Perkutane transluminale Koronarangioplastie (PTCA)		x	x		93,3 %	99,96 %
15	Koronarchirurgie		x		x		
16	Mammachirurgie	x		x		91,6 %	91,68 %
17	Perinatalmedizin		x		x		
18	Pflege: Dekubitusprophylaxe mit Kopplung an die Leistungsbereiche 1, 8,9, 11,12,13,15,19		x		x		
19	Totalendoprothese (TEP) bei Koxarthrose	x		x		86,7 %	98,44 %
20	Gesamt					92,9 %	94,64 %

C-2 Qualitätssicherung beim ambulanten Operieren nach § 115b 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 eine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart. Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Leistungsbereiche) teil:

- Qualitätssicherung Schlaganfallbehandlung Hessen
- Diabetes

- Dekubitusprophylaxe für Hüftgelenksnahe Femurfrakturen des Moduls 17/1

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

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

- DMP Brustkrebs
Mamma-Carcinom-Therapie (DRG J06 und J07)

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

Leistung ¹	OPS der eingezogenen Leistungen	Mindestmenge ¹ (pro Jahr) pro KH / pro gelistetem Operateur ²	Leistung wird im Krankenhaus erbracht (ja/nein)	erbrachte Menge (pro Jahr) pro KH (4a) / pro gelistetem Operateur (4b)		Anzahl der Fälle mit Komplikation im Berichtsjahr
				4a	4b	
1a	1b	2	3	4a	4b	5
Lebertransplantation		10	nein			
	5-503.0					
	5-503.1					
	5-503.2					
	5-503.3					
	5-503.x					
	5-503.y					
	5-504.0					
	5-504.1					
	5-504.2					
	5-504.x					
	5-504.y					
	5.502.0					
	5-502.1					
	5-502.2					
	5-502.3					
	5-502.5					
5-502.x						
5-502.y						

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

² Angabe jeweils bezogen auf den Arzt / Operateur, der diese Leistung erbringt.

Nierentransplantation		20	nein			
	5-555.0					
	5-555.1					
	5-555.2					
	5-555.3					
	5-555.4					
	5-555.5					
	5-555.x					
5-555.y						

Leistung ¹	OPS der eingezogenen Leistungen	Mindestmenge ¹ (pro Jahr) pro KH / pro gelistetem Operateur ²	Leistung wird im Krankenhaus erbracht (ja/nein)	erbrachte Menge (pro Jahr)		Anzahl der Fälle mit Komplikation im Berichtsjahr
				pro KH (4a) / pro gelistetem Operateur (4b)		
1a	1b	2	3	4a	4b	5
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus		5/5	nein			
	5-420.00					
	5-420.01					
	5-420.10					
	5-420.11					
	5-423.0					
	5-423.1					
	5-423.2					
	5-423.3					
	5-423.x					
	5-423.y					
	5-424.0					
	5-424.1					
	5-424.2					
	5-424.x					
	5-424.y					
	5-425.0					
	5-425.1					
	5-425.2					
	5-425.x					
	5-425.y					
	5-426.0**					
	5-426.1**					
	5-426.2**					
	5-426.x**					
	5-426.y					
	5-427.0**					
	5-427.1**					
5-427.2**						
5-427.x**						

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

² Angabe jeweils bezogen auf den Arzt / Operateur, der diese Leistung erbringt.

	5-427.y					
	5-429.2					
	5-438.0**					
	5-438.1**					
	5-438.x**					

Leistung ¹	OPS der eingezogenen Leistungen	Mindestmenge ¹ (pro Jahr) pro KH / pro gelistetem Operateur ²	Leistung wird im Krankenhaus erbracht (ja/nein)	erbrachte Menge (pro Jahr)		Anzahl der Fälle mit Komplikation im Berichtsjahr
				pro KH (4a) / pro gelistetem Operateur (4b)		
1a	1b	2	3	4a	4b	5
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas		5/5	ja			
	5-521.0		ja	1	1	
	5-521.1		nein			
	5-521.2		nein			
	5-523.2		ja	1	1	
	5-523.x		nein			
	5-524		nein			
	5-524.0		ja	1	1	
	5-524.1		ja	3	3	
	5-524.2		nein			
	5-524.3		nein			
	5-524.x		nein			
	5-525.0		nein			
	5-525.1		nein			
	5-525.2		nein			
	5-525.3		nein			
5-525.4		nein				
5-525.x		nein				

Leistung ¹	OPS der eingezogenen Leistungen	Mindestmenge ¹ (pro Jahr) pro KH / pro gelistetem Operateur ²	Leistung wird im Krankenhaus erbracht (ja/nein)	erbrachte Menge (pro Jahr)		Anzahl der Fälle mit Komplikation im Berichtsjahr
				pro KH (4a) / pro gelistetem Operateur (4b)		
1a	1b	2	3	4a	4b	5
Stammzelltransplantation		12+/-2 [10-14]	nein			
	5-411.00					
	5-411.01					
	5-411.20					

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

² Angabe jeweils bezogen auf den Arzt / Operateur, der diese Leistung erbringt.

	5-411.21					
	5-411.30					
	5-411.31					
	5-411.40					
	5-411.41					
	5-411.50					
	5-411.51					
	5-411.x					
	5-411.y					
	8-805.00					
	8-805.01					
	8-805.20					
	8-805.21					
	8-805.30					
	8-805.31					
	8-805.40					
	8-805.41					
	8-805.50					
	8-805.51					
	8-805.x					
	8-805.y					

(Grau unterlegte Felder sind nicht auszufüllen)

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.

- entfällt -

Systemteil

D Qualitätspolitik

Mit Datum März 2001 wurde im Elisabeth-Krankenhaus ein umfassendes Qualitätsmanagement, in Anlehnung an die Kriterien der European Foundation for Quality Management (EFQM) installiert.

