



Strukturierter Qualitätsbericht

für das Berichtsjahr 2004

für das Ev. Krankenhaus Gesundbrunnen

Version 0.8

26. Juli 2005

Herausgeber: Ev. Krankenhaus Gesundbrunnen gemeinnützige GmbH Hofgeismar

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	3
Basisteil	5
A Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	5
A-1.1 Allgemeine Merkmale des Krankenhauses	5
A-1.2 Institutionskennzeichen des Krankenhauses	5
A-1.3 Name des Krankenhausträgers	5
A-1.4 Handelt es sich um ein akademisches Lehrkrankenhaus?	5
A-1.5 Anzahl der Betten im Krankenhaus nach § 108/109 SGB V	5
A-1.6 Gesamtzahl der im abgelaufenen Kalenderjahr behandelten Patienten:	5
A- 1.7 A Fachabteilungen	6
A-1.7 B Top 30 DRG	7
A-1.8 Besondere Versorgungsschwerpunkte und Leistungsangebote	8
A-1.9 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	8
A-2.0 Abteilungen mit Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft?	8
A-2.1 Apparative Ausstattung und therapeutische Möglichkeiten	9
A-2.1.1 Apparative Ausstattung	9
A-2.1.2 Therapeutische Möglichkeiten	9
B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	10
B-1.1 Name der Fachabteilung:	10
B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung:	10
B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung:	10
B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung:	10
B-1.5 Top-10 DRG	12
B-1.6 Die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen der Fachabteilung im Berichtsjahr	12
B-1.7 Die 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe der Fachabteilung im Berichtsjahr	13
B-2 Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	14

B-2.1	Ambulante Operationen nach § 115 b SGB V	14
B-2.2	Top-5 der ambulanten Operationen	14
B-2.3	Sonstige ambulante Leistungen	14
B-2.4	Personalqualifikation im Ärztlichen Dienst	15
B-2.5	Personalqualifikation im Pflegedienst	16
C	Qualitätssicherung	17
C-1	Externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V	17
C-2	Qualitätssicherung beim ambulanten Operieren nach § 115 b SGB V	18
C-3	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht (§ 112 SGB V)	18
C-4	Qualitätssicherungsmaßnahmen bei Disease - Management - Programmen (DMP)	18
C-5.1	Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V	19
C-5.2	Ergänzende Angaben bei Nicht-Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V	22
	Systemteil	23
D	Qualitätspolitik	23
E	Qualitätsmanagement und dessen Bewertung	23
E-1	Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements im Krankenhaus	23
E-2	Qualitätsbewertung	24
E-3	Ergebnisse in der externen Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V	26
F	Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum	27
G	Weitergehende Informationen	28

Basisteil

A Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1.1 Allgemeine Merkmale des Krankenhauses

Straße: Am Krähenberg 1
PLZ und Ort: 34369 Hofgeismar
Postfach: 1247
Postfach-PLZ und Ort: 34362 Hofgeismar
E-Mail-Adresse: info@ekh-gesundbrunnen.de
Internetadresse: http://www.ekh-gesundbrunnen.de

A-1.2 Institutionskennzeichen des Krankenhauses

Institutionskennzeichen: 260620419

A-1.3 Name des Krankenhausträgers

Ev. Krankenhaus Gesundbrunnen gemeinnützige GmbH

A-1.4 Handelt es sich um ein akademisches Lehrkrankenhaus?

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

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

(Stichtag 31.12. des Berichtsjahres)

Anzahl Betten. 140

A-1.6 Gesamtzahl der im abgelaufenen Kalenderjahr behandelten Patienten:

Stationäre Patienten: 1.512

Ambulante Patienten: 0

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
0100	Innere Medizin				
0200	Geriatrie	120	1.512	HA	nein
0300	Kardiologie				
0400	Nephrologie				
0500	Hämatologie und inter- nistische Onkologie				
0600	Endokrinologie				
0700	Gastroenterologie				
0800	Pneumologie				
0900	Rheumatologie				
1000	Pädiatrie				
1100	Kinderkardiologie				
1200	Neonatologie				
1300	Kinderchirurgie				
1400	Lungen- und Bronchialheilkunde				
1500	Allgemeine Chirurgie				
1600	Unfallchirurgie				
1700	Neurochirurgie				
1800	Gefäßchirurgie				
1900	Plastische Chirurgie				
2000	Thoraxchirurgie				
2100	Herzchirurgie				
2200	Urologie				
2300	Orthopädie				
2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe				
2425	Frauenheilkunde				
2500	Geburtshilfe				
2600	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde				
2700	Augenheilkunde				
2800	Neurologie				
2900	Allgemeine Psychiatrie				
3000	Kinder- und Jugendpsychiatrie				
3100	Psychosomatik/Psycho- therapie				
3200	Nuklearmedizin				
3300	Strahlenheilkunde				
3400	Dermatologie				
3500	Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie				
3600	Intensivmedizin				
3700	Sonstige Fachabteilung				

A-1.7 B Mindestens Top 30 DRG

(nach absoluter Fallzahl) des Gesamtkrankenhauses im Berichtsjahr

Rang	DRG 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klerschrift, deutsch)	Fallzahl
1	B42	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nerve	685
2	I41	Geriatrische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störu	479
3	F45	Frührehabilitation und Geriatrische Komplexbehandlung bei	82
4	B81	Andere Erkrankungen des Nervensystems mit äußerst schv	31
5	G51	Frührehabilitation und Geriatrische Komplexbehandlung bei	30
6	B70	Apoplexie mit äußerst schweren CC	22
7	I62	Frakturen an Becken und Schenkelhals	16
8	E41	Frührehabilitation und Geriatrische Komplexbehandlung bei	14
9	I28	Andere Eingriffe am Bindegewebe mit äußerst schweren CC	14
10	F21	Andere OR-Prozeduren am Kreislaufsystem mit äußerst sc	11
11	B63	Demenz und andere chronische Störungen der Hirnfunktion	9
12	F62	Herzinsuffizienz und Schock mit äußerst schweren CC	9
13	K43	Frührehabilitation und Geriatrische Komplexbehandlung bei	9
14	I69	Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien	7
15	I75	Schwere Verletzung von Schulter, Arm, Ellbogen, Knie, Bei	6
16	B67	Degenerative Krankheiten des Nervensystems bei Morbus P	4
17	F65	Periphere Gefäßkrankheiten mit komplexer Diagnose und s	4
18	I73	Nachbehandlung bei Erkrankungen des Bindegewebes	4
19	B07	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teile	3
20	F60	Kreislaferkrankungen mit akutem Myokardinfarkt, ohne inv	3
21	I60	Frakturen am Femurschaft	3
22	I72	Entzündung von Sehnen, Muskeln und Schleimbeuteln mit	3
23	I77	Mäßig schwere Verletzung von Schulter, Arm, Ellbogen, Kn	3
24	B06	Eingriffe bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Ne	2
25	E65	Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung mit äußerst sc	2
26	F66	Koronararteriosklerose ohne Angina pectoris, mit äußerst s	2
27	G71	Andere mäßig schwere Erkrankungen der Verdauungsorgan	2
28	H61	Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankre	2
29	H62	Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung m	2
30	I23	Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial	2

A-1.8 Besondere Versorgungsschwerpunkte und Leistungsangebote

(Auflistung in umgangssprachlicher Klarschrift)

Stat. Geriatrische Komplexbehandlung

Teilstat. geriatrische Behandlung

Neurologische Frühreha (Ausbau in Vorbereitung, Versorgungsauftrag seit 28.04.2003)

Für psychiatrische Fachkrankenhäuser bzw. Krankenhäuser mit psychiatrischen Fachabteilungen:

Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung? (bitte auswählen: Ja / Nein)

A-1.9 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

(Auflistung in umgangssprachlicher Klarschrift)

Mobile Ergotherapie (MEGA)

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

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			JA	
Magnetresonanztherapie (MRT)				NEIN
Herzkatheterlabor			Ja	
Szintigraphie				NEIN
Positronenemissionstomographie (PET)				NEIN
Elektroenzephalogramm (EEG)	JA			
Angiographie				NEIN
Schlaflabor				NEIN

A-2.1.2 Therapeutische Möglichkeiten

Leistungsbereich	Vorhanden	
	JA	NEIN
Physiotherapie	JA	
Dialyse		NEIN
Logopädie	JA	
Ergotherapie	JA	
Schmerztherapie	JA	
Eigenblutspende		NEIN
Gruppenpsychotherapie	JA	
Einzelpsychotherapie	JA	
Psychoedukation		NEIN
Thrombolyse		NEIN
Bestrahlung		NEIN

B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

B-1.1 Name der Fachabteilung:

Geriatrie

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung:

(Auflistung in umgangssprachlicher Klarschrift)