Das EFQM-Modell für Excellence, eine aus neun Kriterien bestehende, offen gehaltene Grundstruktur, kann zur Bewertung des Fortschritts einer Organisation in Richtung Excellence* herangezogen werden. Das Modell berücksichtigt die vielen Vorgehensweisen, mit denen nachhaltige Excellence in allen Leistungsaspekten erzielt werden kann. Es beruht auf folgender Prämisse:

Exzellente Ergebnisse im Hinblick auf Leistung, Kunden, Mitarbeiter und Gesellschaft werden durch eine Führung erzielt, die Politik und Strategie mit Hilfe der Mitarbeiter, Partnerschaften, Ressourcen und Prozesse umsetzt.



* Excellence ist definiert als überragende Vorgehensweisen in der Führung der Organisation und beim Erzielen von Ergebnissen basierend auf Grundkonzepten der Excellence.

Das EFQM-Modell für Excellence der European Foundation for Quality Management dient der **ganzheitlichen Betrachtung von Organisationen**.

Dabei werden bei den vier **Ergebniskriterien** die mitarbeiterbezogenen, kundenbezogenen und gesellschaftsbezogenen Ergebnisse sowie die Schlüsselergebnisse der Organisation in einen kausalen Zusammenhang gebracht mit den **Befähiger-Kriterien**: Die Befähiger-Kriterien behandeln das, was die Organisation tut, wie sie vorgeht. Die Ergebnis-Kriterien behandeln, was die Organisation erzielt. Dabei sind die Ergebnisse auf die Befähiger zurückzuführen, und die Befähiger werden ihrerseits aufgrund der Ergebnisse verbessert (aus: *Das EFQM-Modell für Excellence 1999-2003*).

Grundlage hierfür war eine Trägerempfehlung sowie ein entsprechender Beschluss des Krankenhausdirektoriums. Auslöser für die Aktivitäten war zum einem die Neuregelung der für die Qualität im Gesundheitswesen relevanten §§ 135 bis 137 des SGB V (Sozial Gesetzbuch 5). Zum anderen strebt das Krankenhaus dadurch nicht

nur die Erfüllung ökonomischer und gesetzlicher Anforderungen an, sondern auch die Übereinstimmung der Patienten- und Mitarbeiterorientierung mit dem Leitbild.

Das Leitbild wurde in gemeinsamer Arbeit für alle sieben Krankenhäuser der Kongregation der Barmherzigen Schwestern vom hl. Vinzenz von Paul in Hildesheim erstellt und 1995 implementiert.

Die Inhalte dieses Leitbildes bilden generell die Qualitätsziele des Krankenhauses.

Zielsetzung der Krankenhäuser

Der Mensch steht im Mittelpunkt unseres heilenden und pflegerischen Handelns und Wirkens. Die Grenzen des Lebens, sein Anfang und sein Ende, werden in besonderer Weise geachtet und geschützt.

Die Würde des Menschen ist unantastbar. Keine medizinische, medizintechnische oder pflegerische Maßnahme rechtfertigt ihre Verletzung.

Das Krankenhaus soll für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nicht nur Arbeitsstätte sein, sondern auch Ort beruflicher Sinnerfüllung.

Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden in ihrer Verantwortung ernst genommen und erfahren Anerkennung und Förderung in fachlicher, persönlicher und religiöser Hinsicht.

Den Geboten der Wirtschaftlichkeit und Ökologie kommt die Dienstgemeinschaft durch effiziente Arbeit und rationellen Einsatz aller Mittel nach, ohne die medizinische und pflegerische Betreuung der Kranken in Frage zu stellen.

Durch unser gemeinsames Handeln ist das Bestehen des Krankenhauses langfristig zu sichern und der gute Ruf in der Öffentlichkeit zu erhalten und zu fördern.

Vor diesem Hintergrund leiten wir folgende Kernaussagen zu Qualitätszielen ab:

Patientenorientierung/Kundenbeziehungen

Die Bearbeitung von Qualitätszielen zu diesem Punkt führt dazu, dass:

- Die Bedürfnisse und Erwartungen der Patienten besser verstanden werden.
- Die Zielsetzung des Krankenhauses und seiner Mitarbeiter auf die Erwartungen / Bedürfnisse der Patienten besser ausgerichtet sind.
- Die Zufriedenheit der Patienten gemessen und adäquat darauf reagiert wird.

Dienstgemeinschaft/Prozessorientierung

Die Bearbeitung von Qualitätszielen zu diesem Punkt führt dazu, dass:

- Prozesse so strukturiert werden, dass die Ziele möglichst effizient erreicht werden.
- Die Wechselbeziehungen innerhalb der Prozesse verstanden und kooperativ bearbeitet werden.
- Der Adressat der Aktivitäten der Dienstgemeinschaft (Patient, Mitarbeiter, Lieferant u. a.) den Nutzen klar erkennen kann.
- Die Dienstgemeinschaft Ihre Verantwortlichkeiten und Pflichten erkennt und annimmt.

Mitarbeiterorientierung/Interne Kunden

Die Bearbeitung von Qualitätszielen zu diesem Punkt führt dazu, dass:

- Den Mitarbeitern die notwendigen Ressourcen und Schulungen zur Verfügung gestellt werden, damit sie in der Lage sind, verantwortlich und adäquat ihre Pflichten zu erfüllen.
- Die Wichtigkeit ihrer Beiträge zur Entwicklung und zum Erhalt des Krankenhauses und ihrer Rollen zu verstehen.
- Sich aktiv an der Entwicklung des Krankenhauses zu beteiligen.

Anspruch an Leitende/Führung

Die Bearbeitung von Qualitätszielen zu diesem Punkt führt dazu dass:

- Auf allen Ebenen des Krankenhauses gemeinsame Werte und ethische Vorbilder etabliert und aufrechterhalten werden.
- Vertrauen auf- und Ängste abgebaut werden.
- Vorschläge der Mitarbeiter als Anregungen und Verbesserungspotential anerkannt werden.