Das Ev. Krankenhaus Gesundbrunnen ist ein internistisch geführtes Krankenhaus der Grundversorgung nach § 109 SGB V. Die Patienten der Geriatrischen Klinik und der Tagesklinik werden direkt vom niedergelassenen Arzt eingewiesen bzw. von zahlreichen Krankenhäusern des Stadt- und Landkreises Kassel, teilweise auch aus Südhessen und anderen, insbesondere den angrenzenden Bundesländern, verlegt. Es werden ausschließlich geriatrische Krankenhausbehandlungen, jedoch keine Kuren oder Anschlussheilbehandlungen, durchgeführt

- Schlaganfall (Ischämischer Hirninsult infolge Hirnembolie oder schwerer Arteriosklerose, Hirnblutung)
- Neurologische Erkrankungen: Morbus Parkinson, Multiple Sklerose (während und nach einem Schub), operativ entfernte Hirntumore, Epilepsie u. a.
- Querschnittssyndrome und Spinale Läsionen, weitgehende Mobilisation und Selbsthilfetraining
- Sturzkrankheit: Neurologische Erkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Stoffwechselstörungen und degenerative Erkrankungen (Osteoporose, Inaktivitätssyndrom) disponieren zu Stürzen, die häufig mit Frakturen wie Schenkelhalsfraktur, Humerusfraktur, Radiusfraktur und andere einhergehen. Die Sturzkrankheit erfordert eine sorgfältige Ursachensuche, gezielte Übungsbehandlung, ggf. mit sicheren Hilfsmitteln, zu Mobilisation nach erfolgter (operativ versorgter) Fraktur bzw. zur Vermeidung von (erneuten) Stürzen.
- Degenerative Erkrankungen, schwere Arthrosen, Osteoporose, Arteriosklerose mit peripherer Verschlusskrankheit in allen Stadien einschließlich dem Zustand nach Amputationen (Prothesenversorgung). Neben der medikamentösen Behandlung der Grundkrankheit kommt in allen Fällen eine intensive Übungsbehandlung zur Anwendung.
- Innere Erkrankungen, Diabetes mellitus und andere Stoffwechselkrankheiten, Koronare Herzkrankheit und Zustand nach Herzinfarkt. Zustand nach herzchirurgischen Eingriffen.
- Dementielle Syndrome, meist in Verbindung mit akuter Erkrankung oder überstandener Operation zur Wiedereingliederung ins häusliche Umfeld durch tagesstrukturierende Pflege und gezielte Übungsbehandlung.
- Sonstige Erkrankungen wie Psychosomatische Störungen im Alter, Tumornachsorge u. a. beim älteren Menschen, auf Anfrage

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung:

B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung:

MEGA: Mobile ambulante (zugehende) Ergotherapie

Neurologische Ambulanz (persönliche Ermächtigung des lfd. Oberarztes)

B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

B-1.1 Name der Fachabteilung:

Neurologische Früh-Rehabilitation

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung:

(Auflistung in umgangssprachlicher Klarschrift)

Versorgungsauftrag am 28.04.2003 durch das Hessische Sozialministerium erteilt, aber noch nicht umgesetzt. Derzeit wird auf eine Investitionszusage vom Land Hessen gewartet, die helfen soll, die räumlichen und strukturellen Voraussetzungen für die Versorgung der schwerst Schädel-hirngeschädigten Patienten zu schaffen.

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung:

B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung:

B-1.5 Mindestens die Top-10 DRG

(nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilung im Berichtsjahr

Rang	DRG 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klerschrift, deutsch)	Fallzahl
1	B42	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems ohne äußerst schwere CC oder Geriatriische Komplexbehandlung	685
2	I41	Geriatriische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	479
3	F45	Frührehabilitation und Geriatriische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	82
4	B81	Andere Erkrankungen des Nervensystems mit äußerst schweren CC	31
5	G51	Frührehabilitation und Geriatriische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	30
6	B70	Apoplexie mit äußerst schweren CC	22
7	I62	Frakturen an Becken und Schenkelhals	16
8	E41	Frührehabilitation und Geriatriische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	14
9	I28	Andere Eingriffe am Bindegewebe mit äußerst schweren CC	14
10	F21	Andere OR-Prozeduren am Kreislaufsystem mit äußerst schweren CC	11

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

Rang	ICD-10 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klerschrift, deutsch)	Fallzahl
1	S72	Fraktur des Femurs, Teil nicht näher bezeichnet	280
2	R26	Ataktischer Gang	278
3	I63	Hirninfrakt durch Embolie präzerebraler Arterien	268
4	G81	Hemiparese und Hemiplegie, nicht näher bezeichnet	54
5	M62	Muskelschwund und -atrophie, anderenorts nicht klassifiziert: Mehrere Lokalisationen	47
6	S32	Fraktur eines Lendenwirbels: L4	45
7	I21	Akuter transmuraler Myokardinfarkt an sonstigen Lokalisationen	36
8	G20	Primäres Parkinson-Syndrom	35
9	I70	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration	27
10	I50	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	25

Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien.