Aus-, Fort- und Weiterbildung

Die Bearbeitung von Qualitätszielen zu diesem Punkt führt dazu, dass:

- Unterstützung im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen und der wirtschaftlichen Gegebenheit angeboten wird, zur Weiterentwicklung von Kenntnissen auf fachlichen und persönlichen Gebieten.
- Die in Fort- und Weiterbildungen erworbenen neuen Kenntnisse und Fähigkeiten von den Mitarbeitern den Kollegen zugänglich gemacht werden.

Wirtschaftlichkeit/ Umweltbewusstsein / Partnerschaften und Ressourcen

Die Bearbeitung von Qualitätszielen zu diesem Punkt führt dazu, dass:

- Die vorhandenen Ressourcen effizient und umweltbewusst eingesetzt werden.
- Die Umwelt durch das Krankenhaus nur in unabwendbarem Maße belastet wird.
- Die Hauptlieferanten den Qualitätsmaßstäben des Krankenhauses entsprechen.
- Klare und offene Kommunikationswege etabliert werden und Zuständigkeiten geklärt sind.

Insgesamt dient der Aufbau des Qualitätsmanagements der Erfüllung der im Leitbild beschriebenen Anforderungen sowie der internen Qualitätssicherung und Optimierung der Qualitätsarbeit. Qualitätsziele ergeben sich deshalb aus den Aussagen unseres Leitbildes, den gesetzlichen Vorschriften, Empfehlungen der entsprechenden berufsständischen Vertretungen und aus der Nutzung wissenschaftlicher Erkenntnisse.

(Quelle: KTQ® Qualitätsbericht 2004)

Die Kommunikation dieser Qualitätsziele beginnt während der Einstellungsgespräche mit potentiellen neuen Mitarbeitern. An den Einführungstagen für neue Mitarbeiter wird das Thema ausführlich vorgestellt und erläutert.

In der Regelkommunikation (Abteilungsleitersitzungen, Chefarztsitzungen, Hygienekommission, etc.) ist der Tagesordnungspunkt Qualität fest verankert.

Mitarbeiter werden darüber hinaus über das "schwarze Brett" sowie das Intranet über die Qualitätsziele/Projekte/Ergebnisse informiert.

E Qualitätsmanagement und dessen Bewertung

E-1 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Die Krankenhausführung ist verantwortlich für die Entwicklung, Umsetzung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements. Zur Erfüllung dieser Aufgabe wurde eine Qualitätskonferenz einberufen. Die berufsgruppenübergreifende Zusammensetzung (Labor, Pflege, Medizin, Verwaltung) der QM-Konferenz gewährleistet die Einbindung aller Krankenhausbereiche.

Die Aufgaben der QM-Konferenz sind in einer entsprechenden Geschäftsordnung geregelt. Zur näheren Erläuterung einige Auszüge aus der Geschäftsordnung:

§ 1 Grundsatz

Die Qualitätskonferenz unterstützt den Träger des Krankenhauses in seiner Aufgabe, die organisatorischen und personellen Voraussetzungen für die Einführung und Einhaltung eines kontinuierlichen umfassenden Qualitätsmanagements sicherzustellen und für die Durchführung der notwendigen Entwicklungsprozesse zu sorgen. Sie berät den Träger des Krankenhauses zur Wahrnehmung dieser Aufgaben eingesetzten Funktionsträger (Geschäftsführer und Direktorium).

§ 2 Aufgaben der Qualitätskonferenz

Zu den Aufgaben der Qualitätskonferenz gehören insbesondere Festigung, Vorleben des Leitbildes

- Strukturierung, Implementierung, Ausbau und Beschreibung der Qualität im Hause*
- Initiieren von Arbeitsgruppen im Rahmen eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses*
- Prozessgestaltung- u. Begleitung die der Ergebnisverbesserung im Bereich der Schüsselergebnisse (EFQM) dienen*
- Planung, Durchführung und Auswertung der Selbstbewertungen nach EFQM und KTQ*
- Erstellung des Qualitätsberichtes gemäß § 137 SGB V. Beginnend in 2005 für das Jahr 2004 in 2jährigem Turnus*
- Das Krankenhaus zur Rezertifizierung führen. Erstmals im Jahr 2007.*