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

Rang	OPS (4-stellig)	Text (in umgangssprachlicher Klerschrift, deutsch)	Fallzahl
1	8550	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung	1441
2	3200	Native Computertomographie des Schädels	46
3	9310	Phoniatische Komplexbehandlung organischer und funktioneller Störungen des Sprache, des Sprechens, der Stimme und des Schluckens	38
4	1207	Elektroenzephalographie (EEG)	29
5	5431	Gastrostomie	15
6	9301	Phoniatische Komplexbehandlung organischer und funktioneller Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme und des Schluckens	14
7	1610	Diagnostische Laryngoskopie Direkt	13
8	1620	Diagnostische Tracheobronchoskopie	11
9	8133	Wechsel und Entfernung eines suprapubischen Katheters	10
10	8800	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thromozytenkonzentrat	9

B-2 Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

B-2.1 *Ambulante Operationen nach § 115 b SGB V*

Gesamtzahl im Berichtsjahr: 0

B-2.2 *Mindestens Top-5 der ambulanten Operationen*

(nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilung* im Berichtsjahr

Rang	EBM- Nummer 4-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1			
2			
3			
4			
5			

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) 0 (Fälle)

Psychiatrische Institutsambulanz (§ 118 SGB V) 0 (Fälle)

Sozialpädiatrisches Zentrum (§ 119 SGB V) 0 (Fälle)

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			
0200	Geriatric	11	5	7
0300	Kardiologie			
0400	Nephrologie			
0500	Hämatalogie und internistische Onkologie			
0600	Endokrinologie			
0700	Gastroenterologie			
0800	Pneumologie			
0900	Rheumatologie			
1000	Pädiatrie			
1100	Kinderkardiologie			
1200	Neonatologie			
1300	Kinderchirurgie			
1400	Lungen- und Bronchialheilkunde			
1500	Allgemeine Chirurgie			
1600	Unfallchirurgie			
1700	Neurochirurgie			
1800	Gefäßchirurgie			
1900	Plastische Chirurgie			
2000	Thoraxchirurgie			
2100	Herzchirurgie			
2200	Urologie			
2300	Orthopädie			
2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe			
2425	Frauenheilkunde			
2500	Geburtshilfe			
2600	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde			
2700	Augenheilkunde			
2800	Neurologie			
2900	Allgemeine Psychiatrie			
3000	Kinder- und Jugendpsychiatrie			
3100	Psychosomatik/Psycho- therapie			
3200	Nuklearmedizin			
3300	Strahlenheilkunde			
3400	Dermatologie			
3500	Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie			
3600	Intensivmedizin			
3700	Sonstige Fachabteilung			

Anzahl der Ärzte mit Weiterbildungsbefugnis (gesamtes Krankenhaus): 3

B-2.5 Personalqualifikation im Pflegedienst

(Stichtag 31.12. des Berichtsjahrs)

FA-Kode § 301 SGB V	Fachabteilung	Anzahl der beschäftigten Pflegekräfte insgesamt	Prozentualer Anteil		
			examiniert (3 Jahre)	mit entspr. Fach- weiterbildung (3 Jahre plus Fachweiterbildung)	Krankenpflege- helfer/-in (1 Jahr)
0100	Innere Medizin				
0200	Geriatrie	103	74,76	0,97	24,27
0300	Kardiologie				
0400	Nephrologie				
0500	Hämatologie und inter- nistische Onkologie				
0600	Endokrinologie				
0700	Gastroenterologie				
0800	Pneumologie				
0900	Rheumatologie				
1000	Pädiatrie				
1100	Kinderkardiologie				
1200	Neonatalogie				
1300	Kinderchirurgie				
1400	Lungen- und Bronchialheilkunde				
1500	Allgemeine Chirurgie				
1600	Unfallchirurgie				
1700	Neurochirurgie				
1800	Gefäßchirurgie				
1900	Plastische Chirurgie				
2000	Thoraxchirurgie				
2100	Herzchirurgie				
2200	Urologie				
2300	Orthopädie				
2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe				
2425	Frauenheilkunde				
2500	Geburtshilfe				
2600	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde				
2700	Augenheilkunde				
2800	Neurologie				
2900	Allgemeine Psychiatrie				
3000	Kinder- und Jugendpsychiatrie				
3100	Psychosomatik/Psycho- therapie				
3200	Nuklearmedizin				
3300	Strahlenheilkunde				
3400	Dermatologie				
3500	Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie				
3600	Intensivmedizin				
3700	Sonstige Fachabteilung				
	Gesamt				