§ 9 Beratung durch Experten

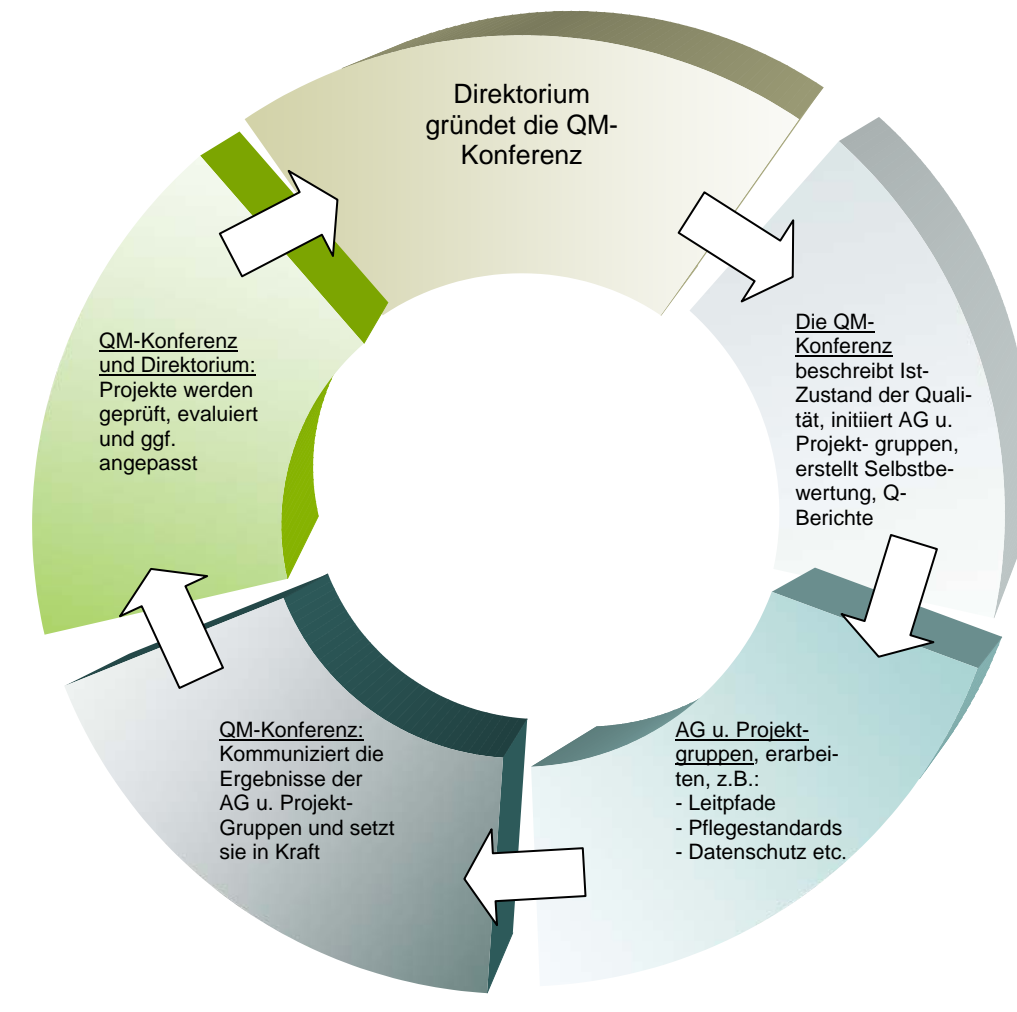
Zu den Sitzungen der QM Konferenz können, mit Zustimmung des Geschäftsführers, ggf. weitere innere- oder außerbetrieblich tätige Experten (Organisationsberater, QM Fachleute etc.) zu speziellen Beratungs- und Schulungsthemen, eingeladen werden.

(Quelle: Geschäftsordnung der QM-Konferenz)

Zur Befähigung der Mitglieder der QM-Konferenz wurden spezielle Schulungen, EFQM-Trainings und so genannte SATs (Selbstbewertungstrainings) durchgeführt. Diese fanden sowohl intern unter Begleitung eines externen EFQM -Fachmanns, wie auch extern (Ausbildung von 4 EFQM-Assessoren) statt.

Leiter von Arbeitsgruppen und QM-Zirkel erhielten ein Moderationstraining sowie eine Einführung in die QM-Zirkelarbeit. Dies geschah in enger Zusammenarbeit mit der BGW (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege).

Projektablauf:



E-2 Qualitätsbewertung

Das Elisabeth Krankenhaus Kassel ist seit Februar 2004 zertifiziert nach den Vorgaben der KTQ® (Nr. 2004-0013K, Gültigkeit vom 01.03.2004 bis zum 28.02.2007).

Die Zertifizierung wurde umfassend für alle Abteilungen des Hauses erteilt.

Das KTQ Verfahren

Zentrales Ergebnis der Entwicklungsarbeit ist der so genannte KTQ-Katalog. In diesem KTQ-Katalog wurden Kategorien zusammengestellt, die im Rahmen der Zertifizierung von Akutkrankenhäusern abgefragt werden, um Aussagen über die Qualität der Prozessabläufe in der medizinischen Versorgung treffen zu können. Die gegenwärtig 70 Kriterien gliedern sich in folgenden Kategorien:

- die Patientenorientierung,
- die Mitarbeiterorientierung,
- die Sicherheit im Krankenhaus,
- das Informationswesen,
- die Krankenhausführung und
- das Qualitätsmanagement.

Die Schritte des KTQ-Bewertungsverfahrens im Einzelnen:

- Selbstbewertung des Krankenhauses,
- Anmeldung zur Fremdbewertung bei einer der KTQ-Zertifizierungsstellen,
- Fremdbewertung durch ein KTQ-Visitorenteam,
- Zertifizierung und Veröffentlichung des KTQ-Qualitätsberichts.

(Quelle: www.ktq.de)

Sie finden den entsprechenden Qualitätsbericht des Elisabeth-Krankenhauses unter www.ktq.de.

Bereits durch eine erste Selbstbewertung (Herbst 2001), orientiert an den Kriterien des Modells der European Foundation for Quality Management (EFQM), erkannte das Elisabeth-Krankenhaus systematische Verbesserungspotentiale, die anschließend in Qualitätszirkeln bearbeitet wurden (Bettenbelegungsplan, Strukturverbesserungen in der chirurgischen Ambulanz, Dokumentenlenkung). Ziel aller Aktivitäten und Überprüfungen ist es, die gesamte Organisation in den Prozess der kontinuierlichen Verbesserung mit einzubeziehen.

(Quelle: KTQ® Qualitätsbericht 2004)

Als wesentliches Instrument zur kontinuierlichen Überprüfung der Patientenzufriedenheit werden die Patienten dazu angehalten, den strukturierten Patientenfragebogen bei Verlassen des Hauses (in Papierform) oder auch nach dem Aufenthalt (über die Internetseite des Krankenhauses) auszufüllen. Die Ergebnisse werden monatlich veröffentlicht und Kritikpunkte mit den betroffenen Personen bzw. Abteilungen unverzüglich bearbeitet. Verbesserungsvorschläge werden je nach Aufwand unmittelbar umgesetzt oder z.B. bei finanziellem oder personellem Mitteleinsatz der Qualitätskonferenz zur Entscheidung vorgelegt.

In der Zeit von 2002 auf 2004 konnte die Rücklaufquote der Fragebögen von 2,66 % auf 9,88 % mehr als verdoppelt werden. Dadurch wurden unter anderem in den Bereichen „Entlassungsmanagement“ und „Wartezeiten“ Optimierungspotentiale aufgedeckt.

Die Ergebnisse der Befragung blieben insgesamt dennoch konstant. Durchschnittlich erhielt das Gesamthaus bei einer Skala von 1 (sehr zufrieden) bis 5 (sehr unzufrieden) in 2003 eine Bewertung von 1,53 und in 2004 eine Note von 1,54.

E-3 Ergebnisse der Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V

Das Krankenhaus nimmt an allen vorgeschriebenen Modulen der externen Qualitätssicherung nach § 137 des Sozialgesetzbuch V (SGB V) teil. Die entsprechenden Module sind aus der Tabelle des Kapitels „C 1- Externe Qualitätssicherung“ zu entnehmen.

Des Weiteren erfolgt die Teilnahme an Projekten der Geschäftsstelle für Qualitätssicherung in Hessen (GQH) zur Qualitätssicherung in der Schlaganfall-Akutbehandlung, sowie für den Pflegebereich die Teilnahme an der externen Qualitätssicherung Hessen im Bereich „Dekubitusprophylaxe in der Orthopädie und Unfallchirurgie“.

In diesem Projekt werden alle Hüftendoprothesen -Erstimplantationen und -Wechsel sowie Knie -Totalendoprothesen -Erstimplantationen und -Wechsel hinsichtlich der Entstehung von Druckgeschwüren überprüft und erfasst.

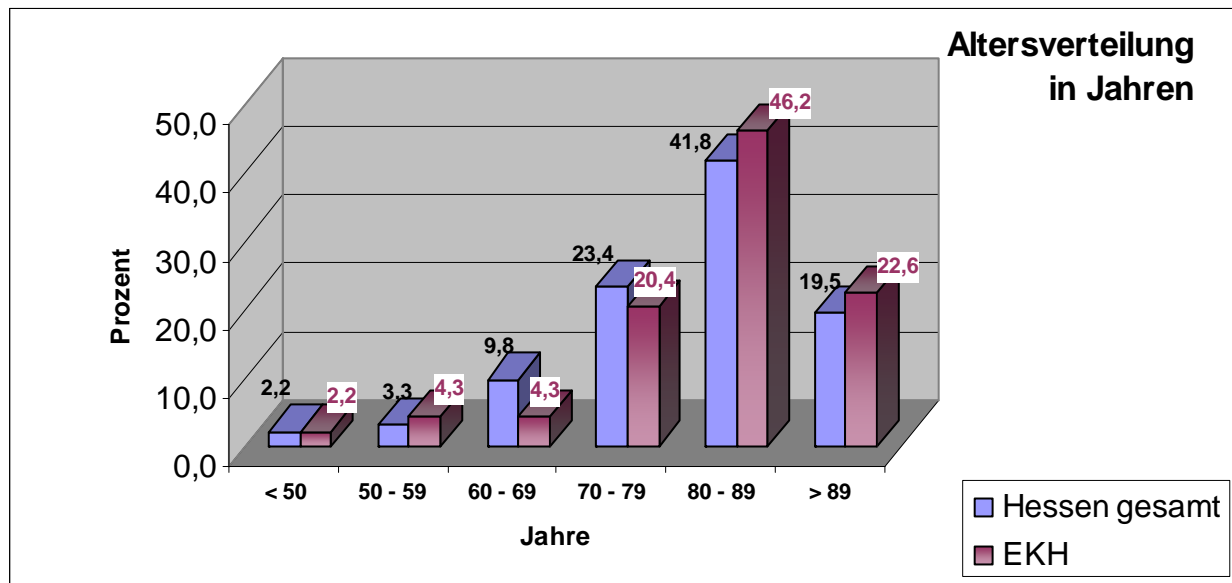
Externe stationäre Qualitätssicherung in Hessen

Elisabeth KS (GQH, Jahresauswertung 2004 vom 01.04.2005)

<i>Qualitätsindikatoren</i>	<i>Referenzwerte</i>	<i>Klinikwert</i>
<i>Möglichst wenig Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden und mit Dekubitus (Grad >1) entlassen werden (Modul 17/1 = Hüftgelenksnahe Oberschenkelfraktur)</i>	7,7%	3,3% <small>Klinikwert signifikant innerhalb des Referenzbereiches</small>

(Quelle: Statistik der GQH für 2004/Dekubitusprophylaxe in der Orthopädie und Unfallchirurgie)

Dieses Ergebnis belegt, dass die Durchführung der Dekubitusprophylaxen noch Optimierungspotential bietet, obwohl bei der Auswertung und Kommentierung der hohe Altersdurchschnitt der Patienten im Vergleich zur hessischen Kontrollgruppe Berücksichtigung finden muss (siehe hierzu nachfolgende Grafik).



(Quelle: Statistik der GQH für 2004/Dekubitusprophylaxe in der Orthopädie und Unfallchirurgie, Basisauswertung)

Das Brustzentrum ist beteiligt an insgesamt 17 multizentrischen, teilweise internationalen Therapiestudien (z.B. BOND 006, BOND 005, GeparTrio).

Darüber hinaus arbeitet das Brustzentrum seit 2002 gemeinsam mit einem ortsansässigen Mamma-Pathologen am Aufbau einer ersten bundesweiten Tumordatenbank. Hier wird zuvor aufbereitetes Brustgewebe verschiedener Tumore gesammelt und dokumentiert. Ziel ist es, Krebsforschern aus ganz Deutschland stets Gewebe zur Verfügung stellen zu können, mit dem sie neue Behandlungsverfahren erproben und entwickeln können.