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		Nein				
2		Nein				
3		Nein				
4		Nein				
5		Nein				
6		Nein				
7		Nein				
8		Nein				
9		Nein				
10		Nein				
11		Nein				
12		Nein				
13		Nein				
14		Nein				
15		Nein				
16		Nein				
17		Nein				
18		Nein				
19		Nein				
20						

**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:

GEMIDAS (Geriatrisches Minimum Dataset) angesiedelt bei der GQH)

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

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

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

Leistung	OPS der einbezogenen Leistungen	Mindest- menge (pro Jahr) pro KH/ pro Arzt	Leistung wird vom Kranken- haus erbracht Ja/Nein	Erbrachte Menge		Anzahl der Fälle mit Komplika- tion im Berichts- jahr
				pro KH	pro Arzt	
1a	1b	2	3	4a	4b	5
Lebertransplantation		0				
	5-503.0		Nein			
	5-503.1		Nein			
	5-503.2		Nein			
	5-503.3		Nein			
	5-503.x		Nein			
	5-503.y		Nein			
	5-504.0		Nein			
	5-504.1		Nein			
	5-504.2		Nein			
	5-504.x		Nein			
	5-504.y		Nein			
	5.502.0		Nein			
	5-502.1		Nein			
	5-502.2		Nein			
	5-502.3		Nein			
	5-502.5		Nein			
	5-502.x		Nein			
	5-502.y		Nein			
Nierentransplantation		0				
	5-555.0		Nein			
	5-555.1		Nein			
	5-555.2		Nein			
	5-555.3		Nein			
	5-555.4		Nein			
	5-555.5		Nein			
	5-555.x		Nein			
	5-555.y		Nein			

Leistung	OPS der einbezogenen Leistungen	Mindestmenge (pro Jahr) pro KH/ pro Arzt	Leistung wird vom Krankenhaus erbracht Ja/Nein	Erbrachte Menge		Anzahl der Fälle mit Komplikation im Berichtsjahr
				pro KH	pro Arzt	
1a	1b	2	3	4a	4b	5
Komplexe Eingriff am		0				
Organsystem	5-420.00		Nein			
Ösophagus	5-420.01		Nein			
	5-420.10		Nein			
	5-420.11		Nein			
	5-423.0		Nein			
	5-423.1		Nein			
	5-423.2		Nein			
	5-423.3		Nein			
	5-423.x		Nein			
	5-423.y		Nein			
	5-424.0		Nein			
	5-424.1		Nein			
	5-424.2		Nein			
	5-424.x		Nein			
	5-424.y		Nein			
	5-425.0		Nein			
	5-425.1		Nein			
	5-425.2		Nein			
	5-425.x		Nein			
	5-425.y		Nein			
	5-426.0**		Nein			
	5-426.1**		Nein			
	5-426.2**		Nein			
	5-426.x**		Nein			
	5-426.y		Nein			
	5-427.0**		Nein			
	5-427.1**		Nein			
	5-427.2**		Nein			
	5-427.x**		Nein			
	5-427.y		Nein			
	5-429.2		Nein			
	5-438.0**		Nein			
	5-438.1**		Nein			
	5-438.x**		Nein			