Als interne Qualitätssicherungsmaßnahme erfolgt zum Beispiel die Auswertung der Infektionsraten ausgewählter Eingriffe in den Bereichen Unfallchirurgie und Brustzentrum. Die Ergebnisse werden quartalsweise in der Sitzung der Hygienekommission vorgestellt und bewertet. Daraus sich ergebende Maßnahmen werden von der Kommission ggf. beschlossen und der verantwortliche Mediziner mit der Ausführung beauftragt.

F Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum

Um im Rahmen des Qualitätsmanagement einen optimalen Prozessablauf zu generieren, wurden im medizinischen sowie pflegerischen Bereich beispielsweise folgende interne Projekte initiiert.

Nationaler Expertenstandard Dekubitusprophylaxe

(erstellt von dem Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP))

Auf Grundlage dieses Standards wurde durch eine Arbeitsgruppe die Dekubitusprophylaxe überarbeitet und optimiert, mit dem Ziel, dass jeder dekubitusgefährdete

Patient eine Prophylaxe erhält, die die Entstehung eines Druckgeschwürs verhindert.

Folgende Maßnahmen dienen der Erreichung dieses Zieles:

- zweimal jährliche Fortbildungen für die Pflegekräfte zur Thematik
- Einsatz von druckreduzierenden Hilfsmitteln und Lagerungsmaterialien
- Einschätzung des Risikos anhand einer speziellen Skala
- Bewegungstherapie

Die Wirksamkeit des Konzeptes wird seit Oktober 2004 mittels Erhebung der Dekubitusprävalenz und –inzidenz für alle Stationen überprüft (Prävalenz = Anteil von Dekubituspatienten an einem frei gewählten Stichtag, Inzidenz = Anteil der innerhalb eines bestimmten Zeitraumes neu an einem Dekubitus–Druckgeschwür erkrankten Patienten). Erste Ergebnisse werden in 10/2005 vorliegen.

Einführung von klinischen Leitpfaden (CPW)

Die klinischen Leitpfade dienen der Standardisierung eines krankheitsspezifischen Ablaufs einer Krankenhausbehandlung im Konsens. Vor allem diagnostische und therapeutische Strategien des Arztes, aber auch die korrespondierenden pflegerischen Handlungen und sonstige fall- bzw. patientenbezogene Maßnahmen sollten nicht das Minimum beschreiben, sondern das Richtige. Insbesondere das dies zur rechten Zeit geschieht, ist sicherzustellen.

Das hilft, knappe Ressourcen zu sparen und den Dokumentationsaufwand zu reduzieren und bedeutet keine Einschränkung der Therapiefreiheit. Vielmehr dienen die CPW einer bruchloseren und damit stressfreieren Organisationsform, die den Prozessbeteiligten gerade mehr Zeit für eine individuelle Betreuung verschafft.

Im Jahre 2003 wurden in der Medizinischen Klinik die ersten klinischen Leitpfade „Dekompensierte Herzinsuffizienz“ und „Exazerbierte chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD)“ durch einen interdisziplinären Qualitätszirkel bestehend aus Ärzten, Pflege, Physikalischer Therapie und Verwaltung erarbeitet und schrittweise eingeführt.

Eine regelmäßige Kontrolle der Effektivität der klinischen Leitpfade erfolgt seit 2004 in jährlichen Abständen. Dazu werden Stichproben zufällig ausgewählter Patientenakten auf die Umsetzung und Dokumentationsqualität hin überprüft.

Diese Ergebnisse werden dem zuständigen Chefarzt der Abteilung durch das Medizincontrolling zur Verfügung gestellt. Sich daraus ergebende Verbesserungspotentiale werden in den abteilungsinternen Fortbildungen thematisiert.

In der Medizinischen Klinik wurde als neuer Klinischer Leitpfad in 2004 ferner die „Tiefe Beinvenenthrombose“ eingeführt (siehe folgenden Auszug des Leitpfades für die ersten 3 Behandlungstage). Dessen Umsetzung wird im laufenden Jahr evaluiert.