Leistung	OPS der einbezogenen Leistungen	Mindestmenge (pro Jahr) pro KH/ pro Arzt	Leistung wird vom Krankenhaus erbracht Ja/Nein	Erbrachte Menge		Anzahl der Fälle mit Komplikation im Berichtsjahr
				pro KH	pro Arzt	
1a	1b	2	3	4a	4b	5
Komplexe Eingriff am Organsystem Pankreas		0				
	5-521.0		Nein			
	5-521.1		Nein			
	5-521.2		Nein			
	5-523.2		Nein			
	5-523.x		Nein			
	5-524		Nein			
	5-524.0		Nein			
	5-524.1		Nein			
	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			
Stammzelltransplantation		0				
		0				
	5-411.00		Nein			
	5-411.01		Nein			
	5-411.20		Nein			
	5-411.21		Nein			
	5-411.30		Nein			
	5-411.31		Nein			
	5-411.40		Nein			
	5-411.41		Nein			
	5-411.50		Nein			
	5-411.51		Nein			
	5-411.x		Nein			
	5-411.y		Nein			
	8-805.00		Nein			
	8-805.01		Nein			
	8-805.20		Nein			
	8-805.21		Nein			
	8-805.30		Nein			
	8-805.31		Nein			
	8-805.40		Nein			
	8-805.41		Nein			
	8-805.50		Nein			
	8-805.51		Nein			
	8-805.x		Nein			
	8-805.y		Nein			

(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.

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

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

Für das Berichtsjahr geltend gemachter Ausnahmetatbestand

Ergänzende Maßnahme der Qualitätssicherung

Teilnahme an Gemidas ext. Qualitätssicherung der BAG klinisch-geriatrischer Einrichtungen e.V.

Teilnahme an Gemidas-QM (Sturz, Ernährung, Schmerz, Depressionen)

Teilnahme an QS-Schlaganfall in Hessen der Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen (GQH)

Systemteil

D Qualitätspolitik

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

Handlungsanleitend für das Haus ist der diakonische Leitgedanke „Was willst Du, dass ich für Dich tun soll?“ in Anlehnung an Markus 10, Vers 51.

Auf dieser Basis resultiert die Qualitätspolitik des Hauses, Leistungen in allen Bereichen des Krankenhauses auf einem sehr hohen Niveau konstruktiv miteinander mit einem hohen Maß an Menschenwürde zu erbringen (Slogan: „Menschlichkeit pflegen“). Ziel ist die größtmögliche Zufriedenstellung der internen und externen Kunden und Interessenpartner des Ev. Krankenhauses. Allgemeinverbindlich und unterstützend für alle Mitarbeiter sind die Qualitätsziele des Hauses.

Durch Information, offene Kommunikation und Transparenz wird auf allen Ebenen sichergestellt, dass die Qualitätspolitik, die Qualitätsziele und der diakonische Leitgedanke in der Einrichtung verstanden und die Qualitätsverbesserung in der Einrichtung gefördert wird.

E Qualitätsmanagement und dessen Bewertung

E-1 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements im Krankenhaus

Die Verantwortung für das Qualitätsmanagementsystem im EKH wird durch die Geschäfts- und Krankenhausleitung wahrgenommen. Dazu gehören die Festlegung der Personen bzw. Aufgaben der Stabstelle der Qualitätsbeauftragten, des Steuerungsgremiums ZPT, der Moderatoren der Qualitätsteams.

Aufgabenstellungen des QB

- Unterstützung der KHL bei der Entwicklung der Qualitätspolitik, der Bewertung der Qualität und der nachfolgenden Qualitätsplanung
- Erarbeitung und Umsetzung von übergeordneten und bereichsspezifischen Qualitätszielen.
- Aufstellung von Qualitätsindikatoren: Entwicklung von Kennzahlen bzw. Vergleichsgrößen (Interne Qualitätssicherung der Bereiche)
- Durchführung, Begleitung von Patienten- und Mitarbeiterbefragungen
- Koordination und Moderation von Qualitätsteams/Projekten
- Vorbereitung, Durchführung und Maßnahmenüberwachung von externen und internen Audits, Fehler- und Beschwerdemanagement etc.

- Vorbereitung und Durchführung der Inhalte der Sitzungen des ZPT
- Mitarbeit bei der Erstellung des Qualitätsberichtes 2005 nach § 137 SGB V

Zentrales Projektteam (ZPT)

Das Steuerungsgremium des Qualitätsmanagements (QM) ist interdisziplinär zusammengesetzt, schließt die KHL ein. Die Mitglieder wirken zusätzlich als Multiplikatoren für das QMS in ihren Bereichen.

Chronologische Übersicht

1999

- Beschlussfassung der Geschäfts- und Krankenhausleitung, ein Qualitätsmanagementsystem DIN EN ISO 9000:2000 einzuführen.
- Erarbeitung des diakonischen Leitbilds durch Krankenhaus- und Bereichsleitungen im Rahmen einer Klausurtagung: „Was willst Du, dass ich für Dich tun soll?“

2000

- Nach einer ersten Informationsveranstaltung Schulung und Fortbildung von 10 Moderatoren als Leiter der geplanten Qualitätsteams.
- Berufung und Fortbildung von 2 Qualitätsbeauftragten sowie den Mitgliedern des zentralen Projektteams (Steuerungsgremium QMS), Aufnahme der Sitzungsarbeit.
- Identifizierung der Verfahren und Prozesse des EKH und Bearbeitung in Qualitätsteams.
- Bearbeitung der Aufgabenbeschreibungen der einzelnen Professionen.

2001

- Erarbeitung der spezifischen Qualitätsziele des EKH von allen leitenden MA sowie den Mitgliedern des ZPT.
- Fertigstellung des Handbuchs mit allen Verfahren incl. der Mitgeltenden Unterlagen ausschließlich durch eigene Mitarbeiter (11/01).
- Erste Interne Audits und der erste Qualitätsbewertungsbericht der KHL und der Qualitätsbeauftragten (12/01).

2002

- Durchführung des Voraudit (01/02) und des Zertifizierungsaudits (02/02), Erteilung des Zertifikats für den Zeitraum von 3 Jahren (05/02).

2003 – 2005

- Kontinuierliche Weiterentwicklung in vielen Projekten und Maßnahmen.
- Re-Zertifizierung im April 2005, Gültigkeit des Zertifikats bis 18.04.2008.

E-2 Qualitätsbewertung

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

Das QMS nach DIN EN ISO 9000:2000 zeichnet sich durch den Blick auf die Kunden und Interessenpartner, Ziel- und Ergebnisorientierung, Prozessmanagement und kontinuierliche Verbesserung aus.

Interessierte Parteien Eines Krankenhauses	QM-System	Erfordernisse und Erwartungen
Ambulante und stationäre Patienten, Angehörige	Verantwortung der Leitung Management der Ressourcen	Optimale ärztliche und pflegerische Betreuung
Mitarbeiter		Anerkennung/Zufriedenheit
Krankenhausträger, Eigentümer, Investoren	Realisierungsprozesse Messung, Analyse und Verbesserung	Return on Investment
Dienstleister, Lieferanten		Partnerschaftliche Zusammenarbeit
Gesellschaft		Verantwortungsvolles Handeln

Die Norm macht verpflichtende Vorgaben („was“). Die einzelnen Umsetzungsschritte („wie“) kann das Krankenhaus zum Nutzen der eigenen Organisation selbst festlegen. Es gibt keine Bereiche des EKH, die vom QMS ausgeschlossen sind, alle klinischen und unterstützenden Abteilungen nehmen teil.

Die Bewertung der Qualität durch die KHL auf der Basis von erhobenen Kennzahlen und Kriterien findet seit 2001 jährlich statt. Deren Auswertung liefert die erforderlichen Grundlagen zur Weiterentwicklung des QMS, der Qualitätsplanung für das nachfolgende Jahr. Festgelegte Maßnahmen und Zielvereinbarungen werden in diesem Zeitraum bearbeitet und im nachfolgenden Jahr auf deren Umsetzungsgrad bewertet. Die Managementbewertung ist wichtiger Teil der Unternehmenssteuerung.

Die Kriterien setzen sich zusammen aus folgenden Bereichen

- Ergebnisse interner und externer Audits
- Auditprogramm
- Feststellungen behördlicher Überprüfungen
- Ergebnisse von Fehlbelegungsprüfungen des MDK
- Ergebnisse von Kundenbefragungen, -beschwerden, -reklamationen
- Betriebliches Vorschlagswesen
- Wirtschaftsdaten
- Fehler- und Beschwerdemanagement
- Wettbewerbsdaten
- Ergebnisse aus Lieferantenbewertungen
- Bericht der Qualitätsbeauftragten über den Entwicklungsstand des QMS
- Ergebnisse aus Mitarbeiterbefragungen
- Daten der Personalentwicklung
- Öffentliche Berichterstattung
- Bewertung der Folgemaßnahmen des Vorjahres
- Geplante Veränderungen mit Einfluss auf das QMS
- Stand und Ergebnisse von Qualitätszielen und Verbesserungen
- Bereitstellung von Ressourcen
- Jahresziel der Bereiche
- Neue Zielvereinbarungen /Qualitätsplanung.