Clinical Pathway
THROMBOSE

	Aufnahmetag Datum:	2 . Tag Da- tum: _____	3 . Tag Datum:																
anamnese	Beschwerdebeginn? Trauma? Immobilisierung? Flug,- Busreisen? Längere Autofahrten? ggf. alte Arztbriefe aus EDV	ggf. Vorbefunde bei HA/FA anfordern																	
Klinik	Beinschwellung? Seitendifferenz ? (OS 15 cm oberhalb med. Kniegelenk, US größte Zirkumferenz) Luftnot ? Tachykardie ?	Schwellung rückläufig? Schmerzen?	Schwellung rückläufig? Schmerzen? Blutung?																
Diagnostik	Kompressionssonographie, ggf. D-Dimere Bei Unsicherheiten bzw. zum Ausschluss einer US-Thrombose: Phlebographie EKG ggf. Echo: Rechtsherzbelastung? ggf. Röntgen-Thorax- Betaaufnahme <i>zeitnahe Beurteilung!!</i>	ggf. Kontrollsono Phlebo																	
Labor	i.v. Verweilkanüle: gr. Routine, CRP, ggf. BGA, TPZ, PTT, TZ unter UFH: 1. PTT-Kontrolle nach 6 Stunden!! Alter < 60 Jahre, kein aktuelles Risiko i.d. Anamnese, Rezidiv, familiäre Prädisposition, Totgeburten i.d. Anamn.: Thrombophilie-Screening (zunächst Pro-C-Global-Test in das Labor Hülsmann, BE unbedingt vor Gabe von Antikoagulantien!)	bei i.v. Heparin: 1x täglich PTT, zusätzlich 6 h nach Dosisanpassung bei NMH: anti-Xa-Kontrolle bei Niereninsuffizienz/ KG < 50 kg / > 100 kg	bei i.v. Heparin: 1x täglich PTT, zusätzlich 6h nach Dosisanpassung Thrombozyten																
Beurteilung	<p align="center"><u>Score zur klinischen Wahrscheinlichkeit einer Thrombose</u></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriterium</th> <th>Punkte</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Aktive Tumorerkrankung</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Immobilisation (Lähmung, Gips)</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>bettlägerig (> 3 Tage), OP (vor < 4 Wochen)</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Schmerz im Verlauf der tiefen Venen</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Schwellung des gesamten Beines</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Umfangsdifferenz (> 3 cm, Wade)</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>eindrückbares Ödem, > bei sympt. Bein</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>			Kriterium	Punkte	Aktive Tumorerkrankung	1	Immobilisation (Lähmung, Gips)	1	bettlägerig (> 3 Tage), OP (vor < 4 Wochen)	1	Schmerz im Verlauf der tiefen Venen	1	Schwellung des gesamten Beines	1	Umfangsdifferenz (> 3 cm, Wade)	1	eindrückbares Ödem, > bei sympt. Bein	1
Kriterium	Punkte																		
Aktive Tumorerkrankung	1																		
Immobilisation (Lähmung, Gips)	1																		
bettlägerig (> 3 Tage), OP (vor < 4 Wochen)	1																		
Schmerz im Verlauf der tiefen Venen	1																		
Schwellung des gesamten Beines	1																		
Umfangsdifferenz (> 3 cm, Wade)	1																		
eindrückbares Ödem, > bei sympt. Bein	1																		

	dilatierte oberflächliche Venen als Kol-lateralen alternat. Diagnose gleich/eher wahr-scheinlich	1 -2		
	Ergebnis/Gesamtpunktzahl: - Wahrscheinlichkeit: hoch 3-8, mittel 1-2, niedrig -2 - 0 P. US-, OS- oder Beckenvenenthrombose ?			
Therapie	i.v. - Therapie mit unfraktioniertem Heparin (UFH) : 5.000 IE als Bolus, dann Beginn mit 20 IE/kg KG/h PTT-Zielwert: 1,5 - 2,5 fach verlängert Niedermolekulares Heparin (NMH): Fraxiparin 0,1 ml / 10 kg KG 2 x täglich s.c. (z.B. 0,6 ml bei 60 kg, 0,9 ml bei 90 kg)		Beginn mit Marcumar, wenn keine Kontraindikationen* Aufklärungsbogen, Info-Broschüre aushändigen 3 Tabletten Marcumar abends	3 Tabletten Marcumar abends
Phys. Therapie			ggf. Atemgymnastik	s. Vortag Mobilisierung
Mobilisation	Bettruhe, auch kein Bettstuhl		soweit möglich	Aufklären: SS (Sitzen/Stehen) schlecht LL (Laufen/Liegen) gut
Pflege	Kompressionsverband Beinhochlagerung		Beinumfang messen mindestens 1 x täglich Kompressionsverband erneuern	Beinumfang messen mindestens 1 x täglich Kompressionsverband erneuern
<p>* Kontraindikationen: erhöhte Blutungsneigung, Thrombopenie, akute/drohende Blutung, floride gastrointestinale Ulzera, schwere Lebererkrankung, stark eingeschränkte Nierenfunktion, Urolithiasis, nicht einstellbarer Hypertonus (>180/105 mm Hg), proliferati</p>				

Implementierung eines Ethik-Komitees

Das Ethik-Komitee des Elisabeth-Krankenhauses hat seine Arbeit aufgenommen, insbesondere stellt es den Patienten, deren Angehörigen und Mitarbeitern des Krankenhauses seine Kompetenz zur Verfügung.

Darüber hinaus, wendet es sich mit Vorträgen und Veranstaltungen zu ethischen Fragestellungen an die interessierte Öffentlichkeit.

Das Ethik-Komitee der Klinik soll dazu beitragen, insbesondere Verantwortung, Selbstbestimmungsrecht, Vertrauen, Respekt, Rücksicht und Mitgefühl als gelebte moralische Werte zu fördern und zu prägen.

Es stellt ein Forum für schwierige und kontroverse moralische Entscheidungen bereit.

Die Arbeit des Ethik-Komitees ist unabhängig und dient als Beratung, Orientierung und Information.

Mit seiner Arbeit bietet das Ethik-Komitee die Chance, in interdisziplinärer und systematischer Weise anstehende oder auch schon bereits getroffene Entscheidungen in den Bereichen Medizin, Pflege, Organisation und Ökonomie ethisch zu reflektieren und aufzuarbeiten.

Den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie den Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen gibt es die Zusage, dass Gewissensnöte oder Leiden in nicht annehmbar erscheinenden Situationen und Strukturen im gemeinsamen Gespräch gehört werden und ein Beitrag zu deren Änderungen geleistet wird.

Die Arbeit des Ethik-Komitees soll zur Identitätsbildung beitragen und der Darstellung des Krankenhauses gegenüber der Öffentlichkeit dienen.

Die Aufgaben eines Ethik-Komitees bestehen in der Entwicklung ethischer Richtlinienempfehlungen für den Umgang mit häufig vorkommenden schweren Konfliktsituationen, in der Fortbildung der Mitarbeiter und der Leitung der ethischen Fallbesprechung auf der Station.