Zusätzlich gibt es eine krankenhausübergreifende und bereichsweise interne Qualitätssicherung für folgende Bereiche:

Extern:

- Brandschutz
- Externes, internes Audit
- Externe Qualitätssicherung Gemidas
- Gesundheitsamt/Krankenhausaufsicht
- TÜV
- Arbeitssicherheit
- Bauaufsicht
- Fehlbelegungsprüfung des MDK

Intern:

- Pflege
- Labor/Röntgen
- Küche
- EDV
- Haustechnik
- Ergotherapie
- Physiotherapie
- Hauswirtschaft
- Verwaltung
- QM

Krankenhausinterne Vorgabe- und Nachweisdokumente bilden die Grundlage für interne Prüfungen (z.B. Haustechnik: Wartung der Sauerstoffanlage).

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

Das Krankenhaus kann hier Ergebnisse aus dem externen Qualitätssicherungsverfahren in tabellarischer Form darstellen.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der klinisch-geriatrischen Einrichtungen e.V. (BAG) wertet mit der Erhebung GEMIDAS (Geriatrisches Minimum Data Set) bundesweit die wichtigsten Ergebnisparameter der geriatrischen Tätigkeiten aus. Durch die Teilnahme seit 1996 stellt sich das EKH jährlich dem unmittelbaren Vergleich mit anderen Geriatrien.

Gemidasauswertung bezogen auf 2004

Bezogen auf die wichtigsten Diagnosegruppen beträgt der Anteil der Patienten folgende Prozentzahlen.

Diagnosegruppen	stationär	teilstationär
neurologisch	28,6%	35,3%
Orthopädisch/unfallchirurgisch	26,1%	3,5%
Internistisch/sonstige	45,3%	61,2%

Nachfolgende Tabellen bilden die wichtigsten Kriterien ab.

	stationär	teilstationär
Verweildauer	24,3 Tg.	17,4 Tg.

Barthel-Index (BI)	stationär	teilstationär
BI bei Aufnahme max.100	46,7	78,7
BI bei Entlassung max.100	67,5	84,4
BI-Differenz	21,1	5,9
	stationär	teilstationär
Anteil der Neueinweisungen ins Pflegeheim	11,8%	0,4%
Entlassquote nach Hause	77,9%	98,6%
Anteil verstorbener Patienten	1,3%	0,0%
Verlegung in Akut- oder Tagesklinik	9,0%	1,0%

Seit 2003 nimmt das EKH am multizentrischen Projekt **Gemidas QM der BAG KGE** teil, u.a. am Projekt „Stürze“. Nach der internen Auswertung im 2.-4.Quartal 2004 liegt die Sturzhäufigkeit bei 6/1000 Patiententagen. Im Vergleich mit anderen an dem Projekt beteiligten Kliniken liegt das EKH damit im untersten Bereich.

F Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum

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

- Planung und Realisierung der computergestützten Patientendokumentation für alle Bereiche des KH
- Regelung der Arbeitsabläufe der Küche während Umbauphase bis 03/04
- Überarbeitung der Pflegedokumentation (Anamnese, Ziele und Maßnahmen)
- Anpassung der Arbeitsabläufe und Arbeitszeiten an geänderte Anforderungen im Labor
- Planung, Konzepterstellung und Realisierung des zentralen Rollstuhllagers, individuelle Rollstuhlversorgung der Patienten während ihres Aufenthaltes im EKH, Umgang mit hauseigenen Rollstühlen
- Neuregelung der Küchenabläufe nach Küchenumbau – Kochen mit neuem Arbeitsgerät, - Umstellung Tablettsystem.
- Umstellung der Anwesenheiten der Küchenmitarbeiter von 6 Tg. Woche auf 5,5 Tg. Woche
- Vorplanung der Anpassung des interdisziplinären Zeitrasters an gesetzliche Vorgaben, Sicherstellung der optimalen Patientenbehandlung mit vorhandenem Personal.

G Weitergehende Informationen

Verantwortliche(r) für den Qualitätsbericht

Jens Wehmeyer (Geschäftsführer)

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

Agnes Hartmann (IT / Controlling)

Ute Kaiser (QM-Beauftragte)

- im weiteren Sinne die Krankenhausleitung:
- Verwaltungsdirektor J. Wehmeyer
- Ärztlicher Direktor Prof. Dr. W. Vogel
- Pflegedirektorin C. Voller

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

<http://www.ekh-gesundbrunnen.de>

<http://www.bag-geriatrie.de>

<http://www.geriatrie-hessen-thueringen.de>

<http://www.dwkw.de>

<http://www.hkg-online.de>

<http://www.geriatrie-drg.de>

<http://www.otto-fricke-krankenhaus.de>

<http://www.diakonie-krankenhaeuser-hessen.de>