(Quelle: Flyer Ethikkomitee EKH)

Weitere im Berichtszeitraum realisierte Projekte:

- Stellenbeschreibung und Einarbeitungskonzept
Auf Grundlage der für den Pflegebereich vorhandenen Stellenbeschreibungen und Einarbeitungsmappen wurden Stellenbeschreibungen und Einarbeitungskonzepte für die anderen Berufsgruppen entwickelt.
- Etabliert wurde ein Beschwerdemanagement, das sowohl die Patienten als auch die Mitarbeiter des Krankenhauses nutzen können.
- Im Herbst 2004 wurde eine Mitarbeiterbefragung durchgeführt, die sich mit der Umsetzung der im Leitbild gemachten Aussagen zu den Punkten:

Zielsetzung der Krankenhäuser / Patientenorientierung / Dienstgemeinschaft / Mitarbeiterorientierung / Anspruch an Leitende / Aus-, Fort- und Weiterbildung / Wirtschaftlichkeit / Umweltbewusstsein

befasste. Diese Umfrage wurde zeitgleich in drei weiteren Krankenhäusern unserer Kongregation durchgeführt.

Nachstehend ein Auszug aus der zusammenfassenden Bewertung.

Aus dem Kommentar zur Auswertung:

Zusammenfassend wird festgestellt, dass die Leitbildumsetzung vorangeschritten ist. Dies zeigt u. a. die Zahl von 75% aller Benotungen (Schulnotensystem), die beim „Umsetzungsgrad“ im Bereich der Noten 1 - 3 liegen.

Als einzigem der vier teilnehmenden Häuser bescheinigen die Mitarbeiter Kassel mit immerhin 10,52 % (in den anderen Häusern lag die Prozentzahl in diesem Bereich bei 0 %) eine sehr gute Umsetzung der Leitbildthesen.

(Quelle: Auswertung der Leitbild-Umfrage EKH)

- Die Arbeitsgruppe Dokumentenlenkung implementierte eine einheitliche und zentrale Verwaltung aller im Haus verwendeten Vordrucke, Formulare, Konsilschein, Kurzbriefe, etc.
- Das OP-Statut dient der Verbesserung der Koordination und Kommunikation einer effizienten Nutzung der vorhandenen OP-Kapazitäten und soll den bestmöglichen Einsatz der personellen Ressourcen unter Berücksichtigung einer patientenorientierten und wirtschaftlichen Handlungsweise realisieren. Die Evaluation der Einführungsphase ist für Mitte 2005 geplant.
- Es erfolgte eine Reorganisation des hausinternen Notfallmanagements mit regelmäßigem Megacode-Training.

Ziel aller Aktivitäten und Überprüfungen ist es, die gesamte Organisation in den Prozess der kontinuierlichen Verbesserung mit einzubeziehen.

G Weitergehende Informationen

KONTAKT

Elisabeth-Krankenhaus Kassel gGmbH

Weinbergstr. 7

34117 Kassel

Telefon 05 61 – 72 01 0

Fax 05 61 – 72 01 611

Homepage

www.elisabeth-krankenhaus-kassel.de
www.brustzentrum-kassel.de
www.vinzentinerinnen-hildesheim.de

e-mail

info@elisabeth-krankenhaus-kassel.de

Für die Erstellung dieses Berichtes zeichnen, für den Basisteil (Datenteil) Frau Dipl. oec. Sarah Buchmann (Controlling) und für den Systemteil Frau Dipl. Pflegewirtin Margit Purwin (Pflegedienstleitung und Qualitätsbeauftragte) verantwortlich.

ANSPRECHPARTNER:

Krankenhausleitung (Direktorium)

Geschäftsführer: Herr A. Zimmermann
Telefon 05 61 - 7201 - 102 Fax 05 61 - 7201 - 611

Ärztlicher Direktor: Herr Prof. Dr. med. E. Schifferdecker
Telefon 05 61 - 7201 - 121 Fax 05 61 - 7201 - 126

Pflegedienstleitung: Frau M. Purwin
Telefon 05 61 - 7201 - 110 Fax 05 61 - 7201 - 113

Medizinische Klinik

Chefarzt Prof. Dr. med. E. Schifferdecker Telefon 05 61 - 7201 - 121

Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie

Chefarzt Dr. med. A. Brüggemann Telefon 05 61 - 7201 - 142

Klinik für Unfall- und orthopädische Chirurgie

Chefarzt Dr. med. U. Behrmann Telefon 05 61 - 7201 - 142

Brustzentrum

Chefärztin Dr. med. B. Conrad Telefon 05 61 - 7201 - 147

Abteilung für Anästhesie

Chefarzt Dr. med. D. Jahn Telefon 05 61 - 7201 - 0

Belegabteilung Urologie

E.J. Frölich, Dr. med. E. Lymberopoulos Telefon 05 61 - 7201 - 214

Belegabteilung HNO

Dr. Dr. med. W. Ostner, Dr. med. W. Gööck
W. Diener, Dr. med. A. Sauer Telefon 05 61 - 7201 - 0

Physikalische Therapie

Hr. R. Kretschmer Telefon 05 61 - 7201 - 218

Sozialdienst

Fr. H. Lange Telefon 05 61 - 7201 - 111

Seelsorge

Sr. M. Ildefonsa Telefon 05 61 - 7201 - 159

GLOSSAR

- AG Arbeitsgruppe
- BGW Berufsgenossenschaft Gesundheitswesen und Wohlfahrtspflege
- BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung
- CPW Clinical Path Way (klinische Behandlungsleitpfade)
- DMP Disease Management Program
- DNQP Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
- DRG Diagnosis Related Groups
- EFQM European Foundation for Quality Management
- EKH Elisabeth-Krankenhaus Kassel gGmbH
- ESWL Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (Nierensteinzertrümmerer)
- gGmbH gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung
- GQH Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen
- HNO Hals-Nasen-Ohren Heilkunde
- ICD International statistic Classification of Diseases an Related Health Problems (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme)
- KTQ Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen
- OPS Operationenschlüssel (Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin)
- SAT Self Assessment Training (Selbstbewertungstraining)
- SGB V Sozial Gesetzbuch Nummer fünf